



გადაუდებელი საექთნო მოვლა
Emergency Nursing Care

პუბლიკაცია მომზადებულია "გაფართოებული ჯანმრთელობის ხიდების" პროექტის ფარგლებში, რომელიც ხორციელდება აშშ-ის მთავრობის პოპულაციის, ლტოლვილთა და მიგრაციის ბიუროს ფინანსური მხარდაჭერით, ამქორ-საქართველოს მიერ.

The publication is prepared within the framework of the "Expanding Health Bridges" Project funded by U.S. Government's the Bureau of Population, Refugees, and Migration financial support, being implemented by UMCOR-Georgia

ბროშურა შედგენილია პუბლიკაციის **Scotia Emergency Care Standards** ავტორი **Dr. John Ross** და **Critical Care Nursing. Breyer State University** საფუძველზე

The brochure is composed by **Mzia Kvanchilashvili, MD,** in accordance with **Nova Scotia Emergency Care Standards.** Prepared by **Dr. John Ross** and **Critical Care Nursing. Breyer State University**

აქ გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორს და არ ასახავს „ამქორის“ შეხედულებებს

The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of UMCOR

სარჩევი

1. გადაუდებელი დახმარების სტანდარტები ----- ####
2. ტრავმული პაციენტის მოვლის ჩარჩო----- ####
3. მანქანის შეფასების სისტემა ----- ####
4. მიმღები განყოფილების ექთნის მუშაობის თავისებურებები:
 - პაციენტის შემოწმება პედიკულოზზე – აღმოჩენა, მოშორება.
 - სასიცოცხლო მაჩვენებლების განსაზღვრა (T/A, P, R, T):
 - ✓ არტერიული წნევის მონიტორინგი.
 - ✓ პულსის მონიტორინგი.
 - ✓ სუნთქვის მონიტორინგი.
 - ✓ სხეულის ტემპერატურის მონიტორინგი.
5. გადაუდებელი დახმარება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დროს:
 - არტერიული ჰიპერტენზიის (კრიზი) მართვა.
 - მიოკარდიუმის იშემიის მართვა.
6. გადაუდებელი დახმარება სასუნთქი სისტემის დაავადებების დროს:
 - სასუნთქი გზების ობსტრუქციის (ბრონქოსპაზმი, კრუპი) მართვა.
 - პნევმოთორაქსის, ჰიდროთორაქსის მართვა.
7. გადაუდებელი დახმარება სისხლდენის დროს.
8. გადაუდებელი დახმარება მწერების, ძაღლის, გველის ნაკბენების დროს.
9. გადაუდებელი დახმარება გულის წასვლის დროს.
10. გადაუდებელი დახმარება ტერმინალური მდგომარეობის დროს. რეანიმაცია.
11. ზოგიერთი პრაქტიკული რჩევა:

- ცხელებიანი პაციენტის მოვლა.
- ინექციის შემდგომი გართულებები.
- კუჭის ამორეცხვის ტექნიკა.
- ოყნის სახეობები, თავისებურებები, გაკეთების ტექნიკა.
- ნაწოლების პრევენცია, პაციენტის მოვლა.

gadaubeli daxmarebi standartebi

მსოფლიოს სხვადასხვა ვეფანაში პაციენტისთვის გადაუდებელი დახმარების საჭიროების დასადგენად სხვადასხვა მეთოდს იყენებენ, თუმცა დასავლეთში ფართოდ დადგენილი ე.წ. **rigiTobis Sefasebis kanaduri xuTsafexuriani sistema *The five-level Canadian Triage Acuity Score (CTAS)***, რომელიც კანადის გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტის მიერ ჯერ კიდევ 1999 წელს შემუშავდა.

ამ სისტემის გამოყენება განსაკუთრებით გამართლებულია იმ შემთხვევებში, როცა დიდია პაციენტების ნაკადი (უბედური შემთხვევა, ბუნებრივი კატასტროფები და სხვა) და აუცილებელი ხდება სამედიცინო დახმარების პრიორიტეტების განსაზღვრა, რადგან ერთდროულად ყველას გასინჯვა/დახმარება ვერ ხერხდება. **CTAS** სისტემის განახლება მოხდა ორჯერ – 2004 და 2008 წლებში და ის დღემდე მუშაობს.

I safexuri – რეანიმაცია – პაციენტს ჭირდება დაუყოვნებელი უწყვეტი დახმარება (*მწვავე კარდიული შეტევა, სუნთქვის მწვავე უკარისობა, შოკი, მძიმე ტრავმული დაზიანებები, კომა, სუნთქვის მძიმე დისტრეს სინდრომი*);

II safexuri – პაციენტს ჭირდება გადაუდებელი კომპეტენტური საექიმო დახმარება (*требующий экстренного вмешательства*) (*მენტალური დარღვევები, თავის დაზიანებები, მძიმე ტრავმები, ახალშობილი, მიოკარდიუმის ინფარქტი, ნარკოტიკების ჰიპერდოზირება, მწვავე ინსულტი*) – არა უგვიანეს 15 წუთში. თუ ეს არ ხერხდება, აუცილებელია პაციენტის მდგომარეობის გადაფასება ყოველ 15 წუთში.

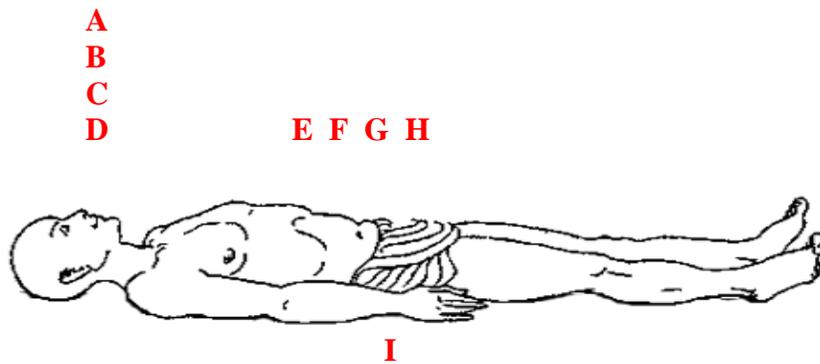
III safexuri – პაციენტს ჭირდება სასწრაფო დახმარება არა უგვიანეს 30 წუთში. წუთში (*საშუალო სიმძიმის ტრავმა, ბრონქული ასთმა, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სისხლდენა, საშვილოსნოდან სისხლდენა ორსულობისას, მწვავე ფსიქოზი და/ან სუიციდის მცდელობა, მწვავე ტკივილი*). თუ ეს არ ხერხდება, აუცილებელია პაციენტის მდგომარეობის გადაფასება ყოველ 30 წუთში.

IV safexuri – პაციენტს ჭირდება ნაკლებ სასწრაფო დახმარება არა უგვიანეს 60 წუთში (თავის ტკივილი, უცხო სხეული თვალის რქოვანაზე, ზურგის ქრონიკული ტკივილი). თუ ეს არ ხერხდება, აუცილებელია პაციენტის მდგომარეობის გადაფასება ყოველ 60 წუთში.

V სასწრაფო – პაციენტს სასწრაფო დახმარება არ ჭირდება. მისი გასინჯვა ექიმს შეუძლია 120 წუთის შემდეგ (ყელის ტკივილი, მწვავე რესპირატორული ინფექციები, საშუალო სიმძიმის ტკივილი მუცლის (ქრონიკული ვარიანტი), ღებინება, დიარეა, ნორმალური სასიცოცხლო მაჩვენებლები). თუ ეს არ ხერხდება, აუცილებელია პაციენტის მდგომარეობის გადაფასება ყოველ 120 წუთში.

travmuli pacienis movlis CarCo

The A-I mnemonic



Primery assessment

- A**-airway with simultaneous c-spine stabilization
- B**-breathing
- C**-circulation
- D**-disability (neuro status)

Secondary assessment

- E**-expose patient/environmental control
- F**-Full set VS/Five interventions/Facilitate family
- G**-give comfort
- H**-history/head-to-toe assessment
- I**-inspect posterior surfaces

პირველი რიგის შეფასება

- A-airway** – ჰაერგამტარი გზების გამტარობის შემოწმება/უზრუნველყოფა; ამასთან ერთად ხერხემლის სტაბილიზაცია;
- B-breathing** – სუნთქვის შემოწმება, გულ-მკერდის ნებისმიერი დაზიანების გამოვლენა და შესაძლებლობის ფარგლებში მათი გამოსწორება;
- C-circulation** – სისხლის მიმოქცევის შემოწმება, სისხლდენის აღმოჩენა და შეჩერება, ჭრილობების დამუშავება;
- D-disability (neuro status)** – უძლურება – ცნობიერების შეფასება და საჭიროებისამებრ მკურნალობა;

მეორე რიგის შეფასება

- E-expose patient/environmental control** – გარემოს შეფასება და დაზარალებულისთვის სათანადო ტემპერატურის უზრუნველყოფა;

F-Full set VS/Five interventions/Facilitate family – სასიცოცხლო მანევრების შესწავლა და ხუთი მოქმედება – გულის მუშაობის მინიტორინგი, სისხლში ჟანგბადის შემცველობის განსაზღვრა (ოქსიმეტრია), შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია, კუჭის ზონდირება, ლაბორატორიული გამოკვლევები.

G-give comfort – კომფორტული გარემოს შექმნა (საუბარი, შეხება, დამშვიდება).

H-history/head-to-toe assessment – თავიდან ფეხებამდე შემოწმება.

I-inspect posterior surfaces – ზურგის დათვალიერება.

***mnemonika** – “დახსომების ხელოვნება” – წესების და ხერხების ერთობლიობა, რომლებიც გამოგონილია საჭირო ცნობების დახსომების გასაადვილებლად (ხელოვნური ასოციაციების შექმნის გზით).*

manCesteris Sefasebis sistema

ეს არის პროფესიული შეფასების პროცესი, რომლის საშუალებით ხდება პრიორიტეტების განსაზღვრა პაციენტებისთვის დახმარების გაწევის რიგითობის დასადგენად.

შემოღებულია მანჩესტერში ჯერ კიდევ 1990-იან წლებში, მოწონებულია დიდი ბრიტანეთის გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტების ასოციაციის მიერ და დანერგილია ქვეყნის მასშტაბით როგორც მოზრდილთა, ასევე ბავშვთა მდგომარეობის შესაფასებლად. ამ სისტემის მიხედვით პაციენტი მდგომარეობის შეფასების შემდეგ პრიორიტეტის მიხედვით ხვდება ხუთიდან ერთ-ერთ კატეგორიაში და ამის მიხედვით კონტროლდება მისთვის სამედიცინო დახმარების გაწევა.

I	წითელი		მყისიერი დახმარება	0 წუთი
II	ნარინჯისფერი		გადაუდებელი დახმარება	10 წუთი
III	ყვითელი		სასწრაფო დახმარება	60 წუთი
IV	მწვანე		სტანდარტული დახმარება	120 წუთი
V	ლურჯი		არ არის სასწრაფო	240 წუთი

mimRebi ganyofilebis eqTnis muSaobis Taviseburebebi

პაციენტს პირველი კონტაქტი ექთანთან აქვს, ამიტომ განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ექთნის მუშაობის თავისებურებათა გათვალისწინება.

ძირითადი დატვირთვა მიმღები განყოფილების ექთანზე მოდის, რადგან პაციენტის პირველადი გასინჯვა სწორედ მიმღებში ხდება, რაც გულისხმობს შემოწმებას პედიკულოზზე, სასიცოცხლო მაჩვენებლების – არტერიული წნევის, პულსის, სუნთქვის და სხეულის ტემპერატურის მონიტორინგს.

Ppedikulozis (tilebi) monitoringi da maTi mocilebis praqtikuli meTodebi

ტილები შეიძლება იყოს თმის, ბოქვენის და ტანსაცმლის. ტილები ზომით 1,5-4 მმ-ია, წილები (ტილის კვერცხი) კი 0,6-1 მმ. თმის წილები მოგრძო ფორმისაა, ეკრობა თმის ღერს სპეციალური წებოვანი ნივთიერების საშუალებით და თითქმის ყოველთვის თმის ძირებთან ახლოს ბუდობს.

თმისა და ტანსაცმლის ტილების საშუალებით ვრცელდება ისეთი მძიმე ინფექციური დაავადებები, როგორცაა პარტახტიანი და შებრუნებითი ტიფი.

ტილების გამოსავლენად და მოსაშორებლად საჭიროა ჩატარდეს შემდეგი ღონისძიებები:

1. მედ. მუშაკმა უნდა ჩაიცვას დამატებითი ხალათი და თავსაბური, გაიკეთოს ხელთათმანები;

2. პაციენტი უნდა დავსვათ მუშამბაგადაფარებულ ტახტზე;

3. პაციენტის თმა უნდა დამუშავდეს აღნიშნულ ხსნართაგან ერთ-ერთის გამოყენებით:

- კარბოფოსის 0,15% ემულსიური წყალხსნარი;
- 0,5% მეთილაცეტაფოსის და ძმარმეჟავას თანაბარი რაოდენობის ნარევი;
- დიკრეზილის 0,25% ემულსია;
- საპონ-ფხვნილოვანი ემულსია (450 მლ თხევადი საპონი + 350 მლ ნავთი + 200 მლ თბილი წყალი).

4. პაციენტს თავი წავუკრათ თავსაფრით 20 წუთით; თავი დაგბანოთ თბილი წყლით;

5. თმებზე გადავაფლოთ სუფრის ძმრის 6% ხსნარი;

6. 10-15 წუთის განმავლობაში ვვარცხნოთ თმები ხშირი სავარცხლით;

7. პაციენტის საცვლები მოვათავსოთ სპეციალურ ფუთაში სადეზინფექციო კამერაში გასაგზავნად;

8. ავადმყოფობის ისტორიის სატიტულო გვერდზე აღვნიშნოთ, რომ აღმოჩენილია პედუკულოზი (P - pediculosis).

თუ პაციენტის თმების დამუშავების დროს არ გამოვიყენეთ ფოსფორორგანული პრეპარატები, შეიძლება წილები უვნებლად გადარჩეს, ამიტომ საჭირო ხდება დამატებითი დამუშავება:

1. პაციენტის თმას ვასველებთ სუფრის ძმრის 30% ხსნარით (წინასწარ შემთბარი 27°C);

2. თავს ვუკრავთ თავსაფრით 20 წუთით;

3. თმას ვვარცხნით ხშირი სავარცხლით;

4. თავს დავბანოთ;

5. ვათვალიერებთ მშრალ თმას.

სასურველია თმის მოკლედ შეჭრა. შეჭრილ თმას წვავენ.

პაციენტის დამუშავების გარდა მისი ნახმარი ყველა ნივთი და საცხოვრებელი ადგილიც უნდა დამუშავდეს იგივე საშუალებებით.

დეზინფექციის შემდეგ პაციენტმა უნდა იბანოს.

arteriuli wnevis monitoringi

არტერიული წნევის კონტროლი ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან წნევის ცვლილებები შეიძლება ბევრი მძიმე დაავადების პირველი ნიშანი იყოს. თუმცა მისი მნიშვნელობა მთლიანადაა დამოკიდებული ა/წნევის მაქსიმალურად ზუსტ გაზომვაზე.

აუცილებელია არტერიული წნევის გასაზომი ნებისმიერი აპარატის (ვერცხლისწყლიანი, ანეროიდი, ელექტრონული) პერიოდული შემოწმება და სტანდარტიზაცია.

შეიძლება წნევის გაზომვისას დაშვებული სულ მცირე უზუსტობაც კი ძალიან საშიში პროცესების მიზეზი გახდეს – არასწორად მიღებული მაჩვენებლის გათვალისწინებით შეიძლება პაციენტს წნევის დამწვევი წამალი მიეცეთ, როცა ეს არ არის საჭირო, ან პირიქით – არ მიეცეთ, როცა საჭიროა. შედეგი შეიძლება სავალალო იყოს.

არტერიული წნევის გაზომვისას პაციენტი თავს კომორტულად უნდა გრძნობდეს. ოთახში უნდა იყოს საშუალო ტემპერატურა და მშვიდი გარემო პაციენტი მოხერხებულად უნდა იჯდეს, ეყრდნობოდეს სკამის ან სავარძლის ზურგს. კიდური უნდა ჰქონდეს გულის დონეზე და ჰორიზონტალურად ედოს მაგიდაზე. მანუეტი ეხვევა მხარზე იდაყვიდან 2 სმ ზევით, ხოლო მანუეტსა და მხარს შორის თავისუფლად უნდა ეტეოდეს თითი. წნევის გაზომვის წინ პაციენტს არ უნდა ჰქონდეს მიღებული ალკოჰოლი, კოფეინი ან ნიკოტინი, წნევის ასაწვეი ან დასაწვეი წამლები.

არტერიული წნევა იზომება ორჯერ, 2-წუთიანი ინტერვალებით, მაგრამ თუ მაჩვენებლებს შორის სხვაობა 5 მმ.ვწყ.სვ. აღემატება, წნევა მესამედაც იზომება და მონაცემად მიიჩნევა საშუალო მაჩვენებელი. ჩვეულებრივ, არტერიული წნევა იზომება ერთ, ორ ან ოთხივე კიდურზე (ექიმის დანიშნულებით), ხოლო თუ ვზომავთ ერთ ზედა კიდურზე, ეს უნდა იყოს მარჯვენა მხარი (არსებობს დაავადებები, რომელთა დროსაც აღინიშნება სხვაობა მარჯვენა და მარცხენა ზედა კიდურზე წნევის მაჩვენებლებს შორის, მაგ. აორტის კოარქტაციის დროს მარცხენა მხარზე წნევის მაჩვენებელი მარჯვენასთან შედარებით ნაკლებია).

არტერიული წნევის გაზომვა ხდება შემდეგი თანმიმდევრობით:

- მოახვიეთ მანუეტი პაციენტს გაშიშვლებულ მხარზე იდაყვის სახსრიდან სახსრიდან 2-3 სმ-ით ზემოთ (ან ბარძაყზე მუხლის სახსრიდან 2-3 სმ-ით ზემოთ). მოახვიეთ იმდენად მჭიდროდ, რომ მანუეტსა და კიდურს შორის 1-2 თითი ეტეოდეს;

- პაციენტს კიდური გააშლევინეთ. მანუეტი მიაერთეთ მანომეტრთან. ყურადღება მიაქციეთ, რომ მანომეტრის ისარი ან ვერცხლისწყლის სვეტი ნულოვან დანაყოფზე იდგეს;

- მოსინჯეთ პულსი მხრის არტერიაზე იდაყვის ფოსოში (ან ბარძაყის არტერიაზე მუხლქვეშა ფოსოში) და დაადეთ ფონენდოსკოპი;

- დაკეტეთ ბალონის სარქველი და აავსეთ მანუეტი ჰაერით. მანუეტი უნდა ავსოთ მანამდე, სანამ ისარი ან ვერცხლისწყლის სვეტი 20-30 მმ-ით არ ასცილდება იმ მაჩვენებელს, რომელზეც პულსაცია შეწყდა;

- გააღეთ სარქველი და ნელა გამოუშვით ჰარი ბალონიდან. ერთდროულად ისმინეთ ხმიანობა ფონენდოსკოფით და დააკვირდით შკალაზე მაჩვენებლებს;

- არტერიაზე პირველი ხმიანობა შეესაბამება არტერიული წნევის სისტოლურ მაჩვენებელს;

- არტერიაზე ხმიანობის მკვეთრი შესუსტება ან გაქრობა შეესაბამება არტერიული წნევის დიასტოლურ მაჩვენებელს;

- მიღებული მაჩვენებლები ჩაიწერეთ წილა-დის სახით (მაგალითად - 140/85 მმ/ვწ).

აუცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ, რომ რომ მანუეტის გასაბერი ბალონის სივანე უნდა იყოს მხრის გარშემოწერილობის არანაკლებ 40%, ხოლო სიგრძე - არანაკლებ 80% (ამერიკის გულის ასოციაციის – AHA – რეკომენდაცია).

არტერიული წნევის გაზომვისას შეიძლება წავაწყდეთ სპეციფიკურ შემთხვევებს, კერძოდ, აორტის ხერჯის სტენოზის, გულის უკმარისობის და პერიკარდიუმის ღრუში დიდი რაოდენობით სითხის დაგროვების შემთხვევაში შეიძლება ვერ მოხერხდეს ტონების მოსმენა და მაჩვენებლის დაფიქსირება, ასეთ დროს არსებობს ორი მეთოდი:

- პაციენტი 15 წამის განმავლობაში ხელს წევს მაღლა, მანუეტში ხდება ჰაერის სწრაფად ჩაბერვა – პულსის გაქრობიდან 60 მმ.ვწყ.სვ.-ით მეტ ღონემდე. შემდეგ, მაგიდაზე სწრაფად დაშვებულ ხელზე, სტეტოსკოპის საშუალებით იზომება წნევა;

- როდესაც მანუეტი გაბერილია, პაციენტი 8-10-ჯერ სწრაფად შეკუმშავს მუშტს, რის შემდეგაც იზომება წნევა.

pulsis monitoringi

პაციენტის პულსზე დაკვირვება ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან დიდ ინფორმაციას იძლევა მისი მდგომარეობის შესახებ. ცნობილია, რომ პულსი - ეს არის არტერიის კედლის რიტმული რხევა, რასაც განაპირობებს გულიდან სისხლის გადმოსროლა არტერიულ სისტემაში. პულსის თვისებებს განსაზღვრავს როგორც გულიდან გადმოსროლილი სისხლის სიჩქარე და მოცულობა, ასევე არტერიის კედლის მდგომარეობა, კერძოდ, მისი ელასტიურობა. პულსი იცვლება ფსიქოლოგიური და ფიზიკური დატვირთვის, გარემოს ტემპერატურის, ალკოჰოლის, ზოგიერთი მედიკამენტის მიღების გავლებით.

ჩვეულებრივ, პულსს ვამოწმებთ სხივის არტერიაზე. ამ მიზნით გამოიყენება მარჯვენა ხელის II, III და IV თითების წვერებს ათავსებს პაციენტის წინამხრის ქვემო მესამედში ხელისგულის მხარეს სხივ-მაჯის სახსართან (I თითის ფუძესთან ახლოს).

სხვიის არტერიის გარდა პულსი შეიძლება შევიგრძნოთ საფეთქლის, საძილე, ბარძაყის, მუხლქვეშა და სხვა მაგისტრალურ არტერიებზეც.



პულსის შემოწმება ხდება ზედაპირულ არტერიებზე, რომელთა მოძიება ადვილად შესაძლებელია.

პულსის შემოწმებისას პაციენტს კიდური თავისუფლად უნდა ეჭიროს. მარჯვენა ხელზე პულსი ისინჯება მარცხენა ხელით, ხოლო მარცხენაზე – მარჯვენათი.

პულსის მახასიათებლებია: რიტმი, სისწირე, დაჭიმულობა, ავსება, სიდიდე.

აქედან განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია რიტმულობა და სისწირე, რადგან მათი ცვლილებები შეიძლება მიიყვანოს პათოლოგიების ნიშანი იყოს. ამიტომ ნებისმიერი ცვლილების შესახებ ექთანმა დაუყოვნებლივ უნდა აცნობოს ექიმს.

• **ritmulobas** განაპირობებს პულსურ ტალღებს შორის არსებული ინტერვალები. თუ არტერიის კედლის პულსური რხევები აღმოცენდება დროის თანაბარი ინტერვალების შემდეგ, ვამბობთ, რომ პულსი რიტმულია (და პირიქით).

ჯანმრთელ ადამიანს რიტმული პულსი აქვს. თუ რიტმის დარღვევა არ არის გამოწვეული ფიზიკური, ემოციური ან სხვა სახის ფუნქციური დატვირთვით, მაშინ არიტმიის მიზეზი სასწრაფოდაა დასადგენი.

რიტმის დარღვევის ყველაზე ხშირი მიზეზებია გულის კუნთის ან გამტარი სისტემის, ცდომილი და სიმპათიკური ნერვული სისტემის მოქმედების სხვადასხვა ტიპის დარღვევები.

• **sixSires** ვითვლით ერთი წუთის განმავლობაში. ნორმად მიჩნეულია 60-80 დარტყმა წუთში. პულსის გახშირებას ტაქიკარდია ეწოდება, ხოლო გაიშვიათებას – ბრადიკარდია.

ჯანმრთელი ადამიანის პულსის სისწირე ჩვეული ნორმის ფარგლებში უნდა იყოს, თუმცა არსებობს ინდივიდუალური ნორმა – ჩვეული ნორმიდან იმგვარი გადახრა, როცა პაციენტს არ აღენიშნება რაიმე პათოლოგიის არც სუბიექტური და არც ობიექტური ნიშნები.

ასევე უნდა გვახსოვდეს, რომ პულსის სისწირის ცვლილების მიზეზი შეიძლება იყოს ფიზიკური, ემოციური ან სხვა სახის ფუნქციური დატვირთვა. ასეთ შემთხვევაში მიზეზის მოხსნის შემდეგ პულსის სისწირის მაჩვენებელი სწრაფად უბრუნდება ნორმას.

sunTqvis monitoringi

სუნთქვა არის გაზთა ცვლა ორგანიზმსა და გარემოს შორის. ეს რთული ფიზიოლოგიური აქტია და მის ნორმალურ მიმდინარეობაზე დიდწილადაა დამოკიდებული ორგანიზმის ყველა სასიცოცხლო ფუნქციის გამართული მუშაობა.

სუნთქვაზე დაკვირვებისას აუცილებლად უნდა განვსაზღვროთ მისი **სიხშირე, სიღრმე, რიტმი** და შევაფასოთ **სუნთქვის ტიპი**.

ნორმაში სუნთქვითი მოძრაობები რიტმულია, ხოლო მათი სიხშირე მოსვენებულ მდგომარეობაში წუთში 12 - 18-ის ტოლია.

პაციენტს სუნთქვა შეუმჩნეველად უნდა დაეუთვალოს, ხელი მის პულსზე უნდა გვედოს, რათა მისი ყურადღება სუნთქვის აქტს მოვაშოროთ; წინააღმდეგ შემთხვევაში მიღებული მაჩვენებელი სწორი არ იქნება. ვითვლით მხოლოდ ჩასუნთქვათა რაოდენობას.

პაციენტის მდგომარეობის შესაფასებლად მნიშვნელოვანი მონაცემია **ქოშინი** (სუნთქვის გაძნელება). ქოშინის მიზეზი შეიძლება იყოს ფსიქოლოგიური და ფიზიკური დატვირთვა, გარემოს ტემპერატურის ცვლილებები, ალკოჰოლის, ზოგიერთი მედიკამენტის მიღება და ა.შ. ასეთ შემთხვევებში ქოშინი გარდამავალი ხასიათისაა და მიზეზის მოხსნის შემდეგ ქრება, ხოლო პათოლოგიური ქოშინი შეიძლება გამოიწვიოს როგორც სასუნთქი სისტემის, ასევე გულ-სისხლძარღვთა, საჭმლის მომნელებელი, საშარდე, ნერვული სისტემების დაავადებებმა.

ქოშინის შემთხვევაში პაციენტს სასთუმალი უნდა ავუმაღლოთ, გავუღოთ ფანჯარა, თუ ეს შესაძლებელია, მივაწოდოთ ჟანგბადი და გამოვიძახოთ ექიმი.

ხველა ორგანიზმის თავდაცვითი რეფლექსური აქტია. ის მოსდევს ღრმა ჩასუნთქვას. ამ დროს ფილტვებში მატულობს ჰაერის წნევა, იჭიმება სასუნთქი, დიაფრაგმის, მუცლის პრესის კუნთები, სწრაფად იხსნება მბგერავი იოგები (ნაპრაღი) და ჰაერი დიდი ძალით გამოიდევნება პირის ღრუში, რადგან ცხვირს ამ დროს რბილი სასა ახშობს. ჩვეულებრივ, ხველა გვხვდება მტვრის, უცხო სხეულების და ა.შ. შესუნთქვის შემდეგ, მაგრამ არსებობს დაავადებები, რომელთა დროს სასუნთქ გზებში გროვდება პათოლოგიური გამონაყოფი – ნახველი, რომლის ორგანიზმიდან გამოყოფა მხოლოდ ხველის საშუალებითაა შესაძლებელი. ასეთ შემთხვევებში ხველა შეიძლება ძალიან შემაწუხებელი, შეტევითი იყოს და თავის მხრივ გამოიწვიოს სუნთქვის დარღვევა. ამ დროს აუცილებელია ექიმის გამოძახება!

სუნთქვის რიტმისა და სიღრმის პათოლოგიური დარღვევები, ანუ **პათოლოგიური სუნთქვა** ყოველთვის უკიდურესად მძიმე მდგომარეობების (უხშირესად თავის ტვინის და მისი გარსების დაავადებების) დროს გვხვდება, თუმცა ასევე ხშირია მძიმე მოწამვლების შემთხვევებშიც.

ექთანს უნდა ახსოვდეს, რომ სუნთქვის ნებისმიერი პარამეტრის დარღვევისას ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმეა და ამის შესახებ აუცილებლად უნდა შეატყობინოს ექიმს, რათა თავიდან იქნეს აცილებული მძიმე და, ზოგ შემთხვევაში, გამოუსწორებელი შედეგები.

sxeulis temperaturis monitoringi

ადამიანის სხეულის ტემპერატურა წარმოადგენს სხვაობას ორგანიზმში სითბოს წარმოშობასა და მის გაცემას შორის. სითბო წარმოიქმნება ყველა ორგანოსა და ქსოვილში, თუმცა განსაკუთრებით დიდი რაოდენობით სითბოს წარმოქმნიან ის ქსოვილები, რომლებიც ფუნქციურად მეტად არიან დატვირთული, მაგ. კუნთები, ღვიძლი, თირკმელები.

ქსოვილებიდან და/ან ორგანოებიდან სითბოს დაკარგვის მოცულობა მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული ორგანიზმში მათ განლაგებაზე. კანი ზედაპირულადაა განლაგებული,

ამიტომ ის მეტ სითბოს გასცემს და უფრო ადვილად გრილდება, ვიდრე უფრო ღრმად განლაგებული ქსოვილები და ორგანოები. მეტიც, კანის სხვადასხვა უბნების ტემპერატურაც განსხვავებულია და რაც უფრო დაშორებულია უბანი ცენტრისაგან, მით უფრო ნალკებია ტემპერატურა კანის აღნიშნულ უბნზე.

კანის სხვადასხვა უბნებზე ტემპერატურის ცვლილება არაპირდაპირ ასახავს სისხლძარღვების ხარისხის ცვლილებას მოცემულ ქსოვილებში, მაგ. ანთების უბანზე ტემპერატურა ლოკალურად მატულობს, ხოლო არტერიების შევიწროვების შემთხვევაში – ქვეითდება. კიდურების სხვადასხვა უბნებზე კანის ტემპერატურის გაზომვა გამოიყენება პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის დარღვევების დიაგნოსტის მიზნით.

თუ სხეულის სიმეტრიულ უბნებზე ტემპერატურათა სხვაობა $0,5^{\circ}\text{C}$ -ზე მეტია, სავარაუდოა პათოლოგიური პროცესის არსებობა.

სხეულის სხვადასხვა უბნებზე ნორმალური ტემპერატურის მაჩვენებლები განსხვავებულია, კერძოდ:

- აქსილარული (იღლის ფოსოში) – $35,8 - 37,0^{\circ}\text{C}$;
- რექტალური (სწორ ნაწლავში) – $36,1 - 37,8^{\circ}\text{C}$;
- ორალური (პირის ღრუში) – $35,8 - 37,3^{\circ}\text{C}$.

სხეულის ტემპერატურა დღე-ღამეში 1°C ფარგლებში მერყეობს.

მოზრდილი ადამიანის სხეულის ტემპერატურა ეცემა ღამით, მინიმალური მნიშვნელობა გვხვდება 5 საათისათვის, შემდეგ იზრდება და აღწევს პიკს $17-18$ სთ-ზე. მსგავსი ცვალებადობა არ აღინიშნება ახალშობილებში, ის ფორმირდება 2 წლის ასაკის მერე და 3-5 წლისთვის აღწევს 1°C -ს.

ტემპერატურა მატულობს ფიზიკური სამუშაოს შესრულების შემდეგ, ფსიქო-ემოციური დატვირთვის, ცხელი საკვების და სითხის მიღებისას.

temperaturis gazomvis Taviseburebebi

ტემპერატურის გაზომვა აუცილებელია, რათა დავადგინოთ ნორმიდან შესაძლო გადახრა, განვსაზღვროთ მისი დღე-ღამური მერყეობა და შევაფასოთ სხეულის ტემპერატურის დინამიკა, თუმცა დარწმუნებული ინდა ვიყოთ, რომ გაზომვა ზუსტი და სარწმუნოა.

იმისათვის, რომ ტემპერატურის მაჩვენებელი საიმედო იყოს, აუცილებელია გაზომვის ადგილი იყოს კარგად ვასკულარიზებული (მარაგდებოდეს სისხლძარღვებით) და იზოლირებული გარემოსგან, ამასთან არ უნდა წარმოადგენდეს რაიმე რისკს პაციენტისთვის. ტემპერატურის გაზომვის სახეობის/ლოკალიზაციის შერჩევა ხდება პაციენტის მდგომარეობისა და ასაკის გათვალისწინებით – უფროსი ასაკის ბავშვებსა და მოზრდილებში ტრადიციულად მიღებული იყო ორალური ტემპერატურის გაზომვა, ხოლო ჩვილებსა და უმცროსი ასაკის ბავშვებში – რექტალური ტემპერატურის გაზომვის მეთოდი. მათ აღტერნატიულ მეთოდებს მიეკუთვნება აქსილარული და ტიმპანური თერმომეტრების გამოყენება. ამ მეთოდების გამოყენება მცირეწლოვან ბავშვებში ხშირად უფრო სწრაფი და ადვილია. ამასთან, შესაძლოა უფრო მისაღები იყოს ბავშვისა და მისი მშობლისათვის. თუმცა ექსპერტთა შეთანხმების (დელფის პროცესი) თანახმად 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში რუტინულად არ უნდა იქნას გამოყენებული სხეულის ტემპერატურის გაზომვის მხოლოდ ორალური და რექტალური მეთოდები.

მოკლედ მიმოვიხილოთ ტემპერატურის გაზომვის სხვადასხვა ლოკალიზაციის თავისებურებები.

აქსილარული ტემპერატურა

აქსილარულად (იღლიის ფოსოში) გაზომილი ტემპერატურის მაჩვენებლის საიმედოობა სადააო, რადგან ზუსტი მონაცემის მისაღებად აუცილებელია იღლიაში თერმომეტრის გარკვეული დროით მოთავსება (თერმომეტრის სახეობის მიხედვით 2-10 წთ), რაც ხშირად არ სრულდება. ისიც გასათვალისწინებელია, რომ იღლიის ფოსო სხეულის სხვა უბნებთან შედარებით, განიცდის გარემო ტემპერატურის უფრო მეტ ზეგავლენას (განსაკუთრებით ძალიან გამხდრებში, როცა აქსილარული ფოსოს მჭიდრო დახურვა შეუძლებელია ან პირიქით, ძალიან მსუქნებში ცხიმოვანი ბალიშის არსებობის გამო).

საკმაოდ ხშირად გვხვდება აქსილარული ტემპერატურის ასიმეტრია (54%). ამასთან უფრო მაღალია მარცხნივ $0,5^{\circ}\text{C}$ -მდე, ხოლო უფრო მაღალი სხვაობა უკვე პათოლოგიად ითვლება და საჭიროა პაციენტის გამოკვლევა.

რექტალური ტემპერატურა

სწორ ნაწლავში ტემპერატურა უფრო მაღალია. ზუსტი გაზომვისათვის საჭიროა დავიცვათ გარკვეული პირობები. ტემპერატურა სტაბილურია მისი გაზომვისას ანალური კიდიდან მხოლოდ 8 სმ სიღრმეში. ზონდის მოთავსებისას ჩვეულებრივ, ანალური კიდიდან 1-2,5 სმ სიღრმეში ტემპერატურა შეიძლება ცვალებადობდეს $0,8^{\circ}\text{C}$ -ის ფარგლებში, ამიტომ პრაქტიკულად წარმოებს ანალური და არა რექტალური ტემპერატურის გაზომვა. ეს მეთოდი გამოიყენება 4 წლამდე ასაკის ბავშვებში. პროცესის მინიმალური ხანგრძლივობა შეადგენს 1-3 წთ-ს.

ორალური ტემპერატურა

ორალურად ტემპერატურის გაზომვა ადვილად ხელმისაწვდომი მეთოდია. ასეთი გაზომვით მიღებული მაჩვენებლები $0,1-0,4^{\circ}\text{C}$ -ით დაბალია სწორ ნაწლავში გაზომილ მაჩვენებლებთან შედარებით. უნდა გვახსოვდეს, რომ ორალური ტემპერატურა იცვლება სუნთქვის ზეგავლენით, ასევე – გაზომვამდე მიღებული ცხელი ან ცივი სასმელის ზემოქმედებით და საწყის ტემპერატურას მხოლოდ რამდენიმე ათეული წუთის შემდეგ უბრუნდება. ამიტომ, შემთხვევათა დაახლოებით 15 %-ში (ყოველი მეექვსე-მეშვიდე პაციენტი) ითვლება, რომ ტემპერატურა არ არის მომატებული, სინამდვილეში კი მათი ტემპერატურა რეალურად 38°C -ზე მეტია.

პაციენტის სხეულის ტემპერატურის პირველადი შეფასება შესებითაცაა შესაძლებელი. ტემპერატურის შესებით შეფასების მეთოდი გამოიყენება კანის ტემპერატურის შეფასებისათვის ანთების კერაში (მაგ. ანთებითი სახსარი ანალოგიურ სახსართან ან მახლობელ სხვა ქსოვილებთან შედარებით). თუმცა, სხეულის ტემპერატურის ზუსტი შეფასება შესაძლებელია მხოლოდ სპეციალური ხელსაწყოების – თერმომეტრების დახმარებით.

თერმომეტრია არის ერთ-ერთი მარტივი მეთოდი, რომლის დახმარებთაც შეიძლება დაავადების ობიექტური და ხარისხობრივი შეფასება.

ტემპერატურის გაზომვის ძირითად ერთეულს წარმოადგენს კელვინის ტემპერატურული შკალა. სამედიცინო პრაქტიკაში გამოიყენება ცელსიუსის ტემპერატურული შკალა (ჩვენს ქვეყანაში და ბევრ სხვა ქვეყანაში) და ფარენგეიტის შკალა (აშშ, დიდ ბრიტანეთი და სხვა).

ამბულატორიულ პრაქტიკაში თერმომეტრია ავადმყოფის გამოკვლევის აუცილებელ კომპონენტს წარმოადგენს, რისთვისაც აუამად გამოიყენება თერმომეტრის შემდეგი მეთოდები: თხევადკრისტალური, ქიმიური, ელექტრონული და ინფრაწითელი.

ვერცხლისწყლიანი თერმომეტრი

ტემპერატურის გასაზომად ჩვენში ყველაზე გავრცელებული სამედიცინო ვერცხლისწყლიანი თერმომეტრია (ე.წ. თხევადი თერმომეტრი). მისი მოქმედება ეფუძნება სითბოს ზემოქმედების შედეგად სითხის გაფართოების პრინციპს. თერმომეტრი წარმოადგენს მინის კოლბას, მასში მდებარე ფირფიტაზე მოთავსებულია კაპილარი ბოლოში ვერცხლისწყლით შევსებული რეზერვუარით. ფირფიტაზე აღნიშნულია ცელსიუსის შკალა. გაზომვის დიაპაზონია $34-42^{\circ}\text{C}$, $0,1^{\circ}\text{C}$ სიზუსტით. ვერცხლისწყლით შევსებულ რეზერვუარში კაპილარის გადასვლის ადგილი შევიწროებული და გაღუნულია, რის გამოც გათბობისას ვერცხლისწყალი ნელა აღწევს თავის მაქსიმალურ დონეს, რჩება სიმხურვალის მაქსიმალურ დონემდე აწეული და არ ჩამოდის თავისით, შენჯღრევის გარეშე. ვერცხლისწყლიანი თერმომეტრი გამოიყენება ტემპერატურის გასაზომად იდლიაში, საზარდულის ნაოჭთან, პირის ღრუში და სწორ ნაწლავში.

გაზომვის წინ თერმომეტრი უნდა უჩვენებდეს $35-36^{\circ}\text{C}$ დონეს. ტემპერატურის გაზომვას აწარმოებენ შემდეგნაირად:

იდლიის ფოსოში – შემოწმებულ (ნორმალური მაჩვენებლით) თერმომეტრს ათავსებენ წინასწარ გამომშრალეულ იდლიის ფოსოში ისე, რომ ვერცხლისწყლის საცავი ფოსოს ცენტრში მოჰყვეს; მხარს მჭიდროდ მიიტანენ გულმკერდთან და ასე ტოვებენ 7-10 წუთის განმავლობაში.

საზარდულის არეში – ეს მეთოდი გამოიყენება ჩვილ ბავშვებში სხეულის ტემპერატურის გაზომვისათვის. თერმომეტრს ათავსებენ საზარდულის ნაოჭსა და ბარძაყს შორის და აფიქსირებენ მოხრილ მდგომარეობაში 7-10 წუთის განმავლობაში.

ორალური გაზომვისას – თერმომეტრს ათავსებენ ენის ქვეშ, ენის ლაგამის მარჯვენა ან მარცხენა მხარეს და სთხოვენ ავადმყოფს პირი დახუროს 3 წუთის განმავლობაში; თუ ავადმყოფს აქვს კბილის პროთეზი, საჭიროა მისი მოხსნა ტემპერატურის გაზომვის წინ.

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

სწორ ნაწლავში – ეს მეთოდი გამოიყენება 4 წლამდე ასაკის ბავშვებში. თერმომეტრის ვერცხლისწყლის საცავის ნაწილს უსვამენ ვახელისნ და შეყავთ სწორ ნაწლავში ნელი, ფრთხილი მოძრაობით 2-3 სმ-ის სიღრმეში; თერმომეტრს აკავებენ დუნდულოებზე მოთავსებული ხელის თითებით 1-2 წუთის განმავლობაში. დაუშვებელია ბავშვის აქტიური მოძრაობა. სწორ ნაწლავში გამოიყენებულ თერმომეტრს ამუშავებენ სპირტით და ინახავენ განცალკევებით, ისე, რომ არ აირიოს სხვა თერმომეტრებში. არ შეიძლება თერმომეტრის ცხელი წყლით გარეცხვა.

საშოში - ამ მეთოდს იყენებენ ძირითადად ოფულაციის დროის განსაზღვრისათვის. გაზომვა ტარდება დილით, საწოლიდან ადგომამდე. თერმომეტრი შეყავთ საშოში და ტოვებენ 5 წუთის განმავლობაში.

სამედიცინო ვერცხლისწყლიანი თერმომეტრის დადებითი მხარეები:

- გაზომვის სიზუსტე (თავისი მაჩვენებლებით უფრო ახლოა გაზის თერმომეტრთან, რომელიც ითვლება თერმომეტრთა ეტალონად);

- იაფია და ხელმისაწვდომი ყველასათვის;
- ნებადართულია დეზინფექცია, სადეზინფექციო ხსნარებში სრული ჩაშვება, ამიტომ შეიძლება მისი გამოყენება სამედიცინო დაწესებულებაში;
- გაზომვის სხვადასხვა საშუალება (რექტალური, ორალური, აქსილარული).

უარყოფითი მხარეები:

- დიდი დროა გაზომვისთვის საჭირო (დაახლოებით 10 წთ);
- შეიცავს ჯამრთელობისათვის სახიფათო ვერცხლისწყალს (~ 2 გრ);
- ადვილად ტყდება;
- პატარა ბავშვებში არ არის სასურველი მისი ორალური გამოყენება;
- მისი ფორმის წყალობით რექტალური გაზომვისას ის შეიძლება “დაგვეკარგოს”.

ვერცხლისწყლიანი თერმომეტრი (სხვა ვერცხლისწყლიანი ხელსაწყოებიც) ბევრ ქვეყანაში აკრძალულია, რადგან მათი დაზიანების შემთხვევაში შესაძლებელია გარემოში ვერცხლისწყლის მოხვედრა. ვერცხლისწყლიანი გატეხილი თერმომეტრიდან გადმოდერისას ადვილად იფანტება შენობაში წვეთებად. გარემოში მოხვედრისას იწყებს აორთქლებას >18°C-ზე. ვერცხლისწყლის თუნდაც მცირე რაოდენობის ხანგრძლივი ზემოქმედება იწვევს მძიმე მოწამვლას – ვერცხლიწყლით ინტოქსიკაციას. ეს შეიძლება გამოვლინდეს დერმატიტით, სტომატიტით, სალივაციით, პირში მეტალის გემოთი, ფაღარათით, ანემიით, თავის ტკივილით, ხელების კანკალით, თირკმლის დაზიანებით. ვერცხლიწყლის გამოყოფა შარდის გზით 0,3 მგ/ლ-ზე მეტი, მიუთითებს ვერცხლიწყლით ინტოქსიკაციაზე.

ვერცხლისწყლის დაღვრის შემთხვევაში ტარდება დემერკურიზაცია – ვერცხლისწყლისა და მისი ნაერთების მოშორება მექანიკური ან ფიზიკურ-ქიმიური მეთოდებით ადამიანებისა და ცხოველების მოწამვლის პრევენციის მიზნით. დაღვრილ ვერცხლისწყალს აგროვებენ ქაღალდის კონვერტში ჯერ ფუნჯით, შემდეგ კი სველი ფილტრის ქაღალდით. აპრადებიდან – მავთულით ან ამალგამირებული ლითონის ფუნჯით. შეგროვებულ ვერცხლისწყალს და გამოყენებულ ხელსაწყოებს ათავსებენ ჰერმეტიკულ ჭურჭელში. შემდეგ ვერცხლისწყლის ნარჩენების გაუვნებელყოფის მიზნით შენობას ამუშავებენ ქიმიური ნივთიერებებით, რომლებიც რეაქციაში შედიან ვერცხლისწყალთან და ქმნიან ოქსიდებს ან არააქროლად ხსნად ნაერთებს (ვერცხლისწყლის მარილებს), ამ მარილებს კი რეცხავენ. დემერკურიზაციისათვის გამოყენებულ ნივთიერებათაგან ყოველდღიურ ყოფაში ყველაზე მარტივად ხელმისაწვდომია 5%-იანი იოდის სპირტხსნარი, კალიუმის პერმანგანატის 0,2%-იანი წყალხსნარი და მარილმჟავას 0,5%-იანი ხსნარი. ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტურია ქლორიანი რკინის 20%-იანი წყალხსნარი.

ელექტრონული თერმომეტრი

ელექტრონული თერმომეტრი ტემპერატურას მასში ჩანერგილი გადამცემების საშუალებით ზომავს და შედეგი ეკრანზე გამოაქვს. მას გააჩნია მეხსიერება, ხმოვანი სიგნალი, ცვლადი დაბოლოებები, წყალგაუმტარია. იძლევა ტემპერატურის 32–43,9°C ფარგლებში 0,1°C სიზუსტით განსაზღვრის საშუალებას. ელექტრონულმა თერმომეტრმა შეავიწროვა ვერცხლისწყლიანი თერმომეტრი, რომელიც დაკავშირებული იყო გარკვეულ რისკებთან და გართულებებთან.

ტემპერატურის სუბიექტური განსაზღვრა მშობლის ან მზრუნველის მიერ

იმის გამო, რომ ყველა ოჯახში არ მოიპოვება თერმომეტრი, მშობლები და ბავშვზე მზრუნველები ხშირად ცდილობენ დაადასტურონ ბავშვის ტემპერატურის მომატება სუბიექტური ნიშნების საფუძველზე. ჩვეულებრივ, ეს ხორციელდება ხელის შეხებით ბავშვის შუბლზე ან სხეულის ზედაპირის სხვა ნაწილზე. ტემპერატურის სუბიექტურ შეფასებაზე ჩატარებული კვლევების საფუძველზე ირკვევა, რომ **მშობლის მიერ დადგენილი ტემპერატურის მომატება მნიშვნელოვანი დიაგნოსტიკური სიზუსტით ხასიათდება** (74%-დან 28 97%-მდე), ამიტომ მშობლის სუბიექტური აზრი ბავშვის სხეულის ტემპერატურის მომატებასთან დაკავშირებით ღირებულად უნდა ჩაითვალოს და ჯანდაცვის პროფესიონალის მიერ განხილულ იქნას სერიოზულ ნიშნად.

gadaudebeli daxmareba gul-sisxlZarRvTa daavadebebis dros

arteriuli hipertenziis marTva

არტერიული ჰიპერტენზია (არტერიული წნევის მატება) გულისსხლძარღვთა დაავადებათა შორის ყველაზე გავრცელებულია. ამავე დროს იგი გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სხვა დაავადებების განვითარების უმთავრეს რისკ-ფაქტორადაც გვევლინება.

არტერიულ ჰიპერტენზიად ითვლება შემდეგი მაჩვენებლები:

- სისტოლური წნევა ≥ 140 მმ.ვწყ.სვ.
- დიასტოლური წნევა ≥ 90 მმ.ვწყ.სვ. და მეტი.

არტერიული ჰიპერტენზია თავის ტვინის და თირკმელების სისხლძარღვოვანი დაავადებების განვითარების უმთავრესი რისკ-ფაქტორიცაა. ეს დაავადებები კი ფიქსირდება სიკვდილის ძირითად მიზეზად საერთო სიკვდილობის სტრუქტურაში.

არტერიული ჰიპერტენზია არის უდიდესი არაინფექციური პანდემია კაცობრიობის ისტორიაში. კვლევებით დადასტურებულია, რომ არტერიული ჰიპერტენზიის ადექვატური კონტროლი და მართვა მნიშვნელოვნად ამცირებს თავის ტვინის ინსულტისა და გულის კორონარული დაავადების განვითარებას და, შესაბამისად, მათი მიზეზით გამოწვეული სიკვდილობის რისკს. არტერიული ჰიპერტენზიის ეფექტური კონტროლი უზრუნველყოფს სიცოცხლის ხანგრძლივობის რეალურ ზრდას დასავლეთ ევროპის ქვეყნებსა და აშშ-ში.

უხშირესად (შემთხვევათა $\sim 90-95\%$) არტერიული ჰიპერტენზიის გამომწვევი მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება. ასეთ დაავადებას **პირველადი, ესენციური ან იდიოპათიური ჰიპერტენზია** ეწოდება. ადრე ჩვენში მას ჰიპერტონულ დაავადებას უწოდებდნენ. როდესაც არტერიული ჰიპერტენზია ვითარდება რაიმე სხვა დაავადების ფონზე ან სპეციფიკური გამომწვევი მიზეზით, მას **მეორადი ანუ სიმპტომური ჰიპერტენზია** ეწოდება.

საქართველოში უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური კვლევების მონაცემები ადასტურებენ, რომ არტერიული ჰიპერტენზია წარმოადგენს ყველაზე მეტად გავრცელებულ დაავადებას ქართულ პოპულაციაში.

ესენციური ჰიპერტენზიის მიზეზად მრავალი ფაქტორი გვევლინება და მას საფუძველად უდევს არტერიული წნევის რეგულაციის დარღვევა. ფიზიოლოგიურად არტერიული წნევის სიდიდეს განაპირობებს ორი ფაქტორი, გულის წუთმოცულობა და სისხლძარღვთა პერიფერიული წინააღმდეგობა (უპირატესად რეზისტენტული დონეზე). სქემა №1- ში მოცემულია

იმ დარღვევათა ერთობლიობა, რომლებიც გავლენას ახდენს ამ ძირითად კომპონენტებზე და ერთმანეთთან ურთიერთქმედებით იწვევს ჰიპერტენზიას. ცალკეული პაციენტებისათვის ამ დარღვევათა ტიპი და სიმძიმე განსხვავებულია.

ღამის განმავლობაში არტერიული წნევა ~ 10-20%-ით მცირდება. კარდიოვასკულური დაავადებების განვითარების უფრო მაღალი რისკი აღენიშნებათ იმ პირებს, ვისთანაც წნევის ეს ფიზიოლოგიური შემცირება არ ფიქსირდება. არტერიული წნევის ამბულატორიული მონიტორინგის მონაცემებით ნორმალური მაძვენებლებია:

- ფხიზელ მდგომარეობაში $\Delta/\nabla < 135/85$ მმ.ვწყ.სვ.
- ძილის დროს $\Delta/\nabla < 120/75$ მმ.ვწყ.სვ.

არტერიული ჰიპერტენზიის მართვის ეფექტურობა დიდადაა დამოკიდებული პაციენტის მოტივაციაზე და მის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე. ამ თვალსაზრისით მეტად მნიშვნელოვანია ექტონის როლი და პაციენტთან მისი ურთიერთობისას სწორად შერჩეული ტაქტიკა. პაციენტისთვის აუცილებელია როგორც მოტივაციის გაზრდა, ისე სპეციფიკური განათლება მისი დაავადების შესახებ. მას უნდა განემარტოს, რომ ტერმინები “ჰიპერტენზია” და “მაღალი სისხლის წნევა” სინონიმებია და რომ არაფერი შემაშფოთებელი და საშიში ამ მდგომარეობაში არ არის, რომ სწორი მიდგომის შემთხვევაში შესაძლებელია არტერიული წნევის ნორმალიზება და გართულებების თავიდან აცილება შესაძლებელია. ამგვარი საუბრები დაეხმარება პაციენტს ცხოვრების სტილის შეცვლაში, ექიმის მიერ დანიშნული მკურნალობის ჩატარებასა და თვითშეგრძნების გაუმჯობესებაში.

არტერიული ჰიპერტენზიის პრევენციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მომენტიცა ცხოვრების ჯანსაყი წესის დამკვიდრება, რაც გულისხმობს:

- წონის კორექციას;
- რეგულარულ ფიზიკურ აქტივობას ჯანმრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით;
- სწორ კვებას, ანუ კალიუმით და კალციუმით მდიდარი (ხილი, ბოსტნეული, დაბალ-ცხიმიანი რძის პროდუქტები) და ნატრიუმით ღარიბი საკვების მიღებას. ნატრიუმის დღიური მიღება უნდა შემცირდეს 100 მმოლამდე (2,4 გრამი ნატრიუმი, რაც შეესაბამება 4 გრამ სუფრის მარილს);
- ალკოჰოლის მიღების შემცირებას (ეთანოლზე გადაანგარიშებით მამაკაცებში 30 მილილიტრამდე დღეში, ხოლო ქალებში – 15 მილილიტრამდე);
- თამბაქოს მოწვევის შემცირებას.

დაავადების პრევენციის საუკეთესო საშუალება მისი განვითარების რისკის ფაქტორების და პრემორბიდული მდგომარეობების დროული გამოვლენაა, რისთვისაც აუცილებელია არტერიული წნევის ამბულატორიული მონიტორინგი.

ძირითადი რისკ-ფაქტორებია:

- ჰიპერტენზია;
- სიმსუქნე (სხეულის მასის ინდექსი 30 კგ/მ^2);
- დისლიპიდემია;
- დიაბეტი;
- თამბაქოს მოხმარება;
- ფიზიკური არააქტიურობა;
- მიკროალბუმინურია, განსაზღვრული გლომერულოფილტრაციის სიჩქარე < 60 მლ/წთ;

- ასაკი (> 55 მამაკაცებისათვის, > 65 ქალებისათვის);
- კარდიოვასკულური დაავადების ოჯახური ანამნეზი.

არტერიული ჰიპერტენზიის სიმპტომები და ნიშნები

უხშირესად გაურთულებელი ჰიპერტენზია მიმდინარეობს ასიმპტომურად.

სიმპტომები, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდეს, არის თავის ტკივილი, ხმაური ყურებში, თავბრუსხვევა, საერთო სისუსტე, გულის ფრიალი, მაგრამ ეს სიმპტომები იგივე სისშირით გვხვდება ნორმოტენზიულ პოპულაციაში და ამდენად მათი დიაგნოსტიკური ღირებულება მცირეა;

ბევრი სიმპტომი, რომელიც თან ახლავს ჰიპერტენზიას თავის წარმოშობით ფსიქოგენურია;

თავის ტკივილიც კი, რომელიც დიდი ხნის განმავლობაში მიიჩნეოდა ჰიპერტენზიის ყველაზე ხშირ სიმპტომად, სუსტ კორელაციაშია არტერიული წნევის სიდიდესთან.

miokardiumis iSemiis marTva

მიოკარდიუმის იშემია (ადგილობრივი სისხლნაკლებობა, რაც იწვევს ქსოვილში ჟანგბადის ნაკლებობას) ვითარდება იმ შემთხვევაში, როცა ირღვევა ბალანსი ჟანგბადზე მიოკარდიუმის მოთხოვნასა (ფიზიკური ან ემოციური დატვირთვა) და მის მიწოდებას შორის.

მიოკარდიუმის იშემიის ძირითადი მიზეზი გულის გვირგვინოვანი (კორონარული) არტერიების ათეროსკლეროზია, როცა სისხლძარღვის სანათურის 50-70%-ით შევიწროვების შემთხვევაში სისხლის შემცირებული ნაკადი ვეღარ უზრუნველყოფს მიოკარდიუმის მომარაგების საჭირო რაოდენობის ჟანგბადით. ზოგჯერ იშემიას იწვევს არა კორონარების კედლის ორგანული ცვლილებები, არამედ მისი ტონუსის მომატება ან სპაზმი.

ათეროსკლეროზის გარდა მიოკარდიუმის იშემიის მიზეზი შეიძლება გახდეს ჟანგბადზე მოთხოვნის გაზრდა მიოკარდიუმის ჰიპერტოფიის (გასქელების) გამო არტერიული ჰიპერტენზიის, აორტის სკლეროზის, პარკუჭთაშორისი ძგიდის გასქელების დროს. ასევე – კორონარების სანათურის შევიწროვება თრომბებით, ემბოლებით, სიფილისური გუმბით დაცობის ან კორონარიიტის შედეგად.

გულის იშემიური დაავადების განვითარების რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება ოჯახური “კორონარული” ანამნეზი, თამბაქოს მოწევა, ჰიპერქოლესტერინემია, არტერიული ჰიპერტენზია და შაქრიანი დიაბეტი.

შედარებით ნაკლებია ამ თვალსაზრისით სიმსუქნის, ჰიპოდინამიის, სტრესების მნიშვნელობა.

უხშირესად მიოკარდიუმის იშემია ვლინდება ტკივილით გულის არეში (სტენოკარდიული შეტევა), რაც გადაუდებელ დახმარებას საჭიროებს. ტკივილი შეიძლება აღმოცენდეს როგორც ფიზიკური/ემოციური დატვირთვის ფონზე, ასევე მოსვენებულ მდგომარეობაშიც. როცა ტკივილი ფიზიკური დატვირთვის ფონზე ჩნდება, პაციენტი უნდა გაჩერდეს, დაჯდეს ან დაწვეს (სიტუაციის მიხედვით).

სტენოკარდიული ტკივილისთვის დამახასიათებელია შეტევითი ხასიათი, მას აქვს მკაფიოდ გამოხატული დასაწყისი და ბოლო. ტკივილი შეიძლება იყოს მოჭერითი ან დამწოლი, ზოგჯერ კი პაციენტები აღნიშნავენ წვის შეგრძნებას. როგორც წესი, სტენოკარდიული ტკივილი ლოკალიზდება მკერდის ძვლის უკან, მისგან მარცხნივ ან

ეპიგასტრიუმის არეში. ტიპიურია ტკივილის ირადიაცია გულ-მკერდის მარცხენა ნახევარში, მარცხენა ზედა კიდურში თითების ჩათვლით, მარცხენა ბეჭში და მხარში, კისერში, ქვედა ყბაში. იშვიათად ტკივილი მკერდის ძვლის მარჯვნივ და მარჯვენა მხარში კოლალიზდება.

სტენოკარდიულ ტკივილს ხშირად ახლავს შიში, სისუსტე, კანის ჰიპერემია ან მკვეთრი სიფერმკრთაღე.

საკმაოდ ხშირია სტენოკარდიული ტკივილის განსხვავებული ლოკალიზაცია – ტკივილი შეიძლება აღმოცენდეს მარცხენა მხარში, იდაყვში, მაჯაში; შეიძლება პაციენტს ჰქონდეს ყელში მოჭერის შეგრძნება ან ბეჭების ტკივილი. განსაკუთრებით საყურადღებოა ტკივილი ეპიგასტრიუმში (გულის კოფზის ქვეშ) და წვის შეგრძნება საყლაპავში, რასაც, სამწუხაროდ, ხშირად გასტრიტის ან წყლულის სიმპტომებად მიიჩნევენ. ასეთ შემთხვევაში უნდა გავითვალისწინოთ, რომ სტენოკარდიული ტკივილი, უხშირესად, ფიზიკურ/ემოციური დატვირთვის ფონზე ვითარდება, ახასიათებს შეტვეითი ხასიათი, ტიპიურია მოცემული პაციენტისათვის, და, რაც მთავარია, ემორჩილება ნიტროგლიცერინის მოქმედებას.

სტენოკარდიული ტკივილის მოხსნის ძირითად და შეუცვლელ საშუალებად კვლავ რჩება *ნიტროგლიცერინი* 0,0005გ ტაბლეტების ან აეროზოლის სახით (*ნიტრომინტი, ნიტროლინგვალი*). შეიძლება პოლიმერული ფირფიტის გამოყენებაც (*ტრინიტროლონგი*), რომელიც ღრძილის ღორწოვან გარსზე ეკრობა. ნიტროგლიცერინის ნაცვლად შესაძლებელია *ნიტროსორბიტის* ტაბლეტის გამოყენება სუბლინგვალურად ან სპრეის სახით (*იზოკეტი, იზო მაკი*).

სწრაფი და სასურველი ეფექტის მისაღწევად აუცილებელია აღნიშნული პრეპარატების სუბლენგვალური (ენის ქვეშ) გამოყენება, რის შესახებ პაციენტი უნდა გააფრთხილოთ. მას ასევე უნდა აუხსნათ, რომ წამლის მიღების შემდეგ მოსალოდნელია თავის ტკივილი, თავბრუ; შესაძლებელია გულის წასვლაც, ამიტომ ნიტროგლიცერინის მიღების წინ ჯობია, თუ პაციენტი დაწვება ან დაჯდება ღრმა სავარძელში.

ჩვეულებრივ, ნიტროგლიცერინის მიღებიდან 2-3 წუთში ტკივილი იხსნება, თუმცა ეფექტის არარსებობისას რამდენიმე წუთში შეიძლება წამლის ხელახლა მიღება. პაციენტი უნდა გააფრთხილოთ, რომ სასურველია არტერიული წნევის კონტროლი, რადგან ნიტროგლიცერინმა შეიძლება წნევის ვარდნა გამოიწვიოს. ნიტროგლიცერინის გამოყენებას დიაგნოსტიკური მნიშვნელობაც აქვს – თუ ტკივილის კუპირება პრეპარატის მესამედ მიღების შემდეგაც არ ხერხდება, სტენოკარდიის დიაზნოზი საეჭვო ხდება.

სტენოკარდიული ტკივილის შემთხვევაში, მაშინაც კი, თუ ტკივილის მოხსნა მოხერხდა, აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია და პაციენტის გამოკვლევა, რათა გამოირიცხოს მიოკარდიუმის დაზიანება ან ინფარქტი.

მიოკარდიუმის ინფარქტის თავიდან ასაცილებლად ზოგჯერ საკმარისი არ არის მედიკამენტური მკურნალობა, ამიტომ საჭირო ხდება თანამედროვე კარდიოქირურგიული მეთოდების – სტენტირების ან შუნტირების გამოყენება.

gadaudebeli daxmareba sasunTqi sistemis
daavadebebis dros

saunTqi gzebis obstruqciis marTva

საუნთქი გზების ობსტუქცია – ესაა ჰაერგამტარი გზების ზედა ნაწილის ნაწილობრივი ან სრული ბლოკირება, რაც სიცოცხლისათვის საშიში შეიძლება იყოს.

საუნთქი გზების ობსტუქციის მიზეზებია:

- ენის გადაწევა ხახაში;
- საუნთქ გზებში საკვების ნაწილების გაჩხერა;
- ენის, ხორხის შეშუპება;
- ღარინგოსპაზმი (ანაფილაქსია, თერმული დამწვრობა);
- უცხო სხეულის მოხვედრა საუნთქ გზებში (მათ შორის – პროთეზის);
- ჰიპერსალივაცია;
- კისრის სიმსივნეები;
- სახის, ტრაქეის, ხორხის ტრავმები;
- ინფექციები (პერიტონზილარული ან რეტროფარინგეალური აბსცესები).

აუცილებელია პაციენტის მდგომარეობის შეფასება. საუნთქი გზების ნაწილობრივი ობსტუქციისთვის დამახასიათებელია ტაქიკარდია, შფოთვა, ხმაურიანი სუნთქვა, ხშირი ხველა. სრული ობსტუქციის დროს აღინიშნება ლაპარაკის გაძნელება, სულხუთვა, გონების დაკარგვა, ციანოზი, გულის გაჩერება.

თუ საუნთქ გზებში ჰაერის მოხვედრას მექანიკური დაბრკოლება აფერხებს, მაშინ საჭიროა მისი გამოდევნა. დახმარება შეიძლება დაზარალებულის ნებისმიერ პოზიციაში (წოლა, ჯდომა, დგომა) ყოფნისას. არსებობს დახმარების რამდენიმე ხერხი:

zurgze dakvra

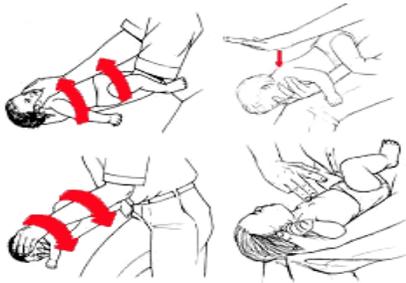
პროცედურის დროს თქვენ იწვევთ ხერხემლის შერხევას, რხევები გადაეცემა გულ-მკერდის ორგანოებს და ტრაქეას, მისი კედელი ტალღისებურად ირხევა უკნიდან წინისაკენ და ქვევიდან ზევით, ეს კი იწვევს უცხო სხეული ამოძრავებას და მის ამოხველებას.



- თუ დაზარალებული დგას ან ზის, დადებით დაზარალებულის ზურგს უკან. თავი დაბლა დაახრევინეთ. ერთი ხელით დააფიქსირეთ მისი გულ-მკერდის წინა ზედაპირი, ხოლო მეორე ხელის გული 4-ჯერ დაჰკარით ზურგზე ბეჭებს შორის



- თუ დაზარალებული წევს, გადმოაბრუნეთ გვერდზე, მოახრევინეთ ფეხები, ჩაიმუხლეთ ისე, რომ თქვენი მუხლები აფიქსირებდეს მისი გულ-მკერდის წინა ზედაპირს, ხელის გული 4-ჯერ დაჰკარით ზურგზე ბეჭებს შორის.



• თუ დაზარებული ჩვილი ბავშვია, დაიწვინეთ წინამხარზე სახით ქვევით. ხელი ისე დახარეთ, რომ ბავშვის ბავშვის თავი სხეულზე დაბლა იყოს, ხოლო მეორე ხელი 5-ჯერ დაჰკარით ბეჭებს შორის.

თუ შედეგი ვერ მიიღეთ, გადააბრუნეთ ბავშვი ზურგზე, დაიწვინეთ მუხლებზე ისე, რომ თავი სხეულზე დაბლა იყოს, 5-ჯერ დაჰკარით გულ-მკერდზე მკერდის ძვლის ქვედა მესამედის არეში.

არ შეიძლება ბავშვის მუცელზე ზეწოლა! თუ უცხო სხეული ჩანს, ეცადეთ მის ამოღებას. თუ მცდელობა წარმატებით არ დასრულდა, აუცილებელია ბავშვის გადაყვანა საავადმყოფოში (სასურველია “სასწრაფო დახმარების” გამოძახება), მანამდე კი დაიწყეთ ხელოვნური სუნთქვა და განაგრძეთ ექიმის მოსვლამდე.

ერთ წელზე უფროსი ბავშვების დახმარება ისეთივეა, როგორც მოზრდილების შემთხვევაში.

ყველა შემთხვევაში საჭიროა ექიმის კონსულტაცია და პაციენტის გამოკვლევა გართულებების გამორიცხვის მიზნით.

gul-mkerdze dakvral

დახმარება მუცელზე დაკვრის მსგავსად ტარდება და გამოიყენება იმ შემთხვევაში, თუ დაზარალებული ძალზე მსუქანია ან ორსულადაა და დამხმარეს მკლავები მას მუცელზე ვერ შემოწვდება. სწორად უნდა შეარჩიოთ ზეწოლის წერტილი – უნდა დააწვეთ მკერდის ძვლის ბოლოდან 2,5-3,5 სმ-ით ზევით (2-3 თითი), რათა ორგანოების დაზიანება არ გამოიწვიოს.

mucelze dakvra

პროცედურის დროს თქვენ იწვევთ მუცლის პრესის კუნთების და დიაფრაგმის შერხევას, რხევები გადაეცემა გულ-მკერდის ორგანოებს და ტრაქეას, მისი კედელი ტალღისებურად ირხევა წინიდან უკნისაკენ და ქვევიდან ზევით, ეს კი იწვევს უცხო სხეულის ამოძრავებას და მის ამოხველებას.



• თუ დაზარალებული დგას ან ზის, დადექით მის უკან და მკლავები წელზე შემოაჭდეთ. თქვენი მუჭი მიაბჯინეთ მუცელზე, დაადეთ მეორე ხელი და სწრაფად ამოჰკარით 4-ჯერ ქვევიდან ზევით.



• თუ დაზარალებული წევს, მოათავსეთ ის პირადმა, ჩაიმუხლეთ, ერთი ხელის გული დაადეთ მუცელზე ჭიპსა და ნეკნთა რკალს შორის, მეორე ხელით გადაფარეთ და გაჭიმული მკლავებით სწრაფად უბიძგეთ დიაფრაგმას 4-ჯერ ქვევიდან ზევით.

laringospazmis marTva

ლარინგოსპაზმი – ესაა ხორხის კუნთების უეცრად განვითარებული უნებლიე შეკუმშვა, რაც იწვევს ყიის (სახმო ნაპრაღის) შევიწროვებას ან სრულ დახშობას და რასაც თან ახლავს ჩასუნთქვის გაძნელება (ინსპირაციული ქოშინი). ძოგჯერ ლარინგოსპაზმთან ერთად აღინიშნება ტრაქეოსპაზმიც, რაც გამოწვეულია ტრაქეის უკანა კედლის გლუვი კუნთების შეკუმშვით. ლარინგოსპაზმი უმთავრესად ბავშვთა ასაკში გვხვდება, თუმცა ის მოზრდილებსაც შეიძლება განუვითარდეთ. მისი გამომწვევი შეიძლება იყოს პნევმონია, ქორეა, სპაზმოფილია.

ხორხის, ხახის, პლევრის, ნაღვლის ბუშტის დაავადებები. ლარინგოსპაზმის გამოწვევა შეუძლია ზოგიერთ მედიკამენტის ცხვირის ღრუში შეყვანას (მაგ. ადრენალინი). მოზრდილებში ლარინგოსპაზმი შეიძლება გამოიწვიოს გამაღიზიანებელი ნივთიერებების (მაგ. მტვერი) შესუნთქვამ; ზოგიერთი სავლები ან შესაზელი წამლის გამოყენებამ; ხორხის ანთებითა დაავადებებმა; ცლომილი ან შებრუნებითი ნერვების გაღიზიანებამ (ჩიყვი, კისრის, საყლაპავის სიმსივნეები; აორტის ანევრიზმა); სტრესმა, ეკლამპსიამ, ისტერიამ და სხვა. ბავშვებში ხშირია ლარინგოსპაზმი სიცილის, ტირილის, შიშის დროს, აგრეთვე უცხო სხეულის გადაცდენის შემთხვევაში.

ლარინგოსპაზმი უეცრად ვითარდება. ბავშვს უძნელდება ჩასუნთქვა, სუნთქვა ხდება ხმაურიანი, მსტვინავი; სახის კანი ფერმკრთალდება ან ლურჯდება; სუნთქვის პროცესში ერთვება დამხმარე მუსკულატურა, რის გამოც კისრის კუნთები იჭიმება; ბავშვის თავი უკანაა გადავარდნილი, პირი ღიაა, აღინიშნება ცივი ოფლი. პულსი ძაფისებური ხდება, შესაძლებელია სუნთქვის დროებით გაჩერება.

მსუბუქი შეტევა რამდენიმე წამს გრძელდება, მთავრდება გაგრძელებული ჩასუნთქვით, შემდეგ სუნთქვა ნორმალიზდება და ბავშვი იძინებს.

მძიმე შემთხვევაში შეტევა ხანგრძლივია, რასაც შეიძლება მოჰყვეს გონების დაკარგვა, კრუნჩხვები, ქაფი პირის ღრუდან, უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია, გულის მუშაობის შესუსტება. შეტევის გახანგრძლივების შემთხვევაში დგება ასფიქსიით გამოწვეული სიკვდილის საშიშროება. ლარინგოსპაზმის შეტევა შეიძლება დღის განმავლობაში რამდენჯერმე განმეორდეს.

მოზრდილებში ლარინგოსპაზმის შეტევა ეპილეფსიურ გულყრას წააგავს. აღინიშნება ყიის შევიწროვება, რასაც ახლავს გახანგრძლივებული ხმაურიანი, მსტვინავი ჩასუნთქვა ან ქოშინი.

დახმარება

პაციენტი უნდა დავამშვიდოთ, უზრუნველყოთ მისთვის სუფთა ჰაერის მიწოდება, დავალევინოთ წყალი (ცხადია, თუ შეუძლია), გამოვიყენოთ გამაღიზიანებელი მოქმედება (გუჩქმიტოთ, გამოვუწიოთ ენა). ლარინგოსპაზმის მოხსნა შეიძლება სუნთქვის შეკავებით ან ღებინების გამოწვევით. უცილებელია ექიმის გამოძახება ან პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია.

krupis marTva

კრუპი (სიტყვა აღნიშნავს უხეშ მკვეთრ ხმიანობას) ბავშვთა ასაკის პათოლოგიაა, ვითარდება ღამით. მისთვის დამახასიათებელია ხრინწიანი, განსაკუთრებული სუნთქვა (სტრიდორი) გამყივანი სტვენით ჩასუნთავისას და მყეფავი ხველა. კრუპი 4 წლამდე ასაკის

ბავშვებს ემართება. უფროსი ასაკის ბავშვებში და მოზრდილებში ასეთი მკვეთრი გამოვლინებები არ აღინიშნება.

კრუპის გამომწვევი მიზეზებია ტრაქეისა და ხორხის ლორწოვანი გარსების შეშუპება სხვადასხვა ანთებითი დაავადებების, ალერგიის ან სისხლში კალციუმის დეფეციტის დროს. კრუპის გამოწვევა ასევე შეუძლია ხორხსარქველის ანთებას.

ბავშვი ღამით იღვიძებს, ახველებს და ხმაურით სუნთქავს – ჩასუნთქვა ყვივს გაგს, ამოსუნთქვა – ყეფას. გაძნელების მიუხედავად ბავშვს სუნთქვა შეუძლია, თუმცა უნდა დავაკვირდეთ, ხომ არ გაუღურჯდა ტუჩები. ანის სიფერმკრთაღე და ტუჩების სიღურჯე ბავშვის ორგანიზმში ჟანგბადის ნაკლებობის მაჩვენებელია, რაც აუცილებელს ხდის მის ჰოსპიტალიზაციას. სტაციონარში გადაყვანა ასევე აუცილებელია მაღალი ტემპერატურის შემთხვევაში, რაც სასუნთქი სისტემის სერიოზული ანთებითი პროცესების მაჩვენებელია.

ბავშვს სუნთქვა უადვილდება, თუ მას ცივ ჰაერზე გავიყვანთ ან თბილ ორთქლს შევასუნთქებთ. საჭიროა ბავშვის გამოკვლევა კრუპის მიზეზის დადგენის და შესაბამისი მკურნალობის მიზნით.

Bbrnqospazmis marTva

ბრონქოსპაზმი – ესაა წვრილი ბრონქებისა და ბრონქოლების სანათურის უეცარი შევიწროვება, რასაც იწვევს ბრონქის კედლების კუნთების სპასტიური შეკუმშვა. თუ ბრონქოსპაზმის დიაგნოზი დროულად არ დაისვა და არ დაიწყო მკურნალობა, შესაძლებელია სერიოზული პრობლემის გაჩენა.

ბრონქოსპაზმის ყველაზე გავრცელებული მიზეზი ბრონქული ასთმია, თუმცა ალერგია და/ან სასუნთქი სისტემის ზოგიერთი სხვა დაავადებაც შეიძლება იყოს მიზეზი.

აუცილებლად უნდა გვახსოვდეს, რომ სუნთქვის გაძნელებას მხოლოდ კუნთოვანი სპაზმი არ უდევს საფუძვლედ. ბრონქის სანათურის შევიწროვებას განაპირობებს სამი ფაქტორი:

1. კუნთების შეკუმშვა (სპაზმი);
2. ლორწოვანი გარსების შეშუპება (ანთება ან ალერგია);
3. ლორწოს ჭარბი გამოყოფა (ჰიპერსეკრეცია).

ამ ფაქტორების ერთობლიობა იწვევს ბრონქის სანათურის მკვეთრ შევიწროვებას, რაც ხშირად დიფუზური პროცესია, ორივე ფილტვზე ვრცელდება და, ცხადია, პაციენტის სიცოცხლისათვის საშიში შეიძლება გახდეს.

პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესებისათვის საჭიროა კომპლექსური ზომების მიღება – ბრონქის კედლის კუნთების ტონუსის დაქვეითება სპაზმის მოხსნის მიზნით (ბრონქოდილატაცია); ლორწოვანის შეშუპების მოხსნა, რაც, თავის მხრივ, სეკრეციას შეამცირებს; ამოსახველებელი და გამათხიერებელი საშუალებების დანიშვნა ნახველის გამოყოფის ფორსირების მიზნით. აღნიშნული მკურნალობის დანიშვნა, ცხადია, ექიმის პრეროგატივაა, მაგრამ ზოგჯერ, მდგომარეობის მიხედვით (სასიცოცხლო ჩვენების შემთხვევაში) ექიმის მოსვლამდე შეიძლება კორტიკოსტეროიდების გამოყენება ინჰალაციის ან ინექციის სახით.

pnevmoToraqsis marTva

პნევმოთორაქსი (ბერძნ. pneúma - ჰაერი, thorax - გულ-მკერდი) არის გულ-მკერდის ღრუში ჰაერის დაგროვება, რასაც მოყვება ფილტვის ქსოვილის ჩაფუშვა, შუასაყარის ორგანოების ცდომა ჯანსაღ მხარეს, ზეწოლა სისხლძარღვებზე, დიაფრაგმის გუმბათის დაწვეა და, საბოლოოდ, სუნთქვის და სისხლის მიმოქცევის დარღვევა.

ჰაერი პლევრის ფურცლებს (ვისცერული და პარიეტული) შორის შეიძლება მოხდეს გულ-მკერდის ან ფილტვის ნებისმიერი დეფექტის საშუალებით. ლევრის ღრუში შეღწეული ჰაერი იწვევს პლევრისშიდა წნევის მატებას (ნორმაში ატმოსფერულ წნევაზე ნაკლებია) და ფილტვის ან მისი ნაწილის ჩაფუშვას.

პნევმოთორაქსი შეიძლება განვითარდეს

მექანიკური დაზიანებების შედეგად:

- ნეკნების მოტეხილობა;
- გულ-მკერდის ჭრილობები;
- დაზიანებები სამედიცინო მანიპულაციების დროს – პლევრის ღრუს პუნქცია, ლავიწქევა ვენის კათეტერიზაცია, ნეკნტაშუა ნერვის ბლოკადა;
- ხელოვნურად გამოწვეული პნევმოთორაქსი.

გულ-მკერდის ორგანოების დაავადებების შედეგად:

- კისტების/ბულების, აბსცესის მთლიანობის დარღვევა პლევრის ღრუში გახსნით;
- საყლაპავის სპონტანური გაგლეჯა;
- კავერნის გახსნა;

პნევმოთორაქსი შეიძლება იყოს ღია, დახურული ან სარქვლოვანი.

დახურული პნევმოთორაქსის დროს ღრუში ჰაერის შეღწევა ერთჯერადად ხდება.

იმდინარეობს შედარებით იოლად. მცირე რაოდენობის შემთხვევაში ჰაერი შეიძლება თავისთავადაც გაიწოვოს.

ღია პნევმოთორაქსის დროს აღინიშნება გულ-მკერდის კედლის დეფექტი, საიდანაც ხდება პლევრის ღრუში ჰაერის შეღწევა ჩასუნთქვისას და გამოსვლა ამოსუნთქვისას. პლევრის ღრუში წნევა უტოლდება ატმოსფერულს, რაც იწვევს ფილტვის ჩაფუშვას და სუნთქვის პროცესიდან მის გამოთიშვას.

სარქვლოვანი პნევმოთორაქსის დროს დაზიანებულ ადგილზე ვითარდება სარქვლისებური სტრუქტურა, რომელიც ჰაერს მხოლოდ ერთი მიმართულებით ატარებს – ცასუნთქვისას ჰაერი ხვდება პლევრის ღრუში, მაგრამ ამოსუნთქვისას ატმოსფეროში ვეღარ გადის, ამიტომ ხდება ღრუში ჰაერის დაგროვება. პროცესი სწრაფად მიმდინარეობს და იწვევს ფილტვის გამოთიშვას სუნთქვის პროცესიდან, შუასაყარის ორგანოების მკვეთრ ცდომას მათი ფუნქციის დარღვევით, სუნთქვის მწვავე უკმარისობას.

ნიშნები:

პნევმოთორაქსის დროს პაციენტი იღებს იძულებით მდგომარეობას, აღინიშნება ცივი ოფლი, ქოშინი, ციანოზი. დაზიანებულ მხარეს აღინიშნება ფილტვის ექსკურსიის შეზღუდვა. არტერიული წნევა ქვეითდება, გულის ცემის სიხშირე მატულობს (ტაქიკარდია). გულის პერკუტორული საზღვარი გადაწეულია ჯანმრთელ მხარეს. იაგნოსის საბოლოო დადასტურება ხდება რენტგენოლოგიურად.

დახმარება:

პნევმოთორაქსი გადაუდებელი მდგომარეობაა, რაც მყისიერ სამედიცინო დახმარებას საჭიროებს. აუცილებელია დაუყოვნებლივ ექიმის გამოძახება, მის მოსვლამდე კი პაციენტის დამშვიდება, მისთვის ჰაერის მიწოდების უზრუნველყოფა.

ღია პნევმოთორაქსის დროს აუცილებელია ჭრილობაზე დამწოლი ნახვევის დადება გულ-მკერდის კედლის დეფექტის ჰერმეტიკულად დახურვის მიზნით. ჰაერის გამტარობის თავიდან აცილების მიზნით შეიძლება ცელოფანის ან ბამბის და ბინტის სქელი ფენების გამოყენება.

სარქველოვანი პნევმოთორაქსის შემთხვევაში აუცილებელია სასწრაფოდ პლევრის დრუს პუნქციის ჩატარება.

hidroToraqsi

ჰიდროთორაქსი ეწოდება პლევრის დრუში არაანთებითი სითხის (ტრანსუდატის) დაგროვებას.

ჰიდროთორაქსის მიზეზად უხშირესად გვევლინება სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული გულის შეგუბებითი უკმარისობა, თუმცა თირკმლების, ღვიძლის, ენდოკრინული ჯირკვლების სხვადასხვა დაავადებებიც შეიძლება გახდეს ჰიდროთორაქსის გამომწვევი.

შედარებით მცირე მოცულობის სითხე მნიშვნელოვნად არ ცვლის ძირითადი დაავადების მიმდინარეობას, მაგრამ სითხის მომატების კვალდაკვალ იზრდება ფილტვის ჩაფუშვის და შუასაყარის ორგანოების ცდომის საფრთხე, რაც სიცოცხლისთვის საშიში შეიძლება გახდეს.

ნიშნები:

იგივეა, რაც პნევმოთორაქსის დროს.

დახმარება:

აუცილებელია ძირითადი დაავადების მკურნალობა, ხოლო ჩვენების მიხედვით – პლევრის დრუს პუნქცია.

P Pgadaudebeli daxmareba sixldenis dros

სისხლდენა არის სისხლის გამოდინება სისხლძარღვიდან მისი კედლის მთლიანობის დარღვევის გამო. სისხლდენა შეიძლება იყოს **გარეგანი** (როცა სისხლი გარეთ იღვრება) და/ან **შინაგანი** (როცა სისხლი იღვრება ორგანიზმის დრუებში ან დრუ ორგანოებში). სისხლდენის მიზეზი შეიძლება იყოს ტრავმა, რაც იწვევს უშუალოდ სისხლძარღვის დაზიანებას, თუმცა სისხლდენა შეიძლება გამოწვეული იყოს არა ტრავმით, არამედ რამე სხვა პათოლოგიური პროცესით, რაც აზიანებს სისხლძარღვის კედლებს და/ან ზრდის მათ გამავლობას.

სისხლდენის დროს საშიშროება იმაში მდგომარეობს, რომ მცირდება ორგანიზმში მოცირკულირე სისხლის რაოდენობა, რაც იწვევს ორგანოებისა (განსაკუთრებით – თავის ტვინი, ღვიძლი, თირკმლები) და ქსოვილებისათვის ჟანგბადის მიწოდების შემცირებას. ხანგრძლივი და უხვი სისხლდენის შედეგად ვითარდება სისხლნაკლებობა (ანემია). სისხლდენა განსაკუთრებით საშიშია ბავშვებისა და მოხუცებისათვის, რადგან მათი ორგანიზმი ადვილად ვერ ეგუება მოცირკულირე სისხლის მოცულობის სწრაფ შემცირებას. სისხლდენის საშიშროების შეფასებისათვის მნიშვნელოვანია, როგორი კალიბრის

სისხლძარღვია დაზიანებული – წვრილი სისხლძარღვებიდან სისხლდენის შემთხვევაში წარმოქმნილი თრომბი (სისხლის კოაგული) ახშობს დაზიანებული სისხლძარღვის სანათურს და სისხლდენა ჩერდება. მაგრამ თუ დაზიანებულია მსხვილი სისხლძარღვი, მაგ. არტერია, ასეთ შემთხვევაში სისხლი ნაკადად ჩქეფს, სწრაფად იღვრება, რაც შეიძლება რამდენიმე წუთში დაზარალებულის სიკვდილის მიზეზიც კი გახდეს. თუმცა ზოგჯერ ისეც ხდება, რომ ძლიერი ტრავმის დროს (მაგ. კიდურის მოგლეჯა) სისხლდენა შეიძლება მცირე რაოდენობით იყოს სისხლძარღვების სპაზმის გამო.

დაზიანებული სისხლძარღვის სახეობის მიხედვით არჩევენ კაპილარულ, არტერულ, ვენურ და შერეულ სისხლდენას.

კაპილარული სისხლდენის დროს სისხლი მთელი ჭრილობიდან თანაბრად გადმოედინება (როგორც ღრუბლიდან).

არტერიული სისხლდენის დროს სისხლი ღია წითელი ფერისაა, ჭრილობიდან ძლიერი მფეთქავი, მოკულისირე ნაკადის სახით (შადრევანივით) გადმოდის, რაც გულის შეკუმშვათა რიტმს ემთხვევა.



ვენური სისხლდენის დროს სისხლი დაზიანებული სისხლძარღვიდან თანაბრად იღვრება, მუქი შინდიფერია; მსხვილი ვენის დაზიანების შემთხვევაში შეიძლება აღინიშნებოდეს ნაკადის პულსაცია, რაც სუნთქვის რიტმს ემთხვევა.

შერეული სისხლდენის დროს აღინიშნება როგორც არტერიული, ასევე ვენური სისხლდენის ნიშნები.

ცხვირიდან სისხლდენა შეიძლება აღინიშნებოდეს ტრავმის გამო, თუმცა ის შეიძლება სხვადასხვა დაავადების ნიშანიც იყოს – სისხლის დაავადებები (მაგ. ლეიკემია); შინაგანი ორგანოების პათოლოგიები (ღვიძლი, თირკმლები); გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სხვადასხვა დაავადება; სისტემური პათოლოგიები (რევმატიზმი და სხვ.); სიფილისი, ტუბერკულოზი და ა.შ.

პირის ღრუდან სისხლის გადმოდენა შეიძლება აღინიშნებოდეს ფილტვებიდან, ზედა სასუნთქი გზებიდან, ხახიდან, საყლაპავიდან ან/და კუჭიდან სისხლდენის დროს.

პირიდან დენა ფილტვისმიერი სისხლდენის (მაგ. ტუბერკულოზის დროს) ნიშანია.

სისხლიანი ღებინება ხშირად გვხვდება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულის დროს, როცა წყლულოვანი პროცესი სისხლძარღვის კედლებს აზიანებს. ზოგჯერ კუჭიდან სისხლდენას სხვა დაავადებებიც იწვევს, მაგ. გასტრიტი, სიმსივნე. კუჭიდან სისხლდენის სარწმუნო ნიშანია ღებინება ყავის ნალექის მსგავსი მასებით, თუმცა ეს მხოლოდ მაშინ ხდება, როცა სისხლი კუჭში გროვდება (სისხლი მცირე ულუფებად ჟონავს და გროვდება, სანამ ღებინებას არ გამოიწვევს) და მასზე მარილმუყავს ზემოქმედების შედეგად ჰემოგლობინი მარილმუყავა ჰემატინად გარდაიქმნება, რაც იწვევს დამახასიათებელ, ყავის ნალექის მსგავს შესახედაობას. ხოლო უხვი სისხლდენის დროს პირნაღებ მასებში შეიძლება აღინიშნებოდეს ახალი სისხლიც და კოაგულებიც. კუჭიდან სისხლდენის

შემთხვევაში გარკვეული პერიოდის შემდეგ ვითარდება მელენა – დამახასიათებელი მყრალი სუნის მქონე შავი, კუპრისფერი განავალი. თუმცა მელენა შეიძლება სისხლიანი ღებინების გარეშეც განვითარდეს. განავლის შავ შეფერილობას განაპირობებს გოგირდმჟავა რკინა, რაც დაშლილ ჰემოგლობინზე გოგირდწყალბადის ზემოქმედების შედეგად წარმოიქმნება. მელენა არ განსაზღვრავს სისხლდენის მოცულობას.

შარდში სისხლის არსებობა თირკმლებიდან, შარდსაწვეთებიდან, შარდის ბუშტიდან ან/და შარდსადენიდან სისხლდენაზე მიუთითებს.

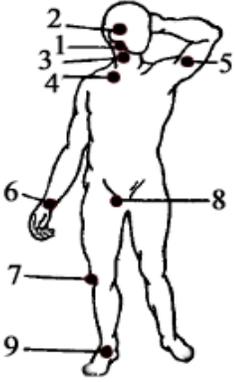
შინაგანი (ფარული) სისხლდენა ძირითადად შინაგანი ორგანოების დაზიანების შედეგად ვითარდება. ამ შემთხვევაში სისხლი გარეთ არ გამოედინება და ორგანიზმის დახშულ ღრუებში იღვრება. შინაგანი სისხლდენის არსებობის ვარაუდი შესაძლებელია დაზარალებულის ზოგადი მდგომარეობის შეფასებისა და ამა თუ იმ ღრუში სითხის დაგროვების შესაბამისი სიმპტომატიკის არსებობის საფუძველზე.

მუცლის ღრუში სისხლის დაგროვების ნიშნებია სიფერმკრთაღე, სუსტი აჩქარებული პულსი, წყურვილი, ძილიანობა, თვალეში დაბნელება, გულის წასვლა. გულ-მკერდის ღრუში სისხლის დაგროვების შემთხვევაში აღნიშნულ სიმპტომებს ემატება ქოშინი. თავის ქალაში სისხლის დაგროვების შემთხვევაში წინა პლანზე იწვევს ტავის ტვინზე ზეწოლის ნიშნები – თავის ტკივილი, ცნობიერების სხვადასხვა სახის მოშლა, სუნთქვის დარღვევები, პარეზები და ა.შ.

daxmareba

გარეგანი სისხლდენის დროს პირველი დახმარება დამოკიდებულია სისხლდენის სახეზე. მაგ. კიდურებზე კაპილარული ან მცირე კალიბრის ვენური სისხლდენის დროს საკმარისია დამწოლი ნახვევის დადება (სტერილური ბინტით მჭიდროდ ნახვევი ან სტერილური ბამბის და ბინტის დადება ჭრილობაზე და პლასტიკით მჭიდროდ დამაგრება). ნახვევი ბამბისა და ბინტის რამდენიმე შრეს უნდა შეიცავდეს. საყურადღებოა, რომ ნახვევი ძალიან მჭიდროდ არ შემოვუჭიროთ (ამის ნიშანია კანის გაღურჯება ნახვევის ქვევით) და ქსოვილები არ დავაზიანოთ. დამწოლი ნახვევით მცირე არტერიული სისხლდენის შეჩერებაც შეიძლება, თუმცა ძლიერი სისხლდენის დროს ეს მეთოდი არ გამოდგება. ასეთ შემთხვევაში გამოიყენება სხვა მეთოდები, როგორცაა არტერიის თითით მიჭყლეტა, ლახტის დადება ან კიდურის ფორსირებული მოხრა. ყველაზე ადვილად შესასრულებელია სისხლდენი ჭრილობის ზევით არტერიის მიჭყლეტა. ამისათვის აუცილებელია იმ წერტილების ცოდნა, რომლებზე ზეწოლითაც შეიძლება არტერიის ძვალზე მიჭყლეტა. ჩვეულებრივ, ამ წერტილებში შესაძლებელია პულსაციის დაფიქსირება.

სქემაზე ნაჩვენებია სისხლდენის დროებით შესაჩერებლად სისხლძარღვებზე ზეწოლის ზოგიერთი წერტილი:



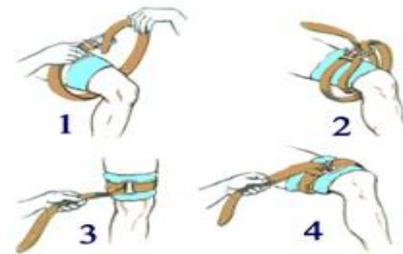
1. ყბის არტერია უნდა მივაჭყლიტოთ ქვედა ყბის კიდეს (სახის ქვედა ნაწილებიდან სისხლდენის დროს);
2. საფეთქლის არტერია უნდა მივაჭყლიტოთ წინ ყურის ნიჟარას (საფეთქლისა და შუბლის არეში სისხლდენის დროს);
3. საძილე არტერია უნდა მივაჭყლიტოთ კისრის მალეებს (თავისა და კისრის არეში სისხლდენის დროს);
4. ლავიწქვეშა არტერია უნდა მივაჭყლიტოთ პირველ ნეკნს ლავიწის ფოსოში ზეწოლით;
5. მხრის არტერია უნდა მივაჭყლიტოთ მხრის ძვალს ორთავა კუნთის შიდა მხარეს ზეწოლით (მხრის შუა და ქვედა მესამედის, ასევე წინამხრისა და მტევნის ჭრილობებიდან სისხლდენის დროს);

6. სხივის და იდაყვის არტერიები უნდა მივაჭყლიტოთ მაჯაზე შესაბამის ძვალს პირველი თითის ფუძესთან (მტევნის ჭრილობებიდან სისხლდენის დროს);
7. მუხლქვეშა არტერია უნდა მივაჭყლიტოთ მუხლქვეშა ფოსოში ზეწოლით (წვივისა და ტერფის ჭრილობებიდან სისხლდენის დროს);
8. ბარძაყის არტერია უნდა მივაჭყლიტოთ ბოქვენის არეში ბოქვენსა და თეძოს ფრთას შორის მანძილის შუა წერტილში ზეწოლით (ბარძაყის ჭრილობიდან სისხლდენის დროს);
9. ტერფის არტერია უნდა მივაჭყლიტოთ ტერფის ზურგის ძვლებს (ტერფიდან სისხლდენის დროს).

თითით ან მუშტით არტერიაზე ზეწოლა თითქმის მყისიერად აჩერებს სისხლდენას, თუმცა ფიზიკურად ძლიერ ადამიანსაც არ შეუძლია აღნიშნული პროცედურის ხანგრძლივად ჩატარება, რადგან 10-15 წუთში ხელები ისე ეღებება, რომ ზეწოლა თავისთავად სუსტდება. ამიტომ საჭიროა სხვა მეთოდის გამოყენება, კერძოდ – ლახტის დადება. ლახტის დადების შემდეგ სისხლდენა უნდა შეჩერდეს, თუმცა იმ შემთხვევაში, თუ სისხლი მაინც გამოედინება, საჭიროა დაზიანების ადგილზე ისევ თითით დაწოლა, ლახტის მოხსნა და მისი ხელახლა, უფრო მჭიდროდ დადება.

1

არსებობს სამედიცინო ლახტები, თუმცა მისი არარსებობის შემთხვევაში შეიძლება იმპროვიზება და ლახტად სხვადასხვა საგნის გამოყენება, მაგ. ქამრის, ჰალსტუხის, ბინტის, რეზინის მილის, ცხვირსახოცის, ქსოვილის ნახევის და ა.შ. არ შეიძლება ლახტად მავთულის გამოყენება.



ლახტი მხოლოდ მწვავე აუცილებლობის შემთხვევაში გამოიყენება, რადგან მან შეიძლება შეუქცევადი ცვლილებები გამოიწვიოს. ლახტი იდება ტანსაცმის ზემოდან, ხოლო თუ დაზარალებულის კიდური შიშველია, ასეთ შემთხვევაში ლახტის ქვეშ ქსოვილი უნდა დავაფინოთ. არტერიული სისხლდენის დროს ლახტი იდება ჭრილობის ზევით, ხოლო ვენურის დროს – ქვევით. ირველი შემთხვევის შემდეგ ლახტს ვამაგრებთ, შემდეგ კი სწრაფად ვახვევთ კიდევ 3-4-ჯერ. აუცილებელია ლახტის დადების დროს

დაფიქსირება (დაწერა იმავე კიდურზე ან, თუნდაც, შუბლზე). მოჭერილ მდგომარეობაში ლახტის გაჩერების მაქსიმალური დროა ზამთარში 1 საათი, ზაფხულში – 2 საათი. ამ ვადის გასვლის შემდეგ ლახტი ნელა უნდა მოვუშვათ 5-10 წუთით და კვლავ შემოვუჭიროთ ოდნავ უფრო ზევით. ლახტი უნდა ჩანდეს! ლახტის სწორად დადების შემთხვევაში კიდურზე პულსი არ ისინჯება. აუცილებელია დაზარალებულის დაუყოვნებლად გადაყვანა შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებაში!



არსებობს სისხლდენის შეჩერების სხვა მარტივი მეთოდიც, კერძოდ, დაზიანებულ ადგილზე ადებენ ნახვევს, შემდეგ მას კიდევ ერთ ქსოვილს შემოახვევენ, შემოგრეხენ და ამაგრებენ ნებისმიერი ხელმისაწვდომი საშუალებით (მაგ. ჯოხი, კალმისტარი და ა.შ.).

სისხლდენის შეჩერება შესაძლებელია ასევე კიდურის ფორსირებული მოხრით.

უფრო ხშირად ამ მეთოდს იყენებენ ზედა კიდურებიდან სისხლდენის დროს. კიდური მაქსიმალურად იხრება ტრილობის ზევით არსებულ სახსარში და ამგვარად ფიქსირდება. მაგალითად, წინამხრისა და მტევნის დაზიანების შემთხვევაში იდაყვის სახსრის მოსახრელ ზედაპირზე იდება მორგვი, შემდეგ კიდური მაქსიმალურად იხრება და ფიქსირდება მხარზე ნახვევის საშუალებით სისხლდენის გაჩერებამდე და მაჯაზე პულსის გაქრობამდე.



მხრის ზედა ნაწილებიდან და/ან ლავიწკვეშა არეებიდან სისხლდენის დროს (რაც შეიძლება სასიკვდილო იყოს) იდაყვის სახსრებში მოხრილ ორივე მხარს გაზიდავენ ზურგს უკან და მათ ამგვარად აფიქსირებენ ბინტით ან სხვა ხელმისაწვდომი საშუალებით.



თუ სისხლდენა ქვედა კიდურზე მუხლს ქვემოთ აღინიშნება, ამ შემთხვევაში დაზარალებულს ზურგზე აწვენენ, მუხლქვეშა ფოსოში უდებენ მორგვს, წვივს ახრევენ და მუცლისკენ მიზიდულ კიდურს აფიქსირებენ.



ბარძაყის არტერიიდან სისხლდენის დროს დაზარალებულს საზარდულის არეში უდებენ მორგვს, კიდურს ახრევენ მენჯ-ბარძაყის სახსარში სა სისხლდენის შეწყვეტის შემდეგ კიდურ სხეულზე აფიქსირებენ.



თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ კიდურის მოხრით სისხლდენის შეჩერება ყოველთვის არ ხერხდება, მაგ. მოტეხილობების დროს.

ნებისმიერი სისხლდენისას სხეულის დაზიანებული ნაწილი უნდა წამოიწიოს და მოსვენებულ მდგომარეობაში დაფიქსირდეს. ყველა შემთხვევაში დაზარალებული სამკურნალო დაწესებულებაში უნდა იქნას გადაყვანილი კვალიფიციური სამედიცინო დახმარების მისაღებად.

ცხვირიდან სისხლდენის დროს დაზარალებული უნდა დავაწვინოთ, წამოვუწიოთ სხეულის ზედა ნაწილი, ცხვირის დრუში ჩავუდოთ წყალბადის ზეჟანგში დასველებული ბამბა, ხოლო ცხვირის ფუძეზე დავადოთ ცივ წყალში დასველებული ცხვირსახოცი. თი

სისხლდენა გრძელდება, კეფაზე უნდა დავადოთ ყინულის ბუშტი. რ არის საჭირო თავის უკან გადაწევა, რადგან ამ დროს შეიძლება სისხლი ხახაში გადავიდეს. სისხლდენის შეჩერების შემდეგ დაზარალებული უნდა იწვეს, მოერიდოს მკვეთრ მოძრაობებს, ცხვირის მოწმენდას, ცხელი საკვების ან სასმელის მიღებას. თუ სისხლდენის შეჩერება არ მოხერხდა, აუცილებელია პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია კვალიფიციური საექიმო დახმარებისა და შემდგომი გამოკვლევის მიზნით.

სისხლიანი ხველის დროს დაზარალებულს გულ-მკერდი უნდა წამოვუწიოთ და ნახევრად მჯდომარე პოზიაში მოვათავსოთ, უზრუნველვყოთ მისთვის სრული სიმშვიდე, მკერდზე დავადოთ ყინულის ბუშტი (ან სხვა რამე ცივი) და დაუყოვნებლივ გადავიყვანოთ შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებაში.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენის დროს პირველ რიგში უზრუნველყოფილი უნდა იქნას ისეთი პირობების შექმნა, რაც ხელს შეუწყობს სისხლდენის შემცირებას ან მის სრულ შეჩერებას. აუცილებელია სრული სიმშვიდე, სისხლდენის სავარაუდო უბანზე ადგილობრივად სიცვი (ყინულის ბუშტი ან სათბური ცივი წყლით) გამოყენება. შეიძლება დაზარალებულისთვის ყინულის პატარა ნატეხების მიცემა გადასაყლაპად. აუცილებელია დაზარალებულის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია საკაცით.

Pgadaudebeli daxmareba gvelis nakbenis dros

საქართველოში ბინადრობს 20-22 სახეობის გველი, თუმცა მათგან მხოლოდ ოთხი სახეობაა შხამიანი – ველის გველგესლა (*Vipera ursini*), ცვირქოსანი გველგესლა (*Vipera ammodytes*), კაკასიური გველგესლა (*Vipera kaznakovi*), გიურზა (*Vipera lebetina*). მათგან ყველაზე შხამიანია გიურზა, თუმცა გველგესლას ნაკბენიც სახიფათოა.

ადამიანს შეიძლება უშხამო გველმაც უკბინოს, მაგრამ ეს ნაკბენი საშიში არ არის და საკმარისია მისი მსუბუქად დამუშავება, მაგ. იოდით. შხამიანი გველის კბენის შემთხვევაში კი აუცილებელია დაზარალებულის დაუყოვნებლივ გადაყვანა შესაბამის სამკურნალო დაწესებულებაში, რადგან დროულად აღმოჩენილი ადეკვატური დახმარება მისი გადარჩენის საწინდარია.

შხამიანი გველის კბენის ადგილზე რჩება ორი მსხვილი ნაჩხვლეტი, ხოლო უშხამო გველის ნაკბენი წვრილი წერტილების სახით ვლინდება. შხამიანი გველის კბენიდან რამდენიმე წუთში ნაკბენ არეში იწყება ტკივილი, ვითარდება ჰიპერემია (შეწითლება), შეშუპება. მალევე ვლინდება ინტოქსიკაციის ნიშნებიც.

გველის შხამი სხვადასხვა აქტიურ ნივთიერებათა რთული კომპლექსია, რომელიც შეიცავს ფერმენტებს, ტოქსიურ პოლიპეპტიდებს, ნეიროტოქსინებს, სპეციფიურ ცილებს, არაორგანულ ნივთიერებებს და ა.შ. ცხადია, სხვადასხვა გველის შხამი განსხვავებულია, ამიტომ მათი ზემოქმედებაც სხვადასხვაგვარად ვლინდება.

ტოქსიური ზემოქმედების მიხედვით ყველა სახის გველის ნაკბენი სამ ჯგუფად იყოფა:

I – უპირატესად ნეიროტოქსიური, რაც იწვევს სასუნთქი და მამოძრავებელი კუნთების დამბლას, სასუნთქი და გულის მუშაობის ცენტრების დათრგუნვას – **კობრას, ასპიტების, ზღვის გველების შხამები**.

II – უპირატესად ჰემორაგიული, რაც იწვევს სისხლის შედედებას, ადგილობრივ ნეკროზსა და შეშუპებას – **გიურზას, ეფას, გველგესლას შხამები**.

III – შერეული – ცენტრალური და სამხრეთ ამერიკის ჩხრიალა გველები, ავსტრალიური ასპიტი, ტროპიკულ გველებსა და ზოგიერთი სახეობა და სხვა.

Sxamiani gvelis kbenis niSnebi

პირველი ჯგუფის გველების კბენის შემთხვევაში ნაკბენის ზონაში აღინიშნება ტკივილი და დაბუჟება, რაც სწრაფად ვრცელდება მთელ კიდურზე, ხოლო შემდეგ კი სხეულის სხვა ნაწილებზეც; აღინიშნება თავბრუ, არტერიული წნევის დაქვეითება, გულის წასვლა; სახისა და ენის დაბუჟება, მეტყველების და ყლაპვის გაძნელება (განსაკუთრებით უჭირთ სითხის გადაყლაპვა); სწრაფად ვითარდება აღმავალი დამბლა, რაც იწყება ქვედა კიდურებიდან და სწრაფად ვრცელდება მთელ სხეულზე (მათ შორის სასუნთქ კუნთებზეც); ხშირია გულის მუშაობის რიტმის დარღვევები. განსაკუთრებით საშიშია შხამის სისხლძარღვში ან ლიმფურ სადინარში მოხვედრა – ამ დროს სრული დამბლა ან ლეტალური გამოსავალი კბენიდან 10-20 წუთში დგება. შხამის კანქვეშ მოხვედრის შემთხვევაში ინტოქსიკაცია 1-4 საათში ვლინდება. მძიმე მდგომარეობა გრძელდება 24-36 საათის განმავლობაში.

მეორე ჯგუფის გველების კბენის შემთხვევაში პირველი წუთებიდანვე აღინიშნება ჰიპერემია, შეშუპება და პეტეჩიური ჰემორაგიები, რაც სწრაფად ვრცელდება კბენის ადგილიდან ყველა მიმართულებით. ნაკბენის მიდამოში შეშუპება მატულობს, კანი მოწითალო-მოლურჯო ელფერს იძენს, იფარება პეტეჩიებითა და სისხლჩაქცევებით, მასზე შეიძლება გაჩნდეს სეროზულ-ჰემორაგიული შიგთავსის მქონე ბუშტუკები, ხოლო უშუალოდ ნაკბენის ზონაში – ნეკროზული წყლულები, საიდანაც ხანგრძლივი სისხლდენაა შესაძლებელი. რბილი ქსოვილები იჟღინთება ჰემორაგიული სითხით, რომელიც დიდი რაოდენობით (საერთო მოცულობის 50%) ჰემოგლობინსა და ერითროციტებს შეიცავს; ამას შედეგად მოჰყვება სისხლის მძიმე შინაგანი დანაკარგი (2-3 ლ და მეტი). ამ დანაკარგის გარდა აღინიშნება სისხლჩაქცევები შინაგან ორგანოებში. ინტოქსიკაციის ზოგადი ნიშნებიდან შეიძლება განვითარდეს აგზნებისა და ძლიერი სისუსტის მონაცვლეობა, კანის სიფერმკრთალე, თავბრუ, ტაქიკარდია, არტერიული წნევის დაქვეითება; ხშირია გულის წასვლა, გულისრევა, ღებინება; შეიძლება განვითარდეს მძიმე შოკის სურათი. ინტოქსიკაცია თავის მაქსიმუმს კბენიდან 8-24 საათში აღწევს. არასწორი მკურნალობის შემთხვევაში მდგომარეობა 2-3 დღის განმავლობაში მძიმე რჩება – ვითარდება ჩირქოვანი გართულებები (აბსცესი, ფლეგმონა) და განგრენაც კი.

daxmareba

- ჭრილობიდან შხამის ამოწოვა დასაშვებია კბენისთანავე, რითაც შესაძლებელი ხდება მისი 30-55% მოშორება, ეს კი მკვეთრად ამცირებს ინტოქსიკაციას. ამოწოვა შეუძლია როგორც თავად დაზარალებულს, ასევე სხვასაც. ამომწოვმა შხამი უნდა გადმოაფურთხოს. პირის ღრუში წყლულების, ნახეთქების, კარიესული კბილების არსებობის შემთხვევაში ამოწოვა არ შეიძლება. უნდა აღინიშნოს, რომ თუ პირის ღრუ ჯანმრთელია, ამოწოვა არ არის საშიში მაშინაც კი, თუ ამომწოვს შხამი გადაეყლაპა, რადგან კუჭში მოხვედრილი შხამი ადამიანისათვის უვნებელია. ეს იმიტომ ხდება, რომ კუჭი შხამს, როგორც საკვებს, ისე ინელებს და კუჭის წვენის მჟავას ზემოქმედებით შხამი იმაზე ადრე იშლება, ვიდრე ის სისხლში მოხვდება. ამოწოვა 10-20 წუთი უნდა

გაგრძელდეს. ნაკბენი ჭრილობის ხვრელები შეიძლება დაიხუროს, ამიტომ საჭიროა მათი ფრთხილად “გახსნა“ მის კიდევბზე ზეწოლით.

- აუცილებელია დაზარალებული კიდურის უმოძრაოდ შენარჩუნება, რადგან მოძრაობა აძლიერებს ლიმფის უკუდინებას, ეს კი ხელს უწყობს სისხლის მიმოქცევის საერთო სისტემაში შხამის მოხვედრას. ეს ყველამ უნდა იცოდეს, რადგან დაზარალებული ხშირად მირბის, ცდილობს სამედიცინო დაწესებულებამდე მიღწევას.
- დაზარალებული აუცილებლად უნდა იწვეს (კბენის ადგილზეც და ტრანსპორტირების დროსაც), დაზიანებული კიდური ფიქსირებული უნდა იყოს (ლონგეტით ან ნახვევით). ეს აუცილებელია, რადგან მოძრაობა აძლიერებს სისხლის მიმოქცევას და ხელს უწყობს შხამის გავრცელებას მთელ ორგანიზმში.
- არ შეიძლება ნაკბენი ადგილის მოწვა, დაჩხვლეტა, დასერვა და სხვა ამგვარი ლოკალური მოქმედებები, ეს მხოლოდ ამძიმებს დაზარალებულის მდგომარეობას და დამატებით აზიანებს ქსოვილებს.
- დაუშვებელია კიდურზე ლახტის დადება, რადგან ეს აუარესებს მდგომარეობას – ამძიმებს ინტოქსიკაციას, აძლიერებს ქსოვილების დესტრუქციულ და ინტოქსიკაციურ დაზიანებას, შედეგად კი ზოგად მდგომარეობას ე.წ. “ტურნიკეტური შოკის“ დამატებით ამძიმებს. ქსოვილების დესტრუქციისა (რღვევა) და ნეკროზის (კვდომა) გამო ვითარდება ძლიერი ზოგადი ინტოქსიკაცია (ორგანიზმის მოწამვლა) ქსოვილთა რღვევის პროდუქტებით. ხოლო მიოგლობინის (კუნთოვანი ცილის) დაშლის პროდუქტები აზიანებს თირკმლის მილაკებს და ადამიანი იღუპება თირკმლის მწვავე უკმარისობით!
- **ლახტის დადება 30-40 წუთით დასაშვებია მხოლოდ კობრას კბენის შემთხვევაში!**
- საავადმყოფოში მიყვანამდე დაზარალებულს დიდი რაოდენობით სითხე უნდა დავაღვინოთ.
- **კატეგორიულად იკრძალება დაზარალებულისთვის ალკოჰოლის მიცემა!**

P Pgadaudebeli daxmareba ZaRlis nakbenis dros

ძალმა შეიძლება ადამიანს (განსაკუთრებით – ბავშვს) საკმაოდ სერიოზული ნაჩხვლეტი და/ან ნაფლეთი ჭრილობები მიაყენოს. თუმცა საშიში მხოლოდ ჭრილობა არაა. კბენის დროს შესაძლებელია ადამიანის დასნებოვნება ძალის ნერწყვში არსებული მიკროოგანიზმებით, რომელთაგან განსაკუთრებით საშიშია ტეტანუსი და ცოფი.

ცოფი ნერვული სისტემის მძიმე დაზიანებით მიმდინარე ინფექციური დაავადებაა, რომელიც დაგვიანებული ან არასწორი მკურნალობის შემთხვევაში 100%-იან ლეტალურ გამოსავალს იძლევა. აუცილებლად უნდა გვახსოვდეს, რომ **მკურნალობის გარეშე, თავისთავად, ცოფი არ იკურნება!**

არსებობს ნიშნები, რომელთა არსებობის შემთხვევაში შეიძლება ვივარაუდოთ ცოფით ძალის დაავადების შესახებ (აგრესიულობა, გაძლიერებული ნერწყვდენა, მოძრაობის კოორდინაციის დარღვევა, ხრინწიანი, გამყივანი ყეფა), თუმცა არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ შეიძლება ცოფიანმა ძალმა მაშინ გიკბინოთ, როცა ის ახალი დაინფიცირებულია და დაავადების სიმპტომები ჯერ არ არის გამოვლენილი. ამიტომ **ძალის კბენის შემთხვევაში ყოველთვის აუცილებელია ექიმისთვის მიმართვა!**

daxmareba

ძლიერი დაზიანების შემთხვევაში პირველ რიგში აუცილებელია სისხლდენის შეჩერება, თუმცა, თუ სისხლდენა არ არის უხვი და დაზარალებულის სიცოცხლეს საფრთხეს არ უქმნის, შეგიძლიათ სისხლი არ შეაჩეროთ, რადგან მასთან ერთად ძაღლის ნერწყვიც გამოდის ჭრილობიდან.

- შემდეგ ჭრილობა საპნიანი წყლით უნდა ჩამობანოთ (სასურველია სარეცხი საპნის გამოყენება) 10 წუთის განმავლობაში, რათა რაც შეიძლება მეტი ნერწყვი მოშორდეს.
- ჭრილობა უნდა დაამუშაოთ წყალბადის ზეჟანგით.
- დამუშავების შემდეგ ჭრილობაზე უნდა დაადოთ ბამბის ან მარლის ტამპონი და გადაახვიოთ, თუმცა ნახვევი ძალიან მჭიდრო არ უნდა იყოს.
- ამის შემდეგ დაზარალებული სასწრაფოდ უნდა გადაიყვანოთ სამედიცინო დაწესებულებაში!
- აუცილებელია ძაღლის დამახსოვრება და შესაბამისი ორგანოებისთვის ინფორმაციის მიწოდება დაავადების შესაძლო გავრცელების თავიდან აცილების მიზნით.
- თუ თავდამსხმელი შინაური ძაღლია, პატრონს უნდა მოთხოვოთ ცნობა იმის შესახებ, რომ ძაღლი აცრილია. თუ ამგვარი ცნობა არ არსებობს, უნდა აცნობოთ შესაბამის ვეტერინარულ სამსახურს.

P Pgadaubeli daxmareba mwerebis nakbenis dros

არსებობს მწერების მილიონობით სახეობა, თუმცა მათგან გამოვყოფთ ფუტკრებს, კრაზანებს, ბზიკებს, კოლოებს, მორიელს.

მწერები კბენისათვის იყენებენ ნესტარს, რომელიც სხეულის უკანა ნაწილშია მოთავსებული. ნესტარი შეიძლება შევადაროთ ღარებიან ხანჯალს, რომელსაც მწერი ძალიან მოხერხებულად იყენებს და მსხვერპლს ზუსტ და ძლიერ დარტყმას აყენებს.

futkris, krazanas, bzikis nakbeni

ფუტკარი ადამიანს ერთხელ კბენს, თუმცა მისი ნაკბენით გამოწვეული ლეტალობა სადღეისოდ გველის ნაკბენით გამოწვეულ ლეტალობაზე მეტია. ამის მიზეზი ის ძლიერი ალერგიული რეაქციებია, რაც ადამიანის ორგანიზმზე ფუტკრის შხამის ზემოქმედების შედეგად შეიძლება განვითარდეს. მწვავე ალერგიული (ანაფილაქსიური) რეაქცია შეიძლება გამოვლინდეს ჩამოთვლილთაგან ერთი ან რამდენიმე სიმპტომის განვითარებით:

მსუბუქი ზოგადი რეაქციები – ჭინჭრის ციება, ქავილი, შეუძლოდ ყოფნის შეგრძნება, შიში.

ზოგადი რეაქციები – ჩამოთვლილ სიმპტომებს ემატება ქოშინი, მუცლის ტკივილი, თავბრუ, გულისრევის შეგრძნება, ღებინება.

ძვირე ზოგადი რეაქციები – ჩამოთვლილს ემატება სულხუთვა, დისფაგია (ყლაპვის გაძნელება ან სრული შეუძლებლობა), ხმის ჩახლეჩა, არეული აზროვნება, პანიკა.

შოკი – ჩამოთვლილი სიმპტომების გარდა ვლინდება ციანოზი, არტერიული წნევის მკვეთრი დაქვეითება, კოლაპსი, უნებლიე დეფეკაცია, ცნობიერების დაბინდვა და უგონო მდგომარეობა.

თუ დაზარალებულს რამოდენიმე მწერმა ერთდროულად უკბინა, ვითარდება **ტოქსიური რეაქციები** – შეშუპება, თავის ტკივილი, ღებინება, ფაღარათი, ტემპერატურის მომატება, კრუნჩხვები, გარინდება, კომა.

ფუტკრის გარდა ადამიანს შეიძლება კრაზანამ და ბზიკმაც უკბინოს. განსხვავება ისაა, რომ ფუტკრისაგან განსხვავებით ისინი ადამიანს მანამდე კბენენ, სანამ შხამი ბოლომდე არ გამოეღვებათ, ამიტომ მათი ნაკბენი უფრო საშიში შეიძლება იყოს. მკურნალობის თვალსაზრისით მნიშვნელოვანია, რომელმა მწერმა დაკბინა ადამიანი, ამის გარკვევა კი მარტივად შეიძლება – ფუტკარი კბენის მერე ნესტარს ნაკბენში ტოვებს, ხოლო კრაზანა და ბზიკი – არა.

daxmareba

ფუტკრის, კრაზანას ან ბზიკის კბენის შემთხვევაში არ უნდა ეცადოთ ჭრილობიდან ნესტრის ამოღებას – შესაძლოა ის დაზიანდეს, მისი ნაწილი კანში ჩარჩეს და შხამის გავრცელებაც უფრო დაჩქარდეს. უმჯობესია ნაკბენზე სპირტში ან ზეთში დასველებული ბამბის დადება, რათა ნესტარი კანს თვითონ მოშორდეს. ამის შემდეგ საჭიროა ნაკბენის საპნით ჩამობანა.

თუ ადამიანი ალერგიულია, არ უნდა დაელოდოთ რეაქციის განვითარებას, უნდა მისცეთ დაზარალებულს რაიმე ანტიალერგიული პრეპარატი და დაუყოვნებლად მიმართეთ ექიმს.

როცა ვლინდება ალერგიული რეაქციის რომელიმე სახეობა, ამ შემთხვევაში, მით უმეტეს, აუცილებელია სასრაფო ჰოსპიტალიზაცია!

koRos nakbeni

კოლოები წყალსატევებში, გუბებში, დატბორილ სარდაფებში ბინადრობენ, აქტიურ ცხოვრებას ღამით ეწევიან, დღისით და ცუდ ამინდში გარეთ იშვიათად გამოდიან. იკბინებიან მღვდრი კოლოები. კბენისას კოლო ჭრილობაში უშვებს ნერწყვს, რომელიც შეიცავს ტოქსინს და ანტიკოაგულანს. ეს უკანასკნელი ხელს უშლის სისხლის შედედებას და კოლო ახერხებს სასურველი რაოდენობით სისხლის ამოწოვას მსხვერპლის ორგანიზმიდან. ყველა კოლო არ კბენს ადამიანს, ხოლო იმათგან, რომლებიც კბენენ, საშიშია ანოფელესის გვარის კოლოები. საქართველოში, ძირითადად, გავრცელებულია ჩვეულებრივი მალარიის კოლო (*Anopheles maculipennis*), რომელიც მალარიის გამომწვევის – პლაზმოდუმის გადამტანია.

კოლოები ყველაზე მეტად აქტიურობენ $+16^{\circ}\text{C}$ ტემპერატურის პირობებში, ხოლო თუ ტემპერატურა $+16^{\circ}\text{C}$ მაღალია, ისინი აქტიურობას (და კბენასაც) წყვეტენ, რადგან სიცხის ატანა უჭირთ დიდი რაოდენობით სითხის დაკარგვის გამო.

daxmareba

კოლოს ნაკბენი თავისთავად იმდენად საშიში არ არის. ნაკბენზე შეიძლება ყინულის ან ცივი ფიზიოლოგიურ ხსნარში დასველებული კომპრესის დადება. ყურადღება უნდა მიაქციოთ, რომ კომპრესი მუდმივად ცივი იყოს. ეს ტკივილს და შეშუპებას შეამცირებს (ან სრულიად მოხსნის). თითქმის ყოველთვის აღინიშნება ძლიერი ქავილი ნაკბენის არემი, რასაც საჭმელი სოდის ხსნარში დასველებული მარლის კომპრესი დააამებს.

იმ შემთხვევაში, თუ ნაკბენი ადგილის ტკივილი, შეშუპება და ჰიპერემია რამდენიმე დღის მანძილზე რჩება ან დაზარალებულს სუნთქვისა და/ან ყლაპვის გაძნელება აღენიშნება, აუცილებელია ექიმის კონსულტაცია.

Mmorielis nakbeni

მორიელის სხეული შედგება თავის, მკერდის, მუცლისა და კუდისაგან, რომელიც ძალიან მოქნილია და მორიელს მისი სხეულის გასწვრივ მოკეცვა შეუძლია. კუდის ბოლოზეა შხამიანი ჯირკვალი და ნესტარი, რითაც იგი მსხვერპლს თავს ესხმის.



დღისით მორიელი ნაპრალებში, ფოთლებქვეშ და მსგავს ადგილებში იმალება, ხოლო ღამით ნადირობს. თუ სახლში შემოადწია, შესაძლებელია, ფეხსაცმელში ან ჩანთაში ჩაძვრეს და იქ დაიძალოს, მერე კი ადამიანი დანესტროს.

არსებობს მორიელის ორი ტიპის შხამი. ერთი მათგანი იწვევს დამბლას და სასიკვდილოა უხერხემლოთათვის, თუმცა ადამიანის სიცოცხლისათვის საშიში არ არის. მეორე ტიპის შხამი სასიკვდილოა – ის იწვევს ნერვებისა და კუნთების დამბლას, რამდენიმე წუთში კლავს პატარა ცხოველებს (მაგ. ძაღლი) და რამდენიმე საათში ადამიანის სიკვდილის გამოწვევაც შეუძლია, თუმცა ისიც უნდა აღინიშნოს, რომ დროული მკურნალობის შედეგად დაზარალებულის გადარჩენის შანსი დიდია. ამგვარი მოქმედების შხამი რამდენიმე სახეობის მორიელს აქვს და არც ერთი მათგანი საქართველოში არ ბინადრობს.

ნიშნები

მორიელის ნაკბენი ძლიერ მტკივნეულია, ტკივილი შეიძლება ნერვის მიმართულებით გავრცელდეს. ნაკბენის არეში აღინიშნება ჰიპერემია, შეშუპება, შეიძლება გაჩნდეს სეროზული ან სისხლიანი სითხით სავსე ბუშტუკები. ადგილობრივი რეაქციის გარდა ვლინდება ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნები – ძლიერი საერთო სისუსტე, თავის ტკივილი, შემცივნება, ტკივილი გულ-მკერდის არეში, ქოშინი, გულის ფრიალი, ძილიანობა, კიდურების კანკალი, ოფლიანობა, ცრემლის დენა, ჰიპერსალივაცია. აღნიშნულ სიმპტომებს ზოგჯერ შეიძლება დაემატოს ბრონქოსპაზმი, ქოშინი, ციანოზი; თავდაპირველად ვითარდება ტაქიკარდია და ჰიპერტენზია, რაც შემდეგ ბრადიკარდიითა და ჰიპოტენზიით იცვლება. ზოგიერთ შემთხვევაში აღინიშნება სხეულის ტემპერატურის მომატებაც.

ინტოქსიკაციის ნიშნები, ჩვეულებრივ, კბენიდან 2-3 საათის შემდეგ ვლინდება და შეიძლება 24-36 საათს გაგრძელდეს. განსაკუთრებით მძაფრად ინტოქსიკაცია ბავშვებში ვლინდება.

daxmareba

ნაკბენზე ადებენ თბილ ცხიმოვან (მაგ. ზეთი) ნახვევს, რაც ტკივილს ამცირებს. დასაშვებია ადგილობრივი საანაესთეზიო საშუალებების გამოყენება. ყველა შემთხვევაში აუცილებელია დაზარალებულის გადაყვანა სამედიცინო დაწესებულებაში.

Pgadaubeli daxmareba gulis wasvlis dros

გულის წასვლა – ეს არის გონების უეცარი ხანმოკლე დაკარგვა და თავის ტვინის სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობის მწვავე ფორმას წარმოადგენს.

მიზეზები:

გულის წასვლა შეიძლება განვითარდეს იმ შემთხვევაში, თუ ორგანიზმს არ შეუძლია არტერიული წნევის სწრაფი დაქვეითების კომპენსაცია. ამ დროს ადამიანი მოსვენებულ მდგომარეობაში შეიძლება თავს ნორმალურად გრძნობდეს, ხოლო სისუსტე ვლინდება ფიზიკური დატვირთვის დროს, რადგან დატვირთვა მკვეთრად ზრდის ჟანგბადზე ორგანიზმის მოთხოვნას. ხშირად გულის წასვლა ვითარდება ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ, რადგან დატვირთვის შეწყვეტის შემდეგ გულის შეკუმშვათა სიხშირე კლებულობს, კუნთების სისხლძარღვები კი ისევ გაფართოებული რჩება (ეს საჭიროა ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტების მოსაშორებლად), რაც იწვევს წნევის დაქვეითებას და გულის წასვლას. სისხლის მოცულობა მცირდება სისხლდენის დროს, ასევე ფაღარათით ან შარდისა და/ან ოფლის გაძლიერებული გამოყოფით გამოწვეული გაუწყლოების შედეგად.

გულის წასვლა შეიძლება გამოიწვიოს აგრეთვე სხვა ფაქტორებმაც – სხვადასხვა წარმოშობის ტკივილმა, შიშმა, სხვა ძლიერმა ემოციებმა და ა.შ.

ხველისა და შარდვის დროს გულის წასვლის მიზეზი შეიძლება გახდეს დაძაბულობის გამო გულისაკენ სისხლის უკუდინების შემცირება. ეს ხშირად ხდება მოხუცებში. საყლაპავის ზოგიერთი დაავადების დროს გულის წასვლის მიზეზი შეიძლება ყლაპვა გახდეს.

გულის წასვლა შეიძლება განვითარდეს ერთროციტების რაოდენობის შემცირების (ანემია), ასევე გაძლიერებული სუნთქვისას (ჰიპერვენტილაცია) სისხლში შაქრისა და ნახშირორჟანგის დონის დაქვეითების (ჰიპოგლიკემია, ჰიპოკაპნია) გამო. როდესაც ხდება ნახშირორჟანგის დონის დაქვეითება, თავის ტვინის სისხლძარღვები ვიწროვდება და ადამიანი თავბრუსხვევას და სისუსტეს გრძნობს, თუმცა გონებას არ კარგავს. აღწერილია გულის წასვლის შემთხვევები ძალოსნებს შორის, რაც გამოწვეულია შტანგის აწევის წინ ჰიპერვენტილაციით. ხანდაზმულ პირებში გულის წასვლა შეიძლება მსუბუქი გარდამავალი ინსულტის ნიშანი იყოს, რადგან ამ დროს უეცრად მცირდება სისხლის მიმოქცევა თავის ტვინის გარკვეულ უბანზე.

ნიშნები:

გულის წასვლას შეიძლება წინ უსწრებდეს თავბრუ, განსაკუთრებით დგომის დროს. როცა ადამიანი ეცემა, არტერიული წნევა იმატებს (ნაწილობრივ – ჰორიზონტალური მდგომარეობის მიღების გამო). თუ მიზეზი გულის მუშაობის რიტმის დარღვევაა, გულის წასვლა სწრაფად ვითარდება და სწრაფადვე გაივლის. ზოგჯერ უშუალოდ გულის წასვლის წინ ადამიანი გულის ფრიალს გრძნობს. სხეულის მდგომარეობის მკვეთრი შეცვლა (ძალიან სწრაფად დაჯდომა ან ადგომა) იწვევს ორთოსტატიკულ გულის წასვლას. ამის მსგავსია ე.წ. “პარადის” გულის წასვლა – როცა ადამიანი დიდი ხნის განმავლობაში დგას, განსაკუთრებით სიცხეში – ამ დროს ფეხის კუნთები არ მუშაობს, ვითარდება ვენური შეგუბება და არტერიული წნევა ეცემა. ხშირად გონების დაკარგვას წინ უსწრებს გულის რევა, სისუსტე, მთქნარება, მხედველობის დაქვეითება, ოფლიანობა. პულსი ძლიერ ნელდება, ადამიანი უეცრად ფითრდება და გონებას კარგავს.

ისტერიული გულის წასვლა არ არის ჭეშმარიტი – ადამიანი გულწასულივით გამოიყურება, თუმცა არტერიული წნევა და გულისცემის სიხშირე არ იცვლება, არ აღინიშნება ოფლიანობა და სიფერძკრთაღე.

დახმარება:

ადამიანის გონზე მოსაყვანად ჩვეულებრივ საკმარისია მისი დაწვნა და ფეხების აწევა

(ფეხქვეშ ბალიშის, ტანსაცმლის და ა.შ. დადება) ისე, რომ ფეხები თავის დონეზე უფრო მაღლა იყოს.

თუ ეს შეუძლებელია, თავი უნდა დაუხაროთ მუხლებისკენ – ეს დაეხმარება გონზე მოსვლაში, რადგან ამ დროს ძლიერდება სისხლის მიდინება ტვინისა და გულისაკენ.

სასურველია ასევე უზრუნველყოთ მისთვის ჟანგბადის მიწოდება – გავიყვანოთ სუფთა ჰაერზე ან, თუ ეს ვერ ხერხდება, ფანჯარა გავაღოთ.

დაზარალებულს უნდა შეეუხსნათ ისეთი ტანსაცმელი, რაც სუნთვას უძნელებს. ცხვირთან უნდა მიეუტანოთ ნიშადურის სპირტში, ოდეკოლონში ან ძმარში დასველებული ბამბა. საფეთქლები დაეუზილოთ ძმრით ან ოდეკოლონით, ასევე დაეუზილოთ კიდურები.

თუ მიღებული ზომების მიუხედავად დაზარალებული გონზე არ მოვიდა, გამოიძახეთ “სასწრაფო დახმარება” თქვენ კი დაიწყეთ ხელოვნური სუნთვის ჩატარება. განაგრძეთ ეს პროცედურა ექიმის მოსვლამდე ან მანამდე, სანამ დაზარალებული გონზე არ მოვა.

გონზე მოსვლის მერე დაზარალებულს მიეცით მაგარი ჩაი ან ყავა.

თუ გონზე მოსვლის შემდეგ ადამიანი სერაფად წამოჯდება (ან დამხმარეები აკავებენ მას ვერტიკალურ მდგომარეობაში), შეიძლება გულის წასვლა განმეორდეს.

ახალგაზრდა ადამიანებში, ვისაც გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები არ აღენიშნებათ, გულის წასვლა საშიში არ არის. დიაგნოსტიკური კვლევები და მკურნალობა არ არის საჭირო.

უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ხანდაზმულ ადამიანებში გულის წასვლა შეიძლება განვითარდეს იმ დაავადებების შედეგად, რომლებიც ხელს უშლის გულსა და სისხლძარღვებს არტერიული წნევის მოწესრიგებაში.

მკურნალობა დამოკიდებულია გულის წასვლის მიზეზებზე.

Ggadaudebeli daxmareba terminaluri mdgomareobis dros

ტერმინალური მდგომარეობა არის ისეთი ვითარება, როცა სისხლის მიმოქცევისა და სასუნთქი სისტემები ვერ უზრუნველყოფს ჟანგბადზე ორგანიზმის მოთხოვნილებას, ანუ ორივე სისტემის ფუნქციები ან სრულადაა გაჩერებული, ან მნიშვნელოვნად შესუსტებულია.

ტერმინალური მდგომარეობა შეიძლება განვითარდეს ნებისმიერი, როგორც მწვავე, ასევე ქრონიკული დაავადების მძიმე მიმდინარეობის დროს, ასევე – მწვავე მოწამვლების, ტრავმების და ა.შ. შედეგად და თუ სასწრაფო ზომები არ იქნა მიღებული, პაციენტის სიკვდილით მთავრდება.

ტერმინალური მდგომარეობის დადგომისას საჭირო ხდება რენიმაცია, ანუ ორგანიზმის გამოცოცხლება, რაც მიზნად ისახავს ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების, კერძოდ – სუნთქვისა და გულის მუშაობის აღდგენას.

ტერმინალური მდგომარეობისას გამოყოფენ სამ ფაზას:

1. პრედაგონია;
2. აგონია;
3. კლინიკური სიკვდილი.

პრედაგონია

ამ დროს ავადმყოფის ცნობიერება ჯერ კიდევ შენახულია, თუმცა არეულია; არტერიული წნევა ნულამდე ქვეითდება; პულსი მკვეთრად გახშირებულია და ძაფისებური; სუნთქვა ხშირდება და ზედაპირული ხდება; კანის საფარველები ფერმკრთალებს.

ავონია

არტერიული წნევის დაცემის კვალდაკვალ სუნთქვა თავდაპირველად ზედაპირული და შენელებული ხდება, ხოლო შემდეგ – არათანაბარი და ბოლოს სრულიად ჩერდება – დგება ტერმინალური პაუზა; სხეულის ტემპერატურა 1-2 გრადუსით ქვეითდება; ვითარდება კრუნჩხვები, აგრეთვე უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია (სფინქტერების დამბლის გამო); ამ ფაზის ხანგრძლივობა ცვალებადობს რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე საათამდე.

კლინიკური სიკვდილი

ეს არის ხანმოკლე გარდამავალი სტადია სიცოცხლესა და სიკვდილს შორის. მისი ხანგრძლივობა 5-6 წუთია. ამ დროს გაჩერებულია სუნთქვა და გულის მუშაობა; გუგები გაფართოებულია; კანის საფარველები ცივია; რეფლექსები არ აღინიშნება (სრული არეფლექსია).

klinikuri sikvdilis niSnebi

1. პერიფერიულ სისხლძარღვებზე პულსი არ ისინჯება;
2. არტერიული წნევა ნულის ტოლია;
3. სუნთქვა არ არის;
4. გუგები გაფართოებულია, სინათლეზე არ რეაგირებს.

biologiuri sikvdilis niSnebi

1. რქოვანა შეიმღვრევა, თვალის კაკლები რბილდება;
2. სხეულის ტემპერატურა ქვეითდება და უთანაბრდება გარემოს ტემპერატურას;
3. ჩნდება გვამური ლაქები;
4. იწყება გვამური გაშეშება.

სუნთქვისა და გულის გაჩერება ჯერ კიდევ არ ნიშნავს ქსოვილებში შეუქცევადი ცვლილებების განვითარებას, ანუ ბიოლოგიურ სიკვდილს.

სხვადასხვა ქსოვილების უჯრედები სხვადასხვაგვარად რეაგირებენ ჟანდბადის ნაკლებობაზე, ყველაზე ადრე შეუქცევადი ცვლილებები თავის ტვინის ქერქში ვითარდება. 5-7 წუთი სწორედ ის მაქსიმალური დროა, რომლის განმავლობაშიც ქერქი სუნთქვისა და გულის გაჩერების ფონზეც კი ინარჩუნებს ცხოველმყოფელობას (ცხადია, ეს საშუალო მაჩვენებელია). გულის მუშაობის აღდგენა უფრო გვიანაცაა შესაძლებელი, მაგრამ ქერქის უჯრედებში შეუქცევადი ცვლილებები უკვე განვითარებული იქნება. ეს, პრაქტიკულად, სოციალური სიკვდილია, რადგან 5-7- წუთის შემდეგ გულის მუშაობისა და სუნთქვის

აღდგენის შემთხვევაშიც კი (თუ ადამიანი გადარჩა, რადგან მათი უმრავლესობა რამდენიმე დღეში კვდება) პაციენტს უვითარდება მძიმე შეუქცევადი ფსიქიკური და ნევროლოგიური დარღვევები.

reanimaciis zogadi principebi

პირველ რიგში დარწმუნდით, რომ პაციენტი უგონოა – დაუძახეთ, მხარზე ხელი მოუტყაპუნეთ.



ჩვეულებრივ, ადამიანი გონებას სისხლის მიმოქცევის შეჩერებიდან 15 წამში კარგავს.

თუ დაზარალებულ ხმას არ გცემთ, მოძებნეთ პულსი საძილე არტერიაზე. თუ პულსი ისინჯება, ე.ი. დაზარალებული ცოცხალია. ვინმეს უხმეთ საშველად. შემდგომი მოქმედებების თანმიმდევრობა კი ასეთია:



- შეამოწმეთ, სუნთქავს თუ არა დაზარალებული;
- შეხედეთ, მოძრაობს თუ არა გულ-მკერდი;
- მოუსმინეთ, გესმით თუ არა სუნთქვა;
- 3-5 წამის განმავლობაში შეამოწმეთ, იგრძნობთ თუ არა ლოყაზე პაციენტის ამოსუნთქული ჰაერის შეხებას;
- თუ სუნთქვა არის, ე.ი. დაზარალებული ცოცხალია. გააგრძელეთ დაკვირვება და ხშირად ამოწმეთ პულსაცია საძილე არტერიაზე.

- შეამოწმეთ გუგების რეაქცია სინათლეზე – ხელით აუწიეთ ქუთუთო, დააფარეთ თვალზე ხელი, მერე სწრაფად აირეთ და ნახეთ, რეაგირებს თუ არა გუგები სინათლეზე. თუ თვალის გუგა სინათლის ზემოქმედებით ვიწროვდება, ე.ი. დაზარალებული ცოცხალია.

xelovnuri sunTqva

- გადააბრუნეთ დაზარალებული ზურგზე და დარწმუნდით, რომ ის მაგარ ზედაპირზე წევს;
- საჭიროა სასუნთქი გზების გამავლობის აღდგენა შემდეგი მოქმედებებით:
- დაადეთ ხელი დაზარალებულს თავზე;
- მეორე ხელის ორი თითი მოათავსეთ მის ქვედა ყბაზე ნიკაპთან ახლოს;
- გადაუწიეთ თავი – შუბლზე ქვევით, ხოლო ნიკაპზე – ზევით დაწოლით;
- უგონო მდგომარეობაში მყოფ ადამიანს ენა უკან ხახაში უვარდება და ახშობს ხორხის შესავალს, ამიტომ საჭიროა ენის გამოწევა და ჰაერის მიწოდების უზრუნველყოფა;
- მჭიდროდ მიაკარით დაუხმეთ დაზარალებულს ნესტოები, ფართედ გაუღეთ პირი, ღრმად ჩაისუნთქეთ და თქვენი ტუჩები დაზარალებულის პირს;
- მარჯვენა ხელით პაციენტის ქვედა ყბა მაღლა წამოსწიეთ, რათა ენა უკან არ გადაიწიოს;
- ორჯერ ღრმად ჩაბერეთ 1,5-2 წამის განმავლობაში, 5 წამიანი ინტერვალით, რაც თქვენი ჩასუნთქვისათვისაა საჭირო;

- პროცედურა იმეორეთ რიტმულად, 16-20-ჯერ წუთში.
- ყურადღება მიაქციეთ, რომ ჩაბერვის დროს დაზარალებულის გულ-მკერდი ზევით იწევდეს;
- შეიგრძენით ჰაერის ამოსვლა დაზარალებულის ფილტვებიდან, განაგრძეთ ხელოვნური სუნთქვა 1 წუთის განმავლობაში (დაახლოებით 12 ჩასუნთქვა).

ჰაერი ვერ მოხვდება დაზარალებულის ფილტვებში, იმ შემთხვევებში, თუ:



- თქვენი პირი მის ტუჩებს მჭიდროდ არ ეკვრის;
- თავი არ არის სწორად გადაწეული და სასუნთქი გზების გამავლობა არ არის აღდგენილი. ამ დროს ჰაერი ფილტვების ნაცვლად კუჭში მოხვდება;
- ძალიან ხშირ-ხშირი ჩაბერვის შემთხვევაში.
თუ პაციენტს ღებინება დაეწყო, თავი გვერდზე მიაბრუნებინეთ, ამოუწმინდეთ პირის ღრუ და განაგრძეთ ხელოვნური სუნთქვა.

10-15 წამის განმავლობაში შეამოწმეთ პულსაცია საძილე არტერიაზე, ამისათვის ერთი ხელით დააფიქსირეთ დაზარალებულის თავი, ხოლო მეორე ხელით მოძებნეთ საძილე არტერია ფარისებრ ხრტილთან კისრის იმ მხარეს, რომელიც თქვენთან უფრო ახლოსაა.

თუ პულსი ისინჯება, მაგრამ დაზარალებული არ სუნთქავს, განაგრძეთ ხელოვნური სუნთქვა ზემოთ აღწერილი მეთოდით.

შეამოწმეთ პულსი ყოველ წუთში.

gulis arapirdapiri masaJi

- მარჯვენა ხელის შუა და საჩვენებელი თითებით აყევით ნეკნთა რკალს და მოძებნეთ მკერდის ძვლის მახვილისებრი მორჩი;
- მეორე ხელი დაადეთ პირველს ისე, რომ თითებით გულ-მკერდს არ შეეხოს;
- მოძებნეთ ზეწოლის წერტილი მკერდის ძვლის მახვილისებრი მორჩის წვერიდან 2-3 სმ-ით ზევით (დაახლოებით 2 თითის დადება). ეს იმიტომაა საჭირო, რომ უშუალოდ მორჩის წვერზე ზეწოლის შემთხვევაში შესაძლებელია ღვიძლის სერიოზული დაზიანება;
- მარცხენა ხელის გული დააფარეთ მონიშნულ წერტილს;
- დაიკავეთ სწორი პოზიცია არაპირდაპირი მასაჟის ჩასატარებლად – კიდურები გაშალეთ მტევნებიდან მხრებამდე;



- 15-ჯერ დააწეკით გულ-მკერდს 9-10 წამის განმავლობაში (წუთში 80-100 ზეწოლა) ისეთი ძალით, რომ მკერდის ძვაღმა 3-5 სანტიმეტრით დაიწიოს.
- ეს იმიტომაა აუცილებელი, რომ ზეწოლის ძალით გული მკერდის ძვაღსა და ხერხემლის სვეტს შორის მიიჭყლიტოს და შეიკუმშოს, რითაც სისტოლის სტიმულირება ხდება.
- გულ-მკერდზე ზეწოლებს შორის ინტერვალში ხელები დაზარალებულის გულ-მკერდს არ მოაშოროთ;
- გულ-მკერდზე 15 ზეწოლის შემდეგ ორჯერ ჩაბერეთ პირით პირში ზემოთ აღწერილი მეთოდით.

რეანიმაციული ღონისძიებები შეიძლება ჩაატაროს როგორც ერთმა, ასევე ორმა ადამიანმა:

- თუ ხელოვნურ სუნთქვას და გულის არაპირდაპირ მასაჟს აკეთებს ერთი ადამიანი, მაშინ ყოველ 15 მასაჟს უნდა მოყვეს 2 სუნთქვა;
- თუ ხელოვნურ სუნთქვას და გულის არაპირდაპირ მასაჟს აკეთებს ორი ადამიანი, მაშინ ყოველ 5 მასაჟს უნდა მოყვეს 1 სუნთქვა;
- თუ ამ ღონისძიებებმა 30-40 წუთის განმავლობაში შედეგი არ გამოიღო, შეიძლება მათი შეწყვეტა.
- ძუძუთა ბავშვებს გულის არაპირდაპირ მასაჟს უტარებენ მეორე და მესამე თითების ბალიშებით;
- მოზარდების შემთხვევაში გულის არაპირდაპირი მასაჟი ტარდება ერთი ხელისგულით.

saeqTno movlis zogierTi praqtikuli sakiTxi

cxelebiani pacientis movla

ცხელება რთული პროცესია და გამოწვეულია ტემპერატურის მარეგულირებელ ცენტრზე მავნე ტოქსიური ნივთიერებების ზემოქმედებით. ცხელების ძირითადი ნიშანია ჰიპერთერმია – სხეულის ტემპერატურის მკვეთრი მატება. ცხელებიანი პაციენტი საჭიროებს განსაკუთრებულ ყურადღებას, რადგან ამ დროს დიდია გართულებების საფრთხე

ცხელების მიმდინარეობისას ვარჩევთ სამ პერიოდს:

pirveli periodi – ტემპერატურის აწევის პერიოდი – პაციენტს აღენიშნება შემცივნება, ტუჩების და თითების ციანოზი (გალურჯება), თავის ტკივილი. ამ დროს მომვლელმა პაციენტს ფეხებთან თბილი სათბურები უნდა შემოუწყოს, დაალევინოს ტკბილი მაგარი ჩაი, კარგად დაახუროს, უზრუნველყოს პაციენტის ფიზიოლოგიური მოთხოვნილებების დაკმაყოფილება.

meore periodi – ტემპერატურის მაქსიმალური აწევის პერიოდი – ძლიერდება ინტოქსიკაციის ნიშნები. იმატებს თავის ტკივილი, სიცხის შეგრძნება, პირის სიმშრალე; აღინიშნება ძლიერი სისუსტე, ტეხვა სხეულში. ცხელების პიკზე შესაძლებელია პაციენტს დაეწყოს ბოდვა და ჰალუცინაციები. ამ დროს არ შეიძლება პაციენტის მარტო დატოვება, რათა თავიდან ავაცილოთ მას მოსალოდნელი გართულებები (შესაძლებელია ადგეს, დაეცეს და მიიღოს ტრავმა; რამე დაუშავოს საკუთარ თავს ან გარშემო მყოფებს; გაიქცეს ან ფანჯრიდან გადახტეს და ა.შ.).

ძალიან მაღალი ტემპერატურის (განსაკუთრებით – ხანგრძლივად შენარჩუნებისას) დროს შეიძლება ორგანიზმში განვითარდეს სიცოცხლისათვის საშიში შეუქცევადი ასეთი მოვლენები, როგორცაა გაუწყლობა, მკვეთრი ტაქიკარდია რიტმის დარღვევებით, ქსოვილების ცილების კოაგულაცია, მეტაბოლოზმის დაქვეითება და სრული შეწყვეტა. ამიტომ **ცხელების გახანგრძლივების ან ნებისმიერი გართულების შემთხვევაში საჭიროა ექიმის გამოძახება!**

ამ პერიოდში საჭიროა პაციენტის კვება მაღალკალორიული ადვილად მოსანელებელი თხიერი (წვენები, კომპოტი, მინერალური წყალი) საკვებით, მცირე ულუფებით, 5-6-ჯერ დღეში. ხშირად მაღალი ტემპერატურის დროს პაციენტს პირი უშრება და ტუჩები უსკდება, ამიტომ საჭიროა პერიოდულად პირის ღრუს გაწმენდა სუსტი სოდიანი ხსნარით და ტუჩებზე ცხიმის ან სპეციალური საცხის წასმა. ძლიერი თავის ტკივილის დროს პაციენტს შუბლზე ყინულის ბუშტი ან ძმრის წყალხსნარში (2 სუფრის კოვზი ძმარი 0,5 ლიტრ წყალში) დასველებული ხელსახოცი უნდა დავადოთ.

mesame periodi – ტემპერატურის დაწევის პერიოდი – სხადასხვაგვარად მიმდინარეობს. ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია ტემპერატურის მკვეთრი დაწევა (მაგ. 40°C-დან 36°C-მდე), რასაც თან ახლავს არტერიული წნევის დაცემა, პულსის სისხირისა და რიტმის დარღვევები, უხვი ოფლდენა, ძლიერი საერთო სისუსტე, კიდურების გაციება, ტუჩების და თითების ციანოზი. შეიძლება განვითარდეს კოლაფსი. ტემპერატურის ამგვარ დაწევას **კრიზისი** (კრიზისული დაწევა) ეწოდება. საჭიროა ექიმის გამოძახება, ხოლო მის მოსვლამდე მომვლელმა პაციენტი უნდა გაათბოს, დააღვეინოს მაგარი ჩაი ან ყავა, გაამშრალოს. ზოგ შემთხვევაში ტემპერატურა თანდათანობით ეცემა, რასაც **ლიზისი** (ლიზისური დაწევა) ეწოდება. ლიზისის დროს მომვლელი შემოიფარგლება მხოლოდ მოვლის ზოგადი წესებით.

ცხელების დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაუთმოს პაციენტის კანის მოვლას, რათა თავიდან ავაცილოთ მას **ნაწოლების** გაჩენა, რაც ცხელების ერთ-ერთი მოსალოდნელი გართულებაა.

ineqciebis Semdgoni garTulebebi

ინექციის შესრულების ტექნიკა ზედმიწევნით უნდა იყოს დაცული, წინააღმდეგ შემთხვევაში მოსალოდნელია მნიშვნელოვანი (ზოგჯერ – სიცოცხლისათვის სახფათო) გართულებები.

• **infiltrati** (გამკვრივება) – კანქვეშა და ინტრამუსკულური ინექციების ყველაზე ხშირი გართულებაა. ინფილტრატი შეიძლება განვითარდეს იმ შემთხვევაში, თუ ინექცია ბლაგვი ან მოკლე ნემსით გაკეთდა. ზოგიერთი პრეპარატი ძლიერ აღიზიანებს ქსოვილებს, ან ნელა იწოვება, რაც ასევე იწვევს ინფილტრატის წარმოქმნას. ინფილტრატის აღმოჩენა პალპაციითაა შესაძლებელი.

დახმარება – ასეთ დროს ნაჩვენებია გამათბობელი კომპრესის ან სათბურის გამოყენება. სითბო აფართოებს სისხლძარღვებს და აჩქარებს შეწოვას.

• **abscesi** – ეს არის რბილი ქსოვილების ჩირქოვანი ანთება. ამ დროს ქსოვილებში წარმოიქმნება ჩირქოვანი ღრუ. აბსცესის განვითარების მიზეზები იგივე, რაც ინფილტრატის შემთხვევაში, რასაც ემატება ასეპტიკის წესების დარღვევა. აბსცესი კუნთის სიღრმეში ვითარდება, რაც საკმაოდ აძნელებს მის დიაგნოსტიკას.

დახმარება – ქირურგიულია.

• **nemsis Catexva** – ეს შესაძლებელია მოხდეს, თუ ინექციის დროს პაციენტი კუნთს მკვეთრად შეკუმშავს, ან თუ პროცედურა პაციენტს ფეხზე მდგომს უტარდება.

დახმარება – თუ ექთანმა პაციენტს ნემსი, წესისამებრ, ბოლომდე არ შეუყვანა, ნატეხის ამოღება შეიძლება პინცეტის დახმარებით მოხერხდეს. სხვა შემთხვევაში საჭირო ხდება ქირურგიული ჩარევა.

• **wamlis SecdomiT gakeTeba** – ამ შემთხვევაში აუცილებელია ინექციის ადგილის გარშემო ფიზიოლოგიური ხსნარის შეყვანა (სულ 50-80 მლ), რაც შეცდომით შეყვანილი პრეპარატის კონცენტრაციასაც შეამცირებს და ქსოვილებზე წამლის გამაღიზიანებელ მოქმედებასაც შეასუსტებს. იგივე მიზნით ინექციის არეზე ყინულის ბუმბუსაც ადებენ (სიცვივე ავიწროვებს სისხლძარღვებს და ანელებს შეწოვას).

შეცდომის შესახებ დაუყოვნებლივ უნდა მოხსენდეს ექიმს!

• **Tromboflebiti** – ესაა ვენის ანთება მასში თრომბის გაჩენით.

ნიშნები: ტკივილი, კანის სისხლით ავსება (ჰიპერემია) და გამკვრივების (ინფილტრატის) წარმოქმნა ვენის გასწვრივ. შეიძლება სხეულის ტემპერატურის მატება 38°C-მდე.

დაუყოვნებლივ უნდა მოხსენდეს ექიმს.

• **qsovilebis nekrozi** – შეიძლება განვითარდეს არასწორად გაკეთებული ინტრავენური ინექციის შედეგად, აგრეთვე კანქვეშ დიდი რაოდენობით ძლიერ გამაღიზიანებელი ნივთიერებების შეყვანის შემთხვევაში.

დახმარება იგივეა, რაც პრეპარატის შეცდომით შეყვანის დროს. აუცილებლად უნდა აცნობოთ ექიმს!

• **sisxlis Caqceva** (ჰემატომა) – ვითარდება მანიპულაციის ტექნიკის წესების დარღვევის შედეგად.

დახმარება – პროცედურა უნდა შეწყდეს და ჰემატომის არეზე უნდა დაიდოს გამათბობელი კომპრესი.

• **virusuli hepatiti, Sidsi da veneriuli sneulebebi** – დაავადებულებთან ერთხელ უკვე გამოყენებული ნემსებისა და შპრიცების სხვა პაციენტებთან განმეორებით გამოყენების შედეგად.

gadaudebeli daxmareba anafilaqsiuri Sokis dros

ანაფილაქსიური შოკის ნიშნები

- პაციენტის სახე ძალიან ფერმერთაღდება და მონაცრისფრო ელფერს იძენს.
- კანი გრილია და წებოვანი.
- პულსი აჩქარებულია, სუსტი ავსების.
- პაციენტი შეშინებული და აფორიაქებულია.
- აღენიშნება წყურვილი, თავბრუ, მთქნარება.
- უჭირს სუნთქვა, აქვს მოხრჩობის შეგრძნება.
- კანი მკვეთრად წითლდება, აღენიშნება ქავილი, ცემინება.
- შესაძლებელია განვითარდეს სახის შემუშუპება, ზოგჯერ ჩნდება “ჭინჭრის ციება“.

შეიძლება პაციენტმა **daxmareba**

- უნდა შეწყდეს წამლის შეყვანა.
- **დაუყოვნებლივ უნდა გამოიძახოთ ექიმი!**
- პაციენტი გულაღმა უნდა დააწვინოთ სწორ მყარ ზედაპირზე.

- უნდა ავუწიოთ ფეხები.
- თავი გვერდზე უნდა გადავუწიოთ, გავუთავისუფლოთ პირის ღრუ (გამოვულოთ პროთეზი).
- წამლის შეყვანის ადგილის ზევით დავადლოთ ლახტი, თუ ამის შესაძლებლობა გვაქვს.
- წამლის შეყვანის ადგილზე დავადლოთ ყინული.

გავუხსნათ შემოჭერილი ტანსაცმელი, რათა სუნთქვა გავუადვილოთ.

სუნთქვისა და გულის მუშაობის გაჩერების შემთხვევაში სასრაფოდ დავიწყოთ რეანიმაციული (იხ. რეანიმაცია) ღონისძიებების – ხელოვნური სუნთქვისა და გულის არაპირაპირი მასაჟის ჩატრება!

kuWis amorecxva

კუჭიდან უვარგისი საკვების, დიდი რაოდენობით ლორწოს, სხვადასხვა მომწამვლელი ნივთიერებების მოშორების მიზნით, აგრეთვე საანალიზოდ შიგთავსის ასაღებად საჭიროა კუჭის ამორეცხვა.

პროცედურას საფუძვლად უდევს სიფონის პრინციპი.

ამორეცხვა ხორციელდება ზონდის საშუალებით. პაციენტს ენის ძირი უნდა დავუწიოთ და სწრაფი მოძრაობით შევუყვანოთ ზონდი საყლაპავსა და კუჭში. ზონდის ბოლოზე ჩამოცმულია ძაბრი. პროცედურის დასაწყისში ძაბრი ძირსაა დაშვებული და წყლის ჩასხმასაც ამავე პოზიციაში ვიწყებთ (კუჭში ჰაერის შესვლა რომ ავიცილოთ თავიდან). შემდეგ ძაბრს თანდათან მაღლა ვწევთ და ვასხამთ წყალს 500-1000 მლ ულუფებით ისე, რომ ძაბრის ბოლომდე დაცლას არ ველოდებით. სულ კუჭის ამოსარეცხად საჭიროა ოთახის ტემპერატურის 5 ლიტრამდე წყალი.

წყლის უკანასკნელი ულუფის ჩასხმითანავე ძაბრს ძირს ვუშვებთ. ყურადღებით უნდა დავაკვირდეთ უჭის შიგთავსს – სისხლის მინარევის არსებობა პროცედურის შეწყვეტის საფუძველია.

განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება პაციენტის მდგომარეობას. მძიმე, დასუსტებულ, ახლად ნაოპერციებ პაციენტს კუჭის ამორეცხვა მწოლიარე მდგომარეობაში უნდა ჩავუტაროთ – იგი მოხერხებულად უნდა დავაწვინოთ გვერდზე და პროცედურა ისე ამოვურეცხოთ კუჭი. საჭიროების მიხედვით შესაძლებელია პროცედურის ეტაპობრივად (შესვენებებით) ჩატარება. ამორეცხვის დასრულების შემდეგ ზონდი სწრაფად უნდა ამოვიღოთ. (თუ ზონდი ერთჯერადი არაა, გავრეცხოთ და გავასტერილოთ).

ზოგჯერ სხვადასხვა მიზეზის გამო ზონდის ჩადგმა ვერ ხერხდება. ასეთ შემთხვევებში პაციენტს უნდა დავაღვივინოთ 1-2 ლ წყალი (ან საჭმელი სოდის ხსნარი) და ხელოვნურად გამოვიწვიოთ ღებინება ენის ძირის გაღიზიანებით (თითების, შპადელით ან კოვზით).

ბინაზე მოვლის პირობებში ზონდით კუჭის ამორეცხვა შეუძლია ექიმს ან ექთანს, ხოლო მომვლელს მათი დახმარება ევალება.

Ooynis saxoebebi da Taviseburebebi

ოყნის საშუალებით შესაძლებელია სითხეების შეყვანა მსხვილი ნაწლავის ქვემო არეში სამკურნალო და/ან დიაგნოსტიკური მიზნით. ოყნა შეიძლება იყოს გამწმენდი, გამომრეცხავი, სიფონური, სამკურნალო (წამლის), წვეთოვანი.

gamwmendi oyna

გამოიყენება გაზებისა და განავლოვანი მასებისაგან ნაწლავის გასათავისუფლებლად.

ჩვენება – ყაბზობა, მოწამვლები; მომზადება რენტგენოლოგიური გამოკვლევის წინ; სამკურნალო ან წვეთოვანი ოყნის წინ.

უკუჩვენება – ნაწლავის ანთება, სისხლმდენი ბუასილი, სწორი ნაწლავის გამოვარდნა, სისხლდენა კუჭიდან ან ნაწლავებიდან.

გამწმენდი ოყნის გასაკეთებლად აუცილებელია:

- ესმარხის ტოლჩა;
- 2 ლიტრის ტევადობის რეზინის, ემალის ან მინის რეზერვუარი რეზინის მილით, რომელსაც ბოლოში წყლის მიწოდების მარეგულირებელი ონკანი აქვს;
- მინის ან ებონიტის ბუნიკი, რომელიც ოყნის გაკეთების წინ უნდა გაირეცხოს და გამოიხარშოს;
- ვაზელინი;
- შპატელი (ან სპეციალური ჩხირი) ბუნიკზე ვაზელინის წასამელად;
- ქოთანის (ვედრო).

გამწმენდი ოყნის გაკეთების ტექნიკა

- გაკეთების წინ უნდა შევამოწმოთ ბუნიკი (მოტეხილი რომ არ იყოს ნაპირი) და წავუსვით ვაზელინი;
- ესმარხის ტოლჩა 2/3-მდე შევავსოთ ოთახის ტემპერატურის წყლით;
- რეზინის მილზე ჩავკეტოთ ონკანი;
- გავხსნათ ონკანი მილზე და გამოვუშვათ ცოტა წყალი სისტემის შესავსებად;
- კვლავ ჩავკეტოთ ონკანი;
- ესმარხის ტოლჩა დავკიდოთ შტატივზე;
- დავაწვინოთ პაციენტი საწოლზე (ან ტახტზე) ნაპირთან ახლოს, მარცხენა გვერდზე, მოხრილი და მუცლისკენ მიზიდული ფეხებით;
- დუნდულებს ქვეშ დავაფინოთ მუშამბა, რომელი თავისუფალი ბოლო ჩავუშვათ ვედროში;
- ესმარხის ტოლჩა ჩამოვხსნათ შტატივიდან და დავწიოთ საწოლის დონეზე დაბლა;
- გავხსნათ ონკანი, გამოვუშვათ ცოტა წყალი და ჰაერი და ისევ ჩავკეტოთ;
- პაციენტს გავუწიოთ დუნდულები და ფრთხილი წრიული მოძრაობებით შევუყვანოთ ბუნიკი სწორ ნაწლავში;
- გავხსნათ ონკანი და ესმარხის ტოლჩა ავწიოთ საწოლის დონეზე მაღლა;
- თანდათანობით შევიყვანოთ წყალი პაციენტის სწორ ნაწლავში;
- დავაკვირდეთ პაციენტის მდგომარეობას – მუცლის ტკივილის ან კუჭში გასვლის სურვილის გაჩენის შემთხვევაში ტოლჩა ძირს დავწიოთ ნაწლავიდან ჰაერის გამოდევნის მიზნით;
- პაციენტის დამშვიდების მერე ტოლჩა კვლავ ავწიოთ და თითქმის მთელი სითხე შევიყვანოთ ნაწლავში;
- შეიძლება მცირე რაოდენობით სითხის დატოვება, რათა პაციენტს თავიდან ავაცილოთ ტოლჩიდან ნაწლავში ჰაერის გადასვლა;
- დავკეტოთ ონკანი და ფრთხილი წრიული მოძრაობებით გამოვიღოთ ბუნიკი ნაწლავიდან;
- პაციენტი უნდა იწვეს “ 10 წუთის განმავლობაში;

- აღნიშნული დროის გასვლის შემდეგ პაციენტი წავა ტუალეტში (თუ სიარული შეუძლია);

- მწოლიარე პაციენტს უნდა შევუდგათ განავლის მიძღები, მოხერხებულად დავაწვინოთ და საბანი დავახუროთ;

- ესმარხის ტოლჩა კარგად უნდა გავრეცხოთ და ჩავაუტაროთ დეზინფიცირება ქლორამინის 3%-იანი ხსნარით;

- ბუნიკი უნდა გავრეცხოთ ცხელი წყლით და საპნით;

- ბუნიკები უნდა შევინახოთ სუფთა ქილაში, რომლის ფსკერზე ბამბაა ჩაფენილი;

- ხმარების წინ ბუნიკი უნდა გამოიხარშოს.

გამწმენდი ოენა ნახად მოქმედებს. ამ დროც იცლება მხოლოდ ნაწლავის ქვედა არე. შეყვანილი სითხე ახდენს მექანიკურ, თერმულ, ქიმიურ ზემოქმედებას ნაწლავზე, რის შედეგად ძლიერდება პერისტალტიკა, თხიერდება ფეკალური მასები და იოლდება მათი ნაწლავიდან გამოდევნა. ოენის შემდეგ პაციენტს ჭინთვა არ ჭირდება და კუჭში გასვლა უადვილდება.

samkurnalo (wamlis) oyna

გამოიყენება სწორი ნაწლავიდან ორგანიზმში წამლების მცირე მოცულობით შესაყვანად. ყველაზე ხშირად სამკურნალო ოენის საშუალებით შეგვეყვას საძილე, დამამწმენდი, ნარკოტიკული პრეპარატები.

სამკურნალო ოენას ასევე ვიყენებთ მსვილი ნაწლავის ანთების შესამცირებლად ან წამლების ხანგრძლივად შეყვანის მიზნით. სამკურნალო ოენის (მიკროოენა) შიგთავსის მოცულობა 50-200 მლ ფარგლებში მერყეობს.

სამკურნალო ოენის გასაკეთებლად აუცილებელია:

- ჟანეს შპრიცი (სტერილური);

- 200 მლ ტევადობის რეზინის ბალონი;

- სტერილური რეზინის მილი ან კათეტერი, რომელიც ჟანეს შპრიცს უერთდება;

- სამკურნალო წამლო საშუალება.

სწორი ნაწლავის მექანიკური, თერმული ან ქიმიური გაღიზიანების თავიდა ასაცილებლად საჭიროა წამლის შეყვანა თბილ ფიზიოლოგიურ ხსნართან ან სახამებლის ნახარშთან ერთად. წამლის ტემპერატურა არ უნდა აჭარბებდეს 40⁰ჩ, რათა პაციენტს არ გაუჩნდეს დეფეკაციის მოთხოვნა.

ოენის გაკეთების ტექნიკა

- დავაწვინოთ პაციენტი მარცხენა გვერდზე, მოხრილი და მუცლისკენ მიზიდული ფეხებით;

- ბალონის ბოლოს წავუსვით ვაზელინი;

- პაციენტს გავუწიოთ დუნდულები და ფრთხილი წრიული მოძრაობებით შევუყვანოთ ბალონის ბოლო სწორ ნაწლავში;

- ხსნარი ნელა შევიყვანოთ შპრიციდან კათეტერში;

- პაციენტი უნდა იწვეს 20 წუთის განმავლობაში;

- თუ პაციენტს მოუნდა კუჭში გასვლა და წამა, I განავალს გამოყვა, ოენა ხელახლა უნდა გავაკეთოთ;

- წამლის უკეთ შესაკავებლად სასურველია პაციენტმა ცხვირით ღრმად ისუნთქოს.

სამკურნალო ოენის გაკეთებამდე 30-40 წუთით ადრე უნდა გაკეთდეს გამწმენდი ოენა.

sifonuri oyna

გამოიყენება ნაწლავების მრავალჯერადი გამორეცხვის მიზნით და მას საფუძვლად უდევს ზიარჭურჭლის კანონი. სიფონური ოენის საშუალებით ხდება ნაწლავიდან გაზების

და განავლოვანი მასების გამოდევნა, დუდილისა და ლპობის პროდუქტების გამორეცხვა. ნაწლავის კედლის რიტმული გაწელება და მოდუნება ხელს უწყობს პერისტალტიკის აღდგენას.

ჩვენება – ყაბზობა, მოწამვლები, გამწმენდი ოყნის უშედეგობა

უკუჩვენება – მსხვილი და სწორი ნაწლავის ანთება, სისხლმდენი ბუასილი, სწორი ნაწლავის გამოვარდნა, სისხლდენა ნაწლავებიდან.

სიფონური ოყნის გასაკეთებლად აუცილებელია:

- 1-1,5 მ სიგრძისა და 15 მმ დიამეტრის რეზინის მილი;
- 1/2 ლ მოცულობის ზაბრი;
- 2-3 ლ ტევადობის ტოლჩა;
- ქოთანი (ვედრო);
- ვაზელინი;
- დამტერი;
- მუშამბა;
- 10-20 ლ სითხე ოყნის გასაკეთებლად (კალიუმის პერმანგანატის სუსტი ხსნარი, სასმელი სოდის 20%-იანი ხსნარი, 30°C-მდე შემთბარი წყალი).

ოყნის გაკეთების ტექნიკა

- დაგაწვინოთ პაციენტი მარცხენა გვერდზე, მოხრილი და მუცლისკენ მიზიდული ფეხებით;
- საწოლზე დაგაფინოთ მუშამბა;
- საწოლთან დავდგათ ქოთანი (ვედრო) გამონარეცხი წყლების ჩასადენად;
- რეზინის მილის ერთ ბოლოს გავუკეთოთ მინის ძაბრი;
- მილის მეორე ბოლოს წავუსვათ ვაზელინი;
- პაციენტს გავუწიოთ დუნდულები და ფრთხილი წრიული მოძრაობებით შევუყვანოთ რეზინის მილის ბოლო სწორ ნაწლავში 20-30 სმ სიღრმეზე;
- გაგაკონტროლოთ, რომ მილი არ დაიგრიხოს;
- თანდათანობით ავაგსოთ ძაბრი სითხით;
- ავწიოთ ძაბრი საწოლის დონეზე ზემოთ, რათა სითხე ნაწლავში შევიდეს;
- შემდეგ დავწიოთ ძაბრი ქოთნის თავზე;
- არ გადავაბრუნოთ ძაბრი, სანამ ბოლომდე არ გაივსება;
- ძაბრის შიგთავსი გადავღვაროთ და ის ხელახლა ავაგსოთ;
- მონაცვლეობით ავწიოთ და დავწიოთ ძაბრი;
- გავაგრძელოთ ნაწლავის გამორეცხვა მანამ, სანამ არ შეწყდება გაზების გამოსვლა და გამონადენი სითხე სუფთა არ იქნება;
- ძაბრის დაწვევის დროს ის ცერად უნდა გვეჭიროს, რათა თავიდან ავიცილოთ ჰაერის შეღწევა ნაწლავში;
- პროცედურის დასრულების შემდეგ ძაბრი მოვხსნათ, გავრეცხოთ, გამოვხარშოთ;
- რეზინის მილი დავტოვოთ ნაწლავში 10-15 წუთის განმავლობაში;
- ჩავუშვათ მილის ბოლო ქოთანში ნარჩენი სითხის გამოსადენად.

mkvebavi oyna

არის ხელოვნური კვების ერთ-ერთი სახე, რადგან მსხვილი ნაწლავის ქვემო არეში შეიწოვება ხორცის ბულიონი, .ნაღები, ცილები, ამინომჟავები, ვიტამინები, სპირტი, ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონური ხსნარი, გლუკოზა და სხვა. მკვებავი ოყნის მოცულობა 200 მლ არ უნდა აღემატებოდეს. მისი ტემპერატურა კი 38-40°C უნდა იყოს.

მკვებავი ოყნის გასაკეთებლად აუცილებელია:

- 200 მლ მოცულობის ბალონი;
- ვაზელინი;
- შპატელი (ან სპეციალური ჩხირი) ბუნიკზე ვაზელინის წასამელად;
- საკვები სითხე.

ოყნის გაკეთების ტექნიკა

- მკვებავი ოყნის გაკეთებამდე 30-40 წუთით ადრე უნდა გაკეთდეს გამწმენდი ოყნა;
- ბალონი საკვები სითხით ბოლომდე უნდა გავავსოთ (ისე, რომ 1-2 წვეთი გადმოიღვაროს);
- ბალონის ბოლოს წავუსვათ ვაზელინი;
- დავაწვინოთ პაციენტი მარცხენა გვერდზე, მოხრილი და მუცლისკენ მიზიდული ფეხებით;
- პაციენტს გავუწიოთ დუნდულები და ფრთხილი წრიული მოძრაობებით შევუყვანოთ ბალონის ბოლო სწორ ნაწლავში;
- ნელა დავცალოთ ბალონი;
- ოყნის შემდეგ დავამუშავოთ უკანა ტანის არე;
- ავადმყოფი უნდა იწვეს ერთი საათი;
- თუ პაციენტს მოუნდა კუჭში გასვლა, სასურველია ცხვირით ღრმად ისუნთქოს.

Nnawolebis prevencia da pacientis movla

მძიმე და ხანგრძლივად მწოლიარე ავადმყოფების მოვლის დროს განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მოვაქციოთ მისი კანის მოვლას, რათა თავიდან ავიცილოთ ისეთი მძიმე და საშიში გართულება, როგორცაა ნაწოლები.

ნაწოლები – ეს არის კანის ზედაპირული ან ღრმა დაზიანება (ნეკროზი), რომელსაც ახასიათებს გავრცელება კანქვეშ მდებარე ქსოვილებზე. უხშირესად ნაწოლები ვითარდება გავის, ბეჭების, დიდი ციბრუტის, იდაყვის არეში. მას საფუძვლად უდევს კანში სისხლის მიმოქცევის დარღვევა.

ნაწოლების ადრეული ნიშანია კანის სიფერმკრთაღე, რასაც მოჰყვება ჰიპერემია (გაწითლება), შეშუპება და ეპიდერმისის ჩამოფცქვნა. მოგვიანებით ვითარდება ბუშტუკები და ნეკროზი. პროცესი მოიცავს სულ უფრო ღრმა შრეებს. ხშირია დაზიანებული უბნების ინფიცირება, რაც სიკვდილის მიზეზი შეიძლება გახდეს.

ნაწოლების კლასიფიკაცია

I სტადია – კანი გაწითლებულია, არ არის ნახეთქები ან გაღიზიანების სხვა ნიშნები;

II სტადია – კანი მოლურჯო ხდება, აჭრელებული ან მუქად შეფერილი. ზედაპირული შრე დამსკდარია და აღინიშნება ბუშტუკები;

III სტადია – კანქვეშა შრეების მთლიანობა ირღვევა, თუმცა ნეკროზი არ აღინიშნება;

IV სტადია – აღინიშნება კანქვეშ მდებარე ქსოვილების ღრმა დაზიანება. პროცესმა შეიძლება მოიცვას ძვლები, კუნთები და ფასციები.

ნაწოლების პრევენციის მიზნით საჭიროა შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

- პაციენტის სხეულის მდებარეობის შეცვლა საწოლში დღეში რამოდენიმეჯერ (თუ ეს შესაძლებელია);
- ლოგინის თეთრეულის ხშირი დაბერტყვა, რათა საწოლში მოხვედრილი საჭმლის ნამცეცები არ გახდეს ნაწოლების გაჩენის მიზეზი;

- პაციენტის ტანსაცმელზე და ლოგინის თეთრეულზე ნაოჭები არ უნდა იყოს;
- მძიმე ავადმყოფები და ისეთი პაციენტები, რომლებიც ხანგრძლივად უნდა იწვნენ (ტრავმების შემდეგ და ა.შ.) უნდა დავაწვინოთ სპეციალურ რეზინის გასაბერ რგოლზე ისე, რომ პაციენტის გავა რგოლის ხვრელზე მოთავსდეს. რგოლს უნდა შემოვასხვიოთ რბილი ნაჭერი;

- აუცილებელია კანის ყოველდღიური გაწმენდა ერთ-ერთი მადენზიფიცირებელი ხსნარით: ქაფური, ქაფურის სპირტი, ეთილის სპირტის 40%-იანი ხსნარი, ოდეკოლონი, ძმრის ხსნარი (1 სიფრის კოვზი ძმარი 300 მლ წყალში) ან თბილი წყლით, შემდეგ კი კარგად გამშრალება;

- კანის გაწითლებისას საჭიროა მშრალი დაზევა;
- კანის მაცერირებელი უბნების მობანა ცივი წყლით და საპნით, შემდეგ სპირტით გაწმენდა და პუდრის შეფრქვევა.

ნაწოლების განვითარების შემთხვევაში საჭიროა მკურნალობა – ბუმტუკების დამუშავება ბრილიანტის მწვანეთი და შემდეგ მშრალი ნახვევის დადება. ნეკროზის შემთხვევაში ხდება დაზიანებული უბნის მოკვეთა და ჭრილობაზე კალიუმის პერმანგანატის 1%-იან ხსნარში დასველებული საფენის დადება. ნახვევი დღეში 2-3-ჯერ უნდა გამოიცვალოს. აუცილებელია ექიმის მეთვალყურეობა და მისი დანიშნულების ზუსტად შესრულება.