



ს ა ე ქ თ ნ ო ს ა ე მ ე





წინასიტყვაობა

„საექთნო საქმის“ სახელმძღვანელოს დამკვეთია საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტროს განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი.

სახელმძღვანელო ფარავს საგანმანათლებლო პროგრამების „პრაქტიკოსი ექთანი“ და „ექთნის თანაშემწის“ შემდეგ მოდულებს: 1. საექთნო პროცესის მართვა; 2. სამედიცინო ტერმინოლოგია და დოკუმენტაცია საექთნო საქმეში ; 3. ექიმის/ექთნის ასისტირება; 4. ავადმყოფის მოვლა ; 5. თერაპიული პაციენტის მოვლა; 6. ბავშვთა მოვლის თავისებურებები და ნეონატოლოგიური მოვლა; 7. გერიატრიული პაციენტის მოვლა; 8. ინკურაბელური პაციენტის მოვლის თავისებურებანი ; 9. მელოგინის მოვლა; 10. ნევროლოგიური პაციენტის საექთნო მართვა; 11. ფარმაკოლოგიის საფუძვლები საექთნო საქმეში; 12. საექთნო პროცედურები და მანიპულაციები ; 13. თერაპიული პაციენტის საექთნო მართვა; 14. პედიატრიული პაციენტის საექთნო მართვა ; 15. ენდოკრინული პაციენტის საექთნო მართვა; 16. დერმატო-ვენეროლოგიური პაციენტის საექთნო მართვა; 17. ინფექციური პაციენტის საექთნო მართვა; 18. ონკოლოგიური პაციენტის საექთნო მართვა; 19. ფსიქიატრიული პაციენტის საექთნო მართვა; 20. გინეკოლოგიური პაციენტის საექთნო მართვა; 21. თავისა და კისრის პათოლოგიებით პაციენტის საექთნო მართვა; 22. ქირურგიული პაციენტის საექთნო მართვა; 23. კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტის საექთნო მართვა.

სახელმძღვანელო განკუთვნილია საექთნო საქმის შესწავლით დაინტერესებული პირებისთვის, როგორც პრაქტიკოსი ექთნისა და ექთნის თანაშემწის პროფესიული სტუდენტებისთვისა და კურსდამთავრებულთათვის, ასევე „პრაქტიკოსი ბებიაქალის“ პროფესიული პროგრამის სტუდენტებისთვის. სახელმძღვანელო აგრეთვე დაეხმარება პროფესიულ მასწავლებლებს სასწავლო პროცესის ეფექტურად წარმართვაში.

სახელმძღვანელო შემუშავებულია „საქართველოს კერძო კოლეჯების ასოციაციის“ წევრი ჯანდაცვის პროგრამების განმახორციელებელი კოლეჯების პროფესიული მასწავლებლების; „საქართველოს ექთანთა ასოციაციის“ და ასევე, ჯანდაცვის სფეროში დასაქმებული პროფესიონალების პრაქტიკულ გამოცდილებაზე დაყრდნობით.



სარჩევი

1. საექთნო პროცესის მართვა (3) -----	5 გვ.
2. სამედიცინო ტერმინოლოგია და დოკუმენტაცია საექთნო საქმეში (3) --	52 გვ.
3. ექიმის/ექთნის ასისტირება (1)-----	96 გვ.
4. ავადმყოფის მოვლა (3)-----	138 გვ.
5. თერაპიული პაციენტის მოვლა (1)-----	191 გვ.
6. ბავშვთა მოვლის თავისებურებები და ნეონატოლოგიური მოვლა (1)---	224 გვ.
7. გერიატრიული პაციენტის მოვლა (1)-----	256 გვ.
8. ინკურაბელური პაციენტის მოვლის თავისებურებანი (1)-----	282 გვ.
9. მელოგინის მოვლა (1)-----	293 გვ.
10. ნევროლოგიური პაციენტის საექთნო მოვლა/ მართვა (3)-----	303 გვ.
11. ფარმაკოლოგიის საფუძვლები საექთნო საქმეში (2)-----	376 გვ.
12. საექთნო პროცედურები და მანიპულაციები (2)-----	399 გვ.
13. თერაპიული პაციენტის საექთნო მართვა (2)-----	479 გვ.
14. პედიატრიული პაციენტის საექთნო მართვა (2)-----	585 გვ.
15. ენდოკრინული პაციენტის საექთნო მართვა (2)-----	649 გვ.
16. დერმატო-ვენეროლოგიური პაციენტის საექთნო მართვა (2)-----	661 გვ.
17. ინფექციური პაციენტის საექთნო მართვა (2)-----	699 გვ.
18. ონკოლოგიური პაციენტის საექთნო მართვა (2)-----	782 გვ.
19. ფსიქიატრიული პაციენტის საექთნო მოვლა/მართვა (3)-----	805 გვ.
20. გინეკოლოგიური პაციენტის საექთნო მართვა (2)-----	833 გვ.
21. თავისა და კისრის პათოლოგიებით პაციენტის საექთნო მართვა (2)-----	851 გვ.
22. ქირურგიული პაციენტის საექთნო მართვა (2)-----	896 გვ.
23. კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტის საექთნო მართვა(2)-----	927 გვ.

(1)- ექთნის თანაშემწის პროგრამის თავები

(2)- პრაქტიკოსი ექთნის პროგრამის თავები

(3)- თავები, რომელშიც ინტეგრირებულია ორივე პროგრამის თემატიკა



შესავალი

ექთანი და ექთნის თანაშემწე დიდ როლს ასრულებს ადამიანის გამოჯანმრთელების პროცესში. მაგრამ ამავე დროს ეს პროფესია მათ აკისრებთ დიდ პასუხისმგებლობასაც, რადგან ექთნის საქმიანობაში დაუშვებელია შეცდომის დაშვება, არასწორი მოქმედება. საქმე ხომ ადამიანის სიცოცხლეს ეხება.

მოცემული სახელმძღვანელო დაგეხმარებათ, კარგად დაეუფლოთ თქვენს პროფესიას ;

თქვენ შეისწავლით:

ყველს ასაკის ავადმყოფის მოვლის მეთოდებსა და ხერხებს, სხვადასხვა დაავადებების დროს;

საექთნო პროცესის მართვას;

სამედიცინო მანიპულაციებისა და პროცედურების ჩატარების ტექნიკას;

მედიკამენტების გამოყენების წესებს;

სხვადასხვა დაავადებების (თერაპიული,პედიატრიული,გინეკოლოგიური,ქირურგიული

,დერმატოვენეროლოგიური, ნევროლოგიური და სხვა) კლინიკურ სიმპტომებს,მათი შეფასების მეთოდებს,მკურნალობის პრინციპებს);

გისურვებთ წარმატებებს!



საექონო პროცესის მართვა





შესავალი

საექთნო საქმიანობა წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მომსახურებათა მნიშვნელოვან ქვესისტემას და აუცილებელი ელემენტია ჯანდაცვის ეროვნული სისტემების პოტენციალის გაძლიერებისათვის.

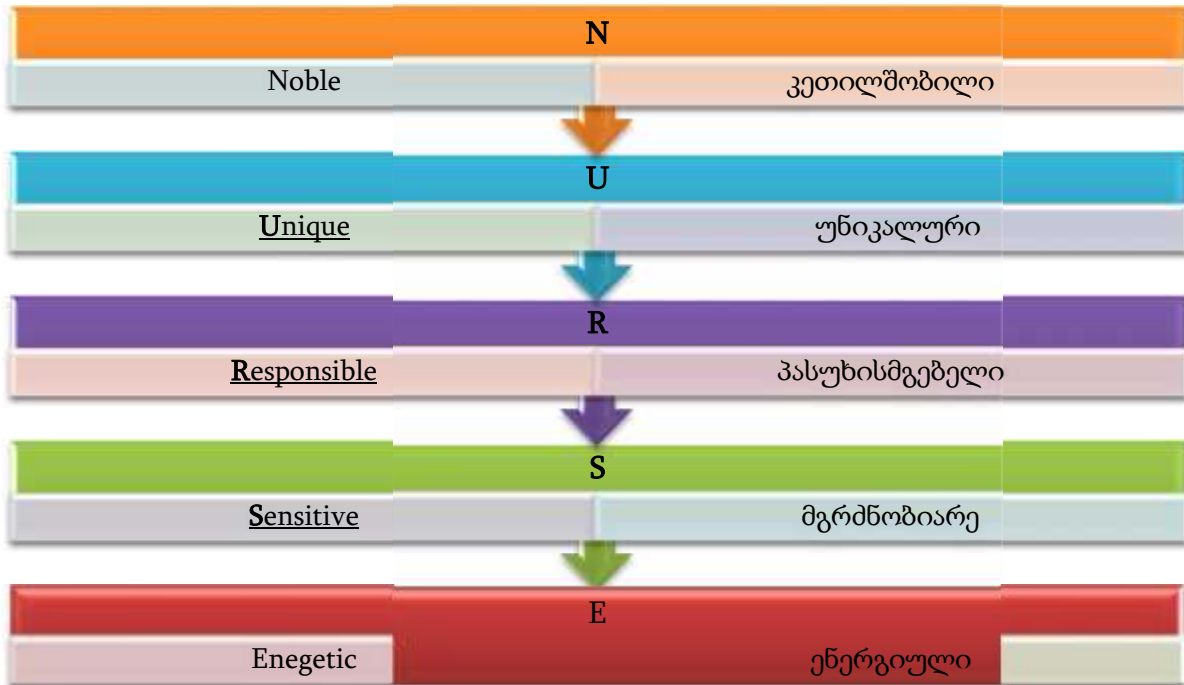
საექთნო საქმე მოიცავს:

- პაციენტებზე ზრუნვას;
- სამედიცინო ჩარევაზე პაციენტების რეაქციის უწყვეტ შეფასებასა და მონიტორინგს;
- პაციენტების და საზოგადოების განათლებას;
- პაციენტების მოვლაში ხარვეზების გამოვლენასა და მომსახურების სრულყოფას;
- მომსახურების აღმოჩენასა და კოორდინაციას სამედიცინო დახმარების მთელ დიაპაზონში.

საექთნო საქმე მოიცავს დამოუკიდებელ ან ჯგუფურ საქმიანობას, რომლის ძირითად მიზანს წარმოადგენს ნებისმიერი ასაკობრივი ჯგუფის ცალკეული ინდივიდების, ოჯახების, მოსახლეობის ჯგუფების ან თემის ჯანმრთელობის აღდგენა და შენარჩუნება, დაავადებათა პროფილაქტიკა, ავადმყოფთა, უნარშეზღუდულთა და ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტთა მოვლა.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ აღიარებულია, რომ ექთნები ასრულებენ გადამწყვეტ და ყველაზე ხარჯო-ეფექტურ როლს სიკვდილიანობის, ავადობისა და უნარშეზღუდულობის შემცირებასა და ჯანმრთელი ცხოვრების წესის დამკვიდრებაში.

N U R S E – N U R S I N G ტერმინი “Nurse” სათავეს იღებს ლათინური სიტყვისგან “nutrio”, რაც ნიშნავს “იმედით სულდგმულობას”. (**Noble**- კეთილშობილი, **Unique** უნიკალური, **Responsible** - პასუხისმგებელი, **Sensitive** -მგრძობიარე, **Energetic**-ენერგიული);



ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით (1996წ.): „საექთნო საქმე ეხმარება პიროვნებებს, ოჯახებს და ადამიანთა ჯგუფებს განსაზღვრონ და წარმოაჩინონ მათი ფიზიკური, მენტალური და სოციალური პოტენციალი და შესაბამისად იმოქმედონ ცვალებად გარემოში, რომელშიც ისინი ცხოვრობენ და მუშაობენ.

ექთანს მოეთხოვება განავითაროს და განახორციელოს ჯანმრთელობის ხელშემწყობი და დაავადების თავიდან აცილებისათვის აუცილებელი ღონისძიებები. საექთნო საქმე ასევე გულისხმობს დაავადების ან რეაბილიტაციის პროცესში მოვლის დაგეგმვასა და განხორციელებას ფიზიკური, მენტალური და სოციალური ასპექტების გათვალისწინებით”.

საექთნო საქმე ხელს უწყობს პიროვნების, მისი ოჯახის, მეგობრების, სოციალური ჯგუფებისა და თემის აქტიურ ჩართვას ჯანდაცვის ყველა ასპექტში, რითაც ხელს უწყობს პიროვნული პასუხისმგებლობის ამაღლებას და ჯანმრთელი გარემოს ხელშეწყობას ახდენს.

საექთნო საქმე არის მეცნიერება და ხელოვნება ერთდროულად. ის მოითხოვს სპეციალურ ცოდნისა და ჩვევების ფლობა-გამოყენებას, მაგრამ ამავე დროს ემყარება კაცობრიობის მიღწევებს ფიზიკურ, სოციალურ, სამედიცინო და ბიოლოგიურ მეცნიერებებში.



თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის პრინციპები

“ადამიანებს ასწავლიან რასაც გნებავთ, წესიერების გარდა“
ბ. პასკალი

ეთიკა- (ბერძნ. ἠθικός, ძვ.-ბერძნ. ἠθικός-დან — ეთოსი, «ზნე»), ფილოსოფიური მეცნიერებაა ზნეობის, მორალის შესახებ. ფრანგულად ეს სიტყვა ქცევის მანერას ნიშნავს. ქცევის მანერები ადამიანის შინაგანი კულტურის, ზნეობრივი და ინტელექტუალური ღირებულების სარკეა. ის აიოლებს კავშირების დამყარებას, ხელს უწყობს ურთიერთ გაგების მიღწევას, განაპირობებს მტკიცე ურთიერთობების ჩამოყალიბებას.

ტერმინი “ეთიკა” პირველად გამოიყენა არისტოტელემ, რომელმაც ზნეობის საკითხებს მიუძღვნა სპეცილური შრომა “ნიკომაქეს ეთიკა”. უფრო ადრე ეთიკის საკითხები გაარჩია პლატონმა, მანვე შემოგვინახა არსებითი ცნობები სოკრატეს ეთიკურ შეხედულებებზე

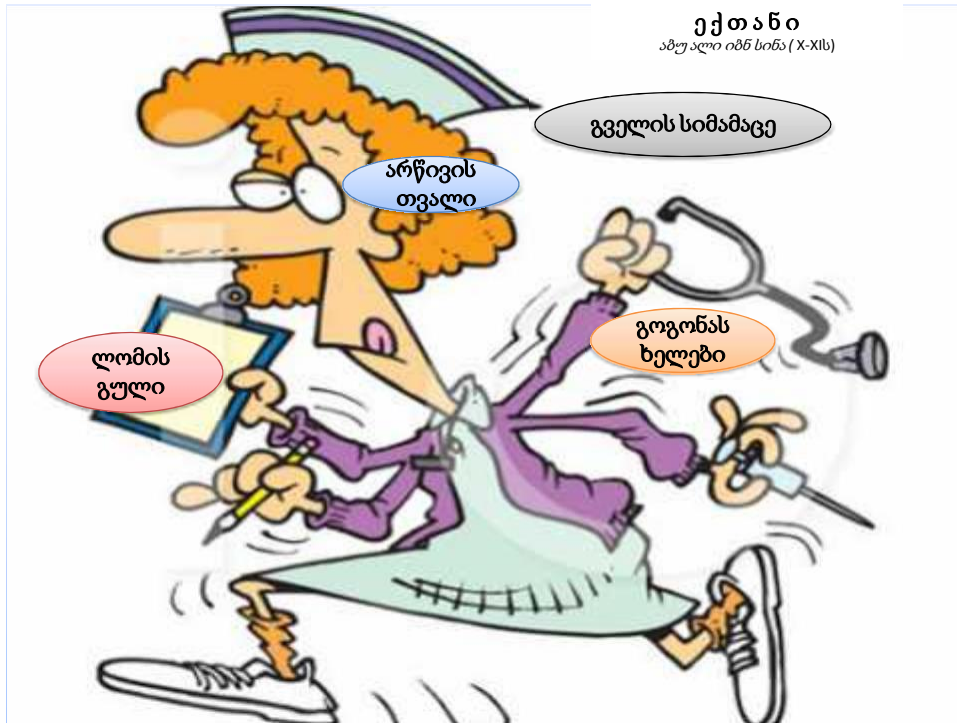
სწორედ სოკრატეს მიიჩნევენ პირველ ფილოსოფოსად, რომელიც მთავარ ყურადღებას აქცევდა ზნეობის პრობლემების დასმასა გადაწყვეტას.

ეთიკა არის ფილოსოფიის განშტოება, რომელიც განასხვავებს მართალს ტყუილისაგან. ეთიკა არის მეცნიერება სიმართლის შესახებ.

პირველი სამედიცინო ეთიკური კოდექსი შექმნა ჰიპოკრატემ. მისი აზრი სამედიცინო პერსონალზე არის: „ისინი იღებენ საშიშ ცოდნას და უნდა დაიფიცონ, რომ მას გამოიყენებენ მხოლოდ სასიკეთოდ“.

სამედიცინო ეთიკის განვითარებაში დიდი როლი შეასრულა აბუ ალი იბნ სინამ (X-XI), რომელმაც შექმნა მნიშვნელოვანი სამედიცინო თხუზულება, სამკურნალო მეცნიერების კანონი.” მასვე ეკუთვნის გამოთქმა:

”სამედიცინო პერსონალს უნდა ჰქონდეს არწივის თვალი, გოგონას ხელები, გველის სიმამაცე და ლომის გული”.



სურ N1

ეთიკა განსხვავდება რელიგიის, კანონის, ტრადიციების, ინსტიტუციონალური პრაქტიკის მიხედვით, რწმენა და ფასეულობები გავლენას ახდენს პიროვნების ეთიკურ ნორმებზე;

ეთიკურ ქცევაზე მოქმედებს განათლების დონე, სოციალური გარემო

ფორმალურად ექთნის მხრიდან აუცილებელია:

1. მიაწოდოს პაციენტს ობიექტური ინფორმაცია;
2. პაციენტს მისცეს საშუალება დამოუკიდებლად მიიღოს გადაწყვეტილება;



*ცნობილი ფსიქოლოგი ნ.ფროიდი
კატეგორიულად მოითხოვდა
ექიმებისაგან, რომ სიმართლე ეთქვათ
პაციენტებისათვის, მაგრამ როდესაც მას
უთხრეს, რომ კუჭის კიბო ჰქონდა,
სასოწარკვეთილმა წამოიძახა,*

*ვინ მოგცათ უფლება, რომ ასეთი რამ
მითხარიყო?*

სურ N 2 ზიგმუნდ ვან ფროიდი

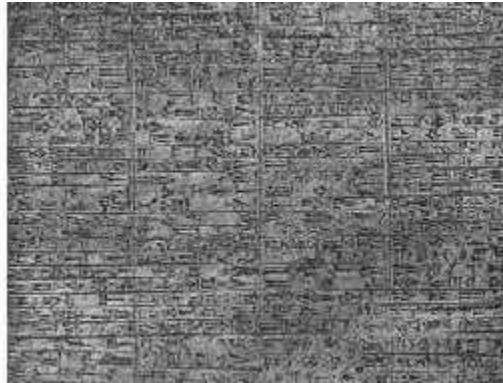
ბიოეთიკა – ეთიკის სფერომ რომელიც შეისწავლის სიცოცხლის ბუნებრივ მსვლელობაში ადამიანის ხელოვნური ჩარევის შედეგად წარმოშობილ მორალურ პრობლემებს

კლინიკური ეთიკა – ბიოეთიკის ნაწილია, რომელიც მიმართულია პაციენტის მოვლისა და მკურნალობისკენ

საექთნო ეთიკა – დაფუძნებულია ექთნის პრაქტიკაზე, საქმიანობაზე, პაციენტის კეთილდღეობაზე, გადაწყვეტილებების მიღებაზე, პაციენტის კონფიდენციალურობის შენარჩუნებაზე

დეონტოლოგია ეთიკის დარგია, რომელიც განიხილავს ვალისა და ვალდებულების პრობლემებს. ფართო გაგებით, ესაა მოძღვრება სამედიცინო მუშაკის მორალური, პროფესიული, იურიდიული მოვალეობებისა და ქცევის წესების შესახებ ავადმყოფისა და კოლეგების მიმართ.

ტერმინი „დეონტოლოგია“ წარმოდგება ბერძნული სიტყვიდან „დეონ“-იდან (მოვალეობა, ვალდებულება, ლეგოს-მოძღვრება, სწავლება), ყველაზე ძველ წყაროდ, რომელშიც ფორმირებულია ექიმისადმი მოთხოვნები და მისი უფლებები, შედგენილია დაახლოებით ძვ. წ. 1760 წელს ბაბილონში „ხამურაბის კანონები“-ს სახით, აგრეთვე ძველი ინდოეთის ლიტერატურულ-კულტურული ძეგლებში – მანუს კანონების კრებული (ძვ. წ. 1000-5000 წწ) და „აიურვედა“ („მეცნიერება ცხოვრების შესახებ“).



სურ N 2 „ხამურაბის კანონები“

დეონტოლოგია ეს არის პასუხისმგებლობა სხვა ადამიანების მიმართ. დეონტოლოგიის ძირითადი კითხვებია:

- რა არის ჩემი ძირითადი მოვალეობა?
- რა არის ჩემი მორალური ვალდებულება?
- როგორ გავაკეთო მორალური არჩევანი?

ეთიკის პრინციპებზე დაფუძნებული მიდგომა მოიცავს, როგორც უტილიტარიზმს, ასევე დეონტოლოგიას და გააჩნია ოთხი მთავარი პრინციპი:

- ავტონომია
- დაუზიანებლობა
- სარგებლიანობა
- სამართლიანობა
- სიტყვის ერთგულება (რომელიც დამატებულია მეხუთე პრინციპად)

ეთიკის ავტონომიური პრინციპი გულისხმობს - როდესაც სამედიცინო მუშაკი პაციენტს სცემს პაციენტის ან მისი ახლობლების უფლებებს, რათა მათ თავად მიიღონ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული გადაწყვეტილებები, ექთანი/ექიმი გადასცემს ინფორმაციას და მხარს უჭერს პაციენტების ან მათი ოჯახების გადაწყვეტილებას,

შეიძლება საჭირო გახდეს თანამშრომლობა ჯანმრთელობის დაცვის სხვა წევრების მხრიდანაც

დაუზიანებლობა- გულისხმობს პაციენტისათვის ზიანის თავიდან აცილებას, პრევენციული ღონისძიებების გატარებას ზიანის თავიდან აცილების მიზნით



ეთიკის სარგებლიანობა გულისხმობს- ექთანი/ექიმი უპირატესობას ანიჭებს პაციენტის სარგებელს, ცდილობს განახორციელოს ინტერვენციები ნაკლები რისკებითა და უარყოფითი გამოსავლით.

გასაგებს ხდის, რომ პაციენტის სარგებელი განსხვავდება ექთნის სარგებლისაგან, რადგან ერთის სარგებელი შეიძლება მეორის ტვირთად იქცეს

სამართლიანობა ეთიკაში პაციენტებს შორის სოციალურ - ეკონომიკური სტატუსის მიუხედავად რესურსების თანაბარი განაწილება, ექთნის მიერ ობიექტური მოქმედება,

სამედიცინო უშაკი ყოველთვის უნდა ეცადოს სამართლიანად გადაანაწილოს დრო, რისკები, სარგებლიანობა, თანხები და მოვლა თითოეულ პაციენტზე.

ერთგულება ეთიკაში- სამედიცინო მუშაკმა ყოველთვის უნდა შეასრულოს ის დანაპირები, რომელსაც დაჰპირდება პაციენტს, რაც ასევე აუცილებელია პაციენტის ნდობის მოსაპოვებლად.

<p>უთხრა რომ კიბო აქვს???</p>	<p>მე ვიქნები სამართლიანი თუ აგიხსნით თქვენს დიაგნოზს....</p>
	

სურ N 3

ექთნების საქმიანობის სტანდარტები - მოიცავს ექთნის პროფესიონალურ საქმიანობასა და პაციენტის მოვლის სტანდარტებს, ამერიკის ექთნების ასოციაციამ ექთნების საქმიანობის სტანდარტები შექმნა 1991 წელს, ექთნების პროფესიონალური საქმიანობის V სტანდარტი არის ეთიკა. *(იხ. დანართი N1 ეთიკური კოდექსი)*



სურN 4 სიმსივნით დაავადებული პაციენტი

ონკოლოგიურ ავადმყოფთა ნაწილი ექიმს მიმართავს კიბოზე ეჭვის გამო. ისინი შიშისა და იმედის თვალით შეჰყურებენ სამედიცინო პერსონალს, მზად არიან ნებისმიერ გამოკვლევაზე და მკურნალობაზე. ასეთი ავადმყოფები განსაკუთრებული ყურადღებით ისმენენ ექიმის საუბარს, ყოველი საეჭვო სიტყვის შემდეგ დეპრესიაში ვარდებიან და განკურნების იმედს კარგავენ.

მაგალითად თუ კუჭის კიბოთი დაავადებული უარს განაცხადებს ქირურგიულ ოპერაციაზე, ამ შემთხვევაში ავადმყოფს უნდა აეხსნას სიმსივნის გართულებების საშიშროება, რომ ეს შეიძლება ცუდად დამთავრდეს



სურ N 5 ეთიკა

ემა ბოვარის სიკვდილის აღწერისას გუსტავო ფლობერს თურმე პირში დარიშხანის გემო და მოწამვლის ნიშნები გაუჩნდა... მამა გორიო რომ მოკვდა ბალზამი დიდხანს იჯდაო თურმე უმოძრაოდ... “მოკვდა თავადი ბალკონსკი“-უპასუხა ტოლტოიმ როდესაც ის მტირალი შეისწრეს სამუშაო ოთახში.



ეთიკური პრობლემები

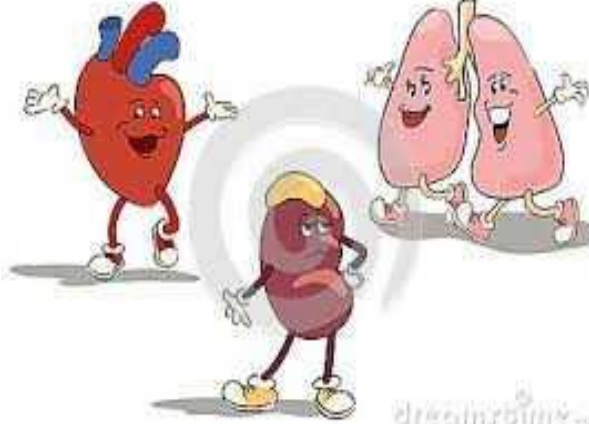
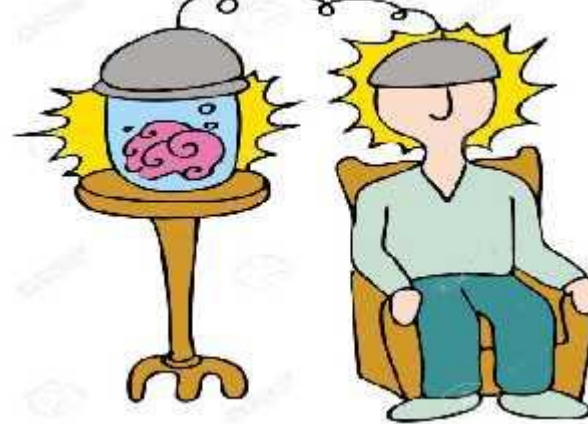
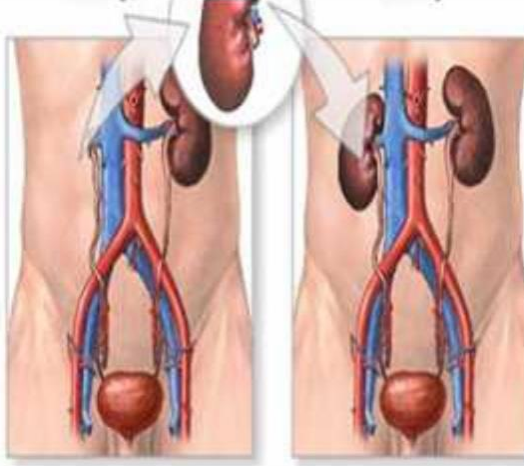
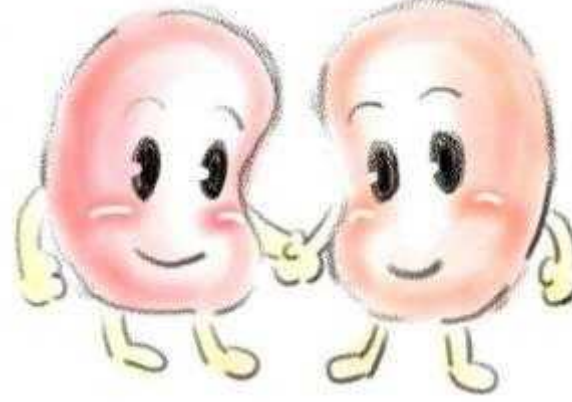
- პატერნალიზმი – იმოქმედო პაციენტთან შეთანხმების გარეშე და გადაწყვიტო, რა არის მისთვის კარგი და ცუდი
- თაღლითობა
- კონფიდენციალურობის დარღვევა
- ექთნების არასაკმარისი რესურსების არასამართლიანად გამოყენება
- სამედიცინო რეჟიმისადმი დაუმორჩილებლობა
- პაციენტისა და ექთნის ინტერესებს შორის კონფლიქტი
- ახალ ტექნოლოგიებთან დაკავშირებული კონფლიქტები
- კონფლიქტი, გამომდინარე ექთნის როლიდან
- არაპროფესიონალიზმი, არაკომპეტენტურობა, არაეთიკურობა და არალეგალური საქმიანობა
- კადრებით არასაკმარისი უზრუნველყოფა
- დაბადებასთან დაკავშირებული საკითხები
- სიკვდილთან დაკავშირებული საკითხები

ეთიკური დილემა დგება მაშინ როდესაც საკითხისადმი ეთიკური პრინციპების მიხედვით მიდგომა იწვევს ორი ურთიერთსაწინააღმდეგო ქმედების დაპირისპირებას, ამ დროს საჭიროა გადაწყვეტილების მიღება, გადაწყვეტილებების მიღებისას ორი ან რამდენიმე შესაძლო (მორალურად მშისაღები ან მიუღებელი) არჩევანიდან ერთ-ერთის არჩევა, რაც მეორის არჩევას გამორიცხავს.

სამედიცინო პრაქტიკაში, როგორც წესი ეთიკური დილემის წარმოქმნის მიზეზი ხდება პაციენტის უფლება, აირჩიოს თავის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ქმედებები და ექიმის მოვალეობა, გააუმჯობესოს მისი მდგომარეობა და დაიცვას “არ ავნოს” პრინციპი

ტრანსპლანტოლოგიაში თავჩენილი ეთიკური პრობლემები შეიძლება რამდენიმე ჯგუფად დავყოთ:



<p>ტრანსპლანტოლოგიურ ოპერაციებთან დაკავშირებულ კომერციულ ურთიერთობი;</p>	<p>„ტვინის სიკვდილის“ კრიტერიუმებით ადამიანის სიკვდილის კონსტატაციასთან;</p>
	
<p>გვამის ან ცოცხალი დონორის ორგანოს ექსპლანტაცია-ამოღება</p>	<p>უკვე არსებული დონორის ორგანოების რევიპიენტებზე გადანაწილებას.</p>
	

სურ N 6

ევთანაზია, დღემდე საკამათოა და ეთიკურ პრობლემებთან არის დაკავშირებული. ევთანაზია (ეუ-კარგი, თანოს- სიკვდილი) სადაო საკითხია, არა მარტო იმიტომ, რომ მასთან მრავალი განსხვავებული მორალური დილემაა ასოცირებული, არამედ მისი განსაზღვრებიდან გამომდინარეც.



საქართველოს სისხლის სამართლის კოდექსის მიხედვით ევთანზია არის:

მკვლელობა მსხვერპლის დაჟინებული თხოვნით და მისი ნამდვილი ნების შესაბამისად, ჩადენილი მომაკვდავის ძლიერი ფიზიკური ტკივილისაგან გათავისუფლების მიზნით. (სსკ 110 მუხლი)

ევთანაზიის მიზეზი შეიძლება იყოს დაავადება, განუკურნებელი სენი ან ისეთი მდგომარეობა, როდესაც ადამიანის სიცოცხლეს აზრი აღარ აქვს და ამ დროს პირმა თვითონ უნდა გადაწყვიტოს უნდა სიცოცხლე თუ არა.

როგორ გადაწყვიტოთ ეთიკური დილემა

განსაზღვროთ
არის თუ არა ეს
მართლაც

მოილაპარაკეთ
გამოსავლის შესახებ



შეაგროვეთ სრული
ინფორმაცია მოცემული
შემთხვევის შესახებ.

შეაფასეთ თქვენი
ქმედება

განსაზღვრეთ თქვენი საკუთარი
მიდგომა ამ საკითხისადმი.

სურ N 7

პაციენტის მოვლა უნდა იყოს გამჭვირვალე, სამართლიანი, პაციენტზე ორიენტირებული გადაწყვეტილების მიღებისას სხვისი აზრის გათვალისწინებით, კულტურული და რელიგიური კომპონენტების გათვალისწინებით

ეთიკის კომისია წარმოდგენილია ბიოეთიკოსები, ექიმები, ექთნები, მენეჯერები, ჯანდაცვის კანონმდებელი (იურისტი, ადვოკატი), სოციალური მუშაკი, ფსიქოლოგი, ეკლესიის წარმომადგენელი



უკანასკნელ წლებში დიდი მიღწევებია ტრანსპლანტოლოგიაში. როგორც ჩანს კაცობრიობა დიდი ხნის წინ ყოფილა დაინტერესებული ორგანოთა გადაწერვის პრობლემით
ლუერის მუზეუმში ინახება ფრანჩესკო პაზელინოს სურათი, რომელზეც გამოხატულია მესამე საუკუნეში როგორ გადაწერეს სირიელმა ძმებმა კოსმამ და დამიანემ თეთრკანიანს ზანგის ფეხი. ამბობენ იმპერატორმა დიოკლიტემ დასტაქრებს ამისათვის თავები მოჰკვეთაო

სურ N 8

საექთნო პროფესიული ღირებულებები

ამერიკის საექთნო კოდექსის მიხედვით გამოყოფენ შემდეგ ღირებულებებს:

1. ალტრუიზმი – ეხება სხვების კეთილდღეობასა და ჯანმრთელობას, ავლენს სხვების კულტურის, რწმენის პატივისცემას, არის სხვებზე მზრუნველი, დამრიგებელი სხვა პროფესიონალებისათვის
2. ავტონომია –პაციენტის მიერ გადაწყვეტილების მიღების უფლება. პაციენტს აძლევს არჩევანის გაკეთების საშუალებას. მკურნალობის გეგმას ადგენს პაციენტთან ერთად, ეხმარება ინფორმირებულ არჩევანში
3. ადამიანის ღირსება – პატივს სცემს პიროვნებისა და პოპულაციების უნიკალურობასა და ხელშეუვალობას. პროფესიონალი ექთანი პატივს სცემს ყველა პაციენტს და კოლეგას, იცავს პრივატულობას, კონფიდენციალობას, ითვალისწინებს პაციენტის საჭიროებებს და ამის მიხედვით იღებს გადაწყვეტილებებს
4. ინტეგრირებულობა _ ეთიკის კოდისა და პრაქტიკის სტანდარტების მიხედვით მოქმედების უნარი
5. სამართლიანობა – მხარს უჭერს მორალურ, ლეგალურ და ჰუმანურ პრინციპებს. ექთანი თანასწორად, კანონის ფარგლებში უზრუნველყოფს ყველა პაციენტის მომსახურებას, განურჩევლად ასაკისა, სქესისა, ეკონომიური შესაძლებლობებისა



კითხვები გამეორებისათვის



1. ქვემოთ ჩამოთვლილთაგან რომელი არის პროფესიული ღირებულება:

- ა. ალტრუიზმი
- ბ. მოდელირება
- გ. სწავლება

2. ეთიკის დარგი რომელიც განიხილავს ვალისა და ვალდებულების პრობლემებს ეს არის

- ა. ბიოეთიკა
- ბ. დეონტოლოგია
- გ. კლინიკური ეთიკა

3. ვინ შექმნა პირველი სამედიცინო ეთიკური კოდექსი

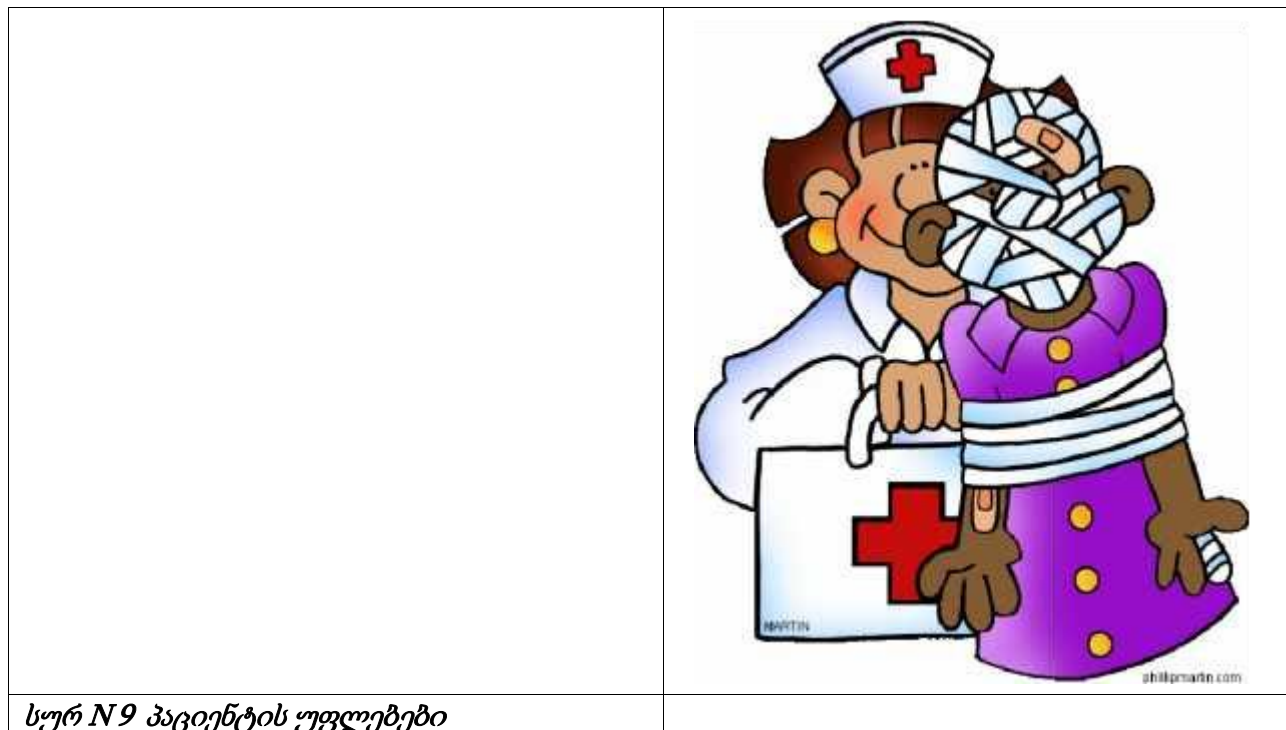
- ა. ზიგმუნდ ვან ფროიდი
- ბ. აბუ ალი იბნ სინა
- გ. ჰიპოკრატე



პაციენტის უფლებები

საქართველოში მოქმედებს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ, რომელიც გამოქვეყნდა 2000 წლის 5 მაისს N 283-II, ამ კანონის მიზანია მოქალაქის უფლებების დაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, აგრეთვე მისი პატივისა და ღირსების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფა.

- საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს მიიღოს სამედიცინო მომსახურება
- დაუშვებელია პაციენტის დისკრიმინაცია ასაკის, სქესის, რასის, რელიგიის, სქესობრივი ორიენტაციის და ა.შ
- პაციენტს უფლება აქვს მეორე აზრის მოსაძიებლად დაუბრკოლებლად მიმართოს სხვა ექიმს ან სხვა სამედიცინო დაწესებულებას. (აირჩიოს და ნებისმიერ დროს შეიცვალოს სამედიცინო მომსახურების გამწვევი).
- პაციენტს უფლება აქვს მკურნალობის რომელიმე ეტაპზე შეწყვიტოს სამედიცინო მომსახურება.
- პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწვევისაგან მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია.





- პაციენტს შეიძლება არ მიეწოდოს ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან ამ ინფორმაციის მოცულობა შეიზღუდოს, თუ არსებობს დასაბუთებული ვარაუდი, რომ სრული ინფორმაციის მიღება პაციენტის ჯანმრთელობას სერიოზულ ზიანს მიაყენებს. *პაციენტს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ სრული ინფორმაცია მიეწოდება მხოლოდ მაშინ, თუ იგი ამას დაჟინებით მოითხოვს.*
- სამედიცინო მომსახურების გაწევის აუცილებელი პირობაა პაციენტის, ხოლო მისი ქმედუნარიანობის ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის **ინფორმირებული თანხმობა**. ინფორმირებული თანხმობა წინ უძღვის სამედიცინო მომსახურებას. *(ზოგიერთი სამედიცინო მომსახურების გაწევისას აუცილებელია წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა)*
- სამედიცინო მომსახურების გამწევი ვალდებულია პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა დაიცვას როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ; სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ კონფიდენციალური
 - ინფორმაციის გამჟღავნება დასაშვებია, თუ:
 - ა) მიღებულია პაციენტის თანხმობა;
 - ბ) ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირის (რომლის ვინაობაც ცნობილია) სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას;

პაციენტის ინფორმაციული თანხმობა



- ა) ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია, გარდა მცირე ქირურგიული მანიპულაციებისა;
- ბ) აბორტი;
- გ) ქირურგიული კონტრაცეფცია – სტერილიზაცია;
- დ) მაგისტრალური სისხლძარღვების კათეტერიზაცია;
- ე) ჰემოდიალიზი და პერიტონეული დიალიზი;
- ვ) ექსტრაკორპორული განაყოფიერება;
- ზ) გენეტიკური ტესტირება;
- თ) გენური თერაპია;
- ი) სხივური თერაპია;
- კ) ავთვისებიანი სიმსივნეების ქიმიოთერაპია;
- ლ) ყველა სხვა შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების გამწევი საჭიროდ თვლის წერილობით ინფორმირებულ თანხმობას.



კითხვები გამეორებისათვის



1. პაციენტს უფლება აქვს მეორე აზრის მოსაძიებლად დაუბრკოლებლად მიმართოს სხვა ექიმს ან სხვა სამედიცინო დაწესებულებას.
ა.სწორია
ბ.მცდარია

2. სამედიცინო მომსახურების გამწევი

ვალდებულია

- ა. პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა დაიცვას მხოლოდ პაციენტის სიცოცხლეში.
 - ბ. პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა დაიცვას როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ;
 - გ. პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაციის გაასაჯაროვოს პაციენტის გარდაცვალების შემდეგ
3. სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება დასაშვებია, თუ:
 - ა. მიღებულია პაციენტის თანხმობა;
 - ბ. ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირის (რომლის ვინაობაც ცნობილია) სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას;
 - გ. ორივე ზემოთ აღნიშნულ შემთხვევაში



კომუნიკაცია საექთნო პროცესში

კომუნიკაცია (ლათინურიდან **Communico**- საერთოს ვხდის), „გავხადოთ ყველასთვის გასაგები“. - ფართო გაგებით, არის ინფორმაციის გაცვლა ადამიანებს შორის. მინიმუმ ორი ადამიანი არის საჭირო რომ განხორციელდეს კომუნიკაციური პროცესი.

კომუნიკაცია არის ინფორმაციის, იდეების, აზრების, ემოციების, სიტყვების გადაცემა, რომელსაც პირობითად ერთი ადამიანი აწვდის მეორეს. კომუნიკაციური პროცესი ზეგაღწევის ახდენს როგორც უშუალოდ იმ ადამიანზე ვისთანაც მყარდება კომუნიკაცია არამედ სხვებზეც.

კომუნიკაცია არის კომპლექსური ორმხრივი პროცესი, გადაცემას, მის მიღებასა და მიღებულ ინფორმაციაზე რეაგირების ეტაპების პროცესს.

ეფექტური კომუნიკაციის დროს ჩვენ უნდა გავიგოთ არა მხოლოდ ტექსტის პირდაპირი შინაარსი, ან პაციენტის პირდაპირი ნათქვამი არამედ ქვეტექსტიც, ანუ ისიც, თუ რას გულისხმობს მოსაუბრე. (მაგალითად პაციენტი მუშტებს იღერებს და ყვირის ხმამაღლა რომ არ ტკივა, მშვიდად არის-რას უფრო დაუჯერებთ მის სიტყვებს თუ მიმიკას??, მის ტემბრს?? რას იფიქრებთ ამ დროს??)

კომუნიკაციური უნარ-ჩვევებია: მოსმენა, ლაპარაკი, კითხვა, წერა, არავერბალური კომუნიკაცია, ინფორმაციის გარდაქმნა-ტრანსფორმაცია (სმენითი, წერილობითი და გრაფიკული ინფორმაციის ერთი ფორმიდან მეორეში გადატანა), სპეციალური ენის ფლობა

კომუნიკაციის პროცესი კომპონენტებია: **მგზავნელი** (პიროვნება ვინც წარმოქმნის აზრს) **არხი** (გზა რითაც ხორციელდება ინფორმაციის გადაცემა, მაგ: სიტყვა, წერილი, მეხება, სხეულის ენა, მეხედვა და ა.შ) **მიმღები** (პიროვნება ვინც ლეზულობს ინფორმაციას) **უკუკავშირი** (მიმღები პიროვნების პასუხი/რეაქცია მიღებულ ინფორმაციაზე);

არსებობს ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაცია:

ვერბალური კომუნიკაცია – კომუნიკაცია, რომელიც გადმოიცემა სიტყვების მეშვეობით მაგალითად ექთანს ეკითხება პაციენტი: როგორ ხარ? სად გტკივა და ა.შ

ვერბალური კომუნიკაცია ყოველთვის ვერ გამოიყენება, მაგალითად იმ შემთხვევაში თუ პაციენტი ყრუა საჭიროა ჟესტების გამოყენება



ვერბალური კომუნიკაცია ინფორმაციის სიტყვიერი გადაცემის გზაა. იმისათვის, რომ მივიპყროთ მოსაუბრის თუ ფართო აუდიენციის ყურადღება, საჭიროა ვერბალური კომუნიკაციის შემდეგი საშუალებების გათვალისწინება:

- საუბრის ეფექტურად დაწყება;
- საუბრის მანერა – ხმის ტემბრი და სიმაღლე, ხმის ინტონაცია (თბილი, ცივი), ტემპი (მონოტონური, დინამიური) და ა.შ.
- ცხოვრებისეული ან ფაქტებზე დაყრდნობილი მაგალითების მიწოდება; (მაგალითად ექთანი უხსნის პაციენტს რომ მსგავსი ჩივილებით მოსულან პაციენტები კლინიკაში და სრულიად გამოჯანმრთელებულან)
- ერთი თემიდან მეორეზე ლოგიკური გადასვლა
- პაციენტისათვის გასაგები ტერმინოლოგიის გამოყენება

არავერბალურ კომუნიკაცია კომუნიკაცია სიტყვების გარეშე, ინფორმაცია გადმოიცემა არასიტყვიერად, შესტების ან სხეულის ენის გამოყენებით.

არავერბალურ კომუნიკაციას ისეთივე დიდი დატვირთვა აქვს კომუნიკაციის პროცესში როგორც ვერბალურს. კომუნიკაციის არავერბალური საშუალებებია:

- შესტიკულაცია – ხელების, ფეხების, თავის და სხეულის მოძრაობები;
- შეხება – ხელის ჩამორთმევა, მხარზე ხელის დადება და ა.შ.
- მსუბუქი გამოხატველობითი მოძრაობები – წარბების შეკვრა, გრიმასები, ღიმილი, ტუჩების კვნეტა და ა.შ.
- მხედველობითი კონტაქტი;
- პოზა – რა მანერით ზის, დადის ან დგას ადამიანი;
- პარალინგვისტური ხმები: ტირილი, სიცილი, ჩურჩული, ხველა და ა.შ.;
- საუბრის მანერა – ხმის ინტონაცია (თბილი, ცივი), ტემპი (მონოტონური, დინამიური), ნათქვამი
- სიტყვები (ნერვიულად, მძიმედ, ადვილად, დაგვიანებით და ა.შ.);
- გარეგნული მახასიათებლები – სახე, თმები, სხეული, ჩაცმულობა, სქესი და ა.შ.

არსებობს ცალმხრივი და ორმხრივი კომუნიკაცია:

ცალმხრივი კომუნიკაციის დროს მხოლოდ ერთი ადამიანი საუბრობს. ამ შემთხვევაში ადგილი არ აქვს ინტერაქტიული მეთოდების გამოყენებას: შეკითხვების დასმას, საკუთარი მოსაზრების გამოთქმას, დისკუსიას. მაგ:ექთანი უხსნის პაციენტს როგორ მოუაროს ნაოპერაციებ არეს შინ,პაციენტს აქვს უამრავი კითხვა მაგრამ ვერ ეკითხება ექთანს (სურ N1)



სურ N 11 ცალმხრივი კომუნიკაცია

ორმხრივი კომუნიკაცია გულისხმობს ინტერაქტიული კომუნიკაციის პროცესს. ამ შემთხვევაში კომუნიკაციის პროცესში ჩართულია როგორც ერთი, ისე მეორე მხარე, რაც აადვილებს და უფრო გასაგებს ხდის მოწოდებული ინფორმაციის აღქმის პროცესს.

ექთანი უხსნის პაციენტს რომლის დიაგნოზია დიაბეტი, როგორ მოუაროს ფეხის ტერფს:



სურ N 12



კომუნიკაცია შედგება სამი კომპონენტისგან:

- კომუნიკაციის დაწყება
- საუბრის გაშლა
- კომუნიკაციის დასრულება

თითოეულ ამ ეტაპზე შეიძლება წარმოიქმნას ბარიერები, რომელიც დაბლოკავს ინფორმაციის გავრცელებას და შესაბამისად არ შედგება კომუნიკაცია

ბარიერი შეიძლება იყოს: ხმაური, შეუფერებელი კომუნიკაციის საშუალება (თუ ადამიანი განცდაშია გაუჭირდება მოსმენა და მითუმეტეს რაიმეს აღქმა), ემოციები, ენობრივი განსხვავებები, ცუდი მსმენელი, თავდაჯერებულობა/ თვალთმაქცობა, ყურადღების სხვა რამეზე გადატანა, აწყვეტინებს საუბარს, განსჯის მოლაპარაკეს

ეფექტური კომუნიკაცია



სურათი N 13 ეფექტური კომუნიკაცია

ტექტიკა რომელიც ზრდის კომუნიკაციის ეფექტურობას

როდესაც თქვენ წყებთ პაციენტთან საუბარს დარწმუნდით, რომ ის გასაგებია, გამოიყენეთ პერიფრაზირება ან ღია კითხვები რათა მსმენელებიც ჩართოთ საუბარში, ეს ასევე უზღვევს, რომ თქვენ აქტიურად უსმენთ რასაც დანარჩენები საუბრობენ, გქონდეთ და ასევე



მოელოდეთ საპასუხო რეაქციას, გამოიყენეთ დადებითი სხეულის ენა, პაციენტთან ურთიერთობაში შეაფასეთ სიჩუმის მნიშვნელობა და დამამშვიდებელი შეხება.

როცა თქვენ ხართ მიმღები იყავით, კარგი მსმენელი, აქტიური მსმენელი მოითხოვს მუდმივ ყურადღებას მოსაუბრეზე, შეეცადეთ არ შეაწყვეტინოთ მოსაუბრეს, დაჯექით ისე, რომ არ გამოიყურებოდეთ თითქოს სადმე გეჩქარებათ და უნდა გაიქცეთ, გამოიყენეთ თვალის კონტაქტი

დააკვირდით თვენს სხეულის ენას

სხეულის ენა გაცილებით მეტ ინფორმაციას გასცემს ემოციებზე, ვიდრე ვერბალურად მათი გამოხატვა. ნებისმიერი ფიზიკური ჟესტი, რომელსაც ექთანი (ზოგადად ადამიანი) აკეთებს, ქვეცნობიერად თავისებურადაა აღქმული სხვების მიერ. ზოგიერთი ჟესტი ძალიან პოზიტიურ ასოციაციას ქმნის, ზოგი კი პირიქით, ნეგატიურს.

ნეგატიური (უარყოფითი) სხეულის ენა

- ხელების გადაჯვარედინება
- ფეხის კაკუნის, თითების ტკაცუნის
- საათზე ან კარებისკენ ხშირად ყურება

დადებითი სხეულის ენა

- მოსაუბრის სახეში ყურება
- თავის დაქნევა, როდესაც ის საუბრობს
- გაღიმება ან სერიოზულად ყოფნა, სიტუაციიდან გამომდინარე
- შორისდებულების გამოყენება, რომელიც თქვენს ინტერესებსზე მიუთითებს



სურათი N 13 სხეულის ენა



ეფექტურ კომუნიკაციაზე ზეგავლენას ახდენს შემდეგი ფაქტორები: აღქმა, (ყველა პაციენტი ერთნაურად ვერ აღიქვამს ექთნის ნათქვამს), კულტურული კონტექსტი, სიცრვე და დისტანცია, დრო (დღის 3 საათზე და ღამის 3 საათზე დარეკილი სატელეფონო ზარი სხვადასხვანაირად აღქმება)

გაგონება - ფიზიკური, ბუნებრივი მდგომარეობაა, ხოლო მოსმენა - ფიზიკური და გონებრივი პროცესია

ექთნების მიერ გამოიყენება 3 მექანიზმი პაციენტების ჯანმრთელობის ჯგუფში ხელშეწყობისთვის:

- კომუნიკაცია – ექთანი აქტიურად უსმენს პაციენტის საჭიროებებს
- კრიტიკული აზროვნება - ექთანი იყენებს შემეცნებით პროცესს, რათა განსაზღვროს, რომელი ჯგუფი შეესაბამება პაციენტის მოთხოვნებს
- თანამშრომლობა – ექთანი მუშაობს მულტიდისციპლინარული ჯგუფის წევრებთან (სოციალური მუშაკები, ეკლესია), რათა დაიწყოს რეფერალი.

რჩევები გალიზიანებულ პაციენტთან ურთიერთობისთვის



- მოუსმინეთ, რას ამბობს, ნუ მოახდენთ რეაგირებას პაციენტის გალიზიანებაზე
- შეეცადეთ მოახდინოთ პრობლემის ფოკუსირება, გაერკვიეთ პრობლემაში, მხოლოდ ამის შემდეგ შეიმუშავეთ პრობლემის მოგვარების გეგმა
- მხოლოდ პრობლემის გამოკვეთის შემდეგ ეძიეთ მისი მოგვარების გზები. გახსოვდეთ:
- ნუ დაპირდებით, თუ ვერ შეუსრულებთ.
- ნდობა აუცილებელია ბრაზის ჩასაქრობად
- თუ ვერ მოახერხებთ პაციენტის გალიზიანების განეიტრალებას, ან თუ ძალადობის რამე საფრთხეს ხედავთ, დაიხმარეთ ზემდგომი.
- მოახდინეთ ინციდენტის ან დიალოგის დოკუმენტირება, რაგინდ უმნიშვნელოდაც უნდა მოგეჩვენოთ იგი



სურ 15

რჩევები ცნობიერებადაბინდულ პაციენტთან ურთიერთობისთვის



- თუ ესახალი შემთხვევაა, გადახედეთ მედიკამენტებს და მათ შესაძლო გვერდით მოვლ ენებს
- ცნობიერების დაბინდვის უეცარი დასაწყისი შესაძლოა იყოს სიმპტომი და შეატყობინეთ ექიმს
- იქონიეთ პაციენტთან ხშირი კონტაქტი
- აქტიურად მოუსმინეთ, აღნიშნეთ გონების და იყავით ყურადღებიანი
- დაიხმარეთ ორიენტაციისთვის ოჯახის წევრები.
იყავით გულისხმიერი მათი მოთხოვნების მიმართაც, ისინიც, შესაძლოა, იმედგერუებულნი იყვნენ დააიმედეთ, ნუ შეიცოდებთ

სურ N 16



რჩევები შეშინებულ პაციენტთან ურთიერთობისთვის



- ესაუბრეთ პაციენტს და აქტიურად მოუსმინეთ.
 - ყველა კითხვზე უპასუხეთ, რომელზეც ზუსტი პასუხის გაცემა შეგიძლიათ. გამოიყენეთ ჩაფიქრების და გარკვევის უნარ-ჩვევები, მოახდინეთ ფოკუსირება ნამდვილ პრობლემაზე
 - მსგავსი კითხვები: “მოვკვდები?” “შიდს-ი მაქვს?” არის ყველაზე დამამწუხრებელი. შეეკითხეთ პაციენტს, რატომ ფიქრობენ, რომ უნდა მოკვდნენ, ან შიდს-ი აქვთ. თქვენი მიზანია, მათ შიშს სიტყვიერი გამოხატვის ფორმა მიცეთ.
- თუ პაციენტს კითხვები მის ჯანმრთელობასთან დაკავშირებით აქვს, გაარკვეით, უკვე რა იცის. დიაგნოზებით კომუნიკაცია ექიმის პრეროგატივაა
- იყავით ყურადღებიანი პაციენტის მიმართ, ნუ შეიცვლდებთ. ეცადეთ თავი მის ადგილას წარმოიდგინოთ

სურ N 15

რჩევები სმენადაქვეითებულ პაციენტთან ურთიერთობისთვის

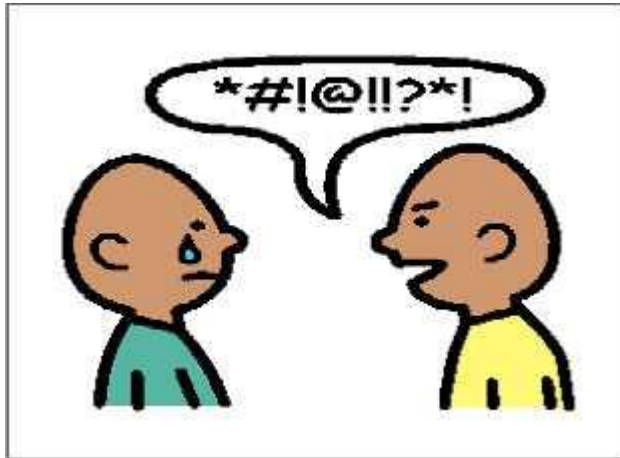


- დადექით პაციენტის წინ და ისაუბრეთ გარკვევით, ჩვეულებრივი ტონით. დარწმუნდით, რომ პაციენტი გარკვევით გხედავთ. სმენადაქვეითებულ პაციენტთა უმრავლესობას შეუძლია ტუჩების მოძრაობის მიხედვით კითხვა
- საწოლთან იქონიეთ კალამი და ფურცელი, განსაკუთრებით, თუ კონფიდენციალობაა დასაცავი
- პაციენტებისათვის, რომლებიც ფლობენ შესტების ენას, გამოიყენეთ მთარგმნელთა მომსახურება

სურ N16



რჩევები აფაზიით დაავადებულ პაციენტთან ურთიერთობისთვის

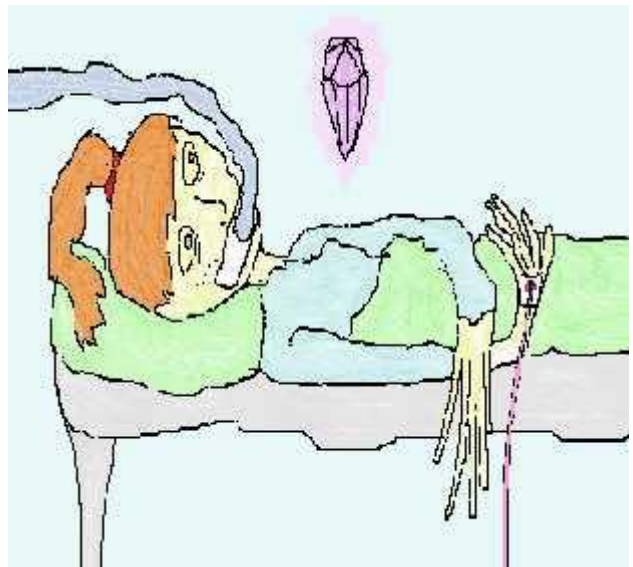


- მოუსმინეთ გულდასმით.
- თუ საჭიროა, გაამეორებინეთ ნათქვამი
- გამოიყენეთ კალამი და ქალაღი, ან დაფა თუ ამის საშუალება არის
- თუ აფაზია ხანგძლივი დროის განმავლობაში აქვს პაციენტს, დაიხმარეთ ოჯახის წევრები
- მიმართეთ მეტყველების თერაპიის დეპარტამენტს

სურ N17

რჩევები ინტუბირებულ პაციენტთან ურთიერთობისთვის

- გამოიყენეთ ქალაღი და კალამი ან დაფა, სადაც პაციენტი სიმბოლოებს დაწერს
- თუ “კი” ან “არა” პასუხი გჭირდებათ, სთხოვეთ, თვალის ერთი დახამამება თანხმობას ნიშნავდეს, ორი – უარს
- კულტურულ-ეთიკური საკითხები
- ყოველთვის პატივი ეცით პაციენტს
- სხვადასხვა კულტურა განაპირობებს სხვადასხვა ქცევებს, რაც პატივისცემას იმსახურებს.
- გაეცანით თქვენს გარემოში მცხოვრები კულტურული ჯგუფების წეს-ჩვეულებებსა და რწმენას
- კანის ფერი არ განსაზღვრავს კულტურულ კუთვნილებას
- შეისწავლეთ, თუ რა წარმოდგენა აქვს პაციენტს ჯანრთელობაზე, ავადმყოფობაზე, წუხილზე და ზოგადად ჯანრთელობის მოვლაზე



სურ N 18



კითხვები გამეორებისათვის



1. კომუნიკაცია სიტყვების გარეშე, ინფორმაცია გადმოიცემა არასიტყვიერად, ჟესტების ან სხეულის ენის გამოყენებით, ეს არის
 - ა. ვერბალური კომუნიკაცია
 - ბ. არავერბალური კომუნიკაცია

2. კომუნიკაციის პროცესი კომპონენტებია:
 - ა. გზავნილი, მიმღები ,უკუკავშირი
 - ბ. მგზავნილი, არხი , მიმღები.
 - გ. მგზავნილი, არხი, მიმღები ,უკუკავშირი

3. რაზე მიგვინიშნებს ურთიერთსაუბრის დროს მოპასუხე პიროვნების ხელების გადაჯვარედინება, ფეხის კაკუნი, თითების ტკაცუნი, საათზე ან კარებისკენ ხშირად ყურება
 - ა. უარყოფით სხეულის ენაზე
 - ბ. დადებით სხეულის ენაზე



საექთნო პროცესი

ექიმის მოქმედება მიმართულია კონკრეტული ავადმყოფის კონკრეტული დაავადების მკურნალობისაკენ. ექიმის ქმედება მკურნალობის, სწავლების ან სამეცნიერო მუშაობისას, მიმართულია დაავადების სხვადასხვა პათოლოგიური ასპექტისაკენ. ნებისმიერი დაავადება ავადმყოფის, მისი ოჯახის წევრებისა და მეგობრების წინაშე მრავალ პრობლემას აჩენს. მაგალითად, ავტოსაგზაო შემთხვევის შედეგად ადამიანი მიიღო ქალა-ტვინის ტრავმა. ექიმებმა შესძლეს მისი გადარჩენა, მაგრამ მხედველობის ნერვის დაზიანების გამო პაციენტმა დაკარგა მხედველობა. ავადმყოფისა და მისი ოჯახის წევრების წინაშე გაჩნდება უამრავი პრობლემა, რომელთა მოგვარება სპეციალური სამედიცინო და სოციალური სამსახურების, ასევე საზოგადოების თანადგომას მოითხოვს. ამ შემთხვევაში ძლიერ მნიშვნელოვანი და შეუცვლელია ექთნის როლი - მას შეუძლია პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, მათი ადაპტირება. ექთანს ევალება პაციენტის განათლება ელემენტარული ჰიგიენური პროცედურებისა და თვითმოვლის კუთხით.

საექთნო საქმე არ არის ორიენტირებული მხოლოდ საექთნო მანიპულაციების ჩატარებაზე და დაავადებაზე. ის უფრო მეტად ორიენტირებულია ადამიანზე და ადამიანთა ჯგუფებზე (ოჯახი, კოლექტივი), მთლიანად საზოგადოებაზე.

საექთნო საქმე დამოუკიდებელი პროფესიაა და არ შემოიფარგლება ექიმის მითითებების შესრულებით. ექთნის მოვალეობაში შედის პაციენტის მოვლა, დაავადების პროფილაქტიკა, ჯანმრთელობის შენარჩუნება, რეაბილიტაცია და ტანჯვის შემსუბუქება.

საექთნო საქმიანობის ყველა ეტაპზე ექთანი უნდა იყოს კარგი მენეჯერი ლიდერის თვისებებით, პედაგოგი და ფსიქოლოგი.

საექთნო პროცესი





ჯანდაცვის სისტემის თანამედროვე მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად ექთანი უნდა ფლობდეს არა მხოლოდ ჯანმრთელობის ნორმებისა და საექთნო მოვლის საფუძვლების, არამედ ასევე უნდა იცნობდეს პაციენტის ქცევის ფსიქოლოგიური საფუძვლებსაც. უნდა შეეძლოს არა მხოლოდ დაავადების სიმპტომებისა და სინდრომების იდენტიფიცირება, არამედ განსაზღვროს მათი აღმოცენების მიზეზები, შეიმუშაოს პაციენტის მოვლის ინდივიდუალური, კომპლექსური პროგრამა, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება საექიმო დახმარება, საექთნო დაკვირვება, სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება. სწორედ ამ პრინციპებზეა დამყარებული საექთნო პროცესი;

საექთნო პროცესი ეს არის პრობლემზე დაფუძნებული მიდგომა, პაციენტის პრობლემის იდენტიფიცირებისა და მკურნალობის პროცესში. საექთნო პროცესი წარმოადგენს პროფესიონალური და ხარისხიანი საექთნო მოვლის უზრუნველყოფის ძირითადი შემადგენელი ნაწილს;

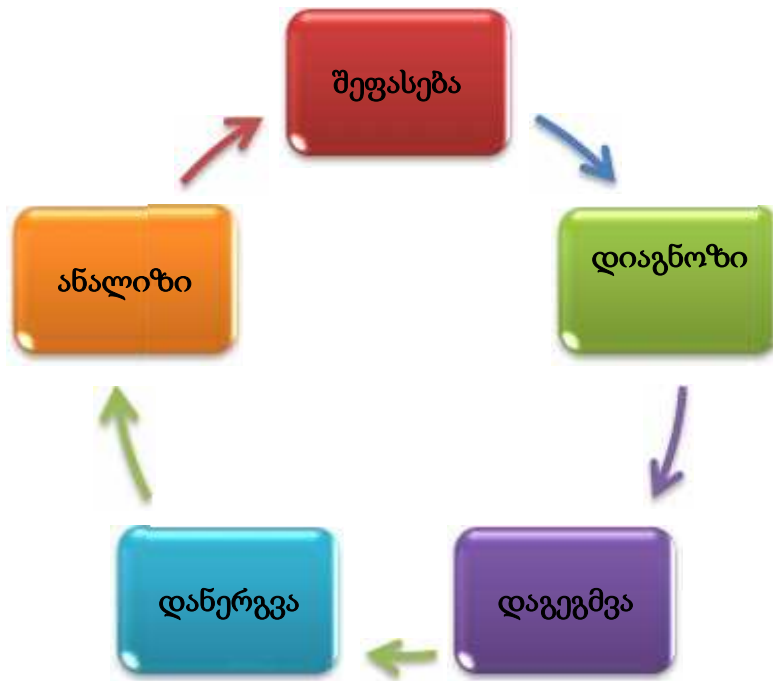
საექთნო პროცესის გამოყენების დროს ექთანი პასუხისმგებელია როგორც პაციენტის ამჟამად აქტუალურ ჯანდაცვის პრობლემებზე, ასევე პოტენციურ გართულებებზე რომელიც შესაძლოა განუვითარდეს პაციენტს. საექთნო პროცესების კონტექსტში საექთნო ღონისძიებები მიმართულია ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე, დაცვაზე და დაავადებების პრევენციაზე.

საექთნო პროცესი მოითხოვს პროფესიონალი ექთნისაგან **კოგნიტურ** (ფიქრი, მსჯელობა) **ფსიქომოტორულ** (კეთება) და **აფექტურ** (გრძნობა, ღირებულება) უნარებს და შესაძლებლობებს .

საექთნო პროცესი გამოიყენება ნებისმიერი სპეციალობის ექთნის მიერ ნებისმიერი ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში

საექთნო პროცესის ფაზები

საექთნო პროცესი წარმოდგენილია ხუთი ფაზით: შეფასება, დიაგნოზი, დაგეგმვა, დანერგვა და ანალიზი;



სურ. N 20 საექთნო პროცესი





შეფასების ფაზა

საექთნო პროცესის პირველი საფეხური არის შეფასება. ეს არის ძირითადი მიმართულების მიმცემი კლინიკური აზროვნებისათვის, აყალიბებს ნდობაზე დაფუძნებულ ურთიერთობას, საფუძველს უყრის პაციენტის მოვლის შემდგომ საფეხურზე გადასვლას, ხაზს უსვამს ადამიანის არსებობის უნიკალურობის კლინიკურ გამოხატულებას, დამყარებულს ექთნის მიერ განხორციელებულ ზრუნვასა და მოვლაზე.

ბველთაგანვე არსებობდა მოვლა_როგორც საქმიანობა და არა პროფესია

მოვლა არის-ავადმყოფის ახალ მდგომარეობასთან შეგუება, ჯანმრთელობის მართვა, შენარჩუნება, სიცოცხლის შემსუბუქება.

მოვლა ჭირდება: ხანდაზმულს, ინვალიდს, დაავადებულს

ექთანი აგროვებს ინფორმაციას პაციენტის ფიზიკური, ფიზიოლოგიური, სოციოლოგიური, ფსიქოლოგიური და სულიერი ინფორმაციის შესახებ. როგორც წესი უმეტეს შემთხვევაში ექთანი აგროვებს ამ ინფორმაციას პაციენტთან კომუნიკაციისა და ინტერვიუს გზით.

ექთანი იწყებს პაციენტის სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების სისტემური შეგროვებას. მისი მიზანია ისეთი გადაწყვეტილების მიღება, სადაც გათვალისწინებულ იქნება არამარტო მანიპულაციის ჩატარება არამედ აქცენტი კეთდება პაციენტის მოვლაზე, ზრუნვაზე;

შეფასება იწყება გასაუბრებით სადაც დგინდება მიზეზი, თუ რატომ ითხოვს პაციენტი სამედიცინო დახმარებას, მსვლელობის პროცესში იკვეთება მიმდინარე დაავადების ანამნეზი, პაციენტის წარსული სამედიცინო ანამნეზი, გარემო პირობები სადაც პაციენტი ცხოვრობს ან იმყოფებოდა, პაციენტის ფსიქოსოციალური ანამნეზი.

ექთანი ავსებს ავადმყოფის საპასპორტო ნაწილს სადაც აღინიშნება ავადმყოფის გვარი, სახელი და მამის სახელი, სქესი, ასაკი, ოჯახური და სოციალური მდგომარეობა, პროფესია, სამუშაო ადგილი, ბინის მისამართი. თითოეული საკითხის ღრმად გამოკვლევას დიდი მნიშვნელობა აქვს დაავადების დიაგნოზის დასმაში.

ჩივილი, ავადმყოფობისა და ცხოვრების ანამნეზი, ფუნქციური სტატუსი, ზოგადი ობიექტური მდგომარეობა და სხვადასხვა ფიზიკური მეთოდით მიღებული მონაცემები, ორგანოთა სისტემების _ სუნთქვის, გულსისხლძარღვთა, საჭმლის მომწელებელი, შარდგამომყოფი, სისხლის, ენდოკრინული, ნერვული და სხვა სისტემის შესახებ.



- **დაავადების ანამნეზი** - არკვევს ახლანდელი დაავადების პირველად გამოვლინებას და მის მიმდინარეობაში ავადმყოფისათვის ცნობილი ნიშნების განვითარების ისტორიას. ანამნეზის მისაღებად ჩივილის მოსმენასთან ერთად ავადმყოფს აძლევენ დამატებით კითხვებს: როდის, სად და როგორ დაეწყო დაავადება; უეცრად თუ თანდათანობით; როგორ ვითარდებოდა იგი; ხომ არ იცვლებოდა მისი გამოვლინებანი, თუ იცვლებოდა, როგორ; რა თანამიმდევრობით ვითარდებოდა;
- **ცხოვრების ანამნეზიც** გამოკითხვით დგინდება. ცხოვრების ანამნეზში შედის: ზოგადი ბიოგრაფიული ცნობები, გადატანილი დაავადებანი, ალერგოლოგიური ანამნეზი, სქესობრივი და ოჯახური ცხოვრების ხასიათი, შრომისა და საყოფაცხოვრებო პირობები, მავნე ჩვევები და სხვა.

ჩივილის მოსასმენად პაციენტს (ლათ. *patien* – ტანჯული, ავადმყოფი) ვუსვამთ ზოგად კითხვას: “რა გაწუხებთ”, “რას უჩივით”. ამას პასუხად მოჰყვება ავადმყოფის ნაამბობი, რაც დამოკიდებულია მის ენაწყლიანობაზე, ინტელექტზე, დაკვირვებულობაზე, თავის განცდებში გარკვევის უნარსა და გუნება-განწყობილებაზე.

ავადმყოფს უფლება უნდა მიეცეთ თავისუფლად გადმოგვცეს დაავადებით გამოწვეული განცდები, თუნდაც იმიტომ, რომ ეს “უმსუბუქებს” მდგომარეობას, იგი ხედავს თავის მიმართ პერსონალის ყურადღებას და მისდამი ნდობით განიმსჭვალება. სამედიცინო პერსონალმა დროულად, ფრთხილად, ძალდაუტანებლად, ტაქტიანად უნდა გადაიზარდოს ავადმყოფის მონოლოგი თბილ საუბარში, გეგმიან გამოკითხვაში. ავადმყოფის მონოლოგის უხეშად შეწყვეტამ შესაძლოა გამოიწვიოს პაციენტთან კომუნიკაციის შეზღუდვა და პროცესის გართულება.

კითხვები მარტივი, გარკვეული და ავადმყოფის გონებრივი განვითარების დონის შესაბამისი უნდა იყოს. მინიშნებული და ორაზროვანი კითხვები დაუშვებელია. კითხვებმა უნდა გააშუქოს ჩივილის მნიშვნელობა, ურთიერთკავშირი და შესაძლებელი მიზეზი.

ზოგადი ხასიათის მიხედვით ჩივილი შეიძლება იყოს:

1. კონკრეტული (ხველა, ქოშინი, შეშუპება, სხეულის ტემპერატურის მომატება) – გვხვდება ორგანოთა გამოხატული ცვლილებების შემთხვევაში;
2. გაურკვეველი (“ვერა ვარ კარგად”, “თითქოს მტკივა”, “გულს ვგრძნობ”) – ქრონიკულ და ფუნქციურ მოშლილობათა შემთხვევაში;



3. მრავალრიცხოვანი, მეტად დეტალიზებული და თანაც გაურკვეველი; ასეთი ჩივილი ახასიათებთ ნევროზიან ავადმყოფებს.

შინაარსის მიხედვით ჩივილი სამგვარია:

1. სხეულის ამა თუ იმ ნაწილის გარეგანი ფორმის, მოცულობის, მდებარეობის ცვლილების (შეშუპება, სიმსივნე);
 2. ორგანოთა ფუნქციის შეცვლის (ქოშინი, ფაღარათი)
 3. არანორმალური შეგრძნებების, ფსიქიკური განცდების (ტკივილი, ცუდი გუნება-განწყობილება) მაჩვენებელი.
- ანამნეზით ირკვევა აგრეთვე, თუ როგორ აფასებს ავადმყოფი დაავადებას, როგორ განიცდის მას.

გასაუბრების შემდეგ ხორციელდება პაციენტის ფიზიკური შეფასება (ინსპექცია, პალპაცია პერკუსია, აუსკულტაცია.) რაც მოიცავს შეფასებას თხემიდან ტერფამდე (Head To Toe Assessment).

სუბიექტური მონაცემები	ობიექტური მონაცემები
სუბიექტური მონაცემები არის ინფორმაცია, რომელიც მეორე პირის მიერ ვერ შეფასდება და გაიზომება	ობიექტური მონაცემები ეს ის მონაცემებია, რომლებიც თქვენ მოიპოვეთ გაზომვით ან თქვენი 5 მგრძნობელობის ორგანოთი
მაგ: პაციენტის სუბიექტური ჩივილები (თავი მტკივა)	მაგ: ტემპერატურა, პულსი, სუნთქვის სიხშირე, წნევა

კითხვები მაგალითისათვის რომლებიც უნდა დავსვათ შეფასების დროს:



- რას უჩივით?
- ეს როდის დაიწყო/მოხდა?
- ადრე მსგავსი რამ მომხდარა?
- რას უკავშირებთ აღნიშნული სიმპტომების დაწყებას, გამწვავებას, შემსუბუქებას?
- არსებობს რამე, რაც ამის გამოსწორებაში გეხმარებათ?



სურ N 22

საექთნო შეფასება შეიძლება ჩატარდეს პაციენტის ყოველდღიური მოვლის დროს, მაგალითად მაგალითად დილის პროცედურების დროს, კანის შეფასებისას ექთანმა შესაძლოა დასვალს დიაგნოზი - ნაწოლი (*შესაბამისი ხარისხი*)

საექთნო დიაგნოზი

საექთნო დიაგნოზი გვეხმარება განვსაზღვროთ პაციენტის საჭიროებები და გვაძლევს მიმართულებას, თუ როგორ მივაწოდოთ განსაზღვრული საჭიროება

საექთნო დიაგნოსტიკის პროცესი მოიცავს პაციენტის შეფასების შედეგად მიღებული ინფორმაციის ანალიზს.

ეს არ არის საექიმო დიაგნოზი!

საექთნო დიაგნოზი- ეს არის ინდივიდის, ოჯახის და საზოგადოების, სიცოცხლის და ჯანმრთელობის, აქტუალური და პოტენციური პრობლემების შესახებ კლინიკური მსჯელობა, რაც უზრუნველყოფს სამედიცინო ჩარევის და დაავადების გამოსავლის შემსუბუქებას. ხშირად ერთ პაციენტს ესმება რამოდენიმე საექთნო დიაგნოზი.

მაგალითად პაციენტის სამედიცინო დიაგნოზია ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, საექთნო დიაგნოზის მაგალითი ამ დაავადების არსებობის შემთხვევაში შესაძლოა იყოს: გაღიზიანებადობა, ხველა. ციანოზი, აქტივობის დაქვეითება და ა.შ



ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება



სურ N 23

საექთნო დიაგნოზის მაგალითებია:

- ბრადიკარდია
- ბრადიპროე
- სასუნთქი გზების გამავლობის დარღვევა
- ციანოზი
- სიფერმკთალე
- ტკივილი
- თვითმოვლის დეფიციტი
- გადაღლა
- ასპირაციის რისკი

მაგალითისათვის ქმედებები რომელთა დანიშვნის (ექიმთან შეთანხმების გარეშე) ან დამოუკიდებლად განხორციელების უფლებაც აქვს ექთანს : ზურგის მასაჟის ჩატარება, პაციენტის გადაბრუნება 2 საათში ერთხელ, პაციენტის დაბანა და ა.შ.



საექთნო დიაგნოზი



სურ N 24

დაგეგმვა

პაციენტის შეფასების და საექთნო დიაგნოზის დასმის შემდეგ მნიშვნელოვანი საფეხურია შემდგომი ქმედების დაგეგმვა, რაც გულისხმობს მანიპულაციებს, გამოკვლევებს და ა.შ. საექთნო პროცესის დაგეგმვა უნდა ეყრდნობოდეს მტკიცებულებაზე დამყარებული მედიცინის მონაცემებს (Evidence Based medicine).

საექთნო პროცესის დაგეგმვის დროს ექთანი პირველ რიგში უზრუნველყოფს სიცოცხლესთან შეუთავსებელი მდგომარეობების შეფასებას (Airway, Breathing, Circulation) სასუნთქი გზების გამავლობა, სუნთქვა ცირკულაცია.

ABC შეფასება



სურ N 25



დაგეგმვის პროცესში უნდა გამოვიყენოთ მასლოუს ადამიანის განვითარების თეორია, სადაც გადანაწილებულია მოთხოვნილებები საფეხურების მიხედვით (თვით შეფასება, და ა.შ)

მასლოუს პირამიდა



სურ N 26

პროცედურის /მანიპულაციის დაგეგმვის დროს ექთანმა უნდა აუხსნას პაციენტს პროცედურის შესახებ, მის ჩატარების აუცილებლობის, არ ჩატარების შემთხვევაში დაავადების გამოსავლის შესახებ, პროცედურის/მანიპულაციის მსვლელობის და შესაძლო გართულების შესახებ (იხ. პაციენტის უფლებები);

თუ დაგეგმვის პროცესში მონაწილეობას ღებულობს როგორც ექთანი ასევე პაციენტი, მოვლის მიზნებისა და ჩარევის სტრატეგიის განვითარების მიზნით, ბევრად უფრო კარგად მიმდინარეობს პროცესი და დაავადების გამოსავალიც უფრო კარგია. (პაციენტი ჩართული უნდა იყოს გამოჯანმრთელების პროცესში!!);

ნებისმიერი ღონისძიებების განსაზღვრისას (მანიპულაციის ჩატარებისას, პაციენტთან შეხებისას) ექთანმა უნდა გაითვალისწინოს შესაძლო რისკ-ფაქტორები და პაციენტზე ორიენტირებული სასურველი გამოსავალი.

ექთანი და პაციენტი ერთად მუშაობენ, რათა განსაზღვრონ პაციენტის მოვლის მიზნები და ჩარევის სტრატეგია, რაც პრობლემას ამცირებს და მიმართულებას აძლევს ექთანთა გუნდის მოქმედებებს



საჭიროა თითოეული პაციენტისთვის შემუშავდეს ინდივიდუალური მოვლის გეგმა და განხორციელდეს მუშაობა სამედიცინო დიაგნოზების გათვალისწინებით.

დანერგვა

დანერგვა- საექთნო პროცესის მეოთხე საფეხურია, რომლის დროსაც ხდება დაგეგმილი ქმედების სისრულეში მოყვანა, სწორედ ამ ეტაპზე ხორციელდება მოვლის გეგმის პრაქტიკული განხორციელება. ის მოიცავს არამარტო ინვაზიურ თუ არაინვაზიურ ჩარევას, არამედ პაციენტის განათლებასაც, გამომდინარე აქედან საექთნო პროცესის ეს საფეხური შესაძლებელია მიმდინარეობდეს საკმაოდ ხანგრძლივ დროშიც (რამოდენიმე საათი, დღე, კვირა თვეც კი);

საექთნო ინტერვენცია გულისხმობს როგორც პირდაპირ ისე არაპირდაპირ ჩარევას ექთნის მხრიდან პაციენტის გამოჯანმრთელებაში.

ინტერვენციის შერჩევის დროს ექთანმა უნდა გაითვალისწინოს შემდეგი:

1. პაციენტის სურვილი აღნიშნული დაავადების გამოსავალზე
2. საექთნო დიაგნოზი
3. ინტერვენცია რომელიც ასოცირებულია კვლევაზე (ინტერვენცია ტარდება სამედიცინო კვლევისათვის)
4. პაციენტის დამყოლობა (აქვს სურვილი ინტერვენცია)
5. საექთნო შესაძლებლობები

ინტერვენცია მოიცავს ფსიქოლოგიურ, ფსიქოციალურ ინტერვენციას, ასევე დაავადების მკურნალობას, პრევენციას და ჯანმრთელობის ხელშეწყობას.

აუცილებელია საექთნო ინტერვენციის ფარგლებში გატარდეს სპეციფიური ინდივიდუალური გეგმა თითოეული პაციენტისათვის

თითოეული ინტერვენცია უნდა განხორციელდეს პაციენტის უფლებებისა და უსაფრთხოების სტანდარტის გათვალისწინებით.

საექთნო პროცესის განხორციელება



- ნაზოგასტრული ზონდირება
- ტრაქეის სანაცია
- პაციენტის განათლება
- ნექციები
- ნაწოლების პრევენცია
- პაციენტის ტრანსპორტირება
- პაციენტის კვება
- ემოციური მხარდაჭერა
- და ა შ



სურ 27

ანალიზი

საექთნო პროცესის მეხუთე საფეხურია ანალიზი, როდესაც ხდება იმის განსაზღვრა, თუ რამდენად იქნა მიღწეული დასახული მიზნის გამოსავალი/შედეგი.

პაციენტის ხელახალი შეფასება იმ მონაცემთა მოპოვების მიზნით, რომლებიც ასახავენ პაციენტის ორგანიზმის რეაქციას საექთნო ქმედებებზე.

საექთნო პროცესის ანალიზის საფეხური-გამომჟღავნებს, რატომ იყო ექთნის გეგმა წარმატებული ან წარუმატებელი, შეფასდება ჩარევის ეფექტურობის ხარისხი (მაგალითად შემცირდა თუ არა ტკივილის ინტენსივობა ჭრილობის დამუშავების შემდეგ?)

საექთნო პროცესის ამ ეტაპზე ხდება მოვლის გეგმაში ცვლილებების შეტანა, განმეორებითი გეგმის შემუშავების პროცესში პრიორიტეტების განსაზღვრა.

ცვლილებები შეიძლება განპირობებული იყოს მიზნის სრული ან ნაწილობრივი მიღწევით ან წარუმატებლობით.



კითხვები გამეორებისათვის



1. საექთნო პროცესის შემადგენელი ნაწილებია
 - ა. საექთნო დიაგნოზი, დაგეგმვა, დანერგვა და ანალიზი
 - ბ. შეფასება, საექთნო დიაგნოზი, დაგეგმვა, დანერგვა და ანალიზი
 - გ. შეფასება, დაგეგმვა, დანერგვა და ანალიზი

2. საექთნო პროცესის საფეხურია როდესაც ხდება იმის განსაზღვრა, თუ რამდენად იქნა მიღწეული დასახული მიზნის გამოსავალი/შედეგი.
 - ა. შეფასება
 - ბ. საექთნო დიაგნოზი
 - გ. ანალიზი

3. საექთნო დიაგნოზია
 - ა. ბრონქული ასთმა
 - ბ. ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება
 - გ. ბრადიკარდია/ბრადიპნოე



ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობი რეკომენდაციების მიწოდებაპაციენტისა და მისი ოჯახის წევრებისათვის

ჯანმრთელობა განმარტებულია, როგორც ისეთი მდგომარეობა, რომელიც აერთიანებს სრული ფიზიკურ, ფსიქიკურ და სოციალურ კეთილდღეობას (ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია);

ჯანმრთელობის დამკვიდრებისა და დაავადებათა პრევენციის მთავარი ამოცანაა არა მხოლოდ წლები დაეუმატოთ სიცოცხლეს, არამედ უფრო მნიშვნელოვანია სიცოცხლე დაეუმატოთ წლებს;

ჯანმრთელობის ხელშეწყობა (ჯანმრთელობის პროპაგანდა) არის საზოგადოებაზე ორიენტირებული საექთნო პრაქტიკის შემადგენელი ნაწილი, რომლის მიზანია მოსახლეობაში ოპტიმალური ჯანმრთელობის მიღწევა და შენარჩუნება.

ეს არის ხელოვნება ან თუნდაც მეცნიერება, რომელიც ეხმარება ადამიანებს ცხოვრების წესის შეცვლაში ჯანმრთელობის მისაღწევად.

ჯანმრთელობის დამკვიდრების მოდელი



პრევენცია ნიშნავს დაავადების, ტრამვის და ინვალიდობის განვითარების რისკის შემცირებას;



პრევენცია უნდა აუმჯობესებდეს ცხოვრების ხარისხს; პრევენტული ღონისძიება შეთანხმებული უნდა იყოს პაციენტთან;მ პრევენტული ღონისძიება არ უნდა გულისხმობდეს ექიმზე დამოკიდებულებას ან ავადმყოფურ ქცევას;

- **პირველადი პრევენცია** გულისხმობს დაავადების გამომწვევ მიზეზებზე ზემოქმედებას დამ ის აღმოფხვრას, რაც დაავადების აღმოცენებას უშლის ხელს. ზოგად პრაქტიკაში პირველადი პრევენციის მაგალითებია: იმუნიზაცია, მოსახლეობის სანიტარული განათლება (მაგ. თამბაქოს მავნეობის შესახებ);

იგი წინ უსწრებს დაავადებას და ტარდება პაციენტზე, რომელიც ფიზიკურად და ემოციურად ჯანმრთელია

მაგ: იმუნიზაცია, მოსახლეობის სანიტარული განათლება (მაგ. თამბაქოს მავნეობის შესახებ) ,

ანტენატალური პრევენცია- ორსულობის პერიოდში თამბაქოს და ალკოჰოლის თავიდან აცილება, ბავშვთა განვითარების შეფასება.

მოზარდებში - კონტრაცეპცია, უსაფრთხო სექსი, ტოქსიკომანია, იმუნიზაცია

მოზრდილები - თამბაქო, ალკოჰოლი, დიეტა, ვარჯიში, კონტრაცეპცია

მოდIFIცირებული რისკ ფაქტორი	არამოდIFIცირებული რისკ ფაქტორი
	



- **მეორეული პრევენციის** მიზანია დაავადების გამოვლინება, შეუქცევადი ცვლილებებისა და დაზიანების განვითარებამდე. ამისი მაგალითებია _ სკრინინგი საშვილოსნოს ყელის კიბოს ან ჰიპერტენზიის გამოსავლენად და ა. შ;
მისი მიზანია დაავადების გამოვლენა, ადრეულ ასიმპტომურ სტადიაზე, შეუქცევადი ცვლილებების განვითარებამდე;
მაგალითად: სკრინინგ ტესტები რისკის ჯგუფის პაციენტებში;

რისკ ფაქტორი - ეს არის ნებისმიერი სიტუაცია, ჩვევა, სოციალური ან გარემო ფაქტორი, ფიზიოლოგიური ან ფსიქოლოგიური მდგომარეობა, განვითარების, ინტელექტუალური, ან სულიერი მდგომარეობა, რომელიც ზრდის ინდივიდის ან ადამიანთა ჯგუფის მიდრეკილებას დაავადებისადმი ან უბედური შემთხვევისადმი. რისკ ფაქტორის არსებობა არ ნიშნავს, რომ დაავადება აუცილებლად განვითარდება, მაგრამ იგი ზრდის მისი განვითარების შანსს.

რისკ ფაქტორები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ექთნის მიერ პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებაში.

რისკ ფაქტორებ არის ორი სახის : მოდიფიცირებადი (რომელთა შეცვლა შესაძლებელია, მაგალითად - სწორი კვება, ფიზიკური ვარჯიშ და ა.შ) და არამოდიფიცირებადი (რომელთა შეცვლა შეუძლებელია, მაგ: გენეტიკური ან მემკვიდრეობითი განწყობა რაიმე დაავადებისადმი, ასაკი, სქესი და ა.შ)

სკრინინგი გულისხმობს ასიმპტომურ პირთა გასინჯვას, გამოკითხვასა და გამოკვლევას, დაავადების არსებობის ან არარსებობის დადგენის მიზნით

- უარყოფითი ტესტი - ნიშნავს რომ პაციენტი არის ჯანმრთელი;
- დადებითი ტესტი- ნიშნავს რომ პაციენტი არის არაჯანმრთელი;

სკრინინგის მაგალითებია - არტერიული წნევა, სისხლის ანალიზი, მამოგრაფია, ძვლის დენსიტომეტრია, კოლონოსკოპია, გლუკოზის განსაზღვრა უზმოდ, კანის შემოწმება მელანომაზე

დენსიტომეტრია



	<p>დენსიტომეტრია – (ლათ. Densitas – სიმკვრივე) ძვლის მინერალური სიმკვრივის განსაზღვრის მეთოდი, რომელიც დამყარებულია რენტგენის სხივების გავლისას ძვლის ქსოვილში.</p>
<p>სურ N 29</p>	

პაპ ტესტი (პაპა ნიკოლაუს ტესტი) - საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი საშუალებას იძლევა, გამოვლენილ იქნეს ყოველგვარი კიბოსწინარე დაავადება და ინფექცია.

ტესტის საშუალებით ვლინდება საშვილოსნოს ყელის კიბოს განვითარების ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზით – ადამიანის პაპილომა ვირუსით გამოწვეული ცვლილებები.

ამდენად, საშვილოსნოს ყელის კიბოს სკრინინგი ავთვისებიანი სიმსივნისგან თავის დაცვის საუკეთესო საშუალებაა!

რა უნდა ურჩიოს ექთანმა პაციენტს პაპ ტესტი წინ:

ნაცხის აღების წინ გამოსაკვლევემა პირმა არ უნდა..

-მიიღოს დუში

-გამოიყენოს ვაგინალური მედიკამენტები

უნდა შეწყვიტოს სქესობრივი ურთიერთობა სულ მცირე 24 საათით ადრე

აღნიშნული ნაცხის აღება ხდება საშვილოსნოს ყელის არხიდან სპეციალური ჩხირის საშუალებით

საქართველოში სკრინინგის პროგრამის ფარგლებში ხორციელდება

- ძუძუს გამოკვლევები - 40-დან 70 წლამდე
- საშვილოსნოს ყელის გამოკვლევები - 25-დან 60 წლამდე
- მსხვილი ნაწლავის გამოკვლევები - 50-დან 70 წლამდე
- პროსტატის გამოკვლევა - 50-დან 70 წლამდე



- **მესამეული პრევენციის** მიზანია ჩამოყალიბებული დაავადების კონტროლი და მართვა, ინვალიდობისა და შრომისუნარობის თავიდან ასაცილებლად. მაგ. დიაბეტური გართულებების მესამეული პრევენცია დაავადებულ პაციენტზე ხანგრძლივ მეთვალყურეობასა და სიმპტომების მკაცრ მონიტორინგს გულისხმობს. უკვე არსებული დაავადების მკურნალობა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

მაგალითად შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ პაციენტს ვასწავლოთ პაციენტს და ოჯახის წევრებს როგორ იკვებოს სწორად, როგორ შეამოწმოს შაქრის დონე სისხლში, როგორ მიიღოს მედიკამენტი (აბი ან ინექცია), როგორ მოუაროს ტერფს, კანს, ღრძილებს როგორ მოიქცეს სხვა პრობლემების (ავადობის) შემთხვევაში, როგორ აკონტროლოს შაქრის დონე ვარჯიშის დროს, როგორ მოიქცეს მოგზაურობის დროს

ვასწავლოთ პაციენტის და ოჯახის წევრების განათლება, ჰიპო და ჰიპერგლიკემიის ნიშნების ამოცნობა და პირველადი დახმარება

ავუხსნათ რომ ბალანსირებულად კვება არ ნიშნავს მიიღოს გემრიელი საკვები, პაციენტს შეუძლია მიირთვას ყველაფერი, მაგრამ უნდა შეარჩიოს მისთვის საჭირო რაოდენობა, კვება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როცა პაციენტი ინსულინზეა საკვები უნდა იყოს მრავალფეროვანი, მიიღოს ხილი, ბოსტნეული, მიიღოს ცილა ყოველდღე (ხორცი, კვერცხი, რძის პროდუქტები), თხევადი ცხიმები, მოხარშული საკვები და აუცილებლად ითვალოს კალორიები!!

ვასწავლოთ პაციენტს გლუკომეტრის გამოყენება

კანისა და ღრძილების მოვლა



- გამოიყენოს რბილი საპონი და თბილი წყალი,
- არ გამოიყენოს ალკოჰოლი ან იოდი ჭრილობის დასამუშავებლად,
- მიაკითხოს კბილის ექიმს ყოველ 6 თვეში ერთხელ

სურ N 30



ფეხის ტერფის მოვლა



- შეიმოწმოს ტერფი ყოველდღე
კარგად რომ დაათვალიეროს
ტერფი, გამოიყენოს სარკე
ფეხის ფრჩხილები დაიჭრას
სწორად არ დაინოტიოს ტერფი
არ იაროს ფეხშიშველმა იხმაროს
მოხერხებული წინდები (რეზინის
გარეშე) და ფეხსაცმელი
- რეგულარულად ჩაიტაროს
პოდიატრისტის კონსულტაცია

სურ N 31



კითხვები გამეორებისათვის



კანი

1. თქვენ ასწავლით დიაბეტით დაავადებულ პაციენტს ტერფის მოვლას, აუცილებელია სწავლება მოიცავდეს:
 - ა. დაირბილეთ ფეხები ცხელ წყალში, სანამ შეეცდებით მოცილოთ გაუხეშებული
 - ბ. იარეთ ფეხშიშველმა სახლში, რათა ფეხებს მოხვდეს ჰაერი
 - გ. შეამოწმეთ ჩაცმის წინ რამე უცხო საგანი ხომ არ არის ფეხსაცმელში
2. რა არის ჯანმრთელობის პრევენცია?
 - ა. ჯანმრთელობის პრევენცია არის დაავადების, ტრავმის, ინვალიდობის განვითარების რისკის შემცირება
 - ბ. ჯანმრთელობის პრევენცია არის დაავადების მკურნალობა
 - გ. ჯანმრთელობის პრევენცია არის ორგანიზმის დაცვა დაავადებისგან
3. სკრინინგის მიზანია:
 - ა. დაავადების გამომწვევი მიზეზის იდენტიფიცირება და მისი აღმოფხვრა
 - ბ. დაავადების გამოვლენა ადრეულ ასიმპტომურ სტადიაზე
 - გ. უკვე არსებული დაავადების მკურნალობა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება



დანართი N 1

ეთიკური კოდექსი

ამერიკის ექთანთა ასოციაცია

1. ყველა პროფესიონალმა პრაქტიკოსმა ექთანმა, თანაგრძნობითა და პასუხისმგებლობით, ჩვეული ღირსებითა და ღირებულებით, თითოეულის ინდივიდუალურობით, სოციალური და ეკონომიური სტატუსის მიუხედავად უნდა განიხილოს თითოეული პაციენტი.
2. ექთნის პირველადი ვალდებულებაა პაციენტი, მისი ინდივიდუალურობა, მისი ოჯახი, ჯგუფი ან თემი.
3. ექთანი უზრუნველყოფს პაციენტის დაცვას, უსაფრთხოებას და მის უფლებებს.
4. პასუხისმგებელია საექთნო პროფესიონალიზმზე, და ვალდებულია განახორციელოს შესაფერისი დახმარება, ოპტიმალური ჯანმრთელობის მიღებისათვის.
5. ყოველდღიური პასუხისმგებლობისა და ღირსების დაცვით, განსაზღვროს პაციენტის კონფიდენციალურობა, და განაგრძონ პროფესიონალური და პერსონალური ზრდა.
6. ექთანმა მონაწილეობა უნდა მიიღოს ჯანდაცვის განვითარების აღმოცენებაში, განსაზღვრაში და გაუმჯობესებაში.
7. ექთანი_ განიცდის მუდმივ პროფესიონალურ ზრდას, პროფესიულ განვითარებას, ადმინისტრირებასა, და ცოდნის გაუმჯობესებას.
8. ექთანთან თანამშრომლობა, აგრეთვე სხვა პროფესიონალებთან, ნაციონალური, ინტერნაციონალური ძალისხმევა განაპირობებს შესაფერის ჯანდაცვას.
9. პროფესიონალი ექთანი_ ასოციაციის წევრი, პასუხისმგებელია საექთნო ღირებულებებზე, იმისათვის რომ განსაზღვროს პროფესიული და პრაქტიკული ღირებულება, რაც განაპირობებს სოციალურ დაცვას.



კითხვები გამეორებისათვის

პასუხები

თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის
პრინციპები

1.ა

2.ბ

3.გ

პაციენტის უფლებები

1.ა

2.ბ

3.გ

კომუნიკაცია საექთნო საქმეში

1.ბ

2.გ

3.ა

საექთნო პროცესი

1.ბ

2.გ

3.გ

ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა

1.ა

2.ა

3.ბ



განათლების ხარისხის განვითარების
ეროვნული ცენტრი

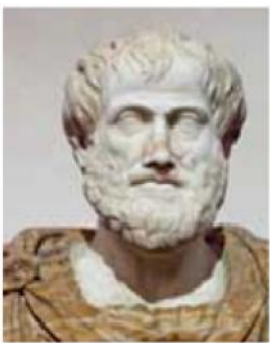


სამედიცინო ტერმინოლოგია და დოკუმენტაცია საექთნო საქმეში



სამედიცინო ტერმინთა კლასიფიკაცია წარმოშობის მიხედვით

მედიცინა მეცნიერების ერთ-ერთი წამყვანი და უძველესი დარგია. სამედიცინო ტერმინოლოგია იქმნებოდა და ყალიბდებოდა მსოფლიო მედიცინის მრავალსაუკუნოვანი განვითარების მანძილზე. ჩვენამდე მოღწეულია ძვ. წ. VI ს. სამედიცინო ტექსტები. ჰიპოკრატეს კრებულში (მოღვაწეობდა ძვ. წ. 460-377წწ) შესულია სამედიცინო ბერძნული ტერმინები მაგ: ბრონქიტი, ეპიდემია, ჰერპესი, კომა და სხვა. არისტოტელეს (ძვ. წ. 384-322 წწ) თხზულებიდანაა ამოღებული აორტა, ტრაქეა, პანკრეასი.



არისტოტელე

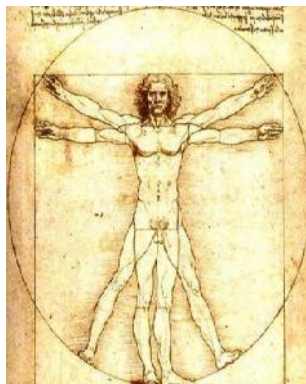


პლატონი



ჰიპოკრატე

თანდათან დაიწყო ბერძნულ ტერმინთა გალათინურება, იცვლება სიტყვათა დაბოლოებებიც. ფეოდალიზმის პერიოდში კი სახელი გაითქვა აღმოსავლურმა მედიცინამ (არაბეთი, ირანი, შუა აზია) მაგ: არაბულია -ელექსირი, ალკოჰოლ ალორძინების ეპოქაში (რენესანსის ეპოქა XV -XVI სს) დაიწყო სამედიცინო ტერმინოლოგიის ჩამოყალიბება.





განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი



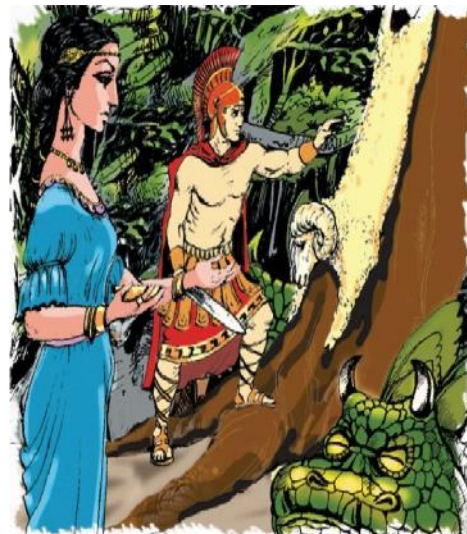
დღესაც არის ბაზისი ძველი ბერძნული და ლათინური ენები, რომლის საფუძველზე იწარმოება ახალი სამედიცინო ტერმინები.

XVIII საუკუნეში რუსეთში პეტრე პირველმა გახსნა პირველი საჰოსპიტალო სკოლა. იმ დროიდან დამკვიდრდა სიტყვები: მედიკოსი, მედიცინა, რეცეპტი, ნერვი, პაციენტი, პულსი, ამპულა, ანგინა.



XIX საუკუნეში რუსულ სამედიცინო ლექსიკაში დამკვიდრდა ტერმინები: აბორტი, იმუნიტეტი, ინფექცია, ინფარქტი.

საქართველოში კოლხი ქალის მედეას სახელთან არის დაკავშირებული ქართული მედიცინის ისტორია.





განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი



ჩვენი წინაპრები იცნობდნენ სამკურნალო მცენარეებს (ნიორი, კამის ღერო, სხვადასხვა მცენარეების ფესვები და სხვა), იყენებდნენ თევზის ქონს. იცოდნენ სამკურნალო თვისებები მინერალური წყლების. V საუკუნის ლიტერატურულ ნაწარმოებში „შუმანიკის წამება“ გამოყენებულია სიტყვა წამალი (სალბუნი დაადო).



VI საუკუნეში დავით გარეჯელი, შიო მღვიმელი ლოცვა - კურთხევით ხალხს მკურნალობდნენ მინერალური სამკურნალო წყლებით .

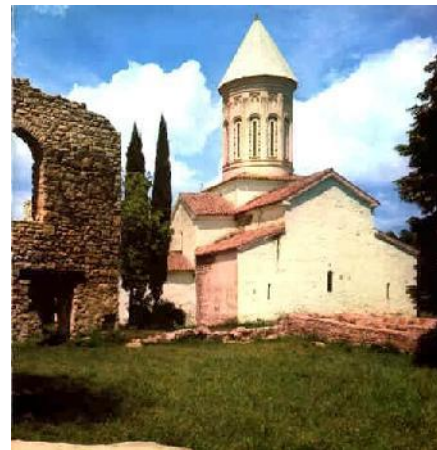




განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი



გელათისა და იყალთოს აკადემიებში ისწავლებოდა მედიცინა და იწერებოდა სპეციალური სახელმძღვანელოები.



სამედიცინო ძეგლებიდან აღსანიშნავია კანანელის „უსწორო კარაბადინი“, ზაზა ფანასკერტელ-ციციშვილის „სამკურნალო წიგნი-კარაბადინი“.



დავით ბატონიშვილის

„იადგარ დაუდი“.



ქართული ტერმინებია: ბნედა (გულის წასვლა), ავი ქარი (რევმატიზმი), დიდი ხველა (ყვიანახველა), ზურგის მძივი (ხერხემლის მალა), მღიერი (მუნი), ყია (ყელის ხორხი).



ზაზა ფანასკერტელის წიგნში უკვე გვხვდება წურბელა, ოყნა, კოტომები - მათი გამოყენება.

XIX საუკუნიდან დიდი ყურადღება ექცევა ქართული ტერმინების შექმნას.



სამედიცინო ტერმინოლოგიაში გამოიყოფა შემდეგი ჯგუფები წარმოშობა - წარმომავლობის მიხედვით

1. ქართული სიტყვები
2. კლასიკური ენებიდან ნასესხები (ლათინური, ბერძნული)
3. სხვა ენებიდან ნასესხები

ძველ ქართულ ლექსიკას დღეს სამედიცინო ენა ნაკლებად იყენებს. თუმცა არის ისეთი ქართული სიტყვები, რომელსაც დღესაც ვიყენებთ. ქართული სიტყვებია - მაგ: სისხლდენა, გულისრევა, ღებინება, ქოშინი, უმადობა, ხიხინი, შეშუპება და სხვა. მკურნალობის მეთოდები: აცრა, სინჯი, დათესვა, შეშხაპუნება. სამედიცინო ხელსაწყოები: კოტომები, ოყნა, ლახტი, სიცხის საზომი, წნევის საზომი. სამკურნალწამლო საშუალებები: ნაყენი, მალამო, ფხვნილი, ხსნარი, გამხსნელი.





კლასიკური ენებიდან ნასესხები სამედიცინო ტერმინები მაგ: ბერძნულია- ანემია, აპენდიციტი, ბრონქიტი. ლათინურია- აბორტი, ადრენალინი, ამპუტაცია. ბევრია ჰიბრიდული სიტყვები (ერთი ნაწილი ბერძნულია, მეორე კი ლათინური) მაგ: ავიტამინოზი (ა-ბერძნული, ვიტამინ-ლათინური).

სხვა ენებიდან ნასესხები სამედიცინო ტერმინებია მაგ: ფრანგული წარმოშობისაა -დრენაჟი, ზონდი, შამპუნი, მასაჟი, მაკიაჟი. ინგლისური წარმოშობისაა - შოკი, ბლოკადა, დოპინგი. გერმანული- შპრიცი, კურორტი, ბორმანქანა. იტალიური- მალარია. ჰოლანდიური- სკორბუტი. არაევროპული ენებიდან არაბული- აბი, ექიმი, ალკოჰოლი.



სამედიცინო ტერმინებში გამოყოფთ ექვს თემატურ ჯგუფს:

1. სამედიცინო დარგების, ამ დარგის მუშაკთა და სამკურნალო დაწესებულებების დასახელება

სამედიცინო დარგებია: ალერგოლოგია- მეცნიერება ალერგიული დაავადების შესახებ, დერმატოლოგია- კანის დაავადების შემსწავლელი მეცნიერება, გასტროენტეროლოგია - საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებების შესახებ, პროქტოლოგია - მსხვილი და სწორი ნაწლავის დაავადებების შესახებ, ენდოკრინოლოგია - მეცნიერება შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების შესახებ, თერაპია -შინაგანი დაავადების შესახებ, კარდიოლოგია - გულის დაავადებათა შემსწავლელი მეცნიერება, მამოლოგია - სარძევე ჯირკვლების დაავადებათა შესახებ, ონკოლოგია - მოძღვრება სიმსივნეთა შესახებ, პედიატრია - მეცნიერება ბავშვის დაავადების შესახებ, ანესთეზიოლოგია - გაუტკივარების შესახებ, ქირურგია - სისხლიანი და



განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი



უსისხლო ოპერაციული მკურნალობის მეთოდების შემსწავლელი დარგი, ტოქსიკოლოგია - მოძღვრება შხამებზე, უროლოგია - მეცნიერება შარდ-სასქესო გზების დაავადების შესახებ.

სამედიცინო დარგის მუშაკთა დასახელება: ალერგოლოგი, დერმატოლოგი, გასტროენტეროლოგი, პროქტოლოგი, ენდოკრინოლოგი, თერაპეტი, კარდიოლოგი, მამოლოგი, ონკოლოგი, პედიატრი, ანესთეზიოლოგი, ქირურგი და სხვა.



სამკურნალო დაწესებულებები:

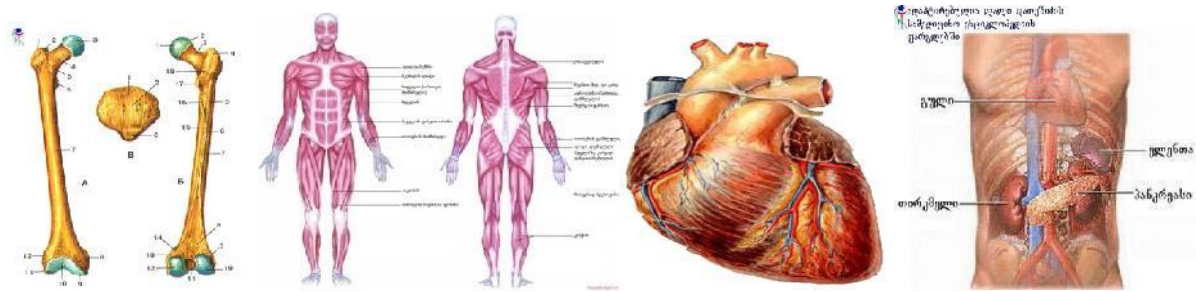
ამბულატორია, კლინიკა, პოლიკლინიკა, საავადმყოფო (სტაციონარი), გადაუდებელი სასწრაფო სამედიცინო დახმარება, ლაბორატორია. გარდა ამისა არსებობს აგრეთვე სამშობიარო სახლი, კონსულტაციები, სამედიცინო პუნქტები, აფთიაქი.





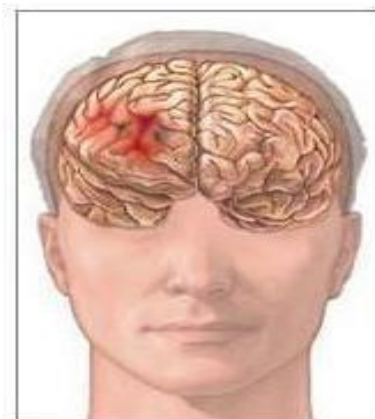
2. ორგანოთა და სხეულთა ნაწილთა დასახელება

ძვლები, კუნთები, სახსრები, საჭმლის მომნელებელი აპარატი, სასუნთქი აპარატი, მუცლის ღრუ, უსადინარო ჯირკვლები, გულის პერანგი (პერიკარდიუმი) და გული, არტერია და ვენები, ლიმფური სისტემა, ელენთა, ცენტრალური ნერვული სისტემა, პერიფერიული ნერვული სისტემა, გრძნობათა ორგანოები (მხედველობა, სმენა, ყნოსვა, გემოვნება), კანი.



3. ავადმყოფობათა და მათი კლინიკური გამოვლინების ფორმათა დასახელება

ამ ჯგუფში შედის დაავადებები და სიმპტომები მაგ: გასტროენტეროლოგია (კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება, გასტრიტი, პანკრეატიტი), ქირურგია (შინაგანი სისხლდენა, მწვავე აპენდიციტი, ჩაჭედილი თიაქარი), ნეიროქირურგია (ქალა-ტვინის ტრავმა, შერყევა, დაჟეჟილობა). ამ ჯგუფში შედის აგრეთვე სიმპტომები (დაავადების დამახასიათებელი ნიშნები) და სინდრომები (დაავადების დამახასიათებელი ნიშნების ანუ სიმპტომების ერთობლიობა).



ჰემატომა თავის ტვინში



4. დაავადების პროფილაქტიკის, სადიაგნოსტიკო - კვლევითი და მკურნალობის მეთოდთა დასახელება

პროფილაქტიკური მეთოდებია: აცრა, იმუნიზაცია, დეზინფექცია. სადიაგნოსტიკო - კვლევითი მეთოდებია: პალპაცია, პუნქცია, პერკუსია, აუსკულტაცია, ლაბორატორიული ანალიზი (სისხლი, შარდი, განავალი, ნახველი), კარდიოგრაფია, ცისტოსკოპია. მკურნალობის მეთოდებია: დიეტოთერაპია, ვიტამინოთერაპია, ფიზიოთერაპია, ფსიქოთერაპია, ქიმიოთერაპია.



5. სამკურნალო საშუალებების დასახელება

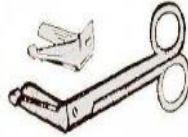
ეს საშუალებები იყოფა ფორმის მიხედვით: მყარი (ფხვნილი, აბი, ტაბლეტი, დრაჟე), რბილი (მალამო, პასტები), თხიერი (ხსნარი, ნაყენი, სიროფი, ნახარში). მიღების ფორმის მიხედვით არის გარეგანი და შინაგანი.





6. სამედიცინო ხელსაწყო - აპარატურის დასახელება

სკალპერი, მაკრატელი, პინცეტი, ზონდი, სისხლდენის შემაჩერებელი მომჭერი, ნემსის დამჭერი, შპრიცები და სხვა.

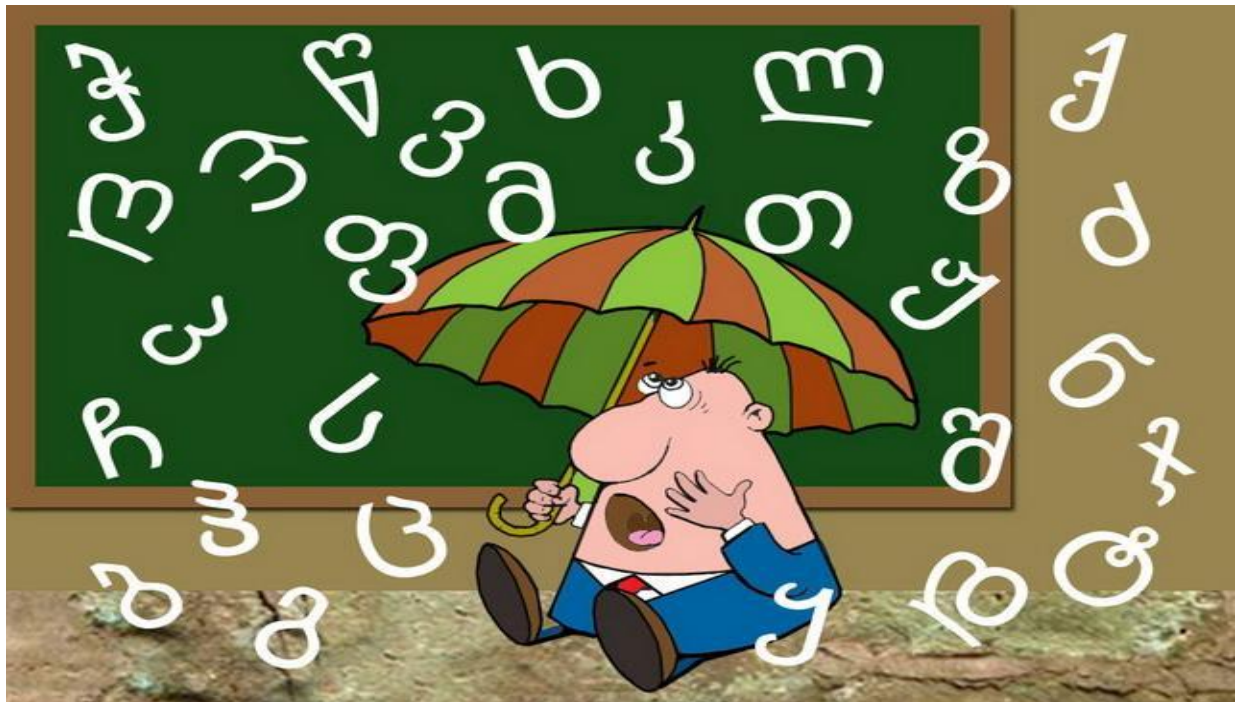


სურ.19-41-ლი ნაჭევს პოსტნული მკერაგლი



სამედიცინო ტერმინოლოგიის ორთოგრაფიის პრობლემები

ტერმინოლოგიის გამოყენების დროს ხშირად ქართული სალიტერატურო ენების ნორმები და ტერმინები არასწორად (შეცდომით) არის გამოყენებული.





ამის მაგალითებია; ფ - ს ნაცვლად - ჰ, თ - ს ნაცვლად - ტ, ქ - ს ნაცვლად - ხ,

ჰ - ს ნაცვლად - გ. მაგ:

ეხინოკოკი სწორია ექინოკოკი

ალკოგოლი ალკოჰოლი

ტახიკარდია ტაქიკარდია

გორმონი ჰორმონი

ზოგჯერ ტერმინები არის შეცდომით მაგ:

ნევრული სწორია ნერვული

ტრამვა ტრავმა

ტრამვირებული ტრავმირებული

ეთიოლოგია ეტიოლოგია

ტუბერკულიოზი ტუბერკულოზი

სიკვდილობა სიკვდილიანობა

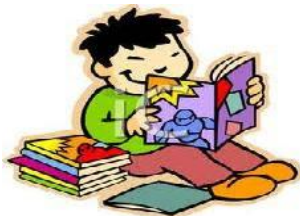
ლაბრატორია ლაბორატორია





ცნობილია, რომ სამედიცინო ტერმინებში ჭარბობს კლასიკური ენებიდან ნასესხები სიტყვები, მაგრამ რუსული გავლენით ხშირად ფ, თ, ქ, ჰ -ს ნაცვლად იყენებენ ჰ, ტ, ხ, გ -ს. მაგ:

გაიმორიტი	სწორია	ჰაიმორიტი
გისტოლოგია		ჰისტოლოგია
გიპერტონია		ჰიპერტონია
გორმონი		ჰორმონი
ატროპია		ატროფია
ჰიზიოლოგია		ფიზიოლოგია
ანტისეფტიკა		ანტისეპტიკა
ეფიდემია		ეპიდემია
ეფითელიუმი		ეპითელიუმი
ბრონხები		ბრონქები
ეხინოკოკი		ექინოკოკი
ხოლერა		ქოლერა
ფსიხოზი		ფსიქოზი
ხირურგი		ქირურგი
რახიტი		რაქიტი
ხოლეცისტიტი		ქოლეცისტიტი
სქლერა		სკლერა





სადაც ლათინურად არის **th** ქართულად იწერება როგორც **თ**

t ----- **ტ**

მაგ:

ანესტეზია	სწორია	ანესთეზია
აპატია		აპათია
ტრომბი		თრომბი
ფსიქოპატია		ფსიქოპათია
პათოლოგია		პათოლოგია
ადაპტაცია		ადაპტაცია
ათროპია		ატროფია
ოსტეოქონდროზი		ოსტეოქონდროზი
მეტასტაზი		მეტასტაზი
ეთიოლოგია		ეტიოლოგია





ლათინური - **C** ქართულში იკითხება ხან - **ც**, ხან - **კ** .

იქ სადაც ლაპარაკია ნერვსა და ნერვებზე იგულისხმება ლათინურად - **ნერვუს**,
ბერძნულად - **ნეურონ**, ქართულში მიღებულია - **ნევრ** .

ნერვოზი სწორია ნევროზი

ნერვოლოგია ნევროლოგია

ნერვოპათოლოგი ნევროპათოლოგი

იქ სადაც გვხვდება - **ps** უნდა იყოს ქართულში - **ფს**. მაგ:

პეპსინი სწორია პეფსინი

ეპილეპსია ეპილეფსია

პსიქოზი ფსიქოზი

cs, ks (x) უნდა იყოს ქართულში - **ქს**. მაგ:

აპენდიკსი სწორია აპენდიქსი

ინტოქსიკაცია ინტოქსიკაცია

მიქსტურა მიქსტურა

ტოქსიკური ტოქსიკური



ct, kt ქართულში უნდა იყოს - **ქტ**. მაგ: აფექტი, აქტი, ბაქტერია, ინსტიქტი, ეფექტი, ეფექტური, კონტაქტი, ინფარქტი, ტრაქტი.

სადაც ლათინურად წერია - **cc** უნდა იყოს ქართულად - **ქც** (არა **კც**) მაგ:

ვაკცინა	სწორია	ვაქცინა
ინფეცია		ინფექცია
რეაცია		რეაქცია
ინეცია		ინექცია
ფუნკცია		ფუნქცია
დეზინფეცია		დეზინფექცია

ლათინურად - **qv** იკითხება ქართულად - **კვ** (არა **ქვ**). მაგ:

ადექვატური	სწორია	ადეკვატური
ქვალიფიკაცია		კვალიფიკაცია
ტრანქვილიზატორი		ტრანკვილიზატორი

ბევრ რუსულ ტერმინებში გამოიყენება **я, е, ю, ля, лю, ея, ия**

я - ქართულად - **ია** მაგ: იატროგენია, ბრილიანტის მწვანე.

е - ქართულად - **ოე**

ля - ქართულად - **ლა** მაგ: ასიმილაცია, დისიმილაცია, ეპილაცია.

лю - ქართულად - **ლუ** მაგ: გლუკოზა, ილუზია, ჰალუცინაცია.

ея - ქართულად - **ეა** (არა **ეია**)

ия - ქართულად - **ია** (არა **იია**) მაგ: ანემია ფიქსაცია, ავტოფსია.



რუსულში არსებობს უმახვილო - **О** და იკითხება - **ა** ან საერთოდ იკარგება. ქართულში კი ის დარჩება როგორც - **ო**. მაგ: აეროზოლი, კომპრესი, კონტუზია, ლაბორატორია, ჰისტოლოგია, სოლარიუმი.

ხშირად სამედიცინო ტექსტებში გვხვდება შეცდომები მართლწერაში. ამიტომ საჭიროა ვიცოდეთ ქართულ სალიტერატურო ენაში დამკვიდრებული მართლწერის წესები (როგორ დაწეროთ: ერთად, დეფისით თუ ცალ-ცალკე).

თუ გამოიხატება ერთი ცნება არ შეიძლება დაიწეროს ნაწილებად და არ ჩაისმება მათ შორის და კავშირი იწერება ერთად მაგ: გულყრა, გულმკერდი, კვერცხუჯრედი, ხორცმეტი, სისხლდენა, სისხლძარღვი, კუჭუკანა, კანქვეშა, თირკმელზედა, ყბისქვეშა, გულისრევა, გულისცემა, ნაღველკენჭოვანი.

თუ გამოიხატება ორი ან მეტი ცნება მათ შორის იწერება დეფისი. მაგ: გულ-სისხლძარღვთა, თეძო-წელი, კუჭ-ნაწლავი, კოჭ-ქუსლი, კეფა-შუბლი, მენჯ-ბარძაყი, შარდ-სასქესო, ცხვირ-ხახა, ყბა-ყური. ექიმ-პედიატრი, ექიმ-გინეკოლოგი, ექიმ-ნევროპათოლოგი.

არსებობს ანალიტიკური ტერმინები (სადაც ორი ან სამი სიტყვაა) და იწერება ცალ-ცალკე. მაგ: გულის წასვლა, კურდღლის ტუჩი, მგლის ხახა.





სამედიცინო ტერმინთა ძირითადი დერივაციურ-სტრუქტურული მეთოდი

ტერმინოლოგიაში არსებობს სიტყვები, რომლებიც (გააზრებული) უცვლელად გამოიყენება. თუმცა არის სიტყვები, სადაც მნიშვნელობა სხვაა, ხოლო გააზრებული სხვა. მაგ: ავტოფსია ნიშნავს (საკუთარი თვალით დანახვას) მედიცინაში კი გვამის გაკვეთას, იდიოტია ნიშნავს (საზოგადოებრიდან გარიყული ადამიანის ცხოვრებას) მედიცინაში კი ჭკუა სუსტობას, ინფექცია ნიშნავს(შეღებვას, გაფუჭებას, ლპობას) მედიცინაში კი სენის გადადებას, პოდაგრა ნიშნავს (დაჭერას, ადრე ერქვა ხაფანგს) მედიცინაში კი დაავადებას- ნიკრისის ქარი. უცვლელია: აპათია, არითმია, აბსცესი, და სხვა .

მედიცინაში ბევრ ტერმინს საფუძვლად დაედო კონკრეტული პირის, გეოგრაფიული ადგილის , ისტორიული გმირის, ნაწარმოების პერსონაჟის, მეცნიერის ან ექიმის გვარი. მაგ: აქილევსი (ბერძნულ მითოლოგიაში არის გმირი, რომელსაც სუსტი ადგილი ჰქონდა ქუსლი) ანატომიაში გვხვდება აქილევსის ქუსლი, აქილევსის რეფლექსი. ჩარლზ დიკენსის ნაწარმოებში " პიკვიკის კლუბის ჩანაწერები" ერთ-ერთ გმირს ჯოს აქვს მემკვიდრეობითი დაავადება (დაბალია, მსუქანი, სულ ეძინებ, შეშუპებული) აქედან წარმოდგება პიკვიკის სინდრომი. არსებობს რობინ ჰუდის სინდრომი, მიუნჰაუზენის სინდრომი. გვხვდება აგრეთვე გვარის მიხედვით- ვაკეზის დაავადება, ვერლჰოფის დაავადება, ადისონ-ბირმენის დაავადება.





ქართული გრამატიკიდან ცნობილია ანტონიმები (ანტონიმი არის სიტყვა, რომელსაც სხვა სიტყვის საპირისპირო მნიშვნელობა აქვს). ანტონიმური წყვილებია: მწვავე ანთება-ქრონიკული ანთება, მაღალი წნევა-დაბალი წნევა, გარეთა სეკრეცია-შიგნითა სეკრეცია.

ტერმინებში დამკვიდრებულია აგრეთვე უარყოფითი (არა) მნიშვნელობაც. მაგ: ადგილობრივი-არაადგილობრივი, ბუნებრივი- არაბუნებრივი, მყარი-არამყარი, ორგანული-არაორგანული, ნორმალური-არანორმალური.

ლათინურ-ბერძნული სამედიცინო ტერმინები

ა- ნიშნავს უნარის დაკარგვას მაგ: ასფიქსია-სუნთქვის შეკვრა, ანემია-სისხლნაკლებობა, ალალია-მეტყველების შეფერხება, აბრაქია-უხელობა, აბლეფია-სიბრმავე.

დე-გამოხატავს მოქმედების მოშლას, შეფერხებას მაგ: დეგენერაცია-გადაგვარება, დეგრადაცია-დაქვეითება- დაცემა, დეფორმაცია- ფორმის შეცვლა.

რე-ნიშნავს მოქმედების ხელახლა დაწყებას მაგ: რეგენერაცია-აღორძინება - აღდგენა, რეანიმაცია-გაცოცხლება, რევაქცინაცია-განმეორებითი აცრა, რემისია-ავადმყოფური პროცესების დროებითი შეწყობა.

დეზ (დის)- ნიშნავს ფუნქციის დარღვევას, მოშლას მაგ: დეზინფექცია-ინფექციის გამომწვევი ორგანიზმების მოსპობა, დეზინტოქსიკაცია-შხამიან ნივთიერებათა გაუვნებლება, დისპეფსია - საჭმლის მონელების მოშლა, დისპნოე-ქოშინი.

ჰიპერ-ნიშნავს გაძლიერებულ ფუნქციას, **ჰიპო-**კი შესუსტებას. მაგ: ჰიპერგლიკემია,ჰიპერთერმია,ჰიპერვიტამინოზი. ჰიპოგლიკემია, ჰიპოთერმია, ჰიპოვიტამინოზი.

ჰომო- გამოხატავს ერთგვარს, მსგავს. **ჰეტერო-**გამოხატავს სხვაგვარს, განსხვავებულს მაგ:ჰომოგენური, ჰომოპლასტიკა, ჰეტეროგენური, ჰეტეროპლასტიკა.

ფსევდო- გამოიყენება ცრუ მნიშვნელობით (როცა რაიმე ჰგავს ამა თუ იმ მოვლენას, მაგრამ სინამდვილეში ის არაა) მაგ: ფსევდოკრუპი-კრუპი, ფსევდოლექემია-ლექემია, ფსევდოჰალუცინაცია-ჰალუცინაცია, ფსევდოჰემოფილია-ჰემოფილია.



მედიცინაში არსებობს ერთ სიტყვიანი ტერმინები რომელიც შეიძლება დავასახელოთ შემოკლებულად (აბრევიატურები). მაგ: მედდა- მედიცინის და, ექთანი- ექიმის თანაშემწე, რნმ- რიბონუკლეინის მჟავა, დნმ-დეზოქსირიბონუკლეინის მჟავა, კმ-კალციუმის მარილები, ონ-ორგანული ნაერთი, ედს-ერთთროციტების დალექვის სიჩქარე, ცნს-ცენტრალური ნერვული სისტემა, ეკგ-გულის ელექტროკარდიოგრაფია, ეგგ-ელექტროგასტროგრაფია.

სამედიცინო ტერმინებში გამოიყენება მრავლობით რიცხვი. მაგ: ტკივილები, ჭინთვები, სტომატიტები, კუნთების შეკუმშვები, შრატები, მიკრობები, ვირუსები, ინფექციები, სიმპტომები. შეგვიძლია ვთქვათ მრავლობით რიცხვში სამკურნალო საშუალებებიც. მაგ: დიურეზული (შარდმდენი) საშუალებები, ტკივილგამაყუჩებელი, წნევის დამწვევი, სისხლდენის შემაჩერებელი, ვიტამინები და სხვა (ეს არის ჯგუფი სადაც გაერთიანებულია მედიკამენტები, რომლებსაც აქვთ დაავადებების მიმართ ერთი და იგივე მოქმედება).

ავადმყოფობათა და მათი კლინიკური გამოვლენის ფორმათა დასახელება

სუნთქვის ორგანოთა დაავადებები: ბრონქიტი, ბრონქული ასთმა, პნევმონია, პლევრიტი, ფილტვის კიბო, ფილტვის ტუბერკულოზი. ძირითადი სიმპტომებია: ქოშინი, ხველა, ტკივილი გულმკერდის არეში, ტემპერატურა, ჰერპესი, სახე ჰიპერემიული ან ციანოზური.

სისხლის მიმოქცევის ორგანოთა დაავადებები: რევმატიზმი, ენდოკარდიტი, პერიკარდიტი, მიოკარდიტი, ჰიპერტონული დაავადება, ათეროსკლეროზი, სტენოკარდია, მიოკარდიუმის ინფარქტი, კოლაფსი, შოკი, გულისწასვლა. ძირითადი სიმპტომებია: ქოშინი, შეშუპება, გულის ფრიალი, გულის ტკივილი, ტაქიკარდია, ბრადიკარდია, ჰიპერტონია, ჰიპოტონია.

ბრონქიტი- (ბერძნული სიტყვაა - ბრონქო, იტი-ანთება) ბრონქების ლორწოვანი გარსის ანთებაა.

პლევრიტი-(ბერძნული სიტყვაა - პლევრა-გვერდი, იტის - ანთება) პლევრის ფურცლების ანთებაა.

რევმატიზმი (ბერძნული სიტყვაა ნიშნავს გამოდენა, რევმატული ტანჯვა) ინფექციურ-ალერგიული დაავადებაა.

ენდოკარდიტი (ბერძნული სიტყვაა ნიშნავს ენდო - შიგნითა, იტის - ანთება) გულის შიგნითა გარსის ანთებაა.

პერიკარდიტი -გულის გარეთა გარსის ანთება(გულის პერანგის ანთება).



მიოკარდიტი(ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს მიო-კუნთი, იტი-ანთება) გულის კუნთის ანთებაა.

ჰიპერტონული დაავადება -ძირითადი სიმპტომებია : ძლიერი თავის ტკივილი, გულისრევა, ლებინება, ოფლიანობა, მხედველობისა და სმენის დაქვეითება, მეტყველების დარღვევა.

სტენოკარდია ანუ გულის ანგინა არის კორონალური სისხლძარღვების სპაზმი (შევიწროება). სიმპტომებია: გულის არეში ტკივილი, საყლაპავი მილის სპაზმი, ყლაპვის გაძნელება, ბოყინი, უნებლიე დეფეკაცია, შარდის გამოყოფა შენელებულია.

მიოკარდიუმის ინფარქტი- გულის შეტევასაც უწოდებენ (მიო- კუნთი, კარდიო- გული, ინფარქტი- ქსოვილების კვდომა, ჟანგბადის ნაკლებობის გამო) .

კოლაფსი ლათინური სიტყვაა და ნიშნავს - ვინც გონება დაკარგა.

შოკი ფრანგული სიტყვაა და ნიშნავს - დარტყმას, შერყევას.

გულისწასვლა ანუ სინკოპე არაეპილეფსიური ბუნებისაა ცნობიერების დაკარგვით.

ციანოზი ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს ციანოზ- მუქი ლურჯი (მედიცინაში გამოიყენება კანი და ლორწოვანი გარსი ციანოზურია).

ჰიპერემიული - სისხლსავსე. დიდი რაოდენობით სისხლის მქონე. წამოწითლებული (სახე ჰიპერემიულია) -ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს ჰიპერ - ზედმეტი, ჰაიმა - სისხლი.

ჰერპესი - კანისა და ლორწოვან გარსზე ბუმტუკოვანი გამონაყარი.

ტაქიკარდია - გულისცემის შენელება.

ჰიპერტონია - მაღალი წნევა; ჰიპოტონია - არტერიული წნევის დაქვეითება.

დეფეკაცია - (ლათინური სიტყვაა და ნიშნავს დე - უარყოფა , ფაცეს - განავალი). გაწმენდა, ჭუჭყის მოცილება, კუჭის განთავისუფლება.

ინსულტი- თავის ტვინის სისხლმომარაგების მწვავე დარღვევა (სისხლჩაქცევა), რომელიც იწვევს თავის ტვინის ქსოვილების კვდომას.

Doctor





**განათლების ხარისხის განვითარების
ეროვნული ცენტრი**



საქმლის მომწოდებელ ორგანოთა დაავადებებია: გასტრიტი, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, კუჭის კიბო, ენტერიტი, კოლიტი.

სიმპტომებია: ტკივილი, ბოყინი, გულისრევა, ღებინება, გულმმარვა, მადისა და გემოს შეცვლა, ფაღარათი, ყაბზობა, მეტეორიზმი, სისხლდენა.

გასტრიტი კუჭის ლორწოვანი გარსის ანთებაა.

ენტერიტი წვრილი ნაწლავის ანთებაა (ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს ენტერო - ნაწლავი, იტის - ანთება).

კოლიტი მსხვილი ნაწლავის ანთებაა.

ფაღარათი იგივე დიარეა - ხალხში კუჭის აშლილობასაც ეძახიან.

ყაბზობა - შეკრულობა.

მეტეორიზმი - მუცლის შებერვა (ნაწლავებში ჭარბი აირების დაგროვების შედეგია).

ღვიძლისა და სანაღვლე გზების დაავადებებია: ჰეპატიტი, ღვიძლის ციროზი, პანკრეატიტი, ქოლეცისტიტი, ნაღველკენჭოვანი დაავადება. სიმპტომებია: ტკივილი, სიყვითლე, ასციტი.

ჰეპატიტი ღვიძლის ანთება (ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს ჰეპატოს - ღვიძლი) .

პანკრეატიტი კუჭუკანა (პანკრეასის) ჯირკვლის ანთება.

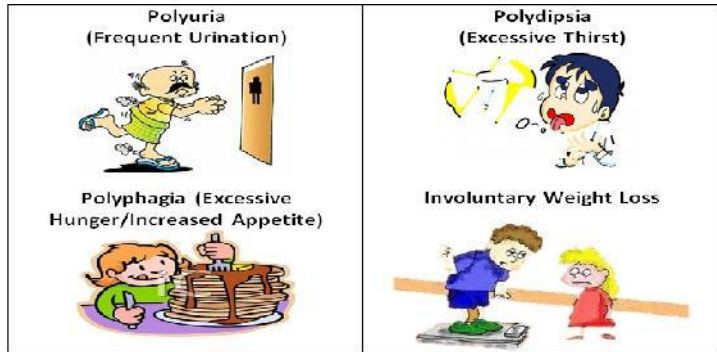
ქოლეცისტიტი ნაღვლის ბუშტის ანთება.

ასციტი სითხის დაგროვება მუცლის ღრუში (ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს ასციტ - ტომარა, წყლის გუდა, მუცლის წყალმანკი).





შაქრიანი დიაბეტი - გვხვდება ყველა ასაკში. შაქრიანი დიაბეტის დროს ორგანიზმი ვერ ითვისებს შაქარს და სისხლში იმატებს შაქრის დონე. სიმპტომებია: პოლიდიფსია, პოლიურია, პოლიფაგია. ვითარდება ისეთი გართულებები, როგორცაა ჰიპერგლიკემიური კომა და ჰიპოგლიკემიური კომა.



ჰიპერგლიკემია- შაქრის სიჭარბე სისხლში.

გლუკოზურია- შარდში შაქრის (გლუკოზის) არსებობა.

პოლიდიფსია - გაძლიერებული წყურვილი (ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს პოლი - ბევრი, დიფსია - წყურვილი).

პოლიურია - ხშირი შარდვა (ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს პოლი - ბევრი, ურონ - შარდი).

პოლიფაგია - გაძლიერებული მადა (ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს პოლი - ბევრი, ფაგია - ვჭამ).

შარდის გამომყოფი ორგანოების დაავადებებია: ნეფრიტი - თირკმლის ანთება (ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს ნეფროს - თირკმელი, იტინ - ანთება), პიელონეფრიტი - თირკმლის ფიალების და თირკმლის ანთება, თირკმლის კენჭოვანი დაავადება, ცისტეტი - შარდის ბუშტის ანთება.

ძირითადი სიმპტომებია: ანურია - შარდის გამოყოფის სრული შეწყვეტა (ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს ან- უარყოფა, ურონ - შარდი), ოლიგურია - შარდის შემცირება (ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს ოლიგოს - მცირე, ურონ - შარდი), პოლიურია - შარდის ჭარბად გამოყოფა (ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს პოლი - ბევრი, ურონ - შარდი), ჰემატურია - სისხლის გამოყოფა შარდთან ერთად, სისხლის არსებობა შარდში (ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს ჰემატონ - სისხლი ურონ - შარდი), ალბუმინურია - ცილის გამოყოფა შარდთან ერთად, შეშუპება, ჰიპერტონია, ტკივილი, ქოშინი.



განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნული ცენტრი



სისხლმზადი ორგანოების დაავადებებია: ანემია (ერიტროციტების, ჰემოგლობინის ნაკლებობა), ლეიკოზი იგივე ლეიკემია (სისხლის კიბო - სისხლის სისტემის ავთვისებიანი სიმსივნე), ჰემორაგიული დიათეზი - ორგანიზმის მიდრეკილება სისხლდენისადმი (ჰემორაგიული ვასკულიტი - კაპილარების, წვრილი არტერიების და ვენების ანთება, თრომბოციტოპენიური პურპურა , ჰემოფილია).

ძირითადი სიმპტომებია: გულის ფრიალი, თავბრუსხვევა, შეშუპება, სისხლდენა, ყურებში შუილი, სისხლჩაქცევები.

ვიტამინების სახელწოდება აღინიშნება ლათინური ალფაბეტით: A, B, C, D, E ,K, P და სხვა. ჰიპოვიტამინოზი - ეს სიტყვა გამოიყენება მაშინ, როდესაც რომელიმე ვიტამინის ნაკლებობა უმნიშვნელოა. ავიტამინოზი ეს არის ავადმყოფობა, რომელიც გამოწვეულია საკვებში ვიტამინების ნაკლებობით და ვითარდება ისეთი დაავადებები როგორცაა: ქათმის სიბრმავე- ჰემერალოპია (ჰემერე - დღე, ალოს - ბრმა, ოპს - მხედველობა), სკორბუტი - სურავანდი (ჰოლანდიური სიტყვაა და ნიშნავს სკორბუტ - დახეთქილი ტუჩები), ბერი-ბერის დაავადება - სიარულის მოშლა (ბერი - სისუსტე, ბერი-ბერი - უკიდურესი სისუსტე), რაქიტი, პელაგრა და სხვა.





გამოკვლევის მეთოდები: პალპაცია - ავადმყოფის ხელით გასინჯვა, ინსპექცია - თვალით დათვალიერება, აუსკულტაცია - მოსმენა (სტეთოსკოპით, ფონენდოსკოპით ან შეუიარაღებელი ყურით). პერკუსია - ავადმყოფის გასინჯვა სხეულზე თითების ან სპეციალური ჩაქურჩის კაკუნით.

რენტგენოსკოპია- რენტგენის სხივებით გამოსახულების გასინჯვა. რენტგენოგრაფია - რენტგენის სხივებით შეისწავლის ადამიანის ორგანოებს. გასტროსკოპია - კუჭის დათვალიერება გასტროსკოპით. ღვიძლის ბიოფსია - ღვიძლის მიკროსკოპულად შესწავლა. ღვიძლის სკანირება - ღვიძლის ზომის დადგენა, ცისტოსკოპია - საშარდე ბუშტის გამოკვლევა(ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს ცისტოს - საშარდე, სკოპია - ვუყურებ).



გავიგოთ, გავიაზროთ, შევაფასოთ:

- როდიდან იღებს სათავეს სამედიცინო ტერმინოლოგია?
- საქართველოში ქართული მედიცინის ისტორიის სახელი ვისთან არის დაკავშირებული?
- პირველად რომელ ლიტერატურულ ნაწარმოებში გვხვდება სიტყვა „წამალი“?
- ჩამოთვალეთ ის მოღვაწეები, რომლებმაც განსაკუთრებული წვლილი შეიტანეს სამედიცინო ტერმინოლოგიის განვითარებაში.
- რომელი სამედიცინო ძეგლებია ცნობილი?
- ჩამოთვალეთ სამედიცინო ტერმინოლოგიაში გამოყოფილი ჯგუფები წარმომავლობის მიხედვით.
- რამდენი თემატური ჯგუფი არსებობს სამედიცინო ტერმინებში? ჩამოთვალეთ.
- განვიხილოთ ტერმინოლოგიის ორთოგრაფიის პრობლემები.
- ჩამოთვალეთ აბრევიატურები.
- შეიძლება თუ არა სამედიცინო ტერმინებში გამოვიყენოთ მრავლობითი რიცხვი?
- რას ნიშნავს ა, დე, რე, დეზ, ჰიპერ, ჰომო, ფსევდო?
- ავადმყოფობათა და მათი კლინიკური გამოვლენის ფორმათა დასახელება.



ლათინური სამედიცინო ტერმინოლოგიის საფუძვლები

თემა N 1 ლათინური ენის მოკლე ისტორია. მისი როლი სამედიცინო განათლების სტრუქტურაში.

ლათინური ანბანი. ბგერათა კლასიფიკაცია. მონოფთონგები, დიფთონგები, ზოგიერთ ხმოვანთა და ასოშეთანხმებათა გამოთქმის თავისებურებანი.

მეცნიერების ნებისმიერი დარგის შესწავლა შეუძლებელია პროფესიული ენის ელემენტარული ცოდნის გარეშე, სადაც მრავალრიცხოვანი საგნების, მოვლენების, პროცესების და ა.შ. გარდა არსებობს სიტყვები და სიტყვათშეთანხმებანი, რომლებსაც ტერმინები ვუწოდებთ. ასეთი ტერმინების შინაარსის გააზრებული გაგებისა და დამახსოვრების გარეშე შეუძლებელია სპეციალურ სამედიცინო დისციპლინებში გარკვევა.

თანამედროვე განათლების სისტემაში ლათინური ენის კურსი მოწოდებულია მოამზადოს ტერმინოლოგიურად განსწავლული სპეციალისტი, ხელი შეუწყოს მათი პროფესიული ენის ფორმირებას.

ლათინური ენა და სამედიცინო ტერმინოლოგიის საფუძვლები თქვენთვის ახალი საგანია, ამიტომ უპირველეს ყოვლისა უნდა გავერკვეთ, რა არის ამ საგნის შესწავლის მიზანი, როგორია ზოგადად ჩვენთვის საჭირო მასალის მოცულობა და შინაარსი და რატომ იხმარება იგი ათასწლეულებია მედიცინასა და ფარმაციაში. ვიდრე შესწავლის მნიშვნელობაზე ვისაუბრებდეთ, ურიგო არ იქნება მოკლედ შევხვით ლათინური ენის წარმომავლობას და მისი განვითარების მოკლე ისტორიას.

ლათინური ენა ინდოევროპული ოჯახის იტალიკურ შტოს მიეკუთვნება და წარმოიქმნა შორეულ წარსულში. თავდაპირველად ამ ენაზე ლაპარაკობდნენ აპენინის ნახევარკუნძულის შუა ნაწილში მცხოვრები ლათინები. ტერიტორიას ერქვა „ლაციუმი“, ცენტრს წარმოადგენდა ქალაქი რომი, რომლის გარშემოც გაერთიანდა ამ ტერიტორიაზე მცხოვრები დანარჩენი ტომები. შემდგომში, რომი შეეცადა გაეფართოებინა თავისი ზეგავლენა აპენინის ნახევარკუნძულის მთელ ტერიტორიაზე. ასე შეიქმნა რომის სახელმწიფო და ლათინური ენა იქცა სახელმწიფო ენად.

ე.წ. პუნიკური 200 წლიანი ომების შემდგომ კართაგენსა და რომაელებს შორის, რომლის მიზეზი გახლდათ წინააღმდეგობათა გამწვავება ხმელთაშუა ზღვაზე სავაჭრო ჰეგემონიისათვის, დაიწყო გამარჯვებულ რომაელთა ტრიუმფალური სვლა ხმელთაშუა ზღვის აუზის ქვეყნებზე, რომელიც მოიცავდა ტერიტორიას თანამედროვე რუმინეთიდან დასავლეთით პორტუგალიამდე. როგორც წესი დამპყრობლებს ამ ქვეყნებში შეჰქონდათ თავისი ენა. ამგვარად ლათინური ენა გახდა სახელმწიფო ენა უზარმაზარი რომის იმპერიისთვის. ერთადერთი სახელმწიფო, სადაც საბოლოოდ ვერ მოიკიდა ფეხი ლათინურმა



ენამ, გახლდათ უძველესი კულტურისა და ცივილიზაციის მქონე საბერძნეთი. პირიქით გარკვეულწილად თვითონ განიცადა ბერძნული ენის ზეგავლენა. ლათინური ლექსიკა შეივსო ბერძნული სიტყვებით. მოგვიანებით მოხდა ამ სიტყვების ლათინიზირება, ანუ იწერებოდა ლათინური ანბანით და იძენდა ლათინური ენის გრამატიკულ ფორმებს და ასეთი სახით ინერგებოდა საერთაშორისო ნომენკლატურაში. რომის იმპერიის დაცემის შემდეგაც დიდხანს ინარჩუნებდა წამყვან პოზიციებს. - განათლება, იურისპუდენცია, დიპლომატია მთელ რიგ ქვეყნებში ძირითადად ლათინურ ენაზე მიმდინარეობდა.

ძველ-ბერძნული და ლათინური ენები ამჟამად „მკვდარ“ ენებად ითვლება. ძველ-ბერძნულის მემკვიდრეა ახალი ბერძნული ენა, ხოლო ლათინური გარკვეული პოლიტიკური და ეკონომიური მოვლენების გამო დაიშალა და მის ბაზაზე შეიქმნა ახალი ევროპული ევროპული ენები: ფრანგული, იტალიური, პორტუგალიური, რუმინული და ა.შ; ლათინური ანბანი საფუძვლად დაედო ყველა ევროპულ ენას და მისი ანბანით სარგებლობს მეცნიერების ყველა დარგი.

სამედიცინო ტრმინოლოგიაში სიტყვების უდიდესი ნაწილი წარმოადგენს ანტიკური სამყაროს კლასიკური ენებიდან - ძველ-ბერძნულიდან და ლათინური ენებიდან შემოსულ სიტყვებს და დღემდე აგრძელებს თავის მისიას მედიცინის მუშაკთა პროფესიულ ცხოვრებაში.

ლათინური ანბანი

ლათინური ანბანი, ეს არის დასავლეთ ბერძნული და ეტრუსკული დამწერლობების საფუძველზე შექმნილი ანბანური დამწერლობა. მისი უძველესი ნიმუშები თარიღდება VII საუკუნით ჩვენს წელთაღრიცხვამდე. ეს არის წარწერა ოქროს ბალთაზე, შესრულებული ვინმე მანიუს მიერ და ეპიგრაფიული წარწერები თიხის ჭურჭლებზე.

ლათინურ ანბანში 24 ასოა, განლაგებული შემდეგი თანმიმდევრობით.

ბეჭდური	ხელნაწერი	სახელწოდება	გამოთქმა
Aa	Aa	ა	ა
Bb	Bb	ბე	ბ
Cc	Cc	ცე	კ,ც
Dd	Dd	დე	დ

ბეჭდური	ხელნაწერი	სახელწოდება	გამოთქმა
Nn	Nn	ენ	ნ
Oo	Oo	ო	ო
Pp	Pp	პე	პ
Qq	Qq	ქუ	ქ,კ



Ee	Ee	ე	ე	Rr	Rr	ერ	რ
Ff	Ff	ეფ	ფ	Ss	Ss	ეს	ს,ზ
Gg	Gg	გე	გ	Tt	Tt	ტე	ტ
Hh	Hh	ჰა	ჰ	Uu	Uu	უ	უ
Ii	Ii	ი(იოტა)	ი(ი)	Vv	Vv	ვე	ვ
Kk	Kk	კა	კ	Xx	Xx	იქს	ქს
Ll	Ll	ელ	ლ	Yy	Yy	იფსილონ	ი
Mm	Mm	ემ	მ	Zz	Zz	ზეტ	ზ,ც

ლათინურ ენაში დიდი ასოთი იწერება საკუთარი სახელები, გეოგრაფიული დასახელებები, ასტრონომიული სახელწოდებები, ხოლო სამედიცინო ტერმინოლოგიაში - რეცეპტში სამკურნალო მცენარეების და ქიმიური ელემენტების სახელები.

N.B – Nota Bene! - დაიმახსოვრე კარგად! ასოები - Y და Z იხმარება ბერძნული ენიდან შემოტანილ სიტყვებში.

ბერათა კლასიფიკაცია

ბერები იყოფა ხმოვნებად - vocates და თანხმოვნებად - consonantes.

ხმოვანი 6; თანხმოვანი 18;

ხმოვნები თავისთავად იყოფა - მონოფთონგებად (ერთხმოვნებად) და დიფთონგებად (ორხმოვნებად).

მონოფთონგები - a, e, I, o, u, y - ძირითად გამოითქმის შესაბამისი ქართული ხმოვნების მსგავსად.

A - გამოითქმის, როგორც -ა

მაგ. Ana (aa)- თანაბრად

e - ე

ego - მე



Alba - თეთრი

femina - ქალი

Glandula - ჯირკვალი

medulla - ტვინი

Caput - თავი

metza - საშვილოსნო

Manus - ხელის მტევანი

bene - კარგად

Natura - ბუნება

dens - კბილი

Mamma - სარძევე ჯირკვალი

medicus - ექიმი

Gravida - ორსული

vertebra - მალა

Atrium - წინაგული

tengo - მყესი

Argentum - ვერცხლი

ferrum - რკინა

I - o

Via - გზა

vitium - მანკი

Video - ვხედავ

ligamentum - იოგი

Pelvis - მენჯი

nigrez - შავი

Lien - ელენთა

clavicula - ლავიწი

Fibra - ბოჭკო

cito - სწრაფად

N.B. - ხმოვანი j- იოტა მოგვიანებით შემოვიდა ლათინურ ანბანში, როგორც ხმოვანი i-ს შემცველი. სიტყვის თავში ხმოვნის წინ, ან სიტყვის შუაში ორ ხმოვანს შორის იგი იკითხება, როგორც მოკლე u; ასეთსავე პოზიციაში იგი ხშირად უერთდება მომდევნო ხმოვანს და უცვლელის ჟღერადობას.

Ju – Ю – juncture - კავშირი

Ja – Я – majilis - სამაისო

Jo – ě – majoz - მაიორი (უფრო დიდი).

გამონაკლისს წარმოადგენს ბერძნული წარმოშობის, სიდაც ხმოვნის წინ იწერება I;

მაგ. Iodum იოდი. Peditria - ბავშვთა ექიმი.

O - o

U- უ



Folium - ფოთოლი	musculus - კუნთი
Orbita - თვალის ბუდე	purus - სუფთა
Dorsum - ზურგი	ulcus - წყლული
Morbus - ავადმყოფი	ruber - წითელი
Ovarium - საკვერცხე	vulnus - ჭრილობა
Cor - გული	caprum - სპილენძი
Oculus- თვალი	arcus - თალი
Corpus - სხეული	tumor - სიმსივნე
Costra - ნეკნი	duodenum -თორმეტგოჯა ნაწლავი

Y- ი

Systema- სისტემა	hipertonia- მაღალი წნევა
Amylum - სახამებელი	butirum - კარაქი
Myocardium - გულის კუნთი	cytus - უჯრედი
Pyramus - პირამიდა	

დიფთონგები

დიფთონგები ეს არის ორი ხმოვნის შეერთება, რომელიც გამოითქმის როგორც ერთი ბგერა ან ერთი მარცვალი. სულ 4 დიფთონგია, მოცემული დაწყვილებული სახით.

1. Ae, oe - გამოითქმის, როგორც- ე

მაგ. Dieta- კვების რეჟიმი
საჭიროა

N.B.- თუ აღნიშნულ დიფთონგებში

Gangraena- კვდომა

ორივე ხმოვნის ცალ-ცალკე წაკითხვა,

Oedema - შეშუპება

ცალ-ცალკე წაკითხვა ð - თავზე

Aegez - ავადმყოფი

დაესმის ორი წერტილი -უმლაუტი

anaemia- ანემია

მაგ: pnoë-სუნთქვა. Aër-ჰაერი



oenomania- თეთრი ცხელება

aloë-ალოე, diploë-ღრუბლოვანი

foenicufum -კამა

ნივთიერება.

2. Au, eu - აღნიშნულ დიფთონგებში u- იკითხება მოკლედ, მიახლოებული ქართულ ვ-სთან.

Autor- ავტორი

Autolysis - ქსოვილებისა და უჯრედების თვითდაშლა

Europa- ევროპა

Pleura - პლევრა

Auris - ყური

Aurum- ოქრო

ბერძნული დიგრაფები

დიგრაფი ორი თანხმოვნის შეერთებაა, რომელიც გამოითქმის როგორც ერთი ტანხმოვანი და გვხვდება მხოლოდ ბერძნული წარმოშობის სიტყვებში. მისი შემოღება განაპირობა ბერძნულ სიტყვებში არსებულმა ისეთმა თანხმოვნებმა, რომლის შესატყვისიც ლათინურ ანბანში არ იყო.

სულ 4 დიგრაფია და ყველა მათგანში დამხმარე თანხმოვნად გამოყენებულია „h”

Ch - ქართ. ხ

მაგ. Chazta- ქაღალდი

Concha- ნიჟარა

Chirurgia - ხელით მუშაობა

Chole - ნაღველი

Chronicus - ქრონიკული

Chamomilla - გვირილა

Th - ქართ. თ

thorax - გულმკერდის ღრუ

therapia - მკურნალობა

thermometrum- სიცხის საზომი

thrombos - ბურთულა

thyreoides - ფარისებური

erythrocytes-სისხლის წითელი უჯრედი

Ph – Φ

Rh - რ



Limpha - ლიმფა

Pharmacon- წამალი

Tiphus - ტიფი

Encephalon - თავის ტვინი

Sphenoidalis -სოლისებური

Phosphorus - ფოსფორი

rhaphe - ნაკერი

rhachitis- რაქიტი

rheumatismus - რევმატიზმი

rhinos - ცხვირი

rhombus - რომბი

glycirhiza - ძირტკბილა

ზოგიერთ თანხმოვანთა და ასოშეთანხმებათა გამოთქმის თავისებურებანი

ლათინურ ენაში თანხმოვანთა უმრავლესობა გამოითქმის შესაბამისი ქართული თანხმოვნების მსგავსად. ზოგიერთ თანხმოვანს თავისებური გამოთქმა აქვს და დამოუკიდებელია მის ადგილზე სიტყვაში.

„C-“ ს ორმაგი გამოთქმა აქვს. ხმოვნების - e, i, y, ae, oe გამოითქმის როგორც „ც“. ყველა დანარჩენ შემთხვევაში როგორც „კ“.

მაგ: Cera- ცვილი

- თავის ტვინი

მჟავა

ძმარი

ბუმტი

Caecum - ბრმა ნაწლავი

მუცლის ღრუ

მედიცინა

fructus - ხილი Cerebrum

fractura - მოტეხილობა Acidum -

Cartilago - ხრტილი Acetum -

rectum - სწორი ნაწლავი Cistis -

cancer - კიბო

occiput -კეფა Coelia-

arcus - თაღი Medicina -

coctus - მოხარშული

“K”- გამოითქმის როგორც „კ“. გვხვდება იშვიათად რომელიმე სხვა ენიდან, ძირითადად ბერძნული ენიდან შემოტანილ სიტყვებში:

მაგ: Kalium- კალიუმი (არაბული)

Kefir - კეფირი (თურქული) მჟავე

Keratoma - რქოვანი კორძი

Kinesis - მოძრაობა

Kyphosis - ხერხემლის გამრუდება გულ-მკერდის არეში.

Ankylosis - სახსრის უმოძრაობა

Kelotomia - თიაქრის გაკვეთა

“S” -ორმაგი გამოთქმა აქვს. ორ ხმოვანს შორის, ან ხმოვანსა და თანხმოვნებს m-ს ან n-ს შორის., იკითხება როგორც „ზ“ ყველა სხვა შემთხვევაში როგორც „ს“. ორმაგი SS-ს შორის როგორც „ს“.



ხმოვანი - **S** - ხმოვანი

ხმოვანი - **S – m ან n**

M,n –S - ხმოვანი

„ზ“

მაგ: dosis - დოზა

Basis - ფუძე, ძირი

Organismus- ორგანიზმი

Incisura - ნაჭდევი

Vesica - ბუშტი

Nasus - ცხვირი

Neoplasma- ახლადდმოცენებული

scapula- ბეჭი

sutura - ნაკერი

struma - ჩიყვი

sternum - მკერდის ძვალი

sepsis - დაჩირქება, ხრწნა

signa! - აღნიშნე

sol - მზე

“Z”- ბერძნულიდან შემოსული რთული თანხმოვანია, იკითხება ბერძნული წარმოშობის სიტყვებში, როგორც „ზ“, მაშინ:

ა) როდესაც სიტყვის დასაწყისში გვეხვება „ზ“

Zigoma- ყვრიძალი, zoologia- ცხოველთა შემსწავლელი მეცნიერება

ბ) თუ სიტყვა მთავრდება zoa-თი ცხოველი

Hydrozoa - წყლის ცხოველი, protozoa - უმარტივესი ცხოველი

გ) პრეპარატების დასახელებებში, თუ ისინი შეიცავენ სუფიქსებს zol, zin, zid.

Norsulfazolium- ნორსულფაზოლი, Aminazinum- ამინაზინი

დ) ისეთ ბერძნული წარმოშობის სიტყვებში, როგორცაა eczema- სირველა, oruza- ბრინჯი, benzoë- საკმეველი.

ე) სხვა ენიდან შემოსულ სიტყვებში - იკითხება როგორც „ც“.

Zincum- (ცინკუმი) თუთია; influenza - გრიპი (იტალ)

„h“- იკითხება როგორც ქართული „ჰ“

მაგ: homo- ადამიანი

Herba -ბალახი

Humerus-მხარი

Hepar-ღვიძლი

Hernia-თიაქარი

“L”-ლხ

lac - რძე

mel- თაფლი

labium- ზაგე

pulvis - ფხვნილი



Haema- სისხლი

Heroicus- ძლიერმოქმედი

Hydrogenium- წყალბადი

Hirudo- წურბელა

luna- მთვარე

mandibula- ქვედა ყბა

pilula - აბი

cellula- უჯრედი

“X” რთული თანხმოვანია,
იკითხება როგორც „ქს“, „ქს“

q(u) ყოველთვის ხმოვან “u”-სთან
შეთანხმებაშია; მოსდევს ხმოვანი, იკითხება,
როგორც „ქვ“ „კვ“ და მომდევნო ხმოვანთან,
ქმნის მარცვალს.

Radix- ფესვი

Cortex- ქერქი

Vox- ხმა

Xeroderma- კანის სიმშრალე

Luxatio- ღრძობა.

Apex- წვერო.

aqua-წყალი

liquoz- სითხე

Quartus - ოთხი

Qualitas- თვისება

„ti“ - ასოთშეთანხმებათა ხმოვნის წინ
იკითხება როგორც „ცი“
თანხმოვნები

Operatio- ოპერაცია

Substantia- ნივთიერება

Solution- ხსნარი

Auscultation- ავ-ის მოსმენა

N.B. თუ „ti“-ს წინ დგას

“S” “X”- იკითხება, როგორც „ტი“

მაგ: bestia- მხეცი

combustion- დამწვრობა

mixtio- ვურევ

“ngu”- ასოთშეთანხმება იკითხება როგორც „ნგვ“

Lingua- ენა Sanguis-

სისხლი Unguentum-

მაღამო



იფსილონი „y“ - იხმარება მხოლოდ ბერძნული წარმოშობის სიტყვებში, რომ გაგვიადვილდეს ამ სიტყვების მართლწერა, დავიმახსოვროთ ხშირად ხმარებული ბერძნული პრეფიქსები. ფუძეები და სუფიქსები.

Hypez- ზევით, აწევა, მომატება

მაგ: hypertonia- მაღალი წნევა

Hyperaemia- ჭარბისხლიანობა

Hyperthermia- გადახურება

Hypertrichosis- ჭარბთმიანობა

Hyperaciditas- კუჭის წვენის

მჟავიანობის მომატება

hupo- დაწევა, დაქვეითება

მაგ:hypotonia-დაბალი წნევა

hypomnesia-მახსოვრობის დაქვეითება

hypofunctio-ფუნქციის დაქვეითება

hypoglossus- ენისქვეშა

hypochondria-ავადმყოფური შიში საკუთარ

ჯანმრთელობაში დაქვეითების გამო

Hydr- წყალი (hydor)

Hydrogenium-წყალბადი

Hydrops-წყალმანკი

Hydrargyrum- ვერცხლისწყალი

Hydrolysis- წყლის დაშლა

oxy -ჟანგი

oxygenium- ჟანგბადი

oxycephalia- კონუსური თავი

oxydatus- დაჟანგული

oxytetracyclinum- ოქსიტეტრაციკლინი

Myo- კუნთი

Myocardium-გულის კუნთი

Myologia- მოძღვრება კუნთების შესახებ

Myotonia- კუნთების ტონური კრუნჩხვა

Myoma-კუნთების კეთილთვისებიანი სიმსივნე

syn- (sym)- ერთად

sunergia-ერთდროული მოქმედება

synthesis- შეერთება

symbiosis-ორი ორგანიზმის თანაცხოვრება

synchronus- სინქრონული მოქმედება

Glyc-შაქარი

Glycaemia- სისხლში შაქრის მომატება

Glycosuria- შარდში შაქრის არსებობა

myc(myces) - სოკო

mycosis- სოკოვანი დაავადება

mycetismus- სოკოთი მოწამვლა



Dys -მოშლა, გაძნელება

Dyspnoë- სუნთქვის გაძნელება
Dysuria- შარდის გამოყოფის გაძნელება
Dyspepsia- საჭმლის მოუნელებლობა
Dysphagia-ყლაპვის გაძნელება
Dystrophia- ქსოვ. და ორგ. კვების დარღვევა
Dysbasia-სიარულის შეფერხება
Dysentery-სისხლიანი ფაღარათი
Dysarthrosis-ცრუ სახსარი

Dysplasia- არასწორი განვითარება
ტემპერატურის

poly- მრავალი

polyarthritis-სახსრების ანთება
polyvitaminum-ვიტამინების ნაკრები
polygala-მრავალძარღვა
polynuclearis-მრავალბირთვიანი

pyr- სიცხე

antipyretica-სიცხის საწინააღმდეგო
pyramidonum- პირამიდონი

pyrotherapia- მკურნალობა

ხელოვნური აწევით.



სიტყვის შემადგენლობა

სამედიცინო ტერმინის არსის ზუსტი გაგებისა და გააზრებული დამახსოვრებისათვის აუცილებელ პირობას წარმოადგენს მის შემადგენელ ნაწილებად დაშლა და ანალიზი.

სიტყვის შემადგენელი ნაწილებია - ძირი (ფუძე), დაბოლოება, პრეფიქსი და სუფიქსი.

ფუძე-სიტყვის უცვლელი ნაწილია, ძირითადი მნიშვნელობის მატარებელი, საერთო ყველა ამ ძირის მქონე სიტყვისათვის.

მაგ: medicus, medicina, medicinilis.

დაბოლოება- სიტყვის ცვალებადი ნაწილი, დგას სიტყვის ბოლოს და ამყარებს გრამატიკულ კავშირს წინადადების სხვა წევრებს შორის.

პრეფიქსები და სუფიქსები სიტყვას ახალ მნიშვნელობას აძლევენ ან მის მნიშვნელობაში შეაქვთ ნაირსახეობა, ამ ნაწილებს სიტყვისმწარმოებელ ნაწილებს უწოდებენ.

სიტყვისმწარმოებელ ელემენტებს- პრეფიქსებს, სუფიქსებსა და ფუძეებს, რომლებსაც ტერმინოლოგიაში სტაბილური მნიშვნელობა აქვთ და სედიან მრავალი ტერმინის შემადგენლობაში ტ ე რ მ ი ნ ო ე ლ ე მ ე ნ ტ ე ბ ს უწოდებენ.

ტერმინი- (terminus) არის სიტყვა, რომელიც ზუსტად გადმოსცემს გარკვეულ ცნებებს და სრულ წარმოდგენას გვიქმნის საგანზე, მოვლენაზე, პროცესზე მეცნიერების სხვადასხვა დარგში.

ტერმინი ზოგადად შეიძლება იყოს მარტივი (ერთფუძიანი). რთული(ორფუძიანი) და წარმოებული (ფუძეზე პრეფიქსის ან სუფიქსის დამატებით)

მარტივი: vertebra

რთული: broncho+scopia, gastro+tomia

წარმოებული: inter+muscul-ar-is, sublingu-al-is

რაც შეეხება სამედიცინო ტერმინოლოგიას, იგი სამი ძირითადი ნომენკლატურისაგან შედგება:

- 1.ანატომიურ-ჰისტოლოგიური
- 2.კლინიკური
- 3.ქიმიკო-ფარმაცევტული



**განათლების ხარისხის განვითარების
ეროვნული ცენტრი**

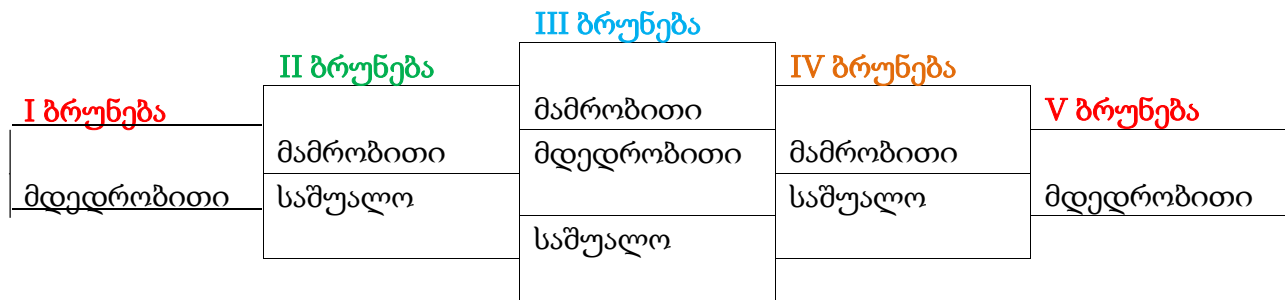


ამ ტერმინების საყრდენია არსებითი სახელი, ან ცალკე მდგომი (dens, tumor) ან მეორე არსებით სახელთან ერთად - vena portae (კარის ვენა), ან ზედსართავ სახელთან - aqua destillata- (გამოხდილი წყალი).

ამგვარად, იმისათვის რომ სწორად შევადგინოთ და ვთარგმნოთ ტერმინი, საჭიროა არსებითი და ზედსართავი სახელის გრამატიკული კატეგორიების ცოდნა.

არსებით სახელს (Nomen substantivum) გააჩნია შემდეგი გრამატიკული კატეგორიები: სქესი, რიცხვი და ბრუნვები. არსებითი სახელუ იცვლება რიცხვისა და ბრუნვების მიხედვით.

არსებითი სახელები დაყოფილია 5 ბრუნვად. დაყოფის საფუძველია ნათესაობითი ბრუნვის მხოლოდითი რიცხვის დაბოლოებები, რომელიც ყველა ბრუნვას განსხვავებული აქვს. არსებითი სახელების განაწილება ხდება სქესის მიხედვით.



სახელობითი (Nominativus) და ნათესაობითი (genetivus) დაბოლოებებია.

<u>I ბრ.</u> (მდედრ)	<u>II ბრ.</u> (მამრ)	<u>III ბრ.</u> (საშუა)	<u>III ბრ.</u>	
Nomin-a-ae	Nom. Us,es-i	Nom.um,on-a	მამრ.მდედრ	საშ
Genet-ae-azum	Genet.i-orum	Gen.i-orum	Nom. სხვად	Nom.სხვად
			Gen.is,მრ ium	Gen.ium

I ბრუნვას მიეკუთვნება სახელობით ბრუნვაში (norminativus) “a”-ზე დაბოლოებული მდედრობითი სქესის (Genus femininum) არსებითი სახელები, რომლებიც ნათესაობით ბრუნვაში „ae”- ზე ბოლოვდება.

მხ.რიცხვი(singutazis)

მრავლ. რიცხვი(pluzalis)

Nominat. gutt-a

Nominat. gutt-ae





Genetiv. gutt-ae

Genetiv. gutt-arum

წვეთი

II ბრუნებას მიეკუთვნება მამრობითი და საშუალო სქესის (genus masculinum) და (genus neutrum) არსებითი სახელები, რომლებიც სახელობით ბრუნვაში - მამრ. სქესში „us“, „er“-ზე ბოლოვდებიან, ხოლო საშუალო სქესში - „um“-ზე.

ნათესაობით ბრუნვაში მათი დაბოლოებაა „ს“.

მამრ. სქესი

მხოლოდ. რიცხვი
Norminat. morb-us
Genetiv. morb-i

მრავლ. რიცხვი
Norminat. morb-i ავადმყოფობა
Genetiv. morb-orum

საშუალო სქესი

მხოლოდ. რიცხვი
Norminat. intestin-um
Genetiv. intestin -i

მრავლ. რიცხვი
Norminat. intestin -a
Genetiv. intestin -orum

ნაწლავი

III ბრუნებას მიეკუთვნება სამივე სქესის არსებითი სახელები, რომლებსაც სახელობით ბრუნვაში სხვადასხვა დაბოლოება აქვთ, ხოლო ნათესაობით ბრუნვაში „is“-ზე ბოლოვდებიან. ეს არსებითი სახელები შეიძლება იყოს თანაბარმარცვლოვანი, როდესაც სახელობითში და ნათესაობითში მარცვლების თანაბარი რაოდენობაა და არათანაბარმარცვლოვანი, როდესაც ნათესაობითში მარცვლის მეტი რაოდენობაა, ვიდრე სახელობითში.

არათანაბარმარცვლოვანი

Nom.-corp-us
Genet- corp-or-is
სხეული

Nominat. pulm-o
genet-pulm-on-is
ფილტვი

Nom.thor-ax
genet. Thor-ae-is
გულმკერდის ღრუ

IV ბრუნებას მიეკუთვნება მამრობითი სქესის „us“-ზე და საშუალო სქესის „u“-ზე დაბოლოებული არსებითი სახელები, რომლებიც ნათესაობითში „us“-ზე ბოლოვდება.

მაგ: მამრობ. სქესი
Nomin. Duct-us
Genet. Duct-us

საშუალო სქესი
Nomin. corn-u
Genet. Corn-us

რქა



V ბრუნვა იბრუნვის მდებარეობითი სქესის „es“-ზე დაბოლოებული არსებითი სახელები, რომლებიც ნათესაობითში „ei“-ზე ბოლოვდებიან.

მაგ: Nominat. Faci-es		
Genetiv. faci-es		სახე, ზედაპირი

I ბრუნვის არსებითი სახელების ლექსიკური მინიმუმი

Arteria, ae, f-არტერია	nucha, ae, f- შარდსაწვეთი
Aorta, ae, f-აორტა	tela, ae, f- კევა
Amigdala, ae, f-ნუში	tuba, ae, f- ქსოვილი
Fascia, ae, f-კუნთის გარსი	vagina, ae, f- მილი
Fibula, ae, f-მცირე წვივი	valvula, ae, f- საშო
Tibia, ae, f-დიდი წვივი	gutta, ae, f- სარქველი
Columna vertebralis-ხერხემალი	salvia, ae, f- წვეთი
Urina, ae, f-შარდი	valeriana, ae, f- სალბი
Calvaria, ae, f-ქალასარქველი	chamomilla, ae, f- კატაბალახა
Retina, ae, f- ბადურა	pilula, ae, f- გვირილა
Tunica, ae, f- გარსი	fibra, ae, f- აბი
Substantia, ae, f- ნივთიერება	sutura, ae, f- ბოჭკო
Tincture, ae, f- ნაყენი	membrana, ae, f- აპკი
Urethra, ae, f- შარდსაწვეთი	

II ბრუნვის არსებითი სახელების ლექსიკური მინიმუმი

Bronchus, i, m.-ბრონქი	myocardium, i,n-გულის კუნთი
Oesophagus, i, m.-საყლაპავი	endocardium, i,n-გულის შიგნითა გარსი
Ventriculus, i, m.-კუჭი, პარკუჭი	epicardium, i,n-სეროზ.გარსი გარედან ფარავს
მიოკარდ.	
Uterus, i, m.-სამშვილოსნო	pericardium, i,n-გულის პერანგი
Intestinum, i, n.- ნაწლავი	nodus, i,n-კვანძი
Rectum, i, n.- სწორი ნაწლავი	collum, i,n-ყელი
Digitus, i, m.- თითი	ileum, i,n- წვრილი ნაწლავი,თემოს
Folliculus, i, m.- ბუმბუკი	perineum, i,n-შორისი
Fundus, i, m.- ფსკერი	septum, i,n-ძგიდე
Truncus, i, m.- ტანი	decoctum, i,n-ნახარში
Cavum, i, n.- ღრუ	venenum, i,n-შხამი
Peritoneum, i, n- მუცლის აპკი	remedium, i,n- წამალი



III ბრუნვის არსებითი სახელების ლექსიკური მინიმუმი

Articulatio, onis, f- სახსარი	abdomen, inis, n- მუცელი
Canalis, is, m- არხი	femur, oris, n- ბარძაყი
Cartilage, inis, f- ხრტილი	ren, is, m- თირკმელი
Cavitas, atis, f- ღრუ	occiput, itis, n- კეფა
Cervix, icis, f- ყელი (საშვილოსნო)	pectus, oris, n- მკერდი
Hypophysis, is, f- ტვინის დანამატი	jecur, oris, n- ღვიძლი
Larynx, yngis, m- ხორხი	fel-llis, n- ნადველი
Pancreas, atis, n- კუჭუკანა ჯირკვალი	derma, atis, n- კანი
Amputation, onis, f- მოკვეთა	extremitas, atis, f- კიდური
Cirrhosis, is, f- ციროზი(შეჭმუხვნა)	termination, onis, f- დაბოლოება
Pubes, is, f- ბოქვენი	veletudo, inis, f- ჯანმრთელობა
Senectus, utis, f- მოხუცებულობა	rediatio, inis, f- გამოსხივება
Gastez, tris, m- კუჭი	section, onis, f- კვეთა

IV ბრუნვის არსებითი სახელების ლექსიკური მინიმუმი

Plexus, us, m- წნული
Processus, us, m- წანაზარდი
Collapsus, us, m- სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა
Habitus, us, m- იერი
Infaretus, us, m- ინფარქტი
Status, us, m- მდგომარეობა
Abortus, us, m- გამოვარდნა
Genu, us, m- მუხლი
Decubitus, us, m- ნაწოლი
Partus, us, m- დაბადება
Vomitus, us, m- ღებინება



V ბრუნვის არსებითი სახელების ლექსიკური მინიმუმი

Facies, ei, f- სახე

Caries, ei, f- დაზიანება

Rabies, ei, f- ცოფი

Scabies, ei, f- მუნი

Species, ei, f- ნაკრები

Res, rei, f- საქმე



განსაზღვრება (მსაზღვრელი) წინადადებების წევრია, რომელიც საგანს ახასიათებს რაიმე ნიშან-თვისების მიხედვით. მისი ორი ტიპი არსებობს: შეთანხმებული და შეუთანხმებელი.

შეთანხმებული განსაზღვრება გამოიხატება ზედსართავი სახელით და უთანხმდება არსებით სახელს: სქესში, რიცხვში და ბრუნვაში.

მაგ: ven- arteria sinistra- მარცხენა არტერია

Ligamentum flavum- ყვითელი იოგი

Musculus rectus -სწორი ნაწლავი

Corpus sanus- ჯანსაღი სხეული

შეუთანხმებელი განსაზღვრება, ეს არის არსებითი სახელი გამოხატული ნათესაობითი ბრუნვის მხოლოდ რიცხვით და განსაზღვრავს მეორე არსებით სახელს. ამ შემთხვევაში იგი ზედსართავი სახელის როლს ასრულებს.

მაგ: ticstura valerianae - კატაბალახას ნაყენი

Tabuleta bromcamphorae - პრონკამფორის ტაბლეტი

Vena portae - კარის ვენა

შეუთანხმებელი განსაზღვრების დროს იბრუნვის მხოლოდ საზღვრული არსებითი სახელი, მსაზღვრელი კი ყველა ბრუნვაში უცვლელი რჩება.

მაგ: nominatives –ven-a port-ae

Genetivus- ven-a port-ae

Nomen adjectivum (ზედსართავი სახელი)

ზედსართავი სახელები, მსგავსად არსებითი სახელისა იბრუნვის სქესის, რიცხვისა და ბრუნვების მიხედვით და უთანხმდებიან არსებით სახელს სამივე გრამატიკულ კატეგორიაში. იბრუნვიან არსებითი სახელის I- II- III ბრუნვებით.

ზედსართავი სახელები იყოფა ორ ჯგუფად. I ჯგუფის ზედსართავები იბრუნვიან I და II ბრუნვებით; II ჯგუფის ზედსართავები III ბრუნვებით.

I ბრუნვებით- მდებარეობითი სქესის „ა-ზე“ დაბოლოებული ზედსართავი სახელები

I I ბრუნვებით - მამრობითი სქესის „us“ ან „er“-ზე დაბოლოებული.



ექიმის/ექთნის ასისტირება

საექთნო პროცესი წარმოადგენს პროფესიონალური და ხარისხიანი საექთნო მოვლის უზრუნველყოფის სისტემის ჩონჩხს. მასში საექთნო ღონისძიებები მიმართულია ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე, დაცვაზე და დაავადებების პრევენციაზე. საექთნო პროცესი გამოიყენება ნებისმიერი სპეციალობის ექთნის მიერ ნებისმიერი ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში.

სამედიცინო დოკუმენტაცია არის კომუნიკაციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რგოლი სამედიცინო დაწესებულებაში. ის აძლევს საშუალებას ჯანდაცვის სხვადასხვა სფეროს წარმომადგენლებს (რომელთააქვე ურთიერთობა პაციენტთან სხვადასხვა ეტაპზე), გაუზიარონ ერთმანეთს საკუთარი კონცეფციები, დიაგნოსტიკური და თერაპიული დანიშნულება, ვერბალური მითითებები.

სამედიცინო დოკუმენტაციის რამდენიმე ტიპი არსებობს:

- ✓ თხრობითი
- ✓ საექიმო (SOAP)
- ✓ ფოკუსირებული
- ✓ საექთნო (PIE)
- ✓ განსაკუთრებული დოკუმენტაცია



სამედიცინო დოკუმენტაცია არის ლეგალური დოკუმენტი,

რომელიც მოიცავს:

- ✓ ზუსტ ინფორმაციას (დიაგნოზის დასმის და მკურნალობისთვის);
- ✓ პაციენტის მიმდინარე მონაცემებს;
- ✓ საექიმო და საექთნო პერსონალის მიერ განხორციელებულ ღონისძიებებს;
- ✓ პაციენტის პასუხს მკურნალობასა და მოვლაზე ;



ყოველივე ამის განხორციელებისთვის, საჭიროა ზუსტად დაფიქსირდეს პაციენტის ჩივილები, აღიწეროს კლინიკის ტიპის შეფასება, ჩანაწერი გაკეთდეს ქრონოლოგიური თანმიმდევრობით.

ვიდრე სამედიცინო დოკუმენტაციის შევსებას დაიწყებთ, დარწმუნდი, რომ გაქვს სათანადო დოკუმენტის შევსების უფლება, დოკუმენტაცია ასახავს საექთნო პროცესს და ექთნის პროფესიულ უნარს



**დოკუმენტაციის შევსებისას
აუცილებელია დაფიქსირდეს:**

- რა მედიკამენტს აძლევთ პაციენტს, როგორია ადმინისტრირების გზა და პაციენტის “პასუხი”
- ყველა პრევენციული ღონისძიება, რომელსაც იყენებთ
- დააფიქსირე ნებისმიერი ჩარევა & ნბსპ; პროცედურის დამთავრებისთანავე
- თითოეულ ახალ დოკუმენტზე უნდა

აღნიშნოს ექთნის სახელი, გვარი

- მონაცემთა ბაზის ყველა ფურცელზე უნდა დაფიქსირდეს პაციენტის სახელი, გვარი
- თუ თქვენ მოგაგონდათ რაიმე მნიშვნელოვანი მომენტი დოკუმენტაციის შევსების შემდეგ, დააფიქსირეთ ის რიცხვის და დროის მითითებით და აღნიშნეთ “მოგვიანებითი ჩანაწერი”
- ყველა ჩანაწერზე მიუთითეთ თარიღი
- არ შეცვალოთ ჩანაწერი დოკუმენტში - ეს დანაშაულია
- არ გამოიყენოთ აბრევიატურები, რომლებიც არ არის ფართოდ მიღებული
- არ დააფიქსიროთ რაიმე მომენტი წინასწარ - ყოველთვის შეიძლება მოხდეს გაუთვალისწინებელი. დაფიქსირება იმ ქმედების, რაც არ გაგიკეთებიათ, მიჩნეულია თაღლითობად
- თუ რომელიმე ფურცელი დასვრილი ან დახეულია, გააკეთეთ მისი კოპირება და როგორც ორგინალი, ისე მისი ასლი მოათავსეთ დოკუმენტაციაში ერთად სათანადო წარწერით “ასლი”
- არ ამოშალოთ რაიმე დოკუმენტიდან
- დაიცავით დაწესებულების შინაგანაწესი
 - გადაშალებთ შეცდომა ერთი ხაზით და მიუთითეთ თქვენი ინიციალები



samedicino dokumentaciis CamonaTvali

1. სტაციონარული პაციენტის სამედიცინო ბარათი _ ფორმა #IV 300/a;
 2. ხელშეკრულება სამედიცინო მომსახურების შესახებ;
 3. ფიზიკალური მონაცემების რეგისტრაციის ფურცელი - ფორმა NIV-300-1/ა;
 - 4 ექიმის დანიშნულების ფურცელი - ფორმა NIV-300-2/ა ;
 - 5 ზოგადი ანესთეზიის რუქა - ფორმა NIV-300-3/ა ;
 - 6 გაუტკივარების ოქმი - ფორმა NIV-300-4/ა ;
 - 7 პაციენტის ანესთეზიისა და ოპერაციისათვის მომზადების ფურცელი - ფორმა NIV-300-5/ა;
 - 8 ანესთეზიოლოგის წინასაოპერაციო ჩანაწერის ფურცელი - ფორმა NIV-300-6/ა ;
 - 9 პაციენტის წინასაოპერაციო კითხვარი - ფორმა NIV-300-7/ა-1000
 - 10 პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა გაუტკივრებაზე - ფორმა NIV-300-8/ა - 1000;
 - 11 პაციენტის პოსტოპერაციული პერიოდის მართვის ფურცელი -ფორმა NIV-300-9/ა ;
 - 12 პაციენტის თანხმობა სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის ოპერაციაზე - ფორმა NIV-300-10/ა;
 - 13 სისხლის და სისხლის კომპონენტების გადასხმის ოქმი - ფორმა NIV-300-11/ა;
 - 14 პაციენტის წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურების გაწევაზე - ფორმა NIV-300-12/ა;
 - 15 პაციენტის მდგომარეობის ძირითადი მაჩვენებლის რუქა - ფორმა NIV-300-13/ა;
 - 16 ეტაპური ეპიკრიზის ჩაწერის ფურცელი - ფორმა NIV-300-14/ა;
 - 17 წინასაოპერაციო ეპიკრიზი - ფორმა NIV-300-15/ა;
 - 18 ოპერაციის პროტოკოლი - ფორმა NIV-300-16/ა ;
 - 19 სტაციონარში პაციენტთა მიღების და გაწერის რეგისტრაციის ჟურნალი - ფორმა NIV-301/ა;
- (1-19 დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 martis/N 108/n ბრძანებით)



20. ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ – ფორმა #100/ა – დამტკიცებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2008 წლის 15 ოქტომბრის # 230/ნ ბრძანებით.;
21. ამბულატორიაში წარმოებული ოპერაციების ჩანაწერების დავთარი – ფორმა # 069/ა – დამტკიცებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 228/ო ბრძანებით;
22. აქტი სტაციონარში გამოყენებული ნარკოტიკული საშუალებების ცარიელი ამპულებების განადგურებაზე – ფორმა დამტკიცებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2003 წლის 21 ივლისის 150/ნ ბრძანებით(დანართი #17)&ნბსპ;&ნბსპ;
23. ამბულატორიულ პაციენტთა რეგისტრაციის დავთარი – ფორმა # 074/ა – დამტკიცებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 228/ო ბრძანებით
24. ამბულატორიული პაციენტის სამედიცინო ბარათი – ფორმა # 025/ა_ დამტკიცებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 228/ო ბრძანებით
- 25 პროცედურების რეგისტრაციის დავთარი – ფორმა # 029/ა_დამტკიცებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 228/ო ბრძანებით.
- 26 შრომის უუნარობის ფურცლების რეგისტრაციის დავთარი_ ფორმა # 036/ა_დამტკიცებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2001 წლის 228/ო ბრძანებით. -
- 27 საავადმყოფო ფურცელი – ფორმა დამტკიცებულია შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2007 წლის 25 სექტემბრის 281/ნ ბრძანებით
28. რეცეპტის ბლანკები





ექიმის/ ექთნის ასისტორება







ინექციები

მედიცინაში გავრცელებულია მედიკამენტის ორგანიზმში შეყვანა ინექციის მეშვეობით.
(ინექცია ლათინური სიტყვაა და შესხურებას ნიშნავს).

ინექცია შეიძლება გავაკეთოთ:ქსოვილებში (კანი, კანქვეშა ქსოვილები, კუნთები, ძვალი);
სისხლძარღვებში (ვენა, არტერია, ლიმფური სისხლძარღვი); ღრუებში (მუცელი, პლევრა,
გული, სახსარი);

ინექციების სახით მედიკამენტების ადმინისტრირება ძალიან გავრცელებულია, მიუხედავად
იმისა, რომ ამ გზასაც გააჩნია ზოგიერთი უარყოფითი მხარე, კერძოდ:

მისი გაკეთება შეუძლია მხოლოდ სპეციალურად მომზადებულ და სათანდო გამოცდილების
მქონე პირს;

წამლის შესაყვანად საჭიროა სპეციალური იარაღი – შპრიცი, რომელიც უნდა იყოს ერთჯერადი
მოხმარების და აუცილებელია ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის ნორმების დაცვა.

პროცედურის შეცდომამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ბევრი გართულება.

მიუხედავად ზემოაღნიშნული უარყოფითი მხარეებისა, ამ გზით წამლის შეყვანის
უპირატესობა იმდენად დიდია, რომ ამჟამად, უმეტესად მას მიმართავენ მედიცინის ყველა
დარგში.

ეს უპირატესობაა:

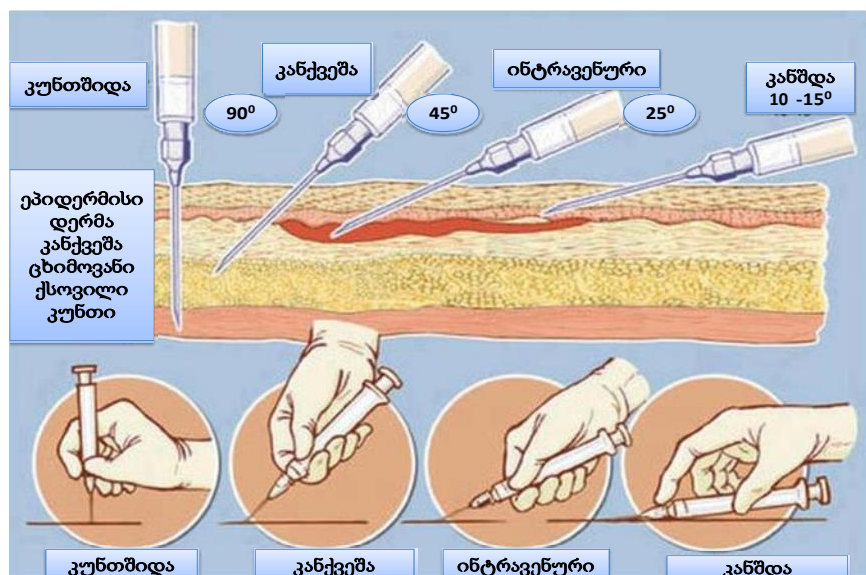
- წამლის მოქმედების სისწრაფე;
- ავადმყოფის უგონო მდგომარეობის დროს წამლის ნემსით შეყვანა ყველაზე უფრო
მიზანშეწონილია, (ამ შემთხვევაში წამლის მიცემა პირის ღრუდან სახიფათოა და შეიძლება
გართულებაც კი გამოიწვიოს სასუნთ გზებში მოხვედრის გამო);
- მედიკამენტი არ განიცდის კუჭის წვენისა და სხვა ფერმენტების ზეგავლენას და არ კარგავს
თავისი მოქმედების ძალას.
- ძალიან მნიშვნელოვანია პაციენტის ფსიქოლოგიური მომზადება ნებისმიერი მანიპულაციის
წინ – მათ შორის ინექციის გაკეთების წინაც;
- მოამზადეთ პაციენტი მანიპულაციის წინ (მოკლედ და მისთვის გასაგებ ენაზე აუხსენით,
რაუნდაგაკეთოთ). წყნარად და მშვიდად ისაუბრეთ პაციენტთან;
- მიეცით მას საშუალება მიიღოს მისთვის მოხერხებული მდებარეობა;
- შეასრულეთ თქვენი მანიპულაცია ზუსტად და დამაჯერებლად.



გახსოვდეთ! პაციენტს უფლებათქვსიცოდეს, თუ რა და როგორი მანიპულაცია უტარდება.

ინექციები ძირითადად ხორციელდება

- კანში-**ID IC** (*Intradermal, Intracutaneous*)
- კანქვეშ **SD SC** (*Subdermal, Subcutaneous*)
- კუნთებში **IM** (*Intramusculus*)
- ინტრავენურად **IV** (*Intravenous*)



დამახსოვრეთ!!!

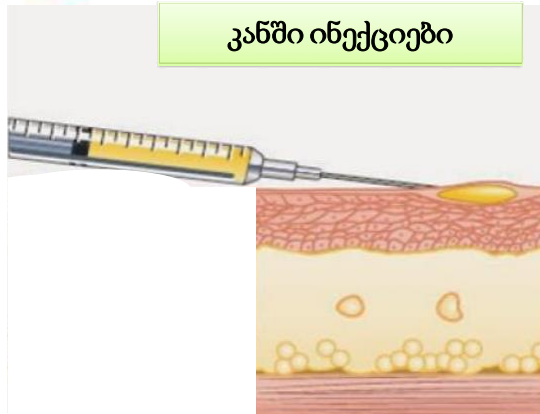
ყველა ტიპის ინექციას ასრულებს ექთანი, ექთნის დამხმარე ეხმარება მანიპულაციაში.

ინექცია კანში

ყველაზე ზედაპირული ინექციაა, რადგან ნემსიშეყავთ მცირე სიღრმეზე. ინექცია ხორციელდება ზუსტად ეპიდერმისის ქვეშ. პარენტერალური გზიდან მედიკამენტების შეწოვის ყველაზე ხანგრძლივი დრო. გამოიყენება ტესტირებისთვის: ტუბერკულოზური სინჯის, ალერგიის და ადგილობრივი ანესთეზიის დროს (ამიტომ აუცილებელია ოთახში სადაც კეთდება ალერგიული სინჯი იყოს პირველადი დახმარების საშუალებები და ეპინეფრინი



კანში ინექციები



ადჭურვილობა

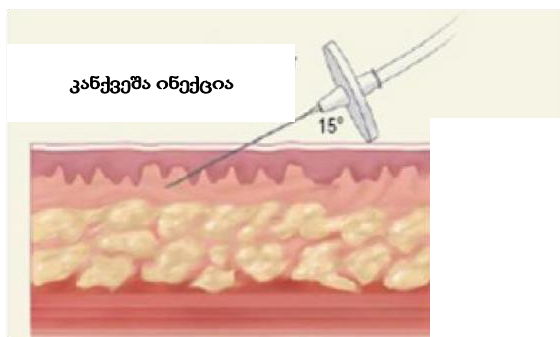
- ტუბერკულინის შპრიცი მილილიტრის მეათედი და მეასედი დანაყოფებით
- 26-27 ზომის ნემსი დიუმის 1/4¹/₄დან 1/2 მდე
- ანტიმიკრობული ბურთულა, ხელთათმანები
- როგორც წესი შეჰყავთ ჩვეულებრივ <0,5 მლ-მდე, ხოლო ნემსის დახრილობა ინექციის კუთხე-10-15 გრადუსი ნემსი შეგვყავს 0.4 მლ სიღრმეზე

კანქვეშა ინექცია

მედიკამენტის შეყვანა ხდება ცხიმოვან შრეში ეპიდერმისის და დერმის ქვეშ დაახლოებით 15 მმ სიღრმეზე. ამ მიდამოში სისხლძარღვების მცირე ოდენობის გამო მედიკამენტი შეიწოვება ნელა. უხშირესად გამოიყენება ინსულინის და ჰეპარინის ინექციისთვის.

ინექციის ადგილებია: მხრის გარეთა ზედაპირის ზედა მესამედში, ბარძაყის ლატერალური ზედაპირის ზედა მესამედში, ბეჭქვეშა არე (ბეჭის ძვლის აკრომიონის მიდამოში), მუცლის წინა კედელი (ჭიპის მიადამოში).

თავი აარიდეთ დაზიანებულ ადგილებს სისხლჩაქცევებს, შემუშუბულ, დაჭიმულ, ანთებად და სხვა დაზიანებულ უბნებს.



აღჭურვილობა

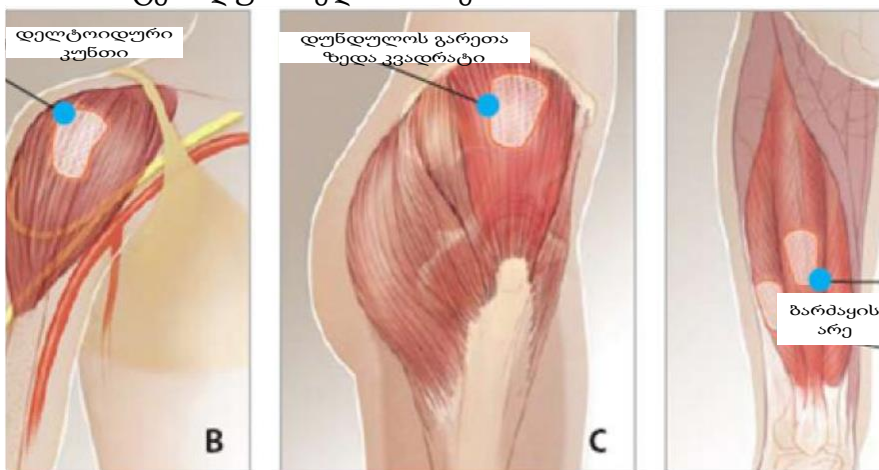
- სათანადო მოცულობის შპრიცი (1-2 მლ)
- 25-30 ზომის ნემსი 3/8 დიუმიდან 1-მდე.
- არასტერილური ხელთათმანები, ბურთულა ფიზიოლოგიური ხსნარით

ინექცია კუნთებში

მედიკამენტი შედის კუნთში, რაც უზრუნველყოფს კანში და კანქვეშ შეყვანილი მედიკამენტებთან შედარებით სწრაფ აბსორბციას და სწრაფ ეფექტს. მედიკამენტებს აქვთ ხანგრძლივი მოქმედების ეფექტი. გამოიყენება ანტიბიოტიკების, ჰორმონების საინექციოდ.

აღჭურვილობა

- ნემსი სათანადო ზომის
- ანტისეპტიკური ბურთულები,
- არასტერილური ხელთათმანები



ინტრავენური კათეტერიზაცია



ინტრავენური სითხეებისა და წამლების როგორც ერთჯერადად ასევე ხანგრძლივი დროით ინფუზიას ხშირად იყენებენ მედიცინაში.

ინტრავენური თერაპიისათვის მოზრდილებში საუკეთესო ლოკალიზაციას წარმოადგენს წინამხარი, მაჯა, რადგან ის მეტად მოხერხებულია.

ქვედა კიდურების (წვივი, ტერფი) ვენების კათეტერიზაციის საკითხი დგება გამონაკლის შემთხვევებში, რადგანაცმადალიათრომბოზებისსალბათობა , შესაბამისა და ამ პროცედურის შეთანხმებაცხდება ექიმთან.

შეიძლება გამოვიყენოთ საფეთქლის მიდამოს ვენები (განსაკუთრებით ჩვილ ბავშვებში).

მაქსიმალურადვეცადოთდავიცვათკათეტერიზაციისაგანისმიდამოები, სადაცშესაძლებელიასაჭიროგახდესარტერიო-ვენოზურიფისტულის გაკეთება ან/დაუკვეარსებობს ასეთი ტიპის ფისტულა;

ნებისმიერი შეცდომა: ასეპტიკის და ანტიასეპტიკის დარღვევა, დოზის გადამეტება, ვენაში ზეთოვანი ხსნარის შეყვანა და სხვ. შეიძლება, სავალალოდ დამთავრდეს პაციენტისათვის.

პაციენტის პოზიცია: პაციენტი უნდა იწვეს ან იჯდეს.

ინტრავენური კათეტერიზაციის ჩვენება:

ინტრავენური სითხეებისა და წამლების ერთჯერადი ან ხანგრძლივი დროით ინფუზია

ინტრავენური კათეტერიზაციის უკუჩვენება:

თუ შესაძლებლობა გვაქვსთავიუნდა ავარიდოთ ისეთი ადგილების კათეტერიზაციას სადაც აღინიშნება დამწვრობა, ცელულიტი, ინფექციასაპროექციო არის მიდამოში, ფლებიტი, თრომბოზიანლიმფური უკმარისობა.

ინტრავენურიკათეტერიზაციის გართულება

ლოკალური გართულებებია: თრომბოზი, თრომბოფლებიტი, ფლებოთრომბოზი, ინფილტრატი, აბსცესი, ნეკროზი, ჰემატომა.

1. **თრომბოზი, თრომბოფლებიტი:** ვენის ენდოთელიუმზე ნემსის (ან კათეტერის) წვერის შეყვანის ადგილზე ყოველთვის ხდება თრომბოციტების ადჰეზია (მიწებება) და ყალიბდება თრომბი. თრომბი საუკეთესო ადგილია ბაქტერიების გამრავლებისათვის, ვითარდება თრომბოფლებიტი (ვენის ანთება).

2. **ფლებოთრომბოზი:** ამ დროს არის ემბოლიის მეტი საშიშროება, რადგან სისხლის კოლტი არის მიმაგრებული ვენის კედელზე.

ფლებიტის ხარისხს განსაზღვრავს:

- ინფუზიის ხანგრძლივობა - რაც უფრო ხანგრძლივია ინფუზია, მით მეტია ანთების სიხშირე
- ხსნარის შემადგენლობა

- ინფუზიის ადგილი - სახსრის მოხრის ადგილში ინექცია კიდურის მოძრაობის დროს მეტად აზიანებს ვენის კედელს. ვენულები და ქვემო კიდურის ვენები უფრო მიდრეკილია ტრავმისადმი.

3. ინფექცია

უხშირესად ვითარდება მაშინ როდესაც ირღვევა ასეპტიკა ანტისეპტიკის წესები.

მანიპულაციისათვის საჭირო აღჭურვილობა:

- არასტერილური ხელთათმანი
- ინტრავენური კათეტერი (შესაბამისიზომის)
- შპრიცი
- ლახტი, სპირტიანიბურთულები, გამჭვირვალელეიკო
- სტოპკოკი
- ინტრავენური ხაზი (IV ხაზი, სისტემა)
- NaCl 0.9%

მას შემდეგ რაც ექთანი ჩადგამს კათეტერს თქვენი მოვალეობაა შემოწმება:

- ინფილტრაციისა და ფლემიტის ნიშნების აღმოსაჩენა და ჩხვლეტის ადგილი შეამოწმეთ ყოველ 8 საათში.
- ფლემიტისა და ინფილტრაციის ნიშნებია: ტკივილი, სიწითლე, შეშუპება
- ფლემიტის ნიშნების გამოვლენისთანავე შეწყვიტეთ ინფუზია და აცნობეთ ექთანს
- დაადეთ თბილისაფენი 3X დღეში, 20-20 წუთისგანმავლობაში

კათეტერის ჩარეცხვა

8 სთ-შიერთხელ 2მლ 0,9 %NaCl- ი

ნაწოლების მოვლა

ნაწოლი _ ქსოვილის ან ქსოვილების ერთგვარი დაზიანებაა, რომლიც სხეულის საკუთარი წნევის ზემოქმედებით ყალიბდება.

ნაწოლი _ ქსოვილის კომპრესიის შედეგად ყალიბდება.

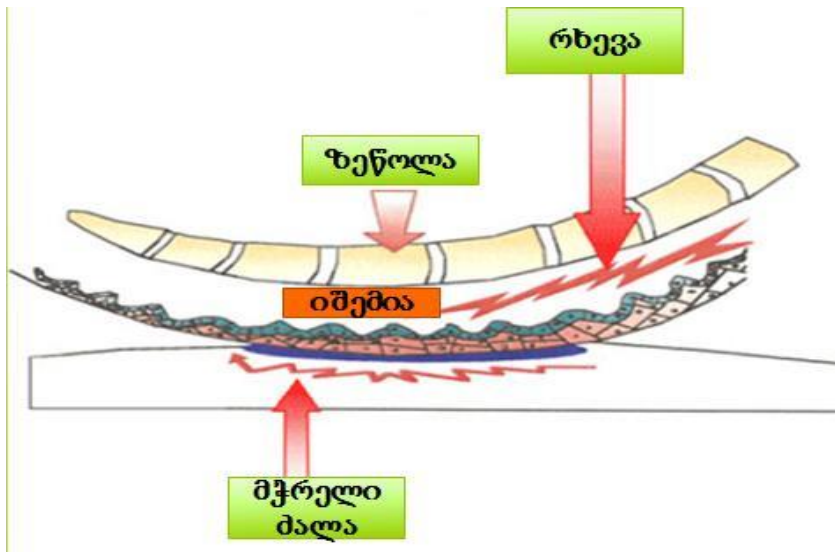
ნაწოლების განვითარების ხელშემწყობი ფაქტორები

იმემია, აციდოზი, ტოქსინთა აკუმულაცია, ინტესტიციული ჰემორაგია და ნეკროზი _ ეს ის თანამიმდევრული პროცესებია, რომლების ნაწოლის ჩამოყალიბებას განაპირობებს.

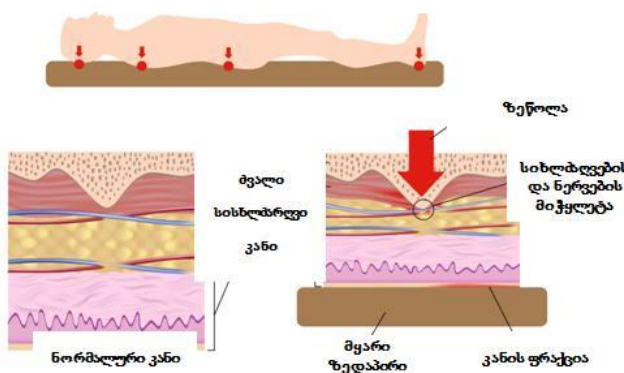
ზეწოლა -საწოლის თეთრეულით, მჭიდრო ნახვევებითან ტანსაცმლით გამოწვეული.

მჭრელი ძალა-ქსოვილების მექანიკური დაზიანება. შეიძლება განვითარდეს ასევე არაპირდაპირი ზეწოლის შედეგად

რხევა- შესაძლებელია იყოს “მჭრელი ძალის” ერთერთი კომპონენტი და გამოიწვიოს კანის რქოვანის გარსის განშრევა, რაც თავის მხრივ გამოიწვევს ზედაპირის დაწყლულებას. რხევა იზრდება სისველის გაჩენისას



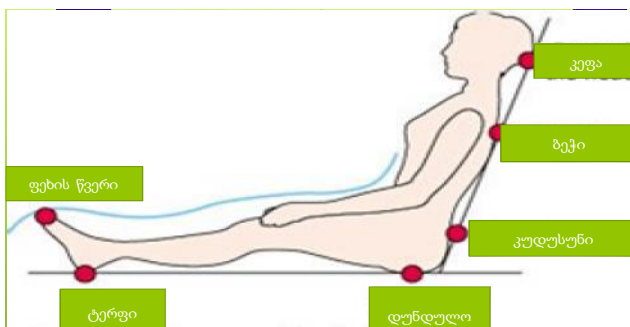
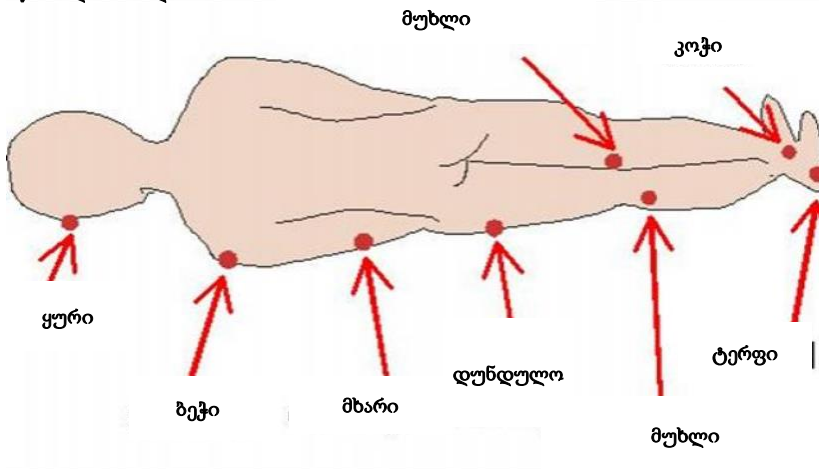
ეტიოლოგია



ნაწოლების ყველაზე ხშირი ლოკალიზაცია

კეფა თვალბუდის მოდამო ბეჭის მიდამო	იდაყვი თემოები კუდუსუნი ხერხემლის სვეტი	კოჭ-წვივი ქუსლი ტერფი მხრები	დუნდულო ბარძაყები მუხლები
---	---	---------------------------------------	---------------------------------

ნაწოლების განვითარების ადგილები გვედზე წოლის დროს



ნაწოლების განვითარების ადგილები ჯდომის დროს

ნაწოლების ყველაზე ხშირი ლოკალიზაცია

95%-ში ჩნდება სხეულის ქვედა ნაწილებში – გავა, კუდუსუნი, საჯდომი წვეტები, დიდი ციბრუტები, ქუსლები

40%-ში – გავა-კუდუსუნის მიდამო

30%-ში – ქუსლების მიდამო

10-15%-ში – კეფაზე, ბეჭების არეებში, იდაყვებზე, წვივებზე

ნაწოლების სხვა ლოკალიზაციები

- კანის ზედაპირები, რომლებზეც განხორცილებულია ზეწოლა სხვადასხვა მიზეზით:
- ჟანგბადის კანულა და ნილაბი
- ნ/გ ზონდი და საინტუბაციო მილი
- შარდის ბუშტის კათეტერი
- დრენაჟები
- თაბაშირი
- კისრის საიმობილიზაციო საყელო

ნაწოლების განვითარების რისკ-ფაქტორები

- ასაკი
- იმობილიზაცია
- ხერხემლისა და პერიფერიული ნერვების დაზიანება
- ანგიოპათია
- მალნუტრიცია
- კახექსია
- ცხელებით მიმდინარე დაავადებები
- გულის უკმარისობა
- სხეულის ზოგადი შეშუპება
- შარდისა და განავლის შეუკავებლობა

კომორბიდული მდგომარეობები

- სიმსივნე
- შაქრიანი დიაბეტი
- ინსულტი
- პნევმონია
- გულის შეგუბებითი უკმარისობა
- სეფსისი
- ანემია
- ჰიპოალბუმინემია
- ჰიპოტენზია
- თირკმლის უკმარისობა

ნაწოლის განვითარების სტადიები

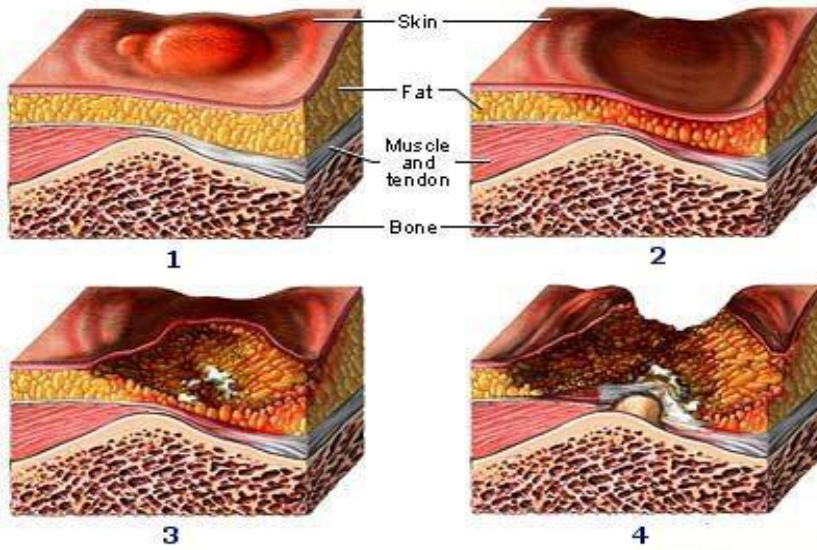
I სტადია _ მდგრადი ერთემა, რომელიც არ თეთრდება თითის დაჭერით

II სტადია _ ზედაპირული წყლული, მოიცავს ეპიდერმისსა და დერმას. აღინიშნება დესქვამაცია ან ბუშტუკების წარმოქმნა. მიმდებარე კანი შესიებულია, გამოხატულია ანთებითი ცლილებები

III სტადია _ კანის სრულშრეობრივი დაზიანება, მოიცავს კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილსაც. ეს უკანასკნელი გაშიშვლებულია, აღინიშნება სისველე. დაზიანება არ სცდება კანქვეშა ფასციას. წყლულს კრატერის შესახედაობა აქვს. შეიძლება წარმოდგენილი იყოს სუბკუტანური ჯიბეებიც.

IV სტადია _ ღრმა წყლული, მოიცავს კუნთოვან, ხრტილოვან, ძვლოვან ქსოვილებს. შეიძლება აღინიშნებოდეს მყესების, სახსრის დაზიანება.

Progression of a Pressure Sore



ინფექცია

- კონტამინაცია
- კოლონიზაცია
- კრიტიკული კოლონიზაცია
- ინფექცია



ინფექციის ნიშნები

- შეხორცების გახანგრძლივება
- ექსუდატის ფერის ცვლილება
- ტკივილის ხასიათის შეცვლა
- გრანულაციური ქსოვილის გვიან განვითარება და ფერის ცვლილება
- ნაწოლის სუნის არსებობა

- ნაწოლის ზომის ცვლილება
- სიცხე
- ლეიკოციტოზი

ნაწოლების პრევენცია

- მალნუტრიციის თავიდან აცილება
 - ადექვატური დღე-ღამური კალორაჟით უზრუნველყოფა
 - ცილოვანი კომპონენტით უზრუნველყოფა
 - ანემიის კორექცია
 - ჰიპოქსიის თავიდან აცილება
 - კანის მშრალად შენარჩუნება
 - სველი თეთრეულის გამოცვლა
 - დაბანა და კანის გამშრალება
 - პაციენტის პოზიციის შეცვლა ზეწოლის წნევის შემცირების მიზნით
 - სპეციალური ლეიბების გამოყენება
-
- პაციენტის გადაბრუნება ყოველ 2 სთ-ში 30°C-ით
 - „მოტივტივე“ ზედაპირის შექმნა სპეციალური ღრუბლისებრი მასით სავსე ან სილიკონიანი ლეიბებით
 - თეთრეულის ნაკეცების ბოლომდე გასწორება
 - საწოლში ნამცეცების ან უცხო სხეულების არსებობის თავიდან აცილება



ნაწოლების მოვლა

ოკლუზიური ნახვევის უპირატესობა ნაწოლის მკურნალობაში. იგი ჭრილობას უნარჩუნებს ტენიანობას და ინახავს ჭრილობის გამონაჟონს, რომელიც სავსეა შეხორცების, აღდგენითი პროცესების მასტიმულირებელი ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებებით და ანთებითი მედიატორებით. იგი ასევე ხელს უწყობს ტკივილის შემსუბუქებას.

არასასურველია მშრალი საფენების გამოყენება და დაუშვებელია ჭრილობის ღიად დატოვება. თუ ოკლუზიური ნახვევი არახელმისაწვდომია, საფენი ფიზიოლოგიური ხსნარით უნდა დასველდეს.

მას შემდეგ რაც ბაქტერიული კოლონიზაცია კრიტიკულ ციფრს მიაღწევს, კონტამინაცია ინფიცირებაში გადაიზრდება ხოლმე. ბაქტერიული კონტამინაციის შესამცირებლად ანტისეპტიური საშუალებები გამოიყენება, როგორცაა წყალბადის ზეჟანგი, ბეტადინი, დერმაზინი, ქლორჰექსიდინი. კვლევებით დადასტურდა, რომ ბეტადინის და წყალბადის ზეჟანგის ხსნარები აქვეითებენ ფიბრობლასტების პროლიფერაციულ აქტივობას. ამიტომ მათი გამოყენება ნაკლებად სასურველია.

ამ მხრივ უპირატესია ვერცხლის სულფოდიანი (სილვადენი, დერმაზინი). ინფიცირებას ანტიმიკრობული საშუალებებით უნდა ვებრძოლოთ. ანტიბიოტიკების შემცველი მალამოებიდან ყველაზე ხშირად ამინოგლიკოზიდების (ნეომიცინი, ამიკაცინი) შემცველი მალამოები გამოიყენება. ნეკროზული მასების, დევიტალიზებული ქსოვილების მოსაცილებლად ფერმენტული მალამოებია საჭირო. ა.შ.შ-ში ყველაზე მეტად კოლაგენაზას შემცველი ტოპიკური აგენტები გამოიყენება.

ნაწოლების რისკის შეფასება ხორციელდება ნორტონისა და ბრეიდენის შკალის მიხედვით

ბრეიდენის ცხრილი ნაწილების რისკის შეფასებისთვის

პაციენტის სახელი, გვარი _____ შემფასებლის სახელი გვარი

შეფასების თარიღი _____

<p>მგრძობელობა</p>	<p>1. სრულიად შეზღუდული: არ პასუხობს მტკივნეულ გაღიზიანებაზე, უგონო მდგომარეობის ან სედაციის ფონზე ან სხეულის უმეტეს ნაწილზე ტკივილის შეგრძნების დაკარგვა</p>	<p>2. ძალიან შეზღუდული: პასუხი მხოლოდ მტკივნეულ გაღიზიანებაზე. რეაგირებს მხოლოდ ბგერებზე ან მგრძობელობა დაკარგულია სხეულის ½-ზე</p>	<p>3. მსუბუქად შეზღუდული: ასრულებს ბრძანებებს, მაგრამ ყოველთვის ვერ გამოხატავს დისკომფორტი ს არსებობას ან გადაბრუნების სურვილს. ან აქვს მგრძობელობი ს მოშლა 1 ან 2 კიდურში</p>	<p>4. არ არის შეზღუდული: ასრულებს ბრძანებებს. არა აქვს მგრძობელობის მოშლა</p>
<p>სინოტივე კანი რომელ უბანზეა ნოტიო</p>	<p>1. მუდმივად ნოტიოა ოფლით, შარდით და სხვა. სისველე შეიმჩნევა ყოველთვის პაციენტის გადაბრუნების და მდებარეობის შეცვლისას</p>	<p>2. ძალიან ნოტიოა კანი ხშირად, მაგრამ არამუდმივად ნოტიოა. თეთრეული ეცვლება სულ მცირე ერთხელ მორიგეობის განმავლობაში</p>	<p>3. პერიოდულად ნოტიოა თეთრეული ეცვლება დაახლოებით ერთხელ დღეში</p>	<p>4. იშვიათადაა ნოტიო კანი ჩვეულებრივ მშრალია, თეთრეული ეცვლება რუტინული მოვლის რეჟიმში</p>
<p>აქტიურობა ფიზიკური აქტიურობის ხარისხი</p>	<p>1. მწოლიარეა ძირითადად საწოლშია</p>	<p>2. ინვალიდის ეტლით მოძრაობა შეზღუდული აქვს ან არ შეუძლია საკუთარი სხეულის მასის ტარება</p>	<p>3. ზოგჯერ ფეხით გადაადგილდება ა დღის განმავლობაში, მაგრამ მცირე მანძილზე, დახმარებით ან მის გარეშე.</p>	<p>4. ხშირად გადაადგილდება ფეხით მოძრაობს პალატის გარეთ დღეში ორჯერ და პალატაში ყოველ ორ საათში</p>

			სუმეტეს დროს ატრებს საწოლში ან სკამზე	
მობილურობა სხეულის მდებარეობის შეცვლის შესაძლებლობა	1. ძირითადად უმოძრაოა, არ შეუძლია პოზიციის შეცვლა დახმარების გარეშე	2. ძალიან შეზღუდული შეუძლია სხეულის და კიდურების მდებარეობის მსუბუქი ცვლილებები, მნიშვნელოვანი მოძრაობების შესასრულებლად სჭირდება დახმარება	3. მცირედ შეზღუდული შეუძლია სხეულის ან კიდურების მდებარეობის შეცვლა დამოუკიდებლად	4. შეუზღუდავი შეუძლია მდებარეობის შეცვლა დამოუკიდებლად
ნაკვებობა ჩვეული კვებითი რაციონი	1. ძალიან ცუდი არასოდეს ამთავრებს ულუფას. იშვიათად ჭამს ულუფის 1/2-ზე მეტს. ცილის შემცველი საკვების მარტო ორ ულუფას ან ნაკლებს დღეში. იღებს ცოტა სითხეს დღის განმავლობაში ან არაფერს არ იღებს პერ ოს /ი/ვ 5 დღეზე მეტი ხნის განმავლობაში	2. არაადექვატური იშვიათად ჭამს მთლიან ულუფას (ძირითადად მხოლოდ 1/2-ს). ცილის შემცველი საკვების მხოლოდ 3 ერთეულს დღეში. ზოგჯერ იღებს საკვებ დანამატებს ან იღებს ოპტიმალურზე ნაკლებს სითხეს ან იკვებება ნაზოგასტრალური მილით	3. ადექვატური ჭამს მთლიანი ულუფის ნახევარზე მეტს. ცილის შემცველი საკვების 4 ერთეულს დღეში. ზოგჯერ უარს ამბობს ჭამაზე, მაგრამ იღებს საკვებ დანამატებს ან იმყოფება ნაზოგასტრალურ კვებაზე ან იღებს ამინომჟავებს საჭირო რაოდენობით	4. ძალიან კარგი ჭამს უმეტესად ყველა ულუფას. არასოდეს ამბობს უარს საჭმელზე. ჩვეულებრივ ჭამს ცილის შემცველი საკვების ოთხივე ულუფას (ერთეულს). ზოგჯერ ჭამს ძირითად საკვებს შორის (წახემსება). არ მოითხოვს საკვები დანამატების მიღებას
ხახუნი	1. პრობლემები მოდებარეობის შესაცვლელად საჭიროებს დახმარებას. ხშირად ცურდება პაციენტი საწოლში	2. პოტენციური პრობლემები მოძრაობს მცირედ ან მოითხოვს მინიმალურ დახმარებას. მოძრაობის დროს	3. არ არის პრობლემა თავისუფლად მოძრაობს საწოლში და აქვს მოძრაობისთვის	



**განათლების ხარისხის განვითარების
ეროვნული ცენტრი**



	და სკამზე ქვემოთ. მდებარეობის შესაცვლელად სჭირდება დახმარება. სპასტიურობა. კონტრაქტურები ან ნჯღრევა წინ უძღვის ხახუნს	კანი გადაადგილდება ზეწრის, სკამის ან სხვა ხელსაწყოების საპირისპირო მიმართულებით. უმეტესად აქვს საჭირო მდებარეობა და იშვიათად ცურდება ქვემოთ საწოლში	ს საჭირო კუნთური ძალა. საწოლში და სკამზე დამოუკიდებლად იღებს მოსახერხებელ პოზიციას	
--	---	---	--	--

ნორტონის ცხრილი

ფიზიკური მდგომარეობა		ფსიქიური მდგომარეობა		აქტიურობა		მოძრაობის შესაძლებლობა		შარდის/განავლის შეუკავებლობა	
კარგი	4	ცოცხალი	4	მოსიარულე	4	სრული	4	არა	4
დამაკმაყოფილებელი	3	აპათიური	3	დადის დახმარებით	3	მცირედ შეზღუდული	3	ზოგჯერ	3
ცუდი	2	დაბნეული	2	მჯდომარე	2	ძალიან შეზღუდული	2	მხოლოდ შარდის	2
ძალიან ცუდი	1	სტუპორი	1	მწოლიარე	1	უმოდრაო	1	შარდის და განავლის შეუკავებლობა	1



ჭრილობა



ჭრილობა კანის, ლორწოვანი გარსისა და ღრმად მდებარე ქსოვილების დაზიანებაა.

ჭრილობები კლასიფიკაციის მიხედვით შეიძლება დაიყოს:

- ღია – ჭრილობა არღვევს კანისა და ლორწოვანის მთლიანობას
- დახურული – ჭრილობა არ არღვევს კანისა და ლორწოვანის მთლიანობას
- მწვავე (ახალი ჭრილობა, რომელსაც ანატომიური და ფუნქციური აღდგენის უნარი გააჩნია)
- ქრონიკული (ძველი ჭრილობა, რომელსაც ანატომიური და ფუნქციური აღდგენის უნარი დაქვეითებული აქვს) ჭრილობა.
- ზედაპირული – ჭრილობა, რომელიც მოიცავს კანის ეპიდერმულ შრეს
- პენეტრირებული – ჭრილობა მოიცავს კანის ეპიდერმულ შრეს, დერმას, ღრმა ქსოვილებსა და ორგანოებს
- პერფორირებული – პენეტრირებული ჭრილობა, რომელიც განჭოლავს სხეულს და ორგანოებს

წითელი ჭრილობა _ მიუთითებს გრანულაციაზე. ასეთი ჭრილობა საჭიროებს დაცვას, სინოტივესა და სისუფთავს

ყვითელი ჭრილობა _ ახასიათებს ფიბრინული ნადები ან ჩირქოვანი ექსუდატი, რომელიც საჭიროებს მოშორებას

შავი ფერის ჭრილობა _ ნეკროზული მასების მანიშნებელია, საჭიროებს მათ დაუყოვნებლივ მოცილებას

დახურული დაზიანების ტიპები

დაჟეჟილობა – დაზიანება, რომლის დროსაც კანის მთლიანობა არ არის დარღვეული. ხშირად ვითარდება სისხლჩაქცევის შედეგად და შესაბამისად დაზიანებული უბანი იცვლის ფერს

ჰემატომა – რომელიმე ორგანოში ან კუნთში სისხლმარღვის დაზიანების შედეგად შედედებული ან ნაწილობრივად შედედებული სისხლის მასა



ღია ჭრილობები

რბილი ქსოვილების ღია ჭრილობები - ასეთი ჭრილობებიდან დიდია სისხლდენისა და ინფექციის განვითარების რისკი

კლასიფიკაციის მიხედვით არჩევენ: დაჟეჟილი ჭრილობას, ექსკორიაციები, გაგლეჯილი ჭრილობა და ამპუტაცია, ნაჩხვლეტი ჭრილობა.

ზოგიერთი სპეციფიკური დაზიანება არის ძაღლის ნაკბენი, კატის ნაკბენი, ადამიანის ნაკბენი ნაკვეთი ჭრილობა, ცეცხლნასროლი ჭრილობა, მაღალი წნევით მიყენებული ჭრილობა.

ჭრილობის შეფასებისას უნდა შეფასდეს

- ადგილმდებარეობა
- ზომა, ფორმა (სიგანე, სიღრმე, კიდეები)
- ფერი
- გამონადენი (რაოდენობა, ფერი, სუნი)
- სისხლდენა
- ტკივილი

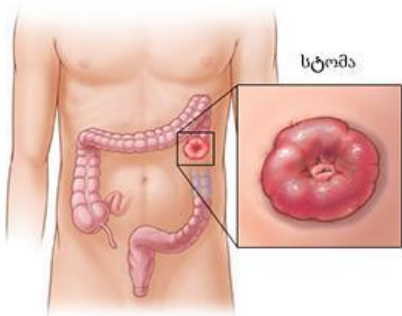
ფაქტორები, რომლებიც ზეგავლენას ახდენენ ჭრილობის შეხორცებაზე

კვებითი სტატუსი, ცილა საჭიროა ახალი ქსოვილის ზრდისათვის, ოქსიგენაცია, სხეულის ტემპერატურა, შეინარჩუნეთ სხეულის ნორმალური ტემპერატურა, ცუდი ქირურგიული აღჭურვილობა



სტომა

სტომირება – რომელიმე დრუ ორგანოზე ხვრელის, ქირურგიული გზით შექმნაა. ყველაზე ხშირად სტომის დადება დაკავშირებულია – ნაწლავებზე ჩატარებულ ოპერაციასთან (ილეოსტომა და კოლოსტომა), შარდ-სასქესო სისტემაზე (უროსტომა), და იშვიათად ტრაქეაზე ჩატარებულ ოპერაციასთან (ტრაქეოსტომა).



ისტორიკოსების მტკიცებით, სტომის დადების ოპერაცია, თანამედროვე გაგებით (ნაწლავის გამოტანა მუცლის წინა კედელზე) საბუთობრივად დაფიქსირებული იყო 1710 წელს, როდესაც ფრანგმა ქირურგმა ლეტრემ, ეს ოპერაცია ახალშობილის გადასარჩენად ჩაატარა. შემდეგ ასწლეულებში ქირურგიული სტომირება უფრო და უფრო დაიხვეწა, ნარკოზის, ახალი ტექნიკის და ტექნოლოგიების გამოგონების, ასევე მედიცინის სრულყოფილად შესწავლის წყალობით.

ნაწლავის სტომის და უროსტომის გამოტანა ხდება მუცლის წინა კედელზე, იმ ორგანოს მდებარეობის შესაბამის ზონაში, რომელზეც ტარდება ოპერაცია. სტომის კანზე გამოტანის ადგილის განსაზღვრისას, გასათვალისწინებელია როგორც გამოსატანი ნაწლავის მდებარეობა, რომელზეც საბოლოოდ დაიდება სტომა, ასევე პაციენტის სურვილი, რათა სტომის დამოუკიდებლად მოვლა, მაქსიმალურად შევეუმსუბუქოთ. სტომის ადგილის განსაზღვრაზე ასევე მოქმედებენ ისეთი ფაქტორები, როგორცაა ნაწიბურების მდებარეობა, სხეულის ნაკვეთის მდებარეობა, ჭიპთან და თემოს ძვლებთან სიახლოვე და ა.შ.

სტომა შეიძლება იყოს მუდმივი და დროებითი. მუდმივი სტომა რჩება პაციენტს მთელი დარჩენილი ცხოვრების მანძილზე, დროებითი სტომა კი, გარკვეული დროის შემდეგ იხსნება, კუჭ-ნაწლავის მთლიანობა აღდგება.

დროებითი სტომა გამოიყენება, თუ საჭიროა კუჭ-ნაწლავზე მკურნალობის და რეაბილიტაციის ჩატარება, ოპერაციის შემდეგ, მძიმე მოწამვლის და სხვა დაავადებების დროს, როდესაც საჭიროა კუჭ-ნაწლავის განტვირთვა, მოსვენება.

სტომირების ოპერაციის შემდეგ, პაციენტს აქვს ხვრელი მუცლის წინა კედელზე, რომელიც კანის ზედაპირიდან აწეულია 1-2 სმ-ით და ინტენსიური წითელი ფერისაა. ნაწლავის ბოლო შემუშუპებულია და შესაძლოა მცირედ სისხლმდენიც იყოს.

დროთა განმავლობაში შემუშუპება ცხრება, ჭრილობა ხორცდება, სტომის ზომები მცირდება, ფერი ფერმკრთალდება – ხდება ღია ვარდისფერი. ქირურგიაში ამ პროცესს სტომის მომწიფება ეწოდება.

სტომის სრულ მომწიფებამდე საჭიროა, სტომიდან გამოსულ გამონადენზე დაკვირვება – მოცულობა, ფერი, კონსისტენცია, გამონადენში ჩირქის და სისხლის შემცველობა. სტომის სრული ფორმირება მთავრდება 4-6 კვირის შემდეგ



სტომის სრული ფორმირებისა და სტომის მოვლის სპეციფიკის ათვისების შემდგომ, სტომირებული პაციენტები უზრუნველნიან აქტიურ სოციალურ ცხოვრებას. ხელოვნური კუჭ-ნაწლავის ნორმალური ფუნქციონირების უზრუნველსაყოფად, ცვლილებებს მხოლოდ კვების პრინციპები განიცდის.

ტრაქეის სანირება

ტრაქეის სანაცია ეს არის სამედიცინო პროცედურა რომელიც განაპირობებს ტრაქეაში არსებული ლორწოს ევაკუაციას სასანაციომილის საშუალებით, ესარისსტერილურიპროცედურა, ასრულებსექთან ასისტენტთან დახმარებით.

სასანაციო ზონდების დიამეტრის გაზღვრებაFr (ფრენჩებში) და დამოკიდებულია ენდოტრაქეული მილის / ტრაქეოსტომის დიამეტრზე. სასანაციოზონდი, უნდაიყოსენდოტრაქეალური მილის დიამეტრის ნახევარი.

ტრაქეის სანაციის ჩვენება

- საჭაერო გზების გამავლობის შენარჩუნება
- ოქსიგენაციის გაუმჯობესება
- ქვედასასუნქი გზებიდან აკუმულირებული სეკრეტის ლიკვიდაცია ასეპტიკის წესების დაცვით
- ხველის რეფლექსის სტიმულაცია
- სისხლით და პირნაღები მასით პულმონალური ასპირაციის პრევენცია
- ინფექციის და ატელექტაზის პრევენცია

ტრაქეისსანაციისგართულებები

- ჰიპოქსემია
- ატელექტაზი
- არითმია
- ინფექცია
- სეფსისი
- ლორწივანისდაზიანება
- კარდიალური არესტი

ტრაქეის სანაციის აღჭურვილობა

- პულსოქსიმეტრიდაპაციენტისმონიტორი
- სტერილურიNaCl 0.9%
- სასანაციოაპარატი

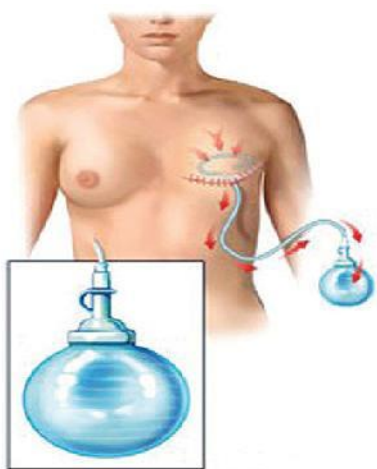


- ამბუსპარკიმიერთებული 100% ჟანგბადთან
- დამცავისათვალე
- სტერილურიხელთათმანი (ლიასასანაციოზონდისათვის)
- არასტერილურიხელთათმანიდახურულისასანაციოსისტემისათვის
- სათანადოზომისსტერილური

დრენაჟი

დრენაჟი ეს არის სხეულის რომელიმე სიღრუიდან ზედაპირზე სითხის გამომტანი მოწყობილობა (ჩვეულებრივ, ნახვრეტებიანი რეზინის ან მინის მილი).

სხეულის ღრუდან ან ჭრილობიდან სითხის, ჩირქის დაწრეტა (ამოცლა, ამოღება) სპეციალური მილის ან დოლბანდის გრძელი ნაჭრის საშუალებით.



შეიძლება პაციენტს ჩაუდგან ერთი ან რამოდენიმე დრენაჟი,საჭიროებიდან გამომდინარე. თითოეული დრენაჟზე მიმაგრებულია ჩანთა სადაც ხდება დრენირებული სითხის ჩაღვრა. დარწმუნებული იყავით რომ თითოეული მილი არ არის დახვეული. ჩანთა უნდა დაიცალოს როდესაც მისი 2/3 შეივსება სითხით. (პირველ ჯერზე ოპერაციის დამთავრებიდან პირველ 24 სთ და შემდგომ ყოველ 6 საათში). როგორც წესი პოსტოპერაციულ პერიოდში დრენირებული სითხის რაოდენობა დღითი დღე იკლებს (დამოკიდებულია პათოლოგიაზე). ჩანთის დაცლამდე დაიბანეთ ხელები, ჩაიცვით არასტერილური ხელთათმანი, მოხსენით ჩანთა ისე რომ დარწმუნებული იყავით არ ეხებით შიგთავსს. დააკვირდით შიგთავსს : რაოდენობაზე, ფერზე, სითხის სისქეზე და მოახსენეთ ექთანს. დააკვირდით დრენაჟის ირგვლივ არსებული ქსოვილს რა ფერისაა, არის თუ არა შეშუებული და ა.შ



ნაზოგასტრული ინტუბაცია

ნაზოგასტრული ინტუბაცია (NG)-ეს არის სამედიცინო პროცედურა, რომელიც მოიცავს მილის ჩადგმას ცხვირიდან ცხვირხახის და საყლაპავის გავლით კუჭამდე. ეს არის სუფთა პროცედურა, რომელსაც ასრულებს ექთანი, არსებობს ოროგასტრული ინტუბაცია(OG)- როდესაც მილის ჩადგმა ხორციელდება პირის ღრუდან კუჭამდე.

ნაზოგასტრული ზონდის დიამეტრი იზომება Fr (ფრენჩი) სხვადასხვა ასაკისა და წონის მიხედვით, ძირითადად მოზრდილებში იდგება 16 F , 18 F ზომის მილი. არსებობს ერთ სანათურიანი (დიაგნოსტიკური ასპირაციისათვის) და ორსანათურიანი (ასპირაციის დროს იძლევა გამორეცხვის საშუალებას) ზონდი.

ნაზოგასტრული ინტუბაციის ჩვენება:

- კუჭისშიგთავისდრენირება
- ლაბორატორიულიდასამკურნალომიზნები
- მედიკამენტებისშეყვანა
- ოპერაციისწინ კუჭისლავაჟი
- ტრამვისდროსღებინებისდაასპირაციისპრევენცია
- ენტერალურიკვება

ნაზოგასტრული ინტუბაციის უკუჩვენება

- სახის მრავლობითი დაზიანება, განსაკუთრებით ცხავის ძვლის მოტეხილობის დროს (რათა არ მოხდეს ზონდის თავის ტვინში პენეტრაცია). ამ დროს უნდა მოხდეს ოროფარინგეალური ინტუბაცია
- ნაზალური ობსტრუქცია ან ახლო წარსულში გადატანილი ქირურგიული ჩარევა ცხვირზე.
- კოაგულოპათიები
- საყლაპავისვარიკოზი

გართულება

- ასპირაცია
- ღებინებისგამოწვევა
- ენდოტრაქეალურიინტუბაცია
- პნევმოთორაქსი
- ინტრაკრანიალურიინტუბაცია

პროცედურისათვისსაჭიროაღჭურვილობა

- არასტერილურიხელთათმანი
- დამცავი სათვალე



- ნაზოგასტრალური მილი (ასკთან შესაბამისი ზომის)
- ჟანეს შპრიცი 50-60 მლ
- ლიდოკაინიანი ლუბრიკანტი
- ლეიკოპლასტირი
- სტეტოსკოპი
- ჭიქა წყლით
- თირკმლისებრი თასი
- ლიდოკაინიას სპრეი (შეათანხმეთექიმთან)
- მომჭერი
- რეზერვუარი (ზონდის მისაერთებლად)



ნაზოგასტრული მისი მოვლა ხორციელდება მაშინ როდესაც ის ჩადგა საკვების მიღბის მიზნით ყოველი კვების შემდეგ აუცილებელია სუტა წყლის გატარება მილში (ჩასარეცხათ) და მილის ჩაკტვა. ყოველი კვების შემდეგ უნდა მოხდეთ ნაზოგასტრული მილის დამაგრების ადგილის დასუფთავება.

როდესაც საჭიროა ლეიკოს მოცილება (რომლითაც მილი დაფიქსირებულია კანზე) ხორციელდება იმ ადგილის დამუშავება

თუ შეამჩნევთ სიწითლეს ან გაღიაზენებას ამოიღეთ ზონდი და ჩადგით მეორე ნესტოში.

!!! საშიშია

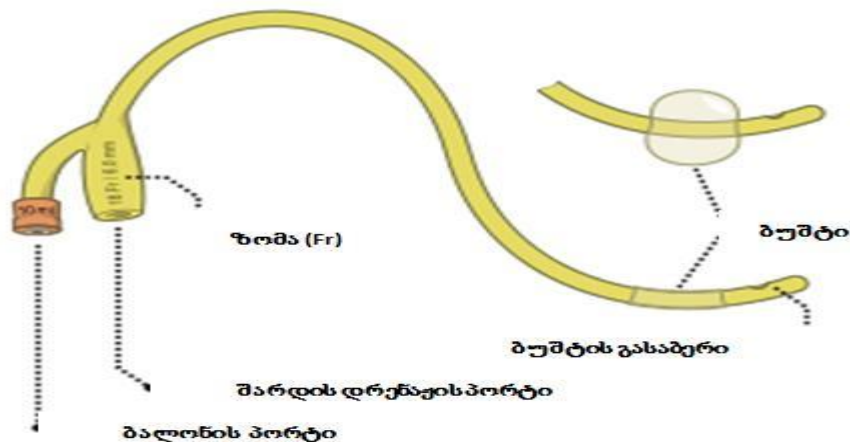
სიწითლე შეშუპება გღიაზიანება ზონდის ჩადგმის ადგილას



შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია

შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია ხორციელდება ფოლეის კათეტერით, რომელიც თავსდება შარდის ბუშტშიურეთრის გავლით;

ფოლეის კათეტერის არხი



ერთ არხიანი კათეტერი – არ შეიცავს საფიქსაციო ბუშტს და გამოიყენება ერთჯერად ად შარდის ბუშტის დასაცლელად ან შარდის ასაღებად.

ორ არხიანი კათეტერი – ერთი სადრენაჟო არხი, რითაც ხდება შარდმიმღებთან დაკავშირება და მეორე რისი საშუალებითაც კათეტერის ბოლოს არსებული ბუშტი გაიბერება და ახორციელებს ფიქსაციას;

გამოიყენება: უროლოგიაში, ზოგადქირურგიაში, მეანობა-გინეკოლოგიაში, ნეიროქირურგიაში, საოპერაციოში, მიმღებ გადაუდებელ განყოფილებაში.

სამარხიანი კათეტერი – აქვს სადრენაჟო არხი, ბუშტის გასაბერი არხი და საირიგაციო არხი;

გამოიყენება უროლოგიაში (შარდის ბუშტის გამოსარეცხად).

ფოლეის კათეტერის ზომა

კათეტერის დიამეტრი ციზომება ფრენჩებით. შეიძლება იყოს 6-26 Fr (ერთი ფრენჩი არის 0.3მმ);

ფოლეის კათეტერის ზომ აასაკის/სქესის მიხედვით

- ბავშვებში 6-10 Fr
- მამაკაცებში 14-16 Fr



- ქალები 16-18 Fr
- საირიგაციოდგამოიყენება 22 Fr



ჩვენება:

- შარდის მწვავე შეკავება
- შარდის გამოყოფის მონიტორინგი
- შარდის შეგროვება სადიაგნოსტიკო მიზნებისათვის
- ქვედასაშარდის ტემის უროლოგიური შეფასება
- შარდის შეუკავებლობა

უკუჩვენება

- მენჯის ტრამვა
- პერინეალური ჰემატომა



- შარდისბუმტისკენჭოვანიდაავადება
- ჰემატურია

ყურადღებამიაქციეთ, ხომარადენიშნებაპაციენტს საშოდან გამონადენი

გართულებები:

- ქალიშვილებშისაშოსკათეტერიზაციადადეფლორაციის (საქალაქულე აკვის მთლიანობის დარღვევა) საშიშროება.
- ნოზოკომეალურიინფექცია (განპირობებულია იმით რომ პროცედურა უხშირესად ტარდება მიმღებ გადაუდებელ დეპარტამენტში);
- ალერგია ლატექსის მიმართ


აღჭურვილობა:

შარდისბუმტის კათეტერიზაციის ნაკრები, რომელშიც შედის:

- 1ც - ინსტრუმენტისთასი
- 2ც – 100მლ ჭიქა
- 2ც – მთლიანიშემოფარგვლა
- 1ც- ნახვრეტისანიშემოფარგვლა
- 1ც –ანატომიურიპინცეტი
- 5ც-დოლბანდის ბურთულა

ცალკე

- შარდისბუმტისკათეტერისათანადოზომის
- სტერილურიხელთათმანი
- არასტერილურიხელთათმანი
- სტერილურიშარდმიმღები
- შპრიცი 20მლ
- Na CL 0.9% ანსტერილურიწყალი
- ბეტადინი
- სტერილურილუბრიკანტი
- თბილისაპნიანიწყალი
- ტილო/პირსახოცი
- პამპერსისქაღალდი

პოზიცია ქალებისათვის შპკ დროს	პოზიცია მამაკაცებისათვის შპკ დროს
	



შარდის ბუშტის კათეტერის მოვლა

შარდის ბუშტის კათეტერი მოათავსეთ შარდის ბუშტის ქვემოთ (საწოლზე), დარწმუნებული იყავით რომ შარდი ჩაედინება კათეტერში და კათეტეტის მილები არ არის დახვეული და გადახლართული

კათეტერის ჩადგმის ირგვლივი კანის არე დაბანეთ ყოვედღიურად საპნით და გამშრალეთ შეამოწმეთ ინფექციაზე, შეშუპებაზე, გამონადენზე; (წყარო: <http://www.webmd.com/a-to-z-guides/care-for-an-indwelling-urinary-catheter-topic-overview>)

ოყნა

ამ პროცედური დროს ხორციელდება სითხის შეყვანა სწორ და მსხვილ ნაწლავში.

ოყნის სახეები:

1. **გამწმენდი ოყნა:** სითხის შეყვანა სწორ ნაწლავში და კოლინჯში ნაწლავის გაწმენდის მიზნით. გამოიყენება:

- ოპერაციის წინ
- სადიაგნოსტიკო მომზადების მიზნით
- ინტოქსიკაციის დროს
- ოყნით მედიკამენტების შეყვანის წინ

გამწმენდი ოყნის ტიპებია:

- ონკანის წყალი: 1000 მლ თბილი წყალი
- საპნიანი წყალი: 5 მლ საპონი (კასტილის საპონი) გახსნილი 1000 მლ თბილ წყალში
- სიფონის ოყნა: ასტიმულირებს პერისტალტიკას, წმენდს ნაწლავს და ხსნის მუცლის შებერვის სიმპტომებს

1. გამხსნელი ოყნა:

გამოიყენება: ყაბზობის დროს. გამხსნელი ოყნის ტიპებია:

- მარილიანი წყალი: 2 ჩაის კოვზი მარილი გახსნილი 1000 მლ თბილ წყალში
- კომერციულად მომზადებული: წინასწარმომზადებული ოყნები

2. **შემაკავებელი ოყნა:** სითხის შეყვანა სწორ ნაწლავში და კოლინჯში ნაწლავის გაწმენდის ხელშეწყობის მიზნით, ასევე გააჩნია ემოლანტის თვისება – ახდენს კოლინჯის გაღიზიანებული ქსოვილების ჩაცხრობას, გამოიყენება მედიკამენტების შეყვანის მიზნითაც. შემაკავებელ ოყნებად გამოიყენება წინასწარმომზადებული ოყნები

უკუჩვენებები:

- მსხვილი ნაწლავისა და ანუსის ლორწოვანი გარსის მწვავე ანთებითი დაავადებები და ეროზიულ-წყლულოვანი დაზიანებები, მუცლის ღრუს ორგანოთა ზოგიერთი მწვავე ქირურგიული დაავადება (მწვავე აპენდიციტი, პერიტონიტი)
- კუჭიდან ან ნაწლავებიდან სისხლდენა
- მსხვილი ნაწლავის სიმსივნე
- მუცლის ღრუს ორგანოებზე წარმოებული ოპერაციის შემდგომი პერიოდი (პირველი დღეები);
- ნახეთქები ანუსზე ან სწორი ნაწლავის ლორწოვანის გამოვარდნა
- გულ-სისხლძარღვთა მიმღე უკმარისობა

ოყნის გართულებები:

- ნაწლავის კედლის ტრავმა
- ნაწლავის პერფორაცია
- სისხლდენა

საჭირო ინფორმაცია:

1. აუცილებელია ექიმის დანიშნულება

2. გამწმენდი ოყნის რაოდენობაა 750-1000 მლ მოზრდილებისათვის; 250-500 მლ სასკოლო ასაკის ბავშვებისათვის; 100-250 მლ სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისთვის; შემაკავებელი ოყნის რაოდენობა განისაზღვრება 250 მლ ან ნაკლებით. ახალშობილის შემთხვევაში ექიმი ახდენს ოყნის რაოდენობის განსაზღვრას.

3. ოყნის შემადგენლობაში შეიძლება შედიოდეს ლორწოვანი გამღიზიანებლები, ამიტომ დარწმუნდით, რომ პროპორცია სწორია და ნივთიერებები კარგად არის შერეული, რათა თავიდან ავიცილოთ ლოკალიზებული გაღიზიანება.

4. შეავსეთ ოყნა სითხით, რათა თავიდან იქნას აცილებული ნაწლავში ჰაერის შეყვანა

5. ოყნა, განსაკუთრებით შემაკავებელი ოყნები, სასურველია გაკეთდეს საკვების მიღებამდე, რადგან სავსე კუჭის შემთხვევაში ძლიერდება პერისტალტიკა და შეკავება რთულდება

6. ექთანმა უნდა შეაფასოს მუცელი პროცედურამდე და პროცედურის შემდეგ.

7. რექტალური კათეტერი უნდა იქნას შეყვანილი 10 სმ-ით მოზრდილებში, 5-7,5 სმ-ით ბავშვებში და 2,5-3,8 სმ-ით ახალშობილებში.

8. არ აწიოთ ხსნარის კონტეინერი ანალური არიდან 45-50 სმ-ით ზემოთ

9. თუ დანიშნულია ოყნა სრულ გაწმენდამდე, არ მისცეთ 3-ზე მეტი, რათა არ მოხდეს სწორი ნაწლავის ლორწოვანის ზედმეტი გაღიზიანება. თუ ნაწლავი სრულად არ გაიწმინდა, აცნობეთ ექიმს.

10. შესაძლებელია შემაკავებელი ოყნის შემდეგ საჭირო გახდეს გამწმენდი ოყნის გაკეთება.

პაციენტის განათლება:

1. პაციენტს აუხსენით პროცედურა
2. პაციენტს აუხსენით, რომ სითხის შეყვანის დროს ისუნთქოს ნელა და ღრმად
3. შემკავებელი ოყნის შემთხვევაში აუხსენით პაციენტს, რომ თავი შეიკავოს დეფეკაციისაგან განსაზღვრული დროის განმავლობაში.
4. პაციენტს აუხსენით, რომ საჭიროებისას მოგმართოთ დასახმარებლად.

აღჭურვილობა:

1. ერთჯერადი ოყნის კომპლექტი
2. თეთრეულის დამცავი მუშამბა
3. ხსნარი და სხვა დანამატები
4. არასტერილური ხელთათმანი
5. დამატებითი ლუბრიკანტი
6. აბაზანის პირსახოცი
7. ხელსახოცი/ერთჯერადი ნაჭრის ხელსახოცები
8. ხალათი
9. ი/ვ შტატივი
10. ტუმბო ან სკამი სუდნოს დასადებად
11. სუდნო, გადასაფარებელი, ტუალეტის ქაღალდი
12. კანის ლოსიონი

პროცედურა:

აღჭურვილობისა და ხსნარის მომზადება:

1. ი/ვ შტატივი მოათავსეთ საწოლის ბოლოსთან

2. გახსენით ოყნის კომპლექტი. დახურეთ მომჭერი.

ა. აავსეთ კონტეინერი 1000 მლ თბილი და არა ცხელი წყლით. საჭიროებისას, დაამატეთ დამატებითი ნივთიერებები და კარგად შეურიეთ ან

ბ. დაამზადეთ სხვა ტიპის საჭირო ხსნარი, რომლებიც აღწერილია ზემოთ ან

გ. დაიცავით კომერციულად მომზადებული პაკეტის ინსტრუქციები

3. სითხე შეიყვანეთ ოყნაში ისე, რომ გამოიდევენოს ჰაერი

4. ჩამოკიდეთ სითხიანი პაკეტი ი/ვ შტატივზე ისე, რომ არ იყოს ანუსიდან 45-50 სმ-ზე მაღლა

აირგამყვანი მილის გამოყენება



აირგამყვან მილს იყენებენ მეტეორიზმის დროს და აირის გაძნელებული გამოყოფისას

აირგამყვანი მილი დამზადებულია რბილი, სქელკედლიანი რეზინისგან. მისი სიგრძეა 40-50 სმ სიგანე 0,8-1,5 სმ აქვს მომრგვალებული ბოლო და გვერძე 1-2 ხვრელი.

სწორ ნაწლავში მილი შეყავთ ფრთხილად ბრუნვითი მოძრაობით. თუ განავლოვანი მასა არ უშვებს მილს მაშინ შესაძლებელია გამხსნელი ოყნის გაკეთება აირგამყვანი მილის ჩადგამდე

აირგამყვან მილს სწორ ნაწლავში ათავსებენ არაუმეტეს 30 წთ განმავლობაში

პაციენტის ტრანსპორტირება

პაციენტის ტრანსპორტირებას ახორციელებს ექთანი და/ ან ექთნის ასისტენტი ასევე სპეციალური სამაშველო ჯგუფი, დამხმარე ჯგუფის აუცილებლობის შემთხვევაში (გადაუდებელი შემთხვევები)

რატომ ხორციელდება ტრანსპორტირება?

იმიტომ რომ საჭიროა გადაუდებელი შემთხვევების დროს ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობა,

ინსტრუმენტალური კვლევისათვის პაციენტის გადაყვანა, შიდა სტაციონალური გადაადგილება, პერიოპერაციულ პერიოდში პაციენტის ტრანსპორტირება (საოპერაციოდან პალატაში, პალატიდან საოპერაციოში), პაციენტის მოვლის ხარისხის უზრუნველყოფა

მითითებები

- შეაფასეთ პაციენტი და განსაზღვრეთ კონკრეტული შემთხვევაში ტრანსპორტირების მეთოდი
- უნდა მოხდეს პროცედურის აუცილებლობის განსაზღვრა
- შეიმუშავეთ ტრანსპორტირების გეგმა
- მოახდინეთ პრობლემების იდენტიფიცირება
- გაატარეთ შესაბამისი ღონისძიებები პრობლემის მოსაგვარებლად
- განსაზღვრეთ მანძილი და საჭირო აღჭურვილობის აუცილებლობა
- უნდა მოხდეს კონკრეტული ინსტრუმენტალური კვლევის სჭიროების შემთხვევაში, კვლევის უსაფრთხოებისათვის შესაბამისი ზომების გატარება
- შეაგროვეთ საჭირო აღჭურვილობა და დარწმუნდით, რომ ყველაფერი წესრიგშია

პაციენტის მომზადება

- გონზე მყოფ პაციენტს განუმარტეთ პროცედურის აუცილებლობის შესახებ
- განსაზღვრეთ ტრანსპორტირებამდე პაციენტის ფიზიკური შეფასების პრიორიტეტები
- აწარმოეთ სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგი
- ინტესიური თერაპიის განყოფილებაში უგონო მდგომარეობაში მყოფი პაციენტების ტრანსპორტირებისათვის სპეციალური გეგმის შემუშავება
- პაციენტის შეფასება საოპერაციოში, ტრანსპორტირების მეთოდის განსაზღვრა სპეციფიკიდან გამომდინარე

აღჭურვილობა

- სატრანსპორტო საშუალება: საკაცე, მოძრავი სავარძელი
- პაციენტის პორტატული მონიტორი
- პაციენტის პორტატული სუნთქვის აპარატი საჭიროების შემთხვევაში
- პორტატული სასანაციო აპარატი
- გადაუდებელი დახმარების საჭიროებისათვის ჩანთა შესაბამისი აღჭურვილობით

პროცედურის თანმიმდევრობა

- განუმარტეთ პაციენტს პროცედურის აუცილებლობის შესახებ
- აწარმოეთ სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგი
- შესაბამისი გეგმის მიხედვით გადაიყვანეთ პაციენტი შესაბამის სატრანსპორტო საშუალებაზე
- უზრუნველყავით უსაფრთხოების ზომების გატარება

გადაადგილების მეთოდები სხვადასხვა სიტუაციებში



მძიმე ავადმყოფი შეიძლება გადაყვანილ იქნეს:

მომრავი სავარძლით, თუ ავადმყოფისათვის ნებადართულია ჯდომა, ან - საკაცით

- პაციენტის გადაყვანა სავარძელზე ან სავარძლიდან
- პაციენტის გადაყვანა საკაციდან ან საკაცეზე
- ფეხით მოსიარულე პაციენტის გადაყვანა

უსაფრთხოების ზომები

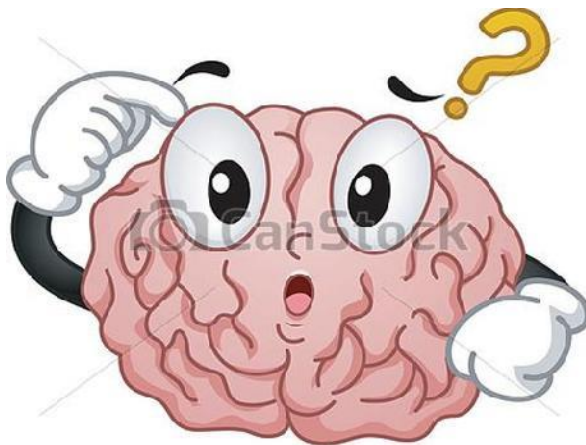
- პაციენტი საკაცეზე დაამაგრეთ ორი ღვედით მაინც!!!
- არასდროს არ დატოვოთ პაციენტი უმეთვალყურეოდ აწეულ მდგომარეობაში მყოფ საკაცეზე!!!
- არ გააგოროთ საკაცე გვერდითა მიმართულებით!!!
- ნუ ეცდებით საკაცის გადაგორებას უსწორმასწორო ზედაპირზე

საკაცის გამოყენების ჩვენება:

- პაციენტი, რომელსაც დაკარგული აქვს, ან შეიძლება დაკარგოს ცნობიერება
- კრუნჩხვის შემდგომი მდგომარეობა
- ხერხემლის დაზიანებები



კითხვები გამეორებისთვის?



1. ჩამოთვალეთ რამდენი სახის ინექციას იცნობთ?
2. ექთანმა გთხოვთ შარდის ბუშტის კათეტერიზაციის ცადგმის დროს დახმარება, რომელ ხელთათმანს მოამზადებთ ექთნისათვის და რომელს თქვენთვის (სტერილური თუ არასტერილური) და რატომ??
3. როგორ ამუშავებთ ნაზოგასტრულ მილს პაციენტის კვების შემდეგ?
4. როგორ ამუშავებთ შარდის ბუშტის ჩადგმის ადგილს?
5. ჩამოთვალეთ ჭრილობის დაინფიცირების ნიშნები
6. ჩამოთვალეთ პაციენტის ტრანსპორტირების სახეები
7. რამდენი წუთის განმავლობაშია დასაშვები გაზგამყვანი მილის დატოვება ?
8. რას ნიშნავს ნაზოგასტრული ინტუბაცია?
9. რას ნიშნავს ოროგასტრული ინტუბაცია?
10. რა არის სტომა

ავადმყოფის მოვლა

ძველთაგანვე არსებობდა მოვლა, როგორც საქმიანობა, მაგრამ არა როგორც პროფესია. პიროვნებები, რომლებიც პროფესიად მოვლას ირჩევენ, მოტივირებული უნდა იყვნენ ადამიანისადმი ინტერესითა და მათი დახმარების სურვილით.

ადამიანები, რომლებიც ხანდაზმულობის, ინვალიდობის თუ სხვადასხვა დაავადებების გამო სხვაზე დამოკიდებულნი ხდებიან მოკლე დროის განმავლობაში ან მთელი ცხოვრების მანძილზე, აუცილებლად საჭიროებენ კვალიფიციურ მოვლას.

ექთანი არის შუამავალი, მნიშვნელოვანი რგოლი, როგორც პაციენტს და ექიმს შორის, ასევე პაციენტსა და მის ახლობელ ადამიანებს, ნათესავებს შორის.

ავადმყოფის კარგად მოვლამ, შესაძლოა, თავად მოგვცეს თერაპიული შედეგი: თუკი უზადოდ შესრულებული სამედიცინო მანიპულაციების გარდა გათვალისწინებული იქნება ექთნის მხრიდან ავადმყოფის მოთხოვნილებები, სურვილები, ინტერესები.

როგორ შეიძლება წარმოვიდგინოთ პროფესიული მოვლის მთლიანი მოდელი. ეს მოდელი შემუშავებულია ხუთ კომპონენტზე დაყრდნობით. რას წარმოადგენს თითოეული მათგანი:

- ყოველდღიური ცხოვრების აქტიურობები
- ცხოვრების ფაზები
- სხვაზე დამოკიდებულება-დამოუკიდებლობა
- ფაქტორები, რომლებიც ცხოვრების აქტიურობებზე მოქმედებს (ფიზიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, სოციალური, კულტურული და პოლიტიკურ-ეკონომიური)
- ინდივიდუალობა

პროფესიული მოვლის მიზანია:

- ავადმყოფისათვის ახალ მდგომარეობასთან შეგუებასა და დამოუკიდებლობის შენარჩუნებაში დახმარება
- ჯანმრთელობის მართვა და შენარჩუნება

- საკუთარი თავის დამოუკიდებლად მოვლის ან ნაწილობრივ დახმარების უნარი
- სიცოცხლის ბოლო პერიოდის შემსუბუქება
 პროფესიულ მოვლაში ექთანსა და ავადმყოფს შორის ურთიერთობების ჩამოყალიბების პროცესში შეიძლება შემდეგი ფაზები გამოვყოთ:
- საორიენტაციო ფაზა - პირველი შეხვედრა, პირველი ურთიერთშეფასება, რაც პირველი კონტაქტიდან იწყება. პირველი შეხვედრა განაპირობებს ექთანსა და პაციენტს შორის შემდგომ ურთიერთობებს.
- იდენტიფიკაციის ფაზა - ურთიერთგაგება, დაჯერება, აღიარება პაციენტის მხრიდან.
- საჭიროების ფაზა - ამ ფაზაში პაციენტს ესაჭიროება პროფესიონალი ექთნის დახმარება. აქ შეიძლება უკვე პრობლემების კარგად გააზრება და გადაჭრაზე ზრუნვის დაწყება.
- დასკვნითი ფაზა, შეფასების ფაზა.
 რას ითვალისწინებს ავადმყოფის სწორად მოვლა? ეს პროცესი აუცილებლად უნდა ეყრდნობოდეს ყოველდღიური ცხოვრების აქტიურობებზე დაკვირვებას და დახმარებას მათ განხორციელებაში. **ეს აქტიურობებია:**
- ცხოვრებისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა
- კომუნიკაცია
- საკუთარი სხეულის მოვლა, ჩაცმა
- ძილი და ღვიძილი
- კვება
- გამოყოფა
- მოძრაობა
- სახლის პირობებში ავადმყოფისათვის სასურველი გარემოს შექმნა

ავადმყოფის ოთახი უნდა იყოს ზედმეტი ხმაურისაგან დაცული, ნათელი, თბილი და ადვილად ნიავებოდეს. აუცილებელია მუქი ფარდები, სიმყუდროვის შესაქმნელად. ოთახი არ უნდა იყოს გადატვირთული ზედმეტი ნივთებითა და ავეჯით. საკმარისია: კარადა, საწოლი, ღამის მაგიდა (ტუმბო), სკამი ან სავარძელი, მაგიდა, ღამის განათება, ზარი ან რაიმე დამახების საშუალება. საწოლი უნდა იდგეს ფანჯრისაგან მოშორებით, რათა ნივთები ავადმყოფის თვალთახედვის არეში უნდა იყოს მოთავსებული. აუცილებლად უნდა

გავითვალისწინოთ ავადმყოფის ძველი ჩვევები. სასურველია საყვარელი ნივთები და კარგი მოგონებების მომგვრელი სურათები მის სიახლოვეში რჩებოდეს.

თუ ოთახის თავისებურების გამო სიმყუდროვეს ვერ უზრუნველყოფთ, შეიძლება საწოლთან დაიდგას შირმა უცხო თვალისაგან. ოთახი უნდა იყოს ახლოს მომვლელის თვალთახედვიდან, რომ ავადმყოფს არ შეექმნას მიტოვებულის განცდა. უნდა ვიზრუნოთ ურთიერთობების შენარჩუნებაზე, ოჯახის წევრებთან, მეგობრებთან, ნათესავებთან, მოძღვართან და სხვა.

მოთხოვნების მიხედვით ავადმყოფს უნდა შეეძლოს რადიოსა და ტელევიზიის საშუალებით ახალი ამბების გაგება, მუსიკის მოსმენა.



საწოლი

მწლიარე ავადმყოფის ძირითად გარემოს მისი საწოლი წარმოადგენს.

საწოლი უნდა იყოს ორივე მხრიდან ადვილად მისადგომი, რბილი და მოსახერხებელი ქვეშაგებით. იდეალურია საავადმყოფოს

საწოლი, რომელიც სასურველ სიმაღლეზე შეიძლება დავაყენოთ, ბორბლებით შეიძლება ოთახში გადავაადგილოთ, შესაძლებელია თავისა და ფეხების ნაწილების ცალ-ცალკე წამოწევა. მასზე, ასევე ადვილად შეიძლება დამხმარე საშუალებების კონსტრუირება. მოუხერხებელია ტახტი და ორადგილიანი საწოლი.

საწოლის სასურველი სიმაღლე აუცილებელია მომვლელის ხერხემლის დაზიანებისაგან დასაცავად. ხერხემლის მოხრილ მდგომარეობაში დატვირთვა სახიფათოა! სწორი მოქმედებით საკუთარი წონის სწორად განაწილებით, მომვლელმა შეიძლება ნაკლები ფიზიკური დატვირთვით მოახერხოს მძიმე წონის ავადმყოფის მოვლა. ამიტომ, თუკი ვერ ვახერხებთ საავადმყოფოს საწოლის ორგანიზებას, ჩვეულებრივი საწოლი უნდა ავამაღლოთ სასურველ სიმაღლემდე.

სწორი და მოსახერხებელი წოლა, საწოლს მიჯაჭვული ადამიანისათვის ძალიან მნიშვნელოვანია. არასწორმა წოლამ შეიძლება მრავალი გართულება გამოიწვიოს (ნაწოლები, კონტრაქტურები, ტკივილები).



თეთრეულის გამოცვლა, როდესაც ავადმყოფი საწოლში არ წევს:

- საჭიროა ყველაფერი მოვამზადოთ წინასწარ. ზეწარი, ბალიშის პირი, საბნის კონვერტი,

პატარა ზეწარი, ტომარა გამოცვლილი თეთრეულისათვის

- საწოლი დავაყენოთ ჩვენთვის ოპტიმალურ სიმაღლეზე (უნდა გავუფრთხილდეთ ხერხემალს, სიმძიმის ძალა გადავიტანოთ ფეხის კუნთებზე)
- საწოლის თავის ნაწილი აუცილებლად უნდა იყოს დაწეული, ბალიში ადებული, მთელი ლოგინი უნდა იყოს ერთ სიბრტყეზე
- თავის და ფეხების მხრიდან ფრთხილად გადმოიკეცება ზეწარი შუა ადგილისაკენ, ბალიში შუაში უნდა იყოს, ისე გადავადპროთ პირი, ბალიშის შიგნითა მხარე არ შეეხოს ზეწარს. ბალიშს გადავაგდებთ გვერდით სკამზე, ასე ვიქცევით საბნის შემთხვევაშიც
- ნახმარი თეთრეული იხვევა ზეწარში ისე, რომ პაციენტის ნაწოლი მხარე გარეთ არ მოხვდეს და იდება სპეციალურ ტომარაში. შემდეგ ხდება სუფთა თეთრეულის გადაფარება
- ზეწარი უნდა გადაეფაროს ნაკეცების გარეშე, ბოლოები შეეკეცოს

ავადმყოფზე დაკვირვება

ავადმყოფზე დაკვირვება მიეკუთვნება მომვლელის უმნიშვნელოვანეს მოვალეობას. პროფესიონალური დაკვირვების საშუალებით ამოიცნობა დაავადებები, ხდება გართულებათა თავიდან აცილება, მკურნალობის გამოყენებული ფორმების თვალ-ყურის დევნება და რაც ნაკლებ საყურადღებოა, ავადმყოფის მცირედი, მაგრამ მაინც მნიშვნელოვანი მოთხოვნები აქვს.

დაკვირვება უნდა ხდებოდეს ობიექტურად, ზუსტად და სისტემატიურად. მიღებული შთაბეჭდილების შესახებ უნდა ეცნობოს ექიმს.

დაკვირვებას შემთხვევითი ხასიათი არ უნდა ჰქონდეს. მოსალოდნელი გართულებების ნიშნები პირველად მაშინ კი არ უნდა შევნიშნოთ, როდესაც ისინი უკვე არის, არამედ სისტემატიურად ვეძიოთ ადრეული მიმანიშნებლები.

უნდა შეგვეძლოს გავარჩიოთ დანახვა და დაკვირვება. დანახვით აღქმა შეიძლება ინდივიდუალური, სუბიექტური იყოს. იგი შეიძლება დამოკიდებული იყოს მოტივზე, საიდან მოდის ეს აღქმა, რისი სურვილი მაქვს რომ აღვიქვა, რისი არა, მთავარია შეგვეძლოს პროფესიონალური დაკვირვება. დაკვირვების დროს სახეზე უნდა იყოს ორივე, აღქმაც და დაკვირვებაც. დაკვირვება უნდა იყოს სისტემატიური.

ძალიან მნიშვნელოვანია დაავადების სიმპტომებზე დაკვირვება, შესაძლოა უფრო მნიშვნელოვანი იყოს მოვლის სიმპტომებზე დაკვირვება.

ის რაც მოუვლელობის ბრალია დაავადების ბრალი არ არის.

დაკვირვება მოგვააზრებინებს თუ რა უნდა გაკეთდეს.

სწორედ დაკვირვებით მოპოვებულ მონაცემებზეა დამოკიდებული, როგორ დაიგეგმება და წარიმართება მოვლის შემდგომი პროცესი.

მხოლოდ დაკვირვება არ იძლევა ამომწურავ ახსნას, აქ უნდა ჩაერთოს აზროვნება და შექმნას კავშირები იქ, სადაც ექიმი ძნელად მისაწვდომია, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ავადმყოფის მომვლელმა იცოდეს იმაზე მეტი, ვიდრე მხოლოდ აუცილებელი მინიმუმის ცოდნაა ავადმყოფზე დაკვირვების შესახებ.

უნდა შეგვეძლოს განსხვავება რა არის ფიზიოლოგიური და რა პათოლოგიური ცვლილებები.

უნდა ვიცოდეთ რა მოთხოვნები ჰქონდა ადამიანს სანამ ავად გახდებოდა, უნდა გავაცნობიეროთ როგორ შეგვიძლია დახმარება თერაპიულად, ადამიანური ურთიერთობების თვალსაზრით, დამხმარე ტექნიკური საშუალებებით.

ავადმყოფი ყოველთვის სარგებლობს კარგი დაკვირვების უნარით. იგი გრძნობს რომ პატივს სცემენ მისთვის ღირებულ ინტერესებს. გრძნობს მისდამი ყურადღებას და გაფრთხილებას. ყოველივე, რაც დაკვირვებით აღიქმება, აუცილებლად დოკუმენტაციაში უნდა აისახოს.



წოლითი მდგომარეობა, რომელსაც ავადმყოფი იღებს, არის ძალიან ბევრის მოქმელი.

ჯანმრთელი და მსუბუქად მოავადე ადამიანები წვანან მსუბუქი კუნთური დაჭიმულობით და ხშირად იცვლიან მდგომარეობას. საყურადღებოა, წოლითი მდგომარეობის ზურგზე პასიურად წოლა, მოთენთილი, სიმძიმის ძალას მიცემული-სისუსტის მაჩვენებელია. ავადმყოფები სუნთქვის უკმარისობით, უპირატესობას ანიჭებენ სხეულის ზედა ნაწილის წამოწეულ-ნახევრადმჯდომარე მდგომარეობას. ტკივილი განაპირობებს მთელი სხეულის ან ცალკეული კიდურების შებოჭილობას: უპირატესობა ენიჭება იმ წოლით მდგომარეობას, რომლის დროსაც ტკივილები ყველაზე ნაკლებია. თუკი ეს მდგომარეობა ნაპოვნია, ადამიანი ცდილობს მის შენარჩუნებას. შეიძლება ტკივილები გამოწვეული იყოს ცუდად წოლით, დავაკვირდეთ, როგორ გრძნობს ადამიანი თავს ამა თუ იმ წოლით მდგომარეობაში. ყოველგვარი ცვლილება უნდა იქნეს აღქმული და სათანადო ღონისძიება გატარებული. გამოცდილ დამკვირვებელს ავადმყოფის სახეზე გამომეტყველება სწრაფად უქმნის შთაბეჭდილებას მის მდგომარეობაზე. სახის გამომეტყველება და კანის ფერი ბევრ ინფორმაციას იძლევა ავადმყოფის შესახებ.

კანზე დაკვირვება

კანი უმნიშვნელოვანესი ორგანოა. იგი არის საზღვარი შინაგანსა და გარემოს შორის და ბევრი ფუნქციები აქვს დაკისრებული. სხეულის მფარველი კანი უშუალოდ გადადის ლორწოვან გარსში, რომლითაც ამოაფენს სხეულის შიგნითა ღრუებს. ეს ნათლად ჩანს ტუჩებზე, ნესტოებზე, ქუთუთოების ნაპირებზე, გამომყოფი ორგანოების გამოსავალ ხვრელებზე. კანის სისქე ცვალებადია ორგანიზმის სხვადასხვა ადგილებზე, ზოგ ადგილას იგი ძალიან თხელია, ხოლო ზოგ ადგილას მაგ. ტერფის მხარეზე იგი აღწევს 4 მმ-ს. კანის ფორმა უშუალოდ დაკავშირებულია სხეულის მოყვანილობასთან. კანიდან ვითარდება ოფლის ჯირკვლები, ცხიმის ჯირკვლები, ფრჩხილები და თმა.

კანი შედგება სამი შრისაგან: ეპიდერმისი-ზედაპირული შრე, საკუთრივ კანი და კანქვეშა შრე.

კანის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფუნქციაა:

- დამცველობითი ფუნქცია

მექანიკური დაცვა, ქიმიური დაცვა გარკვეული ნივთიერებებისაგან (კანში გამოიყოფა ცხიმი, რომელიც არ ატარებს მავნე ნივთიერებებს), ულტრაიისფერი გამოსხივებისაგან თავდაცვა ხორციელდება მელანინის წარმოქმნაზე და მის გააქტიურებაზე, ბაქტერიებისაგან თავდაცვა.

- გამომყოფი ფუნქცია-საოფლე და ცხიმოვანი ჯირკვლების საშუალებით გამოიყოფა ოფლი
- შეგრძნების ფუნქცია-ტკივილის, შეხების ტემპერატურის
- ტემპერატურის რეგულაციის ფუნქცია-ხორციელდება სისხლძარღვთა კაპილარების ქსელით, ხდება როგორც გარეგანი ისე შინაგანი ცვალებადობისას
- სამარაგო ფუნქცია-ცხიმის, შაქრის, მარილის
- ნივთიერებათა და გაზთა ცვლაში მონაწილეობა-მელანინის პიგმენტის ცვლაში მონაწილეობა, D ვიტამინის ცვლაში მონაწილეობა, სუნთქვაში მონაწილეობა.

რა შეიძლება აირეკლოს კანზე დაკვირვების დროს?

კანის ფერზე დაკვირვებისას უნდა შეგვეძლოს ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური ცვლილებების გარჩევა.

კანის სიწითლე-გამოწვეულია კაპილარული სისხლძარღვების გაფართოებით. ამას მოსდევს ჰიპერემია-სისხლის სიჭარბე.

ფიზიოლოგიურია-დიდი ფიზიკური დატვირთვის ან ემოციური ალგუნების შემთხვევაში, გარემოს მაღალი ტემპერატურის დროს.

პათოლოგიურია

1. მაღალი სიცხის დროს (როდესაც სიცხე იწყებს აწევას, იწყება შემცივნება, შემცივნების დროს ორგანიზმი ცდილობს არ დაკარგოს სითბო, რადგანაც სიცხით უნდა შეებრძოლოს ავადმყოფობას, ამ დროს არის ფერმკრთალი, როდესაც სიცხე მაღლა იწევს, უკვე უნდა თავი

დაიცვას გადახურებისაგან, სისხლძარღვები ფართოვდება, კანი წითლდება და არის მშრალი და ცხელი, სიცხის დაწვეის დროს კი კანი არის ნამიანი და გრილი)

2. ადგილობრივი ანთების შემთხვევაში

3. I და II ხარისხის დამწვრობისას, ამ დროს ნეკროზული დაზიანება ჯერ არ არის, არის კანის ჰიპერემია

4. მაღალი არტერიული წნევის დროს (სახისა და ყელის მიდამოებში)

5. გამონაყარების დროს (ალერგიული რეაქცია ტოქსინზე ან რაიმე სამკურნალო საშუალებებზე, ინფექციური დაავადებების დროს)

6. ნახშირორჟანგით მოწამვლის დროს

კანის სიფერმკრთალე-ძირითადი მექანიზმი არის სისხლძარღვების შევიწროება და სისხლის პათოლოგია.

ფიზიოლოგიურია-შიშისა და შეკრთომის დროს, პიგმენტაციის ნაკლებობის დროს,

ჰიპოპიგმენტაცია, კონსტიტუციური სიფერმკრთალე.

პათოლოგიურია

1. დაბალი არტერიული წნევისას

2. ანემიის დროს

3. სისხლის მიმოქცევის ზოგადი და ლოკალიზებული დარღვევისას

4. სისხლის მიმოქცევის მწვავე უკმარისობის დროს (კოლაფსის, შინაგანი სისხლდენის, მოწამვლის და ა.შ)

5. თირკმელების პათოლოგიისა და მძიმე ინფექციური დაავადებების დროს

სიყვითლე-მისი მექანიზმია ნალველის პიგმენტაციის, ბილირუბინის არასაკმარისი გამოდევნა ორგანიზმიდან ბუნებრივი გზით, როდესაც იგი შეკავებულია გადადის სისხლში

და გამოიხატება კანზე. ფიზიოლოგიურია ახალშობილთა სიყვითლე, დიდი რაოდენობით სტაფილოსა და ციტრუსების მიღების შემდეგ.

სხვა შემთხვევებში რეალური სადიაგნოსტიკო მნიშვნელობა ექიმის პრეროგატივაა. სიყვითლე პირველ რიგში თვალის სკლერებზე შეინიშნება და აუცილებლად უნდა ეცნობოს ექიმს.

ციანოზი-კანის მოლურჯო შეფერილობა. იგი გვხვდება სისხლის ჟანგბადით არასაკმარისი გაჯერებისას, გულის უკმარისობისას, ფილტვების დაავადებისას (ემფიზემა, სიმსივნე). ციანოზი ყველაზე კარგად ტუჩებზე და თითის წვერებზე შეინიშნება. ეს რაც შეეხებოდა კანის ფერზე დაკვირვებას. მნიშვნელოვანია აგრეთვე კანის მდგომარეობაზე დაკვირვება. ეს კი დამოკიდებულია მისი დაჭიმულობის მდგომარეობაზე -ტურგორზე.

ტურგორზე ორი არსებითი ცვლილება არსებობს:



- დაბალი ტურგორი-კანის ელასტიურობის დაქვეითება, გამოშრობა, ექსიკოზი. ფიზიოლოგიურია სიბერის დროს.

პათოლოგიურია:

- სითხის დაკარგვის შემთხვევაში, დეჰიდრატაციის დროს. იგი შეიძლება გამოიწვიოს მაღალმა სიცხემ, მწვავე ფაღარათმა, ძლიერმა სისხლდენამ და შარდმდენების ჭარბი რაოდენობით მიღებამ. ამ დროს კანი მოდუნებულია, შეიძლება მისი ნაკეცების სახით წამოწევა. ნორმალური ტურგორის დროს ნაკეცები მაშინვე სწორდება. ექსიკოზის დროს კი გარკვეული დროის მანძილზე რჩება.
- მაღალი ტურგორი-მისი ძირითადი მიზეზი შეშუპებაა. ეს არის ქსოვილების წყლის ჭარბად დაგროვების შედეგი. ამ დროს კანი ხელის დაჭერის შემთხვევაში გვიან იბრუნებს პირვანდელ სახეს. შეშუპების ორი ყველაზე ხშირი სახეობებია:

1. შეგუბებითი შეშუპება-გულის დაავადებების დროს სითხე გროვდება სხეულის ქვედა ნაწილში. ესენია ტერფები და კოჭის მიდამო. მწოლიარე პაციენტებთან კი წელის მიდამო. ასეთი შეშუპება საღამოს უფრო ძლიერია ვიდრე დილით

2. ჰიპერჰიდრემიული შეშუპება-თირკმლის დაავადებების დროს. ამ დროს დამახასიათებელია ქვედა ქუთუთოების შეშუპებაც. თირკმლისებური შეშუპება დილითაც სახეზეა

საყურადღებოა აგრეთვე, კანი თბილია კარგი სისხლმომარაგებით, თუ ცივი და ცუდი სისხლმომარაგებით.

კანი ცვლილებებს იწვევს აგრეთვე სისხლის მიმოქცევის დარღვევებში, რის შედეგადაც წარმოიქმნება ნაწოლი, განგრენა, ტროპიკული წყლული. შეიძლება გაჩნდეს სხვადასხვა გამონაყარი.

კანის ცვლილებების ზუსტი შეფასება ექიმის ამოცანაა, ექთნის თანაშემწის ვალია დროულად შეაფასოს ნებისმიერი გამონაყარი კანზე, რაც არის ინფექციის წყარო.

აუცილებელია ფრჩხილებსა და თმებზე დაკვირვება:

1. ადგილობრივი ანთების შემთხვევაში

2. I და II ხარისხის დამწვრობისას, ამ დროს ნეკროზული დაზიანება ჯერ არ არის, კანის ჰიპერმია

3. მაღალი არტერიული წნევის დროს (სახისა და ყელის მიდამოებში)

4. გამონაყრების დროს (ალერგიული რეაქცია ტოქსინზე ან რაიმე სამკურნალო საშუალებებზე, ინფექციური დაავადებების დროს)

5. ნახშირორჟანგით მოწამვლის დროს

კანის სიფერმკრთალე -ძირითადი მექანიზმი არის სისხლძარღვთა შევიწროება და სისხლის პათოლოგია.

გადაადგილების მეთოდები სხვადასხვა სიტუაციებში

3. სისხლის მიმოქცევის ზოგადი და ლოკალიზებული დარღვევებისას

4. სისხლის მიმოქცევისას მწვავე უკმარისობის დროს (კოლაფსი, შინაგანი სისხლდენის, მოწამვლის და ა.შ)

5. თირკმელების პათოლოგიისა და მძიმე ინფექციური დაავადების დროს

კანი ცვლილებებს იწვევს აგრეთვე სისხლის მიმოქცევის დარღვევებში, რის შედეგადაც წარმოიქმნება ნაწოლი, განგრენა, ტროპიკული წყლული. შეიძლება გაჩნდეს სხვადასხვა გამონაყარი.

კანის ცვლილებების ზუსტი შეფასება ექიმის ამოცანაა, ექთნის ვალია დროულად შეაფასოს ნებისმიერი გამონაყარი კანზე, რაც არის ინფექციის წყარო.

მწოლიარე ავადმყოფს საწოლში დაბანის წინ, უპირველეს ყოვლისა, ვაფრთხილებთ ამის შესახებ და ვუტოვებთ დროს საკუთარი თავის შემზადებისათვის. საჭიროა მასალის წინასწარ მომზადება.



ავადმყოფის დასაბანად საწოლში საჭიროა შემდეგი მასალა:

- 2 თასი თბილი წყლისათვის
- 2 ქისა
- 1 დიდი და 2 პატარა პირსახოცი
- სუფთა საცვლები და თეთრეული
- ერთჯერადი ხელთათმანი

დასაბანი წყალი უნდა იყოს ავადმყოფისათვის სასიამოვნო ტემპერატურის. ქისა კარგად უნდა გაიწუროს, წყალი რომ არ წვეთავდეს. ავადმყოფი უნდა იწვეს ზურგზე, წელს ზემოთ ოდნავ წამოწეული, ტანზე უნდა ეფაროს, რომ არ გაცივდეს და საბნის ქვეშ თავს დაცულად და მყუდროდ გრძნობდეს, დაბანის დროს კი საჭიროების შემთხვევაში უნდა გაშიშვლდეს (სხეულის სათანადო არეები), დაბანა იწყება სახიდან, როგორც სხეულის ყველაზე ცნობიერი

არედან, სახის შემდეგ ვბანთ მკლავებს, ილიას ვბანთ სხვა ქისით და კარგად ვამშრალვთ.
შემდეგ გადავდივართ გულმკერდზე, მისი დაბანა ხდება მხრიდან დაწყებული გულმკერდის

გარშემო ნეკნების მიმართულებით. მუცელს ვბანთ წრიული მოძრაობით. შემდეგ ავადმყოფს ვაბრუნებთ გვერდზე წოლით მდგომარეობაში და ვბანთ ზურგს ხერხემლის გასწვრივ წრიული მოძრაობებით. ვამშრალებთ, ვაწვენთ ზურგზე წოლით მდგომარეობაში და შემდეგ ვბანთ ფეხებს, ბოლოს-ინტიმურ ადგილებს. მეორე მხრივ ქისისა და ჯამის გამოყენებით, სხეულის ყოველ ახალ ნაწილზე გადასვლის წინ აუცილებელია დავრწმუნდეთ, რომ კანი კარგად არის გამშრალებული, რადგან ნაოჭებში ნოტიო კანი შეიძლება გახდეს კანის ახალი დაზიანების მიზეზი. ფრჩხილების მოსაწესრიგებლად შესაძლებელია საწოლის ბოლოს, ფეხებთან დავდგად თასი თბილი წყლით, მოვახრევინოთ ფეხები და გავუკეთოთ აბაზანა საწოლში. პირის ღრუს, ფრჩხილებისა და თმის მოვლა არის ბანაობის ბოლო ეტაპი. ზეწრის გამოსაცვლელად ავადმყოფი უნდა მოვათავსოთ გვერდით წოლით მდგომარეობაში, შეძლებისდაგვარად საწოლის კიდეზე. გამოსაცვლელი ზეწარი მაქსიმალურად შევუცუროთ სხეულის ქვემოთ და თან მივაყოლოთ წინასწარ საწოლის მთელ სიგრძეზე გასწორებული, დახვეული სუფთა ზეწარი. გადავაბრუნოთ მეორე მხარეს. სანამ გადავაბრუნებთ კარგად დავუთვალიეროთ ზურგი! გამოვაცალოთ ძველი ზეწარი და ნაკეცების გარეშე გავასწოროთ სუფთა. რაც შეეხება მწოლიარე ავადმყოფის ტანსაცმელს, სასურველია ის ბამბის ან სხვა ბუნებრივი ქსოვილის იყოს, თავისუფალი მსუბუქი, რათა არ გამოიწვიოს სხეულის ჩახურება. არ იყოს გადატვირთული ღილებით ან სხვა შესაკრავით, რომლებიც ზეწოლის შემთხვევაში გამოიწვევს კანის დაზიანებასა და ნაწოლის საშიშროებას. ინკონტინენტურ (შეუკავებლობის პრობლემით) ავადმყოფებს უმჯობესია ეცვათ მოკლე მაისური, სიმშრალის უკეთ შესანარჩუნებლად. იმათთვის ვინც მოიხმარს პამპერსს, მნიშვნელოვანია დაცული იყოს სწორად ჩაცმის ტექნიკა და გამოცვლის რეგულარობა. ეს პროცესი რთულია ნაკლებად მობილურ ავადმყოფებთან. ასეთი ავადმყოფი უნდა მოვათავსოთ გვერდზე წოლით მდგომარეობაში, პამპერსის მეტად ფართე ნაწილი მოვარგოთ საჯდომს, ქვემოთა ნაწილი მაქსიმალურად (ლეიბზე ხელით დაწოლის საშუალებით) შევაცუროთ სხეულის ქვეშ და ავადმყოფი გადმოვაბრუნოთ ზურგზე წოლით მდგომარეობაში, კარგად გავასწოროთ წინა მხარეც და დავაფიქსიროთ სპეციალური შესაკრავების საშუალებით.



მოვლილი სხეული არის ადამიანისადმი გამოჩენილი ყურადღების გამოხატულება, მოუვლელობა კი შესაბამისად მისდამი გულგრილობის ნიშანი.

მწოლიარე ავადმყოფის დაბანა უმჯობესია დილის საათებში, საღამოს კი ფეხების აბაზანის გაკეთება.

განსაკუთრებული შემთხვევები მთლიანი დაბანის დროს.

დაბანა არ შეიძლება:

- ინფარქტის შემდეგ 2-3 დღე
- მაღალი სიცხის დროს (სიცხის აწევის მომენტში არ შეიძლება, როცა სიცხე აუწევს, გაჩერდება რამოდენიმე დღე და დაიწყებს კლებას, იმ დროს უკვე შესაძლებელია)
- დიდი ოპერაციის შემდეგ
- რადიოაქტიური დასხივების შემდეგ 4 კვირა (კანი შეიძლება დაიშალოს. არ შეიძლება მაღამოს ან ზეთის გამოყენება, უნდა ვიხმაროთ პუდრი)
- კანის დაზიანების შემთხვევაში (დამწვრობა, ჭრილობა)
- კანის ქრონიკული დაავადებების დროს (ფსორეაზი, ნეიროფერმიტი და სხვა ალერგიული გამონაყარები) ექიმის მითითებების გარეშე

განსაკუთრებული ოფლიანობის დროს უნდა მოხდეს იმ ადგილების ხშირი დაბანა, სადაც ოფლის დიდი რაოდენობა გამოიყოფა. შარდის ბუშტის კათეტერის დროს საჭიროა განსაკუთრებული დაბანა.

სკლეროზიან ავადმყოფებთან აუცილებელია გვერდით დგომა და მითითებების მიცემა.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ბანაობის რიტმულობას. მნიშვნელოვანია დამბლიანი და დიაბეტიანი პაციენტის დაბანის თავისებურებები.

რას უნდა მიექცეს ყურადღება დიაბეტიანი პაციენტის დაბანის დროს:

- არ შეიძლება ცხელი აბაზანა (25-28 გრადუსი)
- შხაპის დროს წყლის ტემპერატურა 37-39 გრადუსი
- ფეხების აბაზანა უნდა იყოს გრილი
- დაბანის შემდეგ კარგად უნდა იყოს გამშრალებული, განსაკუთრებით თითებს შორის
- ფეხის გული სარკით იქნეს დათვალიერებული, როდესაც პაციენტი დამოუკიდებლად იბანს
- ფრჩხილები არ უნდა მოიჭრას ძალიან ძირში, არ შეიძლება გვერდების ჩაჭრა
- არ უნდა იქნეს გამოყენებული სარეცხის საპონი, იწვევს კანის გამოშრობას. აუცილებელია კვ შემცველი ლოსიონი ან ზეთები
- ტანსაცმელი იყოს ბუნებრივი ქსოვლის, თავისუფალი, კანმა კარგად რომ ისუნთქოს
- როზმარინის აბაზანა გაკეთდეს დიდი სიფთხილით. მეთვალყურეობის ქვეშ, რათა არ განვითარდეს ჰიპოგლიკემია

საკონტროლო კითხვები:



1. აღწერეთ ავადმყოფის მოვლის ხუთკომპონენტური მოდელი:
2. რა არის პროფესიული მოვლის მიზანი?
3. როგორ გამოვუცვალოთ თეთრეული საწოლში მწოლარე ავადმყოფს?
4. რა მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის კანზე დაკვირვებას?
5. როგორ დავბანოთ მწოლიარე ავადმყოფი?
6. როდია არ შეიძლება ავადმყოფის დაბანა?
7. რას უნდა მიექცეს ყურადღება დიაბეტიანი პაციენტის დაბანის დროს?

ძილი და სიფხიზლე

ძილი არის ცნობიერების დროებითი გამოთიშვა და ის დრო, რომელსაც სხეული დასვენებისათვის საჭიროებს. ხდება შუამდებარე და შუა ტვინის ცენტრებიდან. დამატებით მათთან ერთად მოქმედებენ კიდევ სიმპათიკური და პარასიმპათიკური ნერვული სისტემები. დღისით ჭარბობს სიმპათიკური ნერვული სისტემის, გულის, სისხლის მიმოქცევის და სუნთქვის მოქმედებაში მომყვანი, აღმგზნები ნერვის მოქმედება.

ღამით ჭარბობს მომადუნებელი პარასიმპათიკური ნერვული სისტემა, ის აძლევს სხეულს დასვენების საშუალებას.

- ძილი მთელ ორგანიზმში ზოგად ცვლილებებს იწვევს, ანუ ძილის დროს ხდება რეფლექსების შესუსტება
- ნივთიერებათა ცვლის დაქვეითება
- კუნთური ტონუსის შემცირება (ნაწლავის და შარდის ბუშტის)
- მგრძნობელობის აღქმის დაქვეითება
- გულის ცემის შენელება
- სისხლის წნევის დაწევა სისხლძარღვთა ტონუსის შემცირების გამო
- ჯირკვლების ფუნქციის დაქვეითება

ყველა ადამიანს საკუთარი ცხოვრების სტილიდან გამომდინარე აქვს ძილზე ინდივიდუალური მოთხოვნილება. ძილზე მოთხოვნილება დამოკიდებულია ასაკზე:

ახალშობილი ბავშვი - 18-20 საათი

ჩვილი ასაკი - 12-14 საათი

სკოლის ასაკი - 10-12 საათი

მოზრდილი - 8-9 საათი

ხანდაზმული - 6 საათი

რადგან ძილი არის ის დრო, რომელსაც სხეული აღდგენისა და დასვენებისათვის საჭიროებს, მისი დარღვევა საფრთხეს უქმნის ჯანმრთელობის მდგომარეობას. ამიტომ მოვლის დროს გათვალისწინებული უნდა იქნეს ძილისა და ღვიძილის მდგომარეობის სწორად წარმართვა. ჩაძინება არის თანდათანობითი მოვლენა. არ არსებობს მკვეთრი საზღვარი ღვიძილისა და ძილს შორის. ზედაპირული ძილი ღამის განმავლობაში მრავალჯერ ენაცვლება ღრმა ძილს. ღრმა ძილის დროს ცნობიერება ითიშება, ეს კი წარმოადგენს ფსიქიური განტვირთვისა და დასვენების წინაპირობას. სიზმრები ღრმა ძილის ფაზაში არ განიცდება. ამ დროს ელექტროენცეფალოგრამაზე შეიძლება დაფიქსირდეს აქტიურობები და ასევე დახურული ქუთუთოს ქვეშ თვალის მოძრაობა.

ძილის დარღვევები

ძილის დარღვევის თავიდან აცილება რომ შევძლოთ, საჭიროა ცნობილი იყოს ამ დარღვევის ნამდვილი მიზეზები.

ძილის დარღვევებს მიეკუთვნება:

- ჩაძინების გაძნელება ან დარღვევა
- შეფერხებები ძილის მდგომარეობაში
- დღე-ღამის შებრუნება

ეს მიზეზები შეიძლება გამოწვეული იყოს:

შინაგანი გაუწონასწორებლობა ბრაზის ან შიშის გამო.

ზოგადი ავადმყოფობა, სიცხე, ჰაერის უკმარისობა, ტკივილები.

სიმპტომური შემფერხებლები: მოუხერხებელი საწოლი, უჩველო მდგომარეობა, არამყუდრო გარემო, ცუდი ჰაერი, ძნელად მოსანელებელი საკვები.

გარემო პირობები: შუქი, ხმაური, ქვეშაგების ნაკეცები.

დღე-ღამის შებრუნება ე.ი როდესაც ადამიანები ფხიზლობენ, ხოლო დღისით სძინავთ.

აუცილებელია ძილისათვის ხელშემწყობი პირობების შექმნა:

- ემოციური განტვირთვა (წიგნით, მუსიკით, მშვიდი საუბრით)
- საკმარისი ჟანგბადი ოთახში, ღია ფანჯარა, ორპირი ქარის თავიდან აცილება
- თბილი გარემოს შექმნა
- საღამოს ტუალეტი და შემდგომი ჰიგიენური პროცედურები
- ფეხის აბაზანა (დაძინების წინ ფეხები თბილი უნდა იყოს)
- საღამოს მსუბუქი კვება (საკვები არ უნდა იყოს მძიმე და არ უნდა იქნეს მიღებული უშუალოდ ძილის წინ)
- დამამშვიდებელი ჩაის მიღება
- მოხერხებული წოლითი მდგომარეობა

საჭიროების შემთხვევაში ავადმყოფს, ექიმის დანიშნულებით, უნდა მიეცეს მისთვის ინდივიდუალურად შერჩეული საძილე საშუალება.

დღე-ღამის რიტმის შებრუნება ხშირად გამოწვეულია ავადმყოფისათვის დღის რეჟიმის არასწორი დაგეგმვით. ლოგინს მიჯაჭვული, მწოლიარე ავადმყოფს უნდა ჰქონდეს დილის განცდა. დროულად წამოჯდომა, დილის ტუალეტის ჩაბარება, საუზმე. თუ ეს არ ხდება რეგულარულად და ყოველდღიურად ავადმყოფი ძილს გვიანამდე აგრძელებს, მას აუცილებლად ერღვევა ძილ-ღვიძილის რიტმი.

ძილის შესაფასებლად უნდა მივიღოთ პასუხები შემდეგ კითხვებზე:

- როგორ იძინებს ავადმყოფი: სწრაფად, ნელა, მშვიდად თუ მოუსვენრად?
- იღვიძებს თუ არა ხშირად? თუკი იღვიძებს ადვილად შეუძლია თუ არა ისევ ჩაძინება?
- მშვიდად სძინავს თუ არა, ხომ არ ხვრინავს, ყვირის ან კვნესის ძილში?
- როგორ რეაგირებს საძილე საშუალებებზე?

სხეულის ტემპერატურის რეგულაცია

ცოცხალ არსებათაგან ყველას არა აქვს საკუთარი სხეულის მუდმივი ტემპერატურა. მცენარეებში, მართალია, სითბო არსებობს, მაგრამ როგორც წესი არ შეიგრძნობა, რადგანაც იგი გამუდმებით გადაეცემა გარემოს.

გარემოს ტემპერატურა მნიშვნელოვანი ფაქტორია მცენარეებში სასიცოცხლო პროცესის მიმდინარეობისათვის. ბევრი მცენარე იღუპება როცა ტემპერატურა ცელსიუსის ნულს



ქვემოთ ჩამოდის, ზოგს კი სწორედ სიცივე სჭირდება თესლის კარგად გაღვივებისათვის, ზოგიერთი მცენარე ვითარდება მხოლოდ მაღალ ტემპერატურის პირობებში. ცხოველებს ტემპერატურასთან მიმართებაში, აქვთ სხვადასხვა მექანიზმი. ზოგიერთი ცხოველი სრულად გასცემს ტემპერატურას, მაგ: ცივისხლიანები. მაღალგანვითარებულ ძუძუმწოვარა ცხოველებს აქვთ ბეწვი, რითაც ინარჩუნებენ

ტემპერატურას. ფრინველებს არ შეუძლიათ გადაფრენის პერიოდები თვითნებურად ან ცნობიერი გაანგარიშებით შეაჩერონ. მათი ორგანიზმი რეაგირებს მზის ინტენსივობაზე, ტემპერატურის კლებაზე. ისინი მთლიანად გეოგრაფიულ-კლიმატურ-ეკოლოგიურ პირობებს არიან მიჯაჭვულნი.

სულ სხვა მიმართებაა ადამიანთან. ადამიანი არის ერთადერთი ცოცხალი არსება, რომელსაც შეუძლია „კლიმატი“ თვითონ შექმნას, შეუძლია ბუნებისაგან დამოუკიდებლად იარსებოს როგორც ორგანიზმმა. მხოლოდ ადამიანისათვისაა დამახასიათებელი უნარი, ფლობდეს სითბოს ძალეებს.

სითბო ფიზიკურ სხეულში ტემპერატურის სახით ვლინდება, სულიერში იგი თავს იჩენს როგორც თვისობრიობა. ყოფით მეტყველებაში სითბო უფრო ხშირად გულს უკავშირდება. ამ ორგანოში უშუალოდ შეიგრძნობთ სითბოს თვისობრიობას. გულთბილ ადამიანს მივაწერთ გულისხმიერებას, კეთილგანწყობას, პატიების უნარს, გულცივ ადამიანებს, პირიქით მივიჩნევთ უსულგულოდ, უარყოფელად. ვინც ადამიანს გულთბილად აღიქვამს, აქვს ტენდენცია მიენდოს მას უფრო მეტად ვიდრე, გულცივ და გულქვა ადამიანს. სითბოს ელემენტს სულიერში მაშინ აღმოვაჩინოთ, როცა რაიმეთი აღვფრთოვანდებით. ვამბობთ „სხეულში სითბო ჩამელვარა“ ან „ცეცხლის ალი მომედო“. ჩვენ „ცეცხლდებით“ დაპირისპირების პროცესში.ის ვინც რაიმეთი აღვფრთოვანებულა, მთელ სხეულში გრძნობს სითბოს ჩაღვრას და მთელი მისი არსებიდან გამოსჭვივის სითბო

ავადმყოფებთან შეიმჩნევა ამ შინაგანი ცეცხლის გაქრობა, ისინი არიან ინდიფერენტულნი, თითქოს უმიზნონი და უმოტივონი. თუკი მოხერხდება ავადმყოფის მდგომარეობიდან გამოყვანა, მიზნებისა და ინტერესების გამოცოცხლება, ეს იმას ნიშნავს რომ ჩვენ მოვახდინეთ მისი სულიერი სითბოს გააქტიურება.

სხეულის სითბო ემსახურება ორგანიზმში ბიოქიმიური პროცესების მიმდინარეობას. ბიოქიმიური პროცესები, თავიანთი მხრივ, გამოყოფს ადამიანის სხეულში სითბოს. სითბურ ორგანიზმში უფრო მეტი რამე მოიაზრება, ვიდრე სითბური მარაგი. ეს არის ძალა, რომელიც, მიუხედავად გარე ტემპერატურის ცვლილებისა, რომელიც ექსტრემალურ შემთხვევაში შეიძლება +60 და -60 შორის მერყეობდეს, მუდმივ დონეზე რჩება. სხეულის ტემპერატურის ნორმიდან გადახვევის დროს ადამიანისათვის ცნობიერების ასპექტი ისევ მნიშვნელოვანია, როგორც ფსიქოლოგიური პროცესი, რადგან ნორმალური ტემპერატურა ქმნის საფუძველს ცნობიერებისათვის, რომლითაც ადამიანს როგორც ინდივიდს, შეუძლია გამოავლინოს თავისი სრულყოფილი ადამიანური ყოფა.

სხეულის ტემპერატურა არის სხეულის ნივთიერებათა ცვლის შედეგად გამომუშავებული სითბოსა და კანის, ფილტვების და გამოყოფის შედეგად დაკარგული ტემპერატურის გაწონასწორების შედეგი.

ჯანმრთელ მდგომარეობაში სხეულის ტემპერატურის მუდმივ დონეზე შენარჩუნებაზე პასუხისმგებელნი არიან სითბური ცენტრები.



სითბური ცენტრები არიან სითბოს რეგულაციის ნერვული ცენტრები. შუამდებარე ტვინიდან მიდიან მმართველი იმპულსები მოგრძო ტვინისა და ზურგის ტვინში. სიცხე არის ზოგადი მდგომარეობის ავადმყოფური ცვლილება მთავარი სიმპტომით - ტემპერატურის მომატებით. ის წარმოადგენს დამცველ რეაქციას.

სიცხის მიზეზი შეიძლება იყოს არსებითად სითბოს წარმოქმნის დარღვევა და სხვა გარეგანი მიზეზები.

სიცხის გამომწვევად შეიძლება მოქმედებდეს:

- ინფექციები
- სხეულის უჯრედების მოშლა
- სხეულში შეჭრილი უცხო სახის ცილა
- ნერვული მიზეზები
- მედიკამენტები
- წყურვილი (განსაკუთრებით ახალშობილებში აქვს ადგილი ტემპერატურის აწევას სითხის დანაკლისისას)

ტემპერატურა იზომება სხეულის ისეთ ნაწილებში, რომლებიც დაცულია გარემოს ჰაერისაგან მთლიანად ან ნაწილობრივ და სისხლძარღვები პირდაპირ კანსა და ლორწოვანი გარსის ქვეშ მიედინება. ესენია ილლიის ფოსო, პირის ღრუ და სწორი ნაწლავი. ყველაზე ზუსტად გაზომვა ხდება სწორი ნაწლავში.

რექტალური (სწორი) ნაწლავი 2-4წთ-37,5

აქსილარული (ილლია) 8-10წთ-37,0

ორალური (პირის ღრუ) 10წთ-37,3

სხეულის ტემპერატურა რექტალური გაზომვისას:

აფებრილური (ნორმალური) 36,4-37,0

სუბფებრილური(მომატებული)37,5-38,0

პექტიური (მაღალი სიცხე) 39,5-41,0

ჰიპერპირეტული (ძალიან მაღალი) 41 და ზემოთ

ჰიპერთერმული 36 და ზემოთ

სხეულის ტემპერატურაზე გავლენას ახდენს დღის პერიოდები. უმრავლესობას დილით 3სთ-დან 6სთ-მდე ყველაზე დაბალი სიცხე და ნაშუადღევს 14-18 საათს შორის ყველაზე მაღალი სიცხე აქვს.

სიცხემ შეიძლება ან უცებ მკვეთრად მოიმატოს ან ნელ-ნელა ყოველდღიურად გრადუსის რამოდენიმე ერთეულით, სანამ თავის მწვერვალს არ მიაღწევს.

სწრაფად სიცხის აწევას ხშირად თან ახლავს შემცივნება, ავადმყოფი ამ დროს ფერმკრთალი ან ციანოზურია, აქვს სიცხის შეგრძნება მთელ სხეულში, ქვედა ყბა უკანკალებს, პულსი სუსტი და გახშირებულია.

შემცივნება წარმოადგენს გარკვეული დაავადების დამახასიათებელ ნიშანს, მაგალითად: ბაქტერიების, მიმე სეფსისის, პნევმონიის და სხვა. განმეორებითობა კი მალარიისათვის არის დამახასიათებელი.

დღის მაქსიმალური და მინიმალური ტემპერატურათა სხვაობისაგან წარმოდგება სიცხის ტიპები:

- მდგრადი სიცხე
- რემისიული - კლებადი სიცხე
- დროდადრო შეწყვეტადი (გარდამავალი) სიცხე

ლიზისი- სიცხის თანდათანობითი დაწევა დღეების განმავლობაში.

კრიზისი-სიცხის კრიტიკული დავარდნა. კრიზისით ეცემა პულსის სუნთქვის სიხშირე. ეს ქმნის კოლაფსის საშიშროებას, ამ დროს საჭიროა დიდი ყურადღება.

ობიექტური და სუბიექტური ნიშნები სიცხის დროს:

ზოგადი ავადმყოფობის შეგრძნება

- თავისა და კუნთების ტკივილი
- მოუსვენრობა
- მადის დაკარგვა
- წონის კლება (სხეულის ტემპერატურის 1%-ით აწევას შეესაბამება დაახლოებით 20%-ით ენერჯის ხარჯვის მომატება)
- წყურვილი, გულისრევა
- კანკალი, შემცივნება
- ენა უმეტეს შემთხვევაში მშრალი და ნაღებიანია
- იმატებს პულსის სიხშირე (ტემპერატურის 1% -ით მომატებას შეესაბამება პულსის დარტყმის 6-10-ით მომატება წუთში)
- იმატებს სუნთქვის სიხშირე
- იკლებს შარდის გამოყოფა. მის შედეგად შარდი მუქი და კონცენტრირებული ხდება
- ვითარდება ყაბზობა

მაღალი სიცხის დროს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ბოდვას, რომელიც თან ახლავს სიცხიან მდგომარეობას. აღინიშნება როგორც სიცხით ბოდვა, რათა ის განსხვავებული იქნეს სხვა მიზეზით გამოწვეული ბოდვისაგან. ბოდვითი მდგომარეობა არის ცნობიერების დაბინდვა, შიშნარევი ალგუნებადი მოტორული მოუსვენრობა, გრძნობაარეული და სიზმარეული ჩვენებების განცდა. ამ დროს დამახასიათებელია მხედველობითი ჰალუცინაციები.

ფეხზე მდგომი ადამიანი შეიძლება თბილ სვეტს შევადაროთ. სითბოს უმეტესობა იქმნება ნივთიერებათა ცვლის სისტემაში და სისხლის ნაკადის მეშვეობით აღწევს სხეულის უკიდურეს წერტილს-ფეხის წვერს. ასეთი გზით ადის სითბო მაღლა, ამასთან იგი გამოსხივდება მკერდიდან და თავიდან. თავი ყოველთვის ოდნავ უფრო ცივი უნდა იყოს ვიდრე სხეული.

საკონტროლო კითხვები:



კვება

1. რა მნიშვნელობა აქვს ძილს ორგანიზმისთვის?
2. ძილზე მოთხოვნილება დამოკიდებულია თუ არა ასაკზე და როგორ?
3. როგორია ადამიანის სხეულის ნორმალური ტემპერატურა?
4. რა მიზეზებმა შეიძლება გამოიწვიოს თემპერატურის მომატება?
5. როგორი ტიპის სიცხე იცით/
6. რა სუბიექტური და ობიექტური ნიშნები აქვს სიხის მომატებას?

ორგანიზმს განუწყვეტლივ ესაჭიროება საკვების მიღება. საკვებში შემავალი ცილები, ცხიმები, ნახშირწყლები, მინერალური მარილები, წყალი და ვიტამინები აუცილებელია ორგანიზმში მიმდინარე სასიცოცხლო პროცესებისათვის.

საკვები ნივთიერებები წარმოადგენს, როგორც ორგანიზმის მიერ დახარჯული ენერჯის აღდგენის წყაროს, ასევე სამშენებლო მასალას, რომელიც გამოიყენება სამშენებლო პროცესში. ასევე ქსოვილების ცვლისა და განახლებისათვის.

საჭმლის მომნელებელ სისტემაში გაერთიანებული ორგანოები განაწილებულია ადამიანის ორგანიზმის თავის, კისრის, გულმკერდის, მუცლისა და მენჯის მიდამოებში. საჭმლის მონელება საკმაოდ რთული პროცესია, რომლის შესრულება აკისრია საჭმლის მომნელებელ სისტემაში გაერთიანებულ ორგანოებს.

სწორი კვება აუცილებელია ნივთიერებათა ცვლის უკეთ წარმართვისათვის. კვების დროს სასურველია გათვალისწინებული იქნეს: საჭირო რაოდენობით სითხის მიღება, საკვები არ უნდა იყოს მშრალი, უნდა იყოს ჯანმრთელი და საჭიროების შესაბამისად კალორიული.

ანამნეზში არსებობს ისეთი პუნქტი, როგორი ნაკვებია პაციენტი, ამისათვის უნდა გავარკვიოთ პაციენტის ზომა და წონა, კანის დაჭიმულობის ხარისხი (ტურგორი), ენის მდგომარეობა. სხეულის მასის ინდექსი გამოითვლება შემდეგი ფორმულით:

სხეულის წონა კგ

BMI = -----

სიმაღლე მ

BMI < 17 კახექსიის მიმანიშნებელია

BMI 17-25 ნორმას

BMI 25-30 ჭარბი წონა

BMI ადიპოზურობა

BMI > 40 ადიპოზურობის ზედა ზღვარი

როდესაც კანქვეშა ქსოვილი ძალიან მცირეა, ეს კახექსიის მაჩვენებელია, ამის საპირისპიროა ადიპოზიტაზი ანუ ზედმეტი წონა.

საჭიროების შემთხვევაში, ექიმის მიერ მითითებული დიეტა მკაცრად უნდა იყოს დაცული. მნიშვნელოვანია მადაზე დაკვირვება. უმადობის შემთხვევაში არ შეიძლება დავაძალოთ საკვების დიდი რაოდენობით მიღება. მადის დაკარგვის დროს უნდა შემოწმდეს პირის ღრუს მდგომარეობა - ენაზე არ იყოს ნადები ან გამონაყარი.

თუ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა გვაძლევს საშუალებას, უჯობესია საკვები მიიღოს დამჯდარ მდგომარეობაში, თავისი ხელით ან დახმარებით. ყლაპვის გასაადვილებლად ზურგსა და ფეხებს შორის უნდა ჰქონდეს კარგი საყრდენი. სკამზე ჯდომისას წელსა და კუდუსუნს შორის უნდა ჩავდოთ პატარა ბალიში ან პირსახოცი.



აუცილებელია ყლაპვაზე ყურადღებით დაკვირვება. როდესაც ყლაპვა დარღვეულია დაზიანებული მხრიდან გადმოდის საკვები, ყლაპვა არის ხმაურიანი. ყლაპვა შეიძლება დაირღვეს ნებისმიერი მძიმე დაავადების დროს, მაგ: გაფანტული სკლეროზის, ინსულტის, პარკინსონის და ა.შ. ირღვევა ნერვის მთლიანობა, კუნთი ვეღარ მოძრაობს. ყლაპვის დროს

თავი ოდნავ წინ მოდის. საკვების გადატანას ერთი მხრიდან მეორეში ეხმარება ენის, ლოყის, კისრის კუნთები. დაღჭილი და ნერწყვით გაჟღენთილი საკვები მასა ენის მოძრაობით მოექცევა ენის ძირთან, მიაღწევს მაგარ სასას და გადავა ხახაში. რბილი სასა აიწევა და ხურავს ზედა სასუნთქ გზას, ენისქვეშა ძვალი და ხორხი მაღლა იწევა, ენა აიწევა ხორხსარქველს და ხურავს შესავალს ხორხში. ამგვარად სასუნთქი გზები იხურება და დაცულია საკვების მოხვედრისაგან, შემდეგ საჭმლის გუნდა მიემართება კუჭისაკენ.

ყლაპვის დარღვევის გამო ადამიანები აღარ იღებენ საჭირო რაოდენობით საკვებს და სითხეს, რაც ორგანიზმის დასუსტებას იწვევს. ყლაპვის დარღვევის დროს ხველა არის ორგანიზმის დაცვითი რეაქცია, რათა არ მოხდეს საკვების გადაცდენა სასუნთქ გზებში (ასირაცია). აუცილებელია გარკვევა შეუძლია თუ არა ხველება. თუ ხველა არ არის სახეზე შეიძლება მოხდეს ჩუმი ასპირაცია. უნდა მიეცეთ მეოთხედი ჩაის კოვზი წყალი და საყლაპავზე მსუბუქად ჩამოვუსვათ ხელი და მივხვდეთ გადაყლაპა თუ არა. ყლაპვის დროს სასუნთქი გზები უნდა იყოს განთავისუფლებული. კვებამდე ვთხოვოდ 3-ჯერ ღრმად ჩაისუნთქოს.

დახმარება: ცერა თითი ქვედა ტუჩის ქვემოთ, საჩვენებელი საფეთქელთან, შუა თითი ნიკაპის ქვეშ.

კვების შემდეგ პაციენტი უნდა იჯდეს კიდე 20 წუთი.



მწლიარე ავადმყოფის საკვების მიღებისას ზედატანი წამოწეული უნდა ჰქონდეს ბალიშების დახმარებით. სასურველია საკვები მოთავსებული იყოს ავადმყოფის თვალთახედვის არეში. გართულებული ყლაპვისას საკვები უნდა იყოს ფაფის კონცენტრაციის და არა ძალიან თხიერი, მიეწოდოს მცირე ულუფებით. კვების ბოლოს

აუცილებელია პირის ღრუს დათვალიერება, რათა არ დარჩეს საკვების ნაწილები, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება მოხდეს ნარჩენების გადაცდენა. ამავე მიზეზის გამო კვებიდან 10-15 წუთის განმავლობაში ავადმყოფმა არ უნდა ჩაიძინოს.

დამბლიანი ავადმყოფები ხშირად ვერ აღიქვამენ დაზიანებულ მხარეს, საკვები რჩებათ პირის ღრუში. საჭიროა მისი ხელით გასუფთავება.

ძალიან მნიშვნელოვანია საჭირო რაოდენობით სითხის მიღება.

თუ პაციენტი სუნთქავს პირით და აქვს მშრალი პირის ღრუ, სოკოვანი დაავადებები და პაროტიტი (ყბაყურა ჯირკვლის ანთება) ადვილად წარმოიქმნება.

რა შემთხვევაში არის მომატებული რისკ-ფაქტორები პაროტიტისა (ყბაყურა ჯირკვლის ანთება) და სოკოვანი დაავადებების წარმოქმნისათვის?

- მძიმე დაავადებებისას
- დიდი ოპერაციის დროს
- ანტიბიოტიკებით, ციტოსტატიკებით, კორტიკოიდებით მკურნალობისას
- ზონდით კვების დროს
- მაღალი სიცხის დროს

დამახასიათებელი სიმპტომებია შეწითლება და თეთრი ნაღები ენასა და ლოყის შიგნითა ზედაპირზე, რომელიც ადვილად არ სცილდება.

რა პროფილაქტიკური ღონისძიებები უნდა ჩავატაროთ.

- მაქსიმალურად ვეცადოთ აქტიურად ჩავრთოთ ადამიანი კვების პროცესში
- თუ შეუძლია რაიმე მაგარი საკვები ვაღეჭინოთ (მაგ: ხილის ჩირი)
- მივაწოდოთ საჭირო რაოდენობის სითხე
- ყოველი კვების წინ უნდა მოხდეს პირის ღრუს ლორწოვანი გარსისათვის განკუთვნილი სითხის გამოვლება
- ყოველი ჭამის შემდეგ კბილებისა და მთელი პირის ღრუს ძირეული დასუფთავება, საკვების ნარჩენებისაგან გასანთავისუფლებლად, თითზე დახვეული დოღბანდით ან ტამპონიანი შპადელით

- დღეში ერთხელ პირის ღრუს საფუძვლიანი დათვალიერება

რითი შეიძლება დამუშავდეს პირის ღრუ?

- ლიმონიანი ხსნარით - ჯირკვლებიდან სეკრეტის გამოყოფის გასააქტიურებლად და გემოს გასაუმჯობესებლად (1ჩ/კოვზი ლიმონის წვენი 1 ჭიქა წყალზე)
- სალბის ნაყენით - სადებინფექციოდ და სისხლის მიმოქცევის გასააქტიურებლად (1 სუფრის კოვზი გამხმარ ყვავილებს დავასხათ 1 ჭიქა მდუღარე წყალი. მნიშვნელოვანია ენაზე გაჩენილი ნადების მოცილება იგივე ნაყენების გამოყენებით)

საკონტროლო კითხვები;



1. რა მნიშვნელობა აქვს სწორ კვებას?
2. როგორ გამოიტვლება სხეულის მასის ინდექსი?
3. როგორ მოვუქროტ პაციენტს ყლაპვის ფუნქციის დარღვევისას?
რითი შეიძლება დავამუშაოტ პირის ღრუ საჭიროებისას?

გამოყოფა

(დაკვირვება, დახმარება, მოვლა)

ორგანიზმის გამონაყოფზე დაკვირვება გულისხმობს დაკვირვებას შარდზე, განავალზე, ნახველზე, ღებინებაზე, ოფლზე.

საშარდე სისტემის ორგანოები მთავარი გამომყოფი ორგანოებია, მათი საშუალებით გამოიყოფა ნივთიერებათა ცვლის შედეგად წარმოშობილი ორგანიზმისათვის უვარგისი ნივთიერებათა ძირითადი ნაწილი.



მწოლიარე ავადმყოფისთვის გამოიყენება შარდმიმღებები



შარდზე დაკვირვების კრიტერიუმებია: მოშარდვის სიხშირე, რაოდენობა, ხვედრითი წონა, ფერი, გარეგანი სახე, რეაქცია, მინარევები.

ნორმალური შარდის ბუშტი იტევს 650-750 მლ. შარდს. შარდის ბუშტში 200-250 მლ. შარდის დაგროვების შემდეგ, ჩნდება მოშარდვის მოთხოვნილება. ადამიანი შარდავს 4-6 ჯერ დღეში. ერთ ჯერზე გამოყოფს 240-400 მლ. რაოდენობით. მთლიანობაში გამოყოფილი შარდის რაოდენობა აღწევს 1000-2000 მლ.

ჯანმრთელი ადამიანის შარდვა არის ნებითი, უმტკივნეულო, შარდის გამოყოფა ხდება ნაკადად.

შარდის დარღვევებია:

- შეუკავებლობა, ე.ი უნებლიე შარდვა (ინკონტინენტურობა) სპინქტერის სისუსტე, მიზეზი შეიძლება იყოს გინეკოლოგიური, მშობიარობის შემდეგ, საშოს წინა კედლის დაწვევისას, უგონო მდგომარეობისას, ეპილეფსიური გულყრის დროს, ნარკოზის შემდეგ, სიმსივნეების დროს. შარდის შეუკავებლობის მიზეზი შეიძლება იყოს ასაკი (როდესაც კუნთები მოდუნებულია, ხველების, სიცილის და დაცემინების დროს) ან სიმსივნეები.

შარდის რაოდენობის მოშლის მიხედვით განარჩევენ:

- პოლიურიას > 200მლ/24 საათის განმავლობაში. ადგილი აქვს შაქრიანი დიაბეტის, უშაქრო დიაბეტის, სითხის ექსეციული შეყვანისას, ქრონიკული კომპენსირებული ნეფრიტის, დიურეტიკების მოხმარებისას, პაროქსიზმული ტაქიკარდიის დროს.
- ოლიგურიას < 500მლ/24 სთ. იწვევს ოფლიანობა, ლებინება, ფადარათი, სისხლის დაკარგვა, სითხის გამოდევნა, მაღალი ტემპერატურა, თირკმლის დაავადებები, გულის უკმარისობა.
- ანურიას < 100მლ/24 სთ. იწვევს თირკმლის მწვავე უკმარისობა, მძიმე შოკი, სისხლის, სითხის დაკარგვა, ჯგუფური შეუთავსებელი სისხლის გადასხმა, გულის გაჩერება, შარდის გამომტანი გზების დახშობა.

რამოდენიმე დღის განმავლობაში ანურია იწვევს სისხლის მოწამვლას (ურემია).

შარდის შემდეგი მახასიათებელია ხვედრითი წონა. ნორმალურ შემთხვევაში შარდის ხვედრითი წონა მერყეობს 1015-1025 ფარგლებში. ჯანმრთელ თირკმელს აქვს შარდის განზავებისა და კონცენტრაციის უნარი. პოლიურიის დროს ხვედრითი წონა დაბალია (დიაბეტის დროს რჩება მაღალი).

ოლიგურიის დროს შარდი მეტად კონცენტრირებულია და ხვედრითი წონაც შესაბამისად მაღალია.

შარდს ფერს აძლევს უროქრომი, შარდოვანას ფერი. ნორმალური შარდი არის გამჭირვალე და კონცენტრაციის მიხედვით ბაციდან მუქყვითელ, ქარვის ფერამდე. თუ ხანგრძლივად დგას შარდი, დაშლის შედეგად იმღვრევა და ფსკერზე ჩნდება ნალექი.

ფერზე და გარეგნობაზე დაკვირვებით შეიძლება ვიმსჯელოთ მიზეზებზე:

რძისებური - ცხიმი, ჩირქი

მუქი - ყვითელი - ყავისფერი - მომატებული ნალვლის პიგმენტები

ლუდისფერი ქაფიანი - სიყვითლე, ჰეპატიტის დროს

წითელი, მომწვანო - სისხლის არსებობა შარდში

ხორცის ნარეცხისფერი - ბილირუბინი, ჰემოგლობინი

ჭუჭყისფერი-მეტჰემოგლობინი, პორფირინი

ყავისფერი, მუქი ჩალისფერი, შავი - ალკაპტონური (შარდის გამოყოფა ჩალისფერი და ოქსიდაციის შედეგად ხდება მუქი მწვანიდან შავ ფერამდე), მელანომური სიმსივნეები. შარდს ფერს უცვლის ზოგიერთი მედიკამენტები და საკვები:

წითელი შარდი - ჭარხალი, პრონტოზილი, პირამიდონი, სულფონალი მუქი

ყავისფერიდან მუქ მწვანემდე მოშავო - კარბოლის მჟავა, ნახშირი მომწვანო

ლურჯი - მეთილენის ლურჯი კუპრექსი (თმების მკურნალობისას)

ლაბორატორიული გამოკვლევისათვის შარდის აღებისას აუცილებელი პირობაა ჰიგიენური ნორმების დაცვა, სუფთა ჭურჭელი და შუა ნაკადის შარდი

განავალზე დაკვირვება

განავალი არის ნაწლავებიდან გამოყოფილი პროდუქტი და შედგება საკვები ნივთიერებების შეუწოველი ნარჩენებისაგან, ორგანიზმის სუბსტანციებისაგან (ბაქტერიები, ჩამოფცქვნილი ეპითელური უჯრედები, საჭმლის მომნელებელი ორგანოების პროდუქტები, ნაღვლის ფერადი ნივთიერებები) და წყლისაგან.

ჯანმრთელი ადამიანის განავალი არის მოყავისფრო, ფორმიანი ან სქელი ფაფის კონსისტენციის, თავისუფალია ჩირქისაგან, ლორწოსა და სისხლისაგან.

გამოყოფა ხდება დღეში ერთი-ორჯერ, ორ დღეში ერთხელ გამოყოფაც შეიძლება ნორმალურად ჩაითვალოს, თუ განავალი ზედმეტად გამაგრებული არ არის განავლის სუნი არის ტიპიური ფეკალური სუნი.

ფორმა და კონსისტენცია: ნორმალური განავალი ცილინდრული ფორმისაა, სქელი ფაფისებურიდან გამაგრებულამდე. ფალარათის დროს თხევადია, ახალშობილთა დისპეპსიისას კი წყლოვან-ლორწოვანია.

განავლის ნორმალური ყავისფერი წარმოიქმნება ბილირუბინის გარდაქმნილი პროდუქტის სტერკობილინის მეშვეობით. რაიმე დაავადების გარეშე ფერის შეცვლა შეიძლება გამოიწვიოს საკვებმა და ზოგიერთმა მედიკამენტმა.

შავ-ყავისფერი - ხორციით კვებისას.

შავი - რკინის პრეპარატებისაგან, ორგანული ნახშირისაგან, მუქი წითელი

ღვინისაგან. მოწითალო - წითელიჭარხლისაგან.

ყვითელ-ყავისფერი - ნახშირწყლოვანი საკვების სიჭარბისას.

ყვითელ-თეთრი - რძის დიეტისაგან.

მწვანე-ყავისფერი - ქლოროფილის შემცველი საკვების მიღებისას.

ფერის ავადმყოფური ცვლილებებია:

შავი-Melaena კუჭიდან ან ნაწლავის ზედა ნაწილიდან სისხლდენის დროს.

სისხლიანი წითელი - ახალი სისხლი განავალზე წარმოიშობა ნაწლავის ბოლო მონაკვეთიდან სისხლდენისას (ჰემოროიდები, სწორი ნაწლავის კიბო, ანალური ნაპრალი).

ნაცრიფერი-თეთრი (თიხისებული განავალი) -განავალი აქოლია, ნაღვლის გამოდევნის დაბრკოლებისას.

ცხიმოვან-კარაქოვანი - პანკრეასის უკმარისობისას, ამ დროს არის დიდი რაოდენობით დაუშლელი ცხიმი, თხევადი ან გაცივებისას გამაგრებული.

დეფეკაცია - სწორი ნაწლავის გადასივების შედეგად დაიჭიმება ნაწლავის კედელი რაც იწვევს გაღიზიანებას და წარმოშობს კუჭში გასვლის ნორმას. მის შემდეგ უნებლიედ ხდება სწორი ნაწლავის კონტრაქცია (შეკუმშვა) და იმავდროულად ჩამკეტი კუნთების მოდუნება მუცლის კუნთების დამხარებით.

დეფეკაციის დარღვევებს მიეკუთვნება:

ა. შეკრულობა (ყაზობა)

ბ. -ფალარათი

გ. შეუკავებლობა

შეკრულობის მიზეზი შეიძლება დასახელდეს:

არამიზანშეწონილი კვება, შეზღუდული მოძრაობა, ზოგადად ავადმყოფობა, განსაკუთრებით სიცხით მიმდინარე, ჰიპოთირეოიზი. ლოკალური მიზეზები ნაწლავებში, სურვილის დათრგუნვა სირცხვილის ან სიჩქარის გამო.

ფაღარათი -Diarrhoe-არის ხშირი, თხევადი განავლით კუჭში გასვლა, ხშირად ტკივილებთან დაკავშირებული. მძიმე შემთხვევაში შეიძლება დეფეკაციის სიხშირე იყოს 30-ჯერ დღის მანძილზე. ფაღარათს ორგანიზმი მიჰყავს გამომშობამდე ახალშობილებში. ეს სწრაფად ხდება მსხვილ ნაწლავიდან გამომდინარე ფაღარათი სპაზმურია და ხშირად სიცხით მიმდინარეობს. წვრილი ნაწლავიდან გამომდინარე-უმტკივნეულოა.

ქრონიკული: ნაწლავის ანთებითი დაავადებები, ჰიპერთირეოზი, სწორი ნაწლავის კიბო, მალაბსორბციული სინდრომი. ქრონიკულ ფაღარათს თან სდევს ორგანიზმის გამომშობა, ვიტამინების დეფიციტი, გახდომა. შეკრულობისა და ფაღარათის მონაცვლეობა ხშირად ნაწლავების კიბოზე მიუთითებს.

ჭიებზე განავლის გამოკვლევისას არ უნდა მიიღოს ხორცი, სახამებელი.

განავალი თუ რაიმე ნიშნით გამოირჩევა უნდა იქნეს მარკირებული და შენახული. უმოდრაობამ და არასწორმა კვებამ შეიძლება გამოიწვიო ობსტრუბაცია (შეკრულობა). ამ პრობლემის თავიდან ასაცილებლად ავადმყოფს უნდა მიეცეს: ბალასტით მდიდარი საკვები, რომლებიც ხელს უწყობს ნაწლავის პერისტალტიკას.

სითხით მდიდარი საკვები, დაახლოებით 1.5 ლიტრი სითხე 24 საათში, ბოსტნეულით მდიდარი საკვები.

მონელების ხელშესაწყობად აგრეთვე აუცილებელია მოძრაობის გააქტიურება, მუცლის შეზღვევა დიდი კამის ზეთით.

თუ ეს ღონისძიება არ აღმოჩნდება საკმარისი პრობლემის მოსახსნელად ექიმის დანიშნულებით უნდა მოხდეს საფაღარათო საშუალებების (სხვადასხვა ფორმის, მათ შორის სანთლების) გამოყენება. აუცილებლობის შემთხვევაში კეთდება ოყნა დიდი სიფრთხილით.

ოყნის გაკეთებას უკუჩვენება აქვს ისეთ შემთხვევაში როგორცაა:

- ილეუსი
- მუცლის ტკივილი და გაურკვეველი წამოშობის პირღებინება
- კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში სისხლდენები
- ფეხმძიმობის ნაადრევად შეწყვეტის საშიშროება ან ფეხმძიმობის პირველი თვეები

ატონიური ყაზობისას მსხვილი ნაწლავის რეცეპტორების გაღიზიანებისათვის წყლის ტემპერატურა უნდა იყოს 12-20 გრადუსამდე, სპაზმური ყაზობისას ეფექტურია თბილი წყლის ოყნის გაკეთება. ოყნით შეყვანილი წყლის გარკვეული რაოდენობა ორგანიზმში შეიწოვება, ეს გათვალისწინებული უნდა იქნეს წყლის გამოდევნაზე დაკვირვებისას.

მწლიარე ავადმყოფებისთვის გამოიყენება განავლის მიმღები:



საკონტროლო კითხვები:

1. რა არის შარდის მახასიათებლები?
2. რა არის პოლიურია, ოლიგოურია, ანურია?
3. რა მნიშვნელობა შარდის ფერის ცვლილებას?
4. როგორ ავიღოთ სარდი ლაბორატორიული გამოკვლევისთვის?
5. როგორია განავლის ნორმალური ფერი და ფორმა?
6. რა უცვლის განავალს ფერს დაავადების გარდა?
7. ჩამოტვალეთ განავლის ფერია ავადმყოფური ცვლილებები;
8. რა მიეკუთვნება დეფეკაციის დარღვევას?
9. როდის არ სეიდლება ოყნის გაკეთება?

ოფლზე დაკვირვება

ოფლი საოფლე ჯირკვლების სეკრეტია. საოფლე ჯირკვლები მდებარეობენ კანქვეშ, ხელების შიდა ზედაპირზე, ფეხის ტერფებზე, ილიებში, ცხვირსა და შუბლზე. გამოყოფა ვეგეტატიური ფუნქციისა და მთლიანად ხორციელდება სიმპათიკურის მიერ.

ოფლი არის მჟავე რეაქცია, სითხე მარილიანი გემოთი. ძირითადი შემადგენელი ნაწილია წყალი 99%. გარდა ამის შეიცავს სუფრის მარილს და შარდის შემადგენელ ნაწილებს დაბალი კონცენტრაციით.

ოფლის გამოყოფის ამოცანებია:

1. სითბოს რეგულაცია - საოფლე ჯირკვლებიდან წყლის გამოყოფას აქვს უნარი ორგანიზმს დააკარგინოს სითბოს არსებითი რაოდენობა, თუ აორთქლების პირობები შეექმნება.
2. ექსტარენალური გამოყოფა - ოფლის საშუალებით გამოყოფილი შარდი მერყეობს 400-1--მლ/24 საათში. სიცხეში ღუმელთან მომუშავესათვის აღწევს 1.5ლ. დღეში.

ოფლის გაძლიერებული გამოყოფა კუნთური მუშაობისას და გარემოს ტემპერატურის მომატებისას ფიზიოლოგიურია.

არაფიზიოლოგიური ჰიპერჰიდროზი გვხვდება მაღალი ტემპერატურის დროს, სისუსტის დროს, ც.ნ.ს რეგულაციის მოშლისას.

ხელების გაძლიერებული ოფლიანობა გვხვდება შიშის, ჰიპოთირეოზის დროს. ნაკეცებში ოფლიანობა-მსუქნებში (შეიძლება ინტერტრიგო გამოიწვიოს).

ოფლის შემცირებული გამოყოფა - როდესაც დახუთული ამინდია, ჰაერი წყლით არის გაჯერებული, სხეული აღარ ოფლიანობს, ამან შეიძლება გამოიწვიოს დასიცხვა. ცნობილია მემკვიდრეული დაავადება Anhidrosis-ოფლის გამოყოფის არარსებობა. ამას ადგილი აქვს ასევე, სხეულის დიდი ფართობის დამწვრობისას. ამ დროს სითბოს შეგუბების საშიშროებაა.

სხვადასხვა დაავადებას შესაბამისი ოფლიანობა ახასიათებს:

წვრილწვეთოვანი ცივი ოფლი შუბლზე და გულმკერდზე, კანკალთან და ზოგად სისუსტესთან ერთად - ჰიპერგლიკემიური შოკის დროს

- ღამის ოფლიანობა - ფილტვის ტუბერკულოზი, თირკმლის ფუნქციის დარღვევისას
- მსხვილწვეთოვანი და ცხელი ოფლი - ოფლმდენი საშუალებების მიღების შემდეგ

ოფლდენისას ავადმყოფი უნდა დავიცვათ გაციებისაგან, ორპირი, გამჭოლი ქარისაგან. ოფლი მუდმივად უნდა იყოს გამშრალებული, რათა როგორც კი შეწყდება ოფლდენა უნდა გამოეცვალოს საცვლები და თეთრეული. საყურადღებოა, რომ ძლიერი ოფლდენისას ავადმყოფი კარგავს სუფრის მარილს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ამ დროს კანის ჰიგიენის დაცვა.



პროფილაქტიკა

რა გართულებები შეიძლება გამოიწვიოს მწოლიარე, მძიმე ავადმყოფის არასწორმა მოვლამ?

- ნაწოლების განვითარება
- ფილტვების ანთება
- სახსრების ჩაკეტვა (კონტრაქტურა)
- თრომბოზი
- სოკოვანი დაავადებები



- შეკრულობა

პროფილაქტიკა არის ღონისძიება, რომელიც უნდა გატარდეს მანამ, სანამ გაჩნდება ახალი დაავადება. დაავადების გაჩენის შემდეგ გაწეული დახმარება უკვე მკურნალობაა. ნაწოლი, პნევმონია და თრომბოზი თავს იჩენს ორგანოთა სამ სხვადასხვა სისტემაში: კანზე, ფილტვებსა და სისხლში.

მიუხედავად მათი განსხვავებული ბუნებისა, სწორედ მძიმედ დაავადებულებთან იქმნება ამ დაავადებების ერთდროულად წარმოქმნის საშიშროება. ამიტომ პროფილაქტიკური ღონისძიებები სამივე სფეროსათვის უნდა გატარდეს. რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს: უმოძრაობა, ცნობიერების დაბინდვა და კვების პროცესის დარღვევა. ნაწოლის, პნევმონიისა და თრომბოზების წარმოქმნის ძირითად მიზეზად განიხილება ადამიანის სხეულში აღმშენებლობითი ფუნქციის უკან დახვევა.

ნაწოლების (დეკუბიტუსის) პროფილაქტიკა

დეკუბიტუსი ლათინური სიტყვაა და ნიშნავს ზეწოლას.

ნაწოლი (decubitus) არის კანისა და კანქვეშა ქსოვილების დაზიანება, რომელიც ვითარდება ტროფიკის დარღვევის გამო.

რომელ ავადმყოფს აქვს ნაწოლების გაჩენის საშიშროება?

ნაწოლის წარმოქმნის ყველაზე ძლიერი რისკ-ფაქტორია უმძრობა. საშიშროება აქვთ ზოგადად ყველა მწოლიარე და მძიმე ავადმყოფებს, განსაკუთრებით კი მათ, ვისაც აღენიშნებათ:

- ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება
- მოძრობის უნარის დაქვეითება
- შეგრძნების დარღვევები
- ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა
- ცნობიერების დარღვევა
- ინკონტინენტურობა (შეუკავებლობა)
- გულის, სისხლის მიმოქცევისა და სისხლის დაავადებები
- კანის ფუნქციის მოშლა
- ლოკალური ზეწოლა: კათეტერი, თაბაშირის ნახვევი, კუჭის ზონდი

სხეულის რომელ ნაწილებს უნდა მივაქციოთ ყურადღება, როგორც ყველაზე სახიფათოს?

ყველა იმ ადგილს, სადაც კანის ქვეშ უშუალოდ ძვლებია, ანუ სადაც კანქვეშა რბილი ქსოვილები ნაკლებად არის განვითარებული.

როგორია ნაწოლის გაჩენის პირველი მინიშნება?

- კანის შეწითლება, რომელიც ზეწოლისაგან განთავისუფლების შემდეგ არ გადის
- წყლულოვანი ბუშტუკების წარმოქმნა
- კანის აქერცვლა
- ზეწოლის ტკივილი
- კანის მოლურჯო-შავი შეფერილობა

კანის დაზიანების სიმძიმის მიხედვით, განირჩევა ნაწოლის 5 ხარისხი:

I ხარისხი - შეწითლებული ზედაპირი. ზეწოლის მოცილების შემდეგ სიწითლე არ გადის 3-5 წუთის შემდეგ

II ხარისხი - კანზე ბუმტუკები სეროზული სითხით, ნახეთქები

III ხარისხი - დაზიანებული კანის ყველა შრე, დარღვეულია მთლიანობა

IV ხარისხი - კანისა და კუნთოვანი ქსოვილის ნეკროზი

V ხარისხი - ძვლოვანი ქსოვილის ნეკროზი

როგორ ავიცილოთ თავიდან ნაწოლის წარმოქმნა?

- კანის ჰიგიენა, მთელი სხეულის ჩამობანა ყოველდღე თბილი წყლით (იხილეთ მთლიანი დაბანა საწოლში)
- კანის დამუშავება ქაფურის სპირტისა და სპეციალური დამცავი საშუალებების შეზღვევა
- წოლითი მდგომარეობის შეცვლა ყოველ 2 საათში ერთხელ
- მსუბუქი წოლითი მდგომარეობა, მოსახერხებელ, რბილ ბალიშებზე ისე, რომ ის ადგილები სადაც ნაწოლის გაჩენის საშიშროებაა, არ ეხებოდეს ქვეშაგებს
- რბილი წოლითი მდგომარეობა, სპეციალურ ლეიბებზე
- ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესება, ვიტამინებით მდიდარი საკვებისა და საჭირო რაოდენობის სითხის მიწოდება
- შეძლებისდაგვარად მობილიზაცია

საერთო სისუსტე, ცნობიერების დაკარგვა ან კიდევ დამბლა, ზღუდავს არა მარტო მოძრაობის უნარს, არამედ იძულებს ადამიანს ვერტიკალური მდგომარეობიდან გადავიდეს ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში. ავადმყოფობის გამო სხეულის იძულებითი ჰორიზონტალური მდგომარეობა ავადმყოფს უხსნის დამაბულობას, რომელიც მას გამართული სიარულისას მუდმივად თან ახლავს. მწოლიარე ავადმყოფის წოლითი მდგომარეობების მონაცვლეობას, დღეში სულ ცოტა სამჯერ მაინც, რამოდენიმე წუთიანი აღმართულ მდგომარეობაში მოყვანაც უნდა დაემატოს, თუკი საერთო მდგომარეობა გვამღევს ამის საშუალებას. ეს ღონისძიება იწვევს სისხლის მიმოქცევისა და სუნთქვის

სტიმულაციას. წოლითი მდგომარეობის მონაცველობასთან ერთად პროფილაქტიკისათვის მნიშვნელოვანია ავადმყოფის ნაწოლის გაჩენის საშიში ადგილების მოთავსება ჰაერში, თავისუფლად, რბილი ბალიშების დახმარებით. ეს ღონისძიება ტარდება ზეწოლის შემსუბუქების მიზნით, ფაქტობრივად კარგ (მაგ 30გრ წოლით) მდგომარეობაში დაწვენილ ავადმყოფს არა მარტო ზეწოლა უმსუბუქდება, არამედ დამაბულობაც ეხსნება.

სხეულის დაზიანებული ადგილების სისტემურ კონტროლს არა აქვს მხოლოდ დიაგნოსტიკური ღირებულება. იგი ერთის მხრივ ცვლის პაციენტის დარღვეულ აღქმის უნარს, ხოლო მეორეს მხრივ წარმართავს პაციენტის ცნობიერებას დაზიანებული ნაწილისაკენ, რომელიც მისი აღქმის მიღმა დარჩა.

ფილტვების ანთების (პნევმონიის) პროფილაქტიკა

ფილტვი სასუნთქი სისტემის ძირითადი ორგანოა. ფილტვისმიერი სუნთქვა ნიშნავს გაზთა ცვლას ორგანიზმისა და გარემოს შორის (გარეგანი სუნთქვა) და გაზთა ცვლას ალვეოლურ ჰაერსა და სისხლს შორის. ჰაერგამტარი გზებით ჟანგბადით მდიდარი ატმოსფერული ჰაერი ხვდება ალვეოლებში, ხოლო სუნთქვის დროს იმავე გზით ალვეოლებში მყოფი ნახშიროჟანგის შემცველი ჰაერი ტოვებს ფილტვებსა და გამოდის ატმოსფეროში. ფილტვებში მიმდინარეობს ჰაერიდან სისხლში ჟანგბადის დიფუზია და სისხლის ალვეოლურ ჰაერში ნახშირორჟანგის დიფუზია. შესუნთქვისა და ამოსუნთქვის დროს ფილტვებში ჰაერის მოძრაობას ფილტვის ვენტილაცია ეწოდება. ფილტვის ვენტილაცია ხასიათდება სუნთქვის წუთმოცულობით. იგი მოსვენებულ მდგომარეობაში 6-8 ლიტრის ტოლია. ფილტვის სასიცოცხლო მოცულობად წოდებულია ჰაერის ის მოცულობა, რომლის მაქსიმალური ამოსუნთქვა შეუძლია ადამიანს მაქსიმალური ღრმა ჩასუნთქვის შემდეგ. ფილტვი ნიავედება იმის მიხედვით თუ როგორ პოზაშია ადამიანი. სუნთქვის დროს უფრო ნიავედება ფილტვის შუა ნაწილები, კუთხეები ნიავედება ღრმა ჩასუნთქვის დროს. როდესაც ადამიანი ხდება არამობილური, ვერ ხერხდება მთლიანი ვენტილაცია.

რა ძირითად შემთხვევაში შეიძლება ჩამოყალიბდეს ფილტვის ანთება, როგორც გართულება?

- ხანგრძლივი წოლის დროს. როდესაც არ ხდება ფილტვების განიავება (ვენტილაცია)

- მოხუც ადამიანებთან, რადგან მათ უჭირთ ღრმა სუნთქვა
- ცნობიერების დარღვევისას
- დიფუზიის ვენტილაციის დარღვევისას
- პირიქით სუნთქვისას (ჰაერი არ იფილტრება და არ თბება)
- იმუნიტეტის დაქვეითებისას

რა მოვლითი ღონისძიებების ჩატარება შეიძლება ამ დროს?

შესაძლებლობის ფარგლებში ყველანაირი ფორმა მობილიზაციის, რომელიც სხეულის აქტიურობას და სუნთქვის ინტენსივობას განაპირობებს.

- თუ ადამიანს შეუძლია ადგომა, სუნთქვის გასაადვილებლად აუცილებელია წოლითი მდგომარეობის შეცვლა ბალიშების დახმარებით



- წოლითი მდგომარეობა ზედა ტანის წამოწევით
- გვერდზე წოლითი მდგომარეობა
- ნახევარმთვარისებული წოლითი მდგომარეობა
- V წოლითი მდგომარეობა
- თ წოლითი მდგომარეობა

- ღრმა ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვა
- ე.წ „კონტაქტური სუნთქვა“ (ზურგზე ვადებთ ორივე ხელის გულს და ამოსუნთქვის დროს მსუბუქად ვეხმარებით ტორსის ქვემოდან ზემოთ წამოწევაში)
- წინააღმდეგობის გადალახვა ამოსუნთქვით (ბუშტის გაბერვა, წყლიან ჭურჭელში მილით ჩაბერვა, ფლეიტაზე ან სხვა ჩასაბერ ინსტრუმენტზე „დაკვრა“)
- წინააღმდეგობის გადალახვით ამოსუნთქვა არ შეიძლება ფილტვის ემფიზემის დროს

სუნთქვის დამხმარე ყველა პროცედურა პაციენტის შინაგან ბუნებას უნდა უკავშირდებოდეს. მოთხოვნა ჩაისუნთქეთ „ერთხელ ღრმად“, იშვიათად იძლევა საწადელ შედეგს. ღრმად ჩასუნთქვას სწავლა სჭირდება. ვისაც ღრმად და სწორად სუნთქვა შეუძლია ფილტვის ანთების საშიშროება ნაკლებად ემუქრებათ. იგულისხმება, რომ აუცილებელია პაციენტის მზადყოფნა გარკვეული თანამშრომლობისათვის. გარდა ფილტვების ცუდი ვენტილაციისა,

პნევმონიის რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ძნელად ხსნადი სეკრეტები ან ამოხველების გაძნელება. ამ დროს კარგად მოქმედებს ჰაერის დატენიანება ოთახში, ინჰალაცია ან ექიმის მიერ რეკომენდირებული მედიკამენტოზური თერაპია. ეს ღონისძიება სრულყოფილებას იძენს სხვადასხვა გარეგანი ზემოქმედებისა და რიტმული შეზღუდვის დამადებით. მაგ: ზურგის ლავანდულის ზეთით შეზღუვა. ლავანდულის ზეთიანი თბილი საფენის გამოყენება გულმკერდზე.

თრომბოზების პროფილაქტიკა

ნაწოლიანი და დეკუბიტუსთან შედარებით თრომბის წარმოქმნის რისკის შეფასება ყველაზე რთულია. ცვლილება როგორც კანზე, ისე სასუნთქ სისტემაში, ზუსტი დაკვირვების შემთხვევაში შეიძლება ადრიდანვე იყოს შემჩნეული, ამის საპირისპიროდ, ცვლილებები სისხლძარღვთა სისტემაში დაკვირვებისათვის ძნელად შესამჩნევია. ნივთიერებათა ცვლის პროცესების გაცნობიერება ხდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც პრობლემები გამოვლინდება ტკივილისა და ფუნქციონალური დარღვევების სახით. თრომბოზის პროფილაქტიკის დასადგენად უშუალო დაკვირვებას ვერ მივმართავთ. პროფილაქტიკური ღონისძიებები მაგ: ჰეპარინიზაცია. ანტითრომბოზული წინდები გამოიყენება რისკის ჯგუფის ავადმყოფებში. ღონისძიებები მხოლოდ რისკ-ფაქტორებზე მიმართული კი არა, არამედ პაციენტის საერთო მდგომარეობასთან კავშირში უნდა იყოს.

შესაძლო ფაქტორები და მიზეზები თრომბის წარმოსაქმნელად:

- სისხლძარღვთა კედლის გადაგვარებები
- სისხლის ნაკადის შენელება
- სისხლის შედედების უნარის გაზრდა
- სხვადასხვა ფაქტორები(ხანდაზმულობა, ადიპოზიურობა, სხივური თერაპია და სხვა)

პროფილაქტიკური ღონისძიებებია:

- მობილიზაცია
- აქტიური და პასიური ვარჯიშები

- კიდურების აწეულ მდგომარეობაში მოთავსება
- ანტირომბოზული წინდების ჩაცმა ან ნახვევის გაკეთება
- ორგანიზმის საჭირო რაოდენობით სითხით დატვირთვა
- მედიკამენტოზური დახმარება
- შეძლებისდაგვარად წონაში დაკლება

ამ ღონისძიებათა უმრავლესობის მიზანია ვენური ნაკადის გაუმჯობესება. პროფილაქტიკისათვის კარგია ყველა ის ღონისძიება, რომელსაც შედეგად კიდურების გააქტიურება მოჰყვება. ეს კი ძირითადად მობილიზაციის დროს ხდება. მექანიკურად შესრულებული ვარჯიშები ნაკლებად ეფექტურია, ვიდრე ცნობიერად გულდასმით შესრულებული მოძრაობები.

სასიცოცხლო (ვიტალურ) მაჩვენებლებზე დაკვირვება

ცნობიერების მდგომარეობაზე დაკვირვება.

ცნობიერებას გამოხატავენ, როგორც მოცემულ მომენტში გარშემო მიმდინარე ყველა პროცესის ერთობლიობის აღქმას და გამოხატულებას. ეს არის წარმოდგენების, აზრების, ფანტაზიისა და ნებითი ქმედების ერთიანობა. აღქმა ნათელი, ფხიზელი ცნობიერების დამახასიათებლებია; ნერვულის სისტემის ნორმალური მუშაობა, პასუხის გაცემის უნარი, სივრცითი, დროითი და პიროვნული ორიენტაცია. ფიქრის, აღქმისა და რეაგირების შესაძლებლობა, საკუთარ საქციელზე პასუხისმგებლობა, ხუთივე გრძნობის ორგანო არსებობს. ყველაფერი ერთიანობაში ქმნის ცნობიერების ნათელ, ფხიზელ სურათს.

ცნობიერების სიცხადისა და შინაარსის ცვლილებებს უწოდებენ ცნობიერების დარღვევებს. ცნობიერების დარღვევის დადგენა მნიშვნეოვანია ავადმყოფთა მომვლელისთვის, რადგან მათ შუძლიათ დახმარება დიაგნოსტიკის დროს. თუკი ავადმყოფს ეს მდგომარეობა შეუცნობელი და გაუთვალისწინებელი დარჩა. შეიძლება მოხდეს საკვების სასულეში გადაცდენა, თერმომეტრის გატეხვა და სხვა არასასურველი მოვლენები.

ცნობიერების დარღვევები:



- მილიანობა - არის ცნობიერების დაბინდვის მსუბუქი ფორმა, შენელებული აზროვნებით და მოქმედებით, გამწელებული ორიენტაციით

- სიმნოლენცია - უფრო ძლიერი მილიანობაა, ავადმყოფური მილიანობა, რომლიდანაც შეიძლება ავადმყოფის გამოფხიზლება მსუბუქი შეხებით ან დამახებით. მისთვის რაიმეს გაგებინება ძნელად, მაგრამ მაინც შესაძლებელია

- სოპორია - ჰქვია სომლენციაზე უფრო მაღალხარისხის, ღრმა ძილის მდგომარეობას. პაციენტის დროებითი გაღვიძება შესაძლებელია ძლიერი, მტკიცეული გამაღვიძებელით. დამცველობითი რეფლექსები აღარაა საკმარისად წარმოდგენილი, რქოვანას რეფლექსები სახეზეა
- კომა - ჰქვია უგონო მდგომარეობას, პაციენტი არ რეაგირებს უძლიერეს გამაღვიძებლებზეც კი. რეფლექსები გამჭრალია, ხშირად არ არის გუგის რეფლექსებიც.

ცნობიერების დარღვევები გვხვდება თავის ტვინის დაზიანებისას, მოწამვლისას (მაგ: ალკოჰოლით, საძილე საშუალებებით, ნარკოტიკებით, ნახშირორჟანგით), სიცხიანი ინფექციური დაავადებებისას, ნივთიერებათა ცვლის მოშლის დროს (დიაბეტური კომა, თირეოტიკოსიკური კომა, ურემიული კომა), თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლისას. გონების დაბინდვის მდგომარეობა - ჰქვია დიდხანს გაგრძელებულ ცნობიერება დაბინდულ მდგომარეობას. ის ხასიათდება არასრული ან ცდომილი ორიენტაციით დროში და სივრცეში. გონება დაბინდულ მდგომარეობაში არ არსებობს გახსენების უნარი. დელირიუმი არის ცნობიერების დაბინდვის მდგომარეობა, შიშით აგზნებული, მოტორული მოუსვენრობით, აზრების სიმცდარით და დამახასიათებელი ჰალუცინაციებით. ეს მდგომარეობა საჭიროებს ყურადღებიან მოვლას და კონტროლს, რათა თავიდან აშორებული იქნას პაციენტის, მაგალითად ფანჯრიდან გადახტომა.

ამნეზია არის მეხსიერების ამოვარდნა, დროებით ან ხანგრძლივი მეხსიერების დაკარგვა.

ანტეროგრადიული ამნეზია - ცნობიერების დაბრუნების შემდეგ პირველ ხანებში მეხსიერების არ არსებობა.

რეტროგრადიული ამნეზია გვხვდება განსაკუთრებით თავის ქალას დაზიანებისას და ასევე ეპილეპტიკებთან.

პულსზე დაკვირვება



განსაზღვრება - პულსი არის ბიძგი, რომელიც გულის შეკუმშვის შედეგად სისხლძარღვთა სისტემაში გადატყორცნილი სისხლი ტალღის საშუალებით ვრცელდება სისხლძარღვის კედელზე.

პულსი შეგვიძლია შევიგრძნოთ ყველგან, სადაც გადიან ზედაპირული არტერიები, განსაკუთრებით იქ სადაც არსებობს ძვლოვანი საფუძველი.

პულსზე სწორად დაკვირვებისათვის აუცილებელია ადგილების ცოდნა სადაც პულსი ყველაზე კარგად ისინჯება. ასეთებია: ხელის მტევნის სახსართან, საძილე არტერიასთან, ლავიწის ძვალთან, საფეთქელთან, მუხლის უკანა სახსართან, კოჭთან.

განასხვავებენ პულსის სიხშირეს, რიტმს და ხარისხს.

პულსის სიხშირე არის ერთი წუთის განმავლობაში პულსის დარტყმების რაოდენობა.

1. ნორმალური სიხშირე

ახალშობილისათვის 130-140

ბავშვებისათვის 100

მოზრდილი ადამიანებისათვის 60-80

ხანდაზმულებისათვის 60

პულსის ცვლილებაზე გავლენას ახდენს ფიზიკური დატვირთვა, სხვადასხვა დაავადებები.

2. აჩქარებული პულსი - ტაქიკარდია

ტაქიკარდიაზე მაშინ არის ლაპარაკი, როდესაც პულსის სიხშირე 100-ზე მაღალია.

ტაქიკარდიის მიზეზებია: ნივთიერებათა ცვლის გააქტიურების გამო ჟანგბადზე მომატებული მოთხოვნილება, სხეულებრივი დაძაბულობა, ფიზიკური აღზნება, შიში, ბრაზი, ჰიპერთირეოზი, თირეოტოქსიკოზი, სიცხის მომატება (როგორც წესი 1გრადუსით აწევას შეესაბამება პულსის 6-10-ით მომატება). ანემია, სისხდენა, შოკი, გულის დაავადებები.

3. პულსის შენელება-ბრადიკარდია.

პულსის შენელებაზეა ლაპარაკი, როდესაც პულსი წუთში 60-ზე ნაკლებია. ფიზიოლოგიურად პულსის შენელებას ადგილი აქვს ძილის დროს, ახასიათებთ ხანშიშესული ადამიანების უმეტესობას.

ბრადიკარდიის მიზეზებია: გულის ბლოკადა (აგზნების გატარების შეფერხება), მენინგიტი, ტვინის სიმსივნეები, თავის ქალას დაზიანებები, მოწამვლები, ჰიპოთირეოზი, სიყვითლე, ტიფი. შეფარდებითია ბრადიკარდია თუ პულსის სიხშირე არ მატულობს ტემპერატურის მატების შესაბამისად ეს თითქმის ყოველთვის სახეზეა მუცლის ტიფის დროს.

4. პულსის რიტმი

ნორმალურ შემთხვევაში პულსის დარტყმები დროის თანაბარ შუალედში ხორციელდება თანაბარი რაოდენობით. არარეგულარულ პულსს ჰქვია არითიმია.

სუნთქვაზე დაკვირვება

სუნთქვა არის სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვანი მოვლენა, ის ემსახურება ჩვენი ორგანიზმის ჟანგბადით მომარაგებას და ნახშირორჟანგისაგან მის განთავისუფლებას. ერთი სუნთქვითი მოძრაობა შედგება ჩასუნთქვა -პაუზა, ამოსუნთქვა-პაუზა.

ჩასუნთქვა - inspiration

ამოსუნთქვა - expiration

სუნთქვის მექანიზმი

ჩასუნთქვისას გულმკერდი მაღლა იწევა, ფართოვდება, დიაგრამა ბრტყელდება. მის გამო ფილტვებში წარმოიქმნება დაბალი წნევა, ივსება ჰაერით.

ამოსუნთქვისას დაბლა იწევს მკერდი, ვიწროვდება, დიაგრამა ამოიზნიქება. ფილტვები მოექცევიან მაღალი წნევის ქვეშ და ჰაერი გამოიდევენება.

სუნთქვის ტიპები

- აბდომინალური - გაზთა ცვლა მთლიანად დიაფრაგმის მოძრაობით ხორციელდება. მუცლით სუნთქვა უფრო მამაკაცებს ახასიათებთ, მწოლიარე ადამიენებიც ძირითადად მუცლით სუნთავენ
- კოსტალური - გულმკერდით სუნთქვისას უპირატესად ნეკნთაშორისი კუნთები მუშაობენ. ეს ტიპი უფრო დამახასიათებელია ქალებისათვის

მუცლის ერთხელ აწევა და დაწევა შეესაბამება ერთ სუნთქვით მოძრაობას. ამის დათვლა შესაძლებელია მუცელზე ხელის დადებით.

ნორმალური სუნთქვა - Eupnoe - ზრდასრულ ადამიანებში ჩასუნთქვა ხდება ცხვირით, ამოსუნთქვა პირით. სუნთქვისას დამახასიათებელია სიხშირე, ხარისხი, რიტმი და სუნი. სასურველია ისე დავთვლაოთ სუნთქვის სიხშირე, რომ ავადმყოფი ვერ მიხვდეს, რადგან ყურადღების გამახვილებისას ამ ფაქტზე შეიძლება სუნთქვის სიხშირე შეიცვალოს.

სუნთქვის ნორმალური მონაცემებია:

ახალშობილის - 40-44ს.მ/წთ ბავშვის - 25ს.მ/წთ მოზრდილის - 16-20 ს.მ/წთ

აჩქარებული სუნთქვა - tachypnoe ხდება მაშინ, როდესაც სხეულის სუნთქვის აჩქარებით ცდილობს ნახშირორჟანგის მომატებას და ჟანგბადის ნაკლებობის წონასწორობაში მოყვანას.

ფიზიოლოგიურია - სხეულებრივი დატვირთვისას და აღელვებისას.

პათოლოგიურია - სიცხის დროს, ფილტვებისა და გულის დაავადებების, ანემიის და სასუნთქი გზების შეფერხების დროს.

შენელებულად -Bradypnoe - მომატებული ქლასშიდა წნევის დროს, კომატოზური მდგომარეობის და საძილე საშუალებების მიღებისას.

სუნთქვის ხარისხი

Dyspnoe - არის ავადმყოფის მიერ შეგრძნებული ჰაერის უკმარისობა. ნაწილობრივ გაღრმავებული, ნაწილობრივ გახშირებული, მაგრამ დაძაბული სუნთქვა. სუნთქვის დამხმარე კუნთების საშუალებით. ჰაერის უკმარისობის მაჩვენებელი არის ნიშანი ცხვირის ნესტოების მოძრაობა.

Orthopnoe - არის ძლიერი ჰაერის უკმარისობის მდგომარეობა, რომლის დროსაც პაციენტი უფრო მეტად საწოლში ამართული ზის, დაძაბული და შეშინებული ხარზად. განასხვავებენ ექსპირაციულ და ინსპირაციულ ქოშინს.

მონაცემები უნდა იქნეს ჩანიშნული, რათა კომპეტენტური დაკვირვების შედეგები ეცნობოს ოჯახის ექიმს.

სუნთქვის დარღვევა, გარდა მთელი რიგი დაავადებებისა, შეიძლება გამოწვეული იყოს სასუნთქ გზებში ნაღებინები მასების, ნერწყვის, სისხლის თუ ლორწოვანი გადაცდენის დროს. რაც შეიძლება სუნთქვის შეჩერების მიზეზიც გახდეს. ამ დროს აუცილებელია სასწრაფოს ექიმის ინფორმირება.

მოდრაობა

სწორად მოვლის ერთ-ერთი აუცილებელი პირობაა მოძრაობა.

ცხოვრება მოძრაობაა, მისი შეფერხება ნიშნავს ცხოვრების ხარისხის დაქვეითებას.

რა ღონისძიებების ჩატარებაა აუცილებელი?

- მობილიზაცია

მობილიზაციაში მოიაზრება პაციენტის გადაადილება საწოლში, გადმოსხმა საწოლიდან სკამზე ან სავარძელზე და პირიქით, ასევე ავადმყოფის წამოყენება და დახმარებით გასეირნება ბინაში, თუ შესაძლებელია სუფთა ჰაერზეც

- აქტიური ან პასიური ვარჯიშები - ეს იგივე იზოტონური და იზომეტრიული ვარჯიშებია.

ნებისმიერ ვარჯიშს მაშინ აქვს აზრი, თუკი ერთობლივი მოქმედებისას მოძრაობა დარეგულირებულია ჩასუნთქვასა და ამოუნთქვასთან. თუკი მოსავლელი ადამიანი დამოუკიდებლად ვერ აკეთებს სავარჯიშოებს, მომვლელი ეხმარება მას. საჭიროა ყველა სახის დამუშავება ფრთხილი მოძრაობით სისტემატიურად, რათა თავიდან ავიცილოთ კონტრაქტურების ჩამოყალიბება (სახსრების ჩაკეტვა).

მნიშვნელოვანია ექიმის დანიშნულების დიდი სიზუსტით შესრულების კონტროლი! ეს პირველ რიგში ეხება ავადმყოფი ადამიანისათვის მედიკამენტების დროულ და სწორი გზით მიწოდებას. მომვლელმა უნდა გაითვალისწინოს ყოველი მოხმარებული მედიკამენტის ანოტაციაში მოთავსებული უმნიშვნელოვანესი მომენტები მედიკამენტების სწორი შენახვის ჩათვლით. გამონაკლისს წარმოადგენს ბუნებრივი საშუალებების ჩაის სახით მიწოდება. ისინი ექიმის დანიშნულების გარეშე შეიძლება მიეცეს ადამიანს მათი სწორად მოხმარების ცოდნის შემთხვევაში. აქ მნიშვნელოვანია დამზადების წესის ზუსტი დაცვა და მათი შეთანხმება ოჯახის ექიმთან ან ფარმაცეტთან.

საკონტროლო კითხვები:

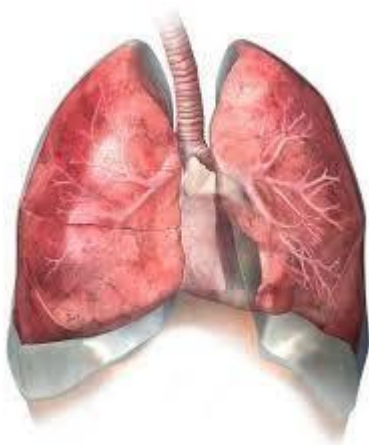


- 1.რა ღონისძიებებს მოიცავს ნაწოლების (დეკუბიტუსის) პროფილაქტიკა?
- 2.რა ღონისძიებებს მოიცავს ფილტვების ანთების (პნევმონიის) პროფილაქტიკა?
- 3.რა ღონისძიებებს მოიცავს თრომბოზების პროფილაქტიკა?
- 4.როგორია სასიცოცხლო (ვიტალურ) მაჩვენებლებზე დაკვირვების მნიშვნელობა მოვლის პროცესში?

თერაპიული ავადმყოფის მოვლა

აღნიშნული თავი ეძღვნება შინაგანი ორგანოების (სასუნთქი, გულ-სისხლძარღვთა, საჭმლის მომნელებელ ორგანოთა სისტემის) დაავადებათა მქონე პაციენტთა მოვლას, რომელსაც ახორციელებს ექთნის თანაშემწე. მასში აღწერილია მოვლის მეთოდები, დაავადებათა სიმპტომები, რომელთა ცოდნაც ევალებათ ექთნის თანაშემწეებს.

ავადმყოფთა მოვლა სასუნთქი სისტემის ორგანოთა დაავადებების დროს



სასუნთქი სისტემის ფიზიოლოგია.

პულმონოლოგია - შინაგანი დაავადებების ნაწილია, რომელიც შეისწავლის სუნთქვის ორგანოთა პათოლოგიას და შეიმუშავებს ამ დაავადებების დიაგნოსტიკის, მკურნალობის და პროფილაქტიკის მეთოდებს.

სასუნთქი სისტემის ძირითადი ფუნქცია მდგომარეობს ორგანიზმის ჟანგბადით

მომარაგებაში და მისგან ნახშირორჟანგის გამოძევაში. გაზთა ცვლის პროცესი შედგება გარეგანი და შინაგანი (ქსოვილოვანი) სუნთქვისაგან.

გარეგანი სუნთქვის დროს ხდება გაზთაცვლა ფილტვებისა და ატმოსფეროს ჰაერს შორის და ფილტვის ჰაერსა და სისხლს შორის. ფილტვების ვენტილაცია ხორციელდება ჩასუნთქვითა და ამოსუნთქვით - გულმკერდის რიტმული მოძრაობით. ჯანმრთელი ადამიანის სუნთქვის სიხშირე წუთში = 16-20. მშვიდი სუნთქვისას ადამიანი ჩაისუნთქვს და ამოსუნთქავს 500სმ³ ჰაერს. სუნთქვის სიხშირე დამოკიდებულია ასაკზე, სქემაზე, სხეულის მდებარეობაზე. სუნთქვის გახშირებას ადგილი აქვს ნერვული აგზნებისას, ფიზიკური დატვირთვის დროს. სუნთქვა იშვიათდება ძილის, სხეულის ჰორიზონტალური მდებარეობის დროს.

სუნთქვის მოძრაობის სიხშირე უნდა დავითვალოთ ავადმყოფისათვის შეუმჩნეველად. ამისათვის ვიღებთ ავადმყოფის ხელს ვითომდა პულსის დასათვლელად და ვითვლით სუნთქვის სიხშირეს წუთში. არჩევნ სუნთქვის 3 ფიზიოლოგიურ ტიპს:

- 1. გულმკერდის ტიპი** - ახასიათებთ უპირატესად ქალებს;
- 2. მუცლის ტიპი** - დამახასიათებელია მამაკაცებისათვის;
- 3. შერეული ტიპი** - ახასიათებთ ხანშიშესულ პირებს.

სიმპტომები სასუნთქი სისტემის პათოლოგიის დროს

დი ს პ ნ ო ე - ქოშინი წარმოადგენს სუნთქვის სიხშირეს, რითმისა და სიღრმის დარღვევას, ან არის გამწვანებული სუნთქვა სასუნთქი კუნთების გაძლიერებული მუშაობის შედეგად. ქოშინი შეიძლება იყოს ფილტვისმიერი, გულისმიერი ან ნევროგენული წარმოშობის. არჩევენ ქოშინის 2 სახეობას: ტაქიპნოე - გახშირებული, ზედაპირული სუნთქვა (წუთში 20-ზე მეტი), გვხვდება ფილტვის დაზიანების (პნევმონიის) ცხელების, სისხლის დაავადების (ანემია) დროს. ისტერიის დროს სუნთქვის სიხშირე 60-80-ს აღწევს წუთში.

ბ რ ა დ ი პ ნ ო ე - სუნთქვის გაიშვიათება (16-ზე ნაკლები წუთში) გვხვდება თავის ტვინისა და მისი გარსების, ტვინის სიმსივნეების, გულის უკმარისობის, შაქრიანი დიაბეტისას - კომის დროს. ამ შემთხვევაში ითრგუნება სუნთქვის ცენტრი. არსებობს ქოშინის შემდეგი ტიპები:

სუნთქვის რითმის ცვლილებასთან დაკავშირებით არჩევენ ქოშინის შემდეგ სახეებს: **ჩეინ -სტოქსის სუნთქვა** - დასაწყისში სუნთქვა ზედაპირული და იშვიათია, შემდგომში ღრმავდება და ხშირდება, ხდება ხმაურიანი, შემდეგ თანდათან სუსტდება და დგება პაუზა, რომლის დროსაც ავადმყოფმა შეიძლება დაკარგოს გონება. პაუზა გრძელდება რამოდენიმე წამიდან 30 წამამდე.

ბიოტის სუნთქვა - ღრმა სუნთქვის რითმულ პერიოდებს ცვლის ხანგრძლივი პაუზა, რომელიც გრძელდება 30 წამამდე.

კუსმაულის სუნთქვა - გაიშვიათებული სუნთქვის ტიპია ღრმა, ხმაურიანი ჩასუნთქვით და გაძლიერებული ამოსუნთქვით. ვხვდებით ღრმა კომის დროს.

მოხრჩობა - ასთმა - სხვადასხვა წარმოშობის მწვავედ განვითარებული ქოშინის საერთო დასახელებაა. ბრონქოსპაზმით განვითარებულ მოხრჩობას ბრონქული ასთმა ეწოდება. სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში სისხლის შეგუბების შედეგად ვითარდება გულის ასთმა.

ავადმყოფზე ქოშინის ან მოხრჩობის შემჩნევსას სასწრაფოდ უნდა შეატყობინოთ ექიმს ექთანს/ქოშინის ხასიათის, სუნთქვის სიხშირის ცვლილების შესახებ. ამასთანავე უნდა მიიღოს ზომები ავადმყოფის მდგომარეობის შესამსუბუქებლად:

1. უნდა დაამშვიდოთ, დააწყნაროთ ავადმყოფი და მისი ახლობლები;

2. მისცეთ ავადმყოფს ნახევრად მჯდომარე მდგომარეობა (წამოწიოთ საწოლის თავი ან ჩაუდოთ დამატებითი ბალიში ზურგს უკან);

3. გახადოთ მოჭერილი ტანსაცმელი, მოაცილოთ მძიმე საბანი;

- 4.გამოაღოთ სარკმელი და მიაწოდოთ ავადმყოფს სუფთა ჰაერი;
5. ექიმის დანიშნულებების მიხედვით მისცეთ ავადმყოფს ჯიბის ინჰალატორი და აუხსნათ მისი მოხმარების წესი.

ჯიბის ინჰალატორის მოხმარების წესი

1. მოხსნათ ბალონის სატუჩეს დამცავი სახურავი;
2. გადავაბრუნოთ ბალონი თავდაყირა და კარგად შევანჯღრიოთ.

3. ვთხოვოთ პაციენტს ღრმად ამოისუნთქოს.



4. აუხსნათ ავადმყოფს მჭიდროდ მიიჭიროს პირზე სატუჩე და ღრმად ჩაისუნთქოს ამასთანავე დააჭიროს თითი ბალონის კლაპანს, შესუნთქვის შემდეგ რამოდენიმე წამით შეიკავოს სუნთქვა;

5. ამის შემდეგ ავადმყოფმა უნდა მოიშოროს სატუჩე პირიდან და ნელა ამოისუნთქოს.

აეროზოლის დოზირებას ახდენს ექიმი. გლუკოკორტიკოიდების შესუნთქვის შემდეგ ავადმყოფმა პირში უნდა გამოივლოს წყალი პირის ღრუს კანდიდოზის პროფილაქტიკისათვის.

ოქსიგენოთერაპია - ჟანგბადის გამოყენება მკურნალობის მიზნით. მას მიმართავენ გამოხატული სუნთქვითი უკმარისობისას.

ჟანგბადის შესუნთქვა შესამჩნევად აუმჯობესებს ავადმყოფის მდგომარეობას, განსაკუთრებით მოსვენებისას არსებული ქოშინის დროს.

ჩვენება: მწვავე და ქრონიკული სუნთქვითი უკმარისობა, რომელსაც თან ახლავს ციანოზი, ტაქიკარდია. სამკურნალო მიზნით იყენებენ ნარევს, რომელიც შეიცავს 40 დან 80% მდე ჟანგბადს. მხოთავი გაზით მოწამვლისას იყენებენ 95% ჟანგბადისა და 5% ნახშირორჟანგის ნარევს. არ შიძლება სუფთა ჟანგბადის გამოყენება, რადგან იგი იწვევს სასუნთქი ცენტრის დათრგუნვას, ახდენს ორგანიზმზე ტოქსიკურ ზემოქმედებას, რაც ვლინდება პირის სიმშრალით, კრუნჩხვებით, გონების დაკარგვით.

- ჟანგბადს აწოდებენ შემდეგი წესებით: 1. ჟანგბადის მიწოდება ჟანგბადის ბალიშით
2. ჟანგბადის მიწოდება ცხვირის კათეტერის საშუალებით.
3. ჟანგბადის მიწოდება ნიღბის საშუალებით;
4. ჟანგბადის მიწოდება ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის აპარატით.
- ამ შემთხვევაში ჟანგბადის მიწოდება ხდება ინტუბაციური მილის საშუალებით



ხველ-ართული რეფლექტორული აქტია, გამოწვეული სასუნთქი გზებისა და პლევრის რეცეპტორების გაღიზიანებით - განპირობებული ლორწოთი, უცხო სხეულებით, ბრონქოსპაზმით, ლორწოვანი გარსების სიმშრალით და.ა.შ.

ხველების ფიზიოლოგიური როლი მდგომარეობს სასუნთქი გზების გასუფთავებით სეკრეტისა და იმ ნივთიერებებისაგან, რომელიც მასში მოხვდნენ გარედან.

ხველის წარმოქმნის მიზეზებია:

- სასუნთქი ორგანოების ანთებითი დაავადებები -ლარინგიტი, ტრაქეიტი, ბრონქიტი, ბრონქული ასთმა, პნევმონია. და.ა.შ.

- იმუნური რეაქციები, რომელიც ვითარდება ორგანიზმში ალერგენების მოხვედრის საპასუხოდ. (მცენარის მტვერი, სარეცხი ფხვნილი და ა. შ.);
- გულსისძარღვთა სისტემის დაავადებები განპირობებული შეგუბებითი მოვლენებით მცირე წრეში (გულის მანკები, გულის იშემიური დაავადებები, კარდიომიოპათია და ა.შ)
- მექანიკური გაღიზიანება - პნევმოკონიოზები, უცხო სხეულები, ბრონქების გამავლობის დარღვევა სიმსივნის ზეწოლის გამო;
- პნევმოკონიოზები ფილტვის პროფესიული დაავადებებია, რომელთაც იწვევს სამრეწველო მტვრის ხანგრძლივი ჩასუნთქვა.
- ქიმიური გაღიზიანება - თამბაქოს ბოლი, ჰაერის



დაბინძურება, საყოფაცხოვრებო გაზი და ა.შ.

- თერმული გაღიზიანება - ძალიან ცხელი და ცივი ჰაერი;
- ფსიქოგენური ფაქტორები;

მშრალი ხველის დროს, უპირველეს ყოვლის, რეკომენდებულია ძირითადი დაავადებების

მკურნალობა, საჭიროა უხვი თბილი სასმელი, მინერალური წყალი „ბორჯომი“ - დამატებული ცხელი რძე.



ნახველი - სასუნთქი გზების სეკრეტია, რომელსაც ადამიანი ხველით ამოიღებს, გადმოაფურთხებს. იგი შეიცავს ბრონქებისა და ტრაქეის ლორწოვანის სეკრეციის ელემენტებს, მასში შეიძლება ერიოს ფილტვის ქსოვილის, სიმსივნის დაშლის პროდუქტები, სისხლი და სხვა.

ნახველის რაოდენობა მერყეობს რამოდენიმე მილილიტრიდან (ქრონიკული ბრონქიტის დროს) 1 -1,5 ლ-მდე (ბრონქოექტაზიური დაავადება, ფილტვის განგრენა). ხასიათის მიხედვით ნახველი შეიძლება იყოს: ლორწოვანი - უფრო, გამჭვირვალე, წებოვანი, რომელიც პრაქტიკულად არ შეიცავს უჯრედულ ელემენტებს.

ნახველის არსებობისას უნდა უზრუნველყოთ საფურთხეების დროული დაცლა და სისუფთავე, ამასთანავე უნდა უზრუნველყოთ ავადმყოფის მოთავსება საწოლზე ზეწამოწეული ფეხებით, ნახველის უკეთ წამოდინებისათვის დღეში რამოდენიმეჯერ (კვინკეს მდებარეობა).

ავადმყოფისათვის სადრენაჟო მდებარეობის მიცემა - მიზანი: ნახველის ამოღების გაადვილება ბრონქიტის, ფილტვის აბსცესის, ბრონქოექტაზიური დაავადებების და ა. შ დროს. პროცედურისათვის მომზადება: საფურთხეებელში მოცულობის 1/3 - ზე ვასხამთ ქლორამინის 5% სადეზინფექციო ხსნარს და ვდგამთ ავადმყოფის საწოლთან გასწვრივ, რომ იგი ადვილად მისწვდეს მას.

I ვარიანტი: ვაბრუნებთ ავადმყოფის საწოლში 45⁰ -ით და ვთხოვთ, გააკეთოს ღრმა ამოსუნთქვა და კარგად დაახველოს. პროცედურა მეორდება 3 -6 ჯერ.

II ვარიანტი (მლოცველი მუსულმანის პოზა) - ავადმყოფს ვთხოვთ დადგეს მუხლებზე და დაიხაროს წინ, დაეყრდნოს იდაყვებს (მუხლი - იდაყვის პოზა), ეს გაიმეოროს 6 -8 ჯერ თითო წუთიანი ინტერვალით.

III ვარიანტი: ავადმყოფს უხსნიან, რომ მისთვის საჭიროა მორიგეობით მარჯვენა და მარცხენა გვერდზე წოლისას საწოლიდან თავი და ხელები ჩაკიდოს ქვევით, თითქოს ფეხსაცმელს ეძებს საწოლქვეშ. პროცედურა უნდა გამეორდეს 5 -6 ჯერ დღეში.

პროცედურის დამთავრების შემდეგ, ავადყოფს ვეხმარებით მიიღოს მისთვის სასურველი მდგომარეობა საწოლში, ვახდენთ ნახველის დეზინფიცირებას, ვასუფთავებთ საფურთხეებს.

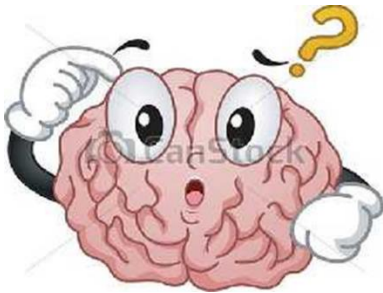
გულმკერდის მიდამოებში ლიმფისა და სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებისათვის ნაჩვენებია მასაჟი, ფილტვების ვენტილაციისათვის კი - სუნთქვითი ვარჯიში. აუცილებელია იმ ოთახის განთავსება, სადაც ავადმყოფია მოთავსებული -4 ჯერ დღეში. ტემპერატურა უნდა იყოს 18 – 22⁰c-ის ფარგლებში. თვალყური უნდა ვადევნოთ ავადმყოფის მიერ დანიშნულების შესრულებას.

გარშემომყოფთა დასნებოვნების თავიდან ასაცილებლად, ავადმყოფს უნდა ასწავლოთ ნახველის სწორად ამოღება:

- არ ამოახველოს ჯანმრთელი ადამიანების უშუალო სიახლოვისას;
- ხველისას მიიფაროს ხელი ან ცხვირსახოცი:

- არ გადმოაფურთხოს იატაკზე, რადგან გამრობის შემდეგ ნახველი გარდაიქმნება მტვრის ნაწილაკებად და დაასნებოვნებს სხეებს.
- ნახველი უნდა შეგროვდეს მჭიდროდ თავდახურულ საფურთხებელში, რომელშიც ჩასხმულია 0,5% ქლორამინ B - ს ხსნარი მცირე რაოდენობით.

სისხლიანი ხველა და სისხლდენა ფილტვებიდან - სასუნთქი სისტემის დაავადებების ერთ-ერთი სერიოზული სიმპტომია. სისხლი ნახველში შეძლება იყოს მცირე რაოდენობით, ან მთლიანად ღებავს ნახველს. სისხლნარევი ნახველი ყველაზე მეტად გვხვდება კიბოს, ტუბერკულოზის, აბსცესის და ბრონქოექტაზიის დროს, როგორც ფილტვის ქსოვილის მთლიანობის დარღვევის შედეგი, შეიძლება იყოს ფილტვის კიბოს ნიშანი. ეს სერიოზული სიმპტომები ითხოვენ ექიმის დაუყოვნებლივ ჩარევას, როგორც კლინიკური, ისე გამოკვლევის სახით.



საკონტროლო კითხვები:

1. რას სეისწავლის პულმონოლოგია?
2. ჩამოთვალეთ სასუნთქი სისტემის პათოლოგიის დამახასიეთებელი სიმპტომები;
3. როგორ დაეხმარებით ავადმყოფს, ქოშინის ან მოხრჩობის შემჩნევსას ?
4. ხველა და მისი სახეები;
5. როგორია პაციენტის მოვლის ხერხები ხველის დროს?



ავადმყოფთა მოვლა გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების დროს

შინაგანი დაავადებების ნაწილს, რომელიც შეისწავლის გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების ეტიოლოგიას, პათოგენეზს, კლინიკურ გამოვლინებებს, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას და პროფილაქტიკას **კარდიოლოგია** ეწოდება

კარდიოლოგიური პროფილის ავადმყოფები ხშირად მიუთითებენ ისეთ სიმპტომებზე, როგორცაა:

- ტკივილი მკერდის არეში,
- ქოშინი,
- გაძლიერებული გულისცემა,
- მოხრჩობის გრძნობა,
- შეშუპება,

გულის მუშაობის შეფერხება. გულსისხლძარღვთა სისტემის ავადმყოფებზე დაკვირვება და მოვლა უნდა ხდებოდეს 2 მიმართულებით: * დაკვირვება ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე, თერმომეტრით, დაკვირვება პულსზე და არტერიულ წნევაზე. სიცხის ფურცლის შევსება, ავადმყოფის პირადი ჰიგიენის კონტროლი, სუდნოს მიწოდება და სხვა.

*სპეციალური ღონისძიებები და დაკვირვება გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების დამახასიათებელ სიმპტომებზე, როგორცაა: ტკივილი მკერდში და გულის არეში, გულის მწვავე და ქრონიკული უკმარისობის მოვლენები, შეშუპებები, გულის რიტმის დარღვევა და ა. შ.

არტერიული პულსი, გამოკვლევის ტექნიკა, ძირითადი მახასიათებლები

არტერიული პულსი არტერიის კედლის პერიოდული, რითმული რხევაა, განპირობებული გულის მუშაობის შედეგად სისხლით ავსების ცვლილებით.



სხივის არტერიაზე პულსის განსაზღვრის ტექნიკა: ყველაზე ხშირად პულსის განსაზღვრა ხდება სხივის არტერიაზე სხივ - მაჯის სახსრის მიდამოში, სადაც არტერია უფრო ზედაპირულად ძევს. ნორმაში პულსი რიტმულია, ერთნაირია ორივე ხელზე. მისი სიხშირე მოსვენებულ მდგომარეობაში არის 60 – 90 მდე წუთში.

- ჩვენი ხელის თითებით ერთდროულად მოვკიდოთ ავადმყოფს ორივე სხივ- მაჯის სახსარში ისე, რომ საჩვენებელი და შუა თითის ბალიშები მოხვდეს წინამხრის შიგნითა ზედაპირზე სხივის არტერიის პროექციაზე.
- დავაჭიროთ სხივის არტერია ქვემდებარე ძვალის სხვადასხვა სიძლიერით, ამ დროს პულსური ტალღა შეიგრძნობა, როგორც არტერიის გაფართოება და ჩაჩუტვა.
- პულსის სიხშირის განსაზღვრისათვის (თუ პულსი რიტმულია), საჭიროა პულსური ტალღის დათვლა 15 წამის განმავლობაში და მიღებული შედეგის გამრეველება 4 - ზე. არითმიის შემთხვევაში პულსის დათვლა ხდება 1 წუთის განმავლობაში.
- პულსის გამოკვლევის შედეგები შევიტანოთ ტემპერატურის ფურცელში.

პულსის განსაზღვრის ტექნიკა საძილე არტერიაზე

ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის დროს პულსის განსაზღვრა ხდება გარეთა საძილე არტერიაზე.

- მოვნახოთ კისრის წინა ზედაპირზე ფარისებრი ხრტილის ყველაზე უფრო წინწამოწეული ნაწილი - „ადამის ვაშლი“.
- თითების ბალიშებით (საჩვენებელი და შუა თითების) განვსაზღვროთ საძილე არტერიის პულსაცია.

გამოკვლევა უნდა ჩატარედეს ფრთხილად, არ შეიძლება საძილე არტერიაზე ძლიერი ზეწოლა, რადგან იგი წარმოადგენს რეფლექსოგენურ ზონას და არსებობს გულის

შეკუმშვათა სიხშირის რეფლექსური შენელების საშიშროება, ავადმყოფის გონების დაკარგვაც კი.

არტერიული პულსის თვისებები

1.პულსის რიტმულობა - ჯანმრთელ ადამიანის გულის შეკუმშვები და პულსური ტალღები თანატოლი ინტერვალებით მიყვებიან ერთმანეთს.

2.პულსის სიხშირე - მისი განსაზღვრა ხდება პულსური ტალღის რაოდენობით წუთში.ნორმაში იგი მერყეობს 60 დან 90 მდე წუთში და პულსის სიხშირე დამოკიდებულია სქესზე, ასაკზე. სხეულისა და გარემოს ტემპერატურაზე, ფიზიკურ დატვირთვაზე.ხშირი პულსი აღენიშნებთ ახალშობილებს. 25 – 60 წლის ასაკში პულსი მეტნაკლებად სტაბილურია, ქალებში პულსი უფრო ხშირია, ვიდრე მამაკაცებში, სპორტსმენებში, ნავარჯიშევ პირებში და ხანდაზმულებში პულსი შედარებით იშვიათია. პულსი გახშირებულია სხეულის ვერტიკალურ მდგომარეობაში, ფიზიკური დატვირთვისას, სხეულის ტემპერატურის მომატებისას, გულის უკმარისობის, გულის არითმიების და ა. შ. დროს. პულსი, 60 - ზე ნაკლები სიხშირით, იშვითი პულსია(ბრადიკარდია), ხოლო 90- ზე მეტი სიხშირით წუთში - გახშირებული (ტაქიკარდია).

არტერიული წნევა, მისი გაზომვის მეთოდისა

არტერიული წნევა ის ძალაა, რომელიც წარმოიქმნება არტერიის კედლის ტონუსისა და არტერიაში არსებული სისხლის მასის ურთიერთქმედების შედეგად.

არტერიული წნევის გაზომვა ხდება პირდაპირი და არაპირდაპირი მეთოდით. ყოველდღიურ პრაქტიკაში არტერიული წნევა იზომება არაპირდაპირი,

აუსკულტაციური მეთოდით, რომელიც შეიმუშავა 1905 წელს რუსმა ქირურგმა კოროტკოვმა. მან წნევის გასაზომად გამოიყენა სფიქომომანომეტრი (რივა -როჩის აპარატი, იგივე ტონომეტრი).

არტერიული წნევის გაზომვის წესები:

- არტერიული წნევის გაზომვა ხდება ადამიანის მწოლიარე ან სკამზე მჯდომარე მდგომარეობაში- გამართული ზურგით.
- რეკომენდებულია არტერიული წნევის გაზომვა საკვების მიღებიდან 1-2 საათის შემდეგ და არა უადრეს 1 საათისა ყავის დალევის ან სიგარეტის მოწევის შემდეგ.
- მანჟეტი ისე უნდა შემოვახვიოთ ავადმყოფს კიდურზე, (მხრის არტერიაში წნევის გაზომვისას) რომ ორი თითი თავისუფლად მოძრაობდეს, მანჟეტსა და კიდურს შორის და დავამაგროთ.



არტერიული წნევის გაზომვის ტექნიკა ავადმყოფმა უნდა მიიღოს მისთვის მოსახერხებელი მდგომარეობა (მჯდომარე ან მწოლიარე), ხელი დევს თავისუფლად ხელისგულით ზევით .

➤ მანჟეტი მჭიდროდ შემოვახვიოთ ავადმყოფს მხარზე მისი გულის დონეზე (IV ნეკნთაშუა არე) და გაამაგრებენ,

ხრახნი მოჭერილია, იწყებენ მანჟეტში ჰაერის ჩატუმბვას, მანჟეტი თანდათან იბერება და ახშობს არტერიას, რასაც პულსის გაქრობით შევითყობთ. პულსის გაქრობის შემდეგ მანჟეტში წნევა კვლავ უნდა გავზარდოთ 5- 10მმ-ით და დავეყოვნოთ 1- 2 წმ.

- გავხსნათ ხრახნი ნელნელა, შევამციროთ მანჟეტში წნევა (ე.ი. არტერიაზე ზეწოლაც)- სანამ შევითყობთ I პულსური ტალღის გავლას. პირველად მოსმენილი ტონი შეესაბამება მაქსიმალურ წნევას - სისტოლურ წნევას, ტონის გაქრობა გვიჩვენებს დიასტოლურ წნევას.
- გავხსნათ მანჟეტი ბოლომდე, გამოვუშვათ ჰაერი ბოლომდე, მოვხსნათ მანჟეტი პაციენტს ხელიდან.
- შევითანოთ არტერიული წნევის ციფრები ტემპერატურის ფურცელში. ადამიანის ნორმალური სისტოლური წნევა მერყეობს 100- 139მმ.ვერცხლისწყლის სვეტამდე ფარგლებში, დიასტოლური კი - 60 -89 მმ.ვერცხლისწყლის სვეტამდე. აწეულ არტერიულ წნევად ითვლება 140/90 მმ.ვწყ.სვ-მდე და მეტი (არტერიული

ჰიპერტენზია), დაქვეითებული არტერიული წნევად კი - 100/60 (არტერიული ჰიპოტენზია). არტერიული წნევის მკვეთრ მომატებას ჰიპერტონული კრიზი ეწოდება, რომელსაც თან ახლავს თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, გულის რევა, ღებინება.

გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების საერთო სიმპტომები



არტერიული ჰიპერტენზია. ექთნის თანაშემწემ, რომელიც ჰიპერტენზიით დაავადებულს უვლის, განსაკუთრებით ყურადღება უნდა მიაქციოს ექიმის დანიშნულების გულდასმით შესრულებას ავადმყოფის მიერ, რადგან უარყოფითი ემოციები, ნერვულ - ფსიქიური დატვირთვა, ცუდი ძილი აუარესებს დაავადების მიმდინარეობას.

ჰიპერტონული კრიზის დროს საჭიროა ექთნის/ექიმის დაუყოვნებლივ ჩარევა და

ანტიჰიპერტონული პრეპარატების შეყვანა, წინააღმდეგ შემთხვევაში დაავადება შეიძლება გართულდეს თავის ტვინისა და კორონალური სისხლის მიმოქცევის დარღვევით.

ექიმის მოსვლამდე უნდა უზრუნველყოთ ავადმყოფის სრული სიმშვიდე, მიაწოდოთ მას სუფთა ჰაერი, გაუკეთოთ ფეხების ცხელი აბაზანა და თბილი წყლის აბაზანა ხელებზე ტემპერატურით 37 -40°C.

არტერიული ჰიპოტენზია - ზოგჯერ აბსოლუტურად ჯანმრთელ ადამიანებსაც აღენიშნებათ, იგი უფრო მეტად ახასიათებთ ასთენიური კონსტიტუციის ადამიანებს. არტერიული ჰიპოტენზია შეიძლება სერიოზული დაავადების სიმპტომიც იყოს (მიოკარდიუმის ინფარქტი, სისხლდენა, შოკი, კოლაფსი). მწვავედ განვითარებული არტერიული ჰიპოტენზიის დროს,



- ავადმყოფი უნდა დავაწვინოთ,
- საწოლის თავი წამოვწიოთ ფეხების მხარეს, რაც საჭიროა სისხლის ნაკადის გასაძლიერებლად თავის ტვინისათვის,
- ზუსტად შევასრულოთ ექიმის დანიშნულება.

ტკივილი გულის არეში - ყოველთვის არ მიგვანიშნებს გულსისხლძარღვთა დაავადებაზე. იგი შეიძლება იყოს მშრალი პლევრიტის შედეგი, ხერხემლის ოსტეოქონდროზით, ნეკნთა შუა ნევრალგიით, მიოზიტით, დიფრაგმის თიაქრით და ა. შ. გამოწვეული. ამ ტკივილებს კარდიალგია ეწოდება. გულის არეში ტკივილი, რომელიც დაკავშირებულია გულსისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიასთან, შეიძლება განპირობებული იყოს პერიკარდის, აორტის დაზიანებით, ნევროზული მდგომარეობით.



სტენოკარდია - „გულის ანგინა“, ვითარდება კორონარული არტერიების სპაზმით, რაც ათეროსკლეროზული პროცესით არტერიების დაზიანებასთანაა დაკავშირებული. სტენოკარდიული ტკივილი გამოწვეულია მიოკარდიუმის ჟანგბადზე მოთხოვნილებისა და მისი მიწოდების შეუსაბამობით. ამის გამო გულის კუნთი განიცდის იშემიას (

ჟანგბადოვან შიმშილს), რაც ტკივილის აღმოცენების საფუძველია.

ტიპიურ შემთხვევებში სტენოკარდიული შეტევის მაპროვოცირებელია ფიზიკური, ემოციური გადატვირთვა, აღინიშნება გარდამავალი, მოჭერითი ხასიათის ტკივილი მკერდის ძვლის უკან, რომელიც გადაეცემა მარცხენა ხელში, კისერში, ქვედა ყბაში, კბილებში. ეს ტკივილები გრძელდება 1 დან -10 წუთამდე და თავისით გაივლის მოსვენებულ მდგომარეობაში, ან ნიტროგლიცერინის მიღების შემდეგ ენის ქვეშ - 1-3 წუთში.

სტენოკარდიული შეტევისას უნდა უზრუნველყოთ ავადმყოფის სრული სიმშვიდე. ჩაუდოს ენის ქვეშ ნიტროგლიცერინი (ამ დროს მიზანშეწონილია მწოლიარე

ავადმყოფს თავი რამდენადმე წამოვუწიოთ), იშვიათად გავუკეთოთ მდოგვის საფენები გულის არეში.



მიოკარდიუმის ინფარქტი - ამ მატად სერიოზული დაავადების საფუძველია გულის კუნთის გარკვეული ნაწილის ნეკროზი (კვდომა). ყველაზე ხშირად გვხვდება მიოკარდიუმის ინფარქტის ტიპური- ტკივილით მიმდინარე ფორმა, რომელსაც ახასიათებს: ძალიან ძლიერი ტკივილი მკედის ძვლის უკან, რომელიც არ იხსნება ნიტროგლიცერინით და

გრძელდება 30 წუთიდან რამოდენიმე საათამდე. ავადმყოფს აქვს სიკვდილის შიში, მოხრჩობის გრძნობა, ძლიერი სისუსტე, ეცემა არტერიული წნევა. ასეთი ავადმყოფები საჭიროებენ დაუყოვნებლივ ჰოსპიტალიზაციას ინტენსიური თერაპიის პალატაში, რომელიც აღჭურვილია მონიტორინგის ყველა საჭირო აპარატურით. დაავადების პირველ დღეებში ავადმყოფებს ენიშნებათ მკაცრი წოლითი რეჟიმი. ექთნის თანაშემწე ვალდებულია აკონტროლოს ავადმყოფის საწოლის თეთრეულის, პირადი თეთრეულის მდგომარეობა, ყველა ჰიგიენური პროცედურის შესრულება, ავადმყოფის კვება და ა. შ.

გულის უკმარისობა. გულისსახლმარღვთა სისტემის დაავადებათა დროს, ხშირად ვითარდება ქოშინი, რომელიც გულის უკმარისობის ერთ-ერთი დამახასიათებელი ნიშანია. გულის უკმარისობა ხასიათდება მცირე წრეში სისხლის შეგუბებით და სითხის შკავებით ორგანიზმში. ავადმყოფი უჩივის ჰაერის უკმარისობას ჯერ ფიზიკური დატვირთვისა და აღელვებისას, მოგვიანებით კი დაავადების პროგრესირებისას - მოსვენებულ მდგომარეობაშიც.

- **მოხრჩობა** - არის გულის უკმარისობის დროს მოულოდნელად განვითარებული ქოშინის მძიმე შეტევა, რომელსაც თან ახლავს ხამურიანი სუნთქვა, იგი უპირატესად ღამე ვითარდება. ამ დროს ავადმყოფი იკავებს იძულებით მჯდომარე მდგომარეობას.
- **ორთოპნოე** - ქოშინის განვითარება ავადმყოფის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში სუნთქვისას, ამას თან ახლავს მოხრჩობის გრძნობა. ამის გამო ავადმყოფი იძულებულია მიიღოს მჯდომარე მდგომარეობა ქვემოთ ჩამოშვებული ფეხებით. ასეთ მდგომარეობაში ქოშინი კლებულობს სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის განტვირთვის ხარჯზე. ამ შემთხვევაში სისხლი დეპონირდება მუცლის ღრუსა და ქვედა კიდურებში.
- **გულის ასთმის შტევა** ვითარდება ასევე გულის კუმშვითი აქტივობის მკვეთრი დაქვეითებისას მისი ნეკროზის შედეგად (ინფარქტის დროს), ანთების (მძიმე მიოკარდიტი), ან დატვირთვის (ჰიპერტონული კრიზი, არაადექვატური ფიზიკური დატვირთვა).

- ფილტვების შეშუპება - გულის უკმარისობის მეტად მძიმე გამოხატულებაა, ამ დროს სისხლის თხიერი ნაწილი სისხლძარღვთა კედლიდან ჟონავს და გროვდება ალვეოლებში. გარდა გულის ასთმის დამახასიათებელი სიმპტომებისა, აღინიშნება ბუყბუყა სუნთქვა და ნახველი ვარდისფერი ქაფით.

დახმარება ქოშინის დროს -

- უზრუნველვყოთ ავადმყოფის სრული სიმშვიდე,
- მივებმართო რომ მიიღოს მჯდომარე, ან ნახევრად მჯდომარე მდგომარეობა, გავათავისუფლოთ ვიწრო სამოსისაგან,
- მივაწოდოთ სუფთა ჰაერი,
- მივცეთ ნიტროგლიცერინი (თუ არ არის უკუჩვენება), ან ანტიჰიპერტენზიული საშუალებები ექიმის დანიშნულების მიხედვით.
- გულის ასთმისა და ფილტვების შეშუპების დროს დახმარების
- დაუყოვნებლივ გამოვიძახოთ ექიმი.



Отеки ног при сердечной недостаточности

შეშუპება - გულის უკმარისობის დროს,

წარმოიქმნება სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში სისხლის შეგუბებით და სითხის შეკავებით ორგანიზმში. გულის პათოლოგიისას შეშუპებები ლოკალიზდება ფეხებში, თუ ავადმყოფი დადის, და შეშუპებები იქნება კუდუსუნის, წელის, ბეჭების მიდამოში თუ ავადმყოფი მწოლიარეა. კანი შეშუპების არეში სადაა, გადაჭიმული, მასზე თითის დაჭერისას, წარმოიქმნება ჩაღრმავება, რომელიც დიდხანს რჩება. გულის უკმარისობის

შორსწასულ შემთხვევაში სითხე გროვდება სეროზულ ღრუებში.

ასციტი - არის სითხის დაგროვება მუცლის ღრუში.(მუცლის „წყალმანკი“).



ჰოდროთორაქსი - არის სითხის დაგროვება პლევრის ღრუში.

ავადყოფის მოვლა გულის უკმარისობის დროს.

უნდა გვახსოვდეს, რომ დაავადების ადრეულ ეტაპზე, შეშუპება შეუმჩნეველია. ამ დროს შეიძლება სწრაფად გაიზარდოს სხეულის მასა, შემცირდეს დიურეზი. ამიტომ მნიშვნელოვანია ავადმყოფებში წყლის ბალანსის ყოველდღიური კონტროლი, ე.ი. მიღებული სითხის და პარენტერალურად შეყვანილი სითხის რაოდენობის 70-80% უნდა შეადგენდეს დღეღამის დიურეზი 1,5- 2 ლ.

თუ გამოყოფილი შარდის რაოდენობა ნაკლებია მიღებული და პარენტერალურად შეყვანილი სითხის 70-80%-ზე, ლაპარაკობენ უარყოფით დიურეზზე (ე.ი. სითხის ნაწილი რჩება ორგანიზმში).

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ ავადმყოფები, რომელთაც აქვთ წოლითი რეჟიმი და ღებულობენ შარდმდენ პრეპარატებს, უზრუნველყოფილნი უნდა იყვნენ სუდნოთი და შარდის მიმღები ჭურჭლით.

გულის ქრონიკული უკმარისობით დაავადებულებს, რომლებიც იცავენ წოლით რეჟიმს, ხშირად უფითარდებათ შეშუპების ადგილებში - კუდუსუნზე, წელზე, ბეჭებზე ტროფიკის მოშლა, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ნაწოლების განვითარება. საჭიროა ზომების მიღება ნაწოლების პროფილაქტიკისათვის.

გულის წასვლა - გონების ხანმოკლე დაკარგვაა, რომელიც განპირობებულია თავის ტვინის სისხლმომარაგების უკმარისობით. მისი მიზეზი შეიძლება იყოს: ფსიქიური ტრავმა (შიში, ძლიერი ტკივილი, სისხლის დანახვა), დახუთულ გარემოში ყოფნა, ხანგრძლივად ღრმად სუნთქვა, გადაღლა და ა.შ. გულის წასვლა ვითარდება მოულოდნელად, ავადმყოფი გრძნობს თავბრუხვევას, ყურებში ხმაურს, თვალთუბნელდება, ძლიერია სისუსტე და კარგავს გონებას. აღინიშნება კანის სიფერმკრთალე, ცივი ოფლი, მაჯა სუსტი ავსებისაა, შენელებული, არტერიული წნევა დაქვეითებულია. ეპილეფსიური გულყრისაგან განსხვავებით, გულის წასვლისას უნებლიე შარდვა იშვიათად ხდება, ენის მოკვნეტას და სუნთქვის გაჩერებას ადგილი არა აქვს.

დახმარება:

- ავადმყოფი დავაწვინოთ,
- წამოვუწიოთ ფეხები
- გავათავისუფლოთ მჭიდრო ტანსაცმლისაგან,
- მივაწოდოთ სუფთა ჰაერი,
- დავუსრისოთ საფეთქლები,
- შევასხუროთ ცივი წყალი,

- ვასუნთქოთ ბამბაზე დაწვეთებული ნიშადურის სპირტი - სუნთქვის ცენტრის აქტივაციისათვის.

კოლაფსი - სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობის კლინიკური გამოვლინებაა, რომელსაც თან ახლავს სისხლძარღვთა ტონუსის დაქვეითება, გულის კუმშვითი ფუნქციის დასუსტება, არტერიული წნევის დაცემა. კოლაფსის განვითარებას ხელს უწყობს მძიმე დაავადებები, როგორცაა: პნევმონია, პერიტონიტი, მწვავე პანკრეატიტი, სეფსისი, იგი აღინიშნება ელექტროტრამვის, ორგანიზმის გადახურების, მოწამვლის, წნევის დამწვევი საშუალებების პერედოზირების, მიოკარდიუმის ინფარქტის, მწვავე სისხლდენის და სხვა დროს.

კლინიკურად კოლაფსი გულის წასვლის მსგავსად მიმდინარეობს, მაგრამ მას ყოველთვის არ ახლავს გონების დაკარგვა, ავადმყოფი შებოჭილია, არ რეაგირებს გარე გამღიზიანებელზე, გუგები გაფართოებულია, შეიძლება განვითარდეს ცალკეული კუნთების კრუნჩხვა, გულის მუშაობა სუსტდება, ავადმყოფი შეიძლება დაიღუპოს.

დახმარება:

- ავადმყოფი დავაწვინოთ ჰორიზონტალურად დაბლა დაწეული თავით,
- საწოლის ფეხების მხარე ავუწიოთ
- სასწრაფოდ დავეუძახოთ ექიმს.



საკონტროლო კითხვები:

1. რას შეისწავლის კარდიოლოგია? 2. რა სიმპტომები აქვთ კარდიოლოგიურ ავადმყოფებს?
3. აღწერეთ პულსის და არტ.წნევის გაზომვის ტექნიკა;
4. როგორ მოვუაროთ ავადმყოფს არტ.ჰიპერტენზიის დროს?
5. როგორ მოვუეროთ ავადმყოფს სტენიკარდიის და მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს?
6. როგორ მოვუაროთ ავადმყოფს გულის უკმარისობის დროს?

ავადმყოფთა მოვლა საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადების დროს

გასტროენტეროლოგია შინაგან სნეულებათა ის მონაკვეთია, რომელიც შეისწავლის საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებათა ეტიოლოგიას, პათოგენეზს, კლინიკურ გამოვლინებებს, შეიმუშავებს დიაგნოსტიკის და მკურნალობის მეთოდებს, სახავს პრიფილაქტიკურ ღონისძიებებს.

საჭმლის მომნელებელი ორგანოების მიზანია საკვების დაქუცმაცება, მონელება და მისი გადაადგილება საჭმლის მომნელებელ ტრაქტში, ასევე მისი სისხლში შეწოვა და მონელებული, ნარჩენი პროდუქტების გარეთ გამოყოფა.

საჭმლის მომნელებელი სისტემის ფუნქციები

კუჭის მოძრაობითი (მოტორული) ფუნქცია. კუჭში საკვების მოხვედრისას პილორუსი იხურება. საკვების მონელება გრძელდება 2-4 საათის განმავლობაში, ზოგჯერ უფრო მეტ ხანსაც, ხანგრძლიობას განსაზღვრავს საკვების ხასიათი. კუჭის კუნთები იკუმშება, რათა კუჭის წვენი შეერიოს საკვებს. პილორუსის მუსკულატურა პერიოდულად დუნდება, ამ დროს კუჭიდან მონელებული საკვები ცალკეული ულუფებით გადადის 12 გოჯა ნაწლავში, სადაც გრძელდება მონელების პროცესი, წვრილ ნაწლავებში ამ პროცესის ხანგრძლივობა 3-4 საათი, მსხვილ ნაწლავში კი - 17-24 საათი.

კუჭის სეკრეტორული ფუნქცია. კუჭის ლორწოვანი გარსი შეიცავს სპეციფიურ ჯირკვლებს, რომლებიც გამოიმუშავენ კუჭის წვენს. მის შემადგენლობაში შედის მარილმჟავა და პეპსინი, რომლის დახმარებითაც ხდება ცილების მონელება. 12 გოჯა ნაწლავში იხსნება კუჭუკანა ჯირკვლის სადინარი, რომელიც გამოიმუშავებს პეპსინს, იგი მონაწილეობს ყვალა სახის საკვების-ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლების გადამუშავებაში. (პეპსინის სადღელამისო მოცულობაა 1,5ლ-მდე)

ღვიძლიდან 12 გოჯა ნაწლავში გადმოდის ნალველი (1ლ.მდ დღელამეში), მისი მონაწილეობით ხდება ცხიმების გადამუშავება.

ნაწლავში გამომუშავდება წვენი 2,5 ლ-მდე დღელამეში. ნაწლავის ფერმენტების სინთეზი ხდება წვრილი ნაწლავების ლორწოვან გარსში. საჭმლის მონელებაში მონაწილეობს 20 მდე ნაწლავის ფერმენტი. საჭმლის მონელების პროცესი მთავრდება მსხვილი ნაწლავის პროქსიმალურ ნაწილში.

საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებათა საერთო სიმპტომები

საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებებისას ავადმყოფები ხშირად უჩივიან :

- ტკივილს მუცლის არეში,
- გულის რევას, ღებინებას,
- ბოყინს,
- გულძმარვა

- მადის ცვლილებას,
- შერულობას,
- დიარეას,
- მეტეორიზმს და ა.შ..

მუცლის არეში არსებული ტკივილი იყოფა 2 კატეგორიად:

1. მუცლის ღრუს ორგანოთა დაავადებები, რომლებიც არ ემუქრებიან ავადმყოფის სიცოცხლეს. ხასიათდებიან მსუბუქი, მოსათმენი ტკივილით, არ მოქმედებენ ავადმყოფის ზოგად მდგომარეობაზე, აღინიშნება მეტეორიზმი, გულის რევა, ბოყინი. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ალკოჰოლის ჭარბი მიღება, ზედმეტად დანაყრება, ცხიმიანი, მწარე საკვების მიღება და ა.შ. მიუხედავად ამისა, მუცლის არეში ტკივილებისას, საჭიროა ავადმყოფზე ყურადღებით დაკვირვება, არაიშვიათად სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებები იწყება უმნიშვნელო ტკივილებით, განსაკუთრებით ბავშვებში, დასუსტებული, ხანდაზმულ ავადყოფებში.

2. მუცლის ღრუს ორგანოების სიცოცხლისათვის სახიფათო დაავადებები იწყება მოულოდნელად, ძლიერი ტკივილით მუცელში, რომელსაც თან ახლავს გულის რევა, ღებინება, ზოგჯერ დიარეა, მუცლის შებერილობა, მუცლის კუნთების დაჭიმულობა „ფიცრისებული მუცელი“. ამ მდგომარეობას „მწვავე მუცელს“ უწოდებენ.

მუცელში ტკივილის დროს არ შეიძლება ტკივილგამაყუჩებელი, საფაღარათო პრეპარატების მიღება, გამჭმენდი ოყნისა და სათბურის გამოყენება, მანამდე, სანამ არ იქნება გარკვეული მათი წარმოშობის მიზეზები, რადგან ასეთმა ჩარევამ შეიძლება გააძნელოს დიაგნოზის დასმა და ავნოს ავადმყოფს. გადაწყვეტილებას, ამა თუ იმ სამკურნალო მანიპულაციის ჩატარების შესახებ, მუცლის არეში ტკივილების დროს, იღებს ექიმი.

მუცელში წარმოშობილი ტკივილებისას, საჭიროა სასწრაფოდ გამოვიძახოთ ექიმი, ავადმყოფი დავაწვინოთ და ავუკრძალოთ საჭმელ - სასმელის მიღება.

თუ გულისრევა გრძელდება საათობით, მედდამ, მდგომარეობის შემსუბუქების მიზნით, ავადმყოფს უნდა ასწავლოს მინერალური, გაზგაცლილი წყლის („ბორჯომი“, „ესენტუკი“) მცირე პოზიციებით მიღება.

გულის რევა ეპიგასტრიუმის მიდამოში უსიამოვნო ან ზეწოლის შგრძნებაა, იგი ხშირად წინ უსწრებს ღებინებას. გულის რევას თან ახლავს ნერწყვდენა, კანის სიფერმკრთალე, სისუსტე, ოფლიანობა, თავბრუხვევა, არტერიული წნევის დაქვეითება, ზოგჯერ გონების დაბინდვა. ამ სიმპტომს იწვევს ღებინების ცენტრის აგზნება.

ღებინება - კუჭის შიგთავსის უნებლიე ამოტყორცნა საყლაპავში, პირის ღრუში. ხშირად ღებინებას წინ უსწრებს გულის რევა. ღებინება შეიძლება წარმოიქმნას არა მხოლოდ

საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებებისას, არამედ ინფექციური დაავადებებიდან, მოწამვლის, თირკმლის დაავადებების, შაქრიანი დიაბეტის, ჰიპერტონული დაავადების, ნერვული სისტემის დაავადების და ა.შ. დროს.

ღებინებამ შეიძლება დაამძიმოს ავადმყოფის მდგომარეობა, გააძლიეროს ორგანიზმის გაუწყლოება, გამოიწვიოს ელექტროლიტების დაკარგვა. გონების დაკარგვისას შეიძლება მოხდეს პირნალები მასების ასპირაცია და განვითარდეს ასპირაციული პნევმონია. პირნალები მასების დიდი რაოდენობით მოხვედრას სასუნთქ გზებში მოჰყვება მოხრჩობა - ასფიქსია, რომლის დროსაც სისხლსა და ქსოვილებში ვითარდება ჟანგბადოვანი შიმშილი და მატულობს ნახშირორჟანგის რაოდენობა. ამ დროს საჭიროა ჩატარდეს ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია.

ღებინებისას, საჭიროა გავარკვიოთ კავშირშია თუ არა იგი საკვების მიღებასთან, თუ ღებინება კუჭთანაა დაკავშირებული, როგორც წესი, ავადმყოფი უკეთესობას გრძნობს. თუ ნერვულ სისტემასთანაა კავშირში, ე.წ ცენტრალური ღებინება, ავადმყოფს შეღავათი არა აქვს. კუჭის ან 12 გოჯა ნაწლავის წყლულიდან სისხლდენის დროს პირნალები მასა „ყავის ნალექის“ ფერია. საყლაპავის ვარიკოზული ვენებიდან, ან კუჭის კარდიალური ნაწილიდან, აღინიშნება ღებინება სავსე პირით, ამ დროს სისხლი ალისფერია.

ავადმყოფის მოვლა ლებინების დროს

ლებინებისას ავადმყოფი ინსტიქტურად ლებულობს მისთვის მოხერხებულ მდგომარეობას. თუ იგი დასუსტებულია ან უგონო მდგომარეობაშია, მაშინ მას უნდა მივცეთ ნახევრადმჯდომარე მდებარეობა, ან გადავაბრუნოთ გვერდზე, დავახრევიოთ თავი დაბლა. ავადმყოფი არ უნდა იწვეს ზურგზე, რათა პირნალები მასა არ მოხვდეს სასუნთქ გზებში. ლებინების შემდეგ მან უნდა გამოივლოს პირში წყალი, მძიმე ავადმყოფებს პირი უნდა გავუსუფთავოთ წყალში, ან სოდიან ხსნარში დასველებული ბამბის ტამპონით. დავაწვინოთ საწოლში, დავაფაროთ საბანი.

პირნალებ მასაში სისხლის არსებობისას:

- ავადმყოფი დავაწვინოთ,
- საწოლის ფეხების მხარე წამოვწიოთ,
- სასწრაფოდ გამოვიძახოთ ექიმი.
- ექიმის მოსვლამდე ეპიგასტრიუმის არეში დავადოთ ყინულის ბუშტი.
- საჭიროა პულსისა და არტერიული წნევის კონტროლი.
პირნალები მასა გროვდება ლებინების ყოველი ეპიზოდის შემდეგ - მისი ლაბორატორიული გამოკვლევის მიზნით. ამისათვის იყენებენ მინის, გრადუირებულ, ფართოყელიან, თავსახურიან ჭურჭელს. თუ ლებინება მეორდება, საჭიროა თითოეული პორცია პირნალები მასისა, შეგროვდეს ცალცალკე ჭურჭელში, რადგან მის რაოდენობას და შემადგენლობას შეიძლება ჰქონდეს დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა. იგი უნდა შევინახოთ ექიმის მოსვლამდე, რომელიც ლებულობს გადაწყვეტილებას ლაბორატორიულ კვლევაზე.

ბოყინი - პირის ღრუს გზით კუჭში დაგროვილი ჰაერის უნებლიე, ზოგჯერ ხმაურიანი ამოტყორცნაა, ბოყინს შეიძლება ჰაერის გარდა საკვების მცირე რაოდენობა ამოყვეს. ბოყინს ადგილი აქვს აეროფაგიის დროს.(აეროფაგია - ზედმეტი რაოდენობის ჩაყლაპვაა, მისი შემდგომი ამოღებით), იგი შეიძლება განვითარდეს საკვების სწრაფი მიღებისას, კუჭის რიგი დაავადებების, ფსიქიური აშლილობის დროს. მას თან შეიძლება ახლდეს პირის ღრუში სიმჟავის შეგრძნება (კუჭის მომატებული მჟავიანობისას), ლაყე კვერცხის გემო (კუჭში ლპობითი პროცესებისას), ბოყინი მწარე გემოთი აღინიშნება კუჭში 12 გოჯა ნაწლავის შიგთავსის გადმოტყორცნის დროს. უსიამოვნო გემოსა და სუნის შგრძნებისას, ავადმყოფს ექმნება მნიშვნელოვანი დისკომფორტი. ამ სიმპტომების არსებობისას ავადმყოფს ვურჩიოთ ყოველი ჭამის შემდეგ გაიხეხოს კბილები, გამოივლოს პირში გადადუღებული წყალი ან პიტნის, გვირილის და ა.შ. მცენარეული ნახარში.

გულმმარვა - მკერდის ძვლის უკან მახვილისებური მორჩის მიდამოში წვის შეგრძნებაა. იგი აღმოცენდება კუჭის მჟავე შიგთავსის ამოტყორცნით საყლაპავში. მისი მიზეზი შეიძლება იყოს რეფლუქს - ეზოფაგატი, კუჭისა და 12 გოჯა ნაწლავის დაავადებები, ასევე სანაღვლე გზების პათოლოგიები, დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქარი.

გულმმარვის მოსახსნელად ავადმყოფს უნდა მივცეთ ექიმის მიერ დანიშნული წამლები, დავეუტოვოთ ღამით მისაღები რძე, მინერალური წყალი ან გადადუღებული წყალი. თუ გულმმარვა წარმოიქმნება სხეულის დაბლა დახრის, ან წოლის დროს(საკვების მიღებისთანავე), აუცილებელია, რომ ძილის დროს ავადმყოფი იწვეს თავწამოწეული, ამისათვის მას დასჭირდება საწოლის თავის წამოწევა ან დამატებითი ბალიში.

მადის დაქვეითება - ხშირია საჭმლის მომწელებელი ორგანოების დაავადებებისას. მადა არის სასიამოვნო შგრძნება, რომელიც შიგრძნობა საჭმლის მიღების წინ.

დისპეზია - საჭმლის მონელების მოშლა.

დისპეზიის (ბოყინი, გულმმარვა, გემოვნების გაუკუღმართება და ა.შ.) გამოვლინება მიუთითებს ავადმყოფის მდგომარეობის გაუარესებაზე, ამიტომ ექთნის თანაშემწე ვალდებულია, შეატყობინოს ამის შესახებ ექთანს/ექიმს.

მეტეორიზმი - საჭმლის მომწელებელ ტრაქტში აირების დაგროვების შედეგად მუცლის შებერილობაა, რომელსაც გაზების გაძლიერებული გამოყოფა ახლავს თან. იგი ვლინდება შეტევითი ტკივილით, სიმძიმის შეგრძნებით მუცელში. ავადმყოფს აწუხებს გაზების ხშირი გამოყოფა, ბოყინი, სლოკინი. ნაწლავების გაძლიერებული

პერისტალტიკის გამო ადგილი აქვს მუცლის ყურყურს, რაც უხერხულ მდგომარეობაში აგდებს და ანერვიულება ავადმყოფს.

მეტეორიზმის მიზეზებია:

1. პროდუქტების გამოყენება, რომლებიც ხელს უწყობენ ნაწლავებში აირთა გაძლიერებულ წარმოქმნას (რძე, კომბოსტო, კარტოფილი, ბარდა, ლობიო და ა.შ.)
2. საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები - რომელთაც თან ახლავთ ქრონიკული კოლიტი, ნაწლავთა დიზბაქტერიოზი, პანკრეატიტი, ნაწლავთა გაუვალობა და ა. შ.
3. ნაწლავთა პარეზი - მუცლის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციის შემდეგ, ასევე მძიმე პათოლოგიების - ინსულტის, ჯორჯლის არტერიების თრომბოზის დროს და ა. შ.

ავადმყოფის მოვლა, რომელსაც აქვს მეტეორიზმი, მოითხოვს დიეტის კორექციას- უნდა გამოვრიცხოთ ის პროდუქტები, რომლებიც იწვევენ გაძლიერებულ აირთა წარმოქმნას ნაწლავებში. ექიმის დანიშნულებით ავადმყოფს ეძლევა აქტივირებული ნახშირი ფხვნილის ან ტაბლეტის სახით 2-3 ჯერ დღეში, გვირილის ნაყენი, კამის თესლის ნახარში და სხვა.

ძირითადი საშუალებები მეტეორიზმის დროს არის გაზგამყვანი მილის შეყვანა ამას გარდა შეიძლება გამჭმენდი ოყნის გაკეთება, რომლის საშუალებითაც ნაწლავებიდან გამოდის არა მხოლოდ განავალი, არამედ გაზებიც, რაც ავადმყოფისათვის დიდი შვებაა.

დიარეა- ფაღარათობა ნაწლავებიდან ხშირი, თხიერი განავლის გამოყოფაა. დიარეასთანაა დაკავშირებული პერისტალტიკის გაძლიერება, საკვებისა და წყლის შეწოვის დაქვეითება. ფაღარათის მიზეზი ასევე შეიძლება იყოს ნაწლავის ლორწოვანის ანთება, რომლის დროსაც გამოიყოფა დიდი რაოდენობით ლორწო, რომელიც აღიზიანებს ნერვულ დაბოლოებებს და აძლიერებს პერისტალტიკას.

დიარეის ძირითადი მიზეზებია:

- საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებები- გასტრიტი დაქვეითებული სეკრეციით, კუჭის კიბო, არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტი, პანკრეატიტი, ჰეპატიტი, ღვიძლის ციროზი და ა. შ.
- *ნაწლავის ინფექციები -დიზენტერია, ქოლერა და ა.შ;
- *დისბაქტერიოზი;
- *მოწამვლა, მათ შორის კვებითი;
- *ენდოკრინული სისტემის დაავადებები - თირეოტოქსიკოზი, შაქრიანი დიაბეტი;
- *მეტაბოლური დარღვევები - ჰიპოვიტამინოზი, ამილოიდოზი და ა.შ;
- *იატროგენული მიზეზები- საფაღარათო საშუალებების, ანტაციდების მაგნიუმის მარილები და ა.შ. მიღება

- *ალიმენტური მიზეზები - დიდი რაოდენობით საკვების მიღება, უხეში საკვების მიღება, სწრაფი ჭამა.
- *ფსიქოგენური ფაქტორები - სტრესული სიტუაციებისას აღინიშნება დილის დიარეა.

ავადმყოფის მოვლა დიარეის დროს.

ავადმყოფმა უნდა დაიცვას სხეულის ჰიგიენა, ხშირად იცვალოს ლოგინის და პირადი თეთრეული. იგი უნდა სარგებლობდეს არა უნიტაზით, არამედ სუდნოთი, რათა ექიმს მიეცეს განავლის დათვალიერების შესაძლებლობა. ყოველი დეფეკაციის შემდეგ ავადმყოფმა უნდა ჩამიბანოს უკანა ტანი სუსტი სადეზინფექციო ხსნარით. ხანგრძლივი დიარეის გართულებაა ელექტროლიტების (ნატრიუმი, კალიუმი, მაგნიუმი და სხვა.) დაკარგვა, ორგანიზმის გაუწყლოება, არტერიული წნევის დაქვეითება. ექთნის თანაშემწე ყურადღებით აკვირდება ავადმყოფის მდგომარეობას, აკონტროლებს:

- პულსს,
- არტერიულ წნევას,
- მიღებულ და გამოყოფილ სითხეს,
- საჭიროა ავადმყოფის ყოველდღიური აწონვა,
- მონაცემების ტემპერატურულ ფურცელზე აღნიშვნით.

დიარეა ხშირად ინფექციის გამოვლინებაა, დიარეის მიზეზის გამორკვევამდე, საჭიროა მიმდინარე დეზინფექციის ჩატარება. ავადმყოფის ოთახში და საერთო სარგებლობის ადგილებში დალაგება ხდება სველი წესით დღეში 2-3 ჯერ. იატაკი ირეცხება ცხელი საპნიანი და სოდიანი წყლით. კარის სახელოურები, ტუალეტის საჯდომი, უნიტაზი, ტუალეტის იატაკი იწმინდება სადეზინფექციო ხსნარში დასველებული ჩვრით. ამისათვის გამოყოფილი უნდა იყოს ვედრო და ტილოები, რომელთაც დროდადრო გამობარშავენ ან გაუკეთებენ დეზინფექციას.

ავადმყოფის მომვლელმა ტანისამოსის ზემოდან უნდა გადაიცვას ისეთი ქსოვილის ხალათი, რომელიც იოლად ირეცხება და მკაცრად დაიცვას პირადი ჰიგიენა- ხელები დაიბაოს საპნით და ჯაგრისით, პალატიდან გამოსვლის შემდეგ იხდის ხალათს და ფეხსაცმელს იწმინდს სადეზინფექციო ხსნარით.

უნებლიე დეფეკაცია - უვითარდებათ იმ ავადმყოფებს, რომელთაც დარღვეული აქვთ დეფეკაციის აქტის ნერვული რეგულაცია, რომელსაც თან ახლავს გონების დაკარგვა (ინფექციები, ტვინში სისხლის ჩაქცევა); განავლის შეუკავებლობა შეიძლება გამოქვეული იყოს ანთებით, სიმსივნური, ან სწორი ნაწლავის სფინქტერის ტრამპული დაზიანებით.

ასეთი ავადმყოფები თავსდებიან ცალკე პალატაში.მათი საკვები უნდა იყოს მაღალკალორიული და ადვილად ასათვისებელი. ყოველ დილით უნდა უკეთდებოდეთ გამწმენდი ოყნა, დროდადრო უნდა დავაწვინოთ რეზინის სუდნოზე, ან სპეციალურად აღჭურვილ საწოლზე, ამასთანავე აუცილებელია სხეულის სისუფთავეზე (ხშირი ჩაბანვა, თეთრეულის გამოცვლა) სისტემატური კონტროლი.

შეკრულობა - ნაწლავში განავლის ხანგრძლივი დაყოვნება (48 საათი და მეტი). იგი, როგორც წესი დაკავშირებულია ნაწლავის მოტორიკის დარღვევასთან, ჭინთვის შესუსტებასთან.ამას გარდა, ნაწლავის შიგთავსის ნორმალურ გადაადგილებას, ხელს უშლის საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის ორგანული ცვლილებები.შეკრულობა ნაწლავის დაავადების გარეშეც შეიძლება არსებობდეს. მაგ. არასწორი კვება,შიმშილობა, გაუწყლოება, ადვილად ასათვისებელი საკვების მიღება (მასში არ არის მცენარეული უჯრედისი)

ქრონიკული შეკრულობისათვის დამახასიათებელია:

- დეფეკაციის აქტის დროს ჭინთვა. ფრაგმენტული ან მკვრივი განავალი დეფეკაციის 4 აქტიდან ერთ ერთში.
- ნაწლავის შიგთავსის არასრული ევაკუაციის შეგრძნება 4 დეფეკაციის აქტიდან ერთ-ერთში;
- წინააღმდეგობის შეგრძნება განავლოვანი მასების გამოსვლისას 4 დეფეკაციის აქტიდან ერთ-ერთში;
- თითოთ მანიპულაციის აუცილებლობა დეფეკაციის აქტის შესამსუბუქებლად;
- ქრონიკული შეკრულობის დიაგნოზი ესმევა, თუ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან აღინიშნება 2 ან 2 -ზე მეტი;

შეკრულობის ძირითადი მიზეზებია: წვრილი და მსხვილი ნაწლავების ანთებითი დაავადებები;

შეკრულობით დაავადებულის მოვლა:

შეკრულობის სალიკვიდაციოდ აუცილებელია მოძრაობითი აქტივობის გაზრდა. საჭიროა საუბრის ჩატარება ავადმყოფთან, რათა შეცვალონ კვებისა და ცხოვრების წესი. მათ უნდა იცოდნენ, რომ ყოველდღიური დეფეკაციისას აქტი არ არის ფიზიოლოგიურად აუცილებელი. ნაწლავის სრულყოფილი დაცლა საკმარისია 2-3 დღეში 1- ჯერ. საჭიროა 4 ჯერადი კვების რეჟიმი და რაციონალური დიეტა:(კეფირი, მაწონი, ახალი ჭვავის პური, ქლიავი, ვაშლი,თაფლი, მცენარეული ცხიმი, ბოსტნეული, ზღვის კომბოსტო, წიწიბურას ფაფა, ხმელი ხილი და ა.შ.). ნაწლავის მუშაობას კარგად ასტიმულირებს ორგანული მჟავები და შაქრები, რომელთაც შიცავს ბოსტნეული, ხილი, კენკრა, ამიტომ

ავადმყოფებისათვის რეკომენდებულია ხილ- ბოსტნეულის წვენები, ლეღვი, ფინიკი, ბანანი, ვაშლი.

დამატებით უნდა ავუხსნათ ავადმყოფს, რომ არის პროდუქტები, რომელთაც შეუძლიათ შეაფერხონ ნაწლავის შიგთავსის ევაკუაცია და გააღრმავონ შეკრულობა. ესენია: მაგარი ჩაი, ყავა, კაკო, ნატურალური წითელი ღვინო, თეთრი პური, ორცხოზილა, ბრინჯისა და მანანის ფაფა, კარტოფილი, კისელი და ა.შ.

არ არის რეკომენდებული ისეთი პროდუქტების საკვებად გამოყენება, რომლებიც იწვევენ გაძლიერებულ გაზწარმოქმნას. მაგ. პარკოსნები, კომბოსტო, მჟაუნა, ისპანახი, ვაშლი, ბროწეულის, ყურძნის წვენები. კვების რაციონიდან უნდა გამოირეცხოს მწარე და მარილიანი საკვები, აიკრძალოს თამბაქოს მოწევა და ალკოჰოლი.

განავლოვანი ქვების არსებობისას ექიმის დანიშნულებით, შეყავთ რექტალური სანთელი (მაგ. ბისაკოდილი), შემდეგ აკეთებენ ჰიპერტონულ ოყნას.

თუ განავლოვანი ქვა მაგარია, წინა ღამით უკეთებენ ავადმყოფს ზეთოვან ოყნას, დილით კი- რექტალურ სანთელს. გამაგრებული განავლოვანი მასების მნიშვნელოვანი რაოდენობის არსებობისას, მისი ევაკუაცია ხდება თითების საშუალებით, რადგან ასეთ შემთხვევაში ოყნა არაეფექტურია. ამისათვის მედდამ უნდა ჩაიცვას რეზინის ხელთათმანები, შეუდგას ავადმყოფს სუდნო, მარჯვენა ხელის შუა თითზე წაისვას ვაზელინი და შევარა სწორ ნაწლავში, თითებით ნაწილ ნაწილ გამოიღოს განავალი, ამის შემდეგ კეთდება გამწმენდი ოყნა.

სისხლდენა კუჭნაწლავიდან

სისხლიანი განავალი კუჭნაწლავიდან სისხლდენის მნიშვნელოვანი ნიშანია. იმის მიხედვით, თუ რა ლოკალიზაციისაა სისხლდენა, განავალს აქვს სხვადასხვა შეფერილობა- კუპრისფერი შავი ფერიდან ალისფერამდე.

კუჭნაწლავიდან სისხლის დენით ავადმყოფის მოვლა

ზემოჩამოთვლილი სიმპტომების გამოვლენისას, მედდამ სასწრაფოდ უნდა შეატყობინოს ექიმს და დმოუჩინოს ავადმყოფს პირველი ექიმამდელი დახმარება.

ექიმის მოსვლამდე უნდა დააწვინოთ ავადმყოფი, არტერიული წნევის დაქვეითებისას წამოუწიოთ საწოლის ფეხების მხარე. ავადმყოფმა უნდა დაიცვას მკაცრი წოლითი

რეჟიმი. მას ეკრძალება ლაპარაკი და მოწვევა, არ ეძლევა საჭმელ- სასმელი. მუცლის მიდამოში უნდა დავადოთ ყინულის ბუშტი.

არანაკლებ მნიშვნელოვანია ავადმყოფის მოვლა სისხლდენის შემდგომ დღეებში. ავადმყოფმა მკაცრი წოლითი რეჟიმი უნდა დაიცვას 3-5 დღის განმავლობაში. 1-2 დღის განმავლობაში ავადმყოფს ეკრძალება საჭმელ სასმელის მიღება. შმდეგ ეძლევა თხიერი, მცირედ შემთბარი ან ცივი საკვები - რძე, ჟელე, კვერცხის ცილა და სხვა. მედდამ თვითონ უნდა კვებოს ავადმყოფი, მიადევნოს თვალი მის მიერ ექიმის დანიშნულების შესრულებას. ჰემოროიდალური სისხლდენისას საჭიროა ბრძოლა შეკრულობის წინააღმდეგ.



საკონტროლო კითხვები:

1. ჩამოთვალეთ საჭმლის მომწელებელი ორგანოების დაავადებათა საერთო სიმპტომები;
2. როგორ მოვუაროთ ავადმყოფს ლებინების დროს ?
3. . როგორ მოვუაროთ ავადმყოფს დიარეის დროს ?
4. . როგორ მოვუაროთ ავადმყოფს შეკრულობის დროს ?
5. . როგორ მოვუაროთ ავადმყოფს კუჭნაწლავიდან სისხლის დენის დროს ?

თირკმელებითა და შარდგამომყოფი ორგანოებით დაავადებულთა მოვლა

ნეფროლოგია - ეწოდება სნეულებების ნაწილს, რომელიც შეისწავლის თირკმლის დაავადებების ეტიოლოგიას, პათოგენეზს, კლინიკურ მიმდინარეობას, შეიმუშავებს დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის მეთოდებს. უროლოგია- შისწავლის შარდგამომყოფი სისტემის ქირურგიულ დაავადებებს.

ავადმყოფი, თირკმელებისა და შარდგამომყოფი ორგანოების პათოლოგიით, მოითხოვს გულდასმით მოვლასა და დაკვირვებას.თუ ავადმყოფს გამოუვლინდა შემუშავდა შარდის გამოყოფის დარღვევა, ცვლილება შარდის ფერში,არტერიული წნევის მომატება, დისპეპსიური აშლილობები, ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება, მედდამ სასწრაფოდ უნდა აცნობოს ამის შესახებ ექიმს.

თირკმელს გამოყოფის ფუნქცია აკისრია. მათი საშუალებით ორგანიზმიდან გამოიყოფა წყალში გახსნილი მარილები, ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტები- კერძოდ ცილოვანი ცვლის პროდუქტები- „აზოტოვანი შლაკები.“ გარდა ამისა, თირკმელები მონაწილეობენ ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლების მეტაბოლურ პროცესებში, ჰემოდინამიკის რეგულაციაში, წარმოქმნიან ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებებს (ერიტროპოეტინი, რენინი, პროსტოკლანდინები და სხვა). ყოველ 5 -10 წუთში თირკმელებში გადის ჩვენი ორგანიზმის მთელი სისხლის მასა, შარდის წარმოქმნა აქ უწყვეტად ხდება და თანდათანობით გადადის შარდსაწვეთების საშუალებით შარდის ბუშტში. ტერმინი „დიურეზი,, განსაზღვრავს შარდის წარმოქმნასა და გამოყოფას. ადამიანის მიერ დღეღამის დიურეზი ეწოდება, იგი მერყეობს 1000 დან 2000 მლ-მდე და შეადგენს მიღებული სითხის 50-80% -ს საშუალოდ. დარჩენილი სითხის მოცულობა გამოიყოფა ფილტვებით (300-400მლ დღეღამეში), 100მლ-მდე გამოიყოფა განავალთან ერთად. დიურეზი იზრდება სითხისა და საკვების დიდი რაოდენობით მიღებისას, განიცდის შემცირებას სიცხეში და ფიზიკური დატვირთვისას, გაძლიერებული ოფლიანობის , პირღებინების, დიარეის დროს.

თირკმელების და შარდგამომყოფი ორგანოების დაავადებებისას აღინიშნება: შემუშავდა, შარდის გამოყოფის დარღვევა, ტკივილი წელის არეში ,არტერიული წნევის მომატება.

შარდის თვისებები.თირკმელებით დაავადებულების მოვლისას განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა გამოყოფილი შარდის თვისებებს.

შარდის ფერი - იგი ნორმაში მერყეობს ღია ყვითლიდან მუქ ყვითლამდე , ეს განპირობებულია მასში პიგმენტების (უროქრომი,ურობილინი) არსებობით. შეფერილობის ინტენსივობა დამოკიდებულია გამოყოფილი შარდის რაოდენობაზე კუთრ წონაზე. მაღალი კუთრი წონის დროს შარდი ყვითელია, დაბალის კუთრი წონის დროს კი- უფრო ბაცი. მისი ფერი შეიძლება შეიცვალოს სხვადასხვა სამკურნალო პრეპარატების დროს და ზოგიერთი საკვები პროდუქტის მიღებისას (ჭარხალი, მოცვი), იგი იცვლება პათოლოგიური პროცესების დროსაც. მაგ. ღებინების, ფაღარათის და ისეთი მდგომარეობისას, რომლის დროსაც ადგილი აქვს ორგანიზმის გაუწყლოებას, ამ შემთხვევაში შარდი მუქი ყვითელია, პოლაკიურიისას

(გახშირებული შარდვა) კი - ღია ფერის, წყალივით. თირკმლის ჭვალის შემდეგ, რაც შარდკენჭოვანი დაავადების შედეგია, შარდში არის სისხლის მინარევი. მწვავე ნეფრიტის დროს შარდს „ ხორცის ნარეცხის“ შესახედაობა აქვს.

ჰემატურია -შარდში სისხლის ან ერითრიციტების არსებობა.

ნალექი. რიგ შემთხვევაში, შეუცვლელი შარდის ფერის პირობებში, მასში არსებულ ნალექს სხვა ფერი აქვს. მარილების, ფორმიანი ელემენტების, ლორწოს არსებობის გამო. ნალექის აგურისფერი -წაწითალო ფერი მიუთითებს მასში დიდი რაოდენობით ურატების შემცველობაზე. შარდში შარდმჟავას არსებობა ნალექს აძლევს ყვითელი ქვიშის ფერს, ფოსფატები კი -თეთრ ფერს, ნაღებისებრი , წამწვანო ელფერით ჩირქის დიდ რაოდენობაზე მიუთითებს, წაწითალო -სისხლზე, ლაბისებური -ლორწოს არსებობაზე.

სუნნი. ნორმალურად შარდს არამკვეთრი სპეციფიური სუნნი აქვს, რომელიც კონკრეტული სიტუაციის მიხედვით იცვლება. საშარდე გზებში ბაქტერიული დაშლისას შარდს ამიაკის სუნნი აქვს (მძიმე ცისტიტი, დაშლილი სიმსივნე). დიაბეტური კომის დროს შარდს ხილის (ვაშლის) სუნნი აქვს, სკიპიდარით მოწამვლისას -იის ,ხოლო ნივრის მირთმევის შემდეგ - მკვეთრად უსიამოვნო სუნნი.

გამჭვირვალობა.ნორმაში შარდი გამჭვირვალეა.მისი შემღვრევა შეიძლება განაპირობოს მასში დიდი რაოდენობით მარილების,უჯრედული ელემენტების, ბაქტერიების, ლორწოს, ცხიმის წვეთების არსებობამ.

მღვრიე შარდი გვხვდება პიელონეფრიტის, საშარდე გზების ქვემო ნაწილის ინფექციების, მარილების გამოყოფის შემთხვევაში. მსუბუქად შემღვრეულია შარდი დიდი ნით დგომის დროსაც, რაც ნორმად ითვლება.

შარდგამომყოფი სისტემის პათოლოგიისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები

დიურეზის ცვლილება: პოლიურია - შარდის რაოდენობის გადიდება 2000მლ-ზე მეტად დღელამეში. ეს შიძლება მოხდეს:

*ფიზიოლოგიურ პირობებში - გაძლიერებული სითხის მიღებისა, ორსულობის, ემოციური სტრესის დროს და ა.შ.

*შემუპეის, ტრანსუდანტის და პიელონეფრიტის დროს;

*შაქრიანი დიაბეტის დროს;

*თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის დროს;

პოლიურია ხშირად დაკავშირებულია წყურვილთან, როცა ღებულობენ დიდი რაოდენობით სითხეს.

ოლიგურია - დღეღამური შარდის რაოდენობის შემცირებაა 500 მლ- მდე და მეტად.იგი შინიშნება შმდეგ სიტუაციებში;

ფიზიოლოგიური ოლიგურია - სითხის შემცირებული რაოდენობით მიღებისას, ოფლის გაძლიერებული გამოყოფისას, ფიზიკური დატვირთვისას.

*მწვავე და ქრონიკული ნეფრიტი;

*გულის უკმარისობა.

*დამწვრობითი დაავადება (შოკის სტადია);

*ტოქსიკური თირკმელი;

* ნებისმიერი ეტიოლოგიის შოკი;

*მუცლის ღრუს სიმსივნეები, მცირე მენჯის ღრუს სიმსივნეები, რომლებიც ახდენენ შარდსაწვეთებზე ზეწოლას;

ანურია- შარდის გამოყოფის შეწყვეტა (200მლ და უფრო ნაკლები დღეღამეში, მის სრულ შეწყვეტამდე). იგი შეიძლება განვითარდეს თირკმლის უკმარისობის დროს (ქეშმარიტი თირკმლისმიერი ანურია), არტერიული წნევის დაცემისას, სიმსივნის შარდსაწვეთებზე ზეწოლის დროს.

იშურია - შარდის ბუშტის დაცლის შეუძლებლობა, მიუხედავად მისი შარდით გადავსებისა (შარდის შეკავება). იგი შეიძლება განვითარდეს შარდსადინარის მყარი სპაზმის, ან ბუშტის ატონიის გამო. გადაუდებელი დახმარება გულისხმობს შარდის ბუშტის სასწრაფო დაცლას. ამას შეიძლება ხელი შეუწოს ონკანიდან წყლის ხმამ, სასქესო ორგანოებზე თბილი წყლის მისხურებამ, სათბურმა ბოქვენზე, თუ ეს ღონისძიებები არასაკმარისა, მიმართავენ კათეტერიზაციაც ან ცისტოსტომას.

ნიქტურია - მდგომარეობაა, როცა შარდის დიდი ნაწილი გამოიყოფა არა დღისით, არამედ ღამით. ნორმაში უნდა იყოს პირიქით. დღისა და ღამის შარდის რაოდენობა უნდა იყოს შეფარდებითი 4:1 თან.

ნიქტურია გვხვდება თირკმლის ისეთი დაავადებებისას, როგორცაა: წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერტროფია, უშაქრო დიაბეტი, ნიქტურია ერთერთი ადრეული სიმპტომია თირკმლის პათოლოგიის დროს, განსაკუთრებით ხანდაზმულ ადამიანებში.

ენურეზი - არაიშვიათად მოხუცებულ და ხანდაზმულ ავადმყოფებში ნიქტურია შერწყმულია შარდის შეუკავებლობასთან (ენურეზთან), რომელიც ხშირად გვხვდება წინამდებარე ჯირკვლის ადენომის დროს.

პოლაკიურია - გახშირებული შარდვაა. ნორმალურად შარდის გამოყოფა დღეღამეში 3-4 ჯერ ხდება. გახშირებული შარდვა 96-7 ჯერ დღეღამეში), აღინიშნება სითხის დიდი

რაოდენობით მიღებისას, შარდგამომყოფი გზების ანთებისას, წინამდებარე ჯირკვლის ადენოზისას, და იმ დაავადებების დროს, რომელსაც თან ახლავს პოლიურია.

დიზურია - შარდის გამოყოფის დარღვევაა, რომელიც გამოიხატება ტკივილით, შარდის გამოყოფის გახშირებით ან შეფერხებით შარდის ბუშტიდან.

დიზურია თან ახლავს შარდსასქესო სისტემის სხვადასხვა ანთებით დაავადებებს (ცისტიტი, ურეთრიტი, პიელონეფრიტი, თირკმლის ტუბერკულოზი და ა.შ.), კენჭის გავლას შარდსაწვეთში.

სტრანგურია - შარდის მტკივნეული გამოყოფა მისი და სხვა დარღვევების გარეშ.

შეშუპებები - შარდგამომყოფი გზების დაავადებებისას ყველაზე ხშირად ვლინდება დილით სახეზე (პარაორბიტალური შეშუპება), გამოხატული შეშუპებითი სინდრომის დროს კი - ქვედა კიდურებზე კი შორისის მიდამოში ანასარკის შემდეგი განვითარებით.

შეშუპებულ ავადმყოფზე დაკვირვებისას, საჭიროა არა მხოლოდ დღეღამის დიურეზის, არამედ სხეულის წონის განსაზღვრაც. დადებითი დიურეზის დროს, როგორც წესი, სხეულის მასა მცირდება. თუ ეს ასე არ ხდება, მაშინ აუცილებელია პედანტურად ვაკონტროლოთ პაციენტის მიერ მიღებული სითხის რაოდენობა.

ტკივილი წელის არეში - ამის მიზეზია თირკმლის კაფსულის გაჭიმვა შარდსაწვეთის ობსტრუქციის გამო. ხანგრძლივი, ინტენსიური მღრღნელი ხასითის ტკივილი აღინიშნება მწვავე გლომერული ნეფრიტის დროს, ცალმხრივი, ინტენსიური მწვავე ტკივილი, შარდის გამოყოფის გაძნელებით მიუთითებს პიელონეფრიტზე.

წელის არეში აღმოცენებული ძლიერი, შეტევითი ტკივილი ირადიაციით შორისისაკენ, დამახასიათებელია შარდკენჭოვანი დაავადებისათვის.

თირკმლის კოლიკის დროს, შარდის ევაკუაციის მოშლა, იწვევს წნევის მომატებას თირკმლის ფიალებში, თირკმლის კაფსულის გაჭიმვას და შეტევით ტკივილს, რომელიც ლოკალიზდება წელის არეში, გადადის შარდსაწვეთებში, შორისში და გარეთა სასქესო ორგანოებში.

პირველი ექიმამდელი დახმარება გულისხმობს სითბოს გამოყენებას წელის მიდამოში (სათბურას დადება), ან ცხელი აბაზანას (38-39°C) 10-20 წუთის ხანგრძლივობით. გარდა ამისა ექიმის დანიშნულების მიხედვით პარენტერალურად შეყავთ სპაზმოლიტიკები და ანალგეტიკები.

არტერიული ჰიპერტენზია. თირკმლის დაავადებების დროს ხშირია სიმპტომური (თირკმლისმიერი) არტერიული ჰიპერტენზია. იგი შიძლება მიმდინარეობდეს უსიმპტომოდ და როგორც წესი, ძნელად ექვემდებარება მკურნალობას. არტერიული ჰიპერტენზიის აღმოჩენისას, საჭიროა მისი სისტემური კონტროლი დღეში 2-3 ჯერ

და უფრო ხშირადაც. ტარდება ანტიჰიპერტენზული მკურნალობა ექიმის დანიშნულების მიხედვით.

თირკმლის მწვავე უკმარისობ - ვითარდება ნეფროტოქსიური შხამებით მოწამვლის, თირკმელებიდან შარდის ევაკუაციის მოშლის, შოკის დროს. ავადმყოფის საერთო მძიმე მდგომარეობა ვლინდება ცნობიერების დაბინდვით, გულსისხლძარღვთა უკმარისობით, ლბინებით, ოლიგურიით, რაც ხშირად სიკვდილით მთავრდება. მკურნალობის მიზნით გამოიყენება ჰემოდიალიზი, კუჭის ამორეცხვა, შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებები.

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა - მძიმე პათოლოგიაა, რომელიც ვითარდება თირკმლის ხანგრძლივად მიმდინარე, ქრონიკული დაავადებების შედეგად და ხასითდება თირკმლის კონცენტრაციის და გამოყოფის ფუნქციის თანდათანობითი დაქვეითებით. ავადმყოფს ენიშნება მკაცრი დიეტა, კვების რაციონში ცილა და სუფრია მარილი. ტერმინალურ სტადიაში ვითარდება საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ურემიული დაზიანება, რომელსაც თან ახასიათებს: გულის რევა, ლბინება, ტკივილი მუცელში, ანორექსია და ა.შ. ამ შემთხვევაში ხდება განმეორებითი კუჭის ამორეცხვა (თუ ამის საშუალებას იძლევა ავადმყოფის მდგომარეობა). გამწმენდი ოყნის გაკეთება 2% ნატრიუმის ჰიდროკარბინატის ხსნარით.

მკურნალობის რადიკალური მეთოდია თირკმლის გადანერგვა.

თირკმელებისა და შარდგამომყოფი გზების პათოლოგიით დაავადებულთა მოვლა. ასეთ ავადმყოფებში აუცილებლად უნდა გალონტროლდეს მიღებული სითხისა და გამოყოფილი შარდის რაოდენობა. მედ პერსონალის დახმარებით, ან ავადმყოფმა დამოუკიდებლად ყოველდღიურად უნდა განსაზღვროს დიურეზი, მედდა აფიქსირებს ტემპერატურის ფურცელში შარდის რაოდენობას მილილიტრებში. მიღებული სითხის რაოდენობის გამოთვლისას, ითვალისწინებენ არა მხოლოდ ჩაის, წვენებს, სუპს, არამედ წამლების მიღებისას დალეულ წყალს და სითხეს შეყვანილს პარენტერალურად. დღეღამის განმავლობაში მთლიანად გამოყოფილ შარდს გადაასხამენ დანაყოფებიან ჭურჭელში და განსაზღვრავენ მის რაოდენობას.

ცალკე ითვლიან მიღებული სითხის რაოდენობას და მას ადარებენ გამოყოფილი შარდის რაოდენობას. იმ შემთხვევაში თუ მიღებული სითხე მეტია გამოყოფილ შარდზე, ლაპარაკობენ უარყოფით დიურეზზე. დიურეზი დადებითია, თუ მიღებული სითხე ტოლია, ან ნაკლები გამოყოფილი შარდისა.

პალატა, სადაც ავადმყოფი წევს, კარგად უნდა თბებოდეს, გაციებისას, შარდის გამოყოფა ხშირდება. ამ დროს ავადმყოფს ეძლევა საფენი შორისის მიდამოში ჩასაგებად, დღევანდელ პირობებში ამისათვის არსებობს სპეციალური პამპერსები მოზრდილთათვის. პაციენტის კანი უნდა ჩამოიბანოს ბავშვის საპნით, ხელის

მტევნებზე და ფიზიოლოგიურ ნაკეცებში ესმევა საბავშვო კრემი. შარდის
შეუკავებლობის დროს, ყოველი მოშარდვისას უნდა მოხდეს ავადმყოფის ჩაბანვა
ნაწოლებისა და კანის ინფიცირების პროფილაქტიკისათვის.

ბავშვთა მოვლის თავისებურებები და
ნეონატოლოგიური მოვლა





პედიატრია

პედიატრია ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს *país*- ბიჭს, *iatrea*- კი მკურნალობას. პედიატრია შეისწავლის ჯანმრთელ და ავადმყოფ ბავშვთა ანატომიურ- ფიზიოლოგიურ თავისებურებებს, ბავშვთა ჰიგიენას და რეჟიმს. ბავშვთა დაავადებებს, მათ მკურნალობას და პროფილაქტიკას. ბავშვთა კვებას. პედიატრია, როგორც დამოუკიდებელი მეცნიერება, ჩამოყალიბდა მე-19 საუკუნეში, მისი განვითარება მოხდა მე-20 საუკუნეში. საქართველოში ძველ წყაროებში უკვე მოიხსენიებოდა ბავშვთა ასაკის თავისებურებები, მათი დაავადებები, მოვლის და კვების პრინციპები. მე-20 საუკუნეში საქართველოში მოღვაწეობდნენ დიდი პედიატრები, როგორიცაა დედაბრიშვილი, კვეზერელი, ფაღავა, დასხვ.

ბავშვთა ასაკის პერიოდები

ბავშვობის მთელი პერიოდი ხასიათდება როგორც ორგანიზმის ფიზიკური ზრდა- განვითარებით, ასევე მისი იმუნიტეტის და ინტელექტის ჩამოყალიბებით, ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ბავშვთა ასაკის პერიოდებად დაყოფას, რადგან თითოეულ პერიოდს აქვს დამახასიათებელი მახასიათებელი- ბლები.

ბავშვთა ასაკი იყოფა შემდეგ პერიოდებად: 1) მუცლადყოფნის ანუ ინტრანატალური , 2) ახალშობილ-ობის, 3) ძუძუმწოვრობის, 4) სარძევე კბილების, 5) ყრმობის, 6) სქესობრივი მომწიფების ანუ პუბერტაციული პერიოდები.

მუცლადყოფნის პერიოდი იწყება იმ მომენტიდან, როვა ხდება ორი გამეტის კვერცხუჯრედის და სპერმატოზოიდის შერწყმა და წარმოიქმნება განაყოფიერებული უჯრედი ზიგოტა. ეს პერიოდი გრძელდება 270-280 დღე. ეს პერიოდი თავის მხრივ იყოფა 2 ფაზად: 1) ემბრიონალური, რომელიც გრძელდება 2 თვე და 2) პლაცენტარული, რომელიც გრძელდება 7 თვე.

ემბრიონალურ ფაზაში ყალიბდება ნაყოფი, იგი ძალიან მგძნობიარეა, ბევრი ფაქტორი მოქმედებს ნაყოფის ჩამოყალიბებაზე, ენდოგენური, მაგ. ქრომოსომების ცვლილებები, მშობლების ასაკი, ეგზოგენური ფაქტორები: მექანიკური და ფსიქიური ტრამვეები, რენტგენის სხივები, ინფექციები, დედის დაავადებები, და სხვ. ამ ფაქტორების ზემოქმედებით შეიძლება განვითარდეს აბორტი, მკვდრადშობადობა, განვითარების მანკები და სიმახინჯეები, გენეტიკური დაავადებები, სიყრუე, სიბრმავე, ცნს ის დაავადებები და სხვ.

ახალშობილობის ანუ ნეონატალური პერიოდი იწყება ჭიპლარის გადაკვანძვიდან და გრძელდება 3-4 კვირა. დაბადებისას ახალშობილოს თვალში აწვეთებენ 30% ალბუცინის ხსნარს გონო-ბლენორიის პროფილაქტიკისათვის. დაბადებიდან 12 საათის განმავლობაში ახალშობილს უკეთდება ვირუსული ჰეპატიტის აცრა, მე-2-მე-5 დღეს BCG-ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო აცრა. ეს პერიოდი ყველაზე რთულია ბავშვისთვის, რადგან ხდება ახალშობილის შეგუება ანუ ადაპტაცია გარემოსთან. იწყებს ფილტვით სუნთქვას, გარეგან კვებას, ფუნქციონირებას იწყებს სისხლის მიმოქცევის მცირე წრე, ყალიბდება თერმორეგლაციური სისტემა, ამ პერიოდში გვხვდება ე. წ. ფიზიოლოგიური მდგომარეობები. ამპერიოდში გვხვდება შემდეგი დაავადებები: მშობიარობასთან დაკავშირებული, მაგ. სამშოგარო ტრამვები, ასფიქსია. მშობიარობის შემდგომი ანუ პოსტნატალური: სასუნთქი და კუჭ-ნაწლავის დაავადებები, სეფსისი და სხვ.



ძუძუმწოვრობის პერიოდი იწყება 3-4 კვირიდან და გრძელდება 1 წლის განმავლობაში. ამ პერიოდი-სათვის დამახასიათებელია ინტენსიური მატება წონაში და სიგრძეში, წონაში იმატებს 200%-ით, ხოლო სიგრძეში 50%-ით. თავის გარშემოწერილობა 27%-ით. ხდება აქტიური იმუნოზაცია. ხშირია შემდეგი დაავადებები: ბრონქიტი, პნევმონია, დისპეფსიები, რაქიტი, სპაზმოფილია და სხვ.

სარძევე კბილების პერიოდი იყოფა 2 ქვეპერიოდად: წინასკოლამდელი, რომელიც გრძელდება 1-დან 3 წლამდე და სკოლამდელი, რომელიც გრძელდება 3-დან 6-7 წლამდე. ამ პერიოდში შედარებით შენელებულია ზრდა, სამაგიეროდ მატულობს კუნთთა მასა, მთავრდება სარძევე კბილების ამოსვლა, ვითარდება მეტყველება, 3 წლის ბავშვისთვის დგება პირველი სიჯიუტის პერიოდი. ამ პერიოდში ხშირია ინფექციები, ტონზილიტი, ალერგიული დაავადებები, ბრონქული ასთმა, ტუბერკულოზი. ყრმობის პერიოდი იწყება 6-7 წლიდან დაგრძელდება სქესობრივ მომწიფებამდე. ამ პერიოდში იწყება სქესობრივი განსხვავება გოგონებს და ბიჭებს შორის. სარძევე კბილები იცვლება მუდმივით, ვითარდება მეხსიერება, ინტელექტი, თვითშემოქმედების უნარი, ხასიათი, დაავადებებიდან ხშირია მწვავე ინფექციები, ტრამვები, კუჭ-ნაწლავის და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, სიმსუქნე, თვალის მხრივ მოვლენები, კბილების კარიესი, სკოლიოზი და სხვ. სქესობრივი მომწიფების პერიოდი ხასიათდება ზრდის ინტენსივობით, მეორადი სასქესო ნიშნების ჩამოყალიბებით, ენდოკრინული სისტემის მკვეთრი ცვლილებებით, ყველაზე კრიტიკულია ფსიქოლოგიური თვალსაზრით, ივითარებს ნებისყოფას, შეგრძნებებს, ზნეობას, კომუნიკაციის უნარს. ეს არის „მეორე სიჯიუტის“ პერიოდი. ხშირია გასტრიტი, წყლულოვანი დაავადება, სქესობრივი და ენდოკრინული მოშლილობანი.

დროული ახალშობილის დახასიათება.

დროულად ითვლება ახალშობილი, რომელიც დაიბადება ან 270-280 დღიანი ან 9- თვიანი ან 10- სამეანო თვის ან 38- 40 კვირიანი ორსულობიდან. დაბადებისას მისი წონა მერყეობს 2500-4000 გრამს შორის, სიგრძე 46-52 სმ-ს შორის, თავის გარშემოწერილობა 33-36 სმ-ს შორის, რომელიც 2-3 სმ ით აღემატება გულმკერდის გარშემოწერილობას.

დაბადებისას ახალშობილის კანი არის ღია ვარდისფერი, ოდნავ ციანოზური. ხავერდოვანი, ნაზი, იგი დაფარულია მოთეთრო- ნაცრისფერი ხაჭოსებრი ნაცხით vernix caseosa, რომელიც იცავს ახალშობილის კანს მექანიკური და თერმული დაზიანებებისაგან. მისი მოცილება სიცოცხლის პირველ დღეებში ხდება მხოლოდ კანის ბუნებრივ ნაოჭებში.

ახალშობილის კანი დაფარულია ღინღლით-lanugo, რომელიც განსაკუთრებით უხვად არის ბეჭების და მხრების მიდამოში. ახალშობილის კანში კარგად არის განვითარებული ცხიმოვანი ჯირკვლები , ამის დასტურია ცხვირის წვერზე და ნესტოებზე თეთრი ფერის წერტილები ე. წ. Milia. ახალშობილის კანში მოთავსებული საოფლე ჯირკვლები კი სუსტად ფუნქციონირებენ.

ახალშობილის თავი შედარებით დიდია , კიდურები კი მოკლე. დროულ ახალშობილს ღია აქვს დიდი ყიფლიბანდი, რომელიც მოთავსებულია თხემის და შუბლის ძვლებს შორის, ზომით 2-2.5 სმ-ზე. მცირე ყიფლიბანდი კი ღია აქვს ახალშობილთა 25%-ს, იგი მოთავსებულია თხემის და კეფის ძვლებს შორის და ზომით 0.5-0.5 სმ-ზეა, დიდი ყიფლიბანდი იხურება 1- 1,5 წლის ასაკში , ხოლო მცირე კი 3 თვემდე.

ჯანმრთელი ახალშობილი ყვირის დაბადებისთანავე ძლიერად, რაც პირველი ჩასუნთქვის მაჩვენებელია.

ახალშობილს კარგად აქვს განვითარებული კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი , ლორწოვანი გარსები მუქი ვარდისფერია, მშრალი. . კუნთოვანი სისტემა კი სუსტად განვითარებული. ახალშობილს დაბადებისას აქვს დამახასიათებელი პოზა მომხრელი კუნთების ჰიპერტონუსის გამო ; თავი აქვს ოდნავ უკან გადაწეული, ხელები მოხრილი იდაყვის სახსრებში და მიკრული აქვს გულმკერდზე, ხელის მტევნები შეკრული აქვს მუშტებად, ქვემო კიდურები მოხრილი აქვს სახსრებში და მიკრული აქვს მუცელზე.

ხელის და ფეხის გულეებზე კარგად აქვს გამოხატული ხაზები, ყურის ნიჟარები მკვრივია, დრეკადი, თავზე თმა კარგად აქვს განვითარებული.

დროულ ახალშობილს კარგად აქვს განვითარებული ფრჩხილები , ისინი ბოლომდე ფარავენ თითის ფალანგებს. დროულ ახალშობილ გოგონებში არ აღინიშნება სასქესო ნაპრალის ღიაობა, ვინაიდან დიდი სასქესო ბაგეები ფარავენ მცირე სასქესო ბაგეებს , ხოლო დროულ ახალშობილ ბიჭებში სათესლე პარკში ჩამოსულია სათესლე ჯირკვლები.

დროულ ახალშობილებს კარგად აქვთ განვითარებული თანდაყოლილი უპირობო რეფლექსები: წოვის, ყლაპვის, ქუთუთოების ხამხამის, რქოვანას, მოქნარების, სლოკინის, ხველის, ცემინების, შარდვის , დეფეკაციის რეფლექსები. კარგად რეაგირებს მკვეთრ შუქზე და ხმაურზე, აქვს სიელმე და ნისტაგმი. ხანგრძლივად სძინავს 22-23 სთ. ყოველგვარ გაღიზიანებაზე (შიმშილი, სისველე, ტკივილი) რეაგირებს ყვირით.

დროულ ახალშობილს აქვს ლაბილური თერმორეგულაცია. მისი ტემპერატურა და მოკიდებულია გარემოს ტემპერატურაზე დაადვილად გადაცივდება და ადვილად გადახურდება. დაბადებისას ახალშობილის ტემპერატურა არის 37,5⁰-38⁰ გრადუსს . დაბადების შემდეგ იგი კლებულობს და ხდება 36,5⁰-37⁰. ახალშობილის პულსი არის 160-180

წუთში, სუნთქვის სიხშირე კი 40-60 წუთში. არტერიული წნევა მერყეობს 70-80 მმ.-35- 40 მმ-ზე ვერცხლისწყლის სვეტისა .

ახალშობილის შეფასება აბგარის შკალით

ახალშობილის მდგომარეობის შეფასება აბგარის შკალით ხდება ორჯერ დაბადებიდან 1 და 5 წუთის შემდეგ თითოეული ნიშანი ფასდება 2 მაქსიმალური ქულით, მინიმალური შეფასება კი - 0 ქულაა. თუ ახალშობილი მოაგროვებს 9-10 ქულას ,იგი ითვლება კარგ , ძლიერ ახალშობილად, თუ მოაგროვებს 7-8 ქულას ახალშობილის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, საშუალოა, ხოლო თუ მოაგროვებს 5-6 ქულას- ახალშობილი სუსტია. 3-4 ქულის მოგროვების შემთხვევაში ახალშობილი ითვლება მკვდრადშობილად. ახალშობილი ფასდება 5 კლინიკური ნიშნით: გულისცემის სიხშირე, სუნთქვითი მოძრაობები , კანის ფერი, რეფლექსური აგზნებადობა, კუნთთა ტონუსი.

შეფასება ქულებით	გულისცემის სიხშირე	სუნთქვა	კუნთთა ტონუსი	რეფლექსები (ცხვირის კათეტერზე გაღიზიანების რეაქცია)	კანის ფერი
0	არ არის	არ არის	არ არის	არა აქვს	მთლიანად თეთრია ანუ მკრთალი
1	100- ზე ნაკლებია	შენელებულია, არარეგულარული	აქვს კიდურების მოძრაობები	აქვს გრიმასები	ტანი ციანოზური, კიდურები ვარდისფერი
2	100- ზე მეტია	ხმამაღლა ყვირის	აქვს სხეულის აქტიური მოძრაობები	აქვს ხველა და ცხვირცემინება	მთლიანად ვარდისფერია

ახალშობილის პირველი ტუალეტი.

ახალშობილის დაბადების შემდეგ საჭიროა მისი განსაკუთრებული მოვლა. პირველ რიგში უნდა გავანთავისუფლოდ ზემო სასუნთქი გზები სანაყოფე წყლებისაგან, ლორწოსაგან, სისხლისგან, რათა მოხდეს ჩასუნთქვა, ამისათვის ვახდენთ ზემო სასუნთქი გზების ასპირაციას სპეციალური ასპირატორით და ამის შემდეგ ახალშობილი თავისუფლად ჩაისუნთვს.

შემდეგ ვატარებთ გონო-ბლენორეის პროფილაქტიკას, ამისათვის ორივე თვალში ვაწვეთებთ 30%-იანი ალბუციდის ხსნარის 2-2 წვეთს. იგივეს ვიმეორებთ 2 საათის შემდეგ. ასევე ვაწვეთებთ იგივე ხსნარს ახალშობილ გოგონებს სასქესო ორგანოებზე, რათა თავიდან ავიცილოთ სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები.



ამის შემდეგ ვიწყებთ ჭიპლარის გადაკვანძვას. საჭიროა მაქსიმალური ასეპტიკის და ანტიასეპტიკის დაცვა. დაბადების შემდეგ 2-3 წუთში, როცა შეწყდება ჭიპლარში პულსაცია, ვიწყებთ გადაკვანძვას. ჭიპლარის გადასაკვანძად ვადებთ ჭიპლარზე ერთ მომჭერს მუცლის კიდიდან 2-3 სმ-ის დაშორებით, მეორე მომჭერს კი ვადებთ პირველიდან 3-4 სმ-ის დაშორებით. მათ შორის ადგილს ვამუშავებთ 5 %-იანი იოდის ნაყენით და 95% სპირტით, ვადებთ აბრეშუმის სტერილური ძაფით ნასკვს ან მეტალის კაუჭით და ვჭრით სტერილური მაკრატლით, ვადებთ სტერილური მარლით ნახვევს. 3-5 დღის შემდეგ ჭიპის ტაკვი მოვარდება და ჭიპის რგოლი უნდა დავამუშავოთ 1 %-იანი ბრილიანტის მწვანის ხსნარით ან 96 %-იანი სამედიცინო სპირტით.

ამის შემდეგ ბავშვს ვწონით, ვზომავთ სიგრძეს, თავის და გულმკერდის გარშემოწერილობას. ვასუფთავებთ ბავშვის კანს ბუნებრივ ნაოჭებში ხაჭოსებრი ნაცხისაგან, რათა არ განვითარდეს კანის ჩირქოვანი დაავადებები. თუ ბავშვის კანი ძალიან დასვრილია სისხლით, ლორწოთი შეიძლება დაბანაც. გოგონების ჩაბანა ხდება წინიდან უკან, ზემოდან ქვემოთ, რომ არ მოხდეს ინფექციის შეჭრა შარდსადენიდან. (ანატომ-ფიზიოლოგიური თავისებურებების გამო, გოგონას შარდსადენი მოკლე და ფართე) შემდეგ ბავშვს ვაცმევთ რბილ, მსუბუქ ტანსაცმელს და ვაწვენთ საწოლში.

ახალშობილის წონისა და სიმაღლის მატების კანონზომიერებანი

პაწაწინას ჯერ კიდევ მაშინ ზომავენ და წონიან, როდესაც დედიკოს მუცელში ნებივრობს და მოთმინებით ელის ამქვეყნად მობრძანების დროს. დროული ახალშობილი ჩვეულებრივ 2500 დან 4000 გრამამდე იწონის. ბავშვი, როლის წონაც 2500 გრამზე ნაკლებია, სავარაუდოდ, ქვეყნიერებას დროზე ადრე მოევილინა. 4000 გრამზე მეტი წონის ახალშობილებს კი, მარტივად გიგანტებს უწოდებენ. სიცოცხლის პირველ გლეებში ახალშობილთა უმრავლესობა წონას იკლებს. დანაკლისი არც ისე ბევრია, საშუალოთ 150-200გრ-ს უტოლდება. დაბადების მე-4 დღიდან მიყოლებული, ჩვილი დანაკლისის ანაზღაურებას იწყებს და 2 კვირაში წონას მთლიანად აღიდგენს. წონის ფიზიოლოგიურ კლებას განაპირობებს წყლის დაკარგვა კანიდან, ფილტვებიდან, ასევე მოშარდვისა და ნაწლავების პირველი მოქმედების გზით. წონის კლება დამოკიდებულია ასევე ახალშობილიმ მასაზე (რაც უფრო მეტია მისითავდაპირველი წონა, მით მეტს კარგავს იგი), სქესზე (ბიჭუნები უფრო მეტს იკლებენ, ვიდრე გოგონები). 4-5 თვის ბავშვი 2-ჯერ მეტს იწონის ვიდრე დაბადებისას, ერთი წლის ასაკში კი მისი მასა სამმაგდება. პირველ თვეს ჩვილი 600გრ-ს იმატებს, მეორე თვეს 800-100გრ-ამს, მესამე თვეს 800გრ-სს. 6 თვემდე ასაკის ახალშობილის წონის გამოსაანგარიშებელი ფორმულაა: $m_{\text{ფ}} + (800 \times n)$, სადაც $m_{\text{ფ}}$ ახალშობილის დაბადების წონაა, 800გრ-ი საშუალო ნამატი 6 თვემდე, n -არის თვეების რიცხვი 6 თვემდე. თუ ბავშვი 6 -თვეზე მეტისსა ვსარგებლობთ შემდეგი ფორმულით: $m_{\text{ფ}} + (800 \times 6) + 400 \times (n - 6)$. სადაც 400გრ-ი არის საშუალო ნამატი 6 თვის ზემოთ, n -კი თვეების რიცხვი 6 -თვის ზემოთ.

დროული ახალშობილის სიგრძე 46-52სმ-ია, სასუალოდ-50 ითვლება, რომ ბიჭუნები უფრო გრძელები არიან, ვიდრე გოგონები. საზოგადოდ ახალშობილის სიგრძე მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული. პირველ რიგში, მნიშვნელობა აქვს გენეტიკას, შემდეგ ორსულობისას დადიასა და ნაყოფს მიერ გადატანილ დაავადებებს და ა.შ. ბავშვი ინტენსიურად იზრდება პირველი წლის პირველ ნახევარში. წლის პირველ მეოთხედში ყოველთვიურად 3 სმ-ს იმატებს, მეორე მეოთხედში 2,5სმ-ს, მესამე მეოთხედში 2სმ-ს, ხოლო მეოთხე მეოთხედში სულ რაღაც 1სმ-ს. წლის ბოლოსთვის ნამატი დაახლოებით 25 -სმ-ია, ანუ მთლიანობაში ჩვილის სიგრძე 75სმ-ს შეადგენს. ბავშვის სიგრძის გამოსათვლელად საჭიროა შემდეგი კანონზომიერებანი: 6 თვის ბავშვი დაახლოებით 66სმ-ია რამდენი თვითაც უმცროსია ჩვილი, იმდენ 2,5 სმ-ს აკლებთ და რამდენი თვითაც უფროსია, იმდენ 1,5სმ-ს ამატებთ. მაგ: 4 თვის ბავშვის სიგრძე იქნება $66 - (2 \times 2,5) = 61$ სმ, ხოლო 10 თვის პატარას $66 + (4 \times 1,5) = 72$ სმ. ერთი წლის შემდეგ ზრდის ტემპი ნელ-ნელა იკლებს. მეორე წლის განმავლობაში პაწაწინა სულ 10-12 სმ-ით მაღლდება, მესამე წლის განმავლობაში -8სმ-ით, ხოლო მე-4-მე-5 წელს სულ რაღაც 4-6 სმ-ით. ამის შემდეგ სიმაღლის ყოველწლიური ნამატი საშუალოთ 5 სმ-ია. ახალშობილის თავდაპირველი სიგრძე 4 წლის ასაკში ორმაგდება, ხოლო 12 წლის ასაკში სამმაგდება. თანამედროვე ბავშვები საუკუნის წინანდელ თანატოლებთან შედარებით უფრო მაღლები არიან. ამ მოვლენას აქსელერაცია ეწოდება. მიჩნეულია, რომ 4

წლის ბავშვი 100 სმ-ი სიმაღლისაა. 4 წლამდე უნდა იყოს $100-8x(4-n)$, სადაც n არს წლების რიცხვი 4 წლამდე, 4 წლის შემდეგ კი- $100+6x(n-4)$, სადაც n წლების რიცხვია 4 წლის ზემოთ.

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვის ფსიქომოტორული განვითარების ეტაპები

ა ს ა კ ი 1	მოტორული უბ ეშიმოდრაობა	მოტორულინატიფიმ ოდრაობა	მეტყველება,ემოცია	სოციალურიადაპტაცია
1	2	3	4	5
1 თ 3 ქ	ცდილობს მუცე ლზეწოლისას ავისწამოწევას	აფქსირებსმზერასინათლეზე დამცირე ხნითმოდრავსაგნებზე.	კრთება ხმაურზე	კვების დროსაკვირდებ ადედის სახეს
2 თ 3 ქ	თავა უჭირავსსწორად, მუცელზეწოლისას გუმკერდსწევს.	მჭიდროარახანგრძლივი ტაცება,თვალსაყოლებსმოდარჯ საგნებს.	იღიმებალაპარაკისანგალიმებისსაპასუხოდ.	კვების დროსაკვირდებ ადედის სახეს
3 თ 3 ქ	მუცელზე წოლისასეყრდნობა იდაყვებს,თავისუფლადუჭირავს თავი.	მოსვენებულმდგომარეობაშიხელის მტევანითავისუფალი,აფიქსირებსმზერას უძრავსაგნებზე.	ღუღუნებს	ნაცნობიადამიანებისადა საგნებისდანახვაზეამოხატავსსიხარულსფეხებისმოდრაობით დაბგერებით.

4 თ 3 ე	ბრუნდებაზურგ იდანმუცელზე, ეყრდნობამტევ ნებს	კვების დროსხელს უ შვებსძუძუს, ბოთლს, იტაცებსსათამაშოს	ხმამალლაიცინის,ატ რიალებს თავსბგერ ებისმიმართულები თ.	იწყებს გარემოსდათვა ლიერებას
5 თ 3 ე	ბრუნდებაზურგ იდანმუცელზე, ეყრდნობამტევ ნებს	მშობლებისხელიდან იღებსსათამაშოს,გადა აქვს ერთიხელიდანმე ორეში.	ხანგრძლივადღულ უნებს,ცნობს დედი სხმას, ასხვავებსალე რსიან დამკაცრინტ ონაციას.	ასხვავებს უცხოპირებს ნაცნობებისგან.
6 თ 3 ე	ჯდება სხვისიდ ახმარების გარე შე	ერთი ხელითიღებსსა თამაშოს	იწყებსმარცვლებისწ არმოთქმას(„მა,, „ბა,, „და,,)	ასხვავებს უცხოპირებს ნაცნობებისგან.
7 თ 3 ე	იწყებს ცოცვას, ჯდებადამოუკი დებლად	ათვალსიერებსდა ერთ იმეორესურტყამსსათ ამაშოებს	წარმოთქვამსმარცვ ლებს	კვებისასცდილობსკოვ ზის ხელშიდაჭერას
8 თ 3 ე	ცოცავს, სატდენ ზეხელის მოკი დებითდგება	სათამაშოებითდდიდხა ნსერთობა, ბამაცსუფ როსებისქცევას. s	ტიტინებს	კვებისასცდილობსკოვ ზის ხელშიდაჭერასs
9 თ 3 ე	დადის, როცა ო რივეხელზე უფ როსებსაქვთ ხე ლიჩაჭიდებულ ი	სათამაშოსიჭერს 2თი თით,ისვრის,აგორავე ს,ყუთიდან იღებსსათ ამაშოს.	იცის თავისსახელი, კითხვაზე სადარის სათამაშო ****, ირჩე ვსშესაბამისსათამაშ ოს	უფროსებისთხოვნითუ კრავს ტაშს,იქნევს ხელ ს

1 0 - 11 თ 3 ე	დამოუკიდებელი დმუშაობის აცო - ცდესმცირე სიმ აღლეზე	ისვრისსათამაშებს, აგ ორავებს, იღებს ყუთი დან	წარმოთქვამს პირვე ლსიტყვებს- „დედა,, ,,მამა,,	დაკვირვებითი კვლევებს არემოს, თამაშობს მშობ ლებთან ერთად
1 2 თ 3 ე	დგას დამოიკიდ ებლად	აღებს დახურავს ყუთ ს, უსვამს ფანქარს ქადა ლდეზე.	იცის ორიოდესითე ვა „დედის,, და „მამ ის,, გარდა, მეტყველე ბსთავის ენაზე	ასრულებს მოზრდილთ აელემენტარულ მოთხო ვნებს

დღენაკლული ახალშობილის დახასიათება



დღენაკლულ ახალშობილად ითლება ახალშობილი, რომელიც დაიბადება 22-37 კვირიანი ორსულობიდან, წონით 2500 გრამზე ნაკლები, სიგრძით 48 სმ-ზე ნაკლები. დღენაკლულობის მიზეზებია: დედის სომატური, ინფექციური და სასქესო ორგანოების დაავადებები, პლაცენტის ანომალიები, მემკვიდრეობითობა,

მრავალნაყოფიანობა, რეზუს- და სისხლის ჯგუფობრივი შეუთავსებლობა, დედის ასაკი და ა. შ.

არჩევნ დღენაკლულობის 4 ხარისხა: ! ხარისხს მიეკუთვნება ახალშობილები, რომელთა წონა მერყეობს 2500-დან 2001 გრამამდე, 11 ხარისხის დღენაკლულების წონა მერყეობს 2000-დან 1501 გრამამდე, !!! ხარისხის დღენაკლულები იწონიან 1500- დან 1001 გრამამდე, ხოლო 4 ხარისხის დღენაკლულები იწონიან 1000 გრამზე ნაკლებს, მათ ნაყოფი ეწოდება,

დღენაკლულ ახალშობილებს აქვთ დიდი თავი ტანთან შედარებით, კიდურები მოკლე, სხეულის შუა წერტილი მოთავსებულია ჭიპის ქვემოთ. დღენაკლულ ახალშობილებს ღია აქვთ დიდი და მცირე ყიფლიბანდები. ღრმა დღენაკლულებს ღია აქვთ 2 გვერდითი ყიფლიბანდიც, რომელიც მოთავსებულია თხემის, კეფის და საფრთქლის ძვლებს შორის. დღენაკლულ ახალშობილებში გულმკერდის გარშემოწერილობა მით უფრო ჩამორჩება თავის გარშემოწერილობას, რაც უფრო პატარა ბავშვი.

ახალშობილის კანი მუქი წითელია, დანაოჭებული, უხვად არის დაფარული ღინღლით, ზოგჯერ სახეზეც. უხვია ხაჭოსებრი ნაცხიც, ხშირია სისხლჩაქცევები კანზე და ლორწოვანებზე. ასევე უხვია მილიაც. ხელის და ფეხის გულებზე ხაზები სუსტად არის გამოსახული. ყურის ნიჟარები რბილია მჭიდროდ არის მიკრული თავის ქალაზე. მოტორიკა შენელებული აქვთ, განუწყვეტილვ სძინავთ. დღენაკლულ ახალშობილებში სუსტად არის განვითარებული კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი და კუნთოვანი სისტემა. დღენაკლული ახალშობილი არ ყვირის ან ყვირის სუსტად.

დღენაკლულებს სუსტად აქვთ ან საერთოდ არა აქვთ განვითარებული თანდაყოლილი ანუ უპირობო რეფლექსები. ღრმა დღენაკლულებს არა აქვთ წოვის და ყლაპვის რეფლექსი. დღენაკლულ ახალშობილებს კარგად არა აქვთ განვითარებული ფრჩხილები და ისინი ბოლომდე არ ფარავენ თითის ფალანგებს.

დღენაკლულ ბიჭებში სათესლე პარკი ცარიელია და არ არის ჩამოსული სათესლე ჯირკვლები, ხოლო გოგონებში კი სასქესო ნაპრალი ღიაა, ვინაიდან დიდი სასქესო ბაგეები არ ფარავენ მცირე სასქესო ბაგეებს.

დღენაკლულ ახალშობილებში თერმორეგულაცია ძალიან ლაბილურია და მისი ტემპერატურა ძალიან არის დამოკიდებული გარემოს ტემპერატურაზე და ახალშობილი ადვილად გადახურდება და ადვილად გადაცივდება. სუნთქვა ზერელეა, არიტმული, 40-60 წთ-ში, გულის ტონები მოყრუებული, არიტმული,

დღენაკლული ახალშობილის მოვლა

მისი მოვლა რთულია. ბავშვები რომელთა წონა 2000 გრ-ზე ნაკლებია თავსდებიან სპეციალურ საწოლებში ე. წ. კუვეზებში. სადაც შექმნილია სპეციალური ტემპერატურა და საჭირო ტენიანობა. კუვეზებში ბავშვი თავსდება 2-3 დღიდან 7-8 დღემდე, ზოგჯერ 2 კვირამდე. 3-4 დღეში ერთხელ კუვეზებს სცვლიან, თუ ბავშვის წონა გადააჭარბებს 2000 გრ-ს გადაჰყავთ ჩვეულებრივ ბავშვის საწოლში დღენაკლული ბავშვის ოთახში ჰაერის ტემპერატურა შედარებით მაღალია 23-24

ღრმა დღენაკლ ახალშობილებს არ აქვთ ყლაპვის და წოვის რეფლექსები, ასეთ ბავშვებს კვებავენ ზონდის საშუალებით, თუ ბავშვს აქვს ყლაპვის რეფლექსი და არა აქვს წოვის რეფლექსი, ასეთებს კვებავენ შპრიცით.



საკონტროლო კითხვები:

1. რას შეისწავის პედიატრია?
2. ჩამოთვალეთ ბავშვთა ასაკის პერიოდები.
3. დაახასიათეთ ნეონატოლოგიური პერიოდი.
4. რამდები ნიშნით ფასდება დროული ახალშობილი.
5. როდის ითვლება ახალშობილი დროულად.
6. რა არის milia.
7. ჩამოთვალეთ ახალშობილის თანდაყოლილი რეფლექსები.
8. როდის ითვლება ახალშობილი დღენაკლულად.
9. ჩამოთვალეთ დღენაკლულობის ხარისხები.
10. დღენაკლული ახალშობილის მოვლა.

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა კვება.

ბავშვთა კვება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მათფოზოკურ და ფსიქო-მოტორულ განვითარებაზე, ასევე იმუნიტეტის ჩამოყალიბებაზე. 1 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის არსებობს სამი სახის კვება: ბუნებრივი, შერეული და ხელოვნური.

ლაქტაცია და ჰიპოგალაქტია

ორსულობის დაწყების შემდეგ სარძევე ჯირკვალში ემზადება რძის გამომუშავებისათვის. რძის გამომუშავების პროცესს სარძევე ჯირკვალში ლაქტაცია ეწოდება. დიდი რაოდენობით რძის გამომუშავებას ჰიპერლაქტაცია ეწოდება, რძის ნაკლები რაოდენობით გამომუშავებას ჰიპოგალაქტია ეწოდება, რძის არარსებობას კი აგალაქტია

ჰიპოგალაქტიის ორი ხარისხი არსებობს: პირველადი ანუ ადრეული და მეორადი ანუ მოგვიანებითი. პირველადი ჰიპო გალაქტია ვლინდება ლოგინობის პირველივე დღეებში , ხოლო მეორადი შედარებით მოგვიანებით 1-2 თვის შემდეგ.

ჰიპოგალაქტიის 4 ხარისხს არჩევენ: 1 ხარისხის ჰიპოგალაქტიის დროს არის რძის 20%-იანი დეფიციტი, !! ხარისხის დროს რძის დეფიციტი 50%-ია, 3 ხარისხის დროს დეფიციტი 75%-ია, 4 ხარისხის დროს კი დეფიციტი 75% ზე მეტია. პირველადი ჰიპოგალაქტიის გამომწვევი მიზეზებია ნეირო-ენდოკრინული დისფუნქცია, მშობიარობის სტრესები და ა. შ. ამის მოსახსნელად საკმარისია ჰორმონოთერაპია { მაგ. ოქსიტოცინი, პიტუიტრინი.} და ფსიქოთერაპია. მეორადი ჰიპოგალაქტია კი გამოწვეულია ბავშვის კვების რეჟიმის დარღვევით, (ძუძუსთან გვიან მიყვანა, არარეგულარული კვება, ძუძუს არასრული დაცლა, მეძუძური ქალის რეჟიმის დარღვევა, უძილობა, სტრესები და სხვ.) ამ დროს კარგ ეფექტს იძლევა ვიტამინოთერაპია, კერძოდ ნიკოტინის მჟავა, ვიტ. B 12, ვიტ. E , აპილაკი და სხვ.

ბუნებრივი კვება



კვების ისეთ წესს, როდესაც ბავშვი დაბადებიდან 5-6 თვემდე იკვებება მხოლოდ ქალის რძით, ხოლო 5-6 თვიდან¹ წლამდე ქალის რძესთან ერთად იღებს დამატებით საკვებს, ბუნებრივი კვება ეწოდება. ჯანმრთელი ახალშობილი ძუძუზე მიჰყავთ დაბადებიდან 2 საათის განმავლობაში. ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება ხელს უწყობს დედის და ბავშვის ჯანმრთელობის სწრაფ აღდგენას, წოვის აქტის ზემოქმედებით დედის ორგანიზმში გამომუშავდება ჰორმონი ოქსიტოცინი, რომელიც ხელს უწყობს საშვილოსნოს შეკუმშვას და საშვილოსნოს ნორმალურ ზომებში სწრაფ დაბრუნებას. ასევე ხელს უშლის სისხლდენების განვითარებას საშვილოსნოდან, ასევე ადრეულად ყალიბდება ლაქტაცია და უფრო ხანგრძლივად გრძელდება. ბუნებრივი კვება ზოგავს დედის დროს, ფინანსებს და ჯანმრთელობას.

ქალის რძის შემადგენლობა

ლაქტაციის სხვადასხვა პერიოდში რძის შემადგენლობა სხვადასხვაგვარია. პირველი 3-4 დღის განმავლობაში გამოიყოფა უმწიფარი რძე ანუ ხსენი, 4-5 დღის შემდეგ 2-3 კვირის განმავლობაში გამოიყოფა გარდამავალი რძე, 2-3 კვირის შემდეგ ლაქტაციის ბოლომდე გამოიყოფა მწიფე რძე.

ხსენი- სქელი, მოყვითალო ფერის, ბლანტი, ოდნავ წებოვანი სითხეა. იგი მსხვილი წვეთების სახით გამოიყოფა ძუძუს დვრილიდან, ხსენი აუცილებელი საკვები პროდუქტია ახალშობილისათვის, ვინაიდან ხსენი შეიცავს უფრო დიდი რაოდენობით ცილებს, მინერალურ მარილებს და ვიტამინებს, ვიდრე მწიფე რძე. შეიცავს დიდი რაოდენობით დამცველ იმუნურ ანტისხეულებს, კერძოდ იმუნოგლობულინ A, ანტისტაფილოკოკურ ანტისხეულებს, რომლებიც იცავენ ბავშვებს ანთებითი და სეპტიური დაავადებებისაგან, რეზისტენტულ ფაქტორს, რომელიც იცავს ბავშვს ნაწლავური დაავადებებისაგან.

ხსენი მაღალკალორიული პროდუქტია, ვინაიდან მისი 100 გ შეიცავს 140- 150 კკალ, როდესაც მწიფე რძის 100 გ შეიცავს 70-80 კკალ-ს.

ქალის რძის დახასიათება და მისი შედარება

ძროხის რძესთან

ქალის რძე თეთრი ფერის, ნეიტრალური რეაქციის, თავისებური სუნის სითხეა. ქალის რძე, ისევე როგორც ძროხის რძე შეიცავს ძირითად საკვებ ინგრედიენტებს: ცილებს, ცხიმებს, ნახშირწყლებს, მინერალურ მარილებს და ვიტამინებს. მაგრამ ურთიერთშეფარდება მათ შორის სხვადასხვაა. ქალის რძეში ც : ცხ : ნახშ. არის 1 : 3 : 6, ხოლო ძროხის რძეში ეს შეფარდება არის 1 : 1 : 3. ქალის რძის ცილა უფრო მეტად წარმოდგენილია ადვილად ასათვისებელი ლაქტოალბუმინით და ლაქტოგლობულინით. მცირე რაოდენობით კი შეიცავს ძნელად ასათვისებელ კაზეინს. ქალის რძის ცილა თითქმის იდენტურია ბავშვის სისხლის შრატის ცილების, ამიტომ მას შეუძლია თითქმის დაუშლელად განვლოს ბავშვის ნაწლავის კედელი და მთლიანად აითვისოს ბავშვის ორგანიზმმა. ეს ძალიან მნიშვნელოვანია სიცოცხლის პირველ დღეებში, როცა დაბალია საჭმლის მომნელებელი სისტემის ფერმენტების აქტივობა. ძროხის რძე კი შეიცავს უფრო მეტი რაოდენობით კაზეინს და ნაკლები რაოდენობით ალბუმინს და გლობულინს, კაზეინი ბავშვის კუჭში დედდება მსხვილ კომპტებად, რომელიც ძნელი ასათვისებელია ახალშობილისათვის..

ქალის რძის ცხიმში უფრო მეტად წარმოდგენილია თხევადი უჯერი ცხიმოვანი მჟავებით, რომლებიც ადვილი ადვილად იშლება და ადვილად აითვისება ბავშვის ორგანიზმის მიერ, ძროხის რძე შეიცავს დიდი რაოდენობით მყარ ცხიმოვან მჟავებს, რომლებიც ძნელად იშლებიან და შეითვისებიან.

ქალის რძის ნახშირწყალი უფრო დიდი რაოდენობით შეიცავს ბეტა - ლაქტოზას, რომელიც ხელს უწყობს ბავშვის ნაწლავებში ნორმალური ბაქტერიული მიკროფლორის ჩამოყალიბებას, კერძოდ *bact. Bifidum*-ის გამრავლებას, ასევე ხელს უწყობს B ჯგუფის ვიტამინების და ცილების სინთეზს, ძროხის რძე კი წარმოსგენილია ალფა ლაქტოზით, რომელიც ხელს უწყობს ბავშვის ნაწლავებში პირობით პათოგენური ფლორის, კერძოდ *Bact. Coli*-ს გამრავლებას უწყობს ხელს, და ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებში ხშირია ნაწლავური დაავადებები.

ქალის რძე დიდი რაოდენობით შეიცავს საჭმლის მომნელებელ ფერმენტებს, მაგ. პეპსინს, ტრიფსინს, ლიპაზას, ამილაზას და სხვ. ისინი მონაწილეობენ ცილების, ცხიმების და ნახშირწყლების დაშლაში, ძროხის რძის ფერმენტები კი ნაკლებად ეფექტურია ბავშვებისათვის.

ქალის რძე მდიდარია ვიტამინებით, კერძოდ ცხიმში ზსნადი ვიტამინებით: A, D, E ვიტამინებით, ძროხის რძე მდიდარია B ჯგუფის ვიტამინებით, მაგრამ რძის თერმული დამუშავებისას და განზავებისას ეს უპირატესობა ქრება.

ქალის რძეში მინ. მარილები არასაკმარისი რაოდენობითაა, მაგრამ რკინის, სპილენძის თუთიის მარილები 3- 4- ჯერ მაინც სჭარბობს, ვიდრე ძროხის რძეში, თან ქალის რძიდან სრულად აითვისება, ძროხის რძეში სჭარბობს ნატრიუმის და მაგნიუმის მარილები, მაგრამ თერმული დამუშავებისას და განზავებისას ეს უპირატესობა ქრება. ქალის რძეში მცირე რაოდენობითაა ფოსფორის მარილები, მაგრამ P : Ca ქალის რძეში არის 2 : 1, რაც ადვილად ასათვისებელს ხდის ამ მარილებს.

ქალის რძე მდიდარია იმუნური ანტისხეულებით , რომლებიც ბავშვს იცავენ სხვადასხვა დაავადებებისაგან, მაგ. წითელასგან, წითურასგან, ჩუტყვავილასგან, ყბაყურასგან, ნაწლავური და სეპტიური დაავადებებისაგან , ნაკლებად იცავს დიფტერიისაგან, ყვიანახველასგან. გარდა ამისა, ქალის რძეს ბავშვი იღებს თითქმის სტერილური სახით და ქალის რძის ტემპერატურა იდეალურია საკვების მონელებისათვის.

ყოველივე ზემოთ თქმული მიუთითებს ქალის რძის აშკარა უპირატესობაზე ხელოვნურ ნარევეებზე, რაც მიუთითებს ბუნებრივი კვების უპირატესობაზე კვების სხვა წესებთან შედარებით.

გარდა ამისა, წოვის პროცესი ლაქტაციის სტიმულია, ხელს უწყობს საშვილოსნოს შეკუმშვას და სისხლდენის თავიდან აცილებას, აგვიანებს მენსტრუაციული ციკლის განახლებას და განმეორებით დაორსულებას უშლის ხელს, ქალს იცავს სარძევე ჯირკვლის სიმსივნისგან , გარდა ამისა, წოვას აქვს ფსიქოლოგიური მომენტები: აძლიერებს დედურ გრძნობას, ავიწყებს მშობიარობის ტკივილებს, ხელს უშლის ნევროზების განვითარებას, დედას და შვილს შორის მყარდება მჭიდრო ურთიერთობა.

ძუძუთი კვების ტექნიკა



ჯანმრთელი ახალშობილი ძუძუზე მიჰყავთ დაბადებიდან 2 - სთ-ის განმავლობაში. კვების წინ დედამ უნდა დაიბანოს ხელები და მოიბანოს თბილი წყლით არეოლა, შემდეგ გამოიწველოს რამოდენიმე წვეთი, რათა გასუფთავდეს სარძევე სადინარები შეჭრილი ბაქტერიებისგან და გადაღვაროს.

მშობიარობის შემდეგ პირველ დღეებში ქალი ბავშვს კვებავს მწოლიარე მდგომარეობაში, რამოდენიმე დღის შემდეგ კი მჯდომარე. პირველ კვირებში კვების ხანგრძლივობა 20- 30 წთ-ია, შემდომ კი-15- 20 წთ. ნორმალური ლაქტაციის დროს ერთ კვებაზე ჰყოფნის ერთი ძუძუ, კვების შემდეგ აუცილებელია სარძევე ჯირკვლის სრული დაცლა, რათა სარძევე ჯირკვალში ჩადგეს უფრო მეტი და ახალი რძე. თუ დედას აქვს ჰიპოგალაქტია და ბავშვს ერთ კვებაზე არ ჰყოფნის ერთი ძუძუ, და აძლევს მეორესაც, მაშინ უნდა გამოიწველოს ის სარძევე ჯირკვალი, რომლითაც დაიწყო კვება ,შემდგომი კვება უნდა დაიწყოს იმ ძუძუთი, რომლითაც დამთავრდა წინა კვება და დააცარიელოს ეს სარძევე ჯირკვალი. მომდევნო კვებას კი იწყებენ იმ ძუძუთი , რომლითაც დამთავრდა წინა კვება. ძუძუს სრული დაცლა ხელს უწყობს , რომ სარძევე ჯირკვალში ჩადგეს ახალი და დიდი რაოდენობით რძე, თან ქალს იცავს მასტიტისგან, (სარძევე ჯირკვლის ანთება).

ახალშობილის კვების რეჟიმი

კვების რეჟიმის დადგენა ხდება ბავშვის ასაკის და დედის რძის რაოდენობის მიხედვით. კვების რეჟიმის ორი ფორმა არსებობს : 1) თავისუფალი და 2) საათობრივი. თავისუფალი რეჟიმის მიხედვით ბავშვის კვება ხდება მისი სურვილის და მოთხოვნილების მიხედვით , ანუ როცა ბავშვი მოითხოვს, (როცა იტირებს).განსაკუთრებით სიცოცხლის პირველ თვეებში. საათობრივი რეჟიმის მიხედვით კი პირველი 1- 2 თვის განმავლობაში იმყოფება 7 -ჯერად კვებაზე, 2 თვიდან 5 თვემდე იმყოფება 6 - ჯერად კვებაზე, 5 თვიდან 1 წლამდე კი- 5- ჯერად კვებაზე. კვებათა შორის შუალედში ბავშვს შეგვიძლია მივცეთ ანადუღარი წყალი, კამის წყალი, ჰიპის ჩაი, ოდნავ მოტკბო ჩაი .ზოგი ბავშვი არ სვამს წყალს, რადგან მის მოთხოვნილებას იკმაყოფილებს ქალის რძით.

საკვების რაოდენობის გამოთვლა

არსებობს საკვების რაოდენობის გამოთვლის რამოდენიმე მეთოდი. დაბადებიდან 2 კვირის განმავლობაში ყველაზე მოსახერხებელია შემდეგი მეთოდი: ვიყენებთ შემდეგ ფორმულას $10 \times n$ დღემდე ბავშვს ვაძლევთ ერთ კვებაზე - $10 \times n$ -ზე, სადაც n ბავშვის სიცოცხლის დღეთა რიცხვია. მაგ. 3 დღის ბავშვს ერთ კვებაზე ეკუთვნის $10 \times 3 = 30$ გ-ს 7 დღის ბავშვს ეკუთვნის $10 \times 7 = 70$ გ-ს ერთ კვებაზე. 10 დღის ბავშვს ეკუთვნის $10 \times 10 = 100$ გ-ს.10 დღიდან 14 დღის ჩათვლით ერთ კვებაზე ეკუთვნის 100გ. 2 კვირის შემდეგ ვიყენებთ შემდეგ მეთოდებს : მოცულობითი და კალორიული მოცულობითი მეთოდის გამოყენებისას უნდა ვიცოდეთ ბავშვის ასაკი და წონა.ამ მეთოდის მიხედვით 2 კვირიდან 2 თვემდე ბავშვს ეძლევა დღე-ღამეში თავისი წონის $1/5$, 2 თვიდან 4 თვემდე ეძლევა დღე-ღამეში თავისი წონის $1/6$, 4- დან 6 თვემდე $1/7$, 6 -დან 8 თვემდე $1/8$, 8- დან 12 თვემდე $1/9$ ან $1/10$. მაგ. 1 თვის 4- კგ -იან ანუ 4000გ-იან ბავშვს დღე-ღამეში ეკუთვნის $4000/ 5$ -ზე. მივიღებთ 800 გ რძეს, ეს არის ამ ასაკის და ამ წონის ბავშვის რძის სადღეღამისო ნორმა, შემდეგ 800 უნდა გავყოთ იმ ციფრზე, რამდენჯერაც ვკვებავთ ბავშვს , მაგ. 1 თვის ბავშვი უნდა იკვებებოდეს 7- ჯერ , იმისათვის , რომ გავიგოთ რამდენი გრამი რძე სჭირდება ამ ბავშვს ერთ კვებაზე, სადღეღამისო რაოდენობას 800 გ-ს ვყოფთ კვების სიხშირეზე ანუ 7- ზე, მივიღებთ დაახლოებით 110- 115 გ-ს , ეს არის ერთ კვებაზე საჭირო რძის რაოდენობა.

კალორიული მეთოდის მიხედვით დაბადებიდან 3 თვემდე დღე-ღამეში 1 კგ/წონაზე ბავშვს ეკუთვნის 125 კკალ, 3- დან 6 თვემდე ეკუთვნის 120 კკალ, 6 დან 9 მდე - 115 კკალ, 9- დან 12- მდე 110 კკალ. მაგ, 1 თვის 4- კგ- იან ბავშვს ეკუთვნის დღე-ღამეში 4 125= 500კკალ. ვიცით ,რომ ქალის 100გ რძე იძლევა 70 კკალ-ს, უნდა შევადგინოთ პროპორცია, თუ 100გ ქალის რძე -----70 კკალ, მაშინ

$$X \text{ გ ქალის რძე} \text{-----} 500 \text{ კკალ , აქედან}$$

$$\frac{100 \times 500}{70}$$

$$X = \text{-----} = 790 \text{-გ}$$

ანუ ამ ბავშვს დღე-ღამეში ეკუთვნის 790გ რძე { ანუ დაახლოებით 800გ }, აქაც ერთ კვებაზე საჭირო რძის რაოდენობა რომ გავიგოთ სადღეღამისო რძის რაოდენობა 790 / 7 = 110 გ რძეს. ამ მეთოდის სარგებლობისას უნდა ვიცოდეთ ბავშვის ასაკი და წონა.

მიუხედავად იმისა, რომ ბუნებრივი კვება ოპტიმალურია ბავშვისთვის და თანამედროვე პედიატრები გვირჩევენ . რომ 5-6 თვემდე ქალის რძის გარდა არ მივცეთ არაფერი, ჩვენი გამოცდილებიდან გირჩევთ 1 თვის ასაკიდან ბავშვს უნდა მივცეთ ხილის და ბოსტნეულის წვენები, (ვაშლის, ალუბლის, სტაფილოს, ბროწეულის, ჭერმის, გარგარის). თავიდან ვაძლევთ წვენის 1 -2 წვეთს, ვაკვირდებით ბავშვის მდგომარეობას, თუ არ ექნება გულისრევა, პირღებინება, სიცხე, გამონაყარი კანზე , ხასიათის შეცვლა და ა. შ. მაშინ მეორე დღეს ვზრდით 5-6 წვეთამდე და ასე ვზრდით 30-50გ- მდე. წვენს ვაძლევთ კვების შემდეგ, დილა-საღამოს, არ არის რეკომენდირებული წვენების ერთმანეთში შერევა. 3 თვიდან შეგვიძლია ხილის გახეხილი პიურეს სახით მიცემა.

3-4 თვიდან ბავშვს ვაძლევთ მაგრად მოხარშულ კვერცხის გულს, (კვერცხი კარგად გავრეცხოთ გამდინარე წყალში), პირველად ვაძლევთ 1/8-ს, ჩაის კოფით რძეში გახსნილი , ვაკვირდებით და თუ კარგად აიტანა, დღეგამოშვებით მივცმთ, დოზას თანდათან გავზრდით 1/2- მდე. 3-4 თვიდან შეგვიძლია მივცეთ აგრეთვე ხაჭოც, იმავე მეთოდით, როგორც წვენის და კვერცხის დროს.

მეძუძური ქალის რეჟიმი და დიეტა

მეძუძური ქალი დღეღამეში გამოიმუშავებს დაახლოებით 1 ლიტრს, ზოგჯერ მეტ რძესაც. რძის გამოიმუშავებისათვის საჭირო ძირითადი საკვები ინგრედიენტები: ცილები, ცხიმები, ნახშირწყლები, ვიტამინები და მინ. მარილები. ამიტომ მეძუძურ ქალს ესაჭიროება მეტი საკვები ინგრედიენტები. მეძუძური ქალის ყოველდღიურ რაციონში უნდა შედიოდეს 120-130 გ ცილა, 110-120 გ ცხიმი, 500 გ ნახშირწყალი, დღე-ღამის კალორაჟი უნდა შეადგენდეს 3500-4500 კკალ. მოხმარებული სითხის რაოდენობა უნდა გაიზარდოს 1-1,5 ლიტრით. საკვები უნდა იყოს მრავალფეროვანი და შედგებოდეს ისეთი პროდუქტებიდან, რომლებიც შეიცავენ ცილებს, (რძე, ხაჭო, ყველი, ზორცი, თევზი, კვერცხი), შეიცავდეს ცხიმებს (ცხოველური და მცენარეული ცხიმი, მაგ. კარაქი, ზეთი), ნახშირწყლებს (პური, ბურღულეული, ბოსტნეული), ვიტამინების სახით უნდა მიიღოს დიდი რაოდენობით ახალი ხილი და ბოსტნეული, ასევე მინ. მარილებისთვისაც. არ უნდა მიიღოს ნიორი, ხახვი, მწარე და სანელებლიანი საკვები, რადგან ისინი რძეს აძლევენ სპეციფიკურ სუნს და გემოს და ბავშვი აღარ იღებს ძუძუს პირში. ასევე აკრძალულია ყავა, თამბაქო, ალკოჰოლი, მრავალი მედიკამენტი.

winaamRdeg Cvenebani bunebrivi kvebis dros

dedisa da bavSvis mxriv

არსებობენ დაავადებები, რომლებიც ხელს უშლიან ბუნებრივ კვებას დროებით ანუ შეფარდებითი, მუდმივი ანუ აბსოლუტური. ბავშვის მხრივ აბსოლუტური წინააღმდეგჩვენებებია: თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა, ღრმა დღენაკლულობა, გულ-სისხლძარღვთა და სასუნქი სისტემის მძიმე დაავადებები, ასეთ დროს ზონდის საშუალებით ვაძლევთ გამოწვევილ დედის ან დონორის რძეს. ბავშვის მხრივ შეფარდებითი წინააღმდეგჩვენებებია: სისხლის ჯგუფობრივი და რეზუს კონფლიქტი, რინიტი, სტომატიტი, ოტიტი, ენის მოკლე ლაგამი, თანდაყოლილი კბილები. დედის მხრივ აბსოლუტური დაბრკოლებებია: გულის უკმარისობა, გულის მძიმე დაავადებები: მანკები, ენდო, მისო და პერიკარდიტები, თირკმლის უკმარისობა, ავთვისებიანი სიმსივნეები, სისხლის მძიმე დაავადებები, ბაზედოვის დაავადება, მწვავე ფსიქიური დაავადებები, აგალაქტია და სხვ. დედის მხრივ შეფარდებითი დაავადებებია: არასწორი ფორმის დვრილები, (მაგ. ძალიან პატარა, ბრტყელი), ძუძუს დვრილის ნახეთქები და ნასკდომები, მკვრივი და ძალიან პატარა ძუძუები, ჩირქოვანი მასტიტი, ისტერია, გალაქტორეა, ჰიპოგალაქტია, მწვავე ინფექციური დაავადებები, ათამანგი, ტუბერკულოზი.

Sereuli kveba



კვების ისეთ წესს, როცა ბავშვი დაბადებიდან 5-6 თვემდე დედის რძესთან ერთად იღებს შემატებით საკვებსაც, ხოლო 5-6 თვიდან იღებს დამატებით საკვებსაც, შერეული კვება ეწოდება, თუ ქალის რძე დღეღამის რაციონში $2/3$ ან $3/4$ -ია, მაშინ ასეთი კვება უახლოვდება ბუნებრივს, ხოლო თუ ქალის რძე $1/2$ -ია, მაშინ კვება უახლოვდება ხელოვნურს. შერეული კვების ჩვენებებია დედის მხრივ ჰიპოგალაქტია, სოციალურ-საყოფაცხოვრებო პირობები და სხვ. ბავშვის მხრივ ჩვენებებია: სისხლის ზოგიერთი დაავადება, ალერგიული დიათეზის და ანემიის ზოგიერთი ფორმები და სხვ. შერეული კვების დროს შემატებითი საკვები შეიძლება ორი გზით. შემატებით საკვებს ვაძლევთ ან ყოველი ძუძუთი კვების შემდეგ ან მონაცვლეობით, ერთ კვებაზე ძუძუ, მეორე კვებაზე შემატებითი საკვები და ასე მონაცვლეობით. ქალის რძის დეფიციტის რაოდენობა დგინდება საკონტროლო აწონვით, ბავშვს ჩაცმულს ვწონით უშუალოდ კვების წინ და კვების შემდეგ, სხვაობა არის გამოწვევილი რძის რაოდენობა. საკონტროლო აწონვა შერეული კვების დროს ტარდება ხშირად, რომ ბავშვმა მიიღოს საკმარისი რძის რაოდენობა ასაკის შესაბამისად. შემატებით საკვებად ვიყენებთ ხელშეწყურ ნარევეს, მაგ. ჰუმანას, ჰიპის, სიმლაკის, მაწონს და ა.შ. შემატებითი საკვები ბავშვს უნდა მივცეთ ან კოვზით ან საწოვარათი, რომელსაც აქვს ძალიან პატარა ნახვრეტი, რომ არ გაუადვილდეს რძის გამოწვავა, წინამდებ შემთხვევაში ძუძუს აღარ ჩაიდებს პირში და თავს დაანებებს ძუძუს ჩვენი მიზანია ბავშვს რაც შეიძლება დიდხანს შევუნარჩუნოთ ბუნებრივი კვება. შერეული კვების დროს წვენებს და დამატებით საკვებს ვაძლევთ იმავე ასაკში და იმავე მეთოდებით, როგორც ბუნებრივი კვების დროს.

xelovnuri kveba

კვების ისეთ წესს, როცა ბავშვი დაბადებიდან იღებს მხოლოდ ხელოვნურ ნარევეს ან ქალის რძის რაოდენობა დღე-ღამის რაციონში $1/5$ -ზე ნაკლებია, ხელოვნური კვება ეწოდება. ხელოვნური კვების ჩვენებებია: აგალაქტია, დედის სამსახური, ბავშვის ზოგიერთი დაავადება, მაგ. ფერმენტოპათია მაგ. (ისეთი დაავადებები, როცა ბავშვი ვერ ამუშავებს რძეს) და სხვ. ხელოვნური კვებისათვის ვიყენებთ ძროხის რძეს და მასზე დამზადებულ ნარევეს. არსებობს ორგვარი ხელოვნური ნარევეები: მარტივი და ადაპტირებული. მარტივი ნარევეებია ძროხის რძისგან ან მაწონისგან და ბურღულეულის ნახარშისგან დამზადებული საკვები. ბურღულეულებიდან ვიყენებთ ბრინჯის, შვრიის ხორბლის, ჰერკულესის ნახარშს. ადაპტირებული ნარევეები მზადდება ქარხნულად და ესენია: ჰუმანა, ჰიპი, სიმლაკი, მალიში, მალიუტკა და ა.შ.

ხელოვნური კვების დროს წვენებს და დამატებით საკვევს ვაძლევთ ,როგორც ბუნებრივი კვების დროს, ოღონდ 1- 2 კვირით ადრე.

damatebiTi kveba



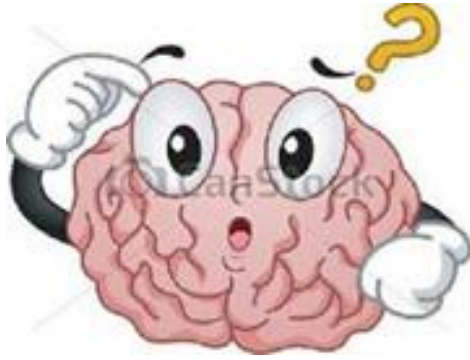
5- 6 თვის ასაკში ბავშვის წონა ორმაგდება , დედის რძე ვეღარ აკმაყოფილებს ბავშვის ორგანიზმის მოთხოვნილებებს ძირითადი საკვები ინგრედიენტების მიმართ, ესაჭიროება უფრო მაღალკალორიული და კონცენტრირებული საკვები, ამიტომ ამ ასაკიდან ვაძლევთ დამატებით საკვებს. პირველ დამატებით საკვებს ვაძლევთ 5 -6 თვის ასაკში და ვაძლევთ ან ფაფას ან ბოსტნეულის პიურეს.ფაფას ვამზადებთ წიწიბურასგან, ბრინჯისგან, შვრიისგან, ჰერკულესისგან, სიმინდის ფქვილისგან და სხვ.ფაფას ვაძლევთ ისეთ ბავშვებს , რომელთა წონა ნორმის ფარგლებშია ან ნაკლებია, ხოლო მსუქან ბავშვებს უმჯობესია მივცეთ ბოსტნეულის პიურე. დამატებით საკვებს აძლევენ შემდეგი მეთოდით ჯანმრთელ 5-6 თვის ბავშვს ერთ-ერთ კვებაზე ვაძლევთ 1-2 კოვზ ფაფას ანპიურეს, შემდეგ ძუძუს, ვაკვირდებით მეორე დღემდე და თუ ბავშვს არ აქვს გამონაყარი, გულისრევა და პირღებინება, ფაღარათი სიცხე და სხვა ცვლილებები , მაშინ მეორე დღეს იმავე დროს დროს ვაძლევთუკვე 5-6 კოვზს, შემდეგ ძუძუს , მე -3 დღეს 9-10 კოვზს და ა. შ. ისე , რომ ერთ კვირაში ძუძუთი ერთი კვება ჩანაცვლდება დამატებითი საკვებით.



მე-2 დამატებით საკვებს ვაძლევთ 6 თვის ასაკში ან ფაფას ან პიურეს , რომელიც არ მიგვიცია პირველ კვებაზე იმავე მეთოდით. მე- 3 დამატებით საკვებს ვაძლევთ 7-8 თვის ასაკში და ვაძლევთ უცხიმო ხბოს ან ქათმის ხორცის ფარშისგან ორთქლზე დამზადებულ კატლეტებს და ბოსტნეულის ნახარშზე დამზადებული წვნიანს.

8 თვის ასაკიდან ბავშვს ვაძლევთ პურს, ორცხოზილას, უკრემო ნამცხვარს, ამავე ასაკიდან ხორცი შეიძლება შევცვალოთ ახალი თევზით, ღვიძლით . 11-12 თვისთვის ბავშვი დედის რძეს იღებს მხოლოდ დილა- საღამოს, რაც სასურველია ბავშვს შეუნარჩუნდეს 2 წლამდე, თუ არადა , დილა-საღამოს დედის რძე უნდა ჩავანაცვლოთ მაწვნით .

ბავშვის ძუძუდან მოცილება არ შეიძლება ზაფხულის ცხელ დღეებში, ბავშვის ავადმყოფობის დროს, პროფილაქტიკური აცრების დროს.



საკონტროლო კითხვები:

1. ბუნებრივი კვების უპირატესობანი.
2. რა არის ლაქტაცია?
3. ჰიპოგალაქტიის ხარისხები.

ახალშობილის კვების რეჟიმი.

5. წინააღმდეგ ჩვენებები ბუნებრივი კვების დროს
6. საკონტროლო წონის ჩატარება.
7. რომელი თვიდან იწყება დამატებითი კვება.

პაციენტის ანამნეზის შეგროვება

თავდაპირველად უნდა ჩავიწეროთ ბავშვის გვარი, სახელი, ასაკი, მისამართი, მშობლების საქმიანობა, პირველად როდის მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას.

ამის შემდეგ უნდა გამოვიკითხოთ დაავადების დაწყების და შემდგომი განვითარების ანამნეზი (Anamnesis morbi). რამდენი დღეა რაც ბავშვი ავად არის, როგორ დაეწყო დაავადება, რა ჩივილებით, ჩაუტარდა თუ არა მას ბინაზე მკურნალობა, ან თუ მიმართა პედიატრს და რა დანიშნულებით მკურნალობდა. ამის შემდგომ როგორ განვითარდა დაავადების ჩივილები და რატომ მიმართა ამჟამად ექიმს.

შემდგომ იწერება ბავშვის განვითარების ანამნეზი (Anamnesis Aegroti) რომელი ორსულობიდან და მშობიარობიდან არის ბავშვი დაბადებული, როგორ მიმდინარეობდა ორსულობა. მშობიარობა ფიზიოლოგიური იყო თუ საკეისრო კვეთით. რამდენი იყო ბავშვის წონა და სიგრძე დაბადებისას, დაიყვრა თუ არა დაბადებისთანავე. წოვდა თუ არა ძუძუს აქტიურად, როდის მოძვრა ჭიპის ტაკვი და ხომ არ ღენიშნებოდა ჭიპიდან გამონადენი. როგორ კვებაზე იმყოფებოდა, რა აცრები აქვს ჩატარებული, კბილები ამოჭრა როგორ მიმდინარეობდა. როგორ მიმდინარეობდა ბავშვის ფსიქომოტორული განვითარება.

ასევე მშობელს უნდა გამოვიკითხოთ კიდევ რამდენი შვილი ჰყავთ, არიან თუ არა ისინი ჯანმრთელი. შთამომავლობაში ხომ არ აღენიშნებათ რაიმე მემკვიდრეობითი დაავადება, რა ინფექციური დაავადებები აქვს ბავშვს გადატანილი. უნდა ჩავატაროთ ბავშვის ანტროპომეტრია, შევიტანოთ ავადმყოფის ისტორიაში ამის შემდეგ ხდება ბავშვის გარეგანი დათვალიერება -ინსპექცია და ობიექტური გამოკვლევა ცალკეული სისტემების- რის შემდეგაც დაიწერება დაავადების წინასწარი კლინიკური დიაგნოზი.

ახალშობილთა ჰემოლიზური დაავადება

ახალშობილთა ჰემოლიზური დაავადება (სიტყვა „ჰემოლიზი“ ნიშნავს სისხლის, ერთროციტების დაშლას) ხშირად გვხვდება იმ ახალშობილებში, რომლებსაც აღენიშნებათ სისხლის ჯგუფობრივი და რეზუს კონფლიქტი დედასთან.

რეზუს ფაქტორი წარმოადგენს ცილას, რომელიც მოთავსებულია სისხლის წითელ ბურთულეებში ანუ ერთოციტებში. რეზუს -ფაქტორი აღმოაჩინეს მაიმუნებში, მაკაკა რეზუსში და ამიტომ უწოდეს რეზუს -ფაქტორი. მსოფლიოს მოსახლეობის 85 %-ს აქვს ეს ცილა სისხლში და ისინი ითვლებიან რეზუს-დადებითად, ეს აღინიშნება Rh(+). მოსახლეობის 15 %-ს არა აქვთ ეს ცილა, ისინი ითვლებიან რეზუს- უარყოფითებად---Rh(-).

კონფლიქტი დედას და ნაყოფს შორის ხდება, თუ დედას აქვს მე-2 ან მე-3 ჯგუფის სისხლი, ხოლო ნაყოფს კი პირველი ჯგუფის, ან როცა დედას აქვს რეზუს - უარყოფითი სისხლი და ბავშვს რეზუს - დადებითი. ამ დროს ხდება ანტიგენ -ანტისხეულის რეაქცია და ბავშვის რეზუსის ანუ უცხო ცილის საპასუხოდ დედის სისხლში გამოიშვება ანტისხეულები, რომლებიც პლაცენტის გავლით ხვდებიან ნაყოფის სისხლში და იწყებენ ერთროციტების ჰემოლიზს ანუ დაშლას. ამ დროს შეიძლება მოხდეს სპონტანური აბორტი, ნაადრევი მშობიარობა, მკვრადშობადობა და თუ ბავშვი დაიბადა ცოცხალი, მას შრიძლება ჰქონდეს ჰემოლიზური დაავადება.

ჰემოლიზური დაავადების სამი ფორმა არსებობს: ანემიური, სიყვითლით მიმდინარე და შემუშუპებითი ანუ წყალმანკის ფორმა.

ანემიური ფორმა მიმდინარეობს მსუბუქად, მას ახასიათებს კანის და ხილული ლორწოვანი გარსების მზარდი სიფერმკრთალე, რომელიც ვლინდება სიცოცხლის პირველივე დღეებში. ბავშვის საერთო მდგომარეობა მცირედ ირღვევა, შეიძლება ჰქონდეს მცირე ჰეპატოსპლენომეგალია (ღვიძლის და ელენთის გადიდება. სისხლის საერთო ანალიზში არის ერთროციტების და ჰემოგლობინის დაქვეითება, Er ქვეითდება 2, 5- 3 მილიონამდე, ხოლო Hb კი - 40-50 გ/ლ- მდე.

ყველაზე ხშირად გვხვდება სიყვითლით მიმდინარე ფორმები, რომლის დროსაც დამახასიათებელია დაბადებიდანვე კანის და ხილული ლორწოვანი გარსების მზარდი სიყვითლე, ხშირად 3-5 დღეში ბავშვი მუქი ნარინჯისფერი ხდება. იქტერულია (ანუ ყვითელია) სანაყოფე წყლებიც, შარდის და განავლის ფერი არ იცვლება. ბავშვის საერთო მდგომარეობა მძიმეა, მოუსვენარია, რეფლექსები დაქვეითებულია, აქვს ჰეპატოსპლენომეგალია, და სისხლის ანალიზში ძლიერ დაქვეითებულია Er ის (2 მილიონამდე) და Hb -ის (30- 35გ/ლ-მდე) რაოდენობა, ანუ ვლინდება ანემია.

ყველაზე მძიმეა წყალმანკი, როდესაც ხშირია მკვრადშობადობა ან ახალშობილი იღუპება სიცოცხლის პირველივე საათებში, მათ მკვეთრად აქვთ შემუშუპებული კანი და კანქვეშა ქსოვილი, სითხე აქვთ ყველა ბუნებრივ ღრუებში: გულმკერდთი, მუცელში, თავის ქალაში და ა. შ. კანი მკრთალია, ცვილისებური, ციანოზური ან მოყვითალო, აქვს სისხლჩაქცევები, ჰეპატოსპლენომეგალია, პლაცენტაც დიდი ზომისაა, შემუშუპებული, სისხლში მკვეთრი ანემია და ლეიკოციტოზია (სისხლში ლეიკოციტების მომატება).

მკურნალობა. მკურნალობა კომპლექსურია, მთავარია სისხლის შენაცვლებითი გადასხმა, როცა ერთი ვენიდან ბავშვს სისხლს უღებენ, მეორეში კი უსხავენ ახალ იმავე

ჯგუფის რეზუს- უარყოფით სისხლს , ას პროცედურა ტარდება 3- 4-ჯერ, თითოზე ესხმება 400-500გ სისხლი , ისე, რომ თითქმის მთლიანად უცვლიან ჰემოლიზიან სისხლს. ასევე უტარდება ვიტამინოთერაპია, ფიზიოთერაპია, ვენაში უსხავენ ჰემოდეზს, ალბუმინს, ბავშვს კვებავენ დონორი ქალის გამოწველილი რძით , დედის რძის გამოკვლევამდე. (რადგან დედის რძეში შეიძლება იყოს ანტიხეულები.

ახალშობილთა ასფიქსია

ასფიქსია ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს მაჯის არარსებობას, მაგრამ ამ დაავადებას უფრო შეესაბამება ტერმინი ჰიპოქსია, რაც ქსოვილებსი ჟანგბადის ნაკლებობას ნიშნავს. მისი გამომწვევია ორსულობის და მშობიარობის პათოლოგიები: ორსულთა ტოქსიკოზი, დედის ინფექციური და არაინფექციური დაავადებები, სწრაფი მშობიარობა, სანაყოფე წყლების ნაადრევი დაღვრა და ა. შ. კლინიკურად არჩევენ ასფიქსიის ორ ფორმას: თეთრი ანუ (მკრთალი) ანუ მძიმე და ლურჯი ანუ მსუბუქი ასფიქსიას. ასფიქსიის ძირითადი ანუ კარდინალური სიმპტომია სუნთქვის არ არსებობა ან მისი მკვეთრი დარღვევა.



მსუბუქი ასფიქსიის დროს კანი ციანოზურია, რეფლექსები შენარჩუნებული, მაგრამ დაქვეითებული, კუნთების ტონუსი დამაკმაყოფილებელი, გულისცემის სიხშირე შენელებული, გულის ტონები მკაფიო, სუნთქვა იშვიათია, არარეგულარული და ზედაპირული. მძიმე ასფიქსიის დროს ბავშვის მდგომარეობა მძიმეა, აღინიშნება თავის ტვინის ქერქის თითქმის ყველა უბნის ღრმა შეკავება, ახალშობილი არ სუნთქავს , კანი მკრთალია, ლორწოვანი გარსები ციანოზური, გულისცემის სიხშირე ძლიერ შენელებული, ზოგჯერ არც არის , პულსი არითმული, გულის ტონები მოყრუებული, რეფლექსები არ არის ან ძლიერ დაქვეითებულია, კუნთთა ტონუსი ძლიერ დაქვეითებული, ჭიპლარი ჩაფუშულია და არ პულსირებს.

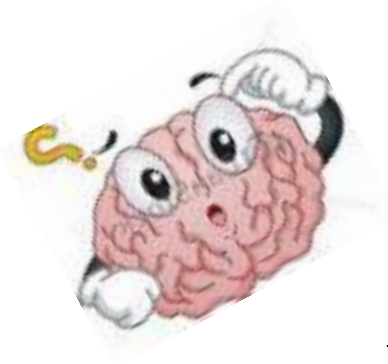
პირველი დახმარება ასფიქსიის დროს: ასფიქსიაში დაბადებული ახალშობილი საჭიროებს რეანიმაციულ ღონისძიებებს. ამისათვის პირველ რიგში ვატარებთ ასპირაციას, რომ გავანთავისუფლოთ ზემო სასუნქი გზები და ბავშვმა ჩაისუნთქოს. თუ არ აღდგა სუნთქვა 5-7 წუთში, მაშინ რეანიმაცია გრძელდება მაქსიმუმ 20- 25 წუთი , შემდეგ უკვე ტვინი ზიანდება და რეანიმაცია უნდა შეწყვიტონ. ბავშვი გადაგვყავს ხელოვნური სუნთქვის აპარატზე ასევე უტარდება გულის არაპირდაპირი მასაჟი. ჭიპლარის ვენაში შეგვყავს 10%-იანი გლუკოზა, კოკარბოქსილაზა , ჰორმონალური პრეპარატი მაგ. პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი მძიმე შემთხვევაში ვენაში შეგვყავს ატროპინი, კალციუმგლუკონატი. ადრენალინი

ასეთ ბავშვებს ესაჭიროება მაქსიმალური სიმშვიდე და შემდგომი მკურნალობა: ვიტ. K, სედუქსენი, კავინტონი,კოკარბოქსილაზა, კალციუმგლუკონატი, სისხლის პლაზმის გადასხმა, გლუკოზის, რეოპოლიგლუკინის გადასხმა, ოქსიგენოთერაპია, ბავშვს ვკვებავთ . გამოწველილი ქალის რძით.

სამშობიარო ტრამეები

სამშობიარო ტრამეა ანუ ქალასშიდა სამშობიარო ტრამეა გულისხმობს ღრმა პათოლოგიურ ცვლილებებს თავის ტვინში, კერძოდ თავის ტვინში სისხლჩაქცევებს. ეს ახალშობილთა ყველაზე რთული პათოლოგიაა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის ყველაზე ხშირი მიზეზია. სამშობიარო ტრამვის გამომწვევი მიზეზია მწვავე ან ხსნგრძლივი ჰიპოქსია მუცლადყოფნის დროს, ასევე სწრაფი მშობიარობა, უხეში სამეანო ჩარევა და ა. შ. ამ პათოლოგიით ბავშვები ხშირად იბადებიან ასფიქსიით, კლინიკური სიმპტომები ვლინდება უკვე სიცოცხლის პირველივე დღეებში და თანდათან ძლიერდება, ბავშვი იმყოფება სოპოროზულ ან კომატოზურ მდგომარეობაში, არ იღებს საკვებს, აქვს ტონურ - კლონური კრუნჩხვა, სუნთქვის რითმი და სიღრმე დარღვრულია, კანი მკრთალია და ციანოზური, გულის ტონები დაჭიმულია, პულსი შენელებული არითმული. მკურნალობა. პირველ რიგში ტარდება რეანიმაციული ღონისძიებები ასფიქსიიდან გამოსაყვანად, ვასუფთაცებთ ზემო სასუნთქ გზებს, ვატარებთ ოქსიგენოთერაპიას, სუნთქვის სტიმულაციისთვის ჰიპლარის ვენაში შეგვყავს ეტიმიზოლი. 20% გლუკოზა, 10% კალციუმგლუკონატი რეოპოლიგლუკინი, გულის არაპირდაპირი მასაჟი საჭიროებისას ადრენალინი, C ვიტამინი, შარდმდენები (ფუროსემიდი, ლაზიქსი, მანიტოლი და სხვ). აუცილებელია სიმშვიდე, ახალშობილი უნდა იწვეს თბილ საწოლში, ამაღლებული თავით, თავზე ყინულის ბუშტი, ყველა მანიპულაცია ტარდება საწოლშივე, მაქსიმალურად ფრთხილად, ბავშვს ვკვებავთ გამოწვევილი ქალის რძით ზონდის საშუალებით. უტარდება ოქსიგენოთერაპია. kefalohematoma--ანუ თავის სისხლიანი სიმსივნე, იგი მიეკუთვნება სამშობიარო ტრამეებს, და წარმოიქმნება კეფის ძვლის და ძვლისაზრდელას შორის სისხლჩაქცევის გამო. მისი სიდიდე სხვადასხვაგვარია, პალპაციით აღინიშნება ფლუქტუაციის, მისი დიაგნოსტიკა ზოგჯერ გამწვანებულია სამშობიარო სიმსივნის გამო. კეფალოჰემატომა თავისით გაიწოვება, ისე რომ, არ ტოვებს კვალს 3-6 კვირის განმავლობაში. ზოგ შემთხვევაში კეფალოჰემატომა ჩირქდება და საჭირო ხდება ქირურგიული ჩარევა პუნქციის სახით და რამოფენიმე დღე უნიშნავენ კალციუმგლუკონატს, ვიკასოლს ანუ ვიტ. K თავზე ვადებთ ყინულის ბუშტს.

samSobiaro simsvne--წარმოიქმნება ბავშვის იმ წინამდებარე ნაწილზე, რომლითაც ხდება მშობიარობა (თავი, დუნდულოები, ფეხები). იგი ვითარდება ვენური სისხლიმომოქცევის მოშლის გამო., რაც ვითარდება საშვილოსნოს კუნთების ზეწოლის გამო წინამდებარე ნაწილზე, დაზიანებულ ადგილზე აღინიშნება ქსოვილების შეშუპება, ცომისებური კონსისტენციისაა, მასზე კანი ციანოზურია, შეიძლება იყოს წერტილოვანი სისხლჩაქცევები. სამშობიარო სიმსივნე ქრება უკვალოდ 1-2 დღის შემდეგ მკურნალობას არ საჭიროებს, შეიძლება დავადოთ ყინულის ბუშტი.



საკონტროლო კითხვები:

1. რას ნიშნავს „ჰემოლიზი“
2. რა არის რეზუსი
3. როდის ხდება კონფლიქტი დადასა და ნაყოფს შორის
4. ჰემოლიზური დაავადების კლინიკური ფორმაბი
5. რა არის ასფიქსია.
6. ასფიქსიის კლინიკური ფორმები
7. ასფიქსიის მიზეზები
8. პირველი დახმარება ასფიქსიის დროს
9. სამშობიარო ტრამვების მიზეზები
10. სამშობიარო ტრამვების მკურნალობა

ახალშობილთა სეფსისი

ახალშობილთა სეფსისი მძიმე ონფექციური დაავადებაა, იგი მთელი ორგანიზმის დაავადებაა და ვითარდება იმუნიტეტის დაქვეითების გამო. სეფსისი პოლიეტოლოგიური დაავადებაა და მისი გამომწვევებია : სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, ვირუსები, სოკოები და სხვ.

კლინიკურად სეფსისის ორ ფორმას არჩევენ: სეპტიკოპიემიას და სეპტიცემიას. სეპტიკოპიემია წარმოადგენს სეფსისის ისეთ ფორმას ,როცა აღინიშნება ჩირქოვანი კერები, მაგ. ომფალიტი, ოტიტი, პნევმონია, რასაც ახლავს ინტოქსიკაცია, ანემია, ჰიპოტროფია. ბავშვის მდგომარეობა საკმაოდ მძიმეა , მოფუნებულია, აქვს ამოქაფება, პირღებინება, დიარეა, (ფაღარათი) უმადობა, წონაში კლება, ფებრილური ტემპერატურა, (38- 39) პერიოდულად ჰიპერთერმია, (მაღალი 39 -ზე მეტი) კანი მონაცრისფროა, აქვს ტაქიკარდია ანუ პულსის აჩქარება, გულის ტონების მოყრუება, ღვიძლის და ელენთის გადიდება, დაავადებას ახასიათებს ტალღისებური მიმდინარეობა,დაავადება შეიძლება გაგრძელდეს 1,5-2 თვე და მეტხანსაც.

სეპტიცემია-სეფსისის ისეთი ფორმაა, როდესაც ცალკეული ჩირქოვანი კერა არ არსებობს, ამ დროს ინფექცია სისხლით ცირკულირებს, კლინიკურად ახასიათებს კანის სიფერმრკთაღე, მიწისფერი ელფერით, ჰემორაგიული სინდრომი, ჰიპოდინამია, კუნთთა ტონუსის დაქვეითება, რეფლქსების დათრგუნვა, გულის ტონების მოყრუება, ქოშინი, მეტეორიზმი, წონაში მკვეთრად დაკლება, ექსიკოზი,(გაუწყლოვნება), დისტროფია, ჰიპერთერმია, ბავშვის მდგომარეობა ძალიან მძიმეა, შესაძლებელია ლეტალური გამოსავალი. სისხლის საერთო ანალიზში ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ედსის

აჩქარება, ანემია.

მკურნალობა. პირველ რიგში აუცილებელია ინფექციასთან ბრძოლა, ინფექციური კერების სანაცია, ინიშნება ანტიბიოტიკოთერაპია ფართ სპექტრის ანტიბიოტიკები:

ზინაცეფი,ზინატი, ცედექსი, სუმამედი, ამპისიდი, აზიტრომიცინი, ტრემაკი, ციპროფლოქსაცილინი, ცეფაზოლინი, ამიკაცინი და სხვ.ზოგჯერ ინიშნება 2-3 ანტიბიოტიკი ერთდროულად, ვენაში წვეთოვნად უსხავენ გლუკოზას, ალბუმინს, სისხლის პლაზმას, ჰემოდეზს, რეოპოლიგლუკინს, აუცილებელია ბუნებრივი კვება, ჰემოტრანსფუზია, ანტისტაფილოკოკური გამა-გლობულინი,

რძიანა



რძიანა სოკოვანი დაავადებაა, რომელსაც იწვევს საფუარა სოკი კანდიდა, ამიტომ იგი მიეკუთვნება კანდიდამიკოზებს ეს სოკი ბინადრობს პირის ღრუში, ნაწლავებში. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს ჰიგიენის დარღვევა, ბევრი ანტიბიოტიკის მიღება, უფრო ხშირია ახალშობილებში. ამ დროს პირის ღრუს ლორწოვანი მკვეთრად ჰიპერემიულია, გასადავებული, მშრალი, შეშუპებული და ამ ფონზე აღენიშნება თეთრი ფერის ნადები, რომელის წააგავს რძის ან ხაჭოს ნამცეცებს, ამიტომ უწოდებენ რძიანას. ნადები ადვილად სცილდება ქვეშეშებარე ქსოვილებს. თუ დროულად არ ჩატარდა მკურნალობა, ნადებ იშეიძლება გადავიდეს ტუჩებზე, ლოყებზე, ცხვირ ხახაზე. ბავშვს უჭირს წოვა, ამიტომ იკლებს წონაში. ტირის, მოუსვენარია, ცუდად სძინავს.

მკურნალობა: მაქსიმალური ჰიგიენის დაცვა, სწორი კვება, ვიტამინების კომპლექცი (B₁, B₂, B₁₅, , ფოლიუმის მჟავა) .პირის ღრუს დამუშავება ხდება 2-4%-იანი საჭმელი სოდის ხსნარით. ამისათვის ოთახის ტემპერატურის 1ჭიქა (200მლ) გადადუღებულ წყალს დაუმატეთ 1-1,5 ჩაის კოვზი სოდა. პატარებს ვერ დავავალებთ ხსნარის პირში გამოვლებას, ამიტომ დედამ თითზე უნად დაიხვიოს სტერილური ბინტი, დაასველის იგი მომზადებულ ხსნარში და ნაზად გამოუსვას ბავშვს პირის ღრუსი. პროცედურა უნდა განმეორდეს 2-3 საათში ერთხელ, მძიმე შემთხვევებში შედეგიანია სოკოს საწინააღმდეგო პრეპარატები; ნისტატინი, ლევორინი, ფლუკოზოლინი და ა.შ.

Wipis daavadebebi

ჭიპის დაავადებებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება ე. წ. „სველი ჭიპი“, რომლის დროსაც ბავშვის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, ძუძუს კარგად სწოვს, მხოლოდ ჭიპიდან არის ღია ფერის სეროზული გამონადენი სიცოცხლის პირველ დღეებში. მკურნალობის მიზნით საჭიროა მაქსიმალური სისუფთავის დაცვა, ჭიპის ჭრილობა უნდა დავამუშავოთ 96% -იანი სპირტით ან 1% -იანი ბრილიანტის მწვანის ან კურიოზინის ხსნარით. არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება ფხვნილების გამოყენება ჭრილობაზე, რადგან იგი აპკივით გადაეკვრება ჭრილობას და ინფექცია მის ქვეშ ვითარდება. აბაზანა შესაძლებელია მხოლოდ თუ ჭიპზე ექნება გადაკრული ბაქტერიოციდული ლეიკოპლასტირი.

ხშირია აგრეთვე ომფალიტი ანუ ჭიპის ანთება, რომლის თვისაც დამახასიათებელია ორი კლინიკური ფორმა: კატარალური და ჩირქოვანი. ჭიპის ტაკვის მოვარდნის შემდეგ ხდება ჭრილობის ეპითელიზაცია ანუ შეხორცება, ზოგჯერ ეს პროცესი ჭიანურდება და ვითარდება ანთებითი პროცესი. არსებობს ორი სახის ომფალიტი : კატარალური და ჩირქოვანი. ომფალიის დროს დამახასიათებელია საერთო მდგომარეობის დამძიმება,

ტემპერატურის მომატება, ბავშვი უარს ამბობს ძუძუზე, ამიტომ არ იმატებს ან იკლებს წონაში, ჭიპის გარშემო კანი ჰიპერემიულია შეშუპებული, ჭიპის სისხლძარღვები შემსხვილებული, ჭიპიდან არის სეროზულ-ჩირქოვანი ან ჩირქოვანი გამონადენი. თუ დროულად არ ჩატარდა მკურნალობა, შესაძლებელია განვითარდეს სეფსისი.

მკურნალობა. საჭიროა მაქსიმალური სისუფთავის დაცვა, ჭიპის დამუშავება ჯერ 3-% წყალბადის ზეჟანგით, შემდეგ სამედიცინო სპირტით ან 1% ბრილიანტის მწვანის ხსნარით, თუ გამონადენი ჩირქოვანია, შეიძლება ჰიპერტონული ხსნარის ან ვიშნევსკის მალამოს საფენები, გართულების თავიდან ასაცილებლად ტარდება ანტიბიოტიკოთერაპია და ენიშნება ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები: როცეპინი, ამიკაცინი, რაციოცეფი, კლაფორანი, დარდუმო, დორტუმი, ამპისიდი და ა.შ.

კანის დაავადებები

კანის დაავადებებიდან ხშირია ნასიცხი- ეს არის წითელი ფერის წვრილწინწკლოვანი გამონაყარი სხეულზე, კისერზე, ბუნებრივ ნაოჭებში, კიდურების შიგნითა ზედაპირებზე. ნასიცხი ვითარდება სხეულის გადახურების დროს, მაგ. თბილად ჩაცმისას, ჰიგიენის დარღვევის დროს, მკურნალობის მიზნით საჭიროა გამომწვევი მიზეზის ლიკვიდაცია, გვირილიანი, სალბიანი აბაზანების მიღება, დაბანის შემდეგ კანის დამუშავება სტერილური ზეთით, მზის და ჰაერის აბაზანების მიღება.

გამოყელვა ანუ დაოდვილობა-ხშირია ბავშვებში და გვხვდება ილიის ფოსოებში, საზარდულეებში, კისრის ნაოჭებში, და ყველა ბუნებრივ ნაოჭში. იგი ვითარდება ჰიგიენის დარღვევის გამო, მჭიდრო და თბილი ჩასაცმელის გამო, ხშირია გამოყელვები ექსუდაციური დიათეზით დაავადებულებში მსუბუქ შემთხვევაში გამოყელვა კანის შემოსაზღვრული ჰიპერემიაა, კანი შეშუპებულია, მძიმე შემთხვევაში ამას ემატება ზედაპირული ეროზიები და მუქი წითელი ფერის ინფილტრაციული უბნები სველი ზედაპირებით. მკურნალობა. აუცილებელია ბავშვის ხალვათად და ზომიერად ჩაცმა, ჰიგიენის დაცვა, ხშირი აბაზანები, ჩაბანვა, დაბანის მერე კანის დამუშავება, ჰაერის აბაზანები, ულტრაიისფერი დასხივება, ადგლობრივად ამუშავებენ ვიტ. A-ს ცხიმოვანი ხსნარით, მეთილენ ბლაუს ხსნარით, იყენებენ ტალკს.

გულის თანდაყოლილი მანკები

თანდაყოლილი მანკების ეტიოლოგია სრულად ცნობილი არ არის, უფრო ხშირად მათ განვითარებას ხელს უწყობს ორსულობის დროს ქალის სომპტომებით და ინფექციური დაავადებები. არსებობს მანკების უამრავი ფორმა, რომლებიც კლინიკური სიმპრომებით ძალიან ჰგვანან ერთმანეთს, მაგრამ თითოეულ მათგანს აქვს თავისი დამახასიათებელი სიმპტომები. თანდაყოლილი მანკებიდან ხშირად გვხვდება ბოტალის სადინარის შეუხორცებლობა, წინაგულთა და პარაკუჭთაშუა ძგიდის შეუხორცებლობა, ფალოს ტრიადა ფალოს ტეტრადა და სხვა.

მანკების ზოგადი სიმპტომებია: კანის და ლორწოვანი გარსების ციანოზი დაბადებიდანვე, აუსკულტაციით სიცოცხლის პირველი დრეებიდან მოისმინება სისტოლური შუილი, უფრო მეტა გულის მწვერვალზე, ჩამორჩენაა ფიზიკურ განვითარებაში. განვითარების სხვა ანომალიები, (მაგ. კურდღლის ტუჩი, მგლის ხახა) სისხლის მიმოქცევის მოშლა კიდურებში, რომელიც ვლინდება დოლის ჯოხის მაგვარი თითებით, მინისებური ფრჩხილებით, სისხლის ანალიზში მომატებულია ერითროციტების და ჰემოგლობინის რაოდენობა. დიაგნოზი ისმება რენტგენოლოგიური, ექოსკოპიური, ელექტროკარდიოლოგიური, ანგიოგრაფიული და კათეტერული გამოკვლევებით. მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია



საკონტროლო კითხვები:

1. რა არის სეფსისი?
2. სეფსისის კლინიკური ფორმები
3. სეფსისის მკურნალობა
4. რა არის რძიანა
5. როგორ ხდება პირის ღრუს მოვლა რძიანას დროს
6. რა არის ომფალიტი
7. ჭიპის დაავადებების მკურნალობა
8. რამ შეიძლება გამოიწვიოს ნასიცხი
9. რა არის დაუდვილობა
10. გულის თანდაყოლილი მანკების განვითარების მიზეზები
11. თანდაყოლილი მანკების მკურნალობა

ავრების კალენდარი

ასაკი ვაქცინა	დაბადები სას	2 თვე	3 თვე	4 თვე	12 თვე	18 თვე	შენიშვნე
1. ტუბერკულოზი BCG	*						ავრა ტარდება დაბადებიდან მე- 2-5 დღეს
2. პოლიომიელიტი ოპვ(OPV)		*	*	*		*	ტარდება DPT ან DT ავრებთან ართად
3. დიფთერია/ყივანახველა/ ტეტანუსი დეკ (DPT)		*	*	*		*	ტარდებაოპვ(OPV) ავრებთან ართად
4. წითელა Measles					*		ვაქცინაცია ტარდება ყბაყურას ავრასთან ერთად. რევაქცინაცია ტარდებაოპვ ,DT ავრებთან ერთად
7. ყბაყურა Mumps					*		ტარდება წითელას ავრასთან ართად
8. დიფთერია /ტეტანუსი დეკDT							ტარდება ოპვ ავრასთან ერთად
10. ვირუსული ჰეპატიტი B-HB	*	*		*			I ავრა ტარდება დაბადებიდან 12 საათის განმავლობაში. II და III ავრა ტარდება DPT _{1,3} - OPV _{1,3} ავრებთან ერთად

გერიატრიული პაციენტის მოვლა

თემის დასახელება: გერიატრიის არსი და ამოცანები

გერონტოლოგია არის მეცნიერება დაბერებისა და სიბერის შესახებ, თანამედროვე ეტაპზე ის მიზნად ისახავს გამოარკვიოს დაბერების მექანიზმები და იბრძოლოს ადამიანის სიცოცხლის ხანგრძლივობის გასაგრძელებლად.

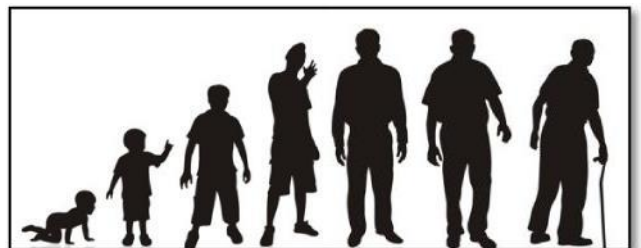
სიბერე არის დაბერების პროცესის შედეგი, ის წარმოადგენს არა პროცესს არამედ დაბერებული ორგანიზმის მდგომარეობას. გამოყოფენ **ფიზიოლოგიურ სიბერეს**, რომელიც არ არის გართულებული რაიმე პათოლოგიური პროცესი. **პათოლოგიურ სიბერეს**, რომელიც რთულდება რომელიმე დაავადებით და **ნაადრევ სიბერეს**, ანუ პროგერია. პროგერიას მეცნიერების ხსნიან აუტოგენური ნივთიერებების გავლენით გენეტიკურ აპარატზე, პროგერიით შეპყობილი ბავშვები ბერდებიან 7-12 წლის ასაკში. დაავადების მექანიზმი გაურკვეველია.



ადამიანის სიცოცხლის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია გარემოზე და ორგანიზმის ცვლილებებზე. დაბერება იწყება დაბერებისთანავე და საფუძვლად უდევს ისეთი უჯრედების დაგუპვას რომლებიც არ იყოფიან. ეს პროცესი იწყება ემბრიონში და გძელდება მთელი სიცოცხლე.

ადამიანის ორგანიზმში სიბერე გამოიხატება მთელი რიგი ფუნქციების დაქვეითებასა და შეცვლაში. ქვეითდება შრომისუნარიანობა, ნაყოფიერება, რეზისტენტობა გარემო ფაქტორებისადმი, მცირდება ცილის სინთეზი, ჟანგვა-აღდგენითი პროცესები, ფერმენტების აქტივობა, კუნთის ძალა, ნერვული იმპულსების გატარების სიჩქარე, ინტელექტუალური უნარიანობა ჭკუასუსტობის განვითარებამდე.

განსაკუთრებით ზიანდება ლოგიკური და ასოციაციური მეხსიერება, სუსტდება რეაქცია გაღიზიანებაზე. ადამიანის შემოქმედებითი აქტივობა კნინდება, თმა ჭაღარავდება, კანი იჭმუხნება, ძვლები ხდება მსხვრევადი, სისხლძარღვები კარგავენ ელასტიურობას, იცვლება ჰორმონების და ვიტამინების



დონე და სისხლში გროვდება ქოლესტერინი. ზოგიერთ ქსოვილში გროვდება დაბერების პიგმენტი ლიპოფუსტინი, რომელიც იკავებს უჯრედის მოცულობის 15 % და ხელს უშლის გენეტიკური აპარატის ფუნქციონირებას. მაღალდიფერენცირებულ უჯრედებს, როგორცაა ნერვული და კუნთოვანი უჯრედები არ აქვთ რეგენერაციის უნარი, ამიტომ მათი ჩანაცვლება ხდება შემაერთებელი ქსოვილებით, რაც იწვევს ტვინის, გულის და ზოგიერთი ორგანოს სკლეროზს.

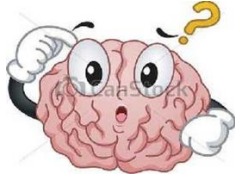
ადამიანის სიცოცხლის ხანგძლივობა საშუალოს მამაკაცებში 67-68 წელია, ხოლო ქალებში 70-75 წელი. ადამიანები უფრო გვიან ბერდებიან, რაც გამოწვეულია იმით რომ მოიმატა მედიცინის მუშაკების პროფესიულმა დონე და შემცირდა ბავშვთა და მოხუცთა სიკვდილიანობა. თუმცა აღსანიშნავია რომ საქართველოში ხანდაზმულების ხვედრითი წილის მომატება განპირობებულია ახალგაზრდობის საზღვარგარეთ მიგრაციით, შობადობის შემცირებით და ახლო წარსულში არსებული ომებით.

მოსახლეობის დაბერების პრობლემა აყენებს მთელ რიგ სოციალურ, ჰიგიენურ და ფსიქოლოგიურ პრობლემებს, რაც დაკავშირებულია მოხუცების მდგომარეობასთან ოჯახსა და საზოგადოებაში. მართობასთან რაც ოჯახისგან გამოყოფის შედეგია. ამას მოყვება გაუცხოება, გარემოს და ცხოვრების მიმართ ინტერესის დაკარგვა. ცხოვრების წესი, ყოფა-ცხოვრება, მატერიალური უზრუნველყოფა გადამწყვეტ გავლენას ახდენს ადამიანის ფიზიკურ და სულიერ მდგომარეობაზე და აწესებს სიცოცხლის ხანგრძლივობის ლიმიტს. ამავე დროს ადამიანი მუდამ განიცდის გარემო ფაქტორების ზემოქმედებას.

როგორც ავლნიშნეთ ასაკთან ერთად იცვლება ფსიქიური მდგომარეობა, კერძოდ ფსიქიკის ერთ-ერთი ყველაზე ძლიერი მამოძრავებელი ძალა სიკვდილის შიში უფრო მკვეთრ



გავლენას ახდენს ადამიანის განწყობაზე და ქცევებზე. აღსანიშნავია, რომ გარკვეული ასაკის შემდგომ ადამიანი უფრო ხშირად აანალიზებს საკუთარ განვლილ ცხოვრებას და სულ უფრო მეტად ემინია სიკვდილის მოახლოების, აღნიშნულმა კი შესაძლოა რადიკალური გავლენა მოახდინოს მის ფსიქიკასა და ცხოვრების წესზე.



საკონტროლო კითხვები;

1. რა არის გერონტოლოგიის არსი?
2. რა არის სიბერე და როგორია მისი სახეები?
3. როგორ გამოიხატება ადამიანის ორგანიზმში დაბერების პროცესი?
4. რაზეა დამოკიდებული სიცოცხლის ხანგრძლივობა და როგორია მისი მაჩვენებელი საქართველოში ქალებში და მამაკაცებში?
5. რა ფაქტორები განაპირობებს საქართველოს მოსახლეობაში ხანდაზმულების ხვედრითი წილის მომატებას?
6. რა სოციალურ-ჰიგიენურ და ფსიქიურ პრობლემებს წარმოქმნის სიბერე?

თემის დასახელება: ხანდაზმული პაციენტის გამოკვლევების და დაავადებების მიმდინარეობის თავისებურებანი

გერიატრიციის პაციენტის მოვლის სწორი ორგანიზებისთვის აუცილებელია ხანშიშესული და მოხუცი ადამიანის თავისებურებების ცოდნა. მაგალითად, ხანშიშესულ ადამიანს არ უყვარს როდესაც უბრძანებენ და უყენებენ მკაცრ მოთხოვნებს დღის განაწესის შესრულებისას ეს მათში უარყოფით ემოციებს იწვევს. ხანდაზმულებს ძილი დარღვეული აქვთ და ღამით უძილობას ასწორებენ დღის ძილით, ისინი მგრძნობიარები არიან გამჭოლი ქარისადმი, ხშირად აწუხებთ შარდის შეუკავებლობა, ყაბზობა, ჭკუასუსტობა. უფრო კარგად ახსოვთ წარსულის ამბები. ახალი მოვლენები კი აღქმისთანავე ქრებიან და მათ ადგილს იკავებს უსაზღვრო ფანტაზია. ვერ ეგუებიან ხმარს, აურზაურს, ხმამაღალ ლაპარაკს. მხედველობის დაქვეითების გამო და ძვალ-სასხსართა პათოლოგიის გამო უჭირთ მოძრაობა, ასევე წონასწორობის დაცვა რაც ხშირად ტრამვების მიზეზი ხდება. ზოგჯერ ისინი ქცევით და მოქმედებებით ბავშვს ემსგავსებიან. ასეთ შემთხვევაში ამბობენ, რომ მოხუცები განიცდიან „მეორე ბავშვობას“. ზოგიერთ შემთხვევაში ისინი იწყებენ უსარგებლო საგნების კოლექციონერობას.



ხანდაზმული ავადმყოფები უფრო ხშირად მიმართავენ ექიმს, რადგან მათი დაავადება ხასიათდება ქრონიკული მიმდინარეობით, გახანგრძლივებულად რის გამოც ავადმყოფთა ეს კონტიგენტი მრავალჯერ მიმართავს სამედიცინო პერსონალს ერთიდაიგივე პათოლოგიის გამო.

ექიმს ბევრჯერ უხდება პაციენტის მკუნალობის ტაქტიკის შეცვლა და დამატებით გამოკვლევების ჩატარება, განსაკუთრებულ ფსიქოთერაპიულ გავლენას ახდენს ასეთ ავადმყოფზე. ვინაიდან მოხუცებს სიამოვნებას ანიჭებს და უსაფრთხოების განცდას უყალიბებს ექიმის მხრიდან მზრუნველობის გამოჩენა.

მოხუცებთან ურთიერთობისას გათვალისწინებული უნდა იყოს პაციენტის პიროვნული თავისებურებანი, მათი ფიზიკურ და ფსიქიური მდგომარეობა. დაბერების შედეგად განვითარებული ფსიქო-ფიზიოლოგიური ძვრების გამო ხანდაზმული ავადმყოფი მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას სამედიცინო პერსონალის მხრიდან. როგორც კ. მიულერი

აღნიშნავს ადამიანისთვის ავადმყოფობა კატასტროფის ტოლფასია, ამიტომ მკურნალობის პროცესში ავადმყოფი მედპერსონალისაგან მოითხოვს შიშის გრძნობის მოხსნასაც, განსაკუთრებით თუ ავადმყოფი ხანდაზმულია.

ხანდაზმული ავადმყოფი ხშირად მიმართავს ექიმს, ზოგჯერ თვითონ კარნახობს იმ სამკურნალო საშუალებებს რომელიც მისი აზრით საჭიროა, ზოგჯერ გამოკვლევაზე უარს ამბობს ვინაიდან მიაჩნია რომ არ განიკურნება.

სამედიცინო პერსონალს უნდა გააჩნდეს ავტორიტეტი და მოთმინება რათა ჩატარდეს აუცილებელი გამოკვლევები და მკურნალობა.

ხანდაზმული ავადმყოფი ზოგჯერ მრავალსიტყვაობს, რაც ამნელებს ანამნეზის¹ შეგროვებას.

ხანდაზმულის მკურნალობისას ავადმყოფზე ცუდ შთაბეჭდილებას ტოვებს, როდესაც ხედავს რომ არ უსმენენ, სადღაც ეჩქარებათ. არ შეიძლება იმის თქმა რომ დაავადებულს ხანგრძლივი კონტაქტი მედ. პერსონალს საშუალებას აძლევს გარკვეული ზეგავლენა მოახდინოს მის ფსიქიკაზე და ეფექტურად მკურნალობაზე. დაავადების სწორი დიაგნოსტიკის, რაციონალური თერაპიისა და დაავადების პრევენციისთვის ხანდაზმული პირებში მეტად მნიშვნელოვანია დაავადების განვითარების თავისებურებების გათვალისწინება. შინაგან ორგანოთა დაავადების თავისებურებანი მოხუცებში შემდეგია:



1. სხვადასხვა დაავადებათა სიმპტომატიკა უფრო ღარიბია ვიდრე ახალგაზრდებში;
2. ყველა დაავადება მიმდინარეობს დუნედ და გახანგრძლივებულად;
3. დაავადებების პროცესში შედარებით ადრე იფიტება ის ფიზიოლოგიური სისტემები, რომლებსაც გააჩნიათ მავნე ფაქტორებთან ბრძოლის უნარი;
4. ინფექციის პირობებში ორგანიზმის დამცავ აპარატს არ შესწევს იმუნიტეტის უნარი, სისხლძარღვთა სისტემასთან ნივთიერებათა ცვლაში მონაწილე ორგანოებს არ შეუძლიათ ენერგეტიკული პროცესის წარმოება ისე როგორც ახალგაზრდა ასაკში;

¹ ანამნეზი - გადატანილი და მიმდინარე დაავადების შესახებ ინფორმაციის მოგროვებას.

ასაკობრივი თავისებურებებით ხასიათდება მწვავე და ქრონიკული პროცესების გამწვავების შემდეგ აღდგენითი პროცესები. აღდგენითი პროცესები მიმდინარეობს ღუნედ და არასრულად, რაც იწვევს რეაბილიტაციის პერიოდის გახანგრძლივებას და მკურნალობის ნაკლებ ეფექტურობას. ხანდაზმულ ავადმყოფებში მედიკამენტების შეწოვა კუჭ-ნაწლავიდან მცირდება, ქვეითდება მედიკამენტების ათვისება თირკმელებში, ღვიძლში, კანში. ზოგიერთი სამკურნალო ნივთიერება შედარებით გვიან გამოიყოფა ორგანიზმიდან, რაც ხელსუწყობს მედიკამენტური ინტოქსიკაციის განვითარებას. აქედან გამომდინარე გერიატრიული ფარმაკოლოგიის მთავარი მიმართულებაა მედიკამენტების შედარებით ფრთხილი გამოყენება ხანდაზმულებში. **უნდა გვახსოვდეს**, რომ სხეულის მასა არ შეიძლება ჩაითვალოს მედიკამენტის დოზირების კრიტერიუმად.



საკონტროლო კითხვები:

1. ხანდაზმული პაციენტის მოვლის სწორი ორგანიზებისთვის რა არის საჭირო?
2. ხანდაზმული პაციენტის მოვლის დროს რა უნდა იყოს გათვალისწინებული?
3. რა თავისებურებებით ხასიათდება ექიმის და გერიატრიული პაციენტის ურთიერთობა?
4. რა თავისებურებები ახასიათებს ხანდაზმულ ასაკში შინაგანი ორგანოების დაავადებების მიმდინარეობას?
5. გერიატრიულ ასაკში შეიძლება თუ არა სხეულის მასა ჩაითვალოს მედიკამენტების დოზირების კრიტერიუმად?

თემის დასახელება: გერიატრიული ავადმყოფის რეაბილიტაციის ძირითადი პრინციპები

რეაბილიტაცია ანუ აღდგენითი თერაპია გულისხმობს იმ სამკურნალო, სოციალურ-ჰიგიენურ, და ეკონომიურ ღონისძიებათა კომპლექსს, რომელიც ხელს უწყობს ორგანოების სხვადასხვა დაავადებით გამოწვეული დარღვეული ფუნქციის აღდგენას, ავადმყოფის ფიზიკური, ფსიქური და პროფესიული შესაძლებლობების სტიმულირებას.

რეაბილიტაცია გულისხმობს; 1. სამედიცინო რეაბილიტაცია (აღდგენითი თერაპია). 2. ფსიქიური რეაბილიტაცია. 3. სოციალური ანუ საზოგადოებრივი რეაბილიტაცია-ოჯახში და საზოგადოებაში სრულუფლებიან წევრად დაბრუნებ 4. პროფესიული რეაბილიტაცია-შრომისუნარიანობის სრული ან ნაწილობრივი აღდგენა.

სამედიცინო რეაბილიტაციას მიეკუთვნება დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკის, ავადმყოფის დროული ჰოსპიტალიზაციის და დაავადების პათოგენური თერაპიის საკითხები.

ხანდაზმულ ავადმყოფს ხშირად ერთდროულად რამდენიმე დაავადება აღენიშნება. მკურნალობის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს, რომ რამდენიმე მედიკამენტის დანიშვნამ შეიძლება გამოიწვიოს მედიკამენტური ინტოქსიკაცია.

ხანდაზმული ავადმყოფი ხშირად იცავს ხანგრძლივ წოლით რეჟიმს, რაც იწვევს გულ-სისხძარღვთა ფუნქციის და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევას. იზრდება ჟანგბადის დეფიციტი ორგანიზმში ამიტომ მკაცრი წოლითი რეჟიმი უნდა იყოს რაც შეიძლება მოკლე, ფიზიკური ვარჯიშები დადებით ზემოქმედებას ახდენს სისხლის მიმოქცევაზე, მიოკარდიუმის ფუნქციის აღდგენაზე და ლიპიდურ ცვლაზე. აგრეთვე ამცირებს ქოლესტერინის რაოდენობას სისხლში, ამლიერებს ფილტვების ვენტილაციას, მაგრამ ფიზიკური რეაბილიტაციის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს ხანდაზმული ავადმყოფის შესაძლებლობა და არ უნდა მოხდეს ორგანიზმის გადატვირთვა.

ფსიქიური რეაბილიტაცია გულისხმობს ავადმყოფის ფსიქიური უარყოფითი ემოციები მოხსნას, რაც ხშირად აწუხებს ხანდაზმულ პაციენტს. აღდგენითი თერაპია მოხუცთა ასაკში ხშირად მიზნად ისახავს პაციენტების შრომითი საქმიანობის მთლიან ან ნაწილობრივ აღდგენას, მაგრამ მკურნალობამ აუცილებლად უნდა შეუწყოს ხელი თვითმომსახურეობის უნარის და საყოფაცხოვრებო ხასიათის მსუბუქი დატვირთვების უნარის გამომუშავებას.



საკონტროლო კითხვები:

1. რას გულისხმობს გერიატრიული პაციენტის რეაბილიტაცია?
2. რა სახის რეაბილიტაცია ტარდება გერიატრიულ ასაკში?
3. რას გულისხმობს სამედიცინო რეაბილიტაცია?
4. რა უნდა იყოს გათვალისწინებული ფიზიკური და ფსიქიური რეაბილიტაციის დროს?
5. ხანდაზმულ ასაკში სასურველია თუ არა დაინიშნოს ხანგრძლივი წოლითი რეჟიმი?

თემის დასახელება: ხანდაზმულ და მოხუცთა ასაკის პაციენტთა სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფის ორგანიზება. სამედიცინო დეონტოლოგია.

გერიატრიული მედიცინის ძირითადი ეთიკური პრობლემებია;

1. პაციენტის ავტონომია (დამოუკიდებლობის) პატივისცემა,
2. სამართლიანობა,
3. გულმოდგინება,

4. პრინციპი „არ ავნო“, რომელიც გამოიხატება შემდეგი პრინციპით- თუ პაციენტის თვალსაზრისი ცნობილია, მას უნდა დავეთანხმოთ- სხვა დაინტერესებული პირების ინტერესების მიუხედავად.

ხანდაზმულ ასაკში ძირითადი პათოლოგიებია; გულ-სისხლძარღვთა სისტემის (61,7%), სასუნთქი სისტემის (5,4%), ნერვული სისტემის (3,4%), საჭმლის მომწელებელი ორგანოების (2,4%), ასევე; საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის (ართრიტები, ოსტეოართროზი, რევმატიული ართროზი) თვალის, (კატარაქტა, გლაუკომა) ყელ-ყურ-ცხვირის (სმენაჩლუნგობა და ყურში ხმაური) დაავადებები,



ნივთიერებათა ცვლინ მოშლილობები და ფსიქიური სფეროს პათოლოგიები (დემენცია, ალცჰეიმერის დაავადება).

ხანდაზმულ ასაკში სიცოცხლისთვის საშიშ დაავადებებია;

1. გულის დაავადებები,
2. ონკოლოგიური დაავადებები,
3. ცერებროვასკულარული დაავადებები,
4. ბრონქიტი და პნევმონია.

ხანდაზმულს წელიწადში 2-3 ჯერ უნდა უტარდებოდეს პერიოდული სამედიცინო შემოწმება, რომელიც საშუალებას გვაძლევს გამოვავლინოთ ქრონიკული დაავადებები კომპენსირებულ მდგომარეობაში. მოხუცებს აშინებთ სიკვდილი, მაგრამ მათი უმრავლესობისთვის ბევრად უფრო ძლიერია ინვალიდობის, პიროვნული ღირსების დაკარგვის და „ტვირთად ქცევის“ შიში. ზოგიერთი მოხუცი სიკვდილს სიამოვნებით ელის, როგორც ტანჯვის დასასრულს, ან იმ ქვეყნიურ ცხოვრებაში გარდაცვლილ ნათესავებთან შეხვედრის სჯერა.

გერიატრიულ მედიცინას შეუძლია რამდენადმე გადაანაცვლოს უუნარობის ასაკი და შეამციროს ტერმინალური დამოკიდებულების პერიოდი.



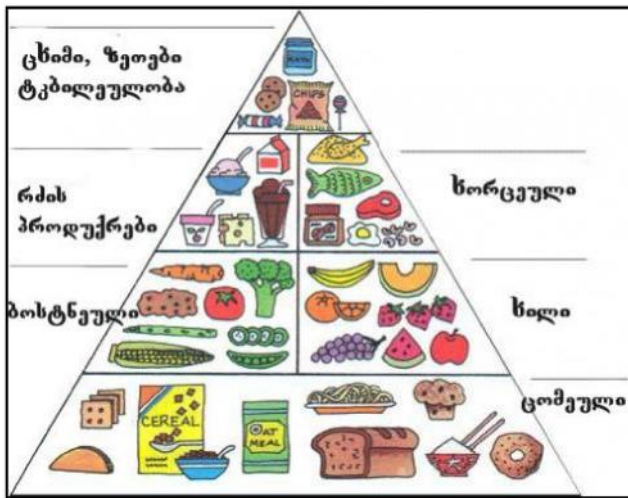
საკონტროლო კითხვები:

- 1.რა არის გერიატრიული მედიცინის ძირითადი ეთიკური პრობლემები?
- 2.გერიატრიული ასაკის ძირითად პათოლოგიებად რომელი დაავადებები ითვლება?
- 3 ხანდაზმულ ასაკში სიცოცხლისთვის საშიშ დაავადებებად რომელი დაავადებები ითვლება?
- 4.ხანდაზმულის პერიოდული სამედიცინო შემოწმება წელიწადში რამდენჯერ უნდა ტარდებოდეს და რა მნიშვნელობა აქვს მას?

თემის დასახელება: გეროდინეტიკის საფუძვლები და სამკურნალო კვება ხანდაზმულ ასაკში

გეროდინეტიკა შეისწავლის ხანდაზმული ასაკის პრაქტიკულად ჯანსაღი პირების რაციონალური კვების საკითხებს. კვება სიბერეში რაოდენობრივად ადეკვატური უნდა იყოს ორგანიზმის ფაქტიური ენერგობარჯების, საკვები უნდა იყოს ბალანსირებული და ნაირფეროვანი ნივთიერებებით გამდიდრებული, რომ მოხდეს ფერმეტული სისტემის აქტიურობის მომატება. საკვები უნდა შეიცავდეს ისეთ პროდუქტებს, რომლებიც ადვილად მოსანელებელია. **მიზანშეწონილია**, ხანდაზმულ ასაკში მცენარეული და ცხოველური ცილების შერწყმა, ცილოვანი ცვლის გაუმჯობესების მიზნით, ხოლო ათეროსკლეროზის პროფილაქტიკისთვის საჭიროა ცხოველური ცხიმები და კვების საერთო კალორიულობის შეზღუდვა.

მოხუცები უნდა იკვებებოდნენ ოთხჯერადად პროდუქტების შემდეგი დღიური დოზის დაყოფით, პირველი საუზმე 25 %, მეორე საუზმე 15%, სადილი 35 %, ვახშამი 25 %. ხანშიშესულ ასაკში ხშირ პათოლოგიად ითვლება ათეროსკლეროზი ამიტომ ცხიმით და ქოლესტერინით



საკვები გამდიდრებული უნდა იყოს ვიტამინებით კალიუმის და მაგნიუმის მარილებით, სასურველია პროდუქტის მიღება მოხდეს მოხარშული სახით უმარილოდ.

დიეტური კვება სხვადასხვა დაავადებების დროს სხვადასხვაგვარია;

ჰიპერტონული დაავადების დროს შეზღუდული უნდა იყოს სუფრის მარილის

შემცველობა საკვებში მინიმუმამდე (5 გრ. დღე-ღამეში). შეზღუდული უნდა იყო ცხოველური ცხიმები და შეიცვალოს მცენარეული ცხიმებით და მარტივი ნახშირწყლებით (შაქარი, მურაბა, კანფეტი). სითხის მიღება იზღუდება ერთ ლიტრამდე დღე-ღამე. **აკრძალულია**, ყავა, ჩაი ალკოჰოლი, თამბაქო. რაციონში უნდა იყოს შეტანილი თეთრი და ყვავილოვანი კომბოსტო, ბარდა, ხილი, ბოსტნეული, ციტრუსები და ასკილი.რადგან ჰიპოტენზიური პრეპარატები შეიცავს შარდმდენს,რაც აღარბებს ორგანიზმს კალიუმით, ავადმყოფმა უნდა მიიღოს კალიუმით მდიდარი პროდუქტები.ესენია;ვაშლი, ფორთოხალი, ბანანი,შავი ქლიავის ჩირი, გარგარის ჩირი,ქიშმიში,კარტოფილი და სხვა.

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული ხანდაზმულის კვების დროს უნდა მოხდეს ნახშირწყლების დოზირება ავადობის სიმძიმის და ფორმის მიხედვით, იკრძალება შაქარი, მურაბა, ყურძენი. **სასურველია**, ბოსტნეულის და ხილის მიღება, ბანანის და ყურძნის გარდა. რეკომენდირებული ჩატარდეს განტვირთვის დღეები ვაშლის, ხაჭოს, ხილის დღეები. სასურველია გაიზარდოს ნაკლებად ცხიმოვანი ან უცხიმო საკვების მიღების დღეები. უნდა გვახსოვდეს,რომ ჰიპოვიტამინოზი განსაკუთრებით ხშირია შაქრიანი დიაბეტის, ფაღარათის და პოლიურის(გამლიერებული შარდვა) დროს.

სწორად ორგანიზებული კვება მცენარეული, ვიტამინიზირებული, ნატურალური ახლად დამზადებული პროდუქტებით. ცხელი კერძი მომზადებისთანავე, რძის პროდუქტები (800-1000 მგ დღე-ღამეში) და ერთი ჩაის ჭიქა წითელი ნატურალური ღვინო ახანგრძლივებს სიცოცხლის ხანგრძლივობას. სრულყოფილი კვების რეჟიმი, რომელიც შეიცავს მარცვლოვან კულტურებს და ახალ ხილს, ამდიდრებს რაციონს ვიტამინებით. რეკომენდირებულია ხანდაზმულ ასაკში დამატებით ვიტამინური პრეპარატების დანიშვნა.

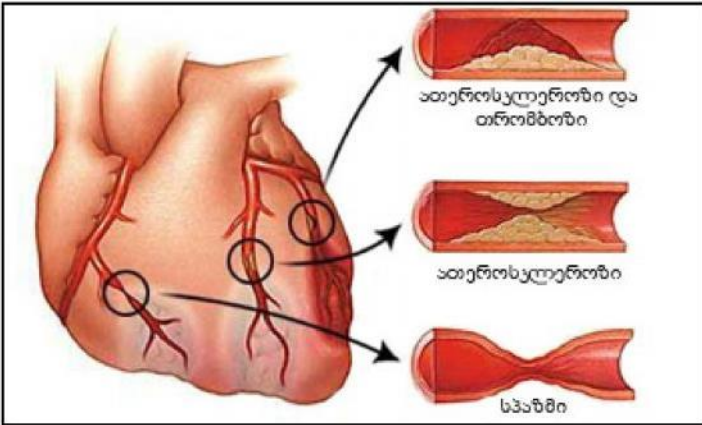


საკონტროლო კითხვები:

1. რას შეისწავლის გეროდიეტეტიკა?
2. როგორი უნდა იყოს ხანდაზმულის საკვები?
3. საკვების შემადგენლობას აქვს თუ არა მნიშვნელობა სხვადასხვა დაავადებების დროს?
4. ხანდაზმული დღეში რამდენჯერ უნდა იკვებებოდეს და როგორია პროდუქტების დაყოფის დღიური დოზა?
5. როგორ უნდა იკვებოს ჰიპერტონული დაავადებით დაავადებულმა ხანდაზმულმა?
6. როგორ უნდა იკვებოს შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულმა ხანდაზმულმა?
7. რას გულისხმობს სწორად ორგანიზებული კვება?

თემის დასახელება: გულ-სისხძაღვთა სისტემის ცვლილებები და დაავადებები
ხანდაზმულ ასაკში.

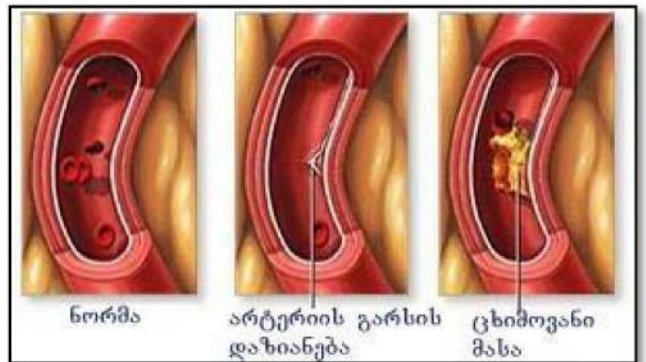
ხანდაზმულ ასაკში გულის წონა მცირდება, გულის ღრუები ფართოვდება, განსაკუთრებით



ფართოვდება მარცხენა და მარჯვენა ვენური ხვრელი და აორტის ხვრელი. ენდოკარდი განიცდის ჰიპერტროფიას ამ ფონზე ვითარდება გულის სარქველოვანი აპარატის სკლეროზი, დამახასიათებელია გულის გაცხიმოვნება. ცხიმოვანი ქსოვილი შეიძლება შეადგენდეს გულის წონის 40-50% სისხლძარღვებში იმატებს კოლაგენური ბოჭკოების რაოდენობა,

მცირდება ელასტიურობა, იკლებს ვენური წნევა. მცირდება გულის შეკუმშვის სიხშირე. ვითარდება მიდრეკილება ბრადიკარდიისადმი.

ხანშიშესულებში ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა ათეროსკლეროზი, რომელიც აზიანებს ყველა ორგანოს და იწვევს მათი ფუნქციის დაქვეითებას, ნაადრევ სიბერეს და სიკვდილსაც კი. კორონარული სისხლის



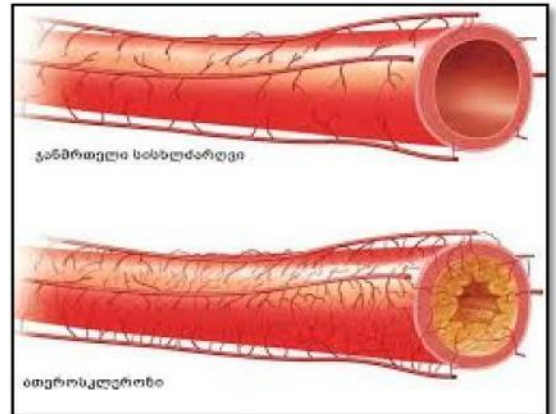
მიმოქცევის უკმარისობა და მიოკარდიუმის შეკუმშვის უნარის დაქვეითება საბოლოოდ ხელს



უწყობს ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზის ჩამოყალიბებას, რომელსაც თან ერთვის გულის უკმარისობა და გულის რითმის დარღვევა. გულის უკმარისობა ხანდაზმულებში ვითარდება თანდათანობით. გულის უკმარისობის კლინიკური ნიშნები-ქოშინი, ჰაერის უკმარისობა, შეშუპება ქვემო კიდურებში ხანდაზმულებში შეიძლება ფილტვის

დაავადებებმაც გამოიწვიოს, ზოგჯერ გულის უკმარისობის გამოვლენის ნიშანი მსუბუქი წამოხველება შეიძლება იყოს განსაკუთრებით ფიზიკური დატვირთვის დროს.

ხანშიშესულ ასაკში სტენოკარდია და მიოკარდიუმის ინფაქტი მიმდინარეობს ატიპიურად, ტკივილის გარეშე. უცარი სისუსტის შეგრძნება, ქოშინი და ჰაერის უკმარისობა შეიძლება იყოს ინფაქტის ერთ-ერთი ნიშანი. ხშირად კი ტკივილის სინდრომის არარსებობა ხანშიშესულებში მიოკარდიუმის დაგვიანებული დიაგნოსტიკის მიზეზი ხდება.



ასაკის მატებასთან ერთად მიოკარდიუმის ინფაქტის პროცენტული რაოდენობა იმატებს, მაგალითად 44 წლამდე არის 12%, 60-65 წლის ასაკში 42%. ხანშიშესულებში უფრო ხშირია მიოკარდიუმის წვრილკეროვანი ინფაქტი და ატიპიური ფორმები, რომლებიც ხასიათდება მძიმე მიმდინარეობით.

გულის რითმის და გამტარებლობის დარღვევა ხანდაზმულებში კარდიოსკლეროზის და ჰიპერტონული დაავადების ხშირი გამოვლინებაა. არითმიის განვითარების ერთერთი ხელშემწყობი ფაქტორია კალიუმის შემცველობის რეზერვი ორგანიზმში.

ჰიპერტონული დაავადების სიხშირე ასაკის მატებასთან ერთად თანდათან მატულობს, ხანდაზმულებში უფრო მეტად იმატებს სისტოლური წნევა, ხოლო დიასტოლური ნორმაშია. ე, ი ვითარდება „სისტოლური ჰიპერტენზია“, რაც ძირითადად გამოწვეულია აორტის და მსხვილი სისხლძარღვების ელასტიურობის დაქვეითებით. ხანდაზმულებს არტერიული ჰიპერტენზიის

დროს ღარიბი კლინიკური სურათი აღენიშნებათ, ასევე იშვიათია ჰიპერტონული კრიზები და დაავადების მძიმე მიმდინარეობა. მოხუცები არტერიული წნევის დაქვეითებისადმი მგძნობიარენი არიან, ამიტომ არტერიული წნევის დაწვევა უნდა მოხდეს თანდათანობით პრეპარატის შემცირებული დოზით, ამავე დროს უნდა შეიზღუდოს ზედმეტი სითხის მიღება და მიეცეს კალიუმის შემცველი პრეპარატები ან ის პროდუქტები, რომლებიც შეიცავს კალიუმს. ესენია-ვაშლი, შავი ქლიავი, კარტოფილი, ბანანი, ნიგოზი.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადების დროს ხანდაზმულის მოვლის თავისებურებაა ის რომ მათ განსაკუთრებით ესაჭიროებათ სულიერი და ფიზიკური მოსვენება, დაუშვებელია ნერვიულობა, დამღლელი საუბარი, უსიამოვნო განცდები. ავადმყოფი საჭიროებს ღამის ძილის მოწესრიგებას და კვების რეჟიმის დაცვას. საკვები უნდა იყოს მცირედკალორიული და ვიტამინიზირებული. აკრძალულია ცხოველური ცხიმები, ტკბილეული, „წახემსება“ კვების შუალედებში. მედდა ვალდებულია უზრუნველყოს მძიმე ავადმყოფის მოთავსება მოხერხებულ მდგომარეობაში, კანის, თმის, პირის ღრუს და კბილების მოვლა. რადგან შეშუპებული კანი თხელია, სისტემატიურად უნდა მოხდეს მისი დამუშავება ქაფურის სპირტით ნაწოლების წარმოქმნის აცილების მიზნით.

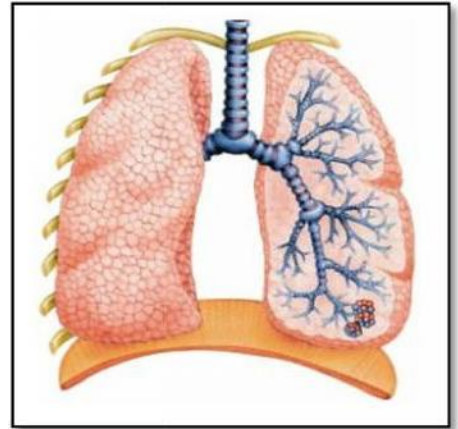


საკონტროლო კითხვები:

1. გულ-სისხლძარღვთა სისტემა რა ასაკობრივ ცვლილებებს განიცდის ხანდაზმულ ასაკში?
2. ხანდაზმულ ასაკში გულ-სისხლძარღვთა რომელი დაავადებებია უფრო გავრცელებული?
3. რა თავისებურებებით მიმდინარეობს გულის უკმარისობა ხანდაზმულ ასაკში?
4. რა თავისებურებებით მიმდინარეობს სტენოკარდია და მიოკარდიუმის ინფარქტი ხანდაზმულ ასაკში?
5. რომელი ჰიპერტენზია ვითარდება გერიატრიულ ასაკში და რა თავისებურებები ახასიათებს ჰიპერტონულ დაავადებას ხანდაზმულ ასაკში?
6. როგორ უნდა მოხდეს არტერიული წნევის დაწვევა მოხუცებში?
7. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების დროს ხანდაზმულის მოვლის რა თავისებურებები უნდა იქნეს გათვალისწინებული?

**თემის დასახელება; სასუნთქი გზების ასაკობრივი ცვლილებები და დაავადებები
ხანდაზმულ ასაკში**

ხანდაზმულებში ასაკის მატებასთან ერთად მნიშვნელოვნად მცირდება ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვის მოცულობა, ისევე როგორც ფილტვების სასიცოცხლო ტევადობა. ბრონქების გამავლობა მკვეთრად მცირდება, რაც აიხსნება გულმკერდის კარკასის ხრტილოვანი ნაწილის გამძალებით, ფილტვების ელასტიურობის დაქვეითებით და სასუნთქი კუნთების ძალის მზარდი შემცირებით, ასევე გულ-მკერდის დეფორმაცია და ხრტილების გამძალება იწვევს კასრისებური გულ-მკერდის ჩამოყალიბებას, რაც თავის მხრივ ხელს უწყობს ასაკობრივი ემფიზემის



სასუნთქი სისტემის დაავადებებით ხანდაზმული საჭიროებს განსაკუთრებულ მოვლას და ყურადღებას სამედიცინო პერსონალის მხრივ .ავადმყოფის საწოლი უნდა იყოს მოხერხებული,ორივე მხრიდან მისადგომი,საწოლს უნდა ეწეოდეს თავის და ფეხების მხარე სასურველ სიმაღლეზე,რადგან ქოშინის დროს ავადმყოფს უნდა აუმაღლდეს სასთუმალის მხარე(ე.წ. ფოულის მდებარეობა),ხოლო ნახველის უკეთ ამოღების მიზნით უნდა აუმაღლდეს საწოლის ფეხების მხარე დღეში 3-4 ჯერ 30-40 წუთით (ე.წ.პოსტურალური დრენაჟული მდებარეობა).ავადმყოფი 2-3 საათში ერთჯერ უნდა გადააბრუნოს მედდამ ხან ერთ ,ხან მეორე გვერდზე. სასურველია ვიბრაციული მასაჟი-მედდა ამოსუნთქვის ფაზაში ორივე ხელით შეკუმშავს გულ-მკერდის ქვედა კიდეს ძლიერი და მოკლე ზეწოლით-ამას „დამხმარე ხველას“ უწოდებენ. ასევე გამოიყენება სუნთქვის გასააქტიურებელი ვარჯიშები-ღრმა ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვა, ამოსუნთქვით წინაღობების გადალახვა(ბუშტის გაბერვა,წყლიან ჭურჭელში მილით ჩაბერვა, ჩასაბერ ინსტრუმენტზე „დაკვრა“ და ა.შ) ,ზურგის ყოველდღიური დამუშავება ქაფურის სპირტით .ამავე დროს მედდა გამუდმებით უნდა აკვირდებოდეს ხანდაზმული ავადმყოფის პულსს, წნევას, სუნთქვის სიხშირეს,სხეულის ტემპერატურას. განსაკუთრებით საყურადღებოა ქრონიკული პნევმონიით დაავადებულისთვის ტემპერატურის კლინიკური დაცემის პერიოდი,რადგან ამ დროს ხანდაზმულ პაციენტს შეიძლება განუვითარდეს მწვავე გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა,ინსულტი ან თირკმლის უკმარისობა. კვება უნდა ხდებოდეს თხიერი,ადვილად მოსანელებელი ვიტამინიზირებული საკვებით დღეში 4-6-ჯერ მცირე ულუფებით,საჭირო რაოდენობის სითხის მიღებით . ნახველის გათხელების მიზნით სასურველი რძიანი ბორჯომის და ნახველის გამა- ხელებელი პრეპარატების მიცემა. უნდა გვახსოვდეს, რომ ანტიბიოტიკების ხანგრძლივმა მიღებამ შეიძლება გამოიწვიოს სმენის დაქვეითება ხანდაზმულებში,თირკმლის ტოქსიური დაზიანება,კანდიდოზები ,დისბაქტერიოზი და ატროფიული გლოსიტი. ხანდაზმულ ასაკში დიდი სიფრთხილით გამოიყენება ოქსიგენოთერაპია (ჟანგბადით მკურნალობა) ,რადგან შეიძლება მიღებული იყოს უარყოფითი შედეგი როგორცაა; თავბრუ,გულისრევა,მოხრჩობის გრძნობა და კომატოზურ მდგომარეობასაც კი.

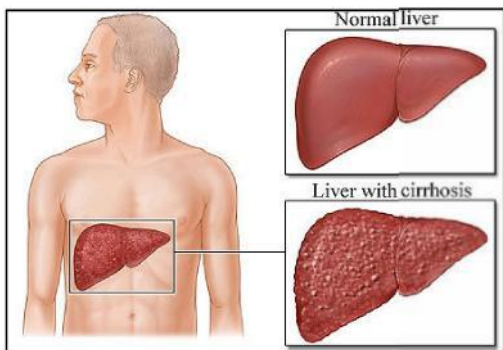
საკონტროლო კითხვები:



- 1.სასუნთქი სისტემა რა ასაკობრივ ცვლილებებს განიცდის ხანდაზმულ ასაკში?
- 2.ხანდაზმულ ასაკში სასუნთქი სისტემის რომელი დაავადებებია გავრცელებული?
- 3.გერიატრიულ ასაკში რა თავისებურებები ახასიათებს ქრონიკული პნევმონიის და ქრონიკული ბრონქიტის მიმდინარეობას?
- 4.სასუნთქი აპარატის ხშირი პათოლოგიების დროს ხანდაზმულ ასაკში რა გართულებებია მოსალოდნელი?
- 5.სასუნთქი სისტემის დაავადებების დროს ხანდაზმულის მოვლის რა თავისებურებები უნდა იქნეს გათვალისწინებული?

თემის დასახელება: საჭმლის მომნელებელი სისტემის ასაკობრივი ცვლილებები დადაავადებები ხანდაზმულ ასაკში.

ხანდაზმულ ასაკში საჭმლის მომნელებელი ორგანოების დაავადებები მნიშვნელოვანი თავისებურებებით მიმდინარეობს, რაც ამ ასაკში განვითარებული ანატომ-ფიზიოლოგიური ცვლილებებითაა გამოწვეული. ასაკობრივი ცვლილებები ძირითადად ლორწოვანი გარსის



ატროფიითაა გამოხატული და ამასთან დაკავშირებული სეკრეციის, შეწოვის და ექსკრეციის მოშლა. მცირდება პერისტალტიკა, ფერმენტული აქტივობა, იცვლება მიკრობული ფლორა. ცვლილებები ხდება სალექი აპარატის მხრივ; ზომაში მცირდება სანერწყვე ჯირყვალა, ატროფიას განიცდის სალექი კუნთები და იცვლება პირის ღრუს ფლორა. კუჭის ლორწოვანი

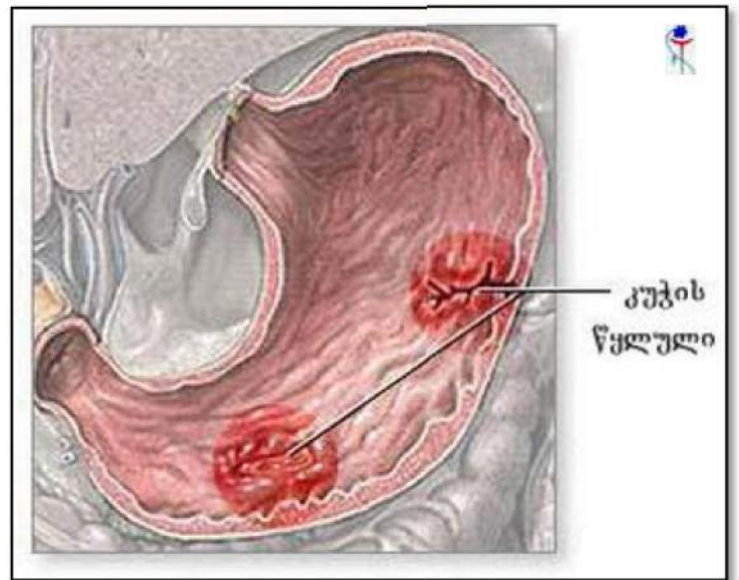
განიცდის ატროფიას 80%-ით. ღვიძლი იკლებს წონაში 10-20%-ით, მცირდება ჰეპატოციტების რაოდენობა და ქვეითდება მისი ფუნქციური აქტივობა. მცირდება ზომაში ნაღვლის ბუშტი და სანაღვლე გზები განიცდის ცვლილებებს, ცვლილებებს განიცდის კუჭუკანა ჯირკვალიც, რაც საბოლოოდ ვლინდება დისპეპსიური მოშლით.

ხანდაზმულ ასაკში ხშირია ყლაპვის გამწვანება (დისფაგია), რეგურგიტაცია, ტკივილი საყლაპავის არეში და საყლაპავის გაგანიერება. ხშირად ვითარდება საყლაპავის დივერტიკული. მისი კლინიკური ნიშნებია; გაძლიერებული სალივაცია, კაწვრის შეგრძნება ყელის არეში, ხველა, შემდგომში ტკივილი ყელის არეში, აფონია და რეგურგიტაცია. საყლაპავის ტროფილის მოშლის გამო ხანდაზმულებში ხშირად ვითარდება ქრონიკული ეზოფაგიტი და საყვაპავის კიბო.

სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით ქრონიკული გასტრიტი შრომისუნარიანი მოსახლეობის 50% თუ არის დაავადებული, 60 წლის ზევით ეს მაჩვენებელი თითქმის 100%-ია

როგორც წესი ხანდაზმულ პირებში ქრონიკული გასტრიტი არ მიმდინარეობს დამოუკიდებლად იგი ხშირად არის გასტროდუოდენალური ზონის, ქრონიკული პანკრეატიტის, გ.ი.დ და შაქრიანი დიაბეტის თანმხლები პათოლოგია. გერიატრიულ ასაკში ყველაზე ხშირად ვლინდება ატროფიული გასტრიტი, რაც გამოწვეულია ბაქტერიალური ქრონიკული გასტრიტის გახანგრძლივებული მიმდინარეობით. უნდა გვახსოვდეს რომ ამ ასაკში კლინიკური სიმპტომატიკა ღარიბია და შენიღბულია თანმხლები დაავადებისთვის დამახასიათებელი სიმპტომებით. ხანდაზმულ ასაკში საკმაოდ ხშირია კუჭის წყლულოვანი დაავადება, რომელიც

ზომით საკმაოდ დიდია და რთულდება პროფუზული სისხლისდენით, ხოლო პერფორაცია იშვიათად აღინიშნება. ხშირია კუჭის კიბო მოხუცთა ასაკში, ხოლო მსხვილი ნაწლავის დაავადებებიდან გავრცელებულია; წყლულოვანი კოლიტი. მსხვილი ნაწლავის დივერტიკული, ქრონიკული კოლიტი, მსხვილი და სწორი ნაწლავის კიბო. ხანდაზმულ ასაკში ხშირად



გვხვდება ქრონიკული ჰეპატიტი, ღვიძლის ციროზი და ღვიძლის კიბო. ეს დაავადებები წაშლილი ფორმით და ღარიბი კლინიკური სიმპტომებით მიმდინარეობს და ხშირად სიცოცხლე ლეტალური გამოსავალით მტავრდება

საჭმლის მომწელებელი ფუნქციის მოშლით დაავადებული ხანდაზმულის მოვლის დროს მედდამ უნდა გაითვალისწინოს შემდეგი; თუ დაავადებას თან ახლავს ლებინება, მედდამ ავადმყოფს თავი უნდა გადაუბრუნოს გვერდზე, ოდნავ გულმკერდზე დაბლა და პირის

კუთხესთან მიუტანოს თასი ბალიში რომ არ დაისვაროს, ხოლო ღებინების შემდეგ ავადმყოფს გაუსუფთაოს პირის ღრუ სოდიანი ხსნარით ან ბორისმჟავაში დასველებული ხელსახოცით. კუჭიდან ან თორმეტგოჯა ნაწლავიდან სისხლისდენის შემთხვევაში, რასაც ადასტურებს კუპრისფერი განავალი (განსხვავებით ბუასიდიდან სისხლისდენის დროს სისხლი ალისფერია), ავადმყოფს აწვევენ ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში, აუწევენ საწოლის ფეხების ნაწილს და კუჭის არეში ადებენ ყინულის ბუშტს. ამ შემთხვევაში ავადმყოფს ჭირდება განსაკუთრებული ყურადღება, რომ პანიკაში არ ჩავარდეს, ეკრძალება ლოგინში აქტიური მოძრაობა და ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება უნდა მოხდეს საწოლში. ხანდაზმულ და მოხუცთა ასაკში ყველაზე ხშირი ჩივილია ყაბზობა, ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ნაწლავების ატონია, უმოძრაობა, არასწორი კვება, მედიკამენტოზური და ა.შ. ამ პრობლემის თავიდან ასაცილებლად ავადმყოფს უნდა მიეცეს; სითხით და ვიტამინებით მდიდარი საკვები, ბოსტნეული (ჩაშუშული ფორმით), გამომცხვარი ვაშლი, წიწიბურას ფაფა, მარცვლეული, ჩირები (ამლიერებს ნაწლავის პერისტალტიკას), რომელიც წინასწარ უნდა დალბეს თბილ წყალში, რეკომენდირებულია უზმოზე 0,5 ჩაის ჭიქა ანადუღარი ცივი წყალი, კეფირი ან მაწონი. საკვების მონელების გასაუმჯობესებლად აუცილებელია მოძრაობის გააქტიურება და დამეცლის შეზღუდვა კამის ზეთით. გახანგრძლივებული ყაბზობის შემთხვევაში ექიმის რეკომენდაციით ავადმყოფს უნდა მიეცეს საფაღარათო საშუალებები ან გაუკეთდეს გამწმენდი ოყნა (ჰიპერტონული, ზეთიანი და ა.შ.).

საკონტროლო კითხვები:



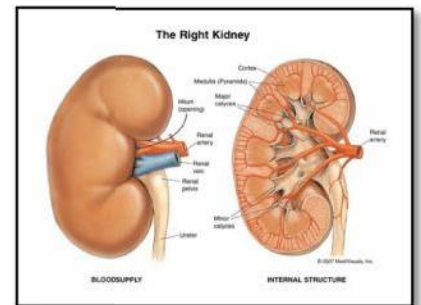
1. საჭმლის მომნელებელი სისტემა რა ასაკობრივ ცვლილებებს განიცდის ხანდაზმულ ასაკში?
2. საჭმლის მომნელებელი ორგანოების რომელი დაავადებებია ყველაზე ხშირი ხანდაზმულ ასაკში და რა თავისებურებები აღინიშნება მათი მიმდინარეობის დროს?
3. ხანდაზმულ ასაკში ქრონიკული გასტრიტი რომელი პათოლოგიების თანხმლებია და რა თავისებურებებით ხასიათდება მათი მიმდინარეობა?

4.საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის დაავადებების დროს რა თავისებურებები უნდა იქნეს გათვალისწინებული ავადმყოფის მოვლის დროს?

5.როგორი უნდა იყოს ხანდაზმულის კვება საჭმლის მომწელებელი ორგანოების დაავადებების დროს?

თემის დასახელება: თირკმელების და შარდგამომყოფი სისტემის ასაკობრივი ცვლილებები და დაავადებები ხანდაზმულ ასაკში.

ხანდაზმული ადამიანის შარდ-სასქესო ორგანოები მკვეთრად განსხვავდება ახალგაზრდის შარდ-სასქესო ორგანოებისგან. 70-80 წლის ადამიანებში 30-50%-ით მცირდება მოქმედ ნეფრონთა რაოდენობა და დაღუპულ ნეფრონთა ადგილს შემაერთებული ქსოვილი იჭერს. მცირდება აგრეთვე თირკმლის პლაზმის ნაკადი 30%-ით, ქვეითდება ნატრიუმის, წყლის და ელექტროლიტური ცვლის პროცესი.



ასევე ქვეითდება გორგლოვანი ფილტრაციის სისწრაფე 15-20%-ით. თირკმლის სისხლდარღვები განიცდის ათეროსკლეროზულ დაზიანებას. შარდის ბუმბტი განიერდება, ღამით განსაკუთრებული ყურადღება დააწესოს ავადმყოფზე. განსაკუთრებით ხშირია სტრესული ენურეზი(შარდისშეუკავებლობა) ხანდაზმულ ქალებში. მედდა ვალდებულია ენურეზიის დროს იზრუნოს ავადმყოფის კანზე-სისტემატიურად გაუსუფთაოს ქაფურის სპირტით ,რომ არ გამვითარდეს ნაწოლები. ავადმყოფს ოთახში უნდა ქონდეს შარდის მიმღები და ღამის განათება, რომ ღამით არ გაუჭირდეს ადგომა და გადაადგილება. თუ უნებლიე შარდვა გამოწვეულია განუკურნებელი სენით,მაშინ საჭიროა კათეტერიზაცია.

შარდ-გამომყოფი ორგანოების პათოლოგიით დაავადებულ ხანდაზმულს ესაჭიროება განსაკუთრებული დიეტა; ადვილადმოსანელებელი, უმარილო საკვები,ხილის და ბოსტნეულის

დღეები, ვაშლის და კარტოფილის დღეები. ავადმყოფმა საკვები უნდა მიიღოს ხშირად, მცირე ულუფებით. ხანდაზმულებში შიმშილის და წყურვილის დღეები არ ინიშნება ან ინიშნება 1-დღით, რომ არ განვითარდეს აზოტემია. მკაცრი წოლითი რეჟიმი რეკომენდირებული არ არის.



საკონტროლო კითხვები:

1. რა ასაკობრივი ცვლილებები ახასიათებს შარდ-სასქესო სისტემას გერიატრიულ ასაკში?
2. რა ფორმით მიმდინარეობს ხანდაზმულ ასაკში თირკმლის დაავადებები?
3. წინამდებარე ჯირკვლის ადენომა ხანდაზმულ ასაკში ხშირია თუ არა, რით არის ეს გამოწვეული და როგორი მიმდინარეობა ახასიათებს?
4. მოხუცთა ასაკში შარდის შეუკავებლობის და სტრესული ენურეზის გამომწვევი მიზეზები და რა პრობლემას აყენებს ეს პათოლოგია?
5. შარდ-გამომყოფი სისტემის პათოლოგიების დროს როგორი უნდა იყოს ავადმყოფის კვება და რა თავისებურებები უნდა იყოს გათვალისწინებული ხანდაზმული ავადმყოფის მოვლის დროს?

თემის დასახელება: ნივთიერებათა ცვლის მოშლილობანი ხანდაზმულ და მოხუცთა ასაკში.

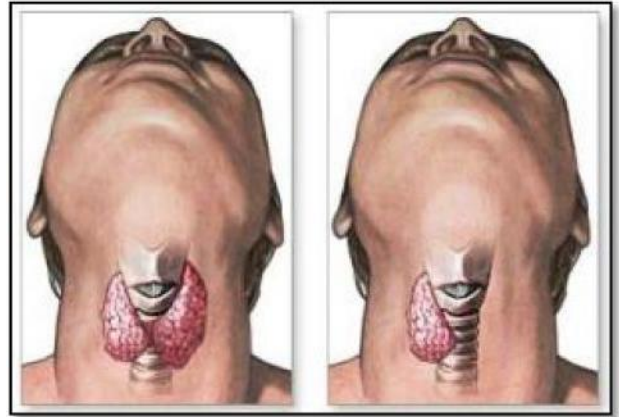
ხანშიშესულ და მოხუცებულ ადამიანებში ხშირად გვხვდება ისეთი დაავადებები როგორცაა; შაქრიანი დიაბეტი ,ჰიპოთირეოზი, ჰიპერთირეოზი ზოგადი სიმსუქნე და კვებითი დეფიციტი.

შაქრიანი დიაბეტის განვითარების სიხშირე მაქსიმუმს აღწევს 45-65 წლის ასაკში და შემდეგ მცირდება. იგი არ არის მონოეტიოლოგიური დაავადება. მოხუცებში ჰიპერგლიკემია ხშირად არ გამოვლინდება გლუკოზურით (შარდში გლუკოზის მომატებით). სადიაგნოსტიკოდ კარგი ტესტია, თუ სისხლის შრატში გლუკოზის დონე მეტია 10 მმოლ/ლ-ზე დიაგნოზი ეჭვს აღარ იწვევს, რაც შემდგომ დასტურდება უზმოზე გლუკოზის დონის და შარდში გლუკოზის კონტროლით.

ხანდაზმულებში თვით დიაბეტის უშუალო ნიშნებზე ადრე, სხვადასხვა ორგანოებში განვითარებული გართულებები იქცევა ყურადღებას და შაქრიანი დიაბეტის გამოვლენის პირველადი მიზეზი ხდება.ესენია; მაობლეტრებელი ათეროსკლემოზი და განგრენა,დიაბეტური ნეიროპათია, რეტინოპათია,დერმოპათია. მძიმედ მიმდინარე დიაბეტი ასაკოვნებში-აციდოზით და დიაბეტური კომით გართულებული-იშვიათად გვხვდება. დიაბეტით დაავადებული პაციენტის მოვლის და მკურნალობის დროს მთავარი ყურადღება

ენიჭება პაციენტის განათლებას. მედდამ უნდა აუხსნას პაციენტს, რომ დაავადების კორეგირება შესაძლებელია დიეტით; იკრძალება; შაქარი, კანფეტი, მურაბა. ნახშირწყლების დოზირება ხდება ინდივიდუალურად ავადობის ფორმის, სიმძიმის, ასაკის და ფიზიკური დატვირთვის გათვალისწინებით. ავადმყოფმა სასურველია მიიღოს ბევრი ბოსტნეული და ხილი (გარდა ყურძენი და ბანანი), ძირითადი დიეტა შეიცავს: ცილა-100გრ, ცხიმი-70გრ, (უმეტესად მცენარეული), კალორიულობა 2300-3100კკალ.

ჰიპოთირეოიდიზმი ხანდაზმულებში ატიპურად მიმდინარეობს და უმეტეს შემთხვევაში ვითარდება; ნაწილობრივი თირეოიდექტომიის შედეგად, ანტითირეოიდული პრეპარატების ჰიპერდოზირების და რადიაქტიური იოდის ხანგრძლივი მკურნალობის შედეგად. კლინიკურად იგი შეიძლება მხოლოდ



ბრადიკარდიით გამოვლინდეს. უნდა გვახსოვდეს, რომ თიროქსინის დანიშვნა მოხუცებში ზრდის მიკარდიუმის ინფარქტის განვითარების რისკს.

თირეოტოქსიკოზი, ისევე როგორც ჰიპოთირეოზი მოხუცებში ატიპურად მიმდინარეობს და ხშირად თან ერთვის ტახიკარდია.

ენდემიური ჩიყვის ძირითადი მიზეზია; ნიადაგში, წყალში და საკვებ პროდუქტებში იოდის დეფიციტი, რაც იწვევს ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერტროფიას. ახასიათებს დისფაგია, ხმის ტემბრის შეცვლა, უცხო სხეულის შეგრძნება ყელში, საერთო სისუსტე.

ბაზედოვის და მიქსედემის შემთხვევები მოხუცებში იშვითია.

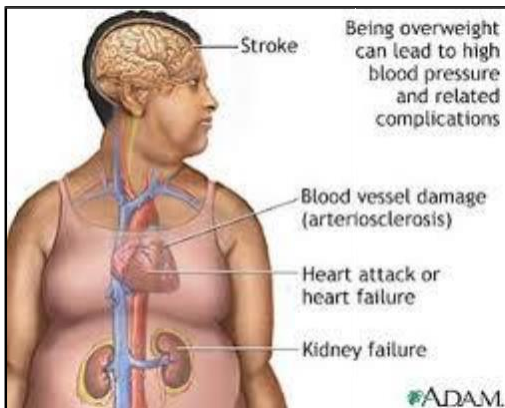
უნდა გვახსოვდეს, რომ თირეოიდექტომიის შემდეგ ხშირია ჰიპოკალციემია (კალციუმის შემცირება სისხლში), ამიტომ ავადმყოფს უნიშნავენ კალციუმით მდიდარ საკვებს, კვერცხის ნაჭუჭის ფხვნილს, კალცი ქლორიდის ხსნარს.

მოხუცებში წონის დაკლების სერიოზული მიზეზებია; მალადსორბცია (საკვების ათვისების დარღვევა) კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ათვისებისანი დაავადებები, კუჭის წყლული, პანკრეასის კარცინომა, ფსიქიური დაავადებები, ენდოკრინული დაავადებები.

ზოგადი სიმსუქნე ხანდაზმულერში შეიძლება იყოს ალიმენტური და მეორადი(ენდოკრინული ან ნერვული სისტემის ორგანული დაავადების შედეგი) უფრო ხშირია ალიმენტური სიმსუქნე,რომელიც მაქსიმუმს 45-50 წლებში აღწევს და ასაკის მატებასთან ერთად მცირდება. ცნობილია,რომ ასაკის მატებასთან ერთად ენერგეტიკული პროცესების,ნივთიერებათა ცვლის ინტენსივობა,ფიზიკური აქტივობა ქვეითდება, მაშინ როდესაც მიღებული საკვების რაოდენობა არამც თუ კლებულობს,არამედ პირიქით მატულობს კიდეც. რეკომენდირებულია; ხანდაზმულ ასაკში კვების რეჟიმის მოწესრიგება. საკვები უნდა იყოს ვიტამინიზირებული და მინერალური



ნივთიერებებით გამდიდრებული. სუფრის მარილის დღიური დოზაა არაუმეტეს 4-5 გრამისა.



სიმსუქნის დროს ინიშნება დიეტა ადვილად შეწოვადი ნახშირწყლების და ცხიმის გამორიცხვით.

კვება უნდა იყოს 5-6 ჯერ დღეში, მცირე ულუფებით-

ბევრი ხილით და ბოსტნეულით.

საკონტროლო კითხვები:



1. გერიატრიულ ასაკში ნივთიერებათა ცვლის მოშლილობებიდან უფრო ხშირად რომელი დაავადებებია გავრცელებული?
2. ხანდაზმულ ასაკში შაქრიან დიაბეტს როგორი გამოვლინება ახასიათებს და რომელი დაავადებებია შაქრიანი დიაბეტის გამოვლენის მიზეზი?
3. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული ავადმყოფის მოვლის და მკურნალობის დროს რას ენიჭება მთავარი ყურადღება?
4. ხანდაზმულ ასაკში როგორი თავისებურებებით მიმდინარეობს ჰიპერ და ჰიპოთირეოზი?
5. ხანდაზმულ ასაკში რა შეიძლება იყოს ზოგადი სიმსუქნის მიზეზი და როგორი დიეტა ინიშნება ამ პათოლოგიის დროს?

ინკურაბელური პაციენტის მოვლის თავისებურებანი ინკურაბელური პაციენტების ხშირი პათოლოგიები

ინკურაბელური, ანუ პალიატიური ეწოდება აქტიურ მრავალპროფილურ მზრუნველობას იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება.

მისი უპირველესი ამოცანაა ტკივილის და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა და ავადმყოფთა სოციალური, ფსიქოლოგიური და სულიერი მხარდაჭერა.

პალიატიური მზრუნველობის მიზანია ავადმყოფების და მათი ოჯახების ცხოვრების უკეთესი ხარისხის მიღწევა

შეიძლება გამოვყოთ ავადმყოფების სამი ძირითადი ჯგუფი, რომელთაც პალიატიური მზრუნველობა ესაჭიროებათ:

1. მეოთხე სტადიის ავთვისებიანი სიმსივნით დაავადებულნი;
2. ტერმინალურ სტადიაში მყოფი შიდსით დაავადებულნი;
3. არაონკოლოგიური ქრონიკული მოპროგრესირე სენით დაავადებულნი.

ტერმინალურ სტადიაში - გულის, ფილტვების დეკომპენსაცია, ღვიძლის, თირკმლების უკმარისობა, გაფანტული სკლეროზი, თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევის მძიმე შედეგები და სხვა.

ინკურაბელური პაციენტის პრობლემების სირთულის დონეები

პალიატიური მზრუნველობისთვის პაციენტთა შერჩევის კრიტერიუმებია



1. სიცოცხლის სავარაუდო ხანგრძლივობა არაუმეტეს 3 - 6 თვისა;
2. შემდგომი მკურნალობის ნებისმიერი მცდელობის მიზანშეუწონლობა;
3. ავადმყოფის ისეთი ჩივილები და სიმპტომები, რომლებიც სიმპტომური თერაპიის და მოვლისთვის სპეციალურ ცოდნასა და უნარს საჭიროებს.

პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზაციის ფორმებია - პალიატიური მზრუნველობა ბინაზე და სტაციონარში. მზრუნველობის სტაციონარული დაწესებულებებია ჰოსპისები.

ჰოსპისის შტატში ან ბინაზე მოვლის ბრიგადაში შედიან სპეციალური მომზადების მქონე ექიმები, ექთნები, სოციალური მუშაკი და სასულიერო პირი.



საკონტროლო კითხვები:

1. რას ნიშნავს ინკურაბელური მზრუნველობა და რა არის მისი უპირველესი ამოცანა?
2. ჩამოთვალეთ პაციენტთა ჯგუფები, რომელთაც ესაჭიროებათ პალიატიური მზრუნველობა.
3. როგორია პალიატიური მზრუნველობისთვის პაციენტთა შერჩევის კრიტერიუმი?
4. დაასახელეთ პალიატიური მზრუნველობის ორგანიზაციის ფორმები.



მოვლის დაგეგმვა პალიატიურ პრაქტიკაში

პალიატიური დახმარების აღმოსაჩენად აუცილებელია ცოდნისა და ჩვევების ათვისება შემდეგი მიმართულებით:

სიცოცხლის დასასრულის დახმარების გაწევის წინასწარი დაგეგმვა

- როგორ მივაწოდოთ სწორად ავადმყოფს ცუდი ამბავი დიაგნოზის და პროგნოზის შესახებ,
- დეპრესიის, შეშფოთების, დელირიუმის მოხსნა,
- როგორ უნდა მოიქცნენ ექიმები, ექთნები, მომვლელები სიცოცხლის უკანასკნელ საათებში,
- გაუტკივარება,
- სიცოცხლის დასასრულს ავადმყოფისთვის პარენტერალური კვების და სითხეების შეყვანის ჩვენებები,
- ეთიკური და რელიგიური პრობლემები,
- ავადმყოფის სიკვდილის შემდეგ ახლობლებისთვის ფსიქოლოგიური დახმარების აღმოჩენა.

პრობლემებზე ფოკუსირებული მოვლა

პრობლემების მიხედვით შეიძლება გამოყენებულ იქნას სხვადასხვა საშუალებები:



სათბური - თბური პროცედურები გამოიყენება მხოლოდ ექიმის ნებართვით, ანთებითი პროცესის გასაწოვად, სხეულის გასათბობად და ტკივილგამაყუჩებლად.

არსებობს რეზინის და ელექტრული სათბურები.

რეზინის სათბური 1 – 1.5 ლ. ტევადობისაა.

ივსება სათბურის 3/4, გამოიდევენება ჰაერი და კარგად მოეჭირება საცობი, მშრალდება, შეიხვევა პირსახოცში და მოთავსდება საჭირო ადგილზე. უნდა შევამოწმოთ კანის გათბობის ხარისხი, რადგან მძიმე ავადმყოფები ყოველთვის სწრაფად ვერ რეაგირებენ და შეიძლება დამწვრობა განვითარდეს.

სათბურის დანიშვნის უკუჩვენებებია მუცლის ღრუს მწვავე ანთებითი პროცესები, სისხლდენა და სხვა.

შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია - არის კათეტერის შეყვანა შარდის ბუშტში შარდის გამოყვანის მიზნით და შარდის ბუშტის გამოსარეცხად.

გამოიყენება რბილი და მაგარი კათეტერი.

ქალის შარდის ბუშტის კათეტერიზაციის დროს ქალებს წინასწარ ჩაბანენ. ავადმყოფი წევს ზურგზე, ფეხები მუხლებში მოხრილი და ოდნავ გაშლილი აქვს. მარცხენა ხელით გადასწევენ სასქესო ბაგეებს. მარჯვენა ხელით კარგად წმენდენ გარეთა სასქესო ორგანოებს და შარდსადენის ხვრელს. პინცეტით იღებენ სტერილურ ვაზელინის ზეთში ამოვლებულ კათეტერს და ფრთხილად შეყავთ შარდსადენის ხვრელში.

მამაკაცის შემთხვევაში, ისიც ზურგზე წევს, ფეხები გადაწეული აქვს, მუხლებში მოხრილი. ტერფებს შორის ჩადგმულია შარდმიმღები თასი. ასევე, ასეპტიკის დაცვით შეყავთ კათეტერი შარდსადენში.



ავადმყოფის ჩაბანა ხდება ანტისეპტიკური ხსნარებით, რომელიც შემთბარია 30 – 32 გრადუსა მდე. გამობანისთვის საჭიროა დოქი, კორცანგი, სტერილური ბამბის ბურთულები. დუნდულოების ქვეშ უნდა ჩავუდგათ ღამის ჭურჭელი. ავადმყოფი წევს ზურგზე, მუხლებში მოხრილი. ჯერ ჩავბანთ სასქესო ორგანოებს, შემდეგ გადავინაცვლებთ უკანა ტანისკენ ზემოდან - ქვევით. გამშრალება ხდება ბამბის ტამპონით იგივე მიმართულებით.

შესხურება - არის სამკურნალო მიზნით საშოს გამორეცხვა წყლით, ან სამკურნალო საშუალებებით.

საჭიროა - 2 ლ. ანტისეპტიკური ხსნარი, ესმარხის ქილა, საშოს ბუნიკი, შესადგმელი ჭურჭელი და შესაფენი მუშამბა.

შესხურებისას ავადმყოფი წევს შესადგმელ ჭურჭელზე, მუხლებში მოხრილი, ბარძაყები გადაწეულია. საპნით და სუფთა წულით ვბანთ გარეთა სასქესო ორგანოებს, სასქესო ხვრელში შეგვყავს ბუნიკი და ნელა ვაწვებით მას ზემოთ და წინ 6 – 7 სმ. შემდეგ ვხსნით ონკანს და ვუშვებთ სითხეს. ბუნიკი ფრთხილად უნდა გამოვიღოთ უკან და ქვემოთ, რომ არ შეეხოს შარდსადენს.

აირგამყვანი მილის სწორ ნაწლავში შეყვანისას მილის გარეთა ბოლო უნდა დარჩეს ოთხად მოკეცილ ზეწარზე, ან განავლის მიმღებში. ნაწლავში მილი შეყავთ ფრთხილად, ბრუნვითი მოძრაობით. თუ ნაწლავში განავალია დაგროვილი, ჯერ უკეთებენ ზეთის, გლიცერინის, გვირილის ნაყენის მიკროოცნას. მილს სწორ ნაწლავში ტოვებენ 30 წუთი.



მოვლის დაგეგმვის პრიორიტეტები

მოვლის დაგეგმვის პრიორიტეტებია:

1. ზრუნვა პაციენტის სუბიექტურ მდგომარეობაზე;
2. პაციენტის მოვლა;
3. დაავადების სიმპტომების, უწინარეს ყოვლისა ფიზიკური და სულიერი ტკივილის კონტროლი.



ინკურაბელური პაციენტის ზოგადი მოვლა

ზოგადი მოვლა გულისხმობს ავადმყოფისთვის ჰიგიენური გარემოს შექმნას, ცალკე ოთახის გამოყოფას. ოთახი დღეში რამდენჯერმე ნიავედება, ხდება დალაგება სველი წესით ქლორამინის 1 - 2 პროცენტის ხსნარით. ყოველდღიურად ხდება ავადმყოფის სახის, ყურების, ხელების დაბანა. ხანგამოშვებით - შხაპი ან აბაზანა, თუ ავადმყოფის მდგომარეობა ამის საშუალებას არ იძლევა - კვირაში ერთჯერ მთელი სხეული ნაწილ-ნაწილ უნდა გაიწმინდოს თბილი წყლით დასველებული პირსახოცით. გამშრალების შემდეგ კანი მუშავდება ძმრის სუსტი ხსნარით ან ოდეკოლონით.

ნაკეცებში უსვამენ საბავშვო კრემს. ათ დღეში ერთხელ აჭრიან ფრჩხილებს. თმა ყოველდღიურად უნდა დაივარცხნოს.

ლოგინი სუფთა და მოხერხებული უნდა იყოს. ზეწარი - გადაჭიმული. ბალიში არ უნდა იყოს დატკეპნილი. შარდის და დეფეკაციის შეუკავებლობისას ზეწრის ქვეშ აფენენ მუშამბას. თეთრეული 5 - 7 დღეში, ან საჭიროებისამებრ უნდა გამოიცვალოს.



სურ. 8

სურ. 9

სურ. 10

ზეწრის გამოცვლისას

ავადმყოფს გადააბრუნებენ გვერდზე, ზეწრის გათავისუფლებულ ნაწილს დაახვევენ და იმ ადგილზე გაშლიან ახალ ზეწარს. ამის შემდეგ ავადმყოფს გადააბრუნებენ სუფთა ზეწარზე და მეორე ნახევარს დაახვევენ. შემდეგ ავადმყოფს კვლავ ზურგზე დააწვენენ.

პერანგის გამოცვლისას, მას გადაატარებენ ჯერ თავზე, შემდეგ - ხელებზე. ჩაცმა ხდება შებრუნებული მიმართულებით. ნადებიან ენას დღეში რამოდენიმეჯერ უნდა წაესვას გლიცერინი, 2 % ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის, ან ლუგოლის ხსნარი. კვება უცილებელია ზუსტად დადგენილ დროს, დღეში ოთხჯერ. ყაზობის დროს ინიშნება ჭარხალი, შავი ქლიავი. საჭიროებისას - გამწმენდი ოყნა.



საკონტროლო კითხვები:

- 1..როგორ იგეგმება ინკურაბელური ავადმყოფის მოვლა?
- 2.პრობლემების მიხედვით, რა საშუალებებს გამოიყენებთ ინკურაბელურ პაციენტებში?
- 3.როგორ ვაწარმოებთ ქალის და მამაკაცის შარდის ბუშტის კათეტერიზაციას?
- 4.რას გულისხმობს ინკურაბელური პაციენტის ზოგადი მოვლა?

უკურნებელ ავადმყოფთა ტერმინალური პერიოდის სიმპტომები და მათი მართვა



ანორექსია - მადის დაკარგვა და კახექსია - კუნთების მკვეთრი ჰიპოტროფია და წონის დაკარგვა ხშირია კიბოთი დაავადებულელებში. მათი შედეგია ასთენია - საერთო სისუსტე, ენერჯის დაკარგვა.

უნდა ვეცადოთ, რომ საკვების მიღება სასიამოვნო იყოს.

კერძი უნდა იყოს ავადმყოფისთვის სასურველი, მცირე

პორციის, ადვილად მოსანელებელი.



აგზნებულობა - დამახასიათებელია ყველა ავადმყოფისთვის. მათ უჩნდებათ შიში, არიან შეწუხებულნი.

დეპრესია - პაოლოგიური მდგომარეობაა. მკურნალობა მდგომარეობს ფიზიკური სიმპტომების კონტროლში და ანტიდეპრესანტების გამოყენებაში, პრობლემების სხვისთვის გაზიარებაში.

ცნობიერების დაბინდვა - ისეთი მდგომარეობაა, როდესაც ავადმყოფი კარგავს დროში, სივრცეში, ადამიანებში ორიენტაციას.



გულისრევა, ღებინება - რთული რეფლექსური აქტია. პირთან უნდა მივუტანოთ სუფთა თასი, მოოვხსნათ პროტეზი, დავსვათ მოხერხებულად. თუ მწოლიარეა, თავი გვერდზე შევუბრუნოთ ისე, რომ ტანზე ოდნავ დაბლა ჰქონდეს. ღებინების შემდეგ ავადმყოფს პირი თბილი წყლით გამოვავლებინოთ, ტუჩები მოვწმინდოთ.

ღებინების შესაჩერებლად მივცეთ პიტნის რამდენიმე წვეთი, წყლის ყლუპი, ყინულის პატარა ნატეხი.



შეკრულობა, ყაზობა - ამ დროს აღინიშნება მუცლის სისავსის გრძობა, კოლიკის მოვლენები. გამოიყენება გამწმენდი, გამომრეცხავი, გამხსნელი ოყნა.

ოყნის უკუჩვენებაა უკანა ტანის ანთებითი დაავადებები, ბუასილი.

გამწმენდი ოყნის გასაკეთებლად იყენებენ ესმარქის ტოლჩას. ის 1-2 ლ. ტევადობის რეზერვუარია ფსკერზე ხვრელით. მასზე წამოცმულია რეზინის მილი ბოლოში ონკანით სითხის

რეგულირებისთვის.

ავადმყოფი უნდა იწვეს მარცხენა გვერდზე. ფეხები მოხრილია მუხლებში და მუცელთან მიზიდული. საწოლზე აფარებენ მუშამბას, რომლის თავისუფალი ბოლო ვედროშია ჩაშვებული.

ესმარქის ტოლჩაში ასხამენ 25-35 გრადუსი ტემპერატურის 1-2 ლ. წყალს. კარგია თუ წყალს დავუმატებთ 1-2 კოვზ სუფრის მარილს, ან 1 ჭიქა გვირილის ნაყენს, 2-3 ს. კ. გლიცერინს.

გამწმენდი ოყნის არაეფექტურობისას აკეთებენ გამომრეცხ ოყნას სიფონის პრინციპით.

გამხსნელი ოყნის საჭიროებისას მსხლისებური ფორმის რეზინის ბალონს ავსებენ სუფრის მარილის ჰიპერტონული ხსნარით, ან მაგნიუმის, ნატრიუმის სულფატის ხსნარით, ან ზეთოვანი ხსნარით. ბალონის ბუნიკს უსვამენ ვაზელინს. ავადმყოფს სთავაზობენ 20-30 წუთით შეაჩეროს დეფეკაცია.

დიარეა - არის დეფეკაციის სიხშირის და განავლოვანი მასების გაჯირჯვების მომატება.

დისფაგია - არის ყლაპვის აქტის მოშლა.

გულმძარვა - არის წვის შეგრძნება საყლაპავში. რეკომენდებულია ტუტე ხსნარის მიღება.

მეტეორიზმი - არის ნაწლავებში აირების პათოლოგიური წარმოქმნა, რაც მუცლის შებერვას იწვევს. ინიშნება აირგამყვანი საშუალებები. ოყნა, დიეტა, აირგამყვანი მილის ჩადგმა.

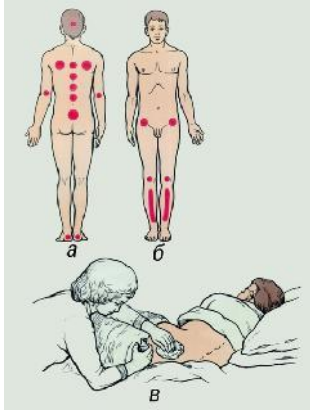
ზოიანი - კუჭიდან აირების ამოსვლაა. უნდა ვუმკურნალოთ ძირითად დავადებას.

უნებლიე დეფეკაცია - აღინიშნება ანალური სფინქტერის მოდუნების შედეგად.

ქოშინი - სუნთქვის გაძნელებაა. მას თან სდევს ტაქიპნოე, ჰიპერპნოე.

მკურნალობა დამოკიდებულია გამომწვევ მიზეზებზე, აუცილებელია მაღალი სასთუმალი, სუფთა ჰაერის მიწოდება.

სლოკინი - დიაფრაგმის კრუნჩხვითი შეკუმშვაა. საჭიროა ხახის სტიმულაცია, ცივი წყლის დალევა, სუნთქვის შეჩერება, ქალაღის პარკში სუნთქვა, სისხლში ნახშირორჟანგის კონცენტრაციის გაზრდისთვის, მედიკამენტოზური დახმარება.



წყლულების გაჩენა - წყლულები ჩნდება ისეთ ადგილებში, რომლებიც ახლოსაა ძვლებთან. ის იწყება კანიდან და ვრცელდება კანქვეშა ქსოვილებზე. ჯერ კანზე ჩნდება სიწითლე, რომელიც თითის დაჭერით თეთრდება, შემდეგ კი ერთი თვის ადგილზე ჩნდება დეფექტი - ჩამოყალიბდება წყლული, რომელიც კრატერის ფორმისაა. მძიმე შემთხვევაში აღინიშნება კუნთების, ძვლების, მყესების ნეკროზი.

პროფილაქტიკა - წყლულის გაჩენის მაღალი რისკის ადგილები რეგულარულად უნდა შემოწმდეს,

სასურველია ოთხ საათში ერთხელ.

ყოველ ორ საათში ავადმყოფს შევუცვალოთ მდებარეობა საწოლში;

ავადმყოფი უნდა იწვეს რბილ ზედაპირზე;

კანი უნდა იწმინდებოდეს რეგულარულად ანტისეპტიკური ხსნარებით;

უნდა შევინარჩუნოთ კანის სიმშრალე; ზეწარი

უნდა იყოს კარგად გადაჭიმული; მკურნალობა

დამოკიდებულია წყლულის ტიპზე.

ფისტულები - უნდა ვიზრუნოთ ფისტულის ხვრელის ირგვლივ კანის სისუფთავეზე, ფისტულის ირგვლივ კანი უნდა გაიწმინდოს ანტისეპტიკური ხსნარებით.

ლიმფოდემა - ის ქსოვილების ლიმფოსტაზით გამოწვეული შემუშებაა.

საჭიროა პაციენტის ფსიქოლოგიური მხარდაჭერა, კანის მოვლა, ვარჯიშები, სხეულის მდებარეობის შეცვლა, მსუბუქი მასაჟი. დაბანის შემდეგ შესივებული კიდური ფრთხილად უნდა გავამშრალოთ, განსაკუთრებით თითებზე, ნაკეცებს შორის.

გარეგანი ზეწოლა ლიმფოდემის მკურნალობის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. სპეციალური სახელოები, წინდები პაციენტმა მთელი დღე უნდა ატაროს და ღამე მოიხსნას. დაბინტვა იწყება თითებიდან. ბინტი უნდა მოიხსნას ერთი დღე-ღამის შემდეგ, ან დაუყოვნებლივ, როგორც კი დატენიანდება.



ტკივილი - გვაწვდის ინფორმაციას ორგანიზმზე მავნე ფაქტორთა დამაზიანებელი, საშიში ზემოქმედების შესახებ.

მნიშვნელოვანია სწორი ფსიქოლოგიური მიდგომა, მეგობრული ურთიერთობა.

მკურნალობა - ანთების საწინააღმდეგო ანალგეზიური საშუალებებით, ნეიროლეპტიკებით, საძილე საშუალებებით და სხვა.

ტერმინალურ სტადიაში ყველაზე ხშირია პირის ღრუს სიმშრალე, კარიესი, კბილების ჰიპერმგრძობელობა, პირის ღრუს ინფექცია, აფტოზური წყლულები, ჰალიტოზი.

ამ შემთხვევაში აუცილებელია ტუჩებზე ზეთოვანი ნივთიერებების და ჟელებების წასმა, პირის გამორეცხვა ხსნარით - 1 ლიტრი წყალი, 1 ჩ. კ. სოდა, 1 ჩ. კ. მარილი, მენტოლის ზეთი. გამორეცხვა უნდა მოხდეს 2-4 საათში ერთხელ.

ყბის, ენის, ნუშურების, ცხვირ-ხახის კიბოს დროს, ავადმყოფს სჭირდება დახმარება საკვების მიღებისას. აუცილებელია სპეციალური ჭურჭელი, ზონდები. პირის ღრუ უნდა გამოფურეცხოთ სუსტი სადეზინფექციო ხსნარის ჭავლით ქაღალდის, ან რეზინის ბალონიდან.

ამ დროს ავადმყოფი უნდა იჯდეს, თავი ძირს დახრილი უნდა ჰქონდეს, მწოლიარეს - გვერდზე გადაწეული.



თანმხლები დაავადებების პრევენცია

თანმხლები დაავადების გამწვავების პრევენციისთვის აუცილებელია ქრონიკული ტკივილის და თანმხლები დაავადების მკურნალობისას გამოყენებული მედიკამენტების ურთიერთქმედების გათვალისწინება.

ქრონიკული ტკივილის მედიკამენტური მკურნალობის ფონზე ონკოლოგიურ ავადმყოფს შეიძლება უტარდებოეს სხივური და ქიმიოთერაპია, ქირურგიული ჩარევა და სხვა. ასეთი მკურნალობა მნიშვნელოვანია იმ თვალსაზრისით, რომ სპეციალური, თუნდაც პალიატიური მკურნალობის შედეგად, შეიძლება მოხდეს ტკივილის გამომწვევი წყაროს ლიკვიდაცია.

გასათვალისწინებელია, რომ ქრონიკული ტკივილის სამკურნალო თითქმის ყველა საშუალება უნდა მოიხსნას თანდათანობით, დღიური დოზის ნელ-ნელა შემცირებით, მოხსნის სინდრომის ასაცილებლად.

საკონტროლო კითხვები:



1. როგორ ვმართოთ ტერმინალური პერიოდის სიმპტომები?
2. როგორია ნაწილების პროფილაქტიკა და მკურნალობა?
3. როგორ მოვუაროთ ფისტულას?
4. როგორ მოვუაროთ ლიმფოსტაზით გამოწვეულ შეშუპებას?
5. როგორ ვებრძოლოთ მეტეორიზმს?
6. როგორია გამწმენდი ოყნის გაკეთების ტექნიკა?
7. რა არის ანორექსია?
8. რა ზომებს მივმართავთ დეპრესიული პაციენტის მოვლისას?
9. რა ზომებს ვიღებთ ღებინების დროს?
10. როგორ დავებმართოთ ავადმყოფს ქოშინით?
11. როგორ შევუმსუბუქოთ ავადმყოფს ტკივილი?
12. რა უნდა გავაკეთოთ თანმხლები დაავადების გამწვავების პრევენციისთვის?

მელოგინის მოვლა



იგი იწყება მომყოლის დაბადების მომენტიდან და მთავრდება 6-8 კვირის შემდეგ. სიმპტომებია: საშვილოსნო მშობიარობის შემდეგ კარგად იკუმშება, მას აქვს მკვრივი კონსისტენცია, ძლიერ მოძრავია საშვილოსნოს იოგოვანი აპარატის ზედმეტი დაჭიმულობის გამო. როცა მეზობელი ორგანოები გადავსებულია (შარდის ბუშტი, სწორი ნაწლავი) საშვილოსნო იწევს ზევით. ლოგინობის პერიოდის ყოველ დღე საშვილოსნო ხდება სულ უფრო მცირე, რაზეც შეიძლება ვიმსჯელოთ საშვილოსნოს ფუძის დგომის მიხედვით-მშობიარობის შემდგომ პირველ 10-12 დღეში საშვილოსნოს ფუძე დაიწევს ყოველდღიურად ერთი განივი თითით. პირველ ორ დღეს საშვილოსნოს ფუძე დგას ჭიპის დონეზე, შარდის ბუშტის დაცლის დროს, ხოლო მე-10-12 დღეს მშობიარობიდან საშვილოსნოს ფუძე იმალება ბოქვენის უკან.

საშვილოსნოს ყელი ფორმირდება შიგნიდან გარეთ მიმართულებით. მშობიარობის დამთავრებისთანავე საშვილოსნოს ყელს აქვს თხელკედლიანი ტომრის სახე, მისი არხი თავისუფლად ატარებს ხელის მტევანს. დასაწყისში იხურება საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირი, შემდეგ-გარეთა პირი. საშვილოსნოს ყელის შიგნითა პირი იხურება მე-7-10 დღეს, გარეთა პირი კი-მე-18-21 დღეს მშობიარობის შემდეგ.

საშვილოსნოს შიგნითა ზედაპირი მშობიარობის შემდეგ წარმოადგენს მთლიან ჭრილობის ზედაპირს ეპითელის ნაფლეთებით, საშვილოსნოს ფსკერის ჯირკვლებით და ენდომეტრიუმის ბაზალური შრის სტრომით. ლორწოვანი გარსი საშვილოსნოს შიგნითა მთლიან ზედაპირზე აღდგება მე-7-10 დღეს, ხოლო პლაცენტარული მოედნის მიდამო

აღდგება-მე-3 კვირის ბოლოს. ენდომეტრიუმის აღდგენის დროს წარმოიქმნება მშობიარობის შემდგომი გამონადენი-ლოქიები, რომელიც წარმოადგენს ჭრილობის სეკრეტს. პირველი 3-4 დღე ლოქიები არის სისხლიანი, შემდეგი 3-4 დღე არის სეროზულ-სისხლიანი, მე-7-8 დღეს უკვე არის სისხლნარევი, ხდება ღია ფერის. მე-3 კვირიდან ლოქიები ხდება მწირი ხოლო მე-5-6 კვირიდან ლოქიები წყდება. თუ ლოქიები მე-7-8 დღეს სისხლნარევია, ეს მიუთითებს, რომ საშვილოსნოს უკუგანვითარება შენელებულია, რაც ხდება იმის გამო, რომ საშვილოსნო ცუდად იკუმშება პლაცენტის ქსოვილების ნარჩენების საშვილოსნოში ჩარჩენის გამო, ასევე ანთებების გამო და ა. შ. ზოგჯერ გამონადენი არ არის, რადგან ლოქიები გროვდება საშვილოსნოში.

ლოგინობის ხანის ნორმალური მიმდინარეობის დროს მელოგინის მდგომარეობა კარგია, სუნთქვა ღრმაა, პულსი რითმულია, 70-76 წუთში, იშვიათად შენელებულია, ტემპერატურა ნორმალურია, აჩქარებული პულსი და ტემპერატურის მატება მიუთითებს ლოგინობის ხანის გართულებაზე, უფრო ხშირად მიანიშნებს ლოგინობის პერიოდის ინფექციაზე. მელოგინის შარდის ბუშტის ფუნქცია ჩვეულებრივ ნორმალურია, მხოლოდ ზოგჯერ წარმოიშვება ხანდახან კუჭის შეკრულობა, რაც განპირობებულია ნაწლავების ატონიით. ატონია ხელს უწყობს მუცლის პრესის მოდუნებას და მშობიარობის შემდეგ მოძრაობის შეზღუდვას. მშობიარობის შემდეგ მე-3-4 დღეს სარძევე ჯირკვლები იწყებენ რძის გამომუშავებას. ისინი ზომავი დიდებიან, ხდებიან მგრძობიარე. არც ისე იშვიათად სარძევე ჯირკვლების ძლიერი შეშუპების გამო წარმოიქმნება გამჭოლი ტკივილი. ზოგჯერ მე-3-4 დღეს მელოგინის თვითგანწყობა შეიძლება გაუარესდეს სარძევე ჯირკვლებში რძის მოწოლის გამო, თუმცა რძე გამოიყოფა ამ დროს მცირე, ამიტომ სარძევე ჯირკვლის გამოწველა ამ დროს უშედეგოა და მავნებელია.

ლოგინობის ხანაში მელოგინეს აუცილებლად უნდა შევუქმნათ რეჟიმი, რომელიც ხელს უწყობს სასქესო ორგანოების სწორ უკუგანვითარებას, ჭრილობის ზედაპირების შეხორცებას, ორგანიზმის ნორმალურ ფუნქციას. ჭრილობის ზედაპირები საშვილოსნოში და სამშობიარო გზების სხვადასხვა ნაწილებში წარმოადგენს ინფექციის იოლად შეჭრის გზებს, ამიტომ მელოგინის მოვლის ორგანიზაციაში ძირითადი წესია ასეპტიკის და ანტისეპტიკის ყველა წესების მკაცრი დაცვა.

მელოგინის მოვლაში მთავარია: ზოგად მდგომარეობაზე დაკვირვება და მელოგინის თვითგანწყობა, პულსის კონტროლი არანაკლებ დღეში 2-ჯერ და ტემპერატურის გაზომვა. გარდა ამისა, მეთვალყურეობენ სარძევე ჯირკვლების მდგომარეობას (აქვს თუ არა ნახეთქები კერტებზე). ყოველდღიურად სინჯავენ საშვილოსნოს ფუძის სიმაღლეს, მის კონსისტენციას, ფორმას, მგრძობელობას. ათვალეიერებენ გარეთა სასქესო ორგანოებს, საზღვრავენ ლოქიების ხასიათს და რაოდენობას. მეთვალყურეობენ კუჭის მოქმედებაზე და შარდის ბუშტის დაცლაზე. ყველა ეს აღნიშნული მონაცემები შეაქვთ მელოგინის ისტორიაში.

როცა გვაქვს მტკივნეული მშობიარობის შემდგომი შეტევები, ნიშნავენ: ამილოპირინს, ანტიპირინს 0.3-0.5დრ. საშვილოსნოს შენელებული ინვოლუციის დროს უნიშნავენ საშვილოსნოს შესაკუმშ საშუალებებს.

მოშარდვის გაძნელების დროს ატარებენ მთელ რიგ ღონისძიებებს. კუჭის შეკრულობის დროს მე-3 დღეს აკეთებენ გამწმენდ ოყნას, ან უნიშნავენ საფადარათო საშუალებებს (აბუსალათინის ან ვაზელინის ზეთს).

თუ ლიგინობის ხანა მიმდინარეობს გართულებების გარეშე და არ გვაქვს შორისის ჩახეხვები, მაშინ მელოგინეს მე-2 დღეს ნებას აძლევენ დაჯდეს, ხოლო მე-3-4 დღეს -სიარულის ნებას. ადრე ადგომა ხელს უწყობს შარდის ბუშტის უკეთ ფუნქციონირებას, ასევე კუჭის კარგად მოქმედებას და საშვილოსნოს უფრო სწრაფ შეკუმშვას. შორისის 1-2 -ხარისხის ჩახეხვის დროს არ არის წინააღმდეგ ჩვენება ადრე ადგომა, ოღონდ არ შეიძლება დაჯდომა. ჯანმრთელი მელოგინეები ლოგინობის მე-2 დღიდან იწყებენ სამკურნალო ტანვარჯიშს. ვარჯიშები ტარდება დღის პირველ ნახევარში, უკეთესია საუზმის შემდეგ 2 სთ-ის გასვლისას, ზაფხულში-გახსნილ ფანჯრებთან, ზამთარში-პალატის გულმოდგინედ განიავების შემდეგ. ვარჯიშები ხელს უწყობს ნივთიერებათა ცვლის გაუმჯობესებას, სუნთქვის გაღრმავებას, მუცლის პრესის კუნთების გამაგრებას და შორისის აღდგენას. ვარჯიშები ტარდება ნელ ტემპში. ვარჯიშის ხანგრძლივობა არის 5-15 წუთი, ასევე მელოგინე ატარებს ვარჯიშებს ბინაზე გაწერის შემდეგ, რის შესახებ უნდა აფუხსნათ მელოგინეს. ყოველი კვების წინ მელოგინემ უნდა დაიბანოს ხელები, ყოველდღე გამოიცვალოს პერანგი, დღეში 2-ჯერ მაინც აწარმოოს გარეთა სასქესო ორგანოების ტუალეტი. სარძევე ჯირკვლები საჭიროა ჩამოიბანოს 0.5%-ნი ნიშადურის სპირტის ხსნარით ან თბილი წყლით საპნთან ერთად და საღამოს ძუძუთი კვების შემდეგ. ძუძუს თავები-კერტები უნდა ჩამოიბანოს 1%-იანი ბორის მჟავით და გავამშრალეთ სტერილური საღებავით. როცა გვაქვს სარძევე ჯირკვლის მნიშვნელოვანი გადიდება, საჭიროა სითხის მიღების შეზღუდვა, უნიშნავენ საფადარათო საშუალებებს. თუ ძუძუსწოვების დროს სარძევე ჯირკვალი იცვლება არასაკმარისად, მაშინ ყოველი კვების შემდეგ აუცილებელია გამოვწველოთ რძე რძის გამწოვით. დილას და საღამოს ატარებენ ჰაერის აბაზანებს 15 წუთის განმავლობაში.

მელოგინე არ საჭიროებს განსაკუთრებულ კვებას. ჩვეულებრივ კვებას ემატება 0,5ლ კეფირი, 100-200გრ ხაჭო, ახალი ხილი, კენკრა, ბოსტნეული. რაციონიდან უნდა გამოვრიცხოთ მწარე და ცხიმიანი საკვები, ალკოჰოლი.

მელოგინეს, რომელსაც აქვს მომატებული ტემპერატურა, ზემო სასუნთქი გზების კატარი, ლოგინობის ხანის სხვა დაავადებები, საჭიროა იზოლირება ჯანმრთელი მელოგინეებისაგან, რისთვისაც დაავადებული მელოგინე გადაჰყავთ სხვა სამეანო განყოფილებაში ან იზოლირებულ პალატაში. ლოგინობის ხანის ნორმალური მიმდინარეობისას, მელოგინეს გაწერენ მშობიარობიდან მე-7-8 დღეს.

მელოგინის მეთვალყურეობა და მოვლა

მელოგინეთა განყოფილებაში მომუშავე სამედიცინო პერსონალი უზრუნველყოფს მელოგინის გულმოდგინე მოვლას, იცავს უმკაცრესად ასეპტიკისა და ანტიასეპტიკის წესებს. პალატაში უნდა იმყოფებოდნენ მხოლოდ ჯანმრთელი ქალები. მელოგინეებს, რომელთაც აქვთ მომატებული ტემპერატურა, შორისზე ნაკერების გახსნა, სუნიანი ლოქიები, უნდა გადავიყვანოთ სპეციალურ სამეანო განყოფილებაში, სადაც მელოგინეები იმყოფებიან ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ.

ლოგინობის პირველი 4 დღის განმავლობაში პალატაში წარმოებს დღე-ღამეში 3-4-ჯერ დალაგება, შემდეგ დღეებში-დილით და საღამოს.მედდა თვალყურს ადევნებს, რომ მელოგინის

გარეთა სასაქესო ორგანოები იყოს სისუფთავეში. ჩაბანვის დროს ყურადღებას აქცევენ უკანა ტანის მიდამოს, სადაც მშობიარობის შემდეგ არც ისე იშვიათად წარმოიქმნება ჰემოროიდალური კვანძები, მათ ადებენ ყინულის ბუშტს, რომელიც შეხვეულია სტერილურ სახვევეში. სწორ ნაწლავში დღეში ერთჯერ შეჰყავთ ბელადონას სანთელი. დიდი ჰემოროიდალური კვანძები თუ ზომიანი სწრაფად არ იკლებს და არ ქრება, საჭიროა მისი ხელით შესწორება შიგნით. კეთდება რეზინის ხელთათმანით 1-2 თითით, რომელსაც ვაზელინი აქვს წასმული, ამ დროს მელოგინე წევს გვერდზე.

ახალშობილის ინფიცირების თავიდან აცილებისათვის არ აძლევენ უფლებას იყოს დედის ლოგინთან შეხებაში. ამისათვის ბავშვს აწვენენ მუშამბაზე ან სტერილურ საფენზე. დედა მომზადებული უნდა იყოს მუძუწოვებისათვის, მისი ხელები უნდა იყოს სუფთად დაბანილი. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს სარძევე ჯირკვლების მოვლას. რეკომენდირებულია სარძევე ჯირკვლების ნიშადურის სპირტით ან საპნიანი თბილი წყლით მობანვა დილით და საღამოს კვების შემდეგ. კერტებს ამუშავებენ 1%-ანი ბორის მჟავით და ამშრალევენ ჰიგროსკოპიული სტერილური ბინტით. კერტებზე მცირე ზომის ნახეთქებისას იყენებენ სტერილურ თევზის ქონს, რომლითაც ამუშავებენ კერტებს და არეოლებს, ადებენ კერტებს ბინტს. თევზის ქონი შეიძლება შევცვალოთ კალენდულას მალამოთი. რეკომენდირებულია კერტებზე მივაფრქვიოთ სტრეპტოციდის ფხვნილი.

მელოგინეები აუცილებლად უნდა იცავდნენ პირადი ჰიგიენის წესებს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სხეულის სისუფთავის დაცვა, პირადი და საწოლის თეთრეულის ცვლა ყოველ 4-5 დღეში ერთხელ. თუ მელოგინე ძლიერ ოფლიანობს, მაშინ თეთრეული უნდა გამოვცვალოთ უფრო ხშირად, განსაკუთრებით პერანგი და ზეწარი. აუცილებელია ასევე ხშირად გამოვცვალოთ საფენები, ასევე ლოგინის და მოვლის საგნების სისუფთავე.

მედაა მეთვალყურეობს, რომ მელოგინის ძილი იყოს საკმარისი, ხოლო პალატაში იყოს სიჩუმე. განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა მელოგინის დიეტას. კვება უნდა იყოს მრავალმხრივი, კალორიული, საკმარისი რაოდენობით, ბოსტნეულით და ხილით. დღის განმავლობაში მელოგინემ უნდა მიიღოს 0,5ლ-1ლ რძე.

თუ მელოგინე უჩივის შემცივნებას თავის ტკივილს, ტკივილს მუცლის ქვედა არეში და ა.შ. საჭიროა გავუზომოთ ტემპერატურა და პულსი მელოგინეს და ვაცნობოთ ექიმს.

სპეციალური სწავლებით აღჭურვილი მედა ან მეთოდისტი ატარებს მელოგინესთან სამკურნალო ფიზკულტურას მუცლის პრესის კუნთების და მენჯის ფსკერის კუნთების გამაგრებისათვის.

თუ მშობიარობის შემდგომ პირველ დღეებში ქალს უჭირს შარდის გამოშვება, მაშინ შარდის ბუშტის კათეტერიზაციამდე საჭიროა ვეცადოთ თვითნებურად შარდის გამოშვება: ქალს მენჯის ქვეშ უდებენ თბილ ღამის ქოთანს (სუდნოს) და ასხავენ გარეთა სასაქესო ორგანოებზე თბილ წყალს.

გარეთა სასაქესო ორგანოების შემუშების შემთხვევაში მათ ადებენ სტერილურ დოლბანდს, ზემოდან ადებენ ყინულის პარკს.

პირველ სამ დღეს შეიძლება გართულებული იყოს კუჭის მოქმედება. თუ არ არის წინააღმდეგ ჩვენება შეიძლება დავდგათ გამწმენდი ოყნა.

მედდა ვალდებულია პალატებში მეთვალყურეობა გაუწიოს ჰაერის ტემპერატურას, რომელიც არ უნდა იყოს +18-20 გრადუს ცელსიუსზე მეტი.

რეგულარულად უნდა ხდებოდეს პირსახოცების, საფენების, ზეწრების და ა.შ. ცვლა. ლოგინის თეთრეულის ცვლა წარმოებს პალატის სველი წესით დალაგების წინ და არანაკლებ 1 საათისა ახალშობილის ძუძუს წოვების წინ.

მუშამბის ტომრები, რომლებშიც ჭუჭყიანი თეთრეულია, მოთავსებული უნდა იყოს მჭიდროდ თავდახურულ ბაკებში. კატეგორიულად იკრძალება თეთრეულის იატაკზე დაყრა ან ბაკის თავსახურის ღიად დატოვება.

ყოველდღიურად, არანაკლებ 3-ჯერ დღეში აუცილებელია ჩავატაროთ სველი წესით დალაგება იატაკის, პანელების, მელოგინის პალატის მყარი ინვენტარის, დერეფნების და ყველა დამხმარე სათავსოსი. ამისათვის იყენებენ 0,15%-ანი ქლორამინის ხსნარს. მიმდინარე დეზინფექციისათვის რეკომენდირებულია გამოიყენოთ ქლორამინის გარდა, წყალბადის ზეჟანგი სარეცხი საშუალებებით. სველი წესით დალაგების შემდეგ პალატაში აწარმოებენ განიავებას არანაკლებ 30 წუთით, შემდეგ ასხივებენ ბაქტერიციდული ნათურით.

შორისზე ნაკერების მოვლას აქვს თავისებურებები. მელოგინის ტუალეტი ამ დროს ხდება 4-5 დღის განმავლობაში ლოგინობის ხანაში. ჩამობანვა წარმოებს ძალიან ფრთხილად, ვინაიდან ნაკერების ადგილები არ შეიძლება გავწმინდოთ ბინტით. ბარძაყების შიგნითა ზედაპირები და გარეთა სასქესო ორგანოები უნდა ჩამოვბანოთ კალიუმის პერმანგანატის სუსტი ხსნარით. ნაკერები უნდა დავამუშაოთ 5%-ნი იოდის ნაყენით ან მივაყაროთ სტრეპტოციდი, ნადებების გაჩენისას ნაკერებზე ჩამოვბანოთ წყალბადის ზეჟანგის 3%-ანი ხსნარით და დღეში ერთხელ წავუსვათ 5%იოდის ნაყენი.

კერტების ნახეთქები

ჩვეულებრივ წარმოიქმნება ძუძუსწოვების დროს. ნახეთქების გაჩენას ხელს უწყობს ძუძუსწოვების არასწორი ტექნიკა, როცა ბავშვი იღებს კერტს (ძუძუს თავს) კერტის ირგვლივი წრის გარეშე. სწორი კვების ტექნიკა განსაკუთრებით საჭიროა პირველ დღეებში ძუძუზე დასმის დროს.

ორსულობის დროს ნახეთქების თავიდან აცილებისთვის საჭიროა მოვამზადოთ სარძევე ჯირკვლები კვებისათვის ორსულობის დროს.

ლოგინობის ხანაში ყოველი კვების წინ აუცილებელია სარძევე ჯირკვლები ჩამოვბანოთ თბილი გადადუღებული წყლით, კერტები გავწმინდოთ 60-70%-იანი ეთილის სპირტით; ხოლო კვების შემდეგ ძუძუს თავებს წავუსვათ ვაზელინის ზეთი.

კერტებზე ნახეთქების გაჩენისას, ყოველი კვების შემდეგ, ძუძუზე უნდა წავუსვათ 1%-ანი მეთილენის ლურჯის სპირტიანი ხსნარი, თავებზე ადებენ საღვეთქებს სინტომიციანი ემულსიით. კვების წინ ამ ემულსიას ჩამოვბანენ.

ახალშობილის ტუალეტი



ახალშობილის ჭიპლარის გადაკვანძვის შემდეგ ბავშვი გადაჰყავთ თბილ საფენებიან მაგიდაზე (შესახვევი მაგიდა უნდა იყოს დაფარული ისეთი ზედაპირით, რომელიც ადვილად ირეცხება, მის კიდეებზე მიმაგრებულია სანტიმეტრიანი ლენტი 60სმ-ის სიგრძის). ახალშობილს ხელზე უკეთდება სამაჯური, რომელზეც იწერება სქესი, თარიღი, დაბადების საათი, დედის გვარი, სახელი, ისტორიის ნომერი.

ჭიპლარს ამუშავებენ, ზომავენ ახალშობილის სიგრძეს და მასას, შემდეგ შეახვევენ და გარედან მოახვევენ პლედს და ამაგრებენ მასზე რეზინის „მედალიონს“, სადაც წერია დედის გვარი, ბავშვის სქესი, ისტორიის ნომერი. შეხვევის შემდეგ ახალშობილი გადაყავთ პალატაში, სადაც განყოფილების მედდა შეამოწმებს ნომერს სამაჯურზე და „მედალიონზე“ ასევე შეამოწმებს ისტორიის მიხედვით ახალშობილის სიგრძეს და მასას, ათვალეირებს ჭიპლარის ჭრილობას, მის სახვევს. შემდგომი ბავშვის დათვალეირება ხდება დღე-ღამეში ორჯერ, შეამოწმებენ კანის ყველა ნაკვეთს, სადაც თავისუფლად წარმოიშვება სისველე, ზომავენ ტემპერატურას. ახალშობილის სახეს წმინდავენ დოლბანდით, რომელიც დასველებულია ანადუღარ წყალში ან 2% - იან ბორის მჟავას ხსნარში, თვალებს უწმენდენ 2%-იანი ბორის მჟავით, ყოველ თვალს ცალ-ცალკე ბამბის ტამპონით. ცხვირის ნესტოები უნდა დამუშავდეს ფრთხილად ვაზელინში დასველებული ბამბის ჯოხებით.

შარდის გამოყოფის და დეფეკაციის შემდეგ ახალშობილის ქვედა ნაწილს ჩაბანენ გამდინარე წყლით, გულმოდგინედ გაამშრალევენ (მხოლოდ საფენის მიდებით და არა გადასმით.)

დუნდულოების კანს და საზარდულის მიდამოს წაუსვავენ ვაზელინის ზეთს.

თუ კანზე აღმოჩნდა შეწითლებული ადგილები მათ ამუშავებენ სტერილური ვაზელინით ან მზესუმზირის ზეთით. მაცერაციის წარმოშობისას რეკომენდებულია 3%-იანი კალიუმის პერმანგანატი და პუდრის მიყრა.

თუ განვითარდა კანზე ჩირქოვანი გამონაყარი, საჭიროა ბავშვის იზოლირება, თითოეული ჩირქოვოვა მუშავდება გრამიციდინის 0,04%-იანი სპირტიანი ხსნარით.

ჭიპლარის გადაკვანძვას აწარმოებენ ახალშობილის დაბადებიდან 2-3 წუთის გასვლის შემდეგ, როცა ჭიპლარში პულსაცია შეწყდება. ჭიპლარის დაუყოვნებლივ გადაკვანძვა დაბადების შემდეგ ახალშობილს აკარგვინებს 50-100 მლ.

სისხლს, რომელიც პულსაციის შეწყვეტამდე გადის პლაცენტიდან ჭიპლარის გავლით ნაყოფამდე. ჭიპლარი გადაიკვანძება და შემდეგ გადაიჭრება ასეპტიკურ პირობებში, ამისათვის ჭიპლარის რგოლიდან 10-12 სმ-ის დაშორებით უსვავენ სპირტიან ტამპონს, შემდეგ ორ კოხერის მომჭერს დაადებენ. კოხერის მომჭერებს შორის ჭიპლარს გადაჭრიან ბლაგვკიდიანი მაკრატელით. ჭიპლარის დედისმხრივ მხარეს დაადებენ აბრეშუმის კვანძს ან ტოვებენ ერთ კოხერის მომჭერს. ნაყოფისმხრივი ჭიპლარის მხარეს კიდევ ერთხელ ამუშავებენ ეთილის სპირტით, შეახვევენ სტერილური მარლის სალფეთეში და შემდგომ ჭიპლარის დამუშავებას ასრულებენ თბილ ახალშობილის საფენებიან მაგიდაზე, სადაც გადაჰყავთ ბავშვი.

ამის შემდეგ ხელეებს იმუშავებენ მეორადად, ჭიპლარის ნაყოფის მხარეს ამუშავებენ ეთილის სპირტით და შეახვევენ სტერილური თასით ან სქელი აბრეშუმის ძაფით ჭიპლარის რგოლიდან 1,5 – 2 სმ-ის დაშორებით. ლიგატურის ბოლოს ერთხელ გადაკვანძავენ ჭიპლარის თოკის ერთ მხარეს, ხოლო მეორედ გადაკვანძავენ - მოწინააღმდეგე მხარეს. ამის შემდეგ გადაკვანძვიდან ჭიპლარის ბოლოს მოკვეთავენ 2-3 სმ-ით ზევით. მოკვეთილ ადგილს ამუშავებენ 10%-იანი იოდის ნაყენით. ჭიპლარის ბოლოს შეახვევენ მშრალ სტერილურ მარლის სალფეთეში, რომლის ბოლოსაც გამოკვანძავენ ჭიპლარის რგოლთან. ჭიპლარის ბოლო, შეხვეული მარლაში, შეიძლება მუცელზე მივაბინტოთ.

ინდივიდუალურ სტერილურ პაკეტში ინახება: სტერილური ლიგატურა, მარლა, ბინტი, ბამბა, მარლის ტამპონების ჩხირები იოდისთვის, სამედიცინო მუშამბიანი 60 სმ-ის სიგრძის ლენტე, რომელიც საჭიროა ახალშობილის გასაზომად. ინდივიდუალური პაკეტი გამოიყენება თითოეული ახალშობილისათვის ინდივიდუალურად.

ახალშობილის შეხვევა

დროული ახალშობილების შეხვევა პირველ დღეებში საჭიროა მხოლოდ თავის და ხელეების შემდეგ თავს და ხელეებს ტოვებენ ღიად. მე-3-4 დღიდან ბავშვს აცმევენ უშესაკრავო ჩახსნილ პერანგს, თბილ ზედა ტანს გრძელი მკლავებით, რომელსაც ბოლოები აქვს დაცული. სხეულის ქვედა ნაწილში ადებენ ამოსაფენ ჩვარს, რომელიც დაკვეცილია ოთკუთხედა ან სამკუთხედად. საფენის ქვეშ მოთავსებულია თბილი პლედი. ამოსაფენი ჩვარი წვდება წელამდე, ხოლო ქვედა წვერები იჭიმება ფეხებს შორის და გარეთა მხარით შემოხვეულია სხეულზე. ბავშვი შეხვეულია დიდი რბილი საფენით, შემდეგ თბილი საფენით და ბოლოს პლედით. ბავშვს ახვევენ შესახვევ მაგიდაზე, რომელზეც არის თხელი მატრასი, შემოკერილი მუშამბით. ყოველი გამოყენების შემდეგ მუშამბა იწმინდება ლიზოლის 2%-იანი ხსნარით ან ლიზოფორმით, რომელიც არის ფორმალდეჰიდის საპნიანი ხსნარი, ასევე 1% -იანი ქლორამინის ხსნარით.

მშობიარობის შემდგომი მელოგინის მოვლა

მშობიარობის შემდგომ დაბადებული მომყოლი უნდა შეინახონ მეტალის ჯამებში, თვითოეული ცალ-ცალკე, რომელსაც ახლავს წარწერა: მშობიარის გვარი, სახელი, მშობიარობის თარიღი და ისტორიის ნომერი. დანომრილი მეტალის ჯამები მომყოლით უნდა მოვათავსოთ თავდახურულ მეტალის ყუთში და უნდა მოთავსდეს ჭუჭყიანი თეთრეულის ყუთში. სამშობიარო სახლებში მომყოლების გასანადგურებლად შექმნილია სპეციალური საკრემაციო ღუმელები; იქ სადაც ასეთი ღუმელები არ არის, მომყოლები ყოველდღე გააქვთ.

ბაკები, სადაც დროებით ინახება მომყოლები, საჭიროებენ ყოველდღიურ დეზინფიცირებას.

მომყოლის დაბადების შემდეგ მელოგინე უნდა ჩაიბანოს სადეზინფექციო ხსნარით - კალიუმ პერმანგანატის სუსტი ხსნარით 1:10000 ან ლიზოფორმის 1-2% - იანი ხსნარით. ამის შემდეგ სუფთა დაბანილი ხელებით სტერილური ტამპონების დახმარებით გადაწვევენ სასქესო ნაპრალს და ათვალეირებენ საშოს შესასვლელს, რათა დარწმუნდნენ, არის თუ არა ლორქწოვანის ნახეთქები ან შორისის ჩახევეები, რომლებიც აუცილებლად უნდა გაიკეროს. თუ შორისის გაკერვა არ მოხდა თავის დროზე ამას მივყავართ სასქესო ორგანოების დაწვევისა და გამოვარდნისაკენ, ასევე იწვევს შარდის ბუშტის დაწვევას და მისი ფუნქციის დარღვევას, ასევე შესაძლებელია სწორი ნაწლავის დაწვევა და მისი გამოვარდნა.

მშობიარობის შემდეგ ქალი ჩვეულებრივ რჩება 2-3 საათი სამშობიარო ოთახში. ეს კეთდება იმისათვის, რომ პირველ საათებში მშობიარობის შემდეგ მომყოლის დაბადებისას შეიძლება განვითარდეს სისხლდენები, ხოლო სამშობიარო დარბაზი უფრო კარგად არის უზრუნველყოფილი მელოგინეზე მეთვალყურეობისათვის.

მელოგინე სამშობიარო ოთახში გამოიცივლის პერანგს, წევს სუფთა ზეწარზე, ზემოდან აფარია პლედი. ამასთან ერთად მეთვალყურეობენ: პულსს, საშვილოსნოს მდგომარეობას და გამონადენის ხასიათს. ნორმალური მშობიარობის შემდეგ: პულსი არის ნორმალური სიხშირის და კარგი ავსების, საშვილოსნო არის მკვრივი კარგად შეკუმშული, გამონადენი არის სისხლიანი უმნიშვნელო რაოდენობის. ამ დროს მელოგინეს საჭიროა მივცეთ ცხელი ჩაი ან ყავა.

2-3 საათის გასვლის შემდეგ, თუ მელოგინეს ყველაფერი აქვს ნორმალურად მელოგინე გადაყავთ, სადაც მელოგინეს გადასცემენ პალატის ბებია ქალს და მშობიარობის ისტორიას.

პალატის ბებია ქალი, იღებს რა მშობიარობის ისტორიას, ამოწმებს არის თუ არა ისტორიაში ექიმის ხელმოწერა. ეს მნიშვნელოვანია, რითაც ვრწმუნდებით, რომ ექიმმა ნახა მელოგინე, დაათვალიერა მომყოლი და შეამოწმა ისტორიის შევსება.



საკონტროლო კითხვები:

- 1) განმარტეთ მომყოლის პერიოდი
- 2) რა არის საშვილოსნოს უკუგანვითარება და როგორ ვსაზღვრავთ მას
- 3) როგორ ფორმირდება საშვილოსნოს ყელი
- 4) რა არის ლოქიები, როგორ წარმოიქმნება, მისი ცვლილებები ლოგინობის დღეების მიხედვით
- 5) შეაფასეთ მელოგინის ნორმალური მდგომარეობა და შინაგანი ორგანოების ფუნქციები
- 6) სარძევე ჯირკვლის ფუნქცია ლოგინობის ხანაში
- 7) რა არის მთავარი მელოგინის მოვლაში
- 8) როგორია ფიზიოლოგიური მელოგინის მოვლის რეჟიმი
- 9) აღწერეთ მელოგინის მეთვალყურეობა მელოგინეთა პალატაში
- 10) ჩამოთვალეთ მელოგინის მოვლის წესები
- 11) რა გართულებები ვლინდება ლოგინობის ხანაში
- 12) როგორ უვლიან შორისზე ნაკერებს
- 13) როგორ მეთვალყურეობს მედდა პალატებში ნორმალური რეჟიმის შენარჩუნებას
- 14) ძუძუს წოვების დროს, როგორ წარმოიქმნება კერტებზე ნახეთქები
- 15) როგორ ტარდება ახალშობილის I ტუალეტი მშობიარობის II პერიოდში ბებია ქალის მიერ
- 16) ახალშობილის პირველადი ჭიპლარის დამუშავების წესები
- 17) ახალშობილის შეხვევის წესები
- 18) მელოგინის მოვლა ლოგინობის ხანის ადრეულ ხანაში სამშობიარო ოთახში

ნევროლოგიური პაციენტის საექთნო მართვა

ნევროლოგია - ეს არის მეცნიერება რომელიც სწავლობს ნერვულ სისტემას და მის დაავადებებს.



ნერვული დაავადებების ძირითადი სიმპტომებია

- ცნობიერების დონის მნიშვნელოვანი დაქვეითება
- ძლიერი და ხანგრძლივი თავის ტკივილები
- გახანგრძლივებული კონვულსია-(კრუნჩხვა) >10 წთ პირველი შემთხვევა
- დამბლა
- ატაქსია-"უწესრიგობა"-ნებისმიერ მოძრაობათა შეთანხმებულობის დარღვევა;
- მამოძრავებელი ფუნქციების მოშლა და კოორდინაციის დარღვევა,
- მგრძობელობის , რეფლექსების და მეტყველების დარღვევა.
- ნამძალადევი მოძრაობები ანუ ჰიპერკინეზები რომლებიც ძილში ქრება.
- ყლაპვის რეფლექსის დარღვევა
- სოპორი -sopor უგონოდ ყოფნა პათოლოგიური ძილის მდგომარეობაა.

ცენტრალური ნერვული სისტემის ზოგი დაზიანების შედეგად. (ბგერითი გამოთქმა ან დანაწევრებული სიტყვა) ან საერთოდ ვერ პასუხობს.

- **კომა** - უეცრად ან თანდათანობით განვითარებული უგონო მდგომარეობა, რომელსაც ახლავს გულის მუშაობის, სუნთქვის რიტმის, ასევე მგრძნობელობისა და სხვ. დარღვევები.
- **კანკალი ანუ ტრემორი** გამოვლინდება სწრაფი უნებლიე სტერეოტიპული, როტმული, მცირე ამპლიტუდის მოძრაობით.
- **თავბრუსხვევა**- ყველაზე გავრცელებული სიმპტომია ის ავადმყოფის მიერ საკუთარი თავის ან მის გარშემო მყოფი საგნების ბრუნვის, ან შექანების, დაცემის შეგრძნებაა. ამგვარი სისტემური **თავბრუსხვევა** დამახასიათებელია ვესტიბულური რეცეპტორების, ვესტიბულური ნერვის ან მისი ბირთვების დაზიანებისათვის. როგორც წესი, სისტემურ **თავბრუსხვევას** თან ახლავს გულისრევა, ღებინება, მომატებული ოფლიანობა, პულსის სიხშირის ცვლილება, არტერიული წნევის მერყეობა. სისტემური თავბრუსხვევის შეტევები გრძელდება რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე საათამდე.
- **გულის წასვლა** - გონების უეცარი დაკარგვაა, რომელიც განპირობებულია ტვინის გარდამავალი იშემიით. წამყვანი ფაქტორია არტერიული წნევის დაქვეითება იმ დონემდე, რომლის დროსაც ტვინის სისხლმომოქცევის მექანიზმები ვერ უზრუნველყოფენ ტვინის სათანადო სისხლმომარაგებას. გამოყოფენ გულის წასვლის განვითარების 3 ძირითად რგოლს:

1. არტერიული წნევის დაცემა სისტემური ვაზოდილატაციის დროს, პერიფერიული სისხლძარღვოვანი წინააღმდეგობის შემცირების შედეგად;

2. გულის მოქმედების დარღვევა;

3. სისხლში ჟანგბადის შემცველობის შემცირება.

გულის წასვლა იწყება ხმაურით ყურებში, რასაც მოჰყვება გონების დაკარგვა. ავადმყოფი ეცემა, აღინიშნება კანის სიფერმკრთალე. პულსი სუსტია ან საერთოდ ვერ ისინჯება. არტერიული წნევა მკვეთრად დაქვეითებულია, სუნთქვა ზედაპირულია. გონების დაკარგვა გრძელდება 10 – 30 წმ. გარკვეულ პერიოდის განმავლობაში აღინიშნება საერთო სისუსტე, გულისრევა. გულის წასვლის ყველაზე ხშირი ვარიანტია ვაზოვაზალური; იგი პროვოცირდება უარყოფითი ემოციებითა და ტკივილით, სულის შეხუთვით, ასევე ხანგრძლივი დგომის, სისხლის დანახვის, ჰორიზონტალური მდგომარეობიდან ვერტიკალურში მკვეთრი გადასვლის დროს. **პირველადი დახმარება:** ავადმყოფის დაწვენა ზურზე და ფეხების აწევა, ყელისა და გულმკერდის გათავისუფლება მოჭერილი ტანსაცმლისაგან.

Головная боль



- თავის ტკივილი

თავის ტკივილი (ცეფალგია) - სხვადასხვა დაავადებების ერთ – ერთი ყველაზე ხშირი სიმპტომი. უმრავლეს შემთხვევაში თავის ტკივილი სისხლძარღვოვანი გენეზისაა, ანუ განპირობებულია ინტრა – და ექსტრაკრანიალური არტერიების დილატაციით ან სპაზმით: შაკიკის სხვადასხვა ვარიანტები (მენინგიტები, სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევები და ა.შ).



ცეფალგია-ხშირად მიმდინარეობს ღებინებით გულისრევის გარეშე.თავის ტკივილი თანამგზავრია ყველა ინფექციური დაავადებებისა, რომლებიც მიმდინარეობენ მაღალი ტემპერატურით. როგორც ლოკალური, ასევე დიფუზური თავის ტკივილი ხშირად წარმოიქმნება თვალისა და პარანაზალური სინუსების დაავადებების დროს. თავის ტკივილი კისრის ოსტეოქონდროზის დროს არ შემოიფარგლება მხოლოდ კისრითა და კეფით, არამედ ირადირებს შუბლ-ორბიტულ მიდამოში. თავის ტკივილის ერთ – ერთ ხშირ მიზეზს წარმოადგენს ფსიქოგენური **ცეფალგეები**. მტანჯველი მრავალწლიანი თავის ტკივილი ხშირად წარმოადგენს ფარული დეპრესიის ერთადერთ გამოვლინებას; დეპრესიასთანაა დაკავშირებული ასევე ატიპური სახის ტკივილების თითქმის ნახევარი. შერეულ ჯგუფს წარმოადგენს ასევე დამაბვის ემოციური გადატვირთვებით განპირობებული თავის ტკივილები; ამასთან პათოგენეტიკური მექანიზმია სკალპის კუნთების სპაზმი.

დიაგნოზი არ წარმოადგენს სირთულეს ტიპური შაკიკის დროს, ასევე ტრიგემინალური ნევრალგიის, ჰიპერტონული კრიზის და ა. შ. ბევრ შემთხვევაში საჭიროა ხანგრძლივი დაკვირვება. თავის ინტენსიური და გახანგრძლივებული ტკივილის ყველა შემთხვევაში აუცილებელია კრანოგრაფიული გამოკვლევა, კომპიუტერული ტომოგრაფია, ცერებრულ-სპინური სითხის გამოკვლევა.

ნევროლოგიური პაციენტის ანამნეზის შეკრება



ნევროლოგიური პაციენტებიდან ანამნეზის შეკრება დამოკიდებულია დაავადების სახეობასა და მის მიმდინარეობაზე.

თუ ნევროლოგიური პაციენტი გონზეა ანამნეზის შეკრება ხდება უშუალოდ პაციენტისაგან, ხოლო თუ უგონოდაა მაშინ ახლობლებისა და თვითმხილველებისაგან.

ანამნეზის შეკრების დროს აქტიურად გამოიყენეთ ეთიკისა და დეონტოლოგიის პრინციპები: გულისხმიერად მიიღეთ პაციენტი, შეუქმენით მისთვის კონფორტული გარემო, მიუთითეთ ან მოეხმარეთ დაავადებიდან გამომდინარე მისთვის სასურველი მდებარეობის მიღებაში და დაუსვით ძირითადი შეკითხვები ანამნეზის შეკრების დროს :

დააზუსტეთ საპასპორტო მონაცემები

დაუსვით შეკითხვები:

*რა გაწუხებთ?

*რამდენი ხანია გაწუხებთ ეს პრობლემა?

*როგორ დაიწყო?

*როგორ მიმდინარეობს იგი? (რემისია, გამწვავება, მაპროვოცირებელი ფაქტორები)

*რა ჩივილები გაქვთ?

*რამ გამოიწვია დაავადება და რას უკავშირებთ?

*რა სიპტომებს უჩივით?

- ❖ თავბრუსხვევას?
- ❖ თავის ტკივილს?
- ❖ უსიამოვნო შეგრძნებას სად და რა მოძრაობის დროს?
- ❖ გიჟირთ გადაადგილება?

- ❖ სად გადაეცემა ტკივილი?
- ❖ როგორი გაქვთ მადა?
- ❖ კუჭის მოქმედება? (რეგულარული, არარეგულარული, უნებლიე)
- ❖ შარდვა?(რეგულარული, არარეგულარული, უნებლიე)
- ❖ ძილი? გაწუხებთ უძილობა ტკივილის გამო?

- განსაზღვრეთ შეუძლია თუ არა პაციენტს გადაადგილდეს დამოუკიდებლად.
- ადვილად კარგავს თუ არა წონასწორობას საჭიროებს თუ არა გადაადგილების დროს დახმარებას.

- დააფიქსირეთ გადატანილი ან თანმხლები დაავადებები (მაგ: ინფარქტი, მოციმციმე არითმია, შაქრიანი დიაბერი, ნევრიტი, რადიკულიტი და ა.შ)
- დააკონკრეტეთ ოჯახური ანამნეზი (მაგ: ინფარქტი, მოციმციმე არითმია, შაქრიანი დიაბერი, ნევრიტი, რადიკულიტი და ა.შ)

წინა და მიმდინარე მედიკამენტოზური მკურნალობის დეტალური გამოკითხვა რათა გათვალისწინებულ იქნას გამოყენებული მედიკამენტები რამაც მდგომარეობა გააუმჯობესა ან არ იყო ეფექტური, რათა არ მოხდეს განმეორებით იგივე წამლების დანიშვნა.

- პროფესია
- სოციალური ანამნეზი

მიმართეთ პაციენტს - კიდევ რა არის ისეთი საკითხები რის შესახებაც არ გვისაუბრია?(ბოლომდე ათქმევინეთ პაციენტს თავისი მოსაზრება).

თუ პაციენტი უგონო მდგომარეობაშია დამატებითი კითხვები ახლობლებსა და თვითმხილველებთან:

- რამდენი ხანია ასეთ მდგომარეობაში?
- როგორი იყო მდგომარეობა პროცესის დასაწყისში?
- ჯანმრთელობის მდგომარეობის მაჩვენებლები გაუმჯობესდა თუ გაუარესდა?

ნევროლოგიური პაციენტის ანთროპომეტრიული, სუბიექტური და
ობიექტური მონაცემები და მათი რეგისტრაცია

სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია მოახდინოს ნევროლოგიური პაციენტის
ანთროპომეტრიული, სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების განსაზღვრა და მათი
სათანადო რეგისტრაცია

პაციენტის სახელი გვარი	
მისამართი	
პირადი N	
ტელეფონი	
წონა (კგ)	
სიმაღლე (სმ)	
არტერიული წნევა T/A	
პულსის სიხშირე რითმულობა P	
სუნთქვის სიხშირე R	
ტემპერატურა C	
შესაძლებლობის შეზღუდვის სტატუსი	
ა) ზომიერი	
ბ) მნიშვნელოვანი	
გ) მკვეთრი	
ალერგია(მედიკამენტებზე საკვებზე და ა.შ)	

**ობიექტური მონაცემები
ზოგადი მდგომარეობა**

ნერვული სისტემა რეფლექსები		
ცნობიერება		
ა)	ნათელი	
ბ)	დაბინდული	
კანი და კანქვეშა ქსოვილი		
ხილული ლორწოვანი გარსები		
პერიფერიული ლიმფური კვანძები		
	ისინჯება	
	არ ისინჯება	
კუნთოვანი სისტემა		
ძვალ-სახსროვანი სისტემა		
სასუნთქი სისტემა		
გულ-სისხლძარღვთა სისტემა		
საჭმლის მომნელებელი სისტემა- დეფეკაცია		
	უნებლიე	
	ყაბზობა	
	რეგულარული	
შარდ-სასქესო სისტემა		
შარდის შეკავება-		
უნებლიე შარდვა		
რეგულარული შარდვა		

- თუკი ავადმყოფს საკუთარი მდგომარეობის შეფასება და გადმოცემა არ შეუძლია სხეულის მდებარეობა, ქცევის მანერა მიმიკა, კანის მდგომარეობა და საციცოცხლო მაჩვენებლები იძლევიან ინფორმაციას სულიერი და ფიზიკური მდგომარეობის შესახებ.

ნევროლოგიური პაციენტის შეფასება



პაციენტის ნევროლოგიური შეფასებისას აუცილებელია დეტალურად ავუხსნათ ის აუცილებელი მოქმედებები რაც მდგომარეობის შეფასებისთვის არის აუცილებელი, (მაგ: მოხარეთ ხელი. მაჩვენეთ კბილები და ა.შ) საჭიროა მეტი მოთმინება და გულისხმიერება გამოვიჩინოთ პაციენტთან რადგან თუ ამა თუ იმ დავალებას ვერ ასრულებს ის ძალიან ნერვიულობს რაც დამატებითი სტრესის ფაქტორი ხდება.

კრანიალური ნერვების შეფასება

ყნოსვის ნერვის შეფასება- სუნის შეგრძნებით

მხედველობის ნერვის შეფასება- ვიზუალური აქტივობა მხედველობის ველები- გუგების მოძრაობა, ზომა ფორმა

სამწვერა ნერვის შეფასება- კბილების მოჭერა, სახის მგრძნობელობა, რქოვანას რეფლექსი.

სახის ნერვის შეფასება- წარბების აწევა, თვალების მჭიდროდ დახუჭვა, კბილების ჩვენება ღიმილი, ლოყების გაბერვა.

სმენის ნერვის შეფასება- თუ რამდენად კარგად ესმის პაციენტს

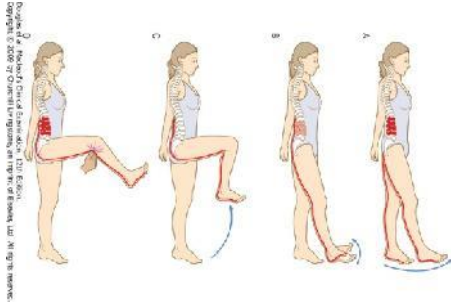
ენა ხახის ვაგუსი (ცდომილი) ნერვის შეფასება- რბილი სასისა და ხახის მოძრაობა

სპინალური ნერვის შეფასება- მხრების აწევა, თავის მოტრიალება, ერთი მხრიდან მეორეზე.

ენისქვეშა ნერვის შეფასება-მეტყველება, ენის ატროფია ან თავისუფალი მოძრაობა.

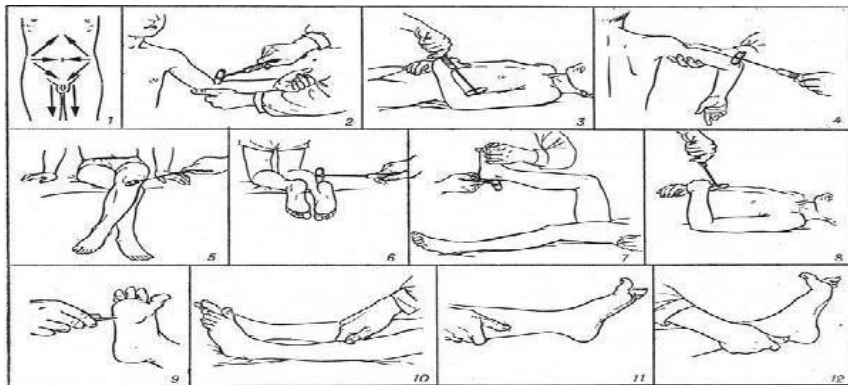
მოტორული სისტემის შეფასება

- სხეულის პოზიცია
- უნებლიე მოძრაობები
- კუნთების სიდიდე
- კუნთების ტონუსი
- სიძლიერე
- ორთავა კუნთი-მოხრა და გაშლა
- თითების მოჭერა



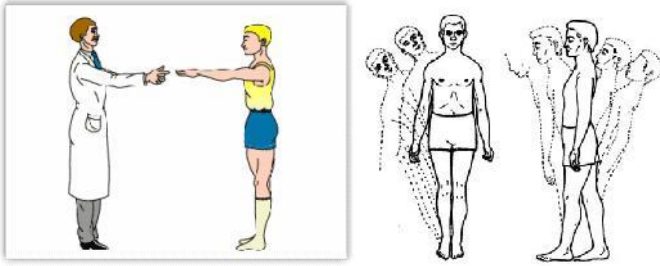
- ბარძაყის მოზიდვა და განზიდვა
- ტერფების დორსალური მოხრა
- ტერფების პლანტალური მოხრა
- კოორდინირებული სწრაფი ცვალებადი მოძრაობა
- სწრაფი სიარული
- ერთ ხაზზე სიარული
- სიარული ქუსლზე
- ადგილზე ხტომა თითოეულ ფეხზე
- მუხლებში მოხრილი სიარული

რეფლექსები და ტესტები



რომბერგის ტესტი

რომელიც გულისხმობს პოზიციის შეგრძნებას-



პაციენტი დგას ფეხზე და თვალები გახელილი აქვს ვახუჭინებთ თვალებს 20-30 წთ განმავლობაში და ამ დროს უნდა მოხდეს მხოლოდ მინიმალური რხევა.

ღრმა მყესოვანი რეფლექსები- ბიცეფსის რეფლექსი

მოხარეთ ხელი წინამხრის არეში და ხელისგულით ქვემოთ მოათავსეთ ხელი ბიცეფსის მყესზე და დაარტყით დააკვირდით წინამხრის მოხრას და ბიცეფსის შეკუმშვას.



ტრიცეფსის რეფლექსი

მოხარეთ ხელი წინამხრის არეში და მიიტანეთ ხელეები მკერდის გასწვრივ დაარტყით მყესზე იდაყვის ქვემოთ - დააკვირდით იდაყვის გაშლას და ტრიცეფსის შეკუმშვას.



მუხლის რეფლექსი

მოხარეთ მუხლი და დაარტყით მუხლქვეშა სახსარზე.



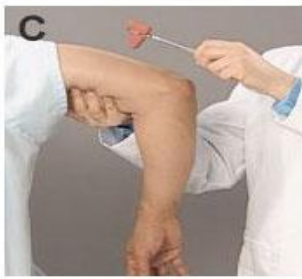
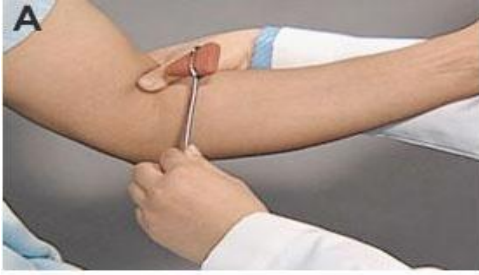
პლანტარული რეაქცია

დაარტყით ფეხისგულის ლატერალურ ნაწილს ქუსლიდან ტერფის თაღისაკენ - დააკვირდით ფეხის თითების მოძრაობას ნორმაში ყველა თითი უნდა მოიხაროს.



ბაზინსკის რეაქციის დროს ხდება ცერის დორსალური მოხრა და სხვა თითების მარაოსებრი გაშლა.

მოახდინეთ შესაბამისი რეფლექსების მონიშვნა



1	მუხლის რეფლექსი	D
2	ბიცეფსის რეფლექსი	
3	ტრიცეფსის რეფლექსი	
4	პლანტარული რეაქცია	
5	ბაზინსკის რეაქცია	

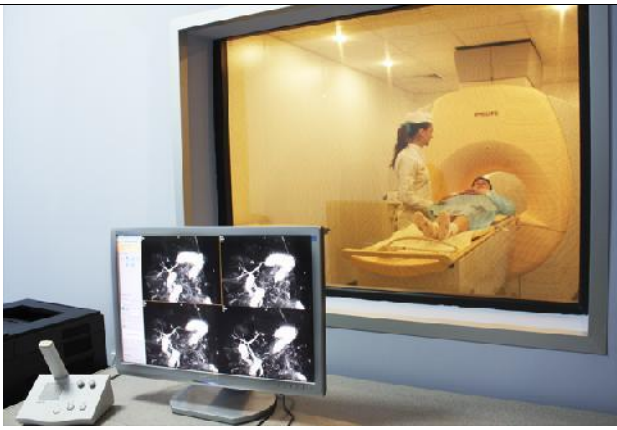


ნევროლოგიური პაციენტების ძირითადი ინსტრუმენტალური გამოკვლევები

ნებისმიერი გამოკვლევის წინ საჭიროა გონზე მყოფი პაციენტის ინფორმირება აღნიშნული გამოკვლევის პროცედურებთან დაკავშირებით და მისი წერილობითი თანხმობა.

უგონოდ მყოფი პაციენტის შემთხვევაში პაციენტის ახლობლების ინფორმირება და მათი წერილობითი თანხმობა

ნევროლოგიური დაავადებების სპეციფიკიდან გამომდინარე საჭიროა პაციენტის მომზადება და მისი შესაბამისი წესით ტრანსპორტირება.

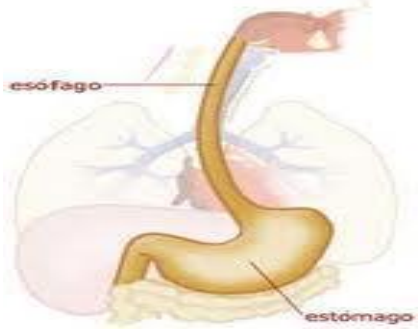


ძირითად ინსტრუმენტალურ გამოკვლევებს მიეკუთვნება:


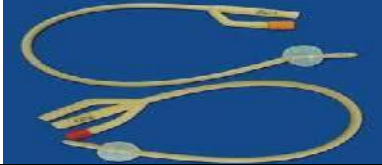
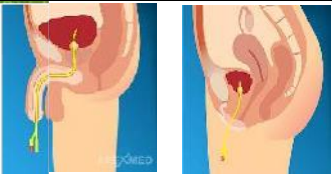




<p>კომპიუტერული ტომოგრაფია-</p>	
<p>მაგნიტურ რეზონანსული გამოკვლევა</p>	
<p>რენტგენოლოგიური გამოკვლევა</p>	

ელექტროენცეფალოგრაფია-	
ლუმბალური პუნქცია	

ნერვული დაავადებების დროს პაციენტის მოვლა

N	პრობლემა	პროცედურები	
1	მოძრაობისა და კოორდინაციის დარღვევა	<p>მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ დამხმარე გადაადგილების საშუალებების გამოყენებით შევეცადოთ პაციენტის დამოუკიდებლობის უზენარესუნება.</p>   	

2	კვების პროცესის დარღვევა.	შესაბამისი მეთოდით (ზონდით) კვება და ჰიდრატაცია მათი მინიტორინგი	
3	სასიცოცხლო მაჩვენებლების ცვლილებები	ნევროლოგიური და სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგი წნევა, პულსი, ტემპერატურა სუნთქვის სიხშირე რეფლექსები და მგრძობელობა	
4	ცნობიერების დაქვეითება	ხშირი კონტაქტი პაციენტთან და მუდმივი მეთვალყურეობა	

5	მეტყველების მოშლა	შეცადეთ მოთმინებით გაუგოთ პაციენტს	
6	შარდვის პროცესის მოშლა	კათეტერის ჩადგმა საჭიროების შემთხვევაში 	
7	დეფეკაციის მოშლა	საჭიროების შემთხვევაში აირგამყვანი მილისა და ოყნის გაკეთება	
8	არ შესწევთ უნარი დაიცვან პირადი ჰიგიენა	ჰიგიენური ნორმების დაცვა	
9	ნაწოლების განვითარება.	ნაწოლების პროფილაქტიკა და მკურნალობა პაციენტის სწორი მდებარეობა საწოლში 	

10	<p>მიდრეკილება დეპრესიისადმი</p>	<p>პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების განათლება, საუბარი და მოვლის პროცესში აქტიური ჩართვა ფსიქო სოციალური ფაქტორების მოწესრიგება. გამოჯანმრთელების პროცესში პაციენტის აქტიური თანამონაწილეობა თვითმასაჟისა და მარტივი დავალებების შესრულებაში</p> 	
11	<p>ძილის პროცესის დარღვევა</p>	<p>ძილისა და სიფხიზლის პროცესის რეგულირება- გამაღიზიანებელი ფაქტორებისისაგან (სინათლე, ხმაური და ა.შ)დაცვა</p>	
12	<p>სხეულის ტემპერატურის შენარჩუნება</p>	<p>კომპრესებისა და ყინულის ბუშტის ხმარების დროს საჭიროა გამოვიყენოთ განსაკუთრებული სიფრთხილე რადგან ნევროლოგიურ პაციენტებს ხშირად აღენიშნებათ მგრძნობელობის დაქვეითება და უყურადღებობის შემთხვევაში შეიძლება დამატებითი ტრამვირება გამოვიწვიოთ</p> 	 

<p>13 ცხოველმყოფელი ფუნქციების დარღვევა</p>	<p>შესაბამის მედიკამენტოზურ მკურნალობასთან ერთად ხანგრძლივი პერიოდით რეაბილიტაციის პროცესის უზრუნველყოფა. ფიზიოთერაპიული და სამკურნალო ვარჯიშის პროცედურები</p> 	
<p>14 სად მოხდეს სარეაბილიტაციო პროცესის წარმოება</p>	<p>ექიმის დანიშნულებისამებრ სარეაბილიტაციო პროცესი უნდა დაიწყოს სახლში, სარეაბილიტაციო დაწესებულებებში ასევე საქართველოში არსებული მინერალური წყლები ფართოდ გამოიყენება ნევროლოგიური პაციენტის მკურნალობისა და რეაბილიტაციის პროცესში, აქედან ერთ ერთი მსოფლიომნიშვნელობისაა კურორტი წყალტუბო.</p> 	

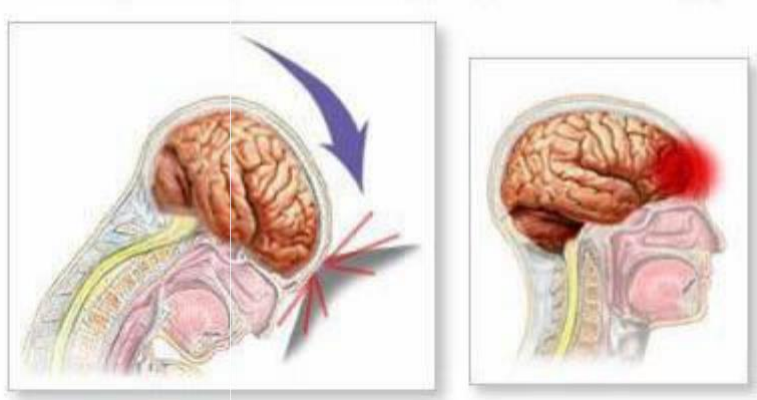
**ძირითადი კომპეტენციები რომელიც მოეთხოვებათ ექთნის თანაშემწეებს
ნევროლოგიური პაციენტის მოვლის პროცესში**

N	კომპეტენციები	ასრულებს	არ ასრულებს
1	ეთიკისა და დეონტოლოგიის ნორმების დაცვა		
	იცავს ეთიკის ნორმებს სამედიცინო დაწესებულებაში თანამშრომლებთან პაციენტებთან და პაციენტის ახლობლებთან.		
	ახერხებს ნევროლოგიური პაციენტის პრივატულობის და უფლებების დაცვას		
2	უსაფრთხოების ნორმების დაცვა		
	იცავს პირადი ჰიგიენისა და უსაფრთხოების ნორმებს ნევროლოგიურ პაციენტთან ურთიერთობის დროს		
	ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის წესების დაცვით ახორციელებს ნევროლოგიური პაციენტის მოვლას		
3	პაციენტის ტრანსპორტირება		
	შეუძლია ნევროლოგიური პაციენტის ტრანსპორტირება სავარძელ-საგორავებლით.		
	შეუძლია ნევროლოგიური პაციენტის ტრანსპორტირება საკაცით.		
	შეუძლიანევროლოგიური პაციენტის გადაყვანა საწოლზე საკაციდან ან სავარძელ საგორავებლიდან.		
	შეუძლიანევროლოგიური პაციენტის გადაყვანა საოპერაციო მაგიდაზე და პირიქით		
7	ავადმყოფის სანიტარული დამუშავება		
	შეუძლია ავადმყოფის აბაზანის გაკეთება.		
	შეუძლია ავადმყოფის ჩაბანა.		
	შეუძლია ავადმყოფის სხეულის (კანის ნაოჭების) დამუშავება სადეზინფექციო ხსნარით.		
	შეუძლია სადენზინფექციო ხსნარის მომზადება შესაბამისი ინსტრუქციით დაცვით		
	შეუძლია ავადმყოფის კანის გაწმენდა სადეზინფექციო ხსნარით.		
	შეუძლია ავადმყოფის ფრჩხილების დაჭრა.		
	შეუძლია ავადმყოფის კანის გამშრალება სათანადო თანმიმდევრობით.		

	შეუძლია ნაწოლების პროფილაქტიკა.		
	შეუძლია ნაწოლების მოვლა დამუშავება.		
	შეუძლია ჭრილობის ტუალეტი.		
4	კლინიკური მანიპულაციები		
	ანტროპომეტრიული მონაცემების განსაზღვრა და რეგისტრაცია- სიმაღლის განსაზღვრა		
	ახდენს წონის განსაზღვრას და რეგისტრაციას		
	ახდენს პულსის სიხშირის დათვლას და რეგისტრაციას		
	ახდენს არტერიული წნევის გაზომვას და რეგისტრაციას		
	ახდენს სუნთქვის სიხშირის დათვლას და რეგისტრაციას		
	ახდენს ტემპერატურის გაზომვას და რეგისტრაციას		
	შეუძლია ოყნის გაკეთება		
	შეუძლია აირგამყვანი მილის გაკეთება		
	სუდნოსა და შარდმიმღების მიწოდება		
	შარდის კათეტერის ჩადგმა		
	ახდენს საოპერაციო არის მომზადებას საჭიროების შემთხვევაში		
	ახდენს ელასტიური ბინტების სწორად დახვევას		
	ახდენს ნაზოგასტრალური ზონდის ჩადგმას		
	ახდენს ნაზოგასტრალური ზონდიდან პაციენტის კვებას.		
6	პირველადი სამედიცინო დახმარების გაწევა		
	უნარი შესწევს დროულად ამოიციოს ნევროლოგიური პაციენტის ფიზიკური და ფსიქოსოციალური ჯანმრთელობის რისკ ფაქტორები		
	უნარი შესწევს დროულად ამოიციოს სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობები		
	საჭიროების შემთხვევაში შეუძლია პირველადი გადაუდებელი დახმარების გაწევა (ღებინების, დაცემის, საკვების გადაცდენის და ა.შ)		

ნერვული სისტემის ტრამვილი დაზიანებები

ქალა-ტვინის ტრავმა



ქალა-ტვინის ტრავმა - თავის ქალას მექანიკური ტრავმა იწვევს ტვინის ქსოვილის გაჭყლეტას, მისი შრეების გაჭიწვასა და გადანაცვლებას, ქალაშიდა წნევის მკვეთრ მომატებას. ტვინის ნივთიერების გადანაცვლებას შესაძლებელია თან ახლდეს ტვინის ქსოვილისა და სისხლძარღვების ჭაგლეჯა. მექანიკურ დაზიანებებს თან ახლავს ტვინში რთული დისცირკულაციური და ბიოქიმიური ცვლილებები. ქალა-ტვინის ტრავმა შეიძლება იყოს დახურული და ღ ა. დახურული ტრავმები იყოფა:

შერყევა, დაჟეჟვა და გაჭყლეტა; მათ მიეკუთვნება აგრეთვე ქალას ფუძის მოტეხილობა და თაღის ნაპრალები, კანის საფარველის შენარჩუნებისას.

თავის ტვინის შერყევა ხასიათდება ნიშნების ტრიადით:

- 1 •გონების დაკარგვა
- 2 •გულისრევა ან ღებინება
- 3 •რეტროგრადული ამნეზია

ტვინის დაჟეჟვა დიაგნოსტირდება მაშინ, როდესაც ტვინის ზოგად სიმპტომებს ემატება ტვინის კეროვანი დაზიანების ნიშნები. დიაგნოსტიკური ზღვარი ტვინის და ჟეჟილობასა და შერყევას შორის საკმაოდ რთულია, და ამგვარ სიტუაციებში, ადეკვატურია ტერმინი „კომოციურ-კონტუზიური სინდრომი“.

ტვინის დაჟეჟილობა შეიძლება წარმოიქმნას როგორც ტრავმის ადგილზე, ასევე მის მოპირდაპირე მხარეზე. შერყევის დროს გონების დაკარგვა გრძელდება ათეულ წუთამდე. ტვინის გაჭყლეტა გულისხმობს ტრავმული ჰემატომის განვითარებას, ხშირად ეპიდურულის ან სუბდურულის. შედარებით მარტივის დროს ადგილი აქვს „ნათელ პერიოდს“: გონებაზე მოსული ავადმყოფი გარკვეული დროის შემდეგ კვლავ იწყებს „ჩადირვას“, ხდება აპათიური, დუნე, შემდეგ კი სოპოროზული. შედარებით რთულია ჰემატომის დადგენა კომაში მყოფ ავადმყოფთან. ტრავმული ქალაშიდა ჰემატომების ზეწოლა ვლინდება თვალის მამოძრავებელი ნერვის დაზიანებით (პტოზი, მიდრიაზი, სიელმე) და კონტრალატერალური ჰემიპლეგიით.

ქალას ფუძის მოტეხილობა- ზურგის ტვინის დაზიანება



მიმდინარეობს ტვინის გაჭყლეტის ამა თუ იმ ხარისხით, ხასიათდება სისხლის გაღწევით ქალას ღრუდან ცხვირ-ხახაში, პერიორბიტულ ქსოვილში და კონიუნქტივის ქვეშ, შუა ყურის ღრუში. სისხლდენა ცხვირიდან და ყურებიდან შეიძლება შედეგი იყოს ადგილობრივი ტრავმისა, ამიტომ იგი არ წარმოადგენს სპეციფიკურ ნიშანს ფუძის მოტეხილობისა. ასევე „სათვალეების სიმპტომი“ ხშირად შედეგია სახის ადგილობრივი ტრავმისა. პათოგნომურია ცერებრულ-სპინური სითხის გამოდენა ცხვირიდან და ყურებიდან



ტრავმის სიმძიმისა და ხასიათის შეფასებაში გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვთ ძირითად კლინიკურ ნიშნებს და გამოკვლევის მონაცემებს.

გონების მდგომარეობა – გონების დაკარგვის სიღრმე და ხანგრძლივობა,

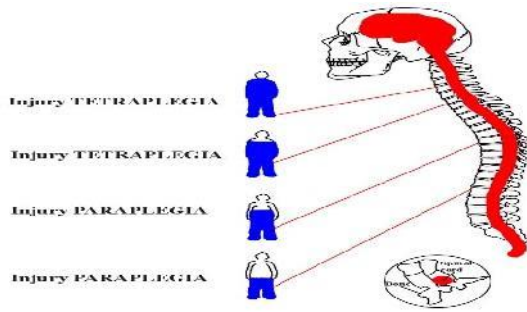
სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანი ფუნქციების მაჩვენებლების შეფასება – პულსი, არტერიული წნევა, სუნთქვა, სხეულის ტემპერატურა – საჭიროა ჩატარდეს განმეორებით; მძიმე შემთხვევებში ინტერვალებით, რომელიც არ აღემატება 30 წთ-ს; ლოკალური კრუნჩხვითი შეტევები დამახასიათებელია ტვინის დაჟეჟილობისათვის და ჰემატომებისათვის. კეფის კუნთების რიგიდულობის გამოკვლევა აუცილებელია სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევის გამოსავლენად; ხერხემლის კისრის ნაწილის პალპაციით შესაძლებელია დადგინდეს მისი მოტეხილობა, რომელიც ხშირად თან ახლავს ქალას მძიმე ტრავმას.

ქალა-ტვინის ტრავმების შემთხვევათა ნახევარი კომბინირებულია, ანუ თან ახლავს სხვა ორგანოებისა და ქსოვილების დაზიანება. აუცილებელია ავადმყოფის სომატურიმდგომარეობის შეფასება. ზოგიერთ ავადმყოფთან შოკს შესაძლებელია ჰქონდეს ცენტრალური ან სომატური გენეზი, გულმკერდისა და მუცლის ღრუს თანმხლები დაზიანების გამო, სისხლდენით (ელენტის გასკდომა!); საჭიროა გავითვალისწინოთ, რომ ქალას ტრავმა შეიძლება ავადმყოფმა მიიღოს დაცემის დროს, რომელიც გამოწვეულია ტვინის ინსულტით. ქალა-ტვინის ყველა შემთხვევის დროს საჭიროა ჩატარდეს კრანოგრაფია. ქალას ხაზობრივი ბზარები თხემ-საფეთქლის არეში მაჩვენებელია არტერიის გასკდომისა, რომლიდანაც სისხლდენა იწვევს ეპიდურულიჰემატომის განვითარებას. ქალას ძვლების დაზიანების პირდაპირი მაჩვენებელია ქალას ღრუში ჰაერის აღმოჩენა.

გამოკვლევები: კომპიუტერული ტომოგრაფია და ლუმბალური პუნქცია

ცერებრულ-სპინურ სითხეში სისხლის არსებობა მიუთითებს სუბარაქნოიდულ სისხლჩაქცევაზე, რომელიც თან ახლავს ტვინის ყველა მძიმე ტრავმას.

ხერხემლის ტრავმის დროს როცა ხდება ზურგის ტვინის დაზიანება ადგილი აქვს შესაბამისი საინერვაციო უბნის მგრძნობელობისა და ფუნქციის მოშლას



საექთნო საქმე ზურგის ტვინის დაზიანები დროს

პრობლემა	ჩარევა	მოტივაცია
მომრაობის დარღვევა (მწვავე პერიოდი)	სამედიცინო პერსონალი უზრუნველყოფს დაზიანებული პაციენტის სწორ ტრანპორტირებას და საწოლში მის სწორ მდებარეობას.	პროფილაქტიკა, რათა არ მოხდეს დაზიანებული ზურგის ტვინის კიდევ უფრო დაზიანება.
ზურგის ტვინის ზედა უბნების დაზიანებისა და სასიცოცხლო ფუნქციის მოშლის დარღვევის პროცესი.	მკაცრი მორიტორინგი სასიცოცხლო მაჩვენებლების - პულსი -წნევა -სუნთქვა -ტემპერატურა რომელთა დარღვევის შესახებ სასწრაფოდ ეცნობოს ექიმს. აუცილებელია ნაწოლების პროფილაქტიკა, მდგომარეობიდან გამომდინარე მდებარეობის შეცვლისდაგვარად ხშირი ცვალებადობა, შესაბამის მასაჟები და ფიზიოთერპიული პროცედურები.	ჰიპოქსიის პროფილაქტიკა და მამომრავებელი ფუნქციის აღდგენა.
ჰიპერესთეზია	სამედიცინო პერსონალმა უნდა შეუქმნას მაქსიმალური სიმყუდროვე პაციენტს, მოაშოროს პირდაპირი მკვეთრი შუქი, ხმაური, ტელევიზორი, ტელეფონები და ხშირი მნახველები.	ნერვული გაღიზიანების პროფილაქტიკა.
მენჯის ორგანოთა დაზიანება განავლისა და შარდის შეუკავებლობა.	სამედიცინო პერსონალმა დროულად უნდა გამოუცვალოს და გაუსწოროს საწოლი პაციენტს, გამოიყენება სპეციალური მუშამა საწოლის ქვეშ დასაფენად, სპეციალური პამპერსები და უნდა მოახერხოს მუდმივად მშრალ და სუფთა მდგომარეობაში პაციენტის შენარჩუნება.	ნაწოლების პროფილაქტიკა .

ყაზობა და შარდის შეკავება.	საშარდე ბუშტის კათეტერიზაცია, გამწმენდი ოყნა და გამათხელებელი საშუალებები ექიმის დანიშნულებისამებრ.	პროფილაქტიკა საშარდე გზების ინფექციების საწინააღმდეგოდ. კუჭშეკრულობასთან ბრძოლა.
თვითმოვლის პროცესის უნარის შეზღუდვა.	შეხედულებისამებრ, რამდენადაც შესაძლებელია მოვახერხოთ პაციენტის თვითმოვლის პროცესში აქტიური ჩართულობა, თუნდაც ეს ეხებოდეს მცირეოდენ მოძრაობას. საჭიროა ახლობლებისა და ნათესავების მოვლის პროცესში აქტიური ჩართვა.	მოვლის პროცესის უზრუნველყოფა.
დეპრესია.	სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია გაუწიოს ფსიქოლოგიური თანადგომა და ჩაუნერგოს გამოჯამრთელობის რწმენა პაციენტებს. ასევე მის ახლობლებს სოციალურ მუშაკებთან და ფსიკოთერაპევტთან ერთად სამედიცინო პერსონალმა უნდა ეცადოს რომ პაციენტი არ გრძნობდეს თავს საზოგადოებისგან გარიყულად.	პაციენტი სოციალური ადაპტაცია მისი ახალი მგდომარეობის მიხედვით.

ქალა-ტვინის ღია ტრავმა



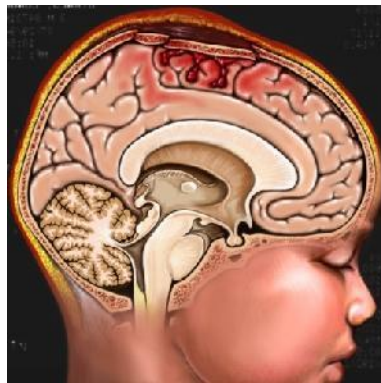
ხშირად მიმდინარეობს ტვინში უცხო სხეულებისა და ძვლის ნატეხების ჩასობით. მაგარი გარსის დაზიანების დროს მკვეთრად მატულობს გარსქვეშა სივრცის ინფიცირების საფრთხე. ქალას ღია ტრავმა ზოგჯერ მიმდინარეობს გონების პირველადი დაკარგვის გარეშე, და კომის ნელი განვითარება მიუთითებს ქალაშიდა სისხლდენაზე ან ტვინის პროგრესირებად შემუპებაზე.

მკურნალობა. ქალას დახურული ტრავმით გამოწვეული კომის დროს ტარდება რეანიმაციული ღონისძიებების კომპლექსი, კერძოდ **ინტენსიური დეჰიდრატაცია** ტვინის შეშუპების საწინააღმდეგოდ.

მსუბუქი ტრავმების დროს, რომლებიც მიმდინარეობენ ტვინის შერყევის სურათით, მკურნალობა მკაცრად ინდივიდუალურია. ნერვული სისტემის მხრივ ობიექტური გადახრების არარსებობისას და კარგი საერთო მდგომარეობის დროს აუცილებელი არ არის ავადმყოფი გავაჩეროთ საწოლში რამდენიმე დღეზე მეტხანს და ჩავატაროთ სამკურნალწამლო თერაპია. თუკი გამოხატულია ასთენიური სინდრომი (თავის ზომიერი ტკივილი, თავბრუსხვევა), მაშინ შესაძლებელია შემოვიფარგლოთ ტრანკვილიზატორების დანიშვნით, ზოგჯერ - დიურეტიკების. ჰემატომებს აცილებენ ქირურგიული წესით. ასევე ქირურგიულად მკურნალობენ ქალას ღია ტრავმებს. ქალას ფუძის მოტეხილობისა და ქალას ღია ტრავმების დროს ნაჩვენებია ანტიბიოტიკების პრევენციული დანიშვნა.

ტვინის შერყევის დროს ავადმყოფთა უმრავლესობა სრულად გამოჯანმრთელდებიან. **ტვინის დაჟეჟილობისა** და ქალას ღია დაზიანებების დროს გამოსავალი დამოკიდებულია ტვინის დაზიანების სიმძიმეზე. შემთხვევათა უმრავლესობაში ავადმყოფებს რჩებათ ესა თუ ის ნარჩენი ცერებრული სიმპტომები. ჰემატომების დროულად ამოკვეთა ავადმყოფს უნარჩუნებს სიცოცხლეს; ბევრ მსგავს შემთხვევაში არ რჩება არსებითი რეზიდუალური სიმპტომები.

თავის ტვინის კომპრესია

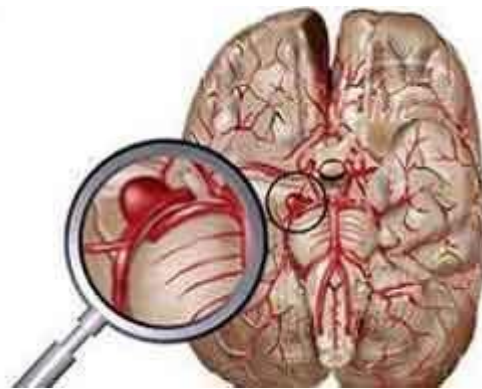


თავის ტვინის კომპრესია - (ლათ. Compressio შეკუმშვა, გაჭყლეტა, გასრესა) ეს არის სინდრომი, რომელიც ვითარდება ქალაშიდა პათოლოგიური პროცესების – ახალწარმოქმნიების, ანთებითი პროცესების, სისხლჩაქცევების, ასევე ქალა – ტვინის ტრავმების დროს, ხშირად ქალას ძვლების მოტეხილობებისა და ქალაშიდა ჰემატომების დროს; ხასიათდება ტვინის ზოგადი და კეროვანი ნევროლოგიური სიმპტომატიკით. განასხვავებენ მწვავე და ქრონიკულ თავის ტვინის კომპრესიას. მწვავე განპირობებულია ტვინის გარსების სისხლძარღვების ან თვითონ ტვინის დაზიანებით, ეპიდურული, სუბდურული ან ტვინშიგა ჰემატომების შემდგომი წარმოქმნით, თავზურგტვინის სითხის

ცირკულაციის მწვავე მოშლით, რასაც თან ახლავს ჰიდრომების წარმოქმნა, ტვინის დაზიანებით და მისი შემდგომი ლოკალური ან დიფუზური შეშუპებით. თავის ტვინის მწვავე კომპრესიას იწვევს რიგი დაავადებები და მათი გართულებები: ჰემორაგიული ინსულტი, არტერიული და არტერიულ-ვენური ანევრიზმების გასკდომა ქალაშიდა ჰემატომების წარმოქმნით, ან ტვინის გენერალიზებული შეშუპებით და სხვ.

თავის ტვინის ქრონიკული კომპრესია წარმოიქმნება ტვინისა და მისი გარსების ნელა მზარდი სიმსივნეების, ტორპიდულად მიმდინარე ანთებითი პროცესების დროს, რაც იწვევს ტვინის აბსცენდირებას. კომპრესიას იწვევს ასევე ქალას ძვლოვანი ნატეხები, ქრონიკული სუბდურული ჰემატომები. მწვავე პროცესის საწყისი გამოვლინება შესაძლოა იყოს გონების დაკარგვა, რაც გრძელდება რამდენიმე წამიდან რამდენიმე საათამდე. რიგ ავადმყოფებს აღენიშნებათ ე. წ. ნათელი პერიოდი, როდესაც ავადმყოფის ცნობიერება სრულად აღდგება და დაშავებულს შეუძლია შეასრულოს მიზანმიმართული მოქმედება – სიარული, ლაპარაკი, ზოგჯერ სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულებაც. ეს ნათელი პერიოდი შესაძლოა იყოს რედუცირებული. გარკვეული დროის გასვლის შემდეგ ავადმყოფი კვლავ კარგავს გონებას გარკვეული ფაქტორის უშუალო ზემოქმედებით. თავის ტვინის ქრონიკული კომპრესია ხასიათდება მყარი, თანდათანობითი მზარდი თავის ტკივილებით, რომელიც მიმდინარეობს გულისრევით, ღებინებით, თავალის ფსკერზე შეგუბებითი მოვლენებით, მხედველობის დაქვეითებით. გარკვეულ ეტაპზე ქრონიკულმა პროცესმა შესაძლოა მიიღოს მწვავე მიმდინარეობა. პროგნოზი დამოკიდებულია დროულ ჰოსპიტალიზაციაზე, დიაგნოსტიკასა და ოპერაციაზე.

თავის ტვინის სისხლძარღვების ანევრიზმა



თავის ტვინის სისხლძარღვების ანევრიზმა - თავის ტვინის არტერიის ლოკალური გაფართოებაა, როგორც წესი ანევრიზმა წარმოადგენს თანდაყოლილ დეფექტს, ზოგჯერ ვითარდება რეინფექციის შედეგად (ემბოლიური ან მიკოზური ანევრიზმა). მის წარმოქმნაში ასევე დიდ როლს ასრულებს ტრავმა, ათეროსკლეროზი, ჰიპერტონული დაავადება.

პათოგენეზი- ობიექტური ნევროლოგიური დარღვევები ანევრიზმის გასკდომამდე იშვიათად ვლინდება და განპირობებულია თავის ტვინზე მექანიკური ზეწოლით. ანევრიზმის გასკდომა იწვევს სისხლჩაქცევას.

შესაძლებელია ანევრიზმა მრავალი წლის განმავლობაში მიმდინარეობდეს უსიმპტომოდ. შემთხვევათა 25%-ში ავადმყოფებს აღენიშნებათ ეპიზოდური ცეფალგიები, რომლებიც შემთხვევათა ნახევარში ანალოგიურია შაკიკის კლინიკისა. ანევრიზმის პარალიზური ტიპი ხასიათდება ქალას ცალკეული ნერვების პროგრესული დაზიანებით, ყველაზე უფრო ხშირად თვალის მამოძრავებელი და მხედველობის, ხოლო ზოგჯერ კი ტვინის ნახევარსფეროს ან მისი ღეროს დაზიანებით. როგორც წესი, ეჭვი ჩნდება ტვინის სიმსივნეზე.

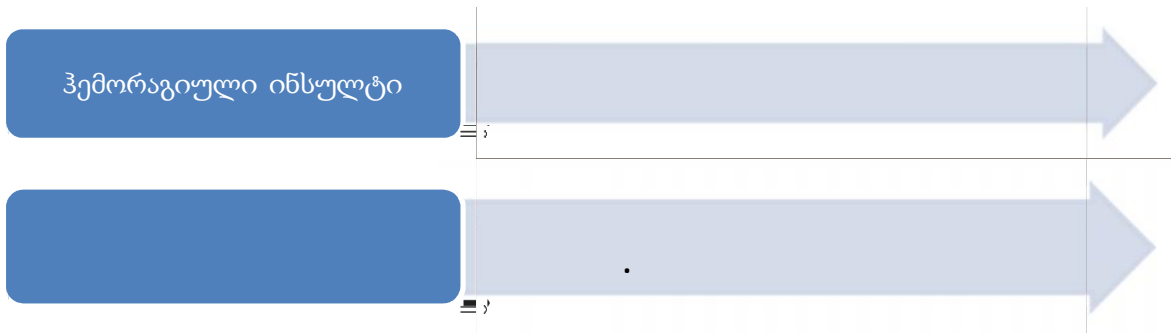
დიაგნოზის დაზუსტება შესაძლებელია მხოლოდ ანგიოგრაფიის ჩატარებით. მკურნალობა ქირურგიულია.

ინსულტი



„ინსულტი“ ბერძნული ენიდან „დარტყმას“ ნიშნავს ეს დაავადება მართლაც ერთი „დარტყმით“ აზიანებს ადამიანის ნერვულ სისტემას. ინსულტი თავის ტვინის სისხლმომარაგების მწვავე დარღვევაა (სისხლჩაქცევა და/ან იშემია), რომელიც იწვევს თავის ტვინის ქსოვილების კვდომას. **ინსულტის გამომწვევი მიზეზები** ინსულტი შეიძლება გამოწვეული იყოს ტვინის მკვებავი ამა თუ იმ სისხლძარღვის (სისხლძარღვების) დაზიანებით

(იშემია), ან გაგლეჯით (სისხლჩაქცევა - ჰემორაგია). განასხვავებენ ინსულტის 2 სახეს:

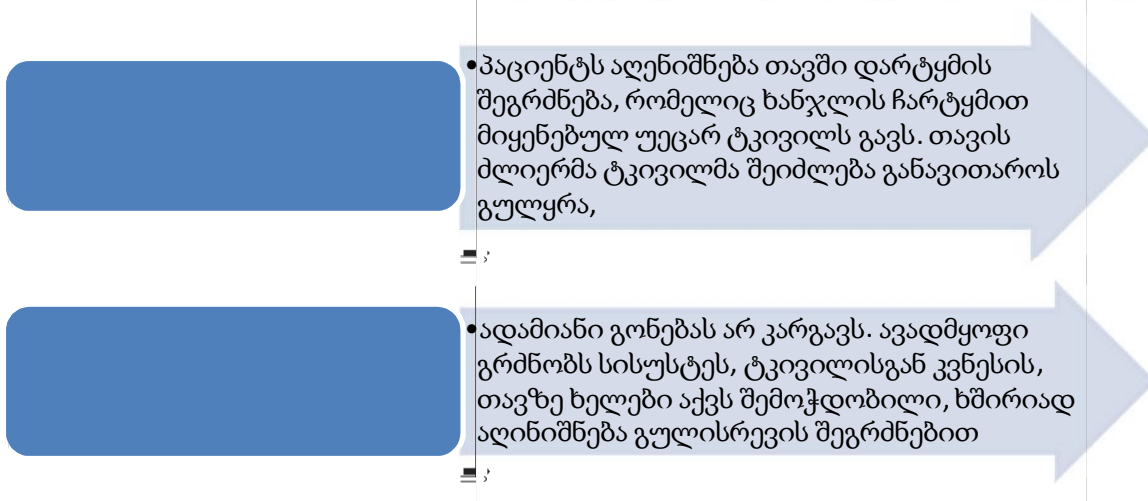


ინსულტი ყველზე ხშირად ვითარდება ისეთი დაავადებების ფონზე როგორცაა: ჰიპერტონია და გულის დაავადებები (მოციმციმე არითმია, მანკები, პაროქსიზმული ტაქიკარდია), გულის უკმარისობა, ცერებრალური ათეროსკლეროზი. იშემიური ინსულტის დროს სისხლძარღვის დახშობის მიზეზი შეიძლება იყოს: კისრის მსხვილი სისხლძარღვებისა და გულის სარქველების ათეროსკლეროზული ფოლაქებიდან მოწყვეტილი ნაწილები; თრომბები, რომლებიც წარმოიქმნება სისხლძარღვების შევიწროების ადგილზე

ანამნეზის შეგროვება: რადგან ძირითად შემთხვევაში პაციენტის ცნობიერება დათრგუნულია ანამნეზის შეკრება ხორციელდება **ახლობლების საშუალებით**. გამოკითხვით ზუსტდება პაციენტის ცხოვრების რეჟიმი, გადატანილი დაავადებები, მავნე ჩვევები. მიღებული პრეპარატები. მოძრაობის და მეტყველების ფაქტორები როგორი ქონდა ინსულტამდე.

ინსულტის სიმპტომები ჰემორაგიული ინსულტი განსხვავდება იშემიურისგან იმით, რომ ჰემორაგიული ინსულტი ვითარდება მაღალი არტერიული წნევის ფონზე, რომლის დროსაც სკდება სისხლძარღვი. სისხლის დიდი წნევის გამო ხდება ტვინის ქსოვილების ერთმანეთისაგან დაშორება, წარმოქმნილ სივრცეებში კი ჩაედინება სისხლი და ასე წარმოიქმნება ჰემატომა. სისხლჩაქცევა, ასევე, შეიძლება მოხდეს ანევრიზმის გახეთქვის დროსაც. ხშირად ხდება სისხლის ჩაღვრა ტვინის გარსებში, რასაც **სუბარაქნოიდული**

სისხლჩაქცევა ეწოდება. ასეთი სისხლჩაქცევა ვითარდება უმეტესად 40 წლამდე ასაკში.



თავდაპირველად იშემიური ინსულტის ნიშნები მკვეთრად არ არის გამოხატული, ისინი ვითარდებიან თანდათანობით. ჰემორაგიული ინსულტის დროს გამოვლინებები უფრო ძლიერია: არტერიული წნევის კრიზის ფონზე ძლიერდება თავის ტკივილი, რომელიც თავიდან აღინიშნება თავის ერთ ნახევარზე და შემდგომ, ავადმყოფი კარგავს გონებას, სახე ხდება მონაცრისფრო ან მოწითალო, სუნთქვა ხმაურიანი, ხშირია ღებინება. ასეთი ინსულტის დროს ხშირად ვითარდება გულყრა, პათოლოგიური პროცესი ვითარდება სხეულის ერთ მხარეს, თვალის გუგა გაფართოებულია სისხლჩაქცევის მხარეს. როდესაც ავადმყოფი გონზე მოდის, მას აღენიშნება კიდურების დამბლა ან პარეზი. ეს თუ მარჯვენა კიდურების მხარეა, ირღვევა მეტყველება (აფაზია), თუ მარცხენა - შეინიშნება ფსიქიკური აშლილობა (არ ახსოვს ასაკი, სად იმყოფება, ვერ ცნობს ნათესავებს, თავს თვლის ჯანმრთელად და ა.შ.). იშემიური ინსულტის დროს აღინიშნება თავის კუნთების რიგიდობა - შეუძლებელია თავის მოხრა ისე, რომ ნიკაპი დაედოს მკერდს (კისრის კუნთების რიგიდობის გამო) და ფეხის კუნთების რიგიდობა - შეუძლებელია ფეხის აწევა (ფეხის კუნთების დაჭიმულობის გამო). ეს მოვლენები გამოწვეულია ტვინის გარსებში სისხლჩაქცევით, ამ სინდრომებს ეწოდება მენინგეალური სინდრომი.

თუ სისხლჩაქცევა ვითარდება ტვინის ღეროში ადამიანი გონზე მოუსვლელად იღუპება დაახლოებით 2 დღეში. სუბარაქნოიდული სისხლჩაქცევა, უმეტესად, ვითარდება ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ: სიმძიმეების აწევის, მუხლზე ჯოხის გადატეხვის

მცდელობისა და ნერვული სტრესის დროს, რომელსაც თან ახლავს არტერიული წნევის მომატება.

ტვინში სისხლის მიმოქცევის გარდამავალი დაზიანება უფრო საშიშია. იმის მიხედვით თუ რომელ მხარესაა დაზიანება, ვითარდება სისუსტე ან ხელში, ან ხელსა და ფეხში ერთდროულად. ცალ მხარეს აღინიშნება მეტყველების დარღვევა, აფაზია, მხედველობის ნაწილობრივი, ან მთლიანი დაკარგვა. ეს მოვლენები ქრება რამდენიმე წუთში, ან იშვიათად 1 საათში, რომელიც დღეღამის განმავლობაში შეიძლება არაერთხელ განმეორდეს. სასწრაფო დახმარების გამოძახების შემთხვევაში კი ექიმს შეიძლება დახვდეს უკვე “ჯანმრთელი” პაციენტი, რომელსაც 10-15 წუთის წინ არ შეეძლო არც მეტყველება და არც კიდურების მოძრაობა. იმის გამო, რომ შეტევის დროს დაავადების კლინიკური გამოვლინება, უმეტესად, არ აღინიშნება, პაციენტი არ გადაჰყავთ საავადმყოფოში და რჩება სახლში, ხოლო დილით იღვიძებს ტოტალური აფაზიითა და ცალმხრივი დამბლით. თავის ტვინის ტრანზიტორული დაზიანების დროს ავადმყოფი, აუცილებლად, უნდა მოთავსდეს სტაციონარში. ეს მდგომარეობა ჯერ კიდევ არ არის ინსულტი, მაგრამ არის საშიშროება იმისა, რომ ინსულტი განვითარდეს და პაციენტი, ამიტომ, უნდა იქნეს მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ.

თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის მწვავე დარღვევის დიაგნოზი ადვილი დასასმელია იმ შემთხვევაში, როდესაც სახეზე გვაქვს მკვეთრად გამოხატული დამბლა, ცნობიერებისა და მეტყველების დარღვევა. დიაგნოზის დასმა უფრო რთულია, როდესაც კლინიკა არ არის მკვეთრად გამოხატული, მაგრამ მკურნალობის ტაქტიკა, ორივე შემთხვევაში, უნდა იყოს ერთი - ჰოსპიტალიზაცია (თუკი ავადმყოფი არ არის ძალიან ასაკოვანი და არ იმყოფება კომაში).

პირველადი დახმარება ინსულტის დროს: უპირველეს ყოვლისა ავადმყოფი

მოხერხებულად უნდა მოთავსდეს საწოლში, განთავისუფლდეს შემბოჭველი

ტანსაცმლისაგან და მაქსიმალურად მიეწოდოს სუფთა ჰაერი. პირის ღრუ პროტეზისაგან და

პირნალები მასისაგან განთავისუფლდეს. თავი და მხრები უნდა იყოს მოთავსებული

რბილად, ბალიშზე, რათა არ მოიხაროს კისერი და არ გაუარესდეს სისხლის ნაკადი

ხერხემლის არტერიაში....ინსულტის განვითარების დროს ყველაზე მნიშვნელოვანია,



დაავადების განვითარების პირველი წუთები და საათები, სწორედ ამ დროს გაწეული სამედიცინო დახმარება არის ყველაზე ეფექტური. ინსულტის დროს ავადმყოფის გადაყვანა ყოველთვის ხდება წოლით მდგომარეობაში, თუკი ეს არ არის მესამე სტადიის კომა. ავადმყოფები იშვიათად იღუპებიან უშუალოდ ინსულტისაგან, ინსულტს ხშირად თან ერთვის პნეუმონია და ნაწოლების განვითარება. ასეთი გართულებების თავიდან ასაცილებლად უნდა მოხდეს ავადმყოფის გადაბრუნება ხან ერთ, ხან მეორე მხარეს. უნდა დავიცვათ ჰიგიენური ნორმები. მოწესრიგებული უნდა იყოს კვება, საჭიროა გაიწმინდოს კუჭნაწლავი და ჩატარდეს გულმკერდის ვიბრაციული მასაჟი.

ინსულტის მკურნალობა ინსულტის მკურნალობა მოიცავს, სისხლძარღვების თერაპიას, იმ პრეპარატების გამოყენებას, რომლებიც უზრუნველყოფენ ტვინში მეტაბოლიზური პროცესების გაუმჯობესებას, ჟანგბადის თერაპიას, აღდგენით მკურნალობას, ან რეაბილიტაციას (სამკურნალო ფიზკულტურა, ფიზიოთერაპია, მასაჟი).

ინსულტის შემდგომი რეაბილიტაცია პირველ რიგში უნდა გაკონტროლდეს არტერიული წნევა, პულსი და დროულად უნდა იქნეს მიღებული ყველა რეკომენდირებული პრეპარატი. უნდა მოხდეს ტემპერატურის კონტროლი, ყურადღება უნდა მიექცეს გამოყოფილი შარდის რაოდენობას და კუჭ-ნაწლავის მოქმედებას. ყოველივე ამის გასაკონტროლებლად უნდა მოხდეს დღიურის წარმოება - ეს აუცილებელია მიმდინარე თერაპიის კორექციისათვის.

თუ კუჭის მოქმედება სამი დღის განმავლობაში არ აღინიშნება, საჭიროა გაკეთდეს გამწმენდი ოყნა. თუ მოხდა შარდის შეკავება, ან ტემპერატურის მომატება აუცილებლად უნდა ეცნობოს ექიმს. ავადმყოფი უნდა იწვეს ნათელ, ხმაურისაგან დაცულ ოთახში. საჭიროა ოთახის სველი წესით დამუშავება 1-2-ჯერ დღეში და რეგულარულად განიავება, მაგრამ ისე რომ, ორპირში არ მოხვდეს პაციენტი. ტემპერატურის ოპტიმალური რაოდენობაა +18-22C

საწოლი უნდა იყოს სწორი და მაგარი. თუკი პაციენტი ვერ აკონტროლებს თავის ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებებს მას უნდა ჩააცვან პამპერსი. საჭიროების შემთხვევაში უნდა გამოიკვალოს თეთრეული (ვადმყოფი ფრთხილად უნდა გადავაბრუნოთ საწოლის

ერთ კიდეზე. გამოსაცვლელ ზეწარს ბინტივით დავახვევთ, მის ადგილზე დავაგებთ ახალ თეთრეულს (მასაც თავიდან ბინტის მსგავსად დახვეულს), შემდგომ გავშლით და გადმოვაბრუნებთ პაციენტს.

პაციენტს უტარდება სუნთქვითი ვარჯიშები დღეში რამდენიმეჯერ. ეს ვარჯიში უნდა გააკეთოს ყველა ავადმყოფმა მიუხედავად დაავადების სიმძიმისა. იმისათვის, რომ არ განვითარდეს ნაწოლები და პნეუმონია საჭიროა პაციენტის გადაბრუნება გვერდიდან გვერდზე 2-3 საათში ერთხელ. აგრეთვე, პაციენტს უტარდება მსუბუქი დარტყმითი ვარჯიშები, გვერდებზე და ბეჭების ქვეშ. თუკი ავადმყოფს არ შეუძლია დამოუკიდებლად მოძრაობა, საჭიროა 2-3-ჯერ დღეში ავაყენოთ, დავბანოთ, დროს კარგად უნდა დავუკვირდეთ რა მდგომარეობაშია ლორწოვანი გარსი და კანი. ავადმყოფი რეგულარულად გავასუფთავოთ ნამიანი პირსახოცით და შემდგომ გავამშრალოთ. საჭიროების შემთხვევაში, შესაძლებელია, სუდნოს გამოყენებაც. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს პირის ღრუსა და შორისის ჰიგიენას. კონიუქტივიტის პროფილაქტიკისათვის კვირაში 2-3-ჯერ თვალში ალბუციდი ჩავაწვეთოთ.

უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ასეთ ავადმყოფებს ხშირად ეცვლებათ ხასიათი. ისინი შეიძლება გახდნენ მტირალეები, პასიურები, ან პირიქით, აგრესიულები. ხშირად უარესდება მეხსიერება, რის გამოც უჭირთ მიმდინარე მოვლენების დამახსოვრება. ბევრს ერღვევა მეტყველება. ირგვლივ მყოფნი პაციენტის ასეთ დგომარეობას უნდა მოეკიდნონ გაგებით, არ გაუბრაზდნენ პრეტენზიების გამო და მოარიდონ კონფლიქტებს. უნდა ესაუბრონ მის სურვილებზე, წაუკითხოთ გაზეთები, წიგნები და სთხოვონ გაიმეოროს წაკითხული. ხშირად შეახსენონ, რომ დაასახელოს ირგვლივ არსებული საგნები. ჯანსაღი ფსიქოლოგიური მდგომარეობა ოჯახში, მნიშვნელოვნად ხელს შეუწყობს მისი ფუნქციების აღდგენას.

რეაბილიტაციის დროს მნიშვნელოვანია ავადმყოფის სწორი კვება. დიეტის კალორიულობა დაყვანილი უნდა იქნეს 2200-2500 კკ-მდე დღე-ღამეში, ძირითადად, ნახშირწყლებისა და ცხოველური ცხიმების შემცირების ხარჯზე. მკვეთრად უნდა შემცირდეს ცომეულისა და შაქრის მოხმარება. უნდა ვეცადოთ მივცეთ მეტი ბოსტნეული და ხილი. კვების რაციონიდან

გამორიცხოს მარილიანი, ცხარე და შემწვარი საკვები. სასურველია, ავადმყოფი იკვებოს 4-5-ჯერ დღეში და კალორიული საკვები მიიღოს დილისა და დღის საათებში.

ნებისიერ შემთხვევაში, თუ მოხდა ინსულტი, უნდა გვახსოვდეს, რომ ტვინის უჯრედების ნაწილი იღუპება და დაკარგული ფუნქციების სრულად აღდგენის საკითხი (მიუხედავად თავის ტვინის დიდი კომპენსატორული შესაძლებლობებისა), ძალიან პრობლემატურია. დაკარგული ფუნქციებისა და უჯრედების აღდგენას სჭირდება დროის დიდი მონაკვეთი და შესაბამისი მედიკამენტების მიღებასთან ერთად საჭიროა კარგი მოვლა და ავადმყოფის სურვილი იცხოვროს სრულფასოვანი ცხოვრებით. საფუძვლიანი მკურნალობის წარმატებულობა დაკავშირებულია შესწავლის პროცესთან, ზუსტად ისე, როგორც სკოლაში: შეიძლება შეგვხვდეს მონდომებული და ნაკლებად მონდომებული, აქტიური და პასიური პაციენტი. ავადმყოფის დახმარება სწავლაში - ეს არის მედპერსონალის ძირითადი ამოცანა, მაგრამ უნდა გვახსოვდეს, რომ მხოლოდ ავადმყოფის აქტიურ სასიცოცხლო პოზიციას, პაციენტისა და მედპერსონალის მოქმედების თანმიმდევრობას შეუძლია ამ დაავადების ნარჩენი უარყოფითი მოვლენები დაიყვანოს მინიმუმამდე.

ნერვული სისტემის ყველაზე ხშირად გავრცელებული ანთებითი დაავადებები

მენინგიტი



მენინგიტი თავის ტვინის გარსების ყველაზე გავრცელებული ინფექციური ანთებითი დაავადებაა. ამ დაავადებას იწვევს ყველაზე ხშირად - მენინგოკოკი, პნევმოკოკი და ჰემოფილუსის ჩხირი. ინფექციური პროცესი უმეტესად მხოლოდ ტვინის გარსებს მოიცავს, თუმცა არის შემთხვევები, როდესაც იგი ტვინის ქსოვილზეც ვრცელდება. ამ ფორმას

მენინგოენცეფალიტი ეწოდება. ავადობა ყველაზე მეტია მცირეწლოვან, 3-5 წლამდე ასაკის ბავშვებში. უფროსებში მენინგიტი და მენინგოენცეფალიტი უფრო ერთეული შემთხვევების სახით გვხვდება.

მენინგიტი, ჩვეულებრივ, ჰაერწვეთოვანი გზით ვრცელდება - ისევე, როგორც გრიპი და სხვა რესპირაციული ინფექციები,

კონტაქტური გზითაც ხდება მისი გავრცელება - საერთო საგნების, ნივთების ან ჭურჭლის საშუალებით . დაავადების პირველი ნიშნები ორგანიზმში გამომწვევის შეჭრიდან 1-4 დღის შემდეგ იჩენს თავს.

კლინიკური ნიშნები: - მენინგიტის სამი საშიში სიმპტომია:

მაღალი ტემპერატურა 38-40 გრადუსამდე

თავის ტკივილი

კეფისა და კისრის კუნთების დაჭიმულობა.



ღებინება	ტემპერატურა	თავის ტკივილი	კისრის დაჭიმულობა
სინათლის აუტანლობა	მოთენთილობა	საერთო ტკივილი	საერთო სისუსტე

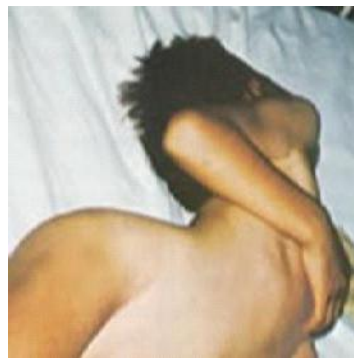
ყველაფერი იწყება მოულოდნელად, ერთბაშად - ბავშვი, რომელიც ცოტა ხნის წინ თამაშობდა, უეცრად მოიწყენს, მოითენთება ან, პირიქით, ჭირვეულდება.



უჩვიის ყელის, თავის, მუცლის ტკივილს, აღებინებს, ამცინებს. მადა ქვეითდება, წყურვილი ძლიერდება.

- რაც უფრო ადრე დაიწყება მკურნალობა, მით უკეთესია შედეგი. თუ დაავადების ამოცნობა დაგვიანდა, ავადმყოფობა ხანგრძლივდება, ვითარდება სახიფათო გართულებები: ქრონიკული თავის ტკივილი, სიელმე, სიყრუე, კრუნჩხვები, ჰიდროცეფალია. ამის თავიდან აცილება შესაძლებელია დროული დიაგნოსტიკითა და ადეკვატური მკურნალობით.

ბავშვი, რომელსაც ენა ჯერ არ ამოუდგამს, ვერ გეტყვით, რომ რაიმე სტკივა; სამაგიეროდ, იგი ხმამაღლა იწყებს ტირილს, ტირის შეუჩერებლად, ძილშიც კი, . ეს მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური ნიშანია! პირღებინება მენინგიტის დროს უჩვეულოა: იგი გამოწვეულია ქალასშიდა წნევის მომატებით და არ არის დაკავშირებული კვებასთან. პირღებინება პატარას ჰგვრის შვებას, როგორც ნაწლავური ინფექციისა და კვებითი ტოქსიკოზის დროს. კიდევ ერთი დამახასიათებელი დეტალი: ტვინის გარსების ანთების დროს ბავშვები ვერ იტანენ მკაფიო, კაშკაშა სინათლეს, ხმამაღალ ბგერებს, ხმაურს, კრთებიან უმნიშვნელო შეხებისას - ამჟღავნებენ ზემგრძნობელობას გარეგანი გამღიზიანებლების მიმართ. მათ თავი რომ აარიდოს, ბავშვი იმალება საბნის ქვეშ ან თავზე ფარებს ბალიშს. დაავადების ტიპური ნიშანია თავის უკან გადაგდება, სხეულის მორკალვა.



თუ ბავშვს ქოთანზე დავსვამთ, ის თავს უკან გადააგდებს, ხელებით იატაკს დაეხრება და გააკეთებს დამახასიათებელ რკალს. როდესაც დაავადება მძიმედ მიმდინარეობს და ტვინის გარსები ჩირქით არის დაფარული, ექიმი დიაგნოზს ერთი შეხედვით დასვამს: ბავშვი გვერდზე წევს, თავი უკან აქვს გადაგდებული, ფეხები - მუცელზე მიბჯენილი, იდაყვში მოხრილი ხელები - გულმკერდზე. დაავადების დასაწყისში კლინიკური სურათი მკაფიო არ არის, თუმცა არსებობს ნიშნები, - ე.წ. მენინგეალური ნიშნები, - რომლებიც მენინგიტზე მიუთითებს ან გამორიცხავს მას.

დიაგნოსტიკა და მკურნალობა- მენინგიტზე ეჭვის შემთხვევაში პაციენტი უნდა მოთავსდეს სტაციონარში. უკეთდება თავ-ზურგ ტვინის პუნქცია. უღებენ თავ-ზურგტვინის სითხეს -



ლიქვორს. www.medicina.com

ლუმბალური პუნქცია ტარდება

ორი დანიშნულებით - სადიაგნოზოდ და სამკურნალოდ. ლიქვორის გამოღება აქვეითებს წნევას, პაციენტი მშვიდდება, უმცირდება თავის ტკივილი, უწყდება პირღებინება.

მენინგიტის დიაგნოზი დადასტურებულად მიიჩნევა მხოლოდ ლიქვორის გამოკვლევის შემდეგ. საჭიროების შემთხვევაში, მაგალითად, მედიკამენტის ზუსტად ანთებით გარსებში შეყვანის აუცილებლობისას, პუნქციას იმეორებენ.

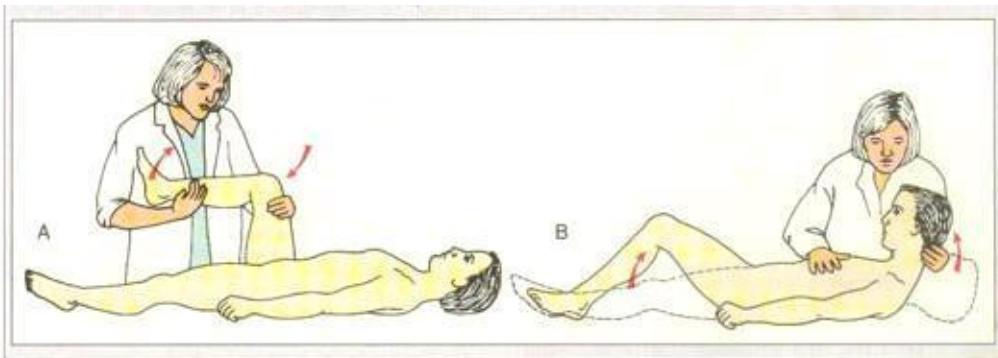
ტესტები მენინგიტის ამოსაცნობად: ამ ტესტების ჩასატარებლად ბავშვს ვაწვენთ ზურგზე.

*ცალ ხელისგულს ვადებთ გულმკერდზე, მეორე ხელს ამოვუდებთ თავქვეშ და ვცდილობთ, თავი წამოვუწიოთ, ნიკაპით მკერდზე მოვაბჯენინოთ - ვერ ვახერხებთ, რადგან კისერი

დაჭიმულია-ბრუძინსკის სიმპტომი



*ფეხს 90-გრადუსიანი კუთხით მოვუხრით მუხლში; მუხლს მუცელთან მივატანინებთ. მერე ფეხს ვუმართავთ - ფეხი არ იშლება; მეორე ფეხს რეფლექსურად ხრის და მუცელთან მიაქვს; სახეზე ეხატება ტკივილი



* ცერა თითს ვაჭერთ შუბლზე - ხრის ფეხებს და მუცელთან მიაქვს

* ვცდილობთ გავუსწოროთ იდაყვში მოხრილი ხელები - ვიღებთ რეფლექსურ წინააღმდეგობას

* გულმკერდზე გადავუჯვარედინებთ ხელებს - ფეხებს თვითნებურად ხრის მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსარში

* თუ ბავშვი ჯერ არ არის 2 წლის, ხელებს ამოვდევთ ილიის ქვეშ და ვკიდებთ ჰაერში - ფეხებს ხრის და მუცლისკენ მიაქვს, ასე რჩება, სანამ დავაწვევთ.

თუ ამ ტესტებიდან ერთი მაინც დადებითია, ბავშვს სასწრაფოდ სჭირდება ექიმის კონსულტაცია.



საექთნო პროცესის მართვა ცენტრალური ნერვული სისტემის ანთებითი დაავადებების დროს.

- ანამნეზის შეგროვება-პაციენტებს რომელიც ნერვული სისტემის ანთებითი დაავადებები აქვს, ცნობიერება ძირითადად დაბინდული აქვს ამიტომ ანამნეზის შეკრება ახლობლების საშუალებით უნდა მოხდეს.
- ახლობლების წრეში ანალოგიური სიმპტომები ქონდა თუ არა ვინმეს?
- სად იმყოფებოდა პაციენტი ბოლო პერიოდში?
- ქონდა თუ არა რაიმე მწერის ნაკბენი ბოლო პერიოდში?
- აწუხებდა თუ არა პაციენტს ტუბერკულოზი, ან რევმატიზმი?

მიელიტი

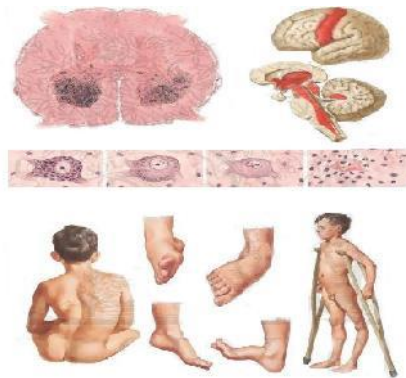
მიელიტი – ზურგის ტვინის ანთებაა. ძირითადი გამომწვევია ნეიროტროპული ვირუსები

და ბაქტერიები

სიმპტომები და მიმდინარეობა. დასაწყისი მწვავე ან ქვემწვავეა, ხშირად თან ახლავს ტემპერატურის მომატება. წარმოიქმნება ინტენსიური ტკივილები დაზიანების დონეზე, რომელსაც თან სდევს სხეულის ქვედა ნაწილებისა და კიდურების დამბლა. დაზიანებული უბნიდან აღინიშნება მგრძობელობის სრული ან ნაწილობრივი დაკარგვა. ვლინდება მენჯის ორგანოების ფუნქციის მოშლა; წარმოიქმნება ბაზინსკის სიმპტომი. თავ-ზურგტვინის სითხეში აღინიშნება ჰიპერალბუმინოზი ზურგის ტვინის ინსულტი კლინიკური სურათით მოგვაგონებს მიელიტს, მაგრამ გამოირჩევა თავ-ზურგტვინის სითხის ნორმალური შემადგენლობითა და დაზიანების ლოკალიზაციით.

პროგნოზი. აღმავალი პიოგენური მიელიტები ჩვეულებრივ მთავრდებიან ლეტალურად. თუმცა დროულად დაწყებულმა მკურნალობამ შესაძლებელია იხსნას ავადმყოფი. უხეში დაზიანების დროს რჩება მყარი პარაპლეგია. შედარებით იოლ შეთხვევებში შესაძლებელია ფუნქციის აღდგენა.

პოლიომიელიტი



მწვავე ვირუსული დაავადებაა, განპირობებული ქალას მამოძრავებელი ნერვების ბირთვების და ზურგის ტვინის წინა რქების უჯრედების დაზიანებით, რაც იწვევს დუნე დამბლის განვითარებას არეფლექსიითა და კუნთების ატროფიით. გამომწვევია **პოლიომიელიტის ვირუსი**, საინკუბაციო პერიოდი 2-დან 35 დღემდე გრძელდება, უმეტესად - 10-14 დღე. არსებობს დაავადების ტიპური ანუ პარალიზური და ატიპური ანუ არაპარალიზური ფორმები. არაპარალიზური ფორმა ხშირად ე.წ. "მცირე დაავადების" სახით მიმდინარეობს. ვლინდება ხანმოკლე ცხელებით, კატარული (ხველა, სურდო, ყელის ტკივილი) და დისპეფსიური (გულისრევა, ღებინება, თხელი განავალი) მოვლენებით. რამდენიმე დღეში, ჩვეულებრივ, ყველა სიმპტომი ქრება. არაპარალიზური ფორმის მეორე ვარიანტია მსუბუქად მიმდინარე სეროზული მენინგიტი.

გამოყოფენ პარალიზური პოლიომიელიტის 4 სტადიას: პრეპარალიზურს, პარალიზურს, აღდგენითს და ნარჩენი მოვლენებისას.

პრეპარალიზურ სტადიას ახასიათებს ორტალღოვანი ცხელება და კატარული მოვლენები. ზოგადტვინოვანი და მენინგეალური სიმპტომები უმთავრესად ცხელების მეორე ტალღის დროს შეინიშნება. პრეპარალიზური სტადია იწყება მწვავედ, ტემპერატურის შესამჩნევი მატებით. პირველი სამი დღის განმავლობაში ავადმყოფი უჩივის თავის ტკივილს, სისუსტეს, სურდოს, ფარინგიტს; შესაძლოა განვითარდეს კუჭ-ნაწლავის აშლილობა (ღებინება, თხელი განავალი ან შეკრულობა). ამის შემდეგ დგება 2-4-დღიანი აპირექსიის (ანუ უსიცხო) პერიოდი (თუმცა ასეთი პერიოდი ყველას არ აქვს), მერე კი ვითარდება ცხელების მეორე ტალღა და ავადმყოფის მდგომარეობა მკვეთრად მძიმდება: სხეულის ტემპერატურა 39-40 C -მდე იმატებს, ძლიერდება თავის ტკივილი, აღმოცენდება ტკივილის შეგრძნება სხეულის სხვა ნაწილებშიც. განსაკუთრებით მტკივნეულია ხელის დაჭერა ხერხემლის გასწვრივ, თავის დახრა, წელში მოხრა. ტკივილი აღმოცენდება იმ კიდურებში, რომლებშიც მოგვიანებით დამბლა ვითარდება. გამოხატულია ჰიპერემია, ცნობიერების მოშლა და მენინგეალური მოვლენები. მოსალოდნელია კუნთების სისუსტე და მყესთა

რეფლექსების შესუსტებაც. აღინიშნება ცალკეულ კუნთთა კრუნჩხვები, კიდურების ტრემორი (კანკალი), ნისტაგმი, ვეგეტაციური დაღვევები: ოფლიანობა, წითელი ლაქების გაჩენა კანზე, ბატის კანი და სხვა. ამ სტადიის ბოლოს ცხელება ქრება და ვითარდება სრული ან ნაწილობრივი დამბლა. გამორიცხული არ არის, დამბლა ცხელების ფონზეც განვითარდეს.

თავ-ზურგტვინის სითხეში პრეპარალიზურ სტადიაშივე ვლინდება ცვლილებები: სითხე გამოდის ძლიერი წნევით, მომატებულია ლიმფოციტები, შეინიშნება ცილები, დასტურდება უჯრედოვან-ცილოვანი დისოციაცია.

პარალიზური სტადია თითქოსდა მოულოდნელად ვითარდება, უმეტესად - რამდენიმე საათში. ზოგჯერ ადამიანი იძინებს ჩვეულებრივ, მნიშვნელოვანი ჩივილების გარეშე, დილით კი უკვე დამბლის მკვეთრი ნიშნები აქვს.

პოლიომიელიტის დროს ვითარდება რბილი (დუნე) დამბლა, რომელიც ვლინდება პერიფერიული კუნთების ტონუსის დაქვეითებით, აქტიური მოძრაობის შეზღუდვით ან არარსებობით, კუნთთა სრული ან ნაწილობრივი გადაგვარებით და მყესთა რეფლექსების შეზღუდვით ან არარსებობით. დამბლის დაწყებიდან 1-2 კვირის შემდეგ იწყება კუნთთა ატროფია. დაზიანებული კიდურები ცივია, ციანოზური (მოლურჯო), დაზიანებულ არეში მგრძობელობა დაქვეითებულია. უმეტესად კიდურის (განსაკუთრებით - ფეხის) კუნთები



ზიანდება, თუმცა არის ტანისა და კისრის კუნთების რბილი დამბლის შემთხვევებიც.

- სპინალურს - კიდურების, ტანის, კისრისა და დიაფრაგმის კუნთების დამბლას;
 - ბულბურს (ყლაპვის, მეტყველების, სუნთქვისა და გულის მუშაობის მოშლა).
- ბულბური ფორმის შემთხვევაში დაავადება იწყება განსაკუთრებით მწვავედ, მაღალი ცხელებით (40 0F და მეტი), თავის ძლიერი ტკივილით, ლებინებით. პირველ დღეებში გამოხატულია ნისტაგმი, ყლაპვის მოშლა (თხიერი საკვები გადმოდის ცხვირიდან), ხმის ჩახლეჩა. დაავადება განსაკუთრებით მძიმეა, როდესაც ვითარდება დიაფრაგმის, სასუნთქი და სისხლის მიმოქცევის ცენტრების დამბლა. სუნთქვა ზერელეა, გახშირებული, ვითარდება ფილტვების ატელექტაზი და პნევმონია;

- პონტინურს (სახის ნერვის ბირთვების დაზიანება და მიმიკური კუნთების დამბლა). მას ახასიათებს სახის ასიმეტრია, ცხვირ-ტუჩის ნაოჭის გადასწორება ცალ მხარეს, წარბის მოძრაობის შეზღუდვა, თვალის ბოლომდე მოხუჭვის შეუძლებლობა;
- ენცეფალურს (ზოგადტვინოვანი მოვლენები და თავის ტვინის კეროვანი დაზიანება). პოლიომიელიტის ამ ფორმის შემთხვევაში პროდრომული პერიოდი შემოკლებულია, ზოგჯერ კი დაავადება პირდაპირ გონის დაკარგვით, კრუნჩხვებით, მეტყველების მოშლით, ნისტაგმით, მენინგეალური ნიშნებით, კეროვანი სიმპტომატიკით ან კატალექსიური მდგომარეობით (სრული ან ნაწილობრივი გაშემებით) იწყება; შერეულს (მრავლობითი კეროვანი დაზიანება).

ყველაზე მძიმე დაზიანებას წარმოადგენს სასუნთქი კუნთებისა და დიაფრაგმის დამბლა. ბევრი სუნთქვის მოშლით კვდება.

გადარჩენილებს პარალიზური სტადია რამდენიმე დღიდან 1-2 კვირამდე უგრძელდებათ. პარალიზურ სტადიაში მკვეთრად არის გამოხატული ცვლილებები (ცილების მკვეთრი მატება) თავ-ზურგტვინის სითხეში.

აღდგენით პერიოდში, უპირველეს ყოვლისა, ქრება ინტოქსიკაციის მოვლენები: უმადობა, თავის ტკივილი, ოფლიანობა, მცირდება ტკივილი ხერხემალსა და კიდურებში.

დაზიანებულ კიდურებში არათანაბრად აღდგება მოძრაობა. პირველ ხანებში კუნთთა ფუნქციის აღდგენა სწრაფად მიმდინარეობს, მყესთა რეფლექსებიც ნორმალიზდება, მაგრამ ორი თვის შემდეგ აღდგენითი პროცესი ნელდება და თანდათანობით ვითარდება კუნთების ატროფია და კონტრაქტურები. დაზიანებული კიდური ზრდაში ჩამორჩება, ყალიბდება ოსტეოპოროზი, ძვლის ქსოვილის ატროფია.

აღდგენითი პერიოდი შეიძლება 3 წლამდე გაგრძელდეს.

ნარჩენი მოვლენების ანუ რეზიდუალურ სტადიას ახასიათებს მყარი რბილი დამბლა, კუნთთა განსაზღვრული ჯგუფის ატროფია, სხეულისა და კიდურების დეფორმაცია და კონტრაქტურები. დაავადების შედეგად მომხდარი ცვლილებები ზოგჯერ უმნიშვნელოა, ზოგჯერ კი მძიმე ინვალიდობას იწვევს.

მკურნალობა სიმპტომატურია; სუნთქვის უკმარისობის დროს ნაჩვენებია ხელოვნური ვენტილაცია; აღდგენით პერიოდში – მასაჟი, სამკურნალო ფიზკულტურა.

პროგნოზი. დიფუზური კუნთოვანი სისუსტე პროგნოზულად მნიშვნელოვნად კეთილსაიმედოა, ვიდრე რამდენიმე მნიშვნელოვანი კუნთის უხეში დამბლა; განსკუთრებით სერიოზულია ბუმბური დამბლა. პროფილაქტიკა. პოლიომიელიტის დროს კონტაგიოზურობა საკმაოდ მაღალია. აუცილებელია ვაქცინაცია ბავშვთა ასაკში პერორალური ვაქცინით



საექთნო პროცესის მართვა ცენტრალური ნერვული სისტემის ანთებითი დაავადებების დროს.

N	პრობლემა	საექთნო ჩარევა	შედეგი
1	სასუნთქი და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დარღვევები	ა) პულსის ბ) წნევის გ) სუნთქვის სიხშირის დ) ტემპერატურის მკაცრი კონტროლი და მონიტორინგი. საჭიროების შემთხვევაში სასუნთქი გზების განვლადობის უზრუნველყოფა.	უნდა მოხდეს მდგომარეობის კონტროლი და ზედა სასუნთქი გზების განვლადობის აღდგენა
2	ცნობიერების დაბინდვა	ცნობიერების მუდმივი კონტროლი დამძიმების შემთხვევაში სასწრაფოდ ეცნობოს ექიმს.	ცნობიერების აღდგენისა და შენარჩუნების მუდმივი კონტროლი
3	ჰიპერთერმია 39-40 გრადუსი	პაციენტს ტანთ ეცვას მსუბუქად, გადავაფაროთ თხელი ზეწარი. მაგისტრალური სისხლძარღვების არეში მოთავსდეს ცივი კომპრესები. მივცეთ გრილი სასმელი მცირე დოზებით. მიეცეს შესაბამისი დანიშნულება,	მაღალი ტემპერატურის დასაწევად
4	ჰიპერესთეზია- (მომატებული მგრძნობელობა) ტაქტილურ, სინათლის, ხმოვან გაღიზიანებაზე.	მოვამოროთ გამაღიზიანებელი ფაქტორები-სინათლე, ხმაური-ტელევიზორის, მნახველების და ტელეფონის გარეშე ასევე საწოლი ნაკეცების გარეშე. მძიმე გადასაფარებელის შეცვლა მსუბუქით.	ჰიპერესთეზიის შემცირება

5	კრუნჩხვითი შეტევები	გულმკერდი გავუნთავისუფლოთ თავის ქვეშ ამოვუდოთ ბალიში, და სასწრაფოდ ვაცნობოთ ექიმს კრუნჩხვების თაობაზე.	ასფიქსიის პროფილაქტიკა, თავისა და პირის ტრამვების თავიდან აცილება, შესაბამისი დანიშნულების შესრულება.
6	დისფაგია- ყლაპვის გამწელება	კვება განვახორციელოთ კოვზის საშუალებით. საკვები უნდა იყოს თხიერი. პაციენტი უნდა იწვევს გვერდზე და მხოლოდ ჯანმრთელი მხრიდან უნდა მოხდეს კვება. წყლის დაღევა- სასმელი მილის საშუალებით. პაციენტმა თავი უკან არ უნდა გადაწიოს ყლაპვის დროს რადგან არის საშიშროება საკვების სასულეში მოხვედრისა.	ფილტვებში ასპირაციისა და ასფიქსიის პროფილაქტიკა.
7	პირღებინება	ღებინების დროს პაციენტს თავი გვერდზე გადმოვაწევინოთ, შუბლი დავუკავოთ ხელისგულით, პირთან მივუტანოთ თირკმლისებური თასი. ღებინების დასრულების დროს საჭიროა პირის ღრუს სანაცია	ნაღები მასის ასპირაციის თავიდან აცილება.
8	დამბლები და პარეზები	სწორი მდებარეობის უზრუნველყოფა და სარეაბილიტაციო პროცედურები	მოძრაობის მთლიანი ან ნაწილობრივი აღდგენა
9	პაციენტის პატრონების პანიკური მდგომარეობა	ექიმთან შეთანხმებით შემეცნებითი საუბრის წარმოება, მოვლის უნარ-ჩვევების სწავლება, ფსიქოლოგიური თანადგომის გაწევა	მივმართოთ პაციენტის პატრონებს თანადგომისათვის რაც მას გამოჯანმრთელების რწმენას შთაუწერგავს.



ბავშვთა ცერებრული დამბლა - ახალშობილთა დაავადებების ჯგუფი, რომელიც ვლინდება მოძრაობის პროგრესირებადი დარღვევებით.

ეტიოლოგია, პათოგენეზი. მნიშვნელოვან აქვს პრენატალურ პათოლოგიას, ასფიქსიას მშობიარობის დროს, სამშობიარო ტრავმას.

სიმპტომები, - მიმდინარეობა.

პარასაგიტალური ნაპრალის ჰემატომის დიაგნოზი შესაძლებელია დაისვას ექიმის მიერ ბავშვის დაბადების პირველივე საათებში. მისი სიმპტომებია – მოდუნება, განმზ დავი სიელმე, ბრადიკარდია. ჰემატომა ადვილად იხსნება პუნქციით დიდი ყიფლიბანდიდან. ეს პროცედურა ხორციელდება ნეიროქირურგის, ან მიკროპედიატრის მიერ.

თუკი ჰემატომა დროულად არ იქნა მოცილებული, ან დაავადების მიზეზები სხვაა, ვითარდება თანდაყოლილი დიპლეგია, რომელიც ხასიათდება ფეხების სისუსტე და სპასტიკურობით. გამომხატულ შემთხვევებში სპასტიკურობამ შესაძლებელია მთლიანად შეზღუდოს ბავშვი. ფეხების გადაჯვარედინების გამო წარმოიქმნება „მაკრატლის ტიპის“ სიარულის მანერა. ხელები ზიანდება შედარებით იშვიათად. ხშირია ნათხემოვანი და ქერქქვეშა დარღვევები – ატაქსია, დისტონია, ქორეოათეტოზი. ნათხემის დაზიანების დროს სპასტიკურობის ნაცვლად აღინიშნება ჰიპოტონია. ლიტლის დაავადების დროს ინტელექტი ნორმალურია. როგორც წესი, ბავშვები ჩამორჩებიან ფიზიკურ განვითარებაში. გამოყოფენ ცერებრული დამბლის ე. წ. ცერებრულ დისფუნქციურ-რუდიმენტულ ვარიანტს, რომელიც ვლინდება მსუბუქი დარღვევებით, ოდნავ შესამჩნევი მოძრაობითი დეფექტებით, ეპილეფსიური ეპიზოდებით, პრაქსისისა და გნოზისის ზოგიერთი დეფექტებით. მსგავს ჯგუფს შეადგენს ე. წ. მოუხერხებელ ბავშვები, რომელთა სწავლება წარმოადგენს გარკვეულ სირთულეებს.

მკურნალობა დაფუძნებულია მოძრაობის შესწავლის მრავალწლიან პროგრამაზე.



კონტრაქტურები

კორეგირდება

ქირურგიულად. ინიშნება შესაბამისი მკურნალობა.

პროგნოზი- მძიმე შემთხვევებში ბავშვი იშვიათად აღწევს 1 – 2 წლამდე, იღუპებიან ჩვეულებრივ პნევმონიით. საშუალოდ ავადმყოფთა 25%-ში აღინიშნება მნიშვნელოვანი გაუჯობესება, 50% – ში მკურნალობა იძლევა მოტორული დეფექტების მეტ-ნაკლებ შემსუბუქებას, 25%-ში იგი არაეფექტურია. მნიშვნელოვანი პროგნოზული მომენტი ასევე ინტელექტუალური დეფექტის ხარისხი.

ჰიდროცეფალია



ჰიდროცეფალია - ქალას ღრუში თავ-ზურგტვინის სითხის რაოდენობის მომატებაა.

ეტიოლოგია, პათოგენეზი. თავ-ზურგტვინის სითხის რეზორბციისა და ცირკულაციის დარღვევები ან მისი ჭარბი სეკრეცია. მიზეზი შეიძლება იყოს შეხორცებითი პროცესი

გადატანილი ნეიროინფექციის ან თავის ტრავმის გამო, ასევე სიმსივნეები, ტვინის და მისი გარსების თანდაყოლილი ანომალიები.

სიმპტომები-მიმდინარეობა. ახალშობილთა ჰიდროცეფალია ვლინდება თავის გადიდებით, ვენური ქსელის გამოხატულებით ქალაზე; დამახასიათებელია თვალების ქვევით დაშვება (ჩამავალი მზის სიმპტომი), თავის მოცულობა თანდათანობით მატულობს, შესაძლებელია მიაღწიოს გიგანტურ ზომებს (ზოგჯერ თავის გარშემოწერილობა აღწევს 60 სმ-ს). ქალას ნაკერები გაფართოებულია, წინა ყიფლიბანდი მკვეთრად გადიდებულია. ხშირია ქალას ნერვების დამბლები, კერძოდ, მხედველობის სიმახვილის დაქვეითება, მხედველობის ნერვების ატროფიის გამო. აღინიშნება ფეხების სპასტიკურობა. მძიმე შემთხვევებში გარდაუვალია გონებრივი ჩამორჩენა. მოზრდილებში ჰიდროცეფალია ხასიათდება ქალაშიდა წნევის მომატების ნიშნებით: თავის ტკივილი, ღებინება, მხედველობის ნერვების შეგუბებითი დისკოები, თავბრუსხვევა. თუკი დაავადება განვითარდა 17-18 წლის ასაკის შემდეგ თავი ზომებში არ მატულობს. რენტგენოგრაფიაზე მოზრდილებში აღინიშნება თურქული კეხის ცლილებები და რიგი სხვა ნიშნები. კომპიუტერული ტომოგრაფიითა და ვენტრიკულოგრაფიით ვლინდება ტვინის მკვეთრად გადიდებული პარაკუჭი, ტვინის ნივთიერების ატროფია.

მკურნალობა- ქალაშიდა წნევის შესამცირებლად ინიშნება დიურეტიკები, გლუკოკორტიკოიდები. ქირურგიული მკურნალობა ახალშობილებში ითვალისწინებს თავ-ზურგტვინის სითხის გადინების დამატებითი გზების შექმნას ქალას ღრუდან (შუნტირება); მოზრდილთა ჰიდროცეფალიის დროს აუცილებელია ლიკვური გზების ობსტრუქციის მიზეზის აღკვეთა.

პროგნოზი-ახალშობილთა ჰიდროცეფალიის დროს ნაკლებკეთილსაიმედოა; მოზრდილებში გამოსავალი განისაზღვრება დაავადების გამომწვევი მიზეზის ქირურგიული კორექციის შესაძლებლობით.

პარკინსონის დაავადება

ცნობილი ადამიანები პარკინსონის დაავადებით



პარკინსონის დაავადება თავის ტვინის ქრონიკული პროგრესირებადი დაავადებაა, რომელიც 1817 წელს აღწერა ინგლისელმა ექიმმა პარკინსონმა. პარკინსონით დაავადებულებს აღენიშნებათ კიდურების კანკალი (ტრემორი), კუნთების რიგიდულობა, კოორდინაციისა და მეტყველების დარღვევა, უჭირთ მოძრაობა და გადაადგილება. ეს სიმპტომები, ჩვეულებრივ, 60 წლის შემდეგ ვითარდება, თუმცა ცნობილია პარკინსონიზმით 50 წლამდე დაავადების შემთხვევებიც. პარკინსონიზმი პროგრესირებადი დაავადებაა, ანუ მისი სიმპტომები თანდათან მძიმდება და საბოლოოდ ინვალიდობამდე მივყავართ, თუმცა დაავადება ნელა პროგრესირებს და დიაგნოზის დასმის შემდეგაც კი ბევრი წლოვით განაგრძობს სრულფასოვან ცხოვრებას და შრომას.

სიმპტომები პარკინსონის დაავადების პირველი სიმპტომები - ხელების უძრაობა

სიარულისას, ცალი ხელის თითებში მსუბუქი ტრემორი ან მეტყველების უმნიშვნელო დარღვევა - ძნელი შესამჩნევია. ავადმყოფები უჩივიან უღონობას, დეპრესიულ განწყობას, უძილობას. ჩვეული საქმიანობა - შხაპის მიღება, პარსვა, საჭმლის მომზადება და სხვა - გაცილებით მეტ ძალ-ღონესა და დროს მოითხოვს. ტრემორი ხშირად ხელის ან თითების მსუბუქი კანკალით იწყება. ზოგჯერ შეინიშნება ქვედა კიდურების ტრემორი. ეს სიმპტომები ზოგჯერ სხეულის ცალ მხარეს უფრო მეტად არის გამოხატული, ზოგჯერ კი სიმეტრიულად ვლინდება და თან ახლავს ნერვული სისტემის დაზიანების სხვა სიმპტომები, მათ შორის - კოორდინაციისა და მგრძობელობის დარღვევა. ტრემორი განსაკუთრებით აშკარაა, როდესაც ავადმყოფი სტრესულ მდგომარეობაში იმყოფება. მიუხედავად იმისა, რომ კიდურების ტრემორი მნიშვნელოვან უხერხულობას უქმნის ადამიანს, იგი არ იწვევს ქმედობაუნარიანობის დაკარგვას და ქრება მხოლოდ მაშინ, როდესაც ავადმყოფს სძინავს. პარკინსონით დაავადებულთა შორის მრავალი პაციენტი მხოლოდ უმნიშვნელო ტრემორს უჩივის. მოძრაობის შენელება (ბრადიკინეზია). დროთა განმავლობაში პარკინსონის დაავადება იძენს ახალ-ახალ სიმპტომებს, მათ შორის - მოძრაობის შენელებას, კოორდინაციის დარღვევას. ფეხის კუნთების რიგიდულობამ შესაძლოა მოძრაობა გააძნელოს, სიარულის მანერა შეცვალოს. კუნთების რიგიდულობა. ხშირია კისრისა და კიდურების კუნთების რიგიდულობა. ზოგ შემთხვევაში ეს ზღუდავს მოძრაობას და იწვევს ტკივილს. წონასწორობის დარღვევა. პარკინსონიზმს, განსაკუთრებით - მის მძიმე ფორმებს, ხშირად ახლავს თან წონასწორობის შენარჩუნების შეუძლებლობა. მოძრაობის ავტომატიზმის დაკარგვა. სიარულისას ხელების ქნევა, ღიმილი სახეზე ნორმალური ორგანიზმის ავტომატური ქმედებებია, რომლებიც ქვეცნობიერ დონეზე, ზოგჯერ ჩვენდა უნებურად ხორციელდება. პარკინსონიზმით დაავადებულს მოქმედების ეს ავტომატიზმი

ხშირად ეკარგება. ზოგ შემთხვევაში უქრება მიმიკა, ჟესტიკულაციის უნარი. არტიკულაციის დარღვევა. მეტყველების დარღვევა მრავალ ავადმყოფს აღენიშნება. მეტყველება შეიძლება იყოს სუსტად მოდულირებული, განურჩეველი. ხმა კარგავს ინტონაციას, ხდება მონოტონური და ჩუმი. ყლაპვისა და ნერწყვის გამოყოფის დარღვევა. ეს სიმპტომები დაავადების გვიანდელ ეტაპზე იჩენს თავს. ჭკუასუსტობა. პარკინსონით დაავადებულთა უმნიშვნელო პროცენტს აღენიშნება ჭკუასუსტობა - აზროვნების, აღქმისა და მახსოვრობის უუნარობა. ეს სიმპტომიც დაავადების გვიან სტადიაში ვლინდება. თუმცა ჭკუასუსტობა შესაძლოა ალცჰაიმერის დაავადების გამოვლინებად განიხილებოდეს.

ფიზიკური დატვირთვის როლი პარკინსონიზმის მკურნალობაში

პარკინსონით დაავადებულთა პირველი მტერია საწოლი. ავადმყოფი, რომელიც მუდმივად იღებს პარკინსონის საწინააღმდეგო პრეპარატებს, ნევროპათოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ უნდა იმყოფებოდეს, მაგრამ პარკინსონის დაავადებასთან ბრძოლის უმნიშვნელოვანესი საშუალებაა აქტიურობა, რაც კარგად უნდა გააცნობიერონ როგორც ავადმყოფმა, ისე მისმა ახლობლებმა. ავადმყოფმა რაც შეიძლება მეტი უნდა იმოძრაოს. აუცილებლად უნდა დავავალოთ მარტივი დავალებების შესრულება, რომლებიც მოითხოვს მოძრაობას, დილა-საღამოს შევასრულებინოთ მსუბუქი გამამხნეველებელი ვარჯიში. გარდა ამისა, საჭიროა ყოველდღიური ფიზიკური დატვირთვა. დატვირთვის მოცულობა, ხანგრძლივობა, ვარჯიშების ოპტიმალური ნაკრები იმ მოძრაობათა გასაუმჯობესებლად, რომელთა შესრულება პაციენტს განსაკუთრებით უჭირს, ნევროპათოლოგსა და რეაბილიტოლოგს უნდა შეუთანხმოთ. სპეციალისტი თვალს ადევნებს, რამდენად სწორად ასრულებთ პროგრამას. ფიზიკური დატვირთვის რეკომენდაციები ინდივიდუალურია, თუმცა არსებობს რამდენიმე ზოგადი რჩევა:

- სამკურნალო ფიზიკულტურა უნდა იყოს ყოველდღიური;
- ვარჯიშმა პაციენტს სასიამოვნო დადლილობა უნდა მოჰგვაროს;
- ვარჯიშმა უნდა მოიცვას ყველა ჯგუფის კუნთი და ყველა სახსარს აიძულოს მაქსიმალურად ფართოდ მოძრაობა;
- ნებისმიერი მოძრაობითი ვარჯიში უფრო მსუბუქად და ადვილად სრულდება ჩვეული რიტმული რეჟიმის პირობებში ან სასიამოვნო მუსიკის თანხლებით;

- ეცადეთ, ვარჯიშებს შეეჩვიოთ უფრო აქტიური მდგომარეობისას ან იმ პერიოდში, როდესაც წამლები ეფექტურად მოქმედებს;
- მუდმივი ფიზიკური ვარჯიშით გაიუმჯობესებთ მოძრაობით აქტივობას. ფიზიკური დატვირთვა, როგორც არის დოზირებული სიარული გარკვეული ტემპით, ნებისმიერი ვარჯიში სუფთა ჰაერზე, ცურვა, აუმჯობესებს გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქ ორგანოთა ფუნქციონირებას. ვარჯიში მოდუნებაში დაგეხმარებათ და სტრესული ფაქტორებისადმი გამძლეობას გაზრდის.

საექთნო მართვის პროცესები პარკინსონიზმის დროს

პრობლემა	საექთნო ჩარევა	გამოსავალი
<p>მოძრაობის დარღვევა შესაძლოა ტრავმატიზაცია</p>	<p>აუცილებელია პაციენტს ვასწავლოთ თუ როგორ შეასრულოს სამედიცინო რეკომენდაციები, ფიზიკური ვარჯიშები და სამკურნალო ფიზიკულტურის პროცედურები, გავაფრთხილოთ, რომ მას შეიძლება დასჭირდეს სხვათა დახმარება. აუცილებელია მოვახდინოთ მამოძრავებელი პროცესების დინამიკის მონიტორინგი.</p>	<p>პაციენტმა შეძლებისდაგვარად მოახერხოს მოძრაობითი პროცესის კონტროლი.</p>
<p>მიმიკური და მეტყველების პროცესის დარღვევა</p>	<p>საჭიროა მაქსიმალურად დავამშვიდოთ პაციენტი. გულისხმიერად მოვეპყროთ მას</p>	<p>სტრესულ სიტუაციებთან ბრძოლა</p>

ხასიათის ცვალებადობა-
აფორიაქება,
წუხილი
გალიზიანება
დეპრესიული
მდგომარეობა
აპათია

მიღებული პრეპარატების
გვერდითი მოვლენები:
მილის დარღვევა,
ჰალუცინაცია,
მილის დარღვევა,
დეპრესია,
დისპეპსია,
გულისრევა
ლებინება,
არითმია,
სტენოკარდიული
შეტევები,
ორთოსტატური
ჰიპოტენზია.

პაციენტთან დამოკიდებულება უნდა იყოს კეთილგანწყობილი, გამოავლინეთ მაქსიმალური მოთმინება, აუხნათ რომ მისი ბევრი პრობლემა დაკავშირებულია ავადმყოფობასთან და მკურნალობის შესაბამისი კურსის სწორად შესრულების შემთხვევაში გარკვეული პრობლემები მოგვარდება. გავაფრთხილოთ რომ შეიძლება ადგილი ჰქონდეს საზოგადოების გარკვეულ ნაწილთან კომფლიქტს. პროცესის გაუარესების შემთხვევაში აუცილებლად ვაცნობოთ მკურნალ ექიმს და გავაგრძელოთ პაციენტის მაქსიმალური მეთვალყურეობა.

სიმპტომებთან ბრძოლა.

შევასრულოთ ექიმის მიერ მოცემული დანიშნულება, შევკითხოთ პაციენტს პრეპარატების მგრძნობელობაზე, პაციენტების ახლობლები ჩავაყენოთ საქმის კურსში პრეპარატების რეგულარულად მიღებასთან დაკავშირებით. გარკვეულ წამლებს გაუკეთეთ მარკირება „დილას“ „შუადღეზე“ და „სადამოს“ და მოვათავსოთ პრეპარატები სადამოს საათებში. გვერდითი მოვლენების არსებობის შემთხვევაში ექიმთან შეთანხმებით შევწყვიტოთ პრეპარატების მიღება, ჩავატაროთ ფსიქოთერაპიული პროცედურები, რომელშიდაც აქტიურად ჩავართოთ ოჯახის წევრები და ახლო სანაცნობო წრე, რათა პაციენტმა არ იგრძნოს გარიყულად თავი.

სამკურნალო პრეპარატების გვერდითი მოვლენების პროფილაქტიკა და პაციენტის სოციალური ადაპტაცია.

გაფანტული სკლეროზი



გაფანტული სკლეროზი ცენტრალური ნერვული სისტემის ქრონიკული არაპროგნოზირებადი დაავადებაა, რომელსაც უმეტესად პროგრესული მიმდინარეობა ახასიათებს. ამ დაავადების დროს ზიანდება თავის ტვინი, მხედველობის ნერვები, ზურგის ტვინი, რაც იწვევს ორგანიზმის შესაბამისი ფუნქციების მოშლას. დაავადებას ახასიათებს ქაოსურად გაფანტული დემიელინიზებული კერების წარმოქმნა.

მიელინი ლიპიდურ-ცხიმოვანი ნივთიერებაა, რომელიც გარს აკრავს ნერვულ ბოჭკოებს. არსებობს ორი სახის ნერვული ბოჭკო: მიელინისანი და უმიელინო. მიელინისანი ბოჭკოები ცენტრალურ და პერიფერიულ ნერვულ სისტემებში გვხვდება, ხოლო უმიელინო - ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სიმპათიკურ ნაწილში. გაფანტული სკლეროზის დროს მიელინის გარსი განილევა, უფრო ზუსტად, მას ინელებს იმუნური სისტემის უჯრედები, რის გამოც ნერვული სისტემის ფუნქციები თანდათან ირღვევა, ეს კი მძიმედ აისახება პაციენტის როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქოემოციურ მდგომარეობაზე.

გაფანტული სკლეროზი იმუნოანთებით დაავადებად განიხილება. მისი უშუალო მიზეზი დღემდე დაუდგენელია. მიელინის გარსს განახლება-აღდგენის უნარი შესწევს. ასე რომ, ნერვულ სისტემაში მიმდინარეობს რემიელინიზაციის პროცესიც. ამით აიხსნება, რომ მდგომარეობა ზოგჯერ საკვებით ან ნაწილობრივ გამოსწორდება ხოლმე, თუმცა თუ დაზიანების ძველ კერას ახალი მიემატა, განახლება-აღდგენა ნაკლებ სრულფასოვანი ხდება. გაფანტული სკლეროზის გამწვავების პერიოდში წარმოიქმნება მწვავე ანთებითი კერები მიელინის გარსის შესივებითა და შეშუპებით. რამდენიმე კვირის ან თვის შემდეგ ანთებისა და შეშუპების ეს ლოკალური კერები ქრება და მათ ადგილას რჩება მრავლობითი ნაწიბური -

დაზიანებული უბნები, რომელთაც ფოლაქებს უწოდებენ. ეს ფოლაქები მიმოფანტულია ცენტრალური ნერვული სისტემის თეთრ ნივთიერებაში. მიელინის დაზიანება და განლევა ნერვულ ბოჭკოებში იმპულსთა გატარების ნაწილობრივ ან სრულ შეფერხებას იწვევს. ტვინიდან ორგანოებსა და ქსოვილებს ნერვული იმპულსები შეფერხებით მიეწოდება, ზოგჯერ კი საერთოდ აღარ მიეწოდება, რაც ნერვული დარღვევებით ვლინდება.

გაფანტული სკლეროზი უმეტესად ახალგაზრდა ასაკში ვითარდება, საზოგადოდ კი 15-დან 60 წლამდე ნებისმიერ დროს შეიძლება გამოვლინდეს. ორჯერ უფრო ხშირად ემართებათ ქალებს. მემკვიდრეობით არ გადაეცემა. აშშ-ში გაფანტული სკლეროზით დაავადებულია 300 ათასზე მეტი ადამიანი.

სიმპტომები -გაფანტული სკლეროზის თავისებურებებს შორის აღსანიშნავია სიმპტომთა დიდი მრავალფეროვნება. დაავადების პირველი ნიშნები არცთუ იშვიათად ამა თუ იმ მაპროვოცირებელი ფაქტორის: ტრავმის, ოპერაციის, ნერვული სტრესის, მშობიარობის, სხვა დაავადების - ზემოქმედების შემდეგ ვლინდება. დაავადება შეიძლება დაიწყოს მგრძნობელობის სხვადასხვაგვარი მოშლით. ზოგჯერ ჩნდება დაბუჟების, ჭიანჭველების ცოცვის ან ჩხვლეტის შეგრძნება ზემო და ქვემო კიდურებში, ვითარდება მხედველობითი, ვესტიბულური და მოძრაობითი დარღვევები - კუნთების სისუსტე და სპასტიკურობა (დუნე მოძრაობები), კოორდინაციის მოშლა და სიარულის ამა თუ იმ სახის დარღვევა. ტიპობრივი ნიშნებია აგრეთვე ადვილად დაღლა, სისუსტე, შარდის შეკავების კონტროლის მოშლა, სქესობრივი ფუნქციის დარღვევა. მრავალწლიანი მიმდინარეობისას ინტელექტის დაქვეითებაც აღინიშნება.

გაფანტულ სკლეროზს არაპროგნოზირებადი მიმდინარეობა ახასიათებს. ის ზოგჯერ კეთილთვისებიანად მიმდინარეობს და ნელა პროგრესირებს, გამწვავება შედარებით იშვიათია, ხოლო რემისია (დაავადების გამოვლინებათა დროებითი შეწყვეტა) - შედარებით ხანგრძლივი. მაგრამ არის შემთხვევებიც, როდესაც დაავადება ძალზე სწრაფად პროგრესირებს და შედარებით ავთვისებიანი მიმდინარეობით გამოირჩევა.

დიაგნოსტიკა-გაფანტული სკლეროზის დიაგნოსტიკა რთული ამოცანაა, ვინაიდან დაავადებას არ ახასიათებს სპეციფიკური კლინიკური, რენტგენოლოგიური, ელექტროფიზიოლოგიური და ლაბორატორიული ნიშნები, მით უფრო - ადრეულ სტადიებზე.

- ნევროლოგიური გასინჯვა-შემოწმება საშუალებას იძლევა, გამოვლინდეს მგრძობელობის მოშლა და დაავადების გარკვეული სიმპტომები, რომელთა შეფასებითაც განისაზღვრება პაციენტის ინვალიდობის ხარისხი.
- მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია გამოკვლევის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური თანამედროვე მეთოდია, რომელიც თავისა და ზურგის ტვინში ავლენს გაფანტული სკლეროზისთვის დამახასიათებელ ცვლილებებს. მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია გაფანტული სკლეროზით დაავადებულ პაციენტს რამდენიმეჯერ უნდა ჩაუტარდეს, რათა მოხდეს პროცესის მიმდინარეობასა და დაავადების დინამიკაზე დაკვირვება, ჩატარებული თერაპიის ეფექტურობაზე მსჯელობა და სხვა.
- თავ-ზურგტვინის (ცერებროსპინალური) სითხის გამოკვლევისას ლიქვორში ვლინდება ლიმფოციტებისა და განსაკუთრებული ცილების - იმუნოგლობულინების მომატება.

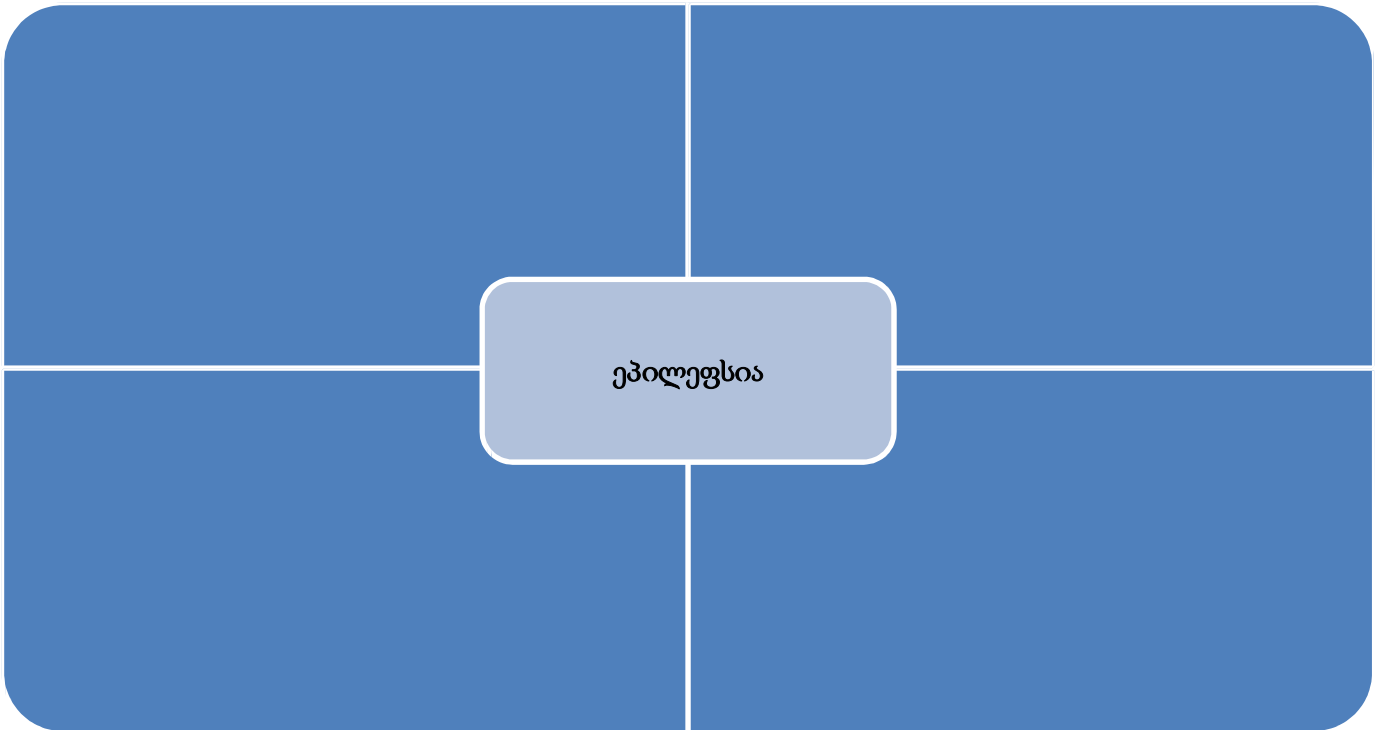
მკურნალობა- ვინაიდან გაფანტული სკლეროზი იმუნური სისტემის ერთგვარი დეფექტის შედეგია, მკურნალობის ტრადიციული მეთოდის მთავარ სამიზნეს სწორედ იმუნური უჯრედები წარმოადგენს. პრეპარატებიდან იყენებენ როგორც იმუნომოდულატორებს (ინტერფერონებს, გლათირამერ აცეტატ-კოპაკსონს), ასევე იმუნოსუპრესანტებს (მიტოქსანტრონს, ციკლოფოსფანს, აზათიოპრინს, გლუკოკორტიკოსტეროიდებს და სხვა).

მკურნალობის ახალი მეთოდი გაფანტული სკლეროზის დროს ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაციის შესწავლა ევროპასა და ამერიკაში ერთდროულად დაიწყო 1995 წლიდან. 2007 წლისთვის მთელ მსოფლიოში გაფანტული სკლეროზის სამკურნალოდ ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაციის 400-მდე ოპერაცია განხორციელდა. მკურნალობის ამ მეთოდით შესაძლებელია დაავადების მიზეზის - თავისა და ზურგის ტვინის დამზიანებელი აუტოიმუნური თ-ლიმფოციტების - ლიკვიდაცია. დაავადების ადრეულ ეტაპზე განხორციელებული ტრანსპლანტაცია პათოლოგიური პროცესის პროგრესირებას აჩერებს. ოპერაცია არ ტარდება შორს წასული ფორმების დროს, როცა უკვე მრავალი წელია აღინიშნება მოძრაობის დარღვევა, შარდის გამოყოფისა და ნაწლავთა დაცლის მოშლა და სხვა. ოპერაციული ჩარევის შესაძლებლობა და მიზანშეწონილობა თითოეული პაციენტისთვის მისი მდგომარეობის საფუძვლიანი შესწავლის შემდეგ ინდივიდუალურად განისაზღვრება.

ეპილეფსია

ეპილეფსია ეს ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებაა რომლის დროსაც განასხვავებენ:

- დიდი გულყრა შეტევის სახით
- მცირე გულყრა -შეტევის სახით.
- ეპილეფსიური სტატუსი
- ფსიქომოტორულ ფორმებს, რომელიც მიმდინარეობს ქცევის მოშლილობით.



წარსულში ეპილეფსიას კრუნჩხვასთან, გალურჯებასთან, პირიდან დუჟის გადმოსვლასთან აიგივებდნენ. ეს ვითარდება იმ შემთხვევაში როდესაც აღზნება მთელ ტვინს გადაეცემა.

ეპილეფსიის მიმდინარეობა ბავშვებსა და მოზრდილებში თითქმის ერთნაირად ვლინდება, თუმცა ბავშვებს ამის დაფიქსირება უჭირთ. ბავშვებში განსაკუთრებით საყურადღებოა ისეთი მოვლენები როცა:

- ბავშვი უეცრად ყოვნდება და ცვლის საქმიანობის სტილს დაახლოებით 5 წამში ის უბრუნდება დაწყებულ საქმეს , წყვეტს საუბარს და შემდეგ აღარ ახსოვს.

- თვალების ხშირი ხამხამი, გვერდზე უაზროდ გახედვა და მზერის დაფიქსირება, ხელიდან საგნების დაცვენა, უმიზეზოდ წაქცევა და კრუნჩხვა. ასევე ხშირად აშეშებს მზერას
- უაზრო მოძრაობები -რომელიც სიტუაციას არ შეესაბამება კუნთოვანი ტონუსის ცვლილებები- შესაზლოა ბავშვი გაჩერდეს თავი ჩაქინდროს თითქოს გული მისდის შემდეგ კი ჩვეულებისამებრ განაგრძოს საქმიანობა- ხშირად მშობელს გონია რომ პატარა ეპრანჭება.
- უეცარი გაწითლება ან გაფითრება.
- ასევე საყურადღებოა ენაზე ნაკბენი , ბალიშზე ნერწყვის დიდი ლაქა ენურეზს (ლამით შარდის შეუკავებლობა) ლამის შიშებს . ეს სიმპტომები სხვა დაავადებებსაც ახასიათებს მაგრამ საყურადღებოა თუ ეს მოვლენები რეგულარულ ხასიათს იღებს.

ეპილეფსიური გულყრას ახასიათებს : გონების დაკარგვა რის გამოც ადამიანი უეცრად ძირს ეცემა და შეიძლება დამატებითი ტრამვაც მიიღოს, მოტეხილობის ან თავის დარტყმის სახით. ხშირად ამ მოვლენას წინ უსწრებს გარკვეული შეგრძნებები და პაციენტი თავად ცდილობს შეარჩიოს დასაცემად უსაფრთხო ადგილი. დაცემისთანავე იწყება ტონური კრუნჩხვა, სხეული იჭიმება- თითქოს ადამიანი იზმორება, ზოგჯერ ადამიანს შემზარავი ხმა აღმოხდება რაც განპირობებულია სასუნთქი და ხორხის კუნთების ერთდროული კრუნჩხვებით, ფერმკრთალი სახე ჯერ წამოწითლდება შემდეგ მოლურჯო ელფერი დაჰკრავს. ხელები მოხრილია იდაყვის სახსარში და მტევნები მუშტებათაა შეკრული. ფეხები გაშლილია. პირიდან გადმოდის დუჟი ზოგჯერ სისხლიანი- ენის მოკვნიტის გამო. ხშირია უნებლიე შარდვა, აღენიშნება ოფლიანობა.

გულყრის სიხშირე ცვალებადია: თვეში ერთხელ ან რამდენჯერმე შეიძლება განვითარდეს, ან კვირაში რამდენჯერმეც.

გულყრის დროს პირველადი დახმარება: არანაირი მანიპულაცია საჭირო არ არის მათ შორის ენის დაკავება. პაციენტი უნდა გადავაბრუნოთ გვერდზე რათა ნერწყვი და დუჟი სასუნთ გზებში არ მოხვდეს , უსაფრთხო პოზაში მოვათავსოთ, თავქვეშ ამოვუდოთ რბილი საგანი ან ბალიში.

გულყრის გასვლის შემდეგ პაციენტს არ ახსოვს აღნიშნული მომენტი, ამიტომ უნდა ვეცადოთ მაქსიმალურად ავარიდოთ უხერხულ სიტუაციებს, მორალურად გავუწიოთ დახმარება და მოვარიდოთ ხალხმრავლობას. ეს მოვლენა არ დავტოვოთ რეაგირების გარეშე და ვურჩიოთ პაციენტს მიმართოს შესაბამის სპეციალისტებს , სადაც აღმოუჩენენ კვალიფიციურ დახმარებასა და დაუნიშნავენ მკურნალობის კურსს.

საექთნო მართვის პროცესები ეპილეფსიის დროს

პრობლემა	საექთნო ჩარევა	მოტივაცია
კრუნჩხვითი შეტევები	<p>პირველადი გადაუდებელი დახმარების ალგორითმი:</p> <p>-ექიმის გამოძახება (სამედიცინო დაწესებულებაში) პირველადი გადაუდებელი დახმარების გამოძახება- (სამედიცინო დაწესებულების გარეთ).</p> <p>- შეძლებისდაგვარად მოვახერხოთ ჰაერის მიწოდება-გავუხსნათ პერანგი და ა.შ დავიცვათ ტრამპებისაგან-თავქვეშ ამოვუდოთ რბილი მასალა- ქუდი, ბალიში. და ა.შ</p> <p>არანაკლებ ნახევარი საათისა უწყვეტი ყურადღების რეჟიმში გვყავდეს პაციენტი.</p>	<p>გავუწიოთ კვალიფიციური სამედიცინო დახმარება მოვახდინოთ ასფიქსიის პროფილაქტიკა. და კრუნჩხვების დროს თავიდან ავიცილოთ თავის ქალას ტრამპითი დაზიანებები</p>
კონფლიქტური სიტუაცია	<p>პაციენტთან ურთიერთობა უნდა იყოს მაქსიმალურად დიპლომატიური, უნდა მოვუსმინოთ მას ბოლომდე, და გავითვალისწინოთ რომ ასეთი პაციენტები ძალიან ეჭვისთვალით განიხილავენ და აღიქვამენ ყოველივეს, წყენას დიდი ხანი ინახავენ გულში. მათთან და მის ახლობლებთან ურთიერთობისას აუცილებელია მაქსიმალური თანაგრძნობა</p>	<p>კონფლიქტური სიტუაციების მაქსიმალურად მშვიდობიანი მეთოდებით გადაწყვეტა.</p>
მიდრეკილება ალკოჰოლიზმისაკენ	<p>ასეთ პაციენტებს ახასიათებს ალკოჰოლიზმისაკენ მიდრეკილება, ამისათვის აუცილებელია ოჯახის წევრები და ახლობლები აქტიურად ჩაერთონ პროცესში, რათა არ დაუშვან პაციენტის ალკოჰოლიზმისადმი მიდრეკილება.</p>	
ეპილეფსიური სტატუსის ჩამოყალიბების პრევენცია	<p>ეპილეფსიური სტატუსის დროს ვითარდება კლუნჩხვითი შეტევები, პაციენტის გონზე მოსვლის გარეშე. ამისათვის: 1) სასწრაფოდ დაუძახოთ ექიმს 2) შევინარჩუნოთ სასუნთქი გზების გამტარობა 3) პაციენტი დავაწვინოთ გვერდზე და თავ ქვეშ ამოუდოთ რბილი ბალიში. ექიმის მოსვლამდე მოვამზადოთ</p>	<p>კვალიფიციური დახმარების აღმოჩენა, პაციენტის მუდმივი მეთვალყურეობა, ჰიპოქსიის</p>

	გადასხმის სისტემის კომპლექტი, შესაბამისი მედიკამენტები (მაგნეზია, რელანიუმი, დექსამენტაზოლი, და აშ.	პროფილაქტიკა, ტრამვატიზმის პროფილაქტიკა.
--	---	--

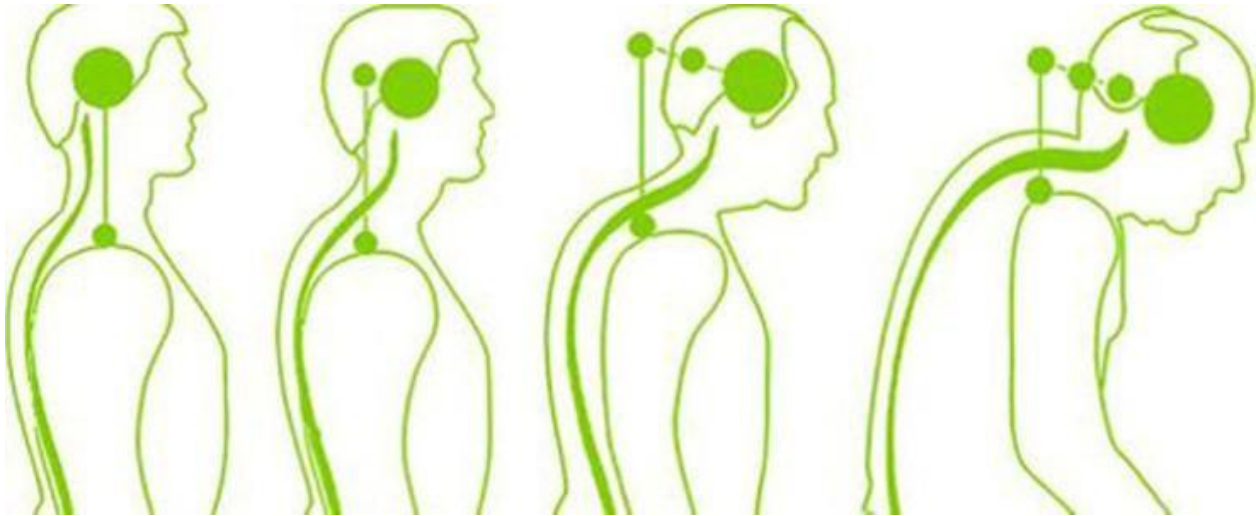
საჭიროა განვასხვავოთ ეპილეფსიური გულყრა ისტერიული გულყრისაგან. ისტერიული გულყრის დროს საჭიროა დავითხოვოთ გარეშე პირები, შევუქმნათ პაციენტს მაქსიმალური სიმყუდროვე და მივცეთ დამამშვიდებელი საშუალებები. ისტერიული გულყრის დროს ჰოსპიტალიზაცია არ არის საჭირო.

ეპილეფსიური გულყრა	ისტერიული გულყრა
<ul style="list-style-type: none"> • ეპილეფსიური გულყრა არ არის დამოკიდებული გარემო ფაქტორებთან. 	ისტერიული გულ ყრა პროვოცირდება გარეშე ფაქტორებით: ჩხუბით, დაცინვით და აშ.
ხანგრძლივობა 2-3 წუთი.	- ხანგრძლივობა- არ არის განსაზღვრული და სეიდლება გაგრძელდეს 1 საათივ კი.
ფაზები მკვეთრად გამოხატულია, ტონური და კლონური კლუნჩხვები და ძილის სტადია.	არანაირი ფაზები არ აღენიშნება და შეიძლება ახასიათდეს სპეციალური სხეულის პოზაც. - ისტერიული რკალი.
ტრამეები: თავის, ტუჩების და ენის.	არ აღენიშნება.
უნებლიე შარდვა.	არ აღენიშნება.

ოსტეოქონდროზი

ოსტეოქონდროზი ხერხემლის დაავადებაა, რომლის დროსაც ფიბროზულ რგოლებზე ჩნდება ბზარები. რაც განპირობებულია ხერხემლის დატვირთვისა და მალთაშორის დისკოების კვების დარღვევით ეს დაავადების პირველი სტადიაა დასაწყისში ის ფარულად მიმდინარეობს ცვლილებები არც რენტგენზე ჩანს. მეორე სტადიის დასაწყისში ჩნდება მუდმივი ყრუ ტკივილი. მესამე სტადიის დროს ხდება ფიბროზული რგოლის გარღვევ გამოიხატება მალთაშორისი თიაქარი. მეოთხე სტადიის დროს დაქვეითებულია სიარული, ირღვევა ხერხემლის მოძრაობა მკვეთრი მოზრაობა იწვევს მწვავე ტკივილს ვითარდება

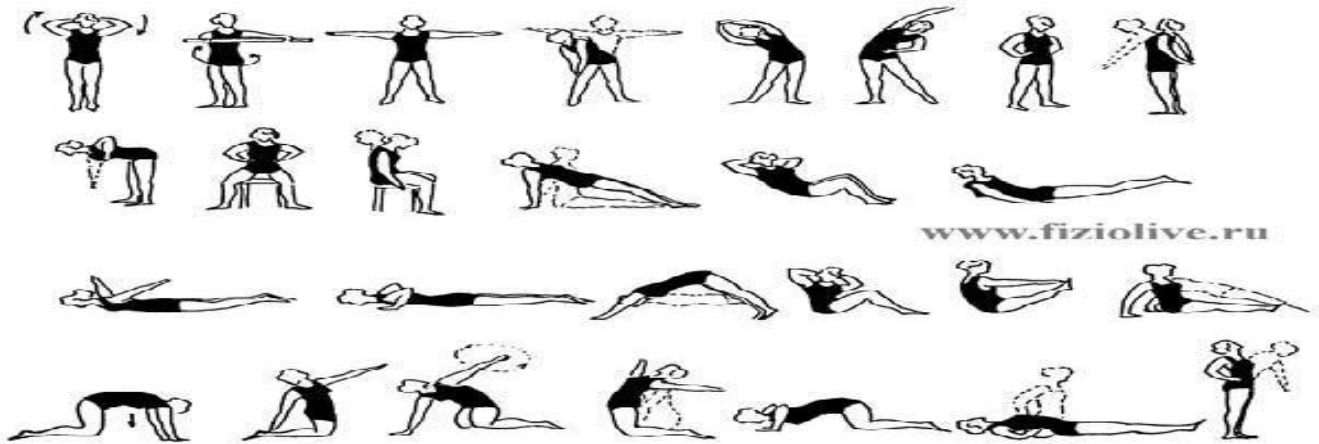
ძვლოვანი წანაზარდები დაავადებას ავადმყოფი მიყავს ინვალიდობამდე.
განასხვავებენ: კისრის, გულმკერდის, და გავა-წელის ოსტეოქონდროზს.



კისრის ოსტეოქონდროზის დროს ხშირად პაციენტს აღენიშნება ძილში ხელის დაბუჭება ტკივილი კისრის უკან და გვერდით არეებში, რომელიც გადაეცემა ზემო კიდურებში კისრის ოსტეოქონდროზის მქონე პაციენტები ძნელად იტანენ ამინდის ცვალებადობას, აღნიშნება თავისა და გულმკერდის არეში ტკივილი- რაც ხშირად სტენოკარდიის იმიტირებას ახდენს.

გულმკერდის ოსტეოქონდროზის დროს აღენიშნება- ტკივილი გულმკერდის არეში, მოჭერთი ხასიათის ტკივილი მკერდის ძვლის უკან და ბეჭის ძვლებს შორის. ხშირად ვარაუდობენ გულის დაავადებებზე სინამდვილეში კი იტანჯებიან ოსტეოქონდროზით

გავა-წელის ოსტეოქონდროზის დროს- აღენიშნება ტკივილს და წვას წელის არეში საჯდომი ნერვის და გავა წელის წნულის ზოგიერთი ნერვის გასწვრივ. შემცივნებას, ქვემო კიდურების დაბუჭებას. კარგად განვითარებული კუნთების შემთხვევაში ქსოვილები საკმარისად მარაგდება საკვები ნივთიერებითა და ჟანგბადით, ასევე ის ასრულებს ე.წ კორსეტის ფუნქციას რაც იცავს ხერხემალს დაზიანებისაგან



რადიკულიტი



არის ზურგის ტვინის ნერვთა ფესვების ანთება დაავადების განვითარებაში უდიდესი როლი ენიჭება ოსტეოქონდროზს.

ლოკალიზაციის მიხედვით არჩევენ კისრის, გულმკერდისა და გავა-წელის რადიკულიტს ტკივილების ლოკალიზაცია და გავრცელება დამოკიდებულია პათოლოგიურ პროცესში ჩართულ ფესვთა რაოდენობასა და მათი დაზიანების ხარისხზე. დაავადებას აქვს რეციდიული და ქრონიკული ხასიათი. კისრის რადიკულიტის დროს - ტკივილი გადაეცემა ხელის მეოთხე-მეხუთე თითებში ავადმყოფს აღენიშნება თავისა და ხელის იძულებითი მდებარეობა- თავი ქვემოთ და ტკივილის საწინააღმდეგო მხარესაა გადახრილი, წინამხარი მოხრილია. წინამხარი მოხრილია მოძრაობა ტკივილი ძლიერდება, პალპაციით მტკივნეულია იდაყვისა და წინამხრის შიგნითა ზედაპირი, პარავერტებრალური არე ლავიწზედა და ლავიწქვეშა ფოსოები, თავის მოხრისას ტკივილი გადაეცემა ბეჭსა და ხელს. ტკივილი კეფის არეში, შუილი ყურებში, თავბრუ, სმენის დაქვეითება და ა.შ

გავა-წელის რადიკულიტი



- იწყება წელის არეში ყრუ ან მწვავე ტკივილით რომელიც გადაეცემა ქვემო კიდურებში ტკივილს აძლიერებს სიარული, ფეხზე დგომა მოძრაობა, ხველება, ცხვირის დაცემინება, თავის წინ დახრა, ზურგზე მწოლიარე პაციენტს ფეხის ზემოთ აწევა. ტკივილის გამო პაციენტი თავისებურად შებოჭილია, წოლა ურჩევნია ჯანმრთელ მხარეზე. ხოლო მტკივნეული ფეხი მოხრილი აქვს. გავა-წელის რადიკულიტს ხშირად თან სდევს სქოლიოზის განვითარება-რომელიც მასაჟით სწორდება.

ქრონიკულად მიმდინარე რადიკულიტის დროს მედიკამენტოზურ მკურნალობასთან ერთად რომელიც გულისხმობს ტკივილგამაყუჩებელ და ანთებისსაწინააღმდეგო მკურნალობას ასევე ფართოდ იყენებენ საკურორტო მკურნალობას ,გოგირდოვანი წყლებით, რადონული წყლებით (კურორტ წყალტუბოში) ტალახით მკურნალობას-(ახტალის ტალახი) და ა.შ სამკურნალო მასაჟისა და ტანვარჯიშის პროცედურებს

საექთნო საქმე ხერხემლი ოსტეოქონდროზის დროს.

პრობლემა	ჩარევა	მოტივაცია
მწვავე ნევრალგიური სინდრომი: ტკივილი კეფისა და ხერხემლის არეში, იძულებითი მდგომარეობა და მოძრაობის მოშლის პროცესი	შევეურჩით პაციენტს უმტკივნეულო პოზა: სპეციალური მატრასი, მუხლებსქვემოთ ვალიკი, ან შეიძლება მოვათავსოთ ჯანმრთელ მხარეზე პაციენტისათვის სასურველ პოზაში. მკისრის ოსტეოქონდროზის დროს მოვახდინოთ ხერხემლის შესაბამის უბნის იმუბილიზაცია	შევეუმციროთ ტკივილის შეგრძნება.
მოძრაობის დარღვევები	პაციენტის გადაადგილება უნდა მოხდეს ხელჯოხის საშუალებით, რათა ხერხემლის დატვირთვა შემცირებული იყოს	თავიდან ავიცილოთ ტრამვული პროცესები ხერხემალში.
კუნთების ატროფიის პროფილაქტიკა	შესაბამისი სარეაბილიტაციო პროცედურების ჩატარება , სუნთქვითი ვარჯიშებითა და სამკურნალო ფიზკულტურით.	კუნთების გამაგრების მიზნით.

<p>თვითმოვლის პროცესის დარღვევა ხერხემლის დაზიანებისა და ტკივილის სინდრომის დროს</p>	<p>სპეციალური ხელჯობების და დამხმარე საშუალებების გამოყენება, ტკივილის სინდრომის მოხსნის შემდეგ პაციენტის აქტიური ჩართვა თვითმოვლის პროცესში.</p>	<p>პაციენტის რეაბილიტაცია</p>
--	---	-------------------------------

დისკოგენური რადიკულოპათიები



დისკოგენური რადიკულოპათიები- მტკივნეული, მოტორული და ვეგეტატიური დარღვევებია, განპირობებული ზურგის ტვინის ფესვების დაზიანებით, ხერხემლის ოსტეოქონდროზის გამო.

ხერხემლის ოსტეოქონდროზი წარმოადგენს დეგენერაციულ-დისტროფიულ პროცესს, რომელიც წარმოიქმნება მალთაშუა დისკოების ამორტიზირებადი ფუნქციის მოშლით, რაც განპირობებულია დისკის ქსოვილის დეგენერაციით, რომელიც იწვევს მის შიგნით წნევის დაქვეითებას. გარდა ტრავმული წარმოშობისა, დისკოპათიების ეტიოლოგია ცნობილი არ არის. დაზიანებული დისკის სეგმენტში წარმოიქმნება მალის შედარებითი არასტაბილურობა მალის სხეულების ოსტეოფიტების განვითარებით (სპონდილოზი), იოგების დაზიანებითა და მალთაშუა სახსრების ართროპათიით (სპონდილოართროზი). დისკის გამობერვამ (თიაქარი), ასევე ოსტეოფიტებმა შესაძლოა გაჭყლიტონ ფესვები, რის გამოც წარმოიქმნება ფესვური ტკივილები. გარდა ამისა, როგორც ადგილობრივი, ასევე კიდურებში ირადირებული ტკივილის წყარო შეიძლება იყოს ხერხემლისდაზიანებული ქსოვილები. ტკივილის წარმოქმნის უშუალო მიზეზია სიმძიმის აწევა, მოუხერხებელი მოძრაობა, გაცივება, უარყოფითი ემოციები, ინფექციები და სხვ.

წელის ტკივილის პირველი შეტევები, როგორც ჩანს, უკავშირდება დისკის ფიბროზული რგოლის გასკდომას და მალთაშუა სახსრების კაფსულების დაზიანებას. ამ დროს ირღვევა უპირატესად ვეგეტატიური ინერვაცია და ტკივილი არის დიფუზური. მხოლოდ დისკის თიაქარი, რომელიც ზეწოლას ახდენს ფესვზე, იწვევს საკუთრივ ფესვური სინდრომის ფორმირებას. ხერხემლის სვეტის ფორმა ისეთია, რომ დატვირთვის მაქსიმუმი მოდის კისრის ქვედა, გულმკერდის ქვედა და წელქვედა განყოფილებებზე, ამიტომ კლინიკურ სურათში ხშირად სჭარბობს ფესვების კომპრესია ამ დონეებზე.

დისკოგენური რადიკულოპათიები - კისრის რადიკულიტი. დაავადების პირველი შეტევაა ტკივილი კისერში, კისრის კუნთების დაჭიმვა, თავის იძულებითი მდებარეობა, კისრის ლორდოზის გასწორება. დისკის თიაქარის განვითარების დროს ერთ-ერთი ფესვის გაჭყლეტისას ტკივილი ვრცელდება ხელში, ბეჭში ან გულმკერდის წინა ზედაპირზე; უკანასკნელ შემთხვევაში ზოგჯერ ადგილი აქვს მიოკარდის ინფარქტის იმიტაციას. ტკივილი ძლიერდება დახველების, დაცემების, თავის მოძრაობის დროს. ტკივილი უფრო გამოხატულია ხელის პროქსიმალურ ნაწილებში, ხოლო დისტალურად აღინიშნება პარესთეზიები; მგრძნობელობის დაკარგვა და პარეზები იშვიათია. ხშირია ღრმა რეფლექსების დაქვეითება. ტკივილი მატულობს ღამის საათებში, ამიტომ ავადმყოფები იძულებულნი არიან იარონ; ზოგჯერ ტკივილი მცირდება თავზე ხელის დადებისას.

გულმკერდის რადიკულიტი. აღინიშნება შემოსარტყვლითი ტკივილი გულმკერდზე ან მუცელზე.

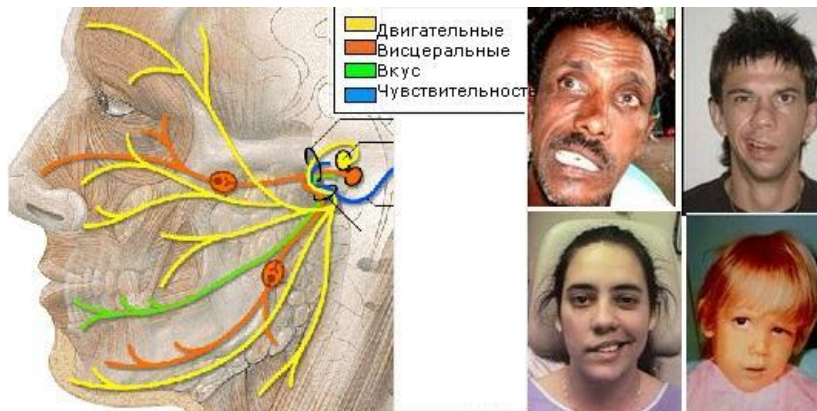
გავა-წელის რადიკულიტის შეტევას მოჰყვება ტკივილის გავრცელება ფეხში, საჯდომი ნერვის გაყოლებაზე, ტკივილებს ხშირად თან ახლავს დიდი თითის ან მთლიანად ტერფის მომხრელებისა და გამშლელების სისუსტე. ხშირად ქრება აქილევსის რეფლექსი; ტკივილი ბარძაყის წინა ზედაპირზე და მუხლის სახსარში, ზოგჯერ ბარძაყის ოთხთავა კუნთის სისუსტე და მუხლის რეფლექსის გაქრობა. რადიკულიტების დროს ხერხემლის რენტგენოგრაფია ავლენს ოსტეოქონდროზს. დიფერენციალური დიაგნოზიტარდება ტუბერკულოზურ სპონდილიტთან, ბეხტერების დაავადებასთან, ხერხემლისა და ზურგის ტვინის სიმსივნეებთან, სპონდილოლისტეზთან.

მკურნალობა- ხერხემლის იმობილიზაცია, სითბო, ანალგეტიკები. ნაჩვენებია დაზელვა, მანუალური თერაპია. ფართოდ გამოიყენება გაჭიმვა, მასაჟი, სამკურნალო ფიზკულტურა, ფიზიოთერაპიული პროცედურები, ბლოკადები. ზოგჯერ საჭირო ხდება ოპერაციული ჩარევა – დისკის თიაქრის ამოკვეთა. ოპერაციის აბსოლუტური ჩვენებაა პარალიზური იმიაზი, რომელიც განპირობებულია გამოვარდნილი დისკის მიერ ცხენის კუდის გაჭყლეტით.

ნევრალგიები და ნევრიტები

ნევრალგიები და ნევრიტები -პერიფერიული ნერვების დაზიანება, რაც განპირობებულია გადაცივებით, ინფექციებით, ტრავმით, ინტოქსიკაციით, ალერგიით, ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით. ხასიათდება შესაბამისი ნერვის ინერვაციის მიდამოში ტკივილებითა და მგრძნობელობის დარღვევით.

სამწვერა ნერვის ნევრალგია



სამწვერა ნერვი -მეხუთე წყვილი ნერვია და შერეული ხასიათისაა- შეიცავს როგორც მგრძნობიარე ისე მამოძრავებელ ბოჭკოებს, დაავადების ხელშემწყობია გაცივება, გრიპი რევმატიზმი, ცხვირის დანამატი ღრუებისა და კბილების ანთებითი პროცესები.

სამწვერა ნერვის ნევრალგიას ახასიათებს: შეტევითი ხანმოკლე და ძლიერი ტკივილიტკივილი ვრცელდება სამივე ტოტის არეში ან რომელიმე ტოტის საინერვაციო ზონაში. მაგრამ ტკივილი მეორე მხარეს არასდროს ვრცელდება. ავადმყოფს აღენიშნება სახის კანის და კონიუქტივის ჰიპერემია სახის შეშუპება,ოფლიანობა,ნერწყვის და ცრემლის ჭარბი გამოყოფა ყურებში შილი, ღებინება ასევე აღინიშნება მგრძნობელობის მოშლა.

სახის ნერვის ნევრიტი

კლინიკურად სახე ასიმეტრიულია, გამოხატულია მიმიკური კუნთების დამბლა, ან პარეზი სახის ნახევარში. დამბლის მხარეზე სახე ნიღბისებურია-წარბი ქვემოთაა დაშვებული, თვალის ნაპრალი ფართოა, შუბლის კანის ნაოჭი გადასწორებულია, ავადმყოფი თავს ზემოთ ვერ სწევს წარბის შექმუხვნა არ ხდება, დამბლის მხარეზე შეუძლებელია ქუთუთოს ხამხამი, თვალი არ იხუჭება, თვალის კაკალი მიდის ზემოთ და გარეთ სკლერა რჩება ღია და ძილის დროსაც კი თვალი არ იხუჭება, ცხვირ-ტუჩის ნაოჭი გადასწორებულია პირის კუთხე დაშვებულია, რაც თვალსაჩინოა სიცილისა და ღიმილის დროს. პაციენტს არ შეუძლია

სტვენა, პირში ჰაერის და წყლის დაგროვება. ლექვის დროს ლუკმა უვარდება ლოყასა და კბილებს შორის. პაციენტს უძნელდება ბ, ფ კ მ ბგერების წარმოქმნა. გემოვნება მოშლილი აქვს ასევე თან ერთვის ყურის ტკივილი, ყურის არეში მგრძნობელობა დაქვეითებულია, ხოლო სმენა გაძლიერებული ავადმყოფი შესაბამისი მკურნალობისა და სარეაბილიტაციო პროცედურების შედეგად შეიძლება 2-3 კვირაში გამოჯანმრთელდეს, ხოლო პროცესმა შეიძლება 2-3 თვეც გასტანოს, პროგნოზი დამოკიდებულია ნევრიტის სიმძიმეზე, ასაკზე, დროულ და რაციონალურ მკურნალობაზე. მკურნალობასთან ერთად საჭიროა მასაჟისა და სამკურნალო ვარჯიშების ჩატარება რომელიც ითვალისწინებს: თვალის დახუჭვა და გაღებაში მიხმარება, წარბების აწევა და ჩამოწევა, ლოყების გამობერვა, ენის გარეთ გამოწევა, კბილების გამოჩენა, ზედა ტუჩის აწევა, დახურული პირით გაღიმება, ბგერების „ო“ „პ“ „ვ“ და „ი“-ს გამოთქმა. ენის გარეთ გამოტანა და უკან შებრუნება. პირის ღრუში წყლის დაგუბება, და გამოვლება ისე რომ წყალი არ დაიკცეს, ლოყების გამობერვა და ჰაერის გადატანა ერთი ლოყიდან მეორეში.

პაციენტი უნდა მოვარიდოთ მწვავე გამღიზიანებლებს-მოვარიდოთ სინათლესა და ხმაურს, ასევე მნახველებს. შევუმსუბუქოთ სტრესი და შტავეზუნერგოთ გამოჯანმრთელების რწმენა. სამკურნალო პრეპარატებთან ერთად საჭიროა ფიზიოთერაპიული პროცედურების კურსი.

სამწვერა ნერვისა და სახის ნერვის ნევრიტების დროს საექთნო მართვა

პრობლემა	ჩარევა	მოტივაცია
გარეშე გამაღიზიანებელი ფაქტორების ზემოქმედება	სპეციალური რეჟიმის შექმნა პაციენტისათვის, ორპირი ქარისაგან დაცვა, მკვეთრი განათებების შეზღუდვა, ხმაურის იზოლაცია და ვასწავლოთ პაციენტს სიფრთხილით ჰიგიენური პროცესების წარმართვა. მაქსიმალურად შევზღუდოთ სახის მიმიკური კუნთების მოძრაობა.	გარეშე გამაღიზიანებლებისაგან თავის დაცვა, ტკივილის ახალი შეტევების თავიდან აცილება.
პაციენტის ფსიქოლოგიური ტრამვა, მისი ფიზიკური „მე“-ს შეცვლის გამო.	მაქსიმალურად მივაწოდოთ ინფორმაცია დაავადებების შესახებ, მისი გამოსავლის შესახებ და მივცეთ შესაბამისი რეკომენდაციები.	ნერვული აშლილობის პროფილაქტიკა.

<p>თვალის დახუჭვის პრობლემა და ანთებებისა და ინფიცირების პროცესი თვალის არეში.</p>	<p>გავუწიოთ კონტროლი თვალის ლორწოვან გარსს და ექიმის დანიშნულებისამებრ მოვახდინოთ შესაბამისი ხსნარით გამორეცხვები და თვალის წვეთების მიცემა.</p>	<p>თვალის ინფიცირების პროფილაქტიკა.</p>
<p>მიმიკური კუნთების ანტროფია პერიფერიული დამბლების დროს.</p>	<p>შესაბამისი ფიზიოთერაპიისა და მასაჟის პროცედურები. სამკურნალო ვარჯიშები, რომელიც პაციენტმა თვითონ უნდა ჩაატაროს სარკის წინ ჯდომისას.</p>	<p>კუნთების ატროფიის პროფილაქტიკა.</p>

სხივის ნერვის ნევრიტი. ხშირად ვითარდება ტრამვების, ზოგჯერ ხელის ფიქსაციით მიმდინარე ხანგრძლივი ნარკოზის, მხრის გარეთა ზედაპირზე ინექციების შედეგად. სიმპტომები. ვლინდება წინამხრის, მტევნის გაშლითი სისუსტე კუნთების ატროფიით, წინამხრის გარეთა ზედაპირზე და თითებისა და მტევნის ზურგზე ხდება მგრძნობელობის მოშლა. მტევანი ჩამოკიდულია, თითები ნახევრადმოხრილი.

იდაყვის ნერვის ნევრიტი. უხშირესად ტრავმულია, ზოგჯერ ვითარდება ართრიტების დროს. სიმპტომები. ირღვევა ყველა თითის ძირითადი ფალანგების მოხრა და თითების მოზიდვა. ატროფიას განიცდიან ძვალთაშუა კუნთები („ბრჭყალებიანი თათი“); ირღვევა მგრძნობელობა თითებზე.

შუათანა ნერვის ნევრიტი. ვითარდება ინფექციების, ტრამვების დროს. გამწვანებულია I თითის წინააღმდეგობა, მუჭის შეკვრა, ატროფირდება I თითის კუნთები („მაიმუნის თათი“). მგრძნობელობა ირღვევა მტევნის გარეთა ზედაპირზე და I, II, III თითებზე და IV თითის ნახევარზე. არც თუ იშვიათია ტკივილების განვითარებაც.

ბარძაყის ნერვის ნევრიტი. ხშირად ვითარდება მცირე მენჯის ორგანოების ანთებითი და სიმსივნური დაავადებების, ტრამვების დროს. ჩნდება ტკივილები ბარძაყის წინა ზედაპირზე, გამწვანებულია მისი მოხრა და წვივის გაშლა, ბარძაყის წინა ზედაპირის კუნთები ატროფირდებიან. ქრება მუხლის რეფლექსი. დადებითია ვასერმანის სიმპტომი (დაჭიმვა). აუცილებელია დაავადების განხსვავება მენჯ – ბარძაყის სახსრის დაზიანებისგან, რომლის დროსაც ტკივილები ვითარდება არა მარტო მოხრის, არამედ ბარძაყის როტაციის შემთხვევაშიც, მტკივნეულია ფეხის სიგრძივ ღერძზე დაყრდნობაც.

საჯდომი ნერვის ნევრიტი (იშიაზი). მიზეზები – რაც სხვა ნევრიტების დროს, ასევე ხერხემლის ოსტეოქონდროზი. სიმპტომები. ჩნდება ტკივილები დუნდულოს მიდამოში, ბარძაყისა და წვივის უკანა ზედაპირებზე, მტკივნეულია ნერვის გაჭიმვა:

დადებითია ლასეგის, დაჯდომის სიმპტომები. აღინიშნება საჯდომი, კანჭის კუნთების ჰიპოტონია, აქილევსის რეფლექსის დაქვეითება.

ნეკნთაშუა ნევრალგია. ვითარდება სხვადასხვა ინფექციების დროს. ჩნდება შემოსართყვლითი ტკივილები გულმკერდში, მტკივნეულია შესაბამისი ნეკნთაშუა უბნის პალპაცია. ტკივილები ძლიერდება ხველების, დაცემინების დროს. არც თუ იშვიათად ნეკნთაშუა ნევრალგია წარმოადგენს შინაგანი ორგანოების, ხერხემლის დაავადებების სიმპტომს, ამიტომაც აუცილებელია ავადმყოფის დაკვირვებით გამოკვლევა.

ნევრიტების მკურნალობა. ანთების საწინააღმდეგო თერაპია, ანალგეტიკები, B ჯგუფის ვიტამინები და სსხვ., ფიზიოთერაპია, მასაჟი



შაკიკი (ჰემიკრანია)



შაკიკი (ჰემიკრანია) –ეს არის პაროქსიზმული ტკივილი თავის ერთ-ერთ ნახევარში, რასაც თან ახლავს ღებინება.შაკიკის ეტიოლოგია ცნობილი არ არის.

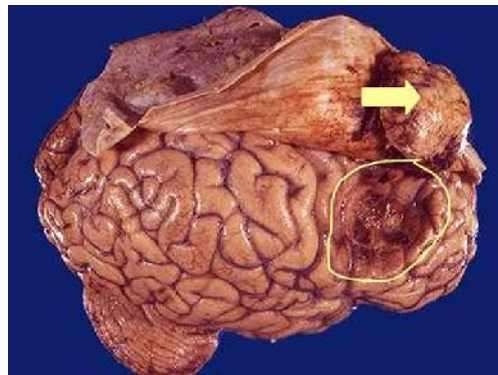
პათოგენეზი: სისხლში სეროტონინისა და პროსტაგლანდინების ზრდა იწვევს ინტრაკრანიალური სისხლძარღვების ხანმოკლე სპაზმს, რასაც მოჰყვება ექსტრაკრანიალური არტერიების ხანგრძლივი გაფართოება. სპაზმი საფუძვლად უდევს ფოტოფსიასა და სხვა კეროვან სიმპტომებს, ხოლო სისხლძარღვების გაფართოება წარმოადგენს თავის ტკივილის უშუალო მიზეზს; არსებით როლს ასრულებს ალერგია და მემკვიდრეობითი ფაქტორები.

სიმპტომები-. კლასიკური შაკიკის დროს შეტევა იწყება გარდამავალი სკოტომით(სკოტომა (ბერძნ. skotoo თვალი მიბნელება – მხედველობის ველის კუნძულოვანი დეფექტი. თეთრ და შავ ფერებზე აბსოლუტური სკოტომის შემთხვევაში დეფექტის არეში თეთრი და შავი ობიექტები სულ არ აღიქმება, ნაწილობრივი სკოტომის დროს საგანი ჩანს არა მკაფიოდ და მეტ-ნაკლებად რუხი ფერისაა.)

შემდეგ აურას მოჰყვება თავის ერთ-ერთი ნახევრის ტკივილი შუბლ-საფეთქლის არეში; ხშირად ტკივილი ვრცელდება თავის მთელს ნახევარზე. ტკივილს თან ახლავს გულისრევა და ღებინება. შეტევა გრძელდება რამდენიმე საათი. განსხვავებით კლასიკური შაკიკისაგან ჩვეულებრივ შაკიკს არ გააჩნია მხედველობითი აურა. ტკივილი წარმოიქმნება დილაობით, აქვს დიფუზური ხასიათი და გრძელდება რამდენიმე დღე. დასვენება აპროვოცირებს ცეფალგიას (თავის ტკივილი კვირის ბოლოს). შაკიკის ეს ვარიანტი ხშირია მსუქან ქალებში. ზოგჯერ შაკიკის შეტევა მიმდინარეობს კეროვანი დაზიანებებით (ჰემიპლევია, აფაზია, ოფთალმოპლევია), და მას ასოცირებულ შაკიკს უწოდებენ. შეტევების სიხშირე და სიმძიმე ფართოდ ვარირებს. შაკიკი საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა; იწყება ახალგაზრდებში, იშვიათად ბავშვებში. ისეთი გამოკვლევები, როგორცაა კრანოიოგრაფია, თვალის ფსკერის გამოკვლევა, ეეგ, ექონცეფალოგრაფია, არსებით ინფორმაციას ვერ იძლევიან. ყველა საექვო შემთხვევაში, განსაკუთრებით კი ასოცირებული შაკიკის დროს, ნაჩვენებია ანგიოგრაფია, რათა გამოირიცხოს ანევრიზმა ან სხვა პათოლოგია.

პროგნოზი: ჩვეულებრივ მიიღწევა შეტევების მხოლოდ დროებითი შესუსტება და გაიშვიათება.

თავის ტვინის სიმსივნე.



თავის ტვინის სიმსივნე შეიძლება იყოს ტვინშიგა (გლიომები) და ტვინგარეთა (მენინგიომები, ნევრინომები)

ტვინში მეტასტაზები ხშირად ვითარდება ფილტვის, სარძევე ჯირკვლის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტისა და ფარისებრი ჯირკვლის კარცინომის დროს, ტვინში იშვიათად

მეტასტაზირდება სარკომა, მელანობლასტომა. ბავშვებში ტვინისსიმსივნეთა უმრავლესობა ვითარდება ნათხემში (მედულობლასტომა, ასტროციტომა).

სიმპტომები და მიმდინარეობა: კლინიკური სურათი წარმოდგენილია ტვინის ზოგადი და ლოკალური ნიშნებით. ტვინის ზოგადი ნიშნები განპირობებულია ქალაშიდა წნევის მომატებით: თავის ტკივილი, ღებინება, მხედველობის ნერვების შეგუბებითი დისკოები და სხვ. სიმსივნის ჰისტოლოგიური სტრუქტურის და მისი ლოკალიზაციის მიხედვით ზოგად ტვინოვანი და კეროვანი სიმპტომების განვითარების სიჩქარე ფართოდ ვარირებს. ხშირად კლინიკური სურათი ფორმირდება თვეებისა და ზოგჯერ წლების განმავლობაში. კეროვანი სიმპტომები დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე.

შუბლის წილის სიმსივნის დროს აღინიშნება : ფსიქიკის ცვლილება, მეხსიერების დეფექტები, ეპილევსიური შეტევები, მეტყველების მოშლა, ანოსმია(ყნოსვის სუნის შეგრძნების გაქრობა)სიმსივნის მხარეზე.

თხემის წილის სიმსივნის დროს აღინიშნება: ლოკალური კრუნჩხვები, მგრძობელობისა და მოძრაობის დარღვევა სხეულის მოპირდაპირე მხარეზე, აფაზია მარცხენამხრივი ლოკალიზაციის დროს.

კეფის წილის სიმსივნის დროს აღინიშნება: მხედველობის გამოთიშვა მხედველობის საპირისპირო ველებში, მხედველობითი აურა კრუნჩხვითი შეტევის წინ.

საფეთქლის წილის სიმსივნის დროს აღინიშნება: ფსიქომოტორული ეპილევსიური შეტევები, აფაზია, მხედველობის მოშლა მხედველობის მოპირდაპირე ველებში.

ნათხემის სიმსივნის დროს აღინიშნება წონასწორობისა და მოძრაობის კორდინაციის მოშლა, ქალაშიდა ჰიპერტენზიის ნიშნების განვითარება.

ჰიპოფიზის სიმსივნის დროს – ნეიროენდოკრინული დარღვევები, თურქული კეხის გადიდება.

ინტრაკრანიალური სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში **გადამწყვეტი მნიშვნელობა** ენიჭება რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებს, ასევე კომპიუტერულ ტომოგრაფიასა და ანგიოგრაფიას

მეტასტაზური სიმსივნეების გამოსაცნობად **აუცილებელია** ფილტვების, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გამოკვლევა, მამოგრაფია, უროგრაფია. სიმსივნეზე ექვსის მიტანის დროს აუცილებელია ასევე ჩატარდეს თვალის ფსკერის გამოკვლევა. ტვინის ზოგადი და კეროვანი ცვლილებების მიზეზი, რომლებიც იწვევენ სიმსივნის იმიტაციას, შეიძლება იყოს ტვინის აბსცესი, სუბდურული ჰემატომა, ანევრიზმა.

მკურნალობა. ინტრაკრანიალური წნევის შემცირება. მკურნალობის ძირითადი მეთოდი ქირურგიულია.

პროგნოზი დამოკიდებულია სიმსივნის ჰისტოლოგიურ აგებულებაზე და მის ლოკალიზაციაზე. ეფექტურია მენინგიომებისა და ნევრინომების ქირურგიული მკურნალობა. ავთვისებიანი გლიომებისა და მეტასტაზური სიმსივნეების დროს პროგნოზი სერიოზულია.

ნევროზი



ნერვული დაავადებების ერთ-ერთი თანმხლები მოვლენებიდან აღსაღნიშნავია ნევროზული მდგომარეობა. **ნევროზები** – ფსიქოგენიების განსაკუთრებით გავრცელებული სახეა, ხასიათდება ფსიქიკური დარღვევების პარციალურობით, მათდამი კრიტიკული დამოკიდებულებით, დაავადების შეცნობის შენარჩუნებით, სომატური და ვეგეტატიური დარღვევებით. ნევროზების განვითარება ხდება სხვადასხვანაირად. ხანმოკლე ნევროზულ რეაქციებთან ერთად არაიშვიათად აღინიშნება ასევე მათი გახანგრძლივებული მიმდინარეობაც. ნევროზული რეაქციები წარმოიქმნება შედარებით სუსტ, მაგრამ ხანგრძლივად მოქმედ გამაღიზიანებლით, რომელიც იწვევს მუდმივ ემოციურ დამაბულობას ან შინაგან კონფლიქტებს. გარდა ფსიქოგენური ზემოქმედებისა, ნევროზების გენეზში დიდი როლი ეკისრება კონსტიტუციურ კუთვნილებას. გამოყოფენ სამ ტიპს: ნევრასთენია, აკვიატებული მდგომარეობების ნევროზი, ისტერია.

ნევროზები – ნევრასთენია (ასთენიური ნევროზი). კლინიკურ სურათში პირველ ადგილზეა ასთენიური გამოვლინებები: ფსიქიკური და ფიზიკური გადაღლა, გაფანტულობა, შრომისუნარიანობის დაქვეითება, დასვენების მოთხოვნილება, რომელიც არ იძლევა სრულად აღდგენის შესაძლებლობას. განსაკუთრებით ტიპურია ჩივილი ძალების გამოფიტვაზე, მხნეობის, ენერჯის არარსებობაზე, გუნებ-განწყობის დაქვეითებაზე, სისუსტეზე, ჩვეული დატვირთვების გადაუტანლობაზე. მომატებული ფსიქიკური გამოფიტვა შერწყმულია მეტისმეტ აგზნებასთან, ჰიპერესთეზიასთან. ავადმყოფები თავშეუკავებლები, ფეთქებადნი არიან, მუდმივად უჩივიან შინაგან დამაბულობას; სატელეფონო ზარები, მცირედი გაურკვევლობა, რომლებიც ადრე შეუმჩნეველი რჩებოდა, იწვევს მძაფრ ემოციურ რეაქციას, რომელიც სწრაფად ქრება და ხშირად მთავრდება ცრემლებით. ყველაზე უფრო ხშირ ნევრასთენულ სიმპტომებს მიეკუთვნება თავის



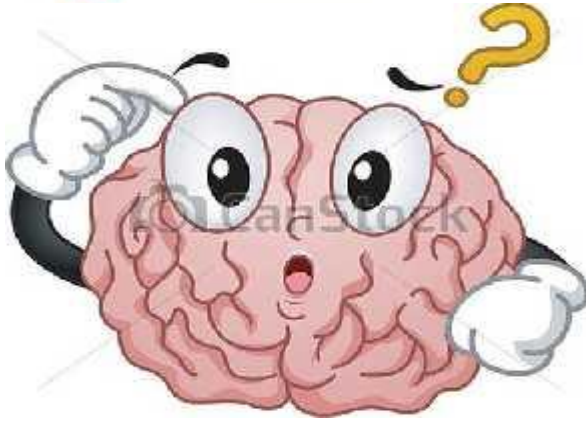
ტკივილი, ძილის დარღვევა, მრავალფეროვანი სომატურ-ვეგეტატიური დარღვევები (ჰიპერჰიდროზი, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, სასუნთქი ორგანოების, სქესობრივი ფუნქციისა და სხვ. მოშლილობები).

აკვიატებული მდგომარეობების ნევროზი ვლინდება მრავალრიცხოვანი აკვიატებებით, თუმცა თითოეული კონკრეტული ნევროზის სურათი შედარებით მონომორფულია. სხვა სახის ნევროზებთან შედარებით ახასიათებს გახანგრძლივებული მიმდინარეობა. თუკი ამ დროს არ ხდება სიმპტომატიკის მნიშვნელოვანი გაფართოება, მაშინ ავადმყოფები თანდათანობით ეგუებიან ფობიებს, სწავლობენ იმ სიტუაციების თავიდან აცილებას, რომლის დროსაც წარმოიქმნება შიში; ამგვარად დაავადება არ იწვევს ცხოვრების წესის მკვეთრ ცვლილებებს.

ისტერია. უმრავლეს შემთხვევაში კლინიკური სურათი წარმოდგენილია მოძრაობითი და სენსორული, ასევე ვეგეტატიური ფუნქციის დარღვევებით, რომლებიც ახდენენ სომატური და ნევროლოგიური დაავადებების იმიტირებას.

მოძრაობითი დარღვევების ჯგუფს მიეკუთვნება, ერთის მხრივ ისტერიული პარეზები და დამბლები, ხოლო მეორეს მხრივ ჰიპერკინეზები, ტიკები, რიტმული ტრემორი, რომელიც ძლიერდება ყურადღების ფიქსაციის დროს და რიგი სხვა უნებლიე მოძრაობები. ნევროზებს მიეკუთვნება აგრეთვე ნერვული ანორექსიის, ენაბლუობის, ენურეზის ზოგიერთი ფორმები.

ნევროზების მკურნალობა კომპლექსურია მასში შედის თერაპია ფსიქოთერაპიული პრეპარატებით, ფსიქოთერაპია, ზოგადგამაჯანსაღებელი საშუალებები, ფიზიოთერაპია. მედიკამენტოზური თერაპიის დროს ეფექტურია ტრანკვილიზატორები და სხვ. შედარებით მძიმე შემთხვევაში ნაჩვენებია ტრანკვილიზატორების კუნთებში, ხოლო სტაციონარის პირობებში – ინტრავენური წვეთოვანი შეყვანა. ნევროზული რეაქციები უმრავლეს შემთხვევაში შექცევადია.



საკონტროლო კითხვები

ჩამოთვალეთ ნევროლოგიური დაავადებების ყველაზე გავრცელებული სიმპტომები.

რა არის ტრემორი ?

რა არის ცეფალგია?

როგორ ხდება უგონოდ მყოფი პაციენტის ანამნეზის შეკრება?

ჩამოთვალეთ ნევროლოგიური პაციენტის ობიექტური მონაცემები.

ჩამოთვალეთ კრანიალური ნერვების შეფასების მეთოდები

როგორ ხდება ნევროლოგიური პაციენტის მოტორული ფუნქციების შეფასება.

ჩამოთვალეთ ნევროლოგიური პაციენტის გამოკვლევის მეთოდები.

ჩამოთვალეთ ნევროლოგიური პაციენტის ძირითადი პრობლემები და მოვლის პრინციპები.

რა სიმპტომები ახასიათებს ნერვული სისტემის ტრამვულ დაზიანებებს?

რომელია ძირითადი სადიაგნოსტიკო გამოკვლევები ტარდება ნერვული სისტემის ტრამვული დაზიანებების დროს ?

ჩამოაყალიბეთ ძირითადი მოვლის პრინციპები ნერვული სისტემის ტრამვულ დაზიანებების დროს.

რამდენი სახის ინსულტი არსებობს?

განასხვავეთ ერთმანეთისგან ძირითადი სიმპტომები ინსულტის სახეობების დროს.





რომელია გამოკვლევის ძირითადი მეთოდები ინსულტის დროს.

ჩამოაყალიბეთ პირველადი დახმარება ინსულტის დროს.

ჩამოთვალეთ მკურნალობის და რეაბილიტაციის პრინციპები ინსულტის დროს.

რომელია ნერვული სისტემის ანთებითი დაავადებები?

რა სიმპტომები ახასიათებს მენინგიტს?

რომელია მენინგიტის დროს ძირითადი გამოკვლევის მეთოდები?

რომელია მენინგიტის დროს მოვლის პრინციპები?

რა სიმპტომები ახასიათებს მიელიტს?

რომელია მიელიტის დროს ძირითადი გამოკვლევის მეთოდები?



ფარმაცოლოგიის საფუძვლები საექთნო საკმეში





ამ მოდულის გავლის შემდეგ თქვენ შეძლებთ:



© Can Stock Photo - csp7115160

სამკურნალო საშუალებების ფარმაკოკინეტიკური/ფარმაკოდინამიკური მახასიათებლების გამოყენებას;

მედიკამენტის ადმინისტრირების წესების განსაზღვრას;

მედიკამენტების დოზირების წესის განსაზღვრას;

რეცეპტის სწორად წაკითხვას;

ნებისმიერი ნივთიერება, რომელიც ორგანიზმში

შეყვანის შემდეგ ცვლის სასიცოცხლო ფუნქციებს, და ადამიანს მიეწოდება სამკურნალო მიზნით, შეიძლება განხილული იქნას, როგორც მედიკამენტი, ანუ სამკურნალო საშუალება

ფარმაკოლოგია არის მეცნიერება, რომელიც სამკურნალო საშუალებებს შეისწავლის

ბაზისური ფარმაკოლოგიური პრინციპების ცოდნის გარეშე შეუძლებელია ექთანმა შეაფასოს წამლის თერაპიული სარგებლიანობა და მისი პოტენციური ტოქსიურობა



□ ისტორიულად, წამლების მიღება ხდებოდა მცენარეული, ცხოველური წარმოშობისა და მინერალური ნივთიერებებიდან

□ თანამედროვე წამლების უმრავლესობა ლაბორატორიებში წარმოებული სინთეზური ან ნახევრადსინთეზური ნივთიერებებია

თავისი წარმოების პროცესში წამალს ენიჭება სულ მცირე სამი სახელი:

ქიმიური სახელი – აღნიშნავს წამლის ქიმიურ შემადგენლობასა და სტრუქტურას

გენერული სახელი – შედარებით მარტივია და გასაგებია ნებისმიერი ქვეყნის მედმუშაკისათვის, ვინაიდან იგი უნივერსალურია და კლასიფიცირება ხდება ამ სახელის გამოყენებით



საფირმო (სავაჭრო) სახელი – კერძო საკუთრებაა და მას წამალს ანიჭებს მწარმოებელი კომპანია

ექთანი ვალდებულია ერკვეოდეს წამლის გენერიკულ და საფირმო დასახელებაში

სამკურნალწამლო ფორმა ფარმაცოთერაპიის თვალთახედვით ფასდება შემდეგი ოთხი კრიტერიუმით:

- ეფექტურობა
- უსაფრთხოება
- მოხერხებულობა
- ფასი

სამკურნალწამლო ფორმა – ეს არის ფარმაკოლოგიური კომპანიის მიერ წარმოებული საშუალება, რომელსაც შეიძლება ჰქონდეს მკვრივი, თხევადი ან გაზის ფორმა და შეფუთვის სპეციალური სახე მისი ადმინისტრირების გზისა და დანიშნულებიდან გამომდინარე

ერთსა და იგივე წამალს შეიძლება ჰქონდეს რამდენიმე სამკურნალწამლო ფორმა, ზოგიერთი წამალი გამოდის მხოლოდ ერთი სამკურნალწამლო ფომის სახით

წამლის ეტიკეტი

წამლის ეტიკეტი შეიცავს მნიშვნელოვან ინფორმაციას. წამლების უსაფრთხო ადმინისტრირებისათვის აუცილებელია, რომ ექთნებს შეეძლოთ ეტიკეტის სწორი აღქმა

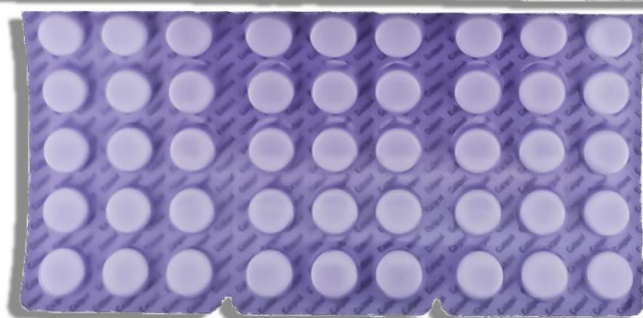
დააკვირდით ქვემოთ მოცემულ ეტიკეტს:





- წამლის სავაჭრო ანუ ბრენდული სახელია სეფქსიმი (ROCEPHIN).
- გენერიკული სახელი, ანუ დარეგისტრირებული ოფიციალური სახელია ცეფტრიაქსონი (Ceftriaxone).
- წამლის სრული რაოდენობა ფლაკონში - 1 გრამი.
- injection - ნიშნავს, რომ ეს წამალის საინექციო ფორმაა.

ყოველთვის წაიკითხეთ წამლის ეტიკეტი, წამლის განზავებამდე



- წამლის სავაჭრო ანუ ბრენდული სახელია სეფქსიმი (Calpol).
- გენერიკული სახელი, ანუ დარეგისტრირებული ოფიციალური სახელია ცეფტრიაქსონი (Paracetamol).
- 500 mg ნიშნავს -1 ტაბლეტი არის 500 მგ
- Tablets - ნიშნავს, რომ ეს არის წამლის ტაბლეტირებული ფორმა

წამლის დოზა- ეს არის წამლის გარკვეული რაოდენობა, რომელიც შეგვყავს ორგანიზმში თერაპიული კონცენტრაციისა და ეფექტის მისაღწევად

☐ არსებობს სუბთერაპიული, თერაპიული და ტოქსიური დოზა, ასევე ერთჯერადი დოზა, დღიური დოზა, შემანარჩუნებელი დოზა, დარტყმითი დოზა

თერაპიული დოზა- ეს არის სასურველი ეფექტი ტოქსიურობის გარეშე



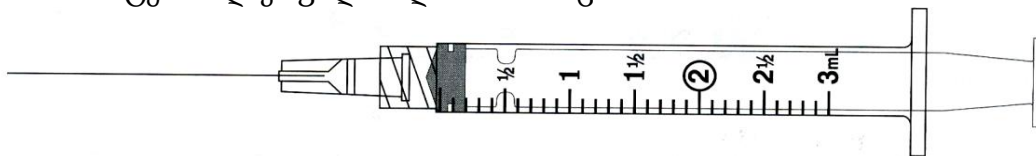
დოზების განსასაზღვრე აღჭურვილობა

დანაყოფებიანი ჭიქები გამოიყენება თხევადი მედიკამენტების დოზის განსასაზღვრავად და მისაღებად. ჭიქაზე შეიძლება აღნიშნული იყოს მილილიტრები და ჩაის/სუფრის კოვზები.



ნემსები გამოიყენება ინექციებისათვის. ისინი სხვადასხვა ტიპისაა და სხვადასხვა მიზნით გამოიყენება.

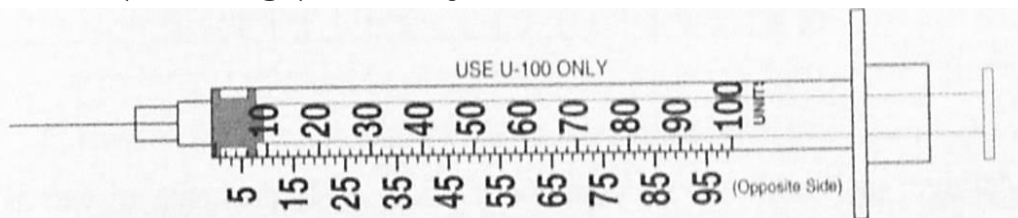
ათობითი სისტემით დაყოფილი 3 მლ-იანი შპრიცი

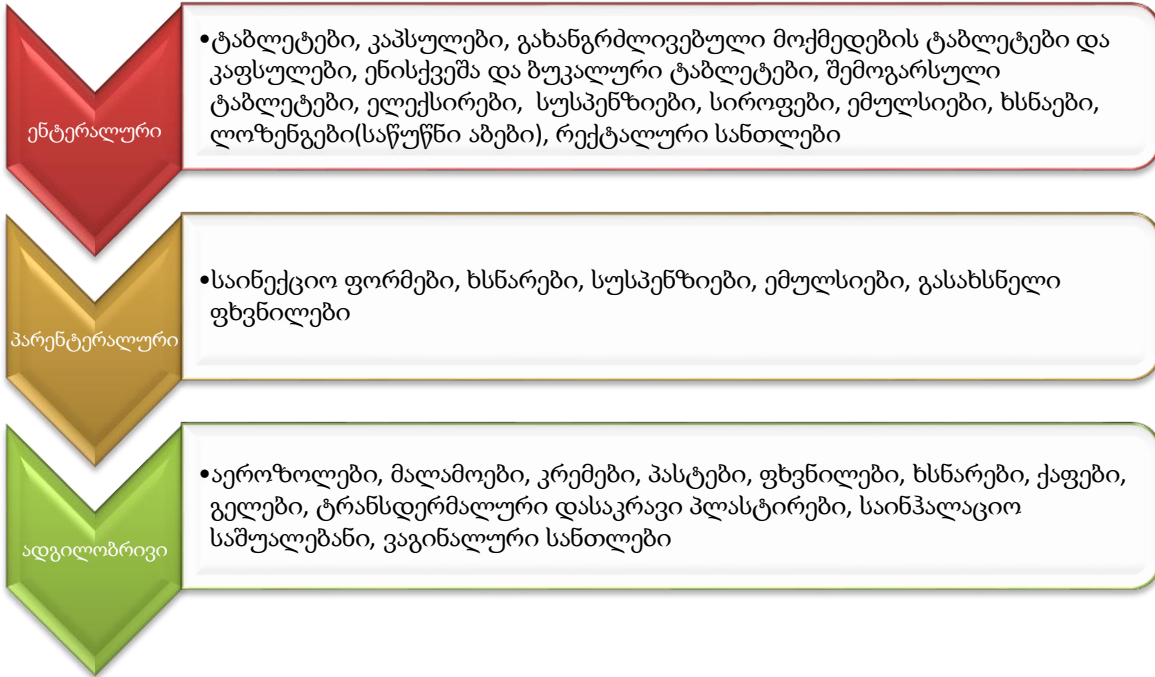


ასობითი სისტემით დაყოფილი 1 მლ-იანი შპრიცი



1. 1 მლ-იანი ინსულინის შპრიცი





ფარმაკოკინეტიკა და ფარმაკოდინამიკა

ფარმაკოკინეტიკა და ფარმაკოდინამიკა არის ბაზისური ფარმაკოლოგიური პრინციპები.

ფარმაკოკინეტიკა შეისწავლის, თუ რა გავლენა აქვს ორგანიზმს წამალზე, ანუ რა გზას გაივლის წამალი ორგანიზმში მოხვედრის შემდეგ

ფარმაკოდინამიკა შეისწავლის, თუ რა გავლენა აქვს წამალს ორგანიზმზე, ანუ წამლის მოქმედების მექანიზმებს

წამლის ფარმაკოკინეტიკის ცოდნა აუცილებელია, რათა შევარჩიოთ დოზირების რეჟიმი და წამლის ადმინისტრირების გზა ინდივიდუალურ პაციენტში პლაზმაში თერაპიული კონცენტრაციის შესაქმნელად და შეასანჩუნებლად; აგრეთვე იმის გასაანალიზებლად, თუ რა ფაქტორები ახდენენ გავლენას პლაზმაში წამლის კონცენტრაციაზე





ფარმაკოდინამიკის ცოდნა გვეხმარება შევაფასოთ წამლის ეფექტი მისი კონცენტრაციის ცვლილებასთან მიმართებაში

ფარმაკოკინეტიკა განსაზღვრავს: პლაზმაში წამლის კონცენტრაციას, წამლის მოქმედების დაწყების დროს, მოქმედების პიკს, მოქმედების ხანგრძლივობას, თერაპიულ და გვერდით ეფექტებს.

ფარმაკოკინეტიკური პროცესებია: აბსორბცია, დისტრიბუცია, მეტაბოლიზმი, ექსკრეცია

აბსორბცია – პროცესი, რომლის საშუალებითაც მედიკამენტი მისი შეყვანის ადგილიდან ხვდება სისხლის ნაკადში. აბსორბცია დამოკიდებულია: სამკურნალწამლო ფორმაზე, წამლის შეყვანის გზაზე, აბსორბციის ადგილის პერფუზიაზე, PH-ზე, წამლის ქიმიურ თვისებებზე, სხვა წამლებთან ან საკვებთან ურთიერთქმედებაზე და სხვ.

ინტრავენურად შეყვანისას წამალი ხვდება პირდაპირ სისტემურ ცირკულაციაში და არ სჭირდება აბსორბცია

ყველაზე სწრაფად აბსორბირდება თხევადი საშუალებანი, ყველაზე ნელა –შემოგარსული ტაბლეტები

პერორალურად დანიშნული წამლების უმრავლესობა იხსნება კუჭში – მჟავა გარემოში და აბსორბირდება წვრილ ნაწლავში – ტუტე გარემოში

სითხეები ელექსირები
და სიროფები

სუსპენზიები

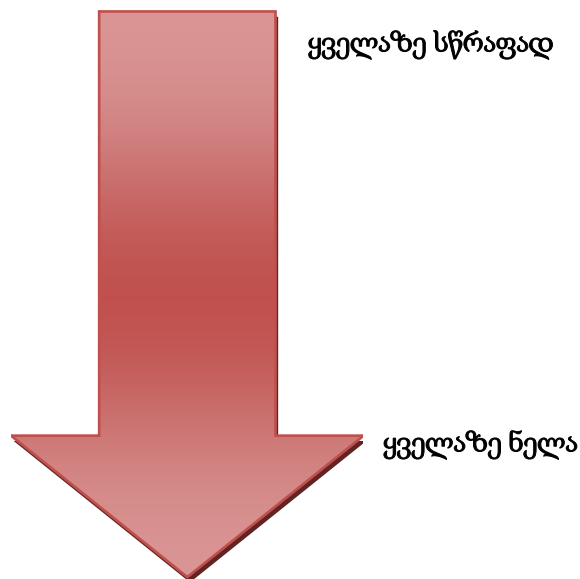
ფხვნილები

კაფსულები

ტაბლეტები

შემოგარსული

ტაბლეტები





პერორალურად დანიშნული წამლები აბსორბციის შემდეგ ხვდება ღვიძლში, წამლების უმრავლესობა ღვიძლში განიცდის მეტაბოლიზმს, ანუ გარდაქმნას არააქტიურ ნივთიერებად

მეტაბოლიზმის შემდეგ წამლის მხოლოდ ნაწილი ხვდება სისტემურ ცირკულაციაში

მეტაბოლიზმის შემდეგ წამლის ექსკრეცია ანუ გამოძევება ორგანიზმიდან ხდება თირკმელების საშუალებით.

ღვიძლის დაავადების შემთხვევაში ირღვევა წამლის მეტაბოლიზმი. თირკმლის დაავადების შემთხვევაში ირღვევა წამლის ექსკრეცია

მეტაბოლიზმი და ექსკრეცია წარმოადგენენ წამლის ელიმინაციის პროცესებს. ელიმინაციის პროცესის დარღვევის შედეგად ხდება წამლის აკუმულაცია და მისი ტოქსიური ეფექტების გამოვლინება. ნაწლავიდან შეწოვის შემდეგ ღვიძლში წამლის მეტაბოლიზმს ეწოდება პირველი გავლის ეფექტი. ეს ეფექტი ამცირებს სისტემურ ცირკულაციაში გადასული წამლის რაოდენობას. ზოგიერთ წამალს პირველი გავლის ეფექტი ძალიან ძლიერად აქვს გამოხატული (მაგ. ნიტრატებს, მორფინს) და ამიტომაც მათი მიღება პერორალურად მიზანშეწონილი არ არის

დისტრიბუცია

სისტემურ ცირკულაციაში მოხვედრის შემდეგ წამლის გადანაწილებას ორგანიზმში ეწოდება დისტრიბუცია, დისტრიბუციის შედეგად წამალი მიიტანება ქსოვილში, სადაც იგი თავის მოქმედებას გამოავლენს. წამალი სხვადასხვა ორგანოებში არათანაბრად გადანაწილდება. პლაზმაში წამალი შეიძლება არსებობდეს ცილასთან ბმული ან თავისუფალი სახით. მხოლოდ თავისუფალი წამალი გადადის სისხლიდან ქსოვილში და ავლენს მოქმედებას

დისტრიბუცია დამოკიდებულია:

- წამლის შეღწევადობაზე (ცხიმში ხსნადი წამლები ადვილად აღწევენ უმეტეს ქსოვილებში)
- ორგანოს პერფუზიაზე (გული, თირკმელი, ღვიძლი, ტვინი სისხლით კარგად მარაგდება, კუნთი, კანი, ცხიმოვანი ქსოვილი – ნაკლებად)
- ფიზიოლოგიურ ბარიერებზე (მაგ. ჰემატოენცეფალური ბარიერი)

ექსკრეცია

წამლის ან მისი მეტაბოლიტის გამოძევება ორგანიზმიდან ხდება ძირითადად თირკმელით, თუმცა შეიძლება მოხდეს ღვიძლით (ნაღველი), კანით (ოფლი), რძით და ფილტვებით(აორთქლებით). წამლის მთავარი მაელიმინირებელი ორგანოებია ღვიძლი და თირკმელი, ამიტომ მათი ფუნქციური მდგომარეობა ყოველთვის უნდა გავითვალისწინოთ წამლის ადმინისტრირებისას



წამლის ნახევრადდაშლის პერიოდი არის ის დრო, რომლის განმავლობაშიც წამლის სისხლში არსებული კონცენტრაცია ნახევრდება (50%-მდე). დიდი ნახევრადდაშლის პერიოდის მქონე წამლები საჭიროებენ უფრო ხანგრძლივ დოზათაშორის ინტერვალებს. სეთი წამლები შედარებით გვიან ავლენენ თავიანთ ეფექტებს.

ფარმაკოდინამიკა სწავლობს წამლის მოქმედების მექანიზმს და წამლის კონცენტრაციის შესაბამის ეფექტებს. ფარმაკოდინამიკის ცოდნა გვეხმარება განვსაზღვროთ, თუ რომელი წამალი სჭირდება ჩვენს პაციენტს კონკრეტული პრობლემის გადასაჭრელად და შევაფასოთ წამლის თერაპიული და არასასურველი ეფექტები

გვერდითი ეფექტი

გვერდითი ეფექტების, ისევე, როგორც თერაპიული ეფექტების მონიტორინგი ექთნების მოვალეობაა არსებობს დოზადამოკიდებული და დოზადამოუკიდებელი გვერდითი ეფექტები

- დოზადამოკიდებული გვერდითი ეფექტი (A ტიპის) დამოკიდებულია წამალზე, შეიძლება მისი წინასწარ გამოცნობა წამლის მოქმედების მექანიზმიდან გამომდინარე; შეიძლება შევამციროთ დოზის შემცირებით
- დოზადამოუკიდებელი ეფექტები (B ტიპის) ეს არის იდიოსინკრაზია, ანუ უჩვეულო, მოულოდნელი ეფექტი, რომლის წინასწარ გათვლა და თავიდან აცილება შეუძლებელია.

იდიოსინკრაზიის მექანიზმები:

- გენეტიკური დეფექტი წამლის მეტაბოლიზმში □
- იმუნური და ალერგიული რეაქციები, მათ შორის – ანაფილაქსიაც

იდიოსინკრაზიული რეაქციები იშვიათია, მაგრამ სიცოცხლისათვის შეიძლება საშიში იყოს

ანაფილაქსიის კლინიკური ნიშნები:



თავბრუსხვევა, სისუსტე, ტკივილი მკერდის ძვლის უკან, ბრონქოსპაზმი, წამოჭარხლება, ტკივილი მუცლის არეში, თავის ტკივილი, სიკვდილის შიში, ძაფისებრი პულსი, წნევის დაქვეითება, გონების დაკარგვა

□ ანაფილქსიური შოკი სიცოცხლისთვის საშიში გართულებაა, ადრენალინი (ეპინეფრინის) ინექციამ შეიძლება ადამიანი სიკვდილს გადაარჩინოს

□ ტოლერანტობა – წამლის მიმართ მგრძნობელობის დაქვეითება;

დოზის შეუცვლელად წამლის ეფექტი მცირდება გარკვეული დროის შემდეგ (რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე კვირამდე ან თვემდე)



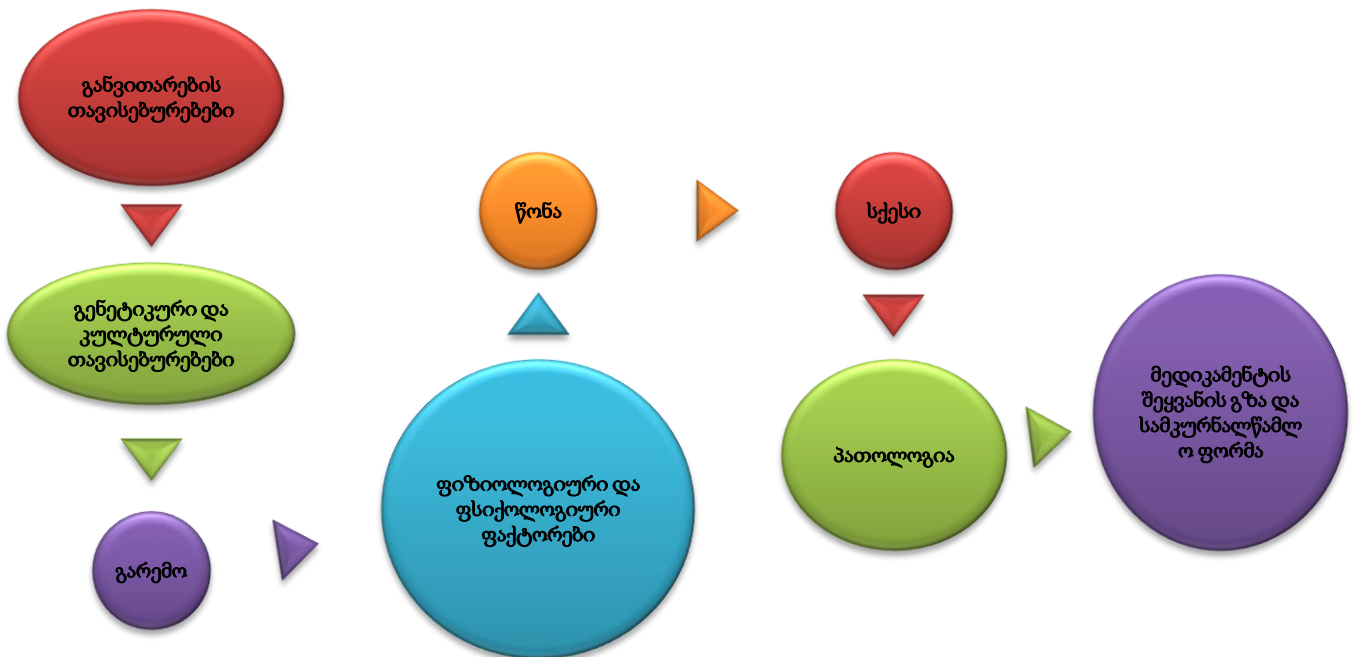
□ ტოლერანტობის შესამცირებლად საჭიროა წამლის დროებითი შეწყვეტა – ფანჯრის პერიოდი (მაგ. ნიტრატი)

□ ეფექტის შესანარჩუნებლად ზოგჯერ ზრდიან დოზას (მაგ. ოპიოიდები)

წამლის ტოქსიური ეფექტები ვლინდება ერთჯერადად გადაჭარბებული (ტოქსიური) დოზის შეყვანისას ან მრავალჯერადად შედარებით მცირე დოზებით აკუმულაციის შედეგად (მაგ. თირკმლის ან ღვიძლის დაავადებების დროს)

□ ტოქსიური ეფექტები შეიძლება სასიკვდილოც იყოს

ფაქტორები, რომლებიც მოქმედებენ მედიკამენტების ეფექტურობაზე



მედიკამენტის დანიშნულების შვიდი შემადგენელი ნაწილი:

1. პაციენტის სახელი
2. დანიშნულების თარიღი და დრო
3. დანიშნული მედიკამენტის დასახელება
4. მედიკამენტის დოზირება
5. შეყვანის გზა



- 6. შეყვანის სიხშირე
- 7. მედიკამენტის დამნიშვნელი პიროვნების
- 8. ხელმოწერა

შეცდომები მედიკამენტების შეყვანისას



ექთნები პასუხისმგებელი არიან მათ მიერ შეყვანილ მედიკამენტებზე

ექიმის მიერ დანიშნულებაში დაშვებული შეცდომა ექთანს პასუხისმგებლობიდან არ ათავისუფლებს

როდესაც ამზადებს მედიკამენტს შესაყვანად, ექთანმა უნდა განსაზღვროს:

- არის თუ არა პაციენტის ორგანიზმი მზად მედიკამენტის შესაყვანად
- რამდენად მიზანშეწონილია პაციენტისთვის ამ მედიკამენტის შეყვანა
- არის თუ არა დანიშნული დოზა და მომზადების წესი სწორი?

გაუგებრობის შემთხვევაში უნდა მიმართონ ექიმს

ექთნებს უფლება აქვთ უარი თქვან ნებისმიერი მედიკამენტის შეყვანაზე, თუკი მას არ თვლიან მართებულად

უნდა მოხდეს ამ ფაქტის დოკუმენტირება

თუ დარწმუნებული არ ხართ დანიშნულების მართებულობაში, არ შეიყვანოთ მედიკამენტი!

საექთნო მიდგომა



1. მიყევით დანიშნულებას
2. მედიკამენტის შეყვანამდე შეამოწმეთ წარწერა დანიშნულ მედიკამენტზე



3. მოძიეთ ინფორმაცია მედიკამენტების შესაძლო ურთიერთქმედებისა და ალერგიების შესახებ
4. გაარკვეეთ ნებისმიერი მედიკამენტის შეყვანის წინ პაციენტის ალერგია ამ და სხვა მედიკამენტების მიმართ
- შეიყვანეთ წამალი სათანადო ტექნიკით და გზით
6. ზოგიერთი მედიკამენტის შეყვანამდე აუცილებელია სასიცოცხლო ნიშნების (პულსი, წნევა) შეფასება
7. გაარკვეეთ მედიკამენტის შეყვანასთან დაკავშირებული ყველა გაუგებრობა სამედიცინო პერსონალთან
- მიაწოდეთ პაციენტს და მისი ოჯახის წევრებს მედიკამენტების მოქმედების, აგრეთვე გვერდითი ეფექტების შესახებ საჭირო ინფორმაცია
9. მოახდინეთ დოკუმენტაცია მედიკამენტის შეყვანის და პაციენტის საპასუხო რეაქციის შესახებ შიდა პროტოკოლის თანახმად;

მედიკამენტების დოზირების წესის განსაზღვრა

წამლის შეყვანამდე უნდა ვიცოდეთ მისი განზავება, რათა გამოვიანგარიშოთ საჭირო დოზა

წამლის შეყვანამდე უნდა ვიცოდეთ მისი განზავება, რათა გამოვიანგარიშოთ საჭირო დოზა ამჟღავნებს შეიძლება ეწეროს განზავება გრ-ში, მგ-ში, ერთეულებში ან %-ში. მაგ. ROCHEPINE 1 გრ(მშრალი ნივთიერება);

წონის განმსაზღვრელი ერთეულია:

- კილოგრამი
-



• ბ			
• რ	<u>წონის ერთეულები</u>	<u>მოცულობის ერთეულები</u>	<u>საოჯახო</u>
• ა			
• მ			
• ი			
• მ			
• ი			
• ლ			
• იგრამი			
• მიკროგრამი			



არასწორია 1 გრ შპრიცი!!! სწორია 1 მილილიტრიანი შპრიცი!

ხსნარის კონცენტრაცია: ნივთიერების რაოდენობა მგ, მკგ-ში ხსნარის ერთ მილილიტრში. მისი პირობითი ნიშანია “K”

აუცილებელია, რომ დაიმახსოვროთ შემდეგი გარდაქმნები:





არსე	1 კგ = 1000გრ	1 ლ = 1000 მლ	1 ჩ.კ = 5 მლ
ბოზს	1 გრ = 1000მგ	1 მლ = 1 000მკლ	1 ს.კ = 15 მლ
გარდ	1 მგ = 1000მკგ		1 ჩ.ჭ = 100მლ

აქმნის რამოდენიმე წესი.

წესი პირველი:

- დიდი სიდიდის მცირეში გადასაყვანად → მცირე სიდიდე გაამრავლეთ 1000-ზე
- მცირე სიდიდის დიდში გადასაყვანად → მცირე სიდიდე გაყავით 1000-ზე

პროპორცია

პროპორციას მეორენაირად ჯვარედინ ნამრავლსაც უწოდებენ. მას ძირითადად გამოიყენებენ ამოცანების ამოსახსნელად.

მაგალითი : ვთქვათ 100მლ-ში გახსნილია 10 გრ მშრალი ნივთიერება - გლუკოზა. რამდენი გრამი გლუკოზა იქნება გახსნილი 20მლ-ში?

ამოხსნა: ამოცანის ამოსახსნელად აუცილებელია ჩავწეროთ ის სწორი ფორმით. თუ 100მლ-ში გახსნილია 10 გრ გლუკოზა, მაშინ ის ჩაიწერება შემდეგნაირად

$$100\text{მლ} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 10\text{გრ}$$

რაც შეეხება კითვას, თუ რამდენი გრ გლუკოზაა გახსნილი 20მლ-ში, აქ საძიებელი სიდიდაა გრ, ამიტომ ის ავლნიშნოთ X-ით და ჩავწეროთ შემდეგნაირად

$$20\text{მლ} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad X\text{გრ}$$

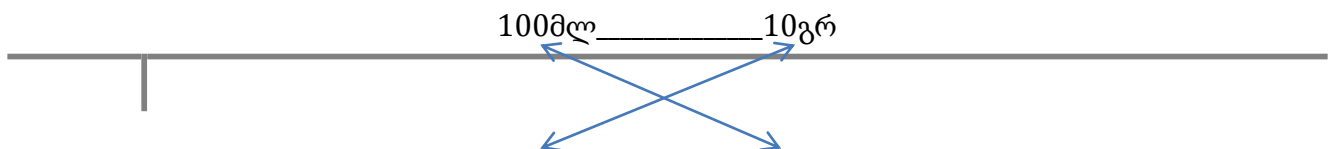
თუ აღნიშნულ ჩანაწერებს გავაერთიანებთ, მივიღებთ ამოცანის მოკლე შინაარსს, სადაც შეგვეძლება პროპორციის გამოყენება.

$$100\text{მლ} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 10\text{გრ}$$

$$20\text{მლ} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad X\text{გრ}$$

შენიშვნა: მლ იწერება მლ-ის ქვემოთ, გრ იწერება გრ-ის ქვემოთ.

პროპორციის(ჯვარედინი ნამრავლის) პრინციპი შემდეგნაირია:





20მლ _____Xგრ

წესი: ჯვარედინი ნამრავლი ერთმანეთის ტოლია. $X * 100 = 10 * 20$ საიდანაც გამომდინარეობს ფორმულა:

$$X = \frac{10 * 20}{100} = 2$$

შესაბამისად თუ $X=2$, მაშინ ამოცანის პირობის თანახმად 20მლ-ში გახსნილია 2 გრ გლუკოზა.

მაგალითი: ხელთ გვაქვს როცეფინი 1 გრ(მშრალი ნივთიერება)

პაციენტს დანიშნული აქვს 250 მგ.

რადგანაც ფლაკონში ჩვენ გვაქვს წამალი ფხვნილის სახით, იგი უნდა განზავდეს ფიზიოლოგიურ ხსნარში. ვთქვათ ვანზავებთ 10 მლ NaCl 0.9%-ში. ე.ი 10 მლ-ში ჩვენ გვაქვს 1გრ ანუ 1000 მგ აქტიური ნივთიერება, ვიცით რომ პაციენტს აქვს დანიშნული 250 მგ. ვადგენთ პროპორციას რათა გამოვიანგარიშოთ საჭირო დოზა მლ-ში.

10 მლ-----1000მგ

X-----250მგ (გამრავლება ხდება ჯვარედინად)

1000X-----2500

X---2500 : 1000

X=2.5მლ

ე.ი პაციენტს უნდა გაუკეთდეს 2.5 მლ როცეფინი.

პროცენტი

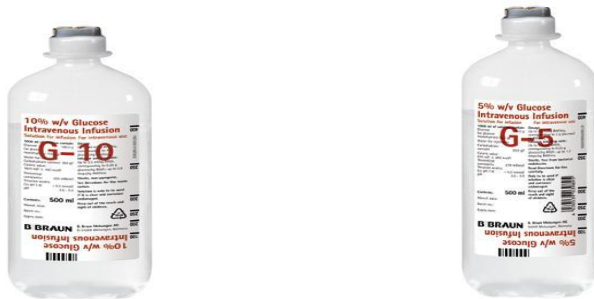




პროცენტი არის მაჩვენებელი იმისა რომ 1 ლიტრ სითხეში რამდენი გრამი ნივთიერებაა. მაგალითად 5 % სხნარი რიშნას 1 ლ სითხეში არის 5 გრამი (5000 მგ) მშრალი ნივთიერება.

თუ ამპულაზე ან ფლაკონზე გვაქვს ნაჩვენები წამლის განზავება %ში(მაგ.2%)ე.ი 100მლ-ში გვაქვს 2 გრ აქტიური ნივთიერება.ჩვენ უნდა გამოვიანგარიშოთ 1 მლ ში რამდენი მგ-ა ამის მოკლე გზა ასეთია: პროცენტობის რიცხვს ვამრავლებთ 10-ზე და ვიღებთ თუ რამდენი მგ-ა მლ-ში.მაგ.

დოპამინი 4% $4 \times 10 = 40$ ე.ი 1მლ-ში გვაქვს 40 მგ_ი წამალი. თუ გვინდა გავიგოთ წამლის პროცენტობა ნაჩვენებ მგ-ეს ვყოფთ 10.



ზოგიერთი წამლის დოზა გამოითვლება მკგ-ში

მაგ დანიშნული 10 მკგ/კგ-ზე,პაციენტის წონა 100 კგ. და ფლაკონზე წამლის განზავება არის 1%.ვმოქმედებთ შემდეგნაირად.

- პაციენტისათვის საჭირო დოზა მკგ-ში.წონაXსასურველ მკგ $100\text{კგ} \times 10\text{მკგ} = 1000\text{მკგ}$
- შემდეგ გავიგოთ თუ რა განზავებით გვაქვს წამალი

ვიცით რომ იგი არის 1% ე.ი 10 მგ-ი და 10000 მკგ.

თუ 1მლ-10000მკგ

$$X = 1000\text{მკგ}$$

$$10000X = 1000$$

$$X = 1000 : 10000$$

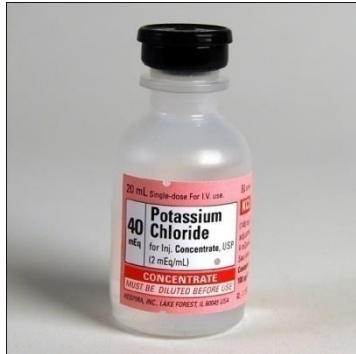
$$X = 0.1\text{მლ}$$

ესეიგი ჩვენთვის საკმარისია 0.1 მლ



K potassium KCL (კალიუმის ქლორიდი)

KCL-ინიშნება მილიექვივალენტებში. KCL უნდა გადავასხათ 1 საათის განმავლობაში ინფუზიმატის საშუალებით ან ძალიან ნელი წვეთებით და არ უნდა იქნას გადასხმული პერიფერიულ ვენაში (გამონაკლისი თუ ცენტრალური ვენის დაყენების დრო არ არის) განსაკუთრებული სიფრთხილე გვმართებს ბავშვებში.



სახელი- Potassium

სახელი -Clorine

სიმბოლო-K

სიმბოლო-CL

ატომური წონა-39.09

ატომური წონა-35.45

ვთქვათ დანიშნულია 50მექ. KCL -ჯერ უნდა გავიგოთ რა განზავებით გვაქვს მედიკამენტი

KCL 4% ე.ი. 1 მლ/40მგ

სასურველი მილიექვივალენტი X კალიუმის და ქლორის ატომური წონის ჯამზე(39.09+35.45=74.5)ე.ი 74.5 და იყოფა 40-ზე რადგანაც 1მლ/40 მილიგრამი გვაქვს

ე.ი. სასურველი მექX74.5

სადაც K= 40

K

(50X74.5) : 40=93 მლ უნდა გადავასხათ პაციენტთან 1 საათის განმავლობაში.

ინფუზიის წესები და ინფუზიის სიჩქარის კალკულაცია



სხვადასხვა ხსნარის მაგ; ფიზიოლოგიური ხსნარის NaCL 0,9%, რინგერის—RL, გლუკოზის და ასევე სხვადასხვა მედიკამენტის –მაგ: ანტიბიოტიკების დროში განსაზღვრული გადასხმა შესაძლებელია როგორც ინფუზიმატის ან პამპის გამოყენებით, ასევე სისტემის საშუალებით—ამ შემთხვევაში სიჩქარის გამოთვლა ხდება მლ/სთ-ში.

საინფუზიო სისტემა შესაძლებელია იყოს წვეთების მთვლელით, ამ შემთხვევაში ხდება სიჩქარის



დაყენება გარკვეული რაოდენობის წვეთის მითითებით—ამ დროს სიჩქარე განისაზღვრება წვეთი/წუთში.

ხოლო თუ სისტემას არ აქვს სიჩქარის დასაყენებელი ანუ წვეთის მთვლელი, მაშინ ვხელმძღვანელობთ სისტემის **დროზფაქტორით**, ანუ მონაცემით რომელიც მითითებულია ყველა საინფუზიო სისტემაზე და განსაზღვრავს ქარხნული გამოშვებით რამდენ წვეთს შეიცავს 1 მლ ხსნარი.



ყველაზე გავრცელებული სისტემის დროზფაქტორი—10, 12, 15, 20 წვეთი/მლ. სწორედ ამ მონაცემს ვიყენებთ როდესაც გვიწევს პამპის გარეშე ხსნარის განსაზღვრული მოცულობის მიწოდება დროის განსაზღვრულ მონაკვეთში. Dდოზის გამოთვლა ხდება შემდეგნაირად: თუ ცნობილია სიჩქარე მლ/სთ, ვსარგებლობთ ფორმულით:

დროზფაქტორი (წვეთი/მლ)

$60 \text{ (წთ/სთ)} \quad X \text{ მლ/სთ (დანიშნული სიჩქარე)} = \text{სასურველ წვ/წთ}$

მაგალითი 1 : დანიშნულია 500 მლ რინგერის გადასმა 4 სთ-ში, სისტემის 1 მლ შეიცავს 20 წვეთს. გამოვიანგარიშოთ რამდენი წვ/წთ უნდა დავაყენოთ ხსნარის ინფუზია?

ნაბიჯი 1---- გავიგოთ, 1 სთ-ში გადასასხმელი სითხის მოცულობა

500 მლ-----42 სთ-ში

X მლ-----1 სთ-ში

$X=500/4=125 \text{ მლ/სთ}$

ნაბიჯი 2---- გავიგოთ წვეთების სიჩქარე წუთში, ჩავსვათ მონაცემები ზემოთ მოცემულ ფორმულაში:

$20/60 \times 125 = 41,6 \text{ წვ/წთ} \sim 42 \text{ წვ/წთ}$



გამოანგარიშებულ სიჩქარეს დავაყენებთ და გავუშვებთ ხსნარს 42 წვ/წთ-ში

მაგალითი 2: დანიშნულია ერითროციტული მასის გადასხმა 300 მლ/სთ, რამდენი წვ/წთ უნდა გავუშვათ? სისტემის დროზფაქტორი=10 წვ/მლ

ნაბიჯი 1-- $10/60 \times 300 = 50 \text{ წვ/წთ}$



პასუხი : დავაყენებთ ერმასის ინფუზიას სიჩქარით—50 წვ/წთ.

სითხეების დიდი მოცულობით გადასხმა ანუ რეკიდრატაცია მოწოდებულია სითხის ან სისხლის დანაკარგის შემთხვევაში, როდესაც სახეზე გვაქვს ჰიპოვოლემიური შოკის ნიშნები: კლებადი არტერიული წნევა და მზარდი პულსი. სითხის გადასხმა ნებისმიერ შემთხვევაში იწყება იზოტონული კრისტალოიდით—რინგერი, ფიზიოლოგიური.

უნდა გვეკონდეს ჩაყენებული 2 მსხვილი კათეტერი—16 ან 14G—მოზრდილ ადამიანში.

კრისტალოიდების გადასხმისას ხსნარის მოცულობა ითვლება შემდეგი წესით: შეფარდება 3:1 ე.ი. 300 მლ კრისტალოიდი 100 მლ სისხლის დანაკარგზე. ასეთ შემთხვევებში საწყისი ჰიდრატაციის მიზნით ხშირად იყენებენ რინგერის ლაქტატს, რადგან ეს ხსნარი შეიცავს ელექტროლიტებს.

გასათვალისწინებელია ისიც რომ სისხლის დანაკარგის დროს სითხით შევსებისას ტემპერატურის შესანარჩუნებლად მოწოდებულია თბილი ხსნარების გადასხმა. ხსნარის გათბობა შესაბამის ტემპერატურაზე შესაძლებელია განხორციელდეს სპეციალური გამათბობელი მოწყობილობის საშუალებით, ან ასეთი მოწყობილობის არარსებობის შემთხვევაში ხსნარს ვათბობთ მისი მოთავსებით თბილი წყლის აბაზანაში.

სამედიცინო რეცეპტი

რეცეპტი (receptio ვიღებ) - ექიმის მიერ შედგენილი ფურცელი, ბარათი, რომელშიც აღნიშნულია წამლის შედგენილობა, აგრეთვე მისი მიღების წესი

ფარმაცევტული პროდუქტი იყოფა სამ ჯგუფად:

პირველ ჯგუფს განეკუთვნება სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული ფარმაცევტული პროდუქტი, აგრეთვე ლეგალური ბრუნვის რეჟიმის თვალსაზრისით მასთან გათანაბრებულის მკურნალო საშუალება.

მეორე ჯგუფს განეკუთვნება ისეთი ფარმაცევტული პროდუქტი, რომლის არასათანადო გამოყენებამ შეიძლება მნიშვნელოვანი ზიანი მიაყენოს ადამიანის ჯანმრთელობასა და სიცოცხლეს ან/და რომლის მიღებაც არ არის შესაძლებელი მხოლოდ ინსტრუქციის შესაბამისად, ექიმის დანიშნულების გარეშე, და რომელიც გაიცემა რეცეპტით

მესამე ჯგუფს განეკუთვნება ისეთი ფარმაცევტული პროდუქტი, რომლის მიღებაც, ინსტრუქციის შესაბამისად, შესაძლებელია ექიმის დანიშნულების გარეშე და რომელიც გაიცემა ურეცეპტოდ.

არსებობს რეცეპტის სამი ფორმა:





- ფორმა N1
- ფორმა N2
- ფორმა N3

ფორმა N1 „ნარკოტიკული საშუალებების მისაღებად“ არის ყვითელი ფერის სპეციალური რეცეპტის ბლანკი.

ფორმა N2 „სპეციალურ კონტროლს დაქვემდებარებული არანარკოტიკული სამკურნალო საშუალებების მისაღებად“ არის მწვანე ფერის სპეციალური რეცეპტის ბლანკი

ფორმა N3 ყველა დანარჩენი მეორე ჯგუფს მიკუთვნებული ფარმაცევტული პროდუქტის მისაღებად განკუთვნილი სპეციალური ბლანკი

წამლების შეყვანის დროსა და გზებთან დაკავშირებული აბრევიატურების გამოყენება, წამლის მომზადების/შეზავების აბრევიატურები

აბრევიატურების მნიშვნელობის გაგება და მათი სწორად გამოყენება ძალიან მნიშვნელოვანია პაციენტის უსაფრთხოებისათვის.

წამლის ფორმის აბრევიატურები

<u>აბრევიატურა</u>	<u>მნიშვნელობა</u>	<u>აბრევიატურა</u>	<u>მნიშვნელობა</u>
Caps-კაფსულა	კაფსულა	Susp -სუსპენზია	სითხე
Elex -ელექსირი	ელექსირი (სითხე)	Tab - ტაბლეტი	აბი
Supp - სუპოზიტორი	სანთელი	SOL -სოლუციო	ხსნარი
Amp - ამპულა	ამპულა	Aerozol- აეროზოლი	აეროზოლი
Flacon- ფლაკონი	ფლაკონი	Nas-ნაზალური	ცხვირის წვეთები/სპრეი

წამლის შეყვანის გზებთან დაკავშირებული აბრევიატურები:



<u>აბრევიატურა</u>	<u>მნიშვნელობა</u>	<u>აბრევიატურა</u>	<u>მნიშვნელობა</u>
PO-პერორალულად	პირიდან	PR-პერრექტარულად	სწორი ნაწლავიდან
IM-ინტრამუსკულარულად	კუნთშიდა	Adh ადჰეზიურად	კანზე დასაკრავი
IV-ინტრავენურად	ვენაში	Ent-ენტერალურად	კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გავლით
SL-სუბლინგვალურად	ენის ქვეშ	Par Ent-პარენტერალურად	კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის შემოვლითი გზით
Sub C-სუბკუტანურად	კანქვეშ	IO-ინტრაოსეულად	ძვალში



შენიშვნა: Ent- წამლის მიღება პირიდან (ტაბლეტები, კაფსულები, ფხვნილები), სწორი ნაწლავიდან (ოყნა, სანთელი), კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში (ზონდის მეშვეობით)

Par Ent- წამლის შეყვანა ინექციის მეშვეობით (ქსოვილებში (კანი, კანქვეშა ქსოვილი, კუნთები, ძვლები), სისხლძარღვებში, ღრუებში(პლევრა,

გული, სახსრები), სუბარაქნოიდურ სივრცეში, ცხვირიდან, ყურიდან, თვალიდან, საშოდან და ასე შემდეგ)

მასისა და მოცულობის აბრევიატურები

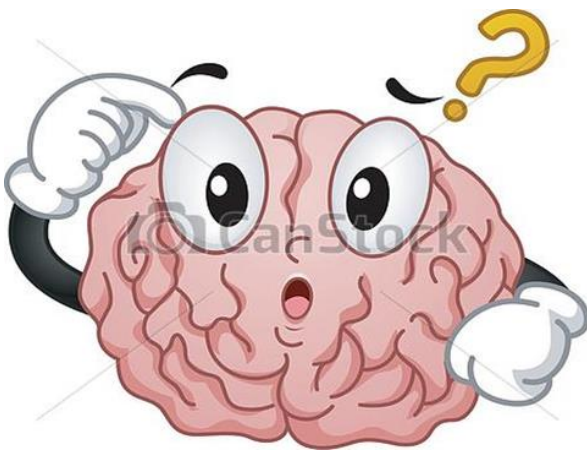
<u>აბრევიატურა</u>	<u>მნიშვნელობა</u>	<u>აბრევიატურა</u>	<u>მნიშვნელობა</u>
გ(გ)	გრამი	Meq	მილიექვივალენტი
kg(კგ)	კილოგრამი	Mg(მგ)	მილიგრამი
L (ლ)	ლიტრი	ML(მლ)	მილილიტრი
Mkg (მკგ)	მიკროგრამი	MKL (მკლ)	მიკროლიტრი



აბრევიატურები

<u>აბრევიატურა</u>	<u>მნიშვნელობა</u>
TSP-ბ.კ	ჩაის კოვზი
TBS-ს.კ	სუფრის კოვზი
ბ.ჭ	ჩაის ჭიქა

საკონტროლო კითხვები:



1. მას შემდეგ რაც ტაბლეტი მოხვდება პირის ღრუში რა გზას გაივლის?
2. რა არის წამლის გვერდითი ეფექტი
3. ჩამოთვალეთ დოზები
4. რა არის აბსორბცია?
5. რომელი მედიკამენტები შეიწოვება ყველაზე სწრაფად?
6. რომელი მედიკამენტები შეიწოვება ყველაზე ნელა?
7. სწორია თუ არა გამოთქმა „1 გრამიანი შპრიცი“? რატომ?
8. რა არის წონის განმსაზღვრელი ერთეული?
9. რა არის მოცულობის განმსაზღვრელი ერთეული?
10. რა არის პროცენტი%
11. რა არის იდიოსინკრაზია?
12. პაციენტს დანიშნული აქვს 700 მგ როცეფინი. განზავება არის 1 გრ როცეფინი+15 მლ ფიზიოლოგიური ხსნარი. რამდენ მლ გააკეთებთ?
13. რამდენი გრამი გლუკოზაა 10%-იანი გლუკოზის 9 მლ ხსნარში?
14. 4% -იანი ხსნარის რამდენი მილილიტრი შეიცავს 50 მგ მშრალ ნივთიერებას?
15. რას ნიშნავს 7% ხსნარი? რამდენი მლ სითხეში რამდენია გახსნილი მშრალი ნივთიერება?



საექთნო პროცედურები და მანიპულაციები





ამ მოდულის გავლის შემდეგ თქვენ გეცოდინებათ:



- სხვის არტერიის პუნქცია
- ნაზოგასტრული ზონდირება
- ტრაქეის სანაცია
- შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია
- ოცნა
- ელექტროკარდიოგრამის (ეკგ) ჩაწერის ტექნიკა
- ლაბორატორიული ნიმუშების აღება და მართვა (შარდის ,განავლის, ნახველის, გლუკომეტრის გამოყენება)

- როგორც ვიქცევით სტანდარტულად თითოეული მანიპულაციის/პროტოკოლის ჩატარების დროს
- მედიკამენტის შეყვანის გზები
- ინექციები
- პერიფერიული ვენის კათეტერიზაცია
- ამპულიდან და ფლაკონიდან ხსნარის ამოღება



სტანდარტული პროტოკოლი

სტანდარტული პროტოკოლი გულისხმობს იმ სტანდარტის გათვალისწინებას რომელიც აუცილებელია ნებისმიერი მანიპულაციის ჩატარების დროს

სტანდარტული პროტოკოლის შესრულება უზრუნველყოფს პაციენტის ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების ნორმების დაცვას.

ნებისმიერი დაყოველი პროცედურის წინ:

1. გადაამოწმე პროცედურის აუცილებლობა ექიმთან.
2. გადაამოწმე დანიშნულებაში მითითებული სახელი და გვარი ემთხვევა თუ არა პაციენტის სახელს და გვარს.
3. შეაგროვე პროცედურისთვის საჭირო აღჭურვილობა.
4. დაიბანეთ ხელები
5. გაეცანით პაციენტს (უთხარით მას თქვენი სახელი, გვარი, თანამდებობა).
6. აუხსენით პროცედურის მიზანი და არსი პაციენტისთვის გასაგებ ენაზე.
7. გადაამოწმეთ და ჩაინიშნეთ პაციენტის მდგომარეობა
8. დააყენე საწოლი საჭირო სიმაღლეზე, არსებობის შემთხვევაში ჯებირები დატოვე აწეულ მდგომარეობაში, ჯებირი ჩამოწიეთ მხოლოდ იმ მხარეს საიდანაც ხდება პროცედურის დროს პაციენტთან მიდგომა.
9. შეინარჩუნეთ პაციენტის პრივატულობა.

ნებისმიერი დაყოველი პროცედურის მსვლელობის დროს:

მიაქციეთ ყურადღება პაციენტის მდგომარეობას (სასიცოცხლო ნიშნები, ზოგადი მდგომარეობა) პროცედურის დროს.

პროცედურის დასრულების შემდეგ:

- დატოვეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში
- დაცემის თავიდან აცილების მიზნით, აუხსენით პაციენტს როგორ დაგიკავშირდეთ;
- ჩაინიშნეთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები.
- დააწყვეთ პაციენტისთვის საჭირო აღჭურვილობა მისთვის მისაწვდომ დისტანციაზე (მაგალითად წყალი).



- დააყენეთ საწოლი ყველაზე დაბალ პოზიციაზე და ასწიეთ ჯებირები (თუ ეს შესაძლებელია).
- შეინახეთ ან/და გადაყარეთ გამოყენებული ნივთები მათთვის განკუთვნილ ადგილას.
- მოიხსენით და გადაყარეთ ხელთათმანები, ერთჯერადი ხალათი.
- ნარჩენები მოათავსეთ მათთვის განკუთვნილ კონტეინერებში
- დაიბანეთ ხელი.
- შეავსეთ დოკუმენტაცია.

წამლის შეყვანის გზები

წამლის მოქმედების სიძლიერე დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა გზით იქნება იგი შეყვანილი ორგანიზმში. წამლის ორგანიზმში შეყვანის ორ მთავარ გზას ვარჩევთ: **ენტერალურს და პარენტერალურს.**

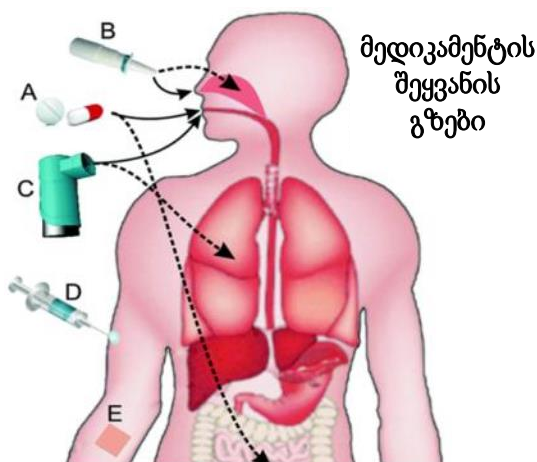


Figure 1

ენტერალური გზა- მედიკამენტების მიღების ენტერალური გზა მიეკუთვნება წამლის მიღებას საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის გავლით.

პირის ღრუდან ფხვნილების, ტაბლეტების, ხსნარების, კაფსულების, ემულსიისა და მიქსტურების სახით,ენისქვეშა და ბუკალური ტაბლეტები,ელექსირები, სუსპენზიები, სიროფები,ლოზენგები(საწუწნი აბები);

სწორი ნაწლავიდან ოყნისა და რექტალური სანთლის სახით, აგრეთვე კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავში მედიკამენტის ადმინისტრირება ზონდის მეშვეობით.

პარენტერალური გზა- მედიკამენტის ადმინისტრირება ინექციის მეშვეობით. (ინექცია ლათინური სიტყვაა და შესხურებას ნიშნავს).



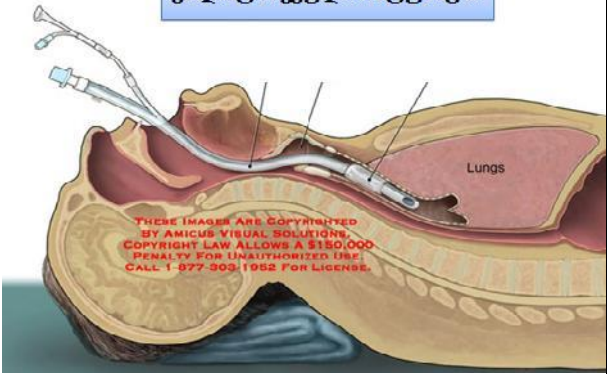
ინექცია შეიძლება გავაკეთოთ:ქსოვილებში (კანი, კანქვეშა ქსოვილები, კუნთები, ძვალი); სისხლძარღვებში (ვენა, არტერია, ლიმფური სისხლძარღვი); ღრუებში (მუცელი, პლევრა, გული, სახსარი);

ენდოტრაქეალური მედიკამენტების ადმინისტრირება ენდოტრაქეული მილის საშუალებით რესპირატორულ ტრაქტში

ეპიდურალური -მედიკამენტების ადმინისტრირება სპინალურ არხში (უხშირესად გამოიყენება ოპოიდები და ასხვა საანესთეზიო საშუალებების გამოყენების დროს).

ინტრაპლევრული-მედიკამენტების ადმინისტრირება პლევრის ღრუში.

ტოპიკური/დერმატომუკოზულია(ადგილობრივი) - მედიკამენტების ადმინისტრირება ცხვირიდან, ყურიდან, თვალიდან, კანიდან, საშოდან და ა.შ. გამოიყენება აეროზოლები, მალამოები, კრემები, პასტები, ფხვნილები, ხსნარები, ქაფები, გელები, ტრანსდერმალური დასაკრავი პლასტიკები, საინჰალაციო საშუალებანი, ვაგინალური/რექტალური სანთლები.

<p>ინტრაპლევრული ადმინისტრირება</p>	<p>ენდოტრაქეალური ადმინისტრირება</p>
<p>მედიკამენტის ინტრაპლევრული ადმინისტრირება</p>	<p>ენდოტრაქეული ინტუბაცია</p> 
<p>ეპიდურალური ადმინისტრირება</p>	<p>ტოპიკური ადმინისტრირება</p>



სურ N 2

დაიმახსოვრეთ!!!

- ❖ არ შეიძლება შემოგარსული ტაბლეტის გატეხვა ან დაფხვანა.
- ❖ არ გატეხოთ ტაბლეტი, რომელსაც არ აქვს გამყოფი ხაზი
- ❖ შემოგარსული ტაბლეტი იხსნება ნაწლავში, მისი გახსნა კუჭში გამოიწვევს ან კუჭის გალიზიანებას, ან წამლის განეიტრალებას.
- ❖ გახანგრძლივებული მოქმედების ტაბლეტები შეიწოვება ხანგრძლივად, მათი დაქუცმაცების შედეგად დოზის შეწოვა მოხდება სწრაფად და მივიღებთ გვერდით ან ტოქსიურ ეფექტებს.
- ❖ მხოლოდ ზოგიერთი კაფსულის გახსნა არის მიზანშეწონილი, ყველა კაფსულის გახსნა არ შეიძლება.
- ❖ მიღებული მედიკამენტებიდან ყველაზე სწრაფად შიწოვება-სითხები, ცოტა ნელა ელექსირები, სიროფები და სუსპენზიები, კიდევ უფრო ნელა- ფხვნილები და კაფსულები სულ უფრო ნელა-ტაბლეტები და შემოგარსული ტაბლეტები.

მედიკამენტების ადმინისტრირების 5 წესი

1. სწორი მედიკამენტი
2. სწორი პაციენტი
3. სწორი დოზა
4. სწორი გზა
5. სწორი დრო

წამლის პირის ღრუდან შეყვანა (per os)

წამლის შეყვანის ეს გზა ყველაზე მარტივი და ბუნებრივია, არ მოითხოვს რაიმე სპეციალურ მომზადებასა და გამოცდილებას, თანაც პირიდან შესაძლებელია ყველა სახის წამლის მიღება. მისი დადებითი მხარე ისაა, რომ არ არის საჭირო წამლის სტერილიზაცია. უარყოფითია ის,



რომ პირიდან მიღებული წამალი შედარებით გვიან შეიწოვება ორგანიზმში და ასევე გვიან იწყებს მოქმედებას, ამიტომ მათი ამ გზით მიღება უშედეგოა, როცა აუცილებელია სწრაფი ეფექტის მიღება.

პირის ღრუდან მიღებული წამლის უმეტესობა შეიწოვება კუჭ-ნაწლავის ლორწოვანი გარსიდან, ზოგიერთი მათგანი კი პირის ღრუს ლორწოვანიდანაც. (მაგ: ვალიდოლი, ნიტროგლიცერინი და სხვ.). ასეთ წამლებს თითქმის ყოველთვის უნიშნავენ ენის ქვეშ, რათა მათი შეწოვა მოხდეს პირის ღრუდან და არ განიცადოს კუჭის წვენის მოქმედება.

პირის ღრუდან მიღებული წამლის შეწოვის სისწრაფე დამოკიდებულია წამლის ფორმაზე და იმაზე, თუ რა დროს იქნება წამალი მიღებული, საჭმლის მიღებამდე, თუ მის შემდეგ.

ფხვნილები და ტაბლეტები უფრო გვიან შეიწოვება, ვიდრე ხსნარები, უზმოზე მიღებული წამალი უფრო ჩქარა შეიწოვება, ვიდრე ჭამის , პირის ღრუდან მიღებული წამლის შეწოვა იწყება დაახლოებით 30 წუთის შემდეგ და უფრო მოგვიანებით იწყება მისი მოქმედება.

სუბლინგვალური მედიკამენტების ადმინისტრირება	ბუკალური (ლოყის ლორწოვანით) მედიკამენტების ადმინისტრირება
	

სურ N 3

პროცედურის მსვლელობა

მიიღეთ ექიმისაგან დავალება პაციენტის მედიკამენტის მიღების თაობაზე

გაეცანით პაციენტს, მიაწოდეთ ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე მედიკამენტის როგორც ჩვენების ასევე უკუჩვენების შესახებ.

მიიღეთ პაციენტისაგან ინფორმაცია რომელიც მოგცემთ საშულებას განსაზღვროთ და შეაფასოთ შეუძლია თუ არა პაციენტს ყლაპვა, აწუხებს თუ არა გულისრევა/ღებინება, აქვს თუ არა ნაწლავების ანთება ან შემცირებული პერისტალტიკა?



შეაფასეთ პაციენტის სამედიცინო ისტორია-ალერგენებზე, მედიკამენტების გართულებებზე და დიეტაზე;

- პაციენტი მოათავსეთ კომფორტულ პოზიციასში
- მოამზადეთ მედიკამენტი
- დაიბანეთ ხელები
მედიკამენტი არ მოამზადოთ პალატაში
- გადაამოწმეთ დანიშნულების ფურცელში მედიკამენტის დასახელება და დანიშნული დოზა(თუ საჭიროა გამოთვალეთ დოზა);
- შეამოწმეთ მედიკამენტის ვადა
- ერთი ერთეული ტაბლეტი (ან კაფსულა)უნდა იქნას ამოღებული ფირფიტიდან ისე რომ არ შეეხოთ მას, მოთავსებულ იქნას სუფთა რეზერვუარში (!!! არ შეეხოთ ტაბლეტს თითებიტ); მედიკამენტის გაყოფის შემთხვევაში (მაგალითად ნახევარი ტაბლეტი) ვიცმევთ სუფთა ხელთათმანს;
- ვამზადებთ სითხეს 60-100 მლ ოდენობით
- ვახორციელებთ მედიკამენტის ადმინისტრირებას
- მიაწოდეთ სითხე დასაყოლებლად

გაითვალისწინეთ!!!

- ❖ სუბლინგვალური (ენისქვეშა) მედიკამენტის ადმინისტრირების დროს მოათავსეთ მედიკამენტი ენის ქვეშ და დაელოდეთ სანამ არ გაიხსნება (დააკვირდით არ გადაყლაპოს!!)
- ❖ ბუკალური (ლოყის ლორწოვანით) მედიკამენტების ადმინისტრირების დროს მედიკამენტი უნდა მოთავსდეს ლოყის არეში.
- ❖ ლოზენჯერები(საწუწნი აბები) მოათავსეთ პირის ღრუში და სთხოვეთ პაციენტს არ გადაყლაპოს!!!
- ❖ არასტეროიდების მიცემის წინ სთხოვეთ პაციენტს წაიხემოს,თუ ექიმისგან დაშვებულია.
- დარჩით ადგილზე მანამ არ დასრულდება მედიკამენტის ადმინისტრირება
- მოახდინეთ დოკუმენტაცია მედიკამენტის შეყვანის და პაციენტის საპასუხო რეაქციის შესახებ შიდა პროტოკოლის თანახმად

მედიკამენტის ადმინისტრირება ცხვირის ღრუდან

ცხვირიდან შეიძლება შეყვანილ იქნას მედიკამენტები წვეთების, აეროზოლისა და სპრეის საშუალებით;

ნაზალური წვეთების მოქმედების მექანიზმი არის ლოკალური, ხოლო სპრეისა და აეროზოლს კი უფრო ფართო;



ნაზალური მედიკამენტები უზშირესად შეიძლება გამოყენებულ იქნას როგორც სამკურნალო, ასევე ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალება. (მაგალითად: ბრონქოსკოპიის პროცედურამდე რინოლარინგოლოგიური გამოკვლევის წინ).



პროცედურის მსვლელობა

- მიიღეთ ექიმისაგან დავალება პაციენტის მედიკამენტის მიღების თაობაზე.
- გაეცანით პაციენტს, მიაწოდეთ ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე მედიკამენტის როგორც ჩვენების ასევე უკუჩვენების შესახებ, აუხსენით რომ შეიძლება ჰქონდეს უსიამოვნო მოხრჩობის ან წვის შეგრძნება ცხვირ-ხახის არეში.
- გაეცანით პაციენტის ისტორიას, აქვს თუ არა ჰიპერტენზია, გულის დაავადებები, დიაბეტი, ჰიპერთირეოიდიზმი.
- გაეცანით პაციენტის ისტორიას, აქვს თუ არა ალერგიული რეაქციები
- შეაფასეთ ცხვირის გამავლობა და სინუსები, შეაფასეთ რომელ მხარეს უნდა იქნას ადმინისტრირებული მედიკამენტი
- დაიბანეთ ხელები
- სთხოვეთ პაციენტს დაიფერთხოს (გამოიწმინდოს) ცხვირის გამოსავალი ნაწილი;
- მოათავსეთ პაციენტი ზურგზე მწოლიარე (Supine) პოზიციაში
- თავი გადაუწიეთ თქვენი არადომინანტური ხელით
- სთხოვეთ პაციენტს ისუნთქოს პირით
- დაჭირეთ მედიკამენტი ცხვირის ძგიდიდან 1 სმ ზემოთ და ჩააწვეთეთ საჭირო რაოდენობა
- სთხოვეთ პაციენტს დარჩეს ამ პოზიციაში 5 წთ
- შემდეგ მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში



- დაიბანეთ ხელები
- მედიკამენტის მიღებიდან 15-30 წთ შემდეგ შეაფასეთ მედიკამენტის მოქმედება
- მოახდინეთ დოკუმენტაცია მედიკამენტის შეყვანის და პაციენტის საპასუხო რეაქციის შესახებ შიდა პროტოკოლის თანახმად

მედიკამენტის ადმინისტრირება ცხვირის ღრუდან	
სურ N5	

მედიკამენტის ადმინისტრირება თვალიდან

თვალიდან ძირითადად შეჰყავთ თვალის წვეთები. წამლის მიღების ეს გზა უხშირესად გამოიყენება მოხუცებულებში (ოფთალმოლოგიური პრობლემებიდან გამომდინარე);

ამ გზით შეყვანილ წამალს შეიძლება ქონდეს როგორც ადგილობრივი, ისე ზოგადი მოქმედების უნარიც რაც მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ძლიერ მოქმედ ნივთიერებათა დანიშვნის შემთხვევაში.

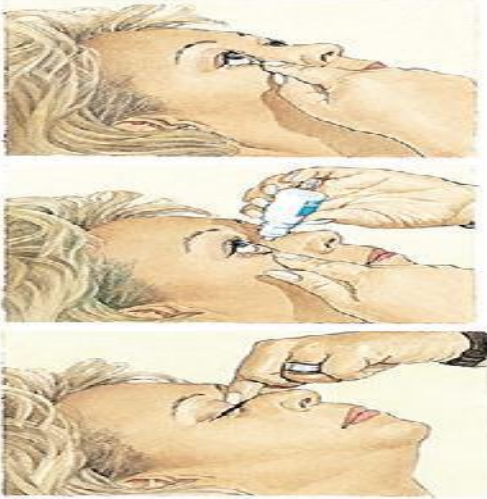
პროცედურის მსვლელობა

- მიიღეთ ექიმისაგან დავალება პაციენტის მედიკამენტის მიღების თაობაზე
- გაეცანით პაციენტს, მიაწოდეთ ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე მედიკამენტის როგორც ჩვენების ასევე უკუჩვენების შესახებ
- გაეცანით პაციენტის ისტორიას, აქვს თუ არა ალერგიული რეაქციები აქვს თუ არა რაიმე სახის მხედველობითი დარღვევები
- სთხოვეთ პაციენტს მოთავსდეს სკამზე მჯდომარე ან ზურგზე მწოლიარე პოზიციაში, თავი ოდნავ გადასწიოს უკან
- დაიბანეთ ხელები, ჩაიცვით სუფთა ხელთათმანი
- თუ ქუთუთოებზე არის გამონადენი ამოვრეცხოთ თბილი წყლით
- არადომინანტური ხელით გადავწიეთ ორივე ქუთუთო
- სთხოვეთ პაციენტს უყუროს ჭერს



- დომინანტური ხელში დავიჭიროთ მედიკამენტი და მოვათავსოთ კონიუქტივიდან 1-2 სმ ზემოთ
- ჩავაწვეთოთ დანიშნული დოზა კონიუქტივის ლორწოვანზე
- თუ პაციენტი დახუჭავს თვალს ან მედიკამენტი გადმოსხმება გარეთ (არა კონიუქტივაში) გაიმეორეთ პროცედურა
- მედიკამენტის ადმინისტრირების შემდეგ სთხოვეთ პაციენტს დახუჭოს თვალი
- შესაძლებელია პროცედურის შემდეგ ცხვირ-ცრემლის არხის ნაზი მასაჟი 30-60 წმ
- ადმინისტრირების შემდეგ მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში
- დაიბანეთ ხელები
- მოახდინეთ დოკუმენტაცია მედიკამენტის შეყვანის და პაციენტის საპასუხო რეაქციის შესახებ შიდა პროტოკოლის თანახმად

**მედიკამენტის ადმინისტრირება
თვალიდან**



სურ N 6

მედიკამენტის ადმინისტრირება ყურიდან

ყურის შიგა სტრუქტურა ძალიან მგრძობიარეა გარემოს ტემპერატურის მიმართ. გამომდინარე იქედან რომ გარეთა ყური არ არის სტერილური მედდა დარწმუნებული უნდა იყოს რომ პაციენტს არ აქვს დაფის აპკის დაზიანება.

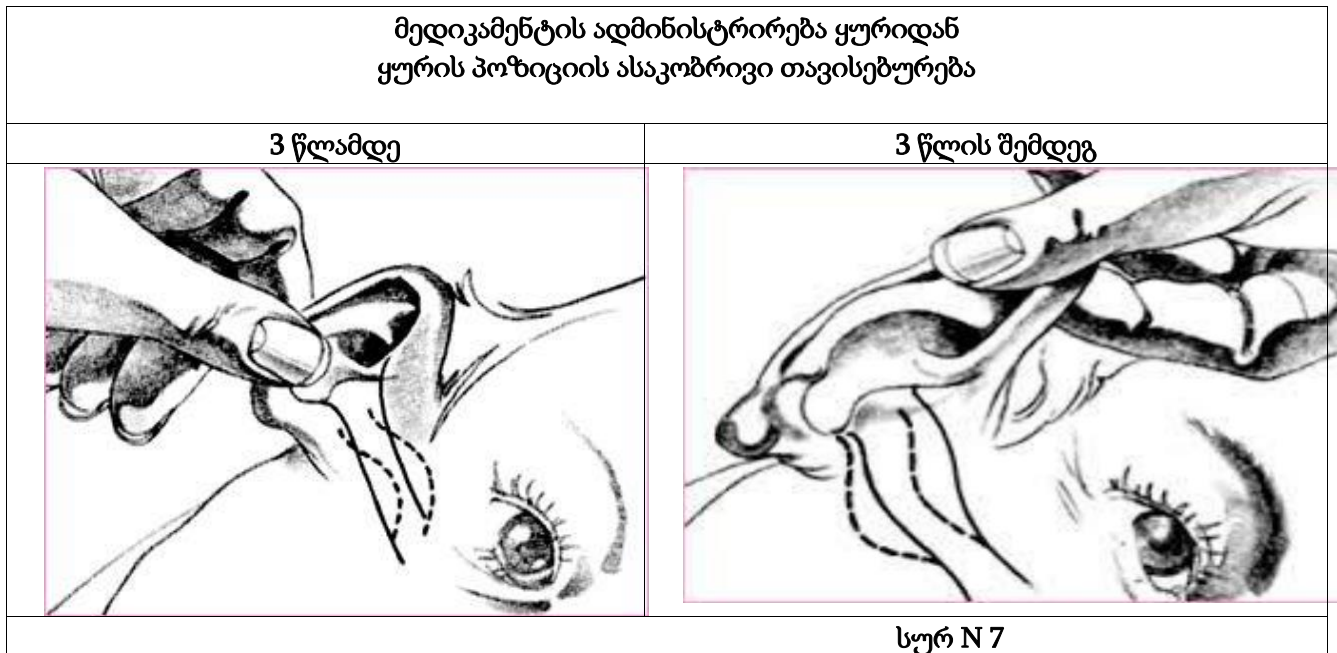
ამ გზით შეყვანილ წამალს შეიძლება ქონდეს როგორც ადგილობრივი, ისე ზოგადი მოქმედების უნარიც რაც მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ძლიერ მოქმედ ნივთიერებათა დანიშვნის შემთხვევაში.

პროცედურის მსვლელობა

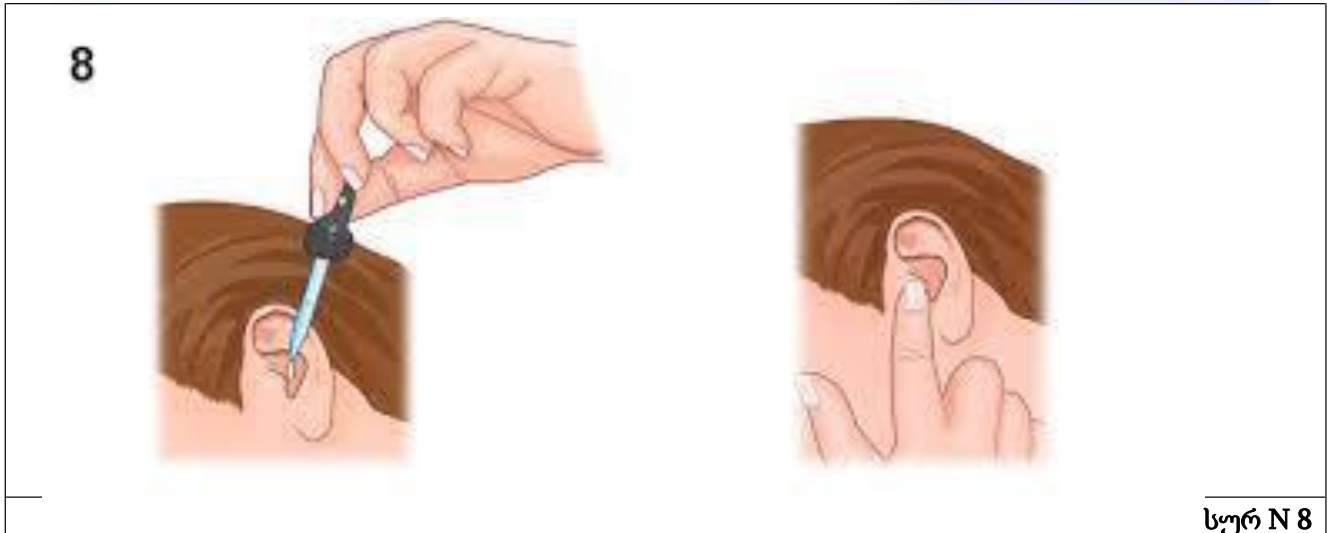
- მიიღეთ ექიმისაგან დავალება პაციენტის მედიკამენტის მიღების თაობაზე



- გაეცანით პაციენტს, მიაწოდეთ ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე მედიკამენტის როგორც ჩვენების ასევე უკუჩვენების შესახებ
- გაეცანით პაციენტის ისტორიას, აქვს თუ არა ალერგიული რეაქციები, აქვს თუ არა რაიმე სახის სმენითი დარღვევები
- მოათავსეთ პაციენტი მჯდომარე პოზიციაში, იმ მხარეზე გადაუწიეთ თავი სადაც აპირებთ მედიკამენტის ადმინისტრირებას;
- დაიბანეთ ხელები, ჩაიცვით სუფთა ხელთათმანი
- მოზრდილებისათვის-ასწიეთ ყურის ნიჟარა ზემოთ და უკან, ხოლო ბავშვებში (3 წლამდე ქვემოთ და უკან).
- მიიტანეთ მედიკამენტი ყურიდან 1 სმ ზემოთ.
- მოახდინეთ ადმინისტრირება შესაბამისი დოზით
- სთხოვეთ პაციენტს დარჩეს ამავე პოზიციაში 2-3 წთ
- ადმინისტრირების შემდეგ მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში
- დაიბანეთ ხელები
- მოახდინეთ დოკუმენტაცია მედიკამენტის შეყვანის და პაციენტის საპასუხო რეაქციის შესახებ შიდა პროტოკოლის თანახმად



მედიკამენტის ადმინისტრირება ყურიდან



მედიკამენტის ადმინისტრირება საინჰალაციო საშუალებით

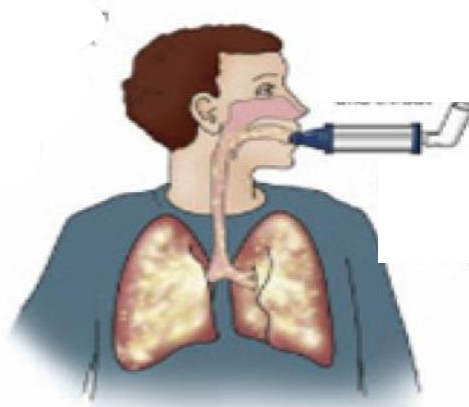
წამალი ბრონქებისა და ფილტვების ლორწოვანი გარსებიდან -სწრაფად შეიწოვება, რაც ხელს უწყობს საინჰალაციო-სანარკოზე ნივთიერებათა მოქმედებას შესუნთქვის გზით.

პროცედურის მსვლელობა

- მიიღეთ ექიმისაგან დავალება პაციენტის მედიკამენტის მიღების თაობაზე
- გაეცანით პაციენტს, მიაწოდეთ ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე მედიკამენტის როგორც ჩვენების ასევე უკუჩვენების შესახებ
- გაეცანით პაციენტის ისტორიას, აქვს თუ არა ალერგიული რეაქციები
- მოათავსეთ პაციენტი მჯდომარე ან ფეხზე მდომარე პოზიციაში,
- დაიბანეთ ხელები, ჩაიცვით სუფთა ხელთათმანი
- შეანჯღრიეთ ინჰალატორი
- სთხოვეთ პაციენტს გააკეთოს 1 ღრმა ჩასუნთქვა ამოსუნთქვა
- სთხოვეთ პაციენტს მოათავსოს ინჰალატორის წინა ნაწილი პირის ღრუში და მოუჭიროს ჰერმეტიკულად
- შეასრულეთ ორი შესახურება
- სთხოვეთ პაციენტს არ გაღოს პირი 5-10 წმ განმავლობაში
- ადმინისტრირების შემდეგ მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში
- დაიბანეთ ხელები
- მოახდინეთ დოკუმენტაცია მედიკამენტის შეყვანის და პაციენტის საპასუხო რეაქციის შესახებ შიდა პროტოკოლის თანახმად.



მედიკამენტების ინჰალაცია



მედიკამენტების ადმინისტრირება საინჰალაციო საშუალებებით



გააღეთ პირი



გამოიყენეთ
სპეისერი



დახურეთ
პირი



წამლის შეყვანა სწორი ნაწლავიდან (per rectum)

სწორი ნაწლავიდან წამლის შეყვანისათვის არსებობს სათანადო ჩვენება. ერთი, როცა პირის ღრუს დაზიანების გამო შეუძლებელია წამლის მიღება, მეორე, როცა წამლის ცუდი გემო და სუნი შეუძლებელს ხდის წამლის მიღებას ან საჭიროა ადგილობრივი მკურნალობა. სწორი ნაწლავიდან წამალი შეიძლება შეყვანილი იქნას სანთლებისა და ხსნარების სახით.

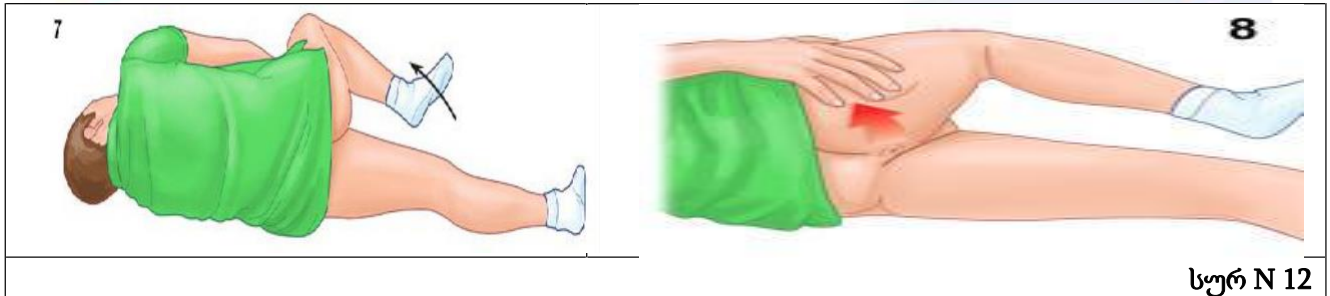
სწორ ნაწლავში შესაყვანი ხსნარის რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 50 მლ, ვინაიდან დიდი რაოდენობა გამოიწვევს სლონოვანი გარსის გაღიზიანებას და წამლის უკან დაბრუნებას, სწორი ნაწლავიდან შეყვანილი წამალი უფრო ჩქარა შეიწოვება ორგანიზმში, ვიდრე პირის ღრუდან მიღებული, რექტალურად მიღებული წამლის შეწოვა იწყება მიღებიდან 7-10 წუთის შემდეგ.

სუპოზიტორიის (სანთლის) ადმინისტრირება

პროცედურის მსვლელობა

- მიიღეთ ექიმისაგან დავალება პაციენტის მედიკამენტის მიღების თაობაზე
- გაეცანით პაციენტს, მიაწოდეთ ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე მედიკამენტის როგორც ჩვენების ასევე უკუჩვენების შესახებ, აუხსენით რომ შეიძლება ჰქონდეს უსიამოვნო შეგრძნება.
- შეაფასეთ პაციენტის სამედიცინო ისტორია-ალერგენებზე, მედიკამენტების გართულებებზე და დიეტაზე;
- შეინარჩუნეთ ავადმყოფის კონფიდენციალურობა და ადექვატური განათება.
- დაიბანეთ ხელები, ჩაიცვით არასტერილური ხელთათმანი
- სთხოვეთ პაციენტს გადაბრუნდეს მარცხენა მხარეზე მოხაროს და ოდნავ მაღლა ასწიოს მარჯვენა ფეხი
- ერთ ხელში დაიკავეთ სანთელი მეორე ხელით დაგასწიეთ დუნდულო და როტაციული მოძრაობით დაიწყეთ ანალურ ხვრელში შეყვანა 3- 5 სმ სიღრმეზე;
- მედიკამენტის ადმინისტრირების შემდეგ გადააფარეთ პაციენტს და სთხოვეთ გაშლოს მარჯვენა ფეხი და დაუბრუნდეს ზურგზე მწოლიარე პოზიციას;
- გაიხადეთ ხელთათმანი, დაიბანეთ ხელები
- მოახდინეთ დოკუმენტაცია მედიკამენტის შეყვანის და პაციენტის საპასუხო რეაქციის შესახებ შიდა პროტოკოლის თანახმად

სუპოზიტორიის ადმინისტრირება



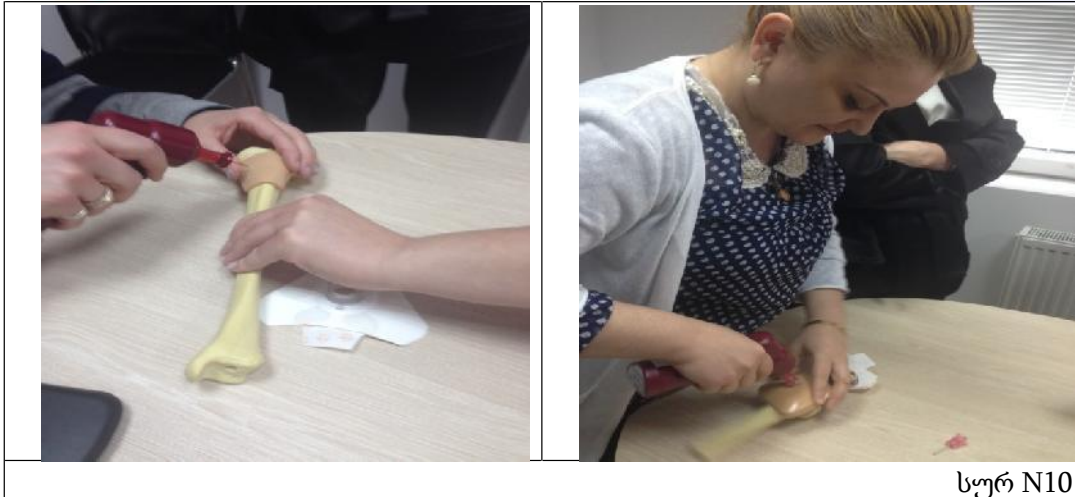
სურ N 12

წამლის შეყვანა კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში- შედარებით იშვიათია, მაგრამ ზოგჯერ აუცილებელია ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის დაავადების დროს. შეჰყავთ იგი ზონდის მეშვეობით ხსანარის სახით.

წამლის შეყვანა მუცლის, პლევრის და სახსრის ღრუებიდან- შედარებით უფრო იშვიათია, მაგრამ არის შემთხვევები როცა წამალი შეყავთ ჭრილობების და ანთებითი პროცესების დროს. აღსანიშნავია, რომ წამალი პერიტონიუმიდან უფრო ჩქარა შეიწოვება, ვიდრე პლევრიდან. რაც შეეხება ანთებადი პროცესების დროს წამლის შეწოვის უნარიანობას, იგი შედარებით კლებულობს, მაშინ როცა კანისა და ლორწოვანის ჰიპერემიის დროს შეწოვის უნარიანობა მატულობს.

მედიკამენტის შეყვანა ძვალში (ინტრაოსეუსი)-მედიკამენტის შეყვანის ყველაზე თანამედროვე მეთოდი, როდესაც მედიკამენტის ადმინისტრირება ხდება ძვლის ტვინში.

მედიკამენტის ძვალშია ადმინისტრირება



სურ N10

ინექციები

ინექციების სახით მედიკამენტების ადმინისტრირება ძალიან გავრცელებულია, მიუხედავად იმისა, რომ ამ გზასაც გააჩნია ზოგიერთი უარყოფითი მხარე, კერძოდ:

- მისი გაკეთება შეუძლია მხოლოდ სპეციალურად მომზადებულ და სათანდო გამოცდილების მქონე პირს;
- წამლის შესაყვანად საჭიროა სპეციალური იარაღი – შპრიცი, რომელიც უნდა იყოს ერთჯერადი მოხმარების და აუცილებელია ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის ნორმების დაცვა.
- პროცედურის შეცდომამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ბევრი გართულება.

ინექციები



სურ N 13

მიუხედავად ზემოაღნიშნული უარყოფითი მხარეებისა, ამ გზით წამლის შეყვანის უპირატესობა იმდენად დიდია, რომ ამჟამად, უმეტესად მას მიმართავენ მედიცინის ყველა დარგში.

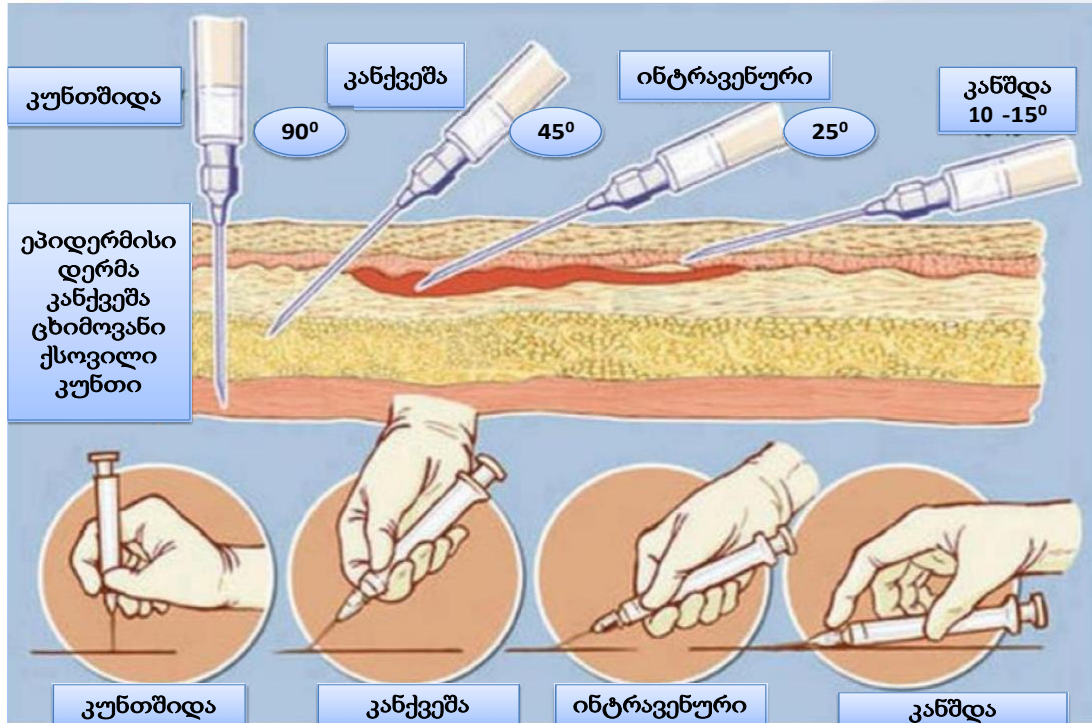
ეს უპირატესობაა:

- წამლის მოქმედების სისწრაფე;
- ავადმყოფის უგონო მდგომარეობის დროს წამლის ნემსით შეყვანა ყველაზე უფრო მიზანშეწონილია, (ამ შემთხვევაში წამლის მიცემა პირის ღრუდან სახიფათოა და შეიძლება გართულებაც კი გამოიწვიოს სასუნთ გზებში მოხვედრის გამო)
- მედიკამენტი არ განიცდის კუჭის წვენისა და სხვა ფერმენტების ზეგავლენას და არ კარგავს თავისი მოქმედების ძალას.
- ძალიან მნიშვნელოვანია პაციენტის ფსიქოლოგიური მომზადება ნებისმიერი მანიპულაციის წინ – მათ შორის ინექციის გაკეთების წინაც;
- მოამზადეთ პაციენტი მანიპულაციის წინ (მოკლედ და მისთვის გასაგებ ენაზე აუხსენით, რაუნდაგაკეთოთ). წყნარად და მშვიდად ისაუბრეთ პაციენტთან;
- მიეცით მას საშუალება მიიღოს მისთვის მოხერხებული მდებარეობა;
- შეასრულეთ თქვენი მანიპულაცია ზუსტად და დამაჯერებლად.

გახსოვდეთ! პაციენტს უფლება აქვს იცოდეს, თურა და როგორ იმანიპულაცია უტარდება.

ინექციები ძირითადად ხორციელდება

- კანში-**ID IC** (*Intradermal, Intracutaneus*)
- კანქვეშ **SD SC** (*Subdermal, Subcutaneus*)
- კუნთებში **IM** (*Intramusculus*)
- ინტრავენურად **IV** (*Intravenous*)

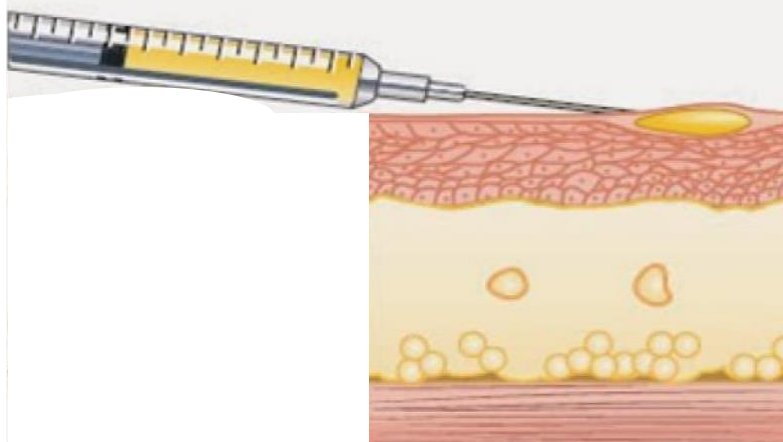


ინექცია კანში

ყველაზე ზედაპირული ინექციაა, რადგან ნემსიშეყავთ მცირე სიღრმეზე. ინექცია ხორციელდება ზუსტად ეპიდერმისის ქვეშ. პარენტერალური გზიდან მედიკამენტების შეწოვის ყველაზე ხანგრძლივი დრო. გამოიყენება ტესტირებისთვის: ტუბერკულოზური სინჯის, ალერგიის და ადგილობრივი ანესთეზიის დროს (ამიტომ აუცილებელია ოთახში სადაც კეთდება ალერგიული სინჯი იყოს პირველადი დახმარების საშუალებები და ეპინეფრინი)



კანში ინექციები



აღჭურვილობა

- ტუბერკულინის შპრიცი მილილიტრის მეათედი და მეასედი დანაყოფებით
- 26-27 ზომის ნემსი დიუმის 1/4¹/₄დან 1/2 მდე
- ანტიმიკრობული ბურთულა, ხელთათმანები
- როგორც წესი შეჰყავთ ჩვეულებრივ <0,5 მლ-მდე, ხოლო ნემსის დახრილობა ინექციის კუთხე-10-15 გრადუსი ნემსი შეგვყავს 0.4 მლ სიღრმეზე
- ძირითადად გამოყენებული მიდამოები: წინამხრის შიდა ზედაპირი, ბეჭის ძვლის ქვედა კიდე)



wiseGEEK

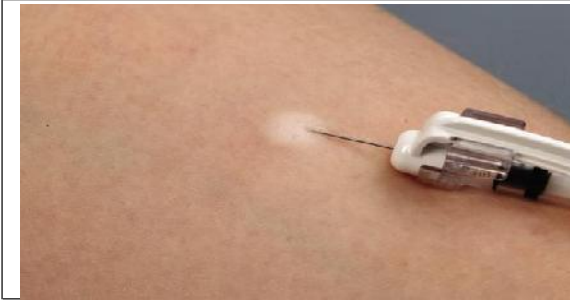
პროცედურის მსვლელობა

- დააზუსტეთ პაციენტის ვინაობა და მედიკამენტის იდენტიფიკაცია
- უზრუნველყავით ხელების ჰიგიენა ჩაიცვით სუფთა ხელთათმანები
- მოამზადეთ მედიკამენტი კვლავ შეამოწმეთ მისი იდენტიფიკაცია და ვადა
- მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში, აუხსენით პროცედურის არსი და მიზანი.
- შეარჩიეთ ინექციისთვის საჭირო ზუსტი მიდამო.
- გაწმინდეთ შერჩეული არე ანტიმიკრობული ბურთულით
- მოხსენით ნემსს თავსახური თავისუფალი ხელით



- დააფიქსირეთ კანი ინექციის ადგილზე დაჭიმულ მდგომარეობაში
- დაიკავეთ შპრიცი მოქმედი ხელით (ნემსის ჭრილით ზემოთ)
- მოათავსეთ ნემსი პაციენტის კანის თითქმის პარალელურად, უჩხვლიტეთ ნემსი კანს ისე, რომ მისი წვერის დანახვა შესაძლებელი იყოს მთლიანად
- ნელა შეიყვანეთ მედიკამენტი და დააკვირდით ბუშტუკის გაჩენას გამოიტანეთ ნემსი კანიდან და არ მოახდინოთ შეზღვევა ინექციის არეში.
- მოიხსენით ხელთათმანები და დაიბანეთ ხელები
- აწარმოეთ დოკუმენტაცია

<p>მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში, აუხსენით პროცედურის არსი და მიზანი</p>	<p>შეარჩიეთ ინექციისთვის საჭირო ზუსტი მიდამო გაწმინდეთ შერჩეული არე ანტიმიკრობული ბურთულით</p>
	
<p>მოხსენით ნემსს თავსახური თავისუფალი ხელით დააფიქსირეთ კანი ინექციის ადგილზე დაჭიმულ მდგომარეობაში</p>	<p>დაიკავეთ შპრიცი მოქმედი ხელით (ჭრილით ზემოთ) მოათავსეთ ნემსი პაციენტის კანის თითქმის პარალელურად</p>
	
<p>უჩხვლიტეთ ნემსი კანს ისე, რომ მისი წვერის დანახვა შესაძლებელი იყოს მთლიანად</p>	



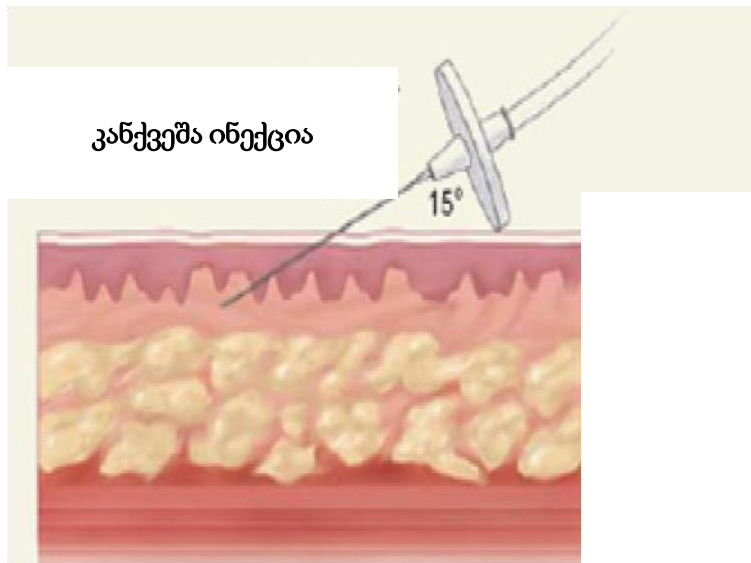
კანქვეშა ინექცია

მედიკამენტის შეყვანა ხდება ცხიმოვან შრეში ეპიდერმისის და დერმის ქვეშ დაახლოებით 15 მმ სიღრმეზე. ამ მიდამოში სისხლძარღვების მცირე ოდენობის გამო მედიკამენტი შეიწოვება ნელა. უხშირესად გამოიყენება ინსულინის და ჰეპარინის ინექციისთვის.

ინექცია ხორციელდება 45-90° კუთხით და მისი ეს ვარიაცილობა დამოკიდებულია ცხიმოვანი ქსოვილის სიდიდეზე. ერთ ადგილას არ შეიძლება შეყვანილ იქნეს 1 მლ-ზე მეტი ხსნარი.

ინექციის ადგილებია: მხრის გარეთა ზედაპირის ზედა მესამედში, ბარძაყის ლატერალური ზედაპირის ზედა მესამედში, ბეჭქვეშა არე (ბეჭის ძვლის აკრომიონის მიდამოში), მუცლის წინა კედელი (ჭიპის მიდამოში).

თავი აარიდეთ დაზიანებულ ადგილებს სისხლჩაქცევებს, შემუშებულ, დაჭიმულ, ანთებად და სხვა დაზიანებულ უბნებს.



აღჭურვილობა

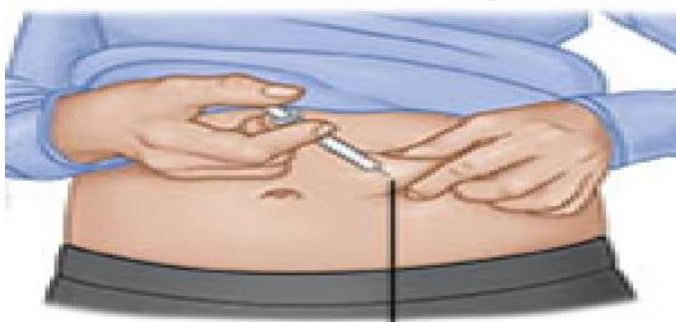
- სათანადო მოცულობის შპრიცი (1-2 მლ)
- 25-30 ზომის ნემსი 3/8 დიუმიდან 1-მდე.



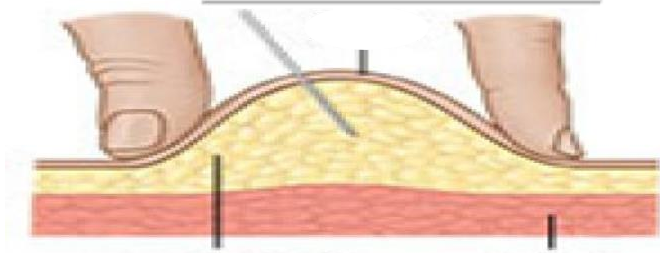
- არასტერილური ხელთათმანები, ბურთულა ფიზიოლოგიური ხსნარით

პროცედურის მსვლელობა

- დააზუსტეთ პაციენტის ვინაობა და მედიკამენტის იდენტურობა
- უზრუნველყავით ხელების ჰიგიენა ჩაიცვით სუფთა ხელთათმანები
- მოამზადეთ მედიკამენტი კვლავ შეამოწმეთ მისი იდენტურობა და ვადა
- მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში, აუხსენით პროცედურის არსი და მიზანი.
- შეარჩიეთ ინექციისთვის საჭირო ზუსტი მიდამო.
- გაწმინდეთ კანი. ჩხვლეტამდე დაელოდეთ საინექციო არის გამრობას;
- მოხსენით თავსახური ნემსს და გამოდევნეთ ჰაერი შპრიციდან
- კანის დამუშავების შემდეგ ვაკუუმით „კანის ნაოჭს“ და ნემსის 2/3 შეგვყავს 45⁰- იანი კუთხით – ჭრილით ზევით.
- გამოიღეთ ნემსი და განახორციელეთ მსუბუქი ზეწოლა
- მოიხსენით ხელთათმანები და დაიბანეთ ხელები
- აწარმოეთ დოკუმენტაცია



გაკეთეთ ნაკეცი კანზე



ინექცია კუნთებში

მედიკამენტი შედის კუნთში, რაც უზრუნველყოფს კანში და კანქვეშ შეყვანილი მედიკამენტებთან შედარებით სწრაფ აბსორბციას და სწრაფ ეფექტს. მედიკამენტებს აქვთ ხანგრძლივი მოქმედების ეფექტი. გამოიყენება ანტიბიოტიკების, ჰორმონების საინექციოდ.

აღჭურვილობა

- ნემსი სათანადო ზომის
- ანტისეპტიკური ბურთულები,
- არასტერილური ხელთათმანები



ბარძაყისგარეზედაპირი

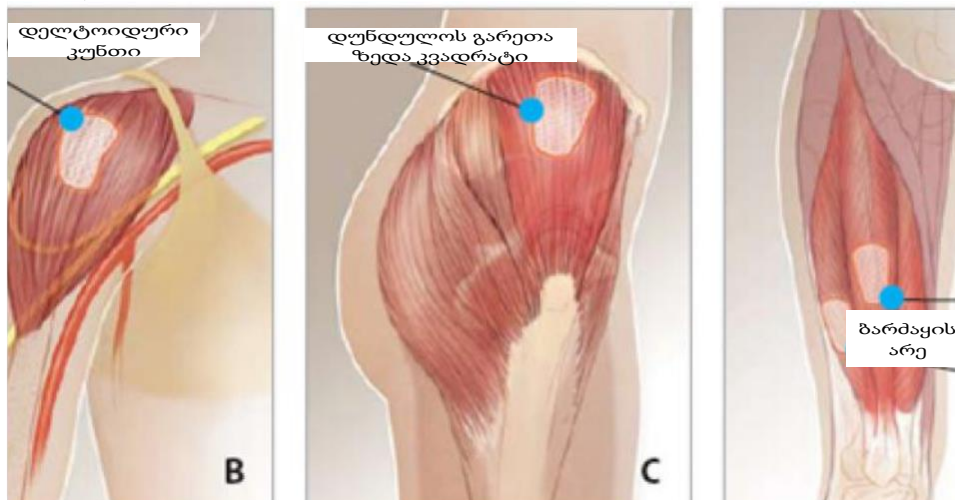
- მოიცავს ოთხთავა კუნთს და მოთავსებულია ბარძაყის წინაგარეთა მიდამოში
- ბარძაყი როგორც ჰორიზონტალურად, ისე ვერტიკალურად იყოფა სამ ნაწილად, ინექცია ხდება გარეთა შუა მესამედში
- უპირატესად გამოიყენება ახალშობილებში და ბავშვებში
- დიდია კუნთები და ფართოა საინექციო არე
- ბარძაყზე ინექციის დროს პაციენტმა უნდა მიიღოს ჰორიზონტალური მდებარეობა.

დელტოიდურიკუნთი

- მხრის ლატერალური მიდამო
- გამოიყენება მხოლოდ მოზრდილებში
- არის ლოკალიზაციას კეთდება აკრომიონის მორჩის ქვედა კიდის პალპაციით
- სამკუთხედი იქმნება ილლიის შუა წერტილით, მხრის გარეთა კიდიტ და აკრომიონის მორჩით
- დელტოიდურ კუნთში დასაშვები მოცულობა 1_2 მლ.
- მხარზე ინექციის დროს პაციენტი უნდა იჯდეს ან იწვეს (ზურგზე, მუცელზე);

დუნდულოკუნთი

- დუნდულო კუნთი იყოფა 4 კვადრანტად. ინექცია კეთდება ზემო გარეთა კვადრანტში. დუნდულოზე კუნთშიდა ინექციის დროს პაციენტი უნდა იწვეს გვერდზე ან მუცელზე, ყოვლად
- დაუშვებელია ამ მანიპულაციის ჩატარება, როდესაც პაციენტი ფეხზე დგას, ვინაიდან ფეხზე
- დგომის დროს დუნდულა კუნთები დაჭიმულია და ინექციის დროს მატულობს შიში ამ პროცედურისადმი, დაჭიმული კუნთი უფრო მეტად იჭიმება და შეიძლება მივიღოთ გართულება:ნემსის ჩატეხვა ან შეიძლება შიშმა და ტკივილმა გამოიწვიოს კოლაფსი ან გულის წასვლა.



ინექციების პროცედურის მსვლელობა

- დააზუსტეთ პაციენტის ვინაობა და მედიკამენტის იდენტურობა
- უზრუნველყავით ხელების ჰიგიენა ჩაიცვით სუფთა ხელთათმანები



- მოამზადეთ მედიკამენტი კვლავ შეამოწმეთ მისი იდენტურობა და ვადა
- მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში, აუხსენით პროცედურის არსი და მიზანი.
- შეარჩიეთ ინექციისთვის საჭირო ზუსტი მიდამო.
- გაწმინდეთ საინექციო არე სპირტიანი ბურთულით: ცენტრიდან პერიფერიისკენ.
- დაიჭირეთ შპრიცი ცერა და მომდევნო ოთხ თითს შორის, გადაჭიმეთ კანი.

შენიშვნა: კანის გადაჭიმვა იწვევს ნემსის სწრაფ შეღწევას კუნთოვან ქსოვილში. თუ, პაციენტს აქვს სუსტად განვითარებული კუნთოვანი ქსოვილი, მაშინ უნდა გამოიყენოთ კანქვეშა ინექციის დროს მითითებული მანევრი: მოიქციეთ კუნთოვანი ქსოვილი ცერა და საჩვენებელ თითებს შორის და წამოსწიეთ;

მოახდინეთ ნემსის სწრაფი შეყვანა 90° გრადუსიანი კუთხით.

შენიშვნა: 90 გრადუსიანი დახრილობის კუთხე, ნემსის კუნთოვან ქსოვილში ღრმად ჩასვლის საშუალებას იძლევა, ხოლო ნემსის სწრაფ შეყვანას მინიმუმამდე დაჰყავს ჩხვლეტი გამოწვეული დისკომფორტი;

ხელით რომლითაც კანი გაქვთ დაფიქსირებული, დააფიქსირეთ შპრიცი, ხოლო მეორე ხელით გამოქაჩეთ დგუში და მოახდინეთ ასპირაცია. სისხლის მიღების შემთხვევაში, ამოიღეთ ნემსი, დაიბანეთ ხელი და პროცედურა თავიდან გაიმეორეთ. თუ, ასპირაციის შემდეგ სისხლს არ მიიღებთ, დაიწყეთ მედიკამენტის ნელი შეყვანა. **შენიშვნა:** თუ, შპრიცში მიიღებთ სისხლს, ეს ნემსის სისხლძარღვში მოხვედრაზე მიუთითებს;

გამოიღეთ ნემსი სწრაფად და მოახდინეთ სპირტიანი ბურთულით ზეწოლა საინექციო არეზე. ნემსის გამოღებისას დააფიქსირეთ კანი მეორე ხელით.

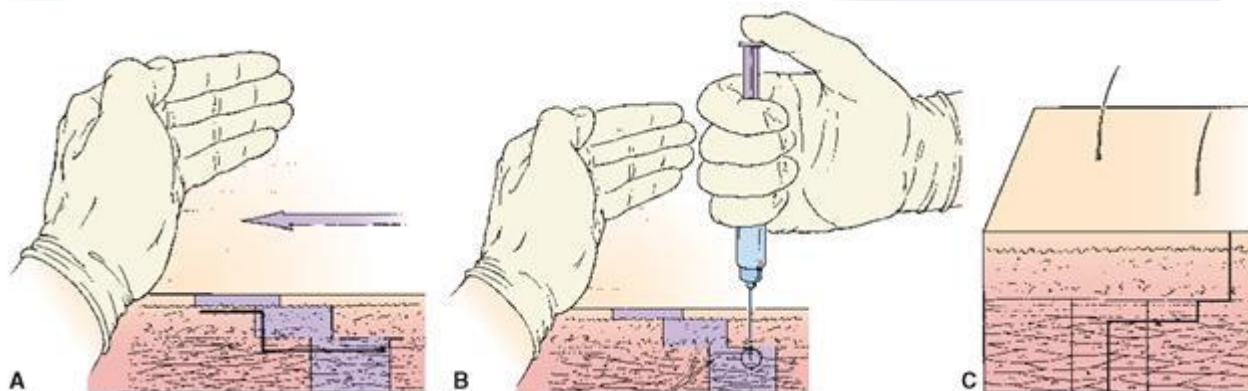
პუნქციის არე დაამუშავეთ ანტისეპტიკური ბურთულით

მოიხსენით ხელთათმანები და დაიბანეთ ხელები

აწარმოეთ დოკუმენტაცია

ინტრამუსკულარული ინექციის Z-კვალის ტექნიკა

ინტრამუსკულარული ინექცია ასევე შეიძლება გაკეთდეს Z ტექნიკით, რაც გულისხმობს საინექციო არეში კანის და კანქვეშა ქსოვილის ქვევით ან გვერდზე 2,5 სმ (Z -ებრი) გადაწევას და უშუალოდ კუნთში ინექციას. დანარჩენი ეტაპები ხორციელდება ისე როგორც ზემოთ არის აღწერილი.



გახსოვდეთ!!

მცდარია წარმოდგენა იმაზე, რომ რაც უფრო გრძელია და სქელია ნემსი მით უფრო მტკივნეულია ინექცია, ტკივილის შეგრძნება დაკავშირებულია უპირველესად ნემსის სიმახვილეზე და მის სიგლუვეზე. გარდა ამისა, ტკივილის შეგრძნება დაკავშირებულია ნემსის სიმოკლეზე – შეიძლება სამკურნალწამლო ნივთიერება მოხვდეს არა კუნთში, არამედ კანქვეშ, რის შედეგადაც ვალიზიანებთ კანქვეშა უჯრედისს, რაც მეტად მტკივნეულია.

ინტრავენური კათეტერიზაცია



ინტრავენური სითხეებისა და წამლების როგორც ერთჯერადად ასევე ხანგრძლივი დროით ინფუზიას ხშირად იყენებენ მედიცინაში.

ინტრავენური თერაპიისათვის მოზრდილებში საუკეთესო ლოკალიზაციას წარმოადგენს წინამხარი, მაჯა, რადგან ის მეტად მოხერხებულია.

ქვედა კიდურების (წვივი, ტერფი) ვენების კათეტერიზაციის საკითხი დგება გამონაკლის

შემთხვევებში, რადგანაც მაღალი ანთროპომორფოზების სალბათობა, შესაბამისა და ამ პროცედურის შეთანხმება ცხდება ექიმთან.

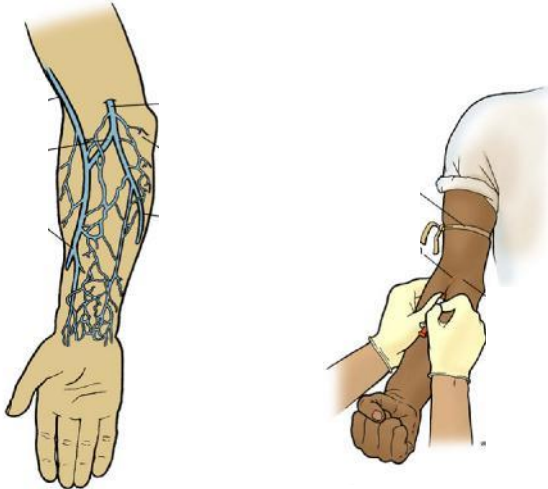
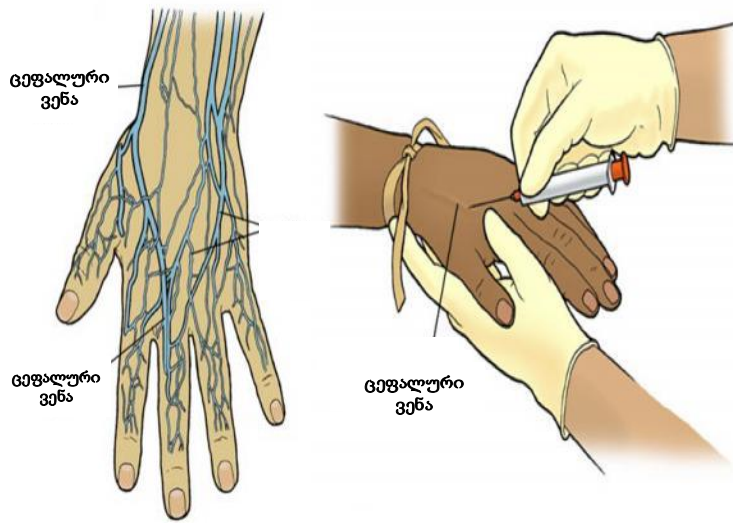
შეიძლება გამოვიყენოთ საფეთქლის მიდამოს ვენები (განსაკუთრებით ჩვილ ბავშვებში).

მაქსიმალურად ვეცადოთ დავიცვათ კათეტერიზაციის განისმინდამოები, სადაც შესაძლებელია საჭირო გახდეს არტერიო-ვენოზური ფისტულის გაკეთება ან/და უკვე არსებობს ასეთი ტიპის ფისტულა;

გახსოვდეთ!!! ექთნის მოვალეობაა, ყურადღებით იყოს ამ მანიპულაციის ჩატარების შემთხვევაში, უნდა ახსოვდეს, რომ სამკურნალწამლო საშუალება ხვდება პირდაპირ სისხლში.

ნებისმიერი შეცდომა: ასეპტიკის და ანტიასეპტიკის დარღვევა, დოზის გადამეტება, ვენაში ზეთოვანი ხსნარის შეყვანა და სხვ. შეიძლება, სავალალოდ დამთავრდეს პაციენტისათვის.

პაციენტის პოზიცია: პაციენტი უნდა იწვეს ან იჯდეს.



ინტრავენური კათეტერიზაციის ჩვენება:

ინტრავენური სითხეებისა და წამლების ერთჯერადი ან ხანგრძლივი დროით ინფუზია

ინტრავენური კათეტერიზაციის უკუჩვენება:

თუ შესაძლებლობა გვაქვს თავიდან ავარიდოთ ისეთი ადგილების კათეტერიზაციას სადაც აღინიშნება დამწვრობა, ცელულიტი, ინფექციასაპროექციო არის მიდამოში, ფლებიტი, თრომბოზიანლიმფური უკმარისობა.

ინტრავენური კათეტერიზაციის გართულება

ლოკალური გართულებები: თრომბოზი, თრომბოფლებიტი, ფლებოთრომბოზი, ინფილტრატი, აბსცესი, ნეკროზი, ჰემატომა.



1. **თრომბოზი, თრომბოფლებიტი:** ვენის ენდოთელიუმზე ნემსის (ან კათეტერის) წვერის შეყვანის ადგილზე ყოველთვის ხდება თრომბოციტების ადჰეზია (მიწებება) და ყალიბდება თრომბი. თრომბი საუკეთესო ადგილია ბაქტერიების გამრავლებისათვის, ვითარდება თრომბოფლებიტი (ვენის ანთება).

2. **ფლებოთრომბოზი:** ამ დროს არის ემბოლიის მეტი საშიშროება, რადგან სისხლის კოლტი არის მიმაგრებული ვენის კედელზე.

ფლებიტის ხარისხს განსაზღვრავს:

- ინფუზიის ხანგრძლივობა - რაც უფრო ხანგრძლივია ინფუზია, მით მეტია ანთების სიხშირე
- ხსნარის შემადგენლობა
- ინფუზიის ადგილი - სახსრის მოხრის ადგილში ინექცია კიდურის მოძრაობის დროს მეტად აზიანებს ვენის კედელს. ვენულები და ქვემო კიდურის ვენები უფრო მიდრეკილია ტრავმისადმი.

3. ინფექცია

უხშირესად ვითარდება მაშინ როდესაც ირღვევა ასეპტიკა ანტისეპტიკის წესები.

ინტრავენური კათეტერების ზომა *(დიამეტრი განისაზღვრება გეიჯებით G)*, სითხის დინება და გამოყენება

ფერი	ზომა	დინება	გამოყენების მიზანი
ყვითელი	24G	23 მლ/წთ	ნელი ტრანსფუზიისათვის. გამოიყენება ხანდაზმული ასაკის და პედიატრიული პაციენტებში
ცისფერი	22G	30 მლ/წთ	ნელი ტრანსფუზიისათვის. გამოიყენება ხანდაზმული ასაკის და პედიატრიულ პაციენტებში. პაციენტებს, რომელთაც აქვთ ძნელად სამანიპულაციო ვენები ონკოლოგიურ პაციენტებში ქიმიოთერაპიის დროს
ვარდისფერი	20G	61მლ/წთ	რუტინული ინფუზიური თერაპია, სისხლის და სისხლის პროდუქტები, დიდი რაოდენობით სითხეები 2-3 ლიტრი დღეში
მწვანე	18G	95 მლ/წთ	სისხლის და სისხლის პროდუქტის ტრანსფუზიისათვის პარენტერალური კვება სითხის დიდი მოცულობის გადასხმის დროს
ნაცრისფერი	16G	200მლ/წთ	სითხის და სისხლის სწრაფი ინფუზიისათვის. ჰიპოვოლემიური შოკი, პოლიტრამვა. ხშირად



			გამოიყენება საოპერაციოში და სასწრაფო გადაუდებელ მიმღებ განყოფილებაში.
სტაფილოსფერ იანყავისფერი	14G	305მლ/წთ	სითხის და სისხლის სწრაფი ინფუზიისათვის. ჰიპოვოლემიური შოკი, პოლიტრამვა. ხშირად გამოიყენება საოპერაციოში და სასწრაფო გადაუდებელ მიმღებ განყოფილებაში

მანიპულაციისათვის საჭირო აღჭურვილობა:

- არასტერილური ხელთათმანი
- ინტრავენური კათეტერი (შესაბამისიზომის)
- შპრიცი
- ლახტი, სპირტიანიბურთულები, გამჭვირვალელეიკო
- სტოპკოკი
- ინტრავენური ხაზი (IV ხაზი,სისტემა)
- NaCl 0.9%

პროცედურისმსვლელობა

- ცნობიერების მქონეპაციენტს (ან მის თავმდგმურს) განუმარტეთ პროცედურის არსი და მიზანი. პაციენტს აუხსენით, რომ მასშეიძლება ჰქონდეს ჩხვლეტის და უსიამოვნო შეგრძნება.
- მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულად, თუ ესშესაძლებელია, მოათავსეთ მისი ხელი ბრტყელ ზედაპირზე, გულის საპროექციო არის ქვედა დონეზე. შეიძლება საჭირო გახდეს ბალიშის ამოღება ხელის ქვეშ.
- ხელის ზემოთ აღნიშნულიპოზიციანდაგანისაზღვროსლახტისდადებამდე. თუვენებისვიზუალიზაციაგუდია, შესაძლებელია თბილისაფენის გამოყენება ლახტის დადებამდე 10 წუთის განმავლობაში.
- დაიბანეთხელები!!! (იხ.პროტოკოლი)
- ჩაიცვითარასტერილურიხელთათმანი
- აარჩიეთ კათეტერიზაციისათვის განსაზღვრული ადგილი, გამოიყენეთლახტი ან მანჟეტი
- დაადეთ ლახტი (ან წნევისსაზომი მანჟეტი დაგაბერეთ იგი პაციენტის სისტოლური წნევზე დაბალ მაჩვენებლამდე).
- თუ ვენა არ ჩანს, სთხოვეთ პაციენტს შეკრას და გამალოს მუშტი და ჰქონდეს შეკრულ მდგომარეობაში, სანამ ნემსი არ მოთავსდება ვენაში.

დაიმახსოვრეთ: ლახტი არუნდა დაადოთ ის ემჭიდროთ, რომ შეჩერდეს არტერიული სისხლის დინება, პალპაციით სხვის არტერიაზე უნდა მოისინჯებოდეს პულსაცია!!!

- საჭიროებისამებრ გაკრიჭეთ აღნიშნული მიდამო
- მოახდინეთ სასურველი ვენის პალპაცია
- გაწმინდეთ საკათეტერიზაციო არე (ბეტადინი, სპირტი 70%) მიმართულებით ცენტრიდან პერიფერიისაკენ, წრიულად. დაელოდეთ არის გამრობას (არ შეუბეროთ სული)

დაიმახსოვრეთ: გაწმინდის შემდეგ არხდება ვენის პალპაცია!!!

- გახსენით კათეტერი
- დაჭიმეთ კანისა და ჩხვლეტიარის ქვედანაწილში.
- კათეტერი დაიჭირეთ კანიდან 30° კუთხის დახრით და მოახდინეთ კანის პუნქცია.
- როდესაც კათეტერი შეაღწევს ვენაში, კათეტერის უკანამხარეს მიიღებთ სისხლს
- ოდნავ გამოსწიეთ ნემსი და სისხლმა უნდა შეავსოს კათეტერი.
მოხსენით ლახტი და დაიწყეთ კათეტერის შეყვანა ვენაში. უმოძრაოდ დატოვეთ ნემსი.
- ნემსის გამოღების შემდეგ მოახდინეთ ზეწოლა კათეტერის წვეროს საპროექციო მიდამოზე. (ჩხვლეტის ადგილიდან დაახლოებით 4 მმ ზემოთ).
- ჩარეცხეთ კათეტერი 5 მლ NaCl 0.9%-ით.
- დააფიქსირეთ კათეტერი ლეიკოპლასტიკით (ვენის დასაფიქსირებელი სპეციალური ლეიკო) ;
- წარუმატებელი კათეტერიზაციის შემთხვევაში განახორციელეთ განმეორებითი კათეტერიზაცია, მხოლოდ გამოიყენეთ ახალი კათეტერი, ალკოჰოლის ბურთულა და განმეორებით დაამუშავეთ საპროექციო არე.
- თუ მეორე მცდელობა ცუშედეგო აღმოჩნდა კონსულტაცია გაიარეთ და შეუთანხმდით ცვლის უფროსს პროცედურის განმეორების შესახებ.

ინტრავენური კათეტერის ფიქსაცია:

- ჩხვლეტის ადგილი განათავსეთ ცენტრში და დააკარით გამჭვირვალე ლეიკო.
- კარგად დააწებეთ აღნიშნული პლასტიკი კათეტერის გარშემო, მოახდინეთ მსუბუქი ზეწოლა კიდეებზე, გაათანაბრეთ.
- დააფიქსირეთ IV ხაზი რომელშიც მიდის ინფუზია
- დააწერეთ დღე, დრო და ინიციალები. ნიშნული არ განათავსოთ ჩხვლეტის ადგილას.
- შეცვალეთ ლეიკოპლასტიკი, როდესაც იცვლება კათეტერიზაციის ადგილი, ასევე შეცვალა შესაძლებელია იმ შემთხვევაშიც თუ ის ნესტიანი ან ანოკლუზირებული.
- შეცვლისას განმეორეთ დაამუშავეთ კანი, ადროვეთ გამრობა და კვლავ დააკარით ლეიკოპლასტიკი.

შემოწმება:



- ინფილტრაციისა და ფლუბიტის ნიშნების აღმოსაჩენად ჩხვლეტის ადგილი შეამოწმეთ ყოველ 8 საათში.
- ფლუბიტისა და ინფილტრაციის ნიშნებია: ტკივილი, სიწითლე, შეშუპება
- ფლუბიტის ნიშნების გამოვლენის თანავე შეწყვიტეთ ინფუზიამ კათეტერის საშუალებით, ამოიღეთ აღნიშნული კათეტერი და ჩააყენეთ ახალი განსხვავებული ადგილას.
- დაადეთ თბილისაფენი 3X დღეში, 20-20 წუთის განმავლობაში

კათეტერის ჩარეცხვა

8 სთ-ში ერთხელ 2მლ 0,9 % NaCl-ით

IV კათეტერის ამოღება

- დაიბანეთ ხელი!!!
- გაიკეთეთ თარასტერილური ხელთათმანი
- ფრთხილად მოაცილეთ ლეიკოპლასტიკური
- ამოიღეთ კათეტერი და დარწმუნდით მის მთლიანობაში.
- ჩხვლეტის ადგილზე განახორციელეთ ზეწოლა, სანამ სისხლდენა შეჩერდება
- დააკარით ლეიკოპლასტიკური

დოკუმენტაციის გაფორმება:

კათეტერის დაყენება

- თარიღი და დრო
- პერიფერიული კათეტერის მდებარეობა და ზომა
- ჩაყენების დროს წარმოქმნილი პრობლემები, (მცდელობების რაოდენობა) ასევე პაციენტის ტოლერანტობა პროცედურის მიმართ.
- კათეტერის შემოწმება დამის ყოველ 8 საათში ჩარეცხვა
- კათეტერის ყოველ 72 საათში შეცვლა

კათეტერის მოხსნა:

- თარიღი და დრო
- მდებარეობა და მდგომარეობა ამოღების მომენტისათვის
- გართულებები და ნებისმიერი დისკომფორტის ან გართულების საწინაარმედგოდ მიმართული ონისპიებები.

კათეტერის შეცვლა

- ინტრავენური კათეტერიცვლება 72 საათში ერთხელ
გამონაკლისი: ხაზი რომელშიც ხდება პროპოფოლის ინფუზია იცვლება 12 საათში ერთხელ.
- გადასასხმელის სითხეები (ზეგში) დაწამლები იცვლება ყოველ 24 საათში. *გამონაკლისი: ტრანდუსერის მრეცხავი ბეგი.*
- როგორც საინფუზიო ხაზებზე, ასევე სითხეებზე ცაღნიშნული უნდა იყოს თარიღი, დრო და იმადამიანის ინიციალები ვინც დაიწყო აღნიშნულის ამუშაობები თინფუზური თერაპია.
- ასევე დამატებით მათი აღნიშვნა შესაძლებელია პაციენტის სახელით, პალატი სნომრი თანხსვა.
- IV კათეტერის 72 სათზე მეტი ხნის განმავლობაში დატოვების შემთხვევაში აუცილებელია ექიმის თანხმობა

ამპულიდან ხსნარის ამოღება

ამპულას სანამ გახსნიდეთ, კიდევ ერთხელ ყურადღებით წაკითხეთ ამპულაზე წამლის სახელწოდება, დანიშნულების მიხედვით აკეთებთ თუ არა, მისი დოზა და შეამოწმეთ ვარგისიანობის ვადა. ხსნარის გამჭვირვალობა (ამპულის დათვალიერება და სახელწოდების წაკითხვა ადვილდება თეთრი ხალათის ფონზე).

ამპულა რომელშიც არის ზეთოვანი სითხე წინასწარ უნდა შევათბოთ წყლის აბაზანაზე, რომლის ტემპერატურა არის 38°C და ინექცია გააკეთეთ თბილი ხსნარით.

ადჭურვილობა:

- ამპულა;
- შპრიცი შესაბამისი ზომის;
- ნემსი შესაბამისი ზომის;
- ამპულის სახერხი;
- სპირტიანი ბურთულები;

მოქმედება თანამიმდევრობა:

- ფრთხილად გადმოაბრუნეთ ამპულა ისე, რომ მთელი ხსნარი მოექცეს მის ვიწრო ნაწილში.



- გადახერხეთ ამპულა სპეციალური ქლიბით, სპირტში დასველებული ზამბით, დაამუშავეთ ამპულა და მოატეხეთ ამპულის ვიწრო ნაწილი. ნიშნულისაარარსებობის შემთხვევაში, ამპულისგასატეხადსაჭიროასახერხი.
- გადააგდეთამპულისმოტეხილითავიმჭრელიიარადისკონტეინერში (რათა არ მოხდეს სამედიცინოპერსონალისხელისდაზიანებანარჩენის გადაყრისას).
- აიღეთ ამპულა, ფრთხილად შეიყვანეთ მასში ნემსი
- არ შეახოთ ნემსი ამპულის გადატეხილ კიდეს, რადგან ეს არე ითვლება კონტამინირებულად. (დაბინძურებულად).
- ნახევრად ამოაბრუნეთ ამპულა, ჩაუშვით ნემსი ხსნარში და ამოიღეთ მედიკამენტის სასურველი რაოდენობა
- ამოიღეთ ხსნარის საჭირო რაოდენობა, თუ ამპულა დიდია – 5, 10,20 მლ ხსნარის ამოღების დროს მის ფუძეს სწევთ თანდათან ზემოთ.
- ამოიღეთ მედიკამენტის სასურველი დოზა
- გამოცვალეთ ის ნემსი (IM.IV ინექციის შემთხვევაში) რომლითაც ამოიღეთ ხსნარი და წამოაგეთ საინექციო ნემსი.
- გაამაგრეთ ნემსი, შეამოწმეთ მისი გამავლობა იმ ხსნარის საშუალებით რომელიც არის შპრიცში, მაგრამ გაითვალისწინეთ რომ ამ დროს შპრიცი უნდა იყოს ვერტიკალურად ისე, რომ იგი იყოს თვალის დონეზე.
- სტერილურ თასზე მოვათავსოთ, სპირტში ან იოდონატში დასველებული სტერილური ზამბის ბურთულები.
- კიდევერთხელგადაამოწმეთდანიშნულებისფურცელში, რომ
- მოიღეთმედიკამენტისკორექტულიდოზა;
- ცარიელიამპულაგადააგდეთმჭრელიიარადებისკონტეინერში.

ფლაკონიდანხსნარისამოღება

ბევრი სამკურნალწამლო ნივთიერება, რომელიც გათვალისწინებულია პარენტერალური გზით შეყვანისათვის, გამოშვებულია არამარტო ამპულებში, ასევე ფლაკონებში, როგორც ფხვნილის, ისე ხსნარის სახით.

ფხვნილის სახით ფლაკონებში გამოშვებულია ანტიბიოტიკები. უნდა განზავდეს უშუალოდ ინექციის წინ. ქარხნული წარმოების ფლაკონები, დახურული არის რეზინის საცობით და დამაგრებულია მეტალის სახურავით.

პარენტერალური ხმარებისათვის პრეპარატს ანზავებენ ხმარების წინ. განზავებისათვის იყენებენ სტერილურ წყალს ინექციისათვის, ან ნატრი ქლორის იზოტონურ ხსნარს, ასევე შესაძლებელია ნოვოკაინის გამოყენება.

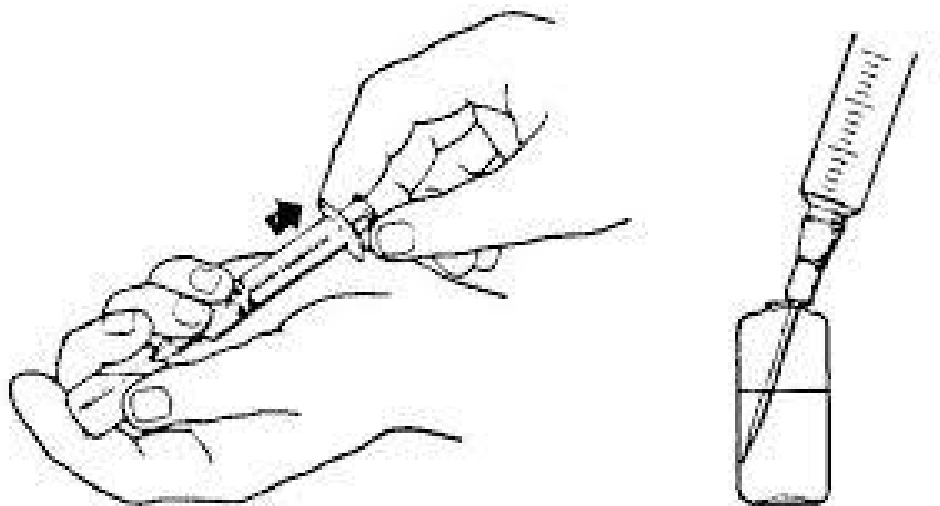


ადჭურვილობა:

- ფლაკონი
- შპრიციშესაბამისიზომის;
- ნემსიშესაბამისიზომის;
- წამლის გამხსნელი
- სპირტიანიბურთულები;

მოქმედებისთანმიმდევრობა:

- წაიკითხეთ წარწერა ფლაკონზე (დასახელება, დოზა, მოხმარების ვარგისიანობა).
- თუ ფლაკონში მოთავსებული მედიკამენტი არის ფხვნილის სახით შეავსეთ იგი ფლაკონზე მითითებული, ან ექიმთან შეთანხმებული გამხსნელის რაოდენობით.
- მოაქციეთ ფლაკონი ხელის გულს შორის და ნაზად ამოძრავეთ, მანამ, სანამ წამლის კომპონენტები კარგად არ შეერევა ერთმანეთს.
- მოხსენით თავსახური და ფლაკონის თავი გადაწმინდეთ სპირტიანი საფენით, იმ შემთხვევაში თუ ფლაკონის საჩხვლეტი არე არასტერილურია, ან განმეორებითაა საჭირო ფლაკონზე ჩხვლეტის ჩატარება. სხვა დანარჩენ შემთხვევაში შეინარჩუნეთ ფლაკონის თავის სტერილობა.
- მოხსენით შპრიცზე მიმაგრებულ ნემსს თავსახური და შეავსეთ იგი, იმ რაოდენობის ჰაერით, რა მოცულობის მედიკამენტიც გესაჭიროებათ.
- ჩაარჭვეთ ნემსი ფლაკონში, ისე რომ ნემსის წვერი არ შეეხოს ხსნარს და ჩაუშვით შპრიცში არსებული ჰაერი ხსნარისაგან თავისუფალ არეში. შენიშვნა: ჰაერის შეშვება აფერხებს ნეგატიური წნევის შექმნას ფლაკონში, რაც იძლევა მედიკამენტის უფრო იოლად ამოღების საშუალებას. ჰაერის ჩაშვება ხსნარში იწვევს ჰაერის ბუშტუკების წარმოქმნას ან მედიკამენტის აქაფებას, რაც განაპირობებს მედიკამენტის არასწორ დოზირებას.
- ამოაბრუნეთ ფლაკონი და გამოქაჩეთ შპრიცის დეგუში, სანამ არ მიიღებთ მედიკამენტის სასურველ დოზას. შენიშვნა: ფლაკონის ამობრუნებისას კონტაქტში მოდის ნემსი სითხესთან და თავიდან გვაციელს ნემსის შეხებას ძირთან.
- დააფარეთ ნემსს თავსახური. ნემსის კუნთში, კანქვეშ ან ვენაში გაკეთების შემთხვევაში შეცვალეთ ნემსი (შენიშვნა: რეზინში ჩხვლეტის დროს ხდება ნემსის დაბლაგვება, რის გამოც აუცილებელია ნემსის შეცვლა)
- ფლაკონზე აუცილებლად მიუთითეთ გახსნის დრო, გამხსნელის რაოდენობა და დასახელება.
- ფლაკონში დარჩენილი მედიკამენტი გადააკარით ლეიკო, შეინახეთ მაცივარში სათანადო ტემპერატურაზე, ოცდაოთხი საათის გასვლისშემდეგ (ან ფლაკონზე მითითებული ინსტრუქციის მიხედვით) ფლაკონი მასში დარჩენილი შიგთავსით მოათავსეთ „D“ჯგუფის ნაგვის კონტეინერში.



სხვის არტერიის პუნქცია

სხვის არტერიის პუნქცია ტარდება მაშინ როდესაც აუცილებელია არტერიული სისხლის გაზების განსაზღვრა





უკუჩვენება

- ინფექციური პროცესი სამანიპულაციო არეში
- პალპაციით ხივისარტერიაზე პულსაციის არარსებობა
- დადებითი ალენის ტესტი არის დასტური იმისა რომხელი იკვევება მხოლოდ ერთი არტერიისსაშუალებით
- კოაგულოპათიები
- კიდურის ტრავმა
- გადატანილი ქირურგიული მანიპულაციასამანიპულაციოარეში.

გართულებები

- სისხლდენა

პაციენტები, რომელტაცაქვთ სისხლდენის განვითარების რისკი:

- ანტიკოაგულანტებისმიღება
- კოაგულოპათიები
- ჰემოფილია
- ღვიძლისუკმარისობა
- K ვიტამინის ნაკლებობა
- ინფექცია
- სისხლძარღვის ობსტრუქცია
- სისხლძარღვის პერფორაცია (იშვიათ შემთხვევებში)

ხშირად დაშვებული შეცდომები

- ვენის პუნქცია
- შპრიცში ჰაერის ჩატოვება
- შპრიცში ჰეპარინის ჩატოვება
- მასალის ყინულიან პაკეტში არ მოთავსება, თუ ანალიზის გაკეთების შესაძლებლობა ხანგრძლივდება 15 წთმეტი
- სისხლში თრომბების არსებობა
- ყინულიან პაკეტში სისხლის 2 საათზე მეტი მოთავსება



ალენის ტესტი

• ალენის ტესტის ჩატარება ძალიან მნიშველოვანია, რათა გამოვარკვიოთ იდაყვის არტერიის გამავლობა, რადგანაც იდაყვის არტერიაში კოლატერალური დინების დარღვევის დროს მტევანი იკვებება მხოლოდ სხივის არტერიის მეშვეობით. აქედან გამომდინარე სხივის არტერიის პუნქცია და კანულაცია არის უკუჩვენება.

სხივის არტერია

იდაყვის არტერია



- დააჯინეთპაციენტი (თუპაციენტისმდგომარეობაიმღვევასაშუალებას);
- პალპაციითმოძებნეთსხივისდაიდაყვისარტერია.
- მოახდინეთმათიკომპრესიადასთხოვეთპაციენტსგაშალოსდაშეკრასმუშტი 30 წმგანმავლობაში (მიაქციეთყურადღებამტევნისგაფერმკთალებას).
- გაუშვითხელიიდაყვისარტერიასდაგაგრძელეთსხივისარტერიისკომრესია.
- მტევანზეიდაყვისარტერიისმხარესფერიუნდაშეივალოს (გავარდისფრდეს) 1-2 წამში, რასაცმოჰყვებათლიანმტევანზეფერისდაბრუნება.



- ალენის ტესტი უარყოფითია- თუმცევანსფერი დაუბრუნდა (ჯანმრთელია);
- ალენის ტესტი დადებითია- თუმცევანი დარჩაფერმკთალი (ეს მიგვინიშნებს იდაყვის არტერიის ოკლუზიაზე (დახშობა) დასხვისარტერიისპუნქციისანკანულაციისუკუჩვენებაზე);



სხვისარტერიის პუნქციისათვის საჭირო აღჭურვილობა

- სპირიტი 70%
- არასტერილურიხელთათმანი
- მარლის დოლბანდები
- ლითიუმჰეპარინინანიშპრიცი (კომერციულიფორმა)
- 2 მლ შპრიცი 22-25 G ნემსით (შპრიცის ჰეპარინიზაციისათვის შპრიცში ამოიღეთ 0.5 მლ ჰეპარინი დეგუმი ჩასწიეთ ბოლობდედამოახდინეთ შპრიცის როტაცია (ამ მანევრირების დროს ნემსს დაახურეთ თავსახური), სრულად გადაღვარეთ ჰეპარინი შპრიციდან.

- ლეიკოპლასტირი

სხივისარტერიისპუნქციისტექნიკა

ექიმისდანიშნულებისდამასთანშეთანხმებისშემდგომ:

- მოამზადეთ აღჭურვილობა. შეინარჩუნეთ სათანადო განათება.
- მოახდინეთ პაციენტის იდენტიფიკაცია.
- აუხსენით პაციენტს პროცედურის მიზანი და არსი. აუხსენით რომ მას შეიძლება ჰქონდეს უსიამოვნო შეგრძნება პროცედურის დროს და მის შემდეგ.
- პუნქციისთვის ეცადეთ შეარჩიოდ პაციენტისთვის არადომინანტური ხელი.
- დაიბანეთ ხელი ჰიგიენურად
- ჩაიცვით არასტერილური ხელთათმანი
- დაადებინეთ პაციენტს ხელიხელისგულით ზემოთ. შეიძლება ხელისქვემოთ გამოიყენოთ მორგვი.
- აწარმოეთ ალენისტესტი
- მოახდინეთ სხივის არტერიის პალპაცია საჩვენებელი და შუა თითით.
- გაწმინდეთ საპროექციო არე 70% სპირტიანი მარლის ბურთულით წრიული მოძრაობით ცენტრიდან პერიფერიისაკენ.
- აწარმოეთ სხივის არტერიის ხელმეორედ პალპაცია, პალპაცია მოახდინეთსაპუნქციო არის პროქსიმალურად და დისტალურად, რათა გაარკვიოთ სხივის არტერიის მიმართულება.
- გაწმინდეთ საპროექციო (ახალი ბურთულით) 70% სპირტიანი მარლის ბურთულით წრიული მოძრაობით ცენტრიდანპერიფერიისაკენ.
- დაიწყეთ ნემსისშეყვანა ნემსი გეჭიროთ 45⁰ კუთხისდახრით. დაიწყეთ ნემსის შეყვანა მაქსიმალური პულსაციისაკენ.
- სისხლისმილებისშემდეგდაიწყეთსისხლისასპირაცია (არ დაატანოთძალა). შპრიცსდააწერეთპაციენტისსახელიდაგვარი, სისხლის გაზებისგაზომვის შემთხვევაში დააფიქსირეთ ხელოვნურისუნთქვის აპარატის პარამეტრები.
- თუ ანალიზი გაკეთდება აღებიდან 15 წუთში დაუფროგვიან მაშინ მასალა უნდა მოთავსდეს ყინულიან პაკეტში.
- უშედეგო ცდის შემდეგ ამოიღეთ ნემსი ოღონდ არ ამოსცდეთკანის საფარველს და კიდევსცადეთ. სამი ცდისშემდეგნახეთ სხვა საპროექციო არე.
- ამოიღეთ ნემსი არტერიიდან დამოახდინეთ პუნქციის არის კომპრესია 5 წთ განმავლობაში შემდეგ არეს დააფარეთ სტერილური საფენის დადაამაგრეთ ლეიკოპლასტირით.
- სისხლიანი შპრიციდან გამოდევნეთ ჰაერი. შპრიცზე აღნიშნეთპაციენტის სახელი და გვარი, ისტორიის ნომერი. გადააგორეთ ხელებს შორისშპრიცი, რათ ამოხდესსისხლის და ჰეპარინის შერევა.
- გადაამოწმეთ საპროექციო არე 30 წთ შემდეგ, არის თუა არა ადექვატური პერფუზია და გამორიცხეთ სისხლდენა და ჰემატომა.
- არასოდეს სცადოთარტერიის პუნქცია ქვედა კიდურზე (განსაკუთრებით ტერფზე).



ნ ა ზ ო გ ა ს ტ რ უ ლ ი
ი ნ ტ უ ბ ა ც ი ა





ნაზოგასტრული ინტუბაცია

ნაზოგასტრული ინტუბაცია (NG)-ეს არის სამედიცინო პროცედურა, რომელიც მოიცავს მილის ჩადგმას ცხვირიდან ცხვირხახის და საყლაპავის გავლით კუჭამდე. ეს არის სუფთა პროცედურა, რომელსაც ასრულებს ექთანი, არსებობს ოროგასტრული ინტუბაცია(OG)- როდესაც მილის ჩადგმა ხორციელდება პირის ღრუდან კუჭამდე.

ნაზოგასტრული ზონდის დიამეტრი იზომება Fr (ფრენჩი) სხვადასხვა ასაკისა და წონის მიხედვით, ძირითადად მოზრდილებში იდგმება 16 F , 18 F ზომის მილი. არსებობს ერთ სანათურიანი (დიაგნოსტიკური ასპირაციისათვის) და ორსანათურიანი (ასპირაციის დროს იძლევა გამორეცხვის საშუალებას) ზონდი.

ნაზოგასტრული ზონდის ზომა ასაკისა და წონის მიხედვით

ასაკი	წონა (კგ)	ზომა
0-6	3,5-7	5-10 Fr
1 წლამდე	10	10Fr
2 წლამდე	12	10 Fr
3 წლამდე	14	12-10Fr
5 წლამდე	18	12Fr
6 წლამდე	21	12 Fr
8 წლამდე	27	14 Fr
12 წლამდე		14-16Fr
12 წლამდე		16-18 Fr

წყარო: *Pediatric Fundamental Critical Care Support. Second edition. Society of Critical care medicine 2013*

ნაზოგასტრული ინტუბაციის ჩვენება:

- კუჭისმიგთავის დრენირება
- ლაბორატორიული და სამკურნალო მიზნები
- მედიკამენტების შეყვანა



- ოპერაციისწინ კუჭისლავაჟი
- ტრამვისდროსღებინებისდაასპირაციისპრევენცია
- ენტერალურიკვება

ნაზოგასტრული ინტუბაციის უკუჩვენება

- სახის მრავლობითი დაზიანება, განსაკუთრებით ცხავის ძვლის მოტეხილობის დროს (რათა არ მოხდეს ზონდის თავის ტვინში პენეტრაცია). ამ დროს უნდა მოხდეს ოროფარინგეალური ინტუბაცია
- ნაზალური ობსტრუქცია ან ახლო წარსულში გადატანილი ქირურგიული ჩარევა ცხვირზე.
- კოაგულოპათიები
- საყლაპავისვარიკოზი

გართულება

- ასპირაცია
- ღებინებისგამოწვევა
- ენდოტრაქეალურიინტუბაცია
- პნევმოთორაქსი
- ინტრაკრანიალურიინტუბაცია

პროცედურისათვისსაჭიროაღჭურვილობა

- არასტერილურიხელთათმანი
- დამცავი სათვალე
- ნაზოგასტრალური მილი (ასკთან შესაბამისი ზომის)
- ჟანეს შპრიცი 50-60 მლ
- ლიდოკაინიანი ლუბრიკანტი
- ლეიკოპლასტირი
- სტეტოსკოპი
- ჭიქა წყლით
- თირკმლისებრი თასი
- ლიდოკაინიას სპრეი (შეათანხმეთექიმთან)
- მომჭერი
- რეზერვუარი (ზონდის მისაერთებლად)

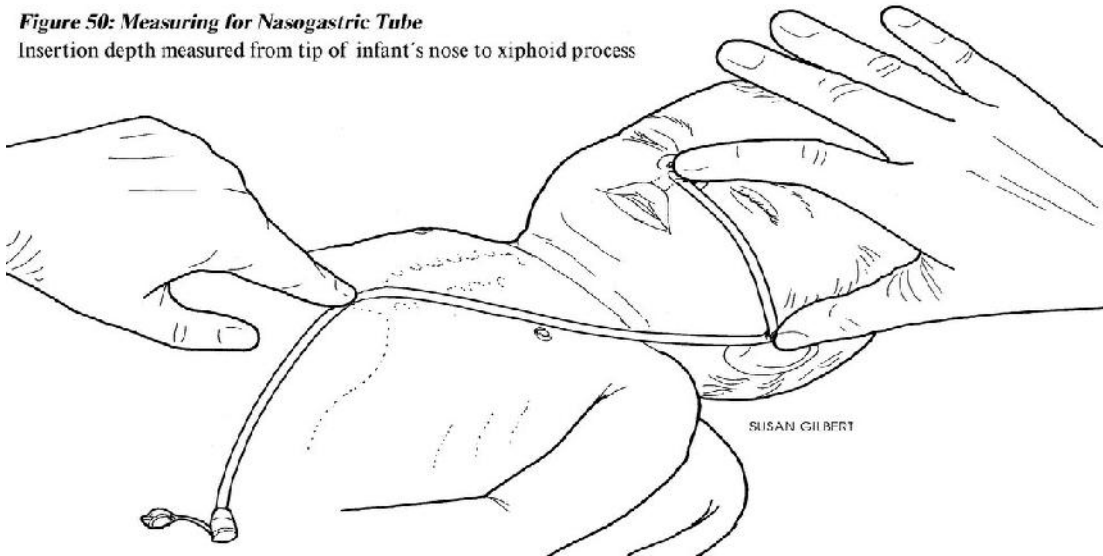


პროცედურის მსვლელობა

- მიიღეთ ექიმისგან დავალება პროცედურის შესრულებაზე
- მოახდინეთ პაციენტის იდენტიფიცირება
- თუ პაციენტი გონზეა, აუხსენით პროცედურის არსი
- მოიტანეთ აღჭურვილობა და მოათავსეთ საპროცედურო მაგიდაზე
- პაციენტი წამოსვით (უგონო პაციენტის შემთხვევაში თავის წამოწევა ხდება 45^oგრადუსით)
- დაიბანეთ ხელი ანტიბაქტერიული საპნით, დაიმუშავეთ ანტისეპტიკური ხსნარით, ჩაიცვით არასტერილური ხელთათმანი.
- დადექით იმავე მხარეზე რომელ მხარეზეც აპირებთ ზონდის ჩადგმას
- შეამოწმეთ ნაზოგასტრალური ზონდის ზომა
კუჭისმხრივი ბოლო მოათავსეთ პაციენტის ცხვირის წვერთან და გადაზომეთ მანძილი ყურის ბიბილოდან მახვილისებრ მორჩამდე, დააფიქსირეთ მიღებული ნიშნული (*Fundamental Of Nursing, 2001 p1361*). ასე მიიღებთ ინტუბაციის სასურველ ზომას.
- შეამოწმეთ ნესტოები დეფორმაციაზე და ობსტრუქციაზე (შეამოწმეთ სასუნთქი გზების გამავლობა).
- მოახდინეთ ნესტოზე ლიდოკაინის აეროზოლის შესხურება (წინასწარ შეაფასეთ ალერგიული განწყობა).
- მოახდინეთ ნ.გ.ზ.-ზე ლუბრიკანტის წასმა
- მილის შეყვანა ხდებასწრაფად, მსუბუქი ზეწოლით
- სთხოვეთ პაციენტს დაიწყოს ყლაპვა, შეგიძლიათ მიაწოდოთ წყალი
- თუ შეგხვდათ დაბრკოლება, ნუგამოიყენებთ ძალას, მოახდინეთ ზონდის როტაცია და განაგრძეთ ნაზად ადმინისტრირება.
- შეიყვანეთ ზონდი დანიშნულ ზომამდე.
- ჩადგმის შემდეგ სწორი ლოკალიზაცია დასტურდება ჰერის შეყვანით მილში და ფონენდოსკოპით ისმენთ კუჭის არეს (ბუყბუყი). ასევე შეიძლება კუჭის შიგთავსის ასპირაცია.

- ფიქსაცია ლეიკოთი (ისე, რომ არ მოხდეს ნესტოზე ძლიერი ზეწოლა და არ განვითარდეს კანის მაცერაცია)
- ნ.გ.ზ. მიუერთეთ რეზერვუარს.
- დააფიქსირეთ ზონდილეიკო პლასტირის საშუალებით ისე რომ არმოხდეს ნესტოზე ძლიერი ზეწოლა(რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ნაწოლის განვითარება).
- დანიშნულების ფურცელში დააფიქსირეთ მანიპულაციის დრო და თარიღი შემსრულებლის ხელმოწერა.

Figure 50: Measuring for Nasogastric Tube
Insertion depth measured from tip of infant's nose to xiphoid process



დაიმახსოვრეთ: თუ შეამჩნიეთ ცვლილებები პაციენტის რესპირატორულ სტატუსში, ზონდიდაიხვევაპირის ღრუში ანპაციენტს აუტყდებახველა-სასწრაფოდ გამოღეთზონდი!!!

თუ შეგხვდათ დაბრკოლება ნუგამოიყენებთ ძალას, მოახდინეთ ზონდის როტაცია და ნაზად გააგრძელეთ შეყვანა.



ტრაქეის სანირება

ტრაქეის სანაცია ეს არის სამედიცინო პროცედურა რომელიც განაპირობებს ტრაქეაში არსებული ლორწოს ევაკუაციას სასანაციომილის საშუალებით, ესარისსტერილურიპროცედურა, ასრულებსექთან ასისტენტთან დახმარებით.

სასანაციო ზონდების დიამეტრის გაზღვრებაFr (ფრენჩებში) და დამოკიდებულია ენდოტრაქეული მილის / ტრაქეოსტომის დიამეტრზე. სასანაციოზონდი, უნდაიყოსენდოტრაქეალური მილის დიამეტრის ნახევარი.

სასანაციო ზონდისა და ენდოტრაქეული მილისი ზომების შეფარდება

ენდოტრაქეალური მილის შიდა დიამეტრის ზომა	სასანაციომილის ზომა Fr	სასანაციო მილის დიამეტრი
--	------------------------	--------------------------





10 მმ	14 Fr	4.7
9 მმ	12 Fr	4
8 მმ	12 Fr	4
7 მმ	12 Fr	4
6 მმ	10 Fr	3.3
5 მმ	8 Fr	2.6

ტრაქეის სანაჯის ჩვენება

- საჰაერო გზების გამავლობის შენარჩუნება
- ოქსიგენაციის გაუმჯობესება
- ქვედასასუნქი გზებიდან აკუმულირებული სეკრეტის ლიკვიდაცია ასეპტიკის წესების დაცვით
- ხველის რეფლექსის სტიმულაცია
- სისხლით და პირნაღები მასით პულმონალური ასპირაციის პრევენცია
- ინფექციის და ატელექტაზის პრევენცია

ტრაქეის სანაჯის გართულებები

- ჰიპოქსემია
- ატელექტაზი
- არითმია
- ინფექცია
- სეფსისი
- ლორწივანის დაზიანება
- კარდიალური არესტი

ტრაქეის სანაჯის აღჭურვილობა

- პულსოქსიმეტრი და აპაციენტის მონიტორი
- სტერილური NaCl 0.9%
- სასანაჯო აპარატი
- ამბუსპარკი მიერთებული 100% ჟანგბადთან
- დამცავი სათვალე
- სტერილური ხელთათმანი (ლიასასანაჯო ზონდისათვის)
- არასტერილური ხელთათმანი და ხურულისასანაჯოს სტემისათვის

- სათანადო ზომის სტერილური

პროცედურის მსვლელობა

1. დარწმუნდით სანირების აუცილებლობაში და მიიღეთ დასტური ექიმისაგან პროცედურის ჩატარებაზე. თუ, პაციენტი გონებაზე აგაეცანით მას და აუხსენით პროცედურის არსი და მიზანი.
2. მოამზადეთ აღჭურვილობა, გაიკეთეთ დამცავი სათვალე, ნიღაბი, ქუდი.
3. ჩართეთ სასანაციო აპარატი. (შემოწმებული და მუშა მდგომარეობაში) სიმძლავრე შესაბამისად უნდა იქნას დარეგულირებული ახალშობილებისათვის დამოხუცებისათვის. ნეგატიურმა წნევამ შეიძლება დააზიანოს ტრაქეის ლორწოვანი და გამოიწვიოს მნიშვნელოვანი ჰიპოქსია;
4. დაიბანეთ ხელი თხევადი ანტიბაქტერიული საპნით, გაიმშრალეთ ქაღალდის ხელსახოცით, დაიმუშავეთ სპირტიანი ანტისეპტიკური ხსნარით. (იხილეთ პროტოკოლი).
5. მოამზადეთ ფიზიოლოგიური ხსნარი შპრიცში, საინტუბაციო მილში ჩასასხმელად, ისე რომ არ დაირღვეს ხსნარის სტერილურობა.
6. ჩაიცვით სტერილური ხელთათმანი (იხილეთ პროტოკოლი)
7. აწარმოეთ სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგი;
8. დამხმარე პირმა პირმა მოხნას კონტურისა ინტუბაციო მილის ისე, რომ მილზე დარჩეს ანტიბაქტერიული ფილტრი, დაამაგრეთ მასზე სასუნთქი ბალიში.
9. დამხმარე პირმა მოუშვას ჟანგბადი დაასუნქოს პაციენტი 100% ჟანგბადით 1-2 წთ-ის განმავლობაში ამბუს პარკის მეშვეობით.
10. მარცხენა ხელითაიღეთ სასანაციო აპარატის მილი და მოარგეთ იგის სასანაციო ზონდს.

დაიმახსოვრეთ:

ის ხელი, რომლითაც შეეხებით სასანაციო აპარატის მილს არის კონტამინირებული და არ შეეხებთ სასანაციო ზონდის იმ ნაწილს, რომლითაც ჩადიხართ ტრაქეაში!!!

11. მოახდინეთ სასანაციო ზონდისადმინისტრირება (შეყვანა) ენდოტრაქეალურ ან ტრაქეოსტომულ მილში, სანამ იგრძნობთ წინააღმდეგობას ხოლო შემდეგ კათეტერი ამოსწიეთ 1-2 სანტიმეტრით ისე, რომ არ მოახდინოთ ზეწოლა ვაკუუმ კონტროლის დილაკზე. ჩაშვების დროს არ აწარმოოთ ზეწოლა ვაკუუმ კონტროლის დილაკზე, ჩაშვების ხანგრძლივობა 3 წმ.
12. კათეტერის ამოღებისას, აწარმოეთ ზეწოლა ვაკუუმ კონტროლის დილაკზე, კათეტერის ამოღებას მოანდომეთ 7-10 წმ.

ჩასვლა ამოსვლა სულ მოიცავს 13 წმ

13. ერთი მანიპულაციის დროს, კათეტერიზაციის ხელმეორედ საჭიროების შემთხვევაში, აწარმოეთ ვენტილაცია 100% ჟანგბადით 1-2 წთ განმავლობაში (დამხმარე პირის მიერ) და გამოიყენეთ ახალი სასანაციო ზონდი.
14. თუ ნახველის სქელი კონსისტენციის გამო, საჭირო გახდამისი გათხიერება NaCl 0.9%, მისი ტრაქეაში ჩასხმა უნდა მოხდეს იმ პირის მიერ, ვინც ეხმარება ექთანს პროცედურის ჩატარებაში.
15. პროცედურის მსვლელობისას აწარმოეთ სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგი

პროცედურის მსვლელობისას არ გამოგრჩეთ ჰიპოქსემიის ნიშნები როგორცაა:

არითმია, ციანოზი, ბრონქოსპაზმი, აგზნება და მენტალურის ტატუსის ცვლილებები.

16. ქვედასასუნთქი გზებიდან სკრეტის ევაკუაციის შემდეგ, პაციენტი მიუერთეთ ხელოვნური სუნქვის აპარატს და აწარმოეთ ზედა სასუნთქი გზების სანაცია.
კერძოდ: ცხვირისა და პირის ღრუს სანირება



დაიმახსოვრეთ:

ცხვირისა და პირის სანირებისას გამოყენებული კათეტერი არ გამოიყენება ტრაქეის სანაციისთვის!!!

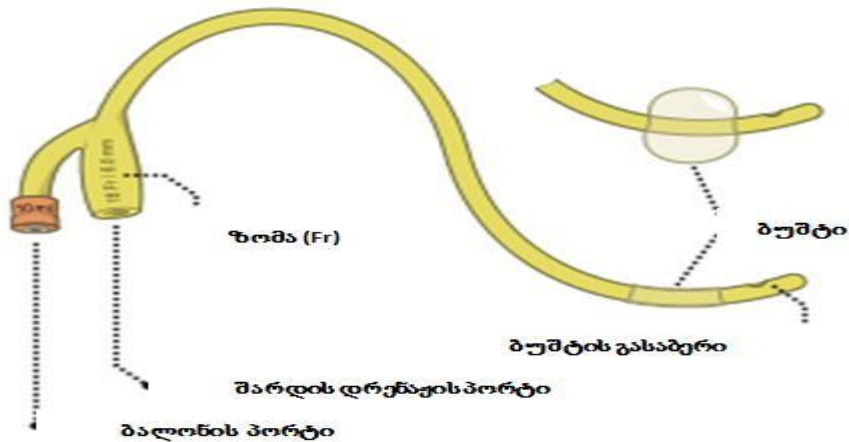
17. სანაციის დასრულების შემდგომ დაიხვეთ სასანაციო ზონდიხელზე და გაიხადეთ ხელთათმანი ისე, რომ ზონდიხი ექცეს ხელთათმანის შიგნით. ზონდიხი ხელთათმანი გადაადგდეთ "ბ" ჯგუფის ნარჩენების კონტეინერში.
18. გამორთეთ სასანაციო აპარატი და დაკეტეთ ჟანგბადი.

შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია

შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია ხორციელდება ფოლეის კათეტერით, რომელიც თავსდება შარდის ბუშტში ურეტრის გავლით;



ფოლეის კათეტერის არხი



ერთარხიანი კათეტერი – არ შეიცავს საფიქსაციო ბუმტს და გამოიყენება ერთჯერად ად შარდის ბუმტის დასაცვლელად ან შარდის ასაღებად.

ორარხიანი კათეტერი – ერთი სადრენაჟო არხი, რითაც ხდება შარდმიმღებთან დაკავშირება და მეორე რისი საშუალებითაც კათეტერის ბოლოს არსებული ბუმტი გაიბერება და ახორციელებს ფიქსაციას;

გამოიყენება: უროლოგიაში, ზოგადქირურგიაში, მეანობა-გინეკოლოგიაში, ნეიროქირურგიაში, საოპერაციოში, მიმღებგადაუდებელ განყოფილებაში.

სამარხიანი კათეტერი – აქვს სადრენაჟო არხი, ბუმტის გასაბერი არხი და საირიგაციო არხი;

გამოიყენება უროლოგიაში (შარდის ბუმტის გამოსარეცხად).

ფოლეის კათეტერის ზომა

კათეტერის დიამეტრი ციზომება ფრენჩებით. შეიძლება იყოს 6-26 Fr (ერთი ფრენჩი არის 0.3მმ);

ფოლეის კათეტერის ზომ აასაკის/სქესის მიხედვით

- ბავშვებში 6-10 Fr
- მამაკაცებში 14-16 Fr
- ქალები 16-18 Fr
- საირიგაციოდ გამოიყენება 22 Fr



ჩვენება:

- შარდის მწვავე შეკავება
- შარდის გამოყოფის მონიტორინგი
- შარდის შეგროვება სადიაგნოსტიკო მიზნებისათვის
- ქვედასაშარდესისტემის უროლოგიური შეფასება
- შარდის შეუკავებლობა

უკუჩვენება

- მენჯის ტრამვა
- პერინეალური ჰემატომა
- შარდის ბუშტის კენჭოვანი დაავადება
- ჰემატურია

ყურადღებამიაქციეთ, ხომარაღენიშნებაპაციენტს საშოდან გამონადენი

გართულებები:

- ქალიშვილებში საშოს კათეტერიზაცია და დეფლორაციის (საქალაქულე აპკის მთლიანობის დარღვევა) საშიშროება.
- ნოზოკომეალური ინფექცია (განპირობებულია იმით რომ პროცედურა უხშირესად ტარდება მიმღებ გადაუღებელ დეპარტამენტში);
- ალერგია ლატექსის მიმართ

აღჭურვილობა:

შარდისბუშტის კათეტერიზაციის ნაკრები, რომელშიც შედის:

- 1ც - ინსტრუმენტისთასი
- 2ც - 100მლ ჭიქა
- 2ც - მთლიანიშემოფარგვლა
- 1ც - ნახვრეტისანიშემოფარგვლა
- 1ც - ანატომიურიპინცეტი
- 5ც - დოლბანდის ბურთულა

ცალკე

- შარდისბუშტის კათეტერისათანადოზომის
- სტერილური ხელთათმანი
- არასტერილური ხელთათმანი
- სტერილური შარდმიმღები
- შპრიცი 20მლ
- Na CL 0.9% ანსტერილურიწყალი
- ბეტადინი
- სტერილური ლუბრიკანტი
- თბილისაპნიანიწყალი
- ტილო/პირსახოცი
- პამპერსისქაღალდი



შარდის ბუშტის ჩაყენების ტექნიკა ქალებში

მიიღეთ ექიმისგან დასტური პროცედურის ჩატარებაზე. თუ პაციენტი გონზეა გაეცანით და აუხსენით პროცედურა. აუხსენით, რომ მან შეიძლება განიცადოს დისკომფორტი და ჰქონდეს წვის შეგრძნება, რომ უნდა შარდზე გასვლა. შეინარჩუნეთ პაციენტის პრივატულობა და ადექვატური განათება.

1. მოამზადეთ აღჭურვილობა , შეამოწმეთ სტერილური მასალის ვადა.
2. დააწვინეთ პაციენტი ზურგზე. ზურგის ქვეშ დაუფინეთ პამპერსის ქალაღდი. თუ პაციენტის მდგომარეობა არ მოითხოვს კათეტერის სწრაფ ადმინისტრირებას(ჩაყენებას), სააპროექციო არე დაბანეთ თბილი საპნიანი წყლით და გაამშრალეთ.



3. დააფარეთ პაციენტს ზეწარი.

4. გახსენით სტერილური მასალა ისე, რომ არ შეეხოთ სტერილურ აღჭურვილობას, ჩაასხით ბეტადინი მისთვის განკუთვნილ ჭიქაში.

ჩაასხით სტერილური წყალი ან ნატრი ქლორი 0,9% (ფიზიოლოგიური ხსნარი) მისთვის განკუთვნილ ჭიქაში.

დაიბანეთ ხელი ანტიბაქტერიული საპნით, გაიმშრალეთ ქაღალდის პირსახოცით და დაიმუშავეთ სპირტნარევი ანტისეპტიკური ხსნარით

6. ჩაიცვით სტერილური ხელთათმანი.

7. დაიმახსოვრეთ! გაცვიათ სტერილური ხელთათმანი, არ შეეხოთ არასტერილურ ზედაპირებს.

გააკეთეთ წმენდა საპროექციო არის ბეტადინით, ზემოდან ქვემოთ სამჯერ (სტერილური პინცეტით და ბურთულით).

8. დააფინეთ ნახვრეტისანი შემოფარგვლა ბოქვენზე.

9. დააფინეთ მთლიანი შემოფარგვლა ფეხებს შორის.

10. გახსნილი პირველი პირებიდან სტერ.კორცანგით ამოიღეთ:

- ფოლეთის კათეტერი
- ლუბრიკანტი
- შარდმომღები
- შპრიცი 20,0 სტერ.წყლისათვის.

11. გადააწყვეთ ეს ყველაფერი სტერილურ, მთლიან შემოფარგვლაზე

12. შეამოწმეთ კათეტერის ბუშტის მთლიანობა ჰაერის ჩატუმბვით, (შემდეგ ჩაჩუტეთ)

13. შეაერთეთ შარდმომღები და ფოლეთის კათეტერი (გაცვიათ სტერ. ხელთათმანი)

14. შეავსეთ შპრიცი სტერილური წყლით

15. მოარგეთ შევსებული შპრიცი ფოლეთის კათეტერს.

16. წაუსვით სტერილური ქელე

17. გადასწიეთ სასირცხო ბაგეები ისე, რომ კარგად გამოჩნდეს შარდსადენის გარეთა ხვრელი იმ ხელით, რომლითაც არ შეეხებით კათეტერს.

დაიმახსოვრეთ! ეს ხელი კონტამინირებულია(დაბინძურებულია)

არ შეეხოთ სტერილურ ზედაპირებს.

18. სტერილური ხელით დაიწყეთ სწრაფი მოძრაობით კათეტერის ადმინისტრირება (შეყვანა) შარდსადენში.

19. თუ გაძნელებულია კათეტერის შეყვანა, სთხოვეთ პაციენტს ღრმად და ნელა ჩაისუნთქოს და ამოისუნთქოს, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს სპინქტერის მოდუნება. არ დაატანოთ ძალა კათეტერის შეყვანას. როდესაც კათეტერი გასცდება ნახევარს მიიღებთ შარდს. შეიყვანეთ კათეტერი ბოლომდე და გაბერეთ მანჟეტი სტერილური წყლით ან ნატრი ქლორით 0,9% (რაოდენობა აწერია მანჟეტის სანათურს); თუ მანჟეტის გაბერვა გაძნელებულია ან პაციენტმა იგრძნო ტკივილი გაბერვისას, ჩაფუშეთ მანჟეტი და მოახდინეთ კათეტერის უფრო ღრმად ადმინისტრირება. ამის შემდეგ გაბერეთ ხელმეორედ კათეტერი.

20. ნაზი მოძრაობით გამოსწიეთ კათეტერი უკან, სანამ არ იგრძნობთ წინააღმდეგობას.

21. მოაცილეთ შემოფარგვლა და დაამაგრეთ კათეტერი ფეხზე ლეიკოპლასტიკით ისე, რომ კათეტერი არ ეხებოდეს კანის ზედაპირს.

22. მოაშორეთ დარჩენილი ბეტადინი და ლუბრიკანტი პაციენტს. მიაღაგეთ საპროცედურო არე, სამედიცინო ნარჩენები გადაყარეთ B ჯგუფის კონტეინერში.

23. მოიხსენით ხელთათმანი და დაიბანეთ ხელი.

24. პაციენტის შემოვლის ფურცელში დააფიქსირეთ კათეტერის ჩაყენების დრო და შემსრულებლის ვინაობა. მოახსენეთ ცვლის უფროსს პრობლემები, რომლებიც შეგხვდათ ჩადგმისას (სისხლი ან თუ ვერ მოახერხეთ კათეტერის ჩადგმა).

მამაკაცებში ფოლიის ჩადგმა. განსხვავება:

- წმენდა (მამაკაცებში ჯერ შემოფარგვლა, შემდეგ წმენდა; ქალებში კი პირიქით- ჯერ წმენდა, შემდეგ შემოფარგვლა).

- წოლის პოზიცია (ქალებში მოხრილია ქვედა კიდურები, მამაკაცებში კი - არა)

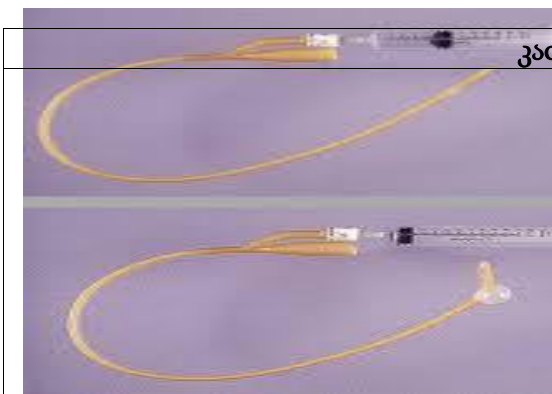




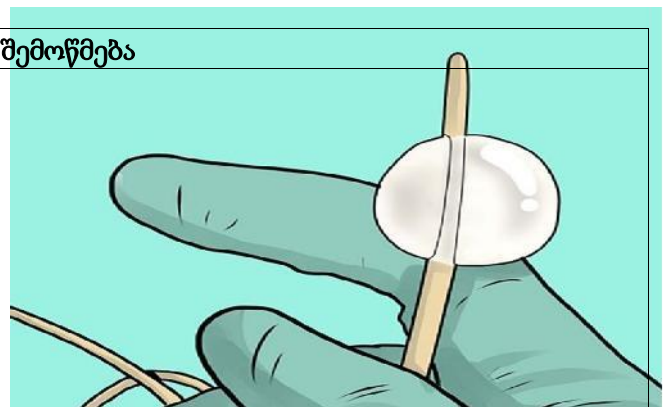
პოზიცია ქალებისათვის შპკ დროს

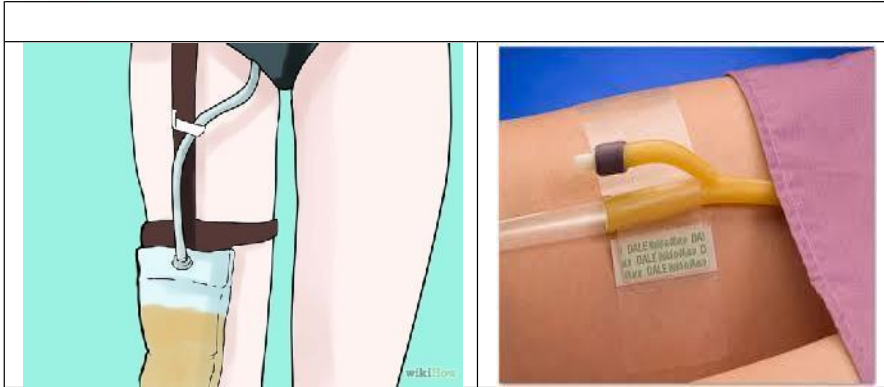


პოზიცია მამაკაცებისათვის შპკ დროს



კათეტერის შემოწმება





კათეტერის დამაგრება

ოყნა

ამ პროცედური დროს ხორციელდება სითხის შეყვანა სწორ და მსხვილ ნაწლავში.

ოყნის სახეები:

1. გამჭმენდი ოყნა: სითხის შეყვანა სწორ ნაწლავში და კოლინჯში ნაწლავის გაჭმენდის მიზნით. გამოიყენება:

- ოპერაციის წინ
- სადიაგნოსტიკო მომზადების მიზნით
- ინტოქსიკაციის დროს
- ოყნით მედიკამენტების შეყვანის წინ

გამჭმენდი ოყნის ტიპებია:

- ონკანის წყალი: 1000 მლ თბილი წყალი
- საპნიანი წყალი: 5 მლ საპონი (კასტილის საპონი) გახსნილი 1000 მლ თბილ წყალში
- სიფონის ოყნა: ასტიმულირებს პერისტალტიკას, წმენდს ნაწლავს და ხსნის მუცლის შებერვის სიმპტომებს

გამხსნელი ოყნა:

გამოიყენება: ყაბზობის დროს. გამხსნელი ოყნის ტიპებია:

- მარილიანი წყალი: 2 ჩაის კოვზი მარილი გახსნილი 1000 მლ თბილ წყალში
- კომერციულად მომზადებული: წინასწარმომზადებული ოყნები

შემაკავებელი ოყნა: სითხის შეყვანა სწორ ნაწლავში და კოლინჯში ნაწლავის გაჭმენდის ხელშეწყობის მიზნით, ასევე გააჩნია ემოლანტის თვისება – ახდენს კოლინჯის გაღიზიანებულ ქსოვილების ჩაცხრობას, გამოიყენება მედიკამენტების შეყვანის მიზნითაც. შემაკავებელ ოყნებად გამოიყენება წინასწარმომზადებული ოყნები



უკუჩვენებები:

- მსხვილი ნაწლავისა და ანუსის ლორწოვანი გარსის მწვავე ანთებითი დაავადებები და ეროზიულ-წყლულოვანი დაზიანებები, მუცლის ღრუს ორგანოთა ზოგიერთი მწვავე ქირურგიული დაავადება (მწვავე აპენდიციტი, პერიტონიტი)
- კუჭიდან ან ნაწლავებიდან სისხლდენა
- მსხვილი ნაწლავის სიმსივნე
- მუცლის ღრუს ორგანოებზე წარმოებული ოპერაციის შემდგომი პერიოდი (პირველი დღეები);
- ნახეთქები ანუსზე ან სწორი ნაწლავის ლორწოვანის გამოვარდნა
- გულ-სისხლძარღვთა მძიმე უკმარისობა

ოყნის გართულებები:

- ნაწლავის კედლის ტრავმა
- ნაწლავის პერფორაცია
- სისხლდენა

საჭირო ინფორმაცია:

1. აუცილებელია ექიმის დანიშნულება
2. გამწმენდი ოყნის რაოდენობაა 750-1000 მლ მოზრდილებისათვის; 250-500 მლ სასკოლო ასაკის ბავშვებისათვის; 100-250 მლ სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისათვის; შემაკავებელი ოყნის რაოდენობა განისაზღვრება 250 მლ ან ნაკლებით. ახალშობილის შემთხვევაში ექიმი ახდენს ოყნის რაოდენობის განსაზღვრას.
3. ოყნის შემადგენლობაში შეიძლება შედიოდეს ლორწოვანი გამლიზიანებლები, ამიტომ დარწმუნდით, რომ პროპორცია სწორია და ნივთიერებები კარგად არის შერეული, რათა თავიდან ავიცილოთ ლოკალიზებული გალიზიანება.
4. შეავსეთ ოყნა სითხით, რათა თავიდან იქნას აცილებული ნაწლავში ჰაერის შეყვანა



5. ოყნა, განსაკუთრებით შემაკავებელი ოყნები, სასურველია გაკეთდეს საკვების მიღებამდე, რადგან სავსე კუჭის შემთხვევაში ძლიერდება პერისტალტიკა და შეკავება რთულდება
6. ექთანმა უნდა შეაფასოს მუცელი პროცედურამდე და პროცედურის შემდეგ.
7. რექტალური კათეტერი უნდა იქნას შეყვანილი 10 სმ-ით მოზრდილებში, 5-7,5 სმ-ით ბავშვებში და 2,5-3,8 სმ-ით ახალშობილებში.
8. არ აწიოთ ხსნარის კონტეინერი ანალური არიდან 45-50 სმ-ით ზემოთ
9. თუ დანიშნულია ოყნა სრულ გაწმენდამდე, არ მისცეთ 3-ზე მეტი, რათა არ მოხდეს სწორი ნაწლავის ლორწოვანის ზედმეტი გაღიზიანება. თუ ნაწლავი სრულად არ გაიწმინდა, აცნობეთ ექიმს.
10. შესაძლებელია შემაკავებელი ოყნის შემდეგ საჭირო გახდეს გამწმენდი ოყნის გაკეთება.

პაციენტის განათლება:

1. პაციენტს აუხსენით პროცედურა
2. პაციენტს აუხსენით, რომ სითხის შეყვანის დროს ისუნთქოს ნელა და ღრმად
3. შემაკავებელი ოყნის შემთხვევაში აუხსენით პაციენტს, რომ თავი შეიკავოს დეფეკაციისაგან განსაზღვრული დროის განმავლობაში.
4. პაციენტს აუხსენით, რომ საჭიროებისას მოგმართოთ დასახმარებლად.

აღჭურვილობა:

1. ერთჯერადი ოყნის კომპლექტი
2. თეთრეულის დამცავი მუშამბა
3. ხსნარი და სხვა დანამატები
4. არასტერილური ხელთათმანი
5. დამატებითი ლუბრიკანტი
6. აბაზანის პირსახოცი
7. ხელსახოცი/ერთჯერადი ნაჭრის ხელსახოცები



8. ხალათი
9. ი/ვ შტატივი
10. ტუმბო ან სკამი სუდნოს დასადებად
11. სუდნო, გადასაფარებელი, ტულეტის ქალაღდი
12. კანის ლოსიონი

პროცედურა:

აღჭურვილობისა და ხსნარის მომზადება:

1. ი/ვ შტატივი მოათავსეთ საწოლის ბოლოსთან
2. გახსენით ოყნის კომპლექტი. დახურეთ მომჭერი.
 - ა. აავსეთ კონტეინერი 1000 მლ თბილი და არა ცხელი წყლით. საჭიროებისას, დაამატეთ დამატებითი ნივთიერებები და კარგად შეურიეთ ან
 - ბ. დაამზადეთ სხვა ტიპის საჭირო ხსნარი, რომლებიც აღწერილია ზემოთ ან
 - გ. დაიცავით კომერციულად მომზადებული პაკეტის ინსტრუქციები
3. სითხე შეიყვანეთ ოყნაში ისე, რომ გამოიღვენოს ჰაერი
4. ჩამოკიდეთ სითხიანი პაკეტი ი/ვ შტატივზე ისე, რომ არ იყოს ანუსიდან 45-50 სმ-ზე მაღლა

პროცედურის მსვლელობა:

1. უზრუნველყავით პრივატული გარემო
2. პაციენტს გადახადეთ საბანი და მოაფარეთ აბაზანის პირსახოცი
3. ბარძაყების ქვეშ მოათავსეთ თეთრეულის დამცავი მუშამბა
4. პაციენტთან ახლოს იქონიეთ სუდნო
5. პაციენტი უნდა გადაბრუნდეს მარცხენა გვერდზე, ორივე ფეხი უნდა იყოს მოხრილი მუხლებში



6. დაიბანეთ ხელი
7. ჩაიცვით ხელთათმანები
8. რექტალურ მილი დაასველეთ ლუბრიკანტით
9. პაციენტს გადახადეთ საბანი ბარძაყებიდან
10. დუნდულოები გადაწიეთ ერთი ხელით, პაციენტს სთხოვეთ მოდუნდეს და მეორე ხელით (რექტალური მილი გიკავიათ ბოლოდან 10-12 სმ-ით დაშორებით) ნაზად შეგყავთ მილი სწორ ნაწლავში 5-8 სმ-ით. თუ მილი არ შედის თავისუფლად, ნაწლავში შეიყვანეთ მცირე რაოდენობით წყალი, რათა შიდა სფინქტერი მოდუნდეს და მოგვცეს გადაადგილების საშუალება.
11. მოუშვით მომჭერი და შეუშვით ხსნარი ნაწლავში. თუ პაციენტი უჩივის სპაზმს, აუხსენით მას, რომ ისუნთქოს ღრმად პირით. ამავდროულად, გადაკეტეთ მომჭერი 1,5 წუთით.
12. თუ ნაკადი შენელდა ან შეწყდა, კათეტერი შესაძლოა დაბინძურდა განავლოვანი მასებით ან მიეზღინა სწორი ნაწლავის კედელს. ნაზად გამოწიეთ კათეტერი გასათავისუფლებლად, ისე რომ არ გამოიწვიოთ დეფელაციის სტიმულირება. თუ კათეტერის ბოლო რჩება დაბინძურებული, გამოიღეთ მილი და სწრაფი ნაკადის გამოშვებით გაათავისუფლეთ მილის ბოლო.
13. როდესაც სითხე სრულად იქნება შეყვანილი ან პაციენტი ვეღარ იტანს პროცედურას, დაკეტეთ მომჭერი.
14. გამოიღეთ მილი სწორი ნაწლავიდან და მოათავსეთ ტუალეტის ქალაღზე.
15. დუნდულოებს დააწექით მაგრად, რათა მოხდეს სფინქტერის სტიმულირება და შეყვანილი სითხის შეკავება. გამწმენდი ოყნის დროს პაციენტს აუხსენით, რომ ხსნარი შეძლებისდაგვარად შეიკავოს 15 წუთის განმავლობაში. შემაკავებელი ოყნის შემთხვევაში პაციენტს აუხსენით, რომ ხსნარი შეიკავოს ექიმის მიერ შერჩეული დროის განმავლობაში (30-60 წუთი)
 - ა. პაციენტი მოათავსეთ სუდნოზე ან დაეხმარეთ ტუალეტში გასვლაში. თუ შესაძლებელია, ასწიეთ საწოლის თავი. ტუალეტის ქალაღი დადეთ პაციენტისთვის ხელმისაწვდომ ადგილას. შეახსენეთ პაციენტს, რომ საჭიროებისას შეუძლია მოგმართოთ დახმარებისთვის.
 - ბ. როდესაც პაციენტს აღარ სჭირდება სუდნო, დაადაბლეთ საწოლის თავი და გამოაცალეთ პაციენტს სუდნო ან მიაცილეთ იგი საწოლამდე.
 - გ. გაასუფთავეთ ანალური მიდამო, თუ პაციენტს თვითონ არ შეუძლია ამის გაკეთება და



დაამუშავეთ კანი

დ. მოაცილეთ დაბინძურებული თეთრეულის დამცავი ბალიში და გამოცვალეთ თეთრეული საჭიროებისას

ე. პაციენტს მიეცით ხელსახოცი ხელის ჰიგიენისთვის ან საჭიროებისას, დაეხმარეთ

ვ. საწოლს მიეცით პაციენტისთვის კომფორტული მდგომარეობა

ზ. აღწერეთ შიგთავსის მახასიათებლები (რაოდენობა, ფერი, კონსისტენცია და ა.შ.) სუდნოს დაცლამდე. სუდნო კარგად გარეცხეთ გამდინარე წყლით, გაავლეთ დეზინფექტანტიან ხსნარში და დააბრუნეთ თავის ადგილას.

16. ოყნის აღჭურვილობის გადაყრისას/შენახვისას დაიცავით წესები. თუ დანიშნულია ოყნის შემდგომი პროცედურები, გარეცხეთ ოყნის კომპლექტი თბილი, საპნიანი წყლით, გააშრეთ, გაუკეთეთ აღნიშვნა და შეინახეთ სათანადოდ.

17. საოყნე ოთახის დეზინფექციის შემდეგ განიავების მიზნით შეგიძლიათ გამოიყენოთ ჰაერის გამწმენდი საშუალებები.

სიფონის ოყნა

საჭირო ინფორმაცია:

1. თუ პაციენტი 1 სთ-ზე მეტი ხნით იკავებს შეყვანილ ხსნარს, იგი უნდა იქნას გამოდევნილი

2. ხსნარის გამოძევების შეუძლებლობა შეიძლება მიუთითებდეს დასუსტებულ ნერვულ-კუნთოვან პასუხზე, შესაძლო ნაწლავის პერფორაციაზე ან ელექტროლიტურ დისბალანსზე. აცნობეთ ექიმს და მიიღეთ სიფონის ოყნის ჩატარების ნებართვა

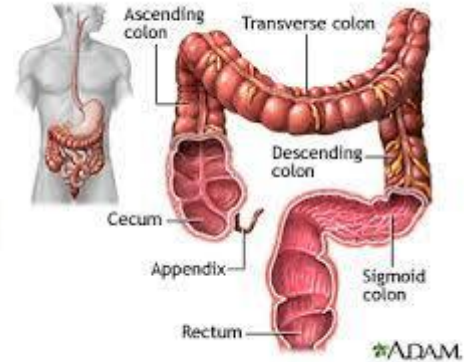
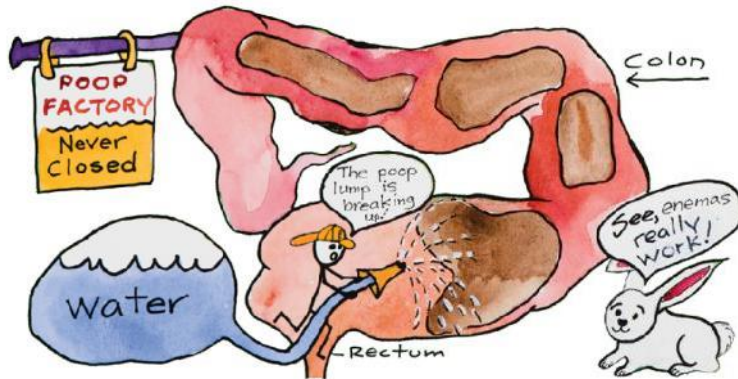
აღჭურვილობა:

- ოყნის კომპლექტი 50 მლ თბილი წყლით
- თეთრეულის დამცავი მუშამბა
- რექტალური მილი
- ლუბრიკანტი
- სუდნო

პროცედურა:



- პაციენტი მოათავსეთ მარცხენა გვერდზე საწოლის კიდესთან ახლოს
- სუდნო მოათავსეთ სკამზე, ისე რომ იყოს მატრასის დონეზე ქვემოთ
- რექტალური მილი დაასველეთ ლუბრიკანტში და შეიყვანეთ სწორ ნაწლავში დაახლოებით 4 სმ-ით.
- მილის მეორე ბოლო მოათავსეთ სუდნოში, რის შემდეგაც სითხე უნდა გამოვიდეს
- თუ სითხე არ გამოდის, შეიყვანეთ 30-50 მლ თბილი წყალი რექტალური მილით. მილის დისტალური ბოლო მოათავსეთ სუდნოში
- გაზომეთ გამოსული სითხე.



სიფონის ოყნა მაღალი ირიგაციით

მიჰყევით ოყნის პროცედურის მსვლელობას. მე-10 საფეხურის შემდეგ, როდესაც სითხე უკვე შეეყვანილია, ოყნის კონტეინერი დაადაბლეთ სწორი ნაწლავიდან 45 სმ-ით ქვემოთ, რათა ხსნარი სიფონის წესით გამოვიდეს უკან. გაიმეორეთ ეს პროცედურა მანამ, სანამ პაციენტი არ იგრძნობს შვებას. ოყნის კონტეინერის ზედა ნაწილი დატოვეთ ღია, რათა განავალს შეეძლოს გამოსვლა.

დოკუმენტირება:

საექთნო შეფასება: მოადინეთ ოყნის გაკეთების დროის, პროცედურის, შეყვანილი სითხის რაოდენობის და ტიპის, გამონაყოფის ფერის დოკუმენტირება, აღწერეთ როგორ გადაიტანა პაციენტმა პროცედურა ან სხვა მნიშვნელოვანი ინფორმაცია

გულისუჯრედებსაქვეთელექტროფიზიოლოგიური თავისებურებები, რაც განსაზღვრავს გულისცემის სიხშირეს დარიტმს.

ელექტროკარდიოგრამის გადაღება

გულს აქვს უნარი ნერვულის ტიმულაციის გარეშე უზრუნველყოს იმპულსის აღმოცენება და გატარება.



მიოკარდიუმის ინფარქტმა, ელექტროლიტების დისბალანსმა, ჰიპოქსიამ, მედიკამენტოზურმა ინტოქსიკაციამ შეიძლება გამოიწვიოს გულის ნებისმიერი უჯრედის მიერ ელექტრული იმპულსის წარმოქმნა და შესაბამისად, არითმია

ელექტროკარდიოგრამა (ეკგ)-ეს არის გულის კუნთში ელექტრულ იმპულსის გავრცელების ამსახველი ჩანაწერი, მისი დაფიქსირება ხდება სხეულის სპეციფიურად გილებზე მოთავსებული ელექტროდებით, რომლებიც უკავშირდება ეკგ-ს მონიტორის სადენების საშუალებით.

ეკგ ზე შეიძლება განვსაზღვროთ - არითმია, მიოკარდიუმის შემთავსებელი ინფარქტი, პერიკარდიტი, ჰიპერტროფია, ელექტროლიტური დისბალანსი (ჰიპერკალემია, ჰიპოკალემია), განვსაზღვროთ გულის ცემის სიხშირე

პროცედურის მიზანი

დიაგნოსტიკური გამოკვლევა

აღჭურვილობა

1. ელექტროკარდიოგრაფი
2. ე.კ.გ. გელი
3. ერთჯერადისაპარსი
4. 5-7ც სპირტიანი დოლბანდის ბურთულა ან ეკგ ჰელე

ეკგ გადაღების ტექნიკა

შეაერთეთ ელექტროკარდიოგრაფი დენის წყაროში. დაელოდეთ სანამ აპარატი გაივლის ტესტს. თუ პაციენტი გონებაზე ამას უნდა აეხსნას რას მოიცავს პროცედურა. დააწვინეთ პაციენტი ზურგზე .

პაციენტმა უნდა:

- ისუნქოს მშვიდად
- არ იმოძრაოს და ილაპარაკოს
- არ ღეჭოს

*გაწმინდეთ კანი. ეს არის არის მნიშვნელოვანი ეტაპი, რადგან კანი ელექტროობის ცუდი გამტარია. მასზე არის ბუნებრივი ბარიერი: მკვდარი ეპიდერმის უჯრედები, ცხიმი, ჭუჭყი.





თუსაჭიროიქნადაამისდროარისთმინისაფარველიუნდა გაიპაროს, კანი გაიწმინდოს საპნიანი წყლით და გამშრალდეს.

გათავისუფლეთ პაციენტის ტორსი დაკიდურებიტანსაცმლისაგან. მოხსენითმას სამკაულები დასაათი.

გადაამოწმეთ რომ ფეხებიარეხებოდეს საწოლის საზურგეს.

დაამაგრეთკიდურების ელექტროდები

კიდურებისელექტროდების დამაგრება:

- პაციენტისმკლავებითავისუფალიუნდაიყოსტანსაცმლისაგან.
- ხელისელექტროდებიუნდადამაგრდესმკლავისშიდამხარესმაჯასადაიდაყვსშორის.
- ფეხისელექტროდიმაგრდებაწვივისშიდამხარესკოჭსადამუხლსშორის.
- არდაამაგროთელექტროდებიძვლოვანზედაპირებზე.
- თუკიდურიდაზიანებულიაანამპუტირებული, დაამაგრეთშემღებისდაგვარადტორსთანახლოსორივეკიდურზეერთდონეზე.

დაამაგრეთგულმკერდისელექტროდები

გულმკერდისელექტროდებიუნდადამაგრდესშემდეგითანმიმდევრობით:

V1;V2;V4;V3;V6;V5.

- V1-მაგრდება გულმკერდისმარჯვენამხარეს 4 ნეკნთაშუასივრცეში.
- V2-მაგრდება გულმკერდისმარცხენამხარეს 4 ნეკნთაშუასივრცეში.
- V4-ლავიწიდან შუახაზზე 5 ნეკნთაშუაარე (V3 ელექტროდიმაგრდება V4 შემდეგ.V2 და V4 ელექტროდისდამაგრებისშემდეგადვილდება V3 ლოკალიზაცია);
- V3-V2 და V4 შორის
- V6-ილიის შუახაზზეიგივედონეზეერაც V4. (V5 ელექტროდიმაგრდება V6 შემდეგ.V4 და V6 ელექტროდისშემდეგადვილდება V5 ლოკალიზაცია)
- V5 –V4 და V6 შორის .იგივედონეზეერა V4 და V6.





კიდურებისკაბელები

- RA -მარჯვენახელიწითელი AVღ
- LA - მარცხენახელიყვითელი AVL
- RL -მარჯვენაფეხიშავი N
- LL -მარცხენაფეხიმწვანე AVF

გულმკერდის კაბელები

- V1,V2,V3,V4,V5,V6.
- პროცედურისდასრულებისშემდეგმოიყვანეთელექტროდებიდაკაბელებიმწყობრში.

ყოველი გამოყენების შემდეგ, გაწმინდეთ ელექტროკარდიოგრაფის და პაციენტის მონიტორის კაბელები სადეზინფექციო სველი საფენებით.

ელექტროკარდიოგრაფის კიდურების და გულმკერდის ელექტროდები არ უნდა იყოს ერთმანეთში არეული.

არ გადაახვიოთ კაბელები მჭირდროდ, რათა არ გამოიწვიოთ შიგნით არსებული ელექტროსადენების დაზიანება.

ელექტროკარდიოგრაფის კაბელები განაცალცალკევით მარჯვენა და მარცხენა მხრივი ელექტროდები გადაიხვიეთ ხელის მტევანზე ისე, რომ არ მოხდეს ელექტროდების დაჭიმვა.

ელექტროკარდიოგრაფის გულმკერდის ელექტროდები განაცალცალკევით და და გადაიხვიეთ ხელის მტევანზე V1; V2; V3 და V4; V5; V6 ცალცალკე, ისე რომ არ მოხდეს ელექტროდების



ლაბორატორიული ნიმუშების აღება და მართვა

ანალიზური ეტაპი მოიცავს სამ ფაზას: პრეანალიზური ანალიზური და პოსტ ანალიზური

ექთანი ძირითადად ცართულია პრეანალიზურ ფაზაში: იღებს და ააგზავნის ნიმუშებს შემდგომი კვლევისათვის

ლაბორატორიაში საკვლევად წარდგენილი ბიოლოგიური მასალა უნდა აკმაყოფილებდეს გარკვეულ მოთხოვნებს:

საკვლევი ბიოლოგიური მასალა აღებული უნდა იყოს შესაბამისი რეკომენდაციების მკაცრი დაცვით;

საკვლევი ბიოლოგიური მასალა ლაბორატორიაში წარდგენილი უნდა იქნას მასალის აღებიდან უმოკლეს დროში;

ლაბორატორიაში წარდგენილ მასალას თან უნდა ახლდეს სათანადოდ შევსებული ფორმა.

მნიშვნელოვანია!!!

- ნიმუშის სახეობის (შრატი, პლაზმა და სხვა ბიოლოგიური სითხეების) გამოყენება/შერჩევა.
- ანალიზის კონცენტრაციაზე მოქმედი ფაქტორები (ჰემოლიზი, სისხლის თეთრი უჯრედები და სხვა).
- არასწორი კონტეინერის გამოყენება

ბიოლოგიური მასალის აღების (შეგროვების) რეკომენდაციების ზუსტი დაცვა და მისი ლაბორატორიაში მართებული წარდგენა, მნიშვნელოვნად ამცირებს პრეანალიზური შეცდომების ალბათობას.

დიურეზის განსაზღვრა და შარდის ანალიზი

შარდი ბიოლოგიური სითხეა, რომელიც წარმოიქმნება თირკმელებში და პერიოდულად გამოიყოფა დღე-ღამის განმავლობაში. კლინიკურად მნიშვნელოვანია არა მარტო შარდის შემადგენელი კომპონენტების განსაზღვრა, არამედ დღე-ღამის განმავლობაში გამოყოფილი შარდის რაოდენობის, ანუ დიურეზის შეფასება.

ხშირად შარდის საანალიზო მასალის აღება ხდება პრეანალიზური ფაზის დარღვევით (ნიმუშის შეგროვება, ტრანსპორტირება, სტაბილურობა). შედეგად ხდება არასწორი ნიმუშის წარდგენა



ლაბორატორიაში, რამაც შესაძლოა განაპირობოს მოსალოდნელი დიაგნოსტიკური შეცდომა. ამიტომ, აუცილებელია შარდის ანალიზის პრენალიზური ფაზის ყველა რეკომენდაციის ცოდნა და დაცვა.

დღე-ღამის განმავლობაში გამოყოფილი შარდის რაოდენობის და ხვედრითი წონის დინამიკის შესაფასებლად რეკომენდებულია სპეციალური ლაბორატორიული ტესტი - ზიმნიცკის სინჯი.

ზიმნიცკის სინჯი

ზიმნიცკის სინჯისთვის მასალის შეგროვების რეკომენდაციები:

შარდი გროვდება 24 საათის განმავლობაში, მათ შორის ღამის საათებში;

მასალის შეგროვების დღეს არ არის რეკომენდებული ჭარბი სითხის მიღება; პაციენტმა უნდა მიიღოს მისთვის ჩვეული სითხის რაოდენობა;

წინასწარ გამზადებული უნდა იყოს 8 კონტეინერი (სუფთა ჭურჭელი) მოცულობით 250-300 მლ. თითოეულ მათგანზე მარკირებული უნდა იყოს პაციენტის სახელი, გვარი, ასაკი, მასალის აღების თარიღი, კონტეინერის ნომერი და დროის შესაბამისი ინტერვალი: 1) დილის 6-9 სთ; 2) 9-12 სთ; 3) 12-15 სთ; 4) 15-18 სთ; 5) 18-21 სთ; 6) 21-24 სთ; 7) ღამის 0-3 სთ; 8) დილის 3-6 სთ.

მასალის შეგროვების დასაწყისში, დილის 6 საათზე, პაციენტი ცლის შარდის ბუშტს და შარდის ეს ულუფა (გაღვიძების შემდეგ მიღებული დილის პირველი შარდი) უნდა გადაიღვაროს. ამის შემდეგ იწყება ყველა გამოყოფილი შარდის შეგროვება შესაბამის, კონკრეტული დროით მარკირებულ კონტეინერში;

თუ რომელიმე სამ საათიანი ინტერვალის განმავლობაში შარდის გამოყოფა არ მოხდა, დროის ამ ინტერვალით მარკირებული კონტეინერი გამოტოვებული უნდა იქნას;

თუ რომელიმე სამ საათიანი ინტერვალის განმავლობაში გამოყოფილი შარდისთვის შესაბამისი კონტეინერი არასაკმარისი აღმოჩნდა, უნდა გამოიყოს დამატებითი კონტეინერი და მასზე გაკეთდეს ანალოგიური მარკირება;

მასალის შეგროვება მთავრდება მომდევნო დღის დილის 6 საათზე, რის შემდეგ ყველა კონტეინერი, მათ შორის დამატებითიც, წარდგენილი უნდა იქნას ლაბორატორიაში.

შარდის ნიმუშების შეგროვების საერთო რეკომენდაციები:

არ შეიძლება შარდი ს შეგროვება ღამის ქოთანში ან სხვა ჭურჭელში.

კარგად უნდა გასუფთავდეს ურეთრის შესავალი სინჯის აღებამდე, რათა თავიდან აიცილოთ ადგილობრივი ფლორით დაბინძურება. მასალის შეგროვების წინ აუცილებელია გარე გენიტალიების ტუალეტი;



გარე გენიტალიების ტუალეტისთვის რეკომენდებულია საპნის და არა სადეზინფექციო ხსნარის გამოყენება, რადგან შარდში შეღწევის შემთხვევაში ამ უკანასკნელმა შესაძლოა იმოქმედოს მიკროორგანიზმებზე როგორც ინჰიბიტორმა.

ნიმუშის შეგროვების დროს ქალებისთვის რეკომენდებულია ვაგინალური ტამპონის გაკეთება; შარდის ტრანსპორტირება უნდა მოხდეს სტერილური კონტეინერით ან სინჯარით.

ნიმუშის კონტეინერზე დატანილი უნდა იქნას პაციენტის საიდენტიფიკაციო მონაცემები (სახელი, გვარი, ასაკი) და მასალის შეგროვების დრო;

ყველა სახის ნიმუში ლაბორატორიას საანალიზოდ უნდა მიეწოდოს შეგროვებიდან არაუგვიანეს 1,5 საათისა;

თუ მისი ტრანსპორტირება ამ ხნის მანძილზე ვერ მოხერხდა, შარდი უნდა მოთავსდეს მაცივარში (ბაქტერიების რაოდენობა სტაბილური რჩება 24 საათის განმავლობაში 40C-ზე). არ გაყინოთ!

შარდის შეგროვების საერთო რეკომენდაციები პანციენტისთვის

- სინჯის აღებამდე დაიბანეთ ხელები საპნით და გაიშრეთ.
- დაიბანეთ ურეთრის შესავალი საპნით.
- ჩაიბანეთ მიდამო წყლით და გაიმშრალეთ.
- გამოუშვით შარდის რამდენიმე მილილიტრი (არ შეაჩეროთ შარდის გამოშვება).
- აიღეთ შარდის შუა ულუფა სტერილურ კონტეინერში.

შარდის ცალკეული ნიმუშების შეგროვების რეკომენდაციები:

- დილის პირველი ნიმუში--გროვდება დილით, გაღვიძების შემდეგ გამოყოფილი მთელი ულუფა;
- მეორე გამოყოფის ნიმუში--დილის პირველი ნიმუში იღვრება, მეორე გამოყოფის შარდი გროვდება სრულად;
- შემთხვევითი ნიმუში--გროვდება ერთი ნებისმიერი გამოყოფის შარდის სრული ულუფა;
- 24 საათიანი ნიმუში--გროვდება 24 საათის განმავლობაში გამოყოფილი შარდის რაოდენობა;
- შუალედური ნიმუში--შარდის ერთი სრული გამოყოფის შუა ნაწილი.

რეკომენდაციები შარდის 24-საათიანი ნიმუშის შეგროვების შესახებ:



შეგროვების პერიოდში რეკომენდებულია 1,5-2 ლ სითხის მიღება მთელი დღის განმავლობაში;
შესაგროვებლად უნდა გამოიყოს 2-3 ლ. კონტეინერი მჭიდრო თავსახურით, რომელიც ნიმუშის
შეგროვების პერიოდში უნდა დაიდგას გრილ და ბნელ ადგილას;
გაღვიძების შემდეგ მიღებული დილის პირველი შარდი უნდა გადაიღვაროს;
შეგროვება იწყება მეორე გამოყოფის ნიმუშიდან წინასწარ გამზადებულ 2 ლ. კონტეინერში,
რომელზეც უნდა გაკეთდეს შეგროვების დაწყების დროის მარკირება;
კონტეინერში ემატება ყოველი შემდეგი გამოყოფის შარდის სრული ულუფა მეორე დღის
დილის პირველი ნიმუშის ჩათვლით და ნიმუშის შეგროვების პროცედურა მთავრდება;
კონტეინერზე უნდა გაკეთდეს შეგროვების პროცედურის დასრულების დროის მარკირება;
ნიმუში შეუფერხებლად უნდა მიეწოდოს ლაბორატორიას საანალიზოდ.

ნახველის შეგროვება

ნახველი –სასუნთქი გზების (ფილტვები, ბრონქები, ტრაქეა, ხორხი) პათოლოგიური
გამონაყოფია. გამოიყოფა ხველების ან ამოხველების დროს და როგორც წესი მას ერევა ნერწყვი
და ცხვირხახის ლორწო. ამიტომ, აუცილებელი და მნიშვნელოვანია მასალის შეგროვების
წესების ცოდნა და მათი დაცვა.

ნახველის ნიმუში უმჯობესია შეგროვდეს დილით, საკვების მიღებამდე და წარდგენილი იქნას
ლაბორატორიაში რაც შეიძლება სწრაფად!

ნახველის შეგროვების რეკომენდაციები:

სინჯის ამღები სთხოვს ავადმყოფს კარგად გაიხეხოს კბილები და გამოირეცხოს პირის ღრუ და
ხახა ანადუღარი წყლით;

ვუხსნით ავადმყოფს, არ ამოახველოს კონტეინერში ნერწყვი ან ცხვირის გამონადენი;

ვიღებთ სინჯს ღრმა ამოხველების შემდეგ ჩასახრახნთავსახურიან სტერილურ ჭიქაში ან სხვა
მოხერხებულ კონტეინერში;

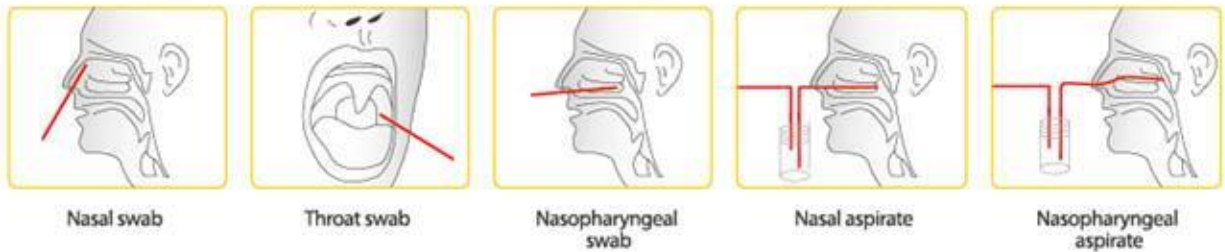
კონტეინერზე დატანილი უნდა იქნას პაციენტის საიდენტიფიკაციო მონაცემები (სახელი, გვარი,
ასაკი) და მასალის შეგროვების დრო;



მასალა წარდგენილი უნდა იქნას ლაბორატორიაში ექიმის მიმართვასთან ერთად 2 საათის განმავლობაში, რადგან მისი ხანგრძლივი დგომა იწვევს ფლორის გამრავლებას და უჯრედული ელემენტების აუტოლიზს.

თუ მასალის ლაბორატორიაში წარდგენა გვიანდება, ის უნდა მოთავსდეს გრილ და ბნელ +(2-8)0C ადგილას ან მაცივარში 4 საათისა, ნახველის აღებამდე პირსა და ყელში წყალი გამოივლოს.

ვილებთ სინჯს ღრმა ამოხველების შემდეგ ჩასახრახნთავსახურიან სტერილურ ჭიქაში ან სხვა მოხერხებულ კონტეინერში.



ნახველის აღება

სინჯს ვილებთ ანტიმიკრობული თერაპიის დაწყებამდე, როცა ეს შესაძლებელია.

სინჯს ვილებთ ისე, რომ იგი არ დაბინძურდეს ადგილობრივი მიკროფლორით.

ვილებთ საკმარისი რაოდენობის სინჯს - არასაკმარისი ოდენობა შესაძლოა ცრუ უარყოფითი შედეგის მიზეზად იქცეს.

რეკომენდაციები ნახველის აღების დროს

თუ ჩასატარებელია ნახველის საერთო ანალიზი, საკმარისია ნახველის მხოლოდ ერთი ნიმუში;

თუ ჩასატარებელია ნახველის ციტოლოგიური გამოკვლევა ან ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის აღმოჩენის ანალიზი, საანალიზოდ საჭიროა ნახველის თითო ნიმუში სამი დღის განმავლობაში; ყოველი ნიმუში ლაბორატორიაში წარდგენილი უნდა იქნას მასალის შეგროვების დღეს.

თუ ამოხველებით ნახველის მიღება ვერ ხერხდება, საანალიზო მასალას იღებენ ბრონქოსკოპიით!

განავლის შეგროვება

განავალი სწორი ნაწლავის შიგთავსია, რომელიც მიიღება დეფეკაციით.



განავლის შეგროვების რეკომენდაციები:

მასალის შეგროვებამდე პაციენტმა უნდა ჩაიტაროს ჰიგიენური ტუალეტი;

მასალა გროვდება სპეციალურ ერთჯერად სტერილურ კონტეინერში ან სუფთა, მშრალ, ფართოყელიან მინის ან პლასტმასის ჭურჭელში;

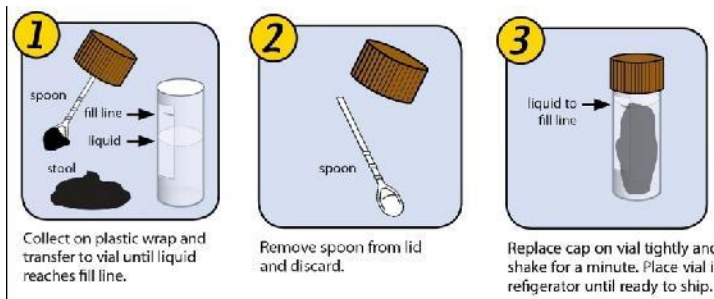
ჭურჭელი მოათავსოს სტერილურ, განიერ, გაუმტარ კონტეინერში, რომელსაც კარგად ეხურება სახურავი;

შეგროვების პროცესში მასალას არ უნდა შეერიოს შარდი, ამიტომ თუ საჭიროა, პაციენტმა წინასწარ უნდა დაცალოს შარდის ბუშტი;

კონტეინერში უნდა მოთავსდეს დეფეკაციით მიღებული მასის ნაწილი სხვადასხვა ადგილებიდან და დაეხუროს თავი;

კონტეინერს გარკვევით დააწეროს ავადმყოფის სახელი, გვარი, სინჯის ადების დრო და თარიღი.

განავლის ნიმუში ლაბორატორიაში წარდგენილი უნდა იქნას ექიმის მიმართვასთან ერთად, მასალის შეგროვებიდან 8-12 საათის განმავლობაში;



თუ ჩასატარებელია განავლის გამოკვლევა ფარულ სისხლდენაზე

გამოკვლევამდე 2-3 დღით ადრე პაციენტს ეკრძალება ხორცის, კვერცხის, თევზის, ხიზილალას, ღვიძლის, პომიდვრის, ვაშლის, მწვანე ბოსტნეულის, წიწიბურას ფაფის, ბროწეულის მიღება;

გამოკვლევამდე 2-3 დღით ადრე პაციენტს უნდა მოეხსნას რკინის პრეპარატები;

საანალიზოდ საჭიროა თითო ნიმუში დღეში 3 დღის განმავლობაში; ყოველი ნიმუში ლაბორატორიაში წარდგენილი უნდა იქნას მასალის შეგროვების დღეს.

განავლის შეგროვება არარეკომენდებულია:

ასანთის კოლოფში, ქაღალდში, და სხვა მოუხერხებელ ჭურჭელში;



გამწმენდი ოყნის შემდეგ;

იმ მედიკამენტების მიღების შემდეგ, რომლებიც მოქმედებენ პერისტალტიკაზე (მაგ. ბელადონა, პილოკარპინი და ა.შ.) და განავლის ფერზე (რკინის, ბარიუმის, ბისმუტის პრეპარატები);

საფაღარათო საშუალებების მიღების შემდეგ;

რექტალური სანთლების შეყვანის ან აბუსალათინის ზეთის მიღების შემდეგ;

იმ საკვები პროდუქტების მიღების შემდეგ, რომლებიც მოქმედებენ განავლის ფერზე.

ვენური სისხლის აღება

სისხლის აღება ვენიდან ხორციელდება შემდეგი საშუალებებით

1) ნემსით, როცა ვენაპუნქციის შემდეგ სისხლი თვითდინებით ჩაედინება წინასწარ გამზადებულ სინჯარაში;

2) შპრიცით, როცა ვენაპუნქციის შემდეგ სისხლის აღება ხდება შპრიცში, დგუმის საშუალებით. ჰემოლიზის თავიდან აცილების მიზნით, შპრიცს შემდეგ ეხსნება ნემსი და სისხლის გადატანა ხდება წინასწარ გამზადებულ სინჯარაში ფრთხილად, ისე რომ სისხლი ჩაყვეს სინჯარის კედელს;

3) ვაკუუმური სისტემით, როცა ვენაპუნქციის შემდეგ სინჯარაში არსებული ვაკუუმის გამო სისხლი სწრაფად გროვდება პირდაპირ სინჯარაში.





პროცედურის მსვლელობა

შეარჩიეთ ვენური სისხლის აღების მეთოდი და გაამზადეთ მეთოდით გათვალისწინებული საჭირო მასალები;

შეარჩიეთ პუნქციის ადგილი და მოახდინეთ მისი გაწმენდა სპირტიანი ტამპონით;

დაადეთ ლახტი პუნქციისათვის შერჩეული ადგილიდან 10 სმ-ით ზემოთ;

გააკეთეთ პუნქცია. ნემსის დახრის კუთხე უნდა შეადგენდეს 15 °C-ს;

მოხსენით ლახტი;

შეაგროვეთ სისხლი შერჩეული მეთოდით;

გააკეთეთ სინჯარებზე პაციენტის საიდენტიფიკაციო მონაცემების მარკირება;

წარადგინეთ მასალა ლაბორატორიაში არაუგვიანეს 30 წუთისა.

რეკომენდაცია

პროცედურის დაწყებამდე პაციენტი უნდა იჯდეს მოსვენებულ მდგომარეობაში რამდენიმე წუთის განმავლობაში;

პროცედურის მსვლელობისას პაციენტი უნდა იჯდეს, მისი ხელი უნდა იყოს დახრილ მდგომარეობაში (45° C ჰორიზონტალური ზედაპირიდან, ანუ ლაბორანტის სამუშაო მაგიდიდან). თუ პაციენტი მწოლიარეა, მისი ხელი პროცედურის დროს უნდა იყოს ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში;

ვენური ლახტის ზეწოლის ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 1 წუთს;



პირის ღრუს ნაცხის აღება

პროცედურა უნდა დაიწყოს გამოხდილი ან ანადულარი წყლით, პირის ღრუს სათანადო გამორეცხვის შემდეგ;

სინათლე უნდა მოდიოდეს სინჯის ამღების მხრებიდან და ეცემოდეს ავადმყოფის პირის ღრუს.

მასალის აღება უნდა მოხდეს სტერილურ ერთჯერად სინჯარაში მოთავსებული ბამბის აპლიკატორით. ნაცხის აღების შემდეგ, ეს ბამბა ისევ უნდა მოთავსდეს სინჯარაში, დაეხუროს თავი, გაუკეთდეს პაციენტის საიდენტიფიკაციო მონაცემების მარკირება და ასეთი სახით უნდა გაიგზავნოს ლაბორატორიაში;

თუ ლაბორატორიაში სინჯის დაუყოვნებლივი გაგზავნა არ ხერხდება, ის შენახულ უნდა იქნეს სატრანსპორტო კონტეინერში ოთახის ტემპერატურაზე

მასალის აღება რეკომენდებულია ასევე ერთჯერადი შპადელით: ასეთ შემთხვევაში აღებული მასალა უნდა გაიშალოს სასაგნე მინაზე ნაცხის სახით, კარგად უნდა გაშრეს, გაუკეთდეს მარკირება და გაიგზავნოს ლაბორატორიაში;

მასალის აღება უნდა მოხდეს იმ კონკრეტული უბანიდან, რომელიც მითითებულია ექიმის დანიშნულებაში (ღრმილები, ენის ზედაპირი, ლოყის ლორწოვანი, ხახა და სხვ.).

სისხლის აღება კაპილარიდან

გლუკომეტრი წარმოადგენს სისხლში გლუკოზის განმსაზღვრელ, ინდივიდუალური მოხმარების აპარატს. ყველა გლუკომეტრის გამოყენების პრინციპი ერთნაირია, თუმცა სხვადასხვა მწარმოებლიდან გამომდინარე განსხვავებულია ოპერატორული მომსახურების წესები.

საანალიზო მასალას წარმოადგენს კაპილარული სისხლი, რომელშიც ტესტ-ჩხირების გამოყენებით ხდება გლუკოზის კონცენტრაციის განსაზღვრა

კაპილარული სისხლის აღების პროცედურა:

თითის უკიდურესი რბილი ნაწილი დაამუშავეთ სპირტიანი ბამბით და გაამშრალეთ მშრალი ბამბის ტამპონით;

ერთჯერადი სკარიფიკატორით გააკეთეთ ნაჩხვლეტი, სისხლის პირველი წვეთი მოწმინდეთ;

სისხლის მეორე წვეთი დაიტანეთ აპარატში წინასწარ გამზადებულ ტესტ-ჩხირზე;

დაელოდეთ საბოლოო პასუხს. გაზომვის პროცედურა საშუალოდ დაახლოებით 30-60 წამს გრძელდება.



გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტი:

გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტის ჩასატარებლად პაციენტი უნდა მომზადდეს სპეციალურად:

სამი დღის განმავლობაში პაციენტმა უნდა დაიცვას ექიმის მიერ რეკომენდებული დიეტა, დაახლოებით 150-200 გრ. ნახშირწყლები (დღეში);

ყველა მედიკამენტი, რომელმაც შეიძლება იმოქმედოს ტესტის შედეგზე, უნდა მოიხსნას ტესტის ჩატარებამდე 3 დღით ადრე, თუ ეს სარისკო არ იქნება პაციენტისთვის.

ტესტი უნდა ჩატარდეს დილით უზმოზე 12-14 საათიანი შიმშილის შემდეგ;

სისხლის პირველი ნიმუშის (უზმოზე აღებული) აღების შემდეგ პაციენტმა უნდა მიიღოს 75 გრ. გლუკოზა, გახსნილ 200 მლ. წყალში (ბავშვებში: 1,5 გრ. გლუკოზა სხეულის 1,0 კგ-ზე);

სისხლის მეორე და მესამე ნიმუშების აღება უნდა მოხდეს გლუკოზის მიღებიდან შესაბამისად 60 წუთში და 120 წუთში.



საკონტროლო კითხვები

1. ჩამოთვალეთ მედიკამენტის შეყვანის გზები
2. რატომ არ შეიძლება ამპულირებული ფორმის მედიკამენტის პერორალურად მიღება?
3. რას ნიშნავს მედიკამენტების საინჰალაციო ფორმა?
4. რა განსხვავებაა ენტერალურად და პარენტერალურად მიღებულ მედიკამენტებს შორის?
5. რატომ არის მედიკამენტის შეყვანის ინტრავენური გზა საშიშ?
6. ინსულინის ინექცია სად კეთდება?
7. ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის ნორმების დაცვის გათვალისწინებით როგორი პროცედურაა შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია?
8. ჩამოთვალეთ ძირითადი განსხვავება მამაკაცის

და ქალის შარდის ბუშტის კათეტერიზაციის ჩადგმის დროს?

9. როგორი პროცედურაა ნაზოგასტრული

ინტუბაცია?

10. ჩამოთვალეთ რა გართულებები შეიძლება მოყვეს ნაზოგასტრულ ინტუბაციას?

11. ჩამოთვალეთ ოყნის ტიპები

12. როგორ ვახორციელებთ ნახველის აღებას?

13. რა არის ზიმნიცკის ტესტი?

14. ეკვ მიღებს როგორ ვუვლით გამოყენების შემდეგ?

15. შარდის ბუშტის კათეტერის ჩადგმის შემდეგ რითი ვბერავთ ბუშტს?

16. ჩამოთვალეთ ის გართულებები რომელიც შესაძლოა განვითარდეს ტრაქეის სანაჯის დროს

17. რამდენი წმ განმავლობაში ვაყოვნებთ ლახტს ხელზე როდესაც სისხლის ლაბორატორიული ნიმუშის აღების დროს

18. ჩამოთვალეთ შარდის ბუშტის კათეტერიზაციის ჩვენება

19. ჩამოთვალეთ ნაზოგასტრული ინტუბაციის უკუჩვენება

20. რა პროცედურაა სხივის არტერიის პუნქცია და როდის ვიყენებთ?

თერაპიული პაციენტის საექთნო მართვა

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები

რევმატიზმი

რევმატიზმი - შემაერთებელი ქსოვილის სისტემური დაზიანებაა, რომლის დროსაც ძირითადად ზიანდება გულ-სისხლძარღვთა და საყრდენ მამოძრავებელი სისტემა.

რევმატიზმის დროს შეიძლება დაზიანდეს ნებისმიერი ორგანო: თავის ტვინი, თირკმელები, ღვიძლი, კანი და სხვა.

რევმატიზმი ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს „დინებას“.

რევმატიზმის პირველი შეტევა აღინიშნება ბავშვთა და ახალგაზრდა ასაკში. ხანშიშესულ და მოხუცებულთა ასაკში იგი პრაქტიკულად არ გვხვდება. ქალები უფრო ხშირად ავადდებიან ვიდრე მამაკაცები.



რევმატიზმს იწვევს A ჯგუფის ბეტა-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი, ვირუსი და ბაქტერია. რევმატიზმის წარმოშობას წინ უძღვის ნუშისებრი ჯირკვლების ანთება-ანგინა, ტონზილიტი, ფარინგიტი. “რევმატიზმი ლოკავს სახსრებს და კბენს გულს”

რევმატიზმის განვითარებაში გამოყოფენ სამ პერიოდს. პირველი პერიოდი 1-დან 3 კვირამდე ხასიათდება უსიმპტომო მიმდინარეობით ან მსუბუქად გამოხატული სიმპტომებით: საერთო სისუსტე, სუბფებრილური ტემპერატურა, ართრალგია, ქოშინი და ტვირთვის დროს.



მეორე პერიოდი ხასიათდება დაავადების ჩამოყალიბებით. იგი გამოვლინდება პოლიართრიტით: ძირითადად ზიანდება მსხვილი სახსრები: მუხლის იდაყვის სხივ-მაჯის, მენჯ-ბარძაყის, კოჭ-წვივის. სახსრებში აღენიშნება ძლიერი ტკივილი, ტკივილი მცოცავი და სიმეტრიული ხასიათისაა. სახსარი შესიებულია, კანი შეწითლებულია, ხელის შეხებით სახსრის არე ცხელი, მოძრაობა სახსარში

ტკივილის გამო მკვეთრად შეზღუდულია. გულის დაზიანების გამო აღენიშნება - ქოშინი. მესამე პერიოდი შებრუნებითი რევმატიზმის და სხვა ფარული ფორმების სხვადასხვა კლინიკური გამოვლინებაა.



რევმატიზმის დროს გულის დაზიანება წამყვანია. რევმატიზმის პირველი შეტევის დროს ჯერ ზიანდება გულის გარსები, ყველაზე ხშირად ენდოკარდიუმი, ხოლო შემდგომ ყალიბდება გულის მანკი.

რევმატიზმის მიმდინარეობაში არჩევენ ორ ფაზას: აქტიურს (როცა რევმატიზმი მწვავედ მიმდინარეობს) და არააქტიურს. დიაგნოსტირებაში გვხვდება ლაბორატორიული და ინსტრუმენტალური კვლევის მეთოდები.

მკურნალობა - მწვავე მიმდინარეობისას - ავადმყოფს ენიშნება წოლითი რეჟიმი. იზღუდება სუფრის მარილი, ნახშირწყლები.

მედიკამენტებიდან - არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები კორტიკოსტეროიდები, ანტიბიოტიკები, კალიუმის პრეპარატები.

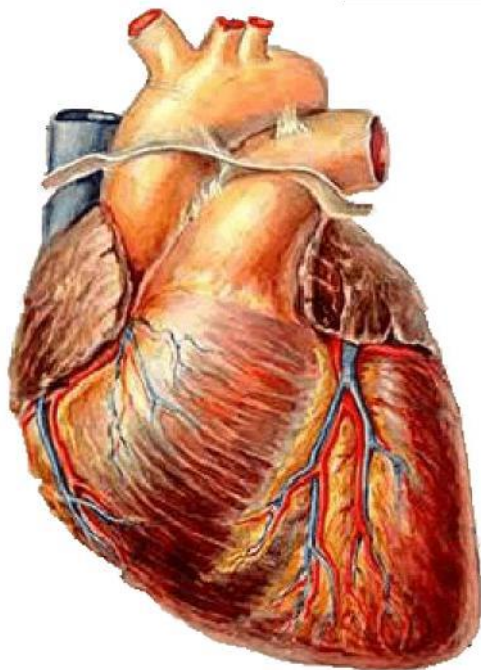
პროფილაქტიკა - საჭიროა ყველა იმ ანთებადი კერის დროული ლიკვიდაცია, როგორცაა დროული ტონზილექტომია, ჰაიმორიტის, ფრონტიტის, კარიესული კბილების მკ-ბა. ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პროფილაქტიკური ღონისძიებაა ბიცილინით მკურნალობა.

რევმატიზმით დაავადებული უნდა იყოს დისპანსერულ დაკვირვების ქვეშ მთელი წელი.



გულის მანკები

გულის გარკვეულ პათოლოგიურ მდგომარეობას, რომელიც გამოიხატება სარქვლის დეფორმაციით (ნაკლოვანებით) ან სხვრელის შევიწროებით (სტენოზით) მანკი ეწოდება.

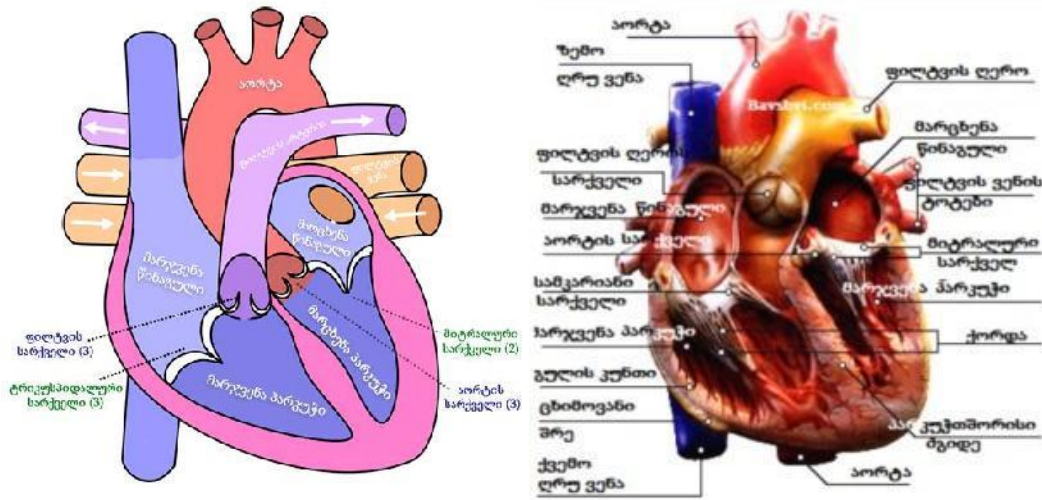


თუ სარქვლის მთლიანობა დარღვეულია, სარქველი გარკვეული მიზეზით დაპატარავებულია, შეჯმუხნულია და ამის გამო მთლიანად ვერ ხურავს მის ხვრელს. ასეთ მანკს - სარქვლის ნაკლოვანებას უწოდებენ. თუ ხვრელია დავიწროებული, რომელსაც ხერავს ესა თუ ის სარქველი - მას სტენოზი ეწოდება.

თუ ერთდროულად არსებობს სარქვლის ნაკლოვანება და სათანადო ხვრელის სტენოზი-ასეთ მანკს რთულ მანკს უწოდებენ.

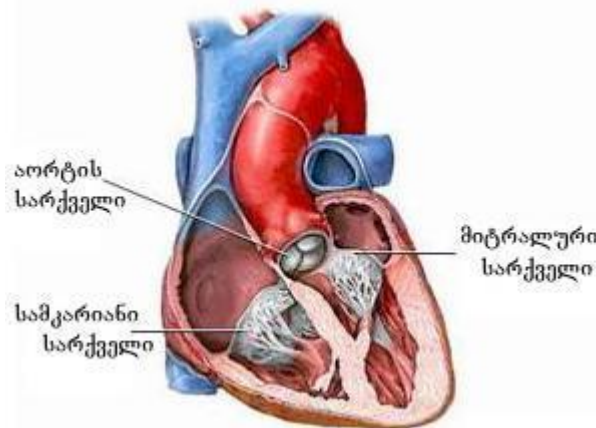
თუ ერთდროულად სხვადასხვა მანკია-ასეთ მანკს კომბინირებული ეწ-ბა. მანკი მარტივია, თუ მხოლოდ მისი რომელიმე ერთ-ერთი სახეობაა.

გულის მანკები არის თანდაყოლილი და შეძენილი.



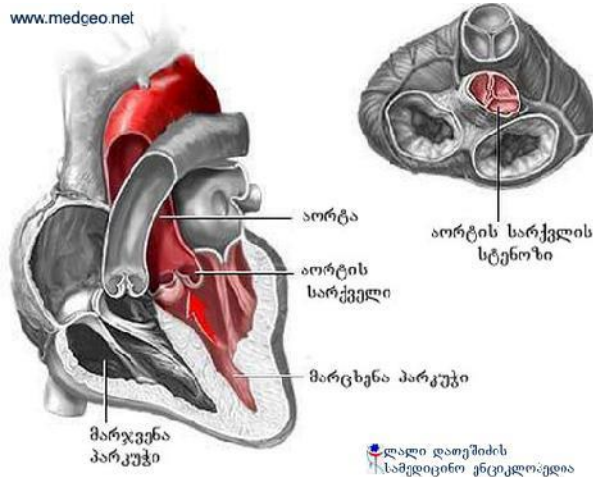
თანდაყოლილ მანკებს იწვევს ორსულობის პერიოდში ნაყოფის გულის ინფიცირება (ნაყოფის ანდოკარდიტი), ან ნაყოფის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის არაწესიერი განვითარება. თანდაყოლილი მანკების ქვეშ იგულისხმება მუცლად ყოფნის პერიოდში განვითარების დეფექტები ან ემბრიონალური სისხლის მიმოქცევის თავისებურებების შენარჩუნება დაბადების შემდეგ.

გულის შეძენილი მანკები ჩვეულებრივ ვითარდება ახალგაზრდა ასაკში, თუმცა შეიძლება განვითარდეს 40 წლის შემდეგაც. გულის შეძენილი მანკების ხშირი მიზეზია 80%-ში რევმატიზმი. რევმატიული ენდოკარდიტი, დანარჩენ შემთხვევაში-ათაშანგი, ათეროსკლეროზი. იშვიათად სარქველის მთლიანობის დარღვევა ხდება ტრავმის გამო. სადღეისოდ დადგენილია ვირუსის როლი მანკის ჩამოყალიბებაში.



გულის შეძენილი მანკებია: ორკარიანი სარქველის ნაკლოვანება, მარცხენა ვენური ხერელის სტენოზი, სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანება, მარჯვენა ვენური ხერელის სტენოზი, აორტის სარქველის ნაკლოვანება და სხვა.

ყველა მანკს თავისი კლინიკური მიმდინარეობა ახასიათებს, ზოგად შეძენილი მანკებისათვის დამახასიათებელია: გულის ფრიალი, ქოშინი ფიზიკური დატვირთვისას-რომელიც ღებულობს მუდმივ ხასიათს, ვითარდება შეშუპება, შეიძლება სითხე ჩადგეს მუცლისა და პლევრის ღრუში, შეიძლება იყოს მჩხვლეტავი და ყრუ ტკივილი გულის არემი,არტერიული წნევის მომატება.



დიაგნოსტიკებისათვის საჭიროა გამოკვლევის მეთოდები. ე.კ.გ გულის ექოსკოპია,გულის კომპიუტერული ტომოგრაფია და სხვა.

მკურნალობა - მანკით დაავადებული სისტემატიურად უნდა არიდებდეს თავს მძიმე ფიზიკურ შრომას, უნდა მოწესრიგდეს კვებისა და დასვენების რეჟიმი, კატეგორიულად ეკრძალება თამბაქოს მოწევა, ალკოჰოლის მიღება და ყოველგვარი ამგზნები საკვები. იზღუდება სითხე და სუფრის მარილი, ავადმყოფი უნდა იკვებებოდეს ხშირად და მცირე ულუფებით.

თუ კომპენსაცია დაირღვა ე.ი მცირე ფიზიკური დატვირთვა იწვევს ქოშინს და გულის ფრიალს. გაჩნდა შეშუპებები, ამ დროს ავადმყოფს ენიშნება წოლითი რეჟიმი სტაციონარში, საგულე საშუალებები, შარდმდენები და კალიუმის პრეპარატები. სტენოზის დროს მკურნალობა ოპერაციულია, კეთდება კომისუროტომია, ხოლო სარქვლის ნაკლოვანების დროს ამჟამად ფართოდ გამოიყენება ჩვენების შემთხვევაში ქირურგიული მკურნალობა სარქვლის პროტეზირება, ასევე სარქვლის პლასტიკა.

გულის იშემიური დაავადება

გულის იშემიურ დაავადებებში იგულისხმება გვირგვინოვან სისხლ ძარღვთა ორგანული თუ ფუნქციური ნაკლოვანებით გამოწვეული სისხლის მიმოქცევის მოშლა. ბერძნულად ischo-შეფერხება, გაჩერებას ნიშნავს. haimo-სისხლი. სისხლის მიმოქცევის მოშლა გამოწვეულია კორონარული, გვირგვინოვანი სისხლის ძარღვების ათეროსკლეროზით და იშვიათად სპაზმით.

გულის იშემიურ დაავადებებს მიეკუთვნება: სტენოკარდია, მიოკარდიუმის ინფარქტი, უეცარი კორონარული სიკვდილი, პოსტინფარქტიული კარდიოსკლეროზი, გულის რითმის და გამტარობის მოშლა, გულის უკმარისობა, ასევე ათეროსკლეროზული კარდიოსკლეროზი, რომელსაც ზოგიერთი ავტორი უწოდებს იშემიურ კარდიომიოპათიას.



სტენოკარდია - სტენოკარდია არის კლინიკური სინდრომი, რომელიც აღმოცენდება მიოკარდიუმში ხანმოკლე ლოკალური უკუშექცევად იშემიის შედეგად.

მოზრდილი მოსახლეობის ერთ მილიონ ადამიანზე მოდის 30-50 ათასამდე სტენოკარდიით ავადმყოფი. ავადდებიან უფრო მამაკაცები, ვიდრე ქალები.

სტენოკარდია მიმდინარეობის მიხედვით არის: სტაბილური და არასტაბილური, ხოლო სიტუაციის მიხედვით, რომლის დროსაც ის აღმოცენდება არის მოსვენებითი და დამაბვის. ავადმყოფთა უმრავლესობაში დამაბვის სტენოკარდიის დროს ტკივილის სინდრომი აღმოცენდება მუდმივი ფიზიკური დატვირთვის ფონზე-რომელსაც საფუძვლად უდევს კორონარული არტერიის შევიწროება. ტკივილის მიზეზი მიოკარდიუმის იშემიაა, რომლის უბანში მცირდება კუმშვადი ფუნქცია.

მოსვენებითი სტენოკარდიის დროს ავადმყოფთა გარკვეულ ნაწილს ტკივილი უვითარდება ღამით. მოსვენებითი სტენოკარდია ხშირად ვითარდება სხვადასხვა დაავადების ფონზე: ათეროსკლეროზის, ჰიპერტონულ დაავადების და სხვა. ე.ი კორონარული ობსტრუქცია შევიწროება ხელს უწყობს იშემიის განვითარებას.

არასტაბილურ სტენოკარდიას მიეკუთვნება: პირველად აღმოცენებული სტენოკარდია. იგი ხასიათდება პოლიმორფული მიმდინარეობით და შეიძლება განიცადოს უკუგანვითარება ან პირიქით მოპროგრესირე და სტაბილური გახდეს.

არასტაბილურ სტენოკარდიას მიეკუთვნება ასევე სპონტანური, ვარიანტული პრინციპეტალის სტენოკარდია, მას ახასიათებს ანგინური ტკივილი მოსვენებით მდგომარეობაში.



კლინიკური სურათი დამოკიდებულია სტენოკარდიის სახეობაზე, კლინიკური გამოვლინების ფორმაზე. ძირითადად სტენოკარდიისათვის დამახასიათებელია: ტკივილი გულის არეში ან მკერდის ძვლის უკან, ირადიაციით მარცხენა ხელში მე-4, მე-5 თითების მიმართულებით, ასევე მარცხნივ ბეჭში, მხარში ტკივილის თან ახლავს შიში, ავადმყოფი ტკივილის გამო შებოჭილია.

დამაბვის სტენოკარდიის დროს ტკივილი აღმოცენდება ფიზიკური დატვირთვის ან ფსიქიკური სტრესის ფონზე, რომელიც წყდება ნიტროგლიცერინის მიღების შემდეგ. ტკივილი გრძელდება 10 წუთის განმავლობაში.

დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა ინსტრუმენტალურ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებში.

შეტვის დროს - სისხლში ცვლილებები არ ვითარდება.

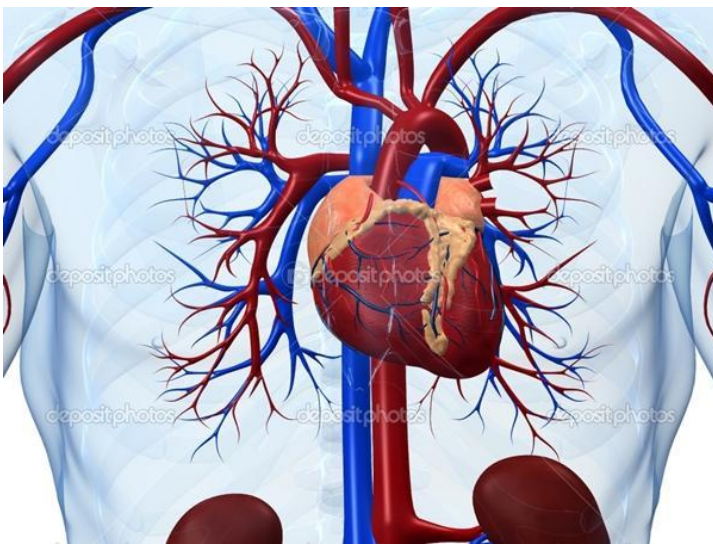


მკურნალობა: მისი მიზანია მიოკარდიუმის მიერ ჟანგბადზე მოთხოვნილების მოწესრიგება. ამ მიზნით ინიშნება ნიტრატები. B-ადრენობლოკერები. სტენოკარდიის შეტვის

მოსახსნელად გამოიყენება ენის ქვეშე ნიტროგლიცერინი. თუ ერთი არ იმოქმედებს მივცეთ მეორე, ასევე ასპირინი.

ქოლესტერინის მომატების დროს ინიშნება - ატორვასტატინები.

არასტაბილური სტენოკარდიის დროს ინიშნება ისეთივე მკურნალობა, როგორც სტაბილური სტენოკარდიის დროს. უნდა შეიზღუდოს ფიზიკური დატვირთვა. დაინიშნოს ანტიკუაგულანტები, ჰეპარინი. ტკივილის ხშირი ეპიზოდების დროს საჭიროა 24სთ-ის განმავლობაში ვენაში წვეთობრივად ნიტროგლიცერინის გადასხმა, არტერიული წნევის კონტროლი.



გულის კუნთის ინფარქტი - მიოკარდიუმის ინფარქტი

გულის კუნთის ინფარქტი - ეს არის გულის კუნთის გარკვეული უბნის ნეკროზი ანუ სიკვდილი.

დაავადება ძირითადად ვითარდება კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზის და თრომბოზის დროს. იშვიათად დაახლოებით 5%-ში, ინფარქტის დროს კორონარულ სისხლძარღვებში ცვლილებები არ აღენიშნება.

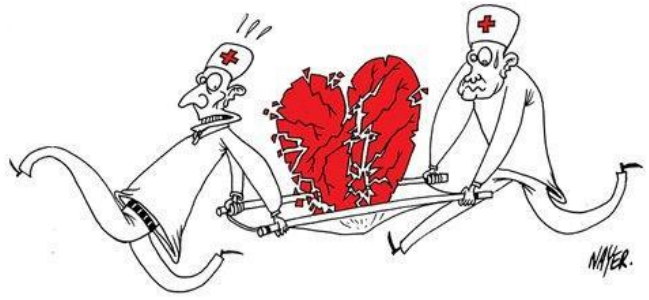
გულის კუნთის ინფარქტის განვითარებას ხელს უწყობს: ჰიპერქოლესტერინემია, მემკვიდრეობა, მაღალი არტერიული წნევა, შაქრიანი დიაბეტი, ფიზიკური აქტივობის შემცირება, ხშირი უარყოფითი ემოციები, თამბაქოს გადაჭარბებული მოწევა, ძლიერი ფიზიკური გადაღლა, ვითარდება კორონარული სისხლძარღვების ემბოლია, თრომბოზი და ანთეზა.

გამოყოფენ მსხვილკეროვან ინფარქტს ანუ ტრანსმურულს და წვრილ კეროვანას არატრანსმურულს. ინფარქტი ხშირად ლოკალიზდება მარცხენა პარკუის წინა კედელზე, უკანა კედელზე, ხოლო მგიდის ინფარქტი აღინიშნება 25%-ში.

მიოკარდიუმის ინფარქტის კლინიკური სურათი 1910წელს აღწერეს სტრაჟენსკომ და ობრაზცოვმა. მათ დაადგინეს ინფარქტის კლინიკური გამოვლინების სამი ვარიანტი: ანგინური, აბდომინალური და ასთმური.



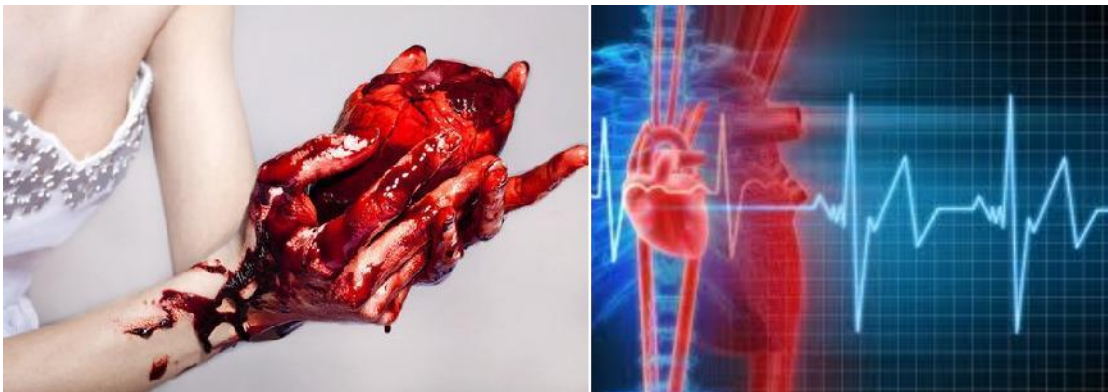
კლინიკა-მიოკარდიუმის ინფარქტისათვის დამახასიათებელია: ძლიერი ტკივილი გულის არეში ან მკერდის ძვლის უკან ტკივილი, რომელიც გადაეცემა მარცხენა ხელში, ბეჭების მიდამოში, იშვიათად მარჯვენა მხრის, კისრის ან ხელის თითების მიმართულებით. ტკივილი მოჭერთი ხასიათისაა, თითქოს გული მარწუხებშია მოჭერილი. ტკივილი გრძელდება რამოდენიმე საათს ან დღესაც. ავადმყოფი მოუსვენარია, ძლიერი ტკივილის გამო შფოთავს, აქვს სიკვდილის შიში.



ინფარქტის წარმოშობის პირველ საათებში სისხლში მატულობს ლეიკოციტები, ხოლო მე-3, მე-4 დღიდან ედსი აჩქარდება, ლეიკოციტები კლებულობს, ასევე სისხლში მატულობს შაქარი. C რეაქტიული ცილა დადებითია, ხდება ზოგიერთი ფერმენტის აქტივობა.

დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება ელექტროკარდიოგრაფია, გულის ექოსკოპია, კორონაროგრაფია.

მიოკარდიუმის ინფარქტის აბდომინალური ფორმის დროს ტკივილი იწყება არა გულის არეში, არამედ მუცლის არეში. აქვს გულისრევა, პირღებინება, რაც ძალიან გავს მუცლის ღრუს ორგანოების დაავადებებს. პირღებინებით ავად-ი შვებას არ გრძნობს, პირიქით მდგომარეობა მძიმდება. დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა ელექტროკარდიოგრამის გადაღება, რომლითაც ზუსტდება არა მარტო ინფარქტის არსებობა, არამედ მისი ადგილ მდებარეობა და სიდიდე. გარდა ე.კ.გ გამოიყენება ექოსკოპია დიაგნოსტიკისათვის, ასევე კორონაროგრაფია.



მიოკარდიუმის ინფარქტის გართულებებია: კარდიოგენური შოკი, პარკუჭთა ციმციმი, ასისტოლი, გულის მწვავე და ქრ. ანევრიზმა, არითმია, თრომბოემბოლია, გულის გასკდომა.



მკურნალობა: საჭიროა ავად-ის ჰოსპიტალიზაცია, წოლითი რეჟიმი. სწარმოებს ე.კ.გ მონიტორირება. საჭიროა ტკვილის მოხსნა ნარკოტიკული საშუალებებით (პრომედოლი, მორფი). ჰოსპიტალიზაციის პირველ საათებში აუცილებელია თრომბოლიზური



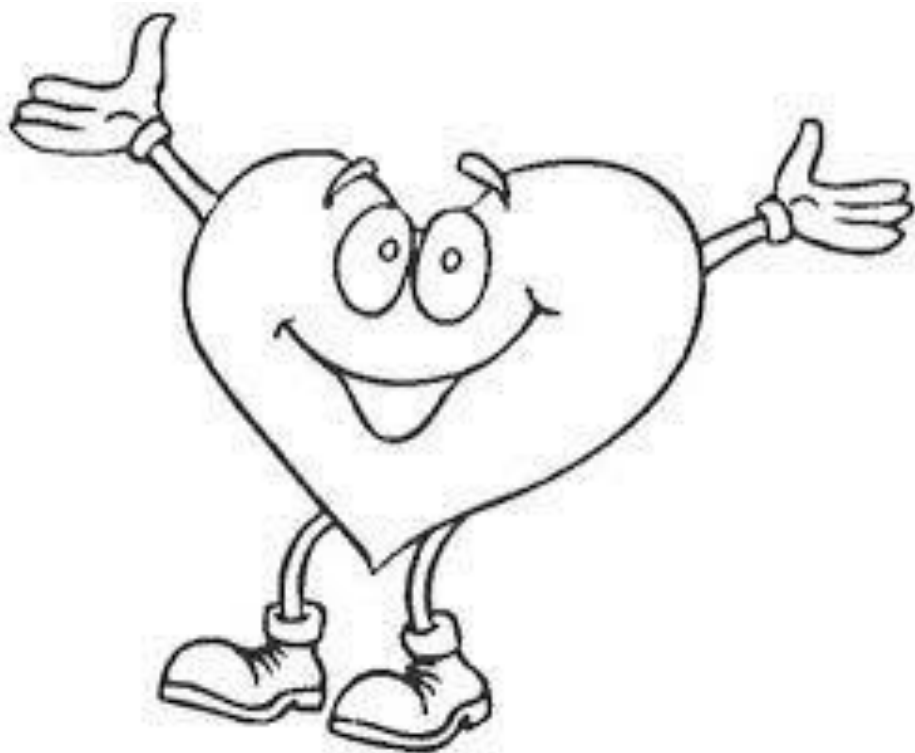
საშუალებების გამოყენება (სტრუპტოკინაზა)

და ანტიკუაგულანტები (ასპირინი, ჰეპარინი, ფრაქსიპარინი), ნიტრატები (ნიტროგლიცერინი, ნიტრონგი).

მაღალი წნევის დროს B-ბლოკერები, ა.გ.ფ ინჰიბიტორები. კალციუმის ანტაგონისტები, საჭიროა აგრეთვე გართულებების მკურნალობა. გაურთულებელი ინფარქტის დროს ფართოდ გამოიყენება ქირურგიული მკ-ბა, ანგიოპლასტიკა, სტენტირება, აორტოკორონარული შუნტირება.



ინფარქტის გადატანის შემდეგ საჭიროა კვების, შრომის და დასვენების მოწესრიგება. საკვებში უნდა შეიზღუდოს: მარილი და ცხიმი. ეკრძალება თამბაქოს მოწევა და ალკოჰოლის მიღება. რეჟიმის დაცვა უზრუნველყოფს მიუკარდიუმის, ინფარქტ გადატანილი ადამიანის ხანგრძლივ სიცოცხლეს.





ჰიპერტონული დაავადება - ესენციური ჰიპერტენზია

ჰიპერტონული დაავადება - ეს არის უწვრილესი არტერიების არტერიოლების სპაზმის შედეგად წნევის მომატება, ვითარდება დამოუკიდებლად.

არტერიული ჰიპერტენზიებიდან გამოყოფილია ესენციური, პირველადი ჰიპერტონული დაავადება და სიმპტომური, მეორადი არტერიული ჰიპერტენზია.

სიმპტომური ჰიპერტენზია ისეთი დაავადების სიმპტომია როგორცაა თირკმელების, კლიმაქსის, ათეროსკლეროზის, ენდოკრინული სისტემის და სხვა.

ჰიპერტონულ დაავადებას საფუძვლად უდევს სისხლისძარღვების ტონუსის ნევროგენული და ჰუმორული რეგულაციის მოშლა, რომელსაც თანდათანობით მოჰყვება გულისა და სისხლძარღვების ორგანული დაზიანება.

ჰიპერტონული დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს: ნევრულ-ფსიქიკური სტრესი, გენეტიკური განწყობა, ხმაური, მხედველობისა და ყურადღების მუდმივი დამაბვა. კვების თავისებურება: სუფრის მარილით გადატვირთვა, კალციუმის დეფიციტი. ასაკობრივი ცვლილება, თავის ქალას ტრამვა. ცხიმოვანი ცვლის მოშლა თამბაქოთი და ალკოჰოლით ინტოქსიკაცია, ჰიპოდინამია.



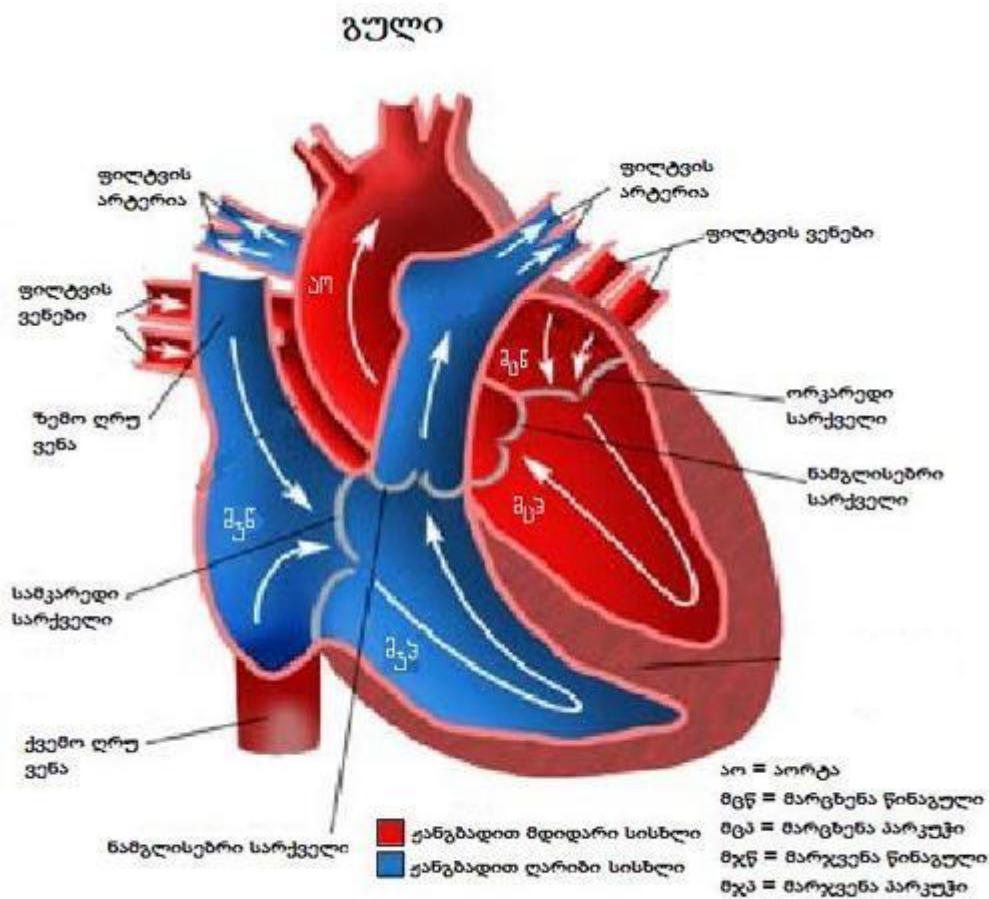
ჰიპერტონული დაავადების დროს ავადმყოფი უჩივის: თავის ტკივილს, თავბრუსხვევას, ყურებში შუილს, წონასწორობის დარღვევას, გულის ფრიალს, ადვილად დაღლას, საერთო სისუსტეს, არტ. წნევის მომატებას.

ჰიპერტონული დაავადების მიმდინარეობაში არჩევენ 3 სტადიას

I სტადიის დროს არტ. წნევა მუდმივად მომატებული არ არის. მას საფუძვლად უდევს ნერვიულობა, გადაღლა. მედიკამენტების გარეშე ნორმალიზდება, შინაგან ორგანოებში ცვლილებები არ აღინიშნება.

II სტადიაში არტ. წნევა მაღალია 200-220/120-ზე. ამ დროს ვლინდება მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფა და თირკმლის დაზიანება. სტენოკარდიული შეტევები.

III სტადიაში - ზიანდება თავის ტვინი, გულისა და თირკმელების სისხლძარღვები.



biologyabitur.blogspot.com

ჰიპერტონული კრიზი ვითარდება II და III სტადიაში. კრიზი დაავადების გამწვავებაა, რაც დაკავშირებულია განცდასთან, გადაღლასთან, ამინდის შეცვლასთან, ზედმეტ ჭამასთან, ამ დროს ავადმყოფი აგზნებულია ან მივარდნილია, აქვს თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, წონასწორობის დაკარგვა, ტკივილი გულის არეში, მაღალი წნევა 200/220. მკურნალობის შემდეგ 1-2 დღეში ავად-ის მდგომარეობა

უმჯობესდება. ამ დროს იხმარება სისხლძარღვთა გამაფართოებელი საშუალებანი და წნევის დამწევეები, შარდმდენები, დამაწყნარებლები.



მაღალი წნევის დროს ავად-ფს უნდა შეუქმნათ ფიზიკური და სულიერი სიმშვიდის ატმოსფერო, იწვეს მაღალ სასთუმალზე, შეიძლება კიდურებზე ცხელი აბაზანა, თავზე ცივი საფენები.

გულის მწვავე უკმარისობა (ფილტვების შეშუპება)

გულის უკმარისობა ეს არის სინდრომი, რომელიც ვითარდება მიოკარდიუმის ფუნქციის მოშლის გამო. ამ დროს გული ვერ ახერხებს სათანადო სიჩქარით სისხლის გადასროლას ქსოვილებსა და ორგანოებში.

კლინიკური ნიშნების მიხედვით გულის უკმარისობა შეიძლება იყოს მარცხენამხრივი და



მარჯვენამხრივი.

გულის მწვავე უკმარისობა შეიძლება გამოვლინდეს, როგორც მარცხენა პარკუჭის კუმშვადი ფუნქციის მწვავე დარღვევის შედეგად (მიოკარდიუმის ინფარქტი) ასევე გულზე დატვირთვის გაძლიერების გამო. ტაქიკარდია, მაღალი არტერიული ჰიპერტენზია და სხვა. მარცხენა პარკუჭის მწვავე უკმარისობა ხშირად გამოვლინდება კარდიალური ასთმის სახით,

რომლის დროსაც ვითარდება ფილტვების შეშუპება. მარცხენა პარკუჭს აღარ შეუძლია სისხლის გადატუმბვა, იგი გუბდება ფილტვებში და ხდება ალვეოლებში სითხის გაჟონვა.

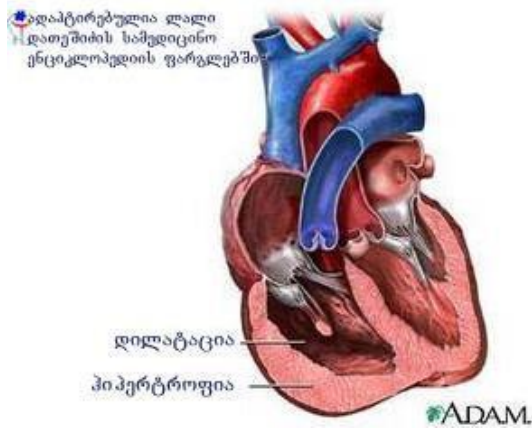
კლინიკური ნიშნები: ავადმყოფი იძულებულია წამოჯდეს, რათა სუნთქვა გაუადვილდეს, აქვს შეტევითი ხასიათის ქოშინი-სულხუთვა. გამწვანებულია, როგორც ჩასუნთქვა ასევე ამოსუნთქვა. ეწყება ხველა, ვარდისფერი ქაფიანი ნახველით. გამოხატულია ციანოზი. თუ ასთმა განვითარდა მაღალი წნევის ფონზე, პულსი დაჭიმულია და აჩქარებული, სხვა შემთხვევაში პულსი სუსტია და არითმული. ფილტვებში ისმის სველი მსტვინავი ხიხინი. აღნიშნული მდგომარეობა მოითხოვს გადაუდებელ დახმარებას-მკურნალობას. ამისათვის საჭიროა:



1. მცირე წრეში წნევის დაქვეითება-ნიტროგლიცერინი ენის ქვეშ ან მისი ვენაში შეყვანა, ვაზოდილატატორები.
2. სისხლის საკმარისი ოქსიგენაციით უზრუნველყოფა. ჟანგბადის მიცემა სველი წესით, უნდა შენარჩუნდეს სატურაცია 90%.
3. ცირკულაციაში არსებული სისხლის მასის შემცირება-შარდმდენების შეყვანა ვენაში-ლაზიქსი, ფუროსემიდი. სისხლის გამოშვება 300-500 მლ-ის რაოდენობით-ვენაპუნქცია.
4. ქაფის გამქრობი საშუალებების დანიშვნა. 30% ეთილის სპირტის ინჰალაცია ხელს უწყობს ალვეოლებში ქაფის წარმოშობის შემცირებას.

5. ძალზე ეფექტიანია ნარკოტიკული ანალგეტიკები, მორფი, პრომედოლი, რომლებიც ამცირებენ აგზნებას, ქოშინს, ტაქიკარდიას. (თუ ბრადიპნოეა მაშინ ნარკოტიკი არ შეიძლება) აღნიშნული ღონისძებების შედეგად კარდიალურ ასთმის ეტევა გაივლის. ავად-ის მდგომარეობა უმჯობესდება.

მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობის ნიშნებია:



- საუღლე ვენების დაბერვა
- გადიდებული ღვიძლი და ელენთა
- ქვ. კიდურების გავის, ხელის მტევნების და თითების შეშუპება
- ასციტი
- ღამის პოლიურია
- წონაში მომატება
- ჰიპერტენზია (ზედმეტი სითხის გამო) ან ჰიპოტენზია (მარჯვენა პარკუჭის კუმშვადობის შემცირების გამო)

მკურნალობა: ოქსიგენოთერაპია, დიურეტიკები, წნევის დამწვევები და ჰემოდინამიკის რეგულაცია, პრედატვირთვისა და პოსტდატვირთვის შემცირება.

საჭიროა დიეტა, მარილისა და სითხის შემცირება. უნდა შეიზღუდოს მინერალური წყალი (შეიცავს ნატრიუმს). პაციენტი უნდა აიწონოს ყოველდღე საუზმის წინ.



გულის ქრონიკული უკმარისობა

გულის უკმარისობა შეიძლება განვითარდეს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის თითქმის ყველა დაავადების ტერმინალურ სტადიაში. გულის უკმარისობა თანდათან უვითარდებათ იმ პაციენტებს, რომელთაც გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების ხანგრძლივი ანამნეზი აქვთ.

ნიუ-იორკის გულის ასოციაციის მიერ მოწოდებულია გულის ქრონიკული უკმარისობის 4 ფუნქციური კლასი ანუ სტადია.

I - გულის უკმარისობის ნიშნები: ქოშინი, შეშუპება, ტაქიკარდია, საერთო სისუსტე არ აღნიშნება. ფიზიკური დატვირთვა არ არის შეზღუდული.

II – გულის უკმარისობის ნიშნები: ქოშინი, ტაქიკარდია, საერთო სისუსტე აღმოცენდება ფიზიკური დატვირთვის დროს.



III – გულის უკმარისობის ნიშნები გამოვლინდება მცირე ფიზიკური დატვირთვის დროს, ორგანიზმის ფიზიკური შესაძლებლობები მკვეთრად შეზღუდულია.

IV - გულის უკმარისობა აღინიშნება მოსვენებულ მდგომარეობაში, ფიზიკური დატვირთვა შეუძლებელია.



მკურნალობა: საჭიროა ფუნქციური კლასის მიხედვით, ასევე საჭიროა იმ ძირითადი დაავადების მკურნალობა, რომელმაც განაპირობა გულის ქრ. უკმარისობა.

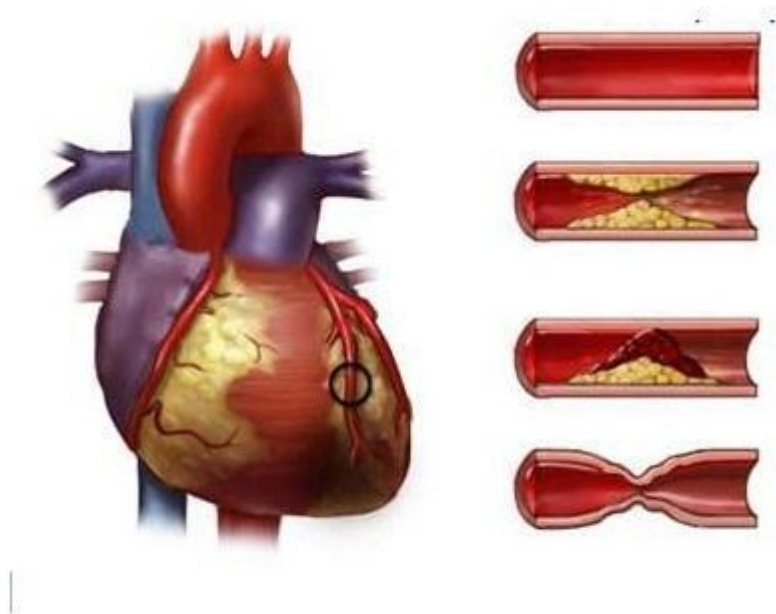
სამკურნალოდ გამოიყენება, როგორც არამედიკამენტური ისე მედიკამენტური მკურნალობა.

არამედიკამენტური მკურნალობის მეთოდია: დიეტა, წყლის და მარილის შეზღუდვა, ჟანგბადის მიცემა, ფიზიკური ვარჯიშები I, II და III ფუნქციური კლასების მქონე პაციენტებში. მედიკამენტოზური მკურნალობისას გამოიყენება: საგულე გლიკოზიდები, შარდმდენები. მაღალი წნევის დროს ა.გ.ფ - ანგიოტენზინ-გარდამქმნელი ფერმენტის ინჰიბიტორები: კაპტოპრილი, ენალაპრილი ან ანგიოტენზინ II რეცეპტორის ბლოკერები-ლოსარტანი, ვაზოდინილატატორები-ნიტრატები.ანტიოქსიდანტები-ვიტამინი E და C

ანაბოლური მოქმედების პრეპარატები-რეტაბოლილი, პრედუქტალი, მილდრონატი და სხვა.

ზოგჯერ საჭიროა ქირურგიული მკურნალობა-კარდიომიოპლასტიკა.





ჰიპერლიპიდემია

ჰიპერლიპიდემია არის ცხიმოვანი ნივთიერებების ე.წ ლიპიდების, ქოლესტეროლისა და ტრიგლიცერიდების მომატება სისხლში.

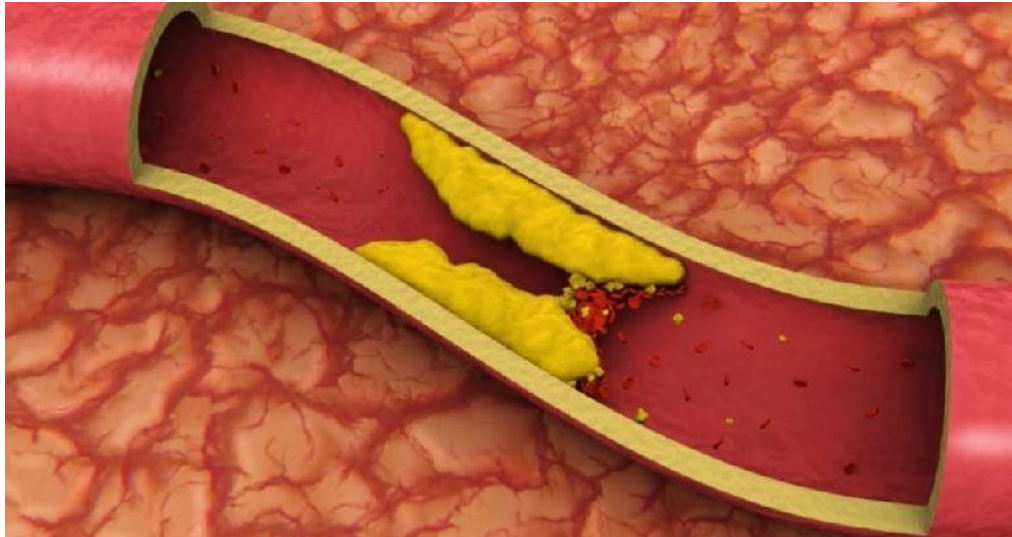
ქოლესტერინი ეს არის რბილი ცვილისებრი ნივთიერება , რომელიც მონაწილეობას იღებს უჯრედის მემბრანის და ზოგიერთი ჰორმონის ფორმირებაში. მათი მაღალი შემცველობა სისხლში გულის კორონალური დაავადებების რისკ-ფაქტორია.



ქოლესტერინი არის დაბალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი ანუ “ცუდი ქოლესტერინი”, მათი მაღალი დონე იწვევს არტერიის კედლებზე ფოლაქების თანდათანობით წარმოქმნას და მაღალი სიმკვრივის ლიპოპროტეინი ანუ “კარგი” ქოლესტერინი, რომელსაც გადააქვს

ქოლესტერინი არტერიიდან უკან ღვიძლში. მას შეუძლია გამოდევნოს ზედმეტი ქოლესტერინი ცხიმოვანი ფოლაქებიდან და შეანელოს მათი ზრდა.

ტრიგლიცერიდები ეს არის ქიმიური ნივთიერებები, მიიღება საკვებიდან მიღებული ცხიმებისგან, ასევე არის სისხლის პლაზმაში.



ჰიპერლიპიდემიის შედეგად ვითარდება ათეროსკლეროზი. ეს არის არტერიის შიდა გარსის ენდოთელიუმის დაზიანების რთული პროცესი, რომელშიდაც ჩალაგდება ლიპოპროტეინი, მას მოჰყვება შემაერთებული ქსოვილის ჩაზრდა და ფიბროზული ფოლაქების ჩამოყალიბება, ხდება არტერიის შევიწროება, რის შედეგადაც ვითარდება სისხლის მიმოქცევის მოშლა და იშემია შესაბამის ორგანოში.

ათეროსკლეროზის განვითარებას გარდა ლიპიდემიისა ხელს უწყობს:



-ჰიპერტენზია

-ნიკოტინის მოხმარება

-ფიზიკური აქტივობის შემცირება და სხვა.

ქოლესტერინის მაღალი დონის ძირითადი მიზეზებია:

-მალიან ცხიმოვანი და ქოლესტერინით მდიდარი საკვები

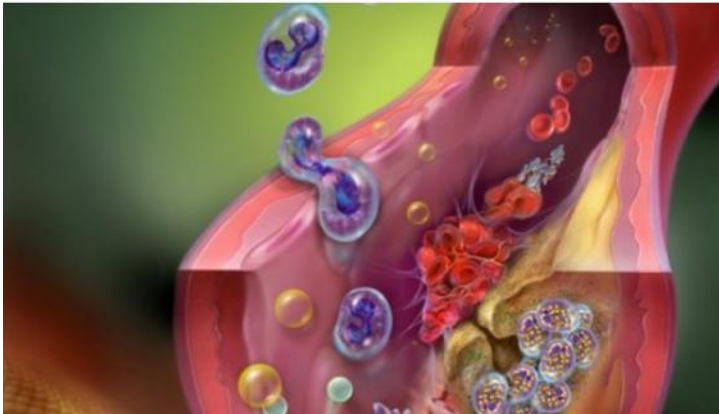
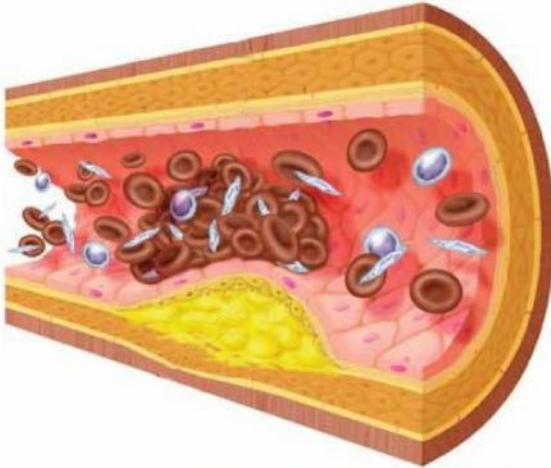
-დიაბეტი

-სიმსუქნე

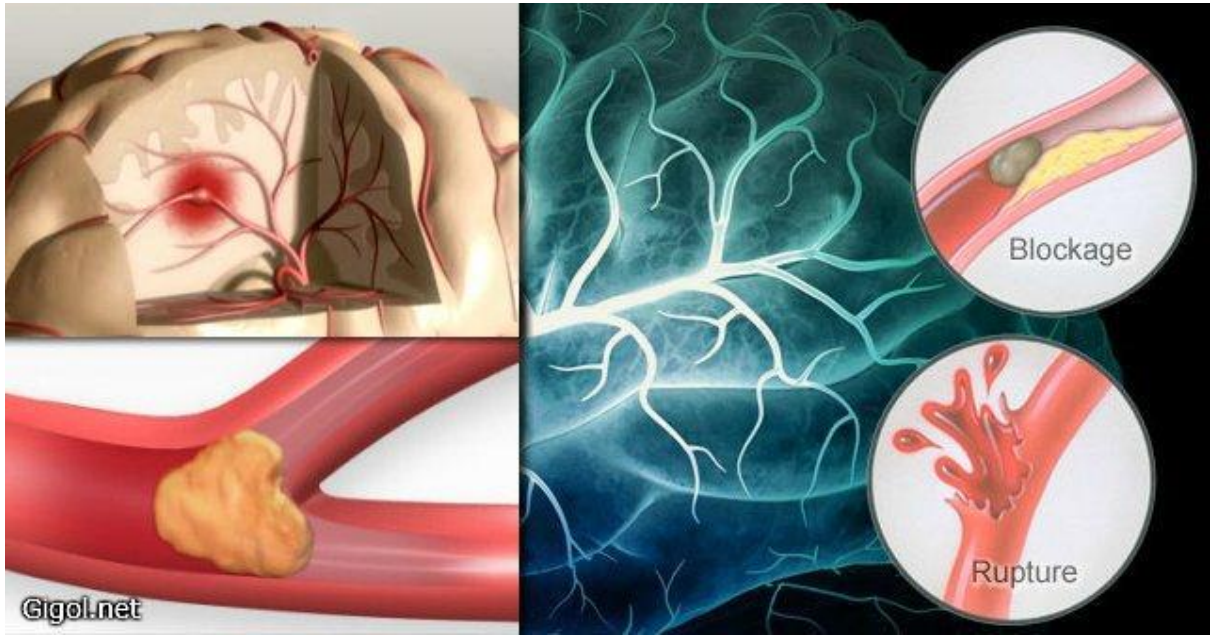
-გენეტიკური დაავადებები

-თიროიდული ჯირკვლის პათოლოგია

-სტრესი



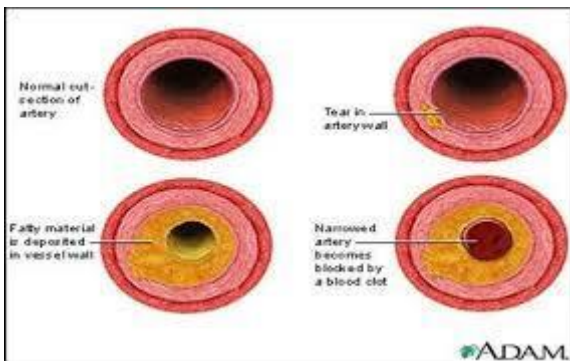
ათეროსკლეროზის კლინიკური გამოვლინებები დამოკიდებულია მორფოლოგიური ცვლილებების ლოკალიზაციაზე. ამ პათოლოგიის დროს ყველა სისხლის ძარღვები ერთნაირი ხარისხით არ ზიანდება. ყველაზე ხშირად ზიანდება კორონარული, თავის ტვინის, თირკმლის ქვემო კიდურების არტერიები და აორტა.



კორონარული ანუ გულის სისხლის ძარღვების ათეროსკლეროზი ვლინდება გულის იშემიური დაავადებით. თავის ტვინის სისხლის ძარღვების ათეროსკლეროზი-ინსულტი, თირკმლის-ნეფროსკლეროზით, ვაზორენული-არტერიული ჰიპერტენზიით, ქვ. კიდურების ათეროსკლეროზი-განგრენით.

აორტისა და მსხვილ არტერიებში ათეროსკლეროზის გავრცელების დროს შეიძლება ჩამოყალიბდეს ანევრიზმა-აორტის ტოტის ძლიერი გაფართოება.

ათეროსკლეროზის დიაგნოსტიკაში ძირითადი მეთოდია ანგიოგრაფია.



საექთნო დიაგნოზი:

-ანამნეზი

-ფიზიკური შეფასება

-სისხლის ანალიზი. საერთო ქოლესტერინი (N200 მგ-ზე ნაკლები ან 2,26 მმლ|ლ)

ტრიგლიცერიდები (N 150 მგ-ზე ნაკლები ან 2,26 მმლ|ლ) მკურნალობა:

- დიეტა
- წონის დაკლება
- დიაბეტის კონტროლი
- თიროიდული პრობლემების მოგვარება
- სტატინები - ლოვასტატინი, ზოკორი, ზო-20 და სხვა
- ფიბრატები, ანტიოქსიდანტები, ნიკოტინის მჟავა.

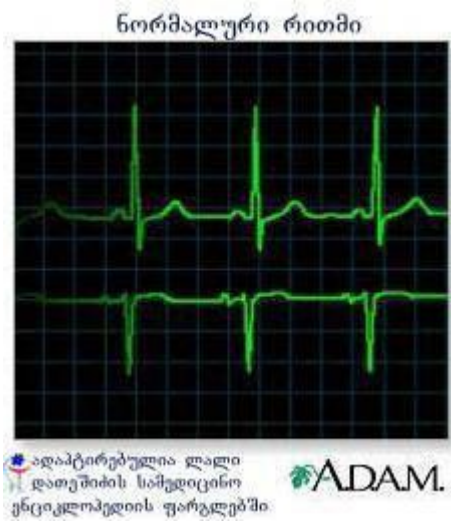
პრევენცია - ცხოვრების სტილის ცვლილება,

კვება ჯანსაღი საკვებით,

ფიზიკური აქტიურობა, ნიკოტინის მოხმარების შეწყვეტა.



არითმია



არითმია ეს არის გულის მუშაობის სიხშირისა და რითმის მოშლა, რაც გამოწვეულია მიოკარდიუმის ძირითადი ფუნქციების კერძოდ ავტომატიზმის, აგზნებადობის და გამტარობის მოშლით.

არითმია ფართოდ გავრცელებული პათოლოგიაა, რომელიც შეიძლება აღმოცენდეს გულის ნებისმიერი დაავადების დროს.

ელექტროლიტური კერძოდ კალიუმის, კალციუმის, მაგნიუმის ბალანსის დარღვევისას, ინტოქსიკაციის, ზოგიერთი მედიკამენტების ზემოქმედებით. ასევე შეიძლება დაკავშირებული იყოს გამტარი გზების თანდაყოლილ დეფექტთან.

არითმიის ზოგიერთი ფორმა აღენიშნებათ ჯანმრთელ პირებსაც, მათ შორის სპორტსმენებსაც.



სინუსური არითმია ანუ სუნთქვითი არითმია - დაკავშირებულია სუნთქვის ფაზებთან, კერძოდ ჩასუნთქვის დროს რითმი ჩქარდება, ამოსუნთქვის დროს ნელდება. რიტმის ეს შეცვლა იმდენად უმნიშვნელოაა გამოხატული, რომ არ შეიგრძნობა, გართულებას არ იწვევს და სპეციფიურ მკურნალობას არ საჭიროებს.



სინუსური ბრადიკარდია და სინუსური ტაქიკარდია - გულის ცემის აჩქარება (ტაქიკარდია) ან შენელება (ბრადიკარდია) გულის ამა თუ იმ პათოლოგიის ხშირი სიმპტომია, მაგრამ ვითარდება ფიზიოლოგიურ პირობებშიც, მაგ: ცნობილია, რომ ძილის დროს (მოსვენებით მდგომარეობაში) ჭარბობს ვაგუსის ტონუსი და რითმი შენელებულია, მოძრაობისას, ფიზიკური დამაბვის შემთხვევაში ჭარბობს სიმპათიკუსის ტონუსი და ტაქიკარდია ვითარდება. ეს არის პათოლოგიური მდგომარეობა, მათი გამოცნობა შეიძლება პულსის დათვლით, გულის მოსმენით და ელექტროკარდიოგრაფიით.



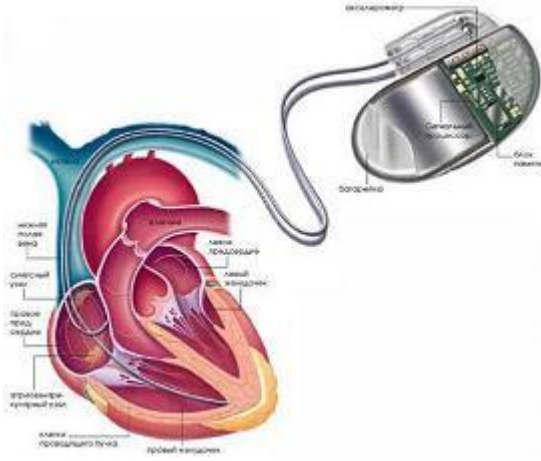
ექსტრასისტოლური არითმია - გულის ან მისი გარკვეული ნაწილის ნაადრევ შეკუმშვას ექსტრასისტოლა ეწოდება. იმისდა მიხედვით თუ გულის რომელ ნაწილშია პათოლოგიური კერა, არჩევენ წინაგულოვან და პარკუჭოვან ექსტრასისტოლებს.

წინაგულოვანი ექსტრასისტოლებისათვის დამახასიათებელია p-კბილის ცვლილება

პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლები - საკმაოდ ხშირია, პარკუჭში არსებული პათოლოგიური კერა ნაადრევად იძლევა აგზნების იმპულსს, ეს იმპულსი იწვევს პარკუჭის შეკუმშვას დიასტოლის დასაწყისში ანდა მის დამთავრებამდე.

პარკუჭის ნაადრევი შეკუმშვა ე.წ ექსტრასისტოლა ხდება ნორმალური რითმის ფონზე ვითარდება ნაადრევი შეკუმშვა, რაც QRS კომპლექსის დეფორმაციას იწვევს, რასაც მოჰყვება ხანგრძლივი კომპენსაციური პაუზა.

პაროქსიზმული ტაქიკარდია - ეს არის გულის რიტმის მოულოდნელი ძალიან ხშირი აჩქარება, ამ დროს გულის ცემის სიხშირე წუთში 160-ზე მეტია, ზოგჯერ იმდენად მომატებულია, რომ მოსმენით და პულსის დათვლით განსაზღვრა ვერ ხდება.



მოციმციმე არითმია ანუ წინაგულეების ციმციმი - ვითარდება დაავადებულ გულის ფონზე. ხშირად გხვდება ათეროსკლეროზის, გულის მიტრალური მანკის-განსაკუთრებით სტენოზის დროს და მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს.

მოციმციმე არითმია სიხშირის მიხედვით შეიძლება იყოს ტაქისისტოლური, როდესაც გულის ცემის სიხშირე წუთში 100-200-ს უდრის.

ნორმოსისტოლური, როცა გულის ცემის სიხშირე წუთში 70-90-მდეა და ბრადისისტოლური, როცა გულის ცემის სიხშირე 60 და უფრო ნაკლებია.

პარკუჭთა ციმციმი - რითმის დარღვევის უმძიმესი ფორმაა, იგი მიოკარდიუმის ინფარქტის საშიში გართულებაა, ამ დროს ე.კ.გ-ზე წაშლილია დამახასიათებელი კბილები და მოჩანს უწესრიგო ტალღისებური მრუდი.

კლინიკა - არითმიების დროს ავადმყოფები უჩივიან გულის მუშაობის ხანმოკლე გაჩერებას, გულის ფრიალს, ბიძგს ან ძლიერ დარტყმას გულის არეში, გულის ჩავარდნას, საერთო სისუსტეს, ზოგჯერ გულის აჩქარებას, ქოშინს, თავბრუსხვევას, ტკივილს მკერდის ძვლის უკან, არტ. წნევის დაქვეითებას, აღენიშნებათ შიშის გრძნობა, ჰაერის უკმარისობა, შემცივნება.



მკურნალობა - ტარდება გულის ძირითადი დაავადების და დარღვეული სისხლის მიმოქცევის მკურნალობის პარალელურად.

ექსტრასისტოლის დროს, რომელიც ვითარდება ტაქიკარდიისა და არტერიული ჰიპერტენზიის ფონზე ნაჩვენებია: B-ადრენობლოკერები, C ანაპრილინი, ოზიდანი, ატენოლოლი.

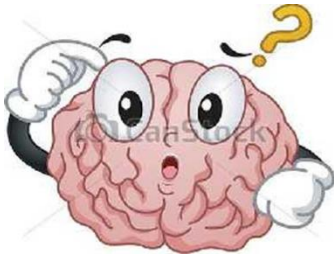


ანტიარითმული მედიკამენტები - ნოვოკაინამიდი, რითმინორმი, კორდარონი, ლიდოკაინი და სხვა. ბრადიკარდიის დროს ბელოიდი.

პაროქსიზმული ტაქიკარდიის დროს - კარგია თვალის კაკლებზე ზომიერი ზეწოლა (აშნერის რეფლექსი), პირღებინების ხელოვნურად გამოწვევა, ვალსალვის სინჯი-ღრმა ჩასუნთქვა და მაქსიმალური ამოსუნთქვა ცხვირის დახშობით და პირის დახურვით.

მედიკამენტებიდან-ვენაში ა.ტფ 1% ხსნარი ვენაში, ფინოფტინი, საგულე გლიკოზიდები - სტროფანტინი, კორგლიკონი ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად ვენაში.

საკონტროლო კითხვები



1. რა დაავადებაა რევმატიზმი?
2. რევმატიზმის ძირითადი სიმპტომები?
3. ძირითადად რომელ ორგ-ბს აზიანებს რევმატიზმი?
4. დაასახელეთ მკურნალობის და პროფილაქტიკის ძირითადი მეთოდები.
5. რას ეწოდება გულის მანკი?
6. გულის მანკის მკურნალობის ძირითადი პრინციპები?
7. განსაზღვრეთ ჰიპერტონული დაავადება.
8. დაასახელეთ ჰიპერტონული დაავადების ძირითადი ჩივილები.
9. ჰიპერტონული კრიზის დროს პირველადი ექიმამდელი მკურნალობა-დახმარება.
10. განსაზღვრეთ ათეროსკლეროზი.
11. ჰიპერლიპიდემიის პროფილაქტიკა და მკურნალობა.
12. განმარტეთ რა არის გულის იშემიური დაავადება?
13. სტენოკარდიის დროს ძირითადი ჩივილები.
14. სტენოკარდიის შეტევა როგორ მოვხსნათ?
15. განსაზღვრეთ მიოკარდიუმის ინფარქტი.
16. ჩამოთვალეთ ინფარქტის დროს ძირითადი ჩივილები?
17. ჩამოთვალეთ ინფარქტის აბდომინალური ფორმის დროს ჩივილები.
18. ჩამოთვალეთ მწვავე ინფარქტის დროს ექთნის მიერ ავად-ის მოვლა.
19. რას ეწოდება კარდიალური ასთმა?
20. კარდიალური ასთმის დროს ძირითადი ჩივილები.
21. რა ნიშნებით განსხვავდება კარდიალური ასთმა ბრონქული ასთმისგან?
22. გადაუდებელი დახმარება კარდიალური ასთმის დროს.
23. რას ეწოდება არითმია?
24. ჩამოთვალეთ არითმიის სახეები.
25. რა ნიშნების მიხედვით იყოფა გულის უკმარისობა 3 სტადიად?
26. გულის უკმარისობის დროს ძირითადი ჩივილები.
27. გულის უკმარისობის დროს მკურნალობის ძირითადი პრინციპები.

სასუნთქი სისტემის ორგანოთა დაავადებები



მწვავე ბრონქიტი

ბრონქების ლორწოვანი გარსის ანთებას-ბრონქიტი ეწოდება. მიმდინარეობის მიხედვით არის მწვავე და ქრონიკული.

მწვავე ბრონქიტი წარმოადგენს სასუნთქი ორგანოების ყველაზე ხშირ დაავადებას. მისი სიხშირე მატულობს ზამთრის პერიოდში. დაკავშირებულია რესპირაციულ ვირუსებთან - რინოვირუსი, ადენოვირუსი, გრიპის ვირუსი. დაავადება ასევე შეიძლება განვითარდეს ფიზიკურ და ქიმიურ დამაზიანებელი ფაქტორების მოქმედებით.

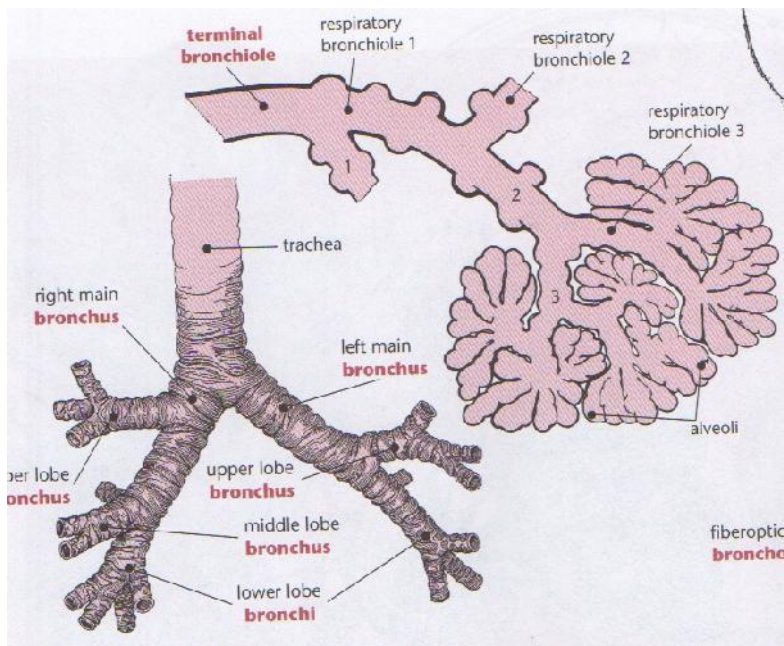


რების მოქმედებით.

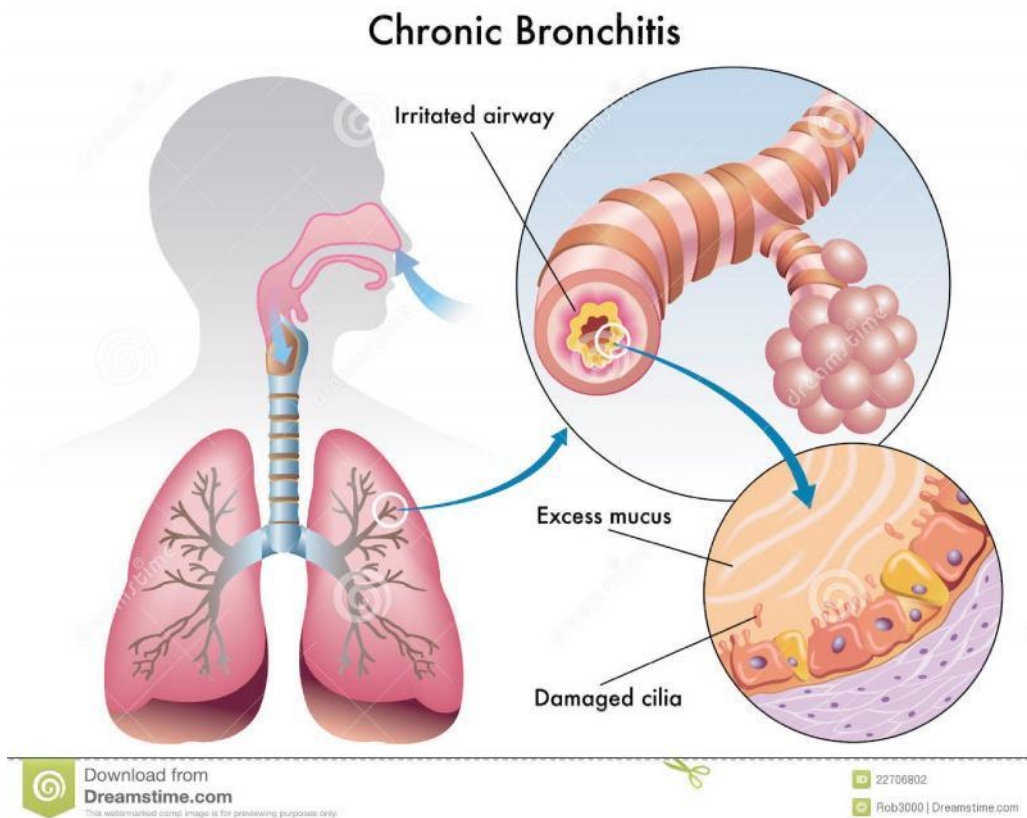
კლინიკური მიმდინარეობა - ავადმყოფი უჩივის მშრალ ხველას, შემდეგ ლორწოვან - ჩირქოვან ნახველის გამოყოფას, ჩახეხვის შეგრძნებას და ტკივილს მკერდის ძვლის უკან, საერთო სისუსტეს, ასევე დამტვრეულობას, ზურგისა და კიდურების კუნთების ტკივილს, ზოგჯერ ოფლიანობას, ტემპერატურის მომატებას 38-39^o -მდე, თავისა და ყელის ტკივილს.

ავადმყოფს აღენიშნება პულსის და სუნთქვის გახშირება.

მწვავე ბრონქიტის დროს რენტგენოლოგიურად ცვლილება არ არის. შეიძლება გამოვლინდეს ფილტვის კარის სურათის გაძლიერება.



მკურნალობა - სწარმოებს სახლის პირობებში, ნაჩვენებია წოლითი რეჟიმი, ავად-ს ეკრძალება თამბაქოს წევა, რეკომენდებულია დიდი რაოდენობით სითხის მიღება, ინჰალაციები, ტემპერატურის დამწვევი, ტკივილდამაყუჩებელი და ანთების საწინააღმდეგო საშუალებანი, ვიტამინები-განსაკუთრებით "C" და "A". ვირუსსაწინააღმდეგო პრეპარატები, ხოლო გრიპის ეპიდემიის დროს მიზანშეწონილია ავად-ის ჰოსპიტალიზაცია.



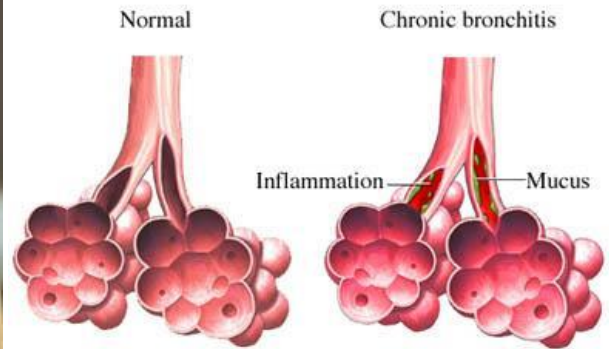
ქრ. ბრონქიტი

ქრ. ბრონქიტი არის ბრონქული ხის დიფუზური მოპროგრესირე დაავადება, რომელიც უკავშირდება სასუნთქი გზების ხანგრძლივ გაღიზიანებას სხვადასხვა მავნე აგენტებით. ანთება მოიცავს არა მარტო ბრონქის ლორწოვან გარსს, არამედ მისი კედლის მთელ სისქეს.

არსებობს პირველადი და მეორადი ქრ. ბრონქიტი. პირველადი დამოუკიდებელი დაავადებაა, რომელიც არ არის დამოკიდებული სხვა ორგანოებისა და სისტემის დაზიანებასთან. მეორადი ვითარდება, როგორც ფილტვის ასევე ფილტვგარეშე დაავადებების ფონზე.

ქრ. ბრონქიტის ყველაზე ხშირი მიზეზია თამბაქოს წევა. თამბაქოს კვამლი ახდენს ტოქსიკურ და კარცინოგენურ მოქმედებას.

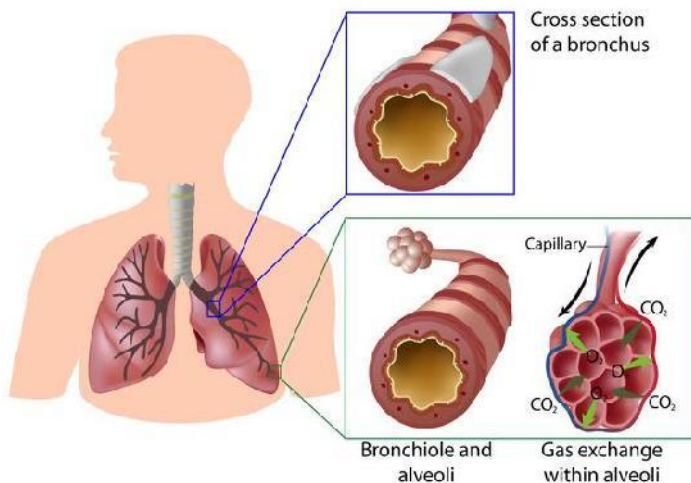
სიცოცხლის საერთო ხანგრძლივობა მწვევლებს 15 წლით ნაკლები აქვთ ვიდრე არამწვევლებს. თამბაქო მავნედ მოქმედებს არამარტო აქტიურ, არამედ პასიურ მწვევლებზეც, რომლებიც მხოლოდ ჩაისუნთქავენ გამონაბოლქვს. ბოლო წლებში ქბ-ის განვითარებაში ყურადღება ექცევა საცხოვრებელი შენობის ჰოლუტანტებს, თანამედროვე სინთეტიკურ სამშენებლო მასალას, ასევე ახალ გასათბობ სისტემებს, განსაკუთრებით ზამთრის პერიოდში.



კლინიკა-გამწვავების პერიოდში ძირითადი სიმპტომებია: ხველა ნახველის გამოყოფით უპირატესად დილით, ფიზიკური ვარჯიშის შემდეგ, გამწვავებისას ნახველის რაოდენობა იზრდება, ქოშინი, ოფლიანობა, სისუსტე, ადვილად დაღლა, ტემპერატურის მომატება.

ქრ. ბრონქიტი, რომლის დროსაც დარღვეულია ბრონქული გამავლობა იწოდება ობტურაციულ ბრონქოტად. მისი ძირითადი დამახასიათებელი ნიშანია ქოშინი, მსტვინავი ხიხინი ამოსუნთქვისას, ხოლო ადრეული ნიშანია ჩასუნთქვის სიმძლავრის სიჭარბე, ამოსუნთქვის სიმძლავრეზე.

Human Lung Anatomy and Function



დიაგნოსტიკა - ანამნეზის მონაცემები, ბრონქოსკოპია, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, პნევმოტაქოგრაფია.

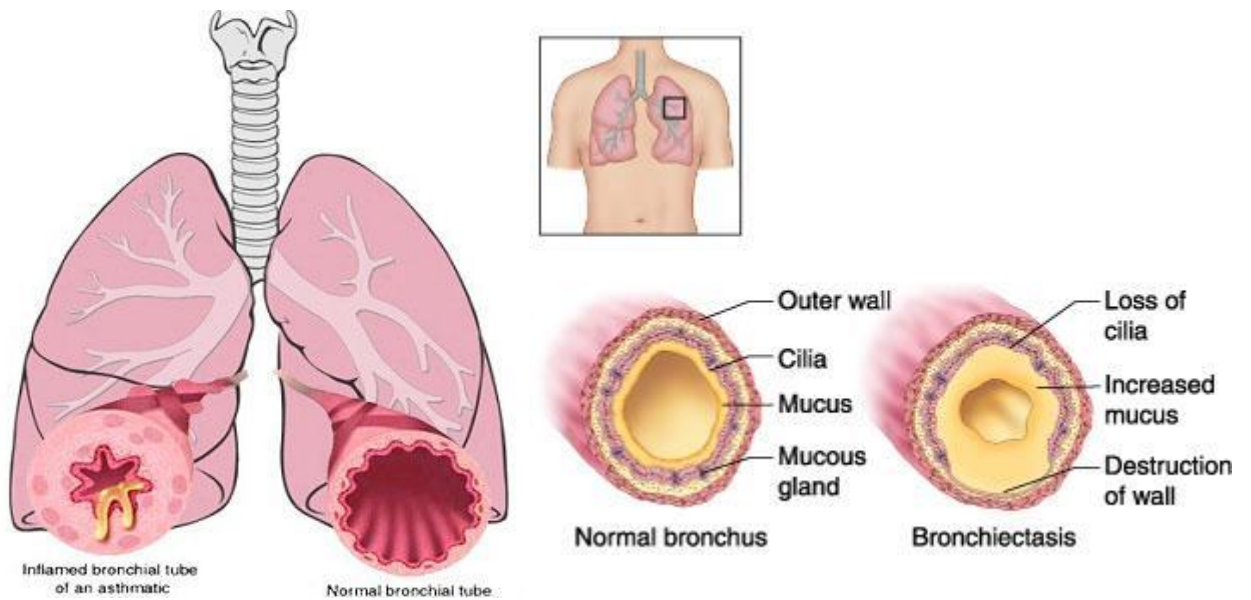
მკურნალობის მიზანია-ბრონქების დიფუზური დაზიანების ტემპის შემცირება, გამწვავების მინიმუმამდე დაყვანა, ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

იკრძალება თამბაქოს წევა და გარეგანი რისკ-ფაქტორების ზემოქმედების შეზღუდვა. არ შეიძლება ძალიან ცივი და მწარე საკვების მიღება, საჭიროა ხშირად სუფთა ჰაერზე ყოფნა. მედიკამენტებიდან-ანტიალერგიული პრეპარატები და ბრონქოდილატატორები, ამოსახველები საშალებანი და ანტიბიოტიკები-იმუნომოდულატორები. ფილტვების ვენტილაციის გასაუმჯობესებლად გამოიყენება-ოქსიგენოთერაპია.



ბრონქული ასთმა

ბრონქული ასთმა სასუნთქი გზების ქრ. პოლიეტოლოგიური დაავადებაა. იგი მოსახლეობის 2% აღენიშნებათ.



კლინიკა-ბრონქულ ასთმას განურჩევლად მიზეზისა ერთნაირი კლინიკური გამოვლინება ახასიათებს, ავად-ს ეწყება ძალიან შემაწუხებელი ამოსუნთქვითი ტიპის ქოშინი, სულხუთვა, შეტევის მაგვარი ხველა და სუნთქვითი ხმაური. შეტევა უმეტესად 1-2 სთ-ს გრძელდება, მაგრამ შესაძლოა ბრონქოსპაზმა რამდენიმე დღეც გასტანოს. შეტევა ხშირად ვითარდება ღამით ან გამთენიისას. ავად-ფი ცდილობს სუნთქვა როგორმე გაიადვილოს, რისთვისაც იღებს სხვადასხვა იძულებით პოზას. ხშირად ხელებით ეყრდნობა სკამს, მაგიდას ან საწოლს,

რაც ოდნავ უადვილებს ამოსუნთქვას. ამოსუნთქვა, რომელიც ჩვეულებრივ პასიური აქტია, შეტევას აქტიური ხდება, პაციენტს უჭირს ფილტვებიდან ჰაერის გამოდევნა. ამოსუნთქვას თან სდევს სტვენა და ხმაური. ჩასუნთქვა შედარებით თავისუფალია. შეტევის დასრულებას ხშირად თან ახლავს მშრალი შემაწუხებელი ხველა, ავად-ფი ცდილობს ამოიღოს ნახველი, მაგრამ ძლიერ უჭირს, წვალობს. ხველა თანდათან ძიერდება, ხშირდება და ბოლოს დიდი სიძნელით ამოახველებს ლორწოვან-წებოვან-პრიალა მკვრივ ნახველს. ნახველის ამოღების შემდეგ შეტევა წყდება, ფილტვებზე მოისმინება მშრალი, მსტვინავი, მოგუგუნე ხიხინი.



მკურნალობა-საჭიროა ალერგენტთან კონტაქტის გაწყვეტა, შეტევის დროს ცხელი სოდიანი წყლის მიღება, ფეხებზე ცხელი მდოგვის აბაზანა. ავად-ფი უნდა იწვეს მაღალ სასთუმალზე.

მედიკამენტებიდან-ბრონქოდილატატორები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები, კორტიკოსტეროიდები.

რემისის პერიოდში-საჭიროა სუნთქვითი ვარჯიშები და მასაჟი.



პნევმონია

პნევმონია ფილტვის პარენქიმის მწვავე ანთებაა, კლინიკური-მორფოლოგიური ხასიათის მიხედვით არის: პარენქიმული-კრუპოზული პნევმონია, კეროვანი ანუ ბრონქოპნევმონია და ინტერსტიციული პნევმონია.

მიმდინარეობის მიხედვით არის მწვავე და ქრონიკული.

კრუპოზული პნევმონია იწყება უცარი შემცივნებით და მაღალი ტემპერატურით 39-40-მდე. დაავადების დაწყებას ავად-ფი უკავშირებს გაციებას. იგი უჩივის ჩხვლეტით ტკივილს გვერდში, ხველა დასაწყისში მშრალია, 2-3 დღის შემდეგ გამოიყოფა ჟანგისფერი ნახველი (ნახველში სისხლის შერევის გამო). ცხვირის ნესტოებთან და ტუჩებთან ხშირად გამონაყარი-ჰერპესი ვითარდება. სახე ჰიპერემიულია-წამოწითლებული, სუნთქვა შესუსტებულია.



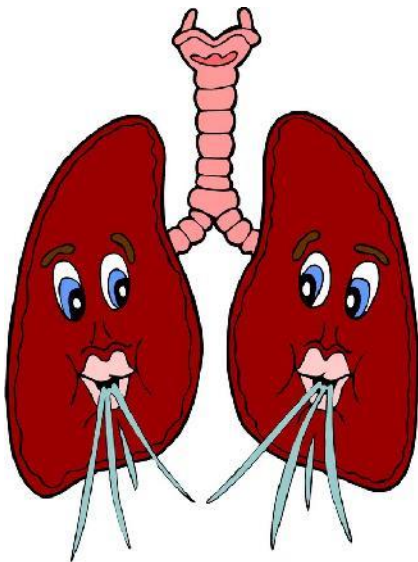
კრუპოზული პნევმონია განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს მოხუცებში, ფიზიკურად სუსტ ადამ-სა და ალკოჰოლიკებში.

კრუპოზული პნევმონიის მიმდინარეობისას ვითარდება სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა, განსაკუთრებით მორჩენის პერიოდში, როდესაც კრიზისი ვითარდება. ამ შემთხვევაში მძიმე კოლაფსის განვითარების გამო საჭირო ხდება საგულე და სისხლძარღვოვანი საშუალებების ფართოდ ხმარება.

წილაკოვანი ანუ ბრონქოპნევმონია შეიძლება განვითარდეს დამოუკიდებლად ან ამა თუ იმ ინფექციური დაავადების მიმდინარეობისას. დაავადება მიმდინარეობს ტემპერატურის მომატებით, ავად-ფი უჩივის ხველას, მცირე რაოდენობის ნახველის გამოყოფით. ნახველი ლორწოვანი ან ლორწოვან-ჩირქოვანია.

აუსკულტაციას მოისმინება სველი ხიხინი.

დიაგნოსტიკა ხდება რენტგენოლოგიური და ლაბორატორიული გამოკვლევებით.



ქრ. პნევმონია-ეს არის ფილტვების პარენქიმისა და ინტერსტიციული ქსოვილის ქრ. დაზიანება, რომელიც ვითარდება ადრე განვითარებული მწვავე პნევმონიის მიდამოში.

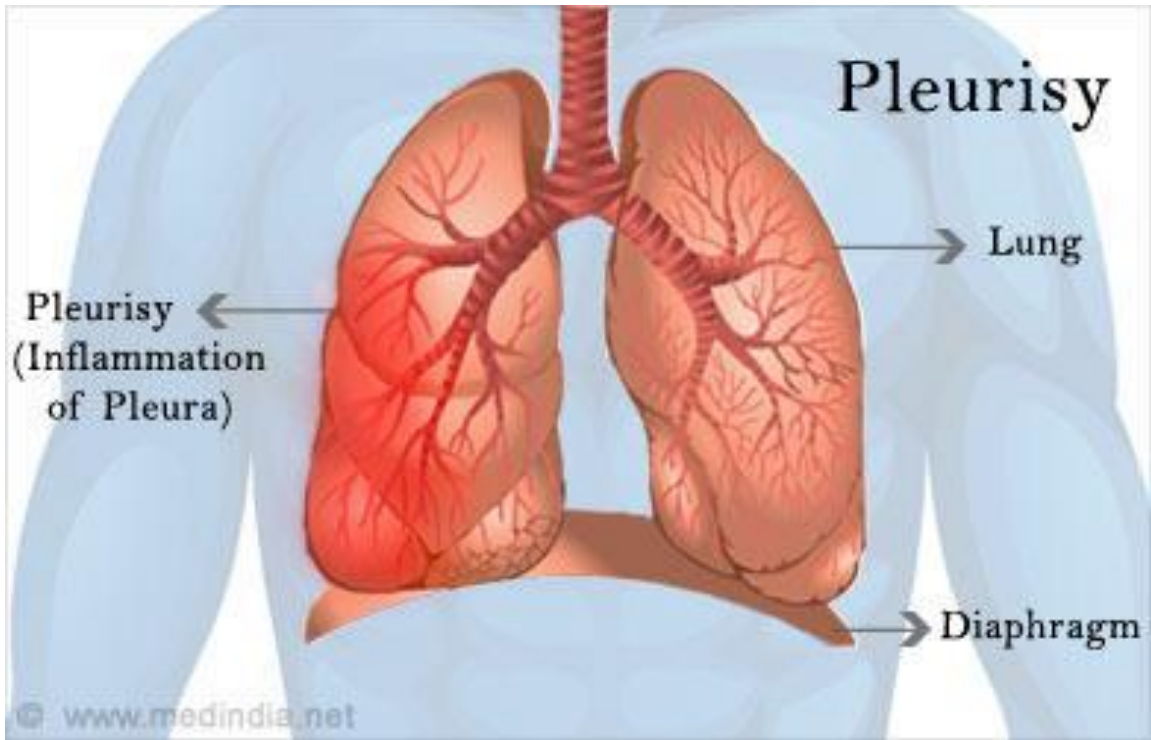
კლინიკა-გამწვავების პერიოდში ავად-ფი უჩივის: შემაწუხებელ ხველას ლორწოვან ან ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველის გამოყოფით, ტემპერატურის მომატებას.

რემისიის პერიოდში კი ავად-ს აქვს: პერიოდულად დილით ხველა ტემპერატურის გარეშე.

მოსმენით-სველი ხიხინი-ანთებადი უბნის არეზე.

მკურნალობა: ანტიბიოტიკებით, სულფამიდური პრეპარატებით, ამოსახველებელი საშუალებებით, ვიტამინებით.

პროფილაქტიკა: სამკურნალო ფიზკულტურა, არ შეიძლება თამბაქოს მოწევა, ალკოჰოლის და ძალიან ცივი სასმელების მიღება. ავად-ფი უნდა მოერიდოს გაციებას.



პ ლ ე ვ რ ი ტ ი

პლევრის ფურცლების ანთებას პლევრიტი ეწოდება. არჩევენ მშრალ და ექსუდაციურ პლევრიტს.

პლევრიტს იწვევს პნევმონია, ტუბერკულოზი, ტრავმა, ფილტვის ინფარქტი, ფილტვების აბსცესი ან კიბო.

კლინიკური მიმდინარეობა დამოკიდებულია გამომწვევ მიზეზებზე. მშრალი პლევრიტის დროს ავად-ფი უჩივის ჩხვლეტით ტკივილს გვერდში, რომელიც ძლიერდება ღრმა სუნთქვის დროს, მცირდება დაავადებულ გვერდზე წოლისას, ამიტომ ავად-ფი ცდილობს ზერელედ ისუნთქოს. ტკივილთან ერთად იწყება მშრალი ხველა, ტემპერატურის მომატება 38ი-მდე, საერთო სისუსტე, მოსმენით ისმის პლევრის ხახუნი.

დიაგნოზი დგინდება ანამნეზის და აუსკულტაციური მონაცემების საფუძველზე.

მკურნალობა დამოკიდებულია გამომწვევ დაავადებაზე.

ექსუდაციური პლევრიტი ხშირად მშრალი პლევრიტის შედეგია, მისთვის დამახასიათებელია შემაწუხებელი, მზარდი ქოშინი და ციანოზი, ტემპერატურის მომატება. დაავადებული მხარე სუნთქვაში ჩამორჩება და გამოზერილია აუსკულტაციით-ფილტვებში სუნთქვა შესუსტებულია ან საერთოდ არ ტარდება.

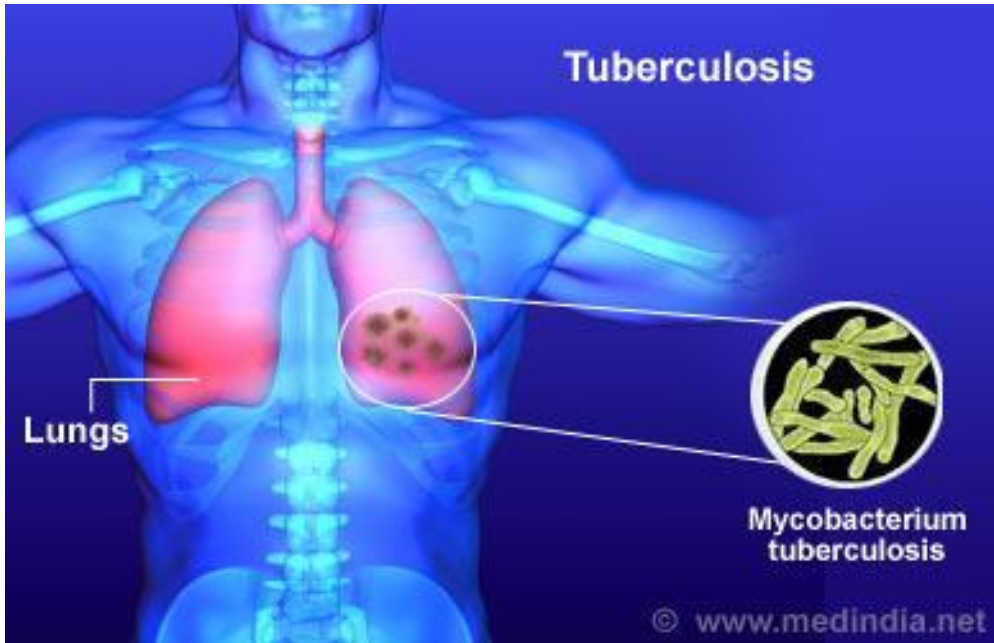


რენტგენოლოგიურად დაავადებულ მხარეზე აღინიშნება ირიბი მიმართულების ინტენსიური ჩრდილი.

მკურნალობა ტარდება ეტიოლოგიური ფაქტორის მიხედვით-ანტიბიოტიკებით, ვიტამინებით.

საჭიროა ავად-ის საკვები იყოს ცილებით, ცხიმებით, ნახშირწყლებით და ვიტამინებით მდიდარი.

პლევრიტები სრული განკურნებით მთავრდება.



ფილტვების ტუბერკულოზი

ტუბერკულოზი ინფექციური დაავადებაა, რომლის გამომწვევია ტუბერკულოზის მიკობაქტერია.



ტუბერკულოზით მსოფლიოში ყოველწლიურად მილიონი ადამიანი იღუპება. მსოფლიო მოსახლეობის 1/3 ტუბერკულოზის ბაცილით არის დაინფიცირებული.

დაინფიცირების შემდეგ ფილტვის ქსოვილში წარმოიქმნება ანთებითი უბნები, ფილტვის დაზიანებული უბანი განიცდის კაზეოზურ (ხაჭოსებრ) ნეკროზს.

მაღალი იმუნიტეტის შემთხვევაში ხდება უბნის გარშემო კაფსულის ჩამოყალიბება.

დაბალი იმუნიტეტისა და ცუდი პირობების შემთხვევაში ხდება კავერნის ჩამოყალიბება, სადაც ხდება ბიკობაქტერიების გამრავლება.

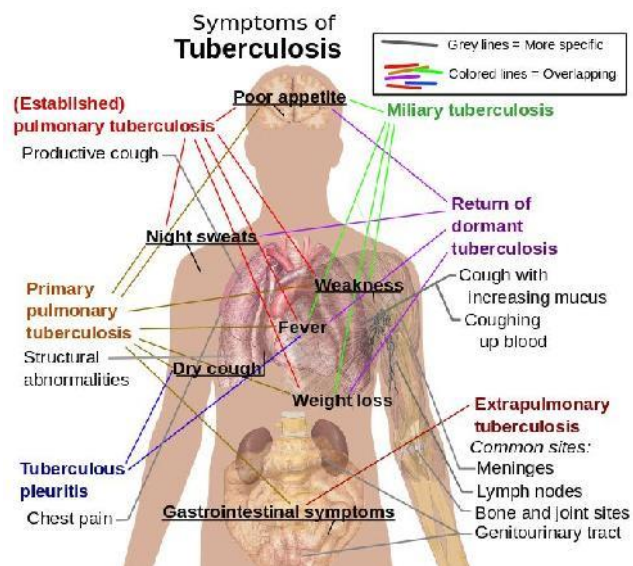
განასხვავებენ ტუბერკულოზის ორ სტადიას:

1. ტუბერკულოზით დაინფიცირება (მიკობაქტერია არის ორგანიზმში ინაქტივისებულ მდგომარეობაში)
2. დაავადების განვითარება

ტუბერკულოზის პირველადი ინფიცირების შემთხვევათა 90% უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. ძირითადად ტუბერკულოზი გადაეცემა ჰაერ-წვეთოვანი გზით, დაავადებული ადამიანიდან.



ტუბერკულოზის ზოგადი ნიშნებია:



-სუბფებრილური ტემპერატურა

-ღამით ოფლიანობა

-უმაღლობა

-წონაში დაკლება

-საერთო სისუსტე

-ადვილად დაღლა

-ხველა 3 კვირა

-დისპნოე

დიაგნოსტიკა ხდება გულმკერდის რენტგენოგრაფიით, ტომოგრაფიით, დიაგნოსტიკის კრიტერიუმის და ნახველის ანალიზით, ნაცხის მიკროსკოპია და მასალის კულტურის გამოკვლევა.



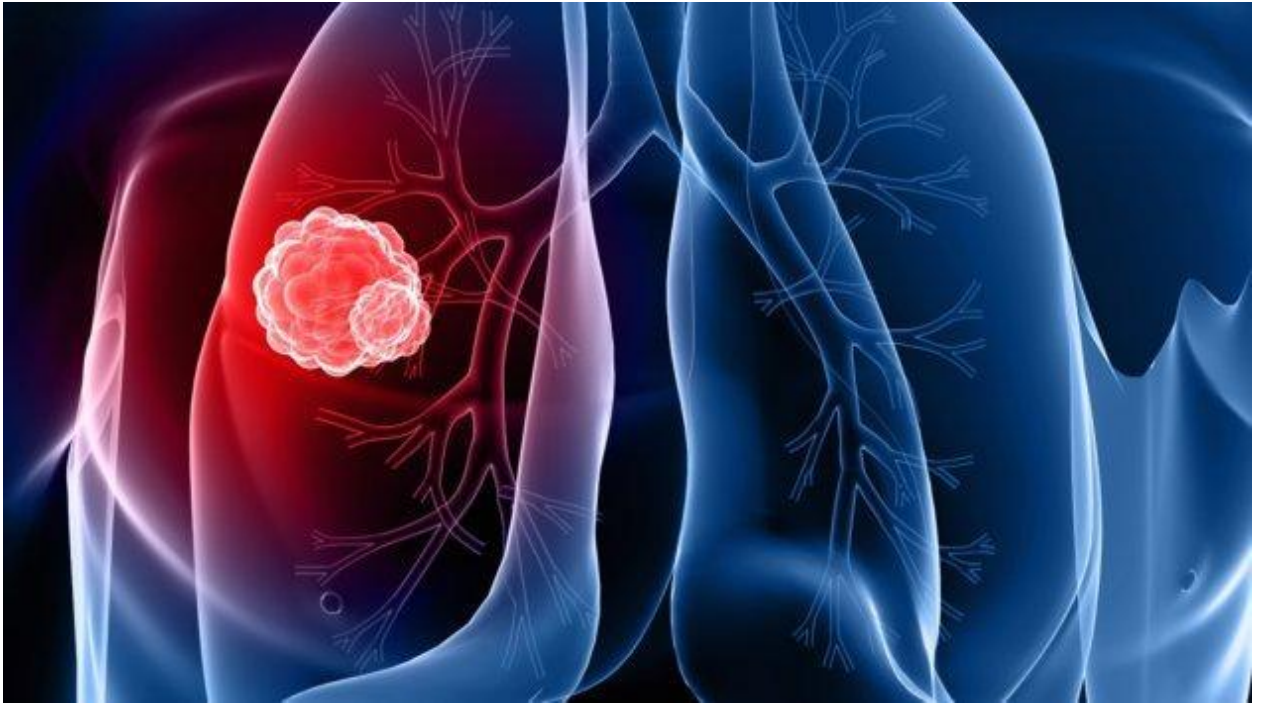
პრევენცია - მანტუს სინჯის ჩატარება, მაღალი რისკის პოპულაციაში, ბ.ც.ჟ ვაქცინაცია.

ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის დროული გამოვლენა და მათი სწორი მკურნალობა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ 1993 წელს შეიმუშავა DOTS-ის პროგრამა. ეს ინგლისური დასახელებაა, რომელიც ნიშნავს კონტროლირებადი ქიმიოთერაპია უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ. საქართველო ამ პროგრამაში ჩაერთო 1996 წელს.

მკურნალობა ტარდება კომპლექსურად: კონსერვატული და ქირურგიული წესით. ატიბიოტიკებით (მათი მგრძნობელობის გათვალისწინებით მიკობაქტერიის მიმართ), ანტიბაქტერიული პრეპარატებით, ვიტამინოთერაპიით. საჭიროების შემთხვევაში საჭიროა ქირურგიული მკურნალობა.





ფილტვის კიბო

ფილტვის კიბო ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული ავთვისებიანი სიმსივნეა. დაავადება უფრო ხშირად გვხვდება 60 წელზე მეტ ასაკში, მამაკაცებში უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში.

ფილტვის კიბო არის პირველადი-რომლის დროსაც სიმსივნე ვითარდება უშუალოდ ფილტვის ქსოვილში და ბრონქებში.

მეორადი-როდესაც კიბო პირველად ვითარდება სხვა ორგანოებში, მაგ: ღვიძლში, კუჭში, პანკრეასში და მეორადად მეტასტაზების განვითარებით-ფილტვებში.

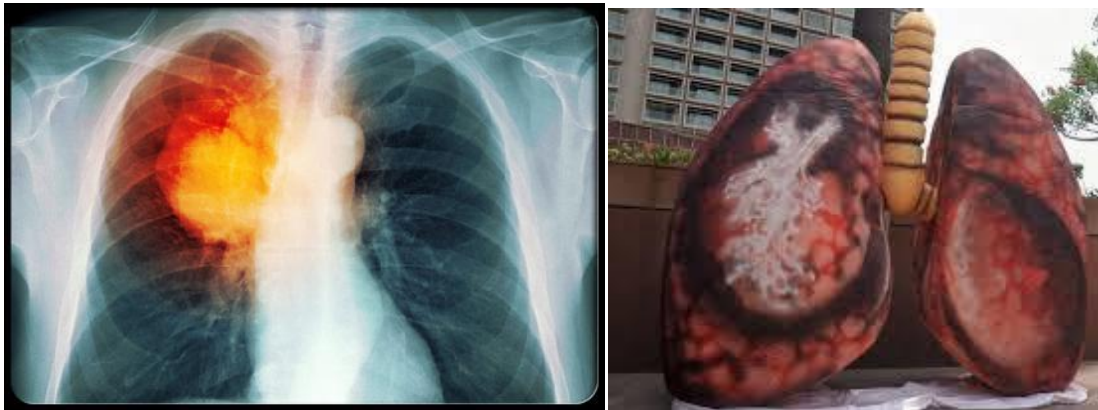


ფილტვის კიბოს განვითარებას ხელს უწყობს - თამბაქოს წევა, ატმოსფეროში კანცეროგენული ნივთიერებების-ნავთობის წვის პროდუქტების ზრდა.

ლოკალიზაციის მიხედვით ფილტვის კიბო იყოფა 2 ჯგუფად: 1. ცენტრალური-რომელიც ვითარდება მთავარი ან სეგმენტური ბრონქიდან. 2. პერიფერიული-წვრილი ბრონქებისაგან.

ფილტვის ცენტრალური ლოკალიზაციის კიბო უფრო ხშირია, ვიდრე პერიფერიული.

კლინიკა - ადრეული სიმპტომია ხველა, დასაწყისში მშრალი შემდეგ ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველით, ზოგჯერ სისხლიანიც. ქოშინი და ტკივილი გვერდში, ასევე საერთო სისუსტე.



დიაგნოზი დგინდება: გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევით: გულმკერდის რენტგენოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, ნახველის ციტოლოგიური გამოკვლევა, ბრონქოსკოპია-ბიოფსია.

მკურნალობა: ქირურგიული ოპერაცია, თუ ოპერაცია არ შეიძლება (როცა სიმსივნე ჩაზრდილია მეზობელ ორგანოებში, აღინიშნება შორეული მეტასტაზები) ამ შემთხვევაში ინიშნება ქიმიოთერაპია, სხივური თერაპია.

პროფილაქტიკა-საჭიროა თამბაქოს წევის აღკვეთა, სასუნთქი გზების ანთებითი პროცესების და კეთილთვისებიანი სიმსივნეების დროული მკურნალობა, გარემოს ეკოლოგიური გაჯანსაღება და პროფილაქტიკური გასინჯვების ჩატარება.

ფიტვის პროფესიული დაავადებები-პნევმოკონიოზი

ფიტვის პროფესიულ დაავადებას მიეკუთვნება პნევმოკონიოზი, რაც ფიტვების გამტვერიანებას ნიშნავს.

პნევმოკონიოზს იწვევს სხვადასხვა სახის მტვერი. იმისდამიხედვით თუ რა სახის მტვერი იწვევს ფიტვების გამტვერიანებას არჩევენ პნევმოკონიოზის სხვადასხვა სახეს. მაგ: ქვანახშირის მტვერის შესუნთქვა იწვევს ანთრაკოზს. ქვის მთლელებს-უვითარდებათ ქალიკოზი. ლითონზე მომუშავე ხარატებს-სიდეროზი.

სილიციუმის ორჟანგის ხშირი შესუნთქვა იწვევს სილიკოზს.

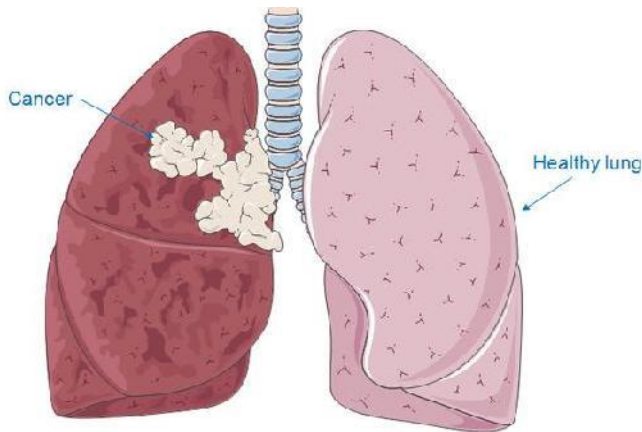


დაავადება მიმდინარეობს თანდათანობით, მრავალი წლის განმავლობაში.

დასაწყისში ავად-ფი უჩივის: მშრალ ხველას, შემდეგ უკვე ნახველის გამოყოფით. ნახველის ფერი არის შესუნთქული მტვრის ფერი. მაგ: შავი ნახველი არის ანთრაკოზის დროს (ქვანახშირის მტვერი). ნახველთან ერთად ავად-ს ეწყება ქოშინი, ტკივილი გულმკერდის არეში, საერთო სისუსტე და შრომის უნარის დაქვეითება.

დიაგნოზის დასმაში გვეხმარება რენტგენოლოგიური გამოკვლევა და კომპიუტერული ტომოგრაფიაც.

გართულება: გულ-ფილტვის უკმარისობა, პნევმონია, ფილტვის ტუბერკულოზი, ფილტვის კიბო და სხვა.



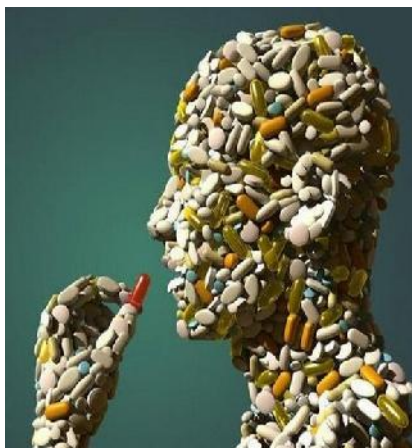
მკურნალობა-საჭიროა ვიტამინებითა და ცილებით მდიდარი კვება, სამკურნალო ფიზიკულტურა, სუნთქვითი ვარჯიშები.

მედიკამენტებიდან: ბრონქოლიზური საშუალებები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები,

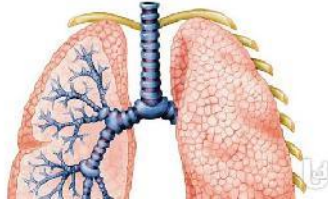
ჩვენების მიხედვით ანტიბიოტიკები, გლუკოკორტიკოიდები.

კურორტული მკურნალობა: შავი ზღვის სანაპირო და დაბალი მთის კურორტი-სურამი.

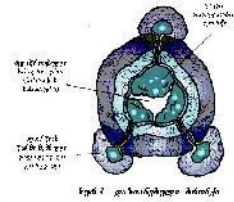
პროფილაქტიკა: სამედიცინო შემოწმების სისტემური ჩატარება, ეფექტური ვენტილაციის მოწყობა და ორგანიზმის გაკაფება.



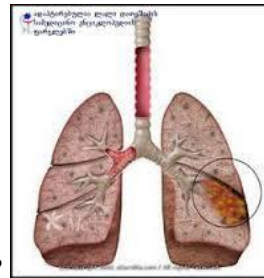
საკონტროლო კითხვები



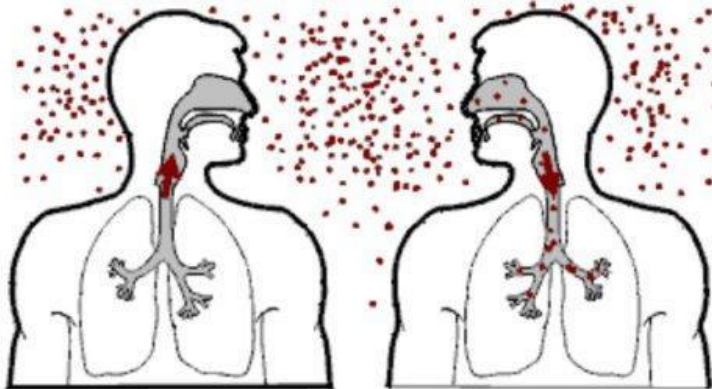
1. რას ეწოდება ბრონქიტი?
2. მწვავე ბრონქიტის ძირითადი კლინიკური ნიშნები.
3. მწვავე ბრონქიტის პროფილაქტიკა.
4. ქრ. ბრონქიტის ძირითადი მიზეზები.



5. ქრ. ბრონქიტის პროფილაქტიკა და მკურნალობა.
6. განმარტეთ რა არის ბრონქული ასთმა.
7. აღწერეთ ბრონქული ასთმის შეტევის კლინიკა.
8. ბრონქული ასთმის მკურნალობა და პროფილაქტიკა.

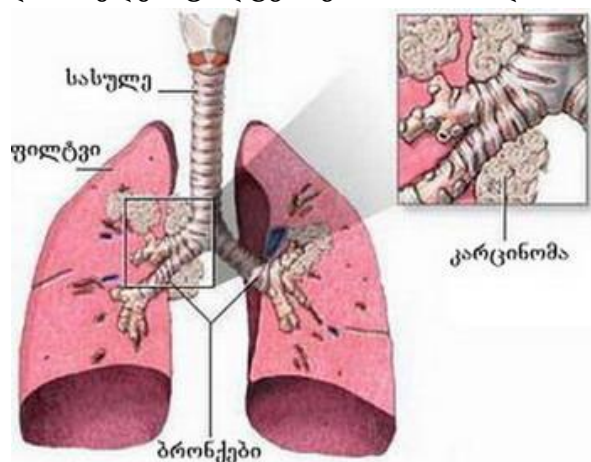


9. რას ეწოდება კრუპოზული პნევმონია?
10. კრუპოზული პნევმონიის კლინიკა.
11. პნევმონიის მკურნალობა.
12. დაასახელეთ ფილტვის ტუბერკულოზის გამომწვევი მიზეზები.



13. ფილტვის ტუბერკულოზის კლინიკური ნიშნები.
14. ჩამოთვალეთ ფილტვის ტუბერკულოზის ძირითადი მიმართულებანი.
15. რას ეწოდება პლევრიტი?
16. მშრალი პლევრიტის ძირითადი სიმპტომები.
17. ექსუდაციური პლევრიტის კლინიკა.
18. პლევრიტების მკურნალობა.

19. დასახელეთ ფილტვის კიბოს ძრითადი ნიშნები.



20. ფილტვის კიბოს ძირითადი მკურნალობის მეთოდები.



ანემიები

სისხლის რაოდენობის შემცირებას ანემია ეწოდება. ანუ ანემია ეს არის სისხლში ნორმალური ჰემოგლობინის დაქვეითება, რაც სისხლის უჯრედების მიერ ჟანგბადის გადამტანი მოცულობის შემცირებას იწვევს.

ანემია ძირითადად ვითარდება სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესების შედეგად:

არასრულფასოვანი კვება

ორსულობა

ლაქტაციის პროცესი

ინფექცია

თანდაყოლილი რკინის დეფიციტი

რკინის ალიმენტარული ნაკლებობა

კუჭისა და ნაწლავების პათოლოგია და სხვა

ანემიები ფერადობის მაჩვენებლის მიხედვით (ერიტროციტებში ჰემოგლობინის რაოდენობის მიხედვით) არის: ნორმოქრომული, ჰიპოქრომული და ჰიპერქრომული

პათოგენეზის მიხედვით არის : 1. ანემია სისხლის დაკარგვის გამო

2. ერიტროციტებისა და ჰემოგლობინის ნორმალური წარმოშობის პროცესის დაღვევის გამო

3. ჰემოლიზური ანემია

ერიტროციტების და ნორმალური წარმოშობის პროცესის დარღვევის გამო ვითარდება რკინადეფიციტური ანემია. ამ დროს ერიტროციტში ჰემოგლობინის წარმოშობა ქვეითდება. ორგანიზმში რკინის ნაკლებობაა, რაც იწვევს ზრდის დაქვეითებას, ინტელექტის და ქცევების შეცვლას. დამახასიათებელია: ფრჩხილების და თმის მტვრევადობა, კანი მშრალია-

ფერმკრთალი ან მომწვანო ფერისა (ქლოროზი), აქვს საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა, ძლიანობა, თავბრუსხვევა, გულის ფრიალი და ქოშინი ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ. ავად-ს უჭირს მშრალი და მაგარი საკვების გადაყლაპვა, ენა პრიალაა,

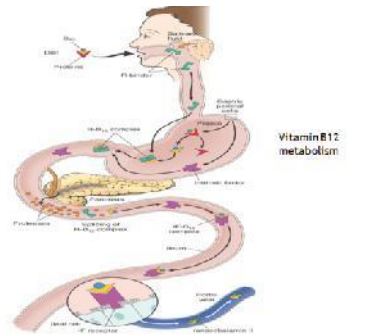


აქვს ენის წვა და ტკივილი, გემოს გაუკუღმართება, სურვილი აქვს მიიღოს ცარცი, თიხა, ნახშირი, მიწა. ქვემო კიდურები პასტოზურია.



მკურნალობა: რკინის პრეპარატებით

B12 - დეფიციტური ანემია. ამ დროს ადგილი აქვს B12 ვიტამინის და შინაგანი ფაქტორის



(კასტლის-გასტრომუკოპროტეინის) დეფიციტს.

B12-ის დეფიციტის ძირითადი მიზეზია: წვრილ ნაწლავში მისი შეწოვის მოშლა, ნაწლავთა პარაზიტები, ზოგიერთი მედიკამენტები, ალკოჰოლი და სხვა.

ამ ანემიის დროს ძირითადად ზიანდება სისხლმზადი ორგანოები, საჭმლის მომნელებელი



და ნერვული სისტემა.

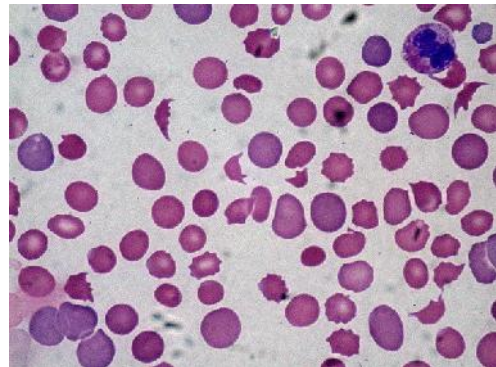
ძირითადი სიმპტომებია: გლოსიტი-პრიალა ენა, ტკივილი და წვა, საერთო სისუსტე, თავბრუსხვევა, შრომის უნარის დაქვეითება, სტომატიტი, ფაღარათი ან ყაზხოზა, სიყვითლე (ჰემოგლობინის დაშლის გამლიერების გამო), იშვიათად კანის გამუქება, ელენთის გადიდება, ტემპერატურის მომატება, პროგრესული ნეიროპათია.



დიაგნოსტიკა ხდება - ზოგადი სიმპტომების შეფასებისა და სისხლის ანალიზით.

მკურნალობა - B12 -ვიტამინით, ზოგჯერ ერითროციტალური მასის გადასხმით და კორტიკოსტეროიდებით.

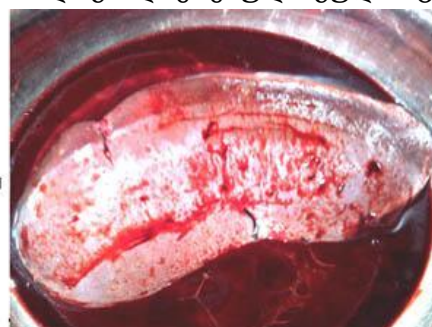
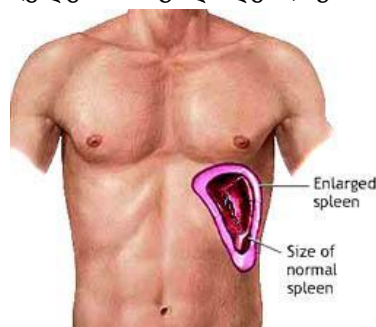
ჰემოლიზური ანემია - ამ ანემიის დროს ერითროციტები იშლება, მათი ჰემოლიზი ხდება, რაც შეიძლება განპირობებული იყოს მათი თანდაყოლილი ნაკლოვანებით ან ალერგიული ფაქტორის ზემოქმედებით-აუტოაგრესიით, შეუთავსებელი სისხლის გადასხმით,



ინფექციების ან შხამების ინტოქსიკაციის დროს.

ჰემოლიზური ანემია არის თანდაყოლილი-მემკვიდრეობით (ერითროციტების დეფექტი) და შეძენილი (ერითროციტებზე გარეშე ფაქტორების ზემოქმედებით).

სიმპტომები: საერთო სისუსტე, ადვილად დაღლა, უსიამოვნო შეგრძნება მარცხენა ფერდქვეშა არეში, ტემპერატურის მომატება, მუცლის ტკივილი, შარდის გამუქება, სიყვითლე, სპლენომეგალია (ელენთის გადიდება), ქოშინი და გამლიერებული გულის ცემა ფიზიკური



დატვირთვისას.

თანდაყოლილი - მემკვიდრეობითი ჰემოლიზური ანემიის დროს ხშირია ისეთი ანომალიები როგორცაა: კომპლესური თავის ქალა, მენჯ-ბარძაყის პათოლოგია და სხვა.

დიაგნოსტიკა ხდება ზოგადი სიმპტომების შეფასებისა და სისხლის ანალიზით. ზოგჯერ საჭირო ხდება ზურგის ტვინის ფუნქციის გამოკვლევა.

მკურნალობა: თანდაყოლილი ჰემოლიზური ანემიის დროს - სპლენექტომია (ელენთის ამოკვეთა), რომელიც იძლევა კლინიკურ გამოჯანმრთელებას. სიმპტომური მკურნალობა ტარდება ნალველმდენი და სპაქმოლიზური საშუალებებით, ერთთროციტული მასის გადასხმით, კორტიკოსტეროიდებით, რადიაციული თერაპია, ძვლის ტვინის გადანერგვა.

სისხლის დაკარგვით გამოწვეული ანემიები: (მწვავე და ქრონიკული)



მწვავე სისხლნაკლებობის მიზეზია-სისხლის დიდი რაოდენობით დაკარგვა-ჭრილობიდან, დაზიანებული სისხლძარღვიდან, შინაგანი ორგანოებიდან. ყველა შემთხვევაში ერთროციტების საერთო რაოდენობა და ჰემოგლობინი კლებულობს. ანემია ჰიპოქრომული ხასიათისაა.

ავად-ფი უჩივის ძლიერ საერთო სისუსტეს, თავბრუსხვევას, ყურებში შუილს, გულის ფრიალს, კანი და ლორწოვანი ფერმკრთალია.

დიაგნოსტიკა ხდება ანამნეზის და სისხლის საერთო ანალიზით.



ქრ. სისხლნაკლებობა ვითარდება იმ შემთხვევაში როდესაც ავად-ფი დიდი ხნის განმავლობაში კარგავს მცირე რაოდენობით სისხლს, მაგ: ბუასილის, საშვილოსნოდან სისხლდენის დროს ან კუჭის წყლულის, ინვაზიების დროს და სხვა.

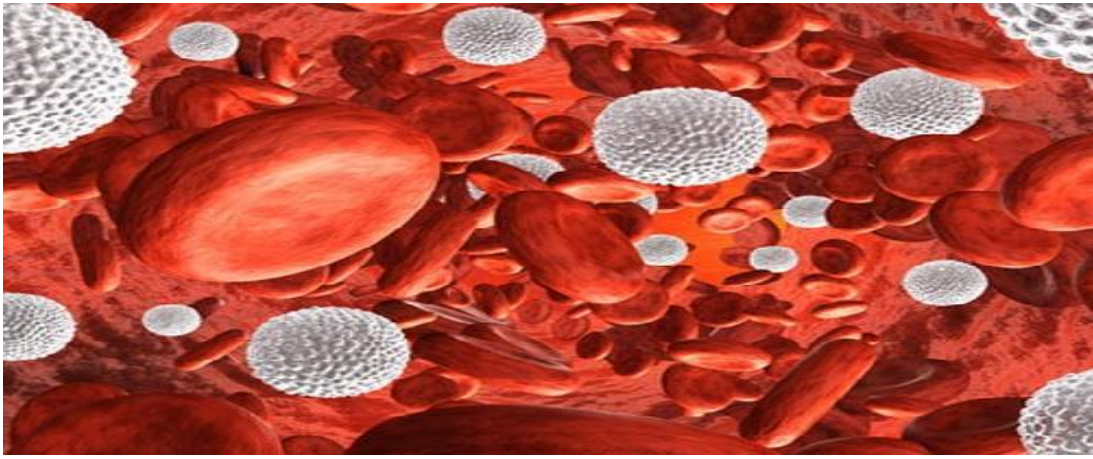
კლინიკა - ავად-ფი უჩივის საერთო სისუსტეს, შრომის უნარის დაქვეითებას, თავის ტკივილს, თავბრუსხვევას, გულის ფრიალს, ქოშინს, კანი ფერმკრთალია, პულსი აჩქარებული.

დიაგნოსტიკა სისხლის საერთო ანალიზით დაკლებულია, როგორც ჰემოგლობინი, ისე ერთროციტები-ჰიპოქრომული ტიპის ანემია.

მკურნალობა: სისხლის დენის გამოწვევი მიზეზის ლიკვიდაცია, მწვავეს დროს დაზიანებული სისხლძარღვიდან სისხლის დენის შეწყვეტა, სისხლის დენის შემაჩერებლები, სისხლის გადასხმა, პლაზმის შემცვლელი ხსნარების გადასხმა.

ქრ-ის დროს - ძირითადი მიზეზის ლიკვიდაციის გარდა საჭიროა რკინის პრეპარატები - მარილმჟავასთან ერთად ვიტამინები, საჭიროების მიხედვით სისხლის გადასხმა.

ქრონიკულ პოსტპემორული ანემია მიეკუთვნება რკინადეფიციტური ანემიის ჯგუფს



ლ ე ი კ ე მ ი ა

ლეიკემია - სისხლმბადი უჯრედების სიმსივნეა, რომლებიც პირველად ძვლის ტვინში წარმოიქმნება.

განასხვავებენ მწვავე და ქრ. ლეიკემიებს. ეს დაყოფა ემყარება სიმსივნური უჯრედების მოუმწიფებლობის ხარისხს.

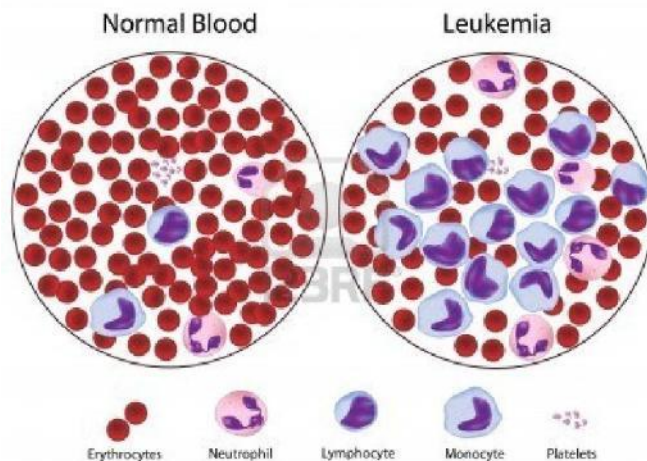
მწვავე ლეიკოზების დროს სიმსივნე მოუმწიფებელი უჯრედებისაგან შედგება. ქრ. ლეიკემიის დროს სიმსივნე სისხლმბადი სისტემის უფრო მომწიფებული უჯრედებისაგან



შედგება.

მიზეზები: ლეიკემიის განვითარების ზუსტი მიზეზები დაუდგენელია, ხელს უწყობს ამ დაავადების ჩამოყალიბებას: მემკვიდრეობა, რადიაცია, სხვადასხვა ქიმიურ ნივთიერებებთან კონტაქტი.

მწვავე ლეიკემიები აღინიშნება ნებისმიერ ასაკში, უფრო ხშირად ბავშვებში 2-6 წლამდე.



ქრონიკული კი მოწიფულ ასაკში.

მწვავე ლეიკემია იწყება ძიერი სისუსტით, ადვილად დაღლით, ანგინით, ყელის ტკივილით, ტემპერატურის მომატებით, შეიძლება დაიწყოს კანქვეშ სისხლჩაქცევებით და ანემიით, აღენიშნება კანის და ლორწოვანის სიფერმკრთალე.

სტომატიტი-პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე მორუხო-ყვითელი ფერის ნადები. აღენიშნება



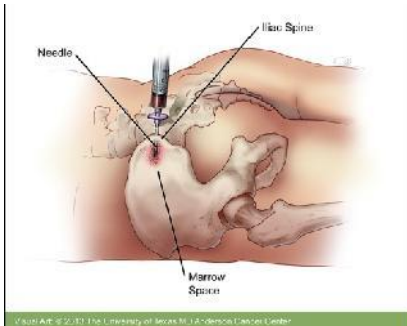
სისხლდენა ღრძილებიდან, ცხვირიდან, ნაწლავებიდან, ნერვული სისტემის მხრივ პარესთეზიები, დამბლები და სხვა.

სისხლში - ცვლილებებია.

მკურნალობა - პოლიქიმიოთერაპია - მოწოდებულია სხვადასხვა სქემები.

რადიაციული თერაპია.

ძვლის ტვინის გადანერგვა, სისხლის გადასხმა, ანტიბიოტიკები (ანთების სამკურნალოდ).





ჰემორაგიული დიათეზი

ჰემორაგიული დიათეზი დაავადებათა ჯგუფია, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სისხლდენა, რომელიც შეიძლება იყოს მუდმივი ან დროებითი, ვითარდება ტრავმის ან ხილული მიზეზების გარეშე.

ჰემორაგიული დიათეზებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება თრომბოციტოპენია, ჰემოფილია.

თრომბოციტოპენია შეიძლება გამოწვეული იყოს თრომბოციტების დაშლით ან არასაკმარის წარმოქმნისას. დაავადებისათვის დამახასიათებელია სისხლისდენა, სისხლჩაქცევები



აღნიშნება კანზე, განსაკუთრებით კიდურებზე, ჩნდება ხილული მიზეზების გარეშე ან მცირედი ტრავმის შემდეგ. ავად-ის კანზე ლაქებს ლეოპარდის კანის შეხედულება შეიძლება განვითარდეს ცხვირიდან, იშვიათად კუჭ-თირკმელებიდან, ფილტვებიდან, აღნიშნება

ხშირი სისხლდენა იწვევს ანემიას, შემცირებულია, ვითარდება საერთო სისუსტე, შრომის უნარის ეცემა.



ისინი ავად-ის კანზე ლაქებს აქვთ. სისხლდენა საშვილოსნოდან, ნაწლავიდან, ელენთის გადიდება. თრომბოციტების რიცხვი დაქვეითება, არტ. წნევა

ჰემოფილია - მემკვიდრეობითი დაავადებაა, იგი გადაეცემა ბაბუიდან შვილიშვილ ვაჟზე (გადამტანია ქალი).



დაავადების ნიშნები მჟღავნდება პირველი წლის ასაკში, საკმარისი ხდება სულ მცირე ზეწოლა კანზე, რომ სისხლჩაქცევა განვითარდეს..

ხანგრძლივი სისხლის დენა ვითარდება პირველი კბილის ამოსვლის დროს. მოზრდილ ასაკში სისხლისდენის ხანგრძლივობა კლებულობს, სისხლჩაქცევები არ არის, თრომბოციტების რაოდენობა ნორმალურია. ჰემოფილიისათვის დამახასიათებელია ხანგრძლივი სიცოცხლისათვის საშიში სისხლდენები ტრავმის და ოპერაციების დროს.

პროფილაქტიკა და მკურნალობა - პროფილაქტიკა მიზნად ისახავს განსაკუთრებით ბავშვობის ასაკში, ყოველგვარ შემთხვევითი ტრავმის აცილებას, სისხლდენისას - სისხლის შემაჩერებელ პრეპარატებს, ასევე ანტიჰემოფილური გლობულინის შემცველი პლაზმის

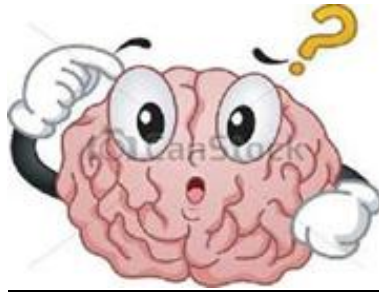


გადასხმა.

თრომბოციტოპენიის დროს მკურნალობა მოიცავს: სპლენექტომიას, გლუკოკორტიკოიდებს, იმუნოდეპრესანტებს.



საკონტროლო კითხვები



1. რას ეწოდება ანემია?
2. ჩამოთვალეთ ანემიების კლასიფიკაცია
3. დაასახელეთ რკინადეფიციტური ანემიის ძირითადი სიმპტომები
4. დაასახელეთ B12 დეფიციტური ანემიის სიმპტომები
5. რას ეწოდება ლეიკემია?
6. რა უდევს საფუძვლად ლეიკემიების მწვავედ და ქრონიკულად დაყოფას?
7. ჩამოთვალეთ მწვავე ლეიკემიის სიმპტომები
8. ლეიკემიით დაავადებულთა მკურნალობა
9. ჰემორაგიული დიათეზის განმარტება
10. დაასახელეთ თრომბოციტოპენიის ძირითადი სიმპტომები
11. რა დაავადება ჰემოფილია?
12. დაასახელეთ ჰემორაგიული დიათეზის მკურნალობა



ძვალ-სახსართა დაავადებები

რევმატოიდული ართრიტი

რევმატოიდული ართრიტი შამაერთეხელი ქსოვილის იმუნური ანთებითი ბუნების ქრ. სისტემური დაავადებაა, რომლის შედეგად სახსრებში ვითარდება ღრმა შეუქცევადი ფიბროზული ცვლილებები, რომლებიც იწვევენ სახსრების დეფორმაციას, ზოგჯერ სახსრის სრულ უმოძრაობას-ანკილოზს.

რევმატოიდული პოლიართრიტის დროს ანთებაა წვრილ სახსრებში (ხელის ან ფეხის თითების). ანთების შედეგად თითების ფორმა იცვლება, სახსრებში მოძრაობა მკვეთრად შეზღუდულია.

რევმატოიდული ართრიტით ავად-თა ორგანოზმში გამომუშავდება განსაკუთრებული ცილა-ე.წ რევმატოიდული ფაქტორი, რომელიც უერთდება სისხლის შრატის სხვა ცილებს და ლაგდება სახსრის სინოვიალურ გარსში და იწვევს მის ანთებას. გარდა ამისა ეს კომპლექსები შეიძლება ჩალაგდნენ შინაგანი ორგანოების წვრილი სისხლძარღვების კედელში და გამოიწვიონ მათი შემდგომი დაზიანება.

სიმპტომები-დაავადების დასაწყისში ავად-ს აღენიშნება ტემპერატურის მომატება, სახსრების ტკივილი, ზიანდება მტევნის წვრილი სახსრები და სხივ-მაჯის სახსრები. სახსრები ზომამში მატულობს, მათზე კანი ხშირად ჰიპერემიულია, სახსრებში მოძრაობა შეზღუდულია ტკივილს გამო, დამახასიათებელია სახსრების შემოჭილობა, განსაკუთრებით დილის საათებში, რომელიც დღის ბოლოსათვის ქრება, რაც უფრო დიდხანს გრძელდება შეზოჭილობის შეგრძნება დაავადება მით უფრო მძიმედ მიმდინარეობს. პალპაციით სახსარი მტკივნეულია და შეზღუდული, დროთა განმავლობაში შეიძლება დაზიანდეს თითქმის ყველა სახსარი ხანგრძლივი მიმდინარეობისას ხდება სახსრების მკვეთრი დეფორმაცია-ვითარდება ანკილოზი.

დიაგნოსტიკა-რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

მკურნალობა-კომპლექსურია, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები, ციტოსტატიკები, ფიზიკური ფაქტორები, პარაფინის აპლიკაციები, ულტრაისფერი სხივები, გოგირდწყალბადის აბაზანები, სამკურნალო ვარჯიშები, მასაჟი, ქირურგიული



მკურნალობა. კურორტული მკურნალობა რეკომენდირებულია რემისიის ფაზაში.

პროფილაქტიკა-ინფექციის კერების სანაცია და სამკურნალო ვარჯიშები.



პოდაგრა

პოდაგრა (ნიკრისის ქარი) - ორგანიზმის ზოგადი დაავადებაა, რომლის დროსაც ირღვევა პურინული ცვლა, რის გამოც სისხლში ჭარბად აღინიშნება ურატები, რასაც მოჰყვება ქსოვილებში მათი კრისტალების ჩალაგება. იგი მიეკუთვნება მიკროკრისტალური ართრიტების ჯგუფს.

არჩევნ პირველად და მეორად პოდაგრას. პირველადს მემკვიდრეობითი, ოჯახური ხასიათი აქვს, არგანიზმში აღინიშნება სპეციფიკური ფერმენტების დეფიციტი.

ორგანიზმში ურატების დაგროვების ორი მიზეზი არსებობს: ჭარბი სინთეზი და გამოყოფის დაქვეითება.

ხანგრძლივი ჰიპერურიკემიის შედეგად ქსოვილებში ლაგდება კრისტალური ურატები: სინოვიურ გარსში, მყესებში, ხრტილებში, ძვლის სახსროვან ნაწილში, თვალის სკლერაში, თირკმელების ინტენსტიციურ შრეში, სისხლისძარღვებში, რაც იწვევს მათში მრავლობითი კვანძების გაჩენას (ტოფუსები) და ანთებას.

სიმპტომები - ავად-ს ეწყება ტკივილი ფეხის სახსრებში უეცრად ნებისმიერ დროს, მაგრამ ხშირად ღამით ან დილით პირველადი ტკივილი იწყება ტერფის ცერის წინა ტერფ-ფალანგთა სახსარში. დაზიანებული სახსარი რამდენიმე საათში სივდება, კანი წითლდება და ცხელდება, სახსარზე ოდნავი შეხების დროსაც ტკივილი ძალზედ ძლიერდება, სახსარი მთლიანად აღდგება. მწვავე ტკივილი პერიოდულად მეორდება ყოველი განმეორებითი შეტევის დროს პათოლოგიურ პროცესში ერთვება ახალი სახსარი.

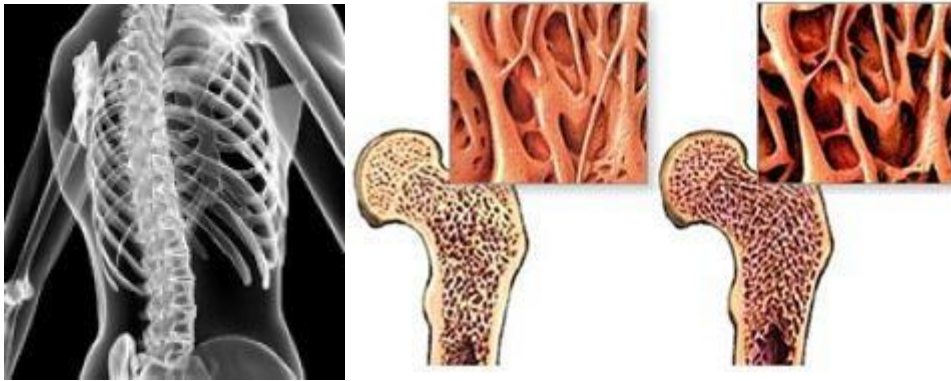
ტოფუსი (ურატების ქსოვილში ჩალაგება) ჩნდება პირველად გამოვლენილი სახსრის დაზიანებიდან 5-10წლის შემდეგ, იგი ლოკალიზდება ყურის ნიჟარის შიდა ზედაპირზე, როგორც მოყვითალო მარცვლები, იდაყვის, ტერფის და მტევნის სახსრებზე.

შეტევის პროვოცირებას ხელს უწყობს პურინის შემცველი საკვები, ალკოჰოლის დიდი რაოდენობით მიღება, ნერვულ-ფსიქიკური დაძაბულობა, ვირუსული ინფექცია, გაციება, ტრავმა, მედიკამენტებიდან - შარდმდენები, კორტიკოსტეროიდები და სხვა.

არასახსროვანი ფორმის პოდაგრის დროს ყველაზე ხშირად ზიანდება თირკმელები.

მკურნალობა - კომპლექსურია-მედიკამენტები, დიეტა, ფიზიკური ზემოქმედება, სანიტარულ-კურორტული მკურნალობა, მწვავე შეტევის დროს საჭიროა ავად-ის მოსვენება და ტუტე სითხის დიდი რაოდენობით მიღება. მედიკამენტებიდან- არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებანი, ურიკოსტატიკები-რომლებიც ამუხრუჭებს შარდის მჟავას სინთეზს.

თირკმლისმიერი ჰიპერურიკემიის დროს ინიშნება ურიკოზურიული საშუალება, ასევე ურალიტის ჯგუფის პრეპარატები. დიდი მნიშვნელობა აქვს დიეტის დაცვას და წონის დაკლებას.



ოსტეოპოროზი

ოსტეოპოროზი (ოსტეო-ძვალი, პოროს-ნახვრეტი) არის დაავადება, რომლის დროსაც მცირდება ძვლოვანი ქსოვილის მასა და იცვლება ძვლის შენება, ძვლები მყიფდება, რაც ზრდის მოტეხილობის რისკს.

ოსტეოპოროზს ხანგრძლივი მიმდინარეობა ახასიათებს. ის ხშირად ფარულად მიმდინარეობს და პირდაპირი გართულებით ხერხემლის, ბარძაყის, ყელის ან სხვა ძვლის მოტეხილობით იჩენს თავს.

ეს დაავადება აქვს ყოველ მესამე ქალს პოსტმენოპაუზის ასაკში და 70 წელს გადაცილებულ ქალებისა და მამაკაცების თითქმის ნახევარს.

ადამიანის ორგანიზმში მთელი სიცოცხლის გან-ში მიმდინარეობს ძლის ქსოვილის რღვევა და ახლის წარმოქმნა: ამ პროცესს რემოდელირებას უწოდებენ. რემოდელირების ტემპი ასაკის მატებასთან ერთად საგრძნობლად იკლებს. 30-35 წლის შემდეგ იწყება ძვლოვანი მასის კარგვის პერიოდი. თავდაპირველად კლება უმნიშვნელოა წელიწადში 0,3-0,5%-ს არ აღემატება. ქალებში მენოპაუზის დადგომის შემდეგ ეს პროცესი ჩქარდება- კარგვა წელიწადში 2-3% აღწევს. ასე გრძელდება 65-70 წლამდე, რის შემდეგაც ძვლის მასის კარგვის პროცესი ისევ ნელდება, 0,3-0,5%-მდე იკლებს. მთლიანობაში იცვლება ძვლის აგებულება, ასაკთან დაკავშირებული მოხუცებულობითი ატროფიის შედეგად იგი უფრო მყიფე ხდება. განასხვავებენ პირველად და მეორეულ ოსტეოპოროზს. პირველადია - პოსტმენოპაუზის მერიოდისა და სენილურ ი ოსტეოპოროზი. ეს ფორმა 85%-ია. მეორეული ოსტეოპოროზი ვითარდება სხვა დაავადებებისა და მედიკამენტების მიღების შედეგად.



ოსტეოპოროზზე უნდა ვიფიქროთ თუ ადამიანს აღენიშნება სიმაღლის კლება, ზურგის მომრგვალება და წინ წამოწეული მუცელი, ადვილად დაღლა და ზურგის არეში ტკივილი.

დიაგნოსტიკა: - ფიზიკური შეფასება

-სიმაღლეში დაკლება

-სხეულის წონა

-კიფოზი

-კბილების დაკარგვა

-ხერხემლის და სხვა ძვლების მოტეხილობა

ძვლის სიმკვრივის განსაზღვრა: - დენსიტომეტრია (რენტგენოლოგიური აბსორბციომეტრია)

-ულტრაბგერითი გამოკვლევა - ექოსკოპია

-კომპიუტერული ტომოგრაფია

-რენტგენი

მკურნალობა - კალციუმის პრეპარატები, რაციონში-კალციუმის შემცველობა, 1000მგ უნდა იყოს, რძე და რძის ნაწარმი, ვარჯიში, ფეხით სიარული, ცურვა.



კოქსართროზი



კოქსართროზი მენჯ-ბარძაყის სახსრის პათოლოგიაა (ბერძ. coxa-ბარძაყი). ანატომიური თავისებურებებიდან გამომდინარე მენჯ-ბარძაყის სახსარს სფერულ-კაკლისებრ სახსარსაც უწოდებენ, ვინაიდან მის შექმნაში მონაწილე ბარძაყის ძვლის თავი სფერულია (მრგვალი). ის მენჯის ძვალებში არსებულ ღრმა ტაბურის ფოსოს ესახსრება. ბარძაყის ძვლის თავის თავისუფალ მოძრაობას უზრუნველყოფს სასახსრე სითხე, რომელიც

ფიზიოლოგიურად ყველა სახსარში გამოიყოფა და ხელს უშლის ძვლების სასახსრე ზედაპირების ხახუნს.

კოკსართროზის დროს პირველადი სასახსრე სითხე განიცდის ცვლილებას, ის სქელდება, ხდება წებოვანი და სრულყოფილად ვეღარ ავსებს სასახსრე ფოსოს, ბარძაყის ძვლის თავის მოძრაობა ტაბუხის ფოსოში ძნელდება. სახსრის შემადგენელი ძვლები დეფორმირდება და დროთა განმავლობაში ძვლოვანი წანაზარდები უჩნდება, რის გამოც სახსარში მოძრაობა იძლევა, ამას დროთა გან-ში კიდურის კუნთების ატროფია დაემატება.

კლინიკა - ტკივილი საზარდულის არეში-ბარძაყის გასწვრივ, კოჭლობა, ბარძაყის კუნთების ატროფია და კიდურების დამოკლება. საწყის სტადიაში ტკივილი შედარებით სუსტია, შემდეგ თანდათან მატულობს.

კოკსართროზი შეიძლება თანდაყოლილი იყოს ქალებში, უფრო ხშირია 80% ან შეიძლება გამოიწვიოს ტრავმამ, რევმატოიდულმა ართრიტმა.

მკურნალობა - კომპლექსურია, ანთების საწინააღმდეგო, ხრტილის აღმდგენი საშ-ნი, მასაჟი და კუნთების გასამაგრებელი ვარჯიშები, კურორტული მკურნალობა.





www.shutterstock.com - 128794675

ოსტეოქონდროზი

დედამიწის მოსახლეობის 80-ს აწუხებს, უფრო ხშირად ქალებს. ტერმინი ოსტეოქონდროზი მთელი ხრტილოვანი ქსოვილის დაზიანებას არ გულისხმობს, იგულისხმება მხოლოდ ხერხემლის ხრტილები. ეს ის ხრტილებია, რომლებიც



www.shutterstock.com - 105452723

ხერხემლის ელასტიკურობას განაპირობებს და რომელთა საშუალებითადად ვმოძრაობთ. ოსტეოქონდროზისას ირღვევა მათი სტრუქტურა და ფუნქცია, თუ დაავადება შორს არის წასული ნეკნების პრობლემებიც იჩენს თავს.

ეტოლოგია - ენდოგენური მიზეზები, ემბრიონის ხერხემლის განუვითარებლობა მუცლად ყოფნის პერიოდში, გენეტიკური მიდრეკილება და ხრტილოვანი ქსოვილის ასაკობრივი

ცვლილებები.

გარეგანი მიზეზებია: ხერხემალზე დატვირთვისას არასწორი, არათანაბარი განაწილება, რაც ხრტილოვანი ქსოვილის ცვლილებას იწვევს-პროვოცირება შეუძლია ტრავმას, ინფექციას, მოხრილ სიარულს და ჯდომას, მძიმე ტვირთის აწევას, მოუხერხებელ პოზას. მაგ: მოხრილ ჯდომას კომპიუტერთან, მაგიდასთან. ის უვითარდება არა მარტო გონებრივად მომუშავეებს არამედ სპორტსმენებს, მტვირთავებს. ხელს უწყობს ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, ვიტამინების ნაკლებობა.



კლინიკა - ტკივილი კისერში, მხარში, ხელში, ზურგში, მკერდის არეში, გააცნია სად არის დაზიანებული ნეკთაშორისი მალეები, შეიძლება დაბუყება. თუ დაავადებამ ტვინის მკვებავი



სისხლმარღვები ჩაითრია თავს იჩენს თავის ტკივილი, თავბრუხვევა, ყურში შუილი, გულისრევის შეგრძნება.

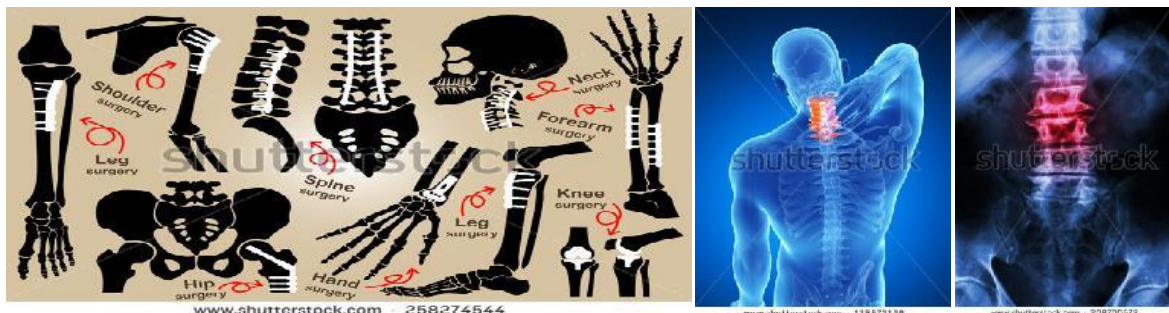
კისრის ოსტეოქონდროზი - ამ დროს ხდება მალეების დისტროფიული დაზიანება. ყველაზე ადრე ზიანდება მალთაშუა დისკები, რომლებიც დეფორმაციას და აშრევებას განიცდის.

მიზეზები - მცირე ფიზიკური აქტივობა, კვების არასათანადო რეჟიმი და ეკოლოგიური პირობების გაუარესების შედეგი. კისრის არეში გადის უამრავი სისხლმარღვი და ნერვი, რომელიც კვებას კისრის, თავის ქალისა და სახის ქსოვილებს.

დიაგნოსტიკა: რენტგენოლოგიური გამოკვება, ექოსკოპია.

პროფილაქტიკა: ვარჯიში, საკვები რომელიც საჭირო ვიტამინებს შეიცავს: თევზი, კომბოსტო, ნიგოზი, რძე და რძის ნაწარმი.

ფიზიოთერაპია, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშ-ნი, კურორტული მკურნალობა, მასაჟი, წყლის პროცედურები.



საკონტროლო კითხვები:



1. რას ეწოდება რევმატოიდული ართრიტი?
2. დაასახელეთ დაავადების ძირითადი სიმპტომები
3. დაასახელეთ რევმატოიდული ართრიტის მკურნალობის ძირითადი პრინციპები
4. რას ეწოდება ოსტეოპოროზი?
5. დაასახელეთ ოსტეოპოროზის ძირითადი კლინიკური სიმპტომები
6. ოსტეოპოროზის მკურნალობა
7. რას ეწოდება კოკსართოზი?
8. კოკსართოზის ძირითადი კლინიკური ნიშნები
9. კოკსართოზის მკურნალობა
10. რას ეწოდება ოსტეოქონდროზი?
11. რას ოსტეოქონდროზის ძირითადი კლინიკური ნიშნები
12. ოსტეოქონდროზის პროფილაქტიკა და მკურნალობა

კუჭ-ნაწლავის დაავადებები

ტკვილი მუცელში - საშიში ნიშნების გამოცნობა.

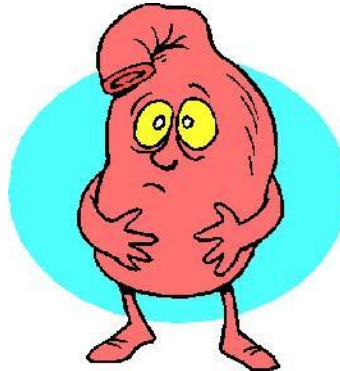


ტკვილი, რომელიც მუცელში აღმოცენდება სხვადასხვა დაავადების დროს მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთმანეთისაგან: ლოკალიზაციით, ინტენსიურობით, საკვების მიღებასთან დაკავშირებით და სხვა.

კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაავადების დროს ტკვილი ლოკალიზდება ეპიგასტრიუმის მიდამოში და დამოკიდებულია საკვების მიღებასთან, ხოლო ნაწლავების დაავადების დროს ტკვილი ლოკალიზდება მუცლის ქვედა ნახევარში და საკვების მიღებასთან არ არის დაკავშირებული. მსხვილი ნაწლავის დაზიანებისას ტკვილი მოვლითი ხასიათისაა და დეფეკაციის შემდეგ ქრება, ხოლო ტკვილი წვრილი ნაწლავების დაავადების დროს უფრო მუდმივია, მღრნელია და ჭიპის გარშემო ლოკალიზდება.

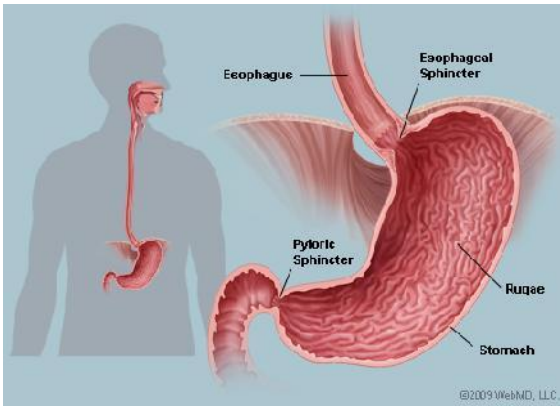
კუჭის პერფორაციის დროს აღმოცენებული ტკვილი ანუ პერიტონიული-მწვავე ძლიერი და მუდმივია, ხანჯლის ჩაცემის მსგავსი, ძლიერდება მოძრაობის და ჩასუნთქვის დროს, რასაც თან ახლავს მუცლის წინა კედლის კუნთების დაჭიმვა.

მწვავე აპენდიციტი პირველ საათებში ტკვილს იძლევა ეპიგასტრიუმის მიდამოში (ვისცერულ-ვისცერული რეფლექსის საშუალებით). შემდეგ ლოკალიზდება მარჯვნივ ილეო-



ცეკალურ არეში. მწვავე მუცლის გამოსა- რიცხად საჭიროა გამოვავლინოთ ტკვილის ლოკალიზაცია, ირადიაცია, ხასიათი, ინტენსივობა და სხვა.

კუჭის დაავადებებისათვის დამახასიათებელია-კუჭისმიერი დისპეპსიური მოვლენები (დისბერმული სიტყვაა და ნიშნავს გამწვანებას, ფუნქციის მოშლას, pepsis-მონელებას), როგორცაა გულის რევა, პირღებინება, გულმმარვა, ბოყინი, მადის შეცვლა, სისხლის დენა და სხვა ზოგადი სიმპტომები.

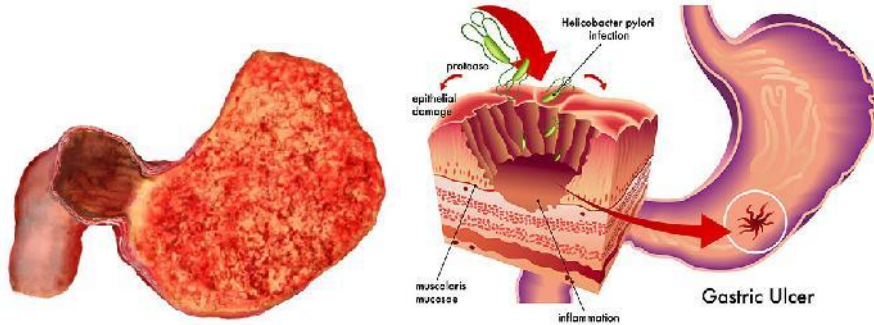


მწვავე გასტრიტი

კუჭის ლორწოვანი გარსის მწვავე ანთებაა, რომელსაც თან სდევს სეკრეციისა და მოტორიკის მოშლა.

ეტიოლოგია - მწვავე გასტრიტი შეიძლება გამოიწვიოს უხარისხო, დაინფიცირებული საკვების მიღებამ, მედიკამენტებმა, ძლიერმა მჟავებმა. ენდოგენური ანუ შინაგანი მიზეზებიდან-ინფექციამ, დამწვრობამ, არაინფექციურმა ინტოქსიკაციამ და სხვა.

სიმპტომატიკა - ავად-ფი უჩივის გულისრევას, პირღებინებას, მუცელში მოვლით



ტკივილებს.

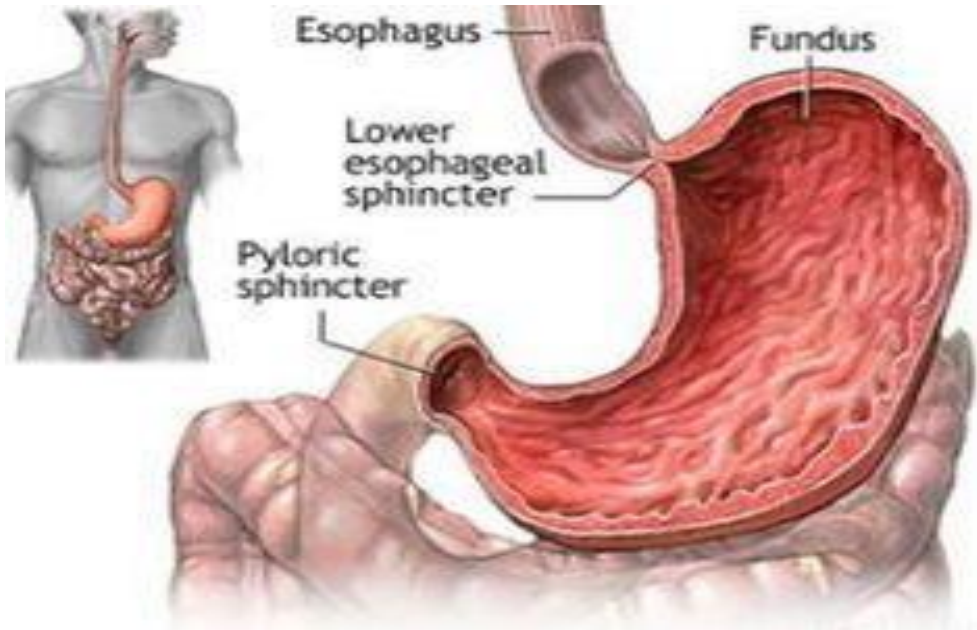
მკურნალობა - 1-2 დღე მშვიდი დიეტა. საჭიროა ავად-მა დიდი რაოდენობით თბილი სითხე მიიღოს, საჭიროა კუჭის ამორეცხვა, გამწმენდი ოყნა. თუ ძლიერი პირღებინებაა საჭიროა წვეთოვანი გადასხმა, 3-4 დღის შემდეგ გადაგვყავს ჩვეულებრივ დიეტაზე.

ტკივილებისათვის ვაძლევთ: ანტისპაზმურ საშუალებებს, ავად-ს ეკრძალება მწარე და მჟავე, ცივი და ცხელი საკვების მიღება, ალკოჰოლი, თამბაქო. საკვები უნდა იყოს ვიტამინებით



მდიდარი. საკვებს უნდა იღებდეს ყოველ მცირე რაოდენობით.

3-4 საათში ერთხელ



ქრონიკული გასტრიტი

ქრ. გასტრიტი დაავადებაა, რომლის დროსაც კუჭის ლორწოვანი განიცდის ანთებას და დისტროფიულ ცვლილებებს. ქრ. გასტრიტი შეიძლება განვითარდეს დამოუკიდებლად ან მწვავე გასტრიტის შედეგად.

არსებობს ქრ. გასტრიტის რამოდენიმე ტიპი:

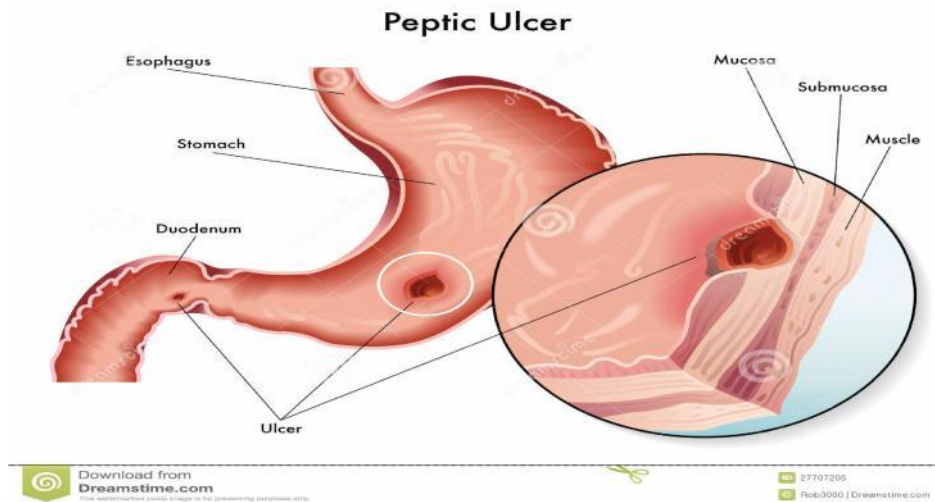


- 1) A-ტიპის (აუტოიმუნური) - განპირობებულია გენეტიკური ფაქტორით, ოჯახური ხასიათისაა და ხშირად ემართებათ პირველი ტიპის შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებს. ამ ტიპის გასტრიტისათვის დამახასიათებელია ატროფია.
- 2) B - ტიპის - სიმჟავიანობის მიხედვით არის და მიმდინარეობს მომატებული, ნორმალური და დაქვეითებული მჟავიანობით. ეს ფორმა გვხვდება 60-70%-ში. მას იწვევს *h. pylori* (ჰელიკობაქტერია). ჰელიკობაქტერია როდესაც მოხვდება კუჭში გამოყოფს რიგ ფერმენტებს. ფერმენტურიაზას წყალობით ქმნის მიკრო ტუტე გარემოს და კარგად მრავლდება რასაც მოჰყვება ანთება.
- 3) C - ტიპის (ქიმიურ-ტოქსიური). გამოწვეული დუოდენალური რეფლუქსით და ზოგიერთი მედიკამენტის ან ალკოჰოლის მიღებით და სხვა.

კლინიკა - ავად-ფი უჩივის სიმძიმის შეგრძნებას და ტკივილს ეპიგასტრიუმის მიდამოში. ტკივილი ხშირად თან ერთვის ცხარე, შემწვარი, ცხიმოვანი საკვების მიღებას, აქვს აგრეთვე გულისრევა და პირღებინება.

მკურნალობა - დიეტა, ალკოჰოლი და თამბაქო კატეგორიულად იკრძალება. მედიკამენტები ინიშნება სიმჟავიანობის მიხედვით, ასევე ჰელიკობაქტერიის საწინააღმდეგოდ ინიშნება ანტიბიოტიკები. საერთოდ ქრ. გასტრიტის მკურნალობა კომპლექსურია: დიეტა, მედიკამენტოზური და მინერალური წყლით მკურნალობა.

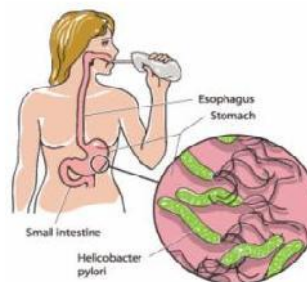




პეპტიკური წყლული

პეპტიკური წყლული ქრ. მიმდინარე, ციკლური დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვან გარსში დეფექტის ჩამოყალიბებით. მამაკაცებში უფრო ხშირია ვიდრე ქალებში.

მიზეზები: პილორული ჰელიკობაქტერია, ნერვულ-ფსიქიკური გადატვირთვა, კვების



რეჟიმის მოშლა, მავნე ჩვევები და სხვა.

კლინიკა - ავად-ს აღენიშნება ტკივილი ეპიგასტრიუმის არეში, ღებინება, გულისრევა, ბოყინი, გულმმარვა. ტკივილი აქვს უზომოზე ე.წ “მშვიერი ტკივილი”, რომელიც საკვების მიღების შემდეგ ქრება, ხოლო 2-3 სთ-ის შემდეგ კვლავ აღმოცენდება. ასევე აქვს “ღამის ტკივილი”, რომელიც ეწყება ღამით, თუ ავად-ფი მიიღებს საკვებს ან სოდიან ხსნარს ტკივილი ეხსნება. ტკივილი შეიძლება იყოს აგრეთვე “ნაადრევი” საკვების მიღებისთანავე ან საკვების მიღებიდან 20-40წთ-ის

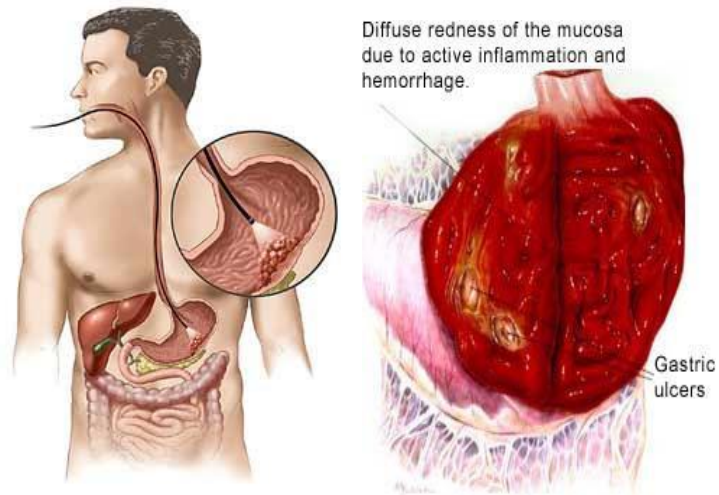


შემდეგ დაეწყოს.

თორმეტგოჯას წყლულისათვის დამახასიათებელია მოგვიანებითი ტკივილები.

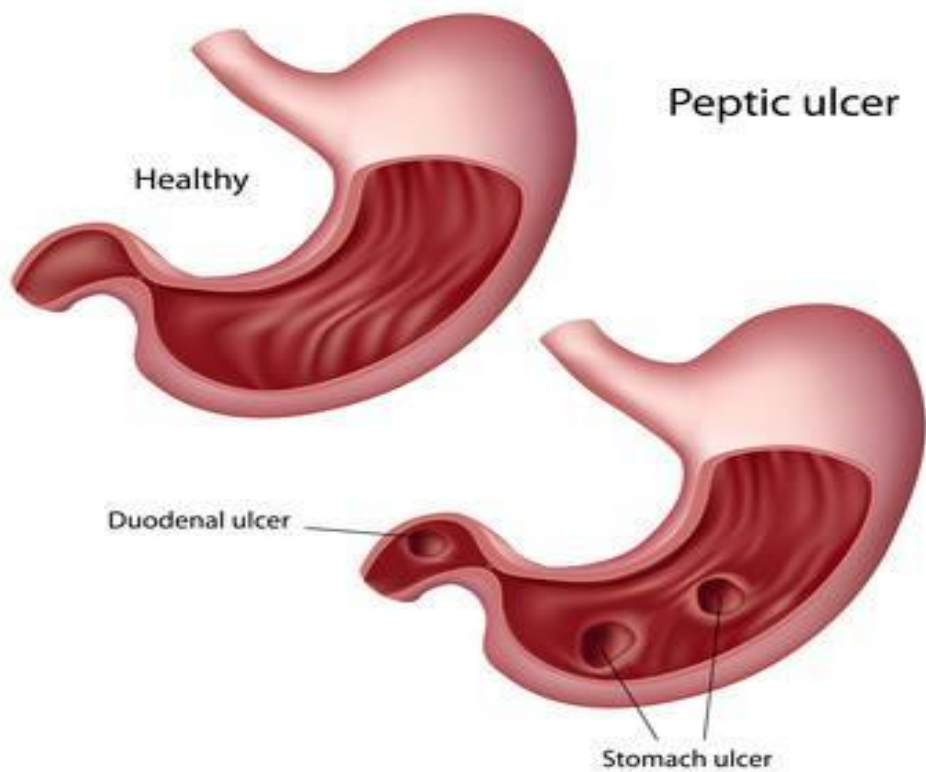
ტკივილს აქვს სეზონური ხასიათი, მისი გამწვავება ხდება შემოდგომასა და გაზაფხულზე. თორმეტგოჯას წყლულის დროს ხშირად სიმჟავე მომატებულია, ხოლო კუჭის წყლულის დროს სიმჟავე მომატებულია ან დაქვეითებული.

დიაგნოსტიკა: ენდოსკოპია-გასტროფიბროსკოპია, რენტგენოსკოპია, Helicobacter pylori-ს გამოვლინება, მარილმჟავას არსებობის განსაზღვრა კუჭში, განავლის ანალიზი



ფარულსისხლის დენაზე.

წყლულოვანი დაავადების გართულებებია: სისხლის დენა, პერფორაცია, პენეტრაცია, პილორუსის სტენოზი, კიბოთ გადაგვარება-მალიგნიზაცია.



კუჭიდან სისხლის დენის დროს აღენიშნება ავად-ს პირღებინება, თხიერი მოყავისფერო მასით, განავალი არის შავი (მელენა), არტ. წნევა ქვეითდება, ავად-ს აღენიშნება ძლიერი საერთო სისუსტე, თავბრუსხვევა, სისხლში ანემიაა, სისხლის დენის შემდეგ ტკივილი ქრება.

პერფორაცია კუჭის კედლის გახვრეტა. ავად-ს აქვს ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში, თითქოს ხანჯალი ჩაარტყეს, რომელსაც მოსდევს მუცლის კუნთების დაჭიმულობა, მუცელი შებერილია, სახე ფერმკრთალია, მაჯა ძაფისებურია, აქვს სლოკინი და პირღებინება, შეიძლება განვითარდეს პერიტონიტი.

პილოროსტენოზი - კუჭის გასავლის შევიწროების გამო საკვები კუჭიდან თორმეტგოჯაში ვეღარ გადადის და ავად-ს აქვს პირღებინება და იღებს წინადლით მიღებულ საკვებს პირიდან.

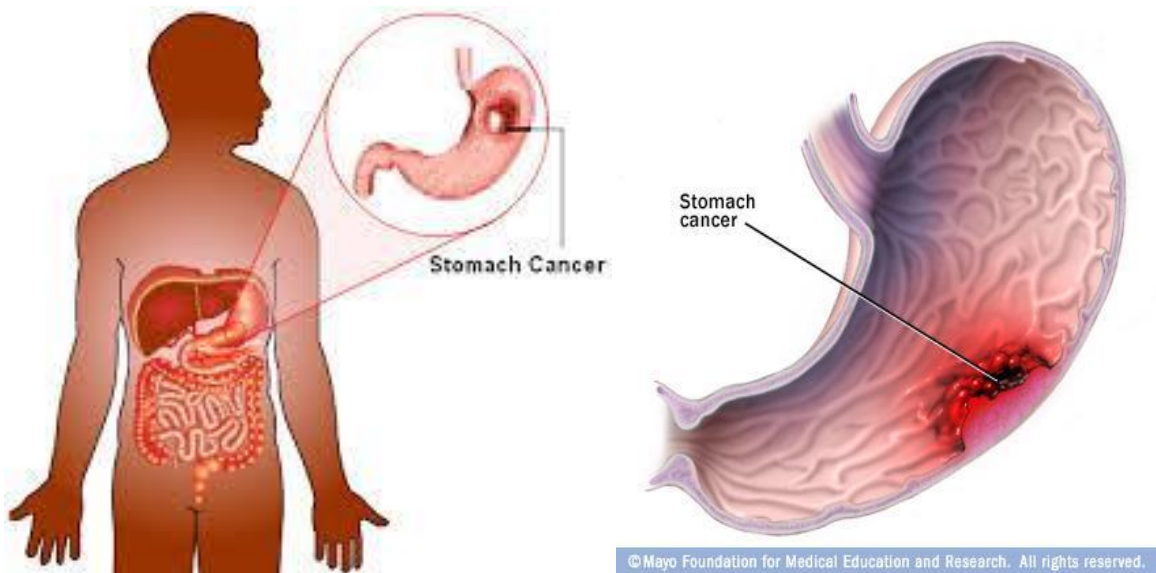
კუჭის წყლული შეიძლება კიბოდ გადაგვარდეს, ამ დროს ტკივილი მუდმივი ხასიათისაა, კუჭის წვენის მჟაობა დაქვეითებულია, ფარულ სისხლის დენაზე განავალი დადებითია.

პენენტრაცია - წყლული არღვევს სეროზულ გარსს და უხორცდება მეზობელ ორგანოებს.

მკურნალობა კომპლექსურია: დიეტა, კუჭის სეკრეციის კონტროლი, დასვენებისა და სტრესის შემცირება, თამბაქოს მოხმარების შეწყვეტა, ჰიდრატაცია, მედიკამენტებიდან ანტაციდები, H2 რეცეპტორების ანტაგონისტები. ანტიბიოტიკები და ქირურგიული ჩარევა.



საექთნო შეფასება - 1.სთხოვეთ პაციენტს აღწეროს ტკივილი 2.ამონაღები მასა კაშკაშა წითელია თუ ყავის ნალექის მაგვარი? 3. შეუმჩნევია თუ არა სისხლი განავალში 4. ეწევა თუ არა თამბაქოს და რამდენს? 5. აქვს თუ არა ოჯახის რომელიმე წევრს წყლული?

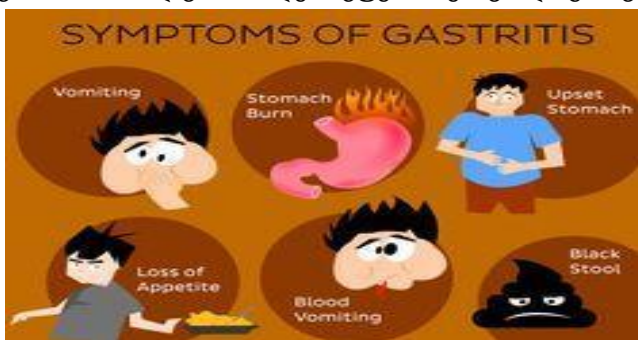


კუჭის კიბო

კუჭის კიბოს პირველა ადგილი უკავია ავთვისებიან სიმსივნეებს შორის.

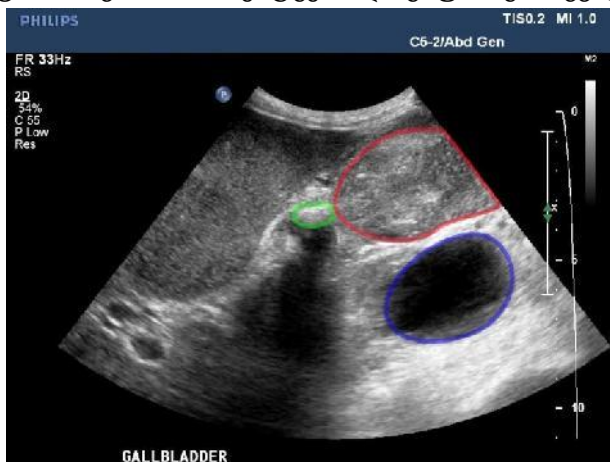
ეტიოლოგია უცნობია. ხელშემწყობი ფაქტორებია: კვების რეჟიმის დარღვევა, გენეტიკური განწყობა, ჰელიკობაქტერიის არსებობა კუჭში და სხვა.

კლინიკა - დასაწყისში ავად-ს ჩვილები არ აქვს, შემდეგ ეწყება: საერთო სისუსტე, მადის დაქვეითება, გულისრევა, პირღებინება, პროგრესული სიგამხდრე, გარემოს პირობების მიმართ ინტერესის დაკარგვა, მოგვიანებით მადის სრული დაკარგვა, ხორცის შეძულება, ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში საკვების მიღების შემდგომ. სახეზე მიწის ფერი აქვს. კიბო ხშირად ვითარდება კუჭის შესავა და გასავალ ნაწილებში.



მეტასტაზები ვითარდება ლიმფურ კვანძებში, ღვიძლში, პანკრეასში.

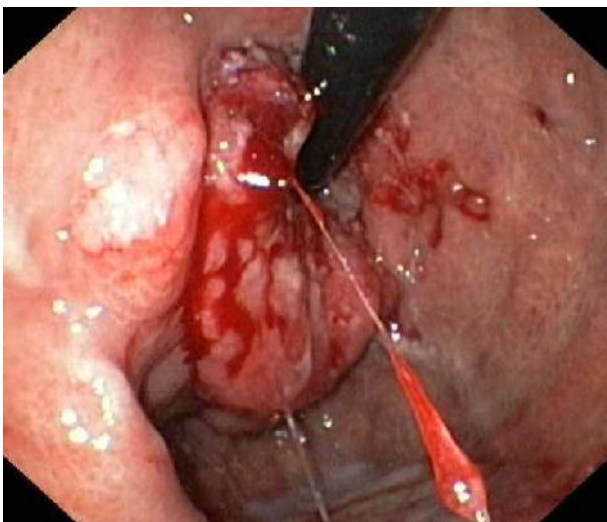
დიაგნოსტიკა ხდება - გასტროფიბროსკოპიით, რენტგენოლოგიური გამოკვლევით და

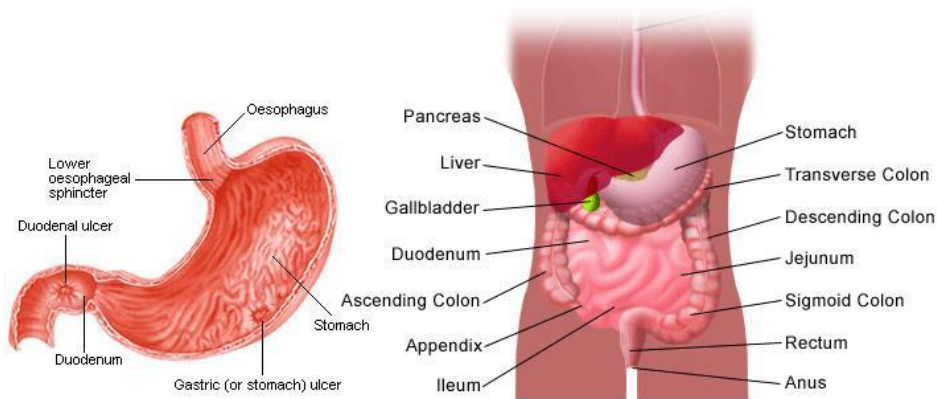


კომპიუტერული ტომოგრაფიით.

მკურნალობა ოპერაციულია. თუ ოპერაცია დაგვიანებულია ატარებენ სიმპტომურ მკურნალობას: დიეტის დანიშვნით, მედიკამენტებით, ნარკოტიკული საშუალებებით.

პროფილაქტიკა - საჭიროა კიბოს წინა დაავადებების მკურნალობა. როგორცაა: ქრ. გასტრიტი დაქვეითებული სიმჟავიანობით, კუჭის წყლული და კვების მოწესრიგება.





გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი

განსაზღვა-გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი მსხვილი ნაწლავის ფუნქციური დაავადებაა, ამ დროს ორგანული დაზიანება ნაწლავებში არ აღინიშნება. 1998 წლ-მდე ამ დაავადებას უწოდებდნენ ქრ. კოლიტს, სპასტიკურ კოლიტს. 1998 წ-ს რომში გასტროენტეროლოგთა კონგრესზე მიიღეს ახალი ტერმინი გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი. ეს სინდრომი ქალებში უფრო ხშირად გვხვდება ვიდრე მამაკაცებში.

ეტიოლოგია უცნობია. ხელშემწყობი ფაქტორია: ფსიქო-ემოციური-ნერვული სტრესი, საკვებ პროდუქტებში მცენარეული ბოჭკოების ნაკლები რაოდენობით მიღება, უმოძრაობა, სიმსუქნე, ჰიპოთირეოზი და სხვა.

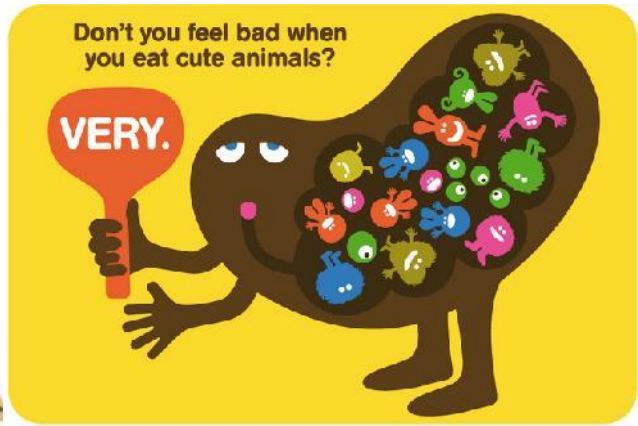
კლინიკა - დამახასიათებელი ნიშნებია: ტკივილი მუცელში, ნაწლავების მოქმედების მოშლა,



ხან შეკრულობა ხან ფაღარათი, მეტეორიზმი.

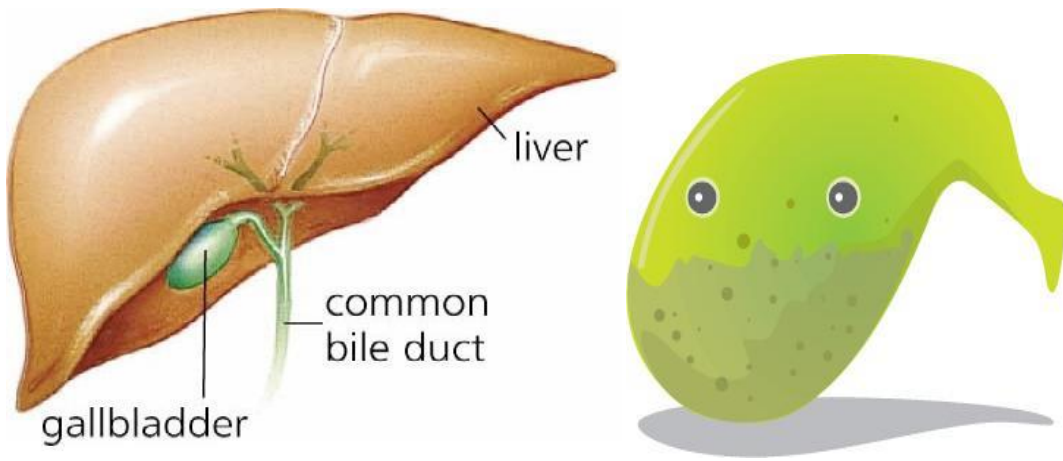
მკურნალობა - დიეტის დაცვა, უნდა გამოირიცხოს საკვებიდან რძე, შემცირდეს ნახშირწყლები, უნდა მივცეთ ცილით მდიდარი პროდუქტები.

დიარეის ანუ ფაღარათის დროს იზღუდება მოხარშული ბოსტნეული, არ შეიძლება პარკოსნები. შეკრულობის დროს კი უნდა მიიღოს უზმოზე თაფლიანი ცივი წყალი, წიწიბურას და ქერის ფაფა, მცენარეული ზეთი და ცილები. მიზანშეწონილი არ არის კომბოსტო და კონსერვირებული პროდუქტები.



მედიკამენტებიდან: 1. დიარეის ანუ ფაღარათის მოხსნა. 2. ნაწლავებში პათოლოგიური მიკლოფლორის სანაცია 3. ნორმული-ბაქტერიული ფლორის აღდგენა, ნერვული სტრესისაგან თავის დაცვა, ალკოჰოლის აკრძალვა და წამლების დროული მიღება.





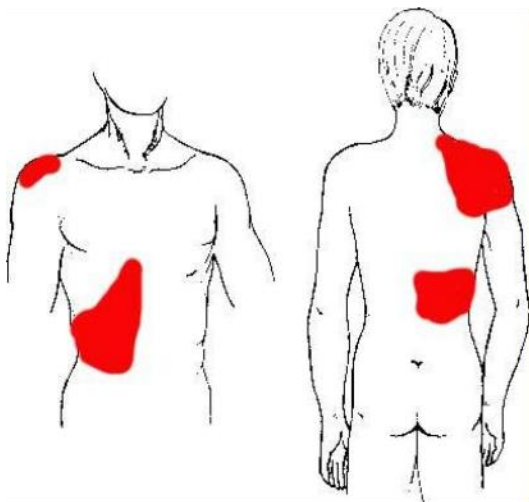
ქრ. ქოლეცისტიტი

ქოლეცისტიტი - ნაღვლის ბუშტის ანთებაა. ქალებში უფრო ხშირია, ვიდრე კაცებში.

მიზეზები: ქრ. ქოლეცისტიტი ვითარდება მწვავე ქოლეცისტიტის შედეგად, შეიძლება თავიდანვე ქრ. ხასიათის ჰქონდეს.

ქრ. ქოლეცისტიტს იწვევს ბაქტერიები, ნაღვლის შეგუბება უმოძრაობა, ურსულობა, საკვების იშვიათ მიღებას.

სიმპტომატიკა - ავად-ფი უჩივის ყრუ ტკივილს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ირადიაციით, მარჯვენა წელის და ბეჭის მიდამოში. ტკივილი ძლიერდება ცხიმინანი საკვების მიღების შემდეგ, აქვს გულისრევა, მწარე გემო პირში, შეკრულობა.



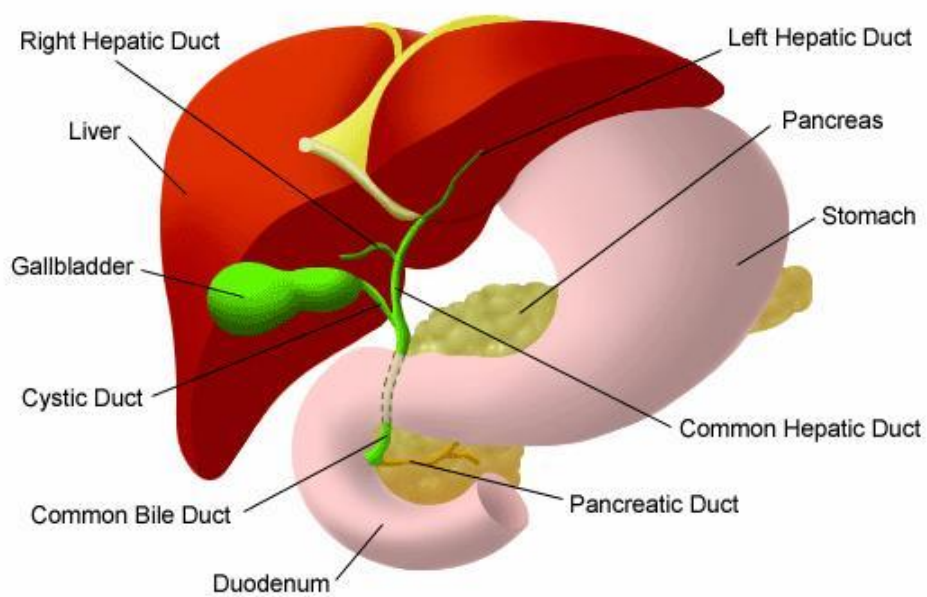
დიაგნოსტიკა ხდება: ექოსკოპიით, დუოდენალური ზონდირებით, საჭიროების შემთხვევაში კომპიუტერული ტომოგრაფიით.

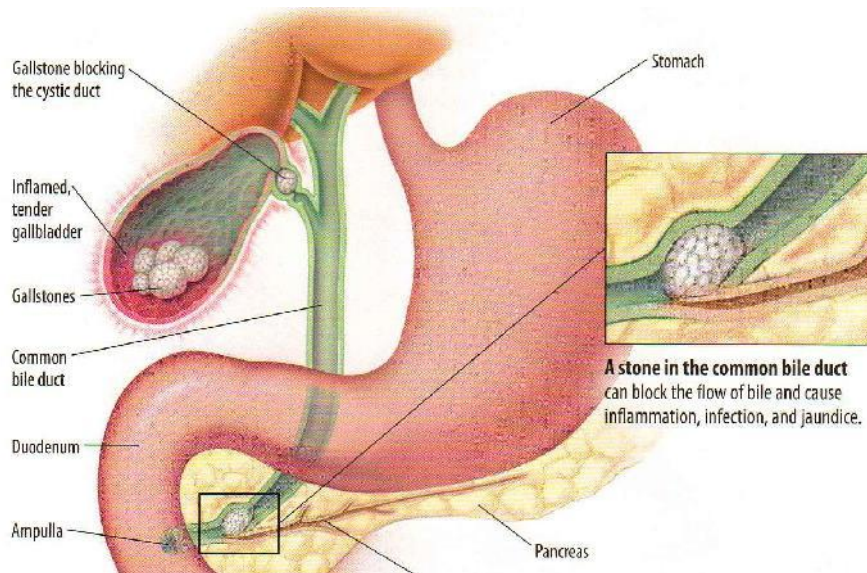
მკურნალობა - დიეტა, დუოდენალური ტუბაჟები - ყრუ ამორეცხვები. არ შეიძლება მწარე, მლაშე, შემწვარი. საკვები უნდა მიიღონ მცირე ულუფებით 3-4 ჯერ დღეში.

მედიკამენტებიდან: ნაღველმდენები, სპაზმოლიზური საშუალებანი, ანტიბიოტიკები.

რემისიის პერიოდში კურორტული მკურნალობა-მინერალური წყლებით.

Stomach and Surrounding Organs





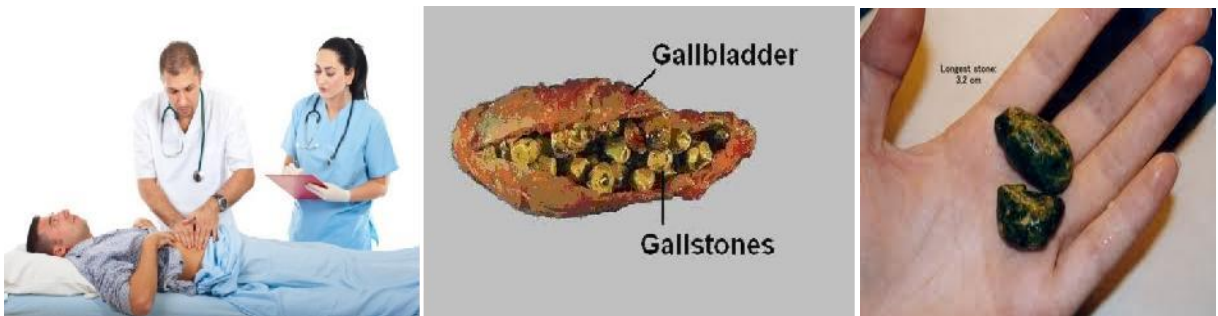
ნალველკენჭოვანი დაავადებები

ნალველკენჭოვანი დაავადება საკმაოდ ხშირი პათოლოგიაა. იგი შეიძლება მიმდინარეობდეს მისთვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომების გარეშეც.

კენჭების წარმოქმნის შესაძლებლობა იზრდება ასაკის მატებასთან ერთად. რამდენადაც იზრდება ღვიძის მიერ ქოლესტერინის სეკრეცია და მცირდება ნალვლის სინთეზი. კენჭების წარმოქმნაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ნივთიერებათა ცვლის მოშლას, კერძოდ ქოლესტერინის ცვლის მოშლას.

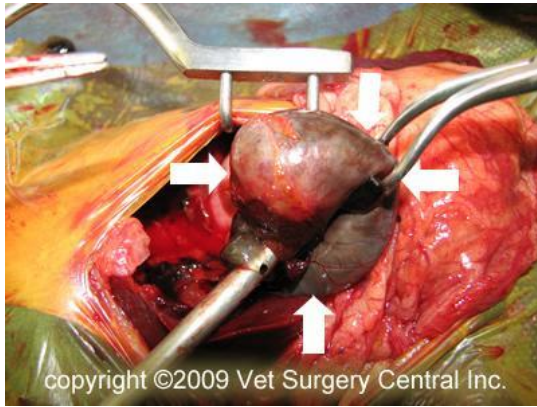
ხელშემწყობი ფაქტორებია: ორსულობა, სანალვლე გზებისა და ნალვლის ბუმტის ანთება, შეკრულობა, სიმსუქნე, უმუძრაობა, მემკვიდრეობა.

ნალვლის ბუმტში კენჭი შეიძლება იყოს ერთი დიდი კენჭი და მრავალი წვრილი კენჭი.

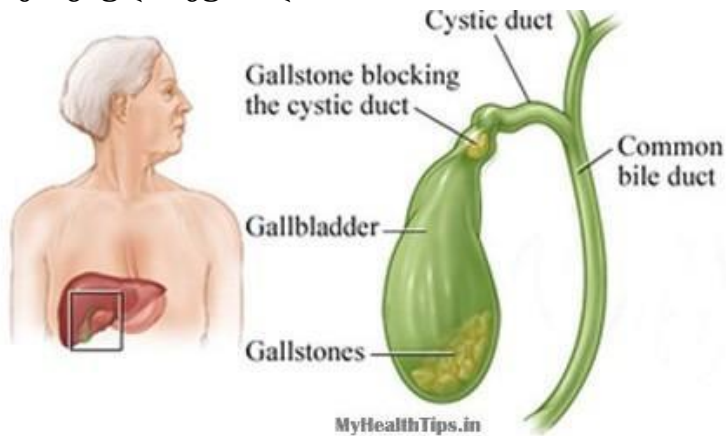


კლინიკა - ნალველკენჭოვანი დაავადებისათვის დამახასიათებელია ძლიერი შეტევითი ხასიათის ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, ტკივილი გადაეცემა მარჯვენა ბეჭსა და მხარში, ზოგჯერ კისრის და გულის არეში. ტკივილთან ერთად ვითარდება გულისრევა, ბოყინი, ღებინება, თუ კენჭმა დაახშო ნალვლის სადინარი, მაშინ ვითარდება სიყვითლე, ზოგჯერ დაავადება ლატენტურად, ფარულად მიმდინარეობს და შემთხვევით ისმება ექოსკოპიის დროს.

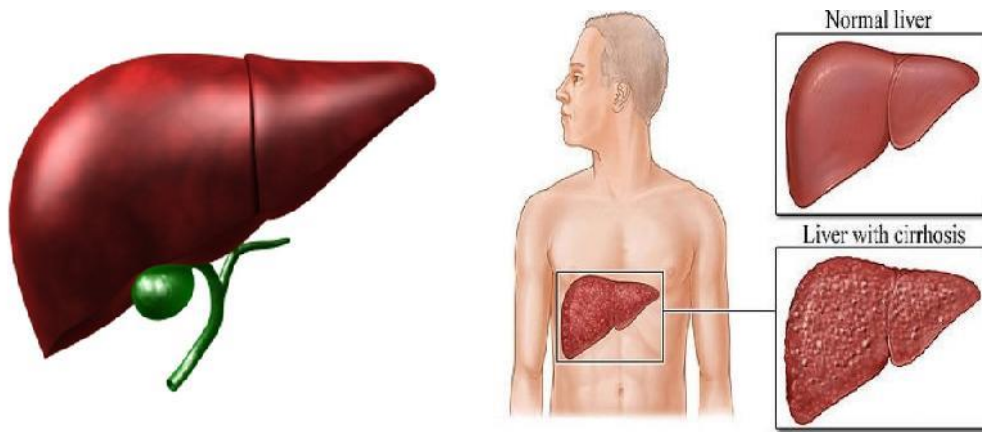
დიაგნოსტიკა ხდება: ექოსკოპიით და ქოლესისტოგრაფიით.



მკურნალობა - დიეტა, ცხიმების შეზღუდვა, შეტევების დროს სპაზმოლიტიკები, ანალგეტიკები, საჭიროებისას ნარკოტიკები, გართულების შემთხვევაში ანტიბიოტიკებიც და ოპერაციული მკურნალობა.

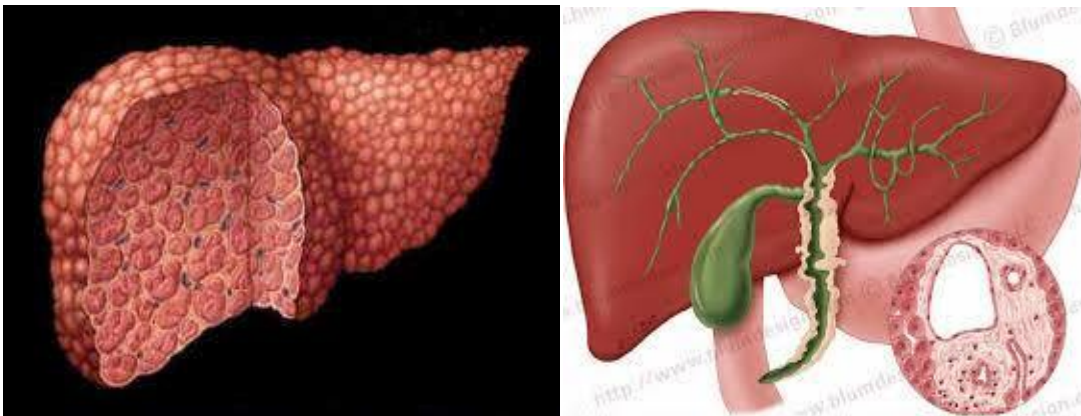


How to Get Rid of Gallstones Naturally



ღვიძლის ციროზი

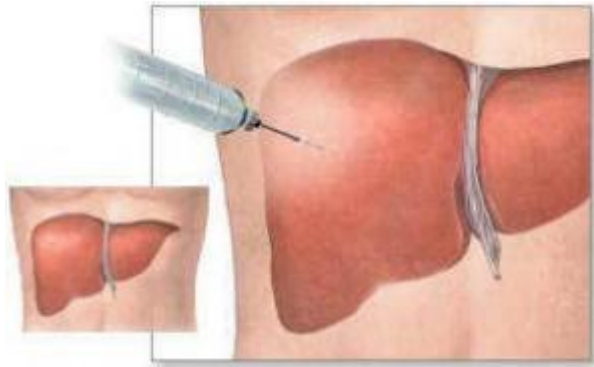
ღვიძლის ციროზი - ღვიძლის ქრ. დაავადებაა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია პარენქიმის ნეკროზი და ღვიძლში შემაერთებული ქსოვილის განვითარება, რის შედეგადაც ეს ორგანო კარგავს თავის ფუნქციას.



მიზეზები - ღვიძლის ციროზი ხშირად ვითარდება მწვავე ვირუსული ჰეპატიტების, არასრულფასოვანი კვების და ალკოჰოლიზმის შედეგად.



კლინიკა - ავად-ს აღენიშნება საერთო სისუსტე, დაღლილობა, ყრუ ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში, სიყვითლე, ასციტი - მუცელში სითხის დაგროვება, ქვედა კიდურების შეშუპება. ავად-ფი გამხდარია, კანზე აღენიშნება სიყვითლე, ზოგჯერ გამონაყარი და ქავილი. კაშკაშა სისხლძარღვოვანი ვარსკვლავები სხეულზე და ხელის გულეებზე, მამაკაცებში გინეკომასტია და პერიფერიული შეშუპებები.

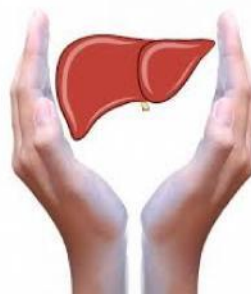
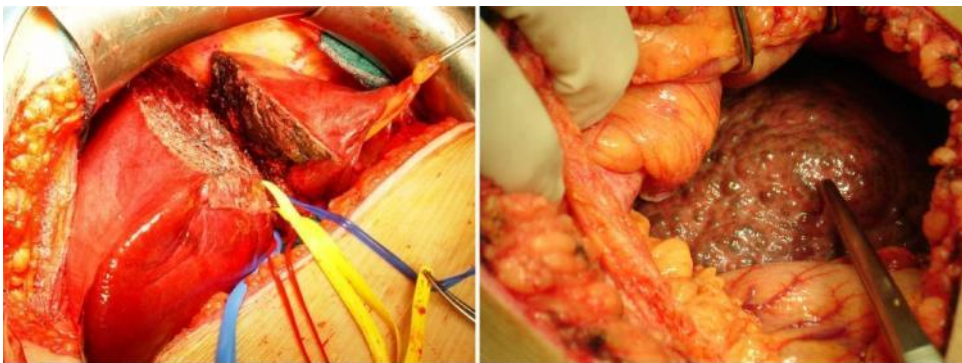


დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება -

ღვიძლის ვირუსული მარკერების გამოკვლევა, ღვიძლის ექოსკოპია, პუნქციური ბიოფსია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, სისხლის საერთო ანალიზი, კუაგულაციის გამოკვლევა.



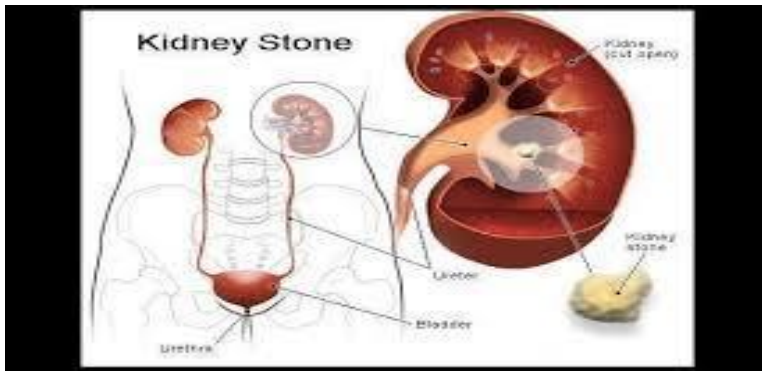
მკურნალობა - დიეტის მკაცრი დაცვა, კვება ხშირი მცირე ულუფებით, ალკოჰოლის აკრძალვა, მედიკამენტებიდან: ჰეპატოპროტექტორები, შარდმდენები, ვიტამინები, კორტიკოსტეროიდები, ბეტაბლოკერები, სისხლის გადასხმა, ღვიძლშიდა სისხლძარღვების შუნტირება. ასციტის დროს კეთდება პარაცენტეზი. თუ გაგანიერებული ვარიკოზული სისხლძარღვებიდან სისხლის დენა დაეწყო საჭიროა სისხლდენის შემაჩერებლები. საჭიროების შემთხვევაში ქირურგიული მკურნალობა.



საკონტროლო კითხვები:



1. გასტრიტის ცნების განმარტება
2. მწვავე და ქრ. გასტრიტის კლინიკური სიმპტომები?
3. გასტრიტის მკურნალობის და პროფილაქტიკის ძირითადი მეთოდები.
4. რა არის წყლულოვანი დაავადება?
5. წყლულოვანი დაავადების ძირითადი სიმპტომები
6. წყლულოვანი დაავადების გართულება
7. მკურნალობის ძირითადი პრინციპები.
8. რა არის კუჭის კიბოს ძირითადი ნიშნები?
9. რაში გამიხატება კუჭის კიბოს პროფილაქტიკა?
10. გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომის განმარტება
11. დაავადების ძირითადი სიმპტომები
12. დიეტის თავისებურებები ამ დაავადების დროს
13. რას ეწოდება ჰეპატიტი? ღვიძლის ციროზი?
14. ღვიძლის ციროზის ძირითადი სიმპტომები
15. ღვიძლის ციროზის პროფილაქტიკა
16. რას ეწოდება ქოლეცისტიტი?
17. რა არის ნალველკენჭოვანი დაავადება?
18. ნალველკენჭოვანი დაავადების ძირითადი სიმპტომები
19. ნალველკენჭოვანი დაავადების მკურნალობა და პროფილაქტიკა

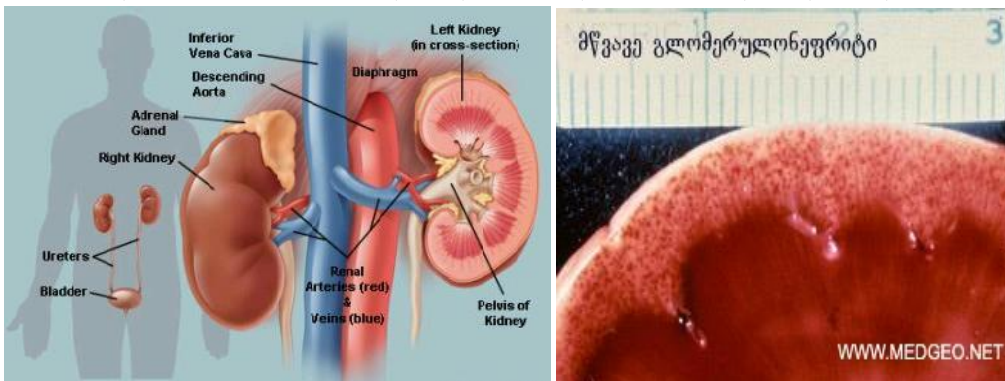


თირკმელებისა და საშარდე გზების დაავადებები

თირკმელი ორია, მოთვასებულია წელის მე-2-მე-3 მალის დონეზე. თითოეული თირკმელი დაახლოებით ერთ მილიონ ნეფრონს შეიცავს. ნეფრონი თირკმლის ფუნქციური ერთეულია. ნეფრონი უზრუნველყოფს თირკმელში შემოსული სისხლის ფილტრაციას. თირკმელები ყოველდღიურად წარმოქმნიან 160-180ლ ფილტრატს, საიდანაც მხოლოდ 1-1,5ლ გამოიყოფა სხეულიდან შარდის სახით.

შარდი მუდმივად წარმოიქმნება თირკმელებში, საიდანაც შარდსაწვეთებით გადადის შარდის ბუშტში და შარდსადინარით გამოიყოფა გარეთ.

თირკმელების ინფექციის შედეგად ვითარდება თირკმლის დაავადებები.



მწვავე გლომერულონეფრიტი - თირკმელების მწვავე დიფუზური ანთეზაა, რომელიც იმუნური ბუნებისაა და პირველად ლოკალიზდება გორგლებში, შემდგომში პათოლოგიური პროცესი მილაკებზე გადადის. მწვავე გლომერულონეფრიტს 90%-ში წინ უსწრებს ინფექციური პროცესი (სტრეპტოკოკული ბუნების). ეს შეიძლება იყოს: ანგინა, ქრ. ტონზილიტის გამწვავება, ზემო სასუნთქი გზების ვირუსული კატარი, გრიპი, პნევმონია და სხვა.



ნეფრიტი შეიძლება განვითარდეს შრატისმიერი დაავადების დროს, ზოგიერთი წამლის აუტანლობის შედეგად.

ხელშემწყობი ფაქტორები: დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს ორგანიზმის ძლიერი გაციება.

კლინიკა - ავად-ს აღენიშნება მაკროჰემატურია (შარდს აქვს ხორცის მოწითალო), პროტეინურია, თავის ტკივილი, გულისრევა, წელის არეში.



შეშუპება, ნარეცხის ფერი-ჰიპერტონია, ავად-ს აქვს პირღებინება, ტკივილი

დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა სისხლში კრეატინინის განსაზღვრა, თირკმლის ბიოფსია და მასალის შესწავლა.

შარდის საერთო ანალიზი, საჭიროების შემთხვევაში მორფოლოგიური

მკურნალობა - დიეტა, სითხის და მარილის შეზღუდვა, თუ გლომერულონეფრიტის გამომწვევი იყო კეროვანი ინფექცია საჭიროა ანტიბიოტიკებით მკურნალობა, შეშუპების დროს ეძლევა შარდმდენები.

დიათერმია (ფიზიოთერაპიული საშუალებანი) თირკმლის მიდამოში. ზოგჯერ საჭიროა კორტიკოსტეროიდები.

პროფილაქტიკა - საჭიროა ერიდოს გაციებას, იყოს დისპანსერულ მეთვალყურეობაზე.



ქრ. _____ გლომერულონეფრიტი

ქრ. გლომერულონეფრიტი თირკმელების ქრ. დიფუზური ანთებითი დაავადებაა, რომელსაც საფუძვლად უდევს იმუნური ბუნება. მოპროგრესირე დაავადებაა, რომელიც იწვევს თირკმლის ქრ. უკმარისობას. ეს დაავადება შეიძლება ჩამოყალიბდეს ყოველგვარი წინასწარი მწვავე მდგომარეობის გარეშე.

ხელშემწყობი მიზეზებია: კეროვანი ინფექციის არსებობა ორგანიზმში, რეაქტიულობის დაქვეითება და გაციება.

ქრ. ნეფრიტის რამოდენიმე კლინიკური ფორმაა. ყველა ფორმის დროს დამახასიათებელია: შეშუპება, ჰიპერტონია და შარდში ცვლილებები.

დიაგნოსტიკა - სისხლის და შარდის ანალიზი. სისხლში კრეატინინის, შარდოვანას განსაზღვრა, თირკმლის ექოსკოპია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, საჭიროებისას თირკმლის



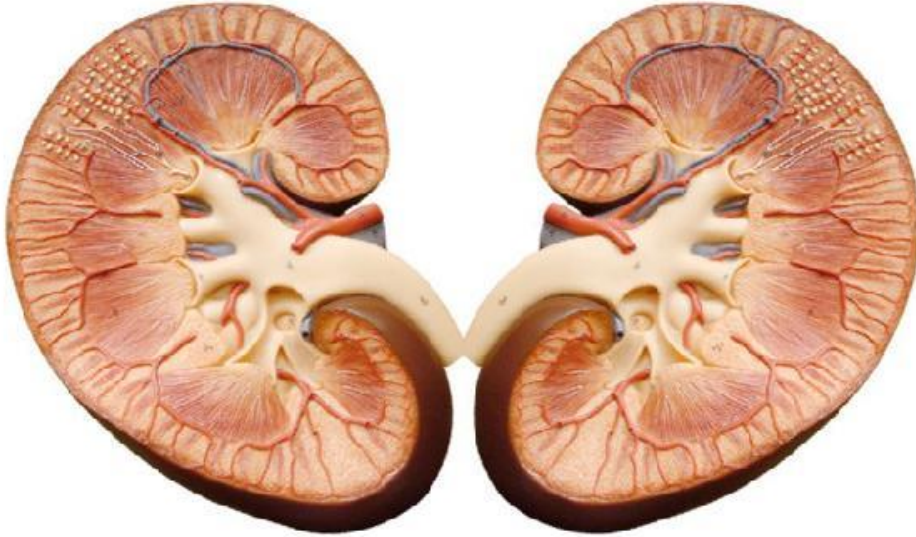
ბიოფსია.



მკურნალობა - ინფექციის წარმომშობი კერის ლიკვიდაცია (ნუშისებრი ჯირკვლები, კარიესული კბილები, ცხვირის პოლიპები და სხვა). მკურნალობა დამოკიდებულია კლინიკურ ფორმაზე და დაავადების გართულებაზე.

პრევენციის მიზნით საჭიროა გაციებიდან თავის დაცვა, ძლიერი ფიზიკური და გონებრივი დატვირთვის შეზღუდვა, მარილის და ხორცის ბულიონის შეზღუდვა.

მედიკამენტებიდან: შარდმდენები, კორტიკოსტეროიდები, ციტოსტატიკები, ანტიკუაგულანტები.



მწვავე პიელონეფრიტი

პიელონეფრიტი არის საშარდე გზების მენჯ-ფიალათა სისტემის და თირკლის ინტერსტიციური ქსოვილის ინფექციურ-ანთებითი დაზიანება.

რაოდენობის მხრივ ერთი ან მრავალი კენჭი შეიძლება იყოს ერთ ან ორივე თირკმელში.

კენჭი ვითარდება შარდის გამოყოფის შეფერხების შეგუბების, მარილების დალექვის შედეგად, მაგრამ ზოგჯერ შეიძლება კენჭი განვითარდეს ყოველგვარი შარდის შეფერხების და შეგუბების მოვლენების გარეშეც.

კლინიკა - დამახასიათებელია ძლიერი შეტევითი ხასიათის ტკივილი წელის არეში,



ირადიაციით შარდსაწვეთის მიმართულებით. ტემპერატურა მატულობს, მუცელი შებერილია, გულისრევა და ღებინება ვითარდება.

პიელონეფრიტი თირკმლის საშარდე გზების ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა, ქალებში უფრო ხშირია ვიდრე მამაკაცებში. იწვევს ბაქტერია, ვირუსი, სოკო ან პარაზიტი, ხშირად იწვევს ნაწლავის ჩხირი. კლინიკებში მყოფ პაციენტებს ხშირად უვითარდებათ კათეტერიზაციის შედეგად.

მიმდინარეობის მიხედვით არის მწვავე და ქრონიკული.



ნიშნები და სიმპტომები - ავად-ფი უჩივის ტკივილს წელის არეში (თუ პიელონეფრიტი ვითარდება კენჭოვანი დაავადების ფონზე, ტკივილი უფრო ძლიერია), გახშირებულ შარდვას, წვას შარდვისას, შემცივნებას, ტემპერატურის მომატებას, გულისრევას, ღებინებას, შარდის ბუშტის დაუცლევლობის შეგრძნებას. ცვლილებები შარდში - პროტეინურია, ერითროციტები, ცილინდრები, ბაქტერიულია,

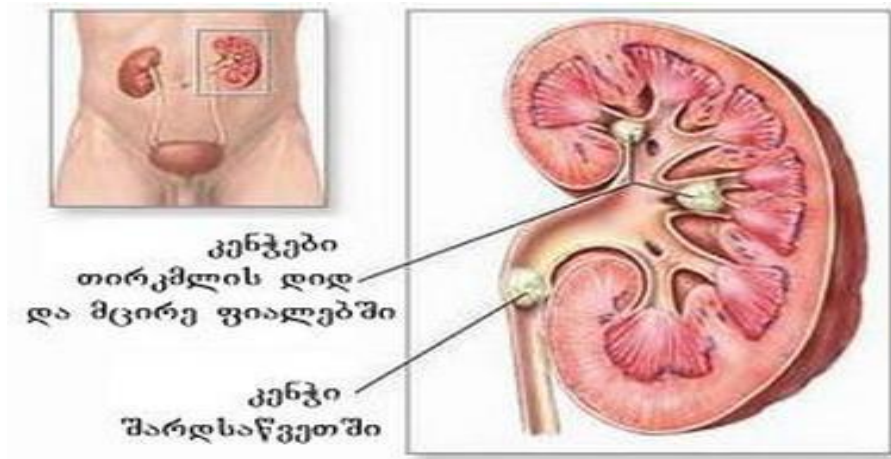
სისხლის საერთო ანალიზში ლეიკოციტოზი, ედსი აჩქარებულია.

ქრ. პიელონეფრიტი ხშირად ლატენტურად მიმდინარეობს, მხოლოდ გაციებითი დაავადების და პროფილაქტიკური შემოწმების დროს შეიძლება აღინიშნოს შარდში ცვლილებები. დაავადება მაინც პროგრესირებს, მიუხედავად იმისა, რომ კლინიკური ნიშნები არ აქვს და საბოლოოდ ვითარდება სკლეროზული ცვლილებები.

დიაგნოსტიკა - შარდის და სისხლის ანალიზი, შარდის ბაქტერიული ანალიზი, თირკმლის ექსკოპია, კომპიუტერული ტომოგრაფია.

მკურნალობა - დიეტა, მაღალკალორიული საკვები, სითხის დიდი რაოდენობით მიღება, ანტიბიოტიკები, თუ დარღვეულია უროდინამიკა საჭიროა მისი აღდგენა (დინამიკის დარღვევის დროს ინფექციის საწინააღმდეგო მკურნალობა ნაკლებად პერსპექტიულია), უროსეპტიკები ან ანტიბაქტერიული მკურნალობა.



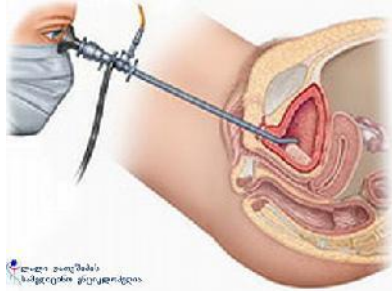


თირკმლის კენჭოვანი დაავადება

შარდის გამომყოფ ორგანოებში, კერძოდ თირკმლის პარენქიმასა ან მენჯში მარილების დალექვის შედეგად შეიძლება განვითარდეს საკმაოდ მკვრივი წარმონაქმნი, რომელსაც თირკმლის კენჭი ეწოდება.

ავად-ფი ფერმკრთალია, აქვს ხშირი მოშარდვის სურვილი, შარდის მცირე რაოდენობის გამოყოფით, შარდში ხშირად სისხლია. შეტევა გრძელდება რამოდენიმე საათს ან მთელ დღეს, ზოგჯერ შარდს გამოჰყვება კენჭი და მაშინ შეტევა წყდება. (შეტევითი ხასიათის ტკივილს წელის არეში - თირკმლის „ჭვალი“, თირკმლის კოლიკა ეწოდება.

გამოკვლევებიდან გამოიყენება: ექოსკოპია, შარდის ანალიზი, ინტრავენური პიეროგრაფია,

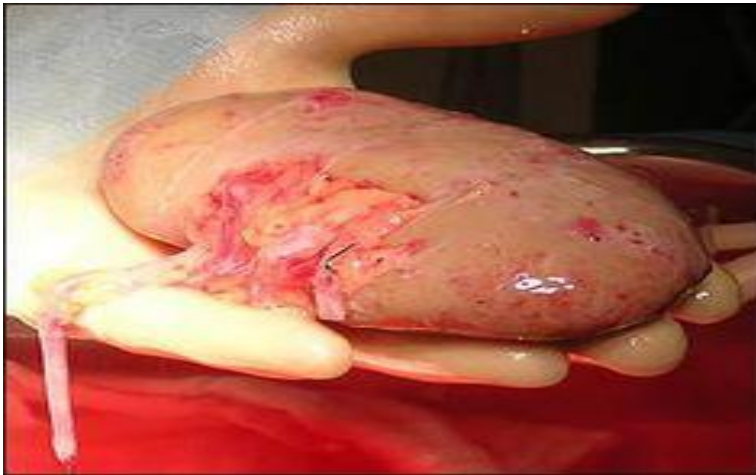


კომპიუტერული ტომოგრაფია.

მკურნალობა - შეტევის დროს საჭიროა ტკივილდამაყუჩებლები, ნარკოტიკები, ანტისპაზმური საშუალებები, სათბური წელის არეში. თუ კენჭები დიდია კეთდება ოპერაცია



ან ლითოტრიპსია.



თ ი რ კ მ ლ ი ს უ კ მ ა რ ი ს ო ბ ა

თირკმლის უკმარისობა თირკმლის მიერ სისხლის ეფექტურად გაფილტვრის ფუნქციის დაქვეითებაა, თირკმლის კონცენტრაციული ფუნქციის სწრაფი მოშლაა.

თირკმლის უკმარისობის გამომწვევი მიზეზებია: თირკმლის მწვავე უკმარისობა - სამედიცინო უეცარი გართულებებით გამოწვეული თირკმლის სისხმომარაგების შემცირება, შხამებით მოწამვლა, მძიმე ინფექციები ან მძიმე ალერგიული რეაქციები. მათთვის დამახასიათებელია ოლიგურია ან ანურია, ავად-ს ეწყება გულისრევა, პირღებინება, ტაქიკარდია, ჰიპერჰიდრატაცია, არტ. წნევის მომატება. მეორე პერიოდში დიურეზის

გამდიერება. სისხლში მატულობს აზოტოვანი შლაკები, კრეატინინი, შარდოვანა, ელექტროლიტები (კალიუმი, ნატრიუმი, ქლორი), შარდში ცვლილებებია.

თირკმლის ქრ. უკმარისობის მიზეზია: გლომერულონეფრიტი, პიელონეფრიტი, თირკმელების პოლიკისტოზი, შაქრიანი დიაბეტი და სხვა. კლინიკური გამოვლინება დამოკიდებულია გამომწვევ მიზეზებზე.

თირკმლის ქრ. უკმარისობა დამოკიდებულია როგორც გორგლების ასევე მილაკების და ინტესტიციუმის სკლეროზზე. კრეატინინის მომატება მიუთითებს თირკმლის უკმარისობაზე.

თირკმელების ქრ. უკმარისობის დროს თითქმის ყველა ავად-ფი უჩივის თავის ტკივილს (რაც აიხსნება მაღალი არტ. წნევით და ურემიული ინტოქსიკაციით), მხედველობის დაქვეითებას, გულის არეში ტკივილს, ქოშინს, გულის ფრიალს, მადის დაქვეითებას, გულისრევას, პირღებინებას, ავად-ს სახე შემუშუპებული აქვს, შებიჟვინებული, მონაცრისფერო ან მიწისფერი აქვს, აღენიშნება ხელის, სახის, კანის პიგმენტაცია (უროქრომის ჩალაგებით), კანი მშრალია, ტურგორი დაქვეითებული, არტ. წნევა მომატებულია, ტერმინალურ სტადიაში წნევა ქვეითდება.

თირკმლის უკმარისობის დროს მთავარია ნაადრევი დიაგნოსტიკა და დროული მკურნალობა.

თირკმლის მწვავე უკმარისობის დროს შეიძლება მხოლოდ დიალიზით მკურნალობა იყოს საჭირო ხანმოკლე პერიოდის განმავლობაში, სანამ თირკმლის ფუნქცია აღსდგება. დიალიზი ასრულებს თირკმლის ფუნქციას, სხეულიდან გამოყოფს ნარჩენ პროდუქტებს და სითხეს.

თირკმლის ქრ. უკმარისობისას პაციენტი დიალიზზე შეიძლება დარჩეს მთელი მისი სიცოცხლე ან მანამდე სანამ მოიძებნება დონორი თირკმლის გადასანერგად.



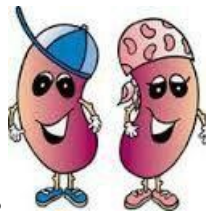
დიალიზი არის: 1. ჰემოდიალიზი - პაციენტის სისხლი გამოიყოფა ვენიდან, გაივლის ფილტრების და ხსნარების შემცველ დანადგარში, სადაც სისხლი სუფთავდება ნარჩენებისაგან და შემდეგ ბრუნდება უკან სხეულში სხვა სისხლძარღვით.

2. პერიტონული დიალიზი - მუცლის ღრუში სპეციალურად ჩაყენებული მილით შეჰყავთ ხსნარი, რომელიც შეიწოვს ნარჩენ პროდუქტებს. ხსნარი განსაზღვრული დროით რჩება მუცლის ღრუში, სადაც ამომფენი გარსებიდან შეიწოვს ნარჩენ პროდუქტებს. გამოყენებული ხსნარი კი დრენირდება შემკრებ პარკში. დიალიზის გარდა ავად-ს ეძლევა ჰიპოტენზიური

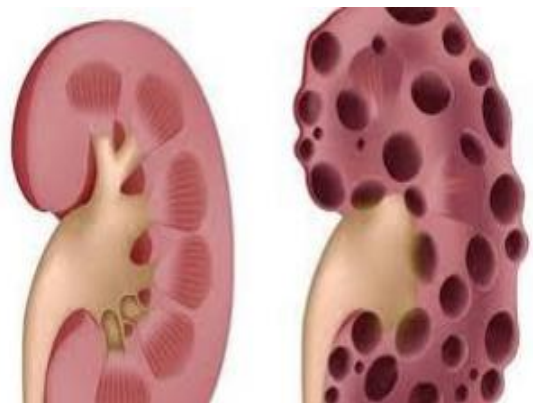


საშუალებები. ცილის შემზღუდველი დიეტა.
საექთნო ჩარევა: - სასიცოცხლო ნიშნების შეფასება

- მიღებული და გამოყოფილი სითხის მონიტორინგი
- სითხეების შეზღუდვა
- ელექტროლიტების მონიტორინგი
- ინფექციის რისკის შემცირება



- კომფორტის უზრუნველყოფა



პოლიკისტური თირკმელი

თირკმლის პოლიკისტური დაავადება შეიძლება იყოს მემკვიდრეობითი ან შეძენილი.

თირკმელებში ვითარდება მრავლობითი ყურძნისებრი გროვები სითხით სავსე კისტებისა, რის შედეგადაც ორივე თირკმელი ზომაში მნიშვნელოვნად მატულობს. ქალები და მამაკაცები ერთნაირი სიხშირით ავადდებიან.

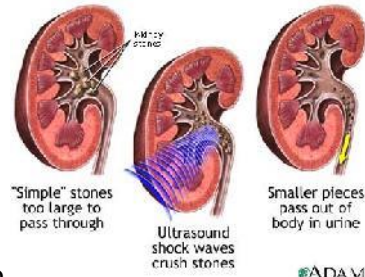
სიმპტომები: მუცლის ტკივილი

ჰიპერტენზია

ნიეტურია

ყაზობა

სისხლი შარდში



კენჭები

საექთნო ჩარევა - 1. გაზომეთ სისხლის არტ. წნევა და ტემპერატურა ყოველდღიურად

2. აწონეთ პაციენტი ერთიდაიგივე დროს ყოველდღე.

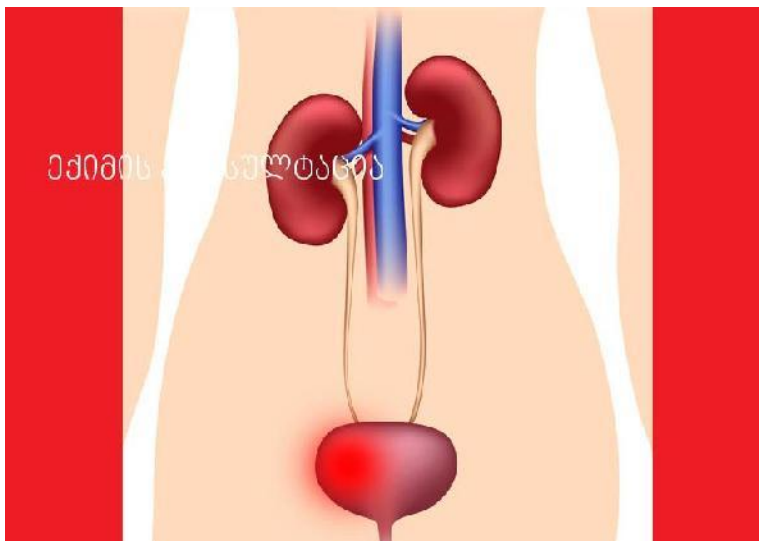
3. შეატყობინეთ ექიმს თუ არის წონაში მატება

4. შეზღუდეთ მარილის მიღება

5. შეატყობინეთ ექიმს თუ შარდი სისხლიანი ან სუნია

6. შეატყობინეთ ექიმს თუ აქვს თავის ტკივილი

7. ყაზობის თავიდან აცილების მიზნით აწარმოეთ ნაწლავის მოქმედების მონიტორინგი



ც ი ს ტ ი ტ ი

შარდის ბუშტის ლორწოვანი გარსის ანთებას ცისტიტი ეწოდება. მიმდინარეობის მიხედვით ცისტიტი შეიძლება იყოს: მწვავე და ქრონიკული.

გამომწვევი მიზეზი ინფექციაა: იწვევს ბაქტერია, ვირუსი, სოკო ან პარაზიტი. შარდის ბუშტის ინფექციები ქალებში უფრო ხშირია, ვიდრე მამაკაცებში, რაც შემდეგი ორი მიზეზით აიხსნება: - ქალებში შარდსადენის გამოსასვლელი ახლოსაა ყითასთან (ანუსთან), შარდსადენი მოკლე და სწორია.

კლინიკა - ავად-ფი უჩივის ხშირ შარდვას, წვას და ტკივილს შარდვისას, შარდის მცირე რაოდენობის გამოყოფით. ქრ ცისტიტს ახასიათებს იგივე ნიშნები, რაც მწვავეს, მაგრამ უფრო ნაკლებადაა გამოხატული. ქრ ცისტიტის გამწვაება ხშირია და დაკავშირებულია გაციებასთან.

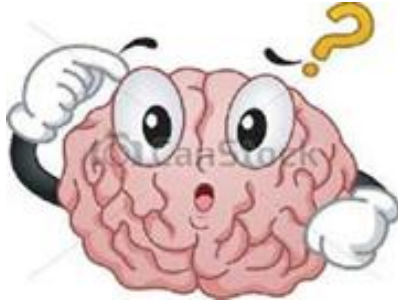
მკურნალობა - მწვავე ან ქრ. ცისტიტის გამწვაების შემთხვევაში საჭიროა წოლითი რეჟიმი. შარდის ბუშტის არეზე სათბური, იკრძალება ალკოჰოლი, საჭიროა სითხის დიდი რაოდენობით მიღება.



მედიკამენტებიდან - ანტიბიოტიკები



საკონტროლო კითხვები



1. რას ეწოდება მწვავე გლომერულონეფრიტი?
2. დაასახელეთ მწვავე გლომერულონეფრიტის კლინიკური ნიშნები.
3. დაასახელეთ მკურნალობის ძირითადი მეთოდები
4. განსაზღვრეთ ქრ გლომერულონეფრიტი
5. მკურნალობის პრინციპები
6. პროფილაქტიკა ქრ. გლომერულონეფრიტის დროს
7. თირკმელ-კენჭოვანი დაავადების შეტევის დროს კლინიკა
8. კენჭის აღმოსაჩენად რომელი ინსტრუმენტული მეთოდი გამოიყენება
9. შარდ-კენჭოვანი დაავადების მკურნალობის პრინციპები?
10. რა არის პიელონეფრიტის ხელის შემწყობი ფაქტორები?
11. მწვავე პიელონეფრიტის კლინიკური გამოვლინების ნიშნები? მკურნალობის პრინციპები
12. რას ეწოდება ცისტიტი?
13. ცისტიტის კლინიკური ნიშნები?
14. რა არის პოლიკისტოზი?
15. რა კლინიკა ახასიათებს პოლიკისტოზს?
16. რომელი დაავადებები იწვევს თირკმლის ქრ. უკმარისობას?
17. მკურნალობა თირკმლის უკმარისობის დროს
18. რა არის დიალიზი?

პედიატრიული პაციენტის საექთნო მართვა



პედიატრია

პედიატრია ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს pais- ბიჭს, ბავშვს, iatrea- კი მკურნალობას. პედიატრია შეისწავლის ჯანმრთელ და ავადმყოფ ბავშვთა ანატომიურ- ფიზიოლოგიურ თავისებურებებს, ბავშვთა ჰიგიენას და რეჟიმს. ბავშვთა დაავადებებს, მათ მკურნალობას და პროფილაქტიკას. ბავშვთა კვებას. პედიატრია, როგორც დამოუკიდებელი მეცნიერება, ჩამოყალიბდა მე-19 საუკუნეში, მისი განვითარება მოხდა მე-20 საუკუნეში. საქართველოში ძველ წყაროებში უკვე მოიხსენიებოდა ბავშვთა ასაკის თავისებურებები, მათი დაავადებები, მოვლის და კვების პრინციპები. მე-20 საუკუნეში საქართველოში მოღვაწეობდნენ დიდი პედიატრები, როგორცაა დედაბრიშვილი, კვეხერელი, ფაღავა, დასხვ.

ბავშვთა ასაკის პერიოდები

ბავშვობის მთელი პერიოდი ხასიათდება როგორც ორგანიზმის ფიზიკური ზრდა- განვითარებით, ასევე მისი იმუნიტეტის და ინტელექტის ჩამოყალიბებით, ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ბავშვთა ასაკის პერიოდებად დაყოფას, რადგან თითოეულ პერიოდს აქვს დამახასიათებელი მახასიათებელი- ბლები.

ბავშვთა ასაკი იყოფა შემდეგ პერიოდებად: 1) მუცლადყოფნის ანუ ინტრანატალური , 2) ახალშობილ-ობის, 3) ძუძუმწოვრობის, 4) სარძევე კბილების, 5) ყრმობის, 6) სქესობრივი მომწიფების ანუ პუბერტაციული პერიოდები.

მუცლადყოფნის პერიოდი იწყება იმ მომენტიდან, როცა ხდება ორი გამეტის კვერცხუჯრედის და სპერმატოზოიდის შერწყმა და წარმოიქმნება განაყოფიერებული უჯრედი ზიგოტა. ეს პერიოდი გრძელდება 270-280 დღე. ეს პერიოდი თავის მხრივ იყოფა 2 ფაზად: 1) ემბრიონალური, რომელიც გრძელდება 2 თვე და 2) პლაცენტარული, რომელიც გრძელდება 7 თვე.

ემბრიონალურ ფაზაში ყალიბდება ნაყოფი, იგი ძალიან მგძნობიარეა, ბევრი ფაქტორი მოქმედებს ნაყოფის ჩამოყალიბებაზე, ენდოგენური, მაგ. ქრომოსომების ცვლილებები, მშობლების ასაკი, ეგზოგენური ფაქტორები: მექანიკური და ფსიქიური ტრამპები, რენტგენის სხივები, ინფექციები, დედის დაავადებები, და სხვ. ამ ფაქტორების ზემოქმედებით შეიძლება განვითარდეს აბორტი, მკვდრადშობადობა, განვითარების მანკები და სიმახინჯეები, გენეტიკური დაავადებები, სიყრუე, სიბრმავე, ცნს ის დაავადებები და სხვ.

ახალშობილობის ანუ ნეონატალური პერიოდი იწყება ჰიპლარის გადაკვანძვიდან და გრძელდება 3-4 კვირა. დაბადებისას ახალშობილს თვალში აწვეთებენ 30% ალბუცინის ხსნარს გონო-ბლენორიის პროფილაქტიკისათვის. დაბადებიდან 12 საათის განმავლობაში ახალშობილს უკეთდება ვირუსული ჰეპატიტის აცრა, მე-2-მე-5 დღეს BCG-ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო აცრა. ეს პერიოდი ყველაზე რთულია ბავშვისთვის , რადგან ხდება ახალშობილის შეგუება ანუ ადაპტაცია გარემოსთან. იწყებს ფილტვით სუნთქვას, გარეგან

კვებას, ფუნქციონირებას იწყებს სისხლის მიმოქცევის მცირე წრე, ყალიბდება თერმორეგლაციური სისტემა, ამ პერიოდში გვხვდება ე. წ. ფიზიოლოგიური მდგომარეობები. ამპერიოდში გვხვდება შემდეგი დაავადებები: მშობიარობასთან დაკავშირებული, მაგ. სამშოგარო ტრამვები, ასფიქსია. მშობიარობის შემდგომი ანუ პოსტნატალური: სასუნთქი და კუჭ-ნაწლავის დაავადებები, სეფსისი და სხვ.



ძუძუმწოვრობის პერიოდი იწყება 3-4 კვირიდან და გრძელდება 1 წლის განმავლობაში. ამ პერიოდი-სათვის დამახასიათებელია ინტენსიური მატება წონაში და სიგრძეში, წონაში იმატებს 200%-ით, ხოლო სიგრძეში 50%-ით. თავის გარშემოწერილობა 27%-ით. ხდება აქტიური იმუნოზაცია. ხშირია შემდეგი დაავადებები: ბრონქიტი, პნევმონია, დისპეფსიები, რაქიტი, სპაზმოფილია და სხვ.

სარძევე კბილების პერიოდი იყოფა 2 ქვეპერიოდად: წინასკოლამდელი, რომელიც გრძელდება 1-დან 3 წლამდე და სკოლამდელი, რომელიც გრძელდება 3-დან 6-7 წლამდე. ამ პერიოდში შედარებით შენელებულია ზრდა, სამაგიეროდ მატულობს კუნთთა მასა, მთავრდება სარძევე კბილების ამოსვლა, ვითარდება მეტყველება, 3 წლის ბავშვისთვის დგება პირველი სიჯიუტის პერიოდი. ამ პერიოდში ხშირია ინფექციები, ტონზილიტი, ალერგიული დაავადებები, ბრონქული ასთმა, ტუბერკულოზი. ყრმობის პერიოდი იწყება 6-7 წლიდან დაგრძელდება სქესობრივ მომწიფებამდე. ამ პერიოდში იწყება სქესობრივი განსხვავება გოგონებს და ბიჭებს შორის. სარძევე კბილები იცვლება მუდმივით, ვითარდება მეხსიერება, ინტელექტი, თვითშემოქმედების უნარი, ხასიათი, დაავადებებიდან ხშირია მწვავე ინფექციები, ტრამვები, კუჭ-ნაწლავის და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, სიმსუქნე, თვალის მხრივ მოვლენები, კბილების კარიესი, სკოლიოზი და სხვ. სქესობრივი მომწიფების პერიოდი ხასიათდება ზრდის ინტენსივობით, მეორადი სასქესო ნიშნების ჩამოყალიბებით, ენდოკრინული სისტემის მკვეთრი ცვლილებებით, ყველაზე კრიტიკულია ფსიქოლოგიური თვალსაზრით, ივითარებს ნებისყოფას, შეგრძნებებს, ზნეობას, კომუნიკაციის უნარს. ეს არის „მეორე სიჯიუტის“ პერიოდი. ხშირია გასტრიტი, წყლულოვანი დაავადება, სქესობრივი და ენდოკრინული მოშლილობანი.

დროული ახალშობილის დახასიათება.

დროულად ითვლება ახალშობილი, რომელიც დაიბადება ან 270-280 დღიანი ან 9- თვიანი ან 10- სამეანო თვის ან 38- 40 კვირიანი ორსულობიდან. დაბადებისას მისი წონა მერყეობს 2500-4000 გრამს შორის, სიგრძე 46-52 სმ-ს შორის, თავის გარშემოწერილობა 33-36 სმ-ს შორის, რომელიც 2-3 სმ ით აღემატება გულმკერდის გარშემოწერილობას.

დაბადებისას ახალშობილის კანი არის ღია ვარდისფერი, ოდნავ ციანოზური. ხავერდოვანი, ნაზი, იგი დაფარულია მოთეთრო- ნაცრისფერი ხაჭოსებრი ნაცხით vernix caseosa, რომელიც იცავს ახალშობილის კანს მექანიკური და თერმული დაზიანებებისაგან. მისი მოცილება სიცოცხლის პირველ დღეებში ხდება მხოლოდ კანის ბუნებრივ ნაოჭებში.

ახალშობილის კანი დაფარულია ღინღლით-lanugo, რომელიც განსაკუთრებით უხვად არის ბეჭების და მხრების მიდამოში. ახალშობილის კანში კარგად არის განვითარებული ცხიმოვანი ჯირკვლები, ამის დასტურია ცხვირის წვერზე და ნესტოებზე თეთრი ფერის წერტილები ე. წ. Milia. ახალშობილის კანში მოთავსებული საოფლე ჯირკვლები კი სუსტად ფუნქციონირებენ.

ახალშობილის თავი შედარებით დიდია, კიდურები კი მოკლე. დროულ ახალშობილს ღია აქვს დიდი ყიფლიბანდი, რომელიც მოთავსებულია თხემის და შუბლის ძვლებს შორის, ზომით 2-2.5 სმ-ზე. მცირე ყიფლიბანდი კი ღია აქვს ახალშობილთა 25%-ს, იგი მოთავსებულია თხემის და კეფის ძვლებს შორის და ზომით 0.5-0.5 სმ-ზეა, დიდი ყიფლიბანდი იხურება 1- 1,5 წლის ასაკში, ხოლო მცირე კი 3 თვემდე.

ჯანმრთელი ახალშობილი ყვირის დაბადებისთანავე ძლიერად, რაც პირველი ჩასუნთქვის მაჩვენებელია.

ახალშობილს კარგად აქვს განვითარებული კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი, ლორწოვანი გარსები მუქი ვარდისფერია, მშრალი. კუნთოვანი სისტემა კი სუსტად განვითარებული. ახალშობილს დაბადებისას აქვს დამახასიათებელი პოზა მომხრელი კუნთების ჰიპერტონუსის გამო; თავი აქვს ოდნავ უკან გადაწეული, ხელები მოხრილი იდაყვის სახსრებში და მიკრული აქვს გულმკერდზე, ხელის მტევნები შეკრული აქვს მუშტებად, ქვემო კიდურები მოხრილი აქვს სახსრებში და მიკრული აქვს მუცელზე.

ხელის და ფეხის გულეებზე კარგად აქვს გამოხატული ხაზები, ყურის ნიჟარები მკვრივია, დრეკადი, თავზე თმა კარგად აქვს განვითარებული.

დროულ ახალშობილს კარგად აქვს განვითარებული ფრჩხილები, ისინი ბოლომდე ფარავენ თითის ფალანგებს. დროულ ახალშობილ გოგონებში არ აღინიშნება სასქესო ნაპრალის ღიაობა, ვინაიდან დიდი სასქესო ბაგეები ფარავენ მცირე სასქესო ბაგეებს, ხოლო დროულ ახალშობილ ბიჭებში სათესლე პარკში ჩამოსულია სათესლე ჯირკვლები.

დროულ ახალშობილებს კარგად აქვთ განვითარებული თანდაყოლილი უპირობო რეფლექსები: წოვის, ყლაპვის, ქუთუთოების ხამხამის, რქოვანას, მთქნარების, სლოკინის, ხველის, ცემინების, შარდვის, დეფეკაციის რეფლექსები. კარგად რეაგირებს მკვეთრ შუქზე და ხმაურზე, აქვს სიელმე და ნისტაგმი. ხანგრძლივად სძინავს 22-23 სთ. ყოველგვარ გაღიზიანებაზე (შიმშილი, სისველე, ტკივილი) რეაგირებს ყვირილით.

დროულ ახალშობილს აქვს ლაბილური თერმორეგულაცია. მისი ტემპერატურა და მოკიდებულია გარემოს ტემპერატურაზე დაადვილად გადაცივდება და ადვილად გადახურდება. დაბადებისას ახალშობილის ტემპერატურა არის 37,5⁰-38⁰ გრადუსს. დაბადების შემდეგ იგი კლებულობს და ხდება 36,5⁰-37⁰. ახალშობილის პულსი არის 160-180 წუთში, სუნთქვის სიხშირე კი 40-60 წუთში. არტერიული წნევა მერყეობს 70-80 მმ.-35- 40 მმ-ზე ვერცხლისწყლის სვეტისა.

ახალშობილის შეფასება აბგარის შკალით

ახალშობილის მდგომარეობის შეფასება აბგარის შკალით ხდება ორჯერ დაბადებიდან 1 და 5 წუთის შემდეგ თითოეული ნიშანი ფასდება 2 მაქსიმალური ქულით, მინიმალური შეფასება კი - 0 ქულაა. თუ ახალშობილი მოაგროვებს 9-10 ქულას, იგი ითვლება კარგ, ძლიერ ახალშობილად, თუ მოაგროვებს 7-8 ქულას ახალშობილის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, საშუალოა, ხოლო თუ მოაგროვებს 5-6 ქულას-

ახალშობილი სუსტია. 3-4 ქულის მოგროვების შემთხვევაში ახალშობილი ითვლება მკვდრადშობილად. ახალშობილი ფასდება 5 კლინიკური ნიშნით: გულისცემის სიხშირე, სუნთქვითი მოძრაობები, კანის ფერი, რეფლექსური აგზნებადობა, კუნთთა ტონუსი.

შეფასება ქულებით	გულისცემის სიხშირე	სუნთქვა	კუნთთა ტონუსი	რეფლექსები (ცხვირის კათეტერზე გალიზიანების რეაქცია)	კანის ფერი
0	არ არის	არ არის	არ არის	არა აქვს	მთლიანად თეთრია ანუ მკრთალი
1	100- ზე ნაკლებია	შენელებულია, არარეგულარული	აქვს კიდურების მოძრაობები	აქვს გრიმასები	ტანი ციანოზური, კიდურები ვარდისფერი
2	100- ზე მეტია	ხმამაღლა ყვირის	აქვს სხეულის აქტიური მოძრაობები	აქვს ხველა და ცხვირცემინება	მთლიანად ვარდისფერია

ახალშობილის პირველი ტუალეტი.

ახალშობილის დაბადების შემდეგ საჭიროა მისი განსაკუთრებული მოვლა. პირველ რიგში უნდა გავანთავისუფლოდ ზემო სასუნთქი გზები სანაყოფე წყლებისაგან, ლორწოსაგან, სისხლისგან, რათა მოხდეს ჩასუნთქვა, ამისათვის ვახდენთ ზემო სასუნთქი გზების ასპირაციას სპეციალური ასპირატორით და ამის შემდეგ ახალშობილი თავისუფლად ჩაისუნთვს.

შემდეგ ვატარებთ გონო-ბლენორეის პროფილაქტიკას, ამისათვის ორივე თვალში ვაწვეთებთ 30-%-იანი ალბუციდის ხსნარის 2- 2 წვეთს. იგივეს ვიმეორებთ 2 საათის შემდეგ. ასევე ვაწვეთებთ იგივე ხსნარს ახალშობილ გოგონებს სასქესო ორგანოებზე, რათა თავიდან ავიცილოთ სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები.



ამის შემდეგ ვიწყებთ ჭიპლარის გადაკვანძვას. საჭიროა მაქსიმალური ასეპტიკის და ანტისეპტიკის დაცვა. დაბადების

შემდეგ 2-3 წუთში, როცა შეწყდება ჭიპლარში პულსაცია, ვიწყებთ გადაკვანძვას. ჭიპლარის გადასაკვანძად ვადებთ ჭიპლარზე ერთ მომჭერს მუცლის კიდიდან 2-3 სმ-ის დაშორებით, მეორე მომჭერს კი ვადებთ პირველიდან 3-4 სმ-ის დაშორებით. მათ შორის ადგილს ვამუშავებთ 5 % -იანი იოდის ნაყენით და 95% სპირტით, ვადებთ აბრეშუმის სტერილური ძაფით ნასკვს ან მეტალის კაუჭით და ვჭრით სტერილური მაკრატლით, ვადებთ სტერილური მარლით ნახვევს. 3-5 დღის შემდეგ ჭიპის ტაკვი მოვარდება და ჭიპის რგოლი უნდა დავამუშავოთ 1 % -იანი ბრილიანტის მწვანის ხსნარით ან 96 % -იანი სამედიცინო სპირტით.

ამის შემდეგ ბავშვს ვწონით, ვზომავთ სიგრძეს, თავის და გულმკერდის გარშემოწერილობას. ვასუფთავებთ ბავშვის კანს ბუნებრივ ნაოჭებში ხაჭოსებრი ნაცხისაგან, რათა არ განვითარდეს კანის ჩირქოვანი დაავადებები. თუ ბავშვის კანი ძალიან დასვრილია სისხლით, ლორწოთი შეიძლება დაბანაც. გოგონების ჩაბანა ხდება წინიდან უკან, ზემოდან ქვემოთ, რომ არ მოხდეს ინფექციის შეჭრა შარდსადენიდან. (ანატომ-ფიზიოლოგიური თავისებურებების გამო, გოგონას შარდსადენი მოკლე და ფართე) შემდეგ ბავშვს ვაცმევთ რბილ, მსუბუქ ტანსაცმელს და ვაწვენთ საწოლში.

ახალშობილის წონისა და სიმაღლის მატების კანონზომიერებანი

პაწაწინას ჯერ კიდევ მაშინ ზომავენ და წონიან, როდესაც დედიკოს მუცელში ნებივრობს და მოთმინებით ელის ამქვეყნად მობრძანების დროს. დროული ახალშობილი ჩვეულებრივ 2500 დან 4000 გრამამდე იწონის. ბავშვი, როლის წონაც 2500 გრამზე ნაკლებია, სავარაუდოდ, ქვეყნიერებას დროზე ადრე მოვევლინა. 4000 გრამზე მეტი წონის ახალშობილებს კი, მარტივად გიგანტებს უწოდებენ. სიცოცხლის პირველ გლეშში ახალშობილთა უმრავლესობა წონას იკლებს. დანაკლისი არც ისე ბევრია, საშუალოთ 150-200გრ-ს უტოლდება. დაბადების მე-4 დღიდან მიყოლებული, ჩვილი დანაკლისის ანაზღაურებას იწყებს და 2 კვირაში წონას მთლიანად აღიდგენს. წონის ფიზიოლოგიურ კლებას განაპირობებს წყლის დაკარგვა კანიდან, ფილტვებიდან, ასევე მოშარდვისა და ნაწლავების პირველი მოქმედების გზით. წონის კლება დამოკიდებულია ასევე ახალშობილიმ მასაზე (რაც უფრო მეტია მისითავდაპირველი წონა, მით მეტს კარგავს იგი), სქესზე (ბიჭუნები უფრო მეტს იკლებენ, ვიდრე გოგონები). 4-5 თვის ბავშვი 2-ჯერ მეტს იწონის ვიდრე დაბადებისას, ერთი წლის ასაკში კი მისი მასა სამმაგდება. პირველ თვეს ჩვილი 600გრ-ს იმატებს, მეორე თვეს 800-100გრ-ამს, მესამე თვეს 800გრ-სს. 6 თვემდე ასაკის ახალშობილის წონის გამოსაანგარიშებელი ფორმულაა: $m_{\text{დ}}+(800 \times n)$, სადაც $m_{\text{დ}}$ ახალშობილის დაბადების წონაა, 800გრ-ი საშუალო ნამატი 6 თვემდე, n -არის თვეების რიცხვი 6 თვემდე. თუ ბავშვი 6 -თვეზე მეტისსა ვსარგებლობთ შემდეგი ფორმულით: $m_{\text{დ}}+(800 \times 6)+400 \times (n-6)$. სადაც 400გრ-ი არის საშუალო ნამატი 6 თვის ზემოთ, n -კი თვეების რიცხვი 6 -თვის ზემოთ.

დროული ახალშობილის სიგრძე 46-52სმ-ია, სასუალოდ-50 ითვლება, რომ ბიჭუნები უფრო გრძელები არიან, ვიდრე გოგონები. საზოგადოდ ახალშობილის სიგრძე მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული. პირველ რიგში, მნიშვნელობა აქვს გენეტიკას, შემდეგ ორსულობისას დადიასა და ნაყოფს მიერ გადატანილ დაავადებებს და ა.შ. ბავშვი ინტენსიურად იზრდება პირველი წლის პირველ ნახევარში. წლის პირველ მეოთხედში ყოველთვიურად 3 სმ-ს იმატებს, მეორე მეოთხედში 2,5სმ-ს, მესამე მეოთხედში 2სმ-ს , ხოლო მეოთხე მეოთხედში სულ რაღაც 1სმ-ს. წლის ბოლოსთვის ნამატი დაახლოებით 25 -სმ-ია, ანუ მთლიანობაში ჩვილის სიგრძე 75სმ-ს შეადგენს. ბავშვის სიგრძის გამოსათვლელად საჭიროა შემდეგი კანონზომიერებანი: 6 თვის ბავშვი დაახლოებით 66სმ-ია რამდენი თვითაც უმცროსია ჩვილი, იმდენ 2,5 სმ-ს აკლებთ და რამდენი თვითაც უფროსია, იმდენ 1,5სმ-ს ამატებთ. მაგ: 4 თვის ბავშვის სიგრძე იქნება $66-(2 \times 2,5)=61$ სმ, ხოლო 10 თვის პატარას $66+(4 \times 1,5)=72$ სმ. ერთი წლის შემდეგ ზრდის ტემპი ნელ-ნელა იკლებს. მეორე წლის განმავლობაში პაწაწინა სულ 10-12 სმ-ით მაღლდება, მესამე წლის განმავლობაში -8სმ-ით, ხოლო მე4-მე5 წელს სულ რაღაც 4-6 სმ-ით. ამის შემდეგ სიმაღლის ყოველწლიური ნამატი საშუალოთ 5 სმ-ია. ახალშობილის თავდაპირველი სიგრძე 4 წლის ასაკში ორმაგდება, ხოლო 12 წლის ასაკში სამმაგდება. თანამედროვე ბავშვები საუკუნის წინანდელ თანატოლებთან შედარებით უფრო მაღლები არიან. ამ მოვლენას აქსელერაცია ეწოდება. მიჩნეულია, რომ 4 წლის ბავშვი 100 სმ-ი სიმაღლისაა. 4 წლამდე უნდა იყოს $100-8x(4-n)$, სადაც n არს წლების რიცხვი 4 წლამდე, 4 წლის შემდეგ კი- $100+6x(n-4)$, სადაც n წლების რიცხვია 4 წლის ზემოთ.

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვის ფსიქომოტორული განვითარების ეტაპები

ა ს ა კ ი 1	მოტორული უხ ეშიმოდრაობა	მოტორულინატიფიმ ოდრაობა	მეტყველება,ემოცია	სოციალურიადაპტაცია
1	2	3	4	5
1 თ 3 ქ	ცდილობს მუცე ლზეწოლისას ტ ავისწამოწევას	აფქსირებსმზერასსინ ათლებზე დამცირე ხნ ითმოდრავსაგნებზე.	კრთება ხმაურზე	კვების დროსაკვირდებ ადედის სახეს

2 თ 3 ე ქ	თავა უჭირავსწ ორად, მუცელზე ეწოლისას გუმკ ერდსწევს.	მჭიდროარახანგრძ- ლივი ტაცება,თვალს აყოლებსმომარგ საგნ ებს.	იღიმებალაპარაკის ანგაღიმებისსაპასუხ ოდ.	კვების დროსაკვირდებ ადედის სახეს
3 თ 3 ე ქ	მუცელზე წოლ ისასეყრდნობა ი დაყვებს,თავისუ ფლადუჭირავს თავი.	მოსვენებულმდგომარ ეობაშიხელის მტევან ითავისუფალი,აფიქს ირებსმზერას უძრავს აგნებზე.	ღულუნებს ერებით.	ნაცნობიადამიანებისად ა საგნებისდანახვაზეგა მოხატავსსიხარულსფე ხებისმომძრაობით დაბგ
4 თ 3 ე ქ	ბრუნდებაზურგ იდანმუცელზე, ყრდნობამტევ ნებს	კვების დროსხელს უ შვებსძუძუს, ბოთლს, იტაცებსსათამაშოს	ხმამალლაიცინის,ატ რიალებს თავსბგერ ებისმიმართულები თ.	იწყებს გარემოსდათვა ლიერებას
5 თ 3 ე ქ	ბრუნდებაზურგ იდანმუცელზე, ყრდნობამტევ ნებს	მშობლებისხელიდან იღებსსათამაშოს,გადა აქვს ერთიხელიდანმე ორეში.	ხანგრძლივადღულ უნებს,ცნობს დედი სხმას, ასხვავებსალე რსიან დამკაცრინტ ონაციას.	ასხვავებს უცხოპირებს ნაცნობებისგან.
6 თ 3 ე ქ	ჯდება სხვისიდ ახმარების გარე შე	ერთი ხელითიღებსსა თამაშოს	იწყებსმარცვლებისწ არმოთქმას(„მა,, „ბა,, „და,,)	ასხვავებს უცხოპირებს ნაცნობებისგან.
7 თ 3 ე ქ	იწყებს ცოცვას, ჯდებადამოუკი დებლად	ათვალიერებსდა ერთ იმეორესურტყამსათ ამაშობს	წარმოთქვამსმარცვ ლებს	კვებისასცდილობსკოვ ზის ხელშიდაჭერას

8 თ 3 ე	ცოცავს, სატდენ ზეხელის მოკი დებითდგება	სათამაშოებითდიდხა ნსერთობა, ბამაცსუფ როსებისქცევას. s	ტიტინებს	კვებისასცდილობსკოვ ზის ხელშიდაჭერას
9 თ 3 ე ი	დადის, როცა ო რივეხელზე უფ როსებსაქვთ ხე ლიჩაჭიდებულ ი	სათამაშოსიჭერს 2თი თით,ისვრის,აგორავე ს,ყუთიდან იღებსსათ ამაშოს.	იცის თავისსახელი, კითხვაზე სადარის სათამაშო ****, ირჩე ვსშესაბამისსათამაშ ოს	უფროსებისთხოვნითუ კრავს ტაშს,იქნევს ხელ ს
1 0 - 11 თ 3 ე	დამოუკიდებლა დშეუძლია აცო ცდესმცირე სიმ აღლეზე	ისვრისსათამაშებს,აგ ორავებს,იღებსყუთი დან	წარმოთქვამსპირვე ლსიტყვებს- „დედა,, ,,მამა,,	დაკვირვებითიკვლევსგ არემოს,თამაშობსმშობ ლებთანერთად
1 2 თ 3 ე	დგასდამოკიდ ებლად	აღებს დახურავს ყუთ ს,უსვამს ფანქარსქადა ლღზე.	იცის ორიოდესითყ ვა „დედის,,და „მამ ის,,გარდა,მეტყველე ბსთავის ენაზე	ასრულებსმოზრდილთ აელემენტარულმოთხო ვნებს

დღენაკლული ახალშობილის დახასიათება



დღენაკლულ ახალშობილად ითლება ახალშობილი , რომელიც დაიბადება 22-37 კვირიანი ორსულობიდან, წონით 2500 გრამზე ნაკლები , სიგრძით 48 სმ- ზე ნაკლები.დღენაკლულობის მიზეზებია: დედის სომატური ,ინფექციური და სასქესო ორგანოების დაავადებები, პლაცენტის ანომალიები, მემკვიდრეობითობა,

მრავალნაყოფიანობა, რეზუს- და სისხლის ჯგუფობრივი შეუთავსებლობა, დედის ასაკი და ა. შ.

არჩევენ დღენაკლულობის 4 ხარისხა: ! ხარისხს მიეკუთვნება ახალშობილები, რომელთა წონა მერყეობს 2500-დან 2001 გრამამდე, 11 ხარისხის დღენაკლულების წონა მერყეობს 2000-

დან 1501 გრამამდე, !!! ხარისხის დღენაკლულები იწონიან 1500- დან 1001 გრამამდე, ხოლო 4 ხარისხის დღენაკლულები იწონიან 1000 გრამზე ნაკლებს, მათ ნაყოფი ეწოდება,

დღენაკლულ ახალშობილებს აქვთ დიდი თავი ტანთან შედარებით, კიდურები მოკლე, სხეულის შუა წერტილი მოთავსებულია ჭიპის ქვემოთ.დღენაკლულ ახალშობილებს ღია აქვთ დიდი და მცირე ყიფლიბანდები. ღრმა დღენაკლულებს ღია აქვთ 2 გვერდითი ყიფლიბანდიც, რომელიც მოთავსებულია თხემის, კეფის და საფრთქლის ძვლებს შორის. დღენაკლულ ახალშობილებში გულმკერდის გარშემოწერილობა მით უფრო ჩამორჩება თავის გარშემოწერილობას, რაც უფრო პატარაა ბავშვი.

ახალშობილის კანი მუქი წითელია, დანაოჭებული , უხვად არის დაფარული ღინღლით, ზოგჯერ სახეზეც. უხვია ხაჭოსებრი ნაცხიც, ხშირია სისხლჩაქცევები კანზე და ლორწოვანებზე. ასევე უხვია მილიაც. ხელის და ფეხის გულებზე ხაზები სუსტად არის გამოსახული. ყურის ნიჟარები რბილია მჭიდროდ არის მიკრული თავის ქალაზე. მოტორიკა შენელებული აქვთ, განუწყვეტლივ სძინავთ. დღენაკლულ ახალშობილებში სუსტად არის განვითარებული კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი და კუნთოვანი სისტემა. დღენაკლული ახალშობილი არ ყვირის ან ყვირის სუსტად.

დღენაკლულებს სუსტად აქვთ ან საერთოდ არა აქვთ განვითარებული თანდაყოლილი ანუ უპირობო რეფლექსები. ღრმა დღენაკლულებს არა აქვთ წოვის და ყლაპვის რეფლექსი. დღენაკლულ ახალშობილებს კარგად არა აქვთ განვითარებული ფრჩხილები და ისინი ბოლომდე არ ფარავენ თითის ფალანგებს.

დღენაკლულ ბიჭებში სათესლე პარკი ცარიელია და არ არის ჩამოსული სათესლე ჯირკვლები , ხოლო გოგონებში კი სასქესო ნაპრალი ღიაა, ვინაიდან დიდი სასქესო ბაგეები არ ფარავენ მცირე სასქესო ბაგეებს.

დღენაკლულ ახალშობილებში თერმორეგულაცია ძალიან ლაბილურია და მისი ტემპერატურა ძალიან არის დამოკიდებული გარემოს ტემპერატურაზე და ახალშობილი ადვილად გადახურდება და ადვილად გადაცივდება. სუნთქვა ზერელეა, არიტმული, 40-60 წთ-ში, გულის ტონები მოყრუებული, არიტმული,

დღენაკლული ახალშობილის მოვლა

მისი მოვლა რთულია. ბავშვები რომელთა წონა 2000 გრ-ზე ნაკლებია თავსდება ან სპეციალურ საწოლებში ე. წ. კუვეზებში. სადაც შექმნილია სპეციალური ტემპერატურა და საჭირო ტენიანობა. კუვეზებში ბავშვი თავსდება 2-3 დღიდან 7-8 დღემდე, ზოგჯერ 2 კვირამდე. 3-4 დღეში ერთხელ კუვეზებს სცვლიან, თუ ბავშვის წონა გადააჭარბებს 2000 გრ-ს გადაჰყავთ ჩვეულებრივ ბავშვის საწოლში დღენაკლული ბავშვის ოთახში ჰაერის ტემპერატურა შედარებით მაღალია 23-24

ღრმა დღენაკლ ახალშობილებს არ აქვთ ყლაპვის და წოვის რეფლექსები ,ასეთ ბავშვებს კვებავენ ზონდის საშუალებით, თუ ბავშვს აქვს ყლაპვის რეფლექსი და არა აქვს წოვის რეფლექსი ,ასეთებს კვებავენ შპრიცით.



საკონტროლო კითხვები:

1. რას შეისწავის პედიატრია?
2. ჩამოთვალეთ ბავშვთა ასაკის პერიოდები.
3. დაახასიათეთ ნეონატოლოგიური პერიოდი.
4. რამდები ნიშნით ფასდება დროული ახალშობილი.
5. როდის ითვლება ახალშობილი დროულად.
6. რა არის milia.
7. ჩამოთვალეთ ახალშობილის თანდაყოლილი რეფლექსები.
8. როდის ითვლება ახალშობილი დღენაკლულად.
9. ჩამოთვალეთ დღენაკლულობის ხარისხები.
10. დღენაკლული ახალშობილის მოვლა.

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა კვება.

ბავშვთა კვება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მათფოზოკურ და ფსიქო-მოტორულ განვითარებაზე, ასევე იმუნიტეტის ჩამოყალიბებაზე. 1 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის არსებობს სამი სახის კვება: ბუნებრივი, შერეული და ხელოვნური.

ლაქტაცია და ჰიპოგალაქტია

ორსულობის დაწყების შემდეგ სარძევე ჯირკვალში ემზადება რძის გამომუშავებისათვის. რძის გამომუშავების პროცესს სარძევე ჯირკვალში ლაქტაცია ეწოდება. დიდი რაოდენობით რძის გამომუშავებას ჰიპერლაქტაცია ეწოდება, რძის ნაკლები რაოდენობით გამომუშავებას ჰიპოგალაქტია ეწოდება, რძის არარსებობას კი აგალაქტია

ჰიპოგალაქტიის ორი ხარისხი არსებობს: პირველადი ანუ ადრეული და მეორადი ანუ მოგვიანებითი. პირველადი ჰიპო გალაქტია ვლინდება ლოგინობის პირველივე დღეებში , ხოლო მეორადი შედარებით მოგვიანებით 1-2 თვის შემდეგ.

ჰიპოგალაქტიის 4 ხარისხს არჩევენ: 1 ხარისხის ჰიპოგალაქტიის დროს არის რძის 20%-იანი დეფიციტი, !! ხარისხის დროს რძის დეფიციტი 50%-ია, 3 ხარისხის დროს დეფიციტი 75%-ია, 4 ხარისხის დროს კი დეფიციტი 75% ზე მეტია. პირველადი ჰიპოგალაქტიის გამომწვევი მიზეზებია ნეირო-ენდოკრინული დისფუნქცია, მშობიარობის სტრესები და ა. შ. ამის მოსახსნელად საკმარისია ჰორმონოთერაპია { მაგ. ოქსიტოცინი, პიტუიტრინი.} და ფსიქოთერაპია. მეორადი ჰიპოგალაქტია კი გამოწვეულია ბავშვის კვების რეჟიმის დარღვევით, (ძუძუსთან გვიან მიყვანა, არარეგულარული კვება, ძუძუს არასრული დაცლა, მემძუძური ქალის რეჟიმის დარღვევა, უძილობა, სტრესები და სხვ.) ამ დროს კარგ ეფექტს იძლევა ვიტამინოთერაპია, კერძოდ ნიკოტინის მჟავა, ვიტ. B 12, ვიტ. E , აპილაკი და სხვ.

ბუნებრივი კვება



კვების ისეთ წესს, როდესაც ბავშვი დაბადებიდან 5-6 თვემდე იკვებება მხოლოდ ქალის რძით, ხოლო 5-6 თვიდან¹ წლამდე ქალის რძესთან ერთად იღებს დამატებით საკვებს, ბუნებრივი კვება ეწოდება.ჯანმრთელი ახალშობილი ძუძუზე მიჰყავთ დაბადებიდან 2 საათის განმავლობაში.ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება ხელს უწყობს დედის და ბავშვის ჯანმრთელობის სწრაფ აღდგენას, წოვის აქტის ზემოქმედებით დედის ორგანიზმში გამომუშავდება ჰორმონი ოქსიტოცინი,რომელიც ხელს უწყობს საშვილოსნოს შეკუმშვას და საშვილოსნოს ნორმალურ ზომებში სწრაფ დაბრუნებას. ასევე ხელს უშლის სისხლდენების განვითარებას საშვილოსნოდან, ასევე ადრეულად ყალიბდება ლაქტაცია და უფრო ხანგრძლივად გრძელდება. ბუნებრივი კვება ზოგავს დედის დროს, ფინანსებს და ჯანმრთელობას.

ქალის რძის შემადგენლობა

ლაქტაციის სხვადასხვა პერიოდში რძის შემადგენლობა სხვადასხვაგვარია. პირველი 3-4 დღის განმავლობაში გამოიყოფა უმწიფარი რძე ანუ ხსენი, 4-5 დღის შემდეგ 2-3 კვირის განმავლობაში გამოიყოფა გარდამავალი რძე, 2-3 კვირის შემდეგ ლაქტაციის ბოლომდე გამოიყოფა მწიფე რძე.

ხსენი- სქელი, მოყვითალო ფერის , ბლანტი , ოდნავ წებოვანი სითხეა. იგი მსხვილი წვეთების სახით გამოიყოფა ძუძუს დვრილიდან, ხსენი აუცილებელი საკვები პროდუქტია ახალშობილისათვის , ვინაიდან ხსენი შეიცავს უფრო დიდი რაოდენობით ცილებს, მინერალურ მარილებს და ვიტამინებს, ვიდრე მწიფე რძე . შეიცავს დიდი რაოდენობით დამცველ იმუნურ ანტისხეულებს, კერძოდ იმუნოგლობულინ A, ანტისტაფილოკოკურ ანტისხეულებს, რომლებიც იცავენ ბავშვებს ანთებითი და სეპტიური დაავადებებისაგან, რეზისტენტულ ფაქტორს, რომელიც იცავს ბავშვს ნაწლავური დაავადებებისაგან.

ხსენი მაღალკალორიული პროდუქტია, ვინაიდან მისი 100 გ შეიცავს 140- 150 კკალ, როდესაც მწიფე რძის 100 გ შეიცავს 70-80 კკალ-ს.

ქალის რძის დახასიათება და მისი შედარება

ძროხის რძესთან

ქალის რძე თეთრი ფერის, ნეიტრალური რეაქციის, თავისებური სუნის სითხეა. ქალის რძე, ისევე როგორც ძროხის რძე შეიცავს ძირითად საკვებ ინგრედიენტებს: ცილებს, ცხიმება, ნახშირწყლებს, მინერალურ მარილებს და ვიტამინებს. მაგრამ ურთიერთშეფარდება მათ შორის სხვადასხვაა. ქალის რძეში ც : ცხ : ნახშ. არის 1 : 3 : 6, ხოლო ძროხის რძეში ეს შეფარდება არის 1 : 1 : 3. ქალის რძის ცილა უფრო მეტად წარმოდგენილია ადვილად ასათვისებელი ლაქტოალბუმინით და ლაქტოგლობულინით. მცირე რაოდენობით კი შეიცავს ძნელად ასათვისებელ კაზეინს. ქალის რძის ცილა თითქმის იდენტურია ბავშვის სისხლის შრატის ცილების, ამიტომ მას შეუძლია თითქმის დაუშლელად განვლოს ბავშვის ნაწლავის კედელი და მთლიანად აითვისოს ბავშვის ორგანიზმმა. ეს ძალიან მნიშვნელოვანია სიცოცხლის პირველ დღეებში, როცა დაბალია საჭმლის მომნელებელი სისტემის ფერმენტების აქტივობა. ძროხის რძე კი შეიცავს უფრო მეტი რაოდენობით კაზეინს და ნაკლები რაოდენობით ალბუმინს და გლობულინს, კაზეინი ბავშვის კუჭში დედდება მსხვილ კომტებად, რომელიც ძნელი ასათვისებელია ახალშობილისათვის..

ქალის რძის ცხიმი უფრო მეტად წარმოდგენილია თხევადი უჯერი ცხიმოვანი მჟავებით, რომლებიც ადვილი ადვილად იშლება და ადვილად აითვისება ბავშვის ორგანიზმის მიერ, ძროხის რძე შეიცავს დიდი რაოდენობით მყარ ცხიმოვან მჟავებს, რომლებიც ძნელად იშლებიან და შეითვისებიან.

ქალის რძის ნახშირწყალი უფრო დიდი რაოდენობით შეიცავს ბეტა - ლაქტოზას, რომელიც ხელს უწყობს ბავშვის ნაწლავებში ნორმალური ბაქტერიული მიკროფლორის ჩამოყალიბებას, კერძოდ *bact. Bifidum*-ის გამრავლებას, ასევე ხელს უწყობს B ჯგუფის ვიტამინების და ცილების სინთეზს, ძროხის რძე კი წარმოსგენილია ალფა ლაქტოზით, რომელიც ხელს უწყობს ბავშვის ნაწლავებში პირობით პათოგენური ფლორის, კერძოდ *Bact. Coli*-ის გამრავლებას უწყობს ხელს, და ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებში ხშირია ნაწლავური დაავადებები.

ქალის რძე დიდი რაოდენობით შეიცავს საჭმლის მომნელებელ ფერმენტებს, მაგ. პეპსინს, ტრიფსინს, ლიპაზას, ამილაზას და სხვ. ისინი მონაწილეობენ ცილების, ცხიმების და ნახშირწყლების დაშლაში, ძროხის რძის ფერმენტები კი ნაკლებად ეფექტურია ბავშვებისათვის.

ქალის რძე მდიდარია ვიტამინებით, კერძოდ ცხიმში ზსნადი ვიტამინებით: A, D, E ვიტამინებით, ძროხის რძე მდიდარია B ჯგუფის ვიტამინებით, მაგრამ რძის თერმული დამუშავებისას და განზავებისას ეს უპირატესობა ქრება.

ქალის რძეში მინ. მარილები არასაკმარისი რაოდენობითაა, მაგრამ რკინის, სპილენძის თუთიის მარილები 3- 4- ჯერ მაინც სჭარბობს, ვიდრე ძროხის რძეში, თან ქალის რძიდან სრულად აითვისება, ძროხის რძეში სჭარბობს ნატრიუმის და მაგნიუმის მარილები, მაგრამ თერმული დამუშავებისას და განზავებისას ეს უპირატესობა ქრება. ქალის რძეში მცირე რაოდენობითაა ფოსფორის მარილები, მაგრამ P : Ca ქალის რძეში არის 2 : 1, რაც ადვილად ასათვისებელს ხდის ამ მარილებს.

ქალის რძე მდიდარია იმუნური ანტისხეულებით, რომლებიც ბავშვს იცავენ სხვადასხვა დაავადებებისაგან, მაგ. წითელასგან, წითურასგან, ჩუტყვავილასგან, ყბაყურასგან, ნაწლავური და სეპტიური დაავადებებისაგან, ნაკლებად იცავს დიფტერიისაგან,

ყვიანახველასგან. გარდა ამისა, ქალის რძეს ბავშვი იღებს თითქმის სტერილური სახით და ქალის რძის ტემპერატურა იდეალურია საკვების მონელებისათვის.

ყოველივე ზემოთ თქმული მიუთითებს ქალის რძის აშკარა უპირატესობაზე ხელოვნურ ნარევებზე, რაც მიუთითებს ბუნებრივი კვების უპირატესობაზე კვების სხვა წესებთან შედარებით.

გარდა ამისა, წოვის პროცესი ლაქტაციის სტიმულია, ხელს უწყობს საშვილოსნოს შეკუმშვას და სისხლდენის თავიდან აცილებას, აგვიანებს მენსტრუაციული ციკლის განახლებას და განმეორებით დაორსულებას უშლის ხელს, ქალს იცავს სარძევე ჯირკვლის სიმსივნისგან, გარდა ამისა, წოვას აქვს ფსიქოლოგიური მომენტები: აძლიერებს დედურ გრძნობას, ავიწყებს მშობიარობის ტკივილებს, ხელს უშლის ნევროზების განვითარებას, დედას და შვილს შორის მყარდება მჭიდრო ურთიერთობა.

ძუძუთი კვების ტექნიკა



ჯანმრთელი ახალშობილი ძუძუზე მიჰყავთ დაბადებიდან 2 - სთ-ის განმავლობაში. კვების წინ დედამ უნდა დაიბანოს ხელები და მოიბანოს თბილი წყლით არეოლა, შემდეგ გამოიწველოს რამოდენიმე წვეთი, რათა გასუფთავდეს სარძევე სადინარები შეჭრილი ბაქტერიებისგან და გადაღვაროს.

მშობიარობის შემდეგ პირველ დღეებში ქალი ბავშვს კვებავს მწოლიარე მდგომარეობაში, რამოდენიმე დღის შემდეგ კი მჯდომარე. პირველ კვირებში კვების ხანგრძლივობა 20- 30 წთ-ია, შემდომ კი-15- 20 წთ. ნორმალური ლაქტაციის დროს ერთ კვებაზე ჰყოფნის ერთი ძუძუ, კვების შემდეგ აუცილებელია სარძევე ჯირკვლის სრული დაცლა, რათა სარძევე ჯირკვალში ჩადგეს უფრო მეტი და ახალი რძე. თუ დედას აქვს ჰიპოგალაქტია და ბავშვს ერთ კვებაზე არ ჰყოფნის ერთი ძუძუ, და აძლევს მეორესაც, მაშინ უნდა გამოიწველოს ის სარძევე ჯირკვალი, რომლითაც დაიწყო კვება, შემდგომი კვება უნდა დაიწყოს იმ ძუძუთი, რომლითაც დამთავრდა წინა კვება და დააცარიელოს ეს სარძევე ჯირკვალი. მომდევნო კვებას კი იწყებენ იმ ძუძუთი, რომლითაც დამთავრდა წინა კვება. ძუძუს სრული დაცლა ხელს უწყობს, რომ სარძევე ჯირკვალში ჩადგეს ახალი და დიდი რაოდენობით რძე, თან ქალს იცავს მასტიტისგან, (სარძევე ჯირკვლის ანთება).

ახალშობილის კვების რეჟიმი

კვების რეჟიმის დადგენა ხდება ბავშვის ასაკის და დედის რძის რაოდენობის მიხედვით. კვების რეჟიმის ორი ფორმა არსებობს : 1) თავისუფალი და 2) საათობრივი. თავისუფალი რეჟიმის მიხედვით ბავშვის კვება ხდება მისი სურვილის და მოთხოვნილების მიხედვით , ანუ როცა ბავშვი მოითხოვს, (როცა იტირებს).განსაკუთრებით სიცოცხლის პირველ თვეებში. საათობრივი რეჟიმის მიხედვით კი პირველი 1- 2 თვის განმავლობაში იმყოფება 7 -ჯერად კვებაზე, 2 თვიდან 5 თვემდე იმყოფება 6 - ჯერად კვებაზე, 5 თვიდან 1 წლამდე კი- 5- ჯერად კვებაზე. კვებათა შორის შუალედში ბავშვს შეგვიძლია მივცეთ ანადუღარი წყალი, კამის წყალი, ჰიპის ჩაი, ოდნავ მოტკბო ჩაი .ზოგი ბავშვი არ სვამს წყალს, რადგან მის მოთხოვნილებას იკმაყოფილებს ქალის რძით.

საკვების რაოდენობის გამოთვლა

არსებობს საკვების რაოდენობის გამოთვლის რამოდენიმე მეთოდი. დაბადებიდან 2 კვირის განმავლობაში ყველაზე მოსახერხებელია შემდეგი მეთოდი: ვიყენებთ შემდეგ ფორმულას 10 დღემდე ბავშვს ვაძლევთ ერთ კვებაზე -10 n-ზე, სადაც n ბავშვის სიცოცხლის დღეთა რიცხვია. მაგ. 3 დღის ბავშვს ერთ კვებაზე ეკუთვნის $10 \times 3 = 30$ გ-ს 7 დღის ბავშვს ეკუთვნის $10 \times 7 = 70$ გ-ს ერთ კვებაზე. 10 დღის ბავშვს ეკუთვნის $10 \times 10 = 100$ გ-ს.10 დღიდან 14 დღის ჩათვლით ერთ კვებაზე ეკუთვნის 100გ. 2 კვირის შემდეგ ვიყენებთ შემდეგ მეთოდებს : მოცულობითი და კალორიული მოცულობითი მეთოდის გამოყენებისას უნდა ვიცოდეთ ბავშვის ასაკი და წონა.ამ მეთოდის მიხედვით 2 კვირიდან 2 თვემდე ბავშვს ეძლევა დღე-ღამეში თავისი წონის 1/5, 2 თვიდან 4 თვემდე ეძლევა დღე-ღამეში თავისი წონის 1/6 , 4- დან 6 თვემდე .1/7, 6 -დან 8 თვემდე 1/8, 8- დან 12 თვემდე 1/9 ან 1/10. მაგ. 1 თვის 4- კგ -იან ანუ 4000გ-იან ბავშვს დღე-ღამეში ეკუთვნის $4000/ 5$ -ზე. მივიღებთ 800 გ რძეს, ეს არის ამ ასაკის და ამ წონის ბავშვის რძის სადღეღამისო ნორმა, შემდეგ 800 უნდა გავყოთ იმ ციფრზე, რამდენჯერაც ვკვებავთ ბავშვს , მაგ. 1 თვის ბავშვი უნდა იკვებებოდეს 7- ჯერ , იმისათვის , რომ გავიგოთ რამდენი გრამი რძე სჭირდება ამ ბავშვს ერთ კვებაზე, სადღეღამისო რაოდენობას 800 გ-ს ვყოფთ კვების სიხშირეზე ანუ 7- ზე, მივიღებთ დაახლოებით 110- 115 გ-ს , ეს არის ერთ კვებაზე საჭირო რძის რაოდენობა.

კალორიული მეთოდის მიხედვით დაბადებიდან 3 თვემდე დღე-ღამეში 1 კგ/ წონაზე ბავშვს ეკუთვნის 125 კკალ, 3- დან 6 თვემდე ეკუთვნის 120 კკალ, 6 დან 9 მდე - 115 კკალ, 9- დან 12- მდე 110 კკალ. მაგ, 1 თვის 4- კგ- იან ბავშვს ეკუთვნის დღე-ღამეში $4 \times 125 = 500$ კკალ.

ვიცით ,რომ ქალის 100გ რძე იძლევა 70 კკალ-ს, უნდა შევადგინოთ პროპორცია, თუ 100გ ქალის რძე -----70 კკალ, მაშინ

Xგ ქალის რძე-----500 კკალ , აქედან

100x500

X= -----=790-გ

70

ანუ ამ ბავშვს დღე-ღამეში ეკუთვნის 790გ რძე { ანუ დაახლოებით 800გ }, აქაც ერთ კვებაზე საჭირო რძის რაოდენობა რომ გავიგოთ სადღელამისო რძის რაოდენობა $790 / 7 = 110$ გ რძეს. ამ მეთოდის სარგებლობისას უნდა ვიცოდეთ ბავშვის ასაკი და წონა.

მიუხედავად იმისა, რომ ბუნებრივი კვება ოპტიმალურია ბავშვისთვის და თანამედროვე პედიატრები გვირჩევენ . რომ 5-6 თვემდე ქალის რძის გარდა არ მივცეთ არაფერი, ჩვენი გამოცდილებიდან გირჩევთ 1 თვის ასაკიდან ბავშვს უნდა მივცეთ ხილის და ბოსტნეულის წვენები, (ვაშლის, ალუბლის, სტაფილოს, ბროწეულის, ჭერმის, გარგარის). თავიდან ვაძლევთ წვენის 1 -2 წვეთს, ვაკვირდებით ბავშვის მდგომარეობას, თუ არ ექნება გულისრევა, პირღებინება, სიცხე, გამონაყარი კანზე , ხასიათის შეცვლა და ა. შ. მაშინ მეორე დღეს ვზრდით 5-6 წვეთამდე და ასე ვზრდით 30-50გ- მდე. წვენს ვაძლევთ კვების შემდეგ, დილა-საღამოს, არ არის რეკომენდირებული წვენების ერთმანეთში შერევა. 3 თვიდან შეგვიძლია ხილის გახეხილი პიურეს სახით მიცემა.

3-4 თვიდან ბავშვს ვაძლევთ მაგრად მოხარშულ კვერცხის გულს, (კვერცხი კარგად გავრეცხოთ გამდინარე წყალში), პირველად ვაძლევთ 1/8-ს, ჩაის კოვზით რძეში გახსნილი , ვაკვირდებით და თუ კარგად აიტანა, დღეგამოშვებით მივცემთ, დოზას თანდათან გავზრდით 1/2- მდე. 3-4 თვიდან შეგვიძლია მივცეთ აგრეთვე ხაჭოც, იმავე მეთოდით, როგორც წვენის და კვერცხის დროს.

მემუბური ქალის რეჟიმი და დიეტა

მემუბური ქალი დღეღამეში გამოიმუშავებს დაახლოებით 1 ლიტრს , ზოგჯერ მეტ რძესაც.რძის გამოიმუშავებისათვის საჭირო ძირითადი საკვები ინგრედიენტები: ცილები, ცხიმები, ნახშირწყლები, ვიტამინები და მინ. მარილები. ამიტომ მემუბურ ქალს ესაჭიროება მეტი საკვები ინგრედიენტები. მემუბური ქალის ყოველდღიურ რაციონში უნდა შედიოდეს 120- 130 გ ცილა, 110-120გ ცხიმი, 500გ ნახშირწყალი, დღე-ღამის კალორაჟი უნდა შეადგენდეს 3500-4500 კკალ.მოხმარებული სითხის რაოდენობა უნდა გაიზარდოს 1-1,5 ლიტრით. საკვები უნდა იყოს მრავალფეროვანი და შედგებოდეს ისეთი პროდუქტებიდან , რომლებიც შეიცავენ ცილებს, (რძე, ხაჭო, ყველი, ზორცი, თევზი, კვერცხი), შეიცავდეს ცხიმებს (ცხოველური და მცენარეული ცხიმი, მაგ. კარაქი, ზეთი), ნახშირწყლებს (პური, ბურღულეული, ბოსტნეული), ვიტამინების სახით უნდა მიიღოს დიდი რაოდენობით ახალი ხილი და ბოსტნეული , ასევე მინ. მარილებისთვისაც. არ უნდა მიიღოს ნიორი, ხახვი, მწარე და სანელებლიანი საკვები , რადგან ისინი რძეს აძლევენ სპეციფიკურ სუნს და გემოს და ბავშვი აღარ იღებს მუძუს პირში. ასევე აკრძალულია ყავა, თამბაქო, ალკოჰოლი, მრავალი მედიკამენტი.

winaamRdeg Cvenebani bunibrivi kvebis dros

dedisa da bavSvis mxriv

არსებობენ დაავადებები , რომლებიც ხელს უშლიან ბუნებრივ კვებას დროებით ანუ შეფარდებითი, მუდმივი ანუ აბსოლუტური. ბავშვის მხრივ აბსოლუტური წინააღმდეგვებებია: თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა, ღრმა დღენაკლულობა, გულ-სისხლძარღვთა და სასუნქი სისტემის მძიმე დაავადებები, ასეთ დროს ზონდის საშუალებით ვაძლევთ გამოწველილ დედის ან დონორის რძეს. ბავშვის მხრივ შეფარდებითი წინააღმდეგვებებია: სისხლის ჯგუფობრივი და რეზუს კონფლიქტი, რინიტი, სტომატიტი, ოტიტი, ენის მოკლე ლაგამი, თანდაყოლილი კბილები. დედის მხრივ აბსოლუტური დაბრკოლებებია: გულის უკმარისობა, გულის მძიმე დაავადებები: მანკები, ენდო, მიო და პერიკარდიტები, თირკმლის უკმარისობა, ავთვისებიანი სიმსივნეები, სისხლის მძიმე დაავადებები, ბაზედოვის დაავადება, მწვავე ფსიქიური დაავადებები , აგალაქტია და სხვ. დედის მხრივ შეფარდებითი დაავადებებია: არასწორი ფორმის დვრილები, (მაგ. ძალიან პატარა, ბრტყელი), მუძუს დვრილის ნახეთქები და ნასკდომები, მკვრივი და ძალიან პატარა მუძუები, ჩირქოვანი მასტიტი, ისტერია, გალაქტორეა , ჰიპოგალაქტია, მწვავე ინფექციური დაავადებები, ათამანგი, ტუბერკულოზი.

Sereuli kveba



კვების ისეთ წესს, როცა ბავშვი დაბადებიდან 5-6 თვემდე დედის რძესთან ერთად იღებს შემატებით საკვებსაც, ხოლო 5-6 თვიდან იღებს დამატებით საკვებსაც, შერეული კვება ეწოდება, თუ ქალის რძე დღეღამის რაციონში $2/3$ ან $3/4$ -ია, მაშინ ასეთი კვება უახლოვდება ბუნებრივს, ხოლო თუ ქალის რძე $1/2$ -ია, მაშინ კვება უახლოვდება ხელოვნურს. შერეული კვების ჩვენებებია დედის მხრივ ჰიპოგალაქტია, სოციალურ-საყოფაცხოვრებო პირობები და სხვ. ბავშვის მხრივ ჩვენებებია: სისხლის ზოგიერთი დაავადება, ალერგიული დიათეზის და ანემიის ზოგიერთი ფორმები და სხვ. შერეული კვების დროს შემატებითი საკვები შეიძლება ორი გზით. შემატებით საკვებს ვაძლევთ ან ყოველი ძუძუთი კვების შემდეგ ან მონაცვლეობით, ერთ კვებაზე ძუძუ, მეორე კვებაზე შემატებითი საკვები და ასე მონაცვლეობით. ქალის რძის დეფიციტის რაოდენობა დგინდება საკონტროლო აწონვით, ბავშვს ჩაცმულს ვწონით უშუალოდ კვების წინ და კვების შემდეგ, სხვაობა არის გამოწვევილი რძის რაოდენობა. საკონტროლო აწონვა შერეული კვების დროს ტარდება ხშირად, რომ ბავშვმა მიიღოს საკმარისი რძის რაოდენობა ასაკის შესაბამისად. შემატებით საკვებად ვიყენებთ ხელპვნურ ნარევებს, მაგ. ჰუმანას, ჰიპის, სიმილაკის, მაწონს და ა.შ. შემატებითი საკვები ბავშვს უნდა მივცეთ ან კოვზით ან საწოვარათი, რომელსაც აქვს ძალიან პატარა ნახვრეტი, რომ არ გაუადვილდეს რძის გამოწვავა, წინამდღე შემთხვევაში ძუძუს აღარ ჩაიდებს პირში და თავს დაანებებს ძუძუს ჩვენი მიზანია ბავშვს რაც შეიძლება დიდხანს შევუნარჩუნოთ ბუნებრივი კვება. შერეული კვების დროს წვენებს და დამატებით საკვებს ვაძლევთ იმავე ასაკში და იმავე მეთოდებით, როგორც ბუნებრივი კვების დროს. .

xelovnuri kveba

კვების ისეთ წესს, როცა ბავშვი დაბადებიდან იღებს მხოლოდ ხელოვნურ ნარევს ან ქალის რძის რაოდენობა დღე-ღამის რაციონში $1/5$ -ზე ნაკლებია, ხელოვნური კვება ეწოდება. ხელოვნური კვების ჩვენებებია: აგალაქტია, დედის სამსახური, ბავშვის ზოგიერთი დაავადება, მაგ. ფერმენტოპათია მაგ. (ისეთი დაავადებები, როცა ბავშვი ვერ ამუშავებს რძეს) და სხვ. ხელოვნური კვებისათვის ვიყენებთ ძროხის რძეს და მასზე დამზადებულ ნარევებს. არსებობს ორგვარი ხელოვნური ნარევები: მარტივი და ადაპტირებული. მარტივი

ნარევებია ძროხის რძისგან ან მაწვნისგან და ბურღულეულის ნახარშისგან დამზადებული საკვები. ბურღულეულებიდან ვიყენებთ ბრინჯის, შვრიის ხორბლის, ჰერკულესის ნახარშს. ადაპტირებული ნარევები მზადდება ქარხნულად და ესენია : ჰუმანა, ჰიპი, სიმლიაკი, მალიში, მალიუტკა და ა.შ.

ხელოვნური კვების დროს წვენებს და დამატებით საკვევს ვაძლევთ ,როგორც ბუნებრივი კვების დროს, ოღონდ 1- 2 კვირით ადრე.

damatebiTi kveba



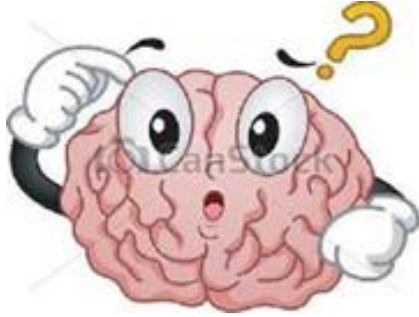
5- 6 თვის ასაკში ბავშვის წონა ორმაგდება , დედის რძე ვეღარ აკმაყოფილებს ბავშვის ორგანიზმის მოთხოვნილებებს ძირითადი საკვები ინგრედიენტების მიმართ, ესაჭიროება უფრო მაღალკალორიული და კონცენტრირებული საკვები, ამიტომ ამ ასაკიდან ვაძლევთ დამატებით საკვებს. პირველ დამატებით საკვებს ვაძლევთ 5 -6 თვის ასაკში და ვაძლევთ ან ფაფას ან ბოსტნეულის პიურეს.ფაფას ვამზადებთ წიწიბურასგან, ბრინჯისგან, შვრიისგან, ჰერკულესისგან, სიმინდის ფქვილისგან და სხვ.ფაფას ვაძლევთ ისეთ ბავშვებს , რომელთა წონა ნორმის ფარგლებშია ან ნაკლებია, ხოლო მსუქან ბავშვებს უმჯობესია მივცეთ ბოსტნეულის პიურე. დამატებით საკვებს აძლევენ შემდეგი მეთოდით ჯანმრთელ 5-6 თვის ბავშვს ერთ-ერთ კვებაზე ვაძლევთ 1-2 კოვზ ფაფას ანპიურეს, შემდეგ ძუძუს, ვაკვირდებით მეორე დღემდე და თუ ბავშვს არ აქვს გამონაყარი, გულისრევა და პირღებინება, ფაღარათი სიცხე და სხვა ცვლილებები , მაშინ მეორე დღეს იმავე დროს დროს ვაძლევთუკვე 5-6 კოვზს, შემდეგ ძუძუს , მე -3 დღეს 9-10 კოვზს და ა. შ. ისე , რომ ერთ კვირაში ძუძუთი ერთი კვება ჩანაცვლდება დამატებითი საკვებით.



მე-2 დამატებით საკვებს ვაძლევთ 6 თვის ასაკში ან ფაფას ან პიურეს , რომელიც არ მიგვიცია პირველ კვებაზე იმავე მეთოდით. მე- 3 დამატებით საკვებს ვაძლევთ 7-8 თვის ასაკში და ვაძლევთ უცხიმო ხბოს ან ქათმის ხორცის ფარშისგან ორთქლზე დამზადებულ კატლეტებს და ბოსტნეულის ნახარშზე დამზადებული წვნიანს.

8 თვის ასაკიდან ბავშვს ვაძლევთ პურს, ორცხოხილას, უკრემო ნამცხვარს, ამავე ასაკიდან ხორცი შეიძლება შევცვალოთ ახალი თევზით, ღვიძლით . 11-12 თვისთვის ბავშვი დედის რძეს იღებს მხოლოდ დილა- საღამოს, რაც სასურველია ბავშვს შეუნარჩუნდეს 2 წლამდე, თუ არადა , დილა-საღამოს დედის რძე უნდა ჩავანაცვლოთ მაწვნით .

ბავშვის ძუძუდან მოცილება არ შეიძლება ზაფხულის ცხელ დღეებში, ბავშვის ავადმყოფობის დროს, პროფილაქტიკური აცრების დროს.



საკონტროლო კითხვები:

1. ბუნებრივი კვების უპირატესობანი.
2. რა არის ლაქტაცია?
3. ჰიპოგალაქტიის ხარისხები.
4. ახალშობილის კვების რეჟიმი.
5. წინააღმდეგ ჩვენებები ბუნებრივი კვების დროს
6. საკონტროლო წონის ჩატარება.
7. რომელი თვიდან იწყება დამატებითი კვება.

პაციენტის ანამნეზის შეგროვება

თავდაპირველად უნდა ჩავიწეროთ ბავშვის გვარი, სახელი, ასაკი, მისამართი, მშობლების საქმიანობა, პირველად როდის მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას.

ამის შემდეგ უნდა გამოვიკითხოთ დაავადების დაწყების და შემდგომი განვითარების ანამნეზი (Anamnesis morbi). რამდენი დღეა რაც ბავშვი ავად არის, როგორ დაეწყო დაავადება, რა ჩივილებით, ჩაუტარდა თუ არა მას ბინაზე მკურნალობა, ან თუ მიმართა პედიატრს და რა დანიშნულებით მკურნალობდა. ამის შემდგომ როგორ განვითარდა დაავადების ჩივილები და რატომ მიმართა ამჟამად ექიმს.

შემდგომ იწერება ბავშვის განვითარების ანამნეზი (Anamnesis Aegroti) რომელი ორსულობიდან და მშობიარობიდან არის ბავშვი დაბადებული, როგორ მიმდინარეობდა ორსულობა. მშობიარობა ფიზიოლოგიური იყო თუ საკეისრო კვეთით. რამდენი იყო ბავშვის წონა და სიგრძე დაბადებისას, დაიყვინა თუ არა დაბადებისთანავე. წოვდა თუ არა ძუძუს აქტიურად, როდის მოძვრა ჭიპის ტაკვი და ხომ არ ღენიშნებოდა ჭიპიდან გამონადენი. როგორ კვებაზე იმყოფებოდა, რა აცრები აქვს ჩატარებული, კბილები ამოჭრა როგორ მიმდინარეობდა. როგორ მიმდინარეობდა ბავშვის ფსიქომოტორული განვითარება.

ასევე მშობელს უნდა გამოვიკითხოთ კიდევ რამდენი შვილი ჰყავთ, არიან თუ არა ისინი ჯანმრთელი. შთამომავლობაში ხომ არ აღენიშნებათ რაიმე მემკვიდრეობითი დაავადება, რა ინფექციური დაავადებები აქვს ბავშვს გადატანილი. უნდა ჩავატაროთ ბავშვის ანტროპომეტრია, შევიტანოთ ავადმყოფის ისტორიაში ამის შემდეგ ხდება ბავშვის გარეგანი დათვალიერება -ინსპექცია და ობიექტური გამოკვლევა ცალკეული სისტემების- რის შემდეგაც დაიწერება დაავადების წინასწარი კლინიკური დიაგნოზი.

ახალშობილთა ჰემოლიზური დაავადება

ახალშობილთა ჰემოლიზური დაავადება (სიტყვა „ჰემოლიზი“ ნიშნავს სისხლის, ერითროციტების დაშლას) ხშირად გვხვდება იმ ახალშობილებში, რომლებსაც აღენიშნებათ სისხლის ჯგუფობრივი და რეზუს კონფლიქტი დედასთან.

რეზუს ფაქტორი წარმოადგენს ცილას, რომელიც მოთავსებულია სისხლის წითელ ბურთულეებში ანუ ერითროციტებში. რეზუს -ფაქტორი აღმოაჩინეს მაიმუნებში, მაკაკა რეზუსში და ამიტომ უწოდეს რეზუს -ფაქტორი. მსოფლიოს მოსახლეობის 85 %-ს აქვს ეს ცილა სისხლში და ისინი ითვლებიან რეზუს-დადებითად, ეს აღინიშნება Rh(+). მოსახლეობის 15 %-ს არა აქვთ ეს ცილა, ისინი ითვლებიან რეზუს- უარყოფითებად---Rh(-).

კონფლიქტი დედას და ნაყოფს შორის ხდება, თუ დედას აქვს მე-2 ან მე-3 ჯგუფის სისხლი, ხოლო ნაყოფს კი პირველი ჯგუფის, ან როცა დედას აქვს რეზუს - უარყოფითი სისხლი და ბავშვს რეზუს - დადებითი. ამ დროს ხდება ანტიგენ -ანტისხეულის რეაქცია და ბავშვის რეზუსის ანუ უცხო ცილის საპასუხოდ დედის სისხლში გამოიშვება ანტისხეულები, რომლებიც პლაცენტის გავლით ხვდებიან ნაყოფის სისხლში და იწყებენ ერითროციტების ჰემოლიზს ანუ დაშლას. ამ დროს შეიძლება მოხდეს სპონტანური აბორტი, ნაადრევი მშობიარობა, მკვრადშობადობა და თუ ბავშვი დაიბადა ცოცხალი, მას შრიძლება ჰქონდეს ჰემოლიზური დაავადება.

ჰემოლიზური დაავადების სამი ფორმა არსებობს: ანემიური, სიყვითლით მიმდინარე და შემუშუბებითი ანუ წყალმანკის ფორმა.

ანემიური ფორმა მიმდინარეობს მსუბუქად, მას ახასიათებს კანის და ხილული ლორწოვანი გარსების მზარდი სიფერმკრთალე, რომელიც ვლინდება სიცოცხლის პირველივე დღეებში. ბავშვის საერთო მდგომარეობა მცირედ ირღვევა, შეიძლება ჰქონდეს მცირე ჰეპატოსპლენომეგალია (ღვიძლის და ელენთის გადიდება. სისხლის საერთო ანალიზში არის ერითროციტების და ჰემოგლობინის დაქვეითება, Er ქვეითდება 2, 5- 3 მილიონამდე, ხოლო Hb კი - 40-50 გ/ლ- მდე.

ყველაზე ხშირად გვხვდება სიყვითლით მიმდინარე ფორმები, რომლის დროსაც დამახასიათებელია დაბადებიდანვე კანის და ხილული ლორწოვანი გარსების მზარდი სიყვითლე, ხშირად 3-5 დღეში ბავშვი მუქი წარინჯისფერი ხდება. იქტერულია (ანუ ყვითელია) სანაყოფე წყლებიც, შარდის და განავლის ფერი არ იცვლება. ბავშვის საერთო მდგომარეობა მძიმეა, მოუსვენარია, რეფლექსები დაქვეითებულია, აქვს ჰეპატოსპლენომეგალია, და სისხლის ანალიზში ძლიერ დაქვეითებულია Er ის (2 მილიონამდე) და Hb -ის (30- 35გ/ლ-მდე) რაოდენობა, ანუ ვლინდება ანემია.

ყველაზე მძიმეა წყალმანკი, როდესაც ხშირია მკვრადშობადობა ან ახალშობილი იღუპება სიცოცხლის პირველივე საათებში, მათ მკვეთრად აქვთ შემუშუბებული კანი და კანქვეშა ქსოვილი, სითხე აქვთ ყველა ბუნებრივ ღრუებში: გულმკერდითი, მუცელში, თავის ქალაში და ა. შ. კანი მკრთალია, ცვილისებური, ციანოზური ან მოყვითალო, აქვს სისხლჩაქცევები, ჰეპატოსპლენომეგალია, პლაცენტაც დიდი ზომისაა, შემუშუბული, სისხლში მკვეთრი ანემია და ლეიკოციტოზია (სისხლში ლეიკოციტების მომატება).

მკურნალობა. მკურნალობა კომპლექსურია, მთავარია სისხლის შენაცვლებითი გადასხმა, როცა ერთი ვენიდან ბავშვს სისხლს უღებენ, მეორეში კი უსხავენ ახალ იმავე ჯგუფის რეზუს- უარყოფით სისხლს, ას პროცედურა ტარდება 3- 4-ჯერ, თითოზე ესხმება 400-500გ სისხლი, ისე, რომ თითქმის მთლიანად უცვლიან ჰემოლიზიან სისხლს. ასევე უტარდება ვიტამინოთერაპია, ფიზიოთერაპია, ვენაში უსხავენ ჰემოდეზს, ალბუმინს, ბავშვს კვებავენ დონორი ქალის გამოწველილი რძით, დედის რძის გამოკვლევამდე. (რადგან დედის რძეში შეიძლება იყოს ანტისხეულები.

ახალშობილთა ასფიქსია

ასფიქსია ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს მაჯის არარსებობას, მაგრამ ამ დაავადებას უფრო შეესაბამება ტერმინი ჰიპოქსია, რაც ქსოვილებსი ჟანგბადის ნაკლებობას ნიშნავს. მისი გამომწვევია ორსულობის და მშობიარობის პათოლოგიები: ორსულთა ტოქსიკოზი, დედის ინფექციური და არაინფექციური დაავადებები, სწრაფი მშობიარობა, სანაყოფე წყლების ნაადრევი დაღვრა და ა. შ. კლინიკურად არჩევენ ასფიქსიის ორ ფორმას: თეთრი ანუ (მკრთალი) ანუ მძიმე და ლურჯი ანუ მსუბუქი ასფიქსიას. ასფიქსიის ძირითადი ანუ კარდინალური სიმპტომია სუნთქვის არ არსებობა ან მისი მკვეთრი დარღვევა.



მსუბუქი ასფიქსიის დროს კანი ციანოზურია, რეფლექსები შენარჩუნებული, მაგრამ დაქვეითებული, კუნთების ტონუსი დამაკმაყოფილებელი, გულისცემის სიხშირე შენელებული, გულის ტონები მკაფიო, სუნთქვა იშვიათია, არარეგულარული და ზედაპირული. მძიმე ასფიქსიის დროს ბავშვის მდგომარეობა მძიმეა, აღინიშნება თავის ტვინის ქერქის თითქმის ყველა უბნის ღრმა შეკავება, ახალშობილი არ სუნთქავს, კანი მკრთალია, ლორწოვანი გარსები ციანოზური, გულისცემის სიხშირე ძლიერ შენელებული, ზოგჯერ არც არის, პულსი არითმული, გულის ტონები მოყრუებული, რეფლექსები არ არის ან ძლიერ დაქვეითებულია, კუნთთა ტონუსი ძლიერ დაქვეითებული, ჭიპლარი ჩაფუშულია და არ პულსირებს.

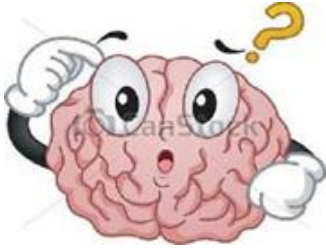
პირველი დახმარება ასფიქსიის დროს: ასფიქსიაში დაბადებული ახალშობილი საჭიროებს რეანიმაციულ ღონისძიებებს. ამისათვის პირველ რიგში ვატარებთ ასპირაციას, რომ გავანთავისუფლოთ ზემო სასუნქი გზები და ბავშვმა ჩაისუნთქოს. თუ არ აღდგა სუნთქვა 5-7 წუთში, მაშინ რეანიმაცია გრძელდება მაქსიმუმ 20- 25 წუთი, შემდეგ უკვე ტვინი ზიანდება და რეანიმაცია უნდა შეწყვიტონ. ბავშვი გადაგვყავს ხელოვნური სუნთქვის აპარატზე ასევე უტარდება გულის არაპირდაპირი მასაჟი. ჭიპლარის ვენაში შეგვყავს 10%-იანი გლუკოზა, კოკარბოქსილაზა, ჰორმონალური პრეპარატი მაგ. პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი მძიმე შემთხვევაში ვენაში შეგვყავს ატროპინი, კალციუმგლუკონატი. ადრენალინი

ასეთ ბავშვებს ესაჭიროება მაქსიმალური სიმშვიდე და შემდგომი მკურნალობა: ვიტ. K, სედუქსენი, კავინტონი, კოკარბოქსილაზა, კალციუმგლუკონატი, სისხლის პლაზმის გადასხმა, გლუკოზის, რეოპოლიგლუკინის გადასხმა, ოქსიგენოთერაპია, ბავსვს ვკვებავთ. გამოწველილი ქალის რძით.

სამშობიარო ტრამვები

სამშობიარო ტრამვა ანუ ქალასშიდა სამშობიარო ტრამვა გულისხმობს დრმა პათოლოგიურ ცვლილებებს თავის ტვინში, კერძოდ თავის ტვინში სისხლჩაქცევებს. ეს ახალშობილთა ყველაზე რთული პათოლოგიაა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის ყველაზე ხშირი მიზეზია. სამშობიარო ტრამვის გამომწვევი მიზეზია მწვავე ან ხსნგრძლივი ჰიპოქსია მუცლადყოფნის დროს, ასევე სწრაფი მშობიარობა, უხეში სამეანო ჩარევა და ა. შ. ამ პათოლოგიით ბავშვები ხშირად იბადებიან ასფიქსიით, კლინიკური სიმპტომები ვლინდება უკვე სიცოცხლის პირველივე დღეებში და თანდათან ძლიერდება, ბავშვი იმყოფება სოპოროზულ ან კომატოზურ მდგომარეობაში, არ იღებს საკვებს, აქვს ტონურ - კლონური კრუნჩხვა, სუნთქვის რითმი და სიღრმე დარღვრულია, კანი მკრთალია და ციანოზური, გულის ტონები დაჭიმულია, პულსი შენელებული არითმული. მკურნალობა. პირველ რიგში ტარდება რეანიმაციული ღონისძიებები ასფიქსიიდან გამოსაყვანად, ვასუფთაცებთ ზემო სასუნთქ გზებს, ვატარებთ ოქსიგენოთერაპიას, სუნთქვის სტიმულაციისთვის ჭიპლარის ვენაში შეგვყავს ეტიმიზოლი. 20% გლუკოზა, 10% კალციუმგლუკონატი რეოპოლიგლუკინი, გულის არაპირდაპირი მასაჟი საჭიროებისას ადრენალინი, C ვიტამინი, შარდმდენები (ფუროსემიდი, ლაზიქსი, მანიტოლი და სხვ). აუცილებელია სიმშვიდე, ახალშობილი უნდა იწვეს თბილ საწოლში, ამალელებული თავით, თავზე ყინულის ბუშტი, ყველა მანიპულაცია ტარდება საწოლშივე, მაქსიმალურად ფრთხილად, ბავშვს ვკვებავთ გამოწვევლილი ქალის რძით ზონდის საშუალებით. უტარდება ოქსიგენოთერაპია. kephalohematoma--ანუ თავის სისხლიანი სიმსივნე, იგი მიეკუთვნება სამშობიარო ტრამვებს, და წარმოიქმნება კეფის ძვლის და ძვლისაზრდელას შორის სისხლჩაქცევის გამო. მისი სიდიდე სხვადასხვაგვარია, პალპაციით აღინიშნება ფლუქტუაციის, მისი დიაგნოსტიკა ზოგჯერ გამწვლებულია სამშობიარო სიმსივნის გამო. კეფალოჰემატომა თავისით გაიწოვება, ისე რომ, არ ტოვებს კვალს 3-6 კვირის განმავლობაში. ზოგ შემთხვევაში კეფალოჰემატომა ჩირქდება და საჭირო ხდება ქირურგიული ჩარევა პუნქციის სახით და რამოფენიმი დღე უნიშნავენ კალციუმგლუკონატს, ვიკასოლს ანუ ვიტ. K თავზე ვადებთ ყინულის ბუშტს.

samSobiaro simsiivne--წარმოიქმნება ბავშვის იმ წინამდებარე ნაწილზე, რომლითაც ხდება მშობიარობა (თავი, დუნდულოები, ფეხები). იგი ვითარდება ვენური სისხლიმომოქცევის მოშლის გამო., რაც ვითარდება საშვილოსნოს კუნთების ზეწოლის გამო წინამდებარე ნაწილზე, დაზიანებულ ადგილზე აღინიშნება ქსოვილების შემუპება, ცომისებური კონსისტენციისაა, მასზე კანი ციანოზურია, შეიძლება იყოს წერტილოვანი სისხლჩაქცევები. სამშობიარო სიმსივნე ქრება უკვალოდ 1-2 დღის შემდეგ მკურნალობას არ საჭიროებს, შეიძლება დავადოთ ყინულის ბუშტი.



საკონტროლო კითხვები:

1. რას ნიშნავს „ჰემოლიზი“
2. რა არის რეზუსი
3. როდის ხდება კონფლიქტი დადასა და ნაყოფს შორის
4. ჰემოლიზური დაავადების კლინიკური ფორმები
5. რა არის ასფიქსია.
6. ასფიქსიის კლინიკური ფორმები
7. ასფიქსიის მიზეზები
8. პირველი დახმარება ასფიქსიის დროს
9. სამშობიარო ტრამვების მიზეზები
10. სამშობიარო ტრამვების მკურნალობა

ახალშობილთა სეფსისი

ახალშობილთა სეფსისი მძიმე ონფექციური დაავადებაა, იგი მთელი ორგანიზმის დაავადებაა და ვითარდება იმუნიტეტის დაქვეითების გამო. სეფსისი პოლიეტოლოგიური დაავადებაა და მისი გამომწვევებია : სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, ვირუსები, სოკოები და სხვ.

კლინიკურად სეფსისის ორ ფორმას არჩევენ: სეპტიკოპიემიას და სეპტიციემიას. სეპტიკოპიემია წარმოადგენს სეფსისის ისეთ ფორმას, როცა აღინიშნება ჩირქოვანი კერები, მაგ. ომფალიტი, ოტიტი, პნევმონია, რასაც ახლავს ინტოქსიკაცია, ანემია, ჰიპოტროფია. ბავშვის მდგომარეობა საკმაოდ მძიმეა, მოფუნებულია, აქვს ამოქაფება, პირღებინება, დიარეა, (ფალარათი) უმადობა, წონაში კლება, ფებრილური ტემპერატურა, (38- 39) პერიოდულად ჰიპერთერმია, (მაღალი 39 -ზე მეტი) კანი მონაცრისფროა, აქვს ტაქიკარდია ანუ პულსის აჩქარება, გულის ტონების მოყრუება, ღვიძლის და ელენთის გადიდება, დაავადებას ახასიათებს ტალღისებური მიმდინარეობა, დაავადება შეიძლება გაგრძელდეს 1,5-2 თვე და მეტხანსაც.

სეპტიციემია-სეფსისის ისეთი ფორმაა, როდესაც ცალკეული ჩირქოვანი კერა არ არსებობს, ამ დროს ინფექცია სისხლით ცირკულირებს, კლინიკურად ახასიათებს კანის სიფერმრკთალე, მიწისფერი ელფერით, ჰემორაგიული სინდრომი, ჰიპოდინამია, კუნთთა

ტონუსის დაქვეითება, რეფლქსების დათრგუნვა, გულის ტონების მოყრუება, ქოშინი, მეტეორიზმი, წონაში მკვეთრად დაკლება, ექსიკოზი,(გაუწყლოვნება), დისტროფია, ჰიპერთერმია, ბავშვის მდგომარეობა ძალიან მძიმეა, შესაძლებელია ლეტალური გამოსავალი. სისხლის საერთო ანალიზში ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ედსის აჩქარება, ანემია.

მკურნალობა. პირველ რიგში აუცილებელია ინფექციასთან ბრძოლა, ინფექციური კერების სანაცია, ინიშნება ანტიბიოტიკოთერაპია ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები: ზინაცეფი,ზინატი, ცედექსი, სუმამედი, ამპისიდი, აზიტრომიცინი, ტრემაკი, ციპროფლოქსაცილინი, ცეფაზოლინი, ამიკაცინი და სხვ.ზოგჯერ ინიშნება 2-3 ანტიბიოტიკი ერთდროულად, ვენაში წვეთოვნად უსხავენ გლუკოზას, ალბუმინს, სისხლის პლაზმას, ჰემოდეზს, რეოპოლიგლუკინს, აუცილებელია ბუნებრივი კვება, ჰემოტრანსფუზია, ანტისტაფილოკოკური გამა-გლობულინი,

რძიანა



რძიანა სოკოვანი დაავადებაა, რომელსაც იწვევს საფუარა სოკი კანდიდა, ამიტომ იგი მიეკუთვნება კანდიდამიკოზებს ეს სოკი ბინადრობს პირის ღრუში, ნაწლავებში. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს ჰიგიენის დარღვევა, ბევრი ანტიბიოტიკის მიღება, უფრო ხშირია ახალშობილებში. ამ დროს პირის ღრუს ლორწოვანი მკვეთრად ჰიპერემიულია, გასადავებული, მშრალი, შეშუპებული და ამ ფონზე აღენიშნება თეთრი ფერის ნადები, რომელის წააგავს რძის ან ხაჭოს ნამცეცებს, ამიტომ უწოდებენ რძიანას. ნადები ადვილად სცილდება ქვეშეშებარე ქსოვილებს. თუ დროულად არ ჩატარდა მკურნალობა, ნადებ იშეიძლება გადავიდეს ტუჩებზე, ლოყებზე, ცხვირ ხახაზე. ბავშვს უჭირს წოვა, ამიტომ იკლებს წონაში. ტირის, მოუსვენარია, ცუდად სძინავს.

მკურნალობა: მაქსიმალური ჰიგიენის დაცვა, სწორი კვება, ვიტამინების კომპლექცი (B₁, B₂, B₁₅, , ფოლიუმის მჟავა) .პირის ღრუს დამუშავება ხდება 2-4%-იანი საჭმელი სოდის ხსნარით. ამისათვის ოთახის ტემპერატურის 1ჭიქა (200მლ) გადადუღებულ წყალს დაუმატეთ 1-1,5 ჩაის კოვზი სოდა. პატარებს ვერ დავავალებთ ხსნარის პირში გამოვლებას, ამიტომ დედამ თითზე უნად დაიხვიოს სტერილური ბინტი, დაასველის იგი მომზადებულ ხსნარში და ნაზად გამოუსვას ბავშვს პირის ღრუსი. პროცედურა უნდა განმეორდეს 2-3 საათში ერთხელ, მძიმე შემთხვევებში შედეგიანია სოკოს საწინააღმდეგო პრეპარატები; ნისტატინი, ლევორინი, ფლუკოზოლინი და ა.შ.

Wipis daavadebebi

ჭიპის დაავადებებიდან ყველაზე ხშირად გვხდება ე. წ. „სველი ჭიპი“, რომლის დროსაც ბავშვის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, ძუძუს კარგად სწოვს, მხოლოდ ჭიპიდან არის ღია ფერის სეროზული გამონადენი სიცოცხლის პირველ დღეებში. მკურნალობის მიზნით საჭიროა მაქსიმალური სისუფთავის დაცვა, ჭიპის ჭრილობა უნდა დავამუშავოთ 96% -იანი სპირტით ან 1% -იანი ბრილიანტის მწვანის ან კურიოზინის ხსნარით. არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება ფხვნილების გამოყენება ჭრილობაზე, რადგან იგი აპკივით გადაეკვრება ჭრილობას და ინფექცია მის ქვეშ ვითარდება. აბაზანა შესაძლებელია მხოლოდ თუ ჭიპზე ექნება გადაკრული ბაქტერიოციდული ლეიკოპლასტირი.

ხშირია აგრეთვე ომფალიტი ანუ ჭიპის ანთება, რომლის თვისაც დამახასიათებელია ორი კლინიკური ფორმა: კატარალური და ჩირქოვანი. ჭიპის ტაკვის მოვარდნის შემდეგ ხდება ჭრილობის ეპითელიზაცია ანუ შეხორცება, ზოგჯერ ეს პროცესი ჭიანჭურდება და ვითარდება ანთებითი პროცესი. არსებობს ორი სახის ომფალიტი : კატარალური და ჩირქოვანი. ომფალიტის დროს დამახასიათებელია საერთო მდგომარეობის დამძიმება,

ტემპერატურის მომატება, ბავშვი უარს ამბობს ძუძუზე, ამიტომ არ იმატებს ან იკლებს წონაში, ჭიპის გარშემო კანი ჰიპერემიულია შეშუპებული, ჭიპის სისხლძარღვები შემსხვილებული, ჭიპიდან არის სეროზულ-ჩირქოვანი ან ჩირქოვანი გამონადენი. თუ დროულად არ ჩატარდა მკურნალობა, შესაძლებელია განვითარდეს სეფსისი.

მკურნალობა. საჭიროა მაქსიმალური სისუფთავის დაცვა, ჭიპის დამუშავება ჯერ 3-% წყალბადის ზეჟანგით, შემდეგ სამედიცინო სპირტით ან 1% ბრილიანტის მწვანის ხსნარით, თუ გამონადენი ჩირქოვანია, შეიძლება ჰიპერტონული ხსნარის ან ვიშნევსკის მალამოს საფენები, გართულების თავიდან ასაცილებლად ტარდება ანტიბიოტიკოთერაპია და ენიშნება ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები: როცეპინი, ამიკაცინი, რაციოცეფი, კლავორანი, დარდუმო, დორტუმი, ამპისიდი და ა.შ.

კანის დაავადებები

კანის დაავადებებიდან ხშირია ნასიცხი- ეს არის წითელი ფერის წვრილწინწკლოვანი გამონაყარი სხეულზე, კისერზე, ბუნებრივ ნაოჭებში, კიდურების შიგნითა ზედაპირებზე. ნასიცხი ვითარდება სხეულის გადახურების დროს, მაგ. თბილად ჩაცმისას, ჰიგიენის დარღვევის დროს, მკურნალობის მიზნით საჭიროა გამომწვევი მიზეზის ლიკვიდაცია, გვირილიანი, სალბიანი აბაზანების მიღება, დაბანის შემდეგ კანის დამუშავება სტერილური ზეთით, მზის და ჰაერის აბაზანების მიღება.

გამოყვლა ანუ დაოდვილობა-ხშირია ბავშვებში და გვხვდება ილიის ფოსოებში, საზარდულეებში, კისრის ნაოჭებში, და ყველა ბუნებრივ ნაოჭში. იგი ვითარდება ჰიგიენის დარღვევის გამო, მჭიდრო და თბილი ჩასაცმელის გამო, ხშირია გამოყვლვები ექსუდაციური დიათეზით დაავადებულებში მსუბუქ შემთხვევაში გამოყვლა კანის შემოსაზღვრული ჰიპერემიაა, კანი შეშუპებულია, მძიმე შემთხვევაში ამას ემატება ზედაპირული ეროზიები და მუქი წითელი ფერის ინფილტრაციული უბნები სველი ზედაპირებით. მკურნალობა. აუცილებელია ბავშვის ხალვათად და ზომიერად ჩაცმა, ჰიგიენის დაცვა, ხშირი აბაზანები, ჩაბანვა, დაბანის მერე კანის დამუშავება, ჰაერის აბაზანები, ულტრაიისფერი დასხივება, ადგლობრივად ამუშავებენ ვიტ. A-ს ცხიმოვანი ხსნარით, მეთილენ ბლაუს ხსნარით, იყენებენ ტალკს.

გულის თანდაყოლილი მანკები

თანდაყოლილი მანკების ეტიოლოგია სრულად ცნობილი არ არის, უფრო ხშირად მათ განვითარებას ხელს უწყობს ორსულობის დროს ქალის სიმპტომებით და ინფექციური დაავადებები. არსებობს მანკების უამრავი ფორმა, რომლებიც კლინიკური სიმპტომებით ძალიან ჰგვანან ერთმანეთს, მაგრამ თითოეულ მათგანს აქვს თავისი დამახასიათებელი სიმპტომები. თანდაყოლილი მანკებიდან ხშირად გვხვდება ბოტალის სადინარის შეუხორცებლობა, წინაგულთა და პარაკუჭთაშუა ძგიდის შეუხორცებლობა, ფალოს ტრიადა ფალოს ტეტრადა და სხვა.

მანკების ზოგადი სიმპტომებია: კანის და ლორწოვანი გარსების ციანოზი დაბადებიდანვე, აუსკულტაციით სიცოცხლის პირველი დრეებიდან მოისმინება სისტოლური შუილი, უფრო

მეტა გულის მწვერვალზე, ჩამორჩენაა ფიზიკურ განვითარებაში. განვითარების სხვა ანომალიები, (მაგ. კურდღლის ტუჩი, მგლის ხახა) სისხლის მიმოქცევის მოშლა კიდურებში, რომელიც ვლინდება დოლის ჯოხის მაგვარი თითებით, მინისებური ფრჩხილებით, სისხლის ანალიზში მომატებულია ერითროციტების და ჰემოგლობინის რაოდენობა. დიაგნოზი ისმება რენტგენოლოგიური, ექოსკოპიური, ელექტროკარდიოლოგიური, ანგიოგრაფიული და კათეტერული გამოკვლევებით. მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია



საკონტროლო კითხვები:

1. რა არის სეფსისი?
2. სეფსისის კლინიკური ფორმები
3. სეფსისის მკურნალობა
4. რა არის რძიანა
5. როგორ ხდება პირის ღრუს მოვლა რძიანას დროს
6. რა არის ომფალიტი
7. ჭიპის დაავადებების მკურნალობა
8. რამ შეიძლება გამოიწვიოს ნასიცხი
9. რა არის დაუდვილობა
10. გულის თანდაყოლილი მანკების განვითარების მიზეზები
11. თანდაყოლილი მანკების მკურნალობა

რაქიტი



რაქიტი ადრეული ასაკის ბავშვთა დაავადებაა, გვხვდება 2 წლამდე ასაკში. რაქიტი ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს ზურგს, ხერხემალს. ამ დროს დარღვეულია ძვლის წარმოქმნის პროცესი, რაც განპირობებულია D ვიტამინის ნაკლებობით, ამ დროს ირღვევა Ca -ის და P-ის ცვლა, ირღვევა მათ შორის შეფარდება და ხდება 3/1 ან 4/1. (ნორმაში არის 2/1) , ძნელდება ძვლებში კალციუმის მარილების ჩალაგება ,, ამიტომ ძვლები რბილდება და დეფორმირდება D ვიტამინი ცხიმში

ხსნადი ვიტამინია და იგი ერთადერთი ვიტამინია, რომელიც წარმოიქმნება ადამიანის ორგანიზმში კერძოდ კანში, მზის ულტრაიისფერი სხივების ზემოქმედებით.

კლინიკურად არჩევენ რაქიტის 4 სტადიას : 1) საწყისი პერიოდი 2) აყვავების ანუ ფლორიდული 3)გამოჯანმრთელების ანუ რეკონვალესცენციის 4) და ნარჩენი მოვლენების პერიოდი.

რაქიტის პირველი სიმპტომები ვლინდება 2-3 თვის ასაკიდან, დღენაკლულებში კი უფრო ადრეც. საწყისი პერიოდში დამახასიათებელია ზოგადი სიმპტომები: მოუსვენრობა, ოფლიანობა, ამის გამო ნასიცხი, უმიზეზო ტირილი, კეფაზე რაქიტული ალოპეცია თავის ბალიშზე ხახუნის გამო. კრთომები, მოუსვენარი ძილი, შარდს აქვს მკვეთრი უსიამოვნო, ამიაკის სუნით. ხშირია ფაღარათი, ამოქაფება და ა.შ.

აყვავების პერიოდში თანდათან ვლინდება ცვლილებები ძვლოვანი სისტემის მხრივ. თავის ქალაზე ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს : დიდი ყიფლიბანდი ღიაა და დიდია ზომადი ,გვიან იხურება, ღიაა თავის ქალას ნაკერები და პალპაციით მტკივნეულია.თავს აქვს დეფორმაცია და იგი კვადრატული ან დუნდულოსებური ფორმისაა, დამახასიათებელია კრანოტაბესი (კეფის ძვლების დარბილება), შუბლის და თხემის ბორცვები.

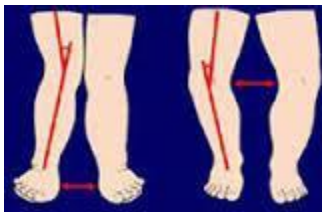
სახეზე: უნაგირა ცხვირი. მაღალი ანუ გოთური სასა, კბილების გვიანი და

არათანმიმდევრული ამოსვლა, კბილების არასწორი თანკბილვა.

გულმკერდს აქვს ქათმისებური ან მეწადისებური ფორმა. რაქიტული კრიალოსანი, (იმ ადგილას,,სადაც, ნეკნის ძვლოვანი ნაწილი გადადის ხრტილოვან ნაწილში, აღინიშნება ამობურცულობები, რომელიც წაგავს კრიალოსანის მარცვლებს.) გულმკერდზე აღინიშნება ჰარისონის ღარი, ჩაღრმავება იმ ადგილას სადაც დიაფრაგმის კუნთები უერთდება ნეკნების ქვედა კიდეებს.

ხერხემალზე ხშირია კიფოზი, ლორდოზი, სკოლიოზი. (კიფოზი- გარეთ გამოდრეკა, ლორდოზი-შიგნით შედრეკა, სკოლიოზი- გვერდზე გამრუდება.)

ზედა კიდურებზე აღინიშნება წინა მხრის ძვლების შემსხვილება მაჯის სახსართან , მას რაქიტული სამაჯურები ჰქვია. თითების ფალანგები შემსხვილებულია.



მენჯის მხრივ : ბრტყელი მენჯი, ვიწრო მენჯი ქვემო კიდურების მხრივ: O -ს და X -ის მაგვარი ფეხები, იხვისებური ანუ ბაჯბაჯისებური სიარული.

გარდა ამისა, ამ პერიოდში ზიანდება სხვა ორგანოებიც. აღინიშნება კუნთთა ჰიპოტონია, ბავშვი გვიან იწყებს თავის დაჭერას, ჯდომას, დგომას, სიარულს, აქვს ბრტყელი ანუ

ბაყაყისებური მუცელი, ხშირად აქვს პნევმონია, ინფექციური დაავადებები, ანემია, ღვიძლის და ელენთის გადიდება და სხვ.

რეკონვალესცენციის პერიოდში ხდება ამ სიმპტომების უკუგანვითარება და ხდება გამოჯანმრთელება. ნარჩენი მოვლენები გვხდება 2-3 წლის შემდეგ და ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს თავის, გულმკერდის და კიდურების დეფორმაცია, ანემია, რომელიც რჩება მთელი სიცოცხლის განმავლობაში.

პროფილაქტიკა ორგვარია: სპეციფიური და არასპეციფიური. არასპეციფიური გულისხმობს ორ-სულობის დროს სუფთა ჰაერით სარგებლობას, სწორ კვებას, ახალშობილებისათვის მზის და ჰაერის აბაზანების მიღებას. სწორ ბუნებრივ კვებას, ხოლო სპეციფიური გულისხმობს D ვიტამინის საპროფილაქტიკო დოზებით მიცემას როგორც ორსულისთვის , ასევე ახალშობილისათვის.



მკურნალობა გულისხმობს ბავშვის სწორ რეჟიმს, სწორ კვებას, D ვიტამინის პრეპარატების მიცემას. ულტრაიისფერ დასხივებას, წიწვოვან აბაზანებს, სამკურნალო ფიზკულტურას და მასაჟს.

ჰიპერვიტამინოზი D

ჰიპერვიტამინოზი D ვითარდება ვიტ.D გადამეტებული დოზირების დროს და ამ ვიტამინის მიმართ ორგანიზმის მომეტებული მგძნობიარობის გამო. ამ დროს ძლიერდება კალციუმის შეწოვა ნაწ-ლავში და ვითარდება ჰიპერკალციემია. ამ დროს ირღვევა ნერვული სისტემის, გულ-სისხლძარღვთა სის-ტემის და სხვა სისტემების მუშაობა. კლინიკურად ბავშვს აღენიშნება უმადობა სრულ ანორექსიამდეც კი, შეკრულობა, პოლიდიფსია, პოლიურია, აგზნებადობა ან ძილად მივარდნა, მძიმე შემთხვევაში - კრუნჩხვები, დისტროფია (წონაში და სიგრძეში ჩამორჩენა), ტაქიკარდია, არტერიული ჰიპოტონია, ღვიძლის გადიდება, კალციემია, კალციურია. მკურნალობა. ვიტამინის მიცემის შეწყვეტა, არ უნდა მივცეთ კალციუმით მდიდარი საკვები: ძროხის რძე, ხაჭო სხვ. უნდა მივცეთ დიდი რაოდენობით სითხეები, როგორც დასალევად , ისე გადასასხ-მელად ვენაში წვეთოვნად. მძიმე შემთხვევაში - ჰორმონები, მაგ. პრედნიზოლონი.

სპაზმოფილია

სპაზმოფილია ადრეული ასაკის ბავშვთა დაავადებაა და ძირითადად გვხვდება 2 წლამდე ასაკში. მის განვითარებას ხელს უწყობს D ჰიპოვიტამინოზი.

კლინიკურად არჩევენ სპაზმოფილიის ორ ფორმას: ნამდვილი ანუ ჭეშმარიტი და ფარული ანუ ლატენტური სპაზმოფილია.ნამდვილი სპაზმოფილია სამი ფორმით გვხვდება:

- 1) ლარინგოსპაზმი
- 2) კარპო-პედალური სპაზმი
- 3) ეკლამპსია.

ყველაზე ხშირია ლარინგოსპაზმი, (ხორხის სპაზმი), რომლის დროსაც ბავშვს უეცრად ეწყება ჩასუნთქვის გაძნელება, , გაღებული პირით ცდილობს ჰაერის დაჭერას, ბავშვი ფერმკრთალია, ზოგჯერ ციანოზური, შეშინებული , აქვს ცივი ოფლი, რამოდენიმე წამში ან წუთში ჩნდება ხმაურიანი ჩასუნთქვა და ბავშვი იწყებს ნორმალურ სუნთქვას,თუ შეტევა დიდხანს გაგრძელდა , შესაძლებელია ლეტალური გამოსავალი (სიკვდილი). ახასიათებს რეციდივი.

კარპო-პედალური სპაზმის დროს ბავშვს აღენიშნება ზემო და ქვემო კიდურების კუნთების სპაზმი და ბავშვს აქვს დამახასიათებელი პოზა. ზემო კიდური მოხრილია იდაყვის სახსარში და მიკრუგულია გულმკერდზე, ხელის მტევნები მკვეთრად ძირს არის დაშვებული, ცერა თითი მიკრულია ხელის -გულზე,ხოლო 2 და 3 თითი მკვეთრად წინ არის გაშვებული (მეანის ხელი).

ქვემო კიდურები მოხრილია მეინჯბარდაყის და მუხლის სახსარში და მიკრულია მუცელზე, ფეხის ტერფი მკვეთრად გაჭიმულია , ისე რომ ფეხის გული აკეთებს თაღს და დანაოჭვეულია, ფეხის ცერი გაჭიმულია წინ, დანარჩენები მოხრილია ფეხის გულისკენ (ბალერინის ფეხი). შეტევა გრძელდება რამოდენიმე წუთიდან რამოდენიმე საათამდე, ზოგჯერ დღევ, ახათიასებს რეციდივი.

ეკლამპსია - მთელი ორგანიზმის კუნთების ტონურ- კლონური კრუნჩხვაა, რომელიც იწყება თვალის ან ტუჩის კუთხის შეთამაშებით ცალ მხარეზე, შემდეგ მოსდევს სახის კუნთების კრუნჩხვა, ყბების ტრიზმი, გადადის მთელ სხეულზე , ერთვება სასუნთქი კუნთები . ბავშვი ციანოზურია, აქვს ცივი ოფლი, სუნთქვა ხმაურიანი, წყვეტილი, პირში და ცხვირში აქვს ქაფი, ზოგჯერ სისხლიანი, ენის მოკვნეტის გამო. აქვს უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია. შეტევა გრძელდება რამოდენიმე წუთიდან რამოდენიმე საათამდე, ზოგჯერ დღევ და ახასიათებს რეციდივი.

ფარული სპაზმოფილიის დადგენა ხდება სხვადასხვა მეთოდით, მაგ. ხვოსტეკის სიმპტომით: ლოყაზე, იმ ადგილას , სადაც მდებარეობს ძაღლის ფოსო, ყვრიმალის ძვლის ქვემო კუთხეში, ვაკაკუნებთ თითით, და თუ იმ მხარეს მოხდა ქუთუთოს, ცხვირის და ტუჩის კუნთების სპაზმი, ბავშვს აქვს ფარული სპაზმოფილია. ან ტრუსსოს სიმპტომი: დავადოთ ლახტი მხარეზე, ისე რომ ძვალზე მიეჭყლიტოს ნერვულ-სისხლძარღვოვანი კონა, თუ ხელმა მიიღო მეანის ხელის ფორმა, მაშინ ბავშვს აქვს ფარული სპაზმოფილია.

მკურნალობა. აუცილებელია სიმშვიდე, ბავშვი უნდა დავაწვინოთ რბილად, დავუჭიროთ თავი და კიდურები, რათა არ მიიღო მექანიკური ტრამვა. უნდა მიბაწოდოთ სუფთა ჰაერი ან ჟანგბადი. გავუხსნათ რაც შეკრული აქვს საყელო, ქამარი და ა.შ. თავი ოდნავ გვერდზე უნდა ჰქონდეს მიბრუნებული და ენა დაფიქსირებული, რათა ადვილად მოხდეს ჩასუნთქვა შეტევის შემდეგ. მედიკამენტებიდან ვხმარობთ 2% ქლორალჰიდრატის ოყნას, დიაზეპამს, სედუქსენს, რელანიუმს, გოგირდმჟავა მაგნეზიას, ლუმინალს, D ვიტამინის პრეპარატებს.

ალერგიული ანუ ექსუდაციური დიათეზი



ალერგიული დიათეზი ადრეული ასაკის დაავადებაა და 2 წლამდე ბავშვებში გვხვდება. იგი მიეკუთვნება კონსტიტუციურ ანომალიებს, რომელიც წარმოადგემს ორგანიზმის არაადექვატურ რეაქციას სხვადასხვა გამღიზიანებლებზე. ალერგიულ დიათეზს ახასიათებს პოლიმორფული გამონაყარი კანზე და ლორწოვან გარსებზე. დიათეზის განვითარებას ხელს უწყობენ კვებითი ალერგენები : რძე, კვერცხი, კაკაო, შოკოლადი. ციტრუსები და სხვ. ასევე ქიმიური ფაქტორები, კლიმატური პირობები, პროფილაქტიკური აცრები. კლინიკურად დიათეზის პირველი სიმპტომები ვლინდება 2-5 თვის ასაკში და ჩნდება თავის თმთან ნაწილში, დიდი ყიფლიბანდის და თხემის მიდამოებში , სებორეული, ცხიმოვანი ქერქები ანუ გნეისი. მას აქვს მიდრეკილება გავრცელებისაკენ, ძნელად ემორჩილება მკურნალობას , შეიძლება გადაიზარდოს ეგზემაში. გნეისთან ერთად ვლინდება გამოყეღვა ანუ დაოდვილობა ილიის, საზარდულის მიდამოებში, კისრის ნაოჭებში, ყურების უკან, კარგი მოვლის პირობებშიც კი. ამ ადგილებში კანი ჰიპერემიულია, შეიძლება იყოს ბუშტუკებიც. სახეზე აქვს ე.წ. რძის ფუფხი-შემოსაზღვრული , მკვეთრი ჰიპერემია ლოყების მიდამოში, რომელიც დაფარულია თეთრი ბუშტუკებით და ქერქით . ბუშტუკები სკდებიან, ლოყები იფარება სქელი ქერქით, თან ახლავს ძლიერი ქავილი,

ბავშვი აგზნებულია, ძილი აქვს დარღვეული, ქავილის გამო ხშირია განმეორებითი დაინფიცირება, დიათეზის დროს ზიანდება ლორწოვანი გარსები, ასეთ ბავშვებს ხშირად აქვთ სურდო, ბრონქიტი, ცრუ კრუპი, ოტიტი, ანგინა. ეს დაავადებები ძნელად ემორჩილებიან მკურნალობას, ხშირია რეციდივები.



საკონტროლო კითხვები:

1. სად წარმოიქმნება ვიტამინი D.
2. რომელი მინერალური ცვლა ირღვევა რაქიტის დროს
3. რაქიტის საწყისი პერიოდის ნიშნები
4. ჩამოთვალეთ აყვავების პერიოდში ძვლოვანი სისტემის ცვლილებები
5. რაქიტის პროფილაქტიკა
6. რამ შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპევიტამინოზი D.
7. რა იწვევს სპაზმოფილიას
8. ფარული სპაზმოფილიის დადგენის მეთოდები
9. რა არის ექსუდაციური დიათეზი
10. ექსუდაციური დიათეზის მკურნალობა.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მწვავე მომლილობანი-დისპეფსიები

მარტივი ანუ უბრალო დისპეფსია-ამ დაავადებას განაპირობებს ბავშვის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი, საჭმლის მომნელებელი ფერმენტების დაბალი აქტიურობა, არასაკმარისი იმუნიტეტი და სხვ.

გვხდება 2 წლამდე ასაკში, მას იწვევს ასაკის შეუფერებელი საკვების მიცემა, როგორც შემადგენლობით, ასევე რაოდენობრივად. დაავადება იწყება მწვავედ, ბავშვი ზოგჯერ მოდუნებულია, ზოგჯერ აგზნებული. მოუსვენარი, ნაკლები აქტიურობით სწოვს ძუძუს, ცუდად სძინავს, ძირითადი სიმპტომები ვითარდება თანდათანობით. ამოქაფება, გულისრევა, ზოგჯერ პირღებინება, წონის შეჩერება, კუჭის მოქმედება 5-8 -ჯერ დღეში. თხელი, მოყვითალო- მომწვანო ფერის განავლით, რომელსაც აქვს მძაფრი სუნი, შეიცავს მცირე რაოდენობით ლორწოს. აქვს მეტეორიზმი ანუ ნაწლავებში გაზების დაგროვება. გაღიზიანებულია ანალური ხვრელი ხშირი დეფეკაციის გამო.

მკურნალობა. პირველ რიგში უნდა მოხდეს გამომწვევის ლიკვიდაცია, მაგ. თუ დისპეფსია გამოიწვია გადამეტებულმა კვებამ, უნდა შეწყდეს ეს პროცესი და სხვ. პირველ რიგში ენიშნება მშვიდ-წყლიანი დიეტა 6-12 საათის განმავლობაში, როცა ვაძლევთ მხოლოდ სითხეებს, როგორც per os ანუ დასაღვეად, მაგ. რეჰიდრონი, რინგერი, გლუკოზა, ხშირ-ხშირად და მცირე რაოდენობით. ასევე ვუსხავთ ვენაში წვეთოვნად: 10% გლუკოზას, რინგერს. ტოქსიური დისპეფსია-გამომწვევი მიზეზი იგივეა, რაც მარტივი დისპეფსიის დროს, ოღონდ ამ დროს პროცესში ერთვება ნერვული სისტემა დაავადება მიმდინარეობს ტოქსიკოზის და ნეიროტოქსიკოზის სიმპტომებით ამ დროს დამახასიათებელია მოდუნება, გულისრევა, პირღებინება, ხოგჯერ შეუჩერებელი. მოვლითი ხასიათის ტკივილები მუცელში, ფაღარათი, დღეში 10-12 ჯერ და მეტჯერაც. განავალი ძალიან თხელია, წყლის დიდი რაოდენობით შემცველი, თითქმის არ შეიცავს განავლოვან მასებს, განავალი მომწვანო ფერისაა, შეიცავს დიდი რაოდენობით ლორწოს და სისხლს. ბავშვი ძალიან იკლებს წონაში, კანს აქვს მონაცრისგრო- მიწისფერი, კანის ტურგორი დაქვეითებულია და დანაოჭებულია, შესაძლებელია ნეიროტოქსიკოზის სიმპტომები: გონების დაბინდვა, ბოდვები, კრუნჩხვები, რეფლექსების დაქვეითება.

მკურნალობა: მკაცრი მშვიდ-წყლიანი დიეტა 12-24 საათის განმავლობაში, ვაძლევთ მხოლოდ სითხეებს, როგორც დასაღვეად, მაგ. რინგერის ხსნარი, გლუკოზა, რეჰიდრონი, ასევე ვუსხავთ ვენაში წვეთოვნად: ფიზიოლოგიურ ხსნარს, 10% გლუკოზას, რინგერის ხსნარს, დიეის შემდეგ ვაძლევთ ქალის რძეს ან მაწონს.

სტომატიტები



სტომატიტი არის პირის ღრუს ლორწოვანის ანთება. მისი გამომწვევია ბაქტერიები, ვირუსები, სოკოები და სხვ. ხშირად შერეული ეტიოლოგიისაა, მოსი განვითარების წინა პირობაა მწვავე ინფექციური დაავადებები, როგორცაა წითელა, გრიპი და სხვ. კლინიკურად არჩევენ კატარალურ, წყლულოვან და აფთოზურ სტომატიტს.

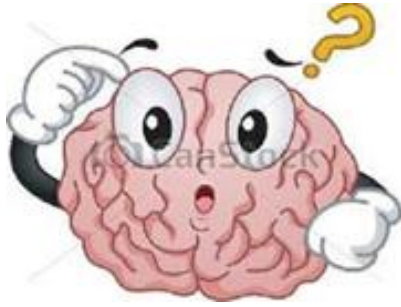
კატარალური სტომატიტის დროს პირის ღრუს ლორწოვანი ჰიპერემიულია, შეშუპებულია, მტკივნეულია, განსაკუთრებით ლაპარაკის და ღეჭვის დროს. ლოყების და ენის კიდებზე აღინიშნება კბილების ანაბეჭდები.. თუ არ ჩატარდა დროული და სწორი მკურნალობა, მაშინ დაავადება გადადის წყლულოვან ფორმაში. განსაკუთრებით ხშირად მოზრდილ ასაკში. რომელსაც ახასიათებს ძლიერი ტკივილი, ღრძილები მტკივნეული და სისხლმდენია. აქვს ცუდი სუნი პირიდან. ჰიპერემიის და შეშუპების ფონზე წვრილი წყლულები, რომლებიც დაფარულია მოჭუჭყო- მონაცრისფრო ან მუქი ფერის ნეკროზული ნადებით, რომელიც ადვილად სცილდება. ბავშვს აქვს ინტოქსიკაციის სიმპტომები: ტემპერატურა, უმადობა, თავის ტკივილი. გადიდებული და მტკივნეულია ყბისქვეშა ლიმფური კვანძები.

მკურნალობა. გულიდხმობს ადგილობრივ და საერთო მკურნალობას, საჭიროა ჰიგიენის და ცვა, რათა თავიდან ავიცილოთ მეორადი დაინფიცირება, ამიტომ საჭიროა დღეში რამოდენიმეჯერ პირის ღრუს გამოვლება სადეზინფექციო ხსნარებით: ფურაცლინით, 2%-იანი ბორის მჟავას ხსნარით, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგის ხსნარით 0,25%-იანი ქლორამინის ხსნარით, ანტიბიოტიკების ხსნარებით. ენიშნება ასაკის შესაფერისი მექანიკრად დამზოგველი საკვები.

აფთოზური სტომატიტი არის მწვავე ინფექციური დაავადება, მისი გამომწვევია მარტივი ჰერპესი. ინფექციის გადაცემა ხდება ჰაერ-წვეთოვანი გზით, ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 2-6 დღე, უფრო ავადდებიან პატარა ასაკის ბავშვები. გადატანის შემდეგ რჩება სასიცოცხლო იმუნიტეტი.

დაავადება იწყება მწვავედ, მაღალი ტემპერატურით, ინტოქსიკაციით, პირის ღრუს ლორწოვანი შეშუპებულია, ჰიპერემიულია, ამ ფონზე ჩნდება ადვილად მსკდომი წყლულები ან ეროზიები, რომლებიც დაფარულია მოყვითალო- მონაცრისფრო აფთებით. დაავადება მიმდინარეობს ძლიერი ტკივილით, ტემპერატურით, დაავადება გრძელდება 5-7 დღე, წყლულები არ ტოვებენ ნაწიბურს.

მკურნალობა. კომპლექსურია, ენიშნება ანტიალერგიული პრეპარატები: კალციუმის ქლორიდი, კალციუმგლუკონატი, სუპრასტინი, ტავეგილი, დიმედროლი და სხვ. აუცილებელია სწორი კვება, მექანიკურად და თერმულად დამზოგველი საკვები, პირის ღრუს დამუშავება იმავე სადეზინფექციო ხსნარებით, როგორც წყლულოვანი სტომატიტის დროს, ოღონდ უფრო ხშირად, ყოველ 2-3 საათში ერთხელ, იყენებენ პროტეოლიზურ ფერმენტებს: ტრიფსინი, ქემოტრიფსინი. ტკივილის შესამცირებლად ათქვეფილი ცილა ნოვოკაინთან ერთად, ვიტ. B15-ს ასხურებენ პირის ღრუში.



საკონტროლო კითხვები:

1. მარტივი დისპეფსიის გამომწვევი მიზეზები.
2. რა არის მეტეორიზმი
3. მარტივი დისპეფსიის მკურნალობა.
4. რა არის სტომატიტი?
5. აფტოზური სტომატიტის გამომწვევი.
6. პირის ღრუს მოვლა სტომატიტის დროს.

რევმატიზმი

რევმატიზმი ეს არის ინფექციურ- ალერგიული დაავადება, უპირატესად გულისა და სისხლძარღვების დაზიანებით. მას იწვევს A ჯგუფის ბეტა ჰემოლიზურისტრეპტოკოკი. პათოგენეზში შეიძლება გავრჩიოთ სამი ძირითადი რგოლი: ინფექციური პროცესი, ალერგიზაცია და აუტოაგრესია. აქტიურობის ფაზებია: 1) აქტიური ფაზა-1,2,3 ხარისხის , 2) არააქტიური რევმატიზმი.

კლინიკა: რევმატიზმის დასაწყისი არის მწვავე, მაგრამ შეიძლება იყოს ქვემწვავე და ლატენტური. რევმატიზმის სიმპტომების გამოვლენამდე 1,5-3 კვირით ადრე ბავშვს აქვს გადატანილი ანგინა ან მწვავე რესპირატორული ინფექცია, იშვიათად ქუნთრუშა. ტემპერატურა იწევს 38° - 39° , აღინიშნება საერთო სისუსტე, კანის სიფერმკრთალე. ინტოქსიკაციის ფონზე ზიანდება ორგანოები, უპირატესად გული. გულის დაზიანება (რევმოკარდიტი) აღინიშნება თითქმის ყველა ბავშვებში. ჩივილებიდან საყურადღებოა ასევე თავის ტკივილი, სახსრების შესიება და შეწითლება და მათი ტკივილი, ოფლიანობა, ქავილი, ალერგიული გამონაყარი. სახსრებში მოძრაობა შეზღუდულია. გულის მწვერვალზე მოისმინება სისტოლური შუილი, ცვლილებებია ეკგ-ზე. სისხლში გამოხატულია ანემია, ლეიკოციტოზი, ლიმფოციტოზი, ედს-ის აჩქარება, C - რეაქტიული ცილა. არჩევენ რევმატიზმის სამ ფორმას: კარდიალურს, პოლიართლიტურს და ნერვულს (ქორეა).

რევმატიული კარდიტი ანუ რევმოკარდიტი გულისხმობს როგორც გულის ცალკეული ნაწილების ანთებას-მიოკარდიტს, ენდოკარდიტს, პერიკარდიტს, ასევე მთლიანად ერთდროულ დაზიანებას - პანკარდიტს. მიოკარდიტი ეს არის მიოკარდიუმის ანთება. შეიძლება იყოს დიფუზური ან კეროვანი. კლინიკურად გვაქვს ცივი ოფლი, ტემპერატურა , კანი ციანოზურია , ხშირია კრუნჩხვები. მოზრდილი ბავშვები უჩივიან ტკივილს გულის არეში. გულის საზღვრები გადიდებულია , უპირატესად მარცხნივ. გულის მწვერვალზე მოისმინება სისტოლური შუილი. ენდოკარდიტი ეს ენდოკარდიუმის ანთება. უფრო ხშირია ბავშვებში , ვიდრე მოზარდებში. ის გვხვდება მიოკარდიტთან ერთად . მიმდინარეობს მძიმედ. კლინიკური ნიშნები იგივეა რაც მიოკარდიტის დროს. მატულობს გულის მწვერვალზე სისტოლური შუილი , რომელის შემდეგ ღებულობს „ მზერავ ხასიათს“. ცვლილებებია ეკგ-ზე. პერიკარდიტი, როგორც იზოლირებული პროცესი არ გვხვდება. დაკავშირებულია მიო ან ენდოკარდიტთან. შეიძლება იყოს მშრალი ან ექსუდაციური. მშრალი პერიკარდიტის ერთ -ერთი სიმპტომია ტკივილი გულის არეში. გვაქვს ტაქიკარდია, მოისმინება პერიკარდიუმის ხახუნი. ექსუდაციური პერიკარდიტის დროს აღინიშნება კისრის ვენების გამობერვა, ყრუ ტკივილი და ზეწოლის შეგრძნება გულის არეში, ქოშინი. გულის საზღვრები გადიდებულია ორივე მხარეს. აუსკულტაციით თუ ექსუდატი მცირეა, მოისმინება პერიკარდიუმის ხახუნი. შემდეგში გულის ტონების მოყრუებასთან ერთად ხახუნი ქრება. მდგომარეობის დამძიმებასთან ერთად თავს იჩენს დეკომპენსაციის მოვლენები- ღვიძლის გადიდება.

მკურნალობა: მკურნალობაში წამყვანია ანტიბიოტიკები დიდი დოზებით , წოლითი რეჟიმი, კვება უნდა იყოს სრულფასოვანი. ინიშნება ასევე ასპირინი, კორტიკოსტეროიდები, ინდომეტაცინი, ვიტამინები, საგულე საშუალებები, შარდმდენი საშუალებები პერიკარდიტის დროს, აეროთერაპია , კლიმატოთერაპია.

პროფილაქტიკა: ხშირი ანგინის შემთხვევაში დროული ტონზილექტომანია, ჰიგიენური რეჟიმის დაცვა, ორგანიზმის გაკაჟება.

ზემო სასუნთქი გზების დაავადებები

მწავე რინიტი- ანუ სურდო ანუ ცხვირის ცხვირის ლორწოვანი გარსის ანთება ბავშვთა ასაკის საკმაოდ ხშირი დაავადებაა. რინიტის ეტიოლოგია მრავალფეროვანია და მისი გამოწვევია ბაქტერიები, ვირუსები და დაავადება იწყება მცირე ინკუბაციური პერიოდის შემდეგ და ახასიათებს ცხვირცემინება, ცხვირიდან თავიდან აღინიშნება მოთეთრო გამჭვირვალე სერიოზული გამონადენი, რომელიც თანდათან მოყვითალო ფერის , ჩირქოვანი ხდება. გამონადენი აღიზიანებს ცხვირის და ზემო ტუჩის კანს. ბავშვს უჭირს ცხვირით სუნთქვა, ამიტომ სურდო განსაკუთრებით საშიშია ჩვილ ბავშვთა ასაკში , რადგან ვერ სუნთქავს ცხვირით ამიტომ უარს ამბობს ძუძუზე, იკლებს წონაში, რაც ძალიან არასასიამოვნოა ბავშვთა ასაკში . რინიტი დამოუკიდებლად იშვიათია , ხშირად მას თან ახლავს ფარინგიტი-ხახის ლორწოვანი ანთება და ვითარდება რინოფარინგიტი. ამ დროს თან ერთვის ტემპერატურა , ყელის ტკივილი, გამწვანება და ტკივილი ყვაპვის დროს. მდგომარეობა შედარებით მძიმეა, რადგან ბავშვი სუნთქავს პირით, ვითარდება აეროფაგია და შედეგად მეტეორიზმი, რაც ძალიან აწუხებს ბავშვს. ზოგჯერ აქვს ხშირი , თხელი განავალი, ბართულებებიდან შეიძლება იყოს ოტიტი, ბრონქიტი, პნევმონია. დაავადება აგრძელდება 5-7 დღე.

მკურნალობა: საჭიროა წოლითი რეჟიმი,ოთახის ხშირი განიავება , სათბურები ან მდოგვის აბაზანები ქვემო კიდურებზე, ცხვირით სუნთქვის გამწვანების დროს ბავშვს ვკვებავთ გამოწველილი ქალის რძით კოვზით, აუცილებელია ცხვირით სუნთქვის მოწესრიგება , ამიტომ ცხვირში ვაწვეთებთ სანორინს , ნაზივინს, ნაზოლს, გალაზოლინს, პინოსოლს, პიოფაგს და სხვა. სიმპტომური მკურნალობა, ვიტამინოთერაპია , გართულებების შემთხვევაში ანტიბიოტიკები. ბრონქების ლორწოვანი გარსების ანთება, დამოუკიდებლად იშვიათად გვხვდება , უფრო ხსირია სხვა დაავადებებთან კომბინაციაში. მას ხშირად იწვევს ვირუსები და ამიტომ იგი ხშირად გვხვდება მწვავე ვირუსული რესპირატორული დაავადებების ფონზე. კლინიკურად აღენიშნება ზოგჯერ ტემპერატურის მომატება , სისუსტე, თავის ტკივილი , სურდო, წამოხველებები, თავიდან მშრალი შემდეგ სველი ხველა, ნახველიანნი. მოზრდილი ბავშვები ხშირად უჩივიან ტკივილს გულ მკერდის არეში , პერკუსიით მოისმინება კოლოფისებური ხმიანობა, აუსკულტაციით მშრალი და სველი ხიხინი.

მკურნალობა: წოლითი რეჟიმი მწვავე პერიოდში , დიეტა , ვაძლევთ თბილ , თხიერ , დამზოგველ ვიტამინებით მდიდარ საკვებს . ეძლევა დიდი რაოდენობით სითხეები: ჩაი ლიმნით, რძე თაფლით, ბორჯომი რძით, ასკილის ნაყენი. ენიშნება სიმპტომური მკურნალობა: მაღალი სიცხის დროს - ჩაი ჟოლოთი, მედიკამენტებიდან: პარაცეტამოლი , პანადოლი. ფიზიოლოგიური პროცედურები: დაზელვა ოთახის ტემპერატურის ხსნარით, რომელიც შეიცავს თანაბარი რაოდენობით წყალს , სპირტს და ძმარს. ძმარიანი წინდები, ანალგინის ინექციები, ვიტამინები ა და ც. ენიშნება ამოსახველებლები: მშრალი ხველის დროს: ალოეს ნაყენი, მუკალტინი, ბრომჰექსინი, ლიბექსინი. სველი ხველის დროს: ლაზოლვანი , ლიზლი, კალიოროტატი. სქელი ნახველის დროს: ინჰალაციები პროტეოლიზური ფერმენტები, მაგ. პანკრეატინი, მდოგვის საფენები, ენიშნება ვიტამინები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები: ტავეგილი, სუპრასტინი, ალერტეკი და სხვა. ანტიბიოტიკები ენიშნება გართულებების და ბაქტერიული ეტიოლოგიის დროს.

მწვავე ლარინგიტი

ანუ ხორხის ლორწოვანი გარსის ანთება ხშირად გვხვდება ზემო სასუნთქი სისტემის სხვა დაავადებებთან ერთად. ხშირად ვირუსული , ნაკლებად ბაქტერიული ეტიოლოგიისა . ახასიათებს სისუსტე, ტემპერატურის მომატება, ხმის ჩახლეჩვა , ზოგჯერ ხმის სრული დაკარგვა ანუ აფონია, ჩახეხვის და ტკივილის შეგრძნება ყელში, ტკივილი ყლაპვის დროს არ აღენიშნება , არის ყელის სიმშრალე და ხველა ნახველით.

მკურნალობა გულისხმობს რეჟიმის დაცვას, აკრძალულია ხმამაღალი ლაპარაკი, ყვირილი, ცხელი საკვების მიღება , როცა პროცესი ლოკალიზებულია არა მარტო ხორხის შესავალში და ხმის იოგებზე, არამედ ხორხის ქვედა ნაწილშიც, მაშინ ვითარდება მასტენოზირებელი ლარინგიტი ანუ ცრუ კრუპი. ამ დროს ვითარდება ხორხის ლორწოვანის შეშუპება და ზემო სასუნთქი გზების ობსტრუქცია ანუ დახშობა . ხშირად ვირუსული ეტიოლოგიისა ვითარდება როგორც დამოუკიდებლად ასევე სხვადასხვა დაავადებების დროს, მაგ: გრიპის, წითელას, წითურას, პარაგრიპის დროს. დაავადება ვითარდება ძირითადად ღამის საათებში. ახასიათებს ხველა , ხიხინი, გამწვანებული სუნთქვა. კლინიკურად არჩევენ 4 სტადიას : 1) ხდება ხმის ტემბრის შეცვლა , იწყება ხმის ჩახლეჩვით და პროგრესირებს აფონიამდე, აქვს შეუპოვარი, მშრალი ხველა, რომელიც გადადის მყეფავ

ხველაში. 2) ვითარდება სტრიდორი ანუ ხმაურიანი სუნთქვა, რომელიც დიდ მანძილზე ისმის. ქოშინი, ტაქიკარდია, ხმა სრულიად არ აქვს ბავშვი მოუსვენარია, შეშინებული, აქვსცივი ოფლი, 3) მდგომარეობა მძიმეა, მოუსვენრობის პერიოდი იცვლება ადინამიით, ბავშვი ძლიერ ფერმკრთალია, ზოგჯერ ციანოზური, ცივი ოფლით დაფარული, სუნთქვა შესუსტებულია, გამწვანებულია როგორც ჩასუნთქვა, ასევე ამოსუნთქვა. 4) ამ სტადიაში არის ძლიერი სიფერმკრთალე და ციანოზი, პულსი აროთმული, ბრადიკარდია, არტერიული ჰიპოტონია, სუნთქვა ძლიერ გამწვანებული და შესაძლებელია სუნთქვის გაჩერება.

მკურნალობა: პირველ რიგში სუფთა ჰაერი, ინჰალაციები გვირილით, სალბით, ევკალიპტის, ზეითუნის ზეთით, კარტოფილის ნახარშით, ქვემო კიდურების აბაზანები, ზოგჯერ მდოგვით. (2 სუფრის კოვზი მშრალი მდოგვი 10 ლიტრ წყალში). თუ შესაძლებელია დიმედროლით, ეოფილინით, ვენაში 10%-იანი კალციუმგლუკონატის ხსნარი, ჰორმონები, მაგ: პრედლიზოლონი, დექსამეტაზონი, დაავადებას ახასიათებს რეციდივი.

პნევმონიები

მწვავე პნევმონია- პოლიეტოლოგიური დაავადებაა და მას ხშირად იწვევს სხვადასხვა მიკრობები. მაგ: სტაფილოკოკები, პნევმოკოკები, ასევე ვირუსები, სოკოები და სხვა. ბავშვებში გვხვდება შემდეგი ფორმები: 1) კეროვანი პნევმონია ანუ ბრონქოპნევმონია, 2) კრუპოზული პნევმონია, 3) სეგმენტური პნევმონია და 4) ინტერსტიციური პნევმონია. კლინიკური მდგომარეობა დამოკიდებულია დაავადების ფორმაზე. ბავშვებში ყველაზე ხშირია ბრონქოპნევმონია. ამ დროს აღინიშნება ერთი ან რამოდენიმე სეგმენტის ანთება. იგი იწყება მწვავე რესპირატორული დაავადების გადატანიდან 5-7 დღის შემდეგ, ტემპერატურა უფრო მეტად სუბფებრილურია, აქვს ხველა, თანდათან ჩნდება სუნთქვის უკმარისობის სიმპტომები: ციანოზი, ქოშინი, სუნთქვაში მონაწილეობს დამხმარე კუნთები, პერკუსიით მოისმინება კოლოფისებური ხმიანობა ერთ ან რამდენიმე სეგმენტზე, აუსკულტაციით კი შესუსტებული სუნთქვის ფონზე მოისმინება სველი და კრეპიტაციული ხიხინი, დიაგნოზი ისმევა რენტგენოლოგიურად და რენტგენოგრაფიაზე ჩანს ინფლტრაციული უბნები, უმეტესად ცალ მხარეზე. სისხლის ანალიზში აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ედსის აჩქარება. სწორი და დროული მკურნალობის შემთხვევაში პროცესი ცხრება 7-10 დღეში. კრუპოზული პნევმონია გვხვდება უფრო მოზრდილ ბავშვებში და ამ დროს არის ერთი ან მეტი წილის ანთება, მას უფრო ხშირად იწვევს პნევმოკოკი, დაავადება იწყება მწვავედ თან ახლავს ძლიერი სისუსტე, თავბრუსხვევა, თავის ტკივილი, ჰიპერთერმია, შემცივნება. პირველ დღეებში ხველა არ არის ან იშვიათია, მშრალია, თანდათანობით ჩნდება ჟანგისფერი ნახველი და ვლინდება ტოქსიკოზია, სიმპტომები: პირღებინება, ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ან ჰიპის ირგვლივ, ენა მშრალია, თეთრად სელესილი აქვს მეტეოროზმი, სახის ჰიპერემია, ტუჩებზე ჰერპესი, აღინიშნება სუნთქვის უკმარისობა, ქოშინი, ციანოზი, სუნთქვასი მონაწილეობს დამხმარე კუნთები. პერკუსიით მოისმინებაპერკუტორული ხმის შემოკლება. აუსკულტაციით კი მრავალი სველი, ხიხინი

და კრეპიტული ხიხინი. სისხლის ანალიზში მაღალი ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ედსის აჩქარება, ანემია. დიაგნოზი დგინდება რენტგენოგრაფიით და ჩანს ერთი ან მეტი წილის ინფილტრაცია. დაავადება გრძელდება 2-3 კვირა და მეტიც. სეგმენტური პნევმონია გვხვდება უფრო 3-7 წლის ასაკის ბავშვებში, უფრო ხშირად მარჯვნივ და ზიანდება რამოდენიმე სეგმენტი. ახასიათებს მაღალი ტემპერატურა, ინტოქსიკაცია, მაგ: პირღებინება, ფაღარათი, ხველა იშვიათია, აქვს ტკივილი გულმკერდში და მუცელში. პერკუსიით და აუსკულტაციით მონაცემები ზალიან მცირეა, მოისმინება ერთეული სველი ხიხინი. რენტგენოლოგიურად კი აღინიშნება ერთი ან რამოდენიმე სეგმენტის ინფილტრაცია. სისხლის ანალიზში ზომიერი ლეიკოციტოზი და ედსის აჩქარება. ინტერსტიციული პნევმონიის დროს ზიანდება ფილტვის შემაერთებელი ქსოვილი, მისი გამომწვევი ხშირად ვირუსებია და უფრო ხშირია დღენაკლულ და სუსტ ახალშობილებში. ახასიათებს სუნთქვის უკმარისობა, ქოშინი, ციანოზი, ტაქიკარდია, გულის ტონების მოყრუება, ნეიროტოქსიკოზი, კრუნჩხვები, ტოქსიკოზი: პირღებინება ფაღარათი, მეტეორიზმი. ხველა ხშირია და შემაწუხებელი, შეტევითი ნახველი მცირეა ზოგჯერ სისხლნარევი, ქაფიანი სუნთქვა შესუსტებული და მოისმინება ერთეული სველი და კრეპიტული ხიხინი, დიაგნოზი ისმება რენტგენოლოგიურად. სისხლის ანალიზში ცვლილებები მცირეა. ახალშობილთა პნევმონია- არის დაავადება, რომელიც ვითარდება ან მუცლადყოფნის დროს ან მშობიარობის დროს სანაყოფე წყლების ასპირაციის გამო ეტიოლოგია შერეულია. ახასიათებს უკმარისობა: ქოშინი, ციანოზი, ცნს-ის დათრგუნვა, რომელიც ვლინდება ან აგზნებით ან კრუნჩხვებით, ბავშვი უარს ამბობს საკვებზე, არ სწოვს ძუძუს, აქვს ამოქაფება, პირღებინება, არ იმატებს წონაში ან პირიქით იკლებს. ვითარდება დისტროფია, სუნთქვა ზედაპირულია, პერიოდული აპნოეთი. აქვს ცხვირის ნესტოების თრთოლვა, ქაფი ცხვირის ნესტოებში და პირში. ხველა იშვიათია, სველი, აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვის ფონზე მოისმინება კრეპიტაცია და სველი ხიხინი. აქვს ტაქიკარდია, გულის ტონების მოყრუება. ღვიძლის გადიდება, მეტეორიზმი, ფაღარათი. ზოგჯერ დაავადება ხანგრძლივდება. სტაფილოკოკური პნევმონია ანუ დესტრუქციული პნევმონია. მას იწვევს ოქროსფერი სტაფილოკოკი, ამ დაავადების დროს ხდება ფილტვის ქსოვილის დაზიანება და ვითარდება დიდი ზომის ინფილტრატები, რომლებიც იშლებიან და მათ ადგილას წარმოიქმნიებიან ბულები ანუ ჰაეროვანი ღრუები და ჩირქოვანი ღრუები ანუ აბსცესები. ხშირია პიოპნევმოთორაქსი (ჰაერი, ჩირქი, პლევრის ღრუში) ამ დაავადებას აქვს ძალიან მძიმე, სეფსისური მიმდინარეობა, ჰიპერთერმიით, ტოქსიკოზით, ნეიროტოქსიკოზით, სისხლის ანალიზში მაღალი ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ედსის აჩქარება. რენტგენოლოგიურად ჩანს ჰაერით და ჩირქით სავსე ღრუები.

პნევმონიების მკურნალობა საჭიროა ანტიანთებითი, დეზინტოქსიკაციური მკურნალობა, წოლითი რეჟიმი, ჰოსპიტალიზაცია, ხმაურისგან, მკვეთრი შუქისაგან მაქსიმალური დაცვა. საწოლში თავით და გულმკერდით შემადლებული მდებარეობა, ჰიგიენის მაქსიმალური დაცვა, სუფთა ჰაერით სარგებლობა, დიეტა ასაკის შესაფერისი, ადვილად ასათვისებელი, ვიტამინებით მდიდარი, კვება ხშირია, მცირე პორციებით, უმჯობესია ქალის რძე ან რძემჟავა პროდუქტები, მაგ. მაწონი მედიკამენტებიდან ინიშნება

ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები, ზოგჯერ 2-3 ერთად კომბინაციაში, მაგ. ცეფაზოლი, ცეფტრიაქსონი, ამპისიდი, როცეპინი, ამიკაცინი, აზიმაკი, აზიტრომიცინი, დარდუმი, ფორტუმი და სხვა. ვუტარებთ დეზინტოქსიკაციას, ამიტომ ვენაში წვეთოვნად ვუსხავთ ფიზიოლოგიურ ხსნარს, სისხლის პლაზმას, ჰიპერთერმიის დროს ვუტარებთ ფიზიოლოგიურ პროცედურებს: სხეულის ცივი დაზელვა შემდეგი ხსნარით, რომელიც შედგება თანაბარი რაოდენობით სპირტის, ძმრის და წყლისგან. ძმრიანი წინდები, თავზე ცივი საფენები, ცივი საფენები მაგისტრალურ სისხლძარღვებზე. მედიკამენტებიდან სისხლის დასაწევად ვიყენებთ პარაცეტამოლს, პანადოლს, ანალგინს.



საკონტროლო კითხვები:

1. რა იწვევს რევმატიზმს?
2. კლინიკურად რა ცვლილებები აღინიშნება რევმატიზმის დროს.
3. რევმატიზმის გართულებები.
4. რევმატიზმის მკურნალობა.
5. რა არის რინიტი?
6. მკურნალობა რინიტის დროს
7. ცრუ კრუპის სტადიები
8. პირველი დახმარება ცრუ კრუპის დროს
9. პნევმონიის რა ფორმები გვხვდება ბავშვებში
10. ბრონქოპნევმონიის ძირითადი სიმპტომები
11. პნევმონიის მკურნალობა
12. რაჩანს რენტგენოლოგიურად სტაფილოკოკიური პნევმონიის დროს?

ანემიები



ანემია ანუ სისხლნალკეობა წარმოადგენს სიმპტომო კომპლექსს, რომელსაც ხასიათდება- სისხლის ერთეულში ერითროციტების და ჰემოგლობინის შემცირებით, კანის და ლორწოვანი გარსების სიფერმკრთალით და სხვადასხვე ორგანოების და სისტემების მხრივ ცვლილებებით. ანემია ხშირად

გვხვდება ბავშვთა ასაკში, იგი იყოფა 4 ჯგუფად: 1) დეფიციტური, 2) ჰიპოპლასტიური და აპლასტიური, 3) პოსტ-ჰემორაგიული და 4) ჰემოლიზური ანემიები. ბავშვებში ყველაზე ხშირია დეფიციტური ანემიები, რომელიც თავის მხრივ შეიძლება იყოს : რკინა-დეფიციტური, ვიტამინოდეფიციტური და ცილა დეფიციტური.



რკინა-დეფიციტური ანემია ვითარდება ალიმენტური ფაქტორებით, აგრეთვე რკინის შეწოვის დარღვევით. გვხვდება სამი ფორმით: მსუბუქი, საშუალო სიმძიმის და მძიმე. რკინა-დეფიციტურ ანემიას ახასიათებს სისუსტე, უმადობა, აღზნებადობა, მადის გაუკუღმართება, კანის და ხილული ლორწოვანი გარსების სიფერმკრთაღე, კანის სიმშრალე, აქერცვლა, თმების ცვენა, მტვრევადობა, ფრჩხილების მტვრევადობა,

ენა თეთრად არის შეღესილი, ჰიპერემიულია, ტუჩის კუთხეები დამსკდარია, ხშირია სტომატიტები, ჰეპატოსპლენო-მეგალია ანუ გადიდებულია ღვიძლი და ელენთა. დიაგნოზი ისმება სისხლის საერთო ანალიზით, სადაც დაქვეითებულია არითროციტების რაოდენობა 2-3 მილიონამდე (ნორმაში 4,5-5 მილიონი), ასევე დაქვეითებულია ჰემოგლობინის რაოდენობა 50-60 გ/ლ-მდე, (ნორმაში 120-140 გ/ლ-მდე). მკურნალობა: გამომწვევი მიზეზის ლიკვიდაცია, ბავშვის სწორი რეჟიმი, კვების მოწესრიგება, ენიშნება რკინის პრეპარატები: რკინის ქლორიდი, რკინის ლაქტატი, ფეროპლექსი, ფერუმ-ლეკი, ტოტემა, ფემოსტიმულინი C ვიტამინთან ერთად, ჰემოტრანსფუზია. ჰიპოპლასტიური და აპლასტიური ანემიის დროს დაქვეითებული ან სრულიად დათრგუნულია ჰემოპოეზი ანუ ძვლის წითელ ტვინში სისხლის ფორმირების უჯრედების წარმოქმნა, ამიტომ დაქვეითებულია ერითროციტების, ლეიკოციტების და თრომბოციტების რაოდენობა.

დაავადება ხშირია 9-12 წლის ბავშვებში, უფო მეტად ბიჭებში. ახასიათებს შემდეგი სიმპტომები: დასაწყისი მწვავე, ძლიერი სისუსტე, მაღალი ტემპერატურა, უმადობა, პირღებინება, ტკივილები მუცელში, სისხლჩაქცევები კანზე და ლორწოვანზე, ძლიერი სიფერმკრთაღე, ნეკროზული ანგინა, ინტოქსიკაცია, ტაქიკარდია, სისხლის საერთო ანალიზში დაქვეითებულია, ერითროციტების, ჰემოგლობინის, ლეიკოციტების და თრომბოციტების რაოდენობა. კეთდება ძვლის ტვინის პუნქცია და პუნქტატში აღინიშნება ჰემოპოეზის დათრგუნვა.

პოსტჰემორაგიული ანემიები ვითარდება გაძლიერებული სისხლდენის დროს, როცა ადამიანი კარგავს დიდი რაოდენობით სისხლს, მაგ: ჭრილობების დროს. ამ დროს საჭიროა ქირურგიული ჩარევა და სასწრაფო ჰემოტრანსფუზია.

ჰემოლიზური ანემია ვითარდება ერითროციტების გაძლიერებული დაშლის დროს, მიზეზი შეიძლება იყოს დედას და ნაყოფს შორის სისხლის ჯგუფობრივი და რეზუს კონფლიქტი, სისხლის თანდაყოლილი დაავადებები, მაგ: თალასემია, თანდაყოლილი სფეროციტოზი და სხვა. მკურნალობა დამოკიდებულია ძირითადად დაავადებებზე და სიმპტომებზე.

ჰემორაგიული დიათეზები

ჰემორაგიულ დიათეზებს მიეკუთვნება ისეთი დაავადებები, რომლებსაც ახასიათებს მიდრეკილება სისხლდენებისა და სისხლჩაქცევებისადმი. განვიხილავთ სამ დაავადებას : ჰემოფილიას, ვერლჰოფის დაავადებას და შონლაინ-ჰენოხის დაავადებას.

ჰემოფილია მემკვიდრეობითი დაავადებაა და გადაეცემა ავადმყოფი პაპისგან შვილიშვილ ვაჟს კონდუქტორი ქალიშვილის საშუალებით. ამ დროს არის ცვლილებები სისხლის შემადებებელ სისტემაში და არის რომელიმე ფაქტორის დეფიციტი. ამიტომ არჩევენ სამი ფორმის ჰემოფილიას: A, B და C. A ჰემოფილიის დროს არის სისხლის შემადებებელ სისტემაში მე-8 ფაქტორის დეფიციტი, B ჰემოფილიის დროს მე-9 ფაქტორის, C –ს დროს კი მე-11 ფაქტორის დეფიციტი. ეს ფორმები კლინიკურად არ განსხვავდებიან ერთმანეთისგან, მხოლოდ ლაბორატორიულად.

კლინიკურად ჰემოფილიას ახასიათებს სისხლდენები და სისხლჩაქცევები, უბრალო ჭრილობამაც კი შეიძლება გამოიწვიოს სისხდენა, მაგ. კბილის ექსტრაქცია. კოლოს ნაკბენმაც კი შეიძლება გამოიწვიოს უზარმაზარი ჰემატომა ანუ სისხლჩაქცევა კანქვეშ, კუნთებში, ახასიათებს ჰემართროზი ანუ სისხლჩაქცევა სახსრებში, რომელსაც თან ახლავს სახსრებში ძლიერი ტკივილი, შეშუპება, მოძრაობის შეზღუდვა, ჰიპერემია, სახსრების დეფორმაცია.

მკურნალობა. იკრძალება ინექციები კუნთებში, ენიშნება მხოლოდ ინტრავენური ინექციები, სისტემატური ჰემოტრანსფუზიები, ახალი პლაზმა, კონკრეტული შემადებებელი ფაქტორი, კრიოპლაზმა, ამინოკაპრონის მჟავა, დიცინონი. ადგილობრივად ვიყენებთ ჰემოსტატიკური ღრუბელს, თრომბინს, ადრენალინში, კალციუმქლორიდში, ქალის რძეში დასველებული ტამპონებს. ჰემართროზის დროს გარდა ამისა, ვაკეთებთ პუნქციას და სახსრიდან ამოგვაქვს სისხლი, ყინული სახსარზე, სახსრის იმობილიზაცია ელასტიური ბინტით.

გარდა ამისა, მკურნალობისთვის და ყველა ქირურგიული ჩარევის წინ უტარდება სპეციფიური გადასხმები ანტიჰემოფილიური პლაზმით, ანტიჰემოფილიური გამა-გლობულინით, მე-8, მე-9 ან მე-11 ფაქტორის გადასხმა , იმის მიხედვით , რომელი ფორმა აქვს ავადმყოფს.

ვერლჰოფის დაავადება ანუ თრომბოციტოპენიური პურპურა- ეტიოლოგია უცნობია, გვხდება ყველა ასაკობრივ ჯგუფში, კლინიკურად ახასიათებს სისხლჩაქცევები კანქვეშ, ლორწოვანა გარსებში, შინაგან ორგანოებში და ბუნებრივ ღრუებში, მაგ. თავის ქალაში, გულმკერდის და მუცლის ღრუში. სისხლჩაქცევებს აქვთ სხვადასხვა ზომა, ფერი. ახასიათებს პროფუზული სისხლდენები ცხვირიდან, ღრძილებიდან, სწორი ნაწლავიდან, საშვილოსნოდან და სისხლდენის სპონტანურობა. არ ახასიათებს ჰემართროზი, აღინიშნება სპლენომეგალია (ელენთის გადიდება) სისხლის ანალიზში ანემია, თრომბოციტოპენია (თრომბოციტების შემცირება) ნორმაში 250 000 – 350 000 ერთ. ან 55-65%. გახანგრძლივებულია სისხლდენის დრო , ნაცვლად 2-3 წუთისა 20-30 წუთი.. მკურნალობისთვის ამინოკაპრონის მჟავა, დიცინონი, იმუნოგლობულინი, ჰემოტრანსფუზია, თრომბოციტარული მასის გადასხმა, მძიმე შემთხვევებში ენიშნება ჰორმონები მაგ. პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი. სპლენექტომია, (ელენთის ამოკვეთა)

შონლაინ-ჰენოხის დაავადება ანუ ჰემორაგიული ვასკულიტი- ეტიოლოგია უცნობია, ხშირად ვათარდება სტრეპტოკოკული და ვირუსული ინფექციების შემდეგ. გვხდება უფრო სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში, უფრო მეტად ბიჭებში, ვიდრე გოგონებში. ამ დაავადებას ახასიათებს წვრილწინწკლოვანი სიმეტრიული სისხლჩაქცევები. მის მიმდინარეობაში არჩევენ შემდეგ ფორმებს 1)მარტივი ანუ კანის ფორმა, 2) კან-სახსროვანი, 3) კან-აბდომინალური და 4) შერეული. ძირითადი სიმპტომია სიმეტრიული სისხლჩაქცევები ,უფრო მეტად ქვემო კიდურებზე, დუნდულოებზე, წელზე, გულმკერდზე, თითის დაჭერით უფერულდება, ახასიათებს პოლიმორფულობა, ზოგჯერ სახსრებში აღინიშნება ტკივილი, ჰიპერემია, შეშუპება, ზიანდება სიმეტრიულად მსხვილი სახსრები, სახსრების დეფორმაცია არ ხდება.მუცლის ფორმის დროს აღინიშნება შეტევითი ტკივილები, განსაკუთრებით ჭიპის გარშემო, განავალი თხელია, ზოგჯერ მელენაა, (შავი განავალი , მასში სისხლის არსებობის

გამო.) არის გულისრევა, პირღებინება, მეტეორიზმი, (მუცლის შებერვა). ხშირია ნაწლავების ინვაგინაცია (ნაწლავების გადახლართვა), პერფორაცია, პერიტონიტი. ხშირად არის სიმპტომები თირკმელევის მხრივ: ჰემატურია, პროტეინურია.

სისხლის საერთო და შემადედეგელ სისტემაში არ არის ცვლილებები.

მკურნალობა. საჭიროა ფიზიკური დატვირთვის შემცირება, მწვავე პერიოდში წოლითი რეჟიმი, დიეტა: შეზღუდულია ცხოველური ცილები, მარილი, დაკონსერვებული პროდუქტი, სასარგებლოა რძემჟავა პროდუქტი, მაგ. მაწონი, კეფირი. მედიკამენტებიდან: ნახშირი, ანტიალერგიული პრეპარატები, მგ. სუპრასტინი, ტავეგილი, ალერტეკვი.ანტისპაზმური , მგ. ნომპა, სპაზგანი, ბარალგინი. ვიტ, C. მძიმე შემთხვევებში ჰორმონები- პრედნიზოლონი. ფიზიოთერაპიული პროცედურები.



საკონრტოლო კითხვები:

1. რა არის ანემია?
2. რა კლინიკური ნიშნები ახასიათებს რკინადეფიციტურ ანემიას.
3. რა ეწოდება სისხლით დაკარგვით გამოწვეულ ანემიას?
4. ანემიის მკურნალობა.
5. რა არის ჰემოფილია?
6. ჰემოფილიის სახეები.
7. რა არის ჰემართროზი?
8. ვერლჰოფის დაავადების დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები.
9. შონლაინ-ჰენოხის კლინიკური ფორმები.

მწვავე გლომერულონეფრიტი.

ეს არის ინფექციურ-ალერგიული დაავადება, რომლის დროსაც მიმდინარეობს თირკმელების გორგლოვანი აპარატის ანთება. მისი გამომწვევია A ჯგუფის ბეტა ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი და მას წინ უსწრებს 2-3 კვირით ადრე რომელიმე სტრეპტოკოკული ინფექცია, მაგ. ანგინა, ქუნთრუმა და სხვ. დაავადება ხშირია პატარა ასაკის ბავშვებში, უფრო მეტად ბიჭებში. კლინიკა. დაავადება იწყება მწვავედ, დაავადებას ახასიათებს სიმპტომები როგორც თირკმელების მხრივ ანუ რენალური, ასევე ექსტრარენალური ანუ არა თირკმლისმიერი. დაავადებას საწყის ეტაპზე ახასიათებს სისუსტე, უმადობა, მოდუნება, გულისრევა, პირღებინება, სიფერმკთალე, ზომიერი შეშუპებები, უფრო სახეზე, ქუთუთოებზე დილის საათებში. სუბფერული ტემპერატურა, არტერიული ჰიპერტენზია, თავის ტკივილი, ტაქიკარდია, წელის ტკივილი. გლომერულონეფრიტის დროს დადებითია პასტერნაცკის სიმპტომი, (მუშტის მსუბუქი მიკაკუნებით დამახასიათებელია მტკივნეულობა თირკმელების საპროექციო არეში), გლომერულონეფრიტის დროს ავადმყოფს აქვს დამახასიათებელი შესახედაობა შეშუპებული, ფერმკრთალი სახე, დაბერილი კისრის ვენები, შარდის მხრივ დამახასიათებელია: ოლიგურია (შარდის შემცირება), ჰემატურია (სისხლი შარდში), შარდს აქვს ხორცის ნარეცხის ფერი, ჰემატურია შეიძლება იყოს მაკრო და მიკროჰემატურია, პროტეინურია (ცილა შარდში), ცილინდრულია (ჩამოფრცქვნილი ცილინდრები შარდში), შეიძლება იყოს ლეიკოციტურია (ლეიკოციტების მომატება შარდში). გართულებები ხშირია, მაგრამ განსაკუთრებით საშიშია ანურია (შარდის არარსებობა), ანუ თირკმელების მწვავე უკმარისობა, ეკლამპსია, გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა. ანურიის დროს ვლინდება შარდის მკვეთრი შემცირება ან მისი სრულიად არარსებობა, მკვეთრი შეშუპებები, აზოტემია ანუ სისხლში მატულობს აზოტოვანი შლაკები, ვინაიდან არ ხდება მათი გამოყოფა თირკმელების ფუნქციის დაქვეითების გამო. ვითარდება აციდოზი, ანუ მჟავიანობისკენ გადახრა, არტერიული ჰიპერტენზია, გულისრევა, პირღებინება, ფაღარათი, ანემია, ვითარდება ცვლილებები ცნს-ის მხრივ და ბავშვი ვარდება ურემიულ კომაში. ეკლამპსიის დროს ხდება ტვინის სისხლძარღვების შევიწროვება და ვითარდება ტვინის შეშუპება, უეცრად ვითარდება გონების დაბინდვა, არტერიული ჰიპერტენზია, ტონურ-კლონური კრუნჩხვები, არ აღენიშნება გუგების რეაქცია სინათლეზე, კანი ციანოზურია, სუნთქვა არითმულია, ხმაურიანი, აქვს ქაფი პირში, უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია. შეტევა გრძელდება 30-40 წუთი და მეტიც, ახასიათებს რეციდივები, შეტევის შემდეგ ბავშვს არ ახსოვს გადატანილი, და შეიძლება ჰქონდეს მეტყველების დარღვევა, პარეზები, დამბლები. შეიძლება განვითარდეს სიკვდილი. გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობის დროს აღინიშნება ტაქიკარდია, ქოშინი, ღვიძლის სწრაფი გადიდება, ფილტვების შეშუპება და შეიძლება განვითარდეს სიკვდილი. საბოლოო დიაგნოზი ისმება სისხლის და შარდის საერთო ანალიზით, თირკმელების რენტგენოგრაფიით, ექსკოპიით, ზიმნიცკის სინჯით, შარდის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით, სისხლის ბიოქიმიური ანალიზით.

მკურნალობა: კომპლექსურია, მწვავე პერიოდში წოლითი რეჟიმი 2-3 კვირა მაინც. აუცილებელია დიეტა, არემლევა მარილი საერთოდ, იზღუდება სითხეები, ცილები, ენიშნება ბოსტნეული, ხილი, რძის პროდუქტი. ანთების საწინააღმდეგოდ ენიშნება ანტიბიოტიკები, ფართო სპექტრის: ციპროფლოქსაცილიბი, ცეფამედი, ცეფაზოლინი, როცეპინი და სხვ. ენიშნება შარდმდენები: ფუროსემიდი, ლაზიქსი, ტრიამპური და სხვ.

პიელონეფრიტი

პიელონეფრიტი არასპეციფიკური ინფექციურ - ანთებითი დაზიანებაა თირკმლის ქსოვილის(თირკმლის მენჯის და ფიალების). უფრო ხშირად გოგონები ავადდებიან ვიდრე ვაჟები. მისი გამომწვევია ნაწლავის ჩხირი, სტაფილოკოკი, პროტეუსი, სტრეფტოკოკი, ენტეროკოკი. პიელონეფრიტი შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი ფორმის მიხედვით. მიმდინარეობის მიხედვით : მწვავე და ქრონიკული. მწვავე პირველადი პიელონეფრიტი ხასიათდება ზოგადი მდგომარეობის გაუარესებით, ტემპერატურა 38⁰-39⁰, ბავშვი მოუსვენარია, აწუხებს უძილობა, უმადობა, ხდება უინტერესო, ჭირვეულობს და ხშირად ტირის . ყველა ეს სიმპტომები ვითარდება ისეთი დაავადების ფონზე, როგორც არის მწვავე რესპირატორული ინფექციები: პნევმონია, სეფსისი, ანგინა და სხვა. კლინიკაში აღინიშნება ინტოქსიკაციის ნიშნები, მაღალი ტემპერატურა, შემცივნება. სკოლის ასაკის ბავშვებში დადებითი პასტერნაცკის სინდრომი. დამახასიათებელია ხშირი მტკივნეული შარდვა, შარდის შეუკავლებლობა, სიყვითლე. სისხლში ლეიკოციტოზი, ედსი-ს აჩქარება, ანემია. შარდში ხანდახან ოლიგურია ან ხანმოკლე ანურია, უმნიშვნელო პროტეინურია, მკვეთრად გამოხატული ლეიკოციტურია. მწვავე მეორადი პიელონეფრიტი ხასიათდება მძიმე მიმდინარეობით და შეიძლება გადავიდეს ქრონიკულ პროცესში.

ქრონიკული პიელონეფრიტი დამოკიდებულია ფრომაზე (პირველადია თუ მეორადი), დაავადების სტადიაზე, პროცესის მიმდინარეობაზე. ქრონიკული პიელონეფრიტი შეიძლება იყოს ლატენტური მიმდინარეობის, ტალღისებური. ტალღისებური მიმდინარეობს მწვავედ. ახასიათებს დაზიანებული თირკმლის არეში ყრუ ტკივილი(როდესაც არის ცალმხრივი). როდესაც პროცესი ორმხრივია აღინიშნება დამახასიათებელი ტკივილი წელის არეში, პოლიურია, ანემია , ლეიკოციტოზი.

მკურნალობა: მწვავე პერიოდში წოლითი რეჟიმი, არ შეიძლება ფიზიკური დატვირთვა, საჭიროა დიეტის დაცვა. საკვებიდან უნდა გამოირიცხოს მწარე. მარილიანი შებოლილი საკვები. ძუძუმწოვარ ბავშვებში სასურველია ბუნებრივი კვება. ყველა ბავშვს ენიშნება ხილისა და ბოსტნეულის წვენები, მინერალური წყალი. მკურნალობაში გადამწყვეტია ანტიბიოტიკები, ვიტამინები სამკურნალო მცენარეები (მრავალმარღვა, სამედიცინო გვირილა) ნახარშის და ნაყენის სახით. კარგ შედეგს იძლევა სითბური პროცედურები.

შაქრიანი დიაბეტი

შაქრიანი დიაბეტი ენდიკრინული დაავადებაა, იგი ვითარდება პანკრეასის ანუ კუჭქვეშა ჯირკვლის, ლანგერჰასის კუნძულების β უჯრედების დაზიანების გამო და არ გამომუშავდება საკმარისი რაოდენობით ჰორმონი ინსულინი. ხშირია თავის ტკივილი, ადვილად დაღლა, სისუსტე, ცვლილებები შარდში , ღვიძლის დაზიანება თვალის მხრივ ცვლილებები, ტკივილები ქვემო კიდურებში , ბავშვთა დიაბეტს ახასიათებს მძიმე მიმდინარეობა, პროგრესირება, ნაკლებად ახასიათებს კანის ქავილი, ფურუნკულოზი, სისხლის საერთო ანალიზში შეიძლება იყოს ზომიერი ლეიკოციტოზი, ედს-ის აჩქარება, დამახასიათებელია ჰიპერგლიკემია ანუ სისხლში გლუკოზის მომატება, (ნორმაში სისხლში გლუკოზა არის 80-120 ერთ. ან 4,5-5,5 გ/ლ) შარდში შეიძლება იყოს გლუკოზურია ანუ შარდში შაქრის არსებობა, რაც ნორმაში არ არის .

შაქრიანი დიაბეტის დროს გართულებები ხშირია, მაგ: თვალის მხრივ: კატარაქტა, გლაუკომა, სისხლძარღვების შევიწროვება თირკმელების და ღვიძლის დაავადებები , განსაკუთრებით ხშირი და მძიმე გართულებაა ჰიპერგლიკემიური და ჰიპოგლიკემიური კომები.

ჰიპერგლიკემიური ანუ დიაბეტური კომა ვითარდება ინსულინის არასაკმარის დოზის ან გადაჭარბებული კვების დროს . ავადმყოფი თანდათანობით კარგავს გონებას, კანი მშრალია, ტემპერატურა ნორმალური, სუნთქვა ღრმა, რითმული, მადა მკვეთრად დაქვეითებული, გუგები შევიწროებული, პულსი ტაქიკარდიული, კუნთთა ტონუსი და თვალის კაკლების ტონუსი დაქვეითებულია, პირიდან აცეტონის სუნი აქვს , ახასიათებს ჰიპერგლიკემია და გლუკოზურია.

ჰიპოგლიკემიური კომა ვითარდება ინსულინის გადამეტებული დოზის მიცემისას ან ინექციის შემდეგ არასაკმარისი საკვების მიღებისას. ამ კომის დროს დამახასიათებელია გონების უეცარი დაკარგვა, T დაქვეითებულია , კანი სველი, ოფლიანი, სუნთქვა ზედაპირული, გუგები გაფართოებული, აქვს კრუნჩხვები, ტრემორი, სისხლში ჰიპოგლიკემია, შარდში შაქარი არ არის , აცეტონის სუნი არ აქვს.



მკურნალობა: დიაბეტის სამკურნალოდ მნიშვნელოვანია რეჟიმის დაცვა , დიეტა, როცა რაციონში გამორიცხულია ნახშირწყლები, შეზღუდულია ცხიმები, შაქრის ნაცვლად ეძლევათ სორბიტი , ქსილიტი. ფიზიკური დატვირთვა და სპორტი არ არის რეკომენდირებული. მედიკამენტებიდან მალინინი, დიაბეტონი, ძირითადად უტარდება ინსულინოთერაპია, რომელიც

არეგულირებს გლუკოზის დონეს სისხლში შედეგად ირღვევა ნივთიერებათა ცვლა, კერძოდ ნახშირწყლოვან ცვლად და სისხლში მატულობს გლუკოზის დონე. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს მემკვიდრეობითობა, სტრესები, ტრამვები მუცლის და თავის არეში , გადაჭარბებული კვება და სხვა.



საკონტროლო კითხვები:

1. რა არის გლომერულონეფრიტი?
2. რა ცვლილებებია ლაბორატორიულად გლომერულონეფრიტის დროს?
3. პიელონეფრიტის კლინიკური სიმპტომები.
4. პიელონეფრიტის მკურნალობა.
5. შაქრიანი დიაბეტის ეტიოლოგია
6. ჰიპოგლიკემიური კომის მიზეზები.
7. განსხვავება ჰიპერგლიკემიურ და ჰიპოგლიკემიურ კომებს შორის.

ტუბერკულოზი

ტუბერკულოზის გამომწვევი მიეკუთვნება უმარტივეს ორგანიზმებს - აქტინომიცეტებს. ულტრაიისფერ სხივებზე სწრაფად ილუპებიან . არჩევენ ოთხი ტიპის მიკობაქტერიებს: ადამიანის, ხარის, ჩიტის, თავის დასნებოვნების გზებია : კვებითი აეროგენული, კანისმიერი.

ადრეული ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია -იგულისხმება ორგანიზმის ფუნქციონალური დარღვევით და პირველად ბავშვის სიცოცხლისას დადებითი ტუბერკულინური სინჯით (ვირაჟი) -პირვეს კანის სინჯი, მანტუს კანქვეშა სინჯი, კოხის კანქვეშა სინჯი. იქამდე კი ბავშვს აღენიშნება თავის ტკივილი , დაღლილობა, უმადობა, გაღიზიანებადობა, სუბფებრილური ტემპერატურა , მოუსვენარი ძილი. ასეთ ბავშვებში შეინიშნება სიფერმკრთაღე, ცვლილებები ლიმფური კვანძების მხრივ. შარდში პროტეინულია , ერთროციტები მხედველობის არეში ლეიკოციტურია, ტაქიკარდია, გულის

მწვერვალზე სისტოლური შუილი. მკურნალობა ტარდება პირველი რიგის პრეპარატებით- ტუბაზიდი, პასკი 6 თვის განმავლობაში. შემდეგ დისპანსერული მეთვალყურეობა.

ქრონიკული ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია-თუ ტუბერკულოზური ინტოქსიკაციის სიმპტომები დადებითი მანტუს რეაქცია გრძელდება 1-1,5 წელი, გვაქვს ქრონიკული ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია., რომელის ხასიათდება შემდეგი ნიშნებით: 1) ზრდაში და წონაში ჩამორჩენა, 2) კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის ძვლების და კუნთების სუსტი განვითარება, 3) გულმკერდის მოგრძო ფორმა, 4) უმადობა, 5) სუბფებრილური ტემპერატურა, ზოგჯერ 38⁰- მდე, 6) დადებითი კანის სინჯი, 7) პერიფერიული ლიმფური კვანძები მრავლობითია და გადიდებული, 8) ცვლილებები ნერვული სისტემის მხრივ, 9) სისხლში ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ანემია, 10) ანამნეზში ხანგრძლივი კონტაქტი დაავადებულთან.

მკურნალობა ტარდება პირველი რიგის პრეპარატებით: სტრეპტომიცინი, ტუბაზიდი, პასკი 1-2 თვე, შემდეგ ტუბაზიდი და პასკი 3-4 თვე, შემდეგ დისპანსერული მეთვალყურეობა 2-3 წელი.

ტუბერკულოზის ფორმები იყოფა სამ ჯგუფად : 1) ბავშვთა და მოზარდთა ტუბ. ინტოქსიკაცია ; 2) სასუნთქი ორგანოების ტუბერკულოზი; 3) სხვადასხვა ორგანოს და სისტემის ტუბერკულოზი- ტვინის გარსების და ცნს-ის ნაწლავის, კანის, ძვლების, საშარდე ორგანოების, თვალის და სხვა ტუბერკულოზი.

პროფილაქტიკა- საყოფაცხოვრებო პირობების გაუმჯობესება, სწორი კვება, სუფთა ჰაერი, ფიზიკური წრთობა, კურორტზე გაყვანა, ტუბერკულოზიანი ავადმყოფებისაგან იზოლირება, ბცქ ვაქცინაცია. წამყვანი მნისვნელობა აქვს ქიმიო პროფილაქტიკას: გამოიყენება ტუბაზიდი.

მკურნალობა: სათანადო რეჟიმი, სრულფასოვანი კვება, აერო თერაპია, (იგულისხმება დღე და ღამ ღია ჰაერზე ყოფნა, გრძელდება 1-2 თვე, კლიმატო თერაპია: აბასთუმანი, ცემი, წალვერი. პრეპარატები და გამოიყენება ფტივაზიდი, ტუბაზიდი , მეტაზიდი. ასევე პასკი, მინერალურ წყალთან ან რძესთან ერთად. ეს არის პირველი რიგის პრეპარატები, მეორე რიგის პრეპარატებიდან (სარეზერვო პრეპარატები) გამოიყენება ციკლოსერინი, კანამიცინი. პარალელურად ინიშნება ვიტამინები, კორტიკოსტეროიდები, დამამშვიდებელი საშუალებები.

ჰელმინთოზები

ჰელმინთოზები ეს არის პარაზიტული ჭიების ინვაზიით გამოწვეული პათოლოგიური პროცესები. არსებობს ადამიანის ჰელმინთების სამი ჯგუფი : 1) მრგვალი ჭიები ანუ ნემატოდები. 2) ბრტყელი ჭიები ანუ ცესტოდები. 3) მწოველები ანუ ტრამატოდები. კლინიკური სიმპტომების სამი ჯგუფია: ინტოქსიკაცია ალერგიული გამოვლინება და ლოკალური ცვლილებები ცალკეულ ორგანოში.

ასკარიდოზი- მას იწვევს ნემატოდების კლასის ჭია. მისი გავრცელების წყაროა დასნეობვებული ადამიანი , რომელიც განავალთან ერთად გამოყოფს ასკარიდების კვერცხებს , რომლებიც ხვდება ბავშვის ორგანიზმში ჭუჭყიანი ხელების , ბოსტნეულის , წყლის სათამაშოების საშუალებით. პირის ღრუდან ნაწლავში მოხვედრილი კვერცხი იცილებს გარსს და განთავისუფლებული ლარვა, ვიდრე სქესობრივი მომწიფების სტადიას მიაღწევს , გახვრეტს ნაწლავს და გადადის სისხლში, საიდანაც სისხლის ნაკადით განმეორებით ხვდება პირის ღრუში, იქიდან ნერწყვთან ერთად კი ნაწლავებში. პათოგენეზში არჩევენ მიგრაციის და ნაწლავში პარაზიტობის სტადიას

კლინიკა: მიგრაციის სტადიაში საყურადღებოა ალერგიული გამოვლინება, ამას ზოგჯერ ერთვის საერთო სისუსტე, მადის დაქვეითება, ნერწყვდენა, ხველა, ტკივილი მუცელში, ბრონქიტი, პნევმონია(იშვიათად) . ნაწლავში პარაზიტობის სტადიაში აღინიშნება სიმპტომები ნერვული სისტემის მხრივ: გაღიზიანებადობა, უძილობა, მეხსიერების დაქვეითება, იშვიათად კრუნჩხვები .

მკურნალობა:ყველაზე ეფექტურია პიპერაზინი, ლევამიზოლომი,კომბანტრინომი, ჟანგბადი.

ტრიქოცეფალოზი- მისი გამომწვევი პარაზიტობს მსხვილ ნაწლავში და იკვებება ნაწლავებიდან გამოწოვილი სისხლით. ინვაზია ხდება პირის ღრუდან ჭუჭყიანი ხელებით, საკვებით წყლით და სხვა.

კლინიკა: ალერგიული სიმპტომები სუსტად არის გამოხატული. ზიანდება კუჭ - ნაწლავის სისტემა. აღინიშნება უმადობა, კანის სიფერმკრთალე, ტკივილი მუცელში ენტეროკოლიტის, აპენდიციტის, წყლულოვანი დაავადების ნიშნები, ასევე ლებინება, ნერწყვის დენა, იშვიათად კრუნჩხვები, ცნობიერების დაკარგვა.

მკურნალობა: გამოიყენება ნიფტამონი,დიფეზილომი ოქსიგენოთერაპია- ჟანგბადიშეჰყავთ სწორ ნაწლავში.

ენტერობიოზი-იწვევს ნემატოდების წარმომადგენელი. ბინადრობს წვრილ და მსხვილ ნაწლავში. დაავადების წყაროა დაავადებული ბავშვი. პარაზიტი გადადის ჭუჭყიანი ხელებით, ტანსაცმლით, მტვერით. პარაზიტის ფიქსაციის არეში აღინიშნება ჰიპერემია, ანთება დაწყულეობა, მეორადი ინფექცია.

კლინიკა: ქავილი უკანა ტანის არეში, უმადობა, ტკივილი მუცელში,თავბრუსხვევა თავის ტკივილი, უძილობა. კლინიკური ნიშნების მიხედვით არჩევენ დაავადების ნაწლავურ და ნერვულ ფორმას.

მკურნალობა: ბავშვის თითების ჰიგიენა, თეთრეულის ხშირი ცვლა. მედიკამენტებიდან: პიპერაზინი, ქავილის დასაწყნარებლად ნოვოკაინში დასველებული ბამბა ან კორტიზონის მაღამო, ოქსიგენოთერაპია.

ექინოკოკი-მისი გამომწვევია ერთი ან მრავალკამერიაში ექინოკოკი. ექინოკოკი ძალიან მძიმე დაავადებაა. ადამიანი ავადდება უპირატესად ძაღლებთან კონტაქტის შემთხვევაში, როდესაც მათ ბალანში არის პარაზიტის კვერცხები. ნაწლავებიდან ექინოკოკი შეიჭრება სისხლში, შემდეგ დაიბუდებს რომელიმე ქსოვილში ან ორგანოში.

კლინიკა: ტოქსიკური და ალერგიული გამოვლინებების გარდა, აღინიშნება ადგილობრივი ცვლილებებიიმის მიხედვით თუ სად არის პარაზიტის ლოკალიზაცია (ღვიძლში, ფილტვებში, ტვინში). მკურნალობა ქირურგიულია.



საკონტროლო კითხვები:

1. ტუბერკულოზის კლინიკა.
2. რა პრეპარატებით მკურნალობენ ტუბერკულოზს.
3. როგორია ასკარიდოზის კლინიკა.
4. სად ბინადრობს ენტერობიოზის გამომწვევი
5. როგორ მკურნალობენ ექინოკოკს

წითელა

წითელა *rubeola* - მწვავე ვირუსული დაავადება, გადაცემის ჰაერ-წვეთოვანი გზით; ხასიათდება ცხელებით, ინტოქსიკაციით, სასუნთქი გზების კატარითა და ლაქოვან – პაპულოზური გამონაყრით, არაჰიპერემიულ კანზე.

წითელა – ეპიდემიოლოგია. ინფექციის წყაროა ავადმყოფი, რომელიც განსაკუთრებით საშიშია დაავადების ადრეულ, კატარალურ პერიოდში. ინფექციის გადაცემა ხდება ჰაერ – წვეთოვანი გზით. ერთეული (სპორადული) შემთხვევების გარდა, შესაძლებელია დაავადების აფეთქება. წითელათი უზშირესად ავადდებიან ბავშვები; მოზრდილებს დაავადება აღინიშნება იშვიათად.

წითელა – ეტიოლოგია. გამომწვევი მიეკუთვნება პარამიქსოვირუსებს, რომელიც სწრაფად ინაქტივირდება გარემოში.



წითელა- კლინიკური სურათი. ინკუბაციური პერიოდი 9 – 11 დღეა. პროდრომულ ან კატარალურ პერიოდში ტემპერატურა მატულობს 38,5 – 39 გრადუსამდე, ვითარდება სინათლის შიში, კონიუნქტივტი, სურდო, მშრალი მყეფავი ხველა; ავადმყოფის სახე ჰიპერემიულია. კატარალური პერიოდის მე – 2 – მე – 3 დღეს შეიძლება გამოვლინდეს კოპლიკ ფილატოვ –

ბელისკის სიმპტომი: ლოყის ლორწოვან გარსზე, განსაკუთრებით კარიესული კბილების პირდაპირ, წვრილი, მოთეთრო, ზედაპირიდან ამოწეული წერტილების გაჩენა; ლორწოვანის აღნიშნული ცვლილება მოგვაგონებს მასზე ქინძისთავის მრავლობით ნაჩხველტებს. აღნიშნული სიმპტომი წარმოადგენს დიაგნოზის აბსოლიტურად ზუსტ მტკიცებულებას. კატარალური პერიოდის მე – 3 დღიდან მაგარ სასაზე ვითარდება ჰიპერემია და გაფაშრება. წითელას მიმდინარეობის მესამე პერიოდი – გამონაყრის პერიოდი – იწყება დაავადების მე – 4 დღეს, მას თან სდევს ტემპერატურის მნიშვნელოვანი მომატება (39,5 – 40,50 C) და კანზე დამახასიათებელი მსხვილლაქოვანი წითელას გამონაყრის გაჩენა.



თავდაპირველად გამონაყარი ვრცელდება სახის კანზე და ყურების უკან, მე – 2 დღეს გამონაყარი ვრცელდება სხეულის ზედაპირზე და ზედა კიდურების უბნებზე; მე – 3 დღიდან გამონაყარი ვლინდება ქვედა კიდურებზეც. გამონაყარი შედგება 3 – 4 სმ დიამეტრის, მუქი ვარდისფერი, ზედაპირიდან ამოწეული მრგვალი ლაქებისგან, ადგილ – ადგილ გამონაყარი შეიძლება გახდეს შერწყმისადმი მიდრეკილი, თუმცა მაინც ინარჩუნებს თავის ლაქოვან – პაპულოზურ ხასიათს. კატარალური პერიოდის დასაწყისში აღინიშნება ლეიკოციტოზი ნეიტროფილოზით. გაურთულებელი წითელას დროს, გამონაყრის პერიოდის მე – 4 დღეს, ტემპერატურა ნორმას უბრუნდება ან ჩამოდის სუბფებრილურ ციფრებამდე, იწყება გამონაყრის გაქრობა სახეზე, შემდეგ სხეულზე და ყველაზე გვიან კიდურებზე. მის ადგილას რჩება უმნიშვნელო პიგმენტაცია, აღინიშნება მცირე აქერცვლა.



წითელა – გართულებები იშვიათია, შეიძლება იყოს ბრონქიტი, პნევმონია,, ლარინგიტი, ოტიტი, ბლევარიტი და სხვა. გადატანილი დაავადება ტოვებს მყარ იმუნიტეტს.



წითელა – დიაგნოზი. დაავადების ამოცნობა ხდება ეპიდემიოლოგიური მონაცემების, კატარული პერიოდის გათვალისწინებით კლინიკური სურათის, – კოპლიკ-ფილატოვ ბელინსკის დადებითი სიმპტომის (აღინიშნება შემთხვევათა 80 – 85% – ში), მოგვიანებით სტადიაზე კი კანზე გამონაყრის თანმიმდევრობის საფუძველზე. წითელა – მკურნალობა. ძირითადია წოლითი რეჟიმი, ჰიგიენის დაცვა, სიმპტომატური საშუალებები.

ბაქტერიული წარმოშობის გართულებების დროს - ანტიბიოტიკები. ნეცეფალიტის მკურნალობა ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაცია ხორციელდება კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური ჩვენების მიხედვით. სიკვდილის შემთხვევები წითელას დროს ძალზე იშვიათია და აღინიშნება ძირითადად წითელასმიერი ენცეფალიტის დროს.

წითელა – პროფილაქტიკა. ბავშვებში აქტიური იმუნიზაცია ტარდება; წითელით დაავადებულის იზოლირება საჭიროა არანაკლებ 5 დღით, გამონაყრის გაჩენიდან; დეზინფექციასაჭირო არ არის.

წითურა rubella

წითურა – მწვავე ვირუსული ინფექციური დაავადება, რომელიც გადაეცემა ჰაერ-წვეთოვანი გზით; ხასიათდება ხანმოკლე ცხელებით, ლაქოვანი გამონაყრით არა ჰიპერემიულ კანზე და კისრის უკანა და კეფის ლიმფური კვანძების შესიებით.

წითურა – ეტიოლოგია. ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი, განსაკუთრებით დაავადების დაწყებიდან პირველი 5 დღის განმავლობაში. ინფექცია გადაეცემა ჰაერ – წვეთოვანი გზით. უზშირესად ავადდებიან ბავშვები 4 – დან 10 წლამდე. განსაკუთრებით სახიფათოა წითურათი ორსულის დასნებოვნება, რამეთუ ეს იწვევს ნაყოფის დაზიანებასა და თანდაყოლილი სიმახინჯეების განვითარებას.

წითურა – პათოგენეზი. ვირუსი ორგანიზმში ხვდება ცხვირ – ხახის ლორწოვანი გარსიდან და ვრცელდება სისხლით, რასაც მიყვავართ გამონაყრის განვითარებამდე და ლინფადენიტებამდე. განსაკუთრებით დამახასიათებელია კეფის მიდამოს ლინფადენიტები.



წითურა – კლინიკური სურათი. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 16-20 დღე. დაავადების დასაწყისში

აღინიშნება სხეულის ტემპერატურის მომატება (37,7 – 38,5), სურდო, უმნიშვნელო მშრალი ხველა, კონიუნქტივიტი; დაავადებულის განწყობილება დამაკმაყოფილებელია. ტიპური ადრეული სიმპტომია კისრის უკანა, კეფის და სხვალმფური კვანძების შესიება. სხეულის ტემპერატურის მატებასთან ერთად ჩნდება ღია ფერის წითელი ეგზანთემა; გამონაყარი ვლინდება დაავადების 1 – ლი დღის ბოლოს ან მე – 2 – 3 დღეს; იგი შედგება წვრილლაქოვანი როზეოლური ელემენტებისგან, რომლებიც ზედაპირიდან ამოწეულები არ არიან, განლაგებულნი არიან სახეზე და 15 – 20 საათის განმავლობაში სწრაფად, რაიმე თანმიმდევრობის გარეშე, ვრცელდებიან მთელ სხეულზე. 2 – 3 დღის შემდეგ გამონაყარი უკვალოდ ქრება, პიგმენტაციის გარეშე. როგორც წესი, ავადმყოფი თავს ცუდად არ გრძობს; არაიშვიათად წითურას ინფექცია მიმდინარეობს ფარულად



წითურა - გართულებები. პოსტნატალური პერიოდის დროს ძალზე იშვიათია ვირუსს შეუძლია შერჩევითად დააზიანოს ემბრიონალური ქსოვილი. ორსულებში ნაყოფის განვითარების დარღვევები ვლინდება მე – 3 – 16 კვირაზე დასნებოვნების შემთხვევაში. მუცელშიგა დასნებოვნებისას ნაყოფი იღუპება ან მას უვითარდება ქრონიკული წითურასმიერი ინფექცია, სხვადასხვა ორგანოების დაზიანებითა და მუცელშიგა მანკების ჩამოყალიბებით (მიკროცეფალია, სიყრუე, კატარაქტა, გულის მანკები და სხვ.); მუცელშიგა დასნებოვნებისას ორგანოგენეზის დამთავრების შემდეგ ვითარდება ფეტოპათიები (ანემია, თრომბოციტოპენიური პურპურა, ჰეპატიტი, ძვლების დაზიანებები და სხვ.). ასეთ ბავშვებში აღინიშნება ვირუსის ხანგრძლივი პერსისტენცია. განსხვავებით წითელასგან, წითურას დროს უმრავლეს შემთხვევაში ადგილი არ აქვს კატარალურ პერიოდს, არ არის ფილატოვ-კოპლიკის ლაქები, არ აღინიშნება გამონაყარის გამოხატული ეტაპურობა, გამონაყარი გაცილებით უფრო მკრთალია, ლაქები ერთმანეთს არ ერწყმის და არ ტოვებს პიგმენტაციასა და აქერცვლას.



წითურა – პროფილაქტიკა. განსაკუთრებული მოფრთხილება ესაჭიროებათ ორსულ ქალებს, რომლებსაც არ გადაუტანიათ წითურა. კონტაქტის შემთხვევაში რეკომენდებულია ჰიპერიმუნური გამაგლობულინის (20 მლ-მდე) შეყვანა ორსულებში. თუკი ორსული ქალი დაავადდა წითურათი, ორსულობის პირველ 3 თვეს ნაჩვენებია მისი შეწყვეტა; შემუშავებულია აგრეთვე აქტიური იმუნიზაციის მეთოდი.

ქუნთრუმა Scarlatina

ქუნთრუმა - მწვავე ჰაერ-წვეთოვანი ინფექცია; ავადდებიან უპირატესად 10 წლამდე ასაკის ბავშვები; მიმდინარეობს ცხელებით, ზოგადი ინტოქსიკაციით, ანგინითა და წვრილ წერტილოვანი გამონაყრით ჰიპერემიულ კანზე. დაავადება მატულობს შემოდგომა-ზამთრის თვეებში.

ქუნთრუმა - ეტიოლოგია, პათოგენეზი. გამომწვევია A ჯგუფის ბეტა-ჰემოლიზური ტოქსიკოგენური სტრეპტოკოკი, რომელიც იზუდებს ცხვირ-ხახაში, იშვიათად კანში და იწვევს ადგილობრივ ანთებით ცვლილებებს (ანგინა, რეგიონალური ლიმფადენიტი).



ქუნთრუმა - სიმპტომები, მიმდინარეობა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 5-7 დღე. დაავადება იწყება მწვავედ; მატულობს სხეულის ტემპერატურა, ვლინდება სისუსტე, თავის ტკივილი, ტკივილი ყლაპვის დროს. პატარა ბავშვებში, არც თუ იშვიათად, ვლინდება ერთჯერადი ან განმეორებითი ღებინება. ბავშვები უარს ამბობენ საკვების მიღებაზე და ჭირვეულობენ. ტიპური და მუდმივი სიმპტომია ანგინა, რომელიც ვლინდება რბილი სასის მკვეთრი ჰიპერემიით, ნუშურების გადიდებით, რომელთა ლაკუნებში ან ზედაპირზე არაიშვიათად წარმოიქმნება ნადები. ლიმფური კვანძები გადიდებული და მტკივნეულია. ხშირია ღებინება, ზოგჯერ მრავალჯერადი. პირველ, იშვიათად, მეორე დღეს მთლიან სხეულზე ჩნდება მკვეთრი ვარდისფერი ან წითელი წვრილწერტილოვანი გამონაყარი. ცხვირ-ტუჩის სამკუთხედი ფერმკრთალია („ქუნთრუმისებრი სამკუთხედი“) (ფილატოვის თეთრი სამკუთხედი); აღინიშნება თეთრი დერმოგრაფიზმი; კიდურების მომხრელებში ხშირია წერტილოვანი სისხლჩაქცევები.



გამონაყარი რჩება 2-დან 5 დღემდე, შემდეგში კი ფერმკრთალდება; სხეულის ტემპერატურა თანდათანობით ქვეითდება. დაავადების მეორე კვირას იწყება კანისაქერცვლა; ენა თავდაპირველად ნადებითაა დაფარული, მე - 3 - მე - 4 დღეს ნადები ქრება და ენა ღებულობს ძალიან დამახასიათებელ შესახედაობას. მის წვერზე ჩანს ამობურცული დვრილები, ხოლო თვითონ ენა ღებულობს ღია წითელ ფერს („ჟოლოსებრი ენა“).



ქუნთრუმას მსუბუქი ფორმის დროს ინტოქსიკაცია სუსტადაა გამოხატული, ცხელება და დაავადების ყველა დანარჩენი გამოვლინებები ქრება მე-4-5 დღეზე. ეს არის ქუნთრუმას თანამედროვე მიმდინარეების ყველაზე ხშირი ვარიანტი. საშუალო სიმძიმის ფორმა ხასიათდება ყველა სიმპტომის უფრო ძლიერი გამოხატულებით, მათ შორის ინტოქსიკაციის მოვლენების; ცხელების პერიოდი გრძელდება 5-7 დღე. მძიმე ფორმა ამჟამად ძალზე იშვიათია და გვხვდება ორ ძირითად ვარიანტად: ტოქსიკური ქუნთრუმა ინტოქსიკაციის მკვეთრად გამოხატული მოვლენებით (მაღალი ცხელება, ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება – გონების დაბინდვა, ხოლო ადრეული ასაკის ბავშვებში კრუნჩხვები, მენინგეალური ნიშნები), ხახისა და კანის მხრივ ყველა სიმპტომები მკაფიოდაა გამოხატული; მძიმე

სეპტიკური ქუნთრუშა ნეკროზულიანგინით, რეგიონალური ლიმფური კვანძების მძაფრი რეაქციითა და ხშირი სეპტიკური გართულებებით; ხახაში ნეკროზები შესაძლებელია განლაგებული იყოს არა მხოლოდ ნუშურებზე, არამედ რბილი სასისა და ხახის ლორწოვან გარსზეც. ტოქსიკურ-სეპტიკური ქუნთრუშა ხასიათდება მძიმე ფორმის ამ ორი ვარიანტის სიმპტომების შერწყმით. დაავადების ატიპურ ფორმას მიეკუთვნება წაშლილი ქუნთრუშა, რომლის დროსაც ყველა სიმპტომი გამოხატულია სუსტად, ზოგიერთი კი საერთოდ არ ვლინდება.



ქუნთრუშა - გართულებები. გლომერულონეფრიტი (ძირითადად მე-3 კვირაზე), სინოვიტი, ე. წ. ინფექციური გული, იშვიათად მიოკარდიტი. სეპტიკური კომპონენტის დროს შესაძლებელია წარმოიქმნას ჩირქოვანი გართულებები: ლიმფადენიტი, ადენოფლეგმონა, ოტიტი, მასტოიდიტი, სინუსიტი, სეპტიკოპიემია. შესაძლებელია პნევმონიის გავითარება.



ქუნთრუშა - მკურნალობა. შესაბამისი პირობების არსებობისას თერაპია ტარდება ბინაზე. ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაცია საჭიროა მძიმე და გართულებული ფორმების დროს, ასევე ეპიდემიოლოგიური ჩვენებით. წოლითი რეჟიმი 5-6 დღის განმავლობაში. დიეტა მრალალფეროვანი, ვიტამინებით მდიდარი საკვებით, ჰიგიენური პირობების დაცვა. ტარდება ანტიბიოტიკოთერაპია: სეპტიკური ფორმის დროს ნაჩვენებია ინტენსიური ანტიბიოტიკოთერაპია. გართულებების მკურნალობა ტარდება ჩვეულებრივი მეთოდებით. პროგნოზი კეთილსაიმედოა. პროფილაქტიკა. საჭიროა ავადმყოფის იზოლაცია ბინის პირობებში ან მისი ჰოსპიტალიზაცია 10 დღით.

ჩუტყვავილა chickenpox

ჩუტყვავილა - მწვავე ვირუსული დაავადებაა; გადაეცემა ჰაერ-წვეთოვანი გზით; განსაკუთრებით ხშირია ბავშვთა ასაკში და ხასიათდება ცხელებით, პაპულურ-ვეზიკულური გამონაყრით, კეთილთვისებიანი მიმდინარეობით. ჩუტყვავილა - ეტიოლოგია. ჩუტყვავილას გამომწვევი მიეკუთვნება ჰერპესის ჯგუფის ვირუსებს, რომლებიც არამდგრადნი არიან გარემოში. ჩუტყვავილა - ეპიდემიოლოგია. ინფექცია უპირატესად გადაეცემა ჰაერ - წვეთოვანი გზით. ავადმყოფი დასნებოვნებულია ინკუბაციის პერიოდის ბოლოდან ქერქის სრულ მოცილებამდე. გამონარყის ადგილას, ქერქების წარმოქმნის შემდეგ, გამომწვევი გადაეცემა კონტაქტური გზითაც. დაავადება ძალიან გადამდებია, განსაკუთრებით ადრეულ პერიოდში. ბინაში, ბავებში ან საბავშვო ბაღებში თუნდაც ერთი ავადმყოფის გაჩენისთანავე, ყველა იქ არსებული ბავშვი უნდა ჩაითვალოს დასნებოვნებულად. საბავშვო დაწესებულებებში ცხადდება 21 დღიანი კარანტინი,



ჩუტყვავილა - კლინიკური სურათი. ინკუბაციური პერიოდის ხანგრძლივობა - 11 - დან 21 დღემდე (საშუალოდ 15 - 17) დღე. უხშირესად დაავადება იწყება მწვავედ - ტემპერატურის მომატებით 38 - 39 გრადუსამდე, პირველი გამონაყარი ჩნდება თმის ნაწილზე, შემდგომ სხეულის სხვადასხვა მონაკვეთზე, უპირატესად ტანზე,

ვითარდება საკმაოდ ხშირი გამონაყარი, მრგვალი ფორმის, 1 – 3 მმ დიამეტრის, მოვარდისფრო ლაქების სახით; ასეთივე გამონაყარი ვლინდება ცხვირხახის და ხახის ლორწოვანზე.

შემდგომ ეს გამონაყარი გარდაიქმნება ერთკამერიან ბუშტუკებად, რომელიც შეიცავს გამჭვირვალე შიგთავს; თითოეული ბუშტუკის (ვეზიკულის) გარშემო ვითარდება ვიწრო წითელი ქობა (ჰიპერემული კანის ან ლორწოვანი გარსის არშია). ემსგავსება ჩვეულებრივი ყვავილის დროს განვითარებულ ელემენტებს. უკვე მე – 2 დღეს ბუშტუკები სკდება ან ავადმყოფი თვითონ იცლის ფრჩხილებით, შიგთავსი შრება, ხმება, რის შედეგადაც კანზე წარმოიქმნება მშრალი, მუქი – მონაცრისფრო ქერქები. დამახასიათებელია გამონაყრის პოლიმორფიზმი: კანზე და ლორწოვანზე ბუშტუკების და ქერქების ერთდროული არსებობა. 5 – 7 დღის განმავლობაში შესაძლოა აღინიშნებოდეს ახალი ბუშტუკების წარმოქმნა. ცხვირხახის, ხორხის, ქუთუთოების კონიუნქტივის ლორწოვან გარსებზე ბუშტუკები ადვილად სკდება, რაც წარმოადგენს მეორადი ინფექციის განვითარების საშიშროებას.



ჩუტყვავილა - გართულებები. იშვიათია: აბსცესები, ფლეგმონები, პნევმონიები, ენცეფალიტები. ჩუტყვავილა - მკურნალობა. ავადმყოფის ჰიგიენური ნორმების დაცვა; მეორადი ინფექციის პროფილაქტიკა; ვეზიკულებს ამუშავებენ კალიუმის პერმანგანატის 1-2%-იანი ხსნარით, ბრილიანტის

მწვანის 1%-იანი ხსნარით; გამოიყენება აგრეთვე ინდიფერენტული მაზები , ანტიჰისტამინური საშუალებები.



საკონტროლო კითხვები:

1. წითელას ძირითადი ნიშნები.
2. როგორია წითურას გამონაყარი?
3. ქუნთრუმას გამომწვევი.
4. ქუნთრუმას გართულებები
5. დიფერენციალური დიაგნოზი წითელას, წითურას და ქუნთრუმას შორის.
6. როგორი გამონაყარი ახასიათებს ჩუტყვავილას?
7. დაახასიათეთ ჩუტყვალილას ბუშტუკი.
8. ჩუტყვალილას მკურნალობა.

ცივანახველა pertussis

ცივანახველა – მწვავე ინფექციური დაავადებაა, მიეკუთვნება ჰაერ-წვეთოვან ინფექცია ხასიათდება სპაზმური ხველის შეტევებით. ცივანახველა ძირითადად აღინიშნება ადრეული ასაკისა და სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში. ცივანახველის ეპიდემიოლოგია. ცივანახველის ინფექციის წყაროა ავადმყოფი, რომელიც იმყოფება დაავადების ადრეულ (კატარალურ) ფაზაში. ცივანახველა გადაეცემა ჰაერ – წვეთოვანი გზით. ცივანახველათიხშირად ავადდებიან ბავშვები, განსაკუთრებით 2 – 4 წლის ასაკში. დაავადებულ და ჯანმრთელ ბავშვებს შორის ახლო კონტაქტი, შეჯგუფება, ხელს უწყობს ინფექციის გავრცელებას. აღინიშნება ცივანახველის როგორც ერთეული (სპორადული) შემთხვევები, ასევე აფეთქებები. ცივანახველის განვითარების ალბათობა მატულობს წელიწადის ცივ და ნესტიან დროს. ცივანახველის გამომწვევია ბორდე-ჟანგუს ჩხირი, გრამუარყოფითი ჩხირი, რომელიც ნაკლებად მდგრადია გარემოში. ცივანახველის სიმპტომები, მიმდინარეობა. ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ შეადგენს 5 – 7 დღეს. დაავადება იწყება საერთო სისუსტით, შეუძლოდ ყოფნით, ხმის ჩახლეჩით, სურდოთი და ხველებით. კატარალური მოვლენები ვითარდება 4 – 5 დღის განმავლობაში; მშრალი ხველა ფილტვებში დიდი რაოდენობით მშრალი ხიხინებით ტემპერატურის უმნიშვნელო მომატებასთან ერთად შეიძლება აღინიშნებოდეს 8 – 10 დღის განმავლობაში და უფრო მეტ ხანსაც. მოგვიანებით ვითარდება დაავადების სპაზმური სტადია; ხველის შეტევას თან სდევს სუნთქვის შეკავება, ვლინდება რამდენიმე სპაზმური ხველის ბიძგები. ამის შემდეგ დგება ხანმოკლე პაუზა და ღრმა ჩასუნთქვა; შემდგომ ვითარდება შემაწუხებელი, სპაზმურ ხველის შეტევა, ავადმყოფის სახე შეშუპებულია, ჰიპერემიულია, ზოგჯერ მოცისფრო ელფერით. გაძლიერებულ ჩასუნთქვას თან სდევს ენის მნიშვნელოვნად წინ გამოწევა, რომლის ლაგამზეც, კბილით გამოწვეული ტრამვის შედეგად, ჩნდება პატარა ჭრილობა. სპაზმური ხველას, ზოგჯერ, მივყავართ სკლერის სისხლჩაქცევებამდე, ცხვირიდან სისხლდენებამდე. იშვიათად, განსაკუთრებით ადრეულ ბავშვთა ასაკში, შესაძლებელია განვითარდეს ლებინება, უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია. სპაზმური ხველის შეტევის დროს,



რამდენიმე ხველებითი ბიძგის შემდეგ, ვლინდება რეპრიზი – მსტვინავი, დაგრძელებული ხმა, რაც გამოწვეულია ჰაერის სწრაფი გატარებით ჯერ კიდევ დახურულ ხმოვან ნაპრალს შორის. ხველის შეტევებს თან სდევს მთელი სასუნთქის მუსკულატურის დამაბულობა. შეტევის ბოლოს გამოიყოფა მცირე რაოდენობით მინისებრი ლორწო. შეტევების დამთავრების შემდეგ, ბავშვი თავს

საკმაოდ დამაკმაყოფილებლად გრძნობს. სპაზმური სტადიის პირველ 15 – 20 დღეს, სპაზმური ხველის შეტევები ხშირდება, ხდება განსაკუთრებით შემაწუხებელი, მძიმე და ხანგრძლივი. დღე – ღამის განმავლობაში შეიძლება იყოს 8 – 10 დან 30 – მდე, ზოგჯერ 40 – მდეც, შეტევა. მოგვიანებით, ისინი იშვიათდება, მოკლდება, ისე შემაწუხებელი აღარ არიან, თუმცა აღინიშნება სქელი, წებოვანი ნახველის გამოყოფა. ხველის შეტევები ქრება დაავადების მე – 5 – მე – 6 კვირაზე. სპაზმური შეტევების განვითარების პიკზე სისხლში აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ლიმფოციტოზი, ედს – ის შენელება. შარდის რაოდენობა მცირდება (ოლიგურია), მისი ხვედრითი წონა იზრდება. ყვიანახველას მიმდინარეობა შეიძლება გართულდეს პნევმონიის განვითარებით, რომელიც ჩვეულებრივ გახანგრძლივებულად მიმდინარეობს. ავადმყოფისთვის სიცოცხლის საშიშროებას წარმოადგენს მძიმედ მიმდინარე ბრონქიოლიტი. ყვიანახველას ტიპური და მძიმე ფორმების პარალელურად, არც თუ იშვიათია მისი ატიპური და წაშლილი ფორმები. წაშლილი ფორმების დროს, ხველის შეტევები მსუბუქად მიმდინარეობს, შეიძლება გაგრძელდეს მხოლოდ რამდენიმე დღე. ატიპური ფორმები მიმდინარეობენ სპაზმური ხველის გარეშე. დაავადების ამ ფორმების დროს ბავშვების განწყობილება მნიშვნელოვნად არ იცვლება.



ყვიანახველის მკურნალობა ტარდება ბინაზე. ჰოსპიტალიზაცია საჭიროა დაავადების მძიმე ფორმების დროს, ასევე გართულებების დროს. რეკომენდებულია ავადმყოფის სუფთა ჰერზე ყოფნა. ადრეული ასაკის ბავშვებში მძიმე და საშუალო სიმძიმის ფორმების დროს ან გართულებებისას ინიშნება ანტიბიოტიკები.

ყვიანახველის პროფილაქტიკა. იმუნოპროფილაქტიკა ადსორბირებული ყვიანახველადიფთერია-ტეტანუსის ვაქცინით. ბავშვებში სიცოცხლის პირველ წელს ავადმყოფებთან კონტაქტისას რეკომენდებულია სპეციფიკური გამაგლობულინი (3 მლ ორჯერადად 1 დღის ინტერვალით); ავადყოფის იზოლაცია გრძელდება 30 დღე დაავადების დაწყებიდან.

ეპიდემიური პაროტიტი (ყბაყურა) pertussis



ყბაყურა - მწვავე ვირუსული ინფექციური დაავადება; ავადდებიან უპირატესად ბავშვები 15 წლის ასაკამდე; ხასიათდება სანერწყვე ჯირკვლებისა და სხვა ჯირკვლოვანი ორგანოების ანთებით. ყბაყურა – ეტიოლოგია, პათოგენეზი. დაავადების გამომწვევია პარამიქსოვირუსი, რომელიც არამდგრადია გარემოში. ინფექცია გადაეცემა ჰაერ-წვეთოვანი გზით; მიმართ განსაკუთრებით ხშირად ზიანდება ყბაყურა ჯირკვლები, დაავადების გადატანის შემდეგ ყალიბდება მყარი იმუნიტეტი. ყბაყურა – სიმპტომები, მიმდინარეობა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 11-დან 23 დღემდე. (ხშირად 15-20 დღე). დაავადება იწყება სხეულის ტემპერატურის მომატებითა და ყბაყურა ჯირკვლის მტკივნეული შეშუპებით, ზოგჯერ ორივე მხარეს. დაახლოებით შემთხვევათა ნახევარში პროცესში ერთვება ყბისქვეშა და იშვიათად ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლები.



პირველ დღეებში შეშუპება მატულობს, ხოლო მე-3-4 დღიდან მცირდება ტემპერატურის დაწვეასთან ერთად და 8-10 დღეზე ჩვეულებრივ ქრება. დაჩირქება არ აღინიშნება; მოზარდებში და ახალგაზრდა მამაკაცებში შესაძლებელია განვითარდეს ორქიტი-სათესლე ჯირკვლების ანთება. ამ დაავადების მე-4 მე-5 დღეზე ბავშვს ხელახლა უწევს ტემპერატურა ეწყება ძლიერი ტკივილი სათესლე ჯირკვლებში, აქვს შესიება, კანი შეშუპებულია, ჰიპერემიული. არის ცალმხრივი და ორმხრივი ორქიტი. მისი გადატანის შემდეგ ვითარდება ასპერმია (უნაყოფობა). დაავადების არაიშვიათი გართულებაა მასტიტი ოოფორიტი, მწვავე სეროზული მენინგიტი; ძალიან იშვიათ და სახიფათო გართულებას წარმოადგენს ენცეფალიტი ან მენინგოენცეფალიტი; შესაძლებელია შუა ყურის ანთება. ყბაყურა – მკურნალობა სიმპტომატურია. ნაჩვენებია ადგილობრივი სითბური პროცედურები, ფიზიოპროცედურები. ორქიტის, პანკრეატიტისა და მენინგიტის დროს – მკურნალობა ტარდება ზოგადი პრინციპების შესაბამისად. პროგნოზი კეთილსაიმედოა. შიგნითა ყურის იშვიათმა დაიზანებამ შესაძლებელია გამოიწვიოს მყარი სიყრუე. ორმხრივი ორქიტის შედეგი შესაძლოა იყოს სათესლეების ატროფია, გენერაციული ფუნქციის შემდგომი დარღვევებით.

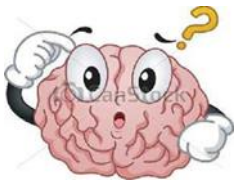
დიფთერია diphtheria

დიფთერია - მწვავე ინფექციური დაავადება გადაცემის ჰაერ-წვეთოვანი გზით; ხასიათდება ხახის, ცხვირის, ხორხის, ტრაქეის, იშვიათად სხვა ორგანოების ლორწოვან გარსების კრუპოზული ან დიფთერიული ანთებითა და ზოგადი ინტოქსიკაციით. ინფექციის წყაროა ავადმყოფები და ბაქტერიამტარებლები. ცალკეულ შემთხვევებში დაავადება გადაეცემა სხვადასხვა საგნების, სათამაშოების საშუალებით და მესამე პირების გზითაც კი. დაავადების გავრცელების ალბათობა იზრდება წელიწადის ცივ და ნესტიან დროს. ავადდებიან ნებისმიერი ასაკი ადამიანები, თუმცა უფრო ხშირად ბავშვები. დიფთერიის გადატანის შემდეგ, ავადმყოფების ნაწილი რჩება მტარებლებად. დიფთერია – ეტიოლოგია, პათოგენეზი. გამომწვევია ტოქსიკოგენური დიფთერიული გრამდადებითი ჩხირი(ლეფლერის) , რომელიც მდგრადია გარემოში; გამოიმუშავებს ძლიერ ეგზოტოქსინს. არატოქსიგენური კორინებაქტერიები არაპათოგენურია. დიფთერიული ჩხირი ვეგეტაციას იძლევა ხახისა და სხვა ორგანოების ლორწოვან გარსებზე, სადაც ვითარდება კრუპოზული ან დიფთერიული ანთება, ნადების წარმოქმნით. გამომწვევის მიერ პროდუცირებული ეგზოტოქსინი შეიწოვება სისხლში და იწვევს ზოგადინტოქსიკაციას, მიოკარდის, პერიფერიული და ვეგეტატური ნერვული სისტემის, თირკმელების, თირკმელზედა ჯირკვლების დაზიანებას.



დიფთერია – სიმპტომები, მიმდინარეობა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 2-დან 10 დღემდე. პროცესის ლოკალიზაციის მიხედვით განასხვავებენ ხახის, ცხვირის, ხორხის, თვალების და სხვ. დიფთერიას. ხახის დიფთერია. განასხვავებენ ხახის ლოკალიზებულ, გავრცელებულ და ტოქსიკურ დიფთერიას. ლოკალური ფორმის დროს წარმოიქმნება ფიბროზული აპკოვანი ნადებები ნუშურებზე. ხახა ზომიერად ჰიპერემულია, ტკივილი ყალბისას ზომიერად ან სუსტადაა გამოხატული, რეგიონალური ლიმფური კვანძები უმნიშვნელოდაა გადიდებული. ზოგადი ინტოქსიკაცია გამოხატული არ არის, ტემპერატურა ზომიერია. ამ ფორმის სახესხვაობაა ხახის მწვავე დიფთერია, რომლის დროსაც ნუშურებზე ნადებებს აქვთ მცირე ზომის ბალებების სახე, რომელიც განლაგებულია ლაკუნებში. ხახის დიფთერიის გავრცელებული ფორმის დროს ფიბროზული ნადებები ვრცელდება სასის რკალებისა და ნაქის ლორწოვან გარსებზე; ინტოქსიკაცია გამოხატულია, სხეულის ტემპერატურა მაღალია, უფრო მნიშვნელოვანია რეგიონალური ლიმფური კვანძების რეაქცია. ტოქსიკური დიფთერია ხასიათდება ნუშურების მკვეთრი გადიდებით, ხახის ლორწოვანი გარსის მნიშვნელოვანი შეშუპებითა და სქელი ჭუჭყიანი-მოთეთრო ნადებების წარმოქმნით, რომელიც ვრცელდება ნუშურებსა და რბილ და მაგარ სასაზე. რეგიონალური ლიმფური კვანძები მნიშვნელოვნადაა გადიდებული, მათი გარემომცველი კანქვეშა ქსოვილი შეშუპებულია. კისრის კანქვეშა ქსოვილის შეშუპება ასახავს ინტოქსიკაციის ხარისხს. ტოქსიკური დიფთერიის პირველი ხარისხის დროს შეშუპება ვრცელდება კისრის შუამდე, მეორე ხარისხის დროს – ლავიწამდე, ხოლო მესამე ხარისხის დროს ლავიწის ქვევით. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა, აღინიშნება მაღალი ტემპერატურა, სისუსტე, ანორექსია, ზოგჯერ ღებინება და ტკივილი მუცელში. ვლინდება გულ-სისხლძარღვთა

სისტემის გამოხატული დარღვევები. ხორხის დიფტერია (დიფტერიული, ანუ ჭემმარიტი კრუპი) უკანასკნელ წლებში საკმაოდ იშვიათად გვხვდება; ხასიათდება ხორხისა და ტრაქეის ლორწოვანი გარსის კრუპოზული ანთებით. დაავადების მიმდინარეობა სწრაფად მოპროგრესირება. პირველ კატარალურ სტადიაში, რომელიც გრძელდება 1-2 დღის განმავლობაში, აღინიშნება სხეულის ტემპერატურის მომატება, ხმის ჩახლეჩა, ხველა, თავდაპირველად „მყეფავი“. მეორე სტადიაში მატულობს ზედა სასუნთქი გზების სტენოზის სიმპტომები: ხმაურიანი სუნთქვა, ჩასუნთქვისას დამხმარე მუსკულატურის დამაბზვა; მესამე (ასფიქსიური) სტადია ვლინდება აირთა ცვლის გამოხატული დარღვევებით – ციანოზით, პულსის გამოვარდნით ჩასუნთქვისას, ოფლიანობით, მოუსვენრობით. თუკი დროულად არ მოხდა საექიმო ჩარევა, ავადმყოფი კვდება ასფიქსიით. ცხვირის, თვალის კონიუნქტივის, გარეთა სასქესო ორგანოების დიფტერია უკანასკნელ ხანებში თითქმის აღარ გვხვდება. დიფტერია – მკურნალობა. თერაპიის ძირითადი მეთოდია რაც შეიძლება ადრეულ სტადიებში ანტიდიფტერიული შრატის შეყვანა კუნთებში შესაბამისი დოზებით. მსუბუქი ფორმების დროს შრატი შეჰყავთ ერთჯერადად, გამოხატული ინტოქსიკაციის დროს – რამდენიმე დღის განმავლობაში. ანაფილაქსიური რეაქციის თავიდან აცილების მიზნით, ატარებენ კანქვეშა სინჯს. დიფტერიული კრუპის დროს აუცილებელია სუფთა ჰაერი, სიშვიდე. რეკომენდებულია სედატური საშუალებები. ნაჩვენებია გლუკოკორტიკოიდები. კარგ ეფექტს იძლევა ლორწოს ამოქაჩვა სასუნთქი გზებიდან ელექტროტუმბოს მეშვეობით. მძიმე სტენოზის დროს გამოიყენება ნაზოტრაქეალური ინტუბაცია ან ქვემო ტრაქეოსტომია. დიფტერია – პროფილაქტიკა. აქტიური იმუნიზაცია – წარმოადგენს დიფტერიასთან წარმატებულ ბრძოლის მეთოდს. იმუნიზაცია უტარდება ყველა ბავშვს. ადსორბირებული ყივანახველა-დიფტერია-ტეტანუსის ვაქცინითა და ადსორბირებული დიფტერიულ-ტეტანუსის ანატოქსინით. პირველადი ვაქცინაცია ტარდება 3 თვის ასაკში სამჯერადად 0,5 მლ ვაქცინის შეყვანით 1,5 თვიანი ინტერვალებით. რევაქცინაცია ტარდება იმავე დოზით 1,5-2 წლის შემდეგ; 6 და 11 წლის ასაკში ტარდება რევაქცინაცია მხოლოდ დიფტერიისა და ტეტანუსის საწინააღმდეგოდ. დიფტერიით დაავადებულები საჭიროებენ სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციას.



საკონტროლო კითხვები:

1. რა ახასიათებს ყივანახველას სპაზმურ პერიოდს?
2. რა არის რეპრიზა.
3. როგორი ფორმებით მიმდინარეობს ყივანახველა.
4. როგორია ეპიდემიური პაროტიტის გადაცემის გზა.
5. რა ზიანდება ეპიდემიური პაროტიტის დროს.
6. როგორ მიმდინარეობს ხახის დიფტერია?
7. რა ახასიათებს დიფტერიულ კრუპს.

მენინგოკოკური ინფექცია *meningococcosis*

მენინგოკოკური ინფექცია – მენინგოკოკებით გამოწვეული დაავადება, რომელიც მიმდინარეობს მწვავე ნაზოფარინგიტის, ჩირქოვანი მენინგიტისა და მენინგოკოკემიის სახით. მიეკუთვნება ჰაერ-წვეთოვან ინფექციას. ფართოდაა გავრცელებული მენინგოკოკების ჯანმრთელი მტარებლობა. მენინგოკოკური ინფექციის ეპიდემიოლოგია დაავადების წყარო – ავადმყოფი მენინგოკოკური ინფექციის კლინიკურად გამოხატული გამოვლინებებით (ნაზოფარინგიტი, მენინგიტი), აგრეთვე მენინგოკოკების მტარებლები. ინფექციის გადაცემა ხდება ჰაერ – წვეთოვანი გზით. დაავადების რიცხვის ზრდა აღინიშნება წელიწადის ცივ და ნესტიან დროს. ვლინდება როგორც ერთეული (სპორადული) შემთხვევები, ასევე ეპიდემიური აფეთქებები; ეს უკანასკნელი ხშირად ვითარდება საბავშვო კოლექტივებში და საერთო საცხოვრებლებში. მენინგოკოკური ინფექციის სიმპტომები. ინკუბაციური პერიოდი 2 – 10 დღე. ეპიდემიური მენინგოკოკური მენინგიტი, როგორც წესი, იწყება მწვავედ. თუმცა შემთხვევათა დაახლოებით 15% – ში აღინიშნება პროდრომული პერიოდი საერთო სისუსტის, ოფლიანობის, ზომიერი თავის ტკივილის, 1 – 2 დღის განმავლობაში ტემპერატურის უმნიშვნელო მომატების სახით. პატარა ბავშვებში, შემცივნების შემდეგ, ხშირია ლებინებები, 6 – 8 საათის განმავლობაში სხეულის ტემპერატურა იმატებს 39,5 – 40 გრადუსამდე, ვითარდება მძაფრი თავის ტკივილი, რომელიც მალე შემაწუხებელი ხდება. ავადმყოფი საწოლში ღებულობს იძულებით პოზას, („მწევარის პოზა“ უკან გადაწეული თავით და მუცელთან მიტანილი ფეხებით).



ავადმყოფის დათალიერებისას, იძულებითი პოზის გარდა, ყურადღებას იქცევს სახის ჰიპერემია, შეხებით ცხელი კანი, ჰიპერესთეზია, მყარი, წითელი დერმოგრაფიზმი. ზოგიერთ ავადმყოფს უვითარდება ჰერპესული ან პეტეჩიალური გამონაყარი. ზოგიერთ ავადმყოფს აღინიშნება გონების დაბინდვა, იშვიათად – ბოდვა, შეაწუხებელი მოძრაობა და კუნთოვანი კრუნჩხვები. დამახასიათებელია მენინგეალური სინდრომის განვითარება: კეფის კუნთების რიგიდობა, კერნიგის დადებითი სიმპტომი. რიგ შემთხვევებში ვითარდება სხვა სიმპტომებიც – ბრუდინსკის (ზედა და ქვედა), ზურგის ტვინის პუნქციისას, მაღალი წნევის ქვეშ ვღებულობთ მუქ, ჩირქოვან სითხეს, რომელიც შეიცავს ცილების, ნეიტროფილური ლეიკოციტების



ეპიდემიური მენინგიტის მძიმე მიმდინარეობისას, პროგნოზი ყოველთვის სერიოზულია, შესაძლებელია გართულებების განვითარება (თავის ქალის ნერვების პარეზები და დამბლები, თავის ტვინი შეშუპება, ჩირქოვანი პროცესები – ოტიტები, სინუსიტები, მასტოიდიტები). პატარა ბავშვებში, ჩირქოვანი მენინგოკოკური მენინგიტის შორეული გართულება და გამოსავალი შეიძლება იყოს თავის ტვინის წყალმანკი, რომელსაც თან სდევს თავის ზომების მნიშვნელოვანი და მყარი ზრდა, ქალის ნაკერების დამორება. ანტიბიოტიკებით ადრე დაწყებულმა და სწორმა მკურნალობამ შეიძლება

მიგვიყვანოს დაავადების სასურველ შედეგამდე (დაავადების დაწყებიდან მე – 12 – მე – 14 დღეზე).



მენინგიტის ენცეფალიტურ ფორმას თან სდევს გონების დაკარგვა, კუნთვითი კრუნჩხვები, სხადასხვა ჯგუფის კუნთების პარეზი; აღნიშნული ფორმა ძირითადად გვხვდება მცირე ასაკის ბავშვებში. გვხვდება აგრეთვე დაავადების მსუბუქად, ატიპურად მიმდინარე ფორმები; ასე მაგალითად აზორტული ფორმის დროს აღინიშნება მწვავე დაწყება, ცხელების ხანმოკლე პერიოდი, თავის ტკივილი, კეფის კუნთების რიგიდობა; დაავადების დაწყებიდან 2 – 3 დღის შემდეგ, ანტიბიოტიკოთერაპიის გარეშეც, ტემპერატურა ქვეითდება ნორმამდე, უკუვითარდება დაავადების სხვა კლინიკური სიმპტომებიც.



მენინგოკოკემია იწყება მწვავედ, მიმდინარეობს მძიმე სეფსისის კლინიკური სურათით, მაღალი ცხელებითი რეაქციებით. დაავადების დაწყებიდან დაახლოებით ერთი დღე – ღამის შემდეგ სახის, ქვედა კიდურების კანზე ჩნდება ინტენსიური ვარდისფერი ან მოლურჯო ელფერის როზეოლური და პაპულოზური ელემენტები, აგრეთვე – წვრილი, ჰემორაგიული ელემენტები და არასწორი, ვარსკვლავის ფორმის წითელი ლაქები, რომლებიც შემდგომ ნეკროზდებიან ამის გარდა, შეიძლება განვითარდეს საკმაოდ დიდი ზომის ჰემორაგიული ლაქები. ცალკეულ ავადმყოფებში, მენინგოკოკემიას თან სდევს ართრიტები, ამასთან უპირატესად ზიანდება წვრილი სახსრები. ცალკეულ შემთხვევებში მენინგოკოკემია იწვევს ჩირქოვანი მენინგიტის განვითარებას. მენინგოკოკური ინფექციის მკურნალობა. განსაკუთრებით ეფექტურია ადრე დაწყებული პენიცილინოთერაპია.

მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციები

გრიპის გამომწვევი პირველად გამოყვეს 1993 წ. შეიცავს რნმ-ს, მიეკუთნება მიქსროვირუსებს. არსებობ ვირუსის სხვადასხვა ტიპი. ორგანიზმის გარეთ ვირუსები სწრაფად იღუპებიან, ვერ უძლებენ მაღალ ტემპერატურას. კლინიკა: იწყება მწვავედ, მაღალი ტემპერატურით. აღინიშნება სახსრების ტკივილი, თავის ტკივილი, კატარალური მოვლენები: სურდო, ხველა, საერთო სისუსტე. არჩევენ მსუბუქ, საშუალო, მძიმე და ტოქსიურ ფორმას. ინტოქსიკაცია აღწევს მაქსიმუმს პირველ ორ დღეს- მაღალი ტემპერატურა, მოდუნება, თავის ტკივილი. ტოქსიკური ფორმისას გვაქვს ღებინება, ცნობიერების დაკარგვა, კრუნჩხვები, მენინგეალური ნიშნები, კანის ციანოზი. გრიპის დროს ხშირია ცხვირიდან სისხლდენა, ტაქიკარდია, გულის ტონების მოყრუება. გრიპი გრძელდება 3-5 დღე.

პარაგრიპი

გამომწვევია პარაგრიპის ვირუსი, რომელიც ჰგავს გრიპის ვირუსს. მიეკუთვნება მიქსოვირუსებს, შეიცავს რნმ-ს. აღმოაჩინეს 1952 წ. კლინიკურად ემსგავსება გრიპს, მხოლოდ ახასიათებს უფრო თანდათანობითი დასაწყისი, ნაკლებად გამოხატული ინტოქსიკაცია, უფრო მსუბუქი მიმდინარეობით. ცხელება გრძელდება 1 კვირა, აღინიშნება კატარალური მოვლენები, ასევე ლარინგიტი ხველიტ, ცრუ კრუპი, რინიტი.

ადენოვირუსული ინფექცია- ადენოვირუსები შეიცავს დნმ-ს. დაავადება გრძელდება 10-12 დღე. სასუნთქი გზების დაზიანებასთან ერთად ზიანდება ლიმფური კვანძები, ღვიძლი, ნაწლავები, თვალის ლორწოვანი გარსები. ყველაზე მეტად გავრცელებულია ორი ფორმა: 1) ზედა სასუნთქი გზების კატარი-ამ პროცესში ერთვება ცხვირის ლორწოვანი, ხახა, ნუშურები. 2) ფარინგოკონიუნქტივალური ცხელება. კონიუნქტივიტი ვითარდება 1-3 დღეს. ჯერ ზიანდება ერთი თვალი, შემდეგ მეორე. თვალი სეშუპდება, წითლდება, გვაქვს ლორწოვანი გამონადენი. ადენოვირუსულ ინფექციას ადგილი აქვს პარენქიმული ორგანოების დაზიანებას, იზრდება ღვიძლის და ელენთის ზომები.

მკურნალობა: სიმპტომური საშუალებები - სიცხის დამწვევი, ანტიჰისტამინური, სითბური პროცედურები, სოდიანი ინჰალაციები, ფიზიოთერაპია, ჟანგბადი, საგულე საშუალებები, ვიტამინები. მძიმე ფორმებისას (კრუპის დროს) საჭიროა ჰორმონები, სპაზმოლიზური საშუალებები. მკურნალობა უნდა ჩატარდეს სტაციონარში. პროფილაქტიკა: აქტიური იმუნიზაცია, ავადმყოფის იზოლირება, სანიტარულ-ჰიგიენური წესების დაცვა.



საკონტროლო კითხვები:

1. მენინგოკოკური ინფექციის ფორმები.
2. როგორი გამონაყარი ახასიათებს მენინგოკოკემიას და სად ჩნდება ?
3. მენინგოკოკური ინფექციის მკურნალობა.
4. როგორია გრიპის მკურნალობა?
5. რა ახასიათებს კლინიკურად პარაგრიპს?
6. რას აზიანებს ადენოვირუსული ინფექცია?

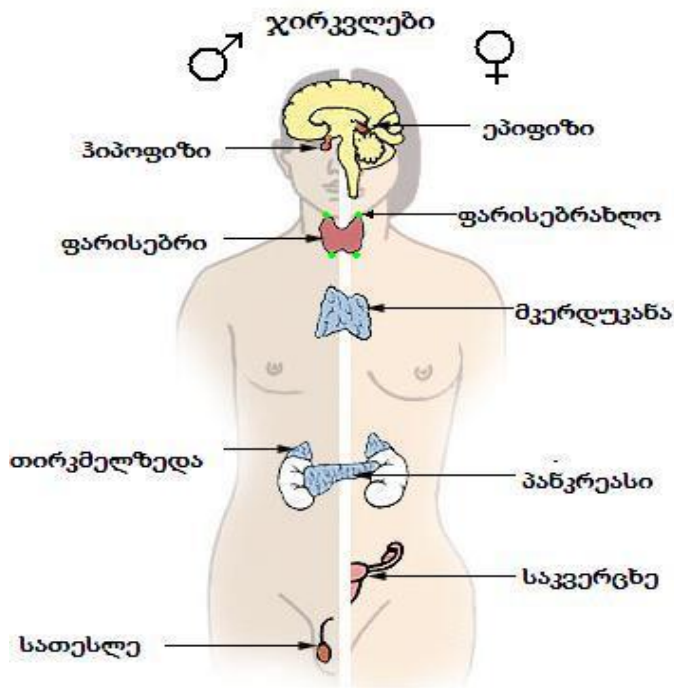
აგრების კალენდარი

ასაკი ვაქცინა	დაბადები სას	2 თვე	3 თვე	4 თვე	12 თვე	18 თვე	შენიშვნე
1. ტუბერკულოზი BCG	*						აგრა ტარდება დაბადებიდან მე- 2-5 დღეს
2. პოლიომიელიტი ოპვ(OPV)		*	*	*		*	ტარდება DPT ან DT აგრებთან ართად
3. დიფთერია/ყივანახველა/ ტეტანუსი დყტ (DPT)		*	*	*		*	ტარდებაოპვ(OPV) აგრებთან ართად
4. წითელა Measles					*		ვაქცინაცია ტარდება ყბაყურას აგრასთან ერთად. რევაქცინაცია ტარდებაოპვ ,DT აგრებთან ერთად
7. ყბაყურა Mumps					*		ტარდება წითელას აგრასთან ართად
8. დიფთერია /ტეტანუსი დტDT							ტარდება ოპვ აგრასთან ერთად
10. ვირუსული ჰეპატიტი B-HB	*	*		*			I აგრა ტარდება დაბადებიდან 12 საათის განმავლობაში. II და III აგრა ტარდება DPT _{1,3} - OPV _{1,3} აგრებთან ერთად

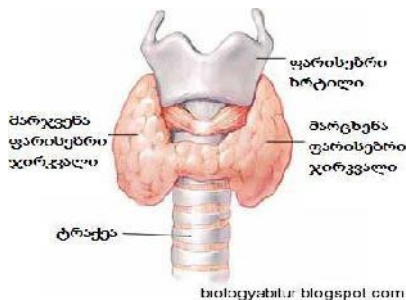
ენდოკრინოლოგიური პაციენტის

საექთნო მართვა

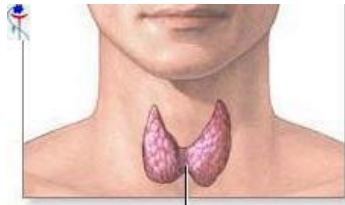
ენდოკრინული სისტემა შეიცავს ენდოკრინულ, ანუ შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლებს. შინაგანი სეკრეციის ჯირკვალი ეწოდება ისეთ ჯირკვალს, რომელსაც არა აქვს გამომტანი სადინარი და მის მიერ გამომუშავებული ჰორმონი გადადის უშუალოდ სისხლში. შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლებია: ტვინის დანამატი-ჰიპოფიზი, ფარისებრი ჯირკვალი, მკერდუკანა ჯირკვალი, ეპიფიზი, თირკმელზედა ჯირკვალი, პანკრეასი, სასქესო ჯირკვალი.



ტერმინი ჩიყვი კონკრეტულ დაავადებას არ გულისხმობს. ეს არის ფარისებრი ჯირკვლის - კისრის წინა ზედაპირთან მდებარე პეპლის ფორმის ენდოკრინული ორგანოს გადიდება.



დიფუზური ტოქსიური ჩიყვი (ბაზედოვის დაავადება)



ფარისებრი ჯირკვალი

დაავადება პირველად აღწერა ბაზედოვმა 1804 წელს.

დაავადება უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში. გრიპის, რევმატიზმის, ტუბერკულოზის და სხვა ინფექციის შედეგად მოიშლება ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია. ფარისებრი ჯირკვალი ჭარბი რაოდენობით გამოყოფს ჰორმონ - თიროქსინს.



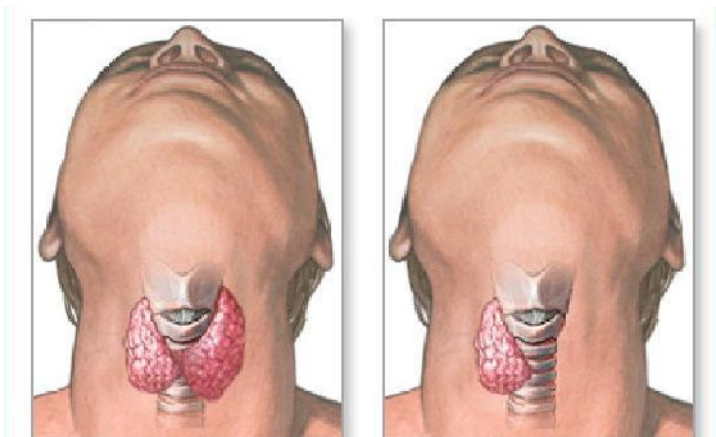
ფარისებრი ჯირკვალი გადიდებულია, თვალები გადმოკარკლული, ტაქიკარდია, მტირალობა, აგზნებადობა, კისრის მიდამოში ზეწოლის შეგრძნება, ოფლიანობა, ხელების კანკალი, შრომის უნარი დაქვეითებულია, უძილობა, სიგამხდრე. დიდი ზომის ჩიყვი შეიძლება დააწვეს ტრაქეას და გამოიწვიოს სუნთქვის გაძნელება.

ჰიპოთირეოზი

ჰიპოთირეოზი ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითებაა ან შეწყვეტა. ჰორმონი თიროქსინი მცირე რაოდენობით ან სრულიად არ გამოიყოფა. დაავადება უფრო ხშირად გვხვდება ქალებში. ჰიპოთირეოზის მძიმე ფორმას უწოდებენ მიქსედემას.



ძირითადი ჩივილებია: მოდუნება, აპათია, მეხსიერების დაქვეითება, გარე სამყაროსადმი ინტერესის დაკარგვა, შრომის უნარის დაქვეითება, შენელებული მეტყველება, სმენა დაქვეითებულია. ავადმყოფს აქვს დამახასიათებელი სახე: სახე დიდია, მიმიკით ღარიბი, თვალის ჭრილი ვიწროა, ქუთუთოები, ტუჩები, ლოყები შეშუპებული. ენა შეშუპების გამო პირის ღრუში ვერ თავსდება. კანი თეთრია და მშრალი. ფრჩხილები მტკვრევადი, მუხლისა და იდაყვის მიდამო გასქელებული. ვითარდება ანემია.



ენდემიური ჩიყვი

ენდემიური ჩიყვის წარმოშობა დაკავშირებულია ორგანიზმში იოდის ნაკლებობასთან. დაავადება გვხვდება ისეთ რაიონებში, სადაც სასმელი წყალი ან საკვები პროდუქტები შედარებით მცირე რაოდენობით შეიცავს იოდს. დაავადების დასაწყისში ავადმყოფს ჩივილი შეიძლება არ ჰქონდეს და დაავადების გამოვლინების ერთადერთი სიმპტომი იყოს გადიდებული ფარისებრი ჯირკვალი.



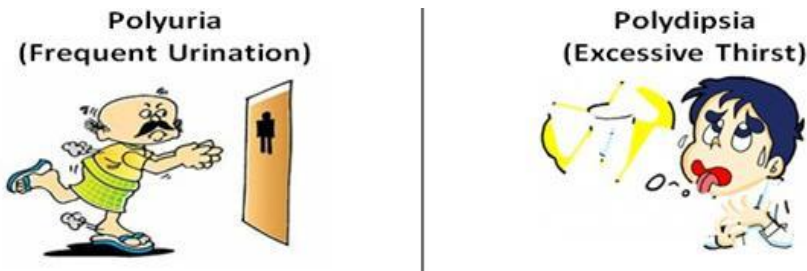
თუ ფარისებრი ჯირკვალი მნიშვნელოვნად გადიდდა, იგი შეიძლება დააწვეს საყლაპავ მილს, ტრაქეას, ხორხის ნერვს. ამასთან დაკავშირებით ავადმყოფს უჭირს ყლაპვა, გამწვანებული აქვს სუნთქვა, ხმა ეხლიჩება. გარდა ამისა შრომის უნარი დაქვეითებულია, საერთო სისუსტე, თავის ტკივილი, გულის არეში უსიამოვნო შეგრძნება.



ფარისებრი ჯირკვლის ამა თუ იმ დაავადების, სიმპიომის ხარისხისა და კვლევის შედეგების გათვალისწინებით მკურნალობა არჩევითია. ზოგადად გამოიყენება: ანტიბიოტიკები და არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები, იმუნომოდულატორები, ჰორმონალური ჩანაცვლებითი თერაპია, სიმპტომური თერაპია, ქირურგიული ჩარევა, რადიოაქტიური იოდით მკურნალობა.

უმაქრო დიაბეტი

უმაქრო დიაბეტი თავისებური დაავადებაა, რომელიც ტვინის დანამატის უკანა ნაწილისა და შუამდებარე ტვინის დაზიანების შედეგია (ტვინის ამ ნაწილის დაზიანება იწვევს წყლისა და მარილების ცვლის მოშლას), რომელიც შეიძლება გამოიწვიოს ინფექციურმა დაავადებებმა, სიმსივნის განვითარებამ, ქლას ტრავმულმა დაზიანებამ. ავადმყოფს აწუხებს წყურვილის გრძნობა(პოლიდიფსია) და ხშირი შარდვა(პოლიურია).



ხშირი შარდვა და გაძლიერებული წყურვილი ავადმყოფს უკარგავს ძილს, თანდათანობით ხდება, ვითარდება ძლიერი საერთო სისუსტე, კანის სიმშრალე. გარდა ამისა ავადმყოფს აწუხებს ძლიერი თავის ტკივილი, ღებინება და მხედველობის დაქვეითება.

უმაქრო დიაბეტის მკურნალობა ეტიოლოგიურია.



შაქრიანი დიაბეტი



შაქრიანი დიაბეტი ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით მიმდინარე ქრონიკული ენდოკრინული დაავადებაა. ამ დროს ადამიანის ორგანიზმი ვერ ითვისებს შაქარს (გლუკოზას), რის გამოც სისხლში მისი დონე იმატებს და ვითარდება ჰიპერგლიკემია. დაავადების ორ ტიპს გამოყოფენ: ინსულინდამოკიდებული და ინსულინდამოუკიდებელი.

დაავადების გამომწვევი მიზეზია: სიმსუქნე, პანკრეატიტი, სტრესი, ენდოკრინული დაავადებები, კლიმაქსი, ორსულობა, ჭარბი ალკოჰოლი, მემკვიდრეობა, 45 წელზე უფროსი ასაკი და სხვა.

სისხლში გლუკოზის ჭარბი რაოდენობით არსებობას ჰიპერგლიკემია ეწოდება. ჰიპერგლიკემიასთან ერთად შაქარი ჩნდება შარდში, რასაც გლუკოზურია ეწოდება.

ძირითადი სიმპტომებია: გაძლიერებული წყურვილი(პოლიდიფსია), გახშირებული შარდვა(პოლიურია), გაძლიერებული მადა(პოლიფაგია), წონის დაკლება, მხედველობის დაბინდვა, სოკოვანი დაავადებისაკენ მიდრეკილება, საერთო სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება, კანის ქავილი, გამონაყარი კანზე.



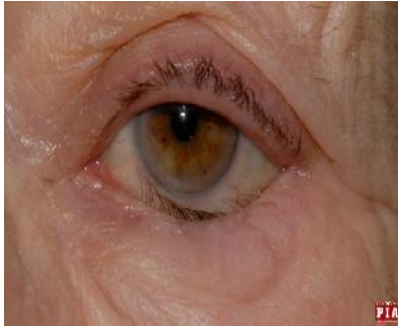
მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ: დიაბეტის ფარულ, მსუბუქ, საშუალო სიმძიმის და მძიმე ფორმას.

შაქრიანი დიაბეტის მწვავე გართულებებს მიეკუთვნება ჰიპერგლიკემიური კომა და ჰიპოგლიკემიური კომა.

ჰიპერგლიკემიური კომის დროს (სისხლში მკვეთრად მატულობს შაქარი) ადგილი აქვს თავის ტკივილს, ძლიერ სისუსტეს, იწყება ქოშინი, სახე ჰიპერემიულია, ავადმყოფი კარგავს გონებას, სუნთქვა ღრმა და იშვიათია, პირიდან ამოსდის აცეტონის სუნი, კანი მშრალია, არტერიული წნევა დაქვეითებული. დადგინდება თუ არა კომის ბუნება ავადმყოფს ი/ვ უნდა შეეუყვანოდ 40-60 ერთეული ინსულინი, პარალელურად მცირე რაოდენობით გლუკოზა.

ჰიპოგლიკემიური კომის დროს (სისხლში მკვეთრად ეცემა შაქარი) ადგილი აქვს უეცარ შიმშილის გრძნობას, კანკალს, დაღლილობას, თავბრუსხვევას, მხედველობის დაბინდვას, სიცივის შეგრძნებას, ოფლიანობას, მოუსვენრობას, თავის ტკივილს, ტაქიკარდიას, ლებინებას, ძილიანობას, კრუნჩხვას. დადგინდება თუ არა კომის ბუნება ავადმყოფს ი/ვ უნდა შეეუყვანოდ 40% -იანი 10-20 მლ. გლუკოზა ან 1-2 ნაჭერი შაქარი, ტკბილეული.

დიაბეტის გვიანი გართულებაა: მხედველობის დაზიანება, თირკმლის დაზიანება, დიაბეტური ტერფი.



მკურნალობისათვის აუცილებელია დადგინდეს თუ რომელი დიაბეტის ფორმა აქვს ადამიანს. პირველი ტიპის შემთხვევაში მკურნალობა ხდება ძირითადად ინსულინის საშუალებით.



მეორე ტიპის დროს კი პირველად დიეტა - იზღუდება ნახშირწყლებითა და ცხიმებით მდიდარი საკვები. თუ ვერ მოხერხდა შაქრის შემცველობის დაყვანა ნორმამდე მაშინ ინიშნება მედიკამენტები.



სიმსუქნე

ცხიმის ჭარბ დაგროვებას სიმსუქნე ეწოდება. იგი ხასიათდება ცხიმის ჩალაგებით ქსოვილებში და კანქვეშ, რასაც ორგანიზმისათვის დიდი ზიანი მოაქვს.

გამომწვევი მიზეზია გადაჭარბებული კვება, დიდი რაოდენობით ცხიმებისა და ნახშირწყლების მიღება. ფიზიკური აქტივობის შემცირება. ენდოკრინული და ნერვული სისტემების ფუნქციის მოშლა.



არჩევენ სიმსუქნის ორ ტიპს: ანდროიდული და გინოიდური. ისინი ერთმანეთისგან განსხვავდება ცხიმის განლაგებით. ანდროიდული ტიპი ხასიათდება ცხიმის განლაგებით სხეულის ზედა ნაწილში: მუცელზე, სახეზე, კიდურებზე. თემოზე ცხიმი მცირეა. გინოიდური ტიპის დროს ცხიმი თანაბრადაა გადანაწილებული მთელს სხეულზე, მაგრამ უპირატესად აღინიშნება დუნდულებზე და თეძოებზე. ამას პერიფერიული გასუქება "მსხლისებური გასუქება" ეწოდება.



კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ სიმსუქნის ოთხ ხარისხს:

I ხარისხის სიმსუქნისას წონის მატებაა- 30 %-მდე

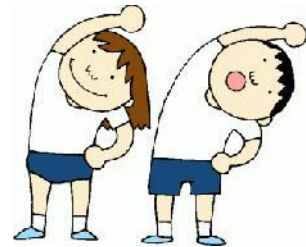
II ხარისხის სიმსუქნის დროს წონის მატებაა- 30-50 %

III ხარისხის სიმსუქნის დროს წონის მატებაა- 50-100%

IV ხარისხის სიმსუქნის დროს წონის მატებაა -100%-ზე მეტი

სიმსუქნის ხარისხთან ერთად მატულობს ორგანოთა დაზიანება. ვითარდება ე.წ. „პიკვიკის“ სინდრომი- ძილიანობის დაუძლეველი სურვილი. გულის კუნთში ცხიმის ჩაზრდა არღვევს მის ნორმალურ ფუნქციას: აღინიშნება ქოშინი, გულის ფრიალი. მსუქნებში აღინიშნება მიდრეკილება ბრონქიტისადმი, პნევმონიისადმი. ნახშირწყლების ცვლის მოშლა იწვევს შაქრიან დიაბეტს.

მკურნალობა ითვალისწინებს ცხიმებისა და ნახშირწყლების შეზღუდვას, ფიზიკური აქტივობის მომატებას, მკაცრ დიეტას, განტვირთვის დღეებს, იზღუდება სითხე და მარილი. ავადმყოფი იკვებება ხშირად, მცირე ულუფებით, გამოიყენება სამკურნალო ფიზკულტურა.



საკონტროლო კითხვები



- რომელ ჯირკვალს ეწოდება შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლები?
- ჩამოთვალეთ შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლები?
- დიფუზური ტოქსიური ჩიყვის ძირითადი სიმპტომებია?
- ჰიპოთირეოზის ძირითადი სიმპტომებია?
- ჰიპოთირეოზის მძიმე ფორმას ეწოდება?
- როდის ვითარდება ენდემიური ჩიყვი?
- ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების დროს

მკურნალობის ძირითადი პრინციპებია?

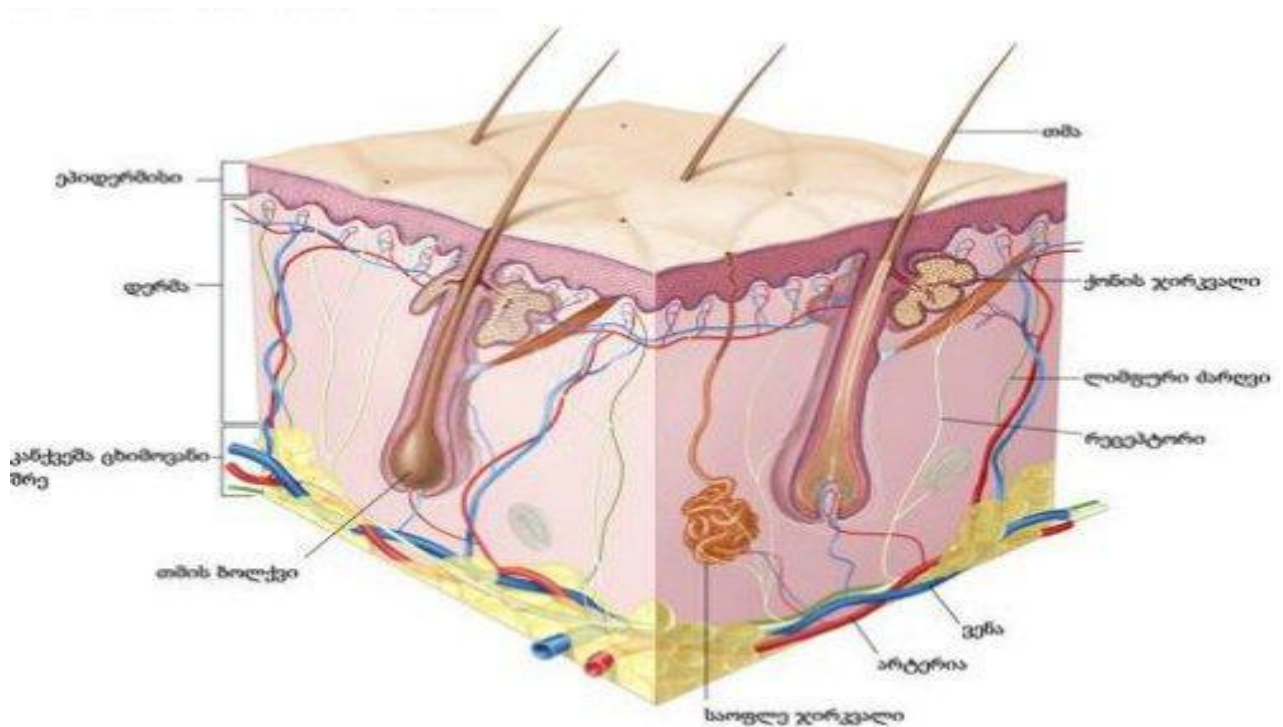
- უშაქრო დიაბეტის ძირითადი სიმპტომებია?
- შაქრიანი დიაბეტის გამომწვევი მიზეზები და სიმპტომებია?
- რა არის ჰიპერგლიკემია?
- რა არის გლუკოზურია?
- შაქრიანი დიაბეტის რამდენი ტიპი არსებობს?
- შაქრიანი დიაბეტის გართულებებია?
- შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობისა და ავადმყოფის მოვლის ძირითადი პრინციპებია?
- რა არის სიმსუქნე?
- სიმსუქნის მკურნალობისა და მოვლის ძირითადი პრინციპებია?

დერმატო- ვენეროლოგიური პაციენტის საექთნო მართვა

ცნება დერმატოლოგიის შესახებ

დერმატოლოგია ეს არის (derma (dermatos) და logos "კანი" და "მოდღვრება") მედიცინის დარგი, რომელიც კანის დაავადებებს სწავლობს.

კანი - ორგანიზმის გარეგანი საფარია, იგი ფუნქციური თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი და მრავალმხრივი ორგანოა.



ზოგადი მონაცემები კანის დაავადებათა ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის შესახებ

კანის დაავადებათა ეტიოლოგიური ფაქტორები პირობითად დაყოფილია ეგზოგენურ და ენდოგენურ ფაქტორებად. მაგრამ ზოგიერთი დაავადებების დროს შერწყმულია ენდოგენური და ეგზოგენური ფაქტორები

ეგზოგენურ ფაქტორს მიეკუთვნება მექანიკური (ხანგრძლივი ზეწოლა, დაჟეჟილობა, ხახუნი და სხვა) ფიზიკური (მაღალი, დაბალი ტემპერატურა, ელექტროდენი და ა.შ) ქიმიური და ინფექციური აგენტები.

ენდოგენური ფაქტორებიდან მნიშვნელოვანის მწვავე და ქრონიკული დაავადებები, ცენტრალური და პერიფერიული ნერვული სისტემის ფუნქციის მოშლა, ენდოკრინული დარღვევები, ნივთიერებათა ცვლის პროცესის მოშლა და ა.შ გამოვლინებას პოვებს კანზე, ამიტომ საჭიროა ენდოგენური ფაქტორების საფუძვლიანი მკურნალობა.

კანის დაავადებათა დიაგნოსტიკის საფუძვლები



კანის დაავადებათა დიაგნოსტიკა უნდა ეფუძნებოდეს ანამნეზის მონაცემებს. კანისა და ხილული ლორწოვანის დათვალიერებას, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის გამოკვლევას, აუცილებლობის შემთხვევაში კანის დაზიანებული არეების, ზოგჯერ კი რეგიონალური ლიმფური კვანძების ჰისტოლოგიური გამოკვლევების მონაცემებს.

ანამნეზის შეკრების დროს მნიშვნელოვან შეკითხვებს წარმოადგენს-

აქვს თუ არა ქავილი?

მწვავე ტკივილი?

უსიამოვნო შეგრძნება?

წვა?

ასევე მნიშვნელოვანია გენეტიკური ფაქტორი და პროფესია. დღისრეჟიმი თუ რა მდგომარეობაში უწევს ძირითადად ყოფნა

კანი უნდა გაისინჯოს დღის სინათლეზე ან კარგად განათებულ ოთახში საჭიროა კანის -ფერის

ტურგორის

ელასტიურობის კანის დანამატების- თმისა და ფრჩხილების დადგენა.






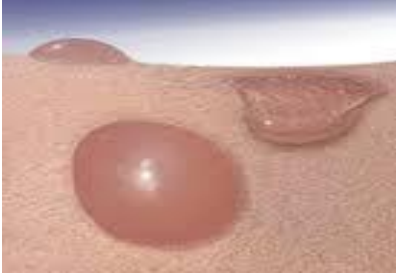

ნორმალური კანი კრთავს, არ ლაპლაპებს, ცხიმის ჯირკვლების სადინართა სანათურები გაფართოებული არ არის

კანის ტონუსი და ელასტიურობა განისაზღვრება შეხებით პალპაციითა და კანის ნაოჭებით ელასტიურობის დასადგენად კანი უნდა მოვანაოჭოთ , განვსაზღვროთ მისი დაჭინვის დონე და ნაოჭის საწყის მდგომარეობაში დაბრუნების სისწრაფე.





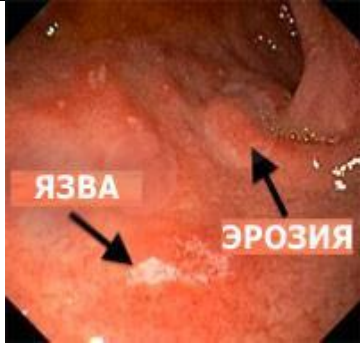

კანის დაავადება სხვადასხვა გამონაყარის სახით ვლინდება , პირობითად გამონაყარები დაყოფილია -პირველად გამონაყარად- რომლითაც იწყება დაავადება და მეორად გამონაყარად- რომელიც პირველადისაგან ვითარდება ევოლუციის შედეგად.

პირველად გამონაყარს მიეკუთვნება

<p>ლაქა</p>		<p>კანის ან ლორწოვანი გარსის ფერის შემოფარგლული ცვლილება.</p>
<p>ურტიკა</p>		<p>კანის დვრილოვანი შრის შემოფარგლული მწვავე ანთებითი შეშუპების შედეგად კანზე წარმოიქმნება ბალიშისებრი ამოწეული მომკვრივო ადგილები.</p>
<p>ბუშტუკი</p>		<p>ზედაპირიდან ამოზნექილი ელემენტი შეიცავს გამჭვირვალე სითხეს</p>
<p>ბუშტი</p>		<p>ბუშტუკზე დიდი ზომის სითხის შემცველი წარმონაქმნი.</p>
<p>მცირე ჩირქმზადი ანუ პუსტულა</p>		<p>ზედაპირიდან ამოზნექილი ელემენტი შეიცავს ჩირქს</p>

<p>კვანძი ანუ პაპულა</p>		<p>კანზე მომკვრივო შემალღებული ადგილი</p>
<p>ჰიპერკერატოზი</p>		<p>რქოვანი შრის გასქელება</p>
<p>პარაკერატოზი</p>		<p>არასაკმარისი კერატინიზაციის შედეგია</p>
<p>ხორკლი</p>		<p>ის წააგავს კვანძს მხოლოდ მცირე ზომისაა.</p>
<p>ნოდუსი</p>		<p>ახასიათებს არამკვეთრი კონტურები.</p>

მეორადი გამონაყარი

ქერცლი		რქოვანა შრის ფირფიტების ჩამოფრცქვნა
ქერქი		წარმოიქმნება ბუშტუკის ჩახშობის ან კანის სველი ზედაპირების გახშობის შედეგად
ეროზია- წყლული		კანის და ლორწოვანი გარსის მთლიანობის ზერელე დარღვევა- წყლულის დროს უფრო ღრმა დარღვევა
ნახეთქები		ელასტიურობა დაკარგული კანი -იკეთებს ხაზისებულ დეფექტებს.

პიგმენტაცია		კანის შეფერილობის შეცვლა ლაქების სახით
ნაწიბური		ვითადრება კანის ნორმალური ქსოვილის დაზიანების შემდგომ შეხორცების პროცესის დროს

კანის დაავადებები

ატოპიური დერმატიტი



ატოპიური დერმატიტი- კანის დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება ქავილით, ქრონიკული რეციდივული მიმდინარეობით. ახასიათებს მკაფიოდ გამოხატული სეზონურობა: ზამთრობით – გამწვავებები და რეციდივები, ზაფხულობით – ნაწილობრივი ან სრული რემისიები.

დამახასიათებელია თეთრი დერმოგრაფიზმი. მაპროვოცირებელ როლს ასრულებენ საკვები პროდუქტები (ციტრუსები, ტკბილეული, ცხარე საკვები, სპირტიანი სასმელები), მედიკამენტები (ანტიბიოტიკები, ვიტამინები, სულფანილამიდენი, პირაზოლინის წარმოებულები), აცრები და რიგი სხვა ფაქტორები.

პათოგენეზი. საფუძვლად უდევს ორგანიზმის რეაქტიულობის ცვლილება, განპირობებული იმუნური და არაიმუნური მექანიზმებით. არაიშვიათია კომბინირება ალერგიულ რინიტთან, ასთმასთან, პოლინოზთან ან მითითებულია მათი არსებობა ოჯახურ ანამნეზში.

დაავადება შესაძლებელია გამოვლინდეს ერთ – ერთ სამ ასაკობრივ ფაზაში – ჩვილ ასაკში, ბავშვობაში და მოზრდილ ასაკში. კლინიკური სურათი განისაზღვრება ავადმყოფის ასაკით. ფაზები ხასიათებიან კლინიკური გამოვლინებების ლოკალიზაციის თანდათანობითი ცვლით, მწვავე ანთების შესუსტებითა და ლიქენური პაპულებისა და ლიქენიფიკაციის კერების შემდგომი პრევალირების ფორმირებით. ყველა ფაზაში ავადმყოფს აწუხებს ძლიერი, მტანჯველი ქავილი. ჩვილ ასაკში ფაზა მოიცავს ბავშვის სიცოცხლის მე-7-8 კვირიდან 1,5 – 2 წლამდე პერიოდს. დაავადება ამ პერიოდში ატარებს მწვავე, ეგზემისებურ ხასიათს, სახის კანის უპირატესი დაზიანებით, თუმცა შესაძლებელია გავრცელდეს კანის სხვა ნაწილებზეც. ბავშვობის ასაკის ფაზაში სჭარბობს ლიქენური პაპულები და ლიქენიფიკაციის კერები, რომლებიც ლოკალიზებულია ძირითადად კისრის გვერდით ზედაპირზე, გულმკერდის ზევით, იდაყვისა და იდაყვის ქვედა მომხრელებში და მტევნებზე. მოზრდილთა ფაზა იწყება პუბერტატული ასაკიდან და თავისი კლინიკური სიმპტომატიკით უახლოვდება გვიანდელი ბავშვობის გამონაყარს (ლიქენური პაპულები, ლიქენიფიკაციის კერები). კანისსაფარველის პროცესში ჩართვის ხარისხის მიხედვით განასხვავებენ შემოსაზღვრულ, გავრცელებულ და უნივერსალურ (ერიტროდერმია) ფორმებს.

მკურნალობა- მაპროვოცირებელი ფაქტორის მოხსნა, ჰიპოალერგიული დიეტა, კუჭის მოქმედების მოწესრიგება, ანტიჰისტამინური, სედატიური და იმუნოკორეგირებადი პრეპარატები, რეფლექსოთერაპია, ულტრაიისფერი დასხივება, სელექტიური ფიტოთოთერაპია, ფოტოქიმიოთერაპია, ადგილობრივი საშუალებები (საფენები, კორტიკოსტეროიდული მაზები, პარაფინის აპლიკაციები). მძიმე გამწვავებისას ნაჩვენებია ჰოსპიტალიზაცია; განსაკუთრებით ეფექტურია ხანგრძლივი კლიმატოთერაპია.

აკნე

აკნე (ფერიმჭამელა)-კანის დაავადებაა, რომელიც წარმოიქმნება უპირატესად პუბერტულ პერიოდში და ხასიათდება ცხიმოვანი ჯირკვლების ჩირქოვან-ანთებითი დაზიანებით. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს ნერვული გადაღლილობა, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დარღვევები, შეკრულობები, ჰიპოვიტამინოზები, ენდოკრინოპათიები, აგრეთვე კანის პირადი ჰიგიენის დაუცველობა.

ფერიმჭამელების ფორმირებას საფუძვლად უდევს ცხიმის ჯირკვლების სადინრების დახშობა. კანის ცხიმის შემდგომი შეგუბება სადინარში ხელს უწყობს იქ არსებული ჩირქმადი მიკრობების აქტივაციას, ანთების განვითარებასა და პუსტულიზაციას. პროცესი ჩვეულებრივ ლოკალიზებულია სახეზე (შუბლი, ცხვირის ფრთები, ნიკაპი, ლოყები), აგრეთვე კეფაზე, ზურგზე, გულმკერდზე; ვლინდება უპირატესად კვანძოვანი ან ჩირქგროვის ხასიათის მწვავედ ან ქვემწვავედ მიმდინარე ანთებითი გამონაყარი.

კლინიკური სურათი-ხასიათდება გამონაყრის ელემენტების ევოლუციური პოლიმორფიზმით. კომედონების (ცხიმოვანი საცობები) ფუძეში წარმოიქმნება ანთებითი კვანძები, რომლებიც ტრანსფორმირდებიან სხვადასხვა სიდიდისა და სიღრმის ჩირქგროვებად. ზოგიერთ შემთხვევაში დაჩირქება იწყება კანის ღრმა შრეებიდან და იწვევს რბილი, ნახევარსფეროსებრი კვანძების წარმოქმნას. პუსტულების შემცველობა შრება, წარმოქმნის ქერქებს, რომელთა მოძრობის შემდეგ რჩება მოლურჯო-ვარდისფერი ლაქები ან ნაწიბურები. ღრმა ფერიმჭამელები მტკივნეულია.

აკნეს (ფერიმჭამელას) სახესხვაობები:

ა) თეთრი ფერიმჭამელა (აკნე) – „მეფეტვია“ – თეთრი ფერის, წვრილი, კვანძებია (დახურული კომედონები), რომლებიც განლაგებულია კანზე, უპირატესად ყვრიმალის ძვლების მიდამოში და იშვიათად ცხვირის ფრთებზე. თეთრი ფერიმჭამელა (დახურული კომედონი) კანის დახშული ფორებია, მცირედი ზომის ხვრელით. მათი მოცილება



სამედიცინო ჩარევის გარეშე რთულია.

ბ) შავი ფერიმჭამელა (აკნე)



შავი წერტილების სახითაა (ღია კომედონები) და წარმოადგენს კანის გაფართოებულ, დახშულ ფორებს. როგორ წესი, ღია კომედონი შავი ან მოყავისფრო-რუხი ფერისაა, რაც განპირობებულია კანის ფორებში ცხიმის ქიმიური ცვლილებით. მათი მოცილება შეუძლია ექიმს, ან კოსმეტოლოგს.

გ) ჩვეულებრივი ანუ მოზარდის ფერიმჭამელა (აკნე)



- კვანძოვანი ხასიათის ანთებითი წარმონაქმნია, რომელიც განლაგებულია სახის, ბეჭთაშუა მიდამოს, გულმკერდის, კისრის კანის თმიან – ცხიმოვანი ფოლიკულების მიდამოში.

დ) აკნეს (ფერიმჭამელას) კისტოზური ფორმა – ღრმა, მტკივნეული, ჩირქით ავსებული ღრუბია; მათ შემდგომ ხშირად რჩება ნაწიბურები.



მკურნალობა: დამოკიდებულია პროცესის სიღრმეზე და მის გავრცელებაზე. მძიმე შემთხვევებში – ინიშნება ანტიბიოტიკების განმეორებითი კურსები, იმუნოპრეპარატები, ვიტამინები, დეზინფექციური ადგილობრივი საშუალებები; იზღუდება ცხიმოვანი ცხარე საკვები; საჭიროა ნერვულ-ენდოკრინული დარღვევების კორექცია.

სათანადო ყურადღება უნდა დაეთმოს კვებას. აკნეს გავრცელებას ხელს უწყობს მჟავე, მწარე, ცხარე, წიწაკიანი საკვები, კრემიანი ტკბილეული, შოკოლადი, შებოლილი საკვები, კარტოფილი, შემწვარ-მოხრაკული. აკნესაგან განკურნებას ხელს უწყობს რძის პროდუქტების, ხილის, ბოსტნეულის, კვერცხის მიღება.

ეგზემა



ეგზემა – კანის ზედაპირული შრეების ნერვულ – ალერგიული ხასიათის ანთებაა, რომელიც წარმოიქმნება გარეგანი ან შინაგანი გამაღიზიანებლების ზემოქმედების შედეგად; გამოირჩევა გამონაყრის პოლიმორფიზმით, ქავილითა და ხანგრძლივი მორეციდივე მიმდინარეობით. ეტიოლოგია ცნობილი არ არის.



კლინიკური სურათი. ეგზემა აღინიშნება ნებისმიერ ასაკში, კანის საფარველის ნებისმიერ უბანზე (ხშირად სახეზე და ზედა კიდურებზე). განასხვავებენ ჭეშმარიტ, მიკრობულ, სებორეულ და პროფესიონალურ ეგზემას. ჭეშმარიტი ეგზემა მიმდინარეობს მწვავედ, ქვემწვავედ და ქრონიკულად. მწვავე ეგზემა ხასიათდება მკაფიო შეშუპებული ერთეულით მრავლობითი წვრილი ბუშტუკებით, რომელთა გახსნისას წარმოიქმნება წერტილოვანი ეროზიები უხვი სისველით, ქერქებისა და ქერცლების წარმოქმნით. სუბიექტურად აღინიშნება ქავილი. მწვავე ეგზემა გრძელდება 1,5 – 2 თვე. ქვემწვავე მიმდინარეობის დროს ანთებითი მოვლენები ნაკლებადაა გამოხატული: კერების შეფერილობა ხდება მოლურჯო – ვარდისფერი, შეშუპება და სისველე ზომიერია, ცხრება ქავილი და წვა; თან ერთვის ინფილტრაცია. პროცესის ხანგრძლივობა ნახევარ წლამდეა. სუბიექტურად – აღინიშნება ქავილი. **მკურნალობა** ითვალისწინებს გამაღიზიანებელი ფაქტორების გამოვლინებასა და მოხსნას, თანმხლები დაავადების თერაპიას; საჭიროა კანის მაქსიმალური დაცვა, განსაკუთრებით დაზიანებული უბნების. ინიშნება ანტიჰისტამინური და სედატიური საშუალებები, მათ შორის ტრანკვილიზატორები; გამოიყენება კორტიოსტეროიდული მაზები.

პროფილაქტიკა ითვალისწინებს ნევროგენული გადახრებისა და თანმხლები დაავადებების კორექციას.

მუნი



მუნი - ადამიანის კონტაგიოზური პარაზიტული დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება ქავილით; გამოიწვევია ტკიპა. დასნეობუნება ხდება დაავადებული ადამიანიდან პირდაპირი კონტაქტით ან მისი მოხმარების საგნებით.

ინკუბაციური პერიოდი დაახლოებით 1–2 კვირაა. კლინიკური გამოვლინებები განპირობებულია განაყოფიერებული დედალი ტკიპის ჩანერგვით ეპიდერმისის რქოვან შრეში,

სადაც იგი დებს კვერცხებს. დაახლოებით 2 კვირაში, გაივლის რა განვითარების რამოდენიმე სტადიას, კვერცხებიდან წარმოიქმნება პარაზიტის მწიფე ფორმები, რომლებიც ინერგებიან კანის ახალ უბნებში.

მუნის ძირითადი სიმპტომია ღამის ქავილი, განპირობებული ტკიპების აქტიურობით ამ პერიოდში. გარდა განაკაწრებისა, აღინიშნება წვრილი პაპულოვებიკულები და დაავადებისათვის პათოგნომური „მუნის გასავლები“ – მცირე ზომის სწორი ან დაკლაკნილი ხაზები, ბოლოში ბუმტუკით სადაც იმყოფება დედალი ტკიპა. დამახასიათებელი ლოკალიზაციაა კანის თხელი ნაზი უბნები (თითებშია ნაოჭები, სხივ – მაჯის მომხრელი, მუცელი, სასქესო ასო, ბარძაყების შიგნითა ზედაპირი, სარძევე ჯირკვლები). არ ზიანდება სახის კანი და თავის თმიანი ნაწილი. მუნი ხშირად რთულდება პიოდერმიით (ფურუნკულები, ექტიმები, იმპეტიგო).

დიაგნოზი ეყრდნობა ტიპიურ სიმპტომატიკას, ლაბორატორიულ გამოკვლევებს.

მკურნალობა: კანში ანტიპარაზიტული საშუალებების შეზღვევა თეთრეულის გამოცვლა. 3 დღის შემდეგ საჭიროა დაბანა და განმეორებით თეთრეულის გამოცვლა. საგნები და საცხოვრებელი საჭიროებენ დეზინფექციას.

ალოპეცია



ალოპეცია (alopecia) – თმის არარსებობა ან დაზიანება (ხშირად თავზე). ალოპეცია შეიძლება იყოს ტოტალური (თმის სრული არარსებობა), დიფუზური (თმის მკვეთრი დაცვენა) და კეროვანი (თმის არარსებობა გარკვეულ ნაწილებზე). წარმოშობისა და კლინიკური თავისებურებების მიხედვით განასხვავებენ ალოპეციის სახეებს:

თანდაყოლილი ალოპეცია წარმოადგენს მძიმე ზოგადი დაავადებების გართულებას (მწვავე ინფექციები,შემეორთებელი ქსოვილის დიფუზური დაავადებები, ენდოკრინოპათიები, სიფილისიდა სხვ.). იგი ატარებს კეროვან, დიფუზურ ან ტოტალურ

ხასიათს და წარმოადგენს ტოქსიკურ ან ავტოიმუნური გავლენას თმის დვრილებზე. პროგნოზი დამოკიდებულია ძირითადი დაავადების გამოსავალზე.

სებორეული ალოპეცია – სებორეის გართულება; ჩვეულებრივ ატარებს დიფუზურ ხასიათს. პროგნოზი დამოკიდებულია სებორეის მკურნალობის წარმატებაზე. ნაადრევი ალოპეცია აღინიშნება ახალგაზრდა და საშუალო ასაკის მამაკაცებში, ვლინდება თავზე თმის დაცვენით; ატარებს დიფუზურ-კეროვან ხასიათს. ძირითადი მნიშვნელობა ენიჭება მემკვიდრულ წინასწარგანწყობას; თმები ვერ აღდგებიან.

ბუდობრივი ალოპეცია – თმის დაცვენა სხვადასხვა ზომის მრგვალი კერების გაჩენით.

ეტიოლოგია ცნობილი არ არის.

პათოგენეზი: ადგილობრივი ნერვულ-ტროფიკული დარღვევები, შესაძლებელია ავტოიმუნურ კომპონენტთან ერთად.

სიმპტომები: კანის თმიან ნაწილზე (ხშირად თავზე, სახეზე) თმის სრული დაცვენის რამდენიმე მრგვალი კერის გაჩენა, სხვა რამე ცვლილებების გარეშე. კერები შესაძლოა გაიზარდონ, შეერწყან ერთმანეთს და გამოიწვიონ ტოტალური გამელოტება. შესაძლებელია მოხდეს სპონტანური გამოჯანმრთელება, მაგრამ არაიშვიათია რეციდივები. ტოტალური ფორმის დროს თმები ხშირად ვერ აღდგება.

მკურნალობა: სედატიური საშუალებები, ვიტამინები და ა.შ

მეჭეჭი



მეჭეჭი - კანის დაავადება, რომელსაც იწვევს ფილტრში გამავალი ვირუსები და ხასიათდება არაანთებითი, წვრილი სიმსივნური კეთილთვისებიანი წამონაქმნების განვითარებით.

გამომწვევია – ფილტრში გამავალი ვირუსები. დაავადება გადაეცემა ავადმყოფთან უშუალო კონტაქტის დროს, ასევე საერთო მომხმარებლის საგნებით. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 4 – 5 თვე. პათოგენეზში გარკვეულ როლს ასრულებს ცენტრალური ნერვული სისტემის მდგომარეობა.

კლინიკური სურათი. განასხვავებენ მეჭეჭების რამდენიმე სახესხვაობას. ჩვეულებრივი – მარტივი მეჭეჭები – მკვრივი უმტკივნეულო, ნორმალური კანის ფერის, ან მორუხო – მოყავისფერო, მრგვალი ფორმის (3 – 10 მმ დიამეტრის) კვანძებია, ხაოიანი ზედაპიროთ. დამახასიათებელი ლოკალიზაციაა მტევნების ზურგი და თითები, სახე, თავის თმიანი ნაწილი.

ფეხისგულებზე წარმოიქმნება ე. წ. ფეხისგულის მეჭეჭები; ისინი ჩვეულებრივ მტკივნეულნი არიან და შედგებიან მაფისებური დვრილების კონისაგან, გარშემორტყმულნი არიან გარქოვანებული შრეების მორგვით, მოგვაგონებენ კოჟოჟს. ბრტყელი მეჭეჭები – წვრილი (0,5 – 3 მმ) კვანძებია, ნორმალურიკანის ფერის ან მოყვითალო, მრგვალი ან პოლიგონალური, გლუვი ზედაპირით, ოდნავ სცილდებიან კანის ზედაპირს. დამახასიათებელი ლოკალიზაციაა სახე, მტევნების ზურგი. ხშირია ახალგაზრდებში, განსაკუთრებით მოსწავლეებში.

მეჭეჭი დიაგნოზის დადგენა რთული არ არის და დაფუძნებულია კლინიკურ სურათზე.

მეჭეჭი მკურნალობა. ელექტროკოაგულაცია, დიათერმოკოაგულაცია, კრიოდესტრუქცია



თხევადი აზოტით და სხვ.

ვიტილიგო



ვიტილიგო – კანის შედარებით იშვიათი დაავადება, რომელიც ხასიათდება შემენილი კეროვანი აქრომიით.

ეტიოლოგია. დაავადება განპირობებულია კანის ცალკეული უბნების მიერ პიგმენტის გამომუშავების უნარის დაკარგვით . დაავადების განვითარებაში გარკვეულს როლს ასრულებს გენეტიკური და ნეიროენდოკრინული ფაქტორები (ფსიქიკური ტრავმები, თირკმელზედა ჯირკვლის, ფარისებრი და სასქესო ჯირკვლების დისფუნქცია).

სიმპტომები და მიმდინარეობა. კანის სხვადასხვა უბანზე დეპიგმენტირებული ლაქების თანდათანობითი გაჩენა, რომლებიც მიდრეკილნი არან ზრდისა და შერწყმისაკენ. დაზიანებულ ადგილებზე თმები ასევე მოკლებულნი არიან პიგმენტს. სუბიექტური ჩივილები არ აღინიშნება. დეპიგმენტირებული უბნების მომატებული მგრძობელობა მზისა და ხელოვნური ულტრაიისფერი სხივებისადმი. დაავადება აღინიშნება ნებისმიერ ასაკში. მიმდინარეობს განუხრელად, ჩვეულებრივ პროგრესირებს; რემისიები იშვიათია.

მკურნალობა ჩვეულებრივ ნაკლებეფექტურია. ფორტოსენსიბილიზატორების განმეორებითი კურსები შერწყმული ულტრაიისფერ დასხივებასთან; ვიტამინები; კორტიკოსტეროიდული მაზის აპლიკაციები. გამოვლენილი ნეიროენდოკრინული დარღვევების კორექცია. პროგნოზი განკურნების თვალსაზრისით არაკეთილსაიმედოა. მზის დამწვრობის პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა ხანგრძლივი ინსოლაციის თავიდან აცილება.

კანდიდოზი



კანდიდოზი - მიკოზი, რომელიც განპირობებულია *Candida* ტიპის საფუარისებრი სოკოებით; აზიანებს კანსა და ლორწოვან გარსებს, ვლინდება სხვადასხვა კლინიკური ფორმებით. კანისა და ლორწოვანი გარსების ზედაპირული კანდიდოზი, კანის ნაკეცების ზიანდება კანის მსხვილი ნაკეცები, განსაკუთრებით სარძევე ჯირკვლებისქვეშ, საზარდულ-ბარძაყის, დუნდულოებს შორის, ანუსის, ჭიპის მიდამოში, ყურის უკანა ნაკეცები, სასქესო ასოს თავი, ჩუჩის შიგნითა ფურცელი, მსუქან პირებში – მუცლის ნაკეცები. თავდაპირველად წარმოიქმნება მაცერაციის თეთრი ფერის დიდი უბნები, რომლებიც საკმაოდ სწრაფად გარდაიქმნებიან სველ წითელ ეროზიებად. ავადმყოფებს აწუხებთ ქავილი, წვა. თითებს შორის წარმოიქმნება ეროზია ხელის თითებს შორის და უკავშირდება შრომის პირობებს. იგი ვითარდება ძირითადად მესამე და მეოთხე თითებს შორის ნაკეცში. წარმოიქმნება ბუმტუკების ჯგუფი მაცერირებული ზედაპირით, რომელიც ადვილად სცილდება, რის შემდეგაც წარმოიქმნება ხორცის ფერი მბზინავი, გლუვი ეროზიული ზედაპირი, მაცერირებული ეპიდერმისითა და თეთრი არშიით. პროცესი არასოდეს სცილდება თითებს შორის ნაკეცებს და არ იკავებს პირველი ფალანგების გვერდითი ზედაპირის ნახევარზე მეტს.

რძიანა წარმოიქმნება ხშირად ჩვილ ბავშვებში პირის ღრუს ლორწოვანის სხადასხვა უბნებში. ვლინდება თეთრი ფერის ნადებები; მათი მოცილების შემდეგ შიშვლდება მშრალი, რამდენადმე ჰიპერემიული ლორწოვანი გარსი.



კანდიდომიკოზური ვულვოვაგინიტი კლინიკური სურათით თითქმის არ განსხვავდება რძიანისაგან; ავადმყოფები უჩივიან ქავილსა და წვას.

კანდიდოზური პარონიქია, ონიქია გვხვდება მხოლოდ ქალებში და იწყება ფრჩხილის დაზიანებით. ვლიდება ფრჩხილის მორგვის შეშუპება, ჰიპერემია და ინფილტრაცია, საიდანაც შესაძლოა გამოედინოს ჩირქის წვეთი. ანთებითი მოვლენის ჩაცხრომის შემდეგ ფრჩხილის მორგვის კიდეზე შესაძლოა წარმოიქმნას აქერცვლა, მაგრამ რჩება გასქელება.

ბავშვებში ქრონიკული გენერალიზებული (გრანულომატოზური) კანდიდოზი იწყება ჩვეულებრივ რძიანას გაჩენით, შემდეგ კი წარმოიქმნება კანისა და ლორწოვანი გარსების კანდიდოზის სხვა ფორმები. მათ ფონზე და მათთან ახლოს ვითარდება პაპულოზური და ხორკლიანი გამონაყარი, დაფარული ქერქებით, რომელთა რაოდენობა სწრაფად მატულობს, ხოლო თვითოს კერები ღრმავდება. ეს ელემენტები ტოვებენ ნაწიბუროვან-ატროფიულ ცლილებებს. ბავშვობაში დაწყებული პროცესი მიმდინარეობს წლობით, თან ახლავს სხვადასხვა დისტროფიული დარღვევები, მათ შორის კბილების ღრმა კარიესი. ეს ცვლილებები შესაძლოა შერწყმული იყოს ვისცერულ კანდიდოზთან (ბრონქიტი, პნევმონია, პიელონეფრიტი, ენტეროკოლიტი და სხვ.).

მკურნალობა ტარდება პათოგენეტიკური და ანტიმიკოზური თერაპია.

ჰინჭრის ციება



ჰინჭრის ციება - ალერგიული დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება კანსა და ლორწოვან გარსებზე ბებერების წარმოქმნით.

ეტიოლოგიური ფაქტორები, რომლებიც განაპირობებენ ჰინჭრის ციების განვითარებას, იყოფიან ეგზოგენურად და ენდოგენურად. ეტიოლოგიური ფაქტორები იწვევენ ქსოვილებში აქტიური ნივთიერებების დაგროვებას, რომლებიც ზრდიან სისხლძარღვთა კედლების განვლადობას, აფართოებენ კაპილარებს, რის შედეგადაცაა დერმის დვრილისებრი შრის შეშუპება და ბებერების წარმოქმნა.

კლინიკური სურათი ხასიათდება კანზე (იშვიათად ლორწოვან გარსებზე) შეშუპებული, მკვრივი, კაშკაშა – ვარდისფერი, სხვადასხვა ზომისა და მოხაზულობის ბებერების წარმოქმნით. ბებერები ქრება (ზოგჯერ რამდენიმე წუთში) უკვალოდ. მწვავე ჰინჭრის ციება ხასიათდება უეცარი დაწყებით, ძლიერი ქავილით, წვით და გამონაყრით კანის საფარველის ნებისმიერ უბანზე, ასევე ტუჩების, ენის, რბილი სასის, ხორხის ლორწოვანზე. ბებერები სხვადასხვა ზომისა და მოხაზულობისაა,

შესაძლებელია მათი შერწყმა, თან ახლავს ზოგადი მდგომარეობის დარღვევა. ხშირად ჰინჭრის ციება განპირობებულია წამლისმიერი ან საკვებისმიერი ალერგიით, წამლების, შრატების, ვაქცინების პარენტერალური შეყვანით, სისხლის გადასხმით.



მწვავე შემოსაზღვრული კვინკეს შეშუპება (გიგანტური ჰინჭრის ციება) ხასიათდება ასევე სახის ან სასქესო ორგანოების კანის (ლორწოვანი გარსების) და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის შემოსაზღვრული შეშუპების უეცარი განვითარებით. ამასთან კანი ხდება მკვრივი, ელასტიური, თეთრი, იშვიათად ვარდისფერი. სუბიექტური შეგრძნებები ჩვეულებრივ არ არსებობს. რამდენიმე საათის, ან 1 – 2 დღის შემდეგ შეშუპება ქრება. შესაძლებელია კვინკეს შეშუპების შერწყმა ჩვეულებრივ ჰინჭრის ციებასთან. ხორხის მიდამოში განვითარებული შეშუპების დროს შესაძლებელია სტენოზი და ასფიქსია.

ქრონიკული მორეციდივე ჰინჭრის ციება ჩვეულებრივ ვითარდება ხანგრძლივი სენსიბილიზაციის ფონზე, რომელიც განპირობებულია ქრონიკული ინფექციის კერებით (ტონზილიტი, ქოლევისტიტი, ადნექსიტი და სხვ.), კუჭ – ნაწლავის ტრაქტის, ღვიძლისფუნქციის დარღვევებითა და სხვ. დაავადების რეციდივები იცვლება სხვადასხვა ხანგრძლივობის რემისიებით. შეტევის დროს შესაძლებელია თავის ტკივილი, სისუსტე, სხეულის ტემპერატურის მომატება, ართრალგიები, კუჭ – ნაწლავის ტრაქტის ლორწოვანი გარსის შეშუპების დროს – გულისრევა, ღებინება, ფაღარათი. მტანჯველი ქავილი შესაძლებელია მიმდინარეობდეს უძილობით, ნევროზული დარღვევებით.

მზისმიერი ჭინჭრის ციება - წარმოადგენს ფოტოდერმატოზის სახესხვაობას; ავადდება უპირატესად ქალები. დაავადება ხასიათდება გამონაყრით კანის ღია ნაწილებზე (სახე, ხელები და სხვ.). დამახასიათებელია სეზონურობა (გაზაფხული – ზაფხული). მზეზე ხანგრძლივი ყოფნის დროს გამონაყარს შესაძლოა ახლდეს ორგანიზმის ზოგადი რეაქცია სუნთქვისა და გულის მოქმედების დარღვევების სახით, შესაძლებელია შოკის განვითარება.

მკურნალობა. მწვავე ჭინჭრის ციების დროს, რომელიც გამოწვეულია წამლების და საკვები ნივთიერებების მიღებით, ნაჩვენებია საფადართოები, ჰიპომასენსიბილიზირებელი საშუალებები – 10% – იანი კალციუმის ქლორიდი ვენაში, კალციუმის გლუკონატი, ანტიჰისტამინური პრეპარატები. მძიმე შემთხვევაში შეტევის კუპირება შესაძლებელია კანკვემ ადრენალინის შეყვანით, ასევე კორტიკოსტეროიდული პრეპარატების.

ქრონიკული ჭინჭრის ციების დროს საჭიროა ეტიოლოგიური ფაქტორის დადგენა. ალერგენის აღმოჩენის შემთხვევაში ნაჩვენებია სპეციფიკური ჰიპოსენზიტიზაცია, ქრონიკული ინფექციის კერების სანაცია, კუჭ – ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების მკურნალობა, დეჰელმინთიზაცია. ნერვული სისტემის დარღვევების დროს – სედატიური თერაპია. ნაჩვენებია ასევე ზოგადი იონოგალვანიზაცია კალციუმის ქლორიდით. მზისმიერი ჭინჭრის ციების დროს – ფოტომადესენსიბილიზირებელი პრეპარატები.

პიოდერმია

პიოდერმია - კანის ჩირქოვანი დაზიანებაა, რომელიც წარმოიქმნება მასში ჩირქმზადი მიკრობების შეღწევის შედეგად. წარმოადგენს კანის ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ დაავადებას.



გამომწვევია – სტაფილოკოკები და სტრეპტოკოკები. პათოგენეზში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ენდოგენური დარღვევები (შაქრიანი დიაბეტი, სისხლის დაავადებები, ვიტამინების ცვლის დარღვევები, კუჭ – ნაწლავის ტრაქტის მოშლილობები, სიმსუქნე, ღვიძლის დაავადებები, ნევროპათიები და სხვ.), ეგზოგენური ზემოქმედებები და ხანგრძლივი მკურნალობა კორტიკოსტეროიდებითა და ციტოსტატიკებით. ეტიოლოგიური პრინციპის მიხედვით განასხვავებენ სტაფილოდერმიებსა და სტრეპტოდერმიებს, რომლებიც თავის მხრივ იყოფიან ზედაპირულ და ღრმა სახეებად.

პიოდერმია - სტაფილოდერმიები. განასხვავებენ სტაფილოდერმიების შემდეგ სახესხვაობებს: ოსტოფოლიკულიტი, ფოლიკულიტი, სიკოზი, ახალშობილთა ეპიდერმული ბუმტუკი (ზედაპირული სტაფილოდერმია), ფურუნკული, კარბუნკული და ჰიდრადენიტი (ღრმა სტაფილოდერმიები).

ფურუნკული



თმის ფოლიკულისა და მისი გარემომცველი ქსოვილების ჩირქოვან – ნეკროზული ანთება; კლინიკურად წარმოადგენს მწვავე ანთებით კვანძს, მწვერვალზე პუსტულით; გახსნისას შიშვლდება ნეკროზული ღერძი, რომლის მოცილებისას წარმოიქმნება წყლული. სუბიექტურად – დამახასიათებელია ტკივილი. ფურუნკულები შესაძლოა იყოს ერთეული და მრავლობითი, მიმდინარეობით – მწვავე და ქრონიკული. ზოგჯერ ერთვის ლიმფადენიტები და ლიმფანგიტები. სახეზე ლოკალიზაციის დროს განსაკუთრებით ცხვირ – ტუჩის სამკუთხედში, შესაძლებელია მენინგეალური გართულებები.

კარბუნკული



მკვრივი, მეწამულ – წითელი ფერის, ღრმა ინფილტრატია, მკვეთრად გამოხატული შეშუპებით, რომელიც წარმოიქმნება კანისა და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის ნეკროზულ – ჩირქოვანი ანთების შედეგად. წარმოქმნილი ხვრელიდან გამოიყოფა სქელი სისხლნარევი ჩირქი. ნეკროზული მასების მოცილების შემდეგ წარმოიქმნება ღრმა წყლული, რომელიც ხორცდება ნაწიბურით. სუბიექტურად – მტანჯველი ტკივილი. ზოგადი მდგომარეობა

დარღვეული არ არის. კარბუნკულები ვითარდება დასუსტებულ და გამოფიტულ პირებში კეფაზე, ზურგზე და წელის არეში. განსაკუთრებით სახიფათოა სახის კარბუნკულები.

ჰიდრადენიტი



აპოკრინული საოფლე ჯირკვლების ჩირქოვანი ანთებაა. კანში ფორმირდება მწვავედ ანთებადი კვანძი, რომლის გახსნისას გამოიყოფა ჩირქი. შედეგად პროცესი ნაწიბურდება; აღინიშნება მტკივნეულობა. შესაძლებელია ზოგადი დარღვევები, განსაკუთრებით მრავლობითი ჰიდრადენიტების დროს, რომლებიც წარმოქმნიან მასიურ კონგლომერატებს. ჰიდრადენიტი ხშირია მსუქან ქალებში, რომლებსაც აწუხებთ ოფლიანობა.

მკურნალობა. მრავალრიცხოვანი კერების დროს საერთო დაბანა იკრძალება, ერთეულების დროს – საკითხი წყდება ინდივიდუალურად. ყოველთვის საჭიროა დაზიანებული კერების დაბანის თავიდან აცილება. აუცილებელია თეთრეულის ხშირი ცვლა; საჭიროა ფრჩხილების მოჭრა და ყოველდღიურად იოდის წასმა. ოსტიოფოლიკულები და ფოლიკულიტები საჭიროა გაიხსნას სტერილური ნემსით და დამუშავდეს. გაუხსნელ ფურუნკულებზე და ჰიდრადენიტებზე იდება იხტიოლი, გახსნისას – ჰიპერტონული სახვევი, ხოლო წყლულების გასუფთავების შემდეგ – ანტიბიოტიკების შემცველი მაზების სახვევები. ფურუნკულის სახეზე და კისერზე ლოკალიზაციის დროს აუცილებელია ანტიბიოტიკების ან სულფანილამიდების დანიშვნა. კარბუნკულები საჭიროებენ ქირურგიულ გახსნას, შემდგომ ჰიპერტონული და ანტისეპტიკური ნახვევების დადებას. იმპეტიგოს კერებს ამუშავებენ ანილინის საღებავით, ანტიბიოტიკების შემცველი მაზებით. ქრონიკული და გახანგრძლივებული მიმდინარეობის დროს საჭიროა თანმხლები დაავადების თერაპია, ანტიბიოტიკები, სულფანილამიდები, სპეციფიკური და არასპეციფიკური მეთოდები, ფიზიოთერაპია, ვიტამინები. ზოგადი მოვლენების დროს მკურნალობა ტარდება სტაციონარში.

პროფილაქტიკა, პროგნოზი. ჰიგიენური საერთო რეჟიმი, სრულფასოვანი და რეგულარული კვება, ფიზიკულტურითა და სპორტით დაკავება. ზოგადი დაავადებების მკურნალობა, მიკროტრავმების თავიდან აცილება და მათი დაუყონებლივი დამუშავება, პირადი ჰიგიენის დაცვა. დაავადების საწყისი გამოვლინებების დროული მკურნალობა. პროგნოზი მწვავე ფორმების განკურნებისას კეთილსაიმედოა, ქრონიკული, განსაკუთრებით კი მძიმე საერთო დაავადებების ფონზე მიმდინარეობის დროს, შეიძლება იყოს ცუდი.

ფსორიაზი



ფსორიაზი კანის ავტოიმუნური ანთებითი დაავადება, ქრონიკული დერმატოზი, რომელიც მიმდინარეობს კანის, ზოგჯერ კი სახსრებისა და ფრჩხილების დაზიანებით; გადამდები არაა.

პათოგენეზში გარკვეული როლი ენიჭება იმუნოლოგიურ, ფერმენტაციულ და სხვა ბიოქიმიურ დარღვევებს. დაავადება აღინიშნება ნებისმიერ ასაკში; არაკონტაგიოზურია.

ხასიათდება გამონაყრის გაჩენით, რომელიც ლოკალიზებულია ძირითადად კიდურების გამშლელ ზედაპირზე (განსაკუთრებით იდაყვზე და მუხლებზე), ტანზე, თავის თმიან ნაწილზე. წარმოადგენს დიამეტრით 2 – 3 მმ – დან 1 – 2 სმ – მდე, ვარდისფერი – წითელი ფერის მრგვალი მოხაზულობის, მკვეთრად შემოსაზღვრულ პაპულებს, რომლებიც მცირედ სცილდებიან კანის ზედაპირს, დაფარულნი არიან ვერცხლისფერ – თეთრი ქერქებით. პაპულების წაფხეკისას ვლინდება 3 დიაგნოსტიკური ფენომენი: 1. სტეარინული ლაქა; 2. ტერმინალური აპკები; 3. სისხლიანი ცვარი. პაპულები გამოირჩევიან ექსცენტრული ზრდით, რაც იწვევს ბალთების წარმოქმნას, რომლებიც ერწყმიან დაზიანების ფართო უბნებს. პროცესის პროგრესირების დროს პაპულების ირგვლივ ჩნდება წითელის ფერის არშია, მატულობს ახალი გამონაყარი; აღინიშნება ქავილი.

პროცესის რეგრესირებისათვის დამახასიათებელია შეფერვის ინტენსივობის შესუსტება, გამონაყრის გაწოვა; ბალთების გაწოვა ჩვეულებრივ იწყება ცენტრალური ნაწილიდან, რის გამოც ფსორიოზული ელემენტები იძენენ რგოლისებრ ან გირლანდისებურ ფორმას. გამომშრალი გამონაყრის ადგილებზე რჩება დროებითი დეპიგმენტაცია (ფსევდოლეიკოდერმია). არასრული რემისიის პერიოდებში კანის საფარველის ცალკეულ უბნებზე შესაძლებელია დარჩეს ერთეული „მორიგე ბალთები“.

მკურნალობა- დიეტა ცხოველური ცხიმების და ნახშირწყლების გამორიცხვით, ცხარე საკვების, ალკოჰოლის აკრძალვა. ფსორიაზის პროგრესირების სტადიაში – ანტიჰისტამინური პრეპარატები და ჰიპომასენსიბილიზირებელი საშუალებები; სტაციონარულ სტადიაში – ავტოჰემოთერაპია, პიროგენალი, ულტრაიისფერი დასხივება. ასევე, კურორტული მკურნალობა, მზის აბაზანები და ზღვაში ბანაობა.

კანის კიბო



კანის კიბო - ეპიდერმისის სხვადასხვა ნაწილიდან განვითარებული სიმსივნეების ჯგუფია.

კანის კიბო - ბაზალიომა ხშირად აღინიშნება სახეზე და მოხუცებულობით ასაკში. ვითარდება მკვრივი მოწითალო ფერის კვანძი ან მცირე ზომის კვანძების ჯგუფი, რომლებიც წარმოქმნიან მცირედ წამოწეულ ბალთას. გარკვეული დროის შემდეგ დაზიანების ცენტრში წარმოიქმნება ეროზია ან წყლული თხელი ქერქით, რომლის კიდეების გაყოლებაზე ჩანს ერთმანეთთან ახლოს მდებარე მკვრივი კვანძები.

ეს კვანძები იშლებიან და წარმოიქმნება შეუხორცებელი წყლული გლუვი წითელი ფერის ფსკერითა და მკვრივი კიდეებით. ასეთი წყლულის ირგვლივ იქმნება ახალი მკვრივი კვანძები. ბაზალიომის ზედაპირზე შესაძლებელია წერტილოვანი პიგმენტური დაფრქვევა, ან ზედაპირს აქვს მოყვითალო-თეთრი ფერი.

კანის კიბო - ბაზალიომა - მკურნალობა. ელექტროკოაგულაცია, ელექტროექსციზია ჯანმრთელი ქსოვილების ფარგლებში, კოლხამინის მაზი, შესაძლებელია კრიოდესტრუქცია, ქირურგიული ჩარევა.

კანის კიბო - ბაზალიომა - პროგნოზიკეთილსაიმედოა, ვინაიდან ბაზალიომა ვითარდება ძალიან ნელა, არ იძლევა მეტასტაზებს და კარგად განიკურნება.

კანის ბრტყელუჯრედოვანი კიბო აღინიშნება ძირითადად ტუჩების წითელ ქობაზე, განსაკუთრებით ქვედაზე, სასქესო ასოზე, ვულვაზე; დანარჩენ ნაწილებში ძალიან იშვიათია. წარმოიქმნება გლუვი, მკვრივი კვანძები, ზოგჯერ დვილისებრი წანაზარდებით ზედაპირზე, რომლებიც წყლულდებიან და წარმოიქმნება კრატერისებური, ზოგჯერ მტკივნეული წყლული მკვრივი სისხლმდენი ფსკერით. სიმსივნე ძალიან სწრაფად დიდდება, შლის გარემომცველ და ქვემდებარე ქსოვილებსა და მეტასტაზირდება.



მკურნალობა. ახლო ფოკუსური რენტგენოთერაპია კობინაციით ქირურგიულ გაკვეთასთან და ქიმიოთერაპიასთან. პროგნოზი დამოკიდებულია დაავადების სტადიაზე.

სატყლისებრი ლიქენი



სატყლისებრი ლიქენი - მწვავე ვირუსული დაავადებაა, რომელც ვლინდება ტკივილითა და კანზე გამონაყრით.

ეტიოლოგია. ჩუტყვავილას ვირუსი.

სიმპტომები: დაავადება იწყება მწვავე ფესვური ტკივილებით, საერთო სისუსტისა და უმნიშვნელო ცხელების ფონზე. ტკივილთან ერთად ფესვების დაზიანების ზონაში ჩნდება ბუშტუკოვანი გამონაყარი; მძიმე შემთხვევებში მათ აქვს ბულოზური ან ნეკროზული ხასიათი. რიგ შემთხვევებში, გარდა სეგმენტური გამონაყრისა, ვითარდება გაფანტული ვეზიკულები. ზოგჯერ გამონაყარსა და ტკივილებს თან ახლავს კუნთების დამბლა; მუცლის კედლის კუნთებში პარეზის განვითარების შემთხვევაში წარმოიქმნება გამობერილობები, რომელიც ეჭვს ბადებს სიმსივნის არსებობაზე. შემთხვევათა ნახევარში herpes zoster ლოკალიზდება გულმკერდის სეგმენტებში, დაახლოებით 20%-ში ზიანდება სამწვერა კვანძი. ამ უკანასკნელის დროს ტკივილი და გამონაყარი ლოკალიზდება ხშირად პირველი ტოტის ზონაში



ზოგჯერ ჰერპესული გამონაყარი წარმოიქმნება პლევრაზე, შარდის ბუმბუში ან თორმეტგოჯა ნაწლავში. დაავადების მწვავე სტადიაში ცერებრულ-სპინურ სითხეში არაიშვიათად აღინიშნება ლიმფოციტული პლეოციტოზი. რამდენიმე კვირის შემდეგკანზე გამონაყარი ქრება, ტკივილები წყდება. თუმცა საშუალო ასაკისა და განსაკუთრებით ხანდაზმულ ავადმყოფებში ზოგჯერ რჩება მყარი პოსტჰერპესული ნევრალგია. განმეორებითი დაავადება ძალზე იშვიათია და აღინიშნება მძიმე სომატური დაავადების ფონზე.

მკურნალობა. ანალგეტიკები, ანტიჰისტამინური საშუალებები, ტრანკვილიზატორები, საძილე საშუალებები. დეზინფექციური მანებითა და ხსნარებით აუცილებელია კანის ეროზიული უბნების დაცვა ინფექციისაგან.

წითელი ქარი



წითელი ქარი – მწვავე სტრეპტოკოკური დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება კანის დაზიანებით, მკვეთრად შემოფარგლული ანთებითი კერის წარმოქმნით, ასევე ცხელებითა და ზოგადი ინტოქსიკაციით, ხშირი რეციდივებით.

გამომწვევია ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი, რომელიც არაფრით არ განსხვავდება სხვა სტრეპტოკოკური დაავადებების გამომწვევეებისაგან. (მაგალითად, ანგინის). ორგანიზმში აღწევს კანის მცირე დაზიანებებიდან. შესაძლებელია ეგზოგენური დაზიანება (დაბინძურებული ინსტრუმენტები, შესახვევი მასალა). ერთი და იმავე ადგილზე წითელი ქარის რეციდივების განვითარებაში გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ალერგიულ განწყობასა და კანის სენსიბილიზაციას ჰემოლიზური სტრეპტოკოკისადმი.

ინკუბაციური პერიოდის ხანგრძლივობა რამდენიმე საათიდან 5 დღემდეა (ხშირად 3-4 დღე). პირველადი წითელი ქარი იწყება მწვავედ, ზოგადი ინტოქსიკაციის სიმპტომებით. სხეულის ტემპერატურა მატულობს 39-40 გრადუსამდე. ვლინდება საერთო სისუსტე, შემცივნება, თავის ტკივილი, მიაღვია, მძიმე შემთხვევებში შესაძლებელია კრუნჩხვები, ბოდვები, ტვინის გარსების გაღიზიანების ნიშნები. დაავადების დაწყებიდან 10-24 საათის შემდეგ წარმოიქმნება ადგილობრივი სიმპტომები: ტკივილი, წვა და დაჭიმულობის შეგრძნება კანის დაზიანებულ უბანზე, დათვალიერებით ჩანს კანის ჰიპერემია და შეშუპება. ერთემა ხშირად თანაზომიერია, კანის დონიდან აწეულია. შეშუპებები განსაკუთრებით გამოხატულია ანთების

ლოკალიზაციისას ქუთუთოების, ტუჩების, თითების, სასქესო ორგანოების მიდამოში. ზოგჯერ ერთემის ფონზე წარმოიქმნება ბუმტუკები, რომლებიც ავსებულია სეროზული ან ჰემორაგიული შემცველობით. განასხვავებენ აგრეთვე ლიმფანგიტსა და რეგიონალური ლიმფური კვანძის ანთებას. ანთების ადგილზე შემდეგში ვლინდება კანის აქერცვლა. ადგილობრივ მოვლენებს ადგილი აქვს 5-15 დღის განმავლობაში; შესაძლებელია ხანგრძლივად შენარჩუნდეს კანის პასტოზურობა და პიგმენტაცია.

წითელი ქარის რეციდივები შესაძლებელია წარმოიქმნას გადატანილი დაავადების შემდეგ რამდენიმე დღიდან 2 წლამდე პერიოდში. წითელი ქარის შედარებით გვიანი გამოვლინების დროს (2 წელზე ზევით) ლაპარაკობენ განმეორებით წითელ ქარზე. იგი ლოკალიზებულია უპირატესად კანის ახალ უბანზე. რეციდივს ხელს უწყობს პირველადი წითელი ქარის არასაკმარისი მკურნალობა, ნარჩენი მოვლენები (ლიმფოსტაზი და სხვ.). ხშირი რეციდივების დროს ცხელება და ინტოქსიკაციის სიმპტომები მკვეთრად არ არის გამოხატული. წითელი ქარის დროს გართულებები და შედეგები შესაძლებელია იყოს ისეთივე, როგორც სხვა სტრეპტოკოკური დაავადებების დროს (რევმატიზმი, ნეფრიტი, მიოკარდიტი და სხვ.). მაგრამ ასევე შესაძლებელია სპეციფიკურებიც: კანის წყლულები და ნეკროზები აბსცესები და ფლეგმონები (აბსცენდირებული წითელი ქარი), ლიმფის მიმოქცევის მოშლა, რაც იწვევს სპილოვნებას. კლინიკური დიაგნოსტიკის დროს აუცილებელია დიფერენცირება სხვა დაავადებებისაგან რომელთა დროს შესაძლებელია წარმოიქმნას კანის სიწითლე და შემუპება (ვენების თრომბოზი, ერიზიპილოიდი, ფლეგმონები და აბსცესები, შწვავე დერმატიტები და სხვ.). სისხლის გამოკვლევისას აღინიშნება უმნიშვნელო ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ედსის მომატება. წითელი ქარის გადატანის შემდეგ იმუნიტეტი არ ყალიბდება.

მკურნალობა. განსაკუთრებით ეფექტურია პენიცილინის ჯგუფის ანტიბიოტიკები. ხშირი რეციდივების დროს ანტიბიოტიკებთან ერთად ინიშნება კორტიკოსტეროიდები პროგნოზი კეთისაიმედოა. ხშირად მორეციდივე წითელი ქარის დროს შესაძლებელია განვითარდეს სპილოვნება, რაც არღვევს შრომისუნარიანობას. პროფილაქტიკა. ფეხების ტრავმებისა და განაკაწრების თავიდან აცილება, სტრეპტოკოკური დაავადებების მკურნალობა. ხშირი რეციდივების დროს ტარდება წლიური ბიცილინოპროფილაქტიკა. სპეციფიკური პროფილაქტიკა არ არსებობს.



საკონტროლო კითხვები

ჩამოთვალეთ კანის დაავადებების ყველაზე გავრცელებული სიმპტომები.

ჩამოთვალეთ კანის დაავადების დროს ძირითადი შეკითხვები ანამნეზის შეკრების დროს.

რა მიეკუთვნება პირველად გამონაყარს?

რა მიეკუთვნება მეორად გამონაყარს?

რა სიმპტომები ახასიათებს ატოპიურ დერმატიტს?

ჩამოაყალიბეთ ძირითადი მოვლის პრინციპები ატოპიური დერმატიტის დროს.

რა სიმპტომები ახასიათებს აკნესს?

რომელია აკნეს დროს ძირითადი გამოკვლევის მეთოდები?

რომელია აკნეს დროს მოვლის პრინციპები?

რა სიმპტომები ახასიათებს ეგზემას?

რომელია ეგზემის დროს ძირითადი გამოკვლევის მეთოდები?

რომელია ეგზემის დროს პაციენტის მოვლის პრინციპები?

რა სიმპტომები ახასიათებს ალოპეციას ?

რომელია ალოპეციის დროს ძირითადი გამოკვლევის მეთოდები?

რომელია ალოპეციის დროს მოვლის პრინციპები?

რა სიმპტომები ახასიათებს ვიტილიგოს ?

რომელია ვიტილიგოს დროს ძირითადი გამოკვლევის მეთოდები?

რომელია ვიტილიგოს დროს პაციენტის მკურნალობის პრინციპები?

რა სიმპტომები ახასიათებს კანდიდოზს ?

რომელია კანდიდოზის დროს ძირითადი გამოკვლევის მეთოდები?

რომელია კანდიდოზის დროს პაციენტის მკურნალობის და მოვლის პრინციპები?

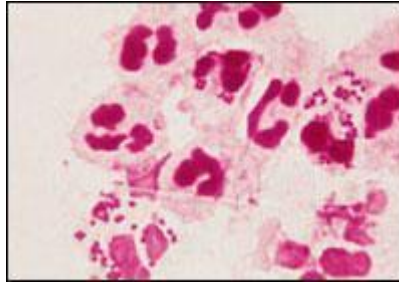
რა სიმპტომები ახასიათებს ჭინჭრის ციებას ?

რომელია ჭინჭრის ციების დროს ძირითადი გამოკვლევის მეთოდები?

ვენერიული დაავადებები – ეს არის დაავადებები, რომლებიც ვრცელდება სქესობრივი გზით.

გონორეა

გონორეა ვენერიული დაავადებაა, რომელსაც იწვევს გონოკოკი.



დაავადება გადაეცემა ძირითადად სქესობრივი გზით. დაავადების გადაცემის არასქესობრივი გზა საკმაოდ იშვიათად გვხვდება (ბავშვებში). დაავადების გამოწვევი ძირითადად აზიანებს შარდ-სასქესო სისტემის იმ ნაწილებს, რომლებიც ამოფენილია ერთმრიანი ეპითელიუმით: ურეთრის ლორწოვან გარსს, ბართოლინის ჯირკვლების გამომტან სადინრებს, საშვილოსნოს მილებს. ხშირად პროცესში ერთვება პარაურეთრული გზები, საკვერცხეების მფარავი ეპითელი, სწორი ნაწლავის ლორწოვანი გარსი.

მწვავე სტადიაში ავადმყოფები უჩივიან ტკივილს, ჩხვლეტისა და ჭრის შეგრძნებას შარდვის დროს; ქრონიკულ სტადიაში ჩივილები არ აღინიშნება. გინეკოლოგიური გამოკვლევით ვლინდება ურეთრის გარეთა ხვრელის გაწითლება და შეშუპება, ურეთრიდან ლორწოვან – ჩირქოვანი გამონადენი. ანთებით პროცესში ხშირად ერთვება პარაურეთრული გზები. ქრონიკული ურეთრიტის დროს აღინიშნება მხოლოდ ურეთრის კედლების გასქელება (საშოს წინა კედლიდან პალპაციის დროს).

მწვავე სტადიაში აღინიშნება ლორწოვან – ჩირქოვანი თეთრად შლა და უმნიშვნელო ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში. საშოს სარკეებით საშვილოსნოს ყელის დათვალიერებისას ვლინდება საშვილოსნოს პირის (ხვრელის) მიდამოს ლორწოვანი გარსის გაწითლება და გაფაშრება, ცერვიკალური ლორწოვან – ჩირქოვანი თეთრად შლა. ქრონიკულ სტადიაში გამონადენი ხდება ლორწოვანი, ავადმყოფებს ჩივილები არა აქვთ. ხშირად აღინიშნება ეროზია საშვილოსნოს გარეთა ხვრელის არეში.

გონორეის სიმპტომები და დიაგნოზი. გონორეის დიაგნოსტიკა ხდება ანამნეზის საფუძველზე: დაავადების გამოვლინება სქესობრივი ცხოვრების დაწყებიდან მოკლე პერიოდში, შემთხვევითი სქესობრივი კავშირები. ქალებში, რომელთაც აღინიშნებათ პირველადი უწყალოება, გამოკვლევისას ვლინდება ურეთრიტი, ენდოცერვიციტი ორმხრივი სალპინგოოფორიტი, პროქტიტი. ტარდება ბაქტერიოლოგიური და ბაქტერიოსკოპული დიაგნოსტიკა – ნაცხები და ნათესები ურეთრიდან, ცერვიკალური არხიდან, საშოდან (ანტიბიოტიკების მიღებამდე!). ნაცხების ციტობაქტერიოლოგიური გამოკვლევისას

მკურნალობა. ახალადწარმოქმნილი და აღმავალი გონორეის დროს მკურნალობას ატარებენ სტაციონარის პირობებში. ნაჩვენებია წოლითი რეჟიმი, ანტიბაქტერიული და სიმპტომური მკურნალობა. ნიშნავენ ანტიბაქტერიულ თერაპიას, ამასთან, მკურნალობის კურსი დამოკიდებულია ანთებითი პროცესის სტადიასა და ლოკალიზაციაზე. ანტიბიოტიკების დოზები შარდსასქესო ორგანოების ქვედა ნაწილების გონორეის დროს 2 – ჯერ ნაკლები უნდა იყოს, ვიდრე აღმავალი გონორეის დროს (აღმავალი გონორეის დროს ანტიბაქტერიულ თერაპიას ატარებენ 5 – 7 დღის მანძილზე).

გონორეის განკურნების კრიტერიუმები: მკურნალობის დამთავრების შემდეგ ატარებენ ავადმყოფის გინეკოლოგიურ გამოკვლევას და 3 თვის მანძილზე ამოწმებენ ნაცხებს. ურეთრიდან, საშვილოსნის ყელიდან და საშოდან ნაცხებს იღებენ მედიკამენტოზური და ფიზიოლოგიური (მენსტრუაცია) პროვოკაციის შემდეგ. ამ პერიოდის განმავლობაში გონოკოკების არ არსებობა საფუძველს იძლევა, რომ ქალი ჩავთვალოთ განკურნებულად გონორეისაგან.

გონორეა – მამაკაცებში - გავრცელებული ვენერიული დაავადება, რომელიც ხასიათდება ძირითადად შარდსადენის ჩირქოვანი ანთებით.

კლინიკური სურათი ხასიათდება ურეთრიტის მოვლენებით. მწვავე გონორეული ურეთრიტი იწყება ურეთრის წინა ნაწილის წვით, ქავილითა და ლორწოვანი გამონადენით. 3 – 4 დღეში პროცესი აღწევს სიმწვავის მაქსიმუმს. აღინიშნება ურეთრის გარეთა ხვრელის მკვეთრი ჰიპერემია და შეშუპება, მისი გამკვრივება და მტკივნეულობა პალპაციისას, უხვი ჩირქოვანი გამონადენი ურეთრიდან, მტკივნეული შარდვა. მწვავე გონორეის დროს პროცესი ლოკალიზებულია წინა ურეთრაში: ორჭიქიანი სინჯის დროს შარდის პირველი ულფა მღვრია, მეორე – გამჭირვალე. პროცესის გავრცელებისას უკანა ურეთრაზე აღწერილ სიმპტომებს ემატება შარდვის გახშირება და მტკივნეულობის გაძლერება მოშარდვის ბოლოს. ორჭიქიანი სინჯის დროს შარდი მღვრია ორივე ულფაში. ქვემწვავე გონორეული ურეთრიტი ხასიათდება იმავე ნიშნებით, მაგრამ შედარებით ნაკლებ გამოხატული. ტორპიდული ახალი გონორეა ხასიათდება აღწერილი კლინიკური სიმპტომების სუსტი გამოხატულებით ან მათი არარსებობით ურეთრის ნაცხებში გონოკოკების არსებობის დროს. ქრონიკული გონორეა ვითარდება ახალწარმოქმნილი გონორეის არასაკმარისი ან არადროული მკურნალობის შედეგად. ავადმყოფის დასუსტების ან რაციონალური რეჟიმის დარღვევისას. ქრონიკული გონორეის სიმპტომები დამოკიდებულია პროცესის გავრცელებაზე. ქრონიკული გონორეული ურეთრიტის დროს აღინიშნება მხოლოდ მცირედი გამონადენი შარდსადენიდან. შარდში ვლინდება ჩირქოვანი ძაფები და ფიფქები. ქრონიკული გონორეული ურეთრიტის დუნე მიმდინარეობას მაპროვოცირებელი ფაქტორების ზემოქმედებით შესაძლებელია თან ახლდეს პერიოდული გამწვავებები, რომლებიც იწვევენ მწვავე ურეთრიტის სიმულაციას. ქრონიკული გონორეის დროს განსაკუთრებით ხშირია სხვადასხვა გართულებები (ეპიდიდმიტი, პროსტატიტი, ვეზიკულიტი და სხვ.); იშვიათად გართულებები ვითარდება მწვავე გონორეული ურეთრიტის დროსაც. ინფექცია ხვდება შესაბამის ორგანოებში ან ვრცელდება ლიმფურ-ჰემატოგენური გზით;

მკურნალობა ტარდება ძირითადად ანტიბიოტიკებით. ავადმყოფი განკურნებულად ითვლება გონოკოკებზე საკონტროლო გამოკვლევის უარყოფითი შედეგების დროს, რომელიც ტარდება განმეორებითი კომბინირებული პროვოკაციის შემდეგ. პროგნოზი დროულად და სწორად ჩატარებული მკურნალობის დროს კეთილსაიმედოა

სიფილისი

სიფილისი - ქრონიკული ვენერიული დაავადება, რომელსაც იწვევს მკრთალი ტრეპონემა; ხასიათდება მორეციდივე მიმდინარეობით, კლინიკური სიმპტომების დამახასიათებელი პერიოდიზაციით, ყველა ორგანოებისა და სისტემების დაზიანებით; გადაეცემა ძირითადად სქესობრივი გზით.

ეტიოლოგია-გამომწვევია მკრთალი ტრეპონემა. დასნებოვნების წყაროა სიფილისით დაავადებული ადამიანი. გადაცემის ძირითადი გზაა ავადმყოფთან პირდაპირი კონტაქტი (ჩვეულებრივ სქესობრივი). შესაძლებელია ასევე ე. წ. საყოფაცხოვრებო სიფილისი. თანდაყოლილი სიფილისის დროს დასნებოვნება ხდება პლაცენტის სისხლძარღვებიდან.

სიფილისი - პათოგენეზი. მკრთალი ტრეპონემა ორგანიზმში ვრცელდება ლიმფური სისტემით, აქტიურად მრავლდება და პერიოდულად სისხლის ნაკადით ვრცელდება სხვადასხვა ორგანოებსა და ქსოვილებში და იწვევს დაავადების ამა თუ იმ გამოვლინებებს. დროთა განმავლობაში მკრთალი ტრეპონემების რიცხვი ორგანიზმში მცირდება, თუმცა ქსოვილთა რეაქცია გამომწვევზე კიდევ უფრო მძაფრდება (სენსიბილიზაცია), რაც განაპირობებს კლინიკური სიმპტომების ცვლილებას. დასნებოვნების შემდეგ აღინიშნება სიფილისური ინფექციის კლასიკური მიმდინარეობა, სიმპტომების კლასიკური პერიოდიზაციით. შესაძლებელია ასევე ხანგრძლივი (მრავალწლიანი) უსიმპტომო მიმდინარეობა, შედგომში დაავადების გვიანი ნერვული და ვისცერული ფორმების განვითარებით.

კლინიკური სურათი. არანამკურნალებ ავადმყოფებში გამოყოფენ შემენილი სიფილისის 4 პერიოდს: ინკუბაციური, პირველადი, მეორადი და მესამეული. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება საშუალოდ 20 – 40 დღე. შესაძლებელია მისი შემოკლება (15 – 7 დღე) ან გახანგრძლივება (3 – 5 თვე). პირველადი პერიოდი გრძელდება 6 – 8 კვირა. დამახასიათებელი სამი სიმპტომი:

- მაგარი შანკრი,
- რეგიონალური ლიმფადენიტი
- რეგიონალური ლიფანგიტი.

მაგარი შანკრი წარმოადგენს ეროზიას ან წყლულს, რომელიც წარმოიქმნება მკრთალი ტრეპონემის ჩანერგვის ადგილზე. სქესობრივი დასნებოვნებისას მაგარი შანკრი მდებარეობს სასქესო ორგანოებზე. გაურთულებელი მაგარი შანკრი უმტკივნეულოა, არ ახლავს მწვავე ანთებისნიშნები. მაგარი შანკრი შესაძლებელია გართულდეს მეორადი ინფექციით.

რეგიონალური ლიმფადენიტი ვლინდება სპეციფიკური ცვლილებებით მაგარ შანკრთან ახლომდებარე ლიმფურ კვანძებში (ხშირად საზარდულის). იგი წარმოიქმნება მაგარი შანკრის

წარმოქმნიდან ერთი კვირის შემდეგ და შეიძლება იყოს როგორც ერთი, ასევე ორმხრივი. ლიმფური კვანძები გადიდებულია არათანაბრად, მოძრავია, უმტკივნეულო, გააჩნიათ მკვრიველასტიკური კონსისტენცია, არასოდეს არ ჩირქდებიან და არ იხსნებიან, კანი შეცვლილი არ არის. რეგიონალური ლიმფანგიტი ყოველთვის არ ვლინდება.

მეორადი პერიოდი (პირველი გენერალიზებული გამონაყრიდან მესამეული სიფილიდების ხორკლების ან გუმბების გაჩენამდე) გრძელდება 3 – 4 წელი; ხასიათდება ტალღისებური მიმდინარეობით, კლინიკური სიმპტომების სიუხვითა და მრავალფეროვნებით. შესაძლებელია დაზიანდეს ყველა ორგანო და სისტემა, თუმცა ძირითადი გამოვლინებები წარმოდგენილია კანსა და ლორწოვან გარსებზე გამონაყრით (მეორადი პერიოდის სიფილიდები). სიფილიდების გაჩენა განპირობებულია კანში და ლორწოვან გარსებში მკრთალი ტრეპონემების შეღწევით. პირველი გენერალიზებული გამონაყარი ყველაზე უხვია (მეორადი ახალისიფილისი), მას თან ახლავს გამოხატული პოლიადენიტი. გამონაყარი რჩება რამდენიმე კვირის განმავლობაში (იშვიათად 2 – 3 თვე), შემდეგ კი ქრება განუსაზღვრელი დროით. გამონაყრის განმეორებითი ეპიზოდები (მეორადი რეციდივული სიფილისი) მონაცვლეობს გამოვლინებების სრული არარსებობის პერიოდებთან (მეორადი ლატენტური სიფილისი). გამონაყარი მეორადი მორეციდივე სიფილისის დროს ნაკლებ უხვია, მიდრეკილია ჯგუფურობისაკენ.



მკვეთრი საზღვრებით, ანთებითი მოვლენების, ცხელებისა და ტკივილის არარსებობით.



ხმის იოგებზე გამონაყრის დროს აღინიშნება ხმის ჩახლეჩა. იშვიათად აღინიშნება სხვა ორგანოებისა და სისტემების დაზიანება: დიფუზური პერიოსტიტები და ოსტეოპერიოსტიტები, დამით ძვლის ტკივილები (წვივების), პოლიართრიტული სინოვიტები ჰიდრართროზებით, დიფუზური ან კეროვანი ჰეპატიტები, ნეფრიტები, გასტრიტები არასპეციფიკური სიმპტომატიკით, პოლინევრიტები დამენინგოვასკულარული

სიფილისის მეორე პერიოდში აღინიშნება დიაგნოსტიკური შეცდომების ყველაზე მეტი რაოდენობა.

მესამეული სიფილისი იწყება ყველაზე უფრო ხშირად დაავადების მე – 3 – 4 წელზე და მკურნალობის არარსებობისას გრძელდება ავადმყოფის სიცოცხლის ბოლომდე. მისი გამოვლინებები გამოირჩევა განსაკუთრებული სიმძიმით, იწვევს ინვალიდინაცას და ხშირად სიკვდილს. მესამეული სიფილისის თავისებურებებია: ტალღისებული მიმდინარეობა არახშირი რეციდივებითა და მრავალწლიანი ლატენტური მდგომარებით, დიდი ზომის, შემოფარგლული დაშლისადმი მიდრეკილი გრანულომების არსებობით, დაზიანებების უპირატესი მდებარეობა ტრავმების ადგილზე, მკრთალი ტრეპონემების მცირე რიცხვი ქსოვილებში და ამასთან დაკავშირებით მესამეული სიფილიდების უმნიშვნელო კონტაგიოზურობა, ინფექციური ალერგიის მაღალი დონე, **არაიშვიათად უარყოფითი კლასიკური სეროლოგიური რეაქციები სიფილისზე**. მესამეულ პერიოდში შესაძლებელია აღინიშნებოდეს ნებისმიერი ორგანოს დაზიანება, მაგრამ ყველაზე უფრო ხშირია კანის, ლორწოვანი გარსებისა და ძვლების დაზიანება. უნაგირისებრი ცხვირის ფორმირებას.

თანდაყოლილი სიფილისის დროს დასნებოვნება ხდება მუცელშიგა პერიოდში, დაავადებული დედისგან. მკრთალი ტრეპონემები აღწევენ ნაყოფის ორგანიზმში დაზიანებული პლაცენტაიდან. ნაყოფის სიფილისით დასნებოვნება ხდება დედის დაავადების პირველ სამ წელს, მან შესაძლოა დაარღვიოს ორსულობის მიმდინარეობა და გამოიწვიოს გვიანი აბორტი, მკვდრადშობადობა ან ნაადრევი მშობიარობა.

ნაყოფის სიფილისი, რომელიც ვითარდება ორსულობის მე – 5 თვიდან ხასიათდება უპირატესად შინაგანი ორგანოებისა და ძვლოვანი სისტემის დაზიანებით, მათი დიფუზური უჯრედული ინფილტრაციით, შემაერთებული ქსოვილის შემდგომი ზრდით, რამაც შესაძლოა სერიოზულად დაარღვიოს შესაბამისი ორგანოების ფუნქცია და გამოიწვიოს ნაყოფის

სიკვდილი. ყველაზე უფრო ხშირად ზიანდება ღვიძლი, ელენთა და ლულოვანი ძვლები. ჩვილ ბავშვთა ასაკის თანდაყოლილი სიფილისი, გარდა ზოგადი დისტროფიული და ცხელების სიმპტომებისა, ვისცერული და ძვლოვანი დაზიანებებისა (ჰეპატიტი, ნეფრიტი, პნევმონია, ოსტეოქონდრიტები და სხვ.) იძლევა საკმაოდ უხვ და მრავალფეროვან



გამონაყარს კანზე და ლორწოვან გარსებზე. ცალკეულ სიფილიდებს ჩვილ ბავშვებში აქვთ საკუთარი თავისებურებები. პაპულებს აქვთ ეროზიული, სველი ზედაპირი.

სიფილისის დიაგნოზი ეყრდნობა კლინიკურ გამოვლინებებს და აუცილებელ ლაბორატორიული გამოკვლევების მონაცემებს. ვასერმანის რეაქცია დადებითია პირველადი პერიოდის მეორე ნახევარში და მთელი მეორადი პერიოდის დროს. მესამეულ პერიოდში იგი უარყოფითია დაახლოებით ავადმყოფთა მესამედში. შედარებით ზუსტი და სპეციფიკურია იმუნოფლუორესცენციის რეაქცია და მკრთალი ტრეპონემების იმობილიზაციის რეაქცია. მკურნალობისას გამოიყენება ანტიბიოტიკები, ზოგჯერ ბისმუტის პრეპარატებთან ერთად (ბიოქინოლი, ბისმოვეროლი). მკურნალობის ხანგრძლივობა, ერთჯერადი და კურსული დოზები დამოკიდებულია სიფილისის სტადიაზე, თამნხლებ დაავადებებზე. გამოიყენება ასევე არასპეციფიკური თერაპია. მკურნალობა ტარდება სტაციონარში.

ჰერპესი



ჰერპესი სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციაა, რომელსაც იწვევს შესაბამისი ვირუსი (HSV). არსებობს ვირუსის ორი ტიპი - 1 და 2. ვირუსებმა შესაძლოა გამოიწვიოს მტკივნეული წყლულები პირის გარშემო, რომელთაც ცივ წყლულებს უძახიან. აგრეთვე შესაძლოა გამოიწვიონ წყლულები გენიტალიებზე. ასეთი ტიპის ჰერპესს გენიტალურ ჰერპესს უწოდებენ.

გადაეცემა კოცნით (თუ ადამიანს აქვს ე.წ. ცივი წყლულები) ასევე
ორალური სქესობრივი კონტაქტით
წყლულებზე შეხების შემთხვევაში შესაძლოა ჰერპესით ინფიცირება თვალის, პირის ან
გენიტალიების არეში
ორსულობის შემთხვევაში ჰერპესი შესაძლოა გადაეცეს ნაყოფს დაბადებამდე ან მშობიარობის
დროს
შესაძლოა დაინფიცირდეს სხვა ადამიანი და არც კი იცოდეთ რომ გაქვთ ჰერპესი

რეინფიცირება შესაძლოა მოხდეს თუ:

- ხართ დაღლილი ან სტრესის ქვეშ
 - ხართ ავად
 - გაქვთ ცხელება
 - დიდხანს გაჩერდებით მზეზე
 - გაქვთ მენსტრუალური პერიოდი
- ხართ
ზუსტი დიაგნოზისთვის საჭიროა სამედიცინო გამოკვლევა.
ჰერპესის სრულად არ იკურნება, თუმცა შესაძლებელია დაავადების მართვა.
არსებობს მედიკამენტები, რომლებიც ახდენენ დაავადების შემოტევების პრევენციას
ან ამცირებენ შემოტევების ხანგრძლივობას.

ჰერპესის დროს

- წყლულების არეები უნდა შეინარჩუნოთ სუფთად
- ატარეთ ბამბის საცვლები
- ატარეთ თავისუფალი (ნაკლებად მომდგარი) სამოსი
- მოშარდვის შემდეგ რეკომენდებულია გენიტალიების მიდამოების ცივი წყლით დაბანა
- მოერიდეთ წყლულოვანი არეების გამშრალებას

გენიტალური ჰერპესის შემთხვევაში არ შეიძლება სქესობრივი კონტაქტების დამყარება სანამ
წყლულები საერთოდ არ გაქრება

გახსოვდეთ, რომ ჰერპესის გადაცემა შეიძლება მოხდეს იმ შემთხვევაშიც თუ წყლულები არ
არის გამოხატული

ტრიქომონიაზი

ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა, რომელიც აზიანებს შარდ-სასქესო ორგანოებს და
გამოწვეულია უროგენიტალური ტრიქომონადით. ტრიქომონადები წარმოადგენს
ერთუჯრედიან მიკროორგანიზმებს, რომლებიც მიეკუთვნებიან უმარტივესებს.

ტრიქომონადებით დასნებოვნება უპირატესად სქესობრივი გზით ხდება. ჰიგიენისა და თავის მოვლის საშუალებებით დაავადების გადაცემის იშვიათი შემთხვევები აღინიშნება პატარა ასაკის გოგონებში დაავადებული პირებისგან. დაავადების საერთო გზის არსებობის გამო უროგენიტალური ტრიქომონადები ხშირად გვხვდება გონოკოკურ ინფექციებთან ერთად.

მამაკაცებში ტრიქომონადები პარაზიტობენ ურეთრაში, პარაურეთრალურ მილებში, სათესლეების დანამატებში, ხოლო ქალებში – შარდსაწვეთში, საშოს ლორწოვანში, საშვილოსნოს ყელში.

მიმდინარეობის მიხედვით განარჩევენ ახალ (მწვავე, ქვემწვავე, ტორპიდული), ქრონიკულ (2 თვეზე მეტი ხნის მიმდინარეობისას) ტრიქომონიაზს და ტრიქომონადმიტარებლობას. ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ მოიცავს 7-10 დღეს, თუმცა შესაძლოა იყოს უფრო ხანმოკლე (3 დღე) და უფრო ხანგრძლივიც (თვემდე და უფრო მეტიც).

კლინიკური სურათი ტრიქომონადული ურეთრიტისა მამაკაცებში თითქმის არ განსხვავდება გონორეისგან და ახასიათებს ზომიერად გამოხატული ანთებითი ცვლილებები, რაც უხშირესად მიმდინარეობს მინიმალური სიმპტომატიკით სერიოზული სუბიექტური გამოვლინებების გარეშე. ტრიქომონადული ინფექციის დროს ქალებში სიმპტომები მეტადაა გამოხატული მამაკაცებთან შედარებით. აღინიშნება ვაგინიტის ნიშნები, რომელსაც შესაძლოა თან დაერთოს ურეთრიტი, ენდოცერვიციტი, საშვილოსნოს ყელის ეროზია. მწვავე ვაგინიტის დროს პაციენტები უჩივიან წვას, ქავილს, უხვ, ზოგჯერ ქაფისებურ გამონადენს.

დიაგნოსტიკა დაფუძნებულია ნაცხში გამომწვევის უშუალო გამოვლენაზე ჩივილებისა და გარეგნული ნიშნების გამოვლენისას.

მკურნალობა ხანგრძლივია, და უნდა იმკურნალონ პარტნიორებმა ერთდროულად.

უროგენიტალური ქლამიდიოზი

შარდსასქესო (უროგენიტალური) ქლამიდიოზი – გავრცელებული დაავადებაა, რომელიც ასნებოვნებს ყველას, მამაკაცებსაც და ქალებსაც.

დაავადების გამომწვევია უნიკალური ტიპის ბაქტერია – ქლამიდია ტრაქომატისი (სეროვარები D – K). მისი უნიკალურობა მდგომარეობს იმაში, რომ მას აქვს ორი ფორმა, მაგრამ ვენერიული დაავადების ამ გამომწვევის ერთ ფორმას შეუძლია იცხოვროს და აქტიურად გამრავლდეს ადამიანის ორგანიზმში და მეორე – გარშემო არსებულ სივრცეში ეწეოდეს თავისუფალ ცხოვრებას. არსებობს ასევე გარდამავალი ფორმები, რაც მნიშვნელოვნად ართულებს დაავადების მკურნალობას.

უნდა გვახსოვდეს, რომ შემთხვევათა 50%-ში ქლამიდიოზი მიმდინარეობს სხვა ინფექციებთან ერთად, რომლებიც ასევე გადაეცემა სქესობრივი გზით, მაგალითად, გონორეა და ტრიქომონიაზი. სამედიცინო სტატისტიკის მიხედვით უროგენიტალური ქლამიდიოზით დაავადებულია ზრდასრული მოსახლეობის 6-8%.

დაავადების გადაცემის გზებია:

1. სქესობრივი კონტაქტით გადაცემის გზა;
2. ორალური სქესობრივი კონტაქტი;
3. იშვიათად (1% შემთხვევებში) შესაძლებელია საყოფაცხოვრებო გადაცემის გზა: დაბინძურებული ხელებით, თეთრეულით, პირადი ჰიგიენის საგნებით.

ქლამიდიოზით დაავადებულმა ავადმყოფმა შესაძლებელია სასქესო ორგანოებზე ხელის მოკიდების შემდეგ ინფექცია გადაიტანოს თვალზე, რაც იწვევს კონიუნქტივიტის პროვოცირებას.

დაავადება ყველგანაა გავრცელებული. ძირითადად ავადობენ ის პირები, რომლებიც იმყოფებიან სქესობრივი ცხოვრების აქტიულობის პიკში – ახალგაზრდა პირები 19-28 წლის ასაკში და ქალები 26-40 წლის ასაკში. უნდა აღინიშნოს, რომ უხშირესად ავადობენ დაბალი სოციალური და კულტურული დონის ადამიანები, რომლებიც არ იცავენ ჰიგიენის წესებს სათანადოდ, აქვთ შემთხვევითი სქესობრივი კონტაქტები. ქალები, რომელთაც უხშირესად ერთი სქესობრივი პარტნიორი ყავთ და იყენებენ კონტრაცეფციის კომბინირებულ საშუალებებს, ქლამიდიური ინფექციით დაავადების რისკი ნაკლებია, რადგანაც ორალური კონტრაცეპტოვები იწვევენ საშვილოსნოს ლორწოს გასქელებას და ამცირებენ ინფექციის გადაცემის რისკს.

დაავადების მიმდინარეობა: 2-3 კვირიანი საინკუბაციო პერიოდის გავლის შემდეგ ქალებს საშოდან ეწყებათ ჩირქოვან-ლორწოვანი გამონადენი, საშვილოსნოს ყელის ლორწოვანზე შესაძლებელია გაჩნდეს ეროზიები. დამახასიათებელია მქაჩავი ხასიათის ტკივილები მუცლის ქვემო ნაწილში, შარდის გამომყოფი მილის ანთება უსიამოვნო შეგრძნებით შარდვის დროს, საშვილოსნოს ყელისა და საკვერცხეების ანთება. ტკივილის შემთხვევაში შესაძლოა გაქრეს სიამოვნების შეგრძნება სქესობრივი ცხოვრების დროს (ორგაზმი). ზოგიერთ შემთხვევაში ქლამიდიოზი მიმდინარეობს სრულიად უსიმპტომოდ, ან მას თან ახლავს სასქესო ორგანოებიდან უმნიშვნელო ლორწოვანი გამონადენი.

ქალთა უნაყოფობის მიზეზების კვლევისას ექიმები მივიდნენ დასკვნამდე, რომ აღნიშნული პათოლოგიისას 70% შემთხვევაში დამნაშავეა ქლამიდია. ცნობილია, რომ ქლამიდია იწვევს ანთებით პროცესებს საშვილოსნოს მილებში და მუცლის მიდამოში, სადაც წარმოიქმნება მუხორცხები და ხდება მილების გადაკეტვა, რის გამოც კვერცხუჯრედი ვერ აღწევს საშვილოსნოს და ვერ ხდება დაორსულება.

მამაკაცებში დაავადება მიმდინარეობს შარდგამომყოფი მილების გამოხატული ანთებით (ურეთრიტი), რომლისთვისაც დამახასიათებელია დლით მოშარდვისას მუქი ფერის სითხის წვეთები ან ჩირქოვანი გამონადენი. შესაძლებელია უსიამოვნო შეგრძნებები მოშარდვისას, ქავილი ურეთრის მიდამოში, შარდვის ბოლოს ან ეაკულაციის დროს სისხლიანი გამონადენი.

ქლამიდიოზი და ორსულობა: თუ დედა ავადაა შარდსასქესო სისტემის ქლამიდიოზით, მაშნ შესაძლებელია, რომ ბავშვიც დაავადდეს ამ დაავადებით მშობიარობის დროს. სტატისტიკის მიხედვით ყოველ 1000 მშობიარეზე გვხვდება 20 შემთხვევა. ახალშობილებს თანდაყოლილი ქლამიდიოზი გამოუვლინდებათ თვალის ანთების სახით – კონიუნქტივიტი, რომელიც იწყება დაბადებიდან 7-14 დღეში. იშვიათად, 2 თვიდან ნახევარ წლამდე ასაკის ბავშვების 10-20%-ს, რომელთა დედებიც დაავადებულნი არიან ქლამიდიოზით, უვითარდებათ ქლამიდიური ბუნების პნევმონია, სახსრების დაზიანება. უროგენიტალური ქლამიდიოზი არ იწვევს ნაყოფის თანდაყოლილ სიმახინჯეებს.

ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა: ქლამიდიოზის დიაგნოზი სარწმუნოდ ითვლება, თუ ხდება მისი დადასტურება მინიმუმ ორი ლაბორატორიული მეთოდის საშუალებით: პირდაპირი იმუნოფლუორესცენციის მეთოდი და პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია. კვლევის კულტურალური მეთოდი იძლევა ბევრ ცრუ დადებით პასუხს.

მკურნალობა: მკურნალობის მეთოდები დაფუძნებულია დაავადების ხანგრძლივობაზე. აუცილებელია მოხდეს ორივე სქესობრივი პარტნიორის მკურნალობა. გამოიყენება ტეტრაციკლინების, მაკროლიდებისა და ფტორქინოლონების ჯგუფის ანტიბიოტიკები: ერითრომიცინი, ამოქსიცილინი, სუმამედი. მკურნალობის კურსი, პრეპარატი და მისი დოზირება შეირჩევა ექიმის მიერ ინდივიდუალურად კონსულტაციისა და ანალიზების საფუძველზე.

მკურნალობის შემდეგ ქლამიდიამ შესაძლოა დატოვოს ორგანიზმი (მოხდეს განკურნება), ან დაიმალოს, გადავიდეს ე.წ. უჯრედულ ფორმაში, ან მიიძინოს, როგორც ანაბიოზისას, როდესაც ის პრაქტიკულად „არ სვამს“, „არ ჭამს“, „არ სუნთქავს“; შესაბამისად წამლით ასეთი ფორმის ბაქტერიის მოკვლა დიდ სიმძნელებთანაა დაკავშირებული. გარდა ამისა, უჯრედულ ფორმაში გადასვლისას ის იცვლის უჯრედის კედელს, რომელზეც უნდა იმოქმედოს წამალმა და შესაბამისად წამლის მოქმედების ეფექტი ნულს უტოლდება. როდესაც იმუნიტეტი ქვეითდება, ან წამალი მთლიანად ტოვებს ორგანიზმს, ქლამიდია ისევ გამოდის უჯრედიდან და აგრძელებს ადამიანის დასნეობვას.

უროგენიტალური ქლამიდიოზის განკურნების შემოწმება ხდება მკურნალობიდან 21 დღეში, რომელიც წარმოადგენს ქლამიდიის გამრავლების ციკლს.

ორსულების მკურნალობისათვის მხოლოდ ექიმის დანიშნულებით გამოიყენება აზიტრომიცინი 1 გრ ერთჯერადად. აზიტრომიცინი არ გამოიყენება ორსულობის 4-8 კვირების განმავლობაში.

პროფილაქტიკა:

- პრეზერვატივის გამოყენება;
- შემთხვევითი სქესობრივი კონტაქტების გამორიცხვა.



საკონტროლო კითხვები

რომელ დაავადებებს მიეკუთვნებათ ვენერიული დაავადებები?

რა სიმპტომები ახასიათებს გონორეას?

ჩამოაყალიბეთ გონორეის დიაგნოსტიკის მეთოდები?

ჩამოაყალიბეთ ძირითადი მოვლის პრინციპები გონორეის დროს.

რა სიმპტომები ახასიათებს სიფილისს?

რომელია სიფილისის ძირითადი გამოკვლევის მეთოდები?

რომელია სიფილისის დროს პაციენტის მოვლის პრინციპები?

რა სიმპტომები ახასიათებს ჰერპესს?

რომელია ჰერპესის დროს პაციენტის ძირითადი გამოკვლევის მეთოდები?

რომელია ჰერპესის დროს პაციენტის მოვლის პრინციპები?

რა სიმპტომები ახასიათებს ტრიქომონიაზს ?

რომელია ტრიქომონიაზის დროს პაციენტის ძირითადი გამოკვლევის მეთოდები?

რომელია ტრიქომონიაზის დროს პაციენტის მოვლის პრინციპები?

რა სიმპტომები ახასიათებს ქლამიდიოზს ?

რომელია ქლამიდიოზის დროს ძირითადი გამოკვლევის მეთოდები?

რომელია ქლამიდიოზის დროს პაციენტის მკურნალობის პრინციპები?

ინფექციური პაციენტის საექთნო მართვა

„ინფექცია“ ლათინური სიტყვაა (infectio) და დასნებოვნებას ნიშნავს. ინფექციის ქვეშ იგულისხმება ურთიერთმოქმედება პათოგენურ მიკრობებსა და მაკროორგანიზმს (ადამიანი, ცხოველი) შორის განსაზღვრულ გარემო პირობებში, რომლის შედეგად შეიძლება წარმოიქმნას პათოლოგიური პროცესი-ინფექციური დაავადება.

ინფექციურ დაავადებებს უძველესი ისტორია აქვს. იგი კაცობრიობის ისტორიის ტოლია. ძველი ფილოსოფოსი ფუკიდიდი დაავადების გამომწვევად თვლიდა ე.წ. კონტაგიებს. ჰიპოკრატეს აზრით, ინფექციურ დაავადებებს იწვევდა მიაზმები, რომლებიც მისი წარმოდგენით გროვდებოდა წყლიდან და ნიადაგიდან ანაორთქლით და იწვევდა ეპიდემიას. კონტაგიების, როგორც ცოცხალი არსების და კონტაქტით (შეხებით) მათი გადაცემის შესახებ მიუთითებდა იტალიელი მეცნიერი ფრაკასტორო (XVI ს.).

მიკროორგანიზმების (ძალიან მცირე ზომის, თვალთ უხილავი ცოცხალი არსება) აღმოჩენა დაიწყო ლევენჰუკის მიერ მიკროსკოპის დამზადების შემდეგ (XVII ს. ჰოლანდია). დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა ინგლისელი ექიმის-ჯენერის მიერ დაავადება-ყვავილის საწინააღმდეგო ვაქცინის დამზადებას (XVIII ს.).

მიკროორგანიზმების როლის დადგენაში და ინფექციური პათოლოგიის შესწავლაში დიდი წვლილი მიუძღვით ლ.პასტერს, რ.კოხს, გ.რამონს, ი.მეჩნიკოვს, ს.ბოტკინს, ნ.ფილატოვსა და სხვებს.

საქართველოში ინფექციური დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლას ემსახურებოდნენ გამოჩენილი მეცნიერები: ს.ვირსალაძე, ს.კანდელაკი, შ.მიქელაძე, გ.კვიციანი, ე.ბოცვაძე და სხვები. ჩვენს ქვეყანაში ლიკვიდირებულია ბევრი ინფექციური დაავადება, რომელნიც ძველად მუსრს ავლებდა მოსახლეობას.

ინფექციური დაავადება გამოწვეულია მიკროორგანიზმების გარკვეული სახეობით, რომელთაც დაავადების გამომწვევი ანუ პათოგენური ეწოდათ.

„პათოგენურობა“ მიკროორგანიზმის უნარია, შეიჭრას მგრძობიარე ორგანიზმში, გამრავლდეს იქ და გამოიწვიოს ინფექციური პროცესი. მიკრობთა პათოგენურობას განაპირობებს მისი „ვირულენურობა“ და „ტოქსიგენურობა“.

ვირულენტობა მიკრობის პათოგენურობის ხარისხია.

პათოგენური მიკრობების უმთავრესი თვისებაა შხამიანობა-ტოქსიგენურობა. პათოგენური მიკრობები გამოიმუშავენ ორი სახის ტოქსინს: ეგზოტოქსინს და ენდოტოქსინს. ეგზოტოქსინი ეწოდება ტოქსინებს, რომლებიც ადვილად გამოდიან მიკრობული უჯრედიდან გარემოში. ენდოტოქსინები მჭიდროდაა დაკავშირებული მიკრობული უჯრედის სხეულთან და თავისუფლდებიან მხოლოდ მიკრობის სხეულის დაშლის შემდეგ. ენდოტოქსინი აქვს ყველა პათოგენურ მიკრობს, ხოლო ეგზოტოქსინს გამოიმუშავენ

მხოლოდ ზოგიერთი მიკრობი. მაგ.: ბოტულიზმის, ქოლერის, დიფტერიის, ტეტანუსის გამომწვევები.

ინფექციური პროცესის კლინიკური ფორმა შეიძლება იყოს ტიპური და ატიპური.

ინფექციური დაავადებები სიმძიმის მიხედვით შეიძლება იყოს: მსუბუქი, საშუალო სიმძიმის და მძიმე. მიმდინარეობის ხანგრძლივობის მიხედვით: ელვისებური, მწვავე, ქვემწვავე, ქრონიკული.

მწვავე ინფექციურ დაავადებებს ახასიათებს:

ა) გამომწვევის სპეციფიკურობა,

ბ) კონტაგიოზურობა,

გ) ციკლურობა,

დ) დაავადების გადატანის შემდეგ იმუნიტეტის გამომუშავება.

სპეციფიკურობა განპირობებულია იმით, რომ თითოეულ ინფექციურ დაავადებას თავისი ცოცხალი გამომწვევი ჰყავს.

კონტაგიოზურობა გადამდებლობას ნიშნავს.

ციკლურობა გამოხატავს იმას, რომ ინფექციურ დაავადებებს გააჩნიათ პერიოდები. მათ მიმდინარეობაში არჩევენ შემდეგ პერიოდებს:

1) ინკუბაციური,

2) პროდრომალური,

3) დაავადების განვითარების,

4) უკუგანვითარების,

5) რეკონვალესცენციის.

ინკუბაციური ანუ ფარული პერიოდი არის დრო ორგანიზმში მიკრობის შეჭრიდან დაავადების კლინიკური ნიშნების გამომჟღავნებამდე. ეს დრო საჭიროა ადამიანის ორგანიზმში მიკრობების გამრავლებისა და ტოქსინების გამომუშავებისათვის. ხანგრძლივობა-რამდენიმე საათიდან-რამდენიმე თვემდე.

ინკუბაციური პერიოდის შემდეგ გამოვლინდება დაავადების წინამორბედი ნიშნები, ანუ პროდრომალური პერიოდი, რომლის ხანგრძლივობა საშუალოდ 2-3 დღეა. მისი ნიშნებია: საერთო სისუსტე, უმადობა, უძილობა, ტემპერატურის მომატება. ეს ნიშნები მრავალი დაავადებისთვისაა დამახასიათებელი, ამიტომ დიაგნოზის დადგენა ამ დროს ჭირს.

პროდრომალური პერიოდის შემდეგ იწყება დაავადების განვითარების პერიოდი. ხანგრძლივობა-რამდენიმე დღიდან-რამდენიმე კვირამდე. ამ პერიოდში გამოვლინდება მოცემული დაავადებისათვის დამახასიათებელი ყველა კლინიკური სიმპტომი (ნიშანი).

უკუგანვითარების პერიოდში თანდათან ქრება(ალაგდება) დაავადების ესა თუ ის სიმპტომი.

მას მოსდევს გამოჯანმრთელების ანუ რეკონვალესცენციის პერიოდი, როდესაც აღდგება ორგანიზმის ნორმალური ფუნქციონალური მდგომარეობა.

იმუნიტეტი. ალერგია და ანაფილაქსია.

ინფექციური დაავადების გადატანის შემდეგ ადამიანის ორგანიზმში ჩამოყალიბდება იმუნიტეტი. ტერმინით „იმუნიტეტი“ აღინიშნება ორგანიზმის შეუვალობა დაავადების გამომწვევი პათოგენური მიკრობებისა და მათი ტოქსინების მიმართ.

ადამიანის ორგანიზმს გააჩნია რიგი დამცველი ბუნებრივი საშუალებები, რომელთა მეშვეობით იქმნება წინააღმდეგობა ორგანიზმში პათოგენური მიკრობების შესაღწევად ან ხდება მათი სწრაფი სიკვდილი და გამოძევება ორგანიზმიდან. პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს კანისა და ლორწოვანი საფარველის დამცველობითი როლი. ლორწოვანი გარსი გამოყოფს ლიზოციმს, რომელიც კლავს, შლის ბევრ ბაქტერიას. ორგანიზმის დაცვაში დიდი მნიშვნელობა აქვს კუჭისა და ნაწლავთა წვენის ზემოქმედებას მიკრობზე. დიდ როლს ასრულებენ აგრეთვე პირის ღრუს, კუჭ-ნაწლავის და საშოს მიკროფლორა. მაგრამ ზოგ შემთხვევაში ეს საშუალებები არ არის საკმარისი. ადამიანის შემდგომი ბედი დამოკიდებულია, თუ რამდენად შეუძლია ორგანიზმს წინააღმდეგობა გაუწიოს მიკრობს და მის ტოქსინს. ანუ, რამდენად აქვს ორგანიზმს გამომუშავებული იმუნიტეტი ამ დაავადების მიმართ რით არის უზრუნველყოფილი ორგანიზმის იმუნიტეტი?

იმუნურ ორგანიზმში ჩნდება განსაკუთრებული დამცველობითი საშუალებები, ანუ იმუნური ფაქტორები. ისინი ორ სახეობად იყოფიან: უჯრედული და ჰუმორული. უჯრედულ ფაქტორს წარმოადგენს ფაგოციტოზი (ორგანიზმის განსაკუთრებული უჯრედები-ლეიკოციტები-შთანთქავენ და ჩაყლაპავენ მიკროორგანიზმებს). ჰუმორული ფაქტორების მოქმედება გამოიხატება იმაში, რომ იმუნური ორგანიზმის სითხეები, პირველ რიგში შრატის, იძენს მიკრობული ტოქსინების ნეიტრალიზაციის ან მიკრობთა მოსპობის თვისებებს. იმუნური შრატის მოქმედების მიზნად თვლიან მასში განსაკუთრებული დამცველი ნივთიერებების-ანტისხეულების არსებობას. ისინი ორგანიზმში წარმოიშვება სხვადასხვა ნივთიერებების შეყვანის შედეგად, რომელთაც ანტიგენები ეწოდებათ (უცხო ცილები). ანტისხეულები ეწოდებათ სპეციფიკურ ცილებს(იმუნოგლობულინებს), რომლებიც ორგანიზმში გამომუშავდებიან ანტიგენური გაღიზიანების შედეგად და აქვთ ანტიგენტან სპეციფიკური შეერთების უნარი. დაავადების პროცესის ჩასახვისა და განვითარების პერიოდში განსაკუთრებულ როლს ასრულებს ც.ნ.ს., რომელიც არეგულირებს იმუნურ რეაქტიულ ძალებს და ინფექციური დაავადების სიმძიმეს.

არჩვენ იმუნიტეტის შემდეგ სახეებს: 1) თანდაყოლილი და შეძენილი, 2) აქტიური და პასიური, 3) ბუნებრივი და ხელოვნური.

თანდაყოლილი იმუნიტეტი გულისხმობს შეუვალობას, რომელიც პირობადებულია ადამიანის ან ცხოველის გარკვეული სახეობისათვის დამახასიათებელი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური ნიშნების ერთობლიობით. ცნობილია, რომ ცხოველების უმრავლესობა არ ავადდება ადამიანისა და ზოგიერთი ცხოველისათვის დამახასიათებელი დაავადებებით და პირიქით-ადამიანებს არ ემართებათ ცხოველთა მრავალი დაავადება. მაგ.: რქოსანი საქონელი არ ავადდება მუცლის ტიფით და ათაშანგით. ადამიანი არ ავადდება ქათმის ქოლერით.

შემენილი იმუნიტეტი შეიძლება იყოს ბუნებრივი და ხელოვნური.

შემენილი ბუნებრივი იმუნიტეტი იყოფა შემდეგ სახეებად: 1) აქტიური, რომელიც ვითარდება გადატანილი დაავადებით ან ფარული ინფექციის შემდეგ, 2) პასიური, რომელიც გვხვდება ახალშობილებში.

გარდა ბუნებრივი, თანდაყოლილი ან მთელი სიცოცხლის მანძილზე შემენილი იმუნიტეტისა, ადამიანს შეიძლება შევუქმნათ ხელოვნური იმუნიტეტი სხვადასხვა პრეპარატების-ვაქცინებისა და შრატების გამოყენებით. ხელოვნური იმუნიტეტიც არის აქტიური და პასიური. აქტიურია იმუნიტეტი, როცა იგი გამომუშავდება ხელოვნურად შეყვანილი აგენტის (ანტიგენის) მიმართ ორგანიზმის აქტიური რეაქციის შედეგად. ვაქცინები ქმნიან აქტიურ იმუნიტეტს. ამზადებენ დახოცილ ან ცოცხალ ვაქცინებს. ისინი ძირითადად გამოიყენება პროფილაქტიკური მიზნით. პასიური იმუნიტეტი არ გამომუშავდება. ამ დროს ორგანიზმში შეყავთ უკვე მზა ანტისხეულები, რომლებიც მიღებულია ადამიანისა და იმუნიზებული ცხოველების სისხლის შრატისაგან. გამოიყენება სამკურნალო მიზნით.

ალერგია და ანაფილაქსია. მრავალი ინფექციური დაავადების განვითარებას თან ახლავს ორგანიზმის აწეული მგრძობელობა მიკრობისა და მისი ცვლის პროდუქტების მიმართ. აღნიშნული მდგომარეობა ალერგიის სახელს ატარებს.

არჩევენ ალერგიის დაუყოვნებლივი და შენელებული ტიპის რეაქციებს. დაუყოვნებლივია: ანაფილაქსური შოკი, შრატისმიერი დაავადება-ახასიათებთ რეაქციის სწრაფი განვითარება 15-20 წთ-ში. შენელებული ტიპის კი განვითარდება ანტიგენის შეყვანიდან 6-12 სთ-ის შემდეგ.

ადამიანისა და ცხოველის ორგანიზმი ამა თუ იმ ანტიგენის შეყვანის შემდეგ მაშინვე არ იმუშავებს მის მიმართ მდგრადობას. ანტიგენის ზემოქმედების პროცესის დასაწყისში ან ანტიგენის ერთჯერადი შეყვანის დროს ორგანიზმი მის მიმართ იჩენს აწეულ მგრძობელობას-სენსიბილიზაციას. ანტიგენის ხელმეორედ შეყვანის შემდეგ, არასასიკვდილო დოზით, ადამიანი შეიძლება დაილუპოს. აღნიშნულ მოვლენას ანაფილაქსია ეწოდება, რაც დაცვის უნარის უქონლობას ნიშნავს.

ანაფილაქსიის მექანიზმში წამყვან როლს ასრულებს ქსოვილებში ანტისხეულისა და ანტიგენის შეერთება. ანაფილაქსიური შოკის წარმოქმნისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს გადამწყვეტი დოზის შეყვანის წესს და ადგილს. იგი მაშინ ვითარდება, როცა გადამწყვეტი დოზა შეყავთ უშუალოდ სისხლში ან ც.ნ.ს.-ში. შოკის ნიშნებია: სისხლის არტერიული წნევის დაცემა, სუნთქვის მოშლა, გლუვი კუნთების დამბლა და სხვა. შოკის აცილებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს დესენსიბილიზაციას, ვინაიდან ადამიანის ორგანიზმი მგრძობიარეა ცხენის შრატის განმეორებითი შეყვანის მიმართ, შოკის თავიდან აცილების მიზნით, განმეორებითი შეყვანის ყველა შემთხვევაში, დასაწყისში კანქვეშ შეყავთ შრატის მცირე რაოდენობა-დოზა 0,5-1მლ, ხოლო 2-3სთ-ის შემდეგ, როცა განვითარდება დესენსიბილიზაცია, დანარჩენი დოზა.

ანაფილაქსიურ მოვლენებს მიეკუთვნება აგრეთვე შრატის ავადმყოფობა, რომელიც უვითარდება ზოგიერთ ადამიანს შრატის შეყვანიდან მე-8-12 დღეს. დაავადებას ახასიათებს ჭინჭრის ციების მსგავსი გამონაყარი და ძლიერი ქავილი. ავადმყოფს აღენიშნება ტემპერატურის მომატება, სახისა და სახსრების შესივება.

ინფექციური და ეპიდემიური პროცესი. ინფექციურ დაავადებათა კლასიფიკაცია

ინფექციური დაავადებების მთავარი თავისებურება ის არის, რომ მისი განვითარებისთვის აუცილებელია დაავადების გამომწვევი, რომელიც ორგანიზმში შეჭრისას გამოიწვევს ინფექციური პროცესის განვითარებას ადამიანის ორგანიზმის საპასუხო რეაქციით. ეს გამომწვევებია: ბაქტერიები, ვირუსები, რიკეტსიები და სხვა, რომლებიც მოქმედებენ ორგანიზმზე მათ მიერ გამოყოფილი შხამებით – ეგზოტოქსინით ან მათი დახოცვის შედეგად განთავისუფლებული ენდოტოქსინით. ადამიანის ორგანიზმში შეჭრილი მიკრობები შეიძლება მაშინვე განადგურდეს კუჭის, ნაღვლის წვენის, ლეიკოციტებისა და სხვა დამცველი მექანიზმებით ან მოხდეს მიკრობთა გამრავლება და მათი ზემოქმედებით ორგანიზმის ფიზიოლოგიური წონასწორობის დარღვევა. ე.ი. მიკრობსა და ადამიანის ორგანიზმს შორის ურთიერთობის შედეგად ვითარდება ინფექციური პროცესი.

ინფექციური დაავადება ინფექციური პროცესის განვითარების უმაღლესი ხარისხია. ე.ი. ინფექციური დაავადება მიკროორგანიზმისა და მაკროორგანიზმის ურთიერთქმედების შედეგია გარკვეულ გარემო პირობებში. ინფექციური პროცესის დავადებაში გადაზრდას ხელს უწყობს ცუდი სოციალურ-ეკონომიური და საყოფაცხოვრებო პირობები. მიკრობსა და ადამიანის ორგანიზმს შორის მიმდინარე ურთიერთობის შედეგად განვითარებული ნიშნების სიმძლიერე განსაზღვრავს დაავადების სიმძიმეს. დავადების სიმძიმე კი დამოკიდებულია ორგანიზმის იმუნურ მდგომარეობაზე, შეჭრილი მიკრობების რაოდენობასა და ვირულენტობაზე .

დაავადებული ადამიანი შეიძლება გახდეს ჯანმრთელი ორგანიზმის დაინფიცირების წყარო. დაავადებული ადამიანი თავის ირგვლივ ქმნის ინფექციის გავრცელების ახალ კერას, საიდანაც შეიძლება აღმოცენდეს კიდევ შემდეგი კერა. ე.ი. ეპიდემიური პროცესი გულისხმობს ინფექციური კერების ერთმანეთისაგან გამომდინარე კავშირის ერთიანობას.

ეპიდემიური პროცესი რთული მოვლენაა, რომელიც შედგება ერთმანეთთან დაკავშირებული და ერთმანეთისაგან გამომდინარე ინფექციური კერებისაგან. კერები კი ის ადგილია, სადაც აღმოჩნდა რომელიმე ინფექციით დაავადებული და განისაზღვრება იმ მოცულობით, რა ფართობზეც შეუძლია მას გაავრცელოს დაავადება. კერაში შეიძლება იყოს ერთი ან რამდენიმე ავადმყოფი.

კერა

ეპიდემიური პროცესის სქემა

ეპიდემიური პროცესის განვითარებისათვის აუცილებელია სამი ძირითადი ფაქტორი:

1) ინფექციის წყარო, 2) ინფექციის გადაცემის მექანიზმი და 3) ინფექციის მიმღები – მოსახლეობა.

ინფექციის წყარო შეიძლება იყოს ავადმყოფი ადამიანი, ბაქტერიამტარებელი და ცხოველები, რომლებიც დაავადების გამომწვევს გამოყოფენ შარდთან, ნახველთან, განავალთან ერთად. ავადმყოფი ადამიანი ზოგჯერ გამოჯანმრთელების შემდეგ რჩება ბაქტერიამტარებელი. მწვავე ბაქტერიამტარებლად ითვლება ავადმყოფი, თუ ბაქტერიების გამოყოფის ხანგრძლივობა არ აღემატება 3 თვეს და ქრონიკულად, თუ გრძელდება 3 თვეზე მეტ ხანს, ზოგჯერ წლობით. ეპიდემიოლოგიურად დიდი მნიშვნელობა აქვს ბაქტერიამტარებელს და ავადმყოფს ატიპურად მიმდინარე პროცესით, რომლებიც ხშირად ყურადღების გარეშე რჩება.

ინფექციურ დაავადებათა ერთი ჯგუფი გვხვდება მხოლოდ ადამიანებში. მათ ანთროპონოზული (ანთროპოს – ადამიანი) დაავადებები ეწოდებათ. ინფექციურ დაავადებათა ნაწილი ვრცელდება როგორც ადამიანებში, ისე ცხოველებში. ასეთ დაავადებებს ზოონოზური ეწოდებათ.

ეპიდემიური პროცესის განვითარებისათვის აუცილებელია დაავადების გამომწვევი ინფიცირებული ორგანიზმიდან მოხვდეს ჯანმრთელ ორგანიზმში. პათოლოგიური მიკრობების ამ გადაადგილებას გადაცემის მექანიზმი ეწოდება. მისი სახეებია:

1. ფეკალური – ორალური;
2. ჰაერ –წვეთოვანი;
3. ტრანსმისიული;
4. დაზიანებული კანიდან შეჭრით, უშუალო კონტაქტით (შეხებით, საერთო საგნებით).

კონტაქტურ გადაცემას პირდაპირს უწოდებენ, როცა ინფექციის გადაცემა ხდება ავადმყოფთან უშუალო შეხებით. არაპირდაპირია კონტაქტი, როცა ინფექციის გადაცემა ხდება საერთო ხმარებაში არსებული საგნებით.

გადაცემის ფეკალურ-ორალური გზა გულისხმობს, როცა გადაცემა ხდება პათოლოგიური მიკრობით გაბინძურებული პროდუქტებითა და წყლით, რაც შეიძლება გააბინძუროს ბუზმაც. მაგ. მუცლის ტიფი, დიზენტერია, ქოლერა.

ჰაერ-წვეთოვანი გადაცემის დროს ინფექციური დაავადების გამომწვევი ჰაერში შეწონილი სახით არსებობს და ორგანიზმში შეიჭრება ჩასუნთქულ ჰაერთან ერთად. მაგ. გრიპი, წითელა, ყივანახველა.

ტრანსმისიულია გადაცემა, როდესაც ინფექციური დაავადებები მაგ. მალარია, შავი ჭირი, რომელთა გამომწვევი სისხლში იმყოფება, ვრცელდება ფეხსახსრიანთა (ტილი, კოლო, რწყილი, ტკიპა) მეშვეობით. უკბენს რა მწერი დაავადებულს, სისხლთან ერთად შეიწოვს პათოგენურ მიკრობს და შემდეგ ჯანმრთელ ორგანიზმში შეიყვანს კბენის დროს.

აღსანიშნავია, რომ ზოგიერთ ინფექციურ დაავადებას ახასიათებს გადაცემის მექანიზმის რამდენიმე ტიპი.

ეპიდემიური პროცესის განვითარებისათვის აუცილებელია მესამე ფაქტორი – მოსახლეობის მიმდებლობა. რომელიც სხვადასხვა დაავადების მიმართ ცვალებადია. ეს კი განისაზღვრება სოციალური ფაქტორებით – ასაკით, კვების სრულფასოვნებით, კულტურული დონით, იმუნიტეტით და სხვა.

ეპიდემიური პროცესის გავრცელების რაოდენობრივი გამოხატულება აისახება შემდეგ ცნებებში: სპორადიული შემთხვევები, ეპიდემია და პანდემია.

სპორადიულად ითვლება დაავადება თუ იგი გვხვდება ერთეული შემთხვევების სახით, ერთმანეთთან კავშირის გარეშე, სხვადასახვა დროს, მინიმალური რაოდენობით.

ეპიდემია ნიშნავს დაავადების რაოდენობრივ ზრდას.

როცა ესა თუ ის ინფექციური დაავადება მოიცავს რამდენიმე ქვეყანას ან კონტინენტს, ეწოდება პანდემია.

ცხოველებში ინფექციური დაავადების გავრცელებას ეწოდება ეპიზოოტია.

ინფექციურ დაავადებათა კლასიფიკაცია

ინფექციურ დაავადებათა კლასიფიკაციის ქვემოთ მოყვანილ ვერსიას საფუძვლად უდევს გამომწვევის ლოკალიზაცია ორგანიზმში და ინფექციის გადაცემის მექანიზმი. აღნიშნული თვისებების მიხედვით არჩევენ ინფექციურ დაავადებათა შემდეგ ჯგუფებს:

1. ნაწლავთა ინფექციები. გამომწვევი იმყოფება ნაწლავში და მისი გამოყოფა ხდება ფეკალურ მასასთან, იშვიათად შარდთან და პირნალბ მასასთან ერთად. მიკრობები ორგანიზმში ხვდება პერორალურად. ე.ი. ნაწლავთა ინფექციისთვის დამახასიათებელია გადაცემის ფეკალურ-ორალური გზა. ნაწლავთა ინფექციებია: მუცლის ტიფი, დიზენტერია, სალმონელოზი, ბოტულიზმი, ქოლერა, ვურუსული ჰეპატიტი A და სხვ.

2. სასუნთქი გზების ინფექციები. დაავადება ვრცელდება ჰაერით, რომელშიც შეწონილია მიკრობები. მიკრობების გამოყოფა დაავადებული ორგანიზმიდან ხდება ხველის, დაცემინების, ლაპარაკის დროს. ჯანმრთელი ადამიანი ავადდება ჰაერის შესუნთქვისას. ამ ჯგუფის დაავადებებია: გრიპი, წითელა, ყბაყურა, ინფექციური მონონუკლეოზი და სხვ.

3. სისხლის ინფექციები ანუ ტრანსმისიული დაავადებანი. ამ ჯგუფის ინფექციური დაავადებების გამომწვევი სისხლში იმყოფება და ვრცელდება სისხლისმწოველი ფესხასხრიანების მეშვეობით, რომელთაც დაავადებულის კბენისას სისხლთან შეწოვილი გამომწვევები ჯანმრთელ ორგანიზმში შეჰყავთ კბენის დროს. ამ ჯგუფის დაავადებებია: მალარია, ლეიშმანიოზი, ენცეფალიტი და სხვ.

4. კანის საფარველის ინფექციები. ამ ჯგუფის ინფექციური დაავადებების გამომწვევი ადამიანის ორგანიზმში ხვდება დაზიანებული კანისა და ლორწოვანის გზით. მაგ. ტეტანუსი, ციმბირის წყლული, წითელი ქარი, თურქული, ცოფი და სხვ, რომლებიც ჯანმრთელს გადაეცემა დაზიანებული კანიდან უშუალო შეხებით, გაბინძურებული საგნების გამოყენებისას, დაბინძურებული მასალით ჭრილობის დამუშავებისას, სქესობრივი კავშირით, დაავადებული ცხოველის კბენისას, დაავადებული საქონლის დაკვლისას და სხვ.

5. ამ ჯგუფში შემავალ ინფექციურ დაავადებებს ხასიათებთ გადაცემის მექანიზმის რამდენიმე ტიპი. მაგ. ტულარემიის გადაცემა ხდება ორალური, ჰაეროვანი, ტრანსმისიული, კონტაქტური გზით. ასეთივე ინფექციებია შავი ჭირი, პოლიომიელიტი და სხვ.

ინფექციური დაავადებების დიაგნოსტიკის ძირითადი პრინციპები და მეთოდები

ინფექციური დაავადებები ხასიათდებიან გადაუდებლობითა და მასობრივი გავრცელებით. ზოგიერთი დაავადებებისას ლეტალობა დიდია. ამიტომ მათი დიაგნოსტიკა უაღრესად მნიშვნელოვანია.

უპირველესად იკრიბება ანამნეზი, დაწვრილებით ვიკვლევთ დაავადების ისტორიას: როდის და როგორ დაიწყო დაავადება, თანდათან თუ მწვავედ, რა ჩივილები ჰქონდა ავადმყოფს I, II, III დღეს და ა.შ. ჰქონდა თუ არა გულისრევა, პირღებინება, ფაღარათი.

განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა ეპიდემიოლოგიურ ანამნეზს. უნდა დადგინდეს:

- ა) იყო თუ არა კონტაქტი ინფექციით დაავადებულ ადამიანთან ან ცხოველთან,
- ბ) ბოლო 2-3 კვირის განმავლობაში იმყოფებოდა თუ არა ისეთ ადგილებში, სადაც შეიძლებოდა დასნებოვნება (ეპიდემიური კერები),
- გ) დადგინდეს საცხოვრებელი პირობები,
- დ) დადგინდეს ავადმყოფის პროფესია,
- ე) დავაზუსტოთ რომელი ინფექციური დაავადება აქვს გადატანილი,
- ვ) რა პროფილაქტიკური აცრები აქვს ჩატარებული.

ავადმყოფს დღეში 2-ჯერ - დილით და საღამოს, უნდა გაესინჯოს სხეულის ტემპერატურა, რადგანაც ინფექციური დაავადებების უმეტესობა მიმდინარეობს ცხელებით. არჩევენ ცხელების რამდენიმე ტიპს:

- ა) მუდმივი ცხელება, როდესაც ტემპერატურა აღემატება 39 C და დილისა და საღამოს ტემპერატურათა შორის სხვაობა 1 C ფარგლებშია.
- ბ) რემისიული ცხელება-დილისა და საღამოს ტემპერატურათა სხვაობა 1 C-ზე მეტია.
- გ) ინტერმისიული ცხელება- როცა მონაცვლეობს სიცხიანი და უსიცხო დღეები.
- დ) ტალღისებური ცხელება-როცა ტემპერატურა თანდათან მატულობს და შემდეგ თანდათან კლებულობს.
- ე) შებრუნებითი ცხელება-მომატებული სხეულის ტემპერატურა 4-7 დღეა, შემდეგ უბრუნდება ნორმას რამდენიმე დღით და კვლავ მატულობს,
- ვ) სუბფებრილური ტემპერატურა-ტემპერატურა მერყეობს 37-38 C-მდე.



ავადმყოფი ისინჯება კარგად განათებულ ოთახში. მრავალი ინფექციური დაავადება მიმდინარეობს კანსა და ხილულ ლორწოვან გარსებზე ცვლილებებით. შეხებით კანი მშრალია ან ოფლიანი. შეიძლება აღინიშნებოდეს სხვადასხვა სახის გამონაყარი:

როზეოლა--2-4 მმ დიამეტრის ვარდისფერი ლაქებია, რომლებიც თითის დაჭერით ქრება, 2-3წმ-ში ისევ ჩნდება.

პეტექია--წვრილი, წერტილოვანი, მოვარდისფრო-მოწითალო ლაქებია, რომლებიც თითის დაჭერით არ ქრებიან.

ერითემა--დიდი ვარდისფერი ან წითელი ლაქაა, ხშირად კანიდანაა წამონაზარდი.

პაპულა--წითელი ფერის კვანძია, კანის ზედაპირიდან წამოწეული, მომკვრივო კონსისტენციის წარმონაქმნია.

ვეზიკულა--ბუშტუკი, სეროზული (გამჭვირვალე) სითხით.

პუსტულა--ბუშტუკი ჩირქოვანი შიგთავსით.

პოლიმორფული გამონაყარი შედგება სხვადასხვა ელემენტებისგან, მაგალითად: ჩუტყვავილას დროს -პაპულებისგან, ვეზიკულებისგან, ფუფხისგან.

ლორწოვან გარსზე გამონაყარს, რომელსაც თან ახლავს ჰიპერემია, ეწოდება ენანთემა.

ლიმფურ კვანძებს და შინაგან ორგანოებს იკვლევენ პალპაციის, პერკუსიისა და აუსკულტაციის საშუალებით.

წინასწარი დიაგნოზის გათვალისწინებით ატარებენ კლინიკურ-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს. იკვლევენ სისხლს, შარდს, განავალს, ნაღებინებ მასებს, საზურგტვინე სითხეს(ლიქვორი), ნახველს, დუოდენალურ შიგთავსს და სხვას.

ფართოდ გამოიყენება დიაგნოსტიკის დამხმარე მეთოდები, როგორცაა რენტგენოსკოპია, რენტგენოგრაფია, ულტრასონოგრაფია-ექოსკოპია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, რექტორომანოსკოპია, ელექტროკარდიოგრაფია და სხვ.

ინფექციური დაავადებების დიაგნოსტიკისთვის ძალზე მნიშვნელოვანია სპეციფიკური ლაბორატორიული გამოკვლევები. მათ მიეკუთვნება: მიკროსკოპული (ბაქტერიოსკოპული), მიკრობიოლოგიური (ბაქტერიოლოგიური და ვირუსოლოგიური), სეროლოგიური, ბიოლოგიური მეთოდები, ასევე ალერგიული სინჯები. ამ დროს ლაბორატორიული კვლევის მასალებია: სისხლი, ნაღებინები მასა, განავალი, შარდი, საზურგტვინე სითხე (ლიქვორი), პუსტულის, ვეზიკულის შიგთავსი, ორგანოების პუნქტატი და სხვა.

ბაქტერიოსკოპული და ბაქტერიოლოგიური მეთოდები საშუალებას გვაძლევს დავსვათ ზუსტი დიაგნოზი, რამეთუ მათი დახმარებით აღმოვაჩინებთ დაავადების გამომწვევს. ბაქტერიოსკოპული მეთოდით პასუხს ვღებულობთ რამდენიმე საათში, ბაქტერიოლოგიური მეთოდით კი-ერთი დღის შემდეგ. საბოლოო დიაგნოზს 2-4 დღეში.

ვირუსოლოგიური დიაგნოსტიკა უფრო რთულია, რადგანაც ვირუსები იზრდებიან მხოლოდ ქსოვილოვან კულტურაზე. სეროლოგიური რეაქციებიდან ფართოდ გამოიყენება: აგლუტინაციის, ჰემაგლუტინაციის, კომპლემენტის შებოჭვის, ნეიტრალიზაციის, იმუნოფლუორესცენციის რეაქციები.

კანის ალერგიული სინჯები კეთდება კანზე ან კანქვეშ წინამხარის შუა მესამედში. პასუხს იძლევა 48 სთ-ში. რეაქცია დადებითია, თუ ალერგენის შეყვანის ადგილზე კანი გაწითლდება, შეშუპდება.

ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობის ძირითადი პრინციპები და მეთოდები

ინფექციურ დაავადებათა მკურნალობა კომპლექსურია და თან ინდივიდუალური. სამკურნალო საშუალებების მოქმედება მიმართულია გამომწვევი აგენტის და მისი ტოქსინების მიმართ (ანუ ეტიოტროპულია), ორგანიზმის დაცვითი ძალების გაძლიერებისა და მიკრობთა მოქმედების შედეგად ორგანიზმში გამოწვეული ფუნქციური დარღვევების აღსადგენად (სიმპტომატური). კომპლექსურ მკურნალობაში დიდი როლი მიეკუთვნება გარემოს ჰიგიენური ნორმების დაცვას, ავადმყოფის რეჟიმსა და კვებას.

ანტიმიკრობულ საშუალებებს მიეკუთვნება: ანტიბიოტიკები, სულფანილამიდები, ბაქტერიოფაგი, შრატები, ვაქცინები, ანატოქსინები, გამაგლობულინი. სიმპტომატური საშუალებებია: ჰემოთერაპია, ფიზიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია, ვიტამინოთერაპია,

დიეტოთერაპია და სხვა.

ანტიმიკრობული საშუალებებიდან უმნიშვნელოვანესია ანტიბიოტიკები. მათ უნარი აქვთ ხელი შეუშალონ მიკრობების გამრავლებას (ბაქტერიოსტატიკული) და ნაწილობრივ მოსპონ და დახოცონ ისინი (ბაქტერიოციდული). პირველი თაობის ანტიბიოტიკებს მიეკუთვნება პენიცილინი. ყველაზე აქტიურია ბენზილპენიცილინი. პენიცილინის ჯგუფის პრეპარატები ეფექტურია გრამდადებითი ბაქტერიებით და სპიროქეტებით გამოწვეული ინფექციის დროს. გრამუარყოფითი ბაქტერიებიდან მგრძობიარეა მენინგოკოკი და გონოკოკი. ნახევრად სინთეზური პენიცილინებია: ოქსაცილინი, მეტიცილინი, ამპიცილინი, ამოქსაცილინი.

ცეფალოსპორინებს-ცეპორინი, კეფზოლი, კლაფორანი, ანტიმიკრობული მოქმედების ფართო სპექტრი აქვთ.

მნიშვნელოვანი ანტიბიოტიკებია: ტეტრაციკლინი, სტრეპტომიცინი, სიგომომიცინი, ბიომიცინი, ბენემიცინი, ლევომიცეტინი, ერთრომიცინი, მონომიცინი, ნეომიცინი, გენტამიცინი და მრავალი სხვა.

სულფანილამიდები ბაქტერიოსტატიკური მოქმედებისაა. მათგან ფართოდ გამოიყენება-სულფადიმეზინი, სულფადიმეტოქსინი, ნორსულფაზოლი, ეტაზოლი, ალბუციდი, ბაქტრიმი-ბისეპტოლი.

ნიტროფურანის ნაწარმებიდან გამოიყენება: ფურაცილინი, ფურადონინი, ფურაზოლიდონი. ანტივირუსული პრეპარატია ინტერფერონი.

ბაქტერიოფაგი იწვევს შესაბამისი მიკრობის ლიზისს.

არჩევენ ანტიტოქსიკურ და ანტიბაქტერიულ სამკურნალო შრატებს. ანტიტოქსიკურ შრატებს ამზადებენ ისეთ ინფექციურ დაავადებათა საწინააღმდეგოდ, რომელთა გამომწვევები გამოიმუშავებენ ეგზოტოქსინს. ასეთ შრატებს ამზადებენ ტოქსინით ან ანატოქსინით ცხენების იმუნოზაციის გზით. ანტიბაქტერიულ შრატებს ამზადებენ ბაქტერიული ანტიგენებით ან მათი პოლისაქარიდული კომპლექსებით ცხენების იმუნოზაციის გზით. ისინი შეიცავენ შესაბამისი ბაქტერიების საწინააღმდეგო ანტისხეულებს. ასევე გამოიყენება იმუნური გამაგლობულინები და პოლიგლობულინები.

სპეციფიკური იმუნოთერაპიის ერთ-ერთი მეთოდია ვაქცინოთერაპია. ვაქცინა შეიცავს შესაბამისი მიკრობის დახოცილ კულტურას. ამავე მიზნით გამოიყენება ანატოქსინები. ვაქცინოთერაპიის ზეგავლენით ხდება ორგანიზმის გაცვითი ძალების სპეციფიკური სტიმულაცია, მატულობს ფაგოციტოზი, ანტისხეულებისა და იმუნოგლობულინების წარმოქმნა.

დაავადების მძიმედ მიმდინარეობისას საჭიროა დეზინტოქსიკაციური და დეჰიდრატაციული საშუალებების გამოყენება, ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია, ჰემოდიალიზის მეთოდების გამოყენება.

ინფექციურ დაავადებათა კონპლექსურ მკურნალობაში დიდი როლი მიეკუთვნება, საჭიროების შემთხვევაში, დროულ ქირურგიულ დახმარებას.

მნიშვნელოვანია კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობა, ასევე დიდი ადგილი უჭირავს ვიტამინოთერაპიას, ჰემოთერაპიას, ფიზიოთერაპიას, დიეტოთერაპიას და სხვა.

ინფექციური ავადმყოფის მოვლა და კვება

ინფექციური ავადმყოფის მოვლა ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესია სამკურნალო ღონისძიებებიდან, რომელიც განსაზღვრავს ავადმყოფის გამოჯანმრთელებას. ყურადღებიანი დამოკიდებულება ავადმყოფის მიმართ წარმოადგენს ყველა მედიცინის მუშაკის პროფესიულ ვალდებულებას, იქნება ის ექიმი, ექთანი თუ უმცროსი სამედიცინო პერსონალი. ნდობის ატმოსფეროს სამედიცინო პერსონალსა და ავადმყოფს შორის დიდი მნიშვნელობა აქვს. ინფექციური ავადმყოფი ხშირად თავისებურად რეაგირებს ყველაფერ გარშემომყოფზე, არის გაღიზიანებული, მტირალა, დრო და დრო უსუსური. ექთანმა უნდა გამოიმუშავოს მოთმინება ავადმყოფის ჩვილებს და კაპრიზების მიმართ და შეუქმნას წყნარი, მშვიდი გარემო, რომელიც ავადმყოფს თავიდან ააცილებს ყოველგვარ გაღიზიანებას და ავადმყოფობიდან კეთილი გამოსავლის იმედს მისცემს.

ექთანმა უნდა დაიცვას განყოფილებაში სიწყნარე, აღკვეთოს ხმამაღალი ლაპარაკი და სიცილი, რომელიც აღიზიანებს ავადმყოფს. არ უნდა აღნიშნავდეს ავადმყოფის გასაგონად დაავადების სიმძიმის საშიშროებას.





ინფექციურ საავადმყოფოში (განყოფილებაში) განსაკუთრებით საჭიროა სისუფთავის დაცვა. უნდა შემოწმდეს პალატის, კარადის და ლოგინის სისუფთავე. დროულად უნდა მოხდეს თეთრეულის გამოცვლა, ხოლო გაბინძურების შემთხვევაში (პირღებინება, უნებლიე დეფეკაცია)- დაუყოვნებლივ. ავადმყოფს უნდა აუხსნან საავადმყოფოს რეჟიმის დაცვის აუცილებლობა. ექთანმა უნდა ჩაუტაროს საუბარი პირადი ჰიგიენის საკითხებზე. მძიმე ავადმყოფებს, რომლებსაც იძულებით უხდებათ ერთ მდგომარეობაში წოლა, სჭირდებათ ხშირად გადაბრუნება, მცირე ხნით მაინც, რომ არ განუვითარდეს ფილტვების შეგუბებითი ანთება. ასეთ ავადმყოფს ნაწოლები რომ არ გაუჩნდეს, საჭიროა თეთრეულის ხშირად გამოცვლა, სადილის შემდეგ დარჩენილი ნამცეცების მოცილება, ხერხემლის და დუნდულების არეების ქაფურის სპირტით გაწმენდა. ზეწარს და ბალიშისპირს არ უნდა ჰქონდეს ნაკეცი, ნაწოლების თავიდან აცილება შეიძლება მოხდეს რეზინის რგოლის მეშვეობით. ავადმყოფს ყოველდღიურად უნდა გაუსუფთავდეს კანი. საჭიროა სხეულის გაწმენდა თბილ წყალში დასველებული პირსახოცით. ყურადღება უნდა მიექცეს სასქესო ორგანოების სისუფთავეს, დეფეკაციის შემდეგ ჩაბანვას. ყოველი ჭამის წინ ავადმყოფს საპნით აბანინებენ ხელებს. ავადმყოფს ხელებზე და ფეხებზე უნდა დააჭრან ფრჩხილები. მნიშვნელოვანია აგრეთვე პირის ღრუს მოვლა. ხშირად ცხელების პერიოდში ენას უჩნდება ნადები, რომელიც შეიძლება კბილებზეც გავრცელდეს. ამიტომ ავადმყოფმა პირის ღრუ უნდა გამოირეცხოს დღეში რამდენჯერმე სოდიანი ხსნარით ან ბორმჟავას ხსნარით, განსაკუთრებით საჭმლის მიღების შემდეგ. აუცილებელია აგრეთვე მთელი პირის ღრუს, ენის, კბილების, ღრძილების გაწმენდა 2% -იანი ბორმჟავას ხსნარით დასველებულ

პინცეტზე მიმაგრებული ბამბის ან მარლის ტამპონით. ტუჩებზე სიმშრალის დროს უსვამენ ნაღების კარაქს ან ვაზელინს. ასევე ავადმყოფს უნდა გაეწმინდოს ცხვირის ნესტოები და თვალები.

კრიზისის დროს, როცა მაღალი ტემპერატურა უცბად ეცემა, ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მწვავე უკმარისობა. ამ დროს ავადმყოფი უჩივის ძლიერ სისუსტეს, წყურვილს, შემცივნებას, სახეზე ფერმკრთალია, შემდეგ ლურჯდება, ასხავს ცივი ოფლი, კიდურები უცივდება, წნევა ძალიან დაქვეითებულია. საჭიროა გადაუდებელი დახმარება ექიმთან ერთად. ავადმყოფის თავქვეშ ბალიშის გამოცვლა, ქვემო კიდურების მაღლა დადება, კოფეინის, ადრენალინის ინექციები. ზოგჯერ წვეთოვანი გადასხმა გლუკოზის 5%-იანი ხსნარისა და ფიზიოლოგიური ხსნარის, ნორადრენალინისა და პრედნიზოლონის შეყვანით.

ინფექციური დაავადების დროს არაიშვიათად ვითარდება ფსიქოზი. ავადმყოფი საკვებისა და მედიკამენტების მიღებაზე უარს აცხადებს, წევს გაშეშებული, ერთ წერტილს მიშტერებული, აქვს მოჩვენებები, აღზნებული ხდება, წამოხტება, ყვირის, გარბის, იმუქრება. ასეთ დროს შეიძლება ფანჯრიდან გადახტეს, შეურაცყოფა მიაყენოს მომვლელ პერსონალს, თუ რაიმე იარაღიც ჩაიგდო ხელში თავიც დაიზიანოს და ირგვლივ მყოფებიც. ასეთი ავადმყოფი განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს. ავადმყოფი უნდა დაამაგროს საწოლზე რამდენიმე პირმა, კიდურებზე, აგრეთვე გულ-მკერდის არეში, მუცელზე ზედ დაწოლა არ შეიძლება, რომ არ გამოიწვიოს მოტეხილობა ან სუნთქვის შეზღუდვა. განსაკუთრებით სიფრთხილეს საჭიროებენ მძიმე ავადმყოფები, რომელთაც აქვთ ღებინება, რომ სასუნთქ გზებში მოხვედრილმა ამონაღებინებმა მასამ არ გამოიწვიოს ასფიქსია.

მუცლის ძლიერი ტკივილების დროს, ღებინების, ბოდვების, სილურჯის და სხვა, ექთან ვალდებულია გამოიძახოს ექიმი.

ექთანის მოვალეობაა აგრეთვე ტემპერატურის გაზომვა დღეში 2-ჯერ, თუ საჭიროა 2 საათში ერთხელაც კი და შეტანა ავადმყოფის ისტორიის ტემპერატურის ფურცელში.

ავადმყოფების გამოჯანმრთელებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს რაციონალურ კვებას. ინფექციური ავადმყოფები დიდი რაოდენობით კარგავენ ვიტამინებს. სიცხიანი ავადმყოფების ენერჯის ხარჯვა გაძლიერებულია, ამიტომ საკვებში უნდა იყოს ცილები, ცხიმები, ნახშირწყლები, ვიტამინები. ამასთან უნდა მიეცეთ ადვილად მოსანელებელი მსუბუქი საკვები. მძიმე ავადმყოფებს კვებავენ ზონდით. ზონდი შეჰყავთ ცხვირიდან, როცა დარწმუნდებიან რომ კუჭში მოხვდნენ, მასში ძაბრით ჩაასხამენ საკვებს, რომელიც უნდა იყოს მაღალკალორიული. ზოგიერთი ინფექციური დაავადება მაგ. ღვიძლის დაზიანებისას მოითხოვს ცხიმების შეზღუდვას, რაც უნდა მოხდეს ცილების და ნახშირწყლების ხარჯზე. წვრილი ნაწლავების დაზიანებისას საჭიროა ნახშირწყლების შემცირება და სხვ. ავადმყოფს დიეტას უნიშნავს მკურნალი ექიმი, ექთან კი ვალდებულია დროულად და ზუსტად შეასრულოს აღნიშნული დიეტა. რეკომენდებულია შემდეგი დიეტური მაგიდები: მაგ. მაგიდა N1 კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის, გასტრიტების დროს. მაგიდა N2 – დიზენტერიის, მუცლის ტიფის გამოჯანმრთელების პერიოდში. მაგიდა N4 ენიშნებათ ფაღარათობის, მწვავე კოლიტების, ენტეროკოლიტების დროს. მაგიდა N5 რეკომენდებულია ქრონიკული ქოლეცისტიტის, ღვიძლის დაავადების დროს. მაგიდა N13 ენიშნებათ მუცლის ტიფის დროს. მაგიდა N15 რეკომენდებულია ავადმყოფებისთვის, რომლებიც არ საჭიროებენ სპეციალურ დიეტას.

ინფექციურ დაავადებათა პროფილაქტიკა

ინფექციურ დაავადებათა პროფილაქტიკის ღონისძიებები ორ ჯგუფად იყოფა:

1)ზოგადი, 2)სპეციალური ღონისძიებები.

ზოგადი ღონისძიებებია:

ა) მოსახლეობის მატერიალური კეთილდღეობის ამაღლება, ბ)სამედიცინო მომსახურების გაუმჯობესება, გ) შრომისა და დასვენების პირობების გაუმჯობესება, დ) მოსახლეობის სანიტარული განათლების ამაღლება და სხვა.

სპეციალური პროფილაქტიკური ღონისძიებები დაყოფილია 3 ჯგუფად:

ა)ინფექციის წყაროს სალიკვიდაციო ღონისძიებები; ბ)ინფექციის გადაცემის მექანიზმის გამწყვეტი ღონისძიებები; გ)მოსახლეობის იმუნიზაცია.

ინფექციის წყარო შეიძლება იყოს ავადმყოფი ან მტარებელი ადამიანი, ან დაავადებული ცხოველი. საჭიროა დაავადებული ადამიანის ან ცხოველის აქტიური და სრული გამოვლენა. დაავადების გამოვლენის შემდეგ კი საჭიროა მისი ჰოსპიტალიზაცია. იზოლაცია აუცილებელია და კანონით გათვალისწინებულია ზოგიერთი ინფექციური დაავადების დროს. ეს დაავადებებია: მუცლის ტიფი, პარატიფი A და B, პარტახტიანი ტიფი, დიფტერია, ტუბერკულოზი, პოლიომელიტი, ქოლერა, ვირუსული ჰეპატიტები, შავი ჭირი, კეთრი, ციმბირის წყლული ანუ ჯილეხი.

ინფექციის გადაცემის მექანიზმზე მოქმედი პროფილაქტიკური ღონისძიებები მრავალფეროვანია, რაც განპირობებულია გადაცემის მრავალი ფაქტორის არსებობით-საკვები, წყალი, ჰაერი, მტვერი, ნიადაგი, მოხმარების საგნები.

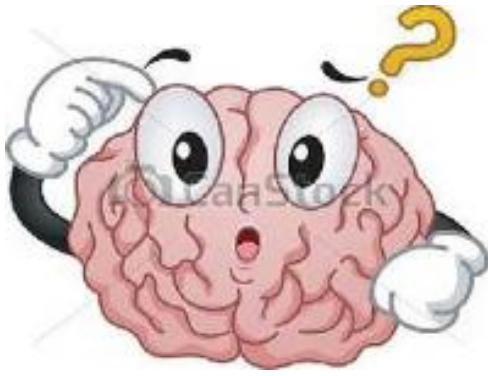
ნაწლავთა ინფექციების დროს აუცილებელია მოსახლეობის მომარაგება ხარისხიანი წყლით. მდინარეების, ტბების, ზღვის, ჭის წყლის დაცვა დაბინძურებისაგან. კვების ქსელში ხარისხიანი საკვები პროდუქტების გამოშვებაზე კონტროლის დაწესება. დიდი მნიშვნელობა აქვს ბუზებთან ბრძოლას, პირადი და საზოგადოებრივი ჰიგიენის წესების დაცვას, გამონაყოფის დეზინფექციას.

სასუნთქი გზების ინფექციების დროს ჰაერის დეზინფექციაა ჩასატარებელი. ასევე დაბინძურებული ჰაერისაგან მექანიკური დაცვაა საჭირო ნიღბებით, რესპირატორებით.

ტრანსმისიული ინფექციების დროს მნიშვნელოვანია დეზინსექცია-მწერების განადგურება (ტილების, რწყილების, კოლოების) ქიმიური და ფიზიკური მეთოდებით.

მნიშვნელოვანი ღონისძიებაა დერატიზაცია-ბრძოლა მღრნელებთან სათავურებით, ხაფანგებით, ქიმიური საშუალებებით.

მოსახლეობის იმუნიზაციის მეთოდია პროფილაქტიკური ვაქცინაცია. იგი ტარდება ბავშვის დაბადების პირველივე დღეებიდან. მე-3-4 დღეს უტარდება ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია. დაბადებიდან ორი თვის თავზე უტარდება ვაქცინაცია დიფტერიაზე, ტეტანუსზე, ყვიანახველაზე და პოლიომელიტზე სამ ეტაპად, ერთი თვის შუალედით. ერთი წლიდან კი ვაქცინაცია ტარდება წითელაზე, ყბაყურაზე, ვირუსულ ჰეპატიტ B-ზე, შემდგომ წლებში კი კეთდება რევაქცინაცია ანუ განმეორებითი ვაქცინაცია



საკონტროლო კითხვები:

1. განმარტეთ ტერმინი „ინფექცია“;
2. რა არის ეგზოტოქსინი და ენდოტოქსინი?
3. რით ხასიათდება ინფექციური დაავადებები, რომლებიც მათ გამოარჩევენ სხვა დაავადებებისგან?
4. დაასახელეთ ინფექციური დაავადებების პერიოდები;
5. დაასახელეთ იმუნიტეტის სახეები;
6. რა არის ალერგია და ანაფილაქსია?
7. რა არის ეპიდემიური პროცესი და დაასახელეთ მისი ძირითადი ფაქტორები;
8. განმარტეთ: სპორადული შემთხვევა, ეპიდემია, პანდემია;
9. ჩამოთვალეთ ინფექციის გადაცემის მექანიზმის ფაზები;
10. დაასახელეთ ინფექციის გადაცემის მექანიზმის სახეები;
11. დაასახელეთ ინფექციური დაავადებების კლასიფიკაცია;
12. დაახასიათეთ ეპიდემიოლოგიური ანამნეზი;
13. დაასახელეთ ტემპერატურული მრუდის ტიპები;
14. რა სახის გამონაყარი აღინიშნება კანსა და ხილულ ლორწოვანზე ინფექციური დაავადებების დროს?
15. რა მასალა იგზავნება ლაბორატორიაში ინფექციური ავადმყოფის გამოსაკვლევად?
16. ინფექციური დაავადებების გამოკვლევის რა სახის მეთოდები იცით?

17. რომელი მეთოდები მიეკუთვნება სპეციალურ ლაბორატორიულ გამოკვლევებს?
18. დაასახელეთ ინფექციური ავადმყოფის მკურნალობის მეთოდები;
19. დაახასიათეთ ვაქცინები და შრატები;
20. დაახასიათეთ ინფექციური ავადმყოფის მოვლის თავისებურებანი;
21. როგორია კვების მეთოდები მძიმედ მიმდინარე დაავადებების დროს?
22. დაასახელეთ ინფექციური დაავადების პროფილაქტიკის ძირითადი ღონისძიებები;
23. რომელი ინფექციური დაავადების პროფილაქტიკური აცრები კეთდება?

ნ ა წ ლ ა ვ თ ა ი ნ ფ ე ქ ც ი ა

მ უ ც ლ ი ს ტ ი ფ ი

მუცლის ტიფი მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს ხანგრძლივი ტემპერატურის მომატება, ბაქტერიემია, ორგანიზმის ინტოქსიკაცია და წვრილი ნაწლავის ლიმფური აპარატის წყლულოვანი დაზიანება.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. მუცლის ტიფის გამომწვევია მუცლის ტიფის ჩხირი. ბაქტერიები განსაკუთრებით გამძლეა წყალსა და რძეში, კარგად იტანენ დაბალ ტემპერატურას, გაყინვას, მაღალ ტემპერატურაზე კი სწრაფად იღუპებიან. მუცლის ტიფით ავადდება მხოლოდ ადამიანი. ინფექციის წყაროს წარმოადგენს დაავადებული, ბაქტერიამტარებელი ადამიანი. დაავადებულნი საშიშნი არიან დაავადების პირველი კვირიდან, განსაკუთრებით კი 2-3 კვირას, როდესაც ავადმყოფი გარემოში განავალთან და შარდთან, იშვიათად ნერწყვთან ერთად გამოყოფს გამომწვევების მაქსიმალურ რაოდენობას. მუცლის ტიფისთვის დამახასიათებელია ინფექციის გადაცემის ფეკალურ-ორალური მექანიზმი. გამომწვევის გადაცემის ფაქტორებს მიეკუთვნება წყალი, საკვები პროდუქტები, ჭუჭყიანი ხელები, საოჯახო ნივთები (ჭურჭელი, ლოგინი, პირსახოცი) და ბუზები.

მუცლის ტიფის დაავადება უფრო ხშირია ზაფხულ-შემოდგომის თვეებში. ამ დაავადების გადატანის შემდეგ ადამიანის ორგანიზმში გამომწვევდება მყარი იმუნიტეტი.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 7-დან 25 დღემდე, საშუალოდ ორი კვირა. დაავადება იწყება თანდათან, საერთო სისუსტით, უხალისობით, დამტვრეულობით, თავის ტკივილითა და უმადობით. ეს სიმპტომები გრძელდება ორ დღემდე. შემდეგში ავადმყოფის მდგომარეობა უარესდება, ძლიერდება სისუსტე, აღინამია, გარშემომყოფთა მიმართ ხდება განურჩეველი, აღენიშნება ძლიერი თავის ტკივილი, უძილობა. ტემპერატურა მატულობს კიბისებურად და 5 დღის შემდეგ აღწევს 39-40 C, შემდეგ გარკვეული დროით ღებულობს მუდმივ ხასიათს და უმნიშვნელოდ იცვლება. თუ არ ჩატარდა სპეციფიკური მკურნალობა, მაღალი ტემპერატურა 2-3 კვირას გრძელდება, რის შემდეგ თანდათანობით (ლიზისით) კლებულობს და 4-5 კვირას აღწევს ნორმას.

ავადმყოფის დათვალიერებისას აღსანიშნავია კანისა და ხილული ლორწოვანი გარსების სიფერმკთალე, კანი მშრალი აქვს. ენა შეშუპებულია, ზომაში მომატებულია, აღინიშნება ნადები, ენის წვერი კი სუფთაა, ენის კიდეებზე ჩანს კბილების ნაჭდევები.

ავადმყოფის მუცელი არის შებერილი რაც დიდი რაოდენობით გაზების დაგროვების შედეგია. აღინიშნება ყურყური, ყაბზობა, იშვიათად ფაღარათი. მე-5-7 დღეს ავადმყოფს უდიდდება ელენთა და ღვიძლი.

მაჯა სუსტი ავსების და დაჭიმულობისაა, არ შეესაბამება სხეულის ტემპერატურას (შედარებითი ბრადიკარდია). ქვეითდება არტერიული წნევა. გულის ტონები მოყრუებულია.

დაავადების დაწყებიდან ერთი კვირის თავზე შეიძლება განვითარდეს ტიფური სტატუსი-Status typhosus. ამ დროს ავადმყოფი გაბრუებულია, ბოდავს, გონება აქვს დაბინდული. უძლიერდება თავის ტკივილები და უძილობა.

მე-8-9 დღეს მუცელზე, გულმკერდსა და ზურგზე ჩნდებიან ღია ვარდისფერი ლაქები-როზეოლები, რომლებიც 4-5 დღეში ქრება. ცხელების პერიოდში ჩნდება ახალი როზეოლები. მძიმე ფორმისას როზეოლური გამონაყარი ღებულობს ჰემორაგიულ ხასიათს.

სისხლში ავადმყოფს აღენიშნება შემდეგი ცვლილებები: ხანმოკლე ლეიკოციტოზის შემდეგ-ლეიკოპენია, შედარებითი ლიმფოციტოზი, ანეოზინოფილია, თრომბოციტოპენია. ედს-ი ზომიერად მომატებულია.



დაავადების სიმძიმის მიხედვით არჩევენ მსუბუქ, საშუალო სიმძიმის და მძიმე ფორმებს. როგორც ავლნიშნეთ, მუცლის ტიფი თანდათან იწყება, მაგრამ არის ხშირი შემთხვევებიც, როცა დაავადება იწყება მწვავედ, მაღალი ტემპერატურით, კუჭ-ნაწლავის აშლილობით.

არსებობს მუცლის ტიფის მსუბუქი, წაშლილი და აბორტული ფორმები. აბორტული ფორმის შემთხვევაში დაავადება იწყება ტიპურად, მაგრამ მთავრდება ტემპერატურის კრიზისურად ჩამოსვლით ნორმამდე და სწრაფი გამოჯანმრთელებით. წაშლილი ფორმისას ნაწილი კლინიკური ნიშნებისა სუსტადაა გამოხატული, ან საერთოდ არაა.

მუცლის ტიფის ყველაზე მძიმე გართულებებია: 1. ნაწლავიდან სისხლდენა და ნაწლავის პერფორაცია, რომლებიც დაავადების 2-3 კვირას ვითარდება. 2. ინფექციურ-ტოქსიკური შოკი.

ნაწლავიდან ძლიერი სისხლდენის დროს ავადმყოფი ძლიერ სუსტდება, ფერმკრთალია, სხეულის ტემპერატურა ქვეითდება, პულსი ხშირდება, არტერიული წნევა მკვეთრად მცირდება, მძიმე შემთხვევაში ვითრდება კოლაფსური მდგომარეობა.

ნაწლავის პერფორაციის დროს ავადმყოფს აწუხებს მუცლის ტკივილი, მუცელი თავიდან

ჩავარდნილია, შემდეგ კი შებერილი, დაჭიმული. პულსი გახშირებულია, პერიფერიულ სისხლში ლეიკოციტების რაოდენობა მომატებულია. ყოველივე ამას ემატება ღებინება და სლოკინი. ავადმყოფს გადაარჩენს მხოლოდ ოპერაციული ჩარევა, იმ შემთხვევაში, თუ ოპერაციას გააკეთებენ პერფორაციის დაწყებიდან 6-8 საათში.

ინფექციურ-ტოქსიკური შოკის განვითარებისას მკვეთრად ქვეითდება სხეულის ტემპერატურა, ავადმყოფს აღენიშნება ძლიერი ოფლიანობა, არტერიული წნევა ეცემა, პულსი გახშირებულია, აღინიშნება ოლიგურია, რომელიც შეიძლება გადაიზარდოს ანურიაში.

სხვა გართულებებიდან აღსანიშნავია: პნევმონია, მიოკარდიტი, ოტიტი, პაროტიტი, ენცეფალიტი, პიელოციტიტი, ქოლეციტიტი, თრომბოფლებიტი დასხვა.

დიაგნოზი. დიაგნოზი ემყარება კლინიკურ სურათს, ეპიდ. ანამნეზის მონაცემებს და ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგებს. ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდია ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა. ლაბორატორიაში აგზავნიან სისხლს, განავალს, შარდს, ნაღველს. შედარებით ადრეული, სწრაფი და ზუსტი მეთოდია ჰემოკულტურა-სისხლის დათესვა. დიაგნოზის დადგენას ეხმარება აგრეთვე სეროლოგიური მეთოდები.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. მუცლის ტიფით დაავადებული აუცილებლად უნდა იქნეს ჰოსპიტალიზებული.

ეტიოტროპული მკურნალობა ტარდება ანტიბიოტიკებით და სულფანილამიდური პრეპარატებით.

ინტოქსიკაციის შემცირებისათვის იყენებენ კოლოიდურ ხსნარებს: ჰემოდეზს, რეოპოლიგლუკინს, ვენაში წვეთოვნად გლუკოზის 5%-იან ხსნარს, ფიზიოლოგიურ ხსნარს.

მძიმე ინტოქსიკაციითა და ალერგიული სინდრომით მიმდინარეობისას მოწოდებულია რამოდენიმე დღიანი ჰორმონოთერაპია.

რეციდივებისა და ბაქტერიამტარებლობის შესამცირებლად ავადმყოფს ენიშნება Vi ანტიგენით მკურნალობა.

მკურნალობაში აუცილებლად უნდა ჩაირთოს ვიტამინოთერაპია, ტარდება ასევე სიმპტომატური თერაპია.

მასიური სისხლდენისას ავადმყოფს გადაესხმება სისხლი, პოლიიონური ხსნარები: „ტრისოლი“, „აცესოლი“ და სხვა კოლოიდური ხსნარები.

კლინიკური მიმდინარეობის მიუხედავად მუცლის ტიფით დაავადებულს აუცილებლად ენიშნება წოლითი რეჟიმი ცხელების მთელ პერიოდს და ტემპერატურის ნორმალიზების 1 კვირის განმავლობაში. შემდეგ ავადმყოფი შეიძლება წამოჯდეს, ხოლო 10-12 დღის შემდეგ ეძლევა სიარულის ნება.

მნიშვნელოვანია პირის ღრუს, ყურების, ცხვირის, კანის მოვლა. მძიმე ავადმყოფებს პირის ღრუს უსუფთავებენ 2%-იანი ბორის მჟავის ან 3%-იანი სოდიან წყალში დასველებული მარლით. მშრალ ტუჩებზე უსვამენ ვაზელინს. ნაწოლების თავიდან ასაცილებლად, ავადმყოფი უნდა გადავაბრუნოთ ერთი გვერდიდან მეორეზე. ყაზობის შემთხვევაში დგამენ გამწმენდ ოყნებს.

საკვები უნდა იყოს ადვილად გადასამუშავებელი, ჭარბად უნდა იყოს მასში ვიტამინები და ენერგეტიკულად ფასიანი პროდუქტები.

მუცლის ტიფის პროფილაქტიკაში დიდი როლი ენიჭება დაავადებულებისა და ბაქტერიამტარებლების დროულ გამოვლენას. აუცილებელია ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია.

კონტაქტში მყოფ პირებს კერაში უტარდებათ სპეციფიკური პროფილაქტიკა.

ბაქტერიამტარებლების გამოსავლენად იკვლევენ განავალსა და შარდს ბაქტერიოლოგიურად, ორჯერადად.

საავადმყოფოდან ავადმყოფის გაწერის შემდეგ იგი აპყავთ დისპანსერულ მეთვალყურეობაზე.

ინფექციის კერაში ტარდება მიმდინარე დეზინფექცია, ხოლო ჰოსპიტალიზაციის შემდეგ- დასკვნითი დეზინფექცია. ავადმყოფის საჭმლის ნარჩენებს, ნივთებს, თეთრეულს, ტანსაცმლებს, ჭურჭელს ამუშავებენ სპეციალური სადეზინფექციო ხსნარების საშუალებით.

დიზენტერია ანუ შიგელოზი

დიზენტერია ანუ შიგელოზი ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანის დაზიანება და ორგანიზმის ზოგადი ინტოქსიკაცია.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. დიზენტერიის გამომწვევია შიგელები. ისინი საკმაოდ გამძლენი არიან განსაკუთრებით სველ გარემოში. გამომშრობის, მზის სხივების, მაღალი ტემპერატურის და სადეზინფექციო ხსნარების მიმართ ძლიერ მგრძობიარენი არიან და მაშინვე იხოცებიან.

ინფექციის წყაროს წარმოადგენს დაავადებული ადამიანი(მწვავე ან ქრონიკული ფორმით), ბაქტერიამტარებელი. ისინი შიგელებს გარემოში გამოყოფენ განავალთან ერთად. ინფექციის გადაცემის მექანიზმი არის ფეკალურ-ორალური. გადაცემის ძირითადი ფაქტორებია: დაბინძურებული საკვები პროდუქტები, წყალი, ჭუჭყიანი ხელები, ჭურჭელი, თეთრეული, სათამაშოები. დიზენტერიის გავრცელებას ხელს უწყობს ანტისანიტარია და ბუზები. შიგელოზი უფრო ხშირია ზაფხულსა და შემოდგომაზე.



კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 1-7 დღემდე. უფრო ხშირად 2-3 დღე.

კლინიკური გამოვლინების მიხედვით განასხვავებენ შიგელოზის შემდეგ ფორმებს:

1. მწვავე დიზენტერია, შემდეგი კლინიკური ვარიანტებით: ა) კოლიტური ფორმა, ბ) გასტროენტერო-კოლიტური ფორმა, გ) გასტროენტერიტული ფორმა. 2. ქრონიკული დიზენტერია: ა) რეციდიული ფორმა, ბ) გახანგრძლივებული ფორმა. 3. ბაქტერიამტარებლობა.

დაავადება იწყება მწვავედ. დაავადებას წინ უსწრებს საერთო სისუსტე, მივარდნილობა, მადის დაქვეითება, მუცლის შებერილობა, სიმძიმის შეგრძნება, ყურყური, შემცივნება. შემდეგში სისუსტე ძლიერდება, ავადმყოფს მადა ეკარგება, აწუხებს ძლიერი თავის ტკივილი, გულისრევა და პირღებინება, სახსრებსა და ზურგში დამტვრეულობის შეგრძნება, სხეული ტემპერატურა მატულობს და აღწევს 40 C და ამ დონეზე რჩება რამდენიმე დღე. ამას თან ერთვის ტკივილები მუცელში, რომელიც თავიდან არის მუდმივი და ყრუ მთელს მუცელში, ხოლო შემდეგ კი ძლიერი შეტევითი ხასიათისაა. ლოკალიზდება მარცხენა ქვემო არეში.

დაავადების დასაწყისში განავალი თხიერია. რამდენიმე საათში გამოჩნდება ლორწო და სისხლი, უფრო გვიან ჩირქი. განავლოვანი მასები თანდათან მცირდება და ქრება კიდევ. ავადმყოფი გამოყოფს მხოლოდ ლორწოიან-სისხლიან ან ჩირქიან მასას განავლის გარეშე. მსხვილი ნაწლავების ქვემო ნაწილის კუნთების სპაზმური შეკუმშვის შედეგად ავადმყოფს აღენიშნება მოტყუების გრძნობა, ჭინთვები და ტენეზმები. დეფეკაციის სიხშირე დამოკიდებულია დაავადების მიმდინარეობაზე. რაც უფრო მძიმედ მიმდინარეობს დაავადება, მათი სიხშირე მით მეტია და აღწევს 40-50 დღე-ღამეში. დეფეკაციის დროს ძლიერი ჭინთვა ზოგჯერ იწვევს სწორი ნაწლავის გამოვარდნას.

ორგანიზმის ინტოქსიკაციის შედეგად შეიძლება ღებინება განმეორდეს, ავადმყოფს აღენიშნოს კრუნჩხვები, განსაკუთრებით პატარა ბავშვებში.

ავადმყოფს კანი აქვს მშრალი, ენა-მშრალი და მორუხო-მოყავისფრო ნაღებითაა დაფარული. მუცელი ჩავარდნილია, პალპაციით გამოვლინდება სპაზმი და მტკივნეულობა მსხვილი ნაწლავისა (სიგმოიდური კოლინჯი). ავადმყოფს უვითარდება გულის კუნთის დისტროფიული ცვლილებები, მაჯა ბრადიკარდიულია, არტერიული წნევა ქვეითდება.

პერიფერიული სისხლის მხრივ აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი.

ზემოთ აღწერილი იყო მწვავე დიზენტერიის ზოგადი სურათი. განვიხილოთ მისი ფორმები.

კოლიტური ფორმა შეიძლება მიმდინარეობდეს მსუბუქი, საშუალო და მძიმე ფორმებით. მსუბუქი ფორმის დროს ტოქსიკოზი ნაკლებადაა გამოხატული. სხეულის ტემპერატურა ნორმალურია, ან სუბფებრილური. მტკივნეულია სიგმოიდური კოლინჯის საპროექციო არე. განავალი თხიერია, ზოგჯერ ლორწოიანი, დღე-ღამეში დეფეკაციის სიხშირე 3-5-ჯერ, იშვიათად 10-ჯერ. დაავადება გრძელდება 3-5 დღე და განკურნებით მთავრდება.

საშუალო სიმძიმის კოლიტური ფორმა მიმდინარეობს გამოხატული ტოქსიკოზით. შემცივნებით, სხეულის ტემპერატურა აღწევს 39 C და ამ დონეზე რჩება 2 დღე. ავადმყოფს აწუხებს თავის ტკივილი, გულისრევა, პირღებინება, გახანგრძლივებული შეტევითი ტკივილები მუცელში, დეფეკაციის სიხშირე დღე-ღამეში 10-15-ჯერ, ლორწოიან-სისხლიანი განავლით. აღსანიშნავია მოტყუება და ტენეზმები. დროული სამკურნალო ჩარევის შემთხვევაში გამოჯანსაღება-2 კვირაში.

მძიმე ფორმის დროს ავადმყოფის სხეულის ტემპერატურა აღწევს 39-40 C, ავადმყოფი ბოდავს, აწუხებს გულისრევა, ღებინება, კრუნჩხვები. დეფეკაციის სიხშირე დღე-ღამეში 30-50, სისხლით და ლორწოთი, მუცლის ტკივილებს თან ახლავს შემაწუხებელი, მტანჯველი ტენეზმები. თუ არ არის დროული, ეფექტური მკურნალობა, ავადმყოფის ზოგადი ინტოქსიკაცია მატულობს, პულსი ტაქიკარდიულია, სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის, არტერიული წნევა მკვეთრად ქვეითდება, გულის ტონები მოყრუებულია, ზოგიერთ ავადმყოფს უვითარდება ინფექციურ-ტოქსიკური შოკი.

გასტროენტეროკოლიტური ფორმის მწვავე დიზენტერია იწყება სწრაფად(ინკუბაციური პერიოდი რამდენიმე საათია), გასტროენტერიტის სიმპტომებით, რასაც შემდეგში ემატება ენტეროკოლიტისთვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები. სიმძიმის მიხედვით, მრავალ-ჯერადი, შეუჩერებელი, ღებინება და ფაღარათი იწვევს ორგანიზმის გაუწყლოებას-დეჰიდრატაციას: საშუალო სიმძიმისას I-II ხარისხის, მძიმე შემთხვევებში კი III-IV ხარისხის.

გასტროენტერიტული ფორმის დროს მიმდინარეობა ისეთივეა, როგორც წინა ფორმისას, იმ განსხვავებით, რომ კოლიტის ნიშნები არ გვაქვს.

ქრონიკულ-რეციდიული დიზენტერია შეიძლება მიმდინარეობდეს რეციდივებით ავადმყოფების გამოწერიდან 3-5 თვეში. გამწვავება ხასიათდება ნაკლებად გამოხატული ინტოქსიკაციით. მხოლოდ კლინიკურად მცირედ განსხვავდება მწვავე დიზენტერიისაგან. მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის რეციდივებს შორის ნათელ პერიოდში, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, მაგრამ თითქმის ყოველთვის აღინიშნება ყრუ ხასიათის ტკივილები. მუცელი შებერილი აქვს, ფაღარათობა და ყაბზობა მონაცვლეობს. განავალი მუდამ პათოლოგიურია.

ავადმყოფები ხასიათდებიან ემოციური ლაბილობით, ადვილად ღიზიანდებიან, შრომის უნარი აქვთ დაქვეითებული.

ქრონიკულ განხანგრძლივებული დიზენტერია ხასიათდება თანდათანობით დაწყებით. პათოლოგიური პროცესი თანდათან ღებულობს ქრონიკულ მიმდინარეობას. განავალი არის თხევადი, ან ფაფისებური, ხშირად ლორწოიანი და ჩირქიანი. დეფეკაცია დღე-ღამეში 5-7-ჯერ. ზიანდება ღვიძლი, პანკრეასი, კუჭი, ნაწლავები. ამ ფორმის გადატანის შემდეგ ავადმყოფებს ხშირად, მრავალი წლით რჩებათ ნაწლავთა პოსტდიზენტერული დისფუნქცია, რაც წარმოადგენს მყარი აქილიის, ნაწლავთა ატროფიული ცვლილებების შედეგს. ეს კი თავისთავად იწვევს ქრონიკულ კოლიტს და წყლულოვან კოლიტს.

ბაქტერიამტარებლობა ხასიათდება ხანმოკლედ შიგელების გამოყოფით განავალთან ერთად. თვით ავადმყოფს არ აღენიშნება დიზენტერიის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები.

მძიმე შემთხვევებში დიზენტერია შეიძლება გართულდეს მეორადი ინფექციებით: პნევმონია, პლევრიტი, ოტიტი, პაროტიტი, სტომატიტი. ზოგჯერ ადგილი აქვს სწორი ნაწლავის გამოვარდნას, მსხვილი ნაწლავის პერფორაციას.

დიაგნოზი. დიზენტერიის დიაგნოსტიკა ემყარება კლინიკურ, ეპიდემიოლოგიურ, ინსტრუმენტულ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს.

ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა ემყარება ბაქტერიოლოგიურ, სეროლოგიურ, იმუნო-ფლუორესცენციის მონაცემებს. ლაბორატორიაში დასათესად აგზავნიან ავადმყოფის საწოლთან აღებულ დეფეკაციურ მასალას: განავალს, ლორწოს, ჩირქს, სხვა პათოლოგიურ მინარევებს

(სისხლის გარდა), ან რექტორომანოსკოპიის დროს ტამპონით აღებულ მასალას. დასათესი მასალის აღება საჭიროა მკურნალობის დაწყებამდე.

ინსტრუმენტული გამოკვლევებიდან აღსანიშნავია რექტორომანოსკოპია.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. მკურნალობა უნდა იყოს კომპლექსური და უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება მალე. მსუბუქი და საშუალო სიმძიმით მიმდინარე დიზენტერიის დროს ეტიოტროპული საშუალებებიდან ავადმყოფს ეძლევა ნიტროფურანის პრეპარატები: ფურაზოლიდონი, ფურადონინი, ფურაზოლინი. ავადმყოფს ენიშნება ანტიბიოტიკები.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციონალური მოშლის აღსადგენად ავადმყოფებს ენიშნებათ ფერმენტული პრეპარატები და გაძლიერებული პერისტალტიკის შემანელებელი საშუალებები: ატროპინი, ბელადონა, ნო-შპა. ვიტამინების ცვლის აღსადგენად -ვიტამინოთერაპია.

მძიმე ფორმების დროს გამოხატული ინტოქსიკაციისა და ორგანიზმის გაუწყლოებისას ვენაში შეყავთ: ფიზიოლოგიური ხსნარი, „ტრისოლი“, „კვარტასოლი“, „ლაქტასოლი“, ასევე კოლოიდური ხსნარები. დასაღვეად აძლევენ ფილიპსის ხსნარს და 40%გლუკოზის ხსნარს გარკვეული რაოდენობით.

ქრონიკული დიზენტერიის მკურნალობა უნდა იყოს მკაცრად ინდივიდუალური. ანტი-ბაქტერიულ პრეპარატებს უნიშნავენ დიდი სიფრთხილით, მხოლოდ გამწვავების პერიოდში. ეტიოტროპულ პრეპარატებთან ერთად საჭიროა ფერმენტები, სტიმულატორები. მნიშვნელოვანია იმუნოთერაპია.

დიზენტერიის მკურნალობაში დიდი როლი ეკისრება დიეტას. იგი გამორიცხავს საკვებ რაციონში მექანიკურ და ქიმიურ გამღიზიანებლებს.

დიზენტერიის კერაში ტარდება ეპიდ.გამოკვლევა ინფექციის წყაროს გამოსავლენად და მის გაუვნებლობისათვის. კერაში ატარებენ მიმდინარე დეზინფექციას, ხოლო ჰოსპიტალიზაციისა და განკურნების შემდეგ-დასკვნით დეზინფექციას. დიდი მნიშვნელობა აქვს სანიტარულ-ჰიგიენურ ღონისძიებებს: სასმელი წყლის სანიტარულ დაცვას, კანალიზაციის კეთილმოწყობას, ნაგვის დროულ გატანას.

ს ა ლ მ ო ნ ე ლ ო ზ ი

სალმონელოზი ადამიანთა და ცხოველთა მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომელიც აზიანებს უფრო მეტად კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს და ხასიათდება ტემპერატურული რეაქციით .

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. სალმონელოზის გამომწვევია სალმონელები. ისინი გარემოში საკმაოდ გამძლე არიან. ინფექციის წყაროს წარმოადგენს ცხოველები და ადამიანი(როგორც დაავადებულნი, ასევე ბაქტერიამტარებელნი). დაინფიცირებული ცხოველის ორგანიზმიდან გამომწვევი გარემოში გამოიყოფა ნაკვლთან, შარდთან, რძესთან, ნერწყვთან ერთად. ცხოველებიდან ყველაზე საშიშია დაინფიცირებული მსხვილფეხა რქოსანი საქონელი, ღორი; ასევე ცხვრები, ცხენები, ძაღლები, კატები. განსაკუთრებით საშიშია ფრინველები(როგორც ხორცი, ასევე მათი კვერცხი).

სალმონელოზის გადაცემის ფაქტორებია: საკვები პროდუქტები-ხორცი და ხორცის პროდუქტები, რძე და რძის პროდუქტები, თევზი და თევზის პროდუქტები, დაინფიცირებული ბოსტნეული და ხილი. დაავადებული ადამიანისაგან, ბაქტერიამტარებლებისაგან და დაავადებული ცხოველებისაგან ჯანმრთელი ადამიანი შეიძლება დასნებოვნდეს კონტაქტური გზით, როდესაც არ იცავენ სანიტარულ ნორმებს. ამ მხრივ საშიშია პატარა ბავშვები. შესაძლოა შიდა ინფექციებიც. გარემო პირობების მიმართ საკმაოდ გამძლეობის გამო, სალმონელები კარგად ვრცელდებიან წყლით, მტვრით. სალმონელოზი უფრო ხშირად გვხვდება ზაფხულის თვეებში, რასაც ხელს უწყობს საკვები პროდუქტების შენახვის პირობების გაუარესება გარემოში მაღალი ტემპერატურის გამო.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 6 სთ-დან 2 დღემდე.

დღეისათვის ცნობილია სალმონელოზის შემდეგი ფორმები: 1.ლოკალური ფორმა, რომელიც მიმდინარეობს: ა) გასტრიტული, ბ)გასტროენტერიტული, გ)გასტროენტეროკოლიტური ფორმებით. 2.გენერალიზებული ფორმა, რომელიც მიმდინარეობს: ა)ტიფისმაგვარი ფორმით, ბ)სეფსისური ფორმით. 3.ბაქტერიამტარებლობა.

გასტრიტული ფორმა იშვიათად გამოვლინდება. ამ დროს ავადმყოფს აღენიშნება სუსტად გამოხატული ინტოქსიკაციის მოვლენები, ტკივილები ეპიგასტრიუმის არეში, გულისრევა და ღებინება. ფაღარათი არ აქვს.

გასტროენტერიტული ფორმა იწყება მწვავედ, ტემპერატური მომატებით, საერთო სისუსტით, თავის ტკივილით, შემცივნებით, გულისრევითა და ღებინებით, რომელიც შემდეგ მეორდება. ავადმყოფს აღენიშნება ტკივილები ეპიგასტრიუმის არეში. ღებინებას თან ერთვის ფაღარათი, მყრალი, წყლისებური განავლოვანი მასით, დღე-ღამეში 10-15-ჯერაც კი. განავალი ზოგჯერ ემსგავსება ბრინჯის ნახარშს. ავადმყოფს მუცელი აქვს შებერილი, აწუხებს ყურყური. მაჯა არის სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის, არტერიული წნევა დაქვეითებული.

გასტროენტერიტული ფორმა უფრო ხშირად გვხვდება სხვა ფორმებთან შედარებით.

გასტროენტეროკოლიტური ფორმის დროს ზემოაღწერილ სიმპტომებს თან ერთვის კოლიტის მოვლენებიც. დაავადება იწყება მწვავედ, ტემპერატურის მომატებით, გულისრევით, ღებინებით, მჭრელი ხასიათის ტკივილებით მუცელში, ფაღარათით-ლორწოიან-სისხლიანი განავლით.აღსანიშნავია ტენეზმებიც(მოტყუების გრძნობა).

ლოკალური ფორმების დროს ტემპერატურის ხანგრძლივობა 4-6 დღეა. ზოგჯერ ჩაერთვება პანკრეასის, ღვიძლის დაზიანების დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები.

სისხლში აღენიშნება შემდეგი ცვლილებები: სისხლი სქელდება, რის შედეგადაც ჰემოგლობინი და ერითროციტები მომატებულია. აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ანეოზინოფილია, ედს-ი ნორმის ფარგლებშია.

ლოკალური ფორმები შეიძლება იყოს: მსუბუქი, საშუალო სიმძიმის და მძიმე მიმდინარეობის.

მსუბუქი ფორმის დროს სხეულის ტემპერატურა სუბფებრილურია, ღებინება ერთჯერადია, დეფეკაციის სიხშირე 5-მდე დღე-ღამეში, თხელი, წყლისებური განავლით. ავადმყოფი შეიძლება 2-3 დღეში გამოჯანმრთელდეს.

საშუალო სიმძიმის დროს დაავადება იწყება მწვავედ. სხეულის ტემპერატურა აღწევს 39-

40 C და ამ დონეზე რჩება 3-4 დღე. ღებინება განმეორებითია, ფაღარათი 10-ჯერ დღე-ღამეში, უხვი, ძლიერ მყრალი წყლისებური, მომწვანო ფერის განავლით. ავადმყოფი გამომშრალია (I-II ხარისხის დეჰიდრატაცია).

მძიმე მიმდინარეობის დროს ინტოქსიკაცია აღწევს მაქსიმალურ განვითარებას. პირველივე საათებში ტემპერატურა აღწევს 39 C, აღინიშნება ხშირი ღებინება, ფაღარათი 10-20-ჯერ დღე-ღამეში, რაც გრძელდება ერთ კვირამდე. კანი ციანოზურია, გამომშრალი, ავადმყოფი კარგადვს თავისი სხეულის წონის 8-10%-ს, შარდის გამოყოფა მკვეთრად მცირდება, შარდში ჩნდება პათოლოგიური მინარევები: ცილები, ერთთროციტები და ცილინდრები. პულსი სუსტი ავსების და დაჭიმულობისაა, მაფისებური, არტერიული წნევა ეცემა. წყალ-მარილოვანი ცვლის დარღვევის შედეგად ვითარდება კრუნჩხვები. სხეულის ტემპერატურა ქვეითდება.

გენერალიზებული ფორმა. დაავადება შეიძლება დაიწყოს გასტროენტერიტის მოვლენებით ან ცხელებით, რომელიც კლინიკური მიმდინარეობით გვაგონებს მუცლის ტიფს ან პარატიფს.

სეფსისური ფორმა უფრო ხშირად გვხვდება პატარა ბავშვებში და ხასიათდება ხანგრძლივი, მძიმე მიმდინარეობით. ტემპერატურული მრუდი რემისიული ხასიათისაა. ავადმყოფს აღინიშნება შემცივნება და პროფუზული ოფლიანობა, ტაქიკარდია, ღვიძლი და ელენთა გადიდებულია. ფორმირდება მეორადი სეპტიკოპიემიური კერები, სხვადასხვა ლოკალიზაციით (პნევმონია, პლევრიტი, ოსტეომიელიტი, ართრიტი, ტონზილიტი, მენინგიტი). ლეტალობა მაღალია.

მწვავე და ქრონიკული ბაქტერიამტარებლობას ადგილი აქვს რეკონვალესცენტებში. მწვავე ბაქტერიამტარებლობა გრძელდება 3 თვემდე, ხოლო ქრონიკული -3 თვეზე მეტხანს.

სალმონელოზის გართულებებიდან აღსანიშნავია: ქოლევისტიტი, პანკრეატიტი, ქოლანგიტი, ქრ.კოლიტი, ტვინის, ელენთის, თირკმლის, ღვიძლის აბსცესი და სხვა. ლოკალიზებული ფორმის დროს აღინიშნება ინფექციურ-ტოქსიკური შოკი, გულისა და თირკმლის მწვავე უკმარისობები.

დიაგნოზი. სალმონელოზის დიაგნოსტიკა ემყარება ეპიდანამნეზის, კლინიკურ და ლაბორატორიულ მონაცემებს. გადაწყვეტია ლაბორატორიული მონაცემები.

ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევისათვის მკურნალობის დაწყებამდე სისხლს იღებენ ვენიდან სტერილურად და თესავენ ნაღვლის ბულიონზე. სტერილურ ქილებში იღებენ აგრეთვე: ნაღებინებ მასებს, კუჭის ამონარეცხ წყალს, განავალს, შარდს. სეფსისური ფორმის დროს ლაბორატორიაში იგზავნება ჩირქოვანი კერებიდან აღებული ჩირქი. ასევე იგზავნება საკვების ნარჩენები, რომლითაც შეიძლება და მოწამლულიყო ავადმყოფი.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. სალმონელოზის მკურნალობას იწყებენ კუჭის ამორეცხვით დეზინტოქსიკაციის მიზნით. კუჭი უნდა ამორეცხოს დიდი რაოდენობით თბილი წყლით (2-3ლ) ან 2-3%-იანი სოდის ხსნარით, მაღალი გამწმენდი ოცნით.

მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დროს, თუ არის ღებინება, გამოხატული ინტოქსიკაცია, ავადმყოფებს ენიშნებათ მარილხსნარები დაასაღევად. მიღებული სითხის რაოდენობა უნდა შეესაბამებოდეს დაკარგული სითხის რაოდენობას. გამოხატული გაუწყლოების შემთხვევაში ვენაში წვეთობრივად შეყავთ მარილ-ხსნარები: „ტრისოლი“, შემთბარი „კვარტასოლი“,

„აცესოლი“. მიღებული იქნება რა შესაბამისი ეფექტი, იხსნება წვეთოვანი გადასხმები და ხსნარები ავადმყოფს ეძლევა დასალევად. აღნიშნულ ხსნარებთან ერთად მძიმე შემთხვევაში ავადმყოფებს ენიშნება კოლოიდური ხსნარები, კორტიკოსტეროიდები: პრედნიზოლონი, ჰიდროკორტიზონი, დექსამეტაზონი.

ლოკალური ფორმებისას ანტიბიოტიკებით, სულფანილამიდებით მკურნალობა არ არის ეფექტული. ისინი ინიშნება გენერალიზებული ფორმების დროს.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციონალური მდგომარეობის ნორმალიზებისათვის ავადმყოფებს ენიშნებათ: ფესტალი, პანზინორმი, ქოლენზიმი და სხვა, ასევე ნაწლავთა მიკროფლორის აღმდგენი პრეპარატები: ბიფიდუმბაქტერინი, კოლიბაქტერინი, ბიფი-კოლი და სხვა. ასევე ვიტამინოთერაპია, დიეტოთერაპია.

პროფილაქტიკა შეიცავს ვეტერინალურ და სამედიცინო ღონისძიებების კომპლექსს, რომელიც ტარდება ინფექციის წყაროსა და გამომწვევის გადაცემის მიმართ.

ინფექციის წყაროს მიმართ ღონისძიებებს ატარებს ვეტერინალური სამსახური. იგი მიმართულია სასოფლო-სამეურნეო ცხოველების გამოჯანსაღებისათვის: დაავადებული ცხოველების დროული იზოლაცია, მათი მკურნალობა, რძისა და ახალდაკლული ხორცის გაუვნებლობა. ჯანმრთელ ცხოველებთან ერთად დაავადებულთა დაკვლის აკრძალვა. ხორცი უნდა დამუშავდეს თერმულად.

საჭიროა საკვები პროდუქტების დაცვა დაინფიცირებისაგან მათი დამუშავების, შენახვის, ტრანსპორტირებისა და გაყიდვის დროს. სავალდებულოა სანიტარული კონტროლი ძეხვეულისა და ხორცეულის საწარმოებში, განსაკუთრებით ბაზრებში.

ბოტულიზმი

ბოტულიზმი მძიმე კვებითი ტოქსიკურ-ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს ორგანიზმის ინტოქსიკაცია და ც.ნ.ს-ის დაზიანება.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. ბოტულიზმის გამომწვევია *Clostridium botulinum* რომელიც მკაცრი ანაერობია. ის წარმოქმნის სპორებს, რომლებიც ძლიერ გამძლენი არიან ფიზიკური და ქიმიური ფაქტორების მიმართ : უძლებენ დუღილს 5-6სთ-ის განმავლობაში. ვეგეტატიური ფორმები, რომლებიც გზვდებიან საკვებ პროდუქტებში , გამოიმუშავებენ ძლიერ ეგზოტოქსინს. ბოტულიზმის ტოქსინი 5-15 წთ დუღილის შედეგად მთლიანად იშლება. სუფრის მარილის, შაქრისა და ალკოჰოლის მაღალი კონცენტრაციები ასუსტებენ ტოქსინის მოქმედებას.

ბოტულიზმის გამომწვევი ფართოდაა გავრცელებული ბუნებაში. ცნობილია მათი 7

სეროლოგიური ტიპი: A,B,C,D,E,F,G. სპორები ვრცელდებიან ქარის მტვრით, წყლით, ცხოველებითა და ადამიანებით, რომელთა ნაწლავებში ისინი ხვდებიან საკვებთან ერთად. ნაწლავებში გამრავლების და ტოქსინების წარმოსაქმნელად არ არის ხელსაყრელი პირობები, ამიტომ სპორები ფეკალურ მასებთან ერთად გამოიყოფა გარემოში და მიმოითესება ნიადაგში. ნიადაგიდან სპორადული ფორმები ხვდებიან ბოსტნეულზე, სოკოებზე, ხილზე, რომლებიც შემდეგ შეიძლება გამოიყენონ კონსერვების, შეფუთული და სხვა საკვები პროდუქტების დასამზადებლად. ამ პროდუქტებში სპორა გარდაიქმნება ვეგეტატიურ ფორმად, მრავლდება, გამოიმუშავებს ეგზოტოქსინს. ადამიანი ბოტულიზმით ავადდება იმ შემთხვევაში, თუ საკვებად მიიღო დაინფიცირებული კონსერვი, ძეხვი, შებოლილი თევზი. ხშირად ამ პროდუქტებს აქვთ მზადე კარაქის ან ცუდი ყველის სუნი, ხოლო კონსერვების თავი ამობურცულია /ზომბაჟი/.



კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება საშუალოდ 6-30 საათამდე. ასეთი მერყეობა გამოწვეულია იმით, თუ რა რაოდენობით მიიღო ადამიანმა საკვებიდან ტოქსინები და დაავადების გამომწვევეები. რაც უფრო მცირეა ინკუბაციური პერიოდი, დაავადება უფრო მძიმედ მიმდინარეობს.

დაავადება იწყება მწვავედ, გულისრევით, ღებინებით, მუცლის ტკივილით, დაღლილობით თავის ტკივილით. ფაღარათობა იშვიათია. ხშირია უფრო ყაზობა, მუცლის გაბერვა, რაც გამოწვეულია ატონიითა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პარეზით. სხეულის ტემპერატურა ნორმალურია ან სუბფებრილური.

დაავადების დაწყებიდან რამოდენიმე საათში ვითარდება მხედველობის მოშლა. ავადმყოფი ხედავს ბუნდოვნად და გაორებულიად, თითქოს ბურუსშია, თითქოს თვალებზე ბადე აქვს. თვალების მოძრაობა შეზღუდულია. გასინჯვით აღინიშნება ზემო ქუთუთოს დაშვება, სიელმე, გუგების არათანაბარი გაგანიერება. ამ ცვლილებებს თან ერთვის მეტყველების და ყლაპვის მოშლა, ავადმყოფს ხმა ჩახლეჩილი აქვს, ლაპარაკობს დანაწევრებულად და ლუღლუღით. შეიძლება განვითარდეს აფონიაც.

ნერწყვის გამოყოფის შემცირების გამო, პირის, ცხვირის, ხახის ლორწოვანი გამომშრალია. ჩნდება წყურვილის გრძობა. შეიძლება აღინიშნოს ყლაპვის მუსკულატურის, რბილი სასის დამბლა, რის შედეგადაც, მიღებულ თხიერ საკვებს ან წყალს ვერ ყლაპავს და ცხვირიდან გადმოსდის.

მძიმე მიმდინარეობისას ვითარდება სუნთქვის მოშლაც; გულმკერდის ექსკურსიაც მცირდება,

სუნთქვა ხდება ჩქარი და ზერელე. აღინიშნება ქოშინი/40-50-წთ-ში/, ჩასუნთქვის დარღვევა, ასფიქსია და სუნთქვის შეჩერება/ეს გამოწვეულია ნეკნთაშუა და დიაფრაგმის კუნთების დამბლებით/.



პულსი დასაწყისში ბრადიკარდიულია, შემდეგ კი ტაქიკარდიული. გულის ტონები მოყრუებულია, ვითარდება ციანოზი, კანის საფარველი ფერმკრთალია.

ცნობიერება შენახულია. სისხლში ღინიშნება ნეიტროფილოზი, მარცხნივ გადახრით, ე.დ.ს-ი არის მომატებულია.

სიკვდილის ძირითადი მიზეზებია სუნთქვის დამბლა.

იოლ ფორმებში დაავადების მხოლოდ რამოდენიმე სიმპტომი გვაქვს სახეზე და იგი გრძელდება 2 კვირა, . მძიმე შემთხვევაში კი-2-3 თვე.

დიაგნოზი. დიაგნოზი ემყარება კლინიკურ სურათს, ეპიდემიოლოგიური ანამნეზის მონაცემებს (კონსერვების, ძეხვის, შებოლილი ხორცის-ლორის მიღებას), ასევე ლაბორატორიული გამოკვლევის მეთოდებს. ლაბორატორიულ მასალად იყენებენ სისხლს, პირნალებ მასას, კუჭის ამონარეცხს, განავალს, საჭმლის ნარჩენებს.

ტოქსინის აღმოჩენა შეიძლება ბიოლოგიური ცდის მეშვეობით თეთრ თაგვებზე.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა . პირველ რიგში, დაუყოვნებლივ, ავადმყოფს ურეცხავენ კუჭს ზონდით 5%-იანი სოდიანი ხსნარით და უდგამენ სიფონის ოყნას, რათა მოვამოროთ ავადმყოფის ორგანიზმს ტოქსინის შემცველი პროდუქტები.

გამომწვევის ტოქსინის ნეიტრალიზაციისათვის იყენებენ ბოტულიზმის საწინააღმდეგო შრატებს. სანამ დავადგენდეთ რომელი ტიპითაა დასნებოვნებული, ავადმყოფის კუნთებში ან ვენაში შეყავთ პოლივალენტური შრატი . გამომწვევის ტიპის დადგენის შემდეგ კი ინიშნება მონოვალენტური შრატი.

ავადმყოფს ენიშნება ანტიბიოტიკები. იმუნიტეტის აქტიობის გამოსამუშავებლად კანქვეშ შეყავთ ანატოქსინი.

საშუალო და მძიმე მიმდინარეობის დროს ინტოსიკაციის შესამცირებლად ვენაში გადაუსხამენ ნეოკომპენსანს, ჰემოდეზს, რეოპოლიგლუკინს. ასევე, ვენაში შეყავთ 5%-იანი გლუკოზის ხსნარი და ფიზიოლოგიური ხსნარი თანაბარი რაოდენობით.

სუნთქვის მწვავე უკმარისობის და ყლაპვის დამბლის შემთხვევაში ავადმყოფები გადაჰყავთ რეანიმაციულ პალატაში და ჰყავთ მართვად სუნთქვაზე.

ავადმყოფს ენიშნება ვიტამინები: B ჯგუფის, C ვიტამინი, კოკარბოქსილაზა, ატფ, საგულე საშუალებები-კორდიამინი, საგულე გლიკოზილები.

ავადმყოფისათვის აუცილებელია სრულფასოვანი კვება. ყლაპვის დამბლის შემთხვევაში საკვებს აძლევენ ზონდით.

მკაცრი სანიტარული კონტროლი უნდა იყოს დაწესებული ხორცკომბინატებსა და საკონსერვო ქარხნებში. საექვო კონსერვები სასწრაფოდ უნდა ამოიღონ ხმარებიდან. მოსახლეობაში სისტემატურად უნდა ჩატარდეს სანიტარული განათლება. თუ კონსერვი გაბერილია/ზომბაჟი/შეცვლილი აქვს ფერი და სუნი, იგი საკვებად არ უნდა მიიღონ. მოხმარების წინ დაკონსერვებული პროდუქტი თერმულად უნდა დამუშავდეს/20-30წუთი/. წამოდულებიდან 5-10წთ-ში ტოქსინი იშლება.

ქოლერა

ქოლერა მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება მძიმე ინტოქსიკაციით და ძლიერ გამოხატული გასტროენტერიტით, რაც საბოლოოდ იწვევს მასიურ დეჰიდრატაციას, წყალ-მარილოვანი ცვლის მოშლას. ქოლერა მიეკუთვნება საკარანტინო ე.ი. განსაკუთრებით საშიშ ინფექციებს. მასზე ვრცელდება საერთაშორისო სამედიცინო სანიტარული წესები. დღემდე ცნობილია ქოლერის მრავალი პანდემია, რომლებმაც მილიონობით ადამიანი იმსხვერპლა.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. ქოლერის გამომწვევია ვიბრიონი. ის გამოყოფს ეგზოტოქსინს, კარგად ძლებს წყალში. მგრძობიარეა სადეზინფექციო ხსნარების მიმართ.

ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი ან ვიბრიონმატარებელი. დაავადების გადაცემის მექანიზმი არის ფეკალურ-ორალური. ვიბრიონები გარემოში გამოიყოფიან განავალთან და პირნალებინებ მასებთან ერთად. ადამიანის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში ისინი ხვდებიან ინფიცირებულ წყალთან ან საკვებთან ერთად. ასევე კონტაქტური გზითაც-ავადმყოფის ჭურჭლის ხმარებით, ჭუჭყიანი ხელებით.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება რამდენიმე საათიდან 5 დღემდე, ხშირად 2-3 დღე. ქოლერა შეიძლება მიმდინარეობდეს მსუბუქ, საშუალო სიმძიმის და მძიმე ფორმებით. დაავადება იწყება მწვავედ, მოულოდნელი ფაღარათით, სხეულის ნორმალური ტემპერატურის ფონზე. განავალი თანდათან თხიერდება, დეფეკაციის სიხშირე დღე-ღამეში 3-10-მდეა. ზოგჯერ მეტიც. ავადმყოფი უჩივის უმადობას, სისუსტეს.

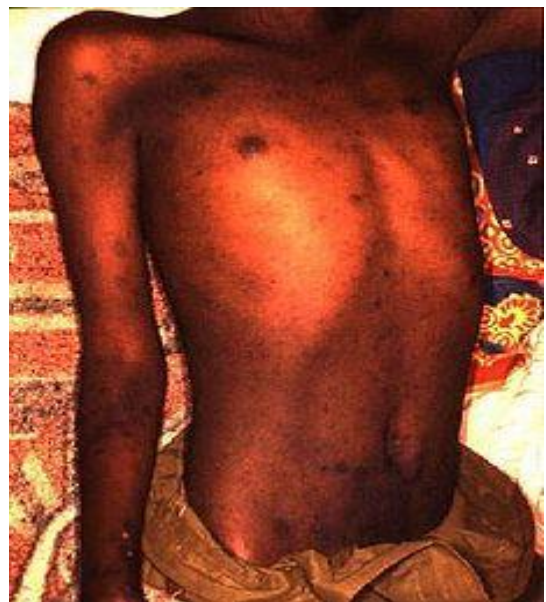
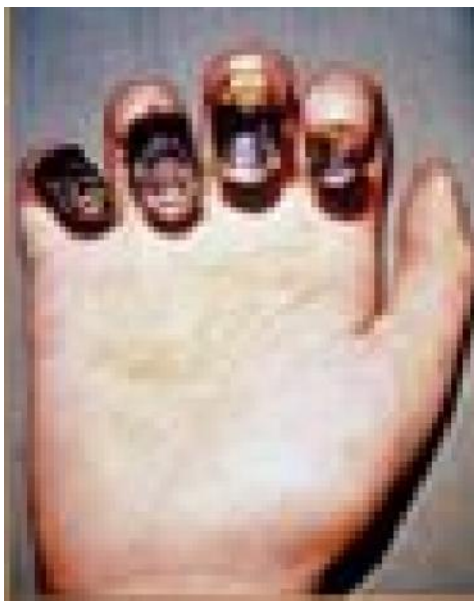
მსუბუქი ფორმის დროს ავადმყოფი 2-3 დღის შემდეგ შეიძლება გამოჯანმრთელდეს. ამ ფორმისას სითხის დაკარგვა არ აღემატება სხეულის მასის 2-3%-მდე- დეჰიდრატაციის I ხარისხი.

თუ დაავადება ღებულობს პროგრესულ ხასიათს, მაშინ დეფეკაციის სიხშირე იზრდება და აღწევს 15-20-ჯერ დღე-ღამეში, განავალი კარგავს ფერს და სუნს და ემსგავსება ბრინჯის ნახარშს.

საშუალო სიმძიმით მიმდინარეობისას დაავადების პირველივე საათებიდანვე ფაღარათს

ემატება ღებინება -ნაღებინები მასა თავიდან შეიცავს საჭმლის ნარჩენებს, შემდეგ კი წყლისებურია. ავადმყოფი უჩივის ძლიერ სისუსტეს, თავბრუსხვევას, წყურვილს, პირის სიმშრალეს. კანი აქვს ფერმკრთალი, მშრალი, მცირდება მისი ტურგორი. ტუჩებზე, კიდურებზე აღინიშნება არამდგრადი ციანოზი. ავადმყოფს ხმა აქვს ჩახლეჩილი, მაჯა-ტაქიკარდიული, არტერიული წნევა უქვეითდება, ეწყება კიდურების კანკალი. ორგანიზმი კარგავს სხეულის მასის 4-6% სითხის სახით-II ხარისხის დეჰიდრატაცია.

მძიმე ფორმა იწყება მწვავედ და ხშირი და წყლიანი განავლით და მალევე დართული მრავალჯერადი და წყლიანი ღებინებით. ავადმყოფის ორგანიზმი სითხის სახით კარგავს სხეულის მასის 7 - 9% - III ხარისხის დეჰიდრატაცია. ავადმყოფს აწუხებს წყურვილი, მუცლის კუნთების, კიდურების ტონური და კლონური კრუნჩხვები, რაც ძლიერ მტკივნეულია და შემაწუხებელი. კანი და ლორწოვანი გამომშრალია, ადვილად იკრიბება ნაოჭებად, რომელიც დიდხანს არ სწორდება. ხელის მტევნებზე კანი დანაოჭებულია - „მრეცხავის ხელი“. ხმა ჩახლეჩილია და შემდეგ ვითარდება აფონია. მაჯა ტაქიკარდიულია, არტერიული წნევა დაქვეითებული. ციანოზი მყარია და მთელს სხეულზე გავრცელებული. სახის ნაკვთები წაწვეტებულია, თვალები ჩავარდნილია, ლოყები შეწეული. სხეულის ტემპერატურა ნორმაზე ნაკლებია. თუ ავადმყოფს არ ჩაუტარდა სათანადო მკურნალობა, ვითარდება IV ხარისხის დეჰიდრატაცია, როცა სითხის სახით იკარგება ავადმყოფის სხეულის მასის 9%-ზე მეტი. ამ დროს ფადარათი და ღებინება წყდება, სხეულის ტემპერატურა კიდევ უფრო ქვეითდება. დაავადების შემდგომი პროგრესირება იწვევს ჰიპოვოლემიას და დეჰიდრატაციულ შოკს. ავადმყოფს გამოხატული აქვს მკვეთრი ციანოზი. თვალების ირგვლივ აღინიშნება ციანოზური მუქი ფერის ლაქები, სახის ნაკვთები წაწვეტებულია, გამოხატავს წუხილს, ტანჯვას. პერიფერიული პულსი არ ისინჯება, არტერიული წნევა არ ისაზღვრება, გამოხატულია ძლიერი ქოშინი 40 - 60წთ - ში. კანი დაფარულია მწებავი ოფლით. კრუნჩხვები თითქმის მუდმივია. ცნობიერება დიდხანს არის შენარჩუნებული.



სისხლის შესქელებასთან დაკავშირებით, მასში აღინიშნება შემდეგი ცვლილებები: ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ერითროციტოზი, ასევე აზოტემია, დეკომპენსირებული აციდოზი.

თუ არ ჩატარდა სათანადო მკურნალობა, საბოლოოდ ავადმყოფი კარგავს გონებას, ვითარდება კომა, ასფიქსია და ავადმყოფი კვდება.

ქოლერის გართულებებიდან აღსანიშნავია: თირკმლის მწვავე უკმარისობა, იშვიათად - პნევმონია, აბსცესი, ფლევმონა, თრომბოფლებიტი, სეფსისი.

დიაგნოზი. დიაგნოსტიკა ემყარება ეპიდ. ანამნეზურ და ლაბორატორიულ მონაცემებს.

ლაბორატორიული გამოკვლევისათვის პირველ რიგში იყენებენ ბაქტერიოსკოპულ და ბაქტერიოლოგიურ მეთოდებს. ბაქტერიოსკოპული მეთოდით იკვლევენ ნაღებინებ და განავლოვანი მასების ნაცხებს. მასალას იღებენ ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყებამდე და მისი დამთავრებიდან არანაკლებ 36-48 სთ-ის შემდეგ.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. პირველ რიგში აუცილებელია წყალ-მინერალური ცვლის აღდგენა. ამისათვის ვენაში შეყავთ სტერილური და 38-40 C გამთბარი პოლიიონური ხსნარები: „კვარტასოლი“, „ტრისოლი“, „აცესოლი“ და სხვა. როდესაც ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესდება, შეუწყდება ღებინება, პოლიიონური ხსნარები ეძლევათ დასაღევად. ასევე ეძლევათ დასაღევად გლუკოზისა და ელექტროლიტების ხსნარის ნარევი „ორატილი“.

გაუწყლოების I ხარისხის დროს ზემოთ აღნიშნული პოლიიონური ხსნარები ავადმყოფს ეძლევა დასაღევად.

ავადმყოფს ენიშნება ანტიბიოტიკოთერაპია, ვიტამინოთერაპია, დიეტოთერაპია.

პროფილაქტიკაში მნიშვნელოვანია არ დაუშვან ქვეყანაში დაავადების შემოტანა სხვა ქვეყნებიდან. ამიტომ აუცილებელია ტურისტებზე იმ ქვეყნებიდან, სადაც არის ქოლერის ხშირი შემთხვევები (ინდოეთი, პაკისტანი, ინდონეზია, ფილიპინები, ბანგლადეში და სხვ.) 5 დღიანი სამედიცინო მეთვალყურეობა. მათ უნდა ჩაუტარდეთ განავლის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა.

დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს დასახლებული პუნქტების სისტემატურ დასუფთავებას, ნაგვის გატანას, მოსახლეობისათვის სუფთა წყლის მიწოდებას, ბრძოლას ბუზების წინააღმდეგ.

ქოლერის გავრცელების შემთხვევაში, დაავადებული და ქოლერაზე ექვმიტანილნი უნდა მოთავსდნენ ჰოსპიტალში, ხოლო კონტაქტში მყოფნი კი იზოლატორში.

ქოლერის საწინააღმდეგოდ ცრიან ქოლეროგენოტოქსინით. რევაქცინაცია 3 თვის შემდეგ ეპიდ. ჩვენების მიხედვით.

აუცილებელია მოსახლეობაში სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობის გაძლიერება.

ემერიხიოზი

ემერიხიოზი ნაწლავთა მწვავე ინფექციაა, რომელიც გასტროენტერიტით ან გასტრო-ენტეროკოლიტით მიმდინარეობს.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. ემერიხიოზის გამომწვევია -Escherichia coli.

ინფექციის წყაროა ავადმყოფი ადამიანი, ნაკლებად შინაური - ცხოველები და ფრინველები (ხბო, გოჭი, ქათამი). ემერიხიოზით დაინფიცირება ხდება ფეკალურ-ორალური მექანიზმით. გადაცემის ფაქტორებია: ინფიცირებული რძე და რძის პროდუქტები, ხილი, ბოსტნეული.

დაავადება უფრო ხშირად გვხვდება ზაფხულ-შემოდგომის თვეებში.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება რამდენიმე საათიდან სამ დღემდე. ემერიხიოზის ნაწლავური ფორმები ბავშვებში მიმდინარეობს ენტერიტისა და ენტეროკოლიტის ტიპით. მსუბუქი მიმდინარეობისას სხეულის ტემპერატურა ნორმალურია ან სუბფებრილური. განავალი თხელია, 5-ჯერ დღე-ღამეში, მინარევების გარეშე. საშუალო სიმძიმისას სხეულის ტემპერატურა იზრდება 38-39 C-მდე, დეფეკაცია დღე-ღამეში 10-ჯერ, წყლისებური, ლორწოიანი განავლით. მადა დაქვეითებულია, მუცელი შებერილი. მძიმე მიმდინარეობის დროს ტემპერატურა აღწევს 40 C-მდე. ავადმყოფს მადა აღარ აქვს. დეფეკაციის სიხშირე მატულობს 20-მდე დღე-ღამეში.

დიზენტერიის მსგავსი ფორმის დროს დაავადება იწყება მწვავედ, დამტვრეულობით, სისუსტით, თავბრუსხვევით, მჭრელი ხასიათის ძლიერი ტკივილებით მუცელში, გულისრევით. სხეულის ტემპერატურა მატულობს. განავალი არის თხელი, ლორწოვანი, ზოგჯერ სისხლიანი. დეფეკაცია დღე-ღამეში 5-10ჯერ. ტენეზმები უფრო იშვიათია, ვიდრე დიზენტერიის დროს. დაავადების ხანგრძლივობაა 5-7 დღე. მძიმე ფორმისას ვითარდება ძლიერი ინტოქსიკაცია, რაც იწვევს კრუნჩხვებს, გონების დაკარგვას.

ქოლერის მსგავსი ემერიხიოზის კლინიკა ჰგავს ქოლერის მსუბუქი ფორმის კლინიკას. ინკუბაციური პერიოდია 1-3 დღე. დაავადება იწყება მწვავედ, სისუსტით, თავის ტკივილებით, გულისრევით, სხეულის ტემპერატურა ნორმალურია. ავადმყოფს აღენიშნება ტკივილები ეპიგასტრიუმის არეში, ღებინება, შემდეგში დაერთვება ფაღარათი თხელი განავლით.

დიაგნოზი. საბოლოო დიაგნოზი დგინდება ლაბორატორიული გამოკვლევებით-ბაქტერიოლოგიური და სეროლოგიური მეთოდებით. ლაბორატორიაში იგზავნება განავალი, პირნალებინები მასები. დაავადების მე-3-5 დღეს იგზავნება სისხლი.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. საშუალო და მძიმე ფორმების დროს ავადმყოფს ამოურეცხავენ კუჭს. ორგანიზმის გაუწყლოებისა და ინტოქსიკაციის საწინააღმდეგოდ ვენაში შეყავთ მარილხსნარები: „ტრისოლი“, „კვარტასოლი“, „აცესოლი“, აგრეთვე კოლოიდური ხსნარები: ჰემოდეზი, რეოპოლიგლუკინი. ენიშნებათ ეტიოტროპული მკურნალობა ანტიბიოტიკებით, სულფანილამიდებით, ნიტროფურანის ჯგუფის პრეპარატებით. რომ არ ჩამოყალიბდეს დისბაქტერიოზი, ამისათვის ავადმყოფს უნიშნავენ ბიფიკოლს, ბიფიდუმ-ბაქტერინს.

ემერიხიოზის თავიდან ასაცილებლად აუცილებელია სანიტარულ ჰიგიენური რეჟიმის მკაცრი დაცვა, განსაკუთრებით ბავშვთა დაწესებულებებში.

ამებიაზი

ამებიაზი ნაწლავთა ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს მსხვილი ნაწლავის წყლულოვანი დაზიანება, სხვადასხვა ორგანოში აბსცესის განვითარება და მიდრეკილება ხანგრძლივი მიმდინარეობისადმი.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. დაავადების გამომწვევია ჰისტოლოტიკური ენტამება ამებათა ოჯახიდან.

ამების განვითარებაში არჩევენ 2 სტადიას: ვეგეტატიურს და ცისტურს.

ინფექციის ძირითადი წყაროა ადამიანი, რომელიც გამოყოფს განავალთან ერთად ცისტებს. ყველაზე საშიშია რეკონვალესცენციის პერიოდი, რადგან ცისტების გამოყოფა იწყება სწორედ ამ პერიოდიდან. ასევე ცისტებს გამოყოფს ამებიაზი გადატანილი ავადმყოფი რამდენიმე წლის განმავლობაში (ცისტამტარებელი).

ინფექციის გადაცემის მექანიზმი არის ფეკალურ-ორალური. ყველაზე საშიშია დაბინძურებული წყალი. ასევე საშიშია ამებიაზის ცისტებით დაბინძურებული ბოსტნეული, მწვანილი, ხილი, ქუჭყიანი ხელები, საოჯახო ნივთები, ბუხები.

კლინიკა. ამებიაზის რამდენიმე კლინიკურ ფორმას არჩევენ. ყველაზე ფართოდ გავრცელებული ფორმაა-ნაწლავთა ამებიაზი. მისი ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 1-3 კვირამდე, იშვიათად 3 თვე. დაავადება იწყება თანდათან, ავადმყოფს აღენიშნება ზოგადი სისუსტე, უხალისობა, მოთენთილობა, შრომის უნარის დაქვეითება, უმადობა, გულისრევა და ტკივილები მუცლის არეში, უფრო მეტად მარჯვნივ. შემდეგში ავადმყოფს ეწყება ფაღარათი, მუცლის მოვლითი ხასიათის ტკივილები. ენაზე არის თეთრი ნადები. დეფეკაციის სიხშირე მატულობს და აღწევს 7-10-ჯერ დღე-ღამეში. განავალი არის თხელი, ლორწოიანი და სისხლიანი. შემდეგში ლორწო დიდი რაოდენობითაა, ჟელესებური, გამჭვირვალე. ფაღარათობის მომატებას თან ერთვის ჭინთვები (ტენეზმები) და შემაწუხებელი ტკივილები. პალპაციით მტკივნეულია განსაკუთრებით სიგმოიდური კოლინჯის საპროექციო არე. ტემპერატურა ნორმის ფარგლებშია, თუ დაავადება არ გართულდა. მწვავე პერიოდი შეიძლება გაგრძელდეს 3-5 კვირა. შემდეგ ტკივილები მუცელში წყნარდება. განავალი ფორმირდება, საერთო მდგომარეობა უმჯობესდება, ავადმყოფს მადა ეღვიძება.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ აღინიშნება შემდეგი ცვლილებები: პულსი თავიდან ტაქიკარდიულია, შემდეგ ბრადიკარდიული. არტერიული წნევა დაქვეითებულია, გულის ტონები მოყრუებულია. სისხლში: სისხლი შესქელებულია, ერითროციტები და ჰემოგლობინი თავიდან მატულობს, შემდეგ კლებულობს, ლეიკოციტები ოდნავ მომატებულია. აგრეთვე გვაქვს ნეიტროპენია, ლიმფო-მონოციტოზი. ედს-ი მომატებულია.

გართულებებიდან აღსანიშნავია ნაწლავის პერფორაცია. იგი წარმოიქმნება მსხვილი ნაწლავის კედლის გახვრეტის შედეგად, რასაც თან მოსდევს პერიტონიტი. ამებამ შეიძლება შეაღწიოს სხვადასხვა ორგანოში: ღვიძლში, თავის ტვინში, ფილტვებში, რასაც მოჰყვება აბსცესების წარმოქმნა ამ ორგანოებში. ასეთ შემთხვევებში პროგნოზი ძალზე რთულდება.

დიაგნოზი. ამებიაზის დიაგნოსტიკა ძირითადად ემყარება კლინიკურ მიმდინარეობის თავისებურებებს (თანდათან დაწყება, უსიცხო მიმდინარეობა, ჟელესებური განავალი),

ლაბორატორიულ გამოკვლევებს. ლაბორატორიაში იგზავნება განავალი მიკროსკოპული გასინჯვისათვის. იგი უნდა იყოს ახალი (არაუგვიანეს 15წთ-ისა). მასში ნახულობენ ამების ვეგეტატიურ ფორმებს. რექტორომანოსკოპიით ათვალეიერებენ მსხვილი ნაწლავის ქვედა ნაწილს.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. ამებიაზის მწვავე ფორმებისა და გართულებების შემთხვევაში იყენებენ ამეობციდურ პრეპარატებს: მეტრანიდაზოლი, დიჰიდრომეტინი, ტინიდაზოლი. ქრონიკული ამებიაზის დროს კი ინიშნება ქინიოფონი, ასევე ენტეროსეპტოლი. ინიშნება ვიტამინოთერაპია. გართულების შემთხვევაში, აუცილებელია ქირურგიული დახმარების აღმოჩენა.

ვირუსული ჰეპატიტები

ტერმინი „ვირუსული ჰეპატიტები“ აერთიანებს შემდეგ ინფექციურ დაავადებებს: A ჰეპატიტი, B ჰეპატიტი, C ჰეპატიტი, D ჰეპატიტი, E ჰეპატიტი. ისინი ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან ეტიოლოგიით, ეპიდემიოლოგიით, პათოგენეზით, კლინიკური მიმდინარეობით, დიაგნოსტიკით, მკურნალობით და პროფილაქტიკით.

A ჰეპატიტი

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. დაავადების გამომწვევია A ჰეპატიტის ვირუსი, რომელიც შეიცავს რნმ-ს. ცნობილია მისი მხოლოდ ერთი ანტიგენი. A ვირუსი მაღალ ტემპერატურას ვერ უძლებს-100 C- ილუპება 5 წუთში, მგრძობიარეა ულტრაიისფერი სხივების და სადეზინფექციო ხსნარების მიმართ. უძლებს გაყინვას.

ინფექციის წყაროს წარმოადგენს ავადმყოფი ადამიანი. განსაკუთრებით საშიშია უსიყვითლო და წაშლილი ფორმებით დაავადებულნი-მათი რიცხვი შეადგენს 60-90%.

A ვირუსი ორგანიზმიდან გამოიყოფა განავალთან ერთად ინკუბაციური პერიოდის ბოლოს, პროდრომალურ პერიოდში და სიყვითლის დასაწყისში. სისხლში ვირუსი აღმოჩნდება დაავადების გამომჟღავნებამდე 2-10 დღით ადრე და ქრება სიყვითლის პირველ დღეებში.

ინფექციის გადაცემის მექანიზმია ფეკალურ-ორალური: საკვებით, წყლით, აგრეთვე კონტაქტურ-საყოფაცხოვრებო გზით. დაავადება ხშირია ბავშვებში და ახალგაზრდებში. A ჰეპატიტის გადატანის შემდეგ ადამიანს გამოუმუშავდება მყარი იმუნიტეტი.

A ჰეპატიტის დროს აღსანიშნავია პერიოდულობა (3-5 წელი) და სეზონურობა (შემოდგომა-ზამთარი).

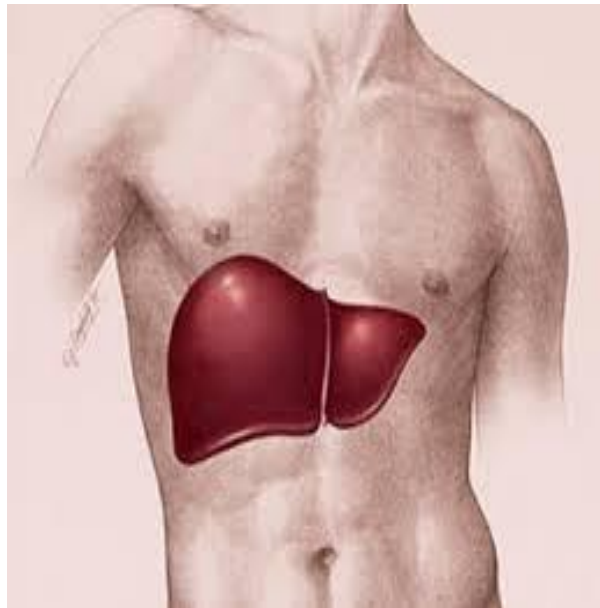
კლინიკა. A ჰეპატიტი კლინიკურად ვლინდება შემდეგი ფორმებით: სიყვითლით,

უსიყვითლოდ მიმდინარე და სუბკლინიკური ფორმები. სიმძიმის მიხედვით არჩევენ-
მსუბუქ, საშუალო და მძიმე ფორმებს. მძიმე ფორმა იშვიათია.

ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 1-7 კვირას, საშუალოდ 2-4 კვირა. დავადება უფრო
ხშირად იწყება მწვავედ. აღსანიშნავია ზოგადი ინტოქსიკაციის ფონზე გრიპის მაგვარი
პროდრომი. ავადმყოფს შეამცივნებს, ტემპერატურა მატულობს, აწუხებს თავის ტკივილი,
დამტვრეულობა. აღინიშნება კატარული მოვლენები, ზოგჯერ დისპეპსიური, ასთენოვეგე-
ტატიური, ართრალგიური და სხვა მოვლენები. დისპეპსიური მოვლენების დროს ავად-
მყოფი უჩივის უმადობას, გულისრევას, ლებინებას, სიმძიმის შეგრძნებასა და ყრუ
ტკივილებს მარჯვენა ფერდქვეშა არეში. ასთენოვეგეტატიური მოვლენების დროს
აღინიშნება სისუსტე, გაღიზიანებადობა, უძილობა, თავის ტკივილები. ართრალგიებისას
ავადმყოფს აწუხებს კუნთების, სახსრების, ძვლების ტკივილები.

სისხლში აღინიშნება მცირე ლეიკოპენია, ამინოტრანსფერაზების აქტივობა.

სიყვითლისწინა პერიოდის ბოლოს ავადმყოფს უდიდდება ღვიძლი, შარდი უმუქდება
და ხდება ლუდისფერი. განავალი ფერს კარგავს და ხდება აქოლიური, სისხლში
მატულობს ბილირუბინის (განსაკუთრებით პირდაპირის) რაოდენობა.



სიყვითლის პერიოდი იწყება თვალის სკლერების გაყვითლებით. შემდეგში ყვითლდება
კანი და ხილული ლორწოვანი გარსებიც. ამ პერიოდში დიდდება ელენთაც, პულსი
ბრადიკარდიულია, არტერიული წნევა დაქვეითებული. სისხლში: ლეიკოპენია, ლიმფო-

მონოციტოზით, ედს-ი მერყეობს, ბილირუბინის რაოდენობა კვლავ მატულობს. სისხლის შრატში მატულობს თიმოლის მაჩვენებელი.

დაავადების უკუგანვითარებისა და რეკონვალესცენციის პერიოდებში შარდი ღია ფერის ხდება, განავალი მუქდება, კანი და ლორწოვანი კარგავს ყვითელ შეფერილობას.

A ჰეპატიტი იშვიათად იწვევს გართულებებს. შეიძლება ადგილი ქონდეს ნაღვლის ბუშტის და სანაღვლე გზების ანთებას.

დიაგნოზი. დიაგნოზი ემყარება ეპიდემიოლოგიურ, კლინიკურ, ბიოქიმიური და სეროლოგიური კვლევის მონაცემებს. ლაბორატორიული მონაცემებიდან აღსანიშნავია სისხლის შრატში ბილირუბინის მომატება, ფერმენტების აქტივობის განსაზღვრა, შარდში ბილირუბინისა და ურობილინის განსაზღვრა, ამინოტრანსფერაზის მომატება. სპეციფიკური სადიაგნოზო ლაბორატორიული მეთოდია სისხლის შრატში ანტისხეულების განსაზღვრა.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. A ჰეპატიტის მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დაავადებულთა უმრავლესობა მედიკამენტურ მკურნალობას არ საჭიროებს. საკმარისია წოლითი რეჟიმი და დიეტა. საჭიროა მსუბუქი, მაგრამ სრულფასოვანი, ვიტამინებით მდიდარი, ცილებისა და ნახშირწყლების საკმაო რაოდენობით შემცველი საკვები. ცხიმები უნდა შემცირდეს ნახშირწყლების ხარჯზე, უნდა გამოირიცხოს ცხარე, შემწვარი, შებოლილი, ალკოჰოლი, კონსერვები, შოკოლადი, კაკაო, ნიგვზიანი, თხილი. უნდა მიეცეს დიდი რაოდენობით სითხეები-დღეში არანაკლებ 2-3 ლიტრისა: მინერალური წყლები, ჩაი ლიმონით, კომპოტები, წვენები, ინიშნება ვიტამინოთერაპია.

ინტოქსიკაციით მიმდინარე საშუალო სიმძიმის დროს, როდესაც ავადმყოფი ღებინების გამო სითხეს ვერ ღებულობს, დეზინტოქსიკაციის მიზნით ვენაში წვეთოვანით შეყავთ 5-10%-იანი გლუკოზის ხსნარი, რინგერის და სხვა მარილხსნარები C ვიტამინთან ერთად, მძიმე შემთხვევებში ენიშნებათ ჰემოდეზი, რეოპოლიგლუკინი.

აუცილებელია ვირუსული ჰეპატიტით დაავადებულის ჰოსპიტალიზაცია. ავადმყოფის ბინაში კეთდება საბოლოო დეზინფექცია. გაწერის შემდეგ ავადმყოფი აპყავთ დისპანსერულ აღრიცხვაზე. კონტაქტში მყოფ პირებს- ბავშვებს 1-14 წლამდე, ორსულებს, უტარებენ აცრებს იმუნოგლობულინით კონტაქტიდან 1-2 კვირის განმავლობაში.

ინფექციის გადაცემის გზების სალიკვიდაციოდ აუცილებელია მოსახლეობის სანიტარულ ჰიგიენური პირობების გაუმჯობესება, წყალზე, საზ.კვების ობიექტებზე კონტროლი, ავადმყოფების ნახმარი საგნებისა და გამონაყოფების დეზინფექცია.

B ჰეპატიტი

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. დაავადების გამომწვევია B ვირუსი. იგი რთული აგებულებისაა, რომელიც შეიცავს დნმ-ს. არჩევენ ვირუსის სამ ანტიგენს: ერთი ზედაპირული და ორი შიგნითა. B ვირუსი გამძლეა ფიზიკური და ქიმიური ფაქტორების მიმართ, უძლებს დუღილს 30 წუთის განმავლობაში.

ინფექციის წყარო არის ვირუსმტარებლები, დაავადებულნი მწვავე, ქრონიკული ფორმით, რეკონვალესცენტები. B ვირუსი სისხლში ჩნდება დაავადების გამომჟღავნებამდე 2-8 კვირით ადრე, პროდრომულ პერიოდში, სიყვითლის 2-3 კვირის მანძილზე, ზოგჯერ რჩება საკმაოდ

ხანგრძლივად. ვირუსს შეიცავს ორგანიზმის ყველა სეკრეტი-შარდი, განავალი, ნერწყვი, ცრემლი, სპერმა, საშოს შიგთავსი და სხვა.

B ვირუსი გადაეცემა ძირითადად პარენტერალური გზით, სისხლისა და მისი პრეპარატების-პლაზმის, ერითროციტალური მასის, ფიბრინოგენის-გადასხმისას (თუ დონორები აღმოჩნდნენ მტარებელნი). დაინფიცირება შეიძლება მოხდეს არასრულყოფილად სტერილიზებული სამედიცინო ინსტრუმენტების ხმარებისას, კანის მთლიანობის დარღვევისას, საყოფაცხოვრებო კონტაქტის დროს (კოცნა, სქესობრივი კავშირი), ტრანსმისიული გზით (სისხლისმწოველა მწერებით ტროპიკულ ქვეყნებში), დედიდან ნაყოფს შეიძლება გადაეცეს ვირუსი, ხოლო მშობიარობისას კი რისკ-ფაქტორი ძალზე მაღალია (90%), დიდი რისკ-ფაქტორია ნარკომანია.

დაავადების გადატანის შემდეგ გამომუშავდება მყარი იმუნიტეტი.

B ჰეპატიტს A ჰეპატიტისგან განსხვავებით არ ახასიათებს წლიური პერიოდულობა და სეზონურობა.



კლინიკა. B ჰეპატიტი კლინიკურად ვლინდება შემდეგი ფორმებით: სიყვითლით, უსიყვითლოდ მიმდინარე და სუბკლინიკური ფორმები. დაავადების სიმძიმის მიხედვით: მსუბუქი, საშუალო სიმძიმის, მძიმე და ძლიერ მძიმე (ელვისებური).

B ჰეპატიტის დროს ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 6-კვირიდან ნოვემდე, საშუალოდ 2-4 თვე.

დაავადება იწყება თანდათანობით. ზოგადი ინტოქსიკაციის-საერთო სისუსტისა და ცხელების ფონზე (37-38 C) გამოვლინდება სხვადასხვა სახის პროდრომი. უფრო ხშირად გვხვდება და ძლიერადაა გამოხატული დისპეპსიური და ასთენოვეგეტატიური სიმპტომები, ართრალგიები, კატარული მოვლენები თითქმის არ გვხვდება. ავადმყოფს ენა შელესილი აქვს, მუცელი შებერილი, კანი ექავება და ზოგჯერ აღენიშნება ჭინჭრის ნასუსხისებური გამონაყარი, სისხლის შრატში მომატებულია ამინოტრანსფერაზის აქტივობა.

სიყვითლის პერიოდი B ჰეპატიტის დროს უფრო ხანგრძლივია, ვიდრე A ჰეპატიტის დროს. იგი იწყება თვალის სკლერების, რბილი სასის, კანისა და ხილული ლორწოვანი გარსების გაყვითლებით. ღვიძლი კიდევ უფრო დიდდება, გადიდებულია ელენთაც. სიყვითლის გამოვლინებისას A ჰეპატიტისაგან განსხვავებით, ავადმყოფთა თვითგრძნობა არ უმჯობესდება. დაავადების სიმძიმის მიხედვით მეტ-ნაკლებად გამოხატულია სისუსტე,

უმადობა, უმილობა, თავის ტკივილი, ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშ, ან ეპიგასტრიუმის არემი, გულისრევა, ზოგჯერ ღებინება, პირის სიმშრალე, სახსრების ტკივილი, გამოხატულია ჰიპოტონია, ბრადიკარდია, გულის ტონები მოყრუებულია, პერიფერიულ სისხლში ლეიკოპენია ლიმფომონოციტოზით, ედსი შენელებულია. სისხლში მატულობს ბილირუბინი უპირატესად პირდაპირი. მომატებულია ფერმენტების და ასტ-ს აქტივობა, თიმოლის სინჯი.

B ჰეპატიტი მიმდინარეობს უფრო მძიმედ, ვიდრე A ჰეპატიტი და ხშირად გადადის ქრონიკულ ფორმაში.

B ჰეპატიტის უმნიშვნელოვანესი გართულებაა ღვიძლისმიერი მწვავე ენცეფალოპათია. იგი ვითარდება დაავადების დაწყებიდან ერთი თვის განმავლობაში. ავადმყოფს ეწყება კომმარული სიზმრები, თავბრუ, სხეულის, თითების კანკალი, აგზნებულება, ზოგჯერ კი აპათიური. ავადმყოფს აღენიშნება ძლიერი საერთო სისუსტე, აზროვნების შეფერხება, თავის ტკივილი, ძილის ფომულის შეცვლა (დღისით ძინავს, ღამით კი ღვიძავს), მუცლის ტკივილი. სხეულის ტემპერატურა მომატებულია, პულსი-ტაქიკარდიული. ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი და წვის შეგრძნება ეპიგასტრიუმისა და ფერდქვეშ არემი, აქვს გულისრევა და ღებინება, ოლიგურია. სიყვითლის ინტენსივობა მატულობს, ღვიძლი ცომისმაგვარი კონსისტენციის ხდება.

პრეკომის სტადიაში გამოხატულია ფსიქო-მოტორული აგზნება, უმიზნო მოძრაობები, ცნობიერება დახშულია, მეტყველება-გაუგებარი, არტერიული წნევა ქვეითდება. პირიდან ავადმყოფს ამოდის ღვიძლის სუნი. აღსანიშნავია სისხლდენები ცხვირიდან, ლორწოვანი-დან, საშვილოსნოდან. ღვიძლი პატარავდება და მტკივნეულია.

კომის პერიოდში ავადმყოფი უგონო მდგომარეობაშია, აზროვნება სრულიად დახშული აქვს, რეაგირებს მხოლოდ ტკივილზე, პულსი გახშირებულია, ასევე სუნთქვაც, აღენიშნება ქომინი, გამოხატულია მუდმივი ტრემორი, შემდეგში რეაქციაც ქრება ტკივილზე, გუგები გაფართოვებულია, ღვიძლი აღარ ესინჯება, ავადმყოფს აქვს უნებლიე შარდვა, დეფეკაცია.

დიაგნოზი. დიაგნოზი ემყარება ეპიდემიოლოგიური, კლინიკური, ბიოქიმიური, სეროლოგიური გამოკვლევის მონაცემებს. დიაგნოზი საბოლოოდ დასტურდება სისხლში სპეციფიკური მარკიორების აღმოჩენით. B ჰეპატიტის ძირითადი მარკიორია ვირუსის ზედაპირული ანტიგენი.

დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ღვიძლის პუნქციურ ბიოფსიას, ლაპარასკოპიას.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. აუცილებელია B ჰეპატიტის, როგორც მწვავე, ისე ქრონიკული ფორმით დაავადებულთა ჰოსპიტალიზაცია და წოლითი რეჟიმი. მწვავე B ჰეპატიტის მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის შემთხვევაში ავადმყოფთა უმრავლესობა მედიკამენტურ მკურნალობას არ საჭიროებს, ინიშნება მხოლოდ დიეტა, ვიტამინები და კალიუმის ოროტატი. ინტოქსიკაციით მიმდინარე საშუალო სიმძიმის ფორმების შემთხვევაში ავადმყოფს უნიშნავენ დეზინტოქსიკაციურ მკურნალობას. მძიმე ფორმის დროს ზემოაღნიშნულს ემატება კორტიკოსტეროიდები, ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები. ღვიძლში ნივთიერებათა ცვლის პროცესების გაუმჯობესებისათვის B ჰეპატიტის მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკული ფორმების შემთხვევაში იყენებენ ლეგალონს, ესენციალეს, კატერგენს და სხვა.

პროფილაქტიკის მიზნით ერთი წლის ასაკიდან ბავშვებს უკეთდებათ B ჰეპატიტის

საწინააღმდეგო ვაქცინა.

განსაკუთრებით ყურადღება უნდა მიექცეს სამედიცინო იარაღების დამუშავებას, სტერილიზაციას, რომ არ მოხდეს პარენტერალური გზით ორგანიზმში ინფექციის შეჭრა.

C ჰეპატიტი

C – ჰეპატიტი ადამიანის ვირუსული დაავადებაა. მიმდინარეობს მწვავე და ქრონიკული ფორმით. ზოგჯერ შეიძლება სრულიად უსიმპტომოდ ან ძნელად შესამჩნევი ნიშნებითაც მიმდინარეობდეს. რთულდება ციროზით.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. C – ჰეპატიტს იწვევს რნმ-ის შემცველი ვირუსი, რომელიც უპირატესად აზიანებს ღვიძლს. ვირუსი ნელა პროგრესირებადია. გამოვლინე-ბულია მისი ექვსი გენეტიკური ვარიანტი. გარემოში ნაკლებად მდგრადია, ვერ უძლებს მაღალ ტემპერატურას.

ინფექციის წყაროს წარმოადგენენ ვირუსმატარებლები, მწვავე, ქრონიკული და ლატენტური ფორმით დაავადებულები. ვირუსის გადაცემა ხდება პარენტერალურად სისხლით და სისხლის პროდუქტებით, ზოგჯერ სქესობრივი გზითაც. ასე მაგალითად:

- ა) ნემსის შემთხვევითი ჩხვლეტისას;
- ბ) საერთო სამართებელის, სისხლით დაბინძურებული ბამბის გამოყენებისას;
- გ) სხეულის სხვადასხვა ნაწილში სამკაულის ჩამაგრების – პირსინგის დროს;
- დ) სისხლმდენი ღრძილების მქონე ადამიანის კბილის ჯაგრისის ხმარებისას;
- ე) სხვა ადამიანის კბენის დროს;
- ვ) დაბინძურებული სააბაზანო აქსესუარების ხმარებისას;
- ზ) სქესობრივი კონტაქტისას, რომელსაც თან სდევს სისხლდენა;

სქესობრივი გზით ვირუსის გადაცემა იშვიათია (1-3%), ძირითადად C ვირუსით ინფიცირების სიხშირე მაღალია ჰომოსექსუალებში.

C – ჰეპატიტის გადაცემის გზებიდან გამომდინარე ყველაზე ხშირად ავადდებიან:

- ა) ინტრავენური ნარკომანები და მათი სქესობრივი პარტნიორები;
- ბ) შეუმოწმებელი სისხლისა და სისხლის პროდუქტების გადასხმის შემთხვევაში;
- გ) ცუდად გასტერილებული სტომატოლოგიური, გინეკოლოგიური, კოსმეტოლოგიური (პედიკური, მანიკური, ტატუირება და სხვ.) და სხვა სამედიცინო ინსტრუმენტებით მანიპულაციების დროს;
- დ) სამედიცინო პერსონალი;
- ე) C – ჰეპატიტით დაავადების რისკი მაღალია კოკაინის შესუნთქვისას, რომელიც აღიზიანებს ცხვირის ლორწოვან გარსს, იწვევს სისხლდენას და ასეთი პირის მიერ ნახმარ შესასუნთქ ტუბს ვირუსი მეორე ადამიანის ცხვირის ლორწოვანსა და სისხლში გადააქვს;

სისხლის თვალით უხილავ რაოდენობას შეიძლება შეიცავდეს: ნერწყვი, ცრემლი, განავალი, შარდი, სპერმა.



C ვირუსით ინფიცირებული დედისთვის ორსულობა უკუნაჩვენები არ არის. C – ჰეპა-ტიტის ვირუსი პლაცენტარულ ბარიერს ვერ გადის, ამიტომ დედისგან ბავშვისთვის დაავადების გადაცემის რისკი მცირეა. ვირუსი არ გადადის ძუძუთი კვების დროს. C – ჰეპატიტს არ იწვევს კოლოს ნაკბენი, რადგან კოლოს სხეულში ვირუსის ძალზე უმნიშვნელო რაოდენობა ეტევა. გადაცემა არ ხდება ხველებით, დაცემინებით, ჭურჭლით, საკვებით, წყლით, საერთო პირსახოცით, კოცნით.

C – ჰეპატიტის გადატანის შემდეგ ორგანიზმი ვერ გამოიმუშავებს ხანგრძლივ დამცველობით იმუნიტეტს.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი 20-80 დღეა. C – ჰეპატიტს ახასიათებს როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული მიმდინარეობა. ვირუსით შესაძლოა ნებისმიერი ასაკის ადამიანი დაინფიცირდეს. მწვავე ჰეპატიტის დროს კლინიკური სიმპტომები იშვიათად (10-20%) ვლინდება. ამ დროს აღნიშნება საერთო სისუსტე, დისკომფორტი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში. C-ჰეპატიტი შეიძლება გამოვლინდეს სიმპტომთა ფართო სპექტრით. ესენია:

ა) კანისა და ლორწოვანი გარსის გაყვითლება; ბ) დაღლილობის შეგრძნება; გ) ცხელება და ოფლიანობა; დ) გულისრევა, ზოგჯერ ღებინება; ე) ტკივილი მუცლის არეში; ვ) უმადობა, ცხიმიანი საკვების შეძულება; ზ) ქავილი; თ) წონაში დაკლება; ი) სისხლჩაქცევები; კ) გონების დაბინდვა, კონცენტრაციის უნარის დაქვეითება; ლ) ართრიტები; მ) არასრულ-ფასოვანი ძილი; აღნიშნული ჩივილები ზოგადად ღვიძლის დაავადებებს ახასიათებს. მწვავე C – ჰეპატიტმა შესაძლებელია მკურნალობის გარეშეც უკვალოდ გაიაროს, მაგრამ უფრო ხშირად (60-80%) ის ქრონიკულ ფორმაში გადადის. (თუ პროცესი 6 თვეზე მეტხანს გრძელდება).

C – ჰეპატიტი შესაძლებელია სრულიად უსიმპტომოდ ან ძნელად შესამჩნევი ნიშნებითაც მიმდინარეობდეს. ხანდაზმულებში დაავადება უფრო მიმედ მიმდინარეობს და მკურნა-ლობა ნაკლებად ეფექტურია. C – ჰეპატიტის სიმპტომები სუსტად ვლინდება ახალშობილებსა და ბავშვებში. C- ჰეპატიტი ხშირად რთულდება ციროზით.

დიაგნოზი. C – ჰეპატიტის დიაგნოზის დადასტურება ლაბორატორიული მონაცემებით ხდება. სისხლის შრატში უშუალოდ ვირუსის აღმოჩენა მიუთითებს დაავადების არსებობასა და მიმდინარეობაზე.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. მწვავე ჰეპატიტი C ავადმყოფთა 20 – 40%-თვის მკურნალობის გარეშე სპონტანური გამოჯანმრთელებით სრულდება. ვირუსის საწინააღმდეგო მკურნალობის შემთხვევაში ეს მაჩვენებელი 80%-ს აღემატება. C – ჰეპატიტის მკურნალობა საკმაოდ ხანგრძლივია (24-28 კვირა). მწვავე და ქრონიკული C– ჰეპატიტის დროს რაიმე სპეციფიკური დიეტოთერაპია საჭირო არ არის. საკმარისია ალკოჰოლის გამორიცხვა. სასურველია ჭარბი წონის კორექცია. უნდა მოერიდონ ცხიმიან ხორცს (მაგ. ღორის, ცხვრის ხორცი), არ არის რეკომენდირებული კოფეინიანი სასმელების (მუქი ჩაი, ყავა) დიდი რაოდენობით დაღევა. ციროზის გართულებისას დიეტა აუცილებელია.

დღეს C – ჰეპატიტის მართვა შესაძლებელია, მკურნალობა ეფექტიანია, თუ მისი დამთავრების შემდეგ სისხლში აღარ ისაზღვრება C – ჰეპატიტის ვირუსი.

ბ რ უ ც ე ლ ო ზ ი

ბრუცელოზი ზოონოზური, ინფექციურ-ალერგიული დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს ცხელება, ლიმფური აპარატის, ღვიძლის, ელენთის, ძვლის ტვინის, გულ-სისხლძარღვთა, ნერვული და საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემების დაზიანება.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. ბრუცელოზის გამომწვევია ბრუცელები. ისინი გარემოში კარგად ძლებენ, განსაკუთრებით რძეში, ადვილად იტანენ დაბალ ტემპერატურას. ინფექციის წყაროს წარმოადგენს ძირითადად შინაური ცხოველები: თხა, ცხვარი, ძროხა, ღორი. დაავადებული ცხოველები გამომწვევებს გამოყოფენ სანაყოფო წყლებით, აბორტული ნაყოფით, შარდით, ნაკვლით, რძით. ადამიანს ინფექცია გადაეცემა სამი გზით: 1. კონტაქტურ-საყოფაცხოვრებო-გამომწვევი შეიჭრება დაზიანებული კანიდან და ლორწოვანიდან დაავადებული ცხოველის სისხლთან, შარდთან და განავალთან შეხების შემთხვევაში. 2. ალიმენტური-თერმულად არასაკმარისად დამუშავებული დაავადებული ცხოველის რძისა და ხორცის პროდუქტების მიღებისას. 3. ჰაერ-მტვრით-დაავადებული ცხოველის მატყლის დამუშავებისას.



ბრუცელოზი პროფესიული დაავადებაა მეცხოველეებისათვის. დაავადების გადატანის შემდეგ გამომუშავდება არამყარი იმუნიტეტი. ბრუცელოზი უფრო ხშირად გვხვდება გაზაფხულ-ზაფხულის თვეებში, რაც დაკავშირებულია დოლის პერიოდთან.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება საშუალოდ 2-3 კვირა. კლინიკური მიმდინარეობა მრავალფეროვანია. ზოგჯერ დაავადება უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. არჩევენ შემდეგ ფორმებს: მწვავეს (3თვემდე), ქვემწვავეს (6 თვემდე), ქრონიკულს (6თვეზე მეტხანს). სიმძიმის მიხედვით: მსუბუქი, საშუალო სიმძიმის, მძიმე ფორმები.

ბრუცელოზის მწვავე ფორმის დროს დაავადება იწყება შეუმჩნეველად. ავადმყოფები უჩივიან საერთო სისუსტეს, დამტვრეულობას, ცუდ ძილს, ტკივილებს წელის არეში, კუნთებში, სახსრებში. შემდგომში სხეულის ტემპერატურა სწრაფად მატულობს 39-40 C-მდე. მას თან ახლავს შემცივნება, ძლიერი ოფლიანობა. ტემპერატურა რამდენიმე დღეში იკლებს. ბრუცელოზის დროს აღსანიშნავია ტემპერატურული მრუდის შემდეგი ტიპები: ტალღისებური, რემისიული, ინტერმისიული, იშვიათად მუდმივი. ცხელების მიუხედავად, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ავადმყოფები ინარჩუნებენ შრომისუნარიანობას. შემდეგში კი უჩივიან სწრაფად დაღლას, თავის ტკივილს, გაღიზიანებადობას, ტკივილებს სახსრებში. ზოგ ავადმყოფს უდიდდება ლიმფური კვანძები, ხშირად ყბისქვეშა და კისრის. ღვიძლი და ელენთა სიცხიანი პერიოდის პირველივე დღეებიდან გადიდებულია და მკვრივი კონსისტენციისაა.

ბრუცელოზის დროს განსაკუთრებით ზიანდება საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემა. მე-2 კვირიდან ავადმყოფს აღენიშნება სხვადასხვა მსხვილი სახსრების ტკივილები, პერიოდულად, ტალღისებურად ვითარდება მსხვილი და წვრილი სახსრების, კუნთებისა და მყესთა ბუდეების ანთეზები-ართრიტები, პარაართრიტები, პერიართრიტები, პერიოსციტები,

მიოზიტები. ანთებითი და მტკივნეულია კანი და კანქვეშა ცხიმოვანი გარსიც.

ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების გამო გამოვლინდება თავის ტკივილები, ოფლიანობა, კანის სიფერმკრთალე, ავადმყოფს მგრძნობელობა მომატებული აქვს და ტირის ხოლმე. პლექსიტი-ნერვის წნულის ანთება დამახასიათებელია ბრუცელოზისათვის.

სისხლში აღინიშნება ლეიკოპენია, შედარებითი ლიმფოციტოზი, ანეოზინოფილია, ნეიტროპენია, თრომბოციტოპენია, ედს-ი მომატებულია.

ქვემწვავე ბრუცელოზისას ზემოთ აღნიშნულ ნიშნებს ემატება ალერგიული წარმოშობის კეროვანი დაზიანებები, ნევრიტები, პლექსიტები. იგი თანდათან გადაიზრდება, ქრონიკულში, რომლის დროსაც აღინიშნება ორგანიზმის შემდგომი ალერგიული ცვლილებები, რომელიც მოიცავს მეტ და მეტ ორგანოებსა და სისტემებს. სხეულის ტემპერატურა სუბფებრილურია ან ნორმალური. საყრდენ მამოძრავებელი სისტემა დაზიანებულია (ართრიტები, ბურსიტები, პერიქონდრიტები), ასევე ნერვული სისტემა (რადიკულიტი, იშიორადიკულიტი, პლექსიტი, ნევრალგიები), სასქესო სისტემა: მამაკაცებს აქვთ სათესლე და სათესლეს დანამატის ანთებები, ქალებს-საკვერცხეების ანთება, მენსტრუალური ციკლის მოშლა.

ბრუცელოზის გადატანის შემდეგ შესაძლებელია ნარჩენი მოვლენები: თავის ტკივილები, გაღიზიანებადობა, კუნთებისა და სახსრების ტკივილები, კუნთების ატროფია, მყარი კონტრაქტურები (მოძრაობის შეზღუდვა სახსრებში).

დღესდღეობით ბრუცელოზი უფრო მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ფორმით მიმდინარეობს, სუბფებრილიტეტით.

დიაგნოზი. დიაგნოზი ემყარება ეპიდემიოლოგიურ ანამნეზს, კლინიკურ და ლაბორატორიული კვლევის მონაცემებს. გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ბრუცელას გამოყოფას სისხლიდან, ძვლის ტვინიდან, შარდიდან, ლიმფური კვანძებიდან. სისხლს იღებენ ცხელების პერიოდში ვენიდან. ასევე კეთდება სეროლოგიური გამოკვლევები.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკული ფორმის გამწვავების პერიოდში ავადმყოფს ენიშნება ანტიბიოტიკოთერაპია. ბრუცელოზის დროს მიმართავენ ვაქცინოთერაპიასაც.

კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობას უნიშნავენ ნერვული სისტემის დაზიანების, პოლიართრიტის, ორხიტის დროს (მაგრამ არა მწვავე პერიოდში). ენიშნება აგრეთვე ანტიჰისტამინური საშუალებები. ავადმყოფებს ეძლევათ აგრეთვე სედატიური, მატონიზებელი საშუალებანი, B ჯგუფის ვიტამინები, ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები.

კომპლექსურ მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე ფიზიოთერაპიას: დიათერმია, იონოფორეზი, ულტრამალაი სიხშირის დენი, მასაჟი, სამკურნალო ფიზკულტურა. ქრონიკული ფორმის დროს მოწოდებულია ბალნეოთერაპია: წყალტუბოს რადიაქტიული წყალი, ახტალის რადიაქტიული ტალახი, მენჯის გოგირდოვანი წყალი.

პროფილაქტიკის მიზნით უნდა ჩატარდეს კომპლექსური სანიტარულ-ჰიგიენური და ვეტერინალური ღონისძიებები. დაავადების შემთხვევაში, ცხოველები უნდა დაიყოს ჯგუფებად (ჯოგებად). ავადმყოფ ცხოველებს ჩატარდეს დროული მკურნალობა. ცხოველებისაგან მიღებული პროდუქტი უნდა დამუშავდეს სპეციალურად(რძის პასტერიზაცია და ადუღება, მატყლისა და ქურქის გაუვნებლობა).

მეცხოველეობის ფერმებსა და ხორცკომბინატებში მომუშავე პერსონალს უნდა ჩაუტარდეს აგრები ბრუცელოზის საწინააღმდეგო მშრალი, ცოცხალი ვაქცინით.

ლ ე პ ტ ო ს პ ი რ ო ზ ი

ლეპტოსპიროზი მწვავე ზოონოზური დაავადებაა რომელსაც ახასიათებს ცხელება, ინტოქსიკაცია, ღვიძლისა და თირკმლების დაზიანება და ჰემორაგიული სინდრომი.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. ლეპტოსპიროზის გამომწვევია ლეპტოსპირები. ისინი დიდხანს ძლებენ წყალსა და ნესტიან ადგილებში, კარგად იტანენ ტუტე რეაქციას და გაყინვას.

ბუნებაში ინფექციის ძირითად რეზერვუარს წარმოადგენს სხვადასხვა სახის მღრღნელები: თაგვები, ვირთაგვები და სხვ. ინფექციის წყაროს წარმოადგენს ლეპტოსპიროზით დაავადებული გარეული და შინაური ცხოველები, რომლებიც შარდთან ერთად გამოყოფენ ლეპტოსპირებს და აინფიცირებენ წყალს, საკვებ პროდუქტებს, ნიადაგს, სხვადასხვა საგნებს. დაავადებული ადამიანი პრაქტიკულად არაა საშიში.

არჩევენ ლეპტოსპიროზული ინფექციის ბუნებრივ, ანტროპურგიულ, შერეულ კერებს. ბუნებრივი კერები უფრო ხშირად გვხვდება მდინარეების, ტბების, დაჭაობებული ადგილების მიდამოებში. დაავადებული მღრღნელებისაგან ინფექციის გადაცემა ხდება კონტაქტურ-საყოფაცხოვრებო გზით, წყლით, საკვებით.

ანტროპურგიულ კერებში ინფექციის წყაროს წარმოადგენს: ღორები, მსხვილფეხა რქოსანი საქონელი, ძაღლები, ვირთაგვები.

დაავადებული ცხოველებისაგან ადამიანზე ლეპტოსპიროზის გადაცემის ძირითადი ფაქტორია წყალი: მისი მიღებისას, წყალში ბანაობისას, როდესაც იგი დაბინძურებულია ცხოველების გამონაყოფით. ლეპტოსპირები ადამიანების ორგანიზმში შეიჭრებიან პირის ღრუს ლორწოვანიდან, თვალიდან, ცხვირიდან, დაზიანებული კანიდან. დიდ ქალაქებში ინფექციის წყაროს წარმოადგენს რუხი ვირთაგვა.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი 6-20 დღემდეა, უფრო ხშირად 7-10 დღე. ლეპტოსპიროზის კლინიკაში არჩევენ სიყვითლით მიმდინარე და უსიყვითლო ფორმებს.

დაავადება იწყება უცერად, შემცივნებით და სხეულის ტემპერატურის მომატებით 38-40 C. ავადმყოფს აღენიშნება სისუსტე, დამტვრეულობა, თავის ტკივილი, უძილობა, კუნთების ტკივილი. სახეზე წამოწითლებულია. აქვს კონიუნქტივიტი, სკლერაზე სისხლჩაქცევები. ენა არის მშრალი, ნადებიანი. დაავადების მე-4-5 დღეს კანზე გამოჩნდება სიყვითლე, ასევე პოლიმორფული გამონაყარი (როზეოლა, პაპულა, ჰემორაგიები). ამ დროს სიცხე იკლებს. ღვიძლი გადიდებულია, პალპაციით მტკივნეულია. შარდი მუქია, განავალი კი ფერს არ იცვლის. ზოგიერთ ავადმყოფს უვითარდება ჰემორაგიული სინდრომი, სისხლდენებით ცხვირიდან, კუჭიდან, ნაწლავებიდან, საშვილოსნოდან და სისხლჩაქცევებით ტვინში,

მიოკარდში და სხვა ორგანოებში.

მსუბუქი ფორმის დროს შარდში გვაქვს მცირეოდენი ცილა, ერთროციტები, ლეიკოციტები და ჰიალინური ცილინდრები.

დაავადების მე-7-10 დღეს შარდის რაოდენობა იკლებს, მასში დიდი რაოდენობითაა ცილა, ერთროციტები, მარცვლოვანი და ჰიალინური ცილინდრები. მატულობს სისხლის ნარჩენი აზოტის შემცველობა. თუ დროულად არ ჩატარდა სათანადო მკურნალობა, თირკმლების დაზიანება პროგრესირდება, განვითარდება ურემია და შეიძლება ავადმყოფი დაიღუპოს.

სისხლში ავადმყოფს აღენიშნება: ჰიპოქრომული ანემია, ლეიკოციტოზი ნეიტროფილოზი, ანეოზინოფილია, ლიმფოპენია, ედს-ი საკმაოდ მაღალია.

იშვიათად, მე-3 კვირის დასაწყისში ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს რეციდივი-ცხელებით, სხვადასხვა კლინიკური ნიშნებით, რომელიც 3-7 დღეს გრძელდება.

უსიყვიტლო ლეპტოსპიროზის დროს სიყვიტლე არ აღინიშნება, ან მცირედაა გამოხატული.

ლეპტოსპიროზის გართულებებია: თირკმლის მწვავე უკმარისობა, თირკმელ-ღვიძლის მწვავე უკმარისობა, სისხლდენები, გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობა, ტვინის შეშუპება, მენინგიტი, ენცეფალიტი, ირიდოციკლიტი, პნევმონია, ოტიტი.

დიაგნოზი. დიაგნოზი ემყარება კლინიკურ, ეპიდემიოლოგიურ და რაც მთავარია ლაბორატორიული გამოკვლევების მონაცემებს.

დაავადების პირველ კვირას სიცხიან პერიოდში, იღებენ სისხლს მიკროსკოპული გამოკვლევისათვის. ლეპტოსპირები შეიძლება აღმოჩნდეს ზურგის ტვინის სითხეშიც.

ატარებენ ბიოლოგიურ ცდას ზღვის გოჭებზე, ბოცვრებზე. იდგმება ასევე სეროლოგიური გამოკვლევები.

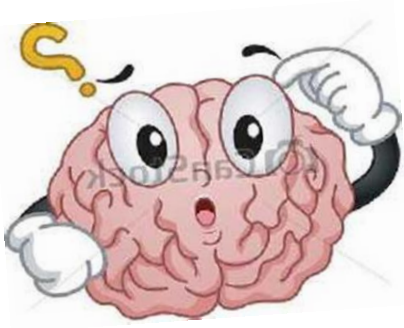
მკურნალობა და პროფილაქტიკა. მსუბუქი ფორმის დროს ავადმყოფს ენიშნება სიმპტომატური საშუალებები, ვიტამინები და დიეტა. მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ფორმისას აუცილებელია ავადმყოფს დაენიშნოს ანტიბიოტიკები. მძიმე მიმდინარეობისას ანტიბიოტიკების სადღეღამისო დოზა იზრდება. კუნთებში შეყავთ პოლივალენტური, ლეპტოსპიროზული იმუნოგლობულინი. აუცილებელია აგრეთვე სადეზინტოქსიკაციო საშუალებების შეყვანა.

თირკმლის მწვავე უკმარისობით შარდის შემცირებისას ინიშნება ვენაში წვეთოვანით



მანიტოლის ხსნარი, გლუკოზის ხსნარი. ინიშნება ვიტამინოთერაპია.

პროფილაქტიკისათვის ძირითადი საშუალებაა მღრღნელების განადგურება, წყალსატევებისა და პროდუქტების დაცვა მღრღნელებისაგან, ავადმყოფების გამონაყოფების დეზინფექცია, მოსახლეობაში სანიტარიულ-საგანმანათლებლო საუბრების ჩატარება. მოსახლეობის ასაცრელად შემუშავებულია ცოცხალი ვაქცინა.



საკონტროლო კითხვები:

1. როგორია ინფექციის გადაცემის მექანიზმი ნაწლავთა ინფექციების დროს?
2. ავადდებიან თუ არა ცხოველები მუცლის ტიფით?
3. რამდენ ხანს გრძელდება ინკუბაციური პერიოდი მუცლის ტიფის დროს?
4. რა ცვლილებები აღენიშნება ავადმყოფს ენაზე მუცლის ტიფით დაავადების შემთხვევაში?
5. ჩამოთვალეთ სალმონელოზის კლინიკური ფორმები;
6. როგორია განავალი სალმონელოზის დროს?
7. რომელი ხსნარები გამოიყენება დიდი რაოდენობით სითხის დაკარგვის, ანუ დეჰიდრატაციის დროს?
8. როგორ ავადდება ადამიანი ბოტულიზმით?
9. დაასახელეთ ც.ნ.ს-ს მოშლის ნიშნები ბოტულიზმის დროს;
10. როგორია მკურნალობის პირველადი ღონისძიებები ბოტულიზმით დაავადების დროს?
11. როგორია განავალი დიზენტერიის დროს?
12. რა პროფილაქტიკური ღონისძიებები უნდა ჩატარდეს შიგელოზის თავიდან ასაცილებლად?
13. დეჰიდრატაციის რამდენი ხარისხი არსებობს ქოლერის დროს და ჩამოთვალეთ ისინი;
14. რას ნიშნავს საკარანტინო ინფექცია?

15. რა არის ეშერიხიოზის გამომწვევი?
16. როგორი ხასიათის ტკივილებია მუცლის არეში დიზენტერიისა და ამეზიაზის დროს და რომელ მხარეს?
17. როგორი იმუნიტეტი გამომუშავდება ვირუსული ჰეპატიტი A-ს გადატანის შემთხვევაში?
18. დაასახელეთ ვირუსული ჰეპატიტი B და ვირუსული ჰეპატიტი C-ს გადაცემის მექანიზმი;
19. რამდენ ხანს გრძელდება ვირუსული ჰეპატიტების A, B და C-ს ინკუბაციური პერიოდები;
20. როგორია შარდი და განავალი ვირუსული ჰეპატიტების დროს?
21. რომელი მნიშვნელოვანი გართულებები გვაქვს B და C ჰეპატიტების შემთხვევაში?
22. ძირითადად რომელ სისტემას აზიანებს ბრუცელოზი?
23. რა პროფილაქტიკური ღონისძიებები უნდა ჩატარდეს ლეპტოსპიროზის თავიდან ასაცილებლად?

ნაწილი III

სასუნთქი გზების ინფექცია

გრიპი

გრიპი სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომელიც მიმდინარეობს ზოგადი ინტოქსიკაციით და ცხელებით. შესაძლო გართულებებია: პნევმონია, ბრონქიოლიტი, ნეიროტოქსიკოზი, გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა, ფილტვის მწვავე ჰემორაგიული შეშუპება და სხვა.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. გრიპის გამომწვევია გრიპის ვირუსი. იგი შეიცავს რნმ და იყოფა 3 ტიპად: A, B, C.

A ტიპის ვირუსს ახასიათებს ანტიგენური თვისებების ცვალებადობა, რის გამოც წარმოიქმნება ახალი შტამები.

ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი. დაინფიცირების საშიშროება მეტია დაავადების პირველ დღეებში, შემდეგ კლებულობს, რადგან დაავადების მე-5-7 დღისათვის ორგანიზმი ვირუსისაგან თავისუფლდება, თუ დაავადება მიმდინარეობს გართულების გარეშე. ინფექცია გადადის ჰაერ-წვეთოვანი გზით. მას ახასიათებს სეზონურობა. გრიპის ეპიდემია უფრო ხშირია ნოემბერ-მარტის თვეებში. ეპიდემიას და პანდემიას იწვევს A, ზოგჯერ B ტიპის ვირუსები, ხოლო C ვირუსი ძირითადად იწვევს დაავადების სპორადულ შემთხვევებს.

კლინიკა. არჩევენ გრიპის ტიპურ და ატიპურ მიმდინარეობას, ხოლო კლინიკური გამოვლინებების სიმძიმის მიხედვით: მსუბუქ, საშუალო სიმძიმისა და მძიმე ფორმებს.

ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება საშუალოდ 1-2 დღე. ზოგჯერ იგი მცირდება რამდენიმე საათამდეც კი, ან გრძელდება 3 დღემდე.

ტიპურ შემთხვევებში გრიპი იწყება მწვავედ, უცბად. ავადმყოფს აღენიშნება შემცივნება, თავის ტკივილი. რამდენიმე საათის შემდეგ კი სხეულის ტემპერატურა აღწევს 38.5-40 C. ვითარდება სისუსტე, დამტვრეულობა, სახსრების, კუნთებისა და ძვლების ტკივილი. თავის ტკივილი ძლიერდება და ლოკალიზდება შუბლის არეში, წარბებქვეშ. ავადმყოფს აღენიშნება თვალბუდეების სიმძიმის შეგრძნება განსაკუთრებით თვალის კაკლების მოძრაობის დროს. ზოგჯერ გამოხატულია სინათლის შიში, თავბრუ, უძილობა ან პირიქით ძილიანობა, ანორექსია, ღებინება, ცხვირიდან სისხლდენა. ავადმყოფებს აწუხებთ ცხვირის დახშობისა და ხახის სიმშრალის შეგრძნება, ძლიერი ოფლიანობა.

დაავადების მე-3 დღიდან ავადმყოფს ეწყება მშრალი ხველა, ტკივილი მკერდის ძვლის უკან, რასაც მოყვება 1-2 დღეში ნახველის ამოღება და სურდოს მოვლენები. ხმა ზოგჯერ ჩახლეჩილი აქვს. ავადმყოფი აპათიურია, ადინამიურია, მომატებული აქვს გაღიზიანებადობა. რბილი სასა, ხახის რკალები, ცხვირ-ტუჩის არე ციანოზურია.

ავადმყოფის სახე ჰიპერემულია და შეშუპებული. დაავადების მე 3-4 დღეს ავადმყოფს აღენიშნება ცხვირ-ტუჩის არეში ჰერპესული გამონაყარი, რბილ სასაზე კი წერტილოვანი სისხლჩაქცევები. ცხვირიდან გამონადენი თავიდან არის სეროზული, შემდეგ კი შეიძლება გარდაიქმნას ლორწოვან ან ლორწოვან-ჩირქოვან მასად.

გაურთულებელი გრიპის შემთხვევაში ცხელება გრძელდება 1-6დღემდე A ვირუსისა და B ვირუსის შემთხვევაში ცოტათი მეტ ხანს. სხეულის ტემპერატურა უბრუნდება ნორმას კრიზისით ან აჩქარებული ლიზისით, რასაც თან ახლავს უხვი ოფლდენა.

დაავადების მიმდინარეობისას ავადმყოფებს აღენიშნებათ გახშირებული სუნთქვა, ზოგჯერ გაფანტული მშრალი ხიხინი, ერთეული სველი ხიხინი. ავადმყოფის მაჯა თავიდან შეესაბამება ტემპერატურის მომატებას, ხოლო შემდეგში კი აღინიშნება შედარებითი ბრადიკარდია ან ტაქიკარდია. არტერიული წნევა ცხელების პერიოდში დაქვეითებულია, გულის ტონები მოყრუებულია, ავადმყოფს აღენიშნება უმადობა, ზოგჯერ სრულ ანორექსიამდე. ენა დაფარულია თეთრი ნადებით. აქვს ყაზოზობა, დიურეზის შემცირება ცხელების დროს, შემდეგში კი პირიქით მომატებულია.



სისხლში: ლეიკოპენია, ეოზინოპენია, ნეიტროპენია, შედარებითი ლიმფოპენია, ზოგჯერ მონოციტოზი. ედსი არ იცვლება.

შარდში ხშირია პროტეინურია, მიკროჰემატურია და ცილინდრურია.

პერიფერიული და ც.ნ.ს. განიცდის დაზიანებას, რაზეც მეტყველებს კანის ჰიპერესთეზიის, იშვიათად პარესთეზიის, მენინგიალური ნიშნების არსებობა. ნეკნთაშუა, სამწვერა და სხვა ნერვების ნევრალგია, რადიკულიტი.

გამოჯანმრთელების პერიოდში ავადმყოფს ახასიათებს ადვილად დაღლა, ლაბილური პულსი, უძილობა, ოფლიანობა, გალიზიანებადობის მომატება და ქრონიკული დაავადებების გამწვავებისადმი მიდრეკილება.

გრიპის მსუბუქი ფორმის შემთხვევაში ავადმყოფს აღენიშნება კატარალური მოვლენები. ინტოქსიკაცია სუსტადაა გამოხატული. ტემპერატურა სუბფებრილარულია და გრძელდება 2-3 დღე.

საშუალო სიმძიმის გრიპი ყველაზე გავრცელებული ფორმაა. ცხელება 4-5 დღე გრძელდება. სასუნთქი ორგანოები ზიანდება. ბაქტერიული ფლორის გააქტიურების გამო ხშირად ვითარდება პნევმონია და ბრონქოპნევმონია. მკვეთრადაა გამოხატული ინტოქსიკაციის მოვლენები. სისხლში ლეიკოციტოზია აღსანიშნავი.

ელვისებური გრიპის დროს ავადმყოფი სწრაფად მიმდებარება. გამოიკვეთება ტვინის შეშუპებით მიმდინარე უმძიმესი ნეიროტოქსიკოზი, გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა, ფილტვების მწვავე ჰემორაგიული შეშუპება. ჰიპერტოქსიკური გრიპი ხშირად ლეტალურად მთავრდება.

დიაგნოზი. დიაგნოზს ადგენენ კლინიკური მონაცემების საფუძველზე: მწვავე დასაწყისი, კატარული სინდრომი, ტკივილი შუბლისა და თვალბუდის არეში, ზოგადი ინტოქსიკაციის სწრაფი განვითარება, მაღალი ცხელება, ტანში ტეხვის შეგრძნება.

ლაბორატორიულად კეთდება სისხლის საერთო ანალიზი და ასევე სისხლისა და ცხვირხახის ნაცხის ვირუსოლოგიური გამოკვლევა. ვირუსის გამოყოფა და დადგენა უფრო ადვილია დაავადების დასაწყისში. ასევე შეიძლება გაკეთდეს სეროლოგიური გამოკვლევაც.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. ჰოსპიტალიზაციას საჭიროებენ მხოლოდ მძიმე და ელვისებური გრიპით დაავადებულნი. წოლითი რეჟიმის დაცვა აუცილებელია ცხელების პერიოდში. ავადმყოფს ეძლევა მცენარეული საკვები, დიდი რაოდენობით სითხე-ჩაი ლიმონით, თაფლით ან ჟოლოს მურაბით, რძე ბორჯომთან ერთად. მძიმე ფორმის დროს კარგ შედეგს იძლევა გრიპის საწინააღმდეგო იმუნოგლობულინის შეყვანა კუნთებში. ლეიკოციტარულ ინტერფერონს იყენებენ გრიპის დასაწყის პერიოდში, ხსნარის სახით შეყავთ ცხვირის გასავლებში ყოველ 1-2 საათში დაავადების მეორე-მესამე დღეს.

ქიმიოპრეპარატებიდან ინიშნება რემანტადინი და ამანტადინი დაავადების დასაწყისში პირველივე დღეებიდან. ასევე ინიშნება ოქსოლინის მაღალი ინტრანაზალურად 3-4ჯერ დღეში ეს მაღალი ამსუბუქებს კატარულ მოვლენებს და მის ხანგრძლივობას ამცირებს. ასევე ინიშნება სიცხის დამწვევი საშუალებები, ვიტამინოთერაპია, განსაკუთრებით C ვიტამინი. ასევე ამოსახველებელი საშუალებები, მდოგვის საფენები ხველის დროს. მწვავე რინიტის დროს ეფედრინის 2-3%-იანი ხსნარი, გალაზოლინი, ნაფტიზინი, ნაზოლვანი და სხვა.

ანტიბიოტიკები და სულფანილამიდური პრეპარატები ინიშნება მხოლოდ ბაქტერიული გართულებების შემთხვევაში.

ეპიდემიის წინა პერიოდში უნდა ჩატარდეს მასობრივი ვაქცინაცია. აქტიურ იმუნიზაციას ახორციელებენ ინაქტივირებული ან ცოცხალი ვაქცინით. ეპიდემიის დაწყებისა და მისი მიმდინარეობის დროს უნდა დაინიშნოს ინტერფერონის სტიმულატორები.

ავადმყოფის ოთახი ხშირად უნდა განიავდეს და დალაგდეს სველი წესით. საჭიროა გამოყენებულ იქნას მოსახლეობაში დოლბანდის ნიღბები.

პ ა რ ა გ რ ი პ ი

პარაგრიპი ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ვირუსული დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს ცხელება, ზომიერი ინტოქსიკაციის მოვლენები და უპირატესად ხორხის დაზიანება.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. პარაგრიპის გამომწვევია პარაგრიპის ვირუსი, რომელიც შეიცავს რნმ-ს და ოთხი ტიპისაა.

პარაგრიპის ვირუსი გარემოში ნაკლებად ძლებს, სწრაფად იშლება სითბოსა და სინათლის ზეგავლენით. ულტრაიისფერი სხივები და მჟავე არე მასზე დამლუპველად მოქმედებს.

ინფექციის წყაროა ავადმყოფი ადამიანი ინკუბაციური პერიოდის ბოლო დღიდან მთელი დაავადების და რეკონვალესცენციის მანძილზე.

პარაგრიპით ავადდებიან უპირატესად უმცროსი, სკოლამდელი ასაკის ბავშვები. ინფექცია გადადის ჰაერ-წვეთოვანი გზით და სპორადული და მცირე აფეთქების სახით გვხვდება. ახასიათებს სეზონურობა -შემოდგომა-ზამთრის პერიოდში მატულობს. პარაგრიპი ეპიდემიასა და პანდემიას არ იწვევს.

კლინიკა. განარჩევენ პარაგრიპის უსიმპტომო, მსუბუქ, საშუალო სიმძიმისა და მძიმე ფორმებს. უსიმპტომო და მსუბუქი ფორმები ძირითადად მოზრდილებში გვხვდება, საშუალო სიმძიმისა და მძიმე კი 2-3 წლამდე ასაკის ბავშვებში. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 2-7 დღემდე, საშუალოდ 3-4 დღე. დაავადება იწყება უფრო ხშირად თანდა-თანობით, პატარა ბავშვებში კი არც თუ იშვიათად მწვავედაც კი იწყება. დაავადების პირველი ნიშნებია: ცხელება და კატარალური მოვლენები. ტემპერატურა მსუბუქი შემცივნების შემდეგ სწრაფად აღწევს 38-39 C. თუმცა ხშირად სუბფებრილურიც რჩება, გრძელდება 2-5 დღე. დაავადება შეიძლება ცხელების გარეშეც წარიმართოს. ტემპერატურის მომატებასთან ერთად, ავადმყოფს შეიძლება აღენიშნებოდეს თავის ტკივილი, მოდუნება, უმადობა, უძილობა, კუნთების ტკივილი. ინტოქსიკაცია უმნიშვნელოა ან არ არის გამოხატული. დამახასიათებელია ცხვირით სუნთქვის გაძნელება და გამონადენი, შეუპოვარი ხველა, ყელის მცირე ტკივილი. ხველა თანდათან უხეში, მყეფავი ხასიათის ხდება. თავდაპირველად მშრალია, შემდეგ ჩნდება ნახველიც, ავადმყოფების უმრავლესობას აღენიშნება ხმის ჩახლეჩა. ცხვირიდან გამონადენი სეროზული ან სეროზულ-ჩირქოვანია და გაცილებით უხვია, ვიდრე გრიპის დროს. ცხვირის, რბილი სასისა და ხახის ლორწოვანი გარსები ზომიერად ჰიპერემულია და შეშუპებული. ფარინგიტის მოვლენები აღენიშნება ყოველ მე-2 მოზრდილ ავადმყოფს, ასევე ანგინაც. პულსი ტაქიკარდიულია, გულის ტონები ოდნავ მოყრუებულია, ფილტვებზე მოისმინება ვეზიკულური ან მკვრივი სუნთქვა. ბრონქიტის დროს-გაფანტული მშრალი ხიხინი. ბრონქიტი მოზრდილებში უფრო ხშირია. ნახველი დასაწყისში სეროზული, შემდეგ კი ჩირქოვანია.

პარაგრიპის გართულებაა ლარინგიტი და პნევმონია. პატარა ბავშვებში ლარინგიტი

მძიმედ, ხორხის სტენოზით მიმდინარეობს, რასაც კრუპის სინდრომს უწოდებენ. კრუპი უეცრად ვითარდება, უფრო ხშირად ღამით. ავადმყოფს აღენიშნება უხეში, მყეფავი, შეტევილი ხასიათის ხველა. იგი მოუსვენარია, სუნთქვა გაძნელებული და ხმაურიანია. ზოგჯერ ვითარდება ციანოზი და ოფლიანობა

დიაგნოზი. პარაგრიპის კლინიკური დიაგნოზი ემყარება იმას, რომ დაავადება იწყება თანდათანობით, ინტოქსიკაციის სუსტი გამოხატულებით. უპირატესად ზიანდება ხორხი-უხეში, მყეფავი ხასიათის ხველა, ჩახლეჩილი ხმა და ბოლოს კრუპის სინდრომის ჩამოყალიბება. ლაბორატორიული მეთოდებიდან გამოიყენება ვირუსოლოგიური და სეროლოგიური კვლევის მეთოდები.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. მკურნალობა დაახლოებით ისეთივეა, როგორც გრიპის დროს. ავადმყოფს ასევე ენიშნება ანტიჰისტამინური და ანტისპაზმური საშუალებანი. მძიმე შემთხვევებში გამოიყენება დონორის იმუნოგლობულინი. კრუპის დროს საჭიროა გლუკოკორტიკოსტეროიდების პარენტერალურად შეყვანა.

ავადმყოფის ოთახი ხშირად უნდა ნიავედობდეს და დალაგდეს სველი წესით. კონტაქტში მყოფ ბავშვებს ცხვირში უნდა ჩაეწვეთოს ლეიკოციტური ინტერფერონი. მოზრდილებს ასევე უნიშნავენ ოქსოლინის მალამოს ცხვირის ნესტოებში შესაზულად.

ინფექციური მონონუკლეოზი

ინფექციური მონონუკლეოზი ვირუსული ეტიოლოგიის დაავადებაა, ახასიათებს ცხელება, ინტოქსიკაცია, ანგინა, ლიმფური კვანძების, ელენთისა და ღვიძლის გადიდება, პერიფერიულ სისხლში ლეიკოციტოზი და ლიმფომონოციტოზი.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. ინფექციური მონონუკლეოზის გამომწვევია ეპშტეინ-ბარის ჰერპესის მსგავსი ვირუსი.

ინფექციის წყაროა ავადმყოფი და ვირუსმატარებელი. ინფექციის გადაცემა ხდება ძირითადად ჰაერ-წვეთოვანი გზით. დაავადება გადადის აგრეთვე მჭიდრო კონტაქტით, ალიმენტური და ტრანსფუზიული გზით. ძირითადად ავადდებიან ბავშვები, მოზარდები და ახალგაზრდები. ავადობა მატულობს შემოდგომასა და ზამთარში. ხასიათდება დაბალი კონტაგიოზურობით. გვხვდება ძირითადად სპორადიული სახით. დაავადების გადატანის შემდეგ გამომუშავდება მყარი იმუნიტეტი.

კლინიკა: დაავადება მიმდინარეობს ტიპურად, ატიპურად, წაშლილი და სუბკლინიური (უსიმპტომო) ფორმებით.

ინკუბაციური პერიოდი 4-დან 18 დღემდეა. იშვიათად დაავადება იწყება პროდრომული ნიშნებით. უფრო ხშირად დაავადება იწყება ერთბაშად მაღალი ტემპერატურით თავისა და ყელის ტკივილით, კისრისა და ყბისქვეშა ლიმფური კვანძების გადიდებით. ავადმყოფს აწუხებს ზოგადი სისუსტე, სახსრების ტკივილი. კისრის ლიმფური ჯირკვლების კიდევ უფრო გადიდებასთან ერთად დიდდება ილიისქვეშა და სხვა ლიმფური კვანძები, განსაკუთრებით მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთების გასწვრივ მდებარე ლიმფური კვანძები, გადიდებული

ლიმფური კვანძები ოდნავ მტკივნეულია და ერთმანეთისაგან განცალკევებულია. ლიმფური კვანძების გადიდება შეიძლება შემოიფარგლოს ერთი ან ორი არის ლიმფადენოპათიით (მაგ. კისრისა და ილლიის, კისრისა და საზარდულის არის). გენერალიზებული ლიმფადენოპათიის დროს მეზენტერიული ლიმფური კვანძებიც დიდდება, რის გამოც ავადმყოფს აღენიშნება მუცლის ტკივილი. გადიდებული ლიმფური კვანძები არ ჩირქდება და t-ის დაცემის დღიდან თანდათან მცირდება. დიდდება ელენთა და ღვიძლი. ღვიძლის გადიდებას იშვიათად შეიძლება თან სდევდეს სიყვითლე. მე-2-4 დღეს ტემპერატურა აღწევს 38 - 40 –მდე, შემდეგ ლიზისით ეცემა ნორმამდე, არაიშვიათად მოსალოდნელია დაავადების შებრუნება და ტემპერატურის კვლავ აწევა, ცხელებას ძირითადად უსწორო, ცვალებადი, ტალღისებური ხასიათი აქვს და შეიძლება 1-3 კვირამდე გახანგრძლივდეს. უსიცხო მიმდინარეობაა თუ ამ დაავადების წაშლილი და ატიპური ფორმებია. დაავადებისთვის დამახასიათებელია ცხვირით სუნთქვის გაძნელება (პირღია, ხმაურიანი სუნთქვა).

ინფექციური მონონუკლეოზის ერთ-ერთი პათაგნომური ნიშანია ანგინა. დაავადების პირველ დღეებშივე ხახა ჰიპერემიულია, ნუმურა ჯირკვლები ჰიპერპლაზიური და შემუშპებული.

იშვიათად ინფექციური მონონუკლეოზის დროს ჩნდება გამონაყარი. გამონაყარი ტიპური არ არის. შეიძლება იყოს როზეოზოლური, პეტექიალური, ან ლაქოვან-კვანძოვანი.

ინფექციური მონონუკლეოზის დროს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ცვლილებები პერიფერიულ სისხლში. რაც გამოიხატება ლეიკოციტოზში. ფორმულაში კი არის ლიმფოციტებისა და მონოციტების რაოდენობის მკვეთრი მომატება.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. საჭიროა წოლითი რეჟიმი. მსუბუქი და საშუალო ფორმების დროს გამოიყენება ვიტამინები, საგულე საშუალებები, სათანადო მოვლა. მძიმე ფორმების დროს კორტიკოსტეროიდები და დეზინტოქსიკაციური თერაპია, ანგინის მძიმე ფორმების დროს – ანტიბიოტიკებით მკურნალობა. აუცილებელია პირის ღრუს სანაცია სხვადასხვა სადეზინფექციო ხსნარებით. თუ ინფექციური მონონუკლეოზი ჰეპატიტის მოვლენებით მიმდინარეობს საჭიროა შემწვარისა და ცხიმიანი კერძების შეზღუდვა.

სპეციფიკური პროფილაქტიკა არ არსებობს.

მენინგოკოკური ინფექცია

მენინგოკოკურ ინფექციას ახასიათებს როგორც ლოკალური, ასევე გენერალიზებული ფორმები მენინგიტის და მენინგოკოცემინის სახით.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. დაავადების გამომწვევია ექსელბაუმის მენინგოკოკი, რომელიც დიპლოკოკია. მის პათოგენურობას განაპირობებს ენდოტოქსინი. მენინგოკოკი გარემოში ნაკლებად გამძლეა. ულტრაიისფერი სხივებისა და 100 C ტემპერატურის ზემოქმედებით მაშინვე იღუპება.

ინფექციის წყაროა მხოლოდ ადამიანი. გადაცემის მექანიზმი ჰაერ-წვეთოვანი გზაა. ავადმყოფობას ახასიათებს სეზონურობა. იგი უფრო ხშირად თებერვალ-მაისში გვხვდება.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი მენინგოკოკური ინფექციის დროს მერყეობს 1-10 დღემდე, საშუალოდ 5-7 დღე. განასხვავებენ მენინგიკოკური ინფექციის შემდეგ ფორმებს:

- 1) ლოკალური ფორმები: ა) მენინგიტის მტარებლობა. ბ) მწვავე ნაზოფარინგიტი.
- 2) გენერალიზებული ფორმები: ა) მენინგოკოკემია: ტიპური, ელვისებური, ქრონიკული. ბ) მენინგიტი, გ) მენინგოენცეფალიტი, დ) შერეული (მენინგოკოკემია + მენინგიტი). ე) იშვიათი ფორმები (ენდოკარდიტი, ართრიტი, ირიდოციკლიტი).

მწვავე ნაზოფარინგიტი. დაავადება იწყება თავის ტკივილით, განსაკუთრებით შუბლისა და საფეთქლების არეში, ტემპერატურის მომატებით, ძირითადად სუბფებრილურია. გრძელდება 1-3 დღემდე, იშვიათად 5-7 დღემდე. ავადმყოფის კანი ფერმკრთალია, ცხვირის ლორწოვანი გარსების ჰიპერემული და შეშუპებული, რის გამოც სუნთქვა უჭირს, ძირითადად აქვს ე.წ. „მშრალი სურდო“, იშვიათად კი აღენიშნება ცხვირიდან ლორწოვან-ჩირქოვანი ან სისხლიანი გამონადენი. გამოხატულია ხახის უკანა კედლის შეშუპება, შეწითლება და მარცვლოვანება. აწუხებს ტკივილი ყლაპვის დროს, ყელში ფხაჭნის შეგრძნება, მშრალი ხველა. ზოგჯერ ცხვირ-ტუჩის არეში გამოვლინდება ჰერპესი. დაავადება ძირითადად მსუბუქად მიმდინარეობს და 3-5 დღეში ჩათავდება.

მენინგოკოკემია- ეს არის მენინგოკოკური სეფსისი. იგი იწყება მწვავედ, ძლიერი შემცივნებით, ცხელებით 39-40 C-მდე. გამოხატულია მძიმე ინტოქსიკაციის მოვლენები: ავადმყოფი ფერმკრთალია, გადაჰკრავს ციანოზური ელფერი, ტუჩები და კანი მშრალია, აღენიშნება თავის ტკივილი, ღებინება, ტაქიკარდია, არტერიული წნევის დაქვეითება, ქოშინი, უძილობა, უმადობა, გაძლიერებული წყურვილი.

მენინგოკოკემიისათვის დამახასიათებელია ჰემორაგიული გამონაყარი, რომელიც ჩნდება დაავადების დაწყებიდან 5-15 საათის განმავლობაში, უფრო იშვიათად მე-2 დღეს. კანსა და ლორწოვანებზე სხვადასხვა ზომისა და ფორმის სისხლჩაქცევები ვითარდება. გამონაყარი უხვი, კანიდან ამოწეული, ზოგან წერტილოვანი პეტეჩიების, ზოგან კი ფართო 2-15 სმ დიამეტრის სისხლჩაქცევების სახით გვხვდება. ეს ყველაფერი ციანოზური ელფერის ფონზე ვარსკვლავებს მოგვაგონებს. სისხლჩაქცევები უფრო ხშირია ქვედა და ზედა კიდურებზე, დუნდულებსა და ბარძაყებზე. სახესა და სხეულის ზედა ნაწილებზე გამონაყარი დაავადების სირთულეზე მიუთითებს. ჰემორაგიულ გამონაყართან ერთად შეიძლება შეგვხვდეს როზეოლოზურ-ჰაპულოზური გამონაყარი. გამონაყარის მრავალფეროვნებასთან ერთად აღსანიშნავია აგრეთვე სხვადასხვა დროს გამოყრა, რაც გამოიხატება გამონაყარის სხვადასხვა ფერში. კერძოდ ღია წითლიდან მუქ ალუბლისფრამდე.

მძიმე მიმდინარეობის დროს ჰემორაგიული გამონაყარი იძლევა ნეკროზს შემდგომი დეფექტით. განსაკუთრებით მძიმე მიმდინარეობის დროს თითის წვერებსა და ყურის ბიბილოებზე აღინიშნება ნეკროზი.

მძიმე შემთხვევაში სისხლჩაქცევები აღინიშნება სკლერებზე, კონიუქტივაზე, ცხვირის ლორწოვანზე. შეიძლება განვითარდეს სისხლდენა ცხვირიდან, კუჭიდან, საშვილოსნოდან.

მენინგოკოკური ინფექცია განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს, როდესაც სისხლჩაქცევები თირკმელზედა ჯირკვალშია.

მძიმე მენინგოკოკცემია მოზრდილებში, როგორც წესი მიმდინარეობს მენინგიტთან ერთად, რომლის დროსაც შეიძლება ჰქონდეს ისეთი გართულებები, როგორცაა: ენდოკარდიტი, მიოკარდიტი, პერიკარდიტი, დიდი სისხლძარღვების თრომბოზი, ინფექციურ-ტოქსიკური შოკი.



მენინგოკოკცემიისთვის დამახასიათებელია ლეიკოციტების ძლიერი მომატება, ნეიტროფილოზი მარცხნივ გადახრით და ანეოზინოფილია.

მენინგიტი. მენინგიტი იწყება უეცრად, შემცივნებით, მაღალი ტემპერატურით (39-40 C), ღებინებით და თავის ძლიერი ტკივილით. ავადმყოფი ადვილად ღიზიანდება, აქვს უძლობა, მოუსვენრობა, სახეზე წამოწითლებულია. მძიმე ფორმების დროს ცნობიერება დარღვეულია. დაავადების დაწყებიდან პირველივე საათებში ჩნდება მენინგიალური სინდრომი: კისრის კუნთების რიგიდობა (ავადმყოფს არ შეუძლია თავის მოხრა ისე, რომ ნიკაპით შეეხოს გულმკერდს). ასევე მთელი სხეულის კუნთების რიგიდობა, განსაკუთრებით ქვემო კიდურებისა და ხერხემლის. კერნინგისა და ბრუძინსკის სიმპტომები (კერნინგის სიმპტომი დადებითია, თუ ავადმყოფის მენჯ-ბარძაყისა და მუხლში მოხრილი კიდურების გაშლა არ ხერხდება მუხლის სახსარში, ზემო ბრუძინსკის სიმპტომი დადებითია, თუ თავის მოხრისას ქვემო კიდურებიც იხრება მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსარში. ქვემო ბრუძინსკი-მენჯ-ბარძაყის და მუხლის სახსრის მოხრა, განსაკუთრებით მისი გაშლა მუხლის სახსარში იწვევს მეორე კიდურის მოხრას ან გაშლას იმავე სახსარში).

მე-2 და მე-3 დღეს თავის ტკივილები უფრო ძლიერდება, აქვს განმეორებითი ღებინება,



ზოგჯერ გონება ებინდება, აქვს ავტომატური მოძრაობები, ძლიერი ოფლიანობა, კანისა და კუნთების მგრძობელობა გაძლიერებულია. თავიდან მაჯა ტაქიკარდიულია, შემდეგში კი ბრადიკარდიული. სისხლში: ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ედსი მომატებულია. ლიქვორი (ზურგის ტვინის სითხე) გამოდის მაღალი წნევით, არის მღვრიე.

მენინგოენცეფალიტი იშვიათი ფორმაა, რომლის კლინიკაში ჭარბობს ენცეფალიტური მოვლენები, ფსიქიკის მოშლა, გონების დაკარგვა, კრუნჩხვები. ვითარდება კიდურების პარეზი ან დამბლა. მენინგიალური სინდრომი ნაკლებადაა გამოხატული. დაავადების გამოსავალი ნაკლებ საიმედოა. ლეტალობა მაღალია, ხოლო გამოჯანმრთელება არასრული.

დიაგნოზი. მენინგოკოკური ინფექციის დიაგნოზი ემყარება ეპიდემიოლოგიურ, კლინიკურ, ბაქტერიოსკოპულ, ბაქტერიოლოგიურ და სეროლოგიურ მონაცემებს. ასევე ზურგის ტვინის სითხის-ლიქვორის ლაბორატორიულ გამოკვლევებს.

ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევითვის მასალას წარმოადგენს ლიქვორი და სისხლი, ცხვირ-ხახის ნაცხი, ჰემორაგიული გამონაყრიდან ანაფხეკი. მასალის აღება გამოკვლევითვის ხდება ავადმყოფის სტაციონარში შესვლისთანავე, ანტიბიოტიკო-თერაპიის დაწყებამდე.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. მკურნალობა დამოკიდებულია დაავადების ფორმაზე, მიმდინარეობასა და სიმძიმეზე, გართულებებზე. მენინგოკოკური ინფექციის გენერალიზებული ფორმის მკურნალობაში ცენტრალური ადგილი უჭირავს ანტიბიოტიკოთერაპიას. ასევე ენიშნება სულფანილამიდური პრეპარატები, ანტიტოქსიკოზური მკურნალობა. კრუნჩხვითი სინდრომისა და მოტორული აგზნების კორექციის მიზნით იყენებენ პრომედოლს, ამინაზინს დიმედროლით ან პიპოლფენს. მძიმე შემთხვევაში სუნთქვის მოშლის გამო, ავადმყოფი გადაყავთ მართვად სუნთქვაზე.

ტვინის შეშუპების სინდრომის მკურნალობაში მნიშვნელოვანია ჰიპოთერმია, სასუნთქი გზებიდან ლორწოს ამოქაჩვა, შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია. დიდი მნიშვნელობა აქვს კარგ მოვლას, კვებას, მშვიდ გარემოცვას, საჭირო შემთხვევაში ზონდით კვების მოწესრიგებას. დამბლისა და პარეზის დროს რეკომენდირებულია სტიმულატური მკურნალობა, სამკურნალო ფიზკულტურა და ფიზიოთერაპია.

პროფილაქტიკის მიზნით ძირითადი ღონისძევაა ავადმყოფთა ადრეული გამოვლინება, იზოლაცია და ჰოსპიტალიზაცია, აგრეთვე ბაქტერიის მტარებელთა გამოვლენა და სანაცია. კერაში უნდა ჩატარდეს დეზინფექცია. კონტაქტში მყოფებს იკვლევენ მენინგოკოკმტარებლობაზე და უტარებენ სანაციას ანტიბიოტიკებითა და სულფანილამიდური პრეპარატებით. პირებს, რომლებიც იმყოფებიან მენინგოკოკური ინფექციის აფეთქების კერაში, ქიმიოპროფილაქტიკასთან ერთად უკეთდებათ ვაქცინაცია კანქვეშ, ერთჯერადად მენინგოკოკური პოლისაქარიდული ვაქცინით.

საკონტროლო კითხვები:

1. როგორია სასუნთქი გზების ინფექციათა გადაცემის მექანიზმი?
2. რა არის გრიპის გამომწვევი?
3. რამდენ ხანს გრძელდება გრიპის ინკუბაციური პერიოდი?
4. დაასახელეთ გრიპის კლინიკის ძირითადი სიმპტომები.
5. დაასახელეთ გრიპის გართულებები.
6. რით განსხვავდება პარაგრიპის კლინიკა გრიპის კლინიკისაგან?
7. რა არის ცრუ კრუპი?
8. რა პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს მიმართავენ გრიპისა და პარაგრიპის თავიდან ასაცილებლად?
9. რა არის ინფექციური მონონუკლეოზის გამომწვევი?
10. რა ცვლილებები ვითარდება სისხლში ინფექციური მონონუკლეოზის დროს?
11. რომელი ლიმფური კვანძები დიდდება ინფექციური მონონუკლეოზის დროს?
12. დაასახელეთ მენინგოკოკური ინფექციის კლინიკური ფორმები.
13. ჩამოთვალეთ რა ცვლილებები აღინიშნება ც.ნ.ს-ს მხრივ მენინგიტის დროს.
14. როგორი გამონაყარი აღინიშნება კანზე და სად მენინგოკოკემიის დროს?
15. რომელი ლაბორატორიული გამოკვლევები ტარდება მენინგოკოკური ინფექციის დროს?

ნაწილი IV

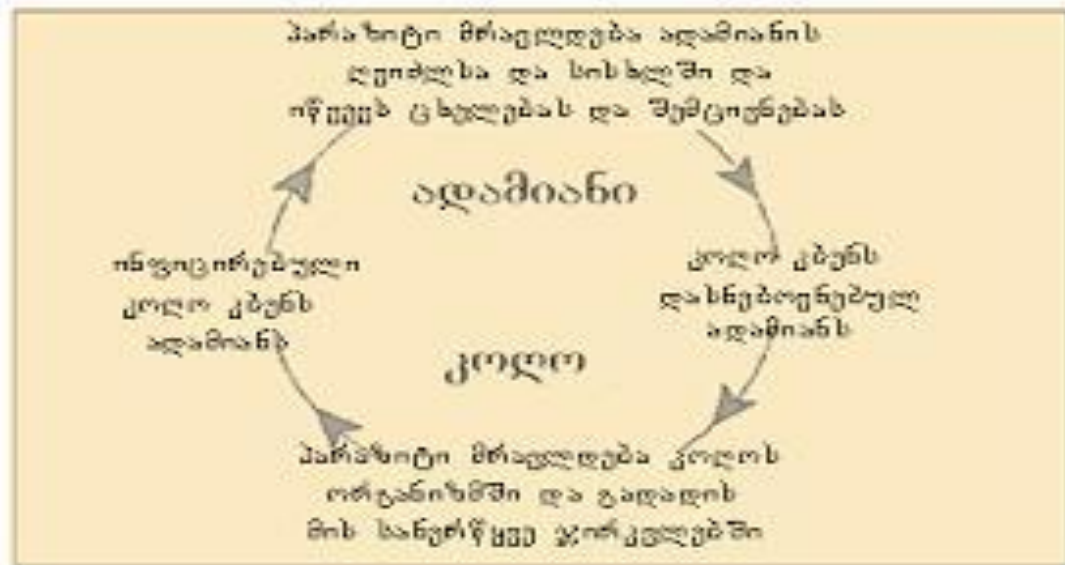
ტრანსმისიული ინფექცია

მალარია

მალარია მწვავე ტრანსმისიული ინფექციური დაავადებაა. ახასიათებს ციკლური მიმდინარეობა, ცხელების შეტევისა და აპირექსიის მონაცვლეობით, ანემია, ჰეპატო-სპლენომეგალია და რეციდივები.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. მალარიის გამომწვევია ერთუჯრედიანი მიკროორგანიზმი -მალარიის პლაზმოდუმი. მალარიის პლაზმოდუმის სასიცოცხლო ციკლი 2 ფაზას მოიცავს: 1) სქესობრივი ფაზა, რომელიც მიმდინარეობს საბოლოო პატრონის -კოლოს ანოფელესის ორგანიზმში, და 2) უსქესო ფაზა, რომელიც მიმდინარეობს ადამიანის ანუ შუალედური პატრონის ორგანიზმში.

ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი ან პარაზიტმტარებელი, იმ პერიოდში, როდესაც მის პერიფერიულ სისხლში ცირკულირებს პლაზმოდუმების სქესობრივი უჯრედები. ინფექცია გადაეცემა ტრანსმისიული გზით. დაავადება გადააქვს ანოფელესის გვარის დედალ კოლოს. ინფექციის წყაროსა და გადამტანის გარდა ინფექციური პროცესის განსახორციელებლად საჭიროა ხელსაყრელი ტემპერატურული პირობები-16-30 C, რათა განხორციელდეს კოლოს ორგანიზმში სქესობრივი ფაზა.



მალარიით დაავადება მოსალოდნელია აგრეთვე დაავადებული ან პარაზიტმტარებელი დონორის სისხლის გადასხმით, ინფიცირებული სამედიცინო ინსტრუმენტების გამოყენების

შემთხვევაში. მალარიით დაავადებული ორსული ქალი პლაცენტის ან პერინატალური გზით აავადებს ნაყოფს.

მალარიის გადატანის შემდეგ იმუნიტეტი არ ყალიბდება, ენდემურ რაიონებში აღინიშნება მოსახლეობის მაღალი მიმდებლობა ინფექციის მიმართ.

კლინიკა. გამომწვევის სახეობის მიხედვით არჩევენ მალარიის შემდეგ სახეებს: 1) სამდლიანი მალარია, 2) ოთხდლიანი მალარია, 3) ტროპიკული მალარია, 4) ოვალე მალარია-სამდლიანი მალარიის სახესხვაობა.

სამდლიანი მალარია. დაავადების ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 1-დან-3 კვირა. განმეორებითი შეტევები ხდება ხანგრძლივი ლატენტური პერიოდის შემდეგ, რომელიც მოიცავს რამდენიმე თვიდან რამდენიმე წლამდე პერიოდს. დაავადების დასაწყისში არც თუ იშვიათად გამოხატულია პროდრომი-საერთო სისუსტე, სხეულში ტეხვის შეგრძნება, თავის ტკივილი, ტკივილები წელისა კიდურების არეში. იგი გრძელდება 2-3დღე. პროდრომის შემდეგ იწყება მალარიის ტიპური შეტევა. ავადმყოფს ძლიერ შეამცივნებს, აქვს ძლიერი თავის ტკივილი, ტკივილები წელისა და მსხვილი სახსრების არეში, სუნთქვის გახშირება, განმეორებითი ღებინება, სახე გაფითრებულია. შემდეგ იწყება ცხელება, ტემპერატურა იმატებს 39-40 C-მდე. სახე ჰიპერემული ხდება, ავადმყოფს მთელი სხეული უხურს, აქვს ძლიერი წყურვილის შეგრძნება, გულისრევა, ტაქიკარდია, არტერიული წნევა მკვეთრად კლებულობს. თითქმის ყველა ავადმყოფს აღენიშნება მუცლის შებერილობა და ფაღარათი. შემცივნების პერიოდი 20-დან 60 წთ-მდე გრძელდება, ცხელების კი- 3-4 საათი. ცხელების პერიოდს მოსდევს ოფლდენის სტადია. ტემპერატურა სწრაფად ეცემა (1-2 სთ-ში), იწყება უხვი ოფლდენა. ავადმყოფი უმაღლვე შვებას გრძნობს. ცხელების პერიოდს მოსდევს აპირექსია. იგი გრძელდება 40-43 საათი, ამ დროის განმავლობაში ავადმყოფს აწუხებს მხოლოდ საერთო სისუსტე. შემდეგ კვლავ მცირდება ცხელება. ყოველი ახალი შეტევა ხდება ერთნაირი ინტერვალით, ერთსა და იმავე დროს - დილით ან დღის საათებში. რამდენიმე შეტევის შემდეგ გამოვლინდება ჰეპატოლიენური სინდრომი. გადიდებული ღვიძლი და ელენთა მკვრივი კონსისტენციისაა და მტკივნეულია. ანემია ვითარდება თანდათანობით.

სამდლიანი მალარიისათვის დამახასიათებელია ადრეული(1-3 თვის შემდეგ) და გვიანი (7-11 თვის შემდეგ) რეციდივები. ლატენტური პერიოდის შემდეგ რეციდივი შედარებით მსუბუქად მიმდინარეობს, აღინიშნება ცხელების კანონზომიერი მონაცვლეობა.

ოვალე მალარია. ინკუბაციური პერიოდი 11-15 დღე. შეტევების ციკლურობა ისევეა როგორც სამდლიანი მალარიის დროს, მხოლოდ იმ განსხვავებით რომ ცხელების შეტევა ვითარდება საღამოს ან ღამით. ახასიათებს კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა. დაავადების ხანგრძლივობა ძირითადად 2 წელია. სამდლიანი მალარიის მსგავსად ახასიათებს ადრეული და გვიანი რეციდივები.

ოთხდლიანი მალარია. ინკუბაციური პერიოდი 3-6 კვირაა. მისთვის დამახასიათებელია ტიპური პაროქსიზმი, რომელიც 13 საათი გრძელდება. იგი მეორდება ყოველ მეოთხე დღეს. ცხელების შეტევა იწყება შუადღისას, შემცივნებითი პერიოდი ხანგრძლივია და მძაფრი. ოთხდლიანი მალარიის დროს ანემია ნაკლებად არის გამოხატული.

დამახასიათებელია ელენთის თანდათანობით, მაგრამ მნიშვნელოვანი გადიდება. თუ

ავადმყოფს მკურნალობა არ უტარდება, დაავადება რამდენიმე თვე გრძელდება და სპონტანური გამოჯანმრთელებით მთავრდება.

ტროპიკული მალარია. ინკუბაციური პერიოდი 8-16 დღე გრძელდება. არაიმუნურ პირებში დაავადება მიმდინარეობს მძიმედ და ავთვისებიანად. თუ არ მოხდა დაავადების ადრეული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, იგი ხშირად ლეტალურად მთავრდება. დაავადება უმეტესად იწყება უეცრად, შემცივნებით. ცხელება არის ძალიან მაღალი, ავადმყოფი აგზნებულია, აქვს ძლიერი თავის ტკივილი, ტეხის შეგრძნება კუნთებში და სახსრებში, გულისრევა, ღებინება, ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში, მუცლის ტკივილი და ფაღარათი. ცხელების შეტევა ხანგრძლივია-30 საათამდე. შეტევა მკაცრად განსაზღვრული პერიოდულობით არ მეორდება. აპირექსიის სტადია ხანმოკლეა (ერთ დღეზე ნაკლები), ამ პერიოდში ავადმყოფის მდგომარეობა უმჯობესდება. ტემპერატურა სუბფებრილურია, ოფლიანობა ნაკლებად დამახასიათებელია, ღვიძლი და ელენთა პირველივე დღეებიდანვე დიდდება, მაგრამ ნაკლებად ვიდრე მალარიის სხვა კლინიკური ფორმების დროს. სისხლის მხრივ აღინიშნება ანემია, ლეიკოპენია, ნეიტროპენია, ეოზინოპენია, შედარებითი ლიმფო და მონოციტოზი. შარდში გვაქვს ალბუმინურია და ცილინდრურია.

დაავადების დაგვიანებული ან არასწორი მკურნალობის შემთხვევაში ვითარდება ავთვისებიანი ფორმები: მალარიული კომა, ალგიდური ფორმა და ჰემოგლობინური ცხელება.

დიაგნოზი. მალარიის დიაგნოსტიკა ემყარება ეპიდემიოლოგიური, კლინიკური და მიკროსკოპიული კვლევის მეთოდებს. ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით საყურადღებოა იმყოფებოდა თუ არა ავადმყოფი უკანასკნელი 2 წლის მანძილზე მალარიის ენდემურ კერაში, უკანასკნელი 3 თვის განმავლობაში ჩაუტარდა თუ არა პარენტერალური მანიპულაციები, სისხლის გადასხმა და სხვა.

დიაგნოზს საბოლოოდ ადასტურებს სისხლის ნაცხსა და სქელ წვეთში მალარიის პლაზმოდუმის აღმოჩენა. სამდღიანი და ოთხდღიანი მალარიის დროს სისხლის აღება უნდა მოხდეს ცხელების პერიოდის დასაწყისში ან აპირექსიის ფაზაში. ტროპიკული მალარიის დროს კი სისხლს იღებენ ცხელების პერიოდში ყოველ 6 საათში.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. მკურნალობა ეტიოტროპული და პათოგენეზურია. მალარიის სამკურნალო ეტიოტროპული პრეპარატები უზრუნველყოფენ დაავადების მწვავე შემთხვევების მკურნალობას, რეციდივის თავიდან აცილებას და კოლოს მეშვეობით ინფექციის გადაცემის შესაძლებლობის აღკვეთას. მალარიის საწინააღმდეგო პრეპარატებია: დელაგილი (ქინგამინი), ქინინი, ქინაქინი, პირიმეტამინი, პრიმაქინი, პროფუნაილი, ასევე სულფანილამიდური პრეპარატები. სპეციფიკურ თერაპიასთან ერთად ტარდება პათოგენეზური თერაპია: დეზინტოქსიკაცია, ჰიპოგლიკემიისა და ჰიპოქსიის კორექცია. ანემიის მკურნალობის მიზნით გამოიყენება B ჯგუფის ვიტამინები და რკინის პრეპარატები.

პროფილაქტიკა პირველ რიგში ითვალისწინებს ბრძოლას დაავადების გადამტანის- კოლო ანოფელესის წინააღმდეგ, აგრეთვე ავადმყოფისა და პარაზიტმტარებლის დროულ გამოვლენას და მათ მკურნალობას. მალარიის ენდემურ რაიონებში ახორციელებენ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პროგრამას ქიმიოპრეპარატებისა და ვაქცინების გამოყენებით. მნიშვნელოვანია ჭაობების ამოშრობა.

ლ ე ი შ მ ა ნ ი ო ზ ი

ლეიშმანიოზი პროტოზოული დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება შინაგანი ორგანოების უპირატესი დაზიანებით (ვისცერალური ლეიშმანიოზი) ან კანის დაზიანებით (კანის ლეიშმანიოზი).

ეტიოლოგია. ლეიშმანიოზის გამომწვევები არიან უმარტივესები-ლეიშმანიები. მათი სასიცოცხლო ციკლი მიმდინარეობს 2 სტადიად: 1) უშოლტო სტადია-მიმდინარეობს დაავადებული ადამიანის ან ცხოველის ქსოვილებსა და ორგანოებში და 2) შოლტოვანი სტადია, მიმდინარეობს გადამტანში-ფლებოტომუსში.

ლეიშმანიოზით დაავადებული ცხოველის ან ადამიანის სისხლის გამოწოვისას პარაზიტები ხვდებიან ფლებოტომუსის კუჭში, სადაც უშოლტო ფორმები ერთი დღე-ღამის განმავლობაში გარდაიქმებიან შოლტოვანად და იწყებენ გამრავლებას. 5-8 დღის შემდეგ ფლებოტომუსს შეუძლია დაავადების გადაცემა. ამ პერიოდისათვის ლეიშმანიები დაგროვილია მწერის საყლაპავში, სისხლის გამოწოვისას ისინი ხორთუმის გზით ხვდებიან კანსა და სისხლში და იწვევენ ადამიანის ან ცხოველის დაავადებას. ფლებოტომუსის არსებობისათვის ოპტიმალური ტემპერატურაა 26-30 C, ამიტომ ისინი იწვევენ დაავადებას სეზონურად, ჩვენში ფლებოტომუსის აქტივობა აღინიშნება ივნის-სექტემბერში.

კანის ლეიშმანიოზი. კანის ლეიშმანიოზის 2 კლინიკური ფორმა გვხვდება: 1) ანთროპონოზული კანის ლეიშმანიოზი და 2) ზოონოზური კანის ლეიშმანიოზი.

ანთროპონოზული კანის ლეიშმანიოზის **ეპიდემიოლოგია.** ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი ან ძაღლი. გადამტანია ფლებოტომუსი. ადამიანი ავადდება ფლებოტომუსის კბენით ან მისი გაჭყლეტით ლეიშმანიების მოხვედრისას დაზიანებულ კანში. დაავადება ძირითადად ქალაქად გვხვდება, ამიტომ მას ქალაქურ ლეიშმანიოზსაც უწოდებენ. გადატანილი დაავადება მყარ იმუნიტეტს ტოვებს.

კლინიკა. დაავადების ინკუბაციური პერიოდი მერყეობს 2-დან 9-თვემდე. იშვიათად 3-5 წელიც. ფლებოტომუსის ნაკბენ ადგილას წარმოიქმნება 2-3 მილიმეტრი ზომის მოწითალო პაპულა. 3-6 თვის შემდეგ პაპულის მფარავი კანი დაიჭიმება და პრიალა ხდება, შემდეგ თხელი ქერქით იფარება. ქერქის ქვეშ ჩაღრმავებაა. მისი აცლისას ჩანს, რომ იგი დაწყლულებულია და ფსკერი დაფარულია ჩირქოვანი ნადებით. წყლულის ირგვლივ არის ინფილტრატი, რომლის ხარჯზე იგი თანდათან იზრდება და წლის ბოლოსათვის მისი დიამეტრი 2-5 სმ აღწევს. საბოლოოდ წყლული გრანულაციური ქსოვილით ამოივსება და ნაწიბური ვითარდება. ლეიშმანიომა ჩვეულებრივ სხეულის ღია ადგილზე-სახეზე, კისერზე, კიდურებზე ვითარდება. მათი რაოდენობა 1-3 მდეა, ზოგჯერ კი 10-მდეც აღწევს.

ზოონოზური კანის ლეიშმანიოზის **ეპიდემიოლოგია.** ინფექციის წყაროა მღრნელები, გადამტანი კი ფლებოტომუსი. დაავადებას ახასიათებს სეზონურობა: მაის-ივნისიდან აგვისტო-დეკემბრამდე.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი ხანმოკლეა, რამდენიმე დღიდან 3-4 კვირამდე. პირველადი ლეიშმანიომა უფრო დიდი ზომისაა. თავდაპირველად ნაკბენ ადგილზე წარმოიქმნება კვანძი, რომელიც რამდენიმე დღეში დიდ ზომას აღწევს, აღინიშნება კვანძის

ირგვლივ მყოფი ქსოვილების ანთებადი რეაქცია. გარეგნულად იგი ფურუნკულს წააგავს, მაგრამ მისგან განსხვავდება რბილი კონსისტენციით და ნაკლებად მტკივნეულია. კვანძის ცენტრში მიმდინარეობს ნეკროზი. ნეკროზული ქსოვილების აცლისას იხსნება წყლული დიამეტრით 2-4 მმ. წყლულის ირგვლივ არის ინფილტრატი და სიმსივნე. წყლული სწრაფად ფართოვდება, მისი დიამეტრი აღწევს 10-15 სმ, პროცესი 2-5 თვე გრძელდება. შემდგომ იწყება წყლულის ეპითელიზაცია. ლეიშმანიომები ლოკალიზდება სახეზე და კიდურებზე და არის მრავლობითი.

დიაგნოზი. კანის ლეიშმანიოზის დიაგნოსტიკა ემყარება ეპიდემიოლოგიურ და კლინიკურ მონაცემებს. დიაგნოზი საბოლოოდ დასტურდება პარაზიტოლოგიური გამოკვლევით. გამოსაკვლევ მასალაში (ლეიშმანიომიდან, წყლულიდან ან მის ირგვლივ არსებული ინფილტრატიდან აღებული მასალა) ლეიშმანიების აღმოჩენით.

ვისცერული ლეიშმანიოზი. ვისცერული ლეიშმანიოზი ტრანსმისიული დაავადებაა. ახასიათებს ხანგრძლივი ცხელება, ჰეპატოსპლენომეგალია, ანემია, ლეიკოპენია და კახექსია.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. ვისცერული ლეიშმანიოზის გამომწვევია ლეიშმანიების გარკვეული ქვესახეობა, რომლებიც ვისცერული ლეიშმანიოზის შემდეგ ფორმებს იწვევენ: 1) ხმელთაშუა ზღვის ლეიშმანიოზი, 2) ინდოეთის ლეიშმანიოზი, 3) აღმოსავლეთ აფრიკის ლეიშმანიოზი და სხვ. ხმელთაშუა ზღვის ლეიშმანიოზი ზოონოზია, ინფექციის რეზერვუარია: ძაღლი, ტურა, მელა. ენდემურ კერაში ძირითადად ავადდებიან 5 წლამდე ასაკის ბავშვები. ინდოეთის ლეიშმანიოზი ანთროპონოზული დაავადებაა. აღმოსავლეთ აფრიკისა კი ზოონოზური (ახასიათებს სპორადული შემთხვევები, შესაძლებელია მისი გავრცელება ანთროპონოზული გზითაც). ლეიშმანიოზი გავრცელებულია ტროპიკული, სუბტროპიკული და ზომიერი ჰავის ქვეყნებში, მათ შორის საქართველოშიც.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი მერყეობს 3 კვირიდან 1 წლამდე (იშვიათად 2-3 წელი). დაავადება იწყება თანდათანობით, ცხელება არის ხანგრძლივი, ხშირად აქვს ტალღისებური ხასიათი. ცხელებითი ტალღა და რემისიები გრძელდება რამდენიმე დღიდან რამდენიმე თვემდე. იშვიათად დამახასიათებელია დღის განმავლობაში რამდენიმეჯერ ტემპერატურის მომატება მაღალ ციფრებამდე.

ავადმყოფის დათვალიერებისას ყურადღებას იქცევს კანის სიფერმკრთალე: ხანდახან იგი არის მუქი ფერის (დამახასიათებელია ინდოეთის ვისცერული ლეიშმანიოზისათვის), რაც დაკავშირებული თირკმელზედა ჯირკვლის დაზიანებასთან. ავადმყოფის მდგომარეობა სწრაფად უარესდება, ანემია იმატებს, დაავადებული თანდათან წონაში იკლებს, შეიძლება განვითარდეს ნუშურების, პირის ღრუს ლორწოვანის, ღრმილების ნეკროზი. ხშირია ჰემორაგიული სინდრომი-სისხლჩაქცევები კანსა და ლორწოვანზე, სისხლდენა ცხვირიდან, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან. დამახასიათებელი სიმპტომია ჰეპატოსპლენომეგალია. ღვიძლი ჭიპის ხაზამდე აღწევს, ელენთის ქვედა კიდე კი შეიძლება მცირე მენჯის ღრუში ჩამოდიოდეს. ამის გამო ვითარდება პორტული ჰიპერტენზია, ასციტი, შეშუპება. ანემიისა და ინტოქსიკაციის გამო გამოხატულია გულის უკმარისობის ნიშნები. ხშირია ბრონქიტები და პნევმონია. სისხლში მკვეთრი ანემიაა, ლეიკოპენია, აგრანულოციტოზი, თრომბოციტოპენია, ედს-ი ძალიან მაღალია.



დიაგნოზი. ენდემურ კერაში დიაგნოსტიკა ადვილია და ემყარება დამახასიათებელ კლინიკურ სურათს-ცხელება, ჰეპატოსპლენომეგალია, ანემია, კახექსია, ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია. გადამწყვეტია პარაზიტოლოგიური გამოკვლევა. ლეიშმანიების აღმოჩენა ხდება ძვლის ტვინის, ელენთის, ღვიძლის, ლიმფური კვანძების ან პირველადი აფექტის ჩამონაფხევიდან ან ორგანოებიდან აღებულ პუნქტატში.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. კანის ლეიშმანიოზების სამკურნალოდ იყენებენ ეტიოტროპულ საშუალებებს: მონომიცინს, ამინოქინოლს, ნეოსტიბოზანს, სოლუსტიბოზანს, სოლუსურმინს და სხვა. მეორადი ფლორით ინფიცირების შემთხვევაში რეკომენდირებულია სადეზინფექციო ხსნარების, მალამოების და ანტიბიოტიკების გამოყენება. თბილისის პარაზიტოლოგიის ინსტიტუტში კანის ლეიშმანიოზების სამკურნალოდ იყენებენ ლაზერის სხივებს მონომიცინთან კომბინაციაში. ინფექციის გავრცელება რომ არ მოხდეს, აუცილებელია წყლულებზე ნახვევის დადება.

ვისცერული ლეიშმანიოზის სპეციფიკური მკურნალობის მიზნით ავადმყოფს უნიშნავენ :

სოლუსურმინს, ჰეპტოსტამს, სოლუსტიბოზანს. გარდა ამისა, მიმრთავენ პათოგენურ თერაპიას. აუცილებელია ბაქტერიული გართულებების პროფილაქტიკა.

ლეიშმანიოზის პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა:1) ავადმყოფთა დროული გამოვლენა და მკურნალობა, 2)ბრძოლა გადამტანების (ფლებოტომუსის) წინააღმდეგ, 3)ლეიშმანიოზით დაავადებული ცხოველების მოსპობა.

შავი ჭირი

შავი ჭირი მწვავე ზოონოზური ბუნების ინფექციური დაავადებაა, რომელიც შედის განსაკუთრებით საშიში ინფექციების ჯგუფში. ხასიათდება სწრაფი გავრცელებით და მძიმე მიმდინარეობით – ცხელებით, ინტოქსიკაციით, კანის, ლიმფური კვანძების, ფილტვების დაზიანებით და სეფსისური მიმდინარეობით.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. შავი ჭირის გამომწვევია ბაქტერია პესტის-pestis, რომელიც კარგად ძლებს ნესტიან გარემოში და დაბალ ტემპერატურაზე, ხოლო გამომშრომას და მაღალ ტემპერატურას ვერ უძლებს.

შავი ჭირის ბუნებრივი კერები ჯერ კიდევ არსებობს აზიის, აფრიკის, ამერიკის და ევროპის ქვეყნებში. საქართველოში მისი ბუნებრივი კერებია გარდაზნის რაიონში, დედოფლისწყაროში, ელდარისა და ნაზარლების ველებზე. შავი ჭირის ინფექციის წყაროა მღრღნელები: ვირთაგვები, თრიები, ტარბაგანები და სხვ. ინფექციის გადამტანია რწყილები. გადაცემის ძირითადი მექანიზმია ტრანსმისიული. დაავადების გადაცემა შეიძლება მოხდეს კონტაქტური, ალიმენტარული და ჰაერ-წვეთოვანი გზითაც. დაავადების გადატანის შემდეგ რჩება მყარი იმუნიტეტი.

რწყილის კბენის ადგილას ბაქტერიები ლიმფური გზით მიიტანება უახლოეს ლიმფურ კვანძებში, იწვევს მის ანთებას და ვითარდება შავი ჭირის ბუბონური ფორმა. ბუბონური ფორმიდან სეპტიცემიის გამო მიკრობები მიიტანება ფილტვებში და წარმოიქმნება შავი ჭირის მეორადი – ფილტვისმიერი ფორმა. ფილტვისმიერი ფორმით დაავადებული გარემოში გამოყოფს ბაქტერიებს ხველის დროს, რომლებიც ჰაერ-წვეთოვანი გზით მოხვდება ჯანმრთელი ადამიანის ფილტვებში და გამოიწვევს შავი ჭირის პირველად ფილტვისმიერ ფორმას, რომელიც მაღალი სიკვდილიანობით ხასიათდება.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი 1-3 დღეა, ფილტვისმიერი ფორმის დროს უფრო ნაკლები. დაავადება იწყება სწრაფად, ძლიერი შემცივნებით, თავისა და წელის ტკივილით, საერთო სისუსტით, მაღალი ტემპერატურით (40 - 41). ტაქიკარდიით, წნევის დაქვეითებით. ავადმყოფს აქვს ჰალუცინაციები, ვერ იცავს წონასწორობას, აწუხებს პირის ღრუს სიმშრალე, ენა თითქოს ცარციტთა დაფარული და გასქელებულია. ლაპარაკი უჭირს. კანზე უჩნდება ბუშტუკოვანი და პუსტულოზური გამონაყარი. იმის მიხედვით თუ საიდან შეიჭრა მიკრობი, ვლინდება შესაბამისი კლინიკური ფორმისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები. კანიდან შეჭრის ადგილზე (რწყილი, კონტაქტი) შეიძლება წარმოიქმნას შავი ჭირის პუსტულა, რომელიც ძლიერ მტკივნეულია, 2-4 დღეში დაიწყება უახლოესი ლიმფური კვანძების შესივება – ბუბონური ფორმა. ბუბონები უფრო

ხშირად საზარდულის არემია, რადგან რწყილის კბენა უფრო ქვემო კიდურებზე ხდება. ბუბონის არე დაჭიმულია და წითლდება, შემდეგ თანდათან ციანოზური ხდება. შეიძლება ბუბონი გაიხსნას ან იშვიათად შეიწოვოს. ეს გრძელდება 1 კვირა. თუ პროცესმა მიიღო სეპტიცემიური მიმდინარეობა, დაავადება უფრო მძაფრდება, ტემპერატურა კიდევ უფრო მატულობს, ავადმყოფს ეწყება ხველა სისხლიანი ნახველით და 2-3 დღეში იღუპება (მეორადი ფილტვის-მიერი ფორმა). შავი ჭირის პირველადი ფილტვისმიერი ფორმა მიმდინარეობს განსაკუთრებით მძიმედ. ზემოაღნიშნულ დაწყებით კლინიკურ ნიშნებს დაერთვის ქოშინი, ძლიერი ტკივილები გულმკერდის არეში, სისხლიანი ნახველი. ავადმყოფი გონებას კარგავს და მკურნალობა თუ დროულად არ იქნა ჩატარებული, კომატოზურ მდგომარეობაში იღუპება.



დიაგნოზი. დიაგნოზი ემყარება კლინიკურ მიმდინარეობას და ეპიდემიოლოგიურ გამოკვლევას. ლაბორატორიული გამოკვლევისათვის იღებენ მასალას ბუბონიდან, ფილტვისმიერი ფორმის დროს – ნახველს. მიკრობებს ათვალაიერებენ მიკროსკოპით, ან თესვენ სპეციალურ ნიადაგებზე.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. სამკურნალოდ გამოიყენება ანტიბიოტიკები და სულფანილამიდური პრეპარატები, ასევე სიმპტომური საშუალებები. ადგილობრივად მკურნალობა ტარდება მალამოებით, უშუალოდ ბუბონში შეჰყავთ ანტიბიოტიკი (ყოველდღე).

პროფილაქტიკის მიზნით კონტაქტში მყოფნი უნდა იყვნენ იზოლირებული. მომვლელ პერსონალს და მკურნალს უნდა ეცვას შავი ჭირის საწინააღმდეგო ტანსაცმელი (მაგ. მარლის ნიღაბი უნდა იყოს 8 ფენიანი და ა.შ.). კერაში უნდა ჩატარდეს დერატიზაცია, დეზინსექცია დასკვნითი დეზინფექცია. პროფილაქტიკისთვის მოწოდებულია აცრა ცოცხალი ვაქცინით. შავი ჭირის ყველა შემთხვევა უნდა ეცნობოს მეზობელ სახელმწიფოს.

საკონტროლო კითხვები:

1. როგორია ტრანსმისიული ინფექციების გადაცემის მექანიზმი?
2. რა არის მალარიის გამომწვევი?
3. დაასახელეთ მალარიის კლინიკური ფორმები;
4. რამდენ ხანს გრძელდება შემცივნება სამდღიანი მალარიის დროს?
5. რამდენ ხანს გრძელდება ცხელების პერიოდი სამდღიანი მალარიის დროს?
6. დაახასიათეთ ტროპიკული მალარიის კლინიკური სურათი;
7. რა არის ლეიშმანიოზის გამომწვევი და მისი ძირითადი მასპინძელი?
8. დაასახელეთ ლეიშმანიოზის კლინიკური ფორმები;
9. აღწერეთ კანზე გამონაყარი კანის ლეიშმანიოზის დროს;
10. დაასახელეთ ვისცერული ლეიშმანიოზის კლინიკის ძირითადი სიმპტომები;
11. როგორია მალარიისა და ლეიშმანიოზის დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდები?
12. რა იწვევს შავ ჭირს?
13. დაასახელეთ შავი ჭირის კლინიკური ფორმები;
14. დაახასიათეთ შავი ჭირის კლინიკის ძირითადი სიმპტომები;
15. რა პროფილაქტიკური ღონისძიებები ტარდება შავი ჭირის თავიდან ასაცილებლად?

ნაწილი V

გარეგანი საფარველის ინფექცია

ციმბირის წყლული ანუ ჯილეხი

ციმბირის წყლული მწვავე ზოონოზური ინფექციური დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება უპირატესად კანის დაზიანებით, იშვიათად გვხვდება ფილტვის და ნაწლავური ფორმები.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. დაავადების გამომწვევია ჯილეხის ბაცილა რომელიც წარმოქმნის სპორებს. ვეგეტატიური ფორმა გარემოში ადვილად იღუპება სპორები კი ძლებენ ათეული წლები. ჯილეხი ზოოანთროპოზონოზული დაავადებაა. ინფექციის წყაროს წარმოადგენენ შინაური ცხოველები-ძროხა, ცხვარი, თხა, ღორი, აქლემი. ადამიანის დასნებოვნება ყველაზე ხშირად ხდება კონტაქტის შედეგად, იშვიათად კი, ალიმენტური, ასპირაციული ან ტრანსმისიული მექანიზმით. დაავადებას ხშირად პროფესიული ხასიათი აქვს-ავადდებიან სოფლის მეურნეობის მუშაკები, ვეტერინარები, ტყავის და ბეწვის გადამამუშავებაზე მომუშავენი და სხვები.

ჯილეხის გადატანის შემდეგ რჩება მყარი იმუნიტეტი.

კლინიკა. ჯილეხის კლინიკური ფორმებია: 1) კანის ანუ ლოკალური და 2) სეპტიკური ანუ გენერალიზებული ფორმა.

კანის ფორმა გვხვდება შემთხვევათა 98-99%-ში. ინკუბაციური პერიოდია 2-8 დღე. კანის ფორმებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება კარბუნკულური ფორმა.

კარბუნკულური ფორმის დროს კანზე, გამომწვევის მოხვედრის ადგილას წარმოიქმნება წითელი ლაქა, შემდეგ მოწითალო-სპილენძისფერი პაპულა, რომელიც რამოდენიმე საათში



ბუმტუკად გადაიქცევა. ავადმყოფს ამ ადგილას აწუხებს ქავილი. ბუმტუკი შეიცავს მოყვითალო-შავი ფერის შიგთავსს. ქავილის გამო ან ხშირად თავისთავად ბუმტუკი სკდება და მის ადგილზე წარმოიქმნება წყლული, საიდანაც ხდება სეროზული სითხის ექსუდაცია. წყლულის ირგვლივ ვითარდება პერიფერიული შეშუპება და ჰიპერემია, წყლული იფარება შავი ნეკროზული ქერქით. წყლულის ირგვლივ ვითარდება მოწითალო-ვარდისფერი შვილეული ბუმტუკები, რომელიც შემდეგ წყლულდება. ასე თანდათან იზრდება კარბუნკული და შეიძლება მიაღწიოს 8-15 სანტიმეტრს. ციმბირის წყლულის კარბუნკული უმტკივნეულოა.

ადგილობრივ ანთებას თან ერთვის ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენები: ავადმყოფი უჩივის საერთო სისუსტეს, თავის ტკივილს, ადინამიას, ტაქიკარდიას. ტემპერატურა იმატებს 38-40 C-მდე. ცხელება 7-8 გრძელდება და კრიტიკულად ეცემა. დაავადებისმე-5-7 დღეს ადგილობრივი და ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენები უკუვითარდება. 2-4 კვირის შემდეგ კარბუნკულს ნეკროზული ქერქი სცილდება და წყლულის ადგილას ნაწიბური ვითარდება. კარბუნკული ჩვეულებრივ ერთეულია, თუმცა შესაძლებელია მრავლობითიც იყოს. ლოკალიზაციის მიხედვით იგი ხშირად გვხვდება სახის, თავის არეში, ხელის მტევანზე, წინამხარზე, მხარზე. აღწერილია ენის კარბუნკულიც.

შეშუპებითი ფორმა იწყება ძლიერი ადგილობრივი შეშუპებით, კარბუნკული კი ვითარდება მოგვიანებით. იგი დიდი ზომისაა. ამ ფორმის დროს ინტოქსიკაციის მოვლენები უფრო გამოხატულია და დაავადებაც შედარებით მძიმედ მიმდინარეობს.

ბულური ფორმის დროს ინფექციის შეჭრის ადგილას დასაწყისშივე წარმოიქმნება მრავლობითი ბუმტუკები, ჰემორაგიული შიგთავსით. მათი გასკდომის შემდეგ კი ჩნდება ჯილეხის კარბუნკულის დამახასიათებელი ვრცელი წყლულები. ეს ფორმა მიმდინარეობს მაღალი ცხელებით და გამოხატული ინტოქსიკაციით.

სეპტიკური ფორმა ვითარდება ლოკალური ფორმის ფონზე ან მის გარეშე. ინკუბაციური პერიოდი რამდენიმე საათიდან 8 დღემდე გრძელდება. დაავადება იწყება მწვავედ, შემცივნებით, ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენებით, მაღალი ტემპერატურით 38-40 C-მდე.

ფილტვის დაზიანებით მიმდინარე გენერალიზებული ფორმის შემთხვევაში ავადმყოფს აღენიშნება კონიუნქტივიტი, ზემო სასუნთქი გზების კატარალური მოვლენები. იგი უჩივის ძლიერ მჩხვლეტავ ტკივილს გულმკერდის არეში, აქვს ქოშინი, ციანოზი, ტაქიკარდია (120-140 წუთში), არტერიული წნევა ეცემა. ავადმყოფს ეწყება ხველა, გამოყოფს სისხლიან ნახველს.

ნაწლავების დაზიანებით მიმდინარე ფორმის შემთხვევაში. ავადმყოფს აქვს ძლიერი მჭრელი ხასიათის ტკივილი მუცელში. გულისრევა, ღებინება, ფაღარათი სისხლიანი განავლით.

სეპტიკური ფორმა მიმდინარეობს მძიმედ, ავადმყოფის მდგომარეობა სწრაფად უარესდება, ვითარდება ინფექციურ-ტოქსიური შოკის მოვლენები და ილუპება.



დიაგნოზი. ჯილეხის კანის ფორმის დროს თუ გვაქვს დამახასიათებელი კარბუნკული და შესაბამისი ეპიდანამნეზური მონაცემები, შესაძლებელია დავსვათ ციმბირის წყლულის დიაგნოზი. საბოლოო დიაგნოსტიკის მიზნით გამოიყენება კვლევის შემდეგი მეთოდები: მიკროსკოპული, კულტურალური და კანის ალერგიული სინჯი.

გამოსაკვლევ მასალას წარმოადგენს: ვეზიკულის ან პუსტულის შიგთავსი, ქერქი, სისხლი, ნახველი, განავალი და შარდი. მასალის აღება მისი ტრანსპორტირება და გამოკვლევები ტარდება განსაკუთრებით საშიში ინფექციების კვლევის წესების დაცვით.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. ჯილეხის მკურნალობა კომპლექსურია. ეტიოტროპული საშუალებებიდან იყენებენ ანტიბიოტიკებს და ჰეტეროგენულ გლობულინებს.

ანტიბიოტიკებიდან ეფექტურია პენიცილინი. პენიცილინის მიმართ აწეული მგრძობელობის შემთხვევაში შეიძლება გამოვიყენოთ ტეტრაციკლინი და ეროთრომიცინი. ინტოქსიკაციის ლიკვიდირების, მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის და ელექტროლიტური ბალანსის ნორმალიზაციის მიზნით რეკომენდირებულია მარილოვანი ხსნარების ან სისხლის შემცვლელების გადასხმა. ძლიერი შეშუპების დროს იყენებენ ლაზიქსს. ინფექციურ-ტოქსიკური შოკის შემთხვევაში მიმართავენ ჰორმონოთერაპიას.

პროფილაქტიკური ღონისძიებებიდან მთავარია ინფექციის წყაროს დადგენა და ლიკვიდაცია. დაავადების კერაში ტარდება ცხოველთა მასიური აცრები, ხოლო დაავადებულ ადამიანთან ან ცხოველთან კონტაქტში მყოფ პირებს, აგრეთვე იმათ ვინც დაავადებული ცხოველის ხორცი მიიღო პროფილაქტიკის მიზნით უკეთებენ ჯილეხის საწინააღმდეგო გლობულინს. რისკ ჯგუფებს უტარდებათ პროფილაქტიკური აცრები მშრალი ცოცხალი ვაქცინით.

ტ ე ტ ა ნ უ ს ი

ტეტანუსი მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს ც.ნ.ს. მამოძრავებელი ცენტრების დაზიანება და ჩონჩხის კუნთების ტონური და კლონური კრუნჩხვები.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. დაავადების გამომწვევია ტეტანუსის ბაცილები. ანაერობებია, რომლებიც წარმოქმნის სპორებს.

ტეტანუსის ჩხირები ბინადრობენ ადამიანის ან ცხოველის ნაწლავებში. განავალთან ერთად ხვდებიან ნიადაგში და სპორების სახით ათეულობით წლების განმავლობაში ინახებიან. დაავადება შეიძლება განვითარდეს უმნიშვნელოდ დაზიანებულ კანზე ან ლორწოვან გარსზე მიკრობის მოხვედრის შედეგად. თუ მიკრობს შეექმნა ხელსაყრელი, ანაერობული პირობები, იწყებს ზრდა-გამრავლებას და ვითარდება დაავადება ტეტანუსი.

კლინიკა. დაავადების ინკუბაციური პერიოდი მერყეობს 6-14 დღე, იშვიათად-30 დღემდე. კლინიკურად დაავადება ვლინდება ჭრილობის შეხორცების შემდეგ. დადგენილია რომ რაც უფრო მოკლეა ინკუბაციური პერიოდი, მით უფრო მძიმედ მიმდინარეობს დაავადება.

პროდრომული სიმპტომები იშვიათად არის გამოხატული, იგი ვლინდება ჭრილობის ირგვლივ მცირე დაჭიმულობით, მტკივნეულობით, თავის ტკივილით და ოფლიანობით.

ძირითადად დაავადება იწყება მოულოდნელად: გამოვლინდება დაავადების პირველი პათოგნომური ნიშანი ტრიზმი-საღეჭი კუნთების ტონური კრუნჩხვისა და დაჭიმულობის გამო ავადმყოფს უჭირს პირის გაღება და ღეჭვა. ამ სიმპტომს შემდგომ მოსდევს ე.წ. „სარდონიკული ღიმილი“ ანუ დამცინავი ღიმილი. კეფისა და კისრის კუნთების დამაბვისა და ტკივილის გამო ავადმყოფს თავი უკან აქვს გადახრილი. საყლაპავი მილის სპაზმის გამო კი იწყება ყლაპვის გაძნელება (დისფაგია). თანდათან გამოვლინდება მთელი სხეულის კუნთოვანი აპარატის დამაბვა და კრუნჩხვები. კუნთების დამაბულობა პროგრესულად მატულობს. წელისა და ზურგის კუნთების დაჭიმვა იმდენად ძლიერია, რომ ავადმყოფი საწოლს მხოლოდ თავითა და მენჯით ეხება, წელის არეში თავისუფლად შეიძლება გავატაროთ ხელი. ტონური კრუნჩხვების გარდა, პარალელურად ვითარდება შეტევეთი კლონური კრუნჩხვები, რასაც ხელს უწყობს მცირედი გაღიზიანება -შეხება, სინათლის შუქი, ხმაური და ა.შ. კრუნჩხვითი შეტევის დროს ავადმყოფს უხვად სდის ოფლი, სახეზე ამ დროს ტანჯვა და შიშია გამოხატული. მტკივნეული კრუნჩხვების გამო ავადმყოფი ყვირის, კვნესის, შიმშილობს, იფიტება, იღლებს. მძიმე შემთხვევაში კლონური კრუნჩხვები განუწყვეტლივ მეორდება. თუ კრუნჩხვა 1-2 წუთზე მეტხანს გაგრძელდა, შეიძლება დიაფრაგმის, ხორხისა და ნეკნთაშუა კუნთების სინქრონული სპაზმის შედეგად განვითარდეს ქოშინი, ციანოზი და ასფიქსია. მძიმე ტეტანუსის დროს, განსაკუთრებით სიკვდილის წინ, ტემპერატურა 41 C აღწევს. მთელი დაავადების განმავლობაში ავადმყოფს ნათელი გონება აქვს.

კრუნჩხვებს თან ერთვის ჰიპერემია, ოფლდენა, ჰიპერსალივაცია, ტაქიკარდია და ჰიპოქსია. გაძნელებულია შარდვა და დეფეკაცია (შორისის კუნთების სპაზმის გამო).

შინაგანი ორგანოების მხრივ სპეციფიკური ცვლილებები არ აღინიშნება. კეროვანი და მენინგიალური სიმპტომები არ არის. დაავადების პროგნოზი სერიოზულია, 90-100%-ში იგი

ლეტალურად მთავრდება.



დიაგნოზი. ტეტანუსის დიაგნოსტიკა ემყარება ეპიდემიოლოგიურ ანამნეზს (ჭრილობა, ტრამვა) და კლინიკურ სურათს. დაავადებას იმდენად დამახასიათებელი კლინიკა აქვს, რომ შეუძლებელია სხვა დაავადებაში აგვერიოს.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. უპირველეს ყოვლისა საჭიროა ჭრილობის ქირურგიული დამუშავება. იგი შეხორცებულიც რომ იყოს, ღრმად უნდა გაიხსნას, ქირურგიულად კარგად დამუშავდეს და დაედოს დრენაჟი. დამუშავებული ჭრილობის ირგვლივ საჭიროა ტეტანუსის საწინააღმდეგო შრატის შეყვანა. გამომწვევის საწინააღმდეგოდ ვენაში შეჰყავთ ბენზილპენიცილინი. ტოქსინის ნეიტრალიზაციის მიზნით ავადმყოფს ენიშნება ტეტანუსის საწინააღმდეგო ანტიტოქსიკური შრატი. შრატით მკურნალობა უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება მალე. მძიმე შემთხვევაში ანატოქსინი შეჰყავთ ვენაში.

ტეტანუსის საწინააღმდეგო ანტიტოქსიკური იმუნიტეტის დროულად გამომუშავების მიზნით გამოიყენება აგრეთვე ტეტანუსის ადსორბირებული ანატოქსინი.

კრუნჩხვითი სინდრომის ლიკვიდირების მიზნით გამოყენებულია ნეიროლეპტიკები, ნარკოტიკული საშუალებები და მიორელაქსანტები. აუცილებელია ჰემატოკრიტის, წყალ-მარილოვანი და მჟავა-ტუტოვანი მაჩვენებლების კონტროლი და კორექცია.

სუნთქვის უკმარისობის მკურნალობა ხორციელდება რეანიმაციული მეთოდებით. მეორადი ფლორით გართულებების სამკურნალოდ იყენებენ ანტიბიოტიკებს.

უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის კარგ მოვლას და კალორიულ კვებას. საჭიროა ნაწოლების პროფილაქტიკა.

ტეტანუსის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკა ტარდება სასწრაფოდ ტრამვის მიღებისთანავე. თუ ავადმყოფი აცრილია, საკმარისია შეყვანილ იქნას ტეტანუსის ანატოქსინის 0,5 მლ. აუცრელებს უტარდებათ ე.წ. აქტიურ-პასიური იმუნიზაცია ანატოქსინით. ტეტანუსის საწინააღმდეგოდ ტარდება გეგმიური კალენდარული აცრები. ბავშვები იცრებიან 2 თვიდან 17 წლამდე დადგენილი გრაფიკით. ბავშვთა იმუნიზაცია ტარდება ასოცირებული ვაქცინით ყივანახველა-დიფთერია-ტეტანუსი ან დიფთერია-ტეტანუსი. ასევე იცრებიან სამხედროები, მშენებლები, მიწის მოხრელები. აცრა წლების განმავლობაში იძლევა მყარ ანტიტოქსიურ იმუნიტეტს. დაავადების პროფილაქტიკის საქმეში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მოსახლეობის სანიტარულ განათლებას.

ცოფი

ცოფი ადამიანისა და თბილისხლიან ცხოველთა ნერვული სისტემის მწვავე ინფექციური დაავადებაა რომელსაც ახასიათებს მძიმე ენცეფალიტი და ლეტალური გამოსავალი.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. ცოფის გამომწვევია ფილტრში გამავალი ვირუსი, რომელიც გამძლეა დაბალი ტემპერატურის მიმართ, სითბოსა და გამოშრობას ვერ იტანს.

ცოფი ზოონოზური დაავადებაა. ინფექციის რეზერვუარს წარმოადგენენ ძირითადად ხორცის მჭამელი ცხოველები (მგელი, ტურა, მელა, ძაღლი, კატა, ღამურა). ადამიანის დასნებოვნება ხდება დაავადებული ცხოველის დაკბენით ან მცირედ დაზიანებული კანის დადორბვლით. ადამიანიდან ადამიანს ცოფის ვირუსი არ გადაეცემა.

კლინიკა. დაავადების ინკუბაციური პერიოდი მერყეობს 10 დღიდან 3 თვემდე, იშვიათად 1 წლამდე. ინკუბაციური პერიოდის ხანგრძლივობა განისაზღვრება ნაკბენის ლოკალიზაციით, იგი მით უფრო მოკლეა, რაც უფრო ახლოსაა ნაკბენი თავის ტვინთან.

ცოფის მიმდინარეობაში არჩევენ სამ სტადიას: 1) საწყის; 2) აგზნების და 3) პარალიზურს.

დაავადება იწყება დამახასიათებელი პროდრომული სიმპტომებით, ავადმყოფს აქვს უსიამოვნო შეგრძნება ნაკბენის ირგვლივ -წვა, ტკივილი, ქავილი, შეწითლება.

ტემპერატურა არის სუფებრილური 37,8 C-მდე. ვლინდება ფსიქიკის დარღვევის პირველი სიმპტომები: გაუგებარი შიში, უძილობა, მელანქოლია, დეპრესია, გაღიზიანებადობა.

ავადმყოფი ჩაკეტილია, აპათიური, უარს ამბობს ჭამაზე, ძილი თუ აქვს ხედავს კომმარულ სიზმრებს. საწყისი სტადია გრძელდება 1-3 დღე. შემდგომ აპათია და დეპრესია იცვლება მოუსვენრობით. იწყება ე.წ. აგზნების სტადიისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების გამოვლინება. ავადმყოფს ეწყება წყლის შიში (ჰიდროფობია), თავდაპირველად წყლის დალევის მცდელობისას, შემდგომ კი მისი დანახვის, ხსენების ან ხმაურის მოსმენისას ავადმყოფს უვითარდება ხორხისა და საყლაპავის კუნთების სპაზმი. მსგავსი რეაქცია ვითარდება ოთახში მკვეთრი მოძრაობისას, კარების გაღებისა და დახურვისას, საბნის დაფარებისას და ა.შ. ეს არის ე.წ. აეროფობია ანუ ჰაერის შიში. შეტევას იწვევს ხმამაღალი ლაპარაკი (აკუსტიკოფობია), მკვეთრი სინათლე (ფოტოფობია) და სხვა. შეტევის დროს ავადმყოფი უეცრად კრთება, ხელები უკანკალებს, თავს უკან გადახრის, სუნთქვაში

მონაწილეობს ყველა დამხმარე კუნთი, განსაკუთრებით გამწვანებულია ჩასუნთქვა. პაროქსიზმები თანდათან ხშირდება, მასთან ერთად ღრმავდება ფსიქიკური მოშლილობა. ავადმყოფს ეწყება მოძრაობითი აგზნება, მტანჯველი კრუნჩხვები, ჰალუცინაციები, ეგზოფთალმია. იგი აგრესიული ხდება, ავლენს არაადამიანურ თვისებებს, დიდ ძალას, ამტვრევს ნივთებს, იხევს ტანსაცმელს, გარბის, ყვირის, უხვად სდის წებოვანი ოფლი, აქვს სლოკინი, ლებინება. შეტევათა შორის პერიოდში ავადმყოფი გრძნობს და განიცდის თავის გამოუვალ მდგომარეობას.

აგზნების პერიოდში აღინიშნება ჰიპერსალივაცია. ნერწყვი იმდენად უხვია, რომ ავადმყოფს არ ძალუძს გადაყლაპოს იგი და განუწყვეტილად აფურთხებს ირგვლივ. ნერვული სისტემის დაზიანებისა და ნერწყვის დიდი რაოდენობით დაკარგვის გამო ავადმყოფის ორგანიზმი შრება, იფიტება, ნივთიერებათა ცვლა იშლება, სუნთქვისა და გულ-სისხლძარღვთა მოშლილობა მატულობს, მაჯა ძაფისებურია, ტემპერატურა 40-42 C-ს აღწევს. აგზნების პერიოდის მე-3-4 დღეს ერთ-ერთი შეტევის დროს ავადმყოფი იღუპება გულის ან სუნთქვის გაჩერებით ან ვითარდება მესამე ე.წ. პარალიზური ანუ დამბლების სტადია. ავადმყოფი მშვიდდება, დუნდება, გაუნძრევლად წევს, ლულულდება, კრუნჩხვები აღარ აქვს, წყალსაც სვამს. ხდება თავ-ზურგ-ტვინის ნერვებისა და კიდურების დამბლა, მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების ფუნქცია მოიშლება, ტემპერატურა 42-43 C-მდე აღწევს, მაჯა არითმიულია, სისხლის არტერიული წნევა ეცემა, ვითარდება კოლაფსი, შემდეგ გულის ან სუნთქვის ცენტრის დამბლა და ავადმყოფი იღუპება უეცრად, აგონიის გარეშე. მე-3 სტადიის ხანგრძლივობა სულ 15-20 საათია. მთლიანად დაავადებისა კი 3-8 დღე.



დიაგნოზი. დაავადების დიაგნოსტიკა ემყარება ეპიდემიოლოგიურ (ცოფით დაავადებული ან მასზე საეჭვო ცხოველის კბენა ან დადორბვლა), კლინიკურ (ჰიდროფობია, აეროფობია, აკუსტიკოფობია, ფოტოფობია, ჰიპერსალივაცია, ბოდვები და ჰალუცინაციები) და ლაბორატორიულ მონაცემებს.

ლაბორატორიულად შესაძლებელია დაავადებული ადამიანის თვალის რქოვანა გარსის ზედაპირიდან აღებულ ანაბექტში, თავის ტვინის ქსოვილსა და სანერწყვე ჯირკვლებში ცოფის ვირუსის ანტიგენის აღმოჩენა.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. ცოფის სპეციფიკური სამკურნალო საშუალება დღემდე არ არსებობს. ავადმყოფი თავსდება ინფექციურ საავადმყოფოში ცალკე იზოლირებულ და ჩამოხნელებულ პალატაში, სადაც მას არ აწუხებს ხმაური. უტარდება სიმპტომური მკურნალობა, რათა შეუმსუბუქდეს მიმდებარე ტანჯვა. აგზნების სტადიაში უკეთებენ დიდი დოზებით-მორფიუმს, ამინაზინს, პრომედოლს, დიმედროლს, ლუმინალს და სხვა. დაკარგული სითხის აღსადგენად და კვების მიზნით მიზანშეწონილია მარილ-ხსნარების გადასხმა. პარალიზურ სტადიაში იყენებენ სუნთქვისა და გულ-სისხლძარღვთა მოქმედების მასტიმულირებელ საშუალებებს.



ცოფის პროფილაქტიკა უპირველეს ყოვლისა ითვალისწინებს ბრძოლას ცხოველთა შორის ცოფის ლიკვიდაციისაკენ, რისთვისაც ატარებენ შინაური და სამუშაო ძაღლების ვაქცინაციას.

ცოფზე საექვო ცხოველის მიერ ადამიანის დაკბენის ან დადორბვლის შემთხვევაში ჭრილობის დამუშავებასთან ერთად ტარდება ცოფის საწინააღმდეგო იმუნიზაცია.

ნაკბენი ადგილი უნდა მოიხანოს გადადუღებული თბილი წყლით და საპნით, შემდეგ კი უნდა დამუშავდეს 70% სპირტით ან იოდის სპირტხსნარით. მიზანშეწონილია ჭრილობაზე ანტირაბიული გამაგლობულინის ფხვნილის მოფრქვევა.

ცოფის საწინააღმდეგო სპეციფიკური პროფილაქტიკა ტარდება ვაქცინითა და გამაგლობულინით. ეს არის აქტიური და პასიური იმუნიზაციის კომბინაცია.

გამაგლობული უნზრუნველყოფს პასიურ იმუნიტეტს, ახანგრძლივებს ინკუბაციურ პერიოდს. დაკბენილ, დაკაწრულ ან დადორბილ პაციენტს ჭრილობის დამუშავების შემდეგ შეუყვანენ ანტირაბიულ გამაგლობულინს. ცხოველზე კი წესდება მეთვალყურეობა (თუ ეს შესაძლებელია) 10 დღით. თუ ცხოველი დაიღუპა ან მასზე დაკვირვება შეუძლებელია სასწრაფოდ იწყებენ ვაქცინაციას.

წითელი ქარი

წითელი ქარი მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება ცხელებით, ინტოქსიკაციით და კანის შემოსაზღვრული მონაკვეთის დაზიანებით.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. წითელი ქარის გამომწვევია ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი. დაავადების განვითარებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ალერგიულ ფაქტორს. ორგანიზმში

სტრუქტოკოკების მხოლოდ განმეორებითი მოხვედრა იწვევს წითელ ქარს.

ინფექციის შეჭრა ხდება დაზიანებული კანიდან ან ლორწოვანიდან. ჰემოლიზური სტრუქტოკოკები ხშირად გვხვდება ჯანმრთელი ადამიანის კანზე და ლორწოვანზე, ამიტომ კანისა და ლორწოვანის უმნიშვნელო დაზიანებაც კი შეიძლება გახდეს დაავადების მიზეზი. წითელი ქარი იმუნიტეტს არ ტოვებს. ხშირია რეციდივები.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი 2-დან 8 დღემდე გრძელდება. დაავადება იწყება ერთბაშად, მაღალი ტემპერატურით (40 - 41), ძლიერი შემცივნებით, თავის ტკივილით, ზოგჯერ ლებინებით, ინფექციის შეჭრის ადგილზე წარმოიქმნება წითელი ლაქა, რომელიც სწრაფად იზრდება. კანი დაჭიმულია, წითელია, რასაც ემატება შეშუპება, წვის შეგრძნება და ტკივილი. ამასთან პირველადი ანთების ადგილზე პროცესი ქრება (მცოცავი წითელი ქარი) ან შეიძლება ერთი ადგილიდან გადავიდეს სხეულის სხვა ნაწილზე. წითელი ქარის კლინიკური კლასიფიკაცია ასეთია: ადგილობრივი გამოვლინების ხასიათის მიხედვით განარჩევენ 1. ერთემატოზულ, 2. ერთემატოზურ – ბულურ, 3. ერთემატოზულ – ჰემორაგიულ და 4. ბულოზურ – ჰემორაგიულ ფორმებს.

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით არჩევენ: 1. მსუბუქ, 2. საშუალო სიმძიმის, 3. მძიმე ფორმის წითელ ქარს.

ჯერადობის მიხედვით არსებობს: 1. პირველადი, 2. რეციდიული და განმეორებითი. ადგილობრივი ცვლილებების გავრცელების მიხედვით კი: 1. ლოკალური, 2. გავრცელებული და 3. მეტასტაზური ფორმები.

ერთემატოზული ფორმის დროს აღინიშნება კანის შეშუპება, შეწითლება და ტკივილი.

ერთემატოზულ-ბულური ფორმის შემთხვევაში ერთეემის ადგილზე ხდება ეპიდერმისის აქერცვლა და მის ადგილზე წარმოიქმნება ბუშტუკები სეროზული სითხით. შემდგომ ბუშტუკი სკდება, კანი იფარება ყავისფერი ქერქით, რომლის მოვარდნის შემდეგ ამ ადგილზე ჩანს ნაზი კანი.

ერთემატოზულ – ჰემორაგიული ფორმის დროს პროცესი მიმდინარეობს ერთეემული ფორმის სიმპტომებით. განსხვავება ის არის, რომ ერთეემის ფონზე ჩნდება სისხლჩაქცევა.

ბულოზურ – ჰემორაგიული ფორმას აქვს, იგივე გამოვლინებები რაც ერთეემულ-ბულურ ფორმას, იმ განსხვავებით, რომ ამ დროს ბუშტუკები ამოვსებულია ჰემორაგიული ექსუდატით.

დაავადების ყველა ფორმის დროს ვითარდება რეგიონალური ლიმფადენიტი.

დაავადების ზოგადი სიმპტომები გრძელდება 3-10 დღე. მისი ხანგრძლივობა დამოკიდებულია მკურნალობის დროულ დაწყებაზე. რაც შეეხება კანზე ანთებით მოვლენებს, ერთემატოზული ფორმის დროს 5-8 დღით განისაზღვრება. სხვა ფორმების შემთხვევაში 10-15 დღით.

მორეციდივე წითელი ქარი ვითარდება პირველადი დაავადების გადატანიდან რამდენიმე დღის ან 1,5 – 2 წლის შემდეგ. ლოკალიზდება ძირითადად ქვემო კიდურებზე. მორეციდივე ფორმის განვითარება დაკავშირებულია პირველადი პროცესის არასწორ და არასრულ მკურნალობასთან.

განმეორებითი დაავადება ვითარდება წინა დაავადების გადატანიდან 2-3 წლის შემდეგ. კლინიკური მიმდინარეობით განმეორებითი დაავადება არ განსხვავდება პირველადისაგან.

გართულებებიდან აღსანიშნავია აბსცესი, ფლეგმონა, ნეკროზები, თრომბოფლებიტები, იშვიათად სეფსისი, პნევმონია, ნეფრიტი და სხვ.



დიაგნოზი. ემყარება დამახასიათებელ კლინიკურ სურათს და ანამნეზურ მონაცემებს (რეციდივები).

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. დაავადების პირველი 5 დღის განმავლობაში აუცილებელია წოლითი რეჟიმი (ქვემო კიდურების წითელი ქარის დროს კი მთელი დაავადების განმავლობაში). იყენებენ ანტიბიოტიკებს, მკურნალობის ხანგრძლივობაა 7-10 დღე. რეციდივების დროს მიზანშეწონილია ანტიბიოტიკოთერაპიის მეორე კურსის ჩატარება, პირველი კურსის დამთავრებიდან 7-10 დღის შემდეგ (5-7 დღის ხანგრძლივობით). ავადმყოფს ენიშნება აგრეთვე ვიტამინები.

პროფილაქტიკის მიზნით აუცილებელია პირადი ჰიგიენის დაცვა, კანის თანმხლები დაავადებებისა და პერიფერიულ სისხლძარღვთა დაავადებების მკურნალობა. ქრონიკული სტრეპტოკოკური ინფექციის კერების სანაცია. ხშირი რეციდივების პროფილაქტიკისათვის დაავადების სრულფასოვანი კომპლექსური მკურნალობის შემდეგ ტარდება ბიცილინპროფილაქტიკა ბიცილინ 5-ით-მას აქვს ანტიჰისტამინური თვისებები, ამცირებს ალერგიულ და ანაფილაქსიურ რეაქციებს.

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსული ინფექცია-აივ ინფექცია

ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსული ინფექცია-აივ ინფექცია პირველად დარეგისტრირდა აშშ-ში 1981 წელს. ამჟამად ის აღინიშნება მსოფლიოს ხუთივე კონტინენტის 200-ზე მეტ ქვეყანაში. დღემდე ამ დაავადებით გარდაცვლილია მრავალი მილიონი ადამიანი.

უნდა განვასხვავოთ შიდს-ი აივ-ინფექციისაგან. აივ ინფექციის ძირითადი გამოვლინება იმუნოდეფიციტური მდგომარეობის განვითარებაა. შიდსი აივ ინფექციის ბოლო სტადიაა, როდესაც უკვე გამოხატულია დაავადების კლინიკური ნიშნები.

ეტიოლოგია და ეპიდემიოლოგია. აივ ინფექციის გამომწვევი, ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი-რეტროვირუსების ჯგუფს მიეკუთვნება. ვირუსი მაღალ კონცენტრაციაში ინფიცირებული ადამიანის სისხლში, სპერმაში, არის აგრეთვე ვაგინალურ სითხეში, დედის რძეში. მცირე რაოდენობით შეიძლება იყოს ნერწყვში. ვირუსი გათბობისადმი ძლიერ მგრძობიარეა. მაღალ ტემპერატურაზე სწრაფად იღუპება. ცნობილია აივ-ის გადაცემის სამი გზა: 1) სქესობრივი კონტაქტი (როგორც ჰომოსექსუალური, ისე ჰეტეროსექსუალური)-



ვაგინალური, ანალური, ორალური. ყველაზე საშიშია ანალური კონტაქტი; 2) ინფიცირებული სისხლის ან სისხლის კომპონენტების გადასხმა, აივ-ის ინფიცირებული სისხლით დაბინძურებული შპრიცის, ნემსის და სხვა სამედიცინო ინსტრუმენტების გამოყენება; 3) ვირუსის გადაცემა ინფიცირებული დედისაგან ნაყოფზე ან ახალშობილზე (მუცლადყოფნის პერიოდში, მშობიარობის ან ძუძუთი კვების დროს). ზემოთქმულიდან გამომდინარე რისკის ჯგუფებს წარმოადგენენ, პირველ რიგში, ინტრავენურად

ნარკოტიკების მომხმარებლები, ჰომოსექსუალები და ბისექსუალები, მეძავეები, შემთხვევითი სქესობრივი კავშირის მქონე პირები, სისხლის რეციპიენტები, ჰემოდიალიზზე მყოფი ავადმყოფები. აივ გარემოში სწრაფად ილუპება, ამიტომ ის არ გადადის ჰაერწვეთოვანი გზით და ნერწყვით, დაავადება არ გადაეცემა ხველით, დაცემი-ნებით და კოცნით. თუ პირის ღრუს ლორწოვანი დაზიანებულია, ასეთ შემთხვევაში ვირუსი შეიძლება გადავიდეს სისხლში და გამონაკლისის სახით განვითარდეს ინფექცია. საყოფაცხოვრებო და სოციალური კონტაქტებით, ხელის ჩამორთმევით, დაავადებულის მიერ გამოყენებული ჭურჭლით, თეთრეულით, საერთო ტუალეტითა და აბაზანით სარგებლობის შემთხვევაში ინფექციის გადადება არ ხდება. არ არის საშიში აივ ინფიცირებულთან ერთად ყოფნა სასწავლო დაწესებულებასა და საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში (კინოთეატრი, საცურაო აუზი და სხვა), საერთო ტრანსპორტით მგზავრობა. დაავადება არ გადაეცემა მწერების კბენით.

კლინიკა. ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით გამოწვეული ინფექცია ხშირად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს მრავალი წლის მანძილზე (ზოგჯერ 10 წელი და მეტი). დაავადების ნიშნები, თუ კი გამოვლინდა, დასაწყისში ძალიან პოლუმორფული და არასპეციფიკურია. ავადმყოფს შეიძლება ჰქონდეს ისეთი გამოვლინებები, როგორცაა ცხელება, ოფლიანობა, განსაკუთრებით ღამით, ანორექსია, გულისრევა, ღებინება, დიარეა, წონაში დაკლება კახექსიამდე, ლიმფადენოპათია და სხვა. ამ პერიოდში ავადმყოფები მიდრეკილები ხდებიან ვირუსული და ბაქტერიული ინფექციებისადმი-ორალური და გენიტალური ჰერპესი, პნევმონია, ტუბერკულოზი და სხვა.

დაავადების განვითარებული სტადია-შიდსი- ხასიათდება ე.წ. ოპორტუნისტული ინფექციების და ავთვისებიანი პროცესების გამოვლინებით. ინფექციური პროცესებიდან ძალიან დამახასიათებელია პნევმოცისტური პნევმონია, მატულობს ბაქტერიული, მათ შორის პნევმოკოკური და ვირუსული პნევმონიების რიცხვი. ხშირად ვითარდება ქრონიკული სინუსიტი, კუჭნაწლავის ტრაქტის, განსაკუთრებით, საყლაპავის კანდიდოზი. აღინიშნება



სალმონელებით, შიგელებით, ადენოვირუსებით, ამებებით, ლამბლიებით გამოწვეული ენტეროკოლიტები. ხშირია ტოქსოპლაზმოზის გამოვლინება. ზიანდება კანი, ღვიძლი, ნაღვლის ბუშტი, თირკმლები. რევმატოლოგიური გამოვლინებებიდან დამახასიათებელი ართრიტები. დამახასიათებელია თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება,

ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევა. სიმსივნური პროცესებიდან განსაკუთრებით ხშირია კაპოშის სარკომა და ლიმფომები. ზიანდება ცენტრალური ნერვული სისტემა, რაც გამოიხატება ენცეფალოპათიით, მენინგიტით, ხშირად ზიანდება ზურგის ტვინი და პერიფერიული ნერვული სისტემა.

სისხლში აღინიშნება: ანემია, ლეიკოპენია, თრომბოციტოპენია და სხვა.

დიაგნოსტიკა. ადრეულ სტადიაზე სპეციფიკური, ლაბორატორილი ტესტებით შეიძლება სისხლში ვირუსული ანტიგენების და ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების აღმოჩენა. ინფიცირებიდან რამდენიმე კვირაში ან თვეში ავადმყოფის სისხლში ვლინდება ვირუსები და ვირუსული ანტიგენები. ინფიცირებიდან 3-6 თვის შემდეგ სისხლში ჩნდება სპეციფიკური ანტისხეულები.

მკურნალობა და პროფილაქტიკა. სამკურნალო პრეპარატები აივ ინფექციის სრული განკურნებისათვის დღესდღეობით არ არსებობს. შექმნილია ზოგიერთი პრეპარატი, რომელიც დაავადების პროგრესირებას ახანგრძლივებს და დროული დანიშვნისას სიცოცხლეს აღარაფერი ემუქრება. მეცნიერები მუშაობენ ასევე პროფილაქტიკისათვის ვაქცინის შესაქმნელად.

პროფილაქტიკისთვის დაავადების თავიდან ასაცილებლად აუცილებელია ერთჯერადი სამედიცინო ხელსაწყოების გამოყენება. ასევე ჯანმრთელი ცხოვრების წესი- ვებრძოლოთ ნარკომანიასა და პროსტიტუციას. მოსახლეობას უნდა ავუხსნათ, რომ საშიშია შემთხვევითი სქესობრივი კავშირები და ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია პრეზერვატივების ანუ კონდომების გამოყენება.



საკონტროლო კითხვები:

1. როგორია გარეგანი საფარველის ინფექციათა გადაცემის მექანიზმი?
2. დაასახელეთ ციმბირის წყლულის გამომწვევი;
3. ჩამოთვალეთ ჯილეხის კლინიკური ფორმები;
4. აღწერეთ კანზე გამონაყარი ჯილეხის დროს;
5. დაასახელეთ ჯილეხის მკურნალობის ძირითადი მეთოდები;
6. დაასახელეთ ტეტანუსის ძირითადი კლინიკური ნიშნები;
7. ჩამოთვალეთ ტეტანუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის გრაფიკი;
8. რომელი ცხოველებით შეიძლება დაავადდეს ადამიანი ცოფით?
9. დაასახელეთ ცოფის კლინიკის ძირითადი სიმპტომები;
10. რა დროს და როგორ უკეთებენ ადამიანს ანტირაბიულ შრატს?
11. რა არის წითელი ქარის გამომწვევი?
12. დაასახელეთ წითელი ქარის კლინიკური ფორმები;
13. როგორია წითელი ქარის მკურნალობის მეთოდები?
14. დაასახელეთ აივ ინფექციით დაავადების რისკ ჯგუფი;
15. რამდენ ხანს გრძელდება ინკუბაციური პერიოდი აივ ინფექციის დროს?
16. ჩამოთვალეთ აივ ინფექციის პროდრომის სიმპტომები;
17. რომელი ინფექციური და ონკოლოგიური დაავადებები დაერთვის და უვითარდება აივ ინფექციით დაავადებულს?

ონკოლოგიური პაციენტის

საექთნო მართვა

სახელწოდება კიბო მოდის უხსოვარი დროიდან. ძველი დროის ექიმები სიმსივნის ჩაზრდას ქსოვილებში ადარებდნენ ცხოველ - კიბოს მარწუხის მაგვარ ფეხებს და აქედან წარმოდგება ავთვისებიანი სიმსივნის სახელწოდება „კიბო“. ძველი ქართველი ექიმები ავთვისებიან სიმსივნეს „კუს“ უწოდებდნენ.

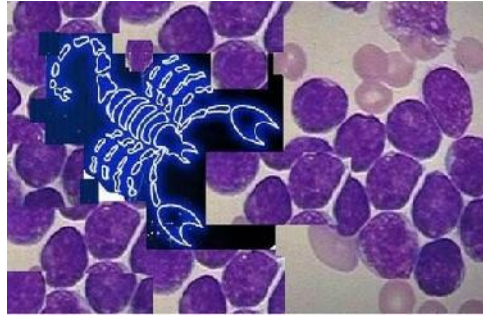
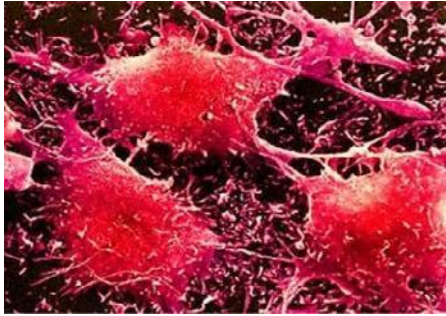


კიბოს შესახებ პირველწყარო ნაპოვნია ეგვიპტის პაპირუსებში 1500 წლის წინ ჩვენს წელთაღრიცხვამდე.



სიმსივნეები იყოფა კეთილთვისებიანად და ავთვისებიანად. ამასთან იგი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი. კეთილთვისებიანი სიმსივნე არ ანადგურებს სხვა ქსოვილებს და არ იკავებს მათ ადგილს. მართალია კეთილთვისებიანი სიმსივნე არ არის აგრესიული, მაგრამ ზოგ შემთხვევაში მას შეუძლია გამოიწვიოს სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა. ავთვისებიან სიმსივნეს ახასიათებს სწრაფი ზრდა. ჩაიზრდება ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში, ანადგურებს ქსოვილებს და იკავებს მათ ადგილს. იძლევა მეტასტაზებს ქსოვილებში და ორგანოებში.

მეტასტაზების გავრცელება ხდება სისხლისა და ლიმფის საშუალებით.



სიმსივნე შეიძლება იყოს სხვადასხვა ფორმისა და სხვადასხვა ფერის.

ზოგ შემთხვევაში სიმსივნეს კაფსულა არა აქვს, ზოგ შემთხვევაში კი შემოფარგლულია შემაერთებელ ქსოვილოვანი კაფსულით. სიმსივნის ზედაპირი უმეტეს შემთხვევაში სადაა, ზოგჯერ კი ხორკლიანი. სიმსივნე შეიძლება იყოს რბილი, მკვრივი, ელასტიური.

ავთვისებიანი სიმსივნეების კლასიფიკაციას საფუძვლად უდევს მათი ოთხ სტადიად დაყოფის პრინციპი. აქ მხედველობაში მიიღება სიმსივნის ოდენობა, მისი გავრცელება მეზობელ ქსოვილებში და ორგანოებში, მეტასტაზების არსებობა:

1 - ლი სტადია სიმსივნე მცირე ზომისაა, უმეტესად 2სმ-მდე. ლიმფურ კვანძებში არ არის მეტასტაზები.

მე-2 სტადია სიმსივნის ზომა 2-5სმ-ია. ლიმფურ კვანძებში შეიძლება იყოს ერთეული მეტასტაზები.

მე-3 სტადია სიმსივნის ზომა 2-5სმ-ია. ლიმფურ კვანძებში შეიძლება იყოს ერთეული მეტასტაზები.

მე-4 სტადია სიმსივნე ძალიან დიდ ზომას აღწევს. შეჭრილია მეზობელ ქსოვილებში და ორგანოებში. მრავლობითი მეტასტაზებია ლიმფურ კვანძებში და შორეულ ორგანოებში.

ხშირად ისმება კითხვა შეიძლება თუ არა კიბოვანი ავადმყოფის განკურნება? გაბედულად შეიძლება ვთქვათ, რომ კიბოვანი ავადმყოფის განკურნება სავსებით შესაძლებელია, თუ ავადმყოფი თავის დროზე გამოცხადდა გასასინჯად და დაიწყო მკურნალობა.

ონკოლოგიურ ავადმყოფს ფსიქიკა შეცვლილი აქვს, რაც მოვლისას საყურადღებოა. ასეთი ავადმყოფი დაავადების დასაწყის პერიოდში არ უნდა ხდებოდეს უიმედო მდგომარეობაში.

სამედიცინო პერსონალმა პატივი უნდა სცეს და გაითვალისწინოს პაციენტის აზრი, ხოლო მეორე მხრივ დაეხმაროს მას მიიღოს გაცნობიერებული გადაწყვეტილება, რისთვისაც პაციენტს უნდა მიაწოდოს ობიექტური, გასაგები და დროული ინფორმაცია.



ახლობლებს უნდა განუმარტონ, რომ სიმსივნე გადამდები არ არის. უნდა გააცნონ ზოგიერთი აუცილებელი ჰიგიენური ღონისძიება. მაგ: ფილტვისკიბოიანი ავადმყოფი ნახველს უნდა აგროვებდეს სპეციალურ მჭიდროთავსახურიან საფურთხებელში, რომელსაც ყოველდღე უნდა რეცხავდნენ ცხელი წყლით და უკეთებდნენ დეზინფექციას. ნახველს, შარდს და განავალს გამოკვლევისათვის აგროვებენ სპეციალურ ჭურჭელში.



ხანგრძლივად მწოლიარე ავადმყოფს პროფილაქტიკისთვის აწვენენ რეზინის რგოლზე. კანს, რომელზედაც მოსალოდნელია ნაწოლების განვითარება დღეში რამდენჯერმე წმენდენ ქაფურით, სპირტით. ოთახს, რომელშიც ავადმყოფი წევს, ხშირად უნდა ანიავებდნენ. ავადმყოფი ხშირად უნდა გაიყვანონ ჰაერზე. განსაკუთრებით ყურადღებას აქცევენ სწორ კვებას.

ავთვისებიანი სიმსივნის მკურნალობის ძირითადი პრინციპი მდგომარეობს იმაში, რომ ორგანიზმს მოვაშოროთ ავთვისებიანი უჯრედები, შევაჩეროთ ავთვისებიანი უჯრედების ზრდა, გამრავლების პროცესი.

სიმსივნეთა მკურნალობაში წამყვანად ითვლება ქირურგიული მეთოდი. გარდა ამისა გამოიყენება სხივური მეთოდი, ქიმიოთერაპია. ტკივილის დროს ანალგეტიკური საშუალებები. ძლიერი ტკივილის დროს კი ნარკოტიკული საშუალებები. ავადმყოფის მდგომარეობა, რომ შევინარჩუნოთ აუცილებელია ჩატარებული იქნას გადასხმები, მედიკამენტური მკურნალობა (ანტიბიოტიკები, კორტიკოსტეროიდები, ვიტამინები).

კიბოს რისკის შესამცირებელი ჯანმრთელი ცხოვრების ნაბიჯები

გამოიმუშავეთ ჯანსაღი კვების კულტურა



კვების რაციონში შეამცირეთ ცხოველური ცხიმები



კვების რაციონში გაზარდეთ ხილის, ბოსტნეულისა და მწვანე ხილის რაოდენობა



მეტი რაოდენობით მიირთვიეთ ვიტამინებით მდიდარი საკვები და ზომიერად მინერალები



კონტროლზე აიყვანეთ საკუთარი წონა, ასევე კვების რაციონში შაქრის, საკონდიტრო და ცომეული ნაწარმის რაოდენობა. ვარჯიშით, სპორტითა და წყლის პროცედურებით გაიკაჟეთ ჯანმრთელობა



უარი თქვით თამბაქოს მოწევაზე. უარი თქვით ნარკოტიკების მიღებაზე



დაიცავით ზომიერება ალკოჰოლური სასმელების მიღებისას



თავი მზარით დასხივებას და მზის სხივებით გადამეტებულ გარუჯვას



კანის კიბო - კანის კიბოს გაჩენას წინ უძღვის კიბოსწინარე დაავადებანი: ფურუნკული, კანის შესიება, მოხუცებულობის მეჭეჭები, ტრავმები, მოყინვა, დამწვრობა, პიგმენტური ხალი. კანის კიბოთი დაავადება ხშირია, სადაც ღია კანით მზის სხივების ქვეშ ხანგრძლივად ეწევიან ფიზიკურ შრომას.

არჩევენ კანის კიბოს ორ ფორმას:

ზერელე ფორმა- სიმსივნე ლოკალიზდება თვალის ქუთუთოებზე, ხელის მტევნებზე, ცხვირის ნესტოებზე, შუბლზე, ლოყაზე. მისი პირველი ნიშანია ლაქების გაჩენა კანზე, რომელიც თანდათან იწყებს ოდენობაში მომატებას, შემდეგ ვითარდება კვანძები, რომელიც წყლულდება. ჩნდება სისველე, იწყება ქავილი. სიმსივნე ჩაიზრდება ქსოვილებში და ორგანოებში.

ღრმად შემღწევი ფორმა - სიმსივნე ვითარდება და იჭრება ღრმა შრეებში. აზიანებს ძვალსა და ხრტილს.

კანის პიგმენტური სიმსივნე (მელანომა) - კანის პიგმენტური სიმსივნე (მელანომა) შეიძლება იყოს თანდაყოლილი და შეძენილი. არჩევენ კეთილთვისებიან და ავთვისებიან მელანომას. ავთვისებიანი მელანომა ხშირად თანდაყოლილი ხალისგან ვითარდება, თუმცა შეიძლება განვითარდეს შეძენილი ხალისგან. მელანომა ვითარდება კანზე ყველგან.

მეტად დიდი სიფრთხილე მართებს მას ვისაც აქვს თანდაყოლილი ხალი. მისმა გაღიზიანებამ შეიძლება ბიძგი მისცეს ავთვისებიან პროცესს. ხალის ავთვისებიანად გარდაქმნის ნიშნებად ითვლება ხალის ფართობის გადიდება, გამკვრივება, დაწყლულება, გაწითლება, ნახეთქების და გამონაყარის გაჩენა.

მელანომის გაჩენაში დიდ როლს თამაშობს მზის სხივები და ფიზიოთერაპიული მეთოდები.



ქვედა ტუჩის კიბო - ქვედა ტუჩის კიბოს წარმოშობას უმეტეს შემთხვევაში წინ უძღვის ეროზია, ჩანახევი,ლორწოვანის აქერცვლა, სიმშრალე. ტუჩის კიბოსადმი წინასწარ განმწყობ პირობად თვლიან მზის სხივებს. ხელშემწყობ პირობად თამბაქოს, მექანიკურ-ტრავმულ დაზიანებას.

მოხუცებულობის ხანაში ტუჩის ლორწოვანის ატროფიას,ტუჩის ქრონიკულ ანთებას.

ტუჩზე ჩნდება პატარა სიმკვრივე, რომელიც შემდგომ წყლულდება.სიმკვრივე გადადის მეზობელ ქსოვილებზე და ჩნდება მეტასტაზები.

ზედა ტუჩის კიბო -ზედა ტუჩის კიბოს დროს ჩნდება შემოსაზღვრული პატარა ფუფხი. ფუფხის მოცილება იწვევს სისხლდენას. შემდგომში ჩნდება წყლული. გარდა წყლულისა შეიძლება გაჩნდეს სიმსივნე, რომელიც ყვავილოვან კომბოსტოს მოგვაგონებს.მეტასტაზები გავრცელებულია ლიმფურ კვანძებში, ყბისქვეშა და ნიკაპქვეშა მიდამოში, სანერწყვე ჯირკვლებში.



ენის კიბო - ენის კიბოს წარმოშობა შეიძლება დაიწყოს უმნიშვნელო გამაგრებისაგან ან პატარა წყლულისაგან. სიმსივნის ზრდა აფერხებს მეტყველებას და ჭამის ფუნქციას.

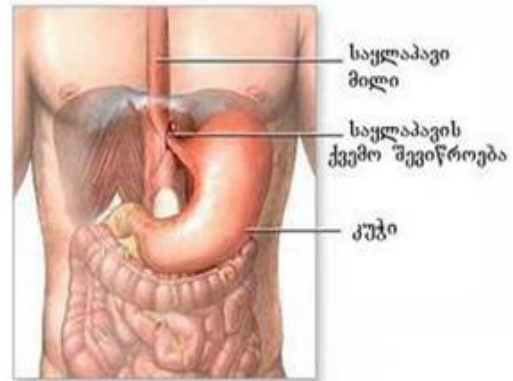
მალე იწყება ტკივილის შეგრძნება, ნერწყვის დენა, პირიდან სუნი, ზოგჯერ სისხლდენა. შორსწასულ შემთხვევაში წყლული იკავებს მთელ ენას და სწრაფად ჩაიზრდება ირგვლივმდებარე ქსოვილებში.



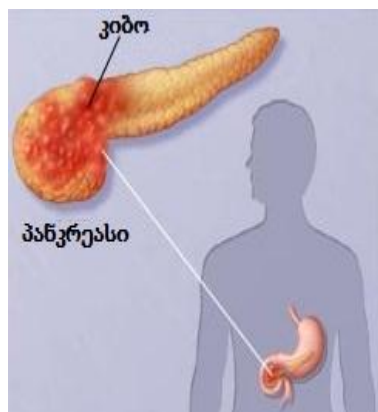
საყლაპავი მილის კიბო - საყლაპავი მილის კიბოთი უფრო ხშირად ავადდებიან მამაკაცები და ხანშიშესული ადამიანები. გამომწვევი მიზეზი შეიძლება იყოს თამბაქო, ცხელი ან ცხარე საკვები. საყლაპავი მილის კიბოს ყველაზე პირველი და მნიშვნელოვანი სიმპტომია დისფაგია (ყლაპვის გაძნელება). პირველი ლუკმის გადაყლაპვისთანავე ავადმყოფი უჩივის სლოკინს, შემდეგი ლუკმის გადაყლაპვა შედარებით უფრო მსუბუქად მიმდინარეობს. ყლაპვის პროცესი თანდათან ძნელდება და რთულდება. ავადმყოფი მიმართავს ექიმს მაშინ როდესაც არათუ საჭმლის, არამედ სითხის ყლაპვაც კი შეუძლებელი ხდება. ავადმყოფს ხშირად აწუხებს ამორწყვეა, ლებინება. მოგვიანებით ხდება საყლაპავი მილის სრული დახშობა. ნერწყვი ჭარბად გამოიყოფა. სიმსივნე ჩაიზრდება ირგვლივმდებარე ქსოვილებში. ვითარდება ხმის ჩახლეჩა, გუგის შევიწროება. საკვების მიღების დროს ლუკმის სასულეში გადაცდენა. გარდა დისფაგიისა ავადმყოფი უჩივის მჭიმავი ხასიათის ტკივილს მკერდის ძვლის არეში, წელსა და ხერხემალში. მოგვიანებით ვითარდება ანემია. მეტასტაზებს იძლევა გულმკერდის ზემო ნახევარში.



კუჭის კიბო - კუჭის კიბო დასაწყისში უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. შემდეგ ვითარდება ტკივილი, რომელიც დაკავშირებულია საკვების მიღებასთან. მოგვიანებით ტკივილს დამოუკიდებელი ხასიათი აქვს. ავადმყოფს აწუხებს კუჭის სავსეობისა და დაჭიმულობის გრძნობა, გულის რევა, ღებინება. ხშირად კუჭში არ ხდება საკვების გადაუმუშავება, გადაუმუშავებელი საკვები გადადის ნაწლავებში და ვითარდება ფაღარათი, რომელიც ასუსტებს ავადმყოფს და ვითარდება კახექსია.



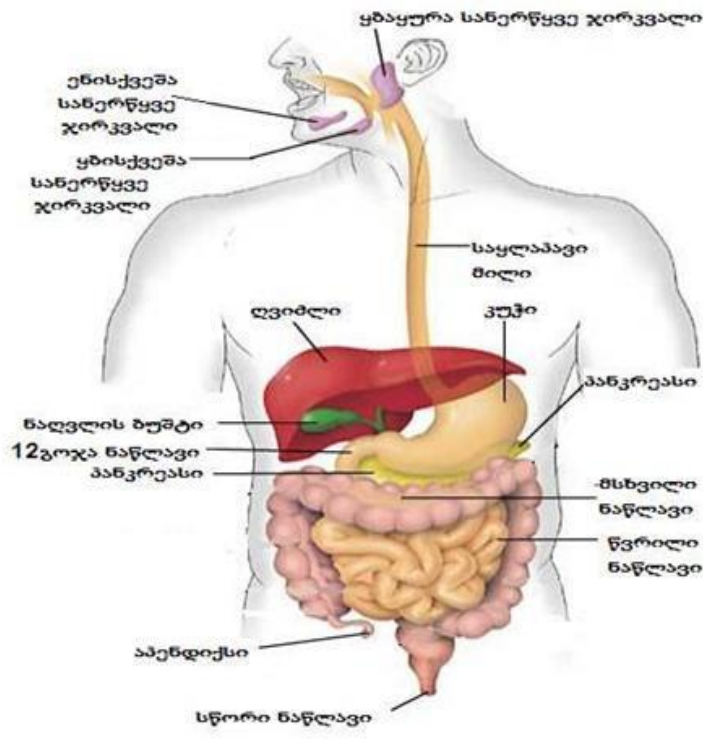
პანკრეასის კიბო - პანკრეასის კიბოს დროს დაავადების დასაწყისი უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. მოგვიანებით ავადმყოფი უჩივის ტკივილს ეპიგასტრიუმის არეში, ჭამის შემდეგ სიმძიმის შეგრძნებას, ბოყინს, მეტეორიზმს, იწყება კანის ქავილი. ვითარდება მეტასტაზები ღვიძლში, ნაღვლის ბუშტში და სხვა.



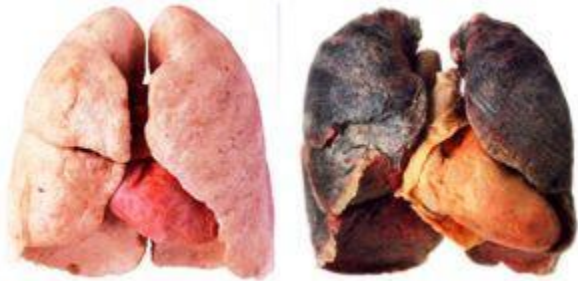
წვრილი ნაწლავის კიბო - წვრილი ნაწლავის კიბო კლინიკურად გაუვალობის ნიშნებს იძლევა. ზოგჯერ განავალში შეიმჩნევა სისხლი. ავადმყოფს აწუხებს ხანმოკლე შებერილობა, შეკრულობა, რომელსაც კუჭის აშლილობა ცვლის.

მსხვილი ნაწლავის კიბო - მსხვილ ნაწლავში კიბოს განვითარების დროს ზიანდება სიგმოიდური ნაწლავი. ადრეულ სიმპტომად ითვლება მუცლის ტკივილი, მადის დაკარგვა, სიმძიმის შეგრძნება, ბოყინი, გულის რევა, ღებინება, ფაღარათი, განავალში სისხლი.

სწორი ნაწლავის კიბო - სწორი ნაწლავის კიბოს ხელშემწყობ ფაქტორად ითვლება ბუასილი, ფისტულა, კოლიტი. სიმპტომებია: სისხლდენა, ტკივილი, განავალში დიდი რაოდენობითაა არა მარტო სისხლი, არამედ ლორწო ცუდი სუნით. მეოთხე სტადიაში სიმსივნე ახშობს ნაწლავის სანათურს და იწვევს გაუვალობას.



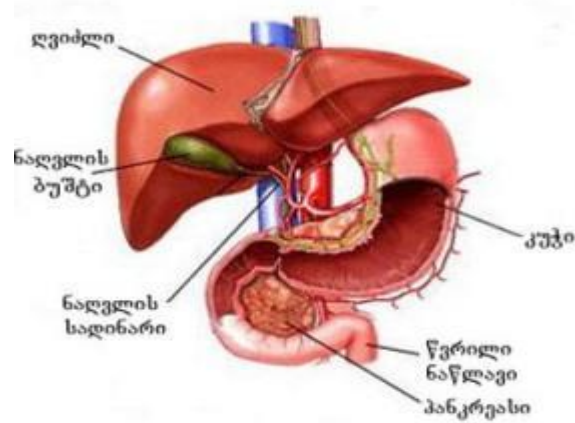
ფილტვის კიბო - ფილტვის კიბოს დროს ავადმყოფს აწუხებს საერთო სისუსტე, შრომის უნარი დაქვეითებულია, შემაწუხებელი დაუძლეველი ზოგჯერ ყეფისნაირი ხველა, რომელიც მედიკამენტებით მკურნალობას არ ექვემდებარება. გარდა ამისა ვითარდება ქოშინი, ტკივილი გულმკერდის არეში. მოგვიანებით ნახველში სისხლია, ავადმყოფი წონაში იკლებს, აღინიშნება წელის ტკივილი, ტემპერატურა მომატებულია.



შარდის ბუშტის კიბო - შარდის ბუშტის კიბო დიდხანს რჩება მეტასტაზების გარეშე. ძირითადი სიმპტომებია: ჰემატურია, ანურია, შარდში ლორწო, შეშუპება ფეხზე, ტკივილი მენჯში.

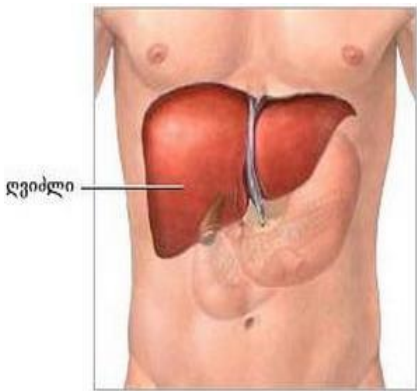


ნაღვლის ბუშტის კიბო - ნაღვლის ბუშტის კიბოს საწყისი ეტაპი შემპარავად მიმდინარეობს. ავადმყოფი ხდება, კარგავს მადას, აწუხებს ყრუ ტკივილი მარჯვენა ფერდქვემა არეში. თუ სიმსივნე ჩაიზარდა სანაღვლე გზებში და გამოიწვია მათი დახშობა ვითარდება სიყვითლე, რომელიც თანდათან ძლიერდება.



ღვიძლის პირველადი კიბო - ღვიძლის პირველადი კიბოს ძირითადი სიმპტომია: უმადობა, საერთო სისუსტე, სიგამხდრე, ტკივილი მუცელში, ღებინება, ტემპერატურა მომატებულია, ღვიძლის ძლიერი გადიდების გამო მუცელი დეფორმირებულია. ზოგჯერ ავადმყოფს აღინიშნება სისხდენა, ვითარდება ანემია, მდგომარეობა სწრაფად მძიმდება.

ღვიძლის მეტასტაზური (მეორადი კიბო) - ღვიძლში საკმაოდ ხშირია ავთვისებიანი სიმსივნის მეტასტაზები. სიმსივნე ღვიძლში ვრცელდება საყლაპავიდან, კუჭიდან, სანაღვლე გზებიდან, სწორი ნაწლავიდან, საშვილოსნოდან, სარძევე ჯირკვლებიდან, თირკმელებიდან. დაავადების სიმპტომებია: სიყვითლე, ტემპერატურის მომატება, ღებინება, უმადობა, ღვიძლი გადიდებულია, მუცელი დეფორმირებული, ავადმყოფის მდგომარეობა სწრაფად მძიმდება.

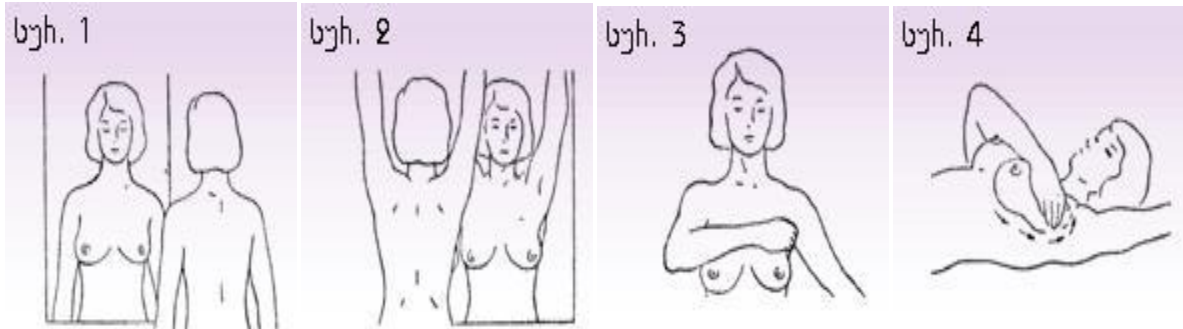
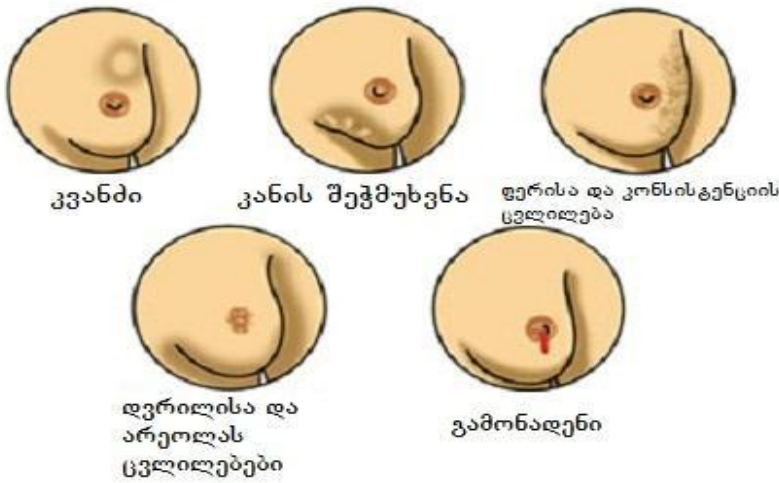


ღვიძლი ადენოკარცინომას მეტასტაზებით

სარბევე ჯირკვლის კიბო - სარბევე ჯირკვლის კიბოს განვითარებას ხელს უწყობს ენდოკრინული დარღვევები, ძუძუთი ბავშვის არასწორი კვება, ტრავმა. თავდაპირველად დაავადება შეუმჩნევლად მიმდინარეობს. პროცესის წინსვლასთან ერთად თავს იჩენს ტკივილი, ჯირკვალის მაგრდება, შესივდება, წითლდება, ვითარდება ძუძუსთავის დეფორმაცია და ჩაბრუნება. ახალგაზრდა ქალებში იგი სწრაფად მიმდინარეობს და ძალიან სწრაფად იძლევა მეტასტაზებს.

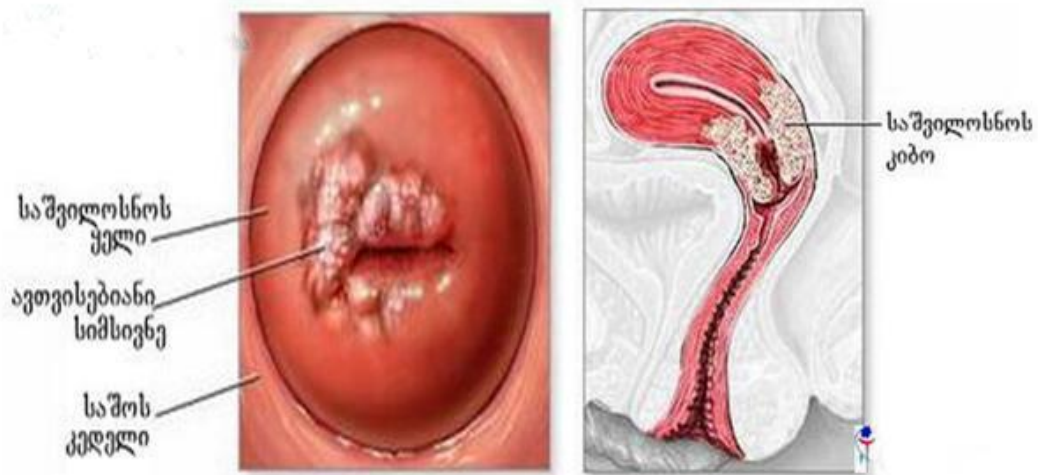
განასხვავებენ სარბევე ჯირკვლის კიბოს რამდენიმე ფორმას: მასტიტის მსგავსს, წითელი ქარის მსგავსს, ჯავშნისებურს, პეჯეტის კიბოს.

ძუძუს კიბოს ზოგიერთი სიმპტომი

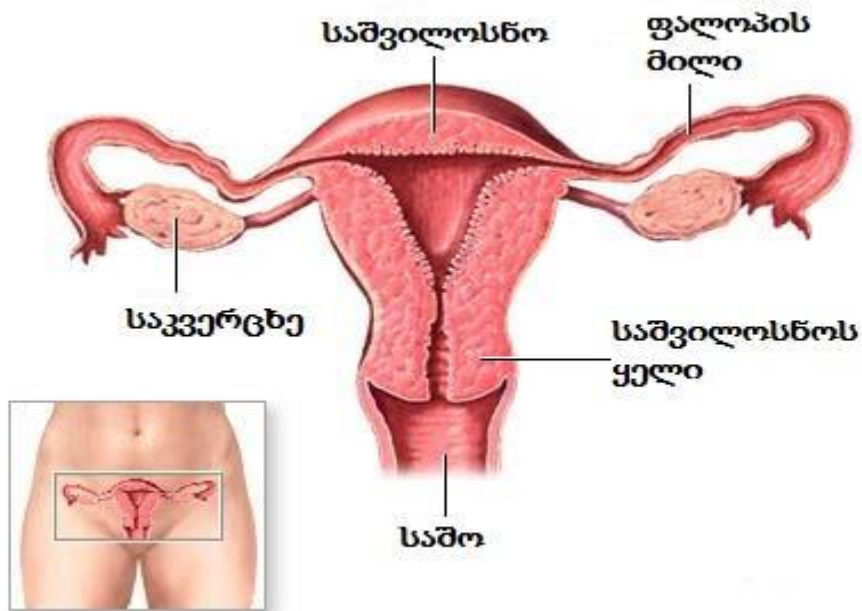


საშვილოსნოს ყელის კიბო - საშვილოსნოს ყელის კიბოს დროს საშვილოსნოს ყელზე აღინიშნება უმნიშვნელო დაწყლულება ან მეჭეჭოვანი წანაზარდი. ასეთ შემთხვევაში საშვილოსნოს ყელი დეფორმირებულია და გამკვრივებული. დაავადების ადრეულ სიმპტომად ითვლება მოვარდისფრო წყალ-წყალა თეთრი შლა. ზოგჯერ გავის ძვლის არეში ტკივილის შეგრძნება, სისხლდენა.

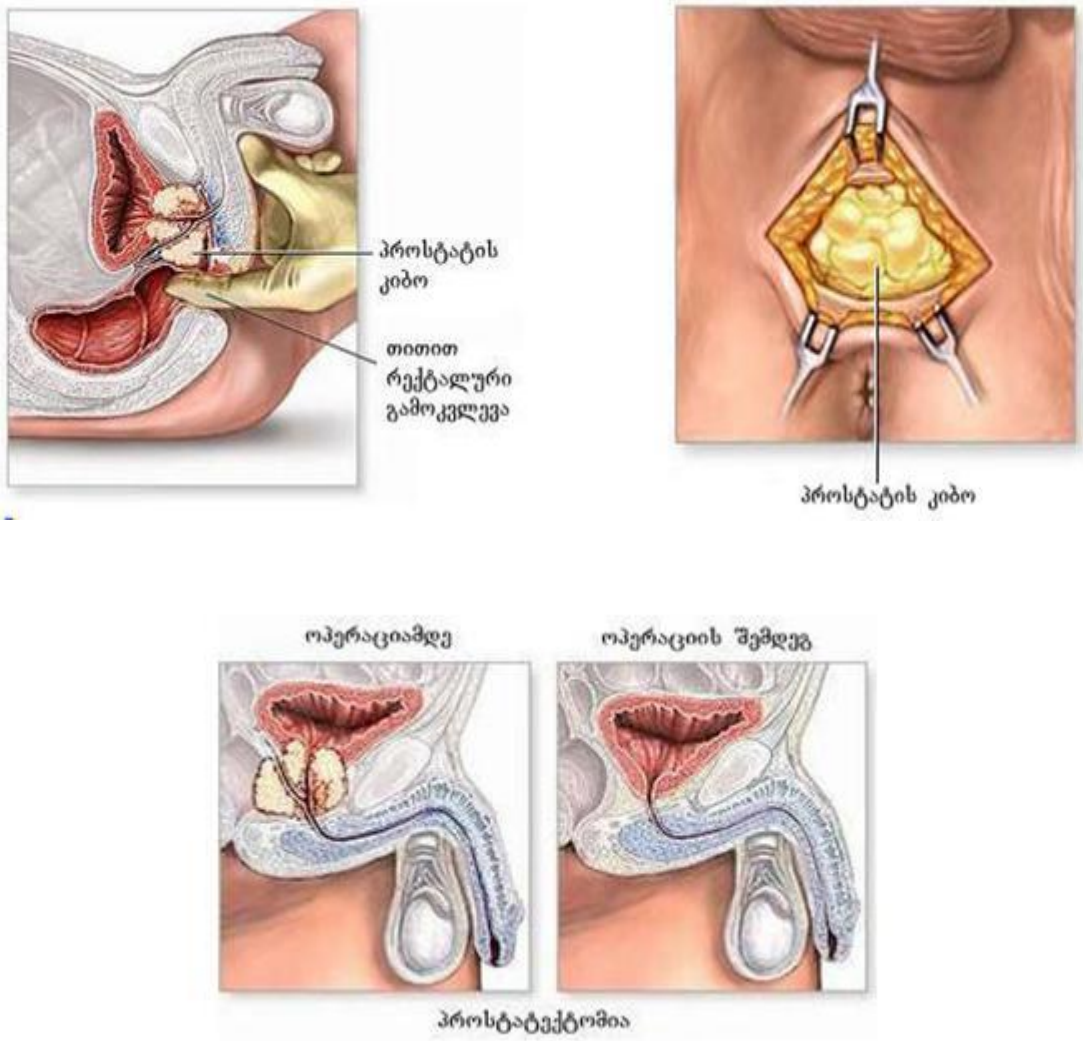
საშოს კიბო - სიმსივნე სწრაფად ჩაიზრდება მეზობელ ორგანოებში (შარდის ბუშტში, სწორ ნაწლავში). მალე წყლულდება იძლევა სისხლდენას. მეტასტაზები სწრაფად ვრცელდება. სიმპტომებია: თეთრი შლა, სისხლიანი გამონადენი, ტკივილი, შარდვისა და დეფეკაციის გაძნელება.



საკვერცხის კიბო - საკვერცხის ავთვისებიანი სიმსივნე შეიძლება განუვითარდეს ყველა ასაკის ქალს, გოგონებსაც კი. საკვერცხის სიმსივნე მუცლის ღრუსაკენ იზრდება. სიმსივნე ზრდის გამო ზეწოლას იწვევს შარდსაწვეთზე, შარდის ბუშტზე, სწორ ნაწლავზე, მენჯის ღრუში მოთავსებულ სისხლძარღვებზე. იმისდა მიხედვით თუ რომელ ორგანოზე ვითარდება მეტი ზეწოლა ვლინდება შესაფერისი ორგანოს ფუნქციის დარღვევა. ადრეულ სიმპტომად თვლიან ტკივილს. ზოგჯერ ავადმყოფი უჩივის მცირე მენჯში სიმძიმის შეგრძნებას. ტკივილს შეიძლება გაფანტული ხასიათი ქონდეს მუცლისა და წელის არეში. მოგვიანებით ვლინდება სიგამხდრე, მუცელი შებერილია, ვლინდება გაუვალობის მოვლენები.



წინამდებარე ჯირკვლის კიბო - საწყის სტადიაში დაავადების სიმპტომები სუსტადაა გამოხატული. სიმსივნის ზრდასთან ერთად ვლინდება ავადმყოფის ჩივილი შარდის გახშირებაზე ან მის გამწვანებაზე. ავადმყოფს აწუხებს ტკივილი, ჰემატურია. სიმსივნის სწორ ნაწლავში ჩაზრდის დროს დეფეკაცია შეფერხებულია და ფეკალურ მასაში ურევია სისხლი. მოგვიანებით ტკივილი მუდმივ ხასიათს ღებულობს, რომელიც ვრცელდება მენჯის სიღრმეში, ასოს თავზე, გავაში, სათესლე ჯირკვლებში. ავადმყოფს თანდათან უხდება ჭინთვის მომატება შარდვის დროს. წინამდებარე ჯირკვლის კიბო თუ გაიზარდა სწორი ნაწლავის მიმართულებით ეს იწვევს დეფეკაციის გამწვანებას, უკანა ტანის ქავილს, ჭინთვებს და ლორწოს გამოყოფას.

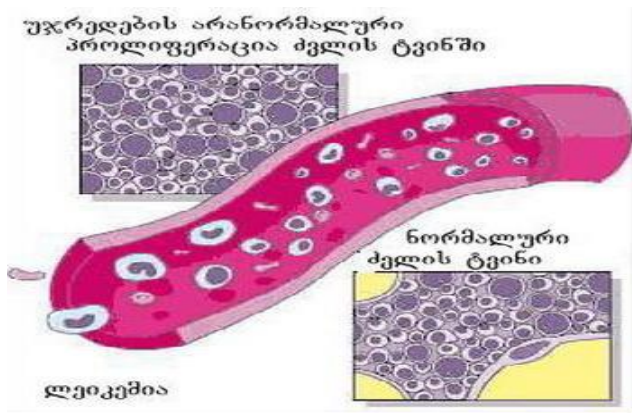


(ბერ-ძნ.prostates წინამდგომი,ektome ამოკვეთა) -გადიდებული წინამდებარე ჯირკვლის ქირურგიული ამოკვეთა.

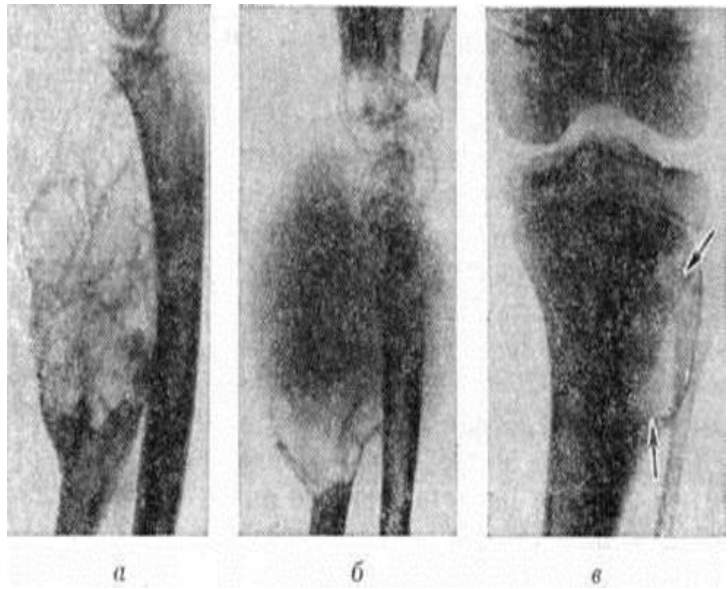
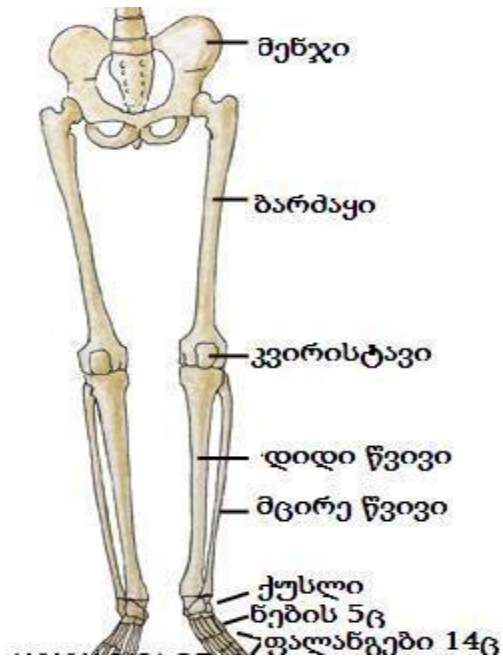
ლეიკოზი - მას სისხლის კიბოსაც უწოდებენ. კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით არსებობს მწვავე და ქრონიკული ლეიკოზი.

მწვავე ლეიკოზი გვხვდება 30 წლამდე ახალგაზრდებში. დაავადების საწყისი პერიოდი უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. ავადმყოფს აწუხებს საერთო სისუსტე, ძვლებისა და სახსრების ტკივილი. ზოგჯერ დაავადება იწყება უეცრად გრიპის მსგავსი მოვლენებით. მოგვიანებით ვითარდება წყლულოვან ნეკროზული პროცესი პირის ღრუში, კანი და ლორწოვანი ფერმკრთალია, სისხლჩაქცევებია სხეულის სხვადასხვა არეში, ვითარდება ანემია.

ქრონიკული ლეიკოზის დაწყება უმრავლეს შემთხვევაში ავადმყოფისათვის შეუმჩნეველი რჩება თვეებისა და ზოგჯერ წლების განმავლობაში. მხოლოდ შემთხვევით გაკეთებული სისხლის ანალიზით შეიძლება აღმოჩნდეს მაღალი ლეიკოციტები. ავადმყოფს აწუხებს საერთო სისუსტე, უმადობა, ოფლიანობა, ტემპერატურის მომატება, ლიმფური კვანძები გადიდებულია. მოგვიანებით ვლინდება შინაგანი ორგანოების დისტროფიული ცვლილებები: ანგინა, პლევრიტი, პნევმონია.



ოსტეობლასტოკლასტომა - ჩონჩხის ძვლების თავისებური სიმსივნეა. ეს დაავადება გვხვდება როგორც ქალებში ისე მამაკაცებში. სიმსივნე უმთავრესად ლოკალიზდება კიდურების ლულოვან ძვლებში (ბარძაყისა და დიდი წვივის ნაწილებში). დაავადების ხანგრძლივობა წლობით მიმდინარეობს. დაავადების დასაწყისში სიმსივნის ადგილზე შეიმჩნევა უმნიშვნელო წამოსიება, სუსტი ტკივილი, მოგვიანებით სიმსივნე ოდენობაში მატულობს, ძვალი განიცდის დეფორმაციას, მოძრაობა შეზღუდულია და კიდური განიცდის ატროფიას.





ავთვისებიანი სიმსივნე, კიბო - ამ დიაგნოზის გაგონებისთანავე პაციენტთა უმრავლესობისთვის ცხოვრება აზრს კარგავს. ავთვისებიანი სიმსივნეები, რომელთა ხვედრითი წილი დაავადებებს შორის ოცდამეერთე საუკუნეში სულ უფრო და უფრო იზრდება, ჯერჯერობით უკურნებელ პათოლოგიად მიიჩნევა. არსებობს ორგანიზმში კიბოს განვითარების მაუწყებელი ადრეული სიგნალები, რომლებზეც სათანადოდ უნდა მოხდეს რეაგირება და დროულად დაწყებული მკურნალობა ადამიანს ამ სენისაგან იხსნის.

კიბოს მაუწყებელი ადრეული სიმპტომებია:

მუდმივი ხველა-პერიოდულად ხველა საგანგაშო არ არის, მაგრამ თუ ის სამ თვეზე მეტია გრძელდება და თან სდევს სისხლიანი გამონადენი საჭიროა სპეციალისტის კონსულტაცია.

დეფეკაციის მოშლა-თუ დეფეკაციის პროცესი გართულდა ან განავლოვანი მასები ჩვეულებრივზე გაცილებით მსხვილია, ეს მსხვილი ნაწლავის დაავადებაზე მიუთითებს.

შარდის ცვლილება-თუ შარდში სისხლია, ეს შარდის ბუშტის ან თირკმელების დაზიანების შედეგია.

დაუდგენელი წარმოშობის მუდმივი ტკივილი-საგანგაშო სიმპტომია თავის, მუცლისა და გულმკერდის დრუს სუსტი, მაგრამ მუდმივი დაუდგენელი წარმოშობის ტკივილი.

ხალის ცვლილება-ხალის ფორმის, ზომისა და შესახედაობის ცვლილება.

ხანგრძლივად შეუხორცებელი ჭრილობა-თუ ჭრილობა არ შეხორცდა სამ კვირაზე მეტ ხანს, ეს რეგენერაციული პროცესების დარღვევაზე მიუთითებს.

დაუდგენელი სისხლდენა-ვაგინალური სისხლდენა, რომელიც არ უკავშირდება მენსტრუალურ ციკლს, შესაძლოა საშვილოსნოს დაზიანების შედეგი იყოს. სწორი ნაწლავიდან სისხლდენა კი მსხვილი და სწორი ნაწლავის დაზიანებაზე მიუთითებს.

კანქვეშა სიმკვრივეები-სიმკვრივე და ქსოვილოვანი წარმონაქმნი კანქვეშა ყოველთვის ავთვისებიანი არ არის - ეს შესაძლოა სრულიად უვნებელი ცისტა იყოს, მაგრამ ასეთი რამის შემჩნევისას აუცილებელია მიმართონ ექიმს, მეტადრე თუ წარმონაქმნი სარძევე ჯირკვალშია.

წონის უმიზეზო კლება-წონის დაკლებას ბევრი ცდილობს, მაგრამ თუ ეს ყოველგვარი ძალისხმევის გარეშე ხდება, სამედიცინო დახმარებაა საჭირო, რადგან მიზეზი შესაძლოა სიმსივნური წარმონაქმნი იყოს.

ყლაპვის გაძნელება-ამ სიმპტომის მიღმა შესაძლოა იმალებოდეს ორი ტიპის სიმსივნე - საყლაპავისა და ხორხის.



საკონტროლო კითხვები:

- სიმსივნეების კლასიფიკაცია.
- როგორია კეთილთვისებიანი სიმსივნე?

- როგორია ავთვისებიანი სიმსივნე?
- რისი საშუალებით ვრცელდება მეტასტაზები?
- შეიძლება თუ არა სიმსივნე იყოს სხვადასხვა ფერისა და სხვადასხვა ფორმის?
- ჩამოთვალეთ ავთვისებიანი სიმსივნეების სტადიები?
- ონკოლოგიურ ავადმყოფთან ქცევის მეთოდები.
- ხანგრძლივად მწოლიარე ონკოლოგიური ავადმყოფის მოვლა.
- ონკოლოგიური ავადმყოფის მკურნალობის წამყვანი მეთოდებია?
- კანის კიბოს გამომწვევი მიზეზები და ძირითადი სიმპტომებია?
- ტუჩის კიბოს გამომწვევი მიზეზები და ძირითადი სიმპტომებია?
- საყლაპავი მილის კიბოს პირველი და მნიშვნელოვანი სიმპტომია?
- კუჭის კიბოს გამომწვევი მიზეზები და ძირითადი სიმპტომებია?
- ნაწლავთა კიბოს გამომწვევი მიზეზები და ძირითადი სიმპტომებია?
- ფილტვის კიბოს გამომწვევი მიზეზები და ძირითადი სიმპტომებია?
- რა არის ჰემატურია?
- რა არის ანჟურია?
- განმარტეთ ღვიძლის პირველადი კიბო და ღვიძლის მეტასტაზური(მეორადი) კიბო.
- სარძევე ჯირკვლის კიბოს განვითარებას ხელს უწყობს?
- საშვილსნოს ყელისა და საშოს კიბოს გამომწვევი მიზეზები და ძირითადი სიმპტომებია?
- საკვერცხის კიბოს გამომწვევი მიზეზები და ძირითადი სიმპტომებია?
- რას ნიშნავს სიტყვა „პროსტატექტომია“?
- კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით ლეიკოზი არსებობს?
- რა არის ოსტეობლასტოკლასტომა?
- ჩამოთვალეთ კიბოს მაუწყებელი ადრეული სიმპტომები და იმსჯელეთ.

ფსიქიატრიული პაციენტის საექთნო მოვლა/მართვა

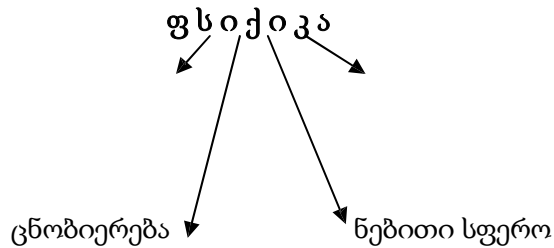
ფსიქიატრია (psyche-სული,iatreia-მკურნალობა)მედიცინის დარგია,რომელიც სწავლობს ფსიქიკურ დაავადებათა ეტიოლოგიას,პათოგენეზს,კლინიკას,მიმდინარეობას,მკურნალობას და პროფილაქტიკას.

ფსიქიატრია, როგორც კლინიკური დისციპლინა ორი ძირითადი ნაწილისგან შედგება: ზოგადი და კერძო.

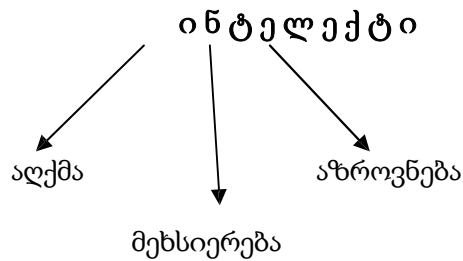


ზოგადი ფსიქოპათოლოგია

ფსიქიკა არის ტვინის უნარი ასახოს სამყარო,ობიექტური რეალობა და მოახდინოს სრულყოფილი შეგუება გარემოში. ფსიქიკაში შესაძლებელია გამოვყოთ ცალკეული სფეროები,რომლებიც განსხვავებულ ფუნქციებს ასრულებენ.



ინტელექტი ემოციური სფერო



აღქმის პათოლოგია

- ილუზია (ობიექტის დამახინჯებული აღქმა)
- ჰალუსინაცია უობიექტო აღქმა-(სმენითი, მხედველობითი,ყნოსვითი,გემოვნებითი, ტაქტილური, ვისცერული)
- აგნოზია (ცნობის უნარის დაკარგვა)
- ფსიქო-სენსორული აშლილობა

მეხსიერების პათოლოგია

- ჰიპერმნეზია-მეხსიერების გაძლიერება, გამახვილება.
- ჰიპომნეზია-მეხსიერების დაქვეითება, შესუსტება
- პარამნეზია(მეხსიერების გაუკუღმართება)
- ამნეზია (რეტროგრადული,ანტეროგრადული,ტოტალური, პარციალური)

აზროვნების პათოლოგია

- ასოციაციების აჩქარება ან შენელება
 - ზედირებულოვანი იდეები-რეალურ საფუძველზე აღმოცენებული იდეა, რომელსაც გაბატონებული და განსაკუთრებული ადგილი უკავია აზროვნებაში.აკვიატებული აზრები- ნამალადეობის და უცხოობის განცდის მქონე აზრი რომელიც, მიუხედავად კრიტიკის არსებობის, ძლიერ გავლენას ახდენს პიროვნებაზე
 - რიტუალები- აკვიატებული მოძრაობები და ქცევები.
 - ფობიები ანუ აკვიატებული შიშები
 - აკვიატებული ექვები
 - ბოდვა- პათოლოგიურ ნიადაგზე აღმოცენებული მცდარი მსჯელობაა, რომელიც არ შეესაბამება რეალობას,არ ექვემდებარება კორექციას და მის მიმართ კრიტიკა არ არის. შინაარსის მიხედვით არსებობს დევენის, სიყვარულის, გამომგონებლობის, ღაზოიანობის, მოდავეობის, ჰიპოქონდრული, თვითდამცირების, ექსპანსიური და სხვა.

ინტელექტის პათოლოგიას **ჰკუასუსტობა** ეწოდება. იგი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი(ოლიგოფრენია) და შეძენილი(დემენცია.)

ნებითი სფეროს პათოლოგია

აგზნება-შეკავება(ფსიქოგენური,ფსიქო-მოტორული,კატატონიური)ექო-სიმპტომები, კატატონიური სტუპორი: ტეტანია, კატალექსია, ნეგატივიზმი...

- **იმპულსური მოქმედებები**- (პირომანია, დრომომანია, სხვა მიზიდულობის პათოლოგია)
- **ავტომატიზმები**-ნება-სურვილის გარეშე განვითარებული მდგომარეობები,მარტივი მოძრაობებიდან ცნობიერების სრულ დახშობამდე.
- **აბულია**-სრული უმოქმედობა.

ემოციის პათოლოგია

ჰიპერტიმიას მიეკუთვნება:

1. ეიფორია-აწეული მხიარული გუნებაგანწყობა.
2. მორია-აწეული გუნებაგანწყობის ფონზე არაადექვატური ჯამბაზური ქცევები.
3. ჰიპეფრენია-მანერულობა და ბავშვური სიცელქე.
4. ექსტაზი-უკიდურესად ზეაწეული გუნებაგანწყობა.

პარათიმიას მიეკუთვნება

1. დისფორია-გაბოროტებულ-სევდანი მდგომარეობა გაღიზიანებით და ბოღმის განცდით.
2. პათოლოგიური გულჩვილობა(სუსტსულოვნება)-გუნებაგანწყობის ადვილი ცვალებადობა .
3. ამბივალენტობა- ორი ურთიერთგამომრიცხავი ემოციის ერთდროული თანაარსებობა.
4. ბიპოლარული-დისფორიის ფონზე საპირისპირო დადებითი ემოცია.
- აკათია-სრული განურჩევლობა მოვლენებისადმი.

ცნობიერების პათოლოგია

გაბრუების ხარისხები: ობნუბილაცია- გაბრუების იოლი ფორმა.

სომნოლენცია-არასრული ორიენტაცია, კონტაქტის გაძნელება.

სოპორი- სრული დეზორიენტაცია, რეფლექსების შენარჩუნებით.

კომა-ცნობიერების სრული გამოთიშვა, არეაქციულობა, არეფლექსია, ამნეზია.

დელირი-დეზორიენტაცია, შემცდარი ორიენტაცია ადგილსა დროში

ონეიროიდი-სიზმრისმაგვარი, ფანტასტიკურ-ბოდვითი შეცვლა, სრული დეზორიენტაცია.

ცნობიერების ბინდისმაგვარი შეცვლა

- 1.ფუგა- ცნობიერების შევიწროვების ფონზე ხანმოკლე ქაოსური აგზნება 1-2 წუთი.
- 2.ტრანსი-ავადმყოფები აწარმოებენ გამიზნულ მოქმედებებს გადაადგილდებიან ფეხი, ტრანსპორტით.
- 3.აბსანსი-გონების წამიერი გათიშვა.
- 4.სომნამბულიზმი-ლუნატიზმი.
- 5.ამენცია-ღრმა ხარისხის ცნობიერების აშლა-დეზორიენტაცია

საკონტროლო კითხვები:



- 1.რას შეიწავლის ფსიქიატრია და რამდენი ნაწილისაგან შედგება ის?
- 2.რა არის ფსიქიკა და რომელ სფეროებს გამოვყოფთ მასში?
- 3.ჩამოთვალეთ რითი გამოვლინდება ალქმის,მეხსიერებისა და აზროვნების პათოლოგია?
- 4.რით განსხვავდება ილუზია ჰალუცინაციისაგან?
- 5.ჩამოთვალეთ ნებელობის ძირითადი პათოლოგიები.
- 6.დაასახელეთ ჰიპერ და პარათიმის სახეები.
- 7.ცნობიერების დარღვევის რა სახეებს გამოყოფდით?



შიზოფრენია

შიზოფრენია ფსიქოზური სიმპტომებით მიმდინარე ქრონიკული დაავადებაა, რომელიც მნიშვნელოვნად არღვევს პაციენტის ქცევას, ცვლის მის აზროვნებას, ემოციურ რეაქციებს, გარე სამყაროს აღქმას, სოციალურ როლს.

დაავადების განვითარების მაღალი რისკია 14-35 წელი. ქალები და მამაკაცები ავადდებიან თანაბრად.

შიზოფრენიის მიზეზები და განვითარების მექანიზმები რთულია და ბოლომდე შესწავლილი არ არის. მნიშვნელოვანი პათოგენური ფაქტორებია: გენეტიკური მიდრეკილება, ნეირობიოლოგიური დარღვევები-მედიატორები, ფსიქოლოგიური და სოციალური ფაქტორები.

ე.ბლეილერის მიხედვით გამოვყოფთ შიზოფრენიის შემდეგ კრიტერიუმებს:

4,ა”-ასოციაციების და აფექტურობის დარღვევა, აუტიზმი, ამბივალენტურობა.

„ნა”-ნეგატიური: ალოგიკურობა, აფექტური

სიჩლუნგე, ანჰედონია, ასოციალურობა, აბულია, აპათია.

მიმდინარეობის მიხედვით - უწყვეტი ან ეპიზოდური.

რემისია-სრული, ნაწილობრივი; მედიკამენტოზური.

დეფექტი-პროგრესირებადი ან მყარი.

შესაძლოა გამოვყოთ შიზოფრენიის შემდეგი ფორმები:

მარტივი ფორმა- ძირითადად იწყება პუბერტატულ ან პოსტპუბერტატულ

ასაკში. თანდათანობით ვითარდება აქტივობისა და ინტერესების

დაქვეითება, განურჩევლობა. ავადმყოფი ხდება კარჩაკეტილი, განმარტოვებული,

უნიციატივი, ქვეითდება ემოციები, არის აპათიური, ადინამიური. განიცდის გაუცხოებას და

გარიყვას გარემოდან. ყალიბდება აპათო-აბულიური ჭკუასუსტობა. ამ ფორმას მარტივი

იმიტომ ეწოდება, რომ ღარიბია კლინიკური გამოვლინებებით.

ჰებეფრენიული ფორმა- იწყება მოზარდ ასაკში. ახასიათებს ემოციური

დარღვევები, უცნაური, მანერული ქცევები: ჯამბაზობა, პრანჭიაობა, ავადმყოფები დახტიან,

ყვირიან, იმანჭებიან. გუნებაგანწყობა აწეულია, თუმცა სიტუაციასთან შეუსაბამო.

აზროვნება მოუწესრიგებელი, მეტყველება წყვეტილი. ეს ფორმა გამოირჩევა ავთვისებიანი მიმდინარეობით და ღრმა ჭკუასუსტობის განვითარებით.

კატატონიური ფორმა-ხასიათდება ფსიქომოტორული სფეროს დარღვევებით. კატატონიური აგზნება გამოვლინდება ექო-სიმპტომებით. სტუპოროზული აშლილობები წარმოდგენილია კატალექსის, „ჰაერის ბალიშის“, „კაპიუმონის სინდრომის“ სახით, რასაც თან ახლავს ნეგატივიზმი, სახის ნიღბისებური გამომეტყველება. ეს ფორმა გვხვდება ძირითადად ახალგაზრდა ასაკში.

კატატონიური მდგომარეობა რამდენიმე დღე, კვირა ან წელი გრძელდება. **პარანოიდული ფორმა**-არის შიზოფრენიის ყველაზე გავრცელებული ფორმა. კლინიკურ სურათში დომინირებს ბოდვითი და ჰალუცინაციურ-ბოდვითი სინდრომები. პარანოიდული სინდრომებიდან ყველაზე გავრცელებულია დევნის, დამოკიდებულების, უცხო წარმოშობის ბოდვითი იდეები. იმპერატიული ან კომენტარის ხასიათის სმენითი, გემოვნებითი ან ყნოსვითი ჰალუცინაციები. აზროვნების აშლილობები, ნეოლოგიზმები, წყვეტილი მეტყველება, მეტყველების შინაარსობრივი გაღარიბება, ემოციური რიაგირების გასადავება, სოციალური ფუნქციების დაქვეითება, არაპროდუქტიულობა.

არცთუ იშვიათია ფსევდოჰალუცინაციები. ავადმყოფს ესმის თავისივე აზრები და ფიქრობს, რომ ისინი გარეშე პირთათვისაც მისაწვდომია.

შიზოფრენიული პროცესის მიმდინარეობისას განვითარებული რემისიები არაერთგვაროვანია. გამოვყოფთ რემისიის ტიპებს:

1. სრული რემისია- პიროვნების ცვლილების გარეშე
2. ავადმყოფური სიმპტომების პრაქტიკულად სრული უკუგანვითარება, იოლად გამოხატული ნეგატიური ცვლილებები.
3. ფსიქოზური მდგომარეობის გაუმჯობესება, შრომის უნარის და ჩვევების დაქვეითება.
4. საავადმყოფოს შიდა გაუმჯობესება, ფსიქოზური ნიშნების ნაწილობრივი რედუქცია
5. ავადმყოფის მდგომარეობა ცვლილებების გარეშე.

შიზოფრენიის მკურნალობა, ძირითადად სინდრომულია. ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებებიდან გამოიყენება ნეიროლეპტიკები (ჰალოპერიდოლი, სტელაზინი, მაჟექტილი...) გახანგრძლივებული მოქმედების პრეპარატები (მოდიტენ-დეპო), რომელთა ეფექტი 14-21 დღემდე გრძელდება. ამ პრეპარატებით გამოწვეული დისკინეზიური მოვლენების საწინააღმდეგოდ გამოიყენება ანტიპარკინსონული საშუალებები (ციკლოდოლი, პარკოპანი) იმ პრეპარატებიდან, რომელთაც არ აქვთ გვერდითი მოვლენები, პარკინსონული სინდრომის სახით, გამოვყოფთ: კლოზაპინს, აზალექტინს, ლეპონექსს, რისპერიდონს. კლინიკურ სურათში დეპრესიული მოვლენების არსებობისას დაავადების პოლიმორფული კლინიკა ხშირად თხოულობს ტრანკვილიზატორების, ნოოტროპების გამოყენებას.

უკანასკნელ პერიოდში სულ უფრო დიდ როლი ენიჭება ავადმყოფთა ფსიქოსოციალურ რეაბილიტაციას- ინდივიდუალური და ჯგუფური თერაპიის სხვადასხვა ფორმებს: ქცევით, ოჯახურ თერაპიას, შრომათერაპიას, არტ და მელოთერაპიას და სხვა, რომელიც გამიზნულია პაციენტის სოციალურ გარემოში დაბრუნებისკენ.

საკონტროლო კითხვები:



1. ჩამოაყალიბეთ ბლეილერის მიერ გამოყოფილი შიზოფრენიის კრიტერიუმები.
2. მოკლედ დაახასიათეთ შიზოფრენიის ფორმები.
3. რა ტიპის რემისიები გამოიყოფა ამ დაავადების მიმდინარეობაში?

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი ანუ ციკლოფრენია

მანიაკალურ-დეპრესიულ ფსიქოზს ახასიათებს პერიოდული ფსიქოზური შეტევები ორი ურთიერთსაწინააღმდეგო (მანიაკალური და დეპრესიული) მდგომარეობით. შეტევათა შორის ნათელი პერიოდია, როცა პიროვნება ჯანმრთელია. შიზოფრენიისგან განსხვავებით ციკლოფრენია კეთილთვისებიანი დაავადებაა და არ იწვევს პიროვნების დეგრადაციას.

მანიაკალური ეპიზოდი ხასიათდება სიმპტომთა ტრიადით:

1. გუნება-განწყობის აწევა;
2. ასოციაციების აჩქარება;
3. მოტორული სფეროს აგზნება;

ავადმყოფს აქვს მხიარული განწყობილება, თავს თვლის ბედნიერად, თავის შესაძლებლობებს აფასებს გადაჭარბებულად, მეტყველება აჩქარებული, ხშირად გაუგებარი. ადვილად იცვლის სასაუბრო თემას. ვერ ისვენებს ერთ ადგილას, მოგზაურობს, ბევრს მოძრაობს და არ აქვს დაღლილობის შეგრძნება. გაძლიერებული აქვს კვების ინსტინქტი. ბევრს ჭამს, თუმცა წონაში არ მატულობს. აქვს ცუდი ძილი და რთულად ემორჩილება წოლით რეჟიმს.

შეტევა გრძელდება ერთი კვირიდან 3-4 თვემდე.

დეპრესიული ეპიზოდი ხასიათდება სიმპტომთა ტრიადით:

1. გუნება-განწყობის დაქვეითება;
2. ასოციაციების შენელება;
3. მოტორული შეკავება;

ავადმყოფს აღენიშნება გუნება-განწყობის დაქვეითება, ინტერესების გაქრობა, უხასიათობა, აპათია, ადინამია. ავადმყოფი არის უკონტაქტო, განმარტოებული, ასთენიური, კვების ინსტინქტის შეკავების გამო არ იკვებება. მძიმე დეპრესიას ახასიათებს შფოთვა, მოუსვენრობა ან მოტორული სტუპორი. თვითდამცირების და თვითბრალდების იდეები ზრდიან სუიციდის რისკს.

დეპრესიული ფაზა გრძელდება ექვს თვემდე.

დეპრესიული დარღვევების დროს წამყვანია ანტიდეპრესანტებით მკურნალობა. ზოგჯერ საჭირო ხდება ტრანკვილიზატორების და ნოოტროპების ჩართვა. მანიაკალური მდგომარეობისას გამოიყენება ნეიროლეფსიური საშუალებები და ლითიუმის მარილები.



სუიციდი-თვითმკვლელობა წარმოადგენს მიზანდასახულ ნებით აქტს,რომლის შედეგადაც ადამიანი თავისი სურვილით გამოესალმება სიცოცხლეს.

სუიციდის გამომწვევი მიზეზები:

- სუიციდი,როგორც ანომალიური პიროვნების რეაქცია.
 - მძიმე ფსიქომატრამვირებელი სიტუაცია
 - დასკვნითი სუიციდი
 - როგორც საზოგადოებრივი ტრადიცია
 - ფსიქიკური ტრავმა

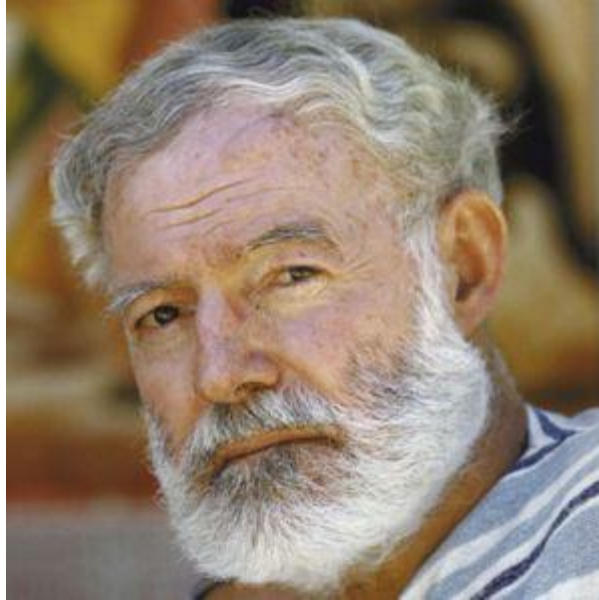
სენი სახელზე



საშიშროების თავიდან ასაცილებლად საჭიროა

შემდეგი ზომების მიღება:

- საჭიროა იმ საშუალებების მოცილება, რომლითაც ადამიანმა შესაძლოა დაიზიანოს საკუთარი თავი.
- პაციენტის უსაფრთხოების მიზნით უნდა დაწესდეს ზედამხედველობა და მასზე მიმაგრებული იქნეს ერთ-ერთი თანამშრომელი ან ოჯახის წევრი.
- უნდა მიექცეს მუდმივი ყურადღება პაციენტის ფსიქიკურ მდგომარეობას, ხომ არ იმყოფება ემოციური დისტრესის ქვეშ.
- არ შეიძლება მისი მარტო დატოვება, აუცილებელია რეგულარული კონტაქტი და ფსიქოსოციალური დახმარება.



- **ერნესტ ჰემინგუეი.** ამერიკელი მწერალი. დიაგნოზი - მწვავე დეპრესია, გონებრივი აშლილობა. სიმპტომები - მიდრეკილება თვითმკვლელობისკენ, ნერვული აშლილობები. კარგა ხანს წერაც არ შეეძლო და ნებაყოფლობით დაწვა ფსიქიატრიულ კლინიკაში. ელექტროშოკის 20 სეანსი ჩაუტარეს, რაზეც წერდა კიდევ თავად.სუიციდს,სამწუხაროდ ვერც ჰემინგუეი გადაურჩა.

სიტუაციური ამოცანები:

ავადმყოფი 26 წლის.ავად გახდა 17წლის ასაკში.დაავადება დაეწყო აშკარა მიზეზის გარეშე,თანდათანობით.გუნება-განწყობის დაქვეითებით;გახდა მოწყენილი,დარდიანი.სახლიდან გარეთ გასვლა და არავის ნახვა არ სურდა.საჭმელს ცუდად ჭამდა.ხშირად გამოთქვამდა თავის მოკვლის სურვილს.4თვიანი მკურნალობის შემდეგ მდგომარეობა გაუმჯობესდა. 3თვის შემდეგ კი შეატყვეს ადვილი აგზნებადობა.ხშირად ჰქონდა კონფლიქტი ოჯახის წევრებთან.დასჩემდა გართობის სურვილი.მთელ დღეებს ატარებდა ქუჩაში,ნაცნობ-მეგობრებთან...ლაპარაკობდა ბევრს,თემას ხშირად იცვლიდა.ჭამდა ბევრს და არ ეძინა.

რომელ დაავადებასთან გვაქვს საქმე და რომელი სიმპტომი რომელ ფაზას შეესაბამება?

ინფექციური ფსიქოზები

სპეციფიკური ქრონიკული ინფექციებიდან მნიშვნელოვანია ნეიროლუესის ორი ძირითადი ფორმა: თავის ტვინის სიფილისი და პროგრესული დამბლა.

თავის ტვინის სიფილისი-გამოწვეულია ტვინის სტრუქტურების დაზიანებით. იგი სიფილისით დაინფიცირებიდან 5-6 წლის შემდეგ ვითარდება. არჩევენ მის რამდენიმე

ძირითად ვარიანტს. მათ შორის შედარებით იოლი ფორმაა **სიფილისური ნევრასთენია**. მისთვის დამახასიათებელია მეხსიერების დაქვეითება, უძილობა და გუნება-განწყობის დაქვეითება. მდგომარეობის გართულებისას ადგილი აქვს ჰიპომენიას, ემოციურ ლაბილობას, ცნობიერების აშლის ეპიზოდებს, ყალიბდება ჭკუასუსტობა.

ჰალუცინაციურ-პარანოიდული ფორმა- იგი ხასიათდება სმენითი, მხედველობითი ჰალუცინაციებით, დევენის ბოდვითი (ჰიპოქონდრიული, განდიდების) იდეებით.

გამოხატულია შფოთვა და დისფორია.

პროგრესული დამბლა- ანუ ბეილის დაავადება წარმოადგენს თავის ტვინის პარენქიმის დაზიანების შედეგს. მას ხანგრძლივი ინკუბაციური (8-10 წელი) აქვს. მის განვითარებაშიც არჩევენ რამდენიმე სტადიას.

საწყისი ანუ **ნევრასთენიული** სტადია ხასიათდება მყარი ასთენიური ჩივილებით, ემოციების და გრძნობების გასადავებით, ცინიკური დამოკიდებულებით ოჯახის წევრების, ახლობლების მიმართ. სქესობრივი თავშეუკავებლობით, სირცხვილის გრძნობის დაკარგვით, უცენზურო სიტყვების ხშირი ხმარებით. თანდათანობითი ჭკუასუსტობის განვითარებით.

მარაზმის სტადია-პრ. დამბლის გამოსავალი მდგომარეობაა. ავადმყოფი ვერ ერკვევა გარემოში. მეტყველება მოშლილი, სიტყვების გამოთქმა გაძნელებულია. აღინიშნება სახის ნერვის პარეზი, სახის ნიღბისებური გამომეტყველებით. ძვლები ხდება მტვრევადი, სცვივა თმები, ვითარდება წყლულები, სისხლჩაქცევები. მიუხედავად ბუღემიის სწრაფად ყალიბდება კახექსია.

მკურნალობაში ანტილუესურთან ერთად ეფექტურია პიროთერაპია.

ნევროზები

ნევროზი ფუნქციური, ფსქოგენურად განპირობებული დაავადებების ყველაზე გავრცელებულ სახეს წარმოადგენს.

ნევროზები იყოფა სამ ძირითად კლინიკურ ფორმად:

ნევრასთენია-მისი ძირითადი კლინიკური ნიშანია გამღიზიანებლობა, მათ ჩვეულებრივი ქუჩის ხმაური, ხმამაღალი საუბარი, მუსიკა და ა. შ აღიზიანებთ. ადვილად გამოდიან წონასწორობიდან, იძლევიან აფექტურ რეაქციას, ხშირად ყვირიან და ტირიან, უჭირთ ემოციების მოთოკვა. მძაფრი რეაქცია სწრაფად იცვლება ასეთენით, ფიზიკური და სულიერი გამოფიტვით. გაღიზიანებას და მრისხანებას ენაცვლება მოდუნება და განურჩევლობა. ნევრასთენიას თან ახლავს უძილობა. ავადმყოფი გვიანობამდე წრიალებს ლოგინში, ცდიობს დაიძინოს, ვერ ისვენებს, დილით იღვიძებს გამოუძინებელი, გაღიზიანებული, სიმძიმის შეგრძნებით სხეულის სხვადასხვა ნაწილებში. თავის ტკივილი ატარებს ქრონიკულ, გამუდმებულ ხასიათს, მკვეთრად ქვეითდება შრომის ნაყოფიერება. გამოხატულია ემოციური ლაბილობა, გუნებაგანწყობა არამდგრადი, მერყევი, ჭარბობს შფოთვა.

ისტერიული ნევროზი-ამ დროს დამახასიათებელია გრძნობების ადვილი ცვალებადობა, ტირილისა და სიცილის მონაცვლეობა. ამ ტიპის ნევროზმა შეიძლება მოგვცეს მთელი რიგის ნევროლოგიური ხასიათის ნიშნები: ასტაზია-აბაზია, თუმცა დამბლის მოვლენები არა აქვს. შეიძლება მიიღოს უფრო მძიმე გამოხატულება ისტერიული გულყრების სახით. ეპიგულყრისგან განსხვავებით ცნობიერების სრული დახშობა არ ხდება, არ ახასიათებს ტონური და კლონური კრუნჩხვები. ზოგ შემთხვევაში შესაძლოა განვითარდეს ისტერიული სიყრუე, სიბრმავე, ყნოსვის, გემოვნების დაკარგვა, ანესთეზიის, ჰიპო ან ჰიპერესთეზიის შემთხვევები.

აკვიატებულ მდგომარეობათა ნევროზი- კლინიკურ სურათში წამყვანია აკვიატებული აზრები, ქცევები და ფობიები. ფობიურ შეტევას თან ახლავს სიწითლე, ოფლიანობა, გულის ფრიალი, ტრემორი, ტაქიკარდია, კლინიკური სურათის თავისებურებით გამოირჩევა ნერვული ანორექსია, როდესაც ავადმყოფს უჩნდება ეჭვი სხეულის გადაჭარბებულ სიმსუქნეში, წონის დაკლების მიზნით უარს ამბობს საკვების მიღებაზე და გადადის უმკაცრეს დიეტაზე. წონის დაქვეითებასთან ერთად ვითარდება ენდოკრინული სისტემის მეორადი პათოლოგია-ამენორეით, ჰიპოტონიით, დისპეპსიური მოვლენებით.

ნევროზების მკურნალობაში ფსიქოტროპული პრეპარატების დანიშვნასთან ერთად მნიშვნელოვანია ფსიქოთერაპია, ფიზიოთერაპია და ბალნეოლოგიური პროცედურები.

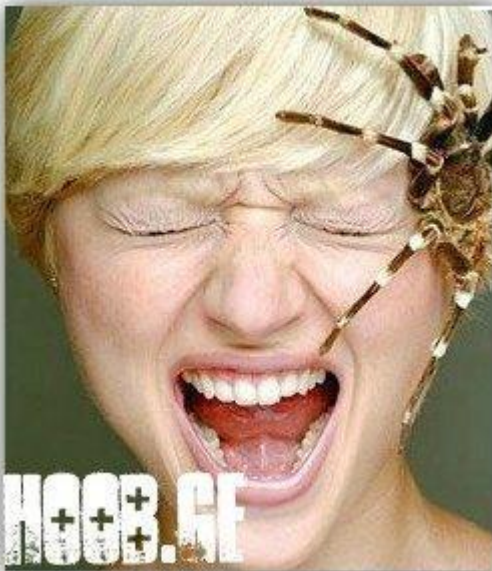


ფობიები

ფობია (ბერძნულად φόβος „ფობოს“ — შიში) — რაიმე სიტუაციის, ობიექტის, საქმიანობისა ან ადამიანის მიმართ ძლიერი, პანიკური შიში. ამ ანომალიის ძირითადი სიმპტომია შიშის მომგვრელი ობიექტისგან თავის არიდების გადამეტებული, გაუმართლებელი სურვილი, მოთხოვნილება.

ხშირად ფობია კონტროლს აღარ ექვემდებარება და ადამიანის ყოველდღიურ საქმიანობაში ხელისშემშლელი ხდება.

აღიარებულია, რომ მემკვიდრეობა, გენეტიკა და ტვინის ემოციური წყობა ცხოვრებისეულ ემოციებთან ერთად, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს შიშით გამოწვეული დარღვევებისა და ფობიების განვითარებაში.



ფობიებს შორის პირველობას არავის უთმობს აგორაფობია (ბერძნულიდან – ბაზრობის მოედანი). მას ახასიათებს საჯარო ადგილების, ადამიანთა დიდი თავშეყრის, შეუზღუდავი სივრცის, ქუჩის, ტრანსპორტის შიში. ამ ფობიით დაპყრობილ ადამიანებს უჭირთ თანმხლები პირის გარეშე ქუჩაში გასვლა, ეშინიათ, რომ რაღაც დაემართებათ და ვერავინ ვერ უშველით. ამის გამო მათი სოციალური ცხოვრება კარგავს აზრს, ისინი იტანჯებიან დეპრესიისგან.

აგორაფობიის თავისებური სენით იყო დაპყრობილი რუსეთის მეფე პეტრე პირველი, ამიტომაც მისი სიმაღლის მიუხედავად მეფის ყველა რეზიდენცია მცირე ზომის, დაბალჭერიანი იყო და პატარა ოთახებად იყოფოდა, ჰოლანდიაში ყოფნის დროს კი საერთოთ კარადაში ეძინა.

აკროფობია – სიმაღლის შიში; კლასტროფობია – შეზღუდული სივრცის შიში; ნიკტოფობია – სიბნელის შიში; აეროფობია – თვითმფრინავით ფრენის შიში; არახნოფობია – ობობების შიში; ოფიდოფობია – გველების შიში; ბაცილოფობია – პათოგენური მიკროორგანიზმების შიში; გემატოფობია – სისხლის დანახვის შიში; ოდონტოფობია – სტომატოლოგიური მკურნალობის შიში; აუტოფობია – მარტო დარჩენის შიში; აკვაფობია – წყლის შიში; ფობოფობია – საკუთარი შიშების შიში.

საკონტროლო კითხვები:



- 1.რამდენ ძირითად კლინიკურ ფორმად იყოფა ნევროზი?
- 2.რა განხვავებაა ეპიგულყრასა და ისტერიულ გულყრას შორის?
- 3.რომელ ნიშნებს გამოვყოფთ აკვიატებულ მდგომარეობათა ნევროზის მიმდინარეობაში?
- 4.აღწერე ე.წ. ფობიკური შეტევა და ნერვული ანორექსია.

ალცჰაიმერის დაავადება

ალცჰაიმერის დაავადება არის თავის ტვინის კეროვანი ატროფიული პროცესებით გამოწვეული ქრონიკული, ფსიქიკური დაავადება. იგი ძირითადად 60-65 წლის ასაკში იწყება და 8-10 წელს გრძელდება. საწყის ეტაპზე აზროვნება ხდება ზერელე, ქვეითდება განსჯის უნარი. თანდათან ღრმავდება ამნეზიური პროცესების დეგრადაცია. დეზორიენტაციის და შფოთვისან- დეპრესიული გუნება-განწყობის ფონზე აღინიშნება პათოგნომური „ააა“ აფაზია, აგნოზია, აპრაქსია.

ხშირია სარკის სინდრომი, როდესაც ავადმყოფი თავის თავს ვერ ცნობს სარკეში, იგი კარგავს ყოფით ჩვევებს. დაავადების ტერმინალური სტადიაა მარაზმი სრული ფსიქო-ფიზიკური განლევა. ავადმყოფი კონტაქტისთვის არის მიუწვდომელი, კახექსიური.

დაავადებული მოითხოვს განსაკუთრებულ მოვლას, თვალყურის დევნებას, ვინაიდან აქვთ სიარულის სურვილი, თუმცა დეზორიენტაციის გამო ხშირად მიდიან და იკარგებიან.

- ხანდაზმულ ადამიანებს მეხსიერების პრობლემები უჩნდებათ - ადვილად ავიწყდებათ წაკითხული თუ გაგონილი. ამას ხალხში სკლეროზს უწოდებენ. ამავე სახელწოდებით იხსენიებენ ალცჰაიმერის დაავადებასაც, არადა ის აბსოლუტურად განსხვავდება მეხსიერების ასაკობრივი დაქვეითებისგან.



ხანდაზმულთა ფსიქიკური პრობლემები

ხანდაზმულთა ფსიქიკური - ქცევითი პრობლემები გულისხმობს მოუსვენრობას, გულმავიწყობას, ხშირ შეკითხვებს, მოხეტიალობას, დელირიუმს, აგრესიას და სოციალურად საშიშ ქმედებებს. ასევე უძილობას, უნებლიე ფიზიოლოგიური ფუნქციების დარღვევას (შარდვა და დეფეკაცია). სპეციფიკური შინაარსის ფსიქოზურ მდგომარეობებს - შფოთვით აშლილობას, ჰიპოქონდრიას, მზის ჩასვლის სინდრომს, შენიღბულ დეპრესიას, პარანოიდულ რეაქციას და დემენციას. დადგენილია, რომ მოხუცებში სიკვდილის ძირითად მიზეზთა შორის ერთ-ერთ პირველ ადგილზეა დაავადებები, რომელთაც საფუძვლად უდევთ თავის ტვინის ატროფია, განსაკუთრებით დემენცია.



გონებრივი ჩამორჩენილობა

გონებრივი ჩამორჩენილობა ანუ ოლიგოფრენია შესაძლოა გამოწვეული იყოს მრავალი მიზეზით: ქრომოსომული დაავადებებით, ჩანასახოვან პერიოდში გადატანილი ინფექციით, ინტოქსიკაციით, სამშობიარო ტრავმით, ნაყოფის ასფიქსიით. გამოყოფენ ილიგოფრენიის შემდეგ დონეებს:

იდიოტია-ოლიგოფრენიის ყველაზე ღრმა დონეა. მეტყველება და შემეცნება განუვითარებელია. არ აქვთ გარემოში ორიენტაციის უნარი. ქცევები იმპულსური და არამოტივირებულია. ემოციები-პრიმიტიული. მათთვის სწავლებას და ჩვევების ათვისებისთვის ზემოქმედებებს შედეგი არ მოაქვს. შეესაბამება 2-3 წლის ასაკის ბავშვის დონე.

იმბეცილობა-გონებრივი განვითარების საშუალო დონე. მეტყველება განვითარებულია სუსტად. სიტყვათა მარაგი 200-300 სიტყვით ამოიწურება. მსჯელობა პრიმიტიული. შეუძლიათ თავის მოვლა და ელემენტარული ჩვევების გამომუშავება(ჩაცმა, დალაგება, გარეცხვა), მაგრამ ამას აკეთებენ გაჭირვებით და დაუდევრად. ცნობენ ახლობლებს და შეუძლიათ ელემენტარული ემოციების გამოხატვა. ზოგჯერ აქვთ აგრესიულობის მომენტი.

შესაძლოა ისწავლონ უმარტივესი თვლა, მარტივი ტექსტის წაკითხვა, თავის მოვლის და მარტივი შრომითი ოპერაციების შესრულება. შეესაბამება 6-7 წლის ბავშვის დონე.

დებილობა-იოლი დონეა. ისინი ფლობენ სიტყვათა საკმარის მარაგს, რაც აძლევთ საშუალებას დაამთავრონ სკოლის დაწყებითი კლასები ან სპეციალური სკოლა. შესწევთ დამოუკიდებელი ცხოვრების, გარკვეული პროფესიული საქმიანობის უნარი.

შეესაბამება 12-13 წლის ასაკის ბავშვის დონეს.

საკონტროლო კითხვები:



- 1.რა არის ჭკუასუსტობა?
- 2.რა ეწოდება შეძენილ ჭკუასუსტობას? თანდაყოლილს?
- 3.დაახასიათეთ თანდაყოლილი ჭკუასუსტობის დონეები.

ალკოჰოლიზმი

ალკოჰოლიზმი ქრონიკულად მიმდინარე ფსიქიკური დაავადებაა,რომელიც გამოწვეულია ალკოჰოლური სასმელების ჭარბი და სისტემატური მიღებით.ალკოჰოლი ანუ ეთილის სპირტი მიეკუთვნება ფსიქოაქტიურ ნივთიერებას.იგი დამორგუნველად მოქმედებს ცნს-ზე,იწვევს თრობას და შინაგანი ორგანოების დისფუნქციას.

გამოვყოფთ ალკოჰოლიზმის:

. პირველ ანუ ნევრასთენიულ სტადიას-მას თავდაპირველათ ახასიათებს რელაქსაცია,ეიფორია,რომელსაც ცვლის გამღიზიანებლობა,ღრმა ასთენია.ავადმყოფი აქტიურად ეძებს დათრობის საბაზს,პირველი იწყებს სმას,ცდილობს დალიოს სხვაზე მეტი. პიროვნებაში ჩნდება ახალი თვისებები:სიცრუე,ტრაზახი...

მეორე ანუ ნარკომანიულ სტადიას ახასიათებს აბსტინენტური(პათოლოგიური დამოკიდებულება ალკოჰოლისადმი) სინდრომის ჩამოყალიბება,რაც ალკოჰოლისადმი ორგანიზმის ფიზიკური დამოკიდებულების განვითარების მაჩვენებელია.ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტის შემთხვევაში 12-24 საათის შემდეგ ვითარდება ტაქიკარდია,თავის ტკივილი,კიდურების და ენის წვერის ტრემორი, არტერიული ჰიპერტენზია,მადის დაქვეითება,გულის რევის შეგრძნება, ფაღარათი,უძილობა...აბსტ.სინდრომი დაავადების პროგრესთან ერთად ღებულობს მყარ ხასიათს და მისი მოხსნისთვის ავადმყოფი განუწყვეტლივ ღებულობს ალკოჰოლურ სასმელებს,ასევე სუროგატებს.

მესამე ანუ ენცეფალოპათიური სტადია ხასიათება მუდმივი ლოთობით და პიროვნების დეგრადაციით.ამ სტადიაში თავს ანებებენ მაგარ სასმელებს და გადადიან სუროგატებზე.გამოხატულია პიროვნების ღრმა ფიზიკური,ფსიქიკური და სოციალური დეგრადაცია.

მწვავე ალკოჰოლურ ფსიქოზებს მიეკუთვნება თეთრი ცხელება ანუ ალკოჰოლური დელირი-იგი ვითარდება ქრონიკული ალკოჰოლიზმის მეორე და მესამე სტადიაში,ალკოჰოლის მიღების შეწყვეტიდან 2-3 დღის შემდეგ.ფსიქოზი იწყება მწვავედ,უეცრად,ძირითადად ღამის საათებში.შემზარავი სმენითი და მხედველობითი ჰალუცინაციების მოზღვავებით.ავადმყოფი ხედავს მწერებს, ქვეწკრმაველებს,საშინელ არსებებს... გამოხატულია შიშის ძლიერი აფექტი, მოუსვენრობა,

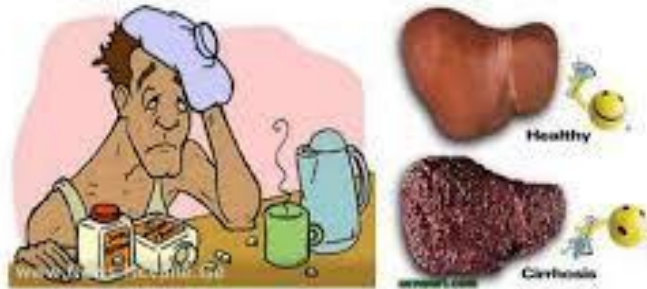
დამაბულობა,დეზორიენტაცია ადგილსა და გარემოში.იგი ცდილობს თავი დაიცვას „ხიფათისგან“, გარბის, იმალება... დელირი 1-2 კვირას გრძელდება.

მკურნალობა ძირითადად სიმპტომურია.პირველ ეტაპზე ნაჩვენებია დეზინტოქსიკაცია ელექტროლიტური ბალანსის აღდგენა,პოლივიტამინების მაღალი დოზები,საგულე საშუალებები და ანტიბიოტიკები სიმპტომურად.ასევე ტრანკვილიზატორები და ნეიროლეფსიური საშუალებები...



მაგნე ჩვევები: ალკოჰოლიზმი

- ალკოჰოლური სასმელების ჭარბი და ხშირი მიღება იწვევს გონებრივ სისუსტეს და ღვიძლის სასიკვდილო დაზიანებას



ნარკომანიის სათავეები



ნივთიერებებს რომლებსაც ნარკოტიკს ვეძახით კაცობრიობამ დიდი ხნის წინ ძველი ეგვიპტელები ყაყაჩოგან სამკურნალო წანსება აწარმოებდნენ. მისგან ასევე იღებდნენ ოპიუმს, რომელსაც საბილიდ და ტკივილის გასაყუჩებლად იყენებდნენ.

ხედიანები, გრძელი ვზის გავლისას იმარაგებლენ ბანგს - ნივთიერებას, რომლის გავრცელებული სახელი ნარბუნა ანუ ჰაშიშია.. ისინი აწარმოებდნენ და ფსიქოლოგიურ დამახურობას იხსნიდნენ, რომელსაც უდაბნის ერთგვარი ხედი იწვევდა.



ნარკომანია

ნარკომანია არის დაავადება, რომელიც გამოწვეულია ნარკოტიკული ნივთიერებების სისტემატური გამოყენებით. დაავადების დასაწყისში ვითარდება ნარკოტიკული ნივთიერებების მიმართ ფსიქიკური დამოკიდებულება. თანდათან ვითარდება ფიზიკური

დამოკიდებულება. იზრდება წამლის დოზის მოთხოვნილება. ნარკოტიკის მიღების შეწყვეტა იწვევს აბსტინენციის სინდრომს.

„ვინც ყაყაჩოს ცრემლებს გასინჯავს მთელი ცხოვრება ტირის”

არსებობს ნარკოტიკების შემდეგი კლასიფიკაცია:

ოპიატები-(ჰეროინი, მორფინი, ოპიუმი)

სტიმულატორები-(კოკაინი, კანაბისი...)

ბარბიტურატები-(ფენობარბიტალი...)

სედატიური საშუალებები-(მირ. ტრანკვილიზატორები)



- **ჰალუცინოგენები**- ეფერო, უსუნო, უკემო არ-სტალონი ფენილ-ეს სახის ქიმიური ნივთიერებებია. მიქმდებიან ფსიქოპათიკურ ირიტაც სმენა და მხედველობა, დიდი დოზებით ხშირი მოხმარებისას ფართოდება გულები, აულის აჩქარებულა, წნევა იზარტებს.
- **ნარკოტიკის** მოძებნის ნარკომასს უფრდება კოდონები, ერეკა კული, აკანკალებს ცივიზიონი და დეცესიული ადვია, ესართება ჰალუცინაციით.
- **ინსულატორები** - ვიდე ერთი ნარკოტიკული საშუალებების კლასია, რომლებიც მოქმედებენ ორგანიზმზე როგორც ნარკოტიკები. შეიძლება შევლითული იყოს ფლავონები, სპიგალორ, ზალონები, ორგანიზმი სეფებთან სასუნთქი გზებიდან და ირევენ სიმთვრალის წერტილებს; შეიძლება გასდეს ბურდოს, ცხვირიდან სიხდების და თავის ტკივილის მიზეზიც.
- სინხეს მძიმეების სისტემაში მიხედობისას ცვლიან ქიმიურ რეაქციებს, რომელმაც შეიძლება გაზიარების კათილოგიური პოიციები თავის ტვინში და ნერვულ სისტემაში, ძნალატორებს დიხის გადაბრუნება შეიძლება მოიცავდეს სუნთქვის შედეგა ზღის იკვებს გაჩერებად და სიცილიასდე.
- ადამიანი, რომელიც ზისუნთქვის წინა, ხდება აგრეთული, აქვს ჰალიცინაციები, ზიანდება ფილტვები, დეცია, გული, ტვინი, ნაწლავები, სინხეს აურობები, თირკმელები, საბოლოოდ ტოქსიკომისს ემართება ანთია, რაც ირევენ სუნთქვის შეჩერებას და სიცილიას.

ოპიატური ინტოქსიკაციისთვის დამახასიათებელია ეიფორია,შეკავება,ცნობიერების გაბრუება,ცნს-ის დათრგუნვა,ანალგეზია,ბრადიკარდია,ჰიპოტენზია,ბრადიპნოე...

განსაკუთრებული სიმწვავეთ ხასიათდება ოპიომანიური აბსტინენცია.დომინირებს აუტანელი ტკივილები სახსრებში და კუნთებში,სპაზმური ტკივილები მუცელში,გულის არემი,ოფლიანობა,პირღებინება,ფადარათი...

ცნს-სტიმულატორები განსაკუთრებული ნარკოგენურობით ხასიათდებიან -სწრაფად იწვევენ შეჩვევას.ეიფორიასთან ერთად იწვევენ ჰიპერაქტიურობას,ჰალიცინაციებს,აგრესიულობას...

კოკაინური ინტოქსიკაცია ხასიათდება ტაქიკარდიით,ჰიპერტენზიით,ანორექსიით,უძილობით,ძლიერი სისუსტით, დადლილობის გრძნობით...

კანაბისი(პლანი,ანაშა)-მას ძირითადად ეწვეიან.მისით ინტიქსიკაცია იწვევს ეიფორიას,უკონტროლო მხიარულებას,აგზნებას...მისი სისტემატური მიღებისას ვითარდება შიშის და პანიკის შეტევები.კანაბინოდურ ნარკომანიას ფიზიკური აბსტინენცია არ ახასიათებს.ვითარდება მხოლოდ ფსიქოლოგიური დამოკიდებულება.

სედატიური და საძილი საშუალებები სწრაფად აყალიბებენ ორგანულ ცვლილებებს ცნს-ში,იწვევენ ეპი.გულყრებს...აბსტინენცია მიმედ მიმდინარეობს და შესაძლოა ლეტალურად დამთავრდეს.

ტოქსიკომანიური დამოკიდებულება-ყალიბდება წებოების,ბენზინის,აცეტონის,გამხსნელების,აეროზოლების,სადებავების ყნოსვით,რაც

იწვევს ეიფორიას, ცნობიერების გაბრუებას, თავბრუსხვევას, დეზორიენტაციას. აბსტინენცია არ აღინიშნება. მკურნალობა დეზინტოქსიკაცია.

საკონტროლო კითხვები:



1. მოკლედ დაახასიათეთ ალკოჰოლიზმის სტადიები.
2. აღწერეთ მწვავე ალკოჰოლური დელირი.
3. რა არის აბსტინენცია?
4. ჩამოთვალეთ ნარკოტიკული საშუალებები.

ფსიქოფარმაკოთერაპია

ფსიქოტროპული პრეპარატების კლასიფიკაცია

- ❖ ნეიროლეფსიური მედიკამენტები
- ❖ ანტიდეპრესანტები
- ❖ ტრანკვილიზატორები
- ❖ ნორმოთიმიკები
- ❖ ნოტროპული საშუალებები
- ❖ ფსიქოსტიმულატორები

ნეიროლეფსიურ მედიკამენტებს ახასიათებთ ანტიფსიქოზური მოქმედება, ხელს უწყობენ ჰალუცინაციური და ბოდვითი სიმპტომების უკუგანვითარებას, ხსნიან ფსიქომოტორულ აგზნებას, ამცირებენ აფექტურ დამაბულობას. ნეიროლეფსიურ საშუალებებს მიეკუთვნება: **ჰალოპერიდოლი, ამინაზინი, სტელაზინი, ტრიპტაზინი...** ამ პრეპარატებით მკურნალობის პროცესში ადგილი აქვს ექსტრაპირამიდული ხასიათის გვერდით ეფექტებს (პარკინსონიზმი, ტრემორი, მოუსვენრობა, კუნთების დაჭიმულობა, ჰიპერსალივაცია...) ე.წ ატიპიურ ნეიროლეფსიურ პრეპარატებს (**ლეპონექსი, რისპერიდონი...**) არ გააჩნიათ ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოვლენები და ბოდვის საწინააღმდეგო ეფექტთან ერთად, აქვს დადებითი თერაპიული მოქმედება შიზოფრენიის ნეგატიურ სიმპტომებზე.

ანტიდეპრესანტები- არიან ტრიციკლურები- ამიტრიპტილინი, ანაფრანილი,მელიპრამინი,იმიპრამინი...

ტეტრეციკლურები- მაპროტილინი,მიანსერინი...

მაო-ს ინჰიბიტორები- ტრანსამინი, ნიალამიდი...

ანტიდეპრესანტების გვერდითი ეფექტებიდან გამოვყოფთ:

- ✓ პირის სიმშრალე
- ✓ ყაბზობა
- ✓ შარდის შეკავება
- ✓ პოტენციის დაქვეითება
- ✓ ტაქიკარდია
- ✓ გულისრევა, ღებინება,დიარეა, მეტეორიზმი
- ✓ ძილიანობა ან პირიქით უძილობა, თავის ტკივილი.
- ✓ მოხსნის სინდრომი საჭიროა მედიკამენტის მოხსნა 4-6 კვირის განმავლობაში
- ✓ **ტრანკვილიზატორები-** სედაციური, შფოთვის მომხსნელი, დამამშვიდებელი მოქმედების პრეპარატებია ისინი ძირითადად გამოიყენებიან შიშის, შფოთვის, აწეული აგზნებადობის მოსახსნელად . ტრანკვილიზატორებს მიეკუთვნებიან: დიაზეპამი, ტაზეპამი,რადედორმი,ფენაზეპამი.მას აქვს გამოხატული მატრანკვილიზებელი, კრუნჩხვის საწინააღმდეგო და საძილე მოქმედება.
- ✓ გვერდითი მოქმედება ვლინდება ძილიანობაში ,ჩონჩხის კუნთების ტონუსის შემცირებაში,ატაქსიაში,თავბრუსხვევაში...

- ✓ **ნორმოთიმიკები-**ლითიუმის მარილები, ვალპროატი,დეპაკინი-ქრონო და კარბამაზეპინი.ისინი ფლობენ მანიაკალური შეტევის კუპირების უნარს.ეფექტურია მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზებისას.გვერდითი ეფექტი ვლინდება თითების კანკალში,წონასწორობის დარღვევაში,ძილიანობაში,წყურვილში...

- ✓ **ნოოტროპები-**წარმოადგენს მედიკამენტთა ჯგუფს ,რომლებსაც გააჩნიათ ნერვული უჯრედის ნეირომეტაბოლიზმის გამაძლიერებელი, გამოხატული ანტიჰიპოქსიური მოქმედება . ხელს უწყობს თავის ტვინში მიმდინარე ჟანგვა -აღდგენითი პროცესების აქტივაციას.მას მიეკუთვნება: ნოოტროპილი, ვინპოცეტინი,პანტოგამი, ცერებლორილიზინი...

- ✓ ეს პრეპარატები გამოიყენება მეხსიერების მოშლილობისას,რომელიც წარმოიქმნება ქალა-ტვინის ტრამვების,ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევით და ზოგიერთი სხვა დაავადებით.
- ✓ **ფსიქოსტიმულატორები**-მათ ძირითად თვისებას წარმოადგენს, გაზარდოს,გონებრივი და ფიზიკური შრომისუნარიანობა. ჩნდება სიმხნევის, ენერჯის მოზღვავეების, განწყობილების გაუმჯობესების შეგრძნება. სუსტდება უარყოფითი ემოციური დამაბულობები.
- ✓ ამ ჯგუფის პრეპარატებია: სიდნოკარბი, სიდნოფენი, მერიდილი. ფსიქომასტიმულირებელ თვისებებს ფლობს ანალეპტიკური საშუალება კოფეინი.

კითხვები თვითშემოწმებისთვის:



- 1.პრეპარატთა რომელი ჯგუფები მიეკუთვნება ფსიქოტროპულ საშუალებებს?
- 2.რა შემთხვევებში გამოიყენება ნეიროლეპსიური საშუალებები და რა გვერდითი ეფექტი შეიძლება გამოვლინდეს მათი მიღებისას?
- 3.რა პრეპარატებია ე.წ.დეპო-პრეპარატები?

4.ჩამოაყალიბეთ ანტიდეპრესიული საშუალებების მიღებისას გამოვლენილი შესაძლო გვერდითი მოვლენები.

ფსიქიკური დაავადების თავისებურებები

- ❖ ავადმყოფის კრიტიკული თვითშემეცნების არარსებობა და ფსიქოზური აშლილობის დროს მკურნალობის უგულვებელყოფა.
- ❖ დევნის იდეები იმპერატიულ ჰალუცინაციებთან ერთად.
- ❖ სუიციდური აზრები და მოქმედება.
- ❖ ფსიქოზური მდგომარეობა ცნობიერების მოშლის მოვლენებით (დელირიუმი,ონეიროიდი,ბინდისებური მდგომარეობა).
- ❖ ფსიქომოტორული აგზნება და იმპულსური მოქმედება.
- ❖ კატატონიური მდგომარეობა.
- ❖ აბულიური მდგომარეობა.
- ❖ ეთიკურ- ჰიგიენური ჩვევების შეუსრულებლობა.

თერაპიული ურთიერთობების თავისებურებები

შიზოფრენიის დროს

- ❖ კომუნიკაციის ზოგადი პრინციპების დაცვა
- ❖ მწავავე მდგომარეობაში აქტიური კონტაქტისგან თავის შეკავება
- ❖ ბოდვისგან პირდაპირი გზით „გადაჯერება“ დაუშვებელია
- ❖ სიმშვიდე,ემპათია
- ❖ საუბრის წარმართვა აქცენტით სუბიექტურ ჩივილებსა და პრეტენზიებზე
- ❖ დაავადების გამწვავების ნიშნების ამოცნობის დასწავლა
- ❖ ოჯახის წევრების „განათლება“ დაავადების არსის, სწორი დამოკიდებულების და მედიკამენტების სწორი მიცემის, მათი გვერდითი მოქმედების, ან გამწვავების ნიშნების შესახებ

მდგომარეობები, როდესაც მოსალოდნელია ძალადობრივი ქცევა

- ❖ დელირი
- ❖ დემენცია
- ❖ წამალდამოკიდებულება
- ❖ ბიპოლარული აშლილობა
- ❖ გონებრივი ჩამორჩენილობა
- ❖ ფსიქოზური მდგომარეობა (ბოდვა, ჰალუცინაცია)

სიტუაციები, რომლებიც ზრდის ძალადობის ალბათობას

- ❖ ფარული, თუ აშკარა უპატივცემულობა
- ❖ პაციენტის მოთხოვნაზე უარის თქმა
- ❖ დანიშნულების ხშირი შეცვლა
- ❖ ძალდატანებითი ჰოსპიტალიზაცია
- ❖ პოლიციის თანხლება
- ❖ მედპერსონალის უხეში დამოკიდებულება
- ❖ ხმაური
- ❖ უძილობა
- ❖ შიმშილი
- ❖ დიდხანს ლოდინ

ძალადობის თავიდან აცილების რამდენიმე რჩევა

- ❖ ყველა მუშაკი გაფრთხილებული უნდა იყოს აგრესიული პაციენტის შესახებ

- ❖ მედპერსონალმა უნდა გაითვალისწინოს ძალადობის შესაძლო რისკი და გამოიჩინოს განსაკუთრებული სიფრთხილე და წინდახედულება ასეთი პაციენტების შემთხვევაში
- ❖ აგრესიულ პაციენტთან საუბრისას, უნდა შევეცადოთ დავამშვიდოთ
- ❖ ვაჩვენოთ, რომ მას უსმენენ და შეუძლია თავისუფლად გამოხატოს თავისი პრეტენზია, ვიდრე იმოქმედოს აგრესიულად
- ❖ არ უნდა შევტრიალდეთ ზურგით
- ❖ პაციენტი უნდა გვყავდეს მხედველობის არეში
- ❖ განსაკუთრებულ შემთხვევებში მივმართოთ ფიზიკურ და მედიკამენტურ შებოჭვას

ფსიქიატრიის სერვისის მიმწოდებელი ექთნის ფუნქციები

- დეპარტამენტის სამედიცინო დოკუმენტაციის სრულფასოვანი წარმოება;
- სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალურობა;
- მორიგეობის გადაბარებისას ყველა პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციის სრულყოფილი გაცნობა და მათი მდგომარეობის შესახებ სრული ინფორმაციის მიღება;
- პაციენტების მდგომარეობის მონიტორინგი (დაკვირების დღიურში პაციენტის მდგომარეობის შესახებ ჩანაწერის გაკეთება: ქცევა, კვება, ძილი...)
- პაციენტის ფიზიკური მონაცემების შეფასება. პაციენტის კვების ორგანიზებაზე ზედამხედველობა;
- ექიმის მიერ დანიშნული მკურნალობის დროული და ზუსტი შესრულება;
- გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენისთვის ყველა საჭირო მანიპულაციის ფლობა;
- სანიტარულ-ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური რეჟიმების დაცვა;
- მასზე დაქვემდებარებული სამედიცინო პერსონალის (ექთნის თანაშემწე, დამხმარე) კონტროლი.
- ფიქსირებული პაციენტის მდგომარეობაზე მეთვალყურეობა.

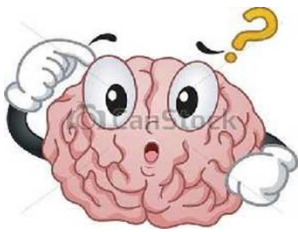
ფსიქიატრიის სერვისის მიმწოდებელი ექთნის თანაშემწის ფუნქციები

- მოვიგეობის ჩაბარებისას პაციენტების მდგომარეობის შესახებ სრული ინფორმაციის მიღება;
- პაციენტებთან დაგეგმილი და ჩასატარებელი გამოკვლევების და მანიპულაციების შესახებ სრული ინფორმაციის მიღება;
- პაციენტებთან სხვადასხვა ჰიგიენური ღონისძიებების და არაინვაზიური პროცედურების ჩატარება ექიმის დანიშნულების მიხედვით;
- სანიტარულ-ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური რეჟიმების დაცვა;

- სამედიცინო ნარჩენების დახარისხება;
- საჭიროების შემთხვევაში პაციენტის ტრანსპორტირება დეპარტამენტიდან დეპარტამენტში;
- პასუხისმგებელია სამედიცინო ინფორმაციის კონფიდენციალობის დაცვაზე;

აუცილებელი უნარ-ჩვევები

- კარგი კომუნიკაციის უნარი;
- ორგანიზებულობა;
- ოპერატიულად მოქმედების უნარი;
- კრიტიკულ სიტუაციაში ადექვატური რეაგირების უნარი;
- გუნდური მუშაობის უნარი;
- პაციენტებისადმი ყურადღებიანი დამოკიდებულება;
- პაციენტის მეთვალყურეობა და სიფხიზლე;
 - პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების დამშვიდების და თანადგომის უნარი;
 - მზრუნველობა;
 - მოთმინება;
 - გამძლეობა;
 - ნებისყოფა;



საკონტროლო კითხვები:

1. ჩამოაყალიბეთ ფსიქიკური დაავადების თავისებურებები.
2. რომელი მდგომარეობებისას არის მოსალოდნელი ძალადობრივი ქცევა?
3. ჩამოთვალეთ ის წესები, რომლებიც უნდა გავითვალისწინოთ ძალადობრივი ქცევის თავიდან ასაცილებლად.
4. რა აუცილებელ უნარ-ჩვევებს უნდა ფლობდეს ექთანი და ექთნის თანაშემწე ფსიქიკურ პაციენტებთან ურთიერთობისას?



ცნობილ ადამიანებს შორის ბევრი იყო ისეთი, რომელსაც სხვადასხვა სახის ფსიქიკური დაავადება სტანჯავდა, თუმცა ამის მიუხედავად ისინი წარმატებულებიც იყვნენ და ბევრმა მათგანმა შედეგებაც კი შექმნა.

ედგარ ალან პო. ამერიკელი მწერალი და პოეტი. დიაგნოზი - სულიერი აშლილობა. სიმპტომები - სიბნელის შიში, გონების დაბინდვა, თვალთვალის მანია, არაადეკვატური საქციელი, ჰალუცინაციები.

უკვე 1830-იანი წლების ბოლოდან ედგარ პო ხშირი დეპრესიით იტანჯებოდა. გარდა ამისა, ალკოჰოლს ეძალებოდა. ალკოჰოლს მალე ოპიუმიც მიემატა. პოს სულიერი მდგომარეობა მნიშვნელოვნად გააუარესა მისი ახალგაზრდა ცოლის მძიმე დაავადებამ. იგი ახალგაზრდა ასაკში ტუბერკულოზით გარდაიცვალა. მწერალმა საყვარელი ქალის სიკვდილი ვერ გადაიტანა და ორ წელიწადში გამოეთხოვა ამ ქვეყანას მსგავსი დაავადებებით იტანჯებოდნენ **ფრანც კაფკა** - მას გამოხატული ნევროზი, დეპრესია ჰქონდა; **ჯონათან სვიფტი**, რომელიც ალცჰაიმერის დაავადებით იტანჯებოდა და სიცოცხლის ბოლო წლებში ჭკუასუსტი გახდა;

ჟან-ჟაკ რუსოს პარანოია ახასიათებდა,

ნიკოლაი გოგოლს - შიზოფრენია, პერიოდული ფსიქოზი, ჰალუცინაციები;

გი დე მოპასანს კი მთელი ცხოვრება ეშინოდა გაგიჟების. ორჯერ სცადა თავის მოკვლა. სიკვდილამდე ცოტა ხნით ადრე კლინიკაში მოათავსეს, სადაც აღესრულა კიდევ;

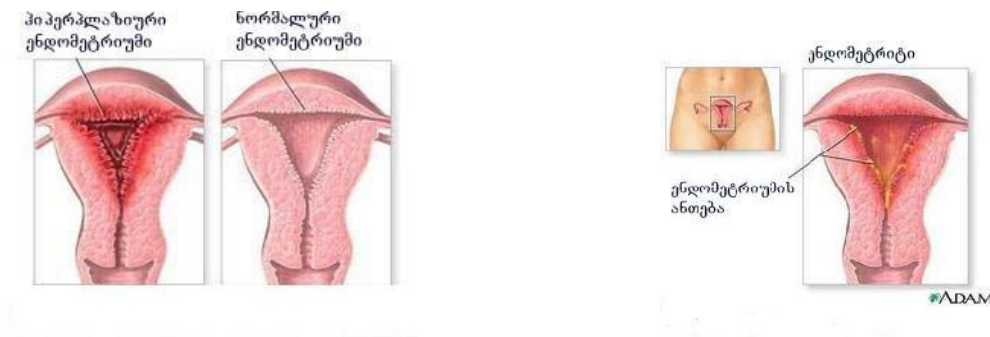
ვინსენტ ვან გოგი-მას ეპილეფსია და ბიპოლარული აშლილობა აწუხებდა.



გინეკოლოგიური პაციენტის საექთნო მართვა

გინეკოლოგიური დაავადებების უმეტესობა, ანთებითი დაავადებაა. სასქესო სისტემის ანთებითი დაავადებების დროს ხშირად ირღვევა ქალის ორგანიზმის მრავალი ორგანოსა და სისტემის ფუნქციები. არასპეციფიკური ეტიოლოგიის ანთებით დაავადებებს მიეკუთვნება: ენდომეტრიტი, ბართოლინიტი, სალპინგოოფორიტი, კოლპიტი და ა.შ.

ენდომეტრიტი



ენდომეტრიტი - საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის ანთება.

გამომწვევი - სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, შესაძლებელია ტუბერკულოზური მიკობაქტერია.

ეტიოლოგია - გართულებული აბორტი, მშობიარობა, საშვილოსნოს დიაგნოსტიკური გამოფხეკა, საშვილოსნოსშიგა ჩარევები.

ამ დაავადების დროს ზიანდება საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსი, ფუნქციური და ბაზალური შრეები. ანთებითი პროცესი შესაძლოა გავრცელდეს მთელ ლორწოვანზე ან ქონდეს კეროვანი ხასიათი.

კლინიკა - აღინიშნება ტემპერატურის მომატება, ტკივილები მუცლის ქვედა ნახევარსა და საზარდულის არეში, თხიერი ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი, ზოგჯერ უსიამოვნო სუნით, რომელსაც შეიძლება თან დაერთოს სისხლიანი გამონადენიც. საშოსმხრივი გასინჯვის დროს გამოვლინდება რბილი კონსისტენციის, ოდნავ გადიდებული მტკივნეული საშვილოსნო.



დიაგნოსტიკა - 1. ანამნეზის მონაცემები.

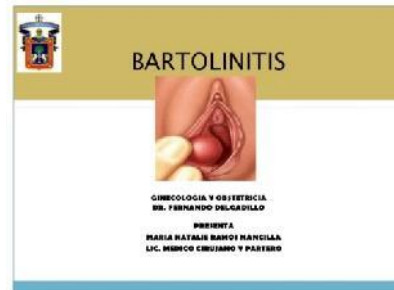
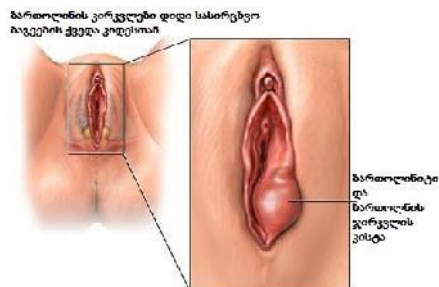
2. საშვილოსნოს ღრუს შიგთავსის ბაქტერიოსკოპიული გამოკვლევა.

3. სისხლის საერთო ანალიზი.

მკურნალობა მწვავე სტადიაში – სიმშვიდე, ყინული მუცელზე, ანტიბიოტიკები, სულფანილამიდები, გამაყუჩებელი საშუალებები და სხვ.. ქრონიკულ სტადიაში ნაჩვენებია სითბური გაწოვითი პროცედურები.

პროგნოზი - კეთილსაიმედო ადეკვატური მკურნალობის დროს. პროფილაქტიკა: ჰიგიენის დაცვა მენსტრუაციის დროს; აბორტის შემდგომი და მშობიარობის შემდგომი ინფექციების თავიდან აცილება.

ბართოლინიტი



ბართოლინიტი - საშოს კარიბჭის დიდი ჯირკვლის ანთება.

გამომწვევი - სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი. უფრო იშვიათად გონოკოკი, ტრიქომონა, მიკოპლაზმა და სხვ..

კლინიკა - მიკრობს შეუძლია დააზიანოს, როგორც ჯირკვლის გამომყოფი არხი (კანალიკულიტი), ასევე უშუალოდ ჯირკვალი. კანალიკულიტის დროს ქალის ზოგადი მდგომარეობა ნაკლებად უარესდება. ჯირკვლის გამომტანი არხის ირგვლივ აღენიშნება მოწითალო ფერის რგოლი, არხზე ხელის დაჭერით გამოიყოფა ჩირქის წვეთი, რომელსაც იღებენ ბაქტერიოსკოპიული გამოკვლევისათვის. გამომტანი არხის დახშობის დროს

ვითარდება ჯირკვლის ფსევდოაბსცესი. მიკრობის შეჭრა ჯირკვლის ქსოვილში იწვევს დიდი ჯირკვლის ჭეშმარიტ აბსცესს.

- სიმპტომები** - აღინიშნება: ა) დიდი და მცირე სასქესო ბაგეებს შეშუპება.
ბ) ტკივილი სიარულის დროს.
გ) ტემპერატურის მომატება.
დ) ჰიპერემია, დიდი სასქესო ბაგეების შუა და ქვემო მესამედის საზღვარზე.

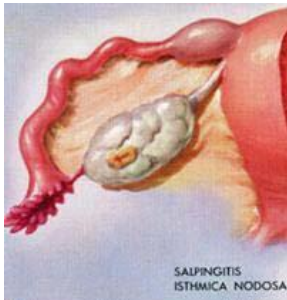
ე) ჩირქის დიდი რაოდენობით დაგროვების შემთხვევაში

აღინიშნება ფლუქტუაცია.

მკურნალობა - ჭეშმარიტი აბსცესის განვითარების დროს აუცილებელია ქირურგიული ჩარევა, რომლის დროსაც დიდი სასქესო ბაგის გარე ზედაპირზე აწარმოებენ ჯვარედინ კვეთას შემდგომი დრენირებით და ინიშნება ანტიბიოტიკოთერაპია.

კანალიკულიტის დროს საჭიროა ანტიბაქტერიული მკურნალობა.

სალპინგოოფორიტი



ნახატი აღატარებულია დიდი დათქმის სამედიცინო ინსტიტუტის ფარმაკოლოგიის განყოფილებაში



სალპინგოოფორიტი არის საშვილოსნოს დანამატების ანთება და მიეკუთვნება სასქესო სისტემის ერთ-ერთ ყველაზე გავრცელებულ დაავადებას. აღმოცენდება ჰემატოგენური ან აღმავალი გზით საშოს ან საშვილოსნოს ღრუდან ინფექციის გავრცელების გამო.

გამომწვევი - სტაფილოკოკი, სტრეფტოკოკი, გონოკოკი და ტუბერკულოზის მიკობაქტერიები.

პროცესი იწყება მილების ლორწოვანი გარსიდან, შემდეგ ვრცელდება კუნთოვან გარსზე და სეროზულ საფარველზე. ანთების შედეგად გამოყოფილი ექსუდატი გროვდება

მილის ღრუში, რის გამოც შიგნითა გარსის ნაოჭები ერთმანეთს ეწებება და მილი გაუვალი ხდება. სეროზული სითხის დაგროვებას მილის ღრუში **ჰიდროსალპინქსი** ეწოდება, ჩირქოვანი შიგთავსის შემთხვევაში - **პიოსალპინქსი**.

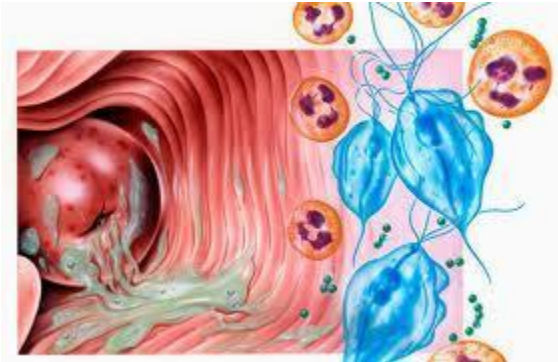
კლინიკა - განასხვავებენ დაავადების მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკულ ფორმებს. მწვავე ფორმის დროს დამახასიათებელია ტემპერატურის მომატება, ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილსა და წელის არეში პერიტონიუმის გაღიზიანების ნიშნებით, დიზურიული და დისპეპსიური მოვლენები. მწვავე ფორმის დროს სისხლში ასევე აღინიშნება ლეიკოციტოზი და მომატებული ედსი. საშოსმხრივი გასინჯვის დროს ისინჯება მტკივნეული წარმონაქმნები საშვილოსნოს ერთ ან ორივე მხარეს, მკვეთრი ტკივილი საშვილოსნოს გადაადგილების ცდისას. ქრონიკული ფორმისათვის დამახასიათებელია დანამატების გამკვრივება, მოძრაობის შეზღუდვა, სუსტად გამოხატული ტკივილი. ხანგრძლივად მიმდინარეობის შემთხვევაში პაციენტს უვითარდება მილოვანი უნაყოფობა.

დიაგნოსტიკა - დიფერენციალური დიაგნოზი ტარდება საშვილოსნოს გარე ორსულობასთან, საკვერცხის სიმსივნესთან, აპენდიციტთან.



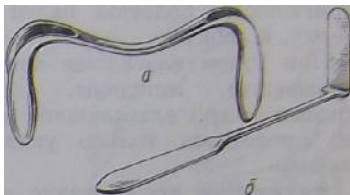
მკურნალობა - დაავადების მკურნალობა ქრონიკულ სტადიაში მიმდინარეობს ფიზიოთერაპიის, ხოლო მწვავე სტადიაში - ანტიბიოტიკოთერაპიისა და აუტოჰემოთერაპიის საშუალებით. დანამატების გადიდების დროს ნაჩვენებია ქირურგიული მკურნალობა.

კოლპიტი



კოლპიტი საშოს ლორწოვანი გარსის ანთებაა. არასპეციფიკური კოლპიტი შეიძლება გამოწვეული იყოს სტაფილოკოკით, სტრეპტოკოკით, საწლავის ჩხირით და სხვ.. ხშირად კოლპიტი გამოწვეულია შერეული ინფექციით, მაგალითად ტრიქომონადით. ანთებითი რეაქცია შეიძლება იყოს, როგორც კეროვანი, ისე დიფუზური, რომელიც ხშირად ვრჩელდება საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივ ნაწილსა და ვულვაზე.

კლინიკა - კოლპიტის ძირითადი ნიშანია სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენი, რომელიც ახასიათებს დაავადების, როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკულ სტადიას. მწვავე კოლპიტის დროს პაციენტები უჩივიან ქავილსა და წვას საშოს მიდამოსა და ვულვაში, აგრეთვე გამლიერებულ ტკივილსა და წვას მოშარდვის დროს. ქრონიკულ სტადიაში ეს მოვლენები სუსტად არის გამოხატული.



დაიგნოსტიკა - საშოს კოვზისმაგვარი სარკითა და ამწევით დათვალიერებისას, დაავადების მწვავე სტადიაში აღინიშნება ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია. ლორწოვანი დაფარულია სეროზული ან ჩირქოვანი ნადებით და შეხებისას სისხლმდენია. დაავადების მძიმე მიმდინარეობის შემთხვევაში

აღინიშნება ეპითელიუმის დეფექტი ღია წითელი ფერის უსწორმასწორო უბნების სახით. კოპლიტის ქრონიკულ სტადიაში ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია მცირედაა გამოხატული, თეთრად შლის რაოდენობა უმნიშვნელოა.

მკურნალობა - არასპეციფიკური კოლპიტის შემთხვევაში აწარმოებენ ზოგად და ადგილობრივ მკურნალობას. აუცილებელ მკურნალობას საჭიროებს თანმხლები გინეკოლოგიური დაავადებები.

ატროფიული კოლპიტი - გვხვდება მენოპაუზის დროს. პაციენტი უჩივის თეთრად შლას სისხლთან ერთად, ზოგჯერ გარეთა სასქესო ორგანოების ქავილს. სარკეებითა და კოლპოსკოპით დათვალიერებისას ატროფიულ ლორწოვან გარსზე აღმოაჩენენ ნახეთქებს, უბნებს ეპითელიურ საფარის გარეშე, რომლებიც შეხებისას ადვილად სისხლმდენია. საშოს ინფიცირების შემთხვევაში გამოვლინდება დიფუზური ან კეროვანი ჰიპერემია, რუხი ნადები, ჩირქოვანი გამონადენი.

მკურნალობა - მიზნად ისახავს დაავადების გამომწვევი ფაქტორის მოშორებას და თანმხლები დაავადების კლინიკური სიმპტომების აღმოფხვრას. კოლპიტის სამკურნალოდ ინიშნება: 1. ანტიბაქტერიალურ თერაპია. 2. ფიზიოთერაპია 3. დიეტოთერაპია. 4. გამორეცხვა. 5. მიკრობების საწინააღმდეგო საწარმოები და მალამოები.

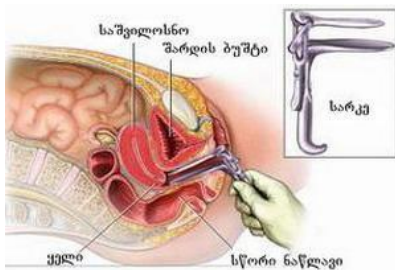
მკურნალობის პერიოდში პაციენტმა უნდა დაიცვას რძიან-მცენარეული დიეტა. ეს უკანასკნელი არ აღიზიანებს საშვილოსნოსა და საშვილოს ყელის ლორწოვან გარსს.

ენდოცერვიციტი



ენდოცერვიციტი არის საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვანი გარსის ანთება. მისი გამომწვევი შეიძლება იყოს სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, გონოკოკი, ვირუსი ან კანდიდები. მის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს საშვილოსნოს ყელის ჩახევებს, რომლებიც ჩნდება მშობიარობის, აბორტის და სასქესო სისტემის სხვა ნაწილების დაავადებების(მაგ: კოლპიტი, ფსევდოეროზია) დროს.

კლინიკა - მწვავე სტადიაში პაციენტები უჩივიან ლორწოვან-ჩირქოვან გამონადენს, ზოგჯერ მქაჩავ ტკივილს მუცლის ქვედა ნახევარსა და წელის არეში. ტემპერატურის მომატება ძირითადად არ აღინიშნება.



სარკეებით გასინჯვისას ვლინდება ჰიპერემია გარეთა პირის ირგვლივ და მღვრიე გამონადენი(შეიცავს ლეიკოციტების მინარევს) საშვილოსნოს ყელის არხიდან. დაავადების ხანგრძლივი მიმდინარეობისას საშვილოსნოს ყელი ჰიპერტროფირდება, ხშირად ვითარდება ფსევდო ეროზიები.



დიაგნოსტიკა - ეფუძნება კლინიკურ მონაცემებს და კოლპოსკოპიას. ახორციელებენ ყველაზე შეცვლილი უბნიდან ამოღებული ბიოპტატის ციტოლოგიურ და მორფოლოგიურ გამოკვლევას.



საშვილოსნოს ყელის ჭეშმარიტი ეროზია - არის საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის რომელიმე უბანზე მფარავი ეპითელიუმის არარსებობა. ანთებითმა პროცესებმა და უხეშმა გამოკვლევებმა შეიძლება გამოიწვიოს მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის დესკვამაცია და საშვილოსნოს ყელის ჭეშმარიტი ეროზიის გაჩენა, რომელიც გამოვლინდება გინეკოლოგიური გამოკვლევის დროს. ეპითელიუმის ეს დეფექტი ხანმოკლეა(10

დღემდე) და სწრაფად იფარება მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმით. ჭეშმარიტ ეროზიას აქვს უსწორმასწორო, მომრგვალო ფორმა, მკვეთრი წითელი ფერი, შეხებისას ადვილად სისხლისმდენია, მდებარეობს მრავალშრიანი ბრტყელი ეპითელიუმის დონის ქვემოთ და მის პერიფერიაზე ზოგჯერ გამოხატულია აშრევებული კიდე. შესაძლოა ჭეშმარიტი ეროზია დაიფაროს ცილინდრული ეპითელიუმით და წარმოიქმნას ფსევდო ეროზია.

დიაგნოსტიკა - დიაგნოზი ეფუძნება კლინიკური სურათის, კოლპოსკოპიის, ციტოლოგიური გამოკვლევის მონაცემებს.

მკურნალობა - ადგილობრივი მკურნალობა მიმდინარეობს ტამოპონებისა და სანთლების გამოყენებით. აგრეთვე, თანმხლები დაავადებების მედიკამენტოზური მკურნალობა.

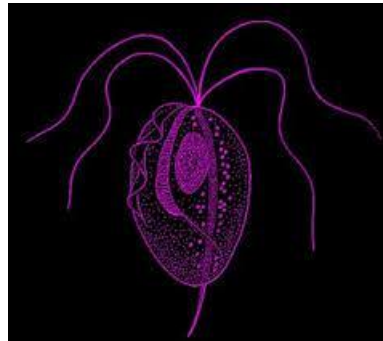


სქესობრივი გზით გადამდები

ანთებითი დაავადებები

ქალის სასქესო ორგანოების სპეციფიკურ ანთებით დაავადებებს მიეკუთვნება ტრიქომონიაზი, გონორეა, ციტომეგალოვირუსი, პაპილომა ვირუსი და სხვ..

ტრიქომონიაზი



ტრიქომონიაზი ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა, რომელიც აზიანებს შარდ-სასქესო ორგანოებს და გამოწვეულია უროგენიტალური ტრიქომონადით. ტრიქომონადები წარმოადგენს ერთუჯრედიან მიკროორგანიზმებს, რომლებიც მიეკუთვნებიან უმარტივესებს; მათ აქვთ უნარი მკაცრად მხოლოდ ადამიანის ორგანიზმში შარდსასქესო სისტემაში პარაზიტობისა. შოლტისა და მემბრანის მოძრაობის საშუალებით ისინი აქტიურად გადაადგილდებიან და ავითარებენ ფსევდოპოდიებს, რომლითაც შეუძლიათ შეაღწიონ უჯრედშორის სივრცეში.

ტრიქომონადებით დასნებოვნება უპირატესად სქესობრივი გზით ხდება. ჰიგიენისა და თავის მოვლის საშუალებებით დაავადების გადაცემის იშვიათი შემთხვევები აღინიშნება პატარა ასაკის გოგონებში დაავადებული პირებისგან. დაავადების საერთო გზის არსებობის

გამო უროგენიტალური ტრიქომონადები ხშირად გვხვდება გონოკოკურ ინფექციებთან ერთად.

ტრიქომონადების მიმართ დაავადების თანდაყოლილი მიუღებლობა არ არსებობს. მამაკაცებში ტრიქომონადები პარაზიტობენ ურეთრაში, პარაურეთრალურ მილებში, სათესლეების დანამატებში, ხოლო ქალებში – შარდსაწვეთში, საშოს ლორწოვანში, საშვილოსნოს ყელში.

მიმდინარეობის მიხედვით განარჩევენ ახალ (მწვავე, ქვემწვავე, ტორპიდული), ქრონიკულ (2 თვეზე მეტი ხნის მიმდინარეობისას) ტრიქომონიასს და ტრიქომონადმტარებლობას. ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ მოიცავს 7-10 დღეს, თუმცა შესაძლოა იყოს უფრო ხანმოკლე (3 დღე) და უფრო ხანგრძლივიც (თვემდე და უფრო მეტიც).

დიაგნოსტიკა - დაფუძნებულია გრამის წესით შეღებილ ნაცხში გამომწვევის უშუალო გამოვლენაზე.

კლინიკა - ტრიქომონადა, ძირითადად, აზიანებს საშოს, იშვიათად შარდგამომყოფ არხს, შარდის ბუშტს, საშოს კარიბჭის დიდი ჯირკვლის სადინრებს, საშვილოსნოს ყელის არხის ლორწოვან გარსს. ტრიქომონიასისთვის დამახასიათებელია მრავალკეროანი დაზიანება. დაავადების ძირითადი ნიშნებია უხვი ქაფიანი, თხევადი გამონადენი მოყვითალო შეფერილობით, რომელიც იწვევს ქავილსა და წვას გარეთა სასქესო ორგანოების მიდამოებში. საშოს კედლების და საშვილოსნოს ყელის საშოსმხრივი ნაწილის ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიულია, დაფარულია უსიამოვნო სუნის მქონე ჩირქოვანი გამონადენით, რაც განპირობებულია მასში განსაკუთრებული გაზის წარმომქმნელი მიკრობების არსებობით.

ქრონიკული ფორმის დროს საშოსა და საშვილოსნოს ყელის ანთებითი ცვლილებები ნაკლებადაა გამოხატული.

მკურნალობა - საჭიროა ორივე მეუღლის ერთდროული მკურნალობა.

ციტომეგალოვირუსი

CMV - ორსულობის „შავი ჭირი“

გამომწვევი - ციტომეგალოვირუსი - ჰერპესის ჯგუფის ვირუსულ სასქესო ინფექციებს განეკუთვნება. **ციტო** - უჯრედს და **მეგალო** - გიგანტურს ნიშნავს, რადგან უჯრედი დაზიანებისას გიგანტურ, ფუნქციადაკარგულ უჯრედად გადაიქცევა. ციტომეგალოვირუსი არასდროს ტოვებს ორგანიზმს, ცირკულირებს სისხლში და გარკვეულ ქსოვილებში მუდმივად არსებობს. მაგალითად CMV სანერწყვე ჯირკვლებში დეპონირდება.

გადაცემის გზები: გადაეცემა ყველა გზით რაც კი არსებობს, ძირითადად:

- კონტაქტური
- სქესობრივი
- ორსულობის დროს დედიდან შვილზე პლაცენტის გავლით
- მშობიარობის დროს, ძუძუთი კვებისას

კლინიკა

დიდი მნიშვნელობა აქვს პროცესი ქრონიკულია თუ მწვავე. **ორსულობის** დროს პირველად ინფიცირებას ბევრი არასასურველი გამოსავალი ახლავს თან:

- თვითნებური აბორტი
- განვითარების მანკები
- ნაადრევი მშობიარობა
- მკვრად შობადობა
- სიცრუე და სიბრმავე

ახალშობილებში:

- ჰეპატოსპლენომეგალია (ღვიძლის და ელენთის გადიდება),
- მიკროცეფალია
- გონებრივ განვითარებაში ჩამორჩენა
- ცნს-ის სხვა დაავადებები

მოზრდილებში

- კრუნჩხვები
- სისხლჩაქცევები

კლინიკური სიმპტომები არაორსულებში - მას პრაქტიკულად არ ახასიათებს თუკი ინფექცია უკვე გადატანილია, ეს ნიშნავს, რომ ანტისხეულები მის მიმართ არსებობს და საშიშროებას ნაყოფისთვის აღარ წარმოადგენს.

დიაგნოსტიკა:

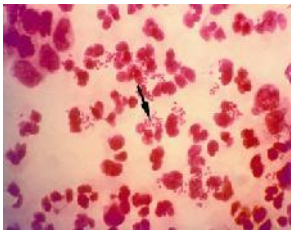
მხოლოდ ლაბორატორიული დიაგნოსტიკაა შესაძლებელი, სასურველია ორსულობამდე.

მკურნალობა: მაშინ არის საჭირო როდესაც ადამიანს იმუნოდეფიციტი აქვს. სხვა შემთხვევაში ჯანმრთელი ორგანიზმი თავად უმკლავდება ინფექციას. ის მკურნალობას არ ემორჩილება მაგრამ იკურნება ის დაავადება, რომელსაც იგი იწვევს.

პრევენცია: დაცული სქესობრივი კავშირი



გონორეა ანუ ტრიპერი



ინფექციური ანთებითი დაავადებაა, რომელიც აგრეთვე მიეკუთვნება ვენერიულ და სქესობრივი გზით გადამდებ დაავადებებს. სახელწოდება „ვენერიული დაავადებები“ მომდინარეობს რომაელთა ქალღმერთის „ვენერას“ სახელიდან.

გონორეის გამომწვევია: გონოკოკი, რომელიც მიეკუთვნება გრამუარყოფით წყვილ კოკებს, ანუ დიპლოკოკებს. თავისი ფორმით გავს ყავის მარცვლებს, რომლებიც მოხრილი ზედაპირით მიმართულნი არიან ერთმანეთისკენ. მიკრობები ლაგდება ჯგუფებად, უპირატესად ლეიკოციტის უჯრედის შიგნით, იშვიათად უჯრედის გარეთ, ქსოვილის სიღრმეში. გონოკოკის გამრავლება ხდება შუაზე გაყოფით, იშვიათად დაკვირტვით. გონოკოკი ეგზოტოქსინს არ წარმოქმნის, მისი დალუპვის შედეგად გამოიყოფა ენდოტოქსინი, რომელიც იწვევს ქსოვილების დეგენერაციულ ცვლილებებს. თანდაყოლილი ან შეძენილი იმუნიტეტი გონორეის მიმართ არ არსებობს.

გადაცემის გზები: 1. ძირითადად სქესობრივი გზით; 2. იშვიათად არასქესობრივი, საყოფაცხოვრებო გზით 3. მშობიარობის დროს დედიდან ნაყოფზე, რაც იწვევს ახალშობილთა კონიუქტივიტს(ბლენორეას).



- კლასიფიკაცია: 1. აღმავალი გონორეა; 2. შარდგამომყოფი სისტემის გონორეა; 3. რექტალური გონორეა; 4. მეტასტაზური გონორეა.

კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით განასხვავებენ: ახალ და ქრონიკულ ფორმებს. ახალი ფორმა იყოფა: მწვავე (არაუმეტესი 2კვირის ხანგრძლივობით), ქვემწვავე (ხანგრძლივობით 2-8კვირა), ტორპიდული (2კვირაზე მეტი) ასიმპტომური ფორმა. ქრონიკული გონორეის ხანგრძლივობა 2 თვეზე მეტია.

დიაგნოსტიკა: 1. ხდება ანამნეზის საფუძველზე: შემთხვევითი სქესობრივი კავშირები, ურეთრითის ნიშნები და სხვა. 2. ნაცხები და ნათესები ურეთრიდან, ცერვიკალური არხიდან, საშოდან, ბაქტერიოლოგიური და ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევისთვის. გონოკოკის აღმოჩენის შემთხვევაში, გონორეის დიაგნოზი უტყუარია.

გონორეული ურეთრიტი

გონოკოკი ძირითადად აზიანებს შარდსასქესო ორგანოების ლორწოვან გარსს. გონორეული ურეთრიტი აღენიშნება უფრო ხშირად უმშობიარებელ ქალებში. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 3-5 დღიდან 3-4 კვირამდე. მწვავე სტადიაში ავადმყოფები უჩივიან ტკივილს, ხშირ შარდვას, წვას, ჩხვლეტის და ჭრის შეგრძნებას შარდვის დროს. ქრონიკულ სტადიაში ჩივილები არ აღენიშნება. გინეკოლოგიური გამოკვლევით ვლინდება ურეთრის გარეთა ხვრელის გაწითლება და შემუშება, ურეთრიდან ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი.

გონორეული ენდომეტრიტი

ინფექციის აღმავალი გზით გავრცელებას ხელს უწყობს მენსტრუაცია, აბორტები, მშობიარობა და საშვილოსნოს დიაგნოსტიკური გამოფხეკა. ამ დროს ანთებით პროცესში ჩართულია, როგორც ბაზალური, ასევე ფუნქციური შრეები. მწვავე სტადიის დროს აღინიშნება ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, სუფერბილური ტემპერატურა, სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენი; საშოსმხრივი გამოკვლევის დროს ისინჯება მცირედ გადიდებული საშვილოსნო, რომელიც პალპაციით მტკივნეულია. ქრონიკული გონორეული ენდომეტრიტისთვის დამახასიათებელია მხოლოდ მენორაგიის სიმპტომი -

დარღვევის გამო მომდევნო მენსტრუაცია იგვიანებს, იძენს ხანგრძლივ, უხვ, ზოგჯერ კი აციკლურ ხასიათს.

გონორეული ბართოლინიტი

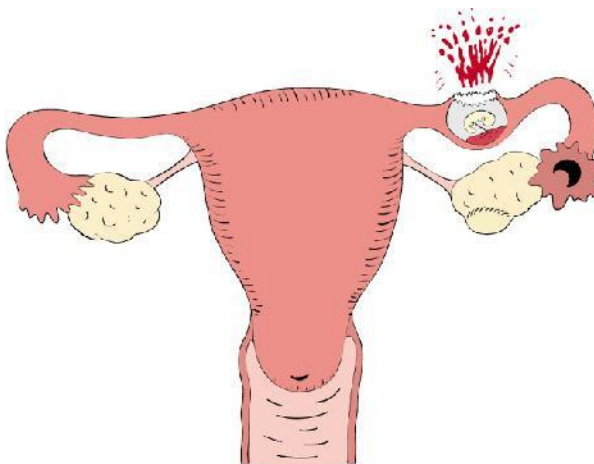
გონოკოკი ხშირად აზიანებს საშოს კარიბჭის დიდ ჯირკვალს. თვით ჯირკვლის გონორეული ანთება, ძირითადად, მეორად ხასიათს ატარებს, ვინაიდან, პირველად მისი გამომტანი სადინრები ზიანდება (კანალიკულიტი).

კლინიკა: აღინიშნება ჰიპერემია, სადინრის შეშუპება გარეთა ხვრელის მიდამოში, რომელიც დიდი სასქესო ბაგის შუა და ქვედა მესამედის საზღვარზე მდებარეობს. გამომტანი სადინრის დახშობა იწვევს მის გაფართოებას და სადინარი ოვალურ ფორმას იღებს, ხოლო არასპეციფიკური ინფექციის თანდართვა საშოს კარიბჭის დიდი ჯირკვლის ფსევდოაბსცესს. **მკურნალობა:** გონორეის დროს მკურნალობა უნდა იყოს კომპლექსური. იგი მოიცავს ანტიბაქტერიულ, იმუნომასტიმულირებელ და ანთებითსაწინააღმდეგო თერაპიას.

გართულებები: კანზე გამონაყარი (პუსტულები ან პეტექია), სეპტიური ართრიტი, პირველადი უნაყოფობა, საშვილოსნოს მილების ანთება და მათი დახშობა. **განკურნების კრიტერიუმები:** თუ ჩატარებული მკურნალობის შედეგად ნაცხში, რომელსაც იღებენ მენსტრუაციის მეორე-მეოთხე დღეს მომდევნო სამი მენსტრუალური ციკლის განმავლობაში, გონოკოკი არ აღმოჩნდა, ქალი აღარ არის დაავადების წყარო.

საშვილოსნოსგარე ორსულობა

საშვილოსნოსგარე ორსულობა, მძიმე პათოლოგიური მოვლენაა, რომლის დროსაც განაყოფიერებული კვერცხუჯრედის მიმაგრება და განვითარება ხდება არა საშვილოსნოს ღრუში, როგორც ნორმალური ორსულობის დროს, არამედ მის გარეთ.



- მაგალითად კვერცხსავალ მილში, საკვერცხეებში ან მუცლის ღრუს ორგანოებზე. შემთხვევათა 99%-ში იგი ვითარდება კვერცხსავალ ანუ ფალოპიუსის მილში.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის გამომწვევი მიზეზებია:

- კვერცხსავალ მილებში არსებული ანთებითი ცვლილებები - ამ დროს მილის სანათურის დიამეტრი ვიწროვდება ან ვითარდება ჩიხები და ჯიბეები, რაც განაპირობებს ფალოპიუსის მილის ფიზიოლოგიური პერისტალტიკის შესუსტებას ან სრულ გაქრობას. შედეგად, განაყოფიერებული კვერცხუჯრედი ვეღარ გადადის საშვილოსნოს ღრუში და მილში რჩება, სადაც მიემაგრება მის კედელს და იწყებს ზრდას.
- ინფანტილიზმი - ფალოპიუსის მილის კუნთოვანი შრის განუვითარებლობა.
- ნეიროენდოკრინული დარღვევები - არის საკვერცხეების ფუნქციის დარღვევის შედეგი, ცვლის საშვილოსნოს მილების პერისტალტიკას, რადგან იგი მენსტრუალური ციკლის ფაზაზე დამოკიდებულია. ციკლის ფოლიკულურ ფაზაში აღინიშნება მილების კუნთების სპაზმური შეკუმშვა, რაც ხელს უშლის კვერცხუჯრედის გადაადგილებას. კვერცხსავალ მილში ორსულობა დიდხანს ვერ გრძელდება და იგი დაახლოებით 5-6 კვირაში წყდება.

არსებობს ორსულობის შეწყვეტის ორი გზა:

- მილის კედლის გასკდომა - კვერცხის ზრდა მილის კედლის გადაჭიმვასა და მთლიანობის დარღვევას იწვევს.
- მილის აბორტი - ამ დროს კვერცხსავალი მილი იკუმშება პერისტალტიკის საწინააღმდეგოდ, რის შედეგადაც კვერცხი მუცლის ღრუში გამოიდევენება და იქ ილუპება. იმისდა მიუხედავად, თუ რომელი გზით დამთავრდება კვერცხსავალი მილის ორსულობა, ვითარდება სისხლდენა.



საშვილოსნოსგარე ორსულობის შეწყვეტის ნიშნებია:

- უეცრად განვითარებული ძლიერი ტკივილი მუცელში;
- თავბრუსხვევა;
- გულისწასვლის შეგრძნება;
- საერთო სისუსტე;
- არტერიული წნევის დაქვეითება;
- აჩქარებული პულსი;
- ნორმალური სხეულის ტემპერატურა;
- სისხლიანი გამონადენი საშოდან.

ანემია ემატება ამ სიმპტომებს ძლიერი სისხლდენის შემთხვევაში ან ორსულობის შეწყვეტიდან დიდი ხნის გასვლის შემდეგ და ვლინდება შემდეგი ნიშნებით:

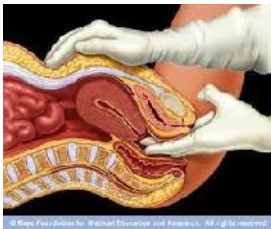
- კანისდა ხილული ლორწოვანი გარსის სიფერმკრთალე;
- ციანოზური ანუ მოლურჯო ფერის ტუჩები;
- სანთლისფერი სახე;
- ზერელე და ხშირი სუნთქვა;
- ხელით გასინჯვისას შებერილი და ძლიერ მტკივნეული მუცელი.

საშვილოსნოსგარე ორსულობის დადგენა ხშირად არცისე ადვილია. მის ამოცნობას დიდი გამოცდილება სჭირდება, რადგან მიმდინარე ექტოპიური ორსულობის დროს ქალის ორგანიზმში ისეთივე ცვლილებები ვითარდება, როგორც ნორმალური, ფიზიოლოგიური ორსულობის დროს, კერძოდ:

- მენსტრუაციის შეწყვეტა;
- გულისრევა და ღებინება;
- საშვილოსნოს ყელის ციანოზი;
- საშვილოსნოს გადიდება და დარბილება.

გარეორსულობის დიაგნოსტიკისთვის გამოიყენება:

- ოსრულის ბიმანუალური გასინჯვა



- საშოს უკანა თაღის პუნქცია - მიღებული სისხლი არის შავი ფერის, უფიბრინო და შედედების უნარი არ აქვს.
- ლაპოროსკოპია;
- ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

საშვილოსნოსგარე ორსულობაზე ეჭვის შემთხვევაში უნდა მოხდეს სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია და ქირურგიული ჩარევა, ანემიის და შოკის განვითარებისას კი - სათანადო მკურნალობა. დროული ამოცნობისა და სათანადო მკურნალობის გარეშე ის შესაძლოა ქალის სიკვდილით დამთავრდეს. ამიტომ ორსულობაზე მცირედი ეჭვის

დროსაც რაიმე გართულებების თავიდან აცილების მიზნით პაციენტმა უნდა მიმართოს გინეკოლოგს.

საკვერცხის აპოპლექსია



საკვერცხის აპოპლექსია არის საკვერცხის ქსოვილის მთლიანობის დარღვევა, რასაც თან ახლავს მუცლის ღრუში სისხლჩაქცევა. მიეკუთვნება გადაუდებელ მდგომარეობებს გინეკოლოგიაში და ძირითადად აღინიშნება 20-36 წლის ასაკში.

ეტიმოლოგია : 1. ქალის სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები;

2. საკვერცხეების კისტოზური ცვლილებები;

3. მაპროვოცირებელი ფაქტორები - ტრავმა, ფიზიკური დატვირთვა;

კლინიკა: განასხვავებენ:

- ანემიურ;
- ტკვილით მიმდინარე;
- შერეულ ფორმებს.

კლინიკური სიმპტომები:

- ტკივილი იწყება უეცრად, სრული ჯანმრთელობის ფონზე, მუცლის ქვემო ნაწილში ან თეძოს ფოსოში, გადაეცემა ფეხში ან ანუსში;
- შინაგანი სისხლდენა რაც იწვევს ანემიას, კოლაფს და შოკის ნიშნებს;
- კანი და ლორწოვანი ფერმკრთალია;
- პულსი აჩქარებულია;
- არტერიული წნევა დაქვეითებული;

- მუცლის პალპაცია მტკივნეულია, მუცლის წინა კედელი დაჭიმულია, ვლინდება პერიტონიუმის გაღიზიანების სიმპტომები, შჩოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითია;
- საშვილოსნოს დანამატები დაზიანების მხარეს მტკივნეულია.

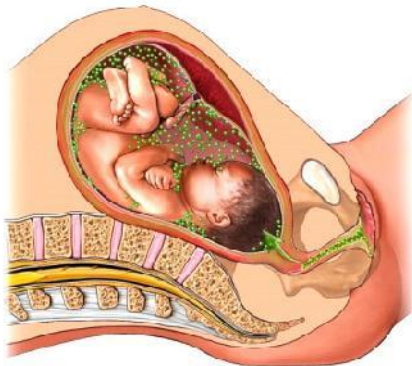
დიაგნოსტიკა:

- თუ პაციენტს აქვს სისხლდენის ან შოკის ძლიერად გამოხატული სურათი, მაშინ დიფერენციულ დიაგნოზს აპენდიციტსა და საშვილოსნოსგარე ორსულობას შორის პრაქტიკული მნიშვნელობა არააქვს რადგან ორივე შემთხვევაში საჭიროა სასწრაფო ოპერაცია;
- აპენდიციტის დროს პალპაციით ყველაზე მტკივნეული წერტილი ისინჯება ჭიპისა და მარჯვენა თემოს ძვლის წინა ზედა წვეტს შორის გატარებული სწორი ხაზის შუა წერტილში. აპოპლექსიის დროს ყველაზე მტკივნეული ადგილი პალპაციით ამ წერტილს ქვემოთ ისინჯება;
- ორსულობისთვის დამახასიათებელი ნიშნები(ლორწოვანი გარსის ციანოზი,საშვილოსნოს ზომების მომატება) არ აღინიშნება;
- ულტრაბგერითი გამოკვლევა.

მკურნალობა:

- ძლიერი სისხლდენის დროს ახორციელებენ მუცელკვეთას,საკვერცხის რეზექციას ან გაკერვას.

უროგენიტალური ქლამიდიოზი



უროგენიტალური ქლამიდიოზი - გავრცელებული ინფექციური პათოლოგიაა.

გამომწვევი: ქლამიდია - უჯრედშიდა პარაზიტი, გარდამავალი ფორმა ვირუსებსა და ბაქტერიებს შორის. მომრგვალო ფორმის 1-1,5 ნანომეტრის დიამეტრის წარმონაქმნი, აქვთ უჯრედული კედელი ციტოპლაზმური მემბრანით, უჯრედის შიგნით ლაგდებიან გროვის სახით ან დიფუზურად. ბინადრობენ პარაურეტრულ სადინრებში.

გავრცელების გზები: სქესობრივი გზით; მშობიარობის დროს, დედიდან - ნაყოფზე; წყლით - საცურაო აუზებში.

დიაგნოსტიკა:

- ანამნეზი;
- საშოდან ან ურეთრიდან ნაცხი და გამონაყოფის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა;
- სისხლის იმუნოლოგიური ანალიზი: სპეციფიური ანტისხეულების და ანტიგენის განსაზღვრა.

კლინიკა:

- მცირე გამჭვირვალე , წებოვანი გამონადენი საშოდან;
- წვა და ქავილი შარდვისას, შარდვის გახშირება(დიზურია);
- ტკივილი მუცლის ქვედა ნაწილში, საზარდულის, წელის არეში;
- ცხელება და შემცივნება;
- მცირე სისხლიანი გამონადენი სქესობრივი აქტის შემდეგ და მენსტრუაციებს შორის.

ფორმები:

- შარდ-სასქესო ორგანოების უროგენიტალური ქლამიდიოზი;
- ქლამიდიური კონიუქტივიტი(ახალშობილებში, საცურაო აუზებში)
- რეიტერის დაავადება ანუ ქლამიდიური ტრეადა: სახსრების, თვალის ლორწოვანის და შარდსადენის ანთება- გვხვდება ახალგაზრდა მამაკაცებში, უმკურნალეული შორსწასული ინფექციის დროს.

გართულება: იწვევს პირველად და მეორად უნაყოფობას.

თავისა და კისრის პათოლოგიებით პაციენტის საექთნო მართვა

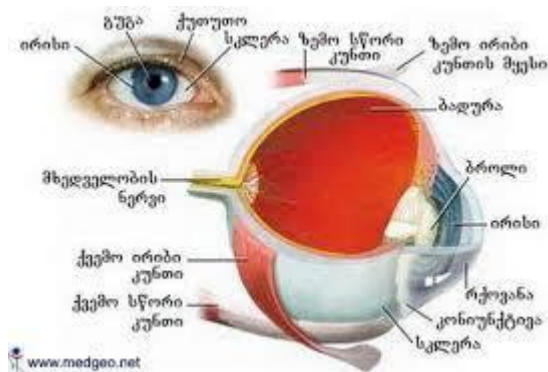


თვალის დაავადებები

მხედველობის ორგანოს ანატომია და ფუნქცია

ოფთალმოლოგია არის მედიცინის დარგი, რომელიც სწავლობს თვალის ნორმალურ და პათოლოგიურ მდგომარეობას.

მოკლედ განვიხილოთ თვალის აგებულება:



თვალის კაკალი მოთავსებულია ორბიტაში. თვალის გარეთა გარსი, ანუ ფიბროზული კაფსულა შედგება რქოვანა გარსის და სკლერისგან. შუა გარსი, ანუ სისხლძარღვოვანი გარსი შედგება ფერადი გარსის, წამწამოვანი სხეულის და ქორიოიდებისგან. შიგნითა გარსი, ანუ ბადურა შეიცავს ფოტორეცეპტორებს - კოლბებს და ჩხირებს და მასზე მიიღება გამოსახულება, თვალის კაკლის შიგთავსი გამჭვირვალეა და შეიცავს სინათლის სხივის გარდამტეხ ნაწილებს: მინისებურ სხეულს, ბროლს და თვალის ნამს, რომელიც ავსებს წინა და უკანა საკნებს.

სინათლის გარდატეხის უნარი იზომება დიოპტრებით. მხედველობის ნერვი მიეკუთვნება თავის ტვინის ნერვებს. თვალი მოძრაობს კუნთების საშუალებით.

თვალს იცავს ქუთუთოები. საცრემლე აპარატს წარმოადგენს საცრემლე ჯირკვლები, საცრემლე გზები: საცრემლე წრტილები, არხები, საცრემლე ჩანთა, ცხვირ-ცრემლის არხი.

თვალის ფუნქციაა მხედველობა, გარე სამყაროს შეგრძნება. მხედველობის აქტირთული ნეიროფიზიოლოგიური პროცესია. ნერვულ იმპულსებად გარდაქმნილი სინათლის ენერგია მიდის მხედველობის ცენტრში და გარდაიქმნება მხედველობის შეგრძნებად.

მხედველობის ორგანოს გამოკვლევის მეთოდები

ინსპექცია - ვაკვირდებით ავადმყოფის მოძრაობას, თავის და მზერის მიმართულებას მოძრაობის დროს, მგრძნობელობას შუქის მიმართ, სიელმეს, სისხლჩაქცევებს და ტრავმებს თვალზე, ქუთუთოებს.

ანამნეზი - ვეკითხებით პაციენტს: რას უჩივის, როდის დაეწყო ავადმყოფობა, წარსულში რა აქვს გადატანილი, არის თუ არა მემკვიდრეობითი დატვირთვა, როგორია საყოფაცხოვრებო და სამუშაო პირობები.

ინსტრუმენტული გამოკვლევა, ტონომეტრია

Ш Б	VIS=0,1
М Н К	VIS=0,2
Ы М Б Ш	VIS=0,3
Б Ы Н К М	VIS=0,4
И Н Ш М К	VIS=0,5
Н Ш Ы И К Б	VIS=0,6
Ш И Н Б К Ы	VIS=0,7
К Н Ш М Ы Б И	VIS=0,8
Б К Ш М И Ы Н	VIS=0,9
Н К И Б М Ш Ы	VIS=1,0
• • • • • • • •	VIS=1,2

გამოკვლევებით ვადგენთ: მხედველობის სიმახვილეს ტაბულით, სინათლისადმი მგრძნობელობას, თვალის კაკლის მოძრაობას, ცენტრალურ მხედველობას, ფერების შეგრძნებას, პერიფერიულ მხედველობას, ბინოკულურ მხედველობას და სხვა.





თვალის დაავადებათა ადგილობრივი მკურნალობა

კონიუნქტივის პარკის გამორეცხვა
ანტისეპტიკური ხსნარებით,
ანტიბიოტიკებით, რისთვისაც იყენებენ
სითხით სავსე რეზინის ბალონს, თვალის
პატარა აბაზანას, ესმარხის ბალონს.

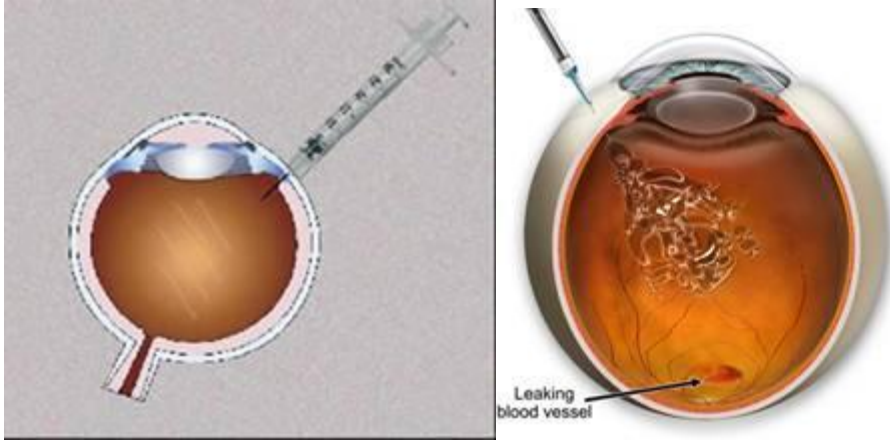
გამორეცხვის დროს - ავადმყოფმა თვალი უნდა აბრუნოს სხვადასვა მიართულებით და ნიკაპქვეშ მჭიდროდ ეჭიროს თასი.

თვალში წამლის ხსნარის და ემულსიის ჩაწვეთება - ხმარობენ სუფთა, ინდივიდუალურ პიპეტს. ერთი პიპეტით დასაშვებია მხოლოდ ერთი სახის წამლის ჩაწვეთება. პიპეტი არ უნდა შეეხოს წამწამებს და ქუთუთოს კანს. წამლის ჩაწვეთებისას ავადმყოფი იყურება ზემოთ. მარცხენა ხელის თითებით ქვედა ქუთუთოს სველი ბამბის ბურთულით ქვევით დასწევენ და მარჯვენა ხელით კი თვალიდან 2-5 სმ-ის დაშორებით 1-2 წვეთ წამალს აწვეთებენ. ქუთუთოების კიდეს ბამბით მოწმენდენ. წვეთებთან შედარებით უფრო ეფექტური და ხანგრძლივია მალამოს მოქმედება. მინის წკირით იღებენ მუხუდოს მარცვლისოდენა მალამოს, დასწევენ ქვედა ქუთუთოს და დებენ მალამოს ქვედა თაღში და ბამბის ბურთულის ნაზი მასაჟით თანაბრად ანაწილებენ თვალის წინა ზედაპირზე.

ქუთუთოს კიდის დაავადებისას საწამწამე კიდეს წაუსვამენ წამალს მინის წკირზე დახვეული ბამბით.

სუბკონიუნქტივურ ინექციებს აკეთებენ კონიუნქტივის პარკის ანესთეზიის შემდეგ.

ადგილობრივად მოქმედი სამკურნალო საშუალებებია - მიოტიკები (გუგის შემავიწროვებლები), მიდრიატიკები (გუგის გამაფართოვებლები), საანესთეზიო, ინფექციის საწინააღმდეგო, ანტიალერგიული, მომწველი და შემკვრელი საშუალებები, ფერმენტები, ვიტამინები და სხვა.



თვალის ნახვევებს და ნაწებებს ხმარობენ თვალის საიმობილიზაციოდ ოპერაციების, ჭრილობების, თვალის შიგნითა გარსის ანთებისას. ნახვევის დადება უკუნავენებია ჩირქოვანი და ლორწოვანი გამონადენისას. არჩევენ მონოკულურ (ცალ თვალზე) და ბინოკულურ (ორივე თვალზე) ნახვევს.

მონოკულურ ნახვევს ადებენ დახუჭულ თვალზე, 5-6 სმ. სიფართის ბანდ-ბამბის ბალიშით. პირველ ნახვევს გადაატარებენ შუბლის და თავის ირგვლივ, მეორეს- დაავადებული თვალის მხარეს ყურს ქვემოდან, შემდეგ თვალზე, ისევ შუბლის ირგვლივ და ა.შ.

ბინოკულური ნახვევის დროს პირველ საფიქსაციო ნახვევს აკეთებენ ჩვეულებრივ, შემდეგ გადაატარებენ დაავადებული თვალის მხარეს, ყურის ქვედა ნაწილიდან შუბლის ირგვლივ, მერე სად თვალზე და ა.შ.



ქუთუთოს დაავადებები

ქუთუთის შეშუპება

ქუთუთოს შეშუპება გვხვდება ხშირად. ის შეიძლება იყოს ანთებითი და არაანთებითი ხასიათის. ანთებითი შეშუპების სიმპტომებია კანის ჰიპერემია, შესივება, ტკივილი.

ანთებითი შეშუპების მიზეზია თვალის კაკლის, მისი დამცავი აპარატის, ცხვირის დანამატი ღრუების და თვალბუდის ირგვლივ მდებარე ნაწილების ანთებითი პროცესი.

არაანთებითი შეშუპება გვხვდება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის, თირკმლების დაავადებების დროს. ის შეიძლება განვითარდეს მწერის ნაკბენის შედეგადაც.

კვინკეს შეშუპება ალერგიული ხასიათისაა. მისთვის დამახასიათებელია უეცარი განვითარება და უეცარი გაქრობა. ის, როგორც წესი ცალმხრივია. მკურნალობა დამოკიდებულია გამომწვევ მიზეზზე.

ბლეფარიტი

ბლეფარიტი არის ქუთუთოების კიდეების ანთება გვხვდება სამი სახის-მარტივი ბლეფარიტი, ქერცლოვანი ბლეფარიტი და წყლულოვანი ბლეფარიტი.

ბლეფარიტების გამომწვევი მიზეზია ორგანიზმის გამოფიტვა, ავიტამინოზი, ანემია, დიათეზი, ჭიებით ინვაზია და სხვა. მარტივი ბლეფარიტი ხასიათდება თვალის ქავილით, უცხო სხეულის შეგრძნებით თვალში, თვალის კუთხეში ქაფიანი გამონადენით.

ჯიბლიზო, არის წამწამთა ბოლქვის, ან ქუთუთოს კიდის ცხიმის ჯირკვლის მწვავე ჩირქოვანი ანთება, ჯიბლიზოს გამომწვევია ჩირქმზადი მიკრობები.

კლინიკური ნიშნები-ქუთუთოს კანი ჰიპერემიულია, შეშუპებულია, მტკივნეულია. მეორე-მესამე დღეს შესივების მწვერვალზე წარმოიქმნება ჩირქგროვა, რომელიც იხსნება და ჩირქი გადმოდის გარეთ. ანთება ცხრება. მკურნალობა - ქუთუთოს კიდე მუშავდება ანტისეპტიკური ხსნარებით, შიგნით მისაღებად ინიშნება



სულფამიდური პრეპარატები, სალიცილატები.

დაუშვებელია ჯიბლიბოს ძალით გამორწყვა, მოსალოდნელი გართულებების თავიდან ასაცილებლად (ჩირქოვანი მენინგიტი, ორბიტის ფლემონა, ორბიტის ვენების თრომბლოფლებიტი).

შემაერთებელქსოვილოვანი გარსის დაავადებები

კონიუნქტივიტი

ეტოლოგიური ფაქტორის მიხედვით არსებობს ეგზოგენური და ენდოგენური წარმოშობის კონიუნქტივიტები.

ეგზოგენურს მიეკუთვნება ბაქტერიებით, ვირუსებით, სოკოებით, ფიზიკური და ქიმიური ფაქტორებით გამოწვეული კონიუნქტივიტები.

ენდოგენური წარმოშობისაა აუტოალერგიული და სხვა კონიუნქტივიტები.

მწვავე ინფექციური კონიუნქტივიტი იწყება უეცრად. ავადმყოფი უჩივის თვალში უცხო სხეულის შეგრძნებას, წვას, ქავილს, ცრემლდენას, თვალის ლორწოვან ჩირქოვან გამონადენს. დილას ავადმყოფი თვალს ვერ ახელს ჩირქოვანი გამონადენით წამწამების შეწებების გამო.



გასინჯვით, ქუთუთოს კონიუნქტივა ჰიპერემიულია, შეშუპებულია. გამსხვილებულია, შეშუპებულია სკლერაც.

მწვავე კონიუნქტივიტი შეიძლება გართულდეს რქოვანას ანთებით და წყლულით. მწვავე კონიუნქტივიტის დროს აუცილებელია ბაქტერიული და ვირუსოლოგიური გამოკვლევები.

მკურნალობა - საჭიროა კონიუნქტივის პარკის ხშირი გამორეცხვა ანტისეპტიკური ხსნარებით, თვალში ჩასაწვეთებლად და წასასმელდ ხმარობენ ანტიბაქტერიულ ხსნარებს და მალამოებს. დაუშვებელია თვალის შეხვევა. აუცილებელია პირადი ჰიგიენის დაცვა. ავადმყოფთან კონტაქტში მყოფებმა ასევე უნდა იხმარონ თვალში ჩასაწვეთებელი ანტიბაქტერიული ხსნარები პროფილაქტიკური დოზებით.



საცრემლე ორგანოების დაავადებები

მწვავე დაკრიოადენიტი არის საცრემლე ჯირკვლის ანთება.

ის წარმოადგენს ზოგადი ინფექციების გართულებებს. იგი იწყება მწვავედ, ზედა ქუთუთოს გარეთა ნაწილის შესივებით და ტემპერატურის მომატებით. ქუთუთოს გარეთა ნაწილი და თვალის კაკლის ლორწოვანი ჰიპერემიულია, შემუპებულია, მტკივნეულია. თვალის მოძრაობა შეზღუდულია.

მკურნალობა - მშრალი სითბო, სულფანილამიდები, ანტიბიოტიკები. დაჩირქებისას - გაკვეთა, ჰიპერტონული ხსნარის ნახვევები.

დაკრიოციტი არის საცრემლე ჩანთის ანთება. არის მწვავე და ქრონიკული. ქრონიკულის მიზეზია ცხვირ ცრემლის არხის სტენოზი. მწვავე დაკრიოციტი უზშირესად არის ქრონიკულის გამწვაება.



არსებობს **ახალშობილთა დაკრიოციტიც**, რაც შედეგია ცხვირ - ცრემლის ქვემო გასავლის თანდაყოლილი ატრეზიისა.

კლინიკური ნიშნები - ავადმყოფი უჩივის შეუპოვარ ცრემლდენას, თვალიდან ჩირქოვან გამონადენს. გამოკვლევისას ვნახავთ უხვ ცრემლს ქვემო ქუთუთოს კიდეზე და ლობიოს მარცვლისოდენა კანქვეშა გამობერილობას ქვემო ქუთუთოს შიდა კუთხეში. მასზე ხელის დაჭერისას გადმოდინდება ლორწოვან - ჩირქოვანი გამონადენი. მკურნალობა მხოლოდ ქირურგიულია.

რქოვანა გარსის დაავადებები

კერატიტი რქოვანა გარსის ანთებაა. არსებობს **ეგზოგენური-ინფექციურ-ბაქტერიული**, **სოკოვანი კერატიტები** და **ენდოგენური-ტუბერკულოზური**, **ალერგიული**, **ჰერპესული**, **ავიტამინოზური** და **სხვა კერატიტები**.

კლინიკური ნიშნები - რქოვანას გამჭვირვალობა დარღვეულია. ავადმყოფი უჩივის სინათლის შიშს, ქუთუთოს ქვეშ უცხო სხეულის შეგრძნებას. თვალი გაწითლებულია, მოიისფროა.

ანთებითი პროცესის ზომა რქოვანაზე შეიძლება იყოს წერტილოვანი, ან მთლიანად მოიცავდეს რქოვანა გარსს. ზოგჯერ ანთებითი პროცესი უკვალოდ გაიწოვება, მაგრამ უფრო ხშირია რქოვანას დაწყლულება, რაც რქოვანას დანაწიბურებით მთავრდება ბუნებრივია, მხედველობა დაქვეითდება.

არსებობს რქოვანას შემღვრევის სამი ფორმა - **ღრუბლისებური**, რომელიც თუ ცენტრში არ არის ლოკალიზებული არ არღვევს მხედველობას.

ლაქა - რომელიც მდგრადი შემღვრევაა და აქვეითებს მხედველობას.

ლიბრი - რომელიც მდგრადი შემღვრევაა და ძლიერ აქვეითებს მხედველობას. ამ შემთხვევაში მკურნალობა ქირურგიულია. მკურნალობის დროს გასათვალისწინებელია ეთიოლოგიური ფაქტორი.



სკლერის დაავადებები

სკლერის დაავადებები მეტწილად ანთებითი ხასიათისაა. ეთიოლოგიური ფაქტორი მრავალია; ტუბერკულოზი, რევმატიზმი, გრიპი, ტოქსოპლაზმოზი და სხვა.

არჩევნ სკლერის ზედაპირული შრეების ანთებას, რასაც **ეპისკლერიტი** ეწოდება და ღრმა შრეების ანთებას **სკლერიტს**.

ეპისკლერიტის დროს თვალი გაწითლებულია, მტკივნეულია, ანთებითი უბანი შემოფარგლულია, შემაღლებულია, კაშკაშა წითელია, პალპაციით მტკივნეულია. პროცესმა შეიძლება ორივე თვალი მოიცვას. მხედველობა თითქმის ყოველთვის ნორმალურია. პროგნოზი საიმედოა, მაგრამ ხშირად ახასიათებს რეციდივი.

სკლერიტის დროს უფრო ღრმა და სერიოზული დაზიანებებია, პროცესში შეიძლება ჩაერთოს ფერადი გარსიც. რის გამოც შეიძლება განვითარდეს გლაუკომა, რაც ხდება სიბრმავის მიზეზი.

მკურნალობა დამოკიდებულია ეტიოლოგიაზე. მოწოდებულია ანტიბიოტიკები, ანტიჰისტამინები, სალიცილატები, სითბური პროცედურები. დაჩირქების დროს - გახსნა.



თვალის სისხლძარღვოვანი გარსის დაავადებები

ირიტი არის ფერადი გარსის ანთება.

ეტიოლოგია მრავალფეროვანია - ინფექციური ფაქტორები, ტრავმები. ის შეილება იყოს თვალის სხვა დაავადების გართულებაც.



ირიტი იწყება მწვავედ. ავადმყოფი უჩივის ტკივილს, ირადიაციით თავის შესაბამის ნაწილში. იწყება ცრემლდენა, სინათლის შიში. ტკივილი განსაკუთრებით მწვავედება ღამით. თვალი წითლდება, მხედველობა ქვეითდება. თუ პროცესში ჩაერთო ცილიარული სხეული ვითარდება **ირიდოციკიტი**, მატულობს სიწითლე, შემუპება, ტკივილი. შემუპების გამო ვიწროვდება გუგა, რაც შეიძლება გახდეს გლაუკომის განვითარების მიზეზი. თვალშიდა სითხის დაგროვებამ უკანა საკანში, შეიძლება გამოიწვიოს ფერადი გარსის წინ გამოზურცვა, რასაც **ფერადი გარსის დაბომბვა** ეწოდება.

მკურნალობა - ინიშნება მიდრიატიკები, ჰორმონული პრეპარატები, სითბური პროცედურები, ფიზიოთერაპია.

ბროლის დაავადებები

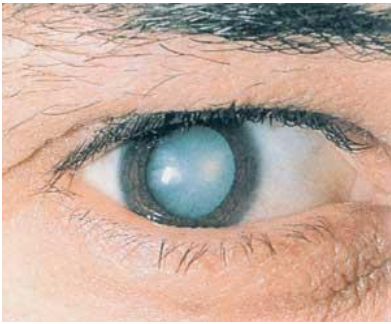
კატარაქტა ეწოდება ბროლის შემღვრევას. შეიძლება იყოს **თანდაყოლილი** და **შეძენილი**.

თანდაყოლილი კატარაქტა ორმხრივია. საჭიროა გამოკვლევა ტოქსოპლაზმოზზე, კეთდება ვასერმანის რეაქციაც. მკურნალობა ოპერაციულია.

შეძენილი კატარაქტის მიზეზი შეიძლება იყოს ტრავმა, სხვადასხვა დაავადება. ხშირია მოხუცებულობითი კატარაქტა.

მოხუცებულობითი კატარაქტა ორმხრივია. აქვს ოთხი სტადია - დაწყებითი, უმწიფარი, მწიფე და გადამწიფებული. სტადიების შესაბამისად ქვეითდება მხედველობა.

მკურნალობა - დაწყებით სტადიაში ინიშნება ვიტამინები და სხვა პრეპარატები. მწიფე კატარაქტის მკურნალობა მხოლოდ ოპერაციულია -კეთდება კატარაქტის ექსტრაქცია.



ბადურას დაავადებები

ბადურას დაავადებები შეიძლება იყოს ანთებითი, დისტროფიული, სიმსივნური, ტრავმული.

ბადურას დაავადება შეიძლება გამოიწვიოს სხვა ზოგადმა დაავადებებმა - ინფექციებმა, გულ-სისხლძარღვთა და ენდოკრინული სისტემის დაავადებებმა.

ბადურას დაავადებების დროს ავადმყოფი უჩივის მხედველობის დაქვეითებას, ფერების და სინათლის შეგრძნების დარღვევას.

რეტინიტი არის ბადურას ანთებითი დაავადება. საჭიროა ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები. დიაგნოზის დაზუსტება ხდება თვალის ფსკერის ოფთალმოსკოპიური გამოკვლევით.

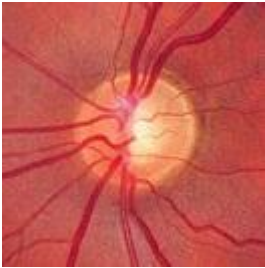


მხედველობის ნერვის დაავადებები

მხედველობის ნერვის ანთება იწყება უეცრად. მხედველობა მკვეთრად ქვეითდება, სიბნელისადმი ადაპტაცია დაქვეითებულია.

მხედველობის ნერვის ნევრიტი გამოწვეულია მწვავე და ქრონიკული ინფექციური დაავადებებით, თავის ტვინისა და მისი გარსების დაავადებებით, ცხვირის დანამატი ღრუების პათოლოგიით, ზოგადი დაავადებებით.

მკურნალობა - საჭიროა ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები, სულფანილამიდები, ანტიჰისტამინები.

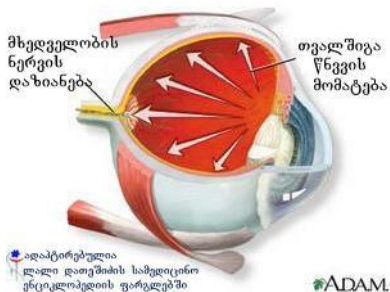


ნევრიტის გამოსავალია მხედველობის ნერვის ატროფია. საჭიროა სისხლძარღვთა გამაფართოვებელი საშუალებები.

თვალშია წნევის პათოლოგია

გლაუკომა

გლაუკომას ახასიათებს თვალშია წნევის მომატება. არჩევენ პირველად, მეორეულ და თანდაყოლილ გლაუკომას. თვალშია წნევის ფიზიოლოგიური საზღვრები ინდივიდუალურია და მერყეობს ვ. წყ. სვ. 18-27 მმ. ფარგლებში. გამოვლენა ხდება ტონომეტრით.



პირველადი გლაუკომა მძიმე დაავადებაა. ის სიბრმავის ყველაზე ხშირი მიზეზია და შედეგია თვალის ჰიდროდინამიკის დარღვევისა. არჩევნ ღია და დახურულკუთხიან გლაუკომას.

ღიაკუთხოვანი გლაუკომა შემპარავად ვითარდება, დახურულკუთხოვანს კი ახასიათებს ჩივილები - თავის ტკივილი, მხედველობის დანისვლა. ზოგჯერ ავადმყოფი სრულიად მოულოდნელად აღმოაჩენს მხედველობის ძლიერ დაქვეითებას და სიბრმავეს.

გლაუკომის მწვავე შეტევა იწყება ღამით, ან გათენებისას, დროთა განმავლობაში თვალი მკვრივდება. მაგრდება - ხდება ქვასავით მაგარი. სინათლის წყაროზე ცქერისას ხედავს ცისარტყელას რგოლებს. პროგნოზი სერიოზულია.

მკურნალობა - ინიშნება ანტიპროგრესიული საშუალებები. თუ მკურნალობა შედეგს არ იძლევა მიმართავენ ქირურგიულ მკურნალობას.



თვალის ტრავმული დაზიანება

მხედველობის ორგანოს ტრავმული დაზიანება საკმაოდ ხშირია. ტრავმის მიზეზი შეიძლება იყოს მექანიკური, თერმული, ქიმიური, შერეული ხასიათის.

თვალის ტრავმული დაზიანება შეიძლება იყოს დახურული, ანუ კონტუზიური და ღია დაზიანება, ანუ ჭრილობა. ტრავმული დაზიანება შეიძლება გამოიწვიოს უცხო სხეულის შეჭრამ თვალში. ტრავმის შედეგად ზიანდება თვალის დამცავი აპარატი და თვალის კაკალი, ან ორივე ერთად.

უცხო სხეული ეჩხირება ზედა ქუთუთოს ღარში, ან ეკვრის რქოვანას და იწვევს ტკივილს, ცრემლდენას, სინათლის შიშს. ზერელე უცხო სხეულები ადვილად შეიძლება მოვაცილოთ ბამბით. ზედა ქუთუთოს ლორწოვანიდან უცხო სხეულის ამოსაღებად საჭიროა ქუთუთოს გადმოზრუნება. დიდი ძალით გამოტყორცნილი უცხო სხეულები ღრმად იჭრება რქოვანაში და მათ ამოსაღებად საჭიროა გაკეთდეს რქოვანას ანესთეზია, რის შემდეგაც სპეციალური ნემსით იღებენ მათ.

ქიმიურ დაზიანებას იწვევენ ტუტეები და მჟავები. განსაკუთრებით მძიმეა ტუტეებით დამწვრობა.

მკურნალობა - საჭიროა რაც შეიძლება სწრაფად ქიმიური ნივთიერების მოშორება. ამ მიზნით კონიუნქტივის პარკს უხვად გამორეცხავენ წყლის ნაკადით და თბილი ფიზიოლოგიური ხსნარით. შემდეგ თვალში აწვეთებენ ანტისეპტიკებს.

თერმულ დამწვრობას იწვევს საწვავი ნივთიერების აფეთქება, მდულარე წყალი, ზეთი და სხვა. კლინიკური სურათი დამოკიდებულია დამწვრობის სიმძიმეზე.

მკურნალობა - იყენებენ ანტისეპტიკურ საშუალებებს.

მძიმე ხარისხის დამწვრობის მკურნალობა ტარდება სტაციონარის პირობებში.

სიელმე თვალების მდებარეობის დარღვევაა, რომლის დროსაც ვლინდება ერთი ან ორივე თვალის გადახრა მონაცვლეობით პირდაპირ ყურებისას. თვალის სიმეტრიული მდებარეობისას საგნების გამოსახულება ხვდება ბადურის ცენტრალურ მიდამოს როგორც ერთი, ისე მეორე თვალის დროს. მხედველობის ანალიზატორის ქერქულ ნაწილში ხდება მათი შერწყმა ერთიან ბინოკულარულ გამოსახულებად, რისი დარღვევაც ხდება **სიელმის** დროს და ცენტრალური ნერვული სისტემა გაორებისაგან დაცვის მიზნით, გამოთიშავს პრობლემურ თვალს, რომელიც ფუნქციონირებს მხოლოდ ჯანმრთელ თვალზე ხელის მიფარებისას. ამგვარი მდგომარეობის ხანგრძლივად არსებობისას ვითარდება დაელმებული თვალის მხედველობის სიმახვილის ფუნქციური დაქვეითება – ამბლიოპია. **სიელმის** მიზეზი შესაძლოა იყოს როგორც თანდაყოლილი, ისე შეძენილი ხასიათის: ამეტროპია (შორსმხედველობა, ახლომხედველობა, ასტიგმატიზმი), ტრავმები, ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებები, თვალის მამოძრავებელი კუნთების განვითარებისა და მიმაგრების ანომალიები, მათი პარეზი, ერთი თვალის მხედველობის სიმახვილის მკვეთრი დაქვეითება, ბავშვის ინფექციური და სომატური დაავადებები, სტრესი.



განასხვავებენ **სიელმის** სხვადასხვა სახეებს:

- თანდაყოლილი და შეძენილი
- მუდმივი და პერიოდული
- თვალის გადახრის მიხედვით:



ეგზოტროპული – თვალის გარეთ გადახრა

ეზოტროპული – თვალის შიგნით გადახრა

ჰიპერტროპული – თვალის ზევით გადახრა

ჰიპოტროპული - თვალის ქვევით გადახრა

შეუღლებული და პარალიზური



შეუღლებული **სიელმე** ბავშვთა ასაკის ერთერთი უხშირესი პათოლოგიაა, რომელიც თავის მხრივ იყოფა აკომოდაციურ, ნაწილობრივ აკომოდაციურ და არაკომოდაციურ**სიელმედ**. აკომოდაციური **სიელმე** ყველაზე ხშირად ვლინდება 2.5-3 წლის ასაკში, როდესაც ბავშვი იწყებს საგნების, სურათების დათვალიერებას, ხატვას, რისი უხშირესი მიზეზიც ახლომხედველობა, შორსმხედველობა, **ასტიგმატიზმია**. მაკორეგირებელი სათვალეების ან კონტაქტური ლინზების გამოყენება აპარატული მკურნალობის ფონზე, განაპირობებს თვალის სიმეტრიული მდებარეობის აღდგენას.

ნაწილობრივ აკომოდაციური და არაკომოდაციური **სიელმე** ვლინდება სიცოცხლის პირველ-მეორე წელს. **დეფრაქციის** ანომალიები არ გვევლინება **სიელმის** განვითარების ერთადერთ მიზეზად. მუდმივი ოპტიკური კორექცია არ იწვევს თვალის კაკლების მდებარეობის სრულ აღდგენას და კომპლექსური მკურნალობა მოიცავს ქირურგიულ ჩარევას.

რაც შეეხება პარალიზურ **სიელმეს**, რაც განპირობებულია თვალის მამოძრავებელი კუნთის დაზიანებით, რისი მიზეზიც თავის მხრივ შეიძლება იყოს შესაბამისი ნერვის დაზიანება ან თვით კუნთის მორფოლოგიური და ფუნქციური დარღვევები. პარალიზური **სიელმე** შეიძლება იყოს როგორც თანდაყოლილი, ისე შეძენილი, განვითარებული ინფექციური დაავადებების, ტრავმების შედეგად.

სიელმის მკურნალობა

განასხვავებენ **სიელმის** თერაპიულ ქირურგიულ მკურნალობას. **თერაპიული** მკურნალობა კომპლექსური და ხანგრძლივია.

სიელმის თერაპიული მკურნალობის ეტაპებია:

- სიელმის მიზეზების გამოვლენა, კომპლექსური დიაგნოსტიკა
- ადრეული ოპტიკური კორექცია (სათვალეები, კონტაქტური ლინზები)
- ორივე თვალის მხედველობის სიმახვილის გაზრდა (ამბლიოპიის)გაზრდა
- ორთოპტიკული და დიპლოპტიკური მკურნალობა (ბინოკულარული მხედველობის განვითარება)
- მონოკულარული და ბინოკულარული ფუნქციის გამყარება
- სტერეოსკოპიული მხედველობის განვითარება



სიელმის ქირურგიული მკურნალობა

სიელმის საკორექციო ოპერაცია არის რეცესია, როდესაც ხდება თვალის ერთერთი გარეთა კუნთის სკლერაზე მიმაგრების ადგილის უკან გადაწევა ამ კუნთის ფუნქციის შესასუსტებლად ან რეზექცია, რომელიც მოიცავს თვალის მამოძრავებელი კუნთის ნაწილის ამოკვეთას მისი

ფუნქციის გაძლიერების მიზნით

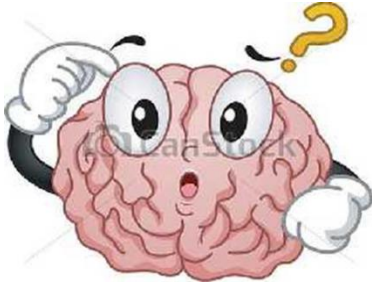
. სიელმის ქირურგიული მკურნალობა საშუალებას იძლევა აღმოიფხვრას მისი გარეგანი გამოვლინება, თუმცა ყოველთვის არ ხდება მხედველობის სრული აღდგენა. ტვინის სწორი ფუნქციონირებისა და ბინოკულარული მხედველობის აღდგენისათვის აუცილებელია ხანგრძლივი ვარჯიშები.



კომპიუტერული მხედველობის სინდრომი

კომპიუტერული მხედველობის სინდრომი— არის სიმპტომოკომპლექსი, რომელსა და მოცენდება კომპიუტერთან მუშაობის შედეგად. დასაწყის სტადიაში იგი ვლინდება თვალების დაღლილობით, “დამძიმებული” ქუთუთოების შეგრძნებით, ხშირი ხამხამით, თვალეში “ქვიშის ჩაყრის” შეგრძნების სახით. თუ დროულად არ მივიღებთ ზომებს, მდგომარეობა შეიძლება დამძიმდეს. ვითარდება სინათლის შიში, ცრემლდენა. ამავე დროს შესიძლება გამოვლინდეს თავის, კისრის, ბეჭების, ზურგის ტკივილი. ტკივილი თვალეების მოძრაობის დროს.

კომპიუტერული მხედველობის სინდრომი— არ იწვევს თვალის სერიოზულ დაავადებებს, მაგრამ ქმნის შემაწუხებელ დისკომფორტს. ამის თავიდან ასაცილებლად, მიზანშეწონილია სათვალის ან კონტაქტური ლინზების ხმარება.



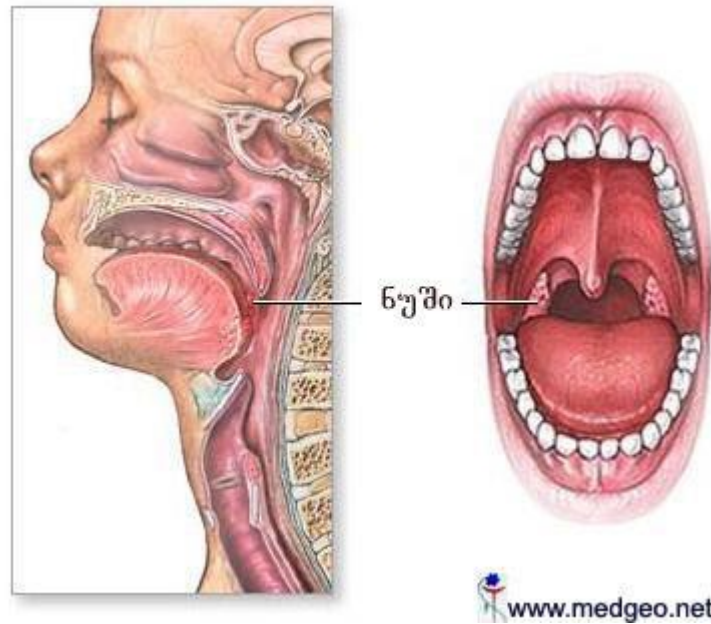
საკონტროლო კითხვები:

1. რას შეისწავლის ოფთალმოლოგია?
2. ჩამოთვალეთ მხედველობის ორგანოს გამოკვლევის მეთოდები.
3. რა მეთოდებით ხდება თვალის დაავადებათა ადგილობრივი მკურნალობა?
4. ქუთუთოს რა დაავადებები იცით?
5. ჩამოთვალეთ თვალის შემაერთებელქსოვილოვანი გარსის დაავადებები და მათი მკურნალობის მეთოდები;
6. რა დაავადებაა ირიტი?
7. რა არის კატარაქტა და როგორია მისი მკურნალობის მეთოდები?
8. რა დაავადებაა გლაუკომა და მისი როგორი ფორმები იცით?
9. რა იწვევს თვალის ტრავმულ დაზიანებას და როგორ დავეხმართ დაზარალებულს?
10. რა და რა სახის სიელმე არსებობს?
11. როგორია სიელმის მკურნალობის მეთოდები?
12. რა არის „კომპიუტერული მხედველობის სინდრომი“ ?

ყელ-ყურ-ცხვირის დაავადებები

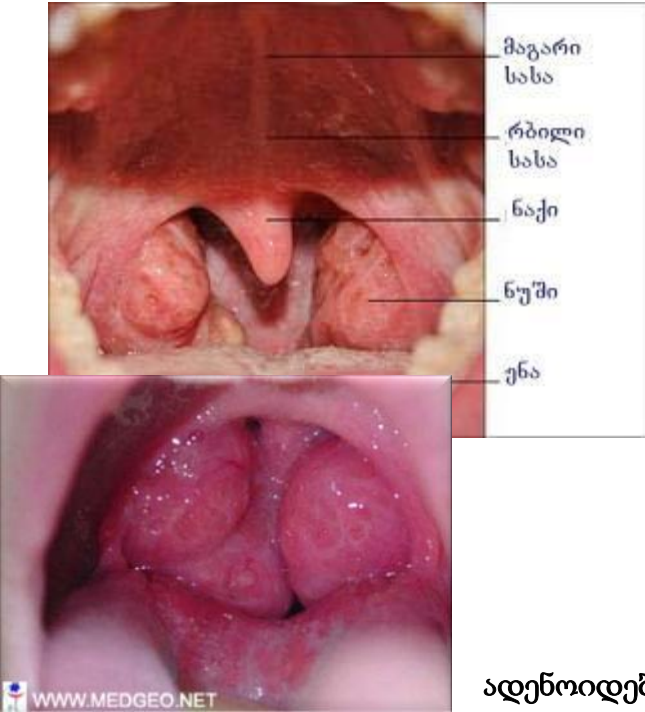
ხახის ანატომია

ადამიანის ორგანიზმში ლიმფოიდური ქსოვილი გვხვდება როგორც იზოლირებულად, ცალკე ორგანოს სახით (სასის, სასმენი ლულები, ენის, ხახის ნუშები), ასევე სხვადახვა ორგანოების კედლის ლორწოვანშიც.



ადამიანის ორგანიზმში ლიმფოიდური ქსოვილი გვხვდება როგორც იზოლირებულად, ცალკე ორგანოს სახით (სასის, სასმენი ლულები, ენის, ხახის ნუშები), ასევე სხვადახვა ორგანოების კედლის ლორწოვანშიც.

ნუშები – tonsillae პირის ღრუში განლაგებული ლიმფური ფოლიკულების გროვაა. სასუნთქი და საჭმლის მომწელებელი მილის საწყის ნაწილებში მდებარეობს ენის, ხახისა და სასის ნუშები. სასმენი მილის ხახისკენა ხვრელის უკანა კიდესთან მდებარეობს ლულის ნუში.



ხახის ნუში – tonsilla pharyngealis – (სხვანაირად მას ადენოიდურსაც უწოდებენ) მოთავსებულია ხახის უკანა კედლის ზემო ნაწილში და ხახის თაღის მიდამოში. ხახის ნუშის მფარავი ლორწოვანი გარსი ქმნის მრავლობით განივ ნაოჭს, რომელთა შორის არსებულ ღარებში იხსნება ხახის ჯირკვლების გამომტანი სადინრები

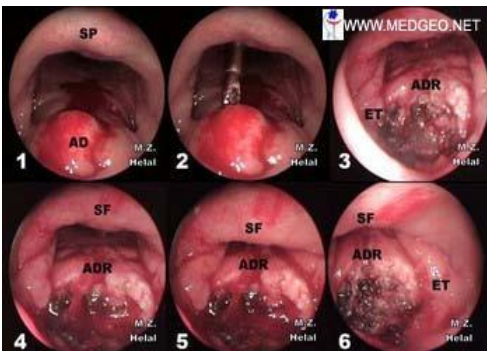
ადენოიდები

ადენოიდები - ხახის (ცხვირ-ხახის) ნუშის პათოლოგიური ზრდა

(ჰიპერპლაზია,ჰიპერტროფიით). ხახის ნუში კარგადაა განვითარებული ბავშვებში; დაახლოებით 12 წლის ასაკიდან იგი პატარავდება და მოზრდილებში მთლიანად ატროფირდება.

ადენოიდები ხშირია 3 – 10 წლის ასაკის ბავშვებში, თუმცა შესაძლებელია აღინიშნებოდეს სიცოცხლის პირველ წლებში და სქესობრივი მომწიფების შემდეგაც. ადენოიდების განვითარებას ხელს უწყობს ბავშვთა ინფექციები (წითელა, ქუნთრუშა,დიფთერია), ზედა სასუნთქი გზების ვირუსული და მიკრობულ-ანთებითი დაავადებები, იმუნოდეფიციტური მდგომარეობები, ალერგია; არ გამოირიცხება მემკვიდრეობითი ფაქტორის როლი.

ადენოიდები - სიმპტომები, მიმდინარეობა. აღინიშნება ცხვირით სუნთქვის გაძნელება, ლორწოვანი სეკრეტის უხვი გამონადენი, ცხვირის ლორწოვანი გარსის ქრონიკული შეშუპება და ანთება. ცხვირით სუნთქვის გაძნელების გამო ბავშვები იძინებენ ღია პირით, ხშირად აქვთ მოუსვენარი ძილი, ხმამაღალი ხვრინვით. ადენოიდები ახშობენ ევსტაქის მილის ხვრელს, არღვევენ შუა ყურის ნორმალურ ვენტილაციასა და შესაძლებელია გამოიწვიონ სმენის დაქვეითება. მეტყველება ირღვევა, ხმა კარგავს ჟღერადობას და აქვს დუღლუნა ელფერი. ადრეული ასაკის ბავშვები



ძნელად ეუფლებიან მეტყველებას. ხშირია ჩივილები თავის მუდმივ ტკივილზე.

დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება უკანა რინოსკოპია, რენტგენოლოგიური გამოკვლევები. ზომის მიხედვით ადენოიდები იყოფა სამ ხარისხად: I ხარისხი – ადენოიდები მცირე ზომისაა, ფარავენ სახსნის ზედა მესამედს; II ხარისხი – ადენოიდები საშუალო ზომისაა, ფარავენ სახსნის ორ მესამედს; III ხარისხი – დიდი ზომის ადენოიდები, რომლებიც ფარავენ ან თითქმის ფარავენ სახსნის.

მკურნალობა- ქირურგიულია. ზოგჯერ ქირურგიული მკურნალობის შემდეგ აღინიშნება რეციდივები, ასეთ დროს ქირურგიულ მკურნალობას ატარებენ მადესენსიბილიზირებელი თერაპიის ფონზე.

ანგინა angina



ანგინა (მწვავე ტონზილიტი) - მწვავე ინფექციურ-ალერგიული დაავადება, რომელიც მიმდინარეობს ძირითადად სასის ნუშების დაზიანებით. ანთებითი პროცესი შეიძლება ლოკალიზებული იყოს ასევე ხახისა და ენის ნუშებში, ხორხის მიდამოში და გვერდით რკალებში.

შესაბამისად განასხვავებენ ენის, ხორხის ან რეტრონაზალურ ანგინას. ინფიცირება შეიძლება იყოს ეგზო – (ხშირად) ან ენდოგენური (ავტონიფექცია). არსებობს ინფექციის გადაცემის ორი გზა: ჰაერ-წვეთოვანი და ალიმენტური. ენდოგენური დაინფიცირება ხდება პირის ღრუდან ან ხახიდან (სასის ნუშების ქრონიკული ანთება, კარიესული კბილები და სხვ.). ინფექციის წყარო შეიძლება იყოს ასევე ცხვირისა და მისი დანამატი წიაღების ჩირქოვანი დაავადებები.

ეტიოლოგია. ინფექციის განსაკუთრებით ხშირი გამომწვევია სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი (განსაკუთრებით ჰემოლიზური), პნევმოკოკი. არსებობს ცნობები ვირუსული ეტიოლოგიის ანგინების შესახებ. წინასწარგანმწყობი ფაქტორებია: ადგილობრივი და საერთო გაცივება, ორგანიზმის რეაქტულობის დაქვეითება. ანგინით ხშირად ავადდებიან სკოლამდელი და სასკოლო ასაკის ბავშვები და მოზრდილები 35 – 40 წლამდე, განსაკუთრებით შემოდგომისა და გაზაფხულის პერიოდებში.

სიმპტომები, მიმდინარეობა.- ტკივილი ყლაპვის დროს, მოთენთილობა, სხეულის ტემპერატურის მომატება; ხშირად აღინიშნება ტკივილი სახსრებში, თავის ტკივილი, პერიოდულად შემცივნება. დაავადების ხანგრძლივობა და სასის ნუშებში ადგილობრივი გამოვლინებები

დამოკიდებულია ანგინის ფორმაზე. რაციონალური მკურნალობისა და რეჟიმის დაცვის პირობებში ანგინა გრძელდება საშუალოდ 5 – 7 დღე. განასხვავებენ კატარულ, ფოლიკულურ და ლაკუნურ ფორმებს. არსებითად ეს არის სასის ნუშებში ერთი და იგივე ანთებითი პროცესის სხვადასხვა გამოვლინებები.

კატარული ანგინა. იწყება უეცრად; აღინიშნება ყელში ჩაფხაჭნის შეგრძნება, ტკივილი, შეუძლოდ ყოფნა, სუნფებრილური ტემპერატურა. სისხლში ცვლილებები არ აღინიშნება, ან მცირედაა გამოხატული. ხახის დათვალიერებით (ფარინგოსკოპია) ვლინდება ზომიერი შეშუპება, სასის ნუშებისა და სასის რკალების ჰიპერემია; რბილი სასა და ხახის უკანა კედელი შეცვლილი არ არის; რეგიონალური ლიმფური



კვანძებიმესაძლოა იყოს გადიდებული და მტკივნეული პალპაციით. კატარული ანგინა ზოგჯერ არის ანგინის სხვა ფორმის საწყისი სტადია, ზოგჯერ კი წარმოადგენს ამა თუ იმ ინფექციური დაავადების გამოვლინებას. ლაკუნური და ფოლიკულური ანგინები ხასიათდებიან შედარებით გამოხატული კლინიკური სურათით: თავის ტკივილი, ტკივილი ყელში, შეუძლოდ ყოფნა, ზოგადი სისუსტე; სისხლში ცვლილებები

მნიშვნელოვნადაა გამოხატული, ვიდრე კატარული ანგინის დროს. ხშირად დაავადება იწყება შემცივნებით, სხეულის ტემპერატურის მომატებით 38 – 39,0 C-მდე და ზევით, განსაკუთრებით ბავშვებში. ვლინდება მაღალი ლეიკოციტოზი, ფორმულის მარცხნივ გადახრითა და მაღალი ედსით (40 – 50 მმ/სთ). რეგიონალური ლიმფური კვანძები გადიდებული და მტკივნეულია პალპაციით. ფარინგოსკოპიით ფოლიკულური ანგინის დროს ჩანს სასის ნუშებისა და მიმდებარე რბილის სასის უბნების და სასის რკალების გამოხატული ჰიპერემია და შეშუპება. ფოლიკულური ანგინის დროს ჩანს დაჩირქებული ფოლიკულები.

ლაკუნური ანგინის დროს ასევე წარმოიქმნება მოყვითალო-თეთრი ნადები, მაგრამ ისინი ლოკალიზებულია ლაკუნებში. ნადებები ფარავენ ნუშების მთლიან ან თითქმის მთლიან თავისუფალ ზედაპირს და ადვილად სცილდებიან შპატელით. ანგინების დაყოფა ფოლიკულურ და ლაკუნურ ანგინებად პირობითია, ვინაიდან ერთი და იგივე ავადმყოფს ერთდროულად შეიძლება ჰქონდეს როგორც ფოლიკულური, ასევე ლაკუნური ანგინა.

გართულებები: რევმატიზმი, ორქიტი, ნეფრიტი და ა. შ. ადგილობრივი გართულებებიდან, გარდა აღწერილი ფლეგმონური ანგინისა, განსაკუთრებით ხშირია მწვავე ოტიტი, მწვავე ლარინგიტი, ხორხის შეშუპება, პარაფარინგული აბსცესი, კისრის მწვავე ლიმფადენიტი, კისრის ფლეგმონა.

მკურნალობა. დაავადების პირველ დღეებში ტემპერატურის ნორმალიზაციამდე ინიშნება წოლითი რეჟიმი. საკები საჭიროა მდიდარი იყოს ვიტამინებით, არ იყოს ცხარე, ძალიან ცხელი ან ან ცივი. სასარგებლოა დიდი რაოდენობით სითხეები – სხვადასხვა ხილის წვენები, ჩაი ლიმნით, რძე, ტუტე მინერალური წყალი. საჭიროა თვალყური კუჭის ნორმალურ მოქმედებაზე. მედიკამენტოზური საშუალებები გამოიყენება მკაცრად ინდივიდუალურად ანგინის ხასიათის, სხვა ორგანოებისა და

სისტემების მდგომარეობის გათვალისწინებით. მკურნალობის პროცესში აუცილებელია კონტროლი გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე, შარდისა და სისხლის განმეორებითი ანალიზები. ფლეგმონური ანგინის დროს, თუკი პროცესი პროგრესირებს და წარმოიქმნება პერიტონზილური აბსცესი, ნაჩვენებია მისი გახსნა. ზოგჯერ ნაცვლად აბსცესის ადგილობრივი გახსნისა, მიმართავენ ოპერაციას – აბსცესტონზილექტომიას.

პროფილაქტიკა. საჭიროა ავადმყოფის მოთავსება ცალკე ოთახში, მისი ხშირი განიავება და სველი წმენდა. იზღუდება ავადმყოფის კონტაქტი სხვა პირებთან, განსაკუთრებით ბავშვებთან. ანგინების თავიდან ასაცილებად საჭიროა ინფექციისადგილობრივი კერების დროული სანაცია. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ორგანიზმის გაკაჟებას, შრომისა და დასვენების სწორ რეჟიმს.

ტონზილიტი ქრონიკული (chronic tonsillitis) - სასის ნუშების ანთება; ავადდება ჩრთვით მოზრდილები, ასევე ბავშვები. მიზეზები: განმეორებითი ანგინები, იშვიათად სხვა მწვავე ინფექციური დაავადებები (ქუნთრუშა, წითელა, დიფთერია). ქრონიკული ტონზილიტის განვითარებას ხელს უწყობს ცხვირით სუნთქვის დარღვევა, ცხვირის დანამატი წიაღების დაავადებები, კარიესული კბილები, ალვეოლური პიორეა, ქრონიკული კატარული ფარინგიტი, ქრონიკული რინიტი.



ტონზილიტი ქრონიკული – სიმპტომები, მიმდინარეობა. ხახაში ჩაფხაჭნის, უცხო სხეულის შეგრძნება, არასასიამოვნო სუნი პირიდან, ე. წ. საცობების – კაზეოზური მასების ამოხველება, რომლებიც წარმოიქმნებიან ნუშების ლაკუნებში,

პერიდული ტკივილი ყლაპვის დროს, რომელიც გადაეცემა ყურში. ხშირად დაავადება მიმდინარეობს ხანგრძლივი სუბფებრილიტეტით, შრომისუნარიანობის დაქვეითებით, თავის ტკივილით, ზოგჯერ რეფლექტორული წარმოშობის ხველით. ზოგიერთ ავადმყოფს არანაირი ჩივილი არა აქვს. ხშირია გართულებები: გულის, სახსრების დაზიანება, ზოგადი სისუსტე, ოფლიანობა. შესაძლებელია რევმატიზმის, ნეფრიტის განვითარება. ფარინგოსკოპიით – ქრონიკული ანთებითი პროცესის ნიშნები: სასის ნუშები გაფაშრებული, დანაწიბურებულია, შეხორცებულია სასის რკალებთან, ნუშების ზედაპირი არათანაბარია, ლაკუნები გაფართოებულია. ნუშებზე შპატელით დაწოლისას ლაკუნებიდან გამოიყოფა „საცობები“ ან გადმოედინება ჩირქი არასასიამოვნო სუნით. სასის წინა რკალების ლორწოვანი გარსი ჰიპერემიულია, განსაკუთრებით მათი თავისუფალი ნაპირი. რეგიონალური ლიმფური კვანძები ხშირად გადიდებული და პალპაციით მტკივნეულია. ნუშების დიდი ზომები ყოველთვის არ წარმოადგენს ქრონიკული ტონზილიტის ნიშანს (ბავშვებში ეს ფიზიოლოგიურია); პირიქით, ქრონიკული ანთებითი ცვლილებები ხშირად ვითარდება პატარა ნუშებში.

მკურნალობა კონსერვატიულია და ტარდება უმთავრესად ქრონიკული ტონზილიტის გაურთულებელი ფორმების დროს; მისი არაეფექტურობის, ასევე ქრონიკული ტონზილიტის გართულებული ფორმების დროს სასის ნუშებს

ამოკვეთენ (ტონზილექტომია). ოპერაციის უკუჩვენებებია: ჰემოფილია, თრომბოციტოპენია და სხვ. ტონზილექტომიის შეფარდებითი უკუჩვენებებია: ტუბერკულოზი, ჰიპერტონული დაავადება, შაქრიანი დიაბეტი და სხვ.

ლარინგიტი laryngitis

ლარინგიტი – ხორხის ლორწოვანი გარსის ანთება. შეიძლება იყოს მწვავე და ქრონიკული.



მწვავე ლარინგიტი იშვიათადაა იზოლირებული. ხშირად არის მწვავე რესპირატორული დაავადების, გრიპის, ქუნთრუშის, ყვიანახველის და ა. შ. გამოვლინება. მის განვითარებას ხელს უწყობს

ზოგადი და ადგილობრივი გაცივება, ხმის გადაძაბვა, მტვრიანი ჰაერის ჩასუნთქვა, თამბაქოს წევა, სპირტიანი სასმელების ხშირი გამოყენება.

სიმპტომები, მიმდინარეობა. აღინიშნება სიმშრალე, ჩაფხაჭნის შეგრძნება ყელში, ხველა თავდაპირველად მშრალია, შემდეგ ახლავს ნახველის გამოყოფა; ხმა ჩახლეჩილია, უხეში ან საერთოდ უხმოა; ზოგჯერ აღინიშნება ტკივილი ყლაპვისას, თავის ტკივილი და ტემპერატურის მცირედი მომატება. დაავადების ხანგრძლივობა არ აღემატება 7 – 10 დღეს. არახელსაყრელ პირობებში შესაძლებელია გადავიდეს ქვემწვავე ანქორნიკულ ფორმაში. ლარინგოსკოპიით აღინიშნება ხორხის ლორწოვანო გარსის დიფუზური ჰიპერემია და შეშუპება. მბგერავი ნაოჭები გასქელებული და ჰიპერემიულია, მათზე აღინიშნება წებვადი ნახველი. გრიპის დროს შესაძლებელია განვითარდეს სისხლჩაქცევა ლორწოვან გარსში (ე. წ. ჰემორაგიული ფარინგიტი). თუკი პათოლოგიური ცლილებები აღინიშნება მხოლოდ ხორხის ერთ მხარეზე და ლარინგიტს აქვს გახანგრძლივებული მიმდინარეობა, აუცილებელია ტუბერკულოზის, სიფილისური დაზიანების, ახალწარმონაქმნის გამორიცხვა.

მკურნალობა. დაავადების გამომწვევის მიზეზების გამორიცხვა. ხორხის სრული სიმშვიდის მიზნით 5-7 დღის განმავლობაში ავადმყოფს ეკრძალება ლაპარაკი. გამორიცხება თამბაქოს მოწევა, სპირტიანი სასმელების მიღება. აუცილებელია ასევე ცხარე სასმელების გამორიცხვაც; სასარგებლოა თბილი სასმელები (ბორჯომი, რძე), ყელის გამოვლება გვირილით, თბილი ტუტე ინჰალაციები, სათბური ყელზე, ფეხების ცხელი აბაზანა. ხველის დროს ინიშნება კოდეინი, იპეკაკუანა. გამოიყენება ასევე ფიზიოთერაპიული მეთოდები.

ლარინგოსპაზმი

ლარინგოსპაზმი (laryngospasm) - ხშირია ბავშვთა ადრეულ ასაკში; წარმოიქმნება არაქიტის, სპაზმოფილიის, ჰიდროცეფალიის ან ხელოვნური კვების

შედეგად და უკავშირდება ხორხის ნერვულ-კუნთოვანი აპარატის რეფლექტორული აგზნების მომატებას. მოზრდილებში შესაძლოა შედეგი იყოს ხორხის უცხო სხეულით რეფლექტორული გაღიზიანებისა.

სიმპტომები, მიმდინარეობა. ბავშვებში – ყიის კრუნჩხვითი ჩაკეტვის პერიოდული შეტევები, რომელიც ვლინდება ხანგრძლივი ხმაურიანი ჩასუნთქვით, ციანოზით, კიდურების ბიძგებით, გუგების შევიწროებით, ზოგჯერ სუნთქვის შეჩერებით, იშვიათად გონების დაკარგვით. შეტევები გრძელდება რამოდენიმე წამს და სუნთქვა აღდგება. მოზრდილებში ლარინგოსპაზმის შეტევა ხანგრძლივი არ არის და ახლავს ძლიერი ხველა, სახის ჰიპერემია, შემდეგში კიციანოზი.

მკურნალობა. გამომწვევი ფაქტორის მოხსნა. შეტევის დროს აღიზიანებენ ლორწოვან გარსს (ასუნთქებენ ნიშადურის სპირტს) და კანს (სახეზე ცივი წყლის შესხმა, ჩხვლეტა). ინტუბაციას ან ტრაქეოსტომიას იყენებენ ძალიან იშვიათად. შეტევებს შორის პერიოდში ტარდება გამაკაჟებელი მკურნალობა.

ხორხის შემუპება

ხორხის სემუპება წარმოადგენს ხორხის ანთებითი ან არაანთებითი დაზიანების ერთ – ერთი გამოვლინებას და ლოკალიზდება ხორხის ფაშარი ლორწვეშა ქსოვილის არეში (ნაოქქვეშა სივრცე, ვესტიბულური ნაოქები, ციციხვ-ხორხსარქველის ნაოქები, ხორხსარქველის ზედაპირი ენის მხრიდან). ის შესაძლოა იყოს შემოსაზღვრული ან დიფუზური.

მიზეზები: ხახის ან ხორხის ლორწოვანი გარსის ტრავმა (მექანიკური, თერმული, ქიმიური), ალერგია, მწვავე ინფექციური დაავადებები, გულ-სისხლძარღვთა სისტემისა და თირკმელების დაავადებები, კოლატერალური შემუპება კისრის ლიმფურ კვანძებში, ფარისებრ ჯირკვალში მიმდინარე პათოლოგიური ცვლილებების დროს, ასევე ხორხში ანთებითი ცვლილებების დროს (პერიტონზილური, პარაფარინგული აბსცესი და სხვ.); კისრის ფლეგმონა მწვავე, განსაკუთრებით ფლეგმონური ლარინგიტის დროს, ხორხის ახალწარონამქმნები.

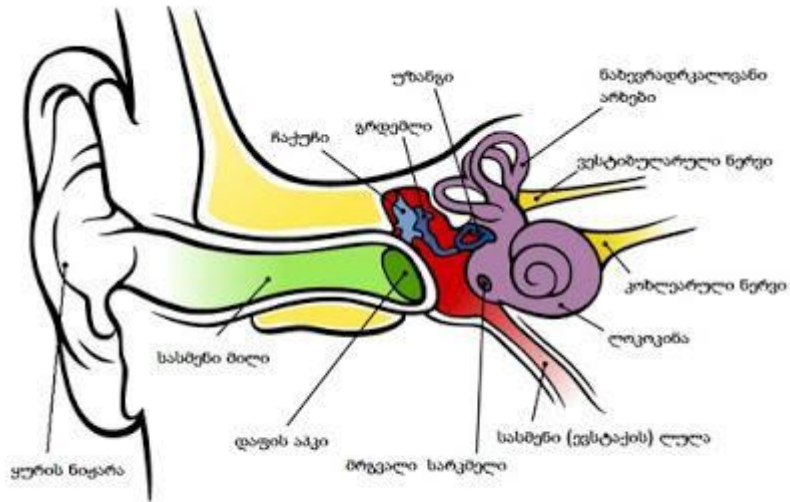
სიმპტომები, მიმდინარეობა -დამოკიდებულია შემუპების ლოკალიზაციაზე და გამოხატულებაზე. ვლინდება უსიამოვნო შეგრძნებით, ზომიერი ტკივილით ყელში ყლაპვის დროს; ზოგჯერ სუნთქვა ძნელდება. რასაც თან ახლავს ხორხის სანათურის მნიშვნელოვანი სტენოზი. ლარინგოსკოპიით ჩანს შემოფარგლული ან დიფუზური, დაჭიმული, ღია ვარდისფერი სიმსივნური წარმონაქმნი. მკურნალობა. საჭიროა ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია, ვინაიდან უმნიშვნელო შემუპებამაც კი შესაძლებელია ძალიან სწრაფად გამოიწვიოს ხორხის გამოხატული სტენოზი. შეძლებისდაგვარად საჭიროა შემუპების მიზეზის მოხსნა. მედიკამენტოზური თერაპიის არაეფექტურობის და ხორხის მზარდი სტენოზის დროს ნაჩვენებია ტრაქეოსტომია (ან ინტუბაცია).

საკონტროლო კითხვები:



1. რა არის ადენოიდები?
2. რისი ანთებაა ანგინა(ტონზილიტი)?
3. როგორი ფორმის ანგინა იცით?
4. როგორია მწნავვე ტონზილიტის სიმპტომები?
5. როგორია ქრ.ტონზილიტის მკურნალობის მეთოდი?
6. რა არის ლარინგიტი?
7. რომელ ასაკში უფრო ხშირად ვითარდება ლარინგოსპაზმი?
8. ჩამოთვალეთ ხორხის შესუპების მიზეზები;
9. როდის არის ნაჩვენები ტრაქეოსტომია?

სმენის ორგანო



biologyabitur.blogspot.com

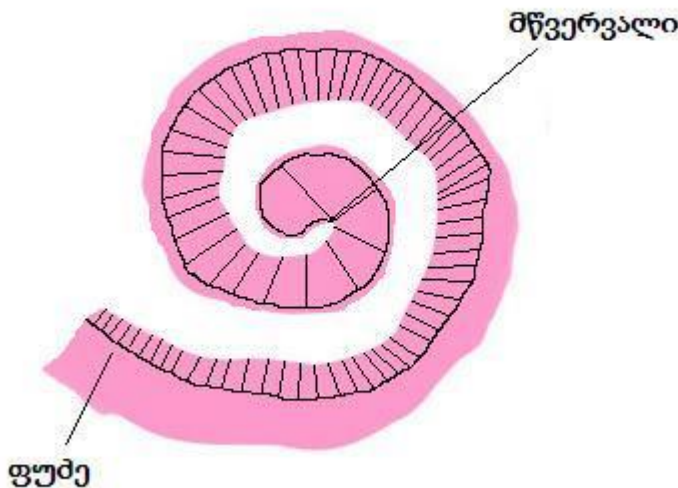
ძუძუმწოვრების სმენის ორგანო არის ყური. ყური სმენის გარდა წონასწორობის შეგრძნებასაც ემსახურება. ყური იყოფა გარეთა, შუა და შიგნითა ნაწილებად.

გარეთა ყური შედგება ყურის ნიჟარისა და სასმენი მილისგან. ყურის ნიჟარა ბგერებს იჭერს და სასმენი მილისკენ აგზავნის. ზოგიერთ ცხოველს მოძრავი ყურის ნიჟარა აქვთ და ეს ეხმარება ბგერის უკეთ შეკრებაში.

გარეთა ყურს შუა ყურისგან დაფის აპკი ყოფს. მისი სისქე დაახლ. 0,1 მმ-ია. გარეთა ყურიდან შემოსული ჰაერის ტალღა არხევეს დაფის აპკს. დაფის აპკის მემბრანა უმცირესი ჩქამის დროსაც კი ირხევა. რხევა შუა ყურის მოძრავად შეერთებულ ძვლებს - ჩაქუჩს, გრდემლსა და უზანგს გადაეცემა (რიგრიგობით), აქ რხევა ძლიერდება. უზანგი რხევა გადასცემს აპკს, რომელიც ოვალურ სარკმელს საზღვრავს. ოვალური სარკმელი შიგნითა ყურში შემავალი ხვრელია. ოვალური სარკმლის შემდეგ შიგნითა ყური იწყება. შუა ყური ხახასთანაა შეერთებული სასმენი ლულით. ამ მილით შუა ყურში შედის ჰაერი, რის გამოც დაფის აპკზე ორივე მხრიდან ერთნაირი წნევაა. წნევის არათანაბარი რაოდენობა დაფის აპკზე დაწოლას გამოიწვევდა და ეს თავის მხრივ ტკივილს გამოიწვევდა. სასმენი ლულაიდან შეიძლება მიკრობებმა შეაღწიონ, ეს კი ზოგჯერ ინფექციებს იწვევს. ინფექციებმა შესაძლოა სასმენი ძვლების შეზრდა გამოიწვიოს, ეს კი სიყრუეს იწვევს.

შიგნითა ყური საფეთქლის ძვლის სიღრმეშია მოთავსებული. აქ სითხით ამოვსებული არხებისა და რღუების რთული სისტემა- ძვლოვანი ლაბირინთია. ძვლოვანი ლაბირინთში აპკოვანი ლაბირინთია. იგი ძვლოვანი ლაბირინთის ფორმას იმეორებს. აპკოვანი ლაბირინთი სითხითაა ამოვსებული. ლაბირინთი შედგება წონასწორობის ორგანოს, ნახევრადრკალოვანი ძვლოვანი არხების, ოვალური სარკმლისა და ლოკოკინასგან. ლოკოკინა ლაბირინთის სპირალურად დახვეული მილია. ლოკოკინას თითოეული ხვეულის შეგნით მემბრანაა გაჭიმული. მემბრანა მრავალი სხვადასხვა სიგრძის ძაფებისგან შედგება. ლოკოკინას ფუმიდან მწვერვალის მიმართულებით ძაფების სიგრძე იმატებს. ყველაზე გრძელი ძაფის სიგრძე დაახლ. 0,5 მმ-ია, სულ ყურში დაახლ. 24 ათასი ასეთი ძაფია. ამ ძაფებზე სმენის რეცეპტორები სხედან. ისინი

ლოკოკინის მემბრანის ძაფები



ბგერითი ტალღებით ღიზიანდებიან. რეცეპტორებიდან აგზნება სმენის ნერვით ქერქის საფეთქლის წილს გადაეცემა და ჩვენ ბგერას აღვიქვამთ.

წონასწორობის ორგანო

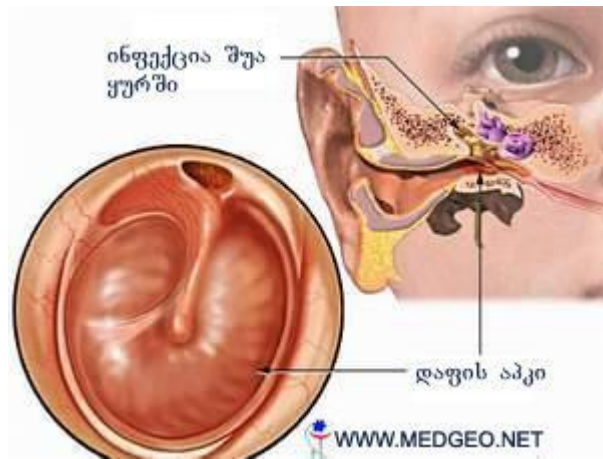
შიგნითა ყურში, ლოკოკინას გარდა, წონასწორობის ორგანო - ვესტიბულარული

აპარატია მოთავსებული. ის სამი ნახევრადრკალოვანი არხისა და ორი პარკისგან შედგება. ეს სისტემაც სითხითაა ამოვსებული. არხებსა და პარკების კედლებზე რეცეპტორებია განლაგებული. მათი მგრძობიარე ბუსუსები სითხეშია მოთავსებული. პარკებში კირის მრავალი კრისტალია, მათ ოტოლითებს უწოდებენ. სხეულის უჩვეულო მდგომარეობაში გადანაცვლების შემთხვევაში, ოტოლიტები მდებარეობას შეიცვლიან, გააღიზიანებენ რეცეპტორებს. რეცეპტორები აღიგზნებიან და ნერვულ იმპულსებს შუა ტვინში, ნათხემსა და დიდი ნახევარსფეროების ქერქში გადაგზავნიან. ამ იმპულსების საპასუხოდ, თავის ტვინი გარკვეულ კუნთებს ჩართავს მდგომარეობაში, რის შედეგადაც სხეულს ნორმალური მდგომარეობა დაუბრუნდება. ავტომობილის მკვეთრად დამუხრუჭებისას სწორედ ამიტომ არ ვვარდებით და ვერტიკალურ მდგომარეობას ვინარჩუნებთ. ხანგრძლივად უჩვეულო მდგომარეობა: გემზე დიდხანს რჩევა, საქანელაზე დიდხანს ქანაობა და ხანგრძლივი ტრიალი ადამიანებს გულისრევისა და თავბრუსხვევის გრძნობას უჩენს. ეს ვესტიბულარული აპარატის გაღიზიანებაზე ვეგეტატიური ნერვული სისტემის პასუხია. სწორედ ამიტომ, ორბიტაზე ყოფნისას ასტრონავტების ნახევარსფეროების ქერქი საერთოდ ვერ ღებულობს პარკებიდან და ნახევრადრკალოვანი არხების რეცეპტორებისგან აგზნებას. ამიტომ ასტრონავტებს სპეციალურად უვარჯიშებენ კარიბჭის აპარატს.

ყურის დაავადებები

ოტიტი otitis, -- ყურის ანთება;

განასხვავებენ გარეთა, შუა და შიგნითა ყურის ანთებას.



გარეთა ოტიტი - არსებობს ორი ფორმა – შემოსაზღვრული (გარეთა სასმენი მილის ფურუნკული) და დიფუზური. შემოსაზღვრული გარეთა ოტიტი წარმოიქმნება ინფექციის შეღწევისას (ხშირად სტაფილოკოკის) გარეთა სასმენი მილის ფიბროზულ-ხრტილოვანი ნაწილის თმის ფოლიკულებში და ცხიმის ჯირკვლებში, რასაც ხელს უწყობს მცირედი ტრავმები. გარეთა სასმენი მილის ფურუნკულები ხშირია შაქრიანი დიაბეტით, პოდაგრით, ჰიპოვიტამინოზით დაავადებულ პირებში. ზოგჯერ პროცესი ვრცელდება ყურის ირგვლივ ქსოვილებზეც. დიფუზური გარეთა ოტიტი ვითარდება უპირატესად ქრონიკული ჩირქოვანი შუა ოტიტის დროს, სასმენი მილის კანში და კანქვეშა ქსოვილში სხვადასხვა ბაქტერიების, ასევე სოკოების შეღწევისას. ანთებითი პროცესი ზოგჯერ ვრცელდება დაფის აპკზეც.

სიმპტომები, მიმდინარეობა. ვლინდება ტკივილით ყურში, რომელიც ძლიერდება წინასახურზე დაჭერისას. პირის გაღების დროს მტკივნეულობა აღინიშნება ფურუნკულის წინა კედელზე ლოკალიზაციის დროს. მწვავე დიფუზური გარეთა ოტიტის დროს ავადმყოფები უჩივიან ქავილსა და ტკივილს ყურში, უსიამოვნო სუნის ჩირქოვან გამონადენს. დიაგნოზის დაზუსტება ხდება ოტოსკოპიით; სმენა არ ზიანდება.

მკურნალობა. გარეთა სასმენ მილში 70%-იან სპირტში დასველებული დოლბანდის ტურუნდის შეყვანა, თბილი კომპრესი, ფიზიოთერაპიული პროცედურები, ვიტამინოთერაპია. ანტიბიოტიკები და სულფანილამიდები გამოიყენება გამოხატული ინფილტრატისა და ტემპერატურის მომატების დროს. აბსცესის წარმოქმნისას ნაჩვენებია მისი გახსნა.

მწვავე შუა ოტიტი - ვითარდება ცხვირის ან ცხვირ-ხახის ლორწოვანი გარსის მწვავე ან ქრონიკული ანთების დროს ინფექციის შეღწევისას შუა ყურში (მწვავე რინიტი, გრიპიდა სხვ.) - **სიმპტომები, მიმდინარეობა.** დამოკიდებულია ანთებითი პროცესის სტადიაზე. პირველ სტადიაში ვლინდება ძლიერი ტკივილი ყურში, რომელიც ირადირებს თავის

შესაბამის ნახევარში, კბილებში; სხეულის ტემპერატურა მომატებულია (38-390C), სმენა მნიშვნელოვნად დაქვეითებულია. ოტოსკოპიით ჩანს გაფართოებული სისხლძარღვები, შემდეგ კი დაფის აპკის ჰიპერემია. ამ სტადიის ბოლოს ხდება დაფის აპკის გამობერვა; სისხლში – ლეიკოციტოზი, ედს-ის მომატება. მეორე სტადიაში – იწყება ჩირქდენა დაფის აპკის გახვრეტის შედეგად, ტკივილი კლებულობს, თუმცა შესაძლოა განახლდეს ჩირქის გამოდენის შეფერხებისას. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდება, სხეულის ტემპერატურა ნორმალიზდება. ოტოსკოპიით ამ სტადიაში ჩანს ჩირქი, დაფის აპკის გამობერვა კლებულობს, თუმცა ჯერ კიდევ რჩება ჰიპერემია და კონტურების გადასწორება. მესამე სტადიაში ჩირქდენის შეწყვეტის შემდეგ წამყვანი ჩვილები შესაძლოა იყოს სმენის დაქვეითება. შუა ყურის მწვავე ანთების კლინიკური სურათი ახალშობილებში და ჩვილ ბავშვებში რამდენადმე განსახვავებულია. მწვავე ოტიტები ჩვილებში ხშირად შეუმჩნევლად მიმდინარეობს ჩირქდენამდე. გამოხატული ოტიტის დროს ბავშვი იღვიძებს ღამით, მოუსვენრადაა, ყვირის, ატრიალებს თავს, უხახუნებს მტკივან ყურს ბალიშზე, ხელი მიაქვს ყურისაკენ, აღარ წოვს. ჩვეულებრივ აღინიშნება რინოფარინგიტი. ზოგჯერ შუა ოტიტი შერწყმულია მენინგეალურ სიმპტომკომპლექსთა

მკურნალობა. წოლითი რეჟიმი, ჩვენების მიხედვით ანტიბიოტიკები, სულფანილამიდები, ანტისეპტიკები. მაღალი ტემპერატურის დროს აცეტილსალიცილის მჟავა. ადგილობრივად იყენებენ კომპრესებს, ფიზიოთერპიას; ყურში ტკივილის შესამცირებლად აწვეთებენ თბილ 96%-იან სპირტს ან სპეციალურ წვეთებს. ჩირქდენისას ჩაწვეთებას წყვეტენ. კონსერვატიული მკურნალობის არაეფექტურობის შემთხვევაში მიმართავენ დაფის აპკის პარაცენტეზს.

ქრონიკული ჩირქოვანი შუა ოტიტი - მიმდინარეობს ყურიდან ხანგრძლივი ჩირქდენითა და სმენის დაქვეითებით; დაფის აპკის გახრეტილი არე შენარჩუნებულია. დაავადება ვითარდება მწვავე ჩირქოვანი ანთების შედეგად, რასაც ხელს უწყობს მიკრობთა მაღალი ვირულენტობა, ორგანიზმის რეაქტიულობის დაქვეითება, ცხვირსა და ცხვირ-ხახაში ქორონიკული პათოლოგიური პროცესი, არარაციონალური მკურნალობა.

სიმპტომები, მიმდინარეობა. სმენის დაქვეითება; ოტოსკოპიით ვლინდება ნახვრეტი დაფის აპკში. პროცესის ხასიათისა და ნახვრეტის ლოკალიზაციის მიხედვით განასხვავებენ ქრონიკულ მეზოტიმპანიტსა და ქრონიკულ ჩირქოვან ეპიტიმპანიტს. მეზოტიმპანიტის დროს ხვრელი მდებარეობს დაფის აპკის ცენტრალურ ნაწილში, ეპიტიმპანიტის დროს – ზედა ნაწილში; ზოგჯერ იგი იკავებს ორივე ნაწილს, და მაშინ ლაპარაკობენ ეპიმეზოტიმპანიტზე. მეზოტიმპანიტი, როგორც წესი, მიმდინარეობს შედარებით კეთილსაიმედოდ, ვიდრე ეპიტიმპანიტი. ამ დროს შედარებით იშვიათია გართულებები.

ეპიტიმპანიტი ან ეპიმეზოტიმპანიტი მიმდინარეობს ძვლის კარიესით (ოსტიტი) გრანულაციებისა და პოლიპების წარმოქმნით. შესაძლებელია წარმოიქმნას ე. წ. ქოლესტეატომები, რომლებიც კლინიკურად ვლინდება როგორც სიმსივნე, ან იწვევს ძვლის დესტრუქციასა და ქმნის ქალაშიდა გართულებების საშიშროებას. დიაგნოზის დადგენა ხდება ანამნეზისა და ოტოსკოპიის მონაცემების საფუძველზე. ანამნეზში, როგორც წესი, აღინიშნება შუა ყურის მწვავე ჩიურქოვანი ანთება შემდგომი პერიოდული ან მუდმივი ჩირქდენით. ძვლის დესტრუქციული პროცესის ხასიათისა და გავრცელების შესაფასებლად მნიშვნელოვანია საფეთქლის ძვლის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

მკურნალობა— კონსერვატიული მკურნალობა დასაშვებია ჩირქის თავისუფალი გამოდენისა და მედიკამენტოზური საშუალებების შეყვანის შესაძლებლობისას დაფის აპკის პერფორაციული ხვრელის გავლით შუა ყურის ლორწოვან გარსამდე. თუკი ხვრელი დახურულია გრანულაციებით ან პოლიპით, მათ მიწვავენ ვერცხლის ნიტრატით ან ამოკვეთენ ქირურგიული წესით. დაფის ღრუში ამა თუ იმ მედიკამენტია შეყვანა შეიძლება მხოლოდ ჩირქის ამოღების შემდეგ. ამ მიზნით ყურს წმენდენ ზონდზე დახვეული ბამბით, მანამ, სანამ ყურიდან ამოღებული ბამბა არ იქნება მშრალი. ეპიტიმპანიტის დროს დაფის ღრუს ამორეცხვენ დეზინფექციური ხსნარებით. ქირურგიული მკურნალობა გამოიყენება ყურში პათოლოგიური პროცესის სალიკვიდაციოდ, ასევე სმენის გასაუმჯობესებლად.

ყურის უცხო სხეულები

ყურის უცხო სხეულები - ხშირი შემთხვევაა ბავშვებში, რომლებსაც გარეთა სასმენ მილში შეაქვთ სხვადასხვა წვრილი საგნები (ქალაღდი, ხილის კურკები, ბარდის მარცვლები და სხვ.). მოზრდილებში ყურის უცხო სხეული შეიძლება იყოს ბამბის ნაჭრები, ასანთის ღერის ნატეხები და სხვ. ყურში შესაძლოა მოხვდნენ ასევე სხვადასხვა მწერები.

სიმპტომები, მიმდინარეობა. მცირე ზომის, გლუვი კიდეების მქონე უცხო სხეულმა შესაძლოა არ გამოიწვიოს ჩვილები ავადმყოფებში. ბასრი კიდეების უცხო სხეულები და, განსაკუთრებით, ცოცხალი მწერები იწვევენ არასასიამოვნო, ზოგჯერ კი მტანჯველ შეგრძნებებს, ტკივილსა და ხმაურს ყურებში.

მკურნალობა. უცხო სხეულის ამოღებამდე აუცილებელია ყურის დათვალიერება უცხო სხეულის ხასიათის დასადგენად. მწერების შემთხვევაში მათ კლავენ, ყურში 2-3 წვეთი ზეთის ან სპირტის ჩაწვეთებით, შემდეგ კი იღებენ პინცეტით ან გამორეცხვენ გარეთა სასმენ მილს თბილი წყლით (ჟანეს შპრიცით). ანალოგიური მეთოდით ამოაქვთ სხვა უცხო სხეულებიც. არ შეიძლება პინცეტით მრგვალი სხეულების ამოღება, რადგან ისინი შესაძლოა მოხვდნენ უფრო ღრმად. მცენარეული წარმოშობის გაბერილი უცხო სხეულების ამოღების წინ მათ აუწყლოებენ ყურში სპირტის რამოდენიმეჯერ ჩაწვეთებით. ყურის გამორეცხვა წარმოადგენს ყველაზე უფრო უსაფრთხო მეთოდს, თუმცა იგი უკუნაჩვენებია დაფის

აპკისპერფორაციისდროს (ჩირქოვანი ოტიტის ასაცილებლად), ასევე უცხო სხეულით სასმენი მილის ძვლოვანი ნაწილის ობტურაციისას. თუკი გამორეცხვა არაეფექტურია, მაშინ უცხო სხეულს იღებენ პატარა კაუჭით.

გოგირდის საცობი

გოგირდის საცობი (earwax) - ყურის გოგირდის დაგროვება სასმენ მილში მასში განლაგებული გოგირდის ჯირკვლების მომატებული სეკრეციის შედეგად. ყურის გოგირდი ჩერდება წებვადობის, ასევე გარეთა სასმენი მილის დაკლაკნილობისა და სივიწროვის, მისი კედლების გაღიზიანების გამო. გოგირდის საცობი თავდაპირველად რბილია, შემდეგში მკვრივდება და ზოგჯერ ქვავდება. ის შეიძლება იყოს ღია ყვითელი ფერიდან მუქ მოყავისფრომდე.რა იწვევს ყურში გოგირდის საცობის გაჩენას

ეს საინტერესოა! პარადოქსულია, მაგრამ გოგირდის საცობი მეტისმეტი სისუფთავის მოყვარულ ადამიანებს უჩნდებათ. ისინი ხშირად იწმენდენ გარეთა ყურს, ჩხირები და ბამბა კი მექანიკურად აღიზიანებს ჯირკვლებს, რაც მათ სეკრეციას აძლიერებს და გოგირდის საცობის წარმოქმნას იწვევს. საცობი გოგირდისგან, ცხიმოვანი ჯირკვლების სეკრეტისგან, ქოლესტერინისა და კანის აქერცლილი ეპითელიუმისგან შედგება. ფერი ყვითლიდან მუქ ყავისფრამდე მერყეობს. კონსისტენცია თავდაპირველად რბილი, ცვილისმაგვარი აქვს, შემდეგ მკვრივდება და შესაძლოა ქვასავითაც კი გამაგრდეს. არის შემთხვევები, როცა საცობი იმხელა ხდება, რომ მთლიანად ავსებს გარეთა სასმენი მილის ხვრელს. წყალი თუ მოხვდა, ჯირჯვდება და დაფის აპკს აწვება. შედეგად სმენა სუსტდება, თავს იჩენს ტინიტუსი, რეფლექტორული თავის ტკივილი, თავბრუხვევა, ხველა, პირღებინება.



გარეთა სასმენი ხვრელი გოგირდის საცობისგან რომ გავათავისუფლოთ, ჯერ მისი დარბილებაა საჭირო. ამისთვის წყალბადის ზეჟანგს იყენებენ. ის პაციენტმა 2-3 დღის განმავლობაში უნდა იწვეთოს (ამ დროს საცობის გაჯირჯვების გამო სმენა ქვეითდება). შემდეგ ყურში შპრიცით მაღალი წნევით შეჰყავთ თბილი (37 გრადუსამდე) ფიზიოლოგიური ხსნარი, რომლის მექანიკური ზემოქმედების შედეგად საცობი ამოვარდება.



ხმაური ყურებში

ხმაური ყურებში – ბგერითი შეგრძნებებია, რომლებიც წარმოიქმნება გარემომცველი გარემოს ბგერითი ტალღების მონაწილეობის გარეშე. განასხვავებენ ფიზიოლოგიურ და პათოლოგიურ ხმაურს **ყურებში**. ფიზიოლოგიური **ხმაური** აღმოცენდება ჯანმრთელ ადამიანში სრული სიჩუმის პირობებში. სმენითი შეგრძნებები ასეთ დროს განსხვავებული სიხშირის და ინტენსივობისაა.

სუბიექტურ პათოლოგიურ **ხმაურს ყურებში** შეიგრძნობს მხოლოდ ავადმყოფი. ასეთ შემთხვევაში **ხმაური ყურებში** შუა და შიგნითა ყურის პათოლოგიის ნიშანია, თუმცა შესაძლებელია წარმოიქმნას სხვა ორგანოებისა და სისტემების პათოლოგიისა (ჰიპერტონიული დაავადება, თავის ტვინის სისხლძარღვების ათეროსკლეროზი, ხერხემლის კისრის მიდამოს ოსტეოქონდროზი, ენდოკრინული სისტემის დარღვევები, თავის ტვინის სიმსივნეები და ანთებითი დაავადებები და სხვა). შედარებით ხშირად შეინიშნება **ყურებში** სუბიექტური **ხმაური** მენიერის დაავადების, ოტოსკლეროზისა და სმენის ნერვის ნევრიტისას, იშვიათად კი – შუა ყურის ჩირქოვანი ოტიტის დროს.

ყურებში ხმაურის არსებობისას საჭიროა სმენის ანალიზატორის დაზიანების გამორიცხვა, რისთვისაც გამოიყენება ელექტრონული აპარატურა, მისი დახმარებით ხდება **ხმაურის** ინტენსივობისა და სიხშირის სპექტრის განსაზღვრა. ბგერის გამტარი სისტემის დაზიანებისათვის დამახასიათებელია დაბალი ტონალობის **ხმაური**, ბგერების მაღალსიხშიროვანი სპექტრი (ზარის, სტვენის ხმა) კი ჩვეულებრივ შეინიშნება ბგერის მიმღები აპარატის დაზიანებისას, ნეიროსენსორული სმენის დაქვეითების დროს.

ყურებში ხმაურის აღმოცენებისას ან მისი ხასიათის შეცვლისას საჭიროა გულმოდგინე კლინიკური გამოკვლევა. ოტოტოქსიური მედიკამენტების მიღებისას, **ხმაურისა** და ვიბრაციის პირობებში მუშაობისას **ყურებში ხმაური** შესაძლოა იყოს სმენის ნერვის ნევრიტის დაწყების ნიშანი, მყარი ცალმხრივი **ხმაური** ხშირად კარიბჭე-ლოკოკინას ნერვის ნევრინომაზე მიანიშნებს. **ხმაურის** გაძლიერება ან მისი ტონალობის მატებამენიერის დაავადების დროს მწვავე ვესტიბულური დისფუნქციის შეტევაზე შეიძლება მიუთითებდეს, უზანგის ოტოსკლეროზის დროს ჩატარებული სმენის აღმდგენი ოპერაციის შემდეგ კი შიგნითა **ყურის** დაზიანებას ადასტურებს.

სიყრუე

ცნობილია, რომ ბეთჰოვენის „პასტორალური სიმფონიის“ მეორე ნაწყვეტის ბოლოს ორკესტრში გაისმის მწყერის, გუგულისა და ბულბულის გალობა და მთელი სიმფონია ბუნების გალობასა და ჩურჩულს შეიცავს. ესთეტიკოსებმა ბევრი იმსჯელს იმაზე, მოსაწონი იყო თუ არა მიმბაძველობითი მუსიკის ეს ცდები. ისინი იმაში ცდებოდნენ, რომ ავიწყდებოდათ ბეთჰოვენის სიყრუე და ტყუილა აბრალებდნენ მას მიმბაძველობას.

სიყრუე (surditas) – სმენის სრული არარსებობა ან მისი ისეთი ხარისხით დაქვეითებაა, როდესაც ვერ ხდება მეტყველების გაგება.

აბსოლიტური სიყრუე იშვიათად გვხვდება, ჩვეულებრივ სმენა რჩება ისეთ დონეზე, რომ შესაძლებელია ძალიან ინტენსიური ბგერების აღქმა, მათ შორის ყურთან ახლოს ხმამაღალი ნათქვამი ბგერები. სიყრუე განსხვავდება სმენის დაქვეითებისაგან, რომლის დროსაც მისგან განსხვავებით ბგერების გაძლიერებით შესაძლებელია მეტყველებით ურთიერთობა, თუმცა მკვეთრი საზღვრის გავლება ძნელია და პირობითი ხასიათისაა. ადრეული ბავშვობის ასაკში სმენის დაკარგვა, მეტყველების ჩამოყალიბებამდე იწვევს ყრუ – მუნჯობას.

სიყრუის ფორმები

განარჩევნ სიყრუის თანდაყოლილ და შეძენილ ფორმებს. თანდაყოლილი სიყრუემესაძლოა იყოს მემკვიდრული ხასიათის, იშვიათად განპირობებულია სამშობიარო ტრავმით, დედის ვირუსული დაავადებებით



(ძირითადად, წითურა, წითელა, გრიპი), ასევე ორსულობის პერიოდში, განაკუთრებით პირველ ტრიმესტრში გამოყენებული ალკოჰოლისა და ზოგიერთი სამკურნალო პრეპარატის (სტრეპტომიცინი, კანამიცინი, ქინინი და სხვა.) ზემოქმედებით.

შეძენილი სიყრუე ნებისმიერ ასაკში შეიძლება განვითარდეს. ამის მიზეზი ხშირად მწვავე და ქრონიკული ოტიტი, მენინგიტი და ზოგიერთი სხვა ინფექციური დაავადებაა –

ქუნთრუშა, გრიპი, ეპიდემიური პაროტიტი, წითელა, დიფტერია. შუა ყურის არაანთებით დაავადებებიდან სიყრუე შეიძლება გამოწვეული იყოს ოტოსკლეროზით. ასევე სიყრუე ვითარდება ძლიერი ხმაურის ზემოქმედებისას, ძირითადად საწარმოებში, პროფესიული სიყრუე აღინიშნება პირებში, რომლებიც კესონურ სამუშაოებს ატარებენ, დეკომპრესიის წესების არასათანადო დაცვის პირობებში. სიყრუის მიზეზი შეიძლება გახდეს საფეთქლის ძვლის ტრავმა, თავის ტვინისორგანული დაზიანება. სმენის დაკარგვა არცთუ იშვიათად ოტოტოქსიური მედიკამენტების, მათ შორის ყველზე ხშირად ამინოგლიკოზიდების ჯგუფის ანტიბიოტიკების (სტრეპტომიცინი, კანამიცინი, ნეომიცინი, გენტამიცინი და სხვა.) ზემოქმედების შედეგია. აღნიშნული

მედიკამენტების ოტოტოქსიური მოქმედება იზრდება მათი შარდმდენ საშუალებებთან (ეტაკრინის მჟავა – ურეგიტი) ერთდროული გამოყენებისას, რომლებიც თავის მხრივ ასევე ოტოტოქსიური მედიკამენტების რიცხვს მიეკუთვნება. ასევე სმენის დაკარგვა შეიძლება გამოიწვიოს სტიტის დროს გამოყენებულმა ანტიბიოტიკებმა თირკმლის გამომყოფი ფუნქციის დარღვევების დროს. და ბოლოს უნდა გამოიყოს სიბერითი **სიყრუე**.

დიაგნოსტიკა

სიყრუის დიაგნოსტიკა მოზრდილებში ეყრდნობა ჩივილებს და დასტურდება აუდიომეტრიით. სმენის გამოკვლევის თანამედროვე მეთოდები საშუალებას იძლევა დიდი სიზუსტით განისაზღვროს სმენის დაქვეითების ხარისხი. მნიშვნელოვანია დიფერენცირება სრულ **სიყრუესა** და სმენის დაქვეითებას შორის, რადგან ამ უკანასკნელის დროს შესაძლებელია სმენის გამაძლიერებელი აპარატების მეშვეობით სმენის ელექტროაკუსტიკური კორექცია. სმენა დაკარგულ პირებთან სისტემატიურ დაკვირვებასა და მეცადინეობებს ატარებენ სპეციალისტები – სურდოპედაგოგები.

პროფილაქტიკა

თანდაყოლილი **სიყრუის** თავიდან აცილებაში ძირითადი მნიშვნელობა აქვს ორსულობის პერიოდში ვირუსული ინფექციების პროფილაქტიკას, ალკოჰოლის და რიგი სამკურნალო პრეპარატების მიღების შეწყვეტას. შეძენილი **სიყრუის**

პროფილაქტიკა მდგომარეობს სმენის დაქვეითების დროულ გამოვლენასა და **სიყრუის** გამომწვევი დაავადებების სათანადო მკურნალობაში, ასევე ოტოტოქსიური მედიკამენტების რაციონალურ გამოყენებაში.

მენიერის დაავადება

მენიერის დაავადება არის შიგნითა ყურის პათოლოგია, რომელიც იწვევს თავბრუსხვევის - ოთახისა და საგნების ტრიალის შეგრძნების - შეტევებს, სმენის გარდამავალ დაკარგვას, ყურების შუილს, ზოგჯერ - დაგუბებისა და ზეწოლის შეგრძნებას. მენიერის დაავადება უმეტესად ცალ ყურს აზიანებს. დაავადება ნებისმიერ ასაკში შეიძლება შეგვხვდეს, ბავშვებშიც კი, თუმცა ყველაზე მეტად 40-დან 50 წლამდე ასაკშია გავრცელებული.

მენიერის დაავადების სიმპტომებია:

- თავბრუსხვევის განმეორებითი ეპიზოდები. ეს არის ჭეშმარიტი თავბრუსხვევა, რომელიც მოგვაგონებს ბავშვობაში, კარუსელზე ან ტრიალის შემდეგ განცდილ შეგრძნებას. ადამიანი გრძნობს, როგორ

ტრიალებს ოთახი და წონასწორობას კარგავს. თავბრუხვევა აღმოცენდება ერთბაშად, წინამორბედი სიმპტომების გარეშე, და 20 წუთიდან 2 საათამდე, ზოგჯერ კი 24 საათსაც გასტანს. ძლიერმა თავბრუხვევამ შესაძლოა გულისრევა და ღებინება გამოიწვიოს.

- სმენის დაკარგვა. სმენის დაკარგვა მენიერის დაავადების დროს ცვალებადი ხასიათისაა, განსაკუთრებით - დაავადების ადრეულ სტადიაში, თუმცა პაციენტთა დიდი ნაწილი სმენას თანდათანობით კარგავს.
- ყურების შუილი. პაციენტს შესაძლოა ჩაესმოდეს ზუზუნის, წუილის, წკრიალის, შიშინის.
- სისავსის - დაგუბების, ზეწოლის - შეგრძნება ყურში.

მენიერის გამომწვევი შესაძლო ფაქტორებია:

- ენდოლიმფის დრენირების დარღვევა, რაც შესაძლოა ანატომიურმა პათოლოგიამ ან სითხის მოძრაობის ბლოკირებამ გამოიწვიოს;
- ანომალიური იმუნური პასუხი;
- ალერგია;
- ვირუსული ინფექცია;
- გენეტიკური განწყობა;
- თავის ტრავმა.

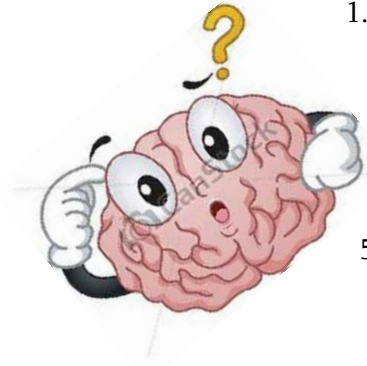
ვინაიდან არ არის დადგენილი მენიერის დაავადების გამომწვევი ერთი მიზეზი, დიდია ალბათობა, ბრალი ამ ფაქტორების კომბინაციას მიუძღოდეს.

გართულებები

მენიერის დაავადების დროს ყველაზე დიდი პრობლემაა თავბრუხვევის ეპიზოდები, რომელთა მოახლოების პროგნოზირებაც შეუძლებელია. თავბრუხვევის დროს პაციენტი ხშირად იძულებული ხდება, ჩვეულ საქმიანობას თავი დაანებოს და დაწვეს, რაც ემოციურ სტრესს იწვევს. გარდა ამისა, თავბრუხვევის შეტევის დროს იზრდება დაცემის, ავტოავარიის, დეპრესიის ან ალგუნების, სმენის პროგრესირებადი დაქვეითების ალბათობა.

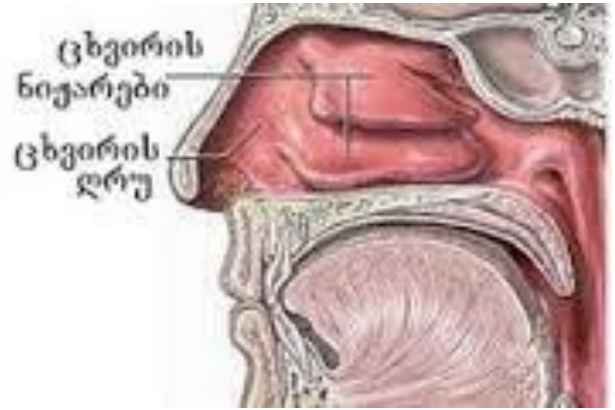
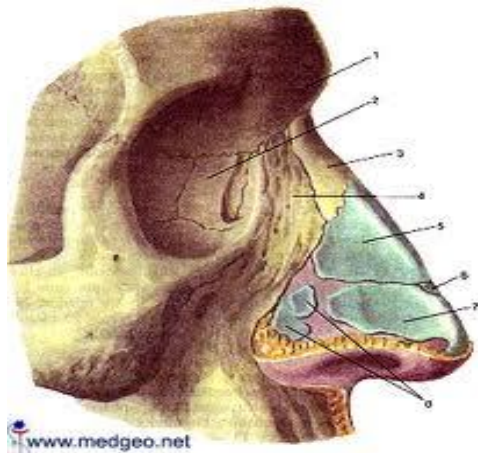
მკურნალობა-სამწუხაროდ, მენიერის დაავადება არ იკურნება, მაგრამ განსაზღვრული მეთოდებით შეიძლება ზოგიერთი სიმპტომის მართვა. გამოკვლევები ადასტურებს, რომ მკურნალობა უმეტესად ეფექტურია, თუმცა სმენის დაკარგვის თავიდან აცილება ვერ ხერხდება.

საკონტროლო კითხვები:

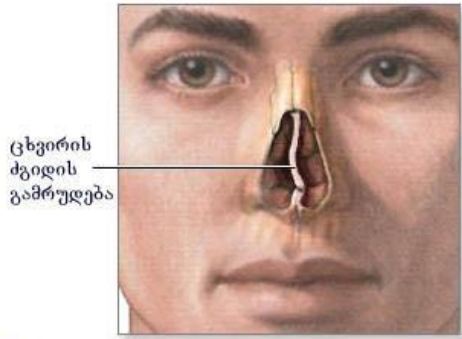


1. რა არის ოტიტი?
2. რა სახის ოტიტები იცით?
3. რა სიმპტომები ახასიათებს მწვავე ოტიტს?ქრ.ოტიტს?
4. როგორია ოტიტის მკურნალობის მეთოდები?
5. რა სიმპტომები აქვს ყურის უცხო სხეულს?
 6. როგორ ვითარდება გოგირდის საცობი და რა სიმპტომები ახასიათებს მას?
7. როგორ ხდება გოგირდის საცობის ამოღება?
8. რა იწვევს ხმაურს ყურებში?
9. რა არის სიყრუე და მისი როგორი ფორმები იცით?
10. ყურის რა ნაწილის დაავადებაა მენიერი?
11. რა სიმპტომები ახასიათებს მენიერის დაავადებას?

ცხვირის ანატომია



ცხვირი არის პირამიდის ფორმის რთული ძვლოვან-ხრტილოვანი შემადგენელი, ადამიანის სახის შუა ადგილზე. ცხვირი წარმოადგენს სასუნთქი გზის დასაწყისს და შედგება გარეთა ცხვირისა და ცხვირის ღრუსაგან. ცხვირის ჩონჩხს ქმნის ცხვირის ძვლები და ხრტილები. ხრტილებს შორის ჩამჯდარია ცხვირის ღრუს მარჯვენა და მარცხენა ნახევრებად გამყოფი ძგიდე, რომლის შემადგენლობაში შედის ძვლოვანი, ხრტილოვანი და შემაერთებელ-ქსოვილოვანი ნაწილები. გარედან ცხვირი დაფარულია კანი. კანქვეშა შემაერთებელი შრე მოკლებულია ცხიმს, ცხვირი ასრულებს სუნთქვით, ყნოსვით, რეზონატორულ და დამცველობით



WWW.MEDGEO.NET

ADAM.

ფუნქციებს. შესუნთქული ჰაერი გაივლის რა ცხვირის სავალეებს, ნესტიანდება და თბება. თმების ფილტრის საშუალებით მტვრის ნაწილაკები და ბაქტერიები კავდებიან ცხვირის შესასვლელში, ილექებიან ცხვირის ღრუს ლორწოვან გარსზე, ნაწილობრივ მოციმციმე ეპითელიუმის მეშვეობით ხვდებიან ცხვირხახაში, საიდანაც შემდგომ ხდება მათი მოცილება ყლაპვის, დაცემინების და

ამოხველების გზით. იმ ბაქტერიების გაუვნებლყოფა ხორციელდება ცხვირის ლორწოს ლიზოციმების მეშვეობით, რომელთაც გააჩნიათ ბაქტერიციდული მოქმედება. ცხვირის დაავადებებს შეისწავლის ოტორინოლარინგოლოგია.



ცხვირის ძგიდის გამრუდება

ცხვირის ძგიდის გამრუდება (nasal septum deviation) - სახის ჩონჩხის განვითარების ანომალიის ან ტრავმის შედეგია. ცხვირის ძგიდის გამრუდებულ ნაწილზე ხშირია ძვლოვანი ან ხრტილოვანი გამსხვილებები.

ცხვირის ძგიდის გამრუდება – სიმპტომები, მიმდინარეობა. ცხვირით სუნთქვის შეუძლებლობა, ან მისი გაძნელება. ხშირად წარმოიქმნება სასმენი მილისა და დაფის აკვის ქრონიკული ანთება. დანამატი წიაღებიდან სეკრეტის გამოდენის გაძნელებამ, ცხვირის ძგიდის გამრუდებამ შესაძლებელია ხელი შეუწყოს სინუსიტის განვითარებას. მკურნალობა. მნიშვნელოვანი გამრუდების დროს, რომელიც აძნელებს ცხვირით სუნთქვას, ნაჩვენებია ცხვირის ძგიდის ლორწოვან რეზექცია

ცხვირიდან სისხლდენა

ცხვირიდან სისხლდენა (epistaxis) - მიზეზები: ცხვირის ტრავმა, ქირურგიული ჩარევა ცხვირის ღრუში, სიმსივნეები, მწვავე ინფექციური დაავადებები, არტერიული ჰიპერტენზია, ჰემორაგიული დიათეზები. >>>

სიმპტომები, მიმდინარეობა. ცხვირიდან სისხლდენა შეიძლება დაიწყოს უეცრად, რაიმე ხილული მიზეზების გარეშე. როგორც წესი, სისხლდენის წყარო მდებარეობს ცხვირის ერთ ნახევარში. იგი შესაძლებელია შეჩერდეს თავისთავად ან გაგრძელდეს დიდხანს. სისხლდენა შეიძლება განვითარდეს ცხვირის ლორწოვანი გარსის ნებისმიერი უბნიდან, უფრო ხშირად კი – ცხვირის ძგიდის წინა ქვედა ნაწილიდან.

მკურნალობა. მცირედი სისხლდენის შეწყვეტა შესაძლებელია ცხვირის ძგიდისკენ ცხვირის ფრთაზე თითის დაჭერით. მისი უეფექტობისას გამოიყენება ცხვირის ღრუს ტამპონადა: წყალბადის ზეჟანგში ან ვაზელინიში დასველებული გრძელი დოლბანდი შეჰყავთ ცხვირის ღრუს სიღრმეში. კეფაზე ავადმყოფს ადებენ ყინულიან ბუმბუს. ანესთეზიის შემდეგ სისხლდენი უბანი შესაძლებელია მოიწვას ვერცხლის ნიტრატით და სხვ. თუკი აღწერილი მეთოდებით სისხლდენის შეჩერება ვერ ხერხდება, ახორციელებენ უკანა ტამპონადას. სისხლდენა, რომელიც გამოწვეულია სისხლის ან სისხლძარღვების დაავადებებით, არაიშვიათად განახლდება ტამპონის ამოღების შემდეგაც. ასეთ დროს აუცილებელია ძირითადი დაავადების მკურნალობა.

ცხვირის უცხო სხეულები

ცხვირის უცხო სხეულები - ისევე როგორც ყურის, ცხვირის უცხო სხეულებიც ხშირია ბავშვებში. ცხვირის ღრუში შესაძლოა მოხვდეს და გაიჩხიროს საკვების მასების ნაჭრები, რომლებიც მასში ხვდებიან ღებინების დროს ცხვირ-ხახიდან. ზოგჯერ უცხო სხეულის გარშემო ლაგდება კირისა და ფოსფორის მარილები, რის შედეგადაც წარმოიქმნება ე. წ. ცხვირის ქვა – რინილითი.

-სიმპტომები, მიმდინარეობა. დიაგნოზის დასადგენად მიმართავენ რინოსკოპიას, ზონდით გასინჯვასა და რენტგენოგრაფიას. (მეტალის სხეულები).



მკურნალობა. თუკი უცხო სხეულის ამოღება ვერ ხერხდება ცხვირის გამოხოცვით, მას იღებენ ბლაგვი კაუჭით; ბრტყელი უცხო სხეულების (მონეტა, ასანთის ღერი და სხვ.) ამოღება შეიძლება პინცეტით. დიდი ზომის რინოლითებს ამოღებამდე

ანაწევრებენ.

სურდო rhinitis

სურდო (რინიტი) (rhinitis) - ცხვირის ლორწოვანი გარსის ანთება. განასხვავებენ მწვავე და ქრონიკულ რინიტს.

მწვავე სურდო - შეიძლება იყოს დამოუკიდებელი დაავადება ან სიმპტომი მწვავე ინფექციური დაავადებისა გრძიპი, წითელა, დიფთერია და სხვ.). წინასწარგანმწყობი ფაქტორებია გაცივება, იშვიათად - მექანიკური ან ქიმიური გაღიზიანება. მწვავე სურდო ყოველთვის არის ორმხრივი.

სიმპტომები, მიმდინარეობა. თავდაპირველად აღინიშნება შეუძლოდ ყოფნა, სიმშრალის შეგრძნება ცხვირ-ხახაში, ქავილი ცხვირში. თანდათანობით ცხვირით სუნთქვა ძნელდება, იწყება ცემინება, ცრემლდენა, ქვეითდება ყნოსვა, იცვლება ხმის ტემბრი, აღინიშნება ცხვირიდან უხვი თხიერი გამონადენი. შემდეგში გამონადენი ხდება ლორწოვან-ჩირქოვანი, ხოლო წვრილი სისხლძარღვების მთლიანობის დარღვევის დროს – სისხლიანი. ცხვირის ლორწოვანი გარსის დაზიანება შესაძლებელია გავრცელდეს ასევე სასუნთქი გზების სხვა ნაწილებზეც, ასევე დანამატ წიაღებზე, ცხვირ-ცრემლის არხში, დაფის ღრუში. რინოსკოპიით ვლინდება ცხვირის ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია და შეშუპება. ხელსაყრელი მიმდინარეობის დროს 12 – 14 დღეში გაივლის ცხვირის გაჭედვა, აღდგება ყნოსვა.

მკურნალობა. მაღალი ტემპერატურის დროს ნაჩვენებია წოლითი რეჟიმი. კარგ მოქმედებას ახდენს ფეხის ცხელი აბაზანები, ოფლმდენები. ადგილობრივად ცხვირის ლორწოვანი გარსის შეშუპების მოსახსნელად გამოიყენება სისხლძარღვთა შემავიწროებელი საშუალებები; სისხლძარღვთა შემავიწროებელი წვეთების შემდეგ შეჰყავთ ვაზელინის ან ატმის ზეთი.

მწვავე სურდო ადრეული ასაკის ბავშვებში - ყოველთვის მიმდინარებს როგორც მწვავე რინოფარინგიტი. ზოგჯერ პროცესი ვრცელდება ხორხის, სასულეს, ბრონქების ლორწოვან გარსებზე და შესაძლოა გამოიწვიოს ფილტვების ანთება. ბავშვებში რინოფარინგიტი წარმოადგენს ზოგად დაავადებას და აქვს მკაფიო ადგილობრივი გამოვლინებები. ბავშვს ცხვირი ისე აქვს გაჭედილი, რომ ვერ სუნთქავს, ვერ წოვს; ხშირია ლებინება, ფალარათი და მეტეორიზმი; ბავშვი მოუსვენრადაა, არ ჭამს, ცუდად სძინავს, ტემპერატურა ხშირად მომატებულია.

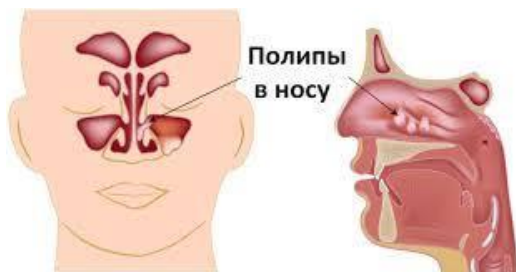
ქრონიკული კატარალური (მარტივი) სურდო - მიზეზები: გახანგრძლივებული ან განმეორებითი მწვავე სურდო; სხვადასხვა – ქიმიური, თერმული, მექანიკური გამაღიზიანებლების მოქმედება; ცხვირის ლორწოვანი გარსის გაღიზიანება ჩირქოვანისეკრეტით ცხვირის (დანამატი წიაღების დაავადებების დროს); ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ცხვირის ლორწოვან გარსში სისხლმომოქცევის დარღვევა (გულის მანკები, მიოკარდიტები, ნეფრიტები, ემფიზემა, ბრონქოექტაზები, ენდოკრინული დაავადებები).

სიმპტომები, მიმდინარეობა. აღინიშნება ცხვირის პერიოდული გაჭედვა და უხვი ლორწოვანი გამონადენი. რინოსკოპიით ვლინდება ლორწოვანი გარსის ჰიპერემია და შეშუპება. ავადმყოფები აღნიშნავენ, რომ ცხვირის მარცხენა ნახევარი გაჭედილია მარცხენა გვერდზე წოლისას და პირიქით;. ცხვირით სუნთქვა გამწვანებულია ზურგზე წოლის დროს. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა დარღვეული არ არის. ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსის შეშუპების სრული გაქრობა აღინიშნება ცხვირის წვეთების ჩაწვეთებისას, რაც მიუთითებს ქრონიკულ (მარტივ) სურდოზე. თუკი შეშუპება არ ქრება სისხლძარღვთა შემავიწროებელი საშუალებების ჩაწვეთების

შემდეგ, ლაპარაკია ქრონიკულ ჰიპერტროფიულ სურდოზე. მკურნალობა. ცხვირის წვეთები; გამოიყენება ასეე შემკვრელი საშუალებები.

სურდო ვაზომოტორული, ალერგიული სიმპტომები, მიმდინარეობა. ცხვირის უეცარი გაჭედვა, უხვი წყლიან-ლორწოვანი გამონადენი, ცემინება. **ვაზომოტორული** სურდო წარმოადგენს ნერვულ-რეფლექტორულ დაავადებას, რომელიც აღინიშნება ზოგადი ვეგეტატიური დარღვევის მქონე პირებში. ცხვირის ღრუს ნერვული დაბოლოებების, რეფლექტოგენური ზონების (გაცივება, მკვეთრი სუნი და სხვ.) მცირედი გაღიზიანებაც კი იწვევს ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსის მძაფრ რეაქციას. ალერგიული სურდო განიხილება, როგორც ადგილობრივი ანაფილაქსიური რეაქცია რაიმე ალერგენზე. სეზონური ფორმის დროს ამგვარი გამაღიზიანებელი შესაძლოა იყოს მარცვლოვნების მტვერი. წლიური ფორმის დროს გამაღიზიანებელი შესაძლოა იყოს ე. წ. საყოფაცხოვრებო ალერგენები (კოსმეტიკური საშუალებები, სახლის მტვერი, თმები და ქერტილი და სხვ.); სურდოს ამ ფორმებს უწოდებენ ასევე რინოპათიებს, ვინაიდან ამ დროს ადგილი არა აქვს ლორწოვანი გარსის ცვლილებებს. **დიაგნოზის** დადგენა ხდება ანამნეზით, რინოსკოპიითა და ლაბორატორიული მონაცემებით. **მკურნალობა.** ვაზომოტორული რინიტის დროს ძირითადი ყურადღება ექცევა ორგანიზმის გაკაჟებას, ზოგადი ვეგეტატიური დარღვევების მკურნალობას. ალერგიული სურდოს დროს ტარდება სპეციფიკური დესენსიბილიზაცია.

ცხვირის პოლიპები



ცხვირის პოლიპები (nasal polyp) - წარმოიქმნება ლორწოვანი გარსის ხანგრძლივი გაღიზიანების შედეგად. ზოგჯერ პოლიპების განვითარების მიზეზი ალერგიაა. პოლიპები არიან

მრავლობითი და აქვთ სხვადასხვა ფორმა. ცხვირის პოლიპს, რომელიც ეშვება ცხვირ-ხახაში, უწოდებენ ქოანალურს. ალერგიული პოლიპები მიდრეკილნი არიან რეციდივებისადმი.

სიმპტომები, მიმდინარეობა. ცხვირით სუნთქვის გამძნელება, თავის ტკივილი, ცუდი ძილი, ყურების დაცობა, ყნოსვის დაქვეითება. რინოსკოპიითვლინდება ფერმკრთალი-მოლურჯო ელფერის სიმსივნური წარმონაქმნი, რომლისაგ აქვს ფეხი (უმეტეს შემთხვევაში).

მკურნალობა. როდესაც პოლიპები თან ახლავს დანამატი წიაღების ჩირქოვან ანთებას, მათ ამოკვეთენ. ალერგიული პოლიპოზის დროს ცხვირის ღრუდან პოლიპებს ამოკვეთენ მადესენსიბილიზირებელი თერაპიის ფონზე

სინუსიტი

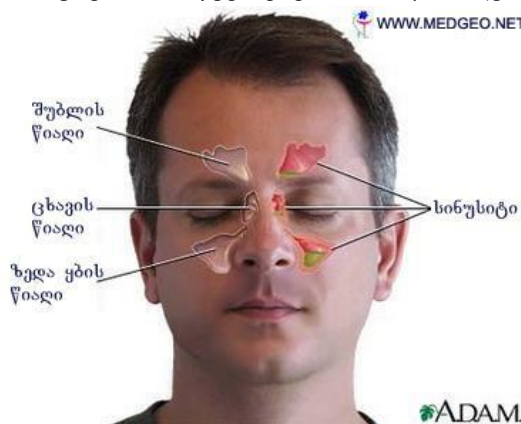
სინუსიტი (sinusitis) - ცხვირის დანამატი წიაღების მწვავე ან ქრონიკული ანთება. განასხვავებენ ჰაიმორიტს – ზედა ყბის (ჰაიმორის) წიაღის ლორწოვანი გარსის ანთებას; **ფრონტიტს** – შუბის წიაღის ანთება; ეთმოიდიტს – ცხავის ლაბირინთის ანთება და სფენოიდიტი – სოლისებრი წიაღის ანთება. დაავადება შეიძლება იყოს ცალმხრივი ან ორმხრივი. დაავადების სიხშირის მიხედვით პირველ ადგილზეა ზედა ჰაიმორიტი, შემდეგ ეთმოიდიტი, ფრონტიტი და სფენოიდიტი.

მწვავე ჰაიმორიტი

მწვავე ჰაიმორიტი (acute maxillary sinusitis) - ზედა ყბის (ჰაიმორის) წიაღის ლორწოვანი გარსის ანთება. ხშირად წარმოიქმნება მწვავე სურდოს, გრიპის, ქუნთრუმასა და სხვა ინფექციური დაავადებების დროს, ასევე ზედა ყბის ბოლო ოთხი კბილის ფესვების დაზიანების დროს.

სიმპტომები, მიმდინარეობა. დაჭიმულობის შეგრძნება ან ტკივილი დაზიანებულ წიაღის არეში, ცხვრით სუნთქვის გაძნელება, ცხვირიდან გამონადენი, ყნოსვის დარღვევა დაზიანებულ მხარეზე, სინათლის შიში და ცრემლდენა. ტკივილი ხშირად გაფანტული და გაურკვეველია ან ლოკალიზდება შუბლის, საფეთქლის მიდამოში და წარმოიქმნება ერთი და იმავე დროს. დათვალეერებისას ვლინდება ლორწოვანი ან ლორწოვან-ჩირქოვანი გამონადენი ცხვირის გასავალში (წიაღის შეერთების ადგილი ცხვირის ღრუსთან), რენტგენოგრაფია და პუნქცია.

მკურნალობა ჩვეულებრივ კონსერვატულია და მიმართულია წიაღიდან მისი შემცველობის გამოდენის უზრუნველსაყოფად. სხეულის ტემპერატურის მონიტორინგისას რეკომენდებულია წოლითი რეჟიმი და სიცხის დამწვევი და ანტინევრალგიური საშუალებები. გამოხატული ინტოქსიკაციის დროს ინიშნება ანტიბიოტიკები. ლორწოვანი გარსის შემუპებისა და გაფუების შესამცირებლად ცხვირში აწვეთებენ სისხლძარღვთა შემავიწროვებელ საშუალებებს. არსებით როლს ასრულებს მკურნალობის ფიზიოთერაპიული მეთოდები. კარგ ეფექტს იძლევა ასევე ანტიბიოტიკების აეროზოლების ინჰალაცია. ზოგჯერ საჭირო ხდება წიაღის პუნქცია; წიაღს ამუშავებენ ანტისეპტიკური პრეპარატებით და შეჰყავთ ანტიბიოტიკები.



ფრონტიტი (frontitis) - შუბის წიაღის ანთება; მიზეზები ისეთივეა, როგორც ჰაიმორის წიაღის ანთების დროს. მიმდინარეობს შედარებით მძიმედ, ვიდრე ცხვირის სხვა დანამატი წიაღების ანთება. შუბლის წიაღის

არასაკმარისი დრენირება, რაც განპირობებულია შუა ნიჟარის ჰიპერტროფიით, ასევე ცხვირის ძვიდის გამრუდებით, იწვევს მწვავე ფრონტიტის გადასვლას ქრონიკულში.

სიმპტომები, მიმდინარეობა. ტკივილი შუბლის არეში, განსაკუთრებით დილაობით, ცხვრით სუნთქვის გაძნელება და გამონადენი ცხვირის შესაბამისი ნახევრიდან.

წიალის დაცლის შემდეგ თავის ტკივილი კლებულობს და განახლდება გამონადენის შეფერხების მიხედვით. მწვავე გრიპოზული ფრონტიტის დროს სხეულის ტემპერატურა მომატებულია, ზოგჯერ წიალის ზევით კანს ფერი შეცვლილი აქვს; აღინიშნება შესიება და შეშუპება შუბლის არეში და ზედა ქუთუთოს მიდამოში, რაც წარმოადგენს ადგილობრივი სისხლმომოქცევის დარღვევის შედეგს. ზოგჯერ ანთებითი პროცესი გადადის ძვლისაზრდელაზე და ძვალზე, დამატებითი მეთოდები: ზონდირება, რენტგენოგრაფია.

მკურნალობა მწვავე ფრონტიტის დროს კონსერვატულია. წიალიდან შიგთავსის გამოდენას ახორციელებენ შუა გასავლის ლორწოვანი გარსის დამუშავებით; დაავადების პირველ დღეებში რეკომენდებულია წოლითი რეჟიმი, აცეტილსალიცილის მჟავა, ინჰალაციები ანტიბიოტიკების აეროზოლებით, ფიზიოთერაპია. მძიმე შემთხვევებში ინიშნება ანტიბიოტიკები კუნთებში. ქრონიკული ფრონტიტის დროს მკურნალობას იწყებენ კონსერვატიულიდან და მხოლოდ მათი არაეფექტურობის დროს მიმართავენ ქირურგიულ ჩარევას.

საკონტროლო კითხვები:

1. რისი ორგანია ცხვირი?



2. რა სიმპტომები ახასიათებს ცხვირის ძგიდის გამრუდებას?

3. როგორ დაეხმარებით ადამიანს ცხვირიდან სისხლდენის დროს?

4. რა არის რინიტი?

5. რა არის რინიტი?

6. რა სიმპტომები აქვს პოლიპებს?

7. რისი ანთებაა სინუსიტი?

8. რა არის ფრონტიტი?

9. რა არის ჰარიმორიტი?

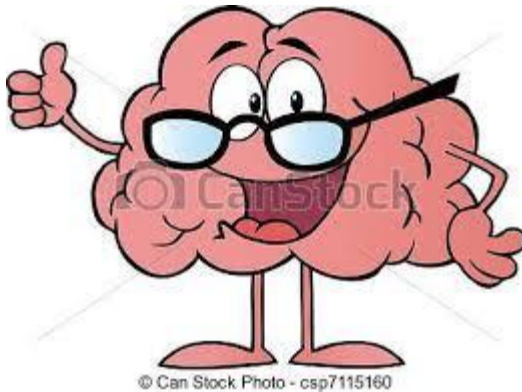
10. როგორია სინუსიტის მკურნალობის პრინციპები?

ქირურგიული პაციენტის საექთნო მართვა



ამ მოდულის გავლის შემდეგ თქვენ შეძლებთ

- ქირურგიული პაციენტის შფასებას



- ქირურგიული პაციენტის საექთნო მოვლის დაგეგმვას
- ქირურგიული პაციენტის საექთნო მოვლას
- პაციენტის პრე ოპერაციულ მომზადებას
- პაციენტის ფიზიკური და ემოციურ მხარდაჭერას
- პაციენტის პოსტ ოპერაციულ მოვლას

- პოსტოპერაციული პაციენტის დახმარებას კვებაში, ელიმინაციაში, ტრანსპორტირებაში
- საექთნო მოვლის შედეგების მონიტორინგს
- დიაგნოსტიკურ პროცედურებს, ექთნის როლს დიაგნოსტიკური პროცედურების დროს: კორონარული არტერიების კათეტერიზაცია, ბრონქოსკოპია, ეზოფაგოგასტროენდოსკოპია, თორაკოცენტეზი, პერიკარდიოცენტეზი პარაცენტეზი
- საექთნო მიდგომებს კუჭნაწლავის ტრაქტის წლულოვანი დაავადების დროს
- საექთნო მიდგომებს ნაღველკენჭოვან დაავადებების დროს
- საექთნო ინტერვენციებს თირკმელკენჭოვანი დაავადებების დროს

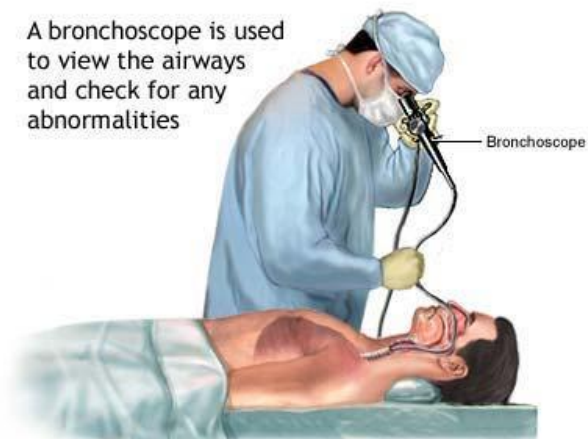


ქირურგია (ბერძნ. *χειρουργική* - *cheirourgikē*, *cheir* ხელი და *ergon* მუშაობა) - მედიცინის ნაწილი, რომელიც სწავლობს დაავადებათა უპირატესად ოპერაციული გზით მკურნალობის მეთოდებს.

არსებობს ქირურგიული ჩარევების შემდეგი მეთოდები:

გამოსაკვლევია ქირურგია: ტარდება როდესაც პაციენტს აქვს სერიოზული პრობლემა და საჭიროებს დიაგნოზის დადასტურებას. მაგალითად ბრონქოსკოპიული კვლევა

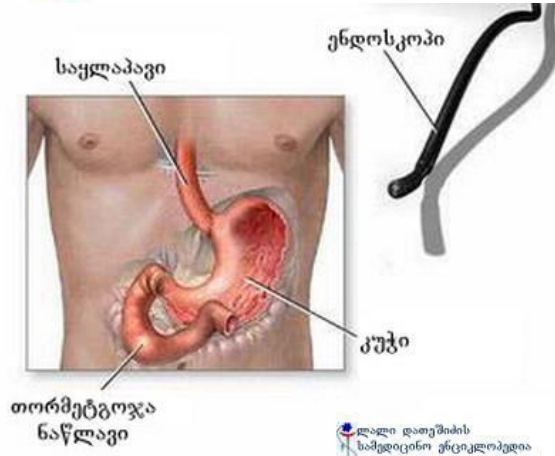
A bronchoscope is used to view the airways and check for any abnormalities



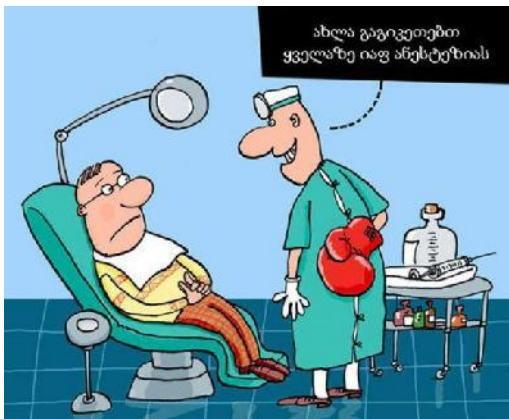
გეგმიური ქირურგია: დაგეგმილი ქირურგიული ჩარევა, მაგალითად კატარაქტა, პლასტიკური ქირურგია (სახის დაჭიმვა);

ADAM.

სასწრაფო /გადაუდებელი ქირურგია: საჭიროებს დაუყოვნებლივ ჩარევას სიკვდილიანობის და ინვალიდების თავიდან ასაცილებლად. მაგალითად: აპენდიქსის გახეთქვა.



არსებობს ანესთეზიის შემდეგი მეთოდები:



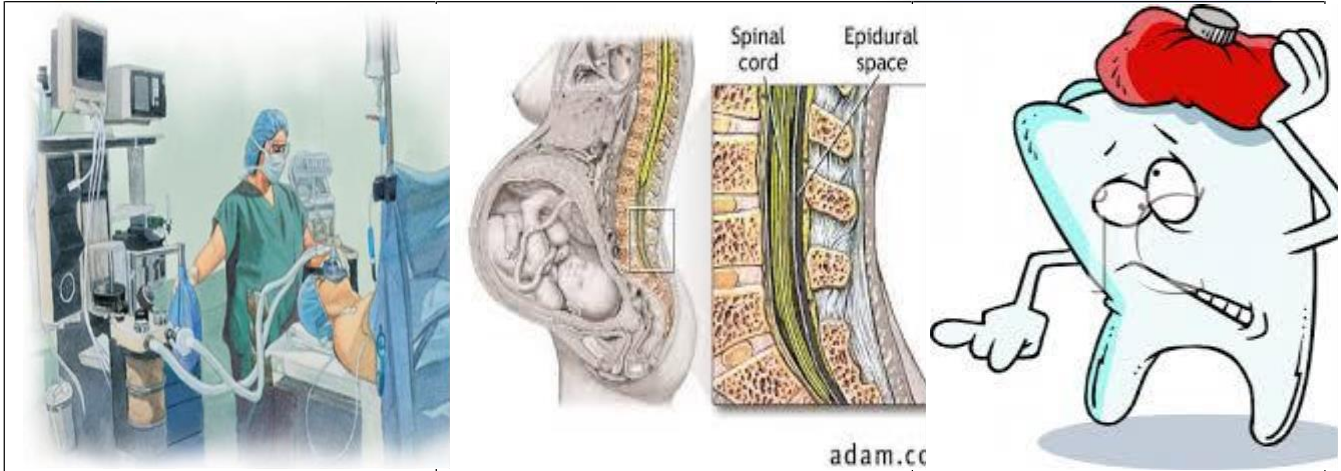
ზოგადი: ცნობიერების დაკარგვა. მოიცავს საინჰალაციო და საინექციო წამლების კომბინაციას, პაციენტს სძინავს ღრმად პროცედურის განმავლობაში, პროცედურის დამთავრების შემდეგ წამლის შეყვანა წყდება და პაციენტი იღვიძებს. პაციენტს შეიძლება ეძინოს რამოდენიმე საათი პროცედურის შემდეგ და შესაძლოს ჰქონდეს გულისრევის, ღებინების შეგრძნება.

რეგიონალური: ცნობიერების ნაწილობრივი დაკარგვა, მოიცავს სხეულის გარკვეულ უბანს. სხეულის

მოსადუნებლად შესაძლოა სედატიური პრეპარატის დამატება. პროცედურის შემდეგ შეგრძნებადობა ბრუნდება თანდათანობით, მაგალითად სპინალური ანესთეზია.

ლოკალური: მოიცავს მგრძობელობის დაკარგვას სხეულის ძალიან მცირე უბანზე. მთლიანი პროცედურის განმავლობაში პაციენტის ცნობიერება არ დუნდება. მაგალითად: მკერდის ბიოფსია, თიაქრის ჩასწორება.

ზოგადი ანესთეზია	რეგიონალური ანესთეზია	ლოკალური ანესთეზია
------------------	-----------------------	--------------------



პერი-ოპერაციული პერიოდი მოცავს სამ ფაზას:

- *პრე-ოპერაციული ანუ-ოპერაციის წინა*
- *ინტრა-ოპერაციული - ოპერაციის მსვლელობაში*
- *პოსტ-ოპერაციული- ოპერაციის შემდგომი პაციენტის მოვლა.*

პრეოპერაციული პაციენტის მოვლა

მნიშვნელოვანი ფაქტორია მოახლოებული ოპერაციით გამოწვეული აგზნებადობის შემცირება ექთნის დახმარებით. პაციენტთან და ოჯახის წევრებთან გასაუბრება პროცედურის შესახებ, სარგებლობის და შესაძლო რისკის გაცნობა, აგრეთვე ოპერაციის შემდგომი პერიოდის ირგვლივ ინფორმაციის მიწოდება. ექთნები ასევე უხსნიან მას თუ რა შეიძლება მოხდეს პოსტ-ოპერაციის პერიოდში და რა პრევენციული ღონისძიებები უნდა გატარდეს გართულებების თავიდან ასაცილებლად.



პრეოპერაციული პაციენტის - ფიზიკური მომზადება: ოპერაციის წინა საღამოს პაციენტს, რომელსაც დანიშნული აქვს გეგმიური ოპერაცია ინფორმირებული უნდა იყოს, რომ 6-8 სთ ოპერაციამდე არ მიიღოს საკვები. ანესთეზიის დროს შესაძლებელია ღებინება, რის გამოც შეიძლება განვითარდეს ასპირაცია, რამაც შესაძლოა პნევმონიის განვითარებას შეუწყოს ხელი.

პაციენტმა არ უნდა მიიღოს წყალი, სალეჭი რეზინი, ნაყინი



და ა.შ...

ნებადართულია გამოიხეხოს კბილები, თუ წყალს არ

გადაყლაპავს

პაციენტის პროეპერაციული მომზადება მოიცავს: დაბანა, გაწმენდა-გასუფთავება, ჩაცმა, ოყნა, საშოს გამორეცხვა

ოპერაციის დროს აკრძალულია: ყველანაირი მაკიაჟი, ფრჩხილის ლაქი და ა.შ პროთეზი, სათვალე, კონტაქტური ლინზები, პარიკი, სამკაულები, თმის სარჭები და ა.შ

აუცილებელია აუხსნათ პაციენტს, დატოვოს ყველა ეს ნივთი სახლში. წინააღმდეგ შემთხვევაში აუცილებელია ყველა ამ ნივთის დოკუმენტირება და ოჯახის წევრებისთვის გადაცემა ან უსაფრთხო და დაცულ ადგილას შენახვა



პაციენტი საავადმყოფოში უნდა შევიდეს კომფორტული ტანსაცმლით, პროცედურის წინ ტანსაცმელი იცვლება სპეციალური პერანგით, დარწმუნდით, რომ პაციენტი არის კომფორტულად და თბილად, შეიძლება საჭირო გახდეს თმის მოშორება (თმის მოცილება ხდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ექიმი ჩათვლის საჭიროდ)

არსებობს თმის მოცილების სხვადასხვა გზა-თმა შეიძლება მოიპაროს ერთჯერადი საპარსით, ელექტროსაპარსით ან თმის მოსაცილებელი ქიმიური საშუალებით

არსებობს თმის მოცილების სხვადასხვა გზა-

აუცილებლად უნდა შეივსოს საოპერაციო ფორმა, სადაც იქნება შეტანილი ყველა ის მოსამზადებელი პროცედურა, რაც პაციენტს ჩაუტარდა

ოპერაციის დასაწყისისთვის თქვენ უნდა დაეხმაროთ პაციენტს საწოლიდან საკაცეზე გადასვლაში

აუხსენით პაციენტის ოჯახის წევრებს, სად უნდა დაიცადონ ოპერაციის განმავლობაში.

გახსოვდეთ, რომ პაციენტის ახლობლები ძალიან განერვიულებული და შეშინებულები არიან ეცადეთ უპასუხოთ მათ ყველა შეკითხვას





გამწმენდი ოყნა გამოიყენება უშუალოდ პროცედურის წინ ნაწლავების გასასუფთავებლად. ეს მნიშვნელოვანია ნაწლავებზე ოპერაციისას მუცლის ღრუს კონტამინაციების თავიდან ასაცილებლად.

საშოს გამორეცხვა გინეკოლოგიური ჩარევის დროს: საშოშო შეჰყავთ სპეციალური სითხე, რომელიც შემდეგ გარეთ გადმოედინება. პაციენტის დაბანა: საჭიროა, რათა მოხდეს მიკრობთა მოცილება თმიდან, კანიდან, ზოგჯერ გამოიყენება სპეციალური ანტიმიკრობული

პოსტოპერაციული პაციენტის მოვლა

ოპერაციის შემდეგ პაციენტი დაუყონებლივ თავსდება ინტენსიური თერაპიის პალატაში, სადაც იმყოფება დაკვირვების ქვეშ, რათა დარწმუნდნენ, რომ გამოჯანმრთელების პროცესი მიმდინარეობს გართულებების გარეშე. პაციენტის საკაციდან საწოლში გადასაყვანად საჭიროა დახმარება. ექთანი ეხმარება პაციენტს მოწესრიგებაში, გასუფთავებაში. ხშირად პაციენტი სისხლით არის დასვრილი.



პოსტოპერაციული მოვლა მოიცავს სასიცოცხლო ნიშნების შეფასებას:

- პირველი 1 სთ-ის განმავლობაში ტემპერატურა იზომება 15 წთ-ში ერთხელ,
- შემდგომი 1 სთ-ის ყოველ 30 წთ-ში ერთხელ,
- შემდეგ 1 სთ-ში ერთხელ

ინტენსიურიდან პაციენტი გადაჰყავთ პალატაში, სადაც არის: აღჭურვილობა სასიცოცხლო ნიშნების მონიტორინგისათვის, ინტრავენური კათეტერი, პირსაწმენდი და ხალათი, თასი ღებინებისთვის, დამატებითი ჟანგბადი, თბილი საბანი, სანაჯის აპარატი.

გართულებების პრევენცია

ამ პერიოდში განსაკუთრებით ხშირია გართულებები სუნთქვის და სისხლის მიმოქცევის მხრივ, შესაძლოა გართულდეს ჭრილობის შეხორცება ინფექციის გამო. მნიშვნელოვანია გართულებების მოკლე დროში აღმოჩენა. დაუყონებლივ აცნობეთ ექიმს ყველა გართულების შესახებ.

რესპირატორული გართულებები

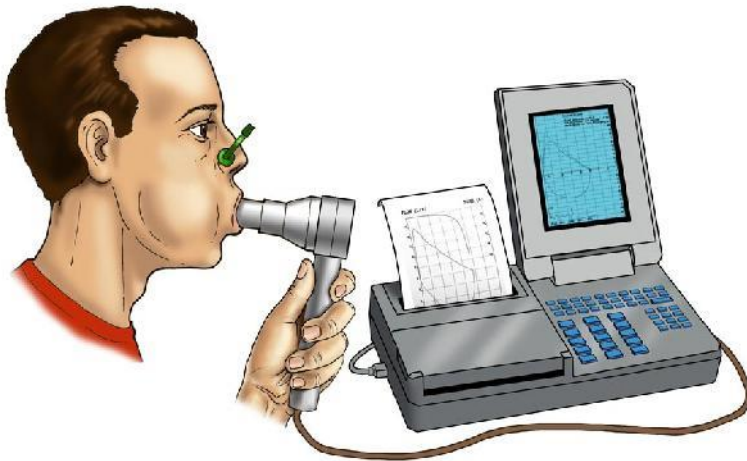
გართულებების რისკ-ფაქტორი იზრდება, თუ პაციენტს აქვს ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება ან არის აქტიური მწვეელი .



ყველაზე ხშირი პოსტოპერაციული რესპირატორული გართულებებია პნევმონია და ატელექტაზი

გართულებების თავიდან ასაცილებლად ხშირად გამოიყენება სუნთქვითი ვარჯიშები, რომელიც მოიცავს ხველას, ღრმა სუნთქვას, სპირომეტრის

ხველა ან ღრმა სუნთქვა - პაციენტის დახმარება მოიცავს კომფორტულ პოზიციას, ინსტრუქციას ღრმა სუნთქვისა და ძლიერი ხველის შესახებ.



სპირომეტრია- პაციენტი ღრმად ჩაისუნთქავს სპეციალური მოწყობილობით.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის გართულებები :

საანესთეზიო საშუალებებმა, ტკივილგამაყუჩებლებმა და ზოგადმა უმოძრაობამ ოპერაციის შემდგომ შეიძლება გამოიწვიონ სისხლის მიმოქცევის შენელება. პაციენტებს, რომლებსაც აქვთ ანამნეზში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პრობლემები არიან თრომბოს განვითარების რისკის ქვეშ.

ემბოლიის პრევენცია ანტიემბოლიური წინდები ქვედა კიდურების ვარჯიშები

ანტიემბოლიური წინდები	SEQUENTIAL COMPRESSION DEVICE
-----------------------	-------------------------------



ანტიემბოლიური წინდები : დამზადებულია ელასტიური ბოჭკოსგან წინდები მჭიდროდ არის შემოხვეული ფეხებზე, ახდენს კომპრესიას ვენებზე, ეხმარება სისხლს გადაანაცვლოს გულისკენ.

SEQUENTIAL COMPRESSION DEVICE (SCD) - ეს ხელსაწყო ხელს უშლის ქვემო კიდურებში სისხლის შეგუბებას პაციენტს ფეხებზე ჩამოცმული აქვს მანჟეტები, რომეშიც ჰაერი იტუმბება, მასზე მიმაგრებული მილის საშუალებით. გაბერილი მანჟეტის ზეწოლით სისხლი მოძრაობს ქვემო კიდურებში.

ანტიემბოლიური წინდები - დამზადებულია ელასტიური ბოჭკოებისაგან, მჭიდროდ არის შემოხვეული ფეხებზე და ახდენს კომპრესიას ვენებზე,

პაციენტის დახმარება საჭიროა: პოზიციის შეცვლაში, კვების დროს, ელიმინაციაში, ჰიგიენური ნორმების დაცვაში სიარულში (გადაადგილებაში)

დახმარება პოზიციის შეცვლაში: პაციენტი საჭიროებს ყოველ 2 საათში ერთხელ პოზიციის შეცვლას პირადი კომპორტისთვის და გართულებების თავიდან ასაცილებლად. ეს ეხმარება პაციენტს პნევმონიის და ემბოლიის თავიდან აცილებაში.

გადაადგილება ოპერაციის შემდგომ პერიოდში შეიძლება ძალიან მტკივნეული იყოს, ამიტომ ეცადეთ პაციენტმა ძალიან ფრთხილად იმოძრაოს.



ელიმინაცია : ოპერაციის შემდგომ პერიოდში პაციენტს ხშირად აღენიშნება შარდის შეკავება და ყაზობა, შეიძლება სასჭიროდეს ღამის ქოთანს (სუნდოს). მუცლის ღრუზე ოპერაციის დროს სავსე შარდის ბუშტმა შეიძლება გამოიწვიოს ძლიერი ტკივილი შარდის დროს და საჭირო გახდეს შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია. მნიშვნელოვანია ოპერაციის შემდგომ პირველი მოშარდვა. აუცილებელია მიღებული და გამოყოფილი შარდის მონიტორინგი.



კვებითი დახმარება: სანამ პაციენტს არ შეუძლია დამოუკიდებლად კვება მას უტარდება ინფუზოთერაპია. საჭმლის მომნელებელ სისტემაზე ოპერაციის შემდეგ პაციენტს შესაძლოა დასჭირდეს ნაზოგასტრალური მილის ჩადგმა.



სიარული : ზოგ პაციენტს საწოლიდან ადგომა შეუძლია ოპერაციიდან რამდენიმე საათში, საჭიროა თქვენი დახმარება საწოლიდან წმოდგომაში, გადაადგილებაში, თავიდან აუცილებელის მხოლოდ მოკლე მანძილებზე გადაადგილება, ნება დართეთ წამოჯდეს საწოლის კიდეზე, გაუზომეთ პუსი და სისხლის წნევა.

ჰიგიენა: ყველა პაციენტს ესაჭიროება პირის ღრუს გამოსუფთავება, სახის და ხელების დაბანა, ჭუჭყიანი ხალათის გამოცვლა. ოპერაციის შემდეგს ჭრილობის დაინფიცირების თავიდან აცილების მიზნით არ შეიძლება პაციენტის ბანაობა, ამიტომ თქვენ უნდა დაეხმაროდსხეულის გარკვეული ნაწილების დაბანაში

დიაგნოსტიკური პროცედურები

დიაგნოსტიკური პროცედურები როდესაც ექთანი უწევს ასისტირებას ექიმს :



- კორონარული არტერიების კათეტერიზაცია
- ბრონქოსკოპია
- ეზოფაგოგასტროენდოსკოპია
- თორაკოცენტეზი,
- პერიკარდიოცენტეზი
- პარაცენტეზი

დიაგნოსტიკური ტესტი შეიძლება ჩატარდეს პაციენტის საწოლში ან სპეციალური რეზულ ოთახში.

ექთნის ძირითადი ფუნქცია ზემოთ ჩამოთვლილი დიაგნოსტიკური ტესტების დროს არის:

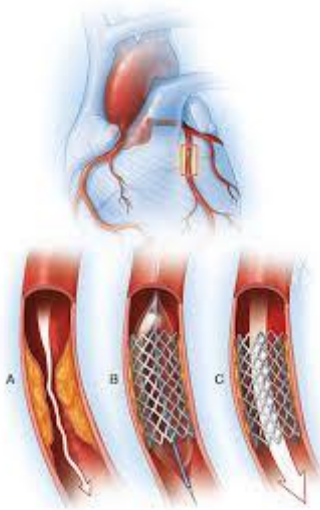
- პაციენტის ინფორმირება პროცედურის მიზანზე და მსვლელობაზე



- პაციენტისგან პროცედურაზე წერილობითი თანხმობის მიღება
- პროცედურამდე, პროცედურის მსვლელობის დროს და მის შემდგომ სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგი და დოკუმენტირება.
- პაციენტის მდგომარეობის შეფასება და პაციენტთან მუდმივად კონტაქტში ყოფნა. (პაციენტი უფრო დამყოლია და ტოლერანტული პროცედურისადმი თუ მას აუხსნით მსვლელობას.)
- ზოგიერთი პროცედურის დროს საჭიროა, რომ პაციენტს არ ქონდეს მიღებული Per Os პროცედურამდე 8 საათის განმავლობაში

კორონარული არტერიების კათეტერიზაცია

ამ პროცედურის დროს ხდება კორონარული არტერიების ვიზუალიზაცია კონტრასტით ან მის გარეშე. ამ გამოკვლევით ვიგებთ:



- გულში არსებული წნევა
- გულის მოცულობა
- კორონარული არტერიების მდგომარეობა
-

თუ პაციენტს გაუჩნდა კითხვები პროცედურასთან დაკავშირებით სთხოვეთ ექიმს აუხსნას პროცედურასთან დაკავშირებული კითხვები.

პროცედურის წინ:

- გამოკითხეთ პაციენტი აღენიშნება თუ არა ალერგია რაიმე მედიკამენტზე ან საკვებზე
- გადაამოწმეთ და დააფიქსირეთ სასიცოცხლო მონაცემები
- შეამოწმეთ პერიფერიული პულსი ყველა არეზე
- შეამოწმეთ პაციენტის ჰიდრაციის დონე(ხომ არ არის პაციენტი გამომშრალი. კანი, ტურგორი, ლორწოვანი); ზედმეტად ჰიდრატირებული პაციენტში შეიძლება მოხდეს კონტრასტის განზავება , რაც ართულებს ვიზუალიზაციას.
- შეამოწმეთ ხომ არ იღებს ან იღებდა ანტიკოაგულატებს (მაგ:ვარფარინი) ან ანტიაგრეგანტებს (მაგ:ასპირინი) (კოაგულოპათიები, ანტიკოაგულანტების და ანტიაგრეგანტების მიღების დროს პროცედურა უკუნაჩვენებია)
- შეამოწმეთ ბოლოს როდის მიირო საკვები და წყალი
- დაეხმარეთ პაციენტს სიმშვიდის შენარჩუნებაში და ექიმის დახმარებით ნაბიჯნაბიჯ აუხსენით პროცედურის მსვლელობა.

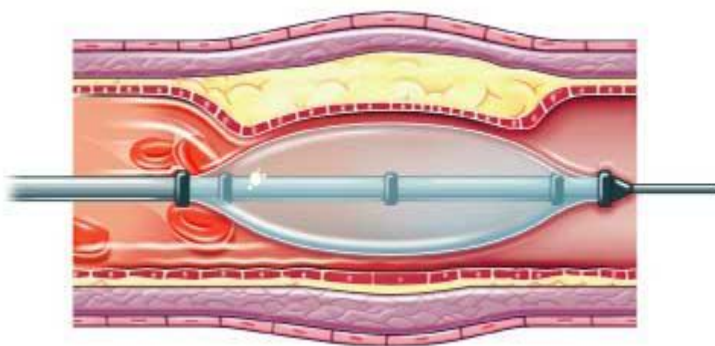


სასურველი გამოსავალი

- პაციენტი ინფორმირებულია პროცედურის მიზნის და არსის ასევე პროცედურის მსვლელობის შესახებ.
- პაციენტი წევს სწორ პოზიციაში და ინარჩუნებს სიმშვიდეს პროცედურის მსვლელობისას.
- პაციენტს აღენიშნება ტკივილი 2 (0-10) შკალის მიხედვით.
- პროცედურის შემდგომ პაციენტს არ აღენიშნება შემდეგი გართულებები:
 - ❖ წამოწითლება, ქავილი, გამონაყარი რაც შეიძლება მიგვანიშნებდეს კონტრასტზე ალერგიულ რეაქციაზე.
 - ❖ პალპაციით სუსტი ან გამჭრალი პულსი, რაც მიგვანიშნებს შესაძლო თრომბოზზე ან ემბოლიაზე.
 - ❖ დაბალი არტერიული წნევა (ჰიპოტენზია) და ტაქიკარდია, რაც მიგვანიშნებს შესაძლო სისხლდენაზე ან ალერგიულ რეაქციაზე.
 - ❖ შარდის გამოყოფის შემცირება ან შეწყვეტა, რაც მიგვანიშნებს შესაძლო თირკმლის უკმარისობაზე.

აღჭურვილობა

- ნაკრები (კომერციული ფორმა)
- კათეტერები, სტენტები, ბალონური კათეტერები (ექიმთან შეთანხმებით)
- შოკის ყუთი
- პაციენტის მონიტორი, პულსოქსიმეტრი, დეფობრილატორი, ჟანგბადის წყარო, ნიღბები
- სტერილური ხალათები, ხელთათმანები, ნიღბები, ქუდები, დამცავი სათვალე, ანტირადიაციული წინსფარი და კისრის საყელო.



პროცედურის მსვლელობა

1. დააცლევინეთ პაციენტს შარდის ბუშტი.
2. მოამზადეთ სასიცოცხლო მაჩვენებლების გასაზომი აღჭურვილობა.
3. დააყენეთ პერიფერიული ვენის კათეტერი 16-18 G.
4. დააწვინეთ პაციენტი

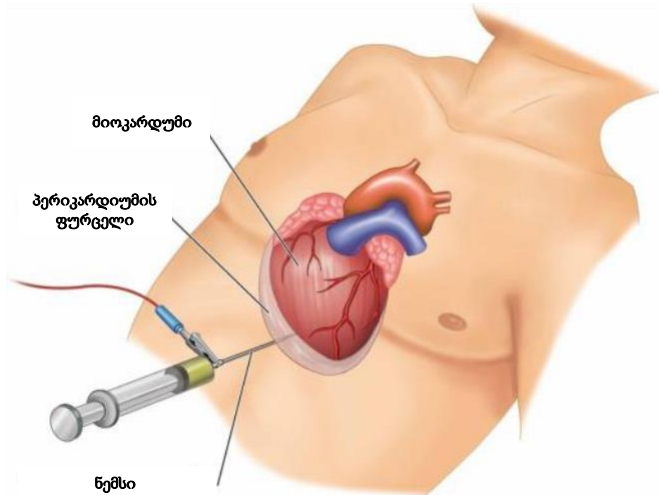
რადიოლოგიურ მაგიდაზე და შეუქმენით მაქსიმალური კომფორტი.

5. ექიმი აწარმოებს საპუნქციო არის ანტისეპტიკას.
6. აუხსენით პაციენტს, რომ კონტრასტის შეყვანი დროს მან შეიძლება იგრძნოს სახეზე წამოხურება, მარილიანი გემო და თავბრუსხვევა (რომელიც გაივლის და დროებითია) კონტრასტის შეყვანისას დააკვირდით პაციენტის რესპირატორულ სტატუსს ხომ აღენიშნება ოფლიანობა, რითმის დარღვევა ქავილი.
7. კათეტერის ვენიდან გამოღების შემდეგ ექიმი ახდენს საპუნქციო არეზე ზეწოლას და ადებს დამწოლ ნახვევს სპეციალური კომერციული ჰემოსტატიური ქამარით.



8. პაციენტი უნდა იწვევს ზურგზე გაშლილი კიდურით 4-6 სთ-ის განმავლობაში.

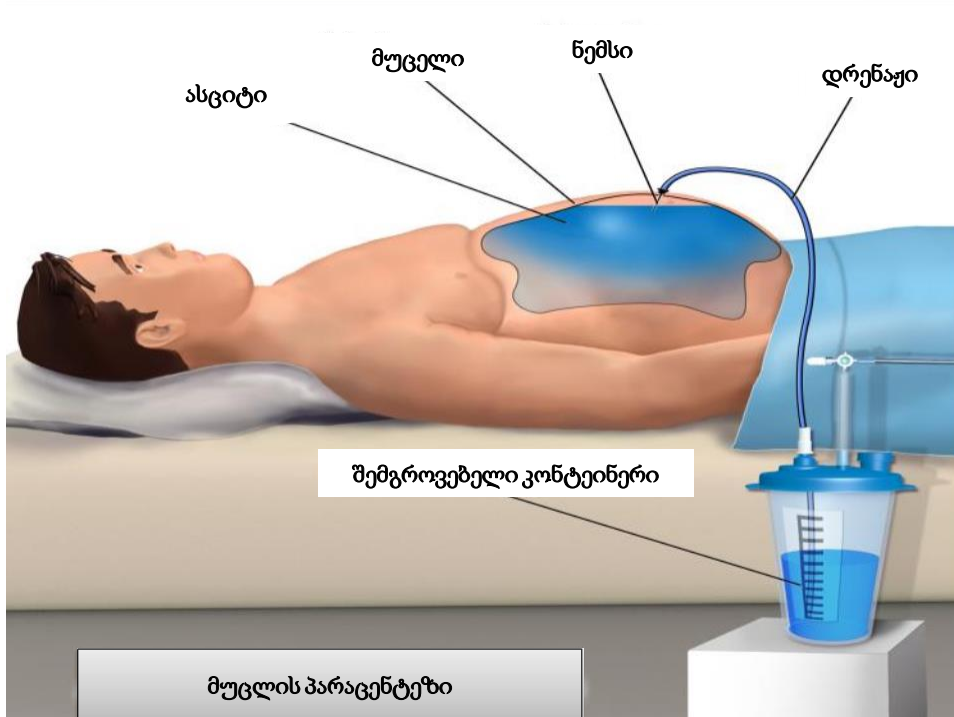
პარაცენტეზი, თორაკოცენტეზი, პერიკარდიოცენტეზი



- ამ პროცედურების დროს ხდება სითხის ან ქსოვილის ასპირაცია დიაგნოსტიკური ტესტირებისთვის.
- როგორც წესი პროცედურას ასრულებს ექიმი, პაციენტის საწოლთან ან სპეციალიზირებულ ოთახში, თუ პაციენტის მდგომარეობა იძლევა ამის საშუალებას.
- პაციენტის მხრიდან საჭიროა წერილობითი თანხმობა.
- პროცედურას თან ახლავს დისკომფორტი, ექთანს პროცედურის მსვლელობისას რჩება პაციენტთან და უხსნის პროცედურის მსვლელობას.

პარაცენტეზი

მუცლის ღრუდან სითხის გამოღება დიაგნოსტიკური ანალიზსათვის სითხეში შეიძლება გამოკვლეული იყოს ბაქტერიების, სისხლის, გლუკოზის, ცილის არსებობა.



- შეიძლება გამოკვლეული იყოს ციტოლოგიური ანალიზი (სიმსივნის დასადგენად)
- ეს პროცედურა შეიძლება ჩატარდეს ინტრააბდომინალური (მუცლის ღრუში) წნევის შესამცირებლად.
- ინტრააბდომინალური წნევა შეიძლება მომატებული იყოს ასციტის(სითხის დაგროვება მუცლის ღრუში) დროს, გართულებული ღვიძლის დაავადების დროს.
- ინტრააბდომინალური წნევის მომატებამ შეიძლება გამოიწვიოს რესპირატორული დისტრესი (სუნთქვის გამწვანება).
- პროცედურა გრძელდება საშუალოდ 30 წთ.

თორაკოცენტეზი

ამ პროცედურის დროს ხდება სითხის გამოღება პლევრის ღრუდან.სითხეში ხდება ცილის, გლუკოზის, ამილაზის და ციტოლოგიის განსაზღვრა.



თორაკოცენტეზი

- ხდება სითხის ხასიათის და კონსტიტენციის განსაზღვრა.
- თორაკოცენტეზი ხორციელდება ტკივილის, რესპირატორული დისტრესის მოსახსნელად.
- პროცედურის წინ შეაფასეთ პაციენტის ემოციური სტატუსი.
- აუხსენით პაციენტს პროცედურის მიზანი და არსი და მისი ჩართულობა პროცედურის მსვლელობაში.
- ეს პროცედურა მოითხოვს გარკვეული პოზიციის მიღებას და შენარჩუნებას პროცედურის მსვლელობისას.
- პროცედურა შეიძლება უკუნაჩვენები იყოს იმ პაციენტებში, რომლებიც არ არიან ტოლერატულები და არ ასრულებენ მითითებებს.
- გამოიკითხეთ არის თუ არა პაციენტი ალერგიული. შეამოწმეთ და ამყოფეთ მონიტორინგის ქვეშ პაციენტის სასიცოცხლო მაჩვენებლები.
- სისხლდენის რისკი მაღალია იმ პაციენტებში სადაც ხდება ანტიკოაგულანტების მიღება ან აღენიშნებათ კოაგულოპათიები.

სასურველი გამოსავალი

- პაციენტი ინარჩუნებს პოზიციას და მიყვება მითითებებს.
- პაციენტი აღწერს ტკივილის დონეს 2 (0-10) შკალით.
- პაციენტი ინარჩუნებს ნორმალურ რესპირატორულ სტატუსს, პულსს, წნევას მთელი პროცედურის განმავლობაში და მის შემდგომ.
- არე სადაც ჩატარდა პუნქცია სახვევი სუფთაა, მშრალი ინტაქტური (მთლიანობა დაურღვეველი)

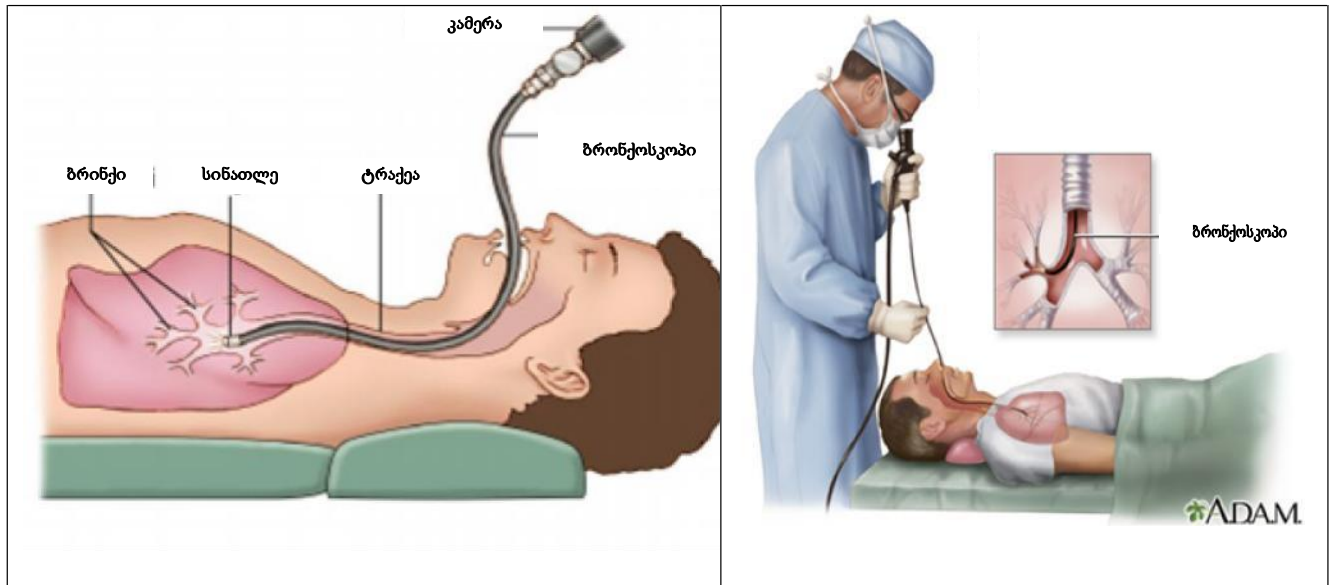
თუ პაციენტი ვერ ინარჩუნებს სწორ პოზიციას ან მოძრაობს პროცედურის დროს

- მოუწოდეთ პაციენტს სიმშვიდისკენ.
- აუხსენით პაციენტს სიმშვიდის და პოზიციის შენარჩუნების აუცილებლობისკენ.



- შესაძლებელია პაციენტს დასჭირდეს სედატიური საშუალებები.

ბრონქოსკოპია



- ბრონქოსკოპია საშუალებას იძლევა დათვალიერდეს ტრაქეობრონქიალური ხე.
- პროცედურის ჩასატარებლად ძირითადად გამოიყენება დრეკადი ფიბროსკოპი.
- ბრონქოსკოპია შეიძლება იყოს როგორც სასწრაფო ასევე გეგმიური პროცედურა.
- პროცედურა ტარდება ექიმის მიერ და გრძელდება 30-40 წუთი.
- ამ პროცედურაზე საჭიროა მიიღოთ პაციენტისაგან წერილობითი თანხმობა. პაციენტმა არ უნდა მიიღოს წყალი და საკვები პროცედურამდე 8 საათის განმავლობაში, რაც ამცირებს ასპირაციის რისკს.

პროცედურის წინ

- შეამოწმეთ და ჩაინიშნეთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები პროცედურამდე, მსვლელობისას და პროცედურის შემდეგ.
- შეამოწმეთ პაციენტის ალერგიული სტატუსი.
- კბილის პროტეზი მოხსენით და შეინახეთ ან გადაეცით პაციენტის თავდგმურს.
- პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს ნახევრად მჯდომარე პოზიციაში, თუ მისი მდგომარეობა იძლევა ამის საშუალებას.
- ამ პოზიციაში ხდება ქვედა სასუნქი გზების კარგი ვიზუალიზაცია და ფილტვის მაქსიმალური გაშლა.



- ნაზო და ოროფარინგელაურ არხში ხდება ანალგეზიური საშუალების შესხურება პროცედურამდე 10-15 წუთით ადრე (ლიდოკაინის აეროზოლი). გააფრთხილეთ პაციენტი, რომ არ გადაყლაპოს მედიკამენტი.
- მოამზადეთ თირკმლისებრი თასი.
- პროცედურის დროს აუცილებელია სტერილურობის დაცვა.
- სტ.ხალათი, სტ.ხელთათმანი, ნიღაბი და ქუდი.

პროცედურის მსვლელობა

1. გონებაზე მყოფ პაციენტს გაუწიეთ მუდმივი ვერბალური მხარდაჭერა.
2. აწარმოეთ სასიცოცხლო ფუნქციების მუდმივი მონიტორინგი. აუცილებელია სატურაციის შეფასება.
3. პროცედურის მსვლელობისას ყოველ 5 წუთში აწარმოეთ კაპილარული ავსებადობის შეფასება. (მოუჭირეთ ფრჩხილზე ხელი გაუშვით და ბრჩხილის მხრიდან დააკვირდით რამდენ ხანში დაიბრუნებს ფერს გაფერმკთალებული კანი. (ნორმა 1-2 წმ) თუ დრო გახანგრძლივდა შეატყობინეთ ექიმს)
4. დააფიქსირე ასპირაციი შედეგად მიღებული ასპირატის ფერი და კონსისტენცია.
5. პროცედურის დამთავრების შემდეგ პაციენტს გაუსუფთავეთ სახე.
6. დააკვირდით ცნობიერების დონეს, შეამოწმეთ ღებინების რეფლექსი (გამოიყენეთ შპადელი), სასიცოცხლო მაჩვენებლები.

არ მიაღებინოთ პაციენტს Per os არაფერი სანამ ანესთეზიის დრო სრულად არ გავა. მიყევით სტანდარტულ პროტოკოლს.

შესაძლო გართულებები და ჩარევა

1. პაციენტს აღენიშნება ლარინგოსპაზმი და ბრონქოსპაზმი, რაც ვლინდება უცაბედი მწვავე სუნთქვის უკმარისობით.

ჩარევა

- დაუმახე ექიმს, მოამზადე შოკის მაგიდა,

2. პაციენტს აღენიშნება ჰიპოქსემია რაც გამოიხატება სუნთქვის უკმარისობით და ცნობიერების დონის შეცვლით.

ჩარევა

- დაუმახე ექიმს
- შეინარჩუნე ღია საჰაერო გზები
- მუდმივად აკონტროლე სატურაცია

3. პაციენტს აღენიშნება სისხლდენა

ჩარევა



- დაუმეხე ექიმს
- მოამზადე შოკის მაგიდა და სასანაციო მოწყობილობა

ასაკთან დაკავშირებული ცვლილებები

ბავშვებში როგორც წესი ბრონქოსკოპია ტარდება უცხო სხეულის ამოსაღებად ხორხიდან და ტრაქეიდან ზოგადი ანესთეზიით, რადგანაც ბავშვებს აქვთ უფრო ვიწრო და პატარა საჰაერო გზები, ისინი ჰიპოქსემიის განვითარების უფრო მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან ვიდრე მოარდილები. (PAGANA & PAGANA 2001)

გერიატრიულ პაციენტებს (ხანდაზმული პაციენტები) აღენიშნებათ მოუსვენრობა პროცედურის შემდეგ.

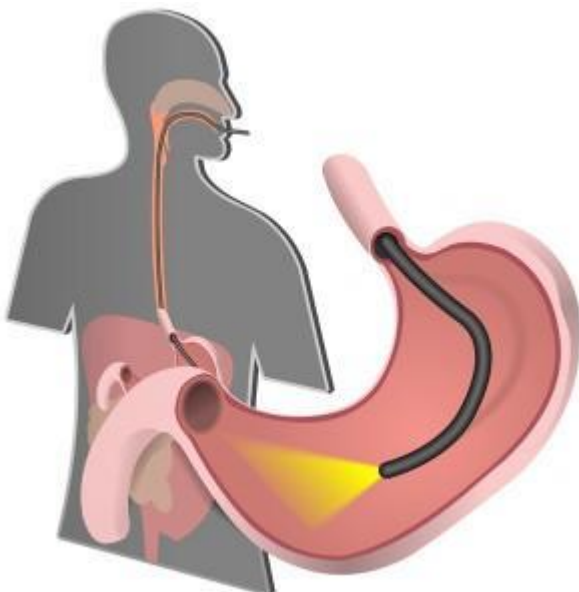
ანესთეზიამდე და პროცედურამდე შეაფასეთ პაციენტის რესპირატორული სტატუსი რადგანაც ანასთეზიური და ანალგეზიური საშუალებები იწვევენ რესპირატორულ დეპრესიას.

ამბულატორიული პაციენტები გააფრთხილეთ, რომ მიმართომ ექიმს თუ სახლში აღენიშნებათ:

- მაღალი ტემპერატურა
- გულმკერდის ტკივილი
- დისპნეა
- ხმაურიანი სუნთქვა
- სისხლიანი ნახველი
- ყელის ტკივილი

ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპია

ეზოფაგოდუოდენოსკოპიის დროს ხდება ენდოსკოპის შეყვანა პირის ღრუდან საჭმლის მომნელებელი სისტემის დასათვალიერებლად. რაც საშუალებას იძლევა შეფასდეს ლორწოვანი, გარსი და სისხლძარღვები



ექთნის როლი პროცედურის მსვლელობის დროს

- დაიცავით სტანდარტული პროცედურა იხ.პროტოკოლი
- გასტროინტესტინური ენდოსკოპია შეიძლება იყოს როგორც სასწრაფო ასევე გეგმიური პროცედურა.

- პროცედურა ტარდება ექიმის მიერ და გრძელდება 30-40 წუთი.
- ამ პროცედურაზე საჭიროა მიიღოთ პაციენტისაგან წერილობითი თანხმობა.
- პაციენტმა არ უნდა მიიღოს წყალი და საკვები პროცედურამდე 8 საათის განმავლობაში, რაც ამცირებს ასპირაციის რისკს. პროცედურის დროს გამართული გკონდეთ სასანაციო აპარატი.
- დარწმუნდით, რომ პაციენტს მოაშორეთ პროტეზი.

პროცედურა

ტარდება სპეციალიზირებულ ოთახში ან პაციენტის საწოლთან.

- შეიძლება გამოყენებული იყოს ბარიუმის სულფატი რაზეც პაციენტს აღენიშნებოდა ალერგიული რეაქცია დააკვირდით სიმბტპმებს.იხ.ზემოთ.
- პროცედურის დროს ხდება ორგანიზმი ჰაერის შეშვება რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ტკივილი პროცედურის მსვლელობისას და მის შემდეგ.
- პროცედურის შემდეგ დარწმუნდით რომ პაციენტს დაუბრუნდა ლებინების რეფლექსი. დააწექით ხის შპადელით ენის ძირზე, დააკვირდით თუ არის ლებინების რეფლექსი.2-4 საათის განმავლობაში.

პროცედურის დროს თუ

1. პაციენტს აღენიშნება მწვავე სუნთქვის უკმარისობა.

ჩარევა

- დაუძახე ექიმს, მოამზადე შოკის მაგიდა.

2. პაციენტს აღენიშნება ჰიპოქსემია რაც გამოიხატება სუნთქვის უკმარისობით და ცნობიერების დონის შეცვლით.

ჩარევა

- დაუძახე ექიმს
- შეინარჩუნე ღია საჰაერო გზები
- მუდმივად აკონტროლე სატურაცია

3. პაციენტს აღენიშნება სისხლდენა

ჩარევა

- დაუძახე ექიმს
- მოამზადე შოკის მაგიდა და სასანაციო მოწყობილობა

4. პაციენტს აღენიშნება ტაქიკარდია, ჰიპოტენზია ვიზუალური სისხლდენის გარეშე

ჩარევა

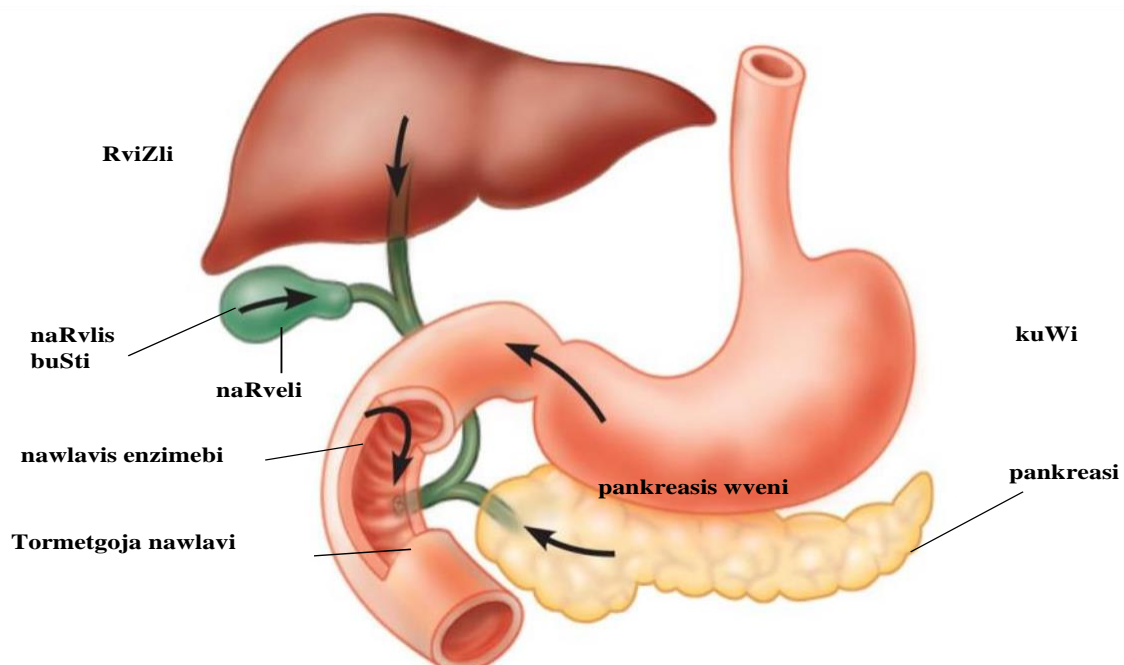
- დაუმეხე ექიმს
- მოამზადე შოკის მაგიდა და სასანაცო მოწყობილობა

საყურადღებო ნიშნები ასკთან დაკავშირებით

- ბავშვებს მოკლე საჰაერო გზები აქვთ ისინი არიან რესპირატორული დისტრესის რისკის ქვეშ.
- მოხუცებს ადვილად უზიანდებათ ლორწოვანი
- მოხუცები არიან დეჰიდრატაციის და ელექტროლიტური დისბალანსის განვითარების ქვეშ, როდესაც ხდება მათი მომზადება კოლონოსკოპიისათვის (ოყნით ან მედიკამენტოზური საშუალებებით).

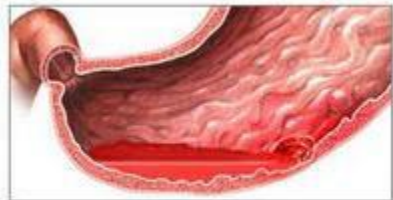
კუჭნაწლავის ტრაქტის წყლულოვანი დაავადება

კუჭ ნაწლავის ტრაქტის წყლულოვან დაავადებებს ხშირად უწოდებენ კუჭის, თორმეტგოჯა ნაწლავის ან საყლაპავის წყლულს, უფრო ხშირად წარმოიქმნება თორმეტგოჯა ნაწლავში და არა კუჭში.



კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება ხასიათდება წყლულების გაჩენით კუჭის ან თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვან გარსზე. დაავადება მიმდინარეობს პერიოდული გამწვავებებითა და რემისიებით (ზოგჯერ ხანგრძლივი); მამაკაცები 4 – 5 – ჯერ უფრო ხშირად ავადდებიან, ვიდრე ქალები.

წყლულების გაჩენაში გადამწყვეტ როლს თამაშობს კუჭის წვენის ზემოქმედება კუჭ – ნაწლავის ტრაქტის ლორწოვანზე და უფრო ღრმა შრეებზე.



ადპტირებულია ღალი
დათუშიძის სამედიცინო
ენციკლოპედიის ფარგლებში

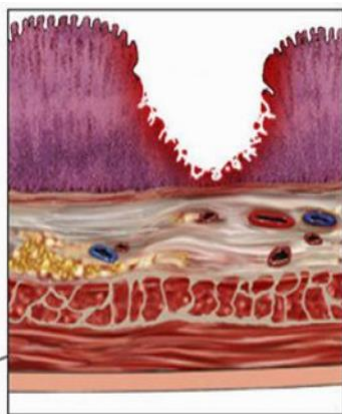
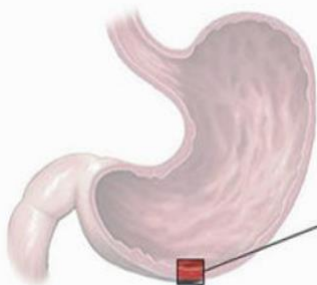


ეს დაკავშირებულია კუჭის წვენის მომატებულ სეკრეციასთან, რომელიც დიდი რაოდენობით შეიცავს მარილმჟავასა და პროტეოლიზურ ფერმენტებს, აგრეთვე კუჭის წვენის ზემოქმედებისგან ლორწოვანი გარსის დამცველობითი მექანიზმების აქტიურობის შემცირებასთან. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს მემკვიდრეობითი ფაქტორები, ხანგრძლივი ემოციური გადაძაბვა, კვების თავისებურებები. ზოგიერთ შემთხვევაში ლორწოვანზე დამაზიანებელ ზემოქმედებას ახდენს ისეთი პრეპარატები, როგორებიცაა მაგალითად აცეტილსალიცილის მჟავა, კორტიკოსტეროიდები.

კლინიკა

თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის სიმპტომები შესაძლოა გაგრძელდეს რამდენიმე დღე, კვირა ან თვე – გაქრეს და შემდეგ გაურკვეველი მიზეზებით კვლავ იჩინოს თავი.

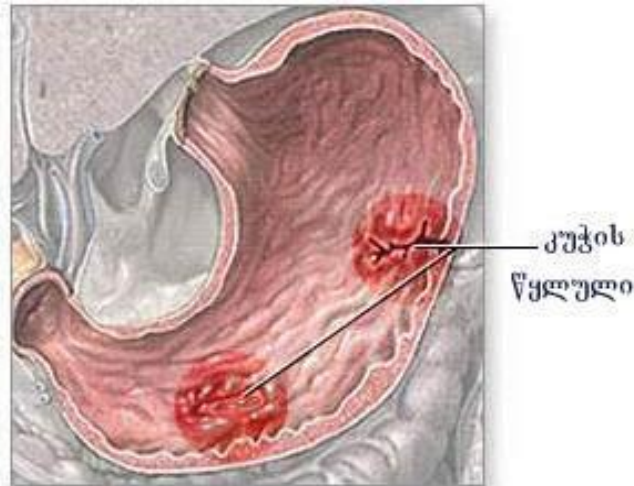
წყლულოვანი დაავადება



ყველაზე მეტად დამახასიათებელი სიმპტომებია – ტკივილები ფერდქვეშა მიდამოში, დისპეფსიური მოვლენები (გულისრევა, ღებინება, გულმმარვა), სისხლდენები.

მუცლის ტკივილი შესაძლოა ირადირებდეს ხერხემლისკენ, ტკივილი იწყება საკვების მიღებიდან 30 – 40 წუთის (ნაადრევი) ან 1,5 – 2 საათის (მოგვიანებითი) შემდეგ.

მოგვიანებითი ტკივილები აღინიშნება დუოდენალური წყლულის დროს, დამახასიათებელია



ადაპტირებულია ღალი დათეშიის
სამედიცინო ენციკლოპედიის
ფარგლებში

ADAM.

ასევე უზმოზე, ღამის ტკივილები, რომლებიც მცირდება საკვების მიღებისთანავე.

ტკივილები შეიძლება აღინიშნებოდეს მკერდის ძვლის უკან.

ზოგჯერ დაავადების პიკზე ვითარდება ღებინება, რომელსაც ავადმყოფისთვის შვება მოაქვს. გულმმარვა ვითარდება საკვების მიღების შემდეგ, იშვიათად უზმოზე. მადა წყლულოვანი დაავადების დროს

შენარჩუნებულია, თუმცა ზოგჯერ ტკივილის

გაჩენის შიშის გამო, ავადმყოფები ერიდებიან საკვების მიღებას. არც თუ იშვიათად, დაავადება შეიძლება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მიმდინარეობდეს უსიმპტომოდ, ზოგჯერ იწყება უეცარი სისხლნარევი, „ყავის ნალექის“ მსგავსი ღებინებით, კუპრისფერი განავლით, ანემიისა და პოსტემორაგიული შოკის სწრაფი განვითარებით. აღნიშნული გართულებები, როგორც წყლულის პერფორაცია, შეიძლება განვითარდეს

დაავადების სხვა კლინიკური გამოვლინების პიკზე და მოითხოვს აუცილებელ ჰოსპიტალიზაციას ქირურგიულ განყოფილებაში.

საექთნო შეფასება

- შეაფასეთ ტკივილი- სთხოვეთ პაციენტს აღწეროს ტკივილი
- შეაფასეთ ამონაღები მასა- კაშკაშა წითელია თუ ყავის ნალექისმაგვარი

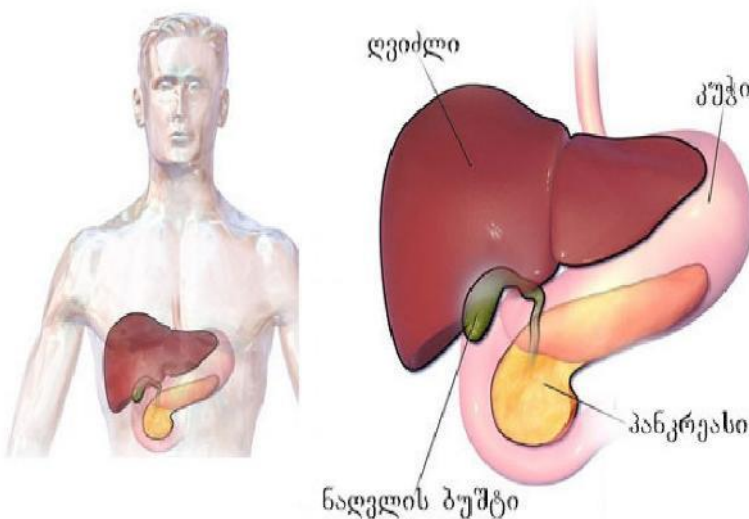
- ჰკითხეთ პაციენტს შეუმჩნევია თუ არა სისხლი განავალში
- ეწევა თუ არა თამბაქოს და რამდენს
- აქვს თუ არა ოჯახის რომელიმე წევრს წყლული
- როგორ აღწერს პაციენტი მის სამუშაოს და ოჯახურ ცხოვრებას

საექთნო ინტერვენცია

- ტკივილის შემსუბუქება – დანიშნული მედიკამენტების გამოყენება, დიეტის შეცვლა
- ბინაზე მიღებული და ალტერნატიული მედიკამენტების შეფასება, რომლებმაც შესაძლოა გამოიწვიონ სისხლდენის დროის გახანგრძლივება
- მედიკამენტების მოსალოდნელი გვერდითი ეფექტები
- სტრესის შემცირება

ნაღვლის ბუშტის დაავადება

ნაღვლის ბუშტის პათოლოგიური მდგომარეობებისთვის და დაავადებებისთვის



დამახასიათებელია ტკივილი მარჯვენა ფერდქვემა მიდამოში, იშვიათად ეპიგასტრიუმის არეში ირადიაციით მარჯვენა ბეჭში, ლავიწში, მხრის სახსარში, ზოგჯერ მკერდის ძვლის უკან, გულის მიდამოში – ქოლეცისტოკარდიალური სინდრომი. ტკივილი ჩნდება ან ძლიერდება ცხიმის ან ცხარე

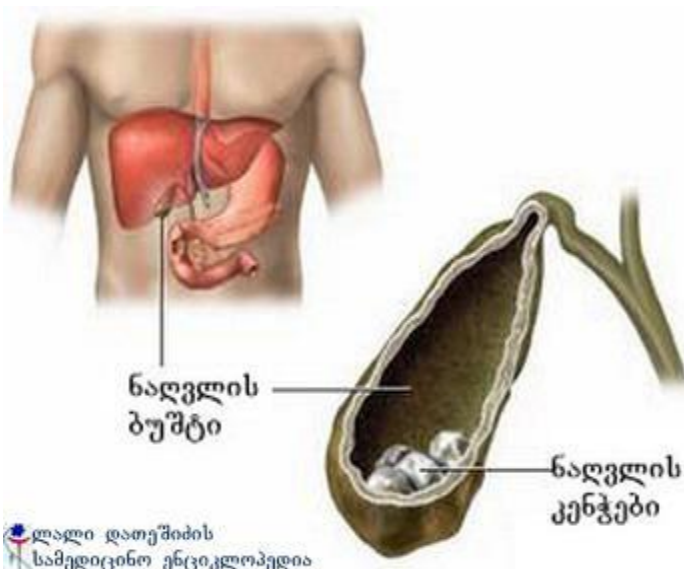
საკვების, შემწვარი კერძების, კვერცხის, გაზიანი სასმელების, ღვინოს, ლუდის მიღების, ფიზიკური დატვირთვის, სიმძიმეების აწევის (განსაკუთრებით მარჯვენა ხელით), მგზავრობის დროს რყევის, ნერვულ–ფსიქიკური გადაძაბვის შემდეგ. ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს

ტკივილი შესაძლებელია აღმოცენდეს ხილული მიზეზის გარეშე, ზოგჯერ ღამის საათებში. ნაღვლის ბუშტის კიბოს შემთხვევაში აღინიშნება მუდმივი ხასიათის ყრუ ტკივილები მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში.

შეტევითი ხასიათის ტკივილები, რომელსაც თან სდევს შემცივნება და სხეულის ტემპერატურის მომატება, მიანიშნებს მორეციდივე კალკულოზურ ქოლეცისტიტზე, ხოლო პერიტონეული სიმპტომების გაჩენა მეტყველებს დესტრუქციული, ანთებითი პროცესის არსებობაზე ნაღვლის ბუშტში. ტიპური ალგიური სინდრომი, რასაც თან სდევს ვეგეტაციური კრიზი (ცივი ოფლი, კანის სიფერმკრთალე, კიდურების დაბუჟება, თავის ტკივილი და სხ.), არც თუ იშვიათად, აღინიშნება ნაღვლის ბუშტის დისკინეზიის დროს. ხშირად ნაღვლის ბუშტის დაავადებები მიმდინარეობენ დისპეფსიური სიმპტომების თანხლებით – გულისრევა, ბოყინი, პირის სიმწარე და სხ.

ავადმყოფის დათვალიერებისას ყურადღება ექცევა სიმსუქნეს (თან სდევს კალკულოზურ ქოლეცისტიტს), სიგამხდრეს (შესაძლებელია თან სდევდეს ავთვისებიან სიმსივნეს), სიყვითლის არსებობას, მუცლის წინა კედლის გამოწვევას ნაღვლის ბუშტის საპროექციო არეში (განპირობებულია მისი ზომების მომატებით), სუნთქვის აქტში მუცლის მონაწილეობას.

ნაღველკენჭოვანი დაავადება,



ქოლელითიაზი, დაავადებაა, რომლის დროსაც ნაღვლის ბუშტსა და სანაღვლე გზებში კენჭები ჩნდება. იგი ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებულთაგანია მუცლის ღრუს ორგანოთა დაავადებებს შორის და შეიძლება დაემართოს ყველას, განურჩევლად სქესისა და ასაკისა, თუმცა ბავშვებსა და მოზარდებში შედარებით იშვიათია, ხოლო მამაკაცებზე ხშირად ქალებს ემართებათ.



ნაღველკენჭოვანი დაავადება პოლიეტიოლოგიურია. გამოყოფენ სამ ძირითად ფაქტორს. ეს ფაქტორებია:

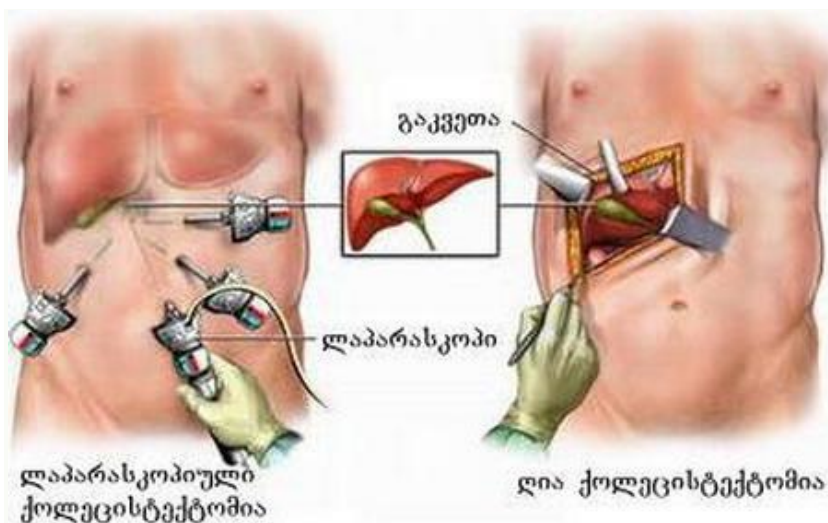
1. ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა, კერძოდ, ქოლესტერინის, ნაღვლის მჟავებისა და ფოსფოლიპიდების პროცენტული თანაფარდობის შეცვლა.
2. ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების ანთებითი ცვლილებები
3. ქოლესტაზი - ნაღვლის ბუშტში ნაღვლის შეგუბება. იგი აადვილებს კრისტალური ნაწილების გამოყოფასა და დალექვას

სიმპტომები და მიმდინარეობა

ნაღველკენჭოვანი დაავადება არცთუ იშვიათად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს. დაავადების ნიშნები თავს მაშინ იჩენს, როდესაც კენჭი იწვევს ანთებას ან ნაღვლის ბუშტის ან ნაღვლის საერთო სადინარს ახშობს.

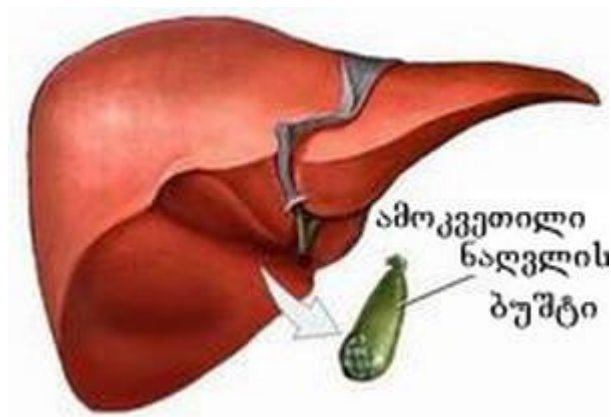
ნაღველკენჭოვანი დაავადების კლასიკური სურათი (ნაღვლის კოლიკა ანუ ჭვალი) ასეთია: ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშ, რომელიც ბეჭისა და კისრის არეში გადაეცემა, გულისრევა, ღებინება, გულძმარვა. თუ პროცესი მწვავეა, შესაძლოა, ტემპერატურამაც მოიმატოს. ღებინება ავადმყოფს შვებას არ ჰგვრის. თუ ნაღველკენჭოვანი დაავადება პანკრეატიტით გართულდა, ტკივილი სარტყლისებრ ხასიათს იძენს

ნაღველკენჭოვანი დაავადების მკურნალობა ოპერაციულია





საექთნო დაგეგმვა და განხორციელება



- პრე-ოპერაციული და პოსტ-ოპერაციული საექთნო დახმარება
- სითხის შეყვანა ვენიდან, ნაზოგასტრალური სანაცია, რბილი საკვების მიცემა ნაწლავთა ხმიანობის აღდგენის შემდეგ
- ტკივილის შემსუბუქება
- ტკივილგამაყუჩებლების მიცემა

უნდა მოხდეს მხოლოდ დანიშნულების მიხედვით, პაციენტს უნდა დავეხმაროთ, რომ გადაბრუნდეს, დაახველოს, ისუნთქოს ღრმად და იაროს

- კვებითი სტატუსის გაუმჯობესება

პაციენტის განათლება და ბინაზე მოვლა

- თავი აარიდეთ სიმძიმეების აწევას
- მიიღეთ შხაპი (და არა აბაზანა)
- ატარეთ განიერი სამოსი
- აკონტროლეთ დრენაჟის შიგთავსის რაოდენობა, ფერი და სუნი
- დრენაჟის შიგთავსის ნებისმიერი ცვლილების, მუცლის ტკივილის, გულისრევის, პირღებინების და ინფექციის ნიშნების შესახებ აცნობეთ ექიმს

საკვები, რომელსაც უნდა მოერიდოთ

- მაღალი ქოლესტერინის/ცხიმის შემცველი რძის პროდუქტები
- მოუხდელი რძე, ნაყინი, კარაქი, ნაღები, ყველი
- გაზების წარმომქმნელი ბოსტნეული
- კომბოსტო, ხახვი, ყვავილოვანი კომბოსტო, მჟავე კომბოსტო, ბოლოკი, კიტრი, ლობიო
- სხვა საკვები
- შემწვარი, ცხიმიანი საკვები



- საკონდიტრო ნაწარმი
- თხილი, კაკალი
- ცხარე სანელებლები
- შოკოლადი
- კვერცხის გული

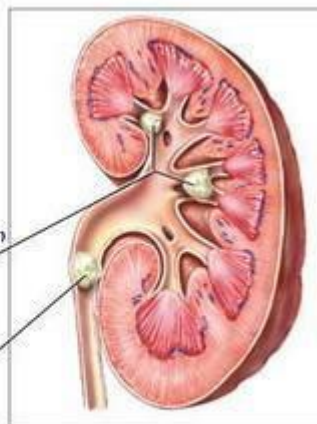
შარდკენჭოვანი დაავადება

შარდკენჭოვანი დაავადება თირკმელების ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული პათოლოგიაა.



თირკმლის კენჭები დიდ და მცირე ფიალებში

თირკმლის კენჭი შარდსაწვეთში



ის გვხვდება ყველა ასაკში, ბავშვობიდან ხანდაზმულობამდე. სადღეისოდ უროლითიაზით დაავადებულები იმ პაციენტთა თითქმის ნახევარს შეადგენენ, რომლებიც უროლოგიური დახმარებისთვის მიმართავენ ექიმს. კაცებში სამჯერ ხშირია, ვიდრე ქალებში

დადაპირებულია დიდი დათქმისის სამედიცინო ენციკლოპედიის ფარგლებში



მიზეზები

შარდკენჭოვანი დაავადების ძირითადი მიზეზი თანდაყოლილია - ეს არის ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა, რომელსაც უხსნადი მარილების წარმოქმნა მოსდევს. ხშირია ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც ადამიანს აქვს შარდკენჭოვანი დაავადებისადმი თანდაყოლილი განწყობა

კლინიკა

შარდკენჭოვანი დაავადების კლინიკური სურათი დამოკიდებულია კონკრემენტების ფორმაზე, ზომაზე, რაოდენობასა და ლოკალიზაციაზე. წამყვან სიმპტომებად მიიჩნევა ტკივილი და შარდში სისხლის მინარევის არსებობა.



- **ტკივილი** - იწყება წელის ან მუცლის არეში, შეიძლება იყოს მწვავე ან ყრუ, პერიოდული ან მუდმივი. შარდსაწვეთის ქვები იწვევს ტკივილის მწვავე შეტევებს (თირკმლის კოლიკა) საზარდულის მიდამოში, სასქესო ორგანოებსა და ბარძაყში ირადიაციით (გადაცემით). ბოქვენის მიდამოში ტკივილის მიზეზი შესაძლოა შარდის ბუშტში არსებული ქვები იყოს.
- **ჰემატურია** (სისხლი შარდში) დაავადებულთა უმეტესობას აღენიშნება. ძლიერდება სიარულის დროს.

კენჭი ზომით შეიძლება იყოს რამოდენიმე მილიმეტრი. მისი თვითნებურად გამოძევების დროს ვითარდება თირკმლის ჭვალი – კოლიკა. დამოუკიდებლად შეიძლება გამოვიდეს კენჭები 1 სანტიმეტრამდე, თუმცა მათი 60% ჩერდება შარდსაწვეთის და შარდის ბუშტის შერთვის ადგილზე (აქ არის განლაგებული შარდსაწვეთის ყველაზე ვიწრო ადგილი). 2 სანტიმეტრზე მეტი კენჭის დაძვრა თირკმლის მენჯიდან პრაქტიკულად შეუძლებელია.

საექთნო მიდგომა

- ტკივილის მართვის სწავლება
- კენჭის გამოსვლას საშარდე ტრაქტიდან შეიძლება დასჭირდეს 7_10 დღე
- მიეცით პაციენტს საცერი, რომ მოიტანოს კენჭი ანალიზისთვის
- ინფექციის ნიშნების შემთხვევაში პაციენტი უნდა დაბრუნდეს სტაციონარში
- მოითხოვეთ უროლოგის კონსულტაცია

კითხვები გამეორებისათვის

1. რას ნიშნავს პაციენტის პერიოპერაციული მოვლა?

2. ჩამოთვალეთ ანესთეზიის სახეები

3. რა ეტაპებს მოიცავს პაციენტის პრეოპერაციული მოვლა?

4. რა ეტაპებს მოიცავს პაციენტის პოსტოპერაციული მოვლა?

5. როგორ დაეხმარებით პაციენტს სიარულში და გადაადგილებაში ოპერაციის შემდგომ?

6. ყველაზე ხშირი გართულებები პოსტოპერაციულ პერიოდში ეს არის?

7. ოპერაციის შემდგომ როდის უზომავენ პაციენტს სასიცოცხლო ნიშნებს?

8. რას ნიშნავს გეგმიური ქირურგია? ჩამოთვალეთ მაგალითი

9. რას ნიშნავს რეგიონალური ანესთეზია?

10. ოპერაციის შემდგომ პერიოდში რა დატვირთვა აქვს ანტიემბოლიურ წინდებს?

11. აღწერეთ კუჭ ნაწლავის ტრაქტის წყლულოვანი დაავადება

12. აღწერეთ კლინიკა კუჭნაწლავის ტრაქტის წყლულოვი დაავადების დროს

13. ჩამოთვალეთ ექთნის ინტერვენციები თორმეტგოჯას წყლულოვანი დაავადების დროს

14. რა არის ნაჭველკენჭოვანი დაავადება

15. რა სიმპტომები გამოიხატება ნაღველკენჭოვანი დაავადების დროს

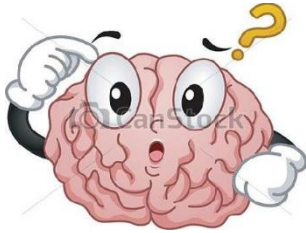
16. რა არის საექთნო შეფასება ნაღველკენჭოვან დაავადების დროს

17. რას მოიცავს პაციენტის განათლება ნაღველკენჭოვანი დაავადების პოსტოპერაციულ პერიოდში

18. რა არის თირკმელკენჭოვანი დაავადება

19. რა სიმპტომები გამოიხატება თირკმელკენჭოვანი დაავადების დროს

20. ჩამოთვალეთ საექთნო მიდგომები თირკმელკენჭოვანი დაავადებებს დროს



კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტის საექთნო მართვა

რენიმატოლოგიის პრინციპები, ავადმყოფის მოვლა კრიტიკული მდგომარეობისას

რენიმატოლოგია არის მეცნიერება, რომელიც შეისწავლის ორგანიზმის უეცარი კვდომის დროს სასიცოცხლო ფუნქციების გაქრობისა და აღდგენის მიმდინარე პროცესებს იმ პერიოდში, როცა კვდება სიცოცხლისუნარიანი ორგანიზმი. ამ დროს სასიცოცხლო სისტემებს ჯერ კიდევ შეუძლიათ შეასრულონ თავისი ფუნქციები. თუ დროულად ვუმკურნალებთ კვდომის პროცესები შეიძლება გახდეს შექცევადი. ტერმინი „რენიმაცია“ ლათინური სიტყვაა და ნიშნავს re-კვლავ, animare -გავაცოცხლებ. კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტის მოვლა გულისხმობს მედიცინის ყველა სფეროს ცოდნას: საჭიროა ყველა სახის პათოლოგიური მდგომარეობის შეფასება, საანესთეზიო ნივთიერებათა ფარმაკოლოგიის ცოდნა, სისხლის მიმოქცევის, სუნთქვის მარეგულირებელი საშუალებების ფარმაკოდინამიკის ცოდნა, დახმარება ტერმინალური მდგომარეობის დროს.

გულის ფუნქციის მწვავე მოშლა. ავადმყოფის მოვლა

გულის გაჩერება კლინიკური სინდრომია, რომლის დროს გულის შეკუმშვები, ანუ სისხლის მიმოქცევა წყდება. არსებობს გულის გაჩერების 2 სახე: ასისტოლია და პარკუჭთა ფიბრილაცია. ასისტოლია გულის მუშაობის სრული შეწყვეტაა. იგი შეიძლება განვითარდეს უეცრად, მიოკარდიუმის ტონუსის შენარჩუნების ფონზე. ფიბრილაცია გულის შეკუმშვების აქტის მოშლაა, მიოკარდიუმის ტონუსის შენარჩუნებით.

გულის გაჩერების მკურნალობა უნდა წარიმართოს ორი მიმართულებით: ჟანგბადით გამდიდრებული სისხლის ცირკულაციის აღდგენით და საკმარისი დამოუკიდებელი სისხლის მიმოქცევის აღდგენით. პირველი ეტაპი უნდა ჩატარდეს სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტიდან არაუგვიანეს 3–4 წუთის ფარგლებში. მეორე ეტაპისთვის დროის ფაქტორი არ არის ასეთი მნიშვნელოვანი.

ჟანგბადით გამდიდრებული სისხლის ცირკულაციის აღდგენა საჭიროებს გულის ეფექტური მასაჟისა და ფილტვის სრულყოფილი ხელოვნური ვენტილაციის ჩატარებას. შემდგომ ეტაპზე გულის მუშაობის აღდგენისთვის გამოყენებულია გულის უშუალო მასაჟი. მის ეფექტურობაზე მიუთითებს პულსის გამოჩენა მასაჟის დაწყებიდან არაუგვიანეს ერთი წუთისა, ავადმყოფის ფერის გაუმჯობესება და გუგების შევიწროება არაუგვიანეს ორი წუთისა. თუ მასაჟის დაწყებიდან ორ წუთში არ გაუმჯობესდება მდგომარეობა, უნდა მოხდეს ქვედა კიდურების აწევა, თუ შესაძლოა გაკეთდეს მარცხენა პარკუჭის პუნქცია და შევიყვანოთ გლუკოზა ნორადრენალინთან ერთად. გლუკოზა ინსულინთან ერთად. რენიმაციის სრულყოფილად ჩატარებისთვის აუცილებელია ფილტვების სრულყოფილი ვენტილაცია, საჭიროებისას ტრაქეოსტომიის გამოყენებით. ტვინის შეშუპების პროფილაქტიკისთვის გამოიყენება ალუმინი, პლაზმა, საქაროზის ხსნარი,

შეშუპებისას – შარდოვანა. გულის სტიმულაციის მიზნით გამოიყენება კარდიოსტიმულატორები. როდესაც გულის მუშაობა არულყოფილად აღდგება, უნდა გავაკონტროლოთ სისხლის წნევა. გულმკერდის ღრუ უნდა დაიხუროს გულის მუშაობის აღდგენიდან 30 წუთის შემდეგ. თუ სუნთქვა არ არის სრულყოფილი, უნდა ვაწარმოოთ ხელოვნური სუნთქვა.

მიოკარდიუმის ინფარქტი

გულის კუნთში სისხლის მიმოქცევის დარღვევის შემდეგ ვითარდება კორონალური უკმარისობა. მიოკარდიუმის ინფარქტის კლინიკა შიძლება დავეოთ ოთხ პერიოდად: 1. ინფარქტისწინა პერიოდი. 2. მწვავე პერიოდი, როდესაც ხდება მიოკარდიუმის განსაზღვრული უბნის ნეკროზი. 3. ქვემწვავე პერიოდი – ინფარქტის შეხორცება, დანაწიბურება. 4. ინფარქტის შემდგომი პერიოდი, როდესაც მიოკარდიუმის ფუნქცია აღდგება. მწვავე ინფარქტის დროს ინტენსიური თერაპია მიმართული უნდა იყოს ტკივილის, მარცხენა პარკუჭოვანი მწვავე უკმარისობის, კარდიოგენული შოკის, თრომბოემბოლიის საწინააღმდეგოდ. დიდი მნიშვნელობა აქვს, რამდენად სწრაფად გაქრება ტკივილი. ამისთვის გამოიყენება მორფიუმი, პანტაპონი. ნარკოტიკულ საშუალებებს ახლავს გვერდითი მოვლენები: ღებინება, ატონია და სხვა. ამიტომ ცვლიან ტკივილგამაყუჩებელი სინთეზური პრეპარატებით. ასევე იყენებენ გვერდითი მოვლენების შესაჩერებლად ანტიჰისტამინურ პრეპარატებს. ტკივილის საწინააღმდეგოდ გამოიყენება აზოტის ქვეჟანგის და ჟანგბადის ნარევის გამოყენება, ნეიროლეპტანალგეზია, სედატიური საშუალებები. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს გართულებების თავიდან ასაცილებლად უნდა მოხდეს ელექტროლიტების ნორმალიზაცია, მჟავე-ტუტოვანი წონასწორობის მოწესრიგება. გულის შეკუმშვის მექანიზმებში ელექტროლიტებს შორის (პლაზმის) უშუალო როლს ასრულებს კალიუმი. თუ ჰიპერკალიემიაა, ეს განსაკუთრებით საშიშია. ამისთვის გამოიყენება გლუკოზა-ინსულინის ხსნარი. ჰიპოკალიემიისას – კალიუმქლორიდი.

მარცხენა პარკუჭის უკმარისობის დროს განვითარებული ფილტვების შეშუპების დროს საჭიროა ავადმყოფი მოვათავსოთ ნახევრადმჯდომარე მდგომარეობაში და ვასუნთქოთ ჟანგბადი ნიღბით. გამოიყენება დროპერიდოლი. მკურნალობის კომპლექსში შედის კორტიკოსტეროიდები, დიურეზული პრეპარატები, კალიუმის პრეპარატები, შარდოვანა.



საკონტროლო კითხვები:

1. რას შეისწავლის რენიმატოლოგია?
2. რომელი სახეებია გულის გაჩერების?
2. რითი მკურნალობენ მიოკარდიუმის ინფარქტს?

სუნთქვის მწვავე უკმარისობა

ეს არის მდგომარეობა, როდესაც დარღვეულია ჟანგბადით ქსოვილების მომარაგებისა და ნახშირორჟანგის გამოყოფის პროცესი. გარეგანი სუნთქვის მოშლის შედეგად ირღვევა ფილტვებში აირთა ცვლა. ამის შედეგად ვითარდება ჰიპოქსია. არჩევენ ჰიპოქსიის 3 სტადიას: 1 სტადია – ზომიერ ჰიპოქსია – ამ დროს ავადმყოფს აღენიშნება მოუსვენრობა, აგზნებადობა, მსუბუქი ციანოზი და სუნთქვის გაღრმავება. მაჯისცემა აჩქარებულია, არტ. წნევა ზომიერად მომატებული. 2 სტადია – ღრმა ჰიპოქსია – ავადმყოფი ძლიერ აგზნებულია, სუნთქვაში მონაწილეობს დამატებითი კუნთები, მაჯისცემა აჩქარებულია, არტ. წნევა მომატებული. ხშირია კრუნჩხვები და კომა. 3 სტადია – ჰიპოქსემიური კვდომა – ავადმყოფთან კონტაქტი

საათის განმავლობაში სისხლის ჟანგბადით გაჯერება 90%-ია, ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია შეიძლება შევწყვიტოთ. ფილტვების გახანგრძლივებული ვენტილაციის ჩატარებისას უნდა ვერიდოთ ჟანგბადის ხანგრძლივ გამოყენებას მაღალი კონცენტრაციით, რადგან 100% ჟანგბადის ხანგრძლივად გამოყენებამ (60–

72სთ) შეიზლება გამოიწვიოს ფილტვებში ე.წ. ჰიალინური მემბრანების წარმოქმნა. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის ჩვენებებია: 1. სპონტანური სუნთქვის არსებობა. 2. სუნთქვის პათოლოგიური რიტმი. 3. ტაქიპნოე – წუთში 40–ზე მეტი. 4. ჰიპოქსიის კლინიკური ნიშნები.

ღვიძლის მწვავე უკმარისობა

შოკის და ტერმინალური მდგომარეობის დროს ღვიძლში ვითარდება მისი ფუნქციის მოშლა. იკლებს ნაღველის გამოყოფა, მასში ქოლესტერინის რაოდენობა. ირღვევა ნახშირწყლების ცვლა. როდესაც ღვიძლის ფუნქცია მოშლილია, ამას მოყვება ღვიძლის უჯრედების დათრგუნვა. ღვიძლის ფუნქციის უკმარისობა ორგანიზმისთვის არის ძალიან საშიში, რადგან ღვიძლი ასრულებს წამყვან, სასიცოცხლო როლს ბიოლოგიური ჰომეოსტაზის რეგულაციაში. ღვიძლის ფუნქციის მოშლა იწვევს ჰემოდინამიკის მოშლას, ორგანიზმის დეჰინტოქსიკაციისთვის დაკარგვას. პროტეინურიის დროს ალუმინის შემცველობის დაკლება ღვიძლის შეუძლებელია, რეფლექსები არ ვლინდება. ციანოზი მკვეთრად გამოხატულია, სუნთქვის რიტმი დარღვეული, არტ. წნევა ეცემა, გულის მუშაობა ირღვევა და ვითარდება კლინიკური სიკვდილი.

მკურნალობის მიზანია ორგანიზმში ნორმალური აირთა ცვლის აღდგენა. ამისთვის მიმართავენ ინტუბაციას და ტრაქეოსტომიას. ჰიპოქსიას ამცირებს ოქსიგენოთერაპიაც, რომელმაც ბრონხებში ნახველის დაგროვების გამო შეიძლება გამოიწვიოს გართულებებიც. ჟანგბადის მაღალი კონცენტრაციით მიწოდება ნაჩვენებია სისხლის მიმოქცევის უეცარი შეჩერებისას, ხოლო დანარჩენ შემთხვევაში გამოყენებულია აირთა ნარევი, სადაც ჟანგბადი არის 50%. ჟანგბადის მიწოდების ხერხებიდან ყველაზე გავრცელებულია 1. ცხვირის ნესტოებში რბილიპლასტმასის კათეტერების ჩადგმა რბილ სასამდე. თუ ჟანგბადის დოზიმეტრს წუთში 3–4 ლიტრამდე დავაყენებთ, შევქმნით ჟანგბადის 30%–60%–მდე კონცენტრაციას. 2. სანარკოზე აპარატის ნიღბით შეიძლება მივაღწიოთ 100%–იანი ჟანგბადის მიწოდებას, თუ ნიღბი მჭიდროდაა. დიდი მნიშვნელობა აქვს ფილტვების ხელოვნურ ვენტილაციას. „პირით პირში“ ჩაბერვა ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის უმარტივესი მეთოდია. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია ყოველთვის უნდა ჩავატაროთ შემთბარი და ნოტიო ჟანგბადის შერევით ატმოსფერულ ჰაერთან. ეს მეთოდი კარგია ფილტვების შეშუპების დროს. ამ დროს ავადმყოფებს ესაჭიროებათ განსაკუთრებული ყურადღება და მოვლა. უნდა გვახსოვდეს, რომ ასეთი ავადმყოფი უძლურია, ნებისმიერ დროს მოსალოდნელია მძიმე გართულება, ამიტომ დაუშვებელია მისი უყურადღებოდ დატოვება. ამ დროს გამოიყენება სტერილური პლასტიკური კათეტერები, რომლებითაც ყოველ საათში ვახდენთ ნახველის ასპირაციას, გულმკერდის მასაჟს. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ნაზოგასტრული ზონდით ენტერალურ და პარენტერალურ კვებას, დიურეზის კონტროლს, საშარდე გზების პროფილაქტიკას და ჰიგიენას, ნაწოლების პროფილაქტიკას. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის დროს, ხშირად ვითარდება ტრაქეობრონქიტი, ამისთვის ინიშნება ანტიბიოტიკები. როდესაც სუნთქვის უკმარისობა უკვე აღარ აღინიშნება, კერძოდ: თუ სუნთქვის სიხშირე არ აღემატება წუთში 30–ს, ციანოზი არ არის, ერთი ფუნქციის უკმარისობის დამახასიათებელი ნიშანია. ალბუმინის დონის დაქვეითება 3%–ზე მეტად ღვიძლის

მძიმე უკმარისობაზე მიუთითებს. მკურნალობა – დასაწყის სტადიაში საჭიროა არტერიული წნევის აწევა. ამ მიზნით არტერიაში შეჰყავთ სისხლი, წვეთოვნად ჰორმონები. ნივთიერებათა ცვლის დარღვევისას გამოიყენება ნატრიუმის ბიკარბონატი, ღვიძლის ენერგეტიკული რესურსების შევსებისთვის – გლუკოზა ინსულინით. როდესაც თირკმელის უკმარისობა საჭიროებს ღვიძლის უკმარისობას გამოიყენება დიურეზული პრეპარატები. თუ შედეგი არ გვაქვს საჭიროა ჰერმოდიალიზის ჩატარება, რის შემდეგაც სისხლში შარდოვანას კონცენტრაცია, ნარჩენი აზოტის და კალიუმის იონში მცირდება. ღვიძლის უკმარისობის დიაგნოზის დადგენა ადრეულ ეტაპზე ძალიან რთულია, რადგან კლინიკური ნიშნები არ არის გამოხატული. ამ მხრივ ყველაზე უტყუარი ნიშანია სისხლში პროთრომბინის დაქვეითება და ღვიძლის გამოყოფითი ფუნქციის დათრგუნვა. ღვიძლის უკმარისობისას ვითარდება ჰიპერამონემია (ამიაკის მომატება). ამისთვის საჭიროა ნაწლავებში ამიაკის შეზღუდვა. აუცილებელია გავათავისუფლოთ კუჭ–ნაწლავის ტრაქტი მასში ჩაღვრილი სისხლისგან და გამოვიყენოთ ანტიბიოტიკების დიდი დოზები, რათა დაითრგუნოს ნაწლავებში პროტეოლოზიური მიკრო ორგანიზმების აქტივობა. ჰიპერამონემიის სამკურნალოდ გამოიყენება გლუტანიმიჟავა, რომელიც გარდაიქმნება გლუტამინად და ახდენს ამიაკის ფიქსაციას. გამოიყენება პერორალურად და ინტრავენურად. ასევე გამოიყენება ჰორმონოთერაპია 2 კვირის განმავლობაში, პირველ ორ დღეს ვენაში წვეთოვნად, შემდეგ კუნთებში დოზის თანდათან შემცირებით. ასევე ინიშნება ანტიჰისტამინური პრეპარატები, B ჯგუფის ვიტამინები, სისხლის შედედების დარღვევისას – ახალი სისხლის გადასხმა. ეფექტურია ღვიძლის უკმარისობისას, დეზინტოქსიკაციის მიზნით სისხლის შეცვლის ოპერაცია. ამ დროს უპირატესობას ანიჭებენ ჰეპარინიზებულ სისხლს. მის შეყვანას თან არ სდევს ჰიპერკალიემია, ჰიპოკალციემია, ჰიპომაგნიემია და ინტოქსიკაცია.



საკონტროლო კითხვები:

1. როგორია ჰიპოქსემიური კომის კლინიკა?
2. როგორ ტარდება ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია?
3. როგორია ღვიძლის უკმარისობის მკურნალობა?

თირკმელის მწვავე უკმარისობა. ჰემოდიალიზი

თირკმელების მწვავე არა ანთებითი უკმარისობა ვითარდება ნეფროტოქსიკური მომწამლავი ნივთიერების ან თირკმელების მწვავე იშემიის გამო. მისი მიზეზებია სხვადასხვა შოკი, შეუთავსებელი სისხლის გადასხმა, სამშობიარო გართულებები, მოწამვლები, ხანგრძლივი კოლაფსი და სხვა.

თირკმელების მეორადი მწვავე უკმარისობის მიზეზებია: ორგანიზმში აზოტის ცვლის საბოლოო პროდუქტების გამოყოფის შეკავება, მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის რეგულაციის მოშლა, წყალ-მარილოვანი ბალანსის დარღვევა და სხვა. თირკმელების მწვავე უკმარისობის პირველადი კლინიკური სიმპტომია დიურეზის შემცირება, ოლიგურია, ან სრული შეწყვეტა – ანურია. ოლიგურიის დროს სისხლში იზრდება შარდოვანას კონცენტრაცია. როდესაც შარდოვანას მატება არ აღემატება 20მგ%-ს მდგომარეობა არ არის ძალიან მძიმე. როდესაც 60მგ%-ია და ზევით მძიმეა. ოლიგურიას ახლავს აზოტემიის განვითარება, რის შედეგადაც შრატში მატულობს კალიუმი. კალიუმის მატება იწვევს ქსოვილების ნეკროზს, ჰემოლიზს, საჭმლის მომარაგებელი სისტემიდან სისხლდენას. ასეთ დროს ავადმყოფებს კლინიკურად აღენიშნებათ პირის ღრუს, ტერფების და ხელისგულების არეში „ჭიანჭველების ცოცვის“ შეგრძნება, ხოლო როდესაც კალიუმი ძალიან მომატებულია, ვითარდება კუნთების დამბლა. ოლიგურიის ფაზაში აზოტემიას ახლავს შრატში კალციუმის შემცირება. ოლიგურიის ფაზა გადადის პოლიურიის ფაზაში. ამ ფაზაში იკარგება დიდი რაოდენობით კალიუმი და ვითარდება ჰიპოკალიემია. თუ არტერიული წნევა 60მმ-ზე დაბლა დაიწევს თირკმელის გამოყოფის ფუნქცია მცირდება ან საერთოდ წყდება. არჩევნ თირკმელის მწვავე უკმარისობის 3 სახეს: პრერენულს, რენულს და პოსტრენულს. პრერენული ფორმის დროს თირკმელებში ცვლილებები არ არის გამოხატული და თირკმელის ნორმალური ფუნქციები აღდგება პირველადი მიზეზის მოსპობისთანავე. პრერენული უკმარისობა ვითარდება თირკმელების სისხლით მომარაგების დაქვეითებისას, შოკის დროს, გულის მიოკარდიუმის დაზიანებისას. რენული უკმარისობა ვითარდება თირკმელის სტრუქტურის დაზიანების შედეგად. მისი მიზეზებია: მწვავე გლომერულონეფრიტი, ტოქსიკური ნივთიერებებით მოწამვლა, ჰემოლიზი, სისხლის მიმოქცევის დარღვევა. ამ ფორმის დროს ხდება თირკმელის მილაკების ნეკროზი, რასაც თან სდევს ოლიგურია. იმატებს აზოტი, ირღვევა თირკმელის ფუნქცია, მატულობს დიურეზი და ასეთი მდგომარეობა ცნობილია, როგორც პოლიურიული უკმარისობა. პოსტრენული უკმარისობა გამოიხატება შარდის გამოყოფის ბლოკირებით. ეს ფორმა იშვიათად ვითარდება. ამ შემთხვევაში ვითარდება ანურია. ის მიმდინარეობს შარდსაწვეთების გაუვალობით. დიაგნოზის დასადგენად თუ ანამნეზი და რენტგენოგრამა არ არის საკმარისი, საჭიროა თირკმელების შარდსაწვეთის კათეტერიზაცია.

თირკმელის მწვავე უკმარისობის მკურნალობა დასაწყისში მიმართული უნდა იყოს გამომწვევი მიზეზის მოსპობისკენ. უნდა იყოს გამომწვევი მიზეზის მოსპობისკენ. უნდა დავადგინოთ რით არის გამოწვეული ოლიგურია. თუ ჰიპოტენზია ხანგრძლივია ოლიგურია ან ანურია მძიმედ მიმდინარეობს. თუ მაგალითად თირკმელის სისხლის მიმოქცევა დაკავშირებულია სისხლის დაკარგვასთან, საჭიროა დაკარგული სისხლის და სითხის შევსება. ანურიის დროს შესაყვანი სითხის დღეღამური რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 500–600მლ–ს, ანუ იმ რაოდენობას, რომელიც გამოიყოფა ორგანიზმიდან. სითხეების შეყვანა არ შეიძლება, თუ გვაქვს გულის უკმარისობა. პირველ დღეებში გამოიყენება შარდმდენი საშუალებები, რომლებიც იწვევენ წყლის, ნატრიუმის ქლორიდის და კალიუმის გამოყოფის გაძლიერებას, აუმჯობესებენ თირკმელის სისხლით მომარაგებას, აძლიერებენ სისხლის მიწოდებას თირკმლების ქერქოვან შრეში. ძირითადად გამოიყენება ფუროსემიდი. მთავარია სწორად შეირჩეს დიურეტიკი, მოხდეს ზომიერი დოზირება. ასევე მნიშვნელოვანია ელექტროლიტური ბალანსის მოწესრიგება, კერძოდ ჰიპერკალიემიის შეჩერება. ამისთვის გამოიყენება კალციუმი და გლუკოზა ინსულინთან ერთად. სისხლში კალიუმის დაწვევა, ავადმყოფის კლინიკური მდგომარეობის, სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესება, გულის ბლოკადის შეჩერება შეიძლება მხოლოდ ჰემოდიალიზის საშუალებით. ჰემოდიალიზის იყენებენ უმეტესად თირკმლის მწვავე უკმარისობის მეორე სტადიაში, დაახლოებით ანურიის განვითარების მე–5–7 დღეს, ურემიის განვითარებისას. ამ დროისთვის აღინიშნება შარდოვანას მომატება 250მგ%-მდე, ჰიპერკალიემია, აზოტემია მატულობს. მკურნალობის ფონზე საჭიროა დიეტის დაცვა – უმარილო საკვები ცილების შეზღუდვით. დღე–ღამეში 20–30გრ. ცილა, 50–60გრ. ცხიმი, 250–300 გრამი ნახშირწყალი. ეს შეადგენს 1200–1500 კალორიას. ოლიგოანურიის პერიოდში დიეტიდან უნდა ამოვიღოთ ხილი, განსაკუთრებით ციტრუსები, ასევე ბოსტნეული, რადგან ისინი შეიცავს დიდი რაოდენობით კალიუმს და ნატრიუმს. თუ საკვების მიღება პერორალურად ვერ ხერხდება, ავადმყოფი უნდა ვკვებოთ პარენტერალურად. ჰიპერგლიკემიისგან თავის დასაზღვევად აუცილებელია ინსულინის შეყვანა გლუკოზასთან ერთად. ინიშნება ვიტამინები C , B ჯგუფის. იმის მიხედვით, თუ თირკმელის მწვავე უკმარისობა რამ გამოიწვია, ასევე როგორი გართულებებით მიმდინარეობს, ხდება ჰორმონების გამოყენებაც.

წყლისა და ელექტროლიტების ცვლის მოშლა

ზოგიერთი დაავადების დროს ირღვევა წყლისა და ელექტროლიტების ცვლა, რაც თავის მხრივ აუარესებს ავადმყოფის მდგომარეობას, იწვევს ცვლილებებს ჰომეოსტაზში. კრიტიკული მდგომარეობისას აღინიშნება წყლისა და მარილების დეფიციტი, უპირატესად წყლის დიდი დანაკარგის ხარჯზე. არჩევენ წყლის ცვლის მოშლის ორ სახეს: დეჰიდრატაციას და ჰიპერჰიდრატაციას. უჯრედგარეთა დეჰიდრატაცია ვითარდება ორგანიზმის მიერ წყლისა და მარილების, ძირითადად ნატრიუმის დაკარგვის შედეგად – კუჭ–ნაწლავის გზით, თირკმელებით, კანით. დეჰიდრატაცია შეიძლება გამოიწვიოს მარილების ხანგრძლივმა შეზღუდვამაც. კლინიკურად აღინიშნება მადის დაკარგვა, წყურვილის შეგრძნება, სისუსტე, კანისა და ლორწოვანი გარსების სიმშრალე, კანის სიფერმკრთალე, თვალების ცივი გამომეტყველება, არტ. წნევის დაქვეითება, სუსტი და ხშირი მაჯისცემა; ჰემოგლობინის და ცილის რაოდენობა მომატებულია. გამონაკლისია მასიური სისხლდენა, როდესაც ჰემოგლობინის და ცილის დაბალი მაჩვენებლებია. მკურნალობა გულისხმობს სითხეების, ელექტროლიტების, ცილოვანი პრეპარატების, ვიტამინებისა და ჰორმონების გამოყენებას. უჯრედშიგა დეჰიდრატაცია ვითარდება თვითონ ორგანიზმის წყლით შემცირების პირობებში, იშვიათად მარილების ჭარბად შეყვანის დროს. მატულობს ნატრიუმის რაოდენობა, უჯრედები კარგავენ წყალს. მისი მიზეზი შეიძლება იყოს ოფლის გაძლიერებული გამოყოფა, დიაბეტური პოლიურია, მძიმე დამწვრობა და სხვა. მარილების სიჭარბე შეიძლება განვითარდეს ნატრიუმის, ჰიპერტონული ხსნარების დიდი რაოდენობით შეყვანის შედეგადაც. კლინიკურად აღინიშნება მშრალი ენა, კანის სიფერმკრთალე, წონის დაკლება, ასთენია, გაძლიერებული წყურვილი. მძიმე ფორმის დროს – სუნთქვის მოშლა და კომა. ლაბორატორიულად გვაქვს აზოტემია, ჰიპერნატრიემია, შარდში ცილა და ერთროციტები. სამკურნალოდ გამოიყენება სითხეების მიწოდება, გლუკოზის ხსნარის შეყვანა კანში.

ჰიპერჰიდრატაციის უჯრედგარეთაა ფორმას ახასიათებს წყლისა და მარილების რაოდენობის ზრდა უჯრედგარეთა სივრცეში. იგი ვითარდება თირკმელის გამომყოფი ფუნქციის დაზიანების, იზოტონური ხსნარების დიდი რაოდენობით შეყვანის შედეგად. ამ ფორმის ძირითადი ნიშანია ზოგადი ან ადგილობრივი შეშუპება, ოლიგურია. მკურნალობა გულისხმობს ორგანოების განტვირთვას წყლისგან, სითხეების და მარილების შეზღუდვა. კაპილარების კედლის დაზიანებისას ავადმყოფს უნიშნავენ ანტიჰისტამინურ პრეპარატებს, C ვიტამინის, ცილოვან და შარდმდენ პრეპარატებს. თუ შედეგი არ არის ატარებენ ჰემოდიალიზს. უჯრედშიგა ჰიპერჰიდრატაცია თან სდევს უჯრეთგარეს. მისი პირველადი ფორმებში ვლინდება ნივთიერებათა ცვლის დარღვევის ადრეულ ეტაპზე – კუჭ–ნაწლავის გზით მარილების დაკარგვას და ცნს–ის ზოგიერთი დაავადების დროს. კლინიკურად ახასიათებს: აღინიშნება, თავის, სახსრების და კუნთების ტკივილი, ასთენია, ზოგჯერ კრუნჩხვები. სისხლში ჰიპერკალიემია, ჰიპერნატრიემია.

სამკურნალოდ გამოიყენება დეჰიდრატაციული საშუალებები – მანიტოლი, ლაზიქსი, ასევე გლუკოზის ხსნარი ინსულინთან ერთად.

ორგანიზმში წყლის რაოდენობის ცვლილებები დაკავშირებულია ელექტროლიტების ცვლასთან. ნატრიუმის ძირითადი ფუნქციაა პლაზმის ოსმოსური წნევისა და ორგანიზმში მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის შენარჩუნება, რომელსაც ახორციელებს ქლორთან და ნახშირმჟავასთან ერთად. ორგანიზმში ნატრიუმის დონის შენარჩუნება ძირითადად თირკმელებზეა დამოკიდებული. ნატრიუმის დეფიციტის დასაფარავად შეჰყავთ ქლორიანი ნატრიუმის იზოტონური ხსნარი. კალიუმი მონაწილეობს ნერვულ-კუნთოვანი აგზნების ფორმირებაში, ქსოვილების ენერგეტიკულ ცვლაში. კალიუმის დეფიციტის შევსება შესაძლებელია დიეტით და კალიუმის მარილების შეყვანით. კალიუმის სიჭარბისას მკურნალობა იწყება კალიუმის მარილების ტრანსფუზიის შეწყვეტით და საკვებში მისი შეზღუდვით. გამოიყენება გლუკოზა ინსულინთან ერთად, შარდმდენი საშუალებები.



საკონტროლო კითხვები:

1. როგორია თირკმლის მეორადი მწვ. უკმარისობის მიზეზები?
2. როდის გამოიყენება ჰემოდიალიზი?
3. როგორია ჰიპერჰიდრატაციის მკურნალობა?

ტრავმული შოკი

სიტყვა „შოკი“ ფრანგულ და ინგლისურ ენებში ნიშნავს დარტყმას, ბიძგს. ტრავმული შოკი ორგანიზმში ტრავმის ზემოქმედების საპასუხოდ განვითარებული პროცესია, რომლის დროსაც აღინიშნება პირველად ნერვული სისტემის მოშლილობა, მასთან ერთად სუნთქვის, სისხლის მიმოქცევის, ენდოკრინული ფუნქციების დარღვევა. ტრავმული შოკის განვითარება და სიმძიმე დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე: ტრავმულ აგენტზე, ორგანიზმის რეაქტიულობაზე, დაზიანების ზომაზე. შოკის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს დაზიანების ზონას. ტრავმის მიმართ სხვადასხვა ორგანოების და ქსოვილების მგრძობიანობა სხვადასხვანაირია. მაგ: ქვედა კიდურების ტრავმას ან მოგლეჯას უფრო ხშირად თან სდევს მძიმე შოკი, ვიდრე ზედა კიდურების მსგავს დაზიანებას. ტრავმულ შოკს ახასიათებს 2 ფაზა: ერექტიული და ტორპიდული. ერექტიული ფაზის შოკის დროს ტკივილის შედეგად ხდება თირკმელზედა ჯირკვლების მიერ ადრენალინის ჭარბი სეკრეცია, რასაც მოსდევს სისხლძარღვების შევიწროება, ღვიძლსა და კუნთებში გლიკოგენის გაძლიერებული დაშლა. ეს პროცესები არღვევს გულსისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციას. კლინიკურად გამოხატულია: აგზნებულობა, ყოველ შეხებაზე ყვირის, ხმა მოყრუებულია, გამომეტყველება შეწუხებული, ოფლიანობა მომატებული, სახე მკრთალი, კიდურები ცივი. ფრჩხილებზე ზეწოლისას აღინიშნება კაპილარების სისხლით ავსების შენელება. გუგები გაფართოებულია, პულსი შენელებული, არტ. წნევა ნორმალური, სუნთქვა გახშირებული. ერექტიული ფაზა რამდენიმე წუთში გადადის ტორპიდულში, რომელსაც ახასიათებს: უხალისობა, დეპრესია, გაღიზიანებაზე რეაქცია სუსტია, სახე ნაცრისფერია, კიდურები ცივი, პულსი ძაფისებური. არტ. წნევა და დიურეზი დაქვეითებული. სიმძიმის მიხედვით შოკს ყოფენ 4 ხარისხად: I, II, III, IV. I ხარისხის შოკის ნიშნებია: ნათელი გონება, პულსი – 90–100, არტ. წნევა 150/90. კანი მკრთალი, რეფლექსები დაქვეითებული, სისხლში ლეიკოციტოზი, შარდში ცილის ნიშნები. II შოკის ნიშნებია: აზროვნება შენარჩუნებულია, ზოგადი მდგომარეობა მძიმე, პულსი – 120, არტ. წნევა 80/50. კანი მკრთალი, ცივი, პაციენტი ლაპარაკობს ნელა, დაბალი ხმით. სუნთქვა ზერეღე, კუნთთა ტონუსი დაქვეითებული, ლეიკოციტოზი, ოლიგურია. III ხარისხის შოკი: უკიდურესად მძიმე მდგომარეობა, კანი მიწისფერი, არტ. წნევა 60/50, პულსი 130–140. სუნთქვა აჩქარებულია, რეფლექსები აღარ არის, აზროვნება დაბინდული, კიდურები ცივი, $t-35^{\circ}$. IV ხარისხის შოკი მიეკუთვნება მიეკუთვნება ტერმინალურ მდგომარეობას (პერაგონია). სუნთქვის და გულის მუშაობა დათრგუნულია, აზროვნება გამქრალი, t დაქვეითებული, არტ. წნევა აღარ ისინჯება, გუგები გაფართოებული, ანურია. მკურნალობა დამოკიდებულია შოკის ხარისხზე. საჭიროა: 1. ნერვული სისტემის ნორმალიზაცია; 2. სისხლის მიმოქცევის დარღვევის ლიკვიდაცია; 3. სუნთქვის დარღვევის აღდგენა; 4. ნივთიერებათა ცვლის ნორმალიზაცია; 5. ენდოკრინული დარღვევის აღდგენა. კომპლექსურ მკურნალობაში საჭიროა ინფუზური თერაპია, ტკივილის გაყუჩება, სუნთქვის და მეტაბოლიზმის აღდგენა. გამოიყენება ნოვოკაინის ბლოკადები, ჟანგბადის ინჰალაცია, ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია, წნევის

დასარეგულირებლად კოლოიდური პლაზმის შემცვლელი (პოლიგლუკინი), მარილოვანი ხსნარები (რინგერი), ანტიჰისტამინური პრეპარატები. შოკის ერექტიულ ფაზაში შეიძლება გამოვიყენოთ მორფიუმი. ტორპიდულ ფაზაში აღარ გამოიყენება, რადგან შეიძლება გამოიწვიოს სასუნთქი და სისხლძარღვთა მამოძრავებელი ცენტრების დათრგუნვა. გამოიყენება, (როდესაც შინაგანი სისხლდენა არ არის) პრომედოლი, მოკლე ანესთეტიკები (გომკი) ;

სასიცოცხლო ორგანოების მძიმე დაზიანებისას ავადმყოფი დაუყონებლივ უნდა შევიყვანოთ საოპერაციოში. როდესაც შეიძლება ქირურგიული ჩარევის ცოტა ხნით გადადება, უნდა გაკეთდეს ლაბორატორიული და რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. სისხლის მიმოქცევის აღსადგენად საჭიროა სისხლის და მისი შემცვლელის ინტრავენურად შეყვანა. ესენია: ალბუმინი, პლაზმა, პროტეინი, პოლიგლუკინი, ჰემოდეზი, ჟელატინის პრეპარატები. ტრავმული შოკის დროს ირღვევა ნივთიერებათა ცვლა, ამიტომ გამოიყენება ვიტამინები C, B₁. მკურნალობაში ერთვება ჰორმონებიც. გადასხმები არ უნდა შეწყდეს 5–7დღე. ოპერაციის შემდეგ სუნთქვის აღდგენისთანავე ავადმყოფის სპონტანურ სუნთქვაზე ერთბაშად გადაყვანა არ შეიძლება, ამას თან სდევს ჰიპოქსემიის განვითარება. ამიტომ ფილტვების ვენტილაცია უნდა გაგრძელდეს ოპერაციის შემდეგ 12–24 საათს.

სისხლის მწვავე დაკარგვა

ის შეიძლება გამოიწვიოს სისხლძარღვების დაზიანებამ, სისხლის დაავადებამ და სხვა. ამის შედეგად ვითარდება: ჰემოდინამიკის დარღვევა, არტ. წნევის დაქვეითება, პულსის გახშირება, ირღვევა გარეგანი სუნთქვა, ვითარდება ჰიპოქსია, ირღვევა თირკმლის ფუნქცია, სისხლის შედედება. გარეგანი სუნთქვის დარღვევისას ფილტვის კაპილარებში გროვდება ერთოროციტები, წვრილ ბრონქებში ვითარდება ვითარდება სისხლჩაქცევები, ქსოვილებში შეფერხებულია ლიმფის მოძრაობა. ირღვევა აირთა ცვლა, რომელიც დაკავშირებულია გულის შეკუმშვის მოცულობის შემცირებასთან. თირკმელების ფუნქციის დარღვევისას: სისხლის დაკარგვის და ჰიპოქსემიის გამო თირკმელების იშემიის შედეგად თირკვლებზედა ჯირკვლებიდან მატულობს ნორადრენალინის გამოყოფა, ხდება თირკმლის სისხლძარღვების სპაზმი. ეს აქვეითებს თირკმელების ფილტრაციას, რის შედეგადაც ვითარდება თირკმლის უკმარისობა, მცირდება დიურეზი. სისხლის შედედების დარღვევა: ტრავმით გამოწვეული სისხლის დაკარგვა შეიძლება გართულდეს ფიბრინოლიზური სისხლდენით. ამ დროს ეფექტურია ჰეპარინის შეყვანა, რომელიც აფერხებს ფიბრინოლიზს. სისხლის მწვავე დაკარგვისას ტარდება ტრანსფუზიული თერაპია სისხლის დეფიციტის შესავსებად. ამ დროს უნდა გავითვალისწინოთ სისხლის დაკარგვის ინტენსივობა, ჰემოდინამიკის სტადია და ხარისხი, სისხლდენის ხანგრძლივობა. გადაუდებელი დახმარებისას საჭიროა ქვედა კიდურების ზემოთ აწევა, რადგან მათი სისხლძარღვები შეიცავს სისხლის საერთო რაოდენობის 15%-20%-ს. მკურნალობის ერთ-ერთი ეფექტური მეთოდია სისხლის სწრაფი გაზრდა ინტრავენური შეყვანით. გამოიყენება რეოპოლიგლუკინი, ჟელატინოლი. თუ სისხლის დაკარგვა არის (16–25მლ/კგ), საჭიროა დონორის სისხლთან ერთად (2:1) პლაზმის შემცველი ხსნარების გადასხმა. მარილოვანი ხსნარების დოზა უნდა გაიზარდოს (ფიზიოლოგიური ხსნარი, რინგერი) 15მლ/კგ–მდე. თუ დიდია სისხლის დაკარგვა გადასასხმელი ხსნარების და სისხლის შეფარდება უნდა იყოს 1:2. სისხლის სწრაფად გადასხმა უნდა განხორციელდეს ორ ან მეტ ვენაში. მწვავე სისხლდენისას საჭიროა დიურეზის აღდგენა. ამისთვის უნდა შევავსოთ ნატრიუმით. უნდა შევიყვანოთ ნატრიუმის ბიკარბონატი. შეუჩერებელი ღებინებისას გამოიყენება ინტრავენურად გლუკოზა. ინიშნება ანტიბიოტიკები, ვიტამინები C, B ჯგუფი, ელექტროლიტური ცვლის აღსადგენად, კერძოდ ჰიპერკალიემიისას გამოიყენება კალციუმის და გლუკოზა–ინსულინის ნარევი. ფიბრინოგენის დეფიციტის დროს გამოიყენება ფიბრინოგენი, სასურველია ჰეპარინთან ერთად. რაც შეეხება დონორის სისხლს, უნდა იყოს ახალი. შენახვის ოპტიმალური დრო 5 დღე. ეფექტურია სისხლის პირდაპირი გადასხმა.

საკონტროლო კითხვები:



1. რომელი ფაზები ახასიათებს ტრავმულ შოკს?
2. როგორია ტრავმული შოკის მკურნალობა?
3. რა ვითარდება სისხლის მწვავე დაკარგვის შედეგად?

ქალა-ტვინის ტრავმა

ქალა-ტვინის ტრავმა იყოფა ორ ჯგუფად: ღია და დახურულ დაზიანებად. დახურული ტრავმისას არ ირღვევა ქალას ღრუს ჰერმეტიულობა. მას მიეკუთვნება: 1. ტვინის შერყევა. 2. ტვინის დაჟეჟილობა. 3. ტვინის კომპრესია. ტვინის შერყევა – ახასიათებს აზროვნების ხანმოკლე დაკარგვა, რომელიც გრძელდება რამდენიმე წამს ან წუთს. გონზე მოსვლის შემდეგ გვაქვს ამნეზია. ტრავმის პერიოდის დავიწყება ხანმოკლეა და მალე აღდგება. აღინიშნება ინტენსიური თავის ტკივილი, ყურებში ხმაური, თვალეში შავი წერტილები, პულსი შენელებულია. ტვინის დაჟეჟილობას ახასიათებს არა მარტო გონების დაკარგვა, არამედ კეროვანი სიმპტომებიც, რაც ტვინის ქსოვილის დარღვევაზე მიუთითებს. ახასიათებს თავის ტკივილი, გულისრევა, ღებინება, პულსის შენელება T-ის მოამტება, ლეიკოციტოზი. ზოგჯერ გონების დაკარგვა მეორდება ტრავმიდან 1-2 საათის შემდეგ. კეროვანი სიმპტომებია: დაშლა, პათოლოგიური რეფლექსები, უფრო ხშირია სახის ნერვის დამბლა. კერძოდ არის გამოხატული რეტროგრადული ამნეზია, ძლიერი დაჟეჟილობის დროს ანტეგრადული ამნეზიაც – ტრავმის შემდგომი ამბების დავიწყება. მძიმე დაზიანების დროს გამოხატულია ყლაპვის მოშლა. ამ დროს ავადმყოფი სითხეს დიდხანს აჩერებს პირში, იგი ეღვრება ცხვირისა და სასუნთქ გზებში. ტვინის კომპრესია – ვითარდება ქალას ძვლების მოტეხილობას, ტვინის ჰემატომის, სიმსივნის, ანევრიზმის ან აბსცესის ზეწოლისას. ქალა-ტვინის მძიმე ტრავმას ახასიათებს გონების დაკარგვა, სუნთქვის და გულის მუშაობის მოშლა. გონების დაკარგვა სიმძიმის მიხედვით არის მსუბუქი, საშუალო და ღრმა, როდესაც ავადმყოფს აქვს მიდრეკილება ძილიანობისკენ, კითხვებზე პასუხობს მოკლედ და გადადის ძილში. ძლიერი დამახებით შეიძლება გაახილოს თვალეები ან გამოავლინოს რეაქცია მოძრაობით. კომური მდგომარეობა სიმძიმის მიხედვით იყოფა 4 ხარისხად: I ხარისხის დროს (მსუბუქი ფორმა) ავადმყოფს აზროვნება დაკარგული აქვს, ირგვლივ მყოფებზე არ რეაგირებს, გუგები ვიწროა, მაგრამ ტკივილზე ფართოვდება, კუნთების ჰიპოტონიაა, ყლაპვა შენარჩუნებული. სუნთქვა და გულის მუშაობა უმნიშვნელოდაა დარღვეული. II ხარისხის კომის (გამოხატული) დროს დათრგუნულია რეფლექსები, ირღვევა ყლაპვა, გამოხატულია კიდურების კრუნჩხვა, ირღვევა სუნთქვა. III ხარისხის კომას (ღრმა კომა) ახასიათებს კუნთების სრული ატონია, ყველა სასიცოცხლო მოძრაობის (ყლაპვა, სუნთქვა) გაქრობა, ღრმავდება გულის უკმარისობა. IV ხარისხის კომის (ტერმინალური) დროს ორგანიზმის ყველა ფუნქცია დათრგუნულია, ავადმყოფს აცოცხლებენ ხელოვნურად აპარატურით. ქალა-ტვინის ტრავმის ხშირი და უმძიმესი გართულებაა ტვინის შეშუპება. მისი სიმპტომებია: კომის გაღრმავება, ბრადიკარდია, არტ. წნევის აწევა, სუნთქვის შენელება, თავის ტკივილი, გილისრევა, ღებინება, ირღვევა აზროვნება. მკურნალობა – ითვალისწინებს ფილტვების შეშუპების, შოკის, სუნთქვის და გულის მუშაობის სამკურნალო ღონისძიებებს. პირველ რიგში ფილტვის შეშუპების ლიკვიდაციის მთავარი ფაქტორია ჰიპოქსიის მოსპობა. გამოიყენება სპირტის ორთქლის ინჰალაცია,

ცხვირიდან კათეტერით ეთილის სპირტის ხსნარის შესუნთქვა ჟანგბადთან ერთად. ამის შედეგად ქაფი ილექება და სასუნთქი გზები ხდება გამავალი. კარგ შედეგს იძლევა ხელოვნური სუნთქვა ჟანგბადით. გამოიყენება შეარმდენები, დეჰიდრაციული მკურნალობა. ეფექტური საშუალებაა გლიცერინი პერორალურად ზონდით აღმაგელთან ან ხილის წვენთან ერთად, გამოიყენება ჰორმონებიც – ჰიდროკორტიზონი, პრედნიზოლონი. ეფექტურია დექსამეტაზონი, რომელიც პრედნიზოლონზე 7-ჯერ ეფექტურია. ის არ იწვევს წყლის და მარილის შეკავებას. ტვინის შეშუპების წინააღმდეგ გამოიყენება ჰიპოთერმია – ტვინის ფიზიკური გაცივება. სხეულის T უნდა დავიყვანოთ 30^o-მდე. ეს უნდა გაგრძელდეს 2-3 კვირა. ის იცავს ტვინს შეშუპებისგან. ახორციელებენ ასევე ნახშიროჟანგბადის დონის დაქვეითებას ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის გზით. გამოიყენება გლუკოზა ინსულინით, ალუმინი, პლაზმა, მაგნიუმის სულფატი,

ვიტამინები B₁, B₁₅, C.

ზურგის ტვინის ტრავმული დაზიანება

ყოფენ დახურულ და ღია დაზიანებად. დახურულს მიეკუთვნება ზურგის ტვინის შერყევა, როდესაც მის ნივთიერებაში ან გარსებში უხეში სტრუქტურული დარღვევები არ არის. კლინიკურად ახასიათებს სპინალური მოშლილობა, სისუსტე, კიდურების მოდუნება. ზურგის ტვინის დაჟეჟვის დროს გამოხატულია ზურგის ტვინის ნივთიერების და მისი გარსების სტრუქტურული ცვლილებები. იმის მიხედვით სად არის დაზიანება ლოკალიზებული და როგორი სიღრმისაა კლინიკურად გამოხატულია მოძრაობითი და მგრძნობელობითი მოშლილობა, მენჯის ორგანოების ფუნქციის მოშლა, კიდურების დამბლა, კუნთების ჰიპოტონია. სისხლჩაქცევები გვაქვს ზურგის ტვინის რუხი ნივთიერების არეში. ზურგის ტვინის ღია დაზიანების დროს კლინიკა დამოკიდებულია ტრავმით გამოწვეული დაზიანების დონეზე, სიღრმესა და კერის სიდიდეზე. გამოხატულია მოძრაობითი, მგრძნობელობითი და ვეგეტატიურ-ტროფიკული მოშლილობა. არც თუ ისე იშვიათად ზურგის ტვინის დაზიანებას თან სდევს ზოგადი და სპინალური შოკი. ზურგის ტვინის ყველაზე მძიმე გართულებაა ბულბური მოშლილობა, რომელსაც თან სდევს, სუნთქვის გულის მუშაობის, თერმორეგულაციის მოშლა. მკურნალობა – ხერხემლის და ზურგის ტვინის დაზიანებისას საჭიროა სწორი ტრანსპორტირება, რათა ავიცილოთ ზურგის ტვინის დამატებითი ტრავმა. ავადმყოფი საკაცეზე უნდა მოვათავსოთ მუცლით ან ზურგით. გადაყვანისას აუცილებელია მისი თავის ფიქსაცია. სპინალური შოკის დროს ტარდება შოკის საწინააღმდეგო მკურნალობა: საგულე და სისხლძარღვოვანი საშუალებებით კორდიამინით, მეზატონით, ქაფურით, გლუკოზით, პრედნიზოლონით, B₁, B₆ ვიტამინებით, კალციუმგლუკონატით, ლაზიქსით და სხვა. გარდა ამისა საჭიროა სისხლის გადასხმა, სუნთქვის დარღვევისას

– ოქსიგენოთერაპია, მართვითი სუნთქვა, შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია. ხერხემლის ძვლების მოტეხილობისას ტკივილის საწინააღმდეგოდ გამოიყენება ნოვოკაინის ბლოკადა. ზურგის ტვინში სისხლჩაქცევისას უნიშნავენ ჰემოსტაზურ პრეპარატებს: ვიკასოლს, სისხლის გადასხმას. ზურგის ტვინის ტრავმის მწვავე სტადიაში ქირურგიული ჩარევა ხშირად რეკომენდებული არ არის, რადგან დამატებითმა ოპერაციულმა ტრავმამ შეიძლება მდგომარეობა დაამძიმოს. დახურული ტრავმის და ხერხემლის ძვლების ჭრილობის დროს, რომელიც არ არის გართულებული ზურგის ტვინის მოვლენებით, მკურნალობა ქირურგიულია. ტვინის შიგნითა ჰემატომის დროს კეთდება სასწრაფო ოპერაცია. კიდურების დაჩეჩქვის, არასრული ან სრული მოგლეჯისას კეთდება სასწრაფოდ ამპუტაცია, რადგან კიდური არის ტკივილის და ინტოკსიკაციის წყარო. გარდა ამისა დაზიანებული ქსოვილებიდან მათ მოცილებამდე გრძელდება სისხლის დენა. შოკის საწინააღმდეგო ინტენსიური მკურნალობა ტარდება ოპერაციემდე, ოპერაციისას და შემდეგაც.

საკონტროლო კითხვები:



1. რა ახასიათებს ტვინის დაჟეჟილობას?
2. რა არის ქალა-ტვინის ტრავმის უმძიმესი გართულება?
3. როგორ მკურნალობენ ზურგის ტვინის დაზიანებას?

ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომი

ვითარდება ავტოკატასტროფების, სამრეწველო ტრავმებისას და სხვ. დროს. წამყვანი მნიშვნელობა აქვს, როგორც ტრავმის, ასევე დამწოლი საგნის სიმძიმეს, დაზიანებულ ფართობს და რაც მთავარია ზეწოლის ხანგრძლივობას დაზიანებიდან დახმარების აღმოჩენამდე. მას ახასიათებს თავისებურება, რომ თუ ტრავმული შოკი მიმდინარეობს ერექტიული ან ტორპიდული ფაზით და გამოვლინდება სწრაფად ან თანდათანობით. ამ სინდრომის დროს დაზიანებულის ზეწოლიდან განთავისუფლებისა და შოკიდან გამოყვანის მიუხედავად 2–3 დღის შემდეგ მაინც ვითარდება ე.წ. მეორე ფაზა, კერძოდ დაზიანებულ კიდურზე პულსი სწრაფად ქრება, მოძრაობა და ყველა სახის შეგრძნება აღარ არის. ავადმყოფი ხდება ძილად მივარდნილი, არტ. წნევა ეცემა, ვითარდება თირკმელის უკმარისობა. მოვლენები პირველ 8–12 სთ–ში პროგრესირებს. ზეწოლიდან განთავისუფლების 2–3 დღის შემდეგ ავადმყოფი ილუპება ურემიის გამო. კლინიკა – ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომს ახასიათებს ადგილობრივი და ზოგადი სიმპტომები. პირველი 30–40 წუთი ზეწოლისას ავადმყოფი უკიდურესად შეწუხებულია ტკივილით, შემდეგ აგზნებულობა იცვლება დათრგუნვით. ზეწოლიდან განთავისუფლების შემდეგ ვითარდება შოკი. ზოგჯერ მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. თითებსა და ფრჩხილებზე აღინიშნება მოლურჯო ლაქები, კანზე ნაჭდევებია, ძვლების მოტეხილობა შეიძლება არც იყოს. ზეწოლის არეში ვითარდება შეშუპება. ზოგადი სიმპტომები ვლინდება სწრაფად ან ნელა. ძლიერი ტკივილის გამო ვითარდება აგზნება, კანი დაფარულია ცივი ოფლით, არტ. წნევა ეცემა, აგზნება იცვლება ძილით, ირღვევა ნივთიერებათა ცვლა. თუ მაგ. ნანგრევების ქვეშ იმყოფება ადამიანი ხანგრძლივად (3–5სთ), პირველ ხანებში თითქოს მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. ზეწოლიდან განთავისუფლების შემდეგ მძიმდება, ერთვის „მეორადი შოკის“ განვითარება, რომელიც ხშირად სიკვდილით მთავრდება. ნათელი პერიოდის დასაწყისში ანუ მე–3 დღეს ადამიანის განწყობილება უმჯობესდება. დაზიანებული კიდურის ტკივილი და შეშუპება იკლებს, მოძრაობა აღდგება, არტ. წნევა მატულობს, მაჯა აჩქარებულია, T–38⁰–39⁰. უმეტესად ეს დროებითი გაუმჯობესებაა. აზოტემია იწყება ადრეულ პერიოდში. მაჯა ხდება წუთში 12–200. ტრავმიდან 8–12 დღეს ვითარდება კოლაფსი და ავადმყოფი ილუპება ურემიით. მკურნალობა – საჭიროა პლაზმის, სისხლის ტრანსფუზია, დაზიანებულ კიდურზე ყინულის გამოყენება. თირკმელების ფუნქციის აღდგენა ხდება დიდი რაოდენობის სითხის შეყვანით, ნოვოკაინის ბლოკადით და ნოვოკაინის ხსნარის ვენაში შეყვანით. თავიდან მკურნალობა იგივეა როგორც ტრავმული შოკისას. სანამ ავადმყოფი განთავისუფლდება ზეწოლისგან, ზეწოლის არის ზემოთ საჭიროა ლახტის დადება. პარალელურად ტარდება შოკის საწინააღმდეგო მკურნალობა. ზეწოლიდან განთავისუფლების შემდეგ კიდური ტავსდება არტამანში და საკაცით გადავიყვანთ. პირველადი შოკისას გამოიყენება გლუკოზა, ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად, ემატება ეფედრინი. მეორადი შოკისას ფიზიოლოგიური ხსნარი და გლუკოზა უნდა შევამციროთ ან მთლიანად შევწყვიტოთ, დიდი

რაოდენობით სითხე გადადის სისხლიდან ქსოვილებში და იწვევს შემუშებას. ასევე მიეწოდება ჟანგბადი, ტარდება ჰემოდიალიზი.

ელექტროტრავმა

ორგანიზმის სიცოცხლისთვის საშიშია უმეტესად იმ ძალის დენი, რომელსაც შეუძლია გამოიწვიოს გულის ფიბრილაცია. 40 ვოლტამდე ძაბვის მუდმივი დენი არ იწვევს სასიკვდილო დაზიანებას. 220 ვოლტიდან დაზიანება სასიკვდილოა 20–30%-ში. მიუხედავად იმისა, რომ კანს ელექტროტრავმის მიმართ მაღალი წინააღმდეგობის უნარი აქვს, იგი ყველა ქსოვილზე მეტად ზიანდება, რადგან მასზე წარმოიქმნება სითბო, რაც ქსოვილის გაშრობას და ღრმა ცვლილებებს იწვევს. იმ შემთხვევაში, როცა დენი ქსოვილებში ღრმად გაივლის, ახდენს როგორც თერმულ, ისე ქიმიურ ზემოქმედებას. ძვლის ქსოვილზე ელ. დენის მოქმედებისას, წარმოიქმნება მასში სითბო, რის გამოც ფოსფორი დნება და მჟავე მარილები, ე.წ. „მარგალიტის მარცვლები“ წარმოიქმნება. ასეთი მარცვლები გვხვდება მაშინ, როდესაც დაზიანებული მოხვდება იმ ზონაში, სადაც $T=300^{\circ}-350^{\circ}$ -ია. ელექტროდენის ხანგრძლივად მოქმედებისას ქსოვილები ღრმად ზიანდება, კანი მთლიანად იშლება და კუნთები ეცლება. გამოხატულია ფილტვების ან ტვინის შემუშება. კანში სისხლჩაქცევა. სიკვდილი შეიძლება განვითარდეს ტრავმის მომენტში ელვისებურად, ან ზოგჯერ მდგომარეობიდან გამოყვანის შემდეგ უეცრად გულის დამბლის გამო. მკურნალობა – პირველ რიგში უნდა ავადმყოფი გავანთავისუფლოდ დენის წყაროსგან. როდესაც სუნთქვა და გულის მუშაობა შენარჩუნებულია, საკმარისია საჭიროა შევუქმნათ სრული სიმშვიდე. უნდა დავაწვინოთ თბილად საწოლში, და დავაკვირდეთ 48 საათი, რადგან არის შემთხვევები, როდესაც რამდენიმე საათის შემდეგ ავადმყოფი კარგავს ცნობიერებას. მაგრამ სუნთქვა და გულის მუშაობა შენარჩუნებულია. ამისათვის საჭიროა ტანსაცმელი შევუხსნათ, ვასუნთქოდ ნიშადურის სპირტი. თუ სუნთქვა და გულის მუშაობა დაირღვა უნდა ჩატარდეს ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია და გულის არაპირდაპირი მასაჟი. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია ხდება ჰაერის ჩაბერვით „პირით პირში“, ან „პირით ცხვირში“. გულმკერდის ღრუს გახსნის დროს საჭიროა გულში ადრენალინის შეყვანა. დეფიბრილაციისთვის გამოიყენება აპარატი, რომლითაც გულში ტარდება იმპულსები. გულის კუნთის ტონისთვის საჭიროა არტერიაში სისხლის გადასხმა და გულში სტიმულატორის – ქლორკალციუმის ხსნარის შეყვანა. ქალასშიგა წნევის აწევის დროს (ცნობიერების დაკარგვა, ღებინება), აუცილებელია ზურგის ტვინის პუნქცია და 10–30მლ სითხის გამოშვება, ვენაში უნდა შევიყვანოთ ჰიპერტონული ხსნარი. გამოიყენება დიურეზული საშუალებები, ტუტოვანი პრეპარატები, ჟანგბადით მკურნალობა. ქალისშიგა ჰემატომის დროს ზოგჯერ საჭიროა ტრეპანაციის გაკეთება.

რეანიმაცია და ინტენსიური თერაპია დამწვრობის დროს

დამწვრობის დროს ავადმყოფის მდგომარეობის სიმძიმე განისაზღვრება თერმული დაზიანების ფორმით და სიღრმით. დამწვრობით გამოწვეული შოკის დროს უძლიერესი ტკივილის გარდა დამწვრობის ზედაპირიდან იკარგება დიდი რაოდენობით სითხე, ცილები, ელექტროლიტები. ტკივილის გამო ავადმყოფი კარგავს გონებას. კანი ციანოზურია, აღინიშნება ოფლიანობა, კიდურების გაცივება, ჰიპოთერემია, ჰიპოტონია. მძიმე შოკის დროს წნევა არ ისინჯება, გვაქვს ოლიგოანურია. პირველადი შოკის ძირითადი მიზეზია უძლიერესი ტკივილი. ამიტომ პირველადი დახმარება გაუტკივარების საშუალებების – პრომედოლი, სედუქსენი, კეტალარის გამოყენება, ანტიჰისტამინურ პრეპარატებთან ერთად. დამწვრობიდან 20–30 წუთის შემდეგ იწყება სისხლის შესქელება, ქსოვილთა სითხეების დიდი რაოდენობით დაკარგვის გამო. ამის საწინააღმდეგოდ ტარდება ტრანსფუზიული თერაპია. რაც შეეხება გადასხმის ტემპს, დამწვრობის მიღებიდან პირველი 6–8 საათის განმავლობაში ავადმყოფს უნდა გადავუსხათ სადღეღამისო რაოდენობის 50%. დიურეზიის მოწესრიგება და არტ. წნევის ნორმალიზაცია მიუთითებს ტრანსფუზიული თერაპიის ეფექტიანობაზე. შემდგომ შეიძლება გადავიდეთ სითხეების პერორალურ მიღებაზე. უკეთესია ავადმყოფს წყლის მაგივრად მივცეთ მარილიანი ხსნარები, ნატრიუმის დეჰეციტის შევსების მიზნით. თუ პირველი დღის განმავლობაში არ აღინიშნება თირკმელების ფუნქციის გაუმჯობესება, ოლიგურია ღრმავდება და გადადის ანურიაში. გამოიყენება ნოვოკაინ–გლუკოზის იზოტონური ან ჰიპერტონული ხსნარები, ლაზიქსი და მანიტოლი. დამწვრობის დროს ხდება ორგანიზმის გამოფიტვა. იკარგება დიდი რაოდენობით ცილები და

ფიზიოლოგიური ხსნარის კანქვეშ ან ვენაში შეყვანით. სისხლძარღვოვანი მოშლის დროს მას ამატებენ ადრენალინს ან ნორადრენალინს. სუნთქვის უკმარისობის აცილების მიზნით საჭიროა ჟანგბადი, გულის უკმარისობის დაქვეითებისას ქაფური, კოფეინი, კორდიამინი, სტროფანტინი, ადრენალინი, ეფედრინი, ქლორკალციუმი, გლუკოზის ხსნარი C და B ჯგუფის ვიტამინების დამატებით. გულის მუშაობის გაჩერებისას ელექტროლიტები. თერმული ტრავმის მწვავე პერიოდიდან იწყება ორგანიზმის მოწამვლა დაშლილი ქსოვილების ტოქსინებით და მიკრობებით, გვაქვს ჰიპოპროტეინემია, იკლებს ალუმინის რაოდენობა. ცილების დონემ შეიძლება აიწიოს ჰემოტრანსფუზიით, ვიტამინებით, სრულყოფილი კვებით. დამწვრობის დროს ოპერაციის ჩასატარებლად ნარკოზის შერჩევა ძალიან რთულია. უკუჩვენებებია: 1. გავრცელებული პნევმონია.

3. გულსისხლძარღვთა უკმარისობა.
3. ღვიძლის და თირკმელების ფუნქციის მოშლა.
4. ანემია და ჰიპოპროტეინემია. ინჰალაციური ნარკოზი მიზანშეწონილია იმ შემთხვევაში, თუ ოპერაცია 1 საათს არ აღემატება. უკეთესია ამ დროს ფთოროტანის ინჰალაციური ნარკოზი ნიღბით მიზანშეწონილია იმ შემთხვევაში, თუ ოპერაცია 1 საათს არ არემატება. უკეთესია ამ დროს ფთოროტანის ინჰალაციური ნარკოზი აზოტის ქვეყანგთან ერთად. ხანგრძლივი ოპერაციისას, თუ დამწვრობა სახის არემია, გამოიყენება ენდოტრაქეული ნარკოზი.

საკონტროლო კითხვები:



1. რა ახასიათებს კლინიკურად ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომს?
2. როგორია მკურნალობა ელექტროტრავმის დროს?
3. როგორ მიმდინარეობს ტრანსფუზიური თერაპია დამწვრობის დროს?

ავადმყოფის მოვლა სითბოს დაკვრის დროს

სითბოს დაკვრა ვითარდება ორგანიზმის გადახურების დროს, ცხელ ამინდში ფიზიკური მუშაობის ან ისეთ შენობაში მუშაობისას, სადაც T მაღალია. ამ მდგომარეობის განვითარებას ხელს უწყობს გადაღლა, ჰაერის ტენიანობა, ორგანიზმში სითბის დეფიციტი, მოჭერილი ტანსაცმელი. უფრო უმწვავედებით გულით და ჰიპერტონიით დაავადებულებს. კლინიკა – სითბოს დაკარგვას წინ უძღვის კანის მძაფრი გაწითლება, გაძლიერებული ოფლიანობა, ლორწოვანი გარსის სიმშრალე, აჩქარებული სუნთქვა, ტაქიკარდია, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, კანის გაციება. სუნთქვა ხშირია, მაჯა ძაფისებური 150–180, წნევა დაქვეითებული. მძიმე შემთხვევაში ვითარდება კომა, ხშირად კრუნჩხვები, ზოგჯერ გულის უკმარისობით ავადმყოფი იღუპება. პრევენციაში იგულისხმება სიცხეში მუშაობის დროს ხშირი შესვენება, დიდი რაოდენობით ცივი და მარილიანი წყლის სმა, ტანსაცმელი უნდა იყოს თავისუფალი, კვება მუშაობამდე 2სთ–ით ადრე. მკურნალობა – დაზიანებული უნდა მოვითავსოთ სუფთა ჰაერზე გრილ ადგილას, შევუხსნათ ქამარი, საყელო, მოჭერილი ტანსაცმელი. თუ ცნობიერება შენარჩუნებული აქვს, უნდა დავალევიანოთ დიდი რაოდენობით ცივი წყალი, თავზე დავადოთ ცივი. სითბოს გამოყოფის გაძლიერების მიზნით საჭიროა კიდურთა მსხვილი სისხლძარღვების პროექციაზე ცივი საფენების ან ყინულის დადება. სუნთქვის მოშლის ან გაჩერების დროს უნდა ჩავატაროთ ხელოვნური სუნთქვა „პირით პირში“ ან აპარატის საშუალებით. გამოიყენება სულ–სისხლძარღვთა მასტიმულირებელი საშუალებები. ორგანიზმის დაკარგული სითბე უნდა შეივსოს

არტერიაში სისხლის გადასხმა, გულის მასაჟი. ინტოქსიკაციისთვის გამოიყენება ნოვოკაინის ხსნარი ვენაში წვეთოვნად. კარგ შედეგს იძლევა ჰორმონები.

მზის დაკვრა და ავადმყოფის მოვლა

ორგანიზმზე მზის სხივების ხანგრძლივი ზემოქმედებით ვითარდება მზის დაკვრა. ის ვითარდება არა მარტო ორგანიზმის მთლიანი გადახურების, არამედ უშუალოდ თავის არეზე მზის სხივების ზემოქმედების გამო. მსუბუქი ფორმისას გვაქვს სისუსტე, თავის ტკივილი, თავბრუ, გულისრევა, ღებინება, ყურებში შუილი. მძიმე ფორმის დროს აღინიშნება კიდურების ტრემორი, ცხვირიდან სისხლის დენა, შესაძლოა კრუნჩხვები, ცნობიერების დაკარგვა, სუნთქვის გაჩერება, არტ. წნევის დაქვეითება. მკურნალობა – ავადმყოფი სასწრაფოდ უნდა გადავიყვანოთ გრილ ადგილზე, ჩრდილში, თავზე დავადოთ ყინული ან ცივი საფენები, სასმელად მივცეთ ცივი წყალი.

კესონის დაავადება. სიმაღლის დაავადება. ზღვის დაავადება

კესონის დაავადება – ეს არის დაავადების კომპლექსი, რომელიც ადამიანს უვითარდება მაღალი ატმოსფერული წნევის პირობებიდან ერთბაშად დაბალში გადასვლის გამო. ამის შედეგად ვითარდება სმენა, სუსტდება სუნთქვა, ორგანიზმის ქსოვილებში და სისხლში მატულობს აზოტი. აღინიშნება ქოშინი, კანის ქავილი, სახსრების და კუნთების ტკივილი, თავბრუ, მეტყველების მოშლა, დამბლა. კანქვეშ ვითარდება სისხლჩაქცევები, მისი ცალკეული უბნები შეშუპდება. მკურნალობა – დაზიანებულის სწრაფი დაბრუნება ნორმალური ატმოსფერული წნევის პირობებში, სუფთა ჟანგბადის შესუნთქვა, აბაზანები, სათბურები, საგულე საშუალებები. უნდა აიკრძალოს ჩაყვინთვა დაღლილ მდგომარეობაში და ასევე ჩაყვინთვის წინ სპირტიანი სასმელების მიღება. სიმაღლის დაავადება – იგი ვითარდება დიდ სიმაღლეზე სწრაფად ასვლისას, რადგან ხდება ატმოსფერული წნევის შემცირება, ვითარდება ქსოვილთა ჟანგბადოვანი შიმშილი. კლინიკა – აღინიშნება საერთო სისუსტე, ძილიანობა, თავბრუ, გულისრევა, ტაქიკარდია, თავის ტკივილი, მეხსიერების შესუსტება, დისპეფსია. სუნთქვა და გულის მუშაობა გახშირებულია. ხდება ნერვული სისტემის ფუნქციების თანდათანობითი მოშლა, კრუნჩხვები. იკარგება აზროვნება, პულსი ძაფისებურია. კოლაფსურ მდგომარეობას წინ უძღვის პულსის უეცარი შენელება. ბრადიკარდია კრიტიკული მდგომარეობის მოახლოების სიმპტომია. მკურნალობა – სიმპტომები დაავადების გაივლის თუ დაზიანებული დაბრუნდება ატმოსფეროს შედარებით დაბალ ფენაში, ან მივცემთ სასუნთქად სუფთა ჟანგბადს. შემდეგ უნდა გავათხოთ სათბურებით და ცხელი

სასმელით. გულის მუშაობის აღსადგენად გამოიყენება კოფეინი, კორდიამინი, ქაფური. უნდა მოხდეს სუნთქვის უკმარისობის აღდგენა (ლობელინი, ციტიტონი). ზღვის დაავადება – ვითარდება გემის რყევის შედეგად. ის იწვევს ვესტიბულარული აპარატის გაღიზიანებას. მდგომარეობას ამძიმებს მხედველობის ორგანოების გადაღლა მღელვარე ზღვის და მზის სინათლის მოძრავი ანარეკლის განუწყვეტლივ ყურებისას. კლინიკა – კანი მკრთალია მიწისებრი ელფერით, აღინიშნება ცივი ოფლი, გაძლიერებული სალივაცია,

გულისრევა, თავში სიმძიმის შეგრძნება, თავბრუ, თავის ტკივილი, ღებინება, უმადობა. გულისრევა აღინიშნება არა მარტო საჭმლის დანახვისას, მის წარმოდგენაზეც კი. არის საერთო სისუსტე, ძილიანობა. სუნთქვა ზერეულა, აჩქარებული, T- დაქვეითებული. ორგანიზმის ქსოვილებში იწყება წყლის უკმარისობა. პრევენცია – გემის გასვლის წინა დღით ადამიანმა არ უნდა მიიღოს ცხიმოვანი ან მწარე საკვები, სპირტიანი სასმელი. მკურნალობა – გამოიყენება ბელადონას ნაყენი 20 წვეთი დღეში 3–ჯერ, ენის ქვეშ ატროპინის ხსნარის 3–4 წვეთი, მაგარი ჩაი, ყავა ან კოფეინი, ბრომის პრეპარატები.



1. როგორია პრევენცია სითბოს დაკავების დროს?
2. რა კლინიკური ნიშნებით ხასიათდება მზის დაკვრა?
3. რითი მკურნალობენ ზღვის დაავადებას?

კარდიოგენური შოკი

მიოკარდიუმის ინფარქტის ერთ-ერთი მძიმე ხშირი გართულებაა. ამ დროს ხდება გულის წუთმოცულობის მკვეთრი შემცირება, რომელსაც იწვევს დაზიანების კერიდან რეფლექსური ზემოქმედება. შოკის დროს კლებულობს სისხლის მიმოქცევა ყველა სასიცოცხლო ორგანოში, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ნეკროზის განვითარება ღვიძლში, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში წყლული და მძიმე სისხლდენა. თირკმელების ფილტრაციის შემცირება ხელს უწყობს აზოტემიის განვითარებას. იწვევს ქვემოთ არტ. წნევა. აღინიშნება იშვიათი პულსი, სისუსტე, კანის ციანოზი, კიდურების გაციება, ძლიერი ოფლიანობა, ოლიგურია ან ანურია. მკურნალობა – ვენაში შეყავთ კორდიამინი. ბრადიკარდიის დროს იყენებენ ატროპინს. გამოიყენება გლუკოზის ხსნარი, აქტიური ოქსიგენოთერაპია. უნდა მოწესრიგდეს მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობა, რისთვისაც შეყავთ ნატრიუმბიკარბონატი. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია ერთადერთი მეთოდია შეშუპების საწინააღმდეგოდ, რომელიც კარდიოგენული შოკის ტერმინალურ სტადიაში თითქმის ყველა ავადმყოფს უვითარდება. არცთუ იშვიათია თრომბოემბოლია, რისთვისაც გამოიყენება ანტიკოაგულანტები. გამოიყენება თავიდან სტრეპტოკინაზა (პროთრომბინის კონტროლით), შემდეგ ჰეპარინი, 24 საათის შემდეგ კი – კუმარინის რიგის პრეპარატები. იმისთვის, რომ არ განვითარდეს ანაფილაქსიური რეაქცია, სტრეპტოკინაზის შეყვანამდე ვენაში შეყავთ ჰიდროკორტიზონი. ანტიკოაგულანტის გამოყენებისას, საჭიროა პროთრომბინის კონტროლი. ანტიკოაგულაციური მკურნალობის უკუჩვენებებია პროთრომბინის უკმარისობა, C ვიტამინის უკმარისობა, ხანდაზმულობა, ჰიპერტონია, გადატანილი ინსულტი, სისხლის, წყლულოვანი დაავადებები, თირკმლის უკმარისობა. კარდიოგენული შოკის მნიშვნელოვანი მეთოდია გულის ელექტროსტიმულაცია.

ბრონქული ასთმის სტატუსის რეანიმაცია

ბრონქული ასთმის სტატუსი ბრონქული ასთმის ყველაზე მძიმე გართულებაა. მიზეზებია არასწორი მკურნალობა, ჰორმონების მოხსნა, კლიმატის ან ამინდის შეცვლა. კლინიკა – სტატუსის განვითარებას საფუძვლად უდევს ბრონქიოლების ლორწოვანის შეშუპება და სქელი, წებოვანი ნახველის დაგროვება, რაც ამწელებს შესუნთქვას, ხოლო ამოსუნთქვა ხდება აქტიური და გახანგრძლივებული. ავადმყოფი ცდილობს აქტიურად ამოსუნთქოს, კუნთების დაძაბვით, რაც უფრო ახშობს ბრონქებს. ღრმავდება ჰიპოქსია, ამას უერთდება მარჯვენა პარკუჭის გადატვირთვა. ასთმურ სტატუსში არჩევენ 3 სტადიას. I სტადიას ახასიათებს ხმაურიანი სუნთქვა, ობსტრუქცია, კანი ციანოზურია, არტ. წნევა მომატებული, ფილტვების აუსკულტაციით

მოისმინება მოგუგუნე და მსტვინავი მშრალი ხიხინი. II სტადიას ახასიათებს მკვეთრად გამოხატული სუნთქვის გახშირება, კანის ციანოზი, ობსტრუქცია ღრმავდება, ასევე ჰიპოქსიაც. თუ ავადმყოფი ამ მდგომარეობიდან არ გამოვა, ვითარდება ჰიპოქსემიური კომა. III სტადია არის ჰიპოქსემიური კომის სტადია. აღინიშნება ოფლიანობა, ციანოზი, ოლიგოპნოე. ფილტვებში ხიხინი არ მოისმინება, გვაქვს ჰიპოტონია, კოლაფსი, ძაფისებრი მაჯა უგონო მდგომარეობის ფონზე. სტატუსის მკურნალობა ძლიერი ოფლიანობის გამო მატულობს წყლის დაკარგვა და ამავე დროს სითხეების მიღება ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის გამო შეზღუდულია, რის შედეგად იწყება სისხლის შესქელება. ნახველის გასათხელებლად გამოიყენება იზოტონური ხსნარები: გლუკოზა, ფიზიოლოგიური ხსნარი, რინგერი, ნატრიუმის მიკარბონატი. ტრანსფუზიური თერაპიის ჩატარება უკეთესია ლავიწქვეშა ვენის კათეტერიზაცია. ეფექტურია ჰორმონების გამოყენება იმის მიუხედავად, ადრე ავადმყოფი ამ პრეპარატებს ღებულობდა თუ არა. ოქსიგენოთერაპია ტარდება სანარკოზე აპარატის ნიღბით, ან ტრანსნაზალური კათეტერით. კარგ შედეგს იძლევა სედატიური პრეპარატების გამოყენება. ამოხველებას აადვილებს ინჰალაციის ნახველის გამათხიერებელი საშუალებებით (ნატრიუმის ბიკარბონატი, ტრიფსინი) აეროზოლის სახით ყოველ 2-3 საათში ერთხელ. თუ ეს ჩატარებული ინტენსიური თერაპია არაეფექტურია, საჭიროა აზოტის ქვეჟანგის სამკურნალო ნარკოზის ჩატარება ჟანგბადთან ერთად, შეფარდებით 1:1, ფთოროტანის ორთქლის დამატებით. როდესაც ჰიპოქსემია იზრდება, ტარდება ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია, რომელიც უნდა შევწყვიტოთ ბრონქების გამავლობის სრული აღდგენის შემდეგ დაავადების სათებიდან მიმართავენ ჰეპარინით მკურნალობას. ავადმყოფის ტერმინალური მდგომარეობიდან გამოყვანის შემდეგ ინტენსიური თერაპია გრძელდება. ჰორმონებით მკურნალობას ატარებენ კლებადი დოზებით. ანტიბაქტერიული მკურნალობა რეკომენდირებულია ანტიბიოტიკებისა და სულფამიდების გამოყენებით ინდივიდუალური მგრძობელობის გათვალისწინების პირობებში.

თირკმელზედა ჯირკვლის მწვავე უკმარობა

ამ სინდრომის საფუძვლად უდევს თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი ნივთიერების ფუნქციური უკმარისობა. ხშირად უვითარდებათ ქრონიკული პათოლოგიის მქონე (ტუბერკულიოზი, სეფსისი და სხვ.) ავადმყოფებს, ასევე სისხლის დენა, ტემპერატურის ცვალებადობა (ძალიან მაღალი ან დაბალი), ჰიპოქსია, ასევე იწვევს თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის გამოფიტვას. კლინიკურად ახასიათებს არტერიული წნევის დაცემა, ტაქიკარდია, კანისა და ლორწოვანი გარსების სიფერმკრთალე, ციანოზი, ცივი ოფლი, თავის ტკივილი, თავბრუ, გულისრევა, ღებინება, ტკივილი ეპიგასტრიუმის და წელის არეში, ანურია. ადრეული ნიშნებია ჰიპოგლიკემია, ჰიპერკალიემია, ჰიპოქლორემია და ჰიპოქლორურია. თირკმელზედა ჯირკვლის მწვავე უკმარისობისას სისხლის და მისი შემცველობის გამოყენება შედეგს არ იძლევა, რითაც იგი განსხვავდება მწვავე სისხლის დენისაგან. მდგომარეობა უმჯობესდება ჰორმონების გამოყენებით. ამავე დროს

უნიშნავენ გლუკოზას, ინსულინს, სტროფანტინს. ამ მკურნალობას ემატება ასკორბინომჟავას, კალიუმის ქლორიდის და პანანგინის დიდი დოზები. თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპოფუნქცია უვითარდებათ ავადმყოფებს ქირურგიულ ჩარევასთან ან არასაკმარის გაუტკივარებასთან დაკავშირებით. ასეთ შემთხვევაში ჰორმონებს უნიშნავენ ოპერაციამდე პრევენციის მიზნით. ჰორმონების დიდი დოზებით გამოყენებისას აუცილებელია სისხლში ელექტროლიტების, შაქრის დონის კორექცია, შემადედებელ სისტემაზე დაკვირვება, ანტიბიოტიკების დანიშვნა.



საკონტროლო კითხვები:

1. როდის ვითრდება კარდიოგენული შოკი?
2. რა ღონისძიებები ტარდება ბრონქული ასთმის სტატუსის დროს?
3. რა კლინიკური ნიშნებით ხასიათდება თირკმელზედა ჯირკვლის მწვ. უკმარისობა?

მწვავე მოწამვლა. ავადმყოფის მოვლა

მოწამვლა ეწოდება ორგანიზმში მოხვედრილი მომწამავი ნივთიერებით გამოწვეულ პათოლოგიურ მდგომარეობას. მისი მიზეზი შეიძლება იყოს სამკურნალო პრეპარატები, ქიმიური ნივთიერებები, საკვები პროდუქტები, მცენარეული და ცხოველური შხამები. ისინი ორგანიზმში შეიძლება მოხვდეს საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის, სასუნთქი გზების, კანისა და ლორწოვანი გარსების მეშვეობით. კლინიკაში არჩევენ ხუთ პერიოდს: 1. ფარული პერიოდია შხამის მიღებიდან პირველი ნიშნების გამოვლინებამდე. 2. რეზორბციული მოქმედების გაძლიერება. 3. შხამის მოქმედების მაქსიმალური გამოხატვა. ამ პერიოდში სახიფათოა კომური მდგომარეობა. 4. აღდგენითი პერიოდი, შხამის მოქმედება მცირდება. 5. გაჯანსაღების პერიოდი. კლინიკურად აღინიშნება რამდენიმე სინდრომი: ნევროლოგიური – ცნს დაზიანების სინდრომი, სუნთქვის მოშლის, სისხლის მიმოქცევის მოშლის, კუჭ–ნაწლავის ფუნქციის მოშლის, ღვიძლის და თირკმლის უკმარისობის სინდრომები; მოშლილის მჟავა–ტუტოვანი წონასწორობა, წყლისა და ელექტროლიტური ცვლა. მკურნალობა – მთავარია დროული, კვალიფიციური დახმარება. უნდა ჩატარდეს შემდეგი ღონისძიებები: 1. მომწავლავი ნივთიერების ორგანიზმში შეღწევის შეწყვეტა. 2. ორგანიზმის დარღვეული ფუნქციების გამოსწორება. 3. სისხლისა და ქსოვილებში ტოქსინების და შხამების რაოდენობის მაქსიმალური შემცირება. 4. გართულებათა პრევენცია და მკურნალობა. უნდა ჩატარდეს ხელოვნური სუნთქვა, ტრანსფუზიული თერაპია, ჰორმონების, საგულე საშუალებების გამოყენება. საჭიროებისას გულის მასაჟი. სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის სისტემების ძირითადი დარღვევის ლიკვიდირების შემდეგ იწყება სპეციფიკური მკურნალობა, რომელიც გულისხმობს სამ პრინციპს: 1. შხამის გამოტანა ორგანიზმიდან. 2. შხამის განეიტრალება – ანტიდოტური თერაპია. 3. სიმპტომური თერაპია. ორგანიზმიდან შხამის გამოტანის საწინააღმდეგოდ აუცილებელია კუჭის ამორეცხვა, რომელიც უნდა მოხდეს სწრაფად, რისთვისაც გამოიყენება ანტიდოტური ხსნარები, იმის მიხედვით თუ რითია მოწამვლა. კუჭის ამორეცხვის შემდეგ ინიშნება გააქტივებული ნახშირი, რძეს, ბრინჯის ნახარშს. შეწოვილი შხამის ორგანიზმიდან გამოტანისათვის მიმართავენ ფორსირებულ დიურეზს, ჰემოდიალიზის, სისხლის შეცვლის ოპერაციას. ფორსირებული დიურეზისთვის გამოიყენება გლუკოზა, რინგერის ხსნარი, სოდიანი ხსნარის გადასხმა, გამოიყენება ლაზიქსი, მანიტოლი და სხვ. ფორსირებული დიურეზი უკუნაჩვენებია კოლაფსის, გულის მწვავე უკმარისობის, ფილტვების შეშუპების, თირკმლის ფუნქციის მოშლის დროს.

თრომბოპემორაგიული სინდრომი რეანიმაციის პრაქტიკაში

სისხლის დენასთან დაკავშირებული თრომბოპემორაგიული სინდრომი ვლინდება მწვავედ. ამ დროს დიდ როლს ასრულებს ჰემოდინამიკური, მეტაბოლური მოშლილობა და შედეგების ფაქტორების დეფიციტი. საჭიროა რანიმაციული რონისძიებების ჩატარება შოკის, ჰიპოქსიისა და აციდოზის წინააღმდეგ. საჭიროა სისხლის დეფიციტის შევსება ახალი სისხლით და სისხლის დენის შეჩერება. გამოიყენება ჰეპარინი. ოპერაციულ ტრავმასთან დაკავშირებული არახელსაყრელი ფაქტორები შეიძლება თრომბოპემორაგიული სინდრომის საწყის მექანიზმად იქცეს. განსაკუთრებით მძიმე ფორმები ვითარდება ოპერაციული ჩარევისას გულმკერდის ღრუს ორგანოებზე, ავთვისებიანი სიმსივნეების, ჩირქოვან-სეფსისური ფონის არსებობისას; ოპერაციასთან დაკავშირებული თრომბოპემორაგიული სინდრომის მთავარი ნიშანია ჭრილობიდან დიფუზური სისხლდენა, რომელიც ადგილობრივი ჰემოსტაზური საშუალებით არ ჩერდება. ჭრილობიდან გამოსული სისხლი თრომბინის დამატების შემდეგაც თხიერი რჩება. მკურნალობა საჭიროა ანტიშოკური ინტენსიური თერაპიის ფონზე. პრევენციის მიზნით გამოიყენება ჰეპარინის მინ დოზები ოპერაციის დროს და შემდეგ. ტრავმული შოკის და „ზეწოლის სინდრომის“ დროს განვითარებული თრომბოპემორაგიული სინდრომის დროს ხდება სისხლში თრომბოპლასტინის, ადრენალინის, ჰისტამინის, სეროტონინის გადასვლა. მკურნალობაში მნიშვნელოვანია ანტიშოკური თერაპია, ჰემოტრანსფუზია, ჰეპარინიზაცია.

საკონტროლო კითხვები:



1. რომელ პერიოდებს არჩევენ მწვავე მოწამვლის კლინიკაში?
2. რას გულისხმობს გადაუდებელი დახმარება მწვავე მოწამვლის დროს?
3. როგორია რანიმაციული ღონისძიებები თრომბოპემორაგიული სინდრომის დროს?

პოსტრენიმაციული პერიოდის გართულებანი

ამ პერიოდის გართულებები იყოფა სამ ჯგუფად. პირველი ჯგუფის გართულებებია: ტვინის, ფილტვის შეშუპება, ქსოვილთა სისხლდენის მომატება, თირკმლის მწვავე უკმარისობა. ამ გართულებების მიზეზებია გულის გაჩერება, ხანგრძლივი სისხლდენა და შოკი. მეორე ჯგუფის გართულებებია: პარენქიმიული ორგანოების – თირკმლის, ღვიძლის, ფილტვების ფუნქციის მოშლა. ფილტვების მხრივ აღინიშნება თრომბოემბოლია, ატელექტაზები, შოკური ფილტვის სინდრომი. მესამე ჯგუფის გართულებებია: ანთებითი და ჩირქოვანი პროცესები – პნევმონია, პერიტონიტი, პიელონეფრიტი, მენინგოენცეფალიტი, სეფსისი. ტვინის შეშუპება – სხვადასხვა სახის ჰიპოქსიისას ხდება ტვინის ქსოვილში ცვლილებები, მატულობს ქალას შიდა წნევა და ვითარდება ტვინის შეშუპება. ის ვითარდება ჰიპოქსიის იმ ფორმის დროს, როდესაც ადგილი აქვს გულსისხლძარღვთა სისტემაში მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობას. როდესაც შეშუპება სუსტად არის გამოხატული, იგი ნევროლოგიური პათოლოგიის მიზეზია. როდესაც ავადმყოფის მდგომარეობა ნერვული სისტემის მხრივ მძიმდება, ამ მდგომარეობიდან ავადმყოფის გამოყვანა ხანგრძლივად მიმდინარეობს, რაც ზღუდავს ავადმყოფის შრომისუნარიანობას. ქსოვილთა მომატებული სისხლდენა – ვითარდება ხანგრძლივი შოკის და სისხლის დაკარგვის გამო. შოკის დროს კოაგულაციის დარღვევის მიზეზია: 1. შოკის გამოწვევი და თრომბოციტების შემცირების ფაქტორები. 2. ღვიძლის, თირკმლების ფუნქციის მოშლა, კოაგულანტების სინთეზის დარღვევის შედეგად. 3. დონორის კონსრევირებული სისხლის, პოლიგლუკინის დიდი რაოდენობით გადასხმა, ზოგიერთი სამკურნალო პრეპარატის (პენიცილინის) გამოყენება. ყველა ეს მიზეზები შესაძლოა გახდეს სისხლდენის მიზეზი. მათ განვითარებას ხელს უწყობს ასევე თრომბოციტოპენია და თრომბოციტების თვისებების შეცვლა, სისხლში პროტეოლოზიური ფერმენტების დაგროვება. პოსტრენიმაციულ პერიოდში თირკმლების მწვავე უკმარისობის ოთხი სტადიაა: 1. გამომწვევ მიზეზთა ზემოქმედება. 2. ოლიგოანურიის განვითარება. 3. დიურეზის აღდგენა. 4. თირკმლების ფუნქციის აღდგენა. როგორც ვიცით თირკმლების ფუნქციის დაქვეითების ძირითადი მიზეზია არტ. წნევის დაწევა, ხოლო მისი დამამძიმებელი ფაქტორებია ხანგრძლივი შოკი (10 საათი და მეტი), შოკთან ერთად სეფსისის განვითარება. თუ ოლიგოანურიის დროს მკურნალობა დაგვიანებულია 5 დღე-ღამეზე მეტით დაავადება ძალიან მძიმდება. ფილტვების მწვავე უკმარისობის დროს პოსტრენიმაციულ პერიოდში ყველაზე ხშირია „შოკური ფილტვების“ განვითარება. მისი დამახასიათებელია სუნთქვის მწვავე უკმარისობა. ვითარდება ხანგრძლივი ღრმა ჰიპოქსიის შედეგად. ფილტვებში ცვლილებებს წინ უძღვის ავადმყოფის უკიდურესად მძიმე მდგომარეობა, სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში ცირკულაციური დარღვევები, როდესაც ხდება გულის გაჩერება. შოკური ფილტვების მიმდინარეობაში ყველაზე მნიშვნელოვანია მცირე წრის (სისხლის მიმოქცევის) სისხლძარღვების ცირკულაციის დარღვევა ემბოლიის გამო, რასაც ხელს უწყობს ისეთი ნივთიერებების დაგროვება როგორცაა სეროტონინი, ჰისტამინი და სხვ.

ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა კვება

რაც უფრო სწრაფად აღდგება დაავადებულ ორგანიზმში ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლების, ელექტროლიტების, წყლის, ვიტამინების რაოდენობა, მით სწრაფია გამოჯანმრთელება. საკვები შეიყვანება პარენტერალური მეთოდით (კუჭ–ნაწლავის ტრაქტის გარეშე) – კანქვეშ, კუნთებში, ვენაში, არტერიასა და ძვალში. ასეთი კვების ჩვენებებია: ოპერაციის წინ ხორხის, საყლაპავის, კუჭის დაავადების შემთხვევებში, ოპერაციის შემდგომ პირველ დღეებში, ტრავმული დაზიანების, დამწვრობის, პოსტოპერაციული პერიოდის გართულებების, ნერვულ–ფსიქიკური დაავადებებისა და სხვ. პარენტერალური კვებისას უნდა ზუსტად აღვრიცხოთ გამოყოფილი სითხე, პრეპარატები უნდა შევიყვანოთ მეტაბოლური მოთხოვნების მიხედვით ორგანიზმში, საკვები პრეპარატების შეყვანა უნდა დავიწყოთ მაქსიმალურად სწრაფად. ენტერალური კვება – ავადმყოფს ზონდით კვებას უნიშნავენ ღებვის და ყლაპვის აქტის მობილობისას, ან ძლიერი სისუსტის დროს, როდესაც საჭმლის ჩვეულებრივი გზით მიღება არ შეუძლია, კომის ან უგონო მდგომარეობაში. ასევე ზონდით კვება გამოიყენება ზოგიერთი დაავადების და ქირურგიული ჩარევის შემდეგ, მაგალითად ყბა–სახის და კისრის არეში ჭრილობების, პირის ღრუში, ხორხში, საყლაპავ მილში სიმსივნური წარმონაქმნების, ქალა–ტვინის ოპერაციების, ტვინის სისმისვნიების დროს, ასევე ურემიის, დიაბეტური კომის, დამწვრობის, სეფსისის და სხვ. დროს. ენტერალური კვება უფრო სრულფასოვანია ვიდრე პარენტერალური, რადგან ამ დროს საკვები გაივლის ყველა დაცველ მექანიზმს, რომელიც შექმნილია ბუნების მიერ ფილტრის სახით. ესენია: კუჭ–ნაწლავის ტრაქტი და ღვიძლი. ამიტომ პარენტერალური კვების პარალელურად, როდესაც შესაძლებელია, ნაწილობრივ მაინც საჭიროა ზონდით კვებაზე გადასვლა. ზონდით კვებისთვის განკუთვნილი საკვები შედგება თხიერი და ნახევრად თხიერი პროდუქტებისგან, რომლებიც თავისუფლად გადავა ზონდიდან კუჭში. ამისთვის რომ მივიღოთ საჭირო კონსისტენციის ნარევი პროდუქტები ან კერძი უნდა გავხეხოთ, დავფქვათ, გავხსნათ რომელიმე სითხეში: წყალში, რძეში, ხილის წვენში, ბულიონში, ბოსტნეულის ნახარშში.

საკონტროლო კითხვები:



1. რამდენ ჯგუფად იყოფა პოსტრენანიმაციული პერიოდის გართულებები?
2. როგორ ტარდება ტერმინარულ მდგომარეობაში მყოფი ავადმყოფების პარენტერალური კვება?
3. რა სიმპტომები ახასიათებს კარდიოგენულ შოკს?

