რეაბილიტატორი
სასწავლო რესურსი

სტუდენტის სახელმძღვანელო

პროგრამა - რეაბილიტატორი

ზოგადი ნაწილი (ზოგადი დარგობრივი მოდულების სასწავლო რესურსი)

სარჩევი

თავი I.ანატომიურ-ფიზიოლოგიური მახასიათებლები

§1.უჯრედებისა და ქსოვილების თავისებურებები - - ----------30

1.1უჯრედი ---------- -----34

1.2ქსოვილები---------- 40

§2.საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემა

2.1.სწავლება ძვლების შესახებ ----------**----------** 49

2.2ძვლისაზრდელა---------- 52

2.3.სახსარი ---------- 54

2.4.სახსრის დამატებითი ელემენტები---------- 55

2.5.ტორსი ---------- 56

2.6.გულმკერდის ჩონჩხი---------- 59

2.7.მენჯის ჩონჩხი---------- 61

2.8.ქალას ძვლები---------- 69

2.9.ქალას განვითარების ზოგადი მიმოხილვა---------- 73

§3. კუნთები

3.1.გულმკერდის კუნთები----------75

3.2.დიაფრაგმა---------- 77

3.3.მუცლის კუნთები---------- 79

3.4.ზურგის კუნთები----------80

3.5.ზემო კიდურის კუნთები----------81

3.6.ქვედა კიდურის კუნთები---------- 83

§4.ნერვული სისტემა

4.1.თავის ტვინი შემადგენლობა---------- 87

4.2.დიდი ტვინი---------- 87

4.3.ტვინის ღერო---------- 88

4.4.ნათხემი---------- 88

4.5.თავის ტვინის გარსები---------- 89

4.6.თავზურგტვინის სითხე----------89

4.7.თავის ტვინის 12 წყვილი ნერვი----------89

4.8.ზურგის ტვინი ----------90

4.9.ვეგეტატიური ნერვული სისტემა----------91

§5.გულ-სისხლძარღვთა სისტემა
5.1.გული----94
5.2.სისხლის მოძრაობა----97
5.3.სისხლის წნევა----98
5.4.სისხლძაღვების შესწავლა: ანგიოლოგია----99
5.5.სისხლის მიმოქცევა----102
5.6.სისხლის მიმოქცევის დიდი წრის გზა----102
5.7.სისხლის მიმოქცევის მცირე წრე----104
§6.სასუნთქი სისტემა
6.1.სასუნთქი სისტემის ფუნქციებია----108
6.2.ცხვირის ღრუ----109
6.3.ხახა----110
6.4.ხორხი ---- 111
6.5.სასულე----113
6.6.ბრონქები და ბრონქიოლები----114
6.7.ფილტვი ---- 116
6.8.პლევრა---- 117
6.9.სუნთქვა და სუნთქვის რეგულაცია---- 118
§7.საჭმლის მომნელებელი სისტემა----120
7.1.წინა ნაწლავის ორგანოები----124
7.2.შუა ნაწლავის ორგანოები----132
7.3.წვრილი ნაწლავები ---- 132
7.4.თორმეტგოჯა ნაწლავი ---- 133
7.5.მსხვილი ნაწლავები ---- 135
7.6.კოლინჯი ----136
7.7.სწორი ნაწლვი ----136
7.8.პანკრეასი ----137
7.9.პერიტონეუმი----139
7.10.მცირე და დიდი ბადექონი---- 139
7.11.ღვიძლი ----141
7.12.ნაღვლის ბუშტი ----144
7.13.ღვიძლის სეკრეტი---- 144
§8.შარდ-სასქესო სისტემა
8.1.თირკმელი ---- 147
8.2.პირველადი შარდის წარმოქმნა---- 150
8.3.საბოლოო შარდის წარმოქმნა---- 151

8.4.ჰორმონთა წარმოქმნა თირკმელში---- 153
8.5.თირკმლის ფიალები და მენჯი----155
8.6.შარდსაწვეთები----156

8.7.შარდის ბუშტი----------156
8.8.შარდსადენი----------158
8.9.სასქესო ორგანოები----------160
8.10.მამაკაცის სასქესო ორგანოები----------160
8.11.სპერმატოზოიდი----------162
8.12.ქალის სასქესო ორგანოები ----------164
8.13.საშვილოსნო ----------165
8.14.საშვილოსნოს მილები - ფალოპის მილები----------166
8.15.საშო----------166
8.16.მცირე სასირცხო ბაგეები----------167
8.17.დიდი სასირცხო ბაგეები---------- 167
8.18.კლიტორი----------167
8.19.ბართოლინის ჯირკვლები----------168
8.20.მენსტრუალური ციკლი----------169
§9.ენდოკრინული სისტემა
9.1.ენდოკრინული სისტემის ცენტრალური ორგანოები ----------172
9.2ენდოკრინული სისტემის პერიფერიული ორგანოები---------- 173
9.3.ფარისებური ჯირკვალი----------176
9.4.ფარისებრახლო ჯირკვალი----------177
9.5.თირკმელზედა ჯირკვლები----------177
9.6.პანკრეასი ----------178
9.7.ეპიფიზი----------178
9.8.მკერდუკანა ჯირკვალი ----------179
§10.ლიმფური სისტემა და სისხლი
10.1.სისხლის ძირითადი დანიშნულება----------181
10.2.სისხლის ფუნქციებია----------181
10.3.ტერმინოლოგია----------182
10.4სისხლის წითელი სხეულაკები----------184
10.5.წითელი სისხლის წარმოქმნა - ერითროპოეზი----------185
10.6.ერითროციტების დაშლა---------- 185
10.7.სისხლის შედედება ---------- 186
10.8.ლეიოკოციტები ----------187
10.9.ნეიტროფილური გრანულოციტები ----------188
10.10.ეოზინოფილური გრანულოტიტები---------- 188
10.11.ბაზოფილური გრანულოციტები----------189
10.12.ლიმფოციტები----------190
10.13.პლაზმა----------192
10.14.ლიმფური სისტემა----------195
10.15.ძირითადი ლიმფური სადინარი (გულმკერდის სადინარი)

და მარჯვენა ლიმფური სადინარი ----------197
10.16.ლიმფური კვანძები----------198
10.17.ელენთა---------- 199
10.18.თიმუსი---------- 201
10.19.ლიმფატური და RES ქსოვილი---------- 203
§11.ორგანოების საპროექციო არეები
11.1.გამოყენებული ტერმინები - ცნებები----------204
11.2.ძირითადი სიბრტყეები----------205
11.3.სიარული----------206
11.4.სხეულის აღნაგობა---------- 207
11.5.კონსტიტუცია----------207
11.6.საპროექციო არეები---------- 207
§12.კანის, კანქვეშა ქსოვილისა და გრძნობის ორგანოების თავისებურებები
12.1კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებები----------209
12.2.კანის აგებულება და ფუნქციები----------210
12.3.კანქვეშა ქსოვილის თავისებურებები----------210
§13.გრძნობის ორგანოების ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებები
13.1.მხედველობის ორგანო----------211
13.2.სმენისა და წონასწორობის ორგანოები----------213
13.3.ყნოსვის ორგანო----------216
13.4.გემოვნების ორგანო ----------217
თავი II. დაავადებების სიმპტომები
სისტემების მიხედვით დაავადებების დადგენა და იდენტიფიცირება
§1.ნერვული სისტემის დაავადებები
1.1.ინსულტი----------219
1.2.იშემიური ინსულტი----------220
1.3.ჰემორაგიული ინსულტი----------220
1.4.თავის ტვინის სინსივნეები----------221
1.5.გაფანტული სკლეროზი----------223
1.6.ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაცია----------227
1.7.ალცჰაიმერის დაავადება----------228
1.8.პარკინსონიზმი---------- 230
1.9.ეპილეფსია----------231
1.10.ნერვული ანორექსია----------234
§2.საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის დაავადებები
2.1.ძვლოვანი სისტემის პათოლოგია სხვადასხვა სისტემების დაავადებების დროს----------241
2.2.ოსტეომიელიტი----------243
2.3.ძვლის სიმსივნეები----------244
2.4.პოდიატრია----------245

2.5.ტერფის თანდაყოლილი პათოლოგიები----------247
2.6.კუნთების დაავადებები----------248
§3.გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები----------250
3.1.მოციმციმე არითმია ----------256
3.2.გულის იშემიური დაავადება----------258
3.3.ჰიპერტონია----------260
3.4.მიოკარდიუმის ინფარქტი----------262
3.5.პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებები----------266
3.6.ათეროსკლეროზი----------267
3.7.ვარიკოზი ----------268
3.8.ტროფიკული წყლული----------269
3.9.მწვავე თრომბოფლებიტი----------269
§4სასუნთქი სისტემის დაავადებები----------270
4.1.ხველა ----------271
4,2,ქოშინი----------271
4.3გამოკვლევის ფიზიკალური მეთოდები----------271
4.4.სუნთქვის რიტმის დარღვევის სახეები----------273
4.5.ბრონქიტი----------276
4.6.მწვავე ბრონქიტი----------276
4.7.ქრონიკული ბრონქიტი----------276
4.8.პნევმონია ----------277
4.9.პლევრიტი----------278
4.10.ჰიდროპნევმოთორაქსი ----------279
4.11.ფილტვის დაჩირქებითი დაავადებები----------280
4.12.ბრონქული ასთმა ----------281
4.13.ტუბერკულოზი----------282
4.14.ფილტვის სიმსივნეები----------284
4.15.ფილტვის ცისტა ----------286
4.16.ფილტვების ემფიზემა ----------286
4.17.ფილტვების და ფილტვ-გულის უკმარისობა----------286
4.18.ფილტვის არტერიის ემბოლია და ფილტვის ინფარქტი----------287
4.19.ფილტვის ექინოკოკოზი----------287
§5.საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები
5.1.ყლაპვის გაძნელება----------289
5.2.საყლაპავისმიერი პირღებინება----------289
5.3.გულძმარვა----------289
5.4.ეზოფაგიტი - მწვავე და ქრონიკული----------289
5.5.რეფლუქს-ეზოფაგიტი----------290
5.6.კარდიის ახალაზია----------290
5.7.საყლაპავის კიბო----------291
5.8.დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქარი----------292
5.9.მწვავე გასტრიტი----------292
5.10.ქრონიკული გასტრიტი----------294

5.11.პეპტიკური წყლული----------295
5.12.კუჭის კიბო----------296
5.13.ნაწლავთა დაავადებები----------297
5.14.შეკრულობა - ობსტიპაცია - ყაბზობა----------298
5.15.ნაწლავების დისბაქტერიოზი----------299
5.16.მალაბსორბციის სინდრომი----------299
5.17.ცელიაკია - გლუტენის დაავადება----------299
5.18.წყლულოვანი კოლიტი----------299
5.19.ქრონიკული არაწყლულოვანი კოლიტი----------299
5.20.კოლორექტული კიბო----------300
5.21.კრონის დაავადება ----------301
5.22.პანკრეასის დაავადებები----------301
5.23.ღვიძლისა და სანაღვლე გზების პათოლოგია----------303
5.24.მექანიკური (ღვიძლქვედა) სიყვითლე----------305
5.25.ნაღვლის ბუშტის დაავადებები----------306
5.26.ღვიძლის სიმსივნეები----------308

§6.ლიმფური სისტემისა და სისხლის დაავადებები
6.1.სისხლის დაავადებები----------311
6.2.ანემიები----------312
6.3.ჰიპოქრომული ანემია----------312
6.4.სიდეროაქრესტიული ანემია----------313
6.5.ჰიპერქრომული ანემია----------314
6.6.პერნიციოზული ანემია----------314
6.7.ნორმოქრომული ანემია----------315
6.8.აპლაზიური ანემიები----------316
6.9.ჰემოლიზური ანემიები----------317
6.10.კორპუსკულარული ჰემოლიზური ანემიები----------318
6.11.ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემია----------318
6.12.თალასემიები----------318
6.13.შრატისმიერი ჰემოლიზური ანემია----------318
6.14.პოლიგლობულია----------319
6.15.ლეიკოპოეზური სისტემის დაავადებები----------319
6.16.აგრანულოციტოზი----------320
6.17.პანჰემოციტოპენია----------321
6.18.მიელოდისპლაზიური სინდრომი----------321
6.19.ქრონიკული მიელოზი----------322
6.20.ჭეშმარიტი პოლიციტემია----------323
6.21.მწვავე ლეიკოზი----------323
6.22.ლიმფოგრანულომატოზი (ჰოჭკინის დაავადება)----------325
6.23.არა-ჰოჭკინის-ლიმფომა----------326
6.24.ქრონიკული ლიმფოლეიკემია----------327
6.25.პლაზმოციტომა (მრავლობითი მიელომა)----------327

6.26.ჰემორაგიული სინდრომი----------328
6.27.ჰემორაგიული დიათეზი ----------330
6.28.ჰემოფილია A----------330
6.29.ჰემოფილია B----------330
6.30.კოაგულოპათიები----------330
6.31.მოხმარებითი კოაგულოპათიები----------331
6.32.ფიბრინოლიზი----------331
6.33.იმუნოკოაგულოპათიები ---------- 332
6.34.თრომბოციტოპათიები----------332
6.35.იდიოპათიური თრომბოციტოპენიური პურპურა, ვერლჰოფის დაავადება----------333
6.36.პოსტინფექციური და ალერგიული თრომბოციტოპენიები----------333
6.37.თრომბოპათიები----------334
6.38.თრომბოციტოზები----------334
6.39.ოსლერის დაავადება ----------334
6.40.ლიმფედემა----------335
6.41.ლიმფური კვანძების ჰიპერპლაზია---------- 336
§7.ენდროკრინული სისტემის დაავადებები
7.1.ფარისებული ჯირკვლის პათოლოგიები----------339
7.2.ჰიპოთირეოზის განვითარების მიზეზები----------340
7.3.ჰიპოთირეოზის დამახასიათებელი ნიშნები----------340
7.4.თირეოტოქსიკოზის მიზეზები----------341
7.5.თირეტოქსიკოზის დამახასიათებელი ნიშნები----------341
7.6.მეტაბოლური სინდრომი----------341
7.7.სიმსუქნე----------342
7.8.შაქრიანი დიაბეტი----------345
§8.შარდ-სასქესო სისტემის დაავადებები
8.1.ფიზიკალური კვლევის მეთოდები----------351
8.2.შარდის გამოკვლევა----------353
8.3.მწვავე ცისტიტი----------356
8.4.მწვავე პიელონეფრიტი----------357
8.5.მწვავე გლომერულონეფრიტი----------358
8.6.ქრონიკული გლომურონეფრიტი----------359
8.7.თირკმლის მწვავე უკმარისობა----------360
8.8.თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა----------362
8.9.დიალიზი და ტრანსპლანტაცია----------365
8.10.თირკმლის კენჭოვანი დაავადება----------365
8.11.გინეკოლოგიური დაავადებები----------366
8.12.დიფუზური მასტოპათია----------367
8.13.თეთრად შლა----------367
8.14.ამენორეა----------368
8.15.ცრუ ამენორეა ----------368
8.16.ვაგინიტი----------368

8.17.ვულვიტი----------369
8.18.ვულვოვაგინიტი----------369
8.19.საკვერცხის ცისტა----------369
8.20.საშვილოსნოს მიომა----------370
8.21.საშვილოსნოს დაწევა----------371
8.22.საშვილოსნოს ყელისა და სხეულის პოლიპები----------371
8.23.ენდომეტრიოზი----------372
8.24.საშვილოსნოს სხეულის სიმსივნე----------373
8.25.ადენოკარცინომა----------374
8.26.საშვილოსნოს ყელის კიბო----------374

§9.იმუნური სისტემის დაავადებები
9.1.იმუნური სისტემის ცენტრალური ორგანოები----------377
9.2.იმუნური სისტემის პერიფერიული ორგანოებია----------377
9.3.შიდსი (შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი)----------377
9.4.ტოლერანტობა----------377
9.5.ღორის გრიპი----------378
§10.დერმატოლოგიური დაავადების იდენტიფიცირება
10.1ალერგიული დაავადებები და მათთვის დამახასიათებელი ჩივილები----------380
10.2.ალერგენი ----------381
10.3.ალერგენებისგან თავდაცვის ხერხები----------382
10.4.რესპირატორული ალერგია ----------383
10.5.პოლინოზი----------384
10.6.არასეზონური ალერგიული რინიტი----------385
10.7.ალერგიული დერმატოზები----------385
10.8.მწერების ნაკბენით გამოწვეული ალერგია----------386
10.9.ანაფილაქსიური შოკი----------387
10.10.ალერგიის ძირითადი სიმპტომები----------388
10.11ჭინჭრის ციება და ანგიონევროზული შეშუპება (კვინკეს შეშუპება) ----------388
10.12.ალერგიული კონიუნქტივიტი----------390
10.13.წამლისმიერი ალერგიები.----------391
10.14.სიცივით, მზის სხივებით, ტემპერატურით, ტრავმითა და წყლით ალერგია----------391.
10.15.საჭმლისმიერი ალერგია----------391
10.16.საყოფაცხოვრებო ალერგია----------392
10.17.კანის მდგომარეობა და კანზე არსებული წარმონაქმნები----------393
10.18.კანის დისქრომიები----------394
10.19.კანის გამონაყარი----------397
10.20სისხლჩაქცევები კანში----------398
10.21.კანის ჭარბი აქერცვლა----------399
10.22.ნაწიბური ----------399
10.21.კანის ეპიდერმისის დანამატები----------399
10.22.კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი----------399

10.23.შეშუპება----------399

თავი III.ბავშვთა ფიზიოლოგიურ-პათოლოგიური პროცესების ამოცნობა

§1.ერთ წლამდე ასაკის ბავშვის ფიზიოლოგიური თავისებურებების

1.1.0-1თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება----------400
1.2.ორი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება----------410
1.3.სამი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება----------413
1.4.ოთხი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება----------416
1.5.ხუთი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება----------418
1.6.ექვსი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება----------420
1.7.შვიდი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება----------422
1.8.რვა-ცხრა-ათი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება----------426
1.9.თერტმეტი-თორმეტი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება----------427
1.10.დღენაკლული ბავშვის თავისებურებები----------431

§2.კვების შესახებ

2.1.ნაყოფის კვება საშვილოსნოშიგა პერიოდში----------433
2.2.ახალშობილის კვება----------437
2.3.ქალის რძე----------438
2.4.ბუნებრივი კვების უკუჩვენებები----------446
2.5.შერეული და ხელოვნური კვება ----------448
2.6.დამატებითი კვება----------449

§3.ერთი წლის ზემოთ ასაკის ბავშვის ფიზიოლოგიური თავისებურებების ამოცნობა

3.1.სკოლამდელი ასაკი (1-7 წელი)----------452
3,2,პრეპუბერტატული პერიოდი 7-14 წელი)----------460
3.3.სქესობრივი პერიოდი (14-დან ზევით)----------466
3,4,ბავშვთა კონსტიტუციური ტიპები----------474

§4.ბავშვთა ასაკში პათოლოგიური პროცესების ამოცნობა

4.1.ბავშვი და სიცხე----------496
4,2,ფებრილური გულყრა----------499

4.3.გაციება----------502

4,4,ბრონქოსპაზმი----------504

4.5.A ჰეპატიტი (ბოტკინის დაავადება)----------509

4.6.ხერხემლის პრობლემები ბავშვებში----------510

4.7.კიფოზი----------513

4.8.მოზარდთა კიფოზი----------514
4.9.სქოლიოზი----------514

4.10.ბავშვი და კომპიუტერი----------517

4.11.პედიკულოზი----------521

4.12.კანის პრობლემები----------523

4.13.ნაოფლი, ნასიცხი, ჩახუთული კანის სინდრომი----------524

4.14.ლიმფატური ბავშვები.----------526

4.15.მწვავე ფარინგოტონზილიტი----------528

4.16.დისბაქტერიოზი----------529

4.17.ჰელმინთოზები----------531
4.18.ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა----------533

4.19.ბარძაყის თანდაყოლილი დისპლაზია (განუვითარებლობა)----------534

4.20.კისერმრუდობა----------536

4.21.თანდაყოლილი ფეხმრუდობა----------537

4,22.ბრტყელტერფიანობა და ტერფების ბრტყელ-ვალგუსური პოზიცია----------538

4.23.რაქიტი----------540

4.24.ფეხების გამრუდება----------542

4.25.ფეხების ვარუსული (O-მაგვარი) დეფორმაცია----------542

4.26.ღამის ენურეზი----------543

4.27.ბავშვთა დაავადებები - (ბატონები)----------546

4.28.ქუნთრუშა----------550

4.29.წითელა----------550

4.30.წითურა----------551

4.31.ჩუთყვავილა----------552

4,32.ყივანახველა----------553

4.33.სამდღიანი ცხელება----------554

4.34.დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვები----------558

4.35.ბავშვთა ცერებრული დამბლა----------561

4.36.აუტიზმი----------566

4.37.ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი----------569

თავი IV.ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა

§ 1ჯანსაღი ცხოვრების მნიშვნელობის განმარტება და ძირითადი წესების ჩამოყალიბება--574

1.2.ხილი და ბოსტნეული----------579

1.3.ბოჭკოვანი ნივთიერებები----------580

1.4.რძე და სხვა რძის პროდუქტები----------580

1.5.ცილოვანი საკვები----------581

1.6.ცხიმები----------581

1.6.შაქრის შემცველი საკვები----------581

1.7.მარილიანი საჭმელი----------582

1.8.წყალი----------583

1.9.ძირითადი საკვები კომპონენტები----------588

1.10.ვიტამინები და მინერალები ----------590

§ 2.ჯანსაღი კვება----------596

2.1.კვებითი პირამიდა----------597

2.2.განსხვავება ჯანსაღ კვებასა და დიეტას შორის----------599
2.3.დიეტა - სისხლის ჯგუფების მიხედვით----------599
2.4.ადამიანის ტემპერამენტის მიხედვით სასურველი პროდუქტები----------602

§3.სხვადასხვა დაავადებებისას აკრძალული და აუცილებელი პროდუქტები, სითხის სახეობები და რაოდენობა ----------606

3.1.ჰიპერტონული დაავადების დროს დიეტა----------607

3.2.გულის დაავადებების დროს კვება----------609

3.3.კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების დროს დიეტა----------610

3.4.დიეტა სოკოვანი დაავადების დროს----------612

3.5.დიეტა C ჰეპატიტის დროს----------614

3.6.სიცხის დიეტა----------615

3.7.რევმატიზმის დიეტა----------615

3.8.ტუბერკულოზის დიეტა----------616

3.9.სიმსივნის დროს დიეტა----------616

3.10.ეგზემის დროს დიეტა----------616

3.11.მოხუცთა დიეტა----------616

3.12.ჯანსაღი და სწორი კვება ორსულობის დროს----------617

3.13.მეძუძური ქალის კვების რაციონი----------625

3.14.სიმსუქნის დროს კვების რაციონი----------627

თავი V. ფსიქო-ემოციური მდგომარეობის ამოცნობა

§1.ფსიქოლოგიის საგანი----------629

1.1პაციენტის მენტალური მდგომარეობის აღწერა----------629

1.2.პიროვნების განვითარებას განაპირობებს ბიო-ფსიქო-სოციალური ასპექტები----------630

1.3.ფსიქოლოგია და მედიცინა----------630

1.4.შემეცნებითი ფსიქიკური პროცესები----------631

1.5.ნებელობითი ფსიქიკური პროცესები----------632

1.6.მოწყვლადი ჯგუფები და მათთან მიდგომის სტრატეგიები----------633

1.7.პიროვნების ფსიქოლოგია----------633

1.8.ადამიანის ხასიათი ----------634

1.9.,,მე"ს კონცეფცია----------635

1.10.ემოცია და სტრესი----------636

1.11.სტრესის დაძლევის სტრატეგიები----------636

1.12.ფსიქიკური აშლილობების კლასიფიკაცია----------639

§2.ინდივიდუალური თავისებურებების მიხედვით პაციენტის მდგომარეობის ამოცნობა---646

2.1.ფსიქოლოგის მუშაობა ----------648

2.2.მულტიდისციპლინარული გუნდი და შემთხვევის მართვა----------648

§3კონფლიქტურ სიტუაციებში დროული რეაგირება და საკუთარი თავის დაცვა სხეულებრივი და მენტალური პრობლემებისაგან----------650

3.1.კომუნიკაციის სახეები, ეფექტური კომუნიკაცია----------650

3.2,აქტიური მოსმენა (შეკითხვის დასმის ტექნიკა და უკუკავშირი)----------651

3.3.რა უშლის ხელს ეფექტურ კომუნიკაციას----------651

3.4.კონფლიქტი. კონფლიქტის გადაჭრის ალტერნატიული გზები ----------652

§4.საკუთარი ემოციური გონიერების კომპეტენციის გაცნობა----------653

4.1.ემოციონალური გონიერების 5 განზომილება----------655

თავი VI. ბიოეთიკისა და დეონტოლოგიის პრინციპები

§1. ეთიკის, ბიოეთიკისა და დეონტოლოგიის ძირითადი საკითხების განმარტება----------658
1.1.ბიოეთიკა----------659
1.2.დეონტოლოგია----------663
1.3.ფსიქოლოგთა მუშაობის ძირითადი პრინციპები----------664

§2. პაციენტის უფლებების დაცვის ძირითადი პრინციპები----------668

2.1.საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ----------673

§3.მსოფლიო რელიგიების გაცნობა----------688
3.1.იუდაიზმი---------- 684

3.2.ქრისტიანობა----------684
3.3. ქრისტიანობა საქართველოში----------687
3.4.ისლამი----------689
3.5.ბუდიზმი----------695
3.6.ინდუიზმი----------698
3.7.ჯაინიზმი----------703

თავი VII. ჰიგიენა და ინფექციის კონტროლი
§1.ჰიგიენური სტანდარტების მიხედვით წესების დაცვა----------709
1.1.ასეპტიკა----------709
1.2.ანტისეპტიკა----------710
1.3.დეკონტამინაცია ----------710
1.4.გაწმენდა----------710
1.5.პალატების განლაგება----------711
1.6.ხელთათმანების გამოყენება----------712
1.7.ხელების დაბანის ტექნიკა----------713
§2.სამუშაო გარემოს მომზადება----------715
2.1.დეზინფექცია/ სტერილიზაცია----------716
2.2.კრიტიკული საგნები----------717
2.3.ნახევრად კრიტიკული საგნები----------718
2.4.არაკრიტიკული საგნები----------718
2.5.თერმული სტერილიზაცია----------721
2.6.ქიმიური სტერილიზაცია----------722
2.7.ცივი (პლაზმით)სტერილიზაცია----------723
2.8.შეფუთვა----------723
2.9.დეზინფექციის ძირითადი მეთოდები----------724
2.10.ულტრაიისფერი დასხივება----------725
2.11.სტერილიზაციის მიმდინარეობაზე კონტროლი----------725

2.12.ნოზოკომიური ინფექციების პრევენცია ----------728

§3.ნოზოკომიური ინფექცია ----------728

3.1.ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა ----------728

3.2.ინფექციების კონტროლი და პრევენცია სტაციონარულ სამედიცინო დაწ-ში--------729

3.3.ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა ----------732
3.4.მიკრობიოლოგიური ლაბ-ის როლი ინფექციის კონტროლის განხორციელებაში-----733
3.5.ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენება ----------733
3.6.ნოზოკომიური ინფექციების პრევენციის ზოგადი პრინციპები----------734
3.7.მოთხოვნები პერსონალისადმი----------736
3.8.პროფილაქტიკური და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები ინფიცირების მაღალი და ძალიან მაღალი რისკის ერთეულებში----------737
3.9.სამედიცინო დაწესებულებების გარემო ობიექტების დამუშავება და დასუფთავება ინფექციების კონტროლის მიზნით ----------739
3.10.სამედიცინო დაწესებულების თეთრეულის მოვლის რეჟიმი ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის მიზნით----------741
3.11.სამედიცინო ნარჩენების მართვა----------742
3.12.სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ნარჩენების შეგროვების, დროებითი შენახვისა და ტრანსპორტირების ორგანიზების ზოგადი წესები----------744

3.13.,,ა''კლასის ნარჩენები----------745
3.14.,,ბ''კლასის ნარჩენები----------745
3.15.,,გ'' კლასის ნაჩენები----------746
3.16.,,დ'' კლასის ნარჩენები----------747
3.17.,,ე'' კლასის ნარჩენები----------747
3.18საიზოლაციო შემზღუდველი ღონისძიებები----------750

თავი VIII. გარეგანი ზემოქმედების საშუალებების გამოყენება

§1.სხეულზე შეზელვის მნიშვნელობა

1.1.რიტმული შეზელვის არსი, მნიშვნელობა და ძირითადი პრინციპები----------753
1.2.პოლარული ზემოქმედებების პრინციპები----------755
1.3.რიტმული შეზელვა ვეგმან-ჰაუშკას მიხედვით----------759
1.4.შეხების ხარისხები----------760
1.5.კანის ფუნქციები----------762

1.6.რა არის რიტმული შეზელვა?----------765
1.7.რიტმული შეზელვის ძირითადი ფორმები----------767
1.8.რიტმის მნიშვნელობა----------769
1.9.რიტმული შეზელვის მიმდინარეობა ----------771
1.10.შეხებასაც სწავლა სჭირდება----------778

§2.სხვადასხვა დანიშნულების სამკურნალო საფენები და სახვევები----------784

2.1.ისტორიული წარმომავლობა----------785

2.2.მიმართება სამწევროვან ადამიანსა და სამკურნალო მცენარეს შორის ----------786

2.3.ყელზე ლიმნის საფენის მომზადების წესი----------788
2.4.წვივებზე ლიმნიანი საფენის გაკეთება----------788
2.5.მკერდზე ცხელი, ლიმნიანი საფენის გაკეთებას----------788
2.6.კომბოსტოს ფოთოლი გამოყენება----------792
2.7.კომბოსტოს ფოთლის გარეგანი გამოყენების ჩვენებები----------793
2.8.გვირილას გამოყენება----------793
2.9.მუცლის საფენი გვირილით----------795
2.10.გვირილის ბალიშები - ჰაიმორის ღრუებზე, ყბაზე და ყურებზე დასადებად-------795
2.11.მდოგვის გამოყენება----------796
2.12.მკერდის სახვევი მდოგვის ფხვნილით----------798
2.13.სახვევებისა და საფენების შესრულების ძირითადი წესები----------799
2.14.მალამოიანი საფენები----------800
2.15.ქსოვილების გამოყენება----------800
2.16.სახვევისა და საფენისთვის განსაკუთრებული სამზადისი----------801
1.17.ორგანიზმზე დაკვირვების ძირითადი ამოცანები----------802

§3.სხვადასხვა დანიშნულების სამკურნალო აბაზანები----------805

3.1.მკლავების მზარდი აბაზანა----------805

3.2.მკლავების გრილი აბაზანა----------806

3.3.ხელის აბაზანა წვრილმარცვლოვან ქვიშაში----------806

3.4.ფეხების მზარდი აბაზანა ----------806

3.5.ფეხების გრილი აბაზანა----------807
3.6.მჯდომარე აბაზანა----------807
3.7.ზეთის დისპერსიული აბაზანა----------808
§4.ეთერზეთების ხარისხები----------809

თავი IX. პაციენტის ფიზიკური განვითარებისა და ტანდეგობის შეფასება

§1პაციენტის ფიზიკური განვითარების შეფასება და დადგენა----------815

1.1.სიარული----------819

1.2.კონსტიტუცია----------820

1.3.წონისა და სიმაღლის ცხრილი მამაკაცებისთვის----------821

1.4.წონისა და სიმაღლის ცხრილი ქალებისთვის----------823

1.4.BMI - სხეულის მასის ინდექსი----------824
1.5.ვაჟების წონა და სიმაღლე----------826
1.6.გოგონების წონა და სიმაღლე----------827
1.7.სხეულის ნაწილების გაზომვა----------827
1.8.სხეულის სიმაღლის გაზომვა ----------831
§2.ტანდეგობის დარღვევის ფორმები
2.1.თანდაყოლილი ფეხმრუდობა----------832
2.2.ბრტყელტერფიანობა----------833

2.3.ტერფების ბრტყელ - ვალგუსური პოზიცია ----------833
2.4.ფეხების გამრუდება ----------833
2.5.ფეხების ვალგუსური (X-მაგვარი)დეფორმაცია ----------834
2.6.ფეხების ვარუსული (O-მაგვარი) დეფორმაცია----------834
2.7.კისერმრუდობა----------834
2.8.ტანდეგობის დარღვევის ფორმები----------835
2.9.სქოლიოზი----------836
2.10.სქოლიოზი ბავშვებში----------839
2.11.კიფოზი----------841
2.13.ოსტეოქონდროზი----------844
2.14.ხერხემლის თიაქარი / მალთაშორისი თიაქარი ----------847
2.15.დისკოზი----------848

§3.პაციენტის ვიტალური ფუნქციების მაჩვენებლების დადგენა----------850

3.1.პულსზე დაკვირვება----------850
3.2.სუნთქვაზე დაკვირვება----------855
3.3.სხეულის ტემპერატურაზე დაკვირვება----------856
3.4.ტანდეგობის დაღრვევების პრევენციისთვის საჭირო რეკომენდაციები----------860

თავი X. პაციენტის მოვლა

§1.პაციენტის მოვლის საჭიროებები----------871

1.1.მოვლის პროცესი----------871
1.2.ავადმყოფის მოვლის 6 საფეხურიანი მოდელი----------872

§2.პაციენტზე დაკვირვება----------875

2.1.სასიცოცხლო მაჩვენებლები----------880

2.2.პულსი----------880

2.3.სუნთქვაზე დაკვირვება----------885

2.4.სხეულის ტემპერატურა ----------890

2.5.არტერიული წნევა----------895

2.6.ცნობიერ მდგომარეობაზე დაკვირვება----------901

2.7.ძილი და სიფხიზლე----------903

2.8.გამონაყოფ მასებზე დაკვირვება----------906

2.9.სხეულის წონის დამოკიდებულება სხეულის ზომაზე----------916

2.10.სიმსუქნე----------917

2.11.სხეულის სიმაღლის გაზომვა ----------918

2.12.მადა----------918

2.13.სუნზე დაკვირვება----------919

2.14.ტკივილზე დაკვირვება----------920

2.15.ავადმყოფის კვება----------921

2.16.ავადმყოფის დაბანა----------924

2.17.თეთრეულის გამოცვლა----------928

2.18.ტანსაცმელი----------93

§3. პრევენციული ღონისძიებების ჩატარება გართულებების თავიდან აცილების მიზნით--931

3.1.რა არის ნაწოლი, პნევმონია და თრომბოზი----------931

3.2.ფილტვების ანთების (პნევმონიის) პროფილაქტიკა----------943

3.3.თრომბოზის პროფილაქტიკა----------947

3.4.კონტრაქტურის - სახსრის გაშეშების პროფილაქტიკა----------950

3.5.პირის ღრუს სოკოვანი დაავადება----------951
3.6.შეკრულობა - ობსტიპაცია - ყაბზობა----------953
3.7.ცისტიტი----------953

3.8.დაცემის პროფილაქტიკა----------955

კინესთეტიკის ელემენტების გათვალისწინება მოვლაში----------957

§4.ახალშობილთა მოვლა----------960

თავი XI. სამკურნალო მასაჟის საფუძვლები
§1.მასაჟის განვითარების ისტორია----------977
1.1მასაჟის არსი და სიტყვის ეტიმოლოგია----------978

§2.სხვადასხვა კრიტერიუმის მიხედვით სამკურნალო მასაჟის კლასიფიცირება-980
2.2.მასაჟის სახეები დანიშნულების მიხედვით:
სამკურნალო----------981

2.3.პრევენციული----------984

2.4.კოსმეტიური----------984

2.5.სპორტული----------985

2.6.რეფლექტორული----------985

2.7.საბავშვო----------986

2.8.თვითმასაჟი----------987

2.9.პილინგმასაჟი----------987

2.10.ანტიცელულიტური ----------988

2.11.ვაკუუმით----------989

2.12.კრიომასაჟი----------989

2.13.სთოუნმასაჟი----------990

§3. მასაჟის სახეები მოქმედების მექანიზმის მიხედვით

3.1.კლასიკური (შვედური) მასაჟი----------991

3.2.რიტმული მასაჟი----------991

3.3.ლიმფის მანუალური დრენაჟი----------993

3.4.აღმოსავლური მასაჟი----------995

3.5.აკუპრესურა----------997

§4. სამკურნალო მასაჟის ჩვენებებისა და წინააღმდეგ ჩვენებები

4.1.მასაჟის ჩვენებები----------998

4.4.სიტუაციები, რომლის დროსაც მასაჟის გაკეთება არ შეიძლება----------998

§5.სამკურნალო მასაჟის მოქმედების მექანიზმი----------1000

§6აღდგენითი თერაპიის სხვა მეთოდებთან კომბინაციაში სამკურნალო მასაჟის ინტეგრირება

6.1.მასაჟის კავშირი სხვა აღდგენით თერაპიებთან და მათი მნიშვნელობა----------1009

6.2.სამკურნალო ვარჯიშები----------1009

6.3.ხელოვნებით თერაპია----------1010

6.4.სამკურნალო ევრითმია----------1010

6.5.ერგოთერაპია----------1014

თავი XII. კლასიკური მასაჟის ზოგადი საკითხები

§1.კლასიკური მასაჟის არსი----------1016
1.1.მტევნის ძვლები----------1017
1.2.კლასიკური მასაჟის ხუთი ძირითადი ილეთი----------1018
§2.ხელსმა----------1019
2.1.სიბრტყითი და შემოხვევითი ხელსმა----------1020
2.2.მაშისებრი----------1021
2.3.ფოცხისებრი----------1021
2.4.სავარცხლისებრი----------1022
2.5.უთოობა----------1022
2.6.ჯვრისებრი----------1022
2.7.კონცენტრული ხელსმა----------1022
§3. ზელვა----------1025
3.1.მაშისებური----------1026
3.2.ფოცხისებური----------1026
3.3.სავარცხლისებური----------1027
3.4.დაშტრიხვა----------1027
3.5.რანდვა----------1027
3.6.ხერხვა----------1028
3.7.კვეთა----------1029
§4. თელვა----------1030
4.1.გასწვრივი მოთელვა ----------1030
4.2.გარდიგარდმო მოთე----------1030
4.3.უწყვეტი და წყვეტილი მოთელვ----------1030
4.4.გორება----------1031
4.5.დაგუნდავება----------1031
4.6.ძვრა----------1032
4.7.გაწელვა---------- 1032
4.8.კუმშვა----------1032
4.9.ჭყლეტა----------1032
4.10.აწელვა----------1033
4.11.მაშისებური მოთელვა----------1033

§5. ვიბრაცია----------1034
5.1.უწყვეტი ვიბრაცია----------1034

5.2.წყვეტილ ვიბრაცია----------1037
§6.ზოგადი მასაჟის პროცედურა----------1041
6.1.ზოგადი მასაჟის მეთოდები----------1044
6.2.ტანდეგობის დარღვევის ფორმები----------10460
§7.ლოკალური მასაჟი----------1049
§8.ტანდეგობის დარღვევის ფორმიდან გამომდინარე კლასიკური მასაჟი
8.1.კისერმრუდობა----------1050
8.2.ბარძაყის თანდაყოლილი დისპლაზია (განუვითარებლობა)----------1051
8.3.თანდაყოლილი ფეხმრუდობა----------1054
8.4.ბრტყელტერფიანობა და ტერფების ბრტყელ-ვალგუსური პოზიცია----------1054
8.5.ფეხების გამრუდება----------1058
8.6.ფეხების ვარუსული (O-მაგვარი) დეფორმაცია----------1060
8.7.ტორსის მთავარი შემადგენელი ნაწილი - ხერხემალი----------1064
8.8.კიფოზი----------1066
8.9.მოზარდთა კიფოზი---------- 1067
8.10.სქოლიოზი----------1068
§9.ფიტბოლი----------1071

პროგრამა - ინსტრუქტორი-რეაბილიტატორი

თავი XIII. სხვადასხვა სისტემის პათოლოგიებისას რეაბილიტაცია

§1 გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგია----------1069
1.1.მოციმციმე არითმია ----------1071
1.2.გულის იშემიური დაავადება---------- 1073
1.3.ჰიპერტონია----------1075
1.4.მიოკარდიუმის ინფარქტი----------1077
1.5.პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებები----------1085

1.6.ათეროსკლეროზი----------1082
1.7.ვარიკოზი----------1083
1.8.ტროფიკული წყლული----------1083
1.9.მწვავე თრომბოფლებიტი----------1084
§2.სამკურნალო ტანვარჯიში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებათა დროს------1085
2.1.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს (გაფართოებული პალატის რეჟიმი) I ბ II ა----------1086
2.2.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს (პალატის რეჟიმი) II ბ II ა----------1089
2.3.სამკურნალო ტანვარჯიში სისხლძარღვოვანი უკმარისობის დროს----------1190
2.4.სამკურნალო ტანვარჯიშის კომპლექსი ჰიპერტონული დაავადების დროს----------1192
2.5.სამკურნალო ტანვარჯიში მაობლიტირებელი ენდარტერიტი დროს ----------1193
§3.საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები

3.1.კარდიის ახალაზია----------1197

3.2.დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქარი----------1197

3.3.მწვავე გასტრიტი----------1197

3.4.ქრონიკული გასტრიტი----------1100

3.5.პეპტიკური წყლული----------1101

3.6.კუჭის კიბო----------1101

3.7.ნაწლავთა დაავადებები----------1102

3.8.შეკრულობა - ობსტიპაცია - ყაბზობა----------1103

3.9.მალაბსორბციის სინდრომი ----------1104

3.10.ცელიაკია----------1104

3.11.წყლულოვანი კოლიტი----------1104

3.12.ქრონიკული არაწყლულოვანი კოლიტი----------1105
3.13.კრონის დაავადება----------1105

§4.სამკ. ტანვარჯიში საჭმლის მომნელებელი სისტ-ის დაავადებების დროს-1106

4.1.სამკურნალო ტანვარჯიშის კომპლექსი კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების მკურნალობის II პერიოდში----------1109
4.2.სპლანქოფტოზი----------1110

§5. სასუნთქი სისტემის ორგანოთა პათოლოგია და რეაბილიტაცია

5.1.მწვავე ბრონქიტი----------1112

5.2.ქრონიკული ბრონქიტი----------1112
5.3.პნევმონია----------1113
5.4.პლევრიტი----------1114
5.5.ბრონქული ასთმა----------1116
5.6სამკურნალო ტანვარჯიში ბრონქოექტაზიული დაავადების დროს----------1117

5.7.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ბრონქოექტაზიური დაავადების

დროს----------1118

5.8.სამკურნალო ტანვარჯიში ბრონქული ასთმის დროს----------1121

5.9.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ბრონქული ასთმის დროს----------1122

5.10.სამკურნალო ტანვარჯიში პნევმონიის დროს----------1123

5.11.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი პნევმონიის (II პერიოდი) დროს---1124

5.12.სამკურნალო ტანვარჯიში პლევრიტის დროს----------1125

5.13.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ექსუდაციური პლევრიტის (II პერიოდი) დროს----------1127

§6. პოსტრავმული და პოსტოპერაციული მდგომარეობებისას რეაბილიტაცია------1130

6.1.ძვლის მოტეხილობა----------1130
6.2.პოსტოპერაციული პერიოდში სამკურნალო ტანვარჯიშის ამოცანები----------1131
6.3.სამკურნალო ტანვარჯიში ტრავმატოლოგიაში----------1133

6.4.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხელის თითებისა და მტევნის ძვლების მოტეხილობის დროს. II პერიოდი ----------1135

6.5.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ბარძაყის ძვლების მოტეხილობის დროს. II პერიოდი ----------1136
6.6.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ფეხის თითებისა და ტერფის ძვლების მოტეხილობის დროს. II პერიოდი----------1137
6.7.სამკურნალო ტანვარჯიშის მეთოდიკა მუხლის სახსრის დაზიანების დროს----------1138
6.8.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი მუხლის სახსრის ტრავმული დაზიანების დროს----------1139
6.9.სამკურნალო ტანვარჯიში ხერხემლის სვეტის მოტეხილობათა დროს----------1140

6.10.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხერხემლის სვეტის (ზურგის ტვინის დაზიანების გარეშე) დაზიანების დროს. I პერიოდი----------1141
6.11.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხერხემლის სვეტის (ზურგის ტვინის დაზიანების გარეშე) დაზიანების დროს. II პერიოდი----------1142

თავი XIV. ნივთიერებათა ცვლის სისტემის დაავადებების დროს რეაბილიტაცია
§ 1.მეტაბოლური სინდრომი----------1143

1.2.სიმსუქნე----------1144

1.3.შაქრიანი დიაბეტი----------1147

1.4.სამკურნალო ტანვარჯიში დიაბეტის დროს----------1153
1.5.სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის სანიმუშო კომპლექსი მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დიაბეტის დროს----------1154

1.6.სამკურნალო ტანვარჯიში სიმსუქნის დროს----------1155

1.7.სიმსუქნის დროს (II პერიოდი) სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლესი ----1156

თავი XV. ნერვული და საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემების პათოლოგიისას რეაბილიტაცია
§1.ნერვული სისტემის პათოლოგია

1.1.ინსულტი----------1158
1.2.იშემიური ინსულტი----------1158
1.3.ჰემორაგიული ინსულტი----------1159
1.4.გაფანტული სკლეროზი----------1160
1.5.ალცჰაიმერის დაავადება----------1163
1.6.პარკინსონიზმი----------1165
1.7.სამკურნალო ტანვარჯიში სპასტიკური დამბლების დროს----------1166

1.8. სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ჰემიპარეზის მკურნალობის I პერიოდში----------1168

1.9.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ჰემიპარეზის მკურნალობის II პერიოდში----------1169

1.10.სამკურნალო ტანვარჯიში რბილი დამბლების დროს----------1170

1.11.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი რბილი დამბლების მკურნალობის დროს II პერიოდში----------1172

1.12.სამკურნალო ტანვარჯიში რადიკულიტების დროს----------1172

1.13.სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის სანიმუშო კომპლექსი გულ-მკერდის რადიკულიტის დროს----------1173

1.14.სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის სანიმუშო კომპლექსი გავა-წელის რადიკულიტის დროს----------1175

§2.საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დაავადებებისას რეაბილიტაცია---------1172

2.1.ოსტეომიელიტი----------1176

2.2პოდიატრია----------1178
2.3.ტერფის თანდაყოლილი პათოლოგიები----------1179
2.4.ხერხემლის პრობლემები ბავშვებში----------1180

2.5.ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა----------1182
2.6.ბარძაყის თანდაყოლილი დისპლაზია (განუვითარებლობა)----------1183
2.7.ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის კლინიკური ნიშნებია----------1184
2.8.კისერმრუდობა----------1185
2.9.თანდაყოლილი ფეხმრუდობა----------1186
2.10.ბრტყელტერფიანობა და ტერფების ბრტყელ-ვალგუსური პოზიცია----------1187
2.11.რაქიტი---------- 1189
2.12.ფეხების გამრუდება----------1191
2.13.ფეხების ვარუსული (O-მაგვარი) დეფორმაცია----------1192
2.14.კიფოზი----------1193
2.15.მოზარდთა კიფოზი----------1194
2.16.სქოლიოზი----------1195
2.17.სამკურნალო ტანვარჯიში სქოლიოზი დროს----------1197
2.18.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო პროცედურა ხერხემლის კიფოზური გამრუდებების დროს----------1200
2.19.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ტანდეგობის დარღვევის მქონე უმცროსი სკოლის ასაკის ბავშვებისთვის---------- 1202
2.20.სამკურნალო ტანვარჯიში ბრტყელტერფიანობის დროს----------1203
2.21.სამკურნალო ტანვარჯიში ტერფმრუდობის დროს----------1205
2.22.სამკურნალო ტანვარჯიში რაქიტის დროს----------1207

2.23.სამკურნალო ტანვარჯიში ქვემო კიდურების O-ს მაგვარი დეფორმაციების დროს----1208

2.24.სამკურნალო ტანვარჯიში ქვემო კიდურების X-ის მაგვარი დეფორმაციების დროს--1209

2.25.სამკურნალო ტანვარჯიში რევმატიული ართრიტი დროს----------1210

---

§3.სამკურნალო ტანვარჯიშის მეთოდიკა ხანდაზმულ ასაკში----------1212

3.1.ჰიგიენური ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხანდაზმული ქალებისთვის----------1214

3.2.ჰიგიენური ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხანდაზმული მამაკაცებისთვის--------1215

თავი XVI. ორსულთა და მელოგინეთა ვარჯიში

§1.სამკურნალო ტანვარჯიში ორსულობის დროს----------1217

1.1.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ორსულობის I ტრიმესტრში--------1219

1.2.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ორსულობის II ტრიმესტრში--------1220

1.3.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ორსულობის III ტრიმესტრში-------1221

განმარტებითი ლექსიკონი----------

გამოყენებული მასალა----------

ანატომიურ-ფიზიოლოგიური მახასიათებლები

ამ თავში გაეცნობით უჯრედის აგებულებასა და ფუნქციებს, ქსოვილების მრავალფეროვნებასა და მათ დანიშნულებას, სხვადასხვა სისტემების აგებულებასა და ფიზიოლოგიას, ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებების დიფერენცირებას, ადამიანის ორგანიზმის ფუქციურ დაყოფასა და ორგანოთა საპროექციო არეებს, კანის, კანქვეშა ქსოვილისა და გრძნობის ორგანოების თავისებურებების განსაზღვრას.

უჯრედებისა და ქსოვილების თავისებურებები

გარეგნულად ადამიანის ორგანიზმი ქმნის თავის თავში ,,დახურულ" მთლიანობას, ფიზიკურად კი ის ,,ღია სისტემაა", რომელსაც საკვების სახით ენერგია მუდამ უნდა მიეწოდებოდეს, რომ შესაძლებელი იყოს სხეულის მოძრაობა, სხვადასხვა ფუნქციონალური ქმედება, ზრდისა და რეგენერაციის პროცესები. ნივთიერებათა ცვლის შედეგად დაშლის პროდუქტები კი გარეთ უნდა იქნას გამოყოფილი. მაგრამ არა მარტო ნივთიერებათა ცვლის თვალსაზრისით დგას ადამიანის ორგანიზმი გარემოსთან მუდმივ მიმოცვლაში. იგივე შეიძლება ითქვას ნერვულ სისტემაზე. ამგვარად ადამიანის ორგანიზმის ფუნქციონალური სისტემები ერთი შეხედვით არსად არ გვევლინება თავის თავში დახურულ (ჩაკეტილ) სისტემებად.

უფრო ზუსტი დაკვირვებისას სულ სხვა სურათი წარმოგვიდგება თვალწინ. კერძოდ კი გარე სამყარო არსად არ აღწევს პირდაპირ, უცვლელი სახით ადამიანის ორგანიზმში. ის მხოლოდ აღძრავს პროცესებს, რომლებიც ორგანიზმში თავად არიან მოცემულნი და მისგან დამოუკიდებლად მიმდინარეობენ. ორგანიზმი უმეტესად შედგება ფუნქციურად ჩაკეტილი სისტემისაგან, რომლებიც წრიული (ცირკულირებადი) ბუნებისაა და მხოლოდ გარკვეულ ადგილებში გარემოსთან ,,იხსნებიან" მისგან იმპულსის მისაღებად, რათა წრიული კანონზომიერი დინამიკა არ იქნეს დარღვეული. ამ ერთი შეხედვით წინააღმდეგობაში ძევს ადამიანური ორგანიზმის არსებობის ყველაზე დიდი საიდუმლო. მაგ. ნერვული სისტემა იღებს ინფორმაციას გრძნობის ორგანოებიდან. ისინი კი წარმოადგენს გადასამუშავებლად მიღებულ იმპულსს და ორგანიზმის საკუთარი ინფორმაციული პროცესების მიმოცვლას, რომლებიც მნიშვნელოვანია ორგანიზმის ფუნქციონირებისათვის. ადამიანი კი არ ირეკლავს გარე სამყაროს, არამედ აშენებს საკუთარ შინაგან სამყაროს დამოუკიდებლად გარე სამყაროსაგან.

ორგანიზმი არ არის უცვლელი წარმონაქმნი, რომელიც ერთხელ და სამუდამოდ წარმოქმნის თავის სტრუქტურას და სიცოცხლის მანძილზე აღარ იცვლება. ნივთიერებები კიდევ უფრო სწრაფად გარდაიქმნება ორგანიზმში, მუდმივად მიმდინარეობს აღმშენებლობისა და დაშლის პროცესები. ამგვარად წარმოსდგება წრებრუნვა პროცესებისა, რათა შენარჩუნებულ იქნას

უცვლელი სტუქტურა. ნაწლავის ეპითელის ზედაპირული უჯრედების სიცოცხლის ხანგრძლივობაა 36-48 საათი, კანის უჯრედებისა - 10-13 დღე, ხოლო სისხლის წითელი უჯრედებისა (ერითროციტების) - 100 დღე და ა. შ. ამგვარად ადგილი აქვს მუდმივ დაშლა-აღდგენას. ზრდის დასრულების შემდეგ სხეულის ფორმა დიდი ხნის მანძილზე რჩება უცვლელი, მაგრამ ნივთობრივი შემადგენლობა იცვლება მუდამ. მუდმივი არის მხოლოდ პროცესი.

ადამიანის ორგანიზმის სტუქტურის შესანარჩუნებლად აუცილებელი ნივთიერებები მიიღება გარედან, მაგრამ არასდროს არ გამოიყენება ორგანიზმში უცვლელი სახით. საკვების მონელება სწორედ იმაში მდგომარეობს, რომ მიღებული სუბსტანციები მათ შემადგენელ ელემენტებამდე იქნას დაშლილი. ანალოგიური რამ ხდება ასევე გრძნობის ორგანოებში მიმდინარე პროცესებშიც.

დაკარგული და გამოყოფილი სუბსტანციები უნდა იქნეს შევსებული გარედან. სწორედ, ამიტომ არის ადამიანის ორგანიზმი ღია სისტემა.

ადამიანის ორგანიზმი შედგება მრავალი ასეთი სისტემისგან, რომელთა შიგნით სხვადასხვა სახის ფუნქციური პროცესები წრიულად ჩაკეტილია (ციკლური ხასიათისაა). თითოეული უჯრედი თავად აწესრიგებს დაშლისა და აღდგენის პროცესებს თავის შიგნით, მაგრამ ის მიეკუთვნება ასევე, სხვა უფრო ზემოდან მოწესრიგებულ პროცესების ციკლს (თუკი ეს რა თქმა უნდა არ არის სიმსივნური უჯრედი), ამგვარად არსებობს იერარქიულად დანაწევრებული წესრიგი უფრო პატარა და უფრო დიდ სისტემებს შორის წარმომდგარი, სადაც გარკვეულ ადგილას ერთი ფუნქცია ან ფუნქციათა ჯგუფი მოდის წინა პლანზე, შესასრულებელი ამოცანის მიხედვით.

დღევანდელ დღეს კაცობრიობა მიეჩვია იმას, რომ ყველაზე ზედა, განმსაზღვრელ ფუნქციებზე მსჯელობას საფუძვლად დაედოს უჯრედში მიმდინარე პროცესები, ე.ი მოლეკულურ დონეზე ანუ ყველაზე დაბალ დონეზე მიმდინარე პროცესები. სრულიად დამაკმაყოფილებლად მიგვაჩნია თუკი მოლეკულურ ან უჯრედულ დონეზე შეგვიძლია გავიგოთ თუ რა პროცესები მიმდინარეობს, მაგ. სხვადასხვა მშვინვიერ დონეზე მიმდინარე მოვლენის დროს ორგანიზმში. სინამდვილეში აღვწერთ მხოლოდ გარკვეული ფუნქციების დროს მიმდინარე მექანიზმებს. ამ ფუნქციური პროცესების ხარისხზე კი მოლეკულებს არაფრის თქმა ჩვენთვის არ შეუძლია. სასიცოცხლო პროცესების უფრო ღრმა გაგებისთვის აუცილებელია მთლიანი ორგანიზმის გაგებამდე მივიდეთ. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ არა დაპატარავებულ ცალკეულობებიდან (დეტალებიდან) უნდა მივიდეთ მთელთან, არამედ პირიქით მთლიანის გაგებიდან დავეშვათ ქვემოთ, მისი ნაწილებისკენ. ამასთან ერთ გასაოცარ კანონზომიერებას აღმოვაჩენთ, თუ როგორ ირეკლება მთელი ცალკეულობებში. ეს არის განხილვის გოეთიანისტური გზა.

გოეთე ამბობს: ,,ფენომენი თავად მეტყველებს თავის თავზე, მაგრამ არ უნდა ,,დავაცალკევო“ ის რათა ,,მის მიღმა“ რაიმე დავინახოთ უცხო, წყვდიადიდან მოქმედი და რაიმეს გამომწვევი მიზეზი“. ესენია ელემენტარული ფუნქციური პროცესები ადამიანის ორგანიზმში.

ფუნქციონალური სამწევროვნება თავს იჩენს როგორც დიდ ორგანოთა სისტემებში, ასევე ცალკეულ ორგანოებსა და ქსოვილებში, და ბოლოს თავად უჯრედულ დონეზეც კი. ის წარმოადგენს მორფოლოგიის ძირეულ პრინციპს. ორგანიზმი არ არის ჰომოგენური უჯრედებისგან შემდგარი რამ, არამედ იერარქიულად დანაწევრებული ,,ყუთების“ სისტემაა. ორგანიზმში არ არსებობს დამოუკიდებელი ცალკეული უჯრედები. თითოეული უჯრედი დაკავშირებულია უჯრედების ჯგუფთან, რომელიც თავის თავში ფუნქციურადაა დანაწევრებული და ექსტრაცელულარული მატრიქსისა და შემაერთებელი ქსოვილის გარეშე სიცოცხლისუნარიანი არ არის. მხოლოდ სიმსივნური უჯრედები იზოლირდებიან სისტემიდან და ,,ეგოისტურად“ შეუდგებიან ხოლმე საკუთარ სიცოცხლეს. და სიმსივნე მით უფრო ავთვისებიანია, რაც უფრო დიდია ეს იზოლაცია. უჯრედთა ჯგუფებს მათთვის მიკუთვნებული ექსტრაცელულარული სტრუქტურებით ვუწოდებთ ქსოვილებს. ქსოვილთა მრავლობითი ფორმაციები აგებენ ორგანოებს, ხოლო მრავალი ორგანოები ერთიანდებიან თავის მხრივ ორგანოთა სისტემებში.

ცოდნა ჯანმრთელი ადამიანის სხეულში მიმდინარე სასიცოცხლო პროცესების შესახებ შეიძლება შევისწავლოთ ანატომიის (ბერძნ.**anatemno** - დააქუცმაცე) და ფიზიოლოგიის (ბერძნ. **Physis** - ბუნება, **logos** _ სიტყვა, სწავლება) მეშვეობით. ანატომია მეტად გვიშლის სხეულის აგებულებას, ხოლო ფიზიოლოგია _ ჯანმრთელი ადამიანის სხეულის ფუნქციებს. ამის საპირისპიროდ პათოლოგიური ანატომია და პათოლოგიური ფიზიოლოგია ავადმყოფობის არსთან გვაახლოებს.

ანატომია უძველსი დროიდან წარმოადგენს საექიმო კვლევის ამოსავალ პუნქტს. ის აღწერს ადამიანური სხეულის, მისი ორგანოებისა და ქსოვილების აგებულებას. იმას, რასაც შეუიარაღებელი თვალით აღვწერთ მაკროსკოპული ანატომია ეწოდება (ბერძნ. **makros** - დიდი, **skopeo** - მე ვხედავ). ქსოვილების ნატიფი ანატომია, რომელიც მხოლოდ მიკროსკოპის საშუალებით ხდება ხილული მიკროსკოპულ ანატომიის ანუ ჰისტოლოგიის შესწავლის საგანია (ბერძნ. **mikros** - პატარა, **histos** _ ქსოვილი; ჰისტოლოგია - სწავლება ქსოვილების შესახებ). მაკროსკოპული და მიკროსკოპული ანატომია წარმოქმნის სწავლებას ადამიანის სხეულის ფორმის შესახებ ანუ მორფოლოგიას (ბერძნ. **morphe** - ფორმა). ანატომია არ შემოიფარგლება მხოლოდ სხეულის ცალკეული ნაწილების და ქსოვილების აღწერილობით. მიუხედავად იმისა, რომ მისი ამოსავალი არის მკვდარი სხეული, ანატომიის მიზანია ცალკეული მკვდარი ნაწილებიდან და ქსოვილებიდან მოზაიკასავით ცოცხალი ორგანიზმი რომ შეაერთოს. ამისთვის კი სწავლება ფორმის შესახებ არ კმარა. აუცილებელია განვითარების პროცესს ვიცნობდეთ, თუ რა გარეგანი და შინაგანი ზეგავლენები აისახა ფორმის ცვლილებაში.

ინდივიდუუმის ჩამოყალიბების პროცესს ჩასახვის მომენტიდან დაბადებამდე ანუ საბოლოო ფორმამდე ემბრიოლოგია სწავლობს (ბერძნ. **embryon** დაუბადებელი ნაყოფ-სხეული). დაბადების შემდეგ ხდება სხეულებრივი ზრდა, მანამ სანამ ადამიანი ზრდასრული გახდება და მიაღწევს იმ მდგომარეობას, რომელიც გარეგნულად დიდი ცვლილებებით არ აღინიშნება, ხოლო ამას მოსდევს დაბერებასთან დაკავშირებული ცვლილებები, რომელსაც გერონტოლოგია (ბერძნ. **geron** - სიბერე) სწავლობს.

განვითარების პროცესში ადამიანის ორგანიზმის განხილვის ზოგიერთი ასპექტი მხოლოდ მაშინ ხდება გასაგები, თუკი სხვა ცოცხალი არსებების შესაბამის ნაწილებს შევადარებთ. ორგანიზმთა წარმოშობის ისტორიის ასპექტში განხილვას ეწოდება ფილოგენეზი (ბერძნ. პჰყლონ - ღერო, გენესის - წარმოშობა). ამავე დროს ამოვდივართ იმ მოსაზრებიდან, რომ ყველა ცოცხალ ორგანიზმს საერთო გენიალოგიური ხე აქვს, რომლის მწვერვალს ადამიანი წარმოადგენს. განვითარების თეორიის ამ ასპექტიდან გამომდინარე ადამიანს უნდა გაევლო განვითარების მრავალი, უფრო დაბალი საფეხური, რომელთა კვალს დღესაც ვპოულობთ ზოგიერთი ორგანოს განვითარებისა ან უკუგანვითარების დროს. მაგალითად, ადამიანის ემბრიონალური განვითარების ადრეულ სტადიებზე ვპოულობთ პრიმიტიული ხერხემლიანი ცხოველების ან სულაც თევზებისთვის დამახასიათებელ კიდურებს, მაგ. ფარფლებს, ასევე ლაყუჩებს და ა. შ. მეცნიერების იმ ნაწილს, რომელიც ადარებს განვითარების სხვადასხვა ეტაპზე მდგომ ორგანიზმთა შესაბამის ნაწილებს შედარებითი ანატომია ეწოდება. მისი საშუალებით კიდევ უფრო ნათელი ხდება გარემოს მნიშვნელობა ცოცხალი არსებებისთვის. ,,ყოველი ორგანიზმი სრულყოფილად ერგება თავის საცხოვრებელ გარემოს, ისინი ერთმანეთს ეკუთვნიან (ორგანიზმი და გარემო)”.[#]

---

* ალფრედ ბენინგჰოფი (ანატომი, ქილი მარბურგი 1890-1953)

გარემო ცოცხალ ორგანიზმს უყენებს სასიცოცხლო პირობებს, რომელთა ზეგავლენითაც ორგანიზმში წარმოიქმნება მაფორმირებელი ძალები, მაგრამ თავის თავს და აგრეთვე მის ცალკეულ ნაწილებს საკუთარი ამოცანებიდან გამომდინარე. ადამიანის ორგანიზმის სწორი გაგება მხოლოდ იმ შემთხვევაშია შესაძლებელი, თუკი სრულად შევიცნობთ რაოდენ სრულყოფილი სახით უკავშირდება ერთ ჰარმონიულ მთლიანობაში ადამიანური სხეულის ფორმა და მისი ორგანოები თავიანთ ფუნქციებით. ფორმა და ფუნქცია ერთმანეთისგან განუყოფელია. აქედან გამომდინარე ძნელია გავატაროთ მკვეთრი საზღვარი ანატომიასა და ფიზიოლოგიას შორის.

უჯრედი

ყოველი ცოცხალი ორგანიზმი უჯრედებისაგან არის აგებული.

იმისათვის, რომ ნათლად წარმოვიდგინოთ ჩვენი იერსახე შეძლებისდაგვარად მარტივ სამშენებლო აგურებად უნდა დავშალოთ იგი. თუკი უჯრედს სიცოცხლის შემცველ სამშენებლო მასალად წარმოვიდგენთ, არ უნდა დაგვავიწყდეს რომ ადამიანის სხეული იმაზე მეტია, რაც უჯრედების სამშენებლო აგურების მარტივი ჯამი. ეს არის ერთი მთლიანობა თავისი საკუთარი დაგეგმარებით და საკუთარი ამოცანებით.

უჯრედი არის ჩვენი ორგანიზმის უმცირესი სამშენებლო აგური, თავისი სასიცოცხლო ურთიერთობებით, რომლებიც შინაგან ერთიანობას უზრუნველყოფენ.

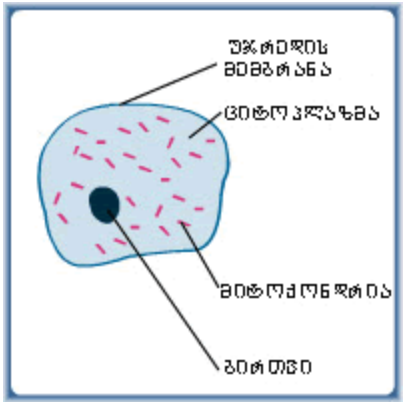
პირველად აღმოჩენილ იქნა მცენარეული უჯრედი. აქედან მომდინარეობს მისი სახელწოდებაც, კერძოდ კი ცელულოზის შემცველი მემბრანიდან. ცხოველური და ადამიანური უჯრედების გარსი ცელულოზას არ შეიცავს და ნატიფი, სამშრიანი მემბრანაა.

უჯრედის მემბრანა მნიშვნელოვან ფუქციებს ასრულებს: ის ზრუნავს იმაზე, რომ საკვები ნივთიერებები მიაწოდოს უჯრედს, ხოლო მეორეს მხრივ მას დამაზიანებელი ზემოქმედებებისაგან იცავს.

სხვადასხვა ტიპის უჯრედები ძლიერ განსხვავებული ზომისანი არიან, ასევე განსხვავდებიან ისინი ფორმის მხრივაც.

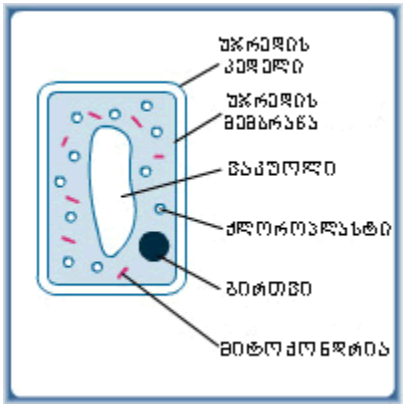
ცხოველურ უჯრედებს აქვთ:

- **ბირთვი**, რომელიც უჯრედის მოქმედებას აკონტროლებს
- **ციტოპლაზმა:** ქიმიური რეაქციების უმრავლესობა სწორედ აქ მიმდინარეობს. ქიმიურ რეაქციებს **ფერმენტები** წარმართავენ.
- **უჯრედული მემბრანა,** რომელიც აკონტროლებს – რა შედის უჯრედში და რა გამოდის უჯრედიდან გარეთ.
- **მიტოქონდრიები:** ციტოპლაზმაში მოთავსებულ ამ სტრუქტურებში მიმდინარეობს უჯრედული სუნთქვა და გამოთავისუფლდება ენერგია.



მცენარის უჯრედებს დამატებით აქვთ:

- **ცელულოზისაგან** აგებული **უჯრედის კედელი,** რომელიც სიმტკიცეს ანიჭებს უჯრედს და მისი ერთგვარი საყრდენია.



მათში ხშირად გვხვდება:

- მწვანე პიგმენტის – **ქლოროფილის** შემცველი **ქლოროპლასტები.** ქლოროფილი შთანთქავს **ფოტოსინთეზისათვის** საჭირო სინათლის ენერგიას.
- **უჯრედის წვენით** სავსე **ვაკუოლი,** მუდმივი კომპონენტი, რომელიც ასევე სიმტკიცეს ანიჭებს მცენარის უჯრედს.

უჯრედის ძირითადი თვისებებია:

- ნივთიერებათა ცვლა და ზრდა: მიღებული ნივთიერების ერთ ნაწილს უჯრედი იყენებს თავის საკუთარი სუბსტანციის ასაშენებლად. საკვები ნივთიერებების უდიდეს ნაწილს წვავს ის ჟანგბადის დახმარებით, ერთი მხრივ სითბოს, მეორე მხრივ კი ენერგიის მოსაგებად. გამოუყენებელი შლაკი ნივთიერებები გამოიყოფა.
- მგრძნობელობა და მოძრაობა: უჯრედი იღებს გარე სამყაროს შთაბეჭდილებებს, გადასძლევს ამ გაღიზიანებებს გადასამუშავებლად და შინაგანი და გარეგანი მოძრაობებით მასზე საპასუხოდ.
- გამრავლება: სიცოცხლეს მხოლოდ ის მიზანი კი არა აქვს, რომ საკუთარი იერსახე განავითაროს, არამედ ამ იერსახისთვის ახალის განვითარების საშუალებები რომ შესძლოს. უჯრედი თავს აიძულებს დაიყოს და ორი მსგავსი შვილეული უჯრედი ააშენოს.

იერსახის და სტრუქტურის დიფერენცირებისათვის უჯრედები წარმოადგენენ სხვადასხვა ქსოვილების საშენ მასალას, რომლებიც თავის მხრივ ქმნიან რა ნარევებს ქმნიან ორგანოებს; ისინი ფორმისა და ფუნქციური თავისებურებით თავისთავადებია. ქსოვილები და ორგანოები შეიძლება სისტემების შედგენილობაშიც შევიდნენ, როდესაც შეაქვთ თავიანთი თავისთავადობა საკვებთან ფუნქციურ კავშირში.

უჯრედის შედგენილობა

ყოველი უჯრედი შედგება ციტოპლაზმისა და უჯრედის ბირთვისაგან. თუმცა ზოგიერთ უჯრედებს, ისეთებს, როგორიცაა მწიფე ერითროციტები, არა აქვთ ბირთვი.

- ციტოპლაზმა არის ცოცხალი ნივთიერება. მის შემადგენლობაში შედის ქიმიური ელემენტები: ნახშირბადი (C), აზოტი (N), ჟანგბადი (O) და წყალბადი (H). განსაკუთრებულ შემთხვევაში მათ შეიძლება სხვა ელემენტებიც დაემატოს, მაგალითად რკინა (Fe) უჯრედის სასუნთქ ფერმენტებში და ჰემოგლობინში (სისხლის შემფერავი ნივთიერება სისხლის წითელ ბურთულაკებში), ან გოგირდი (S) ზოგიერთ ცილაში.
- ციტოპლაზმა არ არის ერთგვაროვანი ხსნარი, ის ასევე არც სუსპენზიაა მასში შეტივტივებული ნაწილაკებით, არამედ კოლოიდი ჟელესებური თვისებით. მისი 3/4 არის წყალი. დარჩენილი მეოთხედი შეიცავს ცილებს, ლიპოიდებს და ნახშირწყლებს, ასევე მარილებს. სასიცოცხლო ნივთიერებების მიკროსკოპიული სურათი შედარებით მარტივია. ელექტრონული მიკროსკოპი ზოგიერთ ნაწილებს აჩვენებს უფრო ზუსტად. მისი მეშვეობით შეიძლება შევიცნოთ მაღალსპეციალიზირებული სტრუქტურების სიმდიდრე.

უჯრედის ორგანელებს ვუწოდებთ:

- ენდოპლაზმატურ რეტიკულუმს;
- რიბოსომებს;
- გოლჯის კომპლექსს;
- ცენტროსომებს;
- მიტოქონდრიებს;
-
- ლიზოსომებს.

ენდოპლაზმატური რეტიკულუმები - ამ სახელწოდების ქვეშ იგულისხმება მრავალგზის დაქსელილი ღარების სისტემა, რომლებიც საჭიროებისამებრ იხსნებიან მოზრდილ ღრუებში ან ცისტერნებში. ღარებში ცირკულირებს სითხე, რის საშუალებითაც ხორციელდება ციტოპლაზმის შიგნით გამონთავისუფლებული ნივთიერების სწრაფი ტრანსპორტი.

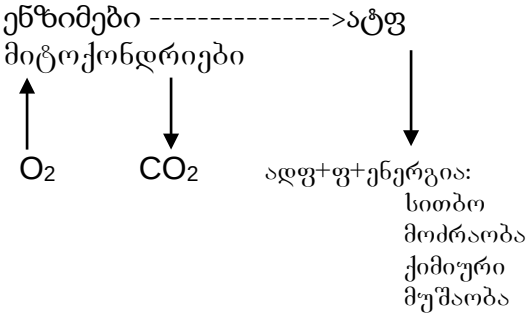
რიბოსომები. ენდოპლაზმატური რეტიკულუმის ლამელების ზედაპირზე სხედან რიბონუკლეინპროტეინის შემცველი პატარა მარცვლები (რიბოსომები), რომლებიც ასევე ცალკეულად ან ჯგუფურად შეიძლება შეგვხვდეს ციტოპლაზმაში. რიბოსომები არის ადგილი, სადაც ხდება ცილების აგება. როგორც უჯრედის ორგანელები, ისინი შესდგებიან სამი მოლეკულა რიბონუკლეინის მჟავისა და ცილის სხვადასხვა მოლეკულებისაგან. რიბოსომებით დაკავებულ ენდოპლაზმატურ რეტიკულუმს ეწოდება ერგასტოპლაზმა.

გოლჯის კომპლექსი: გოლჯის კომპლექსი ან გოლჯის ზონა აგებულია ლამელების განსაკუთრებული სისტემებით, რომლებზეც რიბოსომები არ ლაგდებიან. გოლჯის კომპლექსები წარმოადგენს უჯრედის ისეთ ორგანოიდს, რომელიც სეკრეტების წარმოქმნაზეა პასუხისმგებელი.

ცენტროსომები: ეს თავისებური სტრუქტურებია, რომლებიც 9 ცილინდრული, მოგრძო 3 ნაწილად დაყოფილი მილაკებისაგან შედგება. ცენტროსომები დიდ როლს ასრულებენ უჯრედის დაყოფის დროს („თითისტარის“ აშენებისას), როგორც უჯრედის ორგანოიდები ისინი განაგებენ ციტოპლაზმის მოძრაობის მიმართულებებს.

მიტოქონდრიები: ისინი არიან მოგრძო, ორმაგი მემბრანით აგებული, ისინი ძალიან ცვლადი რაოდენობითა და ზომისანი შეიძლება ვიპოვნოთ ციტოპლაზმაში. რაც უფრო მაღალია უჯრედის აქტივობა, მით უფრო მდიდარია ის მიტოქონდრიებით. მათი შინაგანი მემბრანის ნადრეკები ქმნიან უმეტესად ერთგვარ ტიხრებს (კრისტებს). მიტოქონდრიები წარმოადგენენ სასუნთქი ენზიმების მატარებლებს და უჯრედის ენერგეტიკულ ცენტრებს. მათში

ნახშირწყლები (გლუკოზა), ცხიმები და ამინომჟავები ჟანგბადის საშუალებით იჟანგება და გამოიყოფა ენერგია. ეს ენერგია კავდება ფოსფორის შემცველი ნივთიერების ადენოზინ-ტრი-ფოსფატის (ატფ) შექმნაში და ასეთი სახით ინახება. ატფ კი არის ენერგიის მარაგი ნივთიერებათა ტრანსპორტისთვის, ქიმიური სინთეზისთვის, კუნთური შეკუმშვებისა და ნერვების აგზნებისთვის. ატფ-ის მოლეკულები გადაიტანება იქ, სადაც ენერგია გამოიყენება. ენერგიის გაცემის შემდეგ ისინი გარდაიქმნებიან ადენოზინ-დი-ფოსფატის მოლეკულებად (ადფ) და მიტოქონდრიებში კვლავ ატფ-ად იქცევიან.



ატფ - ადენოზინტრიფოსფატი

ადფ - ადენოზინდიფოსფატი

ფ - ფოსფატი

O2 - ჟანგბადი

CO2 - ნახშირორჟანგი

H2O - წყალი

ლიზოსომები: ლიზოსომებს აქვთ ძალიან განსხვავებული დანიშნულება. ისინი შეიცავენ დიდი მოლეკულების დამშლელ ენზიმებს, რომლებსაც განსაკუთრებული მომნელებელი ვაკუოლებიანად თავის თავში ითვისებენ

უჯრედის მემბრანა (პლაზმალემა): უჯრედის მემბრანა არა მარტო უბრალო საზღვარია შიდა და გარეს შორის. ის მუდმივ ქმედებაშია, ის მუდმივ მიწოდებაშია უჯრედისთვის მათთვის მნიშვნელოვანი ძირეული ნივთიერებებისა, ხოლო მზა პროდუქტებისა კი, როგორიცაა ცილები, ენზიმები, ჰორმონები და ანტისხეულები _ გარემოსთვის გამოყოფაში. ის შედგება გარეთა და შიგნითა ცილოვანი ფენისაგან და შუა _ ცხიმოვანი (ლიპოიდური) შრისაგან, რომელსაც აშენებენ ცხიმის მსგავსი ნივთიერებები მაღალორგანიზებულ შაქრებთან ლიპოპოლისაქარიდებთან ერთად. ეს ლიპოპროტეინული მემბრანა (ელემენტარული მემბრანა) აწესრიგებს სითხის ცვლას უჯრედსა და უჯრედშორის სივრცეს შორის. უჯრედის შიგთავსი უფრო მეტად მდიდარია კალიუმით, მაგნიუმით და ფოსფატიონებით, ხოლო უჯრედშორისი სივრცე ნატრიუმით, კალციუმით და ქლორის იონებით. უჯრედის მემბრანის ,,ნახევარგამტარობის“ ხარჯზე ხდება ამ განსხვავების შენარჩუნება და მემბრანის პოტენციალის წარმოქმნა, რომელიც სასიცოცხლო მნიშვნელობისაა უჯრედისათვის (მისი მუდმივობის დასაცავად).

ამის საშუალებით უჯრედის ზედაპირი გამოიცნობს თავისთვის ,,ახლობელ“ და თავისთვის ,,უცნობ“ სხეულებს. ყოველგვარ ალბათობას ამის განხორციელებისას განსაზღვრავენ დიდი მოლეკულები იმუნოგლობულინებისა. გამხსნელი ენზიმის (ლიზოზიმის) და ცილის მომნელებელი ენზიმის (პროტეაზის) საშუალებით, რომლებიც უჯრედის მემბრანიდან გამოიყოფა, ხდება უცხო სხეულების ან უცხო უჯრედების დაშლა. მყარი ნაწილაკების მონელება ფაგოციტოზის საშუალებით ხდება, ხოლო თხევადი წვეთებისა პინიციტოზის საშუალებით. ციტოპლაზმაში შეიძლება მოხდეს ნივთიერების ჩალაგება, ისე, როგორც გლიკოგენისა ღვიძლის უჯრედებში, ან პიგმენტებისა ეპითელიუმის ბაზალურ შრეში.

უჯრედის ბირთვი (ნუკლეუსი) შეიძლება განსხვავებული ზომისა და ფორმის იყოს. ის შემოსაზღვრულია ორმაგი მემბრანით, რითაც დაკავშირებულია ენდოპლაზმურ რეტიკულუმთან. სპეციალური ფორების საშუალებით ყალიბდება კავშირი ციტოპლაზმასა და ბირთვის შიგთავსს შორის. ცოცხალი ბირთვი ძალიან ნატიფი სტრუქტურისაა და შეიცავს ერთ ან რამოდენიმე ბირთვაკს.

- ყველაზე მნიშვნელოვან ქიმიურ ნივთიერებებს ბირთვის შემადგენლობაში წარმოადგენენ ბირთვის მჟავები ანუ ნუკლეინის მჟავები. ისინი შედიან ბირთვაკში როგორც რიბონუკლეინის მჟავები (რნმ), ხოლო დანარჩენ ბირთვის შემადგენლობაში როგორც დეზოქსირიბონუკლეინის მჟავები (დნმ). ცილებთან ერთად ქმნიან ისინი ნუკლეოპროტეიდებს, რომელნიც პასუხისმგებელნი არიან სპეციფიური ცილების შენებისას.

- უჯრედის ბირთვი წარმოადგენს მთელი უჯრედის ნივთიერებათა ცვლის თავმოყრის ადგილს. ბირთვის დმნ-ის მატარებელი ნაწილები ბირთვის შემაფერადებელი ნივთიერებით ძლიერად ფერადდებიან. ამიტომ მას აღნიშნავენ, როგორც ქრომატინს. უჯრედის გაყოფის დროს ქრომატინის ძაფებიდან წარმოსდგებიან მემკვიდრეობის მატარებლები (ქრომოსომები).
- ადამიანის ორგანიზმის უჯრედები შეიცავენ 46 ქრომოსომს: ერთი ასეთი ქრომოსომული კომპლექსი შედგება 44 აუტოსომისაგან და ორი ჰეტეროქრომოსომისაგან, რომელიც განსაზღვრავს სქესს. მამრობით სქესთან ჰეტროქრომოსომები როგორც X და Y-ქრომოსომები აღინიშნებიან, მდედრობით სქესთან წყვილი X ქრომოსომა.

უჯრედის გაყოფა (მიტოზი):

თითოეული უჯრედი წარმოიქმნება უკვე არსებული უჯრედის გაყოფის შედეგად. ამისათვის უნდა გაჩნდეს გენი, რომელიც განაპირობებს შვილეული უჯრედის მსგავსებას. ამ რთულ პროცესში შეიძლება განსხვავებული ფაზები გამოვყოთ:

- პროფაზა
- მეტაფაზა
- ანაფაზა
- ტელოფაზა
- ხელახალი აღმშენებლობის (რეკონსტრუქციის ფაზა)

კითხვები:

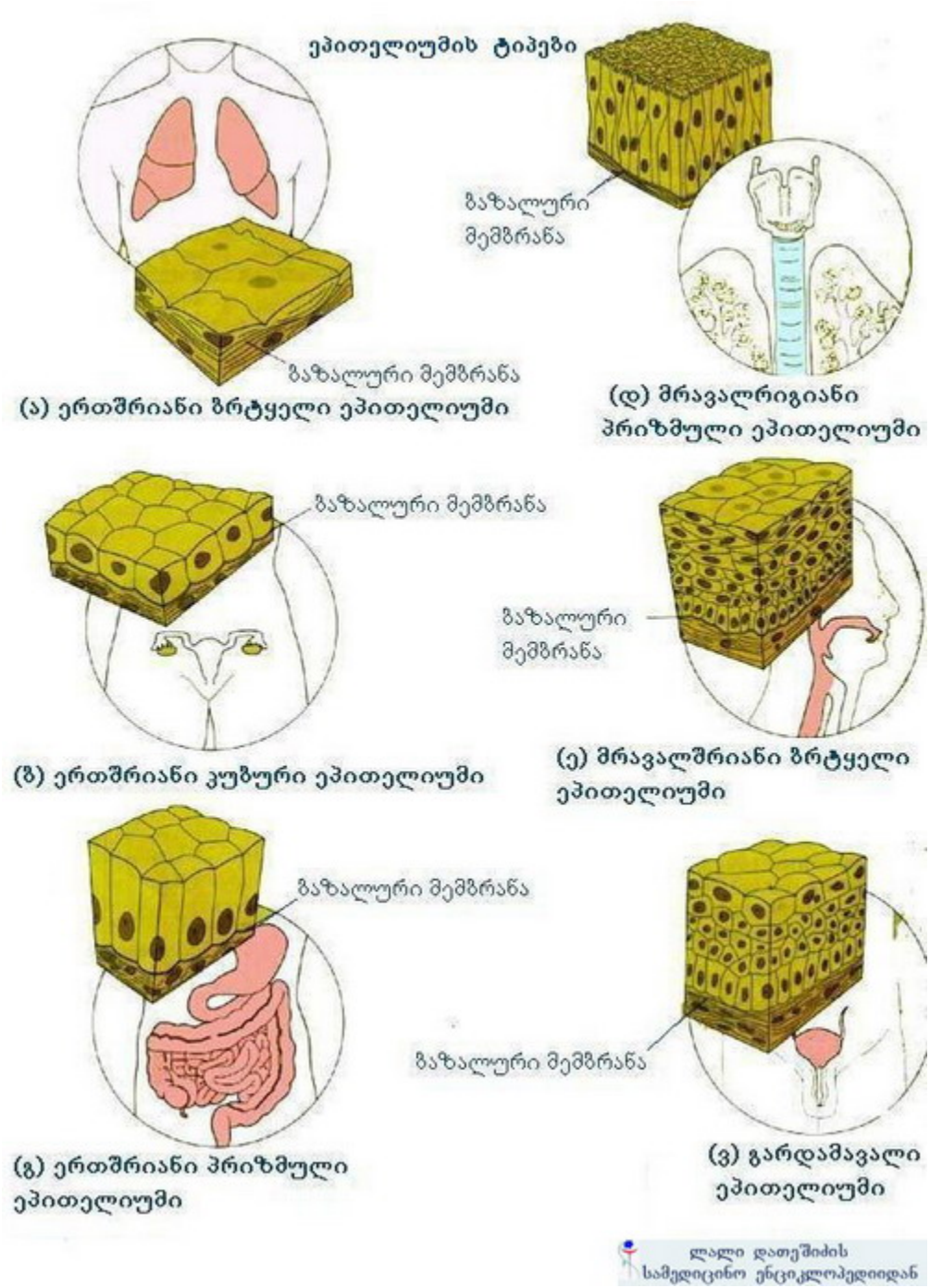
1. რა არის უჯრედი?
2. რა ერთეულებისგან შედგება უჯრედი?
3. რა განსხვავებაა მცენარეულ და ცხოველურ უჯრედს შორის?
4. რა არის ციტოპლაზმა?
5. ჩამოთვალეთ უჯრედის თვისებები.
6. რა არის ებდოპლაზმური რეტიკულოციტები?
7. რა არის რიბოსომა?
8. რა არის გოლჯის კომპლექსი?
9. რა არის ცენტროსომები?
10. რა არის მირტოქონდრიები?
11. რა არის ლიზოსომები?
12. დაახასოათეთ მიტოზი.

ქსოვილები

ქსოვილი არის მსგავსი აგებულების მქონე უჯრედების ერთობლიობა ერთი ან მეტი მსგავსი ფუნქციების შესასრულებლად ორიენტირებული. ფუნქციურად თითოეული სამუშაო მიმართულია გარკვეულ სპეციალიზირებაზე. შეიძლება განვასხვავოთ ქსოვილთა შემდეგი კლასები:

- ეპითელური ქსოვილი: გარე ან შინაგანი ზედაპირების ამომგარსველი;
- საყრდენი ქსოვილი: საყრდენი ფუნქცია და ნივთიერებათა ცვლის ფუნქცია;
- კუნთოვანი ქსოვილი: მოძრაობა შეკუმშვის საშუალო ფუნქცია (კონტრაქცია);
- ნერვული ქსოვილი: ნერვული აგზნების მშენებელი და გამტარი.

ორგანოებსა და ორგანულ სისტემებში სხვადასხვა ქსოვილები იღებენ მონაწილეობას, მაგრამ მაინც რომელიმე ქსოვილს შეიძლება წამყვანი მნიშვნელობა ჰქონდეს



ეპითელური ქსოვილი. ეპითელიუმი არის დახურულ უჯრედთა ჯგუფი, რომლებიც ფარავენ გარეგან ან შინაგან ზედაპირებს. ისინი სხედან ბაზალურ მემბრანაზე. მას შეიძლება სხვადასხვა ფუნქცია ჰქონდეს:

- დამცველობითი, მაგ. კანის ეპიდერმისი

- ნივთიერებების გამომყოფი (სეკრეცია): ჯირკვლები არის ეპითელური უჯრედების ჯგუფები ან ეპითელური ორგანოები, რომლებიც გამოყოფენ ორგანიზმისთვის საჭირო სითხეებს (სეკრეტებს). მაგ. ეგზოკრინული და ენდოკრინული ჯირკვლები. ეგზოკრინული ჯირკვლები გამოყოფენ თავიანთ სეკრეტს გამოსასვლელი ადგილით გარე ან შინაგან ზედაპირზე. მათი დაბოლოება შეიძლება ჩახვეული (ტუბულოს-მილისებრი), პარკუჭების (ალვეოლერ) ან კენკრის (აზინოს) ფორმის იყოს. ენდოკრინული ჯირკვლები (ჰორმონალური ჯირკვლები). მათ საკუთარი ამოსავალი არა აქვთ ისინი ერთმანეთზე დაწყობილ უჯრედების ან ბუშტისებრი ფოლიკულური ფორმისაა და უკავშირდება სისხლძარღვებს.
- ნივთიერებათა მიმღები (რეზორპცია). მაგ. ნაწლავის ეპითელიუმი
- აგზნების მიმღები: მაგ. კანის მგრძნობიარე უჯრედები კანის მგრძნობიარე ეპითელიუმში მაგ. თვალის ბადურა.

ფორმა: თითოეული უჯრედების ფორმის მიხედვით ანსხვავებენ :

- ბრტყელი ეპითელიუმი - სეროზული ეპითელიუმი
- კუბური ეპითელიუმი - თირკმლის მენჯის ეპითელიუმი
- ცილინდრული ეპითელიუმი - ნაწლავების ეპითელიუმი

ქსოვილის აგების მიხედვით ვანსხვავებთ:

- ერთშრიანი ეპითელიუმი მაგ. ნაწლავის ეპითელიუმი
- მრავალშრიანი ეპითელიუმი მაგ. კანი ეპიდერმისი
- მრავალსაფეხურიანი ეპითელიუმი მაგ. სუნთქვის ტრაქტის ეპითელიუმი

ყველა უჯრედი ზის ბაზალურ მემბრანაზე, მაგრამ ყველა უჯრედი არ აღწევს ზედაპირამდე.

- გარდამავალი ეპითელიუმი მაგ. საშარდე გზების ეპითელიუმი

მას შეუძლია ძლიერ ცვლად ზედაპირებს მოერგოს. ეპითელური უჯრედების ზედაპირი შეიძლება ატარებდეს მოძრავ-მოციმციმე თმებს, ძალიან წვრილი წანაზარდებს.

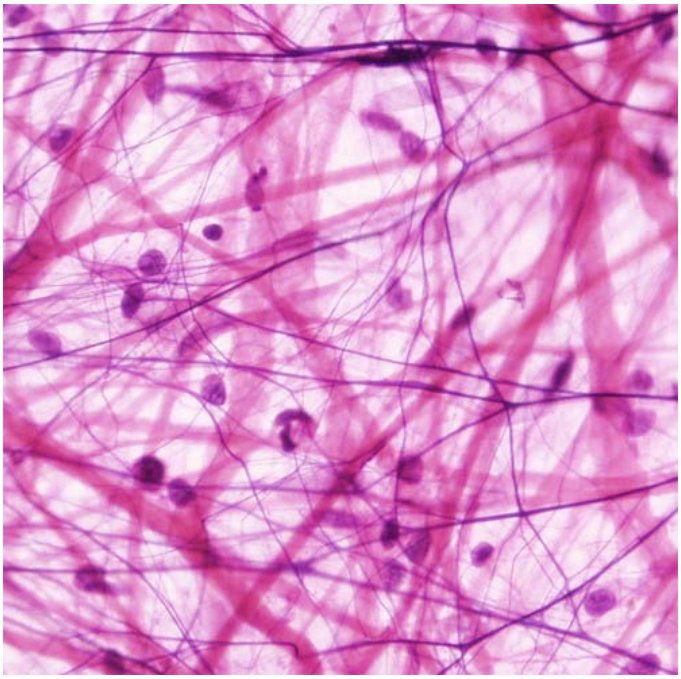
საყრდენი ქსოვილი

ორი ფუნქცია: საყრდენი და ნივთიერებათა ცვლის. რაც მეტადაა ერთი გამოხატული, მით მეტადაა მეორე დაკნინებული და პირიქით. გამოვყოფთ ძირითად ჯგუფებს:

- ემბრიონალური შემაერთებელი ქსოვილი (**mesenchym)**
- რეტიკულარული შემაერთებელი ქსოვილი
- ზრდასრულთა შემაერთებელი ქსოვილი
- ცხიმოვანი ქსოვილი
- ხრტილები

ძვლები

ყოველი საყრდენი ქსოვილის უჯრედებს შორის არის მეტი ან ნაკლები უჯრედშორისი ნივთიერება. ის შეიძლება თხევადი, ნახევრად თხევადი ან მყარი იყოს. ის შეიძლება ერთგვაროვანი (**homogen**) იყოს ან განსაკუთრებულად განლაგებულ ბოჭკოებს შეიცავდეს.



შემაერთებელი ქსოვილი - მყარი, ელასტიური და ფაშარი. ის აერთებს ქსოვილებს, ორგანოებს და სისტემებს სხეულთან. ის ყველაზე ხშირად მკვრივდება ორგანიზმში.

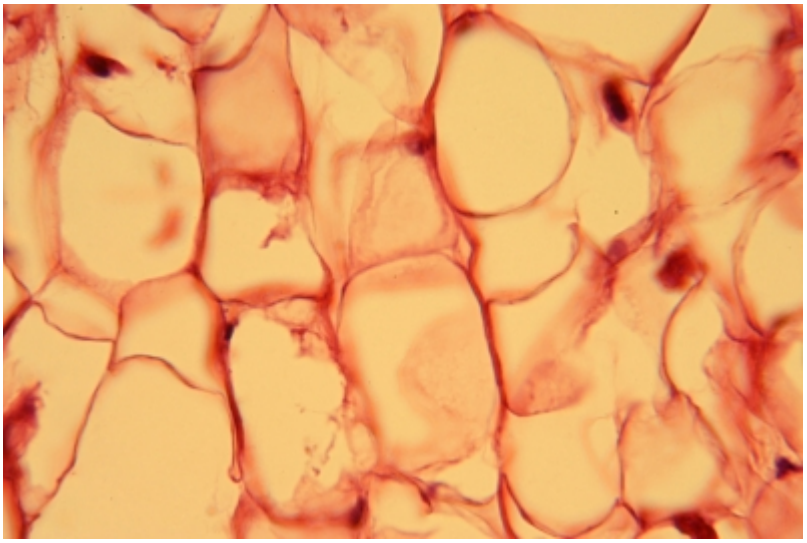
- ემბრიონალური შემაერთებელი ქსოვილი (მეზენქიმა) მისგან წარმოსდგებიან ყველა საყრდენი ქსოვილები ჩვენი სხეულის (აქვე წარმოსდგებიან დიდი მოხეტიალე უჯრედები მაკროფაგები.
- რეტიკულარული შემაერთებელი ქსოვილი

მათ შეუძლიათ ნივთიერებათა შთანთქმა სითხიდან (ფაგოციტოზი) და შენახვა. უჯრედებს ვარსკვლავისებული ფორმა აქვთ. ისინი დამოუკიდებლად შეიძლება არსებობდნენ სისხლში და ლიმფაში. მათში ნივთიერებათა ცვლა ყველაზე აქტიურია. ისინი საფუძველს ქმნიან ლიმფური ჯირკვლებისთვის, ელემთისთვის და ძვლის ტვინისთვის. ისინი დიდ როლს თამაშიბენ ჩვენი სხეულის იმუნიტეტში.

- ზრდასრულთა შემაერთებელი ქსოვილი _ შემოკლებით (რეტიკულენდოთელიალური სისტემა). შემაერთებელი ქსოვილის ბოჭკოები კოლაგენური ბოჭკოებია. ისინი განაპირობებენ სტრუქტურების ელასტიურობას (ფაშარი ან დაჭიმული). არსებობს დაფიქსირებული **fibrozeti** მოძრავი **histocyti-** უჯრედები.

ფუნქციები:

- შემაერთებელი ფუნქცია - რბილი კავშირი, დაჭიმული - მაყუჩები
- ნივთიერებათა ცვლა, რომელიც ხდება უჯრედშორის
- წყლის შემცველობა - არანორმალური შემცველობა ავადმყოფობისას (თირკმელების ავადმყოფობის დროს, გულის დაავადებებისას)
- ჭრილობების შეხორცება: ჭრილობების შეხორცება ხდება გრანულაციური ქსოვილის საშუალებით, რომელიც მოგვიანებით ნაწიბურად გადაიქცევა
- წინააღმდეგობა (დაცვა). რეტიკულარული შემაერთებელი ქსოვილის უჯრედები ციტოზის საშუალებით ორგანიზმის წინააღმდეგობას ქმნიან.



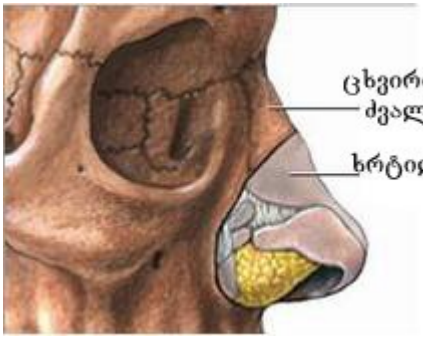
ცხიმოვანი ქსოვილი

არსებობს ყავისფერი და ყვითელი ცხიმოვანი ქსოვილი. უმეტესად ყვითელია, ყავისფერი - ყელისა და მკერდის არეში.

ფუნქცია: კალორიული რეზერვის შექმნა, იზოლაციის ფუნქცია - მაგ. თბოიზოლაცია.

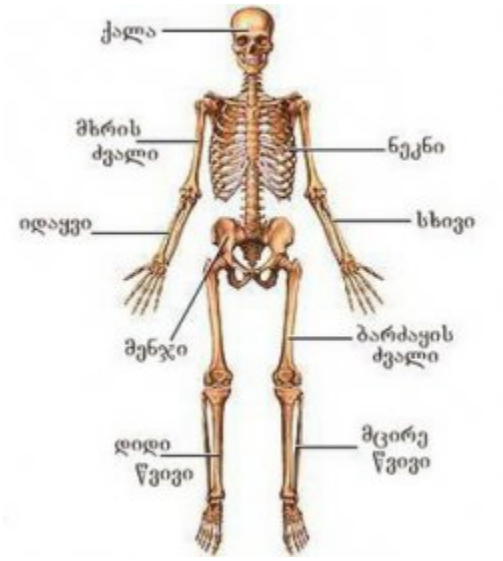
ხრტილები

- ჰიალინური ხრტილები. ისინი გამჭვირვალეა - ხორხი და ხორხის გარედან აკრავს სახსრის ბუდეებს, აშენებს ნეკნების ხრტილებს, ცხვირის ხრტილის ნაწილია, ემბრიონულ სტადიაში მთელი ძვლოვანი სისტემის ნაცვლად არის ჰიალინური ხრტილი.



- ელასტიური ხრტილი - ტიპიური მაგ. ყელის სახურავი (საფუძველი _ ელასტიური ბადე) და ყურის ხრტილი.
- ბოჭკოვანი ხრტილი - მაგ. ხერხემლის მალებს შორის ხრტილი, ნახევარმთვარისებური ხრტილი - მენისკუს, მუხლის სახსარი და სახსრების სხეულები (**Disci**)

ძვლოვანი ქსოვილი - უმნიშვნელოვანესი ნაწილი პასიური მამოძრავებელი სისტემის. ის ფარავს მომგარსველად ტვინს, ზურგის ტვინს და გრძნობის ორგანოებს. მისი საშუალებით აქვს ჩვენს სხეულს ფორმა.



ძვლები შედგება განსაკუთრებული ფუნქციის მქონე შემაერთებელი უჯრედებისაგან - ოსტეობლასტები ან ოსტეოციტები, ასევე მრავალბირთვიანი უჯრედებისაგან - ოსტეოკალატები.

ძვლების სუბსტანცია ნაწილობრივ ორგანულია, ნაწილობრივ (არაორგანული1/3 ორეინი; 2/3 მინერალური მარილები). ჩვენი ორგანიზმის კულაგენის ნახევარი ძვლებშია. ძვლის ძირითად სუბტსტანციას ორეინი ჰქვია. ასევე მასში ბევრია კალციუმის მარილები (19% კალციუმის

ძვლებშია), რომელიც ამაგრებს, თორემ რეზინივით იქნებოდა და - 85% კალციუმის ფოსფატი ასევე კალციუმკარბონატი (15%).

ფორმით ძვლები არის ბრტყელი (ბეჭის, მკერდის, თავის ქალის) მოკლე (მალები, ხელის მაჯის, ტერფის) და გრძელი, მილისებრი, (ღრუიანი) (მხარი - Humerus და ბარძაყი - Femur

კუნთოვანი ქსოვილი: გლუვი, განივზოლიანი , გულის კუნთი

- გლუვი - შინაგანი ორგანოების კუნთები - პერისტალტიკის გამომწვევი ნაწილი
- განივზოლიანი _ ჩონჩხის კუნთები, ნებითი კუნთები: მთელი ქსოვილების 40%-ს შეადგენს. გრძელი, მრავალბირთვიანი კუნთები. შეკუმშვა სწრაფია, არავითარი რიტმულობა არ ახასიათებს, ნებითი, შეიძება მასზე მოქმედება
- გულის კუნთი - შეკუმშვა სწრაფია, რიტმული, უნებლიე და თვითმყოფადი (აუტონომიური) - ეს ავტონომია მაინც ვეგეტატიური ნერვული სისტემით იმართება.

საერთოდ კუნთის შეკუმშვადობა დაფუძნებულია ციტოპლაზმას თვისებაზე - ამებისებური მოძრაობა და ფაგოციტოზი. საერთოდ ეს მოძრაობა შესაძლებელია, როდესაც უჯრედები აგზნებადობით ხასიათდებიან. როგორც აღმგზნები მოქმედებს ნორმალურად ნერვული იმპულსი, მაგრამ მაინც აღიგზნება ის ასევე მექანიკური, ქიმიური და ელექტრონული იმპულსებითაც. ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი თვისებაა კუნთური მოქმედებისთვის ასევე, რომ კუნთის ქსოვილი აგზნების გამტარიც არის, მაგრამ ეს უნარი ამ ქსოვილს უფრო ნაკლებად აქვს, ვიდრე ნერვულ ქსოვილს.



კუნთის ქიმიური შემადგენლობა 70%-75% - წყალი.

აქტინი და მიოზინი - ცილები - უმნიშვნელოვანესია კუნთში (შეკუმშვა ამაზეა დამყარებული). მინერალური ნივთიერებები K და Ca ძალას აძლევს ატფ (შეკუმშვისთვის), ფოსფორკრეატინი და გლიკოგენი. კუნთის შეკუმშვისას გამოყოფილი ენერგიის 75% სითბოდ გარდაიქმნება. მხოლოდ 25% შეიძლება მუშაობისთვის გამოვიყენოთ.

გაგრძელებული შემოკლება ტეტანუსი, იზოტონური შეკუმშვა - თუკი შემოკლება (მსგავსი დაჭიმულობა) შეუძლია - კუნთს შეკუმშვისას; იზომეტრული - არ შეუძლია შემოკლება შეკუმშვისას.

სულ ან არაფრის კანონი: ერთი საკმარისი აგზნება ხსნის შესაძლებელ კონტრაქციას თითოეული ბოჭკოებისას.

დაღლა: თუკი ვაღიზიანებთ ერთ კუნთს ერთმანეთის მიყოლებით ძალიან ხშირად, კონტრაქცია მცირდება, კუნთი იღლება.

ნერვული ქსოვილი



მას შეუძლია აგზნების მიღება, გატარება და მისი გადამუშავება. Gარე სამყაროში ორიენტაციაში ეხმარება ადამიანს. ნერვული ქსოვილი შედგება - ნერვული ცენტრებისაგან (აგზნების გადასამუშავებლად) და პერიფერიულ ნერვებისაგან, რომლებიც აგზნებას პერიფერიიდან ცენტრისკენ (აფერენტული) ან ცენტრიდან პერიფერიისკენ (ეფერენტული) ატარებენ.

- ნერვული იმპულსი - სიგნალი, რომელიც ნერვულ ბოჭკოებში გატარდება. (მოსვენების პოტენციალი, აქტიური პოტენციალი).ნერვული იმპულსის გატარებისას წარმოიქმნება - ის იწვევს უჯრედის მემბრანის განპოლარიზაციას.
- ნერვული უჯრედი - ნეირონი - თავად უჯრედისგან და ყველა დამატებებისაგან (დენდრიტი) (ნეირიტი - 1 მეტრამდე სიგრძე) თავად უჯრედი არის ტვინის რუხ ნივთიერებაში. უნიპოლარული (ერთი გრძელი გამონაზარდი), ბიპოლარული და მულტიპოლარული ნერვული უჯრედები.
- სინაპსი - ერთი უჯრედიდან აგზნების მეორე უჯრედზე გადატანის ადგილი.
- ნერვული ბოჭკოები - აქრონი, ნეირიტი - ნერვულ ბოჭკოებს შეიცავენ.

ჩვენი ტვინის ნერვული უჯრედები დღეში 80 გ ყურძნის შაქარს იყენებენ, ე. ი. 16-ჯერ მეტს ვიდრე ჩვენი სისხლის შაქრის შემადგენლობაა. მთლიანად მთელი ჟანგბადის 18% ითხოვს.

ნერვი შეიძლება აღიგზნოს მექანიკურად, ქიმიურად, ელექტრულად და სითბოთი. ცენტრალური ნერვული სისტემის აგზნება ტარდება 40-100 მ სიჩქარით წამში. სწაფად ვიდრე აუტონომიური (1 მ/წმ).

კითხვები:

1. რამდენი სახის ქსოვილი არსებობს?
2. დაახასიათეთ ეპითელური ქსოვილი.
3. დაახასიათეთ ცხიმოვანი ქსოვილი.
4. რა თავისებურებები აქვს ძვლოვან ქსოვილს?
5. კუნთოვანი ქსოვილის რა სახეები არსებობს?
6. აღწერეთ ნერვული ქსოვილის თავისებურებები.

ლიტერატურა:

რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994

ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.

მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.

სინელნიკოვი - ადამიანის ანატომია - I-II-III ტომი, 1979წ.

http://repetitori.net/%E1%83%A3%E1%83%AF%E1%83%A0%E1%83%94%E1%83%93%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%A1%E1%83%A2%E1%83%A0%E1%83%A3%E1%83%A5%E1%83%A2%E1%83%A3%E1%83%A0%E1%83%90

http://www.mkurnali.ge/rchevebi90/2460-qsovilebi.html

http://learningapps.org/watch?app=1117162

საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემა

სწავლება ძვლების შესახებ - **osteologia**

ძვლები ადამიანის ორგანიზმის საყრდენი ღერძებია, რომლებსაც კუნთები ამოძრავებს და მათთან ერთად ქმნის საყრდენ-მამოძრავებელ აპარატს. გარდა ამისა, ძვლები და კუნთები ადამიანის ორგანიზმში ქმნიან ღრუებს ორგანოებისთვის, ე.ი. საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატი ორგანიზმისათვის დამცველობით ფუნქციასაც ასრულებს.

ხრტილოვანი, ძვლოვანი და შემაერთებელი ქსოვილის საშუალებით ძვალთა ერთობლიობას ეწოდება ჩ ო ნ ჩ ხ ი.(**Sceleton** – ბერძ. გამომშრალი)

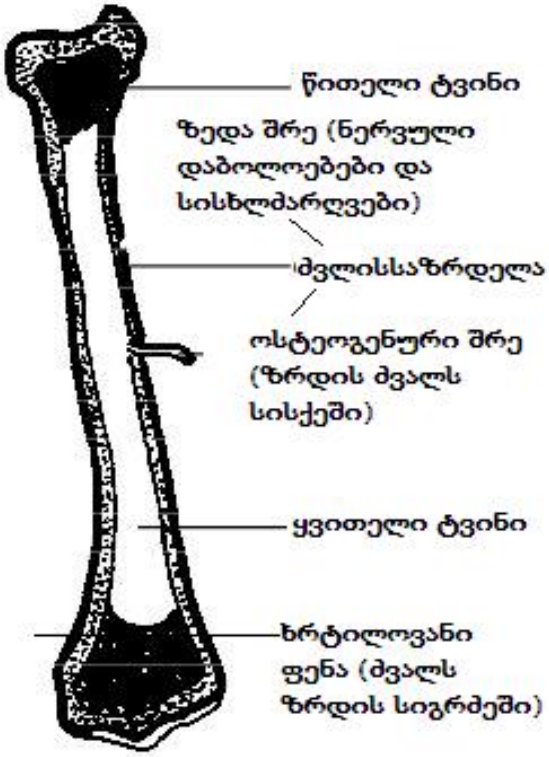
ჩონჩხს ორი ფუნქცია აქვს:

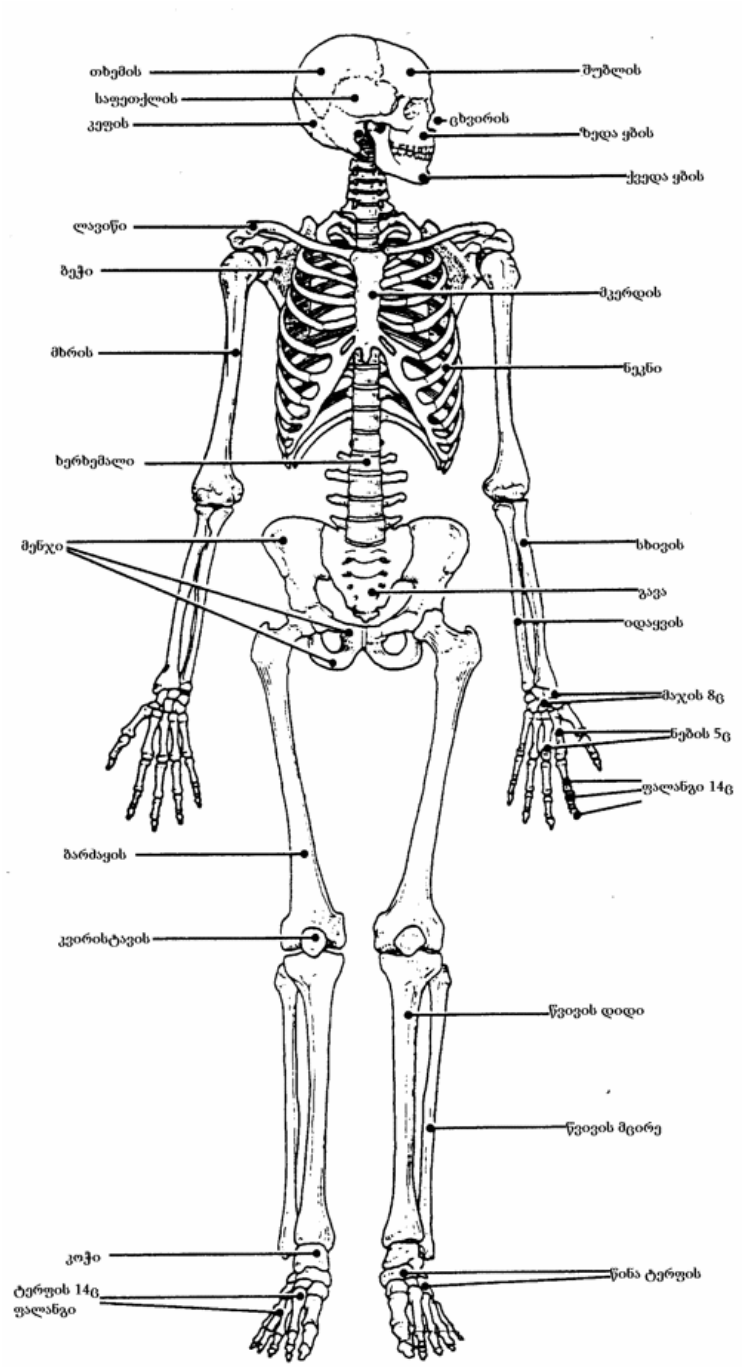
1)საყრდენ-მამოძრავებელი (საყრდენი, დამცველობითი, მამოძრავებელი)

2)ორგანიზმის ნივთიერებათა ცვლასა და სისხლის წარმოქმნაში მონაწილეობა

ადამიანის ჩონჩხი შედგება 200-ზე მეტი ძვლისგან, სხეულის წონის 1/5-1/7-ს

შეადგენს, ძვლებს აქვთ განსხვავებული სიდიდე, ფორმა და აგებულება.


წითელი ტვინი
ზედა შრე (ნერვული დაბოლოებები და სისხლძარღვები)
ძვლისსაზრდელა
ოსტეოგენური შრე (ზრდის ძვალს სისქეში)
ყვითელი ტვინი
ხრტილოვანი ფენა (ძვალს ზრდის სიგრძეში)



ძვალი შედგება მკვრივი, პერიფერიაზე განლაგებული კომპაქტური ნივთიერებისაგან და ღრუბლისებური ნივთიერებისაგან, რომელიც განლაგებულია კომპაქტური ნივთიერების შიგნით. ძვლოვანი ფირფიტები ერთმანეთის მიმართ გარკვეული კანონზომიერებით არიან განლაგებული. მათი მიმართულება ემთხვევა ძვალზე მოქმედი ძვლების მიმართულებას, რაც ძვალს მატებს მეტ სიმტკიცეს. ძვლის ფორმა და სიმტკიცე დამოკიდებულია კომპაქტური და ღრუბლოვანი ნივთიერების რაოდენობაზე, მაგალითად, ბრტყელ ძვლებში ჭარბობს

ღრუბლისებრი ნივთიერება, ხოლო ლულისებრ ძვლებში კომპაქტური ნივთიერება, რომელიც დიაფიზებში (შუა) უფრო სქელია, ხოლო ეპიფიზებში ჭარბობს ღრუბლისებრი ნივთიერება.

ლულოვანი ძვლები შიგნიდან ამოფენილია შემაერთებელქსოვილოვანი აპკით. ეს ღრუები ამოვსებულია ძვლის ტვინით. არსებობს წითელი **(medulla ossium rubra)** და ყვითელი (**med. oss. Flava**)

ნაყოფისა და ახალშობილის ძვლებს ძვლის წითელი ტვინი აქვთ.12-18 წლიდან ლულოვანი ძვლის დიაფიზის წითელი ტვინი იცვლება ყვითელი ტვინით. წითელ ტვინში ხდება ერითროციტების წარმოშობა. თვით წითელი ტვინი შედგება რეტიკულური ქსოვილისაგან, სადაც განლაგებულია სისხლმბადი უჯრედები. ძვლის ყვითელი ტვინი შედგება ცხიმოვანი ჩანართებისაგან, რომელიც მას ყვითელ შეფერილობას აძლევს.

ძვლისაზრდელა - **Periosteum** შემაერთებელ-ქსოვილოვანი წარმონაქმნია, რომელშიც განარჩევენ ორ შრეს: შიგნითა და გარეთა ბოჭკოვანი, რომელიც მდიდარია სისხლძარღვოვანი და ლიმფური კაპილარებით, ნერვებით, რომელიც შემდეგ გრძელდება ძვლის სისქეში. აგრეთვე მისი საშუელებით ხდება ძვლის მთლიანობის აღდგენა მოტეხილობის შემდეგ. მოხუცებულობის ასაკში ძვლისაზრდელა ბოჭკოვანი ხდება, რის გამოც ძვლოვანი ნივთიერების გამომუშავება უსუსტდება და ამიტომაც ასაკში მოტეხილობები ხშირია.

მიკროსკოპულად, ძვალი შედგება ძვლოვანი ფირფიტებისაგან, რომელთა მეშვეობით ძვალში იქმნება წვრილი არხები, სადაც მოძრაობს სისხლი, ლიმფა და საკვები ნივთიერებები.

ძვლოვანი ქსოვილი მთელი სიცოცხლის განმავლობაში იცვლება და განახლდება, რასაც ნივთიერებათა ცვლა განაპირობებს. მოზრდილი ადამიანის ძვლის ქიმიური შემადგენლობაა: წყალი, ორგანული და არაორგანული ნივთიერებები, კერძოდ, წყალი 50%, ცხიმი-15,75%, ორგ.ნივთ.-12,5%, არაორგ.ნივთ.-21,85%. ძვლის ორგანულ ნივთიერებს ოსეინს უწოდებენ. იგი ძვალს ელასტიურს ქმნის და განაპირობებს მის ფორმას. ოსეინი იხსნება ძვლის მოხარშვის დროს და წარმოიქმნება წებო. ძვალი შეიცავს A,D, C ვიტამინებს.

ძვლები სხვადასხვა ფორმისაა, მაგრამ ისინი ძირითადად ოთხ ჯგუფად იყოფიან:

- გრძელი ანუ ლულისებრი მაგ. მხრის, იდაყვის, სხივის, ბარძაყის, წვივის და ა.შ. გრძელი ძვლები იყოფა სამ ნაწილად: შუა ნაწილი ანუ სხეული ანუ დიაფიზი და ორი ეპიფიზი.
- მოკლე ძვლები;
- განიერი ანუ ბრტყელი ძვლები-ბეჭის, კეფის, თხემის, მენჯის, მკერდის.
- შერეული ძვლები- სახის ძვლები.

ადამიანის ჩონჩხში ზოგი ძვალი ვითარდება შემაერთებელი ქსოვილის ნიადაგზე

- **დესმალური ოსტეოგენეზი.** ასეთი ძვლები ცნობილია პირველი ტიპის ძვლების სახელწოდებით. ზოგი კიდევ იმგვარად ვითარდება, რომ შემაერთებელი ქსოვილი ჯერ ხრტილად გადაიქცევა და მხოლოდ ამის შემდეგ, ხრტილის ნიადაგზე, ვითარდება ძვალი – **ქონდრალური ოსტეოგენეზი.** ასეთი ძვლები მეორე ტიპის ძვლებად იწოდებიან.

პირველი ტიპის ძვლებს ეკუთვნის ქალასარქველის, სახის ქალას ძვლები და ლავიწის ძვლის სხეული. გაძვალების პროცესი შემდეგნაირად მიმდინარეობს:

განსაზღვრულ მომენტში, როცა იწყება შემაერთებელი ქსოვილის ძვლად გარდაქმნა, ქსოვილის ცენტრში ჩნდება ძვლოვანი პატარა კუნძული – ეს არის გაძვალების წერტილი. ამ წერტილიდან ძვალი იზრდება ყველა მიმართულებით, ხოლო შემაერთებელი ქსოვილის შრე რჩება მხოლოდ ძვლის ზედაპირზე, რომელიც შემდეგ ძვლისაზრდელად გადაიქცევა. ძვალში გაძვალების წერტილები რამოდენიმე შეიძლება იყოს.

მეორე ტიპის ძვლების გარდაქმნა ხდება გარედან და შიგნიდან. ძვლის ზრდის პროცესში დიაფიზსა და ეპიფიზს შორის ჩნდება ხრტილოვანი ფირფიტა - ეპიფიზური ხრტილი. ამის საშუალებით ლულისებრი ძვლები სიგრძეში იზრდება.

ჩონჩხის ძვლებისთვის ძირითადად ორგვარი დაკავშირებაა დამახასიათებელი:

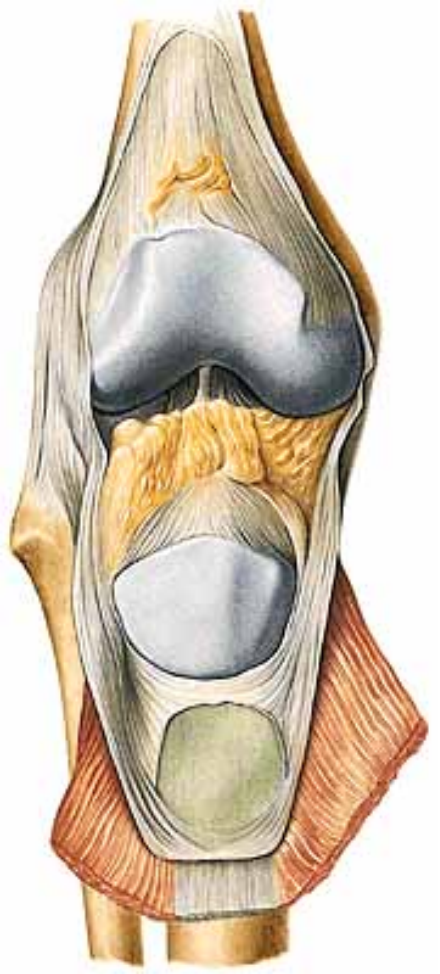
უწყვეტი და წყვეტილი ანუ სახსარი. უწყვეტი შეერთება ხდება ფიბროზული ან ხრტილოვანი ქსოვილის საშუალებით. ამ დროს მოძრაობა გაცილებით შეზღუდულია. წყვეტილი შეერთება ანუ სახსარი ხასიათდება იმით, რომ ძვლების ეპიფიზებს შორის ჩნდება სასახსრე ღრუ, რომელიც გვერდებიდან ჰერმეტულად არის დახურული შემაერთებელ-ქსოვილოვანი პარკით- სასახსრე ჩანთით, ხოლო სახსარში მონაწილე ძვლების შემხები ზედაპირები სასახსრე ხრტილებით არის დაფარული, რაც შესაბამისად ამცირებს ხახუნს. სასახსრე ჩანთის შიგნითა შრეს შეუძლია გამოიმუშაოს სპეციალური სინოვიალური სითხე, რომელსაც სახსრის საპოხი ნივთიერება ეწოდება.

ბოჭკოვან-შემაერთებელი ქსოვილის საშუალებით ძვლების დაკავშირებას სინდესმოზი ეწოდება. ამ შეერთების ერთ-ერთი სახეა იოგებით შეერთება, რომელიც გვხვდება ხერხემალში. სინდესმოზებს განეკუთვნებიან აგრეთვე აპკები - წინამხრისა და წვივის ძვლებს შორის, ნაკერები - ქალას ძვლებს შორის, ჩაჭდეულობა - კბილებისა და კბილბუდეთა ალვეოლების დაკავშირება.

ძვალთა ხრტილოვანი შეერთება არის ორგვარი:

- ჰიალინური ანუ ბოჭკოვანი ხრტილის საშუალებით - პირველი ნეკნის შეერთება მკერდთან, მალთაშუა ხრტილები,

- სიმფიზი - ბოქვენის ძვალთა შეერთება.



სახსარი -**Articulatio**

ძვალთა წყვეტილ შეერთებას, რომელშიც ორი ან მეტი ძვალი მონაწილეობს

სახსარი ეწოდება. ყოველი სახსარი ხასიათდება ძირითადი და დამატებითი ელემენტებით.

სახსრის ძირითადი ელემენტებია:

1. სახსარში ერთმანეთს ენაწევრება არანაკლებ ორი ძვალი;

2. სახსარში მონაწილე ყოველ ძვალს აქვს გლუვი სასახსრე ზედაპირი, რომელიც დაფარულია ჰიალინური ხრტილით;

3. სახსარში მონაწილე ძვლებს ერთმანეთთან აკავშირებს ჰერმეტულად დახშული პარკი – სასახსრე ჩანთა, რომელიც ძვლისაზრდელას გაგრძელებაა.

4. სასახსრე ჩანთის კედელი ორი შრისაგან შედგება: გარეთა-ბოჭკოვანი და

შიგნითა-სინავიალური.

5. სასახსრე ხრტილებსა და სასახსრე ჩანთას შორის არსებობს სასახსრე ღრუ.

6. სასახსრე ღრუში სასახსრე ჩანთის შიგნითა შრე გამოყოფს სითხეს-სინოვიას,

რომელიც ასველებს სასახსრე ზედაპირებს და ამცირებს ხახუნს.

ამ ელემენტების გარეშე სახსარი ვერ შეასრულებს თავის ფუნქციას.

სახსრის დამატებითი ელემენტებია:

1. სასახსრე ბაგეები-მათი საშუალებით იზრდება ძვლების სასახსრე ზედაპირი;

2. სახსარშიგა იოგები, ისინი მჭიდროდ აკავშირებენ სახსარში მონაწილე ძვლებს ერთმანეთთან;

3. სახსარშიგა ხრტილები დისკოს ან მენისკის სახით. ისინი მოთავსებული არიან სასახსრე ღრუში და მათი მეშვეობით სასახსრე ღრუ იყოფა ორ სართულად. მათ დაცვითი ფუნქცია აკისრიათ. ისინი ასუსტებენ მექანიკურ იმპულსებს და რყევას მოძრაობის დროს, ასევე ამცირებენ ხახუნს. ეს ხრტილები გვხვდება მუხლის სახსარში, მკერდ-ლავიწის სახსარში, საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსარში;

4. სესამოიდური ძვლები ჩართული არიან იმ სახსრებში, სადაც დიდი მექანიკური მუშაობაა საჭირო. მათ დამცველობითი ფუნქცია აქვთ. (მუხლის სახსარი-კვირისთავი და სხივ-მაჯის სახსარი-ცერცვისებული ძვალი)

სახსრის მიდამოში ძვლები და სასახსრე ჩანთა გარედან გამაგრებულია იოგებით, რომლებიც ერთი მხრივ ამაგრებენ სახსარს, ხოლო მეორეს მხრივ ზღუდავენ სახსრის მოძრაობის სიფართოვეს.

სახსარში მონაწილე ძვლების სასახსრე ზედაპირები ყოველთვის ერთმანეთს შეესაბამებიან. თუ ერთის ზედაპირი ბტყელია, მაშინ მეორე ძვლის ზედაპირიც ბრტყელია; თუ ერთის ზედაპირი ამობურცულია (სახსრის თავი), მაშინ მეორესი ჩაზნექილია (სახსრის ფოსო). სასახსრე ზედაპირი წარმოგვიდგება როგორც სხეულის ბრუნვის ზედაპირი, რომელიც მოძრაობს ბრუნვის ღერძის ირგვლივ.

არსებობს ერთღერძიანი და მრავალღერძიანი სახსრები: ერთღერძიან სახსარში ხდება მხოლოდ გაშლა ან მოხრა, ორღერძიანში- მოხრა, გასლა, მოზიდვა და განზიდვა, სამღერძიანში-მოხრა, გაშლა, მოზიდვა, განზიდვა და ბრუნვა.

თუ სახსარში მონაწილეობს ორი ძვალი ასეთი სახსარი მარტივია (მხრის), სახსარი რთულია, როცა მის შემადგენლობაში მონაწილეობს ორზე მეტი ძვალი (იდაყვის, კოჭ-წვივის), კომბინირებული ეწოდება ისეთ სახსრებს, რომლებიც მოქმედებენ სინქრონულად, მაგრამ ანატომიურად არიან დამოუკიდებელი სახსრები (საფეთქელ-ქვედა ყბის წყვილი სახსარი, ნეკნის თავისა და ბორცვის მალასთან შენაწევრება)

ტორსი - **Truncus**

ტორსის მთავარი შემადგენელი ნაწილია ხერხემალი, რომელიც მალების კრებულია (მალებისგან შემდგარი სვეტია). ის ადამიანის სხეულის ძირითადი საყრდენია. ხერხემალზე გაივლის ადამიანის სხეულის სიმძიმის ცენტრი. ხერხემლის სპეციფიკური აგებულების გამო ადამიანს საშუალება ეძლევა დაიცვს წონასწორობა ვერტიკალურ მდგომარეობაში და ვერტიკალურად გადაადგილდეს.

ხერხემალს ფიზიოლოგიურად აქვს ნადრეკები: ორი წინა - კისრის და წელის მიდამოში, მათ ლორდოზი ეწოდებათ და ორი უკანა - გულმკერდისა და გავის მიდამოში -კიფოზი. ახალშობილობის პერიოდში ხერხემალი თითქმის სწორია.

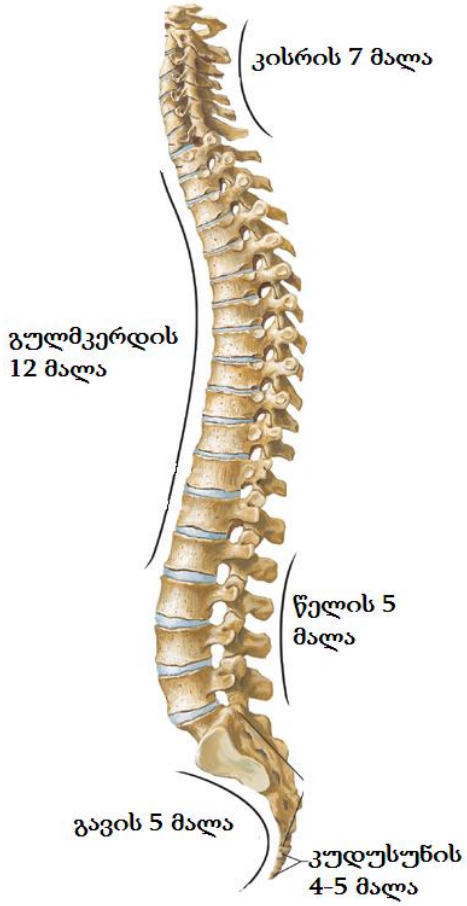
მოზრდილებში ეს ნადრეკები სტაბილური არ არის, რადგან მალები მოძრავად არიან ერთმანეთთან შეერთებულნი. ამის გამო წოლისას ნადრეკები სწორდებიან, ხოლო დგომისას ისევ ჩნდებიან. სწორედ ამით აიხსნება ის ფაქტი, რომ ადამიანი წოლისას 2-3სმ-ით გრძელია.

არსებობს ხერხემლის მოძრავი (კისრის, გულმკერდის, წელის) მალები და უძრავი (გავის, კუდუსუნის) მალები. არსებობს 24 თავისუფალი მალა, რომლებიც ცალკე ძვლებს წარმოადგენენ. გავის მიდამოში არის ერთმანეთთან

უძრავად შეერთებული და ერთ ძვალად წარმოდგენილი გავის 5 მალა (რომლებიც 18-წლამდე გარკვეულწილად ცალ-ცალკე არიან) და 4-5 მალა კუდუსუნის მიდამოში. ამრიგად, სულ 33-34 მალა, რომლებიც შემდეგნაირად ნაწილდებიან:

- კისრის 7 მალა – **vertebralae cervicales**
- გულმკერდის 12 მალა - **v. thoracicae**
- წელის 5 მალა - **v. lumbalis**
- გავის 5 მალა – **v. sacrales**
- კუდუსუნის 4-5 მალა - **v. Coccygeae**





ტიპიურ მალებად მიჩნეულია გულმკერდის მალები. მალას აქვს სხეული, რომელსაც უკანა მხარეს აქვს ორი რკალი და ერთმანეთთან შეერთებით ქმნიან მალის სხეულს, უკან

წარიზიდებიან და ქმნიან წვეტიან მორჩებს, რომლებიცმიმართულნი არიან ქვევით და კრამიტისებურად ერთმანეთს ფარავენ.

მალას ხვრელების ერთობლიობა ქმნის ერთმთლიან მილს – ხერხემლის არხს- Canalis vertebralis – რომელშიც ზურგის ტვინია მოთავსებული. მალებს აქვთ აგრეთვე წყვილი განივი მორჩი – ნეკნებთან დასაკავშირებლად და აქვს წყვილი ზედა და ქვედა სასახსრე მორჩები – მალების ერთმანეთთან მოძრავად დასაკავშირებლად.

მალების რკალებზე განარჩევენ ზედა და ქვედა ნაჭდევებს. ორი მეზობელი მალის ზედა და ქვედა ნაჭდევები ქმნიან ხვრელებს, რომლებსაც მალთაშუა ხვრელები ეწოდებათ. ამ ხვრელებიდან გამოდიან ზურგის ტვინის ნერვები.

კისრის მიდამოში - პირველი მალაა ატლასი,(**Athlantis** - პრომეთეს ძმა), რომელსაც სხეული არ აქვს, მას აქვს წინა და უკანა რკალები, რომლებიც გვერდებზე ქმნიან მასებს-შემსხვილებებს, ზემოთ და ქვემოთ აქვთ სასახსრე ზედაპირები- ზედა ზედაპირით უკავშირდება კეფის ძვალს (როკებს), ქვედა

ზედაპირით კისრის მე-2 მალას. კისრის პირველ მალას არ აქვს წვეტიანი მორჩი.

კისრის მე-2 მალას აქვს სხეული და გაყოფილი, გაორკაპებული წვეტიანი მორჩი. სხვა მალებისგან განსხვავებით მას აქვს კბილისებრი მორჩი, რომლის გარშემოც პირველი მალა ტრიალებს, ამიტომ მას კბილოვან მალას ანუ ღერძმალას ანუ აქსისს **Axis** უწოდებენ. კისრის დანარჩენი მალები თითქმის არაფრით განსხვავდებიან ერთმანეთისაგან, გარდა სხეულის სიდიდისა და სიმაღლისა. მე-7 მალის წვეტიანი მორჩი იმდენად გრძელია რომ კანქვეშ ადვილად ისინჯება, ამის გამო მას წარზიდულ მალას **vertebra prominens** უწოდებენ. კისრის მე-6 მალის ნეკნოვანი მორჩის ბოლო კარგადაა განვითარებული. ის ცნობილია როგორც საძილე ბორცვი – **tuberculum caroticum,** მასზე შეიძლება საძილე არტერიის მიბჯენა სისხლდენის დროს.

წელის მალების სხეულები საკმაოდ მსხვილი და მასიურია, მათი წვეტიანი მორჩები ბრტყელია, მოკლეა და ჰორიზინტალური მდგომარეობა აქვთ.

კისრის პირველი მალიდან დაწყებული გავის ძვლამდე, მალების სხეულები თანდათანობით უფრო მასიური ხდება, რავ იმით არის განპირობებული, რომ იზრდება ხერხემლის, როგორც საყრდენი სვეტის როლი.

გავის 5 მალა ერთმანეთთან ძვლოვანი შეერთებით არის დაკავშირებული და ქმნის სამკუთხა მოყვანილობის, ფუძით ზევით მიქცეულ მასიურ ძვალს. ეს ძვალი სოლისებურად არის ჩამჯდარი მენჯის ორ ძვალს შორის და შედის მენჯის შემადგენლობაში. გავის ძვალის ქვემო ნაწილი ვიწროა, მას მწვერვალს უწოდებენ. გავის ძვალზე განარჩევენ წინა მენჯისმხრივ ზედაპირს და უკანა ზურგისმხრივ ზედაპირს. ორივე ზედაპირისთვის დამახასიათებელია 4

წყვილი ხვრელი, საიდანაც ზურგის ტვინის ნერვები გამოდიან. გავის ძვლის გვერდითი ზედაპირები გლუვი არ არის - მათ ყურისებრი ზედაპირები ეწოდებათ. მათი საშუალებით გავის ძვალი ენაწევრება თეძოს ძვლების სათანადო ზედაპირებს და იქმნება გავა-თეძოს სახსრები. გავის ძვლის პირველ მალას, ფუძის მიდამოში, აქვს სასახსრე მორჩები წელის მე-5 მალასთან შესახსრებისთვის.

კუდუსუნის მალებს მთლიანად დაკარგული აქვთ მალას ფორმა. ისინი 4-5

ძვლოვანი სეგმენტია, რომლებიც მოძრავად არიან დაკავშირებული გავის ძვალთან. მხოლოდ პირველ მალას შერჩა განუვითარებელი სასახსრე მორჩები, ე.წ. კუდუსუნის რქები - **connua coccygea**

ხერხემლის სახსრებს ამაგრებენ იოგები: განივ მორჩთაშუა იოგები, წვეტთაშუა

იოგები, რკალთაშორისი ყვითელი იოგები და ა.შ.

წელის მალასა და გავის ძვლის საზღვარზე აღინიშნება მკვეთრად წინ წამოწეული კუთხე, რომელსაც კონცხს – პრომონტორიუმ (**promontorium**) – უწოდებენ

ფიზიოლოგიურ ნადრეკს, რომელიც თავისი რკალით წინ არის მიმართული, ლორდოზი ეწოდება, ხოლო რომელიც უკანაა მიმართული კიფოზი. არჩევენ აგრეთვე გვერდით ნადრეკებს - სქოლიოზი.

ღრმა მოხუცებულობის დროს ხერხემლის სიგრძე მოკლდება 7სმ-მდე.

ხერხემლის სიგრძე სხეულის სიგრძის 2/5-ია.

გულმკერდის ჩონჩხი

გულმკერდის ჩონჩხი შედგება გულმკერდის მალების, ნეკნებისა და მკერდის

ძვლისგან. მთლიანობაში ისინი ქმნიან გულმკერდის ღრუს **Cavum thorax**

მას აქვს ზემო ხვრელი **apertura thotacis superior** რომელიც მოსაზღვრულია

გულმკერდის პირველი მალის სხეულით, პირველი ნეკნებით და მკერდის ძვლის საუღლე ნაჭდევით _ და ქვემო ხვრელი **apertura thoracis inferior** მოსაზღვრული

გულმკერდის მე-12 მალას სხეულით, მე-12 ნეკნის ნაპირებით, მე-11 ნეკნის ბოლოებით, ხრტილოვან ნეკნთა რკალით **arcus costalis** და მახვილისებური მორჩით.

მამაკაცის გულმკერდი კონუსისებურია, ქალის – კასრისებური. ახალშობილის გულმკერდის განივი ზომა შედარებით მცირეა. ხოლო საგიტალური – დიდი. მოზრდილ ადამიანში, პირიქით, განივი ზომები ჭარბობს საგიტალურ ზომებს.

ნეკნებს შორის მოთავსებულია ნეკნთა შორისი სივრცეები **spatia intercostalia**, რომელიც ამოვსებულია თანამოსახელე კუნთებით.

ყველაზე დიდი სივრცე გულმკერდის გამოშეწირილობისა არის მე-8 ნეკნის დონეზე და უდრის 84 სმ. მოზრდილი და ჯანმრთელი მამაკაცის გულმკერდის გარშემოწერილობა არ უნდა იყოს მისი სიმაღლის ზომის ნახევარზე ნაკლები.

იმ ადამიანთა გულმკერდი, რომელთაც კუნთები სუსტად აქვთ განვითარებული გრძელი, ბრტყელი და ვიწროა და მკერდის კუთხეც მახვილია. ასეთ ადამიანებს ფილტვების დაავადები ადვილად უვითარდებათ. ზოგ შემთხვევაში გულმკერდი გაგანიერებულია ქვედა მიმართულებით. ასეთ გულმკერდს ემფიზემატოზური გულმკერდი ეწოდება. რაქიტით დაავადებულთა შემთხვევაში გულმკერდი შევიწროვებულია და მკერდის ძვალი წინ არის გამოწეული, ამგვარ გულმკერდს ქათმისებური - **pectus carinatus** ეწოდება. წელზე ქამრის ძლიერი შემოჭერა იწვევს გულმკერდის ქვედა ნაწილის შევიწროვებას და განივრდება გულმკერდის ზემო ნაწილი. მოხუცებულობაში ნეკნების ხრტილები იკირება და გულმკერდის მოძრაობაც იზღუდება.

ნეკნები - **costae**

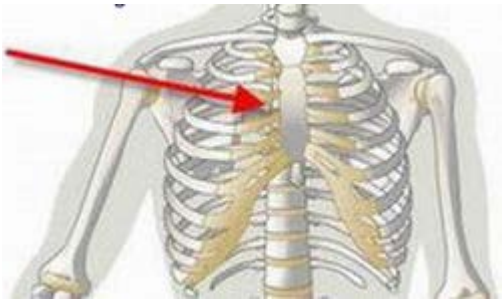
ადამიანს 12 წყვილი ნეკნი აქვს. ტიპიური ნეკნი (მე-6 ან მე-7) შედგება ორი ნაწილისაგან: უმეტესი, უკანა ნაწილი ძვლოვანია – **os costale** და მცირე, უკანა ნაწილი ხრტილოვანი – **cartilage costalis.** უკანა ნაწილზე აღენიშნება ნეკნის თავი, რითაც მალას სხეულს ენაწევრება. ნეკნის თავს მოყვება შევიწროვებული ნაწილი – ნეკნის ყელი **collum costae,** შემდეგ მოდის ნეკნის კუთხე - **angulus costae** უხვევს წინ და გადადის სხეულში - **corpus costae.** ნეკნის შიგნითა ზედაპირზე აღინიშნება ღარი **sulcus costae** - ნეკნთაშუა სისხლძარღვებისათვის და ნერვებისათვის.

ნეკნების პირველ 7 წყვილს ნამდვილი ნეკნები - **costae verae** ეწოდებათ, რადგან ყველა ეს ნეკნი საკუთარი ხრტილით შეერთებულია მკერდის ძვალთან.

ქვედა 5 წყვილი ნეკნი ცნობილია ცრუ ნეკნების სახელით - **costae spuriae.**

მე-8, მე-9, მე-10 ნეკნები ხრტილოვანი ნაწილით ჯერ ერთმანეთს უერთდებიან, შემდეგ კი მე-7 ნეკნის ხრტილს უკავშირდებიან. უკანასკნელი 2 წყვილი ნეკნის ხრტილები არ უერთდებიან არც მკერდის ძვალს, არც ერთმანეთს და თავისუფლად მდებარეობენ მუცლის კუნთების სისქეში - მათ მერყევი ნეკნები ეწოდებათ - **costae fluctuantes**

მკერდი - **Sternum**



მკერდი სამი ნაწილისაგან შედგება: მკერდის ტარი **Manubrium sterni**, სხეული-

Corpus sterni და მახვილისებური მორჩი - **processus xyphoideus.**

მკერდის ტარის ზევით არის საუღლე ნაჭდევი incisurae jugularis, ხოლო გვერდებზე ლავიწების წყვილი ნაჭდევი **incisurae clavucularis** ცოტა ქვევით სანეკნე ნაჭდევები- **incisurae costales** პირველი და მეორე ნეკნებისთვის. ტარი სხეულს უმეტესს შემთხვევაში ხრტილოვანი ჩანაფენით **synchondrosis sternalis** –ით უერთდება.

მახვილისებური მორჩი ბრტყელი, მოკლე, ნიჩბისებური ფორმისაა და ახალგაზრდობის ასაკში ხრტილისაგან შედგება, შემდეგ ძვლად იქცევა და მკერდის ძვლის სხეულს უხორცდება.

მენჯის ჩონჩხი

მენჯის ჩონჩხი შედგება მენჯის ორი ძვლისგან, გავისა და კუდუსუნისაგან.

წინიდან მენჯის ორი ძვალი შეერთებულია ბოქვენის სიმფიზით, უკნიდან გავის ძვალს უერთდებიან ყურისებრი ზედაპირებით და ქმნიან გავა-თეძოს სახსრებს.

ამრიგად, ამ ძვლებით შეიკვრება მთლიანი ძვლოვანი რგოლი მენჯი **Pelvis**

მენჯი იყოფა ორ ნაწილად: დიდი მენჯი - **pelvis major** და მცირე მენჯი _

Pelvis minor დიდსა და მცირე მენჯ შორის საზღვარი წარმოდგენილია სასაზღვრო ხაზით **linea terminalis**, რომლის შემადგენლობაში შედის: კონცხი, რკალოვანი ხაზი, ბოქვენის ქედი, ბოქვენის ბორცვი და ბოქვენის ძვალთა სიმფიზი. ამ საზღვარს ეწოდება მცირე მენჯის შესავალი.

დიდი მენჯი **distantia spinarum** - მანძილი თეძოს ძვლების წინა ზემო წვეტებს

შორის და უდრის 23-25 სმ-ს. **Distantia cristarum** - მანძილი თეძოს ძვლების ქედების ყველაზე დაშორებულ წერტილებს შორის და უდრის 25-28 სმ-ს.



მცირე მენჯის ზომები: **conjugatae** - პირდაპირი ზომები _ კონცხსა და ბოქვენის სიმფიზის ზემო ნაპირს შორის.

Diameter transversa - განივი დიამეტრი- სასაზღვრო ხაზის დაშორებულ წერტილებს შორის.

მენჯის ძვალი შედის მენჯის შემადგენლობაში, მაგრამ ამავე დროს ის ქვემო კიდურის სარტყლის უძრავი ძვალია.

მენჯის ძვალი 16 წლამდე 3 ნაწილისაგან შედგება: თეძოს ძვალი – **os ilium,** ბოქვენის ძვალი - **os pubis**, საჯდომი ძვალი - **os ishii**, ამ სამი ნაწილის სხეულების შეზრდა ხდება ტაბუხის ფოსოში, რომელსაც **acetabelum** ეწოდება.

თეძოს ძვალი ძევს ამ ფოსოს ზევით, საჯდომი ძვალი უკან და ქვევით, ბოქვენის ძვალი წინ და მედიალურად.

თეძოს ძვალს ორი ნაწილი აქვს: მომსხვილო, თეძოს ძვლის სხეული -

Corpus ossis ilii და მისგან წარზიდული ბრტყელი და განიერი ფრთა -

Ala ossis ilii, რომლის თავისუფალ კიდეს თეძოს ქედი ეწოდება **crista iliacae**

ქედი წინიდან მთავრდება თეძოს წინა ზემო წვეტით – **spina illiacae anterior superior** .

აგრეთვე აქვს – **spina illiacae posterior superior,** რომლის ქვემოთ არის – **spina illiacae posterior inferior.** ფრთის შიგნითა ზედაპირი ჩაღრმავებულია და ეწოდება

თეძოს ფოსო – **fossa illicae** ფოსსა ილიაცაე. თეძოს ძვლის გარეთა სადუნდულე ზედაპირზე – არის სამი ხორკლიანი ხაზი, რომლებიდანაც დუნდულა კუნთები იწყება. რკალოვანი ხაზით თეძოს ძვლის სხეული ბოქვენის ძვლის სხეულს უერთდება.

ბოქვენის ძვალში არჩევენ სხეულს – **corpus ossis pubis,** ზედა ჰორიზონტალურ ტოტს **– ramus superior ossis pubis** და ქვედა, დასწვრივ ტოტს – **ramus inferior ossis pubis**.

საჯდომ ძვალში არჩევენ სხეულს –ცორპუს ოსსის ისცჰიი, რომელიც გადადის ტოტში

Ramus ossis ishii – გადასვლის მომენტში არის საჯდომი ბორცვი – **tuber ishiadicum**.

ტაბუხის ბუდე – **acetabulum**

დახურული ხვრელი – **foramen obturatum**.

ზემო კიდური – **membrum superior, extremitas superior**.

არჩევენ სარტყელს – **cingulum membri superior** და თავისუფალ ნაწილს – **membrum superior libera.**

სარტყელს ეკუთვნის ორი ძვალი: ლავიწი – **clavicula** და ბეჭი - **scapula**

თავისუფალ ნაწილში არჩევენ სამ ნაწილს: მხარს – **brachium**, წინა მხარს –

antebrachium და მტევანს – manus, რომელიც თავის მხრივ იყოფა: მაჯად –carpus, ნებად – matacarpus და თითებად – digiti manus.

ზედა კიდური სარტყლის საშუალებით უმაგრდება ტორსს შემდეგნაირად:

ლავიწი თავისი სამკერდე ბოლოთი უერთდება მკერდის ტარს, მეორე ბოლოთი ბეჭის ძვალს (აკრომიული ბოლოთი) – ბეჭის ძვლის აკრომიონს.

ლავიწი – **clavicula**



ლავიწი წარმოადგენს გრძელ S-ებურად მოდრეკილ ძვალს, რომელსაც აქვს ორი ბოლო: სამკერდე – extremitas sternalis და აკრომიული –extrmitas acromialise

ბეჭი – **scapula**

ბეჭი სამკუთხედის ფორმის ბრტყელი ძვალია. მასზე არჩევენ ორ ზედაპირს:

სანეკნეს –**facies costalis** და ზურგისას **– facies dorsalis**. აქვს სამი კიდე:

Margo superios, medialis et lateralis და სამი კუთხე: **angulus superior, angulus lateralis et inferior.**

ბეჭის სანეკნე ზედაპირი ოდნავ შედრეკილია და ეწოდება ბეჭქვეშა ფოსო –

Fossa subscapularis, მასზე გამოხატულია რამოდენიმე კუნთოვანი ხაზი.

ბეჭი მდებარეობს გულმკერდის უკანა კედელზე მე-2 - მე-7 ნეკნებს შორის.

მისი დორზალური ზედაპირი ოდნავ გამოდრეკილია და ბეჭის ქედით - **spina scapulae**-თი იყოფა ორ ფოსოდ: ქედზედა ფოსო – **fossa supra spinata** და ქედქვედა ფოსო – **fossa infraspinata.**

ბეჭის ქედის ბოლო მიემართება გარეთ, სქელდება და ქმნის დიდ მასიურ მორჩს,

შებრტყელებულს ზევიდან ქვევით. ამ მორჩს ეწოდება აკრომიონი. ამ მორჩს აქვს სასახსრე ზედაპირი ლავიწთან შესაერთებლად. ბეჭის ზედა კიდესთან არის ნისკარტისებული მორჩი – **processus coracoideus**. ეს მორჩი მიემართება ჯერ წინ, შემდეგ კი მკვეთრად უხვევს გარეთ და თავდება მომრგვალებული ბოლოთი.

ბეჭის გარეთა კუთხე გამსხვილებულია და ელიფსის მოყვანილობის სასახსრე ფოსოა – **cavitas glenoidalis**, რომელიც მხრის ძვლის თავს უერთდება.

მხრის ძვალი – **Humerus**

მხრის ძვალი ეკუთვნის ლულისებრ ძვლებს. აქვს დიაფიზი ანუ სხეული და

ორი ეპიფიზი. ზემოთ მხრის თავია – **caput humeri**, რომელიც ბეჭის სასახსრე ფოსოს ენაწევრება. თავი მიმართულია შიგნით და და შემოფარგლულია ღარით, რომელსაც ანატომიური ყელი ეწოდება – **collum anatomicum**. ყელის გარეთ ორი ბორცვია: გარეთა დიდი ბორცვი და შიგნითა მცირე. ეს ბორცვები ქვევით ვიწროვდებიან და ქმნიან დიდი და მცირე ბორცვების ქედებს. ბორცვებს შორის გამოხატულია ბორცვთაშუა ღარი, რომელშიც გაივლის მხრის ორთავა კუნთის გრძელი თავის მყესები. ბორცვების ცოტა ქვევით არისქირურგიული ყელი **collum chirurgicum**.

დელტისებური კუნთის მისამაგრებლად სხეულის შუა ნაწილზე არის ხორკლი

Tuberositas deltoidea, ხოლო უკანა ზედაპირზე სხივის ნერვის ღარი – **sulcus nervi radialis.**

მხრის ძვლის ბოლო გაგანიერებულია და ეწოდება როკი –comdylus humeri.

მას დართული აქვს ორი სასახსრე ზედაპირი: გარეთა – სფერული მუყვანილობისაა და ეწოდება **capitulum humeri**, ხოლო შიგნითა – ჭაღის – **trochlea**– მოყვანილობისაა. წინიდან ჭაღის ზემოთ მოთავსებულია ორი ფოსო:

შიგნითა გვირგვინოვანი ფოსო – **fossa coronoidea** – იდაყვის ძვლის გვირგვინოვანი მორჩისათვის და გარეთა პატარა – სხივის ფოსო – სხივის ძვლის თავისათვის. უკნიდან ჭაღის ზემოთ არსებობს იდაყვის ფოსო- იდაყვის მორჩისათვის. გვერდებზე აქვს წარზიდულობები - შიგნითა და გარეთა ზედაროკები. აქედან იწყება წინამხრის კუნთები.

წინამხრის ძვლები – **ossa antebrachii**

წინამხარი შედგება ორი ძვლისგან: სხივისგან – **radius** და იდაყვისაგან – **ulna**.

ეს ძვლები ეკუთვნიან ლულისებრ ძვლებს.

სუპინაციის მდგომარეობაში წინამხრის ძვლები პარალელურად მდებარეობენ, ისე რომ სხივის ძვალი თავსდება გარეთა მხარეს, ცერის გასწვრივ, ხოლო იდაყვის ძვალი შიგნით – ნეკის გასწვრივ. წინამხრის ძვლები ისეა მოდრეკილი, რომ ერთმანეთს ეხებიან მხოლოდ ბოლოებით, დანარჩენ მანძილზე კი მათ შორის რჩება წინამხრის ძვალთაშუა სივრცე – **spatium interosseum antebrachii**.

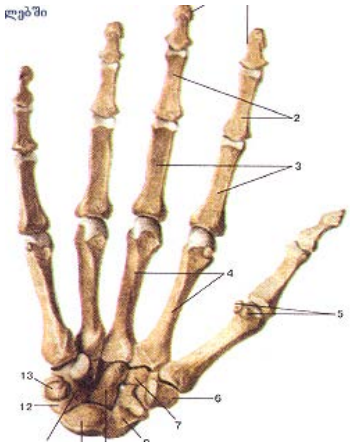
იდაყვის ძვლის ზემოთ არის სასახსრე ზედაპირი – ჭაღისებური ნაჭდევი - i**ncisura trochlearis** - მხრის ძვალთან შესაერთებლად. უკნიდან მოსაზღვრულია იდაყვის მორჩით - **olecranon**-ით,

ხოლო წინიდან მცირე გვირგვინოვანი მორჩით - **processus coroneideus**. იდაყვის ძვლის ზევითა ბოლოს გარეთა მხარეზე არის სხივის ნაჭდევი **imcisura radialis** - სხივის ძვლის თავთან შესაერთებლად.

იდაყვის სხეული **corpus ulnae** - სამწახნაგოვანია. იდაყვის ქვედა ბოლო ცილინდრული ფორმისაა - **caput ulnae** - იდაყვის თავი, რომელსაც შიგნიდან გაშვერილი აქვს სადგისისებური მორჩი - **processus styloideas**, სხივისკენ მიმართული მხარე კი მომრგვალებულია და აქვს სასახსრე ზედაპირი - იდაყვის საბრუნებელი სასახსრე ზედაპირი - **circumferencia articularis ulnae**.

სხივის ძვლის ზედა ბოლოს ეწოდება სხივის თავი - **caput radii.** ზემოთ არის სასახსრე ფოსო მხრის ძვალთან შესაერთებლად. მას მოსდევს ყელი – **collum radii**. თავზე გამოხატულია მომრგვალო სასახსრე ზედაპირი - სხივის საბრუნებელი სასახსრე ზედაპირი - **circumferencia articularis radii**. აქვს სხივის ხორკლი –**tuberositas radii**, მხრის ორთავა კუნთის მყესისათვის. მედიალურად ზევით არის იდაყვის ნაჭდევი **incissura ulna**

მტევნის ძვლები - **ossa manus**



მაჯის ძვლები - **ossa carpi**

მაჯა შედგება ორ რიგად დაწყობილი რვა ძვლისგან:

პროქსიმალური რიგი:

1. ნავისებური ძვალი - **os navicularis**;

2.მთვარისებური - **os lunatum**;

3.სამწახნაგიანი - **os triquetrum;**

4.ცერცვისებური - **os pisiforme**;

დისტანციური რიგი:

1.ტრაპეციული - **os trapezium**;

2.ტრაპეცოიდული - **os trapezoideum;**

3.თავდიდა - **os capitatum;**

4.კავიანი - **os hamatum.**

პროქსიმალურ რიგში ნავისებური და მთვარისებური ენაწევრება სხივის ძვალს,

სანწახნაგიანი - იდაყვის ძვალს, ცერცვისებული - სამწახნაგიან ძვალს.

დისტალური რიგის ყველა ძვალს აქვს სასახსრე ზედაპირი. ისინი ენაწევრებიან პროქსიმალურ როგს, ნების ძვლებს და ერთმანეთს. ბორცვი გარედან ტრაპეციული ძვლის ბორცვია.

ნების ძვლები - **ossa metacarpalia**

ნები ხუთი ძვლისგან შედგება. იგი ეკუთვნის გრძელ ძვლებს: ეპიფიზებით და დიაფიზებით, ისინი ერთვის ფალანგებს.

მტევნის თითების ძვლები - **ossa digitorum manus**

ყოველი თითი შედგება ძვლოვანი ნაწილებისაგან - ფალანგებისაგან. ცერს აქვს ორი ფალანგი, დანარჩენებს სამი: დისტალური (ფრჩხილთან ერთად), შუა და პროქსიმალური.

ქვედა კიდური - **membrum inforiur**

სარტყელი - **cingulum membri inferioris** - ეს არის მენჯის ძვალი და თავისუფალი ნაწილი - **membrum inferius libera** - შედის ბარძაყი - **femur**, კანჭი - **crus** და ტერფი -pes. მუხლის მიდამოში კვირისთავია - **patella**.

ბარძაყი - **femur**, ეს არის ლულისებრი ძვალი. აქვს **corpus femoris** და ეპიფიზები.

თავი - **caput femoris** სფერულია, რომელსაც შუაში აქვს ხორკლიანი ფოსო - **fovea capitis femori,** მას მოსდევს ყელი - **collum femoris**, ყელის შემდეგ ორი ბორცვი: გარეთა - დიდი ციბრუტი - **trochanter major**, მეორე – შიგნით და უკან მცირე ციბრუტი -**trochenter minor**. მის უკან ქედის ხაზი - ხორკლიანი ქედის კუნთის მისამაგრებლად. ბარძაყის ძვალის სხეული გამრუდებულია. დიდი ციბრუტის უკან და ქვემოთ - სადუნდულე ხორკლი -**tuberositas glutea**. ქვედა ეპიფიზთან არის სამკუთხა მოყვანილობის ე.წ. მუხლქვეშა ზედაპირი **facies poplitea**. ბოლოებში არის შიგნითა და გარეთა როკები, მათ შორის როკთაშუა ფოსო **fossa intercondylaris.** ქვედა ეპიფიზზე განირჩევა სასახსრე ზედაპირები დიდი წვივისა და კვირისთავისათვის.

კვირისთავი - **patella** - ბრტყელი ძვალია. კვირისთავი მოთავსებულია ოთხთავა კუნთის მყესის სისქეში და იცავს მუხლის სახსარს.

კანჭის ძვლები - **ossa cruris**

დიდი წვივი - **tibia** - ლულისებურია, ე.ი. აქვს დიაფიზი და ეპიფიზები. ზედა ბოლოზე: შიგნითა და გარეთა როკები - **condyles medialis et lateralis**.

ზემოდან ქმნის სასახსრე ზედაპირს ბარძაყის ძვლისთვის, გვერდით მდებარეობს პატარა, ბრტყელი - მცირე წვივის სასახსრე ზედაპირი - მცირე წვივის თავისთვის. დიდი წვივის უკანა ზედაპირზე ძვლოვანი ხორკლიანი ხაზია ე.წ. ქუსლის კუნთის ხაზი **linea m. solei.**

დიდი წვივის ქვედა ბოლო უფრო წვრილია და მედიალურად აქვს ქვევით მიმართული, სქელი ძვლოვანი მორჩი - შიგნითა გოჯი - **malleolus medialis**.

მცირე წვივი - **fibula**

ლულისებურია - დიაფიზით და ორი ეპიფიზით.

Caput fibulae -თი ის დიდი წვივის ძვალს უერთდება.

სხეული პრიზმის მოყვანილობისაა. აქვს სამი ზედაპირი და შესაბამისად კიდეები -margo-ები. ქვედა ბოლოზე - გარეთა გოჯი **malleolus lateralis** და გარეთა გოჯის სასახსრე ზედაპირი. უკანა მხარეზე - გარეთა გოჯის ფოსო, რომელშიც მცირე წვივის კუნთების მყესები გაივლის. ორივე ძვალი ერთმანეთის პარალელურია და მათ შორის არის კანჭთაშუა სივრცე.

ტერფი - **ossa pedis**

უკანა ტერფი - **tarsis**, წინა ტერფი - **metatarsus** და თითები - **digiti pedis**

უკანა ტერფი 7 ძვალია:

1. კოჭის ძვალი -**talus**

2.ქუსლის - **calcaneus**

3.ნავისებური - **os navicularis**

4.კუბური - **os cuboideum**

5.შიგნითა სოლისებური - **os cuneiforme mediale**

6.შუამდებარე---------- **intermedium**

7.გარეთა ---------- **laterale**

წინა ტერფის ძვლები - **ossa metatarsalia**

წინა ტერფის ძვლები ხუთია. ყველა ლულისებრია, აქვთ გასქელებული ფუძეები, ბრტყელი სასახსრე ზედაპირებით, რომლებითაც ისინი უკანა ტერფის ძვლებს (სამი სოლისებური და კუბური) ენაწევრებიან და აქვთ წინა ბოლოები – თავები – სფერული სასახსრე ზეწდაპირებით, რომლებითაც პირველი რიგის ფალანგებს უერთდებიან.

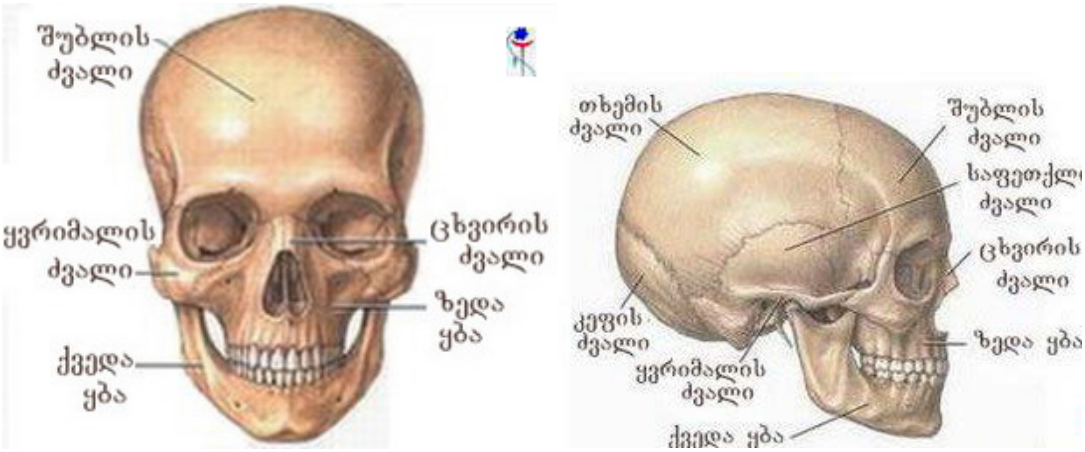
Ossa digitorum pedis

ტერფის ყოველი თითი შედგება ე.წ. ფალანგებისაგან. ცერს აქვს ორი ფალანგი. მე-4 და მე-5 თითის შუა და დისტალური ფალანგები უმეტესს შემთხვევაში შეზრდილია.

ქალას ძვლები - ossa cranii

თავის ქალა შედგება 31 ძვლისგან. ძვლების დიდი ნაწილი ეკუთვნის შერეულ ძვლებს , მხოლოდ ზოგიერთი ძვალი ბრტყელი ფორმისაა. ნამდვილი ბრტყელი ძვალი მათ შორის მხოლოდ ერთია _ თხემის ძვალი (წყვილი). გარედან და შიგნიდან დაფარულია მკვრივი ძვლოვანი ნივთიერებისაგან, რომელთა შორის არის ღრუბლისებური ნივთიერება. გარედან თხემის ძვალი, ისევე როგორც ყველა დანარჩენი ძვალი, მოფენილია ძვლისაზრდელათი, რომელსაც ქალაზე ეწოდება პერიკრანიუმი. დაბადების შემდეგ ძვლისაზრდელა შიგნიდან თანდათან შორდება ძვალს, სქელდება, მკვრივდება და ქმნის ტვინისათვის ე.წ. მაგარ გარსს. ქალას ბრტყელი ძვლების შიგნითა მკვრივი ე.წ. კომპაქტური ნივთიერება ელვარე ზედაპირს

წარმოადგენს, მეტად ფხვიერია, ადვილად ტყდება და ეწოდება მინისებრი ფირფიტა **lamina vitrea**.



თხემის ძვლების გარდა, ბრტყელი ძვლოვანი ნაწილები აქვს ქალას სხვა ძვლებსაც. ამ ნაწილებს ქიცვები ეწოდებათ. ასეთია: შუბლის ძვლის ქიცვი, საფეთქლის ძვლის ქიცვი და სოლისებური ძვლის დიდი ფრთები. ამ ნაწილების გაერთიანება თხემის ძვლებთან ქმნის ტვინის კოლოფის კედლებს.

თავის ქალას ზოგიერთი ძვალი შეიცავს ღრუს, რომელშიც ჰაერია მოთავსებული - მათ ჰაეროვან ძვლებს უწოდებენ - **ossa pnumatica**, მათ ღრუებს კი წიაღს - სინუსს.

ჰაეროვან ძვლებს ეკუთვნის:

1.სოლისებური ძვალი (ძირითადი ძვალი) , მისი წიაღი - **sinus sphenoidalis**;

2.შუბლის ძვალი, მისი წიაღი - **sinus frontalis**;

3.ცხავის ძვლის ლაბირინთის უჯრედები - **cellulae ethmoidales**;

4.ზედა ყბა, მისი წიაღი **- sinus maxillaris**;

5.საფეთქლის ძვალი, მისი დაფის ღრუ - **cavum tympani**;

6.დვრილისებრი უჯრედები - **cellulae mastoideae**.

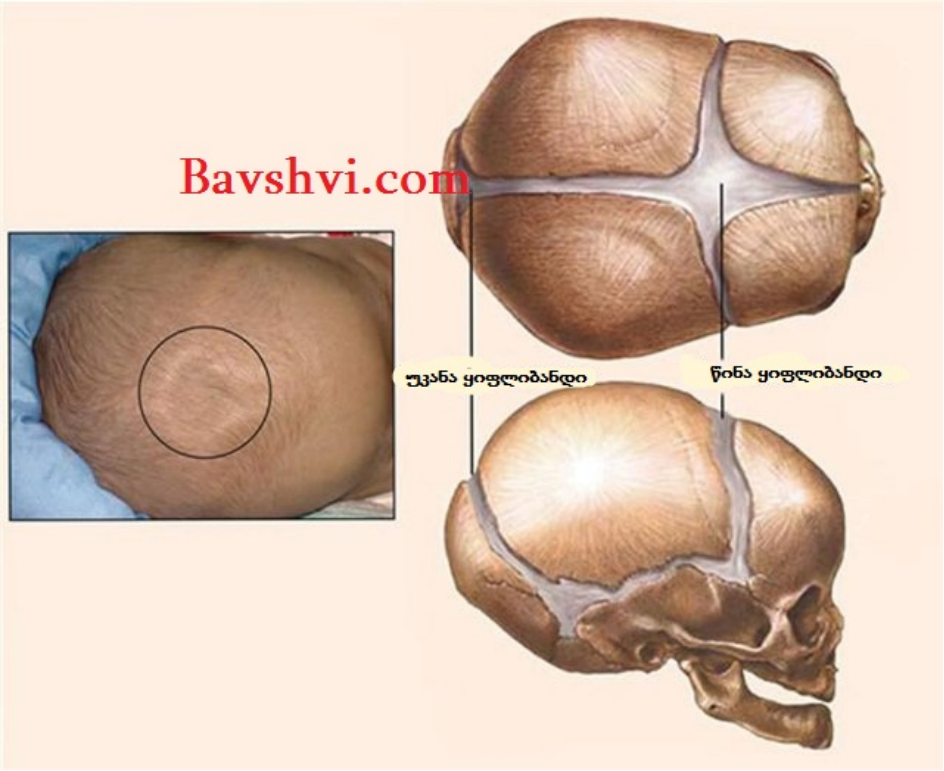
ქალას ძვლები ნაკერებით - **suturae** - არიან შეერთებულნი.

ნაკერები არის სამი სახის:

1. დაკბილული - **sutura serrata**;

2. ქიცვისებური - **sutura squamosa**;

3. ბრტყელი - **sutura plane**.



ერთ წლამდე ბავშვებში ნაკერები ღიაა და ძვლები ერთმანეთთან შეერთებულია ბოჭკოვანი შემაერთებელი ქსოვილით, რომელიც ზოგ ადგილზე გაფართოებულია და ქმნის ე.წ. ყოფლიბანდებს - **fonticuli cranii**.

წინა ყიფლიბანდი - **fonticuli anterior** - მდებარეობს ქალას შუა ხაზზე, თხემის ძვლებსა და შუბლის ძვლებს შორის.

უკანა ყიფლიბანდი - **fonticuli posterior** - მდებარეობს ქალას შუა ხაზზე, თხემისა და კეფის ძვლებს შორის.

სოლისებური ყიფლიბანდი - **fomticuli sphenoidalis** - მდებარეობს თხემის ძვლის უკანა გარეთა კუთხესა და სოლისებური ძვლის დიდ ფრთას შორის.

დვრილისებური ყიფლიბანდი - **fonticuli mastoideus** - მდებარეობს თხემის ძვლის უკანა გარეთა კუთხესა და საფეთქლის ძვლის დვრილისებურ მორჩს შორის.

ქალა იყოფა ორ ნაწილად: ტვინის ქალა - **cranium cerebrale** და სახის ქალა - **cranium vuscerale.**

ტვინის ქალა შეიცავს თავის ტვინს და დიდი ხვრელით - **foramen magnum**-ით ერთვის ხერხემლის არხს.

სახის ქალა შეიცავს საჭმლის მომნელებელ და სასუნთქი სისტემების დასაწყის ნაწილებს და აგრეთვე გრძნობის ორგანოებს.

ტვინის ქალას ძვლები

1. სოლისებური - **os sphenoidale;**

2. კეფის - **os occipitale**;

3. შუბლის - **os frontale**;

4. ცხავის - **os ethmoidale;**

5. თხემის - **os parietale** (წყვილი);

6. საფეთქლის - **os emporale** (წყვილი).

სახის ძვლები

1. ზედა ყბა (წყვილი) - **maxille** ;

2. ყვრიმალი (წყვილი) –**zygomaticum;**

3. სასის (წყვილი) - **palatinum**;

4. სახნისი (კენტი) - **vomer**;

5. ცხვირის (წყვილი) - **nazale**;

6. ცრემლის (წყვილი) - **lacrimale**;

7. ცხვირის ქვედა ნიჟარა (კენტი) – **conche nazalis inferior**;

8. ქვედა ყბა - **mandibula**;

9. ინის ანუ ენისქვეშა ძვალი - **hyoideum**;

10.სასმენი ძვლები (სამი წყვილი) ჩაქუჩი - **maleus**, გრდემლი - **icus** და უზანგი - **stapes.**

ქალას განვითარების ზოგადი მიმოხილვა

ახალშობილის ტვინის ქალასა და სახის ქალას შორის განსხვავება ნათლადაა გამოხატული, რადგან ტვინი და გრძნობის ორგანოები უფრო სწრაფად და ინტენსიურად იზრდება, ვიდრე საღეჭი აპარატი. ქალასარქველი - **calvaria** უფრო გავითარებულია, ვიდრე ქალას ფუძე. ქალასარქველის ნაკერები ჯერ არ არსებობს და ძვლები შეერთებული არიან ბოჭკოვან-შემაერთებელქსოვილოვანი მკვრივი ფირფიტებით. შუბლისა და თხემის ბორცვები კარგადაა გავითარებული, ამიტომ ქალას ზემოდან რომ დავხედოთ ის ოთხკუთხა მოყვანილობისაა. თითქმის ყველა ძვალი ცალ-ცალკეა. სოლისებურ ძვალშიც კი ფრთები არ არის სხეულთან შეზრდილი. ახალშობილის ტვინი ინტენსიურად იზრდება და სხეულის წონის 14%-ია, ხოლო მოზრდილის 2%.

დაბადების შემდეგ ქალას გავითარება სამ ხანად იყოფა:

1.პირველი ხანა _ დაბადებიდან 7-წლამდე: პირველი წლის განმავლობაში ქალას ყველა ძვალი იზრდება თანაბრად, მეორე წლიდან ძვალთა ზოგიერთი ნაწილის ზრდა დამთავრებულია, მაგ. სოლისებური ძვლის სიგრძე, კეფის დიდი ხვრელის ზომა, საფეთქლის ძვლის კლდოვანი ნაწილის ზომა, ცხავის ძვლის დაცხრილული ფირფიტის სიგანე.

2. მე-2 ხანა - 7-16 წლები. ამ დროს ქალას ორივე ნაწილი სიგანეზე იზრდება. განსაკუთრებით სწრაფი ზრდა ემჩნევა კეფის, თხემის და შუბლის ძვლებს, ყვრიმალის რკალები მკვეთრად იდრიკება, სახის ქალა გრძელდება, სანამ არ მიაღწევს თავის საბოლოო ზომებს.

3. მესამე ხანაში იზრდება ქალას შუბლის ნაწილი და ოცი წლის შემდეგ ქალას ნაკერები თანდათანობით იწყებენ შეზრდას. ზოგ შემთხვევაში ადამიანს ნაკერები შეიძლება შერჩეს ღრმა სიბერემდე, ხანდახან კი შეიძლება შეიზარდოს ნაადრევად. ნაკერების ნაადრევი შეზრდა ერთმხრივი ან ნაწილობრივია, მაშინ ქალა ასიმეტრიულად იზრდება და მახინჯდება.

კითხვები:

1. რა ფუნქციები აქვს ჩონჩხს?

2. რა ნივთიერებებისაგან შედგება ძვალი?

3. რომელია ლულოვანი ძვლები:

4. რას ნიშნავს დესმალური ოსტეოგენეზი?

5. ჩამოთვალეთ სახსრის ძირითადი ელემენტები.

6. რომელია სესამოიდური ძვლები?

7. რამდენი მალა აქვს ადამიანს?

8. რა ნაწილებისაგან შედგება ხერხემალი (ჩამოთვალეთ)?

9.რა ჰქვია პირველ მალას?

10.რა ჰქვია გულმკერდის ღრუს?

11 რამდენი ნეკნი აქვს ადამიანს?

12. რას ნიშნავს ნამდვილი ნეკნები და რამდენი წყვილი?

13. რას ნიშნავს ცრუ ნეკნები და რამდენია?

14. რა ჰქვია ლათინურად ლავიწის ძვალს?

15. რა ჰქვია ლათინურად ბეჭის ძვალს?

16. რომელი ძვლის თავი ენაწევრება ტაბუხის ფოსოს?

17. როგორი ტიპის ძვლებს მიეკუთნება მხრის ძვალი და რომელ ძვლებს უკავშირდება?

18.რამდენი მწკრივისგან და რამდენი ძვლისაგან შედგება მაჯა?

19. რა შედის ქვედა კიდურის სარტყელის შემადგენლობაში?

20. რა ჰქვია ლათინურად ბარძაყს?

21. რა ძვლები შედის კანჭის ძვლებში?

22.რამდენი ძვლისაგან შედგება ქალას ძვლები?

23. რომელ ძვლებს შორის მდებარეობს წინა ყიფლიბანდი?

24. თხემის ძვალი წყვილია თუ კენტი?

გამოყენებული და საინტერესო ვებ-მასალა:

http://www.mkurnali.ge/kani-kunthebi-dzvlebi/orthopedia/1605-2009-11-06-11-35-40.html

https://docs.google.com/document/d/1Mo4H3HrQJeBWjPSeNQxodVMS7B2rU0SEwaXRYx1mz-w/edit

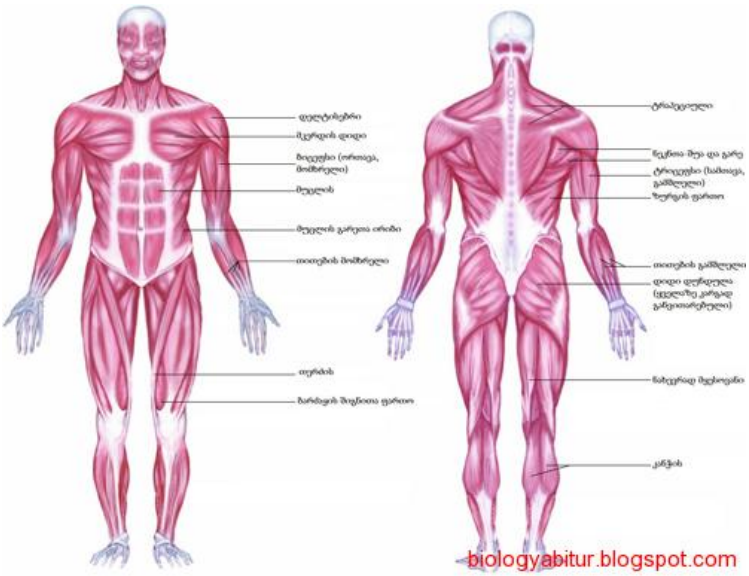
კუნთები

გულმკერდის კუნთები - **musculi thoracis**

გულმკერდის კუნთები ორ ჯგუფად იყოფიან:

ზედაპირული კუნთები - კავშირი აქვთ ზედა კიდურებთან და მონაწილეობენ

მათ მოძრაობაში და ღრმა კუნთები - ანუ საკუთრივ გულმკერდის კუნთები.გულმკერდის ზედაპირული კუნთები:

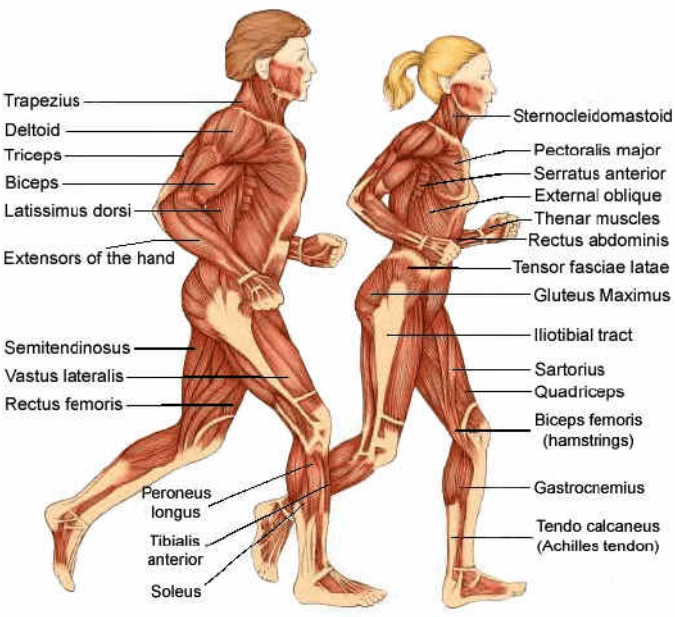


1. მკერდის დიდი კუნთი - **m. pectoralis major** - ყველაზე დიდი და ზედაპირული კუნთი - მხარს მოზიდავს და აბრუნებს შიგნით.

2. მკერდის მცირე კუნთი **m.pectoralis minor** - მდებარეობს მკერდის დიდი კუნთის ქვეშ და ქვემოთ წევს მხრის სარტყელს.

3. ლავიწქვეშა კუნთი - **m.subclavius** - ლავიწის ძვალსა და პირველ ნეკნს შორის - ქვევით ეწევა ლავიწის ძვალს.

4. წინა დაკბილული კუნთი - **m.serratus anterior** - იწყება ზემო ცხრა ნეკნიდანიზოლირებული კუნთოვანი ბოჭკოებით @" კბილებით " და უმაგრდება ბეჭის ძვალს, მონაწილეობას ღებულობს ზედა კიდურისა და ბეჭის ძვლის მოძრაობაში.



გულმკერდის საკუთარი კუნთები:

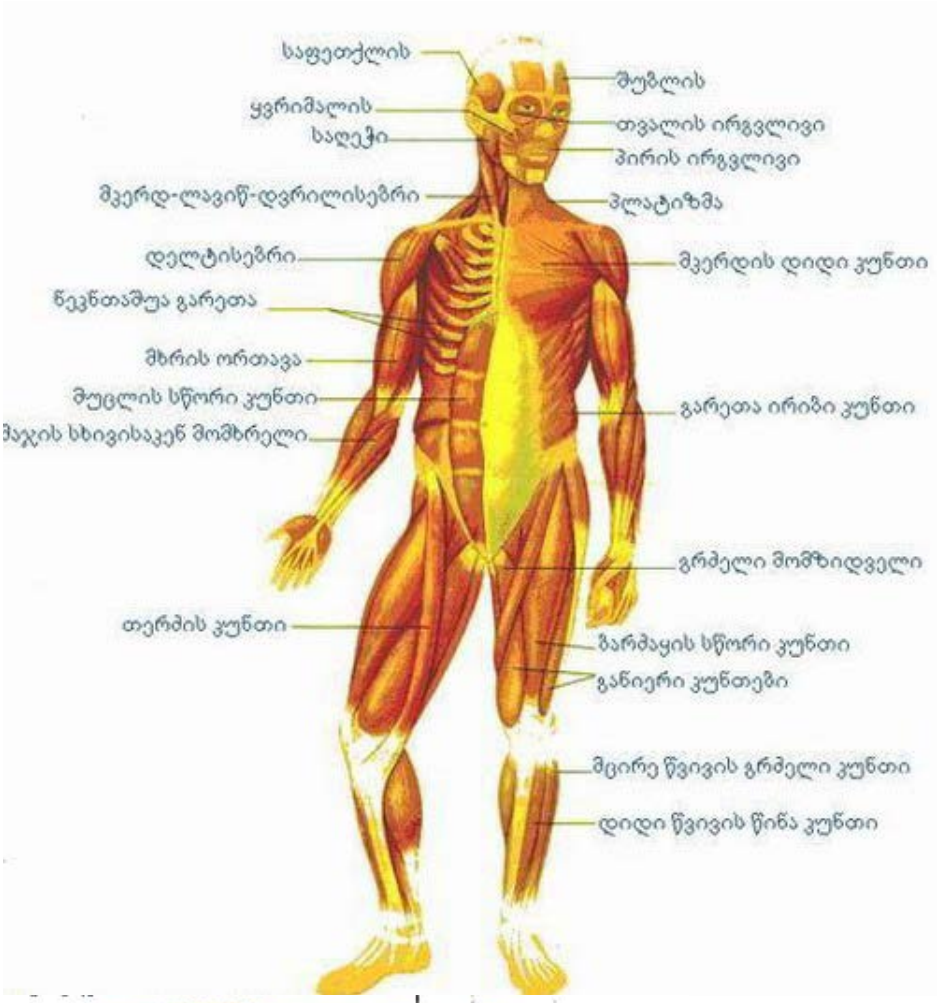
1. გარეთა ნეკნთაშუა კუნთები - **m.m.intercostalis externi** - მოთავსებულია ნეკნთაშუა სივრცეებში, იწყებიან ზემოთ მდებარე ნეკნის ქვედა კიდიდან და უმაგრდებიან ქვევითა ნეკნის ზედა კიდეს. შეკუმშვისას მაღლა წევს ნეკნებს, რის შედეგადაც იზრდება გულმკერდის მოცულობა (ჩასუნთქვა)

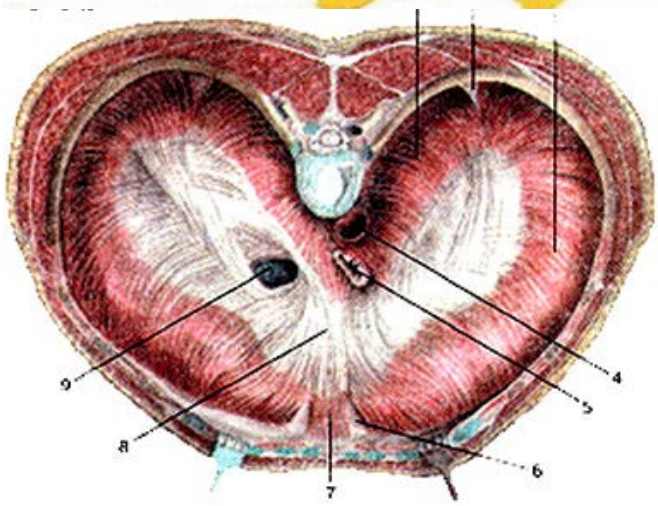
2 . შიგნითა ნეკნთაშუა კუნთები - m.m.intercostalis interni - მდებარეობენ გარეთა ნეკნთაშუა კუნთების შიგნით და ავსებენ ნეკნთაშუა სივრცეებს. მათი შეკუმშვის დროს ნეკნები ქვევით ეშვებიან (ამოსუნთქვა). ამ კუნთებს სასუნთქი კუნთებიც ეწოდებათ.

დიაფრაგმა - **diaphragm** - ყოფს გულმკერდისა და მუცლის ღრუებს ერთმანეთისაგან. ის თაღის ფორმისაა, რომელიც შედგება კუნთოვანი და მყესოვანი ნაწილებისაგან. კუნთოვანი ნაწილი იყოფა გულმკერდის, ნეკნების და წელის ნაწილებად, ამ ნაწილთა შორის მდებარეობს დიაფრაგმის მყესოვანი ნაწილი, რომელიც შედრეკილია გულმკერდის ღრუსაკენ გუმბათივით და მას დიაფრაგმის მყესოვანი ცენტრი ეწოდება.

დიაფრაგმაში არჩევენ ხვრელებს იმ ორგანოებისათვის, რომლებიც იწყებიან გულმკერდის ღრუში და გრძელდებიან მუცლის ღრუში, კერძოდ, აორტის ხვრელი -გადის აორტა და გულმკერდის ლიმფური სადინარი, საყლაპავი მილის ხვრელი - საყლაპავ მილთან ერთად მასში გადის ცთომილი ნერვი, ღრუ ვენა.

დიაფრაგმა სასუნთქ კუნთებს მიეკუთვნება. მისი კუნთოვანი ნაწილის შეკუმშვისას სწორდება გუმბათი ე.ი. იზრდება გულმკერდის მოცულობა, ხოლო კუნთის მოდუნებისას დიაფრაგმის გუმბათი იწევს ზევით და ამცირებს გულმკერდის მოცულობას.





მუცლის კუნთები - musculi abdominus

მუცლის კუნთები ქმნიან მუცლის ღრუს წინა, გვერდითა და უკანა კედლებს. მათი კუნთოვანი ბოჭკოები ერთმანეთის საპირისპიროდაა, რაც კედლის სიმტკიცეს განაპირობებს.

მათი ფუნქციებია:

1.სხეულის მოძრაობა _ ტორსის მოხრა და გვერდებზე ბრუნვა;

2. შეკუმშვის დროს მუცლის ღრუში ცვლიან წნევას, ცლიან შარდის ბუშტს

და ნაწლავებს, ქალებში მონაწილეობენ მშობიაროაბაში;

3. მონაწილეობას იღებენ სუნქვაში.

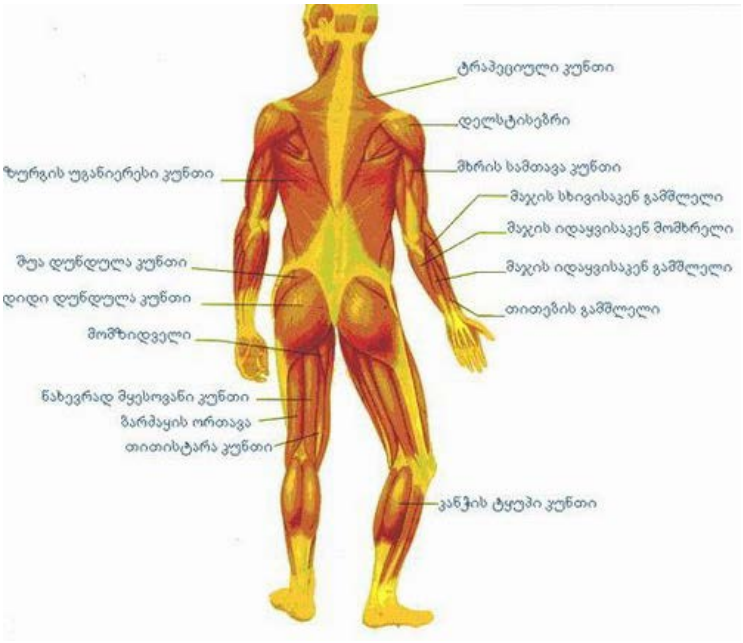
მუცლის გვერდით კედლებში შედის: მუცლის გარეთა და შიგნითა ირიბი

კუნთები - **m.m. obliges externi et internus abdominis** და მუცლის განივი კუნთები - **m.m. transversus abdominis**. ისინი განლაგებულნი არიან შრეებად. მათი წინა ნაწილი შედგება მყესოვანი ფირფიტისაგან, რომლებიც ქმნიან მუცლის სწორი კუნთის ბუდეს.

წინა კუნთებს ეკუთვნის - მუცლის სწორი კუნთი - **m. rectus abdominis** წყვილია, თეთრ ხაზთან, განაპირობებს სიმტკიცეს.

მუცლის ქვედა ნაწილის წინა ზედაპირზე - პირამიდული კუნთი.

მუცლის უკანა კედელზე მდებარეობს წელის კვადრატული კუნთი - **m. Quadratus lumbarum** - თეძოს ძვალსა და მე-12 ნეკნს შორის, განაპირობებს ტორსის მოძრაობას - მოხრა, გვერდით მოძრაობა.



ზურგის კუნთები - **musculi dorsi**

ზურგის კუნთები შედგება ზედაპირული და ღრმა კუნთებისაგან.

ზედაპირულია:

1. ტრაპეციული კუნთი - **m. trapezius** - ზურგის კანქვეშ მდებარე,

იგი იწყება კეფის გარეთა შემაღლებიდან და უკავშირდება ბეჭის აკრომიონს, ბეჭი მოძრაობს მისი საშუალებით.

2. ზურგის უგანიერესი კუნთი - **m.latissimus dorsi**

3. რომბისებური კუნთი - **m.rhomboideus**.

4. ბეჭის ამწევი კუნთი - **m.levator scapulae**.

5. უკანა ზედა დაკბილული კუნთი - m.serratus posterior superior - მაღლა წევს მე-2 - მე-4 ნეკნებს, ძევს რომბისებური კუნთის ქვეშ;

6. უკანა ქვედა დაკბილული კუნთი - m.serratus posterior inferior - დაბლა წევს მე-9 - მე-12 ნეკნებს, მდებარეობს უგანიერესი კუნთის ქვეშ;

ზურგის ღრმა კუნთები შედგებიან მოკლე და გრძელი კუნთებისაგან, რომლებიც

მდებარეობენ ხერხემლის გასწვრივ, გავის ძვლიდან კეფის ძვლამდე. მოთავსებული არიან ძვალ-ფიბროზულ არხში, რომელიც იქმნება მალების წვეტიანი და განივი მორჩებით, ხოლო გულმკერდის მიდამოში ნეკნების უკანა ზედაპირებით. ღრმა კუნთები ზედაპირული კუნთებისაგან გამოყოფილია ფასციით.

ზემო კიდურის კუნთები - musculi membri superioris

განარჩევენ სარტყლის და თავისუფალი ნაწილის კუნთებს.

სარტყლის კუნთები განლაგებული არიან მხრის სახსრის ირგვლივ – ახორციელებენ მხრის სახსარში მოძრაობას.

სარტყლის კუნთებია:

1.დელტისებური კუნთი - **m.drltoideus;**

2.დიდი და მცირე მრგვალი კუნთები - **m.m.teres minor et major;**

3.ქედზედა და ქედქვეშა კუნთები - **m.m.supraspinatus et infraspinatus**;

4.ბეჭქვეშა კუნთი - **m.infrascapularis.**

დელტისებური და ქედზედა კუნთები განზიდავენ მხარს გარეთ.

დიდი მრგვალი და ბეჭქვეშა - ქვემოთ დაწევენ აწეულ ხელს და აბრუნებენ შიგნით.

ქედქვეშა და მცირე მრგვალი კუნთები - აბრუნებენ მხარს გარეთ.

ზედა კიდურის თავისუფალი ნაწილის კუნთები იყოფა: მხრის, წინა მხრისა და მტევნის კუნთებად.

მხრის მიდამოში კუნთები განლაგებულია მხრის წინა და უკანა ზედაპირზე.

წინა ზედაპირზე - მომხრელებია:

მხრის ორთავა კუნთი - **m. biceps brachii** ;

ნისკარტისებური კუნთი - **m.coracobrachialis ;**

უკანა ზედაპირზე - გამშლელებია, ანუ მომხრელების ანტაგონისტები:

მხრის სამთავა კუნთი - **m. triceps brachii;**

იდაყვის კუნთი - **m.ulnaris;**

მხრის კუნთი - **m.brachialis**.

წინამხრის კუნთები განლაგებულია წინა და უკანა ზედაპირებზე. აქ განლაგებული კუნთები თავიანთი ქმედებით ანტაგონისტები არიან.

აღსანიშნავია რომ მომხრელთა უმრავლესობა იწყება მხრის ძვლის შიგნითა ზედა როკიდან, ხოლო გამშლელები გარეთა ზედა როკიდან.

\მომხრელ კუნთებს ეკუთვნის :

ნების გრძელი კუნთი - **m.palmaris longus**;

მრგვალი პრონატორი - **m.pronator teres;**

მაჯის მომხრელი სხივისაკენ - **m. flexor carpi radialis**.

მაჯის მომხრელი იდაყვისაკენ - **m. flexor carpi ulnaris.**

თითების ზედაპირული მომხრელი კუნთები - **m.flexor digitorum superficialis**;

ცერის გრძელი მომხრელი კუნთი - **m.fexor pollicis londus.**

დორზალურ ზედაპირზე:

მხარ-სხივის კუნთი - **m.brchioradialis**

მაჯის გრძელი გამშლელი სხივისაკენ - **m.extensor carpi radialis longus;**

მაჯის მოკლე გამშლელი სხივისაკენ **m.extensor carpi radialis brevis;**

თითების გამშლელი კუნთი - **m.extensor digitorum;**

ნეკის გამშლელი კუნთი - **m. Abductor digiti minimi;**

ცერის მოკლე გამშლელი - **m. Abductor pollicis brevis** მ. აბდუცტორ პოლლიცის ბრევის.

ცერის გრძელი გამშლელი - **m. Abductor pollicis longus.**

მტევნის კუნთების სამი ჯგუფია:

1. კუნთები რომლებიც ქმნიან ცერის შემაღლებას (ცერის მოკლე გამშლელი, მოკლე მომხრელი, ცერის პირისპირ დამაყენებელი და ცერის მომზიდველი)

2. კუნთები რომლებიც ქმნიან ნეკის შემაღლებას (ნეკის გამზვიდველი, ნეკის მომხრელი. ნეკის პირისპირ დამაყენებელი და ნეკის მოკლე კუნთები)

3.ნების ძვალთა შუა კუნთები _ ძვალთაშუა სივრცეებში ხელზურგისა და ხელის-გულისმხრივი კუნთები. ხელისგულის კუნთები მოიზიდავენ თითებს, ხოლო ზურგის - განიზიდავენ.

ქვედა კიდურის კუნთები - musculi membri inferior

ქვედა კიდურის კუნთების შემადგენლობაში შედის მენჯის, ბარძაყის, წვივისა და ტერფის კუნთები.

მენჯის კუნთები იწყება მენჯის ძვლებიდან და ხერხემლიდან, უერთდებიან ბარძაყის პროქსიმალურ ნაწილს. ძირითადად განლაგებულნი არიან მენჯ-ბარძაყის სახსრის ირგვლივ და სახსარს ამოძრავებენ.

მენჯის კუნთები იყოფა შიგნითა და გარეთა კუნთებად.

შიგნითა კუნთი - თეძო-სუკის კუნთი - **m. iliopsoas**. - ხრის ბარძაყს. იწყება გულმკერდის მე-12 და წელის მალების განივი მორჩებიდან და უმაგრდება ბარძაყის ძვალს.

გარეთა კუნთებია - დიდი დუნდულა კუნთი - **m.gluteus maximus** - შლის ბარძაყს და ე.ი. თეძო-სუკის კუნთის ანტაგონისტია.

შუა და მცირე დუნდულა კუნთები **- m.m. gluteus medius et minimus** იწყებიან თეძოს ძვლის გარეთა ზედაპირიდან, უმაგრდებიან ბარძაყის ძვლის დიდ ციბრუტს - განზიდავს ბარძაყის ძვალს.

შიგნითა და გარეთა დამხურავი კუნთები - **m.m.obturatorius internus et externus** - იწყებიან დახურული ხვრელის ორივე მხრიდან - ბარძაყი სუპინაციაში.

მსხლისებური კუნთი **m. piriformes** - გავის ძვლის წინა ზედაპირიდან იწყება, რომელიც დიდი საჯდომი ხვრელიდან ტოვებს მენჯს., უმაგრდება დიდი ციბრუტს და ბარძაყს აბრუნებს გარეთ. აღნიშნული კუნთის სინერგისტია

კვადრატული კუნთი - **m. qudratus femoris** - აბრუნებს ბარძაყს გარეთ.

ბარძაყის კუნთების სამი ჯგუფია:

წინა ჯგუფი:

ბარძაყის მასიური ოთხთავა კუნთი - **m. quadriceps femori**. იგი ძევს ბარძაყის ირგვლივ და მასში არჩევენ:

1.ბარძაყის სწორი კუნთი - **m. rectus femori**;

2.ბარძაყის გარეთა განიერი კუნთი - **m. vastus lateralism**;

3.ბარძაყის მედიალური განიერი კუნთი - **m. vastus medialis**;

4.ბარძაყის შუამდებარე განიერი - **m.vastus intermedialus**.

ოთხივე ერთმანეთს უერთდებიან და ერთი მყესით გადადიან მუხლის სასახსრე პარკზე და უმაგრდებიან დიდი წვივის ბორცვის. ამ მყესის სისქეში ჩასმულია კვირისთავი. ოთხთავა კუნთი ხრის ბარძაყს და შლის წვივს.

ბარძაყის წინა ზედაპირზეა თერძის კუნთი - **m. sartorius**. მას გრძელი, ვიწრო ზონრის ფორმა აქვს, დიაგონალურად გადაუვლის ბარძაყის ზედაპირს და უმაგრდება დიდი წვივის ძვალს. ხრის წვივსა და ბარძაყს, ასევე აბრუნებს წვივს შიგნით, ხოლო ბარძაყს აბრუნებს გარეთ.

ბარძაყის კუნთების უკანა ჯგუფი:

ორთავა კუნთი - **m. biceps femori** - შლის ბარძაყს, ხრის მუხლის სახსარში წვივს და ატრიალებს მას გარეთ.

ნახევრად მყესოვანი კუნთი **m. semitendinosus**;

თითისტარა კუნთი - **m. semimembranosus**

ორივე კუნთი სინერგისტები არიან, ატრიალებენ წვივს და შლიან ბარძაყს.

ბარძაყის კუნთების მედიალური ჯგუფი:

ბარძაყის მომზიდველი კუნთი - **m. addictor longus** - ამოძრავებს მუხლის სახსარს, მისი მოხრა და მოზიდვა.

ნაზი კუნთი - **m.gracilis** - გრძელი ზონარის ფორმისაა, ეხმარება ბარძაყს მოზიდვაში და წვივის მოხრაში.

წვივის კუნთები - ისინი ფარავენ წვივის ძვლების შუა ნაწილებს, ბოლოები მათგან თავისუფალია. ისინი ყველა გრძელი ფორმისაა, გარდა მუხლქვეშა კუნთისა. წინა და უკანა ჯგუფის კუნთები გამოყოფილია ერთმანეთისაგან ძვალთაშუა აპკით.

წინა ზედაპირის კუნთები მომხრელებია, უკანა კი გამშლელები, ლატერალური კუნთები ზევით წევენ ტერფის ლატერალურ კიდეს, ამაგრებენ ტერფის თაღს და აგრეთვე განზიდავენ ტერფს.

უკანა ზედაპირზე, ზედაპირულად არის წვივის სამთავა კუნთი - **m.triceps surae**, რომელიც იყოფა კანჭის ტყუპი - **m. gastrocnemius** და ქუსლის - **m.soleus** კუნთებად, ისინი შემდეგ ერთდებიან და ქმნიან აქილევსის მყესს. სამთავა კუნთი ტერფს ხრის ტერფის ძირის მხრისკენ

წვივის წინა ზედაპირის კუნთები:

1.დიდი წვივის წინა კუნთი - **m.tibiatus anterior**;

2.თითების გრძელი გამშლელი - **m. extersor digitorum longus**;

3.ცერის გრძელი გამშლელი კუნთი - **m. extensor halluces longus**;

4.მცირე წვივის გრძელი და მოკლე კუნთები - **m.m. peroneus brevis et longus**

ღრმა კუნთებია:

1.მუხლქვეშა - **m.popliteus** - კანჭს ატრიალებს შიგნით - პრონაციო

2.დიდი წვივის უკანა კუნთი - **m. tibialis posterior**

3.თითების გრძელი მომხრელი - **m. flexor digitorum longus**

4.ცერის გრძელი მომხრელი - **m.flexor halluces longus**.

ტერფის კუნთები: ზურგის და ძირის კუნთები.

ზურგზე:

თითების მოკლე გამშლელი - **m. extensor digitorum brevis**

ცერის მოკლე გამშლელი - **m. extensor halluces brevis**.

ძირზე:

კანქვეშ - მკვრივი, ფიბროზული ტერფ-ძირის აპონევრისი, მის ქვეშ:

ცერის განმზიდველი - **m. abductor hallucis.**

ცერის მოკლე მომხრელი - **m. flexor halluces brevis**

ცერის მომზიდველი კუნთი - **m. adductor hallucis**

ტერფის ლატერალურ მხარეზე არის ნეკის განმზიდველი კუნთი - **m. abductor d.m**.

კითხვები:

1. რის შემადგენლობაში შედის მკერდის დიდი კუნთი?

2.ჩამოთვალეთ გულმკერდის ზედაპირული კუნთები.

3. რომელ კუნთებს უწოდებენ სასუნთქ კუნთებს?

4.რომელი კუნთები შედიან ბარძაყის ოთხთავა კუნთში?

5. რომელი კუნთები შედიან წვივის სამთავა კუნთში?

6.სად არის მოთავსებული კვირისთავი?

7.რომელი კუნთებით იქმნება აქილევსის მყესი?

ლიტერატურა:

რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994

ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.

მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.

სინელნიკოვი - ადამიანის ანატომია - I-II-III ტომი, 1979წ.

http://intermedia.ge/%E1%83%A1%E1%83%A2%E1%83%90%E1%83%A2%E1%83%98%E1%83%90/3406-%E1%83%99%E1%83%A3%E1%83%9C%E1%83%97%E1%83%9D%E1%83%95%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%98-%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%A1%E1%83%A2%E1%83%94%E1%83%9B%E1%83%90/111/

http://www.mkurnali.ge/pediatria2/2500-bavshvis-kunthovani-sistemis-thaviseburebebi.html

ნერვული სისტემა

ნერვული სისტემა შედგება თავის ტვინისაგან და ზურგის ტვინისაგან.

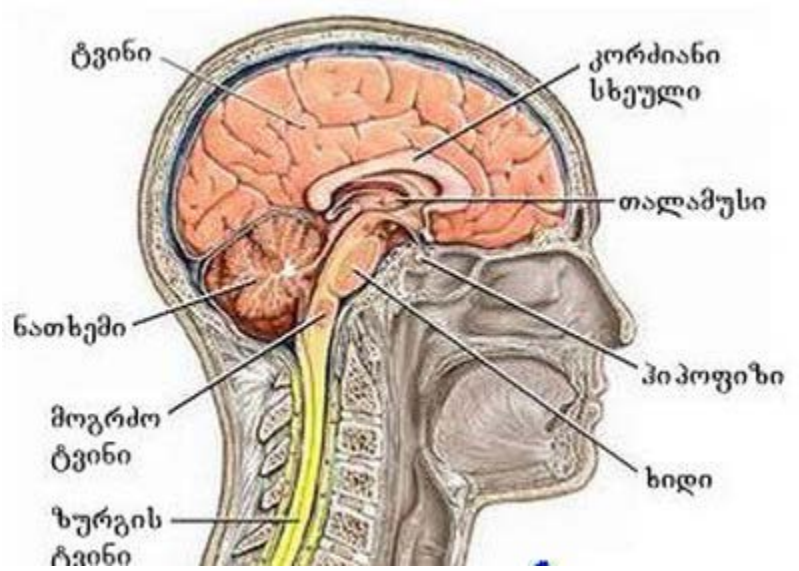
თავის ტვინი შედგება სამი ნაწილისაგან:

1.დიდი ტვინი;

2.ტვინის ღერო;

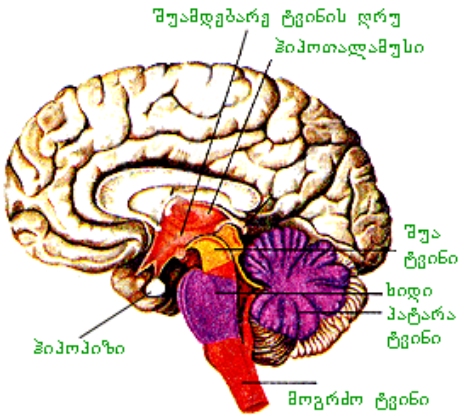
3.პატარა ტვინი ანუ ნათხემი

ასევე ტვინის შემადგენლობაში შედის მოგრძო ტვინი, ვაროლის ხიდი, წინა, შუამდებარე და საბოლოო ტვინი.



შედგება ორი ნახევარსფეროსაგან, რომლებიც ერთმანეთს კორძიანი სხეულით უკავშირდებიან. ჰემისფეროები ღარებით ხვეულებად და წილებადაა დაყოფილი. წილებიდან გამოარჩევენ შუბლის, თხემის, საფეთქლისა და კეფის წილებს. ჰემოსფეროების მნიშვნელოვანი ნაწილია ქერქი - 1-5მმ-ის სისქის რუხი ნივთიერება, რომელიც 14 მილიარდამდე ნეირონს შეიცავს და რომელიც ცნს-ის უმაღლესი განვითარების ნაწილია. მისი საშუალებით ხდება ცნს-ის კოორდიანაცია, რომელიც ქერქვეშა ცენტრების საშუალებით ხორციელდება. ქერქზე განარჩევენ წინა და უკანა ცენტრალურ ხვეულებს. წინა ხვეული ქერქის მოტორული ანუ მამაძრავებელი ნაწილია, ხოლო იკანა ხვეული სენსორული ანუ

მგრძნობელობითი. წინა და უკანა ხვეყლებში ადამიანი თავდაყირაა პროეცირებული, ეს ნიშნავს, რომ სხეული ქვედა ნაწილების ცენტრები ხვეულთა ზედა ნაწილებშია განთავსებული, ხოლო სხეულის ზედა ნაწილების ცენტრები კი პირიქით, ხვეულთა ქვედა ბოლოში.



ტვინის ღერო ანატომიურ-ფუნქციურად ზურგის ტვინს, ნათხემსა და დიდ ჰემოსფეროებს უკავშირდება. მისი ნაწილებიდან ყველაზე მნიშვნელოვანია მოგრძო ტვინი, რის საშუალებითაც თავის ტვინი უკავშირდება ზურგის ტვინს. ის აგებულებითა და ფუნქციით გავს ზურგის ტვინს, თუმცა თავის ტვინის თვისებებიც აქვს. მოგრძო ტვინში მდებარეობს სისხლის მიმოქცევის, სუნთქვისა და საჭმლის მომნელებელი სისტემების დამარეგულირებელი ცენტრები. მოგრძო ტვინი შეიცავს ბადისებრ წარმონაქმნს, იგივე რეტიკულურ უჯრედებს, რომლების არეგულირებენ ცნს-ში ყველა აღგზნება-შეკავების პროცესებს. რეტიკული ნეირონები შუა ტვინშიცაა და მართავენ მხედველობას, სინათლის აღქმას, ყლაპვას, ღეჭვას, კუნთოვან ტონუსს და პირველადი სმენის რეფლექსებს. ის არეგულირებს სადარაჯო რეფლექსს, რომლის მეშვეობითაც ორგანიზმს გააჩნია საპასუხო რეაქცია ნებისმიერ გამღიზიანებელზე. შუამდებარე ტვინი შედგება თალამუსისგან და ჰიპოთალამუსისაგან. აქ გაივლის თავის ტვინის ქერქიდან წამოსული იმპულსები, ამიტომ მისი დაზიანებისას თავს იჩენს მხედველობის, სმენის, გემოვნებისა და შეხების გრძნობის დარღვევა. თალამუსის ფუნქციის დარღვევისას თავს იჩენს თავის ძლიერი ტკივილები, ძილისა და მგრძნობელობის დარღვევა, მოძრაობის სიზუსტის დაკარგვა. ჰიპოთალამუსი არეგულირებს შინაგანი გარემოს მუდმივობას. მისი ცენტრები არეგულირებენ ნივთიერებათა ცვლას, სითბოს გამოყოფის პროცესებს, ტემპერატურულ მუდმივობასა და მძაფრ ემოციებს. აქ წარმოიშვება შიმშილის, წყურვილისა და დანაყრების შეგრძნებები.

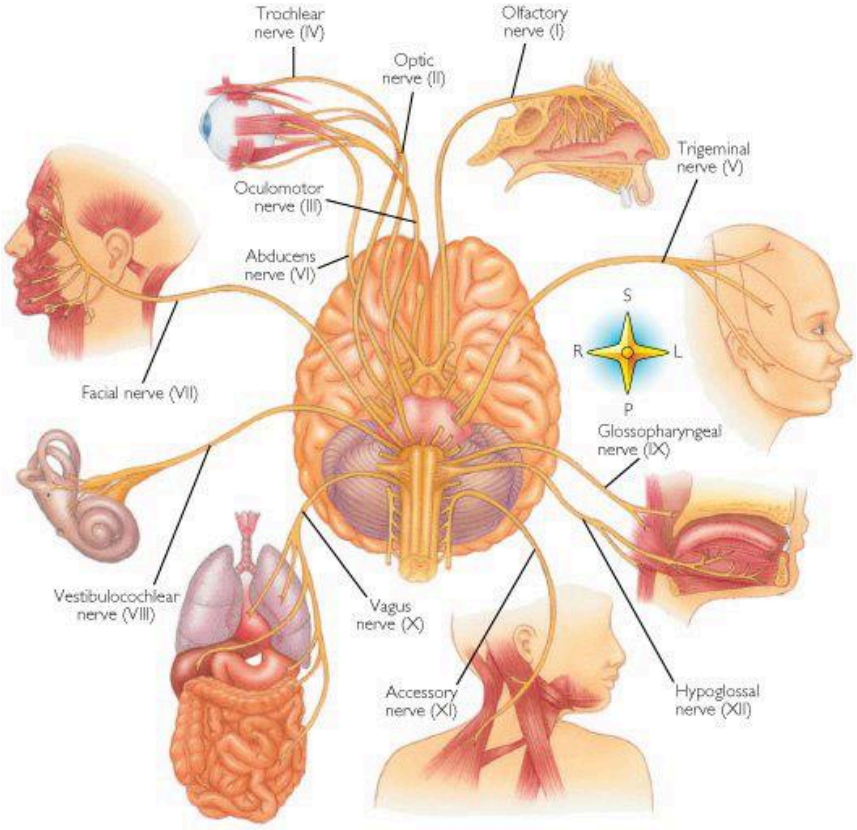
ნათხემი მონაწილეობს მოძრაობით აქტში, კოორდინაციაში, გარემოს ორიენტაციასა და წონასწორობის შენარჩუნებაში.

თავის ტვინის გარსი სამია: მაგარი, ქსელისებური და რბილი. რბილი გარსი უშუალოდ ეკვრის თავის ტვინის გარეთა ზედაპირს და მის ღარებში ჩადის. ქსელისებური გარსი ღარებში არ ჩადის და ეკვრის რბილ გარსს, რის შედეგადაც რბილ გარსსა და ბადისებურ გარსს შორის წარმოიქმნება სივრცე, რომელსაც სუბარაქნოიდული სივრცე ეწოდება. სუბარაქნოიდული სივრცე ამოვსებულია თავზურტვინის სითხით. ქსელისებურ და მაგარ გარსებს შორის არსებულ სივრცეს ეწოდება სუბდურალური, ხოლო მაგარ გარსსა და ქალას შიგნითა ზედაპირს შორის არსებულ სივრცეს - ეპიდურალური.

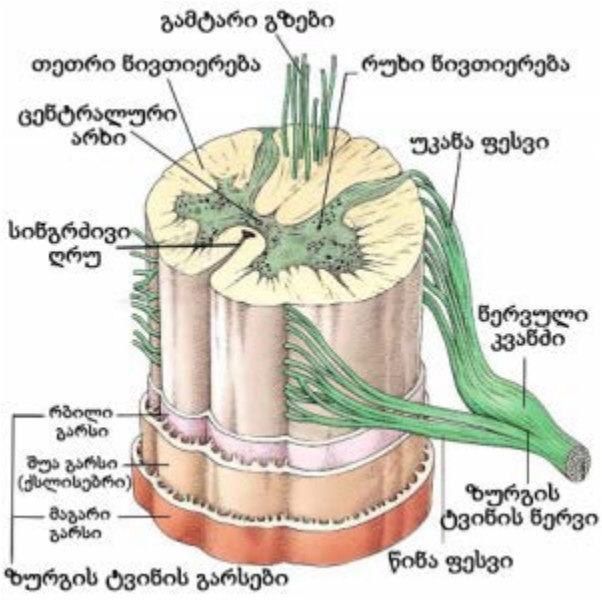
თავზურგტვინის სითხე იგივე ლიქვორი, 120-150 მლ-ია და უზრუნველყოფს მარილოვანი შედგენილობისა და ოსმოსური წნევის მუდივობას, ამით ის ტვინს უქმნის ჰიდრავლიკურ ბალიშს, რის გამოც ნერვული უჯრედები მექანიკური დაზიანებისაგან დაცულია. ლიქვორი ტვინს კვებავს და ამავე დროს გამომტანი ფუნქციაც გააჩნია, რაც ნიშნავს, იმას რომ ტვინიდან გაამოდის და სისხლში გადადის ის ნივთიერებები, რომლებიც ტვინში ნივთიერებათა ცვლის შედეგად წარმოიქმნება.

თავის ტვინიდან გამოდის 12 წყვილი ნერვი:

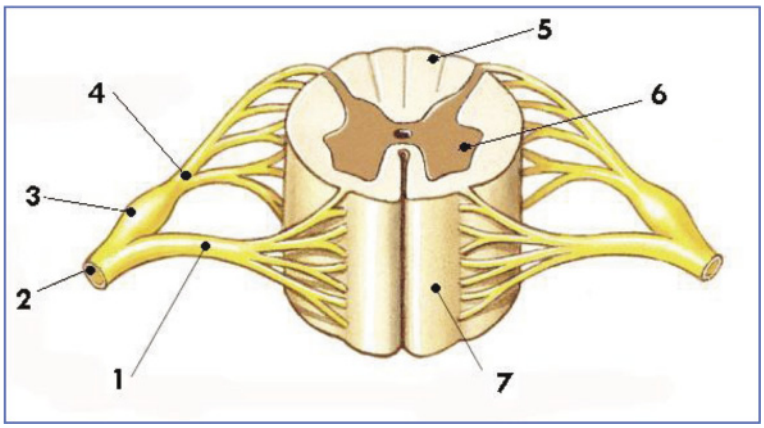
1.ყნოსვის;
2.მხედველობის;
3.თვალის მამოძრავებელი;
4, ჭაღისებური;
5.სამწვერა;
6.განმზიდველი;
7.სახის;
8.კარიბჭე-ლოკოკინასი;
9.ენა-ხახის;
10.ცდომილი;
11.დამატებითი;
12.ენისქვეშა.



ზურგის ტვინი – ცენტრალური ნერვული სისტემის ნაწილი, რომელიც მდებარეობს ხერხემლის არხში; მონაწილეობს რეფლექსთა უმრავლესობის განხორციელებაში. შედგება 31 – 33 სეგმენტისაგან, რომელთაგან თითოეულ გააჩნია 2 წყვილი ნერვული ფესვი – წინა – ე. წ. მამოძრავებელი, რომლის საშუალებითაც იმპულსები ზურგის ტვინიდან გადაეცემა პერიფერიას, და უკანა – ე. წ. მგრძნობიარე, რომელთა საშუალებითაც იმპულსები კანის, კუნთების, შინაგანი ორგანოების რეცეპტორებიდან გადაეცემა ზურგის ტვინს. ზურგის ტვინის წინა და უკანა ფესვები ერთდება ერთმანეთთან და წარმოქმნის ზურგის ტვინის შერეულ ნერვებს.



(1-მამოძრავებელი ნერვი,
2-შერეული ნერვი,
3-უკანა ფესვის კვანძი,
4-მგრძნობიარე ნერვი,
5-თეთრი ნივთიერება,
6-რუხი ნივთიერება,
7-ზურგის ტვინი).



ვეგეტატიური ნერვული სისტემა

ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაში ვარჩვთ ორ ნაწილს: სიმპათიკურ ნერვულ სისტემას და მის თანამგზავრ პარასიმპათიკურს. მათი საშუალებით ხდება შინაგანი ორგანოების ინერვაცია. ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ერთიანი ცენტრები მდებარეობენ თავის ტვინის ჰემისფეროების ქერქში, ზოლიან სხეულში და ჰიპოთალამუსში. ვ.ნ.ს-ის ნერვული ბოჭკოები ფუნქციის მიხედვით არის მგრძნობიარე (აფერენტული), მამოძრავებელი(ეფერენტული) და სეკრეტორული. შესაბამისი ცენტრებიდან გამომავალი ნერვული ბოჭკოები მიემართებიან ორგანოებისაკენ, მაგრამ გზაში შეჩერდებიან ნერვულ კვანძში. აქედან გამომდინარე, ნერვული ბოჭკოებში გამოირჩევა ორი მონაკვეთი: ცენტრიდან კვანძამდე ანუ თეთრი ფერის

პრეგანგლიური ნერვული ბოჭკო და კვანძიდან ორგანომდე ანუ რუხი ფერის პოსტგანგლიური ნერვული ბოჭკო.

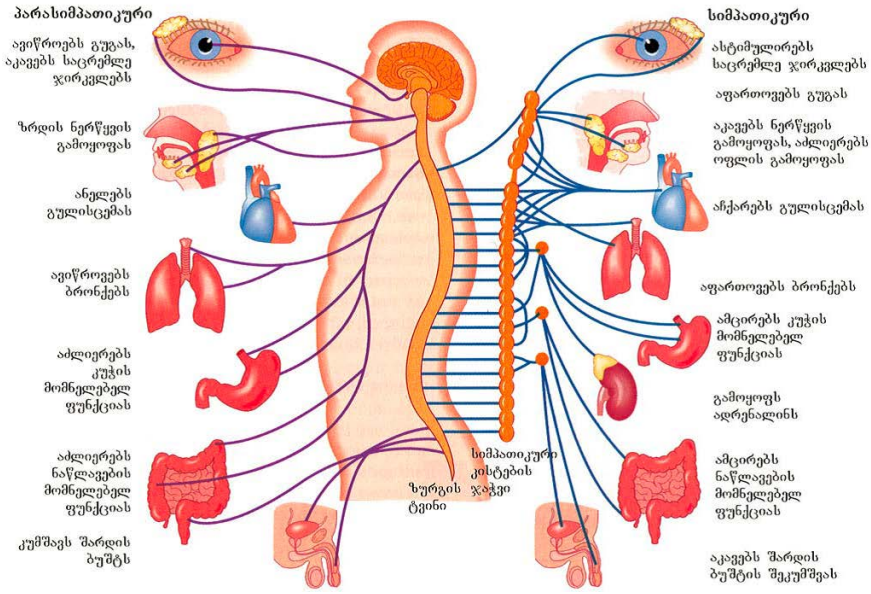
ნერვული კვანძები განლაგების მიხედვით სამი სახისაა:

1.ვერტებრალური კვანძები, რომლებიც განლაგებულნი არიან ხერხემლის გასწვრივ გვერდებზე;

2.პრევერტებრალური კვანძები - ხერხემლის წინ განლაგებულნი;

3.ტერმინალური კვანძები - ორგანოს ახლოს ან ორგანოს კედელში.

ვერტებრალური და პრევერტებრალური ნერვული კვანძები ეკუთვნის სიმპათიკურ ნერვულ სისტემას, ხოლო ტერმინალური ნერვული კვანძები პარასიმპათიკურ ნერვულ სისტემას. ნერვული ბოჭკოები ორგანოებში ქმნიან ნერვულ წნულს. ნერვული წნულების შექმნაში მონაწილეობას იღებს როგორც სიმპათიკური, ასევე პარასიმპათიკური ნერვები.



კითხვები:

1. რა ნაწილებისაგან შედგება ნერვული სისტემა?
2. დაახასიათეთ დიდი ტვინი.
3. თავის ტვინს რამდენი გარსი აქვს?
4. რა არის ლიქვორი?
5. თავის ტვინიდან რამდენი წყვილი ნერვი გამოდის?
6. რა ფუნქცია აქვს ზურგის ტვინს?
7. რა შედის ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაში (დაახასიათეთ).

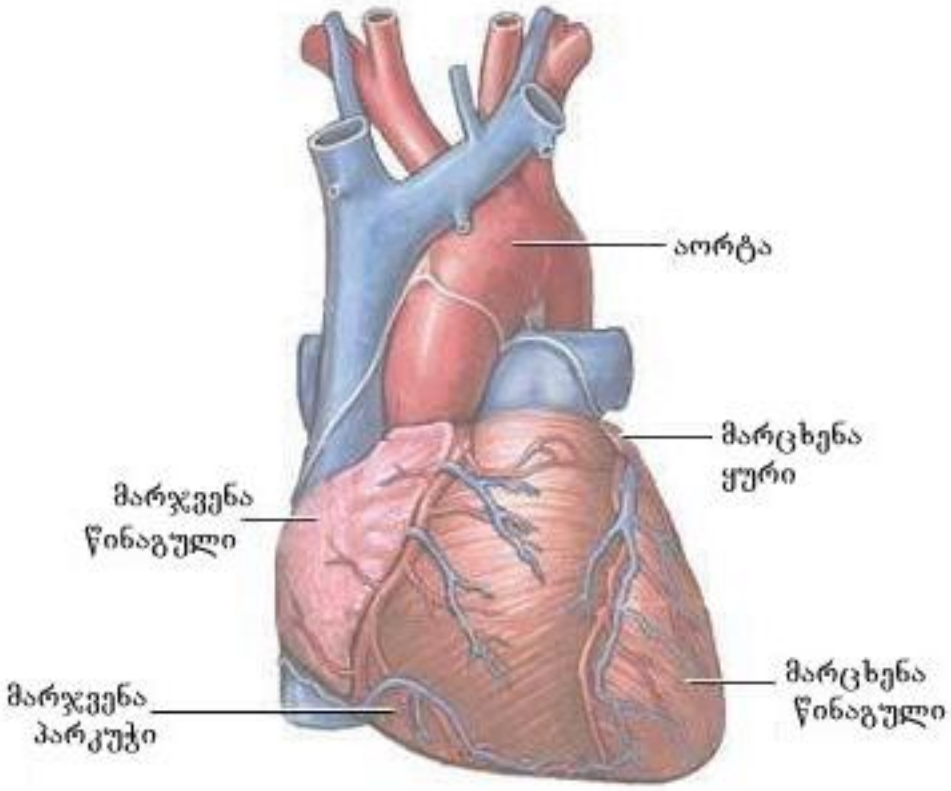
ლიტერატურა:
რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994
ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.
მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.
სინელნიკოვი - ადამიანის ანატომია - I-II-III ტომი, 1979წ.

http://biologyabitur.blogspot.com/

https://ka.wikipedia.org/wiki/%E1%83%9C%E1%83%94%E1%83%A0%E1%83%95%E1%83%A3%E1%83%9A%E1%83%98_%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%A1%E1%83%A2%E1%83%94%E1%83%9B%E1%83%90

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა

გული არის კუნთოვანი ორგანო.



- გულის შიგნითა გარსი – ენდოკარდიუმი, მოფენილია ენდოთელიუმი
- გულის შუა გარსი – მიოკარდიუმი, შედგება გასწვრივი და ირგვლივი კუნთოვანი ბოჭკოებისაგან
- გულის გარეთა გარსი – პერიკარდი, შედგება ფიბროზული ქსოვილისაგან

შიგნითა გარსი ენდოკარდიუმი. იგი მოფენილია ენდოთელიუმით. ენდოკარდიუმი ფარავს გულის ღრუებს შიგნიდან, ასევე ენდოკარდიუმი ქმნის იალქნისებრ სარქველებს გულის სისხლძარღვებისთვის.
ამრიგად, არტერიების, ვენებისა და გულის სარქველები ენდოკარდიუმის ნაოჭებია.

შუა გარსი მიოკარდიუმი. იგი კუნთოვანი გარსია. გულის კუნთი აგებულებით განივზოლიანია, მაგრამ ჩვეულებრივი ჩონჩხის კუნთებისაგან განსხვავებით გულის კუნთოვანი ბოჭკოები ხარიხების საშუალებით უკავშირდებიან ერთმანეთს. ეს გარემოება კუნთს ავტომატიზმის უნარს ანიჭებს და ჩვენგან დამოუკიდებლად იკუმშება რითმულად.
გულის კედელში კუნთოვანი გარსის ანუ მიოკარდიუმის სისქე სხვადასხვა ნაწილში არათანაბარია. პარკუჭებში კუნთოვანი გარსი წინაგულებთან შედარებით სქელია. ეს

იმით არის განპირობებული, რომ მიოკარდიუმს პარკუჭებში უფრო დიდი მუშაობის წარმოება უხდება, ვიდრე წინაგულებში, ვინაიდან პარკუჭები სისხლს გადაისვრის გაცილებით დიდ მანძილზე წინაგულებთან შედარებით, ამისათვის კი საჭიროა მაღალი წნევა, რაც მთლიანი კუნთოვანი გარსის მუშაობაზეა დამოკიდებული. აქედან გამომდინარე, მარცხენა პარკუჭის კუნთოვანი გარსი უფრო სქელია, ვიდრე მარჯვენა პარკუჭისა.

მიოკარდიუმში კუნთები სამ შრედ არის დალაგებული. კერძოდ გარეთა შრე გასწვრივი მიმართულებით დალაგებული კუნთოვანი ბოჭკოების ერთობლიობაა. შუა შრის ბოჭკოებს ირგვლივი მიმართულება აქვს გარეთა შრისაგან განსხვავებით, შუა შრის ბოჭკოები პარკუჭისათვის იზოლირებულ გარსს ქმნის მაშინ, როცა გარეთა კუნთოვანი შრე საერთოა ორივე პარკუჭისთვის. რაც შეეხება მიოკარდიუმის შიგნითა გასწვრივ შრეს, იგი გარეთა გასწვრივი კუნთოვანი შრის გაგეძელებაა. კერძოდ, გულის მწვერვალის მიდამოში შეიკრიბება გარეთა გასწვრივი შრის კუნთოვანი ბოჭკოები და თოკის მსგავსად შემოიგრიხება თავისი ღერძის გარშემო; ხვრეტს მწვერვალის მიდამოში გულის კედელს, შედის შიგნით და ამოჰფენს გულის ღრუებს შიგნითა მხრიდან და ქმნიან კუნთოვანი გარსის შიგნითა გასწვრივი მიმართულების შრეს.

შიგნითა გასწვრივი მიმართულების კუნთოვანი ბოჭკოები პარკუჭებში ქმნიან დვრილისებრ კუნთებს, რომელზედაც დამაგრებულია სარქველების იალქნები სიმების საშუალებით და მათ არ ეძლევა საშუალება საწინააღმდეგო მიმართულებით (წინაგულისაკენ გადაიხაროონ. დვრილისებრი კუნთები სიმების მეშვეობით ნორმაში სარქველს ისე ხურავენ, რომ მასში სისხლი არ ტარდება. მარცხენა პარკუჭში ასეთი ორი დვრილია, ხოლო მარჯვენა პარკუჭში შეიძლება რამდენიმე იყოს.

გარეთა გარსი სეროზულია, მას პერიკარდიუმი ეწოდება. პერიკარდიუმში ორ ფურცელს განარჩევენ. ერთი, რომელიც უშუალოდ გულს ეკვრის. მას ვისცერულ ფურცელს უწოდებენ და ქმნის ეპიკარდს. მეორე ფურცელს კი თავისუფალი ფურცელი ეწოდება, იგი ქმნის გულის პერანგს. იგი გულს ყოველმხრივ ეხვევა. გარეთა ფიბროზული შრის საშუალებით. იგი შეზრდილია მეზობელ ორგანოებთან, დიაფრაგმასთან და პლევრასთან. პერიკარდიუმის ორივე ფურცელი ერთმანეთს უკავშირდება გულის ფუძის მიდამოში. ამრიგად, იქმნება ამ ორ ფურცელს შორის პერიკარდიუმის ღრუ ანუ გულის პერანგის ღრუ. სეროზული გარსის შიგნითა შრე გამოიმუშავებს განსაზღვრული რაოდენობით სეროზულ სითხეს, ეს სითხე პერიკარდიუმის ღრუში გულის მუშაობის დროს პერიკარდიუმის ფურცლებს შორის ხახუნს ამცირებს.

გული იკვებება კორონარული ანუ გვირგვინოვანი სისხლძარღვებით. ეს არტერიები პირველი სისხლძარღვებია, რომლებიც აორტას გამოეყოფა. გულზე აღნიშნული მარჯვენა და მარცხენა კორონარული არტერია ჯერ წინაგულ პარკუჭთაშუა – გვირვინოვან ღარშია მოთავსებული, ხოლო შემდეგ შესაბამისად იტოტება. ისინი მოთავსებულია წინა და უკანა პარკუჭთაშუა ღარებში. გულის ვენები კი აგროვებს ვენურ სისხლს გულის კედლიდან და ქმნის ვენურ სინუსს, რომელიც შემდეგ მარჯვენა წინაგულში იხსნება.

გული არის რიტმული ორგანო!

რა არის რიტმი?

სისხლძაღვებში სისხლის მიმოქცევას ახორციელებს გული რიტმული შეკუმშვების საშუალებით. გულის შეკუმშვის პროცესში რამდენიმე ფაზას განარჩევენ. გულის კუნთის შეკუმშვას სისტოლა ეწოდება, ხოლო მოდუნებას დიასტოლა. სისტოლას ყოველთვის მოსდევს გულიდან სისხლის გადასროლა, ხოლო დიასტოლის დროს სისხლი ავსებს გულის ღრუებს. გულის ყოველი ციკლის დასაწყისია წინაგულების შეკუმშვა, რომელსაც გულის მუშაობის I ფაზა ეწოდება. წინაგულების სისტოლის დასრულებისას იწყება პარკუჭების სისტოლა. ამ დროს წინაგულები მოდუნებულ მდგომარეობაშია. აღნიშნულ ფაზას გულის მუშაობის II ფაზა ეწოდება. შემდეგ იწყება პარკუჭის დიასტოლა. ამ დროს წინაგულების დიასტოლასაც აქვს ადგილი. აღნიშნული ფაზა III ფაზად ითვლება. ამრიგად, გულის მუშაობა დაიყოფა სისტოლად, დიასტოლად და პაუზად (ანუ, როცა გული როგორც წინაგულები, ასევე პარკუჭები მოდუნებულ მდგომარეობაში იმყოფებიან). შეკუმშვები წუთში 60-80-ჯერ მეორდება. გულის რიტმის გახშირებას – ტაქიკარდია ჰქვია, ხოლო მისი შენელება – ბრადიკარდიის სახელს ატარებს.

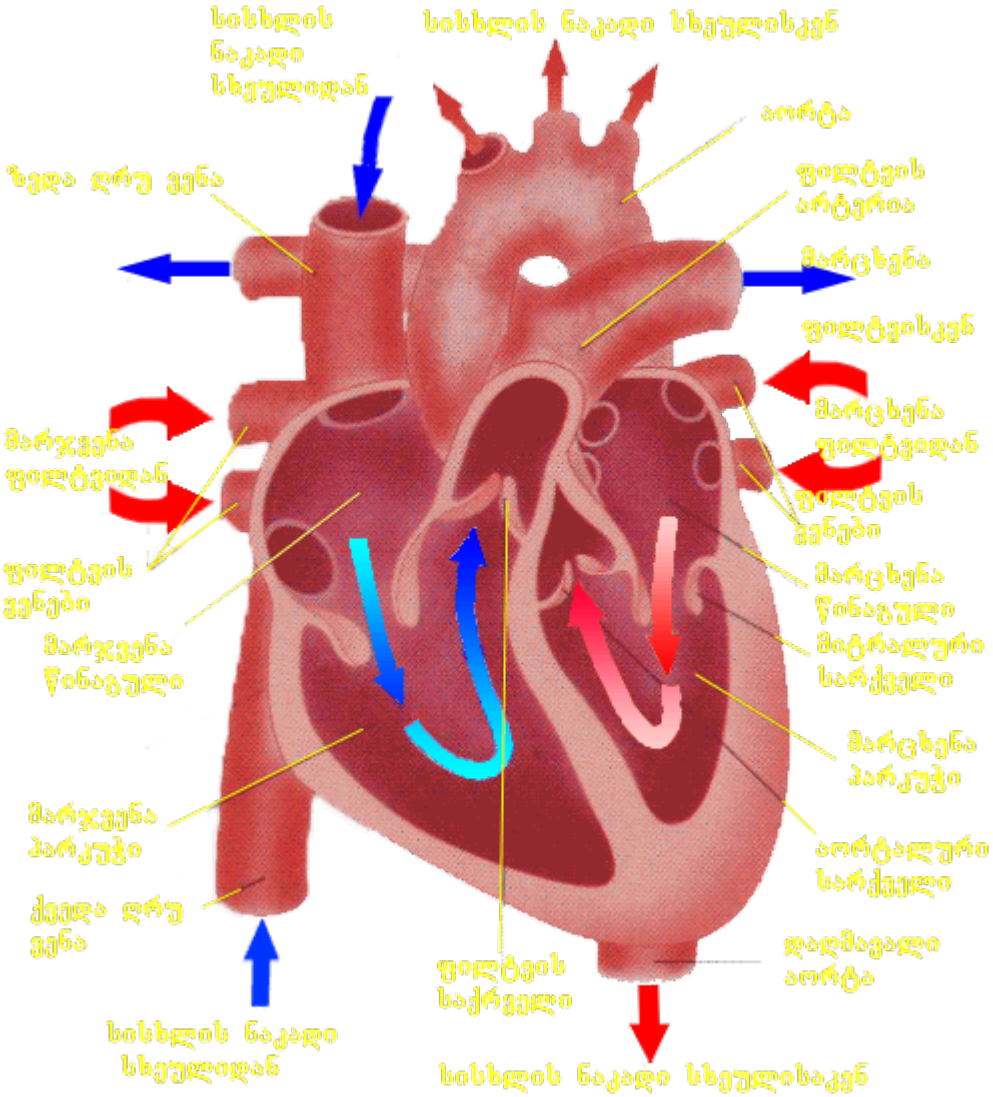
სისტოლისა და დიასტოლის დროს გულის სარქველების გახსნასა და დახურვას გარკვეული ხმაური მოჰყვება. ეს ხმაური გულის ტონის სახელწოდებით არის ცნობილი, სწორედ გულის ტონებს ისმენს ექიმი სპეციალური ხელსაწყოთი ფონენდოსკოპით. გულის მოსმენისას თუ სარქველი მთლიანად არ იხურება, მაშინ სარქველში სისხლის საწინააღმდეგო მიმართულებით გასვლას თან ახლავს გარკვეული ხმაური, შუილის მსგავსი. შესაბამისად შუილი შეიძლება ახლდეს სისტოლურ ტონს (სისტოლური შუილი) და დიასტოლურ ტონს (დიასტოლური შუილი). შუილის აღმოჩენას და მისი ხასიათის შესწავლას დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს კარდიოლოგიაში.

სისხლის იმ რაოდენობას, რომელსაც გული ერთი წუთის განმავლობაში გადაისვრის პერიფერიაზე წუთმოცულობა ეწოდება. იგი საშუალოდ 2,5-5 ლიტრის ტოლია. თუ წუთმოცულობას გავყოფთ სისტოლათა რიცხვზე 70-75-ზე, მაშინ მივიღებთ სისტოლურ მოცულობას. სისტოლური მოცულობა ტოლია სისხლის იმ რაოდენობისა, რომელსაც გული ერთი სისტოლის დროს გადაისვრის პერიფერიაზე და საშუალოდ 65-75 მლ-ია.

გულის რიტმულ მუშაობას განაპირობებს გულის გამტარებელი სისტემა, რაც საშუალებას იძლევა მკაცრად განსაზღვრული რიტმის მიხედვით მოხდეს ჯერ წინაგულების, ხოლო შემდეგ პარკუჭების სისტოლა, სისტოლას მოჰყვეს დიასტოლა და ა.შ. მთელი სიცოცხლის ბოლომდე.

გულის გამტარებელ სისტემაში შემდეგ ანატომიურ წარმონაქმნებს განარჩევენ. სინუსის კვანძი რომელიც მდებარეობს მარჯვენა წინაგულის ყურსა და ზემო ღრუ ვენას შორის. ეს კვანძი აგზნებას აგზავნის წინაგულების კუნთოვანი გარსისაკენ.

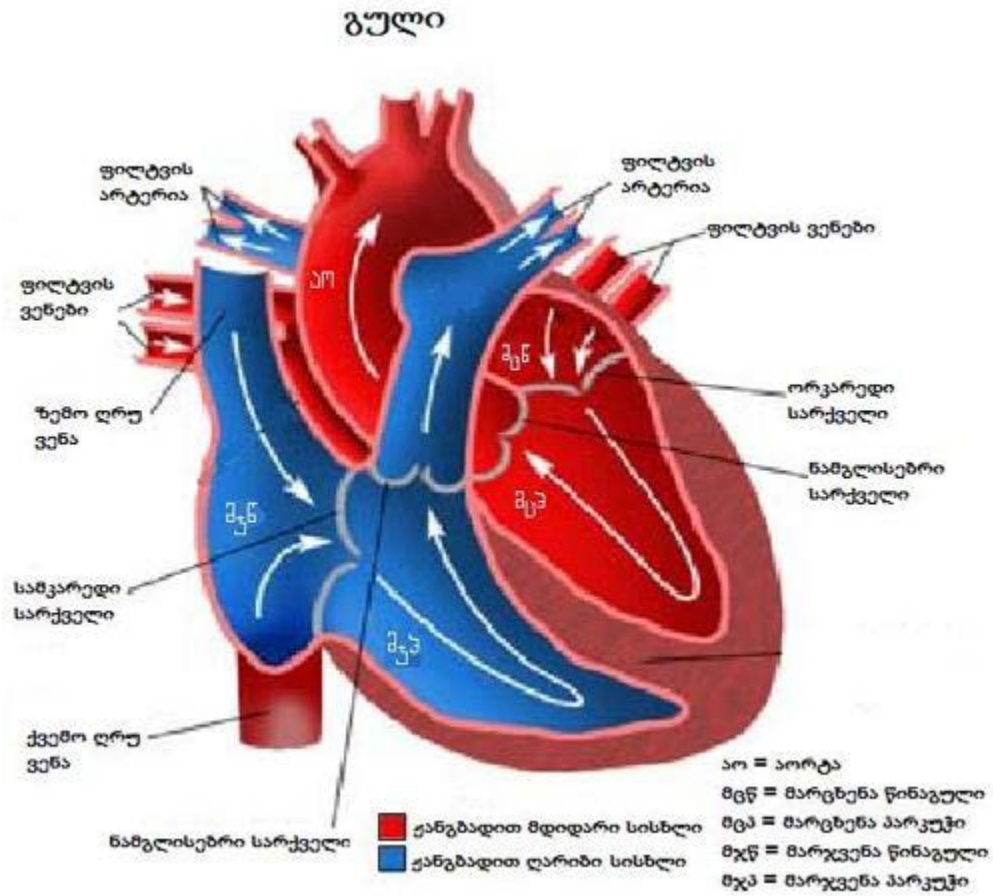
მეორე კვანძი წარმოდგენილია წინაგულ-პარკუჭთაშუა კვანძის სახით, რომელიც წინაგულების ძგიდის მარჯვენა მხარეზე მდებარეობს. შემდეგ ნერვული ბოჭკოები აღნიშნული კვანძიდან ორ ტოტად იყოფა და მიემართება თითოეულ პარკუჭში ცალ-ცალკე. ამ ნერვულ კონას ჰისის კონა ეწოდება. ამ სისტემის საშუალებით ხორციელდება აგზნების გატარება და გულის მუშაობის კოორდინირება.



სისხლის ერთი მიმართულებით მოძრაობა

1. სისხლი დიდი წნევით აწვება სარქველს და აღებს მას – აქტიური პროცესი
2. გადასროლი სისხლი, ასევე დიდი წნევით უკან აწვება სარქველს და ხურავს მას – პასიური პროცესი

სისტოლის დროს წნევა მარცხენა პარკუჭში აღწევს 135 mm/hg
სისტოლის დროს წნევა მარცხენა პარკუჭში აღწევს 30 mm/hg
სისხლის რაოდენობა, რომელსაც გული გაატარებს დღის განმავლობაში 8 000 – 10 000 ლიტრია.



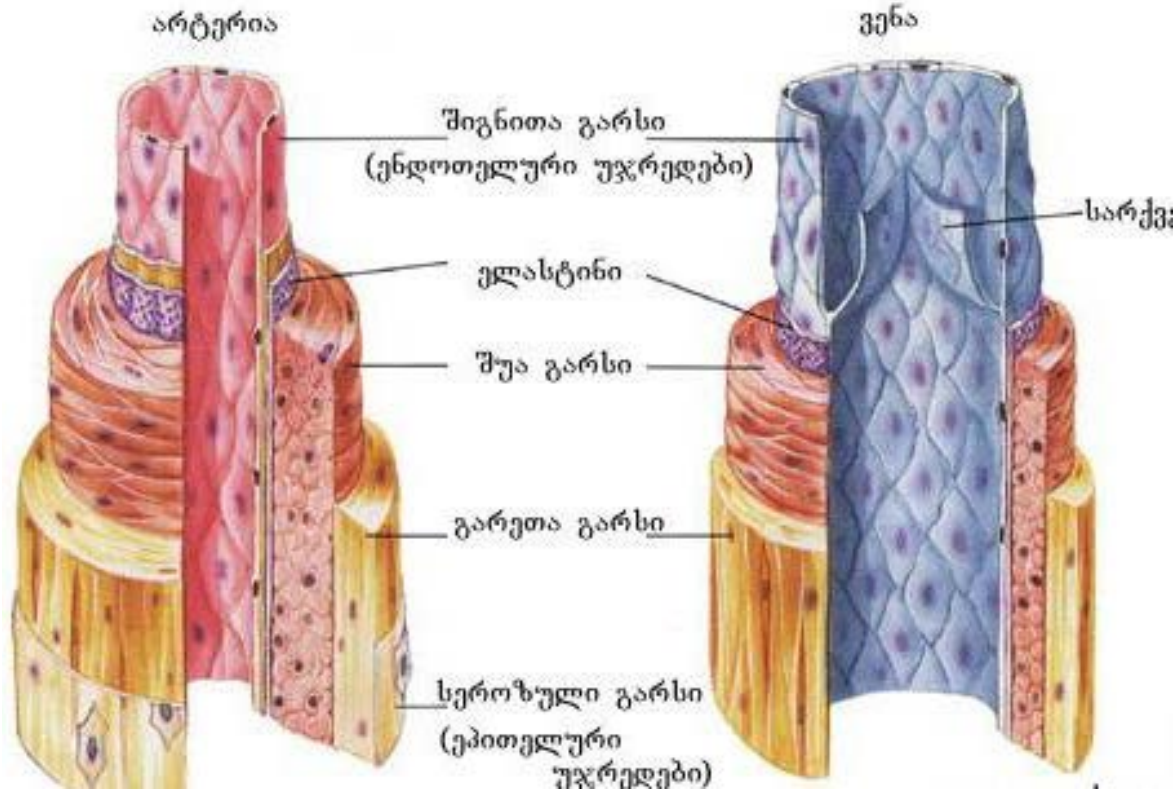
სისხლის წნევა

- სისტოლის დროს სისხლი მარცხენა პარკუჭიდან 135 mm/hg წნევით გადაიტყორცნება აორტაში.
- გადასროლილი სისხლი აორტის კედელს აწვება 120 mm/hg წნევით.დიასტოლის დროს აორტის სარქველი იხურება და აორტას აქვს დრო სისხლი გადაანაწილოს, ამ დროს წნევა ეცემა mm/hg -მდე.
- აორტა კვლავ ემზადება ახალი სისხლის ულუფის მისაღებად გულიდან, ამიტომ მასში წნევა მუდმივად ცვალებადობს.
- ასე წარმოიქმნება სისხლის წნევა, რომელიც იზომება პერიფერზე სპეციალური მანომეტრით და ჯანმრთელ ადამიანში 120/80 mm/hg -ს ტოლია.
- სისტოლურ და დიასტოლურ წნევას შორის სხვაობას პულსური წნევა ეწოდება.
- პულსი იზომება ასევე პერიფერიულ არტერიებში. იგი არის გადმოსროლილი სისხლის შედეგად განვითარებული ბიძგი, რომელიც ჯანმრთელ ადამიანში 60-100-ის ტოლია.

სისხლძაღვების შესწავლა: ანგიოლოგია

ფუნქცია: სისხლის ტრანსპორტი გულის ორგანიზმში

- არტერიები – ანაწილებენ სისხლს გულიდან მთელს ორგანიზმში
- კაპილარები – განაპირობებენ ჟანგბადისა და საკვები ნივთიერებების ცვლას სისხლსა და უჯრედებს შორის.
- ვენები – აგროვებენ სისხლს ფილტვებიდან და გულის სხეულიდან და აგროვებენ უკანა გულში.



ტოპოგრაფია:

არტერიები, რომლებიც ქმნიან სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეს მიემართებიან გულიდან, მარცხენა პარკუჭიდან და იტოტებიან უწვრილეს კაპილარებამდე პერიფერიაზე. მათში მოძრაობს არტერიული სისხლი.

არტერიები, რომლებიც ქმნიან სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეს მიემართებიან მარჯვენა პარკუჭიდან და იტოტებიან უწვრილეს კაპილარებამდე ფილტვებში. მათში მოძრაობს ვენური სისხლი.

მაკროსკოპია:

გულთან ახლოს მდებარე არტერიების აგებულება მკვრივი და ძლიერია, ისინი თანდათან უფრო წვრილ არტერიებად იყოფიან.

ვენები არის სისხლძაღვები, რომლებიც მიემართებიან გულისაკენ. იმ ვენებში, რომლებიც მიეკუთვნებიან სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეს, მდებარეობენ პერიფერიულ კაპილარულ ქსელთა და მარჯვენა ნაწილს შორის, მოძრაობს ვენური სისხლი, ხოლო მცირე სისხლძარღვის ვენებში, რომლებიც ფილტვის კაპილარებსა და მარცხენა პარკუჭს შორის მდებარეობს, მოძრაობს არტერიული სისხლი.
მცირე ვენები ერთიანდებიან უფრო მსხვილ ვენებად, რაც უფრო ახლოს მდებარეობს გულთან, მით უფრო მსხვილია მათი სანათური.

მიკროსკოპია:

ინტიმა – წარმოდგენილია შემაერთებელი ქსოვილოვანი ბოჭკოებით
მედია – შუა გარსი – კუნთოვანი გარსი ელასტიური ბოჭკოებით
ადვენტიცია – შემაერთებელი ქსოვილისაგან
ჯიბისებური სარქველები – ინტიმის შრიდან

ვენური წნევა: 12-18 mm/hg
ჯიბისებური სარქველები: განაპირობებს სისხლის დინებას გულისაკენ
გულის ამწოვი ფუნქცია: ახორციელებს სისხლის შედინებას გულში
უარყოფითი წნევა: ჩასუნთქვის დროს გულმკერდში იქმნება უარყოფითი წნევა, რომელიც ასევე უწყობს ხელს სისხლის მოძრაობას ვენებში

კაპილარები:
აერთებენ არტერიოლებს და ვენულებს
კაპილარები არის უწვრილესი სისხლძარღვები, რომელთა განაკვეთი არის 5-25 მკ.მ (თმის სისქე) და სიგრძე 0,4-0,6 მმ, შეუიარაღებელი თვალისათვის ძნელად არის დასანახი.

კაპილარების საშუალებით ხორციელდება გაზთა და საკვები ნოვთიერებების ცვლა სისხლიდან ქსოვილებში და პირიქით, სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში კაპილარებსა

და ალვეოლებს შორის მიმდინარეობს გაზთა ცვლა. ჩასუნთქვის დროს ჟანგბადი ალვეოლებიდან შედის სისხლში.

სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში კი კაპილარებსა და ქსოვილებს შორის მიმდინარეობს გაზთა და საკვები ნივთიერებების ცვლა.

კაპილარებიდან ქსოვილში შედიან:

- გლუკოზა
- ამინომჟავები
- მინერალები და ვიტამინები
- წყალი
- ჟანგბადი

ქსოვილებიდან კაპილერებში შედიან:

- ცხოველქმედების პროდუქტი (წვის და დაშლის პროდუქტები)
- წყალი
- ნახშირორჟანგი

კაპილარის კედლებში გაღწევადობა შეუძლიათ ლეიკოციტებს. კაპილარებში წნევა განიცდის დაცემას 35 mm/hg -დან 15 mm/hg -მდე. მას ჰემოდინამიური წნევა ეწოდება, რომლის საშუალებითაც სითხე გადაინაცვლებს კაპილარიდან ქსოვილებში.

ამ წნევის შემხვედრად მოქმედებს ქსოვილოვანი წნევა, რომელიც 5 mm/hg -ია და ალბუმინების წყლის შემაკავებელი თვისება, რომელსაც კოლოიდური ანუ ონკოზური წნევა ეწოდება.

კაპილარების დასაწყისში წყალი კაპილარებიდან ქსოვილებში გადადის, კაპილარების ბოლო ნაწილში კი პირიქით, ქსოვილიდან კაპილარში.

წნევის ცვალებადობა კაპილარებში:

	კაპილარების დასაწყისი	კაპილარების დასარული
ჰემოდინამიური წნევა	+ 35 mm/Hg	+ 15 mm/Hg
ქსოვილოვანი წნევა	- 5 mm/Hg	- 5 mm/Hg
კოლოიდ-ოსმოსური წნევა	- 20 mm/Hg	- 20 mm/Hg
ეფექტური ფილტრაციული წნევა	+ mm/Hg	- 10 mm/Hg

გაზთა ცვლა კაპილარებსა და ქსოვილებს შორის ხორციელდება დიფუზიის გზით, რომელიც დამოკიდებულია ამ გაზების შემცველობაზე ქსოვილებსა და სისხლში.
თუ სისხლში O_2-ის რაოდენობა მაღალია, ის დიფუზიის გზით ხვდება ქსოვილებში და პირიქით.

სისხლძარღვების კვება:
სისხლძაღვების შიგნითა გარსის ინტიმას კვება ხორციელდება მოცირკულირე სისხლში არსებული ჟანგბადით და საკვები ნივთიერებებით, გარეთა გარსის კვება კი სპეციალური სისხლძაღვებით **vasa vasorum** იმის მიხედვით თუ როგორია სისხლძარღვის დიამეტრი კვება განსხვავებულია.
აორტაში 1/10 მოლის მოცირკულირე სისხლზე, ხოლო 9/10 საკუთარ მკვებავ სისხლძარღვებზე, მცირე კალიბრის არტერიებში ეს შეფარდებაა 1/2: 1/2, ხოლო იმ არტერიებში, რომელთა განაკვეთი 1 მმ-ზე ნაკლებია, მათ საკუთარი სისხლძარღვები გააჩნიათ

სისხლძარღვების ინერვაცია:

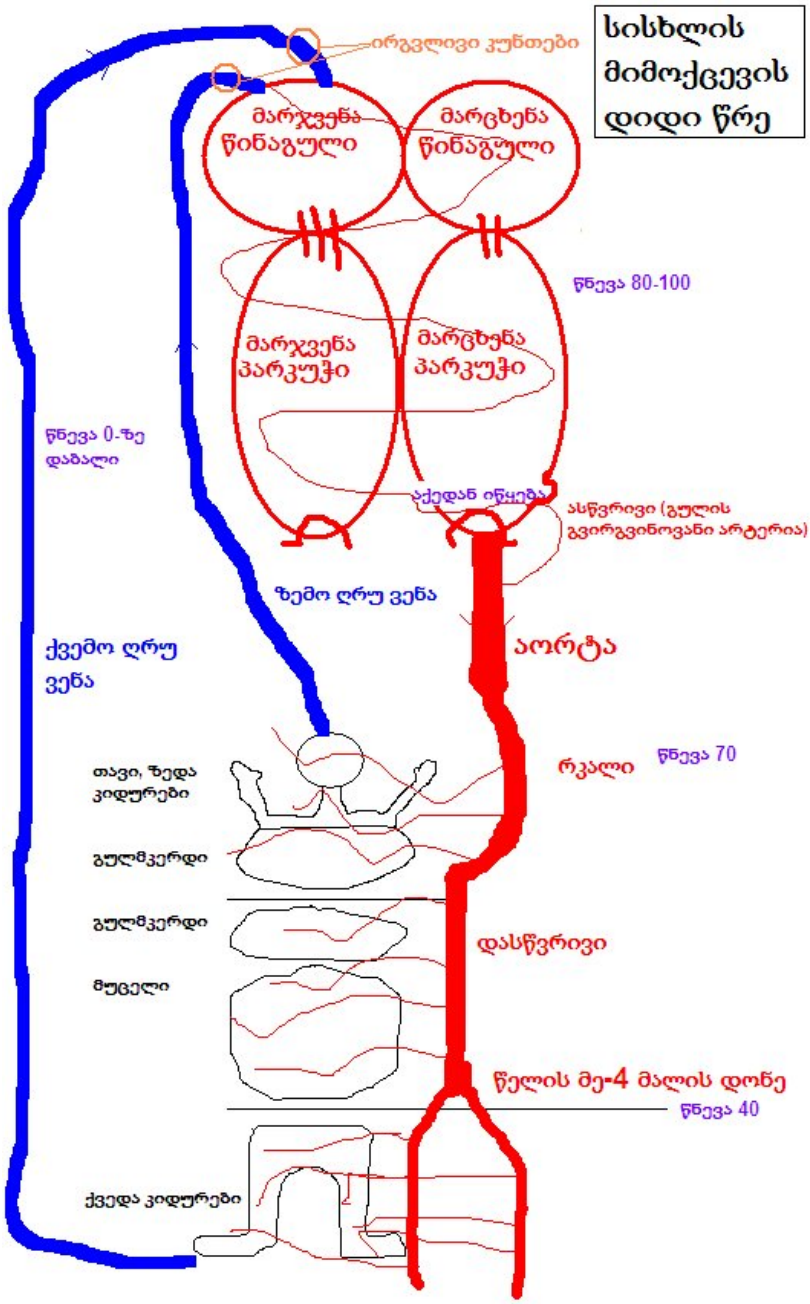
ხორციელდება ვეგეტაციური ნერვული სისტემით. მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებები ნორადრენალინი, ადრენალინი, ანგიოცენზინი.
ვაზოკონსტრიქცია ხორციელდება ამ აქტიური ნივთიერებებით და სიმპათიკური ნერვული სისტემის საშუალებით.
ვაზოდილატაცია კი ხორციელდება პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის საშუალებით – **nervus vagus**

სისხლის მიმოქცევა:
სისხლის მიმოქცევა ორ ჩაკეტილ სისტემაში დიდ და მცირე წრეში ხორციელდება, მისი აღწერა ეკუთვნის ვილჰელმ ჰარვეის 1616 წელს.
სისხლის მიმოქცევის დიდი წრე – **სხეულის წრე**
სისხლის მიმოქცევის მცირე წრე – **ფილტვის წრე**

სისხლის მიმოქცევის დიდი წრის ფუნქციაა:

არტერიების საშუალებით ჟანგბადი და საკვები ნივთიერება მიიტანონ ქსოვილებამდე და ორგანოებამდე და ვენების საშუალებით გამოიტანონ მათგან ნახშირორჟანგით და ცხოველქმედების პროდუქტებით სავსე სისხლი.

სისხლის მიმოქცევის დიდი წრის გზა:



მარცხენა პარკუჭი ——> აორტა (გულმკერდის, მუცლის) ——> მსხვილი არტერიები (თავის, კისრის, ზემო და ქვემო კიდურების, ორგანოების) ——> მცირე არტერიები ——> არტერიოლები ——> კაპილარები ——> ვენულები ——> ვენები ——> ზემო ღრუ ვენა (**vena cava superior**) – აგროვებს სისხლს თავიდან და ზემო კიდურებიდან) ქვედა ღრუ ვენა (**vena cava iferior**) – აგროვებს სისხლს ორგანოებიდან და ქვემო კიდურებიდან) ორივე ღრუ ვენა ჩაედინება მარჯვენა წინაგულში.

პულსის გასინჯვა შეიძლება შემდეგ არტერიებზე:

– სხივის არტერია - **a. radialis**
– ტერფის არტერია - **a. dorsalis pedis**
– საძილე არტერია - **a. carotis**
– საფეთქლის არტერია - **a. temporalis**

სისხლის მიმოქცევის მცირე წრე:

სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის ფუნქციაა სისხლის გამდიდრება ჩასუნთქვის შედეგად მიღებული ჟანგბადით და მისი მიტანა გულში.

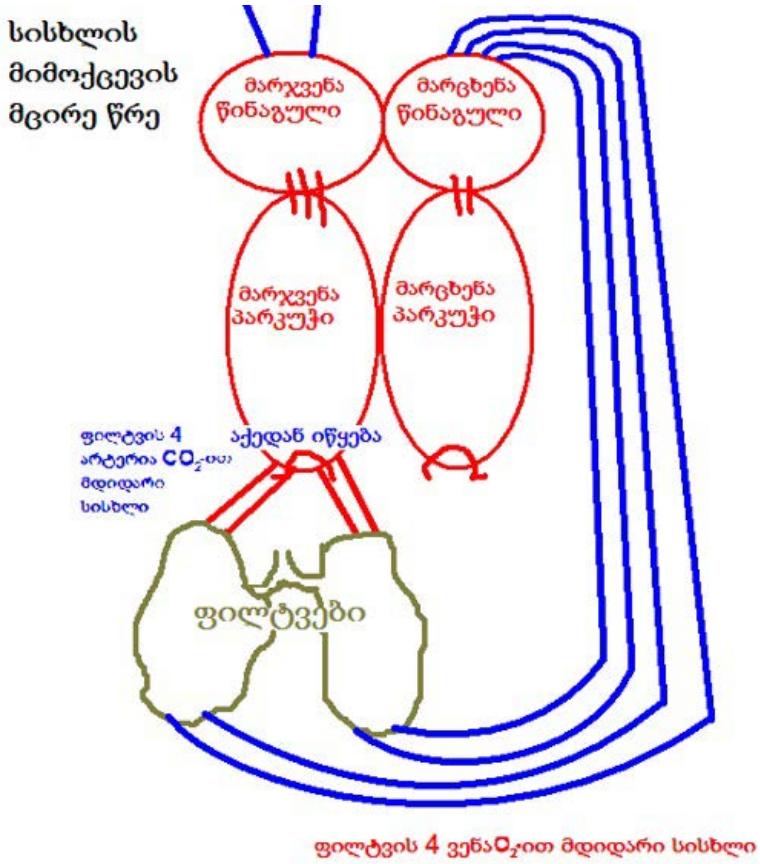
სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის გზაა:

მარჯვენა პარკუჭი ——> ფილტვის ღერო - **truncus pulmonalis** - ——> ფილტვის ორი არტერია - **a. pulmonalis** - ფილტვის არტერიების ტოტები ——>ფილტვის არტერიოლები ——> ფილტვის კაპილარები ——> ფილტვის ვენულები ——> ფილტვის 4 ვენა **venae pulmonalis** ——> მარცხენა წინაგული.

სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის სისხლძარღვები:

სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეს განეკუთვნება სისხლძაღვები, რომელთა საშუალებითაც სისხლი მარჯვენა წინაგულიდან გადაისროლება ფილტვების მიმართულებით, ხოლო ფილტვებიდან ჟანგბადით გამდიდრებული სისხლი ბრუნდება მარცხენა წინაგულში.

მარჯვენა პარკუჭიდან სისხლი ფილტვების მიმართულებით ფილტვების არტერიების საშუალებით მიემართება (ეს სისხლძარღვები ვენურ სისხლს ატარებენ). ფილტვის არტერიები მაგისტრალური სისხლძაღვებია, რომელთაც სათანადო სარქველები აქვთ დასაწყისში, მარჯვენა პარკუჭის კედელში. ფილტვის არტერიები შესაბამისად მარჯვენა და მარცხენა ფილტვის კარში შესვლის შემდეგ იყოფა წილოვან, წილაკშიგნითა და საბოლოო არტერიულ კაპილარებად, რომლებიც ალვეოლის კედელზე ქმნის არტერიულ ბადეს. აქვე ალვეოლის კედელზე ვენური კაპილარებით იწყება ვენური სისტემა,



ფილტვის კარიდან ორ-ორი ფილტვის ვენა გამოდის (მათ არტერიული სისხლი მოაქვთ). ეს ვენები 4 ხვრელის საშუალებით იხსნება მარცხენა წინაგულში.

ფილტვის კვება:
ხორციელდება მცირე არტერიების – **rami bronchialis** საშუალებით, რომელიც ნაწილობრივ აორტის, ნაწილობრივ მუცლის ტოტებია.

ავტომატიზმი:
ავტომატიზმი ნიშნავს გულის უნარს გარეგანი გამაღიზიანებლის გარეშე შექმნას იმპულსები რიტმული შეკუმშვისათვის; ამ მხრივ უპირატესობა აქვს მაინც სინუსის კვანძს. ამიტომ ნორმალურად სწორედ აქ იქმნება იმპულსები.

აგზნებადობა გულის კუნთის უნარია აგზნებით უპასუხოს გაღიზიანებით წარმოქმნილ იმპულსს, ის რთული ფიზიოლოგიური პროცესია. მისი ყველაზე თვალსაჩინო გამოხატულებაა აგზნებული უბნის ელექტროუარყოფითი დამუხტვა. აგზნებადობა უსწრებს შეკუმშვას 0,02 წამით. გულის შესაბამისი ნაწილის შეკუმშვის პერიოდში მისი კუნთი ვერ აღიგზნება. რეფრაქტერული ხდება. სწორედ ეს უზრუნველყოფს წინაგულისა და პარკუჭების შეკუმშვის თანმიმდევრობას.

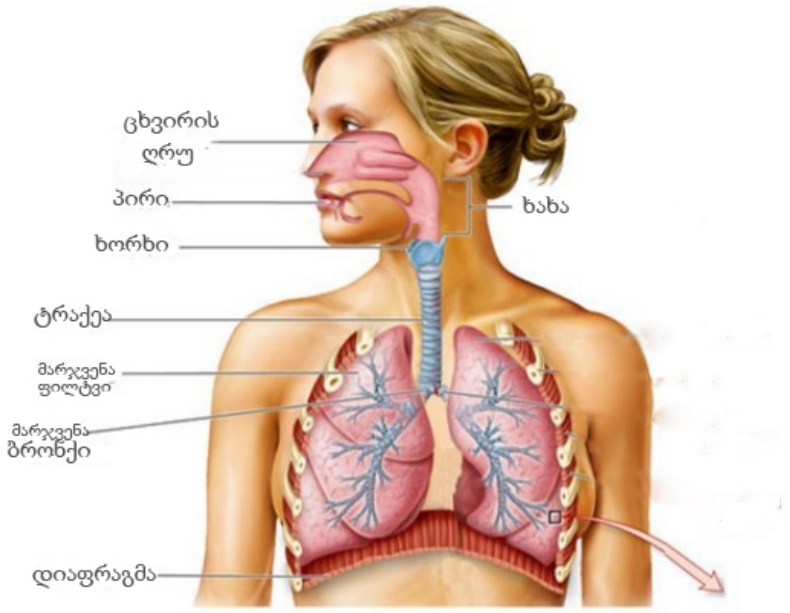
გამტარობა სინუსის კვანძიდან მომუშავე კუნთამდე იმპულსის გატარების უნარია. წინაგულში გატარება თვით კუნთის მეშვეობით ხდება. აშოფ-ტავრას კვანძში ის ძლიერ შენელდება, ამიტომაც პარკუჭები მხოლოდ წინაგულების შეკუმშვის მომდევნოდ იკუმშება.

შეკუმშვადობა გულის კუნთის უნარია შეკუმშვით უპასუხოს აგზნებას. შეკუმშვადობის ძალას განსაზღვრავს ძირითადი ჰემოდინამიკური ფაქტორი – მოსვენებაში მყოფი კუნთოვანი ბოჭკოების სიგრძე; მაშასადამე, რაც მეტი სისხლი მოდის გულის ღრუებში, მეტად გაივსება ისინი, მეტად გაიწელება კუნთოვანი ბოჭკოები. გული მეტი ძალით შეიკუმშება. რა თქმა უნდა, ძალა კუნთოვანი ბოჭკოების რაოდენობაზე, გულის მუშაობის გამაძლიერებელი ტროფიკული ნერვების ზემოქმედებასა და გავარჯიშებაზეა დამოკიდებული.

გულის კუნთის შეკუმშვა ბიოქიმიური პროცესების – გლიკოგენის დაშლის, ადენოზინტრიფოსფორმჟავას გარდაქმნის და სხვა პროცესების შედეგია. ეს პროცესები დამოკიდებულია გვირგვინოვანი არტერიებით ჟანგბადის, გლუკოზის, ფერმენტების, ვიტამინებისა და ჰორმონების მიწოდებაზე.

ღვიძლის კარის ვენა

კარის ვენა სისხლს აგროვებს მუცლის ღრუს კენტი ორგანოებიდან, გარდა შარდსასქესო სისტემის ორგანოებისა. კარის ვენა იქმნება კუჭის, ელენთის, პანკრეასის, წვრილი და მსხვილი ნაწლავების, სწორი ნაწლავის ზემო მესამედის ვენების შეერთების შედეგად. კარის ვენა იქმნება პანკრეასის თავის მიდამოში წელის მეორე მალის დონეზე. მისი სიგრძე 5-6 სმ-ია. ღვიძლის კარში შესვლის შემდეგ კარის ვენა ტოტიანდება ღვიძლის პარენქიმაში, ქმნის კაპილარულ ქსელს, ხოლო კაპილარული ვენების შეერთების შედეგად ღვიძლის ბლაგვ უკანა კიდის მიდამოში ვენური სისხლი გამოდის ღვიძლის ვენის საშუალებით და ჩადის ქვემო ღრუ ვენაში.



კითხვები:

8. როგორი აგებულება აქვს გულს?
9. რამდენი ნაწილისგან შედგება გული?
10. სისხლის მიმოქცევის რამდენი წრე არსებობს?
11. დაახასიათეთ სისხლის მიმოქცევის დიდი წრე.
12. დაახასიათეთ სისხლის მიმოქცევის მცირე წრე.
13. რას ნიშნავს გულის ავტომატიზმი?
14. რა ეწოდება სისხლძარღვების შემსწავლელ მეცნიერებას?
15. რა განაპირობებს სისხლძარღვებში წნევას?

ლიტერატურა:

რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994

ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.

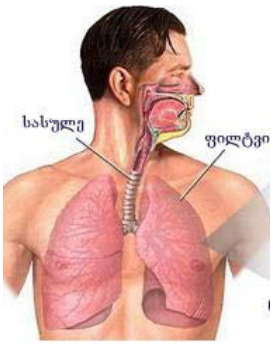
მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.

სინელნიკოვი - ადამიანის ანატომია - I-II-III ტომი, 1979წ.

http://medportal.ge/aqtualuri_tema/arteriuli_hipertenzia/artetrial.htm

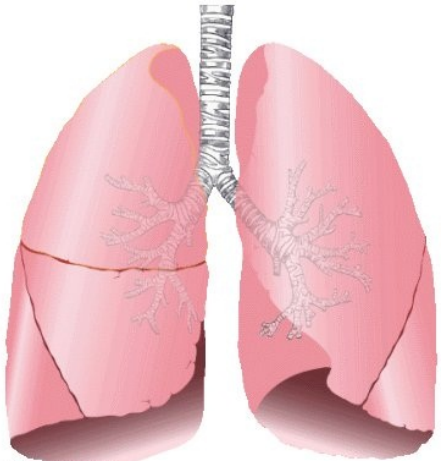
http://biologyabitur.blogspot.com/2011/02/blog-post_5982.html

სასუნთქი სისტემა



სასუნთქი სისტემის ძირითადი ფუნქციებია:

- ჟანგბადის მიღება ქსოვილებში და უჯრედებში წვის პროცესებისთვის.
- წვის პროცესების შედეგად გამოთავისუფლებული CO_2 –ის გამოყოფა.
- შესუნთქული ჰაერის მომზადება სასუნთქ გზებში გათბობით, გასუფთავებით, დანოტივებით.
- ხმის წარმოქმნაში მონაწილეობა.





სასუნთქი სისტემა იყოფა:

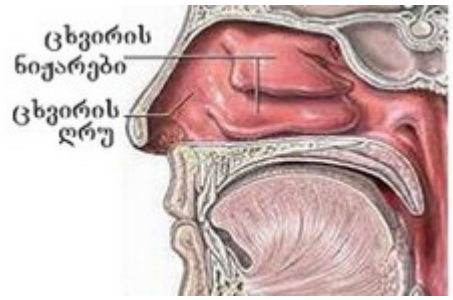
ზედა სასუნთქი გზები -

- ცხვირი - **rin, nase**
- ხახა - **pharynx**

ქვედა სასუნთქი გზები

- ხორხი - **larynx**
- სასულე - **thrachea**
- ბრონქები
- ბრონქიოლები
- სუნთქვის ორგანო - ალვეოლები

ცხვირის ღრუ - **Carum nasi**



ცხვირის ღრუ ძგიდით ორ - მარჯვენად და მარცხენად არის გაყოფილი. ამომფენი ლორწოვანი კარგი სისხლმომარაგების გამო ვარდისფერია და მასში არსებული ჯირკვლების წყალობით - ნოტიო, შესასვლელში დაფარულია ნაზი წამწამებით, რაც ასუფთავებს შესუნთქულ ჰაერს უცხო ნაწილაკებისაგან

ცხვირის იმ ნაწილს, რომელიც შუბლის ძვალს უკავშირდება, ცხვირის ძირი ეწოდება. გვერდები უკავშირდებიან ერთმანეთს, ქმნიან ქედს და ბოლოვდებიან მწვერვალით. ცხვირის ჩონჩხი შედგება ორი ძვლისაგან, ცხვირის გვერდითი დიდი ხრტილებისგან და უკანა მცირე ხრტილებისგან. გარედან ცხვირი კანითაა დაფარული.

ცხვირის ღრუ ისაზღვრება ზემოდან ცხავის ძვლის ჰორიზონტალური ფირფიტით, გვერდებიდან თვალბუდეების მედიალური კედლით, ზედა ყბის წიაღთა მედიალური კედლით, ქვემოდან - მაგარი გარსით.

წინა ხვრელები სახეზე იხსნება და მსხლის ფორმა აქვს, უკანა ხვრელებს, რომლითაც ცხვირი ხახას უკავშირდება - ქოანები ეწოდება.

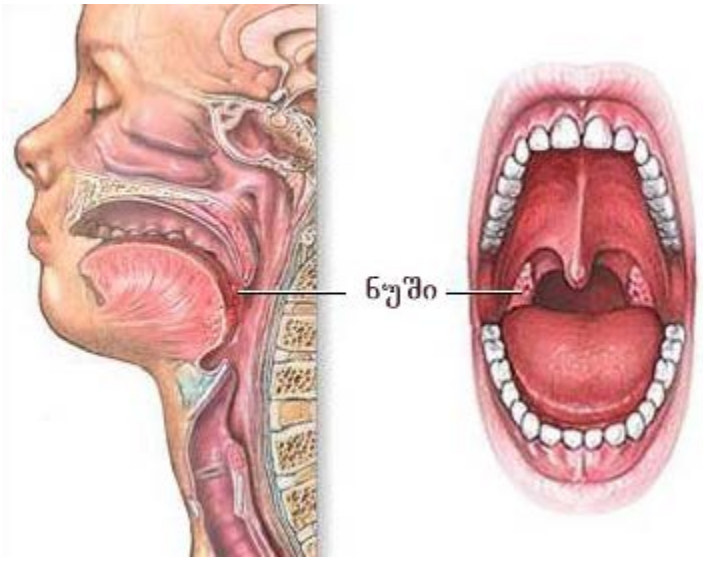
ძგიდეში განარჩევენ ძვლოვან, ხრტილოვან და აპკისებრ ნაწილს:

ძვლოვანი ნაწილი წარმოდგენილია: ცხავის ძვლის ვერტიკალური ფირფიტით და სახნისის ძვლით. მის წინ ხრტილოვანი და აპკისებრი ნაწილებია მოთავსებული. ცხვირის ღრუს ორივე ნაწილი ნიჟარების საშუალებით დაყოფილია ცხვირის გასავლებად. ზედათი უკავშირდება ძირითადი ძვლის წიაღს და ცხავის ლაბირინთის უკანა უჯრედებს, შუათი _ შუბლის ძვლის წიაღს, ცხავის ძვლის ლაბირინთის წინა უჯრედებს და ჰაიმორის ღრუს, ქვედათი კი იხსნება ხახაში, მასში იხსნება ცხვირ-ცრემლის არხიც.

ლორწოვანში ბევრია ნერვული დაბოლოებები (ყნოსვის ფუნქცია), ლორწოს გამომყოფი ჯირკვლები (დანოტივება). ცხვირი ამოფენილია მრავალშრიანი ცილინდრული მოციმციმე ეპითელით. უხვი სისხლმომარაგებაა განსაკუთრებით ქვემო ნიჟარის მიდამოში (ჰაერის გათბობა).

ცხვირის ღრუდან ჰაერი გადადის ხახაში.

ხახა მდებარეობს ქოანებსა და ხორხს შორის და ეკითვნის, როგორც სასუნთქ, ისე საჭმლის მომნელებელ სისტემას. მასში შვიდი ხვრელი იხსნება. ორი ქოანა, ორი სასმენი ლულის ხვრელი, პირის ღრუ, ხორხის შესავალი, საყლაპავი მილი.



ძვლოვანი წიაღები - ესაა ღრუები ძვლებში, შემოიფარგლება იმ ძვლით, რომლის წიაღიც არის. ამოფენილია ცხვირის ეპითელის მსგავსი ეპითელით, ნაზი გასავლები აქვთ, რითაც ცხვირის ღრუს უკავშირდებიან. მათშიც შედის შესუნთქული ჰაერი.

ფუნქციები:

- პნევმატიზაცია თავის ქალას ძვლებისა, რაც ამსუბუქებს სახის ჩონჩხს
- შესუნთქული ჰაერისათვის ზედაპირის გაფართოება, რაც ხელს უწყობს ცხვირის ფუნქციებს (ჰაერის გათბობა, დანოტივება)
- ხმის რეზონანსისთვის სივრცე

სურდოს დროს თავში სიმძიმის განცდა და ხმის შეცვლა სწორედ წიაღთან დამაკავშირებელი გასავლის შეშუპებასთან არის დაკავშირებული.

ხახა-ცხვირთან დაკავშირებულ ნაწილს ეწოდება ეპიფარინქსი - epipharynx

პირთან დაკავშირებულ ნაწილს ეწოდება მეზოფარინქსი - mesopharynx

ხორხთან დაკავშირებულ ნაწილს ეწოდება ჰიპოფარინქსი - hypopharynx

ხახის შესავალში რკალებია განლაგებული და მათ უკან ფოსოებში სხედან ნუშურა ჯირკვლები, რომლებიც რკალს ქმნიან და ინფექციის შეჭრის ჭიშკარში დამცველობით ფუნქციას ასრულებს. განივზოლიანი კუნთოვანი ბოჭკოები ხახის ნებით და ასევე რეფლექსურად იკუმშებიან ხოლმე და არეგულირებენ ყლაპვისა და სუნთქვის პროცესთან მონაცვლეობას.

ხორხი - larynx

ტოპოგრაფია:

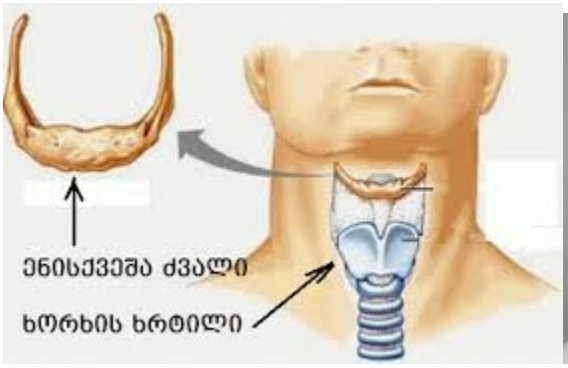
ხორხი იწყება ხახის ქვედა ნაწილში, ის წარმოადგენს ქვედა სასუნთქი გზების დასაწყისს, რომელსაც ქვემოთკენ აგრძელებს სასულე. ის მდებარეობს კისრის 3-7 მალთა გასწვრივ.

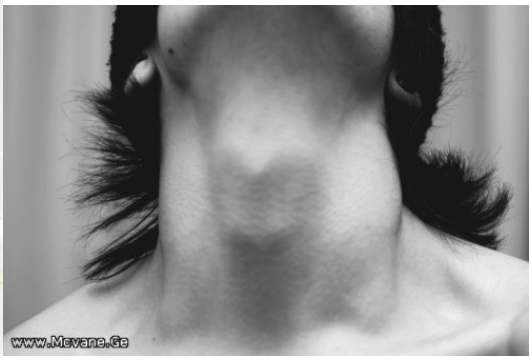
მაკროსკოპია:

მამაკაცების ხორხი უფრო დიდია ვიდრე ქალისა, ეს ჰორმონალური გავლენის გამოა (,,ადამის ვაშლი").

ის ხრტილოვანი ორგანოა და შედგება 3 კენტი და 4 წყვილი ხრტილისგან.

კენტი ხრტილებია: ფარისებრი, ბეჭდისებრი და ხორხსარქველი.





წყვილი ხრტილებია: ციცხვისებრი, ქრისებრი, სოლისებრი და ხორბლისებრი

ხორხის ხრტილები იოგოვანი აპარატით უკავშირდებიან ერთმანეთს და ინის ძვალს. ფარ-ინის იოგის სისქეში არის მოთავსებული ხორბლისებრი ხრტილები ამ იოგოვანი აპარატით ხორხი მოძრაობს ინის ძვლის ზემოთ და ქვემოთ, რაც კისრის კუნთების საშუალებით ხორციელდება.

ყველაზე დიდია და მეტყველების დროს გამოკვეთილი ფარისებრი ხრტილი, რომელიც ორი სამკუთხა ფირფიტისგან შედგება, რომლებიც წინა ზედაპირზე კუთხით ერთდებიან.

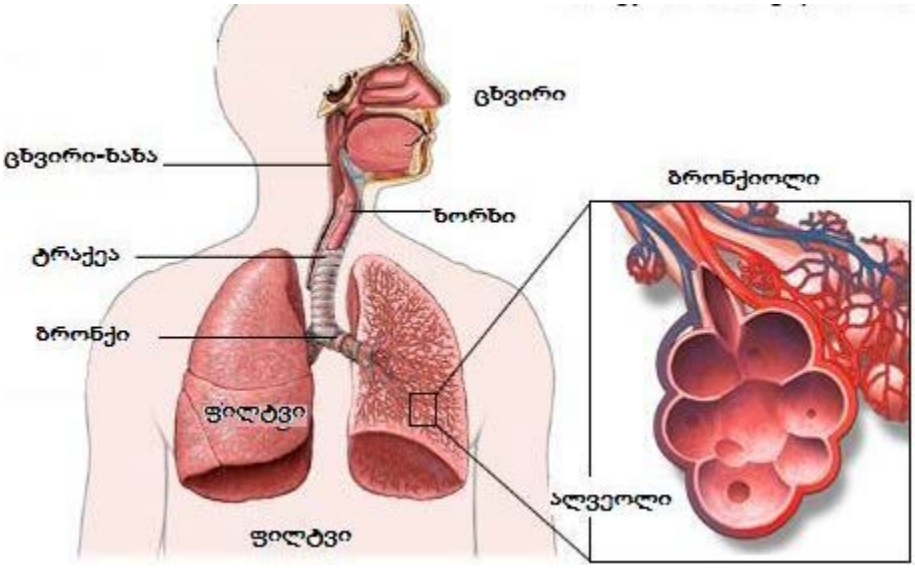
ბეჭდისებრ ხრტილს ბეჭდის ფორმა აქვს.

ხორხსარქველი ფოთლის ფორმისაა, ის ერთი მხრიდან დამაგრებულია ფარისებრ ხრტილთან, მეორე ბოლო მოძრავია, ის პერიოდულად აღებს და ხურავს ხორხს. ხურავს ყლაპვის დროს, აღებს - სუნთქვის დროს. ის ელასტიური ხრტილია.

ციცხვისებრი ხრტილები სამწახნაგა ფორმისაა, მისი კუნთოვანი მორჩი უმაგრდება მბგერავ იოგებს, რომლებიც ბგერის წარმომქმნელი მოწყობილობაა.

ხორხის შიგნითა ლორწოვანი გარსი მოფენილია მოციმციმე ეპითელით. ის ორ ნაოჭს ქმნის, ქვედა ნაოჭს ნამდვილი მბგერავი ნაოჭი ეწოდება.

მბგერავი იოგები გადაჭიმულია ფარისებრი ხრტილის ქვედა კიდეს, ბეჭდისებრი ხრტილის რკალსა და ციცხვისებრი ხრტილის მბგერავ მორჩს შორის. მბგერავ იოგთა შორის მოთავსებულ სივრცეს ყია ეწოდება. ყია განუწყვეტლივ ფართოვდება და ვიწროვდება ბგერების წარმოქმნასთან დაკავშირებით. მკვეთრად ვიწროვდება ხველის და მუცლის ღრუში წნევის მომატებისას.



ხორხის ფუნქციები (ფიზიოლოგია):

ის ჰაერგამტარი გზაა და მასში არსებული მბგერავი იოგების საშუალებით ხდება ბგერათა წარმოქმნა. რა თქმა უნდა მეტყველებისთვის ეს არ არის საკმარისი.

სახმო იოგები - ტონების წარმოქმნა

რეზონანსული სივრცე - ძვლების წიაღები, ცხვირის ღრუ, ხახა, პირი, ფილტვი

სამეტყველო ბგერათა წარმოქმნა (ხმოვნები, თანხმოვნები) - ენა, სასა, ტუჩები, კბილები

მეტყველების მართვა - მეტყველების მოტორული ცენტრი (ც.ნ.ს-ში)

ხორხის ინერვაცია ხდება თავის ტვინიდან გამომავალი მე-10 (ცდომილი) ნერვის ტოტით.

სასულე - trachea

ტოპოგრაფია იწყება ხორხის ქვემოთ, ის ღრუ ხრტილოვანი ორგანოა. ის იწყება კისრის მეშვიდე მალიდან და გრძელდება გულმკერდის მეოთხე-მეხუთე მალამდე, ამიტომ მასში კისრისა და გულმკერდის ნაწილს განარჩევენ.

ანატომია ფიზიოლოგია:

მისი ფუნქციაა მხოლოდ ჰაერის გატარება, ამიტომ ყოველთვის ღია უნდა იყოს.

სასულე შედგება 15-20 ხრტილოვანი ნახევარ-რგოლისაგან. თითოეული ხრტილოვანი რგოლის უკანა ნაწილი აპკით არის წარმოდგენილი, რადგან მის უკან საყლაპავი მილი გადის და ყლაპვის დროს შესაძლებელი გახდეს საყლაპავის გაფართოება, ლუკმის გადაადგილება რომ არ შეფერხდეს.

სასულეც შიგნიდან მოციმციმე ეპითელითაა ამოფენილი.

ბრონქები და ბრონქიოლები

ტოპროგრაფია:

გულმკერდის მეხუთე მალის დონეზე სასულის შემდეგ ადგილი აქვს ბიფურკაციას, ე.ი. სასულეს ორად გაყოფას, ძირითად ანუ პირველად ბრონქებად. ბრონქები მიემართებიან შესაბამისი ფილტვის კარისაკენ და შედიან მასში. ბრონქები იტოტება მილიონობით პატარა ბრონქებად, ამიტომაც მათ ბრონქული ხე ეწოდება. ყველაზე პატარა ბრონქებს ბრონქიოლები ეწოდება, მათი განივკვეთი 1 მმ-ზე ნაკლებია, ისინი ბოლოვდებიან ალვეოლურ ბუშტუკებში.

ტრაქეა წინიდან:

- ხრტილოვანი რგოლები
- ელასტიური შემაეთებელი ქსოვილი
- ბიფურკაცია (გაორკაპება)
- მარჯვენა ძირითადი ბრონქი
- მარცხენა ძირითადი ბრონქი

ბრონქის ჭრილი

- ხრტილოვანი რგოლი
- შემაერთებელი ქსოვილი ელასტიური ბოჭკოები
- გლუვკუნთოვანი ბოჭკოები
- მოციმციმე ეპითელი

მოზრდილი ადამიანი დღე-ღამეში საშუალოდ 15-25 ათას ლიტრ ჰაერს ჩაისუნთქავს, რომელსაც სასუნთქი სისტემა წმენდს, ათბობს და განაიარაღებს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ფუნქციები აკისრია სასუნთქი სისტემის ერთ ნაწილს - ბრონქულ ხეს.



ბრონქიალური ხის დანაწევრება:

- ძირითადი ბრონქები - **bronchus principalis** - მარჯვენა და მარცხენა, განიერი და მოკლე.
- წილოვანი ბრონქები - **bronchi lobales** – მარჯვნივ სამია, მარცხნივ-ორი. განივკვეთი 8-12 მმ.
- სეგმენტური ბრონქები - **bronchi segmentales** - ისინი სეგმენტებში შედიან.
- ბრონქიოლები 1-3 მმ სიგრძისა და 0,4 მმ განივკვეთისაა, თითოეული იყოფა ორ ნაწილად და ბოლოვდებიან ალვეოლებით.

მიკროსკოპია:

ძირითადი ბრონქები აგებულებით ტრაქეას ჰგავს. კალიბრის შემცირებასთან ერთად ხრტილი იცვლება კუნთოვანი ქსოვილით. ბრონქიოლებიც მოციმციმე ეპითელით არის ამოფენილი. ალვეოლებში ეს ეპითელი აღარ არის, არამედ კუბური ეპითელია.

ფიზიოლოგია:

ისევე როგორც სასულის, ბრონქული ხის ფუნქციაც ჰაერის გათბობა, დანოტივება, გასუფთავებაა. ბრონქიოლთა კუნთოვანი ბოჭკოები კი ფილტვის წნევის ცვლილების შესაბამისად ჰაერის ნაკადის რაოდენობას არეგულირებს.

ბრონქების დანაწევრება

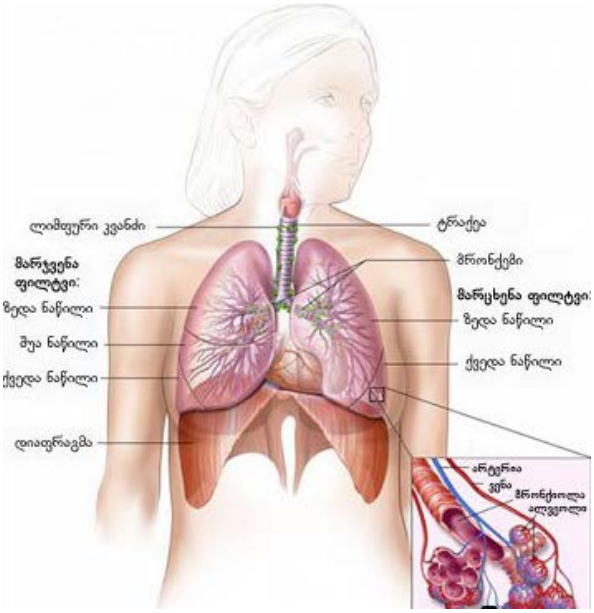
- სასული
- ძირითადი ბრონქები
- წილოვანი ბრონქები
- სეგმენტური ბორონქები
- ტერმინალური ბრონქიოლები
- ალვეოლური ბრონქიოლები
- ალვეოლები

ფილტვი - pulmo

ფილტვის ქსოვილს წარმოადგენს ბრონქული ხე და ალვეოლები. ყველა ღრუ ქმნის სივრცეს ერთად, რომელიც ემსახურება ჰაერის გატარებას ფილტვისკენ და ფილტვიდან, მაგრამ არ მონაწილეობს გაზთა ცვლაში, მას მკვდარი სივრცე ეწოდება (ცხვირი, პირი, ბრონქები). მისი მოცულობაა 140 მლ.

ტოპოგრაფია:

ფილტვები მდებარეობს გულმკერდის ღრუში - **thotax**



- ქვედა საზღვარი: დიაფრაგმა (შუასაძგიდი)
- გვერდითი საზღვარი: ნეკნები და ნეკნთაშორისი კუნთები.
- მედიალური საზღვარი: შუასაყარი თავისი ორგანოებით: გული, დიდი სისხლძარღვები, საყლაპავი.
- ზემო საზღვარი: პირველი ნეკნის ზედა კიდე და ლავიწის ძვალი.

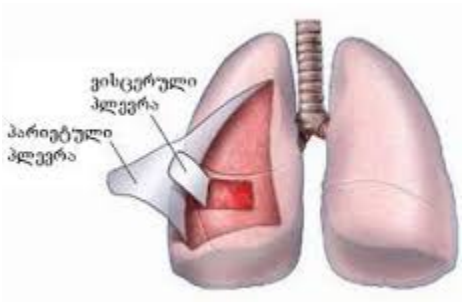
მაკროსკოპია:

მარჯვენა ფილტვი იყოფა სამ წილად, მარცხენა- ორად, რადგან მარცხენა შუა წილი ზედასთან შეზრდილია. თითეული წილი მრავალ სეგმენტს შეიცავს. როგორც წესი მარჯვენა ფილტვი - ათი, მარცხენა კი - ცხრა სეგმენტისგან შედგება. თითოეული სეგმენტი ასი ათასობით (დაახლოებით 1/2 მილიონამდე) წილაკს შეიცავს. თითო წილაკს ერთი ტერმინალური ბრონქიოლი შეესაბამება, რომელიც ორი ალვეოლით მთავრდება.

ფილტვის მაკროსკოპია

1. ზედა წილები- **lobus superior**
2. შუა წილები - **lobus medius**
3. ქვედა წილები - **lobus inferior**

პლევრა - pleura



ფილტვები პლევრით არის შემოგარსული ისევე, როგორც გული პერიკარდით. პლევრა ორი ფურცლისგან შედგება: ზედა შეზრდილია ფილტვის ქსოვილთან, შემოგარსავს მას, ჰილუსთან მოსცილდება ფილტვის ქსოვილს და ქმნის გარეთა, კედლის ამყოლ ფურცელს, რომელიც შემოგარსავს დიაფრაგმას, შუასაყარს, გულმკერდის კედელს შიგნიდან, ნეკნებს. ფილტვის შემომგარსველ ნაწილს ბისცერალური ფურცელი ეწოდება, დანარჩენს პარიესული, ანუ კედლის ამყოლი ფურცელი. მათ შორის არის სივრცე - პლევრის ღრუ, რომელშიც მცირე რაოდენობით სეროზული სითხე მუდამ უნდა იყოს, რათა შემცირდეს ხახუნი.

შუასაყარი არის ღრუ, რომელიც შემოისაზღვრება: უკნიდან ხერხემლით, წინიდან მკერდის ძვლით, გვერდებიდან პარიესული პლევრის მარჯვენა და მარცხენა ფურცლით. შუასაყარში მნიშვნელოვანი ორგანოებია განლაგებული: გული, აორტის რკალი, თიმუსი, სასულე და საყლაპავი.

ჰილუსში (ფილტვის კარში) -

შედის: მთავარი ბრონქი

ბრონქიალური არტერიები (მკვებავი)

ფილტვის არტერია

ნერვები

გამოდის: ბრონქული ვენები

ფიტვის ვენა

ნერვები

ფილტვის ლიმფური

სადინარები

მიკროსკოპია:

ფილტვის ქსოვილის დიდ ნაწილს შეადგენს ბრონქული ხე. სისხლძაღვები და ლიმფური სადინარები ბრონქებს თან სდევს და შემოგარსულია შემაერთებელი ქსოვილით, ელასტიური ბოჭკოებით. ფილტვები დაახლოებით 300 მლნ ალვეოლს შეიცავს. მათი გაშლილი ზედაპირის ფართობი 120 კვ.მ-ია ალვეოლათა კედლები უნაზესი ერთშრიანი ეპითელია, ყოველი ალვეოლა შემოგარსულია სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის კაპილართა ქსელით.

ფიზიოლოგია

ფილტვის ძირითადი ფუნქციები:

- ჟანგბადის მიღება
- ნახშირორჟანგის გამოყოფა.

ფუნქციონალური სისხლის მიმოქცევა

(ფილტვისმიერი სუნთქვა)

ფილტვის არტერიას - **arteria pulmonalis** - ნახშირორჟანგით მდიდარი სისხლი მიაქვს ალვეოლებამდე, მის ნაზ კედლებში იტოტება და ნახევრად განვლად სისხლძარღვთა კედლებიდან შესაძლებელი ხდება შესუნთქული, ჟანგბადით მდიდარი ჰაერიდან ჟანგბადის მიერთება მას შემდეგ, რაც ჰემოგლობინი მოიცილებს და გარეთ გამოჰყოფს ნახშირორჟანგს. ჟანგბად მიერთებული, არტერიულად ქცეული სისხლის კაპილართა ქსელი იკრიბება ფილტვის ვენებად, რომელსაც არტერიული სისხლი მიაქვს გულამდე.

სუნთქვა და სუნთქვის რეგულაცია

სუნთქვა **respiration** – ორი ფაზისგან შედგება:

1. შესუნთქვა - **inspiration** – არის აქტიური პროცესი.

2. ამოსუნთქვა - **expiration** – არის პასიური პროცესი.

ინერვაციის საშუალებით შეიკუმშება ნეკნთაშორისი გარეთა კუნთები და დიაფრაგმა, ამით გულმკერდის ღრუს მოცულობა იზრდება. ფილტვის ელასტიური ქსოვილი მიჰყვება გულმკერდის კედლებს და ფართოვდება, შეივსება გარედან ჰაერით, ხორციელდება შესუნთქვა.

ფილტვის ელასტიურობის წყალობით, სუნთქვის ხელშემწყობ კუნთთა მოდუნების დროს ფილტვი ახერხებს მოცულობის შემცირებას, თუმცა ღრმა ამოსუნთქვას ხელს უწყობს მუცლის კუნთთა შეკუმშვაც, რაც დიაფრაგმას ზემოთ სწევს და ავიწროვებს გულმკერდის ღრუს. ფილტვის შეკუმშვის დროს მასში წნევა ატმოსფერულზე მეტია და ჰაერი გაედინება მანამ, ვიდრე არ გათანაბრდება ატმოსფერულ წნევასთან.

სუნთქვის რეგულაცია

სუნთქვის მართვა ხორციელდება მოგრძო ტვინში არსებული სუნთქვის ცენტრიდან, სადაც მაშინვე რეგისტრირდება ჟანგბადის ნაკლებობა ე.ი. ნახშირორჟანგის სიჭარბე ორგანიზმში, ეს მდგომარეობა სუნთქვის ცენტრს ააგზნებს.

სუნთქვაზე გავლენას ახდენს კუნთური მუშაობა (სუნთქვას აჩქარებს), სხეულის ტემპერატურა (მაღალი ტემპერატურა ააქტიურებს სუნთქვას), ფსიქიური აგზნება (შიში, სიბრაზე), რეფლექსები (დაცემინება, დახველება, დამთქნარება, ყლაპვა) და ნებითი კუნთური ქმედებები (სასუნთქ კუნთთა ნებითი შეკუმშვა ან მუცლის კუნთთა შეკუმშვა) ასევე ცვლიან სუნთქვის სიხშირეს.

სუნთქვის სიხშირე

სიმშვიდეში სუნთქვის სიხშირეა 8-დან 20 სუნთქვამდე. ე. ი. წუთში 4 -დან 10 ლიტრამდე ჰაერი შეისუნთქება და ამოისუნთქება.

კითხვები:

1. რამდენ ნაწილად იყოფა სასუნთქი სისტემა?
2. რა ფუნქციები აქვს სასუნთ სისტემას?
3. რომელი ორგანოები შედის ქვედა სასუნთ გზებში?
4. რამდენი ხვრელი აქვს ხახას (ჩამოთვალეთ)?

5. რა ნაწილებისგან შედგება ხორხი?
6. რა არის პლევრა?
7. რა ერთეულები შედის მარჯვენა და მარცხენა ჰილუსში?
8. როგორ რეგულირდება სუნთქვა?

ლიტერატურა:

რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994

ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.

მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.

სინელნიკოვი - ადამიანის ანატომია - I-II-III ტომი, 1979წ.

https://docs.google.com/document/d/1FmuXN36AozTW6gZjQQjDsozEiBXGJSOEV_hTNvT5Ryc/edit

http://www.aversi.ge/ka/cnobari/list/110/sasunTqi-sistema

საჭმლის მომნელებელი სისტემა

საჭმლის მომნელებელი მილის ჩამოყალიბებისთანავე შეიძლება მისი სამი ნაწილის:

წინა, შუა და უკანა ნაწილების გარჩევა.

წინა ნაწილი:

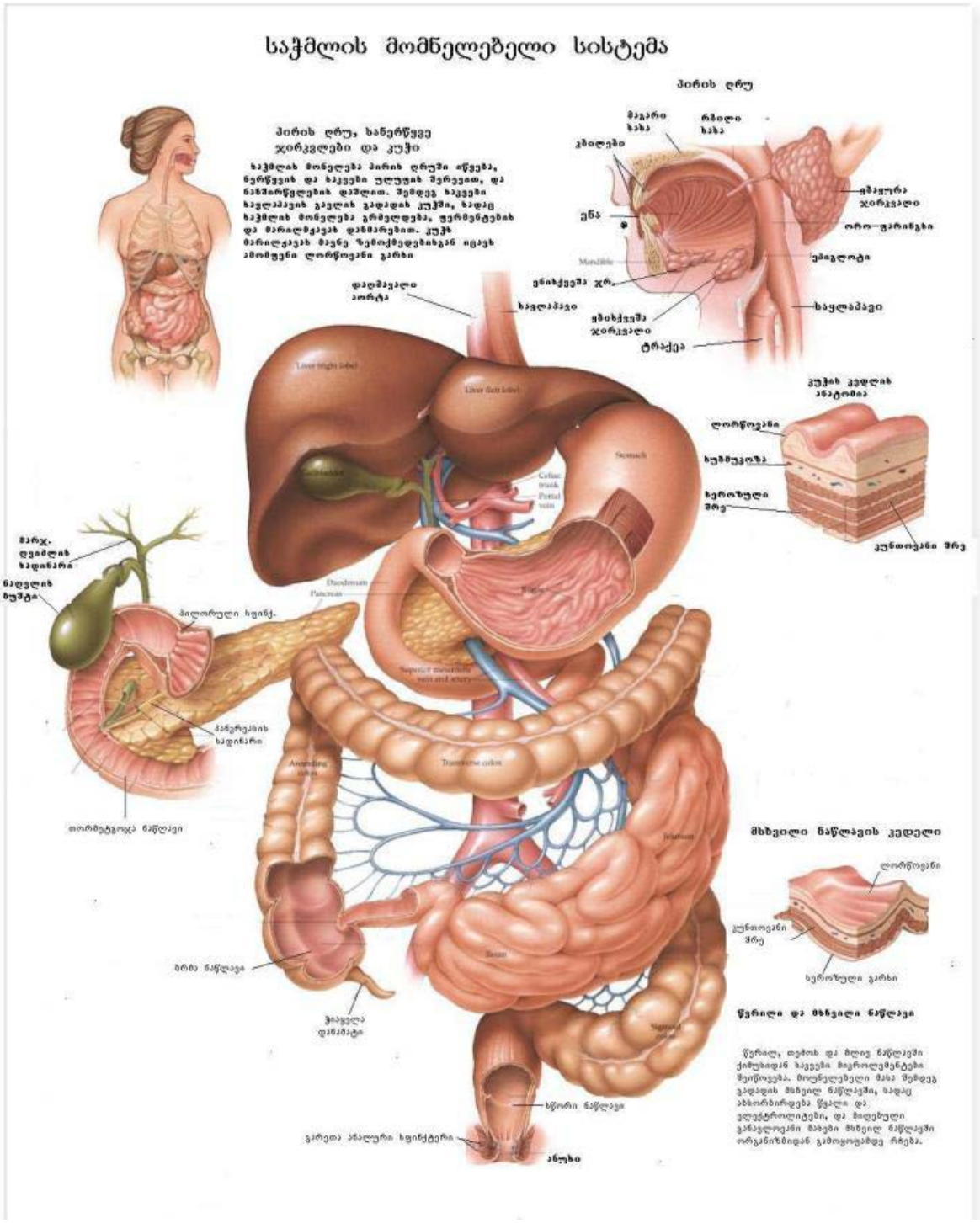
- პირის ნაპრალი - **rima oris**
- პირის ღრუ - **cavitas oris**
- ხახა - **pharynx**
- საყლაპავი მილი - **esophagus**
- კუჭი - ventriculus (gaster)

შუა ნაწილი:

- თოტმეტგოჯა ნაწლავი – **duedenum**
- მლივი ნაწლავი - **jejunum**
- თეძოს ნაწლავი - **ileum**

უკანა ნაწლავი:

- ბრმა ნაწლავი - **cecum**
- კოლინჯი - **colon**
- სწორი ნაწლავი - **rectum**


საჭმლის მომნელებელი სისტემა
პირის ღრუ
პირის ღრუ, ხანერწყვე ჯირკვლები და კუჭი
ხაჭმლის მონელება პირის ღრუში იწყება, ნერწყვის და ხაკვები უღუნის შერევით, და ნაწიერწყლების დამსით. შემდეგ ხაკვები ხელკაცის კელის კედლის კუჭში, ხადც ხაჭმლის მონელება გრძელდება, ფერმენტების და მარილმჟავის დამატებით. კუჭ მარილმჟავის მავნე ზემოქმედებისგან იცავს ამოშვება ღორწოვანი გარსი
მკერდის ხარა
რბილი ხარა
ენა
ეპიგლოტი
ხაყლაპავი
ტრაქეა
დაღმავალი აორტა
ხავლაპავი
ღვიძლის მარჯვენა ნაწილი
ნაღვლის ბუშტი
პანკრეასის ხადინარი
ორობატკოვან ნაწლავი
ბრმა ნაწლავი
ჭიავველა დანამატი
სწორი ნაწლავი
ანუსი
მხხვილი ნაწლავის კედელი
ღორწოვანი
კუნთოვანი შრე
სეროზული გარსი
წვრილი და მხხვილი ნაწლავი
წვრილ, თეძოს და მცირ ნაწლავში ქიმუსიდან ხკვები ბიროლემენტები შეიწოვება. მოუნელებელი მკა შემდეგ გადადის მხხვილ ნაწლავში, ხადაც ახხორბირდება წყალი და ელექტროლიტები, და მიღებული განავლობითი მახები მხხვილ ნაწლავში ორგანიზმიდან გამოყოფამდე რჩება.

საჭმლის მომნელებელი მილის კედელი მთელს სიგრძეზე სამი გარსით არის წარმოდგენილი:

- ლორწოვანი, ანუ შიგნითა გარსი - tunica mucosa;
- კუნთოვანი ანუ შუა გარსი - tunica muscularis;
- გარეთა გარსი, რომელიც ან სეროზული ხასიათისაა - tunica serosa ან შემაერთებელ ქსოვილოვანია - tunica adventitia.

ლორწოვანი გარსი, ამომფენი საფარის დანიშნულების გარდა, შეიცავს ადგილიმდებარეობის მიხედვით მრავალ ჯირკვალს, რომელთა წვენი საკვების მონელებისთვის აუცილებელია. მთელი მილის გაყოლებაზე, დაწყებული პირის ღრუდან დამთავრებული ანალური ხვრელით, ლორწოვანი გარსის სისქეში არის ლორწოს გამომყოფი ეპითელური უჯრედები.

ნაწლავის ლორწოვანი გარსის მნიშვნელოვანი ანატომიური წარმონაქმნებია:

ნაწლავის ნაოჭები- **plicae interstinalis**, მათი საშუალებით იზრდება ნაწლავის ზედაპირის საკვებთან შეხების ფართობი, გადაადგილების ტემპი. ნაოჭები სხვადასხვა ზომის და მიმართულებისაა.

ნაწლავის ლორწოვანზე არის წანაზარდები ხაოები - **villi intestinalis**.

ნაოჭებისა და ხაოების სიმრავლე, მათი ზომა ნაწლავის სხვადასხვა მონაკვეთზე შეესაბამება ამ უბნის აქტივობას საჭმლის მონელების პროცესში. ნაწლავის მთელ სიგრძეზე, ლორწოვანი გარსის სისქეში უხვადაა გაფანტული ლიმფოიდური ქსოვილი, რომელიც მის უმეტესს ნაწილში განცალკევებული ფოლიკულების სახითაა წარმოდგენილი - **folliculi lymphatici solitarii**, ხოლო ზოგ უბანზე, უმთავრესად მლივ და მსხვილ ნაწლავებში, ეს ფოლიკულები ერთად იკრიბება დაშეჯგუფული ლიმფური ფოლიკულები ეწოდებათ - **folliculi lympatici aggregati**, ისინი ლიმფოციტებს გამოიმუშავებენ და ორგანიზმისთვის დამცველ ფუნქციას ატარებენ, რაც იმუნურ სისტემაში გამოიხატება.

კუნთოვანი შრე - გლუვკუნთოვანი და განივზოლიანი ბოჭკოებისგან შედგება.

კუნთოვანი შრე, რომელიც მექანიკური წინააღმდეგობის დაძლევას ემსახურება, აგრეთვე ასრულებს დინამიურ ფუნქციას, კერძოდ ანხორციელებს პერისტალტიკურ მოძრაობას, რომელიც ირგვლივი შრის ცალკეული რგოლების თანმიმდევრული შეკუმშვითა და მოდუნებით ხორციელდება და ნაწლავის ქანქარისებულ მოძრაობას, (მარყუჟების გადაადგილება), რაშიც გასწვრივი შრის ბოჭკოები მონაწილეობენ.

კუჭის კუნთოვან გარსს, დამატებითი შრის სახით აქვს ირიბი ბოჭკოებიც.

საჭმლის მომნელებელი მილის გარეთა გარსი - სეროზული გარსი - მუცლის ღრუს სეროზული გარსის - პერიტონეუმის შემადგენელი ნაწილია. სეროზული გარსით დაფარულია როგორც მუცლის ღრუს კედლები, ასევე ორგანოებიც. ისინი ქმნიან საზღვროვან ბარიერს

ერთმანეთთან. შესაბამისად მათ ეწოდებათ კედლის ამყოლი ანუ პარიესული სეროზული გარსი და ორგანოს მფარავი ანუ ვისცერული სეროზული გარსი. სეროზული გარსი გამოყოფს წვენს, რომელიც ამცირებს ხახუნს ორგანოებს შორის, ასევე ორგანოებსა და კედლებს შორის. საჭმლის მომნელებელი სისტემის ის ორგანოები, რომლებიც ძლიერ მოძრაობენ, ან ძლიერ იცვლიან მოცულობას (ნაწლავები, კუჭი) მთლიანად დაფარული არიან სეროზული გარსით, ხოლო ის ორგანოები რომლებიც საერთოდ არ მოძრაობენ, ფიქსირებულნი არიან,(საყლაპავი მილი) დაფარულნი არიან ბოჭკოვან-შემაერთებელი გარსით _ ადვენტიციით. შესაძლებელია, რომ ზოგი ორგანო ფიქსირებული იყოს, მაგრამ მნიშვნელოვნად იცვლიდეს მოცულობას, ამ შემთხვევაში უძრავი ნაწილი (ფიქსირემული ნაწილი) დაფარულია ადვენტიციით, ხოლო ორგანოების მოძრავი ნაწილი სეროზული გარსით (თორმეტგოჯა, ბრმა, ასწვრივი, დასწვრივი, სწორი ნაწლავების ნაწილები). ამგვარად, ნაწლავის გარეთა გარსი შეიძლება იყოს მთლიანად სეროზული, მთლიანად ადვენტიციური ან შერეული.

მთელი მომნელებელი მილის ყველა ორგანოს აქვთ ლიმფური ძარღვები, სისხლძარღვები და ნერვები.

წინა ნაწლავის ორგანოები:

პირის ღრუ - **cavitas oris**

ტუჩები - **labium superior et inferior** - ტუჩის კანი შედარებით თხელია, მისი ფერი ინდივიდუალურია.

პირის ღრუ იყოფა ორ ნაწილად:

- პირის კარიბჭე - **vestibulum oris** - ნალისებურად მოდრეკილი ვერტიკალური სივრცე. პირის კარიბჭეში გამოირჩევა ზედა და ქვედა თაღები-შემოისაზღვრებიან: მედიალურ ხაზზე-ტუჩის ლაგამი (ბავშვებში გვერდითი ლაგამებიც არსებობს), ლოყები- **bucca**-შიგნით ლორწოვანი, გარეთ კანი. ღრძილები-**gingivae.**

სასა - **palatum**, ის პირისა და ცხვირის ღრუების გამყოფი ძგიდეა, ის ემბრიოგენეზში შედარებით გვიან ვითარდება და ზოგიერთი მანკის (ანომალიის) მიზეზია. სასას ყოფენ ორ ნაწილად: წინა 2/3 - მაგარი სასა - პალატუმ დურუმ-ძვლოვანი სასა **palatum ossium**, რომელზედაც ლორწოვანი გარსია გადაკრული, და უკანა 1/3 მოძრავი, რადგან კუნთებს და ფიბროზულ ქსოვილს შეიცავს. მას რბილი სასა - **palatum molle** - ეწოდება. რბილი სასის მოძრავ ნაწილს ქმნის მისი მოძრავი კიდე - სასის ფარდა - **velum palatinum**, რომლის

გადაადგილებით რეგულირდება ხახაში საკვებისა და ჰაერის გატარება. სასის ფარდის ლორწოვანის დუბლიკატურაში ჩართულია მეტად ნატიფი აგებულების კუნთები. რბილი სასის ბოლოში, ხახისკენ არის ნაქი - **uvula.**

პირის ღრუში მოთავსებულია **ენა** – **lingua**- განივზოლიანი ბოჭკოიანი ორგანო. მას ბევრი ფუნქცია აქვს: მეტყველების, ღეჭვის, ყლაპვის, წოვის, გემოვნებისა და ნერწყვის გამოყოფის ფუნქციები.

ენის ნაწილებია:

- ენის ფესვი-**radix linguae**;
- სხეული- **corpus**;
- მწერვალი – **apex**.

ენას აქვს ზემო ზედაპირი-ზურგი-**dorsum linguae** და ქვედა ზედაპირი, რომელიც მცირეა-**facies inferior**, რომელზეც არის ენის ძგიდე-**septum linguae**, გარდამავალი ადგილები-კიდეები-**margo linguae**.

ენაზე არჩევენ ხუთი სახის დვრილს:

1.ძაფისებრი- **papillae filiformes**;

2.კონუსისებრი -**p. Conicae;**

3.სოკოსებრი- **p. Fingiformes;**

4.შემოზღუდული- **p. vallatae**

5.ფოთლისებრი- **p.foliatae**

ძაფისებრი და კონუსისებრი დვრილები ბევრია და სწორედ ისინი განაპირობებენ ენის ხორკლიან ზედაპირს. მათი ზომაა- 0,6-2,5მმ. დიამეტრი- 0,1-0,6მმ. ეს დვრილები განაპირობებენ ტკივილის, შეხების და ტემპერატურის შეგრძნებებს.

სოკოსებრი დვრილები უსისტემოდ არიან განლაგებული მწერვალზე და გვერდებზე. ისინი მონაწილეობენ გემოვნების აღქმაში-(150-200ც.)

ფოთლისებრი დვრილები-გვერდით და კიდეებზე, ბავშვებთან უკან. 15-20 თითოეულ მხარეს-აღიქვავენ ტკბილ, მჟავე და მლაშე გემოს.

შემოზღუდული დვრილები ენის ყველაზე დიდი ზომოს დვრილები არიან-3-6მმ სიმაღლის და 2მმ. დიამეტრის. განლაგებული არიან ენის უკანა ზედაპირზე და მიიჩნევენ რომ ისინი მხოლოდ მწარე გემოს შეიგრძნობენ.

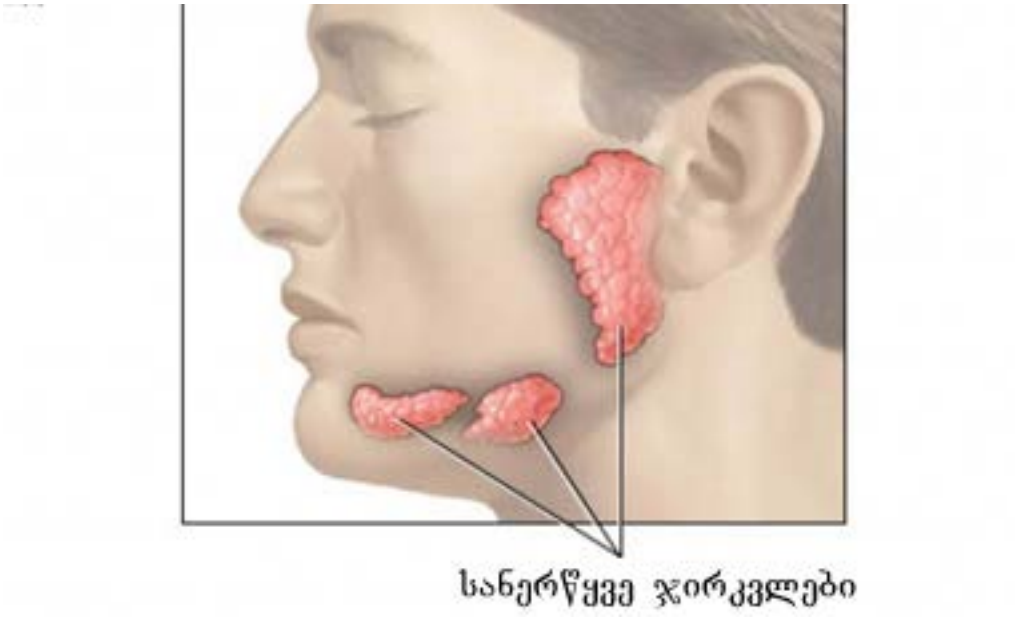
ენის ლორწოვანის სისქეში, განსაკუთრებით ფესვის ნაწილში, გაფანტულია ლიმფური ქსოვილი - ენის ფოლიკულების - **folliculi lingualis** - სახით, რომლებიც ხახის პირის საზღვარზე შეჯგუფულ კოლონიებს ქმნის და მათ ენის ნუშები ეწოდებათ.

ენის კუნთები ორ ჯგუფად იყოფიან:

1.საკუთრივ ენის კუნთები, რომლებიც განაპირობებენ ენის მოძრაობას, (დამოკლება, დაგრძელება, შევიწროვება და ა.შ.)

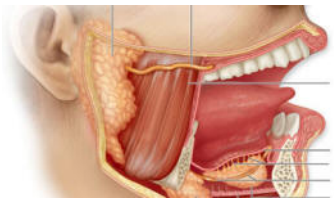
2.კუნთების მეორე ჯგუფი, რომელთა განივზოლიან ბოჭკოებს ურთიერთპერპენდიკულარული მიმართულებები აქვთ და ენას ჩონჩხთან აკავშირებენ, აგრეთვე მათ მოძრაობას და ფიქსაციას განაპირობებენ.

სანერწყვე ჯირკვლები



ნერწყვი - saliva

პირის ღრუსა და ენის ლორწოვანში გაფანტულია ნერწყვის გამომყოფი ჯირკვლები:



ტუჩების, ლოყების, ენის, სასის ჯირკვლები, რომლებსაც მცირე სანერწყვე ჯირკვლები ეწოდება. ნერწყვით უწრუნველყოფას ემსახურება აგრეთვე სამი წყვილი დიდი სანერწყვე ჯირკვალი - **glandula salivaria** და ისინი დამოუკიდებელი ორგანოები არიან.

ყბაყურა ჯირკვალი - **glandula parotis** - ყველაზე დიდი, 43 გ. ის რთული ალვეოლარული ჯირკვალია. წილაკთა მილაკები იკრიბებიან წილთა შორის მილაკებში, შემდეგ გამომტან მილაკებში, შემდეგ ყბაყურა ჯირკვლის სადინარში - **ductus parotideus**. ეს სადინარი იხსნება პირის ღრუში, ზედა მე-2 დიდი ძირითადი კბილის დონეზე.

ყბისქვეშა ჯირკვალი - **glandula submandibularis** - რთული ალვეოლარული ჯირკვალი, წონით 24გ. ყბისქვეშა ჯირკვლის სადინარი იხსნება ენისქვეშა კორძებში.

ენისქვეშა ჯირკვალი - **glandula subligualis** - ყველაზე მცირე ზომის დამოუკიდებელი ჯირკვალია. იგი მდებარეობს ენის ძირზე. აქვს წაგრძელებული ფორმა. მისი უკანა კიდე ყბისქვეშა ჯირკვალს წვდება. აქვს ორი სადინარი: დიდი ენისქვეშა სადინარი -**ductus sublingualis major**, რომელიც ყბისქვეშა ჯირკვლის სადინართან ერთად ენისქვეშა კორძებში იხსნება და 18-20 მცირე ენისქვეშა სადინარები - **ductus subligualis minor,** რომლებიც ერთ მწკრივად ენისქვეშა ნაოჭის მთელ სიგრძეზე იხსნებიან.

კბილები - dentes

მოზრდილ ადამიანს აქვს 32 კბილი. მათ სხვადასხვა ფუნქცია აქვთ. შუა ხაზიდან, მარცხნივ და მარჯვნივ ჩამწკრივებულია სიმეტრიულად მსგავსი კბილები. აღწერისას განიხილება ყბის ერთი ნახევარი: ორი საჭრელი კბილი, ერთი ეშვი, ორი მცირე ძირითადი კბილი და სამი დიდი ძირითადი კბილი.

მოსაცვლელი კბილები – **dentes decidui** და მუდმივი კბილები - **dentes permanentes**.

ბავშვს 20 მოსაცვლელი კბილი აქვს.

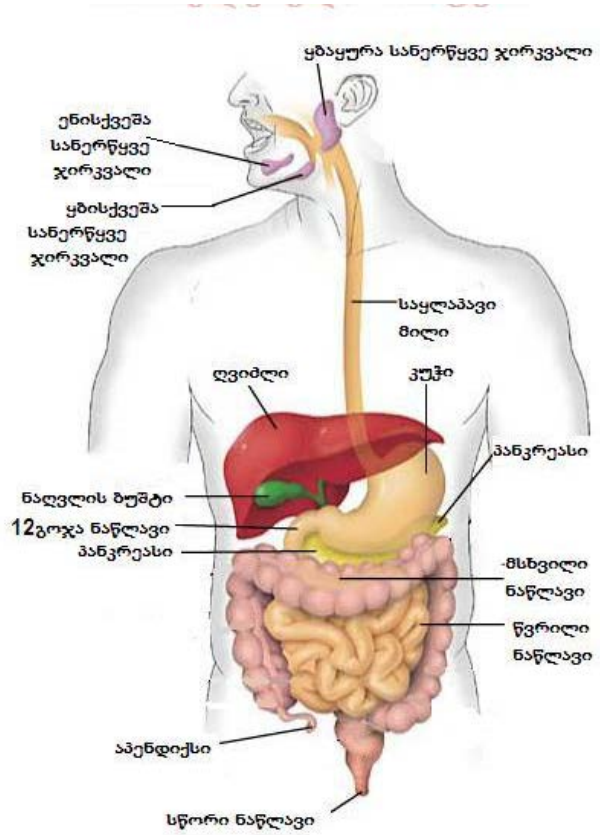
თითოეულ კბილზე არჩევენ კბილის გვირგვინს - **corona dentis**, კბილის ფესვს - **radix dentis**, რომელიც ფესვის მწვერვალით ბოლოვდება. გვირგვინსა და ფესვს შორის გარდამავალ, შევიწროებულ ნაწილს კბილის ყელი - **collum dentis** - ეწოდება.

კბილს შიგნით აქვს კბილის ღრუ - cavum dentis, რომელსაც გვირგინის ნაწილში

გვირგინის ღრუ – **cavum coronale** –ეწოდება, ხოლო ფესვის ნაწილში - კბილის ფესვის არხი - **canalis radices dentis**. კბილის მწვერვალზე ხვრელია - **foramen**.

კბილის ღრუ შეიცავს რბილ ქსოვილს - კბილის სირბილეს ანუ პულპას. გვირგვინის სირბილეს ეწოდება - **pulpa coronalis**, ფესვის სირბილეს - **pulpa radicularis**.

კბილის მნიშვნელოვანი ცენტრალური მასა ერთგვაროვანი აგებულებისაა და ძირითად ნივთიერებას შეადგენს ძვლოვანი ქსოვილი ე.წ. დენტინი. გვირგვინის ნაწილში დენტინი იფარება სადა, პრიალა ზედაპირიანი, მტკიცე აგებულებისა და გამძლეობის ძვლოვანი საფარველით - მინანქრით - **anamelum**, ხოლო ფესვის ადგილში დენტინი იფარება - დუღაბით - **cementum**. მისი ზედაპირი რბილია, კბილის ძვლისსაზრდელას - **periodontum** - ბოჭკოების მიმაგრების გამო.



ხახა - pharynx

12-15 სმ. სიგრძის მილია, ქვევით მისი გაგრძელებებია საყლაპავი მილი და ხორხი-კისრის მე-6 მალიდან, ზევით – ხახა უკავშირდება პირის ღრუს, მის ზევით კი ხახა ქოანებით ცხვირის ღრუს უკავშირდება. ამგვარად, ხახაზე გაივლის როგორც სასუნთქი გზა (ცხვირის ღრუდან ხორხამდე), ასევე საკვების გამტარი გზა (პირის ღრუდან საყლაპავ მილამდე). ეს გზები ხახაში

ჯვარედინად გადაკვეთენ ერთმანეთს. ჰაერისა და საკვების რიგ-რიგობითი გატარება ძალზედ ნატიფი მოქმედებაა. ამ პროცესის რეგულირებას ემსახურება ერთის მხრივ,სასის ფარდა, რომელიც ყლაპვის დროს ზევით იწევა და გადაკეტავს ხახის ცხვირის ნაწილს, მეორეს მხრივ, ხორხსარქველი, რომელიც ხურავს სასუნთქ გზებში შესასვლელს, ის ხრტილოვან-ელასტიური ფირფიტაა. ამრიგად, ხახა სამ ნაწილად იყოფა: ცხვირის ნაწილი - **pars nasalis**, პირის ნაწილი - **pars oralis**, ხორხის ნაწილი - **pars laryngea**. ცხვირის ნაწილში იხსნება წყვილი ქოანები ცხვირის ღრუდან და წყვილი სასმენი ლულის ხახისკენა ხვრელი, რომლითაც ხახა შუა ყურს უკავშირდება. პირის ნაპრალში იხსნება ხახის პირი, ხორხის ნაწილში კი- ხორხსა და საყლაპავ მილში შესავალი ხვრელები. ამრიგად, ხახაში სულ შვიდი ხვრელია გახსნილი. ხახის კედელი წარმოდგენილია სამი გარსით: შიგნითა ლორწოვანი, შუა კუნთოვანი და გარეთა შემაერთებელქსოვილოვანი (ადვენტიცია). ადვენტიციით და კუნთებით ხახა დაკავშირებულია მეზობელ ორგანოებთან და ქსოვილებთან. ფიქსირებულია მხოლოდ ხახის დასაწყისი ნაწილი, დანარჩენი კი შედარებით მოძრავია, რაც ყლაპვის აქტის გასახორციელებლად აუცილებელი პირობაა.

საყლაპავი მილი - esophagus



25 სმ. სიგრძის ვიწრო ცილინდრული მილია. მდებარეობს ხახისა და კუჭის შესავალს შორის. ყოფენ სამ ნაწილად: კისრის - **pars cervicalis**, გულმკერდის - **pars thoracica** და მუცლის - **pars abdominalis**. საყლაპავ მილს რთული ურთიერთობა აქვს ცთომილ ნერვთან – **vagus** –თან, რომელიც თავისი ტოტებით გარს ეხვევა საყლაპავ მილს.

საყლაპავი მილის წინ და ოდნავ მარჯვნივ, გულმკერდის მე-5 მალასთან მდებარეობს სასულე, წინ და მარცხნივ აორტის რკალი გადადის და მარცხნიდან ქვემოთ ჩამოდის.

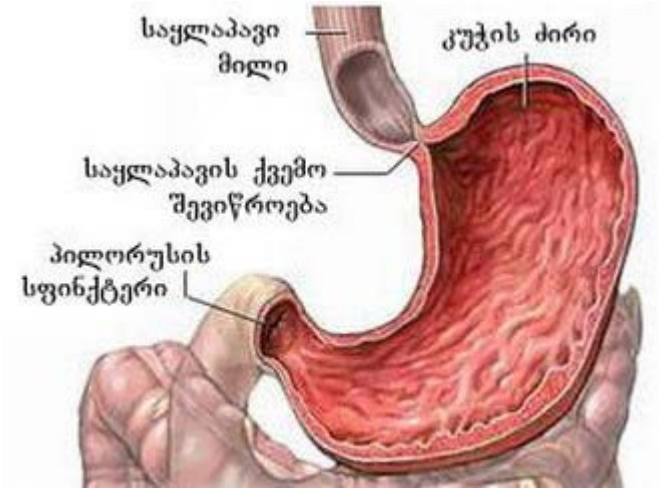
საყლაპავ მილს აქვს შევიწროვებები, რომელთაც მნიშვნელობა აქვთ რენტგენოლოგიური გამოკვლევისათვის: პირველი შევიწროვება _ საყლაპავი მილისა ხახის საზღვარზე, მეორე შევიწროვება - სასულის ბიფურკაციის დონეზე და აორტის რკალის შეხების დონეზე, მესამე - საყლაპავის დიაფრაგმაში გავლის ადგილზე.

საყლაპავი მილის კედელი სამშრიანია. შიგნიდან გასწვრივად მიმართული, საკმაოდ ღრმა, 7-10 ნაოჭის მქონე ლორწოვანი გარსია. როდესაც საყლაპავი მილი ცარიელია მოპირდაპირე ნაოჭები ეხებიან ერთმანეთს, ხოლო როდესაც საკვები გადის ისინი იჭიმებიან და ქმნიან საკმაოდ ფართო გასავლელს. ლორწოვანის სისქეში გაფანტულია საყლაპავი მილის ჯირკვლები და ცალკეული ლიმფური კვანძები.

კუნთოვანი გარსი ორშრიანი აგებულებისაა. შიგნიდან ირგვლივი შრის ბოჭკოებია განლაგებული, რომელზედაც გარედან გასწვრივი შრის ბოჭკოები გადადის.

გარეთა შრე – კისრისა და გულმკერდის ნაწილებში შემაერტთებელქსოვილოვანია (ადვენტიცია), ხოლო მუცლის ნაწილი დაფარულია მუცლის სეროზული გარსით - პერიტონეუმით. ადვენტიციით საყლაპავი მილი დაკავშირებულია მეზობელ ორგანოებთან, რაც ფიქსაციის როლს ასრულებს, ამავე გარსშია მოქცეული საყლაპავი მილის სისხლძარღვები, ლიმფური ძარღვები და ცთომილი ნერვის წნული.

კუჭი - ventriculus (gaster)



ყველაზე მნიშვნელოვანი გაგანიერებაა, როგორც ერთჯერადად მიღებული საკვების შუალედური რეზერვუარი. კუჭი ახორციელებს, როგორც მექანიკურ (დალბობა, მაცერაცია, საკვების სისტემატური გადაადგილება), ასევე ქიმიურ (ფერმენტებით) ზემოქმედებას. კუჭის

წვენი ბაქტერიოციდულ გავლენას ახდენს ბაქტერიული ფლორით მდიდარ საკვებზე. ამ უნარს მომდევნო ორგანოები მოკლებული არიან. კუჭის ფორმა ინდივიდუალურია. კუნთოვანი გარსის მძლავრი ტონუსის დროს (ჰიპერტონული კუჭი) ყანწის ფორმა აქვს და ჰიპოტონურ კუჭს დაგრძელებული, წინდის ფორმა აქვს. შუალედური ფორმის კუჭს (ორთოტონული) ანკესის ფორმა აქვს და ის ძირითად ფორმად არის მიჩნეული. კუჭი მდებარეობს ასიმეტრიულად. მისი 3/4 ნაწილი იკავებს მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოს და მხოლოდ 1/4 გადადის საკუთრივ ეპიგასტრიუმის მიდამოში. მდებარეობს გულმკერდის მე-11 მალიდან წელის პირველ მალამდე. კუჭის ბოლო ნაწილის (პილორუსი) მდებარეობა ცვალებადია და დაკავშირებულია კუჭის ავსებასთან. კუჭის დასაწყისს კარდიალური ნაწილი ეწოდება _ პარს ცარდიაცა, ხოლო მასში შესასვლელს კარდიალური ხვრელი - **ostium cardiacum**. შემდეგ მოდის სხეული - corpus, რომელსაც ორი სიმრუდე აქვს: მცირე **curvature venriculi minor** და დიდი სიმრუდე **curvature venriculi major**. სიმრუდეები ქმნიად ნაოჭს პილორულ ნაწილში და გადადიან თორმეტგოჯა ნაწლავში.

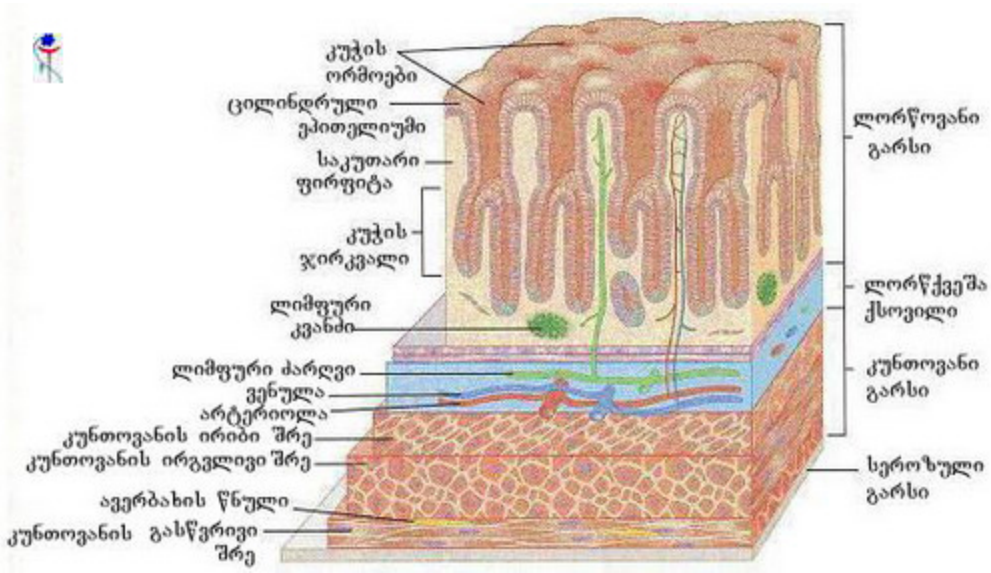
კუჭის კედელს ქმნის სამი გარსი: ლორწოვანი, კუნთოვანი და სეროზული.

ლორწოვანი დაფარულია ერთშრიანი ცილინდრული ეპითელით და მკრთალი ვარდისფერია. მასზე შეიმჩნევა ღრმა ნაოჭები, რომლებიც სიმრუდეების უბანზე გასწვრივი მიმართულებით არიან, ხოლო სხეულსა და ძირის ნაწილში სხვადასხვა მიმართულების. კუჭის ლორწოვანის ნაოჭებს შორის იქმნება საკმაოდ კარგად გამოხატული ღრმულები, რომლენიც კუჭის არეების სახელწოდებით არიან ცნობილნი. ამ არეების ძირზე მჭიდროდაა განლაგებული ე.წ. ხაოიანი ნაოჭები, რომელთა გაერთიანება ქმნის კუჭის ორმოებს. ეს ორმოები ძირითადი მოფუნქციონირე უბნებია და 3-5 მილიონს აღწევს. მცირე სიმრუდის ლორწოვანი გარსის გასწვრივი ნაოჭები კარგად არიან გამოხატული და ბოლომდე მიყვება სიმრუდეს. მას კუჭის გზა ეწოდება. კუჭია ლირწოვანის სისქეში გაფანტულია (350 მილიონამდე) მილაკოვანი აგებულების კუჭის საკუთარი ჯირკვლები. ლორწოვანში მოქცეულია ასევე ლიმფური ჯირკვლები. ფაშარი ლორწოვანი გარსისა და ნაოჭების გამო კუჭი მოცულობაში ადვილად იზრდება. მასში არის სისხლძარღვები, ლინფური და ნერვული წნულები.

კუჭის კუნთოვანი გარსი, საჭმლის მომნელებელი სისტემის სხვა ორგანოებისაგან განსხვავებით, სამშრიანია: გარეთა - გასწვრივი ბოჭკოები, შუა - ირგვლივი ბოჭკოები და შიგნითა - ირიბი მიმართულების ბოჭკოები.

კუჭის სეროზული გარსი ერთიანი მტკიცე საფარია, რომელიც მუცლის სეროზული გარსის (პერიტონეუმის) ორი განცალკევებული ფურცლით იქმნება. მცირე და დიდი სიმრუდეების გასწვრივ ეს ფურცლები მაქსიმალურად უახლოვდებიან ერთმანეთს, მაგრამ მაინც ტოვებენ ვიწრო ზოლს, სადაც გადიან სისხლძარღვები, ლიმფური ძარღვები და ნერვები. კუჭის სეროზული გარსის ფურცლები აგრძელებენ გზას სხვა ორგანოებზე და ზოგან

გამსხვილებული ზონრების სახით ქმნიან კუჭის იოგებს: ღვიძლ-კუჭის, კუჭ-კოლინჯის, კუჭ-ელენთის, კუჭ-დიაფრაგმის, კუჭ-პანკრეასის



შუა ნაწლავის ორგანოები

წვრილი ნაწლავები - intestinium tenue

მექანიკურად დამუშავებული და ნერწყვის, კუჭის წვენისა და მათში შემავალი ფერმენტების მეშვეობით გადამუშავებული საკვების ერთგვაროვანი მასა - ქიმუსი წვრილ ნაწლავებში განიცდის კიდევ უფრო რთულ ბიოქიმიური შემადგენლობის -ნაწლავის, ღვიძლისა და პანკრეასის წვენების ზემოქმედებას. აქ უნდა განხორციელდეს მისი საბოლოო დაშლა და ათვისება (შეწოვა), ამიტომ შუა ნაწლავი სიგრძით 2-ჯერ ჭარბობს საჭმლის მომნელებელი მილის ორ დანარჩენ ნაწილს ერთად აღებულს. ამავე დროს მას აქვს სპეციალური დანართის სახით მრავლობითი ირგვლივი ნაოჭები, რომლებიც ანელებენ ქიმუსის გატარებას ნაწლავში და მნიშვნელოვნად ზრდის ლირწოვანის ზედაპირს. ეს ზედაპირი კიდევ უფრო იზრდება ლორწოვანზე არსებული სპეციალური წარმონაქმნებით ხაოებით - **villi intestinalis** – მეშვეობით, რომლებიც მცირე ზომის თითისებრი წანაზარდებია. ის მდიდარია სისხლძარღვთა კაპილარული ქსელით და სპეციალური ლიმფური კაპილარებით და რომლებიც შეიცავენ ნერვულ დაბოლოებებს. ხაოები ახორციელებენ დაშლილი საკვების შეწოვას.

ნაწლავის კრიპტები **cryptae intestinalis** ნაწლავის ეპითელიუმის მილაკოვანი ჩაღრმავებებია. ისინი მონაწილეობენ როგორც შეწოვის, ასევე ნაწლავის წვენის გამოყოფის პროცესში.

ნაწლავებში საკვების მონელების პროცესი არა მარტო ლორწოვანის ზედაპირზე ხდება (კედლისახლო მონელება), არამედ მიკროხაოებისა და კრიპტების სიღრმეშიც გრძელდება. ეს პროცესი ცნობილია კედლისშიგა მონელების სახელწოდებით და ბევრად უფრო ნატიფ მონელებას გულისხმობს მოლეკულურ დონეზე.

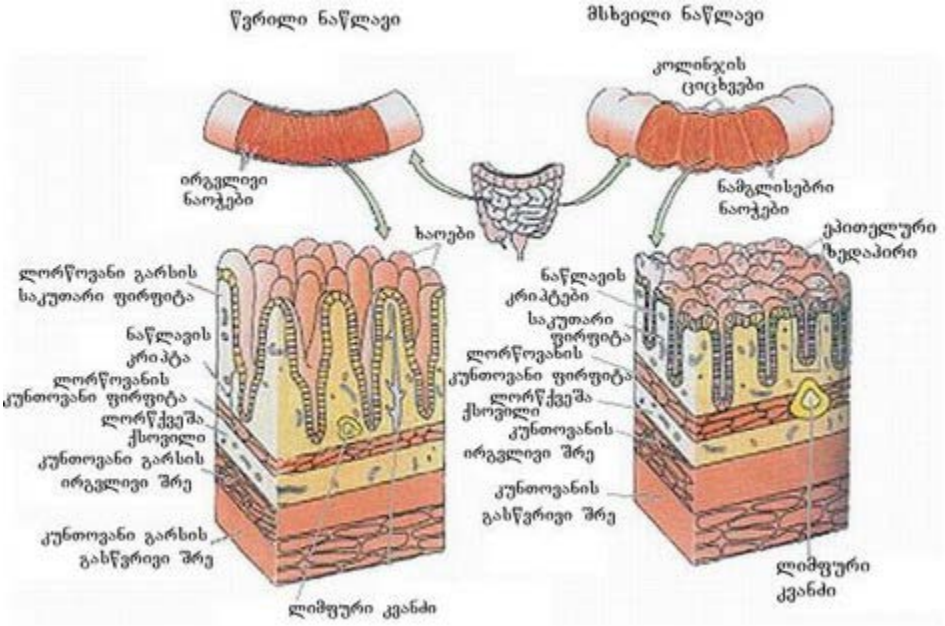
წვრილ ნაწლავებში, შედარებით მარტივი ფორმის განკერძოებული ლიმფური ფოლიკულების **folliculi lymphatici solitarii** - გარდა, რომლებიც საჭმლის მომნელებელი მილის წინა ნაწილში შეიმჩნევა, აღინიშნება უფრო რთული აგებულების ე.წ.შეჯგუფული ლიმფული ფოლიკულები – **folliculi lymphatici aggregati** - პეიერის ფოლიკულები. ლიმფური ფოლიკულების როლი საჭმლის მონელებაში საკმაოდ მნიშვნელოვანია. ისინი გამოყოფენ ლიმფოციტებს, რომლებიც დამცველობით როლს თამაშობენ და აგრეთვე ნაწლავის სანათურში ლიმფოციტების დაშლის შედეგად გამოიყოფა სპეციალური ფერმენტები, რომლებიც საჭმლის მონელებაში მონაწილეობენ.

თორმეტგოჯა ნაწლავი - duodenum

დაახლოებით 30სმ სიდრძის ნალისებურად მოდრეკილი მილია, რომელიც მდებარეობს ღვიძლის ქვეშ. მისი დასაწყისე გულმკერდის მე-12 მალის დონეზეა, ხერხემლის მარჯვნივ. არჩევენ ზედა ნაწილს - pars superior, დასწვრივ ნაწილს - pars descendes, ჰორიზონტალურ ნაწილს - pars horisontalis, ასწვრივ ნაწილს - pars ascendes. თორმეტგოჯა ნაწლავი მთავრდება წელის მე-2 მალის დონეზე, სადაც წვრილი ნაწლავი მკვეთრად იცვლის მიმართულებას და ქმნის თორმეტგოჯა - მლივ ნაკეცს **flexura duodenojejunalis**, რომლის შემდეგ იწყება მლივი ნაწლავი. თორმეტგოჯა-მლივი ნაკეცი ფიქსირებულია სეროზული გარსის ნაოჭებით და თორმეტგოჯა ნაწლავის საკიდი კუნთით. თორმეტგოჯა ნაწლავი თავისი ნაწილებით გარს ეხვევა პანკრეასის თავს. თორმეტგოჯა ნაწლავის სანათურის დიამეტრი 4,5-5სმ-ია. ყველაზე ნაკლებ ელასტიურია თორმეტგოჯა ნაწლავის ზედა ნაწილი, რის გამოც მას თორმეტგოჯა ნაწლავის ბოლქვს უწოდებენ, ხოლო ძველი ავტორები მას მეორე, დამატებით კუჭად მიიჩნევენ. ყველაზე ვიწრო ადგილებია ჰორიზონტალური ნაწილის ბოლო და დასწვრივი ნაწილის შუა უბანი, სადაც თორმეტგოჯა ნაწლავის მსხვილი სისხლძარღვები გადის თორმეტგოჯა ნაწლავის კედელი სამ შრიანია. ნაწლავის დასაწყის ნაწილში ლორწოვანზე გასწვრივი ნაოჭებია, რომლებიც პილორუსის ნაოჭების გაგრძელებებია ზედა ნაწილის პირველ და მეორე მესამედის საზღვარზე იწყება მეტად ხშირი, ირგვლივი(ცირკულარული) ნაოჭები. თორმეტგოჯა ნაწლავის დასწვრივი ნაწილის უკანა კედლის ლორწოვანს დაახლოებით შუაზე ან მის ოდნავ ზევით მედიალურ კიდეზე მიყვება თორმეტგოჯას გასწვრივი ნაოჭი, რომელიც თანდათან უფრო შესამჩნევი ხდება და ბოლოვდება თორმეტგოჯას დიდი დვრილით - **papilla duodeni major**- რომლის ცენტრში იხსნება ნაღვლის საერთო სადინარი - **ductus choledochus** და პანკრეასის სადინარი - **ductus**

pancreticus . დიდი დვრილის ოდნავ ზევით და მედიალურად თორმეტგოჯას მცირე დვრილია - papilla duodeni minor, რომელშიც არამუდმივი, პანკრეასის დამატებითი წილის სადინარი იხსნება.

თორმეტგოჯა ნაწლავის ლორწოვანი ხავერდოვანი შესახედაობისაა, ვინაიდან მისი ზედაპირი დაფარულია (1კვ.მმ.-ზე 40-მდე) ფოთლისებრი ფორმის, მცირე ზომის (სიგრძით ო,5-1,5მმ) ნაწლავის ხაოებით (ვილლი ინტესტინალის), ლორწოვანში გაფანტულია ნაწლავის ჯირკვლები (კერკრინგის) და თორმეტგოჯა ნაწლავის სპეციალური ჯირკვლები (ბრუნერის), რომლებივ ფერმენტების (ენტეროკინაზა) შემცველ წვენს გამოიმუშავებენ და აქტიურად მონაწილეობენ საკვების დაშლაში.

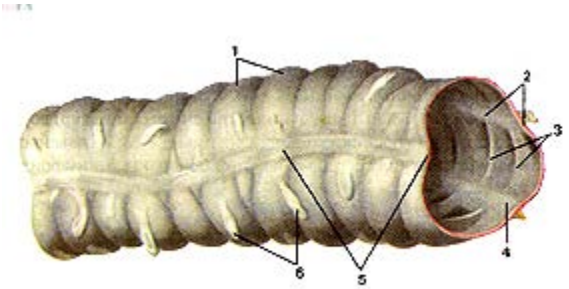


თორმეტგოჯა ნაწლავის კუნთოვანი გარსი კარგად არის განვითარებული და ქმნის გასწვრივი და ირგვლივი ბოჭკოების ორ შრეს.

წვრილი ნაწლავები იწყებიან თორმეტგოჯა-მლივი ნაკეციდან, წელის მე-2 მალის დონეზე და მთავრდებიან მარჯვენა თეძოს ფოსოში, სადაც ის უკავშირდება ბრმა ნაწლავს. მისი სიგრძეა 5 მეტრი. წვრილი ნაწლავის 3/5 მლივი ნაწლავია, 2/5-თეძოს ნაწლავი. წვრილ ნაწლავებს აქვთ ჯორჯალი, რომლითაც ნაწლავები უმაგრდებიან მუცლის ღრუს უკანა კედელს და ის სეროზული გარსის ორი ფურცელია, რომელთა შორის გადის სისხლძარღვები, ლიმფური სადინარები, ცხიმოვანი და ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილი.

კუნთოვანი გარსი - გარეთა გასწვრივი და შიგნითა ირგვლივი ბოჯკოებისგან შედგება.

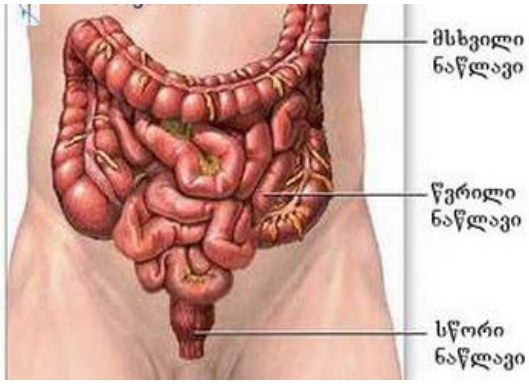
ლორწოვანი გარსი ცილინდრული ეპითელით არის დაფარული და შეიცავს ხაოებს, gregრომლის მეშვეობით საკვები შეიწოვება. ის შეიცავს **folliculi lymphatici solitarii et aggregati.** ისინი ძალიან მსგავსნი არის, მაგრამ ბევრი განმასხვავებელი ნიშანი აქვს, კერძოდ, მლივი ნაწლავის კედელი უფრო სქელია, სანათურის დიამეტრიც მეტია, მოყვითალი-მოვარდისფროა, თეძოს კი მოლურჯო ფერისაა.



მსხვილი ნაწლავები - intestinum crassum

სიგრძე 1,5მეტრი

ბრმა ნაწლავი – **cecum** – (3-8 სმ) მდებარეობს მარჯვენა თეძოს ფოსოში, 6-8სმ-ია და უერთდება ასწვრივ კოლინჯს colon ascendes. დასაწყისში მას უერთდება თეძოს ნაწლავი და შეერთების ადგილზე იქმნება თეძო-ბრმა ნაწლავის სარქველი - **valve ileocecalis**



(ოლეოცეკალურ მიდამოზე). ქვევით წარიზიდება 6-8სმ-ის ჭია ნაწლავი- **appendix**, რომელიც ბრმა ნაწლავთან დაკავსირებულია ხვრელით. ამ ხვრელში არის ლორწოვანი გარსით შექმნილი სარქველი. გარედან დაფარულია სეროზული გარსით და უქმნის ჯორჯალს. ოგი მოძრავია და ამიტომ სხვადასხვა მდებარეობას იღებს. ბრმა ნაწლავი დაფარულია სეროზული

გარსით, უკანა კედელი მოკლებულია მას და შემაერთებელი ქსოვილით დაკავშირებულია მუცლის უკანა კედელთან,ამიტომ ის უძრავია, ზოგ შემთხვევაში მას აქვს ჯორჯალი, რაც მის მოძრაობას განაპირობებს.

კოლინჯი - colon

გარს ეხვევა წვრილ ნაწლავებს და იყოფა ოთხ ნაწილად: ასწვრივი კოლინჯი -**colon ascendes**, განივი კოლინჯი - **colon transversum**, დასწვრივი კოლინჯი - **colon descendes**, სიგმოიდური კოლინჯი - **colon sigmoideum.**

ასწვრივი კოლინჯი (12სმ.) არის ბრმა ნაწლავის გაგრძელება, მიემართება ზევით, ქმნის მარჯვენა ნაკეცს, გადადის განივ კოლინჯში (50სმ.) ანუ ჰორიზონტალურში, რომელიც მიემართება მარჯვნიდან მარცხნივ, ქმნის მარცხენა ნაკეცს ანუ ელენთის ნაკეცს, რომელიც ფიქსირებულია დიაფრაგმა-კოლინჯის იოგით, შემდეგ გადადის დასწვრივ კოლინჯში (22,5 სმ.) და შემდეგ სიგმოიდურ კოლინჯში.(საშუალოდ54სმ) ასწვრივი კოლინჯი უძრავია, რადგან სეროზული გარსით მხოლოდ წინიდან არის დაფარული, უკან კი შემაერთებელი ქსოვილით შეზრდილია მუცლის ღრუს უკანა კედელთან.

განივი კოლინჯი უკანა ზედაპირით ეხება შემდეგ ორგანოებს: ღვიძლი, ნაღვლის ბუშტი, პანკრეასი, ელენთა. წინა ზედაპირით ეხება მუცლის ღრუს წინა კედელს. იგი მოძრავია, სერიზული გარსით დაფარულია ყველა მხრიდან და ქმნის ჯორჯალს, (**mesenterium**), რომელიც აძლევს მას მოძრაობის საშუალებას.

დასწვრივი კოლინჯი მდებარეობს ხერხემლის მარცხნივ და გადადის სიგმოიდურში. დასწვრივი კოლინჯი უძრავია, სეროზილი გარსი ფარავს წინიდან და გვერდებზე, უკანა ზედაპირზე არის ადვენტიცია და შეზრდილია მუცლის ღრუს უკანა კედელთან. ეხება ელენთას, თირკმელს და კუნთებს.

სიგმოიდური კოლინჯი ქმნის S-ის ფორმას, აღწევს წელის მე-4 მალას და გრძელდება სწორ ნაწლავში. ის მოძრავია.

სწორი ნაწლავი - rectum

14-18სმ-ის მილია.

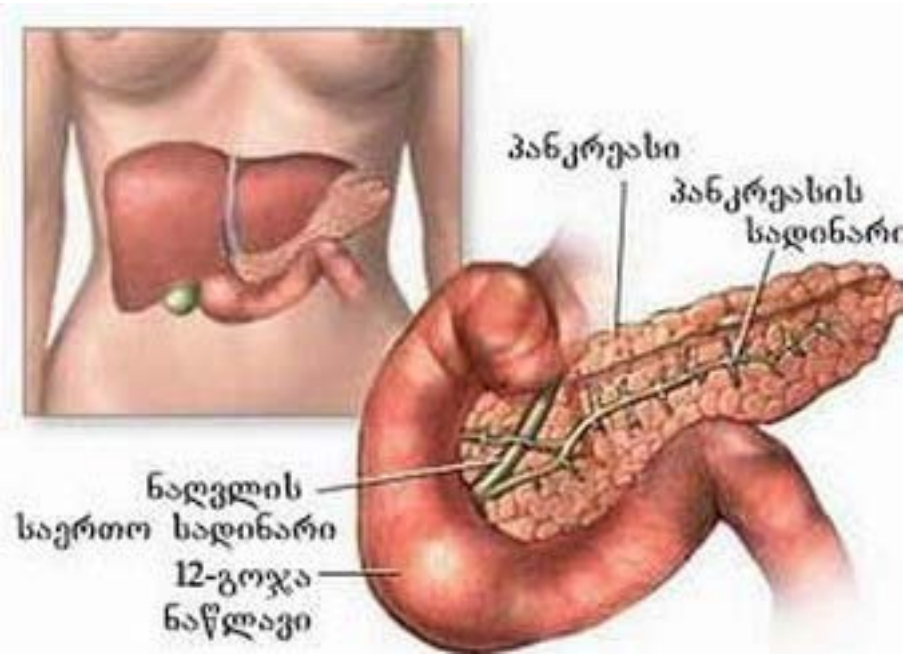
წინიდან სწორი შეხედულება აქვს, გვერდიდან კი იმეორებს მენჯის ღრუს უკანა კედლის ფორმას. ბოლოვდება გასავალით – ანუსით – ყითით. სეროზული გარსი ზედა 1/3-ზე ყველგანაა, უქმნის ჯორჯალს და ამიტომ მოძრაობს, შუა 1/3 სამი მხრიდან იფარება, კერძოდ,

წინიდან და გვერდებიდან, ქვედა მესამედი დაფარულია მხოლოდ წინიდან, დანარჩენ ადგილებზე აქვს შემაერთებელი ქსოვილი და შეზრდილია მუცლის ღრუს უკანა კედელთან.

მსხვილ ნაწლავებს აქვთ სამი განმასხვავებელი ნიშანი:

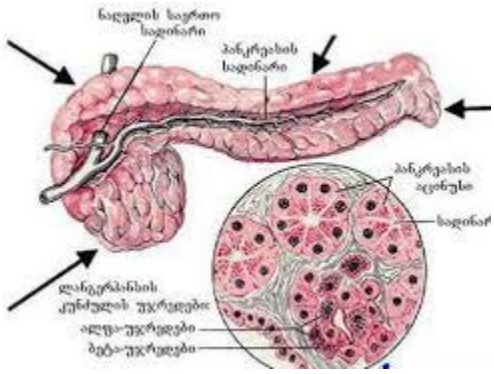
- ზონარი - **tenia**
- გამობერილობები ანუ ციცხვები - **haustra coli**
- ბადექონის დანამატები **appendices apeploicae**

პანკრეასი - pancreas



პანკრეასი ანუ კუჭუკანა ჯირკვალი შერეული მოქმედებისაა, ვინაიდან სეკრეტის გარდა, ინსულინსაც გამოიმუშავებს. პანკრეასი მოვარდისფრო-ნაცრისფერი, რბილი კონსისტენციის ორგანოა. მისი სიგრძე 14-18სმ-ია, საშუალო სიგანე 3-9სმ, წონა 65-75გრ.. მას ჩაქუჩის ფორმა აქვს. მასზე არჩევენ თავს caput pancreatis, სხეულს –corpus pancreatic და კუდს - cauda pancreatis, პანკრეასის თავის ქვედა ნაწილზე არის კავისებური მორჩი - processus uncinatus.

პანკრეასი მდებარეობს მუცლის ღრუს ზედა ნაწილში პერიტონეუმის გარეთ, კუჭის უკან და ქვევით. უკნიდან მისი სხეული ეხება უშუალოდ ხერხემალს, ქვემო ღრუ ვენასა და აორტას. პანკრეასის თავს თორმეტგოჯა ნაწლავი ეხვევა, ხოლო კუდი ელენთას აღწევს. მუცლის წინა კედელზე ის პროეცირდება მარცხენა ფერდქვეშა და ჭიპის მიდამოებში (ჭიპიდან 5-10სმ-ით ზევით). სკელეტოტოპიურად პანკრეასის ქვედა კიდის მდებარეობა შეესაბამება წელის პირველ და მეორე მალების დონეს, ხოლო ქვედა კიდე გულმკერდის მე-11-12 მალებს. პანკრეასს არ აქვს მტკიცე შემაერთებელქსოვილოვანი გარსი, ოგო იმდენად ნაზია,რომ მის ზედაპირზე კარგად ჩანს წილაკების რელიეფი. პანკრიასის წილაკებს აქვთ თავისი სადინარები, რომლებიც პანკრეასის სადინარში - ductus pancreaticus - იხსნება. ეს უკანასკნელი ღერძივით გასდევს პანკრეასს მთელ სიგრძეზე და იხსნება თორმეტგოჯა



ნაწლავის დიდ დვრილში. საბოლოო ნაწილში სადინარს აქვს სფინქტერი. პანკრეასის თავის ზედა ნაწილში ხშირად განვითარებულია მეორე, შედარებით მოკლე, დამატებითი სადინარი.

პანკრიასის მთელ სიგრძეზე გაფანტულია განსაკუთრებული მორფოლოგიური აგებულების, ენდოკრინული ფუნქციის მქონე ელემენტები – პანკრეასის კუნძულები - insulae pancreatis, რომლებიც მთლიანობაში ქმნიან პანკრეასის ენდოკრინულ ნაწილს.

პანკრეასის წვენი ტუტე რეაქციისა. წვენი მუდმივად არ გამოიყოფა, მისი გამოყოფა საკვების მიღებიდან 2-3 წუთის შემდეგ იწყება. ამავე დროს მისი წვენის შემადგენლობა დაკავშირებულია საკვების ხასიათთან, რადგან ის საკვების სამივე ძირითადი კომპონენტის (ცილები, ნახშირწყლები, ცხიმები) დაშლაში მონაწილე ფერმენტებს შეიცავს:

- ცილებისთვის - ტრიფსინს
- ცხიმებისთვის - ლიპაზას
- ნახშირწყლებისთვის - ამილაზას, მალტოზას, ლაქტოზას.

პერიტონეუმი - სეროზული გარსი, თხელი, ბადისებრი, პრიალა, გამჭირვალე, 9-10 კვ. მ. ფართობის. აქვს ორი ზედაპირი: გარეთა - ბოჭკოვანი, შემაერთებელქსოვილოვანი, რომელიც მუცლის ღრუს კედელთანაა შეზრდილი და შიგნითა - პრიალა, ელვარე, რომელიც გამოყოფს სეროზულ სითხეს.

პერიტონეუმი მდიდარია სისხლძარღვებითა და ლიმფური ძარღვებით, ნერვული ბოჭკოებით და რეცეპტორებით. განასხვავებენ კედლის ამყოლ სეროზულ გარსს - პარიეტული ფურცელი და ორგანოს მფარავი - ვისცერალური ფურცელი.

სეროზული გარსი ხშირად, მთლიანად ფარავს ორგანოს და უქმნის ჯორჯალს, ასეთი ორგანოს მდებარეობას ინტრაპერიტონეალურს უწოდებენ, ხოლო როდესაც ორგანო მთლიანად არ არის დაფარული და მისი გარკვეული ზედაპირები შემაერთებელი ქსოვილით კედელზე არიან შეზრდილები, ასეთი ორგანოს მდებარეობას მეზოპერიტონეალური ეწოდება (თორმეტგოჯა, კოლინჯები).ზოგი ორგანო პერიტონეუმის გარსით დაფარულნი არიან მხოლოდ წინიდან, მათ რეტროპერიტონეალურ ორგანოებს უწოდებენ. (თირკმელი).

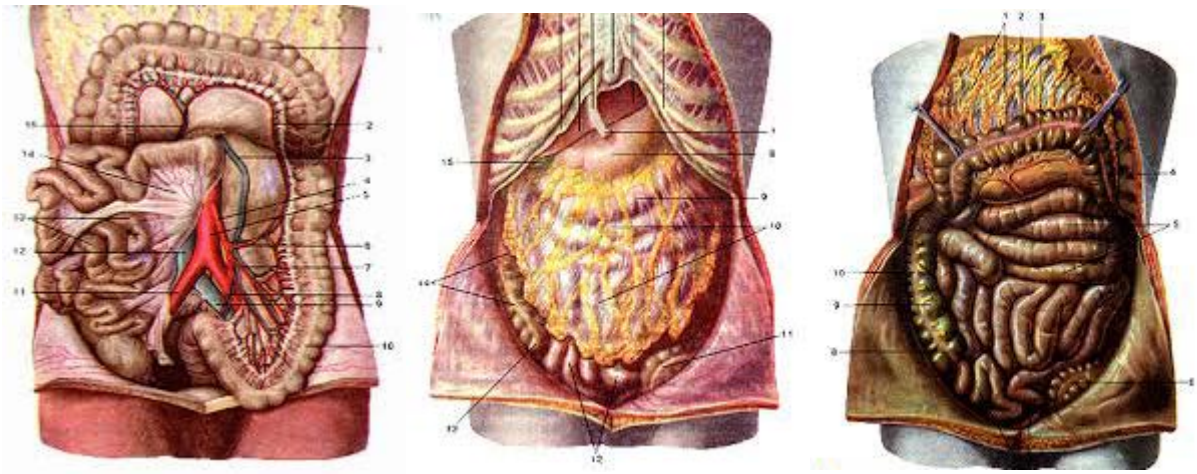
პერიტონეუმის წარმონაქმნებია მცირე და დიდი ბადექონი

მცირე ბადექონი - **omentum minus** - ღვიძლსა და კუჭს შორის გაჭიმული სეროზული გარსის ორმაგი ფურცელია. იგი იქმნება ღვიძლის ვისცერალურ ზედაპირზე და მიემართება კუჭის მცირე სიმრუდისაკენ.

მცირე ბადექონის შემადგენელი იოგებია:

1.ღვიძლ-კუჭის იოგი;

2.ღვიძლ-კოლინჯის იოგი;



3.ღვიძლ-თორმეტგოჯა იოგი, რომლის სისქეში მოქცეულია კარის ვენა, ღვიძლის საერთო არტერია, ნაღვლის საერთო სადინარი, ღვიძლის ლიმფური ძარღვები, ღვიძლის ნერვული წნულები.

დიდი ბადექონი - **omenum majus** - პერიტონეუმის ორმაგი ფურცლის ნაკეცია,

ე.ი. პერიტონეუმის ოთხი ფურცლისაგან შედგება. ის წინსაფარივით სხვა ორგანოებზეა გადმოფარებული. მდიდარია ცხიმოვანი ქსოვილით, რაც მას პრიალა ყვითელ ფერს ანიჭებს. ბადექონის ფურცლებშორისი ფაშარი ბოჭკოვანი შემაერთებელი ქსოვილი უხვად შეიცავს მაკროფაგებს, , რომლებსაც მძლავრი ფაგოციტური თვისებები ახასიათებს. სისხლის ლეიკოციტებს ბადექონიდან პერიტონეუმის ღრუში მიგრირების შესაძლებლობა აქვთ. დიდი ბადექონის წინა ორ ფურცელს ქმნის კუჭის წინა და უკანა კედლის სეროზული გარსები, რომლებიც დიდ სიმრუდეზე უკავშირდებიან ერთმანეთს და დუბლიკატურის სახით ეშვებიან ქვევით, გადაუვლიან განივ კოლინჯს და აღწევენ ჭიპამდე, ზოგჯერ კი ბოქვენამდე. აქ ეს წინა ფურცელი შებრუნდება, შექმნის დიდი ბადექონის უკანა ფურცელს, მიემართება ზევით, აღწევს განივ კოლინჯს, სადაც ფურცლები დაცილდებიან ერთმანეთს, შემოუვლიან მას და მათი კვლავ შეერთებით ქმნიან განივი კოლინჯის ჯორჯალს.

დიდი ბადექონი შედგება შემდეგი იოგებისაგან:

1.კუჭ-შუასაძგიდის იოგი;

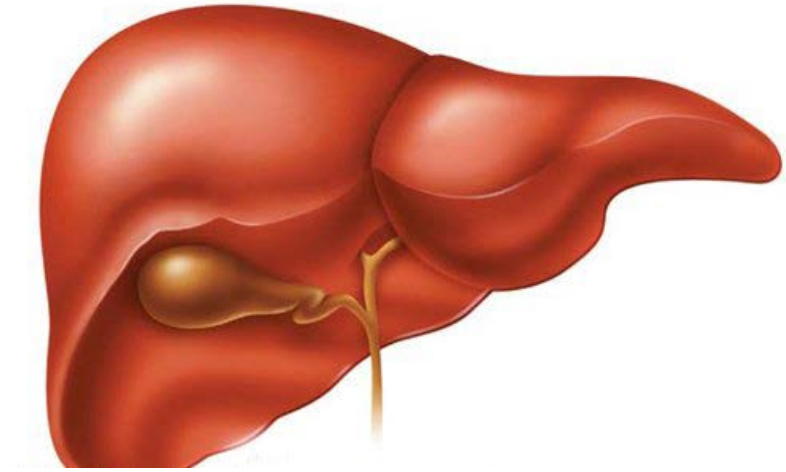
2.კუჭ-ელენთის იოგი;

3.კუჭ-კოლინჯის იოგი;

4.შუასაძგიდ-კოლინჯის იოგი;

5.შუასაძგიდ-ელენთის იოგი.

ღვიძლი - hepar



ადამიანის ორგანიზმის ყველაზე დიდი ჯირკვალია, მისი წონა 1,5-1,6 კგ. ცოცხალი ორგანიზმის ღვიძლის წონა და მოცულობა ბევრად მეტია, ვინაიდან იგი დიდი რაოდენობით სისხლს შეიცავს. ცოცხალი ორგანიზმის ღვიძლს მოწითალო ფერი აქვს, სიკვდილის შემდეგ მოყავისფროა.

ღვიძლი მდებარეობს ასიმეტრიულად, მისი ¾ ნაწილი მარჯვენა ფერდქვეშა მოდამოშია, მცირე ნაწილი (1/4) _ ეპიგასტრიუმის მიდამოში.

ღვიძლის ზედა ზედაპირი დიაფრაგმას ეხება; მთლიანად იმეორებს მისი გუმბათის სიმრუდეს და დიაფრაგმის ზედაპირი _ ფაციეს დიაპჰრაგმატიცა ეწოდება. იგი იყოფა - **pars superior** (ზედა), **pars anterior** (წინა), **pars dextra** (მარჯვენა), **pars posterior** (უკანა). ღვიძლის დიაფრაგმის ზედაპირი სადაა, მის ზედა მარცხენა უკიდურეს უბანზე აღინიშნება მცირედი გულის ჩანაჭდევი - **impression cardiaca**.

ღვიძლს ქვედა ზედაპირს რთული რელიეფი აქვს, მასთან მუცლის ღრუს სხვადასხვა ორგანოების შეხების გამო. მას ვისცერალური ზედაპირი ეწოდება - facies visceralis. ეს ორი ზედაპირი ერთმანეთს ხვდებიან წინ - ქვემო კიდის გასწვრივ, უკან კი შიშველი არის - area nuda-ს ზედა და ქვედა ნაპირებთან. თვით შიშველი არე - ღვიძლის სეროზული გარსით დაუფარავი (შიშველი) ზედაპირია და ამ ზედაპირით (ფიბროზული მასით) მუცლის უკანა კედელს უმაგრდება. შიშველი არის მედიალურ ნაპირს გაყვება ღრუ ვენის ღარი, რომელზედაც ზემოდან გახიდულია წყვილი ღრუ ვენის იოგი, მის ქვეშ ძევს ქვემო ღრუ ვენა.

ღვიძლის ვისცერალურ ზედაპირზე ღრუები შუაში ქმნის H-ფორმის ღარს, რომლის მედიდური ფეხი წარმოდგენილია მრგვალი იოგის ნაპრალით, ლატერალური ფეხი - წინიდან - ნაღვლის ბუშტის ფოსო, უკნიდან - ღრუ ვენის ღარის ნაწილია,

შუა - ღრმა ღვიძლის კარი - **porta hepatis**

აღნიშნული ღარები ღვიძლის ვისცერალურ ზედაპირს 4 ნაწილად ყოფენ:

- ღვიძლის მარჯვენა წილი
- ღვიძლის მარცხენა წილი
- მათ შორის კვადრატული წილი
- უკან კუდიანი წილი

ვისცერალულ ზედაპირზე ღვიძლს მრავალი ორგანო ეხება, რომლებიც თავის ანაბეჭდს ტოვებენ:

სინტოპია

ღვიძლის უმაღლესი წერტილი მდებარეობს ლავიწის შუა ხაზზე, IV ნეკნთაშუა სივრცის დონეზე, ქვემო კიდე _ მარჯვენა იღლიის ხაზის გასწვრივ X ნეკნთაშუა სივრცის დონეზე, იგი წინ მიყვება ნეკნთა რკალს, გადის მახვილისებურ მორჩსა და ჭიპს შორის, უკნიდან ზედა საზღვარი _ VII ნეკნთაშიდა სივრცე, ქვევიდან _ XI ნეკნის ზედა კიდე.

ღვიძლი გარედან დაფარულია, არეა ნუდა-ს გარდა სეროზული გარსით. სეროზული გარსის ქვეშ სუბსეროზული ქსოვილია _ ტელა სუბსეროსა, მის ქვეშ მდებარეობს ღვიძლის პერივასკულარული ფიბროზული კაფსულა _ ცაპსულა ფიბროსა პერივასცულარის (გლისონის კაფსული), რომელიც საკმაოდ მტკიცეა და ღვიძლის პარენქიმის ძირითადი დასაყრდენია.

ღვიძლის ფიბროზული გარსიდან, რომელიც ყოველმხრივ გარს ეკვრის, ღვიძლში შეიჭრება შემაერთებელი ქსოვილის ნაზი ბოჭკოები (მათი გაუხეშება ნორმიდან გადახრაზე მიუთითებს), რომლებიც მსხვილ უჯრედოვან რთულ ბადეს, ღვიძლის საყრდენ ჩონჩხს ქმნიან. ამ ბადის კედლების კანონზომიერი ურთიერთკავშირით ღვიძლის სისქეში შეიქმნება ექვსკუთხა პრიზმის ფორმის ღრუები. აღნიშნული ღრუები ამოვსებულია ღვიძლის ნივთიერებებით (პარენქიმით), რომლის საფუძველია ჰეპატოციტები. თითოეულ პრიზმაში მოქცეული პარენქიმა ღვიძლის ნაწილაკია _ ლობული ჰეპატის, ხოლო წილაკებს შორის პრიზმის კედელი _ წილაკთაშორისი ტრაბეკულები. ღვიძლის წილაკის დიამეტრი 1,5 მმ-ს არ აღემატება. ადამიანის ღვიძლში ასეთი წილაკების რაოდენობა 500 000 აღემატება. იქ სადაც სამი მეზობელი წილაკი ეხება ერთმანეთს გადის ერთ კონად სამი მილაკოვანი ელემენტი: წილაკთაშორისი არტერია, ნაღვლის სადინარი, ვენა. ერთი ტრიადის არტერიები და ვენები უკავშირდება მეზობელი ტრიადის არტერიებს და ვენებს წილაკის ირგვლივი არტერიებითა და ვენებით. ამ უკანასკნელიდან წილაკის პარენქიმაში შეიჭრება სინუსოიდური ტიპის კაპილარები, რომელთაც კარის ვენის სისხლი უშუალოდ გადააქვთ ღვიძლის უჯრედებზე

გავლით წილაკის ცენტრისაკენ, სადაც კვლავ იკრიბებიან ცენტრალურ ვენაში და მათი საშუალებით ტოვებენ წილაკს, რათა შეუერთდნენ წილაკქვეშა ვენებს, რომლებიც იკრიბებიან და ქმნიან ღვიძლის 2-4 ვენას (ვ ვ. ჰეპატის), რომლებიც ქვედა ღრუ ვენას უერთდებიან.

ღვიძლში გამომუშავებული ნაღვლის გამოტანა ხდება წილაკთაშორისი მილაკების სახით. მათი გაერთიანებით მიიღება 4 გაცალკევებული სადინარი:

- ღვიძლის მარჯვენა სადინარი - **ductus hepaticus dexter**
- ღვიძლის მარცხენა სადინარი - **ductus hepaticus sinister**
- კუდიანი წილის მარჯვენა სადინარი - **ductus lobi caudate dexter**
- კუდიანი წილის მარცხენა სადინარი - **ductus lobi caudate sinister**

ყველა ამ სადინარის საბოლოო გაერთიანებით მიიღება ღვიძლის საერთო სადინარი -**ductus hepaticus cimmunis**

ღვიძლის ფიქსაცია:

1. ხდება მეზობელი ორგანოების ზედდადება

2. სისხლძარღვები, რომლებიც მასთან არიან დაკავშირებული (ქვემო ღრუ ვენა, ღვიძლის ვენები, კარის ვენა, ღვიძლის საკუთარი არტერია)

3. იოგები:

- ღვიძლის ნამგლისებრი იოგი - **lig. falciforme hepatis**
- ღვიძლის გვირგვინოვანი იოგი - **lig. Coronarium hepatis**
- ღვიძლის მარჯვენა და მარცხენა სამკუთხა იოგები - **lig. Trangulare dextrum et sinistrum hepatis**
- ღვიძლ - კუჭის იოგი - **lig. hepatogastrium**
- ღვიძლ - თორმეტგოჯას იოგი - **lig. hepatoduodenale**
- ღვიძლ - კოლინჯის იოგი - **lig. Hepatocilicum**
- ღვიძლ - თირკმლის იოგი - **lig. hepatorenale**

ღვიძლის ფუნქციაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მისი **area nuda** – ს მეშვეობით მუცლის უკანა კედელზე დაფიქსირება.

ნაღვლის ბუშტი - vesica fellea (bilialis) – ნაღვლის დროებითი რეზერვუარია.

იგი მდებარეობს ღვიძლის ვისცერალურ ზედაპირზე ნაღვლის ბუშტის ფოსოში.

აქვს მსხლისებური ფორმა. მასზე გამოყოფენ:

1.ნ/ბ-ის ძირს **fundus vesicae felleae**, რომელიც ნაწილობრივ ცილდება ღვიძლის ქვედა კიდეს;

2.ნ/ბ-ის სხეული - **corpus v.f**;

3.ნ/ბ-ის ყელი - **collum v.f,** რომელიც თანდათანობით კონუსისებურად ვიწროვდება და ბუშტის სადინარში - **ductus cysticus**-ში გადადის.

ნ/ბ-ის სიგრძე 8-14სმ-მდეა, დიამეტრი ფუძეზე 5სმ-ია, ყელში – 0,5სმ-ია, ტავადობა – 40-70 კუბ. სმ. მას მომწვანო ფერი აქვს, ნაღვლის სისტემატური შემცველობის გამო.

ნ/ბ-ის კედელი სამშრიანი აგებულებისაა. ლორწოვანი გარსი - **tunica mucosa** - ქმნის მრავალ ნაოჭს, რომლებიც შეიცავენ ხაოებს და ჯირკვლებს. ყელის ნაწილში ლორწოვანი გარსი ქმნის ნაოჭების მწკრივს - სპირალური ნაოჭები - და სარქვლის როლს ასრულებს.

კუნთოვანი გარსი მხოლოდ ირგვლივი შრითაა გამოხატული.

გარედან ის დაფარულია სეროზული გარსით.

ღვიძლის, ნ/ბ-ის და ნაღვლის სადინარის კვება ხდება კარის ვენისა და ღვიძლის საკუთარი არტერიების საშუალებით.

ღვიძლიდან ლიმფის გამოტანა ხორციელდება ღრმა დაზედაპირული ლიმფური ძარღვებით, რომლებიც ღვიძლისა და ჯორჯლის ლიმფურ კვანძებს უერთდებიან.

ღვიძლის ინერვაცია ხირციელდება ღვიძლის წნულით.

ღვიძლის სეკრეტი – ნაღველი - **fel, bilis**, მოყვითალო-ოქროსფერი ტუტე რეაქციის სითხეა, განსხვავებით კუჭის წვენისაგან, რომელიც მჟავე რეაქციისაა. ასეთ შეფერილობას მას აძლევს პიგმენტი – ბილირუბინი- ჰემოგლობინის დაშლის პროდუქტი. ნაღველი გამოიყოფა დღე-ღამის განმავლობაში 500-1200მლ. რაოდენობით, მისი ძირითადი დანიშნულებაა ნაწლავის სანათურში არსებული ზოგიერთი ფერმენტის (განსაკუთრებით ლიპაზის) გააქტივება. ამავე დროს ნაღველით ხდება ცხიმის ემულსიაში გადაყვანა, ანუ მისი მსხვილი წვეთების დაქუცმაცება, აქაფება, რაც აადვილებს მათ შემდგომ დაშლას, რადგან ფართოვდება მათთან ნაწლავის წვენის (ფერმენტების) შეხების ზედაპირი. გარდა ამისა, ნაღველი მონაწილეობს ცხიმებისა და K ვიტამინის შეწოვაში, აძლიერებს ნაწლავის პერისტალტიკას, ახასიათებს ანტიბაქტერიული თვისება და აკავებს ნაწლავის ღრუში ლპობის პროცესებს. მიუხედავად იმისა, რომ ღვიძლში ნაღვლის გამომუშავება და გამოყოფა განუწყვეტლივ მიმდინარეობს,

მისი თვისებები და რაოდენობა დამოკიდებულია საკვების რაოდენობაზე და შემადგენლობაზე. ყველაფერი ეს რეგულირდება ნერვული სისტემის ზეგავლენით.

კითხვები:

1. დაალაგეთ თანმიმდევრულად:

ა) კუჭი;

ბ) საყლაპავი;

გ) პირის ნაპრალი;

დ) ხახა;

ე) პირის ღრუ;

ვ) კოლინჯი;

ზ) ბრმა ნაწლავი;

თ) სწორი ნაწლავი;

ი) თეძოს ნაწლავი;

კ) თორმეტგოჯა ნაწლავი;

ლ)მლივი ნაწლავი.

2. რომელ შეგრძნებას არ აღიქვავენ ენის დვრილები;

3.რომელი ჯირკვლები მიეკუთვნებიან საჭმლის მომნელებელს?

4. რამდენი სარძევე კბილი არსებობს?

5. როგორი რეაქციისა კუჭის წვენი?

6. რამდენი გასასვლელი აქვს ხახას?

7. როგორი მდებარეობა აქვს პერიტონეუმის მიმართ კუჭს?

8. რომელი წარმონაქმნებით განასხვავებენ მსხვილ ნაწლავს?

9. რომელ ორგანოში ჩაედინება ნაღვლის საერთო სადინარი?

10. რა რეაქციისაა ნაღველი?

11. რა ფუნქციები აქვს პანკრეასს?

12. რომელ ორგანოში გრძელდება თეძოს ნაწლავი?

13. რომელ მხარეს მდებარეობს ილეო-ცეკალური მიდამო?

14. რომელ ნივთიერებას შლის ნაღველი?

15. სად მდებარეობს პილორუსი?

16.სად მდებარეობს magen straße?

ლიტერატურა:

რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994

ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.

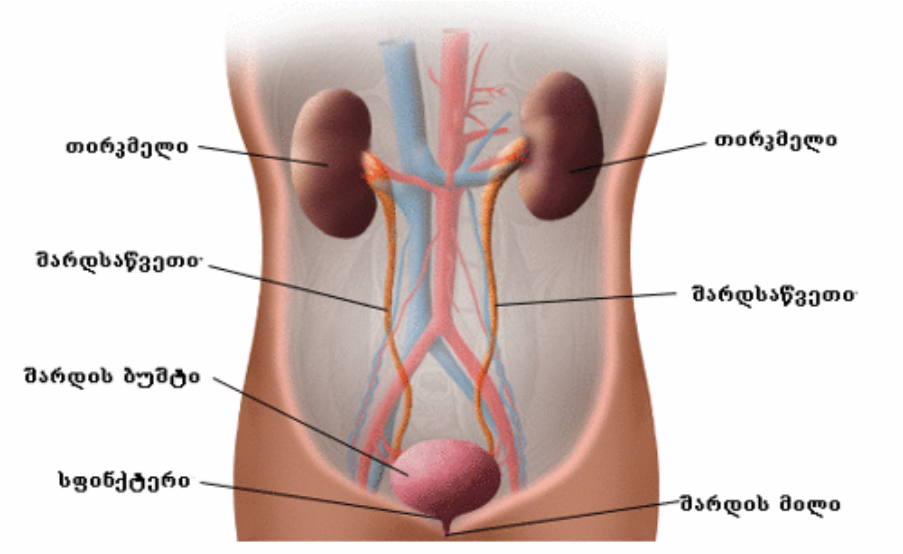
მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.

სინელნიკოვი - ადამიანის ანატომია - I-II-III ტომი, 1979წ.

http://www.mkurnali.ge/gastroenterologia/3732-satcmlis-momnelebeli-sistema.html

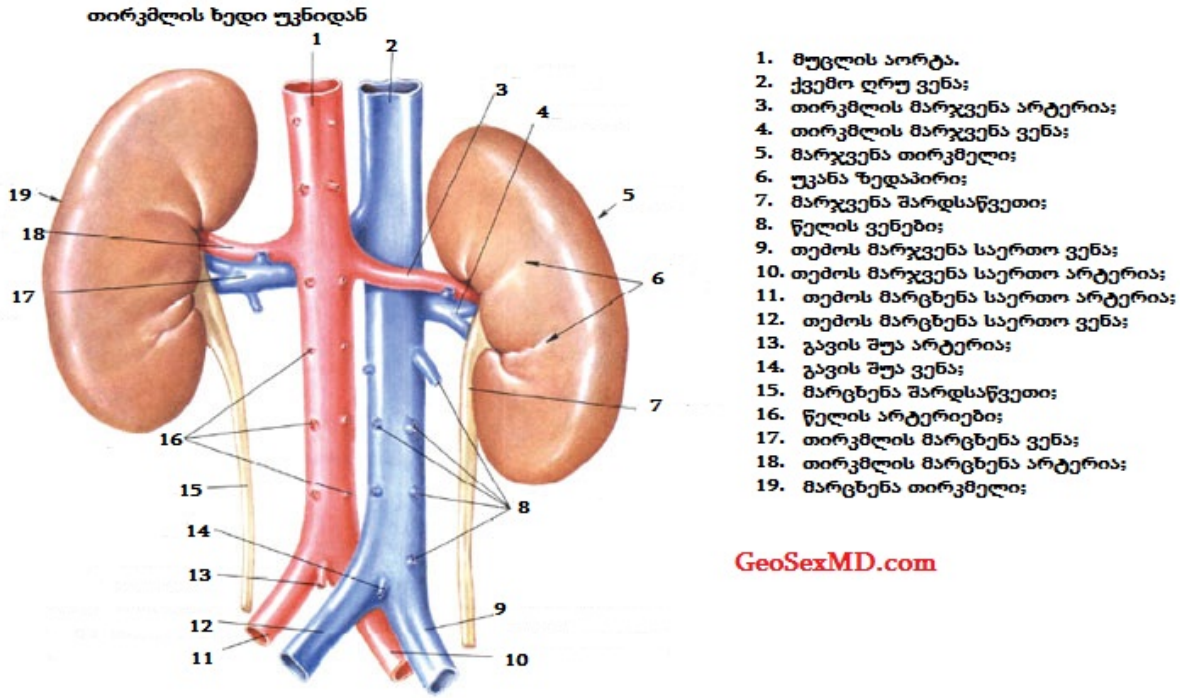
https://ka.wikipedia.org/wiki/%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%AD%E1%83%9B%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%A1_%E1%83%9B%E1%83%9D%E1%83%9B%E1%83%9C%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%98_%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%A1%E1%83%A2%E1%83%94%E1%83%9B%E1%83%90

შარდ-სასქესო სისტემა



თირკმელი - Ren

თირკმელებს ლობიოს მარცვლის ფორმა აქვს. თირკმელი მუქი-მოწითალო ფერის წყვილი ორგანოა, მდებარეობს პერიტონეუმის ღრუს გარეთ, მუცლის უკანა კედელზე, ხერხემლის მარჯვნივ და მარცხნივ და ამას რეტროპერიტონეალური მდებარეობა ჰქვია. ზემოდან



შეესაბამება მეთორმეტე ნეკნის დონეს, ხოლო ქვემოდან წელის მე-3 მალის ზემო კიდე. თირკმელს წინიდან ფარავს მუცლის სეროზული გარსი ანუ პერიტონეუმი, პერიტონეუმის უკან მოთავსებულია თირკმლის ცხიმოვანი გარსი, რომელიც თირკმელს ეხვევა და ქმნის კაფსულას. ცხიმოვანი კაფსულის ქვეშ მოთავსებულია ფიბროზულ-შემაერთებელქსოვილოვანი კაფსულა, რომელიც უშალოდ ეკვრის თირკმლის ნივთიერებას. თირკმლის ლატერალური კიდე გამოზნექილია, ხოლო ლატერალური - ჩაღრმავებილი და ეწოდება თირკმლის კარი. მასში შედის თირკმლის არტერია, ვენა, თირკმლის მენჯი, ლიმფური ძარღვები და ნერვები. თირკმლის კარი გრძელდება ჩაღრმავებაში, რომელსაც თირკმლის ნივთიერება ფარავს და ეწოდება თირკმლის წიაღი. აქ მოთავსებულია თირკმლის მცირე და დიდი ფიალები, თირკმლის მენჯი, სისხლძარღვები, ნერვები და ცხიმოვანი შემართებელი ქსოვილი. თირკმლის მცირე ფიალა 8-12-მდეა, ერთი ბოლოთი გადადის დიდ ფიალებში, ერწყმის ერთმანეთს და წარმოქმის თირკმლის მენჯს, რომელიც თირკმლის კარიდან გამოსვლის შემდეგ გრძელდება შარდსაწვეთში.

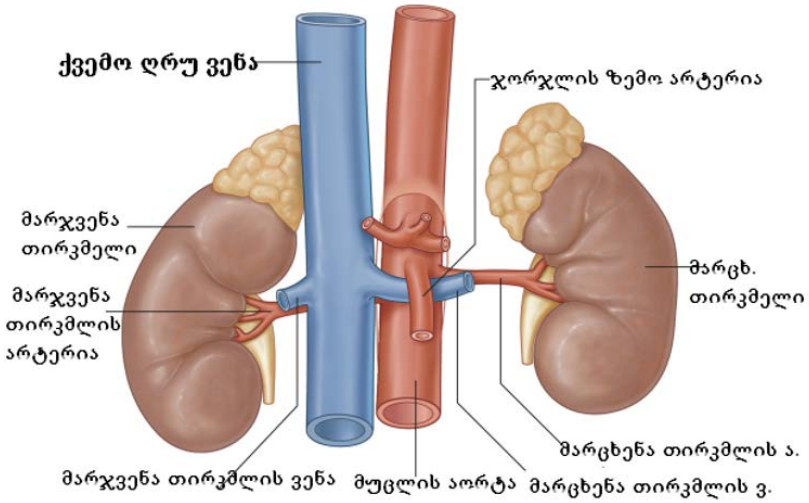
თირკმელში განირჩევა ორი ნივთიერება: ღია ფერის - ტვინოვანი ნივთიერება და მუქი ფერის - ქერქოვანი ნივთიერება. შიგნითა ანუ ტვინოვანი ნივთიერება ქმნის კონუსისებურ წარმონაქმნებს, რომლებლებსაც თირკმლის პირამიდა ეწოდება. ისინი წვეროებით მიმართულია თირკმლის წიაღისკენ, ხოლო ფუძეებით თირკმლის ქერქისკენ. თირკმლის ტვინოვან ნივთიერებას აქვს ზოლები, რაც გამოწვეულია იმით, რომ შეიცავს თირკმლის სწორ მილაკებს, მარყუჟებსა და წვრილ სისხლძარღვებს.

თირკმლის ქერქში თირკმლის სხეულაკებია განლაგებული (თითოეულში მილიონამდე), რომელთა ზომაც 0,15 მმ-ია. თირკმლის ერთი სხეულაკი იქმნება კაპილართა დახვეული ქსელისაგან - გორგლისაგან, რომელზეც გარშემორტყმულია კაფსულა (ბოუმენის კაფსულა). ის ერთშრიანი ეპითელის ორი ფურცლისაგან შედგება, რომელთა შორისაც არის ნაპრალი, სივრცე, ამ სივრცეში გამოიტუმბება პირველადი შარდი). Bოუმენის კაფსულა გახსნილია საშარდე მილაკებისაკენ.

თირკმლის ქერქოვან ნაწილში მდებარე ყოველ სხეულაკს შეესაბამება კლაკნილი საშარდე მილაკები.

თირკმლის ტვინში მდებარეობს სწორი მილაკები და მათ შორისაა ჰენლეს მარყუჟი, გარდა ამისა შემკრები მილაკები, რომლებიც პირამიდის წვეროების გავლით იხსნებიან თირკმლის ფიალებში, რომლების თავის მხრივ თირკმლის მენჯის შემადგენლობაში შედიან.

თირკმელი შემაერთებელ ქსოვილოვანი შენებისაა, რომელშიც სისხლძარღვები, ლიმფური სადინარები და ნერვები გადის.



1. შემომავალი არტერიოლა - **vas afferens**
2. კაპილართა გორგალი - **glomerulus**
3. გამავალი (გამტარი) არტერიოლა - **vas efferens**
4. მეორე კაპილარული წნულის დასაწყისი

   (შემოგარსავს მილაკებს)
5. ბოუმენის კაფსულა - ერთშრიანი ეპითელი
6. ნაპრალის სივრცე
7. საშარდე მილაკების დასაწყისი

ყოველ ფიალაში ბოლოვდება ტვინის პირამიდა 20 – 30 შემკრები მილაკით.

თითოეული თირკმლის სხეულაკი (გლომერულა და ბოუმენის კაფსულა) შარდის მილაკებით (გამომტანი მილაკის გარდა) იწოდება ნეფრონად.

ფიზიოლოგია

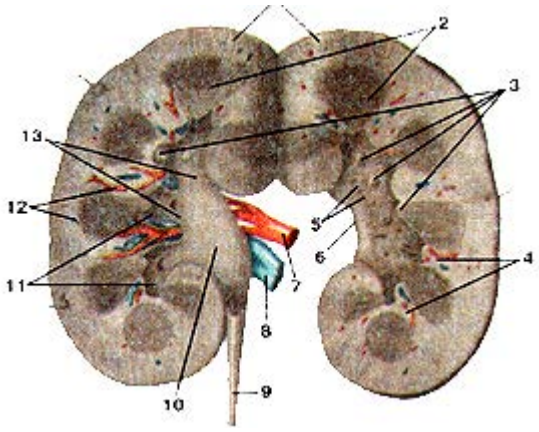
თირკმლის ფუნქციაა შარდის წარმოქმნა და გამოყოფისათვის საშარდე გზებში გადაგზავნა. შარდის წარმოქმნით თირკმელები ორ ფუნქციას ასრულებენ: წყლისა და მარილთა ცვლით არეგულირებენ სისხლის მჟავა-ტუტოვან წონასწორობას და მის შენარჩუნებას. ამ ფუნქციის შესრულებისათვის საჭიროა თირკმლის უხვი სისხლმომარაგება. მუცლის აორტას

თითოეული თირკმლისათვის გამოეყოფა თირკმლის თითო არტერია - **a.renalis**, რომელიც შედის თირკმლის კარში და იტოტება უნატიფეს არტერიოლებამდე. არტერიოლები ქმნიან კაპილართა გორგლებს, აქედან გამომავალი არტერიოლები მიემართებიან საშარდე მილაკების საკვებად. თირკმელში, სხვა ორგანოებისაგან განსხვავებით იქმნება ორმაგი კაპილართა ქსელი (ბოუმენის კაფსულა გლომერულათა კაპილარებით იკვებება). ნაზ კაპილართა და საშარდე მილაკებს შორის კი მიმდინარეობს ნივთიერებათა მიმოცვლა. ასე ახორციელებს თირკმელი გამოყოფის გარდა სხვა, მეორე ფუნქციასაც: ნივთიერების ცვლის ფუნქციას (რეზორბცია და სეკრეცია მეორადი შარდის წარმოქმნის პროცესში)

პირველადი შარდის წარმოქმნა

ბაუმენის კაფსულის ნაპრალსა და გორგლის სისხლძარღვებს შორის წნევათა სხვაობა არ აღინიშნება, ამიტომ გლომერულათა კაპილარებიდან, მათში არსებული სისხლის წნევის გავლენით გამოიწნეხება ჭარბი სითხის შემცველი პირველადი შარდი, რომელიც მდიდარია სასარგებლო ნივთიერებებით, მაგრამ არა მაღალმოლეკულური ცილებით. ეს პირველი შარდი შედგება სისხლის პლაზმაში არსებული ყველა შემადგენელი კომპონენტისაგან, გარდა ცილისა.

24 საათში 150 ლიტრი პირველადი შარდი წარმოიქმნება.



საბოლოო შარდის წარმოქმნა

საბოლოო შარდი საშარდე მილაკებში წარმოიქმნება. ამისათვის საჭიროა კანონზომიერი წყალ- მარილოვანი და ნივთიერებათა მიმოცვლა სისხლძარღვებსა და საშარდე მილაკებს შორის ორივე მიმართულებით. რამოდენიმე პროცესს აქვს ადგილი:

- **წყლის უკურეზორბცია შარდის კონცენტრაციის გარეშე.**

წინა კლაკნილი მილაკების უჯრედებში მდებარეობს ნატრიუმის ტუმბო, რომელიც მილაკებიდან გატუმბავს ნატრიუმს მილაკების გარშემო მყოფ სისხლძარღვებში (კაპილარებში). ამით წარმოიქმნება ოსმოსურ წნევათა სხვაობა, რაც განაპირობებს იმას, რომ წყალი პასიურად მიჰყვება ნატრიუმს. ამ პრინციპით ხდება პირველად შარდში არსებული წყლის 80%-ის უკურეზორბცია კვლავ სისხლში. ამ მოვლენით ჯერ კიდევ ვერ მიიღწევა შარდის საჭირო კონცენტრაცია.

- **წყლის უკურეზორბცია შარდის საბოლოო კონცენტრაციის მიღწევამდე.**

ჰიპოფიზის ჰორმონ ადიურეტინის მეშვეობით ხორციელდება ის რომ, ჰენლეს მარყუჟების საშუალებით სუფთა წყალი (მასში გახსნილი სუბსტანციების გარეშე) მეორადი კლაკნილი მილაკებიდან და შემკრები მილაკებიდან სისხლში უკურეზორბცირდება. ამით მიიღწევა შარდის საბოლოო კონცენტრირება და ორგანიზმიდან სითხის დიდი დანაკარგის თავიდან აცილება (უშაქრო დიაბეტი). ასე უკუშეიწოვება კიდევ პირველადი შარდის 18-19%, ისე რომ დარჩენილი 30 ლიტრიდან 1,5-2 ლიტრი შარდი გამოიყოფა.

ნივთიერებათა მიმოცვლა საშარდე მილაკებსა და სისხლს შორის:

- შარდის შემადგენელ სუბსტანციათა გამოყოფა
- ნივთიერებათა სეკრეცია
- ნივთიერებათა უკურეზორბცია
- ამონიაკის გამოყოფა

- შარდის შემადგენელ სუბსტანციათა გამოყოფა
  (კრეატინინი, შარდოვანა, შარდმჟავა)
  ამ ნივთიერებათა საშარდე მილაკებით გამოყოფა დიდწილად ხორციელდება პირველადი ფილტრაციის, პირველადი შარდის წარმოქმნის დროს. მცირედი ნაწილი (უპირატესად შარდმჟავისა) საშარდე სისტემაში სისხლიდან სეკრეტირდება. შარდმჟავის 90% კვლავ სისხლში უკურეზორბცირდება. შარდოვანაც ნაწილობრივ უკუშეიწოვება სისხლში. დანარჩენი შარდის შემადგენელი ნივთიერებები შარდით გამოიყოფა.

- ნივთიერებათა სეკრეცია
  (სხეულის ნივთიერებათა ცვლის ნარჩენი სუბსტანციები, შარდმჟავა, სულფატები)
  (სხეულისათვის უცხო სუბსტანციები, როგორიცაა მედიკამენტები)
  ნივთიერებათა აქტიური სეკრეცია ხორციელდება სისხლძარღვებიდან საშარდე მილაკებში. საქმე შეეხება ნივთიერებებს, რომლებიც აღარ სჭირდება ორგანიზმს. ისინი თირკმლის მილაკთა უჯრედებიდან შარდში გადმოდიან გამოსაყოფად. აქ მოიაზრება როგორც სხეულის საკუთარი, ისე სხეულისათვის უცხო ნივთიერებები.

- ნივთიერებათა უკურეზორბცია
  (გლუკოზა, ამონიუმის მჟავა, შარდმჟავა,ფოსფატები, გოგირდი, Na,Cl,K)
  აქტიური უკუშეწოვა ხორციელდება საშარდე მილაკებიდან სისხლძარღვებში.
  ზოგიერთი ნივთიერება, რომელიც პირველად შარდში გამოიფილტრება, ორგანიზმისათვის საჭიროა და მათი ნაწილის კვლავ ორგანიზმში უკუშეწოვა ხდება, საშარდე მილაკებიდან კვლავ სისხლში გადადის. საქმე ეხება ისეთ სუბსტანციებს როგორიცაა გლუკოზა, ამინომჟავები, შარდმჟავა, ფოსფატები, Na,Cl,K, გოგირდი(S). ამ ნივთიერებებზე ვსაუბრობთ როგორც მოსაზღვრე ნივთიერბებზე. თუ სისხლში რომელიმე მათგანის რაოდენობა იმატებს, გადააჭარბებს დასაშვებ ზღვარს, შარდითაც მეტი გამოიყოფა.

გლუკოზის მაგალითი:

მაგალითად ვასახელებთ გლუკოზას. თუმცა მისი სიჭარბე ორგანიზმში ინსულინის ნაკლებობით არის განპირობებული, ნაცვლად იმისა, რომ ღვიძლში მარაგის სახით დაგროვდეს და შემდგომ უჯრედთა ნივთიერებათა ცვლისათვის იქნეს გამოყენებული, სისხლში სიჭარბით იჩენს თავს (შაქრიანი დიაბეტი).

სისხლში შაქრის დასაშვები ზღვარია 140მგ% (იდეალურია 80-120მგ%). სისხლში შაქრის კონცენტრაციის 180მგ%-ზე გადაჭარბების დროს იწყება შარდით ჭარბი შაქრის შეძლებისდაგვარად გამოყოფა. ე. ი. საშარდე მილაკებში შაქრის უკუშეწოვა აღარ ხდება. ამ დროს ვსაუბრობთ გლუკოზურიაზე.

- ამონიაკის გამოყოფა

საშარდე მილაკების უჯრედებში არსებული ამინომჟავების ნივთიერებათა ცვლისას არასრული დაცლის პროდუქტია ამონიაკი.

მომწამლავი ამონიაკის ერთი ნაწილი პირდაპირ თირკმელით გამოიყოფა. დანარჩენი კი, თირკმლის ვენის საშუალებით, სისხლით მიიტანება.

ღვიძლამდე, სადაც იგი ნაკლებ შხამიან შარდოვანად გარდაიქმნება. შარდოვანა სისხლით კვლავ თირკმელამდე მიიტანება და გამოიყოფა.

შარდის კონცენტრაცია შემკრებ მილაკებშიც გრძელდება და დვრილებით იხსნება პირამიდის წვეროებში და თირკმლის მენჯამდე აღწევს როგორც საბოლოო შარდი.

რაოდენობა: 1-2 ლიტრამდე 24 საათის განმავლობაში

ფერი: ღიადან მუქ ყვითელამდე

რეაქცია: სუსტი მჟავე, ph – 5,5

ხვედრითი წონა: 1015- დან 1025-მდე (ექსტრემალური მაჩვენებლებია 1040- მდე)

შემადგენლობა: წყალი, ელექტროლიტები, შარდოვანა, შარდმჟავა,

კრეატინინი, ორგანული მჟავები, ჰორმონები,

ფერმენტები, ვიტამინები,პიგმენტური ნივთიერებები (მაგ.ურობილინი)

ჰორმონთა წარმოქმნა თირკმელში

- რენინი (გავლენა ფილტრაციაზე)
- ერითროპოეტინები - ქსოვილოვანი ჰორმონია, რომელიც გრომერულათა ეპითელურ უჯრედებში წარმოიოქმნება. ანემია (სისხლნაკლულობა) და ჰიპოქსია (ჟანგბადის ნაკლებობა ქსოვილებში) განაპირობებენ ერითროპოეტინთა გამოთავისუფლებას. ეს კი ერითროპოეზს და ჰემოგლობინის სინთეზს ააქტიურებს ძვლის ტვინში.

ჰორმონთა ზეგავლენა თირკმელზე

მნიშვნელოვანი ჰორმონები, რომლებიც თირკმელზე ახდენენ გავლენას:

- ადიურეტინი - ჰიპოფიზის უკანა წილიდან გამოიყოფა. Mმოქმედებს შარდის მაკონცენტრირებლად წყლის უკურეზორბციის საშუალებით.

- ალდოსტერონი - თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ჰორმონი. Mმოქმედებს საშარდე მილაკებიდან სისხლში Na-ის და Ka-ის სისხლიდან შარდში გამოყოფაზე. ამიტომაც აქვს გავლენა ალდოსტერონს წყლის შემცველობაზე ორგანიზმში.
- პარატჰორმონი - პარათირეოიდული ჯირკვლის ჰორმონი, რომელიც ქმედებს ჭარბ ფოსფსტთა გამომყოფად და ამდენად არაპირდაპირად მაღლა სწევს სისხლში ჩა–ის შემცველობას.

ფილტრაციაზე გავლენა

პირველადი შარდის ფილტრაციაზე გავლენას ახდენს:

- სისხლის წნევა - ნორმაზე დაბალი სისხლის წნევა ამცირებს გამოყოფას, ნორმაზე მაღალმა წნევამ შეიძლება თირკმლის დაზიანება გამოიწვიოს.

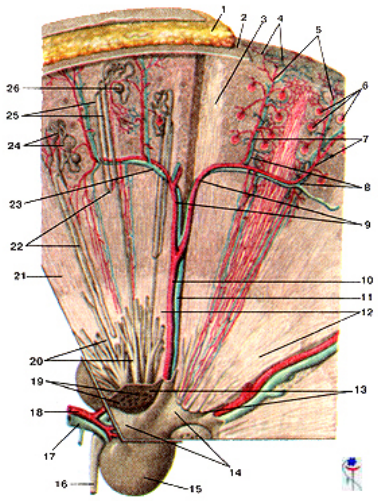
სისხლის წნევის მკვეთრად დაცემისას (მაგ. შოკის დრო<40მმ.Hg) თირკმელი წყვეტს ფუნქციას და იწყება ურემია.

- რენინი - სისხლის მიმოქცევის შემცირებაზე თირკმელი რეაგირებს მაშინვე ენზიმ რენინის გამოყოფით. რენინი უკავშირდება სისხლის ცილას ანგიოტენზინოგენს, ამით გამონთავისუფლდება ახალი ნივთიერება - ანგიოტენზინი, რომელიც სისხლის მიმოქცევის მთელ ქსელში იწვევს სისხლძარღვების შევიწროებას, ამით მატულობს სისხლის წნევა მიმოქცევაშიც და თირკმელშიც. მაღალი წნევა, რომელიც თირკმლიდან გამომდინარეობს იწოდება რენალურ ჰიპერტენზიად. Aანგიოტენზინი ასტიმულირებს ასევე თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქიდან ალდოსტერონის გამოთავისუფლებას.
- სითხის მიღება - თირკმელს შეუძლია სითხის მცირე რაოდენობით მიღების დროს ძალზედ კონცენტრირდეს, ხოლო ჭარბი მიღებისას განზავდეს. კონცენტრაციისა და განზავების უნარის გაზომვა შესაძლებელია სპეციფიური ხვედრითი წონის განსაზღვრის საშუალებით. წყურვილის ან სითხის მიღების შემდგომ განსაზღვრით.
- ნერვები - თირკმლის ფუნქციის ნერვული რეგულაცია ხორციელდება ვეგეტაციური ნერვული სისტემის საშუალებით.

ოსმოსი

ოსმოსის ქვეშ მოიაზრება გამხსნელის (წყლის) გასვლა ნაკლებად კონცენტრირებული ხსნარიდან მეტად კონცენტრირებულში, მათ შორის არსებული ნახევრადგამტარი კედლის გავლით. ნახევრადგამტარ კედელს უწოდებენ გამყოფ ტიხარს, რომელიც გამტარია მხოლოდ გამხსნელისათვის (წყალი) და არა მასში გახსნილი ნივთიერებებისათვის.

თირკმელში წყალი მიჰყვება ოსმოსის კანონებით ნივთიერებებს, რომლებიც მანამდე საშარდე მილაკებიდან აქტიურად იქნენ ტრანსპორტირებული სისხლისაკენ.



თირკმლის ფიალები და მენჯი

ტოპოგრაფია

თითოეულ თირკმელში 8-დან 10 ფიალამდეა გაერთიანებული თირკმლის მენჯში

(**pelvis venalis**), რომელიც გამოდის თირკმლის კარიდან და უშუალოდ გადადის შარდსაწვეთში (**ureter**).

მაკროსკოპია

მიკროსკოპია

შიგნიდან გარეთ:

- გარდამავალი ეპითელი: ეპითელი, რომელიც განსაკუთრებით მდგრადია შარდმჟავას მიმართ
- **Muskularis** - გლუვკუნთოვანი ბოჭკოები, პასუხისმგებელია შარდის ერთი მიმართულებით გადაადგილებაზე
- **Adventitia** - ადვენტიტია = შემაერთებელი ქსოვილი

ფიზიოლოგია

თირკმლის მენჯი მიიღებს შარდს თირკმლის ფიალებიდან, აგროვებს 6 -10სმ შარდს და პორციებით აგზავნის შარდსაწვეთისაკენ.

შარდსაწვეთები

ტოპოგრაფია

შარდსაწვეთები იწყება თირკმლის მენჯიდან და მთავრდება ქვემოთ შარდის ბუშტში. ისინი რეტროპერიტონიალურად მდებარეობენ შუა ხაზის მიმართ და ოდნავ ირიბად მოემართებიან ქვემოთკენ.

მაკროსკოპია

შარდსაწვეთის სიგანეა 4 -7 მმ, სიგრძე – 25 – 30 სმ.

მიკროსკოპია

შიგნიდან გარეთ:

- გარდამავალი ეპითელი - თირკმლის მენჯის ეპითელის მსგავსად
- Musskularis - კუნთოვანი გარსი, მდიდარი გლუვი კუნთოვანი ბოჭკოებით
- Adventitia - შემაერთებელი ქსოვილი

ფიზიოლოგია

კუნთოვანი გარსის წყალობით, პერესტალტიკის საშუალებით შარდი შარდის ბუშტისაკენ გადაადგილდება. საათში დაახლოებით 50სმ შარდი მიიტანება ბუშტამდე. სითხის ჭარბი მიღებისას – შესაბამისად მეტი.

შარდის ბუშტი

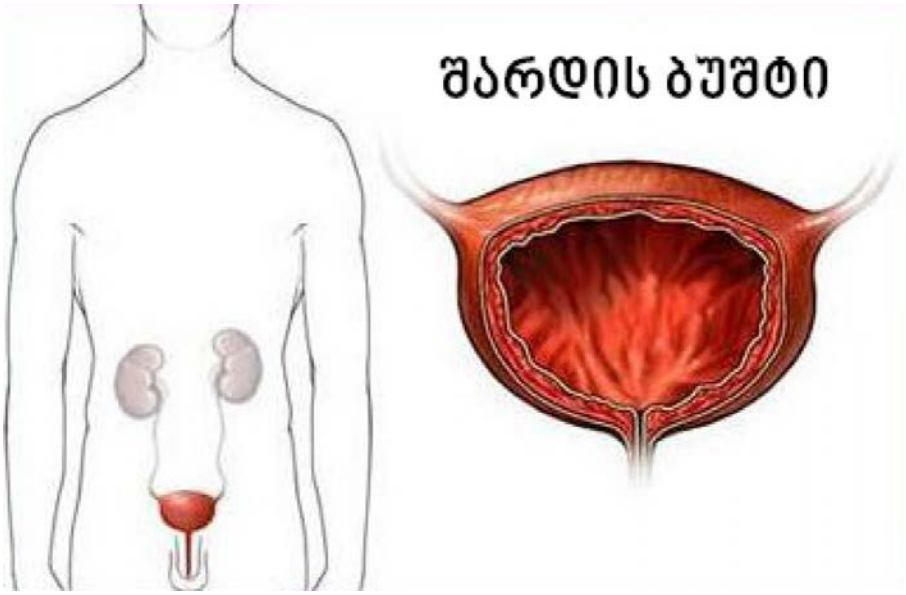
ტოპოგრაფია

შარდის ბუშტი - **vesica urinaria** მდებარეობს მცირე მენჯის ღრუში, სიმფიზის უკან. ქალებთან ის მდებარეობს ვენტრალურად საშვილოსნოს წინ. რადგანაც შარდის ბუშტის მწვერვალზე

პერიტონიუმის ფურცელია გადაფარებული, მისი მდებარეობა სუბპერიტონიალურად განიხილება.

მაკროსკოპია

შარდის ბუშტის ფორმა დამოკიდებულია მის სავსეობაზე.



მიკროსკოპია

- სისხლძარღვებით მდიდარი ლორწოვანი გარდამავალი ეპითელით, რომელიც განსაკუთრებულად ელასტიური და მჟავაგამძლეა. შეუძლია ნაოჭების წყალობით სისავსეს მიაღწიოს.
- კუნთოვანი გარსი, რომელიც შედგება ერთმანეთში გადაწნული კუნთოვანი ბოჭკოებისაგან. მათი ასეთი განლაგება შესაძლებელს ხდის ბუშტის ყველა მხრიდან ერთნაირად შეკუმშვას.
- შემაერთებელქსოვილოვანი გარსი შარდის ბუშტს აკავშირებს მიმდებარე გარემოსთან. Mმის უკანა ზედა ზედაპირს პერიტონიუმის ფურცელი ეკვრის. უშუალოდ ბუშტიდან გამოსვლის ადგილას მდებარეობს შიდა სპინქტერი (გლუვკუნთოვანი წარმონაქმნის მისი ქმედება უნებლიეა.

ქალთან შიდა სპინქტერის შემდეგ მაშინვე, მამაკაცთან კი პროსტატის შემდეგ მდებარეობს გარე სპინქტერი განივზოლიანი კუნთოვანი წარმონაქმნი, ნებითი მუსკულატურა.

ფიზიოლოგია

შარდის ბუშტის ფუნქციაა შარდის შეგროვება, ის შარდის რეზერვუარია. მისი ტევადობაა 200 -400 სმ. ბუშტში შარდის განსაზღრული რაოდენობის დაგროვება, რაც შადრის ბუშტის კედლების დაჭიმვას იწვევს, კედლებში არსებული ბარორეცეპტორებით აღიქმება. Ეს მოშარდვის მოთხოვნას იწვევს.

შარდსადენი

ტოპოგრაფია

შარდსადენი -**Urethra** აკავშირებს შარდის ბუსტს გარემოსთან. ის მდებარეობს

შარდის ბუშტსა და საშოს შესასვლელს შორის ქალებთან და შარდის ბუშტსა და ასოს ბოლოს შორის მამაკაცებთან.

მაკროსკოპია

ქალითან: ქალის შარდსადენი მოკლეა, დაახლოებით 4სმ სიგრძის, ეპითელით ამოფენილი შემაერთებელქსოვილოვანი მილი. ის იწყება შიგნითა უნებლიე სპინქტერიდან, გაივლის მენჯის ფუძეს (მენჯის დიაფრაგმას), რომელშიც იქმნება გარეთა გვერდითი სპინქტერი - **m. spincter urethrae** და ბოლოვდება საშოს შესავლის წინ.

მამაკაცთან: მამაკაცის შარდსადენი დაახლოებით 26სმ სიგრძის არათანაბარი მილია. სხვადასხვა მონაკვეთში აქვს შევიწროებები. დასაწყისში, შარდის ბუშტიდან მალევე უერთდება შარდსადენს სათესლე მილები, რადგან შარდისა და თესლისათვის ერთი მილია, მას საშარდთესლე მილი ეწოდება. ნებითი სპინქტერი ამ მილისა მდებარეობს მისი შევიწროების ადგილზე, კერძოდ კი პროსტატიდან გამოსვლისთანავე, მენჯის ფუძეზე.

მიკროსკოპია

- ლორწოვანი გარსი - მრავალშრიანი მჟავარეზისტენტული ქსოვილი
- კუნთოვანი - ნაზი გლუვკუნთოვანი გარსი
- ადვენტიცია - შემაერთებელი ქსოვილი

ფიზიოლოგია

შარსადენით იცლება შარდის ბუშტი

შარდის გამოყოფა

- სისავსე და ამასთან დაკავშირებული შარდის ბუშტის კედლის დაჭიმვა, შარდის ბუშტის კედლებში არსებული რეცეპტორების მიერ აღიქმება და მგრძნობიარე ვეგეტატიური ნერვებით ინფორმაცია თავის ტვინამდე მიიტანება.
- ეს ინფორმაცია აღიქმება როგორც მოშარდვის მოთხოვნილება
- ნებითი ხდება ბრძანება გადმოცემული გარე, ნებით სფინქტერამდე, რისი შედეგიცაა სფინქტერის კუნთის მოდუნება და შარდის გამოყოფა.
- ნებითი სფინქტერის მოდუნებას რეფლექსურად მოსდევს ბუშტის უნებლიე შეკუმშვა
- ამის შემდეგ არის შესაძლებელი შარდის ბუშტის დაცლა

ჯანმრთელ ადამიანთან შარდის ბუშტი ბოლომდე იცლება და არ რჩება ნარჩენი შარდი.

კითხვები:

1. ჩამოთვალეთ საშარდე სისტემის ორგანოები.
2. აღწერეთ საშარდე სისტემის ფიზიოლოგია.
3. რა არის პირველადი შარდი?
4. როგორ ხდება წყლის უკურეზორბცია?
5. დაახასიათეთ ნივთიერებების უკურეზორბცია.
6. რომელი ჰორმონები წარმოიქმნება თირკმელში?
7. რა ახდენს შარდის ფილტრაციაზეგავლენას?
8. რა არის რენინი?

ლიტერატურა:

რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994

ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.

მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.

სინელნიკოვი - ადამიანის ანატომია - I-II-III ტომი, 1979წ.

http://www.medgeo.net/2009/11/26/urinary_system-2/

http://biologyabitur.blogspot.com/2011/03/blog-post_11.html

სასქესო ორგანოები - organa genitalia

1 ½ თვის ჩანასახს სასქესო ორგანოები ჯერ არ აქვს. ამ დროს არსებობს პატარა ნაპრალი, რომელიც გადადის კლოაკაში. აქ იხსნება როფორც საჭმლის მომნელებელი მილი, ასევე საშარდე და სასქესო გზები. მე-2 თვის ბოლოს კლოაკა იყოფა კანიდან ამოზრდილი განივი ხიდაკით, რომლისგანაც მომავალში შორისი ვითარდება.

გარეთა სასქესო ორგანოების პირველი ნიშანია: სასქესო ბორცვი, კანის ორი სასქესო ნაოჭი და ნაოჭთა შორის მოთავსებული სასქესო ნაპრალი, იმ შემთხვევაში, როდესაც ჩანასსახიდან ვითარდება მამრობითი სქესი, სასქესო ბორცი სწრაფად იზრდება, ვითარდება მღვიმოვანი სხეულები, სასქესო ნაოჭენის ნაპირები შეიზრდება მთელ სიგრძეზე, გარდა ბოლო ნაწილისა. შარდ-სასქწსო სინუსი, რომელიც მთლიანად ღია იყო, იხურება და შარდსადენი იქმნება. შეზრდილი სასქესო ნაოჭების სისქეში ვითარდება ახალი მღვიმოვანო სხეული, რომელიც გარს შემოევლება შარდსადენს. სასქესო მორგვი ასოს უკან ფართოვდება და სასქესო ჯირკვლებისთვის ქმნის პარკს.

თუ ქალი იბადება, სასქესო ბორცვი თითქმის არ იზრდება. იგი რჩება, როგორც მოკლე და წვრილი ასო, რომელსაც კლიტორს უწოდებენ. შარდ-სასქესო სინუსი სამუდამოდ რჩება ღია და მას საშოს კარიბჭეს უწოდებენ.

შიგნითა სასქესო ორგანოების განვითარება დაკავშირებულია საშარდე აპარატის განვითარებასთან და იწყება უფრო ადრე, ვიდრე გარეტა ორგანოების ზრდა.

ჩანასახის მე-8 კვირისთვის შიგნითა სასქესო ორგანოები უკვე ჩასახულია, მაგრამ სქესის დიფერენცირება ჯერ არ მომხდარა. საყურადღებოა, რომ შიგნითა სასქესო ორგანოების სისტემა დასაწყისში ორივე სქესს ერთნაირი აქვს (ინდიფერენტული ხანა). მდედრობითი სქესის განვითარების შემთხვევაში მხოლოდ ერთი, ქალის სასქესო ორგანოები, მეორე ნაწილი კი ე.ი. მამრობითი, რჩება რუდიმენტულ მდგომარეობაში და პირიქით.

მამაკაცის სასქესო ორგანოები - organa genitalia masculine

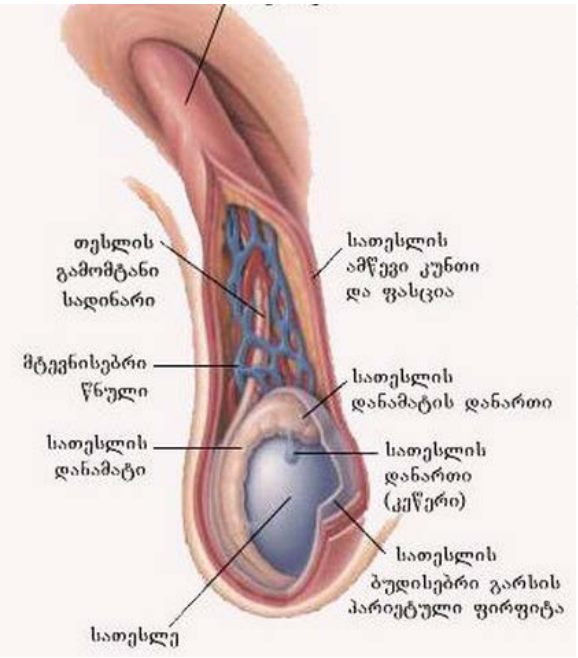
მამაკაცის სასქესო აპარატი შედგება წყვილი და კენტი ორგანოებისაგან.

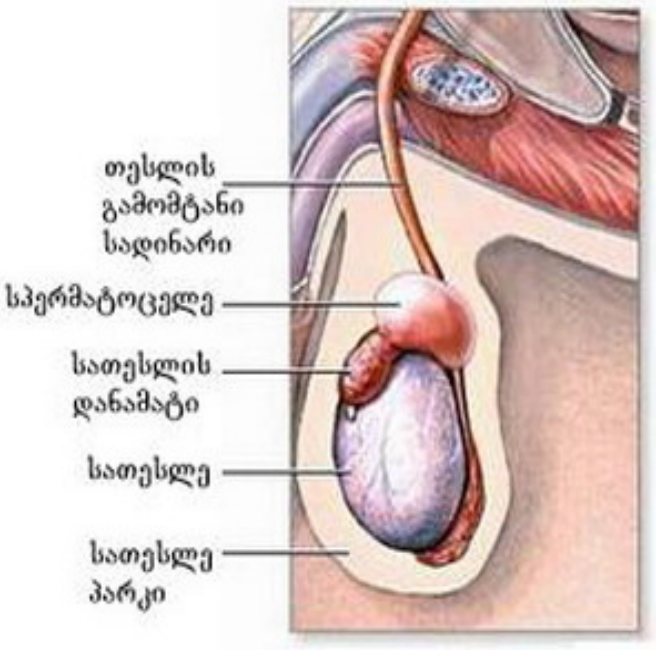
წყვილ ორგანოებს ეკუთვნის - სათესლე ჯირკვლები, მათი დანამატები, სათესლე ბუშტუკები და ბოლქვ-შარდსადენის ჯირკვლები.

კენტ ორგანოებს ეკუთვნის წინამდებარე ჯირკვალი და ასო.

სათესლე ჯირკვლები მოთავსებული კანის სპეციალურ პარკში - სათესლე პარკში - **scrotum,** რომელიც შედგება შვიდი გარსისაგან:

- კანი - **cutis**
- ხორციანი გარსი - **tunica dartos**
- სათესლეს გარეთა ფასცია - **fascia spermatica externa**
- სათესლეს ამწევი კუნთი - **m.cremaster**
- სათესლე ამწევი კუნთის ფასცია - **fascia cremasterica**
- სათესლეს შიგნითა ფასცია - **f. spermatic interna**
- სათესლეს ბუდისებრი გარსი - **tunica vaginalis testis**

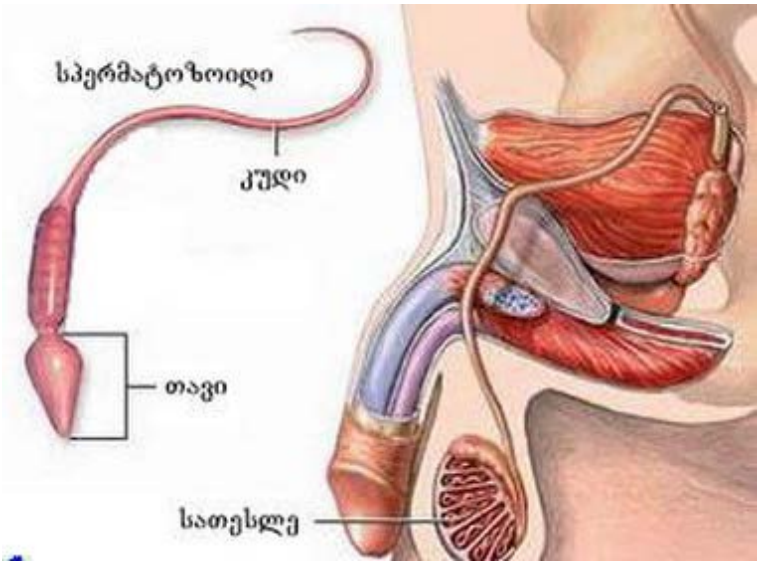




სათესლე- **testis** - მამაკაცის სათესლე ჯირკვალია, რომელსაც ელიფსის ფორმა აქვს. სათესლე ჯირკვალი შედგება ჩონჩხისა და ჯირკვლოვანი ნივთიერებისაგან. ჩონჩხს ანუ სტრომას შეადგენს სათესლეს თეთრი გარსი , შუასაყარი და ძგიდეები. ჯირკვლოვანი ნივთიერება - **parenchyma testis** თავსდება კამერებში და შედგება რბილი, მოყვითალო-მოწითალო ფერის თესლის მილაკებისგან - **tubuli seminiferi.** ამ მილაკების ნაწილი დაკლაკნილია და ეწოდება თესლის კლაკნილი მილაკები. ის სათესლის შუასაყარის მიმართულებით სწორდება და გადადის თესლის სწორ მილაკებში. სწორი მილაკები წილაკებიდან გამოსვლის შემდეგ ქმნის სათესლის ბადეს - **rete testis** – აქედან კი გამოეყოფა სათესლის გამომტანი 10-12 მილაკი - **ductuli efferentes testis** - რომლებიც ბოჭკოვანი შემაერთებელი გარსით იფარებიან და ქმნიან სათესის დანამატის თავს. სათესლე ჯირკვლის დანამატი - **epididymis** - წაგრძელებულია და მდებარეობს სათესლე ჯირკვლის უკანა კიდესთან, ეშვება მცირე მენჯის ღრუში და უკავშირდება პროსტატას. **Prostata** - წინამდებარე ჯირკვალი - კენტი, კუნთოვან-ჯირკლოვანი, მკვრივი კონსისტენციის ორგანოა, რომელიც მდებარეობს შარდის ბუშტის ქვეშ. მის სისქეში გაივლის შადსადენის დასაწყისი. წინამდებარე ჯირკვლის მასის დაახლოებით ნახევარი არის

ჯირკლოვანი ქსოვილი, დანარჩენი კუნთოვანი ქსოვილი, შემაერთებელი ქსოვილი კი ორგანოში თანაბრადაა გადანაწილებული.

წინამდებარე ჯირკვალი გამოყოფს მოთეთრო, სუსტი ტუტე რეაციის, სპეციფიური სუნის ცილოვან წვენს, ის ათხიერებს თესლს.



ასო - **penis** - მისი მასა შედგება ორი მღვიმოვანი სხეულისაგან და ერთი ღრუბლისებურუ სხეულისაგან, რომელშიც გაივლის შარდსადენი. ღრუბლისებური სხეული ორ ადგილზე კარგადაა განვითარებული და უკანა ნაწილში ქმნის ბოლქვს - **bulbus penis** – ხოლო ასოს მეორე ბოლოში ქმნის ასოს თავს - **glans penis**. ასოს მღვიმოვანი სხეილები ქმნის ასოს ფეხებს, რომლების უკავშირდებიან ბოქვენის ძვლის დასწვრივ ტოტებთან, ბოლოები კი შეზრდილია ასოს თავთან. ასოს თავი გაბრტყელებულია, უფრო განიერი ასოს სხეულზე და ბოლოში არის შარდსადენის გარეთა ხვრელი. ასოს ყელთან კანი ქმნია პარკს, რომელიც ფარავს ასოს თავს და მას ჩუჩას უწოდებენ.

სპერმატოზოიდი

მამაკაცის სასქესო უჯრედი სამი ნაწილისაგან შედგება: თავი, ყელი და კუდი. თავი სპერმატოზოიდის მნიშვნელოვანი ნაწილია, რადგან დნმ-ის შემცველი უჯრედის ბირთვი აქ არის განთავსებული იმ გენეტიკური ინფორმაციით, რომელიც ბავშვს მამისგან გადაეცემა. სპერმატოზოიდმა უნდა მიაღწიოს უძრავად მყოფ კვერცხუჯრედ, და ამ საქმიანობაში მნიშვნელოვანია სპრერმსტოზოიდის მოძრაობის უნარი, რაც მისი შოლტისებური კუდის აქტიურობით განისაზღვრება.

სპერმატოგენეზი მამაკაცის სასქესო ორგანოებში - სათესლე ჯირკვლებში და მათ დანამატებში მიმდინარეობს. თითოეულ სათესლეში წუთში ათეულ ათასობით და 24 საათში მილიონობით სპერმატოზოიდი წარმოიქმნება. სასქესო უჯრედის წარმოქმნას დაახლოებით 65-70 დღე ჭირდება. სპერმატოგენეზის პირველ ეტაპზე ზოგ სპერმატოზოიდს კუდი არ აქვს, ზოგს თავი აქვს განუვითარებელი. სათესლეში ან წრეზე დაცურავენ ან ერთ ადგილას დგანან. სპრმატოგენეზის მეორე ეტაპზე სასქესო უჯრედები სასქესო დანამატებში გადადიან, მწიფდებიან და იწყებენ კოორდინებულ მოძრაობას და დაახლოებით 10 დღის შემდეგ მზად არიან განაყოფიერებისთვის. დანამატებში ერევათ ბუშტუკის სითხე და წარმოიქმნება სპერმა, რომელიც ქალის ორანიზმში ეაკულაციის(თესლდანთხევა) შედეგად ხვდება. მომწიფებული და განაყოფიერების უნარის მქონე სპერმა ერთი თვე ინარჩუნებს განაყოფიერების უნარს. თუ ამ ხნის განმავლობაში ეაკულატის დანთხევა არ მოხდა სპერმატოზოიდები ბერდებიან, განაყოფიერების უნარს კარგავენ და იხოცებიან. შემდეგ კვლავ ახალი სპერმატოზოიდები წარმოიშვებიან. რეპროდუქციული მამაკაცის ორგანიზმში ყოველთვის არის განაყოფიერების უნარის მქონე სასქესო უჯრედები.



სპერმატოზოიდი

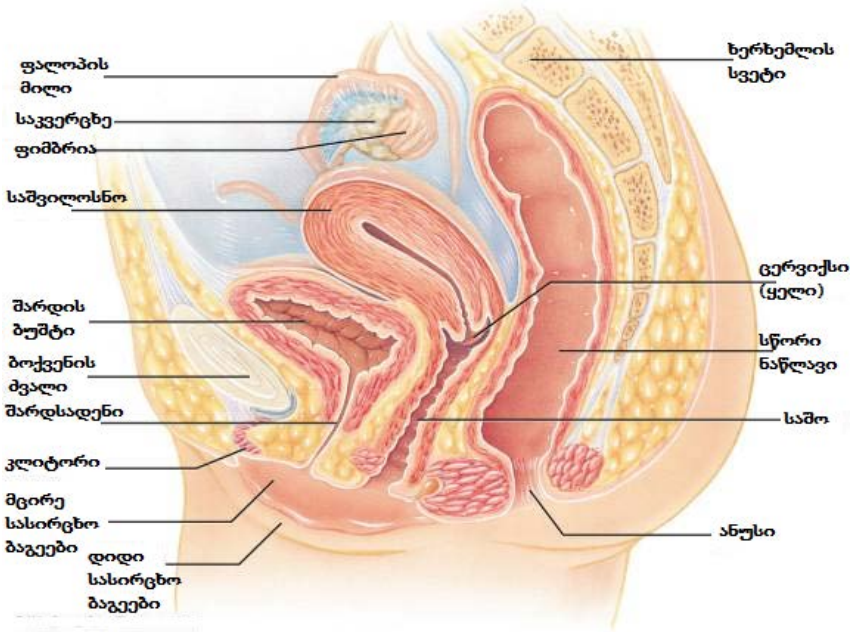
ქალის სასქესო ორგანოები

ქალის სასქესო ორგანოები იყოფა შიგნითა და გარეთა სასქესო ორგანოებად.

გარეთა სასქესო ორგანოებს - **organa genitalia externa** - მიეკუთვნება: დიდი და მცირე სასირცხვო ბაგეები, კარიბჭის (ბართოლინის) ჯირკვლები, პარაურეთრული ჯირკვლები, კლიტორი, საშოს კარიბჭე, საქალწულე აპკი. გარეთა სასქესო ორგანოებთან ტოპოგრაფიულ კავშირშია ბოქვენის მაღლობი, შარდსადენის სფინქტერი და შორისი.

შიგნითა სასქესო ორგანოებს - **organa genitalia interna -** მიეკუთვნება: საკვერცხეები, საშვილოსნო, საშვილოსნოს მილები და საშო.

საკვერცხე - ovarium - ოვალური ფორმის წყვილი ორგანოა, რომელიც მოთავსებულია მცირე მენჯის ღრუში, მარჯვნივ და მარცხნივ. მისი ძირითადი ფუნქციაა სასქესო უჯრედის - კვერცხუჯრედის გამომუშავება და განვითარება, ასევე სასქესო ჰორმონების გამომუშავება. საკვერცხეებს აქვს ზედა - მილის - და ქვედა - საშვილოსნოს - ბოლოები. ასევე, თავისუფალი და წინა ჯირჯლისეული კოდეები. ლულის ბოლოზე უმაგრდება საშვილოსნოს მილი ფოჩი. საკვერცხეს აქვს საკუთარი ჯორჯალი, რომლითაც ხდება საკვერცხის ფიქსაცია საშვილოსნოს განიერი იოგის უკანა კედელზე. საკვრცხის საშვილოსნოს ბოლოდან საშვილოსნოს გვერდისკენ მიემართება საკვერცხის საკუთარი იოგი. საკვერცხის ჯორჯალთან ერთად მასში შედის სისხლძარღვებსი და ნერვები. საკვერცხეში არის ქერქოვანი და ტვინოვანი ნივთიერება. ტვინოვანი ნივთიერება შემაერთებელი ქსოვილისაგან შედგება და საკვერცხის ცენტრში მდებარეობს, უხვად შეიცავს სისხლძარღვებსა და ნერვებს. საკვერცხის ქერქოვანი ნივთიერება მდებარეობს პრიფერიულად და შედგება შემაერთებელქსოვილოვანი ძგიდეებისაგან, რომელიც ჩონჩხს ქმნის და რომლის ხარიხებში მოთავსებულია ფოლიკულები. საკვერცხის სიგრძეა - 3სმ. სიგანე - 2სმ. სისქე 1,5სმ. იწონის 6-8გრამს.



საშვილოსნო - uterus (metra)

საშვილოსნო მსხლის ფორმის ღრუ კუნთოვანი ორგანოა, რომელიც მდებარეობს მცირე მენჯის ღრუში, სწორ ნაწლავსა და შარდის ბუშტს შორის. საშვილოსნოს დანიშნულებაა ჩანასახსა და ნაყოფს შეუქმნას განვითარებისთვის ხელსაყრელი პირობები. მისი ნაწილებია:

- საშვილოსნოს ძირი - **fundus uteri**
- სხეული - **corpus uteri**
- ყელი - **cervix uteri** - რომელიც თავის მხრივ ორ ნაწილად იყოფა: საშვილოსნოს ნაწილი და საშოს ნაწილი.

საშვილოსნოს კედელს სამშრიანი აგებულება აქვს:

- შიგნითა ლორწოვანი გარსი - ენდომეტრიუმი;
- შუა კუნთოვანი გარსი - მიომეტრიუმი;
- გარეთა სეროზული - პერიმეტრიუმი.

ენდომეტრიუმი მოფენილია ცილინდრული ეპითელიუმით და შეიცავს მრავალ ლორწოვან ჯირკვალს.

განიერი, სწორნაწლავსაშვილოსნოსა და მრგვალი იოგების საშუალებით ხდება საშვილოსნოს ფიქსაცია.

საშვილოსნოს სიგრძეა - 7-10სმ. სიგანე - 5-6სმ. ყელის სიგრძე3სმ., კედლის სისქე 1,5-3სმ.

საშვილოსნოს მილები - ფალოპის მილები - tuba uterine, salpinx – წყვილი, ღრუ, მილისებური ორგანოა. მისი დანიშნულებაა საშვილოსნოს ღრუ დააკავშიროს პერიტონეუმის ღრუსთან, კერძოდ პერიტონეუმის ღრუში ჩავარდნილი კვერცხუჯრედი ჯერ მილის ფოჩების, შემდეგ კი მისი შიგნითა გარსის მეშვეობით გადაიტანოს საშვილოსნოს ღრუში. აღსანიშნავია რომ განაყოფიერება ანუ კვერცხუჯრედისა და სპერმატოზოიდის შეხვედრა ხშირად მილში ხდება. შესაძლებელია, რომ მილში განაყოფიერებულმა კვერცხუჯრედმა არ გააგრძელოს გზა საშვილოსნოსკენ, მიემაგროს მილის კედელს და დაიწყოს ზრდა-განვითარება. ამ მდგომარეობას საშვილოსნოს გარეთა ორსულობა ჰქვია.

საშვილოსნოს მილი შედგება ნაწილებისაგან:

- საშვილოსნოსკენა ყელი - ინტერსტიციური - ვიწრო და მოკლე ნაწილი;
- მუცლისკენა ნაწილი - ამპულარული - განიერი ნაწილი, რომელიც ფოჩებით მთავრდება და რომლებიც თავისუფლად მოძრაობენ საკვერცხის მიდამოში. ერთ-ერთი ფოცი გრძელია და თავისუფლად ეხება საკვერცხეს.

საშვილოსნოს მილების სიგრძე 10-12 სმ-ია, სანათურის დიამეტრი 1მმ-ი, საშვილოსნოსკენა ნაწილის სიგრძეა 1სმ, სიგანე 1სმ, სანათურის დიამეტრი 1მმ. ამპულარულის სიგრძეა 9-11სმ.სანათური დიამეტრი 1-2სმ-მდე.

ფალოპის კედლის შრეები:

- გარეთა - სეროზული - პერისალპინგსი;
- შუა - კუნთოვანი - მეტროსალპინგსი - სიგრძივი და შუა ცირკულარული შრეებით;
- შიგნითა - ლორწოვანი - ენდოსალპინგსი - მრავლობითი ნაოჭებით.

საშო (vagina, colpos)- 8-10 სმ-ის სიგრძის კუნთოვანი, მილის ფორმის ორგანოა. საშო იწყება საშვილოსნოს ყელიდან, მოემართება ზევიდან ქვევით, უკნიდან წინა მიმართულებით და შესავალი ხვრელით იხსნება მცირე სასირცხო ბაგეებს შორის არსებულ სივრცეში.

საშოს წინ მოთავსებულია შარდსაწვეთი და შარდის ბუშტი, უკან - სწორი ნაწლავი.

საშოს შრეებია:

- შიგნითა - ლორწივანი შრე, რომელიც ამოფენილია მრავალშრიანი ეპითელით და ქმნის ირგვლივი მიმართულების ნაოჭებს; ეპითელი შედგება ოთხი შრისაგან: ზედაპირული(ფუნქციური), შუალედური, პარაბაზალური და ბაზალური შრისაგან.
- შუა - კუნთოვანი შრე - გლუვკუნთოვანი ბოჭკოები;
- გარეთა - შემაერთებელიქსოვილოვანი გარსი, რომელიც საშოს აკავშირებს მეზობელ ორგანოებთან

საშოს ნაპრალი ანუ საშოს შესავალი ქალიშვილებში გვერდებიდან შემოისაზღვრება **საქალწულე აპკით - hymen –** რომელსაც აქვს ხვრელი მენსტრუალური სისხლის გამოსაყოფად. საქალწულე აპკის გახევას დეფლორაცია ეწოდება და თან ერთვის სისხლდენა და მტკივნეულობა, თუმცა სისხლდენა ყოველთვის შეიძლება არ იყოს, ეს დამოკიდებულია აპკის ხვრელის ზომაზე. დიდი ზომის ხვრელის დროს, პირველი სქესობრივი კონტაქტისას შესაძლებელია არ მოხდეს საქალწულე აპკის გახევა და ეს მოხდეს მშობიაროზის დროს და პირიქით, ხვრელის სიმცირის გამო, ვერ მოხერხდეს დეფლორაცია და საჭირო შეიქმნას ქირურგიული ჩარევა. საქალწულე აპკის თავისებურებების შესახებ სწავლებას ჰიმენოლოგია ეწოდება.

შორისი perineum – ეს არის მენჯის გამოსავალი მიდამო, რომელიც მოთავსებულია ბარძაყებს შორის და შემოისაზღვრება ბოქვენის სიმფიზით, კუდუსუნით და საჯდომი ბორცვებით.

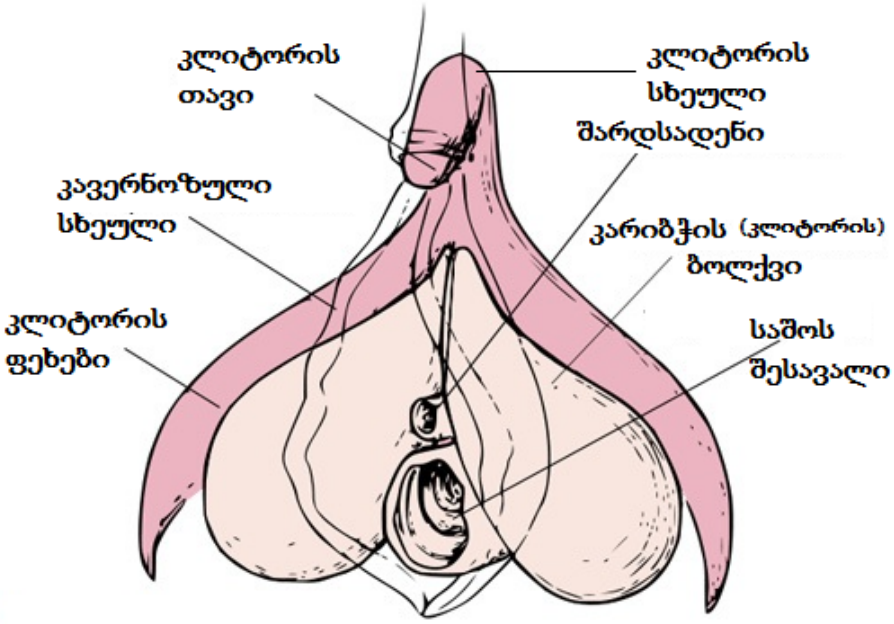
მცირე სასირცხო ბაგეები - Labia minora pudenda - ნაზი კანის ნაოჭებია და დაფარულია დიდი სასირცხო ბაგეებით. წინიდან გადადის კლიტორში და უკავშირდება **ბოქვენის მაღლობს** - ვენერას მაღლობი - **mons pubis,** რომელიც თმითაა დაფარულია და გვერდებიდან შემოსაზღვრულია საზარდულის ნაოჭებით, უკნიდან კი მცირე სასირცხო ბაგეები უკავშირდება **დიდ სასირცხო ბაგეებს.** უხვად შეიცავს ცხიმის ჯირკვლებს. აქვს ინერვაცია და კარგი სისხლმომარაგება. მცირე სასირცხო ბაგეებს შორის ნაპრალს **საშოს კარიბჭეს** - **vestibulum vaginae** - უწოდებენ და რომელიც ქმნის **ნავისებურ ფოსოს.** აქ იხსნება ბართოლინის ჯირკვლის სადინარი და შარდსადენის გარეთა ხვრელი.

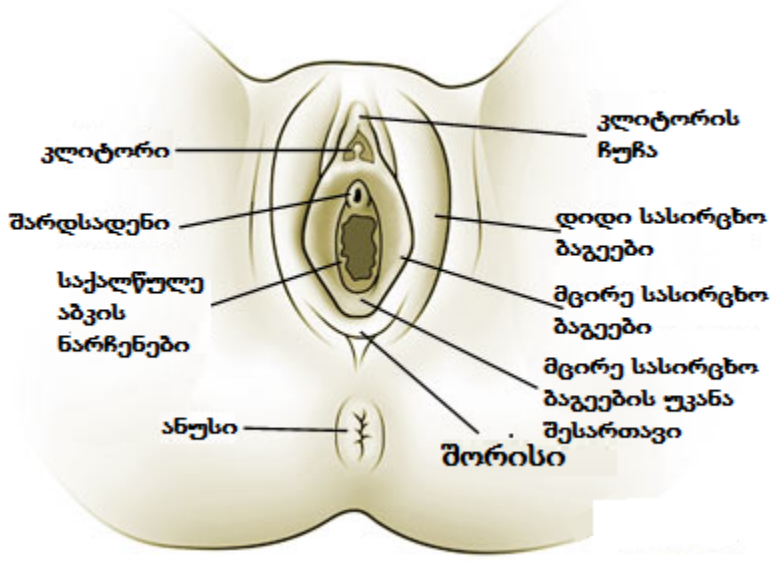
დიდი სასირცხო ბაგეები - labia majora pubenda – კანის წყვილი ნაოჭი, რომელიც ფარავს მცირე სასირცხო ბაგეებს და დაფარულია თმით, პიგმენტირებულია. აქვს კარგად განვითარებული ცხიმოვანი ქსოვილი. უხვად არის ცხიმოვანი და საოფლე ჯირკვლები. დიდი სასირცხო ბაგეები დაფარულია ნაზი კანით, რომელიც ლორწოვან გარსს გავს.

დიდი სასირცხო ბაგეების წინა შესართავთან არის 2-3 სმ-ის სიგრძის მქონე, ლორწოვანი გარსით დაფარული შემაღლება - **კლიტორი - სავნებო - clitoris** - რომელიც შეიძლება განვიხილოთ, როგორც მამაკაცის ასოს ანალოგი. კლიტორი მდიდარია სისხლძარღვებით, ნერვული დაბოლოებებით, ოფლისა და ცხიმის ჯირკვლებით, რომლებიც გამოყოფენ სეკრეტს.

ბართოლინის ჯირკვლები - glandulae bartholini - მდებარეობს მცირე სასირცხო ბაგეების სისქეში. სადინრის მეშვეობით იხსნება ნავისებურ ფოსოში, გამოყოფს სეკრეტს სქესობრივი

აღგზნების დროს, აადვილებს სქესობრივ აქტს და ხელს უწყობს სპრმატოზოდოიდის გადაადგილებას.





მენსტრუალური ციკლი

ბავშვობის ასაკი გრძელდება 10-12 წლამდე. ამ ხნის განმავლობაში მენსტრუალური ციკლი არ ვითარდება. ამ პერიოდში ვაჟი და გოგონა გარეგნულად თითქმის არ განსხვავდებიან, მხოლოდ ფსიქიკაა სხვადასხვა.

სქესობრივი მომწიფების პერიოდს პუბერტეტული პერიოდი ეწოდება და გრძელდება 3-4 წელი. მენსტრუაციის მოსვლამდე გოგონებს ეზრდებათ თმა გარეთა სასქესო ორგანოებზე, იღლის ფოსოში, იზრდება სარძევე ჯირკვალები, ძვლოვანი მენჯი. მენჯის ირგვლივ და ბარძაყებზე მატულობს ცხიმის რაოდენობა. გოგონას ეცვლება ხმა, გუნებაგანწყობაა. ის რასაც ადრე ყურადღებას არ აქცევდა, ახლა საინტერესო ხდება მისთვის. იზრდება ინტერესი საწინააღმდეგო სქესის

მიმართ.

მენსტრუაციის დაწყებამდე ადგილი აქვს ფოლიკულების ზრდას, თუმცა ისინი ვერ აღწევენ სრულ მომწიფებას იხდება მათი ატრეზია, უკუგანვითარება. ატრეზიულ ფოლიკლებში ხდება შემაერთებელი ქსოვილის წარმოშობა. ზოგი მეცნიერი, ასეთ ატრეზიული ფოლიკულების წარმოშობას, მიაწერს ჰორმონის გამომუშავების განსაკუთრებულ თვისებას, რომლის საშუალებითაც ხდება მეორადი სასქესო ნიშნების ნიშნების ჩამოყალიბება. ზოგი მეცნიერი კი ამ აზრს არ ეთანხმება.

სასქესო ნიშნების ჩამოყალიბება ნეიროჰუმარალური სისტემის ზეგავლენით ხდება, სადაც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ტვინი დანამატის გონადოტროპული, საკვერცხეებისა და ყვიტელი სხეულის ჰორმონები.

ფილიკულის ჰორმონი იწვევს საშვილოსნოს კუნთებისა და ლორწოვანი გარსის განვითარებას, ასევე სარძევე ჯირკვლების ზრდას. ყვითელი სხეულის ჰორმონი კი საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში არსებული ჯირკვლების სეკრეციას აძლიერებს.

პირველი მენსტრუალური ციკლი ნიშნავს, რომ მომწიფდა პირველი ფოლიკული, მომწიფდა კვერცხუჯრედი, ხდება ფოლიკულის გასკდბა, კვერცხუჯრედის ფოლიკულისაგან გათავისუფლება და გამსკდარი ფოლიკულის ადგილზე ყვითელი სხეულის წარმოშობა.

საკვერცხეში ამ პროცესების პარლელურად საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში ხდება სათანადო პროცესები, კერძოდ, ლორწოვანი გარსი პროლიფერაცია და მისი სეკრეცია. პირველი მომწიფებული კვერცხუჯრედის დარუპვასთან ერთად იწყება მენსტრუაცია ე.ი. საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის დესქვამაცია, მისი სისხლძარღვების გასკდობა და მონადენ სისხლთან ერთად გარეთ გამოძევება.

პირველი მენსტრუაცია არ არის მარტივი ფიზიოლოგიური მოვლენა. ის მხოლოდ ერთ გარემო ფაქტორზე არ არის დამოკიდებული. ის დამოკიდებულის საყოფაცხოვრებო პირობებზე, კვების რიტმზე, ძილ-ღვიძილის რიტმზე, ფიზიკური-ინელექტუალურ დატვირთვაზე, კლიმატზე და ა.შ.

შესაძლებელია, რომ მენსტრუაია ადრე დაიწყოს - 9-10 წელი, ზოგჯერ მოგვიანებით - 16-18 წელი.

მენსტრუაციის მოსვლის პირველ წელს შესაძლებელია აღინიშნოს ციკლის დარღვევის სხვადასხვა ფორმები: სემოკლებული, გახანგრძლივებული, ფარული, ხშირი, იშვითი, ამენორეა, გაძლიერებულისისხლდენით.

მენსტრუალური ციკლი გრძელდება დაახლოებით 50 წლამდე.

ნორმალური მენსტრუაცია ეწოდება სქესობრივად მომწიფებული ქალის საშვილოსნოდან პერიოდულ და რიტმულ სისხლდენას, უხშირესად 26-28-32 დღეში ერთხელ, 3-5 დღის ხანგრძლივობით. ეს პროცესი ორგნიზმში ხდება ფოლიკულისა და ყვითელი სხეულის ჰორმონრბის კონცენტრაციის დაცემის, კვერცხუჯრედის დაღუპვისა და ენდომეტრიუმის დესქვამაციის შედეგად. ციკლის დროს ქალი კარგავს დაახლოებით 50-100მლ. სისხლს. დაკარგული სისხლის რაოდენობა დამოკიდებულია ქალის ც.ნ.სისტემის მდგომარეობაზე, აგზნებითი და შეკავებითი პროცესების ნორმალურ ურთიერთდამოკიდებილებაზე, ჰორმონების - ესტროგენების, პროგესტერონისა და ანდროგენების ერთმანეთთან რაოდენობრივ და თვისობრივ დამოკიდებულებაზე, გონადოტროპულ ჰორმონებსა და საშვილოსნოს კუნთების შეკუმშვის უნარზე.

მენსტრუაციული სისხლი შეიცავს ლორწოს (რომელიც საშვილოსნოს ყელიდან მოდის), საშვილოსნოს ლორწოვანი გარსის უმცირეს ნაწილაკებს და საშოს შიგთავს. ქიმიურად მენსტრუალური სისხლი განსხვავდება ჩვეულებრივი სისხლისგან. ის შეიცავს გლიკოგენის დიდ რაოდენობას, ლიპოიდებს, ფოსფორს, დარიშხანს, ტრიპსინსდა პროტეოლიზურ ფერმენტებს. მას აქვს სპეციფიური სუნი, მაგრამ არ უნდა იყოს მყრალი. მომუშავთვიურის სისხლი არ დედდება ფერმენტების გამო. ციკლის შემდეგ სექსუალური ჰორმონის გამომუშვება ძლიერდება. მენსტრუაციის წინ ადგილი აქვს სარძევე ჯირკვლების გაჯირჯვებასა და მტკივნეულობას, იშვიათად სეკრეციას. ფარისებური და თირკმელზედა ჯირკვლები ზომაში მატულობს.

მენსტრუალური ციკლი არ არის იზოლირებული პროცესი. მას ც.ნ.სიტემა არეგულირებს, კერძოდ, ადენიჰიპოფიზი და ჰიპოთალამუსიდასხვა. ჰიპოფიზი სხვადასხვა ჰორმონს გამოიმუშავებს, მაგრამ ამ შემთხვევაში საინტერესოა მისი ნაწილის - ადენიჰიპოფიზის ჰორმონი **პროლანი,** რომელიც მენსტრუალური ციკლის დირიჟორია.

საკვერცხეებში და საშვილოსნოს ლორწოვან გარსში ვარჩევთ ორ ფაზას:

პირველი ფაზა: საკვერცხეების ფოლიკულური ფაზა, რაც მდგომარეობს პრიმორდიალური ფოლიკულის ზრდასა და მომწიფებაში, ფოლიკულში მოთავსებული კვერცხუჯრედის მომწიფებაში, ფოლიკულის გასკდომაში. ყველაფერ ამას ეწოდება **ოვულაცია.** ერთიდაიგივე დროს საკვერცხეში ჩვეულებრივ ერთი ფოლიკული მწიფდება, იშვიათად ორი. ფოლიკულის ზრდა იწყება მენსტრუაციის დაწყების შემდეგ. მისი ნორმალური ზრდისა და მომწიფებისთვის საჭიროა 14-16 დღე, ე.ი. ოვულაცია ხდება ციკლებს შორის შუალდეში. მწიფე ფოლიკულის სიდიდე აღწევს 1-2სმ-ს, ხოლო პრომორდიალური ფილოკულის სიდიდეა 40-50 მიკრონი. მომწიფებას რომ 14 დღე ჭირდება ეს დამტკიცებულია ჰისტოლოგიურად, ტემპერატურის მატებით, საშვილოსნოს ყელში გამჭირვალე სეკრეტის გაჩენით. მწიფე ფოლიკული შეიცავს ფოლიკულის ჰორმონს - ესტროგენს - ქალის სექსუალურ ჰორმონს, ყვითელი სხეულის ჰორმონსა და ანდროგენებს. ფოლიკულური ფაზა მთავრდება გრააფის ბუშტუკის გასკდომით და კვერცხის გარეთ გამოძევებით. ამ დროს ფოლიკული ჰორმონი შარდში დიდი რაოდენობითაა.

მეორე ფაზა: ყვითელი სხეულის ფაზა იწყება გამსკდარი ფოლიკულის ნაპირების დალაგებითკალათებად, ქისისებურად,გრანულოზური უჯრედების ზრდით და მათი გარდაქმნით ლუთეინის უჯრედებად.

გამსკდარი ფოლიკულიდან ვითარდება შინაგანი სეკრეციის დროებითი ჯირკვალი - ყვითელი სხეული. ყვითელი სხეული განიცდის განვითარებას და თუ განაყოფიერება არ მოხდა, ოვულაციიდან 12 დღეს იწყება მისი უკუგანვითარება, რაც მენსტრუაციით სრულდება. მენსტრუაციის წინ ადგილი აქვს ფოლიკულური ჰორმონის დაქვეითებას. თუ კვერცხი განაყოფიერდა, მაშინ ყვითელი სხეული განაგრძობს არსებობას ორსულობის პირველ ნახევარში, რადგან ის საჭიროა ჩანასახის განვითარებისათვის და არსებობს მანამ, სანამ გაჩდება პლაცენტა.

კითხვები:

1. რომელი ორგანოებისაგან შედგება მამაკაცის სასქესო აპარატი?
2. რა არის testis?
3. როგორი აგებულება აქვს სათესლე ჯირკვალს?
4. დაახასიათეთ წინამდებარე ჯირკვლის ფუნქცია.
5. რომელი სხეულებისგან შედგება penis-ი?
6. აღწერეთ სპერმატოზოიდის აგებულება.
7. ჩამოთვალეთ ქალის გარეთა და შიგნითა სასქესო ორგანოები.
8. რა არის საკვერცხის ფუნქცია?
9. რამდენი შრისგან შედგება საშვილოსნოს კედელი (დაახასიათეთ)?
10. რა არის hymen-ი?

11. ჩამოთვალეთ მენსტრუალური ციკლის ფაზები.

ლიტერატურა:

რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994

ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.

მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.

სინელნიკოვი - ადამიანის ანატომია - I-II-III ტომი, 1979წ.

https://janmrt.wordpress.com/sasqeso-anatomia-daorsuleba/

http://lesbi.org.ge/ka/2010/07/14/female-genital-anatomy/

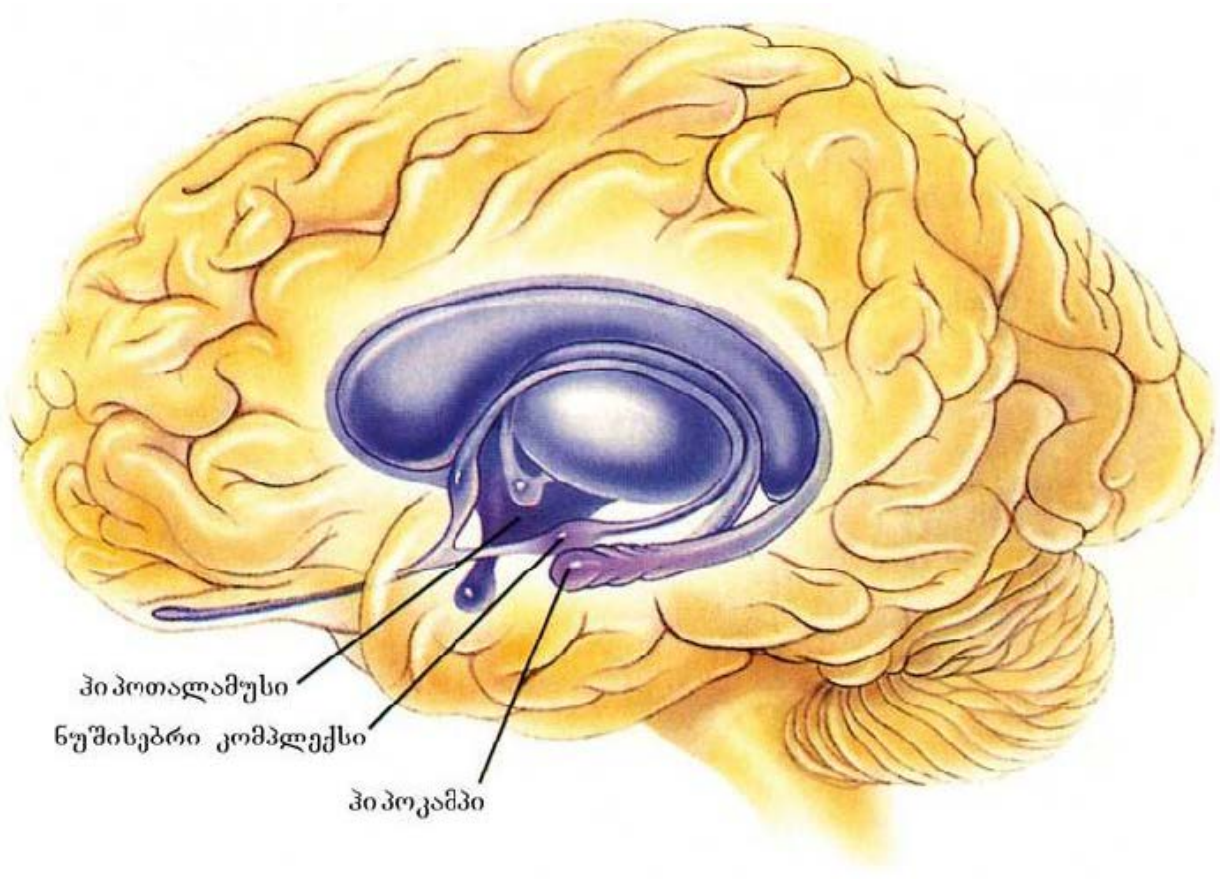
ენდოკრინული სისტემა

ენდოკრინული სისტემის ძირითადი შემადგენელი ნაწილია – შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლები, რომლებიც არეგულირებენ ორგანიზმში მიმდინარე ყველა პროცესს. შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლებს არა აქვთ სადინარი – **ductus** და მათ მიერ გამომუშავებული ნივთიერება, ანუ ინკრეტი პირდაპირ გადადის სისხლში და ლიმფაში. შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლები განთავსებულნი არიან ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში, სხვადასხვა ორგანოებსა და ქსოვილებში. ისინი ფუნქციურად დაკავშირებულნი არიან ერთმანეთთან.

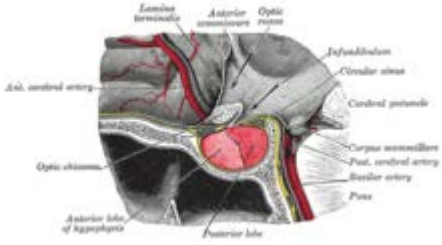
ენდოკრინული სისტემა შედგება ცენტრალური ორგანოებისგან და პერიფერიული ორგანოებისგან.

ცენტრალური ორგანოებია:

- ჰიპოთალამუსი -**hypothalamus**
- ჰიპოფიზი – **hypophysis;**
- ჯალღუზისებრი სხეული - ეპიფიზი - გირჩისებური ჯირკვალი – **corpus pineale**.







ჰიპოფიზი

პერიფერიული ორგანოები, რომელთა ფუნქციონირება დამოკიდებულია ჰიპოფიზზე:

- ფარისებრი ჯირკვალი – **glandula thyroidea**,
- თირკმლზედა ჯირკვლის ქერქოვანი ნივთიერება - **cortex glandula suprarenalis**,
- სასქესო ჯირკვლების ენდოკრინული უჯრედები;

პერიფერიული ორგანოები, რომელთა ფუნქციონირება არ არის დამოკიდებული ჰიპოფიზზე:

- თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვანი ნივთიერება – **medulla glandula suprarenalis**,
- ფარისებრახლო ჯირკვლები – **glandula parathyroidea,**
- პანკრეასის კუნძულები – **insulae pancreatis**
- ორგანოების ჰორმონმაპროდუცირებელი უჯრედები.

ენდოკრინული სისტემის ფუნქციურ – სტრუქტურული ელემენტების განხილვისას არჩევენ ქსოვილთა ორ ტიპს: ნეიროსეკრეციულ სისტემასა და სპეციალიზირებულ ეპითელურ ჯირკვლებს. მათ შორის შუალედული ადგილი უკავია თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვან ნივთიერებას.

სხეულის ნორმალურ ზრდასა და ორგანიზმის ფიზიოლოგიური პროცესების მართვას აწარმოებს ენდოკრინული სისტემის ძირითადი ორი ჯირკვალი: ჰიპოთალამუსი და მისი დამხმარე ჰიპოფიზი. ჰიპოთალამუსი არეგულირებს, როგორც ენდოკრინულ, ასევე ნერვულ პროცესებს. მისი ნეირონების ერთი ჯგუფი აწესრიგებს სხეულის ტემპერატურას, შიმშილს, წყურვილს და შინაგანი ჰომეოსტაზისთვის აუცილებელ სხვა პროცესებს. ნეირონების მეორე ნაწილი კი გამოიმუშავებს ჰორმონებს. ჰიპოთალამასიდან წამოსული ქიმიური გადამცემები, სანამ ორგანიზმის ქსოვილებამდე და ორგანოებამდე მივა, ჩერდება ჰიპოფიზში. ზოგი მათგანი ჰიპოფიზში მიმდინარე პროცესებს მართავს. ჰიპოფიზის უკანა წილში ჰიპოთალამუსის სეკრეტორული ნეირონების აქსონები მთავრდება. იქ კი მათი ტერმინალებიდან ჰორმონები გამოიყოფა. ჰიპოფიზის წინა წილი კი ნამდვილად ენდოკრინული ჯირკვალია, რომელიც ექვს ჰორმონს გამოიმუშავებს და თავის მხრივ ეს ჰორმონები არეგულირებენ ორგანიზმში ყველა სასიცოცხლო პროცესს.

ზრდის ჰორმონის (სომატოტროპინი) ფუნქციაა კუნთოვანი, ძვლოვანი და სხვა ქსოვილების ზრდის სტიმურირება (growth hormone –GH). ის აძლიერებს ცილის სინთეზს და ზრდის გლუკოზის შემცველობას სისხლში.

თირეოტროპული ჰორმონი (TSH) არის ჰიპოფიზის წინა წილის ჰორმონი, მისი ზემოქმედებით ფარისებური ჯირკვალი გამოყოფს ტრიიოდთირონინსა(T4) და თიროქსინს (T3).

ადენოკორტიკოტროპული ჰორმონო (ACTH) - ჰიპოფიზის წინა წილის ჰორმონი ზემოქმედებს თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვან ნივთიერებაზე, რის შედეგადაც სტეროიდული ჰორმონები გამოიყოფა.

პროლაქტინი - ასტიმულირებს მეძუძური დედის სარძევე ჯირკვალში რძის გამომუშავებას.

ოქსიტოცინი - ჰიპოთალამისის ჰორმონი, რომელიც ასტიმულირებს რძის გამოყოფას ქალებში და მშობიარობის დროს აძლიერებს ჭინთვებს.

ანტიდიურეზული ჰორმონი - მოქმედებს თირმელებზე და არეგულირებს სითხის გამოყოფას.

FSH და LH ფოლიკულურ-მასტიმულირებული და მალუთეინიზირებელი ჰორმონები ჰიპოფიზის წინა წილის ორი ჰორმონია. ისინი სასქესო ორგანოებზე მოქმედებენ და ოვოგენეზსა და სპერმატოგენეზს არეგულირებენ.

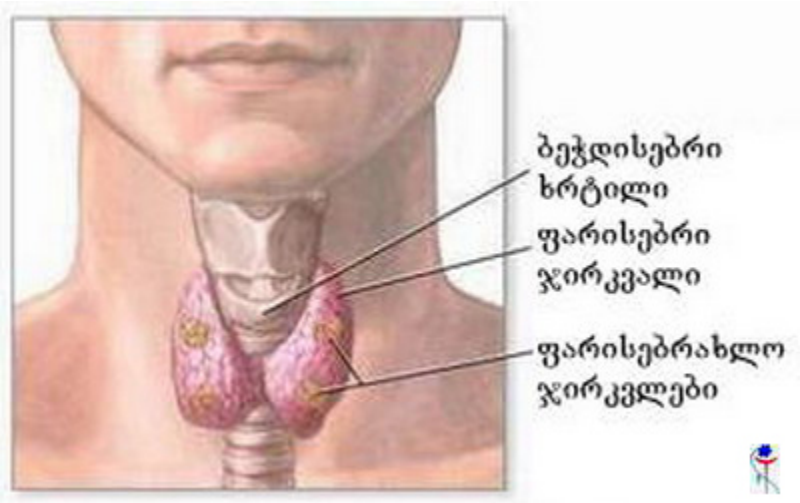
ენდორფინები - ბედნიერებისა და სიხარულის ჰორმონებია და ასევე ბუნებრივი ტკივილგამაყუჩებლები. ისინი გამომუშავდებიან ცნს-ის ბევრ ნაწილში და ჰიპოფიზსა და ჰიპოთალამუსში გროვდებიან.

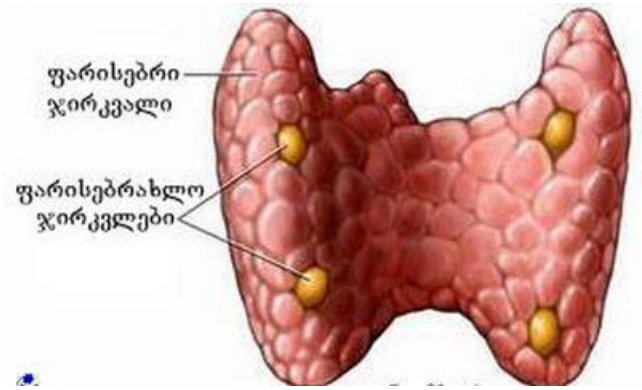
სისხლში მათი დონის აწევა შესაძლებელია, თუ ორგანიზმს ფიზიკურად დავტვირთავთ, მაგალითად, სიარულით, სირბილით, ცურვით, ვარჯიშით. იმ ადამიანებმა, რომლებიც აქტიურები არიან ფიზიკურად არ იციან, რა არის დეპრესია. სისხლში ენდორფინების შემცველობა იზრდება სიცილის დროს. გასაოცარია, მაგრამ ხელოვნური ღიმილიც კი ზრდის ამ ჰორმონის რაოდენობას, კარგი გუნება-განწყობილების წყალობით ორგანიზმი ორი დღით შეუვალი ხდება ვირუსებისთვის. არსებობს საპირისპირო სიტუაციაც, როდესაც უგუნებობა და დეპრესია ასუსტებს იმუნურ სისტემას და ორგანიზმს ადვილად ერევა ვირუსები. ოქსიტოცინი - სინაზისა და ნდობის ჰორმონი. წარმოიქმნება საყვარელ ადამიანთან ურთიერთობისას. ამიტომ არის, რომ შეყვარებული გრძნობს სიმსუბუქეს, თითქოს დაფრინავს და თავი ყოვლისშემძლე ჰგონია. სეროტონინი - ტონუსის, ოპტიმიზმის, კარგი განწყობის ჰორმონი. მას მალევე გამოყოფს ორგანიზმი, როგორც კი მიირთმევთ შოკოლადს, ნაყინს, ბანანს, ფინიკს, მსხალს, კარალიოკს და სხვა საკვებს, რომელიც შეიცავს ამინომჟავა ტრიპტოფანს. მათ, ვისაც უყვართ ეს პროდუქტები, გაცილებით იშვიათად აწუხებთ უძილობა, უგუნებობა, დეპრესია და ნევროზი. დოფამინი - კმაყოფილებისა და სურვილის ჰორმონი. მისი წყალობით ადამიანს უწევს სასიცოცხლო ტონუსი, უბრწყინავს თვალები, ემატება მიზანსწრაფვა. ტესტოსტერონი, ესტროგენი - მამაკაცისა და ქალის ჰორმონები. მათ იძლევა სიყვარული, სექსი, კარგი ეროტიკული განცდები. ესტროგენების სიჭარბე განაპირობებს ქალურობასა და მიმზიდველობას, მომხიბვლელობას, ტერტოსტერონისა - სექსუალობასა და აზარტულობას.

ფარისებური ჯირკვალი

ფარისებრი ჯირკვალი მდებარეობს კისრის წინა ნაწილში. ის შდგება ორი გვერდითი ნაწილისა და შემაერთებელი ყელის ნაწილისაგან.. ფარისებური ჯირკვალი შედგება წილებისა და წილაკებისაგან, ხოლო წილაკები ფარისებრი ფოლიკულების ერთობლიობაა. ფოლიკულები შიგნიდან მოფენილია ერთნაირი კუბური და პრიზმული ფორმის ჯირკლოვანი ეპითელით.

ფარისებური ჯირკვალი თავისი განვითარების პერიოდში ორგვარ ცვლილებებს განიცდის. ანტენატალური ხანის პირველ თვეებში ფარისებურ ჯირკვალს აქვს სადინარი, რომელიც პირის ღრუში იხსნება. მას ფარ-ენის სადინარი ეწოდება. იგი შემდეგ განიცდის ობლიტერაციას და ჯირკვალი იხურება, ხოლო ენის ძირზე რჩება ბრმა ხვრელი. ფარისებური ჯირკვალი შეხვეულია შემაერთებელ-ქსოვილოვან კაფსულაში, საიდანაც ჯირკვლის ქსოვილში იგზავნება მრავალი ფიბროზული მორჩი. ასე იქმნება ჯირკვლის სტრომა. ფარისებური ჯირკვალი საკმაოდ კარგად მარაგდება სისხლით სამი არტერიით. ფარისებური ჯირკვალი გამოიმუშავებს ჰორმონ თიროქსინს. ეს ჰორმონი არეგულირებს ზრდის პროცესს და აძლიერებს ჟანგვით პროცესს. ჰორმონის მოლეკულებში შეინიშნება იოდი.ფარისებური ჯირკვლის ჰიპერფუნქცია იწვევს ბაზედივის დაავადებას, ხოლო მისი ფუნქციის დაქვეითებამ ვბავშვთა ასაკში შეიძლება განავითაროს კრეტინიზმი, თუ მისი ნაკლებობა გამოვლინდა მოზრდილ ასაკში ვითარდება მიქსედემა.





ფარისებრახლო ჯირკვალი

ფარისებრახლო ჯირკვლები ძალიან პატარა ზომისაა. მათი რაოდენობა ოთხია. აქედან ორი მდებარეობს ფარისებური ჯირკვლის უკანა ზედაპირზე, ხოლო ორი კი მისი პოლუსის ქვემოთ. შეიძლება ხანდახან ჯირკვლის ქსოვილშიც კი იყოს მოთავსებული. ფარისებახლო ჯირკვლების საერთო წონაა 100 მილიგრამია. ისინი გამოიმუშავებენ ჰორმონს, რომელიც არეგულირებს ორგანიზმში კალციუმისა და ფოსფორის ცვლას.

თირკმელზედა ჯირკვლები

თირკმელზედა ჯირკვალი ორია. მდებარეობს მუცლის ღრუს უკანა კედელზე, ხერხემლის ორივე მხარეს. ისინი დაფარულია თხელი ფიბროზული აპკით. თითოეული ჯირკვლის წონაა 5-6 გრამი. თირკმელზედა ჯირკვლები შედგება გარეთა ქერქოვანი და შიგნითა ტვინოვანი შრეებისგან, რომლებიც თავისი სტრუქტურითა და ფუნქციით დამოუკიდებელი ერთეულებია. ისინი სხვადასხვა ჰორმონებს გამოიმუშავებენ.

თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვანი ნივთიერება ქრომატოფილური უჯრედებისაგან შედგება. ასეთი სახის უჯრედები სხეულის სხვადასხვა ნაწილებშიც არსებობს, კერძოდ, აორტის რკალში, საძილე არტერიების განშტოებაში,სიმპატიკური ნერვული სისტემის ზოგიერთ განგლიაში. ისინი მიეკუთვნებიან ადრენალურ სისტემას, რადგან გამოიმუშავებენ ჰორმონს -ადრენალინს. ადრენალი აძლიერებს გულის მუშაობას და ახშირებს. იწვევს გულის კუნთის აღგზნებას, კანის პერიფერიული არტერიოლების შევიწროვებას, კორონარული და ც.ნ.სისტემის სისხლძარღვების გაფართოებას, ასევე ავიწროვებს გუგას, ბრონქებისა და ბრონქიოლების კუნთების მოდუნებას, ამიტომ მას იყენებენ ბრონქული ასთმის შეტევის დროს.

თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვაქნი ნივთიერება შეიცავს ქოლესტერინსა და ასკორბინი მჟავას. ქერქოვანი ნივთიერება გამოიმუშავებს ჰორმონებს:

- მინერალოკორტიკოიდები -ალდოსტერონი და დეზოქსიკორტიკოსტერონი;
- გლუკოკორტიკოიდები - ჰიდროკორტიზონი, კორტიზონი,მკორტიკოსტერონი;
- სასქესო ჰორმონები - ანდროგენები, ესტროგენები, პროგესტერონი.

ენდოკრინული სისტემა შედგება ცენტრალური ორგანოებისგან და პერიფერიული ორგანოებისგან.

პანკრეასი - კუჭქვეშა (კუჭუკანა) ჯირკვალი შერეული ხასიათის ჯირკვალია. ის ერთი მხრივ, გამოიმუშავებს საჭმლის მომნელებელი სისტემისთვის აუცილებელ პანკრეასის წვენს, რომელიც სადინარით ჩაედინება თორმეტგოჯა ნაწლავში, ხოლო მეორე მხრივ, გამოიმუშავებს ჰორმონ ინსულინს, რომელიც უშუალოდ სისხლში გადადის და ნახშირწყლების ცვლაში იღებს მონაწილეობას. ინსულინი გამომუშავდება პანკრეასის ჯირკვლოვანი ქსოვილის უჯრედებში, რომლებსაც ლანგერჰანსის კუნძულები ეწოდება. მისი ნაკლოვანება იწვევს შაქრიან დიაბეტს.

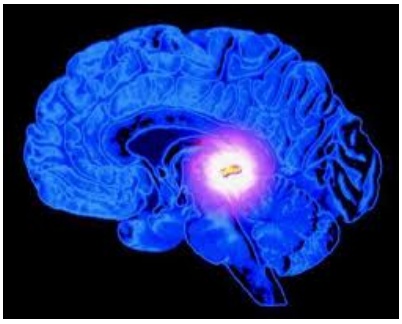
ეპიფიზი - მდებაეობს შუმადებარე ტვინში. ეპიფიზი გამოიმუშავებს ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებას მელატონინს, არეგულირებს სასქესო ჯირკვლების განვითარებასა და მათ მიერ ჰორმონების სეკრეციას, ასევე თირკმელზედა ჯირკვლების მიერ კორტიკოსტროიდების გამომუშავებას; მელატონინს გამოიმუშავებს ეპიფიზის სპეციალური სეკრეტორული უჯრედები — პინეალოციტები. მისი რაოდენობა ადამიანის ორგანიზმში რიტმულად იცვლება, კონკრეტულად კი, როგორც წესი, ღამით, შუა ღამიდან დილის ხუთ საათამდე, მისი რაოდენობა ორგანიზმი განსაკუთრებით მომატებულია, ხოლო დღისით — ნაკლები. დღიურად წარმოებული მელატონინის რაოდენობა არის 30 მკგ. მისი სეკრეცია ხდება რითმულად და ძირითადად ღამით. (ეს არის მთელი რაოდენობის 70 % და მაქსიმალურ პიკს აღწევს ღამის 2 საათზე). დღის და შუადღის საათებში მისი პროდუქცია ფაქტობრივად არ ხდება.ასევე აღინიშნება მელატონინის სეკრეციის სეზონური ცვლილება. ჰორმონის დონე ადამიანის ორგანიზმში მინიმალურია მაისიდან ივლისამდე. ეს სეზონური ცვლილებები ახდენს გავლენას ადამიანის საერთო საქმიანობასა და ემოციურ მდგომარეობაზე.

ასაკის მატებასთან ერთად მელატონინის სეკრეცია მცირდება. თითოეული ადამიანისთვის მისი მრუდი საკმაოდ ინდივიდუალურია. გარდა ამისა მისი დონის რაოდენობა მნიშვნელოვნად მცირდება 40 წელს ზემოთ. შეიძლება სწორედ აქ არის სიცოცხლის ხანგრძლივობის საიდუმლო.

მას აქვს ანტიოქსიდანტური და სიმსივნის საწინააღმდეგოდ დამცველობითი მოქმედება, აკონტროლებს ენდოკრინულ სისტემას, ასევე ნერვულს და იმუნურს.ის

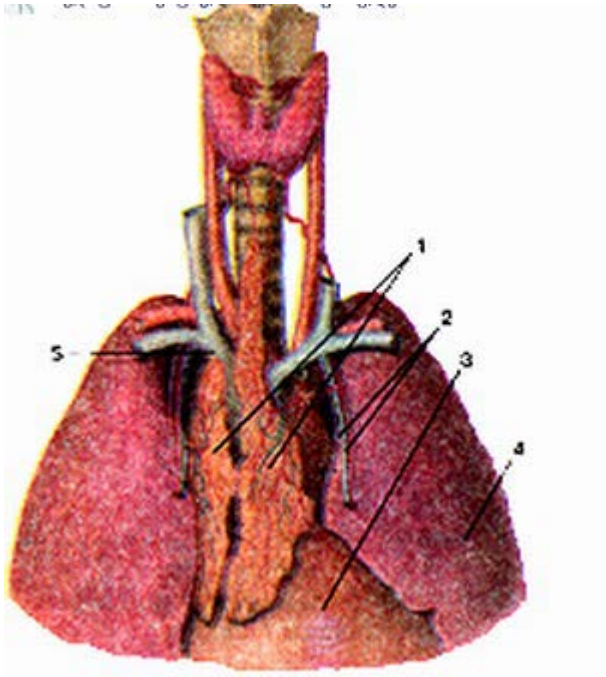
ხელს უწყობს ორგანიზმის ადაპტაციას კლიმატურ ზონებში, ეხმარება რეპროდუქციულ სისტემას, აუმჯობესებს ტვინის მუშაობას და შემეცნების უნარს, აუმჯობესებს აღქმის პროცესს, ამცირებს შფოთვას, ინფარქტის რისკს, არტერიულ წნევას, ეხმარება კუჭ-ნაწლავის სისტემას ნორმალურ ფუნქციონირებაში და რაც მთავრია ანელებს დაბერების პროცესს.

ეპიფიზს მესამე თვალსაც უწოდებენ. ანტიკური ფილოსოფოსები თვლიდნენ, რომ მესამე თვალი არის ცილინდრი, რომელიც მოთავსებულია ტვინის ცენტრში და არეგულირებს სულის სიდიდეს და კოსმოსიდან მომავალ სიცოცხლის ენერგიასა და ინფორმაციას. ინდოეთის გურუები თვლიან, რომ მესამე თვალი ნათელმხილველობის ორგანოა, რომელსაც აჯნას უწოდებენ. მესამე თვალი გვაძლევს საშუალებას შევიგრძნოთ რეალურად ის რაც დაფარულია. აჯნა - ეს ჩაკრა მართავს გონებრივ თვისებებსა და მეხსიერებას, შემეცნებით აღქმას. ის განსაზღვრავს ადამიანის შემოქმედებითობას. მისი სინონიმებია - მუდმივობის თვალი, სამყაროს თვალი, შივას თვალი, აჯნა-ჩაკრა. დეკარტის მიხედვით, ის სულის შემნახველი საკანია, შოპენჰაუერის მიხედვით სიზმრის მხედველობის თვალი, უძველეს მკვლევარტა აზრით ის წარმოადგენს ალტერნატიულ ორგანოს.



ეპიფიზი

მკერდუკანა ჯირკვალი - thymus – მდებარეობს წინა შუასაყარში, მკერდის ძვლის ტანის უკან. ის არის ლიმფოეპითელიუმური ხასიათის, წილაკოვანი შენების, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვალი და შედგება მარჯვენა და მარცხენა ასიმეტრიული წილებისაგან. ადამიანის ორგანიზმში ასრულებს იმუნურ, სისხლმბად და ენდოკრინულ ფუნქციებს. მკერდუკანა ჯირკვალში ხორციელდება ძვლის წითელ ტვინში გამომუშავებული ღეროვანი უჯრედების დიფერენცირება T- ლიმფოციტებად. ამიტომ თიმუსი წარმოადგენს T ლიმფოციტების წყაროს, აქედან გამომდინარე – იმუნური სისტემის ცენტრალურ ორგანოს. მკერდუკანა ჯირკვლის უჯრედებს მიეკუთვნება ლიმფოციტები (თიმოციტები), მაკროფაგები, გრანულოციტები და პლაზმური უჯრედები. ტვინოვანი ნივთიერება ხასიათდება მასში სპეციფიკური ეპითელური უჯრედების – ჰასალის სხეულაკების არსებობით.



ასაკის მატებასთან ერთად მკერდუკანა ჯირკვლის პარენქიმული ელემენტები განიცდიან რედუქციას და მათ ადგილს ცხიმი იკავებს. ღრმა მოხუცებულობის ხანაში იგი მხოლოდ ცხიმისაგან შედგება, თუმცა მის მასაში მოიპოვება ჯირკვლის ქსოვილის ნაშთებიც.

კითხვები:

1. ჩამოთვალეთ ენდოკრინული სისტემის ცენტრალური და პერიფერიული ორგანოები.
2. რომელი ჯირკვალი გამოიმუშავებს TSH-ს?
3. რომელი ჯირკვალი გამოყოფს ოქსიტოცინს?
4. რა არის ენდორფინები?
5. სად მდებარეობს ფარისებური ჯირკვალი?
6. რამდენი ფარისბრახლო ჯირკვალი აქვს ადამიანს?
7. როგორი ხასიათის ორგანოა პანკრეასი?
8. სად მდებარეობს ეპიფიზი?
9. რა დანიშნულება აქვს მკერდუკანა ჯირკვალს?

ლიტერატურა:

რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994

ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.

მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.

სინელნიკოვი - ადამიანის ანატომია - I-II-III ტომი, 1979წ.

http://www.mkurnali.ge/daavadebebi-mkurnaloba/endokrinologia/3680-endokrinuli-sistema-da-hormonebi.html

http://www.medgeo.net/2009/11/27/endocrine_system/

http://old.aversi.ge/main_jurnal.php?lang=geo&id=2201&cat_id=2

ლიმფური სისტემა და სისხლი

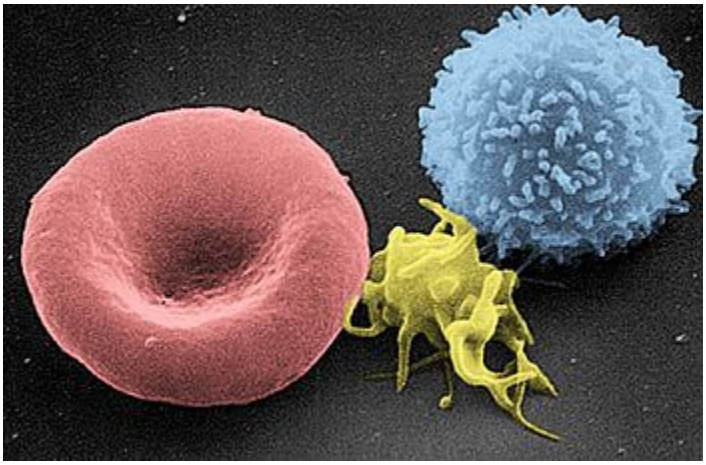
სისხლის ძირითადი დანიშნულებაა:

- მნიშვნელოვანი სატრანსპორტო საშუალება ორგანიზმში ყველა სუბსტანციისთვის (ჟანგბადის, საკვები ნივთიერებების, ჰორმონების და ფერმენთათვის) რათა მათ მიაღწიონ შესაბამის მიდამოებამდე და შეძლონ დანიშნულების შესრულება, ასევე ნივთიერებათა ცვლის ნარჩენი პროდუქტების და ნახშირორჟანგის გამოყოფა;
- სისხლის უჯრედებისთვის დაკისრებულ ამოცანათა შესრულება.

სისხლის ფუნქციებია:

- კვება
- გაზთა ტრანსპორტი
- მონაწილეობა გამოყოფაში
- ჰუმორალური რეგულაცია
- სითბოს რეგულაცია
- დამცველობითი ფუნქცია
- შედედების უნარი

სისხლი შეიძლება მოვიაზროთ, როგორც ქსოვილი, რომლის უჯრედული ელემენტები სითხეშია შეწონილი.პლაზმა კი წარმოადგენს უჯრედშორის სუბსტანციას. სისხლი შეიძლება დავყოთ მყარ და თხევად ნაწილებად



მარცხნიდან მარჯვნივ – ერითროციტები, თრომბოციტები, ლეიკოციტები

ტერმინოლოგია

აგლუტინაცია - ერითროციტთა შეჯგუფება, შეწებება, აგრეგაცია

ანემია - სისხლნაკლებობა (ერითროციტებთან, ჰემოგლობინთან დაკავშირებული)

რეპროდუქცია (განახლება) - მუდმივი მონაცვლეობა ახლის წარმოქმნის (შენების) და ძველი ერითროციტების შლის.

ერითროპოეზი - ერითროციტების წარმოქმნა

ჰემატოკრიტი - ერითროციტთა მოცულობის თანაფარდობა მთელს მოცულობასთან საშ. 44%

ჰემოლიზი - ერითროციტთა დაშლა

ჰემოპოეზი - სისხლწარმოქმნა

ლეიკოპენია - ლეიკოციტთა შემცირება (<4000 კუბ. მმ) მაგ. ციტოსტატიკების ზეგავლენით ჭარბი დასხივებით ან ზოგიერთი დაავადების დროს.

ლეიკოციტოზი - ლეიკოციტთა გამრავლება (>9000 კუბ. მმ) მაგ. ანთებების დროს.

ფაგოციტოზი - გარკვეულ უჯრედთა (მაგ. ლეიკოციტთა) უნარი უცხო სხეული ან ბაქტერია გაანადგუროს, გადაყლაპოს.

თრომბოპენია - თრომბოციტთა შემცირება. სისხლდენის საშიშროება.

თრომბოციტოზი - თრომბოციტთა სიჭარბე. თრომბოზების საშიშროება.

სისხლის რაოდენობა - სხეულის მასის 7,6%-ია, დაახლოებით 4,6-დან 5,4 ლიტრამდე.

რეაქცია - სისხლის რეაქციაა სუსტი ტუტე - 7,4 PH (წყალბადის იონთა პოტენცია). წყალბადის იონთა კონცენტრაციის განსაზღვრა ხდება წყლოვან ხსნარში. PH - 7,0 ნეიტრალურია, PH > 7,1 ალკალური, ფუძე რეაქციაა, PH < 6,9 - მჟავა რეაქციაა. სისხლში PH-ის ფიზიოლოგიური დიაპაზონია 7,35-დან 7,45-მდე. ოსმოსური წნევა სისხლში გახსნილი მარილთა კონცენტრაციაა და უდრის 0.87%.

სისხლწარმოქმნა - სისხლის უჯრედთა უმრავლესობა, კერძოდ ერითროციტები და გრანულოციტთა მთელი ჯგუფი წარმოიქმნება ძვლის წითელ ტვინში. ასევე თრომბოციტებიც ძვილის წითელი ტვინიდან მომდინარეობს. ისინი წარმოსდგებიან ძვლის ტვინის გიგანტური უჯრედიდან (მეგაკარიოციტებიდან). ლიმფოციტები ლიმფურ სისტემაში (ლიმფურ კვანძებსა და ელენთაში) წარმოიქმნება. მონოციტები წარმოსდგებიან ძვლის წითელი ტვინიდან. შემაერთებელ ქსოვილებში ჩალაგებულს კი ჰისტიოცი ეწოდება.

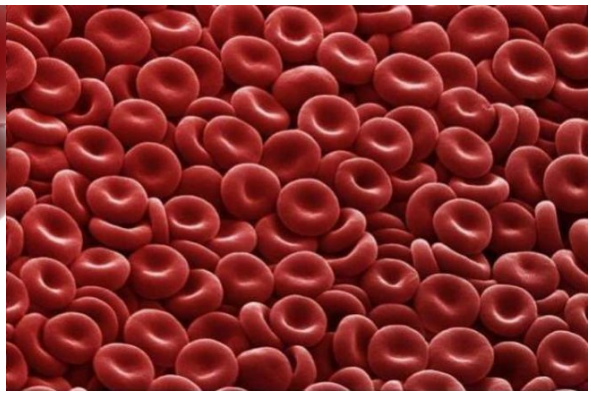
ტოპოგრაფია - სისხლი ცირკულირებს სისხლძარღვებში (სისხლის მიმოქცევის მცირე და დიდი წრე).

მიკროსკოპია - შეუიარაღებელი თვალითაც შეიძლება ჟანგბადით მდიდარი (მუქი წითელი) სისხლის დაკვირვება. ჟანგბადით მდიდარი არტერიული სისხლი, არტერიებში მიმოიქცევა (გამონაკლისია ფილტვის ვენები, სადაც არტერიული სისხლია) და რადგან ჟანგბადით ღარიბი სისხლი ძირითადად ვენებში მოძრაობს (გამონაკლისია ფილტვის არტერიები) ვენური სისხლი ეწოდება.

მიკროსკოპია და ფიზიოლოგია

თითოეულ უჯრედზე ცალ-ცალკეა საჭირო მახასიათებლების ჩამოყალიბება.





სისხლის წითელი სხეულაკები

წარმოქმნის ადგილი - ძვლის წითელი ტვინი

ფორმა: მრგვალი, შუაში ჩაზნექილი დისკო

ზომა: 7-8 μ მ (1 μ მ=1/1000 მმ)

შემადგენლობა:

- 30% Hბ, რომელიც თავის მხრივ 95% ცილას და 5% პიგმენტურ ნივთიერებას შეიცავს.
- 10% სხვა ცილოვანი შემადგენლობა
- 60% წყალი

რაოდენობა: 4.5-5 მლნ. კუბ. მმ სისხლში

სიცოცხლის ხანგრძლივობა: 3-4 თვე

დაშლა: ელენთასა და ღვიძლში

ფუნქცია:

- რკინის შემცველ ჰემოგლობინს უნდა უმადლოდეს ჟანგბადი ფილტვებიდან მთელი ორგანიზმის უჯრედებამდე ტრანსპორტირებას
- ფერადი სუბსტანცია აძლევს სისხლს წითელ ფერს
- ერითროციტები არიან სისხლის ჯგუფისა და რეზუს-ფაქტორის მატარებელი

განსაკუთრებულობა: ერითროციტები მხოლოდ წარმოქმნის პროცესში, ძვლის წითელ ტვინში შეიცავენ ბირთვს, პერიფერიულ ნაკადში ისინი უბირთვოა.

წითელი სისხლის წარმოქმნა - ერითროპოეზი

ძვლის წითელ ტვინში ერითროციტების მომწიფების წინაპირობები შემდეგია:

საკვებთან ერთად ვიღებთ ჩვენ ვიტამინ B12-ს. რადგან ის გარედან შემოდის, მას გარეგან ფაქტორს ვუწოდებთ. კუჭში წარმოიქმნება ფერმენტი (კასტელის ფერმენტი). ესაა შინაგანი ფაქტორი. გარეგანი ფაქტორი შინაგანს უკავშირდება, ეს განაპირობებს ვიტამინ B12-ის შეწოვის გაუმჯობესებას. სისხლის ნაკადით მიაღწევს ის ღვიძლს და იქ გროვდება და საჭიროების დროს მიეწოდება ძვლის წითელ ტვინს ერითროციტთა მოსამწიფებლად.

ანემია (სისხლნაკლულობა) და ჰიპოქსია (ჟანგბადის ნაკლებობა) განაპირობებენ თირკმლის გლომერულების ეპითელიოციტებში ქსოვილოვანი ჰორმონის ერითროპოტინის წარმოქმნას. ის ააქტიურებს ერითროპოეზს და ჰემოგლობინის სინთეზს ძვლის წითელ ტვინში.

ერითროციტების დაშლა

ერითროციტების დაშლა შესაძლებელია **RES** ყველა უჯრედთან.

RES (ლიმფური კვანძები, ელენთა, ტონზილები, თიმუსი, ლორწოვანთა ლიმფური ფოლიკულები, აპენდიქსი). დიდი ნაწილი ერითროციტებისა იშლება ელენთასა და ღვიძლში, სადაც გროვდება გამოთავისუფლებული რკინა, რომელიც საჭიროების დროს გადაიტანება ძვლის წითელ ტვინში. Hb სისხლის წითელი სუბსტანცია ღვიძლში გარდაიქმნება ნაღვლის პიგმენტად. ერითროციტის დანარჩენი ნაწილი კი შლაკის სახით სისხლის საშუალებით გადაიტანება გამომყოფ ორგანოებამდე და გამოიდევნება ორგანიზმიდან.

სისხლის ფირფიტები (თრომბოციტები)

წარმოქმნის ადგილი: წითელი ძვლის ტვინი

ფორმა: პატარა არათანაბარი ფორმის უჯრედული ნაწილები

ზომა: 0,5-2 მილიმიკრონი

მიკროსკოპში: შეღებვის შემდეგ მოწითალო პლაზმა მუქი წითელი ფერის ბირთვაკებით (გრანულა)

რაოდენობა: 200 000 - 500 000 მმ3 სისხლში

სიცოცხლის ხანგრძლივობა: 4-10 დღე

დაშლა: ღვიძლსა და ელენთაში

ფუნქცია: თრომბოციტები შეიცავენ სისხლის შედედებისათვის მნიშვნელოვან ფერმენტს (თრომბოკინაზას). რადგან თრომბოციტები უმნიშვნელო ტრამვითაც ადვილად იშლებიან, ეს ენზიმი ადვილად გამოთავისუფლდება და სისხლის შედედების მექანიზმში ერთვება.

თრომბოციტების რაოდენობის შემცირება < 30 000 ერთ მმ3 ითვლება სისხლდენების საშიშროებისთვის კრიტიკულად.

სისხლის შედედება

ღვიძლში წარმოიქმნება სისხლის შედედებისათვის საჭირო ცილათა დიდი ნაწილი, მათ შორის ყველაზე მნიშვნელოვანი:

1. პროთრომბინი - თრომბინის წინა საფეხური. ეს უკანასკნელი ვიტ. K-ს (მსხვილი ნაწლავის კოლი ბაქტერიებიდან მიღებული) მეშვეობით წარმოიქმნება.

2. ფიბრინოგენი - ფიბრინის წინა საფეხური.

ეს შემადედებელი ნივთიერებები ხვდება პლაზმაში.

დაზიანების (შინაგანი ან გარეგანი) შემთხვევაში ორი ფერმენტი გამოთავისუფლდება. ერთის მხრივ უკვე ხსენებული სისხლის თრომბოკინაზა თრომბოციტებიდან და მეორე მხრივ ქსოვილოვანი თრომბოკინაზა. ეს ორი ფერმენტი და ასევე კალციუმის იონები (Ca^{++}), აამოქმედებენ სისტემას, რომელსაც პროთრომბინი გადაჰყავს თრომბინში.

თრომბინი თავის მხრივ ზემოქმედებს ფიბრინოგენზე და გარდაქმნის ფიბრინად. დაზიანების ადგილას ფიბრინი წარმოქმნის ძაფთა კარკასს, რომელშიც გაებმებიან და შეჯგუფდებიან სისხლის უჯრედები. მაშ დაეხშობა დაზიანებული უბანი სისხლძრაღვისა და სისხლდენა შეჩერდება.

შედედების ფაქტორები პლაზმაში მზადყოფნაში არიან და ელოდებიან გამშვებ მექანიზმს. სისხლის შედედების პროცესი იწყებს მოქმედებას უშუალოდ ტრავმის შედეგად თრომბოკინაზას გამოთავისუფლებით.

ლეიოკოციტები

დაყოფა:

მიელური ლეიკოციტები - (myelon მუცლადყოფნისას - ტვინი, მოზრდილთან ძვლის ტვინი)

- მონოციტები
- გრანულოციტები (ნეოტროფილები, ეოზინოფილები და ბაზოფილები) ისინი შეღებვის შემდგომ ბირთვთა შეფერილობებით განირჩევიან.

ლიმფური ლეიკოციტები

- ლიმფოციტები - **Lymphozyten**

წარმოქმნის ადგილი:

ძვლის წითელი ტვინი (მონოციტები და გრანულოციტები)

ლიმფური სისტემა (ლიმფოციტები)

ფორმა: სფერულია, ცვალებადობს ამებოიდური მოძრაობის გამო

ზომა: ზოგადად ერითროციტზე ცოტა დიდი

მიკროსკოპულად: უფერო უჯრედები (ისევე როგორც თრომბოციტები), აქედან მომდინარეობს ,,თეთრი“ სხეულაკების სახელი. სხვადასხვა ჯგუფების გამოყოფა ხდება შეღებვის შემდგომ მიღებული ფერების მიხედვით.

რაოდენობა: 4 000 - 8 000 ერთ. mm^3 სისხლში

სიცოცხლის ხანგრძლივობა: სახეობის მიხედვით საათებიდან თვემდე, სისხლში რამოდენიმე საათიდან დღემდე

დაშლა: ღვიძლი, ელენთა, ინფექციის კერა

ფუნქცია: ძირითადად იმუნიტეტის, თავდაცვის

ცალკეული ლეიკოციტების მახასიათებლები

მონოციტები - **monozyten**:

- ლეიკოციტთა საერთო რაოდენობა 3-8%
- მონოციტები სისხლის ყველაზე დიდი უჯრედებია 12-20 µm

- აქვთ თირკმლის ფორმის ბირთვი
- მისი პლაზმა მოცისფროა, ბირთვი მუქი ლურჯიდან იისფრამდე
- მათ აქვთ უნარი ამებოიდური მოძრაობით გადაადგილებისა და საჭიროების შემთხვევაში შეუძლიათ სისხლის ნაკადის დატოვება და ქსოვილებში გადმოსვლა
- აქვთ ფაგოციტოზის უნარი

ფუნქცია:

- ორგანიზმის დაცვა ფაგოციტების მეშვეობით

ნეიტროფილური გრანულოციტები - Neitrophile Granulozyten

მახასიათებლები:

- N-G ლეიკოციტის საერთო რიცხვის 60-70
- ზომა 11-14 μმ
- ახალგაზრდა უჯრედთა ბირთვი ჩხირის ფორმისაა, მომწიფებულისა - სეგმენტური
- პლაზმა ღია წითელია, გრანულები და ბირთვი _ იისფერი
- ამებოიდური მოძრაობის უნარი
- სიცოცხლის ხანგრძლივობა რამოდენიმე დღე

ამოცანები, ფუნქცია:

- თავდაცვის ფუნქცია ფაგოციტოზით, საჭიროების შემთხვევაში სისხლძრაღვის გარეთაც. ძირითადად ისინი აქტიურდებიან ბაქტერიული ინფექციების დროს.
- ჩირქწარმოქმნა (ჩირქი - დაშლილი ნეიტროფილური გრანულოტიტები + გარბილებული ქსოვილი + მკვდარი ბაქტერიები)

ეოზინოფილური გრანულოტიტები

- 2-4% საერთო ლეოკოციტთა რიცხვისა
- ზომა 12-14 μm
- სეგმენტირებული ბირთვი აქვს, მაგრამ მხოლოდ 2 სეგმენტისაგან შედგება.

- პლაზმა მოწითალოა. გრანულები უფრო მსხვილმარცვლოვანია, ვიდრე სხვებთან იღებებიან მოწითალო ფერად
- სიცოცხლის ხანგრძლივობაა 1-2 კვირა
- ალერგიის დროს ჭარბად მრავლდებიან - **eosinophilie.** ზოგიერთი დაავადების დროს საერთოდ ქრებიან სისხლიდან

- და გაჯამრთელების შემდეგ ჩნდებიან. ამ დროს მათ გამოჩენას გაჯანმრთელების ,,დილის ნათებას" ეძახიან)

ფუნქციები:

ალერგიული ასევე პარაზიტული დაავადებების დროს ქსოვილთა დაშლისას ადგილი აქვს ეოზინოფილიას. ეოზინოფილურ გრანულოცირებს შეუძლიათ ანტიგენ-ანტისხეულის კომპლექსების წარმოქმნა და რღვევა. არის მოსაზრება იმის შესახებ, რომ მათ ჰისტამინის დაბმა და ინაქტივაციაც შეუძლიათ.

ბაზოფილური გრანულოციტები

- ლეიკოციტთა საერთო რიცხვის 0,5-1%
- ზომა 8-11 μm
- ბირთვი სეგმენტირებულია, ხშირად სამყურას ფოთლის ფორმის
- პლაზმა მოლურჯოა, გრანულები მუქი ლურჯი და იისფერი
- სიცოცხლის ხანგრძლივობა უცნობია

ფუნქციები:

გრანულები შეიცავენ ჰეპარინს და ჰისტამინეს. ჰეპარინი სისხლის შედედების საწინააღმდეგოდ მოქმედებს და აფერხებს სისხლძარღვშიდა შედედების პროცესს ჰისტამინის საშუალებით ბაზოფილური გრანულოციტები მონაწილეობენ სწრაფი ტიპის ალერგიულ

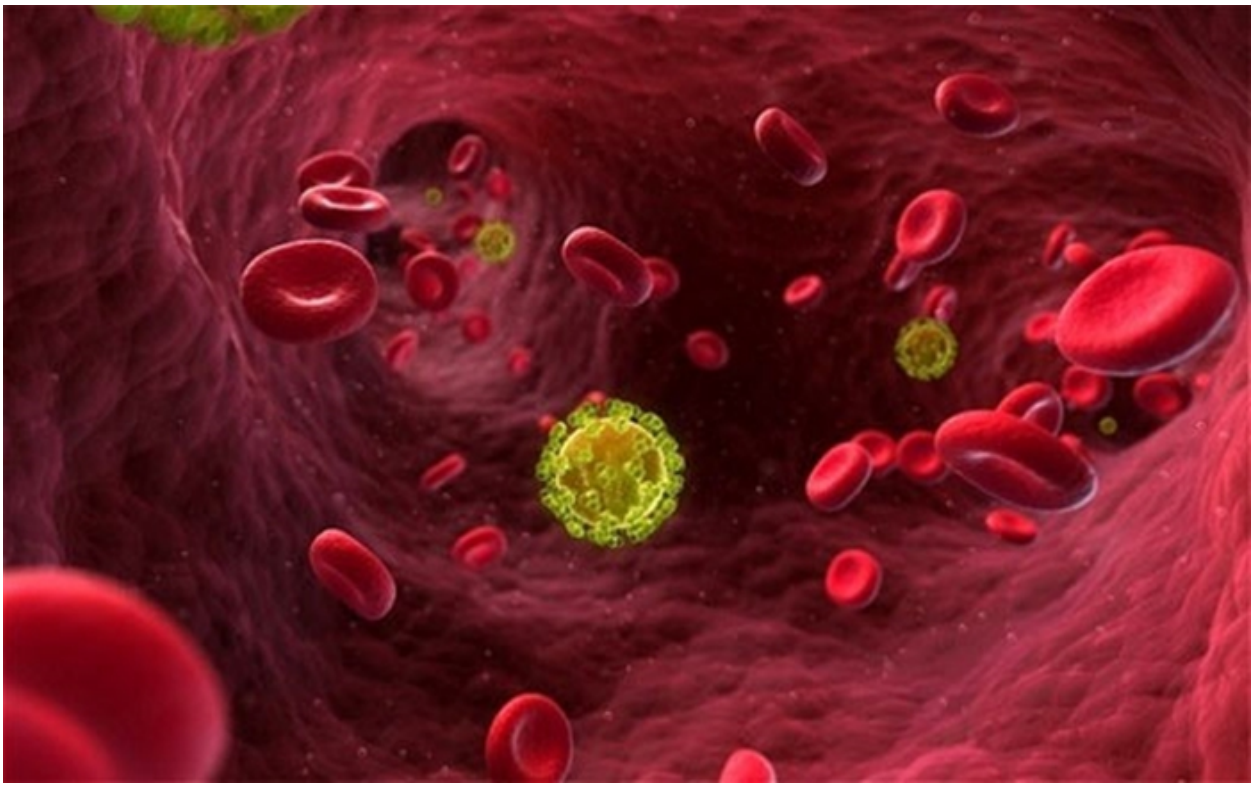
(მედიკამენტური, კვებითი), იმუნოლოგიურ რეაქციებში. ჰისტამინი ანტიგენის დაბმისთანავე (გამოთავისუფლდება).

ჰისტამინი **Heparin natrium**-ის ფორმითაც შეიძლება მედიკამენტის სახით გამოვიყენოთ, როგორც ანტიკოაგულანტი (მხოლოდ ნაჩვენებია სწრაფი და ხანმოკლე ეფექტისათვის).

ლიმფოციტები

მახასიათებლები:

- 20-40% საერთო ლეიკოციტებისა
- გრანულოციტებზე პატარაა
- ერთი დიდი მომრგვალო ბირთვი აქვთ
- პლაზმა ცისფერია. არ არის მარცვლოვანება, ბირთვის ლურჯი-იისფერი
- ლიმფოციტთა უმრავლესობა ლიმფურ სისტემაშია. მხოლოდ მცირე ნაწილის მოძიება შეიძლება სისხლში
- მცირედაა გამოხატული ამებოიდური მოძრაობის უნარი



- არ ახასიათებს ფაგოციტოზი
- სიცოცხლის ხანგრძლივობაა 2 თვემდე
- ლიმფოციტთა ორი ტიპი არსებობს, რომლებიც ფუნქციით განსხვავდებიან:

T-ლიმფოციტები

პირველადი, საწყისი უჯრედი ძვლის ტვინიდან მომდინარეობს და განვითარების ადრეულ პერიოდში მკერდუკანა ჯირკვლის, თიმუსის გავლით დიფერენცირდება და გარდაიქმნება T-ლიმფოციტად და იღებს ინფორმაციას, რომელსაც შემდგომ ატარებს, ისინი გადაინაცვლებენ პერიფერიულ ლიმფატურ ორგანოებში (ლიმფურ კვანძებსა და ელენთაში).

T-ლიმფოციტებს ფუნქციების შესაბამისად ეძახიან:

- ჰელფერებს (B-ლიმფოციტებთან კოოპერაციაში მონაწილეობენ ანტისხეულთა წარმოქნაში)
- კილერებს (უკავშირდებიან ანტიგებეს და კლავენ მათ)
- რეპრესორებს (შეუძლიათ ანტისხეულთა წარმოქმნის დათრგუნვა)

T-ლიმფოციტების ეს ფორმები აფერხებენ იმუნური სისტემის გადაჭარბებულ რეაქციას. თუკი ისინი უკონტროლოდ განახორციელებენ ამ ქმედებას, შესაძლოა პათოლოგიური იმუნური

სისუსტეც განვითარდეს. სისხლში ცირკულირებადი ლიმფოციტების 70-80% თ-ლიმფოციტებია.

B-ლიმფოციტები

B-ლიმფოციტებიც მომდინარეობენ ძვლის ტვინიდან, თუმცა ისინი თიმუსის გავლის გარეშე ხვდებიან სისხლში. ისინი არიან ანტისხეულთა წარმომქმნელი უჯრედები. მათი ძირითადი ამოცანაა სპეციალური იმუნოგლობულინების სინთეზი.

ფუნქციები

- იმუნური რეაქციები მაგ. ქსოვილოვანი ტრანსპლანტატების შემთხვევაში
- უცხო ცილის მიმართ ანტისხეულთა წარმოქმნა
- თავდაცვა ანტისხეულების წარმოქმნის გზით, ძირითადად ქრონიკული ანთებების დროს (დუნედ მიმდინარე ავადმყოფობების დროს)

პლაზმა

სისხლის თხევადი შემადგენლობა სისხლის 56% წარმოადგენს. მისი შემადგენლობაა:

- 90 % წყალი
- მარილები (ორგანული და არაორგანული)
- აქტიური ნივთიერებები (ჰორმონები და ფერმენტები)
- საკვები ნივთიერებები (გლუკოზა, ამინომჟავები, გლიცერინი და ცხიმოვანი მჟავები)
- ფერადი ნივთიერებები (მაგ. ბილირუბინის ნაშთი სისლხში პლაზმას მოყვითალო ელფერს აძლევს)
- საკუთრივ სხეულის ცილები 7-8% (ალბუმინები - 60-80% და გლობულინები - 20-40%)
- შედედების ფაქტორები (13 ფაქტორია)
- შლაკები

თუკი მოვაცლით პლაზმას შედედების ცილას _ ფიბრინს, მივიღებთ თითქმის წყალივით გაჭვირვალე არაშედედებად სითხეს. ეს არის შრატი.

ფიბრინოგენი წყალში ხსნადია. ჰაერზე, საცდელ ჭურჭელში სისხლი მაშინვე იწყებს შედედებას, რის გამოც ფიბრინოგენი გარდაიქმნება ფიბრინად. ფიბრინი წყალში უხსნადია, ის წარმოქნის თეთრი ძაფების კოლტს.

ფუნქციები

სისხლის პლაზმას ორი დიდი ფუნქცია აქვს:

1.სატრანსპორტო ფუნქცია

პლაზმით გადაიტანება სისხლში არსებული ყველა ნივთიერება და მიიტანება თავისი ფუნქციის შესრულების ადგილას. დავასახელებთ მხოლოდ რამოდენიმე უმიშვნელოვანესს:

- საკვები ნივთიერებები საჭმლის მომნელებელი ტრაქტიდან და დეპო ორგანოებიდან უჯრედებამდე
- შლაკები უჯრედებიდან გამომყოფ ორგანოებამდე (თირკმელები, საოფლე ჯირკვლები, ნაწლავი, ფილტვები)
- სისხლის უჯრედები
- ჟანგბადის ტრანსპოტირება ერითროციტების მეშვეობით

- სისხლის შედედება თრომბოციტების მეშვეობით

- დამცველობითი ფუნქცია ლეიკოციტების მეშვეობით

- ცილები

- ალბუმინები და გლობულინები (ანტისხეულები) და სხვა ინდივიდუალური ცილები და ამინომჟავები უჯრედთა შენებისთვის.

- აქტიური ნივთიერებები (ენდოკრინული სისტ.)
- ნახშირორჟანგი, რომელიც სხვადასხვაგვარად მიიტანება ფიტვებამდე:

- 10% ჩO2-სა რჩება პლაზმაში განზავებული

- 10% უშუალოდ Hბ-ის მოლეკულას უკავშირდება. ასე მიდის ერითროციტები ფილტვამდე. დანარჩენი 80% უჯრედთა ნივთიერებათა ცვლიდან ერითროციტებში ბიკარბონატებად გარდაიქმნება. მათგან ნახევარზე ცოტა ნაკლები რჩება ერითროციტებში და მათი მეშვეობით აღწევს ფილტვებამდე. მის ნახევარზე ცოტა მეტი უკან დიფუნდირდება პლაზმაში, ნატრიუმს და პლაზმის ცილებს უკავშირდება და ამგვარად მიდის ფილტვებამდე ამოსასუნთქად.

ფილტვებში კი ყველა აღწერილი რეაქცია პირუკუ ხორციელდება. ბიკარბონატი კვლავ ჩO2-ად გარდაიქმნება. ჩO2-ის დიდი ნაწილი ამოისუნთქება, ნაწილი კი რჩება სისხლში ფიზიოლოგიური PH-ის შესანარჩუნებლად და სუნთქვის რეგულაციისთვის

- სითბოს ტრანსპორტი

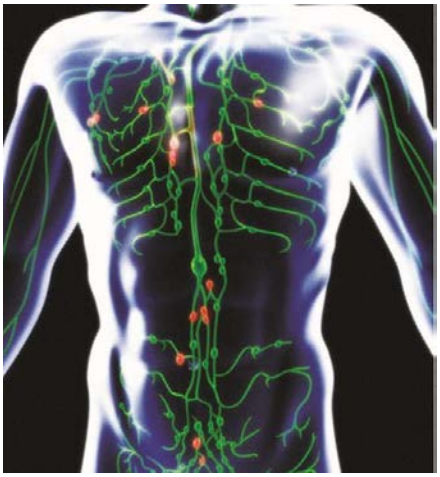
2. რეგულაციის ფუნქცია

ორგანიზმის (ბაზალური) ტემპერატურის (37,5^{0C}) მუდმივი შენარჩუნება. ამაზე საოფლე ჯირკვლების გარდა ზრუნავს სისხლი, მიმოქცევის მომატებით ან შემცირებით. გარემოში მაღალი ტემპერატურის დროს პერიფერიული სისხლის მიმოქცევა აქტიურდება, რადგან სხეული ზრუნავს სითბოს გარეთ გამოჰყოფაზე. გარემოში დაბალი ტემპერატურის დროს კი, პერიფერიული სისხლის მიმოქცევა მცირდება, რადგან ორგანიზმი ცდილობს სისხლი და ამით ტემპერატურაც შიგნითკენ წარმართოს და ამით შეინარჩუნოს.

პლაზმის საშუალებით წყალი და მარილები გეგმაზომიერად გადანაწილდება მთელს ორგანიზმში. ამის წყალობით ხდება შესაძლებელი ზოგიერთი ორგანოს მიერ ფუნქციის შესრულება, მაგ. თირკმელები (ფილტრაცია, ოსმოსი, დიფუზია, სეკრეცია).

გარდა ამისა წყალ-მარილოვანი გადანაწილების წყალობით ხდება შესაძლებელი მთელი ორგანიზმისთვის სითხის მოცულობის რეგულაცია და მუდმივობის შენარჩუნება.

ჩვენი სხეულის მთელი წყლის (რაც სხეულის წონის 60%) ~ 5% სისხლძაღვთშიგნით პლაზმის სახით არის წარმოდგენილი, 40-50% პლაზმის შიგნით უჯრედულ ელემენტებში ინტრაცელულლარულად და ~ 15% გვხვდება უჯრედშორის სუბსტანციაში (ინტერცელულლარულად ან ინტერსტიციალურად).



ლიმფური სისტემა

ლიმფური სისტემის ძირითადი ამოცანები (ფუნქციები):

- ,,ჭარბი“ წყლის განდევნა და შემცირებული ცილის რაოდენობის შევსება ქსოვილებიდან სისხლში გადმოტანით (ვენებში)
- თავდაცვის (წინააღმდეგობის გაწევის, იმუნიტეტის) ფუნქცია ლიმფოციტებისა და რეს-ის ქსოვილის საშუალებით
- გლიცერინისა და ცხიმოვანი მჟავების შეწოვა ნაწლავის ლიმფურ სადინარებში

ლიმფური სადინარები

ტოპოგრაფია

ლიმფური სადინარების შემთხვევაში საქმე გვაქვს დამატებით სადინართა სისტემასთან, რომელიც ქსოვილებიდან ღრუ ვენებისკენ მიედინება. უნატიფესი ლიმფური კაპილარები იწყება “ბრმად” ქსოვილში (უჯრედშორის სივრცეში -ინტერსტიციუმში) და მიემართებიან უფრო მსხვილი სადინარებისკენ.

მაკროსკოპია

ისევე, როგორც ვენები, ლიმფური სადინარებიც იკრიბება უფრო მსხვილ სადინარებად და მათ შორის ჩართული ლიმფური კვანძების საშუალებით საბოლოოდ ვენებს უერთდება.

ლიმფურ კაპილარებში ლიმფური სითხე (ლიმფა) ჯერ კიდევ გამჭვირვალე, წყლოვანი სითხეა, რომელიც შემადგენლობით ცილებით ღარიბ სისხლის პლაზმის მზგავსია. ნაწლავებიდან შეწოვილი ცხიმების (გლიცერინის და ცხიმოვანი მჟავების) მეშვეობით იღებს ის რძისფერ მოთეთრო ფერს. აქედან გამომდინარე ეწოდება ძირითად ლიმფურ სადინარს - **ductus thoracicus** გულმკერდის რძის სადინარი.

მიკროსკოპია

ლიმფური კაპილარები ერთფენა ეპითელით (ენდოთელით) ნაზად ამოფენილი შემაერთებელქსოვილოვანი ნატიფი გარსით არის შემოფარგლული. უფრო მსხვილ ლიმფურ სადინარებში ვხვდებით უფრო ძლიერ შემაერთებელქსოვილოვან შრეს, რომელიც შემოგარსულია გლუვკუნთოვანი უჯრედებით, ლიმფის უკუდინების შემაფერხებლად, ვენების მსგავსად, ჯიბისებრი სარქველებიც სახეზეა.

ფიზიოლოგია

ლიმფური სითხის (ლიმფის) წარმოქმნა.

- ნივთიერებათა მიმოცვლის პროცესში (ქსოვილებსა და სისხლის კაპილარებს შორის) ქსოვილებში მეტი სითხე გამოიყოფა, ვიდრე უკუშეიწოვება.
- ქსოვილებში სითხის დაგროვების მატება იწვევს წნევის მატებასაც
- ამ წნევის საშუალებით, ჭარბი სითხე შეიწნეხება ჯერ კიდევ ცარიელ ლიმფურ კაპილარებში
- ამგვარად მიღებული ლიმფა დასაწყისში სხვა არაფერია თუ არა წყლის მაგვარი მცირეოდენი ცილის და ცოტა სხვა ნივთიერებათა (ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტები, გლუკოზა და სხვა) შემცველი. ლიმფა ცილით ბევრად ღარიბია ვიდრე სისხლის პლაზმა, რადგან სისხლის ცილას სისხლის კაპილარების დატოვება არ შეუძლია.

ლიმფის ტრანსპორტი

ლიმფური სადინრების ფუნქცია არის ლიმფის მიღება და გადატანა. ლიმფა, როგორც ავღნიშნეთ, მიედინება ლიმფური კვანძების გავლით უფრო მსხვილი კალიბრის სადინარებისკენ. გზაში იერთებს ის ლიმფური კვანძებიდან ლიმფოციტებს და სხვა მიმდებარე ქსოვილებიდან ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტებს, უჯრედთა ნაგლეჯებს, ბაქტერიებს, უცხო სხეულებს და სხვას. ლიმფის ტრანსპორტირება ლიმფურ სადინრებში ხორციელდება ლიმფურ სადინართა კუნთოვანი გარსის, ასევე ჩონჩხის მუსკულატურის აქტიური მოძრაობით. ჯიბისებრი სარქველები კი არ აძლევეს ლიმფას უკუდინების საშუალებას.

ხილოზური სადინრები

განსაკუთრებული მნიშვნელობა აკისრია ნაწლავის ლიმფურ სადინარებს (ხილოზულურ სადინარებს). მათი ფუნქციაა გლიცერინის და ცხიმოვანი მჟავების შეწოვა (მიღება) და ტრანსპორტირება. შეწოვილი ცხიმები ასე მიაღწევენ ღვიძლამდე.

ძირითადი ლიმფური სადინარი (გულმკერდის სადინარი)

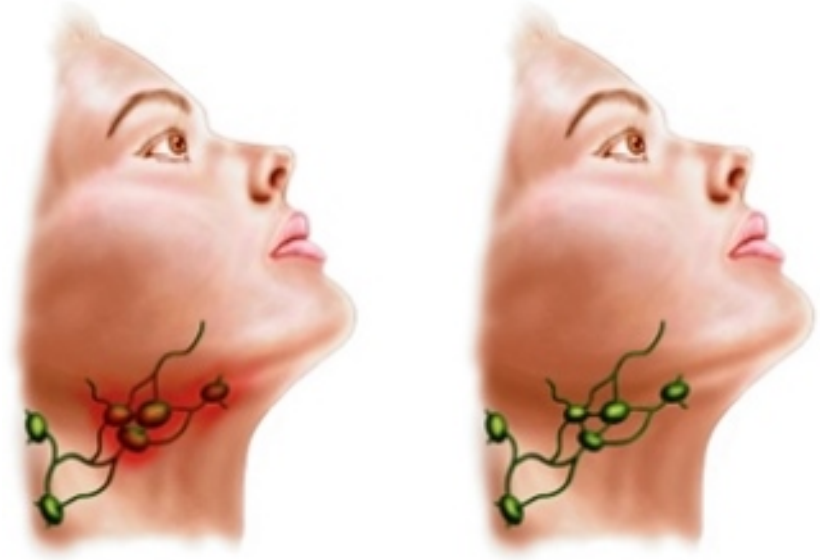
და მარჯვენა ლიმფური სადინარი

საბოლოოდ ყველა ლიმფური სადინარი (მარჯვენა სადინარის გარდა, რომელიც მარჯვენა ზემო კიდურის მარჯვენა თავ-კისრის და გულმკერდის მიდამოდან აგროვებს ლიმფას) უერთდება ძირითად ლიმფურ სადინარს - **ductus thoracicus**, რომელიც თავის მხრივ მარცხენა ლავიწქვეშა ვენას უერთდება. ხოლო მარჯვენა სადინარი კი მარჯვენა ლავიწქვეშა ვენას - **vena subclavia dextra** . ეს ორივე ვენა (მარჯვენა და მარცხენა ლავიწქვეშა ვენები) კი ზემო ღრუ ვენას უკავშირდება.

ლიმფის სრული შემადგენლობაა:

- წყალი
- გლიცერინი და ცხიმოვანი მჟავები
- მცირე რაოდენობით ცილა
- მცირე რაოდენობით გლუკოზა
- ლიმფოციტები
- ქსოვილებიდან ჩამოფცქვნილი უჯრედები
- დაშლილ უჯრედთა ნაშთები
- უცხო სხეულები (მაგ. ფილტვში შესული მტვრის ნაწილაკები)
- ბაქტერიები (ანთების შემთხვევაში)

ლიმფური კვანძები



ლიმფური კვანძები ჯგუფურად არიან განლაგებულნი გარკვეულ რეგიონში (მაგ. იღლია, საზარდული, ფილტვთა ჰილუსი, კისერი, მუცლის ღრუ).

მაკროსკოპია

ლიმფური კვანძები პატარა ლობიოს ან ბარდის ფორმის კვანძებია. მათი ზომა მერყეობს 1-დან 3 სმ-მდე. ყოველ ლიმფურ კვანძში ბოლოვდება რამოდენიმე ლიმფური სადინარი, მისგან კი გამოდის მხოლოდ ერთი ან ზოგჯერ ორი სადინარი.

მიკროსკოპია

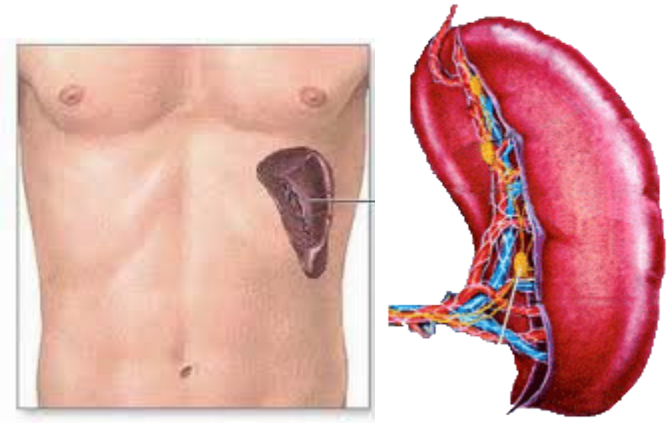
რეტიკულური შემაერთებელი ქსოვილი - როგორც ღვიძლში კუპფერის ვარსკვლავისებური უჯრედები - მიეკუთვნება რეტიკულურ-ენდთელიარულ სისტემას (რეს) ის ღრუბლისებრი შენებისაა. შემაერთებელქსოვილოვანი კაფსულიდან შემოდის მათში ტიხრები - **trabeculis**. კაფსულაც და ტრაბეკულებიც საკმაოდ მკვრივი შენებისაა.

ფიზიოლოგია

- საფილტრაციო სადგურები
- ლიმფოციტთა წარმოქმნის ადგილები

ფილტრაცია ხდება ისეთი ქსოვილებისა, როგორიცაა მაგ. ბაქტერიები, უჯრდთა ნაგლეჯები, უცხო სხეულები. რეტიკულურ შემაერთებელ ქსოვილს აქვს ქსოვილთა ფაგოციტირების, განადგურების თვისება, გადასცემენ მათ სისხლს და ლიმფას გამოყოფისთვის. ლიმფოციტები წარმოიქმნებიან ლიმფურ ქსოვილში, რომელიც რეტიკულურ შემაერთებელ ქსოვილში ძევს.

მათი ერთ-ერთი ამოცანაა ანტისხეულების (შხამსაწინააღმდეგო ნივთიერებათა) წარმოქმნა, რომლებიც უცხო ცილას უპირისპირდება. ბევრი ლიმფოციტი სისხლში ლიმფური სადინრებით ხვდება



ელენთა

ელენთის მნიშვნელოვანი ფუნქციებია:

- პულპაში სისხლის დაგროვება
- ლიმფოციტთა წარმოქმნა
- დამცველობითი, იმუნური ფუნქცია
- ძველ ერითროციტთა დაშლა
- დაშლილი ერითროციტებიდან გამოთავისუფლებული რკინის სამარაგო, რაც ძვლის წითელ ტვინში ახალ ერითროციტთა წარმოქმნისთვის იქნება საჭირო

ტოპოგრაფია

- ელენთა მდებარეობს მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში
- ინტრაპერიტონიალურად
- დიაფრაგმის ქვემოთ
- ქვემოდან ესაზღვრება განივი კოლინჯის დასწვრივში გადასვლის კუთხე

მაკროსკოპია

ელენთა ლობიოს ფორმისაა 4 სმ სისქის, 7 სმ სიგანის და 11 სმ სიგრძის. იწონის 150-200 გ.

ელენთის კარში - **Hilus**

შედის:

- ელენთის არტერია - **arteria lienalis**
- ნერვები

გამოდის:

- ელენთის ვენა, რომელიც უერთდება კარის ვენას
- ლიმფური სადინარები
- ნერვები

მიკროსკოპია

ლიმფურ კვანძთა მსგავსად ელენთის ირგვლივაც შემაერთებელქსოვილოვანი კაფსულაა, რომელიც შემოფარგლულია გლუვკუნთოვანი ბოჭკოებით. მისგან ელენთის შიგნით მიემართება ძგიდეები - **trapekulen**. შემაერთებელქსოვილოვანი კარკასის შიგნით არის ერთის მხრივ რეტიკულური შემაერთებელი ქსოვილი, ვარსკვლავისებური ქსოვილი, რომელშიც ვარსკვლავისებური უჯრედები (რეტიკულური უჯრედები) იმყოფებიან. ისინი მიეკუთვნებიან (ღEშ-ს), მეორეს მხრივ ვხვდებით ლიმფურ ქსოვილს, ლიმფურ კვანძებსა და გამომტან ლიმფურ სადინარებს. მიკროსკოპულად შესაძლებელია წითელი და თეთრი პულპის გარჩევა.

წითელი პულპა

ელენთა არის ერთადერთი ორგანო, სადაც სისხლი თავის უჯრედებს ნაზად გასცემს კაპილარებიდან მიმდებარე ელენთის სინუსში, რეტიკულური ქსოვილისკენ და კვლავ მიიღებს (აქ საუბრობენ ღია სისხლის მიმოქცევაზე). ელენთის სინუსის კედელთა ხვრელები იხსნებიან და იკეტებიან. პულპა სისხლსავსეობის გამო წითელია და მისი სახელიც აქედან წარმოსდგება.

თეთრი პულპა

უწვრილესი არტერიები კაპილარებად დაყოფამდე გაივლიან ლიმფურ ფოლიკულებს (ლიმფოციტთა გროვებს), რომელთა ერთობასაც თეთრი პულპა ეწოდება.

ფიზიოლოგია

- სისხლის დაგროვება

მოფუნქციონირე ერითროციტებს შეუძლიათ ელენთის პულპაში მარაგის სახით დაგროვება და საჭიროების შემთხვევაში (სხეულებრივი გადაღლა, ჟანგბადის ნაკლებობა) ელენთის

კაფსულაში არსებული კუნთოვანი ბოჭკოების შეკუმშვით მოცირკულირე სისხლის ნაკადში გადასვლა.

ელენთის მიდამოში ჩხვლეტითი ტკივილი სწორედ ელენთის კაფსულის შეკუმშვის დროს ხდება.

- სისხლის დაშლა (განახლებაზე) ზრუნვა

ღვიძლთან ერთად ელენთაც არის პასუხისმგებელი ძველი ერითროციტების დაშლაზე. რეტიკულური უჯრედების მიერ ხდება ერითროციტთა ფაგოციტოზი და დაშლა.

- სისხლწარმოქმნა

ერითროციტების დაშლის შედეგად გამოთავისუფლებული რკინა გროვდება მარაგის სახით ელენთაში და ახალ ერითროციტთა შენებისათვის გზავნის ერითროპოეზის დროს ძვლის წითელი ტვინისაკენ.

- იმუნური (ორგანიზმის თავდაცვის) ფუნქცია
- ლიმფოციტთა წარმოქმნა ლიმფატურ ქსოვილში
- RES-ის რეტიკულური უჯრედები ადგილზე ახდენენ ბაქტერიათა და უჯრედთა ნაგლეჯების ფაგოციტირებას, ასევე ძველი ერითროციტებისას.

ელენთის ინერვაცია

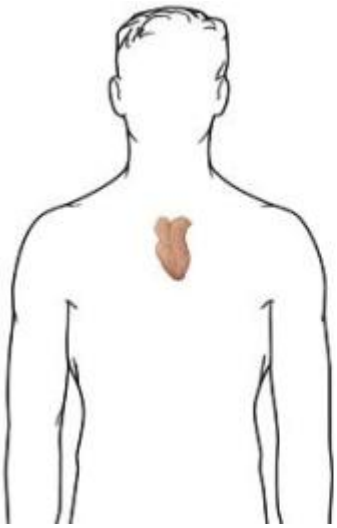
ელენთის ინერვაცია ხდება ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სიმპათიკური და პარასიმპათიკური ნერვების საშუალებით

ელენთის კვება

ელენთის არტერიას - **a.lienalis** აორტიდან მოაქვს ჟანგბადით მდიდარი სისხლი, ხოლო ელენთის ვენას **v.lienalis** ნახშირორჟანგით მდიდარი სისხლი მიაქვს კარის ვენასთან, შეერწყმის მას და შედის ღვიძლში.

თიმუსი

ტოპოგრაფია





თიმუსი მდებარეობს შუასაყარში, მკერდის ძვლის უკან

მაკროსკოპია

ბავშვებთან შედგება ის ორი არათანაბარი და არასწორი ფორმის წილისაგან, რომლებიც ერთმანეთთან არის შეზრდილი. დასრულებული ზრდის თიმუსი ბავშვებთან და მოზრდილებთან აღწევს 30-40 გ. მოზრდილებთან ის უკუგანვითარებულია და მხოლოდ ნაწილიღაა შემორჩენილი გაცხიმოვნებული კაფსულით.

მიკროსკოპია

თიმუსთან ჩვენ ვხვდებით წილაკოვან აგებულებას. წილები ერთმანეთისგან შემაერთებელქსოვილოვანი ტიხრებითაა გამოყოფილი. ცენტრალურ, ტვინოვან ნაწილში სპეციფიური ეპითელური უჯრედებია, ხოლო ქერქოვან ნაწილში პერიფერიაზე მასიურად არის ლიმფოციტები.

ფიზიოლოგია

ადრე თიმუსს ჰორმონთა სისტემას მიაკუთვნებდნენ, მაგრამ მასში არ იქნა აღმოჩენილი სპეციფიური ნივთიერება, ჰორმონი. მას დღესდღეისობით იმუნურ სისტემას მიაკუთვნებენ.

თიმუსი ახდენს T ლიმფოციტების წარმოქმნას, ეს სპეციფიური უჯრედებია, რომლებიც უცხო უჯრედთა (სიმსივნური, სოკო, ტრანსპლანტაციური და სხვა) მოსაცილებლად არის საჭირო. T ლიმფოციტები შემდგომ ლიმფურ კვანძებშიც მრავლდებიან, ამიტომაც მოზრდილებთან აღარ არის საჭირო თიმუსის აქტიური ფუნქციონირება.

ლიმფატური და RES ქსოვილი

შეჯამებისას უნდა კიდევ ერთხელ ჩამოვთვალოთ, თუ სად იჩენს თავს **ლიმფატური ქსოვილი:**

- ლიმფური კვანძები
- ელენთა
- ნუშურა ჯირკვლები
- თიმუსი
- ლიმფური ფოლიკულები ლორწოვანი გარსებისა, უპირატესად ილეუმში
- ბრმანაწლავის დანამატში, ჭიანაწლავში

RES ქსოვილი

სხეულში ფართოდ გადანაწილებულ რეტიკულურ-ენდოთელიარულ სისტემას მიეკუთვნება ლიმფურ ორგანოთა გარდა ძვლის წითელი ტვინი, ღვიძლის ენდოთელი (კუპფერის ვარსკვლავისებრი უჯრედები), ნაწლავთა ლორწოვანი უხვი ლიმფური ფოლიკულებით (ბრმანაწლავი),**RES** -ს ახლანდელ პერიოდში უფრო ხშირად რეტიკულურ-ჰისტოციტურ სისტემას (**RHS**)-ს ეძახიან ხოლმე.

კითხვები:

1. ჩამოთვალეთ სისხლის ფუნქციები.
2. რა არის აგლუტინაცია?
3. რა არის ჰემატოკრიტი?
4. რა ხდება ჰემოლიზის დროს?
5. რა არის თრომბოპენია და თრომბოციტოზი?
6. რა არის ერითროპოეზი და სად ხდება?
7. რა ეწოდება სისხლის ფირფიტებს?
8. რომელი ცილებია საჭირო სისხლის შედედებისას?
9. დაახასიათეთ ლეიკოციტები.
10. რა დროს იმატებს ეოზინოფილები?
11. რა ფუნქცია აქვს T-ლიმფოციტებს და B-ლიმფოციტებს?
12. რა არის პლაზმა და რა ფუნქცია აქვს მას?
13. რა ფუნქციები აქვს ლიმფურ სისტემას?
14. როგორ ხორციელდება ლიმფის ტრანსპორტი?
15. რა არის ლიმფური კვანძი?
16. ჩამოთვალეთ ელენთის ფუნქციები და სად მდებარეობს ის?

17. სად მდებარეობს თიმუსი?
18. რა არის RES?

ლიტერატურა:

რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994

ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.

მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.

სინელნიკოვი - ადამიანის ანატომია - I-II-III ტომი, 1979წ.

http://www.mkurnali.ge/daavadebebi-mkurnaloba/hematologia/4178-limfuri-sistema.html

http://wol.jw.org/ka/wol/d/r20/lp-ge/102001208

http://www.medgeo.net/2009/10/19/blood/

ორგანოების საპროექციო არეები

ადამიანის სხეულზე ორიენტირებისათვის მნიშვნელოვანია ამასთან დაკავშირებული საერთაშორისო ტერმინოლოგიის ცოდნა. წარმოვიდგინოთ, რომ ექთანმა ექიმს პაციენტის მდგომარეობის შესახებ ზუსტი აღწერილობა უნდა მიაწოდოს, ამასთან შეძლებისდაგვარად ზუსტად უნდა შეძლოს დაზიანებული ადგილის მითითება. დაავადების კერის ზუსტი აღწერილობისათვის აუცილებელია ადამიანის სხეულის ზედაპირების და მათთვის დამახასიათებელი პუნქტების ცოდნა. საორიენტაციო მაჩვენებლების განხილვისას მუდამ ფეხზე მდგომ ადამიანს გულისხმობენ, ხოლო მხარეების მიმანიშნებლებისთვის - როგორიცაა მარჯვენა და მარცხენა - თავად გამოსაკვლევი ადამიანის მხარეებს.

ადამიანის სხეულზე უფრო ზუსტი ორიენტირებისთვის შემდეგი **ცნებები** გამოიყენება:

დორზალური უკანა (**dorsum** ლათ. - ზურგი) - ზურგის მიმართულებით

ვენტრალური წინა (**venter** ლათ. - მუცელი) - მუცლის მიმართულებით

კრანიალური ზედა (**kranio** ბერძნ. - თავის ქალა) - თავის მიმართულებით

კაუდალური ქვედა (**cauda** ლათ. - კუდი) -კუდუსუნის მიმართულებით

მედიალური შიდა (**medium** ლათ. - შუა) - შუისაკენ მიმართულებით

ლატერალური გარეთა (**latus** ლათ. - გვერდი) - გვერდისკენ მიმართულებით

anterior - წინა

posterior - უკანა

superior - ზედა

inferior - ქვედა

internus - შიდა

externus - გარეთა

ამის გარდა სხეულზე სიბრტყეებისა და ღერძების დახმარებითაც არის შესაძლო ორიენტირება. განასხვავებენ შემდეგ სიბრტყეებს:

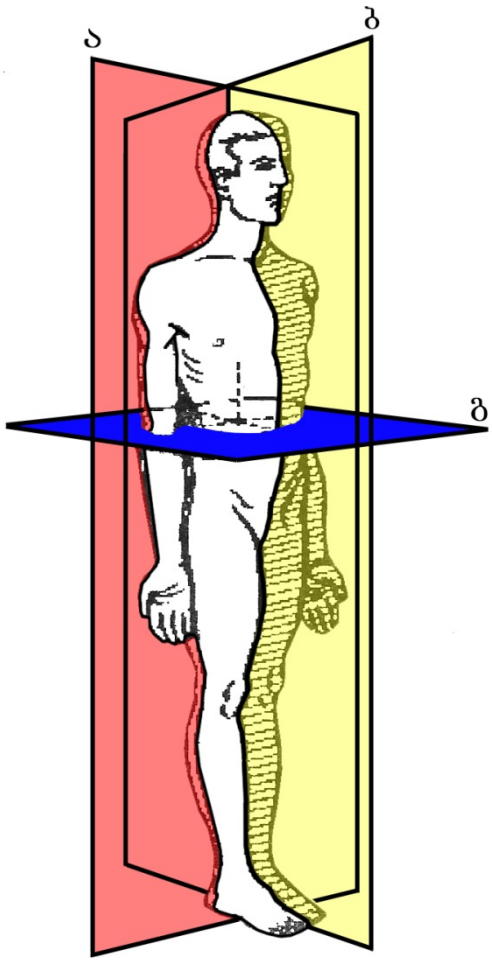
1. მედიალური სიბრტყე. ამ სიბრტყის მეშვეობით სხეული სარკისებურად იყოფა მარჯვენა და მარცხენა ნახევრებად. ის საგიტალური სიბრტყის განსაკუთრებული შემთხვევაა. (ბილატერალური სიმეტრიის პრინციპი)

2. საგიტალური სიბრტყე. ეს არის მედიალური სიბრტყის პარალელური სიბრტყე (**sagita** ლათ. - ისარი). (სეგმენტაციის პრინციპი)

3. ფრონტალური სიბრტყე. ეს სიბრტყე ადამიანის სხეულზე გადის შუბლის პარალელურად (**frons** ლათ. - შუბლი). (პოლარული პრინციპი)

4. ტრანსვერსალური სიბრტყე. ის გადის ფეხზე მდგომ ადამიანში ჰორიზონტალურად (**transversus** ლათ. - გადამკვეთი სიბრტყე).

სამი **ძირითადი სიბრტყე** სხეულს სამი ღერძის შესაბამისად განასხვავებს:



ა - ფრონტალური სიბრტყე;

ბ - საგიტალური სიბრტყე;

გ - ჰორიზონტალური სიბრტყე.

სიარული

სიარული დამახასიათებელია სხვადასხვა ტემპერამენტის ადამიანისთვის სხვადასხვა. სიარული იცვლება სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობის დროს.
მაგ. 1) იხვისებური - ნელი, მოკლე ნაბიჯებით, ფეხის თრევით - ოსტეოდისტროფიის დროს.

2) ატაქსიური ადამიანი ფეხს სწრაფად და მოწყვეტილად ისვრის წინ, ქუსლს მძლავრად არტყამს მიწაზე - ზურგის ტვინის დაზიანების დროს.
3) სპასტიკურ-პარალიზური - ავადმყოფი მიათრევს ცალ ფეხს, ფეხით რკალს აკეთებს თითქოს ცელავს, ხელი მოხრილი აქვს იდაყვში, თითქოს ტანზეა მიწებებული - თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის დარღვევის შედეგად ძირითადად ცალმხრივია.

სხეულის აღნაგობა

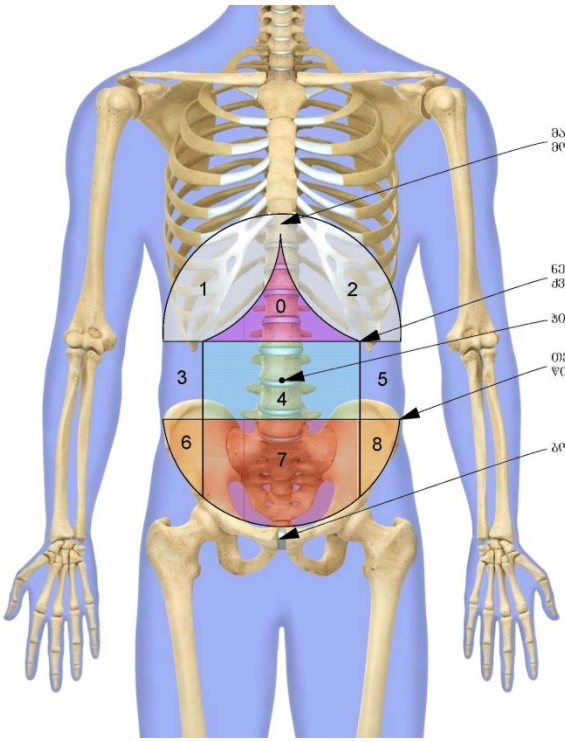
აუცილებელია პაციენტის სხეულის სიმაღლის, წონის, გულმკერდის გარშემოწერილობის (ბავშვებში თავის გარშემოწერილობა) განსაზღვრა.
სიმაღლე იზომება სიმაღლის გასაზომი ხელსაწყოთი. მამაკაცი საშუალო სიმაღლეა 165-170, ქალის 155-160. 190 სმ-ზე მეტი გიგანტიზმს ნიშნავს. 140 სმ ნაკლები ჯუჯა ადამიანს.
გულმკერდის გარშემოწერილობის გასაზომად საჭიროა უკანა ბეჭის ძვლის ქვედა კუთხეების და წინ IV ნეკნების დონეზე სანტიმეტრის მკვრივად შემოხვევა და ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვისას გაზომვა. გულმკერდის გარშემოწერილობა უნდა იყოს სიმაღლის ნახევარზე მეტი.
ავადმყოფი იწონება სამედიცინო სასწორზე.

კონსტიტუცია

არსებობს ოთხი კონსტიტუციური ტიპი: 1) რესპირაციული (რესპირული - სუნთქვა) - განპირობებულია სუნთქვის ფუნქციასთან დაკავშირებული ორგანოები.
2) დიგესტიური (დიგესტიო - მონელება) - განპირობებულია საჭმლის მომნელებელი სისტემის ორგანოები - დიდი მუცელი, დიდი პირი, კარგად განვითარებული ქვედა ყბა.
3) ცერებრული (ცერებრუმ - თავის ტვინი) - დამახასიათებელია ფართე სახე, ფუძით ზემოთ დიდი შუბლი, დიდი და ფართო თვალები, სუსტად განვითარებული ტანი და ქვემო კიდურები.
4) მუსკულირებული ტიპი - როცა სხეულის ყველა ნაწილი თანაბრადაა განვითარებული - პროპორციულად.

საპროექციო არეები

პრაქტიკული მედიცინის განვითარებისათვის აუცილებელია ორგანიზმის ნებისმიერი უბნისა და ორგანოს საპროექციო მიდამოების ცოდნა, როგორც ჯანმრთელობის დროს, ასევე დაავადებების დროს.



0 - საკუთრივ ეპიგასტრიუმის მიდამო
Regio epigastrica propria
1-2 - მარჯვენა და მარცხენა ფერდქვეშა მიდამო
Regio hypochondrica dextra et sinistra
4 - ჭიპის მიდამო
Regio umbilicalis
3-5 - მუცლის მარჯვენა და მარცხენა ფრანკები
Flancus abdomini dextrum et sinistrum
6 - მარჯვენა თეძოს ანუ საზარდულის მიდამო - ილიოცეკალური მიდამო
Regio iliocecalis
7 - ბოქვენსზემო მიდამო
Regio suprapubica
8 - მარჯვენა თეძოს - სიგმოიდური - საზარდულის მიდამო
Regio sigmoidea

საკუთრივ ეპოგასტრიუმის მიდამო შეესაბამება კუჭისა და ნაღვლის ბუშტის არეს და ამ ორგანოების პათოლოგიის დროს, პალპაციით ეს ადგილი მტკივნეულია.
მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამო შეესაბამება ნაღვლის ბუშტსა და ღვიძლს.
მარცხენა ფერდქვეშა მიდამო შეესაბამება კოლინჯის მარცხენა ნაკეცს და ელენთას.
ჭიპის მიდამო შეესაბამება წვრილ ნაწლავებს.
მარჯვენა ფრანკი - ასწვრივ კოლინჯს.
მარცხენა ფრანკი - დასწვრივ კოლინჯს.
ილიოცეკალური მიდამო - აპენდიქსის არეს და თეძოს ნაწლავის შეერთების ადგილს ბრმა ნაწლავთან.
მარჯვენა თეძოს მიდამოს - სიგმოიდური ნაწლავი.
ბოქვენზედა მიდამო - მცირე მენჯის ორგანოებს.

კითხვები:

1. რას ნიშნავს დორზალური?
2. რას ნიშნავს ვენტრალური?
3. რას ნიშნავს კრანიალური?
4. რას ნიშნავს კაუდალური?

5. რას ნიშნავს მედიალური?
6. რას ნიშნავს ლატერალური?
7. რომელი სამი სიბრტყე განიხილება ადამიანზე?
8. რამდენი სახის კონსტიტუცია არსებობს?
9. რამდენ რეგიონად იყოფა ადამიანის მუცლის არე? (ჩამოთვალეთ)

კანის, კანქვეშა ქსოვილისა და გრძნობის ორგანოების თავისებურებების განმარტება

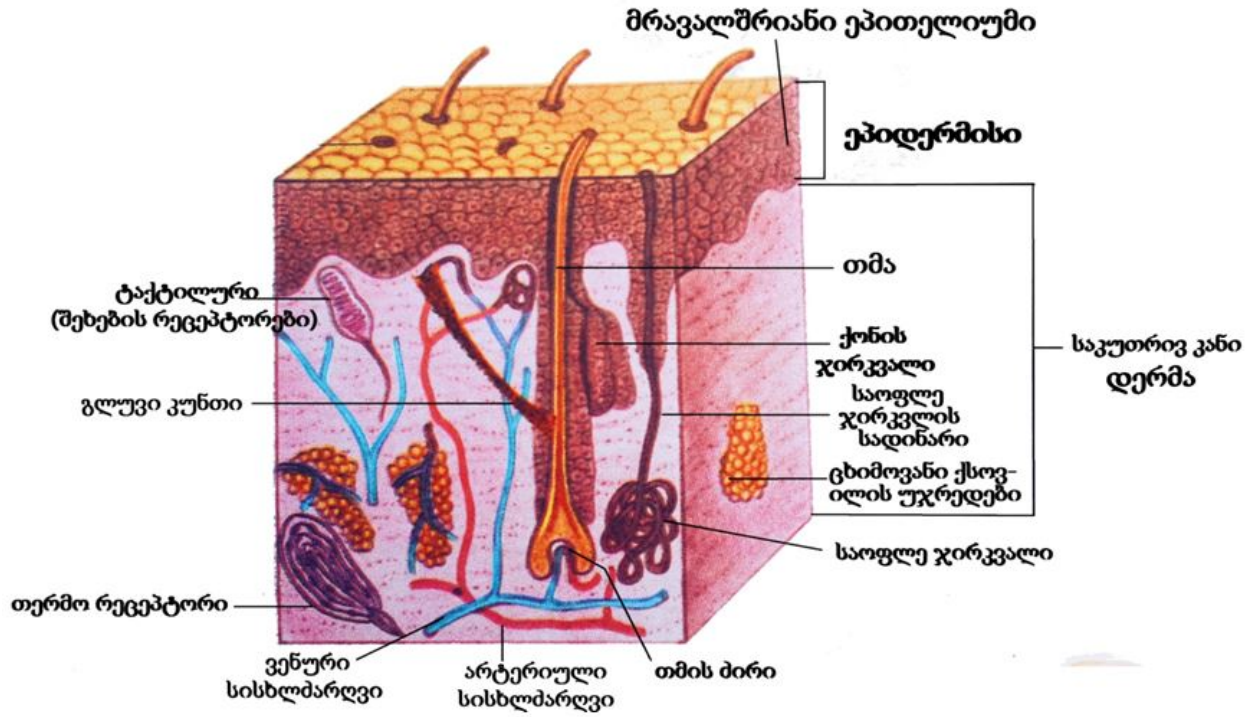
გრძნობათა ორგანოები ნერვული სისტემის პერიფერიაზე მდებარე ნაწილებია, რომელთა აღქმის პროცესი ლოკალიზებულია ტვინში:

- შეხების ორგანო -კანი- **cutis**
- ყნოსვის ორგანო
- გემოვნების ორგანო
- მხედველობის ორგანო
- სმენისა და წონასწორობის ორგანო

კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებები, კანის აგებულება და ფუნქციები

კანი ადამიანის სხეულის გარეთა საფარველი სისტემაა, რომელსაც სხვადასხვა ფუნქცია აქვს:
- მექანიკური, ინფექციური და ქიმიური ზეგავლენისგან დაცვა
- შეხების გრძნობის აღქმა
- ოფლის გამოყოფა
- სითბოს რეგულაცია
- ნივთიერებებისა და გაზთა ცვლა

კანი შედგება **ეპიდერმისისაგან, დერმისაგან და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილისაგან.**



კანის გარეთა ეპითელურ ნაწილს **ეპიდერმისს** უწოდებენ, რომელიც ორ შრიანი ეპითელური უჯრედებისაგან შედგება:

- ზედა რქოვანი შრე - მკვდარი უჯრედები
- ქვედა ბაზალური შრე - ცოცხალი უჯრედები

ეპიდერმისიმუდმივად იქერცლება და უფრო ღრმად განლაგებული უჯრედების ხარჯზე ისევ განიცდის რეგენერაციას.

ეპიდერმისი ქვეშ არის შემაერთებელი ქსოვილი -საკუთრივ კანი - **დერმა,** სადაც მოთავსებულია რეცეპტორები, თმის ბოლქვები, ჩანთები, თმის კუნთები, საოფლე ჯირკვლები და სადინარები, ცხიმის ჯირკვლები, სისხლძარღვები, ლიმფური კვანძები, თმები და ფრჩხილები.

კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილში - კანქვეშა უჯრედისი - ის ფაშარი შემაერთებლი ქსოვილია, სადაც გროვდება ცხიმი. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი აკავშირებს კანს ფასციებთან, კუნთებთან და ძვილსაზრდელასთან.

კანი შედგება შრეებისგან:

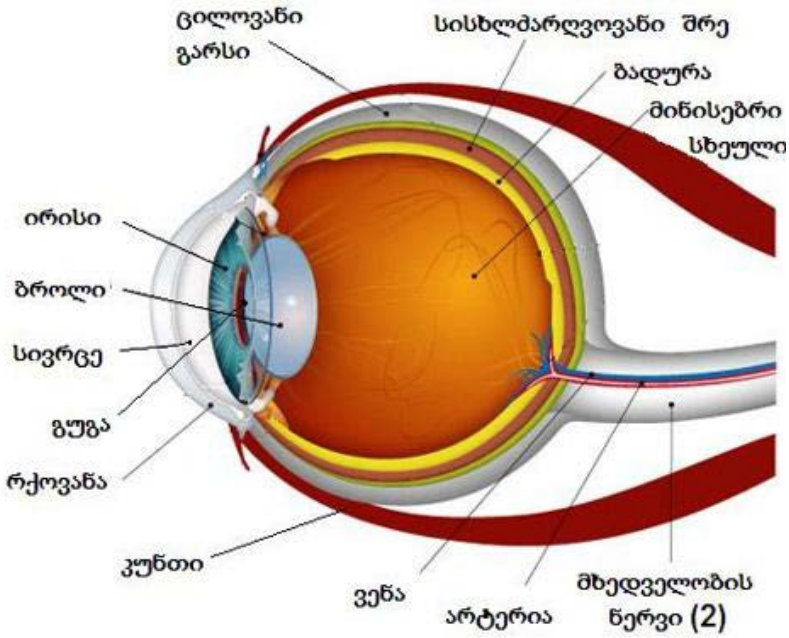
- კანქვეშა ცხიმოვანი შრე
- ბადისებრი შრე
- დვრილოვანი შრე
- ბაზალური შრე
- მარცვლოვანი შრე

- მბზინავი - ელვარე შრე
- რქოვანი შრე

კანში სინთეზირდება D ვიტამინი, კანში გამომუშავდება მუქი პიგმენტი, რომელიც ორგანიზმს ულტრაიისფერი სხივებისგან იცავს.
კანი არეგულირებს სითბო-სიცივის ზემოქმედებას, კერძოდ, სიცივის დროს კაპილარები ვიწროვდება და სისხლი შინაგან ორგანოებს მიეწოდება და მეტ სითბოს გამოიმუშავებენ. სიცხის დროს კაპილარები ფართოვდება და შინაგან ორგანოებს ნაკლები სითბო მიეწოდება და უფრო ნაკლებ სითბოს გამოიმუშავებენ.
კანის საოფლე ჯირკვლები იფლტრება წყალი, მინერალური მარილები, შარდოვანა და ოფლის სახით გამოიყოფა. ოფლი მონაწილეობს სხეულის ტემპერატური რეგულაციაში.

გრძნობის ორგანოების ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებები

მხედველობის ორგანო



მხედველობის ორგანოს საკმაოდ რთული აგებულება აქვს. მოთავსებულია თვალბუდეში - ორბიტაში. არჩევენ სამ აპარატს:

- ოპტიკური აპარატი, რომელსაც ეკუთვნის თვალის კაკალი და მხედველობის ნერვი;
- მამოძრავებელი აპარატი - კუნთები;
- დამცველი აპარატი - საცრემლე ორგანოები, ქუთუთოები და წამწამები.

მხედველობის ორგანო მჭიდრო კავშირშია მთელ ორგანიზმთან, ამიტომ ორგანიზმში მიმდინარე თითქმის ყველა პათოლოგიური პროცესი სხვადასხვა ხარისხის მხედველობაზეც აისახება.
თვალი ორი ძირითადი ნაწილსგან შედგება:

- რეცეპტორული აპარატი - რომელსაც თავის ტვინამდე მიაქვს აღქმული ინფორმაცია;
- ოპტიკური აპარატი - რომლის საშუალებითაც აღქმული ინფორმაციის სინათლით ფოკუსირება და საგნის მკაფიო გამოსახურება მიიღება. მისი ძირითდი ორგანოა **ბადურა.** აქ მიიღება გამოსახულება. ოპტიკურ აპარათსი შედის ასევე მნიშვნელოვანი ელემენტები: **რქოვანა გარსი, ბროლი და მინისებური სხეული,** რომლის ზედაპირზეც გაივლის სხივი ბადურაზე მოხვედრამდე.

თვალის მნიშვნელოვანი თვისებებია:

- **აკომოდაცია** - თვალის სწრაფი შეგუაების უნარი, რის შედეგადაც თვალს შეუძლია სხვადასხვა მანძილზე დაინახოს და გაარჩიოს საგნები.
- **რეფრაქციის** უნარი, რომლის მეშვეობითაც სხივები ისე გარდატყება, რომ გამოსახულება მიიღება ბადურაზე და არა ცოტა წინ ან უკან.
- **გამოსახულების მიღება** - ამ თვისების განმახორციელებელია **გუგა.** ეს არის ფერადი გარსის შუაში მოთავსებული შავი წერტილი, რომელსაც აქვს უნარი გაფართოვდეს და შევიწროვდეს, იმისდა მიხედვით თუ რა დოზითაა სინათლე. ეს პროცესი ხორციელდება გუგი კუნთების მეშვეობით. მაგალითად, როდესაც კუნთები იკუმშება გუგაც ვიწროვდება(ჭარბი სინათლისას) და პირიქით, როდესაც არის არასაკმარისი სინათლე კუნთები დუნდება და გუგა ფართოვდება. სხვასხვა განათებისას გუგის ხვრელის დიამეტრის ცვლილების უნარი, საფუძველს იძლევა, იმისას რომ გუგამ საგნების დასანახად შესაბამისი რაოდენობის სინათლის სხივი გაატაროს.

თვალის გახელისას სინათლის სხივი რქოვანაზე ხვდება → შემდეგ ფერად გარსზე →გუგაზე→ბროლზე, სადაც გარდატყდება სხივი და კრებს გარდატეხილ სხივებს→ბადურაზე, სადაც მიიღება გამოსახულება, კონტურებითა და ფერებით, რომელიც ბადისებური, თხელი. გამჭირვალე გარსია, ფარავს შიგნიდან სისხლძარღვან გარსს. ბადურა მხედველობის ნერვის პერიფერიული აპარატია, ის რთული აგებულებელებისაა და შედგება ათი შრისგან, საიდანც სამ შრეს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს:

- ჩხირებისა და კოლბების შრე - ყველაზე მნიშვნელოვანი მხედველობის აღქმაში - ჩხირები შეიგრძნობს სინათლეს, კოლბები კი ფერს და ფორმას;

- ორმორჩიანი ბიპოლარული უჯრედების შრე;
- მრავალმორჩიანი - განგლიოზური უჯრედების შრე, რომლის გაგრძელებაა მხედველობის ნერვი.

ბადურაში ყველაზე მახვილი ხედველობის უნარით დაჯირდოვებულ უბანს ყვითელი ხალი ეწოდება.

მხედველობის ნერვს დასაწყისში მომრგვალო შემაღლება აქვს და ეწოდება მხედველობის ნერვის დისკო. მას თეთრი ფერი აქვს.

მხედველობის ნერვის შუა ღერძის მიმართულებით არის ბადურას ცენტრალური არტერია, რომელიც კვებავს ბადურას. ის შემოფარგლულია ტვინის სამივე გარსით და ქმნის ნერვისთვის ბუდეს და უკავშირდება თვალის თეთრ გარსს.

თვალის მამოძრავებელი კუნთი ექვსია და აქედან ოთხი სწორია: ზემო, ქვემო, შიგნითა და გარეთ სწორი კუნთბი, რომელიც იწყება მხედველობს მყესოვანი რკალიდან და მიმაგრაბულია სკლერაზე და ატრიალებს თვალს ოთხი მიმართულებით: ზემოთ, ქვემოთ, გარეთ, შიგნით. დანარჩენი ორი კუნთი - ზედა და ქვედა ირიბი, რომლებიც ატრიალებენ თვალს გარეთ და ზევით და გარეთ და ქვევით.

საცრემლე ორგანოებს ეკუთვნის საცრემლე ჯირკვალი და ცრემლის გამომტანი სადინარები. საცრემლე ჯირკვალი მდებარეობს თვალბუდის ზედა გარეთა კუთხეში საცრემლე ფოსოში. ცრემლის სადინარები იხსნება კონიუქტივის ზემო თაღში, ცრემლი ასველებს კომიუქტივას, ზედმეტი ცრემლი კი თვალის შიგნითა კუთხისკენ მიემართება საცრემლე პარკისაკენ და ცხვირ-ცრემლის არხის საშუალებით ჩაედინება ცხვირის ღრუს ქვედა გასავალში.

სმენისა და წონასწორობის ორგანოები

ადამიანის ყური რთული აგებულებისაა, მისი 2/3 ნაწილი მოთავსებულია საფეთქლის ძვლის სისქეში, 1/3 კი მის გარეთ. ანატომიურად იყოფა სამ ნაწილს:

- გარეთა ყური - ყურის ნიჟარა და გარეთა სასმენი მილი
- შუა ყური - დაფის ღრუ;
- შიგნითა ყური - ლაბირინთი.

ფუნქციურად ორ ნაწილად იყოფა:

- ხმის გამტარი - ეკუთვნის გარეთა და შუა ყური;
- ხმის მიმღები - შიგნითა ყური

ყურის ნიჟარის წინა ზედაპირზე აღინიშნება სხვასახვა სიდიდის მაღლობები, დაფარული თხელი კანით, რომელიც შეზრდილია ნიჟარის ხრტილთან.

ყურის ნიჟარის სისქეში იწყება გარეთა სასმენი მილი, რომელშიც ვარჩევთ ორ ნაწილს - გარეთა ხრტილოვანი ნაწილი და შიგნითა ძვლოვანი, რადგან მდებარეობს საფეთქლის ძვალში. სასმენი მილი შიგნიდან დაფარულია თხელი კანით და შეიცავს ცხიმოვან და გოგირდოვან ჯირკვლებს, რომლებიც გამოყოფენ მოყვითალო ფერის სეკრეტს - ყურის გოგირდს, რომელიც ხანდახან გაძლიერებულად გამოიყოფა და ქმნის საცობს. გარეთა სასმენი მილი ასევე შეიცავს უხვად თმას. შიგნითა მხრიდან ბოლოვდება დაფის აპკით, რომელიც საზღვარია გარეთა და შუა ყურს შორის. დაფის აპკი ელიფსის ფორმისაა, დგას ირიბად, გამჭირვალეა, შედგება ბოჭკოვანი ქსოვოლისაგან, გარეთა ყურის მხრიდან დაფარულია თხელი კანით, ხოლო შუა ყურის მხრიდან ლორწოვანით. დაფის აპკი ოდნავ შედრეკილია და მის უღრმეს ნაწილს დაფის აპკის ჭიპი ეწოდება, რომელსაც შიგნიდან უკავშირდება ჩაქუჩის გრძელი ტარი.

შუა ყური - დაფის ღრუ - მოთავსებულია საფეთქლის ძვლის სისქეში, უსწორი ფორმისაა და აქვს ექვსი კედელი. ერთ-ერთი კედლის მეშვეობით ხახის ღრუდან შუა ყურში შედის ჰაერი, რომ დაფის აპკზე იყოს თანაბარი წნევა გარემოდან და შიგნიდან(ყლაპვა). ზედა კედელია დაფის სარქველი, გარეთა კედელი - დაფის აპკი. მისი წინა კედელი არის საძილე კედელი, მასთან ახლოს გაივლის საძილე არტერია

დაფის ღრუს შიგნითა კედელი ძვლოვანია და ამით ის გამოიყოფა შიგნითა ყურიდან ანუ ლაბირინთის ღრუდან. ამ კედელზე არის შემაღლება - კონცხი, რომელზედაც შეიმჩნევა ოვალური ხვრელი - კარიბჭის ფანჯარა, რომელშიც მოძრაობს უზანგის ფირფიტა. ამ ფირფიტის ნაპირებსა და ოვალურ ხვრელს შორის გადაჭიმულია შემაერთებელ ქსოვილოვანი ბოჭკოები. კონცხის ქვემოთ მდებარეობს მრგვალი ხვრელი - ლოკოკინას ფანჯარა, რომელიც დაფარულია აპკით - ე.წ.მეორადი აპკი. დაფის ღრუში მოთავსებულია სამი ძვალი: ჩაქუჩი - **maleus**, გრდემლი - **icus** და უზანგი - **stapes.**

შიგნითა ყური მოთავსებულია საფეთქლის ძვლის სიღრმეში და ლაბირინთს უწოდებენ. გამოირჩევა ძვლოვანი ლაბირინთი და აპკისებური ლაბირინთი, რომელიც თითქმის იმეორებს ძვლოვანი ლაბირინთის ფორმასდა ფუნქციურად წონასწორობის პერიფერიული ორგანოა.

ლაბირინთში, როგორც ძვლოვანში, ასევე აპკისებურში არჩევენ ლოკოკინას, რომელიც ორ ნახევარრკალს. ამ ორ ლაბირინთს შორის არის სივრცე, რომელიც შეიცავ სითხეს - პერილიმფას, ხოლო აპკისებური ლაბირინთის შიგნის მოთავსებულია იგივე სითხე და მას აქ უწოდებენ ენდოლიმფას.

ლოკოკინას არხში, სპირალური ფირფიტის ძირში არის სპირალური კვანძი - კორტიის ორგანო, რომელიც სმენის რეცეპტორია. ლოკოკინისა და ნახევარრკალოვანი არხების ლაბირინთის კედლებში მოთავსებულია წონასწორობის მიმღები რეცეპტორები, სადაც არის ვესტიბულური აპარატი - სივრცეში ორიენტაციისა და წონასწორობის ორგანოაასე რომ, ნახევარრკალოვანი არხებიდან და კარიჭიდან გამოსული ორი ნერვი ერთიანდება და ეწოდება სმენა-წონასწორობის ნერვი. ვესტიბულური აპარატის გაღიზიანება შესაძლებელია სხეულის ბრუნვადი მოძრაობებით, ნჯღრევით, რწევით, ტანის ან თავის გადახრით.

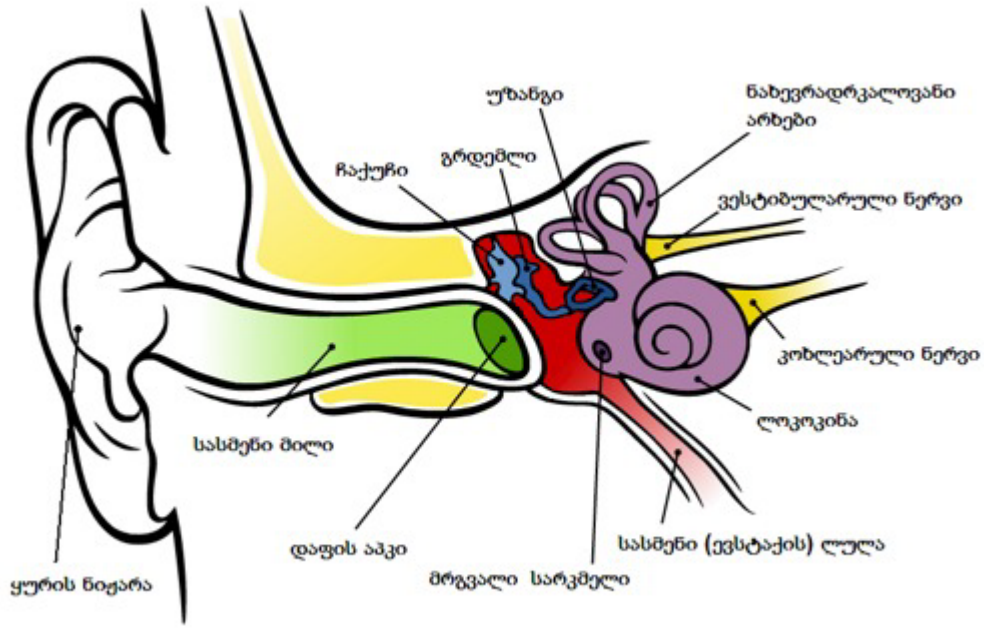
სმენის აღქმა ხდება შემდეგნაირად: ხმის ტალღები გაივლის გარეთა სასმენ მილს →შეესხება დაფის აპკს→იწვევს მის რხევას-ვიბრაციას, რომელიც გადაეცემა →სასმენ ძვლებს-→ჯერ ჩაქუჩს-→შემდეგ გრდემლს→და უზანგს, რომელიც მოთავსებულია ოვალურ ხვრელში, შემდეგ→პრიღიმფას, აამოძრავებს მას, ეს კი რხევას გადაცემს→ენდოლომფას, რომელიც გააღიზიანებს →ლოკოკინას კორტიის ორგანოს და →კარიბჭესა და ნეხევარრკალებში მოთავსებულ წონასწორობის პერიფერიულ რეცეპტორებს, სხვადასხვა ხასითის ნერვული ბოჭკოების შეერთებით მიიღება სმენა-წონასწორობის ნერვი, რომელიც გაივლის შიგნითა სასმენ ხვრელს და შედის ტვინში, აქედან სმენის ნერვი მიემართება ტვინის საფეთქლის წილის ზემო ხვეულის ქერქში, სადაც სმენის ცენტრია, ხოლო წონასწორობის ნერვი მიემართება ნათხემისკენ, სადაც წონასწორობის ცენტრია.

ადამიანს შეუძლია მხოლოდ 1,6სმ-დან 20მ-მდე სიგრძის ტალღის მქონე, იგივე 16000-20000 ჰერცის სიხშირის მქონე ბგერების აღქმა.

ყურა აქვს კარგი ინერვაცია, რის შედეგიცაა ყურის უნარი - აღიქვას ბგერები.

ყურის კვება ხდება გარეთა საძილე არტერიის სამი ტოტით და ყურის არტერიით.

ყური რამდენიმე გასასვლელითა ცხვირისა და პირის ღრუებს და ქალას ძვლოვან სინუსებს უკავშირდება.



ყნოსვის ორგანო

ყნოსვის ორგანო მოთავსებულია ცხვირის ღრუს ლორწოვან გარში - საყნოსავ მიდამოში. მას უჭირავს ცხვირის ზემო და შუა ნიჟარის და ცხვირი ძგიდის ზემო ნაწილი. ამ ადგილებში ლორწოვანი მუქი ყვითელი ფერისაა და შეერთებულია ცხვირის ძვლისსაზრდელასთან. ეპითელი ერთშრიანი ცილინდრული ფორმისაა და შედგება ორნაირი უჯრედისაგან:

- საყნოსავი უჯრედები, რომელივ წაგრძელებული ფორმისაა და ცხვირის ღრუსკენ იყურება უამრავი უძრავი წამწამით,ხოლო მეორე ბოლო ყნოსვის ბოჭკოებში გადადის, გაივლის ცხავის ძვლის დაცხრილულ ფირფიტას, შედის ქალა ღრუში და უერთდება საყნოსავ ბოლქვს.
- საბჯენი - საყრდენი უჯრედები - საყნოსავი უჯრედებს შორისაა მოთავსებული,ცილინდრული ფორმისაა და თითქმის ერთ დონეზეა დალაგებული.

ყნოსვის მიდამოს ლორწოვანი შეიცავს მარტივ სეროზულ ჯირკვლებს. მათ მიერ გამოყოფილი სეკრეტი ასველებს საყნოსავ არეს.
ადამიანის ყნოსვის ზონის საერთო ფართობი 5 სმ2-ს შეადგენს.

ყნოსვისა და გემოვნების ზონები მოთავსებულია ნეხევასფეროს შუა ზედაპირზე.

გემოვნების ორგანო

პირის ღრუში მოთავსებულია ენა – **lingua**- განივზოლიანი ბოჭკოიანი ორგანო. მას ბევრი ფუნქცია აქვს: მეტყველების, ღეჭვის, ყლაპვის, წოვის, გემოვნებისა და ნერწყვის გამოყოფის ფუნქციები.
გემოვნების შეგრძნება ხდება ენის ზურგზე არსებული რეცეპტორების მეშვეობით, რომლებიც განლაგებულია დვრილებში.

ენას აქვს ზემო ზედაპირი-ზურგი-**dorsum linguae** და ქვედა ზედაპირი, რომელიც მცირეა-**facies inferior**, რომელზეც არის ენის ძგიდე-**septum linguae**, გარდამავალი ადგილები-კიდეები-**margo linguae**.

ენის ზურგზე არჩევენ ხუთი სახის დვრილს:

1.ძაფისებრი- **papillae filiformes**;

2.კონუსისებრი -**p. Conicae;**

3.სოკოსებრი- **p. Fingiformes;**

4.შემოზღუდული- **p. vallatae**

5.ფოთლისებრი- **p.foliatae**

ძაფისებრი და კონუსისებრი დვრილები ბევრია და სწორედ ისინი განაპირობებენ ენის ხორკლიან ზედაპირს. მათი ზომაა- 0,6-2,5მმ. დიამეტრი- 0,1-0,6მმ. ეს დვრილები განაპირობებენ ტკივილის, შეხების და ტემპერატურის შეგრძნებებს.

სოკოსებრი დვრილები უსისტემოდ არიან განლაგებული მწერვალზე და გვერდებზე. ისინი მონაწილეობენ გემოვნების აღქმაში-(150-200ც.)

ფოთლისებრი დვრილები-გვერდით და კიდეებზე, ბავშვებთან უკან. 15-20 თითოეულ მხარეს-აღიქვავენ ტკბილ, მჟავე და მლაშე გემოს.

შემოზღუდული დვრილები ენის ყველაზე დიდი ზომოს დვრილები არიან-3-6მმ სიმაღლის და 2მმ. დიამეტრის. განლაგებული არიან ენის უკანა ზედაპირზე და მიიჩნევენ რომ ისინი მხოლოდ მწარე გემოს შეიგრძნობენ.

დვრილები შედგებიან:

- გემოვნების უჯრედებისაგან;
- საბჯენი უჯრედებისაგან

გემოვნების უჯრედი სპეციფიური უჯრედია, ის თათისტარისებური ფორმისაა. მისი ზემო ბოლო კონუსივით შევიწროვებულია და გამოშვერილია გემოვნების ფოსოში.
საბჯენ უჯრედებს გემოვნების ბოლქვის უმეტესი ნაწილი უჭირავს. ენა-ხახის ნერვის საშუალებით ხდება გემოვნებითი აღგზნების გადაცემა ცენტრამდე.
კითხვები:

1. რა ფუნქცია აქვს კანს?
2. რისგან შედგება კანი?
3. რა შრეებისგან შედგება კანი?
4. რა თვისებები აქვს თვალს?
5. ჩამოთვალეთ ბადურას შრეები.
6. აღწერეთ ყურის ანატომიური აგებულება.
7. როგორ ხდება სმენის აღქმა?
8. რამდენი ჰერცის სიხშირის აღქმა შეუძლია ყურს?
9. როგორი უჯრედებისაგან შედგება ცხვირის ეპითელი?
10. რამდენი სახის დვრილია მოთავსებული ენაზე?

http://www.mkurnali.ge/rchevebi90/2000-2010-07-01-09-43-24.html?start=1

http://irmadugashvili-irma.blogspot.com/2011_09_01_archive.html

http://biologyabitur.blogspot.com/2011/02/blog-post_20.html?view=snapshot
http://www.medgeo.net/2009/10/21/skin-2/

http://irmadugashvili-irma.blogspot.com/2011_09_01_archive.html

დაავადებების სიმპტომები

სისტემების მიხედვით დაავადებების დადგენა და იდენტიფიცირება

ამ თავში განხილულია სისტემების მიხედვით დაავადებები და მათი სიმპტომები. ალერგიული და დერმატოლოგიური დაავადები და სიმპტომები.

ნერვული სისტემის პათოლოგია

ინსულტი



ინსულტი ანუ ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა იწვევს მოძრაობით, ქცევით, გონებრივ, ემოციურ და სხვა სახის დარღვევებს. ინსულტის განვითარების რისკ-ფაქტორებია:

- არაჯანსაღი კვება
- ეკოლოგიური მდგომარეობა
- ცხოვრების არაჯანსაღი წესი
- შაქრიანი დიაბეტი
- სხადასხვა ეტიოლოგიის ჰიპერტენზია
- ადრე გადატანილი ინსულტი
- არტერიის კედლის ათეროსკლეროზი
- მოციმციმე არითმია
- სიმსუქნე
- სიგარეტი
- დატვირთული ოჯახური ანამნეზი

ინსულტი ვიტარდება ტვინის მკვებავი რომელიმე სისხლძარღვის დახშობის დროს (იშემია - ინფარქტი) ან გასკდომით (სისხლჩაქცევა - ჰემორაგია). შესაბამისად განარჩევენ ორი სახის ინსულტს:

- იშემიური ინსულტი
- ჰემორაგიული ინსულტი

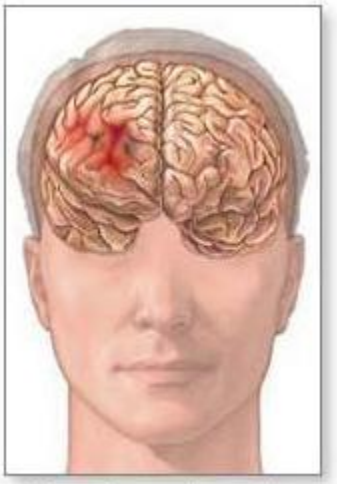
ინსულტის ძირითადი მიზეზებია - თრომბოზი, ემბოლია და სისხლჩაქცევა.

თრომბოზი - (ბერძ. - შედედება) - სისხლძარღვის სანათურში ან გულის ღრუებში სისხლის კოლტის წარმოქნას ნიშნავს. ტვინის სისხლძარღვთა თრომბოზი ინსულტის განვითარებას უწყობს ხელს.

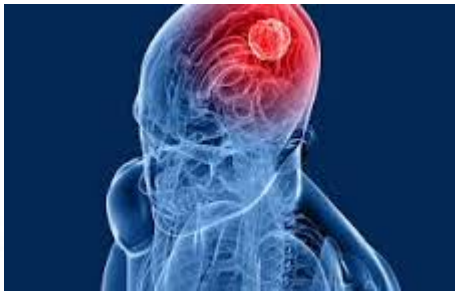
იშემიური ინსულტი

ინსულტების უმრავლესობა იშემიური ხასიათისაა. მკვებავი სისხლძარღვების შევიწროვებისა ან დახშობის გამო წყდება ტვინის რომელიმე უბნის სისხლით მომარაგება და ტვინი რბილდება. ყველაზე მეტად მიზეზია: - ათეროსკლეროზული ფოლაქების გამო სანათურის შევიწროვება, მოწყვეტილი თრომბი, სისხლძარღვის ხანგრძლივი სპაზმი, სისხლძარღვის მიჭყლეტა სიმსივნური წარმონაქმნით. ზოგჯერ ის ძილის დროს აღმოცენდება. მეტწილად ემართებათ 40-50 წელს გადატანებულ პირებს.

ჰემორაგიული ინსულტი



ჰემატომა თავის ტვინში



ამ დროს სისხლძარღვი სკდება და ტვინის ქსოვილში ჩაიღვრება სისხლი, წარმოიქმნება ჰემატომა. ამის მიზეზი შეიზლება იყოს ანევრიზმა ან სისხლძარღვის კედლის მთლიანობის დარღვევა ათეროსკლეროზული ცვლილებების გამო. მაპროვოცირებელი ფაქტორებია არტერიული წნევის მკვეთრი ცვლილება, გონებრივი და ფიზიკური გადატვირთვა, სტრესი. ამ ფორმის ინსულტი უფრო უშვიათია, მაგრამ უფრო მეტად საშიში. ჰემორაგიული ინსულტი უფრო ახალგაზრდა საკში ემართებათ - 40 წლამდე და ათიდან შვიდი შემთხვევა სიკვდილით მთავრდება.

ორივე ტიპის ინსულტის დროს მიმდინარეობს ტვინის უჯრედების კვდომა. ავადმყოფის მდგომარეობა და პროგნოზი დამოკიდებულია იმაზე, თუ ტვინის რომელი უბანია დაზიანებული, მაგალითად, თავის ტვინის წინა ნაწილში მდებარეობს მოძრაობის მართვის ცენტრები: მარჯვენა ჰემისფეროში - მარცხება ხელ-ფეხის და პირიქით, მარცხენა ჰემისფეროში - მარჯვენა ხელ-ფეხის. ტვინის ღეროს დაზიანებისას - ვითარდება სახის კუნთების სისუსტე ერთ მხარეს და კიდურების სისუტე მეორე მხარეს. ამ დროს ვიტარდება დამბლა -აქტიურ მოძრაობათა შეზღუდვა ან სრული შეუძლებლობა. ინსულტის დროს ხშირია მგრძნობელობის დარღვევა, მხედველობისა და მეხსიერების დაქვეიტება, თავბრუსხვევა და სხვა.

ინსულტის მკურნალობის ორი მეთოდი არსებობს: კონსერვატორული და ქირურგიული. არჩევანი ინსულტის ფორმასა და ტვინის დაზიანების ხარისხზეა დამოკდებული.

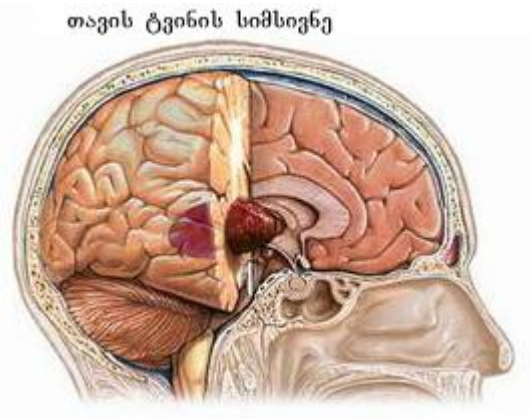
ინსულთის გადატანის შემდგომ პერიოდში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება სწოე რეაბილიტაციას სხვადასხვა მეთოდებით. შედეგი დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე და პაციენტის მდგომარეობაზე.

თავის ტვინის სიმსივნეები -

არსებობს შემდეგი სახის სიმსივნეები:

- ნეიროექტოდერმული
- ღრუბლისებრ-სისხლძარღვანო
- ჰიპოფიზური
- მეტასტაზური

ყველაზე ხშირია **ნეიროექტოდერმული სიმსივნეები:**

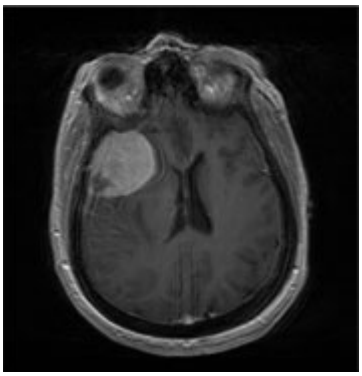


- ასტროციტომა- კეთილთვისებიანი ინფილტრატულად მზარდი სიმსივნეა. ის დიდი ზომის კისტურ ღრუებს შეიცავს. მოზრდილებში ოკალიზებურია უფრო მეტად ნეხევარსფეროებში, ბავშვებში კი ნათხემში. ამოკვეთის შემდეგ პროგნოზი კეთილსაიმედოა.
- ოლიგოდენდროგლიომა -შედარებით იშვიათი ფორმაა.უფრო საშუალო ასაკში ჩდება. ნელა იზრდება და უმედესად ჰემისფეროების თეთრი ნივთიერებით შემოისაზღვრება. შესაძლოა ტვინის რეროსა და მხედველობის ნერვშიც იყოს ლოკალიზებული.
- გლიობლასტომა - ავთვისებიანი, ინფილტრატულად სწრაფად მზარდი სიმსივნეა. უპირატესად ასაკოვან მამაკაცებში გვხდება და დიდ ჰემისფეროებში ლოკალიზდება, სადაც დიდ ზომას აღწევს და ტვინი პარკუჭებში ჩაიზრდება, თუმცა მეტასტაზები არ ახასიათებს. ხშირია სიმსივნურ ქსოვილში სისხლჩაქცევები. რადიკალური ამოკვეთის შემდეგ შესაძლებელია რეციდივი, რადგან ინფილტატიული ზრდის გამო დაზიანებილ და საღ ქსოვილს შორის ზუსტი საზღვრის დადგენა ძნელია.
- მედულობლასტომა - ავთვისებიანი, ინფილტრატულად სწრაფად მზარდი სიმსივნეა, რომელსაც სუბარაქნოიდალურ სივრცეში, ზურგის ტვინსა და ტვინის პარკუჭებში მეტასტაზირება ახასიათებს. განსაკუთრებულად ავთვისებიანია ბავშვებში.
- ეპენდიმომა - კეთილთვისებიანი, ნელა მზარდი, ტვინის პარკუჭების კედლებთან დაკავშირებული სიმსივნეა. იშვიათად გვხვდება მისი ავთვისებიანი ფორმა - ეპენდიმობლასტომა.
- პაპილომა - ქორიოიდპაპილომა - ტვინი პარკუჭების სისხლძარღვების ეპთელიუმისაგან წამოქმნილი კეთილთვისებიანი სიმსივნეა. მისი ავთვისებიანი ფორმაა - ქორიოდკარცინომა.
- პინეალომა - კეთილთვისებიანი სიმსივნეა დ ვიტარდება ეპიფიზის ელემენტებიდან. ის შეიძლება იყოს თხილისოდენა და ბატის კერცხის ზომისაც. პატარა ბიჭებთან გვხვდება

და იწვევს სქესობრივი მომწიფების მკვეთრ დარღვევას - აჩქარებს. მისი ავთვისებიანი ვარიანტია - პინეობლასტომა.

- ნევრინომა - თავის ტვინის ნერვების ფესვების კეთილთვისებიანი, კაფსულირებული სიმსივნეა. წარმოიქმნება ქალას ღრუში. უპირველესად მისი ლოკალიზაციის ადგილია შიდა სასმენი მილის კედელი, შედარებით იშვიათად სამწვერა და სხვა ნერვები.

ღრუბლისებრ-სისხძარღვოვანი სიმსივნეები:



- მენინგიომა - ტვინის გარსებთან დაკავშირებული კეთილთვისებიანი სიმსივნე, ნელა მზარდი, არატვინოვანი, კარგად შემოსაზღვრული, ადვილად ხელმისაწვდომი ქირურგიული მკურნალობისათვის.
- ანგიორეტიკულომა - ტვინის სისხლძარღვების კედლის კეთილთვისებიანი სიმსივნე, კარგად შემოსაზღვრული, ნელა მზარდი, დიდი კისტოზური ღრუების შემცველი. უმეტესად ლოკალიზებულია ნათხემში. ჰემისფეროებში, იშვიათად მოგრძო ტვინში. მისი ავთვისებიანი ვარიანტის - ანგიორეტიკულოსარკომა.

ჰიპოფიზური სიმსივნეები:

- ჰიპოფიზის ადენომა - ვითარდება თურქული კეხის მიდამოში, ჰიპოფიზის წინა ჯირკლოვანი წილიდან. ახასიათებს ზრდა და გარშემო ქსოვილებზე ზეწოლა. ძირითადად კეთილთვისებიანია, მის ავთვისებიან ფორმას ადენოკარცინომა წარმოადგენს.
- კრანიოფარინგიომა - თანდაყოლილი, ნელა მზარდი, რთული შენების სიმსივნეა. შედგება გადაგვარებული სიმსივნური ქსოვილისგან და კისტოზური ღრუებისგან.

მეტასტაზური სიმსივნეები:

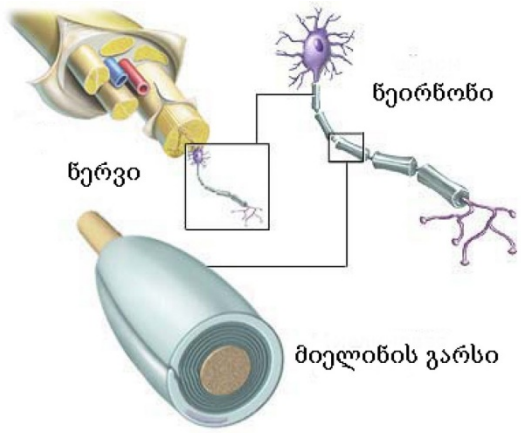
თავის ტვინში მეტასტაზური სიმსივნის გაჩენის მიზეზი სესაძლებელია იყოს მებისმიერი ორგანო.

თავის ტვინის სიმსივნეების კლინიკა:

- ქალაშიგა წნევის მომატება - ინტრაკარანიალური ჰიპერტენზია
- თავის ტკივილი

- გულისრევის შეგრძნება და პირღებინება
- მხედველობის ნერვის შეშუპება
- დაზიანებული უბნის შესაბამისი ფუნქციის მოშლა
- გულყრები
- ტკივილი

გაფანტული სკლეროზი



გაფანტული სკლეროზი ცენტრალური ნერვული სისტემის ქრონიკული დაავადებაა, რომელსაც ცენტრალური ნერვული სისტემის (თავისა და ზურგის ტვინის ნერვების) დეგენერაცია ახასიათებს.
გაფანტული სკლეროზის დროს (ანთების შედეგად) ზიანდება მიელინის გარსი, რომელიც ფარავს ნერვს და მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მასში იმპულსის გატარებასა და ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში.
აქედან გამომდინარე, ხდება ნერვების დემიელინიზაცია, ფერხდება მასში აღგზნების

გაფანტული სკლეროზი ცენტრალური ნერვული სისტემის ქრონიკული არაპროგნოზირებადი დაავადებაა, რომელსაც უმეტესად პროგრესული მიმდინარეობა ახასიათებს. ამ დაავადების დროს ზიანდება თავის ტვინი, მხედველობის ნერვები, ზურგის ტვინი, რაც იწვევს ორგანიზმის შესაბამისი ფუნქციების მოშლას. დაავადებას ახასიათებს ქაოსურად გაფანტული დემიელინიზებული კერების წარმოქმნა.

მიელინი ლიპიდურ-ცხიმოვანი ნივთიერებაა, რომელიც გარს აკრავს ნერვულ ბოჭკოებს. არსებობს ორი სახის ნერვული ბოჭკო: მიელინიანი და უმიელინო. მიელინიანი ბოჭკოები ცენტრალურ და პერიფერიულ ნერვულ სისტემებში გვხვდება, ხოლო უმიელინო - ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სიმპათიკურ ნაწილში. გაფანტული სკლეროზის დროს მიელინის გარსი განიცდება, უფრო ზუსტად, მას ინელებს იმუნური სისტემის უჯრედები, რის გამოც ნერვული სისტემის ფუნქციები თანდათან ირღვევა, ეს კი მძიმედ აისახება პაციენტის როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქოემოციურ მდგომარეობაზე.

გაფანტული სკლეროზი იმუნოანთებით დაავადებად განიხილება. მისი უშუალო მიზეზი დღემდე დაუდგენელია. ვარაუდობენ, რომ დაავადება უკავშირდება ბავშვობაში გადატანილ ვირუსულ ინფექციას. ზოგიერთი მკვლევარის აზრით, მას იწვევს ფილტრში გამავალი ნეიროტროპული ვირუსი, რომელიც ბიოლოგიურად ახლოს უნდა იდგეს მწვავე გაფანტული ენცეფალომიელიტის გამომწვევთან. რაც მთავარია, დაავადების მიმდინარეობაში განსაკუთრებული ადგილი უკავია ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მიმდინარე აუტოიმუნურ, ნეიროალერგიულ პროცესებს, რომელთა საფუძველზეც ორგანიზმის იმუნური სისტემა საკუთარი ნერვული ბოჭკოების მფარავ მიელინის გარსს ებრძვის და ინელებს. მიელინის გარსს განახლება-აღდგენის უნარი შესწევს. ასე რომ, ნერვულ სისტემაში მიმდინარეობს რემიელინიზაციის პროცესიც. ამით აიხსნება, რომ მდგომარეობა ზოგჯერ სავსებით ან ნაწილობრივ გამოსწორდება ხოლმე, თუმცა თუ დაზიანების ძველ კერას ახალი მიემატა, განახლება-აღდგენა ნაკლებ სრულფასოვანი ხდება. გაფანტული სკლეროზის გამწვავების პერიოდში წარმოიქმნება მწვავე ანთებითი კერები მიელინის გარსის შესივებითა და შეშუპებით. რამდენიმე კვირის ან თვის შემდეგ ანთებისა და შეშუპების ეს ლოკალური კერები ქრება და მათ ადგილას რჩება მრავლობითი ნაწიბური - დაზიანებული უბნები, რომელთაც ფოლაქებს უწოდებენ. ეს ფოლაქები მიმოფანტულია ცენტრალური ნერვული სისტემის თეთრ ნივთიერებაში. მიელინის დაზიანება და განლევა ნერვულ ბოჭკოებში იმპულსთა გატარების ნაწილობრივ ან სრულ შეფერხებას იწვევს. ტვინიდან ორგანოებსა და ქსოვილებს ნერვული იმპულსები შეფერხებით მიეწოდება, ზოგჯერ კი საერთოდ აღარ მიეწოდება, რაც ნერვული დარღვევებით ვლინდება.

გაფანტული სკლეროზი უმეტესად ახალგაზრდა ასაკში ვითარდება, საზოგადოდ კი 15-დან 60 წლამდე ნებისმიერ დროს შეიძლება გამოვლინდეს. ორჯერ უფრო ხშირად ემართებათ ქალებს. მემკვიდრეობით არ გადაეცემა. აშშ-ში გაფანტული სკლეროზით დაავადებულია 300 ათასზე მეტი ადამიანი. სიცოცხლის ყველაზე პროდუქტიულ პერიოდში სრული ინვალიდობის გამომწვევი მიზეზებიდან გაფანტული სკლეროზი მხოლოდ ტრავმებსა და რევმატოლოგიურ დაავადებებს ჩამოუვარდება.

სიმპტომები:

გაფანტული სკლეროზის თავისებურებებს შორის აღსანიშნავია სიმპტომთა დიდი მრავალფეროვნება. დაავადების პირველი ნიშნები არცთუ იშვიათად ამა თუ იმ მაპროვოცირებელი ფაქტორის: ტრავმის, ოპერაციის, ნერვული სტრესის, მშობიარობის, სხვა დაავადების - ზემოქმედების შემდეგ ვლინდება. დაავადება შეიძლება დაიწყოს მგრძნობელობის სხვადასხვაგვარი მოშლით. ზოგჯერ ჩნდება დაბუჟების, ჭიანჭველების ცოცვის ან ჩხვლეტის შეგრძნება ზემო და ქვემო კიდურებში, ვითარდება მხედველობითი, ვესტიბულური და მოძრაობითი დარღვევები - კუნთების სისუსტე და სპასტიკურობა (დუნე მოძრაობები), კოორდინაციის მოშლა და სიარულის ამა თუ იმ სახის დარღვევა. ტიპობრივი ნიშნებია აგრეთვე ადვილად დაღლა, სისუსტე, შარდის შეკავების კონტროლის მოშლა, სქესობრივი ფუნქციის დარღვევა. მრავალწლიანი მიმდინარეობისას ინტელექტის დაქვეითებაც აღინიშნება.
გაფანტულ სკლეროზს არაპროგნოზირებადი მიმდინარეობა ახასიათებს. ის ზოგჯერ კეთილთვისებიანად მიმდინარეობს და ნელა პროგრესირებს, გამწვავება შედარებით

იშვიათია, ხოლო რემისია (დაავადების გამოვლინებათა დროებითი შეწყვეტა) - შედარებით ხანგრძლივი. მაგრამ არის შემთხვევებიც, როდესაც დაავადება ძალზე სწრაფად პროგრესირებს და შედარებით ავთვისებიანი მიმდინარეობით გამოირჩევა.

დიაგნოსტიკა

გაფანტული სკლეროზის დიაგნოსტიკა რთული ამოცანაა, ვინაიდან დაავადებას არ ახასიათებს სპეციფიკური კლინიკური, რენტგენოლოგიური, ელექტროფიზიოლოგიური და ლაბორატორიული ნიშნები, მით უფრო - ადრეულ სტადიებზე.

- ნევროლოგიური გასინჯვა-შემოწმება საშუალებას იძლევა, გამოვლინდეს მგრძნობელობის მოშლა და დაავადების გარკვეული სიმპტომები, რომელთა შეფასებითაც განისაზღვრება პაციენტის ინვალიდობის ხარისხი.
- მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია გამოკვლევის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური თანამედროვე მეთოდია, რომელიც თავისა და ზურგის ტვინში ავლენს გაფანტული სკლეროზისთვის დამახასიათებელ ცვლილებებს. ამ გამოკვლევისას ვენაში შეჰყავთ სპეციფიკური კონტრასტული პრეპარატები. კონტრასტული ნივთიერება აკუმულირდება (გროვდება) აქტიური ანთების კერაში და უკეთ ჩანს დემიელინიზებული კერები (ფოლაქები). ფოლაქებს დამახასიათებელი ფორმა და ლოკალიზაცია აქვს. მათი ზომა, წესისამებრ, 1-5 მმ-ია, მაგრამ შერწყმისა და შეშუპების გამო ზოგჯერ 10 მმ-საც აღწევს. შედარებით ახალ კერებს უსწორმასწორო და არამკვეთრი კონტურები აქვს. დემიელინიზებული კერების ლოკალიზაციის ტიპური ადგილია გვერდითი პარკუჭები (ასეთ შემთხვევაში ამბობენ, რომ ფოლაქები მდებარეობს პერივენტრიკულურად), ზოლიანი სხეული, ნათხემი და ზურგის ტვინი. მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია გაფანტული სკლეროზით დაავადებულ პაციენტს რამდენიმეჯერ უნდა ჩაუტარდეს, რათა მოხდეს პროცესის მიმდინარეობასა და დაავადების დინამიკაზე დაკვირვება, ჩატარებული თერაპიის ეფექტურობაზე მსჯელობა და სხვა.
- თავ-ზურგტვინის (ცერებროსპინალური) სითხის გამოკვლევისას ლიქვორში ვლინდება ლიმფოციტებისა და განსაკუთრებული ცილების - იმუნოგლობულინების მომატება
- გამოწვეული პოტენციალების ანალიზით ადგენენ ნერვული სისტემის დაზიანებულ "მუნჯ" კერებს (ეს ის კერებია, რომლებიც კლინიკურად არაფრით ვლინდება).
- მნიშვნელოვანი სადიაგნოსტიკო მეთოდია იმუნოლოგიური გამოკვლევაც, მით უფრო, რომ გაფანტული სკლეროზი აუტოიმუნური დაავადებაა. შესაბამისად, უჯრედული და ჰუმორული იმუნიტეტის მაჩვენებელთა შეფასებასა და მონიტორინგს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. სხვადასხვა გამოკვლევამ ცხადყო, რომ გაფანტული სკლეროზის დროს იმუნოლოგიური მონიტორინგის ყველაზე ინფორმაციული და ხელმისაწვდომი მეთოდია CD4+ და CD8+ T- ლიმფოციტების თანაფარდობის განსაზღვრა. ჯანმრთელ ადამიანებში ეს მაჩვენებელი დაახლოებით 1,3-ს შეადგენს, ხოლო დაავადებულებში 1,7-1,8-მდე იზრდება. გამოკვლევისას გაირკვა ისიც, რომ შრატისმიერი ინტერფერონის დონის მატება ემთხვევა დაავადების გამწვავების სტადიას, ხოლო ნორმალიზაცია - რემისიისას.

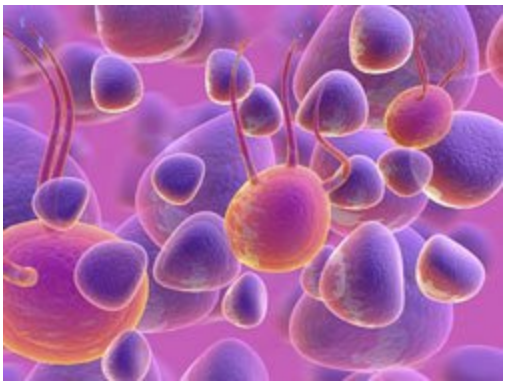
მკურნალობა

ვინაიდან გაფანტული სკლეროზი იმუნური სისტემის ერთგვარი დეფექტის შედეგია, მკურნალობის ტრადიციული მეთოდის მთავარ სამიზნეს სწორედ იმუნური უჯრედები წარმოადგენს. პრეპარატებიდან იყენებენ როგორც იმუნომოდულატორებს (ინტერფერონებს, გლათირამერ აცეტატ-კოპაკსონს), ასევე იმუნოსუპრესანტებს (მიტოქსანტრონს, ციკლოფოსფანს, აზათიოპრინს, გლუკოკორტიკოსტეროიდებს და სხვა).

მკურნალობის ახალი მეთოდი

გაფანტული სკლეროზის დროს ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაციის შესწავლა ევროპასა და ამერიკაში ერთდროულად დაიწყო 1995 წლიდან. 2007 წლისთვის მთელ მსოფლიოში გაფანტული სკლეროზის სამკურნალოდ ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაციის 400-მდე ოპერაცია განხორციელდა. მკურნალობის ამ მეთოდით შესაძლებელია დაავადების მიზეზის - თავისა და ზურგის ტვინის დამზიანებელი აუტოიმუნური თ-ლიმფოციტების - ლიკვიდაცია. დაავადების ადრეულ ეტაპზე განხორციელებული ტრანსპლანტაცია პათოლოგიური პროცესის პროგრესირებას აჩერებს. ოპერაცია არ ტარდება შორს წასული ფორმების დროს, როცა უკვე მრავალი წელია აღინიშნება მოძრაობის დარღვევა, შარდის გამოყოფისა და ნაწლავთა დაცლის მოშლა და სხვა. ოპერაციული ჩარევის შესაძლებლობა და მიზანშეწონილობა თითოეული პაციენტისთვის მისი მდგომარეობის საფუძვლიანი შესწავლის შემდეგ ინდივიდუალურად განისაზღვრება.

ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაცია



პაციენტის საფუძვლიანი ნევროლოგიური, ჰემატოლოგიური და ზოგადი გამოკვლევის შემდეგ ხდება ღეროვანი უჯრედების მობილიზაცია და მომზადება.
I ეტაპზე სპეციალური მოწყობილობის (სეპარატორის) საშუალებით პაციენტის სისხლიდან გამოარჩევენ ღეროვან უჯრედებს. პერიფერიულ სისხლში ღეროვანი უჯრედები ძალიან ცოტაა, შესაბამისად, ასეულობით ათასი უჯრედიდან მათი საჭირო რაოდენობის გამოყოფა არც ისე ადვილია და საკმაოდ დიდ დროს მოითხოვს: ზოგჯერ - 2-3 დღეს, ზოგჯერ - კვირებსა და თვეებსაც კი. მიღებული ღეროვანი უჯრედები სათანადო პირობებში ინახება. ამით

სრულდება პირველი ეტაპი.
II ეტაპზე ანადგურებენ ავადმყოფ იმუნურ უჯრედებს, რომლებიც აზიანებენ ცენტრალური ნერვული სისტემის ქსოვილს. ეს საკმაოდ ძნელია, რადგან ავადმყოფი უჯრედები არა მხოლოდ თავისა და ზურგის ტვინში, არამედ პრაქტიულად მთელ ორგანიზმშია მოდებული. მათ გასანადგურებლად პაციენტის ორგანიზმში შეჰყავთ ძლიერი იმუნოსუპრესორული და ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები, რომლებიც თითქმის მთლიანად სპობს იმუნური სისტემის ავადმყოფ უჯრედებს.
III ეტაპზე პაციენტის ორგანიზმში ინტრავენურად შეჰყავთ წინასწარ მომზადებული ღეროვანი უჯრედები. გაფანტული სკლეროზით დაავადებულის ორგანიზმში მოხვედრილი ღეროვანი უჯრედები ორ ფუნქციას ასრულებენ: აღადგენენ იმუნური სისტემის სიჯანსაღეს, რითაც მას მუშაობის ნორმალურ რეჟიმში აბრუნებენ და ხელს უწყობენ სისხლის წარმოქმნის პროცესის აღდგენას. ამჟამად ვარაუდობენ, რომ გადანერგილი ღეროვანი უჯრედები ტვინის ნივთიერებაში ხვდებიან და დაზიანებულ უბნებში ნერვულ ქსოვილსაც აღადგენენ.

მეორე ეტაპიდან მოყოლებული, პაციენტებს საგანგებო პირობებში ამყოფებენ. სისხლწარმოქმნისა და იმუნური სისტემის სრულფასოვან აღდგენას 10-14 დღე სჭირდება. ამ ხნის განმავლობაში ადამიანი განსაკუთრებულ მოვლასა და გაფრთხილებას, ინფექციურ დაავადებათაგან დაცვას საჭიროებს. იმუნური სისტემის ფუნქციის სრულ აღდგენამდე პაციენტს სტერილურ ბოქსში ამყოფებენ. ეს ბოქსი აღჭურვილია ჰაერისა და წყლის გამწმენდი სპეციალური მოწყობილობებით. ზოგჯერ საჭიროა პროფილაქტიკისთვის ანტიბიოტიკების, ანტივირუსული და ანტიმიკოზური პრეპარატების შეყვანა. ძლიერ ეფექტიანია ადამიანის იმუნოგლობულინის გამოყენება. ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაციიდან სამი კვირის შემდეგ პაციენტი მზად არის სტაციონარიდან გასაწერად. სტერილურ ბოქსში პაციენტის დაყოვნების ვადა ინდივიდუალურია და მის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზეა დამოკიდებული.

ალცჰაიმერის დაავადება



ალცჰაიმერის დაავადება არის დემენციის (მეხსიერების დაქვეითების) ყველაზე გავრცელებული ფორმა. ის არის უკურნებელი, დაგენერაციული დაავდება, რომელსაც თავის ტვინის ქერქული ფუნქციების პროგრესული დაქვეთება ახასიათებს. ეს დაავადება პირველმა

აღწერა გერმანელმა ფსიქოლოგმა ალიოზ ალცჰაიმერმა 1906 წელს. დაავადება ვლინდება 65 წლის შემდეგ.

არსებობს დაავადების წარმოშობის სამი ჰიპოთეზა:

- ძველი, ქოლინერგიული ჰიპოთეზის თანახმად, დაავდებას იწვევს ნეირომედიატორ აცეტილქოლინის სინტეზის დაქვეითება.
- ამილოიდური ჰიპოთეზა, რომლის შედეგადაც დაავადების ძირითადი მიზეზია ბეტა-ამილოიდების დაგროვება. ცილების მაკოდირებელი გენი, რომლისგანაც წარმოიშვება ბეტა-ამილოიდი, განლაგებულია 21-ე ქრომოსომაში. დაუნის სინდრომის დროს გვაქვს სწორედ 21-ე ქრომოსომის ტრისომია. დაუნის სინდრომის მქონე 40 წელს გადაცილებულ პირებთან ალცჰაიმერის მსგავსი დაავდება იქნა აღმოჩენილი. გენეტიკური განწყობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ტვინის ქსოვილში ამილოიდის ჭარბ დაგროვებაში.
- ტაუ-ჰიპოთეზა - რომლის თანახმად ტაუ-ცილების სტრუქტურაში ხდება გადახრები, რაც გამოიწვევს ნერვულ უჯრედებს შორის სიგნალების გადაცემის დარღვევას და შემდეგ ამ უჯრედების სიკვდილს.
- ჰერპესული ჰიპოთზა - ეს არის მანჩესტერის ნივერსიტეტის კვლრვის შედეგი, რომლის მიხედვით, დაავდების წარმოშობაში დიდი როლი ენიჭება ჰერპეს ვირუსს, რადგან ალცჰაიმერით დაავადებულის თავის ტვინში არსებულ ამილოიდურ ფოლაქებში აღმოაჩინეს ვირუსის დნმ-ი

ალცჰაიმერის დაავადების დროს ხდება ტვინის ატროფია - მოცულობისა და წონის შემცირება, ქერქის ხვეულების განლევა, ქერქის ღარებისა და პარკუჭების გაფართოება. ატროფიას ყველაზე მეტად განიცდის თხემის, საფეთქლისა და შუბლის წილები. თავის ტვინის სხვადასხვა უბნებში მიმდინარეობს აცეტილქოლინმწარმოებელი ნეირონების შემცირება.

კლინიკა:

ოთხ სტადიად იყოფა და ახასიათებს კოგნიტური და ფუნქციური დარღვევები:

- პრედემენცია - მეხსიერების დარღვევის პირველი გამოვლენა, შემოიფარგლება ათვისებისა და გახსენების უნარის დაქვეითებით. მეხსიერების პრობლემების გამო პაციებტს სეიძლება განუვითარდეს აპათია, რომელიც მთელი დაავდების მიმდინარეობისას რთულ ნეიროფსიქიატრიულ სიმპტომად რჩება.

- ადრეული დემენცია - პროგრესირებს მეხსიერების პრობლემები. აღსანიშნავია, რომ ამ სტადიაში უფრო შესამჩნევია არ ამეხსიერების პრობლემები, უფრო მეტყველების, აღქმის, შემსრულებლობითი და მოძრაობის დარღვევები.
- ზომიერი დემენცია - დაავადების პროგრესირების გამო დამოუკიდებელი ქმედების უნარი უფრო სუსტდება. მეტყველების დარღვევა აშკარა ხდება. სიტყვატა მარაგის სიმწირის გამო, დავიწყებული სიტყვის მაგივრად არაშესაბამის სიტყვებს იყენებს. ძლიერდება მეხსიეების პრობლემები, ისე რომ ოჯახის წევრებიც კი შეიძლება პერიოდულად ვეღარ იცნოს. მისი ემოციური სფერო ლაბილური ხდება- ადვილად იწყებს ტირილს, სპონტანურად აგრესიულია, ეწყება ბოდვა და ჰალუცინაცია.
- მძიმე დემენცია - ამ დროა პაციენტი მთლიანად სხაზეა დამოკიდებულია, გამზაფრებულია სიმპტომატიკა, დაავადება პროგრესირებს სწრაფად.

ალცჰაიმერი დაავადებისას მკურნალობის სედეგად დაავადების პროგრესირება ნელდება, თუმცა უკუგანვიტარება შეუძლებელია.

პარკინსონიზმი

ქრონიკული ნეიროდეგენერაციული დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს ც.ნ.სისტემაში დოფამინური ნეირონების პროგრესული დაზიანება და აქვს ძირითადი სიმპტომი -ხელების კანკალი, დამბლა. დაავადება პირველად აღწერა ინგლისელმა ექიმმა ჯ.პარკინსონმა 1817 წელს.

განასხვავებენ პირველად ანუ იდიოპათიურ პარკინსონიზმს და მეორად ანუ სიმპტომურ პარკინსონიზმს. ეს უკანასკნელი შეიძლება განპირობებული იყოს თავის ტვინის ტრავმით, ენცეფალიტით, ჰიდროცეპალიით, სიმსივნური დაავადებით, განსაზღვრული რაოდენობის მედიკამენტების ჭარბი მიღებით.

პარკინსონის დაავადების განვითარების რისკ-ფაქტორებია:

- ასაკი - 60 წლის ზევით

- მემკვიდრული განწყობა
- გარეგანი ფაქტორების ზემოქმედება

კლინიკა:

- მოძრაობის შენელება - ჰიპოკინეზია, ბრადიკინეზია
- მოძრაობის გაღარიბება - ოლიგოკინეზია
- კუნთების რიგიდულობა - შებოჭილობით, კანკალით (ტრემორი) და პოსტურალური მოშლილობით;
- არტიკულაციის დარღვევა;
- წონასწორობის დარღვევა;
- ნერწყვის გამოყოფისა და ყლაპვის მოშლა;
- ჭკუასუსტობა.

გამოყოფენ დაავადების სამ სტადიას:

- 1 სტადია - ვლინდება ჰიპოკინეზიით
- 2 სტადია - ვლინდება უფრო მეტად გამოხატულ ჰიპოკინეზიასთან ერთად ხელების კანკალი
- 3 სტადია -პაციენტი კარგავს დამოუკიდებელი ქმედების უნარს, სიმპტომები პროგრესირებს.

პირველადი პარკინსონის დაავადებისთვის დამახასიათებელია:

- მოსვენებითი ტრემორი
- თავის კანკალის არარსებობა
- აკინეზია
- ალკოჰოლთან კავშირის არარსებობა

ესენციური პარკონსონიზმისთვის დამახასიათებელია:

- აქსიალური(ღერძის ირგვლივ რკალური კანკალი)
- თავის კანკალი
- აკინეზიის არარსებობა

ეპილეფსია



ეპილეფსია ქრონიკული ფსიქონევროლოგიური დაავადებაა, რომლის ძირითადი სიმპტომია მოულოდნელი და განმეორებადი კრუნჩხვები.

ეპილეფსიის პათოგონეზში განიხილება პროცესების გარკვეული თანმიმდევრობა:

ეპილეფსიური ნეირონი -> ეპილეფსიური კერა ->ეპილეფსიური სისტემა -> ეპილეფსიური ტვინი.

ეპილეფსიური კერა ეს არის ეპილეფსიურ ნეირონთა ორგანიზებული ერთობლიობა, მისი ძირითადი თვისებაა ჰიპერსინქრონული განმუხტვების გენერირება. ეპილეფსიური კერის მეორე თვისებაა მისი დეტერმინანტული ხასიათი ანუ უნარი თავს მოახვიოს სხვა უბნების მუშაობას საკუთარი რეჯიმი. სწორედ ამის გამო ხდება მეორეული და მესამეული კერების ფორმირება. ეპილეფსიური კერა ჯერ კიდევ არ ნიშნავს დაავადებას, რადგან შესაძლებელია რომ გულყრები ჯერ არ განვითარდეს. კლინიკურად მანიფესტირებული ეპილეფსიის დროს გულყრების განვითარება განსაზღვრული სიხშირით ხდება, გულყრებს შორის პერიოდში ეპილეფსიური კერა შეკავებულ-დაბლოკილია. არსებობს მექანიზმები, რომლებიც ხელს უშლიან კერიდან ეპილეფსიური აქტივობის გავრცელებას. ეს არის ანტიეპილეფსიური სისტემა.

ეპილეფსიური გულყრა სხვადასხვა ტიპისაა, თუმცა თითოეულ მათგანს საფუძვლად უდევს თავის ტვინის ნეირონთა მაღალი ელექტრონული აქტივობა.

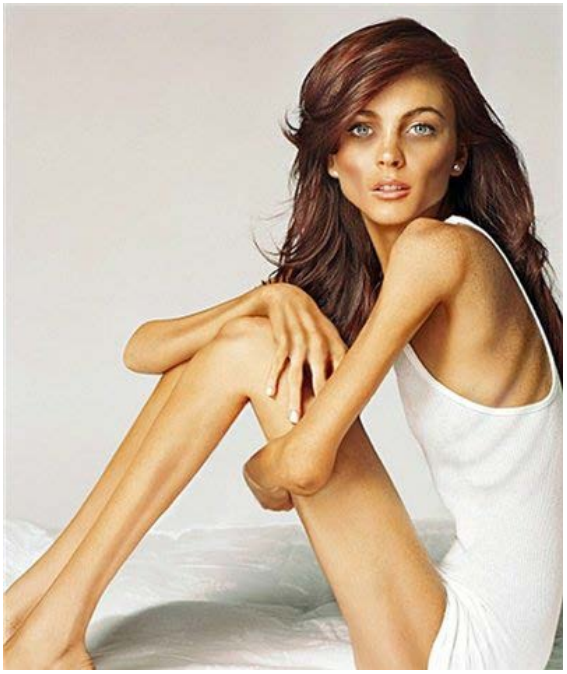
გულყრის ტიპები:

- **დიდი (გენერალიზირებული) კრუნჩხვითი გულყრა (ფრანგ. გრანდ მალ).** მას კარგად გამოხატული კრუნჩხვები ახასიათებს. კრუნჩხვას წინ უსწრებს პროდრომული პერიოდი, რომელიც რამდენიმე საათიდან რამდენიმე დღე გრძელდება. ამ დროს პაციენტი გაღიზიანებულია, ეცვლება გუნებ-განწყობა, ეცვლება მადა, იცვლება გარემოს რეალური აღქმა. ზოგ პაციენტს, უშუალოდ გულყრის წინ აქვს აუარა, რომელსაც პაციენტები კარგად შეიგრძნობენ და იციან რომ მალე გულყრა დაემართებათ, ეს შეიძლება იყოს გულისრევის შეგრძება, კუნთების თამაში, მღელვარება, ფერების განსაკუთრებული აღქმა. გულყრის წინ გამოსცემს ხმას - ყვირილი ან ხროტინი - კარგავს გონებას, ეცმა, სხეული ეძაბება, უნელდება სუნთქვა, ფითრდება ან რუხი მოლურჯო ფერის ხდება. ამას მოსდევს ხელების, ფეხების ამ მთელი სხეულის კრუნჩხვა (ტოკვა), ფართოვდება გუგები, არტერიული წნევა იმატებს, სახე წითლდება, ოფლიანდება, პირიდან გადმოდის ნერწყვი, შესაძლებელია უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია. მომდევნო ეტაპზე კუნთები დუნდება, სუნთქვა ღრმავდება, კრუჩხვა სუსტდება, ცნობიერება ბრუნდება, მაგრამ ძილბურანშია. ძილიანობა და გონების არევა ზოგჯერ მთელ დღეს გრძელდება. პაციენტს გულყრა არ ახსოვს, ზოგჯერ იხსენებს აურას, აწუხებს საერთო სისუსტე და თავის ტკივილი.
- **ფებრილური გულყრა** - გენერალიზირებული გულყრაა. უნვითარდებათ ბავშვებს მაღალი სიცხის დროს. ოჯახის წევრებს ანამნეზში აღენიშნებათ ბავშვობის ასაკში მსგავსი გულყრები მაღალი სიცხის დროს. ფებრილური კრუჩხვა მოგვიანებით თითქმის არასდროს არ ყალიბდება ეპილეფსიად.
- **ფოკალური (ნაწილობრივი) გულყრები** - ამ დროს პროცესი სხეულის რომელიმე ნაწილს მოიცავს. გულყრა ვლინდება კრუნჩხვით, დამბლით ან პათოლოგიური შეგრძნებებით. შესაძლებელია, რომ კრუნჩხვამ სხეულის ერთი ნაწილიდან მეორეზე გადაინაცვლოს ან გენერალიზირება განიცადოს. შეტევის დროს აღინიშნება უნებლიე ღეჭვითი მოძრაობები, სიცილი ან ღიმილი, კბილების ჭრიალი, წიხლების სროლა, მოძრაობა კოორდინირებულია, მაგრამ განმეორებადი და სტერეოტიპული. პაციენტი ვერ აღიქვამს გარშემომყოფებს. ხშირად შეტევა ვლინდება შიშით, არარეალური შეგრძნებებით, ჰალუცინაციით, ძილისმაგვარი მდგომარეობით.
- **მცირე გულყრები (პტი მალ)** - აბსანსი -გაურკვეველი ეტიოლოგიის გულყრა. აღმოცენდება ბავშვებში და გრძელდება 25 წლამდე. ბავშვი მოულოდნელად წყვეტს მოქმედებას, სახე უშეშდება, გამომეტყველება უაზრო უხდება, მზერა ერთ ადგილზეა მიმართული. შეტევის დასრულებისთანავე ბავშვი ჩვეულებრივ უბრუნდება შეწყვეტილ საქმიანობას, თითქოს არაფერი მომხდარა. ასეთი გულყრა ხშირად შეუმჩნეველი რჩება ხოლმე, ვიდრე გულყრების სიხშირის გამო არ განვითარდება ცნობიერების შეფერხება. გულყრის ეს სახეობა კარგად ემორჩილება ანტიკონვულსიურ მკურნალობას და მოზრდილ ასაკში ჩვეულებრივ გაივლის.

- **მცირე მოტორული გულყრები** - არსებობს სამი ტიპი:
  აკინეტიკური გულყრა - დროპ-შეტევა - ახასიათებს მოულოდნელი თავის ჩაქინდვრა ან წაქცევა.
  მიოკლონური გულყრა - ხანმოკლე - უნებლიე მოძრაობებით
  ახალშობილთა სპაზმი - ახალშობილთა მიოკლონია - აღმოცენდება წლინახევრის ასაკამდე, ახასიათებს ელვისებური შეტევა, რომელიც რამოდენიმე წამს გრძელდება და ტირილით მთავრდება.
- **ეპილეფსიური სტატუსი** - გულისხმობს განმეორებით, სერიულ ეპილეფსიურ გულყრებს, რომელიც ნახევ საათზე მეტ ხანს გრძელდება. ეპილეფსიური სტატუსი ნებისმიერი ტიპის გულყრით შეიძლება მიმდინარეობდეს. სიცოცხლეს საფრთხეს უქმნის გენერალიზირებული. თუ სტატუსი გაგრძელდა ხანგრძლივად, საშიშროება იქმნება, რომ განვითარდეს ტვინის მეორადი დაზიანება

~

ნერვული ანორექსია



ნერვული ანორექსია წარმოადგენს აშლილობას, რომელიც ხასიათდება სხეულის წონის ხანგრძლივი, მიზანმიმართული კლებით, რომელიც გამოწვეულია პაციენტის მიერ. ამასთან კრიტიკა საკუთარი მდგომარეობისა და ქცევისადმი გარკვეულად დაქვეითებულია. ცენტრალურ ფსიქოპათოლოგიურ ხაზს წარმოადგენს ზეღირებულოვანი დამოკიდებულება საკუთარი სხეულის ფორმასა და წონასთან, გასუქების შიში და ძლიერი სწრაფვა გახდომისაკენ. შედეგად ავადმყოფს უყალიბდება სხეულის ფორმის გაუკუღმართებული აღქმა, იმ შემთხვევაშიც კი, როცა ობიექტურად მისი წონა ნორმაზე გაცილებით ნაკლებია. მადის მომატების ან დაქვეითებისადმი ინტერესი ჯერ კიდევ უძველეს ცივილიზაციებში აღინიშნებოდა. ანორექსიასთან დაკავშირებით საკუთარი შეხედულებები ჰქონდათ პლატონს, არისტოტელეს. მათ გააჩნდათ ჰიპოთეზა საკვებსა და სიამოვნებას შორის ურთიერთდამოკიდებულების შესახებ . მე-11 საუკუნეში ავიცენას აღწერილი აქვს ფსიქიკური მდგომარეობა, რომელიც მოგვაგონებს ნერვული ანორექსიის კლინიკას. 1689 წელს მორტონ-მა პირველად აღწერა ნერვული ანორექსია და უწოდა “ნერვული ტუბერკულოზი”. ფსიქიატრიის განსაკუთრებული ყურადღება ამ პრობლემამ 137 წლის წინ მიიქცია. ინგლისელი ფსიქიატრი W. Gull-ი 1868 წელს აღწერს ნერვულ ანორექსიას, რომელსაც განიხილავს “აშლილობად - შიმშილით სიგამხდრის მიღწევისათვის” და შემოაქვს ტერმინი “Anorexia Nervosa ”, რითაც ხაზი გაუსვა მოცემული აშლილობის აღმოცენების ფსიქოლოგიურ მიზეზს. აგრეთვე, აღინიშნა დაავადების განვითარებაში ოჯახური გარემოს მნიშვნელოვანი როლი. ნერვული ანორექსიის ჭეშმარიტი გავრცელების განსაზღვრა ძნელია, ვინაიდან ავადმყოფები ხშირად მალავენ საკუთარ მოქმედებებს, რის გამოც ამბულატორიული შემთხვევების აღრიცხვა გაძნელებულია. აღსანიშნავია ის ფაქტიც, რომ ანორექსია, როგორც თავისებური ავადმყოფური გამოვლინება, სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვაგვარად ფასდება. ზოგიერთ

ქვეყანაში მისი საზღვრები მეტად ფართოა. ამასთან ერთად, მადის დაქვეითება ყოველთვის არ ნიშნავს ნერვულ ანორექსიას.
კლინიკურ პრაქტიკაში ნერვული ანორექსია ვითარდება უპირატესად პრეპუბერტალურ, პუბერტალურ და პოსტპუბერტალურ ასაკში, უფრო ხშირად გოგონებში, ვიდრე ვაჟებში. სხვადასხვა ავტორის მონაცემებით შეფარდება დაახლოებით ასეთია: 1: 20 კულტურათაშორისი კვლევის მიხედვით, თეთრკანიან პოპულაციაში ნერვული ანორექსიის სიხშირე შედარებით მეტია, ვიდრე შავკანიან პოპულაციაში დაავადების გავრცელება პუბერტატულ და მოზრდილობის ასაკში 1-5%-ია, 10-19 წლამდე გოგონებში ქრონიკულ დაავადებებს შორის უჭირავს მესამე ადგილი სიმსუქნისა და ასთმის შემდგომ. დაავადების ქრონიკული მიმდინარეობისას სუიციდის სიხშირე 1-5%-ია. აღსანიშნავია ისიც, რომ უკანასკნელი 40 წლის განმავლობაში დაავადების სიხშირე გაიზარდა სამჯერ. ნერვული ანორექსიის დებიუტი შეიძლება შედგეს 10-დან 30-წლამდე. თუ დაავადება აღნიშულ ასაკობრივ შუალედში არ გამოვლინდა, მაშინ ნერვული ანორექსია მიმდინარეობს ატიპიურად და აუცილებელია გადაიხედოს დიაგნოზი. დაავადების განვითარების სიხშირე იმატებს 13 წლიდან და პიკს აღწევს 17-18 წლის ასაკში. ნერვული ანორექსიის შემთხვევათა 85% ვითარდება 13-20 წლის ასაკში. ეპიდემიოლოგიური მონაცემები ვარიაბელურია. 100 000 მოსახლეზე ერთი წლის განმავლობაში დაავადების გამოვლინების სიხშირე 0. 37%-ი. ნერვული ანორექსიის ფაქტორების განხილვისას საჭიროა გავითვალისწინოთ რამდენიმე მომენტი, მათ შორის, გენეტიკური პრედისპოზიცია, გარემო ფაქტორები, ბავშვობაში გადატანილი ფსიქიკური ტრავმები, ხასიათობრივი და პიროვნული ნიშნები. ნერვული ანორექსიის განვითარების მიზეზების და მექანიზმების ასახსნელად მოწოდებულია სხვადასხვა განსაზღვრებები. ფსიქო-დინამიკური თეორიის თანახმად აღინიშნება გარკვეული ურთიერთდამოკიდებულება მამის თბილ, მაგრამ პასიურ ქცევასა და დედის ზედმეტად მკაცრ საქციელს შორის (შ.გამყრელიძე 1991).
თანამედროვე კვლევებზე დაყრდნობით შესაძლებელია ითქვას, რომ არსებობს გარკვეული ურთიერთდამოკიდებულება კვებით და პიროვნულ აშლილობებს შორის. ნერვული ანორექსიის შედარებით მაღალი კორელაცია ნანახია ისტერიული, ობსესიურ-კომპულსიური, დამოკიდებულების , გაქცევის და მოსაზღვრე პერსონოლოგიური აშლილობების შორის . ამ დროს გამოვლინდა მაღალი მაჩვენებლები ისეთ პარამეტრებში, როგორიცაა: დაბალი თვითშეფასება, საკუთარ შესაძლებლობებში დაურწმუნებლობა, პერფექციონიზმი, რიგიდულობა, ინტროვერტულობა (ქეთი ჭანტურია, 2002). განსაკუთრებით აღსანიშნავია პერფექციონიზმი (სწრაფვა სრულყოფისაკენ), რომელიც წარმოადგენს ერთ-ერთ ყველაზე მყარ და დამახასიათებელ ნიშანს. აქედან გამომდინარე, პერფექციონიზმი შესაძლოა წარმოადგენდეს ფენოტიპური ნიშნების კლასტერს, რომელიც ასოცირებულია ნერვული ანორექსიის გენეტიკურ წინასწარგანწყობასთან. ნერვული ანორექსიის ფსიქოპათოლოგიური კვლევისას ნანახია აღქმის და კოგნიტიური ფუნქციების დარღვევები. ბავშვობის ტრავმების მნიშვნელობის დასადგენად ჩატარებულ იქნა კვლევა, სადაც გამოყენებულ იქნა CECA (Childhood Experience of Care and Abuse Interview). ანორექსიით და

ბულიმიით დაავადებულებში CECA-ის მონაცემები მაღალი იყო ჯანმრთელ პოპულაციაში მიღებულ მონაცემებზე და თითქმის უტოლდებოდა დეპრესიით დაავადებულების გამოკვლევის შედეგად მიღებულ ციფრებს.
ნერვული ანორექსია ასოცირებულია აბერანტულ კვებით ქცევასთან, სხეულის ფორმის დამახინჯებულ აღქმასთან, იმპულსური ქცევის და გუნებ-განწყობის აშლილობებთან. თანამედროვე გამოკვლევებით დადგენილია, რომ ნეირონული სისტემის აშლილობებს აქვთ კავშირი აღქმასთან, გუნებ-განწყობის და იმპულსური ქცევის აშლილობებთან. ნეირონული სისტემები შეიცავენ ნეიროპეპტიდებს (CRH, ოპიოიდები, ნეიროპეპტიდ-Y (NPY), პეპტიდები: YY, ვაზოპრესინი,ოქსიტოცინი, CCK) და მონოამინებს (სეროტონინი, დოპამინი, ნორეპინეფრინი). ნერვული ანორექსიის დროს, კვლევებისას ნანახია ზემოთ ჩამოთვლილი ნეირომედიატორების ცვლის მოშლა. ამიტომ, მნიშვნელოვანია, რომ ნერვული ანორექსიისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების ალაგების შემდგომ განისაზღვროს, თუ რომელი ნეირომედიატორული სისტემა რჩება უცვლელი. კვლევების შედეგად დადგინდა, რომ წონის, მენსტრუალური ციკლის, შფოთვის, ობსესიების, პერფექციონიზმის ნორმალიზების შემდეგაც პერსისტირებს სეროტონინული სისტემის დისფუნქცია, მცირე ცვლილებებია დოფამინერგულ და სხვა სისტემებში. აღნიშნული დასკვნა გაკეთდა პოზიტრონულ ემისიური ტომოგრაფით (PET) კვლევის შემდგომ, რომელზეც ნანახი იქნა სეროტონინული გზების (Pathway) აქტიურობის ცვლილებები. აქედან გამომდინარე შესაძლებელია დასკვნის გამოტანა, რომ შფოთთან, ობსესიებთან, ქცევასთან ასოცირებული სეროტონინი შესაძლოა წარმოადგენდეს გამშვებ მექანიზმს ნერვული ანორექსიის განვითარებაში.
პოზიტრონულ-ემისიური ტომოგრაფით კვლევისას ნანახია გლუკოზის მეტაბოლიზმის დაქვეითება, თუმცა ნორმალიზდება წონის მომატებასთან ერთად.
კვებითი აშლილობებით დაავადებულების კვლევისას ნანახია ე.წ. REM-ძილის ფაზის შემცირება, რომელიც დამახასიათებელია დეპრესიისა და ობსესიურ-კომპულსიური აშლილობებისათვის .
ნერვული ანორექსიის პათოგენეზში პრიორიტეტული პოზიცია უჭირავს ე.წ. ჰიპოთალამურ თეორიას, რომელიც გულისხმობს ჰიპოთალამუსის, როგორც ემოციების მაინტეგრირებელი უბნების ფუნქციურ ან ორგანულ დაზიანებას. გამოკვლევებით დაზუსტებულია, რომ ნერვული ანორექსიის დროს დაზიანება უნდა ლოკალიზდებოდეს ჰიპოთალამუსის პრეოპტიკურ ბირთვებში ან იმ ცენტრებში, რომელნიც არიან პასუხისმგებელნი სხეულის ტემპერატურის და საჭმლის მოთხოვნილებათა რეგულაციაში. ამასთან ერთად, აღნიშნული სტრუქტურები კავშირში არიან ჰიპოფიზის უკანა ნაწილთან, რომელიც ახდენს ზეგავლენას გონადოტროპული ჰორმონების გამომუშავებაზე. ჰიპოთალამუსის პრეოპტიკური ნაწილი აკონტროლებს ოვულაციის ციკლურ პროცესს და მენსტრუალურ ციკლს . ამავე სტრუქტურების ხელოვნურმა დაზიანებამ ექსპერიმენტულ ცხოველებში შექმნა ჭამის მადის დაქვეითების, სიგამხდრის, ამენორეის, ჰიპოთერმიის ექსპერიმენტული მოდელი. აქსიალური კომპიუტერული ტომოგრაფიის გამოყენებით დაადგინა, რომ ნერვული ანორექსიით

დაავადებულთა თავის ტვინის პარკუჭების ზომები შეცვლილი აღმოჩნდა. მესამე და გვერდითი პარკუჭების ზომები 30% -ით სჭარბობდა ჯანმრთელი ადამიანის პარკუჭების ზომებს. გვერდითი პარკუჭის მარცხენა წინარქა საშუალოდ 60%-ზე მეტად იყო გაფართოებული ნორმასთან შედარებით, ხოლო მარჯვენა პარკუჭის წინარქა _ 71%-ით. სხვა გამოკვლევებითაც ნანახია ტვინის პარკუჭების გაფართოება, ხვეულთა გასადავება, რაც მიუთითებს ტვინის სტრუქტურებში ატროფიული პროცესების განვითარების შედეგს. მაგრამ, პრობლემური რჩება იმ ფაქტის ახსნა, რომ ნერვული ანორექსიის სამკურნალო თერაპიის ეფექტურობის შემთხვევაში იკლებს პარკუჭების გაგანიერება და ავლენს ტენდენციას შევიწროვებისაკენ.

W.H.Kaye (1989) ნერვული ანორექსიის პათოგენეზში დიდ მნიშვნელობას ანიჭებს Y ნეიროპეპტიდს, კორტიკოტროპულ-რილიზინგ ჰორმონს, ბეტა-ენდორფინის მეტაბოლიზმის აშლას და მათი კონცენტრაციის შეცვლას. როგორც გამოკვლევებიდან ირკვევა, აღნიშნულ ნეიროპეპტიდებს აქვთ მჭიდრო კავშირი, ნერვული ანორექსიის დროს არსებულ ქცევით და ნეიროქიმიურ ძვრებში. კერძოდ, კორტიკოტროპული რილიზინგ-ჰორმონი არის პასუხისმგებელი ჰიდროკორტიზონის დონის აწევაზე სისხლში და Y-ნეიროპეპტიდის კონცენტრაციის აწევაზე ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში, რაც, თავის მხრივ, იწვევს ამენორეას. ნეიროპეპტიდებთანაა დაკავშირებული ფსიქოფიზიკური აქტივობის შეცვლა, სისხლის არტერიული წნევის დაქვეითება, სექსუალური აქტივობის დაქვეითება, დეპრესიის განვითარება და კვებითი ქცევების შეცვლა. აგრეთვე ცნობილია, რომ ნეიროპეპტიდებს, კერძოდ ოპიოიდურ პეპტიდებს და კატექოლამინებს უნარი შესწევთ ითამაშონ განსაკუთრებული როლი მადის, ჰორმონალური ფუნქციების და ქცევითი აქტების რეგულირებაში. ოპიოიდურ და ადრენერგულ სისტემებს გააჩნიათ მნიშვნელოვანი როლი ნერვული ანორექსიის პათოგენეზში.

ნერვული ანორექსიის დროს სისხლში შემცირებულია ტრიფტოფანის კონცენტრაცია, რაც თავის მხრივ უნდა იწვევდეს სეროტონინის გამომუშავების დარღვევას . აგრეთვე, ზოგიერთი მონაცემით ტრიფტოფანი და სეროტონინი ასოცირებულია შფოთვასთან. ამ მონაცემებზე დაყრდნობით შესაძლებელია დასკვნის გაკეთება, რომ საკვების შეზღუდვა შეიძლება წარმოადგენდეს მექანიზმს, რის საშუალებითაც ხდება ნერვული ანორექსიით დაავადებულებში შფოთვის, დაძაბულობის რეგულირება.

არსებობს მონაცემები თუთიის დეფიციტსა და ნერვული ანორექსიის კავშირს შორის. რანდომიზებული, ორმაგი ბრმა მეთოდით კონტროლირებული კლინიკური კვლევები მიუთითებს იმაზე, რომ თუთიით მკურნალობისას მიღწეულია წონის მატება, შფოთვის დონის დაწევა და გუნებ-განწყობის ფონის აწევა. თუთიის დეფიციტი გარკვეულ კავშირში იმყოფება Y-ნეიროპეპტიდის კონცენტრაციასთან ჰიპოთალამუსში.

ნერვული ანორექსიის კლინიკურ სურათში წამყვანი ნიშანია საკვების მიღებაზე უარის თქმა, რომელიც უკავშირდება ზეღირებულოვან ან, უფრო იშვიათად, აკვიატებულ იდეას, რომ იგი ზედმეტად მსუქანია და სურს გამოასწოროს ეს დეფექტი (ხშირად დაავადების დაწყებას წინ უსწრებს ფსიქიკური სტრესი. აღსანიშნავია ისიც, რომ ანორექსიით დაავადებულთა 1/3-ს

დაავადების დაწყებამდე აღენიშნებოდა მცირედ მომატებული სხეულის წონა). დასაწყისში ახალგაზრდა ეპიზოდურად ზღუდავს საკვების რაოდენობას, განსაკუთრებით - მაღალკალორიულ საკვებს. შემდეგ იწყებს ზრუნვას, რომ დაარეგულიროს სხეულის წონა. ამ ეტაპზე მადა არ ქვეითდება, პირიქით, შეიძლება გაძლიერდეს, მაგრამ ის ვერ უწევს წინააღმდეგობას შიმშილით გამოწვეულ მტანჯველ განცდებს. ხშირ შემთხვევაში აღნიშნული ქცევა დამალულია ოჯახის წევრების და გარშემომყოფებისგან. ნერვული ანორექსიით დაავადებულები ცდილობენ, არ ისადილონ ოჯახის წევრებთან ერთად და საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში. წონის დაკლების მიზნით მიმართავენ ისეთ აქტივობებს როგორიცაა - ინტენსიური ფიზიკური ვარჯიში, საფაღარათო და დიურეზული საშუალებების მიღება, ღებინება, ხშირად იხედებიან სარკეში სხეულის ფორმის შეფასების მიზნით, ატარებენ ისეთ ტანსაცმელს, რომელიც საშუალებას მისცემს, რომ გამოჩდნენ უფრო გამხდრები. ნერვული ანორექსიით დაავადებულები ხშირად თვითონ ამზადებენ სხვადასხვა საკვებს, თუმცა თვითონ არ მიირთმევენ. დაავადების საწყის ეტაპზე შესამჩნევია გამღიზიანებლობა, შფოთვის ელემენტები, გუნებ-განწყობის საერთო ფონის დაქვეითება შერწყმული ჰიპერაქტივობასთან. შორს წასულ შემთხვევებში დეპრესია ღრმავდება და ჰიპერაქტივობა იცვლება მოდუნებით, ჰიპოდინამიით, ინტერესების წრის შევიწროებით. ფსიქო-ფიზიკურ განლევადობას ერთვის სხვადასხვა სომატო-ენდოკრინული ძვრები, საბოლოოდ ავადმყოფი შეიძლება მივიდეს კახექსიამდე და მდგომარეობა შეიძლება დასრულდეს ფატალური გამოსავლითაც. სხვადასხვა წყაროების მიხედვით ნერვული ანორექსიის მძიმე ფორმით დაავადებულების 5-18%-ს სიცოცხლეს ფატალურად ასრულებს.

არსებობს გარკვეული კავშირი ფსიქიკურ ანორექსიასა და ობსესიურ-კომპულსურ აშლილობებს შორის. ნერვული ანორექსიით დაავადებულებში ცხოვრების განმავლობაში ობსესიები (აკვიატებები) და კომპულსიები (აკვიატებული ქცევა) გვხვდება 68%-ში. კომპულსიებიდან სიხშირის მიხედვით შესაძლებელია შემდეგის გამოყოფა: ობსესიები დაკავშირებული სხეულის სიმეტრიასთან და სომატური ობსესიები; კომპულსიები წესრიგთან და წინდახედულებასთან. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ნერვული ანორექსიით დაავადებულებში მაღალია როგორც ობსესიური, ისე შფოთვითი სიმპტომები. ზემოთ მოყვანილი სიმპტომები ხშირ შემთხვევაში პრემორბიდულია და ნერვული ანორექსიის სიმპტომების მოხსნის შემდგომ კვლავ რჩება.

ობსესურ-კომპულსურ აშლილობებთან და დეპრესიასთან ანორექსიის კავშირის შესახებ მეტყველებს ის ფაქტიც, რომ ანორექსიის, ისევე, როგორც ბულემიის მკურნალობაში წამყვანი ადგილიუჭირავთანტიდეპრესანტებს.

სხვადასხვა ავტორი ანორექსიის დიაგნოსტიკისათვის განსხვავებულ კრიტერიუმებს გვთავაზობს. მაგალითად, P.Dally-ის და W.Sargent-ის (1969) მიხედვით ეს კრიტერიუმებია: 1) კვების რაციონის უკიდურესი შემცირება ან სრული აღკვეთა. 2) სხეულის წონის 10%-ზე მეტით შემცირება. 3) ამენორეა ბოლო 3 თვეში 4) შიზოფრენიული, ღრმა დეპრესიული და ორგანული სიმპტომების არარსებობა. 5) დაავადების დაწყება 35 წლამდე. KKaplan.H.I.-ის (1998) მონაცემებით ანორექსიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები შემდეგია: 1) უარყოფა, რომ

შეინარჩუნოს ის მინიმალური წონა, რომელიც შეესაბამება მის ასაკს და სიმაღლეს. მაგ. თუ ავადმყოფის წონა 15%-ით ნაკლებია მის მინიმალურ წონაზე. 2) ძლიერი შიშის განცდა იმასთან დაკავშირებით, რომ მოიმატებს წონაში, იმ შემთხვევაშიც კი, როცა გამოხატულია ფიზიკური განლევადობა. 3) საკუთარი სხეულის ფორმის, წონის, სიდიდის ნორმალური აღქმის მოშლა. 4) ქალებში _ამენორეა სულ მცირე 3 ციკლის განმავლობაში. საინტერესოა რუსი ფსიქიატრების მიერ მოწოდებული დაავადების სისტემატიკა, რომელიც წარმოადგენს მსოფლიოში არსებული შეხედულებებისა და საკუთარი გამოცდილების შეჯერების შედეგად მიღებულ ალტერნატიულ ვარიანტს: 1) ნერვული ანორექსია წარმოადგენს ამა თუ იმ ნევროზის ან ფსიქოპათიის თავისებურ გამოვლინებას. 2) იგი წარმოადგენს პუბერტატული ასაკის განსაკუთრებულ ნევროზს. 3) იგი არის გახანგრძლივებული განსაკუთრებული მდგომარეობა, აღმოცენებული მძიმედ მიმდინარე პუბერტატული პერიოდის ფონზე. 4) წარმოადგენს პიროვნების პათოლოგიურ განვითარებას. 5) ნერვული ანორექსია არის შიზოფრენიული პროცესის ამბულატორული გამოვლინება. 6) იგი არის ნოზოლოგიური ერთეული. ნერვული ანორექსიის ნოზოლოგიურ მიკუთვნებულოვასთან დაკავშირებით საკუთარი შეხედულება გააჩნია გერმანელ ფსიქიატრს ღაინერ თოლლე-ს. იგი აღნიშნავს, რომ ნერვული ანორექსია და ნერვული ბულიმია აღმოცენდება ნევროზული განვითარების პირობიდან თუმცა სიმპტომატურად უფრო ახლო დგას ფსიქოსომატურ დაავადებებთან ვიდრე ნევროზებთან. აგრეთვე ბევრი საერთო გააჩნია ნარკომანიასთან. ნოზოლოგიური კავშირებია დეპრესიასთან.

კვებითი დარღვევების დიგნოსტირება წარმოადგენს გარკვეულ სირთულეს თანამედროვე ფსიქიატრიაში. იმისათვის, რომ დაისვას ნერვული ანორექსიის დიაგნოზი საჭიროა გამოირიცხოს მთელი რიგი სომატური თუ ფსიქიკური დაავადებები. ფსიქიკური დაავადებებიდან მისი დიფერენცირება საჭიროა შემდეგ ნოზოლოგიებთან: შიზოფრენია, დეპრესია, ობსესიურ-კომპულსური აშლილობანი. სომატურიდან_სიმონდსის დაავადებასთან; გასტრო-ენტეროლოგიურ და სისტემურ დაავადებებთან. ნერვული ანორექსიის დიაგნოსტიკური კრიტერიუმები მოწოდებულია ICD-10 და DSM-IV -ში. დამატებით გამოიყენება სახვადასხვა კითხვარები, რომლებიც გამოირჩევიან მაღალი საიმედოობით და ფსიქიატრებს გვაძლევენ შესაძლებლობას დავსვათ ნერვული ანორექსიის დიაგნოზი. ნერვული ანორექსია პროგნოზულად არ ითვლება მძიმე დაავადებად. მისი კლინიკური მიმდინარეობა მოიცავს ფართო დიაპაზონს _ მკურნალობის გარეშე სპონტანური გამოჯანმრთელებიდან კახექსიამდე, ფატალური გამოსავლით. სიკვდილის მიზეზი შეიძლება გახდეს პნევმონიები, ტუბერკულოზი, ფილტვების შეშუპება, ინტერკურენტული ინფექციები. მიუხედავად იმისა, რომ სპონტანური გაუმჯობესება მამაკაცებში უფრო ხშირია, პროგნოზულად ანორექსია მამაკაცებში უფრო ცუდია. მკურნალობა ეფექტურია.



კითხვები:

1. რა არის ინსულტი?
2. რამდენი სახის ინსულტი არსებობს?
3. ჩამოთვალეთ ინსულტის განვითარების რისკ-ფაქტორები.
4. თავის ტვინის რამდენი სახის სიმსივნე არსებობს?
5. რა არის გაფანტული სკლეროზი?
6. რა სიმპტომებია გაფანტული სკლეროზის დროს?
7. ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლატაციის რამდენი ეტაპი არსებობს?
8. რა დაავადებაა ალცჰაიმერის დაავადება?
9. ალცჰაიმერის დაავადების განვითარების რამდენი ჰიპოთეზა არსებობს?
10. დაახასიათეთ ალცჰაიმერის დაავადების კლინიკა.
11. ჩამოთვალეთ პარკინსონის დაავადების განვითარების რისკ-ფაქტორები.
12. რომელი ასაკიდან შეიძლება განვითარდეს ალცჰაიმერის დაავადება და პარკინსონიზმი?
13. რა დაავადებაა ეპილეპსია?
14. რამდენი სახის გულყრა არსებობს?
15. აღწერეთ ნერვული ანორექსიის კლინიკა.

http://www.medgeo.net/2009/05/12/neurology/
http://presa.ge/new/?m=medical&AID=4329
http://www.med.ge/index.php/disease/psychology/165-nervuli-anoreqsia

საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის პათოლოგია

ძვლოვანი სისტემის პათოლოგია ვითარდება სხვადასხვა სისტემების დაავადებების დროს.

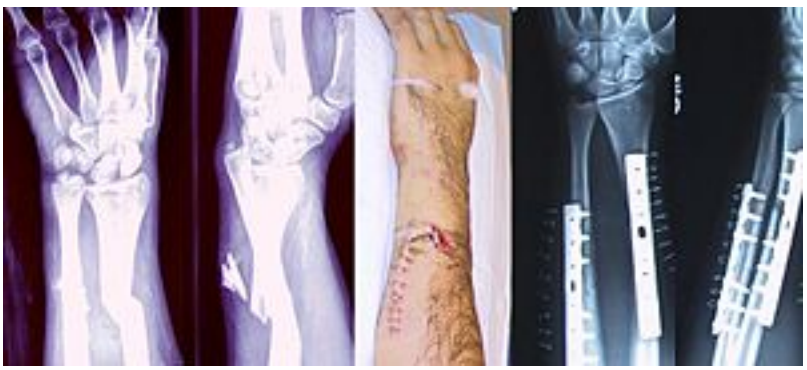
ენდოკრინული სისტემის პათოლოგიისას:

ძვლებში ცვლილების მნიშვნელოვანი მოზეზეზებია - შაქრიანი დიაბეტი, თირეოტოქსიკოზი, ჰიპერპარათირეოზი, კუშინგის დაავადება. პარათჰორმონის ჰიპერსეკრეცია იწვევს ძვლის მეტაბოლიზმის დარღვევას - პარათიროიდულ ოსტეოდისტროფიას.. ვლინდება ძვლებისს ტკივილით, მოტეხილობით, ძვლების დეფორმაციით. კუშინგის დაავადების დროს ჭარბად არის თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის ჰორმონები, რაც იწვევს ოსტეოპოროზს და შესაბამისად პაზტოლოგიურ მოტეხილობებს. ასევე ამ დროს ირღვევა კოლაგენის სინთეზი და კალციუმის შეწოვა. ადისონის დაავადების დროს არის თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობა. ძვლების დაზიანებასთან არის ასოცირებული ის დაავადებები, რომლებიც სასქესო ჯირკვლების ფუნქიის დაქვეიტებას ანუ ჰიპოგონადიზმს იწვევს.

საჭმლის მომნელებელი სისტემის პათოლოგიისას:

ძვლების დაზიანება შესაძლებელია პანკრეასის დაავადებებისას, ციროზის დროს,ნაწლავთა ქრონიკული ანთებითი პროცესების დროს, ცელიაკიას დროს,. საწმლის მომნელებელი ტრაქტის ამ დაავადებებს ყველას აერთიანებს ერთი თავისებურება - ნაწლავების მიერ ორგანიზმში კალციუმის შეწოვის დარღვევა.

ძვლის მოტეხილობა - ნიშნავს ძვლის მთლიანობის დარღვევას. მოტეხილობის დროს ზიანდება არა მარტო ძვალი, არამედ მიმდებარე ქსოვილიც. არასრულყოფილი ოსტეოგენეზის დროს ძვლებს თანდაყოლილი მსხვრევადობა ახასიათებს და შესაძლებელია, რომ ძვლის მოტეხილობა უბრალო მოძრაობის დროს მოხდეს. ასაკოვან ქალბატონებთან ხშირად ხდება მოტეხილობა ბარძაყის ძვლის ყელის მიდამოში. ბარძაყის ყელს, სხვა ძვლებისგან განსხვავებით, არ გააჩნია ძვლისაზრდელა, ამას ემატება მენოპაუზის შემდგომი პერიოდისთვის დამახასიათებელი დემინერალიზაცია. ხშირად ოდნავი ბიძგიც კი საკმარისია მოტეხილობისთვის. ხადახან აბრალებ ხანდაზმულ ქალბატონებს, რომ ფეხი მოტყდა იმიტომ რომ ,,მოუსვენრობისა და ფაციფუცის'' გამო წაიქცა, არამედ შესაძლებელია - იმიტომ წაიქცა, რომ ბარძაყის ძვლის ყელი მოტყდა.



კანის დაზიანების მიხედვით, მოტეხილობა არის ღია და დახურული.

ღია მოტეხილობის დროს დარღვეულია მოტეხილი ძვლის მიმდებარე ქსოვილის მთლიანობა და ძვალს გარემოსთან აქვს კონტაქტი. ღია მოტეხილობის დროს ინფექციის შეჭრის საშიშროება არსებობს.

დახურული მოტეხილობის დროს ქსოვილი დაზიანებული არ არის და ინფექციის შეჭრის საშიშროებაც არ არის.

ლოკალიზაციის მიხედვით არსებობს შემდეგი სახის მოტეხილობები:

- სახსარშიდა
- სახსართან ახლოს
- სახსრიდან მოშორებული

მოტეხილობის ხაზის მიხედვით არჩევენ:

- განივ მოტეხილობას - მოტეხილობის ხაზი ძვლის გასწვრივ გადის
- ირიბი მოტეხილობა - მოტეხილობის ხაზი ზვლის გასწვრივ რერძთნ კუთხეს ქმნის
- სპირალური მოტეხილობა - მოტეხილობის ხაზი სპირალურად მიემართება
- მსხვრევადი მოტეხილობა - მოტეხილობის ადგილზე მრავლობითი ფრაგმენტია



ასევე, მოტეხილობა შეიძლება იყოს ძვლის ფრაგმენტების აცილებით და მის გარეშე.

მოტეხილობის დროს ტრავმირებულ ადგილზე აღინიშნება ძლიერი ტკივილი, შეშუპება, დეფორმაცია და არაბუნებრივ ადგილას მოძრაობა, სისხლჩაქცევები.

მოტეხილობის გართულება შეიძლება იყოს თრომბოემბოლია და ღია მოტეხილობის დროს ინფექციის შეჭრა.

პირველი, რაც უნდა გაკეთდეს მოტეხილობის დროს, ეს არის მოტეხილი ადგილის ფიქსაცია - არტაშანის დადება. სწორი ფიქსაციით თავიდან ავიცილებთ ტკივილის გაძლიერებას - ტრავმულ შოკს.

ოსტეომიელიტი - ინფექციური ანთებითი პროცესია, რომელიც აზიანებს ძვალსა და ძვლის ტვინს. პროცესი იწყება ძვლის ტვინიდან და ვრცელდება ძვალსა და ძვლისაზრდელაზე. ძვალში ინფექცია შეიძლება მოხვდეს ენდოგენური(ჰემატოგენური) და ეგზოგენური გზით.

ოსტეომიელიტის გამომწვევია სტაფილოკოკი, იშვიათად სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, გონოკოკი, რიკეტსია, სოკო და სხვა.

ძვლის ტვინში ბაქტერიები ძირითადად სამი გზით ხვდება:

- პირდაპირი გზით - ჭრილობიდან ძვლების ღია მოტეხილობის დროს.
- ძვლის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებიდან ინფექციის გავრცელების შედეგად, ასეტები შეიძლება იყოს ჩირქოვანი პროცესები - პანარიციუმი, პლეგმონა
- ჰემატოგენური გზით - ბაქტერიები ჩირქოვანი კერიდან სისხლის ნაკადის საშუალებით მიიტანება ძვლის ტვინამდე.



კლინიკერი ფორმების მიხედვით არსებობს მწვავე და ქრონიკული ოსტეომიელიტი.

მწვავე ფორმა ერთბაშად იწყება. პაციენტი უჩივის საერთო სისუსტეს, ფეხებში მტვრევის შეგრძნებას, კუნთებისა და თავის ტკივილს, შემდეგ შეამცივნებს და ტემპერატურა ადის 39^{0}C-40^{0}C - მდე. პროცესი უფრო და უფრო პროგრესირებს და პაციენტის მდგომარეობა უარესდება, შესაძლებელია ცნობიერების დაბინდვა, ბოდვები და კრუნჩხვების განვითარება. დაავადების დაწყებიდან 2-3 დღეში დაზიანებულ კიდურში დაიწყება ძლიერი, მბურღავი, მფეთქავი ტკივილი. პაციენტები გაუნძრევლად წვანან და შეხებაზე მწვავედ რეაგირებენ. შემდეგ დღეს დაზიანებულ უბანზე წარმოიშვება რბილი ქსოვილის მტკივნეული შეშუპება, რომელიც სწრაფად იზრდება, ფართოვდება ვენები, იზრდება რეგიონალური ლიმფური კვანძები. ფლეგმონის ჩამოყალიბების შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა რამდენადმე უბჯობესდება, თუმცა საერთო მდგომარეობა კვლავ მძიმეა. ფლეგმონა შესაძლებელია, რომ თავად გაიხსნას, ყოველგვარი ქირურგიული ჩარევის გარეშე და ფისტულა წარმოიშვას. ასევე შესაძლებელია, უფრო მძიმე შემთხვევაში, მეორადი ჩირქოვანი ართრიტი, პარაართიკულური ფლეგმონა და სეფსისი განვითარდეს. ქრონიკულია პროცესი, როდესაც გამწვავებების პერიოდები მეორდება.



ძვლის სიმსივნეები - კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი, ავთვისებიანი სიმსივნე იყოფა პირველად და მეტასტაზურ სიმსივნეებად. პირველადი სიმსივნე ძვალში წარმოიშობა და შემდეგ მეტასტაზირდება სხვა ორგამოებში. მეტასტაზური სიმსივნეების დროს კი პირიქით ხდება - რომელიმე ორგანოში წარმოსობილი სიმსივნე ვრცელდება ძვლებში. ოსტეობლასტოკლასტომა -კეტითვისებიანი სიმსივნეა, თუმცა შეიძლება არსებობდეს, როგორც გარდამავალი, ასევე ავთვისებიანი.

ძვლის პირველადი სიმსივნეები - მათი განვითარება შეიძლება მოხდეს ნებისმიერ ძვალში. ძვლის სარკომა მეტწილად ვითარდება გრზელ ლულოვან ძვლებში. ძვლის პირველადი სიმსივნეები საბედნიეროდ იშვიათად გვხდება, თუმცა საკმაოდ ხშირია ახალგაზრდებში და ბავშვებში. სიმსივნით დაავდებული ადამიანის პირველი შესამჩნევი სიმპტომია ყრუ ტკივილი და მცირედით მოძრაობის შეზღუდვა. ასევე, შესაზლებელია, რომ ამ დროს ისინჯბოდეს სიმსივნური წარმონაქმნი. შორს წასულ შემთხვევებში ვითარდება ძვლის დეფორმაცია, კუნთებს შორის, უჩვეულო ადგილზე, ჩდება ძვლოვანი წანაზარდი. ამ დროს შეიძლება განვითარდეს სპონტანური მოტეხილობა, როდესაც ხდება ძვლის ლიზისი -დაშლა. სპონრანური მოტეხილობა არ არის დამახასიათებელი კეთილთვისებიანი სიმსივნის დროს.

სიმსივნის განვითარებაში დიდ როლს თამაშობს ტრავმები, ამიტომაც არის ხშირად, პაციენტები სიმსივნით გამოწვეულ ტკივილს მიღებული ტრავმის შედეგად მიიჩნევენ და გვიან მიმართავენ ექიმს, ამ დროში კი სიმსივნური პროცესი პროგრესირებს.

ძვლის მეტასტაზური სიმსივნე - ის უმეტესად ვითარდება სარძევე ჯირკვლის, პროსტატის, ფილტვის, თირკმელების, ფარისებური ჯირკვლის სიმსივნეების დროს. სიმსივნე ჩდება იმ ძვალში, რომელიც შესაბამის ორგანოსთან ახლოსაა, მაგალითად, პროსტატის სიმსივნის დროს, ძვლის მეტასტაზური სიმსივნე შეიძლება განვითარდეს მენჯის ძვალში და ა.შ.

პოდიატრია - მეცნირება, რომელიც შეისწავლის ტერფს.



ტერფი ადამიანის ორგანიზმში ყველაზე ,,დაჩაგრული'' ორგანოა. მას ყველაზე რთული ფუნქცია აკისრია - დაწყებული მოძრაობის ნატიფი ელემენტების შესრულებიდან, დასრულებული სხეულის მასის ტარებით. ტერფი სასიარულო აპარატის ბიომექანიკური ცენტრია - ეს ნიშნავს, რომ სიარულის დროს ყველაზე მეტი დატვირთვა მოდის მასზე. ყველაფერ ამას შესაძლებელია დაემატოს მოუხეხებელი ფეხსაცმელი, რაც ძალიან ხშირი შემთხვევაა და ტრავმები.

ტერფი შედგება 26 ძვალისაგან, 100-მდე მყესისაგან და 12-12 სიგნიტა და გარეთა კუნთისგან

ტერფის მიდამოში შესაძლებელია სხვადასხვა პრობლების განვითარება:





- თითების დეფორმაცია - განსაკუთრებით პირველი თითის სახსრის გამსხვილება - სახსრების ანთებითი პროცესების შედეგად(რევმატოიდული ართრიტი), მემკვიდრული განწყობა;
- პოდაგრა - შარდმჟავა ცვლის დარღვევის შედეგი - პირველი თითის სახსარი ზიანდება;
- რიგიდული, ხისტი ცერა თითი - სახსრის დაზიანება;
- ბუნიონიტი - ნეკის დეფორმაცია და ტკივილი;
- ქუსლის ტკივილი;
- ტერფის ფასციიტი;
- ტერფის გვირაბის სინდრომი - ვითარდება ნერვზე ზეწოლის გამო და იწვევს მგრნობელობის დარღვევას, დაბუჟებას, ღამის ტკივილს;

- მეტატარზალგია - ტეერფის წინა ნაწილის ტკივილი სიარული დროს. მიზეზი - ტერფის ცხიმოვანი ქსოვილის ატროფია, აქილევსის მყესის დაჭიმულობა, ცუდად მორგებული ფეხსაცმელი;
- თითებშორისი (მორტონის) ნეირომა - მოიცავს ტერფის წინა ნაწილს, განსაკუთრებით - მესამე და მეოთხე თითებს შორის. ამ დროს ხდება ნერვულ ღეროზე ზეწოლა. სახეზეა ტკივილი და მოძრაობის შეზღუდვა;
- წყლულების გაჩენა - დიაბეტური ტერფი.



ტერფის თანდაყოლილი პათოლოგიებია:

- ტერფმრუდობა - ძვლოვანი და მყესოვანი ფორმები, შეიძლება იყოს ცალმხრივი და ორმხრივი;
- ბრტყელტერფიანობა - დამახასიათებელია:გასწვრივი და განივი თაღების გაბრტყელება, ტერფის წინა ნაწილის შიგნით შებრუნება, ქუსლის გარეთ შებრუნება, ადვილად დაღლა.

ბრტყელტერფიანობის ფორმები:





- სტატიკური - ტერფის მექანიკური დატვირთვის შედეგია;
- ტრავმული - ქვედა კიდურის სხვადასხვა ძვლების დაზიანების შემდეგ არასწორი შეხორცებითი პროცესის შედეგია;
- პარალიზური - ქვედა კიდური რბილი ან სპასტიური პარეზის შედეგი;
- რაქიტული - კალციუმისა და ფოსფორის ცვლის დარღვევის შედეგი.

კუნთების დაავადებებია:



- **მიოპათია** - კუნთის დისტროფია - დიუშენის, ბეკერის, ერბის და სხვა. ამ დროს ადგილი აქვს კუნთოვან ქსოვილში ნივთიერებათა ცვლის დარღვევას. კუნთის კვების მოშლის გამო ხდება ქსოვილის განლევა-დეგენერაცია. აქ იგულისხმება ქსოვილის სტრუქტურისა და ქიმიური შემადგენლობის ცვლილება, ქსოვილის განლევა, კუნთოვანი ბოჭკოების დაშლა და მათ ადგილზე შემაერთებელი ქსოვილის წარმოშობა; ყველაზე გავრცელებილი მემკვიდრული დავდება დიუშენის მიოპათია. ის დედისგან გადაეცემათ ვაჟებს.
- **ამიოტროფია** - ნერვ-კუნთოვანი ქსოვილის დაზიანების შედეგია. ამ დროს ხდება ქრონიკულად ანთებითი ნერვის შესაბამისი, დაინერვირებული კუნთის ატროფია, განლევა. ე.ი. ამიოთროფიის მიზეზია პერიფერიული ნერვებში დეგენერაციული ცვლილებები. არსებოს ასევე, სპინალური ამიოტროფია, რომლის დროსაც კუნთებში მიმდინარე დისტროფიული ცვლილებების მიზეზი არის ზურგის ტვინის წინა რქებში მიმდინარე ცვლილებები, მაგალითად, ვერდნიგ-ჰოფმანის სპინალური პროგრესირებადი მემკვიდრული ამიოტროფია. ამ დროს აღინიშნება კიდურების საწყისი(პროქსიმული) ნაწილების სისუსტე და ატროფია;
- **მიოზიტი** - იწვევს ინფექციური დაავადებები, უპირატესად ზიანდება კისრის, წელის, გულმკერდისა და მუხლის კუნთები. ზიღითადი სიმპტომია კუნთის ტკივილი, რომელიც მოძრაობისას ძლიერდება. ზოგჯერ მტკივნეულ ადგილზე შეიძლება გაჩდეს პათოლოგიური კვანძები, კანის შეშუპება და გაწითლება.
  მიოზიტის სახეებია:
  პოლიმიოზიტი - ზიანდება რამდენიმე ჯგუფის კუნთი. ამ დროს ძლიერ ტკივილი არ არის, წამყვანი სიმპტომია კუნთების სისუსტე, პაციენტს უჭირს ელემენტარული მოძრაობების შესრულება - სკამიდან ადგომა, ტანსაცმლის ჩაცმა, თმის დავარცხნა.

დაავადრბა განიცდის პროგრესირებას და მოგვიანებით სტადიაზე ზიანდება სასუნთქი და საჭმლის მომნელებელი სისტემის კუნთები, შესაბამისად არის შეტევითი ხასიათის ხველა, ქოშინი,გაძნელებულია სუნთქვა და ყლაპვა.
დერმატომიოზიტის დრო პათოლოგიური პროცესი ინიცირებულია ვირუსით და გენეტიკური ფაქტორით. სტრესი და ვირუსი შეიძლება იყოს მაპროვოცირებელი ფაქტორი. ამ დროს კუნთებთან ერთად ზიანდება კანიც. კანზე ჩნდება წითელი ან იისფერი გამონაყალი, რომეც ლოკალიზებულია სახეზე, ხელებზე, ხერხემლის ზედა ნაწილში. მოგვიანებით სტადიაზე შესაძლებელის კუნთების დამოკლება, კანქვეშ კალციუმის მარილების დაგროვება, რომელიც განავითარებს ტკივილის სინდრომს;

- **მიალგია** - ფიბრომიალგია - კუნთების, იოგების, მყესების ტკივილი, რომელიც ხშირად ერთვის ტრავმას, ფიზიკურ და ფსიქიკურ გადაძაბვას, რევმატულ პათოლოგიებს.ხშირად მიალგია ვითარდება გაციების დროს, პათოლოგირი პროცესის ლიკალიზება ხდება უმთავრესად კისრის, კეფის, წელისა და მხრის სახსრებში, იშვისთად გულმკერდის, მუხლისა და ბარძაყის სახსრებში. პაციენტები უჩივიან ძილის დარღვევას. ტკივილი დილითაა, შებოჭვითი ხასიათის.

კითხვები:

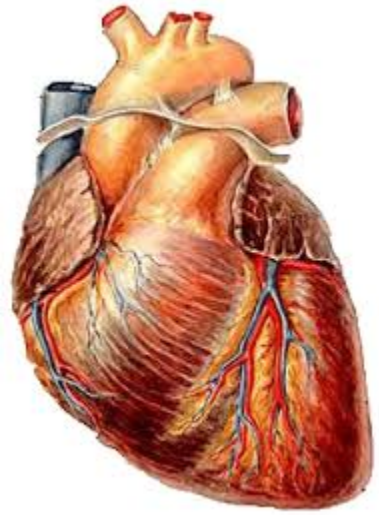
1. რომელი სხვადასხვა სისტემის დაავადებების დროს ვითარდება ძვლოვანი სისტემის პათოლოგია?
2. ლოკალიზაციის მიხედვით რამდენი სახის მოტეხილობა არსებობს?
3. მოტეხილობის ხაზის მიხედვით რამდენი სახის მოტეხილობა არსებობს?
4. როგორი სახის პროცესია და რა იწვევს ოსტეომიელიტს?
5. რას ნიშნავს ძვლის პირველადი და მეტასტაზური სიმსივნე?
6. რას შეისწავლის პოდიატრია?
7. რა პროცესები შეიძლება განვითარდეს ტერფის მიდამოში?
8. ბრტყელტერფიანობის რა ფორმები არსებობს?
9. ჩამოთვალეთ კუნთებში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესები.

http://www.medgeo.net/2009/06/26/locomotive_system/

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგია

კვლევის მეთოდები

გამოკითხვა



ჩივილები - ტკივილი გულის არეში, ქოშინი, გულის ფრიალი, გულის ცემის სიხშირის ცვლილებები, ხველა, სიმძიმე გულის არეში.

ასევე ზოგადი ხასიათის ჩივილები - თავბრუსხვევა, ზოგადი ადინამია, თავის ტკივილი.

ტკივილი გულის არეში გულის დაავადების ერთ-ერთი კლინიკური ნიშანია. მისი მიზეზია გვირგვინოვანი - კორონარული სისხლის მიმოქცევის მოშლა. ამ დროს აღმოცენებულ ტკივილს სტენოკარდია ეწოდება. სისხლძარღვის შევიწროვების შედეგად ირღვევა გულის კუნთში სისხლის მიწოდება, რასაც მოყვება იშემია და ტკივილი. სტენოკარდიული ტკივილი მოჭერითი ხასიათისაა. შეიძლება ახლდეს წვისა და სიმხურვალის შეგრძნება. იწყება შეტევით და გრძელდება 1-2 წთ-დან 20 წთ-მდე. ტკივილი შეიგრძნობა მკერდის ძვლის უკან, გადაეცემა მარცხენა ბეჭში და ახლავს სიკვდილის შიში. ტკივილი იხნება ნიტროგლიცერინით. თუ ტკივილი გახანგრძლივდა შეიძლება ჩამოყალიბდეს გულის კუნთის ინფარქტი. გულის არეში აღმოცენებული ტკივილი შეიძლება იყოს ასევე გულის კუნთის პერიკარდიუმის ან კორონარული სისხლძარღვების ანთების შედეგი.

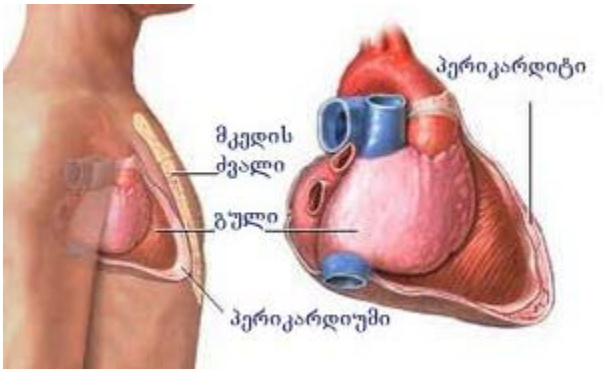
ქოშინი ახასიათებს სუნთქვის სიხშირის, სიღრმისა და რიტმის ცვლა, რომელიც გამოვლინდება ჰაერის უკმარისობის შეგრძნებით. ქოშინი ასევე გამოვლინდება გულის უკმარისობის, მანკების, მცირე წრეში შეგუბების დროს, რაც განპირობებულია სისხლში ნახშირორჟანგის მომატებით, რომელიც განაპირობებს სუნთქვის ცენტრის აგზნებას და სუნთქვის გახშირებას ქოშინი შერეული ხასიათისაა, არის როგორც ჩასუნთქვის, ისე ამოსუნთქვის დროს. ავადმყოფი ღებულობს იძულებით პოზას. ნახევრად მჯდომარე ან მჯდომარე მდგომარეობას.

გულის ფრიალი შეიძლება იყოს მუდმივი ან შეტევითი ხასიათის. გვხვდება არითმიის დროს. შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც გულის პათოლოგიით, ასევე ექსტრაკარდიული პათოლოგიებით (ანემია, თირეოტოქსიკოზი, ნევროზი).

შეშუპება ქსოვილებსა და სეროზულ ღრუებში სითხის დაგროვების შედეგად ყალიბდება. შეშუპება იწყება კოჭ-წვივის არიდან. გამოხატულია საღამოს. აძლიერებს ფეხზე დგომა.

შეიძლება გავრცელდეს თეძოს დონეზე, სათესლე ჯირკვლის პარკის და წელის არეში, შესაძლოა შეშუპდეს მთელი სხეული (ანასარკა).

ხველა ვითარდება მცირე წრეში შეგუბების გამო. თავდაპირველად ხველა მშრალია. შესაძლოა გახდეს სისხლიანი ნახველით.



დაავადების ანამნეზი -

ვეკითხებით დაავადება როგორ დაიწყო, როგორ განვითარდა. დღემდე რა გამოკვლევები და მკურნალობები აქვს ჩატარებული.

ცხოვრების ანამნეზი -

ცხოვრების წესი, ჰიპოდინამია, მავნე ჩვევები, მემკვიდრული განწყობა, გადაჭარბებული არარეგულარული კვება, გატანილი დაავადებები, რომელსაც შესაძლოა კავშირი ჰქონდეს გული პათოლოგიასთან.

ობიექტური გასინჯვა -

ვიწყებთ დათვალიერებით - ვაკვირდებით საწოლში მდებარეობას, ხომ არ არის იძულებითი პოზა, მაღალი სასთუმლით ჩამოშვებული ფეხებით.

ვათვალიერებთ კანს, ხომ არ არის ციანოზური. სილურჯე ხშირად გამოხატულია ხელ-ფეხის თითებზე, ყურებზე, ცხვირის წვერზე - ამას აკროციანოზი ეწოდება.

ვათვალიერებთ ფრჩხილებს, გულის მანკების დროს იცვლება ფრჩხილის ფორმა.

ვათვალიერებთ ზედაპირულად სისხლძარღვების მდებარეობას, შესაძლოა იყოს საძილე არტერიების გაძლიერებული პულსაცია, კაროტიდების ცეკვა.

ვაკვირდებით შეშუპებას ქვედა კიდურებზე, რომელსაც აქვს სიმეტრიული ხასიათი.

პალპაცია:

პალპაციით შევიგრძნობთ გულის ძგერას და ვითვლით პულსს. პულსს ვითვლით სხივის არტერიაზე. ვაკვირდებით მის სინქრონულობას. მეორე მაჯასთან და გულის ცემასთან, რიტმს, სიხშირეს, ავსებას და დაჭიმულობას.

პერკუსია:

ვადგენთ გულის მდებარეობას, ზომას, კონფიგურაციას, ასევე საზღვრებს. არსებობს გულის აბსოლიტური და შედარებითი მოყრუების საზღვრები (შედარებითი მოყრუების საზღვრებია რასაც ფილტვი ეფარება, აბსოლიტური, რასაც არ ფარავს ფილტვი გულს).

შედარებითი გვაძლევს გულის ჭეშმარის ზომას. გულის საზღვრები შეიძლება შეიცვალოს გულის სხვადასხვა პათოლოგიების დროს.

აუსკულტაცია:

ვისმენთ გულის ტონებს. სხვადასხვა მოსასმენ წერტილეში ვისმენთ სისტოლური და დიასტოლურ ტონს, რომელიც უნდა იყოს ნათელი და მკაფიო. პათოლოგიის დროს იცვლება გულის ტონები, შეიძლება გაჩნდეს დამატებითი ხმიანობა შუილის სახით.

გამოკვლევის ინსტრუმენტული მეთოდები

წნევის გაზომვის დროს საჭიროა შემდეგი პირობების დაცვა:

- ოთახი უნდა იყოს თბილი და კომფორტული
- პაციენტი უნდა იყოს წნევის გაზომვამდე 5 წთ განმავლობაში მშვიდად
- უნდა იჯდეს ან იწვეს
- არ ლაპარაკობდეს
- ხელი უნდა იყოს მთლიანად შიშველი
- მანჟეტში დაგროვილი ჰაერი ბოლომდე უნდა გამოიტუმბოს
- მანჟეტი უნდა შემოვახვიოთ მხრის შუა მესამედში
- მანომეტრის ნულოვანი დონე უნდა იყოს იდაყვის სახსრის დონეზე
- წნევა უნდა გაიზომოს 2-3-ჯერ რამოდენიმე წუთის ინტერვალით ორივე კიდურზე

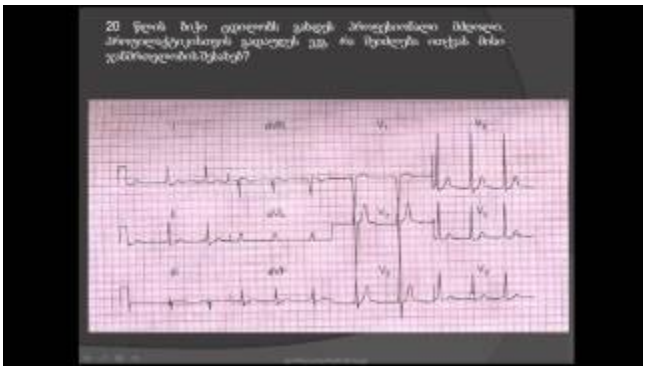
მანჟეტს ვათავსებთ მხრის შუა მესამედში. ფონეიდოსკოპს ვათავსებთ იდაყვის ფოსოში მხრის არტერიაზე პულსის წინასწარი შეგრძნებით. ვიწყებთ ჰაერის ჩატუმბვას მანამ სანამ პულსი არ შეწყდება და ვტუმბავთ კიდევ 20 მმ/ვ.წყ.სვ (mm/hg)-ით მეტს. შემდეგ ნელა გამოვუშვებთ ჰაერს მანჟეტიდან, ნელ-ნელა 2 მლ-ით წამში, პირველი ტონის გამოჩენა მიუთითებს მაქსიმალურ სისტოლურ წნევაზე, ტონის მთლიანი გაქრობა შეესაბამება დიასტოლურ წნევას. (პირველი ტონის გამოჩენის შემდეგ ჩნდება შუილი, ძლიერდება ტონი, შუილი ქრება, ტონი სუსტდება და ბოლოს ქრება).

ნორმალური წნევა მერყეობს - სისტოლური - 90-135 მმ/ვ.წყ.სვ

დიასტოლური - 60-85 მმ/ვ.წყ.სვ

სისტოლურ და დიასტოლურ წნევას შორის სხვაობას ეწოდება პულსური წნევა და იგი ნორმაში 40-50 მმ/ვ.წყ.სვ-ის ტოლია.

ელექტროკარდიოგრაფიის საფუძვლები (ე.კ.გ)



ელექტროკარდიოგრაფია ეს არის მეთოდი, რომელთაც რეგისტრირდება გულის მუშაობის დროს წარმოქმნილი მოვლენები. ე.კ.გრამა არის გულის პოტენციალთა სხვაობის გრაფიკული ჩანაწერი. გულის მუშაობის დროს ელექტრული მოვლენების რეგისტრაცია მოძრავ ქაღალდზე პირველად ჩატარდა 1887 წელს ჟოლერის მიერ. დღევანდელი ე.კ.გ. ჩაწერა ხდება ეინტჰოვენის მეთოდით, რომელიც ჩატარდა 1903 წელს მგრძნობიარე, სიმებიანი გალვანომეტრის საშუალებით.

გულის კუნთი შედგება კუმშვადი და გამტარობის უნარის მქონე უჯრედებისგან, რომლებიც განსხვავდებიან ელექტრო-ფიზიოლოგიური თვისებებით. გულს გააჩნია ოთხი ფუნქცია:

1. ავტომატიზმი

2. აღგზნებადობა

3. გამტარობა

4. კუმშვადობა

ეკგ-ზე აისახება პირველი სამი. გულის გამტარი სისტემა წარმოდგინილია სინუსის კვანძით, აშოფტავარას კვანძით, ჰისის კონით და პურკინიეს ბოჭკოებით.

გულის კუნთში წარმოქმნილი სხვადასხვა პოტენციალი შესაძლოა მივიღოთ ელექტრო მამოძრავებელი ძალის სახით, რომელიც სუსტია და ძლიერდება სპეციალური მოწყობილობის საშუალებით. ამისათვის ლითონის ფირფიტები - ელექტროდები იდება სხეულის სხვადასხვა ადგილზე და ხდება მათი აპარატთან შეერთება, რომლებიც ქმნის განხრებს. განხრების საშუალებით ისაზღვრება პოტენციალთა სხვაობა ორ წერტილს შორის.

ე.კ.გ. ჩაწერა ხდება:

1. ეინტჰოვენის სტანდარტულ განხრებში, რომლებიც აღინიშნება I, II, III.

2. გოლდბერგერის ერთპოლუსიან გაძლიერებულ განხრებში, რომელიც აღინიშნება AVR; AVL; AVF.

3. გულმკერდის ვილსონის განხრებში, რომელიც აღინიშნება V1; V2 .... V6

ეინტჰოვენის სტანდარტული განხნები

სტანდარტული განხრები იქმნება გულში წარმოქმნილი ელექტრული ძალების რეგისტრაციით, რომელიც წარმოიქმნება ეინტჰოვენს სამკუთხედზე, რომლის ფუძე მიმართულია ზემოთ, მწვერვალი კი ქვემოთ.

კიდურებს განიხილავდა ტოლგვერდა სამკუთხედის მწვერვალებად

პირველად განხსნაში რეგისტრირდება პოტენციალთა სხვაობა - მარცხენა და მარჯვენა ხელებს შორის.

მეორე მარჯვენა ხელსა და მარცხენა ფეხს შორის

მესამე მარცხენა ხელსა და მარცხენა ფეხს შორის

ელექტროდები იდება მარჯვენა და მარცხენა მაჯაზე და მარცხენა კოჭის არეში.

გოლდბერგერის ერთპოლუსიანი გაძლიერებული განხსნები ამ განხრების ჩაწერაც ხდება კიდურებიდან. დამატებითი ელექტროდი თავსდება მარჯვენა ფეხზე. მათ გაძლიერებული განხრები ეწოდებათ, მნიშვნელოვანია მცირე ზომის ინფარქტების დასადგენად.

ვილსონის გულ-მკერდის განხრები

გულ-მკერდის განხსნები აღინიშნება V ასოთი, ხოლო სადაც ელექტროდები იდება არაბული ციფრებით. გულმკერდის I V_1 განხრა - ელექტროდი იდება მეოთხე ნეკნთაშუა სივრცეში, მკერდის ძვლის მარჯვენა კიდესთან.

II V_2 - ელექტროდი იდება მეოთხე ნეკნთაშუა სივრცეში, მკერდის ძვლის მარცხენა კიდესთან.

III V_3 - მარცხენა პარასტერნალურ ხაზზე, IV-V ნეკნთა შუა სივრცეში

IV V_1 - გულის მწვერვალზე, მარცხენა ლავიწშუა ხაზი, ვ -ნეკნთაშუა მიდამო.

V V_5 - მარცხენა იღლიის წინახაზი იგივე დონეზე.

VI V_6 - მარცხენა იღლიის შუახაზი იგივე დონეზე.

ელექტრო ტალღების რეგისტრაცია ხორციელდება სისტოლის ფაზაში ე.წ. კბილების სახით, რომელიც აღინიშნება ლათინური ასოებით P, Q, R, S, T, U, რომელთაც აქვთ მიმართულება. დიასტოლის პერიოდში გულში ბიოდენები არ წარმოიქმნება, ამიტომ რეგისტრირდება სწორი, ჰორიზონტალური ხაზი, რომელსაც იზოელექტრულ ხაზს უწოდებენ.

კბილები გამოლაგებულია იზოექტრული ხაზის ზემოთ ან ქვემოთ. ზემოთ მოთავსებულ კბილებს დადებითი ეწოდებათ, ქვემოთ მოთავსებულებს კი უარყოფითი.

ეკგ-ზე მნიშვნელოვანია აგრეთვე ინტერვალები

ეკგ-ზე იზომება კბილების ზომა, ინტერვალების და სეგმენტების ხანგრძლივობა.

P - კბილი ასახავს წინა გულების აგზნებას

QRS - კომლექსი ასახავს პარკუჭების აგზნებას

P - კბილი ასახავს წინა გულების აგზნებას

T- კბილი ასახავს პარკუჭების რეპოლარიზაციას

ეკგ-ს საშუალებით დგინდება:

1. გულის რიტმი

2. გულის რიტმის სიხშირე

3. გულის ელექტრული ღერძის მდებარეობა

4. სისტოლის ხანგრძლივობა

5. P - კბილი, PQ - ინტერვალი, QRS - კომპლექსი და ST - სეგმენტი.

გულის ელექტრული ღერძის დადგენა:

გული თანაბრად არის დაშორებული ეინტჰოვენის სამკუთხედის კუთხეებიდან. გულის ელექტრული ღერძი პარკუჭების აგზნების დროს წარმოქმნილი ბიოპოტენციალთა ინტეგრაციული სუმარული ვექტორია, რომელსაც გარკვეული სიდიდე და მიმართულება ახასიათებს. გულის ელექტრული ღერძის მიმართულება ემთხვევა ამ ვექტორის მიმართულებას. აღინიშნება □კუთხით და გამოითვლება ბეილის 6 ღერძიანი სისტემის მიხედვით.

ფონოკარდიოგრაფია

ბგერით რხევების გრაფიკული რეგისტრაციაა, რომელიც გვეხმარება შუილის ან პათოლოგიური ტონის დადგენაში.

ექოკარდიოგრაფია

გულის ღრუების და სტრუქტურების ვიზუალიზაცია ხდება ულტრაბგერის საშუალებით. ულტრაბგერა იგზავნება გულის მიმართულებით და გამოსახულების სახით. მიიღება უკან ოსცილოგრაფზე. შესაძლოა სურათის გადაღებაც. ექოკარდიოგრაფიით ისაზღვრება: გულის ღრუების მოცულობა, ზომა, მიოკარდიუმის სისქე, კუმშვადობის ფუნქცია, სარქველების მდგომარეობა, ფორმა და ფუნქცია

რენდგენოლოგიური გამოკვლევა

რენგენოსკოპიით და რენდგენოგრაფიით ვადგენთ გულის მდებარეობას, ფორმას, სიდიდეს. პაციენტს იკვლევენ სამ პოზიციაში - პირდაპირი, მარჯვენა და მარცხენა ირიბ პოზიციაში.

მოციმციმე არითმია

გულისხმობს წინაგულების უწესრიგო, გახშირებულ აგზნებას, რასაც მოსდევს პარკუჭების არითმიული შეკუმშვა. იგი გულის რომელიმე დაავადების (რევმატიზმი, გულის მანკი, ათეროსკლეროზული, კარდიოსკლეროზი, გულის კუნთის ინფარქტი და სხვ.) გართულებას წარმოადგენს. ამიტომ მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს როგორც რიტმის აღსადგენად, ისე ძირითადი დაავადების საწინააღმდეგოდ.

ეტიოლოგია

მოციმციმე არიტმია განსაკუთრებით ხშირად გვხვდება ხანშიშესულებს შორის. მოციმციმე არიტმიის დროს წინაგულები ქაოსურად და არარეგულარულად იკუმშება, მათი შეკუმშვა არ არის კოორდინირებული გულის პარკუჭების შეკუმშვასთან, რის შედეგადაც გულისცემა არარეგულარული ანუ არიტმული გამოდის. ხშირად გულის შეკუმშვათა სიხშირეც მომატებულია.
განასხვავებენ მოციმციმე არიტმიის პაროქსიზმულ და ქრონიკულ ფორმებს. პაროქსიზმული- მცირე ხანს გრძელდება და გაივლის, ხოლო ქრონიკული ფორმა მუდმივია.

მოციმციმე არიტმიის ყველაზე ხშირი მიზეზი გულში მიმდინარე სტრუქტურული ცვლილებებია, თვით ეს ცვლილებები კი შესაძლოა გამოიწვიოს გულის სარქვლების დაზიანებამ, გულის შეძენილმა ან თანდაყოლილმა მანკმა, მაღალმა არტერიულმა წნევამ, რომელიც წლობით გრძელდება. მოციმციმე არიტმიის მიზეზად ასევე შესაძლოა იქცეს ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების ჭარბი გამომუშავება, ალკოჰოლის ზემოქმედება, ვირუსული ინფექცია და სხვა. მოციმციმე არიტმია განსაკუთრებით ხშირად ემართებათ მოხუცებს, ასაკთან ერთად იცვლება წინაგულის ელექტრული და სტრუქტურული თავისებურებები, რაც წინაგულების ნორმალური რიტმის დარღვევას იწვევს..
მოციმციმე არიტმია გულის სტრუქტურული დაზიანების გარეშეც შეიძლება აღმოცენდეს. ამ შემთხვევაში არიტმიის მიზეზი უცნობია. სამაგიეროდ, მძიმე გათუელებებიც იშვიათია. მოციმციმე არიტმია შესაძლოა ინსულტის ან გულის უკმარისობის მიზეზად იქცეს. წინაგულების ქაოსურმა, არარეგულარულმა შეკუმშვამ შესაძლოა წინაგულში თრომბის ფორმირება გამოიწვიოს, თრომბი მოწყდეს და სისხლის ნაკადთან ერთად თავის ტვინის, ფილტვის ან ქვემო კიდურების არტერიათა სისტემაში მოხვდეს. თუ თრომბის ნაწილაკმა თავის ტვინის არტერია დაახშო, ინსულტი განვითარდება, ფილტვის არტერიის დახშობა კი ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიას იწვევს.
მოციმციმე არიტმიის დროს ინსულტის განვითარების უფრო მეტი ალბათობა აქვთ ასაკოვან, არტერიული ჰიპერტენზიით დაავადებულ ადამიანებს, ინსულტის განვითარების რისკი მოციმციმე არიტმიის დროს საგრძნობლად იზრდება.

კლინიკური მიმდინარეობა და დიაგნოსტიკა

მოციმციმე არიტმია გამოვლინდება გულის ფრიალით, გულის არეში დისკომფორტით. რასაც ემატება ქოშინი, სისუსტე, თავბრუხვევა.
იცვლება პულსი და გულისცემა. დიაგნოზის დასაზუსტებლად ინიშნება ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევა. ექოკარდიოსკოპია, რომლის მეშვეობითაც შესაძლებელია მოციმციმე არიტმიის გამომწვევი გულის პათოლოგიის გამოვლენა. რიგ შემთხვევაში საჭიროა სისხლის ლაბორატორიული გამოკვლევა თანმხლები დაავადების დასადგენად.

მკურნალობა

მოციმციმე არიტმიის მკურნალობა ითვალისწინებს გულის ნორმალური რიტმის აღდგენას, როცა ეს შეუძლებელია - გულის შეკუმშვათა სიხშირის კონტროლს. მოციმციმე არითმიის მკურნალობაში მნიშვნელოვანია თრომბოზის პროფილაქტიკა.

გულის ნორმალური, სინუსური რიტმის აღდგენა ორი გზით - მედიკამენტური და ელექტრული კარდიოვერსიით არის შესაძლებელი.

მედიკამენტური კარდიოვერსიის შემთხვევაში სინუსური რიტმის აღდგენა ანტიარიტმიული პრეპარატების გამოყენებით ხდება. ეს პრეპარატები, პაციენტის მდგომარეობის გათვალისწინებით, შესაძლოა დაინიშნოს ინტრავენური ინექციის სახით ან დასალევად, ტაბლეტირებული ფორმით. ასეთი მკურნალობა უმეტესად სტაციონარულად ტარდება. ნორმალური რიტმის აღდგენის შემდეგ მოციმციმე არიტმიის პროფილაქტიკისთვის ინიშნება ანტიარიტმიული პრეპარატები.

ელექტრული კარდიოვერსია ტარდება ინტრავენური ნარკოზის ფონზე. ის ხანმოკლე პროცედურაა, რომლის დროსაც გულზე მოქმედებს მაღალი სიმძლავრის ელექტროდენი. ის თრგუნავს ანომალიურ ელექტრულ აქტივობას და აღადგენს გულის ნორმალურ რიტმს.

პროფილაქტიკა

მოციმციმე არითმიის არსებობის შემთხვევაში შესაძლებელია შევამციროთ არიტმიის განმეორებითი ეპიზოდების აღმოცენების რისკი. აუცილებელია შეზღუდვა გრიპისა და გაციების დროს რეკომენდებული საშუალებებისა , რადგან მათი უმრავლესობა შეიცავს ნივთიერებას, რომელმაც შესაძლოა მოციმციმე არიტმიის პროვოცირება მოახდინოს. არ არის გამორიცხული მათი ურთიერთქმედება არითმიის საწინააღმდეგო საშუალებებთან. მოციმციმე არითმიის დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მაღალი არტერიული წნევის მკურნალობას, მისი ციფრების ნორმალიზაციას, ამისთვის კი მედიკამენტების რეგულარულ მიღებასთან ერთად აუცილებელია ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვა, ჯანსაღი კვება, სუფრის მარილის შეზღუდვა, ფიზიკური აქტივობის ზრდა, თამბაქოსა და ალკოჰოლზე უარის თქმა.

გულის იშემიური დაავადება

გულის იშემიური დაავადება – ქრონიკული პათოლოგიური პროცესია, რომელიც განპირობებულია მიოკარდის სისხლმომარაგების დარღვევით; უმრავლეს შემთხვევაში (97–98%) წარმოადგენს გულის კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზის შედეგს. ძირითადი კლინიკური ფორმებია – სტენოკარდია, მიოკარდის ინფარქტი და კორონაროგენული (ათეროსკლეროზული) კარდიოსკლეროზი; პირველი ორი წარმოადგენს მწვავე, ხოლო კარდიოსკლეროზი – დაავადების ქრონიკულ ფორმებს. ეს ფორმები გვხვდება როგორც იზოლირებულად, ასევე კომბინაციაში, მათ შორის სხვადასხვა გართულებებითა და შედეგებით (გულის უკმარისობა, გულის რითმისა და გულშიგა გამტარობის დარღვევები, თრომბოემბოლიები და სხვ.) ამით განისაზღვრება სამკურნალო და პროფილაქტიკური ღონისძიებების ფართო დიაპაზონი. დაავადების რემისიის პერიოდში ნაჩვენებია სანატორულ-კურორტულიმკურნალობა.

დაავადების პროგნოზი და შრომისუნარიანობა დამოკიდებულია დაავადების გამწვავების სიხშირეზე, ასევე გულის ფუნქციების დარღვევების ხასიათზე, (ასევე სხვა ორგანოების), რომელიც განვითარდა დაავადების გართულებების შედეგად.

გულის იშემიური დაავადება (გიდ) გულის კუნთის სისხლით არასაკმარისი მომარაგების შედეგია. გულის სისხლძარღვების შევიწროების ან დახშობის გამო ჟანგბადისა და საკვები ნივთიერებების გადამტანი სისხლი მათში სათანადო ოდენობით ვერ გაედინება.

სიმპტომები და მიმდინარეობა. იმის მიხედვით, რამდენად არის გამოხატული, რამდენად ხანგრძლივია და რამდენად სწრაფად პროგრესირებს გულის შიმშილი, განასხვავებენ გიდ-ის რამდენიმე ფორმას. ესენია:

- **გიდ-ის უსიმპტომო ანუ ჩუმი ფორმა.** ამ დროს გულის შიმშილი კლინიკური სიმპტომებით არ გამოვლინდება.
- **სტენოკარდია**. ამ დროს გულის კვების უკმარისობა ვლინდება გულმკერდის არის ძლიერი ტკივილით, რასაც პროვოცირებას უწევს ფიზიკური დატვირთვა, სტრესი, სიცივე ან უზომო დანაყრება.
- **გიდ-ის ასთმური ფორმა**. ამ დროს გულის სისხლით არასათანადო მომარაგება ვლინდება გულის რიტმის მოშლით, უმეტესად - მოციმციმე არითმიით.
- **მიოკარდიუმის ინფარქტი.** ეს არის გულის კუნთის ნაწილის სიკვ¬დილი, რომელსაც მისი შიმშილი იწვევს.
- **უეცარი გულისმიერი სიკვდილი** - გულის გაჩერება, რომელიც უმეტესად სისხლის მიწოდების მკვეთრი შემცირებით არის გამოწვეული. ამ დროს ადამიანის გადარჩენა მხოლოდ სასწრაფო სარეანიმაციო ღონისძიებებს შეუძლია.

.

ეტიოლოგია

გულის იშემიური დაავადება - **(გიდ)** - გულის სისხლძარღვების (კორონარების) ათეროსკლეროზის გამო ვითარდება. ამ დროს არტერიის კედლებზე ჩნდება ე.წ. ფოლაქები, რომლებიც ან ავიწროებს სისხლძარღვების სანათურს, ან სავსებით ახშობს მათ. თავდაპირველად კორონარული სისხლძარღვების შევიწროება უმნიშვნელოა და გულმკერდის არის ტკივილით (სტენოკარდიით) ვლინდება. ათეროსკლეროზული ფოლაქის დაშლისას შევიწროებულ სისხლძარღვში ჩნდება თრომბები, რომლებიც მიოკარდიუმის ინფარქტს იწვევს.
გულში სისხლის მიდინება ასევე შეიძლება შეაფერხოს კორონარული სისხლძარღვების სპაზმმა ან ანთებამ, რასაც მოწევა, სიმსუქნე, არტერიული წნევის მატება, წამლების უკონტროლო მიღება, ჰორმონული ცვლილებები, არასწორი კვება და ზოგიერთი სხვა მიზეზი იწვევს.

გართულებები

გიდ - გულის იშემიური დაავადება - შესაძლოა გართულდეს გულის რიტმის დარღვევით ან ბლოკადით. მძიმე ფორმისას ვითარდება გულის ქრონიკული უკმარისობა. განვითარებულ ქვეყნებში გიდ სიკვდილისა და დაინვალიდების ყველაზე გავრცელებული მიზეზია. მის წილად მოდის სიკვდილიანობის დაახლოებით 30%. ეს დაავადება ემუქრება ყოველ მესამე ქალსა და ყოველ მეორე მამაკაცს. განსხვავება იმით არის განპირობებული, რომ ქალის სასქესო ჰორმონები სისხლძარღვებს რამდენადმე იცავს ათეროსკლეროზული დაზიანებისგან. მენოპაუზის შემდეგ ჰორმონული ფონის შეცვლის გამო ქალებში ინფარქტის განვითარების ალბათობა იზრდება.

დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

ავადმყოფის ჩივილებია: ტკივილი გულმკერდის არეში, გულის რიტმის დარღვევა, ქოშინი. ზუსტი დიაგნოსტირებისთვის საჭიროა ელექტროკარდიოგრაფიას და ექოკარდიოგრაფია. საჭიროებისას ინიშნება კარდიოანგიოგრაფია. ასევე უნდა გაკეთდეს სისხლის საერთო ანალიზი, ჩატარდეს ბიოქიმიური კვლევა და კოაგულოგრაფია.
გიდ-ის მედიკამენტური მკურნალობისას გამოიყენება სხვადასხვაგვარი მოქმედების კომბინირებული პრეპარატები. ზოგიერთი პრეპარატი გულის სისხლძარღვებს აფართოებს, ზოგიერთი ამცირებს ამ ორგანოს დატვირთვას, აქვეითებს არტერიულ წნევას და ათანაბრებს გულის რიტმს. არსებობს საშუალებებიც, რომლებიც გიდ-ის ძირითად მიზეზს ებრძვის - სისხლში ქოლესტერინის დონეს აქვეითებს.
შევიწროებული არტერიის გაფართოება შესაძლებელია არცთუ ისე რთული ოპერაციით - კორონარული ანგიოპლასტიკით: სისხლძარღვის დაზიანებულ უბანში იდგმება სტენტი. რთულ შემთხვევებში კარდიოქირურგები მიმართავენ შუნტირებას, რომლის დროსაც დახშული სისხლძარღვი კარგად გამავალი ახალი სისხლძარღვით იცვლება (ის, როგორც წესი, კიდურის ვენისგან მზადდება).

ჰიპერტონია

არტერიული ჰიპერტენზია არტერიული წნევის ნორმაზე მეტად აწევაა. ნორმა, ასაკის შესაბამისად, 110/70 – 130/80მმ.ვწყ.სვ-ის დიაპაზონში მერყეობს. ასაკთან ერთად სისტოლური არტერიული წნევის მომატება არცთუ ისე დიდი ხნის წინ ნორმალურ ფიზიოლოგიურ პროცესად განიხილებოდა და "სიბერის გამოხმაურებად" ითვლებოდა. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ცალკე გამოყოფა სწორედ იმის გამო გახდა საჭირო, რომ ის გულ-სისხლძარღვთა, ცერებრული და თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის მნიშვნელოვან რისკფაქტორს წარმოადგენს, ამიტომ იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ასაკობრივ ნორმად მიჩნევა სწორი არ არის ,თუმცა იზოლირებულ სისტოლურ ჰიპერტენზიას ჯანდაცვის ექსპერტები ამგვარად განმარტავენ: "იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტონია - ეს არის ზოგადი ტერმინი, რომელიც მიესადაგება ყველა იმ ავადმყოფს, რომელსაც აქვს მაღალი (140 მმ.ვწყ.სვ-ის ტოლი ან მეტი) სისტოლური და 90 მმ.ვწყ.სვ-ზე ნაკლები დიასტოლური წნევა. აღნიშნული პათოლოგია იმატებს 55 წელს გადაცილებულ პაციენტებში. ჰიპერტენზიის ეს ფორმა ქალების 14%-სა და მამაკაცების 23%-ს აღენიშნება. ასევე ცალკეა გამოყოფილი და

ხშირად გვხვდება სკლეროზული სისტოლური ჰიპერტონია, რაც გულისხმობს მხოლოდ სისტოლური წნევის მომატებას, გვხვდება ხანდაზმულ პირებში და საფუძვლად არ უდევს რომელიმე დაავადება, რომელსაც შეეძლო მაღალი სისტოლური წნევა გამოეწვია. საჭიროა, ერთმანეთისგან განვასხვავოთ პირველადი იზოლირებული და მეორეული ანუ სიმპტომური ჰიპერტონია. მეორეული ანუ სიმპტომური ჰიპერტონია თან ახლავს შემდეგ დაავადებებსა და მდგომარეობებს: აორტის სარქველის უკმარისობას, სრულ ატრიოვენტრიკულურ ბლოკადას, არტერიოვენურ ანევრიზმას, ღია არტერიულ სადინარს, აორტიტს, მონკებერგის სკლეროზს, აორტის კოარქტაციას, თირეოტოქსიკოზს, პეჯეტის დაავადებას, ბერი-ბერის ავადმყოფობას, ანემიას, ცხელებას.

კლინიკური მიმდინარეობა

არტერიული წნევის ხასიათის, მისი დინამიკის, კლინიკური სიმპტომატიკის მიხედვით მიზანშეწონილია გამოიყოს პირველი და მეორე ტიპი, ლაბილური და სტაბილური ჰიპერტონია.

პირველი ტიპი - სკლეროზული სისტოლური ჰიპერტონიის ე.წ. პირველადი ფორმა. ამ დროს არც ანამნეზში, არც უშუალოდ ავადმყოფზე დაკვირვებისას არ აღინიშნება დიასტოლური წნევის მომატება (გარდა ძალიან იშვიათი შემთხვევებისა). ყოველთვის ან თითქმის ყოველთვის, აღინიშნება სისტოლური ჰიპერტონია, რომელიც ენაცვლება წნევის ნორმალურ მაჩვენებელს.

მეორე ტიპი – სისტოლურ-დიასტოლური ჰიპერტონიის თანდათანობითი ტრანსფორმაცია სკლეროზულ სისტოლურ ჰიპერტონიაში. ჰიპერტენზიის სტაბილური მიმდინარეობისას ადგილი აქვს სისტოლური წნევის შედარებით მუდმივ მატებას მცირე მერყეობით. დიასტოლური წნევა არ არის მომატებული ან ჯერ კიდევ მცირედ მერყეობს. ჰიპერტონული კრიზები არ ვითარდება ან იშვიათია. ჰიპერტონიის ლაბილური მიმდინარეობისას სისტოლური წნევის მერყეობა მკვეთრად გამოხატულია, დიასტოლურისა - ნაკლებად; წნევა შეიძლება მკვეთრად მერყეობდეს დღის მანძილზე, ხშირია პერიოდები წნევის ნორმალური მაჩვენებლით, ხშირია ჰიპერტონული კრიზი.

ჰიპერტონიასთან დაკავშირებული სიმპტომები, თავის მხრივ, შეიძლება დაიყოს ტიპიურ, ნებისმიერი სახის ჰიპერტონიისთვის დამახასიათებელ და არატიპიურ ნიშნებად, რომლებიც მხოლოდ სისტოლურ ჰიპერტონიას ახასიათებს და რომლის კლინიკური სურათი მოიცავს სუბიექტურ და ობიექტურ სიმპტომებს, უფრო ხშირად სისტოლური ჰიპერტონიის დროს 160-200/60-90 მმ.ვწყ.სვ. წნევა ფიქსირდება. იშვიათად გვხვდება ავადმყოფი 300 მმ.ვწყ.სვ. სისტოლური და ნორმალური დიასტოლური, ასევე - 50-40 მმ.ვწყ.სვ. და უფრო ნაკლები დიასტოლური წნევით. შედარებით ხშირი ჩივილია თავის ტკივილი, მეორე ადგილს იკავებს თავბრუსხვევა, ხმაური და პულსაცია თავში.

დიაგნოსტიკა

წნევის ვარიაბელურობა ასაკთან ერთად იზრდება, კვლევისას საჭიროა წნევის რამდენჯერმე გაზომვა. თუ სისტოლური აღემატება 160 მმ.ვწყ.სვ-ს, ხოლო დიასტოლური 90მმ.ვწყ.სვ-ზე დაბალია, სვამენ სისტოლური ჰიპერტენზიის დიაგნოზს. ლაბორატორიული კვლევისას ყურადღება უნდა მიექცეს სისხლის პლაზმასა და შარდში კატექოლამინების (ადრენალინისა და ნორადრენალინის) განსაზღვრას.

მკურნალობა

არტერიული ჰიპერტენზიის მკურნალობის მიზანი მხოლოდ არტერიული წნევის დაწევა კი არ არის, არამედ ამ პათოლოგიით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება. მრავალმხრივმა გამოკვლევამ დაადასტურა, რომ მკურნალობის შედეგად საგრძნობლად შემცირდა გართულებები და ამ მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობა. მკურნალობა ითვალისწინებს:

1) ჰიპოლიპიდემიურ თერაპიას;

2) ანტიაგრეგაციულ თერაპიას;

3) საკუთრივ ჰიპოტენზიურ თერაპიას.

იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის მკურნალობისას განსაკუთრებულ მიდგომას მოითხოვს წნევის თანდათანობითი დაწევა. სწრაფი დაწევა დაბალ მაჩვენებლამდე აღრმავებს ტვინისა და თირკმელების უკმარისობას.

მიოკარდიუმის ინფარქტი

როგორც ცნობილია გულის კუნთს სისხლით კორონარული არტერიები ამარაგებს. როდესაც კორონარულ არტერიებში თრომბი ჩნდება და სისხლის მიმოქცევა წყდება, პაციენტს ეწყება ძლიერი ტკივილი გულის არეში.

გულის კუნთს გამუდმებით სჭირდება ჟანგბადი. მისი დეფიციტის დროს გულის კუნთის უჯრედები ზიანდება, რაც ტკივილისა და ზეწოლის შეგრძნებას იწვევს. თუ გულის მკვებავ კორონარულ სისხლძარღვებში სისხლის მიმოქცევა არ აღდგა, გულის კუნთის უჯრედები იღუპებიან და გულის კუნთში შემაერთებელქსოვილოვანი ნაწიბური წარმოიქმნება. გულის კუნთისთვის ჟანგბადის მიწოდების მკვეთრი უკმარისობა შესაძლოა გულის რეგულარული რიტმის დარღვევის ანუ არითმიის მიზეზადაც იქცეს.

ეტიოლოგია

შეტევა მაშინ აღმოცენდება, როცა იხშობა ერთი ან მეტი ისეთი არტერია, რომელიც გულს ჟანგბადით მდიდარი სისხლით კვებავს. ამ არტერიებს კორონარული ანუ გვირგვინოვანი არტერიები ეწოდება. კორონარული არტერიები შეიძლება შევიწროვდეს ქოლესტერინის დაგროვების, ათეროსკლეროზული ფოლაქის ფორმირების გამო. თუ თრომბის ზომა დიდია, კორონარულ არტერიაში სისხლის მიმოქცევა წყდება. მაგრამ შეტევის მიზეზი კორონარული არტერიების სპაზმიც შესაძლოა იყოს, რაც გულის კუნთისთვის სისხლის მიწოდებას მკვეთრად ამცირებს. აღსანიშნავია, რომ კოკაინი შესაძლოა სიცოცხლისათვის საშიში სპაზმის მიზეზად იქცდეს.

პათოგენეზი

მიოკარდიუმის ინფარქტი არის იმ პროცესის საბოლოო სტადია, რომელიც, ჩვეულებრივ, რამდენიმე საათის განმავლობაში მიმდინარეობს. ყოველ წუთს გულის კუნთის სულ უფრო მეტი ნაწილი განიცდის სისხლის დეფიციტს, რის გამოც ზიანდება და კვდება. თუ გულის სისხლით მომარაგება დროულად აღდგა, დაზიანება შესაძლოა მინიმალური იყოს ან საერთოდ ავიცილოთ თავიდან.

მიოკარდიუმის ინფარქტი ხშირად სრულდებოდა სიკვდილით. დღეს, მკურნალობის გაუმჯობესებული მეთოდებისა და გულის შეტევის სიმპტომთა მნიშვნელობის განმარტების წყალობით, პაციენტთა უმრავლესობა გულის შეტევის შემდეგ სიცოცხლეს ინარჩუნებს.

ცხოვრების წესს - კვების ხასიათს, ფიზიკური ვარჯიშის ინტენსივობას, სტრესულ ფაქტორებს - დიდი მნიშვნელობა აქვს გულის შეტევის შემდეგ პაციენტის გამოჯანმრთელებისთვის.

კლინიკური მიმდინარეობა და სიმპტომები

გულის შეტევის ყველაზე გავრცელებული სიმპტომებია:

- მოჭერის, ზეწოლის ან შებოჭვის შეგრძნება და ტკივილი მკერდის ძვლის უკან, რაც რამდენიმე წუთს გრძელდება;
- ტკივილი, რომელიც გულმკერდიდან ვრცელდება ბეჭების, მხრების, ზურგის, ზოგ შემთხვევაში - ქვედა ყბისა და კბილებისკენ;
- გულში ტკივილის ეპიზოდების გახშირება;
- გახანგრძლივებული ტკივილი მუცლის ზედა ნაწილში;
- ქოშინი;
- ოფლიანობა;
- სიკვდილის შიში;
- გულის წასვლის შეგრძნება;
- გულისრევა და ღებინება.

აღნიშნავია, რომ ქალებში გულის შეტევა შესაძლოა განსხვავებული სიმპტომებით წარიმართოს. ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნების გარდა, მოსალოდნელია:

- მუცლის ტკივილი ან გულძმარვა;
- ცივი ოფლი;
- თავბრუხვევა;
- უჩვეულო და ერთი შეხედვით უმიზეზო სისუსტე.

ეს სიმპტომები სხვადასხვა შემთხვევაში სხვადასხვა ხარისხით არის გამოხატული. შეტევა შეიძლება აღმოცენდეს მუშაობის, გართობის, მოსვენების ან ფიზიკური აქტივობისას. ზოგჯერ მოულოდნელად იწყება, მაგრამ უმეტესად წინ უძღვის სიმპტომები, რომლებიც მას საათობით, დღეობით, კვირაობითაც კი უსწრებს.

შეტევის ყველაზე ადრეული წინამორბედი სიმპტომი შეიძლება იყოს განმეორებითი ტკივილი გულმკერდში, რომელიც ფიზიკური დაძაბვისას აღმოცენდება, ხოლო მოსვენებისას მცირდება.

დიაგნოსტიკა

აუცილებელია ანამნეზის დეტალურად შეგროვება, ობიექტური გასინჯვა და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები:

- ელექტროკარდიოგრაფია;
- სისხლში ტროპონინის აქტივობის შესწავლა;
- ექოკარდიოსკოპია ;
- ანგიოგრაფია - აჩვენებს კორონარული არტერიების შევიწროებას ან ბლოკირებას. კვლევისას სპეციალურ კათეტერს ქვემო კიდურის არტერიიდან გულისკენ ამოძრავებენ და გვირგვინოვან სისხლძარღვებში საკონტრასტო ნივთიერება შეჰყავთ, რის შედეგადაც არტერიები რენტგენის აპარატზე ჩნდება. გარდა ამისა, დამატებით შესაძლებელია არტერიების ბლოკირების მკურნალობა - სპეციალური ბალონით კორონარის ბლოკირებული არის გაფართოება (ბალონური დილატაცია) ან არტერიაში სპეციალური სტენტის ჩადგმა, რომელიც არტერიას გაფართოებულ მდგომარეობას უნარჩუნებს და გარკვეულწილად იცავს ხელახალი შევიწროებისგან.

გართულებები

მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს აღმოცენებული გართულებები გულის კუნთში აღმოცენებულ ცვლილებებს უკავშირდება. მას შეიძლება მოჰყვეს:

- არითმია ანუ გულის რიტმის დარღვევა, ზოგჯერ - ფატალურიც;
- გულის უკმარისობა - ვითარდება ქოშინი, სისუსტე, ქვემო კიდურების შეშუპება. გულის უკმარისობა შესაძლოა შეტევის მოხსნისთანავე უკუგანვითარდეს, მაგრამ არ

არის გამორიცხული ქრონიკული უკმარისობის აღმოცენებაც, რომელიც გულის კუნთის ძლიერი დაზიანების შედეგია;

- გულის გახეთქვა - ინფარქტის შედეგად დასუსტებული გულის კუნთი შეიძლება გასკდეს. ეს მდგომარეობა სწრაფად სრულდება სიკვდილით.
- სარქვლების დაზიანება - ინფარქტის გამო სარქველების დაზიანებამ შესაძლოა სიცოცხლისთვის საშიში გართულებები გამოიწვიოს.

მკურნალობა

მიოკარდიუმის ინფარქტის მკურნალობა მოიცავს რამოდენიმე ჯგუფის პრეპარატის გამოყენებას:

- ასპირინი - ამცირებს სისხლში თრომბოციტების აგრეგაციას და ეხმარება, რომ შევიწროებულ კორონარში სისხლის მიმოქცევა არ შეწყდეს.
- თრომბოლიზურ საშუალებები - ისინი შლის სისხლძარღვში არსებულ თრომბს. თრომბოლიზური პრეპარატების ადრეული გამოყენება ზრდის გულის კუნთის დაზიანების ხარისხის შემცირებისა და პაციენტის გადარჩენის შანსს.
- შედედების საწინააღმდეგო სხვა საშუალებები. ისინი გარკვეულწილად ჰგავს ასპირინს და ახალი თრომბების ფორმირებისგან იცავს პაციენტს. ამ ჯგუფის წარმომადგენელია კლოპიდოგრელი (პლავიქსი) და IIბ/IIIა რეცეპტორების სხვა ბლოკერები.
- სისხლის გამათხიერებელ სხვა საშუალებები მაგ. ჰეპარინი, რომელიც ზრდის სისხლის თხევადობას და ამცირებს ახალი თრომბების წარმოქმნის ალბათობას. ჰეპარინი ნემსით შეჰყავთ ინტრავენურად ან კანქვეშ.
- ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებები.
- ნიტროგლიცერინი - ეს პრეპარატი, რომელიც სტენოკარდიის სამკურნალოდ გამოიყენება, დროებით აფართოებს არტერიულ სისხლძარღვებს და აუმჯობესებს სისხლის დინებას გულიდან და გულისაკენ.
- ბეტა-ბლოკერები - ეს პრეპარატები აადვილებს გულის მუშაობას, ვინაიდან ამცირებს გულის შეკუმშვათა სიხშირეს, აქვეითებს არტერიულ წნევას. ბეტა-ბლოკერებს შეუძლია გულის კუნთის დაზიანების შემცირება და განმეორებითი შეტევების პროფილაქტიკა.
- ქოლესტერინის დამაქვეითებელ პრეპარატები. ისინი ამცირებს სისხლში ქოლესტერინის შემცველობას.

რეაბილიტაცია

გადაუდებელი დახმარების მიზანი მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს გულის კუნთის შემდგომი დაზიანების თავიდან აცილება.

მკურნალობის მიზანია გულის კუნთის მთლიანობის და ფუნქციის აღდგენა და შეტევის განმეორების პროფილაქტიკა. სწორედ ამ მიზანს ემსახურება რეაბილიტაცია, რომელიც

მედიკამენტურ მკურნალობას, ცხოვრების წესის შეცვლას და ემოციურ სფეროზე ზემოქმედებას გულისხმობს. არასოდეს არის გვიანი იმ ღონისძიებების დაწყება, რომელთა დახმარებითაც შესაძლებელია გულის შეტევის თავიდან აცილება. პროფილაქტიკა აუცილებელია მაშინაც, როცა პაციენტს შეტევა ერთხელ უკვე ჰქონდა. ამ თვალსაზრისით მედიკამენტური მკურნალობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ გაჯანსაღებისა და განმეორებითი შეტევის თავიდან ასაცილებლად აუცილებელია:

- თამბაქოს მოწევის აკრძალვა.
- სისხლში ქოლესტეროლის კონტროლი.
- სისხლში გლუკოზის შემცველობის კონტროლი.
- სისხლის არტერიული წნევის კონტროლი.
- რეგულარული ვარჯიში.
- სხეულის ნორმალური წონა.
- ჯანსაღი კვების პრინციპი.
- ალკოჰოლური სასმელების შეზღუდვა.

პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებები ხშირად აღინიშნება ჭარბწონიან პირებში, ასევე რისკფაქტორებს მიეკუთვნება მაღალი არტერიული წნევა, ქოლესტერინის მაღალი დონე, შაქრიანი დიაბეტი, გულის იშემიური დაავადება, მამრობითი სქესი, ასაკი 50 წელზე მეტი, ოჯახური ანამნეზი, ცხოვრების არაჯანსაღი წესი: მოწევა, დიდი რაოდენობით ცხიმების შემცველი საკვების მოხმარება.

კლინიკური სურათი

სიმპტომები დამოკიდებულია დაზიანებული სისხლძარღვის ლოკალიზაციაზე, ყველაზე ხშირია ქვემო კიდურის არტერიების დაზიანება, შესაბამისად შეიძლება აღინიშნებოდეს:

- კოჭლობა, ტკივილი, დაღლილობა, სიმძიმისა და ჩხვლეტის შეგრძნება ქვემო კიდურებში საწყის ეტაპებზე მხოლოდ დატვირთვისას
- დაავადების მძიმე ფორმების დროს ტკივილისა და დაბუჟების შეგრძნება ქვემო კიდურებში მოსვენების დროსაც აღინიშნება
- კიდურების გაცივება
- ქვემო კიდურებზე თმიანობის გაქრობა
- ციანოზური ელფერი
- პულსის შესუსტება
- ჭრილობებისა და წყლულების გაძნელებული შეხორცება
- ქვემო კიდურების შეშუპება
- კუნთების ატროფია

დიაგნოსტიკა

პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებების დროს პირველ რიგში ხდება ქვემო კიდურებზე პულსის შემოწმება, წნევის გაზომვა და შედარება ზემო კიდურებზე არსებულ წნევასთან, ტარდება ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევები. აუცილებელია სისხლში განისაზღვროს ლიპიდების, ჰომოცისტეინის, შაქრის დონე. არტერიების მდგომარეობის შესაფასებლად მიმართავენ ულტრაბგერით კვლევას, ტარდება ქვემო კიდურების არტერიების ანგიოგრაფია, მაგნიტორეზონანსული ტომოგრაფია.

ათეროსკლეროზი

ათეროსკლეროზი სისხლძარღვთა ქრონიკული დაავადებაა. ის სისხლძარღვთა კედლებში ეგრეთ წოდებული ათეროსკლეროზული ფოლაქების ფორმირებით ხასიათდება. მათი წარმოქმნა ცხიმის დაგროვებისა და შემაერთებელი ქსოვილის გამრავლების შედეგია. ფოლაქები უპირატესად მსხვილ სისხლძარღვებში წარმოიქმნება, იწვევს სისხლძარღვის შევიწროებასა და დეფორმაციას, რაც ორგანოთათვის სისხლის მიწოდების დაქვეითების და ამის გამო მათი იშემიის შედეგია.

ათეროსკლეროზის რისკ-ფაქტორებია:

- **ასაკი.** ასაკთან ერთად ათეროსკლეროზის რისკიც იზრდება. რაც უფრო მეტია ასაკი, მით უფრო მაღალია ათეროსკლეროზის რისკი. ათეროსკლეროზის რისკი საგრძნობლად იწევს მაღლა 45-50 წლის შემდეგ.
- **სქესი.** მამაკაცებს ათეროსკლეროზი 10 წლით ადრე ეწყებათ და 50 წლამდე მისი განვითარების 4-ჯერ მეტი ალბათობა აქვთ. ეს განსხვავება 50 წლის შემდეგ ქრება, რაც ქალის ორგანიზმში მიმდინარე ჰორმონულ ცვლილებებსა და ქალის სასქესო ჰორმონების - ესტროგენების - დამცავი როლის შესუსტებასთან არის დაკავშირებული.
- **გენეტიკური განწყობა** ათეროსკლეროზის შედარებით ნაადრევად, 50 წლამდე, დაწყების მიზეზია. 50 წლიდან კი მემკვიდრეობა ნაკლებ როლს ასრულებს
- თამბაქოს წევა.
- ის ნეგატიურ ზემოქმედებასთან არის დაკავშირებული.
- არტერიული ჰიპერტენზია.
- სიმსუქნე.
- დისლიპიდემია ანუ ცხიმების ცვლის დარღვევა. ის ათეროსკლეროზის განვითარების უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია. ზემოთ დასახელებული ფაქტორების უმრავლესობა თავის დამაზიანებელ ზემოქმედებას სწორედ დისლიპიდემიის მეშვეობით ახორციელებს. ათეროსკლეროზისა და მასთან დაკავშირებული გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ეგრეთ წოდებული "ცუდი" ქოლესტერინის ანუ დაბალი სიმკვრივის ქოლესტერინისა და ტრიგლიცერიდების მომატება.

- არასწორი კვება ცხოველური ცხიმებისა და კალორიების მაღალი შემცველობით, რომელიც აჩქარებს ათეროსკლეროზის პროგრესირებას.
- ცხოვრების უმოძრაო წესი ანუ ჰიპოდინამია ათეროსკლეროზის, შაქრიანი დიაბეტისა და არტერიული ჰიპერტენზიის აღმოცენების მნიშვნელოვანი ფაქტორია. უმოძრაობა ხელს უწყობს ცხიმებისა და ნახშირწყლების ცვლის დარღვევას, ეს კი ზრდის დასახელებული დაავადებების რისკს.
- ინფექცია - შედარებით ახალია თეორია ათეროსკლეროზის აღმოცენებაში ინფექციის მნიშვნელობის შესახებ. მან აღმოცენებისთანავე მიიპყრო ყურადღება. ბოლო პერიოდის კვლევების თანახმად ათეროსკლეროზის სწრაფი პროგრესირების მნიშვნელოვანი ფაქტორი შეიძლება იყოს ქლამიდიური და ციტომეგალოვირუსული ინფექცია. ამ მტკიცების სასარგებლოდ მეტყველებს ათეროსკლეროზის სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ პაციენტებში სისხლში ანტისხეულების მაღალი ტიტრი აღნიშნული ინფექციების წინააღმდეგ.

ვარიკოზი - ვენის სანათურის პათოლოგიური გაგანიერებაა, რომელსაც თან სდევს ვენის დაგრძელება და დაკლაკვნა. არის შემთხვევები, როდესაც ვარიკოზულ დაზიანებას სხვა ორგანოთა (საყლაპავის, საშვილოსნოს) ვენები განიცდის, მაგრამ ყველაზე ხშირად ვარიკოზული გაგანიერება ფეხის ვენებზე ვითარდება. უმთავრესად ზიანდება დიდი და მცირე კანქვეშა ვენები.

ქალები ვარიკოზით მამაკაცებზე სამჯერ ხშირად ავადდებიან. კერძოდ, ეს დაავადება აქვს 40 წელს გადაცილებულ ყოველ მესამე ქალს და ყოველ მეათე მამაკაცს. ქალებს ვენების გაგანიერება უფრო მეტად სქესობრივი მომწიფების, ორსულობისა და მენოპაუზის ასაკში ემართებათ. მამაკაცებში დაავადების განვითარების სიხშირე მთელი სიცოცხლის განმავლობაში შედარებით ერთნაირია.

ვარიკოზის დროს ვენის კედელი განიერდება და დუნდება. მასში ვითარდება დისტროფიული ცვლილებები. ზიანდება ვენების სარქვლოვანი სისტემაც, რომელიც დიდ როლს ასრულებს სისხლის ნაკადის კიდურებიდან გულისკენ გადასროლაში. ვენის სარქვლებს ქოლგისებრი ეფექტი აქვს - პერიფერიული ვენებიდან გულისკენ, ქვევიდან ზევით სისხლის დინებისას, ისინი იშლება, სანათურს ახშობს და სისხლს ქვემოთ ჩამოსვლის საშუალებას არ აძლევს. როდესაც ვენის კედელი გაგანიერებულია, ხოლო სარქვლები - დაზიანებული, სისხლის ნაწილი გულს ვეღარ უბრუნდება და პერიფერიულ ვენურ სისტემაში გუბდება. ვენების ვარიკოზული გაგანიერებისას ადგილობრივად იმატებს ვენური წნევა, უფრო მეტად - წვივის ქვედა მესამედში, რაც ვენური სარქვლების უკმარისობას იწვევს. ამის შედეგად წვივის კუნთების შეკუმშვისას სისხლი ღრმა ვენებიდან დიდი წნევით მიედინება ზედაპირულისკენ. ზედაპირულ ვენებში წნევის მატება მათ გაგანიერებას და შეშუპებას იწვევს. ვენური წნევის ხანგრძლივ მატებას თან სდევს კანის გამაგრება და ლურჯი ლაქების გაჩენა (პიგმენტაცია). ეს ამცირებს კაპილარებში სისხლის მიმოქცევას და აჩენს წყლულებს.

ტროფიკული წყლული

ტროფიკული წყლული, როგორც წესი, წვივის ქვედა მესამედში, კოჭის შიგნითა მხარეს ჩნდება. ხშირად თან ახლავს სველი ეგზემა და კანის შემაწუხებელი ქავილი. წყლული, ჩვეულებრივ, ერთია, იშვიათად - ერთზე მეტი. წყლულიდან გამოიყოფა სეროზული ან ჩირქოვანი სითხე. განსაკუთრებით მტკივნეულია ინფიცირებული წყლული. ამ დროს იმატებს ქსოვილთა შეშუპება, ავადმყოფს არ შეუძლია დიდხანს დგომა და სიარული.

ვარიკოზული ვენა ყველაზე თხელ, კანთან შეხორცების ადგილას შეიძლება გასკდეს. გამსკდარი ვენიდან სისხლი ნაკადად, ზოგჯერ საკმაოდ უხვად მოედინება.

მწვავე თრომბოფლებიტი

მწვავე თრომბოფლებიტი ვენის კედლის ანთებაა, რომელსაც თან ახლავს ვენის სანათურში თრომბის წარმოქმნა (თრომბოზი). თრომბოფლებიტი ვენების ვარიკოზული გაგანიერების ხშირი გართულებაა.
არჩევენ ზედაპირული და ღრმა ვენების თრომბოფლებიტს. ამ დაყოფას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, რადგან ზედაპირული ვენების თრომბოფლებიტი ემბოლიურ გართულებებს არ იწვევს, მაშინ როდესაც ღრმა ვენების თრომბოფლებიტი 70-90%-ში ფილტვის არტერიის ემბოლიის ხშირი მიზეზია. მისი სიხშირე მატულობს, თუ პროცესი მუხლის დონეზე მაღლა ვრცელდება. ზედაპირული ვენების მწვავე თრომბოფლებიტი ვარიკოზულ ვენებში ტრავმის შედეგად ვითარდება. ხშირია მშობიაროზის შემდეგ. დაავადების ალბათობა ასაკთან ერთად იმატებს. ღრმა ვენების თრომბოფლებიტი განსაკუთრებით ხშირად ემართებათ მწოლიარე ავადმყოფებს, მაგალითად, მათ, ვინც ქირურგიული ოპერაცია ან მიოკარდიუმის ინფარქტი გადაიტანა. ოპერაციის შემდგომი თრომბოზი ყველაზე მეტად ემუქრებათ გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიის მქონე, დიაბეტიან, ონკოლოგიურ ავადმყოფებს, მოხუცებს, მსუქნებს, უპირატესად - ბარძაყის მოტეხილობის, პროსტატის ამოკვეთის შემდეგ.

ავადმყოფი უჩივის დაზიანებული კიდურის ტკივილს, რომელიც ძლიერდება მოძრაობისა და ფიზიკური დატვირთვისას. ვენა შეწითლებულია, ისინჯება მკვრივი, სიმისებრი მტკივნეული წარმონაქმნი, რომელიც ირგვლივ მდებარე ქსოვილებისგან მკვეთრად არის გამოკვეთილი. სხეულის ტემპერატურა 37-38 გრადუსამდე იმატებს. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა არცთუ შესამჩნევად უარესდება. იშვიათად მოსალოდნელია თრომბის ჩირქოვანი გალღობა და სეპტიკური მდგომარეობა. პროცესი ყველაზე ხშირად კოჭის ვენაში ლოკალიზდება. თუ ის წვივის კუნთებით შემოიფარგლა ან ერთ-ორ ღრმა ვენაზე გავრცელდა, კლინიკური სურათიMმწირია. ერთადერთი ჩივილი შეიძლება იყოს წვივის კუნთების უმნიშვნელო ტკივილი, რომელიც მოძრაობისას ძლიერდება. აღმავალი თრომბოზის დროს, როდესაც პროცესი ბარძაყის ვენაზე ვრცელდება და ბარძაყისა და მუხლქვეშა ვენების თრომბოზიც ერწყმის, ქვედა კიდური შეშუპებულია, მტკივნეული, მუხლის სახსარში მოძრაობა შეზღუდულია. თუ პათოლოგიური პროცესი უფრო მაღლაც გავრცელდა, მთელი კიდური შუპდება, ტკივილი ძლიერდება, კანი ციანოზურ ელფერს იძენს.

მკურნალობის იდეალური მეთოდია თრომბექტომია (თრომბის ამოკვეთა) და დაზიანებულ ვენაში სისხლის მიმოქცევის აღდგენა.

კითხვები:

1. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დროს რა ძირითადი ჩივილები აქვს პაციენტს?
2. რომელი ძირითადი კბილები გამოისახება კარდიოგრამაზე?
3. რა პათოლოგიური პროცესია მოციმციმე არითმია?
4. აღწერეთ გულის იშემიური დაავადების კლინიკა.
5. რა პათოლოგიური პროცესია ჰიპერტონული დაავადება?
6. რა დროს ვითარდება მიოკარდიუმის ინფარქტი?
7. რა კლინიკური ნიშნები ახასიათებს მწვავე თრომბოფლებიტს?

http://www.medgeo.net

http://www.mkurnali.ge/angiologia/3158-atherosklerozi.html

სასუნთქი სისტემის პათოლოგია

გამოკვლევის მეთოდები

გამოკითხვა: ავადმყოფი სასუნთქი სისტემის დაავადების დროს შეიძლება უჩიოდეს: ყნოსვის დაქვეითება-გაქრობას, ცუდ სუნს ცხვირთან, ტკივილს ყელის არეში, ყლაპვის გაძნელებას, ხახის სიმშრალეს, ტკივილს გულ-მკერდის არეში, ხმის ჩახლეჩვას, ხველას, სუნთქვის გაძნელებას.

გულმკერდის არეში ტკივილი ახასიათებს პლევრის ფურცლების გაღიზიანებას.

ხველა-tussis სასუნთქი გზებიდან უცხო ნივთიერებების (მტვერი, ლორწო, ბაქტერიები) მოსაცილებელი რეფლექსური აქტია. თუკი ეს ნივთიერება მოხვედრილია ხახის ქვემო არეში, ხახის ზემოთ _ ზედა სასუნთქ გზებში მოხვედრილი ნივთიერებები იწვევენ ცემინებას.

ხველა შეიძლება იყოს სხვადასხვაგვარი - ერთეული, შეტევითი ხასიათის ან მუდმივი, შეიძლება იყოს მყეფავი, ჩახლეჩილი, მშრალი ან სველი, დილის, საღამოს ან ღამის ხველა.

ქოშინი-dyspnoe (ბერძნ.). ქოშინი სუნთქვის რთული დარღვევაა. ავადმყოფი გრძნობს ჰაერის ნაკლებობას, მაგრამ ღრმად ვერ სუნთქავს. შეიძლება იყოს შესუნთქვის ან ამოსუნთქვის გაძნელება ან ორივე ერთად.

ინსპირაციული - ჩასუნთქვითი ქოშინი

ექსპირაციული - ამოსუნთქვითი ქოშინი

ძლიერ, მოხრჩობად ქოშინს **ასფიქსია** ეწოდება. ასფიქსია ბერძნული სიტყვაა და პულსის უქონლობას ნიშნავს.

გამოკითხვის დროს ყურადღებას ვაქცევთ ტემპერატურულ რეაქციებს. თითქმის ყველა შემთხვევაში ადგილი აქვს ტემპერატურულ რეაქციებს. ზოგიერთი დაავადების დროს არსებობს სპეციფიური სიცხის მრუდი. უნდა გამოვიკვლიოთ რა უძღვოდა წინ დაავადების განვითარებას, ხომ არ ჰქონია კონტაქტი ტუბერკულიოზით დაავადებულ პაციენტთან, როგორია სამსახურის და საყოფაცხოვრებო პირობები, ხომ არ ეწევა პაციენტი თამბაქოს, ხომ არ აღენიშნება მემკვიდრეობაში ფილტვის დაავადებები.

გამოკვლევის ფიზიკალური მეთოდები

სასუნთქ ორგანოთა ფიზიკალურ გამოკვლევას ვიწყებთ ცხვირის და ხახის რინო-ლარინგოსკოპით დათვალიერებით. ხახის დათვალიერებისას ავადმყოფს გავაღებინებთ პირს, შპადელით ენას დავწევთ დაბლა და ჩავხედავთ. შეიძლება აღენიშნოს ლორწოვანის ჰიპერემია (სიწითლე), სიფერმკრთალე, გამონაყარი. უნდა დავაკვირდეთ ნუშურების მდგომარეობას.

ინსპექცია:

გულმკერდის მოყვანილობა. გულმკერდის დათვალიერება აუცილებელია ავადმყოფის მოსვენებულ მდგომარეობაში ყოველი მხრიდან, ზოგჯერ მას ღრმად ვასუნთქებთ, რაც გვეხმარება გულმკერდის ყაფაზის ორგანოების მდგომარეობის დადგენაში.

ნორმალურად გულმკერდის ყაფაზი წააგავს კასრს, რომლის ქვედა ნაწილი უფრო ვიწროა ვიდრე ზედა. იგი სიმეტრიულია.

ზრდასრული ხერხემლის სვეტი ქმნის ოთხ ნადრეკს.

1. კისრის, წინ გამოზნექილ ლორდოზს

2. გულმკერდის, უკან გადაზნექილ კიფოზს

3. წელის, წინ გამოზნექილ ლორდოზს

4. გავის, უკან გადაზნექილ კიფოზს

ბეჭის ძვლები მჭიდროდ ერტყმის გულმკერდის ყაფაზს II-III, VII-VIII ნეკნებს შორის.

გულმკერდის წინა ზედაპირზე ჰორიზონტალურად განლაგებულია ლავიწები - **clavicula**, საუღლე ფოსო - **fossa jugularis**, ლავიწზედა და ლავიწქვეშა ფოსოები - **fossa supra et ifra**

claviculrae, მკერდის ძვლის ტარითა და სხეულით შექმნილი ე.წ. ლავიწის კუთხის გვერდით II ნეკნია.

ნეკნები **costae.**

ნეკნთა რკალებით იქმნება ეპიგასტრალური კუთხე - **angulus epigastrcus**

საორიენტაციო ადგილებია:

1. კისრის VII წარზიდული მალის წვეტიანი მორჩი ვერტებრა პრომინენს, რომელიც კარგად ჩანს თავის დახრის დროს.

2. ბეჭის ქედზედა და ქედქვედა ფოსოები ფოსსა სუპრა ეტ ინფრა სპინატა

3. ბეჭის ძვლები და კუთხეები ანგულუს სცაპულაე ქვედა კუთხის დონეზე VII ნეკნია. აქედან ითვლება ნეკნები გულმკერდის უკანა ზედაპირზე.

4. ბეჭთაშუა სივრცე სპატიუმ ინტერსცაპულარის.

5. ასეთივე ადგილებია იღლიის ფოსოები და ნეკნთაშუა სივრცეები.

ვერტიკალური საორიენტაციო ხაზებია:

1. საუღლე ამონაჭდევის ქვედა წერტილიდან მახვილისებური მორჩის მწვერვალისაკენ მკერდის ძვლის შუაში გატარებული წინა ხაზი - **linea mediane anterior**

2. მკერდის ძვლის კიდეებზე გავლებული მკერდის ძვლის ხაზი - **Linea sternalis**

3. ლავიწის შუა ადგილიდან დაშვებული შვეული ლავიწშუა ხაზი - **linea medioclavicularis**

4. ლავიწშუა და სტერნალურ ხაზებს შუა გატარებული პარასსტერნალური ხაზი - **linea parasternalis**

5. იღლიის ფოსოს წინა კიდიდან, ცენტრიდან და უკანა კიდიდან დაშვებული იღლიის წინა, შუა და უკანა ხაზები - **linea axillaris anterior media et posterior**

6. ბეჭის ქვედა კუთხეზე გამავალი ბეჭის ხაზი - **linea scapularis**

7. მალების წვეტიან მორჩებზე გავლებული ხერხემლის ხაზი - **linea vertebralis**

8. უკანასკნელი ორი ხაზის შუაში გავლებული ხერხემლის გვერდითი ხაზი - **linea paravertebralis**

გულმკერდის ყაფაზს ახასიათებს სიმეტრიულობა, ლავიწზედა და ლავიწქვეშა ფოსოები თანაბრადაა გამოხატული. ლავიწები და ლავიწის კუთხე გამოხატული, მაგრამ წამოწეული არ არის ეპიგასტრიული კუთხე მართ კუთხეს უახლოვდება. ცალკეული ნეკნები და ნეკნთაშუა სივრცეები, მხოლოდ ქვედა გვერდით ნაწილებშია გამოხატული. ბეჭის ძვლები მჭიდროდ ეკვრის ზურგს. გულმკერდის ასეთი ფორმა ნორმოსთენიული ტიპისთვისაა დამახასიათებელი.

გულმკერდის ყაფაზი იცვლება კონსტიტუციის ტიპის ან დაავადების შესაბამისად. მაგ. გულმკერდის ფორმა შეიძლება ცილინდრული ან ძაბრის ფორმის გახდეს.

შესაძლებელია ხერხემლის გამრუდება, პათოლოგიური სქოლიოზი ან კიფოზი, რის შედეგადაც შეიძლება განვითარდეს კუზი.

შესაძლებელია გულმკერდის ყაფაზის ასიმეტრიულობა. შეიძლება ცალი მხარე გამოიდრიკოს, ნეკნთაშუა სივრცეები ქვედა ნაწილში გადასწორდება და ამოიბერება, მაგ. ექსუდაციური პლევრიტის დროს.

ხერხემლის გამრუდება შეიძლება მოხდეს ფილტვის ნაწილობრივი ან სრული შეჭმუხვნის დროს.

სუნთქვის სიხშირეს ვითვლით ხელის გულმკერდზე მოთავსებით, რაც წუთში 16-24-ს უდრის.

სუნთქვა შეიძლება გაიშვიათდეს - **bradypnoe** ან გახშირდეს - **tachypnoe**, შეიძლება სუნთქვის წუთმოცულობის შემცირება ოლიგოპნოე - **olygopnoe** ან სუნთქვის წუთმოცულობის გაზრდა - **polypnoe**

სუნთქვა შეიძლება გაღრმავდეს - კუსმაულის სუნთქვა. აღინიშნება დიდი ამპლიტუდის სუნთქვითი მოძრაობები, მაგ. დიაბეტის დროს (კომა).

დათვალიერების ან სუნთქვის დათვლის დროს შეიძლება სუნთქვის ტიპის განსაზღვრა და რიტმის დარღვევის დადგენა.

ქალებს გულმკერდის ტიპის სუნთქვა აქვთ, მამაკაცებს მუცლის ანუ დიაფრაგმული. გვხვდება შერეული ტიპიც, ძირითადად ბავშვებთან.

სუნთქვის რიტმის დარღვევის სახეებია:

- ბიოტის სუნთქვა _ ცვალებადია სუნთქვის ამპლიტუდები, სიხშირე და აპნოეს პერიოდები, რაც სუნთქვის ცენტრის აგზნებადობის დაქვეითების შედეგია.
- ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა _ სუნთქვითი მოძრაობების სიღრმე თანდათან მატულობს, აღწევს მაქსიმუმს და შემდეგ კლებულობს მინიმუმამდე და შესაძლებელია პაუზამდე. იგი სუნთქვის ცენტრის აგზნების დაქვეითების შედეგია.
- ბროკოს სუნთქვა - ხდება სასუნთქი კუნთების მუშაობის დისოციაცია. დიაფრაგმა ახდენს ჩასუნთქვას, ნეკნთაშუა კუნთები ამოსუნთქვას. აღინიშნება თავის ტვინის დაზიანების დროს.

სასუნთქ ორგანოთა პალპაცია: თავდაპირველად ხორხის არის, შემდეგ კი გულმკერდის. შეიძლება სიმსივნური ქსოვილის ან მტკივნეული ადგილების ამოცნობა.

ადგენენ გულმკერდის ბგერით რხევას - მჯდომარე ავადმყოფს ხელს ადებენ ზურგზე, ათქმევინებენ ,,ა''-ს, ,,რ''-ს ან ,,ერთი, ორი'' - და აკვირდებიან რხევის გავრცელებას.

პერკუსია: ადამიანის სხეულზე დაკაკუნებით მიღებული ხმიანობის შეფასებაზე დამყარებული გამოკვლევის მეთოდია. არსებობს პირდაპირი და არაპირდაპირი პერკუსია. პირდაპირი

პერკუსია ნიშნავს სხეულზე თითით უშუალო დაკაკუნებას, არაპირდაპირი, თითსა და სხეულს შორის რაიმეს (საგანი ან თითი) მოთავსებას.

პერკუსიით ღებულობენ სამ ძირითად ხმიანობას:

- ფიტვის ნათელი ხმიანობა,
- ბარძაყის ყრუ, სუსტ ხმიანობას
- კოლოფისებურ ანუ ტიმპანურ ხმიანობას (ასეთ ხმას გამოცემს პირის ღრუ, ხორხი, ტრაქეა, კუჭი, ნაწლავები).

აუსკულტაცია: შეიძლება მოვისმინოთ გულმკერდზე ყურის დადებით ან სტეტოსკოპის საშუალებით, ან ფონენდოსკოპით.

სუნთქვა შეიძლება იყოს: ვეზიკულური და ბრონქული. ბავშვებში მოისმინება პუერული (პუერ ნიშნავს ყმაწვილს) სუნთქვა. სუნთქვა შეიძლება ტლანქი, მკვრივი გახდეს.

შეიძლება შეგვხვდეს სხვადასხვა დამატებითი ხმიანობა: ხიხინი, სეკრეციის მიხედვით განირჩევა მშრალი და სველი ხიხინი.

სველი ხიხინი შეიძლება იყოს: წვრილი, საშუალო და მსხვილბუშტუკოვანი.

შეიძლება შეგვხვდეს კრეპიტაცია. კრეპიტეს - ტკაცუნი. კრეპიტაცია მოისმინება ჩასუნთქვის ბოლოს - ისმის კრუპოზული პნევმონიის დროს.

პლევრის ხახუნის ხმიანობა გვესმის პლევრის ფურცლების ერთმანეთზე ხახუნის დროს. უმეტესად ანთების გამო პლევრაზე ფიბრინის ნადების წარმოქმნის ან გაუწყლოების შედეგად.

ინსტრუმენტული გამოკვლევები

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა: რენტგენოსკოპია - რენტგენის სხივებით სხეულის გაშუქება რენტგენოგრაფია (რენტგენოფირზე პირდაპირ სურათის მიღება). სტაციონარულ ავადმყოფებს იკვლევენ რენტგენოსკოპიით, რისთვისაც აშიშვლებენ წელს ზემოთ და რენტგენის ეკრანის წინ ათვარიელებენ სხვადასხვა პროექციაში, საჭიროების შემთხვევაში იღებენ სურათს.

ნორმალური ფილტვი არ აკავებს რენტგენის სხივებს და ეკრანზე იძლევა ორ ნათელ ველს, რომელიც სისხლძარღვებით, მსხვილი და საშუალო ბრონქების ჩრდილისგან შემდგარი ბადით გადაიფარება. ეს ბადე ქმნის ე. წ. ფილტვის სურათს. ამ სურათზე სისხლძარღვები სწორხაზოვან ჩრდილებად წარმოგვიდგება, გარდიგარდმო ჭრილში კი რგოლებად და ოვალებად.

შუასაყარში გულის ჩრდილთან ფილტვის არტერიითა და ვენით წარმოდგენილია ფილტვის კარი (ჰილური).

ფილტვის ქსოვილის გამჭვირვალობა შეიძლება დაქვეითდეს ან გაძლიერდეს. დაქვეითების დროს წარმოიშვება ჩრდილები, რომლებიც სხვადასხვა დაავადების მიხედვით სხვადასხვაგვარია.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ბრონქოგრაფიას, ბრონქის ლორწოვანი გარსის დათვალიერებას, ბრონქის სანათურში წინასწარ საკონტრასტო ნივთიერების შეყვანით.

ფილტვების შრეობრივ გადაღებას ტომოგრაფია ეწოდება.

ტრაქეობრონქოსკოპია - ბრონქოსკოპის საშუალებით ტრაქეის ან ბრონქის დათვალიერება. ანესთეზიის შემდეგ აპარატი თავსდება ტრაქეასა და ბრონქში. ბრონქოსკოპის საშუალებით შეიძლება უცხო სხეულის ამოღება, ჩირქის ამოტუმბვა.

ფუნქციური გამოკვლევები: სპირომეტრია - ფილტვის სასიცოცხლო ტევადობის განსაზღვრა.

ლაბორატორიული გამოკვლევები: საჭიროა სისხლის, პლევრალური სითხის, ნახველისა და შარდის ანალიზი.

ნახველი - სასუნთქი გზების სეკრეტია, რომელსაც ადამიანი ხველების დროს ამოიღებს, საყურადღებოა ნახველის რაოდენობა, კონსისტენცია, ფერი, სუნი, შემაგენლობა.

რაოდენობა შეიძლება იყოს ძალზედ მცირედან - 1-2 ლიტრამდე. შეიძლება იყოს ლორწოვანი, სეროზული, ჩირქოვანი, სისხლიანი, ქაფიანი. ფერით - მოწვანო, ჟანგისფერი, ჟოლოსფერი, ღია წითელი ან უფერო.

შეიძლება ნახველში იყოს მიკრობები, ეოზინოფილები, სიმსივნური უჯრედები.

პლევრის პუნქციით იღებენ პლევრალურ სითხეს და შეისწავლიან მის შემადგენლობას.

სასუნთქი სისტემის ორგანოთა პათოლოგია და მკურნალობა

არჩევენ სუნთქვის ორგანოთა ანთებით და არაანთებით დაავადებებს.

ბრონქებისა და ფილტვების ანთებითი დაავადებანი:

ბრონქიტი

ბრონქიტი წარმოადგენს ბრონქების ანთებას, რომელიც შეიძლება მიმდინარეობდეს მწვავედ ან ქრონიკულად. გავრცელების მიხედვით შეიძლება იყოს: დიფუზური და კეროვანი. არჩევენ ტრაქეო-ბრონქიტს - ზიანდება სასულე და მთავარი ბრონქები და ბრონქიოლიტს - ზიანდება კაპილარული ბრონქები.

მწვავე ბრონქიტი - bronchitis acuta

ბრონქიტი დიფუზური, მწვავე კატარალური ანთებაა. შეიძლება განვითარდეს ყველა ასაკში. გამომწვევია: სტრეპტო, სტაფილო ან პნევმოკოკი. შეიძლება წარმოადგენდეს გრიპის გართულებას ან ჩამოყალიბდეს წითელას, ყივანახველას ან ქიმიური და მექანიკური გამღიზიანებლების შედეგად.

პათოგენეზი: ბრონქიტის განვითარებას ხელს უწყობს გაციება, გადაღლა, ნერვული და ფსიქიური გადაძაბვა, - ეს ფაქტორები მოქმედებს რა ბრონქების ლორწოვანზე აძლიერებს ლორწოს წარმოქმნას, ამცირებს მათ გარეთ გამოდევნას, იწვევს ბროქების სპაზმს.

ბრონქების ლორწოვანი შეშუპებულია, ჰიპერემიულია, თვით სანათური შევიწროვებულია მასში არსებული სეკრეტის გამო.

კლინიკა: ჩვეულებრივ ბრონქიტს წინ უძღვის ზემო სასუნთქი გზების კატარი, სურდო, ყელის ტკივილი, მკერდის ძვლის უკან ვითარდება ფხაჭნის, ჩახეხვის გრძნობა, ემატება მშრალი ხველის შეტევები, ზოგჯერ მცირე რაოდენობით ნახველის გამოყოფით, შემდეგში ნახველი მატულობს და ხდება ლორწოვან-ჩირქოვანი, მატულობს ტემპერატურა, ზოგადი ადინამია, მადა უარესდება, გამოხატულია ინტოქსიკაციის მოვლენები.

პერკუსიით -

ფილტვის ნათელი ხმიანობაა, აუსკულტაციით - მკვრივი სუნთქვა, მშრალი ხიხინი ორივე მხარის, მოგვიანებით სველიც. რენტგენოგრამაზე გადიდებულია ჰილუსები, სისხლში ლეიკოციტოზია და ედსი მომატებულია.

დაავადება გრძელდება 2-3 კვირას, კარგად ემორჩილება მკურნალობას, შეიძლება გართულდეს პნევმონიით ან ბრონქიოლიტით.

მკურნალობა: ანტიბიოტიკი, ამოსახველებელი და ბრონქოდილატაციური საშუალებები.

ქრონიკული ბრონქიტი - bronchitis chronica

ქრონიკული ბრონქიტი ბრონქების ხანგრძლივი, გამწვავებებით და რემისიებით მიმდინარე დაავადებაა, ხშირია ხანში შესულ მამაკაცებში.

ეტიოლოგია: მწვავე ბრონქიტის გამომწვევებმა, თუ ისინი ხანგრძლივად მოქმედებენ შეიძლება გამოიწვიონ ქრონიკული ბრონქიტი, რომელიც ხშირად პროფესიული დამტვერიანების ან თამბაქოს ბოლის მოქმედების შედეგია. მნიშვნელოვან როლს ასრულებს პნევმო და სტაფილოკოკი.

კლინიკა: ძირითადი ჩივილია ხველა, რომელიც ხან შეტევითია და მშრალი, ხან კი წებოვანი, ლორწოვანი ან ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველით. ხველის შეტევებს თან სდევს ციანოზი, ფილტვისშიდა წნევის მომატება და ფილტ-გულის სინდრომის განვითარება და ემფიზემის ჩამოყალიბება.

დახედვით გულმკერდის დეფორმაცია არ აღინიშნება. პერკუსია თავდაპირველად იძლევა ფილტვის ნათელ ხმიანობას, შემდეგ ემფიზემით გართულების დროს კოლოფისებურ ხმიანობას. მოისმინება მშრალი ან სველი ხიხინი. დაავადება მიმდინარეობს ტალღისებურად. იგი შეიძლება გართულდეს ემფიზემის, ბრონქოექტაზიების და ფილტვისმიერი გულის განვითარებით.

მკურნალობა გამწვავებების დროს ისეთივეა, რაც მწვავე ბრონქიტის დროს.

პნევმონია - pneumonia

- კრუპოზული პნევმონია - ფიტვის წილის ან სეგმენტის ფიბრინული ანთებაა.

ეტიოლოგია: იწვევს პნევმო, სტაფილო და სტრეპტოკოკი.

პათოგენეზი: ინფექცია შეიჭრება ორგანიზმში ბრონქო, ჰემატო ან ლიმფოგენურად. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს გაციება, გადაღლა, ალერგია.

კლინიკა: დაავადება იწყება უეცრად, შემცივნებით ტემპერატურა 39-40^0 C. თანდართული პლევრიტის გამო აღინიშნება ჭვალი გვერდში. გამოხატულია ქოშინი, შემაწუხებელი ძლიერი ხველა, მუდმივი ტიპის ცხელება გრძელდება 7-9-11 დღე და კრიტიკული დაცემით მთავრდება. სახე ჰიპერემიულია, ტუჩები ციანოზური, ტუჩებთან ან ნესტოებთან ჰერპესია (ვირუსული ეტილოგიის შემთხვევაში), სუნთქვა გახშირებულია. სუნთქვაში ჩამორჩება დაზიანებული მხარე. მოისმინება სხვადასხვა ტიპის ხიხინი, კრეპიტაცია, პლევრის ხახუნი.

მკურნალობა: ანტიმიკრობული და სიმპტომური საშუალებებით.

- კეროვანი პნევმონია _ Pნეუმონია ლობულარის ფილტვის წილების მრავლობითი ანთებაა, ის უმეტესად მეორადია და გვხდება ხშირად.

ეტიოლოგია: ძირითადად ზემო სასუნთქი გზების ანთების შედეგად ყალიბდება.

კლინიკა: დაავადება იწყება შემცივნებით, მაღალი სიცხით, უმეტესად ზემო სასუნთქი გზების კატარით და ბრონქიტით. აღინიშნება ქოშნი, სახის ჰიპერემია.

პერკუსიით მოყრუება, მოსმენით - სხვადასხვა ტიპის ხიხინი. სისხლში ანთების სურათი.

რენტგენოგრამაზე არსებობს მრავლობითი, გაფანტული დაჩრდილვის კერები.

- ქრონიკული პნევმონია _ Pნეუმონია ცჰრონიცა ხშირად მწვავე ანთების გართულებას წარმოადგენს. ორგანიზმის დაქვეითებული რეაქტიულობის ან არასწორი მკურნალობის გამო. თუკი მწვავე პნევმონია 2 თვეზე მეტ ხანს გრძელდება ფილტვების ანთება ქრონიკული ხასიათისაა.

კლინიკური გამოვლინება: ავადმყოფს თითქმის სულ ამცივნებს, ადვილად ცივდება, აქვს ტემპერატურული რეაქცია, აღინიშნება სხვადასხვა ტიპის ხიხინი. ქრონიკული პნევმონია მიმდინარეობს გამწვავებებით, საბოლოოდ ვითარდება პნევმოსკლეროზი და ფილტვისმიერი გული.

მკურნალობა: ისევე ტარდება, როგორც მწვავე პნევმონიის დროს. კატეგორიულად უნდა აიკრძალოს თამბაქო და სასმელი.

პლევრიტი - pleuritis

პლევრიტი პლევრის ფურცლების ანთებაა. მეტწილად ის მეორადი გამოვლინებაა ფილტვის ან სხვა ორგანოებისა და სისტემების დაავადებების დროს.

არჩევენ მშრალ (ფიბრინულ) და სველ (ექსუდაციურ) პლევრიტს.

მშრალი პლევრიტი **pleuritis sicca** ხშირად გვხვდება ტუბერკულოზის, რევმატიზმის, წითელი მგლურას დროს, ან როგორც ფილტვების ანთების გართულება.

მშრალი პლევრიტის დროს პლევრის ფურცლები ხდება უსწორმასწორო, მის ფურცლებზე ფიბრინული ნადების დალექვის გამო.

კლინიკა: მშრალი პლევრიტი იწყება უეცრად, გულმკერდის ქვედა გვერდით ნაწილში განვითარებული შემოფარგლული ტკივილით. იწყება ტკივილი ჭვლისებრ, ძირითადად ჩასუნთქვის, ხველების, ცემინების დროს. პაციენტი წევს საღ მხარეზე, პალპაციით აღინიშნება ტკივილი დაზიანებულ მხარეზე. მოისმინება პლევრის ხახუნი.

რენტგენოლოგიურად - დაზიანებულ მხარეზე აღინიშნება დიაფრაგმის მაღალი დგომა, სისხლში ლეიკოციტოზია, ედრის აჩქარებულია.

მიმდინარეობა კეთილსაიმედოა, დაავადება თავდება 1-2 კვირაში. ფიბრინის ალაგება-გაწოვით და შესაძლო შეხორცებით. ზოგჯერ ამის გამო გვერდში ხანგრძლივად რჩება ყრუ ტკივილი, რომელიც მატულობს ამინდის შეცვლასთან ერთად.

მკურნალობა: სიმპტომურია, ადგილობრივად საფენი, ხველის დამაშვიდებელი საშუალებები. აუცილებელია პლევრიტის გამომწვევი ძირითადი დაავადების მკურნალობა.

სველი პლევრიტი - **pleuritis exudativa** გამონაჟონის მიხედვით ექსუდატი შეიძლება იყოს: სეროზული, სეროზულ-ფიბრინული, ჩირქოვანი, ჰემორაგიული და სხვა.

ეტიოლოგია: პლევრიტი უმეტესად მეორადი დაავადება (ტუბერკულოზი, რევმატიზმი). ის ლიმფის ან სისხლის გზით ვრცელდება. უპირატესად არის სეროზული ხასიათის. შესაძლებელია წარმოადგენდეს ფილტვების ანთების, გულის ინფარქტის, მკერდის ტრავმის გართულების შედეგს.

პლევრის ღრუში მატულობს პლევრალური სითხის რაოდენობა.

კლინიკა: ექსუდაციური პლევრიტი იწყება თანდათანობით, სუბფებრილური ცხელებით, ტკივილით გვერდში, ხველით. შეიძლება ექსუდატი 1 დღეში ჩადგეს. თუ სითხის რაოდენობა 0,5 ლიტრის ტოლი ან მეტია შეიძლება აღინიშნოს გულმკერდის დაზიანებული ნაწილის გამოდრეკა და სუნთქვაში ჩამორჩენა.

დაავადების დასაწყისში და ბოლოს ისმის პლევრის ხახუნი. დაავადება გრძელდება 2-5 კვირა, ექსუდატი გაიწოვება. შეიძლება დარჩეს შეხორცებები ან დაჩირქდეს და საბოლოოდ პნევმოსკლეროზი ჩამოყალიბდეს.

მკურნალობა: საჭიროა წოლითი რეჟიმი, ანტიბაქტერიული მკურნალობა, შესაძლებელია ანტიმიკრობული საშუალების შეყვანა პლევრის ღრუში.

სადიაგნოსტიკოდ იყენებენ პლევრის პუნქციას - სითხის ამოღებას და მის ლაბორატორიულ გამოკვლევას.

პნევმოთორაქსი

პნევმოთორაქსი პლევრის ღრუში ჰაერის შესვლაა. შეიძლება იყოს ტრავმული ან სპონტანური - თვითნებური.

ატმოსფეროსთან კავშირის მიხედვით არსებობს ღია, დახურული და სარქვლოვანი პნევმოთორაქსი.

უეცრად განვითარებული პნევმოთორაქსი იწვევს ძლიერ ტკივილს და საშინელ ქოშინს, ამას შეიძლება მოჰყვეს ფილტვის შეკუმშვა და შოკი.

რენტგენოლოგიურად ფილტვის ქსოვილის ნაცვლად ჰომოგენური, ნათელი ზონაა. ფილტვი ჩაჩუტულია და მიქცეულია ფილტვის კართან. დიაფრაგმა დაწეულია და უმოძრაო, შუასაყარი ცდომილია.

მკურნალობა: წოლითი რეჟიმი, პლევრიდან ჰაერის ამოღება, პნევმოთორაქსის ოპერაციული გზით დახურვა.

ჰიდროპნევმოთორაქსი - პლევრის ღრუში ერთდროულად სითხის და ჰაერის არსებობა. შეიძლება ჩადგეს ჩირქი. მაგ. აბსცისის გახსნის დროს პიოპნევმოთორაქსი.

ფილტვის დაჩირქებითი დაავადებები

ფილტვის აბსცესი - **abscesus pulmonum** ხშირი მიზეზია კრუპოზული პნევმონია, უცხო სხეულის ასპირაცია (მაგ. სიმთვრალის ან ნარკოზის დროს), ექინოკოკის ან ფილტვში ასკარიდას მოხვედრის დროს.

მწვავე აბსცესის დასაწყისმა შეიძლება პნევმონიის დროს იჩინოს თავი, ან ანთების ჩათავების შემდეგ. ავადმყოფს აღენიშნება ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნები, შეიძლება გულმკერდში ჰქონდეს შებოჭვის გრძნობა ან მჩხვლეტავი ტკივილი, ქოშინი, ზერელე სუნთქვა. შეიძლება აბცესი გაიხსნას და ამას მოჰყვება დიდი რაოდენობით ჩირქის ამოხველება.

პერკუსიით მიიღება მოყრუება ან თუ დიდი ზომისაა - ტიმპანიტი. რენტგენზე მოსჩანს მრგვალი ან მომრგვალო უსწორო კონტურებიანი ღრუ, რომელიც შეიცავს სეკრეტს

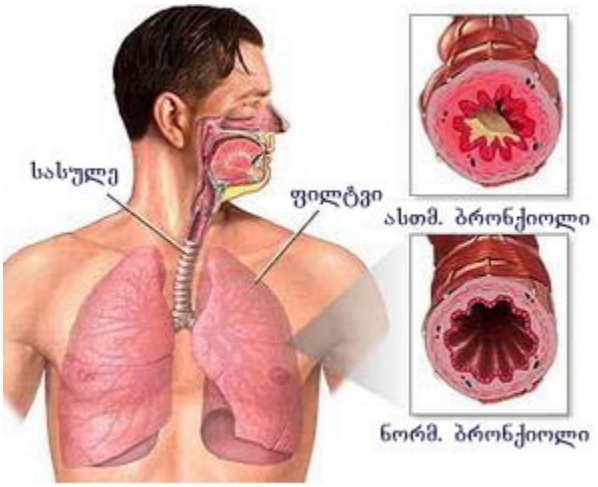
ჰორიზონტალური დონით. შეიძლება აბცესი იყოს ერთი ან მრავლობითი, ზოგჯერ ორივე ფილტვში

შეიძლება აბცესი გაიხსნას პლევრის ღრუში და მოჰყვეს პიოპნევმოთორაქსი ქრონიკული აბცისი გარდაიქმნება პნევმოსკლეროზად ან ყალიბდება ფიტვის ამილოიდოზი.

ფილტვის განგრენა - **gangrene pulmonium**, როგორც აბცესი ისე ვითარდება, მაგრამ მოიცავს ფილტვის დიდ მასას. დაავადება მიმდინარეობს მძიმედ, ძლიერი ინტოქსიკაციით და მაღალი ტემპერატურით, გამოიყოფა მყრალი ნახველი.

მკურნალობა: ძირითადად ანტიბიოტიკებით. შესაძლებელია ქირურგიული ჩარევა.

ბრონქული ასთმა - asthma bronchiale



ალერგიული ბუნების დაავადებაა, დაკავშირებულია სასუნთქი გზების ინფექციასთან, ამიტომ ასთამა ინფექციურ-ალერგიული ხასიათის დაავადება. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სოციალურ გარემოს, მემკვიდრეობას.

ალერგენის მოქმედებით ხორციელდება მცირე კალიბრის ბრონქების სპაზმი და ლორწოს გაძლიერებული სეკრეცია, რაც იწვევს ამოსუნთქვის გაძნელებას - ექსპირაციულ ქოშინს და საბოლოოდ პნევმოსკლეროზს და ფილტვისმიერი გულის განვითარებას.

კლინიკური ნიშნები: იწყება მშრალი, შეტევითი ხასიათის ხველით, რომელიც შეიძლება დაიწყოს ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის ფონით, რაც გამოხატულია ცხვირის ქავილით, სურდო-წამოხველებით. ხშირად შეტევა იწყება ღამით, ამოსუნთქვითი ქოშინით, რომელიც თანდათან ძლიერდება. ავადმყოფი იძულებულია წამოჯდეს და ხელებით დაეყრდნოს საწოლს. მხრები წამოწეულია მაღლა, სახის კუნთები დაჭიმულია და აქტიურად მონაწილეობს სუნთქვაში, სახე ციანოზურია, შუბლზე ცივი ოფლი, ლავიწის ფოსოები და ნეკნთაშუა სივრცეები ამოვსებულია. გულმკერდი იღებს სფერულ ფორმას.

პერკუსიით - კოლოფისებური ხმიანობა. აუსკულტაციით - სხვადასხვა ტიპის მშრალი ხიხინი, გაძნებულია ამოსუნთქვა.

ნახველი მცირე რაოდენობითაა, გამოიყოფა შეტევის ბოლოს, ლორწოვანია, წებოვანია, შეიცავს ეოზინოფილებს და შარკო-ლეიდინის კრისტალებს.

ეოზინოფილების რაოდენობა მატულობს აგრეთვე სისხლშიც. რენტგენოლოგიურად - ფილტვის ქსოვილის სიმკვრივე მომატებულია. შეტევა გრძელდება რამოდენიმე წუთიდან რამოდენიმე საათამდე ან ბოლოს იღებს მუდმივ ხასიათს - status asthmatus. დროთა განმავლობაში შეტევები ხშირდება, რის გამოც ყალიბდება ფილტვის უკმარისობის სურათი.

პროფილაქტიკა: ფილტვის მწვავე და ქრონიკული ანთების თავიდან აცილება ალერგენების მოცილება, სოციალური პრობლემების მოგვარება.

მკურნალობა სასურველია სტაციონარში. ინიშნება სპაზმოლიზური საშულებები: ეუფილინი, ადრენალინი, ეფედრინი. ანტიჰისტამინური პრეპარატები: სუპრასტინი, კლარიტინი. ბოლო წლებში აქტიურად გამოიყენება ჰორმონოთერაპია ტაბლეტების ან ადგილობრივად მოქმედი აეროზოლების სახით. სასურველია საკურორტო მკურნალობის განსაზღვრა.

ტუბერკულოზი

მისი გამომწვევია ტუბერკულოზის მიკობაქტერია, რომელიც სხვადასხვა ტიპისაა _ ადამიანის, ხარის, ფრინველის.

ყველაზე ხშირია ადამიანის ტიპის მიკობაქტერიით გამოწვეული დაავადება, რომელიც იწვევს სასუნთქი სისტემის ტუბერკულოზს, ხარის და ფრინველის ტიპის მიკობაქტერია კი ფილტვგარეშე ფორმებს. მნიშვნელოვანია თუ რა გზით ხდება ინფიცირება.

აეროგენული გზით შეჭრილი ინფექცია 85-90% შემთხვევაში ფილტვების და ბრონქების ლიმფატური კვანძების ტუბეკულოზს იწვევს.

ტუბერკულოზი ვლინდება სხვა ქრონიკული დაავადებების ფონზე. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ფსიქიკურ ტრავმას. მნიშვნელოვანია გარემო მეტეოროლოგიული პირობები, ამიტომ გაზაფხულ-შემოდგომაზე ხშირად მწვავდება ეს დაავადება. მნიშვნელოვნად ხელს უწყობს ტუბერკულოზის განვითარებას კვების მოშლილობა, ალკოჰოლი და სიგარეტი.

ტუბერკულოზის პათოგენეზში მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმის რეაქტიულობას, მის საერთო მდგომარეობას.

ტუბერკულოზი მამაკაცებში 2-3-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე ქალებში.

მიმდინარეობა და კლინიკური სურათი: ტემპერატურა სხვადასხვა ტიპისაა, შეიძლება იყოს სუბფებრილურიდან ჰექტიურ ცხელებამდე. პაციენტს აღენიშნება ზოგადი ადინამია, უძილობა, შრომის უნარის დაქვეითება, ოფლიანობა, ტაქიკარდია.

დამახასიათებელი სიმპტომია ხველა, ზოგჯერ სისხლიანი ნახველით. აღინიშნება ღრმა ან ზერელე ქოშინი.

ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია: წარმოადგენს ტუბერკულოზის კლინიკური გამოვლინების დასაწყისს, რენტგენოლოგიური ნიშნების გარეშე.

ადრეული ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია დაკავშირებულია პირველად ინფიცირებასთან. ახასიათებს თავის ტკივილი, დაღლილობა, უძილობა, სუფებრილური ტემპერატურა. აღინიშნება კისრის, იღლიის ლავიწზედა ლიმფური კვანძების გადიდება - ფილტვებში მკვრივი სუნთქვის ფონზე მშრალი ხიხინი.

ფუნქციური დარღვევები მკურნალობის ფონზე შეიძლება უკვალოდ გაქრეს. მკურნალობა ტარდება სპეციფიური ანტიბაქტერიული საშუალებებით, რომლის დანიშვნა და მართვა ფტიზიატრის პრეროგატივაა.

ქრონიკული ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია: გვხვდება სკოლამდელ და სასკოლო ასაკში კლინიკური მოვლენებით: სუბფებრილური ტემპერატურა, ადვილად დაღლა, მეხსიერების დაქვეითება, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ქოშინი, ოფლიანობა, წონაში დაკლება.

ობიექტურად აღინიშნება: კანის ტურგორის დაქვეითება, პერიფერიული ლიმფური კვანძების გადიდება, სისხლში გამოხატული ანთების სურათი მაღალი ედრით.

გადიდებულია ჰილუსები და ბრონქიალური ხე. შესაძლებელია შეგვხვდეს ჩაკირული ლიმფური კვანძები. მკურნალობა: ანტიმიკრობული საშუალებები.

არსებობს ფილტვის ტუბერკულოზის შემდეგი ფორმები. დისემინირებული ტუბერკულოზი, ფილტვის კეროვანი ტუბერკულოზი, ფილტვის კავერნული ტუბერკულოზი, ფილტვის ფიბროზულ-კავერნული ტუბერკულოზი.

მათ შორის ყველაზე შორსწასულ და საშიშ ფორმას წარმოადგენს ფილტვის ფიბროზულ-კავერნული ტუბერკულოზი. დაავადება მიმდინარეობს ხანგრძლივად, ტალღისებურად. აღინიშნება ტემპერატურის, ხველა ნახველით, ტკივილი გულმკერდის არეში, სისუსტე, სიგამხდრე, უმადობა, უძილობა, სისხლიანი ნახველი, ოფლიანობა.

სისხლდენა შეიძლება ისეთი ძლიერი იყოს, რომ გამოიწვიოს ავადმყოფის სიკვდილი ან დამთავრდეს ასპირაციული პნევმონიით.

პერკუსიით - ფილტვის მოკლე ხმა. აუსკულტაციით - სხვადასხვა ტიპის ხიხინი. ნახველში დიდი რაოდენობითაა ტუბერკულოზის გამომწვევი მიკობაქტერიები.

რენტგენოლოგიურად: ფილტვებში ფიბროზულ-სკლეროზული ცვლილებებია. სხვადასხვა ზომის და სიმკვრივის კერები ან მრავლობითი სხვადასხვა ზომის კავერნები.

ტუბერკულოზური პროცესის გართულებანი:

- სისხლდენა ფილტვებიდან - **haemaptoe** მოითხოვს სამკურნალო ღონისძიებების გამოყენებას. სისხლი ღია ფერისაა. შეიცავს ქაფს.
- სპონტანური პნევმოთორაქსი - სუბპლევრალური კავერნის პერფორაცია შეიძლება გამოიწვიოს გულმკერდის ტრავმამ, მძიმე ტვირთის აწევამ, ძლიერმა ემოციამ, თვითმფრინავით მგზავრობამ.

ავადმყოფი გრძნობს უეცრად გვერდში ხანჯლის ჩაცემისებურ ტკივილს, ეწყება ქოშინი, ტაქიკარდია, შემაწუხებელი ხველა.

რენტგენოლოგიურად: ფილტვი ზომიერად ან მთლიანად შეკუმშულია

ფილტვ-გულის ნაკლოვანება

ატელექტაზი - მისი მიზეზია ბრონქებში სპეციფიური პროცესი, გადიდებული ლიმფური კვანძების ბრონქზე ზეწოლა ან ფილტვებიდან სისხლდენისას ბრონქზე კოლტის ზეწოლა. შეიძლება განვითარდეს მთელი ფილტვის, წილის, სეგმენტის ან წილაკის ატელექტაზი.

მთელი ფილტვის ატელექტაზის დროს დაავადება მიმდინარეობს სწრაფად ძლიერი ქოშინით, ძლიერი შეუჩერებელი ხველით.

რენტგენოლოგიურად - ფილტვის ატელექტაზური უბანი დაჩრდილულია.

ამილოიდოზი. ფილტვის ტუბერკულოზი შეიძლება გართულდეს შინაგანი ორგანოების: თირკმელების, ნაწლავების, ღვიძლის ამილოიდური გადაგვარებით.

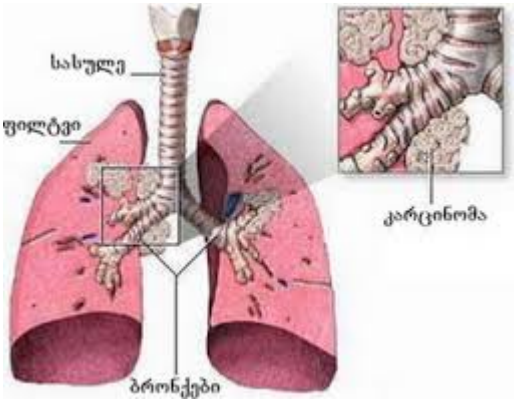
ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია ტარდება BჩG ვაქცინით. ყველა ჯანმრთელ ახალშობილს, არაინფიცირებულ ბავშვს, 30 წლამდე მოზრდილს უტარდება ვაქცინაცია და რევაქცინაცია კანქვეშა მეთოდით.

ახალშობილებს ვაქციანაცია უტარდებათ დაბადებიდან მე-3 დღიდან 2 თვემდე. აცრის გაკეთება შესაძლებელია წინასწარი სინჯის გარეშე.

რევაქცინაცია ტარდება ყოველ 5-7 წლის შემდეგ. წინასწარ კეთდება კანქვეშა (მანტუს) სინჯი. ვაქცინაცია ტარდება თუ რეაქცია იქნება უარყოფითი ან პაპულის დიამეტრი არ აღემატება 4 სმ-ს.

კანშიგა ვაქცინაციის ჩატარების ადგილზე 3-5 კვირაში განვითარდება სპეციფიური რეაქცია 5-8 მმ ზომის ინფილტრატი, რომლის ცენტრში არის კვანძი. იგი გადაიქცევა პაპულად და შემდეგ პუსტულად. ბოლოს განვითარდება გრანულაციური ქერქი - ნაზი ნაწიბური ან ლაქა.

ფილტვის სიმსივნეები



ფილტვის კეთილთვისებიანი სიმსივნე შედარებით იშვიათია, შესაძლოა შეგვხვდეს ფიბრომა, ლიპომა, ქონდრომა, ოსტეომა, თერატომა.

დაავადება მიმდინარეობს ხანგრძლივად, უსიმპტომოდ, მისი დადგენა ხდება რენტგენოლოგიური გამოკვლევით.

კლინიკურად სიმსივნე თავს იჩენს თუკი გამოიწვია ბრონქის დახშობა და ფილტვის შესაბამისი უბნის ატელექტაზი.

ფილტვის კეთილთვისებიანმა სიმსივნემ შეიძლება განიცადოს ავთვისებიანი გადაგვარება. მცირე ზომის სიმსივნე არ ითხოვს მკურნალობას, მაგრამ თუკი გამოჩნდება ბრონქზე ზეწოლის ნიშნები აუცილებელია ქირურგიული მკურნალობა.

ფილტვის კიბო - **carcer pulmonum** - ცივილიზირებული სამყაროს ხშირი დაავადებაა, ხელს უწყობს თამბაქოს მოწევა, სიმსივნის ხშირი წინამორბედია გახშირებული ქრონიკულად მიმდინარე სასუნთქი გზების ინფექციები.

გვხვდება უპირატესად 40-60 წლის მამაკაცებში. სიმსივნე უმეტესწილად იზრდება ბრონქის ეპითელიდან. ბრონქოგენული ფილტვის კიბო ფილტვის კარის მიდამოში იზრდება ცენტრალურად, მხოლოდ 20%-ში პერიფერიულად. შესაძლებელია მისი განვითარება ალვეოლურად, შესაძლებელია მისი მასიური გავრცელება, რომელიც ფართოდ ედება ფილტვის ქსოვილს.

კლინიკურად: ახასიათებს შემპარავი დასაწყისი. ავადმყოფს აწუხებს საერთო სისუსტე, უმადობა, შრომის უნარის დაქვეითება, დამახასიათებელია მყეფავი ხველა. დასაწყისში ხველა მშრალია, შემდეგ გამოიყოფა ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველი, შეიძლება ერიოს სისხლიც. ზოგჯერ იწყება სისხლდენა ფილტვებიდან.

წინასწარი სიმპტომების გარეშე. შესაძლებელია ტკივილი განვითარდეს პლევრის ჩათრევის გამო.

ენდობრონქიალური ზრდის დროს ვითარდება შესაბამისი უბნის ემფიზემა - კოლოფისებური ხმიანობით, როცა ბრონქი მთლიანად დახშულია, ვითარდება შესაბამისი უბნის ატელექტაზი.

თუკი კიბო იზრდება პერიფერიულად და აღწევს დიდ ზომებს, მიღება მოყრუება და შესუსტებული სუნთქვა.

პირველადი სიმსივნის ჩრდილი მომრგვალოა, არაჰომოგენური, უსწორო კონტურებიანი. იგი ფილტვის კართან დაკავშირებულია `ბილიკით~. მნიშვნელოვან მონაცემს იძლევა გვერდით პროექციაში გადაღებული სურათი და ტომოგრაფია, შესაძლოა ბრონქოგრაფია.

დიაგნოზის დადგენის მიზნით მიმართავენ ბრონქოსკოპიას, რაც იძლევა ბიოფსიის და ჰისტოლოგიური კვლევის საშუალებას. ნახველის ციტოლოგიური გამოკვლევით ნახულობენ ატიპიურ უჯრედებს. ხშირად პლევრის ღრუში დგება სითხე. თუკი სიმსივნე იზრდება შუასაყარის მიმართულებით შეიძლება ჩამოყალიბდეს შუასაყარის სიმსივნის სიმპტომატიკა, ავადმყოფს უჭირს ყლაპვა, სუნთქვა გაძნელებულია, სტენოზური ხასიათისაა, გამოხატულია ციანოზი, კისრის ვენები გადავსებულია. შეიძლება განვითარდეს მბგერავი იოგების დამბლა - ხმის დაკარგვა.

შეიძლება სიმსივნური ქსოვილი დაიშალოს და ჩამოყალიბდეს ფილტვის აბსცესი.

მკურნალობა: ოპერაციული, ქიმიოთერაპია, დასხივება, ფითრი.

ფილტვის ცისტა - cista pulmonium

ფილტვის ცისტა განვითარების ანომალიაა. დახურული ცისტა სავსეა სითხით, ბრონქთან შეერთებული ღია ცისტა ცარიელია ან შეიცავს სითხის ამა თუ იმ რაოდენობას.

მრავლობითი ცისტები იძლევა ფიჭისმაგვარ სურათს.

გაურთულებელი ცისტა რჩება უსიმპტომოდ. რენტგელოგიური გამოკვლევის დროს აღმოაჩენენ თხელკედლიან, მკაფიო კონტურების მქონე ღრუს, რომელიც შეიცავს ჰაერს, სავსეა სითხით ან ჩანს სითხის ჰორიზონტალური დონე.

ტუბერკულოზური კავერნისაგან განსხვავებით ფილტვის ცისტა ფილტვის ქსოვილის სიღრმეშია და მისი კედლები ძალზე თხელია.

ცისტის ჩრდილი ოდნავ უფრო გამჭვირვალეა, ვიდრე ექინოკოკისა.

ქირურგიული ჩარევა ესაჭროება ცისტას, რომელიც იწვევს ზეწოლას სინდრომს.

ფილტვების ემფიზემა - emphysema pulmonium

მწვავე ემფიზემა ვითარდება ბრონქების გამავლობის უეცარი დარღვევის დროს, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს ბრონქული ასთმის შეტევა, მწვავე ბრონქიტი, აირებით მოწამვლა ან უცხო სხეული.

ავადმყოფს აწუხებს ხველა, ქოშინი, გულმკერდი კასრისებურია, წინა-უკანა ზომები მომატებულია, ნეკნები აწეულია, ჰორიზონტალურ მდგომარეობაშია, ნეკნთაშუა არეები, ლავიწზედა და ლავიწქვეშა ფოსოები გადასწორებულია, ეპიგასტრალური კუთხე ბლაგვია, დაჭიმულია დამატებითი სუნთქვითი კუნთები. ავადმყოფი ძირითადად სუნთქავს მუცლით.

პერკუსიით მოისმინება კოლოფისებური ხმიანობა. რენტგენოლოგიურად ფიტვის ქსოვილის გამჭვირვალობა მომატებულია, ჰილურები გაძლიერებულია.

დაავადებას ახასიათებს პროგრესული მიმდინარეობა. ჯერ ვითარდება სუნთქვის, შემდეგ გულის უკმარისობის ნიშნები.

ფილტვების და ფილტვ-გულის უკმარისობა

ვითარდება მწვავედ, ან მიმდინარეობს ქრონიკულად სასუნთქი ორგანოების სხვადასხვა დაავადების დროს. ფილტვების მწვავე უკმარისობის მიზეზია ვრცელი პნევმონია, ფიტვის არტერიის ემბოლია და ინფარქტი, ბრონქული ასთმა, უცხო სხეული ბრონქში, ფილტვის ქსოვილის შეშუპება.

კლინიკურად განასხვავებენ ფიტვის უკმარისობის სამ სტადიას:

- I სტადიაში ქოშინი ვითარდება მხოლოდ მნიშვნელოვანი ფიზიკური დატვირთვის დროს,

- II სტადიაში - მცირე ფიზიკური დატვირთვის დროს,
- III სტადიაში ქოშინი მუდმივი ხასიათისაა. სუნთქვაში მონაწილეობს კისრის და გულმკერდის კუნთები, კანი ციანოზურია, ძლიერი ფიზიკური დატვირთვის და ხველის შემდეგ თანდათან ვითარდება გულის მარჯვენა პარკუჭის უკმარისობის ნიშნები. დაბერილია კისრის ვენები, გადიდებულია ღვიძლი, ჩნდება შეშუპება ქვემო კიდურებში.

რენტგენოლოგიურად ფილტვის გამჭვირვალობა მომატებულია. გადიდებულია გულის მარჯვენა საზღვარი.

ფილტვების უკმარისობის შედეგად შეიძლება ჩამოყალიბდეს ფილტვისმიერი გულის სინდრომი - cor-pulmonale.

ფილტვის არტერიის ემბოლია და ფილტვის ინფარქტი

ფილტვის არტერიასა და მის ტოტებში გაჩხერილი ემბოლი ჩვეულებრივ მოწყვეტილი თრომბია, რომელიც სისხლის ნაკადს მოაქვს ქვემო კიდურების, მუცლის ღრუს, მცირე მენჯის ვენებიდან. ფლებიტის მიზეზი შეიძლება იყოს ქირურგიული ოპერაცია, ტრავმა, მშობიაროობა, აბორტი. შესაძლებელია ემბოლი - ჰაერით და ცხიმის ან ქსოვილის ნაწილებით ტრავმის შემდგომ.

კლინიკური მოვლენები: ძირითადი არტერიული ტოტის ემბოლია ვითარდება რაიმე წინამორბედი ნიშნების გარეშე. ზოგჯერ ფიზიკური დაძაბვის ან სულიერი აღელვების დროს. ავადმყოფი შეიძლება დაიღუპოს უეცრად, თუკი არტერიის ტოტის გამავლობა მცირედ მაინც არის შევიწროვებული ვითარდება ძლიერი ტკივილი მკერდის ძვლის უკან, ძლიერი ქოშინი, ჩეინ-სტოქიის სუნთქვა, ციანოზი, გონება დაბინდულია. შეიძლება პაციენტი დაიღუპოს, მაგრამ თუ გადარჩა ყალიბდება ფილტვის ინფარქტის კლინიკა: ტკივილი, რომელიც სუნთქვის დროს ძლიერდება. შესაძლებელია ნახველში გამოჩნდეს ალისფერი სისხლი ან მოშავო კოლტები.

მკურნალობა: შოკის საწინააღმდეგო, ანტიკოაგულანტები, სპაზმოლიზური საშუალებები.

ფილტვის ექინოკოკოზი - echinoccus pulmonum

მიმდინარეობს ხანგრძლივი დროის განმავლობაში უსიმპტომოდ. ცისტა შეიძლება ვნახოთ შემთხვევით რენტგენოლოგიური გამოკვლევის დროს. შემდგომში იწყება ხველა, ნახველს ზოგჯერ გამოჰყვება სისხლი, შესაძლებელია ალერგიული გამონაყარი კანზე.

დიდი ზომით ცისტა იძლევა პერკუსიით მოყრუებას. ფილტვების კარის ექინოკოკოზმა შეიძლება გამოიწვიოს მსხვილი ბრონქის დახშობა. პლევრასთან ახლოს მდებარე ექინოკოკი შეიძლება გართულდეს პლევრიტით.

თუკი ექინოკოკის ბუშტი ბრონქში გაიხსნა, მოჰყვება ნახველით გამოყოფა, რასაც შეიძლება მოჰყვეს თვითგანკურნება, ანდა ჩამოყალიბდეს ფილტვის აბსცესი, შეიძლება ექინოკოკი ჩაიკიროს.

რენტგენოლოგიურად ექინოკოკის ბუშტი იძლევა მკაფიო მრგვალ ან ოვალურ ჩრდილს, რომელიც იცვლის ფორმას სუნთქვის დროს.

მკურნალობა: ოპერაციულია.

განსხვავება ექსუდატსა და ტრანსუდატს შორის

პლევრის ღრუში სითხის გამოყოფის სხვადასხვა მიზეზი არსებობს: ანთების დროს ჩნდება ექსუდატი, მცირე წრეში შეგუბების დროს - ტრანსუდატი.

კითხვები:

1. რა არის დისპნოე?
2. რა არის ასფიქსია?
3. რა არის ტუსისი?
4. რა არის ბრადიპნოე და ტახიპნოე?
5. როგორი მიმდინარეობა შეიძლება ჰქონდეს ბრონქიტს?
6. რამდენი სახის პნევმონია არსებობს?
7. რა არის ფილტვის აბსცესის მიზეზი?
8. როგორ ვრცელდება ტუბერკულოზი?
9. რომელ ასაკში ვლინდება უპირატესად ფილტვის სიმსივნე?
10. რა არის ფილტვის ემფიზემის განვითარების მიზეზი?
11. რა მიზეზები არსებობს ბრონქული ასთმის ჩამოსაყალიბებლად?
12. რა არის ფილტვის ემფიზემის განვითარების მიზეზი?
13. რა განსხვავებაა ექსუდატსა და ტრანსუდატს შორის?

http://www.mkurnali.ge/daavadebebi-mkurnaloba/pulmonologia/1076-2009-03-12-15-16-45.html

საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები

საყლაპავის დაავადებები:

ოსტეომიელიტი – ინფექციური ანთებითი პროცესია,

პოდიატრია – მეცნირება, რომელიც შეისწავლის ტერფს.

ფონოკარდიოგრაფია

ბგერით რხევების გრაფიკული რეგისტრაციაა, რომელიც გვეხმარება შუილის ან პათოლოგიური ტონის დადგენაში.

ექოკარდიოგრაფია

გულის ღრუების და სტრუქტურების ვიზუალიზაცია ხდება ულტრაბგერის საშუალებით.

ხველა-tussis სასუნთქი გზებიდან უცხო ნივთიერებების (მტვერი, ლორწო, ბაქტერიები) მოსაცილებელი რეფლექსური აქტია. თუკი ეს ნივთიერება მოხვედრილია ხახის ქვემო არეში, ხახის ზემოთ _ ზედა სასუნთქ გზებში მოხვედრილი ნივთიერებები იწვევენ ცემინებას.

ხველა შეიძლება იყოს სხვადასხვაგვარი - ერთეული, შეტევითი ხასიათის ან მუდმივი, შეიძლება იყოს მყეფავი, ჩახლეჩილი, მშრალი ან სველი, დილის, საღამოს ან ღამის ხველა.

ქოშინი-dyspnoe (ბერძნ.). ქოშინი სუნთქვის რთული დარღვევაა. ავადმყოფი გრძნობს ჰაერის ნაკლებობას, მაგრამ ღრმად ვერ სუნთქავს. შეიძლება იყოს შესუნთქვის ან ამოსუნთქვის გაძნელება ან ორივე ერთად.

ინსპირაციული - ჩასუნთქვითი ქოშინი

ექსპირაციული - ამოსუნთქვითი ქოშინი

ძლიერ, მოხრჩობად ქოშინს **ასფიქსია** ეწოდება.

ნეკნები **costae.**

ნეკნთა რკალებით იქმნება ეპიგასტრალური კუთხე - **angulus epigastrcus**

- ბიოტის სუნთქვა _ ცვალებადია სუნთქვის ამპლიტუდები, სიხშირე და აპნოეს პერიოდები, რაც სუნთქვის ცენტრის აგზნებადობის დაქვეითების შედეგია.
- ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა _ სუნთქვითი მოძრაობების სიღრმე თანდათან მატულობს, აღწევს მაქსიმუმს და შემდეგ კლებულობს მინიმუმამდე და შესაძლებელია პაუზამდე. იგი სუნთქვის ცენტრის აგზნების დაქვეითების შედეგია.

ბროკოს სუნთქვა - ხდება სასუნთქი კუნთების მუშაობის დისოციაცია. დიაფრაგმა ახდენს ჩასუნთქვას, ნეკნთაშუა კუნთები ამოსუნთქვას. აღინიშნება თავის ტვინის დაზიანების დროს.

პნევმოთორაქსი პლევრის ღრუში ჰაერის შესვლაა. შეიძლება იყოს ტრავმული ან სპონტანური - თვითნებური.

ყლაპვის გაძნელება (დისფაგია) - საკვების გადაადგილების გაძნელება. წამყვანი სიმპტომია ლუკმის გაჩერება ან ,,გულზე დადგომა''. დიფაგია არის მუდმივი და დროებითი (პაროქსიზმული). მუდმივი დისფაგიის მიზეზებია - სიმსუქნე, შეხორცებები, სიმსივნური წარმონაქმნი. ამ დროს პაციენტს უჭირს მყარი საკვების გადაყლაპვა, თხევად საკვებს უფრო ადვილად ყლაპავს. პაროქსიზმული დისფაგიის ხელშემწყობი პირობაა - ჩქარი ჭამა, ემოციური ფონი. პაროქსიზმული დისფაგიის დროს უფრო მეტად გაძნელებულია თხევადი საკვების გადაყლაპვა.

დამახასითებელი სიმპტომები:

ტკივილი - ხასიათის მიხედვით არის მუდმივი, მღნელი და შეტევითი, მკერდის ძვლის უკან, ირადიაციით მხარში, კისერში, გულმკერდის მარცხენა ნახევარში. ტკივილს იწვევს ლორწოვანის ანთება, ძლიერდება საკვების მიღებისას, მდგომარეობის შეცვლისას. სიმსივნის დროს მუდმივი ტკივილია.

საყლაპავისმიერი პირღებინება - კუჭისმიერი ღებინებისაგან განსხვავდება იმით, რომ არ ახლავს წინ გულისრევის შეგრძნება და მუცლი კუნთების დაჭიმვა. პირნაღებ მასაში არ არის კუჭის წვენი - HCl(მარილმჟავა). ამ დროს ხდება საყლაპავის გამოხატული შევიწროვება.

გულძმარვა - წვის შეგრძნება მახვილისებური მორჩის საპროექციო მიდამოში - რეფლუქსი, საყლაპავის თიაქარი. მას იწვევს კუჭიდან საყლაპავში გადმოტყორცნილი მჟავე შიგთავსი. ამ დროს დამახასიათებელია რეგურგიტაცია - კუჭიდან საკვების მცირე ნაწილის პირის ღრუში დაბრუნება.

ეზოფაგიტი - მწვავე და ქრონიკული

ვითარდება მექანიკური გაღიზიანების, ს.მ.ტ-ის ინფექციებისა და ალერგიული რეაქციების დროს. მექანიკური გაღიზიანება შეიძლება იყოს - თერმული, ქიმიური, მექანიკური, ხოლო ინფექციურის დროს კი - ტიფი, გრიპი, დიფტერია.

საყლაპავის ლორწოვანის დაზიანების მიხედვით არჩევენ: კატარალურ, შეშუპებით, ეროზიულ, ჰემორაგიულ, ნეკროზულ, ფლეგმონურ ეზოფაგიტებს.

მსუბუქი ფორმა მიმდინარეობს უსიმპტომოდ.

უფრო მძიმე ფორმა - წვის შეგრძნება მკერდის ძვლის უკან, ჭამის დროს ტკივილი საყლაპავის მთელს სიგრძეზე, რომელიც ყლაპვის დროს ძლიერდება, ნერწყვის დენა, ბოყინი, რეგურგიტაცია. ჰემორაგიული და ეროზიულის დროს ღებინება სისხლიანი მასით, მელენა, ცხელება, ტკივილის გაძლიერება ფლეგმონურისა და ნეკროზულის დროს.

გართულება: პერფორაცია, სისხლდენა, მედიასტინიტით.

პროგნოზი: დამოკიდებულია დაავადების ხასიათზე, გავრცელებასა და გართულებაზე.

მკურნალობა: ცივი წყლის მიღემა, 0,25% ნოვოკაინი, მცენარეული ზეთი (200მლ)

ანესთეზინთან ერთად (1გ) - თითო სუფრის კოვზი ყოველ 1 საათში, ანტისპაზმურები, ტკივილგამაყუჩებლები.

რეფლუქს-ეზოფაგიტი

საყლაპავის დისტალური ნაწილის ლორწოვანის ანთება, საყლაპავში კუჭისა და ნაწლავის წვენის რეგურგიტაციით, გასტრო-ეზოფაგული რეფლუქსის გამო.

მიზეზები: კარდიის უკმარისობა, მოძრაობის მოშლა, ქრონიკული დაავადებები,

ორსულობა, მედიკამენტები.

კლინიკა: გულძმარვა, ტკივილი მკერდის ძვლის უკან, დისფაგია, ბოყინი, შეიძლება გამოვლინდეს ღამის ხველა,ასპირაციული პნევმონია, ბრონქული ასთმა, ქრონიკული სპაზმი, სულისხუთვა.

დიფერენციული დიაგნოზი - კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული, ქრონიკული გასტრიტი.

მკურნალობა: მაღალი სასთუმალი, 15-20 სმ-ით, კვების რეჟიმი, ექიმის კონსულტაციის მედიკამენტები, ქირურგიული მკურნალობა

ტანსაცმელი: არ შეიძლება ტანზე მჭიდროდ მოჭერილი ტანსაცმელი და აქსესუარები.

კარდიის ახალაზია - ნეიროკუნთოვანი დარღვევა, რომელიც იწვევს საყლაპავის ქვედა სფინქტერის მოდუნების შემცირებას ან გაქრობას. (კარდიოსპაზმი). საკვები ყოვნდება საყლაპავში.

კლინიკა: ნაადრევი ნიშანი – დისფაგია - დასაწყისში ეპიზოდური ხასიათისაა.

ტკივილი - მკერდის ძვლის უკან, დაკავშირებულია ყლაპვასთან. ფსიქო-ემოციური დატვირთვისას შეიძლება ტკივილი აღმოცენდეს სპონტანურად.

რეგურგიტაცია - აღმოცენდება ჭამის დროს და შეუღლებულია დისფაგიასთან, ან ჭამიდან 1-3 საათის შემდეგ. პროვოცირება შეიძლება გამოიწვიოს ფიზიკურმა დატვირთვამ, სხეულის მდებარეობის შეცვლამ - ფოროზონტალურ მდგომარეობაში გადასვლა, სხეულის დახრა. პროგრესირებადი, მძიმე დაავადებაა.

დიფ,დიაგნოზი - კიბო

პრეკარცეროგენულ დაავადებად ითვლება, შეიძლება განვითარდეს ასპირაციული პნევმონია.

საყლაპავის კიბო – ყოველთვის აღმოცენდება საყლაპავის ფიზიოლოგიურ შევიწროვებაში, პირველადია.

ეტიოლოგია:კარცეროგენები, ლორწოვანის გაღიზიანება, ალკოჰოლი, თამბაქო, კვება, ავიტამინოზი, დაავადებები:

არჩევენ 4 სტადიას:

- 1სტ. - 3სმ- ლორწოვან გარსშია;

- 2სტ. -3-5სმ. - ყველა შრე;

- 3სტ. - 5სმ-ზე მეტი, ყველა შრე და საყლაპავის გარშემო ქსოვილი, მეტასტაზები ლიმფურ კვ-ში, სანათური შევიწროვებულია.

- 4სტ. - მეზობელი ორგანოებიც, მრავლობითი მეტასტაზები ლიმფ.კვ-ში

კლინიკური სურათის მიხედვით 3 ჯგუფია:

- პირველადი ანუ ადგილობრივი;
- მეორადი – მეზობელ ორგანოებზე და ქსოვილებზე გადასვლის გამო;
- მესამე, ზოგადი ხასიათის ნიშნები - ინტოქსიკაცია

დიაგნოზი: კლინიკური ნიშნები და ინსტრუმენტული გამოკვლევა, ედს – აჩქარებული, ანემია

დიფ. დიგნოზი:

- დისფაგიით მიმდინარე დაავადებები (პარატონზილური აბსცესი, ხორხის ალერგიული შეშუპება)
- ყლაპვის რეფლექსების მოშლა
- მეზობელი ორგანოების პათოლოგია (ჩიყვი, მედიასტინური აბსცესი)
- ნერვული წარმოშობის დისფაგია (ეზოფაგოსპაზმი, კარდიის ახალაზია)

მკურნალობა: ქირურგიული, სხივური, სიმპტომური - დამოკიდებულია სტადიაზე.

დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქარი:

ამ დროს გულმკერდის ღრუში მუცლის ღრუდან ორგანოების ცდომა ხდება, უმეტესად კუჭის კარდიული ნაწილი.

ეტიოლოგია: მუცლის ღრუში წნევის მომატება, შემაერთებელი ქსოვილის თანდაყოლილი განუვითარებლობა, საყლაპავის გამამაგრებელი კუნთების ტონუსის დაქვეითება, დიაფრაგმის ქვეშ ცხიმის განლევა, გულმკერდის მიდამოს კიფოზი.

კლინიკა: კარდიის უკმარისობა და რეფლუქს-ეზოფაგიტის ნიშნები: ბოყინი, რეგურგიტაცია, გულძმარვა (განსაკუთრებით ტანის მოხრის ან წოლის დროს), სწრაფად მაძღრობის გრძნობა, სლოკინი, გულის ფრიალი.

კუჭის დაავადებები

მწვავე გასტრიტი - კუჭის ლორწოვანის პოლიეტიოლოგიური მწვავე ანთებაა, რომელიც გამოწვეულია ძლიერი გამღიზიანებლის არახანგრძლივი ზემოქმედებით.

იწვევს ეგზოგენური და ენდოგენური ფაქტორები.

ეგზოგენურია - მექანიკური, თერმული, ქიმიური.

ენდოგენური - ალკოჰოლი, დაინფიცირებული საკვები, მედიკამენტები, ინფექცია.

მწვავე გასტრიტი ყველაზე ხშირად გამოვლინდება, როგორც კვებითი ინტოქსიკაციის შედეგი.

მწ. გასტრიტის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს კუჭში საკვების დაყოვნების ფაქტორს.

ნაკლებ გრადუსიანი ალკოჰოლის მიღებისას, კუჭის ლორწოვანში პათოლოგიური ცვლილებები ვითარდება 40-45წთ-ის შემდეგ, ხოლო 1,5-2სთ-ის

ეს ცვლილებები მთლიანად ქრება. ამ დროს აღინიშნება ეპითელიუმის შეშუპება და უჯრედოვანი ინფირტრაცია (ლომფოციტებით და ნეიტროფილებით).

მაგარი სასმელის მიღების შემდეგ ლორწოვანში ღრმა ცვლილებებია. ხდება ეპითელიუმის ჩამოფრცქვნა. აქედან ვითარდება ეროზია და სისხლჩაქცევა. პათოლოგიური პროცესი გრძელდება 10-15 დღე. შემდეგ მთლიანად აღდგება, ხოლო ინფილტრაცია რჩება უფრო ხანგრძლივად. ასპირინის ხანგრძლივი მიღებაც ანალოგიურ ცვლილებებს იწვევს.

კლინიკური სურათი დამოკიდებულია დაავადების ფორმაზე და სიმძიმეზე.

ძირათადი სიმპტომებია:

ტკივილი: რომელიც შეიძლება დაიწყოს სიმძიმის შეგრძნებით ეპიგასტრიუმის მიდამოში. ეს ის მიდამოა სადაც თავს იყრის ყველა ტკივილი, ამიტომ დიფ.დიაგნოზი უნდა გატარდეს აპენდიციტთან, პანკრეატიტთან, ქოლეცისტიტთან, ელენთის ინფარქტთან, მუცლის წინა კედლის პათოლოგიასთან, მიოკარდიუმის ინფარქტთან, პერიკარდიტთან, ნეკნთაშუა ნევრალგიასთან და ა.შ.

კუჭის ლორწოვანი არ შეიცავს ნერვულ რეცეპტორებს, ტკივილი აღმოცენდება მაშინ როდესაც ირღვევა მისი მოტორული ფუნქცია (გლუვი კუნთების სპაზმი ან მისი გაჭიმვის დროს) და კუჭის პერფორაციის დროს, როდესაც ხდება პერიტონეუმის გაღიზიანება. (ვისცერალური და პერიტონეალური ტკივილები)

პირღებინება vomitus – უნებლიე რთულრეფლექსური აქტი, როდესაც ადგილი აქვს კუჭის შიგთავსის რეგურგიტაციას საყლაპავის საშუალებით, პირის ღრუში და ცხვირის ნესტოებში, არის პილორუსის სპაზმი, კუჭის ანტიპერისტალტიკა და კარდიული სფინქტერის გახსნა. პირღებინება რეგულირდება ცენტრით მოგრძო ტვინში. მას აღიზიანებს კუჭის ლორწოვანი გარსის რეცეპტორებით, პერიტონეუმიდან, თირკმელებიდან.

პირღებინება საკვების მიღებისთანავე მიუთითებს მწვავე გასტრიტზე და კუჭის კარდიალური ნაწილის დაზიანებაზე. საკვების მიღებიდან 0,5-1-2 საათის შემდეგ კი კუჭის ორგანულ დაზიანებაზე (წყლული, სიმსივნე). კუჭის დაავადებისას პირღებინებას პაციენტისთვის შვება მოაქვს, განსხვავებით ცენტრალური პირღებინებისაგან, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს ტვინის სიმსივნე, ჰოპერტონული კრიზი, გადაძაბვა, სტრესი.

პირნაღებ მასას აქვს დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა:

რაოდენობა, სუნი, ფერი, კონსისტენცია, რეაქცია, ნარჩენი საკვების ნიშნები,

პათოლოგიური მინარევები:

პილორუსის სტენოზის დროს პირნაღები მასა შეიძლება რამდენიმე ლიტრი იყოს.

მოუნელებელი საკვები მიუთითებს აქილიაზე;

პირნაღები მასა, რომელიც შეიცავს წინა დღის საკვებს და აქვს ტუტე რეაქცია დეკომპენსირებულ სტენოზზე მიუთითებს.

პირნაღებ მასაში დიდი რაოდენობით ნაღველი დუოდენური გაუვალობის და პოსტრეზექციული მოშლილობის ნიშანია;

სისხლიანი მიუთითებს გასტრო-დუოდენალურ სისხლდენაზე;

ლაყე კვერცხის სუნი კუჭის სიმსივნის დაშლაზე;

განავლოვანი პირღებინება მიუთითებს ნაწლავების გაუვალობაზე, გავრცელებული პერიტონიტის ან კუჭ-ნაწლავის შეკრულობის დროს.

ბოყინი eructacio კუჭში დაგროვილი ჰაერის უნებლიე, ზოგჯერ ხმაურიანი გამოყოფა პირის ღრუში (ბოყინი ჰაერით) ან საკვების მცირე რაოდენობით.

გულძმარვა pyrosis წვის შეგრძნება ეპიგასტიუმში და მკერდის ძვლის უკან.

ის გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსის შედეგია. მაღალი მჟავიანობა. მადის მოშლა და გემოს შეცვლა.

ობიექტურად: ავადმყოფს აღენიშნება შელესილი და მშრალი ენა, პალპაციით მტკივნეულია ეპიგასტრიუმის მიდამო, შუა ხაზიდან მარჯვნივ, მუცელი შებერილია, დიფუზურად მტკივნეული. მუცლის პრესის დაჭიმულობა არ აღენიშნება.

ძლიერი ეგზოგენური გამღიზიანებლის შედეგად გამოწვეულ გასტრიტს ემატება ეზოფაგიტის ნიშნებიც.

ენდოგენური გასტრიტის კლინიკური სურათი ნაკლებ დემონსტრაციულია, იფარება ინტოქსიკაციის ფონზე.

მწ. გასტრიტი მიმდინარეობს 2 კვირა. მორფოლოგიური ცვლილებები უფრო მეტ ხანს აღენიშნება. ენდოგენური გასტრიტის მიმდინარეობა დამოკიდებულია ძირითად დაავადებაზე

მკურნალობა:

ეგზოგენურის დროს - მოვაშოროთ გამღიზიანებელი;

სიმპტომატური მკურნალობა, კუჭის ამორეცხვა 0,5% სოდიანი თბილი წყლით,

ან სუსტი ჩაი ან ლიმონის წვენი, ასკილის წვენი, ცივი, 2-3ლ, ულუფებით.

მკაცრი დიეტა.

შეიძლება დარჩეს პირღებინება.

ქრონიკული გასტრიტი - არის კლინიკურ-ანატომიური ცნება, რომელიც ხასიათდება კუჭის ლორწოვანი გარსის ანთებითი ცვლილებებითა და დისრეგენერაციით. რეგენერაციის მოშლის გამო ვითარდება ჯირკლოვანი აპარატის პროგრესირებადი ატროფია,რომელსაც მოყვება კუჭის მოტორული,სეკრეტორული და ინკრეტორული ფუნქციის მოშლა. კლინიკურად ვლინდება ტკივილის სინდრომით და კუჭისმიერი დისპეფსიით, შედარებით იშვიათად ნაწლავური დისპეფსიით.

ეტიოლოგია:

1. ალიმენტარული ფაქტორი

2.ლორწოვანის ინფიცირება

3.ენდოგენური მიზეზები

(აუტოიმუნური, გენეტიკური, რომელიც განაპირობებს ანტისხეულების წარმოშობას უჯრედების მიმართ, ენდოკრინული მოშლილობა, გულის უკმარისობის ფონზე ქსოვილოვანი ჰიპოქსია, რკინის დეფიციტი, კვებითი ალერგია.

4.კუჭის ლორწოვანის მუდმივი ტრავმატიზაცია ნაღველით, დუოდენურ-გასტრული რეფლუქსის დროს, რომელიც კუჭის რეზექციისას აღინიშნება,

ქოლეცისტექტომიის, დუოდენური გაუვალობის და პილორუსის უკმარისობის დროს.

5.მედიკამენტები და საწარმოო ფაქტორების მავნე ზემოქმედება.

გამოყოფილია გასტრიტის სამი ტიპი:

1.არაატროფიული - მისი ძირითადი ეტიოლოგიური ფაქტოტი ჰელიკობაქტერიაა

2. ატროფიული, იგი იყოფა აუტოიმუნურად და მულტიფოკალურ ატროფიულ გასტრიტად _ ბიოფსიურ მასალაში მრავლობითი ატროფიის კერებია.

3.განსაკუთრებული ფორმები

ენდოსკოპიის დანერგვამ გაახშირა ეროზიული გასტრიტის დიაგნოზი.

ის საჭიროა განვასხვავოთ ბანალური ეროზიისგან, რომელიც ჯანმრთელ პირობებშიც შეიძლება აღინიშნოს. ყველა ეროზია იყოფა ორ ჯგუფად:

ბრტყელი (სისხლიანი ცრემლები) და ამოწეული, რომლის ცენტრში ჩანს ნეკროზის კერა, რაც მოგვაგონებს ქუნთრუშის მსგავს გამონაყარს და ეწოდება მსგავსი ეროზია. კლინიკური სურათი ნაკლებად სპეციფიურია

პეპტიკური წყლული (ulcus peptucus) - წყლულოვანი დაავადება

საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ზედა გზის ლორწოვანი გარსის წყლულოვანი პროცესია. პეპტიკურ წყლულებს მიეკუთვნება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ქრონიკული წყლული. ის მორეციდივე, ქრონიკული პროცესია, ხასიათდება ტკივილით და სხვადასხვა ხასიათის დისპეპსიური სინდრომით, ასევე გართულებებით (პერფორაცია, სისხლის დენა, პენეტრაცია და პილოროსტენოზი)

მთავარი სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმია რენტგენოლოგიურად “ნიშის” სიმპტომი და ენდოსკოპიურად ლორწოვანის დეფექტი.

დიაგნოზის ფორმულირების მაგალითები:

1.კუჭის ანტრალური მიდამოს წყლული. კუჭიდან სისხლის დენა (თარიღი)

2.თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული. პერიდუოდენიტი;

3.თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული. ქრონიკული მორეციდივე ფორმა, დუოდენური კომპენსირებული სტენოზით, რემისიის ფაზა.

4.კუჭის წყლული, რემისიის ფაზა.

კუჭის კიბო (cancer ventruculi)

იზრდება ლორწოვანი გარსიდან. მრავალფაქტობრივი დაავადებაა. საცხოვრებელი პირობები, კვება, გენეტიკური განწყობა, არსებული დაავადებები.

მაკროსკოპულად - შეიძლება იყოს პოლიპური (სოკოსებრი), გამოხატული ენდოგასტრული ზრდით, ლამბაქისებური დაწყლულებით, გამოკვეთილი საზღვრებით და აწეული კიდეებით;

წყლულოვან-ინფილტრაციული, რომელიც ქრონიკული კეთილთვისებიანი წყლულის სიმულაციას იძლევა;

დიფუზური - სკირის ტიპის, რომლის დროსაც აღინიშნება კუჭის მთელი კედლის ფიბროზული გასქელება.

მიკროსკოპულად - დიფერენცირებული და არადიფერენცურებული ფორმები.

არადიფერენცირებულს მიეკუთვნება დიფუზური პოლიმორფულუჯრედოვანი კიბო, რომელიც არ წარმოქმნის გარკვეულ ჰისტოლოგიურ სტრუქტურას.

დიფერენცირებული კიბო მრავალნაირია:

- ჯირკლოვანი (ადენოკარცინომა)
- ფიბროზული (სკირი) შერეული;
- იშვიათი ფორმები;

სპეციალურად გამოყოფენ ნაადრევ კიბოს, მისი ზომები მცირეა (სიმსივნის დიამეტრი 3სმ). მდებარეობს ლორწოვანში და არ აქვს მეტასტაზები. კუჭის კიბო ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება ანტრალურ მიდამოში (60-70%)

კლინიკა: საერთო სისუსტე, მადის დაქვეითება, გვიან სატადიაში სრული დაკარგვა, ზიზღი საკვების მიმართ, ტკივილი ეპიგასტრიუმში საკვების მიღების შემდეგ, პირღებინება, პროგრესირებადი სიგამხდრე, ცხელება, ანემია.

მეტასტაზები 75%-ში აღინიშნება, უპირატესად მიმდებარე ლიმფურ კვანძებში.

ჰემატოგენური გზით მეტასტაზები გადადის ღვიძლში, ხოლო კონტაქტური გზით მეზობელ ორგანოებში.

4 სტადიაა:

1სტ. –კუჭის ნაადრევი კიბო 2სმ, მხოლოდ ლორწოვანში, მეტასტაზები არ არის.

2სტ- 4-5სმ, ჩაზრდილია კუნთოვან შრეში, მეტასტაზები ახლომდებარე ორგანოში;

3სტ. - ჩაზრდილია მთელს კედელში, მეზობელი ორგანოებისა და ქსოვილების

ჩართვით, სიმსივნე ნაკლებად მოძრავია, ზომაში მომატებულია. აქვს დაშლისაკენ მიდრეკილება, მეტასტაზები და გართულებებით

4სტ. - საბოლოო, კუჭის გლობალური დაზიანება.

ნაწლავთა დაავადებები

კლინიკური ნიშნები: მუცლის არეში ტკივილი, მუცლის შებერვა, მეტეორიზმი, ნაწლავის მოტორიკის დარღვევა, შეკრულობა, ფაღარათი და ნაწლავისმიერი სისხლდენა.

მუცლის ტკივილის ლოკალიზაცია, ირადიაცია, ინტესიურობა, ტკივილის გაძლიერებისა და შემცირების ხასიათი უნდა დადგინდეს;

1. ტკივილის აღმოცენება არ არის დაკავშირებული საკვების მიღებასთან, გამონაკლისს წარმოადგენს ანთებითი პროცესი, რომელიც ლოკალიზდება განივ კოლინჯში (ტრანსვერზიტი), რომელიც რეფლექსური ხასიათისაა (განივი კოლინჯის რეფლექსური შეკუმშვა საკვების მიღების შემდეგ)

2. ტკივილი დაკავშირებულია დეფეკაციის აქტთან;

3. ტკივილის შემცირება დეფეკაციისა და გაზების გამოყოფის შემდეგ.

კოლიკის მსგავსი ტკივილი ხასიათდება მოკლე განმეორებითი შეტევით, რომელიც უპირატესად ლოკალიზდება ჭიპის გარშემო.(სპაზმი)

ყრუ ტკივილი ზოგჯერ მუდმივი ხასიათისაა, ძლიერდება მოძრაობის დროს, განსაკუთრებით მაშინ როცა ანთებითი პროცესი გადასულია პერიტონეუმზე.

ტკივილი როდესაც აღმოცენდება მარჯვენა თეძოს მიდამოში არის აპენდიციტი და ა.შ.

ტკივილი დეფეკაციის დროს პროქტიტი და კიბო. (ტენეზმები)

ტკივილი შეიძლება დაკავშირებული იყოს მუცლის ღრუში არსებულ შეხორცებით პროცესებთან.

მეტეორიზმი - მუცლის შებერვა, ყურყური - ჭარბი აირების წარმოშობა – დაკავშირებულია მცენარეული საკვების მიღებასთან, ისინი ხელს უწყობენ დუღილის პროცესის გაძლიერებას. ან ნაწლავებში მიკროფლორის შეცვლა.

ფაღარათი (დიარეა) - ენტეროპათია, ენტერიტი, კოლიტი, სიგმოიდიტი, პროქტიტი.

ენდოგენური (ურემია, დიაბეტი, პოდაგრა)

ენდოკრინული მოშლილობა (თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობა, თირეოტოქსიკოზი)

საკვების მიმართ ალერგია.

დეჰიდრატაცია და სისხლმარღვანი კოლაფსი.

შეკრულობა - ობსტიპაცია - **ყაბზობა** - კუჭის ხანგრძლივი (2 დღეზე მეტხანს) უმოქმედობა ანდა ყოველდღიური მოქმედების გაძნელება (ნაწლავების დაცლის დაუკმაყოფილებლობის გრძნობა).

- ყაბზობა შეიძლება იყოს ალიმენტური (კვებითი), რომელსაც იწვევს ხანგრძლივი დროის მანძილზე კვების რაციონში მცენარეული საკვებისა და სითხის მცირე რაოდენობით მიღება;
- ნევროგენული, რომლის დროსაც პირობითი რეფლექსების გავლენით დათრგუნულია გარეთ გასვლის სურვილი;
- ანთებითი – ვითარდება ნაწლავთა დაავადებების (კოლიტი, ბუასილი, უკანა გასავლის ნასკდომები და ფისტულები) შედეგად;
- მექანიკური – ნაწლავში რაიმე დაბრკოლების (სიმსივნე, განავლის მასა, ნაწიბურები და სხვ.) გაჩენისას ;
- ტოქსიკური – რაიმე ნივთიერებით (ტყვია, მორფიუმი, ატროპინი და სხვ.) მოწამვლის დროს;
- ენდოკრინული, – რაც დაკავშირებულია შინაგანი ჯირკვლების ფუნქციის დარღვევასთან.

ყაბზობას ხელს უწყობს უმოძრაობა, გასუქება, ფილტვის ემფიზემა. ხანგრძლივი ქრონიკული ყაბზობის დროს აღინიშნება ტაქიკარდია, თავის ტკივილი, თავბრუ, სისუსტე, დეპრესია, უმადობა, ბოყინი, გემოვნების გაუკუღმართება, სწრაფი გაძღომისა და კუჭში სიმძიმის შეგრძნება, მუცლის კოლიკა, ზოგჯერ – ცვლილებები ღვიძლსა და სანაღვლე გზებში. ყაბზობის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს სწორი ნაწლავის გამოკვლევას არსებული გართულებების სამკურნალოდ და მოსალოდნელი გართულებების თავიდან ასაცილებლად - (რექტოსკოპია და სხვ.).

ნაწლავების დისბაქტერიოზი - მიკრობების სახეობების და რაოდენობის ცვლილება, მათი ბიოლოგიური თვისებების შეცვლასთან ერთად. (ბიფიდობაქტერიების დაქვეითება და ლპობის, მაჩირქებელი და სპორული ფორმების გაზრდა) იგი ყოველთვის მეორადია.

მალაბსორბციის სინდრომი - ცუდი შეწოვის სინდრომი. სიმპტომოკომპლექსია. მეორადია. ამ სინდრომის დროს აღინიშნება ნაწლავის ეპითელიუმში საკვების ტრანსპორტის მოშლა, ხაოებში ელექტროლიტების და ვიტამინების ტრანსპორტის მოშლა. ავადმყოფს აღენიშნება ხანგრძლივი დიარეა და შეწოვის მოშლა, იგი ქრონიკულ ენტერიტად არის მიჩნეული.

ცელიაკია - გლუტენის დაავადება

წვრილი ნაწლავის არასპეციფიური დაზიანებაა, რომელსაც იწვევს გლუტენი. გადაეცემა აუტოსომურ-დომინანტური ტიპით. ავადმყოფის აგლუტენურ დიეტაზე გადაყვანა იწვევს დაავადების უკუგანვითარებას. გლუტენი მაღალმოლეკულური პროტეინია, რომელსაც შეიცავს ხორბალი, ქერი, შვრია. ისინი ორგანიზმისთვის ტოქსიურია.

ცელიაკიის სადიაგნოსტიკო ნიშნებია:

- გლუტენის მყარი აუტანლობა;
- წვრილ ნაწლავებში შეწოვის მოშლა;
- წვრილ ნაწლავებში მორფოლოგიური ცვლილებები;
- კლინიკურ-მორფოლოგიური მდგომარეობა უარესდება გლუტენის მიცემის შემდეგ.

წყლულოვანი კოლიტი - ეს არის მსხვილი, განსაკუთრებით სწორი და სიგმოიდური ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ქრონიკული, მორეციდივე, უცნობი ეტიოლოგიის არასპეციფიური მანეკროზებელი ანთება.

ეტიოლოგია.

გამომწვევი მიზეზი უცნობია. წყლულოვანი კოლიტის გამოწვევაში გარკვეულ როლს თამაშობს ინფექციური აგენტები (უფრო მიღებულია ვირუსული თეორია), იმუნური ფაქტორები, კვება (ხორცის პროდუქტები, რძე, აუდუღარი წყალი) ასევე ფსიქოსომატური მოშლილობები. დაავადება ხშირად ოჯახურ ხასიათს ატარებს.

კლინიკა მწვავე (ელვისებური) და ქრონიკული (მორეციდივე და განუწყვეტლივ მორეციდივე). მწვავე ფორმა ყველაზე საშიშია და იშვიათად გვხვდება.

სიმძიმის მიხედვით არჩევენ: მსუბუქ, საშუალო და მძიმე ფორმებს.

მსუბუქი ფორმის დროს - განავალი ფაფისებურია, შეიცავს მცირე რაოდენობით სისხლს და ლორწოს, ნაწლავის მოქმედება ნორმალურია ან 3-4-ჯერ დღე-ღამეში. ენდოსკოპიურად - სწორ და სიგმოიდურ კოლინჯში ლორწოვანის ჰიპერემიაა, ერთეული ეროზიები და წყლულები, ასევე კონტაქტური სისხლის დენა.

საშუალო სიმძიმის კოლიტის დროს - ინტოქსიკაციის ნიშნები: ფებრილური მდგომარეობა, მეტეორიზმი, ტკივილი მუცლის მარცხენა ნახევარში. თხიერი განავალი 4-8 ჯერ, სისხლიანი მინარევით, ლორწოთი და ჩირქით, ბოლო ორ თვეში წონის მკვეთრი დაკლება, ანემია, ლეიკოციტოზი, მაღალი ედსი.

ენდოსკოპიურად - მრავლობითი ეროზიები და წყლულები, ლორწოვანი გარსი არასწორი და უხეში რელიეფისაა, აღინიშნება ასწვრივი ნაწლავის შევიწროვება და დამოკლება.

მძიმე ფორმა სეპტიური მდგომარეობა შემაწუხებელი ტენეზმებით, სისხლიანი ფაღარათით 8-ჯერ და მეტჯერ დღეში. სიცოცხლისთვის საშიშია.

დიფ.დიაგნოზი - კრონის დაავადება, იშემიური კოლიტი, ინფექციური კოლიტი კიბო.

ქრონიკული არაწყლულოვანი კოლიტი - მსხვილი ნაწლავის პოლიეტიოლოგიური დაავადებაა, რომლის დროსაც აღინიშნება ლორწოვანი გარსის ანთებითი, დისტროფიული ცვლილებები და მისი ფუნქციის მოშლა. პათოლოგიური პროცესი მოიცავს მთელ მსხვილ ნაწლავს (ტოტალური კოლიტი) და მის ნაწილებს, კლინიკურ პრაქტიკაში უფრო ხშირად სიგმოიდიტი გვხვდება.

წამყვანი კლინიკური ნიშანია - ტკივილი მუცელში და დეფეკაციის მოშლა. ტკივილი ყრუ ხასიათისაა და აღინიშნება მუცლის გვერდით და ქვემო მიდამოში, ძლიერდება საკვების მიღებიდან 5-7სთ-ის შემდეგ, ღამე ან ადრე დილით, მეტეორიზმი, დეფეკაციისა და გაზების გამოყოფის შემდეგ ტკივილი ქრება, განავალი გაუფორმებელია და ლორწოვანი.

კოლორექტული კიბო - ყველაზე ხშირია კოლინჯის, ღვიძლის და ელენთის კუთხეში, შემდეგ ბრმა ნაწლავში, დასწვრივ და სიგმოიდურ ნაწლავში, ყველაზე ნაკლებად აღმავალ ნაწილში, განივ და სწორ ნაწლავში.

მსხვილი ნაწლავის კიბოს შეიძლება ჰქონდეს სოკოს ფორმა, ცირკულარული ზრდით, რომელიც გაუვალობას იწვევს, თუ სიმსივნე იზრდება ნაწლავის სანათურში (ეგზოფიტური ზრდა) და ენდოფიტური ზრდით, რომელიც ვრცელდება მუცლის ღრუში.

კლინიკური სურათი დამოკიდებულია კიბოს ლოკალიზაციაზე და ფორმაზე.

4 სტადიაა - გავრცელების მიხედვით.

კრონის დაავადება (რეგიონული ენტერიტი, გრანულომატოზური ილეიტი, ტერმინალური ილეიტი)

გასტროინტესტინური ტრაქტის ქრონიკული არასპეციფიკური ანთებითი დაავადებაა, რომლის დროსაც შეიძლება დაზიანდეს აღნიშნული ტრაქტის ნებისმიერი ნაწილი, პირის ღრუდან ანუსამდე.

ეტიოლოგია უცნობია, არ გამოირიცხება ინფექციური აგენტის არსებობა. პატოგენეზში მნიშვნელობა ენიჭება იმუმურ დარღვევებს. ირღვევა T-ლიმფოციტების ფუნქცია, სავარაუდოა მემკვიდრეობითი ფაქტორის მნიშვნელობა.

კრონის დაავადებას ახასიათებს გამწვავებები და რემისიები. გამწვავებების დროს არის ცხელება, ზოგჯერ შემცივნებები, ანორექსია, მეტეორიზმი, სიგამხდრე, სიფერმკრთალე, დაუძლურება. ყალიბდება მალაბსორბციის სინდრომი.

ტკივილი არის შეტევითი ან მუდმივი ხასიათის, განსაკუთრებით მუცლის ქვედა კვადრატში, ძლიერდება ჭამის შემდეგ. ზოგჯერ აღინიშნება აპენდიციტის სურათი. დამახასიათებელია ფისტულებისა და აბსცესების განვითარება,

ღვიძლის ცხიმოვანი გადაგვარება.

ს.ს.ა.-ში ანემია, ლეიკოციტოზი, ედსის მომატება, ჰიპერბილირუბინემია.

რენტგენოლოგიურად - ნაწლავის რელიეფის წაშლა, კედლის გასქელება, სანათურის შევიწროვება.

კრონის დაავადება მიმდინარეობს ქრონიკულად და ხასიათდება გამწვავებებით მთელი ცხოვრების მანძილზე.

პროგნოზი დამოკიდებულია პროცესის ლოკალიზაციაზე და გართულებებზე.

პანკრეასის დაავადებები

მწვავე პანკრეატიტი ანთებითი პროცესია, რომელიც ვლინდება ჯირკვლის ინტერსტიციუმის შეშუპებით, ცხიმოვანი ნეკროზით, პარენქიმის ნეკროზით,

გავრცელებული ჰემორაგიებით, პერიპანკრეასული ქსოვილის შეშუპებით, რაც განპირობებულია პანკრეასის სადინარებში ფერმენტაციის თვითაქტივაციით და მას მოსდევს საკუთარი ქსოვილის მონელება (აუტოლიზი)

ავადმყოფები უჩივიან ტკივილს ეპიგასტრიუმში, სხვადასხვა სიძლიერის:

ყრუ, მწვავე, კოლიკის მსგავსი, რომელიც სარტყლისებურად ვრცელდება.

ასევე ტკივილი მარჯვნივ, ფერდქვეშა მიდამოში და წელში; მწვავე ტკივილი უფრო ხშირად ღამით იწყება და დაკავშირებულია ცხიმიანი საკვების და ალკოჰოლის მიღებასთან. შეიძლება იყოს დისპეპსიური მოვლენები: გულის რევა, პირღებინება, მუცლის შებერვა, საერთო სისუსტე, წონაში სწრაფი დაკლება და თხიერი განავალი, მექანიკური ხასიათის სიყვითლე (პანკრეასის თავის სიმსივნის გამო).

ნორმალური პანკრეასის პალპაცია შეუძლებელია, ეს ხერხდება მაშინ, როდესაც გადიდებულია. პანკრეასის თავის დაზიანებისას გამოხატულია დე ჟარდენის მტკივნეული წერტილი (ჭიპისა და მარჯვენა იღლიის ფოსოს შემაერთებელ ხაზზე, ჭიპიდან 6სმ-ის დაშორებით.) კაჩის მტკივნეული წერტილი მდებარეობს მარცხენა სწორი კუნთის მარცხენა კედლის პროექციაზე ჭიპიდან 5 სმ-ით ზემოთ.

პანკრეასის ფერმენტების შესწავლას სისხლში და შარდში დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. მათი საშუალებით შეიძლება შეფასდეს პანკრეასის ქსოვილის მდგომარეობა. ყველაზე გავრცელებულია ამილაზის და ლიპაზის აქტივობის განსაზღვრა. მწვავე პანკრეატიტის დროს ამილაზის აქტივობა სისხლში იზრდება 10-ჯერ.(ჰიპერამილაზემია).

ექოსკოპიის დროს ყურადღება უნდა გამახვილდეს: ელენთასა და კარის ვენაზე.

პანკრეასის კუდის ვიზუალიზაციის მიზნით, საჭიროა პაციენტის გასინჯვა ზურგიდან, მარცხენა თირკმლის მიდამოში და კუჭის სითხით გავსების პირობებში. მწვავე პანკრეატიტის დროს ჯირკვალში გამონაჟონის გამო იცვლება მისი კონტურები და ექოგენობა. აღინიშნება ახლოს მდებარე სისხძარღვებზე ზეწოლა. ხშირად მწვავე და ქრონიკული პანკრეატიტის სურათი იდენტურია.

მკურნალობა - საჭიროა შიმშილი 2-3 დღე, შემდგომ დღეებში სათანადო დიეტა შეზღუდული კალორიებით. მექანიკურად და ქიმიურად დამზოგი დიეტა (დღეში 4-6-ჯერ), წოლითი რეჯიმი, მუცელზე ცივი, ტკივილი იხსნება პრომედოლით, ატროპინით, პაპავერნით, პლატიპილინით. მორფინის გამოყენება საშიშია – იწვევს ოდის სფინქტერის სპაზმს. საჭიროა სითხის დიდი რაოდენობა 5-6ლ ელექტროლიტებთან ერთად.

პანკრეასის სიმსივნეები

გამოყოფენ კეთილთვისებიან, არააქტიურ ჰორმონულ, ავთვისებიან და აქტიურ ჰორმონულ სიმსივნეებს.

კეთილთვისებიანი არააქტიური ჰორმონული სიმსივნეები პანკრეასში გვხვდება ადენომის, ასევე ფიბრომის, ლიპომის, ნევრინომის, ლიმფანგიომის, ქომდრომის და ა.შ. სახით.

ტკივილი აღმოცენდება, როგორც სიმსივნის საკმარისად გამოხატული ფორმის, ასევე მეორადი ობსტრუქციული პანკრეატიტის დროსაც. პანკრეასის თავის კეთილთვისებიანმა სიმსივნემ შეიძლება გამოიწვიოს მექანიკური სიყვითლე, ნაღვლის საერთო სადინარზე ზეწოლის გამო.

კლინიკური სურათი დამოკიდებულია სიმსივნის ლოკალიზაციაზე, ზომაზე და მეტასტაზების არსებობაზე ან არარსებობაზე.

ავთვისებიან სიმსივნეებში კლინიკურად გამოყოფენ ორ ფორმას: სიყვითლით მიმდინარე, რომელიც ხშირად აღინიშნება პანკრეასის თავის სიმსივნის დროს და უსიყვითლოდ მიმდინარე ფორმა სხეულში და კუდში სიმსივნის ლოკალიზაციის დროს.

ამ დაავადებას ყველა სახეს ახასიათებს ტრიადა: ტკივილი, დისპეპსია და სიგამხდრე.

ტკივილი ნაადრევი სიმპტომია, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში, როცა პანკრეასის თავის სიმსივნეა, სიყვითლე ტკივილის გარეშეE გვხვდება.

პანკრეასის თავის სიმსივნე ტკივილს იძლევა მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში და ეპიგასტრიუმში, რომელიც წააგავს წყლულს და ნაღვლკენჭოვან დაავადებას.

სხეულისა და კუდის დაზიანებისას ტკივილი ვრცელდება მარცხნივ და შეიძლება გახდეს სარტყლისებური ხასიათის.

ტკივილი დასაწყისში არ არის ინტენსიური, მაგრამ თანდათანობით ძლიერდება.

თუ სიმსივნე ჩაიზრდება მზის წნულში ტკივილი ინტენსიური ხდება და ირადიაციას განიცდის მთელ მუცელში. ტკივილი ძლიერდება ზურგზე წოლის დროს, ამიტომ პაციენტი იღებს იძულებით პოზას – წევს მუცელზე ან გვერდზე მოხრილი ფეხებით.

ჰორმონალურად აქტიური სიმსივნეები იშვიათია, წარმოიშობა ლანგერჰანსის კუნძულების სხვადასხვა უჯრედებისაგან, ე.ი. იმ უჯრედებისაგან, რომლებიც ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებებს გამოყოფენ. ასეთ სიმსივნეებს ეწოდებათ აპუდომა. კლინიკური ნიშნები დამოკიდებულია ჰორმონალურად აქტიურ ნივთიერებებზე, რომლებსაც ისინი გამოიმუშავებენ. პანკრეასის მხრივ ლოკალური ნიშნები აღინიშნება უფრო გვიან, როდესაც სიმსივნე საკმარისი ზომისაა და იწვევს ტკივილს.

ღვიძლისა და სანაღვლე გზების პათოლოგია

ტკივილის სინდრომი _ სხვადასხვა ხასიათისაა და დამოკიდებულია ღვიძლის დაავადების ხასიათზე, ზოგჯერ ხანგრძლივია, ზოგჯერ შეტევითი. ხანგრძლივი ტკივილი შეიძლება იყოს სხვადასხვა სიძლიერის _ სუსტი, ყრუ, ზოგჯერ კი მხოლოდ სიმძიმის შეგრძნებით. სხვა შემთხვევაში ტკივილი ძლიერი, მჭრელი და მღრნელია. ტკივილი ლოკალიზდება მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში და ვრცელდება მარჯვენა ბეჭის არეში და სხვა არეში ირადიაცია ნალკებად არის გამოხატული.

ხანგრძლივი ტკივილი ახასიათებს ღვიძლის, ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების მრავალ დაავადებას. ტკივილის გენეზი სხვადასხვაა:

1. ტკივილი გამოწვეული ღვიძლის გადიდებისას გლისონის კაფსულის დაჭიმვით;
2. პერიტონეუმის ფურცლის დაჭიმვა, რომელიც ფარავს ღვიძლს და ნაღვლის ბუშტს;
3. პერიტონეუმის ფურცლებზე ანთების გადასვლა ღვიძლიდან და ნაღვლის ბუშტიდან;
4. სიმსივნის ჩაზრდა;
5. ტკივილი ნაღვლოვანი კოლიკის დროს;

ტკივილი ძლიერდება ღვიძლის არეში ხელის დაჭერით ან მოძრაობისას.

კოლიკა იწყება ჩვეულებრივ საღამოს, საკვების მოღებიდან 3-4სთ-ის შემდეგ ან ღამით, განსაკუთრებით გადაჭარბებული საკვების მიღების შემდეგ, ცხიმიანი და ცხარე საკვების მიღების შემდეგ, ემოციების შედეგად. კოლიკა შეუიძლება იმ დროსაც აღინიშნოს როდესაც ნაღვლის ბუშტში კენჭი არ არის. ამ შემთხვევაში მიზეზი არის ნაღვლის ბუშტის ანთება და მისი ფუნქციის მოშლა. კოლიკის დროს ტკივილის მიზეზია ნაღვლის ბუშტისა და სადინრის კუნთების შეკუმშვა, მისი სპაზმი, რომელიც გამოწვეულია კენჭებითა და ნერვული დაბოლოებების გაღიზიანებით. კოლიკა ხშირად მიმდინარეობს ტემპერატურის მომატებით,

დამტვრეულობის შეგრძნებით, ნაღვლოვანი პირღებინებით, ხელ-ფეხის გაციებით, მოკლე დროით ხელის თითების კრუნჩხვებით, არითმიით, ტკივილით გულის არეში, შარდის გამოყოფის რეფლექსური შეკავებით და შეკრულობით.

ავადმყოფს შეიძლება აღენიშნოს დისპეფსიური ჩივილები: მადის დაქვეითება, გულის რევა, პირღებინება, მუცლის შებერვა, ფაღარათი ან შეკრულობა. ეს ჩივილები ხშირად გამოწვეულია, როგორც პირველადი ან მეორადი ღვიძლის

ბარიერული ფუნქციის და ნაღვლის სეკრეციის მოშლის შედეგად, ასევე კუჭ-ნაწლავის რომელიმე თანმხლები დაავადების გამო.

ანამნეზის შეგროვებისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს წარსულში სიყვითლისა და ტკივილის არსებობაზე, ღვიძლისა და ელენთის გადიდებაზე, ასციტზე, საკვების ხასიათზე, მავნე ჩვევებზე, განსაკუთრებით ალკოჰოლის მიღებაზე, მწვავე ჰეპატიტის გადატანაზე, საწარმოო ინტოქსიკაციაზე.

სიყვითლე - შეიძლება იყოს პარენქიმული, მექანიკური და ჰემოლიზური.

პარენქიმული (ღვიძლშიდა) სიყვითლე _ ვითარდება ღვიძლის პარენქიმის (ჰეპატოციტების) დაზიანებისას ჰეპატიტის, ღვიძლის ციროზის და სიმსივნის შემთხვევაში. ამ დროს ჰეპატოციტებს არ შეუძლიათ შეითვისონ თავისუფალი ბილირუბინი და დაუკავშურდეს გლუკურონის მჟავას, სისხლში მატულობს თავისუფალი ბილირუბუნი (არაპირდაპირი).

თუ დარღვეულია ბილირუბინ-გლუკურონიდის (შეკავშირებული ანუ პირდაპირი ბილირუბინი) გამოყოფა ღვიძლის უჯრედებიდან ღვიძლის კაპილარებში, რომელსაც იწვევს ღვიძლის პათოლოგია - ანთება, დესტრუქცია, ნეკროზი, განვლადობის დაქვეითება და სხვა. ასე რომ, პარენქიმული სიყვითლის დროს სისხლში მომატებულია როგორც თავისუფალი, ასევე შეკავშირებული ბილირუბინი. ვინაიდან შეკავშირებული ბილირუბინი წყალში კარგად იხსნება, ადვილად გადალახავს თირკმლის ბარიერს, გამოჩნდება შარდში და მას მუქ ფერს აძლევს. განავალში კი პირიქით სტერკობილინი შეიძლება შემცირდეს, ვინაიდან ჰეპატოციტები ნაღველს მცირე რაოდენობით გამოყოფენ.

მექანიკური (ღვიძლქვედა) სიყვითლე - ვითარდება არაღვიძლისმიერი სანაღვლე გზების ობტურაციის შედეგად, რომელსაც იწვევს კენჭი ან ნაღვლის საერთო სადინარზე სიმსივნის ზეწოლა. ამის გამო ნაღვლის გადასვლა შეფერხებულია.

სტერკობილინი ნაწლავში და ურობილინი შარდში არ არის, განავალი აქოლიურია, შარდში დიდი რაოდენობით არის პირდაპირი ანუ შეკავშირებული ბილირუბინი და ამიტომ ის მუქია.

ჰემოლიზური (ღვიძლზედა) სიყვითლე - ამ დროს რეტიკულოენდოთელიალურ სისტემაში დიდი რაოდენობით წარმოიშობა ბილირუბინი და ღვიძლი ვეღარ ახერხებს მის მეტაბოლიზმს, თუმცა ჰეპატოციტების ფუნქცია დარღვეული არ არის. სისხლში მატულობს თავისუფალი (არაპირდაპირი) ბილირუბინი, იგი ვერ გადის თირკმლის ბარიერს და შარდში ვერ ხვდება. ვინაიდან შეკავშირებული (პირდაპირი) ბილირუბინი მომატებულია და დიდი რაოდენიბით გამოიყოფა ნაწლავებში, ამიტომ სტერკობილინოგენიდან შარდში მატულობს სტერკობილინოგენური ურობილინი, რომელიც ჰემოროიდალური ვენებიდან ხვდება სისხლის მიმოქცევის დიდ წრეში.

სიყვითლის დროს პირველად ყვითლდება სკლერა, ენის, სახის ქვედა ნაწილის ლორწოვანი გარსი, შემდეგ კი სახე, ხელისგულები, ქუთუთოები. ხანდახან შეუსაბამობაა ჰიპერბილირუბინემიასა და სიყვითლეს შორის, მაგ. ანემიის,

სიმსუქნის დროს სიყვითლე ნაკლებად შეიმჩნევა, ხოლო გამხდრებში და კუნთოვან პირებში სიყვითლე უფრო კარგად ჩანს.

ღვიძლის დეტოქსიკაციური ფუნქციის მოშლის შედეგად კანზე შეიძლება გაჩნდეს ღვიძლისმიერი ნიშნები, რომლის მიზეზი სისხლში ესტროგენების და ბიოლოგიურად აქტიური ამინების მომატებაა. ღვიძლი ამ ნივთიერებების გაუვნებლობას ვერ ახერხებს, ესენია:

- სისხლძარღვანი ვარსკვლავები(ტელეანგიექტაზიები),
- ღვიძლისმიერი ხელისგულები;
- თმების გაცვენა იღლიის ფოსოში, თავზე და სხ.;
- გინეკომასტია – მამაკაცებში სარძევე ჯირკვლების გადიდება.

ღვიძლის უკმარისობისას და მექანიკური სიყვითლის დროს კანზე შეიძლება აღინიშნოს ჰემორაგიები – სისხლის შედედების სისტემის მოშლის გამო.

ღვიძლის დაავადების დრო შეიძლება აღინიშნოს ასციტი (მუცლის ღრუში თავისუფალი სითხე), ამ დროს მუცლის თანაბარ გადიდებასთან ერთად აღინიშნება ჭიპის გამობერვა, რაც მუცელში განვითარებული მაღალი წნევის და ჭიპის თიაქრის გამო ხდება. მუცლის ღრუში სითხის შედარებით ნაკლები რაოდენიბისას ავადმყოფის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში ყოფნის დროს

ბაყაყის მუცელი მიიღება – ჭიპის მიდამო ბრტყელდება და მუცლის ფლანკები გამოიდრიკება. მუცელი შეიძლება არათანაბრად გადიდდეს ცალკეული ორგანოების გადიდების გამო.

ღვიძლის გადიდების მიზზებია:

- ჰეპატიტები, ღვიძლის ციროზი, ღვიძლის კიბო;
- შეგუბებული ღვიძლი (მარჯვენა გულის უკმარისობის დროს);
- სისხლის დაავადებები (ლეიკოზი, ანემია, ლომფოგრანულომატოზი);
- ზოგიერთი მწვავე და ქრონიკული ინფექცია.

ნაღვლის ბუშტის დაავადებები

ნაღვლის ბუშტი ნორმაში არ ისინჯება, მისი გადიდების მიზეზებია:

- უკენჭო და კენჭოვანი ქოლეცისტიტი:
- ნაღვლის ბუშტის წყალმანკი (ნაღვლის ბუშტის სადინრის კენჭით დაცობისას);
- პანკრეასის თავის სიმსივნე:
- ნაღვლის ბუშტის სიმსივნე.

ქოლეცისტიტის დროს ნ/ბ ძალიან მტკივნეულია, გამკვრივებული, გადიდებული და ძნელად მოძრავი.

ნ/ბ-ის პათოლოგიის დამადასტურებელი დამატებითი სიმპტომები:

- კერის სიმპტომი _ ღრმა ჩასუნთქვის დროს მარჯვენა ხელის შუა თითით ნ/ბ-ის პალპაციისას მტკივნეულობა.
- მერფის სიმპტომი _ ღრმა ჩასუნთქვისას საგრძნობლად იზრდება ტკივილი, როდესაც მარჯვენა ხელის თითებით ნ/ბ-ის მიდამოში ჩავდივართ.
- ორტნერის სიმპტომი _ მტკივნეულობა მარჯვენა ნეკნთა რკალზე გაშლილი ხელის მტევნის დარტყმით.

ნ/ბ-ის დაავადებები უფრო პიკნიური აღნაგობის ადამიანებს აქვთ. მათთან ჭარბობს აღმშენებლობითი პროცესები და ფორმის მიმცემი ძალები სუსტია.

ნ/ბ-ის კოლიკა ეს არის ტიპიური სიმპტომი გარე და შინაგანი ზემოქმედებებით ძლიერი დატვირთვისა. დიდი რაოდენობით ცხიმის მიღებისას ასტრალური

სხეული ცდილობს იმდენად ბევრი ნაღველი გამოყოს, რამდენიც ეს საჭიროა, რათა ცხიმების ემულგირება და მონელება შეძლოს. კოლიკის დროს ასტრალური სხეული შეიჭრება არასწორ ადგილას, არა ნივთიერებათა ცვლაში

ნაღვლის წარმოსაქმნელად, არამედ ნერვულ სისტემაში, რაც გლუვი კუნთების კრუნჩხვას იწვევს.

დამახასიათებელია ნ/ბ-ის კოლიკის პერიოდულობა. შეტევა ხდება უმეტესად ღამით. ვიცით, რომ ნ/ბ არის დღის ორგანო, ამიტომ მისი დატვირთვა ღამით არის არაფიზიოლოგიური, ამიტომ ამ დროს გაღიზიანებაზე იგი რეაგირებას თითქმის პათოლოგიურად ე.ი. კოლიკით.

ნორმალურ, ჯანმრთელ პირობებში არის ასე, რომ ასტრალური სხეულის ზემოქმედებით ქოლესტერინი ნაღვლის მჟავებში უნდა გადავიდეს, როდესაც ეს პროცესი დარღვეულია, ქოლესტერინი აღარ იშლება, რჩება თავის საწყის საფეხურზე ე.ი. ამ დროს ადგილი აქვს არასაკმარის დაშლას, არასწორ სიმწიფესთან, არასაკმარის ნაღვლის იმპულსთან. ამის გამო დიდი რაოდენობით ქოლესტერინი ჩალაგდება და ასე წარმოიქმნება კენჭები.

მშვინვიერ (ემოციურ)განწყობას უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ნ/ბ-ის დაავადებების განვითარებაში.

ღვიძლის პათოლოგია შეიძლება განვიხილოთ, როგორც ორი პოლარული პროცესის, ანთების და სკლეროზის, ერთმანეთთან მიმართება. ერთი შეხედვით

ასეთი მკაფიო დანაწევრება ღვიძლში არ ჩანს, უფრო მეტად შერეული ფორმები ჭარბობს ე.ი. ერთდროულად შეიძლება იყოს ანთება და დეგენერაციული ცვლილებები, როგორც ეს არის ციროზის დროს.

ყველაზე ხშირი ღვიძლის დაავადება ეს არის მწვავე ჰეპატიტი. არჩევენ:

ეპიდემიურ ჰეპატიტს და სეროლოგიურ ჰეპატიტს.

მწვავე ჰეპატიტის მკურნალობა სრულად შეიძლება, რადგან ღვიძლს რეგენერაციისა და განკურნების ძალები დიდი აქვს, ან განვითარდეს “სუსტი ღვიძლი”, “დეპრესიული ღვიძლი”, ამის შემდეგ შეიძლება პოსტჰეპატიტური სინდრომი განვითარდეს - ხანგრძლივი დროის განმავლობაში რჩება სიცოცხლის უუნარობის დაკარგვა, პაციენტი ვერ უძლებს მინიმალურ დატვირთვას, ირღვევა ძილ-ღვიძილის რიტმი, აღენიშნებათ სიფერმკრთალე, უმადობა, მიზანდასახულობა აღარ აქვთ. ამ დროს ეთერული სხეული, თავისი აღმშენებლობითი უნარით არასწორად არის ჩართული თავის ორგანოში. რადგან ღვიძლი ნებელობითი ორგანოა, ამიტომ აღინიშნება ნებელობითი დარღვევები.

შეიძლება ყველაფერ ამას თან ახლდეს ორგანული სიმპტომები: მონელებითი სისუსტე, ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობა, ლატენტური დიაბეტი, ფსიქოპათიური სიმპტომები.

მწვავე ჰეპატიტების პროგნოზს ანგარიშობენ არა ვირუსის მიხედვით,არამედ კონსტიტუციური სიტუაციით.

სუსტი ღვიძლის რეგენერაციისთვის საჭიროა 1-2 წელი დიეტა და მკურნალობა.

პათოლოგიური პროცესის გაგრძელების შემთხვევაში შეიძლება მივიღოთ ქრონიკული აუტოაგრესიული ქრონიკული ჰეპატიტი. Hისტოლოგიურად ღვიძლში არის ნეკროზული

უბნები “კარტოფილისებური ღვიძლი”, როდესაც პათოლოგიური პროცესი გრძელდება ვითარდება ციროზი. აგრესიული ჰეპატიტის და ციროზის დროს ერთდროულად გვაქვს ანთებითი და დეგენერაციულ-სკლეროზული ცვლილებები, ეს მაჩვენებელია იმის, რომ “მე” თავის სდგილზე არ არის, არის ნივთიერებათა ცვლაში, ეს ნიშნავს რომ ორივე პათოლოგიური ტენდენცია განცალკევდება და ცალ-ცალკე იბატონებენ. ბოლოს ჭარბობს სკლეროზული პროცესები, რომლების პარენქიმას ავიწროვებენ და ჭმუხნიან.

ღვიძლის სიმსივნეები

კეთილთვისებიან სიმსივნეებს მიეკუთვნება: ღვიძლის ადენომა, კეროვანი კვანძოვანი ჰიპერპლაზია და ჰემანგიომა.

ღვიძლის ადენომა აღენიშნებათ უფრო მეტად ქალებს, რომლებიც იღებენ ორალურ კონტრაცეპტივებს. კლინიკური ნიშნები შეიძლება გამოხატული არ

იყოს. ზოგიერთ ავადმყოფს აღენიშნებათ მარჯვენა ფერდქვეშა არეში გადავსების შეგრძნება. ზოგჯერ ადენომის სპონტანური გასკდომა იწვევს

მუცლის ღრუში სისხლდენას, რომელიც შემთხვევათა 25%-ში სასიკვდილოა.

ღვიძლის ფუნქციური სინჯები ნორმის ფარგლებშია. სიმსივნის მომატებული ვასკულარიზაცია ზღუდავს ბიოფსიის ჩატარების შესაძლებლობას.

საჭიროა კონტრაცეპტივების შეწყვეტა და სიმსივნის ზომებზე დაკვირვება. ნაჩვენებია ქირურგიული ჩარევა.

კეროვანი კვანძოვანი ჰიპერპლაზიის დროს დაზიანება წარმოდგენილია შემაერთებელი ქსოვილის კერით და სეპტებით, გამომავალი სხივების სახით, რომლებიც სიმსივნეს კვანძებად ყოფენ. კვანძებში სახეზეა ღვიძლის ქსოვილის ყველა ელემენტი კუპფერის უჯრედების ჩათვლით. კომპიუტერული ტომოგრაფიით და ანგიოგრაფიით დგინდება ჰიპერვასკულარული სიმსივნე.

პროგნოზი კეთილსაიმედოა.

ჰემანგიომა კლინიკური ჩივილები არ არის. სახეზეა თრომბოციტოპენია და ჰიპოფიბრინოგენია. დიაგნოზი დგინდება ანგიოგრაფიით. პროგნოზი კეთილსაიმედოა.

ავთვისებიანი სიმსივნეები:

პირველადი ჰეპატოცელულური კარცინომა (ჰეპატომა) - 5-ჯერ უფრო მეტია მამაკაცებში. რისკის ჯგუფი: ციროზი.

კლინიკურ სურათში - ჰეპატომეგალია (გადიდებული, ქვასავით მკვრივი ღვიძლი), ასციტი, საერთო სისუსტე, ანორექსია, წონაში დაკლება და ტკივილი მუცლის არეში.

ანგიოსარკომა - იშვიათი სისხლძარღვანი სიმსივნე, უფრო მამაკაცებშია. ახასიათებს გასკდომის და სპონტანური სისხლდენისაკენ ტენდენცია . კლინიკური მონაცემები არასპეციფიურია.

ღვიძლის მეტასტაზური დაზიანება გვხვდება ბევრად უფრო ხშირად, ვიდრე პირველადი ავთვისებიანი სიმსივნეები. დამახასიათებელია არა ღვიძლის პარენქიმის, არამედ ლიმფური კვანძების უპირატესი დაზიანება. პირველადი სიმსივნეები, რომლებიც ხშირ მეტასტაზებს იძლევა ღვიძლში, არის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კარცინომა, კუჭქვეშა ჯირკვლის, ფილტვების, სარძევე ჯირკვლის და საკვერცხეების მელანომა და კარცინომა.

კლინიკური მონაცემები არასპეციფიური

ღვიძლის ფუნქციური სინჯები:

ამინოტრანსფერაზები:

ალანინამინოტრანსფერაზა (ალტ) ნორმა 15-40 ერთ/ლ. და ასპარტატამინოტრანსფერაზა (ასტ) ნორმა 7-40 ერთ/ლ. მათი აქტივობის გაზრდა მიუთითებს ღვიძლის უჯრედების დაზიანებაზე (ციტოლიზის სინდრომი). ალტ-სგან განსხვავებით ასტ შეიძლება გაიზარდოს სხვა ქსოვილების დაზიანებისას, როგორიცაა გული, ჩონჩხის კუნთები, თირკმელები, თავის ტვინი, ამიტომ ის ნაკლებად სპეციფიურია.

გამა-გლუტამილტრანსფერაზა (გგტ) - მგრძნობიარე ფერმენტია ღვიძლის დაზიანების დასადგენად. მისი მომატება მაჩვენებელია ციტოლიზის, მაგრამ ის იმატებს ქოლესტაზის დროს და ალკოჰოლის მიღებისას.

კითხვები:

1. რა არის დისფაგია?

2. რა არის ეზოფაგიტი?

3. ჩამოთვალეთ ეზოფაგიტის კლინიკური ნიშნები.

4. რა დაავადებასთან გვაქვს საქმე, როდესაც აღინიშნება საყლაპავის დისტალური ნაწილის ლორწოვანის ანთება, საყლაპავში კუჭისა და ნაწლავის წვენის რეგურგიტაციით?

5. ჩამოთვალეთ მწვავე გასტრიტის ეტიოლოგიური ფაქტორები.

6. რა განსხვავებაა საყლაპავისმიერ და კუჭისმიერ პირღებინებას შორის?

7. რენტგენოლოგიურად „ნიშის“ სიმპტომი და ენდოსკოპიურად ლორწოვანის დეფექტი რომელ დაავადებაზე მიუთითებს?

8. როდესაც განავალი არის შავი (მელენა), რომელ მოვლენაზე უნდა ვიფიქროთ?

9. ტკივილი ილიოცეკალურ არეში მიგვანიშნებს:

10. ტკივილი უმბილიკალურ მიდამოში რაზე მოგვანიშნებს?

11. რა არის სიგმოიდიტი?

12. რა არის ცელიაკია?

13. რა არის კრონის დაავადება?

14. რა ძირითადი სიმპტომით გამოიხატება ნ/ბუშტის კოლიკა?

15. რა არის ალანინამინოტრანსფერაზა?

16. რა მიზეზები არსებობს ყაბზობის განვითარებისთვის?

http://www.medgeo.net/2009/05/12/gastroenterology/

http://www.medgeo.net/2009/12/26/%E1%83%A7%E1%83%90%E1%83%91%E1%83%96%E1%83%9D%E1%83%91%E1%83%90/

http://www.aversi.ge/cnobari/189/yabzoba

ლიმფური სისტემისა და სისხლის დაავდებები

სისხლის დაავადებები

სისხლის უჯრედებს მიეკუთვნება წითელი სხეულები (ერითროციტები), სისხლის ფირფიტები (თრომბოციტები) და თეთრი სხეულების (ლეიკოციტები) სამი სახეობა: გრანულოციტე

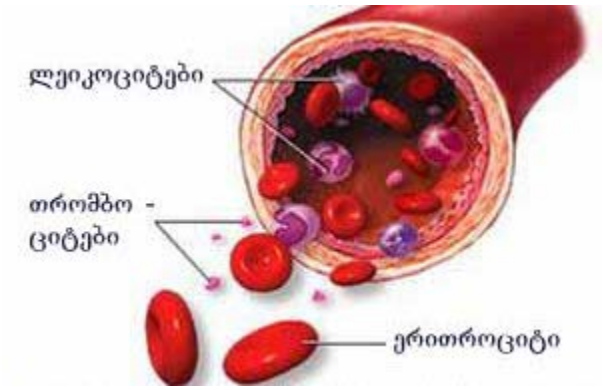
ბი, ლიმფოციტები და მონოციტები. ისინი წარმოიქმნებიან ძვლის ტვინში არსებული ღეროვანი უჯრედებისგან, რომელთაც აქვთ უნარი უჯრედთა ამა თუ იმ სახეობის განვითარებისა.

ლიმფოციტების ღეროვანი უჯრედები ჯერ კიდევ ემბრიონალურ პერიოდში ტოვებენ ძვლის ტვინს და ანვითარებენ ლიმფატურ ორგანოებს, როგორიცაა ლიმფური კვანძები და ელენთა, შემდგომ B-ლიმფოციტები. ლიმფატურ უჯრედთა ერთი ნაწილი განვითარების შუალედურ ეტაპს გადის თიმუსში და დასაბამს აძლევს თ-ლიმფოციტებს. ერითროციტები, ტრომბოციტები და გრანულოციტები ძვლის წითელ ტვინში (თავის ქალას, ხერხემლის, მენჯის, მკერდის, ნეკნების და ლულოვანი ძვლების) თავიანთი ღეროვანი-დედა უჯრედებიდან მრავალჯერადი დაყოფისა და მომწიფების საფეხურების გავლის შემდგომ წარმოიქმნება.

მომწიფებული უჯრედები ძვლის ტვინიდან (დეპოდან, სამარაგო პოლუსიდან) საჭიროებისამებრ გადმოდიან პერიფერიულ სისხლში (ფუნქციონალურ პოლუსში).

ერითროციტების სიცოცხლის ხანგრძლივობაა 90-120 დღე. თრომბოციტების _ 9 დღე, გრანულოციტების _ 7 საათი. ლიმფოციტების სიცოცხლის ხანგრძლივობა თავიანთი ფუნქციიდან გამომდინარე რამოდენიმე დღიდან მრავალ წლამდეა.

სისხლის დაშლა და აღდგენა ერთმანეთის შესაბამისად წონასწორულად ხდება. ამ რეგულაციის მექინიზმები უცნობია. ცნობილია მხოლოდ, რომ თირკმელში გამომუშავებული ერითროპოეტინები ააქტიურებს ერითროპოეზს და თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქიდან გამოყოფილი გლუკოკორტიკოიდები ააქტიურებს ძვლის ტვინში უჯრედთა რეპროდუქციას და პერიფერიაზე გადმოტყორცნას.



ანემიები

ეტიოლოგია და კლინიკა

ანემია შეიძლება გამოწვეული იყოს:

- ჰემოგლობინის ნაკლებობით - შემცირებულია თითოეულ ერითროციტში - ჰიპოქრომული ანემია

- ერითროციტების ნაკლებობით - ჰემოგლობინი თითოეულ ერითროციტში მომატებულია - ჰიპერქრომული ანემია.

ანემიის კლინიკური ნიშნებია:

- კანისა და ლორწოვანის სიფერმკრთალე
- ზოგადი სისუსტე, ადვილად დაღლა
- თავბრუ, ყურების შუილი, არტერიული წნევის დაქვეითება
- ტაქიკარდია, სისტოლური შუილი
- მძიმე შემთხვევებში, განსაკუთრებით სისხლის სწრაფი დაკარგვის დროს: ოფლიანობა, სწრაფი, ძაფისებური პულსი, ჰაერის უკმარისობა, წნევის ვარდნა და ბოლოს სისხლის მიმოქცევის კოლაფსი.

ჰიპოქრომული ანემია

რკინადეფიციტური ანემია

რკინადეფიციტური ანემია არის ქრონიკული ანემიის უხშირესი ფორმა

ეტიოლოგია:

- სისხლის ქრონიკული დაკარგვა და ამით რკინის დაკარგვაც. მაგ. კუჭის წყლულის, ენტერიტის, ბუასილის, ჭარბი მენსტრუაციის ან საყლაპავის თიაქარის დროს.
- კვების დროს არასაკმარისი რკინის მიღება
- რკინის არასაკმარისი ათვისება, მაგ. კუჭის სიმჟავის დაქვეითების დროს, კუჭის ან ნაწლავის რეზექცია, კუჭ-ნაწლავის ლორწოვანის ანთება ან ავთვისებიანი გადაგვარება
- რკინაზე მოთხოვნილების ზრდა (ზრდა, ორსულობა)
- რკინის გადაჭარბებული შებოჭვა (მოხმარება) RES-ს მიერ, ინფექციების ან სიმსივნის დროს.

კლინიკა

ანემიისთვის დამახასიათებელი სიმპტომების გარდა რკინის დეფიციტს ახასიათებს ზოგადად უჯრედთა ფუნქციის დარღვევის გამოვლინებები, მშრალი კანი, მტვრევადი ფრჩხილები, პირის კუთხეში ნახეთქი, ენის წვა, ხახის და საყლაპავის ლორწოვანის ატროფია.

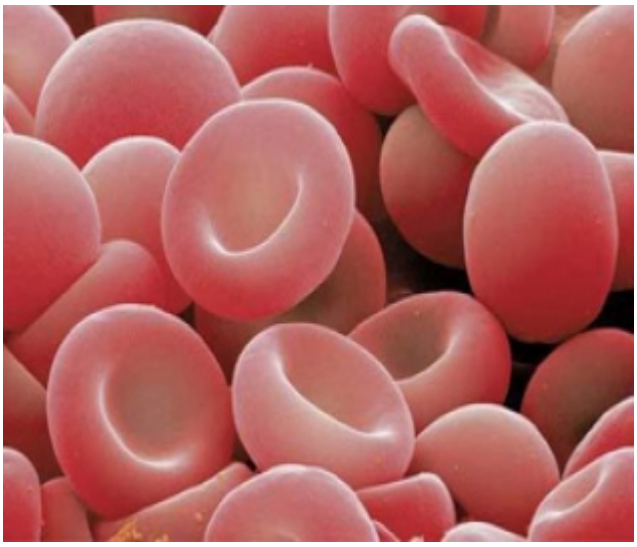
დიაგნოზი

სისხლში პატარა, სხვადასხვა ფორმის (მიკროციტოზი, ანულოციტოზი, პოიკილოციტოზი) ჰემოგლობინით ღარიბი ერითროციტები. რეტიკულოციტები და შრატის რკინის დაქვეითება.
.

თერაპია

მიზეზის მოცილება (სისხლდენის, კუჭის მჟავიანობის კორექცია) და რკინის მიცემა.

სიდეროაქრესტიული ანემია



ეტოლოგია და დიაგნოზი - რკინის მოხმარების შეუძლებლობა. მიუხედავად საკმარისი რკინის მიღებისა და რეზორბციისა, ჰემოგლობინთან ის ვერ კავშირდება და ერითროციტში რკინის გრანულები ჩალაგდება (Siderozytis) შრატის რკინის მომატება, RES უჯრედებში ლაგდება რკინა (ღვიძლის ჰემოსიდეროზი). მემკვიდრულად ეს პრობლემა მამაკაცებში იჩენს თავს. მეორადად კი ტყვიით მოწამვლის ან ვიტამინ B6-ის ნაკლებობის დროს, ასევე ზოგიერთი ინფექციის, სიმსივნის ან ლეიკემიის დროს.

თერაპია ვიტამინ B6-ის მიცემა და ჭარბი რკინის გამოყვანის და ჰემოსიდეროზისგან თავდაცვისთვის დესფერალის მიცემა.

პერნიციოზული ანემია

ეტიოლოგია - ვიტამინი B12-ის შეწოვის დარღვევის დროს ვითარდება. ამის მიზეზია კუჭის ლორწოვანის დაზიანების გამო ან აუტოანტისხეულთა არსებობის გამო - ფაქტორის გამოყოფის შეფერხება. მხოლოდ - ფაქტორთან ბმულ B12 ვიტამინს შეუძლია წვრილი ნაწლავის კედლიდან გაწოვა.

ვიტამინი B12 და ფოლის მჟავა მნიშვნელოვანი კატალიზატორია ნუკლეინის მჟავათა სინთეზისთვის უჯრედთა დაყოფის დროს. მათი ნაკლებობა იწვევს უჯრედთა დაყოფის გახანგრძლივებას, ისე, რომ დიდი და მოუმწიფებელი უჯრედები ჩნდება. გამოვლინდება განსაკუთრებით სისხლმბად უჯრედებში - ძვლის ტვინში, ლორწოვან გარსებისა და ნერვულ ქსოვილში.

კლინიკა :

- დუნე დასაწყისი ზოგადი სისუსტით და კუჭ-ნაწლავის დარღვევით
- სიფერმკრთალე მოყვითალო ელფერით
- ენის წვა სიწითლით, ატროფიული ლორწოვანით
- ნევროლოგიური ნიშნები - დაბუჟებით, არამყარი სიარულით და სუსტი ვიბრაციის შეგრძნებით

დიაგნოზი

ლაბორატორიულად

- დიდი ერითროციტები (მეგალოციტები) Hb-ს ჭარბი შემცველობით, და მომწიფების დარღვევის კიდევ სხვა ნიშნები: რეტიკულოციტების, გრანულოციტების და თრომბოციტების შემცირება.
- ძვლის ტვინში დიდი, უმწიფარი (მეგალობლასტები) წითელი, თეთრი უჯრედები და თრომბოციტები
- ჰემოლიზის ნიშნები უმწიფარი ერითროციტების ნაადრევი დაშლის გამო. დიაგნოზის დაზუსტება ხდება შილინგის ტესტით (ვიტამინ B12-ის რეზორბციის ტესტი) - რადიაქტიულად მარკირებული ვიტამინ B12 ფაქტორის ნაკლებობის გამო ნაკლები რაოდენობით შეიწოვება ნაწლავიდან და თირკმლით გამოიყოფა შარდში. ვაძლევთ ფაქტორს დამატებით და შეწოვილი და გამოყოფილი ვიტამინი B12-ის რაოდენობა ნორმალიზირდება.

თერაპია ვიტამინი B12-ის პარენტერალური მიწოდება. ვიტამინი B12-ის დეპოს შევსების შემდეგ შემანარჩუნებელი თერაპია 1-3 თვე. მკურნალობის დაწყებიდან 1 კვირაში მატულობს რეტიკულოციტები, როგორც ნიშანი უჯრედთა მომწიფების გაუმჯობესებისა. დაკარგული რკინის შევსება ხდება რკინის მიწოდებით, ხოლო კუჭის ანაციდური მდგომარეობის კორექცია ხდება მარილმჟავასა და ფერმენტების მიწოდებით.

რადგან პერნიციოზულ პაციენტებთან ხშირია კუჭის კარცინომის განვითარების შემთხვევები, საჭიროა რეგულარული კონტროლი გასტროსკოპიით.

ვიტამინი B12-დეფიციტური ანემია, როგორც სიმპტომი შეიძლება გამოვლინდეს შემდეგი პროცესების დროს:

1) ვიტამინი B12-ის დეფიციტის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ანთებადი, ნაწიბუროვანი ან სიმსივნური ცვლილებები ქვედა ილეუმში, სადაც ხდება ვიტ-B12-ის შეწოვა
- „Fischband wurm (ლენტისებრი ჭიები)

- ვიტამინ B12-ზე გადაჭარბებული მოთხოვნილება (ორსულობის დროს)
- ვიტამინ B12-დეფიციტური კვება (ვეგეტარიანები, თხის რძით კვება)

2)პერნიციოზული ანემია ფოლის მჟავას დეფიციტის დროს

ფოლის მჟავას დეფიციტიც უჯრედთა მომწიფების დარღვევას იწვევს. ამის მიზეზი შეიზლება იყოს: დარღვეული შეწოვა, გაზრდილი მოთხოვნილება და განსაკუთრებით ნაკლები რაოდენობით მიღება, ალკოგოლიკებთან. კლინიკურად იგივეა რაც ვიტამინ B12-ის დეფიციტის დროს, ნაკლებად ვლინდება ნევროლოგიური სიმპტომები. შილინგის ტესტი მხოლოდ ორივეს ნაკლებობის დროს გვადგება.

ფოლის მჟავას სუბსტიტუციის მიღების შემდეგ რამოდენიმე კვირაში სიმპტომები ქრება.

ნორმოქრომული ანემია

მწვავე სისხლდენით განპირობებული

კლინიკა და დიაგნოზი

მწვავე ძლიერი სისხლდენა (საყლაპავის ვარიკოზის, კუჭის წყლულის, ტრავმის, საშვილოსნოს გარე ორსულობის) გულისხმობს სისხლის შემადგენლობის თანაბარ დაკარგვას, პლაზმის და სისხლის უჯრედების თანაფარდობის დარღვევის გარეშე. ანემია მაშინ იჩენს თავს, როცა რამოდენიმე საათის შემდეგ, სისხლის რაოდენობის აღდგენის მიზნით, ქსოვილოვანი სითხე სისხლძარღვებში გადაინაცვლებს. 1 ლიტრისა და მეტი სისხლის დაკარგვისას პირველ რიგში სისხლის მოცულობის შემცირებასთან დაკავშირებული კოლაფსი სისუსტით, ოფლიანობით, ტაქიკარდიით, წნევის ვარდნით გამოვლინდება. 2-2,5 ლიტრი სისხლის მწვავე დანაკარგი სიცოცხლისთვის საშიშია. 1-2 დღეში თვალსაჩინო ხდება ერითროციტთა რაოდენობრივი სიმცირე, ჰემატოკრიტის შემცირება დარჩენილ ერითროციტებში კი პიგმენტური ნივთიერების ნორმალური დონეა შენარჩუნებული. ახალი ერითიროციტების წარმოქმნა 5-6 დღეში მნიშვნელოვნად აქტიურდება.

თერაპია: სისხდენის შეჩერება. სისხლის მასის შევსება (ტრანსფუზია). რკინის მიცემა სისხლწარმოქმნისთვის.

აპლაზიური ანემიები

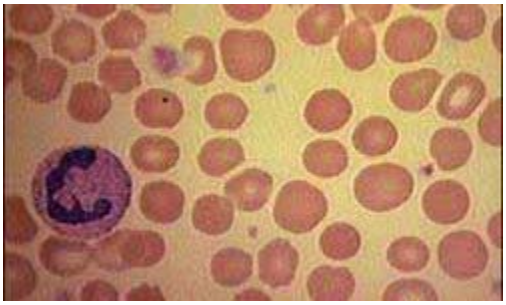
ეტიოლოგია: ერითროციტების ან სისხლის ყველა უჯრედის წარმოქმნის დარღვევა (პანციტოპენია). მიზეზი ძვლის ტვინის დაზიანებაა ტოქსინებით, დასხივებით, მედიკამენტებით, ანტისხეულებით, მალიგნური სიმსივნით ან თანდაყოლილი.

კლინიკა: თუ მხოლოდ წითელ უჯრედებს შეეხება, ვლინდება დუნედ ქრონიკული ნორმოქრონული ანემიის სახით.

თუ სხვა უჯრედების (ლეიკოციტების და თრომბოციტების) წარმოქმნაც დარღვეულია, თავს იჩენს ინფექციებისადმი მიდრეკილება (ლორწოვანის წყლულები, ვირუსული ინფექციები, სეპტიური პროცესები) და სისხლდენისკენ მიდრეკილება (ხშირად მომაკვდინებელი ტვინში ჩაქცევა). ძვლის ტვინის ნაცხში სისხლწარმომქმნელი უჯრედების ნაკლებობა.

თერაპია

- შემდგომი ზიანის თავიდან აცილება (მედიკამენტების)
- ტრანსფუზია (ერითროციტების, თრომბოციტების)
- ინფექციათა პროფილაქტიკა (ანტიბიოტიკოთერაპია)
- ძვლის ტვინის სტიმულაცია (ანდროგენები, კორტიზონი)
- შესაძლოა ძვლის ტვინის გადანერგვა



ჰემოლიზური ანემიები

ჰემოლიზის ქვეშ მოიაზრება ერითროციტების ნაადრევი და გადაჭარბებული შლა. ანემია ჩნდება მაშინ, როცა უჯრედთა დაშლა მეტია, ვიდრე განახლება. უჯრედთა გააქტიურებული დაშლის მიზეზი ან თვით ერითროციტებშია (მემბრანის დაზიანება, ენზიმური დეფექტები, ჰემოგლობინის წარმოქნის დარღვევა) და ძირითადად თანდაყოლილია (კორპუსკულური ჰემოლიზური ანემია), ან შრატი შეიცავს ერითროციტთა დამაზიანებელ ფაქტორს (ანტისხეულები, ტოქსინები, მექანიკური დაბრკოლებები). ეს სეროგენული ანემიები ძირითადად შეძენილია.

კლინიკურ სურათში კომბინირდება ანემიის და ჰემოლიზის სიმპტომები. ერითროციტთა გაძლიერებული შლის სიმპტომებია:

- არაპირდაპირი ბილირუბინის მომატება შრატში

- ურობილინის მომატება შარდში
- ერითროციტებიდან რკინისა და ფერმენტის (ლაქტატდეჰიდროგენაზას) გამოთავისუფლება
- ნაღვლის პიგმენტის გადაჭარბებული გამოყოფა, ნაღვლოვანი კენჭების წარმოქმნის ტენდენცია
- რეტიკულოციტების მატება

მწვავე ჰემოლიზური კრიზები შემცივნებით და ტემპერატურით მიმდინარეობს. ჭარბად გამოყოფილმა ჰემოგლობინმა შესაძლოა თირკმელი დააზიანოს.

კორპუსკულარული ჰემოლიზური ანემიები

ერითროციტების მემბრანის შენებაშია პათოლოგია. სფეროციტული ანემიის დროს, პატარა სფერული ერითროციტებია. დაავადება მემკვიდრულია 12-დან 30 წლის ასაკში ვლინდება. უჯრედებს ხანმოკლე სიცოცხლის ხანგრძლივობა აქვთ, ელენთა გადიდებულია, სიყვითლეა გამოხატული. მკურნალობა ელენთის ამოკვეთა.

შემდგომი იშვიათი მემკვიდრული მემბრანოპათიაა ელიფსოციტოზი, ახასიათებს ღამით სისხლის PH-ის დაქვეითებასთან დაკავშირებული ღამის ჰემოლიზები.

სხვა ჯგუფია ერითროციტებში ენზიმური დარღვევებით განპირობებული ანემიები (მაგ. გლუკოზო-6-ფოსფატ-დეჰიდროგენაზას ნაკლებობა), რაც თავს იჩენს ხოლმე რომელიღაცა მედიკამენტების (მაგ. ტკივილგამაყუჩებელი, სულფანილამიდები) მიღების დროს. ანემიის ეს ტიპი გავრცელებულია უპირატესად ხმელთაშუა ზღვის და აფრიკის მოსახლეობაში.

ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემია

ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემია ჰემოგლობინოპათიებს მიეკუთვნება. ახასიათებს თრომბოზებისკენ მიდრეკილება, ადვილად იშლებიან ერითროციტები

თალასემიები - ჰემოგლობინოპათიები - გლობინის პოლიპეპტიდურ ჯაჭვშია პათოლოგია. იმის მიხედვით, თუ რამდენია ასეთი პათოლოგიური ცვლილება, ვლინდება დიდი ან მცირე თალასემია. დიდი თალასემია მძიმედ მიმდინარეობს და ცუდი პროგნოზისაა. მცირეს დროს შედარებით მსუბუქია მიმდინარეობა. დამხმარეა - ელენთის ამოკვეთა და რკინის პრეპარატების მიცემა.

შრატისმიერი ჰემოლიზური ანემია

შრატში არსებული ანტისხეულები უკავშირდება ერითროციტების მემბრანას და იწვევს მათ აგლუტინაციას, ასეთი ერითროციტები ადვილად იშლება.

ეს პროცესი იჩენს თავს ჯგუფური შეუთავსებლობის დროს, აუტოიმუნური სისტემური დაავადებების დროს ან მედიკამენტების ზემოქმედების დროს (მაგ. ანტიბიოტიკები, ტკივილგამაყუჩებლები)

აგრეთვე არსებობს ტოქსიური ჰემოლიზური ანემიები _ სხვადასხვა ქიმიური ნივთიერებებით მოწამვლის დროს. ეს ჰემოლიზი, ჰემოგლობინურიით, თირკმლის უკმარისობით და შოკით ვლინდება. შეიძლება გამოიწვიოს ტყვიით, დარიშხანით, ნიტრატებით, ძმარმჟავით, საპონინებით და სხვა.

მექანიკური ჰემოლიზი. მაგ. გულის ხელოვნური სარქველების დროს, შეძენილი მანკების დროს, ერითროციტთა გაძლიერებული ხახუნი და მექანიკური დაზიანებაა მიზეზი. დუნედ და სუსტად ვლინდება ჰემოლიზის სურათი

პოლიგლობულია

ეტიოლოგია: პოლიგლობულია არის ერითროციტთა ჭარბი წარმოქმნა შინაგანი და გარეგანი ჰიპოქსიის საკომპესაციოდ. მაგ. მაღალ მთაში ყოფნისას ჟანგბადი გაიშვითებულია და ყველა ერითროციტი ვერ იტვირთება სუნთქვით პროცესში, ამიტომაც ხდება საჭირო მეტი ერითროციტის პროდუქცია. ან ფილტვის პათოლოგიის დროს (ემფიზემა, ფიბროზი, შეგუბება), გულის ლურჯი მანკის დროს, ჩO-თი მოწამვლის დროს კომპენსატორული პოლიგლობულია იჩენს თავს. გლუკოკორტიკოსტეროიდების ჭარბი პროდუქცია ან გარედან მიღებაც ააქტიურებს ერითროპოეზს.

სისხლის შესქელება სითხის დაკარგვასთან დაკავშირებული ფსევდოპოლიგლობულიით არის ცნობილი

კლინიკა და დიაგნოზი: პაციენტი ციანოზურია, ერითროციტები სისხლში 6-8 მლნ. ფერადობის მაჩვენებელი ნორმალურია, ჰემატოკრიტი მომატებულია.

თერაპია: დამხმარეა ხოლმე სისხლის გამოშვება, თუმცა ხანგრძლივ ვადიანი გაუმჯობესებითვის მიზეზი უნდა იქნას მოცილებული.

ლეიკოპოეზური სისტემის დაავადებები

ლეიკოციტების კლასიფიკაცია, შენება და ფუნქცია

ლეიკოციტებს მიეკუთვნება: გრანულოციტები, ლიმფოციტები და მონიციტები.

გრანულოციტები ძვლის ტვინში მწიფდებიან. მიელოციტების საფეხურის შემდეგ დიფერენცირდებიან შემდეგ უჯრედებად:

• ნეიტროფილურ გრანულოციტებად, რაც უჯრედთა უმრავლესობას წარმოადგენს

• ეოზინოფილურ გრანულოციტებად, რაც ლეიკოციტთა 3-5% შეადგენს და გადაჭარბებული მგრძნობელობის დროს მრავლდებიან

• ბაზოფილურ გრანულოციტებად, რაც ლეიკოციტთა 1%-ს შეადგენს და ქრონიკული მიელოლეიკოზის დროს იმატებს.

ე. წ. ტოქსიური გრანულაცია - ძლიერი მოწითალო-მოლურჯო გრანულების გაჩენა. ნეიტროფილურ გრანულოციტებში იჩენს თავს ბაქტერიული ანთებების დროს.

გრანულოციტების მთავარი ამოცანაა ფაგოციტოზი, ამიტომაც დახეტიალობენ ისინი ანთების ქიმიური ნივთიერებების წყალობით ქსოვილებში.

გრანულოციტების პლაზმა შეიცავს ბუშტუკებს, ლიზოსომური ენზიმებით, რომელთა წყალობითაც მათ დაზიანებულ უჯრედთა ბაქტერიათა და სხვა უცხო ნივთიერებათა დაშლა შეუძლიათ.

ლიმფოციტები ლიმფურ ორგანოებში (B-ლიმფოციტები) ან თიმუსში (თ-ლიმფოციტები) მწიფდებიან. მწიფე უჯრედები პერიფერიულ სისხლში მრგვალი ფორმის, შემჭიდროვებული ბირთვის და ნათელი პლაზმის შემცველია, რომელშიც ერთეული წითელი გრანულაა. ამავდროულად თავ იჩენენ უფრო დიდი, უმწიფარი, ან გააქტიურებული ლიმფოციტები ფართო ბაზოფილური ციტოპლაზმით.

ლიმფოციტები იმუნიტეტის მატარებელია. მათ აქვთ უნარი უცხო სტრუქტურები იცნონ და მათ მიმართ სპეციფიური ანტისხეულები გამოიმუშაონ, ე. წ. B-ლიმფოციტები გარდაიქმნებიან დიდ უჯრედებად (იმუნობლასტებად) და პაზმურ უჯრედებად, რომლებიც ანტისხეულებს წარმოქმნიან და სისხლში გადაისვრიან. თ-ლიმფოციტები თვითონ რეაგირებენ როგორც უჯრედები უცხო ანტიგენზე (ბაქტერიები, ვირუსები, უცხო ქსოვილი, სიმსივნური უჯრედები).

პერიფერიული სისხლის მონოციტები ძვლის ტვინიდან იღებენ დასაბამს. მათ აქვთ უნარი მაკროფაგებად გარდაიქმნან და ქსოვილები უცხო ნივთიერებებისგან გაასუფთავონ. ანტიგენური მასალის მიღებით და გადამუშავებით, შემდგომ კი ლიმფოციტებზე გადაცემით ისინი მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ. იმუნური რეაქციის განხორციელებაში.

პერიფერიულ სისხლში ლეიკოციტთა საერთო რაოდენობაა 5000-7000 მმ^3. მათი გადანაწილება დგინდება შეღებვის შემდეგ ე. ი. კეთდება დიფერენცირებული ანალიზი: 100 ლეიკოციტი ითვლება, მათი პროცენტული გადანაწილება შემდეგნაირია:

ბაზოფილური გრანულოციტები 0-1%

ეოზინოფილური გრანულოციტები 1-3%

მეტამიელოციტები 0%

ჩხირბირთვიანი გრანულოციტები 3-4%

სეგმენტბირთვიანი გრანულოციტები 60-70%

ლიმფოციტები 30-35%

მონოციტები 2-4%

ბაქტერიული ანთებები და ინტოქსიკაცია იწვევენ გრანულოციტების გამრავლებას (ლეიკოციტოზი) და დიფერციალურ სურათში ახალგაზრდა ფორმები ჩხირბირთვიანები მატულობს (მარცხნივ გადახრა). ვირუსული და ტუბერკულოზური ინფექციის დროს პირიქით, მატულობს ლიმფოციტთა რიცხვი (ლიმფოციტოზი), მაშინ, როცა ლეიკოციტთა საერთო რიცხვი ნორმალური ან დაქვეითებულია. ბაქტერიული ინფექციის დროს ლეიკოციტოზს მოსდევს მონოციტური სიჭარბის ფაზა, შემდეგ ლიმფოციტური განკურნების ფაზა და ხანმოკლე ეოზინოფილია (`ანთების ცისკარი~)

გამოხატული ლეიკოპენია გვხვდება ძვლის ტვინის დაზიანების დროს, ასევე ქრონიკულად გადიდებულმა ელენთამ შეიძლება გამოიწვიოს ლეიკოციტების, ასევე ერითროციტების და თრომბოციტების შემცირება. მექანიზმი ჯერ კიდევ გაურკვეველია. გარდა უჯრედთა გადაჭარბებული დაშლისა ელენთაში, ლაპარაკია ასევე ძვლის ტვინის დათრგუნვაზე ელენთიდან გამოყოფილი უცნობი სუბსტანციების გავლით.

ლიმფოციტების დაქვეითებას ადგილი აქვს სტრესული რეაქციების დროს, ასევე გლუკოკორტიკოიდების მიღების ან ლიმფური სისტემის გენერალიზებული ავთვისებიანი დაავადების დროს.

აგრანულოციტები, პანჰემოციტოპენია

აგრანულოციტოზი

ეტიოლოგია: აგრანულოციტოზის ქვეშ იგულისხმება გრანულოციტთა ნაკლოვანება ძვლის ტვინსა და პერიფერიულ სისხლში. მიზეზია გრანულოციტთა დამშლელი ალერგიული რეაქცია. ალერგია კი შეიძლება იყოს მედიკამენტოზური (მაგ. პირამიდონი, ტკივილგამაყუჩებელი, სიცხის დამწევი, დამამშვიდებელი, ანტიბიოტიკი, ტუბერკულოსტატური, თირეოსტატული).

კლინიკა: რადგან ასეთ პაციენტებთან დამცველი უჯრედების მნიშვნელოვანი ნაკლოვანებაა, ახასითებს სწრაფად განვითარებადი ტემპერატურული რეაქცია, ლორწოვანთა წყლულები და ლიმფურ კვანძთა შესიება. სეფსისმა შესაძლოა სწრაფად გამოიწვიოს სიკვდილი.

დიაგნოზი: პერიფერიულ სისხლში ნაკლებია გრანულოციტთა რიცხვი ლიმფოციტების და მონოციტების ნორმალური რაოდენობის ფონზე დაქვეითებულია ლეიკოციტთა საერთო რაოდენობა (500-200 მმ3) ერითროციტების და თრომბოციტების რაოდენობა - N. მძიმე პროგნოზის შემთხვევაში ძვლის ტვინში არ ვლინდება გრანულოპოეზური რიგის უჯრედები, სხვა შემთხვევაში გვხვდება უხვი რაოდენობა უმწიფარი უჯრედებისა, განსაკუთრებით პრომიელოციტები.

თერაპია:

- ყველა საეჭვო მედიკამენტის მოხსნა
- ლოკალური და ზოგადი ანტიბიოტიკოთერაპია (ინფექციის დასაძლევად)
- გლუკოკორტიკოიდები აუტოიმუნური რეაქციების დროს
- დონორის ჯანმრთელი ლეიკოციტების შეყვანა ექსტრემალურად დაბალი ლეიკოციტების დროს, საკუთარი გრანულოციტების წარმოქმნის დაწყებამდე.

პანჰემოციტოპენია

ეტიოლოგია: სისხლის ყველა უჯრედის პროდუქციის დაქვეითება ძვლის ტვინის დაზიანების გამო (გრანულოციტების, ერითროციტების, თრომბოციტების). მიზეზი შეიძლება იყოს შხამები (ბენზოლი), მედიკამენტთა ტოქსიური ქმედება (ციტოსტატიკები), აგრეთვე მედიკამენტოზური ალერგიები, ხშირად მიზეზი გაურკვეველია.

კლინიკა და თერაპია: კლინიკური სურათი დამოკიდებულია ძვლის ტვინის დაზიანების ხარისხზე (ანემია, ინფექციისადმი არამდგრადობა, სისხლდენისადმი მიდრეკილება). პროგნოზი ხშირად არაკეთილსაიმედოა. მკურნალობა იგივეა, რაც აგრანულოციტოზის დროს.

მიელოდისპლაზიური სინდრომი

მოზრდილებში, მიუხედავად სხვასხვა მკურნალობისა ანემია იჩენს თავს. ერთ შემთხვევაში საქმე გვაქვს ანემიასთან, ლეიკოპენიის თანხლებით, ან თრომბოციტოპენიით. ამ პაციენტებთან ძვლის ტვინში ნაცვლად უჯრედთა სიმწირისა გვაქვს მჭიდროდ შეჯგუფებული ერთბირთვიანი, სიმწიფედარღვეული უჯრედები. უმწიფარი მიელობლასტები ან პრომიელოციტების რაოდენობა მომატებულია, მაგრამ ლეიკემიის დიაგნოზი არ არის. შემთხვევათა ნაწილში სახეზეა რკინის მოხმარების დარღვევა და სახეზეა სიდერობლასტები (რკინით გაჯერებული უჯრედები), სხვა შემთხვევაში გვხვდება ატიპიური ერითრობლასტები.

ძვლის ტვინში დარღვევებს ადრე `პრელეიკემიას~ უწოდებდნენ, რადგან ამ ავადმყოფთა 50% 2 წლის განმავლობაში ლეიკემიაში გადადის.

ავადმყოფთა სხვა ჯგუფში, ასევე ახალგაზრდებთან მზგავსი ცვლილებები გვხვდება ძვლის ტვინში, როცა სიმსივნით ან აუტოიმუნური დაავადების მქონე ავადმყოფებთან, ან გადანერგვის შემდგომი დასხივების ან ციტოსტატიკებით მკურნალობის შემდგომ.

საბოლოოდ მიელოდისპლაზიური სინდრომის მიღმა მოიაზრებენ არალიმფატურ ლეიკემიას, რომელიც წლების განმავლობაში უსიმპტომოდ ან დუნედ მიმდინარეობს (ატიპიური ლეიკემია). მათ 50%-ში ძვლის ტვინში უმწიფარი უჯრედები გვხვდებიან.

თერაპია: მოზრდილებთან შემოიფარგლება მხოლოდ ერითროციტების ტრანსფუზიით. ლეიკემიური რეაქციის მატებისას შედეგიანია ციტოზინ-არაბინოზით და ვიტამინ – A-თი მკურნალობა.

მიელოპროლიფერაციული სინდრომი - ძვლის ტვინის უჯრედთა გადაჭარბებული, არაკონტროლირებადი ზრდა, გამრავლება (გრანულოციტების, ერითროციტების, თრომბოციტების). ქრონიკულად ზრდად უჯრედებს მომწიფების ტენდენცია აქვთ, ისინი ავიწროვებენ ნორმალურად მზარდ უჯრედებს ძვლის ტვინში, ამავდროულად იწყება სისხლის განახლება ელენთასა და ღვიძლში. უჯრედთა სიმსივნური გამრავლების მიზეზი უცნობია.

დისკუსიებია ვირუსულ თეორიაზე, მაიონიზირებელი გამოსხივებაც იწვევს ლეიკემიას.

ქრონიკული მიელოზი (ქრონიკული მიელური ლეიკემია)

ქრონიკული მიელოზი იწყება 20-დან 40 წლამდე, საქმე ეხება უჯრედთა ნელა, პროგრესირებად გრანულოპოეზური რიგის ყველა უჯრედის გამრავლებას. პერიფერიულ სისხლში უმწიფარი უჯრედებიც ჩნდებიან.

კლინიკა: დაავადების დასაწყისი არის დუნე, სისუსტით, წონის დაქვეითებით, მუცლის ზედა ნაწილში ზეწოლის შეგრძნებით ელენთის გადიდების გამო, მოგვიანებით ღვიძლისაც, შემდგომ თავს იჩენს ტემპერატურა. ინფექციებისადმი მიდრეკილება, ანემია, სისხლდენის ტენდენცია (თრომბოციტოპენია), ელენთის ინფარქტი და ელენთის ვენის თრომბოზი, რაც განაპირობებს ძლიერ ტკივილს. გამწვავებები რაც გამოვლინდება ბლასტური უჯრედების გამოჩენით, ინფარქტები და ცერებრალური სისხლჩაქცევები ხდება პაციენტის სიკვდილი მიზეზი.

დიაგნოზი: პერიფერიულ სისხლში არის გამოხატული ლეიკოციტები (30 000-300 000 უჯრ/მმ3) და მარცხნივ გადახრა პრომიელოციტებამდე. ბაზოფილები და ეოზინოფილები გამრავლებულია, ძვლის ტვინში უმწიფარი გრანულოციტებია.

თერაპია

- ციტოსტატიკები უჯრედთა გამრავლების შესამცირებლად

- უჯრედთა დაშლის შედეგად გამოყოფილი შარდმჟავას დონე მატულობს სისხლში და საჭიროა სითხით დატვირთვა და ალკალიზირება შარდის, რათა თირკმელებში კენჭის წარმოქმნა შეფერხდეს.

- ელენთის ძლიერი გადიდების შემთხვევაში რენტგენით დასხივება.

ჰემარიტი პოლიციტემია

ეტიოპათოგენეზი: პოლიციტემია გულისხმობს სისხლის სამივე უჯრედულ ელემენტთა სიჭარბეს (ერითროციტები, ლეიკოციტები, თრომბოციტები). უჯრედთა გამრავლების მიზეზი უცნობია. პოლიციტემია შეიძლება ლეიკემიაში ან ოსტეომიელოფიბროზში გადავიდეს. მატულობს სისხლის წებოვნება, რაც თრომბოზის განვითარების წინაპირობაა.

კლინიკა: პაციენტები უჩივიან თავის ტკივილს, თავბრუს, ყურების შუილს. კანი და ლორწოვანი მოლურჯო-მოწითალოა, ღვიძლი და ელენთა გადიდებულია, დამახასიათებელია სისხლდენებისკენ მიდრეკილება.

დიაგნოზი: პერიფერიულ სისხლში უჯრედთა გამრავლების შესაბამისად, ძვლის ტვინშიც მომატებულია უჯრედები, შრატში მომატებულია შარდმჟავა და ბილირუბინი, ასევე შარდში ნაღვლის პიგმენტები.

მკურნალობა: განმეორებადი სისხლის გამოშვებები არ არის საკმარისი, აძლევენ რადიაქტიულ ფოსფორს, რაც ძირითადად ძვლებში ჩალაგდება და მისი გამოსხივება კი აფერხებს უჯრედთა გამრავლებას. თუ თეთრი უჯრედები აჭარბებს, აძლევენ ციტოსტატიკებს.

მწვავე ლეიკოზი

ყველა ასაკში შეიძლება აღმოცენდეს. ბავშვებთან სჭარბობს ლიმფოლეიკოზი.

ფორმები იმის მიხედვითაა, თუ რომელ უჯრედთა მოუმწიფებელი ფორმებია წარმოდგენილი.

- ჩხირბირთვიანუჯრედული ლეიკოზი, ძალიან არადიფერენცირებული უჯრედებით, მათ მიეკუთვნება ასევე ლიმფობლასტური ლეიკემია ბავშვთა ასაკის.

- მიელობლასტური ლეიკემია

- პრომიელოციტური ლეიკემია
- მონოციტური ლეიკემია
- ერითრობლასტური ლეიკემია

კლინიკა იწყება მწვავედ მაღალი ტემპერატურით, მძიმე თვითშეგრძნებით, ლორწოვანის მანეკროზირებელი ანთებით, სისხლდენებით, რაც თრომბოციტოპენითაა განპირობებული, სიფერმკრთალე _ ანემიის გამო, კიდურთა ტკივილი, ლიმფურ კვანძთა და ელენთის გადიდება, ასევე მენინგიტის სიმპტომებით.

დიაგნოზი: უჯრედთა სახეობის მიუხედავად მწვავე ლეიკოზი მომატებული უჯრედების რაოდენობით ხასიათდება (100 000 უჯრედი/მმ3) უპირატესად ლეიკემიური უჯრედების ხარჯზე, არსებობს ნორმალური ანუ მცირე რაოდენობის უჯრედების შეუცვლელი ფორმებიც (ალეიკემიური ფორმები), ისინი უმწიფარია, შუალედური ფორმები გამოტოვებულია.

თერაპია და პროგნოზი:

- ინდუქციური თერაპია - რამოდენიმე ციტოსტატიკის კომბინაცია, ასევე ჰორმონი და თავის ქალას დასხივება. გადარჩენა შესაძლებელია ძლიერი ასეპტიკური პირობების და ანტიბიოტიკოთერაპიის, ასევე გადასხმების ფონზე.

- შემანარჩუნებელი თერაპია - კომბინაცია ნაკლებაგრესიული ქიმიოპრეპარატების 6 კვირიანი შუალედების შემდგომ.

- რეინდუქციური თერაპია - მაღალდოზირებული ციტოსტატიკებით სრული რემისიაა ძვლის ტვინში ბლასტების გაქრობა ან < 5%.

ყოველი გამწვავება პროგნოზს ამძიმებს.

ლიმფორეტიკულური სისტემის დაავადებები

ლიმფოგრანულომატოზი (ჰოჩკინის დაავადება)

ეტიოლოგია და პათოგენეზი: ლიმფოგრანულომატოზი საბოლოო ჯამში ავთვისებიანი დაავადებაა, რომელიც მიმდინარეობს ლიმფურ სისტემაში გრანულოგების წარმოქმნით. ტემპერატურით მიმდინარეობა ვირუსულ ინფექციას გვაგონებს. გრანულომების რეაგირება ციტოსტატიკაზე და დასხივებაზე, ასევე ლეტალური გამოსავალი ავთვისებიანობაზე მიუთითებს.

ჰოჩკინის გრანულომის შემადგენლობაშია ლიმფოციტები და ჰისტიოციტები. არსებობს ლიმფოციტებით ღარიბი, ფიბროზული ფორმები, რაც შედარებით კეთილთვისებიანია.

პროგნოზი დაკავშირებულია მკურნალობის დაწყებამდე დაავადების გავრცელების ხარისხზე.

I სტადია: 1 ლიმფური კვანძი ან ექსტრალიმფატური ორგანოს კერა.

II სტადია: რამოდენიმე ლიმფური კვანძი დიაფრაგმის ზემოთ ან ქვემოთ, შესაძლოა იგივე მხარეს ორგანოს კერით.

III სტადია: დიაფრაგმის ორივე მხარეს ლიმფური კვანძები, ელენთა გადიდებული, შესაძლოა ორგანოს კერაც.

IV სტადია: გავრცელებული ორგანოთა დაზიანება ლიმფური კვანძებით ან მათ გარეშე.

თითოეულ სტადიაზე უნდა აღინიშნოს ზოგადი სიმპტომები არ არის (A), თუ არის (B). ზოგადი სიმპტომებია: სიცხე, წონის დაკლება (10%), ღამის ოფლიანობა.

დადასტურებულია, რომ დაავადება აღმოცენდება 1 ლიმფურ კვანძში და ვრცელდება ლიმფური სისტემით. დაავადების გავრცელების ნიშანია ზოგადი სიმპტომების გაჩენა.

კლინიკა უმტკივნეულო, გადიდებული ლიმფური კვანძები, ქავილი, მუცელში გადიდებული ლიმფური კვანძები, ღვიძლის ან ელენთის გადიდება დიაგნოზს ადასტურებს:

- შეტევითი ან ინფექციური ან მუდმივი ტიპის ტემპერატურები
- დაზიანებულ რეგიონში ტკივილი ალკოჰოლის მიღების შემდეგ
- ანემია, ლეიკოციტოზი, მარცხნივ გადახრა, ლიმფოპენია, მონოციტების და ეოზინოფილების მომატება
- ჰერპეს ზოსტერი ან სხვა ვირუსული ინფექციები, რაც ინფექციისადმი მიდრეკილების ნიშანია.

დიაგნოზი: პალპაცია, ღ̈ კერიდან აღებულ მასალაში ჰოჩკინის უჯრედების აღმოჩენა.

თერაპია, პროგნოზი: სხივური და ციტოსტატიური თერაპიის კომბინაცია.

I სტადიაში _ დამიზნებითი დასხივება

II-III სტადიაში _ ქიმიოთერაპია და დასხივება

IV სტადიაში _ კომბინირებული ქიმიოთერაპია

ადრეულ სტადიაში გადარჩენის ალბათობა 30-40%.

არა-ჰოჩკინის-ლიმფომა - დაავადებათა ეს ჯგუფი განსხვავდება ჰოჩკინისაგან ჰისტოლოგიური სურათით. ჰისტოლოგიურად განარჩევენ ლიმფოციტურ, ჰისტიოციტურ და

შერეულ ფორმებს, რომლებიც კვანძების ან გაფანტული სახით შეიძლება გამოვლინდეს. ლიმფოციტარულ ფორმას შედარებით უკეთესი პროგნოზი აქვს, ვიდრე დანარჩენ ორს. იმუნური სისტემის ყველა უჯრედი (თ- და B უჯრედები, ასევემაკროფაგები) შეიძლება აძლევდეს დასაბამს არა ჰოჩკინის ლიმფას.

კლინიკა: ლიმფურ კვანძთა ლოკალური ან გენერალიზებული შესიება. შორს წასულ შემთხვევებში ელენთა, ღვიძლი, ძვლის ტვინი და სხვა ორგანოებიც შეიძლება დაზიანდეს. დამახასიათებელია ლიმფის დინების შეფერხება, ასციტი, პლევრალური სითხე, ზოგადი სიმპტომები: ტემპერატურა, ღამის ოფლიანობა, წონის კლება.

დაბალი ავთვისებიანობის ლიმფომა უფრო ხშირია (3:1), უფრო ხშირად გამოვლინდება 60-80 წლის ასაკში. ეს არის B-ლიმფოციტური ლიმფომები, მათ ახასიათებთ ნელი პროგრესირება და როცა უკვე გვიანია, მაშინ ვლინდებიან. მაღალი ავთვისებიანობის მქონე ლიმფომები სწრაფად პროგრესირებს, ამიტომ ადრევე დიაგნოსტირდებიან. ყველა იმუნური უჯრედის გადაგვარება ხდება. ორივე ტიპის ლიმფომის დროს შესაძლოა მალიგნურ უჯრედთა სისხლში გამოჩენა (ლეიკემიური რეაქცია).

თერაპია: მკაცრად განსაზღვრული თერაპიული სქემა არ არსებობს. I-II სტადია დასხივებით, უფრო შორს წასულები _ ქიმიოთერაპიის და დასხივების კომბინაციით იმკურნალება. შესაძლოა ხანგრძლივი რემისიაც.

ქრონიკული ლიმფოლეიკემია

ქრონიკული ლიმფოლეიკემია (ჩLL) არაჰოჩკინის ლიმფომებში განსაკუთრებული ჯგუფია, ყოველთვის IV სტადიაში ვლინდება როგორც გენერალიზებული. ყველაზე ხშირად ვლინდება 50-76 წლის ასაკში. ორჯერ მეტად მამაკაცებში საქმე შეეხება ნელა პროგრესირებად ლიმფურ უჯრედთა გამრალებას, ყველა ლიმფატურ ქსოვილში, მოგვიანებით სტადიებში სხვა ორგანოებში (კანი, თირკმელი, კუჭ-ნაწლავი).

კლინიკა: დუნედ იწყება, ვლინდება კისრის, იღლიის ან საზარდულის ლიმფურ კვანძთა გადიდებით. ელენთა და ხან ღვიძლიც დიდდება, კანის ლიმფური ინფილტრაცია, სუსტია იმუნური სისტემა, ანემია და სისხლდენებისკენ მიდრეკილება. შეიძლება ბევრი წლის განმავლობაში მიმდინარეობდეს.

დიაგნოზი: უჯრედები პერიფერიულ სისხლში 100 000 მმ3-მდე იზრდება, ლიმფოციტები 90%-ია. ძვლის ტვინში უხვადაა ლიმფოციტები

თერაპია:

- ციტოსტატიკები, გლუკოკორტიკოიდებთან კომბინაციაში, ანემიის და თრომბოციტოპენიის მკურნალობა

- ელენთის და შუასაყარის ლიმფურ კვანძთა რენტგენით დასხივება
- ანტიბიოტიკები და გამა- გლობინი ინფექციებისგან დასაცავად.

პლაზმოციტომა (მრავლობითი მიელომა)

პლაზმოციტური ლიმფომაა, პლაზმურ უჯრედთა გაავთვისებიანება ხდება ხანდაზმულებთან და უფრო ხშირად მამაკაცებთან იჩენს თავს. ღ̈ სურათზე ოსტეოპოროზის სურათია, მრავლობითი, იშვიათად 1 ძვალში. ამ პროცესისთვის დამახასიათებელი პარაპროტეინის მატება სისხლში, რაც იწვევს თირკმლის დაზიანებასაც.

კლინიკა: იწყება დუნედ, რევმატიული ჩივილებით, ძვლების ტკივილით, ადვილად დაღლით. შესაძლებელია სპონტანური მოტეხილობის განვითარებაც. ძვლის ტვინში პლაზმურ უჯრედთა გადაჭარბებული გამრავლება ავიწროვებს სხვა უჯრედების წარმოქმნას და თავს იჩენს ანემია და თრომბოციტოპენია, სისხლდენებ (რისი წინაპირობა ისიც არის, რომ პარაპროტეინი ბოჭავს სისხლის შემადედებელ ფაქტორებს). შორსწასულ შემთხვევებში პლაზმური უჯრედები პერიფერიულ სისხლშიც გადმოდის.

მკურნალობა:

- ციტოსტატიკები კორტიზონთან კომბინაციაში.
- ძვლის ტკივილი უკან იხევს ღ̈ დასხივებით.
- ცილის ძალზედ მომატების შემთხვევაში პლაზმოფერეზი.

სისხლდენისადმი მიდრეკილება

(ჰემორაგიული სინდრომი)

ნორმალური შედედება - სისხლი დენადი ორგანოა, მუდმივ წონასწორობაში უნდა იყოს შედედება და გახსნა. სისხლის შედედების სისტემა არის შედედების ფაქტორების რთული ურთიერთქმედება, რაც საბოლოოდ ფიბრინოგენის ფიბრინად გარდაქმნით მთავრდება. შედედების ფაქტორებია ცილოვანი სტრუქტურები, რომლებიც შრატში პასიურ მდგომარეობაში იმყოფებიან და შედედების პროცესში თანმიმდევრულად აქტიურდებიან.

თრომბოციტებიდან თავისუფლდება ფოსფოლიპიდი (PLF), ეგზოგენური სისტემიდან ქსოვილოვანი ფოსფოლიპიდი (PHL), ამათ გარდა საჭიროა კალციუმის იონთა (CA^{++}) თანაარსებობა. შედედების I საფეხურია ფაქტორი X-ის აქტივაცია ენდო ან ეგზოგენური სისტემით, II საფეხურია პროთრომბინის აქტივაცია, რაც ბოლოვდება უხსნადი ფიბრინის წარმოქმნით.

სისხლში შემადედებელ ფაქტორთა გვერდით შედედების საწინააღმდეგო ფაქტორებიცაა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ანტითრომბინ-III, რომელიც როგორც თრომბინს, ისევე ფაქტორ-X-ს ანეიტრალებს. ანტითრომბინ-III-ის ქმედება ძლიერდება ჰეპარინის ან ზოგიერთი ანტიბიოტიკის გავლენით. ანტითრომბინ-III α_2-გლობულინია და ღვიძლში წარმოიქმნება. მისი ნაკლებობა შეიძლება გენეტიკური იყოს, ღვიძლის ქსოვილის დაზიანების, ან გადაჭარბებული შედედების ტენდენციის გამო ჭარბი მოხმარების შედეგი იყოს. მისი ნაკლებობა თრომბოემბოლიების საშიშროებას ქმნის და პირიქით ანტითრომბინ-III-ის კონცენტრანტის მიცემით თრომბოზის რისკს ვამცირებთ.

შედედების პროცესის დაწყებას განაპირობებს სისხლძრაღვის ენდოთელის დაზიანება, რის გამოც ენდოგენური XII და XI ფაქტორები აქტიურდება, ან ქსოვილის დაზიანების შემთხვევაში აქტიურდება ეგზოგენური VII ფაქტორი. ამას მოსდევს სხვა ფაქტორთა გააქტიურება, ასევე უჯრედოვანი და ქსოვილოვანი ფოსფოლიპიდების და CA^{++} საშუალებით აქტიურდება ფაქტორი-X. ამ რეაქციათა ნარევია თრომბოპლასტინი, შემდგომ საფეხურზე პროთრომბინი (F-II), თრომბინად (F-IIა) და ფიბრინოგენი (F-1) ფიბრინად გარდაიქმნება, რომელიც ფიბრინმასტაბილიზირებელ ფაქტორ XIII წყალობით მყარდება და კოლტად გარდაიქმნება. შედედების გააქტიურების პარალელურად აქტიურდება ფიბრინოლიზური სისტემა. სისხლის და ქსოვილოვანი აქტივატორები (სტრეპტოკინაზა და უროკინაზა) გარდაქმნიან არააქტიურ პლაზმინოგენს პლაზმინად, რომელიც ფიბრინს ფიბრინოგენად გარდაქმნის და შლიან V და VIII ფაქტორებს.

ამგვარად მიმდინარეობს ფიბრინის მუდმივი შენება-შლა.

გამოკვლევის მეთოდები:

შედედების დროს - სისხლის წვეთი პარაფინიზირებულ საათის მინაზე თავსდება და ყოველ 30 წმ-ში მინის წკირით ვურევთ, ვიდრე არ შევნიშნავთ ფიბრინის I ძაფს. 8-10 წუთზე მეტი დრო პათოლოგიის ნიშანია (ენდოგენურ შედედების სისტემაში).

სისხლდენის დროის ხანგრძლივობა ნიშანია თრომბოციტების ფუნქციის დარღვევისა და თრომბოციტოპენიის.

შედედების დარღვევის ზედმიწევნით შესასწავლად მთელი რიგი რეაქციები ტარდება დეკალციფიცირებულ (ნატრიუმის ციტრატით დამუშავებულ) სისხლზე.

რეკალციფიკაციის დრო არის შედედების დრო კალციუმის იონების (ჩაჩლ2) დამატების შემდეგ.

პარციალური თრომბობლასტინის დრო (Pთთ) არის შედედების დრო კალციუმის იონების და თრომბოციტების ენდოგენური ფაქტორი-III-ის დამატების შემდეგ. იზომება შედედების ენდოგენური ფაქტორები.

თრომბოპლასტინის დრო (Qუიცკ-თესტ) _ კაციუმის იონები და ქსოვილის ექსტრაქტი ემატება. II, V, VII და X ფაქტორთა, ასევე ფიბრინოგენის ნაკლებობა ახანგრძლივებს შედედებას (ეგზოგენური სისტემა), Qუიცკ-ტესტ. გამოიყენება ანტიკოაგულანტებით მკურნალობის დროს კონტროლისთვის.

თრომბინის დრო _ ჰეპარინით ან სტრეპტოლიზინით მკურნალობის კონტროლისთვის. პლაზმას ჭარბი რაოდენობით თრომბინი ემატება. ჰეპარინის ანტითრომბინული მოქმედება და ფიბრინის დაშლის პროდუქტები სტრეპტოლიზინით თერაპიისას ახანგრძლივებენ თრომბინის დროს.

თრომბოციტების რაოდენობა სისხლის ნაცხში ნორმალურ შემთხვევაში 200 000-დან 300 000 მმ^3

კოაგულოპათიები სისხლდენისკენ მიდრეკილება

(ჰემორაგიული დიათეზი) - შემადედებელ ფაქტორთა დარღვევის შედეგია.

შემადედებელ ფაქტორთა თანდაყოლილი დარღვევები

ჰემოფილია A

პათოგენეზი - ფაქტორი-VIII მემკვიდრული - X-ქრომოსომასთან შეჭიდებული პათოლოგიაა, ვლინდება მამაკაცებში (XY), ქალები ძირითადად გადამტანია (XX), არსებობს გენეტიკური გადაცემა, ასევე შესაძლოა სპონტანური მუტაციაც.

დაავა

დების პირველი ნიშნები ადრეული სიყრმის პერიოდში ვლინდება. ასაკში სისხლდენისკენ მიდრეკილება მცირდება.

კლინიკა: VIII ფაქტორის ნაკლოვანება ენდოგენურ სისტემაში თრომბოპლასტინის წარმოქმნას აფერხებს. ქსოვილოვანი თრომბოპლასტინის ნორმალური რაოდენობა საკმარისია სისხლდენის დრო რომ ნორმალურად შენარჩუნდეს. მცირე ტრავმა (კუნთოვანი, სახსროვანი ან ლორწოვანის ტრავმები, საშარდე ან კუჭ-ნაწლავის) საკმარისია სიცოცხლისთვის საშიში სისხლდენის წარმოქმნისათვის. VIII-ფაქტორის პათოლოგია საშიშს ხდის ნებისმიერ ტრავმას.

დიაგნოზი: კლინიკით და კოაგულოგრამით.

თერაპია: მსუბუქი სისხლდენის დროს საკმარისია ადგილობრივად ფიბრინით და თრომბინის პრეპარატით ზემოქმედება. ძლიერი სისხლდენის დროს საჭიროა ფაქტორ-VIII კონცენტრატისA გადასხმა.

ჰემოფილია B

ფაქტორი-IX-ს დეფექტი კლინიკით და ლაბორატორიულად განსხვავება არ არის A-ფორმასთან.

თერაპია გაცილებით მარტივია, რადგან ფაქტორი IX შრატში და პაზმაში თავისუფლად არის და არ იშლება სწრაფად VIII-გან განსხვავებით.

არსებობს კიდევ სხვადასხვა ფაქტორის დეფექტთან დაკავშირებული, გენეტიკური, მემკვიდრეობითი დაავადებები, რაც იშვიათია.

შეძენილი შედედების ფაქტორთა დარღვევები (კოაგულოპათიები)

ცხიმში ხსნადი ვიტამინ K-ს ნაკლებობა, მაგ. მექანიკური სიყვითლის დროს, კუჭ-ნაწლავიდან რეზორბციის დარღვევის ან ნაწლავის ფლორის ისეთი დარვევის დროს, როცა შედედების ფაქტორთა (II, VII, IX, X) წარმოქმნა ირღვევა ღვიძლში, ასევე ღვიძლის პარენქიმის დაზიანება, სისხლდენის და შედედების დრო გახანგრძლევებულია, Quick-ის მონაცემი შემცირებულია. ვიტამინ K-ს მიწოდებაა პირველ ეტაპზე დამხმარე. შესაძლოა ფიბრინოგენის მიცემაც გახდეს საჭირო ან სხვა სიმპტომური ღონისძიებები.

სისხლდენისადმი მიდრეკილება ურემიის დროს განპირობებულია კაპილართა დაზიანებით, თრომბოციტთა ფუნქციის შეცვლით და შედედების ფაქტორთა (II) შემცირებით. შედეგი ჰემატურია, კანიდან ან ლორწოვანიდან სისხლდენა.

ანტიკოაგულანტებით მკურნალობის დროს საჭიროა Quick -ტესტით კონტროლი

მოხმარებითი კოაგულოპათიები

ეტიოლოგია და პათოგენეზი

თუ ბევრ წვრილ სისხლძარღვში ხდება სისხლის შედედება, იხარჯება, მოიხმარება შედედების ფაქტორები და თრომბოციტები. ნაკადში მყოფი სისხლისთვის რჩება ნაკლები და ეს როგორც შედედების დეფექტი და ჰემორაგიული დიათეზი, ისე იჩენს თავს.

ეს შეიძლება მოხდეს:

- შემადედებელ სუბსტანციათა შემოსვლით, დინების ნაკადის შემცირებით, სისხლძრაღვთა კედლების დაზიანებით ან
- RES დაზიანება

სისხლძარღვთა ენდოთელის ანთება, ბაქტერიული ტოქსინები, დიდი ჰემატომა ქსოვილოვანი დაზიანებანი, სისხლის მიმოქცევის შოკი შეიძლება იყოს სისხლძაღვშიდა შედედების გამომწვევი. ცნობილია ვათერჰაუზენ-ფრიდერიჰსენის სინდრომი მენინგოკოკური სეფსის დროს.

დიაგნოზი - ლაბორატორიული კვლევით შემცირებულია შედედების ყველა ფაქტორის მაჩვენებელი, განსაკუთრებით თრომბოციტთა რიცხვი და ფიბრინოგენი.

თერაპია: შედედების დამაქვეითებელი, რათა შედედების ფაქტორთა მოხმარება შემცირდეს. მიუხედავად გაძლიერებული სისხლდენისა, მკურნალობა საჭიროა ჰეპარინით, შეიძლება შეემატოს შემადედებელი ფაქტორებიც.

ფიბრინოლიზი

პათოგენეზი: ქსოვილის გავრცელებული დაზიანების დროს (დამწვრობა, ფილტვის, თირკმლის, გულის ან პროსტატის ოპერაციის, მშობიარობის დროს) გამოიყოფა ნივთიერებები, რომლებიც ფიბრინოლიზურ სისტემას ააქტიურებს, პლაზმინოგენიდან წარმოიქმნება პლაზმინი, რომელიც ფიბრინოგენს და ფიბრინს შლის, ასევე შედედების სხვა ფაქტორებსაც არღვევს. ფიბრინის დაშლის პროდუქტები აფერხებენ ფიბრინის კვლავ წარმოქმნას. მოხმარებით კოაგულოპათიისგან განსხვავებით ამ დროს თრომბოციტების რიცხვი ნორმალურია.

თერაპია - ანტიფიბრინოლიზური საშუალებების მიცემა (ეპსილონ-ამინოკაპრონმჟავა) და ფიბრინოგენის შევსება.

შეემატოს შემადედებელი ფაქტორებიც.

იმუნოკოაგულოპათიები იჩენს თავს სხვადასხვა აუტოიმუნური სისტემური დაავადებების დროს, კოლაგენიზების, ქრონიკული ინფექციების, სიმსივის ან უცხო ცილის შეყვანის დროს. აუტოანტისხეულთა წარმოქმნა ხდება შედედების ფაქტორთა წინააღმდეგ.

თერაპია მიმართული უნდა იყოს მაპროვოცირებელი ფაქტორების წინააღმდეგ.

თრომბოციტოპათიები

ფიზიოლოგია - თრომბოციტებს ორმაგი ფუნქცია აქვთ შედედების ან სისხლდენის შეჩერების დროს. ერთის მხრივ შეჯგუფთებიან, ეწებებიან, აგრეგაციას განიცდიან სისხლძარღვის დაზიანებულ უბნებთან და დაახშობენ დეფექტს. მეორეს მხრივ გამოყოფენ შედედების პროცესისთვის საჭირო ფაქტორ-III-ს და ასევე ენერგიით მდიდარ ფოსფატებს, სეროტონინს და ანტიჰეპარინულ ფაქტორს.

პათოგენეზი და კლინიკა - თრომბოციტების მიზეზით განვითარებული სისხლდენის ძირითადი მიზეზია თრომბოციტოპენია, იშვიათად თრომბოციტების ფუნქციის დარღვევა (თომბოციტოპათია), იშვიათია მათი ჭარბი გამრავლება (თრომბოციტოზი)

თრომბოციტებით განპირობებული სისხლდენა დუნეა და გავრცელებული მაგ. ლორწოვანებზე. კანზე ჩმეტის ან წნევის გაზომვის შემდგომი პეტექიები. სისხლდენის დროა გახანგრძლივებული მაშინ, როცა შედედების დრო ნორმალურია.

თრომბოციტოპენიები

იდიოპათიური თრომბოციტოპენიური პურპურა, ვერლჰოფის დაავადება

პათოგენეზი

თრპომბოციტების ნაკლებობა ვერლჰოფის დროს ალბათ განპირობებულია აუტოანტისხეულების (ანტითრომბოციტული ანტისხეულების) ქმედებით სისხლის ფირფიტების ელენთაში გადაჭარბებული დაშლით.

კლინიკა და დიაგნოზი

დაავადება უპირატესად მოზარდებში ვითარდება და შეტევითი ხასიათისაა. უფრო ხშირად ავადდებიან ქალები, პეტექიების გარდა გვხვდება ბუშტოვანი ან სისხლჩაქცევები ლურჯი ლაქების სახით, ღრძილებიდან სისხლდენა, გაძლიერებული ციკლი, პოსტოპერაციული და ცერებრალური სისხლდენა. ძვლის ტვინში უმწიფარი მეგაკარიოციტები მრავლდება, პერიფერიულ სისხლში კი თრომბოციტების რაოდენობა მცირდება და ჩნდება მათი მოუმწიფებელი ფორმები.

თერაპია: ელენთის ამოკვეთა შემთხვევათა 10%-ში თრომბოციტების რაოდენობის ნორმალიზირებას იწვევს. გლუკოკორტიკოიდები თრომბოციტთა დაშლის სიჩქარეს ამცირებენ.

პოსტინფექციური და ალერგიული თრომბოციტოპენიები

პათოგენეზი: ვირუსული ინფექციის შემდგომი (ბავშვებთან) ან მედიკამენტური ალერგიის ან აუტოიმუნური დაავადებების (მოზრდილებთან) ფონზე შეიძლება გამოვლინდეს თრომბოციტთა წარმოქმნის შეფერხება ძვლის ტვინში ან მათი დაშლის გააქტიურება პერიფერიულ სისხლში

კლინიკა და თერაპია: ვლინდება კანსა და ლორწოვანებზე პურპურის სახით მწვავედ და პრედნიზოლონის ფონზე მდგომარეობა ნორმალიზდება.

თრომბოციტოპენიის სხვა მიზეზები:

- ძვლის ტვინის უშუალო დაზიანება (მაგ.Rö დასხივებით, ციტოსტატიკებით)
- მეგაკარიოციტების შევიწროვება (ლეიკემია)
- ძვლის ტვინის გამოფიტვა (პანციტოპენია)
- თრომბოციტთა ჭარბი მოხმარება (მოხმარებითი კოაგულოპათიები)
- თრომბოციტთა დანაკარგი (ჭარბი სისხლდენა)
- ელენთაში გადაჭარბებული შლა (სპლენომეგალია)

თრომბოპათიები

არსებობს თრომბოციტთა ფუნქციის მემკვიდრული, თანდაყოლილი დარღვევები. ეს ავადმყოფობები ბავშვობიდანვე ვლინდება. კლინიკურად, მიუხედავად თრომბოციტთა ნორმალური რაოდენობისა, თრომბოციტოპენიის სურათია. მკურნალობა ახალი სისხლის ან თრომბოციტარული მასის გადასხმა. თრომბოციტოპათიის შეძენილი ფორმაა ურემიის დროს ან მოხმარებითი კოაგულოპათიის დროს.

თრომბოციტოზები

იშვიათად ვლინდება თრომბოციტთა გადაჭარბებული რაოდენობა (>1 მლნ/მმ3), მიზეზი უცნობია, თავს იჩენს ჰემორაგიული დიათეზი და თრომბოზებისკენ მიდრეკილება. ლეიკემიას, ლიმფოგრანულომატოზს ან ჭეშმარიტ პოლიცეტემიას შეიძლება ახლდეს თრომბოციტოზი.

სისხლძარღვებით განპირობებული სისხლდენები

ოსლერის დაავადება (Morbus Osler) - მემკვიდრული დაავადებაა

კლინიკა: ხასიათდება სისხლძარღვთა გაფაროებით (ტელეანგიექტაზიებით) და არტერიებსა და ვენებს შორის პათოლოგიური კავშირებით (ანევრიზმები), რაც ადვილად სისხლმდენია. სისხლძრაღვთა ცვლილებები გვხვდება კანზე, ლორწოვანებზე და შინაგან ორგანოებში. სხვადასხვა ინტენსივობის ლურჯი ლაქები შეიმჩნევა ტუჩებსა და პირის ლორწოვანზე. სისხლდენები მატულობს ასაკთან ერთად და უპირატესად ცხვირიდან სისხლდენით ვლინდება

თერაპია: სისხლდენის შეჩერება ტამპონადით, ცხვირის ლორწოვანის მალამოთი მოვლა. მოზრდილ ანევრიზმათა ოპერაციული მოცილება

- სისხლდენის გამომწვევი სისხლძარღვთა სხვა დაზიანებანი

იმუნური დაავადებები, რაც სისხლძარღვთა სისტემურ დაზიანებას იწვევს (ვაზკულიტები) ან სხვა დაავადებათა თანმხლები სიმპტომის სახით (მაგ. შონლაინ-ჰენოხის დაავადება, სტრეპტოკოკული რევმატიზმი, ღვიძლის ციროზი (ჰიპერგლობულინემია), ტუბერკულოზი ან ამილოიდოზი).

სისხლძარღვთა განვლადობის მატება (პეტექიებიდან დაწყებული კანიდან სისხლდენამდე) შეიძლება ახლდეს კორტიზონით ხანგრძლივ მკურნალობას, ხანდაზმულობას, ჩ-ვიტამინის ნაკლებობას (სკორბუტი).

ლიმფედემა მდგომარეობაა, რომლის დროსაც აღინიშნება კიდურის შეშუპება. ზოგჯერ, შეშუპება ორმხრივია.

ლიმფედემა ყველაზე ხშირად კიბოს გამო ქირურგიული ჩარევის დროს ვითარდება, რადგან ზიანდება ან ამოიკვეთება ლიმფური კვანძები. შედეგად, ვითარდება ლიმფის დაგროვება ლიმფურ სისტემაში, რომელიც იმუნური სისტემის ნაწილიცაა. ლიმფის დრენიდირების შეჩერება იწვევს შეშუპებას.

ლიმფედემას განკურნება შეუძლებელია, მაგრამ მდგომარეობა მსუბუქდება ადრეული დიაგნოზის და კიდურის მოვლის შემთხვევაში.

ლიმფური სისტემა აუცილებელია ორგანიზმის სიჯანსაღისათვის. სისტემაში ცირკულირებს ცილებით მდიდარი სითხე, რომელიც მთელი ორგანიზმიდან აგროვებს ბაქტერიებს, ვირუსებსა და ცხოველქმედების პროდუქტებს. ლიმფური სისტემით ეს სითხე (ლიმფა) გადადის ლიმფურ კვანძებში. სითხე იფილტრება ლიმფოციტებში (ინფექციის საწინააღმდეგო უჯრედები) და გამოიყოფა ორგანიზმიდან.

ლიმფედემა ვითარდება, როცა ლიმფური ძარღვები ვერ ატარებენ სითხეს, ძირითადად კიდურიდან. ლიმფედემა შესაძლოა იყოს პირველადი ან მეორეული. ეს ნიშნავს, რომ პირველადი ლიმფედემა დამოუკიდებლად, ცალკეულად ვითარდება, ხოლო მეორეულ ტიპს იწვევს სხვა დაავადება ან მდგომარეობა. მეორეული ლიმფედემა ბევრად უფრო ხშირია.

ნებისმიერი მდგომარეობა, რომელიც აზიანებს ლიმფურ კვანძებს ან ძარღვებს შესაძლოა გახდეს **მეორადი ლიმფედემის მიზეზი.** მაგალითებია:

- ქირურგიული ჩარევა. ლიმფური კვანძების და ძარღვების ამოკვეთის ან დაზიანების შემთხვევაში ვითარდება ლიმფედემა, მაგალითად ძუძუს კიბოს ოპერაციის დროს. ლიმფური კვანძები შესაძლოა კიდურების სისხლძარღვებზე ჩატარებული ოპერაციის დროსაც დაზიანდეს.
- სხივური თერაპია კიბოს წინაარმდეგ. სხივური თერაპია იწვევს ლიმფური კვანძებისა და ძარღვების დანაწიბურებასა და ანთებას.
- კიბო. თუ კიბოს უჯრედები ბლოკავენ ლიმფურ ძარღვებს, ყალიბდება ლიმფედემა. მაგალითად, თუ სიმსივნე იზრდება ლიმფურ კვანძთან ახლოს და ზომით საკმაოდ დიდია, დაიბლოკება ლიმფის დინება ახლომდებარე კვანძებსა და ძარღვებში.
- ინფექცია. ლიმფური კვანძების პარაზიტული ინფექცია იწვევს ლიმფის დინების შეჩერებას. ინფექციით გამოწვეული ლიმფედემა ხშირი ტროპიკულ და სუბტროპიკულ რეგიონებსა და განვითარებად ქვეყნებში.

პირველადი ლიმფედემის მიზეზები

პირველადი ლიმფედემა იშვიათი, მემკვიდრეობითი დაავადებაა, რომელიც ლიმფური ძარღვების განვითარებას უკავშირდება. სპეციფიკური დაავადებებია:

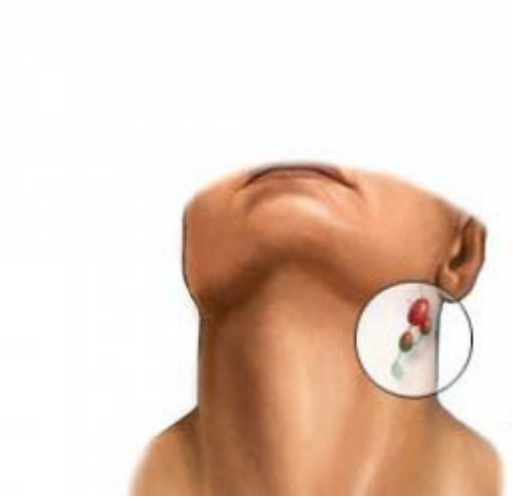
- მილროის დაავადება (თანდაყოლილი ლიმფედემა). ეს დაავადება იწყება ჩვილობის ასაკში და იწვევს ლიმფური კვანძების არასწორ განვითარებას.
- მეიჯის დაავადება. ეს დაავადება იწვევს ლიმფედემას გარდატეხის ასაკში ან ორსულობისას, თუმცა შესაძლებელია მოგვიანებით, 35 წლამდეც გამოვლინდეს.
- მოგვიანებითი ლიმფედემა (ლიმფედემა ტარდა) იშვიათია და 35 წელს ზემოთ იწყება.

ლიმფური კვანძების ჰიპერპლაზია

ლიმფური კვანძი წარმოადგენს ცერცვის ოდენობის ანატომიური წარმონაქმნი, რომელიც მოთავსებულია სხეულის ყველა ნაწილში და ლიმფური სისტემის შემადგენელი ნაწილია. ლიმფური კვანძები გვხვდება კისრის, იღლიის, საზარდულის მიდამოებში. ჩვეულებრივ ლიმფური კვანძი პატარა ზომისაა, ხელით გასინჯვა ან დანახვა პატარა ბავშვის კანის ქვეშ შეუძლებელია. თუ ბავშვის ლიმფური კვანძი გადიდდა ან შეშუპდა, თქვენ შეგიძლიათ მისი გასიჯვა და დანახვა. გადიდებული ლიმფურ კვანძს სამედიცინო ტერმინოლოგიით

ლიმფადენიტი ან ლიმფადენოპათია ეწოდება. ლიმფური კვანძის გადიდება რამოდენიმე დღის განმავლობაში წარმოადგენს მწვავე ლიმფადენოპათიას, მაგრამ თუ ლიმფური კვანძის ჰიპერპლაზია რჩება კვირების განმავლობაში ეს ლიმფადენოპათიაა.

ლიმფური კვანძის გადიდება შეიძლება აღინიშნებოდეს სხეულის ნებისმიერ ნაწილში, მაგრამ ამ თავში განხილულია კისრის ლიმფური კვანძის გადიდება (ჰიპერპლაზია).



სურათზე გამოსახული წითელი ფერის კვანძი არის ანთებითი და გადიდებული.

რა იწვევს კისრის ლიმფური კვანძის გადიდებას? სხვადასხვა სამედიცინო მდგომარერეობა შეიძლება იყოს აღნიშნულის მიზეზი. თუმცა ბავშვებში გამოყოფენ 2 ძირითად მდგომარეობას:

• ინფექციური დაავადებები (ვირუსული ან ბაქტერიული ფარინგიტი)
• არაინფექციური დაავადებები (შემაერთებელი ქსოვილის დაავადებები, სიმსივნეები)

კისრის გადიდიებული ლიმფური კვანძი ისინჯება კისრის უკანა ზედაპირზე. ზოგჯერ ის შეიძლება იყოს მტკივნეული, განსაკუთრებით შეხებისას, თან ახლდეს, კანის სიწითლე და სიმხურვალე, სხვა თანაარსებული სიმპტომები დამოკიდებულია ძირითადად დაავადებაზე, მაგალითად ვირუსული ინფექციით გამოწვეულ კისრის ლიმფური კვანძების ჰიპერპლაზიას თან ახლავს, ცხვირიდან გამონადენი, ცხვირით სუნქვის გაძნელება, ხველა
საჭიროა თუ არა დამატებითი კვლევების ჩატარება? - შესაძლებელია, ექიმი ან სამედიცინო პერსონალი გადაწყვეტს ლაბორატორიული კვლევების აუცილებლობას. ეს დამოკიდებულია დაავადების ხანგრძლივობაზე, გადიდებული ლიმფური კვანძის მდებარეობაზე და სხვა თანაარსებულ სიმპტომებზე. ნაჩვენებია შემდეგი ლაბორატორიული კვლევები:

• სისხლის საერთო ანალიზი

• ხახის ნაცხის შესწავლა
• ულტრაბგერითი კვლევა და კომპიუტერული ტომოგრაფია
• ლიმფური კვანძის ბიოფსია (ხდება ლიმფური კვანძიდან ქსოვილის აღება და მისი შესწავლა მიკროსკოპის ქვეშ)
• კანის ტესტი ტუბერკულიოზზე.

მკურნალობა დამოკიდებულია ძირითად მიზეზე და თანაარსებულ სიმპტომებზე. უმრავლეს შემთხვევაში გადიდებული ლიმფური კვანძი სპეციფიურ მკურნალობას არ საჭიროებს, რადგან უხშირესი მიზეზი არის ვირუსული ინფექცია. თუ კისრის ლიმფური კვანძის ჰიპერპლაზიის მიზეზია ბაქტერიული ინფექცია, ამ შემთხვევაში საჭიროა ანტიბიოტიკოთერაპია. ანტიბიოტიკის მიღება ხდება სახლის პირობებში, მაგრამ ზოგჯერ თანაარსებული დაავადების მწვავე მიმდინარეობისას საჭიროა ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია და ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია (ანტიბიოტიკის შეყვანა ხდება ვენაში).
თუ ლიმფურ კვანძში აღინიშნება ჩირქის არსებობა ანტიბიოტიკოთერაპიასთან ერთად აუცილებელია ჩირქის დრენირება.

კითხვები:

1. რამდენი სახის ანემია არსებობს?
2. რა ვითარდება ფოლის მჟავის დეფიციტის დროს?
3. რა ხდება ჰემოლიზური ანემიის დროს?
4. რა არის დამახასიათებელი ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემიის დროს?
5. რა არის თალასემია?
6. როდის ვლინდება პოლიგლობულია?
7. რა იგულისხმება აგრანულოზიტოზის ქვეშ?
8. რა არის ჰოჩკინის დაავადება?
9. რით განსხვავდება ჰოჩკინის დაავადება არა-ჰოჩკინის ლიმფომისაგან?
10. რა არის ჰემორაგიული სინდრომი?
11. აღწერეთ A და B ჰემოფილიის კლინიკა.
12. რას იწვევს ვიტამინი K -ას დეფიციტი?
13. ჩამოთვალეთ თრომბოციტოპენიის განვითარების მიზეზები?
14. რა არის პირველადი ლიმფედემის მიზეზები?
15. რა არის მეორადი ლიმფედემის მიზეზები?რა იწვევს კისრის ლიმფური კვანძების გადიდებას?
16. რა არის ოსლერის დაავადება?

http://www.geoanswer.net

http://gh.ge/ka/disease/104/

http://pediatry.ge/en/read/89

http://www.allmedic.ge/adamianissimptomi/35/siskhlis-daavadebebi/

http://www.mkurnali.ge/daavadebebi-mkurnaloba/pulmonologia/2993-haergamtari-gzebi.html

http://www.medgeo.net/2013/01/22/%E1%83%9B%E1%83%AC%E1%83%95%E1%83%90%E1%83%95%E1%83%94-%E1%83%9A%E1%83%94%E1%83%98%E1%83%99%E1%83%9D%E1%83%96%E1%83%98/

ენდროკრინული სისტემის დაავადებები

ფარისებული ჯირკვლის პათოლოგიები:

ფარისებური ჯირკვლის პათოლოგიებიდან მნიშვნელოვანია შემდეგი ტიპები:

- ჰიპერთირეოზი - თირეოტოქსიკოზი - ჰორმონების სინთეზი გაძლიერებულად ხდება;
- ჰიპოთირეოზი - ჰორმონთა წარმოქმნა შემცირებულია;
- ჩიყვი - ფარისებური ჯირკვლის გადიდება,

ჩიყვის დროს შესაძლებელია, რომ მთლიანი ორგანო გადიდდეს და მას დიფუზური ჩიყვი ეწოდება, ან წარმოიშვას ორგანოს სისქეში კვანძი - კვანძოვანი ჩიყვი. ჩიყვის დროს შესაძლებელია ჰორმონების როგორც ცვლილება(მეტება ან კლება), ასევე ნორმის ფარგლებში დარჩენა.

ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის განვითარებაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება მემკვიდრულ ფაქტორს, იოდდეფიციტურ გარემოს, არასრულფასოვან კვებას, ასაკს, დღის რეჟიმს,სტრესს.

ზომაში მნიშვნელოვნად მომატებული ფარისებური ჯირკვალი შეიძლება დააწვეს მის გარშემო ქსოვილებსა და ორგანოებს, რაც იწვევს ყლაპვის გაძნელებას, კისერში ზეწოლის შეგრძნებას და სხვა ჩივილებს.



ენდემური ჩიყვი ფარისებური ჯირკვლის გადიდებაა, რომელიც ორგანიზმისათვის იოდის მიწოდების ნაკლებობითაა განპირობებული.. ენდემური ჩიყვი უვითარდება იმ რეგიონების მოსახლეობას, სადაც წყალში და საკვებში იოდის ნაკლებობაა. ასეთია საქართველოს მთიანი რეგიონები: სვანეთი, ხევსურეთი, ყაზბეგი, მთიანი აჭარა, რაჭა, იმერეთი. ასეთ რეგიონებს მიეკუთვნება აგრეთვე რუსეთი და მთელი კონტინენტური ევროპა. ამ რეგიონებში მოსახლეობა მოიხმარს საშუალოდ 40-60 მკგ იოდს დღეში, როცა მოზრდილის მიერ იოდის მოხმარების დღიური ნორმაა 150 მკგ. ადამიანი იოდს იღებს საკვებით და წყლით. იოდი ფარისებური ჯირკვლის ჰორმონების ერთ-ერთი უმთავრესი შემადგენელი ელემენტია. თუ იოდის მოხმარება ნაკლებია, ფარისებური ჯირკვალი კომპენსატორულად დიდდება, რათა ორგანიზმი ჰორმონების საკმარისი რაოდენობით უზრუნველყოს. ამ დროს ჯირკვალი შეიძლება უზარმაზარი გახდეს, მასში გაჩნდეს კვანძები, რამაც შემდგომში თირეოტოქსიკოზის და ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარებაც კი გამოიწვიოს.

ფარისებული ჯირკვლის პათოლოგიები:

ჰიპოთირეოზის განვითარების მიზეზებია:

- ენდემური იოდდეფიციტი
- ქრონიკული აუტონომიური თირეოიდიტი (ჰაშიმოტოს ჩიყვი);
- ოპერაციები ფარისებურ ჯირკვალზე;
- რადიოაქტიური იოდით მკურნალობა.

ჰიპოთირეოზის დამახასიათებელი ნიშნებია:



- ადვილად დაღლა;
- აპათია - უხალისობა;
- საერთო სისუსტე;
- მადის დაქვეითება;
- სახის, განსაკუთრებით ქუთუთოების შეშუპება;
- კიდურების შეშუპება;
- კანის სიმშრალე;
- სხეულის წონის მატება;
- მეხსიერების გაუარესება;
- ყაბზობა;
- სიცივის აუტანლობა;
- შეიძლება აღინიშნებოდეს, როგორც ბრადიკარდია, ასევე ტაქიკარდია.

თირეოტოქსიკოზის მიზეზები:

- დიფუზური ტოქსიური ჩიყვი - ბაზედოვ-გრეივსის დაავადება.
- იოდის ქრონიკული დეფიციტის ფონზე განვითარებული კვანძოვანი ჩიყვის ზოგიერთი ფორმა, როცა კვანძები იძენენ ეგრეთ წოდებულ “ფუნქციურ ავტონომიას", ანუ იწყებენ ჰორმონის დამოუკიდებელ, უკონტროლოდ გამომუშავებას.
- ფარისებური ჯირკვლის ანთებადი დაავადებები.

თირეტოქსიკოზის დამახასიათებელი ნიშნებია:



- ადვილად გაღიზიანებადობა, ადვილად ტირილი, შფოთვა;
- წონის პროგრესული კლება, მიუხედავად კარგი მადისა;
- გულისცემის აჩქარება (ტაქიკარდია), არითმია;
- ადვილად დაღლა;
- გაძლიერებული ოფლიანობა; კანი ნამიანი და ცხელია;
- ხელების ან მთელი სხეულის კანკალი;
- კიდურების კუნთების (განსაკუთრებით მხრის და ბარძაყის) ძლიერი სისუსტე;
- მიდრეკილება ფაღარათისადმი;
- ხშირია თვალის კაკლების ბუდიდან წინ წამოწევა,
- ცრემლდენა, თვალებში ფხაჭნის, “ქვიშის"

მეტაბოლური სინდრომი

მეტაბოლური სინდრომი წარმოადგენს დარღვევათა კომპლექსს, რომელსაც ახასიათებს ცენტრალური სიმსუქნე, გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დარღვევა,ჰიპერტენზია და ათეროგენული დისლიპიდემია, ამიტომ ის გარკვეულწილად მრავალი დაავადების მაპროვოცირებლად ითვლება. მისი სწორი მართვა, განსაკუთრებით ბავშვთა ასაკში მნიშვნელოვანი პრევენციაა ისეთი მძიმე დაავადებებისათვის, როგორიცაა: კარდიოვასკულური დაავადებები, შაქრიანი დიაბეტი, სიმსუქნე.

ანთროპოსოფიული მედიცინის სამკურნალო შესაძლებლობები, საშუალებას იძლევა ბავშვობის ასაკში, მეტაბოლური სინდრომის სწორი მართვით, დროულად იქნეს დაძლეული ამ დაავადებათა გამომწვევი ტენდენციები, რომლებიც მოზრდილ ასაკში განაპირობებს ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებებს და მასთან დაკავშირებულ გართულებებს.

სიმსუქნე ორგანიზმში ცხიმოვანი ქსოვილის ჭარბი განვითარებაა. სიმსუქნის დიაგნოზს სვამენ, როდესაც ადამიანის წონა იდეალურ წონასთან შედარებით 20%-ით არის მომატებული.

ცხიმის დაგროვება დეპო-ორგანოებში ხდება. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის მდგომარეობა დამოკიდებულია ადიპოციტების (ცხიმის შემცველი უჯრედების) რაოდენობასა და სიდიდეზე. სიმსუქნის დროს ადიპოციტები დიდდება და მათში დიდი რაოდენობით ცხიმი გროვდება. სიმსუქნე შეიძლება ნებისმიერ ასაკში განვითარდეს, როგორც ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით მიმდინარე ქრონიკული დაავადება; სიმსუქნის დროს მაღალია რეციდივების (განმეორებების) განვითარების რისკი.

კლინიკურად გამოყოფენ სიმსუქნის 4 ხარისხს, მიმდინარეობის თავისებურებათა მიხედვით კი ორ სტადიას: პროგრესულსა და სტაბილურს.

არსებობს სიმსუქნის ორი სახე: პირველადი, ანუ სპონტანური სიმსუქნე, რომელიც გარკვეული მიზეზის საფუძველზე განვითარებული დაავადებაა და მეორადი სიმსუქნე, რომელიც სხვა დაავადების შედეგად ვითარდება, ან სხვადასხვა პათოლოგიის თანამდევი სინდრომია. ეს პათოლოგიებია:

- შაქრიანი დიაბეტი, ტიპი II
- არტერიული ჰიპერტენზია (მაღალი არტერიული წნევა)
- ათეროსკლეროზი, გულის იშემიური დაავადება (გიდ)
- ჰიპერლიპიდემია (სისხლში ლიპიდების მომატებული რაოდენობა)
- აპნოე (სუნთქვის დარღვევა)
- რეპროდუქციული (გამრავლების) დისფუნქცია
- ონკოლოგიური დაავადებები
- ქოლელითიაზი (ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება)
- ვენების ვარიკოზული გაგანიერება
- პოდაგრა (ნიკრისის ქარი)
- ოსტეოართროზი და სხვ.

დიაგნოსტიკა

სიმსუქნის შეფასების იდეალური ვარიანტია ორგანიზმში ცხიმების შემცველობის განსაზღვრა. რაც სპეციალური აპარატურის მეშვეობით ხორციელდება: ორგანიზმში ატარებენ სუსტ დენს, იმპულსის გავლადობის მიხედვით კი ცხიმის რაოდენობა განისაზღვრება. ცხიმის რაოდენობის გამოთვლა სხეულის მასის ინდექსის მიხედვითაც ხდება.

სხეულის მასის ინდექსი (სმი) შემდეგნაირად გამოითვლება

სმი (კგ/სმ2) = სხეულის მასა (კგ) / სიმაღლე (სმ2)

სმი შესაბამისად მოცემულია სიმსუქნის კლასიფიკაცია. სმი მაჩვენებლის მატებასთან ერთად მატულობს თანმხლები დაავადებების განვითარების ალბათობა. თუ

- სმი < 18,5 – სხეულის მცირე მასა;
- სმი 18,5-24,9 – სხეულის საშუალო მასა;
- სმი 25-29,9 – ჭარბი წონა;
- სიმსუქნე >/ 30:
    - I ხარისხი – 30-34,9
    - II ხარისხი – 35-39,9
    - III ხარისხი – >/ 40

სიმსუქნე და სხეული ჭარბი წონა სხვადასხვა მცნებებია. ჭარბი წონის შემთხვევაში ადამიანის წონა აღემატება მაჩვენებელს, რომელიც მის სიმაღლეს შეესაბამება. ხშირად ჭარბი წონა ნორმალური მდგომარეობიდან სიმსუქნისაკენ გარდამავალი ეტაპია. ზოგჯერ კი ის მძლავრად განვითარებული ძვლოვანი ან კუნთოვანი სისტემის მქონე პირებს აღენიშნება.

სიმსუქნე და სხეული ჭარბი წონა სხვადასხვა მცნებებია. ჭარბი წონის შემთხვევაში ადამიანის წონა აღემატება მაჩვენებელს, რომელიც მის სიმაღლეს შეესაბამება. ხშირად ჭარბი წონა ნორმალური მდგომარეობიდან სიმსუქნისაკენ გარდამავალი ეტაპია. ზოგჯერ კი ის მძლავრად განვითარებული ძვლოვანი ან კუნთოვანი სისტემის მქონე პირებს აღენიშნება.

სიმსუქნის განვითარებისათვის აუცილებელია ორგანიზმის იმ ფუნქციის გარდაქმნა, რომელიც ხელს უწყობს მუდმივი წონის შენარჩუნებას. გარდაიქმნება ნივთიერებათა ცვლის სისწრაფე და იმ პროცესების მიმართულება, რომელთა რეგულაციაში ძირითადი როლი ნერვულ და ენდოკრინულ სისტემებს მიეკუთვნება.

ცენტრალური ნერვული სისტემა უშუალოდ და ჰიპოთალამუსის მეშვეობით მონაწილეობს საკვების მიღების კონტროლში. ბიოლოგიური ფაქტორი, რომელიც მისაღები საკვების რაოდენობას აკონტროლებს _მადაა. მადა დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე (მხედველობა, ყნოსვა, საკვების რაოდენობა, ხარისხი,ტემპერატურა,სოციალური და კულტურული ფაქტორები, ფსიქოლოგიური მდგომარეობა და ა.შ.), რომლებიც ტვინში “შიმშილისა” და “სიმაძღრის” ცენტრებს აკონტროლებენ. სიმსუქნის გამომწვევი ყველა მიზეზი ერთ შედეგამდე მიდის - მიღებული ენერგია დახარჯულს აღემატება.

სიმსუქნე რამდენიმე ფაქტორით არის განპირობებული, რომლებიც ორ ძირითად _ კორეგირებად და არაკორეგირებად ჯგუფად იყოფა.

არაკორეგირებადია სიმსუქნის გამომწვევი ისეთი ფაქტორები, რომლებზედაც სამედიცინო ზემოქმედება შეუძლებელია. ესენია: მემკვიდრეობით-გენეტიკური (ნივთიერებათა ცვლის დამახასიათებელი თავისებურებები) და დემოგრაფიული (სქესი, ასაკი, ეთნიკური წარმომავლობა) ფაქტორები.

გაითვალისწინეთ! მიუხედავად იმისა, რომ დიდი მნიშვნელობა აქვს გენეტიკურ ფაქტორს, სიმსუქნე ოჯახური დაავადება არ არის. სიმსუქნით დაავადებული მშობლების აყვანილი შვილები ისევე სუქდებიან, როგორც მათი ღვიძლი შვილები. ამ დროს მნიშვნელოვან როლს

ოჯახის კვებითი ჩვევები ასრულებს. მომავალ თაობაში სიმსუქნემ შეიძლება ისეთ ოჯახებში იჩინოს თავი, სადაც სიმსუქნის პრობლემა არ არის; ეს 100-დან 30 შემთხვევაშია შესაძლებელი. იქ,სადაც ერთი მშობელია მსუქანი, ალბათობა 50 %-მდე იზრდება. ორივე მშობლის სიმსუქნის შემთხვევაში კი _ 80 % -ია.

სიმსუქნის პრობლემები ხშირად ბავშვობიდანვე იწყება – მშობლები, ბებია- ბაბუები ბავშვის გაძლიერებული კვებით არიან დაკავებულნი. ასეთივე ტენდენცია შეინიშნება ორსული და მეძუძური ქალების მიმართ. გაითვალისწინეთ! ორსულობის III ტრიმესტრსა და 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში ცხიმოვანი უჯრედები ინტენსიურად მრავლდება, მომავალში კი მათი სიჭარბე სიმსუქნისადმი მიდრეკილებას განაპირობებს.

კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის განვითარება განისაზღვრება ცხიმოვანი უჯრედების რაოდენობით და მათში ცხიმის შემცველობით. ზრდასრული ადამიანის ორგანიზმში ცხიმოვანი უჯრედების რაოდენობა მუდმივია და აღარ ცვალებადობს. იცვლება მხოლოდ ამ უჯრედებში ცხიმის შემცველობის რაოდენობა.

სიმსუქნის უმთავრესი მიზეზი კვებითი ქცევის დარღვევაა. თუ ადრე ადამიანები საკვების დეფიციტს განიცდიდნენ, ამჟამად კვების სიჭარბეა. ჯანმრთელი ადამიანის ენერგეტიკული საჭიროება 2200-2600 კილოკალორიაა.

კვებითი ქცევას ორი ფაქტორი განაპირობებს: შიმშილის შეგრძნება, რაც ორგანიზმში საკვების განლევას უკავშირდება, და მადა, რომელიც გარემო ფაქტორების (სუნი, შესახედაობა, გემო) ზემოქმედებით აღიძვრება, იმისგან დამოუკიდებლად, ადამიანს შია თუ არა. ადამიანის კვებითი ქცევა ცხოველებისგან განსხვავებით უფრო მეტად მადაზეა დამოკიდებული, ვიდრე შიმშილის გრძნობაზე, რაც დღევანდელი საკვების ფონზე სიმსუქნის განვითარების მიზეზი ხდება.

შეცვლილია კვების ხარისხიც. კვების რაციონი გაჯერებულია რაფინირებული პროდუქტებით – შაქრით, ცხიმით. საკვების უმეტესობა მაღალკალორიულია. მაღალკალორიული საკვების სისტემატური მიღება კვებითი ქცევის დარღვევის უმარტივესი მოდელია. ამ დროს გარდაუვალია ორგანიზმში ცხიმის დაგროვება.

ზოგჯერ ადამიანები სტრესის გამო გაძლიერებულ კვებას იწყებენ. ზოგიერთი ქალი ზამთარში 5-6 კგ-ს იმატებს, რადგან მოკლე დღის გამო დეპრესია ეწყება და ტკბილ საჭმელს ეტანება. ეს ქცევა ჰორმონ სეროტონინს უკავშირდება.

კორეგირებადია ისეთი ფაქტორები, რომელთა მართვაც სპეციალისტებს შეუძლიათ. სეთებია: დაუბალანსირებელი კვება, ნაკლებ მოძრავი ცხოვრების რიტმი, სტრესი, ამა თუ იმ მედიკამენტით გამოწვეული ინტოქსიკაცია, კოფეინისა და ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება.

კორეგირებადი ჯგუფის მნიშვნელოვანი წარმომადგენელია ჰორმონული სიმსუქნე. სიმსუქნეს იწვევს სხვადასხვა ენდოკრინული დაავადება. არსებობს მეორეული სიმსუქნე

(ჰიპოთირეოზის, თირკმელზედა ჯირკვლების პათოლოგიის შედეგი), რაც პროცენტულად ძალზე მცირეა.

უმეტესად სიმსუქნის შედეგი ენდოკრინული დარღვევებია და სიმსუქნის ადექვატური მკურნალობის შემთხვევაში თავისთავად სწორდება.

ცხიმოვანი ქსოვილი ერთგვარი ენდოკრინული ორგანოა, რომელიც სასქესო ჰორმონების ცვლაში მონაწილეობს. მისი უჯრედები დაახლოებით 14 სახის ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებას გამოიმუშავებს, რომელთა შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია ლეპტინი. ლეპტინი თავის ტვინში, ჰიპოთალამუსში მდებარე შიმშილისა და მაძღრობის ცენტრებზე ზემოქმედებს და მიღებული საკვების მიღების რაოდენობის ძირითადი განმსაზღვრელია.

შაქრიანი დიაბეტი pancreatic [insular] diabetes - დაავადება, რომელიც განპირობებულია ინსულინის აბსოლუტური ან შეფარდებითი უკმარისობით და ხასიათდება ნახშირწყლების ცვლის უხეში დარღვევებით, ჰიპერგლიკემიითა და გლუკოზურიით, ასევე ნივთიერებათა ცვლის სხვა მოშლილობებით.

შაქრიანი დიაბეტი – ეტიოლოგია. გარკვეული მნიშვნელობა აქვს მემკვიდრეობით წინასწარგანწყობას, ავტოიმუნურ, სისხლძარღვოვან მოშლილობებს, სიმსუქნეს, ფსიქიკურ და ფიზიკურ ტრავმებს, ვირუსულ ინფექციებს.

შაქრიანი დიაბეტი – პათოგენეზი. ინსულინის აბსოლუტური უკმარისობის დროს სისხლში ინსულინის დონე ქვეითდება ლანგერჰანსის კუნძულების ბეტა-უჯრედების მიერ მისი სინთეზის ან სეკრეციის დარღვევების შედეგად. შეფარდებითი ინსულარული უკმარისობა შესაძლებელია გამოიწვიოს ინსულინის აქტიურობის დაქვეითებამ, ცილებთან მისი შებოჭვის მომატებამ, ღვიძლის ფერმენტებით მიერ მისმა გაძლიერებულმა დაშლამ, ინსულინის ჰორმონული და არაჰორმონული ანტაგონისტების ეფექტების სიჭარბემ (გლუკაგონის, თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის, ფარისებრი ჯირკვლის, ზრდის ჰორმონების), ასევე ინსულინის მიმართ ინსულინდამოკიდებული ქსოვილების მგრძნობელობის ცვლილებებმა. ინსულინის უკმარისობა იწვევს ნახშირწყლოვანი, ცხიმოვანი და ცილოვანი ცვლის მოშლას. ქვეითდება გლუკოზისათვის უჯრედული მემბრანების განვლადობა ცხიმოვან და კუნთოვან ქსოვილებში, ძლიერდება გლიკოგენოლიზი და გლუკონეოგენეზი, წარმოიქმნება ჰიპერგლიკემია, გლუკოზურია, რომლებსაც თან ახლავთ პოლიურია და პოლიდიფსია; ქვეითდება ცხიმების წარმოქმნა და ძლიერდება მისი დაშლა, რაც იწვევს სისხლში კეტონური სხეულების მომატებას. ეს იწვევს მჟავა-ტუტოვანი მდგომარეობის გადახრას აციდოზისაკენ, ხელს უწყობს კალიუმის, მაგნიუმის იონების მომატებულ ექსკრეციას შარდთან, არღვევს თირკმელების ფუნქციას. სისხლის ტუტე რეზერვი შესაძლოა შემცირდეს 25%-მდე, სისხლის pH ქვეითდება 7,2-7,0. ლიპოლიზის შედეგად არაეთერიფიცირებული ცხიმოვანი მჟავეების მომატებული შეღწევა ღვიძლში იწვევს ტრიგლიცერიდების მომატებულ წარმოქმნას. აღინიშნება ქოლესტერინის გაძლიერებული სინთეზი. ქვეითდება ცილის სინთეზი, მათ შორის ანტისხეულებისა, რაც იწვევს

ინფექციებისადმი მდგრადობის შემცირებას. ცილის არასრულფასოვანი სინთეზი წარმოადგენს დისპროტეინემიის განვითარების მიზეზს (ალბუმინების ფრაქციის შემცირება და ალფა-გლობულინების მომატება). სითხის გაძლიერებული დაკარგვა იწვევს ორგანიზმის გაუწყლოვნებას; ძლიერდება კალიუმის, ქლორიდების, აზოტის, ფოსფორის, კალციუმის გამოდევნება ორგანიზმიდან.

შაქრიანი დიაბეტი – გამოყოფენ:

ა. კლინიკური კლასები, რომელსაც მიეკუთვნება შაქრიანი დიაბეტი; ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი; ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტი, სხეულის ნორმალური მასის მქონე და მსუქან პირებში; შაქრიანი დიაბეტი, რომელიც დაკავშირებულია კვების უკმარისობასთან; შაქრიანი დიაბეტის სხვა ტიპები, რომლებიც უკავშირდება გარკვეულ მდგომარეობებსა და სინდრომებს: 1. კუჭქვეშა ჯირკვლის დაავადებები; 2. ჰორმონული წარმოშობის დაავადებები; 3. სხვადასხვა საკურნალო საშუალებებით ან ქიმიური ნივთიერებების ზემოქმედებები; 4. ინსულინისა და მისი რეცეპტორების ცვლილებები; 5. გარკვეული გენეტიკური სინდრომები; 6. შერეული მდგომარეობები; გლუკოზისადმი ტოლერატობის დარღვევა სხეულის ნორმალური მასის მქონე და მსუქან პირებში, გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დარღვევა, რომელიც უკავშირდება სხვა მდგომარეობებსა და სინდრომებს; ორსულთა შაქრიანი დიაბეტი.

ბ. სტატისტიკურად რისკის მქონე კლასები: (პირები გლუკოზისადმი ნორმალური ტოლერანტობით, მაგრამ შაქრიანი დიაბეტის განვითარების რისკის მნიშვნელოვანი მომატებით). გლუკოზისადმი ტოლერანტობის წინამორბედი დარღვევები; გლუკოზისადმი ტოლერანტობის პოტენციური დარღვევები. კლინიკურ პრაქტიკაში განსაკუთრებით ხშირია გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დარღვევების მქონე ავადმყოფები, რომელთა სისხლში გლუკოზის შემცველობა უზმოზე და დღის განმავლობაში ნორმალურია, მაგრამ ადვილად ასათვისებელი ნახშირწყლების შეყვანისას გლიკემიის დონე ნორმაზე მაღალია; და ჭეშმარიტი შაქრიანი დიაბეტი: ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი (I ტიპი) და ინსულინდამოუკიდებული შაქრიანი დიაბეტი (II ტიპი).

ინსულინდამოკიდებული **შაქრიანი დიაბეტი** ხშირად ვითარდება ახალგაზრდებში 25 წლამდე, აქვს გამოხატული კლინიკური სიმპტომატიკა, ხასიათდება კეტოაციდოზისადმი და ჰიპოგლიკემიისადმი მიდრეკილებით; უმრავლეს შემთხვევებში იწყება მწვავედ, ზოგჯერ დიაბეტური კომის განვითარებით. სისხლში ინსულინის შემცველობა და C-პეპტიდი ნორმის ქვევითაა ან არ განისაზღვრება. ავადმყოფთა ძირითადი ჩიივილებია: პირის სიმშრალე, წყურვილი, პოლიურია, ზოგადი სისუსტე, სიგამხდრე, შრომისუნარიანობის დაქვეითება, მომატებული მადა, კანის ქავილი და ქავილი საზარდულის არეში, პიოდერმია, ფურუნკულოზი. ხშირად აღინიშნება თავის ტკივილი, ძილის დარღვევა, გაღიზიანებადობა, ტკივილი გულის არეში, წვივის კუნთებში. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებში ორგანიზმის რეზისტენტობის დაქვეითების გამო ხშირად ვითარდება ტუბერკულოზი, თირკმელებისა და შარდგამომყოფი გზების ანთებითი დაავადებები (პიელიტი, პიელონეფრიტი). სისხლში აღინიშნება გლუკოზის მომატებული შემცველობა, შარდში – გლუკოზურია.



მეორე ტიპის ინსულინდამოუკიდებელი **შაქრიანი დიაბეტი** ვითარდება ზრდასრულ ასაკში, ხშირად ჭარბწონიან პირებში; დამახასიათებელია მშვიდი, ნელი დასაწყისი. ინსულინისა და C-პეპტიდის დონე სისხლში ნორმის ფარგლებშია ან შესაძლებელია აღემატებოდეს მას. ზოგიერთ შემთხვევებში შაქრიანი დიაბეტი დიაგნოსტირდება მხოლოდ გართულებების წარმოქმნისას ან შემთხვევითი გამოკვლევის დროს; კომპენსირება ხდება დიეტით ან პერორული ჰიპოგლიკემიური პრეპარატებით; მიმდინარეობს კეტოზის გარეშე.

გლიკემიის დონის მიხედვით, სამკურნალო ზემოქმედებებისადმი მგრძნობელობისა და გართულებების არსებობის ან არარსებობის მიხედვით გამოყოფენ სიმძიმის შემდეგ სამ ხარისხს: მსუბუქ ხარისხს მიეკუთვნება დაავადების შემთხვევები, როდესაც კომპესაცია მიიღწევა დიეტით, კეტოაციდოზი არ არის. შესაძლებელია პირველი ხარისხის რეტინოპათიის არსებობა. ჩვეულებრივ ესენი არიან მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულები. საშუალო სიმძიმის დროს კომპენსაციის მიღწევა ხდება დიეტისა და პერორალური ჰიპოგლიკემიური პრეპარატების მიღებით ან ინსულინის შეყვანით დოზით არა უმეტეს 60 მე/დღეში; უზმოზე სისხლში გლუკოზის დონე არ აღემატება 12 მმოლ/ლ, ადგილი აქვს კეტოაციდოზისაკენ მიდრეკილებას, შესაძლებელია არამკვეთრად გამოხატული მიკროანგიოპათიის მოვლენები. შაქრიანი დიაბეტის მძიმე ფორმა ხასიათდება ლაბილური მიმდინარეობით; უზმოზე შაქრის დონე აღემატება 12,2 მმოლ/ლ, ინსულინის დოზა, რომელიც აუცილებელია კომპესაციისათვის აღემატება 60 მე/დღეში; ვლინდება გართულებები: III-IV ხარისხის რეტინოპათია, ნეფროპათია, თირკმელების ფუნქციის დარღვევებით, პერიფერიული ნეიროპათია, შრომისუნარიანობის დაქვეითება.

შაქრიანი დიაბეტის გართულებები: დამახასიათებელია სისხლძარღვოვანი გართულებები: წვრილი სისხლძარღვების სპეციფიკური დაზიანებები – მიკროანგიოპათიები (ანგიორეტინოპათია, ნეფროპათია და სხვა ვისცეროპათიები), ნეიროპათია, კანის, კუნთების სისხლძარღვების ანგიოპათია და ათეროსკლეროზული ცვლილებების სწრაფი განვითარება მსხვილ სისხლძარღვებში (აორტა, კორონარული, ცერებრალური არტერიები და სხვ.). მიკროანგიოპათების განვითარებაში წამყვანი როლი ენიჭება მეტაბოლურ და ავტოიმუნურ დარღვევებს. თვალის ბადურას სისხლძარღვების დაზიანება ხასიათდება ბადურას ვენების დილატაციით, კაპილარული მიკროანევრიზმების წარმოქმნით, ბადურაში ექსუდაციითა და წერტილოვანი სისხლჩაქცევებით (პირველი სტადია); გამოხატული ვენური ცვლილებებით, კაპილარების თრომბოზებით, ბადურაში გამოხატული ექსუდაციითა და სისხლჩაქცევებით (მეორე სტადია, პრეპროლიფერაციული); მესამე სტადიის დროს (პროლიფერაციული) – ადგილი აქვს ზემოთ აღწერილ ცვლილებებს, ასევე პროგრესირებად ნეოვასკულარიზაციასა და პროლიფერაციას, რომელიც წარმოადგენს მთავარ საშიშროებას მხედველობისათვის და იწვევს ბადურის აშრევებას, მხედველობის ნერვის ატროფიას. ხშირად დიაბეტიან

ავადმყოფებს აღენიშნებათ აგრეთვე თვალის სხვა დაზიანებებიც: ბლეფარიტი, რეფრაქციისა და აკომოდაციის დარღვევები, კატარაქტა, გლაუკომა. შაქრიანი დიაბეტის დროს თირკმელების ფუნქციიის გაუარესების მთავარი მიზეზია მიკროსისხლძარღვოვანი მიმოქცევის დარღვევები, რომელიც ვლინდება გლომერულოსკლეროზითა და აფერენტული არტერიოლების სკლეროზით (დიაბეტური ნეფროპათია). დიაბეტური გლომერულოსკლეროზის პირველი ნიშანია გარდამავალი ალბუმინურია, შემდეგში კი – მიკროჰემატურია და ცილინდრურია. დიფუზური და კვანძოვანი გლომერულოსკლეროზის პროგრესირებას თან ახლავს არტერიული წნევის მომატება, იზოჰიპოსტენურია, რაც იწვევს ურემიული მდგომარების განვითარებას. გლომერულოსკლეროზის მიმდინარებაში განასხვავებენ 3 სტადიას: პრენეფროზულ სტადიაში ადგილი აქვს ზომიერ ალბუმინურიას, დისპროტეინემიას; ნეფროზულ სტადიაში – ალბუმინურია მატულობს, ვლინდება მიკროჰემატურია და ცილინდრურია, შეშუპებები, მატულობს არტერიული წნევა; ნეფროსკლეროზულ სტადიაში ჩნდება და მატულობს თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის სიმპტომები. ზოგჯერ ადგილი აქვს შეუსაბამობას გლიკემიის დონესა და გლუკოზურიას შორის. გლომერულოსკლეროზის ტერმინალურ სტადიაში სისხლში შაქრის დონე შესაძლებელია მკვეთრად დაეცეს.

შაქრიანი დიაბეტი – დიაბეტური ნეიროპათია ასევე ხშირი გართულებაა ხანგრძლივად მიმდინარე შაქრიანი დიაბეტის დროს; ზიანდება როგორც ცენტრალური, ასევე პერიფერიული ნერვული სისტემა. განსაკუთრებით დამახასიათებელია პერიფერიული ნეიროპათია: ავადმყოფებს აწუხებთ გაბუჟება, ჭიანჭველების ცოცვის შეგრძნება, კრუნჩხვები კიდურებში, ტკივილი ფეხებში, რომელიც ძლიერდება მოსვენებული მდგომარეობის დროს, განსაკუთრებით ღამით და გაივლის სიარულის დროს. აღინიშნება მუხლისა და აქილევსის რეფლექსების დაქვეითება ან სრული გაქრობა, ასევე ტაქტილური, ტკივილის მგრძნობელობის დაქვეითება; ზოგჯერ ვითარდება კუნთების ატროფია ფეხების პროქსიმალურ ნაწილებში. წარმოიქმნება შარდის ბუშტის ფუნქციის დარღვევები, მამაკაცებში – პოტენციის. დიაბეტური კეტოაციდოზი ვითარდება ინსულინის გამოხატული უკმარისობის შედეგად, შაქრიანი დიაბეტის არასწორი მკურნალობის დროს; დიეტის დარღვევები, თანდართული ინფექცია, ფსიქიკური და ფიზიკური ტრავმები წარმოადგენენ დაავადების განვითარების საწყის გამოვლინებას. ხასიათდება კეტონური სხეულების გაძლიერებული წარმოქმნით ღვიძლში და სისხლში მათი შემცველობის მომატებით, სისხლის ტუტე რეზერვების შემცირებით; გლუკოზურიის მომატებას თან ახლავს დიურეზის გაძლიერება, რაც იწვევს უჯრედების დეჰიდრატაციას, შარდთან ელექტროლიტების ექსკრეციის გაძლიერებას; ვითარდება ჰემოდინამიკური დარღვევები. დიაბეტური კომა ვითარდება თანდათანობით. დიაბეტური პრეკომისათვის დამახასიათებელია შაქრიანი დიაბეტის სწრაფად პროგრესირებადი დეკომპენსაციის სიმპტომატიკა: ძლიერი წყურვილი, პოლიურია, სისუსტე, მოდუნება, ძილიანობა, თავის ტკივილი, მადის დაქვეითება, გულისრევა, აცეტონის სუნი პირიდან, კანის სიმშრალე, ჰიპოტენზია, ტაქიკარდია. ჰიპერგლიკემია აღემატება 16,5 მმოლ/ლ, შარდის რეაქცია აცეტონზე დადებითია, აღინიშნება მაღალი გლუკოზურია. თუკი დროულად არ ჩატარდა მკურნალობა, ვითარდება დიაბეტური კომა: გონების დაკარგვა, მრავალჯერადი ღებინება, კუსმაულის ტიპის ღრმა ხმაურიანი სუნთქვა, მკვეთრად გამოხატული სისხლძარღვოვანი ჰიპოტენზია, თვალის კაკლების ჰიპოტონია, დეჰიდრატაციის სიმპტომები, ოლიგურია, ანურია, ჰიპერგლიკემია, რომელიც აღემატება

16,55-19,42 მმოლ/ლ და ზოგჯერ აღწევს 33,3-55,5 მმოლ/ლ, კეტონემია, ჰიპოკალიემია, ჰიპონატრიემია, ლიპემია, ნარჩენი აზოტის მომატება, ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი. ჰიპეროსმოლური არაკეტონემიური დიაბეტური კომის დროს დამახასიათებელი აცეტონის სუნი არ არის, აღინიშნება გამოხატული ჰიპერგლიკემია 33,3 მმოლ/ლ-ზე ზევით, სისხლში კეტოსხეულების ნორმალური დონის დროს, ჰიპერქლორემია, აზოტემია, სისხლის მომატებული ოსმოსური წნევა, ჰემატოკრიტის მაღალი მაჩვენებლები. ლაქტაციდოზური კომა წარმოიქმნება თირკმლის უკმარისობისა და ჰიპოქსიის ფონზე, განსაკუთრებით ხშირია ავადმყოფებში, რომლებიც ღებულობდნენ ბიგუანიდებს. სისხლში აღინიშნება რძემჟავას მაღალი შემცველობა;

შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზი. საფუძვლად უდევს: 1. დიაბეტის კლასიკური სიმპტომების არსებობა: პოლიურია, პოლიდიფსია, კეტონურია, სხეულის მასის დაქვეითება, ჰიპერგლიკემია; 2. უზმოზე გლუკოზის დონის მომატება არა უმეტეს 6, 7 მმოლ/ლ ან 3. უზმოზე გლუკოზა 6,5 მმოლ/ლ, მაგრამ დღის განმავლობაში მაღალი გლიკემიის ან გლუკოზოტოლერანტული ტესტის ჩატარების ფონზე. გაურკვეველ შემთხვევებში, ასევე გლუკოზისადმი ტოლერატობის დარღვევის გამოსავლინებლად ტარდება გლუკოზის დატვირთვის სინჯი: იკვლევენ გლუკოზის შემცველობას სისხლში, უზმოზე 250-300 მლ წყალში გახსნილი 75 გ გლუკოზის მიღების შემდეგ; ჯანმრთელებში გლუკოზისადმი ნორმალური ტოლერანტობისას გლიკემია უზმოზე ნაკლებია 5,6 მმოლ/ლ, 30 და 90-ე წუთებს შორის ჩატარებული ტესტის დროს ნაკლებია 11,1 მმოლ/ლ-ზე, ხოლო გლუკოზის მიღებიდან 120 წუთის შემდეგ გლიკემია ნაკლებია 7,8 მმოლ/ლ. გლუკოზისადმი ტოლერანტობა ფიქსირდება, თუკი გლიკემია უზმოზე ნაკლებია 6,7 მმოლ/ლ, 30-სა და 90-ს წუთებს შორის ნაკლებია 11,1 მმოლ/ლ-ზე და 2 საათის შემდეგ მერყეობს 7,8 მმოლ/ლ და 11,1 მმოლ/ლ შორის. მკურნალობა. გამოიყენება დიეტოთერაპია, პერორული ჰიპოგლიკემიური პრეპარატები და ინსულინი, სამკურნალო ფიზკულტურა. თერაპიული ღონისძიებების მიზანია ნივთიერებათა ცვლისა და სხეულის მასის ნორმალიზაცია, ავადმყოფთა შრომისუნარიანობის აღდგენა, სისხლძარღვოვანი გართულებების თავიდან აცილება ან მათი მკურნალობა. დიეტა აუცილებელია შაქრიანი დიაბეტის ყველა კლინიკური ფორმის დროს. მისი ძირითადი პრინციპებია: დღიური რაციონის ინდივიდუალური შერჩევა, ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლებისა და ვიტამინების ფიზიოლოგიური რაოდენობებით მიღება; ადვილად ასათვისებელი ნახშირწყლების გამორიცხვა; ულუფებად კვება, კალორიებისა და ნახშირწყლების თანაბარი გადანაწილებით. დღიური კალორიულობის გათვლა წარმოებს სხეულის მასისა და ფიზიკური დატვირთვის მიხედვით. ზომიერი ფიზიკური დატვირთვის დროს დიეტა აგებულია შემდეგ გათვლებზე 30-35 კკალ 1 კგ მასაზე. სიმსუქნისას კალორიულობას ამცირებენ 20-25 კკალ-მდე 1 კგ მასაზე. ცილების, ცხიმებისა და ნახშირწყელების შეფარდება საკვებში უნდა იყოს ფიზიოლოგიურთან ახლოს: კალორიების საერთო რაოდენობის 15-20% მოდის ცილებზე, 25-30% – ცხიმებზე, 50-60% ნახშირწყლებზე. დიეტა უნდა შეიცავდეს არა ნაკლებ 1-1,5 გ ცილას სხეულის 1 კგ მასაზე, 4,5-5 გ ნახშირწყლებს და ცხიმებს – 075-1,5 გ დღეში. ნახშირწყლების საერთო რაოდენობამ უნდა შეადგინოს არა ნაკლებ 125 გ დღეში, კეტოაციდოზის განვითარების თავიდან ასაცილებლად. საკვებს ღებულობენ დღეში 4-5ჯერ; ამასთან საუზმე უნდა შეადგენდეს საერთო რაოდენობის 25%-ს, მეორე საუზმე – 10-15%, სამხარი – 5-10%-ს, ვახშამი – 25%, მეორე ვახშამი 5-10%. ნაჩვენებია დოზირებული ადკვატური ყოველდღიური ფიზიკური დატვირთვები, რაც აძლიერებს

ქსოვილების მიერ გლუკოზის უტილიზაციას. შაქრიანი დიაბეტის კომპენსაციის მაჩვენებელია გლიკემია დღის განმავლობაში 3,85-8,9 მმოლ/ლ და გლუკოზურიის არარსებობა. შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის სწავლებას თვითკონტროლის მეთოდებით, ჰიგიენური პროცედურების თავისებურებებით, ვინაიდან იგი წარმოადგენს შაქრიანი დიაბეტის კომპენსაციის, გართულებების თავიდან აცილებისა და შრომისუნარიანობის შენარჩუნების საფუძველს.

კითხვები:

1. რა არის ჰიპოთირეოზი?
2. რა არის ჰიპერთირეოზი?
3. რა არის ჩიყვი?
4. რომელია ჰიპოთირეოზისთვის დამახასიათებელი ნიშნები?
5. რომელია ჰიპერთირეოზისთვის დამახასიათებელი ნიშნები?
6. რა ნიშნებია დამახასიათებელი მეტაბოლური სინდრომისთვის?
7. რა არის შაქრიანი დიაბეტის ეტიოლოგია?
8. რა კლინიკური ნიშნები აქვს შაქრიან დიაბეტს?
9. რა გართულებებია დამახასიათებელი შაქრიანი დიაბეტისათვის

http://old.aversi.ge/main_jurnal.php?lang=geo&id=2264&cat_id=2

http://www.medgeo.net/2014/01/17/diabeti/

http://mkurnali.ambebi.ge/index.php/daavadebebi-mkurnaloba/nivthierebatha-cvla/2056-2010-08-18-09-55-13.html

შარდ-სასქესო სისტემის

საშარდე სისტემის დაავადებები

გამოკვლევის მეთოდები:

გამოკითხვა - ოჯახური ანამნეზი, მემკვიდრეობაში ხომ არ აღინიშნებოდა თირკმლის დაავადებები (კისტოზური თირკმელი), მაღალი წნევა.

ტიპიური ჩივილები

• პოლაკიურია და დიზურია: გახშირებული და მტკივნეული შარდვა ტენეზმებით (მტკივნეული შარდვის მოთხოვნილება) დამახასიათებელია მწვავე ცისტიტისთვის, რაც უპირატესად ქალების პრობლემაა. თუმცა ასაკიანი მამაკაცებიც პროსტატის ჰიპერტროფიით, რომელთაც აქვთ ნარჩენი შარდის დიდი რაოდენობა, უჩივიან გახშირებულ შარდვას, შარდის მცირე პორციებით. შარდვის გახშირების მიზეზი შეიძლება იყოს შარდმდენის მიღება ან შეშუპების ალაგების პროცესი.

• პოლიურია და პოლიდიფსია: შარდის მომატებული რაოდენობა და წყურვილი მიგვითითებს თირკმლის ფუნქციის დარღვევაზე, თირკმლის ქრონიკულ უკმარისობაზე. პოლიურია (შარდის რაოდენობა >2000 მლ/24 სთ-ში), არ არის აუცილებელი დაკავშირებული იყოს თირკმლის დაავადებასთან, შესაძლოა გამოვლინდეს შაქრიანი დიაბეტის (diabetis mellitus) ან უშაქრო დიაბეტის (diabetis insipidus), ჰიპერკალცემიის ან ფსიქოგენური პოლიდიფსიის დროს.

• ოლიგურია (შარდის გამოყოფა 24 სთ-ში <500 მლ) ან ტოტალური შეკავება - ანურია. მიგვითითებს თირკმლის მწვავე უკმარისობაზე ან ქრონიკული უკმარისობის ბოლო სტადიაზე (თუ ხვედრითი წონაც დაბალია), სითხის მცირე რაოდენობით მიღებაზე ან ჭარბ დანაკარგზე ოფლის სახით, ამ დროს ხვედრითი წონა მაღალია. ანურია შეიძლება იყოს ორი სახის:

ა) სეკრეტორული ანურია - გამოწვეულია გორგლოვანი ფილტრაციის მკვეთრი მოშლით (შოკი, მწვავე სისხლდენა, ურემია) პირველ ორ შემთხვევაში სისხლის წნევის მკვეთრი ვარდნაა, მესამე შემთხვევაში - გორგლების ნეკროზი.

ბ) ექსკრეტორული ანურია (იშურია) - თირკმლის ფუნქცია შენახულია, შარდის პასაჟია დარღვეული (შარდის ბუშტის კუნთის პარეზი, პროსტატის ადენომა ან კიბო, ურეთრის სტრიქტურა).

• ნიქტურია - შარდის ღამით გამოყოფას ეწოდება.

• შარდის მოწითალო ელფერი ნიშანია მასში ერითროციტების არსებობისა. მაკროჰემატურია (1 ლიტრ შარდში 1 მლ-ზე მეტი სისხლია შერეული) - თვალით ხილულია; მიკროჰემატურია (შარდში ერითროციტები აღმოჩნდება მხოლოდ მიკროსკოპით) - თვალით უხილავია. გარდა ამისა მოწითალო შარდის ფერი შეიძლება გამოწვეული იყოს საკვებით ან მედიკამენტებით.

ჰემატურიის დიფერენციალური დიაგნოსტიკისთვის დამხმარეა 3 ჭიქის ცდა. თუ სამივე ჭიქაში თანაბრადაა სისხლი - თირკმლიდან არის, თუ მესამე ჭიქაშია უფრო ჭარბი - შარდის ბუშტიდან არის, თუ პირველ ჭიქაში მეტია - საშარდე გზებიდან არის.

• მოჭერითი ტკივილი თირკმელების საპროექციო არეში შესაძლოა იყოს ნიშანი მწვავე პიელონეფრიტის, მწვავე გლომერულონეფრიტის ან შარდის შეგუბების (ჰიდრონეფროზი). ტკივილი გამოწვეულია ამ დროს თირკმლის კაფსულის დაჭიმვით.

• სწრაფად აღმოცენებული წელის ძლიერი ტკივილი, უპირატესად ცალმხრივად, ირადიაციით საზარდულისკენ, პერიოდულად განმეორებადი უტყუარი სიმპრომია თირკმლის კოლიკისა შარდ-კენჭოვანი დაავადების დროს. ასეთივე ლოკალიზაციის მწვავე ტკივილი, თანდათან მატებადი შეიძლება ახასიათებდეს პიელიტს ან პიელონეფრიტს.

• შეშუპება - თირკმლისმიერი ხშირად სახიდან იწყება და დილაობით ვლინდება, პროგრესირების შემთხვევაში მთელ სხეულსაც მოიცავს. საჭიროა წონაზე დაკვირვება.

• ხშირად გამოვლენილი თავის ტკივილი საჭიროებს წნევის გაზომვას. თირკმლისმიერი ჰიპერტენზია ხშირად ავთვისებიანია, დიასტოლური მაჩვენებლის მაღალი ციფრები ახასიათებს და ასევე თვალის ფსკერზე გამოხატული ცვლილებები.

• დაღლილობა, ზოგადი სისუსტე, შრომის უნარის დაქვეითება თავს იჩენს შორს წასული თირკმლის ქრონიკული დაავადებების დროს. სხვადასხვა ეტიოლოგიის თირკმლის ქრონიკულ უკმარისიბას თან ახლავს ანემია და სისხლში აზოტოვანი პროდუქტების დაგროვება (პრეურემიული სტადია).

• გულისრევა და ღებინება ტიპიური შედეგია მძიმე აციდოზის და ურემიის, რაც თირკმლის უკმარისობის ბოლო სტადიაზე მიგვითითებს.

ფიზიკალური კვლევის მეთოდები:

დათვალიერება, პალპაცია, პერკუსია.

ანემია, შეშუპება თვალში საცემია თირკმლის პათოლოგიის დროს. თირკმლის ქრონიკული უკმარისობისთვის დამახასიათებელია კანის ჭუჭყიანი მოყავისფრო ელფერი. შეშუპება უპირატესად სახეზე (Lidödeme 0 , მაგრამ შეიძლება კიდურებზეც გამოვლინდეს, შორს წასულ შემთხვევაში მთელ სხეულზე (Anasarka).

პალპაციით ნორმალურ შემთხვევაში თირკმლის მოხელთება გაძნელებულია. ის ისინჯება მხოლოდ გადიდების ან ცდომის (დაწევის) შემთხვევაში. ორ პოზიციაშია შესაძლებელი თირკმლის პალპაცია: პაციენტის ზურგზე წოლით ან დგომით მდგომარეობაში. ტექნიკაა ბიმანუალური (ტარდება ორივე ხელით მარცხენა ხელი თავსდება წელზე, მარჯვენა კი -

მუცლის მხრიდან).

პერკუსია - ხორციელდება ვერტიკალურ მდგომარეობაში. წელის არეში თავსდება მარცხენა ხელი, ხოლო მარჯვენათი მასზე მკვეთრი დარტყმები სწარმოებს. ტკივილის აღმოცენება მიუთითებს პასტერნაცკის დადებით სიმპტომზე, რაც თავს იჩენს თირკმლის კაფსულის დაჭიმვით მიმდინარე დაავადებების დროს (პიელონეფრიტი, გლომერულონეფრიტი, ამილოიდური ნეფროპათია, შეგუბებითი თირკმელი, თირკმლის ვენის თრომბოზი, შარდ-კენჭოვანი დაავადება, სიმსივნე).

შარდის ბუშტის პალპაცია და პერკუსია ტარდება ჭიპიდან ბოქვენისკენ. ისინჯება მხოლოდ გადავსებული შარდის ბუშტი, რაც პერკუსიით ყრუ ხმიანობას იძლევა.

შარდის გამოკვლევა

საშარდე სისტემის ნებისმიერი პათოლოგია გარკვეულ გავლენას ახდენს შარდზე, ამიტომ ამ სისტემის კვლევისთვის ძალიან ინფორმაციულია შარდის სურათი.

სპეციფიური (ხვედრითი) წონა _ ჯანმრთელი თირკმლის შემთხვევაში მერყეობს 1001-დან _ 1032-მდე. ის ინფორმაციას გვაძევს თირკმლის კონცენტრაციის უნარზე. ხვედრითი წონა ისინჯება ურომეტრის საშუალებით.

PH-ის განსაზღვრა _ ჯანმრთელი თირკმლის დროს შარდის რეაქცია მერყეობს 4,5-8 ფარგლებში. დღის განმავლობასი შეგროვილი შარდის რეაქცია მჟავეა 6. ის იზომება ინდიკატორის ქაღალდებით ან ტესტ-ჩხირებით. ცხოველური ცილით კვების დროს შარდს მჟავე რეაქცია აქვს, ვეგეტარიანული კვების დროს _ ტუტე.

შარდში გლუკოზის განსაზღვრა: შარდში გლუკოზის გამოჩენას გლუკოზურია ეწოდება. გლუკოზურია შეიძლება იყოს ფიზიოლოგიური და პათოლოგიური. ნორმალურად მოფუნქციონერე თირკმლისას შარდში გლუკოზა აღინიშნება მაშინ, როცა სისხლში მისი დონე აჭარბებს 9,9 მმოლ/ლ (180 მგ%) (ნორმა 4,6-6,6 მმოლ/ლ 80-120 მგ%) გლუკოზის ამ დონემ მიიღო თირკმლისმიერი ზღურბლის სახელწოდება. გლუკოზურია აღინიშნება შაქრიანი დიაბეტის, იშვიათად თირეოტოქსიკოზის, იცენკო-კუშინგის და ჰიპოფიზის დაავედებები დროს.

ბილირუბინი და ურობილინი (ნაღვლის პიგმენტები) - შარდში მატულობს ღვიძლის დაავადებების დროს. ბილირუბინურია გვხვდება მექანიკური ან პარენქიმული სიყვითლის დროს. ნორმალურ შემთხვევაში ბილირუბინი შარდში არ არის. ურობილინურია გვხვდება ჰეპატიტის, ციროზის, ღვიძლის ტოქსიური დაზიანების, ჰემოლიზური ანემიის დროს. ნორმალურ შემთხვევაში 24 სთ-ში შარდით გამოიყოფა 1 მგ ურობილინი.

ერითროციტები - ჯანმრთელ ადამიანთან გვხვდება ერთეული მხედველობის არეში. მათი მომატება ე. ი. ჰემატურია ახასიათებს მწვავე და ქრონიკულ გლომერულონეფრიტს, პიელონეფრიტს, თირკმლის პოლიკისტოზს, შარდკენჭოვან დაავადებას, თირკმლის ტუბერკულოზს, ტრავმას. ერითროციტები თუ შეცვლილია - თირკმელიდან მოდის, შეუცვლელია კენჭით გამოწვეული ან შარდის ბუშტიდან მომავალი ერითროციტები.

ლეიკოციტების მომატებას შარდში ლეიკოციტურია ეწოდება. ნორმალურ შარდში 2-4 ლეიკოციტია მხედველობის არეში. მათი მომატება ნიშანია ანთებითი ცვლილებების (ურეთრიტი, ცისტიტი, პიელონეფრიტი). აქაც სადიფერენციაციოდ, თუ სად არის ანთებითი პროცესი - 3 ჭიქის სინჯს იყენებენ.

ცილინდრები - ნორმაში შარდში არ გვხვდება. ისინი თირკმლის მილაკების ცილოვანი წარმონაქმნებია. ცილინდრი შეიძლება იყოს ცრუ და ჭეშმარიტი. ცრუ შეიძლება იყოს

მარილოვანი, ჭეშმარიტი ცილინდრი ჩნდება პროტეინურიის შედეგეად და მიუთითებს თირკმლის პანერქიმის ძლიერ დაზიანებაზე.

შარდის ნალექში მარილები შეიძლება იყოს კრისტალური ან ამორფული სახით. მარილების ხასიათი დამოკიდებულია შარდის კოლოიდურ მდგომარეობაზე და pH-ზე. შარდის მჟავე რეაქციის დროს აღინიშნება შარდმჟავა ამორფული უჯრედები, ოქსალატები, ტუტე რეაქციის დროს კარბონატები და ფოსფატები.

შარდში ფორმიანი ელემენტების სიჭარბის სახით შეიძლება იყოს ერითროციტები, ლეიკოციტები და სიმსივნური უჯრედები.

ულტრაბგერითი გამოკვლევა ყველაზე ნაკლებ ინვაზიური ინსტრუმენტული კვლევის მეთოდია და ლაბორატორიული კვლევის შემდეგ პირველად მას მივმართავთ. ეს კვლევა გვაძლევს შემდეგ ინფორმაციებს:

- თირკმლის ზომის, ფორმის და მდგომარეობის
- მოცულობითი პროცესების (კისტა, სიმსივნე)
- კენჭის
- შარდის პასაჟის დარღვევის (შეგუბების სიმპტომები მენჯ-ფიალოვან სისტემაში) შესახებ, გამოიყენება
- თირკმლის პუნქციის შემთხვევაში დასამიზნებლად.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა

თირკმელების რენტგენოდიაგნოსტიკურ მეთოდებს მიეკუთვნება მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია (საკონტრასტო ნივთიერებების გამოყენების გარეშე), უროგრაფია, პიელოგრაფია და სხვა რენტგენოსკოპიის დროს თირკმელები არ ვლინდება.

თირკმელების რენტგენოლოგიური გამოკვლევა სასურველია ყოველთვის დაიწყოს მიმოხილვითი რენტგენოგრაფიით. ამ დროს მეტად მნიშვნელოვანია გამოკვლევის წინა საღამოს და დილას ნაწლავების გასუფთავება ოყნით. ჩვეულებრივ, რენტგენოგრამაზე შეიძლება დავინახოთ თირკმლების ოვალური ჩრდილი. რის მიხედვითაც ვმსჯელობთ ორგანოს ფორმაზე, სიდიდეზე და მდებარეობაზე. ზოგჯერ ვლინდება კონკრემენტები _ კალციუმის მარილების კენჭები (ოქსალატები და ფოსფატები). შარდმჟავა შენების კენჭები მიმოხილვით რენტგენოგრამაზე არ ჩანს.

კომპიუტერული ტომოგრაფია

კომპიუტერული ტომოგრაფია განსაკუთრებით ღირებულია თირკმლის სიმსივნეების დიაგნოსტიკაში. აღნიშნული მეთოდით ვლინდება 1 სმ-მდე დიამეტრის სიმსივნეები. შეიძლება დადგინდეს სიმსივნის რღვევის გარემომცველ ქსოვილებში ჩაზრდის არსებობა, რეგიონალურ ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზირება.. კომპიუტერული ტომოგრაფიით კარგად ვლინდება ჰიდრონეფროზის არსებობა, ხდება რენტგენონეგატიური კენჭების დიაგნოსტიკა.

თირკმლის პუნქციური ბიოფსია

ყველაზე ხშირად მიმართავენ თირკმლების კანგავლით პუქციურ ბიოფსიას. აღნიშნულ მეთოდს მიმართავენ მაშინ, როდესაც კლინიკური და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული მეთოდებით არ ხერხდება დიაგნოზის დასმა. ბიოფსიით მიღებული ქსოვილის ჰისტოლოგიური შესწავლა საშუალებას იძლევა დადგინდეს თირკმლების დაზიანების ხარისხი (ნეფრიტი, ამილოიდოზი და სხვა), პროცესის აქტიურობა და სხვა. ბიოფსია გამოიყენება აგრეთვე, ჩატარებული თერაპიის ეფექტის შესაფასებლად და მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკის დასადგენად. თირკმელების ბიოფსიის წინააღმდეგჩვენებებია: ერთი თირკმლის არსებობა, პიონეფროზი, პარანეფროზი, თირკმლის კიბო, აორტის და თირკმლის არტერიის ანევრიზმა, არტერიული ჰიპერტენზიის ავთვისებიანი ფორმა და ჰემორაგიული დიათეზის არსებობა.

საშარდე სისტემის უხშირესი დაავადებები

ყველაზე მეტად გავრცელებულია საშარდე გზების ინფექციური დაავადებები (ქალთა 5% ბაქტერიული ინფექცია), ხშირია გართულებები და მკურნალობის მიმართ რეზინსტენტობა, აქედან გამომდინარე რეციდივებიც.

კლინიკურად პათოლოგიის რამოდენიმე ფორმა ვლინდება:

1. მწვავე ცისტიტი
2. მწვავე პიელიტი (პიელონეფრიტი)
3. ქრონიკული პიელონეფრიტი
4. ე. წ. ასიმპტომური ბაქტერიურია

მწვავე ცისტიტი

ცისტიტი შარდის ბუშტის კედლის ინფექციურ-ანთებითი პროცესია, თუმცა შარდის გამომყოფ გზებს ისეთი ანატომიური წყობა აქვს, რომ როდესაც ცისტიტზე ვლაპარაკობთ, შარდის ბუშტის ანთებასთან ერთად შარდსადინარის ანთება - ურეთრიტიც იგულისხმება. ცისტიტი შეიძლება იყოს როგორც ბაქტერიული, ისე არაბაქტერიული (ინტერსტიციული) წარმოშობის.

მიზეზი მრავალია, დაწყებული უბრალო გაციებით, დამთავრებული სქესობრივი კავშირით, რომელიც შესაძლოა ინფექციის მიზეზად იქცეს (ე.წ. ახალდაქორწინებულთა ცისტიტი). ცისტიტს ხშირად იწვევს ნაწლავის ჩხირი, ქლამიდია, უროპლაზმა, მიკოპლაზმა, ასევე -

პირადი ჰიგიენის დაუცველობა, ჰორმონების, ანტიბიოტიკების გამოყენება, იმუნიტეტის დაქვეითება.

არაბაქტერიული (ინტერსტიციული) ცისტიტის მიზეზი უცნობია. ასახელებენ ფსიქოლოგიურ, იმუნოლოგიურ, ნეიროპათიურ დარღვევებს, შარდის ბუშტის დამცავი შრის უკმარისობას, შარდში ტოქსიკური პროდუქტების შემცველობას, თუმცა არც ერთი ეს თეორია დადასტურებული არ არის. ვარაუდობენ, რომ დაავადების ჭეშმარიტი მიზეზია შარდის ბუშტის ამომფენი სტრუქტურული მოლეკულის, გლიკოზამინოგლიკანის, უკმარისობა, რის გამოც შარდის ნივთიერებები შარდის ბუშტის კედელში აღწევს და ანთებას იწვევს. გამომწვევის კვალობაზე, ურეთრიტიც ორგვარია: ბაქტერიული (გონორეით, ქლამიდიით, ტრიქომონით, ურეაპლაზმით, მიკოპლაზმით, ვირუსებით გამოწვეული) და არაინფექციური წარმოშობის - ალერგიული რეაქციის ან შარდსადინარის ტრავმის (მაგალითად, კათეტერით დაზიანების) შედეგად განვითარებული.

ცისტიტი უმთავრესად ქალებს ემართებათ, რაც მათი სასქესო ორგანოებისა და შარდგამომყოფი სისტემის თავისებურ აგებულებასთან არის დაკავშირებული. ქალის შარდსადინარი ფართო, სწორი და მოკლეა (2,5-3სმ), ამიტომ საშოდან და ანალური მიდამოდან შარდსადინარში მოხვედრილი ინფექცია ადვილად აღწევს შარდის ბუშტში. მამაკაცებიც ავადდებიან, თუმცა იშვიათად. მათი შარდსაწვეთი ვიწრო და გრძელია - 15-30სმ. დაავადება გვხვდება ბავშვებსა და მოხუცებშიც. ცისტიტით ავადობა გოგონებში 3-ჯერ მეტია, ვიდრე ბიჭებში. ქალების დაახლოებით 20-25% სიცოცხლეში ერთხელ მაინც ავადდება ცისტიტის ამა თუ იმ ფორმით. 10% თითქმის მუდმივად უჩივის ცისტიტის ნიშნებს (ქრონიკული ცისტიტი). თუ ცისტიტით უმეტესად ქალები ავადმყოფობენ, ურეთრიტის სიმპტომებს უფრო ადრე და მწვავედ მამაკაცები შეიგრძნობენ (გრძელი და წვრილი ურეთრის გამო). ქალებს სიმპტომები ნაკლებად აქვთ გამოხატული და შესაძლოა, შეუმჩნეველიც დარჩეთ, თუ ანთება ცისტიტით არ გართულდა.

კლინიკა: ტიპიური ჩივილებია დიზურია და პოლაკიურია და შარდის ბუშტის ტენეზმები. ტემპერატურა ხშირად არ ვლინდება.

შარდში:

- ლეიკოციტურია
- შესაძლოა ერითროციტურია
- პროტეინურია
- 50% ბაქტერიურია

თერაპია: კლასიკურად ბაქტერიურიის არსებობისას ანტიბიოტიკოგრამით შეირჩევა ანტიბიოტიკი და 2 კვირის განმავლობაში ტარდება ანტიბიოტიკოთერაპია. შეიძლება მაღალდოზირებული (დარტყმითი) თერაპია 5 დღის განმავლობაშიც. ანთროპოსოფიულ მედიცინაში argentum nitricum comp. / cantaris comp. ლოკალური სითბო, სპაზმოლიზური თერაპია, შარდის ბუშტთან საფენები, სითხით დატვირთვა.

მწვავე პიელონეფრიტი - თირკმლის მენჯისა და პარენქიმის ბაქტერიული ანთება, უპირატესად თირკმლის ტვინოვანი ნაწილის ანთება (ინტერსტიციული ნეფრიტი). ბაქტერია თირკმელში შესაძლოა რეტროგრადულად - შარდის ბუშტიდან და საშარდე გზებიდან მოხვდეს (აღმავალი ინფექცია), ან სისხლიდან, უპირატესად ლიმფური გზით იქნას მიტანილი თირკმლის პარენქიმამდე. გამომწვევი ბაქტერიები უფრო ხშირად არიან:

- გრამუარყოფითი ბაცილები: E. coli, klebsiella, enterobaqteria, pseudomonas, proteus vulgaris და salmonella.

- გრამ-დადებითი კოკები: streptococcus, enterococcus, staphylococcus.

ნორმალურ შემთხვევაში ბაქტერია ვერ უნდა აღწევდეს თირკმელამდე, ძალიან მნიშვნელოვანია პრედისპიზიციური ფაქტორები. ადრეულ ასაკში დაავადება უპირატესად ქალებთან ვლინდება, სიცოცხლის მეორე ნახევარში კი - მამაკაცებთან. ძირითადი ხელშემწყობი ფაქტორია შარდის პასაჟის დარღვევა, შარდის გამოყოფის ხელშემშლელი ფაქტორები (თირკმლის ფორმისა და მდებარეობის ანომალიები, შარდ-კენჭოვანი დაავადება, საშარდე გზების ანომალიები, პროსტატის ჰიპერტროფია, სიმსივნეები, შარდსაწვეთის სტრიქტურა (შევიწროება), დიაბეტი, ორსულობა.

კლინიკა: ანთების ზოგადი ნიშნები: სიცხე (შემცივნებით, ზოგადი სისუსტით, თავის ტკივილით). გახშირებული შარდვა, მოშარდვის სურვილის შეგრძნება, ტენეზმები, მოჭერითი ტკივილი წელის მიდამოში, რაც გასინჯვით ხშირად ცალმხრივად ვლინდება.

დიაგნოზი: ლაბორატორიულად სისხლში ლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრით, მომატებული ედსი. შარდში - ლეიკოციტურია, პიურია, ბაქტერიურია, შარდის კულტურის გამოყვანა და მისი სპეციფირება ხდება ანტიბიოტიკოგრამის მეშვეობით ანტიბიოტიკის შერჩევის მიზნით.

გაუმჯობესების შემდეგ, განსაკუთრებით რეციდივებისკენ მიდრეკილების შემთხვევაში, ინტრავენური პიელოგრაფია კეთდება პრედისპოზიციური ფაქტორების გამოვლენის მიზნით.

დაავადება განკურნებადია, თუმცა გაქრონიკულების შესაძლებლობაც არსებობს.

მკურნალობა: წოლითი რეჟიმი, სითბური აპლიკაციები, სითხით დატვირთვა (დღეში > 2 ლიტრზე)

ბაქტერიული კულტურის მიღებამდე ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკოთერაპია პენიცილინის, ცეფალოსპორინების, ან კომბინირებული პრეპარატის მიღება (ტრიმეტოპრიმი/სულფამეტოქსიზოლინთან ერთად) - ბისეპტოლო. 1-3 კვირის განმავლობაში მკურნალობის შედეგი მოწმდება ანტიბიოტიკის მოხსნიდან 10 დღის შემდეგ შარდის ანალიზით (პროფილაქტიკისთვის ნიტროფურანის ჯგუფის პრეპარატი.

ქრონიკული პიელონეფრიტი - არაბოლომდე ნამკურნალები მწვავე, მორეცივიდე პიელონეფრიტის შედეგია. უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს პრედისპოზიციური ფაქტორები.

კლინიკა - შესაძლოა სიმპტომთა პერიოდული გამწვავებებით ან ხანგრძლივი დროის განმავლობაში გაურკვეველი ტემპერატურით და თავის ტკივილით გამოვლინდეს და თანდათან თირკმლის უკმარისობამდეც მივიდეს. დამახასიათებელია ტრიადა:

- პიურია
- ბაქტერიურია
- მაღალი ედსი

ასიმპტომურ ბაქტერიურიას აქვს ადგილი როდესაც:

- შარდში ბაქტერიების გარკვეული რაოდენობა დგინდება და ამავდროულად

1) საშარდე გზების ინფექციის სიპტომები და ანამნეზური მონაცემები არ არსებობს.

2) საშარდე სისტემის ინფექციის ობიექტური ნიშნებიც არ არის

3) საშარდე სისტემის ინფექციათა პრედისპოზიციური ფაქტორებიც არ არსებობს.

ასეთი მდგომარეობის მკურნალობა მხოლოდ ორსულობის პერიოდშია რეკომენდირებული..

მწვავე გლომერულონეფრიტი

მწვავე გლომერულონეფრიტი უხშირესად გამოვლინდება როგორც მეორადი დაავადება მწვავე ინფექციის გადატანის შემდგომ დაახლოებით 2 კვირის განმავლობაში. მწვავე ინფექცია უფრო ხშირად -ჰემოლიზური სტრეპტოკოკით განპირობებული ზემო სასუნთქი გზების დაავადებები შეიძლება იყოს: ტონზილიტი, სინუსიტები, ოტიტი, ქუნთრუშა ან წითელი ქარი და სხვა, რადგან მწვავე ინფექციის გადატანიდან დროის შუალედის შემდეგ ვლინდება და არა მაშინვე, სავარაუდოა, რომ იმუნოლოგიური მექანიზმი თამაშობდეს მნიშვნელოვან როლს.

უფრო მეტად ავადდებიან ბავშვები, ვიდრე მოზრდილები და ბიჭები, ვიდრე გოგონები. ზიანდება გლომურულები, სისხლძარღვთა განვლადობა მატულობს, შარდში ჩნდება ცილა და ერითროციტები.

კლინიკა - სტრეპტოკოკული ინფექცია, რომელიც 1-3 კვირის შემდგომ გლომერულონეფრიტის გამომწვევი ხდება ხოლმე ძირითადად ცხვირ-ხახის ლოკალიზაციისაა და იშვიათად - კანის.

მწვავე გლომერულონეფრიტის ადრეული სიმპტომებია

- მაღალი წნევა
- ჰემატურია

- შეშუპება
- პროტეინურია

შეშუპება ქუთუთოების და სახის მიდამოშია. ხშირად ვლინდება ტემპერატურა, უმადობა, ზოგადი სისუსტე. შესაძლოა წელის მიდამოში ტკივილი ან უსიამოვნო შეგრძნებებიც იყოს. გარდა ამისა აღინიშნება შარდის რაოდენობის შემცირება და მოწითალო ფერი. მაღალ წნევასთან დაკავშირებით შესაძლოა კარდიალური სიმპტომებიც გაჩნდეს.

დიაგნოზი; შარდში ზომიერი პროტეინურია და ჰემატურია, ასევე ხშირად ცილინდრურიაც. სისხლში აზოტოვანი ნივთიერებები უმნიშვნელოდაა მომატებული. მაღალია ედრი.

საჭირო სადიაგნოსტიკო გამოკვლევებია:

სისხლში: ედსი, კრეატინინი, ელექტროლიტები, O-ანტისტრეპტოლიზინი.

შარდში: ერითროციტები, ერითროციტალური ცილინდრები, ლეიკოციტები, ცილა.

დაავადება ბავშვებთან უფრო მსუბუქად მიმდინარეობს, ვიდრე მოზრდილებთან (80-85% გაჯანმრთელებით მთავრდება, 2-5 % _ სიკვდილის მიზეზი ხდება). დანარჩენებთან შესაძლოა ქრონიკულ ფორმაში გადავიდეს.

თერაპია პირველი 4-6 კვირა წოლითი რეჟიმი, ნაკლები დატვირთვა. მაღალი წნევით და შეშუპებით მიმდინარეობისას სუფრის მარილი შეზღუდვა, სითხის და ცილის მიწოდება.

მედიკამენტოზურად სტრეპტოკოკული ინფექციის საწინააღმდეგო კაუზალური თერაპია და სიმპტომური საშუალებები. თირკმლის უკმარისობის დროს კი - დიალიზი.

ქრონიკული გლომერონეფრიტი - არის თირკმლების ორმხრივი დაავადება, რომელიც განპირობებულია გლომერულათა დიფუზური ანთებით, ის თანდათან გადადის თირკმლის უკმარისობაში. ამ დაავადების განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს იმუნური სისტემა.

კლინიკურად ძალზედ ნელა პროგრესირებს ფარულად მიმდინარეობს. ადრეულ სტადიაში ჩივილები არ არის. როგორც წესი თირკმლის პათოლოგია სრულიად მოულოდნელად აღმოჩნდება შარდში ცვლილებით, ან ურემიით. ძირითადად სამი კლინიკური ფორმა არსებობს:

1. ვაზკულარული, ჰიპერტონული - ახასიათებს ჰიპერტონია, შეშუპება, პროტეინურია;

2. ნეფროზული სინდრომით მიმდინარე - ახასიათებს პროტეინურია და შეშუპებები;

3. შერეული - ორივე ფორმის სიმპტომები

შარდში: ცილა, ერითროციტები, ერითროციტალური ცილინდრები, ლეიკოციტები, ცვილისებრი ცილინდრები, ბაქტერიები.

სისხლში: უნდა განისაზღვროს ელექტროლიტები, ცილა, კრეატინინი დამატებითი დიაგნოსტიკა: IVP, თირკმლის ბიოფსია, თვალის ფსკერი.

მკურნალობა ძირითადად სიმპტომურია, დიეტა ჰიპერტონიის და შეშუპების შემთხვევაში უმარილო, ცილით მდიდარი. ნეფროზული სინდრომის დროს კორტიზონი, იმუნოსუპრესიული თერაპია. მაღალი წნევისთვის უპირატესობა ენიჭება კაპტოპრილს (AჩE-ინჰიბიტორს), თუ თირკმლის უკმარისობამდე მიდის საქმე - დიალიზი

ნეფროზული სინდრომი არის შედეგი შარდით ცილის დიდი რაოდენობით დანაკარგისა, რაც უხშირესად თირკმლის დაავადებების დროს ვლინდება, თუკი პათოლოგიური პროცესი გლომურულებზეც ვრცელდება

კლინიკა: წამყვანი სიმპტომია მასიური შეშუპებები. უპირატესად ქუთუთოების და სახის, ასევე ქვედა კიდურების. ამასთან დაკავშირებით სხეულის მასა 20%-ით და მეტად მატულობს. შორსწასულ შემთხვევებში ექსუდაციაა პერიტონიუმის და პლევრის ღრუებში. შესაძლოა გამოვლინდეს გენერალიზებული შეშუპება _ ანასარკა.

დიაგნოზი - სისხლის ბიოქიმიური კვლევით ჰიპოალბუმინემია, დისპროტეინემია, მაღალი ედრი, ჰიპერლიპოპროტეინემია (მომატებულია ქოლესტერინი და ტრიგლიცერიდები).

შარდში _ პროტეინურია, ლიპიდურია, ცილინდრური. ნეფროზული სინდრომი პირდაპირი ჩვენებაა თირკმლის პუნქციისთვის (თირკმლის ბიოფსია).

თირკმლის მწვავე უკმარისობა

თირკმლის მწვავე უკმარისობა ეწოდება თირკმლის ფუნქციის სწრაფ შეზღუდვას, რაც ოლიგურიით ან ანურიით იჩენს თავს.

თირკმლის მწვავე უკმარისობის უხშირესი მიზეზებია:

1. შოკი, სისხლის წნევის დაქვეითება, ჰიპოვოლემია მაგ. სისხლის და სითხის მწვავე დაკარგვა (ექსიკოზი), OP-შოკი, ტრავმული შოკი, სისხლძარღვშიდა ჰემოლიზი სისხლის გადასხმის შემდგომი, ქსოვილის დიდი ზომის დაზიანება მაგ. დამწვრობა, პანკრეატიტი, ილეუსი.

2. ინტოქსიკაციები: მძიმე მეტალებით (ვერცხლისწყალი, ქრომი, ტყვია), ორგანული ნაერთებით, სოკოთი, ნეფროტოქსიული ანტიბიოტიკები (ამფოტერიცინი, გენტამიცინი).

3. სეპტიური შოკი გრამუარყოფითი ფლორით გამოწვეული

4. შარდის ბუშტიდან შარდის გამოყოფის ხელშემშლელი ფაქტორები. შარდის ბუშტის კენჭი, პროსტატის ჰიპერტროფია, გინეკოლოგიური დაავადებები პოსტოპერაციული ნაწიბურები. თირკმლის მწვავე უკმარისობის განვითარებაში გადამწყვეტ როლს თამაშობენ თირკმლის

იშემია (წნევის დავარდნასთან დაკავშირებული) და ტოქსიური დაზიანებები. წნევის დავარდნის (თირკმელში სისხლის მოდინების ნაკადის შემცირება) იწვევს დიურეზის შემცირებას და აქედან გამომდინარე ოლიგურიას ან ანურიას. ტოქსიური ნივთიერებების გავლენით კი ზიანდება მილაკოვანი უჯრედები _ ჩამოფცქვნილი ეპითელით იჭედება მილაკები და მათი ფუნქციაც ირღვევა.

კლინიკა: თირკმლის უკმარისობის დაწყების პირველ დღეებში ძირითადი დაავადების კლინიკური სურათია გამოხატული. თირკმლის მწვავე უკმარისობის მნიშვნელოვანი სიმპტომები კი თავს იჩენს ოლიგურია-ანურიით და აზოტოვანი ნივთიერებების დაგროვების სიმპტომებით. შორსწასული პროცესის დროს გამოვლინდება კარდიალური გართულებები გულის შეგუბებით, უკმარისობის და შრატში კალიუმის დაგროვების სახით.

3-14 დღემდე ანურია ჩვეულებრივ იცვლება პოლიურიით, რაც იმის ნიშანია, რომ თირკმელი კვლავ იწყებს აქტიურ ფუნქციონირებას.

პირველ რიგში უნდა ვუმკურნალოთ თირკმელის მწვავე უკმარისობის გამომწვევ დაავადებას. სისხლის ან პლაზმის გადასხმით ჰიპოვოლემიისა და ექსიკოზის თავიდან აცილება. მცირე ოდენობით მაღალკონცენტრირებული მანიტოლით და ფუროსემიდით დიურეზის შენარჩუნებით. წონისა და სითხის ბალანსის ყოველდღიური მონიტორინგი. კვება მკაცრად კალიუმით და ნატრიუმით ღარიბი. ინფექციის პროფილაქტიკის მიზნით ანტიბიოტიკოთერაპია. (50%-სიკვდილის მიზეზი ინფექციური გართულებებია).

დიალიზის ჩვენებებია:

- ჰიპერკალემიის და წყალ-მარილოვანის ცვლის მძიმე მოშლა
- მდგომარეობის გაუარესება ურემიის გამო

ლეტალურობა 40%. 50 წლის ზემოთ ასაკის პაციენტებთან მნიშვნელოვნად უფრო მაღალი.

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა - არის წლების განმავლობაში მიმდინარე შეუქცევადი თირკმლის უკმარისობა, რაც საბოლოოდ ურემიამდე მიდის.

ქრონიკული პიელონეფრიტი, გლომერულონეფრიტი, კისტოზური თირკმელები, დიაბეტური ნეფროპათია, ამილოიდოზი, პოდაგრული თირკმელი არის მიზეზი თირკმლის ქრონიკული უკმარისობისა

თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის და ურემიის გამო ორგანიზმის ყველა ორგანოს ფუნქცია ირღვევა:

- გულის და სისხლის მიმოქცევის: ჰიპერტონია, პერიკარდიტი
- სისხლმბადი სისტემის: ანემია, თომბოციტოპენია, ჰემორაგიული დიათეზი
- ელექტროლიტთა და წყლის ცვლის მოშლა: ჰიპო ან ჰიპერკალემია, ჰიპერკალცემია, ჰიპონატრემია, წყლის ჭარბი შეკავება.
- ენდოკრინული სისტემის: ჰიპოგონადიზმი, ჰიპერპარათირეოიდიზმი
- კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის: გასტრიტი, ღებინება, ფაღარათი, კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენა
- ნერვული სისტემის: პერიფერიული ნეიროპათია, კუნთური სისუსტე, კონცენტრაციის დეფიციტი, ჰიპერრეფლექსია
- მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობის დარღვევა: რენალური აციდოზი
- ფილტვის: შეშუპება, ანთება, პლევრიტი
- ძვლების: `რენალური ოსტეოპათია~ ვიტამინ D-ს ცვლის მოშლით და ჰიპერპარათირეოიდიზმით განპირობებული.

კლინიკური სურათის მიხედვით თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის რამოდენიმე სტადიას არჩევენ:

I სტადია: მხოლოდ ძალიან მგრძნობიარე სინჯებით მაგ. კრეატინინის კლირენსის განსაზღვრით დგინდება. ნარჩენი პროდუქტები შრატში ჯერ არ აღინიშნება. შრომისუნარიანობა შენახულია.

II სტადია: შრატში კრეატინინი მატულობს (> 106 μ მოლ/ლ) > 1,2 მგ%. აზოტოვანი პროდუქტების მატებას შრატში კლინიკური სიმპტომების გარეშე აზოტემია ეწოდება.

III სტადია: ნარჩენი პროდუქტების მატება შრატში, ელექტროლიტური დისბალანსი, პაციენტი უჩივის ზოგად სისუსტეს, უმადობას, გულისრევას, დაღლილობას, ანემია და ჰიპერტონიაც სახეზეა.

IV სტადია: შრატში კრეატინინის დონე > 10 მგ% (880 μ მოლ/ლ) კლინიკურად კლასიკური ურემიის სიმპტომებია: დაღლილობა, აპათია, თავის ტკივილი, გულისრევა, ღებინება, ძილიანობა, კრუნჩხვები. შესაძლოა კომატოზური მდგომარეობის (ურემიული კომა) ჩამოყალიბება. პლევრიტისა და პერიკარდიტის გვერდით ურემიული ენტერიტი (ფაღარათი).

მკურნალობის დროს ყურადღება უნდა გამახვილდეს მედიკამენტთა თირკმლით გამოყოფის პერიოდებზე. სითხის ბალანსს აკვირდებიან ყოველდღიური წონის კონტროლით. მაღალი წნევის დროს ნატრიუმი იზღუდება. თუ ჰიპერკალემიაა კალიუმის ჭარბად შემცველი

პროდუქტები უნდა შეიზღუდოს (შოკოლადი, ჩირები, შებოლილი ლორი, ბანანი, პარკოსნები), ცილით მდიდარი კვება (მიღებული ცილა არანაკლებ 40 გ დღეში).

დროულად უნდა იქნას ინფორმირებული პაციენტი და თადარიგიც დაჭერილი ბოლო პერიოდთან დაკავშირებით, რომ პაციენტს მოუწევს ხელოვნური ან ტრანპლანტირებული თირკმლით ცხოვრების გაგრძელება.

დიალიზი და ტრანსპლანტაცია

დიალიზის დროს მკურნალობაში განსხვავება არის იმის მიხედვით პროცესი მწვავეა თუ ქრონიკული.

• მწვავე დიალიზი, მაგ. თირკმლის გარდამავალი უკმარისობის მქონე ან მოწამლულ პაციენტებთან.

• ქრონკული დიალიზი _ დიალიზური მკურნალობა თირკმლის შეუქცევადი უფუნქციობის დროს

როგორც მწვავე, ასევე ქრონკულ შემთხვევაში შესაძლოა ჩატარდეს როგორც პერიტონიალური, ისე ჰემოდიალიზი. მესამე ტიპის შეიძლება ჩატარდეს გადაუდებელ სიტუაციაში, სასიცოცხლო ჩვენებით (მაგ. ფილტრირებადი შხამებით მოწამვლის, მასიური შეშუპების ან ჰიპერკალემიის დროს) სისხლის ფილტრაციის სახით. მაგ. საავადმყოფოში სადაც არის სადიალიზო განყოფილება და შესაბამისი აპარატურა, ამ დროს გამოიყენება არტერიებსა და ვენებს შორის არსებული ფიზიოლოგიური წნევა.

პერიტონეალური დიალიზის დროს პერიტონეუმი არის სისხლსა და გამოსარეცხ ხსნარს შორის არსებული მებრანა. პრაქტიკულად ეს პროცედურა ასე ხორციელდება: თეთრ ხაზზე, ჭიპის ქვემოთ ადგილობრივი ანესთეზიის შემდეგ შეჰყავთ კათეტერი. 20-30 წთ შუალედებით შეჰყავთ პერიტონეუმის ღრუში 11/2-2 ლ სტერილური ელექტროლიტური ხსნარი და კვლავ გამოუშვებენ გარეთ. ამბულატორული, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში მიმდინარე დიალიზისთვის ეს მეთოდი ამართლებს.

ხანგრძლივი დიალიზური თერაპიის პრაქტიკაში ძალიან გაამართლა ჰემოდიალიზმა. ამ დროს ნარჩენი ნივთიერებები სისხლიდან სპეციალური შემადგენლობის მქონე ელქტროლიტურ ხსნართან მიმოიცვლება. გამტარი მემბრანის როლს კი ასრულებს ცელოფნისმაგვარი მასალა, რომლისგან დამზადებულ მილებშიც (კაპილარებში) გაივლის სისხლი. ძალიან მნიშვნელოვანია ამ პროცედურის დროს თითოეული ნივთიერების კონცენტრაციის კარგი მართვა. თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის დროს ყოველ 2-3 დღეში 4-5 სთ-ის განმავლობაში მიმდინარე დიალიზის პროცედურაა საჭირო. წლების განმავლობაში შეიძლება ასე დიალიზის დროს წუთში 200 მლ სისხლი გაიტუმბოს დიალიზატორში და კვლავ სისხლძარღვებს დაუბრუნდეს. 5 სთ-ის განმავლობაში 100 ლ სისხლი გაიტუმბება და 200 ლ-მდე დიალიზატი იხარჯება. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია და ბევრი პრობლემის მიზეზიც შეიძლება გახდეს სისხლძარღვებთან მიდგომა მაჯაზე კანქვეშ სხივის არტერიასა და წინამხრის

დიდი ვენის ანასტომოზი კეთდება. ამ ანასტომოზზე დადებული ფისტულა იძლევა მრავალჯერადი უპრობლემო პუქციის საშუალებას.

ხანგრძლივი დიალიზური თერაპია შესაძლოა მიმდინარეობდეს:

- ბინაზე ან
- ამბულატორულად ცენტრალური დიალიზის სახით

I შემთხვევაში საჭიროა პაციენტი ფლობდეს ხელოვნური თირკმლის აპარატს და შეეძლოს პუნქცია.

II შემთხვევაში ცენტრალური დიალიზისთვის კლინიკაში თავსდება.

ეს ხდება მძიმე შემთხვევაში, როცა პაციენტს ექიმის მეთვალყურეობაც ესაჭიროება.

პროგნოზულად ასეთი მკურნალობის ქვეშ 10 წელზე მეტია სიცოცხლის ხანგრძლივობა.

თირკმლის ტრანსპლანტაცია: გადანერგილი თირკმლით ადამიანი, თუ არ ჩავთვლით იმას რომ ხანგრძლივად იმუნოდეპრესანტების ქვეშ იმყოფება, ნორმალურად აგრძელებს ცხოვრებას. თირკმლის ტრანსპლანტაციის კონტიგენტია მოზრდილი ბავშვები და მოზრდილები 55 წლამდე. დონორი შეიძლება იყოს ახლო ნათესავი იგივე ჯგუფის სისხლით, ან ახლადგარდაცვლილი იმუნოლოგიურად შეთავსებადი პირი.

გადაუჭრელ პრობლემად რჩება უცხო თირკმლის მწვავე ან ქრონიკული მოცილება ორგანიზმის მიერ. სისხლის ჯგუფობრიობის გარდა აუცილებელია ტრანსპლანტატის ანტიგენთან შეთავსებადობა.

ტრანსპლანტაცია ხდება რეციპიენტის fossa ilica-ში ანასტომოზები კეთდება A.renalis და A. ilica-სა და V. renalis და V. ilica-ს შორის. დონორის თირკმლის შარდსაწვეთი კი რეციპიენტის შარდის ბუშტს მიუერთდება.

იმუნოლოგიური რეაქციის შესამცირებლად ტრანსპლანტაციამდე 24 საათის განმავლობაში იღებს პაციენტი აზატიოპრინს და პრედნიზოლონს. ტრანსპლანტაციის შემდეგ კი ციკლოსპორინს, რაც პირველი ერთი წლის განმავლობაში ტრანსპლანტატის მოცილების რისკს 20%-მდე ამცირებს. მოცილების რეაქცია გამოვლინდება უღონობით, უმადობით, სიცხით, ოლიგურიით, მაღალი წნევით, შეშუპებით, პროტეინურიით და აზოტოვანი ნივთიერებების გაზრდით სისხლის შრატში. თუ ეს ხდება - პაციენტი კვლავ დიალიზს აგრძელებს.

თირკმლის კენჭოვანი დაავადება

თირკმლის კენჭოვანი დაავადება (nephrolithiasis) - საკმაოდ ხშირია, მოსახლეობის 2%-ს აღინიშნება, უფრო ხშირად მამაკაცებშია გამოვლენილი. საშარდე სისტემაში კენჭის გაჩენის ბევრი მიზეზი შეიძლება არსებობდეს: ნივთიერებათა ცვლის დაავადებები (მაგ. ჰიპერპარათირეოიდიზმი, პოდაგრა), საშარდე სისტემის ქრონიკული ინფექციები, თირკმლის ტუბერკულოზი და ასევე იდიოპათიური (უცნობი მიზეზით).

ფიზიკო-ქიმიური მაჩვენებლებით დიფერენცირდება შემდეგი სახის კენჭები:

- კალციუმის შემცველი (ძირითადად კალციუმის ოქსალატები)
- მაგნიუმამონიუმფოსფატები
- ურატები
- ცისტინური

ლოკალიზაციის მიხედვით დიფერენცირდება:

- თირკმლის (მენჯის ან ფიალების)
- შარდსაწვეთის
- შარდის ბუშტის
- შარდსადენის

კლინიკა: თირკმლის კენჭი ყოველთვის არ არის შემაწუხებელი. უფრო ხშირად ვლინდება ყრუ ან ჩხვლეტითი ტკივილით თირკმლის მიდამოში, რომელსაც საზარდულისგან გავრცელების ტენდენცია აქვს. კოლიკის მაგვარი მწვავე, შეტევითი ტკივილი ახასიათებს კენჭის დაძვრას და ფიზიოლოგიურად ვიწრო ადგილებში გაჭედვას. გარდა ძლიერი ტკივილისა, ამ მდგომარეობას ახასიათებს გულისრევა, ღებინება. რაც შესაძლოა არასწორად შეფასდეს როგორც კუჭ-ნაწლავის პრობლემა. შარდში გამოჩნდება მიკრო ან მაკროჰემატურია. თუ თანმხლები ინფექციაც არის ლეიკოციტურიაც. დიაგნოზის დასადასტურებლად შარდის ანალიზთან ერთად აკეთებენ თირკმლის ექოსკოპიას და IVP-ს.

თერაპია და პროფილაქტიკა: მკურნალობის მიზანია კენჭის სპონტანური დაბადება და კოლიკის მკურნალობა. ლოკალურად სითბოს და შარდის რაოდენობის მატების (სითხის ჭარბი მიღება) პარალელურად სპაზმოლიზური თერაპია (ტრამალი, ბუსკოპანი) per os, რექტალურად ან ი.ვ., ასევე სხეულის მოძრაობა (კიბეებზე სიარული, ხტუნვა).

კენჭები, რომლებიც ვერ გამოიდევნება ოპერაციული გზით უნდა მოცილდეს, ან თანამედროვე ლითოტრიფსიის მეთოდით. გადაუდებლად საოპერაციოა კენჭის გამო შეგუბებითი პროცესის არსებობა და მეორადი ინფექციის თანდართვის საშიშროება.

რადგან კენჭის წარმოქმნა მორეციდივე პროცესია, საჭიროა პროფილაქტიკური ღონისძიებები და პრედისპოზიციურ ფაქტორებზე ზემოქმედება. (მაგ. პარათირეოიდული ჯირკვლის სიმსივნის ოპერაცია, პოდაგრის და ცისტინურიის მკურნალობა).

პროფილაქტიკური ღონისძიებებისთვის გადამწყვეტია კენჭის ანალიზი.

ზოგადი პროფილაქტიკური ღონისძიებებია:

- დღეში 1,5-2 ლ სითხის მიღებით შარდის რაოდენობრივი მომატება
- შარდის PH-ის კონტროლი და მართვა
- კენჭის წარმომქმნელი სუბსტანციების კონცენტრაციის კონტროლი სისხლში და მართვა.
- საშარდე ინფექციების თავიდან აცილება და მკურნალობა

გინეკოლოგიური დაავადებები

ქალის ცხოვრების მოწიფულობის ასაკიდან მოხუცებულობაში გარდამავალ პერიოდს კლიმაქტერული პერიოდი ეწოდება. კლიმაქტერული პერიოდის ფაზაა - მენოპაუზა. ის იწყება ბოლო მენსტრუაციიდან და ახასიათებს ნეირო-ჰორმონალური და მორფოლოგიური მოშლილობები. მენოპაუზა იწყება 45-50 წლის ასაკიდან. ზოგ ქალთან (1/3) მენსტრუაცია წყდება სწრაფად, ზოგთან კი ადგილი აქვს არარეგულარულ, უხვ და ხანგრძლივ მენსტრუაციის მსგავს სისხლდენებს. ამის გამო, მენოპაუზის დადგომის დრო შესაძლებელია დადგინდეს მენსტრუაციის შეწყვეტიდან მინიმუმ ერთი წლის შემდეგ. გვიანი მენოპაუზა (55 წლის შემდეგ) აღინიშნება საშვილოსნოს ფიბრომიომისა და ჰიპერტონული დაავადებების დროს. გარდამავალი ასაკის ქალებში მენსტრუაციის უეცარ შეწყვეტას შესაძლოა ხელი შეუწყოს მძიმე ფსიქიკურმა ტრავმებმა და ხანგრძლივმა ემოციურმა დაძაბულობამ.

მენოპაუზის დროს ორაგანიზმი ეგუება ასაკობრივ ცვლილებებს, შესაძლოა შეიცვალოს ნივთიერებათა ცვლა. ამ პერიოდში რეკომენდებულია პირადი და სასქესო ორგანოების ჰიგიენის განსაკუთრებული დაცვა, შრომისა და დასვენების სწორი რეჟიმი, ვარჯიში, რაციონალური კვება.

მენსტრუაციის შეწყვეტისას ლიბიდო არ ქრება და შესაძლოა გაძლიერდეს კიდეც, რაც არ უნდა იყოს აღქმული პათოლოგიურ მდგომარეობად.

დიფუზური მასტოპათია სარეძევე ჯირკვლის კეთილთვისებიანი დაავადება, რომელიც ვლინდება ქსოვილების სტრუქტურული ცვლილებებით. დიფუზური მასტოპათია

ცხოვრების სხვადასხვა პერიოდში მყოფ ქალთა 80%-შია გამოვლენილი. ადრეულ სტადიებზე **დიფუზური მასტოპათია** ახლავს პრედმენსტრუალურ სინდრომს, გვიან სტადიებზე კი ცვლილებები მთელი მენსტრუალური ციკლის მანძილზე ნარჩუნდება.

დიფუზური მასტოპათია შესაძლოა იყოს სხვადასხვა ფორმის, რაც დამოკიდებულია ამა თუ იმ კომპონენტების სიჭარბეზე (ჯირკვლოვანი, კისტოზური, ფიბროზული). ამავდროულად, ზემოთ აღნიშნული ფორმები სუფთა სახით იშვიათად გვხვდება და ექიმები ახდენენ სამივე პათოლოგიური კომპონეტის დიაგნოსტირებას.

ჯირკვლოვანი კომპონენტების სიჭარბისას (ადენომა) მატულობს სარძევე ჯირკვლის წილებისა და წილაკების რაოდენობა. მკერდი შუპდება, მენსტრუაციის წინ ხდება მტკივნეული, აღინიშნება გამკვრივებული უბნები, რომლებიც მკვეთრი საზღვრების გარეშე გადადიან მეზობელ ქსოვილებში. პათოლოგიის ეს სახე ხშირია სქესობრივი მომწიფების პერიოდის ბოლოს და ახალგაზრდა ქალებში.

დიფუზური მასტოპათიის დროს კისტოზური ელემენტის სიჭარბე ყველაზე ხშირად გვხვდება 50 წელს გადაცილებულ ქალებში. კისტების ზომები სხვდასხვაა – რამდენიმე მილიმეტრიდან რამდენიმე სანტიმეტრამდე. კისტა შესაძლოა იყოს ერთეული და შესაძლოა წარმოიქმას მრავლობითი კისტები ერთ ან ორივე სარძევე ჯირკვალში. ამ ფორმისთვის დამახასიათებელი ნიშანია – სარძევე ჯირკვლის მტკივნეულობა, რომელიც ძლიერდება მენსტრუაციის წინ. კისტები შესაძლოა გაქრეს თავისით, მაგრამ არის იმის რისკიც, რომ მოხდეს დიდი კისტების კალციფიკაცია, ეს კი ავთვიასებიანი სიმსივნის განვითარების საკმაოდ ხელსაყრელი ფონია.

თეთრად შლა - წარმოადგენს გინეკოლოგიური დაავადებების ერთ-ერთ ყველაზე ხშირ სიმპტომს, რომელიც დაკავშირებულია სასქესო ორგანოების სეკრეტის რაოდენობრივ და თვისებრივ ცვლილებებთან.

მისი მიზეზებია: ანთებითი პროცესები, სხვადასხვა ლოკალიზაციის სიმსივნეები. ამასთან დაკავშირებით განასხვავებენ ვესტიბულურ, საშოს, ყელის, საშვილოსნოსა და მილების თეთრად შლას. გამონადენის ხასიათი დამოკიდებულია მათ წარმოშობაზე (მილის, საშვილოსნოს და საშოს გამონადენი თხიერია, ყელისა – ლორწოვანი). ჩირქის შენარევი მიუთითებს ანთებით პროცესზე, სისხლის – ავთვისებიანი სიმსივნის განვითარებაზე. ავადმყოფი უჩივის სინოტივეს გარეთა სასქესო ორგანოებში და ქავილს.

მკურნალობა - ძირითადი დაავადების, რომელიც წარმოადგენს თეთრად შლის მიზეზს.

ამენორეა - მენსტრუაციის არარსებობა 6 თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში. განასხვავებენ ჭეშმარიტ და ცრუ ამენორეას. ჭეშმარიტი (ნამდვილი) ამენორეის დროს საკვერცხეებში, ენდომეტრიუმსა და მთლიანად, ორგანიზმში ციკლური ცვლილებები არ აღინიშნება. ჭეშმარიტი ფიზიოლოგიური ამენორეას ადგილი აქვს ბავშვთა ასაკში, ორსულობის, ლაქტაციისა და მენოპაუზის დროს დროს. პათოლოგიური ამენორეა შეიძლება იყოს პირველადი (მენსტრუაცია არასოდეს აღნიშნულა) და მეორადი (მენსტრუაციის შეწყვეტა).

პირველადი ამენორეა ხშირად განპირობებულია გენეტიკური პათოლოგიით , ასევე სქესობრივი განვითარების შეფერხებით, ინტოქსიკაციები. მეორადი ამენორეა აღინიშნება ინფექციური და სომატური დაავადებების (ტუბერკულოზი, რევმატიზმი, ტიფები, გულის მანკები, ღვიძლის დაავადებები და სხვ.), მძიმე ინტოქსიკაციების, ნერვულ-ფსიქიკური მოშლილობების, ალიმენტური და ჰორმონული (ჰიპოთალამუსის,ჰიპოფიზის, საკვერცხეების, თირკმელზედა ჯირკვლების, ფარისებური ჯირკვლის დაზიანებები) დარღვევების დროს.

ცრუ ამენორეის დროს ციკლური ცვლილებები აღინიშნება, მაგრამ მენსტუალური სისხლი გარეთ არ გამოედინება, რაც შესაძლოა უკავშირდებოდეს საშვილოსნოს ყელში, საშოს, საქალწულე აპკის მიდამოში არსებულ დაბრკოლებას; დიაგნოსტიკა საკმაოდ რთულია.

ვაგინიტი (კოლპიტი) – საშოს ლორწოვანი გარსის ანთება. გამომწვევი: სტრეპტოკოკი და სტაფილოკოკი, ეშერიხიები, ტრიქომონადები, სოკოები (კანდიდები). განმაპირობებელი ფაქტორებია: ზოგადი დაავადებები, საკვერცხეების ჰიპოფუნქცია, პირადი ჰიგიენის დაუცველობა, ინვოლუციური პროცესები მოხუცებულობით ასაკში.

განასხვავებენ მწვავე, ქვემწვავე და ქრონიკულ მიმდინარეობას. მწვავე ანთების დროს ავადმყოფი უჩივის სიმძიმეს საშოში, წვას და ქავილს გარეთა სასქესო ორგანოების მიდამოში, აღენიშნება უხვი სეროზულ-ჩირქოვანი თეთრად შლა.საშოს სარკეებით დათვალიერებისას ვლინდება საშოს ლორწოვანის ჰიპერემია წვრილწერტილოვანი სისხლდენებითა და უხვი თეთრად შლით. ქრონიკულ სტადიაში ავადმყოფებს ჩივილები არ აღენიშნებათ. დიაგნოზის დადგენა ხდება ანამნეზით, გინეკოლოგიური გამოკვლევებისა და ბაქტერიოსკოპიის მონაცემებით.

მკურნალობა - საჭიროა დადგინდეს გამომწვევი მიზეზი და მხოლოდ ამის შემდეგ ინიშნება მკურნალობა.

ვულვიტი, ვულვოვაგინიტი vulvitis, vulvovaginitis

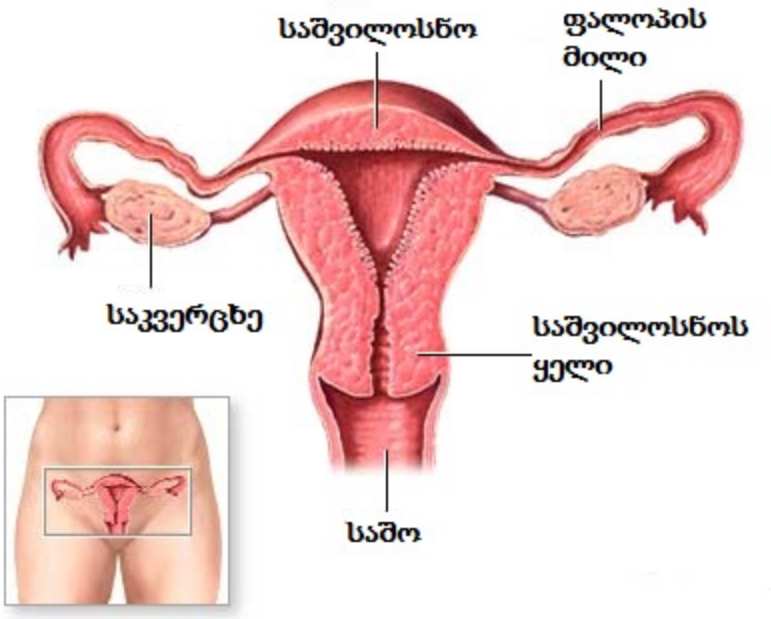
ვულვიტი - გარეთა სასქესო ორგანოების ანთება; ხშირად შერწყმულია ვაგინიტთან. წარმოიქმნება მექანიკური, ქიმიური ზემოქმედებებით, ინფექციის განვითარების შედეგად.

დამახასიათებელია ტკივილი და ქავილის გარეთა სასქესო ორგანოების მიდამოში, მწვავე სტადიაში გარეგანი დათვალიერებისას – ვულვის ქსოვილების ჰიპერემია და შეშუპება სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენით, შესაძლებელია დაწყლულება და ნადებების წარმოქმნა.

ვულვოვაგინიტი - საშოსა და გარეთა სასქესო ორგანოების ანთება. ხშირია ბავშვთა ასაკში. გამომწვევია ნაწლავის ჩხირის ფლორა, ჰელმინთოზი (მახვილები). განმაპირობებელი ფაქტორებია: ექსუდაციური დიათეზი; ქრონიკული ტონზილოგენური ინტოქსიკაციით გამოწვეული ცვლილებები ორგანიზმში, პირადი ჰიგიენის დაუცველობა; მექანიკური ფაქტორები (საშოში უცხო სხეულის შეტანა).

დამახასიათებელია - ქავილი და უხვი თეთრად შლა; ვულვა შეშუპებული და ჰიპერემიულია, საშოს ლორწოვანი ასევე ჰიპერემიულია წერტილოვანი ჰემორაგიებით. აღინიშნება უხვი ჩირქოვანი, ზოგჯერ სისხლნარევი გამონადენი.

საკვერცხის ცისტა - რეტენციული წარმონაქმნი, რომელიც ვითარდება სეკრეტის დაგროვების შედეგად საკვერცხის ღრუში. განასხვავებენ შემდეგ ფორმებს: ფოლიკულური, ყვითელი სხეულის ცისტა, პარაოვარიული ცისტა, დერმოიდული ცისტა, ენდომეტრიული ცისტა. წარმონაქმნს არა აქვს დიდი ზომები, რამდენადაც ადგილი არა აქვს უჯრედული ელემენტების პროლიფერაციას, ხოლო სითხის დაგროვება ხდება პასიურად. ავადმყოფებს ჩივილები არა აქვთ, მენსტრუალური ციკლი დარღვეული არ არის. ცისტების მეორადი ცვლილებების დროს (გადაგრეხა, სისხლჩაქცევა) ვითარდება მწვავე მუცლის სიმპტომები. დიაგნოზის დადგენა ხდება ავადმყოფის გინეკოლოგიური გამოკვლევით. უმრავლეს შემთხვევაში ხდება ქირურგიული ჩარევა.



საშვილოსნოს მიომა hysteromyoma

კეთილთვისებანი სიმსივნე, რომელიც ვითარდება საშვილოსნოს გლუვკუნთოვანი ქსოვილიდან. სიმსივნის განვითარება უკავშირდება ჰიპოთალამურ-ჰიპოფიზურ სისტემაში არსებული დარღვევებსა და ესტროგენების მომატებულ პროდუქციას. განასხვავებენ ინტერსტიციულ, სუბსეროზულ და სუბმუკოზულ მიომებს. კვანძები შესაძლებელია განვითარდეს საშვილოსნოს სხეულში (95%) და ყელში (5%).

ჩვეულებრივ წარმოიქმნება ქალებში 30 წლის ასაკის ზევით. დაავადება ვლინდება ციკლური სისხლდენით (მენორაგიები), რომლის ფონზეც არაიშვიათად აღინიშნება აციკლური საშვილოსნოსმიერი სისხლდენები (მეტრორაგიები), რომლებიც განპირობებულია სუბმუკოზური კვანძის განვითარებით ან სიმსივნის შერწყმით დისფუნქციურ სისხლდენასთან. თუკი სიმსივნე იზრდება შარდის ბუშტისა და სწორი ნაწლავის მხარეზე, ვლინდება ამ ორგანოების ზეწოლის სიმპტომები. სიმსივნის ზრდა შედარებით ნელია;

გართულებები - სუბსეროზული კვანძის ფეხის გადაგრეხა, კვანძის ნეკროზი, სისხლჩაქცევა.სიმსივნი ფეხის გადაგრეხის დროს ვითარდება მწვავე მუცლის სურათი. ნეკროზისათვის დამახასიათებელია ტკივილი მუცელში, ტემპერატურის მომატება, შემცივნება, კვანძის მტკივნეულობა და გარბილება. კვანძის სუბმუკოზურად მდებარეობის საეჭვოობის შემთხვევაში გამოიყენება საშვილოსნოს ზონდირება, ჰისტეროსკოპია და ჰისტეროსალპინგოგრაფია. დიფერენციალური დაგნოსტიკა ტარდება საშვილოსნოს სარკომასთან, საკვერცხის ცისტომასთან და ფიბრომასთან.

საშვილოსნოს მიომა – მკურნალობა

დამოკიდებულია ავადმყოფის ასაკზე, სიმსივნის ზრდის სიჩქარეზე, სიმპტომატიკის გამოხატულებაზე, კვანძების ლოკალიზაციასა და გართულებების არსებობაზე. ქირურგიული მკურნალობა ნაჩვენებია: სიმსივნის სწრაფი ზრდა, უხვი სისხლდენები, რომლებიც იწვევენ ანემიას; მომიჯნავე ორგანოების ზეწოლის სიმპტომები; სუბმუკოზური მიომა; საშვილოსნოს ყელის მიომა; სიმსივნის კვანძის ნეკროზი; კვანძის ფეხის გადაგრეხა. ოპერაცია შესაძლებელია იყოს პალიატური ან რადიკალური (საშვილოსნოს ამპუტაცია ან ექსტირპაცია).

საშვილოსნოს დაწევა და გამოვარდნა metroptosis

საშვილოსნოს დაწევა - ხშირია მოხუცებულობით ასაკში, ასევე მშობიარობის დროს გადატანილი ტრავმის, მძიმე ფიზიკური მუშაობის, სასქესო ორგანოებში ინვოლუციური პროცესების შედეგად. განასხვავებენ საშვილოსნოს დაწევის სრულ და არასრულ გამოვარდნას.

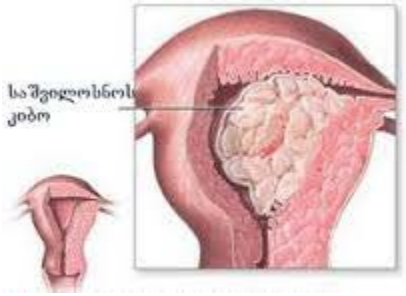
საშვილოსნოსა და საშოსთან ერთად ხშირია შარდის ბუშტის კედლისა (cistocele) და სწორი ნაწლავის (reqtocele) გამოვარდნა. პროცესი პროგრესირებს.

საშვილოსნოს დაწევა - სიმპტომები, მიმდინარეობა. აღინიშნება ზეწოლითი ტკივილი მუცლის ქვევით და წელის არეში, შარდის შეუკავებლობა, ყაბზობა, საშვილოსნოს სხეულის გამოვარდნა სასქესო ნაპრალიდან. გინეკოლოგიური დათვალიერებისას ვლინდება ინვოლუციური პროცესები სასქესო აპარატში, მენჯის ფსკერის კუნთების მთლიანობის დარღვევა, საშოს ან საშვილოსნოს კედლების დაწევა ან გამოვარდნა (გაჭინთვის დროს). ხშირად საშოსა და საშვილოსნოს ყელის კედლებზე ვითარდება წყლულები; ლორწოვანი გარსები მშრალი, კანისებურია.

საშვილოსნოს ყელისა და სხეულის პოლიპები myomatous polyp

საშვილოსნოს ყელისა და სხეულის პოლიპები – ენდომეტრიუმის ან ენდოცერვიქსის ჯირკვლოვანი ეპითელის პათოლოგიური პროცესია ქრონიკულად მიმდინარე ანთებითი პროცესის ფონზე. პოლიპების (განსაკუთრებით საშვილოსნოსმიერი) წარმოქმნაში დიდ როლს ასრულებს ჰორმონული დარღვევები. პათოლოგია ვლინდება საშვილოსნოს ყელის დათვალიერებით: საშვილოსნოს არხში ჩანს რბილი, ვარდისფერი წარმონაქმნი. დიაგნოზი ზუსტდება კოლპოსკოპიით. მისი ხშირი სიმპტომია მენორაგიის ტიპის სისხლდენა.

საშვილოსნოს ყელისა და სხეულის პოლიპები – დიაგნოზი დადგენა ხდება საშვილოსნოს ღრუს უშუალო დათვალიერებით (მეტროგრაფია). პოლიპების დიაგნოსტირება შესაძლებელია ულტრაბგერითი გამოკვლევითაც. ადენომატოზური პოლიპები განიხილება როგორც კიბო წინარე მდგომარეობა.



საშვილოსნოს ყელისა და სხეულის პოლიპები – მკურნალობა. საშვილოსნოს ყელის პოლიპებს კვეთენ. მორეციდივე პოლიპების დროს აუცილებელია ცერვიკალური არხის გამოფხეკა. საშვილოსნოს პოლიპებს აცილებენ გამოფხეკით. ტარდება შესაბამისი ჰორმონული მკურნალობა.

საშვილოსნოს ყელისა და სხეულის პოლიპები – პროგნოზი სიცოცხლისათვის კეთილსაიმედოა. ქალი შრომისუუნაროა მხოლოდ სისხლდენის დროს, დიაგნოსტიკური და სამკურნალო მანიპულაციებისას. პროფილაქტიკა. ანთებითი პროცესების მკურნალობა და ჰორმონალური დარღვევების კორექცია.

ენდომეტრიოზი endometriosis

ენდომეტრიოზი – ენდომეტრიუმის ჰეტეროტოპია ორგანოებსა და ქსოვილებში, სადაც იგი ნორმაში არ არის. ენდომეტრიუმის უბნები იმპლანტირდება სხვა ორგანოებსა და ქსოვილებში; შესაძლებელია პროცესის გადატანა ჰემატოგენური გზით. ენდომეტრიული ჩანართები შესაძლებელია აღინიშნოს საშვილოსნოს სისქეში (ადენომიოზი), საშვილოსნოს მილებში, მცირე მენჯის პერიტონეუმში, მიმდებარე ქსოვილებში, საშოში, საშვილოსნოს ყელში ჩაზრდით, საკვერცხეში ცისტების წარმოქმნით („შოკოლადის ცისტები"), ნაწიბურებისას საკეისრო კვეთის შემდეგ, იშვიათად – საშვილოსნოდან დაშორებულ ორგანოებსა და ქსოვილებშ

არაიშვიათად ენდომეტრიოზს თან ახლავს პერიფოკალური ანთებაც. ენდომეტრიოზის გავრცელება და განვითარება მჭიდროდაა დაკავშირებული საკვერცხეების ფუნქციასთან. ბუნებრივი ან ხელოვნური მენოპაუზის დროს ენდომეტრიოზის კერები ექვემდებარებიან უკუგანვითარებას.

სიმპტომები:

ტკივილი და ენდომეტრიოზით დაზიანებული ორგანოების გადიდება მენსტრუალური სისხლდენის დღეებში. შემდეგში ტკივილი გაივლის, ხოლო წარმონაქმნები მცირდება.

ადენომიოზისათვის დამახასიათებელია ჰიპერპოლიმენორეა. ეს სიმპტომები განპირობებულია ენდომეტრიუმის უჯრედების პრედმენსტრუალური გაფუებითა და მისი ნაწილობრივი ჩამოფრცქვნით, და მთლიანობაში დამოკიდებულია საკვერცხის ციკლურ მოქმედებაზე; მენოპაუზის დროს ქრება. დიაგნოზი ეყრდნობა ციკლური სიმპტომების გამოვლინებას, რომლებიც შეესაბამებიან მენსტრუალურ ციკლს და მოცულობაში ცვლად წარმონაქმნების არსებობას. ზოგჯერ ადენომიოზი ვლინდება საშვილოსნოს რენტგენოგრაფიით, რომელიც ტარდება მენსტრუაციის მე-3-4 დღეზე.

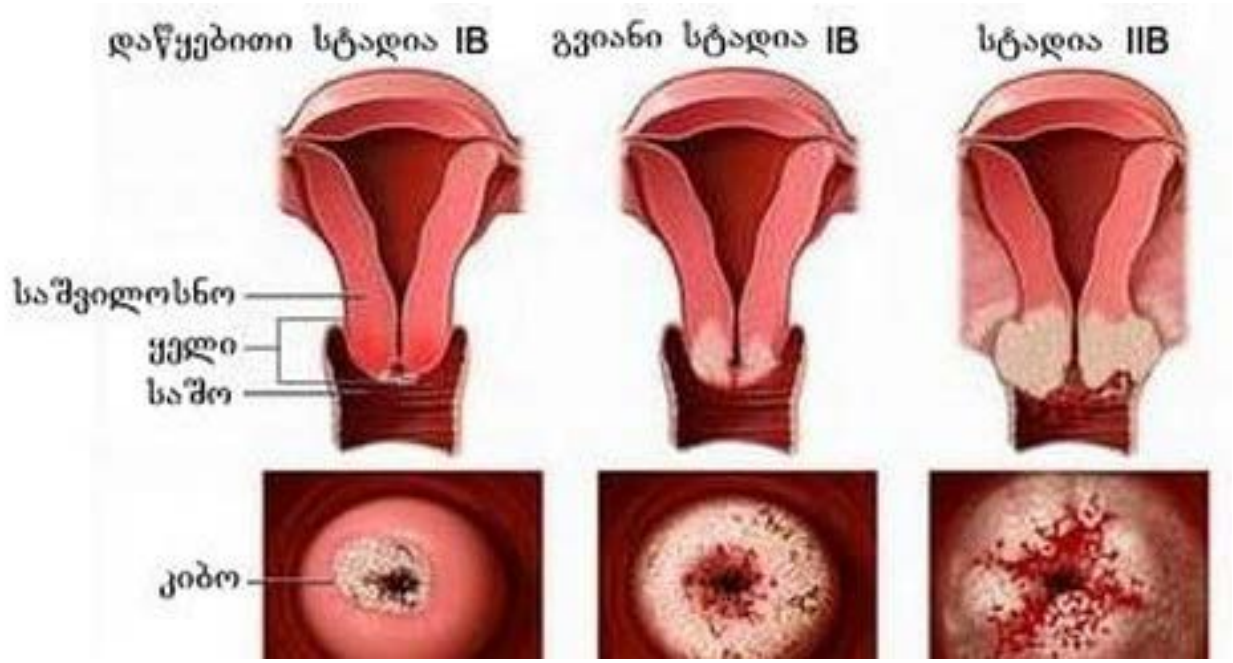
მკურნალობა - კონსერვატული მკურნალობა ითვალისწინებს ჰორმონული პრეპარატების გამოყენებას, რომლებიც იწვევენ საკვერცხის ფუნქციის დათრგუნვას. ქირურგიულ მკურნალობას მიმართავენ საკვეცხის ცისტების, საშვილოსნოს ადენომიოზის დროს, რომელსაც თან ახლავს სისხლდენა, ან

რექტოვაგინალური ენდომეტრიოზის დროს. ქირურგიულ მკურნალობას წინ უძღვის ჰორმონული მკურნალობა და მხოლოდ მისი უეფექტობის შემთხვევაში ტარდება ოპერაცია.

ენდომეტრიოზი – პროგნოზი სიცოცხლისათვის დროულად ჩატარებული მკურნალობის დროს კეთილსაიმედოა.

საშვილოსნოს სხეულის სიმსივნე

შემთხვევათა 75%-ში დაავადება დიაგნოსტირდება მენოპაუზის პერიოდში, 18%-ში მენოპაუზის წინ, ხოლო 7%-ში 40 წლის ასაკამდე. რისკის ფაქტორებია: სიმსუქნე, დიაბეტი, ჰიპერტონული დაავადება. საშვილოსნოს სხეულის კიბო ძირითადი სიმპტომია საშოდან სისხლდენის დარღვევა (მენოპაუზის, ან მენსტრუაციებს შორის პერიოდში). ტკივილი მენჯში და სუნიანი გამონადენი – ნიშანია დაავადების გვიანი სტადიისა. დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდია საშვილოსნოს ყელის არხისა და საშვილოსნოს ღრუს გამოფხეკა და შემდგომი ჰისტოლოგიური კვლევა. დიაგნოსტიკის ციტოლოგიური მეთოდი ნაკლებად საიმედოა, ისევე, როგორც ჰისტეროგრაფია და ჰისტეროსკოპული გამოკვლევები.

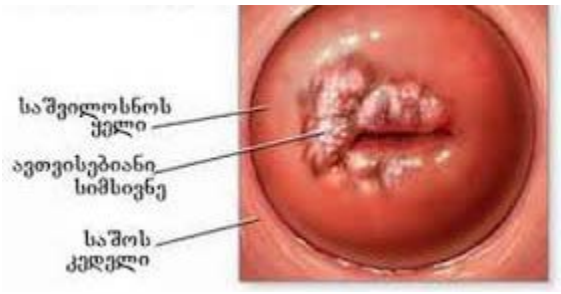


ადენოკარცინომა

წარმოადგენს ძირითად მორფოლოგიურ ვარიანტს (70%-მდე); გვხვდება აგრეთვე ადენოკანთომები და ჯირკვლოვან-ბრტყელუჯრედოვანი კიბო. განასხვავებენ სიმსივნეების დიფერენცირების სამ ხარისხს: (მაღალდიფერენცირებული, ზომიერად დიფერენცირებული და არადიფერენცირებული) და მისი განვითარების 4 სტადიას – პირველი სტადია: სიმსივნე ლოკალიზებულია საშვილოსნოს სხეულში; მეორე სტადია – აღინიშნება საშვილოსნოს სხეულისა და ყელის დაზიანება; მესამე სტადია – პროცესი ვრცელდება პარამეტრიუმის ქსოვილზე, ან აღინიშნება მეტასტაზები საშოში; მეოთხე სტადია – პროცესი გავრცელებულია მენჯის საზღვრებს გარეთ, შარდის ბუშტსა და მსხვილ ნაწლავზე.

საშვილოსნოს ყელის კიბო

ხშირად წარმოიქმნება ბრტყელი ეპითელიდან, იშვიათად ყელის არხის ჯირკვლოვანი ეპითელიდან. კიბო განვითარებას წინ უძღვის ეპიდერმოიდული დისპლაზიის სამი ხარისხი (მსუბუქი, ზომიერი და ღრმა) და in situ კარცინომა, რომლის დროსაც კიბო უჯრედები მდებარეობენ ბრტყელი ეპითელის უჯრედებს შორის და არ აღწევენ ბაზალურ მემბრანის იქით. რეგულარული დათვალიერება და ციტოლოგიური გამოკვლევები (2 წელიწადში ერთხელ) ხელს უწყობს სიმსივნისწინარე დაავადების დროულ გამოვლინებას, მათი მკურნალობა კი – კიბო პროფილაქტიკას.



საშვილოსნოს ყელის კიბო სიმპტომებია

თეთრად შლა, კონტაქტური ან მენსტრუაციებსშუა სისხლიანი გამონადენი, ტკივილი. საშვილოსნოს ყელის დათვალიერებისას სარკეებით ან ბიმანუალური გამოკვლევით ვლინდება ეგზოფიტური სიმსივნე (მასთან შეხებამ შესაძლოა გამოიწვიოს სისხლდენა) ან დაავადების ენდოფიტური ფორმა, გარეთა პირის მიდამოში დაწყლულებით. გადამწყვეტი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს ბიოფსიას. კიბო მესამე და მეოთხე სტადიების დროს სასქესო ორგანოებიდან გამონადენი ჩირქოვანი ხასიათისაა.

საშვილოსნოს ყელის კიბო -მკურნალობა

დამოკიდებულია დაავადების სტადიაზე. 1A სტადიის დროს (მიკროინვაზიური კიბო) ატარებენ საშვილოსნოს ექსტირპაციას დანამატებთან ერთად. 1B სტადიის დროს (პროცესი შემოფარგლულია საშვილოსნოს ყელით) ნაჩვენებია დისტანციური ან ღრუსშიგა დასხივება, შემდგომი ვრცელი ექსტირპაციით საშვილოსნოს დანამატებთან ერთად, ან პირიქით, დასაწყისში ატარებენ ოპერაციას, შედეგში კი დისტანციურ გამა-თერაპიას. მეორე სტადიაში (პროცესში ჩართულია საშოსზედა ნაწილი, შესაძლებელია პროცესის გადასვლა საშვილოსნოს სხეულზე და პარამეტრიუმის ინფილტრაცია, მენჯის კედლებზე გადასვლის გარეშე) მკურნალობის ძირითადი მეთოდია სხივური თერაპია; ქირურგიულ ჩარევას იშვიათად მიმართავენ. მესამე სტადიის დროს (პროცესი გადასულია საშოსქვედა ნაწილზე, აღინიშნება პარამეტრიუმის ინფილტრაცია, პროცესის მენჯის ძვლებზე გადასვლით)

ნაჩვენებია სხივური მკურნალობა; და ბოლოს, მეოთხე სტადიის დროს (პროცესი გადასულია შარდის ბუშტზე, სწორ ნაწლავზე ან აღინიშნება დაცილებული მეტასტაზები) გამოიყენება მხოლოდ პალიატიური დასხივება. გვიან სტადიებზე შესაძლებელია ქიმიოთერაპიული მკურნალობის გამოყენება.

კითხვები:

1. რის შედეგად ვითარდება მწვავე გლომერულონეფრიტი?
2. რას ეწოდება თირკმლის მწვავე უკმარისობა?
3. თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის რამდენი სტადია არსებობს?
4. რა დროს წარმოებს დიალიზი და ტრანსპლატაცია?
5. რამდენი სახის კენჭი არსებობს თირკმლის კენჭოვანი დაავადების დროს?
6. დაახასიათეთ მენოპაუზის პერიოდის სიმპტომები.
7. რა სიმპტომები არსებობს მასტოპათიის დროს?
8. რა არის დიფუზური მასტოპათია?
9. რა არის თეთრად შლის მიზეზი?
10. ამენორეას რამდენი სახე არსებობს?
11. რა სიმპტომებია დამახასიათებელი ვულვოვაგინიტისათვის?
12. რა ჩივილები აქვთ პაციენტებს, რომლებსაც დაესვათ საშვილოსნოს მიომას დიაგნოზი?
13. რა სიმპტომებია დამახასიათებელი საშვილოსნოს ყელისა და სხეულის პოლიპის დიაგნოზის დროს?
14. რა არის ენდომეტრიოზი?

ლიტერატურა:

რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994

ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.

მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.

http://old.aversi.ge/main_jurnal.php?lang=geo&id=2831&cat_id=2

http://www.medgeo.net/

http://ici.ge/news/sardvis-darrveva-da-sardis-bustis-patologiebi-qalebsi.html

http://www.medgeo.net/2009/05/12/gynecology/

http://old.aversi.ge/main_jurnal.php?lang=geo&id=2036&cat_id=2

http://www.medgeo.net/2009/10/18/cancer-5/

http://ka.medicine-worlds.com/stovr0_rak-shejki-matki.htm

იმუნური სისტემის პათოლოგია

იმუნური სისტემა Immune system

იმუნური სისტემა წარმოადგენს უჯრედების, ქსოვილებისა და ორგანოების ერთობლიობას, რომლებიც უზრუნველყოფენ ორგანიზმის იმუნიტეტის ფორმირებას. იმუნიტეტი – ეს არის ორგანიზმის დაცვა მიკრობებისაგან, ვირუსებისაგან, უცხო უჯრედებისა და გენეტიკურად შეცვლილი საკუთარი უჯრედებისაგან. იმუნური სისტემა უზრუნველყოფს ორგანიზმის შიგა გარემოს გენეტიკური მთლიანობისა და მუდმივობის დაცვას, ასრულებს ,,საკუთარისა“ და ,,უცხოს“ შეცნობის ფუნქციას.
იმუნურ სისტემაში არჩევენ ცენტრალურ და პერიფერიულ სტრუქტურებს.

იმუნური სისტემის ცენტრალური ორგანოებია:

- ძვლის ტვინი – medulla osseum
- თიმუსი (მკერდუკანა ჯირკვალი) – thymus

ძვლის ტვინში იმუნური სისტემის უჯრედები წარმოიქმნება ე. წ. ღეროვანი უჯრედებისაგან; ამავე უჯრედებისაგან წარმოიქმნება სისხლის ყველა უჯრედი (ერითროციტები, ლეიკოციტები, თრომბოციტები). მკერდუკანა ჯირკვალში, ანუ თიმუსში ხდება იმუნური სისტემის სპეციფიკური უჯრედების – ლიმფოციტების დიფერენციაცია.

იმუნური სისტემის პერიფერიული ორგანოებია:

- ელენთა – lien
- ლიმფური კვანძები – nodi lymphatici
- საჭმლის მომნელებლი და სასუნთქი სისტემების ორგანოთა ლიმფოიდური ქსოვილი

იმუნურ სისტემაში შემავალი ყველა ორგანო მჭიდროდაა დაკავშირებულია ერთმანეთთან და ფუნქციონირებს როგორც ერთი მთლიანი.

შიდსი (შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი) – ვირუსული დაავადება, რომელიც ხასიათდება ორგანიზმის იმუნური სისტემის დაზიანებით და პოლიმორფული კლინიკური სურათით, რომელიც დაკავშირებულია მეორადი ინფექციური და სიმსივნური პროცესების განვითარებასთან.

ტოლერანტობა – (ლათ. tolerantia - მოთმინება) იმუნოლოგიური, ორგანიზმის ისეთი მდგომარეობა, როცა მას არ გააჩნია გარკვეული ანტიგენის მიმართ იმუნური რექციის უნარი. ტოლერანტული ორგანიზმის იმუნოკომპეტენტური სისტემა ვერ "აღიქვამს" ანტიგენს, როგორც უცხო სხეულს, რას გამოც არ ხდება დაცვითი ძალების მობილიზება. სრულიად საწინააღმდეგო მოვლენა შეინიშნება ე. წ. ავტოიმუნური დაავადებების დროს, როდესაც ირღვევა ტოლერანტობა საკუთარი ანტიგენებისადმი - წარმოიქმნება ანტისხეულები რომლებიც აზიანებენ ამავე ორგანიზმის უჯრედებსა და ქსოვილებს. ტოლერანტობა ვითარდება, მაგ., იმ შემთხვევაში, თუ ჩანასახოვან პერიოდში, როდესაც იმუნური სისტემა ჯერ არ არის ჩამოყალიბებული, ორგანიზმს კონტაქტი აქვს ანტიგენთან, რომელსაც ტოლეროგენს უწოდებენ. ტოლერანტობის გამომუშავებას განაპირობებს განსაკუთრებული T – ლიმფოციტების არსებობა, რომლებიც აკავებს ფაგოციტებსა და სხვა T - და B - ლიმფოციტების აქტივობას. ტოლერანტობა ბაქტერიული და და ვირუსული ანტიგენების მიმართ შეინიშნება ფარული ანუ ლატენტური ინფექციის დროს. თ. ჭანიშვილი. ტოქსიკოლოგიასა და ფარმაკოლოგიაში ტერმ. " ტოლერანტობით" აღნიშნავენ მგრძნობელობის დაქვეითებას ფარმაკ. და ტოქსიკური პრეპარატების (მაგ., ნარკოტიკების) მიმართ. მიჩვევას ძლიერად მოქმედი შხამებისადმი, რომლებიც შეჰყავთ ორგანიზმში უმცირესი დოზებით ხანგრძლივი დროის მანძილზე, ეწოდება აგრეთვე მითრიდატიზმი (პონტოს მეფის მითრიდატე VI ევპატორის სახელის მიხედვით). ["1"]

ღორის გრიპი წარმოადგენს სასუნთქი სისტემის მწვავე კონტაგიოზურ ინფექციურ დაავადებას, რომელსაც იწვევს გრიპის ერთ-ერთი გამომწვევი. დაავადება ხასიათდება ავადობის მაღალი და სიკვდილიანობის შედარებით დაბალი მაჩვენებლით (1-4 %). ვირუსი ღორებს შორის ვრცელდება ჰაერ-წვეთოვანი გზით, პირდაპირი და არაპირდაპირი კონტაქტით, ვირუსის მტარებელი ღორების მიერ. დაავადების გავრცელება ღორებს შორის მიმდინარეობს მთელი წლის განმავლობაში, განსაკუთრებით ზამთრის პერიოდში. ბევრ ქვეყანაში ღორებს უტარებენ ღორის გრიპის საწინააღმდეგო აცრებს. ღორის გრიპის გამომწვევს წარმოადგენს H1N1 ქვეტიპის ვირუსი, თუმცა იმავდროულად ღორის ორგანიზმში ცირკულირებს ვირუსის სხვა ქვეტიპებიც (მაგ: H1N2, H3N1, H3N2). ღორები შეიძლება დასნებოვნებული იყვნენ ფრინველის ან ადამიანის სეზონური გრიპის გამომწვევი სხვა ვირუსებით. ვინაიდან ღორის ორგანიზმში ხშირად ერთდროულად არსებობს სხვადასხვა ტიპის ვირუსი, ხდება



მათი გენების “შერევა” და წარმოიქმნება ე.წ “რეასსორტანტ” ვირუსი. როგორც წესი, ღორის ვირუსი ვრცელდება მხოლოდ ღორებს შორის, თუმცა ხანდახან ხდება ვირუსის გავრცელება ადამიწზე.

აღნიშნულია ადამიანთა შორის ღორის გრიპის, როგორც სპორადული შემთხვევები, ისე აფეთქებები.

ჩვეულებრივ. დაავადების კლინიკური ნიშნები/სიმპტომები იგივეა, რაც ადამიანის საერთოდ გრიპის დროს, თუმცა სხვადასხვა დაავადების მიმდინარეობა შეიძლება ვარირებდეს, უსიმპტომოდ მიმდინარე გრიპიდან მძიმე პნევმონიამდე, რომელიც ხშირად ლეტალობით მთავრდება. ზოგადად, ღორის გრიპი მიმდინარეობს, როგორც სეზონური გრიპი ან სასუნთქი გზების სხვა მწვავე ინფექციები და ახასიათებს შემდეგი ნიშნები: ზოგადი სისუსტე, ტემპერატურის მომატება, თავის და ყელის ტკივილი, ხველება, გამონადენი ცხვირიდან. ხშირად აღინიშნება ღებინება და დიარეა.
მსუბუქი და უსიმპტომო შემთხვევები ხშირად რჩებოდა ყურადღების გარეშე და ამიტომ დაავადების ადამიანებს შორის გავრცელების მასშტაბზე ზუსტი ცნობები არ არსებობს. ჩვეულებრივ, ეპიდემიის დასაწყისში ადამიანები ღორის გრიპით ავადდებიან დაინფიცირებული ღორების მეშვეობით, თუმცა ზოგ შემთხვევაში დაავადებულები არ აფიქსირებდნენ ღორებთან ან სხვა ცხოველებთან კონტაქტში ყოფნას.

ადამიანებში გრიპის გავრცელება ჯეროვნად მომზადებული და თერმულად დამუშავებული ღორის პროდუქტების მიღების შედეგად არ გამოვლენილა, ვინაიდან 160°F/70°C –ზე და საკვების მომზადების სხვა წესების დაცვის შემთხვევაში ვირუსი კვდება.

კითხვები:

1. ჩამოთვალეთ იმუნური სისტემის ცენტრალური და პერიფერიული ორგანოები.
2. რა არის ტოლერანტობა?
3. დაასახელეთ ღორის გრიპის გამომწვევი.
4. გაშიფრეთ შ ი დ ს -ი.

ლიტერატურა:

რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994

ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.

მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.

http://www.medportal.ge/aqtualuri_tema/shidsi/shidsi.htm

http://www.med.ge/index.php/articles/virus/385-h1n1

დერმატოლოგიური დაავადების იდენტიფიცირება

ალერგიული დაავადებები და მათთვის დამახასიათებელი ჩივილები

ალერგია, კარგად ნაცნობი, მაგრამ ჯერ კიდევ შეუცნობელი პათოლოგია, ოცდამეერთე საუკუნის ერთ-ერთ მთავარ სამედიცინო პრობლემად რჩება. ამ პრობლემით მსოფლიოს მილიონობით მოქალაქე იტანჯება და მათი რიცხვი განუხრელად იზრდება. მავნე გამონაბოლქვი, ჰაერის დაბინძურება, საყოფაცხოვრებო ქიმია, კვებითი დანამატები და უამრავი სხვა.

ალერგია - ეს არის “არანორმალური”, მომატებული მგრძნობელობა იმ ნივთიერებების მიმართ, რომლებიც უსაფრთხოდ არიან მიჩნეულნი და მათთან კონტაქტი სხვა ადამიანების მიერ, ჩვეულებრივ, ნორმალურად გადაიტანება.

ალერგია გამოვლინდება ალერგიული დაავადების სიმპტომების სახით. ალერგია ყველაზე ხშირად გვხვდება რესპირატორული ალერგიის ანუ სასუნთქი გზების ალერგიის, ალერგიული დერმატოზების, ალერგიული ენტეროპათიისა და ანაფილაქსიური შოკის სახით. დღეს ალერგიით დაავადებულია ყოველი მესამე ადამიანი. ალერგიით დაავადებების შემთხვევები და მისი სიმძიმე განუხრელად იზრდება მთელს მსოფლიოში.

ალერგენი - ეს არის ნივთიერება, რომელიც იწვევს სენსიბილიზაციას, ანუ ორგანიზმის იმუნური სისტემის განსაკუთრებულ მდგომარეობას, რაც დამახასიათებელია ალერგიული დაავადებებით შეპყრობილი დამიანებისათვის.

ძირითად ალერგენებს წარმოადგენენ:

- მცენარეების მტვერი;
- დანესტიანებულ ადგილებში განვითარებული ობი და შმორი (მიკროსკოპული სოკოები);
- ცხოველების ბეწვი;
- საყოფაცხოვრებო მტვერი;
- სხვადასხვა საკვები პროდუქტები (თხილი, არაქისი, ნიგოზი, თაფლი, შოკოლადი და ა.შ.)

ყოველი ცალკეული ალერგენი შეიძლება გახდეს მთელი რიგი სიმპტომების გამომწვევი: მაგ. მცენარის მტვერი შეიძლება გახდეს არამარტო რინოკონიუქტივიტის, არამედ ბრონქოსპაზმისა და ჭინჭრის ციების მიზეზი. უმრავლესობა ალერგიული ადამიანებისა ასევე რეაგირებენ ალერგენების მთელ სპექტრზე.

ალერგიას ამწვავებს ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა სხვადასხვა დეზოდორანტები, დაბინძურებული ჰაერი, დაბალი ტემპერატურა, ნესტი, გამონაბოლქვი, თამბაქოს კვამლი, ქარი.

ალერგიულ დაავადებებს იმუნოლოგიური ბუნება აქვთ - ისინი გამოწვეულია იმუნური პასუხის რეგულაციის დარღვევებით. განსხვავებით ნორმალური იმუნური პასუხისაგან, რომელსაც ადგილი აქვს ორგანიზმის მხრიდან მისთვის უცხო, პოტენციურად საშიშ ნივთიერებასთან კონტაქტის დროს, იმუნური პასუხი, რომელიც თან ახლავს ალერგიული რეაქციებს, ყალიბდება უსაფრთხო გარემო სუბსტანციებთან კონტაქტის ფონზე.

რაიმე ალერგიული დაავადების მქონე ავადმყოფის იმუნური უჯრედების მიერ ზოგიერთ სიტუაციებში ხდება E კლასის ანტისხეულების (IgE) სინთეზი, რომლებიც პასუხისმგებელია უმეტეს ალერგიული რეაქციებზე. ალერგიული ადამიანების სისხლში სხვებთან შედარებით სწორედ ამ კლასის ანტისხეულების მაღალი კონცენტრაცია აღინიშნება. თუმცა, რომელიმე ალერგენის მიმართ სპეციფიკური ამ კლასის ანტისხეულის საკმაოდ მაღალი დონის პირობებში საერთო IgE-ს დონე შეიძლება ნორმალურიც კი იყოს.

ალერგენზე სპეციფიკური IgE შეაღწევს სისხლიდან ქსოვილებში, სადაც შეიბოჭება პოხიერი უჯრედების ზედაპირზე. პოხიერი უჯრედები დიდი რაოდენობით არის ცხვირის, თვალის, ფილტვების და საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ლორწოვანში. ისინი აქტივდებიან, როცა ალერგენის მოლეკულა ფიზიკურ კონტაქტში შედის მათ ზედაპირზე არსებულ IgE ანტისხეულებთან, რომელთაც ამ ალერგენის ამოცნობის უნარი აქვთ და იწყება ალერგიული რეაქცია: პოხიერი უჯრედებიდან გამოთავისუფლდება ისეთი მედიატორები, როგორიცაა ჰისტამინი, ლეიკოტრიენები, პროსტაგლანდინები, ასევე ციტოკინები - ცილოვანი ნივთიერებები, რომლებიც უჯრედშორისი ურთიერთქმედების მედიატორებს წარმოადგენენ. ამ ნივთიერებებიას გამოთავისუფლებას მოსდევს ადგილობრივად ქსოვილებში ანთებითი ცვლილებების განვითარება. სწორედ ისინი იწვევენ ქრონიკული ალერგიული დაავადებებისათვის დამახასიათებელი შეშუპების, ლორწოს ჰიპერსეკრეციისა და სხვადასხვა გამაღიზიანებელზე ზემგრძნობელობის განვითარებას.

ჯერჯერობით ბოლომდე არ არის გარკვეული, რატომ არ ვითარდება ალერგენთან კონტაქტის დროს ალერგიული გამოვლინებანი ყველა ადამიანში. ფიქრობენ, რომ გარკვეულ როლს თამაშობს გენეტიკური წინასწარგანწყობა. მაგ. ალერგიული მშობლების შვილები ხშირად არიან ალერგიულები.

ალერგენებისგან თავდაცვის ხერხები:

- ეცადეთ გქონდეთ ბუნებრივი ქსოვილის თეთრეული;
- აიღეთ ხალიჩები. ლინოლეუმი და ხის იატაკი ხშირად გაწმინდეთ სველი წესით;
- რბილი ავეჯის გადასაფარებლად გამოიყენეთ რეცხვადი, ბუნებრივი ქსოვილის შალითა;
- ხშირად რეცხეთ თეთრეული ცხელი წყლით;
- ეცადეთ ბალიში და საბანი არ იყოს ბუმბულის ან მატყლის;
- გამოიყენეთ ბამბის ან ბამბაზიის თეთრეული;
- ეცადეთ, შეინარჩუნოთ ბინაში 50%-ზე ნაკლები ტენიანობა;
- აბაზანის კედლები და იატაკი გარეცხეთ წყლითა და საპნიანი ხსნარით;
- ხშირად გაანიავეთ ბინა, ეცადეთ შეინარჩუნოთ სუფთა, მშრალი ჰაერი;
- ეცადეთ, არ იყოლიოთ ბინაში, განსაკუთრებით საწოლ ოთახში შინაური ცხოველები;
- შინაური ცხოველები სისტემატურად დაბანეთ სპეციალური შამპუნით;
- საწოლ ოთახში დახურეთ ფანჯრები, რათა არ მოხდეს ოთახის მტვრით დაბინძურება;
- არ მოწიოთ შინ თამბაქო;
- მზა, კონსერვირებული პროდუქტების გამოყენების წინ ყურადღება მიაქციეთ მათ შემადგენლობას.

მოსახლეობაში გავრცელებული მცდარი შეხედულების მიხედვით, ალერგიის ძირითადად მიზეზს ესა თუ ის საკვები წარმოადგენს. სინამდვილეში ეს ასე არ არის. დადგენილია, რომ საკვებით გამოწვეული ალერგიები გვხვდება ბავშვების მხოლოდ 6%-სა და მოზრდილების 1%-ში.

რძისა და რძის პროდუქტებით გამოწვეული ალერგიები - ყველაზე გავრცელებულ კვებით ალერგიას წარმოადგენს ბავშვებში. ალერგიის ნიშნები ძირითადად გამოიხატება ქრონიკული ნაწლავური აშლილობის სახით და მწვავე ალერგიული სიმპტომებით – ცემინებით, ხველით, ქავილით.

ალერგია კვერცხის ცილისადმი – ასევე საკმაოდ გავრცელებულია ბავშვებში, თუმცა ალერგია შესაძლოა გამოვლინდეს მოგვიანებით ასაკშიც. ხშირია კანზე ეგზემის ტიპის გამონაყარი.

ალერგია თევზის პროდუქტებზე - თევზის პროდუქტებზე ალერგიული ადამიანი უნდა მოერიდოს ნებისმიერი სახეობის თევზის საკვებად მიღებას, მიუხედავად იმისა, რომ ის შესაძლოა ალერგიული იყოს მხოლოდ ერთი სახეობის თევზის მიმართ.

მწვავე ალერგიული რეაქციების მიზეზი შეიძლება გახდეს ასევე უხარისხო, გაფუჭებული თევზის საკვებად გამოყენება, ვინაიდან ასეთი თევზის ქსოვილში გროვდება ჰისტამინი. მისი მიღებისას შეიძლება განვითარდეს მოწამვლა, რასაც შეიძლება ახლდეს ასევე ყლაპვისა და სუნთქვის გაძნელება. მსგავსი სიმპტომების შემჩნევისას აუცილებლად უნდა მიმართოთ ექიმს. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ თევზი გაფუჭებული იყო, თუმცა ნებისმიერ შემთხვევაში, მოწამვლის გარდა, არ უნდა გამორიცხოთ თევზზე ალერგიაც.

ალერგია თხილისა და არაქისის მიმართ - მსგავსი სახის ალერგია ძირითადად გრძელდება მთელი ცხოვრების მანძილზე. ამ შემთხვევაში ერთადერთი მკურნალობა გამოიხატება ამ პროდუქტის მიღებაზე უარის თქმაში.



რესპირატორული ალერგია

რესპირატორული ალერგია, როგორც წესი, გამოწვეულია ჰაერში არსებული ძალზედ მცირე ზომის ალერგენებით - აეროალერგენებით (მცენარეთა მტვერი, ცხოველთა ბეწვისა და ქერტლის ნაწილაკები, ობის სოკოს სპორები, ოთახის მტვერი და ტარაკნების ფრაგმენტები). აეროალერგენების კონტაქტი ზემო სასუნთქი გზების ლორწოვანთან იწვევს ცემინებას, ცხვირში ქავილს, თხიერ გამონადენს ცხვირიდან, ხველებას, ფილტვებში ხიხინსა და მოხრჩობის გრძნობას. აეროალერგენებმა შეიძლება გამოიწვიოს ალერგიული კონიუქტივიტი, რასაც თან ახლავს თვალების ქავილი და ცრემლდენა.

რესპირატორული ალერგიის ძირითად გამოვლინებებს მიეკუთვნება:

- თივის ცხელება (პოლინოზი);

- ალერგიული რინიტი (შეიძლება მთელი წელი გრძელდება);
- ბრონქული ასთმა.

გარდა აეროალერგენებისა, სასუნთქი სისტემის მხრივ სიმპტომებს ხშირად იწვევს ე.წ. “ინფექციური ალერგია” - მომატებული რეაქტიულობა არაპათოგენურ ან პირობით-პათოგენურ მიკრობებზე (ნეისერია, კანდიდა და სხვ.), რაც შეიძლება გახდეს ინფექციურ-ალერგიული ბრონქული ასთმის მიზეზი.

პოლინოზი

პოლინოზი ანუ მცენარეული ალერგია – მცენარეული მტვრით გამოწვეული ალერგიული დაავადებაა და ცნობილია "თივის ცხელების" სახელწოდებით. თუმცა ეს დასახელება არასწორია, რადგან ეს დაავადება არა თივით, არამედ ყვავილის მტვრით არის გამოწვეული. ყვავილის მტვერი შეიცავს ალერგიული ცილების დიდ რაოდენობას. ამინდს შეუძლია გავლენა იქონიოს ჰაერში ყვავილის მტვრის კონცენტრაციაზე. მშრალი, ცხელი ამინდი, ისევე, როგორც ქარი, ხელს უწყობს მტვრის გავრცელებას. წვიმას მტვერი მიწაზე ჩამოაქვს და ამცირებს პოლინოზის გამწვავების რისკს.

მტვრის პროდუქცია მცენარეების მიერ დღის განმავლობაში სხვადასხვა ინტენსივობით ხასიათდება. მტვრის მაქსიმალური რაოდენობა გამოიყოფა დილით და დღის პირველ ნახევარში, რაც მხედველობაში უნდა იქონიოს ალერგიულმა ადამიანმა.

პოლინოზი კლინიკურად ვლინდება ძირითადად კონიუნქტივიტის, რინიტისა და ასთმის სიმპტოკომპლექსით. ე.ი. იწვევს თვალების, ცხვირის, სახის, ცხვირ-ხახის ქავილს, თვალების სიწითლეს, სინათლის შიშს, ცრემლდენას, ქუთუთოების შეშუპებას. თვალებიდან გამონადენი დასაწყისში გამჭვირვალეა, შემდეგ შეიძლება გახდეს ჩირქოვანი, მძიმე შემთხვევაში თვალის ლორწოვანზე ვითარდება წყლულები.

პოლინოზით ადამიანი შეიძლება დაავადდეს ნებისმიერ ასაკში. ჩვეულებრივ, ეს ხდება 6-დან 20 წლამდე, იშვიათად 40 წლის შემდეგ. ჩვეულებრივ, იგი ბიჭებში უფრო ადრე იწყება (5-14 წლის ასაკში), ვიდრე გოგონებში (15-24 წელი).
კლინიკა: დამახასიათებელია შეტევითი ხასიათის ცხვირის ცემინება (10-20-50-მდე), ცხვირიდან დიდი რაოდენობით თხიერი გამონადენი (წყლიანი სურდო), რასაც მოყვება ცხვირის სრული დაცობა – ცხვირის "გაჭედვა", თავის ტკივილი.
თუ ავადმყოფს არ ჩაუტარებია სათანადო მკურნალობა, ალერგიული პროცესი ინაცვლებს ქვემო სასუნთქ გზებში, იწყება ხველისა და სულხუთვის შეტევები, ვითარდება ბრონქული ასთმა.

პოლინოზი შეიძლება გართულდეს ანოსმიით (ყნოსვის დაკარგვა), სინუსიტებით (ცხვირის დანამატი ღრუს ანთება). იშვიათად შეიძლება განვითარდეს ჭინჭრის ციება, დერმატიტი, ეოზინოფილური ინფილტრატები ფილტვებში, ეპილეფსიური გულყრა და სხვა.

არასეზონური ალერგიული რინიტი

განსხვავებით პოლინოზისაგან, იგივე სეზონური რინიტისაგან, რომელიც რეგულარულ ხასიათს ატარებს, არსებობს ალერგიული რინიტის ისეთი სახეებიც, რომელთაც წელიწადის დროსთან კავშირი არა აქვთ. ზოგიერთი მათგანი შეიძლება მთელი წელი გაგრძელდეს, როგორც ეს ხდება ოთახის მტვრის ტკიპისადმი ალერგიის შემთხვევაში, სხვები დაკავშირებულია ინდივიდის სამუშაოსთან ან სხვა საქმიანობასთან. მაგალითად, პურის მცხობელებში ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ფქვილი, მეცხოველეებში – ცხოველის ბეწვი და სხვა.

არასეზონური ალერგიული რინიტის სიმპტომები ნაკლებად მკვეთრია, ვიდრე პოლინოზის შემთხვევაში, მაგრამ უყურადღებოდ მიტოვებული არასეზონური რინიტი შეიძლება ალერგიულ ასთმაში გადაიზარდოს. ეს სიმპტომებია: ცხვირით სუნთქვის გაძნელება (ცხვირის "გაჭედვა"), ცემინების შეტევები (10-20 დაცემინება ერთ ჯერზე) და წყლისმაგვარი გამონადენი ცხვირიდან.

ალერგიული დერმატოზები



ალერგიული დერმატოზები - ეს არის კანის ალერგიული დაავადებები, რომლებიც ვითარდება დაბალმოლეკულური ნივთიერებების, საყოფაცხოვრებო ქიმიური საშუალებების, სამკურნალო და კოსმეტიკური საშუალებების, ლატექსის ალერგენების, მეტალების, საკვები პროდუქტების, აერო- და სხვა ალერგენების ორგანიზმში მოხვედრის შემდეგ კანზე უშუალო ზემოქმედების გზით, ასევე საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ან ინექციის საშუალებით.
ალერგიული დერმატოზებისათვის დამახასიათებელია კანის ქავილი და შეწითლება, კანზე გამონაყარი ჭინჭრის ციების (შეშუპება, ბუშტუკები) ან ეგზემის (აქერცვლა, სიმშრალე, კანის სურათის შეცვლა) ტიპით. კანის მხრივ გამოვლინებების გარდა, საკვებ ნივთიერებებზე და მედიკამენტებზე ალერგია შეიძლება გამოვლინდეს ასევე სიმპტომებით საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის მხრივ - ენისა და ტუჩების შეშუპებით, გულისრევით, პირღებინებით, მუცელში სპასტიური ტკივილებით, დიარეით.
ყველაზე გავრცელებული ალერგოდემატოზებია - ატოპიური დერმატიტი (ექსუდაციური დიათეზი, ნეიროდერმიტი), ჭინჭრის ციება, კონტაქტური დერმატიტი.

კონტაქტური დერმატიტი ეს არის კანის რეაქცია ზოგიერთი განსაზღვრული გამაღიზიანებლის (დაახლოებით 3000-მდე ქიმიური აგენტი - შხამიანი მცენარეები, შხამ-ქიმიკატები, ქიმიური საშუალებები, კოსმეტიკა, საღებავები, მეტალები, მედიკამენტები, და სხვ.) უშუალოდ კანზე ზემოქმედებაზე. ამ რეაქციების 80% გაღიზიანების შედეგია (მაგ. “მრეცხავის ხელი”), ხოლო 20% - ალერგიულ რეაქციას წარმოადგენს. ალერგენთან კონტაქტის შემდეგ კანის ალერგიული რეაქცია ყალიბდება 1-3 დღეში, და რჩება 1 კვირა და უფრო ხანგრძლივადაც. რეაქცია უფრო გამოხატულია კონტაქტის ადგილას, თუმცა შეიძლება სხვა ადგილზეც განვითარდეს.



მწერების ნაკბენით გამოწვეული ალერგია

მწერები, რომელთა ნაკბენებსაც შეუძლია ალერგიული რეაქციების გამოწვევა, უმეტესად ეკუთვნიან სიფრიფანაფრთიანთა რიგს (Hymenoptera). ესენია უმეტესად ფუტკრები და კრაზანები. ფუტკრები მხოლოდ მაშინ იკბინებიან, თუ მათ ბუდეს რაიმე დაემუქრა. ამდენად, ისინი "ბუნებით აგრესიულნი" არ არიან. ფუტკრის ნესტარი დაკბილულია და კანში ჩასობის შემდეგ მისი ამოღება შეუძლებელია. როცა კბენის შემდეგ ფუტკარი ცდილობს ნესტარის ამოღებას, მისი ნესტარი, შხამის ჯირკვალი და საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ნაწილი წყდება სხეულს და ფუტკარი კვდება. მათგან გასხვავებით, კრაზანები ბუნებით აგრესიულნი არიან, განსაკუთრებით შემოდგომაზე, როცა საკვები შემოაკლდებათ. თანაც, ერთ კრაზანას მრავალჯერ შეუძლია დანესტვრა, რადგან კრაზანის ნესტარი გლუვია და კბენის შემდეგ მისი ამოღება ადვილია.



ანაფილაქსიური შოკი

ანაფილაქსიური შოკი ალერგიული რეაქციის ყველაზე სახიფათო და არასასურველი ვარიანტია. ეს არის კრიტიკული მდგომარეობა, რომელიც წარმოადგენს მწვავე სისტემურ ალერგიულ რეაქციას (მოიცავს მთელს ორგანიზმს) და ვითარდება იმ ალერგენთან კონტაქტის შემდეგ, რომლის მიმართაც ადამიანი წინასწარ იყო სენსიბილიზებული. ნებისმიერი მიზეზით გამოწვეული ანაფილაქსიის დროს სივდილობა გვხვდება 0,4 შემთხვევაში 1მლნ მოსახლეზე წელიწადში.
ანაფილაქსიის დროს ცვლილებები ვითარდება სხვადასხვა ორგანოებში - კანში, ზედა და ქვედა სასუნთქ გზებში, გულ-სისხლძარღვათა სისტემის ორგანოებში, თვალში, საშვილოსნოსა და შარდის ბუშტში. შესაბამისად, ანაფილაქსიის სიმპტომებია: შფოთვა, კანის ქავილი, თავის ტკივილი, გულისრევა, პირღებინება, ცემინება, ხველება, გამონაყარი კანზე, ტუჩებისა და სახსრების მიდამოს შეშუპება, თვალების შესივება და ქავილი, ხმის შეცვლა-ჩახლეჩა, ცხვირის ლორწოვანის შეშუპება, ტკივილი გულმკერდში, მოხრჩობის გრძნობა, სიმხურვალისა და ალების შეგრძნება, ნაწლავური კოლიკა, საშვილოსნოს სპაზმი და მოშარდვის სურვილი, შესუსტებული სუნთქვა, დაბალი არტერიული წნევა, კრუნჩხვები და გონების დაკარგვა.
ანაფილაქსიის გამოწვევა შეუძლია ბევრ ნივთიერებას. ანაფილაქსიური შოკის ხშირ მიზეზს წარმოადგენს ინსექტური ალერგია, ანუ ალერგია მწერის ნაკბენზე (კოღო, ფუტკარი, კრაზანა) და მედიკამენტოზური ალერგია (ანტიბიოტიკები, არასტეროიდული ანალგეზიური საშუალებები, სულფამიდური საშუალებები, ჰორმონები, შრატის პრეპარატები, ადგილობრივი გამაუტკივარებელი საშუალებები, სულფიტები). შეიძლება იგი განვითარდეს ფიზიკურ დატვირთვაზეც, რაც დამოკიდებულია დატვირთვის ინტენსივობაზე და გარემოს ტემპერატურაზე. ამ დროს აღინიშნება ინტენსიური ქავილი გამონაყრით ან მის გარეშე, წნევის დაქვეითება და ზემო სასუნთქი გზების შევიწროება.

ანაფილაქსია მოითხოვს გადაუდებელ სამედიცინო დახმარებას. რაც უფრო ადრე დაიწყებთ მკურნალობას, მით უფრო ნაკლებად მძიმე იქნება გამოსავალი;

სასწრაფოდ კეთდება ადრენალინი, ანტიჰისტამინური პრეპარატები და სტეროიდული ჰორმონები;

ალერგიის ძირითადი სიმპტომები

- სურდო;
- ცრემლდენა;
- ცხვირის, თვალების, სასის ქავილი;
- ცემინება;
- ცხვირის დაცობა;
- ცხვირში ზეწოლის შეგრძნება;

- ყურების დახშობა;
- თვალების ქვემოთ მუქი რკალები;
- კანზე გამონაყარი (ჭინჭრის ციება)

ჭინჭრის ციება და ანგიონევროზული შეშუპება (კვინკეს შეშუპება)



ფართოდ არის გავრცელებული. სტატისტიკა ამტკიცებს, რომ დედამიწაზე მცხოვრებ ყოველ მეხუთე ადამიანს სიცოცხლეში ერთხელ მაინც გადაუტანია ისინი. ჭინჭრის ციება და კვინკეს შეშუპება შესაძლოა ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად განვითარდეს ან მოხდეს მათი თანხვედრა. ჭინჭრის ციებამ ეს სახელწოდება გამოვლინების თავისებურების გამო მიიღო: გამონაყარი ჭინჭრის ნასუსხს ჰგავს. ბუშტუკებს თან სდევს სიწითლე, შეშუპება და ქავილი. შესაძლოა, ამას დაერთოს სიცხე, თავის ტკივილი და სისუსტეც. ჭინჭრის ციება შეიძლება იყოს როგორც ადგილობრივი, ისე გენერალიზებული (ანუ მოიცვას სხეულის ცალკეული ნაწილი ან გავრცელდეს მთელ სხეულზე). ზოგჯერ ის სხვა დაავადებების სიმპტომია. ჭინჭრის ციება შესაძლოა გამოიწვიოს ფიზიკურმა ფაქტორებმა (სითბო, სიცივე, წნევა, მზის რადიაცია), დერმოგრაფიულმა (ან მექანიკურმა) ფაქტორებმა (ვთქვათ, სავარცხლით კანის გაღიზიანებამ), სამკურნალო საშუალებებმა, მტვერმა, როცა მიზეზს ვერ პოულობენ, ჭინჭრის ციებას იდიოპათიურს უწოდებენ. ძირითადად კი ჭინჭრის ციების ორ ფორმას განასხვავებენ - ალერგიულსა და არაალერგიულს. ზოგჯერ ცალკე გამოყოფენ მემკვიდრეობით ფორმასაც. მწვავე ჭინჭრის ციება უმეტესად ალერგიული ბუნებისაა, ქრონიკულისა და მორეციდივეს შემთხვევაში კი რომელიმე ალერგენთან (წამალი, მტვერი, საკვები) კავშირი იშვიათად შეიმჩნევა, და საზოგადოდ, უშუალო მიზეზის დადგენა შემთხვევათა მხოლოდ 5-30%-ში ხერხდება.

კვინკეს შეშუპება, იგივე ანგიონევროზული შეშუპება ან გიგანტური ჭინჭრის ციება, ჩვეულებრივი ჭინჭრის ციებისგან კანის დაზიანების სიღრმით განსხვავდება. დიდი ზომის შეშუპება ყველაზე ხშირად ფაშარი უჯრედოვანი აგებულების ადგილებზე (ტუჩები, ლოყები, წარბები, პირის ღორწოვანი გარსი, სასქესო ორგანოები) ჩნდება. ტიპურ შემთხვევებში იგი რამდენიმე საათის შემდეგ (2-3 დღემდე) უკვალოდ ქრება. შეშუპების საშუალო და მძიმე

ფორმების მქონე ავადმყოფი აუცილებლად ჰოსპიტალიზებული უნდა იყოს. კვინკეს შეშუპების მემკვიდრეობით ფორმას ცალკე გამოყოფენ. ამ ფორმით უმეტესად მამაკაცები ავადმყოფობენ. შეშუპებას პროვოცირებას უწევს მიკროტრავმები და სტრესები. ხშირად ვითარდება ხორხის შეშუპება. ქირურგიული ოპერაციის წინ ამ ტიპის ალერგიის არსებობის (ან ეჭვის) შემთხვევაში აუცილებელია რიგი პროფილაქტიკური ღონისძიების ჩატარება. მწვავე ჭინჭრის ციება უმეტესად საკვებისმიერი ან წამლისმიერი ალერგიის სიმპტომია. საკვებიდან მის განვითარებას იწვევს კვერცხი, არაქისი, სოია, ღორის ხორცი, რძე, თევზი და ზღვის სხვა პროდუქტები, ქათამი, თხილი და კაკალი. უნდა გავითვალისწინოთ ჯვარედინი ალერგიული რეაქციების (ვთქვათ, ერთობლივად საკვებსა და მტვერზე ან ლატექსზე) შესაძლებლობაც. წამლებიდან ჭინჭრის ციების გამოწვევა ძალუძს ასპირინს, ანტიბიოტიკებს (მათ შორის - პენიცილინის ჯგუფისას), სულფანილამიდებს, კოდეინს.

ჭინჭრის ციება ასევე შესაძლოა გამოიწვიოს:

- სისხლის გადასხმამ ან სხეულში რენტგენოკონტრასტული ნივთიერების შეყვანამ;
- სიფრიფანაფრთიანი მწერის ნაკბენმა;
- რიგმა ინფექციურმა და ვირუსულმა დაავადებამ, მათ შორის - ჭიებით ინვაზიამ, ჰეპატიტმა და ლამბლიოზმა.

პრობლემამ შესაძლოა თავი იჩინოს ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიების ფონზეც. კვინკეს შეშუპებისთვის დამახასიათებელია კავშირი გულის უკმარისობისა და მაღალი არტერიული წნევის სამკურნალოდ გამოყენებულ პრეპარატებთან (რენიტეკი, კაპოტენი, ენაპი, პრესტარიუმი და სხვა). ამ დროს შეშუპება ხშირად ენასა და ტუჩებზეა ლოკალიზებული. საშიშია თუ არა ეს დაავადებები? ლოკალური ჭინჭრის ციება - მსუბუქ, ხოლო გენერალიზებული ჭინჭრის ციება და კვინკეს შეშუპება საშუალო და მძიმე ალერგიულ რეაქციებად ითვლება. განსაკუთრებით საშიშია სახის, კისრის, პირის ღრუსა და ხორხის შეშუპება, რადგან ამას შესაძლოა სუნთქვის გაძნელება და მოხრჩობით სიკვდილიც კი მოჰყვეს, თუ, რა თქმა უნდა, პაციენტს დროულად არ გაეწია სათანადო სამედიცინო დახმარება.

მკურნალობა, უწინარეს ყოვლისა, გულისხმობს პაციენტის განათლებას და წარმომშობი მიზეზებისა და მაპროვოცირებელი ფაქტორების აღმოფხვრას. ავადმყოფი ინფორმირებული უნდა იყოს თავისი დაავადების შესახებ. წესით და რიგით (ასე ხდება ყველა იმ ქვეყანაში, სადაც მოსახლეობის ჯანმრთელობას სახელმწიფო ყურადღებას აქცევს), ყველა ავადმყოფს თან უნდა ჰქონდეს "ალერგიული ავადმყოფის პასპორტი", რომელშიც შეტანილია დიაგნოზი და რეკომენდაციები. ჭინჭრის ციებითა და კვინკეს შეშუპებით დაავადებულმა ყველა ადამიანმა თავი უნდა არიდოს ასპირინისა და ანთების საწინააღმდეგო სხვა არასტეროიდული საშუალებების მიღებას, რადგან ისინი ათიდან ხუთ შემთხვევაში ჭინჭრის ციების გამწვავებას იწვევენ.

უნდა გამოირიცხოს ალკოჰოლი, ზოგ შემთხვევაში - ცხელი შხაპი და აბაზანა, ზოგიერთი წნევის დამწევი საშუალება. თუ დამნაშავე პროდუქტი დადგენილია, მისი მიღებაც უნდა

აიკრძალოს. მზისმიერი ჭინჭრის ციების დროს გარუჯვა რეკომენდებული არ არის. პაციენტები, რომელთაც მემკვიდრეობითი კვინკეს შეშუპება აქვთ, უნდა ერიდონ კბილის ამოღებას. რაც შეეხება მედიკამენტურ მკურნალობას, მწვავე ჭინჭრის ციებისა და კვინკეს შეშუპების დროს პირველ ადგილზე დგას ის საშუალებები, რომელთაც სიმპტომების სწრაფი კუპირება ძალუძთ. მსუბუქ შემთხვევებში შეიძლება, ანტიჰისტამინურ პრეპარატებს (დიმედროლი, სუპრასტინი, ტავეგილი) დავჯერდეთ (გაცილებით უკეთესია უახლესი პრეპარატები, რომლებიც ძილიანობას არ იწვევს, მაგალითად, კლარიტინი, ალერფასტი და სხვა). საშუალო სიმძიმისა და მძიმე შემთხვევებში აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია და სპეციალისტების კვალიფიციური დახმარება. ამ ორი დაავადების დაწვრილებით განხილვა იმიტომ დაგვჭირდა, რომ ქვემოთ ჩამოთვლილ თითქმის ყველა პათოლოგიის დროს ჭინჭრის ციებისა თუ კვინკეს შეშუპებისმაგვარი სურათი ვითარდება.

ალერგიული კონიუნქტივიტი. მისთვის დამახასიათებელია თვალების ძლიერი ქავილი და ცრემლდენა. ალერგიული კონიუნქტივიტი (მწვავე და კატარული ფორმაც), ჩვეულებრივ, უფრო რთული ალერგიული სინდრომის (მაგალითად, თივის ცხელების) შემადგენელი ნაწილია, მაგრამ ის შეიძლება დამოუკიდებლადაც აღმოცენდეს ჰაერში გაფანტულ ნაწილაკებთან (მცენარეების მტვერი, სოკოს სპორები, მტვერი, ცხოველების ბეწვი და სხვა) უშუალო კონტაქტის შედეგად. ალერგიული კონიუნქტივიტის სიმპტომებია ძლიერი ქავილი უხვი ცრემლდენით, კონიუნქტივის შეშუპება და ჩაწითლება. დაავადების მიზეზზე ხშირად ანამნეზი მიანიშნებს, ხოლო დიაგნოზის დასაზუსტებლად შეიძლება კანის სინჯის გამოყენება. დაავადების პროფილაქტიკისათვის საჭიროა ვერიდოთ ცნობილ თუ შესაძლო სპეციფიკურ ალერგენებს. ხშირად თვალების ფრთხილი ამობანის (მაგალითად, ნატრიუმის ქლორიდის 0,65%-იანი ხსნარით) შედეგად გაღიზიანება შესამჩნევად იკლებს. კარგად მოქმედებს ანტიჰისტამინური (ალერგიის საწინააღმდეგო) პრეპარატების მიღება. ზოგჯერ აუცილებელია სპეციფიკური მკურნალობა.



წამლისმიერი ალერგიები. ამ ტიპის ალერგიების თავისებურებები ასეთია: 1) ალერგიული რეაქცია ვლინდება წამალთან ერთჯერადი ან რამდენიმე კონტაქტის შემდეგ;

2) როგორც კი განვითარდება ჰიპერმგრძნობელობა, ალერგიული რეაქცია შესაძლოა გამოიწვიოს წამლის სამკურნალოზე გაცილებით ნაკლებმა დოზამ;
3) ალერგიული რეაქციების კლინიკური გამოვლინება შეზღუდულია. წამლისმიერი თერაპიის დროს კანზე გამონაყარი (ძირითადად ჭინჭრის ციების მსგავსი), ძლიერი ქავილი, შრატისმიერი დაავადება, ცხელების მოულოდნელი შემოტევა, ანაფილაქსია (ალერგიის თავისებური მძიმე ფორმა) და სხვა თითქმის ყოველთვის ორგანიზმის მგრძნობელობის მომატების გამო ვითარდება. ჰიპერმგრძნობელობის ყველაზე ცნობილი მაგალითია შრატისმიერი დაავადება, ანუ ალერგიული რეაქცია, რომელიც უცხო ცილის (ან რომელიმე პრეპარატის, მაგალითად, პენიცილინის, სულფანილამიდების) ორგანიზმში შეყვანიდან 7-12 დღის განმავლობაში ვითარდება.

სიცივით, მზის სხივებით, ტემპერატურით, ტრავმითა და წყლით გამოწვეული ალერგია. ყველა ჩამოთვლილ შემთხვევაში გამონაყარს თან სდევს ქავილის ძლიერი შეგრძნება. როგორ ვითარდება ზემოთ ჩამოთვლილი ფიზიკური ზემოქმედების შედეგად ალერგია, ეს მექანიზმი ჯერჯერობით დაუდგენელია. ფაქტი ერთია: ამ ტიპის ალერგიის დროს ადგილი აქვს ჭინჭრის ციების მსგავს პროცესს.

საჭმლისმიერი ალერგია - კანზე ალერგიულის მსგავსი გამონაყარი ჩნდება, არის ქავილის შეგრძნება, მაგრამ უცნობია მიზეზი, ხშირად ყველაფერს საჭმლისმიერ ალერგიას მიაწერენ. ზოგ შემთხვევაში დამნაშავე მართლაც ის არის, მაგრამ უმეტესად დაავადებას სულ სხვა მიზეზი აქვს, მაგალითად, საჭმლის მომნელებელი სისტემის მოქმედების მოშლილობა, კოლიტი და სხვა ისეთი პათოლოგია (ვთქვათ, საკვების, მაგალითად, რძის აუტანლობა), რომელიც ალერგიის მსგავს რეაქციას იწვევს.

საყოფაცხოვრებო ალერგია. ამ ტიპის ალერგია დაწყებული საპნიდან და სარეცხი ფხვნილებიდან, დამთავრებული კრემებით თუ ლატექს-რეზინით ყველაფერი ალერგიული ბუნებისა გახლავთ და განსაზღვრულ შემთხვევებში, ჭინჭრის ციების მარტივ ფორმასა და კანის ქავილის გარდა, შესაძლოა მძიმე გართულებამდე (დაფიქსირებულია სიკვდილის შემთხვევებიც) მივიდეს.

კითხვები:

1. რა არის ალერგიული დაავადებები და მათთვის დამახასიათებელი ჩივილები?
2. რა ნივთიერებაა ალერგენი?
3. ჩამოთვალეთ ალერგენები.
4. ჩამოთვალეთ ალერგენებისგან თავდაცვის ხერხები.
5. რით არის გამოწვეული რესპირატორული ალერგია?
6. რომელი დაავადებებით გამოვლინდება რასპირატორული ალერგია?
7. რა არის პოლინოზი?
8. რით არის გამოხატული ალერგიული დერმატოზები?
9. რა არის ალერგიული რეაქციის ყველაზე საშიში რეაქცია?
10. ჩამოთვალეთ ალერგიის ძირითადი სიმპტომები.

11. რა დროს ვითარდება კვინკეს შეშუპება?
12. რამ შეიძლება გამოიწვიოს ჭინჭრის ციება?
13. რა სიმპტომები აქვს ალერგიულ კონიუნქტივიტს?
14. რა ფაქტორებით შეიძლება გამოწვეულ იყოს ალერგიული რეაქციები?

ლიტერატურა:

რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994

ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.

მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.

http://www.medportal.ge/aqtualuri_tema/alergia/alergia.html

http://www.mkurnali.ge/alergologia/1837-2010-04-14-13-36-46.html

http://www.medportal.ge/aqtualuri_tema/alergia/alergia.html

http://tsamali.ge

კანის მდგომარეობა და კანზე არსებული წარმონაქმნები

კანის დათვალიერებისას ყურადღება უნდა მივაქციოთ მის ფერს, პიგმენტაცია-დეპიგმენტაციას, გამონაყარს, სისხლჩაქცევებს, სიმშრალე-სინოტივეს, აქერცვლას, დანაწევრებას, წყლულების არსებობას და კანის დაჭიმულობას.
კანი შეიცავს ოთხ ძირითად პიგმენტს: ოქსიჰემოგლობინს, დეზოქსიჰემოგლობინს, კაროტინსა და მელანინს. ამა თუ იმ პიგმენტის სიჭარბე განაპირობებს ადამიანის კანის ფერის რასობრივ თუ ნაციონალურ განსხვავებას. კანის ძირითად პიგმენტს, მელანინს, მეტად არსებითი როლი აკისრია, თუნდაც თეთრი და გაურუჯავი კანის პიგმენტაციაში. ამ პიგმენტს მელანოციტები გამოიმუშავებს.

კანის ფერი დამოკიდებულია მის ფერად უჯრედებში - მელანოციტებში - პიგმენტების რაოდენობაზე, რაც გენეტიკური ფაქტორით არის განპირობებული. პიგმენტის ჭარბი რაოდენობის დროს კანი შავია და პირიქით. კანის ფერის განმსაზღვრელი მნიშვნელოვანი ფაქტორია ასევე მის ქვეშ მდებარე სისხლ-ძარღვების მდგომარეობა. მათი გაფართოებით ან შევიწროვებით, შეიმჩნევა შეწითლება ან კანის გაბაცება. კანის ფერი მთელ სხეულზე თანაბარზომიერი არ არის. ხელის და ფეხისგულები მელანინს არ შეიცავს, ამიტომ, მათზე კანი უფრო ღია ფერისაა. ტუჩები, ისევე, როგორც ლორწოვანი გარსი წითლად არის შეფერილი. კანი თითისწვერებზე, ყურებსა და ცხვირზეც ოდნავ მოწითალოა, რამდენადაც სისხლ-ძარღვები ზედაპირთან ახლოს არის განლაგებული. კერტების ადგილას კანი საკმაოდ მუქია მელანინის კონცენტრაციის სიჭარბის გამო. კანის ფერზე ზეგავლენას ახდენს კანზე მოხვერილი ულტრაიისფერი სხივები. მელანინი იცავს კანს მზის სხივებისაგან და დაბერებისაგან. ალბინოსებს მელანინი საერთოდ არ აღენიშნებათ გენეტიკური მუტაციის გამო. ამის შედეგად, მათ არამხოლოდ კანი, არამედ, თმაც ღია ფერისა აქვთ. კანის ფერი ხშირად სტერეოტიპების წყაროდ გვევლინება.

კანის ფერი შეიძლება იყოს:

წითელი - აღგზნებისას, სიცხისას, დამწვრობისას, ეგზემისას, ეგზანთემისას და ალუბლის ფერი ნახშირორჟანგით მოწამვლისას.

ფერმკთალი - კონსტიტუციურად, სახლში ყოფნის მოყვარულებთან, შეკრთობისას და შიშის დროს, ანემიისას, გულის წასვლის დროს, კოლაფსის დროს,მძიმე ინფექციური დაავადებების დროს.

ყვითელი - სიყვითლე წარმოიქმნება, როდესაც ნაღვლის პიგმენტი სისხლში და შესაბამისად კანში აღწევს. ეს ხდება რვიძლის პარენქიმის ინფექციურ-ტოქსიური დაზიანებისას, ნაღვლის მექანიკური შეგუბებისას, ჰემოლიზისას. სიყვითლის სხვადასხვა ტონალობები შეიმჩნევა.

ბრინჯაოსფერი - ადისონის დაავადებისას.

ლურჯი - ციანოზი - სისხლის არასკმარისი ჟანგბადით გაჯერებისას, როდესაც არის ვენური შეგუბება, ფილტვში გაზთა ცვლის დარღვევა.

ნაცრისფერი - დაერთო სისუსტის დროს - სიმსივნური დაავადებისას

კანის დისქრომიები (ბერძნულად: ქრომა – ფერი, შეფერილობა) – წარმოადგენს კანის შეფერილობის ცვლილებებს. ის შესაძლოა იყოს შეძენილი (მაგ., ჰომოსიდერული, კაროტინული) ან თანდაყოლილი (ალბინიზმი და სხვ.). კანის შეძენილი დისქრომიები იყოფა პირველადად, რომელიც ვითარდება შეუცვლელ კანზე და მეორადები. კანის პირველადი დისქრომიები შესაძლოა იყოს თავისთავად განვითარებული დერმატოზები, მაგალითად, ვიტილიგო, ქლოაზმა, ან ზოგადი დაავადებების სიმპტომი, მაგალითად ლეიკოდერმა სიფილისი დროს. ქლოაზმა – კანის ჰიპერპიგმენტაცია მოყვითალო-მოყავისფრო, არასწორი კონტურის მქონე ლაქების სახით უხშირესად ლოკალიზდება სახეზე. გვხვდება, როგორც წესი, ქალებში ორსულობის დროს კლიმატურ პირობებში ან იმ პირებში, რომელთაც დარღვეული აქვთ საკვერცხეების ფუნქცია. ლეიკოდერმის დროს პიგმენტაციის დარღვევა დაკავშირებულია მელანინის რაოდენობის შემცირებასთან, ან მათ სრულ გაქრობასთან. გამოვლინდება მრავლობითი მომრგვალო ფორმის,მცირე ზომის დეპიგმენტირებული ლაქების სახით. სიფილისური ლეიკოდერმა გვხვდება სიფილისის მეორე პერიოდის დროს (კისრის კანზე, იშვიათად ზურგზე ჭუჭყიან-მონაცრისფრო ჰიპერპიგმენტაციის ფონზე ვითარდება რკინის მონეტის ზომის მოთეთრო ლაქები – ვენერას ყელსაბამი). პროფესიული ან

წამლისმიერი ლეიკოდერმა ვითარდება ზოგიერთი ქიმიური ნივთიერების ან წამლების ზემოქმედებისას (მაგალითად, ფურაცილინის ხანგრძლივი მიღებისას). მეორად დისქრომიებს მიეკუთვნება ადრე არსებული სხვადასხვა დერმატოზების ადგილას წარმოქმნილი ცვლილებები (ფსორიაზი, წითელი ბრტყელი ლიქენი და სხვ.) დე- და ჰიპერპიგმენტაციის სახით.

კანის დისქრომიები ხასიათდება კანის შეფერილობის გაძლიერებით (ჰიპერქრომია ან ჰიპერპიგმენტაცია), შემცირებით (ჰიპოქრომია, ან ჰიპოპიგმენტაცია) და სრული გაქრობით (აქრომია ან დეპიგმენტაცია). კანის დისქრომიის არსებობის ხანგრძლივობა განპირობებულია მისი გამომწვევი მიზეზიდან. თანდაყოლილი დისქრომიები მთელი ცხოვრების განმავლობაში არსებობს (ალბინიზმი, პიგმენტური ნევუსი), ხოლო შეძენილი დისქრომიები შესაძლოა გაქრეს დროის გარკვეული პერიოდის გასვლის შემდეგ, გამომდინარე მიზეზისა.

განსაკუთრებით ხშირად გვხვდება მელანინური გენეზის ჰიპერქრომიები, რომლის დროსაც ადგილი აქვს კანის მოყავისფრო შეფერილობას ღიადან მუქამდე, თითქმის შავამდე. აღნიშნული შესაძლოა განვითარდეს ულტრაიისფერი სხივების ზემოქმედებით; კანზე ვითარდება თანაბარი ჰიპერპიგმენტაცია (ნამზეური). ულტრაიისფერი სხივების გადაჭარბებული და ხანგრძლივი ზემოქმედებისას ზოგიერთი პროფესიის ადამიანებს (მეზღვაური, მიწის მუშაკები) უვითარდებათ შეხებისას უხეში და ჰიპერპიგმენტირებული, ე.წ. ,,მეზღვაურის კანი“.

მელანოგენეზის ზოგიერთი რგოლის დარღვევამ შესაძლოა გამოიწვიოს მელანინური ჰიპერპიგმენტაცია, რომელიც შესაძლოა იყოს თანდაყოლილი ან შეძენილი. ასეთ დროს მნიშვნელოვანია კანში მიკროელემენტების ცვლილებები (სპილენძი, გოგირდი, რკინა), ამინომჟავების ცვლა, ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციონირება (ჰიპოფიზი, თირკმელზედა, ფარისებრი, სასქესო ჯირკვლები), ღვიძლის, ნაღვლის ბუშტის, სხვა ორგანოებისა და ნერვული სისტემის სიმპათიკური ნაწილის მხრივ გამოვლენილი დარღვევები. პიგმენტური ცვლის თანდაყოლილი დარღვევების შედეგად ვითარდება ჭორფლები – წვრილი ღია-მოყვითალო ან მუქი-ყავისფერი არასწორი ფორმის ლაქები, რომლებიც ზოგჯერ ერთიანდება. როგორც წესი განლაგდება ცხვირზე, ლოყებზე, შუბლზე, იშვიათად კი ზემო კიდურებზე, ზურგსა და მკერდზე.

გავრცელებული დიფუზური მელანინური ჰიპერქრომია ვითარდება მელანოზის, იცენგო-კუშინგის, ადისონის დაავადების, ჰიპოფიზარული უკმარისობის, ჰიპერკორტიციზმის (განპირობებული კორტიკოსტეროიდების გახანგრძლივებული მიღებით), ქრონიკული ინფექციების, პარაზიტარული დაავადებების, ურემიის, სისხლის დაავადებების, პორფირინული ცვლის დარღვევისა და პელაგრის დროს.

კანის გავრცელებული არათანაბარი ჰიპერქრომია დამახასიათებელია ლეიკოდერმიისთვის, ზოგიერთ შემთხვევაში ის შესაძლოა განპირობებული იყოს ინტოქსიკაციით, ზოგიერთი სამკურნალწამლო საშუალების ხანგრძლივი მიღებისას (ანტიპირინი, ატოფანი, სულფანილამიდი). შემოსაზღვრული მელანინური ჰიპერქრომიები ჩნდება ჭორფლების, ქლოაზმების, ლენტიგოს, პიგმენტური ნევუსების, დიუბრეას მელანოზების, პეიტც-ეგერსის სინდრომისა და მასტოციტოზის დროს.

ჰომოსიდერული ჰიპერქრომიისას განარჩევენ მოყავისფრო-მოწითალო ან მდოგვისფერ-მოყვითალო ფერის კანის უბნებს, რაც დაკავშირებულია კანში რკინისშემცველი პიგმენტ ჰომოსიდერინის დაგროვებით, რომელიც წარმოიქმნება ჰემოგლობინისგან კანში სისხლჩაქცევის შედეგად. ტანის მოლურჯო ელფერი, რომელიც განპირობებულია ჰემოგლობინის ჟანგბადით არასაკმარისი გაჯერებისას, გვხვდება სისხლის მიმოქცევის მძიმე დარღვევებისას, მეტჰემოგლობინემიისას და სხვ.

კაროტინული ჰიპერქრომია, ანუ კანის აურანთიაზი, გამოწვეულია ვიტამინ A-ს ბიოლოგიურად აქტიური წინამორბედის – კაროტინის მომატებული დაგროვებით სისხლის შრატში და კანის ეპიდერმისის გარქოვანებულ შრეში. გამოწვეულია საკვებად კაროტინის შემცველი პროდუქტების დიდი რაოდენობით მოხმარებისას (ფორთოხალი, სტაფილო, გოგრა და სხვ.). სახის კანი, ხელისგულები, ფეხისგულები და შემდეგში სხეული დასაწყისში იძენს ყვითელ, მოგვიანებით კი ინტენსიურ-სტაფილოსფერ ფერს; ამ დროს ლორწოვანი გარსები შეუფერავი რჩება.

ბილირუბინული ჰიპერქრომია განპირობებულია კანში ყვითელი პიგმენტის – ბილირუბინის დაგროვებით, ახასიათებს კანის მოყვითალო შეფერილობა, ამასთანავე იღებება ლორწოვანი გარსებიც. კანის ფერის მნიშვნელოვანი ცვლილებები გვხვდება სხვადასხვა პათოლოგიური პროცესების დროს, მაგალითად ქსანთომატოზის დროს ქოლესტერინის დაგროვებისას, ამილოიდის დაგროვებისას ამილოიდოზების დროს და სხვ.

ჰიპერქრომია შესაძლოა გამოწვეული იყოს სხვადასხვა გარეგანი ნივთიერებებით. მაგალითად, კანის ანთრაკოზი გამოწვეულია ჩაფლული ნახშირის ნაწილაკებით, ტატუირება – კანში საღებავი ნივთიერებების შეყვანის გზით. კანის არგირია ვითარდება იმ პირებში, რომლებსაც კონტაქტი აქვთ ვერცხლის მეტალთან, ვერცხლის ნიტრატთან (ლაპისთან); ამ დროს ვერცხლი ხვდება ორგანიზმში კანიდან, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან და სასუნთქი სისტემებიდან და კანი, განსაკუთრებით კი სახისა და ხელის, იძენს ლურჯ შეფერილობას მოცისფრო ელფერით.

კანის ჰიპოქრომია და აქრომია განპირობებულია მელანინის არასაკმარისი, ან მისი გამომუშავების შეწყვეტისას. ის შეიძლება იყოს გენერალიზებული (ალბინიზმი) ან ლოკალური ცალკეული დეპიგმენტირებული ლაქების სახით. აქრომის შესაძლოა გამოვლინდეს კეთრისას, სიფილისისას, დროებით შეიძლება განვითარდეს ფსორიაზის დროს გამონაყარი ელემენტების გაწოვისას, ნეიროდერმიტისას და სხვა დერმატოზებისას; ამ მდგომარეობას უწოდებენ ფსევდოლეიკოდერმიას. აქრომია შესაძლებელია განვითარდეს ზოგიერთ ქიმიურ ნივთიერებასთან კონტაქტის ადგილას (თიოურაცილი, ჰიდროქინონი და სხვ.), ასევე გამოვლინდეს A ვიტამინის არასაკმარი რაოდენობისას, რომელსაც ეწოდება ე.წ. კისრის ფსევდოატროფოდერმა – კანის იშვიათი დაავადება დეპიგმენტირებული ლაქების სახით კისრის კანსა და მკერდის ზედა ნაწილებში მოჭმუხნული ზედაპირით, რომელიც ტოვებს ატროფიულ შთაბეჭდილებას; უმეტესწილად გვხვდება ქალებში.

შეიძლება არსებობდეს ადგილობრივი პიგმენტაცია:

1) ჭორფლი - წვრილი, მურა ფერის ლაქები სახეზე და ხელის ზურგზე ემართებათ წითურებს. ძლიერდება ზაფხულობით, სქესობრივი მომწიფებისას ქრება ან სუსტდება.



2) ღია ან მუქი მიხაკის ფერი სხვადასხვა ფორმის და სიდიდის ლაქები შუბლისა და ლოყების გვერდებზე - ორსულობის დროს, საშვილოსნოს დაავადებებისას.
3) ხალი - კანის ზემოთ ამოწეული მურა ლაქა.





4) კისერზე საყელოსავით მუქი პიგმენტაცია (ვენერას ყელსაბამი) - გაზაფხულზე და შემოდგომაზე - PP ვიტამინის ნაკლებობის დროს.
ადგილობრივი დეპიგმენტაცია შეიძლება იყოს ზოგჯერ სიმეტრიულად მდებარე. სხვადასხვა ფორმისა და ზომის თანდაყოლილი უპიგმენტო ლაქები, რაც მელანინის ნაკლებობის შედეგია.

კანის გამონაყარი: ვაქცევთ ყურადღებას ფორმას, სიდიდეს, ლოკალიზაციას.
1) ერითემა (ბერძნ. ერითროს - წითელი) - გაშლილი ან შემოფარგლული, ზოგჯერ კანს ზემოთ შემაღლებული სიწითლე. ვითარდება ქუნთრუშის დროს.
ერითრემის შემთხვევაში ლაქები შემაღლებულია, მომრგვალო ან ოვალური კვანძების სახით, ძირითადად წვივების უკანა ზედაპირზე.



წითელი ქარის დასაწყისში კი იგი კაშკაშა წითელი, შემაღლებული.

2) როზეოლია (ლათ. როზეოს - ვარდისფერი) - მრგვალი ღია ვარდისფერი ან კაშკაშა წითელი 2-3 მმ სიდიდის ლაქებია, რომლებიც თითის დაჭერით ქრება, თითის აღებისას კი კვლავ ჩნდება, მაგ. მუცლის ტიფის დროს.

3) პეტექია - წერტილოვანი სისხჩაქცევაა, თითის დაჭერით არ ქრება.

4) პაპულა - მრგვალი, მომკვრივო ღია წითელი და კიდურებზე სიმეტრიულად განლაგებული პატარა კვანძებია.

5)ბუშტუკი - პაპულის არეში - სითხის - ექსუტატის ჩადგომის შედეგად წარმოქმნილი, პატარა ბუშტუკია. გვხვდება ჩუტყვავილის დროს.

6) ჰერპესი - გამონაყარი, რომელიც ვითარდება ნერვების დაბოლოებებზე (სამწვერა)



7) პუსტულა (ლათ. პუს - ჩირქი) - დაჩირქებული უბანი, მას ირგვლივ წითელი არშია აქვს. ცენტრში კი ჯიბისებრ ჩადრეკილია.

8) ნაოფლი - ძლიერი ოფლიანობის დროს წარმოქმნილი

9) ურტიკარია (ლათ. ურტიკა ჭინჭარი) ჭინჭრის ციება - მრგვალი ან ოვალური კანს ზემოთ შემაღლებული, ვარდისფერი, ძლიერი ქავილით - ჭინჭრის ნასუსხის მაგვარი გამონაყარია. იგი ერთბაშად ვლინდება და ერთბაშად შეიძლება გაქრეს. ხშირია ალერგიების დროს.

სისხლჩაქცევები კანში: სისხლჩაქცევები სხვადასხვა ზომისაა. შეიძლება იყოს მცირე ზომის პეტექიები ეწოდება. ისინი ჩნდება სისხლის ჩაქცევის შედეგად, კანქვეშა მუქი წითელი ლაქებია, რომელიც ლურჯდება, შემდეგ ყვითლდება, მაგ. ვასკულატების დროს.

კანის სისველე და სიმშრალე: ჰიპერჰიდროზი (ჰიპერ - მეტი, ჰიდრო - წყალი) - კანის ნამიანობა დამოკიდებულია საოფლე ჯირკვლების ფუნქციაზე.
კანის სიმშრალე - ანჰიდრიზი აღინიშნება ზოგიერთი ინფექციური დაავადების ან სითხის დიდი რაოდენობით დაკარგვის დროს.
კანის დაჭიმულობა: ტურგორი - ჩვეულებრივ ახალგაზრდა ადამიანის კანი ელასტიური და დრეკადია, ტურგორის დაქვეითების გამო კანი ნაოჭდება.
პათოლოგიის დროს ტურგორი ქვეითდება, სითხის დიდ რაოდენობით დაკარგვის დროს.
კოლატერალური: ჩვეულებრივ ჯანმრთელ კანზე სისხლძარღვანი ქსელი არ ჩანს, პათოლოგიის დროს შეიძლება გამრავლდეს, რის გამოც კოლატერალური მიმოქცევაც შესამჩნევი გახდეს.
ჭიპის ირგვლივ _ რადიალურად გამომდინარე _ დაკლაკნილი და გაგანიერებული ვენების სახით გამოხატული კოლაცერალები - ,,მედუზის თავის'' სახელწოდებით არის ცნობილი, რაც კარის ვენაში სისხლის შეგუბების შედეგია. იგი აღინიშნება ღვიძლის ციროზის ან ვენების თრომბოზის დროს.
კანის მდგომარეობა და კანზე არსებული წარმონაქმნები

კანის დისქრომიები
კანის გამონაყარი:
სისხლჩაქცევები კანში:
კანის ჭარბი აქერცვლა: ახასიათებს ზოგიერთ დაავადებას, მაგ. ქუნთრუშის დროს დამახასიათებელია კანის ქატოსებური აქერცვლა.
ნაწიბური - შეიძლება იყოს კანის სხვადასხვა ადგილზე. ისინი ვითარდება ოპერაციის ან ჭრილობის შედეგად.
კანის ეპიდერმისის დანამატებს - თმას და ფრჩხილებს ზოგჯერ დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვთ. სქესის მიხედვით კანის თმიანობა განსხვავებულია, ჰორმონალური მოშლილობის დროს ზოგჯერ იგი ირღვევა. მაგ. ქალს უჩნდება წვერ-ულვაში, აღინიშნება ადგილობრივი გამელოტება ან ადრეული გაჭაღარავება. თმის და წამწამების ცვენა. თმის ცვენა-ტეხვადობა.
ფრჩხილები შეიძლება ჩაიზნიქოს, მქრალი, ტეხადი გახდეს, რაც ზოგჯერ ავიტამინოზის შედეგია.

კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი: კანის დათვალიერების შემდეგ აფასებენ კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილის მდგომარეობას. ამ ქსოვილის მოცულობა შეიძლება შეიცვალოს მასში ცხიმის ჭარბი დაგროვებით - სიმსუქნის დროს, ცხიმის შემცირებით - სიგამხდრის დროს, სითხის ჭარბად დაგროვებით (შეშუპებით) ან ჰაერის მოხვედრით (კანქვეშა ემფიზემა).

შეშუპება - ორგანიზმის ქსოვილებში და უჯრედშორის სივრცეებში წყლისებრი სითხის დაგროვებაა. ყურადღებას იქცევს ნაკეცების გადასწორება, ტანსაცმლის ან ფეხსაცმლის

მოჭიმის შედეგად წარმოშობილი კვალი. ხელის მიდებისას ის ადგილი ცივია და ნაკლებ ელასტიური. შესივების ადგილზე ხელის დაჭერისას ხანგრძლივად რჩება ჩაღრმავება. შეშუპება შეიძლება იყოს ადგილობრივი და ზოგადი.

კითხვები:

2) აღწერეთ კანის აგებულება;
3) არის თუ არა სიფერმკრთალე ყოველთვის დაავადების მიმანიშნებელი;
4) რა მიზეზები შეიძლება ჰქონდეს კანის სიყვითლეს;
5) რა ხდება, როდესაც შეშუპებულ კანზე თითს ვაჭერთ;
6) რა ფორმის გამონაყარი შეიძლება იყოს კანზე?

ლიტერატურა:
ავადმყოფზე დაკვირვება - სახელმძღვანელო მედდებისთვის - ლოტე შონშტაინი
რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994

ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.

მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.

https://ka.wikipedia.org/wiki
http://www.dermatologist.ge/diseases.html
http://www.marjani.ge/axalcarmonaqmnebi.html
http://allergyxxi.ge/index.php/de/qronikulichinchriscieba

ბავშვთა ფიზიოლოგიურ-პათოლოგიური პროცესების ამოცნობა

ყველა ბავშვს აქვს უფლება ცხოვრობდეს ჯანმრთელ და ხელშემწყობ გარემოში - გარემოში, რომელიც უზრუნველყოფს ბავშვის ზრდას, განვითარებას და დაცვას დაავადებებისაგან.
ლი იონგ ვუკი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის
გენერალური დირექტორი
2004 წელი

სასწავლო რესურსის ამ თავში თქვენ გაეცნობით ერთწლამდე ბავშვის განვითარების თავისებურებებს თვეების მიხედვით, ერთი წლის ზემოთ, შვიდწლეულების განხილვით, ბავშვთა ასაკობრივი ჯგუფების განვითარების თავისებურებებს, ბავშვთა დაავადებებს, ბავშვთა კონსტიტუციურ ტიპებს და შესაბამისად სხვადასხვა დაავადებებისადმი მიდრეკილებებს. შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე ბავშვების თავისებურებებს.

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვის ფიზიოლოგიური თავისებურებების ამოცნობა

0-დან ერთი თვის ასაკის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება



ცხრა თვის ლოდინის შემდეგ იბადება ბავშვი. ის გამოეყოფა დედის ორგანიზმს და იწყებს ამ ეტაპზე მისთვის რთული გარემოსა და ცხოვრების ადაპტირებას. ბავშვს დედის მუცელში განვითარებისთვის შესანიშნავი პირობები ჰქონდა. კერძოდ, ის დამოუკიდებლად არ იკვებებოდა, არ სუნთქავდა, არ განიცდიდა ატმოსფერული წნევის ზეწოლას, რადგან სუნთქავდა და იკვებებოდა პლაცენტის საშუალებით და ცურავდა ცილით გაჯერებულ

სითხეში. მთლიანად დაცული იყო დედის მხრიდან, როგორც ფიზიკურად ასევე, ემოციურად. მოკლედ, ის დედის სხეულის განუყოფელი შემადგენელი ნაწილი იყო.

დაბადებამდე ცოტა ხნით ადრე ბავშვის ტვინში ფუნქციონირებას იწყებს სუნთქვის ცენტრი. დაბადებისას ის ღრმად ჩაისუნთქავს. ეს ხორციელდება სუნთქვის ცენტრის აღგზნებით, მის სისხლში არსებული ნახშირმჟავების არსებობის გამო. ჩასუნთქვის შედეგად ფილტვები სრულად იშლებიან, რაც გამოიხატება აქტიური ტირილით. ეს ნამდვილად საჭირო ტირილია, რადგან ახალი ორგანო სწორედ, რომ ამ ტირილის მეშვეობით იწყებს ფუნქციონირებას. ჭიპლარის გადაკვეთის შემდეგ ბავშვის გულ-სისხლძარღვთა სისტემა იწყებს დამოუკიდებელ ქმედებას. მარჯვენა და მარცხენა წინაგულებს შორის არსებული ხვრელი იხურება. პირველ ჩასუნთქვასთან ერთად, ასევე იბადება ბავშვის მშვინიერ-სულიერი არსება.

ბავშვი, დაბადების შემდეგ, ხვდება მისთვის უცხო და მძიმე პირობებში. დედის მუცელში სტერილური გარემოდან გადადის დაბინძურებულ გარემოში, სადაც ატმოსფერული წნევა ზემოქმედებს. ბავშვი იღებს შოკს გარემოს ტემპერატურის ცვლილების გამო, რომელიც არსებობს დედის თბილ, თხევად გარემოსა(სადაც ტემპერატურა 37,5 38 გრადუსია) და ჰაეროვან გარემოს შორის. ბავშვი იბადება სხეულის ტემპერატურით 36,6 გრად. (სწორ ნაწლავში), მშობიარობის პროცესში ტემპერატურა 1,5-2 გრადუსით იკლებს.

ახალშობილი მოძრაობის უნარს დაბადებისას არ იძენს. ის აქტიურად მოძრაობს მუცლად ყოფნის პერიოდში, რომელსაც დედა კარგად შეიგრძნობს. დაბადებისას ბავშვს აქვს ზოგადი მოძრაობები, როგორიცაა წოვის, შიშისგან დამცველობითი, ხელებისა და ფეხების ქაოტური, არაკოორდინირებული მოძრაობები. აქვთ კრთომები, მუშტები მჭიდროდ შეკრულია, თუ თითებს გავუშლით და ჩვენს თითს ჩავუდებთ, მოუჭერს, მაგრამ მალევე ხელს გაგვიშვებს. სიცოცხლის პირველ დღეებში ახალშობილის თვალები მოძრაობენ ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად, ამიტომ შესამჩნევია როგორც გარეთა, ასევე შიგნითა სიელმე, რაც მშობლების შეშფოთებას იწვევს. ეს ფიზიოლოგიურია და გაგრძელდება მანამ, სანამ არ ისწავლის მზერის ფიქსაციას საგნებზე, რაც ნიშნავს, რომ ბავშვს უკვე შეუძლია სივრცითი ხედვა. თავის მხრივ, ეს მანიშნებელია იმისა, რომ მისი ცნობიერება ნელ-ნელა იბადება.

ბავშვი ადვილად პოულობს ძუძუს და იწყებს აქტიურ წოვას, რადგან ჯანმრთელ ბავშვს წოვის რეფლექსი დაბადებისთანავე კარგად აქვს განვითარებული. ახალშობილს ტუჩებზე აქვს ბორცვაკები, რომლების წოვაში ეხმარებიან. (ამ ბორცვაკების არსებობა მიუთითებს ჯანმრთელ საჭმლის მომნელებელ სისტემაზე.) ის პირველივე წუთიდან ცნობს დედას. დედასთან სიახლოვე ბავშვის ფსიქიურ განვითარებას უწყობს ხელს. ბავშვი დედას ცნობს სუნით, კანზე შეხებით, მოფერებით, რაც ატირებულ ბავშვს ამშვიდებს. მეცნიერულად დამტკიცებულია, რომ მოფერება აუმჯობესებს სისხლის მიმოქცევას და თავის ტვინის განვითარებას განაპირობებს. ძუძუთი კვება ბავშვის ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემაზე დამამშვიდებლად მოქმედებს და მის ნორმალურ განვითარებას უწყობს ხელს.

დროულ ახალშობილებს აქვთ ძლიერი რეაქცია ძლიერ ხმაურზე და სინათლეზე. ძლიერ სინათლეზე ვლინდება გუგის შევიწროვება, თვალების დახუჭვა, თავის უკან გადაწევა. ძლიერ ხმაურზე ბავშვი კრთება და შესაძლებელია, რომ ტირილიც დაიწყოს.

ბავშვის სიმშვიდეზე მოქმედებს დედის ემოციური მდგომარეობა. თუ დედა მშვიდადაა, ბავშვსაც შესაბამისად კარგად ძინავს და პირიქით, დედის ნერვიულობისას ბავშვი აგზნებულია და ხშირად ტირის. ბავშვის ტირილის მიზეზი შეიძლება სხვადასხვა იყოს, კერძოდ, საჭმლის მომნელებელი სისტემის უმწიფრობის გამო გაძლიერებული მეტეორიზმი, შიმშილი, სველი საფენი, სიცივე, დაცხომა. ხშირად, განსაკუთრებით ვაჟებთან, შარდვის წინ ბავშვმა შეიძლება იტიროს, რაც განპირობებულია გარეთა საშარდე ხვრელის სივიწროვით და ჩუჩაზე მარილების დაგროვებით.

დაბადების შემდეგ ბავშვი დროის უმეტეს ნაწილს ძილში ატარებს და კვებისას იღვიძებს. ბავშვს გარე სამყაროს აღქმაში ეხმარება მისთვის განკუთვნილი გარემოს შემოსაზღვრა, როგორიცაა ძილი საკუთარ საწოლში. როდესაც მის სხეულში დედის რძე იღვრება, ის კმაყოფილებას განიცდის არა მარტო პირის ღრუში, არამედ მთელი სხეულით, რომელიც ჩართულია გემოს შეგრძნებაში. ძუძუთი კვებისას ბავშვი კვლავ განაგრძობს დედის ფიზიკური გარსის ქვეშ ყოფნას, რაც თავის მხრივ მის დაცულობასაც ნიშნავს. დანაყრებისა და ამობოყინების შემდეგ, ბავშვი მშვიდად წევს და იძირება არაცნობიერ კმაყოფილებაში, სანამ შიმშილის გრძნობა კვლავ არ შეაწუხებს. ბავშვი იწყებს ტირილს, ხელ-ფეხის ქნევას, როგორც კი ძუძუს მიცემენ, პატარა აქტიურად იწყებს წოვას, ნელ-ნელა მშვიდდება, შეიძლება ცოტა ხნით წოვას თავი დაანებოს, მიმოიხედოს კმაყოფილებით, ერთი-ორი თავი გააქნიოს, კვლავ ჩაიდოს ძუძუ პირში და გააგრძელოს აქტიურად წოვა. ჭამასა და ძილში გადის პირველი კვირები და დედა ერთი თვის თავზე აღმოაჩენს რომ პატარა უღიმს. ეს არის დედისთვის უდიდესი სიხარულის წამი. პირველად ბავშვის თვალებიდან გამოაბრწყინა პიროვნების ასპექტმა. ეს არის პირველი სიცილი, რომლის ინტენსივობა დღეებთან ერთად მატულობს. ამ პერიოდისთვის ბაშვი უფრო აქტიური ხდება, თავს ამოძრავებს აქეთ-იქით, რეაგირებს დაძახებაზე, აკვირდება უძრავ საგნებს, მაგრამ მათკენ არ მიიწევს.
ბავშვი თუ არ იცინის, ეს ნიშანია იმისა, რომ ის არ ვითარდება ნორმალურად. სიცილის პერიოდების მატება პირდაპირ კავშირშია ცნობიერების განვითარებასთან, რაც ასევე გამოიხატება სიფხიზლის დროის გაზრდაში. სწორედ ამ პერიოდიდან შეიძლება მშობლების მხრიდან პედაგოგიური მიმართებების განხორციელება: მოფერება, სიმღერა, საუბარი და ლოცვების კითხვა ძილის წინ. ახალშობილზე მოქმედებს არამშვიდი გარემო, სტუმრიანობა, სხვადასხვა სახის ხმაური. ბავშვი იწყებს ტირილს, ვერ იძინებს, წუხს. ამ დროს ბავშვს ამშვიდებს ძუძუს მოწოვება, მკერდზე მიხუტება და ტარება, მუცლის მსუბუქი მასაჟი საათის ისრის მიმართულებით. თბილი წყლის აბაზანა წელს ქვევით.

ბავშვის ფიზიკური განვითარება მიმდინარეობს რიტმულად. დაბადებისას ბავშვი არის ერთი მრგვალი, კოსმიური არსება, სადაც წინ მოდის თავი, რომელიც ბურთს მოგვაგონებს და ყველაზე მეტად ფორმირებული ნაწილია. განსხვავებით ტანისგან და კიდურებისგან, რომელთა ქაოტური მოძრაობა თვალში საცემია. სიცოცხლის პირველ დღეებში სახეზეა დიდი თავი და ჩამოუყალებელი კიდურები, რომლებიც საფენებში შეფუთულ მდგომარეობაშია. თავზე კი შეიმჩნევა მშობიარობის პროცესის კვალი: შეშუპებული უბნები თვალის გარშემო, ჰიპერემიული ადგილები, თავის ქალას მცირედი დეფორმაცია, ჰემატომა, კეფის მიდამოში,

ქუთუთოებზე ან კისერზე შესაძლებელია აღენიშნოთ მოწითალო ლაქები, რომლებიც 3-4 თვის ასაკში უკვალოდ ქრებიან.

ბავშვის ცხოვრების პირველი დღეების სიმრგვალეს 2-3 კვირიდან ენაცვლება კიდურების დაგრძელება, რომლის დროსაც საგრძნობლად იცვლება სხეულის ნაწილების ურთიერთთანაფარდობა. ჩვილი ბავშვის თავისა და სხეულის თანაფარდობაა 1:4. ზრდასრულთნ ეს პროპორცია დაახლოებით 1:8 არის. აქედან გამომდინარე ვამბობთ, რომ ახალშობილის თავი დიდია. თვალების შემაერთებელი ხაზი თავის შუა ხაზზე საგრძნობლად დაბლაა, ანუ თავის ქალა აღემატება სახის ზომას. ქვედა ყბა პატარაა და უკან წაწეული. სახის შუა ნაწილი შედარებით განვითარებულია, თუმცა ცხვირი ოდნავ ჩანს. პაჭუა ცხვირის ფონზე კარგად გამოიკვეთება გუმბათისებური შუბლი. დიდი თვალების უდიდეს ნაწილს ფერადი გარსი შეადგენს. ყბები ქვემოთაა დაწეული. ნაკვთები მომრგვალებული და რბილი. ზედა ტუჩი გაბერილია, შეიმჩნევა გამობურცულობები, რაც წოვის შედეგია და ასევე, მიუთითებს კარგად მოფუნქციონირე საჭმლის მომნელებელ სისტემაზე. ახალშობილებს კისერი თითქმის არ აქვთ, ის დამალულია ფუმფულოვან ნაოჭებში და იქმნება შთაბეჭდილება, რომ მრგვალი თავი პირდაპირ აზის ტანს.

ახალშობილის თავის გარშემოწერილობაა 34-36სმ. შემდეგ 1სმ-ით მატულობს თვეში და წლის ბოლოს 46 სმ-ია.

ახალშობილის გულმკერდის გარშემოწერილობაა 32-34 სმ. პირველი წლის განმავლობაში ის 13-15სმ-ით იზრდება და წლის ბოლოს ის შეადგენს 48სმ-ს. 14-15 წლის ასაკში - 75-78სმ-ია.

გულმკერდი ცილინდრულია და უფორმო, პირდაპირ გადადის მუცელში, რომელზეც კარგად შეიმჩნევა ნაწლავთა პერისტალტიკა. გულმკერდის გარშემოწერილობა დიდია თეძოებისაზე. მკლავები მოკლეა. საჯდომი და ფეხები ყველაზე ნაკლებადაა განვითარებული. ფეხები მთლიანი სიგრძის 1,5-ს შეადგენს. ისინი მრგვალია, განსაკუთრებით ბარძაყები და მის შიგნითა ზედაპირზე კარგად გამოხატული ნაოჭებია.

ჩვილის კანი გადაჭიმულია მსუქან ხორცზე, რომელიც ღინღლითაა დაფარული. ახალშობილის კანი ძალიან კარგად მარაგდება სისხლით. შეიძლება ითქვას, რომ ბავშვის კანი არის ნივთიერებათა ცვლის სისტემის შემადგენელი ნაწილი. სწორედ ამიტომ, კანი ადვილად ზიანდება და ანთებითი ხდება. ამავე მიზეზით კარგავს ბავშვი დაბადებისას ტემპერატურას. კანის საშუალებით ხორციელდება პირდაპირი კონტაქტი გარემოსთან. პირველ დღეებში შეიმჩნევა კანის სიყვითლე, რაც ფიზიოლოგიურია. ახალშობილის სისხლი, განსხვავებით მოზრდილისაგან, დიდი რაოდენობით სისხლის წითელ უჯრედებს შეიცავს. დაბადების შემდეგ ერითროციტების რაოდენობა თანდათანობით მცირდება და დაახლოებით მე-14 დღეს ეს პროცესი სრულდება. ეს ნიშნავს რომ სისხლის წითელი უჯრედები იშლებიან, რის გამოც თავისუფლდებიან ფერადი ნივთიერებები, და კანი იღებს ყვითელ შეფერილობას. კანის

სიყვითლე სხვადასხვა ბავშვთან შეიძლება სხვადასხვა ინტენსივობის იყოს. ძლიერი და გახანგრძლივებული სიყვითლისას აუცილებლად უნდა მიმართოთ ექიმს.

დაბადებისას ბავშვის კანი დაფარულია დამცველი ფენით, რომელსაც თავად კანი გამოყოფს. მას ხაჭოსებრი საცხი ეწოდება. ის შედგება უპირატესად ცხიმისგან, კანის უჯრედებისაგან. ამ გარსის მეშვეობით ბავშვი გამოყოფს თავის თავს გარემოსაგან და ეს უკვე ორსულობის მეორე ნახევრიდან იწყება. ის გამოეყოფა იმ სითხეს რომელშიც ცურავს. ხაჭოსებრი საცხი იცავს ბავშვს მშობიარობისას, აადვილებს მის გამოძევებას საშვილოსნოსგან და პირველ დღეებში ეხმარება ადაპტაციაში. მნიშვნელოვანია, რომ ეს დამცველი გარსი მალევე არ მოვაშოროთ ბავშვს. ამით დავეხმარებით პატარას სწრაფად არ დაკარგოს სითბო. სწრაფად დაკარგულ სითბოზე რეაგირებს სისხლი და ხდება ინტენსიურად ერითროციტების დაშლა.

ხაჭოსებრი საცხის მოშორების შემდეგ, დაბადებიდან 2-3 დღეს, აღინიშნება კანის სიწითლე მოლურჯო (ციანოზური) ელფერით, რასაც მოსდევს კანის აქერცვლა, განსაკუთრებით ხელისგულებზე და ფეხისგულებზე. ორივე მოვლენა ფიზიოლოგიურია.

ახალშობილებს ხშირად აღენიშნებათ ე.წ. ორსულთა რეაქცია, რომელიც დედისგან გადასული ჰორმონების მოქმედების შედეგია. ერთ-ერთია ქინძისთავისხელა მოთეთრო კვანძები, უპირატესად ცხვირზე და იშვიათად შუბლზე, ნიკაპსა და ლოყობზე და რაც ცხიმოვანი ჯირკვლების გააქტიურებული ქმედების შედეგია.

ასევე, ახალშობილებს გამოხატული აქვთ სარძევე ჯირკვლები დვრილით, რომლებიც ხშირად ჯირჯვდება და შესაძლებელია ხელის დაჭერისას რძისებრი გამონადენი აღინიშნოს. მას ეშმაკის რძეს ეძახიან. არ შეიძლება სარძევე ჯირკვლებზე ზეწოლა. ეს შესიება ნელ-ნელა გაივლის. გართულებებისა და შეკითხვების შემთხვევაში მიმართეთ ექიმს!!!

გოგონებს შეიძლება ჰქონდეთ სეროზული გამონადენი საშოდან, იშვიათ შემთხვევაში სისხლიანი გამონადენი, რომელიც 1-4 დღე გრძელდება.

ზოგიერთ ახალშობილ გოგონას აღენიშნება დვრილისირგვლივი რგოლის და ვაჟებს სათესლე პარკის პიგმენტაცია.

ახალშობილს ჭიპლარი მეორე კვირას ძვრება. ჭიპლარზე დაკვირვება და მოვლა მნიშვნელოვანი პუნქტია. ფუფხის ძალით მოშორება კატეგორიულად არ შეიძლება. ჭიპლარის დამუშავება სისტემატურად უნდა ხდებოდეს ჰიგიენური ნორმების მკაცრი დაცვით და ექიმის რეკომენდაციით. დაბანვა არ უნდა მოხდეს მანამ, სანამ ჭიპი სრულად არ შეხორცდება.

კუნთოვანი სისტემა სუსტადაა განვითარებული. აღინიშნება მომხრელ კუნთთა ჰიპერტონია (დაჭიმულობა), განსაკუთრებით კიდურების კუნთების, ამიტომაც ბავშვს შენარჩუნებული

აქვს ემბრიონის პოზა. კიდურები მოხრილია სახსარში, მტევნები შეკრულია მუშტებად. კისრის კუნთების ჰიპერტონუსი ხშირად განაპირობებს თავის უკან გადაწევას.



ახალშობილს დღე-ღამის განმავლობაში დაახლოებით 20 საათი უნდა ეძინოს. ის მხოლოდ ჭამისთვის უნდა იღვიძებდეს, ე.ი. ბავშვი მთელს დროს ძილსა და ჭამაში უნდა ატარებდეს, რათა მან ნორმალურად შეძლოს განვითარება. პირველ ეტაპზე შესაძლებელია, რომ ძილ-ღვიძილის რითმი არეული ჰქონდეს. მთელი დღის განმავლობაში ეძინოს და ღამის საათებში ფხიზლობდეს, რაც ცხადია მშობლებისთვის პრობლემას წარმოადგენს. მალე ეს რითმი სწორდება. ხშირად დედები ჩივიან რომ მათ შვილს ძალიან ცუდად ძინავს. ექიმისგან ითხოვენ საძილე საშუალების გამოწერას და თან რაც შეიძლება ძლიერ მოქმედს, რომ ეს პრობლემა მოიხსნას. ხშირ შემთხვევაში მედიკამენტი არ შველის, პირიქით შეიძლება უკურეაქცია გამოიწვიოს კიდეც. პირველი და მნიშვნელოვანი ქმედება ძილის დასარეგულირებლად არის ბავშვისთვის მშვიდი გარემოს შექმნა. ჩემი ხანგრძლივი პრაქტიკიდან გამომდინარე თამამად შემიძლია ვთქვა, რომ გაწონასწორებულ და მშვიდ დედებს ბავშვებიც წყნარები ჰყავთ. ბავშვი ხომ, განაგრძობს დედასთან მჭიდრო კავშირს, განსაკუთრებით თუ ბუნებრივ კვებაზეა. ჩვილმა, მართალია დატოვა დედის ორგანიზმი, მაგრამ ის, რძის საშუალებით, კვლავ იმყოფება დედის გარსების ქვეშ, რომლის შემადგენლობა ბავშვის სისხლის შემადგენლობის მსგავსია.



მნიშვნელოვანია ოთახის ტემპერატურა, რომელიც არ უნდა აღემატებოდეს 22-24 გრადუსს. თუ ოჯახი ახერხებს ბავშვის გარეთ, ჰაერზე ხანგრძლივად დაძინებას, მერწმუნეთ, ძილის პრობლემას ძალიან სწრაფად დაარეგულირებთ. არ აქვს მნიშვნელობა ზაფხულია თუ ზამთარი, წვიმს თუ თოვს, ბავშვს გარკვეული საათები გარეთ უნდა ეძინოს. ერთადერთი, როდესაც თავი უნდა შეიკავოთ ეს არის ძლიერი ქარი. ბავშვის აღგზნებადობას იწვევს ასევე თბილად ჩაცმა, ბავშვი ,,კომბოსტოსავით“ არ უნდა გამოიყურებოდეს!

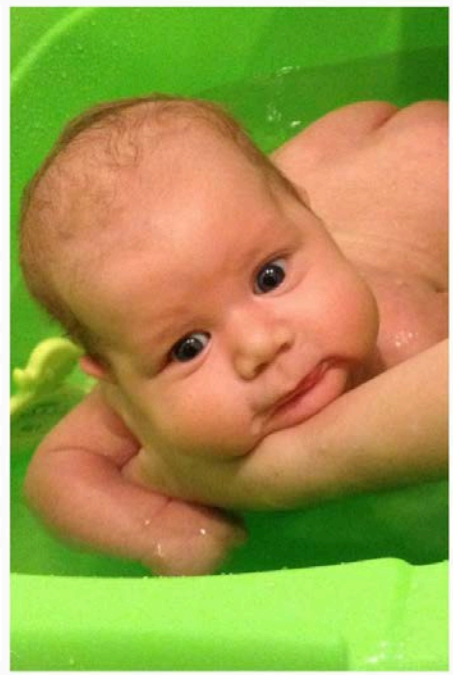
ბავშვს უნდა ეძინოს ზურგზე და არა მუცელზე!!!



ბავშვის ჯანმრთელი განვითარებისთვის აუცილებელია რეჟიმისა და რიტმის დაცვა, როგორც ძილ-ღვიძილის, ასევე კვების. ახალშობილის კვება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი პროცესია, მისი საშუალებით პატარა ეცნობა გარემოს. გავრცელებულია აზრი, რომ ჩვილს უნდა ვაჭამოთ მაშინ, როდესაც ითხოვს, ანუ უსისტემოდ, რასაც არ ვეთანხმები. მომხრე ვარ, კვების რიტმი დავარღვიოთ მაშინ, როდესაც ბავშვი აღგზნებულია ან ავადაა. ამ დროს დედის რძე უნივერსალური მედიკამენტია!

ახალშობილი საკვებს ყოველ 2-3 საათში უნდა ღებულობდეს. სიცოცხლის პირველ დღეებში ეს შუალედი შესაძლებელია 1,5საათამდე შემცირდეს. ცხადია, ამ პერიოდში, ღამის 6 საათიანი შუალედი არ სრულდება, მაგრამ მომდევნო კვირებში, ბავშვი თავად დაარეგულირებს რიტმს. საერთოდ პატარა კარნახობს როდის რა უნდა, უბრალოდ მეტი გულისყურითა და თვალისყურით უნდა იყოს დედა და უფრო მეტად უნდა ენდოს ის თავის ინტუიციას. ჩვილს კარგად აქვს განვითარებული წოვის რეფლექსი, ამიტომ ის ძლიერ და სწრაფად ქაჩავს, რომლის შედეგად შესაძლებელია საკვებთან ერთად ჰაერიც გადაყლაპოს (ეს შეეხება როგორც ბუნებრივ, ასევე ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებს.), ეს გამოიხატება იმით რომ ბავშვი წყვეტს წოვას და წუხს. ამისთვის აუცილებელია ცოტა ხნით ის ვერტიკალურ მდგომარეობაში დავიჭიროთ, რათა ამოაბოყინოს და გათავისუფლდეს გადაყლაპული ჰაერისაგან. ამის შემდეგ მან შეიძლება გააგრძელოს წოვა ან ჩაეძინოს. თუ ბავშვი წონაში კარგად მატულობა ეს ნიშნავს რომ მისი კვება დამაკმაყოფილებელია. თუ მატება ძალიან მცირეა აუცილებლად უნდა მიმართოთ პედიატრს. პირველ თვეს ჯანმრთელმა ახალშობილმა უნდა მოიმატოს 400-800 გრამი.

დროული ახალშობილის მასა 2700გ-დან 4000გრ-მდეა, ვაჟების წონა თითქმის ყოველთვის აღემატება გოგონების წონას. ვაჟების წონა საშუალოდ - 3400-3500გრ-ია, გოგონების - 3100-3200გრ-ია. 4000 გრამზე დიდ ახალშობილს გიგანტი, ბუმბერაზი ბავშვი ეწოდება.





მინიმალური მაჩვენებელი შესაძლებელია უფრო დაბალი იყოს, მაშინ როდესაც არის უმწიფარი ნაყოფი. ამ დროს საჭიროა ექიმთან აქტიური ურთიერთობა. აუცილებელია დადგინდეს დაბალი წონის მიზეზები და დაიგეგმოს ბავშვის ნორმალური განვითარებისთვის საჭირო ღონისძიებები.

დღენაკლ ახალშობილად ითვლება ბავშვი, რომლის გესტაციური ასაკი (მუცლად ყოფნის პერიოდი) არის 37კვირაზე ნაკლები, დროული ახალშობილია, რომლის გესტაციური ასაკია 37-42 კვირა, ვადაგადაცილებულია 42 კვირაზე მეტი. ცოცხლადშობილად ითვლება ახალშობილი, რომლის გესტაციური ასაკია 22 კვირაზე მეტი და იწონის 500 გრამს.

ახალშობილი სამშობიაროში კარგავს წონას, რომელსაც ფიზიოლოგიური კლება ჰქვია. ის დაბადების მასის 5-10% შეადგენს, რაც საშუალოდ 150-300გრამს შეადგენს. ამ კლების მიზეზია: წყლის დაკარგვა, ძირითადად კანისა და ფილტვების გზით (70-75%),თირკმელებისა და ნაწლავების მხრივ (10-20%), გადაყლაპული წყლის ამოღებინებისას(3-5%), ჭიპლარის გამოშრობისას-მუმიფიკაცია. მასის შემცირება მაქსიმალურია მე-2-3 დღეს, სულ 3-4 დღე გრძელდება, მე-4 დღიდან იწყება აღდგენა და ახალშობილთა 25% მე-7-10 დღეს აღიდგენს

დაბადების წონას. რაც მეტია ბავშვის წონა, მით მეტია მისი ფიზიოლოგიური კლება. ვაჟები უფრო მეტს იკლებენ. ასევე, ახალშობილები უფრო მეტს იკლებენ გახანგრძლივებული და გაძნელებული მშობიაროზისას.

წონის მატება ძალიან ბევრ ფაქტორზეა დამოკიდებული: მემკვიდრული ფაქტორი, პათოლოგიები, ხშირად დიდი წონის ბავშვი ნელა იმატებს და პირიქით, კვების ტიპი, რომელ სეზონზე დაიბადა და ა.შ.

ახალშობილის სიგრძე მერყეობს 47სმ-დან 57სმ-მდე., რომელიც პირველ დღეებში შეიძლება შემცირდეს (თავის დეფორმაცია, სამშობიარო სიმსივნის შემცირება და გაქრობა), შემდეგ იწყება სწრაფი მატება, რაც ინტენსიურია წლის პირველ და მეორე მეოთხედში.

ბავშვის სიგრძის ზრდაში დიდ როლს თამაშობს გენეტიკური ფაქტორი, ითვლება რომ ზრდას 100-ზე მეტი გენი არეგულირებს.

ახალშობილის სუნთქვის სიხშირე წუთში პირველ დღეს 40-60-ია, შემდეგ დღეებში იკლებს და საშუალოდ 36-40. მათი სუნთქვა არათანაბარი სიღრმისაა და არიტმულია. ეს ნიშნავს, რომ ის სუნთქვას ხანმოკლე პაუზებით, რაც ხშირად მშობლების შეშფოთების მიზეზი ხდება. პაუზების ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 5-7 წამს. თუ სუნთქვის სიხშირე 30-ზე ნაკლებია ან 60-ზე მეტია უნდა მიმართოთ ექიმს!!!

პულსი წუთში 120-160 შეიძლება იყოს.

თითქმის ყველა ახალშობილი დაბადებისას ბევრად უფრო ღია ფერისაა, ვიდრე შემდგომ ასაკში. ეს ნიშნავს, რომ დაბადებისას ყველა ბავშვი ანგელოზური არსებაა, რომელიც ნელ-ნელა იბადება, ინკარნირდება და უფრო მეტი რკინის პროცესი ავლენს თავს.

დროულ ახალშობილს კარგად აქვს გამოხატული წოვის, ყლაპვის, ცემინების და რქოვანას რეფლექსები. მთელ რიგ რეფლექსებს გარკვეულ ასაკამდე ინარჩუნებს:

- ხორთუმისებური რეფლექსი:(3თვე)
- ძუძუს ძებნის რეფლექსი: (3-5თვე)
- წოვის რეფლექსი:(18-24 თვე)
- ბაბკინის (ხელისგილ-ნიკაპის) რეფლექსი(3თვე)
- ბაუერის (ცოცვის)რეფლექსი(3თვე)
- მოროს (მოხვევის)რეფლექსი(4-5თვე)
- დგომის რეფლექსი(2თვე)
- ავტომატური სიარულის რეფლექსი(2თვე)
- ბაბინსკის რეფლექსი(3 წლამდე)
- კერნიგის რეფლექსი(4თვე)

ახალშობილის დისადაპტაციური სინდრომებია:

- წონის ფიზიოლოგიური კლება;

- ფიზიოლოგიური კატარი და აქერცვლა;
- ფიზიოლოგიური სიყვითლე;
- ახალშობილის თერმორეგუაციის დარღვევები;
- სამშობიარო სიმსივნე;
- შარდმჟავა ინფარქტი;
- ფიზიოლოგიური დისპეპსია;
- ჰორმონული კრიზი:
- ქინძისთავის სიდიდის მოთეთრო ფერის კვანძები
- სარძევე ჯირკვლების გადიდება
- ვულვოვაგინიტი
- მეტრორაგია
- სასქესო ორგანოთა პიგმენტაცია



ორი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება

სიცოცხლის პირველი კვირები გადის სმასა და ძილში. დაბადებიდან რამოდენიმე კვირაში, როდესაც დედა დახედავს თავის პატარას საწოლში, შეამჩნევს რომ ტუჩებზე ღიმილმა გადაურბინა. ეს არის დედისთვის სიხარულის წამი. ამ დროს ხდება დედა-შვილის პირველი განსაკუთრებული შეხვედრა, რადგან დედა ხედავს უკვე ბავშვის პიროვნულ მარცვლებს. ასეთი შეხვედრების რაოდენობა შემდეგ თვეებში ინტენსიური ხდება.

ბავშვი უკვე ნელ-ნელა ეგუება გარემოს, როდესაც არ ძინავს ყველაფერს ხედავს და ესმის. მისი სიფხიზლის პერიოდები იზრდება. კარგად ცნობს დედას, უღიმის კიდეც და დედის

სიხარულს აღიქვამს. შეიმჩნევა გამოხატული მიმიკა. ორივე თვალი ერთდროულად მოძრაობს, თუმცა ხანდახან ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად იხედებიან, ამიტომ წაუელმებს, თუმცა არა ისე ხშირად, როგორც ეს ხდებოდა ერთი თვის ასაკში. თვალს აყოლებს საგნებს. ითხოვს უფრო მეტ კონტაქტს.



ხელებისა და ფეხების მოძრაობა ისეთი ქაოტური აღარ არის, თუმცა ნაკლებად მიზანმიმართულია. იწყებს ღუღუნს. თანდათან იზრდება ,,აღუ“-ს თქმის სიხშირე, რაც ოჯახის წევრების აღფრთოვანებას იწვევს. გამოხატავს უკმაყოფილებას ტირილით, როდესაც შია ან საფენი გამოსაცვლელია. ტირილის დროს დალაპარაკება ან ხელში აყვანა ამშვიდებს. ორი თვის ბოლოს მისი ღიმილი უკვე მიზანმიმართულია. ღიმილისა და სიცილის ინტენსივობა დღეებთან ერთად მატულობს. ბაშვი უფრო აქტიური ხდება, თავს ამოძრავებს აქეთ-იქით, რეაგირებს დაძახებაზე, აკვირდება უძრავ საგნებს, მაგრამ მათკენ არ მიიწევს.

ბავშვი თუ არ იცინის, ეს ნიშანია იმისა, რომ ის არ ვითარდება ნორმალურად. სიცილის პერიოდების მატება პირდაპირ კავშირშია ცნობიერების განვითარებასთან, რაც ასევე გამოიხატება სიფხიზლის დროის გაზრდაში. სწორედ ამ პერიოდიდან შეიძლება მშობლების მხრიდან პედაგოგიური მიმართებების განხორციელება: მოფერება, სიმღერა, საუბარი და ლოცვების კითხვა ძილის წინ. ახალშობილზე მოქმედებს არამშვიდი გარემო, სტუმრიანობა, სხვადასხვა სახის ხმაური. ბავშვი იწყებს ტირილს, ვერ იძინებს, წუხს. ამ დროს ბავშვს ამშვიდებს ძუძუს მოწოვება, მკერდზე მიხუტება და ტარება.

ორი თვის ბავშვთან ძილის საათების ხანგრძლივობა 16-18 საათს შეადგენს. ღამით უჭირს ექვს საათიანი კვების შუალედის გაკეთება. საკვების მიღების შემდეგ ადვილად აგრძელებს ძილს. დღის განმავლობაში იძინებს ბევრჯერ, დაახლოებით 5-9 ჯერ, მაგრამ ეს ძილი არის ხანმოკლე. ბავშვს 24 საათის განმავლობაში ერთხელ მაინც უნდა ეძინოს ხანგრძლივად 4-6 საათი. ორი თვის ასაკში ჯერ კიდევ შესაძლებელია ძილის რიტმი არ იყოს

დარეგულირებული. ამის შესანიშნავი საშუალებაა ბავშვის ხშირად სასეირნოდ გაყვანა ან თუ შესაძლებელია დღის ძილი ჰქონდეს ჰაერზე. პირველ თვეს არსებული აქტიური მეტეორიზმი, მეორე თვეს შემცირებულია.

შესაძლებელია რომ შეამჩნიოთ პატარას სახეზე წვრილ წერტილოვანი გამონაყარი, რომელიც 5-6 კვირაში გაქრება. ეს ფაქტი მიუთითებს იმაზე, რომ ბავშვის სისხლი თავისუფლდება დედის ჰორმონებისაგან.

კეფის მიდამოში, ქუთუთოებზე ან კისერზე შესაძლებელია აღენიშნოთ მოწითალო ლაქები, რომლებიც 3-4 თვის ასაკში უკვალოდ ქრებიან.

ორი თვისთვის შესაძლებელია ბავშვს თავზე გაუჩნდეს ქერცლები, რომელმაც შემდეგ თვეებში მოიმატოს. ამ საკითხთან დაკავშირებით მიმართეთ პედიატრს.

ორი თვის ასაკში პატარა უკვე ცდილობს თავი წამოწიოს, განსაკუთრებით მუცელზე წოლის დროს. მართალია, თავის დაჭერა სულ რამოდენიმე წამით ხდება, მაგრამ ეს ნამდვილად წინ გადადგმული ნაბიჯია. თუ ეს ასე არ ხდება აუცილებლად მიმართეთ ექიმს.



ორი თვის ბავშვის წონა არის 5-6 კგ. სიგრძე მერყეობს 57-60 სმ-ის ფარგლებში.



სამი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება

პატარას აშკარად ემჩნევა ხასიათის ცვლილება. სიფხიზლის პერიოდებში, რომელიც უკვე ბევრად ხანგრძლივია, ვიდრე ერთი ან ორი თვის ასაკში იყო, ითხოვს ყურადღებას. თუ მანამდე იღვიძებდა მხოლოდ ჭამისთვის და შემდეგ კვლავ იძინებდა, ახლა მალევე აღარ იძინებს და უკვე გაცილებით მეტი რამ აინტერესებს. კარგად შემოდის კონტაქტში, უფრო კარგად გესმით მისი სურვილები. კმაყოფილების ბგერებს გამოთქვამს, ღუღუნებს, როდესაც ელაპარაკებით და ეთამაშებით. უფრო მეტად არის გამოხატული მიმიკა. ბავშვის მზერა უკვე ფიქსირდებას გარკვეულ საგნებზე. კარგად აღიქვამს ასევე ბგერებს და თავს ატრიალებს იმ მხარეს საიდანაც მოდის ეს ხმა. თუ უმღერით, ცდილობს რომ აგყვეთ. ის, სიფხიზლის დროს, მუდმივად ითხოვს ყურადღებას, ცნობს გარშემომყოფებს და უღიმის, ანსხვავებს ოჯახის წევრებსა და უცხო პირებს. თავის კმაყოფილება შეიძლება გამოხატოს ღუღუნით და უკმაყოფილება ხმამაღალი ბგერებით ან ,,ნებრიცუცით“(თვალებზე ცრემლების მოდგომით, ტუჩების მოკუმვითა და ქვედა ტუჩის გადმობრუნებით). მუცელზე წოლისას თავს და მხრებს წევს და რამოდენიმე წამი ასე ჩერდება. საკუთარი ხელებით თამაშობს, რომლებიც ხან ქრებიან, ხან ჩნდებიან. ზურგზე წოლისას თუ ორივე მტევანზე ხელს კარგად მოვკიდებთ და წამოვწევთ ადვილად მოგყვება და ცდილობს თავადაც წამოიწიოს.



აქტიურად უნდა გავასეირნოთ!!!

კარგია თუ დღის ძილი ხდება ჰაერზე. სამი თვის ბავშვს სიფხიზლის პერიოდი ეზრდება და მას ძინავს დაახლოებით 10-11 საათი. კარგია თუ ამ ასაკში ბავშვი ღამის კვებას არ ითხოვს, თუმცა უმრავლეს შემთხვევაში ეს ასე არ არის. პედიატრთან ერთად უნდა დაიგეგმოს ღამით კვების გადაჩვევის ღონისძიებები! შესაძლებელია რომ ღამით გაიღვიძოს, მაგრამ ეს არ ნიშნავს რომ ბავშვი უნდა გამოკვებოთ. მის ოდნავ შეფხიზლებაზე არ არის საჭირო საკვების მიცემა. შევეცადოთ რომ ძილი შევუბრუნოთ!!! რაც შეეხება დღის ძილს, ამ ასაკის ბავშვს 3-ჯერ უნდა ეძინოს. კარგია თუ ეს ხდება ჰაერზე. გარეთ გაუყვანლობა შეიძლება იყოს საღამოს აღგზნებადობისა და უძილობის მიზეზი. ძილის ხანგრძლივობა ინდივიდუალურია, შესაძლებელია ნეხევარი საათიდან 2-3 საათამდე გრძელდებოდეს. ხანმოკლე ძილის დროს უნდა შევეცადოთ რომ ძილი შევუბრუნოთ. თუ ეს არ ხერხდება იძულებას არ უნდა შეეცადოთ და არ უნდა გაანერვიულოთ. შედით მასთან სასიყვარულო კონტაქტში და ხელი შეუწყვეთ მის ჯანსაღ სიფხიზლეს, რასაც ცოტა ხანში მოჰყვება ჯანსაღი ძილი. ღამის ძილის წინ არ არის საჭირო ბავშვთან აქტიური თამაში. ამით მას მხოლოდ გამოვაფხიზლებთ!!!

სამი თვის ბავშვთან უკვე ისახება მეხსიერების გარკვეული ელემენტები, კერძოდ, ჭამის დროის მოახლოებისას, როდესაც ხედავს რომ დედა იქვე ტრიალებს, ელოდება მას და ამას გამოხატავს ხელების და ფეხების ქნევით.

ბავშვი მესამე თვიდან იწყებს ლუღლუღს, რაც ბავშვის ფუნქციური თამაშია არტიკულაციის ორგანოებით. ეს არის სამეტყველო აპარატის კუნთების ვარჯიში. ლუღლუღი შედგება მარცვლებისაგან და არა სიტყვებისაგან. ამ დროს ბავშვი ემზადება სიტყვების აგებისათვის. ყველა ეროვნების ბავშვი ერთნაირად ლუღლუღებს. თითქოს ისინი მზად არიან ნებისმიერი ენის შესასწავლად, რადგან ბავშვი იბადება სამყაროს მოქალაქედ და არა რომელიმე კონკრეტული ქვეყნის მოქალაქედ. სმენადაქვეითებული ბავშვიც კი ზუსტად ისევე ლუღლუღებს, როგორც ნორმალური სმენის მქონე ბავშვი. მეტყველების ჩამოყალიბებაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება იმას, თუ როგორ ურთიერთობენ მასთან უფროსები. ბავშვს სიტყვის მნიშვნელობა არ ესმის. მნიშვნელოვანია უფროსები რა ჟესტებსა და ქმედებებს ახორციელებენ, როგორია შინაგანი განწყობა და მიდგომა. ბავშვი აღიქვამს ერთ მთლიან გარემოს და წარმოთქმული სიტყვები არ აღიქმება როგორც რაღაც გამოყოფილი ამ მთლიანობიდან, მთლიანობიდან რომელიც არის მასზე მზრუნველი, მოსიყვარულე და თბილი. ეს პროცესი გრძელდება ერთ წლამდე.

სამი თვის ასაკიდან იწყება თმის სტრუქტურისა და ფერის შეცვლა. სხეულზე არსებული ღინღლი იწყებს ცვენას.

სამი თვის ბავშვი დაახლოებით 5,5-7 კგ-ს უნდა იწონიდეს.

ბავშვის სიგრძე უნდა მერყეობდეს 60-65 სმ-ის ფარგლებში.

თუმცა წონისა და სიგრძის მაჩვენებლები ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია ბევრ ფაქტორზე!!!

საჭიროა მუდმივი კონტაქტი პედიატრთან!



ოთხი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება

ოთხი თვის ბავშვი იწყებს იმ უნარების უფრო მეტად განვითარებას, რომლებიც მანამდე ჰქონდა. თქვენ აშკარად ამჩნევთ ცვლილებებს. ის აქტიურად გამოხატავს თავის სურვილებს, როგორც მიმიკით, ასევე ფიზიკური აქტიურობით. უყვარს როდესაც მას ელაპარკებიან. ხმამაღლა იწყებს სიცილს და როდესაც წყვეტენ მასთან ლაპარაკს, შეიძლება ტირილი დაიწყოს. შთაბეჭდილებებზე თავისუფლად რეაგირებს. ბავშვი უკვე ძალიან კარგად ანსხვავებს ოჯახის წევრებს და სტუმრებს. იწყებს სხვადასხვა ბგერების წარმოთქმას, შესაძლებელია აგყვეთ ლაპარაკში. ჩუმდება როდესაც ესმის მუსიკა.

ძლიერდება ბავშვის კუნთოვანი სისტემადა წესრიგდება მოძრაობა. ხმაზე ადვილად ატრიალებს თავს. აქვს შესაბამისი რეაქცია სხვადასხვა ხმაზე. მისი თითები მუდმივად გაშლილია და კარგად ერთობა მათი თამაშით. მუცელზე წოლისას ეყრდნობა მტევნებს, განსხვავებით სამი თვის ბავშვისაგან, რომელიც ეყრდნობა მკლავებს. ასეთ მდგომარეობაში ის ერთვება ახალ სიტუაციაში, აქტიურად ათვალიერებს გარემოს, ცდილობს მიწვდეს და შეეხოს საგნებს, რომლებსაც ხედავს, ცდილობს ჩაებღაუჭოს მათ. შეუძლია ხელების ერთმანეთთან მიტანა, ისე რომ თითები არ დაიხმაროს. ადვილად იჭერს ბოთლს ორივე ხელით. ზურგზე წოლისას არის მცდელობები ფეხების ზევით აწევის, რომელსაც ხშირად ახერხებს და ამით კარგად ერთობა. ზურგზე წოლისას შესაძლებელია, რომ გადაბრუნდეს გვერდზე და ეს

მოხდეს ძალიან სწრაფად. თუ მანამდე ბავშვს თავისუფლად ტოვებდით მარტო საწოლზე, რომელსაც არ აქვს დამცავი ხარიხები, ოთხი თვის ასაკში მისი დატოვება უკვე საშიშია!

ამ ასაკში იწყება კბილების ამოჭრისთვის მზადება, ამიტომ გაძლიერებულია ნერწყვდენა (ჰიპერსალივაცია). შესაძლებელია, თუმცა ძალიან იშვიათად, რომ წინა საჭრელმა კბილმა ამოყოს თავი.



თმის ფერი იცვლება. დაცვენილი ღინღლის მაგივრად ამოსვლას იწყებს შედარებით სქელი თმა. თმის ამოსვლისა და ინტენსივობის საკითხი ინდივიდუალურია.

ბავშვი აქტიურად გაიყვანეთ სასეირნოდ და თუ დღის ძილი ხერხდება ჰაერზე, ეს ძალიან სასარგებლოა! ოთხი თვის ბავშვს ღამით ძინავს 10-11 საათი. დღის განმავლობაში 3 ჯერ უნდა იძინებდეს. სიფხიზლის პერიოდებში თავის თავთან თამაშიც უნდა შეეძლოს. დღის ძილის ხანგრძლივობა სხვადასხვანაირია. ერთ-ერთი ძილი შეიძლება იყოს მხოლოდ ხანგრძლივი (3საათი) და ღრმა. დანარჩენი ორი ხანმოკლე და ზედაპირული.

ოთხი თვის ბავშვი იწონის 6,5 - 7,5კგ. მისი სიგრძე მერყეობს 60-65 სმ-ის ფარგლებში. ეს მონაცემები ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე. ოთხი თვის ბავშვის კვების შესახებ მშობლებმა პედიატრს უნდა დაუსვან შეკითხვები, განსაკუთრებით ხელოვნურ კვებაზე მყოფი ბავშვების შემთხვევაში



ხუთი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება

ხუთი თვის ბავშვთან უკვე კარგად ჩანს იმ უნარების განვითარება, რაც წინა თვეებში განივითარა და ახალი შესაძლებლობებიც. მისი ფსიქო-ემოციური სფერო აშკარად განვითარებულია, ის იწყებს სტუმრებზე უცხოობას. თავს ავლენს მისი სიმპათია-ანტიპათიური დამოკიდებულება სხვადასხვა ადამიანების მიმართ, განსაკუთრებით უცხო პირების მიმართ. თუ მასთან გულწრფელად და მთელი არსებით შედიან კონტაქტში, უღიმიან და უცინიან, ისიც იგივე სიცილით პასუხობს, თუმცა მასთან შეიძლება არ მივიდეს და აყვანის შემთხვევაში გაიწიოს ოჯახის წევრისკენ, შემდეგ კვლავ გამოხედოს და გაუღიმოს.

მუცელზე წოლისას წევს თავსა და მხრებს, ბრუნდება ზურგიდან მუცელზე და პირიქით. თუ მტევნებზე ხელს მოვკიდებთ და წამოვწევთ, ადვილად წამოჯდება და წამოჯდომის მცდელობები ხშირია. ხუთი თვე არ არის ის ასაკი, რომ უფროსების მხრიდან იყოს მისი დაჯდომის მცდელობები - ეს ჯერ ადრეა! განვითარების პროცესის დაჩქარება (ამ შემთხვევაში იგულისხმება დაჯდობა), თავად ამ განვითარებას შეუშლის ხელს, რადგან მას ჭირდება ძალა, რომელიც ჯერ არ აქვს, ამიტომ ძალას სხვა, ამ ასაკისათვის უფრო მნიშვნელოვან პროცესს წაართმევს. ბავშვის არსებაში ყველაფერი გარკვეული თანმიმდევრობითა და ჰარმონიულობით არის დაკავშირებული, ერთი გამომდინარეობს მეორისგან და ორივე ერთი მთლიანობის ნაწილია. ბავშვის ორგანიზმში მიმდინარეობს პროცესები, რომლებიც დაკავშირებულნი არიან ნებელობით საწყისთან და არა ცნობიერთან. ეს პროცესები მანამ

უნდა დასრულდეს სანამ ბავშვი დაჯდება, რადგან ჯერ უნდა მოხდეს სხეულისა და მისი ორგანოების ფორმირება და შემდეგ მისი გამოყენება! ნაადრევად დასრულებულ პროცესებს ბავშვისთვის ზიანი მოაქვს. მათი გამოსწორება შემდეგ უფრო ძნელია. ის ხანგრძლივი დროით ართმევს ბავშვს ზრდის ძალებს. შესაძლებელია მოგვიანებით ასაკში განვითარდეს ემოციურ სფეროში სისუსტეები. მშობლები ამ პერიოდში ხშირად მიმართავენ გიმნასტიკურ უხეშ ფიზიკურ ჩარევებს, რაც არა სასურველია! ჩემი რჩევა იქნება თავი შეიკავოთ ამისგან. მოგვიანებით ასაკში ჯანსაღი ფიზიკური ქმედებები, პირიქით, ხელს უწყობს ბავშვის კარგ განვითარებას.

ხუთი თვის ბავშვი აკვირდება თავის მტევნებს (მუშტად შეკრულს თუ გაშლილს), თამაშობს კიდურებით. განსაკუთრებით ფეხებით, რომლებიც ხან ჩნდებიან და ხან ქრებიან. იჭერს მას და ფეხის თითებს იდებს პირში. ადვილად იტაცებს საგნებს, ერთი ხელიდან მეორეში გადააქვს და პირისკენ მიაქანებს. ის მას აგემოვნებს და ამით ,,შეიმეცნებს“.

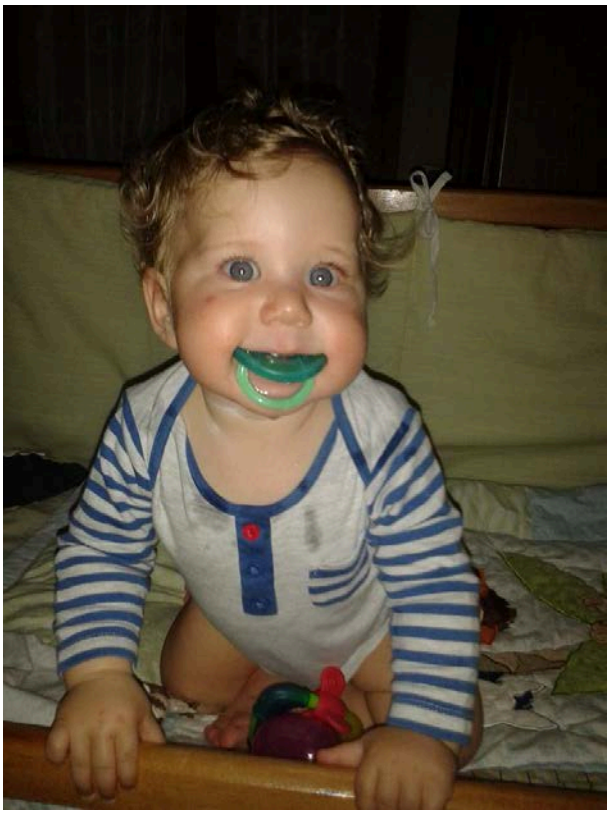
ხუთი თვის ასაკის ბავშვი წარმოთქვამს ბგერებს და ღუღუნი ძლიერდება, მაშინ როდესაც უფროსები ესაუბრებიან ან ესმის სასიამოვნი მუსიკა. ამ ასაკში იდება საფუძველი სმენის განვითარების. მისი კეთილგანწყობა დამოკიდებულია გარშემომყოფებზე. ის უკვე კარგად გრძნობს უბრაზდებით თუ ეფერებით. მისი რეაქციაც შესაბამისია.

ხუთი თვის ასაკში ბავშვი დაბადების წონას იორმაგებს. მისი წონა დაახლოებით 7-8კგ,-ია, სიგრძე 65-67სმ.

ღამის ძილი 10-11 საათი გრძელდება, მაგრამ შედარებით ადრე იღიძებს და ითხოვს თამაშს. შესაძლებელია რომ საკვების მიღების შემდეგ მალევე დაიძინოს. მთელი დღის განმავლობაში 2-3 ჯერ იძინებს. შესაძლებელია რომ ერთ-ერთი ძილი იყო ხანგრძლივი და ღრმა. ორი მათგანი კი ხანმოკლე და ზედაპირული.

გაასეირნეთ ბავშვი ინტენსიურად ჰაერზე. დღის ძილი სასურველია იყოს გარეთ. საღამოს ძილის წინ ეცადეთ, რომ არ ეთამაშოთ აქტიურად და ენერგიულად. სიმშვიდით, სიწყნარითა და სიმღერით ხელი შეუწყეთ ძილის სამყაროში მის გამგზავრებას.

ხუთი თვის ბავშვის კვების შესახებ მშობლებმა პედიატრს უნდა დაუსვან შეკითხვები, განსაკუთრებით ხელოვნურ კვებაზე მყოფი ბავშვების შემთხვევაში.



ექვსი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება

პატარა ძალიან გააქტიურდა. აკვირდება გარემოს და სწავლობს ბევრ ახალს. ითხოვს ყურადღებას და ხალისიანია, როდესაც ეთამაშებიან. ღუღუნი იცვლება სიტყვების მსგავი ბგერებით. ამეტყველების პირველი ელემენტები სწორედ ამ ასაკიდან იწყება. ბავშვის ენის სამყაროსთან სწორი კავშირი დამოკიდებულია იმაზე, თუ როგორ ესაუბრებიან მას. უნდა ეცადოთ რომ ბავშვს გამართულად ელაპარაკოთ. არ გაიმეოროთ მის მიერ წარმოთქმული ბგერები და სიტყვები, არ უნდა ,,მოიჩიფლოთ“ ენა. ბავშვი ყველაფერს სწავლობს მიბაძვით და ასეთ შემთხვევაში სწორი მეტყველების დაწყება არ გაუძნელდება. ექვსი თვის ბავშვთან აქტიურად იწყებს მუშაობას მეტყველების ორგანოები. რაც უფრო ცოცხალია ეს პროცესი, მით აქტიურია მისი ჩართულობა გარემოში.

ექვსი თვის ბავშვს, უნდა ჰქონდეს განმარტოების, სიმშვიდისა და თამაშის პერიოდი მისთვის უსაფრთხო ადგილზე. ეს არის მისი საწოლი. ის წევს თავის საწოლში, სიამოვნებით და ღუღუნით ეთამაშება თავის ხელებსა და ფეხებს. ისინი ბავშვის პირველი სათამაშოები არიან. ბავშვი ადვილად ტრიალდება საწოლში. ფეხებს აყრდნობს ან ურტყამს საწოლის კიდეებს. საფენის გამოცვლის დროს მისი უკვე ძლიერი ფეხები შეიძლება მომვლელს მტკივნეულადაც კი მოხვდეს მუცელში. ზურგზე წოლისას ადვილად ტრიალდება მუცელზე და იწყებს ხოხვას. სამწუხაროდ ყველა ბავშვი ამას არ აკეთებს, თავისი თუ უფროსების მიზეზით. ყველანაირი ხერხით ხელი უნდა შეუწყოთ იმას, რომ ბავშვმა სულ მცირედით მაინც იხოხოს. ეს არის მისი განვითარების ერთ-ერთი ეტაპი, ისევე როგორც ჯდომა, დგომა და სიარული.

ექვსი თვის ბავშვს შეუძლია ჯდომა. მართალია ეს დახმარებით ხდება, მაგრამ ის ზის და ეს მას დიდ სიამოვნებას ანიჭებს. ჯდომის დროს იწყებს თამაშს და როგორც კი მისი ყურადღება სათამაშოსკენ გადაინაცვლებს ის კარგავს წონასწორობას. სწორედ ამიტომ, ამ ასაკში განსაკუთრებული სიფრთხილის გამოჩენაა საჭირო!

ბავშვი ხელებით აკეთებს რიტმულ მოძრაობებს, კერძოდ, ერთ საგანს ამოძრავებს მეორე უძრავი საგნის მიმართ, მაგალითად, ურტყამს კოვზს მაგიდას. კარგად იჭერენ დიდ საგნებს. შეიძლება რამოდენიმე საგანიც კი ერთდროულად დაიჭიროს. ძირს აგდებენ ნივთებს და ეს ახალისებთ.

ბავშვი კარგად გრძნობს გარშემომყოფის ხასიათს ინტონაციის მიხედვით. მკაცრი ლაპარაკი ტირილს აწყებინებს და შეიძლება გაგებუტოთ კიდეც. გრძნობს თქვენი საუბრის ინტონაციას. ესმის სახელები. დაძახებაზე რეაგირებს.

ხელებისა და თითების შეხებით და პირში ჩადებით შეიმეცნებს სამყაროს. იწყებს თქვენი სახის შესწავლას, აღებს დიდი პირს და უნდა რომ ,,ჩაგკბიჩოთ“. ასეთი ქმედებებით ის კარგად შეგიგრძნობთ და თქვენი მისთვის უკვე ძალიან ახლობელი ხდებით. ამ პერიოდში შეიძლება ამოჭრას კბილმა, რასაც წინ შეიძლება უძღოდეს ბავშვის დისკომფორტი, რაც გამოიხატება მისი მოუსვენრობით, უძილობით, უმადობით, შესაძლებელია აღინიშნოს ტემპერატურული რეაქცია. გაზლიერებულია ნერწყვდენა (ჰიპერსალივაცია).

ექვსი თვის ბავშვი კარგად ცნობს საგნებს. განსაკუთრებით იმ საგნებს, რომლებიც მის კვებასთან არიან დაკავშირებული.

ხშირად გაიყვანეთ ჰაერზე სასეირნოდ, ზამთრის პერიოდში ჩაცმის პროცესი მისთვის არასასიამოვნოა და იწყებს ტირილს. გარეთ გაყვანისთანავე ტირილს წყვეტს. შინ ყოფნის დროს ეცადეთ ბევრი არ ჩააცვათ ბავშვს. ის ,,კომბოსტავით“ არ უნდა გამოიყურებოდეს.

ექვსი თვე ის ასაკია, როდესაც მნიშვნელოვანი ცვლილებები ხდება კვების თვალსაზრისით, განსაკუთრებით ბუნებრივ კვებაზე მყოფი ბავშვებისთვის. ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებს დამატება უკვე მიღებული აქვთ. ძუძუზე მყოფ ბავშვს ექვს თვემდე არანაირი საკვების დამატება არ უნდა. ახლა კი მან ახალი საკვები უნდა მიიღოს. კვების საკითხებთან დაკავშირებით მიმართეთ თქვენს პედიატრს.(გაეცანით სტატიას კვების შესახებ).

ექვსი თვის ბავშვის წონაა 7-7,5კგ. სიგრძე 65-70სმ.

ექვსი თვის ბავშვთან ძილის მხრივ რადიკალური ცვლილებები არ ხდება, შედარებით ხუთი თვის ბავშვთან. ღამით ძინავს 10 საათი, დღის განმავლობაში 2-3ჯერ. ხანგრძლივობა და ხარისხი ინდივიდუალურია. საღამოს ძილის წინ ეცადეთ, რომ არ ეთამაშოთ აქტიურად და ენერგიულად. სიმშვიდით, სიწყნარითა და სიმღერით ხელი შეუწყეთ ძილის სამყაროში მის გამგზავრებას.კითხვების შემთხვევაში მიმართეთ პედიატრს.

~

შვიდი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება





შვიდი თვის ბავშვის მოძრაობები აქტიურდება. ის დამოუკიდებლად ზის და კარგად ინარჩუნებს წონასწორობას და ამ ჯდომასთან ერთად, რომელიც მის განვითარებაში

სერიოზული, წინ გადადგმული ნაბიჯია, შეუძლია ითამაშოს. კარგად ახერხებს, მდგომარეობის შეცვლით, სასურველ საგანთან მიახლოებას მდგომარეობის შეცვლის ერთ-ერთი საშუალებაა მუცელზე ხოხვა. სამწუხაროდ ყველა ბავშვი ამას არ აკეთებს, თავისი თუ უფროსების მიზეზით. ყველანაირი ხერხით ხელი უნდა შეუწყოთ იმას, რომ ბავშვმა სულ მცირედით მაინც იხოხოს. ეს არის მისი განვითარების ერთ-ერთი ეტაპი, ისევე როგორც ჯდომა, დგომა და სიარული. გაზრდილი ცნობისმოყვარეობის დასაკმაყოფილებლად ბავშვი იყენებს გადაადგილების ამ ხერხს. ხოხვა-ცოცვა ხდება სხვადასხვანაირად და უფროსებმა ეს მათ არ უნდა დავუშალოთ.

ამ პერიოდში ხშირად შეიმჩნევა მშობლების დაუოკებელი სურვილი იმისა რომ ბავშვი დადგეს კარგად და რამოდენიმე ნაბიჯის გადადგას, თუნდაც დახმარებით. ნუ ეცდებით ამას! განვითარების პროცესის დაჩქარება (ამ შემთხვევაში იგულისხმება დგომა და სიარული) თავად ამ განვითარებას შეუშლის ხელს, რადგან მას ჭირდება ძალა, რომელიც ჯერ არ აქვს და მას, ამ ასაკისათვის უფრო მნიშვნელოვან პროცესს წაართმევს. ბავშვის არსებაში ყველაფერი გარკვეული თანმიმდევრობითა და ჰარმონიულობით არის დაკავშირებული, ერთი გამომდინარეობს მეორისგან და ორივე ერთი მთლიანობის ნაწილია. ბავშვის ორგანიზმში მიმდინარეობს პროცესები, რომლებიც დაკავშირებულნი არიან ნებელობით საწყისთან და არა ცნობიერთან. ეს პროცესები მანამ უნდა დასრულდეს, სანამ ბავშვი დაჯდება, რადგან ჯერ უნდა მოხდეს სხეულისა და მისი ორგანოების ფორმირება და შემდეგ მისი გამოყენება! ნაადრევად დასრულებულ პროცესებს ბავშვისთვის ზიანი მოაქვს. მათი გამოსწორება შემდეგ უფრო ძნელია. ის ხანგრძლივი დროით ართმევს ბავშვს ზრდის ძალებს. შესაძლებელია მოგვიანებით ასაკში განვითარდეს ემოციურ სფეროში სისუსტეები.

შვიდი თვის ბავშვის ხელები აქტიურდებიან. თავისუფლად იჭერს საგნებს, აკვირდება, იდებს პირში, აგემოვნებს და ასე ცდილობს შეიმეცნოს და გაიგოს თავისი მიკროსამყარო. ჭმუჭნის ფურცელს, ურტყამს საგნებს, ხელებით თავისუფლად იმეორებს ერთიდაიგივე მოძრაობებს, მაგალითად უკრავს ტაშს, ხელს წევს ზევით და მაჯის სახსარში მთელს მტევანს ატრიალებს ორივე მიმართულებით. სათამაშო უჭირავს ორივე ხელში და ყურადღების მისაქცევად შეიძლება შორს მოისროლოს. ცოცვის დროს დიდ მანძილს არ გადის, რადგან შიშის გრძნობა უშლის ხელს. მარტო ოთახში დატოვება არ მოწონს და ხოხდება იქით, სადაც უფროსები არიან ან თავისი ,,საზღვრების'' გადაკვეთისთანავე მალევე ბრუნდება უკან. ამ ასაკში უკვე მცდელობებია რომ დადგეს, ზოგი პატარა ,,ლოტოსში'' ჯდება და ისე დგება მუხლებზე. ამ დროს ბავშვი უდიდესს სიხარულს განიცდის. აქტიურად შემოდის აღმართულობის სურვილი.

უკვე კარგად გამოთქვამს ბგერებს - მიახლოებულს ჟღერადობით დედა-სთან და მამა-სთან. ესმის უფროსების ინტონაცია, ადვილად იმეორებს უფროსების მიერ წარმოთქმულ სიტყვებს ტონალობას. გამოხატავს უკმაყოფილებას და სიხარულს. კარგად ცნობს საკუთარ სახელს.

ბავშვისთვის მნიშვნელოვანია ძილ-ღვიძილისა და კვების რიტმი. თუ გვინდა ბავშვი ფსიქო-მოტორულად კარგად განვითარდეს უნდა ვეცადოთ მისი დღის რეჟიმის დაცვას. შვიდი თვის ასაკში მისი კვებითი რაციონიც იზრდება და უფროსებმა უფრო აქტიურად შეიძლება შეთავაზონ ბავშვს ახალი კერძები, აუცილებლად მცირე ულუფებით.

შვიდი თვის ასაკში, ბავშვს შეიძლება ამოეჭრას პირველი კბილი, ან ამისთვის მზაობა გამოიხატოს, კერძოდ, შესიებული და გაწითლებული ექნება ღრძილები, გაძლიერებული ნერწყვდენა გამოიხატება, იწყებს ქვედა ტუჩისა და საჩვენებელი თითის წოვას, მეტად მტირალა და გაღიზიანებული ხდება. თუმცა ეს მოვლენები ყველა ბავშვთან არ ვითარდება და კბილების ამოჭრის პროცესი უმტკივნეულოდ იწყება. რაც იყო ექვსი თვის ბავშვის ძილ-ღვიძილისა და კვების რიტმი, ის რჩება და არ იცვლება.



რვა-ცხრა-ათი თვის ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება

ამ სამი თვის განმავლობაში ბავშვი ვითარდება ერთნაირად, ნელ-ნელა ხვეწავს და ანვითარებს თავის შესაძლებლობებს, იზრდება მისი მიერ წარმოთქმულ ბგერათა მარაგი და მოძრაობის დიაპაზონი. უფრო და უფრო ცნობისმოყვარე ხდება. მოწონს თავის ჭურჭელი, ცდილობს თავად ჩაიდოს კოვზი პირში და ასევე ჯამში ჩაყოს თავისი ფუნთუშა ხელები. ამ თვეებში ბავშვი ცდილობს დამოუკიდებლად წამოდგეს მწოლიარე მდგომარეობიდან და აღწევს კიდეც ამას. მიუხედავად იმისა, რომ თავად ბავშვი ცდილობს ფეხზე დადგომას ჩვენ არ უნდა დავაძალოთ, რადგან ჯერ კიდევ ადრეა ამ უნარის სრულყოფილად წარმოდგენა. მისი გადაადგილება უფრო აქტიური ხდება, დღეში რამოდენიმეჯერ მოივლის ოთახებს. იცის რომელ ოთახში ,,გართობის'' რა შესაძლებლობები ექნება. როგორც დედები ამბობენ - ,,სულ გაფაციცებულია რა გააფუჭოს''. დახვეწილია მისი მოძრაობა, კერძოდ, ადვილად ხმარობს საჩვენებელ და ცერა თითს და იღებს საგნებს. ცოცვის დროს კარგად უჭირავს სათამაშო და ისე ხოხავს. დგება ფეხზე და დაყრდნოით გამართულად დგას. ყველაფერს იდებს პირში და ასე განაგრძობს სამყაროს შეცნობას.

ბავშვი ხდება კაპროზული ძილისა და კვების მიმართ. სტუმრიანობის შემთხვევაში შეიძლება ისე აღიგზნოს, რომ ღამით ძილი გაუჭირდეს. კბილების ამოჭრასთან დაკავშირებით მადა უქვეითდება, შეიძლება ჰქონდეს ტემპერატურული რეაქცია, დიარეა, უძილობა. ნორმალურ მდგომარეობაში იძინებს დღის განმავლობაში 2-3ჯერ. დაძინებისა და გაღვიძების რიტმი მკაცრად ინდივიდუალურია.





11-12 თვის(ერთი წლის) ბავშვის ფიზიოლოგიური განვითარება




ბავშვის განვითარების ეს პერიოდი ძალიან მნიშვნელოვანია, რადგან ჰორიზონტალური მდგომარეობიდან გადადის ვერტიკალურში. ის დგება ფეხზე და თავისი სიმაღლიდან გადაჰყურებს საკუთარ მიკროსამყაროს. მისი ცნობიერებაც იცვლება - ის უკვე პიროვნებაა, დამოუკიდებელი ინდივიდუალური ადამიანი, აქვს საკუთარი სურვილები, მოთხოვნები. მისწრაფებები.

ბავშვს ესმის თითქმის ყველაფერი და შეუძლია წარმოთქვას პირველი ნამდვილი სიტყვაც. მაგრამ ამისათვის მომზადება ახალშობილის პირველი ყვირილიდან იწყება. ერთი წლისთვის, როდესაც ბავშვი დგება კარგად, ე.ი. ძლევს სიმძიმის ძალას, ამ დროს ნელ-ნელა, ნაბიჯ-ნაბიჯ ბავშვი და სამყარო ემიჯნებიან ერთმანეთს. ჩნდება ზღვარი შინაგანსა და გარეგანს შორის. ის უკვე ცალკეულ სიტყვებს აკავშირებს შესაბამის საგნებთან, მაგალითად: და-და-და ან დე-დე-დე - ამბობს დედის დანახვისას და ა.შ. 12 თვისთვის ბავშვი უკვე კარგად ამბობს პირველ სიტყვებს, მაგრამ ისინი არ ასახავენ კონკრეტულ საგანს, არამედ მოიცავენ უფრო ბევრს, დიდ მთლიანობას, მაგ: ნტა – ნიშნავს არა მარტო წყალს, არამედ ყველაფერს თხევადს. ნელ-ნელა სიტყვების წარმოქმნა იხვეწება და გასაგები ხდება. ამ პერიოდს შეიძლება ვუწოდოთ ,,ერთი სიტყვის, წინადადების" ეტაპი. ეს ეტაპი შეიძლება გაგრძელდეს 18 თვემდე.



ერთი წლის ბავშვი უკვე დამოუკიდებლად დგება. ადგომის პროცესი არის ნელი, ფრთხილი - მჯდომარე მდგომარეობიდან ნელ-ნელა წევს ზევით „ტაკოს“, ეყრდნობა ხელებს, განზე დგამს ფეხებს და წელში სწორდება. ეს არის სერიოზული წარმატება. ბავშვს აქვს გაბადრული სახე და ბედნიერია. მან თავისი განვითარების გზაზე სერიოზული ნაბიჯი გადადგა. სულ მალე, როდესაც დგომისას გაამყარებს მუხლს, გაბედავს ერთი ნაბიჯის გადადგმასაც, რომელსაც მეორე და მესამე ნაბიჯები მოჰყვება. ერთი-ორი ნაბიჯის გადადგმის შემდეგ მალევე სწავლობს გაჩერებას, მოტრიალებას, ისე რომ არ წაიქცეს. მიხედავად ამისა, რომ ბავშვმა ისწავლა სიარული, სასურველ მიზნამდე გადაადგილების მეთოდად ჯერ კიდევ ხოხვას ამჯობინებს, რადგან სწრაფი და უსაფრთხოა.



წონაში მატების ტემპი ამ პერიოდში მნიშვნელოვნად კლებულობს, ვინაიდან ის უფრო მეტ კალორიას ხარჯავს. ყალიბდება მისი ნერვულ-მგრძნობელობითი და ნივთიერებათა ცვლის სისტემები. ბავშვი უფრო კაპრიზული ხდება ძილისა და საჭმლის მიმართ. ამ ასაკში ჯერ კიდევ ორჯერ იძინებენ, მაგრამ ნელ-ნელა გადადიან ერთჯერად ძილზე. მისი ხასიათი სწრაფად იცვლება - თვინიერი და დამჯერი ბავშვი უცბად გადაიქცევა მტირალა და მჩხავანა ბავშვად და პირიქით. ამ დროს არ უნდა გამოვიყენოთ აღზრდის მკაცრი მეთოდები, პირიქით, ყურადღების გადატანა უნდა ვცადოთ სხვა საგანზე თუ მოვლენაზე, ანდა სწრაფად უნდა შევუცვალოთ გარემო და გავიყვანოთ სასეირნოდ. მას არ უყვარს მარტო ყოფნა, სურს რომ მასზე მზრუნველი ადამიანები მუდმივად მის გვერდით იყვნენ. იცის უცხოობა და ადვილად არ შედის კონტაქტში.


chicco
chicco

დღენაკლული ბავშვის თავისებურებები



დღენაკლ ახალშობილად ითვლება ბავშვი როდესაც გესტაციური ასაკი არის 37კვირაზე ნაკლები, დროული ახალშობილია, რომლის გესტაციური ასაკია 37-42 კვირა, ვადაგადაცილებულია 42 კვირაზე მეტი. ცოცხლადშობილად ითვლება ახალშობილი, რომლის გესტაციური ასაკია 22 კვირაზე მეტი და იწონის 500გრ-ს.

დღენაკლული ბავშვის თავი შედარებით დიდია - ტანის ერთ მესამედს შეადგენს. მცირე და გვერდითი ყიფლიბანდები თითქმის ყოველთვის ღიაა, თუმცა ქალას ძვლების ერთმანეთზე შეცურების გამო ეს არ ჩანს. ქბედა კიდეურები და კისერი მოკლეა, ჭიპი უფრო ქვევითაა. გულმკერდის მით უფრო ჩამორჩება თავის გარშემოწერილობას, რაც უფრო დიდია თავი.

დღენაკლული ბავშვი, მოდუნებულია, არ ყვირის ან სუსტი ხმით ტირის.

კანი თხელია, დანაოჭებული და გამჭირვალე, გამოხატულია სისხლძარღვები (კოლატერალები და კაპილარები). ხშირია კანქვეშა სისხლჩაქცევები - სისხლძარღვის კედელში ელასტიური ქსოვილის სიმცირისა და ჰიპოპრეტეინემიის გამო. კანქვეშა ქსოვილი განლეულია, ამის გამო სითბოს გაცემა გაძლიერებულია, ხოლო სითბოს წარმოქმნა - გაძნელებული (მურაცხიმივანი ნივთიერების სიმცირის გამო). საოფლე ჯირკვლები არასრულფასოვანად განვითარებულია. ეს ყველაფერი აადვილებს ბავშვის გადახურებას ან გადაცივებას. მათ ხშირად არ უნვითარდებათ სიცხე ადგილობრივი თუ ზოგადი ინფექციის დროს. ტემპერატურული რეგულაცია ყალიბდება მე-3 თვიდან.

ღინღლი - lanugo - აღენიშნება როგორც მხრის სარტყლის მიდამოში, არამედ სახესა და კუდურებზე. ფრჩხილები არ ფარავენ თითებს. სარძევე ჯირკვლები განუვითარებელია, ყურის ნიჟარები ძლიერ რბილი, ადვილად დრეკადი და მიკრული ქალას ძვლებზე.

ვაჟთან სათესლე პარკში არ რის ჩამოსული სათესლე ჯირკვლები, ხოლო გოგონებთან დიდი სასირცხო ბაგეები ვერ ფარავენ მცირე სასირცხო ბაგეებს.



კუნთოვანი სისტემა სუსტადაა განვითარებული. დამახასიათებელია ჰიპიტონია და შენელებული მოტორიკა, ბავშვს თითქმის სულ ძინავს. სუსტადაა გამოხატული ყველა რეფლექსი. შეიძლება განუვითარებელი იყოს წოვის, ავტომატიზმისა და ზოგჯერ ყლაპვის რეფლექსიც.

სუნთქვა ზერელეა. სუნთქვის ფაზები - ჩასუნთქვა და ამოსუნთქვა - გახანგრძლივებულია. ძილის დროს შეიძლება განვითარდეს აპნოე - სუნთქვის შეჩერება 15-20 წმ-ით. მაჯა - ლაბირულია - 140-160 წუთში, ტირილის დროს ადის 200-მდე. ხშირია არითმია, ტონების მოყრუება, ფუნქციური შუილი.

საჭმლის მომნელებელი სისტემის მხრივ სახეზეა მოტორულ-სეკრეციული ფუნქციის დაქვეითება - დისპეფსიური მოვლენები.

დაქვეითებულია თირკმლის რეაბსორბციის უნარი, კონსენტრაციული და სეკრეციული ფუნქცია.

ყოველივე ამის შედეგად დღენაკლულ ბავშვთა სიკვდილიანობა 15-20ჯერ მეტია დღესრულ ახალშობილებთან შედარებით.

დღენაკლულები, ახალშობილობის პერიოდში, ვერ ახერხებენ ადაპტაციას გარემოსთან და ადვილად უნვითარდებათ ანემია - 5-6 კვირაზე, რაქიტი, კვების ქრონიკული მოშლილობა. წონის ფიზიოლგიური კლება უფრო მეტია, ვიდრე დღესრულ ახალშობილებთან და სხეულის

მასის 9-14% შეადგენს. მათ წონა აღუდგებათ 2-3 კვირის ასაკში, ხოლო დაბადების წონას იორმაგებენ 2,5-3,5 თვის ასაკში.

სიყვითლე გამოხატულია და გახანგრძლივებული. სიყვითლე ადვილად ვითარდება ბილირუბინის შედარებით დაბალ მაჩვენებელზე.

დღენაკლულ ბავშვებთან ხშირია სკლერემა - კანი შეხებისას ცივია, მბრწყინავი, მკრთალი ან ციანოზური. კანქვეშა ქსოვილი გამაგრებულია, თითის დაჭერისას ჩანაჭდევი არ ვითარდება. უფრო ხშირია სკლერედემა - კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ცომისებური შეშეუპება, რომლის დროს თითის დაჭერისას ჩნდება ჩანაჭდევი. თითის დაჭერის ადგილას კანი ციანოზურია. სკლერედემა უფრო მეტად ლოკალიზდება წვივებზე, ლოყებზე ან დუნდულოებზე.

ასეთი ბავშვები განსაკუთრებულ მეთვალყურეობასა და მოვლას საჭიროებენ. მნიშვნელოვანია მშობლების, პედიატრისა და მომვლელის შეთნხმებული მუშაობა.

კითხვები:

1. დაახასიათეთ ერთი თვის ბავშვი;
2. რა უნარს იძენს ორი თვის ბავშვი?
3. რა თავისებურებები აქვს სამი თვის ბავშვს?
4. დაახასიათეთ ოთხი თვის ბავშვი;
5. როდის ჯდება ბავშვი?
6. უნდა იცოცოს თუ არა ბავშვმა?
7. როდის დგება დახმარებით ფეხზე?
8. როდის დგამს პირველ დამოუკიდებელ ნაბიჯს?
9. რა ასაკში გამოთქვამს პირველ ბგერებსა და მარცვლებს?
10. დაახასიათეთ დღენაკლი ბავშვი.

ბავშვთა კვება

ნაყოფის კვება საშვილოსნოშიგა პერიოდში

მუცლადყოფნის პერიოდში განვითარების ადრეულ ეტაპზე ნაყოფის კვება ტროფობლასტის მეშვეობით ხდება. ორსულობის მეორე თვიდან, პლაცენტის ჩამოყალიბების შემდეგ კვება ხორციელდება ჰემოტროფული გზით, ცოტა მოგვიანებით ემატება ამნიოტროფული კვებაც.

ჰემოტროფული ანუ პარენტერული კვების დროს ნაყოფს პლაცენტის სისხლძარღვებიდან მიეწოდება ჟანგბადი და საკვები ნივთიერებები. პლაცენტის პათოლოგიისას ხდება ნაყოფის კვების დარღვევა, რაც გამოვლინდება ნაყოფის ზრდისა და განვითარების შეფერხებაში.

ამნიოტროფული კვება ანუ სანაყოფე სითხის მეშვეობით კვება იწყება მე-16-20 კვირას. ამ პერიოდიდან ნაყოფი შეიგრძნობს გემოს, გამოხატულია ყლაპვის რეფლექსი, მისი ნერწყვი შეიცავს მცირე რაოდენობით ამილაზას, კუჭის წვენი პეპსინოგენს, პანკრეასი კი ტრიფსინოგენს.

დადგენილია, რომ ნაყოფი დღე-ღამეში 450მლ-მდე სანაყოფე სითხეს იღებს. ორსულობის მოცემულ პერიოდში 1ლიტრი სანაყოფე სითხე შეიცავს დაახლოებით 2-3გ. ცილას, ასე რომ, ნაყოფი რებულობს 1გ-მდე ცილას.ნაყოფის კუჭსა და ნაწლავებში ხდება გადაყლაპული სითხის შეწოვა, აუთვისებელი ინგრედიენტები კი გროვდება ნაწლავებში მეკონიუმის სახით.

ახალგაზრდა ქალი, რომელიც ბავშვს ელოდება, ზრუნავს იმაზე რომ მისი ბავშვი კარგად განვითარდეს და გაიზარდოს მის სხეულში. ეს დამოკიდებულია იმაზე თუ როგორ იკვებება ორსული ქალი. ჩვენ შეგვიძლია უფრო შორს წავიდეთ და ვთქვათ, რომ ნაყოფის განვითარება დამოკიდებულიაიმაზე, თუ როგორ იკვებებიან დედა და მამა, რადგან როგორც ქალის კვერცხუჯრედს ასევე, მამაკაცის სპერმატოზოიდს აქვს კვების ძალები. მემკვიდრეობითობას აქვს დინამიური, მაფორმირებელი ძალა. რა თქმა უნდა, ამის გაგება ძნელია, თუკი ჩვენ მხოლოდ ნივთიერებების დონეზე განვიხილავთ საკითხს. კვება, მხოლოდ სუბსტანციაზე დაყრდნობით არ ხორციელდება. ის მიმართულია, ასევე სიცოცხლის მაფორმირებელი ძალებისაკენ.

მომავალი დედა ცილებზე მოთხოვნილებას ადვილად დააკმაყოფილებს თუ ის რაციონში ჩართავს მარცვლეულს, ბოსტნეულს, ხილსა და რძის პროდუქტებს. ორსულობის პერიოდში მიღებული ცილების რაოდენობაზეა დამოკიდებული ნაყოფისა და შემდგომში ბავშვის განვითარება, კერძოდ დიდი რაოდენობით ცილების მიღება ხორცის ხარჯზე განაპირობებს მკვრივი და ძლიერი ფიზიკური სხეულის ჩამოყალიბებასა და სწრაფ ზრდას. მაღალხარისხოვანი მცენარეული ცილის მიღება, რომელიც დამზადებულია მარცვლეულიდან განაპირობებს აზროვნების ძალების განვითარებას და მომავალში ინდივიდუალობის ჩამოყალიბებას.

ცხიმები ორგანიზმს ჭირდება სითბოს გამოსამუშავებლად. სითბო კი საჭიროა ორგანიზმის ფუნქციონირებისათვის, ცნობიერებისთვის, აზროვნებისთვის, სულიერ-მშვინვიერი ქმედებისთვის. ორსულობისას ცხიმების მიღება აუცილებელია, რადგან ახალი ორგანიზმის ნორმალური განვითარებისთვის, მისი ინტელექტუალურ-ემოციური ზრდისთვის აუცილებელია სითბო. მაგრამ ეს იმას არ ნიშნავს რომ ორსული ქალი ყველანაირ ცხიმს უნდა მიეტანოს განისაზღვრელი რაოდენობით, რომელიც აუცილებლად გამოიწვევს წონაში მატებას, რაც ნამდვილად არასასურველი, როგორც დედისთვის, ასევე ბავშვისთვის. ორსულობის პერიოდში წონის მატება უნდა ხდებოდეს ზომიერად - 10-14 კგ. საკვებად გამოყენებული უნდა იყოს ისეთი პროდუქტები, რომლებშიც მცირე რაოდენობით არის ცხიმი,

მაგ.: სალათის ფურცლები, შპინატი, კომბოსტო, ბროკოლი, მაღალი ხარისხის მცენარეული ზეთი და ნაღების კარაქი.

ნახშირწყლების გამოყენებისას ორსულმა არ უნდა მიიღოს რაფინირებული შაქარი. სასურველია ნახშირწყლების შემცველი პროდუქტების ზომიერი რაოდენობა.

მინერალების მიღება ხდება სხვა ინგრედიენტებთან ერთად. კალციუმის გარდა, ყველა მინერალი საკმარისი რაოდენობითაა საკვებში. ხშირად ორსულები განიცდიან კალციუმის დეფიციტს, რაც კბილების დაზიანებით გამოიხატება. კალციუმი შეუძლია მიიღოს რაციონში კომბოსტოს, ვარდკაჭაჭას, ლობიოს, ნუშის, თხილისა და განსაკუთრებით რძის პროდუქტების შეტანით, ხოლო ფოსფორი, მაგნიუმი და ფტორი მარცვლეულის სახითაა შესაძლებელი. მნიშვნელოვანია ის ფაქტი, რომელიც ხშირად ვითარდება - საკვების სახით საკმარისი კალციუმი შედის, მაგრამ ვერ ხდება მისი შეთვისება და ორგანიზმში დატოვება, ამისთვის შესანიშნავი საშუალება არსებობს. ეს არის ველედას ფირმის, ბუნებრივ ნედლეულზე დამზადებული მედიკამენტი aufbaukalk-ი. ეს მედიკამენტი, დამზადების სპეციფიკიდან გამომდინარე, აღაგზნებს კალციუმის დაქვეითებული შეთვისების უნარს. მინერალური ცვლის გასაუმჯობესებელი თვისება ახასიათებს ძირხვენებს, ამიტომ მათი ნაყენი დადებითად მოქმედებს.

ბავშვის ჩონჩხის ჩამოყალიბებაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს მაგნიუმი. ფტორთნ მისი კომბინაცია კბილების ჩამოყალიბებას უწყობს ხელს.

ყურადღება უნდა გამახვილდეს ორსულობის პერიოდში სუფრის მარილის რაოდენობაზე. ორსულობის ნორმალური მიმდინარეობისას ორგანიზმის ქსოვილებში კავდება 3-4 ლიტრამდე წყალი. კვების რაციონში სუფრის მარილის დიდი რაოდენობით გამოყენება კიდევ უფრო მეტად გამოიწვევს სითხის შეკავებას და შეშუპების განვითარებას. ამიტომ, ორსულობისას მიზანმიმართულად უნდა შეიზღუდოს სუფრის მარილის მიღება. ნებისმიერი საკვები ფარული სახით შეიცავს მარილს. ამ ფაქტის გათვალისწინებით დღიური ნორმა უნდა იყოს 6 გრამი.

ორსული ქალის რაციონში უნდა ვეცადოთ შევიტანოთ მაღალ ხარისხიანი მარცვლეული. თუ გამოყენებული იქნება ცეხვილი მარცვლეული ეს უფრო სასარგებლოა. ცეხვილ მარცვლეულში თავად არის ჩანასახი, რომლისგანაც ვითარდება მცენარე. ის ფლობს განსაკუთრებულ სასიცოცხლო ნივთიერებას - ვიტამინ E-ს, რომელიც განაპირობებს ადამიანის გამრავლების ორგანოების ჯანმრთელ განვითარებას.

ორსულობის დროს ქალის სურვილები იცვლება. მას ხან ტკბილი უნდა, ხან მწარე, ხან მარილიანი. ეს განპირობებულია იმით, რომ იცვლება ნივთიერებათა ცვლა. სწორედ ნივთიერებათ ცვლის სფეროში ვითარდება ახალი სიცოცხლე, რომელსაც მოაქვს თავისი თვისებები და სურვილები. მომაცალი დედის სურვილების დაკმაყოფილება შესაძლებელია

თუ რაციონში აქტიურად გამოვიყენებთ სურნელოვან მცენარეებს, რომლებიც გაჯერებულია სინათლითა და სითბოთი, ასევე სხვადასხვა მცენარეების ექსტრაქტები და ნაყენები, რომლებიც ადვილად აკმაყოფილებს მარილიანისა და სიტკბოს მიღების სურვილს. რეკომენდირებულია თაფლის გამოყენება 1-2 ჩაის კოვზი დღეში.

ამრიგად, ორსულის კვების დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს შემდეგი:

- რაც შეიძლება ცოტა კაროფილი, ამის ნაცვლად ძირითადი ინგრედიენტი უნდა იყოს ცეხვილი ხორბლისგან დამზადებული პროდუქტი;
- ცილა, რომელიც ზომიერი უნდა იყოს. ხორცი მხოლოდ მაშინ, როდესაც ჩაითვლება რომ მისი მიღება აუცილებელია. თავშეკავებულად კვერცხის მიღება. რძის პროდუქტებუს რეგულარული მიღება;
- ზომიერად ცხიმი - მაღალხარისხოვანი მცენარეული ზეთი და ნაღების ქარაქი;
- ნივთიერებათა ცვლის გასააქტიურებლად სალათის ფურცლები, შპინატი, ისპანახი, ყვავილოვანი კომბოსტო, ბროკოლი.
- ხილი - შესაძლებელია ცირები, ზომიერად და რეგულარულად თაფლი.;
- შაქარი მინიმუმამდე უნდა იყოს დაყვანილი -შეიძლება შეიცვალოს ჭარხლის სიროფით, ხილის წვენით;
- ძირხვენებისგან და მარცვლოვნებისგან დამზადებული სხვადასხვა პროდუქტი;
- კარგია სურნელოვანი მცენარეებისგან დამზადებული კერძები და ნაყენები;
- უარი უნდა ითქვას ჩაიზე და ყავაზე;
- ორსულმა ქალმა ერთჯერადად არ უნდა ჭამოს ბევრი, სასურველია ხშირად და მცირე ულუფებით;
- კვების დროს საჭიროა სიმშვიდე და საკვების დაგემოვნება.

კითხვები:

1. რა არის ჰემოტროფული ანუ პარენტერული კვება?

2. რა არის ამნიოტროფული კვება?

3.როგორია ორსული ქალის დღის რეჟიმი?

ახალშობილის კვება



მტკიცება არ ჭირდება იმ ფაქტს, რომ ახალშობილისთვის იდეალური დედის რძეა. დედების უმრავლესობა საკუთარი რძით კვებას პატარას. სამწუხაროდ, ახალშობილთა თითქმის 55%, სამშობიაროდან გამოწერისთნავე არ იღებენ დედის რძეს. გამოკვლევებით დადგენილია, რომ დედების მხოლოდ 3% ნამდვილად აქვთ რეალური მიზეზი, რომ ბავშვი ხელოვნური ნარევებით გაზარდონ.

ორულებთან მუდმივად უნდა ხდებოდეს საუბარი იმასთან დაკავშირებით, თუ რაოდენ მნიშვნელოვანია ბავშვის ნორმალური განვითარებისათვის ბუნებრივი კვება. ხშირად ახალგაზრდა დედებს არ ყოფნით სურვილი, ნება და გაცნობიერება იმისა, რომ ბავშვისთვის მნიშვნელოვანია დედის რძე არა მარტო იმ კონკრეტულ სიტუაციაში, არამედ მომავალისთვისაც. ის იძენს მნიშვნელოვან პიროვნულ თვისებებს, როგორიცაა დამოუკიდებლობა, დარწმუნებულობა, ქმედების უნარი.

დედებს მიაჩნიათ, რომ ძუძუთი კვება ეს ზედმეტი თავის ტკივილია, არადა პირიქით, არ არის საჭირო ღამით ადგომა და საკვები ნარევის მომზადება. ძუძუთი კვების დროს ბავშვი ღებულობს ოპტიმალური ტემპერატურის სრულიად სტერილურ საკვებს.

ბუნებრივ კვებაზე მყოფი ბავშვის კანი უფრო რბილია და ვარდისფერი. ის უფრო მეტად არის დაცული ნაწლავური და სხვადასხვა ინფექციისაგან. მისი კუჭის მოქმედება დარეგულირებულია და უკეთესი განავალი აქვს. ბუნებრივ კვებაზე მყოფი ბავშვის საკვები ულუფა ყოველთვის ზომიერია და იმდენია, რაც მას ჭირდება.

თავში ,,ერთი თვის ბავშვი“ აღწერილია თუ. როგორ შესანიშნავ პირობებშია ბავშვი დედის მუცელში. დაბადებისას კი ყველაფერი იცვლება და ის სტრესსა და დაუცველობას განიცდის. სწორედ ძუძუს წოვების დროს ის ისევ განაგრძობს დედის გარსების ქვეშ ყოფნას და შესაბამისად დაცულია გარე სამყაროდან.

რა თქმა უნდა, არის შემთხვევები, როდესაც დედას დიდი სურვილი თავის პატარა ბუნებრივი კვებით გაზარდოს, მაგრამ არ აქვს რძე. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს, სტრესი, არასასურველი საყოფაცხოვრებო პირობები, ჰორმონალური დარღვევები, სხვადასხვა დაავადებები.

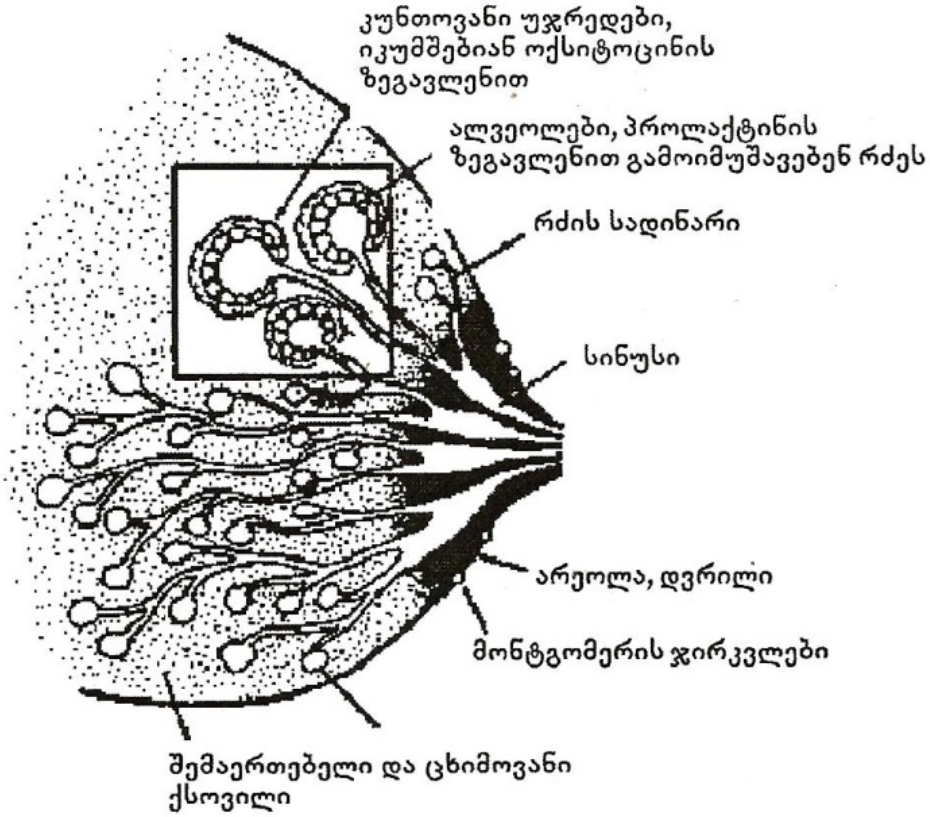
რძის მოყვანის უმნიშვნელოვანესი საშუალებაა ძუძუს ხშირი წოვება, ხშირად დედას ჰგონია, რომ რძე არასაკმარისი აქვს და პირდაპირ გადაყავს ხელოვნურ კვებაზე. დედამ ხშირად უნდა ჩაუდოს ძუძუ პირში, პატარა წოვის რეფლექსის გამო აქტიურად მოწოვს და ეს ხელს შეუწყობს რძის ჩადგომას. თუ მაინც არ ხდება რძის ,,მოსცლა“, და ბავშვი არასაკმარის საკვებს იღებს, ეს ჩდება იმით, რომ ის წონაში არ მატულობა. ამ დროსაც არ არის სასურველი მთლიანად გადავიყვანოთ ხელოვნურ ნარევებზე. პირველად უნდამკვაწოვიტ ძუძუ და შემდეგ დავუმატოთ ხელოვნური საკვები. ასეთ კვებას შერეული კვება ეწოდება. მაქსიმალურად უნდა გამოვიყენოთ ძუძუთი კვების მინიმალური შანსი.

მეძუძური დედა უნდა იკვებებოდეს სრულფასოვნად. მისი საკვები უნდა იყოს თბილი. ადვოლად ვითარდება სარძევე ჯირკვლის ანთება (მასტიტი), რაც გამოწვეული შეიძლენა იყოს, მაგალითად, ნაყინის ჭამით, ორპირში ყოფნით, ცივი წყლის დალევით ან მასში ხელების ჩაყოფით. სიცივის მიმართ, არამარტო მკერდია მგრძნობიარე, არამედ ხელებიც. ამიტომ რეკომენდირებულია, ზაფხულშიც კი მეძუძურ დედას ეცვას გრძელსახელოებიანი, ზომიერი სისქის ბლუზა.

ქალის რძე ცოცხალი ბიოლოგიური სუბსტანციაა, რომელიც მუდმივად იცვლება ბავშვის მოთხოვნის შესაბამისად. ის ჭიპლარის სისხლის ექვივალენტურია და შეიცავს არა მარტო მაღალი ხარისხის, ადვილად მოსანალებელ საკვებ ინგრედიენტებს, არამედ მრავალრიცხოვან მარეგულირებელ ჰორმონებსა და ჰირმონისმაგვარ ნაერთებს, პროსტაგლანდინებს, ინტერლეიკინებს, ქსოვილითა ზრდისა და დიფერენციაციის ფაქტორებს, სპეციფიკურ და არასპეციფიკურ დამცველობით ნივთიერებებს.

ქალის რძე სეკრეტირდება სარძევე ჯირკვალში. სქესობრივი პერიოდის დაწყებიდან შეინიშნება სარძევე ჯირკვლის სწრაფი ზრდა, რაც შემაერთებელი ქსოვილის ჭარბი ზრდით არის განპირობებული. ორსულობის დაწყებიდან ჯირკვლის პარენქიმა სწრაფად იზრდება და ეს ზრდა უკვე ჯირკლოვანი ქსოვილის ხარჯზე ხდება. ორსულობისას სარძევე ჯირკვლის არეოლაზე არსებული მონტგომერის ჯირკვლები იწყებენ ლიზოციმის შემცველი სეკრეტის გამომუშავებას, რომელიც იცავს დვრილსა და არეოლას დაზიანებისაგან.

სარძევე ჯირკვლის სტრუქტურა ხეს წააგავს. ის შედგება ჯირკლოვანი ქსოვილის 15-25 სეგმენტისაგან, თითოეული მათგანი შეიცავს 10-100 კოლაგენური გარსით დაფარულ ალვეოლას, რომლებსაც გარს ერტყმის მიოეპითელური უჯრედები. ამ უკანასკნელთა შეკუმშვა განაპირობებს ალვეოლებიდან რძის გადმოდინებას სადინარებში.



რძის წარმოქმნა - ლაქტოგენეზი და რძის გამოყოფის ფაზა - გალაქტოპოეზი ჰიპოფიზის ჰორმონებით - პროლაქტინითა და ოქსიტოცინით რეგულირდება. პროლაქტინი ჰიპოფიზის წინა წილის ჰორმონია. ის მოქმედებს ჯირკლოვან ქსოვილზე და ხელს უწყობს რძის წარმოქმნას. **ჰორმონის წარმოქმნა სტიმულირდება წოვის აქტით.** ოქსიტოცინი ჰიპოფიზის უკანა წილის ჰორმონია, რომელიც განაპირობებს სადინარების შეკუმშვას და რძის გამოყოფას. ოქსიტოცინის გამოყოფაც წოვის დროს ხდება. არეოლას გაღიზიანება რეფლექსურად იწვევს როგორც პროლაქტინის, ასევე ოქსიტოცინის გადმოტყორცნას სისხლში. რძის გამოყოფის რეფლექსი დამოკიდებულია ქალის ფსიქოლოგიურ მდგომარეობაზე, ბავშვთან სიახლოვეზე, მისი ღუღუნის მოსმენა დედის განწყობაზე პოზიტიურად მოქმედებს. სიხარული ხელს უწყობს რძის გამოყოფას და პირიქით, სტრესი, გაღიზიანება აფერხებს რძის გამოყოფას. წოვების დროს სარძევე ჯირკვლის სრული დაცლა განაპირობებს უფრო კარგად შეივსოს სადინარები რძით. ამ დროს სარძევე ჯირკვალი იწყებს თავისი ფუნქციის ავტომატურად შესრულებას - რამდენ რძესაც გამოწოვს ბავშვი, იმდენი გამომუშავდება. ეს მოთხოვნისა და მიწოდების ბუნებრივი სისტემაა.

მშობიარობის შემდეგ, პირველ დღეებში სარძევე ჯირკვლიდან ე.წ. **უმწიფარი რძე ანუ ხსენი** გამოიყოფა. ხსენი - colostrum - სქელი, მოყვითალო ფერის, ოდნავ წებოვანი, მაღალი ხვედრითი წონის (1050-1060) სითხეა, რომელიც მსხვილი წვეთების სახით გამოიყოფა.

მორფოლოგიურად ხსენი არათანაბარი ზომის ცხომოვანი ბურთულების ნარევია, რომელშიც დიდი ზომის მრგვალი და არასწორი ფორმის უჯრედები - ე.წ. ხსენის სხეულაკებია გაფანტული.

ხსენის ქიმიური შემადგენლობა ინდივიდუალურია. მწიფე რძისგან ის განსხვავდება ცილებისა და მარილების სიჭარბით, შაქრისა და ცხიმის შედარებით ნაკლები შემცველობით. ხსენი მდიდარია ნატრიუმისა და მაგნიუმის მარილებით, რაც ხელს უწყობს ნაწლავების სწრაფ განთავისუფლებას მეკონიუმისაგან. ხსენი მაღალკალორიულია, პირველ დღეს ერთი ლიტრი ხსენი 1500კალორიას იძლევა, მეორე დღეს 1100, მესამე დღეს - 800კალორიას. მიუხედავად იმისა, რომ ის მცირე რაოდენობით გამოიყოფა, პირველ დღეებში მთლიანად აკმაყოფილებს ბავშვის მოთხოვნილებებს. ხსენის რაოდენობა შეესაბამება ბავშვის კუჭის მცირე ტევადობას. ხსენი დიდ როლს ასრულებს ახალშობილის გარემოსთან ადაპტაციის პროცესში.

ლაქტაციის მე-3 დღიდან გამოყოფილ სეკრეტს ხსენიან რძეს უწოდებენ, მე-4-5დღიდან გამოყოფილს - გარდამავალ რძეს, მეორე კვირიდან გამოყოფილი რძე უკვე მწიფე რძეა. ხსენის რძედ გარდაქმნა კლინიკურად „რძის მოწოლით“ მჟღავნდება, რასაც თან სდევს სარძევე ჯირკვლების გადიდება, გამკვრივება, უსიამოვნო შეგრძნება, არეოლას შეშუპება, ზოგჯერ თავის ტკივილი, სახის წამოწითლება, ზოგადი აღგზნებადობა და რძის უნებლიე დინება. ხსენის რძეში გადასვლის პროცესს ხელს უწყობს სარძევე ჯირკვლის აქტიური დაცლა. თუ ის კარგად არ იცლება, ხსენის რძეში გადასვლის პროცესი ყოვნდება.

ქალის რძე თეთრი ფერის, თავისებური სუნის სითხეა. მიკროსოპულად თანაბარი ზომის ცხიმოვანი ბურთულების ნარევია. ყველა სახის რძე შეიცავს ცილას, ცხიმს, რძის შაქარს - ლაქტოზას, მიკროელემენტებს, ვიტამინებს. ქალის რძის შემადგენლობა იცვლება ბავშვის მოთხოვნილების მიხედვით.

ქალის რძეში ცილის რაოდენობა შედარებით ნაკლებია, ვიდრე სხვა სახის რძეში. ის მდიდარია წვრილდისპერსული შრატის ცილებით, ლაქტალბუმინით და ლაქტგლობულინით, როს გამოც ცილები ადვილად ასათვისებელია. კაზეინის რაოდენობა მცირეა 20% (ცხოველურ რძეში - 80%, ხელოვნურ ნარევში - 40-60%). ქალის რძეში კაზეინსა და ალბუმინს შორის თანაფარდობა 3:2, ძროხის რძეში 1:4. დედის რძის წვრილდისპერსიულ ალბუმინებს შეუძლია დაუშლელად გაიაროს ნაწლავის კედელი, რაც მნიშვნელოვანია ბავშვისთვის, განსაკუთრებით სიცოცხლის პირველ თვეებში, როდესაც კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფერმენტთა აქტივობა დაბალია. ძროხის რძე, განსხვავებით დედის რძისგან, კუჭში მსხვილ კოშტებად დედდება და შესაბამისად ძნელი მოსანელებელია, რადგან კაზეინის მოლეკულები დიდი ზომისაა. ქალის რძის ცილების უმრავლესობა ბავშვის სისხლის შემადგენლობის იდენტურია და თავისუფალია უცხო ანტიგენისაგან, რის გამოც სენსიბილაზაცია მხოლოდ იშვიათი გამონაკლისის სახით ვლინდება, რაც დედის რძის

მიმართ იდიოსინკრაზიის სახელითაა ცნობილი. ძროხის რძის ცილას ახასიათებს მკვეთრად გამოხატული ანტიგენური თვისებები, რაც ხშირად იწვევს ორგანიზმის სენსიბილიზაციას და გამოიხატება დიარეით, რესპირატორული მოვლენებით, კანის ალერგიული დაავადებებით.

ქალის რძეში არის ამინომჟავების ისეთი შეფარდება, რომელიც აუცილებელია ბავშვისთვის და შეესაბამება მის მოთხოვნებს. მოზრდილებთან მნიშვნელოვანია რვა ამონომჟავა - ლიზინი, ლეიცინი, იზოლეიზინი, ვალინი, მეთიონინი, ფენილალანინი, ტრიფტოფანი და ტრეონინი. ადრეულ ასაკში არსებობს მოთხოვნა მე-9 ამონომჟავაზე - ჰისტიდინი და ასევე მნიშვნელოვანი ამონომჟავა ცისტინის პროდუცირება ჯერ ბავშვის ორგანიზმს არ შეუძლია. დედის რძეში ეს ორივრ ამონომჟავა 3-ჯერ მეტია, ვიდრე ძროხის რძეში.

ქალის რძეში, ასევე მაღალია ტაურინის რაოდენობა, რომელიც ნერვული ქსოვილის ჩამოყალიბებაში იღებს მონაწილეობას, როგორც ნეირომოდულატორი. მისი დეფიციტი იწვევს ცნს-ის დიფერენცირების დარღვევას, თვალის ბადურა გარსის დაზიანებას,, ზრდის შეფერხებას, ნეიტროფილების ფაგოციტური თვისების დაქვეითებას. აქედან გამომდინარე ყველა ხელოვნურ ნარევს ემატება ტაურინის გარკვეული რაოდენობა. ქალის რძე შეიცავს პროტეოლიზურ ფერმენტებს, რომლებიც აადვილებენ ცილის მონელებას.

ქალის რძის ცხიმი მდიდარია ტრიგლიცერიდებით და თხევდი ცხიმოვანი მჟავებით. მყარი ცხომოვანი მჟავები მასში მცირეა და სწორედ ამის გამო ქალის რძის ცხიმი ადვილად ჰიდროლიზდება და სრულად ხდება მისი ადსორვცია. ქალის რძეში, ასევე მცირე რაოდენობითაა აქროლადი ცხიმოვანი მჟავები: ერბომჟავა, კაპრონმჟავა, კაპრილმჟავა, ხოლო ძროხის რძეში 5-10 ჯერ მეტია. აქროლადი ცხიმოვანი მჟავები აძლიერებენ ნაწლავების მოტორიკას და ხშირად იწვევენ კუწ-ნაწლავის ტრაქტის დისფუნქციას.

ქალის რძეში ბევრი უჯერი ცხიმოვანი მაჟავაა -41,4%, ესენია: ესენციური მჟავები, ლინოლისმჟავა, ლინოლენმჟავა, არაქიდინმჟავა, ომეგა-3 და ომეგა-6, რომლებისც საკვების შეუცვლელ ფაქტორებს ეკუთვნის. ეს მჟავები მონაწილეობას იღებენ უჯრედული მემბრანის, ცილოვანი ცვლის, პროსტაგლანდინების სინთეზის პროცესში. მათ ასევე, უდიდესი როლი ენიჭებათ ორგანიზმის დამცველობითი უნარის, თავის ტვინის, ნერვული ქსოვილის, მიელინური გარსებისა და თვალის ბადურა გარსის ფორმირებაში. სწორედ, ამიტომ მათ ტვინის არქიტექტორებსაც უწოდებენ. მათი რაოდენობა ქალის რძეში 4-ჯერ მეტია ძროხის რძესთნ შედარებით. ქალის რძეში ბევრია ლეციტინი და ფოსფოლიპიდები, რომლებიც ხელს უწყობს კუჭის მოტორიკას, პილორუსის დახურვას, ნაღვლის წვენის გამოყოფას და შესაბამისად ცხიმის ათვისებას.

ქალის რძეში გაცილებით დიდი რაოდენობითაა შაქარი - ბეტა - ლაქტოზას სახით. რომელიც ხელს უწყობს ნაწლავებში Bact. Bifidus - ის გამრავლებას. ამ მიკრობის გამრავლებას ხელს უწყობს ასევე, პოლი და ოლიგოამინოსაქაროზას. ეს არის ბიფიდუმ-ფაქტორი, რომელიც დედის რძეში ჭარბადაა, განსხვავებით ძროხის რძესთან. ბიფიდუმფლორა ხელს უწყობს

ნაწლავებში მჟავე რეაქციის შექმნას, რომელიც ეწინააღმდეგება სხვადასხვა პათოლოგიური ფლორის გამრავლებას. ბეტა-ლაქტოზა იწვევს B ჯგუფის ვიტამინების სინთეზის სტიმულირებას, ამცირებს ნეიტრალური ცხიმების რაოდენობას, ზრდის ლეციტინის რაოდენობას, რომელიც ხელს უშლის ორგანიზმში ცხიმების ჭარბ დაგროვებას. ძროხის რძეში შაქარი ალფა-ლაქტოზის სახითაა წარმოდგენილი და ის ხელს უწყობს ნაწლავებში პირობითად პათოგენური ფლორის - ნაწლავისჩხირის გამრავლებას.

ქალის რძეში ცილების, ცხიმებისა და ნახშირწყლების რაოდენობის თანაფარდობაა 1:3:6, რაც იდეალურია, ხოლო ძროხის რძეში 1:1:1.

ქალის რძე შეიცავს 30-ზე მეტი სახეობის ფერმენტს(პეპსინოგენი, ტრიფსინი, ლიპაზა, ამილაზა, და სხვა.), რომელიც მონაწილებს მონელების პროცესში.

ქალის რძე მდიდარია ცხიმში ხსნადი A,D,E ვიტამინებით. D ვიტამინი წარმოდგენილია D_3 ვიტამინის მეტაბოლიტით, რომელიც ბევრად აქტიურია, ვიდრე სუფთა D_3 ვიტამინი. ძროხის რძე მდიდარია B ჯგუფის ვიტამონეით, თუმცა რძის თერმული დამუშავებისას და განზავებისას ვიტამინები იშლება და მათი რაოდენობა მცირდება.

ქალის რძეში მინერალური ნივთიერებები მცირეა, რაც მნიშვნელოვანია ბავშვის თირკმლის ფუნქციის უნწიფრობის გამო.

ქალის რძე შეიცავს დაახლოებით 89-90% წყალს და ხშირი კვების დროს მთლიანად კმაყოფილელდება წყალზე მოთხოვნილება.

დროული და დღენაკლი ბავშვების დედის რძე განსხვავებულია. დღენაკლულის დედის რძე შეიცავს მეტი რაოდენობით ცილას, უჯერ მჟავებსა და ელექტროლიტებს.

დედის რძე ისეთი საკვები სუბსტანციაა, რომელიც იდეალურად შეესაბამება ბავშვის ნივთიერებათა ცვლას. ის არეგულირებს ყველა სისტემის ფუნქციურ ზრდასა და მომწიფებას. ბუნებრივი (ლაქტოფერული) კვება ეს არის ჰემოტროფული კვების ანალოგი და გაგრძელება. შერეულ კვებაზე ან ხელოვნურ ნარევებზე გადაყვანა ეს არის მეტაბოლური კატასტროფა.

ქალის რძე მდიდარია ჰორმონებითა და ჰორმონის მსგავსი ნივთიერებებით - პროსტაგლანდინებით. ასევე, შეიცავს ზრდის ფაქტორებს: ეპიდერმისის ზრდის ფაქტორი, ნერვული ქსოვილის ზრდის ფაქტორი, ინსულინის ზრდის მსგავსი ფაქტორი და სხვა.

დედის რძე ცოცხალი, რთული შემადგენლობის ბიოლოგიური ნივთიერებაა, რომელიც ასრულებს დამცველობით და იმინომოდულაციის ფუნქციას. ის არამარტო იცავს ბავშვს ინფექციისგან და ალერგიული რეაქციებისაგან, არამედ ასრიმულირებს იმუნური სისტემის მომწიფებას.

ქალის რძე მდიდარია ანტისხეულებით, რის გამოც ძუძუზე მყოფი ჩვილები იშვიათად ავადდებიან ან თუ ავად ხდებიან დაავადებას ადვილად უმკლავდებიან, დედის რძით გადაცემული იმუნიტეტის გამო.

ქალის რძეში შემავლი A იმუნოგლობულინი იცავს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტისა და სასუნთქი სისტემის ლორწოვან გარსებს დაზიანებისაგან, სხვადასხვა ანტიგენისა და მიკრობის ზემოქმედებისას. ის ახდენს ბაქტერიებისა და ვირუსების ადსორბციას კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში და მათ გამოყოფას განავალთან ერთად. რძეს ბაქტერიოლიზული ზემოქმედების უნარიც აქვს. ის შეიცავს სხვადასხვა სახის უჯრედებს (ლიმფოციტები, მაკროფაგები, პლაზმური უჯრედები, ნეიტროფილები).

არსებობს მოსაზრება, რომ ძუძუთი კვება იცავს ბავშვს ინსულინდამოკიდებული დიაბეტის განვითარებისაგან.

ძუძუთი კვება ასევე მნიშვნელოვანია დედისთვის. ის ხელს უწყობს საშვილოსნოს შეკუმშვას და მისი ფუნქციონირების სწრაფად აღდგენას, ხელს უშლის ხელახალ დაფეხმძიმებას, იცავს მომავალში ძუძუს კიბოს განვითარებისაგან. ფსიქოლოგიური თვალსაზრისით, მტკიცდება და ძლიერდება დედური გრძნობა, ქალს ავიწყდება მშობიარობის სირთულეები და კვლავ ჩნდება დაფეხმძიმების სურვილი.

ბოლოს შეიძლება ითქვას ასევე, ოჯახის დანაზოგზე. ბუნებრივ კვებაზე მყოფ ბავშვს არ ჭირდება ზედმეტი დანახარჯი ხელოვნური ნარევევების საყიდლად.

რძის მოყვანას ასტიმულირებს ძირხვენებისა და ბოსტნეულის საკვები. ჩვენ ვერიდებით, ბოსტნეულის საკვებს, რომ არ გამოიწვიოს ნაწლავური პრობლემები და ამიტომ დამზადებისას ხანგრძლივად ვხარშავთ. არ არის საჭირო მთლიანად უარის თქმა უმ ბოსტნეულზე, მაგალითად, სტაფილოზე. 10-15 წუთიანი ხარშვაც საკმარისია კომბოსტოსი, ყვავილოვანი კომბოსტოსი, ბროკოლის, ჭარხლის. ევროპაში აქტიურად გამოიყენება ბიო-დინამიური მეთოდით მოყვანილი ბოსტნეული, რომლებიც ნაწლავურ პრობლემებს არ იწვევს. საქართველოში მეურნეუბის ეს მეთოდი პირველ ნაბიჯებს დგამს.

რძის მოსვლაში ხელს უწყობს მარცვლეული, რომელიც გამოყენებამდე კარგად გავავლოთ და მოვხარშოთ ბრინჯი, ქერი, შვრია ხელს უწყობს რძის მოყვანას. სანელებლებიდან შეიძლება გამოუენებულ იქნას თიმუსი, ბაზილიკი, ბარამბო, ანისული, ფარსმანდული, ჭინჭარი.

რძის პროდუცირებას ხელს უწყობს ტკბილეული, მაგრამ ეს არ ნიშნავს რომ მეძუძური დედა უნდა მიეტანოს რეფინირებულ შაქარსა და მისგან დამზადებულ პროდუქტს. უპირატესობა უნდა მივანიჭოთ ტკბილ ხილსა და ხილის ჩირებს. არჩევანი უნდა გაკეთდეს იმაზე დაყრდნობით, თუ რამდენად იტანს ჩვილი ამა თუ იმ ხილს, ხომ არ აქვს ალერგია მათ

მიმართ?! ასეთია მარწყვი და კურკოვანი ნაყოფები (ალუბალი, ბალი, შინდი, ქლიავი და ა.შ.) ამ ხილმა შეიძლება გამოიწვიოს ძლიერი მეტეორიზმი.

დედასა და შვილს შორის ძლიერი კონტაქტი არსებობს. დედა გრძნობს რა შეიძლება დაემატოს შვილის კვებით რაციონს, თავი უნდა შეიკავოს დედამ წითელი მოცვისაგან, მარწყვისაგან, ატმისაგან და ამ ხილისგან დამზადებული ექსტრაქტებისაგან. შეიძლება მაყვალი და ჟოლო.

მჟავე ხილი განაპირობებს რძის უკუშეწოვას.

რძის პროდუცირებას ხელს უწყობს დიდი რაოდენობით სითხის მიღება, სასურველია ყოველი კვების წინ და შემდეგ ერთი ჭიქა თბილი რძის დალევა ერთი ჩაის კოვზი თაფლით.

ყველანარი მცდელობის შემდეგ, თუ ბავშვი არასაკმარისი რაოდენობის დედის რძით იკვებება, პირდაპირ დამატებითი საკვების მიღება ნელ-ნელა უნდა დავიწყოთ, არ არის სასურველი პირდაპირ მივცეთ ხელოვნური ან ძროხის რძე, თავდაპირველად დედის რძის დეფიციტი უნდა შევავსოთ მცენარეული ჩაით. ამ შემთხვევაში ბავშვი ძლიერ წოვს ძიძის და ამით ასტიმულირებს რძის წარმოქმნას.

მნიშვნელოვანია სარძევე ჯირკვლების მოვლა. ზევით აღვნიშნეთ, რომ მკერდისა და ზედა კიდურების სითბო აუცილებელი კომპონენტია. ასევე, ძუძუს წოვების შემდეგ სასურველია ძუძუს თავებზე დაიწვეთოს დედამ ლიმონის წვენის რამოდენიმე წვეთი, რომელიც ანთებითი პროცესის წინააღმდეგ მუშაობს. ანთებითი პროცესის დასაწყისში საჭიროა მკერდის გადახვევა ან ხაჭოს ხშირი აპლიკაციები.

მნიშვნელოვანია ბავშვის კვება ძუძუთი პირველი ექვსი თვე. ამ დროს არანაირი დამატება არ არის საჭირო, წყლის მიცემაც კი. ყველა საჭირო სუბსტანციაც ბავშვი დედის რძიდან იღებს. ექვსი თვის შემდეგ ნელ-ნელა უნდა მოხდეს დამატების მიცემა. ერთი წლის ზევით დედის რძის მიცემა არ არის რეკომენდირებული, თუმცა ამ აზრს ყველა პედიატრი არ ეთანხმება და დედებს ურჩევენ დედის რძიე ორი წლის ასაკამდე აძლიონ. გარკვეული ექიმების აზრით (რომელთა რიცხვში მეც ვარ - ავტ.) დედის რძე თავის უმნიშვნელოვანეს ფუნქციას ასრულებს ერთ წლამდე, ორი წლის შემდეგ ეს პროცესი ცდება კვების ფარგლებს და ის ბავშვისთვის დაწყნარებისა და გართობის საშუალებად იქცევა. ამ პროცესით ბავშვი კიდევ უფრო ეჯაჭვება დედას და უჭირს მასთან განშორება. მთელი ღამის განმავლობაში ბავშვს უნდა რომ დედის ძუძუ პირში ედოს და პერიოდულად წოვოს. ეს ყველაფერი კი დედისთვის საკმაოდ სერიოზული ემოციური და ფიზიკური დატვირთვაა, რაც იწვევს მის გამოფიტვას. მართალია, ჩვენი საზრუნავი ბავშვია, მაგრამ არანაკლები საზრუნავია დედა, რომელსაც ჭირდება ენერგია, ხალისი და ჯანსაღი ძილი, რომ შეძლოს ბავშვისთვის იზრუნოს ისე როგორც საჭიროა, რომ მისი განვითარება იყოს ჰარმონიული.

კბილების ამოსვლის დაწყება არის პირველი ნიშანი იმისა, რომ უნდა შეიცვალოს კვების ტიპი.

ბუნებრივი კვების დროს დედასა და ბავშვს შორის არსებული ჰარმონიის დემონსტრირება შესაძლებელია ფიზიოლოგიურ დონეზე. ჩვეულებრივ, ადამიანს ძილის დროს, გარკვეული პერიოდებით, აღენიშნება თვალების სწრაფი მოძრაობა, რომელსაც ,,repid eye movement" (REM) ეწოდება. ეს მოძრაობები ფიქსირდება ელექტროენცეფალოგრამაზე და შეესაბამება ცნობიერების მდგომარეობას ძილში. ორსულს აქვს ამ მოძრაობების უფრო მეტად ხანგრძლივი ფაზები. ამ სიხშირეს მომავალი ბავშვი ეგუება ამ სიხშირეს და მისი და დედის რიტმი აბსოლუტურად სინქრონულია, ეს ერთობა გრძელდება მშობიარობის შემდეგაც, თუ ბავშვს დედის რძით კვებავენ. ხელოვნური კვებისას ეს კავშირი ქრება. ერთ ოთახში ძილსაც თავისი ზემოქმედება აქვს. აღგზნებადობის ფაზები თავიდან აღმოცენდება ერთდროულად, როგორც ბავშვთან, ასევე დედასთან. თუ სხვადასხვა ოთახში ძინავთ ფაზების დამთხვევა ნელ-ნელა იკლებს. სინქრონი ნარჩუნდება ერთ ოთახში ძილისას. ზოგიერთ კლინიკაში ამ ფაქტს ყურადღებას აქცევენ და დედა-შვილს ერთ ოთახში ტოვებენ. აღწერილი სინდრომი წარმოადგენს ღრმა ფსიქოლოგიური კავშირის ფიზიოლოგიურ გამოხატულებას.

ბუნებრივი კვების დროს დედასა და შვილს შორის ყალიბდება განსაკუთრებული კონტაქტი. მათ შორის ხდება ბევრი ისეთი რამ, რისი გადმოცემაც სიტყვებით შეუძლებელია: დედის გაზრდილი ქმედითუნარიანობა და შვილის ძლიერი აღქმა ცდება ფიზიკურ ახსნას. შვილის გაზრდა, ხომ ძალიან რთულია და მსგავსი ფიზიკური დატვირთვის ატანა თითქმის შეუძლებელი. საკუთარი შვილის ერთი ღიმილიც კი საკმარისია, იმისთვის, რომ დედას ქმედებისთვის მიეცეს ძალები და მისგან მომდინარე სასიცოცხლო ნაკადი გადაეცეს ბავშვს, მის თითოეულ უჯრედამდე. ამით, ბავშვში იდება სიცოცხლის ძლიერი განცდა და სამყაროს მიმართ ნდობა, რომელიც მომავალში, მთელი ცხოვრების მანძილზე საყრდენი იქნება.

ძუძუს წოვა გავლენას ახდენს დედისა და ბავშვის ორგანიზმზე, როგორც მორფოლოგიურად, ასევე ფსიქოლოგიურად. ძუძუს წოვის დროს კუნთების აქტიური ჩართულობის გამო ვითარდება სახის ძვლები. წოვის აქტი ხელს უწყობს ნერწყვისა და კუჭის წვენის სეკრეციას. წოვის დროს დედასა და შვილს შორის ნაზი და თბილი ურთიერთობა მყარდება, რომელიც დიდ ემოციურ კმაყოფილებას განაცდევინებს, როგორც დედას, ასევე შვილს. ასეთი ბავშვები ნაკლებად ტირიან, კარგად ძინავთ და ჰარმონიულად ვითარდებიან. ძუძუს ხილვა და ალერსი ჩვილს დადებით ემოციებს აღუძრავს და ხელს უწყობს მოძრაობითი აქტივობის განვითარებას. ძუძუთი კვება ბავშვისთვის უსაფრთხოებისა და საიმედოობის გარანტიაა. დადასტურებულია, რომ ბუნებრივ კვებაზე მყოფ ბავშვებს მოზრდილობაში ინტელექტუალური ტესტის შედეგები გაცილებით უკეთესი აქვს, ვიდრე ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებს. თუმცა რა თქმა უნდა, ეს არ ნიშნავს, რომ ხელოვნურ კვებაზე მოფი ბავშვების განვითარება ჩამორჩება, მათ დაბალი ინტელექტუალური მონაცემები აქვთ და წარმატებებს ვერ აღწევენ თავიანთ საქმიანობაში.

კითხვები:

1. რა არის ბუნებრივი კვების არსი?
2. რა არის ხსენი?
3. რა არის დედის მწიფე რძე?
4. რა უპირატესობა აქვს ბუნებრივ კვებას?
5. ჩამოთვალეთ დედის რძის თვისებები.
6. რა პროდუქტები უწყობს ხელს რძის მოყვანას?
7. რა საკვებს უნდა ერიდოს მეძუძური დედა?
8. როგორ უნდა გაუფრთხილდეს დედა სარძევე ჯირკვლებს?
9. რისი ნიშანია კბილების ამოსვლის დაწყება?

ბუნებრივი კვების უკუჩვენებები

ბენებრივი კვების აბსოლუტური უკუჩვენებაა შიდსი. დროებითი უკუჩვენებაა დედის მძიმე მდგომარეობა: გულისა და თირკმლის მწვავე უკმარისობა, ფსიქოზი, აბსცესი - ამ დროს დაინფიცირებული ძუძუდან კვება დროებით უნდა შეწყდეს, დვრილების ჰერპესული ინფექცია, მწვავე პირველადი ციტომეგალოვირუსული ინფექცია. B ჰეპატიტის დროს ძუძუთი კვება უკუნაჩვენებია, თუ ბავსვს არ აქვს ჩატარებული B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო იმუნიზაცია და არ აქვს გაკეთებული, დაბადებიდან 12 საათში, სპეციალური იმუნოგლობულინი. დროებით უკუჩვენებას წარმოადგენს ტუბერკულოზის ღია ფორმა, მედიკამენტის - ციტოსტატიკების, რადიაქტიული პრეპარატების მიღების დროს. დედის ვირუსული და სხვა დაავადებები არ წარმოადგენს ძუძუს მიცემის დროებით უკუჩვენებას.

დედას შეიძლება განუვითარდეს სარძევე ჯირკვლის გამაგრება, მასტიტი, დვრილების დაზიანება და ნახეთქები, რომელთა დროს კვება უნდა გაგრძელდეს. გამაგრების მიზეზია ჯირკვლის არასრული დაცლა. ნახეთქების მიზეზია არასწორი მოჭიდება. მოწოვამდე და მოწივის შემდეგ სასურველია მცირე რაოდენობით რძის გამოწველა, მისი შეზელვა დვრილსა და არეოლაზე და ჰაერზე შეშრობა. ყველაფერი ამის თავიდან აცილების მიზნით მთავარია ბავშვის სწორი პოზიციით კვება.

ძუძუთი კვების დაბრკოლებას წარმოადგენს ე.წ. ,, ჭეშმარიტად ჩაბრუნებული დვრილი“. ასეთ შემთხვევაში დვრილის გაღიზიანება მისი წინ წამოწევის ნაცვლად იწვევს, უფრო მეტად უკან ჩაბრუნებას. თუ შერჩეული იქნება წოვის სწორი პოზიცია ძუძუთი კვება შესაძლებელი იქნება, რადგან ბავშვი ეჭიდება არეოლას და არა დვრილს.

ბუნებრივი კვების დაბრკოლებას წარმოაგენს ჰიპოგალაქტია. ეს არის სარძევე ჯირკვლის ფუნქციის დაქვეითება. არჩევენ ნაადრევ ანუ პირველად ჰიპოგალაქტიას და დაგვიანებულ ანუ მეორად ჰიპოგალაქტიას. პირველადი ჰიპოგალაქტია ნეიროენდოკრინული მოშლითაა განპირობებული. მეორადი ჰიპოგაქტია კი ძუძუზე გვიან მიყვანით, კვების ტექნიკის

დარღვევით, არაგულარული კვებით, ძუძუს არასრული დაცლით, ქალის რეჟიმის დარღვევით, სტრესით, უძილობით.

ბავშვის მხრივ ძუძუთი კვების უკუჩვენებაა

- ფერმენტოპათიები (ფენილკეტონურია, გალაქტოზემია, ლეიცინურია).
- ქალის რძის აუტანლობა (იდიოსინკრაზია) - რაც ვლინდება, რძის პირველივე მიღებისთანავ, ტირილით, დისპეფსიური მოვლენებით, ალერგიული გამონაყრით. ამ დროს საჭიროა ურძეო ნარევების მიცემა - მალტოზას, ფრუქტოზას ან საქაროზას შემცველი ნარევების;
- მძიმე ნევროლოგიური დაზიანება - სამშობიარო ტრავმა, ქალასშიგა სისხლჩაქცევა,
- ღრმა დღენაკლულობა - წოვის და ყლაპვისა რეფლექსების არ არსებობა;
- მკვეთრად გამოხატული რესპირაციული დისტრესი;
- გულის თანდაყოლილი დეკომპენსირებული მანკი;

კითხვები:

1. რომელია ბუნებრივი კვების აბსოლუტური უკუჩვენება?
2. ჩამოთვალეთ ბუნებრივი კვების დროებითი უკუჩვენებები.
3. რა არის დედის მხრიდან ბუნებრივი კვების უკუჩვენებები?
4. რა არის ბავშვის მხრიდან ბუნებრივი კვების უკუჩვენებები?

შერეული და ხელოვნური კვება



არსებობს ისეთი შემთხვევები, რომ ბავშვი ვერ იზრდება დედის რძით და მას უნდა მივცეთ ძროხის რძე ან ხელოვნური ნერევები. გათვალისწინებული უნდა იყოს ის ფაქტი, რომ ძროხის რძე ძალიან განსხვავდება დედის რძისგან და ბავშვისთვის ის უცხო სუბსტანციაა.

თუ ბავშვი 4-6 თვემდე დედის რძესთან ერთად იღებს ხელოვნურ ნარევს, ეს ნიშნავს, რომ ბავშვი შერეულ კვებაზეა. დედის რძისა და ხელოვნური ნარევების რაოდენობა, ბავშვის დღის რაციონში, სხვადასხვა თანაფარდობით შეიძლება იყოს. თუ დედის რძის რაოდენობა სადღეღამისო რაციონის 2/3-ს ან 3/4-ს შეადგენს, თავის ეფექტურობით ის უახლოვდება ბუნებრივ კვებას, მაგრმ თუ ქალის რძე ამ რაციონის ½-ზე ნაკლებია, მაშინ ხელოვნურს.

შერეული კვების ძირითადი ჩვენებაა დედის ჰიპოგალაქტია. თუ ბავშვი ვერ იღებს საკმარის რძეს, ეს გამოიხატება შარდვის შემცირებით (6-ზე ნაკლები 24 სთ-ის განმავლობაში), წონაში მატების შეჩერებით, შეკრულობით - ე.წ.მშიერი განავლით, ბავშვის გაღიაზიანებით და უძილობით.

ხელოვნური კვება არის მაშინ, როდესაც ჩვილი დაბადებიდანვე არ იღებს დედის რძეს და ხელოვნური ნარევებით იკვებება.

არსებობს ნარევების ორი ტიპი: ადაპტირებული და არაადაპტირებული. ადაპტირებულია ქარხნული ნარევები, რომელთა შემადგენლობა მაქსიმალურად უახლოვდება დედის რძის შემადგენლობას და შექმნილია ასაკთან მიმართებაში სხვადასხვა ფორმულით არაადაპტირებულია ძროხის რძე და მაწონი განზავებებით.

ხელოვნური კვების დროს საკვები ეძლევა ბოთლით 5-6ჯერ დღეში 3-4 საათიანი შუალედებით. გამოცდილებიდან შეიძლება ითქვას, რომ ეს რიტმი ყალიბდება 6 კვირიდან 3 თვის პერიოდში. მიღებულია ასეთი რიტმი: 6სთ, 9სთ, 12 სთ და ა.შ. 5-6 საათიანი ღამის შუალედით. საკვების დღიური დოზა გამოითვლება ფორმულით: სიცოცხლის დღეების რაოდენობა X 20 X სხეულის წონაზე, მაგალითად, 3კგ-ი წონის 2 დღის ბავშვის დოზაა: 2x20x3=120 მლ. 120მლ 6 ჯერად მიღებაზე არის 20მლ-ი. 2-3კვირის ასაკში უკვე 100-120მლ-ს იღებს ერთჯერადად, საერთო დღიური დოზა არის 500-600მლ. რძის ნარევი. ყოველი კვების დროს შესაძლებელია არ მიიღოს ერთიდაიგივე რაოდენობა. ეს ხშირად დედების შეშფოთებას იწვევს. თუ ბავშვის საერთო მდგომარეობა კარგია, მაშინ ეს შეშფოთება საფუძველს

მოკლებულია, რადგან ორგანიზმის მოთხოვნილება საკვებზე დღის სხვადასხვა შუალედში სხვადასხვანაირია და ამ მოთხოვნილებას ჯანმრთელი ბავშვი თავად შესანიშნავად არეგულირებს.

საკვების დღიური ნორმა ინდივიდუალურია. მისი გამოთვლის ზოგადი წესი შეიძლება გამოვიყენოთ, კერძოდ, დღიური ნორმის რაოდენობა უნდა იყოს სხეულის წონის 1/6-1/7. თუ ბავშვი იწონის 4200გრ-ს მისი დღიური ნორმაა 700გრ. ხუთჯერადი კვებისთვის ერთჯერადი მიღების დოზაა 140 გრ. სამი თვის ბოლოსთვის საერთო რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 900გრ-ს.

დამატებითი კვება



პირველი 6 თვის განმავლობაში ქალის რძე, ისევე როგორც ხელოვნური ნარევი, მთლიანად აკმაყოფილებს ბავშვის მოთხოვნილებას. ექვსი თვიდან ბავშვს უნდა მიეცეს დამატებითი, ნახევრად მყარი საკვები. თუ ბავშვი არაადაპტირებულ ნარევზეა, მაშინ სასურველია დამატება მიეცეს 2-4 კვირით ადრე. დამატება უნდა მოხდეს ნელ-ნელა და სასურველია ეს იყოს წიწიბურას ფაფა, თავდაპირველად წყალზე დამზადებული და მხოლოდ ერთი კოვზი. რაოდენობა ნელ-ნელა იზრდება და საერთო დოზა ერთჯერადი მიღების რაოდენობას გაუტოლდება. მალევე შესაძლებელია რძის დამატება. გაითვალისწინეთ, ფაფის მოხარშვა რძეში არ შეიძლება, რადგან ხარშვის დროს რძეში არსებული ცილები იშლება. რძე დამატებული უნდა იყოს წიწიბურას ხარშვის ბოლოს, საკმარისია მხოლოდ ერთი წამოდუღება. რძის დამატებისა და მასზე შეჩევის შემდეგ შეგვიძლია დავამატოთ ნაღების კარაქი ჩაის კოვზის წვერით. ფაფის კონსტიტენცია ბავშვის ინდივიდუალური თვისებებიდან

გამომდინარეობს. სასურველია ფაფა მივცეთ მისთვის განკუთვნილი კოვზით. ეს მის ცხოვრებაში წინ გადადგმული ნაბიჯია. ხანდახან ბავშვებს არ მოწონთ კოვზით ჭამა, ამიტომ ფაფის კონსტიტენცია უნდა იყოს თხელი და ბოთლით მიეცეს. წიწიბურას ფაფის იცემისა და შეგუების შემდგომ ბავშვს უნდა მოვიმზადოთ ბოსტნეულის პიურე (სუპი). ბოსტნულად უნდა გამოვიენოთ კომბოსტო, სტაფილო, ყვავილოვანი კომბოსტო, ბროკოლი, ცოტა კარტოფილი, ოხრახუში, ნიორო და ხახვი ბაოსტნეულთან ერთად უნდა მოიხარშოს, მაგრამ ჭამის დროს ამოღებულ უნდა იყოს ულუფიდან.

დამატებითი კვების საკითხები ძალიან მრავალფეროვანია. კონსულტაციებს ამის შესახებ იძლევა პედიატრი და დედა თავისი შემოქმედებითობითა და დედური ინტუიციით ამზადებს საკვებს. მთავარია, რომ დედას მუდმივად ახსოვდეს: ნებისმიერი ახალი საკვები ბავშვს უნდა მიეცეს ნელ-ნელა, მცირედი ულუფებით!!!

კითხვები:

1. რას ეწოდება შერეული კვება?
2. რა არის ხელოვნური კვება?
3. როდის იწყება დამატებითი კვება?

http://www.mshoblebi.ge/janmrtheloba/0-dan-1-tslamde/2765-1-tslamde-bavshvis-ganvithareba-thveebis-mikhedvith.html

http://www.aura.ge/124-deda-da-shvili/784-ert-tslamde-bavshvis-ganvitarebis-done.html

http://www.medgeo.net

ერთი წლის ზემოთ ასაკის ბავშვის ფიზიოლოგიური თავისებურებების ამოცნობა

ბავშვი, რომელიც გამოეყოფა დედის ორგანიზმს, ნელ-ნელა იწყებს დამოუკიდებელი ცხოვრების სწავლას, როგორც ფიზიკურად, ასევე ემოციურ-ინტელექტუალურად. პირველი მნიშვნელოვანი, წინ გადადგმული ნაბიჯი ხორციელდება 2-3 წლის ასაკში, როდესაც ბავშვი





თავის თავს მოიხსენიებს არა სახელით, არამედ ,,მე“-თი, ანუ ამბობს: მე მინდა, მე მივდივარ და ა.შ. ანუ აქ უკვე ჩნდება ინდივიდუალობის პირველი იმპულსი. მეორე, ,,მე“-ს ინტენსიური განცდა, ხდება 9-10 წლის ასაკში, რომელიც მთლიანად ავსებს ბავშვის გრძნობათა სამყაროს და რაც ბავშვს გამოყოფს თავისი გარემოცვიდან და ბადებს სიმარტოვისა და შიშის გრძნობას. შემდეგ მოდის სიყმაწვილის პერიოდი, 21 წლის ასაკი, როდესაც ადამიანი აღწევს სრულ განვითარებას, ანუ მისი ,,მე“ სრულად დაბადებულია, მისი ინდივიდუალობა სახეზეა. ის ცნობიერად აკეთებს დასკვნას: მე ვარ აქ, ჩემი მემკვიდრული ნიშან-თვისებებით და ჩემი განათლებიდან გამომდინარე კულტურული ხასიათით.



სკოლამდელი ასაკი

პირველი შვიდწლეულის დახასიათება:

0-დან 7 წლამდე - ,,სამყარო კარგია”

პირველი შვიდწლეულის დროს საქმე გვაქვს ფიზიკური სხეულის ინდივიდუალიზირების პროცესთან. მემკვიდრული სუბსტანციები, ძირითადად ცილა, გამოიყოფა და ახალი, საკუთარი სუბსტანციის აშენება ხდება. დარღვევებს, რომლებიც ამას აფერხებენ, შეუძლიათ მოგვიანებით ავადმყოფობამდე მიყვანა - უმთავრესად თვითდამანგრეველ ავადმყოფობათა გამოვლინებები, რომლებშიც მოზრდილის ,,მე”- ს, ინდივიდუალობას სურს იმ პროცესის განხორციელება, რაც ბავშვობისას ვერ მოხერხდა. ე.წ. ბავშვთა დაავადებები დამხმარენი არიან პირველი შვიდწლეულის განვითარებაში და მემკვიდრეობით მიღებულ სუბსტანციის გამოდევნაში. პირველი შვიდწლეული ცხოვრებაში ფიზიკური ჯანმრთელობის საფუძველია. ამგვარად, ერთმანეთს ერწყმის სამი ნაკადი ინდივიდუალობის, მემკვიდრეობისა და გარემოსი. პირველი შვიდწლეული იმყოფება მთვარის ფაზების ზეგავლენის ქვეშ. ამაზეა დამოკიდებული ზრდა და უჯრედთა გამრავლება. ისინი არიან მემკვიდრულ ძალთა მატარებელნი და საქმე აქვთ წარსულთან.

ადამიანის ინდივიდუალობა და შინაგანი ემოციური ცხოვრება ფხიზლდება ფიზიკურ სხეულში გრძნობათა ორგანოების მიერ მიღებული შთაბეჭდილებების მეშვეობით. ჩვენი გრძნობათა ორგანოები კარიბჭეა გარესაყაროსათვის, გარე სამყარო შემოედინება ჩვენში მათი მეშვეობით.

ამ შეგრძნებებს შეუძლიათ ორგანოთა შინაგანი გარდაქმნა გამოიწვიონ ან მათი დეფორმაციები, რადგან ბავშვი სრულიად გახსნილი და გარემოს ზეგავლენების მიმართ

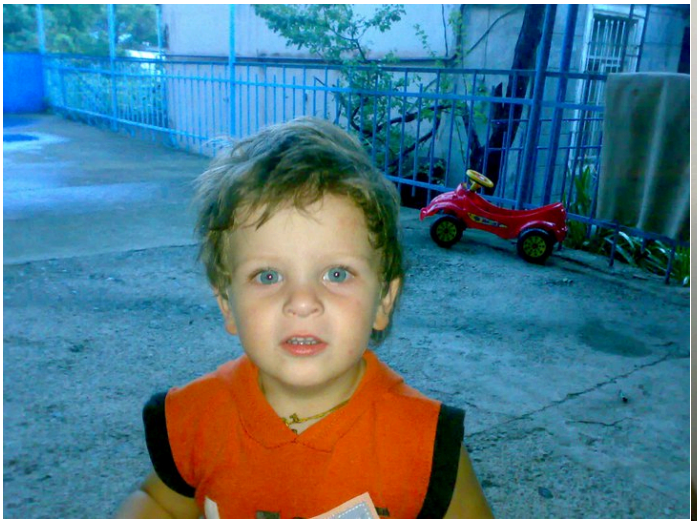


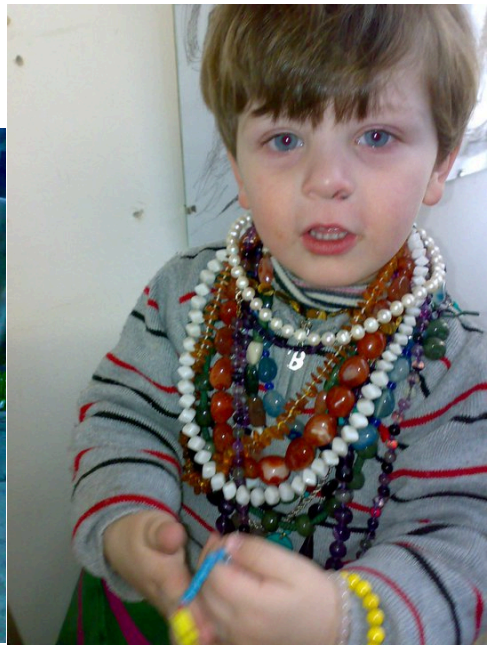

უძლურია. შოკური განცდები, უსიხარულო, საზიზღარი, ცივი გარემო მიწიერი სამყაროდან უკან ახევინებენ სულსა და სამშვინველს (ადამიანის ინდივიდუალობა და შინაგანი ემოციური ცხოვრება), რის შედეგადაც სხეული და სამყარო უცხოდ განიცდება. მოგვიანებით ცხოვრებაში ამისაგან აღმოცენდება სისხლით მომარაგების და სუნთქვის უკმარისობა, სხეული ხდება მშვინვიერებას (გრძნობას, ემოციას) მოკლებული. მოკლედ რომ ვთქვათ: ადამიანი არასაკმარისად ეუფლება სხეულს (აღწევს სხეულში).

ადამიანის თავიდან, რომელშიც მწიფდება ნერვულ-მგრძნობელობითი სისტემა, მოედინება ფორმადმქნელი ძალები (ფორმის ძალები) მთელ ორგანიზმში; ფორმის და მინერალიზების პროცესებმა უნდა იპოვონ წონასწორობა გამხსნელ წყლოვან ძალებთან. მაგალითად ბავშვები ყალიბდებიან პატარა ან დიდთავა ბავშვებად, იმისდა მიხედვით თუ რომელი პრინციპი აჭარბებს (ფორმირება/მინერალიზება თუ წყლოვანი/გამხსნელი პრინციპი). ფიზიკური კონსტიტუცია ყალიბდება ცხოვრებისათვის, მასში ძლიერად ქმედებენ მემკვიდრეობითი ძალები.

მოძრაობა, ქმედება და უპირველეს ყოვლისა მიბაძვა სხეულში გაღვიძების სხვა ელემენტებია. სხეულის მოძრაობის შესაძლებლობა თანდათან განავრცობს თავის საზღვრებს: საშვილოსნოდან ბაგაში, ოთახში ხოხვით, კიბეებზე ქვევითკენ, მთელი სახლის ათვისება (დაპყრობა) ხდება, ბაღი, ქუჩა, ახლო ტერიტორია - ნაბიჯ-ნაბიჯ ხდება ეს პროცესი.

ის არის მთელი ცხოვრებისთვის არქეტიპული და მეორდება ცხოვრების განმავლობაში სხვადასხვა დონეზე (ფიზიკურად, მშვინვიერად და სულიერად).





ფიზიკური საზღვრები იძლევა დარწმუნებულობას; ამ უკანასკნელის გადაჭარბებას (სიჭარბეს) მივყავართ სხეულებრივ უმოძრაობამდე, საზღვრების ნაკლებობას (მაგ. ახალდაბადებული ბავშვი, რომელსაც არ ახვევენ) მივყავართ მცმუტაობამდე.

ბავშვი პირველ შვიდწლეულში სამყაროს ეხსნება მოწიწებით: მცირედით გაოცება ყვავილისადმი, ხოჭოსადმი მოზრდილისა, რომელსაც იგი ჰბაძავს. იქმნება ცხოვრების მორალურ ძალთა ,,ორგანული'' საფუძვლები. მშვინვიერ განვითარებაში ბავშვს ფანტაზიის განვითარებისთვის ესაჭიროება ზღაპრები, გრძნობათა ცხოვრებისათვის რიტუალები, დასაძინებლად საწოლში დაწოლის, გაღვიძების, კვების და ა. შ. რიტმი, ასევე წელიწადის დღესასწაულები და დაბადეების დღეების ზეიმი. ნების ცხოვრებისათვის გადამწყვეტია თამაშები. თამაშის სწავლა ნიშნავს მოგვიანებით ცხოვრებაში მუშაობის სწავლას და მის სიყვარულს, რადგან ზრდასრულს ახლაღა ძალუძს გარდაქმნილი ფორმით გამოიყენოს თავისი ბავშვობის შემოქმედებითობა.

ოჯახური სითბო, რომელიც მამისა და დედის (ანდა ერთ-ერთი მათგანისაგან) იქმნება, სიყვარულს და ნდობას აღვიძებს ადამიანისა და გარემოს მიმართ, რაც სიცივის, უნდობლობის და შიშების საპირისპიროა.

ბუნებრივია, ამ პირველ შვიდწლეულს ეკუთვნის მთელი ფსიქომოტორული განვითარება, განსაკუთრებით სიარული, მეტყველება და აზროვნება, რომლებიც ჯანსაღი ადამიანობის საფუძველს ქმნის. აქედან გამომდინარეობს კითხვა: როგორ ვდგავარ მე ცხოვრებაში? როგორ ვფლობ მე ჩემს სხეულს და მის გარემომცველ ფიზიკურ სივრცეს? გამოვიმუშავე მე გრძნობა არა მარტო წინა სივრცისა, თუ ზედა, ქვედა, მარჯვენა, მარცხენა, უკანასი? თუკი მე ეს არა მაქვს, მაშინ როგორ შევიგრძნობ ზემოდან წარმართვას, ჩემი ანგელოზისაგან წარმართვას? მეორე კითხვა იქნებოდა: როგორ ვუყურებ მე ჩემს თანამოძმეებს? შემიძლია მათი მოსმენა, შემიძლია სწორად გამოვთქვა ჩემი სათქმელი? მარტოოდენ ჭეშმარიტი საუბრით იქცევა რეალობად: ,,თუკი ორნი ჩემი სახელით არიან ერთად, მაშინ მე ვარ მათ შორის'', და მესამე, ახალი ძალა შეიძლება წარმოიქმნას. მესამე კითხვა იქნებოდა: როგორ ვიყენებ (ვამოქმედებ) მე ჩემს აზროვნებას - ვარ მე გახსნილი (გულახდილი) ადამიანი, წინასწარი (მცდარი) მსჯელობებისაგან თავისუფალი სხვა ადამიანთა იდეების მიმართ. ვარ ყოველთვის მზად ახლის სწავლისათვის, შემიძლია ყოველი ჭეშმარიტი აზრისას ჩემი ბავშვობის გაოცება განვიცადო და სხვისი ბიოგრაფია ჩემში იმგვარად მივიღო, რომ შევძლო მისი ჭეშმარიტი იერ-სახის (გეშტალტის) წვდომა?

სიარულის, მეტყველების და აზროვნების უნარები მომადლებული (მონიჭებული) გვაქვს იქამდე, სანამ საერთოდ მოგონების შესაძლებლობას მოვიპოვებთ, რადგანაც ის იღვიძებს მე-ცნობიერების პირველ გამობრწყინებასთან ერთად (3 წლის ასაკისისთვის) შეგვიძლია ჩვენ ზრდასულებს მადლიერების გრძნობის გამომუშავება იმისადმი, რომ ჩვენ შეგვიძლია სიარული, მეტყელება, აზროვნება - საერთოდ ჩვენი ყოფიერებისადმი, რომელიც პირველ შიდწლეულს ეფუძნება? პირველი შვიდწლეულის ირგვლივ დასმული ზოგიერთი შემდგომი კითხვა გვეხმარება უფრო სრულყოფილი სურათის მიღებაში, რომლიდან გამომდინარეც იქნებ შესაძლებელი გახდეს ძირითადი გრძნობის ,,სამყარო მშვენიერია'' ჩვენი ცხოვრების საგზლად თანწაღება.



ბავშვის განვითრების მეორე წლიდან ზრდის ხასიათი იცვლება. სხეულის ქვედა ნაწილები აქტიურად იწყებენ ზრდას. თავის სხეულთან თანაფარდობა 1:5-ზე ხდება. ტანი სიგრძეში უფრო მეტად მატულობს, ვიდრე ფეხები. ტანის ზრდის გამო, განსაკუთრებით სიგანეში, ვითარდება დიდი მუცელი, როგორც თავი იყო დამახასიათებელი ჩვილისათვის. ტანი ცილინდრულია, ჯერ არ შეიმჩნევა ხერხემლის ფიზიოლოგიური ნადრეკები. ბავშვს ჯერ არ აქვს წელი. საჯდომი ისევე განიერია, როგორც მხრები. კისერი ოდნავ გამოკვეთილი ხდება.

კანს ფორმას ჯერ კიდევ კანქვეშა ცხიმი აძლევს და კუნთები არ ჩანს. ბარძაყის ნაოჭები ქრება. სახსართა ღრმულები გამქრალია.

ნიკაპი ოდნავ წინ იწევს და სახე მეტ გამომეტყველებას იძენს. თვალები ნდობით შეცქერის სამყაროს და მზად არის უპასუხოს სიხარულით ან პროტესტით, აღგზნებადობით.

დაახლოებით 5 წლის ბავშვის აღნაგობა მკაფიოდ იცვლება. ბავშვი სიგრძეში იზრდება ფეხების ზრდის ხარჯზე, ისინი გრძელდებიან და წვრილდებიან. კუნთები ხილული ხდება, სახსრები დამოუკიდებელ ნაწილებად იკვეთებიან.

მუხლები მოქნილნი ხდებიან. ცხვირი ჯერ კიდევ პატარა და ქვედა ტუჩი კვლავ შეწეული რჩება ზედა ტუჩთან შედარებით. ბავშვის მოძრაობა უფრო მიზანმიმართული ხდება: უფრო მოძრავია, სხვანაირად დადის - ნაცვლად ბარბაცისა მყარ ნაბიჯებს ადგამს.

ტანი თანდათან უფრო თხელი ხდება, ჩნდება წელი, რომელიც მუცელს გულმკერდიდან გამოყოფს. მუცელი ბრტყელდება, გულმკერდის ძვალი იმალება გულმკერდის კუნთებს

შორის. გულმკერდის გარშემოწერილობა დიდდება. ხერხემალზე უკვე შეიმჩნევა ნადრეკები. ლავიწის ძვლები უფრო გამოიკვეთება, ზურგზე ჩნდება ლავიწის ძვლები. კისერი გრძელდება და შესაბამისად უფრო თავისუფლად მოძრაობას.

0-2 წლები ჩვილი ბავშვის ფორმაა. დამახასიათებელია დიდი თავი.

2-5 წლები _ ეს არის ბაღის ასაკის ბავშვი. წინ მოდის ტანი. იზრდება სიგანეში.

5-7 წლები _ სკოლის ასაკის ბავშვი. წინ მოდის კიდურები. სიმაღლეში პირველი ზრდა.

სამი წლის ასაკი პირველი შვიდწლეულის მნიშვნელოვანი პერიოდია. ეს არის ასაკი როდესაც შემოდის მეხსიერება. ეს არის ის პერიოდი, საიდანც შეგვიძლია ჩვენი ცხოვრების დეტალები, თუნდაც ბუნდოვნად, მაგრამ მაინც გავიხსენოთ. სამი წლის ბავშვი უკვე თავს აღიქვამს როგორც დამოუკიდებელ არსებას. ის თავის თავს მოიხსენიებს ,,მე''-თი და არა სახელით, როგორც მანამდე იყო. ეს კი ნიშნავს, რომ მის არსებაში იმკვიდრებს ინდივიდუალობა.

ბავშვის ცნობიერების ყველაზე მნიშვნელოვანი ფუნქციაა აღქმა. ბავშვი ერთი მთლიანი გრძნობის ორგანოა. მთელი მისი აქტივობა მიმართულია გარე სამყაროს შეცნობისაკენ. გარე სამყაროს აღქმა დამოკიდებულია შინაგან აქტიურობაზე. ჩამორჩენილ ბავშვშიც იგივე შთაბეჭდილებები შედის, რაც ნორმალური განვითარების ბავშვში, მაგრამ აღქმა ვერ ხდება, რადგან მათთან შინაგანი ინტერესი დაქვეითებულია. ბავშვის ეს ინტერესი სურვილების ნაწილია და არა მისი ცნობიერი ნების, როგორც ეს ხდება გვიან ასაკში. მაგრამ სურვილი ნების წინამორბედია, ნება კი ეს არის ინდივიდუალობიდან მიმართული სურვილი. ასე რომ, შეგვიძლია ვთქვათ, რომ პატარა ბავშვი გრძნობის ორგანოა, სადაც სურვილი (ნება) არის აქტიური. სიცოცხლის პირველ ეტაპზე, დაახლოებით 7 წლამდე, სწავლა მიბაძვით ხორციელდება და დამოკიდებულია ბავშვის ხასიათზე, ტიპზე, ტემპერამენტზე. მიბაძვაში იგულისხმება გარშემომყოფთა მეტყველების გამეორება და მათი ქმედებების თამაშში კოპირება.



შვიდ წლამდე ბავშვის ორგანიზმი მომართულია იმაზე რომ მისი სხეული გაიზარდოს და ფიზიოლოგიურად გამართული ჩამოყალიბდეს. ამისთვის, მისი სასიცოცხლო ძალები აქტიურად მუშაობენ, ეს მისი ძირითადი საქმიანობა დაახლოებით 6,5-7 წლამდე გრძელდება. კბილების ცვლის დაწყება არის პირველი ნიშანი, იმისა რომ სასიცოცხლო სხეულმა დაასრულა პირველი შვიდწლეულის დავალება და ის გამოთავისუფლდა ინტელექტუალური დატვირთვისთვის. მართალია, კბილების ცვლის დაწყება ძალიან მნიშვნელოვანი ნიშანია, რომ ბავშვი სწავლისთვის მზადაა, მაგრამ ეს არ არის ერთადერთი. გასათვალისწინებელია ასევე მრავალი სხვა სიმპტომი, რომლებსაც სპეციალური სწავლება არ ჭირდება. ჩვეულებრივ, ნორმალური მიკროსოციალური გარემოს პირობებში, ბავშვმა თავად უნდა შეძლოს მიცემულ დავალებებზე ადექვატური და სწორი პასუხების გაცემა. წინასწარ ამისთვის მზადება და გავარჯიშება სასურველი არ არის. მექანიკურად დაზეპირებული დავალებები ვერ ასახავს ბავშვის რეალურ და ობიექტურ მდგომარეობას სწავლის მზაობასთან დაკავშირებით. ხშირად, როდესაც ბავშვი გარკვეულ დავალებებს ისე ვერ ასრულებს, როგორც სასურველი იქნებოდა, ეს ფაქტი მშობლებისთვის ტრაგედიაა, თუმცა ეს ტრაგედია არ არის სპეციალისტებისათვის, რადგან ჩვენ კარგად ვიცით, რომ რაიმეს შეუსრულებლობა ბავშის განვითარების შეფერხებას კი არ ნიშნავს, არამედ ყველა ბავშვს აქვს თავისი განვითარების რიტმი და ამ ეტაპზე მისთვის ეს დავალებები უცხო და რთულია, თუმცა სულ რაღაც ერთ-ორ თვეში ამ ბავშვმა თავისუფლად შეიძლება შეასრულოს ყველა დავალება.

ზოგადად მშობლებს ეჩქარებათ ბავშვის გაზრდა, მათ სურთ რაც შეიძლება მალე შეიყვანონ სკოლაში, ჩააბარებინონ ექსტერნად გამოცდები და მალე დაამთავრებინონ სკოლა, ასევე უმაღლესი სასწავლებელი და ა.შ. აქ სიჩქარე ბავშვის საწინააღმდეგოდ ქმედებს ეს მხოლოდ მის ფიზიკურ-ემოციურ-ინტელექტუალურ სფეროზე ნეგატიურად მოქმედებს და

შესაძლებელია მთელი რიგი დაავადებების ჩამოყალიბებას ხელი შევუწყოთ. ყველა ბავშვს განვითარების თავისი ტემპი აქვს.

5-7 წლის ბავშვებთან ყურადღება ექცევა:

თუ ბავშვი შეხვედრისას როგორ გართმევს ხელს და თან რომელ ხელს! გარკვეულწილად ეს მიუთითებს მის გარემოსთან კონტაქტის სურვილს და ასევე საკუთარი სხეულის აღქმის უნარზე.
მნიშვნელოვანია ბავშვის ფიზიკური ანამნეზი, კერძოდ, ორსულობის მერამდენე კვირაზე დაიბადა, რა ფიზიკური მონაცემებით, დაიყვირა თუ არა დაბადებისთანავე, როდის მიიყვანეს ძუძუზე, როგორ მოწოვა, როგორ ტირის, როგორ ვითარდებოდა ბავშვი პირველი ერთი წლის განმავლობაში, როდის თქვა პირველი სიტყვა და პირველი წინადადება, როდის გადადგა პირველი დამოუკიდებელი ნაბიჯი და ა.შ. ასეთი სახით შეკრებილი ანამნეზი ინფორმაციას გვაწვდის ბავშვის განვითარების ტემპისა და რიტმის შესახებ, მის ჯანმრთელობასა და ავადმყოფობებისკენ მიდრეკილებაზე
როგორ აქვს ბავშვს ნატიფი და უხეში მოძრაობები განვითარებული! უხეში მოძრაობებია: ასკინკილა ხტუნვა, სწორ ხაზზე გავლა, ცალ ფეხზე წონასწორობის შენარჩუნება, ბურთის დაჭერა და სწორად გადაგდება პარტნიორის მიმართულებით, ბურთის ზევით აგდება და ტაშის შემოკვრა. უხეში მოტორიკის კარგი გამოვლენა მიუთითებს წონოსწორობის დაცვისა და კოორდინაციის უნარებზე.
რაც შეეხება ნატიფი მოძრაობის განვითარებას, ის გვიჩვენებს რამდენად აქვს განვითარებული ბავშვს შეხების გრძნობის ორგანო, აღქმა და რამდენად აკავშირებს ყველაფერს ამას აზროვნებასთან, მაგალითად, რამდენად შეუძლია აღიქვას სხვადასხვა საგნების ფორმები ხელის თითების შეხებით, ისე რომ მას არ უყურებდეს, შეუძლია თუ არა ფეხსაცმელზე თასმის შეკვრა - ეს ფაქტი მიუთითებს თუ რამდენად ასწავლიან და აძლევენ მშობლები ბავშვს დამოუკიდებელი ქმედების საშუალებას.
რამდენად არის განვითარებული და გამოხატული მარჯვენა-მარცხენა მხარეების დომინანტობა. ამ ფაქტს დიდი მნიშვნელობა აქვს წერის უნარის ჩამოყალიბებისათვის, ასევე ტექნიკური და ხელოვნებითი საქმიანობების შესრულების უნარის გამოვლენით.

ბავშვს სასურველია შეეძლოს მარტივი არითმეტიკული გაანგარიშებები 10-ის ფარგლებში, მორიდებით თუ თამამად მარტივი ლექსის თქმა ან სიმღერის შესრულება, მარტივი ფორმების ხატვა და ა.შ.

სასკოლო ასაკის ბავშვმა კარგად უნდა იცოდეს საკუთარი სახელი, გვარი, დაბადების დღე. შესაძლებელია, რომ ბავშვმა ზუსტი რიცხვი ვერ დაასახელოს, მაგრამ საკუთარი დაბადების დღის წელიწადის დროს უნდა მიხვდეს ჩვენი აღწერილობისა და შეკითხვების საფუძველზე, ეს ფაქტი მისი აზროვნების შესაძლებლობებზე მიგვითითებს. არასწორი პასუხი არ უნდა იქნას გეგებული და აღქმული ისე, რომ ბავშვი ჩამორჩება განვითარებაში, არამედ ყველა

ბავშვს აზროვნების განვითარების საკუთარი ტემპი აქვს, ზოგს შეუძლია სწრაფად აუღოს ალღო დასმულ შეკითხვას და გაგვცეს პასუხი, ზოგს კი პასუხისთვის დრო ჭირდება და ამაში საგანგაშო არაფერი არ არის. ბავშვების სხვადასხვა ტემპი აიხსნება კონსტიტუციური თავისებურებებით, კერძოდ, დიდთავაა ბავშვი თუ პატარათავა, ამ სისტემით ბავშვთა კონსტიტუციური ტიპების დაყოფა დაკავშირებულია ნერვულ-მგრძნობელობითი და ნივთიერებათა ცვლის სისტემების უპირატეს განვითარებასთან. ეს არის სხვადასხვა უნარების განვითარებისა და გამომჟღავნების შესაძლობლებები. დიდთავაა ბავშვი თუ პატარათავა ამის განსაზღვრავს მასწავლებელი და პედიატრი.

გამოკვლევებით დადგინდა, რომ ბავშვის მომწიფებაში დიდი მნიშვნელობა აქვს მშობლების განათლებას, რაც უფრო განათლებულია დედა, მათი შვილები მით უკეთ ასრულებენ დავალებას და ასევე, გოგონები ჯობნიან ვაჟებს.

თუ კარგად ,,მოვუსმენთ" ბავშვს, ის თავად ,,გვიკარნახებს" განვითარებისთვის მოცემულ მომენტში რა ჭირდება. ზოგადად კი ბავშვებს ჭირდებათ გაწონასწორებული ყურადღება, კარგი მაგალითის მიცემა და არა ჰიპერმზრუნველობა, რომელიც დამოუკიდებელი ქმედების შესაძლებლობებს ზღუდავს.

კითხვები:

1. პირველი შვიდწლეულის მთავარი ხაზი - როგორია სამყარო?
2. სამო წლის ასაკში რა მნიშვნელოვანი მოვლენა ხდება?
3. პირველი შვიდწლეულის დასასრული რომელი გარეგანი ნიშნით იწყება?
4. სასკოლო მზაობისთვის რა ნიშნები უნდა არსებობდეს?

პრეპუბერტატული პერიოდი

მე-2 შვიდწლეულის დახასიათება:

7-დან 14 წლამდე - ,,სამყარო მშვენიერი"

სკოლისთვის სიმწიფეს (მომწიფებას, მომწიფებულობას) თან ახლავს ახალი დაბადება ანდა განშორება: ვიტალურ ძალთა უხილავი სასიცოცხლო კავშირი, რაც დედასთან გვაკავშირებდა, წყდება, და ამგვარად არის შესაძლებელი სასიცოცხლო სხეულის ინდივიდუალიზება. ბავშვი ამგვარად ფიზიკურ-ვიტალურად აღარ არის დედაზე დამოკიდებული, მაგრამ მშვინვიერად კი ჯერ კიდევ მას უკავშირდება. ორგანოთა მომწიფება ათავისუფლებს ძალებს, რომლებიც შეიძლება სწავლისთვის გამოდგეს. სწავლის უნარის განვითარება მიმდინარეობს ფანტაზიის,



წარმოდგენის და მეხსიერების, განმეორების, გრძნობის და ნების მოქმედებით. მიბაძვა პირველ ორ წელიწადს (7-დან 9-მდე) ჯერ კიდევ თამაშობს გარკვეულ როლს.

მეორე შვიდწლეულში მშვინვიერ-სულიერი მონაწილეობს რიტმულ ორგანოთა, გულის და ფილტვების ჩამოყალიბებაში, რომლებიც ჩვენი გრძნობების ცხოვრების მატარებლებია. ბავშვი მხოლოდ ჰაერს კი არ ჩაისუნთქავს და ამოისუნთქავს, არამედ მთელ სამყაროს. განვითარებას იწყებს შინაგანი ცხოვრება და ამავე დროს გარეთაც, სხვისადმი მიმართება; კლასელები, სოციალური კონტაქტი, რაც მოგვიანებით ცხოვრებაში შემდგომი სოციალური განვითარების განმსაზღვრელია, ხშირად უფრო, მნიშვნელოვანია, ვიდრე მასწავლებლის გაკვეთილი. მასწავლებელი, ნაწილობრივ მშობელიც ხდება სამყაროსა და ბავშვს შორის შუამავალი. ხდება მოზრდილთა სამყაროს შესახებ კონცეფციის (შეხედულების) აღბეჭდვა. მოგვიანებით ვსვამთ კითხვას: რატომ მაქვს მე მაშ სამყაროს ამგვარი სურათი? უკუგახსენებისას ჩვენ ვპოულობთ მასწავლებელს, რომელიც პასუხისმგებელია ამაში. ნორმები აღიბეჭდებიან - მერყეობა ავტორიტარულ ნორმებსა, რომლებიც შესაძლოა გვახრჩობდნენ კიდეც, ანდა ნაკლებად მკაცრ ნორმებს შორის, რომლებიც მე თავისუფლებას მანიჭებენ და რომლებიც ჩემი ასაკისთვის ჯერ კიდევ შეუსაბამოა. უსაზღვრობა შესაძლოა განვიცადოთ, როგორც ჭარბად ამოსუნთქვა. ზედმეტად ძლიერ საზღვრებს ინტროვერტულ ხოლო, მეტად სუსტ საზღვრებს ექსტროვერტულ სამშვინველამდე მივყავართ. თუკი ამ ორივეს შორის მეორე შვიდწლეულში რიტმი არ ჩაიდო, მაშინ მოგვიანებით საკუთარი მუშაობის შედეგად ორივე წონასწორობაში უნდა იქნეს მოყვანილი. შემიძლია მე, როგორც მოზრდილს სხვა ადამიანთან საზღვრების დადება? მაქვს სხვის მიმართ მოწიწება? მაქვს ნასწავლი ავტორიტეტის აღიარება?



სიყვარული აქ არსებით როლს თამაშობს; მე ვსწავლობ იმ ადამიანებისაგან, რომელთა სიყვარულიც გამაჩნია ანდა რომელთაც ვუყვარვარ და ჩემი ესმით. მე და შენ - მიმართება ერთვება. აღზრდაში მამობრივი და დედობრივი პრინციპი დიდ როლს თამაშობს, აგრეთვე ოჯახი, დედმამიშვილები, მეგობრები. ცხოვრების ამ ეპოქაში ძლიერად აღიბეჭდებიან ჩვევები. ამ პერიოდშივე ვითარდებიან ასევე სხვადასხვა ტემპერამენტები. როგორი ურთიერთმიმართება არსებობს ჩემს ცხოვრებაში ცეცხლის, ჰარის, წყლის და მიწის ელემენტთა ძალებს შორის? სივრცული და დროითი განცდები დიდ როლს თამაშობენ - წლის რიტმების, თვის, კვირების და დღის რიტმი.

ხელოვნების გაკვეთილები, მუსიკა, ხატვა, ძერწვა, მოძრაობის ხელოვნება, სპექტაკლები, სპორტი და თამაში, თავისუფალი და სასწავლო დრო, არდადეგები და სწავლის პერიოდი ჰარმონიული რიტმით უნდა მონაცვლეობდნენ.

რელიგიური აღზრდა არის ის ელემენტი, რომელიც ავითარებს გრძნობის განცდებს: შეგვიძლია ჩვენ ზრდასრულთ გვქონდეს რწმენა და იმედი შიშისა და გაუბედაობის საპირისპიროდ? ბუნების და ხელოვნების განცდებიც შესაძლოა გახდეს საფუძველი ცხოვრებაში ესთეტიური გრძნობის ჩამოყალიბებისა. ამიტომ ამ შვიდწლეულის მოტოა (მამოძრავებელია): ,,სამყარო მშვენიერია''.

განსაკუთრებულად ყურადსაღებია მეცხრე წელი. ,,მე'' იღვიძებს გრძნობების ცხოვრებაში. მე სხვაგვარად ვგრძნობ ვიდრე დედაჩემი ანდა ჩემი და-ძმა; სიღარიბე და სიმდიდრე უფრო

ძლიერად განიცდება, აგრეთვე მშობლებისადმი, და-ძმისადმი, მეგობრებისა და მასწავლებლებისადმი დამოკიდებულება. უფრო ინტენსიური ხდება სამართლიანი მოპყრობის, დასჯის და შექების გრძნობები, მაგრამ აგრეთვე მარტოობის განცდებიც; ეს არის თითქოსდა სიჭაბუკის ასაკის პირველი უწყება.

მეთორმეტე წელს იწყება წინაპუბერტეტი. ბავშვი განსაკუთრებულ გადასხვაფერებას გადის, ამ დროს ხშირად განიცდის მოწოდების პირველ ძახილს. კითხვა იმის შესახებ, შემდგომ სამუშაო იძულებით თუ სიხარულით კეთდება, ანდა მხოლოდ ჯამაგირის გამომუშავებისთის ვშრომობთ, რომ ეს აუცილებელია, ანდა მხოლოდ ფულს ჯიღდოდ ვღებულობთ, რათა ვისწავლოთ სხვათა საკუთრების რესპექტირება - ყოველივე ეს არის განმსაზღვრელი ელემენტები მოგვიანებით სოციალურ ცხოვრებაში. ეს ფაზა მერკურიალურ ძალთა ზეგავლენის ქვეშ იმყოფება; მერკური მკურნალია, იგი შუამავალია ზედას და ქვედას, შიდას და გარეთას შორის. ჩვენი რიტმული სისტემა თავისი ბუნებით ყველაზე უფრო ჯანსაღია - ასევეა ეს შვიწლეულიც.

სრულ სქესობრივ სიმწიფეს შემდგომ ფაზამდე მივყავართ. ეს შვიდწლეული შეგვიძლია არსებითი კითხვებით შევავსოთ და ამგვარად მის შესახებ უფრო დიდი ცნობიერება მოვიპოვოთ.



რუბიკონი ეს არის 29 კმ-ის სიგრძის მდინარე ჩრდილოეთ იტალიაში. ეს მდინარე ისტორიულად დაკავშირებულია იულიუს კეისრის სახელთან. ძვ. წელთაღრიცხვით 49 წელს იულიუს კეისარმა მიზანდასახულად გადალახა ომის პროვოცირებისთვის და თავისი პოზიციის, როგორც მმართველის, გასამყარებლად. მას ეს ნაბიჯი აუცილებლად უნდა გადაედგა, უკან დასახევი გზა არ ჰქონდა.

ბავშვის განვითარების ერთ-ერთ რთულ და კრიზისულ პერიოდს, 9-10 წლის ასაკს, სწორედ რუბიკონის პერიოდი ჰქვია, რომელიც ბავშვმა აუცილებლად უნდა გადალახოს, მაგრამ როგორ?! - აქ ჩვენ უფროსებს დიდი პასუხისმგებლობა გვაკისრია! კბილების ცვლასა და სქესობრივ მომწიფებას შორის ბავშვი შორდება თავის ჩვეულებრივ, ბავშვურ გარემოს და

გადადის ახალ, უცნობ სამყაროში. ის გამოეყოფა გარემოს და დგება მის მოპირისპირე მხარეს. იწყებს გაცნობიერებას, რომ მას შეუძლია სხვებისგან განსხვავებულად იფიქროს და იმსჯელოს. 9 წლის ასაკში ბავშვის გრძნობების ცხოვრებაში იღვიძებს მისი საკუთარი ,,მე", მისი ინდივიდუალობა. ის უკვე კარგად აღიქვამს გარე სამყაროს და ამ გარე სამყაროში თავის ინდივიდუალობას. ის იბრძვის საკუთარი თავის დამკვიდრებისთვის. ხდება შეხედულებების გადაფასება. მას გააჩნია საკუთარი აზრი ყველაფერზე და ეს მისთვის საამაყოა. ვითარდება ,,მე და შენ" შეგრძნება. იცვლება მის გარშემო მყოფთა მიმართ დამოკიდებულება, სხვაგვარად გრძნობს დედას, მამას, ახლობლებს, მასწავლებლებს. ყალიბდება ჩვევები და ტემპერამენტი. ინტენსიური ხდება სამართლიანი მოპყრობის, დასჯისა და შექების გრძნობები. უფრო მეტი კრიტიკა ჩნდება, ასევე შიში და გაუბედაობა, დაურწმუნებლობა, რომ რაიმეს გაკეთებას შეძლებს. უმძაფრდება მარტოობის შეგრძნება და ეჭვი, რომ ის არ უყვართ - ნეტავ აყვანილი ხომ არ არის, არის თუ არა თავისი მშობლების ნამდვილი (ბიოლოგიური) შვილი?! ამ პერიოდში ხდება საწინააღმდეგო სქესის აღქმა, მაგრამ ეს აღქმა კრიტიკულია და ეს გამოვლენაც უხეშია, თანატოლებთან მიმართებაში ამჟღავნებს უხეშ ქცევებ - თმების მოქაჩვას, ხელების გადატრიალებას, და ა.შ. უკიდურესად კრიტიკულ დამოკიდებულებას იჩენს საწინააღმდეგო სქესის მშობელთან - არ მოსწონს მისი არაფერი, არც სიარული, არც მეტყველება, არც მისი ინტერესები, იძლევა შენიშნვებს. სამწუხაროდ, ხშირად მშობლების მხრიდან თანადგომისა და მოთმენის ნაცვლად, ძლიერ დაპირისპირებას აქვს ხოლმე ადგილი, რომელიც კიდევ უფრო ამძაფრებს პროტესტებს.

ამ პერიოდისთვის ბავშვის აღზრდაში მნიშვნელოვანია თუ მე, როგორც მშობელი, პედაგოგი და ა.შ. როგორი ადამიანი ვარ და არა ის თუ მე რა განათლება მაქვს. რა თქმა უნდა სწორი ადამიანური მიმართებების ჩამოყალიბებაში განათლებას დიდი მნიშვნელობა აქვს, მაგრამ აქ იგულისხმება ის რომ,

ამ ასაკის ბავშვთან მნიშვნელობა არ აქვს რა ინტელექტუალურ შესაძლებლობებს ფლობ, არამედ იმას თუ როგორი ადამიანური ურთიერთობების დამყარება შეგიძლია, მასთან თუ სხვასთან.

ამ შვიდწლეულის ძირითადი მამოძრავებელი იმპულსია - ,,სამყარო მშვენიერია" და ჩვენ, უფროსებმა ყველაფერი უნდა გავაკეთოთ, რომ ეს, სიმშვენიერის მოლოდინი არ გავუცრუოთ და მისი აღქმა რეალური იყოს. მის ამ წინააღმდეგობრივ მდგომარეობას უნდა დავუპირისპირდეთ რწმენისა და იმედის გრძნობის გაძლიერებით, მხარდაჭერით, მეგობრული ურთიერთობებით, ჩვენი მოთმინების განსაკუთრებული უნარით, რადგან ყველაფერი ეს ბავშვში განავითარებს მოწიწების გრძნობას, არა მარტო მშობლების მიმართ არამედ, ყველა უფროსი ადამიანის მიმართ, რომელიც თავის მხრივ ავტორიტეტების შექმნას შეუწყობს ხელს.

ამ პერიოდში ჯერ კიდევ მოქმედებს მიბაძვის თვისება, თუმცა შესუსტებული სახით, მაგრამ პარალელურად ძლიერდება ავტორიტეტის როლი და რაც მთავარია აქტიურდება მისი ინტელექტუალური შესაძლებლობები. ეს ყველაფერი კი ძლიერი და საზოგადოებაში კარგად ინტეგრირებული ადამიანის ჩამოყალიბებას განაპირობებს.

რწმენისა და იმედის გრძნობების გაძლიერებას ხელს შევუწყობთ ესთეტიკური გრძნობების ჩამოყალიბებით, კერძოდ, ბუნებისა და ხელოვნების მძაფრი განცდების აღმოცენებით.



9-10 წლის ბავშვი ეძებს ავტორიტეტებს. მას ჭირდება ისეთი ადამიანები, რომლებსაც მიბაძავს და მასზე იქნება ორიენტირებული. ამ დროს მყარდება ინდივიდუალობასა და უნარებს შორის კონტაქტი. ამ ასაკში იცვლება ემოციურობის ხარისხი. ის მძაფრად გამოხატავს თავის დამოკიდებულებას გარემოს მიმართ, როგორც ნეგატიურს, ასევე პოზიტიურს. ღვივდება პირველი სასიყვარულო იმპულსები. ჩნდება ინტერესი ორივე სქესის შიშველი სხეულის მიმართ, აქტიურად ეძიებენ ეროტიულ თუ პორნოგრაფიულ ჟურნალებს და ათვალიერებენ ხან ერთად და ხან ცალ-ცალკე. ამ დროს მათ ორგანიზმში ხდება სერიოზული აღმგზნები პროცესები, რომლებიც განხორციელებისაკენ უბიძგებენ ბავშვს. განხორციელება კი ამ ასაკისათვის რთულია ან შეუძლებელი, აქედან გამომდინარე ბავშვში შეიძლება გაჩნდეს აგრესიის, უხეშობის სერიოზული ძალა. ჩვენ, უფროსებს, ამ დროს შეგვიძლია სახვითი ხელოვნების საშუალებით დავანახოთ შიშველი სხეულის სიმშვენიერეც და ულამაზობაც, სიძლიერეც და სინატიფეც.

რწმენის განვითარებაში დაეხმარება ბიბლიური ისტორიების მოყოლა, გამოჩენილ ადამიანთა ცხოვრებისა და მოღვაწეობის ისტორიების გაცნობა.

ასევე მნიშვნელოვანია პრაქტიკული საქმიანობების შესრულება, სახლში თუ გარეთ, უფროსებთან ერთად.

კითხვები:

1. მე-2 შვიდწლეულის ძირითადი ნიშნები?
2. როგორია მათთვის სამყარო?
3. რას ნიშნავს რუბიკონის პერიოდი?

სქესობრივი პერიოდი (14-დან ზევით)

მე-3 შვიდწლეულის დახასიათება:

14-დან 21 წლამდე - „სამყარო ჭეშმარიტია''

პუბერტატულ პერიოდის იგივე სქესობრივი მომწიფების ფაზას და იგივე გარდატეხის ასაკს ჰორმონული ძვრები იწვევს. ამ პერიოდში მნიშვნელოვანი ცვლილებები ხდება ორივე სქესის ანატომია-ფიზიოლოგიაზე.
ბავშვებს ამ პერიოდში უნვითარდებათ მეორადი სასქესო ნიშნები, როგორიც არის თმიანობა იღლიისა და ბოქვენის არეში, სარძევე ჯირკვლების წამოზრდა გოგონებში და ხმის დაბოხება



ვაჟებში. სქესობრივი მომწიფების ასაკში მოზარდებს ხასიათიც ეცვლებათ, აგრესიულები და ჭირვეულები ხდებიან. ამ ასაკობრივ უცნაურობებს გოგონებში 9 წლიდან უნდა ველოდეთ და, სავარაუდოდ, 16 წლამდე გასტანს, ხოლო ბიჭებში 13-დან 15 წლამდეა მოსალოდნელი. შესაძლებელია, რომ სქესობრივი მომწიფება დროზე ადრე იწყება. გოგონებში ამგვარი

ნაადრევი გარდატეხა – 8 წლამდე, ხოლო ვაჟებში 9 წლამდე შეინიშნება. ნაადრევად დაქალებულ-დაკაცებულები თანატოლებთან შედარებით სწრაფად იყრიან ტანს, კლასში ყველაზე მაღლები არიან, თუმცა ზრდას მალევე წყვეტენ – უფრო ადრე, ვიდრე ეკუთვნით. ისე რომ, ნაადრევად მომწიფებული მოზარდები ხშირად ტანდაბლები რჩებიან.



გარდატეხის ასაკის კრიზისი 14 წლის ასაკის გარშემო დამოკიდებულია ნივთიერებათა ცვლისა და კიდურების სისტემაში და სექსუალურ ორგანოებში დაბადების პროცესზე. ამის შედეგად წარმოიქმნება დიდი დაძაბულობის ველი სულიერ იდეალებსა, რომლებიც სიყმაწვილეში (ახალგაზრდობაში) ძლიერად იღვიძებს და სხეულებრივ-ბიოლოგიურ ლტოლვებსა და ინსტინქტებს შორის, რომლებიც ვლინდებიან ამ დროს. სქესობრივი ჯირკვლები მწიფდება და მათგან წარმოქმნილი ჰორმონები იწვევენ დიდ სხეულებრივ ცვლილებებს, რომლებიც ამ დროს ხდება.

ადამიანი აღწევს მიწიერ სიმწიფეს. სხეული უფრო ინტენსიურად შედის მიწიერ სიმძიმეში, რაც სამშვინველის მიერ განიცდება. ხდება ზღურბლის გადაბიჯება კოსმიურ-სულიერიდან ფიზიკურ-მიწიერში, რომელიც არც თუ ისე უსაფრთხოა და სიკვდილის განცდებამდე ანდა თვითმკვლელობის აზრებამდეც შეიძლება განცდილ იქნეს. ხდება მშობლებისგან ახალი

გამოყოფა, მშვინვიერი განცალკევება, ადგილი აქვს ასტრალური სხეულის დაბადებას, რომელსაც საკუთარი სამშვინველის სხეულის ინდივიდუალიზებამდე მივყავართ. სქესობრივი მომწიფებით აშკარა ხდება მამრობითისა და მდედრობითის დიფერენცირება, არა მხოლოდ ბიოლოგიურ, არამედ ასევე მშვინვიერ სფეროშიც. სქესთა გაერთიანების (შეერთების) იმპულსი მომდინარეობს ერთიანობის (მთლიანობის) მონატრებიდან.



იმავდროულად სულიერ-მშვინვიერ სამყაროსგან, ბავშვობის დაკარგული სამოთხიდან გამოყოფას, აქაც კვლავ შეერთების მონატრებამდე (სწრაფვამდე) მივყავართ. ეს გამოიხატება ახალგაზრდების მიერ იდეალების ძებნაში. არა მარტო იდეალების ძიებას, არამედ ასევე თავის თავისკენაც ახალგაზრდები მიჰყავს ყოველგვარ ,,იზმებში'', მარქსიზმიდან ბუდიზმამდე და ასე შემდეგ. თვითაღზრდა ცვლის მეორე შვიდწლეულში ავტორიტეტულ აღზრდას. მეტად და მეტად წინა პლანზე ინაცვლებს საკუთარი პიროვნების განვითარება, თავისუფლებისკენ და დამოუკიდებლობისკენ სწრაფვა. გარეგანი თავისუფლება შეიძლება გაწონასწორებულ იქნეს პასუხისმგებლობების აღებით. შინაგანი თავისუფლება აუცილებელია პიროვნების განვითარებისათვის. ახალგაზრდას ამისათვის სჭირდება თავისი ფიზიკური სივრცე; მშვინვიერი სივრცე, სადაც შეეძლება გავარჯიშება მეგობრობასა და მე და შენ-მიმართებებს; სულიერი სივრცე, სადაც ნიჭები, უნარები და ა. შ. ხელშეწყობილნი იქნება და არა შეზღუდულნი. ამ გზაზე ხელს მიწყობენ თუ არა მე მშობლები და აღმზრდელები.

ვაღწევ მე პროფესიას შინაგანი მოწოდებიდან გამომდინარე, თუ რადგან მამას და დედას ვაჟიშვილში ან ქალიშვილში ამა თუ იმის განხორციელება უნდათ რომ დაინახონ, ანდა რადგანაც მე იძულებული ვარ სამუშაოდ ან ფულის საშოვნელად წავიდე (ხშირად გარეგანიდან გამოწვეული აუცილებლობით) ანდა უნივერსიტეტში უნდა ვისწავლო, რაც სრულებითაც არ მინდა, რადგანაც მე მეტად პრაქტიკულ-ტექნიკური პროფესიის შექმნა მსურს?

სიყვარული და ინტერესი სამყაროს მიმართ და დროის შესაბამის მოვლენებისადმი გაღვიძებულ უნდა იქნეს, გვსურს მოზრდილთან ვპოვოთ აუტენტუროზა, მეცნიერებაში ჭეშმარიტება, ნამდვილი რელიგიური გრძნობები. ფსიქოლოგიურად როგორ ვექცევი სხვას? როგორ ვექცევი საკუთარ თავს, როგორ ვფლობ ჩემს ხასიათის ცვლილებებს - ცას ვეწევი, სიკვდილამდე დავმწუხრები (მწყინს). რას ნიშნავს მარტოობის განცდები - შემიძლია მათი ატანა? ცხოვრების ღრმა აზრის შესახებ ისმება კითხვა. ამას გავურბივარ ნარკოტიკების, სექსის, ალკოჰოლის ანდა რაიმე სექტების მეშვეობით? გადაჭარბებულ სპორტულ ქმედებაში გაქცევით შეიძლება სხეული ძალიან გამკვრივდეს. საკუთარი სხეულის სიმწიფის უარყოფა არის ამ ფაზაში მორიგი გადახრა (შეცდომა). ხდება ისტერიისადმი ან ნევრასთენიისადმი მიდრეკილების გამოვლენა, რასაც უნდა მიეხედოს.



ჯგუფი, მეგობრები მნიშვნელოვანია, დიდი ზეგავლენის მომხდენია; მაგრამ თანდათანობით 19 წლის ასაკის შემდეგ მე მეტის დანახვა შემიძლია; უკვე შემიძლია ჩემი საკუთარი გზა, ჩემი საკუთარი აზრები, ჯგუფშიც კი, სხვებს დავუპირისპირო. ეს ფაზა ვენუსის ძალების ზეგავლენას განიცდის: სიყვარული და ინტერესი სამყაროს მიმართ, ეროსის გამოღვიძება, მშვენიერება და იდეალები.



დაახლოებით 18 და 2/3 წლის ასაკში (ასტრონომიულად მთვარის მარყუჟად წოდებული) ბევრ ახალგაზრდასთან ხდება პროფესიის გარკვევა, ასევე ჩნდება კითხვები მუშაობის სამყაროს, მუშაობის ღირებულების და ფულის ღირებულების ირგვლივ - საიდან მოდის ფული, რომ ყველა ჩემი სურვილი დააკმაყოფილოს?



ნაადრევ სქესობრივ მომწიფებას მრავალი მიზეზი აქვს, მაგრამ არის შემთხვევები, როცა უმიზეზოდაც იწყება. მას უმეტესად იწვევს: საკვერცხეების, თირკმელზედა და ფარისებრი

ჯირკვლების ან, უბრალოდ, ჯირკვლოვანი ქსოვილის ზრდა, თავის ტვინის სიმსივნური წარმონაქმნი. სხვა მიზეზებიდან აღსანიშნავია: ცენტრალური ნერვული სისტემის დარღვევები, გენეტიკური განწყობა.

განასხვავებენ ორი სახის ნაადრევ სქესობრივ მომწიფებას:

გონადოტროპინდამოკიდებულს ანუ ცენტრალურ ფორმა. ამ დროს ორგანიზმში ძალზე მარტივი ჰორმონული ცვლილება ხდება. სქესობრივ მომწიფებაზე პასუხისმგებელი ჰორმონი გონადოტროპინი ნაადრევად გამომუშავდება. ამის მიზეზი სრულად დადგენილი არ არის, თუმცა არსებობს ვარაუდი, რომ ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-საკვერცხეების სფეროში არსებობს მთავარი მიზეზი. ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების ეს ფორმა ყველაზე ხშირია, თუმცა გოგონებში უმეტესად სწორედ გონადოტროპინის ნაადრევი სინთეზი იწვევს ადრეულ მომწიფებას, მაშინ როდესაც ნაადრევად დაკაცებულ ვაჟთა მხოლოდ ნახევარს აღენიშნება გონადოტროპინდამოკიდებული ფორმა.

გონადოტროპინდამოუკიდებელი ფორმა. გონადოტროპინს ამ შემთხვევაში ბრალი არ მიუძღვის. ეს ფორმა გაცილებით იშვიათია და, წესისამებრ, ჯირკვლოვანი ქსოვილის პათოლოგიებით, მაგალითად, სიმსივნური წარმონაქმნებით არის განპირობებული. ნაადრევი სქესობრივი მომწიფების დროს ის ნიშნები იჩენს თავს, რომლებიც ჩვეულებრივი, დროული პუბერტატული პერიოდისთვის არის დამახასიათებელი. **გოგონებში**: მკერდის ნაადრევი გაზრდა, თმის ამოსვლა ბოქვენის არესა და იღლიის ფოსოში, მენსტრუაციის დაწყება და ოვულაცია, რაც ექოსკოპიური კვლევით ვლინდება. **ვაჟებში:** სასქესო ასოსა და სათესლე ჯირკვლების ნაადრევი ზრდა, თმის ამოსვლა ბოქვენის არეში, იღლიის ფოსოში და სახეზე, უნებლიე ერექციის ეპიზოდები, სპერმის წარმოქმნა, აკნე (ფერიმჭამელები და მუწუკები, უპირატესად – სახეზე, შედარებით იშვიათად – ზურგზეც), ხმის დაბოხება.

გარდა ამ ნიშნებისა, ნაადრევად მომწიფებულ მოზარდს ახასიათებს უგუნებობა, აგრესია, ჭირვეულობა და, როგორც უკვე ვთქვით, სიმაღლეში სწრაფი ზრდა. ნაადრევი მომწიფების დიაგნოზის დასმა ძნელი არ არის. თუ პუბერტატული პერიოდისთვის დამახასიათებელმა ნიშნებმა დროზე ადრე იჩინა თავი, ეს იმის მაუწყებელია, რომ ბავშვი ნაადრევად შევიდა გარდატეხის ასაკში.

დადგენილია კავშირი სიმსუქნესა და ნაადრევ სქესობრივ მომწიფებას შორის. ნაადრევი მომწიფება და, შესაბამისად, ორგანიზმში წარმოშობილი ჰორმონული დისბალანსი მომავალში ძუძუს კიბოს ჩამოყალიბების რისკთან არის დაკავშირებული. სქესობრივი მომწიფების პერიოდი ზოგჯერ იგვიანებს კიდეც. თუ მეორეული სასქესო ნიშნები გოგონას – 13 წლამდე, ხოლო ვაჟს 14 წლამდე არ განუვითარდება, შეიძლება ითქვას, რომ პუბერტატული ასაკი გადაიდო. მიზეზი უმეტესად მემკვიდრეობითია, თუმცა ისიც შესაძლოა, რომელიმე დაავადებას, მაგალითად, ჰიპოთალამუსის სიმსივნეს, მიუძღოდეს ბრალი.

დაგვიანებული სქესობრივი მომწიფების შემთხვევაში განსაკუთრებული არაფერია მოსალოდნელი, გარდა იმისა, რომ მკერდი და სასქესო ორგანოები უფრო გვიან გაიზრდება, თმიანობა გვიან ჩამოყალიბდება, პირველი მენსტრუაციაც შედარებით გვიან დაიწყება.



http://www.mkurnali.ge/pediatria/rchevebi-mshoblebs/4093-skolamdeli-da-adreuli-saskolo-asaki.html

http://www.aura.ge/124-deda-da-shvili/796-bavshvis-aghzrdis-taviseburebebi.html

http://old.aversi.ge/main_jurnal.php?lang=geo&id=2216&cat_id=2

https://www.google.ge/?client=firefox-b-ab#q=%E1%83%A1%E1%83%99%E1%83%9D%E1%83%9A%E1%83%98%E1%83%A1+%E1%83%90%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%99%E1%83%98

კითხვები:

1. რა ძირითადი მახასიათებლები აქვს მესამე შვიდწლეულს?
2. რა არის მათთვის სამყარო?
3. რა ასაკში დგება სქესობრივი მომწიფება?

ბავშვთა კონსტიტუციური ტიპები.



მედიცინაში კონსტიტუციის ცნება გულისხმობს ადამიანის გენეტიკური ფაქტორებით განპირობებულ ნიშან-თვისებებს, რომელთა შემჩნევა შეუიარაღებელი თვალითაც შესაძლებელია. კონსტიტუცია ინდივიდის იმ ანატომიურ, ფიზიოლოგიურ და ფსიქოლოგიურ თავისებურებათა კომპლექსია, რომლებზეც არის დამოკიდებული გარემო ფაქტორებისადმი პიროვნების ადაპტაცია, დაავადებებისადმი განწყობა და მათი მიმდინარეობისხასიათი.

კონსტიტუციის ქვეშ მოიაზრება ადამიანის სხეულის გარეგნული გამოვლინებები, რომლებიც ჯანმრთელ და ავადმყოფურ გამოვლინებებად შეიძლება მოვიაზროთ. კონსტიტუცია არის მემკვიდრული და გარემოს ზემოქმედების შედეგად მიღებულ თავისებურებათა ერთობლიობა. სწავლება კონსტიტუციების შესახებ გულისხმობს ცალკეულ დამახასიათებელი ტიპების მრავლობითად შესწავლით კანონზომიერების გამოკრისტალებას. ეს სწავლება ეხმარება მედიკს იმის გაგებაში, თუ რომელი

დაავადებებისაკენ მეტად არის მიდრეკილი ესა თუ ის კონსტიტუციური ტიპი. თუმცა არასწორია, რომ რომელიმე კონსტიტუციურ ტიპს დაავადება პირდაპირ შევუსაბამოთ. ესაა უბრალოდ კრებითი ცნება, რომელიც როგორც ავადმყოფურ, ასევე ჯანმრთელ მხარეებს აერთიანებს თავის თავში.

ყველაზე გავრცელებული კონსტიტუციური ტიპები კლეტჩმერს ეკუთვნის, აერთიანებს სხეულებრივ და მშვინვიერ მახასიათებლებს და სამ ძირითად ჯგუფად არის წარმოდგენილი: ლეპტოსომური, ათლეტური და პიკნიკური ტიპი.

ლეპტოსომური (ბერძნ. **Leptos** – მცირე, გამხდარი; **soma** – სხეული) ტიპი:

გამხდარი, მაღალი, ცხიმის დაგროვებისკენ არ არის მიდრეკილი, ვიწრო თავის ქალა, სახის თხელი ნაკვთებით, ვიწრო ტუჩებით, ვიწრო ცხვირით. თუკი ეს ტიპი გადაჭარბებულად არის წარმოდგენილი ასეთი ადამიანები არიან სუსტები, მაღალი ვიწრო მკერდით, დუნე, ცუდად განვითარებული კუნთებით და წვრილი ჩონჩხით.

ათლეტური ტიპის მახასიათებელია: ძლიერი, უხეში ძვლოვანი სხეულის აგებულება, ძლიერად განვითარებული კუნთური სისტემა, ფართო მკერდი და ფართო მხრები, ვიწრო მენჯი და სხეულის ქვედა ნაწილი.

პიკნიკური (ბერძნ. **pyknos** – მსუქანი, სქელი) ტიპი არის საშუალო ზომის, სახე უფრო სიგანეშია გასული, ვიდრე სიგრძეში, კისერი გამოირჩევა თავისი სიმოკლით, ასევე კიდურები მოკლეა და განუვითარებელი კუნთებით.

ემოციური თვალსაზრისით ლეპტოსომური ტიპი მიდრეკილია გულჩათხრობილობისკენ. მისი გუნება-განწყობილება ერთი უკიდურესობიდან ადვილად გადადის მეორეში – ხან რბილი და ზემგრძნობიარენი არიან ხან მყიფე და არაფერს იკარებენ გულთან ახლოს. ისინი მიზანსწრაფულად შეიძლება მიიწევდნენ მიზნის მისაღწევად და უცაბედად ყველაფერს თავი დაანებონ. მათთვის დამახასიათებელია შინაგანი გახლეჩილობა.

ათლეტური ტიპი მშვინვიერად გაწონასწორებულია და ძნელია მისი წონასწორობიდან გამოყვანა.

პიკნიკური ტიპი - ღიაა, მან იცის იუმორის ფასი და ცხოვრების დადებითი მხარეები. მისი განწყობა მერყეობს საოცარ გახსნილობასა და მშვიდ სერიოზულობას შორის.

რაღა თქმა უნდა, არსებობს ამ სამი ტიპის ნარევები, რომელთაც ვერც ერთ მათგანს მკვეთრად ვერ მივაკუთვნებთ.

ორგანიზმის აღნაგობითა და ფუნქციური თავისებურებებით ადამიანები ერთმანეთს ჰგვანან და ერთმანეთისგან განსხვავდებიან. მეცნიერებმა გამოყვეს რამდენიმე კონსტიტუციური ტიპი, რომლებიც სხეულის სიმაღლის, წონის, კიდურებისა და ტანის პროპორციების, მუსკულატურისა და კანქვეშა ცხიმოვანი შრის განვითარების ხარისხის მაჩვენებელთა გათვალისწინებით განისაზღვრება. იმისდა მიხედვით, რომელი ქსოვილი ჭარბობს სხეულში - ძვლოვანი, ცხიმოვანი თუ კუნთოვანი, სამედიცინო პრაქტიკაში არსებობს სხვადასხვა სახის დაყოფა. ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი დაყოფაა:

- თორაკალური (მკერდისმიერი);
- დიგესტური (მუცლისმიერი);
- კუნთოვანი (ათლეტური).

თორაკალური მკერდისმიერი ტიპის ადამიანებისთვის ჭარბობს ძვლოვანი კომპონენტი. ასეთი ადამიანები გამხდრები არიან. სუსტად აქვთ განვითარებული კუნთოვანი და კანქვეშა ქსოვილები. დამახასიათებელია ჩონჩხის წვრილი ძვლები, შედარებით გრძელი კიდურები. თეძოებზე ოდნავ განიერი მხრები, ნეკნთაშუა კუთხე - მახვილი, გულმკერდის ღრუ - წაგრძელებული, ცილინდრული.

ფუნქციური თვისებები: ფილტვების მოცულობა დიდია, კუნთოვანი ძალა - მცირე, ამტანობის უნარი - ძლიერი.

პიროვნული თვისებები: ამ ტიპის ადამიანები ემოციურად თავშეკავებულნი, ნაკლებკონტაქტურები არიან, მიილტვიან დამოუკიდებლობისკენ. მძიმე წუთებში მარტოობა ურჩევნიათ.

სტრესისადმი მდგრადობა: ძლიერი სტრესის შედეგად არცთუ იშვიათად ეწყებათ დეპრესია. მათთვის უცხო არ არის თავდაუზოგავი სწავლის ან შრომის შედეგად გადაქანცვა და ნერვული გამოფიტვა.

მომატებული რისკი: ფილტვებისა და ნერვული სისტემის დაავადებების, გასტრიტის, კანის პათოლოგიების, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის მოშლილობათა, ნეიროცირკულარული დისტონიის მიმართ.

დაავადებათა პროფილაქტიკა: სასურველია გამაკაჟებელი პროცედურები დაბალ ტემპერატურაზე, გრილი შხაპი, ცურვა. სასარგებლოა სუნთქვითი ვარჯიში. აუცილებელია ხერხემლის გამაძლიერებელი და სხეულის სწორად ფლობისთვის საჭირო ვარჯიშები.

დიგესტური (მუცლისმიერი) ტიპის ადამიანებში ჭარბობს ცხიმოვანი ქსოვილი. ასეთ ადამიანებს განსაკუთრებით კარგად აქვთ განვითარებული საჭმლის მომნელებელი ორგანოები. საშუალო სიმაღლისანი და დაბლები არიან, აქვთ მკვეთრად გამოხატული კანქვეშა ცხიმოვანი მარაგი, თუმცა, ამასთანავე, ძლიერი კუნთებიც; ჩონჩხის ძვლები ფართოა, კიდურები, განსაკუთრებით ქვედა - შედარებით მოკლე, მხრები - არც ისე ფართო და თეძოებზე არცთუ ყოველთვის განიერი, ნეკნთაშუა კუთხე - ბლაგვი. ფუნქციური თვისებები: ფილტვები - შედარებით მცირე მოცულობისა, შინაგანი ორგანოები - მსხვილი, კუნთოვანი ძალა - დიდი. დიდი ამტანობით არ გამოირჩევიან.

პიროვნული თვისებები: უყვართ კომფორტი და გემრიელი საკვები, ქება, ალერსი, თანადგომა. არიან კომუნიკაბელურები, კონტაქტურები, მიილტვიან თანამშრომლობისკენ, არიან ექსტრავერტები, მძიმე წუთებში ახლობელ ადამიანთან ყოფნა ურჩევნიათ.

სტრესისადმი მდგრადობა: საკმაოდ მაღალი აქვთ. ერთი შეხედვით სქელკანიანების შთაბეჭდილებას ტოვებენ, მაგრამ სინამდვილეში ასეთები სულაც არ არიან. ძლიერი

ფსიქოლოგიური დატვირთვის შედეგად ხშირად ეწყებათ მელანქოლია. ასეთ დროს ყველაზე მეტად მეგობრების თანადგომა და სიმშვიდე სჭირდებათ.

მომატებული რისკი: გაცხიმოვნების, სიმსუქნის, ჰიპერტენზიის, პანკრეატიტის, დიაბეტის, ინსულტის, ღვიძლის დაავადებების, ჭარბი წონის შემთხვევაში - სახსრების პათოლოგიების მიმართ.

დაავადებათა პროფილაქტიკა: აუცილებელია კვების რაციონისა და მოძრაობითი აქტივობის სწორი რეჟიმის დადგენა. უნდა ერიდონ ჭარბი ცხიმის დაგროვებას, რადგან ის დაავადების განვითარებას იწვევს. უნდა შეიზღუდოს შემწვარი ცხიმი, კარტოფილი, საკონდიტრო ნაწარმი და ტკბილეული. უპირატესობა უნდა მიენიჭოს ხილსა და ბოსტნეულს, წიწიბურასა და ბრინჯს. ცილოვანი პროდუქტებიდან ყველაზე მეტად სჭირდებათ რძემჟავა ნაწარმი, თევზი, შედარებით ნაკლებად - ხორცი.

კუნთოვანი (ათლეტური) ტიპის ადამიანთან ჭარბობს კუნთოვანი ქსოვილი. ისინი საშუალო სიმაღლისანი არიან, აქვთ რელიეფური კუნთები და ზომიერად განვითარებული ცხიმოვანი ქსოვილი, ჩონჩხის ძვლები - ფართო, მხრები თეძოებზე განიერი, კიდურები - ნორმალური პროპორციისა, ნეკნთაშუა კუთხე - მართი. არიან ძლიერები და ამტანები, მოხერხებულები და სწრაფები.

ფუნქციური თვისებები: ფილტვები - საშუალო მოცულობისა, გულ-სისხლძაღვთა სისტემა - ძლიერი, კუნთოვანი ძალა - დიდი, ამტანობა - საშუალო.

პიროვნული თვისებები: იზიდავთ სარისკო, ექსტრემალური საქმიანობა, არიან ძალზე თავმოყვარენი, თავშეკავებულნი, მიდრეკილნი არიან ლიდეროზისადმი, მძიმე წუთებში ერთ ადგილას გაჩერება არ შეუძლიათ, ურჩევნიათ, რამე აკეთონ და აქტიურად იმოქმედონ.

სტრესისადმი გამძლეობა: სტრესს საკმაოდ კარგად უძლებენ, მაგრამ არიან ძალზე მგრძნობიარენი, როცა საქმე მათ სოციალურ სტატუსს ეხება. ყოველგვარი დაქვეითება მათში აგრესიულ რეაქციას იწვევს, რომელიც შესაძლოა გარშემო მყოფებზეც გავრცელდეს. წარუმატებლობის მიზეზს არა საკუთარ თავში, არამედ გარშემო მყოფებში ეძებენ.

მომატებული რისკი: გულის კუნთის დაავადებების, კარდიომიოპათიების, მიოკარდიტების მიმ მიდრეკილება.

დაავადებათა პროფილაქტიკა: საჭიროა ზომიერი ფიზიკური დატვირთვა და სწორი კვების რეჟიმი. რაციონში ცილები უნდა ჭარბობდეს. უნდა ერიდონ ნახშირწყლებს და, საზოგადოდ, ფუჭ კალორიებს, ვინაიდან ჭარბი წონა მათ გულს ზედმეტად დატვირთავს. სამივე კონსტიტუციური ტიპისთვის სხეულის სიგრძე ყველაზე მერყევი კომპონენტია: თანაბრად არიან როგორც დაბალი, ისე საშუალო სიმაღლის და მაღალი ადამიანები. რაც შეეხება წონას,

თორაკალური ტიპის წარმომადგენლები ყველაზე მსუბუქნი არიან, დიგესტური ტიპისანი კი ყველაზე მძიმენი.

ფსიქოსომატური ნიშნების მიხედვით სამ კონსტიტუციურ ტიპს განასხვავებენ:

- ჰიპერსთენიურს;
- ასთენიურს;
- ნორმოსთენიურს.

ჰიპერსთენიური ტიპს აქვს ფართო მხრები, კარგად განვითარებული გულმკერდი და ძლიერი აგებულება. არიან სიცოცხლის მოყვარულნი, კომუნიკაბელურნი, ენერგიულნი, ჯანმრთელნი. ჰიპერსთენიკების უმრავლესობას კვადრატული ფორმის თავი აქვს, ძლიერი ქვედა ყბა. კარგად აქვთ განვითარებული ლოგიკა და საქმისადმი სწრაფვა. სენტიმენტალობა მათთის უცხოა, არიან ენერგიულები, შეხვედრაზე არასოდეს იგვიანებენ.

ასთენიური კონსტიტუციის ტიპს აქვს ვიწრო მხრები, სუსტი გულმკერდი. ამ ტიპის წარმომსდგენლები არიან ტანმორჩილნი, ახასიათებთ მომატებული ნერვული აგზნებადობა. აქვთ სამკუთხა თავი - ფართო თავის ქალათი და ვიწრო ნიკაპით. ახასიათებთ მონოტონური მეტყველება, არიან თავშეკავებულნი, განვითარებული აქვთ მარცხენასფერული აზროვნება(ლოგიკა და სწრაფვა). სიმსუქნისადმი მიდრეკილნი არ არიან.

ნორმასთენური კონსტიტუციური ტიპი გამოირჩევა ათლეტური აღნაგობით, თავდაჯერებით. წარმოადგენს გარდამავალ რგოლს პირველ და მეორე ტიპებს შორის. მისი თავი სამკუთხედის ფორმისაა წვეროთი ზემოთ მიმართული - მასიური ნიკაპით და წვრილი თავის ქალათი. მათი აზროვნების სტილი მარჯვენასფერულია, არიან კომუნიკაბელურნი, სიცოცხლის მოყვარულნი, ძლიერ მგრძნობიარენი, სიმსუქნისადმი მიდრეკილნი.

ფსიქოკონსტიტუციური ტიპების თვალსაზრისით განასხვავებენ:

- ფსიქოასთენიურ - ასეთ ადამიანებს აქვთ მიდრეკილება შფოთვითი რეაქციებისადმი, არიან მერყევნი, ტანჯავთ არასრულფასოვნების შეგრძნება, აქვთ სუსტი ნებისყოფა, აკვიატებული აზრები.
- ჰიპოპარონულ - იოლად ეუფლებათ წყენა, ეჭვები, საკუთარ შესაძლებლობებზე თითქმის ყოველთვის გადაჭარბებული წარმოდგენისანი არიან.
- იქტაფინურ ტიპებს. მათთვის დამახასიათებელია პედანტიზმი, მოუხელთებლობა, ურთიერთობაში - სიტლანქე, ადვილად აღგზნებადობა.

გენეტიკურ თავისებურებათა გარდა, ადამიანის კონსტიტუციის ფორმირებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს გარეგანი ფაქტორები, იმუნური სისტემა, სოციალური გარემო, გადაღლა და არარაციონალური კვება.



დიდთრავა და პატარა თავა ბავშვები

ბავშვები თავიანთი ტემპერამენტით და სხეულის აგებულებით შეიძლება დავყოთ სხვადასვა კონსტიტუციურ ტიპებად. ერთ-ერთი ასეთი მნიშვნელოვანი დაყოფაა: დიდთავა და პატარათავაბავშვები.
ორსულობა ისეთი მდგომარეობაა, რომლის დროსაც დაავადებები, ანდა მათდამი მიდრეკილება შეიძლება შეწყდეს ან დაიწყოს. ბავშვისთვის უდიდესი მნიშვნელობა აქვს იმას, თუ რა მშვინვიერი ზემოქმედების ქვეშ იმყოფებოდა დედა ორსულობის პირველ თვეებში.

დედებს, რომლებსაც ორსულობის პირველ თვეებში საშინელი მოწყენილობა და სევდა ეუფლებოდათ, რომელთა ქმრები მხოლოდ საკუთარ გართობაზე ფიქრობდნენ, უჩნდებათ ბავშვები დიდი თავით (ჰიდროცეფალიით), ანუ ბავშვები, რომლებსაც წყლიანი თავი აქვთ; და პირიქით, დედებს, რომლებიც ორსულობის პერიოდში ფუქსავატურ ცხოვრებას ეწეოდნენ, დროს ლაზღანდარობასა და მხიარულობაში ატარებდნენ, უჩნდებათ ბავშვები პატარა თავით.

დიდთავიანი ბავშვების დედები, ორსულობის პერიოდში საოცრად მიჯაჭვულად გრძნობენ თავს ბავშვთან. მათ გულიც კი წყდებათ, რომ მშობიარობის დრო დგება და ბავშვთან განშორება მოუხდებათ; ხოლო მიკროცეფალიის მქონე, ანუ პატარათავიანი ბავშვების დედები, პირიქით, სხვადასხვა მიზეზის გამო დისტანციას ქმნიან ნაყოფთან და რაც შეიძლება მალე სურთ მასთან განშორება.
დიდთავობა არ არის მხოლოდ თავის გარეგანი მოცულობის სიჭარბე. ის, გარე სამყაროს

ფხიზელი აღქმის საპირისპიროდ, აზროვნების ფუნქციური გადაწონვაა, როდესაც ნერვულ-მგრძნობელობითი სისტემა ორგანიზმის სხვა ნაწილებში სუსტად არის ინტეგრირებული.

დიდთავა ბავშვი ოდნავ წინ გადაწეული დადის, მოძრაობს ფიქრებში და ოცნებებში გართული. თითქოს გარემოს სწრაფად ვერ აღიქვამს. ხშირად მასწავლებლები უჩივიან, რომ მათ გაკვეთილის მასალაზე კონცენტრაცია უჭირთ, მაგრამ კონცენტრაციის საოცარ უნარს ამჟღავნებენ იმ საკითხთან დაკავშირებით, რომელიც მათ აინტერესებთ და რაზეც ოცნებობენ. თუ მასწავლებელი ამბობს, რომ ბავშვს მათემატიკა უჭირს, სამაგიეროდ, შესანიშნავად წერს თხზულებებს, ეს ნიშნავს, რომ ბავშვი დიდთავაა. ასეთ ბავშვებს ლოგიკური აზროვნება შეუძლიათ, მეხსიერება კარგად აქვთ განვითარებული. მათ დიდი, ღრმა და შორს მცქერი თვალები აქვთ, ხოლო ხელის თითები გრძელი, ნატიფი და ფაქიზი. მათთან შეიმჩნევა ასევე მსუბუქი ბრტყელტერფიანობა. ისინი შესაძლოა ძალიან გამხდრები იყვნენ, მაგრამ კანი და კანქვეშა ქსოვილი ,,ფუმფულა“ ჰქონდეთ. ასეთი ბავშვები პატარა პრინცებს ჰგვანან. ეზოში თამაშს ურჩევნიათ სახლში, საკუთარი სათამაშოებით თამაში. ისინი ხშირად მართავენ თოჯინების თეატრს; იგონებენ თავის ტოლ ბავშვს, რომელსაც უცნაურ სახელს არქმევენ და თუ რაიმეს აფუჭებენ, ამ გამოგონილ ბავშვს აბრალებენ. მათთვის გაუგებარია ბრძანებები და მხოლოდ მეგობრული ურთიერთობებით, სიყვარულითა და თანაგრძნობით შეიძლება მიზნის მიღწევა, წინააღმდეგ შემთხვევაში მათი ქოლერიული აფეთქების მომსწრენი გავხდებით.

ასეთი ბავშვები ხშირად ავადდებიან ბრონქიტით, აღენიშნებათ ლიმფური კვანძების გადიდება. მათ "ლიმფატუ ბავშვებს" უწოდებენ. ისინი მოცულნი არიან სურათხატებითა და ოცნებებით. დიდთავა ბავშვებთან ნივთიერებათა ცვლის დინამიკა არ არის საკმარისად გამართული.

რაც შეეხება პატარათავა ბავშვებს, ისინი მკვირცხლები არიან და განუწყვეტლივ ცქმუტავენ. მათ თვალებში ცეცხლოვანი ელემენტი სჭარბობს. უჭირთ კონცენტრაცია, მეხსიერება ნაკლებად აქვთ განვითარებული. ტემპერამენტით ისინი ქოლერიულ-მელანქოლიურნი არიან. მათი სხეული საოცრად მოქნილი და ელასტიურია. ისინი მიდრეკილნი არიან ნერვული აშლილობისკენ. პატარათავა ბავშვებისთვის დამახასიათებელია საკვებისადმი ძლიერი ლტოლვა, შესაბამისად მოუნელებელი და უხვი განავალი. მათ სინთეზური წარმოდგენის სუსტი უნარი აქვთ და არ შეუძლიათ საგნებისა და მოვლენების სურათხატების შექმნა.

არსებობს იმის საშიშროება, რომ ჰიდროცეფალიისაკენ ბავშვის მიდრეკილება მეტისმეტად ადრე ჩავახშოთ აღზრდით, დიეტითა და მედიკამენტოზური მკურნალობით. მაშინ აქ მთელი სიმძაფრით გამოვლინდება ის, რომ არ ვითვალისწინებთ ადამიანის განვითარების მთლიან სურათს. ადრე მოცილებული ჰიდროცეფალიის პროცესი გადაინაცვლებს ქვევით – მოგვიანებით ბავშვებს აღენიშნებათ მიდრეკილება გულისა და ფილტვების დაავადებებისაკენ. თუ ამ დაავადებებსაც უხეში ჩარევით, ნაადრევად მოვაშორებთ, პროცესი კიდევ უფრო ქვევით ჩამოვა, კერძოდ, აღინიშნება მოდრეკილება ვენერიული დაავადებებისაკენ. ბუნებრივია თქვენ შეიძლება გაგიჩნდეთ კითხვა – თუ კი არ უნდა ჩავერიოთ ავადმყოფურ პროცესებში ან მისადმი მიდრეკილებაში, მაშინ რა მოვალეობა აკისრია ექიმს? გიპასუხებთ, რომ ექიმი უნდა იდგეს პაციენტის გვერდით და ავადმყოფობას

უნდა მისცეს საშუალება სწორი გზით განვითარდეს. მან არ უნდა დაუშვას, რომ დაავადების გამოვლინებებმა და გართულებებმა უხეში ფორმით იჩინოს თავი. სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, უნდა მოხდეს დაავადების განკურნება და არა ლიკვიდაცია. დიდთავა ბავშვებთან უნდა მივაღწიოთ ცივის შეგრძნებას თავის არეში. ამისათვის საკმარისია თავისა და თუ შესაძლებელია, კისრის და გულმკერდის ზედა ნაწილის ცივი წყლით დაბანა. ამით ვაფხიზლებთ ბავშვის შეგრძნებებს, რათა მან განასხვავოს ცივი და ცხელი. საერთოდ, ბავშვს



ურჩევნია მხოლოდ იოცნებოს და რეალური მოვლენები საკუთარი არსების გარეთ გაატაროს. დილაობით ცივი წყლით დაბანა მის გრძნობით სფეროს ეხმარება ცხად სამყაროში შესვლაში. ამით ცოტა ,,ზამთარს" ვუქმნით ბავშვს, რითაც მისი აღქმის გამოღვიძება და შესაბამისად, სიცხადის წარმოქმნა იქმნება შესაძლებელი.

გაღვიძების ამ პროცესს შეიძლება ხელი შევუწყოთ ნივთიერებათა ცვლის მეშვეობითაც, როდესაც არსებით და განზავებულ სუბსტანციას მივცემთ. რაც უფრო ჯანმრთელია ჩვენში ნივთიერებათა ცვლის პროცესი, მით უფრო უკეთ ვუკავშირდებით სამყაროს ნერვული სისიტემის მეშვეობით.



აქ მოქმედებს პოლარობის კანონი. როცა ჩვენ ცივი წყლით ვიბანთ და ცნობიერებას უფრო ფხიზელს ვხდით, ამით ნივთიერებათა ცვლაში საკვები ნივთიერებების დაშლასა და გადამუშავებას ვუწყობთ ხელს და პირიქით, თუკი ორგანიზმს სტიმულს ვაძლევთ, რომ ნივთიერებათა ცვლის პროცესში სუბსტანციები დაშალოს და მიიღოს ნივთიერებები

სინთეზური მუშაობისათვის, მაშინ შესაბამისად იმის უნარიც ძლიერდება, რომ სინთეზურად აზროვნება შევძლოთ. დიდთავა ბავშვისთვის ასეთ არსებით სუბსტანციას წარმოადგენს მარილი, კრისტალური სუბსტანცია, რომელიც ორი პოლაროობიდან – მჟავიდან და ტუტიდანაა შექმნილი. ორგანიზმი როდესაც ვერ სწავლობს მარილის მიღებასა და გადამუშავებას, მაშინ ნერვული სისტემის ფუნქცია ნივთიერებათა ცვლის მოქმედებასთან არასწორ მიმართებაშია. საკმარისი მარილითა და ტყვიის ნაერთების მედიკამენტების მიღებით ხელს ვუწყობთ მყარი სუბსტანციების დაშლას. ამგვარად, ნივთიერებათა ცვლის



მეშვეობით ხდება ცნობიერებაში განსხვავების გრძნობის გამომუშავება - ცნობიერი გამიჯვნა და გამოცალკევება.

დიდთავა ბავშვებს სუსტი კიდურები აქვთ. მათი განვითარებისთვის მშობლებს შეიძლება მარტივი სავარჯიშო შევთავაზოთ: ნაჭრის ქვეშ მოვათავსოთ სხვადასხვა საგნები, ბავშვს შევაყოფინოთ ხელი, რათა მან სცადოს გამოიცნოს, თუ რა საგნები დევს ნაჭრის ქვეშ. ფეხებისთვის ძალიან კარგია, თუ ცერა თითსა და მეორე თითს შორის დავაჭერინებთ ფანქარს და ასე დავაწერინებთ ქაღალდზე რაიმეს.

პატარათავა ბავშვისთვის კარგი დახმარებაა სითბო - მუცლის თბილი საფენები სადილის შემდეგ ანდა საღამოს, ძილის წინ სითბოს გამოყენება არის ,,ზაფხულური” თერაპია გარედან. ის ხელს უწყობს ნივთიერებების გარდაქმნას ადამიანურ სუბსტანციად. შეიძლება, ასევე არსებითი ნივთიერებებით დახმარება, მაგალითად, შაქრით. კარგია თუ პატარათავებს მივცემთ ადვილად მოსანელებელ, მდიდარ და დიფერენცირებულ საკვებს, ტკბილი დესერტით, მაგრამ ზომიერად. ამ საკითხს დიდი სიფრთხილით უნდა მოვეკიდოთ და შაქარი სწორად უნდა შევიტანოთ ორგანიზმში. არასოდეს არ უნდა მივცეთ ბავშვს ტკბილეული კვებათა შორის შუალედებში სასუსნავის სახით. მედიკამენტოზური დახმარების თვალსაზრისით, კარგი იქნება ვერცხლის პრეპარატების დანიშვნა, რადგან ვერცხლი ნივთიერებათა ცვლის აღმშენებლობაზე კარგად მოქმედებს. თუ ვერცხლი ვეგეტაბილური იქნება, ე.ი. მცენარესთან დაკავშირებული, კერძოდ Bryophyllum -თან, მაშინ ბავშვს

დავეხმარებით, როგორც ვერცხლის შეთვისებაში, ასევე მისი სასიცოცხლო ძალების გაძლიერებაში.

ამგვარ თერაპიას მხოლოდ მაშინ აქვს შედეგი, როცა ის მინიმუმ ერთი წელი ტარდება. ხანდახან ბავშვები მას ისე ეჩვევიან, რომ მეორე და მესამე წელსაც დიდი ხალისით აგრძელებენ, ხანდახან კი პირიქით, უჭირთ გაგრძელება და აქ გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭებათ პედაგოგებსა და სკოლის ექიმს, ცხადია მშობლებთან ერთად.



ეპილეფსიური და ისტერიული ბავშვები

დავახასიათოთ ორი ურთიერთსაპირისპირო მდგომარეობის მქონე ბავშვი, ესენი არიან ეპილეფსიური და ისტერიული ბავშვები. (აქ საუბარი არ არის ეპილეფსიით დაავადებულ ბავშვებზე და ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში მიღებულ ისტერიაზე, ვსაუბრობთ კონსტიტუციურ ტიპებზე, სადაც გამოყენებული ეს სახელები).

ეპილეფსიური ბავშვები ხშირად გამოირჩევიან თავიანთი უხეში, ათლეტური სხეულით, წინააღმდეგობის დაძლევის ძლიერი სურვილით, რაც სრულიად საპირისპიროდაა ისტერიულ ბავშვებში. ისტერიული ბავშვები, უმრავლესს შემთხვევაში, არიან ნაზი, გრაციოზული აღნაგობის, მგრძნობიარენი და წინააღმდეგობის დაძლევისა და მისი გადალახვის უუნარობით გამოირჩევიან.

ნორმალურ მდგომარეობაში გამოღვიძებისას, ძილის დროს სხეულიდან გასული ასტრალური სხეული და ,,მე'' უერთდება ფიზიკურ-ეთერულს. ფიზიოლოგიური ქმედებისათვის მთელი ადამიანური არსება უნდა დაუკავშირდეს გარემოს, რაც იმას ნიშნავს, რომ სრული გამოღვიძება დადგა. შეიძლება მოხდეს ისე, რომ ადამიანს არ ჰქონდეს შესაძლებლობა რომელიმე ორგანოს გავლით უშუალოდ ჰპოვოს კავშირი გარე სამყაროსთან. ამრიგად, ორგანო გარკეულ ბარიერს წარმოადგენს გარემოსთან კავშირის დასამყარებლად. ძილის დროს ასეთ ორგანოში რაღაც ჩნდება, რაც იმის პირობას ქმნის, რომ გამოღვიძებისას ადამიანი იძირება ამ ორგანოში და გარე

სამყაროში გასვლას ვეღარ ახერხებს. ამ დროს ადამიანის `მე~ და ასტრალური სხეული იძულებულნი არიან ჩაეჭედონ ორგანოში, საიდანაც გამოსვლა აღარ შეუძლიათ. უბედურება ის არის, რომ ადამიანი მაინც იღვიძებს, მაგრამ ამ შემთხვევაში ცნობიერების გარეშე. ცნობიერების მისაღებად კი საჭიროა გარეთ გამოსვლა. ასე ხდება ეპილეფსიურ ბავშვთან. მას შეუძლია თავისი მე-ორგანიზაციითა და ასტრალური სხეულით ჩაეშვას ეთერულსა და ფიზიკურ სხეულებში, მაგრამ ვერ გადის გარე სამყაროში და შიგნით შეკავდება. ჩაჭედილი `მე~ და ასტრალური სხეული აწვებიან ორგანოს ზედაპირს და ვეღარ თავისუფლდებიან მისგან. ისინი ჩაჭედილნი არიან. ვითარდება `მე~-სა და ასტრალურის შეგუბება. სწორედ ეს არის კრუნჩხვის მიზეზი. უპირატესად ეს შეგუბებები



არსებობენ ტვინის ნაწილებში, ღვიძლში ან ფილტვებში. თავის ტვინში არსებობს თითოეული ორგანოს პროექცია, ამიტომ ღვიძლში ან ფილტვში შეგუბება ეეგ-ზე აისახება. ეპილეფსიური კრუნჩხვა შეიძლება განხილულ იქნას როგორც განკურნებისაკენ სწრაფვა, როგორც გათავისუფლება. კრუნჩხვით ერთგვარი განტვირთვა ხდება. ცნობილია, რომ კრუნჩხვის წინ გროვდებიან გარკვეული ნივთიერებები, რომლებიც იშლებიან განტვირთვის შემდეგ. კრუნჩხვის მოახლოებას ბავშვი თუ მოზრდილი გარკვეულად გრძნობს, რომელსაც აურას უწოდებენ. ცნობილია აურის მრავალფეროვნება, რომელიც შეიძლება დაუკავშირდეს როგორც დადებით, ასევე უარყოფით ემოციებს. კრუნჩხვის კუპირება ანტიკონვულსიური მკურნალობით განაპირობებს პიროვნების შეცვლას. უპირატესად ვითარდება აგრესიულობა. თუ ბავშვობის ასაკიდან ხდება ამგვარი მკურნალობა, ხშირ შემთხვევაში ვითარდება გონებრივი ჩამორჩენა, რადგანაც ამ პრეპარატებით მცირდება ცნობიერების სიფხიზლე გარემოსადმი. ეპილეფსია არ უნდა იქნას განხილული, როგორც მხოლოდ კრუნჩხვის შეტევები. ანტიკონვულსიური თერაპიით კრუნჩხვების მოხსნა არ ნიშნავს იმას, რომ ეპილეფსია აღარ არსებობს. ეს ყველაფერი შეიძლება განხილულ იქნას როგორც სიმპტომური მკურნალობა, რომლითაც გარკვეული პროცესის შედეგის ლიკვიდაციას ისახავს მიზნად, ხოლო მიზეზი კვლავ სახეზეა. ცხადია, ეს არ ნიშნავს იმას, რომ ანტიკონვულსიური საშუალებები არ უნდა დაინიშნოს, პირიქით, უმრავლეს შემთხვევაში მათი დანიშვნა აუცილებელია. მათთან ერთად

ან მათ გარეშე შესაძლებელია მკურნალობის ისეთი ფორმის მოძებნა, რომელიც პროცესის მიზეზს დაუპირისპირდება და არა შედეგს.

არსებობს სავარჯიშოები და ფიზიოთერაპიული ღონისძიებები, რომელთა საშუალებით ფიზიკურ სამყაროსთან ურთიერთობის გაადვილება ხდება.

იმისდა მიხედვით, თუ ბავშვს გარემოს რომელი ელემენტის მიმათ აქვს არაჯანმრთელი დამოკიდებულება, განიხილება ეპილეფსიის ოთხი ტიპი.

ბავშვს, რომელსაც არაჯანსაღი დამოკიდებულება აქვს სითბოს ელემენტთან, აღენიშნება სისხლის მიმოქცევის უკმარისობა, ჰიპოთერმია. ამიტომ ასეთი ბავშვისათვის აუცილებელია მეტისმეტად თბილად ჩაცმა, ისე რომ გაოფლიანდეს.



ბავშვებს, ჰაერის ელემენტის მიმართ არაჯანსაღი დამოკიდებულებისას აღენიშნებათ ცნობიერების დაბინდვა, არარეგულარული სუნთქვა. მათთვის სასურველია სუნთქვის ფაქიზი სავარჯიშოები.

წყლის ელემენტის მიმართ გართულებების შემთხვევაში, ბავშვებს აღენიშნებათ საერთო სისუსტე, გულისრევა და პირღებინება. მათთვის აუცილებელია ცურვა, დაგემოვნების პროცესის გაძლიერება (მაგ. საკვებში სუნელების გამოყენება).

და ბოლოს, მიწის მიმართ პრობლემების დროს ბავშვებს აღენიშნებათ წონასწორობის დარღვევა, თავბრუსხვევა - რეკომენდებულია სამკურნალო ევრითმია და ტანვარჯიში (სპეციალური სავარჯიშოები ჰანტელებით).

ექიმისათვის ძნელია განსაზღვროს, თუ რომელი ელემენტისადმია დამოკიდებულება დარღვეული, ამიტომ ეპილეპტიკებმა ოთხივე ტიპის მითითება უნდა შეასრულონ.

სხეულის კარგი ფლობის პრობლემაა, როგორც ეპილეფსიურ ბავშვებთან, ასევე ისტერიულ ბავშვებთან, ოღონდ საპირისპირო მხარეს, კერძოდ, მათი მშვინვიერ-სულიერის დაკავშირება

გარემოსთან არ არის ნორმის ფარგლებში. თუკი ეპილეფსიური ბავშვის მშვინვიერ-სულიერი იჭედება ეთერულ-ფიზიკურში და ვერ ახერხებს გარემოსთან დაკავშირებას, ისტერიული ბავშვი თითქმის მთლიანად გარემოს ეძლევა და მისი არსება მთლიანად ორიენტირებულია მასზე. ასეთი ბავშვისათვის დამახასიათებელია ღრმა დამწუხრება და ტკივილის გრძნობა გარემოსადმი.

როგორც ჩვენთის ცნობილია, პატარა ბავშვი, განსაკუთრებით შვიდ წლამდე, მთლიანად თავის მიკროსოციალურ გარემოში ცხოვრობს. გარემო მის არსებაში მთელი სიგრძე-სიგანით შეიჭრება და თავის კვალს ტოვებს.

დედები ყოველთვის ფრთხილობენ, რომ თავიანთ პატარას ძნელად მოსანელებელი საკვები არ მისცენ, რათა გარკვეულმა ნივთიერებებმა რთული პრობლებები არ წარმოშვან კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრიდან. სწორედ ასეთივე სიფრთხილეა საჭირო, როდესაც ბავშვს ჭარბი ინფორმაცია მიეწოდება. როგორც ნივთიერებას, ასევე ინფორმაციასაც და განსაკუთრებით



ჭარბს, ესაჭიროება მონელება. ხშირ შემთხვევაში ბავშვი მონელებით პროცესებს სწორად ვერ წარმართავს. ბავშვისათვის ჭარბი და მოუნელებელი შეიძლება იყოს არა მარტო ინფორმაცია, არამედ კონფლიქტური სიტუაციები ოჯახში, სკოლაში, როგორც უფროსებთან ასევე თანატოლებთან. ყველაფერი ეს იწვევს მშვინვიერ ტკივილს, რომელიც ბავშვს უკან ხევს და მუდმივად ჩასუნთქულ მდგომარეობაში ამყოფებს. ასეთი ბავშვები, ერთის მხრივ, ადვილად გამოდიან მდგომარეობიდან და მეორეს მხრივ, დანაღვლიანებულნი და ტრავმირებულნი არიან.

მშვინვიერი ტრავმები ისტერიულ ბავშვებთან სხვადასხვა კლინიკურ სურათს იძლევა, კერძოდ, ღამის ენურეზი (ღამის უნებლიე შარდვა), ენაბლუობა, ნერვული ტიკები. შეიძლება რამოდენიმე ნოზოლოგია ერთ ბავშვთან ერთდროულად განვითარდეს. ისტერიული ბავშვები თავიანთი სისუსტეების შესანიღბად შეუსაბამოდ ცელქობენ, მიუხედავად მათი უნარებისა, ხშირად იყენებენ გამოთქმას, `მე ამას ვერ შევძლებ~, თუმცა ნებისმიერი თბილი და ყურადღებიანი მოქცევა მათზე დადებითად მოქმედებს.

განსაკუთრებული ყურადღების ღირსია ღამის ენურეზი. ემოციურად დატვირთული დღის შემდეგ ბავშვს ეძლევა საშუალება ღრმად ამოისუნთქოს. ისინი ეძლევიან ღრმა ძილს, ვერ აკონტროლებენ ქვედა საზღვრებს და მათთვის ,,სველი ლოგინია'' დამახასიათებელი.

როგორც პრაქტიკა გვიჩვენებს, ღამის ენურეზიანი პაციენტების უმრავლესობასთან პრობლემა მოდის მამის მხრიდან, სადაც დედა ემოციურად ლაბილურია. ის ბავშვს ვერ უქმნის დამცველ გარსს და თავადაც კონსტიტუციურად მას ემსგავსება. ასეთ დედებს უჭირთ ექიმის რეკომენდაციის შესრულება. ამ შემთხვევაში ექიმი უძლურია სრულყოფილად დაეხმაროს ბავშვს, თუკი მშობლების რეალური მხარდაჭერა არ ექნება.



ისტერიულ ბავშვებთან ჯანსაღი პედაგოგიური დამოკიდებულება ძირითად სამკურნალო ღონისძიებას წარმოადგენს. მშობლებმა განსაკუთრებული ნდობა უნდა გამოუცხადონ ამ ბავშვებს, დააკისრონ სერიოზული საქმეების შესრულება და წარუმატებლობის შემთხვევაში დატუქსვის მაგივრად მიეხმარონ არასასურველი სიტუაციიდან გამოსავლის პოვნაში.

პედაგოგმა ბავშვს უნდა მოსთხოვოს კითხვისა და წერის ტემპის დაჩქარება. ბავშვმა უნდა იგრძნოს პედაგოგის მხარდაჭერა და მიუხედავად შიშისა, რომ მას ეს არ შეუძლია, უნდა მოახერხოს ბარიერის გადალახვა და დავალებას ახლებურად მიუდგეს. ასეთ ბავშვებს სჭირდებათ `მშვინვიერი ალერსი~ `მშვინვიერი ჭრილობის~ მოსაშუშებლად. არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ ჩვენც ვიყავით ბავშვები, ჩვენც გვქონდა სურვილები, ჩვენც გვტკიოდა და ვცდილობდით პრობლემების დაძლევას.

ცხადია, ჯანსაღი მიკროსოციალური გარემოს შექმნა ორივე ტიპის ბავშვისათვის საკმარისი არ არის. გარკვეული დამოკიდებულების გარდა აუცილებელია მედიკამენტოზური მკურნალობის დანიშვნა.





გოგირდოვანი და რკინის შემცველი ბავშვები

ადამიანის ორგანიზმი ფუნქციურად შეიძლება დავყოთ სამ ნაწილად, ეს არის: ნერვულ-მგრძნობელობითი სისტემა, მისი პოლარული მხარე - ნივთიერებათა ცვლის სისტემა და მათი გამაწონასწორებელი რიტმული სისტემა, რომელიც შეიცავს გულსა და ფილტვებს.

ჯანმრთელობა სწორედ, რომ ამ სისტემებს შორის ჰარმონიული დამოკიდებულებაა. ამ ორი საპირისპირო პოლუსის ურთიერთშეთანხმებით ვითარდება მეხსიერება.

ადამიანი თავისი აღქმის ორგანოების საშუალებით უკავშირდება გარემოს. გარემო გარკვეული შთაბეჭდილებებით ზემოქმედებს მასზე. ეს შთაბეჭდილება მოქმედებს ადამიანზე, შემოიჭრება და გაშინაგნდება მასში. მიღებული ინფორმაცია ზემოდან ქვემოთ ჩაიძირება და ინახება. მისი შენახვის ადგილი არის არა ტვინი, არამედ ნივთიერებათა ცვლა. ის შთაბეჭდილება, რომელიც ადამიანმა თავის გრძნობის ორგანოების საშუალებებით გარემოდან აღიქვა, დავიწყებული უნდა იყოს. ეს პროცესი ათავისუფლებს ტვინში ადგილს ახალი ინფორმაციისა და შთაბეჭდილებისთვის. საჭიროების შემთხვევაში ის ამოტანილ უნდა იყოს ცნობიერებაში და ეს არის გახსენება. ტვინი, რომ მუდმივად ინახავდეს ინფორმაციას, ის ვერ შეძლებდა მის დავიწყებას და მუდმივად ცხადში ექნებოდა. ამით საფუძველი მიეცემოდა პათოლოგიის ჩამოყალიბებას. მეხსიერება არის სუფთად ადამიანური თვისება, რომელიც დავიწყებისაგან და გახსენებისაგან შედგება. მეხსიერების გარეშე ადამიანი არის წარსულისა და ისტორიის გარეშე, რომელიც მხოლოდ აწყმოზეა ორიენტირებული. მეხსიერება შემოდის დაახლოებით 2,5-3 წლის ასაკისთვის ანუ როდესაც ყალიბდება ადამიანური არსების ინდივიდუალობა, მისი ,,მე''. ის საფუძველს უყრის თვითცნობიერების



ჩამოყალიბებას. მაგალითად, როდესაც მე ვუყურებ ხეს, ის ახდენს ჩემს ემოციაზე, სამშვინველზე შთაბეჭდილებას. ხის ხატი რჩება ჩემს ცნობიერებაში ისე ცხადად, როგორც რეალობაშია. რაღაც დროის შემდეგ ის იძირება დავიწყებაში და უერთდება ჩემს მშვინვიერ ცხოვრებას, ე.ი. ხდება გაშინაგნება, მონელება - ზუსტად ისე, როგორც საკვები მოინელება. გახსენების დროს ის ამოტივტივდება ჩემს ცნობიერებაში და რადგან ჩემში გაშინაგნდა ანუ ჩემ

შინაგან სამყაროს შეუერთდა, გახსენებისას ობიექტურ ინფორმაციას ახლავს ჩემი სუბიექტური განცდებიც. შეიძლება ითქვას, რომ უფრო მეტად გამდიდრებულია. ხანდახან ძალიან ძნელია რაიმეს გახსენება. საჭიროა მთელი ნებელობის დაძაბვა. გაიხსენეთ, როდესაც თქვენ რაიმეს გახსენება გინდათ ძაბავთ ხელებსა და ფეხებს, ბავშობაში ბევრ ჩვენთაგანს აღმოუჩენია, რომ სიარულისას ლექსს ადვილად სწავლობს. სამკურნალო პედაგოგიური მითითებიდან გამომდინარე, როდესაც ბავშვს აქვს მეხსიერების პრობლემა, სიარულისას ან სირბილისას უნდა დავამახსოვრებინოთ.

ამრიგად, ეს ადამიანური თვისება - მეხსიერება - ორი მნიშვნელოვანი, ურთიერთსაპირისპირო, ერთმანეთთან ჰარმონიულად დაკავშირებული პროცესისგან შედგება, ეს არის დავიწყება და გახსენება. როდესაც თანხმობა მათ შორის ირღვევა, ცალ-ცალკე ან ერთად, ეს ნიშნავს, რომ ნივთიერებათა ცვლა და კიდურები სუსტია.

გახსენება და დავიწყება არა მარტო ფსიქოლოგიური ურთიერთკავშირების საქმეა, არამედ ის შეიძლება ორგანულ ნივთიერებებზე იყოს დამოკიდებული. ეს არის - ორგანიზმში ცილის მდგომარეობა. ცილა უმნიშვნელოვანესი ნაერთია, რომელიც სიცოცხლის საწყისს წარმოადგენს. ცილას გარკვეული კავშირი აქვს ორგანიზმის მეხსიერებასთან, კერძოდ, ორგანიზმის უნარი მსგავსის წარმოქმნის და იმუნური მეხსიერება. ცილას თვისება შეუკავშირდეს გოგირდს ან რკინას იწვევს ცნობიერების განვითარებას. ცნობიერება დამოკიდებულია ნივთიერებათა ცვლასთან და პირიქით, ამის დამამტკიცებლად ორი მაგალითი შეიძლება მოვიყვანოთ, ეს არის ფენილკეტონურია და ცელიაკია.

ფენილკეტონურიის დროს ღვიძლის ერთ-ერთი ენზიმის ნაკლოვანებაა, რომელსაც ჩვეულებრივ ცილის ერთ-ერთი ნაწილი - ფენილალანინი გადაყავს თიროზინში. ფერმენტის ნაკლოვანების დროს თიროზინი აღარ მიიღება და ფენილალანინის რაოდენობა იმატებს სისხლსა და თავ-ზურგტვინის სითხეში. მისი გამოყოფა ხდება შარდის გზით ფენილპირო ყურძნისმჟავის სახით. ასეთი ბავშები თავიდან ჯანმრთელები არიან, მაგრამ თუ შემდგომში ზომები არ იქნება მიღებული, განვითარდება ძლიერი გონებრივი ჩამორჩენა.

ცელიაკიის დროს ვერ ხდება მარცვლოვანი კულტურის ნახშირწყლების მონელება. ამ დროს ბავშვებს, ცხოვრების მე-2 წლიდან ეცვლებათ გუნებ-განწყობა, ზნე. მანამდე თუ იყვნენ მხიარულები, მერე ხდებიან ჯუჯღუნები და დეპრესიულები. ასეთი ბავშვი არის ძალიან გამხდარი, ჩამოკიდებული მუცლით და დიდი რაოდენობით განავლით. იქმნება შთაბეჭდილება რომ ბავშვი დაკარგულია ნივთიერებათა ცვლაში.

ცილის უნარი დაუკავშირდეს გოგირდს ან რკინას, განაპირობებს ორი კონსტიტუციური ტიპის ჩამოყალიბებას: ეს არის გოგირდოვანი და რკინის შემცველი ბავშვები.

გოგიროვანი ბავშვები ღია შეფერილობისანი არიან. მათთან გაძლიერებულია მეხსიერების დავიწყების ფაზა ანუ სუსტია გახსენების ფაზა. ასეთ ბავშვებთან ინფორმაციის დავიწყების

პროცეში შეიძლება შევადაროთ ჭაობში ქვის ჩავარდნასთან, რომლის ამოღება თითქმის შეუძლებელია. ისინი აღზნებულები და მოუსვენრები არიან. სახლში თუ სკოლაში ყველაფერს ანგრევენ. ხანდახან მათ აქვთ სიწყნარისა და აპათიურობის ეპიზოდებიც, მაგრამ ამ დროსაც შინაგანად ძალიან აქტიურები არიან. მოუხერხებლობა მათი მთავარი ნიშანია. მათ ლატენტური რიცხვა აქვთ, რომელიც შეტევებისას გამოვლინდება.

რკინის შემცველი ბავშვები შავგრემნები არიან, მათთან სუსტია დავიწყების ფაზა. მათ ახასიათებთ აკვიატებული აზრები. როდესაც უნდათ რაღაც, ამის გამო მთელი დღის განმავლობაში შეუძლიათ იწუწუნონ და მოითხოვენ მანამ, სანამ საწადელს ვერ მიაღწევენ. ამ კონსტიტუციური ტიპის უკიდურესი ფორმა უკვე სამკურნალო პდაგოგიური სფეროს ნაწილია. ასეთი ბავშვები გაღვიძებისას რა შთაბეჭდილებასაც მიიღებენ, შეუძლიათ მთელი დღე ეს იმეორონ, ან მთლი დღე ტანსაცმელი ჩაიცვან-გაიხადონ.

ორივე კონსტიტუციას სხვადასხვა მიმართება აქვს სინათლის მიღებასთნ. პიგმენტი ორგანიზმს იცავს სინათლისაგან. სინათლის აღქმა ხდება თვალით, რომელიც ცნობიერი პროცესია., რომელიც თავთანაა კავშირში და ეს არის დაპირისპირება ანუ ანტიპათია. სინათლის მიღება ხდება კანიდანაც და ეს არის ქვეცნობიერი სიმპათია, რაც გამოიხატება ნივთიერებათ ცვლაში(კანის ანთება). ქერებთან ნივთიერებათა ცვლასთნ კავშირი უფრო ძლიერია, ე.ი. არაცნობიერი, ხოლო ცნობიერი პროცესი - კავშირი თვალთან - სუსტი. ეს ყველაფერი პირიქითაა შავგრემნებთან.



ასეთ ბავშვებთან თერაპიის მნიშვნელოვანი კომპონენტია კვების ხასიათი.

გოგირდოვან ბავშვებთან აქცენტი უნდა გაკეთდეს მარილიან, ფესვისმიერ საკვებზე, უნდა აიკრძალოს ციტრუსები და ისეთი საკვები, რომელიც დიდი რაოდენობით შეიცავს გოგირდს.

რკინის შემცველ ბავშვებთან რაციონში უნდა იყოს დიდი რაოდენობით ხილი და არომატული ნივთიერებები.

კითხვები:

1. ჩამოთვალეთ ოთხი ძირითადი კონსტიტუციური ტიპი;
2. რას ნიშნავს გოგირდოვანი ბავშვი?
3. რა მახასიათებლები აქვს რკინისშემცველ ბავშვებს?
4. რას ნიშნავს ,,დიდთავა''?
5. რას ნიშნავს ,,პატარათავა''?
6. დაახასიათეთ ისტერიული კონსტიტუციის ბავშვი.

ტემპერამენტები

ჩვენს წელთაღრიცხვამდე მე-4 საუკუნეში ძველი საბერძნეთის მოაზროვნემ ჰიპოკრატემ (ძვ. წ 460 — ძვ. წ. 370)პირველად აღწერა ტემპერამენტი და მოგვცა ტემპერამენტთა კლასიფიკაცია. მას მიაჩნდა, რომ “ფიზიკური და სულიერი სნეულებების მიმდინარეობას ადამიანის სხეულის შემადგენელი ოთხი ელემენტის პროპორცია განსაზღვრავს”. ჰიპოკრატეს აზრით, ტემპერამენტის ტიპი ადამიანის ორგანიზმში არსებული ოთხი სითხიდან ერთ-ერთის სიჭარბეზეა დამოკიდებული. ესენია სისხლი, რომელიც ათბობს ორგანიზმს; ნაღველი, რომელიც სიმშრალეს იცავს ორგანიზმში; შავი ნაღველი, რომელიც სინოტივეს და სითხეს ინახავს ორგანიზმში და ლორწო, რომელიც აცივებს ორგანიზმს (სიცივეს ინახავს). აღნიშნულის შესაბამისად მან ადამიანთა 4 ტიპი გამოყო.

ტემპერამენტი ეწოდება ადამიანის იმ ფსიქიკურ თვისებას, რომელიც წარმოადგენს პიროვნების ემოციური ცხოვრების საფუძველს. ფსიქოლოგიაში, ფსიქიატრიაში და ფიზიოლოგიაში მიღებულია ტემპერამენტის ის ძირითადი ოთხი ტიპი, რომლებიც პირველად ჰიპოკრატეს მიერ იყო აღწერილი. ტემპერამენტის ტიპებია: სანგვინიკური, ქოლერიკული, ფლეგმატიკური, მელანქოლიკური.

ტემპერამენტის მკვეთრი გამოხატვა მაშინ იწყება, როცა ხდება პიროვნების ჩამოყალიბება სოციალურ გარემოში. სწორედ ამიტომ ტემპერამენტის ტიპის განსაზღვრა მხოლოდ 3-4 წლის ასაკისთვის არის შესაძლებელი. ბუნებით ბოძებული ტემპერამენტის შეცვლა შეუძლებელია, მაგრამ დროთა განმავლობაში, სოციალური გამოცდილების კვალობაზე, ის გარკვეულ ცვლილებას მაინც განიცდის. უმეტესად ეს დაკავშირებულია პროფესიულ საქმიანობასთან, გარემოცვასთან. ცხოვრებისეულ გარემოებათა გავლენით ადამიანი სწავლობს დაფაროს ერთი

და გამოავლინოს მეორე თვისება. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ სუფთა სახით ესა თუ ის ტიპი იშვიათად გვხვდება. ჩვეულებრივ, ყველა ჩვენგანს აქვს ოთხივე ტიპის თვისებები. მთავარია განვსაზღვროთ, რომელი მათგანი დომინირებს ადამიანში. სწორედ დომინანტური ტემპერამენტის საფუძველზე ხდება ქცევისა და ხასიათის ფორმირება.

სანგვინიკური ტემპერამენტი

სიტყვა სანგვინიკი მოდის ლათინური სიტყვიდან „სანგუის“ (ლათ. Sanguis), რაც სისხლს ნიშნავს. ჰიპოკრატე ფიქრობდა, რომ ამ ტემპერამენტს განსაზღვრავს ორგანიზმში სითხეებს შორის სისხლის სიჭარბე.

ამ ტიპის ადამიანში გრძნობები ადვილად აღმოცენდება. შედარებით უბრალო და უმნიშვნელო მოვლენაც მასში გრძნობას იწვევს, მაგრამ ეს გრძნობა ადვილად და მალე გადაივლის. მისი გრძნობები არაა ღრმა და მტკიცე. ამგვარად, სანგვინიკისათვის დამახასიათებელია გრძნობების დიდი აგზნებადობა, ე. ი. ადვილი და სწრაფი აღმოცენება, მაგრამ სწრაფი წარმავლობაც. ამასთანავე მას ახასიათებს სიამოვნების ემოციური განცდებისადმი მიდრეკილება, ანუ ის უფრო დადებით გრძნობებისაკენ მიედრეკება. იგი ოპტიმისტურადაა განწყობილი, უფრო კარგს მოელის, ვიდრე ცუდს. ასევე ცხოვრებაშიც ძირითადად კარგ მხარეებს ამჩნევს. ადამიანის მიმართ უფრო სიმპატიითა განწყობილი, ვიდრე ანტიპატიით. მისთვის უცხოა გულჩათხრობილობა, პირიქით, მისთვის დამახასიათებელია გრძნობების უშუალო გარეგამოსახვა. იგი ტიპიური ექსტროვერტია. სანგვინიკი მოძრავი ადამიანია. მას ჩვეულებრივ აჩქარებული, ხშირად იმპულსური, უშუალო მოქმედება ახასიათებს. მისი მოძრაობები და ჟესტები სწრაფია.

ქოლერიკული ტემპერამენტი

„ქოლე“ (ბერძნ. χολή) ნიშნავს ნაღველს. ჰიპოკრატე თვლიდა, რომ ქოლერიკულ ტემპერამენტს განსაზღვრავს ორგანიზმში ოთხ სითხეთა შორის ნაღველის სიჭარბე.

ამ ტიპის ადამიანთან გრძნობები ადვილად და სწრაფად აღმოცენდება; ეს ტიპი ადვილად ინთება, ხშირად აფექტურიც არის. ამგვარად, ქოლერიკისათვის დამახასიათებელია გრძნობების დიდი აგზნებადობა. სანგვინიკურ ტემპერამენტთან განსხვავებით, ქოლერიკისთვის დამახასიათებელია შედარებით უფრო მტკიცე, უფრო ხანიერი და ღრმა გრძნობები. გრძნობების შინაარსის მხრივ ქოლერიკი სანგვინიკის საწინააღმდეგოა; მისთვის განსაკუთრებით დამახასიათებელია უარყოფითი გრძნობებისადმი მიდრეკილება. ცხოვრებაში და ადამიანებში იგი უფრო ამჩნევს უარყოფით თვისებებს, მისთვის დამახასიათებელია პესიმისტური ტენდეციები. ქოლერიკსაც ხშირად ახასიათებს აჩქარებული მოქმედება და მოძრაობათა სისწრაფე, თუმცა ეს მისთვის ნაკლებ დამახასიათებელია, ვიდრე სანგვინიკისთვის

ფლეგმატიკული ტემპერამენტი

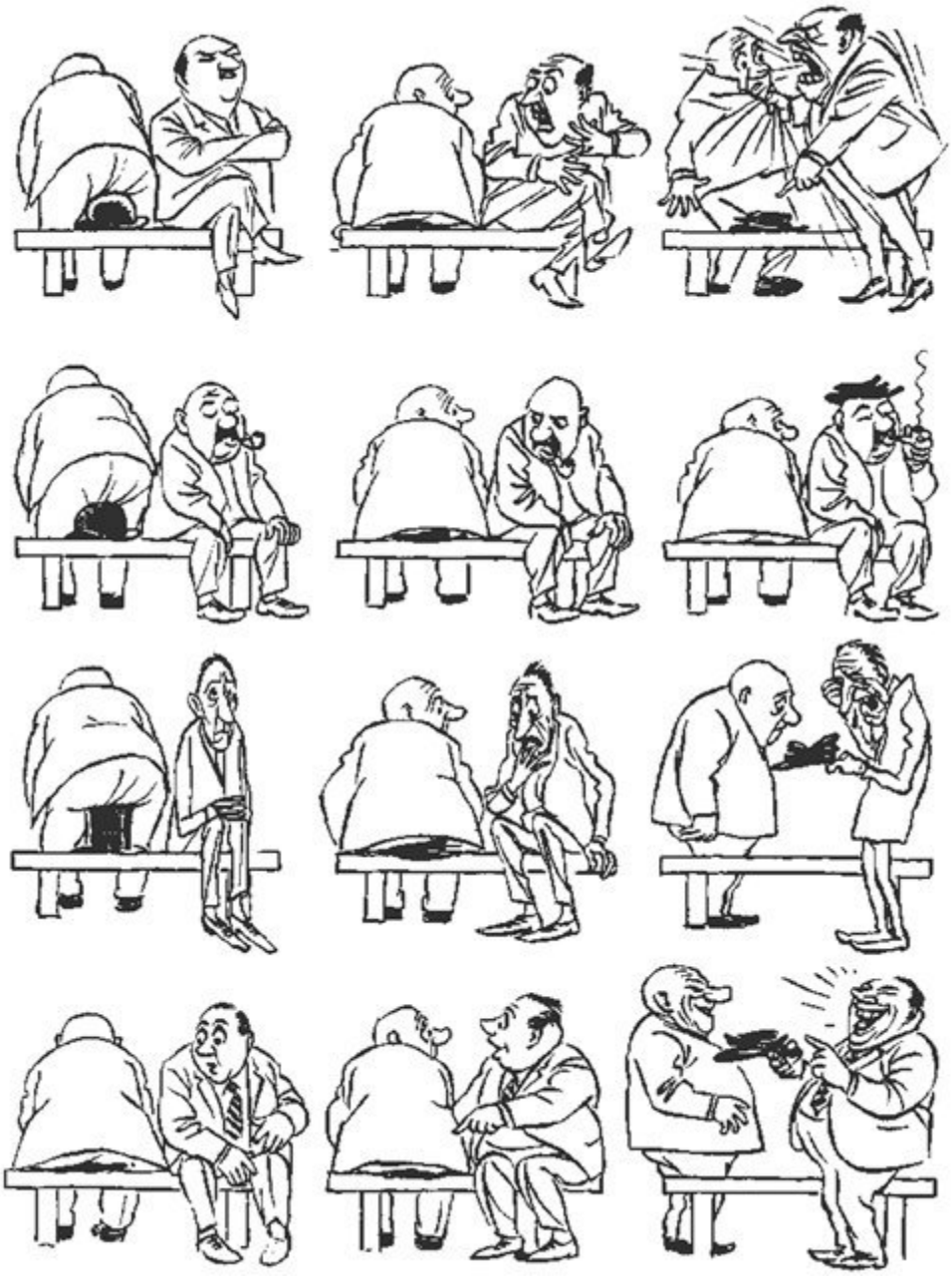
„ფლეგმა“ (ბერძნ. φλέγμα) ნიშნავს ლორწოს. ჰიპოკრატეს აზრით ლორწოს სიჭარბე ადამიანის ორგანიზმში განსაზღვრავდა ამ ტემპერამენტს.

ამ ტიპის ადამიანს ახასიათებს გრძნობების სუსტი აგზნებადობა. ეს არის მშვიდი, გულგრილი ადამიანი, რომლისათვისაც უცხოა აფექტები. ფლეგმატურ ადამიანში გრძნობების გამოწვევა ძნელია. გრძნობები აღმოცენდება ნელა, გვიან და არც აღწევს აფექტის ინტენსივობას. თუმცა, სანგვინიკის საწინააღმდეგოდ, ფლეგმატიკის გრძნობები მტკიცე და ღრმაა — დიდხანს არ გადაივლის და ხშირად, დროის განმავლობაში სულ უფრო ღვივდება და ძლიერდება. მისთვის უცხოა სანგვინიკისათვის დამახასიათებელი გრძნობათა ხშირი ცვალებადობა და სწრაფწარმავლობა. თუმცა გრძნობების შინაარსის მხრივ, ეს ორი ტემპერამენტი უახლოვდება ერთმანეთს; ორივესთვის უფრო დამახასიათებელია დადებითი გრძნობებისადმი მიდრეკილება. ფლეგმატიკი ადამიანშიც და ცხოვრებაშიც უფრო დადებითს აქცევს ყურადღებას, ვიდრე უარყოფითს. ფლეგმატიკი ოპტიმიზმით სავსე ადამიანია. ამ ტიპის ადამიანის წონასწორობიდან გამოყვანა ძნელია, იგი აუღელვებელია. მას აუჩქარებელი, მოფიქრებული და არა იმპულსური მოქმედება ახასიათებს. მოძრაობები ჩვეულებრივ დინჯი და აუჩქარებელი აქვს. მიმიკა და ჟესტები — შეკავებული. ფლეგმატიკს არ უყვარს თავისი გრძნობების გამომჟღავნება, ამიტომ გარეგნულად იგი მაშინაც კი ცივისა და გულგრილი ადამიანის შთაბეჭდილებას ტოვებს, როდესაც ძლიერ გრძნობას განიცდის.

მელანქოლიკური ტემპერამენტი

„მელან ქოლე“ (ბერძნ. μελας — შავი; χολη — ნაღველი) მეოთხე სითხეა, ჰიპოკრატეს აზრით, რომლის სიჭარბე ადამიანის ორგანიზმში მელანქოლიკურ ტემპერამენტს განსაზღვრავდა.

ამ ტემპერამენტისთვის დამახასიათებელია მიდრეკილება უარყოფითი გრძნობებისადმი. მის გრძნობებს შორის ხშირად ჭარბობს უარყოფითი ემოციები. იგი პესიმისტურადაა განწყობილი. თავისთვის მუდამ ცუდს მოელის და ცხოვრებაშიც უფრო უსიამოვნო მხარეებს ხედავს, ვიდრე დადებითს. მისთვის ჩვეულებრივია ნაღვლიანობა, ცუდ გუნებაზე ყოფნა, მაგრამ არა სასოწარკვეთილება. ამ ტემპერამენტს გრძნობების სუსტი აგზნებადობა ახასიათებს. ამ მხრივ ეს ტიპი უფრო უახლოვდება ფლეგმატიკურს. სანგვინიკთან და ქოლერიკთან შედარებით, მას უფრო ძნელად აგზნებადი და სუსტი, მოდუნებული გრძნობები ახასიათებს. მელანქოლიკის მოქმედებაც ჩვეულებრივ მოდუნებულია, უენერგიო, უხალისო. მოძრაობებიც შედარებით ზანტი და ნელი აქვს.



დანიელი მხატვარი ჰერლუფ ბიდსტრუპი ცნობილია პატარა კომიკური ხასიათის ისტორიებით, რომლებიც გადატანილი აქვს ფურცელზე და ადვილად გასაგებია ნებისმიერი ადამიანითვის, განურჩევლად ასაკისა და ეროვნებისა.

ნახატზე გამოსახულია ოთხი სხვადასხვა ტემპერამენტის მქონე ადამიანის რეაქცია, როცა მის ქუდზე ჯდება მეორე ადამიანი: ქოლერიკი, ფლეგმატიკი, მელანქოლიკი, სანგვინიკი.

ბავშვის განვითარება - კარლ კონიგი - 2002წ.

ბავშვის განვითარების ფაზები - ბერნარდ ლივეხუდი 2002წ.

http://www.mkurnali.ge/rchevebi90/2858-adamianis-konstitucia.html?start=1

http://therapiehaus.ge/ge/2015-10-18-13-34-51/2015-11-12-11-38-44/item/140-2016-03-15-09-52-38

http://www.mkurnali.ge/index.php?option=com_content&task=view&id=2380&limitstart=1

https://ketusi.wordpress.com/2011/03/05/%E1%83%A2%E1%83%94%E1%83%9B%E1%83%9E%E1%83%94%E1%83%A0%E1%83%90%E1%83%9B%E1%83%94%E1%83%9C%E1%83%A2%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%A2%E1%83%98%E1%83%9E%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98/

ბავშვთა ასაკში პათოლოგიური პროცესების ამოცნობა



ყველა სისტემის დაავადებები;
ბავშვი და სიცხე

ბავშვი ისე არ გაიზრდება, რომ ავად არ გახდეს. ავად გახდომის პირველი მანიშნებელი ეს არის სიცხე. შესაძლებელია, რომ ბავშვს არანაირი რესპირატორული მოვლენები(სურდო, ხველა, ცემინება) არ ჰქონდეს, მაგრამ სიცხე ნელ-ნელა ზევით იწევდეს, რაც დედების მხრიდან აღიქმება, როგორც დაავადება ან მისი მიზეზი. სიცხე არის პათოლოგიური პროცესის შედეგი და არა მიზეზი. ის არის ორგანიზმის საპასუხო რეაქცია გარემო

გამღიზიანებელზე. როდესაც ბავშვს სიცხე აქვს - ეს კარგია, ეს ნიშნავს, რომ მისი იმუნური სისტემა ჩართულია ინფექციასთან ბრძოლაში. სიცხე პატარას არაფერს არ ავნებს, პირიქით. მაგრამ საჭიროა სიცხის მართვა, რადგან მან შეიძლება გართულებები გამოიწვიოს, როგორიცაა გადახურება, გაიწყლოვნება, ფებრილური გულყრა.

ბავშვთა ასაკში სიცხის განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ინფექციები - სასუნთქი გზებისა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის;
- გადახურება - დიდი ხნით მზეზე ყოფნა, არაშესაბამისად თბილად ჩაცმა;
- ვაქცინაცია;
- კბილების ამოჭრა.

სიცხის გაზომვა შეიძლება:

- პირის ღრუში;
- იღლიის ფოსოში;
- სწორ ნაწლავში;

სამივე ადგილზე მაჩვენებელი სხვადასხვაა. კიდურები სხეულზე გრილია. პირის ღრუში ტემპერატურა საშუალოდ 3-6 ხაზით მაღალია, ვიდრე იღლიაში და 3-6 ხაზით დაბალი, ვიდრე სწორ ნაწლავში. მიიჩნევა, რომ ბავშვს სიცხე აქვს, თუკი თერმომეტრმა აჩვენა:

- რექტალური გაზომვით – 38 გრადუსი;
- პირში გაზომვით – 37,5 გრადუსი;
- იღლიაში გაზომვით 37,2 გრადუსი.

თერმომეტრზე გამოსახული ციფრები ყოველთვის ვერ მიგანიშნებთ, თუ რამდენად მძიმედაა ბავშვი. შესაძლებელია, რომ ტემპერატურა 38^0 C -ზე მაღალი იყოს, მაგრმ ბავშვის ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფულებელი, კერძოდ, აქტიური და მხიარული, მადა კარგი, კარგ გუნება- განწყობილების. არსებობს საპირისპირო მდგომარეობები, როდესაც სიცხე მაღალი არ არის ან საერთოდ არ არის, მაგრამ საერთო მდგომარეობა მძიმეა.

იღლიაში გაზომილი სიცხის მაჩვენებელი, რომელიც ჩვენში ასე პოპულარულია, პედიატრებს ნაკლებად სანდოდ მიაჩნიათ. ამრიგად, როცა სამ თვემდე ასაკის პატარებთან გვაქვს საქმე, ყველაზე სანდო ციფრული თერმომეტრით ტემპერატურის სწორ ნაწლავში გაზომვაა. სამი თვიდან 4 წლამდე სიცხე შეიძლება გავზომოთ სწორ ნაწლავში, იღლიაში ან ყურის არხში, თუმცა, 3 თვემდე ბავშვის ყურის არხი ვიწროა და სასურველია სიცხე სწორ ნაწლავში გავუზომოთ.

4 წლიდან, თუ ბავშვმა დაგვიჯერა, შეიძლება სიცხე პირის ღრუში გავუზომოთ, მაგრამ თუ პატარას ახველებს ან ცხვირი აქვს გაჭედილი, პირის ამდენ ხნით მოკუმვა გაუჭირდება. ამ შემთხვევაში სიცხის იღლიაში ან ყურის არხში გაზომვაა საჭირო.



სიცხის გაზომვა არ შეიძლება აბაზანის შემდეგ ან ზედმეტად ჩაფუთნულ მდგომარეობაში. სიცხის გაზომვისას ბავშვი მარტო არ უნდა დარჩეს. სიცხის დასაწევად გამოიყენება პარაცეტამოლისა და იბუპროფენის შემცველი საშუალებები. პარაცეტამოლი ადრეულ ასაკშიც შეიძლება გამოვიყენოთ - 3 თვემდე. 12 წლამდე არ არის რეკომენდირებული ასპირინის გამოყენება - უმძიმესი რეის სინდრომის მიზეზი შეიძლება გახდეს. პატარა ასაკში არ არის სასურველი ანალგინის გამოყენება.

წამლის მიცემამდე შეიძლება რომ მივმართოთ სხვადასხვა მეთოდებს. ერთ-ერთი ასეთი მეთოდია ლიმნიანი საფენების დადება წვივებზე. გარედან ცივი (ყინულიანი) საფენების დადებამ შეიძლება ბავშვს კანკალი დააწყებინოს და შესაბამისად სიცხის აწევაც გამოიწვიოს. სიცხის სწრაფად აწევ-დაწევამ შეიძლება კრუნჩხვა განავითაროს. ძმრითა და სპირტით დაზელვა არ არის რეკომენდირებლი, რადგან ალკოჰოლი კანიდან შეიწოვება და შეიძლება ინტოქსიკაცია მოხდეს.

სიცხესთან ბრძოლის შესანიშნავი მეთოდია დიდი რაოდენობით წყლის დალევა. მაღალი სიცხის დროს ორგანიზმი სითხეს კარგავს, რამაც შეიძლება დეჰიდრატაცია (სითხის დაკარგვა) გამოიწვიოს. კარგია გვირილის ჩაი ლიმნით, ჩაი უნდა იყოს გრილი. სპეციალური დიეტა საჭირო არ არის, მაგრამ ჯობს მოვარიდოთ ბავშვი ხილსა და ხილის წვენს – უხეშმა მცენარეულმა ბოჭკომ, ისედაც გაღიზიანებული კუჭ-ნაწლავი შესაძლოა უფრო მეტად გაუღიზიანოს. რაც შეეხება საკვებს, ამ დროს ბავშვებს უმადობა აქვთ, უფროსებმა არ უნდა დააძალონ. ბავშვის ორგანიზმი თავად განსაზღვრავს რა ჭირდება მას. სასურველია, სიცხის დროს ბავშვი მოსვენებულ მდგომარეობაში იყოს, რათა დაზოგოს ენერგია დაავადებასთან საბრძოლველად, თუმცა მთელი დღე საწოლში ყოფნა სავალდებულო არ არის.



ფებრილური გულყრა

ფებრილური გულყრა თავის ტვინში ცხელების ფონზე აღმოცენებული პათოლოგიური ელექტრული აქტივობის შედეგია, რომელსაც ახასიათებს გონების დაკარგვა, უცნაური ქცევა და მოძრაობები - მზერის ფიქსაცია, კიდურების დაჭიმვა ან ტრემორი. ფებრილური გულყრა ვითარდება უპირატესად 6 თვიდან 6 წლამდე ასაკის ბავშვებში.

თუ ადამიანს ყოველგვარი მაპროვოცირებელი ფაქტორის გარეშე ორი და მეტი გულყრა განუვითარდა, შეგვიძლია, ეპილეფსიის დიაგნოზი დავუსვათ. ზოგიერთი მაპროვოცირებელი ფაქტორის გავლენით კი ნებისმიერი ადამიანის თავის ტვინი განიცდის კრუნჩხვით განტვირთვას. ბავშვებში კრუნჩხვის განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს მაღალი სიცხე. ასეთ გულყრებს ფებრილური ეწოდება. თუმცა სიცხის დროს განვითარებულ ყველა გულყრას ფებრილურს ვერ დავარქმევთ. ის შეიძლება გამოწვეული იყოს ორი მიზეზით:

1)ცენტრალური ნერვული სისტემის ინფექცია, როგორიცაა, მენინგიტი და ენცეფალიტი;

2) ფაღარათითა და პირღებინებით მიმდინარე დაავადებები, რომლებიც იწვევს სითხისა და მინერალური ნივთიერებების დიდი რაოდენობით დაკარგვას.

ფებრილური გულყრა უპირატესად ემართებათ 6 თვიდან 3 წლამდე ასაკის ბავშვებს.

რაც უფრო მაღალია ტემპერატურა, მით უფრო მეტია გულყრის განვითარების ალბათობა. თუ სისხლით ნათესავებს (ძირითადად – მშობლებს) ბავშვობაში ფებრილური გულყრები აქვთ გადატანილი, უფრო მეტად არის მოსალოდნელი, ბავშვსაც დაემართოს. უმეტესად გულყრა

ცხელების პირველსავე დღეს ვითარდება. თუ ბავშვს ერთხელ დაემართა ფებრილური გულყრა, ეს იმას ნიშნავს, რომ მსგავსი ეპიზოდები მომავალშიც გამეორდება?

ფებრილური გულყრის განვითარების შეიძლება მოხდეს:

- პირველი ფებრილური გულყრა ვითარდება 6 თვეზე უმცროს ასაკში;
- ხშირი ტემპერატურული რეაქციები;
- დატვირთული ოჯახური ანამნეზი;
- გულყრის განვითარება დაბალი ტემპერატურის ფონზე ან სიცხის აწევისთანავე.

წლამდე განვითარების შემთხვევაში განმეორების ალბათობა 50%-ია, ხოლო 1 წლის შემდეგ – მხოლოდ 30%. თუ ბავშვს ფებრილური გულყრა ორჯერ მაინც დაემართა, გამეორების რისკი უკვე 50%-ია.

მშობლებისთვის გულყრის ეპიზოდი მძიმე საყურებელია. გამოუცდელი მშობლები ამ დროს იბნევიან ან პანიკაში ვარდებიან. შემდგომში დეტალების გახსენება უჭირთ. წამები საათებად ეჩვენებათ.

გულყრის ეპიზოდის დეტალები მნიშვნელოვანია პროცესის შეფასებისთვის, კერძოდ დღის რა მონაკვეთში განვითარდა, რა ხანგრძლივობის იყო, სხეული და კიდურები მხოლოდ დაეჭიმა თუ კანკალიც დაერთო, კრუნჩხვამ მთელი სხეული მოიცვა თუ კუნთთა ცალკეული ჯგუფი (ვთქვათ ხელი, ფეხი ან ცალი მხარე). ეს მონაცემები მნიშვნელოვანია, რადგან შეგვიძლია განვსაზღვროთ გულყრის ტიპი, მაგალითად, თუ გულყრა 10-15 წუთზე ნაკლებ ხანს გაგრძელდა, მთელი სხეული მოიცვა და 24 საათში არ განმეორდა, შეგვიძლია მარტივ ფებრილურ გულყრაზე ვისაუბროთ, წინააღმდეგ შემთხვევაში – რთულზე. ასეთი გულყრა ბავშვის სიცოცხლისთვის საშიში არ არის. გასათვალისწინებელია, ის ფაქტი, რომ შეტევის დროს ბავშვმა არ დაიზიანოს რაიმე, კერძოდ, არ წაიქცეს, თავი რამეს არ მიარტყას, თუ ჭამის დროს დაემართა არ მოხდეს საკვების გადაცდენა. უფრო მეტად ვხვდებით ბავშვის დასახმარებლად ჩადენილი ქმედებებით გამოწვეულ ტრავმებს - ბავშვისთვის თითის გაჭრა, ძალდატანებით პირის გაღება და ენის დაჭერა და სხვა. ენის დაჭერის მაგივრად უმჯობესია თუ ბავშვი ზურგზე წევს, ნიკაპის ქვეშ ხელისგული მივაჭიროთ, რომ ქვედა ყბა კარგად დაეხუროს, ხოლო გვერდზე წოლისას ასეთი ფიქსირება არც კია საჭირო. ბავშვის გვერდზე დაწვენით, არა მარტო ენას ვაფიქსირებთ, არამედ ვიცავთ სასუნთქ გზებს კუჭის შიგთავსის ასპირაციისაგან. გულყრის დროს ბავშვის გვერდით მყოფმა უნდა შეინარჩუნოს სიმშვიდე და პირველი რაც უნდა გააკეთოს უნდა მოათავსოს უსაფრთხო ადგილას - ასეთი შეიძლება იყოს იატაკი, თავქვეშ ამოუდოს პატარა ბალიში და გვერდზე გადააბრუნოს, შეუხსნას მჭიდროდ შეკრული ტანსაცმელი, დაინიშნოს დრო და გამოიძახოს სასწრაფო დახმარება.

გულყრის შემდეგ აუცილებელია ნევროლოგის კონსულტაცია, რათა სუბიექტური და ობიექტური გამოკვლევა ჩაატაროს.

დადგენილია, რომ მარტივი ფებრილური გულყრის შემთხვევაში ელექტროენცეფალოგრაფიისა და ნეიროგამოსახვითი გამოკვლევების ჩატარება საჭირო არ არის. რთული ფებრილური გულყრის შემთხვევაში კი ასეთი ნორმა არ არსებობს. ყოველ ცალკეულ შემთხვევას ექიმი ინდივიდუალურად აფასებს და ამის შემდეგ იღებს გადაწყვეტილებას გამოკვლევის შესახებ.

ასევე არ არის საჭირო გულყრის ეპიზოდის გავლის შემდეგ დიაზეპამის ინექციის გაკეთებას. მედიკამენტოზური მკურნალობის სქემა უნდა დაადგინოს ექიმმა.

მარტივი ფებრილური გულყრის მქონე ბავშვები ინტელექტის კოეფიციენტითა თუ აკადემიური მოსწრებით არ განსხვავდებიან არც თანატოლებისგან, არც ასევე გულყრების არმქონე თავისივე და-ძმებისგან, ამასთანავე, ქცევის პათოლოგიებსაც და ყურადღების დაქვეითებასაც ორივე ჯგუფში თანაბრად ვხვდებით.

თუ ბავშვს რამდენჯერმე ჰქონდა ფებრილური გულყრა, მათ შორის პირველი – 12 თვემდე, სისხლით ნათესავები კი ეპილეფსიით არიან დაავადებულნი, 25 წლამდე ეპილეფსიის განვითარების ალბათობა 2.4%-ს უდრის, შედარებით მაღალია რისკი რთული ფებრილური გულყრის შემთხვევაში.

დამტკიცებულია, რომ მარტივი ფებრილური გულყრის დროს ანტიკონვულსიური მკურნალობის დანიშვნა საჭირო არ არის!!! ფებრილური გულყრის გამეორება ბავშვის ორგანიზმს ნაკლებ ზიანს აყენებს, ვიდრე ანტიეპილეფსიური მედიკამენტის თვეობით და წლობით.

სამწუხაროდ, მაღალი სიცხის დროს მედიკამენტოზური თუ სხვადასხვა ღონისძიებების ჩატარება ვერ იცავს ბავშვს გულყრისგან, თუმცა საერთო მდგომარეობას საგრძნობლად აუმჯობესებს.

შეგვიძლია გამოვიტანოთ დასკვნა:

- ფებრილური გულყრა ასაკდამოკიდებულია - მხოლოდ 5 წლამდე ვითარდება;
- კეთილთვისებიანი მდგომარეობაა;
- მისი განმეორება არ არის საშიში და არ ზრდის ეპილეფსიის განვითარების რისკს;
- ფებრილურ გულყრას ქრონიკული ანტიეპილეფსიური მკურნალობა არ სჭირდება.
- გულყრის ხანგრძლივობა უმეტესად 6 წუთს არ აღემატება.

კითხვები:

1. რა არის ფებრილური გულყრა?

2. რა დროს ვითარდება ფებრილური გულყრა?
3. რა საკში ემართებათ ფებრილური გულყრა?
4. არის თუ არა ეპილეფსიის ჩამოყალიბების საშიშროება ხშირი ფებრილური გულყრის დროს?
   https://www.google.ge/?gws_rd=cr&ei=Zy6_V6qeCcKOsAGw4rfACA#newwindow=1&q=%E1%83%A4%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%A0%E1%83%98%E1%83%9A%E1%83%A3%E1%83%A0%E1%83%98+%E1%83%92%E1%83%A3%E1%83%9A%E1%83%A7%E1%83%A0%E1%83%90

გაციება

გაციება, როგორც ერთ-ერთი ნოზოლოგიური ერთეული, არ არსებობს. გაციება (შეცივება, ცუდ ამინდში არაშესაბამისი ტანსაცმლის ტარება, ორპირი, კონდიციონერი და ა.შ.) ხელშემწყობი პირობა იმისა, რომ ვირუსები, რომლებიც ჩვენს გარშემო ძალიან ბევრია, გააქტიურდნენ და დაიწყონ ცხოველქმედება ადამიანის ორგანიზმში. ვირუსები სხვადასხვა ვირულენტობისაა და შესაბამისად კლინიკური სურათიც სხვადასხვანაირია. გაციებას ეძახიან მსუბუქად მიმდინარე ვირუსულ ინფექციას. ფრაზა - ,, ვირუსი არ მაქვს, გაციებული ვარ, არ გადაგედება''-ო, სწორი არ არის, რადგან გაციების საშუალებით ნაკლებ ვირულენტური ვირუსი გავააქტიურეთ და ადვილი შესაძლებელია, რომ გვერდზე მყოფს არ გადაედოს. გამომწვევია ზედა სასუნთქი გზების ინფექციების გამომწვევი ორასამდე ვირუსი. გრიპის ვირუსიც ამ ჯგუფში შედის, მაგრამ გართულებათა გამოწვევისადმი მისი მიდრეკილების გამო ცალკე გამოყოფენ.
გადაცემის გზა: ჰაერწვეთოვანი. გადამდებია, როცა დაავადებულს ცხვირწინ ვუდგავართ, ის კი აცემინებს ან ახველებს. ვირუსები წვეთებთნ ერთად ჰაერში დიდხან ს ვერ ჩერდება და ილექება ჩვენ კანზე და ტანსაცმელზე სადაც საკმაოდ დიდხანს ძლებს. ვირუსის ორგანიზმში მოსახვედრად დაბინძურებული ხელის პირში ჩადება, თვალების ან ცხვირის მოსრესა საკმარისია.

ბავშვები, განსაკუთრებით საბავშო ბაღის ასაკის, როდესაც იმუნური სისტემა ჯერ კიდევ კარგად არ არის ჩამოყალიბებული, წელიწადში შეიძლება ავად გახდნენ რამდენიმეჯერ.

საინკუბაციო პერიოდი - დრო გამომწვევთან შეხვედრიდან დაავადების გამოვლენამდე- რამდენიმე საათიდან 2-3 დღემდე.
სიმპტომები: სიცხის აწევა, უგუნებობა, ჩახეხვის შეგრძნება ყელში, ცხვირით სუნთქვის გაძნელება, სურდო, ხველა.
ბავშვი როდესაც არის ავად, ის წარმოადგენს ინფექციის წყაროს. აუცილებელია, ამ დროს მშობლებმა გაციებული ბავშვი დატოვონ სახლში, მოუარონ და არავითარ შემთხვევაში არ გაუშვან საბავშვო ბაღში ან სკოლაში. ამით, მშობლები დაიცავენ როგორც საკუთარ შვილს,

ასევე სხვის შვილებსაც და ინფექციის გავრცელება, რომელსაც უპირატესად სეზონური ხასიათი აქვს ხოლმე, აღარ მოხდება.

საერთოდ, ხელების ხშირი და სრულყოფილი ბანა ძალიან ბევრი დაავადებისგან თავის დასაცავი უნივერსალური საშუალებაა, ამიტომ რაც უფრო ადრე ჩავუნერგავთ პატარას, მით უკეთესი. ასევე უნდა ვასწავლოთ ხველებისა და ცემინებისას ქცევის წესები: ცხვირ-პირზე აუცილებლად ხელსაწმენდი (უმჯობესია ქაღალდის) უნდა მიიფაროს, მაშინვე გადააგდოს და ხელები დაიბანოს. თუ ამას ვერ ახერხებს, პირზე ხელის მაგივრად სჯობს სახელო აიფაროს.

გაციების დროს საჭიროა ბავშვი იმყოფებოდეს საწოლში, განსაკუთრებით მაღალი ტემპერატური დროს. სიცხის დამწევი საშუალებების მიცემა საჭირო არ არის 38.5^0 C -მდე. საჭიროა დიდი რაოდენობით სითხის მიცემა. თუ სიცხე იწევს მაშინ აუცილებლად უნდა მიიღოს სიცხის დამწევი პრეპარატები. სასურველია ეს გადაწყვეტილება მშობლებმა დამოუკიდებლად არ მიიღონ და დაუკავშირდნენ პედიატრს. კარგ შედეგებს იძლევა ბუნებრივ ნედლეულზე დამზადებული მედიკამენტები, რომელთა მიღება სპეციალისტების რეკომენდაციით უნდა მიიღონ ბავშვებმა!

არ შეიძლება გაციების დროს ანტიბიოტიკების მიცემა, განსაკუთრებით პროფილაქტიკის მიზნით, რომ არ მოხდეს გართულება. ამას აკეთებენ როგორც მშობლები, ასევე სამწუხაროდ ექიმებიც. მშობელმა უნდა დასვას კითხვა, რატომ ენიშნება ანტიბიოტიკი, რას აკეთებს და რას აფუჭებს კონკრეტულ სიტუაციაში და ა.შ. მშობლის ასეთი ჩართულობით ბავშვის სწორი მკურნალობა ჩატარდება. ანტიბიოტიკები ვირუსებზე არ მოქმედებენ! არასაჭირო დროს მათი გამოყება წამალგამძლე ბაქტერიების განვითარებას უწყობს ხელს და საჭიროების დროს უკვე თავის საქმეს ვეღარ გააკეთებს. როდესც ვირუსული ინფექცია რთულდება, კერძოდ გახანგრძლივდება, სიმპტომები გაძლიერდება და სისხლის სურათიც შეიცვლება, საჭიროა უკვე ანტიბიოტიკის დანიშვნა, მაგრამ ამას გადაწყვეტს ექიმი.

კითხვები:

1. რა არის გაციება?
2. როგორ მიდინარეობს გაციება?
3. საჭიროა თუ არა ანტიბიოტიკის დანიშვნა?



ბრონქოსპაზმი

ბრონქოსპაზმი გახლავთ ბრონქების გლუვი კუნთების შევიწროება გარემო ფაქტორების ზემოქმედების საპასუხოდ. ამ დროს ადამიანი თავისუფლად ჩაისუნთქავს, მაგრამ ამოსუნთქვა უჭირს – ეს სასუნთქი გზების მნიშვნელოვან კუნთოვან დატვირთვას მოითხოვს, რასაც თან ახლავს დამახასიათებელი მაღალი ტემბრის მსტვენავი ხასიათის სუნთქვითი ხმიანობა. ამასთან ერთად ბრონქოსპაზმს ახასიათებს დისკომფორტი, გულმკერდის შებოჭილობა, ხველა, ქოშინი და ამოხველების მოთხოვნილება.

ბრონქების ქრონიკულ ალერგიულ ანთებას, რომელიც მისი გლუვი კუნთების შექცევადი სპაზმით, მათი ლორწოთი ამოვსებით, ანთებითა და ლორწოვნის შეშუპებით მიმდინარეობს, **ასთმა** ეწოდება. როცა აღნიშნული ცვლილებები შეუქცევადი ხდება და დროთა განმავლობაში პროგრესირებს, ეს უკვე ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებაა.

სიცოცხლის პირველი სამი წლის განმავლობაში ყოველ მესამე ბავშვს აქვს მსტვენი სუნთქვის ერთი ეპიზოდი მაინც, 6 წლამდე ასაკის ბავშვებში კი მსტვენი სუნთქვის მაჩვენებელი 50%-ს აღწევს და შემთხვევათა უმრავლესობა დაკავშირებულია ზედა სასუნთქი გზების ვირუსულ ინფექციებთან, რომლებიც ხშირად მეორდება ამ ასაკობრივ ჯგუფში. ჩვილებში მსტვენი სუნთქვის მიზეზი შეიძლება იყოს ჰაერგამტარი გზების მცირე დიამეტრი (სანათურის სივიწროვე), რასაც ემატება ვირუსული ინფექციის პირობებში განვითარებული ლორწოვანი გარსის შეშუპება. სასკოლო ასაკისთვის, ეს ფენომენი ქრება და პრობლემაც გვარდება. ასე რომ, 6 წლამდე ასაკის მოხიხინე ბავშვებიდან ყველას არა აქვს ასთმა.



ალერგიულ ჩვილებში კი რესპირაციული დაავადების დროს გამოვლენილი ხმაურიანი მსტვენი სუნთქვის არსებობისას აუცილებელია განხილულ იქნეს ასთმის შესაძლებლობა. მსტვენი სუნთქვის პროგნოზი მით უფრო უკეთესია, რაც უფრო ადრეულ ასაკში განვითარდება იგი. გამოკვლევები მოწმობს, რომ იმ ბავშვების უმეტესობას, რომელთაც მსტვენი სუნთქვა 2 წლამდე განუვითარდათ, 5 წლისთვის ასთმის სიმპტომები აღარ აღენიშნება.

ბავშვებში ბრონქული ასთმის დიაგნოსტიკა რთულია, რადგან ისეთი სიმპტომები, როგორიც არის ხველა და ეპიზოდური ხიხინი, ბავშვთა ავადობის ყველაზე ხშირი გამოვლინებებია, ამიტომ მშობლის მიერ აღწერილი მსტვენავი სუნთქვა აუცილებლად უნდა დაადასტუროს ექიმმა.

ასთმაზე ეჭვი ძლიერდება, როდესაც შეინიშნება შემდეგი სიმპტომები:

- მსტვენავი სუნთქვითი ხმიანობა ამოსუნთქვისას და ხველა ძირითადად ღამით;
- შექცევადი ხიხინი, სუნთქვის გაძნელება ან შებოჭილობა;
- სიმპტომების გაძლიერება ან აღმოცენება ღამით, რაც პაციენტს აღვიძებს;
- სიმპტომების სეზონურობა;
- მათი კავშირი ალერგენების ზემოქმედებასთან, ფიზიკურ დატვირთვასთან, თამბაქოს კვამლის ზემოქმედებასთან, ძლიერ ემოციასთან და სხვა;
- გაციების დროს სიმპტომების გადანაცვლება “ქვემოთ, გულმკერდში”;
- გამოჯანმრთელების 10 დღეზე მეტად გახანგრძლივება;
- ოჯახური ანამნეზი;
- სიმპტომების რეაგირება ასთმის საწინააღმდეგო თერაპიაზე.

ბრონქოსპაზმის ჩამოყალიბების ხელშემწყობი ფაქტორებია:

- შენობის შიდა და შენობის გარეთა ალერგენები – ოთახის მტვრის ტკიპა, ბეწვიანი ცხოველები (ძაღლები, კატები, მღრღნელები), ფრინველები, ტარაკნები, მცენარეები, ობისა და საფუარის სოკოები და ა.შ.
- თამბაქოს წევა (როგორც აქტიური, ისე პასიური) – არღვევს ფილტვის ფუნქციას, ამცირებს მედიკამენტებისადმი მგრძნობელობას და ხელს უშლის დაავადების კონტროლს (განსაკუთრებით – ასთმის დროს). ჩვილებს, რომელთა დედებიც ეწევიან, 4-ჯერ უფრო ხშირად ემართებათ ხიხინით მიმდინარე დაავადებები სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში, პასიური მოწევა კი ჩვილ და ბავშვობის ასაკში ზრდის ქვედა სასუნთქი გზების დაავადებების რისკს;
- რესპირაციული ვირუსული ინფექციები (რესპირაციულ-სინციტიური და პარაგრიპის ვირუსი) იწვევს სიმპტომებს, რომლებიც მრავალი ნიშნით ჰგავს ბავშვთა ასთმას, თუმცა, მეორე მხრივ, არსებობს მონაცემები, რომლებიც გვაფიქრებინებს, რომ შესაძლოა, ადრეულ ასაკში გადატანილი ზოგიერთი რესპირაციული ინფექცია ბავშვს ასთმის განვითარებისგან იცავდეს;
- ფიზიკური დატვირთვა პაციენტთა უმეტესობისთვის, ბავშვების ჩათვლით, ძალიან მნიშვნელოვანია. ზოგჯერ ის ბრონქოსპაზმისა და ასთმის სიმპტომების ერთადერთი მიზეზიც კია. მაგრამ ფიზიკურ აქტივობას, სხვა მაპროვოცირებელი ფაქტორებისგან განსხვავებით, პაციენტი არ უნდა ერიდოს. ამ შემთხვევაში პროფილაქტიკის ეფექტური საშუალებაა დატვირთვის წინ ექიმის მიერ დანიშნული ხანმოკლე მოქმედების მედიკამენტის მიღება;
- ძლიერი ემოციები (სტრესი, დეპრესია, შფოთვა);
- ქიმიური აგენტები, მძაფრსუნიანი საშუალებები (მაგალითად, ფორმალდეჰიდი) და აეროზოლური ნივთიერებები;
- ჰაერის დაბინძურება. ბავშვებს, რომლებიც დაბინძურებულ გარემოში იზრდებიან, შესუსტებული აქვთ ფილტვების ფუნქცია, თუმცა ასთმის განვითარებასთან მისი კავშირი ჯერ კიდევ დაუდგენელია;
- საკვები, კვებითი დანამატები და კონსერვანტები (სულფიტები, რომლებიც კონსერვანტებად იყენებენ ზოგიერთი საკვების, ლუდის და ღვინის დამზადებისას). დადგენილია, რომ იმ ბავშვებში, რომლებსაც ჩვილი ასაკიდანვე კვებავენ ხელოვნური საკვებით, ძროხის ან სოიის რძით, ხიხინით მიმდინარე დაავადებები უფრო ხშირად აღენიშნებათ, ვიდრე ბუნებრივ კვებაზე მყოფ პატარებს;
- ძლიერი ქარი, სიცივე, ნესტი;
- აეროალერგენების სეზონური მატება, რაც ხშირად ალერგიულ რინიტთან არის ასოცირებული;

- ზოგიერთი მედიკამენტი – ასპირინი, ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები, გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე მოქმედი პრეპარატები (მაგალითად, ე.წ ბეტაბლოკერები).
- ცხვირის ლორწოვანი გარსის ანთება (რინიტი), სინუსიტები (შუბლის, ზედა ყბის წიაღების ანთება), ნაზალური პოლიპი ის თანმხლები დაავადებებია, რომელთაც შეუძლიათ დაამძიმონ.
- მემკვიდრეობითი განწყობა – თუ ორივე მშობელს აქვს ასთმა, ალბათობა, რომ ის ბავშვსაც განუვითარდება, 50%-ია, ერთ-ერთი მშობლის დაავადებისას – 25%, თუ ორივე ჯანმრთელია – 10%-ზე ნაკლები;
- მამრობითი სქესი – 14 წლამდე ასთმის გავრცელება ვაჟებს შორის 2-ჯერ უფრო მაღალია, ვიდრე გოგონებს შორის. ასაკთან ერთად სხვაობა მცირდება, ზრდასრულ ასაკში კი ასთმა ქალებში ჭარბობს. ამ მოვლენის სქესთან კავშირი ბოლომდე გარკვეული არ არის, თუმცა აღსანიშნავია, რომ მოზარდ ასაკში ვაჟებს უფრო პატარა ბრონქები აქვთ, ვიდრე გოგონებს, მოწიფულ ასაკში კი პირიქით;
- სიმსუქნე – ამ დროს მომატებულია სისხლში ზოგიერთი ჰორმონი, რომლებიც ხელს უწყობს სასუნთქი გზების ფუნქციის დარღვევას და ასთმის განვითარებას;
- ფსიქოსოციალური ფაქტორები – სტრესი, ოჯახური პრობლემები, “კრიტიკული დედები”;
- რაფინირებული საკვებისა და მცირე რაოდენობით ხილისა და ბოსტნეულის მიღება.



სპირომეტრია სპეციალური ტესტია ფილტვების ფუნქციური მდგომარეობის შესაფასებლად. მას, ჩვეულებრივ, ალერგოლოგები და პულმონოლოგები (და არა თერაპევტები და ოჯახის ექიმები) იყენებენ. მისი მეშვეობით ზუსტდება გარეგანი სუნთქვის მონაცემები და დიაგნოზი. ვინაიდან ტესტი პაციენტისგან სუნთქვის მართვას (შეკავება, ღრმა და ნელი ამოსუნთქვა) მოითხოვს, 4 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის მისი გამოყენება ვერ ხერხდება. ტესტის ჩატარება რეკომენდებულია მდგომარეობის საწყისი შეფასებისას, რათა დადგენილ იქნეს ხველის, ხიხინის, ქოშინის მიზეზი და მკურნალობის დაწყების შემდეგ, გარკვეული პერიოდულობით, რათა შეფასდეს მკურნალობის ეფექტი.
პიკფლუომეტრი უფრო მარტივი პორტატიული ინსტრუმენტია. პიკფლოუმეტრია ოჯახის ექიმსა და პაციენტს იმის შეფასებაში ეხმარება, რამდენად ექვემდებარება ასთმა კონტროლს დროთა განმავლობაში. თუ ადამიანი სახლში პიკფლოუმეტრს ყოველდღიურად იყენებს, მას სუნთქვასთან დაკავშირებული პრობლემების აღმოჩენა ქოშინის ან ხველის დაწყებამდე შეუძლია. ადვილად არკვევს იმასაც, როდის სჭირდება მედიკამენტის დოზის მატება. თუ ადამიანს ასთმის სიმპტომები აქვს, მაგრამ ფილტვის ფუნქციური ტესტები ნორმაშია, დიაგნოზის დასაზუსტებლად მივმართავთ **ფიზიკური დატვირთვის ტესტს** – ასთმის შემთხვევაში განსაზღვრული ხანგრძლივობის ფიზიკურმა დატვირთვამ (5-10-წუთიანმა სირბილმა) ბრონქოსპაზმი უნდა გამოიწვიოს.
ალერგიული ტესტები მიეკუთვნება სპეციალურ სადიაგნოზო ღონისძიებებს და მისი შედეგების შეფასება სპეციალისტის კომპეტენციას მოითხოვს. აღნიშნულ ტესტებს თან ახლავს გართულების ერთგვარი რისკი, ამიტომ რეკომენდებულია, ჩატარდეს სპეციალიზებულ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც შესაძლებელია გართულებათა ეფექტური მართვა. ალერგია ზრდის ასთმის განვითარების ალბათობას, ასე რომ, ცალკეულ პაციენტებში კანის ალერგიული სინჯი ან შრატში სპეციფიკური იმუნოგლობულინის განსაზღვრა შესაძლოა რისკფაქტორების გამოვლენაში დაგვეხმაროს.

კითხვები:

1. რა დაავადებაა ბრონქული ასთმა?
2. რამ შეიძლება გამოიწვიოს ბრომქული ასთმა?
3. ჩამოთვალეთ ალერგენები, რომლებიც უწყობს ხელს ბრონქული ასთმის განვითარებას?
4. რა არის სპირომეტრია?
5. როგორი ხველაა დამახასიათებელი ბრონქული ასთმის დროს?

6. რა არის გაძნელებული ბრონქული ასთმის დროს ჩასუნთქვა თუ ამოსუნთქვა?



A ჰეპატიტი (ბოტკინის დაავადება)
გამომწვევია ვირუსი. ინფექციის გავრცელება ხდება ფეკალურ-ორალური ან საყოფაცხოვრებო-კონტაქტური გზით. ბავშვი ინფიცირდება საკვების ან წყლის მეშვეობით, სადაც მანამდე ავადმყოფის ფეკალური მასა მოხვდა ან ინფიცირებული საგნების მოხმარებით. დაავადების ასაკია - 1-14 წელი
საინკუბაციო პერიოდი: 15-50 დღე.

კლინიკა: ბავშვს სიცხე 38-39 გრადუსამდე, ზოგჯერ მეტადაც უწევს. გარდა ამისა, უჩივის უმადობას, ძილიანობას, თავის ტკივილს, გულისრევასა და ღებინებას, ყრუ ტკივილს მარჯვენა ფერდქვეშ. სიყვითლის გამოვლენამდე 1-2 დღით ადრე შარდი მუქდება. შემდეგ ბავშვს უყვითლდება სასა, სახე, სკლერები, სხეული, მოგვიანებით – კიდურები.

სიყვითლის გამოვლენისას განავალი ბაცდება, ბავშვის საერთო მდგომარეობა კი უმჯობესდება – უბრუნდება მადა და ხალისი. შარდისა და განავლის ფერის ცვლილებები დაკავშირებულია ბილირუბინის ცვლის დარღვევებთან. ბილირუბი დიდი რაოდენობით ხვდება სისხლში (სხეულის ნაწილების გაყვითლება) და არა საჭმლის მომნელებელ სისტემაში(უფერო, თეთრი განავალი)
A ჰეპატიტს ყოველთვის თან ახლავს ღვიძლის გადიდება, რასაც ექიმი ხელით გასინჯვისას იოლად გამოავლენს. დიდდება ელენთაც.

გამოჯანმრთელების პერიოდი 5-6 თვე გრძელდება. ამ დროს აღდგება დაზიანებულ ორგანოთა ფუნქციები, პირველ რიგში ღვიძლის.
იზოლაცია: ვირუსის გამოყოფას დაავადებული, ჩვეულებრივ, სიყვითლის პერიოდის დასაწყისისთვის წყვეტს და გადამდები აღარ არის, ამიტომ ამ ვადას ექიმი ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიხედვით დაადგენს.

თვი შეიძლება დავიცვათ დაავადებულებთან კონტაქტის თავიდან აცილეითა, ჰიგიენის წესების სრულყოფილი დაცვით.
მოქმედების გეგმა: წოლითი რეჟიმი, დიეტა, სიმპტომური საშუალებები.

გართულებული მდგომარეობის დროს სახეზეა შემდეგი სიმპტომები:

- პაციენტი აღებინებს ყოველი კვებისა და სითხის მიღების შემდეგ;
- უარს ამბობს საკვებისა და სითხოს მიღებაზე;
- გახშირებულია სუნთქვა;
- ტემპერატურული რეაქცია.

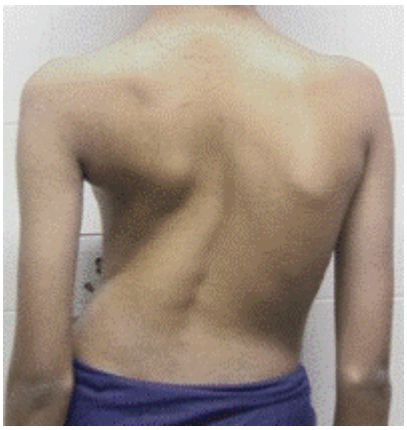
ხერხემლის პრობლემები ბავშვებში

სკოლის ასაკი ბავშვის ცხოვრებაში მნიშვნელოვანი ეტაპია. მას ეცვლება დღის რეჟიმი, თავისუფალი ქმედებები იზღუდება და მას საათობით იძულებითი ჯდომა უწევს, რაც მისთვის მოსაბეზრებელია და სხეულისთვის დამტვირთველი. ამას ერთის სკოლის მკაცრი მოთხოვნები - დროის ჩარჩო, გონებრივი მუშაობა, რომელიც ბავშის ნერვულ-მგრძნობელობითი და საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემისთვის დატვირთვაა.

იძულებითმა და ხანგრძლივმა ჯდომამ შეიძლება გამოიწვიოს ხერხემლის დეფორმაციები, უპირატესად მარჯვენა მხრივი სქოლიოზი.

პრევენციისთვის გათვალისწინებული უნდა იყოს:

- **საწერი მაგიდის** სიმაღლე - ის ბავშვის სიმაღლეს უნდა შეესაბამებოდეს. ბავშვი არ უნდა იჯდეს მოხრილი და თავდახრილი. ამით შეიძლება განვითარდეს ხერხემლის გამრუდება, ტანდეგობის დარღვევა და ახლომხედველობა;
- საწერ მაგიდასთან ჯდომისას ზურგი სკამის საზურგეს უნდა ეხებოდეს, იდაყვი მაგიდაზე უნდა იდოს, ფეხები კი რაიმე საყრდენზე;
- თვალებიდან წიგნამდე ან რვეულამდე მანძილი ასე განისაზღვრება: მაგიდაზე იდაყვით დაყრდნობისას ბავშვის თითი საფეთქელს უნდა სწვდებოდეს, მკერდსა და მაგიდას შორის ხელისგული უნდა ეტეოდეს, წიგნი კითხვისას 45 გრადუსით უნდა იყოს დახრილი და ბავშვის თვალებიდან 30-40 სმ-ით დაშორებული;
- კარგი განათება - მაგიდის ნათურა უნდა ანათებდეს მარცხნიდან, უკიდურეს შემთხვევაში წინიდან, სასურველია ოთახის სრული განათებაც. ;
- რიტმული მეცადინეობა - აქტიური შესვენებებით, ერთ საათზე მეტი ჯდომა უკვე საზიანოა;



ტანადობის დარღვევა და სკოლიოზური დაავადება სხვადასხვა ცნებებია. ტანადობის დარღვევა დაავადების წინაპირობას წარმოადგენს. ტანადობის დარღვევის დროს წამყვანია ძვალსახსროვანი და კუნთოვანი სისტემების სისუსტე, რომლის გამოსწორებაც ადვილია და აუცილებელიც, რათა სკოლიოზი არ ჩამოყალიბდეს. რაც შეეხება სკოლიოზს, ის საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის თანდაყოლილი განუვითარებლობაა – შემაერთებელი ქსოვილი დისპლაზიურად არის შეცვლილი, მარტივად რომ ვთქვათ, არ არის განვითარებული. სკოლიოზური დაავადების დროს, რომელიც დისპლაზიის ერთ-ერთ ფორმას წარმოადგენს, ყალიბდება ტრიადა: ბრტყელი ტერფი, ხერხემლის სხვადასხვა ხარისხის გამრუდება და სისტოლური შუილი მიტრალური სარქვლის (გულის ერთ-ერთი სარქვლის) არეში. ეს უკანასკნელი იმის ბრალია, რომ გულშიც, კერძოდ მის შემაერთებელქსოვილოვან წარმონაქმნებშიც, არის დისპლაზიური ცვლილებები. შესაძლოა, დროთა განმავლობაში შუილი გაქრეს, რადგან გულის შემაერთებელი ქსოვილი თანდათანობით ვითარდება.

სკოლიოზური დაავადება პროგრესირებადი დაავადებაა. გვხვდება ძლიერ აგრესიული ფორმებიც, რომელთა დროსაც სულ მოკლე ხანში, მაგალითად, ორ თვეში, ხერხემლის გამრუდების პირველი ხარისხი შესაძლოა მეორეში გადავიდეს. პათოლოგია განსაკუთრებით გარდატეხის ასაკისთვის აქტიურდება. ეს ასაკი, მოგეხსენებათ, 10-11 წლიდან იწყება. ამ დროს ორგანიზმი აქტიურად იზრდება, კუნთოვანი სისტემის განვითარება კი ხშირად ჩამორჩება.

განვითარების ასინქრონიზმი უპირატესად იმ ბავშვებშია გამოხატული, რომლებიც ფიზიკურად ნაკლებად იტვირთებიან, უმეტეს დროს **ტელევიზორთან ან კომპიუტერთან** ატარებენ, იშვიათად თამაშობენ მოძრავ თამაშებს. შედეგად ყალიბდება სხვადასხვა ხარისხის სკოლიოზი.

პატარას ხერხემალი რომ არ გადაეტვირთოს, ის არა მარტო მოხერხებულად უნდა იჯდეს, არამედ მოხერხებულადაც უნდა იწვეს. **მოზარდის საწოლი,** რომელშიც ბავშვი დაახლოებით 10 საათს ატარებს, ხმელი უნდა იყოს. არ შეიძლება ზამბარებიან, ყავლგასულ მატრასზე ბავშვის დაწვენა. სასურველია, საწოლზე ჯერ ფიცარი დავდოთ და შემდეგ – 10 სმ სიმაღლის ლეიბი. ბავშვი თავიდანვე უნდა შევაჩვიოთ ზურგზე წოლას, მით უმეტეს, თუკი კიფოზისკენ (ხერხემალი გარეთ კუზივით არის გამოდრეკილი) არის მიდრეკილი. როცა საწოლი ჩავარდნილია, ხერხემალი დიდხანს იმყოფება არასწორ მდგომარეობაში და იღუნება. რაც შეეხება **ბალიშს,** სასურველია, ის სხეულს კარგად იყოს მორგებული, კეფისა და ზურგის ნადრეკებს შორის სივრცეს ავსებდეს, მხრებიდან იწყებოდეს და ბავშვს თავი ისე ედოს, რომ არც წინ იყოს გადმოხრილი და არც უკან გადავარდნილი.
თუ მოზარდს ხერხემლის პრობლემები არ აწუხებს, უბალიშოდაც იოლად გავა, მაგრამ თუ ტანადობის პრობლემა აქვს, თავი ბალიშზე კომფორტულად უნდა ედოს. წინააღმდეგ შემთხვევაში თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევა დაირღვევა, რამაც, თქვენ წარმოიდგინეთ, შესაძლოა კოშმარული სიზმრებიც კი გამოიწვიოს.

ბევრი მშობელი პროფილაქტიკის მიზნით ბავშვს **ზურგდამჭერს** უკეთებს. ამგვარი კორსეტის ტარება გაუმართლებელია – კუნთები გაზარმაცდება და განვითარების ფუნქციას დაკარაგვს. იმისთვის, რომ კუნთოვანი სისტემა ადეკვატურად ჩამოყალიბდეს, მოზარდმა მაქსიმალურად თავისუფლად უნდა იმოძრაოს.
ზურგდამჭერის ტარება მხოლოდ მაშინ არის გამართლებული, როდესაც ბავშვს ზურგის ტკივილი, პროგრესირებადი სკოლიოზი აქვს ან ხერხემალი ფორტეპიანოსთან დიდხანს ჯდომის გამო მეტისმეტად ეტვირთება და ა.შ. მხოლოდ ასეთ შემთხვევაში შეიძლება 1-1,5 საათით ზურგდამჭერის გაკეთება.

სასკოლო ჩანთასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს. რეკომენდებულია ზურგჩანთა განიერი ღვედებით, თუმცა ზოგიერთი ზურგჩანთის ტარებაზე უარს ამბობს და მშობელიც იძულებულია, ის თვითონ დაიკავოს ხელში. მცირე ასაკის ბავშვები ხშირად ხელში დასაჭერ მსუბუქ პორტფელს ამჯობინებენ... ეცადეთ დაარწმუნოთ შვილი, ზურგჩანთა ატაროს – ის უამრავ პათოლოგიას ააცილებს თავიდან.
თუ ბავშვს სუსტი ხერხემალი აქვს, სპეციალისტები მშობლებს ურჩევენ, პატარა ძლიერ ფიზიკურ დატვირთვას მოარიდონ. მიუხედავად ამისა, ჩანთის ტარება ნებადართულია, ოღონდ ზურგჩანთა სწორად უნდა მოიკიდოს ზურგზე.
რაც შეეხება **ტანსაცმელს,** როცა სასკოლო ფორმას არ ითხოვენ, საუკეთესო გამოსავალია მოხერხებული და მსუბუქი ფეხსაცმელი, ჯინსი და ასეთ სტილის სამოსი, რომელიც ბავშვს მოძრაობაში ხელს არ უშლის.

კიფოზი

სპირომეტრია სპეციალური ტესტია ფილტვების ფუნქციური მდგომარეობის შესაფასებლად.

კიფოზი – დაავადება, რომელსაც ახასიათებს ხერხემლის გამრუდება, რომლის შედეგად ზურგის არეში ვითარდება კუზი. შემთხვევების უმეტესობაში დაავადება ვითარდება სქოლიოზის პარალელურად. კიფოზი ბავშვებში ვლინდება 6-12 თვის ასაკში.

დაზიანების ადგილიდან გამომდინარე გამოიყოფა:



- კისრის კიფოზი;
- მკერდის კიფოზი;
- წელის კიფოზი;
- გავის კიფოზი.

დაავადების გამომწვევი მიზეზებია:

- მემკვიდრეობითი ფაქტორი;
- ნაყოფის განვითარების დარღვევა;
- დაავადებების გართულება (პოლიომიელიტი, ბავშვის ცერებრიალური დამბლა), რაც იწვევს ზურგის კუნთის დამბლას;
- ხერხემლის ტრავმები;
- არასწორი პოზა;
- ოსტეოქონდროზი;
- ხერხემლის ოპერაციები;
- ხერხემლის სიმსივნე.

კლინიკა:

- ზურგის და კისრის არეში მწვავე ტკივილი;
- ხერხემალში შებოჭილობის გრძნობა;
- ზურგის ძლიერი გამრუდება (45 გრადუსზე მეტით);
- სისუტე, კიდურების მგრძნობელობის დაკრგვა;
- ზურგის ტვინის ნერვების დახშობა;

- გულის მუშაობისა და სუნთქვის დარღვევა.

მოზარდთა კიფოზი ტანადობის დარღვევაა, რომლის დროსაც გამოხატულია მოხრილობა, გულმკერდის კიფოზის გადიდება და წელის ლორდოზის შემცირება. მოზარდთა კიფოზს უწოდებენ იმიტომ, რომ ამ ასაკში ვლინდება ყველაზე ხშირად, 3-4-ჯერ უფრო ხშირია ვაჟებთან, გოგონებთან შედარებით.

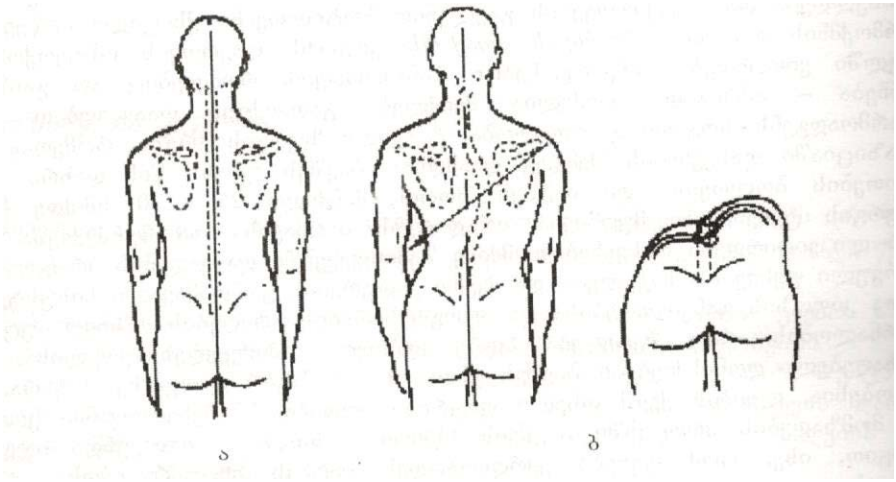
მოზარდთა კიფოზის განვითარების საფუძველს წარმოადგენს მალების აპოფიზებში სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, რის შედეგადაც აპოფიზის ქსოვილის აშრევება ხდება, შემდეგ თვით მალების წინა მიდამოები შემჭიდროვდება და შეფერხდება მათი ზრდა. მოზარდ ორგანიზმში, როდესაც სასიცოცხლო და რეგენერაციული პროცესები აქტიურია, შესაძლებელია აპოფიზების აღდგენა და სპეციალური მკურნალობის გარეშე მალების სიმაღლე აღწევს ნორმას და შესაბამისად კიფოზის ლიკვიდირდება.

თუ კიფოზი პროგრესირებს, პროცესში ჩაერთვება მალთაშორისი დისკები. ხდება მათი გაფხვიერება, გათხელება და დატვირთვების შედეგად ხრტილები აღწევს მალების სხეულებში, ასე წარმოიქმნება ,,შმორლის თიაქარი“, კიფოზს ერთვის ოსტეოქონდროზი - მალებს შორის წარმოიქმნება ნისკარტისებური წანაზარდები, რომლებიც არ გაიწოვება და სამუდამოდ რჩება. ასე რომ, ანომალია გადაიქცევა დაავადებად, რომელსაც ახასიათებს შემაწუხებელი ტკივილი ზურგის მიდამოში, ადვილად დაღლა. ბავშვს უჭირს წინ გადახრა - დახრილ პოზიციაში გაშლილი თითების ბოლოებსა და იატაკს შორის მანძილი 25-30 სმ-მდე მატულობს.

პრობლემების თავიდან აცილების მიზნით აიცილებელია კიფოზის მკურნალობა ადრეულ სტადიაზე:

ბავშვს უნდა ეძინოს მაგარ საწოლზე, პატარა ბალიშით. კითხვის დროს ის უნდა იჯდეს მაგარ სკამზე საზურგით, ისე, რომ ფეხები ეყრდნობოდეს იატაკს, წინამხრები უნდა ეყრდნობოდეს მაგიდას (იდაყვების დაყრდნობით ხერხემალი განიტვირთება). დღის განმავლობაში აუცილებელია 20-30 წუთიანი დასვენება ზურგზე წილით და ასევე გასეირნება. ბავშვისთვის განსაკუთრებით სასარგებლოა ზურგზე ცურვა და მარილიანი აბაზანები (15-20 აბაზანა). დილით საჭიროა, მუცლისა და ზურგის კუნთების გასამაგრებლად, გამამახნევებელი ვარჯიშები.

სქოლიოზი მოზარდებში ძვლოვანი სისტემის დეფორმაციებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება.



ა - ნორმალური ტანადობა
ბ - სქოლიოზი - მდგომ და დახრილ პოზიციებში

სქოლიოზი არის ხერხემლის სვეტის გამრუდება - გვერდზე გადახრა. შემთხვევათა 80%-ში სქოლიოზის გამომწვევი მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება.

სქოლიოზის დროს პირველი სიმპტომებია:

- სწორად დგომისას აღინიშნება სხეულის ცალკეულ ნაწილთა ასიმეტრია;
- ბეჭის ძვლები ასიმეტრიულია;
- მენჯი გადახრა;

სქოლიოზს (ხერხემლის გამრუდება, „გადახრა“) ორთოპედიულ სიმსივნეს ადარებენ ხოლმე ვიწრო სპეციალისტები და განსაკუთრებით მაშინ, როცა პაციენტი გვიან სტადიაზე მიმართავს ექიმს. სულ რაღაც 20 წლის წინათ სქოლიოზით ძირითადად 10 წლის და შემდგომი ასაკის ბავშვები ავადდებოდნენ. ახლა ფაქტიურად ამ ასაკმა მთელი 5 წლით ქვემოთ ჩამოიწია.

სქოლიოზი არის ხერხემლის გამოკვეთილი გადახრა რომელიმე მხარეს.



სწორი დგომის (სწორმედეგობის)დარღვევის შემთხვევაში საქმე გვაქვს ერთ-ერთ მხარეს ზურგის კუნთების ზედმეტ მოჭიმულობასთან, ხოლო სქოლიოზის დროს - უშუალოდ ხერხემლის ძვლოვანი სტრუქტურის დეფორმაციასთან.

შეძენილი სქოლიოზის დროს ხერხემლის გადახრა – გამრუდება გამოწვეულია სწორედ ასანის (სწორმედეგობის) დარღვევის შედეგად. თანამიმდევრული არასწორ დგომა, ჯდომა,

არაადექვატური სიმძიმის ზიდვა იწვევს მალთაშორის დისკების დეფორმაციას, რაც თავის მხრივ ხდება ხერხემლის გადახრის მიზეზი. სქოლიოზი გვხვდება მარჯვენამხრივი ან მარცხენამხრივი.

ბავშვის სქოლიოზის საშიშროება იმაში მდგომარეობს, რომ თუ მალევე არ იქნა სამკურნალო ზომები მიღებული, დაავადება სწრაფად პროგრესირებს და ძალიან მალე დგება სავალალო შედეგები. საშუალო სტატისტიკა ასეთია: 6-10 წლის ასაკის ბავშვებში სქოლიოზის მკურნალობის შემდეგ მხოლოდ 30% -ს აღენიშნება მდგომარეობის არასაგრძნობი გაუმჯობესება, ანუ-დაავადების შეჩერება საგრძნობი თვალშისაცემი შედეგების გარეშე. ასეთთა 15 %-ს სამწუხაროდ დაავადების შეჩერებაც არ აღენიშნება. მკურნალობის შედეგად ბავშვების 70%-ში საბედნიეროდ სქოლიოზი უკან იხევს: სისტემატური მასაჟების და ვარჯიშების (პლუს სხვა პროცედურებიც, მაგალითად: იპოდრომი, ცურვა) ფონზე ბავშვთა სქოლიოზი ძირითადად იკურნება ან იგი სავსებით შეუმჩნეველი ხდება გარეშე თვალისთვის. დეფორმაციის ხარისხისა და კლინიკური სურათის სიმძიმის მიხედვით არჩევენ დაავადების 4 ხარისხს:

- 1 ხარისხი: დახრის კუთხე 1-10 გრადუსამდეა. ამ დროს ხერხემლის გადახრა სუსტადაა გამოხატული ფრონტალურ მდგომარეობაში და თითქმის არ ჩანს -ჰორიზონტალურში. შეიმჩნევა ბეჭების ასიმეტრია კისერი-გულ-მკერდის სქოლიოზის დროს;
- 2 ხარისხი: დახრის კუთხე 11-25 გრადუსის ფარგლებშია. გადახრა აშკარადაა გამოხატული, რასაც თან ახლავს ე.წ. მაკომპენსირებელი რკალი და არც თუ დიდი კეხი(კუზი). –
- 3 ხარისხი: დახრის კუთხე 26-50 გრადუსია. ფრონტალურ მდგომარეობაშიც აშკარად ჩანს ხერხემლის გამრუდება მაკომპენსირებელი რკალით. სახეზეა დიდი ნეკნის კეხი და გულ-მკერდის დეფორმაცია;
- 4 ხარისხი: დახრა სცდება 50 გრადუსს. სქოლიოზის უმძიმესი ფორმაა გამოხატული კიფოსქოლიოზით. გულმკერდის და ხერხემლის დეფორმაცია უხეში ფორმებით ჩანს. ნეკნის კეხები შესამჩნევია როგორც წინა, ასევე უკანა მხრიდან. მიმდინარეობს გავის სეგმენტის, თეძოების, გულ-მკერდის, ნერვული სისტემის და თითქმის მთელი ორგანიზმის დეფორმაცია. ასეთი სქოლიოზი იწვევს გულის და ფილტვების მუშაობის გაუარესებას.
  მე-4 ხარისხის სქოლიოზის მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს.

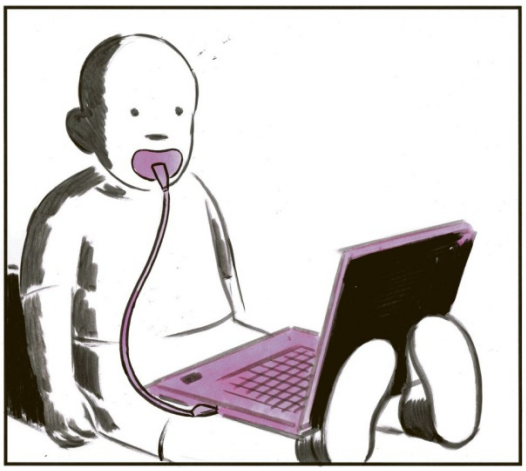


ბავშვი და კომპიუტერი

როგორ ფიქრობთ ვისი სისუსტეა, თუ გნებავთ უფრო კატეგორიული ვიქნები და ვიტყვი: ვისი ბრალია, როდესაც ბავშვი თავისი დღის უმეტეს ნაწილს ტელევიზორთან და კომპიუტერთან ატარებს?! ან კი ფიქრობთ, რომ ეს რაიმე დანაშაულია?! ბევრი მშობელი ფიქრობს რომ ტექნიკის ადრეულ ასაკში ათვისება ბავშვის ადრეულ განვითარებას უწყობს ხელს. უფროსებს ყოველთვის აქვთ დროის დეფიციტი, მათ ეჩქარებათ რომ მათი პატარა სწრაფად დაეუფლოს სხვადასხვა ცოდნებს და მალე გაიზარდოს, არადა თითოეულ ბავშვს თავისი განვითარების ინდივიდუალური ტემპი აქვს. მათ არ ჭირდებათ დაჩქარება, მათ მხარდაჭერა ჭირდებათ. მათ წინ კი არ არის საჭირო სიარული, არამედ უკან, რათა წაბორძიკების შემთხვევაში სწრაფად შევაშველოთ ხელი(როგორც პირდაპირი, ასევე არაპირდაპირი მნიშვნელობით). მოუსმინეთ მათ და ნუ ეცდებით უხეშად თავს მოახვიოთ თქვენი აზრი. ჩვენ დავემსგავსოთ მათ და არა ისინი დავიმსგავსოთ ჩვენ. ცოცხალი კავშირები მნიშვნელოვანია ბავშვისთვის. ვერანაირი ტექნიკა ვერ შეცვლის იმ ურთიერთობებს, რომელიც არსებობს მშობლებსა და შვილებს შორის. არანაირი ტელევიზორი და კომპიუტერი ვერ დაინახავს ბავშვის ღიმილს, სიხარულს, ტკივილს, ცრემლებს, შიშს და ვერ გახდება მისი განცდების თანაზიარი.

ეს მხოლოდ დედას და მამას შეუძლია! უფროსებისთვის ცხოვრების ტემპი დაჩქარებულია, მას სულ ეჩქარება, გადაღლილია, სამსახურშია, სახლია დასალაგებელი, სადილი მოსამზადებელი, ხშირად მსმენია დედისგან: სად მაქვს მაგის ნერვები დავუჯდე და ავუხსნა ან რაიმე ვუამბოო. არადა ასეთი მცირედი ინვესტიცია გაღებული საკუთარი ბავშვისთვის მომავალში ძალიან დიდ მოგებას მოუტანს ყველას, არა მარტო კონკრეტულ ოჯახს, არამედ

ქვეყანასაც. განიცადეთ, შვილებთან ურთიერთობის უდიდესი სიამოვნება და ამით ისინიც გააძლიერეთ!!!



ტელევიზორთან ჯდომის დროს ბავშვი ჰიპნოზშია, ცივი ლურჯი შუქის ჰიპნოზში, ასეთი ჰიპნოზური მდგომარეობა ბავშვს ართმევს სულიერ სიმდიდრეს. ეს არაბუნებრივი უმოძრაო მდგომარეობა ფუჭად აკარგინებს ბავშვს იმ დროს, რომელიც მას უნდა გამოეყენებინა მისთვის სასიკეთო საქმინობისათვის, კერძოდ თამაშში - ეხტუნავა, ერბინა, დაკვირვებოდა გარემოს, მიებაძა ცხოველებისთვის, მოესმინა უფროსების მონაყოლისთვის, თავად მოეყოლა გამოგონილი თუ ნანახი ისტორიები, გამოეხატა ემოციები, ეყვირა, ეხატა, დახმარებოდა დედას და მამას საქმიანობაში და ასე შემდეგ. მასთან ბრძოლაში ბავშვს აქვს რეალური იარაღი- ეს მშობელია, ფხიზელი მშობელი, რომელიც ძლევს ყოველდღიურ ქაოტურ რიტმს, დაღლას და იცლის ბავშვისთვის. მშობლების გარეშე არაფერი არ გამოვა, რადგან ისინი თავიანთი პატარებისთვის ავტორიტეტები არიან. ისინი თავად ქმნიან მათგან ამ ავტრიტეტს თანდაყოლილი განწყობით: დედა არის ის ვინც ყველაფერი იცის და მამა არის ის ვისაც ყველაფერი შეუძლია. ეს არ ნიშნავს, რა თქმა უნდა, რომ მამასთან კითხვის დასასმელად არ მივა და პირიქით, რა თქმა უნდა მკაცრი გამყოფი ხაზი არ არსებობს, მაგრამ ძირითადი მოტივი ასეთია. ჩვენ, უფროსებმა, მშობლემბა არ უნდა გავაცრუოთ მათ მოლოდინი, წინააღმდეგ შემთხვევაში ავტორიტეტი აღარ შეიქმნება, შესაბამისად არ განვითარდება მოწიწების გრძნობა, შესაბამისად არ განვითარდება პატივისცემა გვერდით მდგომების მიმართ და ჯანსაღი კრიტიკის უნარი, სიტუაციების ობიექტურად შეფასების უნარი, აქ იგულისხმება ნებისმიერი ასაკი.

ეკრანის ყურებისას აქტიურია თვალი, პასიურია მთელი ორგანიზმი. ოფტალმოლოგები, თვალის ოპერაციის შემდგომ პერიოდში, ურჩევენ ტელევიზორის ყურებას,(დღეში 5 საათი), რადგან ამ დროს თვალის კუნთების აბსოლუტური სიმშვიდე მიიღწევა. და ეს არის იდეალური პირობა თვალის გამოჯანმრთელებისთვის. შესაბამისად ისმის კითხვა, რა

ემართება ჯანმრთელი კუნთების მქონე ბავშვის თვალს ტელევიზორის ყურებისას. კუნთების სისტემა ერთი მთლიანობაა. როდესაც თვალი ერთ წერტილზეა ფიქსირებული, სხეულის სხვა ნაწილებიც, ასევე ერთი წერტილისაკენ არიან მიმართული.

ტელევიზორის ეკრანი შეიცავს 1920X1080 პიქსელს (PIX), კომპიუტერის - 1280X800 პიქსელს. თითოეული წერტილი იცვლება საოცარი სისწრაფით და ეკრანზე იძლევა მუდმივ მოძრავ და ფერადოვან გამოსახულებას. ბავშვი ვერ ასწრებს სივრცული ხედვისა და ფერების ხედვის დიფერენცირებას. ტიპიური ფერები პაწაწინა წერტილების სახით პროეცირდება ეკრანზე, სადაც პერსპექტივის საშუალებით სივრცული სურათის ილუზიას ქმნის. ეს პროცესი არის ის რაც ხელს უშლის თვალების ჯანმრთელ განვითარებას. მაგრამ მხოლოდ ამით არ სრულდება ეს პროცესი. დანახულს აღქმაც ჭირდება, ოპტიკურ შთაბეჭდილებას ცნობიერებაში ატანა ჭირდება და ის აზრობრივად ტვინში უნდა გადამუშავდეს. ეს პროცესი ხდება ბუნებრივად აქტიური ხედვისას, მაშინ როდესაც ბავშვი აკვირდება გარემოს და ცოცხლად განიცდის სივრცესა და ფერს. ამას ემატება ის ფაქტიც, რომ კომპიუტერიდან მომდინარე ინფორმაცია ჭარბია და ბევრად აღემატება ბავშვის აღქმის შესაძლებლობებს. მომდინარე ინფორმაციას მუდმივად მისი ტვინი ვერ აღიქვამს, ამიტომ ტვინის მხრიდან გარკვეული კომპესატორული ქმედებაა - მოსული ინფორმაციის წყვეტილად მიღება. ამის გამო ბავშვს უჭირს მიზეზ-შედეგობრივად დაალაგოს მოვლენები და სრულად გაიგოს ინფორმაცია. თავის მხრივ, ეს გარკვეულ გავლენას ახდენს ტვინის ნერვული კვანძების ჩამოყალიბებაზე, რომელიც, რა თქმა უნდა ამ დროს ჩამოყალიბების პროცესშია. ტვინი ეჩვევა რომ ის მუდმივად იღებს მზა ინფორმაციას, ამიტომ გარკვეულ წილად მას, მომავალში აღარ ეძლევა თვითმყოფადი იდეების მიღებისა და განსჯის უნარი. სამაგიეროდ აქტიურად უნვითარდება კრიტიკის, შეიძლება ითქვას, არაჯანსაღი კრიტიკის უნარი ყველას და ყველაფრის მიმართ. შემოქმედებითი უნარები უკან იხევს, ძირითადად ასეთი ადამიანები ადვილად ხედავენ სხვის ქმედებაში ნაკლს, თუმცა თავად მისი ნახევარის გაკეთებაც არ შეუძლიათ!!!

ბავშვები, სხედან რა უძრავად ეკრანებთან, მოკლებულნი არიან მათი განვითარებისთვის უმნიშვნელოვანეს მოვლენას - ცოცხალ, ხალას მოძრაობას, რომლის საშუალებითაც მათ შეუძლიათ მიბაძონ ცოცხალ თუ არაცოცხალ გარემოს, გახდნენ უფრო მეტად მოხერხებულები, ისწავლონ ხეზე ძრომიალი, ოთხზე სირბილი ან ასკინკილით ხტუნვა, ისწავლონ მიწასთან ურთიერთობა - დაბარონ, დათესონ, დარგან და ა.შ. ბავშვის ორგანიზმისთვის ძალიან არაბუნებრივია უმოძრაოდ ყოფნა, მისი სხეული მუდმივ მოძრაობაში უნდა იყოს, რა თქმა უნდა ნორმის ფარგლებში და აქ არ იგულისხმება ბავშვის მუდმივი ცქმუტვა, რომელიც სულ სხვა განხილვის საგანია. ტელევიზორთან ან კომპიუტერთან უმოძრაოდ ჯდომა, შემდგომ იწვევს ბავშვის არაბუნებრივად მოუსვენარ მოძრაობებს. ეს, შეიძლება სულაც არ იყოს გადაცემის შინაარსზე დამოკიდებული, არამედ ამ დაძალადევ და არაბუნებრივ უძრაობაზე. ბავშვები ავლენენ აგრესიას, ხდებიან პრეტენზიულები, პროვოცირებენ კონფლიქტურ სიტუაციებს, უჭირთ ბავშვებთან და ასევე

უფროსებთან კონტაქტი. კითხვებზე პასუხის გაცემა, პირდაპირი, ცოცხალი ურიერთობები, თვალებში ყურება და კონკრეტულ საკითხზე ადექვატური რეაგირება(ძირითდად გრიმასებით და გაურკვეველი ბგერების გამოთქმით პასუხობენ) ან პირიქით არ გააჩნიათ დისტანციის დაცვის უნარი, ყველანაირი მოწიწებისა და რიდის გარეშე შეუძლიათ კონტაქტში შემოსვლა, შემაწუხებლადაც კი!!! მათი ინტერესი ნებისმიერი საკითხის მიმართ ზედაპირულია და უფრო დაწვრილებითი განხილვა არ აინტერესებთ!!! შესაბამისად მათი მეტყველება ხდება პრიმიტიული, რადგან მათი მიკროსოციალური სამყარო მთლიანად დაკავებულია კომპიუტერული განათლებით, წიგნთან ურთიერთობა დამღლელი და მოსაწყენია. ურჩევნიათ ადვილად აღსაქმელი მასალა, როგორიცაა დასურათებული წიგნები, კომიქსები. არადა, სწორედ წიგნს შეუძლია უკიდეგანოდ განავითაროს მისი ტვინი, ცნობიერება, აღქმა, ფანტაზია. ასეთი უნარების ადამიანი კი მომავალში აბსოლუტურად გამართული, საზოგადოებაში ინტეგრირებული, საქმიანი იქნება.

ზედაპირული და სწრაფი ინფორმაციის მიღების შედეგია ბავშვების კონცენტრაციული სისუსტე.

ასეთი ბავშვები მომავალში იჩენენ მიდრეკილებას ალკოჰოლისა და ნარკონიკების მიმართ, რადგან ისინი მიჩვეულნი არიან ნებისმიერი საქმის კეთებას მარტივად - ,,ღილაკზე ხელის დაჭერით“. სირთულეები კი აშინებთ და პრობლემებიდან გაქცევას სწორედ ასე ახერხებენ.

მათი ნების ძალები თითქმის განუვითარებელია, მიჩვეულნი არიან მზამზარეულ სურათ-ხატებს, ეკრანებთან ტკბობას, რომელთანაც მოშორება აგრესიას და ქაოტურობას იწვევს.

ეს არის ის რეალობა, რომლის განვითარების შანსი ყველა კომპიუტერთან მჯდომ ბავშვს აქვს. ბევრი მშობელი მოისმენს ან წაიკითხავს ამდაგვარ ინფორმაცია-გაფრთხილებას და გააპროტესტებს, ეჭვს შეიტანს ფაქტების სისწორეში, ჩათვლის რომ ვაზვიადებთ, ექნება მილიონი საწინააღმდეგო არგუმენტი, რომელთაგან ყველაზე აქტუალურია - ყველას რომ აქვს, ჩემ შვილს აბა არ უნდა ჰქონდეს?! სამწუხაროდ მშობლების უმრავლესობას ეჩქარებათ შვილების გაზრდა, უნდათ რომ ადრე შეიყვანონ სკოლაში, ექსტერნად ჩააბარებინონ გამოცდები, ,,ახტუნაონ“ კლასიდან კლასში და ა.შ.

ბევრი მშობელი დამეთანხმება, ბევრიც გააპროტესტებს და კითხვას დასვამს: თანამედროვე ტექნოლოგიების გარეშე როგორ განვითარდება ადამიანი?! დაგეთანხმებით რომ ჩვენი საქმიანობის სწრაფ და ხარისხიანად შესრულების საქმეში კომპიუტერი მნიშვნელოვან როლს თამაშობს, მის გარეშე ვერც კი წარმოგვიდგენია და რა თქმა უნდა ამას არავინ არ უარყოფს, მაგრამ ჩემი სურვილი არ არის ვისაუბრო კომპიუტერისა და სხვა თანამედროვე ტექნოლოგიების სასიკეთო მხარეებზე. ჩემო მიზანია მშობლებს კარგად დავანახო ბავშვებზე ტელევიზორისა და კომპიუტერის ზემოქმედების მავნე მხარეები. 12 წლმდე ბავშვს არ უნდა ჰქონდეს ურთიერთობა კომპიუტერთან, ის ცოცხალი შთაბეჭდილებებით უნდა ცხოვრობდეს. 12 წლის ზემოთ შესაძლებელია და ისიც განსაზღვრული დროით, ტელევიზორიც და

კომპიუტერიც ბავშვისთვის მიუწვდომელ ადგილზე უნდა იყოს და მოზრდილ ასაკში მასთან მიახლოება უნდა ხდებოდეს მშობლების მკაცრი კონტროლის ქვეშ.

რაც უფრო დარწმუნებულები არიან მშობლები თავის სიმართლეში მით უფრო ადვილად მისაღწევია სასურველი შედეგი. მშობლებს ნამდვილად უნდა ჯეროდეთ რომ უტელევიზორობით და კომპიუტერის გარეშე მათ შვილს არაფერი არ დააკლდება, პირიქით მისი განვითარება უფრო ბუნებრივი გზით მოხდება. მე ამ შემთხვევაში არ ვგულისხმობ მშობლების გარეშე განვითარებას. ჩვენ, მშობლებს უდიდესი პასუხისმგებლობა გვაკისრია, რადგან მათ დედამიწაზე მოსვლის საშუალება მივეცით, კეთილი უნდა ვინებოთ და ყველაფერი გავაკეთოდ მათი ჯანსაღი აღზრდისთვის (,,ჯანსაღი აღზრდა“ სადისკუსიო თემაა!!!).

გასაგებია, რომ ოჯახი ვერ იქნება ტელევიზორისა და კომპიუტერის გარეშე. თანამედროვე ადამიანისათვის ამ ნივთებს, განსაკუთრებით კომპიუტერს, სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვთ. ამიტომ სასურველია ისინი ბავშვისთვის მიუწვდომელ ადგილზე გვქონდეს. 12- დან 15 წლის შუალედში, როდესაც ბავშვში ნებისა და გრძნობის გარკვეული ეტაპები განვითარებულია, შესაძლებელია გარკვეული დათმობები. მინდა აღვნიშნო, რომ თითოეული შემთხვევა ინდივიდუალურია და ცალკეულ განხილვას მოითხოვს.

პედიკულოზი



პატარა მცოცავი არსება არცთუ მარტივად ვითარდება. ზრდასრულ ტილად რომ ჩამოყალიბდეს, სამი ეტაპის გადალახვა უწევს: ჯერ კვერცხში გამომწყვდეულია მიკრული თმაზე, შემდეგ მოკრძალებული ზომის ნიმფად იქცევა, ბოლოს კი მოსუქებულ ტილად. მდედრი ტილი კვერცხებს თმის ღერებზე, თავის კანის ახლოს დებს. მოყვითალო-მოთეთრო ფერის წილებად წოდებული კვერცხები ხშირად ქერტლს ან გამომშრალი ჟელეს ნაფიფქს ჩამოჰგავს და აღმოჩენაც ამიტომ არის რთული.

8-9 დღეში კვერცხიდან ნიმფა იჩეკება, რომელიც 9-12-დღიანი ინტენსიური სისხლის წოვის შემდეგ ზრდასრულ ტილად იქცევა. მდედრი პარაზიტი მამრზე დიდია და ერთ ჯერზე 6-მდე კვერცხს დებს. საზოგადოდ, ტილი 30 დღემდე ცოცხლობს, ხოლო თუ თმიდან ჩამოვარდება, 1-2 დღე თუ გაძლებს. ტილები დღეში რამდენჯერმე იკვებებიან და თითო ჯერზე 0,7-1,6 მკგ-მდე სისხლს წოვენ. კბენა უმტკივნეულოა, მაგრამ პარაზიტის ნერწყვი ნერვულ დაბოლოებებს აღიზიანებს და ქავილსაც სწორედ ეს იწვევს. გამორიცხული არ არის, ქავილის დროს ნაკბენში ინფექცია შეიჭრას და დაჩირქდეს. მეტისმეტად დატილიანებულ ბავშვს შესაძლოა კონიუნქტივიტიც (თვალის ლორწოვანი გარსის ანთება) კი განუვითარდეს და შესაძლებელია სიცხემაც აუწიოს.
ტილები, მრავალი პარაზიტისგან განსხვავებით, ავადმყოფობას არ ავრცელებენ. მიუხედავად ამისა, მათი მოცილება აუცილებელია, რადგან შესაძლოა თავის კანის ძლიერი გაღიზიანება და ალერგიული რეაქცია გამოიწვიოს.

პარაზიტი მჭიდრო კონტაქტის შედეგად გადაედება. ის არც ხტუნავს და არც დაფრინავს, მხოლოდ დაღოღავს, მაგრამ საკმაოდ მკვირცხლია და საკმარისია, ბავშვებმა თავები მიადონ ერთმანეთს, რომ თმის ერთი ბუჩქიდან მეორეზე შესაშური სიმარდით ძვრება. დატილიანებული ბავშვის ტანსაცმლიდან (ქუდიდან, პალტოდან) და სხვა საგნებიდან (სავარცხლიდან, პირსახოციდან) პარაზიტის გადადება ძალიან იშვიათია. პედიკულოზის დროს ბავშვი გამუდმებით იქავებს თავს, განსაკუთრებით ყურის უკანა მიდამოს, უჭირს ძილი, რადგან ტილები ღამით აქტიურდებიან, თავზე აქვს შეგრძნება რაღაც დაცოცავს, თმის გადაწევისას შეიმჩნევა ნაკაწრები, რომელიც შეიძლება დაჩირქდეს ძაღლები, კატები და, საზოგადოდ, ცხოველები ტილების გავრცელებაში არავითარ მონაწილეობას არ იღებენ.
პედიკულოზი არც ისე ძნელი დასამარცხებელია. ტილების საწინააღმდეგო პრეპარატები, პედიკულოციდები, ნებისმიერ აფთიაქშია. ზუსტად უნდა შესრულდეს თითოეული წამლის ინსტრუქცია, დაცული უნდა იყოს ტანსაცმლისა და ლოგინის ჰიგიენა.

კითხვები;
1. რა არის პედიკულოზი?

2. ჩამოთვალეთ პარაზიტის განვითარების ეტაპები;

3. ჩამოთვალეთ სამკურნალო და პროფილაქტიკური ღონისძიებები;

კანის პრობლემები



ახალშობილთან ხშირად გვხვდება შორისის მიდამოს გამოყელვა, რაც პამპერსის მოხმარებით შეიძლება იყოს გამოწვეული. პამპერსი ძალიან კომფორტულია მისი გამოყენება რეკომენდირებულია. ბევრი ბავშვი კარგად ეგუება მას, მაგრამ ბავშვების გარკვეული რაოდენობისთვის ის დისკომფორტს ქმნის. ამ დისკომპორტს **საფენისმიერი დერმატიტი** ჰქვია - კანის ანტებითი დაზიანება, რომელიც პამპერსით დაფარულ ადგილას ვითარდება. ეს არის - დუნდულოები, ბარძაყის ნაკეცები, გარეთა სასქესი ორგანოები. ამ ადგილებში ვითარდება წითელი გამონაყარი შეშუპებით. ბავშვი ჭირვეულობა, როდესაც ამ ადგილებზე ეხებიან. დერამტიტი ყველა ასაკში შეიძლება განვითარდეს, მაგრამ უპირატასედ წლინახევრამდე, განსაკუთრებით 8-10 თვის ასაკში.

დერამტიტის განვითრებაში მხოლოდ პამპერსს არ მიუძღვის ბრალი. ასეთი სხვა მიზეზია: ხშირი შარდვა და დეფეკაცია,

კვების ხასიათი, განსაკუთრებით ახალი საკვების მიღება, რის შედეგადაც იცვლება ფეკალური მასების შემადგენლობა და კანიც ადვილად ღიზიანდება. თუ ბავშვი ბუნებრივ კვებაზეა შესაძლებელია დერმატიტი დედის მენიუში ცვლილების შეტანამაც გამოიწვიოს.

კანის მხრიდან გაღიზიანება შეიძლება გამოიწვიოს ბავშვის ტანსაცმლმა, რომელიც ხელოვნური მატერიითაა შეკერილი და ჩვეულებრივი სარეცხი საშუალებებით ირეცხება. დერმატიტის განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს კანის მოსავლელი კოსმეტიკური საშუალებები.

პამპერსის ქვეშ შესანიშნავი პირობებია ბაქტერიული და სოკოვანი ინფექციის განვითარებისთვის - გახეხილი კანი (რომელშიც ინფექცია იოლად აღწევს), ნესტი და სითბო. ინფექციის შეჭრის ადგილას კანი შეწითლებული და მტკივნეულია.

კანის გაღიზიანებას პამპერსის ქვეშ იწვევს ანტიბიოტიკების გამოყენებაც.



ნაოფლი, ნასიცხი, ჩახუთული კანის სინდრომი – სამივე სინონიმი იმ მდგომარეობას აღნიშნავს, რომელსაც საოფლე სადინარების დაცობა იწვევს. მილია (ასე უწოდებენ ამ ტიპის გამონაყარს) კანის ჩახუთვის შედეგად ჩნდება, უმეტესად ზამთარში. ის ორნაირია. პირველი გამჭვირვალე სითხით სავსე წვრილი ბუშტუკები, სახეს, კისერსა და სხეულის ზედა ნაწილს ეფინება; ბუშტუკები სკდება და მათ ადგილას აქერცლილი უბნები რჩება, რომლებიც მალევე შუშდება. მეორე წვრილ-წვრილ ბუშტუკებს გარს მოწითალო კანი აკრავს. ასეთი გამონაყარი უპირატესად კისრისა და საზარდულის ნაკეცებში და იღლიის ფოსოში ჩნდება. გაღიზიანებულ გამონაყარით დაფარულ კანს განსაკუთრებული მოვლა სჭირდება, რადგან მასში იოლად იჭრება ინფექცია. თუ ეს უკვე მოხდა (ბუშტუკები ჩირქით ამოივსო, გარშემო კანი მეტისმეტად შეწითლებული, მტკივნეული, შეშუპებული და შემკვრივებულია), ექიმი ალბათ ანტიბიოტიკის გამოყენებას გირჩევთ.

საოფლე ჯირკვლებთან ერთად კანში მიმოფანტულია ცხიმის ჯირკვლებიც. სწორედ მათი თავმოყრის ადგილებში იჩენს თავს **სებორეული დერმატიტი**. ამ დროს კანის ზედაპირული შრე იქერცლება. ამას ემატება ცხიმის ჭარბი გამოყოფაც, რაც საბოლოოდ კანს არცთუ სასიამოვნო შესახედაობას აძლევს.
სებორეული უბნები უმთავრესად თავის კანზე ჩნდება: თავის ქალას თმიან ნაწილზე, შუბლზე, წარბების, ცხვირისა და ლოყის კუთხეებში, ყურს უკან, სასმენი მილის შესასვლელთან... ზოგჯერ – სახესა და სხეულის ზედა ნაწილებზეც. ის უპირატესად 6 თვემდე აწუხებს ბავშვს, მერე კი თანდათან ქრება.
სებორეული დერმატიტი სხვადასხვა ხარისხისაა. მსუბუქი ფორმის შემთხვევაში კანის მცირე უბნებია აქერცლილი და შეწითლებული. მსუბუქი სებორეული ცვლილებების შედეგად ქერცლი კანის უფრო მოზრდილ უბნებს ფარავს და ქავილს იწვევს. მძიმე ფორმის დროს

ცვლილებები შესამჩნევად არის გამოხატული და მკურნალობის მარტივი მეთოდები (კოსმეტიკური ზეთის გამოყენება, ხშირი დაბანა...) აღარ ჭრის.

მსუბუქი სებორეული დერმატიტის დროს თავის თმიანი ნაწილიდან აქერცლილი კანის მოცილება აუცილებელია (თუმცა გავრცელებულია წარმოდგენა, თითქოს თავზე სებორეული ქერცლი თავისთავად უნდა გაქრეს. მას ხშირად დიათეზსაც უწოდებენ). ამისათვის შემთბარი ზეთი აქერცლილ კანზე წავუსვათ, 1-2 საათი გავაჩერეთ და რბილი ჯაგრისით ან სავარცხლით ჩამოვწმინდოთ. შემდეგ ბავშვს თავი სპეციალური დამარბილებელი შამპუნით დავბანოთ.

კითხვები:

1. რა შეიძლება გამოიწვიოს პამპერსის ხმარებამ?
2. რა არის დერმატიტი?
3. რა კლინიკური ნიშნები აქვს დერმატიტს?
4. ჩამოთვალეთ კანის დაზიანების სხვა ფორმები.



ლიმფატური ბავშვები



ლიმფატიზმის თვალშისაცემი ნიშანია „პოლიპები“ ცხვირში, ნუშურა ჯირკვლების გადიდება, მუდმივად დაღებული პირი (აგრეთვე ღამით), ქრონიკული სურდო, ხვრინვა, ხმის ტემბრის შეცვლა, სმენის დაქვეითება. ყოველივე ზემოთ ჩამოთვლილს ხშირად ემატება კისრის ლიმფური ჯირკვლების შესიება. ეს სიმპტომები მეტწილად დაკავშირებულია ბავშვის კონსტიტუციასთან, ე. ი. მემკვიდრეობით განპირობებულ „სხვაგვარობასთან“. ამიტომაც არის, რომ ხანგრძლივი მკურნალობის შემდეგაც კი ხშირად სამკურნალო ეფექტის მიღება მხოლოდ ნაწილობრივ არის შესაძლებელი.

არ იქნება სწორი რომ დავეთანხმოთ იმ აზრს, თითქოს ნუშურა ჯირკვლებისა და „პოლიპების“ გადიდების დროს ყოველთვის რეკომენდირებულია ქირურგიული ჩარევა. ამ თვალსაზრისს ხშირად ამართლებენ იმით, რომ ამ პრობლემის კონსერვატული მკურნალობის

შესაძლებლობები მწირია, თანაც რადგან ბავშვი ხშირად ავადმყოფობს, უმჯობესია რადიკალური ქმედება - ქირურგიული ჩარევა.

ლორწოვანი გარსებისა და ლიმფური კვანძების ეს გაჯირჯვება ასაკის მატებასთან ერთად უკან იხევს და ავადობის სიხშირეც კლებულობს. თუმცა, ვიდრე ეს ფიზიოლოგიურად მოხდება, საჭიროა ამ პრობლემასთან დაპირისპირება, რადგან სუნთქვის დარღვევა და ამასთან დაკავშირებული სმენის დაქვეითება ბავშვის განვითარების შემაფერხებელი შეიძლება გახდეს.



ამ პრობლემატიკით ბავშვები ხშირად ყელ-ყურ-ცხვირის ექიმთან ხვდებიან, თუმცა პედიატრისთვისაც არ არის ძნელი სპეციალური ხელსაწყოთი (ხშირად შეუიარაღებელი თვალითაც) ცხვირის ღრუში „პოლიპების“ აღმოჩენა და ამ კონსტიტუციური პრობლემის კონსერვატული მკურნალობა.

ლიმფატური ბავშვების დახმარება, ისევე როგორც ბავშვთა ასაკში ნებისმიერი დაავადების მკურნალობა, ძალზედ ეფექტურია ბუნებრივი სამკურნალო საშუალებებით.

მშობლებსაც ბევრი რამის გაკეთება შეუძლიათ ასეთი ბავშვებისათვის:

კვების კორექცია - რაციონში ტკბილეულისა და ლიმონათის, ასევე თეთრი ფქვილის პროდუქტების შემცირება და ბოსტნეულისა და ხილისათვის უპირატესობის მინიჭება.

პროცედურები - კვირაში სამჯერ ზღვის მარილის აბაზანები, დღეში ორჯერ ორთქლის ინჰალაციები, მარილიანი წყლით ცხვირის გამორეცხვა, დღეში სამჯერ შვიტას ან სალბის ჩაის მიცემა დასალევად, საღამოს კი მდოგვის საფენები ფეხის გულზე ან მდოგვის ფხვნილიანი (1 ს.კ. - 10 ლ წყალზე) ფეხის აბაზანები, 5 კვირის განმავლობაში. თუ შედეგი უმნიშვნელოა, სასურველია კურსობრივი მედიკამენტოზური მკურნალობა ამბულატორიულად, როგორც ადგილობრივი - ცხვირის წვეთებისა და საცხის სახით, ასევე ზოგადი - კოწახურის, კვრინჩხის, კვარცის ანთროპოსოფიული და ჰომეოპათიური მეთოდით დამზადებული მედიკამენტებით, ასევე ვიყენებთ გენციდო-ს(gencydo -კომშისა და ლიმონის კომპოზიცია) საინჰალაციოდ.

გარდა მედიკამენტოზური მკურნალობისა, კონსტიტუციური პრობლემების კორექციითვის ძალზედ ეფექტურია მკურნალობაში ევრითმიული ვარჯიშების ჩართვა.

დადებითი შედეგი როგორც წესი გარდაუვალია.

ძალიან იშვიათად, უკიდურეს შემთხვევაში ნაჩვენებია ოპერაციული ჩარევა, თუმცა ნუშურა ჯირკვლების ამოკვეთით ორგანიზმს ვაცილებთ დაავადებასთან დაპირისპირების ორგანოს,

ხოლო „პოლიპების“ ზრდა ამოკვეთის შემდგომაც იჩენს თავს, აქედან გამომდინარე, კონსერვატული მკურნალობის აუცილებლობა ოპერაციის შემდგომაც დგას.

კითხვები:

1. რას ნიშნავს ლიმფატური ბავშვი?
2. რა დაავადებებისაკენ აქვს ლიმფატურ ბავშვს მიდრეკილება?
3. რა ღონისძიებების ჩატარებაა საჭირო სამკურნალოდ და პროფილაქტიკისთვის?



მწვავე ფარინგოტონზილიტი

მწვავე ფარინგოტონზილიტი ხახისა და ნუშურების ლორწოვანი გარსის მწვავე ანთებაა

ამ დაავადების დამახასიათებელი სიმპტომებია: - ყელის ტკივილი, სიმშრალე, ფხაჭნის შეგრძნებას, ტკივილი ყლაპვის დროს – ბავშვები სამი წლის ასაკიდან გვაგებინებენ, რომ მას ყელი ტკივა.
მწვავე ფარინგოტონზილიტს უმეტესად – გრიპის ან სხვა რესპირაციული დაავადების გამომწვევი ვირუსი იწვევს. ამ დროს ანტიბიოტიკების ხმარება არამცთუ უშედეგო, მავნებელიც კია. ჯერ ერთი, დადგენილია, რომ ვირუსული ინფექციის დროს ანტიბიოტიკის გამოყენება არ ცვლის დაავადების ხანგრძლივობასა და სიმძიმეს, არ ამცირებს გართულების ალბათობას. თანაც მთელ მსოფლიოში საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთ ყველაზე დიდ პრობლემად ანტიბიოტიკების მიმართ რეზისტენტული (გამძლე) ბაქტერიების გაჩენას ასახელებენ. რაც უფრო ხშირად და არასწორად გამოვიყენებთ ასეთ წამლებს, მით უფრო მეტია ალბათობა, მომდევნო ჯერზე დაავადება უფრო ჯიუტმა და ძნელად სამკურნალო მიკრობებმა გამოიწვიონ, თანაც ამ დროს ახლობლებს სწორედ გამძლე ბაქტერიებს გადავდებთ. თუმცა პროცესის გახანგრძლივების შემთხვევაში აუცილებელი შეიძლება იყოს ანტიბიოტიკის დანიშვნა, მაგრამ ეს აუცილებლად ექიმმა უნდა გადაწყვიტოს.

ვირუსული ეტიოლოგიისა, თუ ყელის ტკივილს თან სდევს ხველა ან სურდო, ფაღარათი, თვალის ლორწოვანის გაწითლება (კონიუქტივიტი), პირის ღრუში წყლულების გაჩენა (სტომატიტის), სიცხე 38°C-ს არ აღემატება, ბავშვი სამ წელზე უფროსი ასაკისაა და თავს მეტ-ნაკლებად კარგად გრძნობს - საშიში არ არის, შეგიძლიათ, თავს სიმშვიდის უფლება მისცეთ. მაგრამ 38°C-ზე მეტი სიცხე, ყბისქვეშა ლიმფური კვანძების გადიდება, ნუშურების გადიდება და მათზე თეთრი ნადების გაჩენა დაავადების ბაქტერიულ წარმოშობაზე მიუთითებს და დამატებითი ზომებია მისაღები.
ბაქტერიული ეტიოლოგიის ფარინგოტონზილიტი - ეს უკვე გართულებული ფორმაა და შესაძლებელია დაერთოს დამატებითი სიმპტომები, როგორიცაა:

- გაძნელებული ჩასუნთქვა;
- გაძლიერებული ნერწყვდენა;
- სუნთქვის გახშირება;
- ხმის ტემბრის დადაბლება;
- კისრის კუნთების ისე გამაგრება, რომ თავის დახრა ჭირს;
- კისრის სიწითლე.

მსგავს სიტუაციებში დროის დაკარგვას შეიძლება მძიმე შედეგი მოჰყვეს. სასწრაფოდ, შემდგომი გადაწყვეტილებები მკურნალობის შესახებ უნდა მიიღოს ექიმმა!!!

კითხვები:

1. რა არის ნაზოფარინგიტი?
2. რა იწვევს ნაზოფარინგიტს?
3. რა სიმპტომატიკა ახასიათებს ნაზოფარინგიტს?
4. შეიძლება თუ არა ბაქტერიული წარმოშობის იყოს ნაზოფარინგიტი?
5. გართულების შემთხვევაში რა დამატებითი სიმპტომებია?

http://old.aversi.ge/main_jurnal.php?lang=geo&id=1275&cat_id=2

დისბაქტერიოზი

პირველი წელი ბავშვის ცხოვრებაში განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. ახალშობილებთან ერთ-ერთი მთავარი პრობლემა სწორედ რომ მუცლის ტკივილია, რაც ბავშვის აღზნებადობასა და უმადობას იწვევს. ამ დროს ხდება ყველა ორგანოსა და სისტემის, მათ შორის – საჭმლის მომნელებელი სისტემის, ჩამოყალიბება, მშობლებმა და პედიატრმა კი შეიძლება ამ პროცესს ხელი შეუწყონ ან შეუშალონ. უყურადღებობა, რა თქმა უნდა, დაუშვებელია, რადგან მცირე გადახრა ერთი-ორი თვის შემდეგ შესაძლოა სერიოზულ პრობლემად იქცეს.

ნაწლავებში უამრავი მიკრობი ცხოვრობს. მათი ცხოველქმედება დიდ გავლენას ახდენს ჯანმრთელობაზე. სასარგებლო ბაქტერიები მონაწილეობენ B და K ვიტამინების სინთეზში, ნახშირწყლებისა და ცხიმების ცვლაში, იმუნურ რეაქციებში. მათი რაოდენობის შემცირება კი არასასურველი, დაავადების გამომწვევი ბაქტერიების გამრავლებას იწვევს. ეს ხელს უშლის მონელების პროცესს, ნაწლავთა მოქმედებას, ვიტამინების სინთეზს. ნაწლავებში გროვდება აირები, ტოქსიკური ნივთიერებები. კლინიკურად ასეთი დარღვევა მუცლის შებერვით, ნაწლავთა აშლილობით ან შეკრულობით, მუცლის ტკივილით ვლინდება. ამ სიმპტომებს ხშირად სდევს თან სწრაფად დაღლა, თავის ტკივილი, უმადობა, კვების დარღვევა. აღნიშნულ პათოლოგიას დისბაქტერიოზს ვუწოდებთ, თუმცა დასავლელი ექიმების საუბრობენ გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომზე - როცა ადამიანი ფაღარათს ან ყაბზობას უჩივის, მაგრამ ნაწლავთა ანთება არ დასტურდება, ოღონდ ეს დიაგნოზი უმთავრესად მოზრდილებსა და უფროსი ასაკის ბავშვებს ეხება, ახალშობილებსა და ჩვილებს ასეთ დიაგნოზს არ უსვამენ. მიახლოებით პასუხს გვაძლევს განავლის ანალიზიც დისბაქტერიოზზე და ამავე მიზნით ჩატარებული განავლის საერთო ანალიზიც, რადგან ამ კვლევათა შედეგები მრავალ ფაქტორზე, მათ შორის – წინა საღამოს მიღებულ საკვებზეც არის დამოკიდებული. და მაინც – თუნდაც დისბაქტერიოზის ცალკე დაავადებად გამოყოფა საკამათო იყოს, ნაწლავთა ნორმალური მიკროფლორის ჩამოყალიბებაზე მაინც უნდა ვიზრუნოთ. სიცოცხლის პირველ საათებში ახალშობილის ნაწლავები სტერილურია. შემდეგ იქ მიკრობები სახლდებიან. თანდათან ნაწლავებში გაბატონდება რომელიმე ერთი სახეობის ფლორა: ბუნებრივი კვების დროს – წესისამებრ, ბიფიდობაქტერიები, ხოლო ხელოვნური კვების დროს – კოლიბაქტერიები. ეს უკანასკნელნი, ჩვეულებრივ, არ იწვევენ დაავადებას.

ნაწლავურ ფლორაზე გავლენას ახდენს კვების წესი – უჯრედისით მდიდარი საკვები (ხილი და ბოსტნეული) ხელს უწყობს ნაწლავებში ბიფიდობაქტერიებისა და ლაქტობაქტერიების გამრავლებას, ცილებით მდიდარი კი, პირიქით, ხელს უშლის. ნაწლავთა ნორმალური მიკროფლორის ჩამოყალიბებისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ანტიბიოტიკების მართებულ გამოყენებას. უნდა გვახსოვდეს, რომ ანტიბიოტიკი დაავადების გამომწვევებთან ერთად სასარგებლო ბაქტერიებსაც ანადგურებს, რომელთა აღდგენას საკმაო დრო და ძალისხმევა სჭირდება.

კითხვები:

1. რატომ ვითარდება დისბაქტერიოზი?
2. რა ჩივილები არსებობს დისბაქტერიოზის დროს?
3. აქვს თუ არა მნიშვნელობა კვების ხასიათს და რეჟიმს?

http://old.aversi.ge/main_jurnal.php?lang=geo&id=1308&cat_id=2

http://www.mkurnali.ge/gastroenterologia/2327-2010-12-25-19-35-26.html



ჰელმინთოზები

პარაზიტებით ინვაზია უმეტესად ორიდან რვა წლამდე ასაკის პატარებს შორის გვხვდება. ეს არის ის ასაკი,როდესაც თითქმის ყველა ბავშვს აქვს პრობლემა. პარაზიტული დაავადებებიდან ყველაზე მეტად გავრცელებულია ლამბლიოზი, ენტერობიოზი და ასკარიდოზი, რომლებსაც ნაწლავში მობინადრე პარაზიტები იწვევს.

ყველა პარაზიტი ორალურ-ფეკალური გზით ვრცელდება. ჭიები გარემოში განავლოვან მასებთან ერთად გამოიყოფა, ხვდება ხილზე, ბოსტნეულზე, ნივთებზე, იქიდან კი — ბავშვის ორგანიზმში.

პარაზიტული დაავადებების კლინიკური სურათი მრავალფეროვანია: მაღალი სიცხე, დიარეა, ღებინება, უმადობა, უხალისობა, თავის ტკივილი, თავბრუხვევა, მუცლის ტკივილი. როცა ბავშვი უხალისოდ არის, სტკივა მუცელი, არ აქვს მადა, ფერმკრთალია, უხვად სდის ოფლი, ცუდად სძინავს, ძილში კბილებს აკრაჭუნებს, ჰიპერსალივაციის (გაძლიერებული ნერწყვდენის) გამო დილაობით ბალიში სველი აქვს, იქავებს უკანა ტანს, რაც ენტერობიოზისთვის არის დამახასიათებელი, მაგრამ არ ჩანს არც ერთი ხელმოსაჭიდი სიმპტომი, რომელიც სომატური პათოლოგიის არსებობას გვაფიქრებინებს, — პარაზიტების არსებობა უნდა ვიეჭვოთ და მიმართოთ ექიმს. სჯობს, ანალიზით დადგინდეს პარაზიტის სახეობა და შეირჩეს შესაბამისი

პრეპარატი სათანადო დოზით, ვიდრე ალალბედზე დავნიშნოთ წამალი, რომელიც შედეგს ვერ გამოიღებს. თუმცა ანალიზით დიაგნოზის დადასტურება არ არის ადვილი, ყოველთვის არ ხდება პარაზიტის აღმოჩენა. ეს შეიძლება დამოკიდებული იყოს პარაზიტის განვითარების ციკლზე - არადა სახეზე არის ტიპიური კლინიკური სურათი.
ანალიზი უნდა გაკეთდეს ზედიზედ სამჯერ, ერთი კვირის შემდეგ კი — კვლავ სამჯერ. თუ პასუხი ყველა შემთხვევაში უარყოფითი აღმოჩნდა, 90%-იანი ალბათობით შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ინვაზია გამორიცხულია და სხვა პრობლემაა საძიებელი.ბავშვის სასარგებლოდ ამ საკითხის გადაჭრა უნდა მივანდოთ ექიმს!!! მკურნალობის შემდეგ რეციდივი ძალიან ხშირია. ჰელმინთოზს იმუნიტეტი არ ახასიათებს, თუ ჰიგიენის დაცვა ვერ მოვახერხეთ, ვერც ერთი პრეპარატი ვერ მოგვცემს რეციდივის თავიდან აცილების გარანტიას - დიდია ალბათობა, ჰელმინთოზი გამეორდეს, თუნდაც ერთი თვის შემდეგ.

კითხვები:

1. რა არის ჰელმინთოზი?
2. რომელ ასაკში ვითარდება ჰელმინთოზი?
3. ჩამოთვალეთ პარაზიტის განვითარების ციკლის ფაზები?
4. რა პროფილაქტიკური ღონისძიებები არსებობს?

http://old.aversi.ge/main_jurnal.php?lang=geo&id=1169&cat_id=2

http://trotilo.jimdo.com/2015/12/20/%E1%83%B0%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%9B%E1%83%98%E1%83%9C%E1%83%97%E1%83%9D%E1%83%96%E1%83%98-%E1%83%91%E1%83%90%E1%83%95%E1%83%A8%E1%83%95%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98/

ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა



მთელ მსოფლიოში ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა პირველ ადგილზე დგას საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის თანდაყოლილ ორთოპედიულ დეფორმაციებს შორის. მენჯის თავისებურების გამო ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა გოგონებს შორის 5-7-ჯერ უფრო ხშირია, მეცნიერები ირწმუნებიან, რომ პირველადი, თანდაყოლილი ამოვარდნილობა იშვიათია. მეტწილად თანდაყოლილია მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია ანუ განუვითარებლობა, რომელიც აღზრდის, ადათ-წესებისა თუ კლიმატური პირობების გავლენით თანდათან ამოვარდნილობაში გადაიზრდება. ბავშვებს, რომლებიც ჯანმრთელი მენჯ-ბარძაყის სახსრით იბადებიან, ვერც კლიმატური პირობები ვნებთ და ვერც აკვანი.

თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ყველაზე ხშირი სიმპტომია ,,ტკაცანის" სიმპტომი ბარძაყის გაშლისას, ბარძაყზე კანის ნაკეცების ასიმეტრია, კიდურის დამოკლება და მისი გარეთა როტაცია. აღნიშნული სიმპტომები მუდმივი არ არის; საბოლოო დიაგნოზის დადგენა ხდება რენდგენოლოგიურად, რომლითაც ვლიდება ტაბუხის ბუდის გამოხატული განუვითარებლობა და ბარძაყის ძვლის პროქსიმალური ნაწილის გადანაცვლება გარეთ და ზევით. ამით ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა განსხვავდება მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიისაგან, რომლის დროსაც ბარძაყის ცდომა არ აღინიშნება.

აკვნის ნაკლი ის არის, რომ მასში მწოლ ბავშვს კიდურები მოზიდული აქვს, ფეხებს შორის კი შიბაქი უდგას, რომელსაც, ამასთანავე, საფენში ახვევენ, ბავშვს რბილი ქსოვილები არ დაეჟეჟოსო. ამგვარად, შიბაქი ბერკეტის როლს ასრულებს. თავდაპირველად დისპლაზიური სახსრიდან ბარძაყის თავი გარეთ გამოდის. მერე და მერე, ბავშვის ზრდის კვალდაკვალ, კუნთოვანი სისტემაც ძლიერდება და კუნთების შეკუმშვის გამო ბარძაყის თავი მაღლა აინაცვლებს, ხოლო როცა ბავშვი სიარულს იწყებს, ის კიდევ უფრო ზევით მიიწევს, ვიდრე თეძოს ძვალს არ მიეყრდნობა.

ჩვილს თავისუფლად უნდა ჩააცვათ. ბარძაყის ამოვარდნილობის პროფილაქტიკას თანამედროვე საფენებიც ახდენს, რომლებიც ფეხებს განზიდულ მდგომარეობაში. ვერ ნახავთ ბოშას, ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა რომ ჰქონდეს. რა თქმა უნდა, დისპლაზიით ისინიც იბადებიან, მაგრამ თვითგანკურნებას იმით ეწევიან, რომ ფეხებგაწეულ ბავშვს ზურგზე შემოისვამენ და ისე დაატარებენ.

პედიატრთან კონსულტაციაზე მისული დედები იღებენ რეკომენდაციას, რომ ბავშვს, საფენის გამოცვლის დროს ან მის გარეშეც, გაუვარჯიშონ ქვედა კიდურები, ფაქიზი, ყოველგვარი ძალდატანების გარეშე წრიული მოძრაობებით შიგნიდან გარეთ, ანუ ორივე ფეხზე

ერთდროულად და ერთმანეთისგან საპირისპირო მიმართულებებით. პედიატმა უნდა დაგეგმოს ორთოპედთან კონსულტაცია!!!

ბარძაყის თანდაყოლილი დისპლაზია (განუვითარებლობა) არის თანდაყოლილი დეფორმაცია, რომელიც გამოწვეულია მენჯ-ბარძაყის სახსრისა და მისი ცალკეული ელემენტების განუვითარებლობით.

მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია პათოლოგიაა, რომელიც ადვილად ემორჩილება კორექციას, თუ სათანადო ღონისძიებები სამშობიარო სახლშივე ჩატარდა. ახალშობილის თავისუფალი ჩაცმა და განიერი საფენი უმეტესად საკმარისია ამ პრობლემის მოსაგვარებლად. ცნობილია, რომ ბოშებსა და ზოგიერთ სხვა ეთნიკურ ჯგუფში მენჯ-ბარძაყის სახსრის ამოვარდნილობა არ გვხვდება. მიზეზი მარტივია: ტრადიციისამებრ, ქალები ბავშვებს ზურგზე შემოისვამენ და ისე დაატარებენ, ასეთ პოზაში კი, როდესაც ბავშვს ფეხები ფართოდ აქვს გაშლილი, დისპლაზია თავისთავად იკურნება.

სიმძიმის მიხედვით არჩევენ მენჯ-ბარძაყის სახსრის განუვითარებლობის 3 ხარისხს:

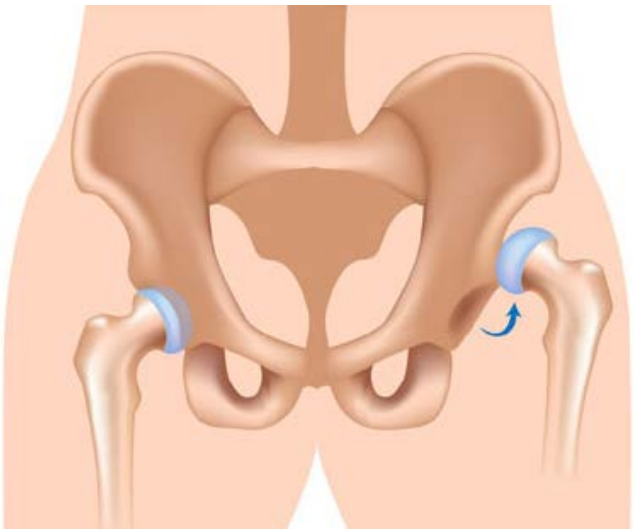
- დისპლაზია - ამ დროს ბარძაყის თავი ტაბუხის ფოსოშია, მაგრამ განუვითარებელია სახსრის ელემენტები;
- ქვეამოვარდნილობა - ამ დროს ტაბუხის ფოსოს გარეთაა ბარძაყის თავი და სახსრის ელემენტები განუვითარებელია;
- ამოვარდნილობა - ამ დროს ბარძაყის თავი სრულად გარეთაა ტაბუხის ფოსოდან და სახსრის ელემენტები განუვითარებელია;

მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის საეჭვო ნიშნებია:

- ბარძაყის წინა და უკანა ზედაპირზე ნაოჭების ასიმეტრია ანუ ნაოჭების არათანაბარი რაოდენობა;
- მენჯ-ბარძაყის სახსარში განზიდვის შეზღუდვა;
- დაგვიანებით დაწყებული სიარული (1,5 წლის ასაკში).

ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის კლინიკური ნიშნებია:

-
- ამოვარდნილი ქვედა კიდურის სიმოკლე;
- ამოვარდნილი ქვედა კიდურის გარეთ შებრუნება ანუ როტაცია;
- დაცურების ნიშანი - მუხლის სახსარში მოხრისას და მენჯ-ბარძაყის სახსარში განზიდვისას;
- ბარძაყის თავი ხმაურით ჩადის ტაბუხის ფოსოში (ეს სიმპტომი გვხვდება 1-დან 3 თვემდე ასაკში).



მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის დროს მკურნალობის დაწყება რაც უფრო ადრე დაიწყება შედეგიც ადვილად დადგება. მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მდებარეობით მკურნალობას, მასაჟსა და სამკურნალო ვარჯიშებს.

მდებარეობით მკურნალობაში შედის არტაშანის დადება, რომელსაც ანხორციელებს ექიმი-ორთოპედი. თუ, ბავშვის მდგომარეობის მიხედვით, არ არის საჭირო არტაშანის დადება, მაშინ უნდა გაკეთდეს ფართე გადახვევა საფენებით: რამოდენიმეჯერ გადაკეცილი ორი საფენი თავსდება ბავშვის ფეხებს შორის, ამ დროს მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში კიდურები მოხრილია და გვერდებზე განზიდული 60-80^0-ით, მესამე საფენით ან პამპრსით ან სარვლით ვაფიქსირებთ ბავშვის მდებარეობას. ზოგადად დიდი ზომის საფენის ხმარება რეკომენდირებულია ყველა ბავშვისთვის, რადგან ფეხები განზიდულ მდგომარეობაში ქმნის მენჯ-ბარძაყის სახსრის სწორი პოზიციის ჩამოყალიბების შესაძლებლობას. სწორი გადახვევა შესაძლებელია სამშობიაროდან დავიწყოთ და გაგრძელდეს 3-4 თვის ასაკამდე. ასევე, მნიშვნელოვანია, თუ როგორ გვიჭირავს ბავშვი: ბავშვი გვიჭირავს მიკრული სხეულზე, რომელსაც ფეხები მაქსიმალურად აქვს განზიდული და შემოხვეული ჩვენს სხეულზე. ხშირად მშობლები ბავშვს განზიდული ფეხებით თეძოზე შეოჯენენ ხოლმე, რაც რეკომენდირებული არ არის, რადგან ამ დროს ბავშვის მდებარეობა არასიმეტრიულია. შესაძლებელია ასევე, კენგურუს გამოყენება, რომელსაც აქვს მტკიცე საზურგე, მაგრამ დიდი ხნიტ არ არის სასურველი, რადგან ამან შეიძლება გამოიწვიოს ტერფების არასწორი ფორმირება.

კისერმრუდობა კისრის დეფორმაციაა. ამ დროს თავი დახრილია ცალ მხარეს და ოდნავ უკან არის მიბრუნებული. კისერმრუდობა უმეტესად ცალმხრივია. ორმხრივი ფორმა იშვიათია. დაავადების განვითარების მიზეზი შესაძლოა იყოს ძვლების, რბილი ქსოვილების, სისხლძარღვებისა და ნერვების ნორმალური მდგომარეობის დარღვევა. კისერმრუდობა შეიძლება იყოს როგორც თანდაყოლილი, ასევე შეძენილიც. თანდაყოლილ კუნთოვან კისერმრუდობას სიხშირით მესამე ადგილი უკავია საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის თანდაყოლილ დაავადებებს შორის. ის უმეტესად გოგონებს აღენიშნებათ და, წესისამებრ, მარჯვენამხრივია.

თანდაყოლილი კისერმრუდობის მიზეზი ყველაზე ხშირად მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის პათოლოგიაა. ეს კუნთი კისრის ორივე მხარეს მდებარეობს. ზემოდან იგი ემაგრება დვრილისებრ წანაზარდს, რომელიც მდებარეობს ყურის უკან და ქვემოთ, ქვემოდან კი - ლავიწს. მისი ფუნქცია თავის დახრა და მობრუნებაა. თანდაყოლილი კისერმრუდობის დროს, სავარაუდოდ, ერთმანეთს ერწყმის მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთების განვითარების მანკი და მშობიარობის დროს მიღებული ტრავმა. ტრავმას თან სდევს კუნთში სისხლჩაქცევა, რომლის შედეგადაც წარმოიქმნება ნაწიბური და კუნთი მოკლდება. დაბადებისთანავე კისერმრუდობა ბავშვების დაახლოებით 1%-ს უვლინდება. ზოგიერთ ახალშობილს ეტყობა მხოლოდ მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის გასქელება ცალ მხარეს ან სახის ასიმეტრია. მოგვიანებით დაავადებულ მხარეს კუნთი ზრდაში ჩამორჩენას იწყებს, ხოლო სიცოცხლის მესამე კვირას უკვე შესამჩნევია თავის დახრა დაავადებულ მხარეს და სახის ჯანმრთელ მხარეს მიბრუნება.

თუ კისერმრუდობას დროულად არ ვუმკურნალეთ, სახის ასიმეტრია გაძლიერდება, ხერხემალი კისრის მიდამოში გამრუდდება და შესაძლოა, შესამჩნევი გახდეს განსხვავება ყურების ნიჟარების ზომასა და ფორმას შორის. ნებაზე მიშვებული კისერმრუდობა 6-7 წლის ასაკში უკვე მკვეთრად არის გამოხატული: ბავშვს თავი მობრუნებული აქვს, მხრები - აწეული, სახე, ყბები და ხერხემლის კისრის ნაწილი - ასიმეტიული, თვალი და წარბი დავადებულ მხარეს უფრო დაბლა მდებარეობს, ირღვევა ხახის განვითარება, იზრდება დვრილისებრი მორჩი, რომელზეც მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთია მიმაგრებული. შესაძლოა, შეიცვალოს სასმენი მილის მიმართულება.

ორმხრივი კისერმრუდობის დროს დაავადებულს თავი უკან აქვს გადაწეული (თუმცა არის წინ დახრის შემთხვევებიც) და მიბრუნება-მობრუნება უჭირს.

კისერმრუდობის ადრეული გამოვლენისას პროგნოზი საიმედოა, ხოლო ნებაზე მიშვებული ფორმის შემთხვევაში, როცა ქალას ასიმეტრიულობა უკვე ფორმირებულია, სასურველი შედეგის მიღწევა თითქმის შეუძლებელია. თუ კისერმრუდობა სამშობიაროშივე გამოვლინდა, ახალშობილს საწოლში თავისებურად - ჯანმრთელი მხარით კედლისკენ - აწვენენ. გარდა ამისა, ბავშვი ისე უნდა ვკვებოთ, რომ თავის დაავადებულ მხარეს მობრუნებას ცდილობდეს. სამშობიაროშივე ინიშნება მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის მასაჟი ორივე მხარეს, სამშობიაროდან გამოწერის შემდეგ კი - სამკურნალო ვარჯიშები, მასაჟი და ფიზიოთერაპია. ზოგჯერ საჭიროა სპეციალური საყელოს ტარება.

კისერმრუდობის გასწორება ხშირად პირველივე წლის მიწურულისთვის ხერხდება. თუ ორი წლისთვის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, ტარდება დაავადებული კუნთის პლასტიკური ოპერაცია. ოპერაციის შემდეგ პაციენტს თვე-ნახევრით ადებენ თაბაშირს, მომდევნო ექვსი თვის განმავლობაში კი ბავშვმა სპეციალური თავის დამჭერი უნდა ატაროს, ჩაუტარდეს ფიზიოთერაპიული პროცედურები და სამკურნალო ფიზკულტურა.

მდებარეობითი მკურნალობა მდგომარეობს იმაში, რომ ბავშვს მდებარეობა მორგებული უნდა იყოს მისი სხეულის აგებულებასთან. კერძოდ, ბავშვი უნდა დავაწვინოთ მაგარ ლეიბზე უბალიშოდ, უმჯობესია თავქვეშ ამოვუდოთ რამოდენიმე ფენად დაკეცილი საფენი. აუცილებელია, რომ ბავშვთან ურთიერთობა, სინათლის სხივი, კვების პროცესი დაზიანაბული კუნთის მხრიდან იყოს.

თანდაყოლილი ფეხმრუდობა საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის მძიმე დაავადებაა, უპირატესად ორმხრივია და უფრო მეტად გვხვდება ბიჭებში. ფეხმრუდობა ტერფების სახსრების თანდაყოლილი კონტრაქტურითაა გამოწვეული, რის გამოც ირღვევა ძვლების ურთიერთგანლაგება და ვითარდება უხეში ცვლილებები კუნთებში.



თანდაყოლილი ფეხმრუდობის კლინიკური ნიშნებია: ფეხისგულის შიგნით შეტრიალება, ტერფის შიგნითა კიდის აწევა და გარეთა კიდის დაწევა, ტერფების წინა ნაწილების მიახლოება, ფეხისგულისმხრივი მოხრა, კოჭ-წვივის სახსარში მოძრაობის შეზღუდვა. სიარულის დაწყებისას, ბავშვი ახდენს ტერფებზე წეზოლას და ამით დეფორმაცია კიდევ უფრო ძლიერდება და შესაბამისად მთელი ფეხის ფორმა და ფუნქციაც ირღვევა.

მკურნალობა უნდა დაიწყოს სამშობიაროდანვე. ბავშვის სხეული ელასტიურია, მისი კუნთები და მყესები დამყოლია და ადვილად ემორჩილება კორექციის სხვადასხვა საშუალებებს.

ფეხმრუდობიდ დროს წვივის უკანა და შიგნითა ჯგუფის კუნთების ტონუსის მოსახსნელად სრულდება მასაჟი ილეთებით - ხელსმა, კუნთების ბერტყვა, გაწელვა ვიბრაციით, ხოლო

წვივის წინა და გარეთა ჯგუფის დასუსტებული კუნთებისთვის ტარდება ენერგიული ილეთები - დაზელვა, მოთელვა, თითებით მსუბუქი ,,ჩხვლეტა“.

მასაჟთან ერთად უნდა ჩატარდეს სამკურნალო ვარჯიშები, რომელიც უნდა იყოს დამზოგველი, თანდათანობითი და რბილი.

ბრტყელტერფიანობა და ტერფების ბრტყელ-ვალგუსური პოზიცია

ბრტყელტერფიანობა საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის პათოლოგიაა, რომლის დროსაც ხდება ტერფის თაღების დაშვება. ჭეშმარიტი ბრტყელტერფიანობა ადრეული ასაკის ბავშვებთან თითქმის არ გვხვდება. ის ძირითადად თანდაყოლილი ფორმაა, რომლის დროსაც ხდება ტერფის დაგრძელება, გასწვრივი და განივი თაღების გაბრტყელება, წინა ნაწილის შიგნით შებრუნება, ქუსლის გარეთ მიბრუნება, დაღლა და ტკივილი ტერფის და კოჭ-წვივის სახსარში. ტერფი შედგება განივი და გასწვრივი თაღებისაგან მას აქვს, არასწორი მოხაზულობა. ზოგს დაბადებიდან, ზოგს კი შედარებით გვიან უსწორდება ეს თაღები და ტერფიც უბრტყელდება. ასეთი ტერფი თავის ფუნქციას ვერ ასრულებს სრულყოფილად და დროთა განმავლობაში ადამიანს დიდ პრობლემებს შეუქმნის. ასაკის მატებასთან ერთად, ტერფის დეფორმაცია პროგრესირებას განიცდის, ვითარდება ორგანიზმის გადაღლა და ირღვევა ნაბიჯების თანმიმდევრობაც. ტერფის მკურნალობა შესაძლებელია ინდივიდუალურად შერჩეული სუპინატორით.

ბრტყელტერფიანობა შეიძლება იყოს: თანდაყოლილი, სტატიკური, რაქიტული, პარალიტიკური.



ბრტყელტერფიანობის განვითარება სტადიების მიხედვით: პროდრომული, გარდამავალი, ბრტყელი ტერფის ჩამოყალიბების, ბრტყელი ვალგუსური ტერფის და კონტრაქტურის სტადია.

ტერფი დგომისას, სიარულისას, სირბილისას და ხტუნვისას დიდ დატვირტვას განიცდის. ტერფი, ანატომიური აგებულების საფუძველზე, მოძრაობისას წარმოშობილ დარტყმებსა და ვიბრაციებს ადვილად უძლებს და ასრულებს საყრდენისა და ამორტიზაციის ფუნქციებს. ტერფი შედგება სამი თაღისაგან, რომლებიც შექმნილია ძვლებისაგან, კუნთებისაგან, მყესებისაგან და იოგებისაგან. ბავშვის ტერფი მოზრდილის ტერფის შემცირებული ანალოგი არ არის. ბავშვის ძვლოვან აპარატს გააჩნია ხრტილოვანი სტრუქტურა, მისი კუნთები და იოგები ნაზია და წელვადი. ტერფის თაღები ფორმირდება 3-4 წლის ასაკისთვის, თუმცა კუნთ-მყესოვანი სისუსტე 6-7 წლამდე გრძელდება. სამ წლამდე ტერფი ბრტყელი ჩანს, რაც განპირობებულია ძვლოვანი თაღის ამოვსებით რბილი ცხიმოვანი ბალიშით. იმის დასარწმუნებლად, რომ ამ დროს საქმე გვაქვს ცრუბრტყელტერფიანობასთან, ბავშვი უნდა დავაყენოთ მაგიდაზე და ტერფის ქვეშ, შიგნითა მხრიდან შევუცუროთ თითი. თავისუფლად შემავალი თითი ადასტურებს, რომ ძვლოვანი თაღი არსებობს, უბრალოდ ეს სივრცე ამოვსებულია ცხიმოვანი ქსოვილით.

ტერფების დეფორმაცია პროგრესირებადი პროცესია, ამიტომ მკურნალობის ადრეულ პერიოდში დაწყება აუცილებელია. ძირითადი მეთოდებია სამკურნალო ფიზკულტურა და მასაჟი, რომელსაც ექიმი ორთოპედი ბრტყელტერფიანობის ფორმისა და ხარისხის, ასევე – პაციენტის ასაკის გათვალისწინებით შეარჩევს. ვარჯიშებსა და მასაჟთან ერთად ტარდება

ფიზიოპროცედურები, ფეხის თბილი აბაზანები ზღვის მარილით. ინდივიდუალურად შერჩეული ორთოპედიული ღაბაში განტვირთავს ტერფის მტკივან ადგილებს, აუმჯობესებს სიარულის მანერას და ხელს უშლის დეფორმაციის პროგრესირებას. 5-6 წლის ასაკში ბრტყელტერფიანობის განკურნება ჯერ კიდევ შესაძლებელია, შემდგომ კი მხოლოდ მისი პროგრესირების შეჩერება თუ მოხერხდება. სარეაბილიტაციო მკურნალობის კურსის ჩატარევა რეკომენდირებულია წელიწადში 2-3-ჯერ, 10-15 პროცედურა, ხანგრძლივად, ზოგადი გაკაჟების ფონზე.

რაქიტი

რაქიტი ჩვილი და ადრეული ასაკის ბავშვთა დაავადებაა, რომელიც ძვლოვანი ქსოვილის წარმოქმნისა და მინერალიზაციის დარღვევით, D ვიტამინის დეფიციტით გამოწვეული კალციუმისა და ფოსფორის ცვლის მოშლით ხასიათდება. აღნიშნული პროცესები იწვევს ზრდის შეფერხებას, რადგან ადგილი აქვს ოსტეომალაციას – რომლის დროსაც ვითარდება ძვლის დარბილება და დემინერალიზაცია; ოსტეოპოროზს, ანუ ძვლის მოცულობის ერთეულში ძვლოვანი ქსოვილის მასის შემცირებას, თან მოჰყვება ძვლის სტრუქტურის დარღვევა და ბოლოს პათოლოგიური მდგომარეობა – ოსტეოიდური ქსოვილის ჰიპერპლაზია, რომლის დროსაც ძვლის ზრდის ზონებში ძვლოვანი ქსოვილი ჭარბად იზრდება.

ვიტამინდეფიციტური რაქიტის განვითარების ძირითადი მიზეზებია, არარაციონალური კვება და მზის ულტრაიისფერი სხივების არასაკმარისად მიღება. არარაციონალურ კვებაში იგულისხმება D ვიტამინის დაბალი შემცველობის პროდუქტების მიღება, აგრეთვე საკვებში კალციუმისა და ფოსფორის დეფიციტი. მეორადად ვიტამინის დეფიციტი შეიძლება, გამოწვეული იყოს ვიტამინის მეტაბოლიზმის დარღვევით ზოგიერთი სამკურნალო პრეპარატის მიღებისას. ამის მიზეზი ასევე, შესაძლებელია, გახდეს კანის დაავადებები; საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაზიანება, რომლის დროსაც ვერ ხერხდება საკვებით მიღებული ვიტამინის ათვისება; ღვიძლისა და თირკმელების დაავადებები.

თუ დედის ასაკი ორსულობისას ნაკლებია 17 წელზე და მეტი – 35-ზე, მაშინ რაქიტის განვითარების საფრთხე იზრდება. ასევე, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დედის არაბალანსირებულ კვებას. არაადეკვატური კვება ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში ძალზე საზიანოა. დიდად განსაზღვრავს რაქიტის ჩამოყალიბებას სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა – ბავშვის დაბადების პერიოდი, დღენაკლულობა, დაბადებისას დიდი მასა, სიცოცხლის პირველი სამი თვის განმავლობაში ჭარბი ნამატი, ხელოვნური კვება და ხშირი რესპირაციული ინფექციები. ასევე, ხშირი დიარეა. ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია ბავშვის ჰიპოდინამია, მისი მჭიდროდ გახვევა ან აკვნის გამოყენება.

რაქიტის პირველი ნიშნების გამოვლენა იწყება 1-2 თვიდან, თუმცა კლინიკური სურათის უკეთ ჩანს 4-12 თვის ასაკში. რაქიტს ახასიათებს ცვლილებები ნერვული, ძვალსახსროვანი და კუნთოვანი სისტემის მხრივ, სიმპტომების გამოვლენა დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე. ანამნეზური მონაცემებიდან ყურადღება უნდა გამახვილდეს კვებაზე, დღის რეჟიმზე, მოვლის პრინციპებზე. გამოყოფენ დაავადების მსუბუქ, საშუალო და მძიმე ფორმებს. მსუბუქი რაქიტისთვის დამახასიათებელია, ნერვული სისტემის დარღვევები,

კერძოდ, მოუსვენრობა, აგზნებადობა, კრთომები, ძილის დარღვევა, ოფლიანობა, რაქიტული სიქაჩლე. ცვლილებებია ასევე, კუნთოვანი და ძვალსახსროვანი სისტემის მხრივ. იცვლება სისხლის ბიოქიმიური მახასიათებლები. საშუალო სიმძიმის რაქიტისათვის დამახასიათებელია ემოციური ლაბილობა, მკვეთრი ოფლიანობა, განვითარებაში ჩამორჩენა. საშუალო სიმძიმისას, მსუბუქთან შედარებით, ძვალსახსროვანი სისტემის მხრივ მკვეთრი ცვლილებები აღინიშნება. აღინიშნება ქალას ძვლების დარბილება, კვადრატული თავი, თხემის ბორცვების მკვეთრი გამობერილობა, უნაგირა ცხვირი, კბილების ამოჭრის დარღვევა, თანკბილვის დარღვევა. გულმკერდი შესაძლებელია იყოს ქათმისებური ან მეწაღისებური, განვითარებულია კიფოზი, სქოლიოზი, ლორდოზი. კუნთთა ტონუსი მკვეთრადაა დაქვეითებული, მსუბუქისგან განსხვავებით აღინიშნება რენტგენოლოგიური ცვლილებებიც. მძიმე რაქიტის შემთხვევაში ზემოაღწერილ კლინიკურ ნიშნებთან ერთად დამატებით ვლინდება ცვლილებები შინაგანი ორგანოების მხრივ. სასუნთქი მუსკულატურის ტონუსის დაქვეითებამ და გულმკერდის დეფორმაციამ შეიძლება, გამოიწვიოს ვენტილაციის დარღვევა, სასუნთქი გზების დახშობა და აქედან გამომდინარე, ხშირი ინფექციები. კუნთების მოდუნებულობის გამო, შესაძლებელია, განვითარდეს საზარდულის, ჭიპის ან თეთრი ხაზის თიაქარი.

დედის რძეში D ვიტამინის შემცველობა დაბალია. ამიტომ, ბუნებრივ კვებაზე მყოფი ჩვილები, მზის არასაკმარისი ინსოლაციის პირობებში, აღნიშნული ვიტამინის დეფიციტის განვითარების რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან და საჭიროებენ ვიტამინის დამატებით მიღებას. რაქიტის პრევენციისთვის 6 თვის ასაკამდე მიზანშეწონილია, ვიტამინის მედიკამენტური ფორმის საპროფილაქტიკო დოზის გამოყენება. ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ ბუნებრივ კვებაზე მყოფ ბავშვებში რაქიტის მძიმე ფორმა არ ვითარდება. არსებობს ცნება რაქიტის არასპეციფიკური პროფილაქტიკა, რაც გულისხმობს ბალანსირებულ კვებას, დამატებითი კვების დროულ დაწყებას, მოვლის პრინციპების დაცვას, ანუ ჰაერზე სეირნობა და სხვა. დიეტის შერჩევისას, უნდა გაითვალისწინოთ, რომ ბურღულეულის უჯრედისი ამცირებს კალციუმის ათვისებას, საკვებთან ერთად რკინის მიწოდება კი, ხელს უშლის ფოსფატების შეწოვას.

მზეზე ყოფნის ადეკვატური ხანგრძლივობა და უსაფრთხო ზღვარი არ არის განსაზღვრული. ჩვილებში მზის ულტრაიისფერი სხივების ხანგრძლივი და ხანმოკლე ზემოქმედება ზრდის მოზრდილ ასაკში კანის კიბოს განვითარების რისკს. 6 თვემდე ასაკის ბავშვებისთვის მზის სხივების პირდაპირი ექსპოზიცია არ არის რეკომენდებული. 6 თვის შემდეგ მისაღებია მზის სხივების პირდაპირი ექსპოზიცია სახეზე დღეში 17 წუთი ანუ კვირაში 2 საათი; ხოლო შიშველ მდგომარეობაში ერთჯერადი საფენით, 4 წუთი დღეში ანუ კვირაში 30 წუთი. ბავშვებში მზის ულტრაიისფერი სხივების აღნიშნული რაოდენობის მოქმედების დროს, წარმოიქმნება საკმარისი რაოდენობით D ვიტამინი.

ფეხების გამრუდება

ერთი წლის ზევით, როდესაც ბავშვი სიარულს იწყებს, შესაძლებელია ფეხების გამრუდება, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს კუნთთა ტონუსის დაქვეითება და რაქიტი. კუნთთა ტონუსის დარღვევების გამო ბავშვებს უნვითარდებათ ფეხების გამრუდება. უფრო ხშირია X-სებრი ფეხები, ვიდრე O-სებრი ფეხები.

გამრუდება თავდაპირველად შეუმჩნეველია, მაგრამ ბავშვის ზრდასთან ერთად უფრო და უფრო შესამჩნევი ხდება.

X-ისებრი ფეხებით დგომისას ან სიარულისას ძირითადი დატვირთვა ტერფების შიგნითა ზედაპირზე მოდის. ამასთან, მუხლები ერთმანეთს უახლოვდება, ხოლო ტერფები განზე გარბის. თუ დროულად არ დავიწყებთ მკურნალობას, დაიწყება კოჭ-წვივის სახსრის აგებულების რღვევა, ფორმას იცვლის ტერფი, მუხლის სახსრებში ჩამოყალიბდება ვალგუსური დეფორმაცია, რომლის დროსაც ბარძაყის ძვლის შიგნითა ბოლო გარეთ იწყებს შემობრუნებას. გამრუდება სხვადასხვა ხარისხისაა. შორს წასულ შემთხვევაში იწყება მენჯის გადახრა ტანადობის დარღვევის შედეგად და ხერხემლის გამრუდება.

ფეხების ვარუსული (O-მაგვარი) დეფორმაციის დროს მჭიდროდ მიკრული ტერფების დროს მუხლები გარეთაა გადრეკილი და მათ შორის არის ნაპრალი, რომლის სიდიდით განისაზღვრება დეფორმაციის სიმძიმე. ვარუსული დეფორმაციის დროს აღინიშნება მუხლის სახსრის არათანაბარი განვითარება: ბარძაყის ძვლის ლატერალური როკის გადიდება და მედიალური როკის დაპატარავება, რომელიც იწვევს მენისკის ჭყლეტას, რის გამოც ფართოვდება სასახრე ნაპრალი, როგორც გარეთა , ასევე შიგნითა მხრიდან.ქუსლები და ტერფების წინა მიდამოები შიგნითაა გადახრილი, გამოხატულია ე.წ. თათმოჩორთულობა, ბავშვი ვერ მართავს მუხლებს. ამ დეფორმაციის ძირითადი მიზეზი რაქიტია. პრობლემის პროვოცირებას აკეთებს ფეხების ადრეულ ასაკში დატვირთვა - ადრე დადგომა და სიარულის დაწყება.

კითხვები:

1. რა ასაკში შეიძლება განვითარდეს ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა?
2. რომელი სქესის ბავშვებში ჭარბობს ამოვარდნილობა?
3. რა უნდა გაითვალისწინოს მშობელმა ამოვარდნილობის დროს?

http://www.medgeo.net/2009/07/01/congenital_hip_dislocation/

http://www.aversi.ge/cnobari/255/barZayis-Tandayolili-amovardniloba

http://www.genesis.org.ge/brochure1/brochure1.htm

ღამის ენურეზი

ბავშვი სიმპათია-ანტიპათიაში ცხოვრობს. მას მოწონს რაღაც, უნდა ეს რაღაც ან არ მოწონს ეს რაღაც და მას კატეგორიულად უარყოფს. ბავშვი დღის განმავლობაში რამდენჯერმე მოგზაურობს სიმპათიიდან ანტიპათიაში და პირიქით. ეს მოგზაურობა ჰარმონიული და გაწონასწორებული უნდა იყოს. ეს წონასწორობა სწორედ მისმა ჯანსაღმა მიკროსოციალურმა გარემომ უნდა შეუქმნას, თავდაპირველად კი მშობლებმა, რომლებიც ბავშვებისათვის პირველი პედაგოგები უნდა იყვნენ.

მიკროსოციალურ სფეროში დისჰარმონიამ შეიძლება ბავშვის მხრიდან სხვადასხვაგვარი პროტესტი წამოშვას, ისეთივე მრავალფეროვანი, როგორიც მისი ფანტაზიაა. ეს არის პროტესტი მის გარშემო არსებულ რეალობის მიმართ. ბავშვს არ ძალუძს დაუპირისპირდეს მისთვის არასასურველ მოვლენებს და მუდმივად „ყლაპავს“ ამ ინფორმაციას და ვერ „ინელებს“.

პროტესტის თითოეული ფორმა განაპირობებს ავადმყოფობისაკენ მიდრეკილებას, კერძოდ, ეს შეიძლება იყოს აღგზნებადობა, ნერვული ტიკები, გაფანტულობა, ბავშვთა ონანიზმი, ენაბლუობა, ღამის ენურეზი. ეს უკანასკნელი საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა. ანთროპოსოფიული მედიცინა ფლობს ეფექტურ საშუალებებს ამ დაავადების პრევენციასა და მკურნალობისთვის. თუკი 4 წლის ბავშვი ლონგინში ისველებს აუცილებლად ჭირდება სამედიცინო გამოკვლევა. მიზიზი შეიძლება იყოს კონსტიტუცია, ორგანული და ფსიქიური ფაქტორები. ჩვენ ვისაუბრებთ იმ შემთხვევაზე, როდესაც ორგანული მიზეზი გამორიცხულია.

მიღებაზე მოსული მშობლები თითქმის ყოველთვის აღნიშნავენ, რომ ბავშვს ყველანაირად ეწყობა ხელი და ვერ გაუგიათ რატომ ისველებს მათი ბავშვი ღამით ლოგინში, რატომ ვერ აღვიძებენ და საერთოდ რატომ ჭირს მთელს ოჯახს ასეთი საშინელება, ეს მათ არ დაუმსახურებიათ.

გულდასმით ანამნეზის შეკრება და ბავშვის მიკროსოციალური გარემოს შესწავლა აუცილებლად გვაპოვნინებს მიზეზს თუ რის შემდეგ ამოტივტივდა პრობლემა ზედაპირზე. ეს შეიძლება იყოს კონფლიქტი დედ-მამას შორის, დედ-მამასა და ბებია-ბაბუას შორის, ეჭვიანობა და-ძმის მიმართ, ბავშვის სკოლაში ადრე შეყვანა, კონფლიქტები სკოლაში როგორც მეგობრებთან, ასევე პედაგოგებთან, ძლიერი ემოციური დატვირთვა (როგორც დადებითი, ასევე უარყოფითი ემოცია.), კონსტიტუციური თავისებურებები. კონსტიტუციურ თავისებურებებში იგულისხმება: რა ჭარბობს ბავშვში - ნერვულ-მგრძნობელობითი სისტემა თუ ნივთიერებათა ცვლის სისტემა, ბავშვი უფრო მეტად გარემოზეა ორიენტირებული თუ საკუთარ თავზე.

დედები ყოველთვის ფრთხილობენ, რომ თავიანთ პატარას ძნელად მოსანელებელი საკვები არ მიცენ, რათა გარკვეულმა ნივთიერებებმა რთული პრობლემები არ წარმოშვან კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრიდან. სწორედ ასეთივე სიფრთხილეა საჭირო, როდესაც ბავშვს ჭარბი ინფორმაცია მიეწოდება. როგორც ნივთიერებას, ასევე ინფორმაციასაც და განსაკუთრებით ჭარბს, ესაჭიროება „მონელება“. ბავშვისთვის მოუნელებელი შეიძლება იყოს არა მარტო ინფორმაცია, არამედ კონფლიქტური სიტუაციები ოჯახში, სკოლაში და ა. შ. ყველაფერი ეს იწვევს „მშვინვიერ(შინაგან ემოციურ) ტკივილს“, რომელიც ბავშვს უკან ხევს და მუდმივად ჩასუნთქულ მდგომარეობაში ამყოფებს. ასეთი ბავშვები, ერთის მხრივ, ადვილად გამოდიან წონასწორობიდან და მეორეს მხრივ, დანაღვლიანებულნი და ტრავმირებულნი არიან.

კონფლიქტი ოჯახში ერთ-ერთი სერიოზული და ყველაზე მოუნელებელი ინფორმაციაა ბავშვისთვის. ბავშვი დაიბადა ამ ოჯახში, მას ყველა უყვარს, ვერ გაუგია რა ხდება, რატომ არ წყდება კონფლიქტი, თვითონ ხომ არ არის მიზეზი? ხშირად მიდიან არაცნობიერ დასკვნამდე, რომ უფროსებს ის არ უყვართ. შეიძლება ოჯახში კონფლიქტი არ იყოს მაგრამ, მამას და ზოგიერთ შემთხვევაში, დედასაც ის იგნორირებული ყავს ხან მოუცლელობით, ხან კი მაგალითად საკუთარი თავი მოჰყავთ - მე ვინ მაქცევდა ყურადღებას, მაგრამ მაინც როგორი კარგი ვარო - აღნიშნავენ კმაყოფილნი და თავიანთ თავში დარწმუნებულები. ხშირად მამა აგრესორია, აღზრდის მკაცრი მეთოდების მომხრე, სამწუხაროდ დედა ერიდება კონფლიქტს, თავად ექცევა მეუღლის მკაცრი მეთოდების ქვეშ და ბავშვს ვეღარ იცავს. ისიც ატარებს ძლიერ მშვინვიერ ტკივილს.

ასეთივე სერიოზული მიზეზია დღის არასწორი რეჟიმი: გვიან დაძინება, ტელევიზორის ხშირი და გვიანობამდე ყურება.

ბავშვი, რომელიც ისველებს, მშობლებს თითქოსდა მიუთითებს: რომ მას უნდა კვლავ პატარა იყოს, რომ ის დაიცვან, მოუარონ, მოეფერონ. დაავადების პრევენციისთვის სწორედ რომ ბავშვის სურვილის შემხვედრად უნდა წავიდეთ. დაე, ცოტა ხნით ბავშვი მართლაც გახდეს პატარა და ჩვენგან დაცული, მაგრამ ეს არ ნიშნავს რომ მის ცხოვრებაში გარკვეული კანონზომიერება, წესრიგი არ შევიტანოთ, პირიქით, მას უნდა მივეხმაროთ, რომ თავის საქციელზე პასუხისმგებლობა გაზარდოს. ცნობიერად დაუკავშირდეს თავის პრობლემას და უფროსების დახმარებით შეძლოს ბარიერის გადალახვა. მაგ: ვაძლევთ კალენდარს. დატუქსვა და შერცხვენა ამ დროს პრობლემას უფრო აღრმავებს, რადგან ეს მისთვის ძლიერი ემოციური დატვირთვაა. ყოველი შენიშვნა და უხეში მიმართვა მის ნერვულ სისტემას ტვირთავს, ღრმად ჩასუნთქულ მდგომარეობაში ამყოფებს, ხოლო ქვედა, ნივთიერებათა ცვლის სფეროს ვერ ფლობს, ის მიტოვებული აქვს. ემოციური დღის შემდეგ ბავშვს ეძლევა საშუალება სრულყოფილად ამოისუნთქოს, იმდენად სრულყოფილად, რომ რჩება შთაბეჭდილება თითქოს თავიანთი სხეული ლოგინში მიატოვეს, ამიტომაც ძინავთ ძალიან ღრმად, მკვდარივით. ამიტომაც ისინი ვეღარ აკონტროლებენ ქვედა სფეროს და „მარცხს“ განიცდიან.

ხშირად მშობლები აღნიშნავენ, რომ მათი შვილი იმდენად ჭკვიანია, რომ რატომ არ შეიძლება ნაადრევად სკოლაში მივიყვანოთ. მერწმუნეთ, რაც არ უნდა ჭკვიანი იყოს ბავშვი, სკოლაში მიყვანას თავისი დრო აქვს და ეს სიჭკვიანეზე სრულიად არ არის დამოკიდებული. ბავშვის განვითარებაში მნიშვნელოვანია შვიდწლეულები. I შვიდწლეული ბავშვის სასიცოცხლო ძალების განვითარებას ეთმობა. 6,5-7 წლის ასაკში იწყება კბილთა ცვლა, ეს კი იმის ნიშანია, რომ ზრდისთვის განკუთვილი ძალები გამოთავისუფლდებიან აბსტრაქტული აზროვნებისთვის. როდესაც კბილთაცვლა ჯერ დაწყებული არ არის და ამ დროს ბავშვი ექცევა ძლიერი ინტელექტულური ზეწოლის ქვეშ, ცხადია მის განვითარებაში შეიმჩნევა დისჰარმონია, რომელმაც მთელი რიგი ნერვული მოშლილობები შეიძლება გამოიწვიოს.

პუბერტატულ პერიოდამდე, ე.ი. ორი შვიდწლეულის განმავლობაში არასწორმა პედაგოგიურმა დამოკიდებულებამ შეიძლება ისეთი კვალი დატოვოს, რომელმაც 30-40 წლის შემდეგ სერიოზული დაავადების განვითარებას შეუწყოს ხელი.

დაავადების პრევენციისთვის და მკურნალობისთვის საჭიროა მშობლების, პედაგოგების და ექიმის შეთანხმებული მუშაობა.

მშობლებმა ძალ-ღონე არ უნდა დაიშურონ, რათა ბავშვის მიკროსოციალური გარემო გაჯანსაღდეს. პირველ რიგში მათ ბავშვს ნდობა უნდა გამოუცხადონ ნებისმიერ საქმეში. დავალების შესრულებისას უნდა იყოს მხარდაჭერა და არა დაჩქარება.

მნიშვნელოვანია დღის რეჟიმი და სითხის მიღება. იგი უნდა მივაჩვიოთ, რომ სითხე მხოლოდ ჭამის დროს მიიღოს. მნიშვნელოვანია, რომ 9 წლამდე ბავშვს 21 საათიდან ეძინოს, რადგან განსაკუთრებით საღამოს 9-12 სთ-მდე ძილის დროს გააქტიურებულია სასიცოცხლო ძალები და ისინი ორგანიზმის აღდგენით პროცესებში იღებენ მონაწილეობას. თუკი ბავშვი ამ დროს ფხიზლობს და ემატება ისიც, რომ აგრესიულ ფილმს უყურებს, არანაირ აღმშენებლობაზე საუბარი არ შეიძლება, პირიქით.

ბავშვი თუ კარგად უსმენს მონაყოლს შეიძლება გადატანითი მნიშვნელობით სისველესთან დაკავშირებით ამბები მოვუყვეთ, მაგალითად, ადიდდა მდინარე, რომელზედაც წისქვილი იდგა. ეს წისქვილი ერთ დიდ სოფელს კვებავდა. წისქვილს ერთი მოხუცი პატრონობდა და უვლიდა. ადიდებული მდინარე ისე ბობოქრობდა, რომ წისქვილს რეალური საფრთხე ელოდა. მოხუცი ვერაფერს გახდებოდა, პატარა ბიჭუნა ან გოგონა რომ არ დახმარებოდა, მან ჯებირი სწრაფად გაამაგრა და სოფელი შიმშილს გადაარჩინა და ა.შ. და ა.შ.

მკურნალობის სქემა უნდა შეადგინოს ექიმმა და ის მოიცავ კომპლექსურ მიდგომას.

კითხვები:

1. რა არის ღამის ენურეზი?
2. როგორი კონსტიტუციის ბავშვთან გვხვდება ღამის ენურეზი?
3. როგორ უნდა მოვიქცეთ ამ დროს?
4. რა დავალებები უნდა დავუსახოთ ბავშვს?
5. როგორია მშობლის როლი?

ბავშვთა დაავადებები - ბატონები



დღეს ავადმყოფობა აუმღვრეველი ცხოვრების დამამძიმებლად, წარმოების პროცესის დარღვევად მიაჩნიათ, რომელიც რაც შეიძლება მალე უნდა იქნას თავიდან მოცილებული. და მართლა ასეც ხდება - მრავალ შემთხვევაში ხდება ავადმყოფობის ლიკვიდაცია. ხშირად, როდესაც ერთი დაავადების სწრაფ მოცილებას ვახდენთ, ცოტა ხანში თავს იჩენს აქამდე უცნობი პრობლემა. ცხადია, ძალიან ძნელია ეს ორი დაავადება ერთმანეთს დავუკავშიროთ და თამამად ვთქვათ, რომ ერთის სწრაფად თავიდან მოცილებამ განაპირობა მეორეს აღმოცენება, რადგან პირველი განდევნილ იქნა და არა განკურნებული. შესაძლებელია, რომ ერთი ავადმყოფობა თვითონვე ერთგვარ მკურნალობას წარმოადგენდეს სხვა უფრო მძიმე ავადმყოფობისათვის. ეს აზრი შეიძლება ბევრისათვის ძალზე უცხო იყოს, რადგან ჩვენი დროის აზროვნების ხასიათი იმგვარია, რომ ავადმყოფობაში მხოლოდ დარღვევას ხედავენ და არა დადებით მოვლენას.

ჯანმრთელობა ნიშნავს არა ავადმყოფობის არ არსებობას, არამედ წონასწორობის მდგომარეობას ორ სრულიად განსხვავებულ, საპირისპირო ავადმყოფობის ტენდენციას

შორის. მაგ. სიცხე - დაბალი-მაღალი; წნევა - დაბალი-მაღალი; მონელება - ყაბზობა-ფაღარათი და ა.შ.

ბავშვთა დაავადებების, ჩვენში ე.წ. „ბატონების“, საერთო ნიშანია სიცხე. მხოლოდ ბავშვის ორგანიზმი ფლობს უნარს, ადვილად განივითაროს სიცხე და მართოს იგი. ამ უნარს ბავშვი ზრდასთან ერთად ნელ-ნელა კარგავს.

განვიხილოთ სიცხიანი ადამიანი. ამ დროს ყველაფერი აქტიურ ქმედებაშია. სუნთქვა და პულსი აჩქარებულია. გამოიყოფა ოფლი, რომელიც, როგორც კანსზედა სეკრეცია, ხშირად არსებული შეგუბების მოცილებას განაპირობებს. შარდი მუქი ფერისაა - ეს იმის მაჩვენებელია, რომ ამ დროს გამოიყოფა არა მარტო წყალი, არამედ უფრო მძიმე სუბსტანციებიც. შეიძლება ითქვას, რომ სიცხის დროს გააქტიურებულია ნივთიერებათა ცვლა, რასაც ვერ ვიტყვით ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემაზე. სიცხიან ადამიანთან ყოველი ქმედება ნერვულ-მგრძნობელობითი სისტემის მხრიდან დარღვეულია. სიცხის დროს ყველაზე მეტად ცილის გარდაქმნას აქვს ადგილი, კერძოდ შარდში ნახულობენ ცილის დახლეჩის პროდუქტებს. სიცხიანი ადამიანი უმადოა და განსაკუთრებით ცილის შემცველი პროდუქტების მიმართ და ჩვენც უნდა გავითვალისწინოთ სიცხიანი ადამიანის არაცნობიერი უმადობა და მოვარიდოთ მძიმედ მოსანელებელი საკვები, რადგან ეს ორგანიზმის დამატებით დატვირთვას გამოიწვევს. ასე რომ, სიცხის დროს ადგილი აქვს სხეულის ნივთიერებების შემცირებას, ამიტომაც იკლებენ წონაში. სხეული ცოტათი დნება. ამის შემდეგ ხდება შემობრუნება განახლებული და გაძლიერებული შენებისაკენ. ბავშვებს აქვთ კარგი მადა. ამ დროს ადგილი აქვს არა მარტო ძველის აღდგენას, არამედ ახალი ნივთიერებების შექმნას. ჩემთან მიღებაზე მოსული დედები ხშირად აღნიშნავენ, რომ მათი შვილები სიცხიანი დაავადების შემდეგ შეიცვალნენ. მათ შეეცვალათ ხასიათი, თითქოს გაიზარდნენ. გაიზარდნენ სხეულებრივადაც. რატომღაც დედებს ჰგონიათ, რომ ეს ყველაფერი ეჩვენებათ, მაგრამ ეს მართლაც ასე ხდება, დაავადების სასიკეთო მოქმედების ხარჯზე.

მაღალი სიცხე ავადმყოფობის მოვლენის მხოლოდ ერთი ნაწილია. მას მეორე მხარე აქვს და ეს არ არის მხოლოდ დაბალი ტემპერატურა. აქ იგულისხმება ე.წ. „ცივი დაავადებები“, რომლის დროსაც ადამიანის ორგანიზმს არ შესწევს სითბოს წარმოქმნა. ამ დროს ადგილი ექნება სუბსტანციების გამკვრივებას, ჩალაგებას, მაგ. რევმატული დაავადების, კიბოს, შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევაში. პრაქტიკიდან შეიძლება ითქვას, რომ სიმსივნიან პაციენტებს სიცხიანი ავადმყოფობები ხშირად არ ჰქონიათ, რომ მათ თითქოს მუდმივად აქვთ შინაგანი სიცივის გრძნობა. როდესაც ორ ურთიერთსაპირისპირო პოლუსს შორის წონასწორობა ირღვევა, კერძოდ, სითბოს წარმოქმნასა და გამკვრივებას შორის, მაშინ ადგილი აქვს ავადმყოფურ მდგომარეობას. ეს პოლარობა შეიძლება შემდეგნაირად წარმოვიდგინოთ: მოხუცები უფრო მიდრეკილნი არიან გამკვრივებისაკენ, სკლეროზულობისაკენ, გაძვალებისაკენ. ბავშვებში კი საპირისპირო ტენდენციაა. მათთან სიცხის, გამონაყარის, უფრო განზავებადი, დამშლელი დაავადებებისაკენ არის მიდრეკილება. თავისთავად ცხადია, რომ დაავადებათა ორივე მხარე

საფრთხეს წარმოადგენს, მაგრამ უნდა დავინახოთ, რომ ორგანიზმს მართლაც გააჩნია უნარი ერთი დაავადების მეშვეობით მეორის გარკვეულ ხარისხამდე დათრგუნვისა.

შეიძლება ითქვას, რომ ბავშვს იმიტომ ემართება ბავშვთა დაავადებები, რომ ის უფრო ჯანმრთელი გახდეს.

როდესაც ხდება სიცხის ხელოვნური დაწევა, ამით ჩვენ ორგანიზმს ვართმევთ შესანიშნავ უნარს, გარდაქმნას სუბსტანციები და შესაბამისად სულიერ-მშვინვიერად წინ გადადგას ნაბიჯი. სიცხის რეგულარულად უხეში ჩახშობით ბავშვს ესპობა განვითარების საშუალება. უარეს შემთხვევაში ადგილი ექნება ნაადრევ მობერებას. მაგრამ შეიძლება გაჩნდეს კითხვა: როდესაც ბავშვს მაღალი სიცხე აქვს, არაფერი ვიღონოთ? ცხადია, ბავშვს აუცილებლად უნდა დავეხმაროთ, მაგრამ სიცხე ძირფესვიანად არ უნდა ჩავახშოთ. იგი იმ დონეზე უნდა შევუნარჩუნოთ, რომელიც გართულებებს არ გამოიწვევს. ყველაზე ხშირი და არასასიამოვნო გართულება კი არის კრუნჩხვა. არსებობს ბუნებრივ ნედლეულზე დამზადებული მედიკამენტები, რომლებიც პროცესის მიზეზს უპირისპირდება და ორგანიზმს ისე აძლიერებს, რომ ის (ორგანიზმი) თავად გადალახავს პრობლემას.

ავადმყოფობები ისეთი პროცესებია, რომლებიც დამოუკიდებელნი, კანონზომიერნი არიან, რომლებსაც გარკვეული პერიოდის განმავლობაში ორგანიზმში შეაქვთ თავიანთი საკუთარი ცხოვრება და ადამიანის სასიცოცხლო კავშირები მიჰყავთ კრიზისამდე, საიდანაც ვერ გამოვლენ, თუკი არ გამოავლენენ საკუთარ აქტიურობას და ძალისხმევას. ამ თვალსაზრისით ბავშვთა ყველა დაავადებას აქვს თავისი დასაწყისი, პიკი და დასასრული. დაავადება თავისი საკუთარი, ორგანიზმისათვის უცხო კანონზომიერებით იჭრება ფიზიკურ და მშვინვიერ ცხოვრებაში. დაავადების გადატანის შემდეგ რჩება არსების წევრების სტრუქტურა, რომელნიც სპეციფიკურად შეცვლილია შესაბამისად ავადმყოფობის ხასიათისა. ამით ადამიანი შეიძენს ღრმად არაცნობიერ სხეულებრივ და შედარებით ცნობიერ მშვინვიერ გამოცდილებას.

ბავშვი ებრძვის დაავადებას, ისევე, როგორც მშვინვიერ პლანში ებრძვის ის ძნელად შესათვისებელ მედიკამენტს; როდესაც დაავადება ნელ-ნელა უკან იხევს, ეს ნიშნავს „გამარჯვებას“ და გაძლიერებას.

როდესაც ოჯახში ერთ-ერთ შვილს რომელიმე „ბატონები“ ესტუმრება, მშობლებს სურთ ხოლმე, რომ იგივე ერთდროულად სხვა ბავშვებსაც დაემართოთ და ამიტომ ავადმყოფი ბავშვის იზოლირებას არ ახდენენ. მიუხედავად მჭიდრო კონტაქტისა, დაავადება მაინც ყველას არ ედება.

„ჯანმრთელს“ ვუწოდებთ ადამიანს, რომელსაც აქვს უნარი, დაინტერესდეს და გახსნილად დაუკავშირდეს გარემოს მოვლენებს, იცხოვროს მისი პრობლემებით და შეძლებისდაგვარად ეცადოს გადაჭრას ეს პრობლემები. ამას უპირისპირდება ორი ცრუ ტენდენცია: ერთის მხრივ, ადამიანი სულ უფრო მეტად შორდება გარემოს, იძირება თავის განსჯებში და მიდის

დასკვნამდე, რომ ჭეშმარიტება, რომელსაც შეუძლია შეცვალოს სამყარო, შეიძლება მხოლოდ საკუთარ თავში იპოვო. მეორეს მხრივ - ადამიანი მთლიანად ეძლევა გარემოს, უარყოფს საკუთარ თავს და ამით გარემოს აძლევს საშუალებას, ათამაშოს იგი. პირველ შემთხვევაში იკარგება ყველანაირი კავშირი სოციალურ გარემოსთან, მეორე შემთხვევაში კი - განსჯის უნარი და შინაგანი დარწმუნებულობა. „მე“-ს - ადამიანის ინდივიდუალობის - ორი დადებითი თვისება - თავდადება და შინაგანი სიმტკიცე - ასეთ შემთხვევაში წონასწორობას კარგავს. აქედან გამომდინარე, შეგვიძლია ავადმყოფობაზე ვილაპარაკოთ, მაშინ როდესაც „მე“ კარგავს თავის ძირითად უნარს - სიყვარულის უნარს - რომელიც ჯანმრთელობის საწინდარია, კერძოდ, ერთის მხრივ დაინტერესებულად აღიქვას გარემოს მოთხოვნილებები და მეორეს მხრივ, შეიკავოს თავი და სხვა ადამიანებს თავისუფალი ქმედების საშუალება მისცეს.

ასეთი სასიყვარულო დამოკიდებულება გარემოსადმი მშვინვიერი და სხეულებრივი ჯანმრთელობისა და კაცობრიობის განვითარების საწინდარია.

ბავშვთა დაავადებების დროს ავადმყოფური სიმპტომები მიმართულია ან გარეთ (დაავადება გამოვლინდება კანზე) ან შიგნით (დაავადება გამოვლინდება სისხლში ან ცალკეულ ორგანოებში).

განვიხილოთ ბავშვთა თითოეულ დაავადებისათვის სპეციფიურად დამახასიათებელი ნიშნები, რათა მშობლებმა შეძლონ ექიმისა და მედდის მოსვლამდე სავარაუდო დიაგნოზის დასმა და შესაბამისი მოვლის დაწყება.

თითქმის ყველა ბავშვთა დაავადების ინკუბაციური პერიოდი მერყეობს 2-3 კვირიდან 1 თვემდე. გავრცელება ხდება ჰაერ-წვეთოვანი გზით.



ქუნთრუშის (scarlatina) გარდა, ყველა დაავადება ვირუსული ინფექციაა, ქუნთრუშა გამოწვეულია A ჯგუფის ß ჰემოლიზური სტრეპტოკოკით. ავადმყოფი ინფექციის წყაროდ რჩება მანამ, სანამ ხახის ნაცხში ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი ამოითესება. ინფექციის გადატანაში მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ბაცილამატარებელი მესამე პირი და საგნები. პროცესი იწყება მწვავე ანგინით, ტკივილით, მაღალი სიცხით, ენა დაფარულია სქელი ნადებით, რომელსაც მკვეთრი წითელი კიდეები აქვს (თეთრი ჟოლოს ენა). ხახის კედლებზე ჩანს წერტილოვანი სიწითლე. 3 დღის შემდეგ ენა ნადებისაგან თავისუფლდება და იღებს ახალი ხორცის ფერს (წითელი ჟოლოს ენა). პარალელურად გამოჩნდება ეგზანთემა (გამონაყარი), რომელიც წერტილოვან, ახლო-ახლო განლაგებულ წითელ ლაქებს წარმოადგენს. ლოყები წითლდება და მხოლოდ ცხვირ-ტუჩის სამკუთხედი რჩება ფერმკრთალი. გართულებები მე-3, მე-4 კვირის შემდეგ შეიძლება განვითარდეს, ძირითადი საშიშროებაა გართულებები თირკმელებისა და გულის მხრივ. ავადმყოფობის მე-3 კვირიდან იწყება ხელისა და ფეხის გულებზე აქერცვლა. იზოლაცია სამი კვირა გრძელდება. თუ გამოიყენება პენიცილინი, კარანტინი 1 კვირამდეც შეიძლება შემცირდეს. კონტაქტში მყოფი ბავშვი 1 კვირა უნდა იყოს იზოლირებული. როგორც ბაქტერიული ინფექცია, ქუნთრუშის დროს რეკომენდირებულია ანტიბიოტიკის გამოყენება, ინფექციის სწრაფი ლიკვიდაციისა და გართულებების თავიდან ასაცილებლად. მაგრამ შეიძლება ანტიბიოტიკის გარეშეც მოვუაროთ ამ „ბატონებს“, თუკი პაციენტის გვერდით „ფხიზელი“ მშობლები არიან და მას ანთროპოსოფიული მედიცინით ორიენტირებული ექიმი კურირებს.

წითელასათვის (mirbilli) დამახასიათებელი სადიაგნოსტიკო სიმპტომია კატარალური მოვლენების ფონზე კონიუნქტივიტი, სინათლის შიში და საღეჭი კბილების გასწვრივ ლოყებზე, ჰიპერემიულ ლორწოვანზე პატარა თეთრი ლაქები, გარშემორტყმული წითელი ლაქებით (ფილატოვ-კოპლიკის ლაქები). ამავე დროს მაგარ და რბილ სასაზე ჩნდება ენანთემა - წითელი ლაქები, რომელიც ხანდახან იღებს ჰემორაგიულ ხასიათს. ფილატოვ-კოპლიკის ლაქების გაჩენიდან 24-28 საათის შემდეგ ჩნდება ეგზანთემა, რომელიც ორი დღის განმავლობაში ფარავს მთელ სხეულს და გადაიქცევა დიდ, მუქ, წითელ ლაქებად, რომელიც ეზრდება ერთმანეთს და თავისუფალი კანის ნაწილებს ტოვებს კუნძულების სახით. 4-5 დღის შემდეგ გამონაყარი იღებს ღია ყავისფერ შეფერილობას. ეს პიგმენტაცია 2 კვირის შემდეგ იწყებს აქერცვლას მთელ ტანზე განსხვავებით ქუნთრუშისაგან, სადაც აქერცვლა ხელისა და ფეხის გულებზე ხდება.

წითურას (rubella)დროს, გამონაყარამდე რამდენიმე დღით ადრე, მნიშვნელოვნად იზრდება და გასინჯვისას მტკივნეულია კეფის, კისრისა და ყურუკანა ლიმფური კვანძები. პარალელურად შესაძლოა აღინიშნოს ტემპერატურა და კატარალური მოვლენები. გამონაყარი ჩნდება ჯერ სახეზე, თავის თმიანი ნაწილის კანზე და უკვე დღის განმავლობაში ფარავს მთელ კანს.

წითელას მისი გამონაყარი უფრო პატარაა ვიდრე წითელასი და უფრო დიდია, ვიდრე ქუნთრუშასი.





ჩუტყვავილა (varicella) აღწევს არა მარტო ღია კარებში, არამედ კედლებშიც და სხვა სართულის ღია ფანჯრებშიც. მთლიანობაში დაავადება მძიმე არ არის. კონტაგიოზურია. ინფექციის

წყაროა ინკუბაციის პერიოდის ბოლო დღიდან ავადმყოფის ცხვირ-ხახის ლორწოვანი გარსი და ბუშტუკების შიგთავსი. ბუშტუკების გახმობისა და ქერქების წარმოქმნის პერიოდში კონტაგიოზურობა უკვე წყდება და რჩება მყარი იმუნიტეტი. გამონაყარი იწყება სახეზე, თავის თმიან ნაწილზე და ცოტა ხანში მთლიან სხეულს ფარავს. კანზე შეიძლება დავაკვირდეთ ჩუტყვავილას გამონაყარის განვითარების ყველა სტადიას: როზეოლები, გამჭვირვალე სითხიანი ბუშტუკები, მუქი შიგთავსის ბუშტუკები, ხმობადაწყებული და ქერქით დაფარული ბუშტუკები. გამონაყარს ხშირად ახლავს ქავილი, რის გამოც ბავშვები წუხდებიან და ადგილს ვერ პოულობენ.



ყივანახველას (pertussis) ინფექციის წყაროა ავადმყოფი ადამიანი კატარალურ სტადიაში. კონტაგიოზურობა 8 კვირამდე ნარჩუნდება. ყივანახველას დროს მნიშვნელოვანი ცვლილებები ხდება ბრონქების ეპითელიუმში. დაავადების მიმდინარეობა იყოფა სამ პერიოდად -კატარალურ, სპაზმურ და რეკონვალესცენციის. ყოველი მათგანი დაახლოებით ორ კვირას გრძელდება. ყივანახველას ახასიათებს ტიპიური ხველა წაკივლებით. თავდაპირველად არის ღრმა ჩასუნთქვა, რომელსაც თან სდევს „ხველასტოკატო“, სახმო ნაპრალის სპაზმის შეწყვეტის შემდეგ ისმის ღრმა ჩასუნთქვა სტვენით. ცოტა ხნის შემდეგ ხველა განახლდება (რეპრიზი). ბავშვი შეტევის დროს ხდება ციანოზური და ხშირად ხველება ღებინებით მთავრდება. შეტევის სიხშირე დაავადების სიმძიმეზეა დამოკიდებული: დღე-ღამეში 8-10-დან 40-50-მდე. ბავშვი ჭირვეული და გატანჯული ხდება. მას ტიპიური სახე აქვს: დასიებული ქუთუთოები, კონიუნქტივიტი, შესიებული სახე, ხველების დროს შეიძლება ცხვირიდან სისხლდენა განვითარდეს. შეტევის დროს, ენის ხახუნის შედეგად, ქვედა საჭრელ კბილებთან ენაზე ჩნდება პატარა წყლული, რომელსაც დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა აქვს. მიუხედავად ძლიერი ხველებისა, გაურთულებელი პროცესი მიმდინარეობს ტემპერატურის გარეშე და ფილტვების მხრივ პათოლოგია არ აღინიშნება.



სამდღიანი ცხელება - ყველაზე მსუბუქი ბავშვთა დაავადებაა. დაავადება იწყება სპონტანურად. ყველანაირი მიზეზის არ არსებობის დროს ტემპერატურა იწევს 39^0 C-მდე და სამი დღე გრძელდება. სამი დღის შემდეგ შეიძლება მსუბუქი, წითურის მაგვარი გამონაყარი გამოჩნდეს, რომელიც 1-3 დღეში უკვალოდ ქრება და ბავშვი პრაქტიკულად ჯანმრთელია.

შვიდ წლამდე ასაკში ბავშვის ფიზიკური სხეული არის მისი მშობლების სხეულების მოდელი. ამ პერიოდში ქმედითია მემკვიდრეობითი ნიშან-თვისებები. შვიდი წლის ასაკის ბავშვში ფუნქციონირებას იწყებს მისი ინდივიდუალური სხეული, რომელიც მკაცრად აძევებს მოდელს. სარძევე კბილებიც მოდელის ერთ-ერთი გამოხატულებაა. როგორც მას აძევებს ძირითადი, ინდივიდუალური კბილები ორგანიზმიდან, ასევე მთლიანობაში მოდელის ორგანიზმის თითოეულ უჯრედს სასტიკად ექცევა და აძევებს ინდივიდუალური ადამიანი. ე.ი. თავისუფლად შეიძლება ვთქვათ, რომ მიწიერ მოდელსა და ინდივიდუალურ ორგანიზმს შორის მიმდინარეობს ბრძოლა. თუკი ამ ბრძოლაში უპირატესობას იღებს მოდელი, ამის გამოხატულებაა წითელა. მაგრამ თუკი ამ მიწიერ მოდელში შემოსული ინდივიდუალური ადამიანი, შინაგანი ადამიანი იღებს უპირატესობას, ცდილობს დაანგრიოს იგი და ამბობს - „მე მინდა განვთავისუფლდე ამ ფორმიდან“, მაშინ სახეზეა ქუნთრუშა. ჩემი პრაქტიკიდან თავისუფლად შემიძლია ვთქვა, რომ ბავშვებს წითელა უფრო ხშირად ემართებათ 3-4 წლის ასაკში, როდესაც აქტიურია მოდელი, ხოლო ქუნთრუშა 7-8 წლის ასაკში, როდესაც შინაგანი, მეორე ადამიანი აქტიურდება და მოდელს აძევებს ბავშვის არსებიდან.

ქართული კულტურა მდიდარია ბავშვთა დაავადებების შესახებ ცოდნის თვალსაზრისით. ისინი ძველ ქართულ სამედიცინო წყაროებში XIII საუკუნიდან მოიხსენიება, მაგრამ მდიდარი ეთნოგრაფიული მასალა ცხადყოფს, რომ ქართველები ამ დაავადებებს უფრო ადრეც იცნობდნენ. ბავშვთა ინფექციურ დაავადებებს მთაში „ანგელოზებს“, „ბატონებს“, „ბედნიერს“, „სახადს“ უწოდებდნენ.

სიმძიმის მიხედვით განასხვავებდნენ დიდს, პატარას, თათრულსა და ქართულ, მამრობითი და მდედრობითი სქესის დაავადებებს. მაგალითად, მამრობითი სქესის დაავადებად ითვლებოდა - ყვავილი; დიდი ბატონების კატეგორიას მიაკუთვნებდნენ შავ ჭირსა და ქოლერას.

საქართველოში „ბატონები“ ღვთის წინაშე ერთხელ მოსახდელ ვალდებულებად მიაჩნდათ. „ღვთის ვალის“ არსის ცოდნის მიუხედავად ყველა „ბატონების“ მოხდის აუცილებლობას ვერ ხედავდნენ, ცალკეულ დაავადებათა თავისებურებების გათვალისწინების გამო, მაგ. ყვავილს ძალიან ერიდებოდნენ. იცოდნენ, რომ ამ სენით დაავადებული იშვიათად გადარჩებოდა და თუ გადარჩებოდა - დამახინჯდებოდა. ამის გამო ავადმყოფის იზოლაციას ახდენდნენ. აუცილებლობის შემთხვევაში მხოლოდ ცხენით შეიძლებოდა მიმოსვლა, რადგან მთიელები თვლიდნენ, რომ „ცხენის ფეხს ავადმყოფობა არ აჰყვებოდა“. წითელას კი არ ერიდებოდნენ, რადგან იგი ყვავილთან შედარებით „მსუბუქ“ დაავადებად იყო მიჩნეული. წითელა ბავშვს იშვიათად ურთულდებოდა, ამიტომ ხშირად ავადმყოფთან ჯანსაღი მიყავდათ სახადის დროულად მოხდის მიზნით. ვისაც „ბატონები“ არ შეხვდებოდა, მას ღვთისგან დაწუნებულად მიიჩნევდნენ. ბატონების მიერ დატოვებული რაიმე ფიზიკური ნაკლი უარყოფითად არ აღიქმებოდა. ქალი, ნაყვავილარის გამო, გათხოვების ჟამს არ უნდა დაეწუნათ. თუმცა ეს წესი ხშირად ირღვეოდა.

საქართველოს ზოგიერთი კუთხის ეთნოგრაფიული მონაცემებით „ბატონები“ მხოლოდ მონათლულ ბავშვებს ემართებოდათ.

მთიელთა გადმოცემით „ანგელოზების მობრძანებას“ უმეტესად სიზმრით იგებდნენ. წითელას ანგელოზები - წითლებში გამოწყობილი ბავშვის სახით ყავდათ წარმოდგენილი, ყვავილი - თეთრებში გამოწყობილი, ცხენზე ან ქორზე ამხედრებული ქალის ან მამაკაცის სახით. ბატონები და-ძმანი არიან, რომელთაც ჰყავთ ბატონების დედა ან მამიდა. საერთოდ მამიდა განსაკუთრებით აქტიურია ბატონებთან დაკავშირებულ რწმენა-წარმოდგენებსა და წეს-ჩვეულებებში. ავადმყოფ ბავშვს მამიდასთან სიახლოვე განსაკუთრებულ სიამოვნებას ანიჭებს.

ანგელოზებს ოჯახი მხიარულად ხვდებოდა. ავადმყოფს სუფთა საწოლში მოათავსებდნენ, ჭრელ-ჭრელ „ფლასებს“ დაუფენდნენ - ანგელოზებს წითელ-ყვითელი ფერები უყვართო და საგანგებო სუფრასაც გაუშლიდნენ. ფშავ-ხევსურეთში აცხობდნენ ქერისა და ჭვავის ფქვილისაგან, კარაქით გაპოხილ კოჭობებს (კვერებს). მათ სამ დღეში ერთხელ ახალგამომცხვარით ცვლიდნენ. ისინი ღვთისთვის იყო განკუთვნილი. ხევში, ნათლისმცემლის სახელზე გამომცხვარ მტრედის ფორმის კვერებს დებდნენ. წითელას დროს ფანჯრებზე წითელ ნაჭრებს ჩამოაფარებდნენ, ხოლო ყვავილის დროს - თეთრი ფერისას. ბატონებს, რომლებიც „გაზაფხულზე მობრძანდებიან“, განსაკუთრებით უყვართ ია და ვარდი, ამიტომ საწოლის ახლოს ან ოთახის კუთხეში მუდმივად იდგა ყვავილების თაიგული. ავადმყოფის საწოლთან ანთებდნენ „ბაზმებს“ - დანაყილი ნიგვზისგან დამზადებულ პატარა

სანთლებს ან უბრალოდ სამ ან ხუთ კარგად გამომწვარ კაკალს. კაკალი წვის დროს სასიამოვნო სურნელს გამოსცემს, რაც ბატონებს განსაკუთრებით სიამოვნებთ. კაკლის ხეს ბატონების დროს მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს. მაგალითად, რაჭაში, თითქმის ყველა ეზოში დგას ბატონების კაკალი, რომელზედაც ჯვარი ჰკიდია. მისი გაყიდვა არ შეიძლება და ნაყოფი მხოლოდ მისმა გვარმა უნდა მოიხმაროს. ოჯახის წევრები ანგელოზების გართობას ცდილობდნენ, ფანდურს უკრავდნენ, ბავშვებს აცეკვებდნენ, სნეულს ალერსიანად ექცეოდნენ, არ აწყენინებდნენ, ცდილობდნენ მისი ყოველი სურვილის დაკმაყოფილებას. ისინი დარწმუნებულნი იყვნენ, რომ ეს სურვილები თავად ანგელოზების სურვილებს წარმოადგენდნენ.

ბატონების დროს ოჯახში იკრძალებოდა ყოველგვარი ხმაური, ჩხუბი, ტირილი, თოფის გასროლა. ოჯახის წევრის სიკვდილის შემთხვევაშიც კი არ იტირებდნენ: „ანგელოზებს არ ესიამოვნებათ და გაწყრებიანო“. უფრო მეტიც, ბატონებით გარდაცვლილი ითვლებოდა ანგელოზების მიერ წაყვანილად. ამიტომაც იკრძალებოდა ბატონებით გარდაცვლილთა გლოვა. არ შეიძლებოდა ტირილი, შავების ჩაცმა. მათი დაკრძალვა მუსიკით და იავნანით ხდებოდა. ამბობდნენ: ანგელოზებს სიმშვიდე უყვართო. არ შეიძლებოდა ოთახის დაგვა, ნემსის და ჩხირის ხმარება - ანგელოზებს თვალები დაეჩხვლიტებათო, დათრობა - ანგელოზებს მთვრალი ეჯავრებათო, სანთლის დანთება - ანგელოზებს სანთლის ფეხები აქვთ და დაუდნებათო, იკრძალებოდა მწარე და მლაშე საკვების დამზადება. ავადმყოფი ბავშვის მშობლები „ერთად არ დაწვებოდნენ“.

ყოველივე ამის დარღვევა იწვევდა ბატონების გაბრაზებას - ეს აისახებოდა ბავშვის მდგომარეობის გაუარესებაზე.

ამ დროს ტარდებოდა მობოდიშების რიტუალი - დიდ სინზე აწყობდნენ ტკბილეულს, წითელ კვერცხებს, ყვავილებს, საწოლს ჩოქვით შემოუვლიდნენ და ანგელოზებს ევედრებოდნენ პატიებას, გულის მობრუნებას. კრიზისის დროს ავადმყოფის დედა, ბებია და მამიდა შიშვლდებოდნენ და საწოლის გარშემო ცეკვავდნენ. შიშველი ქალის დანახვაზე ანგელოზები მხიარულდებოდნენ, ბავშვიც ხშირად იცინოდა და კრიზისიდან გამოდიოდა.

ქართლში იყო ასეთი წესი, რომ კრიზისის დროს დედა წელს ზევით შიშვლდებოდა, მუხლის ჩოქვით საწოლს უვლიდა, მკერდს მიწაზე მიათრევდა და თან ამბობდა: დედამიწავ, შენი დედაც გავხდები, ოღონდ ჩემი შვილი კარგად მიმყოფეო.

ყველაფრის ჩათავების შემდეგ აცილებდნენ ბატონებს. იშლებოდა პატარა სუფრა ტკბილეულით, ბატონებს მადლიერებით მოიხსენიებდნენ და სიმღერით გაჰქონდათ გარეთ. ზოგჯერ გზაჯვარედინზე ტოვებდნენ, რომ გამვლელს წაეღო და ანგელოზებიც (ბატონებიც) კარგი ხასიათით გაჰყოლოდნენ მას.

იოანე ნათლისმცემელი და წმინდა ბარბარე ითვლებიან ბატონების მფარველად.

ეთნოგრაფიული მასალებიდან ცნობილია, რომ „ბატონების სამყოფელი, ბატონების ბაღი მშვენიერ კუნძულზეა გაშენებული, სადაც თაფლის მდინარეები და რძის ნაკადულები გადმოედინება. კუნძულის ნაპირებს ლურჯი ზღვა კოცნის, ზედ ეფრქვევა მზის ოქროთი დაფერილი დაუსრულებელი ბრჭყვიალა სხივები. ბაღში იზრდება ადამიანის თვალთაგან ჯერ კიდევ უნახავი ყვავილები, რომლებიც ნაზ ღეროებზე მსუბუქ თაიგულებს ქმნიან. აქვეა საუცხოო სასახლეები, რომელთა გარშემო ძვირფასი მარგალიტების მსგავსი ნაპერწკლები იფრქვევა“.

,,იავნანა, ვარდო ნანა, იავ-ნანინაო

ბატონები მობრძანდნენ, იავ-ნანინაო,

მობრძანდნენ და გაგვახარეს, იავ-ნანინაო,

ბატონების მამიდასა, იავ-ნანინაო

წინ გავუშლი ხალიჩასა, იავ-ნანინა''.

http://old.aversi.ge/main_jurnal.php?lang=geo&id=985&cat_id=2

http://www.mkurnali.ge/pediatria/bavshvtha-infeqciebi/3791-tsithura-klasikuri-bavshvtha-infeqcia.html

შ.შ.მ. ბავშვების თავისებურებები

დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვები



დაუნის სინდრომი არის ქრომოსომული დაავადება, რომლის დროსაც ადამიანს 46 ქრომოსომის ნაცვლად 47 ქრომოსომა აქვს; როგორც წესი 21-ე წყვილი ქრომოსომის მაგივრად არის 3 ქრომოსომა. ამიტომ, მას სხვანაირად 21-ე წყვილის ტრისომიასაც უწოდებენ. ზედმეტი ქრომოსომული მასალა იწვევს დაუნის სინდრომისათვის დამახასიათებელ ფიზიკურ და ფსიქიკურ თვისებებს. დაუნის სინდრომი პირველად აღწერეს 1850 წელს და კრეტინიზმთან იყო გაიგივებული. 1866 წელს დაავადება აღწერა ინგლისელმა ექიმმა ჯონ დაუნმა. ამის გამო უწოდეს დაავადებას დაუნის სინდრომი. 1959 წელს კი ფრანგმა ექიმმა ლეჟანმა დაუნის სინდრომი განსაზღვრა როგორც ქრომოსომული ანომალია. მან აღმოაჩინა, რომ დაუნის სინდრომის მქონე ადამიანს თითოეულ უჯრედში 46 ქრომოსომის ნაცვლად 47 ქრომოსომა აქვს.

დაუნის სინდრომს უნდა შევხედოთ, როგორც ჩვენი დროის წამალს და არა დაავადებას.

დაუნის სინდრომის მქონე პირი არასოდეს აღწევს სამყაროსგან ისეთ გამიჯვნას და გაუცხოვებას, როგორც თანამედროვე ჯანმრთელ ადამიანს ახასიათებს. ბავშვი გარემოსთან და ნაცნობ ადამიანებთან ერთიანობაა. მისთვის ყველა და-ძმაა. დედ-მამაა. მას მთელი კაცობრიობა უყვარს.

ასეთი ბავშვი არა მარტო სხვებთან ერთად ცხოვრობს, არამედ სხვებშიც. მას ჭარბი სიმპათიის ძალები აქვს. მისი სიყვარული ცოდნიდან და ინტელექტიალიზმიდან არ მოდის, ეს არის პირველყოფილი სიყვარული, რომელიც უცვლელია. თითქოს მას ჯერ თვალები ახელილი არ აქვს.



დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვისთვის შიში უჩვეულოა, სამაგიეროს ღრმად განიცდის სირცხვილის გრძნობას, მაგრამ მისი სირცხვილი არ არის სხეულის ან სიშიშვლის სირცხვილი. ეს არის არქეტიპული სირცხვილი სიშიშვლის წინაშე - სირცხვილი იმისა რომ არასკმარისი სხეულებრივი სამოსელით იბადება.

ჩვეულებრივი ადამიანები თავის მოტყუების უნარით იცავენ თავს, რაც დაუნის სინდრომის მქონე პირებს არ აქვთ, რადგან ისინი სუფთა, შეურყვნელი და გულუბრყვილოები არიან. ამიტომ ყველაზე მძიმედ განიცდიან ცხოვრებას.

დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვი ერთი მთლიანობაა - სიყვარულის სიუხვისა და არაინტელექტიალობის თავისებური კომბინაცია. ამ ორის ერთიანობა დამოუკიდებელი არსებობისთვის უუნაროს ხდის. ამას ემატება ისიც, რომ მათ თითქმის არასდროს უვითარდებათ სქესობრივი აქტივობისა და გამრავლების უნარი. ის ვერ ხვდება ბოროტებას. ის ნამდვილი უცვედელია.

დაუნის სინდრომის მქონე ბავსვს აქვს გარკვეული ფიზიკური ნიშნები. ბავშვს შეიძლება ყველა ნიშანი ჰქონდეს ან რამოდენიმე. მთავარი და ყველასთვის დამახასიათებელია - ორი თვის ემბრიონის ფორმა - მრგვალი ფორმებით, ეს ნიშნებია:

- კუნთთა დაბალი ტონუსი-ჰიპოტონია;

- სახის ბრტყელი პროფილი;
- ცხვირის ფართო, ჩაღრმავებული ხიდი, პატარა ცხვირი;
- თვალის ირიბი ჭრილი;
- დეფორმირებული (დისპლასტიური) ყური;
- მოკლე, ფართო ხელები, ხელის გულზე ერთი ღრმა ხაზი;
- მე-5 თითზე ორის ნაცვლად ერთი მოსახრელი სახსარი;
- დიდი დაშორება ფეხის დიდ და მეორე თითს შორის;
- პირის პატარა ზომა;
- პირის ზომასთან შედარებით დიდი ენა;
- განიერი ტერფი პატარა თითებით;
- მოკლე კისერი;
- პატარა თავი;
- ეპიკანტუსი - თვალების შიდა კუთხეში კანის პატარა ნაოჭი;



დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვებში ხშირად ვლინდება შემდეგი პათოლოგიები:

- გულის თანდაყოლილი მანკები;
- საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის პრობლემები;
- ბავშვობის პერიოდის ლეიკემია;
- მხედველობის და სმენის დარღვევები.

მიუხედავად სირთულეებისა, სწორი განწყობის შედეგად შექმნილ პირობებში ანუ მის მიმართ სწორი პედაგოგიური და სამედიცინო მიმართებების განვითარებით ასეთი ბავშვი გასაოცარ სიმწიფესა და პასუხისმგებლობას მიაღწევს.

კითხვები:

1. რა არის დაუნის სინდრომი?
2. გადამდებია დაუნის სინდრომი?
3. რომელი ქრომოსომის ტრისომიაა დაუნის სინდრომი?
4. აღწერეთ დაუნის სინდრომის მქონე ბავშვის გარეგანი ნიშნები;

5. რა დაავადებების მიმართ აქვთ მიდრეკილება ასეთ ბავშვებს?



ბავშვთა ცერებრული დამბლა

ბავშვთა ცერებრული დამბლა სინდრომების ჯგუფია, რომლებიც აღმოცენდება ბავშვის თავის ტვინის დაზიანების შედეგად მუცლადყოფნის პერიოდში, პერინატალურად (მშობიარობის პერიოდში) და პოსტნატალურად (დაბადებიდან პირველ თვეებში). დიდი მნიშვნელობა აქვს იმას, თუ როდის მოხდა თავის ტვინის დაზიანება. ნაყოფის თავის ტვინის პათოლოგიის მიზეზები შეიძლება იყოს:

- პლაცენტის პათოლოგია;
- დედის მიერ გადატანილი ინფექცია;
- ნაყოფის ქრონიკული ჰიპოქსია;
- სხვდასხვა ქიმიური ნივთიერებით ან მედიკამენტებით ინტოქსიკაცია
- მუცლდყოფნის ინფექციები: ლისტერიოზი, ტოქსოპლაზმოზი.



ცერებრული დამბლის კლინიკური სურათი დამოკიდებულია თავის ტვინის დაზიანებაზე. დაავადება ვლინდება ბავშვის მოტორული განვითარების დარღვევებით - კუნთთა ტონუსის და მოძრაობის კოორდინციის დარღვევების სახით. რადგან ტვინის დაზიანასთან გვაქვს საქმე ზოგიერთი სიმპტომი, როგორიცაა მაკრატელისებური სიარული სპასტიკურობისას და უნებლიე მოძრაობები ათეტოზისას 2-3 თვის ბავშვის განვითარების ნორმალური მოვლენებია.

კუნთების ტონუსი შეიძლება იყოს ძალიან მაღალი - დაძაბული, დაჭიმული (სპასტიკა), ან ძალიან დაბალი, მოშვებული. კიდურებში შეიძლება ორივეს ერთად ჰქონდეს ადგილი.

ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვებს არ შეუძლიათ ცვალონ საკუთარი კუნთური ტონუსი ისე, რომ მოქნილი, თანმიმდევრული მოძრაობა შეასრულონ. მათი მოძრაობები მოუქნელი, უხეში და წყვეტილია. ცერებრული დამბლის დროს კი მოძრაობის კოორდინაცია დარღვეულია, რაც ზოგადად ადამიანს ეხმარება კიდურების შეთანხმებულ მოძრაობაში.

მოძრობის ხასიათისა და კუნთთა ტონუსის დარღვევების მიხედვით გამოყოფენ ცერებრული დამბლის შემდეგ ფორმებს:

- სპასტიური ფორმა - კუნთთა ტონუსი ძალიან მაღალია, კუნთები დაჭიმულია. ბავშვს უჭირს პოზის შეცვლა, ერთი პოზიციიდან მეორეში გადასვლა, ნებითი მოძრაობის შესრულება. კუნთთა მაღალი ტონუსის გამო წარმოიქმნება კონტრაქტურები, ზოგ შემთხვევაში ფეხების გადაჯვარედინება და ტერფის შიგნით შეტრიალება.
- ატონურ-ასტატიური ფორმა - “რბილი” ფორმა, ე.წ. რბილი დამბლა, როდესაც გამოხატულია კუნთთა ტონუსის ძლირი დაქვეითება, კუნთების მოდუნება. ბავშვს უჭირს თავის დაჭერა, დიდხანს ჯდომა, დგომა, სიარული, ბავშვის სხეული მოშვებულია.
- ათეტოიდური ფორმა - ამ დროს კუნთთა ტონუსი მერყეობს სუსტსა და ძლიერს შორის, ადგილი აქვს სპაზმებს, კუნთთა ტონუსის აწევის შეტევებს, დაქვეითებული ტონუსის ფონზე. ამის გამო ბავშვებს აღენიშნებათ უნებლიე მოძრაობები -

ჰიპერკინეზები, რომელთაც ვერ აკონტროლებენ: კიდურებში, სახის კუნთების, კისრის. ბავშვის ნებითი მოტორული აქტივობა გართულებულია, უჭირს სხვადასხვა პოზის მიღება და შენარჩუნება, ელემენტარული მოქმედების შესულება.

- ნათხემის ფორმა - ხასიათდება მოძრაობის კოორდინციისა და წონასწორობის დარღვევებით, კუნთთა დაძაბულობასთან ან მოდუნებასთან ერთად.

იმისდა მიხედვით, თუ რომელი კიდურია დაზიანებული, ანსხვავებენ:

- სპასტიურ დიპლეგიას (ლიტლის სინდრომი)- პარაპლეგია, რომელიც ყველაზე ხშირი ფორმაა. უპირატესად ზიანდება ქვედა კიდურები, დი - ნიშნავს ორს, ხოლო პლეგია - დამბლას. ვლინდება უკვე პირველივე თვეებში.
- სპასტიური ჰემიპლეგია - ჰემი ნიშნავს ნახევარს, პლეგია - დამბლას. იგი ხასიათდება მოტორული დარღვევებით სხეულის რომელიმე მხარეს ანუ დაზიანებულია ან მარჯვნა ხელ-ფეხი ან მარცხენა ხელ-ფეხი.
- ორმაგი ჰემიპლეგია - ცერებრული დამბლის ფორმაა, როდესაც მოტორული დარღვევები ოთხივე კიდურში ვლინდება, მაგრამ უფრო გამოხატულია ხელებში, ვიდრე ფეხებში.
- ტეტრაპლეგია - როდესაც ოთხივე კიდურში ძლიერ გამოხატულია მოტორული დარღვევები, რაც ძალიან ამძიმებს ბავშვის მდგომრეობას.

ოთხივე ფორმა ზემოქმედებს ბავშვის სივრცით განცდებსა და სივრცეში მის ინტეგრაციაზე. ჰემოპლეგიისას დაზიანებულია ლატერალური ორიენტაცია,, პარაპლეგიისას -ვერტიკალური ორიენტაცია, ტეტრაპლეგიისას - ორიენტაცია საგიტალურ განზომილებაში. ეს უკანასკნელი განსაკუთრებით შთამბეჭდავი ფენომენია, რადგან ორიენტაციის დარღვევასთან ერთად ბავშვს საკუთარი თავის განცდაც ერღვევა. მის შფოტვიან გამოხვედით შეიძლება მივხვდეთ, რომ ბავშვიმ თლიანად ფრონტალურ მიმართულებასაა მიჯაჭვული.

კუნთების კონტროლირებადი მოძრაობა გულისხმობს არა მარტო კუნთების შეკუმშვას, არამედ მის მოდუმებასაც, რომელიც ჰარმონიულად უნდა ენაცვლებოდეს ერთმანეთს და ეს მოძრაობა უნდა ემორჩილებოდეს მთავარ ,,გეგმას''. სპასტიკური კრუნჩხვის დროს კიდური ან სახსარი დაჭიმულია, კუნთები შეკუმშული, მათი მოძრაობა თოთქმის შეიძლებელია, თუმცა ამოძრავებას სევძლებთ თუ ნელა ვიმოქმედებთ და ფრთხილად ვცდით.კიდურის მოძრაობის აჩქარება, მასზე უეცარი დაწოლაც კი კუნთების უფრო მეტად გაშეშებას იწვევს. სპასტიკის დროს კუნთები გამუდმებით იმყოფებიან უკიდურესი სპაზმისა და შეკუმშვის მდგომარეობაში. ეს ფენომენი საპირისპიროა დამბლის. აქ სახეზეა არა კუნტური აქტიურობის დაკარგვა, არამედ მისი მუდმივად შეკუმშულ მდგომარეობაში ყოფნა.

დამბლის მეორე ფორმისთვის - ათეტოზისთვის დამახასიათებელია უნებლიე, ხშირად სპირალური, ჭიისებრი ან მცენარისებრი მოძრაობები. სახეზეა ატაქსია - მოძრაობები, რომლებიც მიზანს ვერ აღწევს. რაიმე განზრახვას შესაბამისი კუნთების შეკუმშვა მოსდევს, მაგრამ ეს არასაკმარისად წონასწორდება საპირისპირო კუნთების შეკუმშვით.

ცერებრული დამბლის ყველაზე მძიმე ფორმისას კი მხოლოდ ძალიან ნელი მოძრაობებია შესაძლებელი. ამ დროს კიდურები თითქოს ტყვიასავით დამძიმებულნი არიან.

ცერებრული დამბლა ეს არის მოძრაობის პათოლოგია, რომლის დროსაც მოძრაობის დარღვევას კუნთების ზედმეტად დაჭიმულობა იწვევს და არა დაჭიმულობის არ არსებობა. კუნთების ამოძრავების უნარის დაკარგვა - ე.წ. ფლექსიდური დამბლა, ტიპიურია ზურგის ტვინის ან კუდურების პერიფერიული ნერვული დაზიანებისას. ცერებრული დამბლის დროს ირღვევა მოტორული განვითარება, რის შედეგადაც გაძნელებულია ნებისმიერი მოტორული აქტივობა - ჯდომა, დგომა, გადაადგილება და ა.შ. ხანგრძლივი სპაზმისა და შეკავების გამო ხშირად ადამიანი სხეულის ფორმის დამახინებას იწვევს. შეუძლებელია წარმოდგენა იმისა, როდესაც დღის განმავლობაში ვუყურებთ ბავშვს, რომელსაც მტევნები მაჯაში მოხრილი აქვს, ფეხები გადაჯვარედინებული, ტერფები კი განზე გასული, ღამით, ძილისას უბრუნდება ჰარმონიული და სწორი ფორმა. დილით გაღიძებისას კვლავ ყველაფერი ბრუნდება.

გარდა მოტორული დარღვევებისა, ამ დროს სახეზეა სენსორული ფაქტორიც - ზედმეტი მგრძნობელობა - უეცარ ხმაზე, უეცარ მიახლოებაზე. ბავსვი ამაზე კუნტების გაძლიერებული შეკუმშვით რეაგირებს. იგივე შეიძლება ითქვას ათეტოზიან ბავშვზე, ტუმცა აქ უნებლიე მოძრაობებს უფრო ემოციური სტიმული იწვევს, ვიდრე სენსორული. ა, დროს ბავშვს ხელებისა და ფეხების როტაციული მოძრაობა ეწყება, როცა სხვა ადამიანის მიმართ სიყვარული ან სიმპთია ეწყება.

ადამიანის ორგანიზმი ისე მოწყობული, რომ მისი თავი სიმშვიდის, მოსვენების პოლუსს წარმოადგენს, რომლის ამოცანაა არა მოძრაობაში მონაწილეობა, არამედ სენსორული შტაბეჭდილებების აღქმა. აქ მხოლოდ მეტყველებისა და აზროვნების ფაქიზ მოძრაობებს უნდა ჰქონდეს ადგილი. თავი არ მონაწილეობს კიდურების დიდმასშტაბიან მოძრაობებში. იგი არის პოლუსი, რომელიც მშვიდად განისვენებს. დიდი მოძრაობა მას უნდა უკავშირდებოდეს და მისგან უნდა აღმოცენდებოდეს. ეს დიფერენციაცია არ ხდება სპასტიურ ბავშვთან. მგრძნობელობა, რომელიც თავში უნდა იყოს ლოკალიზებული და კონცენტრირებული, მთელ ორგანიზმზე ვრცელდება. მთელი სხეული ზედმეტად მგრძნობიარეა, ასე ვთქვათ, უფრო თავისმიერია, თავი კი იმპულსური მოძრაობებითაა შეპყრობილი. ასე ხდება ცერებრალური დამბლის ყველა ფორმისას.

ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვებს უჭირთ თავის დაჭერა, დგომა, ჯდომა, სიარული, მოქმედებები ხელებით, მხედველობით-მოტორული კოორდინაცია. კოორდინაციის დარღვევისა და კუნთთა ტონუსის გამო კლინიკური სურათი განსხვავებულია:

- თავი მაღლა აწეულია და უკან გადაწეული, ხელები და ფეხები დაჭიმულია და გაშლილი, ხერხემალი გაშლილია.
- თავი მოტრიალებულია მარჯვნივ, მარჯვენა ხელ-ფეხი გაშლილია, მარცხენა – მოხრილი, ან პირიქით. ამის გამო, ბავშვს არ შეუძლია იმ ხელის მოხრა, რომლისკენაც თავია მიტრიალებული.

- თავი ჩაქინდრულია, ხელები და ფეხები - მოხრილი, რომელიც ხელს უშლის დგომას, სიარულს და საგნობრივი მოქმედებების ჩამოყალიბებას.

- ხშირია ტაქტილური აღქმის დეფიციტი- ბავშვებს უჭირთ ხელის მოსინჯვით საგნების და მათი თვისებების ცნობა.
- ხშირია ხელის და თვალის შეთანხმებული მოძრაობის დარღვევა არასწორი პოზების გამო. ბავშვს უჭირს თვალი მიაყოლოს საკუთარ ან სხვის მოძრაობას. ეს აფერხებს საგნების მოხმარების ჩვევების ჩამოყალიბებას და შემდგომში სასწავლო ჩვევების (კითხვა, წერა) ათვისებას.
- მათ უჭირთ ხანგრძლივად გარკვეული საქმიანობის შესრულება ან თამაში. მალე იღლებიან და შესაბამისად ეწყებათ მოუსვენრობა, უნებლიე მოძრაობები.
- ხშირია მეტყველების დარღვევები, რაც გამოიხატება ბგერების და სიტყვების გამოთქმის გაძნელებაში. სახის, ტუჩების და ენის კუნთების ტონუსის დეფექტის გამო მათი მოძრაობა ძლიერ შეზღუდულია. ამასთან ერთად, არასწორი სუნთქვაც აძლიერებს ბგერათწარმოქმნის პროცესის დარღვევას. ასეთი სახის მეტყველების დარღვევა, ანუ დიზართრია დამოკიდებულია სამეტყველო კუნთების კონტროლის და კოორდინციის დაზიანების ხარისხზე. ბავშვის მეტყველება შეიძლება იყოს ნელი, ძნელად გასარჩევი, ხმა შეცვლილი, თითქოს ცხვირში ლაპარაკობენ. მეტყველება წყვეტილია, ხმის მოდულაცია - ცვალებადი. მეტყველების პრობლემები რთულდება, თუ ბავშვს სმენაც დაქვეითებული აქვს ერთ ან ორივე ყურში.
- ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვების 20% სმენის სიმახვილე დაქვეითებული აქვს ერთ ან ორივე ყურში, რაც ართულებს მეტყველების განვითარებას-ბგერების სწორად გაგებას და წარმოთქმას.
- ხშირია ყლაპვის გაძნელება, ღეჭვის, კბეჩის მოძრაობების შესულების გაძნელება. ასეთ ბავშვებს აქვთ წოვის სირთულე ჩვილობაში, რის გამოც ვერ იღებენ საკმარის საკვებს.
- ბავშვებს ხშირად მხედველობით-სივრცითი წარმოდგენების და სხეულის სქემის განვითარების შეფერხება აქვთ. რადგნაც მოტორული ფუნქციების დარღვევის გამო ბავშვი აქტიური არ არის, დამოუკიდებლად ვერ ახერხებს საგნების მოსინჯვას, პირში ჩადებას, ცოცვას, ხოხვას, მისი სენსორული და მოტორული განვითარება ძლიერ ფერხდება. მას უჭირს მანძილების და მხარების გარჩევა.
- ცერებრული დამბლის მქონე ბავშვების 20% აქვთ ხოლმე კრუნჩხვითი გულყრები თავის ტვინის დაზიანებულ უბნებში ნეირონების პათოლოგიური აქტივობის გამო. ბავშვებს შეიძლება ჰქონდეთ სხვადასხვა სახის გულყრები, უფრო ხშირად იდი გენერალიზებული კრუნჩხვითი გულყრები: გონების დაკარგვით, სხეულის ნაწილების დაჭიმვით და შემდეგ რიტმული მოძრობებით, შეიძლება უნებლიე შარდვით, რაც რამდენიმე წუთს გრძელდება.

ზემოთ თქმულიდან გამომდინარე, შეგვიძლია კარგად დავსახოთ ცერებრული დამბლის ბავშვის მოვლისა და თერაპიის გეგმა. პირველ რიგში უნდა გვახსოვდეს მათი ჰიპერმგრძნობელობა და უნდა მოვერიდოთ უეცარ, მკვეთრ და სენსორულ სტიმულებს. მათი მკურნალობისას გამოიყენება სხვადასხვა სახის ფიზიოთერაპიები და სამკურნალო ვარჯიშები.

კითხვები:

1. რა არის ბავშვთა ცერებრალური დამბლის განვითარების მიზეზები?

2. რამდენი სახის დამბლა არსებობს?
3. როგორია ბავშვის გონებრივი განვითარება?
4. როგორია მკურბალობისა და რეაბილიტაციის სქემა?

აუტიზმი



აუტიზმი არის ტვინის ფუნქციონირების განვითარების დარღვევა რომელიც მნიშვნელოვნად ზემოქმედებს და ხელს უშლის ბავშვის: ვერბალური და არავერბალური კომუნიკაციის დამყარების, სოციალური ურთიერთობების ჩამოყალიბებისა და გონებრივი განვითარების პროცესებს. ბავშვი ვერ ახერხებს სწორად აღიქვას ის რაც: ესმის, ხედავს ან შეიგრძნობს, შესაბამისად მას უვითარდება წარმოსახვის პრობლემები და უჩვეულო, მკაცრად შეზღუდული მოქმედებები და ინტერესები.

აუტიზმის სიმპტომები ჩვეულებრივ თავს იჩენენ ბავშვის ცხოვრების პირველი სამი წლის განმავლობაში და თან სდევენ მთელი ცხოვრების მანძილზე. 18 თვის ან 2 წლის ასაკში ბავშვი ვერ აღწევს ჩვეულებრივი განვითარების დონეს. მშობელსა და ბავშვს შორის ნორმალური ურთიერთობა ირღვევა. აუტისტი ბავშვები გაურბიან პირდაპირ მზერას და მათი მეტყველება რუდიმენტულია.

კლინიკის მიხედვით აუტიზმის გამოხატვის ხარისხი სხვადასხვანაირია. არსებობს ყველაზე რთული ფორმა - ახასიათებს განმეორებადი, უჩვეულო, თვითდამაზიანებელი და

აგრესიული ქცევა და ყველაზე სუსტი ფორმა, რომელიც პიროვნული აშლილობითა და სწავლის უნარის დაქვეითებით გამოიხატება.

აუტისტ ბავშებს აქვთ მეტყველების პრობლემები, რომლის სიმძიმე დამოკიდებულია პათოლოგიის განვითარების ხარისხზე. მეტყველებაში იყენებენ ისეთ სიტყვებს, რომლების არ შეესაბამება საგანსა თუ მოვლენას. ლაპარაკის დროს ანაცვლებენ ნაცვალსახელებს. ლაპააკობს თავისთვის, ხმამაღლა, ხშირად გაუგებარი ფრზებით და არანაირი სურვილი არ აქვს კონტაქტში შევიდეს ვინმესთან.

ისინი თითქოს ჩარჩნენ 3 წლის ასაკში - თავის თავს მოიხსენიებს სახელით და არა ,,მე“-თი. თავის თავს შენობით მიმართავენ, სხვა პიროვნებაას კი ,,მე’’-თი, მაგ.; მე ვიცვამ შენს წინდებს, ნიშნავს- შენ იცვამ ჩემს წინდებს. ისინი არ რეაგირებენ დაძახებაზე. გაურბიან პირდაპირ მზერას, ეწინააღმდეგებიან ხელში აყვანას, არ პასუხობენ სხვის ემოციებს, არ შეუძლია თანატოლებთნ თამაში. მიუხედავად იმისა, რომ თავად საუბრობს ხმამაღლა და თავისთვის, შეიძლება სხვის საუბარმა ან ხმაურმა გააღიზიანოს. ბავშვმა შეიძლება გამოამჟღავნოს უგრძნობლობა ტკივილის, სიცივის ან სიცხისადმი, ან პირიქით ზედმეტად მწვავე რეაქცია ჰქონდეს მათ მიმართ. მათთვის დამახასიათებელია უკიდურესად პედანტური აკვიატებები, მაგალითად, საგნების ზუსტად პარალელურად დაწყობა, ოთახის ნივთებს შორის გარკვეული სივრცითი მიმართების ან საგანთა გარკვეული წესრიგის შენარჩუნება. გარდა ამისა მათთვის დამახასიათებელია ცნობისმოყვარეობა და ინტერესი მექანიკური და ტექნიკური საგნების მიმართ. ტექნიკასთან დამეგობრებულები არიან, ადვილად ორიენტირებენ და ასრულებენ ქმედებებს ტექნიკურ საგნებთან მიმართებაში, მაშინ როდესაც საერთოდ არ აინტერესებთ გვერდით მდგომი ადამიანი.

ხშირად აუტისტი ბავშვები თანახმანი არიან, რომ ჩაეხუტო, ისინი უარს არ ამბობენ კონტაქტზე, რომელიც შეხებით მყარდება და მათგან არ მოითხოვენ ვიზუალურ და ვერბალურ კავშირს.

საინტერესოა ის ფაქტი, რომ ბავშვები, რომლებიც საერთოდ არ მეტყველებენ, შეიძლება იყვნენ შესანიშნავი მომღერლები დიდი რეპერტუარით, (განსაკუთრებით ისინი, ვინც მუსიკალურ გარემოში იზრდებიან), ისინი მთელ არიებსა და სიმფონიებსაც კი მღერიან.

აუტისტი ბავშვების მოძრაობები მრავალფეროვანია. ერთი მხრივ, მათი მოძრაობა შეიძლება იყოს დახვეწილი, კოორდინირებული და მოქნილი და მეორე მხრივ კი ექსცენტრიკული და უჩვეულო, რომლებსაც მთელი სხეულით ასრულებენ. მაგალითად, ცუდ ხასიათის დროს გრეხვის, ხტუნვის, გორაობის მოძრაობები წარმოიქმნება. ზოგიერთი ბავშვი რამოდენიმეჯერ უნდა დატრიალდეს, რომ გააგრძელოს შემდგომ გზა, ან შეეხონ იატაკს და სხვა საგნებს. ეს არის აკვიატებული აზრი, რის შედეგადაც ბავშვი უცნაურად გამოიყურება.



აუტისტ ბავშვებს ხშირად ახასიათებთ სხეულის მოძრაობის გამეორება, ხელის მკვეთრი მოძრაობა, გრეხა, ტრიალი, ქანაობა. განმეორებადი ქცევა გამოიხატება იმაშიც, რომ აუტისტური ბავშვები დადიან ყოველთვის ერთი და იმავე გზით, ერთნაირი თანმიმდევრობით იცვამენ, ყოველდღე ერთიდაიგივე განრიგს იცავენ. თუ ამ ჩვეულ წესში რაიმე ცვლილება ხდება, ეს იწვევს ბავშვის ან მოზარდის უკიდურეს გაღიზიანებას.

აუტისტ ბავშვებს ძილის სერიოზული დარღვევები აქვთ. დაძინება ხანდახან შეუძლებელია და ძილის პერიოდი შესაძლებელია მინიმუმამდე შემცირდეს. ეს ჩვევა არ ყალიბდება. ზოგიერთ ბავშვს არ შეუძლია საკუთარ საწოლში დაძინება და შეიძლება სკამზე დაიძინოს. მუდმივად უნდა იყოს გვერდით სხვა.

მათ შეიძლება საერთოდ შეწყვიტონ ჭამა და დასუსტდნენ. თუ ამ დროს არ დავაძალებთ და საკვებს ისე დავუდგამთ ოთახში, რომ მას არ დაველაპარაკებით, არ შევხედავთ და მერე ოთახიდან გამოვალთ, დიდი შანსია - ბავშვმა ჭამა დაიწყოს.

მიუხედავად იმისა, აუტისტ ბავშვებისთვის დამახასიათებელია გონებრივი ჩამორჩენა და მხოლოდ 20% ხასიათდება საშუალო და საშუალოზე მაღალი გონიერებით, შეიძლება გამოამჟღავნონ გარკვეული უნარები: ხატვის, მუსიკის, ანგარიშის, ჭადრაკის თამაშის, ფაქტების დამახსოვრების და სხვა.

აუტისტ ბავშვებს ტიპიური ოჯახური გარემო გააჩნიათ. ბავშვის აუტიზმს უფრო მეტად ადგილი აქვს ინტელექტუალურ წრეებში. თუმცა ის გვხვდება ყველა სოციალურ ფენაში. ისმის კითხვა, აქვს თუ არა გარკვეული როლი დაავადების განვითარებაში ოჯახის წევრების ფსიქიკურ დაავადებებს?! მაგრამ ეს ასეც რომ იყოს, ეს უფრო ფენომენის ეტიოლოგიას ეხება, ვიდრე ფენომენისა და მისი სიმპტომების გაგებას. დამაფიქრებელია, ის ფაქტიც, რომ ოჯახში აუტისტი ბავშვები არის დედისერთები ან პირველშობილები.

აუტიზმით დაავადებული ბავშვის დახმარება და მისი სიმპტომების მნიშვნელოვნად შემსუბუქება შესაძლებელია სწორი მიდგომისა და მკურნალობის შემთხვევაში. კვლევებმა ცხადყო, რომ აუტიზმით დაავადებულ ბავშვთა დიდი რაოდენობა უფრო კომუნიკაბელური გახდა, როცა მათ გარშემო არსებული სამყაროს სწორად გაგება ისწავლეს.



კითხვები:

1. რა არის აუტიზმი?
2. რომელასაკში ვლინდება პირველად აუტიზმი?
3. რა დამახასიათებელი თვისებები აქვთ აუტისტ ბავშვებს?
4. არის თუ არა აუტისტი ბავშვების სისხლის ანალიზში ცვლილებები?

ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის სინდრომი



ჰიპერაქტიური სინდრომი, რომელსაც ხშირად ჰიპერკინეტულ სინდრომს ეძახიან, ხშირად გვხვდება, და ასევე ხშირად მისი დიაგნოზირება ვერ ხერხდება, რადგან ცელქ და მოუსვენარ ბავშვში დედა თავის საყვარელ შვილს ხედავს და არა მის პრობლემებს, შესაბამისად ამ ფაქტის სპეციალისტთან გარჩევა უმრავლესს შემთხვევაში არ ხდება. მოგვიანებით, როდესაც ბავშვი

იწყებს სკოლაში სიარულს და პრობლემები უფრო მეტად აშკარაა, მასწავლებლი ახდენს ამ მდგომარეობის მანიფესტირებას, რის გამოც მშობლების მხრიდან შესაძლებელია, რომ პროტესტი მოჰყვეს ან პირიქით - მასწავლებლის, ექიმისა და მშობლის შესანიშნავი თანხმობა განვითარდეს, ბავშვის ინტერესების გათვალისწინებით.

ყურადღების დეფიციტის და ჰიპერაქტივობის სინდრომი (ADHD) წარმოადგენს ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციონირების (ნეირობიოლოგიური) დარღვევით გამოწვეულ სიმპტომთა ერთიანობას, რომელიც მოიცავს შემდეგ დარღვევებს:

- ყურადღების კონცენტრაციის დეფიციტი - უყურადღებობა, გაფანტულობა;
- იმპულსურობა - აფექტურობა, რომლისგანაც თავშეკავება რთულია;
- ჰიპერაქტივობა - მოტორული მოუსვენრობა, ზედმეტი მოძრაობების სიჭარბე.

სახეზეა ემოციური მოუმწიფებლობა, აგრესიულობა, დაბალი აკადემიური მოსწრება, კონცენტრაციის სისუსტე, მეგობრებთან და მოზრდილებთან (მშობლები, მასწავლებლები) ურთიერთობის პრობლემები, საქმის კეთების უუნარობა. ასეთ ბავშვებს ხშირად არქმევენ ,,ჰიპერაქტიურებს", თუმცა შესაძლებელია ყურადღებისა და კონცენტრაციის პრობლემები, იმპულსურობა და ჰიპერაქტივობა ერთმანეთისგან დამოუკიდებლად არსებობდეს.

ყურადღების დეფიციტის მქონე ბავშვები მიდრეკილები არიან მოთენთილობისა და ზანტობისკენ, ოცნებებისაკენ, ზედმეტი თავმდაბლობისა და მორცხვობისაკენ, ხოლო ყურადღების დეფიციტისა და ჰიპერაქტივობის მქონე ბავშვები მიდრეკილნი არიან იმპულსურობისა და აქტიურობისაკენ, აგრესიული ქცევისაკენ, ამიტომ ხშირად ისინი უარყოფილნი არიან თანატოლების მიერ. პრობლების კლინიკური სურათი გამომდინარეობს შექმნილი სიტუაციიდან - ისინი "სიტუაციურ" ხასიათს ატარებენ ანუ ვლინდებიან, მხოლოდ რომელიმე კონკრეტულ სიტუაციაში, მაგალითად, სკოლაში ან რაიმე დავალების შესრულებისას.

ADHD-ის სიმპტომები ძირითადად ბავშვის ადრეულ ასაკშივე ხდება შესამჩნევი. **ჩვილების** ქცევის წინასწარმეტყველება შეუძლებელია. ერთ წუთს ის ტირის და კივის, მეორე წუთს კი მშვიდდება. ეს ჩვეულებრივ გამკივანი ტირილია და წააგავს სირენის ან სასოწარკვეთილი ცხოველის ხმას. **სამი წლის ასაკში** ამ ბავშვების ნახევარი რთული სამართავია. ხშირად ეცვლებათ გუნება-განწყობა, ღიზიანდებიან, უჭირთ ტუალეტის ჩვევების დაუფლება. მშობლებს ამ პრობლემის დანახვა არ სურთ. ADHD-ის დადგენის ასაკად მიჩნეულია სკოლამდელი ასაკი. დიაგნოზის დასმა ხდება სკოლის ასაკში, შვიდი წლის შემდეგ.

ჰიპერაქტიურობის დროს განვითარებული სიმპტომებს, რომლებიც პათოლოგიური შემთხვევისას ძალიან გამაღიზიანებელი და დამღლელი იყოს, ხშირად ადრეულ ასაკში გადატანილი თავის ტვინი ანთებითი პროცესი იწვევს, ე.წ. ენცეფალიტი. ამის გამო მას პოსტენცეფალური სინდრომი ეწოდება. განსხვავებით ცერებრალური დამბლის მქონე ბავშვისგან, ე.წ. ,,ჩუმი" ბავშვისგან, რომელსაც პრობლემები უკვე ადრეულ ასაკში დაეწყო და ამის მიზეზი იყო თავის ტვინის არასკამარისი მომარაგება სისხლით. განსხვავებული

მდგომარეობაა ენცეფალიტური ჰიპერაქტიურობის დროს, სადაც ასევე ადრეულ ასაკში განვითარდა თავის ტვინში ანთება, ანუ სისხლით ჭარბი მომარაგება. ანთების დროს თავის ტვინში აქტიურად მიმდინარეობს მეტაბოლური პროცესები, სადაც მისი ადგილი არ არის. ჰიპერკინეტული ბავშვის მეტყველება შეიძლება ნორმალურად ან სხვადასხვანაირი დარღვევებით ვითარდებოდეს. ზოგი ბავშვი შეიძლება ხმამაღლა და თავშეუკავებლად მეტყველებდეს, ზოგი კი შეზღუდულად ან საერთოს არ ლაპარაკობდეს. სხეულის დიდი და უხეში მოძრაობები კარგადაა განვითარებული, მაგრამ ფაქიზი და ზუსტად კოორდინირებული მოძრაობები შეიძლება დარღვეული იყოს, როგორც ტვინის მინიმალური დისფუნქციის გამოხატულება. თავის ტვინის დაზიანების დროს შესაძლებელია არსებობდეს მცირე ან დიდი ეპილეფსიური გულყრები. ზიგიერთი მძიმედ შეფერხებულია. მათთვის დამახასიათებელია აქეთ-იქით რწევა, ეს შეიძლება იყოს წინ, უკან, ან გვერდით დგომისას ან ჯდომისას.

როგორც აღვნიშნეთ, ჰიპერკინეტული სინდრომის მიზეზი ეს არის ენცეფალიტი, რომელიც სხვადასხვა ინფექციური დაავადების შედეგად ვითარდება. იმის და მიხედვით, თუ რა ასაკში გადაიტანა ბავშვმა ენცეფალიტი, სხვადასხვა სიმძიმის პრობლემასთან გვექნება საქმე:

- თუ ენცეფალიტი გადატალი იყო ადრეულ ბავშვობაში ან სკოლის ასაკამდე მაშინ სახეზეა ზედმეტად აქტიური, არაკონტროლირებადი ბავშვის ტიპიური სურათი. მდგომარეობა შეიძლება დამძიმდეს გულყრებით, რაც შესაბამისად შეაფერხებს განვითარებას და იქნება დაქვეითებული ინტელექტის დონე.
- თუ ენცეფალიტი სკოლის ასაკის ბავშვს ემართება, დაახლოებით 7-10 წლის ასაკამდე, შედეგად მორალური სფეროს დარღვევებს ვღებულობთ. ინტელექტი და ზოგადი განვითარება ნაკლებადაა დაზიანებული, მორალური უნარები კი ძალიან დაქვეითებულია.
- თუ ენცეფალიტის გადატანა მოხდა მოზრდილ ასაკში, მაშინ ხდება იმის საპირისპირო, რაც ადრეული ასაკის ბავშვებთან ვითარდება - თანდათან ქვეითდება მოტორული უნარი, რაც იწვევს პარკინსონის სინდრომს, რომლისთვისაც დამახასიათებელია ნიღბისებური სახე გამომეტყველების გარეშე, შენელებული მოძრაობა, ხელების ცახცახი, ზოგადი ინერტულობა.

ერთ-ერთი უმთავრესი ჩივილი სკოლის ასაკის ჰიპერკინეტულ ბავშვებთან არის ის რომ, ისინი წინასწარი განზრახვით მოქმედებენ და სწორედ იმას აკეთებენ, რაც ყველაზე მტკივნეულია, ანადგურებენ იმას რაც ყველაზე მნიშვნელოვანი, ძვირფასი და შეუცვლელია, როგორც მატერიალურად, ასევე პიროვნულად. მათთვის დამახასიათებელია: ეშმაკობა, სიცრუე, თავის მოკატუნება, სისასტიკე.

არ არის აუცილებელი ჰიპერკინეტულ ბავშვთნ ინტელექტი ძლიერ იყოს დაქვეითებული, თუმცა გარკვეული სახის ჩამორჩენას ყოველთვის აქვს ადგილი. შესაბამისად მათი საქციელის შეფასება, როგორც წინასწარ დაგეგმილი და განზრახული, საფუძველს მოკლებულია.

ესენი არიან ბავშვები, რომლებიც ქმნიან სირთულეს და რომელმაც შეიძლება დანაშაულებრივი ხასიათი მიიღოს.

თუმცა აუცილებელია ითქვას, რომ ინტელექტის დაქვეითების ხარისხი არ შეესაბამება ჰიპერაქტიურობისა და მორალური ქცევის დარღვევის ხარისხს. ინტელექტუალური უნარი შედარებით ხელუხლებელი ჩანს, მაშინ როდესაც ბავშვთან ზნეობრივი განვითარება ჩვილობის ფაზას არ ცდება და სიყრმისას მას ისეთი იმპულსები, მოთხოვნილებები და სურვილები უჩნდება, რომელიც ნორმალურ ადამიანს ადრეულ ბავშვობაში გააჩნია.

მიუხედავად აგრესიული და ნეგატიური ქცევებისა, ზოგიერთი ჰიპერკინეტული ბავშვი თბილია და კონტაქტისას უშუალო.

ძირითადი სიმპტომები:

- სწრაფად გადადის ერთი დაუმთავრებელი ამოცანიდან მეორეზე, არ ამთავრებს დაწყებულს;
- არ უსმენენ;
- ადვილად ეფანტება ყურადღება;
- უჭირს კონცენტრაცია დავალებებზე, სამაგიეროდ შეუძლია საათობით უყუროს ტელევიზორს ან ითამაშოს კომპიუტერზე;
- ვერ ახერხებს სამუშაოს ორგანიზებას.
- ხშირად იცვლის საქმიანობას.
- უჭირს ინსტრუქციის შესრულება.
- საჭიროებს მუდმივ მეთვალყურეობას.
- ხშირად კარგავს ნივთებს.
- არ შეუძლია ლოდინი.
- ვერ ემორჩილება განრიგს.
- უჭირს ერთ ადგილზე ჯდომა.
- ხელების და ფეხების მოუსვენარი მოძრაობა, ცქმუტავს სკამზე
- ჭარბი სირბილი, მოუსვენრობა.
- უჭირს წყნარად თამაში და საკუთარი რიგის დალოდება.
- ყოველთვის მზადაა გასაქცევად.
- ხშირად, უმიზეზოდ სტოვებს მერხს, საკლასო ოთახს.
- არ ფიქრობს, სანამ რამეს გააკეთებს, მოქმედებს დაუფიქრებლად.
- ერევა სხვის ლაპარაკში და იჭრება სხვა ბავშვების თამაშის პროცესში.
- ხშირად გადაჭარბებულად ბევრს ლაპარაკობს.
- ერთვება ფიზიკურად საშიშ ქმედებებში და არ ფიქრობს შედეგებზე.
- ზოგ შემთხვევაში აგრესიულია და შემტევი.

ADHD-ის განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს რამოდენიმე:

- გენეტიკური მიდრეკილება
- ჩამორჩენა განვითარებაში,
- საშუალოზე დაბალი ინტელექტუალური და სოციალური უნარი,
- აზროვნების სპეციფიკური პრობლემები,

- არახელსაყრელი გარემო (ნაადრევი დაბადება, საკვების ნაკლებობა, მწირი სოციალური დახმარება),
- ემოციური პრობლემები და ცუდი დამოკიდებულება ოჯახში.

კითხვები:

1. რა არის ჰიპერაქტიური ბავშვი?
2. რა მახასიათებელი ნიშნები აქვს ჰიპერაქტიურ ბავშვს?
3. რა არის კონცენტრაციის სისუსტე?
4. როგორი ინტელექტუალური განვითარებისაა ასეთი ბავშვი?

http://archive.webmix.ge/icc/dawn.html

http://archive.webmix.ge/icc/pc.html

http://archive.webmix.ge/icc/adhd.html



ჯანსაღი ცხოვრების წესის ხელშეწყობა

ამ თავში გაეცნობით ჯანსაღი ცხოვრების მნიშვნელობასა და ძირითად წესებს, ჯანსაღი და სწორი კვების ძირითად წესებს, როგორც ჯანმრთელი პაციენტისთვის, ასევე სხვადასხვა მდგომარეობის ჯანმრთელობის მქონე პაციენტისთვის.

ჯანსაღი ცხოვრების მნიშვნელობის განმარტება და ძირითადი წესების ჩამოყალიბება

ცხოვრების ჯანსაღი წესი არის, უპირველეს ყოვლისა, ცხოვრების აქტიური, კულტურული წესი, ჰუმანური და ცივილიზებული, რომელიც უშუალო კავშირშია ადამიანის ჯანმრთელობასა და დღეგრძელობასთან, კეთილდღეობასა და ბედნიერებასთან. ეს არის უბრალოდ ცხოვრების პოზიცია, ადამიანის ქცევა და შემოქმედება, მიმართული საკუთარი ჯანმრთელობის განმტკიცებისკენ. ცხოვრების ჯანსაღი წესის განსაკუთრებული აქტუალობა გამოწვეულია ადამიანის ორგანიზმზე სხვადასხვა სახის დატვირთვის გაზრდა-ცვლილებით, რაც, თავის მხრივ, განპირობებულია საზოგადოებრივი ცხოვრების გართულებით, ტექნოგენური, ეკოლოგიური, ფსიქოლოგიური, პოლიტიკური თუ სამარი ხასიათის რისკთა მატებით, ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის ნეგატიური ძვრების მაპროვოცირებელ ფაქტორთა გამრავლებით. ასეთი მოსაზრებაც არსებობს: ცხოვრების ჯანსაღი წესი არის ადამიანის გონივრული ქცევის სისტემა (ზომიერება ყველაფერში, ოპტიმალური მოძრაობითი რეჟიმი, გაკაჟება, სწორი კვება, ცხოვრების რაციონალური რეჟიმი, მავნე ჩვევებზე უარის თქმა), რომელიც უნდა ემყარებოდეს რელიგიურ-ეროვნულ ტრადიციებს და ემსახურებოდეს ადამიანის ფიზიკური, სულიერი, ფსიქიკური და სოციალური კეთილდღეობის უზრუნველყოფას რეალურად გარემომცველ სამყაროში. ცხოვრების ჯანსაღი წესი - ეს არის შრომით, საოჯახო-საყოფაცხოვრებო და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში აქტიურად ჩართულობა-მონაწილეობა. ვიწრო ბიოლოგიური თვალსაზრისით კი საქმე ეხება ადამიანის ფიზიოლოგიურ ადაპტაციურ შესაძლებლობებს როგორც გარესამყაროს ზემოქმედების, ასევე შინაგან სამყაროში განვითარებული ცვლილებების საპასუხოდ. ამ თემაზე მომუშავენი ცხოვრების ჯანსაღ წესში უამრავ კომპონენტს მოიაზრებენ, თუმცა რამდენიმე მათგანი მაინც მთავარ, ბაზისურ ნაწილად არის გამოყოფილი, ესენია:

- ჯანსაღი უნარ-ჩვევების დაუფლება, ჯანსაღად აღზრდა ადრეული ასაკიდანვე;
- გარესამყაროს უსაფრთხოების უზრუნველყოფა, ჯანმრთელობაზე მისი ზემოქმედების შესწავლა;
- მავნე ჩვევებზე (თამბაქოს, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკულ საშუალებათა მოხმარებაზე) უარის თქმა;
- კვება - ზომიერი, ინდივიდუალური ფიზიოლოგიური თავისებურებების შესაბამისი, აგრეთვე - ინფორმირებულობა გამოყენებული პროდუქტების ხარისხიანობის შესახებ;
- მოძრაობა - ფიზიკურად აქტიური ცხოვრება, დღის რეჟიმში სპეციალური ფიზიკური ვარჯიშების ჩართვა ასაკობრივი და ფიზიოლოგიური თავისებურებების გათვალისწინებით;
- ჰიგიენა - პირადი და საზოგადოებრივი ჰიგიენის დაცვა, პირველი დახმარების ძირითადი ჩვევების ცოდნა;
- გაკაჟება.

ცნობილია, რომ ადამიანის ფიზიოლოგიურ მდგომარეობაზე დიდ გავლენას ახდენს მისი ფსიქოემოციური მდგომარეობა, რომელიც, თავის მხრივ, დამოკიდებულია პიროვნების მენტალურ თავისებურებებზე, ამიტომ ზოგიერთი ავტორი ცხოვრების ჯანსაღი წესის განხილვისას შემდეგ ასპექტებსაც გამოყოფს:

- ემოციური თვითშეგრძნება - ფსიქოჰიგიენა, საკუთარ ემოციებსა და პრობლემებთან გამკლავების შესაძლებლობა და ცოდნა;

- ინტელექტუალური თვითშეგრძნება - ადამიანის უნარი შეიტყოს და გამოიყენოს ახალი ინფორმაცია ახალ გარემოში ოპტიმალური მოქმედებისთვის;
- სულიერი თვითშეგრძნება - ადამიანის უნარი დაადგინოს ნამდვილად ღირებული, ფასეული და მნიშვნელოვანი, კონსტრუქციული ცხოვრებისეული მიზნები, ისწრაფოდეს ამ მიზნებისკენ.

ადამიანისთვის, არ აქვს მნიშვნელობა ჯანმრთელია თუ არაქმედითუნარიანი, მნიშვნელოვანია დღის რეჟიმს.
დღის რეჟიმი ეს არის ადამიანის საქმიანობისა და შემოქმედების პროცესში შრომის, სწავლის, დასვენების, კვების, ორგანიზმის ფიზიკური წვრთნის, ძილ-ღვიძილის და ა.შ. განსაზღვრული რიგითობა.
ადამიანის ორგანიზმისთვის დამახასიათებელია გარკვეული რიტმული მუშაობა. მისი დღის რეჟიმი მთლიანად რიტმებით უნდა იყოს მოცული, რადგან ობიექტურად ორგანიზმის ქმედება რიტმს ეფუძნება, მაგალითად, გულის ცემის რიტმი, სუნთქვის რიტმი, მათ შორის რიტმული თანაფარდობა (1:4). სხეულის ტემპერატურის ცვალებადობა (დღისით კლება და ღამით მატება), სისხლის შემადგენლობის ცვლილება დღის სხვადასხვა პერიოდში, ნაწლავების პერისტალტიკური და ქანქარისებული მოძრაობა. ასევე, ნერვულ-მგრძნობელობითი სისტემისა და ნივთიერებათა ცვლის შეთანხმებული მუშაობა, რომელიც ერთმანეთს რიტმულად უთანმებს დაშლისა და აშენების პროცესებს. თავის მხრივ, ეს არის ღვიძლ-ნაღვლის ბუშტის რიტმულ ფუნქციონირებასთან დაკავშირებული, ეს უკანასკნელი კი ძილ-ღვიძილის რიტმთან. ნაღვლის ბუშტი, გარემოდან საკვების სახით შესულ სუბსტანციებს (ცილები, ნახშირწყლები, ცხიმები, მინერალები) შლის და ის ამას დღის განმავლობაში აკეთებს. ადამიანისთვის ეს უცხო სუბსტანციები უნდა გაადამიანურდეს და მისთვის მსგავს და მისაღებ ნივთიერებებად ჩამოყალიბდეს. ამ საქმიანობას ასრულებს ღვიძლი ღამით. ეს პროცესები, რომ ნორმალურად წარიმართოს, აუცილებელია ადამიანის ორგანიზმმა დაიძინოს ღამით ადრე და გაიღვიძოს დილით ადრე. ხშირად, აღნიშნავენ რომ ძინავთ საჭირო საათები (6-8სთ), მაგრამ ეს ხდება ღამის 2-4 საათიდან დილის 11-13 საათამდე. ასეთი ძილი ჯანმრთელი არ არის, რადგან იმ დროს როდესაც ღვიძლი აშენებს ორგანიზმისთვის საჭირო სუბსტანციებს, საჭიროა სიმშვიდე ანუ ორგანიზმს უნდა ეძინოს. მდგომარეობას კიდევ უფრო ამძიმეს ის ფაქტი, რომ ღამის საათებში, სიფხიზლის დროს საკვების მიღებაც ხდება და ამით დაძინებულ და დასვენების ფაზაში მყოფ ნაღვლის ბუშტს ვაფხიზლებთ და ვაიძულებთ

საკვების დასაშლელად გამოქაჩოს ნაღველი, სხვა საქმიანობით დაკავებული ღვიძლიდან. ამით ირღვევა ძილ-ღვიძილის რიტმი. არასრულფასოვან ძილს არაჯანსაღი სიფხიზლე მოყვება და პრობლემების პროვოცირების შანსი ჩნდება.

ადამიანის სასიცოცხლო პროცესები განიცდის გარკეულ მერყეობას. ჩვენ საქმე არასოდეს არა გვაქვს მის სწორხაზოვან მიმდინარეობასთან, არამედ მუდამ განვიცდით ორ პოლუსს შორის მერყეობას. ეს თანაბრად ეხება სხეულებრივ, მშვინვიერ და სულიერ ცხოვრებას. ეს არის უწყვეტი ცვალებადობა აღმშენებლობისა და ნგრევის პროცესებს შორის. ეს ცვალებადობა გარკვეულ რიტმებთანაა დაკავშირებული. კერძოდ, დღისით ჭარბობს ნერვულ-მგრძნობელობითი სისტემის ცნობიერი პროცესები. ღამით, როცა ჩვენ არაცნობიერ მდგომარეობაში ვართ, ეს ისევ გაწონასწორდება. ნივთიერებათა ცვლის – მიმდინარეობს აღმშენებლობითი ქმედება. მაშინ, როცა ბავშვობაში სხეულებრიობის აგების პროცესი მეტობს, ასაკში ის უპირატესად ინგრევა.
ავადმყოფობას ყველა ადამიანი თავისებურად განიცდის. დაკარგული წონასწორობის კომპენსაცია ძალიან სხვადასხვაგვარად შეიძლება გამოიყურებოდეს. ბრმა ინაზღაურებს თვალის ჩინის დაკარგვას შეგრძნების სხვა ორგანოთა განსაკუთრებული განვითარებით. ადამიანი, რომელიც უბედური შემთხვევის გამო ინვალიდის ეტლსაა მიჯაჭვული, ამის გამო არავითარ შემთხვევაში არ უნდა ეწეოდეს უმოძრაო ცხოვრებას, თუ მას მშვინვიერ-სულიერი მოქნილობა შენარჩუნებული აქვს ან მისი განვითარება შეუძლია.

ადამიანის ორგანიზმი ცდილობს ყველა პროცესი გარკვეული ოდენობით შეინარჩუნოს. თუ იგი ამას ვერ ახერხებს, შეიძლება განვითარდეს დაავადებები. წონასწორობიდან ამოვარდნილი ორგანიზმის ერთ-ერთი ძირითადი ტენდენცია არის გამკვრივება (სკლეროზი). ჩვენ მას ორგანიზმის თითქმის ყველა რეგიონში ვხვდებით და იგი ყოველთვის იწვევს დაზიანებული ორგანოს ფუნქციის შეზღუდვას ან სრულ დაკარგვას. სკლეროზი შეუქცევადია. გავლენის მოხდენა მხოლოდ მისი მიმდი-ნარეობის ტემპზე შეიძლება.
სკლეროზის საპირისპირო პოლუსს წარმოადგენს ანთებითი, სიცხიანი დაავადებები სითბოსა და მოძრაობის ტენდენციით. ამ დაავადებათა კლასიკური მიმდინარეობის დაკვირვება შეიძლება ბავშვთა სახადებზე. ტემპერატურა უცბად იწევს მაღლა, სიმპტომები უარესდება კრიზისულ მდგომარეობამდე. ეს ვითარება შეიძლება დაავადების კრიტიკული და იმავდროულად შემობრუნების წერტილად იქნეს მიჩნეული. კრიზისი სწრაფად გადაილახება, სიცხე დაბლა იწევს, იწყება აღდგენა და ბოლოს ხდება განკურნება. სიცხე ააქტიურებს ნივთიერებათა ცვლას და არის მისი მიმდინარეობის მამოძრავებელი. სამწუხა-როდ, სადღეისოდ დაავადების ასეთი ტიპიური მიმდინარეობა იშვიათად გვხვდება, რადგან ხშირად ტემპერატურას, როგორც სიმპტომს, უკვე გამოვლინების შემდეგ ებრძვიან.
თუ ჩვენ გარეგანი პროცედურების დახმარებით თვითგანკურნების პროცესების სტიმულირება გვინდა, მაშინ აუცილებელია გამუდმებით გვქონდეს მხედველო-ბაში

დაავადების ეს ტენდენციები. მაგალითად, საჭიროა იმის ცოდნა, რომ სახსრების ართროზის დროს საქმე პირველ რიგში ეხება დანალექებს სახსრებში, რომელიც მოძრაობის შეზღუდვით გამოვლინდება. ქრონიკულმა მიმდინარეობამ კი შეიძლება გახევება და დეფორმაცია გამოიწვიოს. ავადმყოფობის მიმდინარეობის ამ ფაზაში პაციენტები, როგორც წესი ცდილობენ თბილად ჩაიცვან. გამკვრივების ეს ფაზა პერიოდულად იცვლება მწვავე ფაზებით. ამ შემთხვევაში პაციენტს უცბად სიცხეს აძლევს, სახსრები გადახურებულია და ხელის შეხებითაც იგრძნობა რომ ცხელია. მაშინ ავადმყოფი მადლიერია ლოკალურად მცირეოდენი გაგრილებისთვის. ყოველივე ეს კი იმის მაჩვენებელია, რომ ორგანიზმი ცდილობს სძლიოს გამკვრივების პროცესს.

კიდურების სისტემის ძირითადი აქტივობა ხორციელდება ღამით, მაშინ ხდება სხეულებრიობის კვლავ აღდგენა. თუმცა, ასევე მაძღრად სადილობის შემდეგაც, ნივთიერებათა ცვლის პროცესები ჭარბობს ცნობიერების აქტივობას. ამ სიტუაციას ზუსტად და მოკლედ ასახავს ხალხური სიბრძნე: `მაძღარი კუჭი ცუდი მრჩეველიაო~.
მაშასადამე, ადამიანს აქვს მიდრეკილება ეს ორი პოლარობა გააწონასწოროს ანუ შესაბამისად, იგი მუდმივად განაახლოს. ეს ის მდგომარეობაა, რომელსაც ჩვენ `ჯანმრთელობას~ ვუწოდებთ. ავადმყოფობა, აქედან გამომდინარე, იქნებოდა ამ წონასწორობის დარღვევა, ანუ გამაწონასწორებელ ძალთა დაკარგვა.
გარკვეულ მოვლენებს თავისი მტკიცედ დამკვიდრებული ადგილი აქვს, როგორც სივრცეში - მაშასადამე ადამიანის სხეულში, ასევე დროში - მაშასადამე ბიოგრაფიაში. იმ დროს, როცა თავში, როგორც ნერვულ-მგრძნობელობითი აქტივობის ცენტრში, სასიცოცხლო პროცესების ნგრევა ჭარბობს, ტანში, როგორც ნივთიერებათა ცვლის ადგილში.

ჯანმრთელი კვებას და სწორი დიეტას შეუძლია შეამციროს გარკვეული დაავადებების რისკი გრძელვადიან პერიოდში, როგორებიცაა გულის დაავადებები, ინსულტი და დიაბეტი, ასევე შეამციროს ზოგიერთი სიმსივნის განვითარების რისკი და შეინარჩუნოთ ჯანმრთელი წონა.

თქვენს სხეულს სჭირდება ენერგია რომ იმუშავოს და შეინარჩუნოს სასიცოცხლო ფუნქციები. ამ ენერგიას ორგანიზმი იღებს საკვებიდან, ძირითადად ცილებიდან, ცხიმებიდან და ნახშირწყლებიდან. დამატებით სასიცოცხლო მნიშვნელობის კვებით ელემენტებს წარმოადგენენ მინერალები და ვიტამინები, რომ შენარჩუნდეს სხეულის ჯანმრთელი ფუნქციონირება.

ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად ძალიან მნიშვნელოვანია ამ სხვადასხვა მკვებავი ელემენტების წორი ბალანსის დაცვა. თქვენი დიეტა აუცილებლად უნდა შეიცავდეს საკვებს შემდეგი საკვების ჯგუფებიდან:

- სახამებლის შემცველი საკვები, როგორიცაა პური, ბრინჯი, კარტოფილი, მაკარონი და ა.შ.
- ხილი და ბოსტნეული.

- რძე და რძის პროდუქტები.
- ცილოვანი საკვები, რომელშიც შედის ხორცი, თევზი, კვერცხი და სხვა მცენარეული ცილები, როგორიცაა (თხილი, ნიგოზი, ლობიო, სოიო და ა.შ.)

ცხიმიანი და შაქრის შემცველი საკვები არის მეხუთე ჯგუფი, რასაც ადამიანი მიირთმევს, თუმცა ეს მეხუთე ჯგუფი ყოველდღიური კვების რაციონის მხოლოდ მცირე წილს უნდა შეადგენდეს.

ჯანმრთელი კვებას და სწორი დიეტას შეუძლია შეამციროს გარკვეული დაავადებების რისკი გრძელვადიან პერიოდში, როგორებიცაა გულის დაავადებები, გაჟონვა და დიაბეტი, ასევე შეამციროს ზოგიერთი სიმსივნის განვითარების რისკი და დაგეხმაროთ შეინარჩუნოთ ჯანმრთელი წონა. ავადმყოფობის დროსაც კი ჯანმრთელი დიეტის მიხედვით კვება ეხმარება ორგანიზმს სწრაფად გამოჯანმრთელებაში. ასევე ძირითადი გზა სიმსუქნესთან და ჭარბწონიანობასთან ბრძოლაშიც სწორი და ჯანმრთელი დიტის შენარჩუნებაა. ხოლო თუ თქვენ ხართ ჭარბწონიანი ან გრძნობთ სიმსუქნეს, ჯანმრთელი დიეტის მიხედვით კვება დაგეხმარებათ წონის დაგდებასა და შენარჩუნებაში.

ჯანმრთელი დიეტის, ანუ სწორი კვების მთავარი წესი მდგომარეობს იმაში, რომ საკვების უმეტეს ნაწილს უნდა შეადგენდეს სახამებლის შემცველი საკვები და ხილ-ბოსტნეული. ეს პროპორცია შემდეგნაირად უნდა იყოს დაცული: კვების რაციონის ერთი-მესამედი უნდა შეადგენდეს სახამებლის შემცველ საკვებს და ერთი-მესამედი ხილისა და ბოსტნეულისგან. დარჩენილი ერთი-მესამედი უნდა შედგებოდეს რძისა რძის პროდუქტებისგან და ცილის შემცველი საკვებისგან, ანუ ცილოვანი საკვებისგან. როგორც უკვე ნახსენები იყო ზემოთ, მაღალცხიმიანი და მაღალი შაქრის შემცველი საკვებისგან შეზღუდვაა საჭირო.

როგორც უკვე იყო აღნიშნული, კვების რაციონის ძირითად შემადგენელ ნაწილს უნდა წარმოადგენდეს სახამებლის შემცველი საკვები (როგორიცაა პური, ბრინჯი, კარტოფილი, მაკარონი და ა.შ.) ხილთან და ბოსტნეულთან ერთად. ძალიან ხშირად გვესმის მოსაზრება, რომ სახამებლიანი საკვები ასუქებს. სინამდვილეში, ამ კატეგორიის საკვები შეიცავს ორჯერ ნაკლებ კალორიებს, რასაც იგივე წონის ცხიმი, თუმცა ამ კატეგორიის საჭმელებზე ძალიან ადვილია ცხიმის დამატება, კერძოდ კარაქი წასმული პურზე ან კარტოფილზე, ან თუნდაც ზეთის ან ცხოველური ცხიმის დამატება ბრინჯზე ან კარტოფილზე და ა.შ. რაც საბოლოოდ ძალიან ზრდის მისაღები კალორიების რაოდენობას.

ნახშირწყლები ძალიან მნიშვნელოვანი ენერგიის წყაროა ორგანიზმისთვის. სახამებლიანი საკვები ხშირად უხვად შეიცავს ბოჭკოვან მოუნელებელ ნივთიერებებს, რაც ეხმარება საკვების და მოსანელებელი ნივთიერებების ნაწლავებში გადაადგილებას. როდესაც კვება ხდება სახამებლიანი საკვებით, ჩნდება სისავსის, სიმაძღრის გრძნობა ადვილად შესაძლებელია გაკონტროლდეს საკუთარი მადა და მისაღები საკვების რაოდენობა. ამ ტიპის საჭმელები,

ასევე შეიცავენ სხვადასხვა ვიტამინებს და მინერალებს, რომლებიც ძალიან აუცილებელია ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად. შესაბამისად, ამ სახის საკვების მისაღებად ძირითადი რჩევებია:

- საკვების გარნირად გამოიყენეთ ბრინჯი, პური, მაკარონი, ან კარტოფილი
- მეტი ბოჭკოვანი საკვებისათვის მიიღეთ გაუცრელი ფქვილისგან გამომცხვარი პური, ყავისფერი ბრინჯი, ან გაუცრელი ფქვილისგან დამზადებული მაკარონი. როდესაც აცხობთ გამოიყენეთ გაუცრელი ფქვილი.
- საუზმეზე, როდესაც ხდება ბურღულეულის დამზადება, მეტწილად გამოიყენეთ შვრიის ფაფა.

ხილი და ბოსტნეული

ძირითადად რეკომენდირებულია მინიმუმ ხუთ პორციაზე მეტი ხილისა და ბოსტნეულის სხვადასხვა სახეობის მიღება ყოველდღიურად. თუ ხდება ყოველდღიურად უხვად ხილისა და ბოსტნეულის მიღება, მაშინ მნიშვნელოვნად მცირება რისკი კონკრეტული დაავადებების მიმართ, როგორებიცაა გულის დაავადებები, გაჟონვა და კუჭნაწლავის სიმსივნე.

ხილი და ბოსტნეული შეიცავს:

- დიდი რაოდენობით ბოჭკოვან ნივთიერებებს, რაც უნარჩუნებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტს ჯანმრთელობას. ამ დროს თითქმის უმნიშვნელოა პრობლემები დაკავშირებული კუჭის შეკრულობისა და დივერტიკულარული დაავადებების მიმართ.
- დიდი რაოდენობით ვიტამინებს და მინერალებს, რაც აუცილებელია თქვენი ჯანმრთელობისათვის.
- ბუნებრივად მცირე ცხიმის შემცველობით ხასიათდებიან.
- განაყრებთ, მაგრამ შეიცავენ მცირე რაოდენობის კალორიებს.

ხილის ან ბოსტნეულის ერთ ულუფაში იგულისხმება

- ერთი დიდი ზომის ხილი, როგორიცაა ვაშლი, მსხალი, ბანანი, ფორთოხალი, ან ანანასის, ან ნესვის მოზრდილი ნაჭერი.
- ორი მცირე ზომის ხილი, როგორიცაა ქლიავი, კივი, მანდარინი და ა.შ.

- ერთი ჭიქა მცირე ხილისა, როგორებიცაა ყურძენი, მარწყვი, ჟოლო, ბალი, ალუბალი და ა.შ.
- ორი დიდი ზომის სუფრის კოვზი ხილის სალათი, მოშუშული ან დაკონსერვებული ხილის ნატურალურ წვენებში.
- ერთი სუფრის კოვზი გამომშრალი ხილი.
- ერთი ჭიქა (150მლ) გამოწურული წვენი.
- დაახლოებით სამი სუფრის კოვზი უხვად დაყრილი ბოსტნეული, ან
- ერთი დესერტის კოვზი სალათი.

ბოჭკოვანი ნივთიერებები წარმოადგენენ საკვების იმ ნაწილს რომელსაც ორგანიზმი ვერ ინელებს და მიუხედავად იმისა რომ განაყრებთ, შეიცავს ძალზედ მცირე რაოდენობის კალორიებს. რადგან ორგანიზმი არ ინელებს ამ ნივთიერებებს, შესაბამისად ამ ნივთიერებებისგან შემდგარი მასა ასრულებს მოსანელებელი საკვების ტრანსპორტირების როლს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში. ეს მასა ასევე ეხმარება ნაწლავებს რომ მუდმივად იმოძრაონ და ამცირებს კუჭის შეკრულობასთან და სხვა ნაწლავებთან დაკავშირებულ პრობლემებს. ამ საკვების კიდევ ერთი დადებითი მხარე გამოიხატება იმაში რომ ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება დაგეხმაროთ ქოლესტერინის დონის შემცირებაშიც. როგორც უკვე აღვნიშნეთ ბოჭკოვანი ნივთიერებები ძირითადად გვხვდება სახამებლიან საკვებში და ასევე ხილსა და ბოსტნეულში. შესაბამისად, თუ თქვენ დაიწყებთ ჯანმრთელი დიეტით ცხოვრებას, დაიწყებთ გაუცრელი ფქვილისგან გამომცხვარი პურის/მაკარონის მიღებას ეს დიეტა მნიშვნელოვნად გაზრდის ბოჭკოვანი საკვების მიღებას თქვენს ორგანიზმში. გასათვალისწინებელია ასევე, რომ ბოჭკოვანი საკვების უხვად მიღებისას, ასევე უხვად უნდა მიიღოთ სითხე, მინიმუმ 6-8 ჭიქა დღეში.

რძე და სხვა რძის პროდუქტები, როგორიცაა ყველი, მაწონი, იოგურტი და ხაჭო ძალიან მნიშვნელოვანი კომპონენტია ჯანმრთელი დიეტის, რადგან დიდი რაოდენობით შეიცავენ კალციუმს, რომელიც აუცილებელია ძვლების და კბილების ჯანრთელობისათვის. ეს პროდუქტები ასევე სავსეა ცილებით, ვიტამინებით და სხვადასხვა მინერალებით, რაც ასევე ძალზედ მნიშვნელოვანი კომპონენტია თქვენი ჯანმრთელობისთვის. გასათვალისწინებელია, რომ კალციუმით მდიდარი სოიოს რძე და მისგან დამზადებული პროდუქტები ასევე გადიან რძისა და რძის პროდუქტების კატეგორიაში. გასათვალისწინებელია, რომ არაჟანი, ნაღები და ა.შ. პროდუქტები, ძალიან დიდი ცხიმის შემცველობის გამო არ შედიან ამ ჯგუფში და განიხილებიან ცხიმიანი კატეგორიის საკვების ჯგუფში. კალციუმიანი საკვების საკმარისი რაოდენობის მისაღებად აუცილებელია დღის განმავლობაში მიიღოთ დაახლოებით სამი ულუფა. ერთი ულუფა შეადგენს:

- 200 მლ რძე.
- მცირე ზომის (150გრ) მაწონი ან იოგურტი.
- 30 გრ ყველი (დაახლოებით ასანთის კოლოფის ზომა).

რადგან ცხიმის შემცველობა რძის პროდუქტებში ძალიან განსხვავებული შემცველობისაა, სჯობს შეძლებისდაგვარად მიიღოთ მოხდილი ან ნახევრად მოხდილი რძე, მცირე-ცხიმიანობის ყველი და მცირე-ცხიმიანობის მაწონი ან იოგურტი.

ცილოვან საკვებთა კატეგორიაში შედის ხორცი, თევზი, კვერცხი და სხვა არა-რძის-პროდუქტებისგან შედგენილი ცილოვანი საკვები. არა-რძის-პროდუქტებისგან შედგენილი ცილოვანი საკვების ჯგუფში შედის თხილი, ლობიო, სოიო, ბარდა, ოსპი და სხვადასხვა პარკოვანი მცენარეები. პროტეინები აუცილებელია ორგანიზმის ენერგისათვის და ზრდისა და განახლებისთვის, შესაბამისად აუცილებელია ყოველდღიურად გარკვეული რაოდენობის ცილოვანი საკვები. ზოგიერთი ცილოვანი საკვები ასევე მდიდარია რკინით და სხვადასხვა ვიტამინებით, B და D ვიტამინების ჩათვლით. მაგრამ გასათვალისწინებელია, რომ ხშირად ადამიანები იღებენ ბევრად მეტ ცილებს, ვიდრე საჭიროა ორგანიზმისთვის. ზოგიერთი ხორცის პროდუქტი ძალიან მდიდარია ცხიმებით.

ცხიმების გარკვეული რაოდენობა აუცილებლად საჭიროა დღის რაციონში, მაგრამ აუციელებლად გასათვალისწინებელია თუ რა კატეგორიის ცხიმებზე ვსაუბრობთ და რა რაოდენობით ხდება მისი მიღება. მცირე-ცხიმიანი დიეტა ამცირებს გულის დაავადებების და გაჟონვის რისკს, ასევე გეხმარებათ ჯანმრთელი წონის შენარჩუნებაში. არ შეიძლება დიდი რაოდენობით კარაქის, მარგარინის, ღორის ქონის და სხვა მაგდაგვარი ცხიმების მიღება. უმჯობესია მზესუმზირის ზეთი, ზეითუნის ზეთი, მცირე ცხიმის შემცველი კარაქი და ა.შ. ცხიმის შემცველობის შემცირება კვების რაციონში შესაძლებელია სხვადასხვა გზით,

რეკომენდაციები:

- შეძლებისდაგვარად შეამცირეთ შემწვარი საკვების მიღება, სჯობს გამოაცხოთ, ან შეწვათ გრილზე, ან მოხარშოთ. შეწვისას გამოიყენეთ ზეითუნის ან მზესუმზირის ზეთი. სანამ კვებას დაიწყებდეთ ჩამოწურეთ ზედმეტი ცხიმი საკვებიდან.
- შეარჩიეთ მჭლე ხორცის ნაჭრები მოსამზადებლად და მოაცილეთ ზედმეტი ქონი.
- ნუ დაუმატებთ ზედმეტ ცხიმს საკვებს. მაგ. წაუსვით ნაკლები კარაქი ან მარგარინი პურზე, შეამცირეთ ზეთის რაოდენობა შეწვისას/ცხობისას
- მიირთვით მცირე ცხიმის შემცველი რძის პროდუქტები.
- თავი შეიკავეთ ცხიმიანი არაჟნისა და სხვადასხვა ნაღების პროდუქტებისგან, მათ ნაცვლად მიირთვით ნაკლებ-ცხიმიანი მაწონი, ან იოგურტი.

შაქრის შემცველი საკვები და სასმელი შეიცავს დიდი რაოდენობით კალორიებს და ძალიან უწყობენ ხელს წონის მომატებას. შაქრიანი საკვები მხოლოდ წონის მომატებისთვის არ არის ცუდი, ასეთი ტიპის საკვები და სასმელი ძალზედ უარყოფითად მოქმედებს ასევე კბილებზე.

რეკომენდაციები:

- მიირთვით უშაქრო ყავა და ჩაი. თქვენი გემოს შეგრძნება მნიშვნელოვნად იცვლება დროის განმავლობაში და ადვილად შეიძლება შაქარს რომ გადაეჩვიოთ. თუ საჭირო იქნება გამოიყენეთ ხელოვნური დამატკბობლები.
- შეამცირეთ შაქრის გამოყენება ნებისმიერ რეცეპტში და გამოიყენეთ ხილი მის ალტერნატივად.
- მიირთვით უშაქრო სასმელები, ან ძალზედ მცირე შაქრის შემცველიანი სასმელები.
- თუ თქვენ მიირთმევთ შოკოლადს ან სხვა ტკბილეულს, ეცადეთ მათი რაოდენობის შემცირებას თქვენს რაციონში. უმჯობესია მიირთვათ ისინი როგორც საკვები და გამოიხეხოთ შემდეგ კბილები, ვიდრე მიირთვათ საჭმლის მიღებებს შორის როგორც სასუსნავი.

მარილიანი საჭმელი ზრდის მაღალი წნევიანობის განვითარების რისკს. ზოგადი სამედიცინო მითითება გვიწევს რეკომენდაციას, რომ მაქსიმალური დღიური პორცია მარილის არის 6 გრამი.

რეკომენდაციები:

- გამოიყენოთ სუნელები და სიცხარე საჭმლის გემოს გასაუმჯობესებლად.
- შეამცირეთ მარილის რაოდენობა საჭმლის მომზადებისას

თქვენ შეიძლება მიირთმევდეთ ძალზედ სასარგებლო და ჯანმრთელ საკვებს, მაგრამ ნუ დაგავიწყდებათ **ულუფის ზომაც,** რადგან უზომო კვებაც იწვევს გასუქებას.

ძალიან ბევრი **სასმელი** შეიცავს დიდი რაოდენობით კალორიებს. ამ სასმელების სიაში შედის, როგორც ალკოჰოლური, ასევე არაალკოჰოლური სასმელიც.

რეკომენდაციები:

- ყველაზე ჯანმრთელი არაალკოჰოლური სასმელი არის წყალი, რომელიც არ შეიცავს არცერთ კალორიას. დაამატეთ წყალს რამდენიმე წვეთი ლიმონი და ის უფრო გემრიელიც გახდება და სასარგებლოც.
- მიიღეთ ალკოჰოლი ზომიერად. დიდი რაოდენობით ალკოჰოლი აზიანებს ღვიძლს, ტვინს, კუჭს, პანკრეასს და გულს. ასევე ზრდის არტერიულ წნევას. და საბოლოოდ შეიცავს დიდი რაოდენობით კალორიებს, რაც იწვევს ჭარბწონიანობას.
- ალკოჰოლის ერთ ერთეულად აღიარებულია 10მლ მოცულობის, ან 8გრ წონის სუფთა ალკოჰოლი (სპირტი). მაგალითად 1 ერთეული ალკოჰოლი არის დაახლოებით იგივე რაც:

- ნახევარი ლიტრი საშუალო სიძლიერის ლუდი (3-4% ალკოჰოლის შემცველობით), ან

- 25მლ მაღალ-ალკოჰოლური სასმელი (40% ალკოჰოლის შემცველობით – კონიაკი, ვისკი, არაყი და ა.შ.)

- 50მლ გამაგრებული ღვინო, როგორიცაა პორტვეინი და მსგავსი სასმელები (20%-იანი ალკოჰოლის შემცველობით)

- ერთნახევარი ერთეული ალკოჰოლის გვხვდება შემდეგ სასმელებში:

- მცირე ზომის საშუალო ალკოჰოლიან ღვინოში (125მლ) (12% ალკოჰოლის შემცველობით), ან

- 35მლ მაღალალკოჰოლურ სასმელში (40% ალკოჰოლის შემცველობით – კონიაკი, ვისკი, არაყი და ა.შ.)

- მამაკაცისთვის მაქსიმალური დასაშვები ნორმა შეადგენს 21 ერთეულ ალკოჰოლს კვირაში, მაგრამ არაუმეტეს 4 ერთეული ალკოჰოლისა დღის განმავლობაში და აუცილებელია ჰქონდეს მინიმუმ 2 დღე კვირაში როდესაც ალკოჰოლს არ მიიღებს, ხოლო

- ქალისთვის მაქსიმალურად დასაშვები ნორმა არ აღემატება 14 ერთეულს კვირის განმავლობაში და არაუმეტეს 3 ერთეულისა დღის განმავლობაში. როგორც მამაკაც ასევე ქალსაც უნდა ჰქონდეს მინიმუმ 2 დღე კვირაში განტვირთვისთვის, როდესაც არ მიიღებს ალკოჰოლს საერთოდ.

ორსული ქალებისთვის და ასევე ქალებისთვის რომლებსაც სურთ დაფეხმძიმდნენ არ შეიძლება ალკოჰოლის მიღება მცირე დოზითაც კი.

თუ მაინც გადაწყეტენ ალკოჰოლის მიღებას, ბავშვისთვის რისკის შესამცირებლად არ უნდა მიიღონ 1-2 ერთეულზე მეტი კვირის განმავლობაში და არ უნდა დათვრნენ.

წყალი აუცილებელი ნაწილია დედამიწაზე მყოფი ყველა ორგანიზმის ფუნქციონირებისთვის. ადამიანის ორგანიზმი, ასაკზე დამოკიდებულებით, შეიცავს 60-80% წყალს.

იმისათვის, რომ ადამიანის ორგანიზმი იყოს ტონუსში, აუცილებელია ყოველდღიურად გარკვეული რაოდენობის სითხის მიღება, რაც თავის მხრივ დამოკიდებულია ასაკზე.

ამერიკელი მეცნიერების მტკიცებით, ადამიანმა დღე-ღამეში აუცილებელად უნდა მიიღოს 1,5 ლიტრი წყალი.

იაპონელი მეცნიერები ამტკიცებენ, რომ ადამიანის ორგანიზმის შინაგანი სისტემების ნორმალური ფუნქციონირებისთვის, აუცილებელია დღე-ღამეში არანაკლებ სამ ლიტრი წყლის მიღება.

არსებობს ერთი პოპულარული ფორმულა, რომლის თანახმადაც, ყოველ 30 კგ-ზე ადამიანმა უნდა მიიღოს 1 ლიტრი წყალი.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია თვლის, რომ ადამიანმა **1 კგ მასაზე უნდა მიიღოს - 30 მილილიტრი წყალი** (ანუ თუ ადამიანის წონაა 70 კგ. მან დღეღამეში უნდა მიიღოს 2 ლიტრი და 100 მილილიტრი წყალი).

ჭარბი, ან არასაკმარისი წონის ადამიანებისთვის წყლის მიღების დღიური ნორმა მკაცრად ინდივიდუალურია.

ზოგადად, წყლის მიღების დღიური ნორმა უნდა განისაზღვროს ისეთ ფაქტორებზე დამოკიდებულებით, როგორიცაა: წელიწადის დრო, დღის პერიოდი, ამინდი, ტენიანობა, ასაკი, ფიზიკური აქტივობა და ა.შ.

ზაფხულის პერიოდში, ადამიანი ინტენსიურად ოფლიანდება. ამ დროს, სისხლის რაოდენობა, რომელიც მოძრაობს სისხლძარღვებში, მცირდება, რაც იწვევს ტრომბოზის საშიშროებას, რაც ინფაქტისა და ინსულტის მიზეზი შეიძლება გახდეს.

ზაფხულში, ყოველდღიურად მიღებული წყლის რაოდენობა უნდა მერყეობდეს ჰაერის ტემპერატურასთან მიმართებაში.

თუ ტემპერატურა 20 გრადუსია, აუცილებელია არანაკლებ ლიტრნახევარი წყლის დალევა. 26 გრადუს ტემპერატურაზე არანაკლებ ორი ლიტრისა, ხოლო 32-33 გრადუს და მეტ ტემპერატურაზე არანაკლებ სამი ლიტრისა.

გაითვალისწინეთ ის ფაქტიც, რომ ამ ლიტრებში შედის წვენები, სუფები, ხილი, ბოსტნეული და ის საკვები, რომელსაც თქვენ იღებთ დღის განმავლობაში, რადგან ისინიც შეიცავს გარკვეული რაოდენობის წყალს.

სხვათაშორის, იმ ადამიანებს, რომელთაც აწუხებთ მაღალი არტერიული წნევა, ასევე უნდა მიიღონ ზაფხულში დიდი რაოდენობით სითხე, მაგრამ მკაცრად უნდა შეამციროონ მარილის რაოდენობა. გამონაკლისს წარმოადგენს გულის უკმარისობა და შეშუპებები.

წონის დასაკლებად და გასახდომად, შეიძლება და საჭიროა წყლის დალევა. ამგვარად თქვენ ახერხებთ მოატყუოთ ორგანიზმი და გამოდევნოთ მისგან შლაკები.

წყლის რაოდენობა გამოითვლება შესაბამისობით - 30 მილილიტრი - 1კგ მასაზე. ამ ფორმულით თავად გამოთვლით თქვენთვის საჭირო წყლის მიღების დღიურ ნორმას. აქვე გაითვალისწინეთ, რომ ნორმაზე მეტი წყლის მიღება არ არის რეკომენდებული.

წყლის დალევა საჭიროა საკვების მიღებამდე ნახევარი საათით ადრე და საკვების მიღებიდან საათნახევრის შემდეგ.

დიეტოლოგები თვლიან, რომ წყლის მიღება საჭიროა აუჩქარებლად და პატარა ყლუპებით მთელი დღის განმავლობაში.

დაწყება შესაძლებელია ერთი ჭიქა წყლით, რომელიც უნდა მიიღოთ დილით, უზმოზე სასურველია საუზმემდე ნახევარი საათით, ან არანაკლებ 15 წუთით ადრე.

წყლის დარჩენილი რაოდენობა კი თანაბრად გაანაწილეთ საუზმეს, სადილსა და ვახშამს შორის შესვენებების გათვალისწინებით.

თუ თქვენ აქამდე დღის განმავლობაში არასოდეს დაგილევიათ ამ მოცულობის წყალი, არ ღირს თავს დააძალოთ ამის გაკეთება. დაიწყეთ პატარა დოზებით და თანდათანობით გაზარდეთ მიღებული სითხის რაოდენობა.

გარკვეული ხნის შემდეგ, თქვენი ორგანიზმი მიეჩვევა იმ რაოდენობის წყლის მოხმარებას, რამდენიც თქვენთვის საჭიროა.

იმისათვის, რომ არ დაგავიწყდეთ წყლის დალევის შესახებ, წყლით სავსე ჭურჭელი ყოველთვის დადეთ გამოსაჩენ ადგილზე, რათა არ გამოგეპაროთ წყლის მორიგი პორციის მიღების დრო.

შერჩიეთ ნორმალური დიზაინის ჭურჭელი (პლასტმასის ან მინის ბოთლი) რომელშიც ჩაასხამთ თქვენთვის განსაზღვრული რაოდენობის წყალს, აგრეთვე სპეციალური ჩანთა თქვენი ჭურჭლისთვის.

თუ ხშირად მგზავრობთ ავტომობილით, საჭიროების შემთხვევაში წაიღებთ კიდეც მას სასურველ ადგილზე (სამსახურში, აგარაკზე,სტუმრად და ა.შ).

თუ თქვენ მყარად გადაწყვიტეთ წონაში დაკლება, გახსოვდეთ, რომ საჭიროა მხოლოდ სასმელი წყლის მიღება. ჩაი, გაზირებული სასმელები და ყავა არ ითვლება.

და ბოლოს, მხოლოდ წყლის საშუალებით გახდომა არ გამოვა. აუცილებელია თქვენი კვება იყოს ბალანსირებული, აგრეთვე თუნდაც მცირე, მაგრამ მაინც სპორტული ვარჯიშები.

ბევრი დიეტოლოგი იძლევა რჩევას, რომ თუ საკვების მიღების წინ დალევთ ერთი ჭიქა წყალს, ამ შემთხვევაში არ შეჭამთ ზედმეტ საკვებს და არ აკრებთ ზედმეტ კილოგრამებს.

თუმცა, ასე სულაც არ არის. როგორც ცნობილია, წყალი არ შეიცავს კალორიებს, ამიტომ მისი საშუალებით შიმშილის გრძნობის დაკმაყოფილება შეუძლებელია. მაგრამ, ისიც ფაქტია, რომ წყალი შეავსებს კუჭის გარკვეულ ნაწილს, რის გამოც, გარკვეულწილად შეგექმნებათ ცრუ დანაყრების შეგრძნება.

გარდა ამისა, ჭამის წინ, განსაკუთრებით უზმოზე მიღებული წყალი, ხელს უწყობს ორგანიზმის გაღვიძებას და შინაგანი ორგანოების მუშაობის გააქტიურებას.

დიეტოლოგები აგრეთვე იძლევიან რეკომენდაციას, რომ საკვების მიღებამდე წყლის დალევა, ეფექტურია წონის დაკლების (გახდომის) თვალსაზრისითაც.

როგორც ცნობილია, წყალს ორგანიზმიდან გამოჰყავს მავნე ნარჩენები და შლაკები. ეს ნამდვილად ასეა და საგრძნობლად დაჩქარდება როგორც წონაში დაკლება, ასევე ორგანიზმის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესება.

როდესაც ორგანიზმს სჭირდება წყალი, იგი ამის შესახებ იძლევა ნიშანს, რასაც **წყურვილის გრძნობა** ჰქვია. ეს ნიშნავს, რომ ამ შემთხვევაში აუცილებელია წყლის მიღება. თუ წყურვილის გრძნობა არ გაქვთ, თავის დაძალება და წყლის ისე მიღება არ არის საჭირო. ამიტომ, თუ ვერ ასრულებთ დღის განმავლობაში მისაღები სითხის ნორმას და წყლის მიღება თქვენთვის აუცილებელია, მაშინ დალიეთ იგი მცირე პორციებით, მაგრამ მხოლოდ შემთხვევაში, თუ მისი მიღება არ გგვრით ზიზღის გრძნობას და ეს უმტკივნეულოდ შეგიძლიათ.

ზოგადად, წყურვილის გრძნობა, ყველაზე ხშირად ძლიერდება საკვების მიღების შემდეგ, რადგან სწორედ ამ დროს ითხოვს ორგანიზმი სითხეს.

გახსოვდეთ, რომ თუ ორგანიზმი წყალს არ გთხოვთ და წყლის მიღების დღიურ ნორმას ასე თუ ისე ასრულებთ (საკვების ჩათვლით), არ ღირს თავის დაძალება და დიდი რაოდენობის წყლის მიღება, რადგან იგი ზედმეტად დატვირთავს ორგანიზმს და არასახარბიელო პროცესების განვითარებას შეუწყობს ხელს.

ბევრ ადამიანს აინტერესებს შეიძლება თუ არა **წყლის დალევა საკვების მიღების დროს ან მის შემდეგ** და შეიძლება თუ არა მისი ჩანაცვლება სხვა სასმელებით: წვენები, კომფოტი, ჩაი, ყავა და ა.შ

არსებობს ასეთი მოსაზრება, რომ წყალი, რომელსაც იღებთ საკვებთან ერთად ან საკვების მიღების შემდეგ, ზავდება კუჭის წვენში და არღვევს საჭმლის მონელების პროცესს, თუმცა არსებობს სხვა საინტერესო თეორიაც, რომელიც ამტკიცებს საწინააღმდეგოს. გავერკვეთ რომელი ვარიანტია სიმართლესთან უფრო ახლოს:

ჭამის შემდეგ, ან ჭამის დროს წყლის მიღების მომხრეები საუბრობენ იმის შესახებ, რომ წყალი გაივლის კუჭს და მაშინვე ხვდება თორმეტგოჯა ნაწლავში, ამიტომ გამორიცხულია იგი გაზავდეს საკვებთან, ან ჩარეცხოს იგი. მაგალითად მოჰყავთ სუფები, რომელიც ასევე შეიცავს სითხეს.

აქცენტი კეთდება იმაზე, რომ საკვებთან ერთად, ან მის შემდეგ, არ შეიძლება უშუალოდ ცივი წყლის მიღება, რადგან როგორც გამოკვლევებმა აჩვენეს, კუჭში საკვები იმყოფება არა 4-5 საათის, არამედ 20 წუთის განმავლობაში.

ამ პერიოდში, საკვები ვერ ასწრებს სწორად გადამუშავებას, ცილები არ იშლება ამინომჟავებად, მოუნელებელი საკვები კი გადადის ნაწლავებში, სადაც მისი ათვისების ნაცვლად იწყება ლპობისა და დუღილის პროცესი, რაც იწვევს საკვების მონელების პრობლემებს, დისბაქტერიოზს, კოლიტს და ზედმეტი წონის აკრებას.

ჭამის შემდეგ, ან ჭამის დროს წყლის მიღების მოწინააღმდეგეები თვლიან, რომ როცა ადამიანი საკვებს აყოლებს წყალს, მას უქრება საკვების გულდაგულ დაღეჭვის მოთხოვნილება და იგი ყლაპავს მას ნახევრად დაუღეჭავს.

არსებობს ასეთი რეკომენდაცია - ,,საჭიროა მყარი საკვების დალევა, ხოლო თხევადის დაღეჭვა'', როდესაც ჩვენ საგულდაგულოდ ვღეჭავთ საკვებს, ნერწყვში გამოიყოფა ნივთიერება ლიზოციმი (რთული სტრუქტურის ცილოვანი ნივთიერება, რომელიც აფერხებს ბაქტერიების ზრდას და შლის მათ), იგი წარმოადგენს მთავარ ფარს ინფექციების განვითარების წინააღმდეგ.

კარგად დაღეჭილი და ნერწყვით გაჟღენთილი საკვები კარგად იქნება ორგანიზმის მიერ შეთვისებული, ხოლო სახამებელი და შაქარი, რომელსაც შეიცავს საკვები, გადამუშავებას დაიწყებს უკვე პირის ღრუში, რაც შეამცირებს იმ სხვა ორგანოების დატვირთვას, რომლებიც მონაწილებას იღებენ საკვების მონელების პროცესში.

გარდა ამ მიზეზისა, გამოკვლევებმა დაადასტურა, რომ ბევრი ადამიანი, რომელთაც თავი დაანებეს ჭამის პროცესში, ან მის შემდეგ წყლის დალევას, შეამჩნიეს, რომ წონის დაკლების საკითხში მიაღწიეს შესამჩნევ შედეგებს. საქმე იმაშია, რომ აყოლებდნენ რა საკვებს წყალს, ბოლომდე ვერ იკმაყოფილებდნენ ჭამის სურვილს და ძალიან მალევე უნდებოდათ საკვების მიღება.

რაც შეეხება იმ საკითხს, თუ ჭამის შემდგომ, რამდენი ხნის შემდეგ შეიძლება წყლის დალევა - რეკომენდებულ დროდ მიიჩნევა 2 საათი, თუმცა თუ ამას ვერ ახერხებთ, სასურველია საკვების მიღების შემდეგ წყლის დაყოლების შუალედი იყოს არანაკლებ 10-20 წუთისა.

ხშირად ისმის კითხვა - შეიძლება თუ არა **წყლის დალევა ალკოჰოლის მიღების დროს!**

ზაფხულში, როცა ჰაერის ტემპერატურა მერყეობს 30-40 გრადუსის ფარგლებში, ალკოჰოლის მიღება საერთოდ არ არის რეკომენდებული, რადგან გამომყოფი სისტემა იწყებს დატვირთვით მუშაობას და ორგანიზმიდან გამოიყოფა დიდი რაოდენობით სითხე.

იმისათვის, რომ არ მოხდეს ორგანიზმის გაუწყლოვანება, სასურველია ყოველი პორცია ალკოჰოლის მიღების შემდეგ წყლის გარკვეული რაოდენობის დაყოლება.

თუმცა, ეს ეხება არა მხოლოდ ზაფხულში ალკოჰოლის მიღებას. წყლის დაყოლება სასურველია ნებისმიერ სიტუაციაში, მაგიდასთან, ალკოჰოლის მიღების დროს. განსაკუთრებით ძილის წინ.

სპეციალისტები რეკომენდაციას იძლევიან, ალკოჰოლური თრობის დროს, დაძინებამდე, მიიღოთ არა ნაკლებ ლიტრანახევარი წყალი, რათა დილით არ შეგაწუხოთ „პარხმელიის სინდრომმა“, არ გტკიოდეთ თავი და ორგანიზმიდან გამოიდევნოს შლაკები და ტვინის მკვდარი უჯრედები - ნეირონები.

ცივი, თბილი თუ ცხელი წყალი?! თავი აარიდეთ ყინულივით ცივი წყლისა და სხვა სითხეების დალევას. უმჯობესია მიიღოთ ხალასი და ზომიერად თბილი წყალი (ზაფხულშიც კი).

- ძალიან ცივი წყალი (ან სხვა სითხეები), რომელსაც იღებთ საკვებთან ერთად, ხელს უწყობს კუჭში ტემპერატურის დაქვეითებას, რითაც ხელს უშლის საკვების მომნელებელი ენზიმების წარმოქმნას, არღვევს ნაღველისა და კუჭის წვენის სეკრეციას;
- ძალიან ცხელი წყალი (ან სხვა სითხეები) ასუსტებს კუჭის ტონუსს და ამცირებს საკვებზე მექანიკური ზემოქმედების შესაძლებლობას, არღვევს საჭმლის მომნელებელი წვენის გამოყოფის პროცესს, იწვევს გაზების წარმოქმნის პროვოცირებას;
- თქვენს მიერ მიღებული წყლის, ან სხვა სითხეების ტემპერატურა, უნდა იყოს სხეულის ტემპერატურასთან ახლოს, მაგრამ არა უმეტეს 40 გრადუსისა.

კითხვები:

1. რას ნიშნავს ცხოვრების ჯანსაღი ცხოვრების წესი?
2. ჩამოთვალეთ ჯანსარი ცხოვრების წესის ძირითადი კომპონენტები.
3. რა კომპონენტებს უნდა შეიცავდეს დიეტა?
4. რა იგულისხმება ხილის ან ბოსტნეულის ერთ ულუფაში?
5. რა არის ბოჭკოვანი ნივთიერება?
6. რა პროდუქტები შედის ცილოვან საკვებში?
7. საჭიროა თუ არა დიეტის დროს ცხიმების მიღება?
8. როგორ უნდა მივიღოთ მარილი?
9. რა მნიშვნელობა აქვს წყალს ადამიანის ორგანიზმისათვის?
10. როდის და რა რაოდენობით უნდა მიიღოს ადამიანმა წყალი?

https://drwolski.wordpress.com

http://www.aura.ge/3-statiebi/3581-tskali-da-sxeulis-tsona.html

http://www.aura.ge/47-fexmdzimoba/3577-fexmdzimoba-da-tskali.htm
http://www.aura.ge/menu/2-istoriebi/133-palitra/3578-tskali.html
http://www.slideshare.net/gogiashvilimtvarisa1/ss-25679218

ძირითადი საკვები კომპონენტები:
ცილები, ცხიმები, ნახშირწყლები, ვიტამინები, მინერალური ნივთიერებები, მიკროელემენტები.

საკვების საშუალებით ადამიანი იღებს ცილებს სხვა პროდუქტებთან ერთად. კუჭში პეპსინი ზემოქმედებით ცილა იშლება პეპტონებად. პეპტონები ხსნადი ცილოვანი სუბსტანციები არის. ცილები, რომლებიც საკვების სახით ხვდება ადამიანის ორგანოიზმში - უცხოა. მასში არის იმ ცოცხალი არსების ეთერული პროცესების ქმედების შედეგები, საიდანაც ეს ცილები იქნა მიღებული. ეს უცხო ამოღებულ უნდა იქნას საკვებიდან. ამ უცხო სუბსტანციის გათავისება და შეიძლება ვთქვათ, რომ გაადამიანურება უნდა მოხდეს ადამიანი ორგანიზმში. ამიტომ, მონელების დროს ადამიანის ორგანიზმში ორი სახის ცილოვანი სუბსტანციაა. თავდაპირველად ეს ცილა არის რაღაც უცხო ადამიანის ორგანიზმისათვის, ხოლო პროცესის ბოლოს იგი უკვე ადამიანის საკუთრებაა. შუაში საინტერესო შუალედური მდგომარეობაა, სუბსანცია არც სულ უცხოა და არცმთლიანად ადამიანური. ადამიანური ორგანიზმიდან მოქმედებს მომაკვდინებელი ზემოქმედება, ის ებრძვის უცხო ცილას და ეს სასიკვდილო მოქმედება ხდება ცილაზე იქ, სადაც პანკრეასის ფერმენტი ტრიფსინია და ტუტე გარემოა. ტრიპსინამდე ცილოვანი საკვები ცხოვროს უცხოსავით, მსგავსად იმ ორგნიზმისა, საიდანაც ის არის აღებული. ტრიფსინთან შეხვედრის შემდეგ ის არის უსიცოცხლო, მაგრამ წუთიერად.

მალევე ორგანიზმის სასიცოცხლო ძალები იწყებენ ქმედებას და ის ხდება ადამიანის ორგანიზმის შემადგენელი ნაწილი. თუ ეს გათავისების მომენტი არ მოხდება, ადამიანი უცხო ცილების დაგროვებისა და მათი ზემოქმედების შედეგ, რომელიც მას არ ეკუთვნის ისინი გამოძევებული უნდა იქნას ორგანიზმიდან. დგება ავადმყოფური გამოდევნება და ეს გამოიხატება ალბუმინურიაში. ეს ის ცილაა, რომელიც ორგანიზმმა, მთელი რიგი პრობლემების გამო ვერ მიიღო და ვერ მოახერხა მისი გადაამიანურება.

ცხიმები, ეს ის სუბსტანციაა, რომელიც ყველაზე ნაკლებადაა უცხო ადამიანი ორგანიზმისთვის. ის ძალიან ადვილად გარდაიქმნება მიუღებელი ფორმიდან საჭირო ფორმად. ისინი იცვლებიან კუჭუკანა ჯირკვლის ზემოქმედებით გლიცერინად და ცხიმოვან მჟავებად. ცხიმები ძალიან მცირედითაა უცხო და ორგანიზმს ადვილად შეუძლია გაითავისოს და ეს ხდება იმიტომ, რომ ცხიმები თამაშობენ განსაკუთრებულ როლს შინაგანი სითბოს წარმოქმნაში. ეს სითბო კი არის სწორედ ის, რაც ცოცხალ ორგანიზმს ჭირდება ნორმალური ფუნქციონირებისთვის. ცხიმს, როგორც საკვები მიიღება ცხოველური ორგანიზმიდან, არაფერი მოაქვს თან, გარდა სითბოს წარმოქმნისა. საკვებად მიღებული ცხიმი საჭმლის მონელების პირველ და საშუალო პროცესების დროს რჩება უცვლელი და მხოლოდ ნაწლავების დონეზე ხდება მისი გათავისება ანუ მონელება. თუკი ცხიმი გაჩდება ადამიანის რძეში, ეს მიუთითებს ორგანიზმის კარგ ქმედებაზე. სხეული არ შთანთქავს თავისში ამ ცხიმს, ის აძლევს საშუალებას ცხიმს გამოიყოს, მაგრამ თავად ამ გამოყოფილ ცხიმში გადადის ადამიანური არსების მცირედი ნაწილი. სწორედ, ამიტომ აქვს დედის რძეს ასეთი დიდი წარმომქნელი და განმავითარებელი ძალა, რომელუც ბავშვს გადაცემს არა მარტო საკვებ სუბსტანციას, არამედ გარკვეულ მემკვიდრულ პროცესებსაც.

ჯანმრთელი პროცესია, როდეას ადამიანის ორგანიზმი მიზანმიმართულად და სწორად იყენებს ცხიმის მარაგს. არაჯანსაღია, როდესაც ორგანიზმი ვერ იყენებს სითბოს წარმოქმნისთვის ცხიმის მარაგს და არაგამოყენებადი ცხიმი შეიტანება ორგანიზმში. ასეთი ცხიმი წარმოქმნის სიჭარბეს სითბოს წარმოქმნაში ხან იქ და ხან აქ. ეს არის სითბო, რომელიც მომატყუებელია სხვა სასიცოცხლი პროცესებისათვის. ამ დროს წარმოიქმნება სითბოს პარაზიტული კერები, რომლებიც თავისში ატარებენ ანთებითი პროცესებისკენ მიდრეკილებას. ორგანიზმი აჩენს თავის მიდრეკილებას სულ ბევრი და ბევრი ცხიმი წარმოქმნას, რომელიც სულ არ ჭირდება.

ჯანმრთელ ორგანიზმში შეითვისება იმდენი ცხიმი, რამდენიც საჭიროა ადამიანური არსების ფიზიკური, ემოციური და ინტელექტუალური ქმედებებისთვის და რომ ორგანიზმის კუნთები და ძვლები წესრიგში იყოს. თუ ეს ასე არ ხდება, მაშინ დგება სითბური შიმშილი და ამიტომ სითბო წაერთმება ორგანოებს, რომელიც მათ ჭირდებათ ფუნქციონირებისათვის. ასეთი ორგანოები ხდება გამომშრალი და გამყარებული. ისინი ზანტად ქმედებენ. ეს ნიშნავს რომ ყველა პირობაა, იმისათვის რომ ავადმყოფური პროცესები დაიწყოს.

უმაღლესმა ცოცხალმა არსებებმა თავიანთ სხეულებრივ სითხეში შეიტანეს კალციუმი, მაგნიუმი, კალციუმი და ნატრიუმი. ისინი თავის ფინქციას ასრულებენ სხვა ნივთიერებებთან ურთიერთობაში. მაგალითად, მათზე დამოკიდებულია ღვიძლის ფუნქციები. ღვიძლში ხდება გლიკოგენის წარმოქმნა. ამით ის მცენარეს გავს. ღვიძლში გამომუშავდება სახამებელი, რომელიც არის განსხვავებული, ვიდრე მცენარეული სახამებელი. ადამიანში შერეული მცენარეული ნახშირწყლები ,,გადაწყობილნი“ უნდა იყოს ადამიანისთვის საჭირო ნახშირწყლად. სახამებლის გარდაქმნა მთელ საჭმლის მომნელებელ ტრაქტში ხდება. მისი შეცვლა იწყება პირის ღრუდან, როდესაც ის იჟღინთება ფტიალინით და გადადის შაქარში. შემდეგი მონელება ხორციელდება კუჭში პეპსინის საშუალებით. გლიკოზის მონელების პროცესი მჭიდროდაა დაკავშირებულია ადამიანური არსების განვითარებაზე. სწორედ, გლუკოზის საშუალებით უმდაბლესი ადამიანური ქმედებები მიმართული არის სუფთა ადამიანურისაკენ. გლუკოზა ცირკულირებს სისხლში და მიიტანება ყველა ორგანოსთან.

ვიტამინები და მინერალები

ვიტამინები და მინერალური ნივთიერებები ბავშვის ორგანიზმს ჰაერივით სჭირდება, ამიტომ მშობლები პაწია მსუნაგების მენიუს განსაკუთრებულ ყურადღებას აქცევენ: ბევრი ვაშლი და კიდევ უფრო მეტი ხილის წვენი!

ბავშვს ვიტამინები და მინერალური ნივთიერებები ყველაზე მეტად გაზაფხულზე სჭირდება, რადგან წელიწადის ამ მშვენიერ დროს პაწაწინა ორგანიზმი დასუსტებული და გამოფიტულია.

უმნიშვნელოვანესი “სასიცოცხლო ამინების” ჩამონათვალი:

A ვიტამინი (რეტინოლი)

მდიდარია:თევზის ქონი, ღვიძლი, თირკმელები, კვერცხი, რძე და რძის პროდუქტები. რეტინოლს ბეტა-კაროტინის (A ვიტამინის წინამორბედის) სახით შეიცავს სტაფილო, ბულგარული და ჩვეულებრივი ცხარე წიწაკა, პომიდორი, სხვადასხვა ჯიშის კომბოსტო, გოგრა, პარკოსნები (სოია, ბარდა), ატამი, გარგარი, ვაშლი, ყურძენი, საზამთრო, ნესვი, ასკილი, ქაცვი.

დეფიციტის დროს თავს იჩენს მხედველობის პრობლემები: მხედველობის გაუარესება შებინდებისას, ახლომხედველობა, თვალების იოლი დაღლა; უხეშდება კანი, სუსტდება იმუნიტეტი.

B1 ვიტამინი

მდიდარია: ხორბალი, უხეშად ნაფქვი ხორბლის პური, დაუმუშავებელი ბრინჯი, ქერი, ღორის ხორცი, პარკოსნები, კარტოფილი, ღვიძლი, ლუდის საფუარი, რძე, კვერცხი.

დეფიციტის დროს თავს იჩენს: იოლად დაღლა, უძილობა, თავის ტკივილი, დეპრესია, კონცენტრაციის დაქვეითება, გულისცემის გახშირება, ტკივილი გულის არეში, გულისრევა, მუცლის ტკივილი, მადის დაქვეითება, ყაბზობა.

B2 ვიტამინი (რიბოფლავინი)

მდიდარია: ღვიძლი და თირკმელები. 100 გ ხორცში მისი შემცველობა 0,16-0,23 მგ-ია, 100 გ რძეში – 0,1-0,13, ხოლო ხილსა და ბოსტნეულში – კიდევ უფრო ნაკლები. ბავშვმა B2 ვიტამინის დღიური მოთხოვნილება რომ დაიკმაყოფილოს, 1,5 კგ ძროხის ხორცი უნდა მიირთვას ან 2 ლიტრამდე რძე დალიოს, რაც, დაგვეთანხმებით, არცთუ ისე იოლია.

დეფიციტის დროს ადამიანს აღენიშნება საერთო სისუსტე, ნახეთქები ტუჩის კუთხეებში (ანგულარული სტომატიტი), ენა ჟოლოსფერი და შეშუპებულია, მის კიდეებზე კბილების ჩანაჭდევები ჩნდება. თვალები იოლად იღლება, თავს იჩენს სინათლის შიში, ვითარდება კონიუნქტივიტი (თვალის ლორწოვანი გარსის ანთება), ბლეფარიტი (ქუთუთოების ანთება).

B5 ვიტამინი (პანთოტენის მჟავა)

მდიდარია: მცენარეული სურსათი: ბარდა, საფუარი, თხილი, მწვანეფოთლოვანი ბოსტნეული, წიწიბურა, შვრია, ყვავილოვანი კომბოსტო; ცხოველური სურსათი: ღვიძლი, თირკმელები, გული, ქათმის ხორცი, კვერცხის გული, რძე, ხიზილალა. გარდა ამისა, პანთოტენის მჟავას გამოიმუშავებს ნაწლავის ჩხირი, რომელიც ადამიანის ნაწლავის სანათურში საკმაოდ ბევრია.

დეფიციტის დროს აღინიშნება: იოლად დაღლა, დეპრესია, უძილობა, თავის, კუნთების, ქვედა კიდურების ტკივილი, ტერფების შეწითლება, დისპეფსიური მოვლენები (გულისრევა, ღებინება), ფეხის თითების დაბუჟება. რაც მთავარია, B5 ვიტამინის ნაკლოვანების დროს ითრგუნება იმუნიტეტი და ბავშვს ხშირად ხვდება ინფექცია.

B6 ვიტამინი (პირიდოქსინი)

მდიდარია: ხორცი, განსაკუთრებით – ღვიძლი და თირკმელები, უხეშად ნაფქვი ხორბლის პური, წიწიბურა, ქერი, თუმცა მარცვლეულიდან პირიდოქსინი გაცილებით უარესად შეითვისება, ვიდრე ცხოველური საკვებიდან.

დეფიციტს დროს აღინიშნება ხასიათის ხშირი ცვლილება, აგზნებადობა, პირის ღრუსა და ენის ლორწოვანის ანთება. თუ ახალშობილს B6 აკლია, შესაძლოა, კრუნჩხვა განუვითარდეს.

B12 ვიტამინი (ციანკობალამინი)

მდიდარია: უმთავრესად – ცხოველური სურსათი: საქონლის ღვიძლი, თევზი, ზღვის პროდუქტი, რძე, ყველი. თუ ადამიანი სრულფასოვან საკვებს იღებს, ციანკობალამინის დეფიციტი არ ვითარდება.

დეფიციტის დროს თავს იჩენს: ანემია, ტვინის ქსოვილის სტრუქტურის ცვლილება, რომელიც უმთავრესად ნევროლოგიური სიმპტომებით, ძლიერი გაღიზიანებით, კიდურების დაბუჟებით ვლინდება

ფოლიუმის მჟავა

მდიდარია: ვიტამინის სახელწოდება ლათინური სიტყვა “ფოლიუმიდან” მომდინარეობს, რაც ფოთოლს ნიშნავს. შესაბამისად, მას უხვად შეიცავს მწვანეფოთლოვანი ბოსტნეული: ისპანახი, პრასი, სალათი და სხვა. გარდა ამისა, იგი გვხვდება ხორცში, ღვიძლსა და თირკმელებში.

ამ ვიტამინის დეფიციტი განსაკუთრებით საშიშია ორსულებისთვის – შესაძლოა, დაირღვეს ნაყოფის ნერვული მილის ფორმირება, განვითარდეს ჰიდროცეფალია, ანენცეფალია (თავის ტვინის არარსებობა).

C ვიტამინი (ასკორბინის მჟავა)

მდიდარია: ძირითადი წყაროა ახალი ხილი, ბოსტნეული, კენკრა და მწვანილი. ჩ ვიტამინით განსაკუთრებით მდიდარია ასკილის ნაყოფი, შავი მოცხარი, წიწაკა, ლიმონი, ფორთოხალი. ასკორბინის მჟავა ბევრია კომბოსტოს მწნილშიც, ხოლო ვაშლსა და კარტოფილში – შედარებით ნაკლებია.

დეფიციტის დროს ითრგუნება იმუნიტეტი, ხშირდება ინფექციური პათოლოგიები და კუჭ-ნაწლავის პრობლემები. გარდა ამისა, პატარებს აწუხებთ საერთო სისუსტე, კანის სიმშრალე, სახსრების ტკივილი, ღრძილებიდან სისხლდენა.

D ვიტამინი (კალციფეროლი)

მდიდარია: ის უმთავრესად კანში წარმოიქმნება მზის სხივების ზემოქმედებით. მოიპოვება საკვებშიც: რძესა და რძის ნაწარმში, თევზის ქონში, კვერცხის გულში. ვიტამინის წინამორბედი (პროვიტამინი) ნაწილობრივ საკვების სახით ხვდება ორგანიზმში, ნაწილობრივ კი ორგანიზმშივე არსებული ქოლესტერინისგან წარმოიქმნება.

D ვიტამინის დეფიციტისას ახალშობილს რაქიტი ემუქრება. პროფილაქტიკის მიზნით სასურველია პატარას D ვიტამინი მივაწოდოთ და, რაც მთავარია, ბავშვს არამც და არამც არ მოვაკლოთ მზის სხივების ალერსი.

E ვიტამინი (ტოკოფეროლი)

მდიდარია: მცენარეული ზეთი, უხეშად ნაფქვი ხორბლის პური, წიწიბურა, მწვანილი.

ნაკლოვანებისას აღინიშნება: კუნთოვანი სისუსტე, ანემია. ახალშობილებში E ვიტამინის ნაკლოვანება იწვევს ანემიას, მხედველობის დარღვევებს, ხშირდება ფილტვის დაავადებებიც.

K ვიტამინი

ნაწილობრივ ნაწლავებში მობინადრე მიკროორგანიზმები წარმოქმნიან. მოიპოვება მწვანეფოთლოვან ბოსტნეულში, ასკილის ნაყოფში, ბრიუსელისა და ყვავილოვან კომბოსტოში, ჭინჭარში, ხორბალში, სოიაში, ჭვავში, შვრიაში, მწვანე ჩაიში, ლამინარიაში (ზღვის კომბოსტოში). ცხოველური საკვებიდან K ვიტამინს ყველაზე მეტს კვერცხი და ღორის ღვიძლი შეიცავს.

დეფიციტი იშვიათად ვითარდება. ამ დროს თავს იჩენს: კანქვეშა სისხლჩაქცევები, სისხლდენა ღრძილებიდან, ცხვირიდან, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სხვადასხვა უბნიდან. K ვიტამინის უკმარისობის ადრეულ ნიშნად სისხლში პროთრომბინის დონის დაქვეითება მიიჩნევა. დეფიციტი ახალშობილებში მოზრდილებზე უფრო ხშირად იჩენს თავს: რძე ჩვილს საკმარისი ოდენობის K ვიტამინს ვერ აწვდის და არც ნაწლავებია დასახლებული მისი მწარმოებელი მიკროორგანიზმებით.

უკმარისობისას ვითარდება ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადება, რომელსაც ახასიათებს: სისხლდენა ღრძილებიდან, ცხვირიდან, ჭიპიდან, კუჭიდან, სასქესო ორგანოებიდან. ხშირია კანქვეშა სისხლჩაქცევები. აღინიშნება სისხლიანი ღებინება, კუპრისებრი განავალი.

H ვიტამინი (ბიოტინი)

მდიდარია: ბევრია საქონლის ღვიძლში, მიწის თხილში, პარკოსნებში.

დეფიციტის დროს თავს იჩენს: სებორეული დერმატიტი, ანემია, თმის ცვენა, კუნთების ტკივილი, ენის ლორწოვანი გარსის ანთება, უძილობა, უმადობა, გულისრევა.

დღეისთვის დედამიწაზე სულ 92 ელემენტია აღმოჩენილი. ადამიანის ორგანიზმი 81 ელემენტისგან შედგება ამ 81-იდან 4 ძირითადია:

- C - ნახშირბადი;
- H - წყალბადი;
- O - ჟანგბადი;
- N - აზოტი,

ამ 81-დან 8 მაკროელემენტად ითვლება:

- Ca - კალციუმი;
- Cl - ქლორი;
- F - ფთორი;
- K - კალიუმი;
- Mg - მაგნიუმი;
- Na - ნატრიუმი;

- P - ფოსფორი;
- S - გოგირდი,

ხოლო 69 - მიკროელემენტად. ძირითადი ელემენტები და მაკროელემენტები სხეულის მასის 99%-ს შეადგენს. მიკროელემენტები ის ქიმიური ელემენტებია, რომლებიც ორგანიზმში წარმოდგენილია ძალიან მცირე რაოდენობით, კერძოდ 10-3-10-12 %-ის ფარგლებში.

ელემენტებს, რომლებსაც ორგანიზმი 10-5 %-ზე ნაკლები რაოდენობით შეიცავს, ულტრამიკროელემენტებს უწოდებენ.

მაკრო- და მიკროელემენტებს შემდეგ ჯგუფებად ყოფენ:

- ესენციური ანუ სასიცოცხლო მნიშვნელობის ელემენტები. მათ მიეკუთვნება ყველა სტრუქტურული ელემენტი: (H - წყალბადი, O - ჟანგბადი, N - აზოტი, C - ნახშირბადი, Ca - კალციუმი, Cl - ქლორი, F - ფთორი, K - კალიუმი, Mg - მაგნიუმი, Na - ნატრიუმი, P - ფოსფორი, S - გოგირდი) და 8 მიკროელემენტი (Cr - ქრომი, Cu - სპილენძი, Fe - რკინა, I - იოდი, Mn - მანგანუმი, Mo - მოლიბდენი, Se - სელენი, Zn - თუთია), სულ - 20 ელემენტი.
- პირობითად ესენციური ანუ სასიცოცხლო მნიშვნელობის, მაგრამ განსაზღვრული დოზით მავნებელი მიკროელემენტები. ესენია: Ag - ვერცხლი, Al - ალუმინი, Au - ოქრო, B - ბორი, Br - ბრომი, Co - კობალტი, Ge - გერმანიუმი, Li - ლითიუმი, Ni - ნიკელი, Si - სილიციუმი, V - ვანადიუმი, სულ - 11 ელემენტი.
- პირობითად ტოქსიკური მიკროელემენტები და ულტრამიკროელემენტები - სულ 50 ელემენტი.

აღსანიშნავია, რომ Hg, ვერცხლისწყალი, ორგანიზმისთვის მავნებელია და ის უპირობო ტოქსიკურ ელემენტად არის მიჩნეული, თუმც ჰომეოპათიაში და ანთროფოსოფიულ მედიცინაში Hg-ის სამკურნალო პრეპარატები აქტიურად გამოიყენება.

მაკრო- და მიკროელემენტების დეფიციტს ან სიჭარბეს იწვევს შემდეგი ფაქტორები:

- დამუშავებული, გასუფთავებული და დაკონსერვებული საკვების მიღება, სასმელი წყლის დამუშავება-დარბილება, ალკოჰოლის მიღება;
- საწარმოო ნარჩენებით დაბინძურებულ, აგრეთვე სასუქით გაჯერებულ ნიადაგზე მოყვანილი პროდუქტებით კვება, დაბინძურებული წყლითა და ჰაერით სარგებლობა;
- ფიზიკური და ემოციური დაძაბულობა (გარდა იმისა, რომ იწვევს ამა თუ იმ მაკრო- ან მიკროელემენტის დეფიციტს, ამ დეფიციტის ფონზე ტოქსიკური მეტალების დაგროვებასაც უწყობს ხელს);
- გენეტიკა და მემკვიდრეობა - მიკროელემენტების ცვლის დარღვევისადმი წინასწარი განწყობა, მაგალითად, მოლიბდენის სიჭარბე ზრდის შარდმჟავა მარილების (ურატების) წარმოქმნისა და პოდაგრის განვითარების ალბათობას. სპილენძის დეფიციტი იწვევს განვითარების მანკებს, სელენისა და მანგანუმის დეფიციტი ზრდის

ონკოლოგიურ დაავადებათა რისკს, ქრომისა და თუთიის დეფიციტი კი შაქრიანი დიაბეტისა და ათეროსკლეროზის განვითარების ალბათობას;

- ქსენობიოტიკებით - ადამიანის ორგანიზმისთვის უცხო ნივთიერებებით (სინთეზირებული ქიმიური ნაერთებით) - მკურნალობა. შარდმდენი საშუალებები იწვევს კალიუმის, მაგნიუმის, კალციუმის დეფიციტს და ნატრიუმის სიჭარბეს. ანტაციდები, ციტრამონი შეიცავს ალუმინს (ტოქსიკურ მიკროელემენტს, რომელიც იწვევს ტვინის სისხლძარღვთა დაავადებასა და ოსტეომალაციას - ძვლის დარბილებას). ასპირინი, კონტრაცეპტივები, ანტიარითმიული პრეპარატები განაპირობებს სპილენძის დისბალანსს (რითაც ართრიტებისა და ართროზების განვითარება პროვოცირდება;
- ორგანიზმის დაბინძურება თამბაქოთი (კადმიუმი), თმის შეღებვა (ნიკელი), დეზოდორანტები (ალუმინი), ალუმინის ჭურჭელი, კბილის ბჟენები (კადმიუმი, ვერცხლისწყალი);
- კვებითი დანამატები - ამა თუ იმ ელემენტის დიდი ოდენობით არაკონტროლირებადმა მიღებამ შესაძლოა გამოიწვიოს მაკრო- და მიკროელემენტების დისბალანსი. ამიტომაც საკვები დანამატების მიღება აუცილებლად უნდა შევუთანხმოთ ექიმს.

კითხვები:

1. რა მნიშვნელობა აქვს ვიტამინებსა და მინეალებს?
2. რომელი ვიტამინია რეტინოლი?
3. რომელი პროდუქტია A ვიტამინით მდიდარი?
4. რა ვითარდება A ვიტამინის დეფიციტის დროს?
5. ჩამოთვალეთ B ჯგუფის ვიტამინები.
6. რას იწვევს B ჯგუფის ვიტამინების დეფიციტი?
7. რა შეიცავს ფოლიუმის მჟავას?
8. რომელი ვიტამინია ასკორბინის მჟავა?
9. სად წარმოიქმნება და რის მეშვეობით D ვიტამინი?
10. რა ხდება E ვიტამინის დეფიციტის დროს?
11. რა პროდუქტებში შედის K ვიტამინი?
12. რა ვითარდება K ვიტამინის დეფიციტის დროს?
13. რა ხდება H ვიტამინის დეფიციტის დროს?
14. რამდენ მიკროელემენტს შეიცავს ადამიანის ორგანოზმი?

http://www.mkurnali.ge/daavadebebi-mkurnaloba/nivthierebatha-cvla/2056-2010-08-18-09-55-13.html

http://www.fitni.ge/?p=4090

ჯანსაღი კვება

ჯანსაღი კვება სასიცოცხლოდ მნიშვნელოვანია თითოეული ადამიანის ჯანმრთელობისათვის, ორგანიზმის ზრდისა და განვითარებისათვის. ჯანმრთელობის დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის უკანასკნელი მონაცემებით, ადამიანის ჯანმრთელობის მდგომარეობას 15%-ით განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურეობა, 15%-ით – გენეტიკური თავისებურებები, ხოლო 70%-ით – ცხოვრების წესი და ჯანსაღი კვება. ყოველივე ამის გათვალისწინებით კი, ალბათ დამეთანხმებით რაოდენ მნიშვნელოვანია მივაქციოთ ყურადღება იმას, თუ როგორ ვიკვებებით.

დაბალანსებული და სწორი კვების დროს, ადამიანის ორგანიზმი თავად იღებს იმ სიცოცხლისათვის საჭირო ვიტამინებს და მინერალებს, რომელიც სჭირდება ორგანიზმს. ადამიანების უმრავლესობა, ძირითადად გოგონები თინეიჯერულ ასაკში მიმართავენ სხვადასხვა სახის დიეტებს წონის კორექციისათვის, რასაც ძალიან ბევრი პრობლემა შეიძლება მოჰყვეს, მითუმეტეს გარდატეხის ასაკში. მკვეთრად შემცირებული რაციონის მქონე დიეტების დაცვისას, ვითარდება მიკროელემენტების და ვიტამინების დეფიციტი, რამაც სხვადასხვა სახის პათოლოგიურ მდგომარეობამდეც კი შეიძლება მიგვიყვანოს, რაც კატეგორიულად დაუშვებელია.

სწორი კვება ადამიანის ჯანმრთელობის საფუძველს წარმოადგენს. ჯანსაღი კვების რაციონი, აუცილებლად გულისხმობს ისეთი ელემენტების დაბალანსებულ მიღებას, როგორიცაა ცილები, ცხიმები, ნახშირწყლები, ვიტამინები და მინერალური ნივთიერებები. ბალანსირებული რაციონი – ეს არის პროდუქტების მიღება ოპტიმალური თანაფარდობით, რომლის თანამედროვე მოდელს **პირამიდის** სახე აქვს.



ცილები – ეს ის კომპონენტია, რომლისაგანაც შედგება ორგანიზმი და სიცოცხლისათვის ყველა აუცილებელი ნივთიერებები: ფერმენტები, ვიტამინები, ჰორმონები და სხვა სასარგებლო ნივთიერებები;

ცხიმები ცხიმში ხსნადი ვიტამინებით და სხვა სასარგებლო ნივთიერებებით აწვდიან ორგანიზმს ენერგიას;

ნახშირწყლები – ამარაგებენ ორგანიზმს სასიცოცხლო ენერგიით;

საკვები ბოჭკოები – ხელს უწყობს საჭმლის სწორ მონელებას, ისინი ძალიან დიდ როლს ასრულებენ გულ-სისხლძარღვთა დაავადებებისა და კიბოს პროფილაქტიკისათვის;

მინერალური ნივთიერებები და ვიტამინები უზრუნველყოფენ ნივთიერებეთა ცვლის პროცესებს, ორგანიზმის ჯანსაღ ფუნქციონირებას;

მეცნიერების მიერ ჯანსაღი კვებისათვის, რეკომენდირებულია საკვების მიღება დღეში საშუალოდ 3-4-ჯერ. უფრო მეტი ენერგიისათვის აუცილებელია დილის მსუბუქი, ვიტამინებით და მინერალებით დატვირთული საუზმე. სადილზე უფრო მეტი უპირატესობა ენიჭება ცილის შემცველ პროდუქტებს, როგორებიცაა ხორცი და თევზი. დამტკიცებულია, რომ ასეთი პროდუქტები იწვევენ ცენტრალური ნერვული სისტემის აქტივობის ზრდას. ძილის წინ კი რეკომენდირებულია მსუბუქი საკვების მიღება, რათა არ მოხდეს მომნელებელი სისტემის გადატვირთვა. აქედან გამომდინარე ვახშმად შეგიძლიათ მიირთვათ ბოსტნეული, ხილი, რძე, ჩაი. რისი გადამუშავებაც საჭმლის მომნელებელ სისტემას უფრო თავისუფლად შეუძლია. და მთავარი! ეცადეთ ძილის წინ რამდენიმე საათით ადრე ივახშმოთ, ეს დაგეხმარებათ ზედმეტი წონის თავიდან არიდებაში და უზრუნველყოფს თქვენს მშვიდ ძილს.



გაითვალისწინეთ! კვების რაციონის დაწყება რეკომენდირებულია ბოსტნეულითა და სალათებით, ის ხელს უწყობს კუჭის მოქმედების გააქტიურებას და მომნელებელი სისტემის წვენის გამოყოფას. კვებისას აუცილებელია კარგად დაღეჭილი საკვები, ის ძალიან მნიშვნელოვან როლს ასრულებს საჭმლის მონელების პროცესში. ეცადეთ კვების დროს გვერდით გადადოთ ტელეფონი, ტელევიზორი, წიგნები, ყველაფერი ის რაც ყურადღების გაფანტვას იწვევს და არასდროს არ მიირთვათ საკვები სწრაფ რეჟიმში, ამის შედეგად თქვენ

ძალიან დიდ ზიანს აყენებთ თქვენს ჯანმრთელობას და გარკვეულწილად წონას. სანამ მოიმატებთ და დიეტის აუცილებლობის წინაშე აღმოჩნდებით, დაიმახსოვრეთ! ჯობია ცოტ-ცოტა ყველაფერი მიიღოთ დღის განმავლობაში და ჩემი ზემოთ ჩამოთვლილი რჩევები გაითვალისწინოთ. გარანტიას გაძლევთ ასეთ სიტუაციაში დიეტა ნამდვილად არ დაგჭირდებათ.

21-ე საუკუნეში ძალიან ფართოდაა გავრცელებული სწრაფი კვების ობიექტებიც. ახლა შეგვიძლია რამდენიმე საკვების კატეგორიზაცია, რომელთა მიღებაც არ არის რეკომენდირებული. სასურველია თუ შეზღუდავთ სწრაფი კვების ობიექტების რაციონს, ჰამბურგერებს, ჩიზბურგერებს, პიცას, დიდი რაოდენობით ტკბილეულს, რომელიც ძალიან ცუდად მოქმედებს თქვენს კბილებზე. მოერიდეთ ნამცხვრებს, ფუნთუშებს და მურაბებს მათ დიდი რაოდენობით შაქრის შემცველობა აქვთ და ეს შემდგომ თქვენს წონაზეც აისახება. არ არის რეკომენდირებული ტკბილი გაზიანი სასმელის დიდი რაოდენობით მიღებაც, ის ბერავს მუცელს და დისკომფორტის განცდას გიქმნით, ასევე შეზღუდეთ ლუდიც. არ არის რეკომენდირებული დიდი რაოდენობით მაიონეზი, კეტჩუპი, ჩიფსები და სხვადასხვა საკნატუნო, ისინი ძალიან დიდი რაოდენობით შეიცავენ ცხიმებს, რაც უარყოფითად აისახება თქვენი კუჭის გადამამუშავებელ ორგანოზე და ამავდროულად თქვენს წონაზე.

ეცადეთ იკვებოთ ჯანსაღი პროდუქტებით, მიიღით ყველა ის ვიტამინი და მინერალი რაც თქვენს ორგანიზმს სჭირდება და თუ ზედმეტი წონის საფრთხის წინაშე აღმოჩნდებით, ნუ დაიცავთ დიეტას, ებრძოლეთ მას ფიზიკური დატვირთვით. დაიმახსოვრეთ! ვარჯიში და სწორი კვება თქვენი ჯანმრთელი ცხოვრების უპირველესი საწინდარია!

განსხვავება ჯანსაღ კვებასა და დიეტას შორის

სიტყვა დიეტა ყოველთვის ასოცირდება მტანჯველ დღეებთან! ამიტომ ეს სიტყვა თავისუფლად შეგვიძლია შევცვალოთ ჯანსაღი კვებით და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვით. დიეტას არამხოლოდ ფიზიკური, არამედ ფსიქოლოგიური მზაობაც სჭირდება. შვეიცარელი ექიმების მიერ დადგენილია, რომ მტანჯველი დიეტის დაცვის დროს ძლიერ დატვირთვას განიცდის ფარისებური ჯირკვალი, ამიტომ აუცილებელია დიეტის დროა აქტიური ფიზიკური დატვირთვა (სიარული, სირბილი, ძუნძული, ცეკვა, სამკურნალო ვარჯიშები) და წყლის მიღება. წინააღმდეგ შემთხვევაში ფარისებური ჯირკვლების პათოლოგიის ჩამოყალიბებას შევუწყობთ ხელს.
დიეტის დაწყების წინ აუცილებლად ფსიქოლოგიური მომზადება უნდა მოხდეს, ადამიანმა კარგად უნდა გაიაზროს ის ფაქტი, რომ იცვლება ბევრი რამ მის ცხოვრებაში და ამას ყველაფერს დიდი ძალისხმევა ჭირდება. თუმცა საპირწონედ უნდა ამუშავდეს სასიამოვნი აზრი - წონაში დაკლება და შინაგანი და ვიზუალური მდგომარეობის საგრძნობი გაუმჯობესება!
არასოდეს არ უნდა გაგვავიწყდეს რომ დიეტა არავითარ შემთხვევაში არ ნიშნავს შიმშილს!!!

სანამ კონკრეტულ დიეტაზე გადავალთ იცოდეთ, რომ დიეტა არ ნიშნავს შიმშილს !!!

რეკომენდაციები:

- კვება ჯანსაღი საკვებით - არავითარ შემთხვევაში სწრაფი კვების ობიექტების საკვები, რაციონში უნდა შედიოდეს ის პროდუქტები, რომლებზეც მოცემულია წინა თავებში!!!
- დიდი რაოდენობით წყლის მიღება;
- ფიზიკური აქტიურობა - დატვირთვა უნდა იყოს ინდივიდუალური, ასაკოვან ადამიანებთან ფიზიკური დატვირთვა უნდა იყოს დამზოგველი - შესაძლებლობის ფარგლებში, არ უნდა მოხდეს გულისა და სახსრების გადაძაბვა.
- ფიზიკური აქტიურობის შემდეგ აუცილებელია შხაპი, ცივი და ცხელი წყლის მონაცვლეობით და შემდეგ სქელ ხაოებიანი პირსახოცით შემშრალება.

დიეტა, სისხლის ჯგუფების მიხედვით, პოპულარულია იმის გამო, რომ ძალიან მარტივია. არ არის საჭირო ქულებისა და კალორიების თვლა.

პირველი ჯგუფის სისხლი ცუდად დედდება. ამ ჯგუფის სისხლის მქონე ადამიანებს მიდრეკილება აქვთ ანთებითი პროცესების მიმართ, კერძოდ სხვადასხვა ორგანოების ანთება, ართრიტი, ალერგია კუჭის წყლულიც, მომატებული მჟავიანობის გამო. პირველი ჯგუფის სისხლის მქონე ადამიანებმა უნდა მიირთვან ხორცი - საქონლის, ცხვრის ხორცი და ღვიძლი, ნაკლებად - ღორის ხორცი. ასევე აუცილებელია თევზი და ზღვის პროდუქტები. რაც მეტია რაციონში ხილი და ბოსტნეული, ოღონდაც არა მჟავე, მით უკეთესია. სასარგებლოა ანანასიც. პური მხოლოდ ჭვავის და ისიც შეზღუდული რაოდენობით. სასმელებიდან უმჯობესია მწვანე ჩაი და რაიმე მცენარეული ჩაი, მაგალითად, მოცვის, პიტნის. ჩაის ნაცვლად შეიძლება მიიღოთ გაზგასული მინერალური წყალი. ვიტამინებიდან ყველაზე სასარგებლოა B და K ჯგუფის ვიტამინები. ასევე რაიმე საკვები დანამატები. დაგეხმარებათ კალციუმი, მაგნიუმი და იოდი.

პირველი ჯგუფის სისხლის მქონე ადამიანებმა უნდა **შეზღუდონ** ბურღულეული, განსაკუთრებით შვრია. ეს ეხება ხორბლის პურსაც. თუმცა ეს შეზღუდვა არ ეხება წიწიბურას.უნდა **მოერიდონ** კომბოსტოს – გამონაკლისია ბროკოლი. არ არის რეკომენდებული ხორბლეული, სიმინდი, მარინადები და კეტჩუპი. სასმელებიდან არ ღირს ყავის და მაგარი სასმელების დალევა. სასურველია მოერიდოთ ალოეს, ექინაციას და მარწყვის ფოთლების ნახარშს. თუ ვიტამინებს იღებთ, მოერიდეთ A და E ვიტამინს.

სრულად უნდა **გამოირიცხოს** უმი კომბოსტო, ლობიო, ოსპი, სიმინდი, ხორბალი, ციტრუსები, ნაყინი, შაქარი, მარინადები. ნეიტრალური პროდუქტებია ლუდი, წითელი და თეთრი ღვინო. ასევე გვირილის ჩაი, ჟენშენი, სალბი, კატაბალახა და ჟოლოსფოთლები.

წონის კონტროლისთვის და კლებისთვის აუცილებელია სპორტის სხვადასხვა სახეობებით დაკავება (გათვალისწინებული უნდა იყოს ასაკი და ინდივიდუალური შესაძლებლობები).

პირველი ჯგუფის სისხლის მქონე ადამიანებს აქვთ პრობლემა – ნივთიერებათა დაქვეითებული ცვლა. თუ ნივთიერებათა ცვლის დონეს აამაღლებთ, წონა კლებას დაიწყებს. ამისთვის აუცილებელი იქნება რაციონიდან ხორბლის ნაწარმისა და თვით ხორბლის ამოღება, ასევე სიმინდის, ბარდეულის (მაგალითად, მწვანე ბარდის, წითელი და შავი ლობიოს), ოსპი. ეს პროდუქტები ანელებენ მეტაბოლიზმს, ინსულინის გამომუშავების ბლოკირების გზით. თუმცა ამ პროდუქტების გარდა საჭიროა შვრიის ნებისმიერი ნაწარმისა და ყველა სახის კომბოსტოს გამორიცხვა, ბროკოლის გარდა.
ეს პროდუქტები ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების გამომუშავებას თრგუნავენ. უნდა გაყზარდოს რაციონში იოდის შემცველობა. ასეთი პროდუქტებია ზღვის პროდუქტები, წყალმცენარეები და მწვანილი. რეკომენდებულია ჩვეულებრივი მარილის ნაცვლად იოდიზებულის მიღება. უნდა გაიზარდოს იმ პროდუქტების რაოდენობა, რომლებიც ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონებს გამოიმუშავებს, ასეთია, მაგალითად ბოლოკი.
მეორე ჯგუფის სისხლის მქონენი გულის დაავადებების რისკის ქვეშ არიან. ამაში ასევე შედის ონკოლოგია, ანემია, ღვიძლის და ნაღვლის ბუშტის დაავადებები, პირველი ტიპის დიაბეტი.

მათ სრულიად უნდა **გამორიცხოთ** ხორცი და გადავიდნენ ვეგეტარიანულ კვებაზე. თუმცა იშვიათად, შეიძლება, მცირე რაოდენობით ქათმის ან ინდაურის ხორცი. რეკომენდებულია რძის პროდუქტების და ნაყინის გამორიცხვა.

სასურველია გამოიყენონ სოიოს პროდუქტები, სოიოს რძე, სოიოს ხაჭო. შეიძლება მიირთვან ნებისმიერი ბურღულეული, ხორბლის გარდა. ბარდეული არ არის შეზღუდული. რაც მეტია ხილი, განსაკუთრებით კი ანანასი, მით უკეთესია. თუმცა **აკრძალულია** ისეთი ხილის მირთმევა, როგორიცაა ფორთოხალი, მანდარინი, ბანანი და ქოქოსი. რეკომენდებულია სტაფილოს, ანანასის, გრეიპფრუტისა და ალუბლის წვენები.
თევზის სახეობებიდან არ არის რეკომენდებული კამბალა, ქაშაყი, ასევე ზღვის პროდუქტები. არც ხიზილალაა სასურველი. შეიძლება ყავა, მწვანე ჩაი და წითელი ღვინო. ასევე ბლომად შეიძლება ლიმონიანი წყლის მიღება. სასურველია ნიორი და ხახვი, სტაფილოს, უცხიმო ყველი, და რაც შეიძლება მეტი რძემჟავა პროდუქტი, ჩაიში ნაკლები შაქარი, ნებისმიერი მცენარეული ზეთი, მაგალითად, ზეთისხილის, სოიის ნაწარმი. ვიტამინებიდან – B,C,E. ასევე კალციუმი, რკინა, სელენი. ბალახეული – ექინაციის, ჟენშენის, კატაბალახის ნახარშები. რეკომენდებულია ბიფიდობაქტერიები.

რეკომენდებულია მშვიდი **ვარჯიშები**, მაგალითად, იოგა. ეს სისხლის ჯგუფი ვეგეტარიანულ საკვებზეა მორგებული, ანუ დაბალი მჟავიანობის გამო კუჭი ვერ ინელებს ხორცს. მეორე ჯგუფის სისხლის მქონეებში ხორცი ცხიმების დაგროვებას უწყობს ხელს და ანელებს მეტაბოლიზმს. მოერიდეთ ცხარე და მარილიან საკვებს.
ვეგეტარიანობის პლუსი ის იქნება, რომ აგიმაღლდებათ იმუნიტეტი, ასევე ენერგია და შრომისუნარიანობა. ორგანიზმს სჭირდება ბევრი ცილა. ცილის წყაროა სოიის პროდუქტები და კვერცხი. შეზღუდეთ შაქარი და შოკოლადი.

მესამე ჯგუფის სისხლის მქონეებში ხშირია პირველი ტიპის დიაბეტი. მაგრამ გარდა ამისა, ახასიათებთ ქრონიკული დაღლილობის სინდრომი და გაფანტული სკლეროზი. **პირველ რიგში უნდა მიირთვან** ხორცი, ქათმის ხორცისა და იხვის ხორცის გამოკლებით. ნებისმიერი თევზი. რძემჟავა და ცხიმგაცლილი სახეობის. ხილ-ბოსტნეული ყოველთვის კარგია. მწვანილეულის სალათები, კვერცხი, სხვადასხვა ბალახეული. ხორციდან განსაკუთრებით სასარგებლოა ხბოს ხორცი და ღვიძლი. თქვენი ორგანიზმისთვის აუცილებელია ვიტამინები, მაგნიუმი,ქინაცია. ნეიტრალურ პროდუქტებში შედის ფორთოხლის წვენი, ყავა და შავი ჩაი. ალკოჰოლიდან –ლუდი და ღვინო. სოიის პროდუქტები.

ნაკლებად რეკომენდებულია სიმინდი, პომიდორი, ზეთისხილი, ქოქოსი, გოგრა. სასურველია მწვანე და ნებისმიერი ბალახეული ჩაის მიღება, მაგალითად, პიტნის, ჟოლოს ფოთლების, სალბის. რეკომენდებულია შტოშისა და კომბოსტოს წვენი. ასევე სასარგებლოა ყურძნის ან ანანასის წვენი. **არ არის რეკომენდებული** აბსოლუტურად ყველა ზღვის პროდუქტი, პომიდვრის წვენი და ნებისმიერი სოდიანი სასმელი. **სრულიად უნდა გამოირიცხოს** სიმინდი და ოსპი, არაქისი, წიწიბურა და ხორბალი, პამიდორი და პომიდვრის წვენი, ღორის ხორცი და მისი ნაწარმი.

საჭირო იქნება ფიზიკური ვარჯიშები, რომლებიც ხელს უწყობს ფიზიკურ და ფსიქიკურ ბალანსს. ასეთ ვარჯიშში შედის სიარული და ველოსიპედის ტარება, ჩოგბურთი, ცურვა, იოგა.

მეოთხე ჯგუფის სისხლის ადამიანებში ხშირია გულისა და ონკოლოგიური დაავადებები. ანემია.

შეიძლება მხოლოდ ცხვრის, კურდღლისა და ინდაურის ხორცი. თევზი შეუზღუდავად. თუმცა ზღვის პროდუქტები აკრძალულია. სასურველია რძემჟავა პროდუქტები და უცხიმო ყველი, ასევე ტოფა – სოიოს ხაჭო. მოზომილად მიიღეთ ბარდეული. ჯობს ზეითუნის ზეთი გამოიყენოთ. თხილეულიდან – არაქისი და კაკალი. მიირთვით ნებისმიერი ბურღული, წიწიბურისა და სიმინდის გარდა, კარგია ხილი და ბოსტნეული. გამორიცხეთ წიწაკა და შავი ზეთისხილი.

უნდა მიირთვან ტოფა და თევზი, მწვანილეული და წყალმცენარეები. ვიტამინი C. მეტი ანანასი. სასმელებიდან რეკომენდებულია ყავა, მწვანე და სხვადასხვა ბალახეული ჩაი, მაგალითად, გვირილის, ჟენშენის, ექინაციის, ასკილის.

ნეიტრალურ პროდუქტებს მიეკუთვნება პიტნა, კატაბალახა და ჟოლო. ალკოჰოლიდან – ლუდი და ღვინო.

არ არის რეკომენდებული ალოეს ჩაი, ცაცხვის ჩაი. ასევე ლორი და ბეკონი. არასასურველია წითელი ხორცი და მზესუმზირა. ხორცი უნდა შეიზღუდოს. დაბალი მჟავიანობის გამო მას ცუდად მოინელებთ, რაც ცხიმების დაგროვებას გამოიწვევს. ჯობს გაზარდოთ ხილ-

ბოსტნეული.

სისხლის ჯგუფის მიხედვით დიეტის პირველ შედეგებს ერთი ან ორი თვის შემდეგ დაინახავთ. თუმცა არის შემთხვევები, როცა პირველ კვირაშიც 3-5 კილოგრამს იკლებენ. დაიხსომეთ, თუ ფიზიკურად არ დაიტვირთებით, ვერ დაიკლებთ. ფიზიკური დატვირთვა მნიშვნელოვანია. დიეტის შედეგიანობა ისაა, რომ ზოგიერთი პროდუქტის შეზღუდვით სტაბილურად შეინარჩუნებთ წონას. ჯანსაღი ცხოვრების წესს კი თუ ფიზიკურ დატვირთვას დაუმატებთ, წონის დაკლების პროცესიც დაიწყება. გაითვალისწინეთ, რომ ამ დიეტას სჭირდება დრო და მოთმინება.

ადამიანის ტემპერამენტის მიხედვით სასურველი პროდუქტები:

მელანქოლიკისთვის ნათესაურია მიწის ელემენტი, ამიტომ მისთვის სასურველია მარილიანი და მწარე, მცენარის ფესვის ნაწილი. მცენარის ფესვი ადამიანის თავს, აზროვნებას შეესაბამება. ეს არის სფერო, სადაც მელანქოლიკი თავისუფლად გრძნობს თავს. განსაკუთრებით ბავშვობის ასაკში, მელანქოლიკისთვის მნიშვნელოვანია კომბოსტო, შემდგომ ასაკში უნდა შევეცადოთ დავატკბოთ მისი რაციონი და მის რაციონში ჩავრთოთ სტაფილო, ჭარხალი. თაფლი.

მელანქოლიკისთვის შინაგან გამათბობლად კარგია მცენარეული ჩაი თაფლით, ხილი, კარგი მცენარეული ზეთი, კამა, ანისული, ბაზილიკი, მაიორანა, სალბი, წიწიბურა, სიმინდი შეზავებული სანელებლებით.

ფლეგმატიკისთვის ძირითადია სითხის ელემენტი, ამიტომ მას უნდა მიეცეს ისეთი საკვები, რომელიც დიდი რაოდენობით შეიცავს სითხეს, მაგალითად კიტრი, თხელი კონსისტენციის რძიანი ფაფები. კარგია კომბოსტო, სტაფილო, სალათის ფურცლები სანელებლებით. მარცვლეულს ვაძლევთ კარგად დამშავებული ფაფების, მუსლის ან პურის სახით. ფლეგმატიკს აქვს ძლიერი მომნელებელი ძალები, რაც გამოიხატება მეტეორიზმით და სისავსის შეგრძნებით არომატული, სურნელოვანი სანელებლების მოხმარებისას. მისთვის კარგია მჟავე სუბსტანციები, მაგალითად მაწონი. ასევე, კარგია ხილის ჩირები. ამ ტემპერამენტის ადვის კარგია სტაფილო(ფორმის ძალების მიმცემი). მარცვლეულიდან კარგია ბრინჯი - კულტურა, რომელიც იზრდება წყალზე და შვრია.

სანგვინიკი - ჰაერის ელემენტის შემცველია. მას ჭარბი ემოციური სფერო აქვს და საჭიროა მისი გრძნობის ორგანოების დაკმაყოფილება. საკვების შეთავაზება უდა მოხდეს ლამაზად და გაფორმებული სახით, სუფრას უნდა ამშვენებდეს ყვავილები და აქსესუარები. სანგვინიკმა უნდა იკვებოს ნელა, სასურველია პარტნიორთან ერთად და საუბარი უნდა წარმოებდეს კერძების გემოზე. გემოს ინტენსიური აღქმის დროს შინაგანი ორგანოები, განსაკუთრებით ღვიძლი, აქტიურდება და აქტიურად ერთვება მონელების პროცესში. სანგვინიკმა უნდა მიიღოს მყარი, ოდნავ მწარე საკვები, ტკბილს უნდა ერიდოს. ზოგადად, სანგვინიკა არ უყვარს მწარე, მას ცხოვრებით ტკბობა უყვარს. სწორედ, ამიტომ მისთვის ნაკლებადაა

დამახასიათებელი ღრმა განცდები. ბოსტნეულიდან სასურველია კომბოსტო, სტაფილო, ჭარხალი, ასევე, მცენარეული ზეთი, თაფლი. რძე და რძის პროდუქტები.
ქოლერიკი - ნათესაური გარემოა ცეცხლის ელემენტი. მას მიდრეკილება აქვს ყაბზობისაკენ, ამიტომ კარგია ხილის ჩირი, მცენარეული ზეთი, ბოლოკი, პირშუშხა. ქოლერიკს ჭირდება შაქარი, მაგრამ არა რაფინირებული შაქრის, არამედ ნახშირწყლების შემცველი პროდუქტები, რომლის მიღების შემდეგ, ორგანიზმი თავად წარმოქმნის შაქარს, რომელიც მისთვის მნიშვნელოვანია.

ჯანსაღია ისეთი კვება, რომელიც ორგანიზმს ჯანმრთელობისთვის აუცილებელი საკვები ნივთიერებებით უზრუნველყოფს. იგი შეესაბამება ორგანიზმის მოთხოვნილებას ენერგიაზე და ამავე დროს სხეულს ოპტიმალურ წონას უნარჩუნებს. სურსათის დაყოფა ერთმნიშვნელოვნად მავნე და ერთმნიშვნელოვნად სასარგებლო პროდუქტებად წარმოუდგენელია - ამის გადაწყვეტა საკუთარ ორგანიზმს უნდა მიანდოთ. ის თავად გაარკვევს, რომელი პროდუქტია მისთვის სასარგებლო და რომელი - ზიანის მომტანი. ადამიანის სხეული ხომ ძალადობას ვერ იტანს.

საკვები ნივთიერებებით ორგანიზმის მთავარი მომმარაგებელი საჭმლის მომნელებელი ტრაქტია - კომპლექსური ორგანო, რომლის ფუნქციასაც საჭმლის მონელება წარმოადგენს. საჭმლის მონელებისას საკვები ფიზიკურ, მექანიკურ და ქიმიურ დამუშავებას განიცდის. სასარგებლო გადამუშავებული ნივთიერებები შეიწოვება, საკვების უვარგისი და მოუნელებელი ნაწილი კი ორგანიზმიდან გამოიდევნება. საკვების ფიზიკური დამუშავება პროდუქტების დანაწევრება-დაქუცმაცებაა, ქიმიური დამუშავება კი ორგანიზმისთვის უცხო, რთული სტრუქტურის ნაერთების მარტივ ნაერთებად ეტაპობრივ დაშლას გულისხმობს. ეს პროცესები მიმდინარეობს განსაზღვრული თანამიმდევრობით, იწყება პირის ღრუში, გრძელდება საყლაპავ მილში, კუჭში, წვრილ და მსხვილ ნაწლავებში, ღვიძლის, ნაღვლის ბუშტისა და კუჭქვეშა ჯირკვლის მონაწილეობით და მთავრდება სწორი ნაწლავიდან ფეკალური მასების გარემოში გამოყოფით.

საკვები ნივთიერებებით ორგანიზმის მომარაგება საკმარისი არ არის; საჭიროა მიღებული სურსათიდან იმ ნივთიერებების გამოყოფა, გარდაქმნა და ათვისება, რომლებიც აუცილებელია ორგანიზმის სიცოცხლისა და ცხოველქმედებისთვის. ამაში მთავარ მომმარაგებელს დამხმარე ელემენტები - ფერმენტები ეხმარებიან. ფერმენტები ხელს უწყობენ საკვების დასველება-დატენიანებას, გაჯირჯვებას, ქმნიან მათი ქიმიური დაშლისთვის ოპტიმალურ გარემოს, შეიცავენ წყალსა და ლორწოს, ზოგიერთ ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებას, მინერალურ მარილებს და საკვების სრულფასოვანი მონელებისთვის აუცილებელ სხვა ნივთიერებებს. პროცესი სამი სახის ფერმენტების მონაწილეობით ხორციელდება:

- საჭმლის მომნელებელი სისტემის ფერმენტები. ამილაზები ნახშირწყლებს გლუკოზამდე და სხვა მონოსაქარიდებამდე შლიან, პროტეაზები ცილებს შლიან

ოლიგოპეპტიდებად და ამინომჟავებად, რომლებიც პირდაპირ სისხლში გადადის, ლიპაზები ცხიმებზე მოქმედებენ, ნუკლეაზები კი ნუკლეინის მჟავებზე.

- აუტოლიზის ფერმენტები. ეს ის ენზიმებია, რომლებსაც თავად ცოცხალი საკვები შეიცავს.
- ბაქტერიული ფლორის მიერ გამომუშავებული ფერმენტები. სასარგებლო ბაქტერიებს შორის ჭარბობენ ბიფიდობაქტერიები, რომლებიც მონაწილეობენ საჭმლის მონელებაში, კერძოდ, ცილებისა და ცხიმების წარმოქმნაში, ასინთეზებენ B და K ჯგუფის ვიტამინებს და წარმოქმნიან ნივთიერებებს, რომლებიც დიდ როლს ასრულებენ ორგანიზმის ზოგადი იმუნორეაქტიულობის ჩამოყალიბებაში.

საჭმლის მონელება ოპტიმალურად მიმდინარეობს, როდესაც საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ზედა ნაწილებში უპირატესად საჭმლის მომნელებელი სისტემისა და აუტოლიზის ფერმენტები აქტიურობენ, შუა ნაწილში ერთდროულად მუშაობს ყველა ტიპის ფერმენტი, ქვედაში კი მიკროფლორის მიერ გამომუშავებულ ფერმენტთა როლი ჭარბობს.

საჭმლის მომნელებელი არხის სხვადასხვა უბანში საკვები სხვადასხვანაირად შეიწოვება. პირის ღრუში შეწოვა პრაქტიკულად არ ხდება, თუმცა მისი ლორწოვანი გარსი მაინც შეღწევადია ნატრიუმის, კალიუმის, ალკოჰოლისა და ზოგიერთი პრეპარატისთვის. არც კუჭშია შეწოვა ინტენსიური, თუმცა ბევრს ჰგონია, რომ სწორედ კუჭია საკვები ნივთიერებების ყველაზე მძლავი შემწოვი. მასში შეიწოვება მხოლოდ წყალი და მასში გახსნილი მინერალური მარილები, ალკოჰოლი, გლუკოზა და ამინომჟავები. გაცილებით ინტენსიური შემწოვია თორმეტგოჯა ნაწლავი, რომელიც კუჭის უშუალო გაგრძელებას წარმოადგენს, მაგრამ მთავარი შემწოვი ინსტანცია მაინც წვრილი ნაწლავებია. ძირითადად სწორედ იქ ხდება საკვების მონელება და სისხლსა და ლიმფაში გადასვლა. მსხვილი ნაწლავები უმთავრესად წყალსა და ელექტროლიტებს იწოვს და მცენარეულ უჯრედისს ინელებს. საჭმლის მონელების მთელ პროცესს, საკვების შემადგენლობის გათვალისწინებით, 10-12 საათი სჭირდება.

რაციონალური ანუ სრულფასოვანი კვების საფუძველს მიღებულ საკვებში ცილების, ცხიმებისა და ნახშირწყლების ოპტიმალური თანაფარდობა წარმოადგენს.

მიიღეთ იმდენი, რამდენიც დახარჯეთ, შენაძენი ზუსტად უნდა შეესაბამებოდეს დანაკარგს, ანუ მიღებული საკვების ენერგეტიკული ღირებულება უნდა იყოს ორგანიზმის ენერგეტიკული დანახარჯის ტოლი. ეა არის რაციონალური კვების მთავარი პრინციპი.

საკვები ორგანიზმს უნდა მიეწოდოს რეგულარულად, განსაზღვრული რეჟიმით. საკვების უტილიზაციას იგი თავად ახდენს.
ერიდეთ ღამით ჭამას, მაგრამ თუ სამსახური ამის საშუალებას არ გაძლევთ, უმჯობესია ჩაით ან რძის ნაკლებცხიმიანი პროდუქტებით გახვიდე

სწორი კვების ნორმირებისას, უპირველეს ყოვლისა, გასათვალისწინებელია ადამიანის საქმიანობა. გონებრივად მომუშავენი ცოტას მოძრაობენ, მაგრამ მათი ტვინი დიდ ენერგიას ითხოვს, ამიტომ მათ ყოველდღიურ რაციონში უნდა იყოს 100-110 გ ცილა, 80-90 გ ცხიმი და 300-350 გ ნახშირწყალი. ფიზიკურად მომუშავეებს ყველაზე მეტი ენერგია კუნთების მეშვეობით ეხარჯებათ, ამიტომ მათ ყოველდღიურ რაციონში უნდა იყოს 115-120 გ ცილა, 80-90 გ ცხიმი და 400 გ ნახშირწყალი. გარდა ამისა, მათ ყოველდღე უნდა მიიღონ ვიტამინებითა და მცენარეული უჯრედისით მდიდარი ხილი და ბოსტნეული.

ჯანმრთელი ადამიანის რაციონი - ოპტიმალური რაციონი - შერეულია. ის შეიცავს როგორც მცენარეულ, ისე ცხოველური წარმოშობის პროდუქტებს: ხორცს, თევზს, რძის ნაწარმს, ხილსა და ბოსტნეულს. ნახშირწყლებით მდიდარი საკვები - ცომეული და ტკბილეული - იოლად კლავს შიმშილს, მაგრამ ასეთი საკვების მარგებლობა მცირეა, უმჯობესია, რაციონში შაქრისა და ცომეულის შემცველობა მინიმუმამდე იყოს დაყვანილი. საშუალო ასაკის (35-40 წლის), 70-75 კგ წონის ადამიანს დღე-ღამეში 16,06% ცილა, 10,95% ცხიმი, 72,99% ნახშირწყალი სჭირდება. თუ ამ ოდენობას წონის ერთეულებში გადავიყვანთ, დაახლოებით ასეთ რაციონს მივიღებთ: ხორცი - 150 გ, თევზი - 100 გ, კარაქი - 40 გ, ზეთი - 20 გ, არაჟანი - 15 გ, კარტოფილი - 300 გ, სტაფილო, პამიდორი და ჭარხალი - 50-50 გ, ხახვი - 25 გ, შაქარი - 100 გ, წიწიბურას ფაფა - 50 გ, ბრინჯი - 25 გ, მაკარონი - 15 გ, შავი და თეთრი პური - 500 გ, ფქვილი - 25 გ, რძე - 500 გ, ხაჭო - 30 გ, ხილი - 200 გ.

კითხები:

1. რას ნიშნავს ჯანმრთლი კვება?
2. რას ნიშნავს დაბალანსებული კვება?
3. რა არის კვების პირამიდა?
4. რამდენ ჯგუფად იყოფა კვებითი პირამიდის პროდუქტები?
5. რა განსხვავებაა ჯანმრთელ კვებასა და დიეტას შორის?
6. ჩამოთვალეთ სისხლის ჯგუფების მიხედვით დიეტა.
7. ჩამოთვალეთ ტემპერამენტის მიხედვით სასურველი პროდუქტები.

http://madloba.com/jansari_kveba/

http://www.mshoblebi.ge/samzareulo/jansaghi-kveba/2670-dieta-siskhlis-jgufis-mikhedvith-erth-erthi-yvelaze-efeqturi-da-jansaghi.html

http://dieta.ge/?i=95

http://www.mkurnali.ge/dietologia/4615-dieta-siskhlis-jgufebis-mikhedvith.html

პაციენტისთვის სწორი კვების ძირითადი წესების ჩამოყალიბება

სხვადასხვა დაავადებებისას აკრძალული და აუცილებელი პროდუქტები, სითხის სახეობები და რაოდენობა

კვების მეცნიერებაში არ არსებობს დოგმები. შეიძლება გაგება, შეცნობა, საკუთარი პრობლემა კი ყველამ თვითონ უნდა გადაწყვიტოს.

დიეტეტიკა დგას საკვებსა და სამკურნალო საშუალებებს შორის. რძე არის პირველი ადამიანური საკვები. რძე და რძის პროდუქტები ისე მოქმედებენ, რომ ხელს უწყობენ ადამიანის ორგანიზმის ჰარმონიზირებას ახალშობილში განსაკუთრებულად მოქმედებს ტვინის ჩამოყალიბებაზე. სხვა საკვები საშუალებები სხეულის რომელიმე ნაწილზე მოქმედებენ. დედის რძეს ეთერული აღმშენებლობითი ხასიათი აქვს. იგი ძალიან მდიდარია ნახშირწყლებით და ღარიბია ცილით. ცილა განაპირობებს ზრდას. ადამიანი კი ნელა მზარდია. ადამიანის ზრდა დამუხრუჭებულია რათა მას მიეცეს უნარი ადამიანური უნარების განვითარებისა. ქალის ჭარბი ცილოვანი კვება ორსულობისას იწვევს ნაყოფის ზრდას. ცხიმს დიდი მნიშვნელობა აქვს ორგანიზმში სითბოს პროდუქციისათვის. სითბო კი არის `მე~-ს ფუნქციისათვის აუცილებელი. ნაყოფი მწიფდება სითბოს საშუალებით. თუკი ნაყოფს ვაშრობთ, დამატებით სითბოს ვაძლევთ მათ. ორგანიზმში სითბოს პროდუქციის ორგანოა ღვიძლი, ამიტომ მშრალ ხილს ვიყენებთ ღვიძლის დიეტაში. ნებისმიერი თერმულად დამუშავებული საკვებით ვუკავშირდებით ცენტრალურ ადამიანს, უმით კი პერიფერიულს. ყოველი ძირითადი კვებისას, სასურველია ცხელი სუპის მიღება. ცხელი წვენი აღიზიანებს კუჭისა და ნაწლავების სისხლძარღვებს, რაც ხელს უწყობს მომნელებელი წვენების გამოყოფას. თუ გრძნობთ რომ აზროვნება გიჭირთ ან თავში სიცარიელეა მიიღეთ სტაფილო. არასწორი კვების ან უმადობის დროს სასურველია ხშირი კვება მცირე პორციებით. ადამიანს რომელსაც დიდ ხანს არ უვლია ნელ-ნელა უნდა დაიწყოს.

ჰიპერტონული დაავადების დროს დიეტა

მკურნალობაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს სამკურნალო კვებას. სამკურნალო დიეტა ახდენს ორგანიზმის დაზიანებული ფუნქციების ნორმალიზებას, ხელს უწყობს მაღალი არტერიული წნევის შემცირებას, არეგულირებს ნერვულ და ნივთიერებათა ცვლის პროცესებს, აუმჯობესებს თირკმელზედა ჯირკვლის და თირკმლების ფუნქციებს, დადებითად მოქმედებს სისხლის შედედების უნარზე.

ჰიპერტონული დაავადების მქონე პაციენტთა დიეტა უნდა იყოს სრულფასოვანი, დაბალანსებული, უნდა შეიცავდეს ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლების, ვიტამინების, მინერალური მარილებისა და მიკროელემენტების საკმარის რაოდენობას. დიეტაში

მნიშვნელოვნად შეზღუდულია სუფრის მარილის, ცხოველური ცხიმების და ნახშირწყლების რაოდენობა. რაციონი გამდიდრებული უნდა იყოს კალიუმის და მაგნიუმის მარილებით, C, P და B ჯგუფის ვიტამინებით, ლიპოტროპული ნივთიერებებით (მეთიონინი, ქოლინი), უჯრედისით, ზღვის პროდუქტებით, სხვადასხვა მინერალური ნივთიერებებით და მიკროელემენტებით, მათ შორის ორგანული იოდით.

კვების მნიშვნელოვანი პირობაა ზომიერება. დღის განმავლობაში მისაღები საკვები უნდა გაანაწილოთ ტოლ ულუფებად (არანაკლებ 4-5-ჯერ კვება დღეში), ბოლო ულუფა უნდა მიიღოთ დაძინებამდე, არაუგვიანეს, 2 საათით ადრე.

საკვები მზადდება უმარილოდ. მხოლოდ ექიმთან შეთანხმებით, შესაძლებელია დღეში 3-5 გ. სუფრის მარილის მიღება. დღის განმავლობაში მისაღები თავისუფალი სითხის საერთო რაოდენობა (წვნიანი კერძების ჩათვლით), შეადგენს 1,5 ლ. პროდუქტები, იხარშება, ან მზადდება ჰაერღუმელში უცხიმოდ.

ჰიპერტონული დაავადების დროს ნებადართულია შემდეგი პროდუქტები :

- ჭვავის პური, უხეშად დაფქვილი ფქვილით გამომცხვარი პური, უცხიმო პეჩენია; (ჭარბი წონისკენ მიდრეკილებმა უნდა შეამცირონ ცომეულის მიღება).
- ძირითადად, ვეგეტარიანული, ბოსტნეულის - კომბოსტოს, ჭარხლის წვნიანი, ბურღულეულის და რძის პროდუქტებისაგან დამზადებული წვნიანი.
- საქონლის, ხბოს, ბატკნის, ღორის, ქათმის, ინდაურის უცხიმო ხორცი, მოხარშული, ან ჰაერღუმელში უცხიმოდ მომზადებული.
- ყველა სახის თეთრი, უცხიმო თევზი.
- დღეში მხოლოდ 1 კვერცხი, ნებისმიერი სახით.
- სხვადასხვა სახის ბოსტნეული (კარტოფილი, კომბოსტო, ყვავილოვანი კომბოსტო, ყაბაყი, გოგრა, პამიდორი, ბადრიჯანი), ნებადართულია აგრეთვე ხახვი, ნიორი, კამა, ოხრახუში.
- ნებისმიერი ხილი. შეზღუდეთ ყურძნის და მისი წვენის მიღება.
- ქერის ("ჰერკულესის"), წიწიბურას, ბრინჯის, მაკარონის და ვერმიშელის ფაფები და პუდინგები. ჭარბი წონისკენ მიდრეკილების შემთხვევაში, ამ პროდუქტების მიღება უნდა შეიზღუდოს
- უცხიმო ნატურალური რძე, ხაჭო, კეფირი, მაწონი, უმარილო ყველი. შეზღუდეთ არაჟანი, ნაღები, ნაყინი
- ძირითადად მცენარეული წარმოშობის ცხიმები (30 გ. დღეში). ნებადართულია კარაქი, ან ერბო დღეში მხოლოდ 20 გ.
- ნებადართულია შაქარი (50 გ. დღეში), თაფლი, მურაბა, ჯემი შაქრის მაგივრად. ჭარბი წონის შემთხვევაში ეს პროდუქტები უნდა შეიზღუდოს.
- ნებადართულია სუსტი ჩაი, ჩაი რძით, ყავა, ხილის და ბოსტნეულის წვენები. განსაკუთრებით რეკომენდებულია ასკილის ნაყენი, მინერალური უგაზო სასმელები ექიმის რჩევით.

ჰიპერტონული დაავადების მქონე ავადმყოფთათვის განსაკუთრებით რეკომენდებულია:

უმი ხილი (ბანანი, ანანასი, გარგარი, ატამი, ასკილი, ქიშმიში, გარგარის და შავი ქლიავის ჩირი) და ბოსტნეული (კარტოფილი, კომბოსტო), კალიუმის მარილებით და მაგნიუმის მარილებით (სოია, ქერი - "ჰერკულესი", წიწიბურა, ნიგოზი, ნუში) მდიდარი პროდუქტები, ზღვის პროდუქტები, რომლებიც, გარდა ზემოთ ნახსენები მარილებისა, შეიცავენ ორგანულ იოდს (ზღვის კომბოსტო, მიდიები).

ჰიპერტონული დაავადების მქონე ავადმყოფებს ეკრძალებათ:

- ცხიმიანი ხორცის, თევზის და ხორცის ძლიერი ნახარში,
- მაგარი ჩაი და ყავა,
- წიწაკა,
- თალგამი,
- მდოგვი,
- ტვინი,
- შიგნეული,
- კრემი,
- მარილიანი, მჟავე, ცხარე პროდუქტები,
- კაკაო, შოკოლადი,
- ალკოჰოლური სასმელები.

გულის დაავადებების დროს კვება

გულ-სისხლძარღვთა დაავადების დროს სამკურნალო კვებას კარდიოტროფიული ფუნქცია აკისრია.
რაციონი, უწინარეს ყოვლისა, ცილებით უნდა იყოს მდიდარი. ყურადღება მხოლოდ ცილის საერთო ოდენობას კი არა, მათ ღირებულებასა და ათვისებასაც უნდა მივაქციოთ. ცილის საერთო ოდენობის მეოთხედი ბავშვმა რძისა და მისი ნაწარმის მეშვეობით უნდა მიიღოს. გულის კუნთისთვის ნახშირწყლებთან ერთად ენერგიის წყაროა ცხიმოვანი მჟავებიც, რომლებიც ენერგეტიკული დანახარჯის ნახევარს ანაზღაურებს. გულის კუნთში მიმდინარე პათოლოგიური ცვლილებების დროს ენერგეტიკული დანახარჯი იზრდება. ამის კვალობაზე, საჭიროა ცხიმოვანი მჟავებით მდიდარი საკვების რაციონალური მიღება. მოთხოვნილებას რამდენადმე აკმაყოფილებს ზეითუნის, სიმინდისა და მზესუმზირას ზეთი, რომელიც მზა საკვებს ემატება. ზეთი ცხიმის დღიური მოთხოვნილების 1/3-ს უნდა შეადგენდეს. მცენარეული ცხიმი ორგანიზმს ცხიმოვან მჟავებთან ერთად A და D ვიტამინებითაც ამდიდრებს. ნახშირწყლების მოთხოვნილება ასაკობრივ ნორმას შეესატყვისება. მათი სიჭარბე, განსაკუთრებით - უჯრედისის შემცველი პროდუქტების სახით, ორგანიზმს ვნებს - ნაწლავებში დუღილის პროცესი ძლიერდება, ეს კი მეტეორიზმს (მუცლის შებერვას) იწვევს, შედეგად დიაფრაგმა მაღლა იწევს და გულის მუშაობას აუარესებს.

რაციონი უნდა გავამდიდროთ თუთიის, A, B ჯგუფის, C, D ვიტამინებისა და მიკროელემენტების შემცველი საკვებით. მიკროელემენტებს შორის გულის კუნთის კვების გასაუმჯობესებლად ყველაზე მნიშვნელოვანი კალიუმია. მას შეიცავს ხილი და ბოსტნეული, ჩირი და მისი კომპოტი. განსაკუთრებით უხვად არის კალიუმი კარტოფილში, გარგარსა

და ბანანში. მეორე მნიშვნელოვანი ელემენტია კალციუმი, რომელიც საკმაოდ ბევრია რძესა და მის ნაწარმში. მაგნიუმის დეფიციტს კი ორგანიზმი სხვადასხვა მცენარეული თუ ცხოველური წარმოშობის საკვებით შეივსებს. ნატრიუმის ოდენობა, პირიქით, უნდა შემცირდეს, რისთვისაც მარილიანი საკვების შეზღუდვაა მიზანშეწონილი. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაზიანებას ხშირად სდევს თან მუცლის ღრუს ორგანოების სისხლსავსეობა, რაც კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მუშაობას აფერხებს. ასეთ დროს ბავშვმა საკვები ჩვეულებრივზე მცირე ულუფებით და ხშირ-ხშირად უნდა მიიღოს. უფრო ზუსტად, საკვების დღიური ნორმა უნდა გადანაწილდეს არა 4-5, არამედ 6-8 კვებაზე, უკანასკნელი ულუფა კი დაძინებამდე 3 საათით ადრე უნდა მივაწოდოთ. გარდა ამისა, რაციონიდან უნდა ამოვიღოთ საკვები, რომელიც მუცლის შებერვას იწვევს. ასეთებია: პარკოსნები, კომბოსტო, ტკბილი ჩაი, წვენი, კომპოტი. წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის ოპტიმალურია ბუნებრივი კვება, დამატებით - ხილისა და ბოსტნეულის წვენები, ხოლო 5-6 თვიდან - გახეხილი ხილი და ბოსტნეული, ხელოვნური კვებისას კი სრულფასოვანი ადაპტირებული ნარევებია მიზანშეწონილი.

რაციონიდან უნდა გამოირიცხოს შემდეგი პროდუქტები:

- ცხიმიანი, დაკონსერვებული და შემწვარი ხორცი, ძეხვი, სოსისი, შაშხი, ხორცის ნახარში;
- შებოლილი, დაკონსერვებული თევზი;
- მარილიანი ყველი;
- ცხოველური ცხიმი, მარგარინი;
- მწნილეული;
- მჟაუნა, ისპანახი, ბოლოკი, წიწაკა, პირშუშხა, პარკოსნები;
- ტკბილეული, გაფუებული ცომის ნაწარმი;
- მაგარი ჩაი, კაკაო, ყავა.

რეკომენდებულია:

- ნაკლებცხიმიანი მოხარშული ხორცი, ფრინველი, თევზი;
- მოხარშული კვერცხი;
- რძის ნაწარმი: ხაჭო, უმარილო ყველი, მაწონი;
- ნაღების კარაქი, მცენარეული ზეთი (უპირატესად უმი, მზა საკვებს დამატებული);
- ბურღულეული, მაკარონი, წიწიბურა, შვრიის ბურბუშელა (ჰერკულესი), ვერმიშელი;
- ბოსტნეული: ქერქიანად მოხარშული კარტოფილი, ჭარხალი, სტაფილო, ყვავილოვანი კომბოსტო, კიტრი, პომიდორი, მწვანე სალათა, მწვანილი;
- ხილი და კენკრა (გარდა ყურძნისა, კომშისა, მსხლისა) ნებისმიერი სახით - უმი, ხმელი, კომპოტი, ჟელე, წვენი;

- წინა დღის პური, ორცხობილა და ბლინები (უსაფუარო ცომისა);
- ვეგეტარიანული სუპი და სოუსი არაჟნითა და ტომატით.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების დროს დიეტა

რეკომენდირებულია:

ხორცის პროდუქტები:
საქონლის, ხბოს, ქათმის, კურდღლის, ინდაურის მჭლე, მოხარშული, უცხიმო ხორცსაკეპში გატარებული ხორცი მყესების, ფასციების, კანის გარეშე;
ორთქლზე დამზადებული კატლეტი
მოხარშული ხორცის პაშტეტი

თევზის პროდუქტები:
მოხარშული, უცხიმო ჯიშები: ვირთევზა, ქორჭილა, ქარიყლაპია, კობრი, ფარგა
ხიზილალა (კვირაში 1-2-ჯერ 20გ ოდენობით)

რძის პროდუქტები:
მოუხდელი რძე
რძის ფხვნილი
ნადუღი
ახალი ხაჭო
მაწონი (გაწურული)
ყველი (ნაკლებად ცხიმიანი)

წვნიანი კერძები:
მაწვნის სუპი, ბურღულის (მანანა, ბრინჯი, ქერი, შვრია, წიწიბურა) სუპი
მოხარშული ბოსტნეულის სუპ-ოიურე
სუპი ვერმიშელით ან მაკარონით

კვერცხი:
2 ცალი დღეში, თოხლოდ მოხარშული, ორთქლზე დამზადებული ომლეტის ან სუფლეს სახით
ათქვეფილი ცილის კერძები

პურ-ფუნთუშეული, ბურღულეული:
თეთრი, მშრალი პური (წინა დღის გამომცხვარი)
თეთრი ორცხობილა
წყალზე დამზადებული ფაფები (მანანის ბურღული, ბრინჯი, ქერი, წიწიბურა, შვრია), მოხარშული ვერმიშელი ან წვრილად დაკეპილი მაკარონი

ბოსტნეული:
კარტოფილი, სტაფილო, კიტრი, ჭარხალი, ადრეული გოგრა, ყაბაყი, სალათის ფურცლები, მოხარშული, ორთქლის ოუდინგების ან პიურეს სახით
წვრილად დაკეპილი კამა

ხილი, კეკნრა:
მწიფე, ტკბილი ჯიშის, გახეხილი, მხარშული ხილი
ხილის ჟელე, მუსი

სასმელები:
სუსტი ჩაი რძით ან ნაღებით
ასკილის ნახარში
ხილის კენკრის და ბოსტნეულის ახლადდაწერული წვენები
გახეხილი ხილის და კენკრის (ტკბილი ჯიშები) კომპოტები
კისელი

არ არის რეკომენდირებული:

ხორცის პროდუქტები:
საქონლის, ვხვრის, ღორის, ფრინველის (განსაკუთრებით იხვი, ბატი) ვციმიანი, შემწვარი და შებოლილი ხორცი
ძეხვეული
კონსერვები
თევზის პროდუქტები:
ცხიმიანი ჯიშები, თევზის მსუყე ბულიონი, შემწვარი და შებოლილი თევზი, თევზის კონსერვები
რძის პროდუქტები:
შებოლილი ყველი, მომჟავო არაჟანი ან მაწონი
ნაყინი
შოკოლადი
წვნიანი კერძები:
ხორცის, თევზის, სოკოს, ბოსტნეულის (განსაკუთრებით კომბოსტო) ნახარშები და მსუყე ბულიონები
ბორშჩი
საწებელი (სიუსი)
კვერცხი:
კვერცხის გული
კვერცხის ტაფამწვარი
პურ-ფუნთუშეული, ბურღულეული:
შავი პური
თეთრი ახლადგამომცხვარი პური
ნაზუქი
ღვეზელი

ბლინი
საკონდიტრო ნაწარმი
ბოსტნეული:
უმი ბოსტნეული, ხახვი, ნიორი, ბოლოკი, თალგამი, მჟაუნა, ისპანახი
კონსერვები
მწნილეული
ცხარე სანელებლები
წიწაკა, მდოგვიმ, პირშუშხა, ძმარი
ხილი, კეკნრა:
ფორთოხალი, საზამთრო, ყურძენი, ბროწეული, გრეიფრუტი, შინდი, ლიმონი, ქლიავი
სასმელები:
შავი ყავა, კაკაო, გაზიანი სასმელები, ბურახი კატეგორიულად.
ღვინო, სპირტიანი და ძალიან ცივი სასმელები

დიეტა სოკოვანი დაავადების დროს

დადგენილია, რომ გარკვეული სახის საკვები ხელს უწყობს ორგანიზმში სოკოს ზრდა-განვითარებას და, შესაბამისად, აღრმავებს სოკოვანი ინფექციის მიმდინარეობას. სოკო, კერძოდ, კანდიდას ტიპისა, წარმოადგენს უჯრედულ ორგანიზმს, რომელიც ნაწლავებში ბინადრობს და ცხოველმყოფელობის პროცესში უხვად გამოყოფს ადამიანის ორგანიზმისთვის მავნე ტოქსინებს.

ეს ტოქსინები ნაწლავთა კედლიდან სისხლძარღვებში აღწევს, სისხლის ნაკადში ხვდება და ორგანიზმის მხრიდან მუდმივი შინაგანი ბრძოლის სამიზნედ იქცევა. საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ფუნქციის დარღვევა და იმუნური მექანიზმების შესუსტება კი ხელს უწყობს კანდიდას უჯრედების გამრავლებას. ამ მავნე სოკოს გამრავლება-განვითარებისთვის ხელსაყრელ პირობებს ქმნის ისეთი ფაქტორებიც, როგორიცაა ანტიბიოტიკების, ჩასახვის საწინააღმდეგო პრეპარატებისა და სტეროიდული ჰორმონების მიღება, ნახშირწყლების მაღალი შემცველობა, შაქრიანი დიაბეტი, ორსულობა და სხვა.

რეკომენდირებულია:

საკვები რაციონი უნდა შეიცავდეს თევზს, ბოსტნეულსა და წებოვნების არმქონე მარცვლოვნებს (მაგალითად, მურა, იმავე წაბლა ბრინჯს და ფეტვს). სასარგებლოა იოგურტი, რომელიც ცოცხალ კულტურებს შეიცავს. წვრილ ნაწლავში ნორმალური ბალანსის აღსადგენად აუცილებელია ბიფიდუმის ან აციდოფილუსის გამოყენება, ასევე უჯრედისით მდიდარი პროდუქტებით კვება, კერძოდ, შვრიის ქატოს მიღება. საერთოდ, იმისთვის, რომ გაიჯანსაღოთ ორგანიზმი და გაიუმჯობესოთ ნაწლავთა ფუნქცია, უპირატესობა მცენარეულ საკვებს უნდა მიანიჭოთ.

ახალგამოწურული წვენები - ისინი ადვილი ასათვისებელია და წმენდს უჯრედებს. ზოგიერთი ბოსტნეულის წვენს სოკოს საწინააღმდეგო აქტივობაც აქვს. მაგალითად, ძალიან სასარგებლოა სტაფილოს წვენი. განსაკუთრებით რეკომენდებულია ის ბავშვებისთვის, რომლებსაც აქვთ პირის ღრუს ლორწოვანი გარსისა და პირის კუთხეების კანდიდოზი. მათ სტაფილოს წვენი (მესამედი ჭიქა) უნდა მიეცეთ დღეგამოშვებით, დღეში სამჯერ, ან ყოველდღიურად, დღეში ორჯერ. სასურველია სტაფილოს წვენის დაავადებულ უბნებზე წასმაც. კანის ან მისი დანამატების, კერძოდ, ფრჩხილების სოკოვანი ინფექციის დროს 150 გრამი სტაფილოს წვენს დაამატეთ 90 გრამი ისპანახისა და დღეში რამდენჯერმე, ჭამამდე ერთი საათით ადრე, მიიღეთ. კარგ ეფექტს იძლევა ასეთი ნარევიც: 150 გრამი სტაფილოს, 45 გრამი ჭარხლისა და 45 გრამი კიტრის წვენი. აუცილებელია კერძებში ხახვისა და ნივრის დამატება - ისინი სოკოსთან აქტიურად მებრძოლი კულტურები გახლავთ. რეკომენდებულია ყოველდღიურად ერთი-ორი კბილი ნივრის ჭამა, განსაკუთრებით - უზმოზე. გახსოვდეთ, დიეტა კანდიდოზის დროს იმისთვის არის აუცილებელი, რომ სოკო დამატებითი საკვების გარეშე დარჩეს, ვეღარ გამრავლდეს, ვეღარ გამოყოს ტოქსინები და ვერ მოწამლოს ორგანიზმი. გარდა ამისა, სათანადო დიეტის წყალობით სოკოს საწინააღმდეგო პრეპარატების მოქმედება მაქსიმალურად ეფექტური ხდება და ინფექციაც დროულად აღმოიფხვრება!

არ არის რეკომენდირებული:

- შაქარი;
- უმაღლესი ხარისხის თეთრი ფქვილი;
- საფუარი;.
- ყველი;
- სოკო;
- ცხიმოვანი საკვები;
- ალკოჰოლი;
- შოკოლადი;
- ჩირი;
- ნამცხვარი;
- თაფლი;
- ლორი;
- მწნილეული;
- კარტოფილი;
- ძმარი.

პროცესის გამწვავების დროს ერთი თვის განმავლობაში უარი უნდა თქვათ ციტრუსებსა და მჟავე ხილზე, კერძოდ, ლიმონსა და ფორთოხალზე, ანანასსა და პომიდორზეც კი. ერთი თვის შემდეგ ცოტ-ცოტას მიღება უკვე შეიძლება, მაგალითად, კვირაში ორჯერ. ჩამოთვლილი ხილი ორგანიზმში ქმნის ტუტე გარემოს, რომელიც ძალიან უყვარს კანდიდას. ასე რომ, ნუ მისცემთ მას კვების საშუალებას.

დიეტა C ჰეპატიტის დროს:

ყველაზე მნიშვნელოვანი ცვლილება, რაც საწყის ეტაპზე შეგიძლიათ გააკეთოთ მენიუდან ამოიღეთ ღვიძლისთვის საზიანო ნივთიერების შემცველი პროდუქტები. კერძოდ, ეს ეხება ალკოჰოლს და ცხიმის მაღალი შემცველობის მქონე საკვებს, განსაკუთრებით კი - გაჯერებულ ცხიმებს.

რეკომენდირებულია:

- ახალი ხილი და ბოსტნეული;
- რთული ნახშირწყლები;
- ცილა (საკმარისი რაოდენობით);
- უჯრედისით მდიდარი საკვები;
- ცხიმის დაბალი შემცველობის მქონე საკვები.

არაა რეკომენდებული:

- შემწვარი საკვები;
- ცხიმიანი საკვები (განსაკუთრებით გაჯერებული და ჰიდროლიზებული ცხიმები);
- შაქარი;
- კოფეინიანი სასმელები;
- უხარისხო პროდუქტები;
- დანამატებისა და პესტიციდების შემცველი საკვები პროდუქტები.

:

C ჰეპატიტით ინფიცირებულთა ნაწილში შეფერხებულია ორგანიზმიდან რკინის გამოყოფა, რის გამოც რკინა ჭარბი რაოდენობით გროვდება ღვიძლში, სისხლში და სხვა ორგანოებში. ეს საზიანოა ღვიძლისთვის, ასევე უარყოფითი ფაქტორია ინტერფერონოთერაპიაზე მყოფი პაციენტებისათვის. მენოპაუზამდელი ასაკის ქალბატონებში რკინის გადაჭარბებული რაოდენობის დაგროვება ნაკლებ მოსალოდნელია, რადგან ისინი მენსტრუაციით ყოველთვიურად კარგავენ სისხლს.

რეკომენდებულია რკინით მდიდარი საკვების მიღების შემცირება, მათ შორის: წითელი ხორცის, ღვიძლის, ხამანწკების, თინუსის, სეზამის თესლის, გარგარის, შავი ქლიავისა და რკინით გამდიდრებული მარცვლეულის მიღება.

სიცხის დიეტა

სიცხე ორგანიზმის ჯანმრთელი რეაქციაა და მისი მოცილება არ შეიძლება.

დიეტაში: თხიერი, გამაგრილებელი და უმარილო საკვები. იმის მიხედვით თუ რომელი პროცესი ჭარბობს, დიეტაც ასე უნდა მიმდინარეობდეს. მაგალითად:

წითელას - დროს ჭარბობს ექსუდაციური აღმშენებლობითი პროცესები. აუცილებელია მაფორმირებელი პროცესების გააქტიურება, კარგია ლიმონი, კენკროვნების ჩაი. საკვებად მცენარეული ღეროები და ხილი, რძე და რძის პროდუქტები შეზღუდვით.

ქუნთრუშა - ამ დროს ჭარბობს დაშლა. აუცილებელია რძე და რძის პროდუქტები. ცოცხალი საკვები და ნაზი ფქვილოვანი ნაწარმი.

სიცხის დროს აუცილებელია სითხის დიდი რაოდენობით მიღება.

რევმატიზმის დიეტა

ამ დროს ხდება სხეულის ცალკეულ უბნებში გამკვრივებების ჩალაგება. ,,მე'' აღარ არის აქტიური. ამ ადგილას აუცილებელია მისი გააქტიურება. ამიტომ კარგია თაფლი და ვეგეტარიანული საკვები. არ შეიძლება რძე და რძის ნაწარმი. კარგია დიდგულას, ცაცხვის ჩაი. ბურღულეული სუპები.

ტუბერკულოზის დიეტა

ამ დროს ჭარბობს ნივთიერებათა ცვლის პოლუსი ერთი მხრივ და მეორე მხრივ კალციუმის ჩალაგების პროცესი. იმის მიხედვით თუ რომელი ფორმაა. ექსუდაციური ფორმის დროს სასურველია ღერო-ფოთლოვანი საკვები. მაგ. სალათები, ხილი, რომელთაც აქვთ გარსები. ლიმონი, ფორთოხალი, კაკალი. ჩაკირული ფორმის დროს სასურველია ცილით მდიდარი საკვები. რძე, ახალი კვერცხი (თოხლო). მარილოვანი საკვების შეზღუდვა. კარგია კენკროვნების გამოყენება, ყურძენი, საზამთრო.

სიმსივნის დროს დიეტა

სიმსივნის დროს `მე~ ორგანიზაცია უკან იხევს და იწყებს ფიზიკური და სასიცოცხლო ძალების გადაჭარბებული ზრდა. სიმსივნე ცივილიზაციის დაავადებაა. კინო, ტელევიზია, კომპიუტერი აძლიერებენ ცივ, მომაკვდინებელ ეგოისტურ პროცესებს. ამიტომ აუცილებელია ამ დროს გათვალისწინებულ იქნა კოსმიური კვების ნაკადი, შემოქმედებითი აქტივობა, რაც კარგად მიიღწევა ხელოვნებითი თერაპიებით. მიწიური საკვებიდან უნდა აიკრძალოს პამიდორი და კარტოფილი მცენარეული პროდუქტებიდან სასურველია უმი ბოსტნეული, ცხოველურიდან რძე და რძის პროდუქტები. კარგია თაფლი. არ ვარგა ხორცი.

ეგზემის დროს დიეტა

მშრალი ეგზემის დროს აუცილებელია ცილოვანი საკვების შეზღუდვა. თევზი და სხვა დელიკატესები აუარესებენ მდგომარეობას. ალკოჰოლი და სანელებლები უნდა აიკრძალოს. კარგია უმარილო და უმი ბოსტნეული და სამკურნალო ჩაები (ბაბუაწვერა, სალბი) თაფლით. სასურველია ღვიძლის გააქტიურება. სველი ეგზემის დროს სასურველია თირკმლის ფუნქციის გააქტიურება ცოცხალი სუბსტანციებით და ჩაით (შვიტა, კოწახური, სოლიდაგო). ცილის მკვეთრი შეზღუდვა ცხიმებიდან კარგია. ახლად მიღებული კარაქი. სასურველია რძის ნაწარმი და არა თვითონ რძე. კარგია სხვადასხვა კენკროვნები, განსაკუთრებით მთრთლიმლავი ნივთიერების შემცველნი (კვრინჩხი, კომში).

მოხუცთა დიეტა

სკლეროზულ პროცესებს მაშინ ვხვდებით, როდესაც მინერალიზაცია აღწევს სისხლამდე. წარმოიქმნება მარილები და ჩალაგდება ორგანოებში. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ამ დროს განშლადი, განხსნადი სუბსტანხციების მიცემა. ღეროვანი და ყვავილოვანი პროდუქტები, ცხელი სითხეები. კარგია ხახვი და ნიორი, უმნიშვნელოვანესი საკვებია თაფლი. თაფლი მოხუცებისთვის იგივეა, რაც რძე ბავშვებისთვის. ხორცი და სუფრის მარილი უნდა შეიზღუდოს.

კითხვები:

1. რა პროდუქტებია რეკომენდირებული ჰიპერტონული დაავადების დროს?
2. რა პროდუქტები ეკრძალებათ ჰიპერტონული დაავადების დროს?
3. გულის დაავადების დროს რაციონიდან რა პროდუქტები უნდა იყოს ამოღებული?
4. რა პროდუქტებია რეკომენდირებული გულის დაავადების დროს?
5. ჩამოთვალეთ პროდუქტები, რომლებიც რეკომენდირებულია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადების დროს?
6. ჩამოთვალეთ პროდუქტები, რომლებიც არ არის რეკომენდირებული კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადების დროს?
7. რა პროსუქტები უნდა შეიზღუდოს სოკოვანი დაავადებისას და რა პროდუქტებია რეკომენდირებული?
8. რა პროდუქტები უნდა იყოს ამოღებული C ჰეპატიტით ინფიცირებული პაციენტის რაციონიდან და რა არის რეკომენდირებული?
9. ჩამოთვალეთ სიცხიანი დაავადების დროს რეკომენდირებული საკვები პროდუქტები.
10. რა უნდა იყოს გათვალისწინებული რევმატიზმისა და ტუბერკულოზის დროს კვების პროცესში?

http://www.genesis.org.ge/brochure9/brochure9.htm

http://www.mkurnali.ge/pediatria/1199-2009-04-08-14-41-20.html

http://dieta.ge/?i=223

http://www.mkurnali.ge/dietologia/3925-dieta-sokovani-daavadebis-dros.html

http://www.geoyouth.ge/news/433/dieta-C-hepatitis-dros.html

ჯანსაღი და სწორი კვება ორსულობის დროს

ორსულობა ქალის განსაკუთრებული მდგომარეობაა. ორი სულიერი არსება ურთიერთობას იწყებს ფიზიკურ-მშვინვიერ(ემოციურ) დონეზე. დედის მდგომარეობა პირდაპირ პროპორციულად აისახება ნაყოფზე. ხშირად დედას ეცვლება გუნებ-განწყობა და თამამად შეგვიძლია ვთქვათ, რომ ეს სწორედ ბავშვის დამსახურებაა. ის უკვე დედის ორგანიზმიდან გამოხატავს თავის სურვილებს. ბევრი დაკვირვებული ქალი აღნიშნავს, რომ ორსულობის პერიოდში ისეთი საკვების მიღება უნდება, რომელიც ორსულობამდე არ უყვარდა და ვერც წარმოედგინა თუ როგორ შეიძლებოდა ამ საკვების ასე ნეტარებით ჭამა, ან პირიქით, ის საკვები, რომელიც ქალს ძალიან მოწონდა და მისი რაციონის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ნაწილი იყო, ორსულობაში მის დანახვაზე გულსრევის შეგრძნება ეწყება. ეს ყველაფერი დედის ორგანიზმში მჯდომი პატარას დამსახურებაა. დედები აღნიშნავენ, რომ მოზრდილობაში ბავშვები საკვების მიმართ სიმპათია-ანტიპათიას სწორედ ისე გამოხატავენ, როგორი დამოკიდებულებაც ჰქონდათ ორსულობის დროს იგივე საკვების მიმართ.



ორსულებისთვის არ არის აუცილებელი რაიმე სპეციალური დიეტის კურსი, მაგრამ მნიშვნელოვანია, რომ მიიღონ სხვადასხვა ტიპის საჭმელები ყოველდღიურად, რომ მიიღონ მკვებავი ნივთიერებების სწორი ბალანსირებული რაოდენობები რაც საჭიროა დედისთვის და ბავშვისთვის.

ორსულობის დროს სწორ კვებას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მივაქციოთ, რადგან ის უმნიშვნელოვანეს როლს თამაშობს ბავშვის სწორად განვითარებასა და ჩამოყალიბებაში და ასევე ეხმარება ორსულ ქალს, რომ არ მოიმატოს ზედმეტად წონაში და იგრძნოს თავი კარგად.

ორსულმა არ უნდა დაივიწყოს, რომ ყველაფერი, რასაც კი მიირთმევს, ნაყოფის განვითარებაზე მოახდენს გავლენას.

ორსულის რაციონის აუცილებელი კომპონენტია **კალციუმით მდიდარი საკვები.** დაორსულებამდე ქალს კალციუმის უკმარისობა მაინცდამაინც არ აწუხებს, მაგრამ დაორსულებისთანავე მისი დეფიციტი მომავალ დედას პრობლემების პირისპირ აყენებს. კალციუმი აუცილებელია ძვლებისა და კბილების სიჯანსაღისთვის, ამ ნივთიერების გარეშე შეუძლებელია ნაყოფის ძვლოვანი ქსოვილისა და კბილების ჩამოყალიბება.

უკმარისობა თავს იჩენს, როდესაც ორსული საკვებიდან ვერ იღებს საკმარისი რაოდენობის კალციუმს. ამას ერთვის ნერვული სტრესები, ეკოლოგიურად არაჯანსაღი გარემო. ისიც უნდა გვახსოვდეს, რომ კალციუმის შეწოვასა და ათვისებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს D ვიტამინი, ამიტომ აუცილებელია სუფთა ჰაერზე სეირნობა და მზის აბაზანების მიღება. **ორსულმა ყოველდღე უნდა ისეირნოს.**

თუ მომავალი დედის ორგანიზმში არ არის საკმარისი კალციუმი, ნაყოფი ჩონჩხის ჩამოსაყალიბებლად ორსულის ძვლებში არსებულ კალციუმის მარაგს მოიხმარს, ეს კი კალციუმის დეფიციტს გამოიწვევს, რაც პირველ დარტყმას ქალის ძვლოვან სისტემასა და კბილებს აყენებს. იზრდება ძვლების მოტეხილობის რისკი, იწყება პაროდონტიტის ჩამოყალიბება. ალბათ, გსმენიათ, რომ ორსულები კბილების გაფუჭებას უჩივიან. საქმე ის არის, რომ ორსულობისას კალციუმის დეფიციტის გამო მინანქარი ზიანდება, მყიფე და მტვრევადი ხდება.

ყოველივე ამის გამო ორსულობისას განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დავუთმოთ კბილებსა და ღრძილებს. როგორც კი იგრძნობთ, რომ პირის ღრუში პრობლემებმა იჩინა თავი, სტომატოლოგს მიმართეთ, საქმე კბილების სერიოზულ დაზიანებამდე რომ არ მიიყვანოთ.

კალციუმის არც გადაჭარბებული მიღებაა მიზანშეწონილი. ამიტომ უმჯობესია, ორსულმა კვების რაციონი ექიმთან შეთანხმებით შეადგინოს და ორსულობის ბოლომდე მისდიოს. ორსულმა, ასევე თვალყური უნდა ადევნოს საკუთარ წონას, რადგან დედის ზედმეტმა კილოგრამებმა, შესაძლოა, ბავშვის ჯანმრთელობასაც ავნოს.

ორსულმა უნდა იკვებოს რიტმულად და ოთხჯერ დღეში, მცირე ულუფებით. საკვების მიღების შემდეგ აუცილებელია აქტიური დასვენება. ორსულმა ვახშამი უნდა მიიღოს დაძინებამდე 2-3 საათის ადრე მაინც.

ორსულობის მეორე ნახევარში მიზანშეწონილია 5-6-ჯერადი კვება. თანაც, ორსულმა დღის განმავლობაში მისაღები საკვების მაქსიმალური რაოდენობა უნდა ჭამოს დღის პირველ ნახევარში.

ორსულთათვის სასარგებლო პროდუქტებია:

მარცვლეული: ხორბალი, წიწიბურა, ქერი, შვრია, სიმინდი, ჭვავი;

ყველანაირი ხილი და ბოსტნეული, პარკოსნები: სოია, ლობიო, ბარდა;

ხორცი, თევზი, კვერცხი;

ნაკლებცხიმიანი რძის პროდუქტები: რძე, მაწონი (იოგურტი, კეფირი), ნაკლებად მარილიანი ყველი, ხაჭო.

ორსული უნდა მოერიდოს:

კოფეინის შემცველ სასმელს: ყავა, მაგარი ჩაი, "პეპსი", "კოლა" და "კოკა-კოლა"; თუ ორსულს ძალიან სურს ამ სასმელების მიღება, მაშინ დღის განმავლობაში მაქსიმუმ 2 ჭიქა შეუძლია დალიოს.

ალკოჰოლს – დედის მიერ მიღებული მცირე რაოდენობით (1 ჭიქა) ალკოჰოლიც კი დიდი დოზაა ნაყოფისათვის. ის შეუფერხებლად გადის პლაცენტარულ ბარიერს და შესაძლოა სერიოზული ზიანი მიაყენოს მას;

თამბაქოს მოწევას და მწეველებთან ერთ ოთახში ყოფნას;

ჭარბი რაოდენობით შაქარს და ტკბილ საკვებ პროდუქტებს: კანფეტი, შოკოლადი, ნამცხვრები;

საკვებში ჭარბი რაოდენობით მარილის მოხმარებას და მარილიან პროდუქტს: მარინადები, მწნილები, საწებლები;

ცხოველური ცხიმის დიდი რაოდენობით მიღებას: კარაქი, არაჟანი, ხორცის ნახარში;

კონსერვირებულ (მათ შორის სახლის პირობებშიც) პროდუქტებს, რომლებიც დიდი რაოდენობით კონსერვანტებს შეიცავენ და შესაძლოა, ისეთი საშიში ინფექციის წყარო გახდნენ, როგორიცაა ბოტულიზმი.

არაპასტერიზებულ, აუდუღარ რძეს და შეუმოწმებელი რძისაგან დამზადებულ პროდუქტებს.

ნახევრად შემწვარ და მოხარშულ ხორცს ან თევზს;

თოხლო და უმ კვერცხს.

ღვიძლისა და შიგნეულობისგან დამზადებულ საკვებს;

ვიტამინები ორსულობის დროს :

ორსულ ქალს დიდი რაოდენობით რკინა, კალციუმი და ფოლიუმის მჟავა ესაჭიროება.

რკინით მდიდარია პარკოსნები, ფოთლოვანი ბოსტნეული, რძე, კვერცხი, ხორცი, თევზი, შინაური ფრინველი;

ფოლიუმის მჟავით მდიდარია საფუვრიანი პური, პარკოსნები, კვერცხი, ჭარხალი, კომბოსტო, ბარდა და პომიდორი.

კალციუმის საუკეთესო წყაროა რძე და რძის პროდუქტები, ლობიო, კომბოსტო, მწვანილი (ოხრახუში, კამა) და კვერცხის გული.

თუ ორსული ამ ნივთიერებებს საკვებთან ერთად საკმარისი რაოდენობით არ იღებს, მაშინ ექიმმა უნდა გამოუწეროს ორსულებისთვის განკუთვნილი, ვიტამინური პრეპარატები.

ორსულებს ხშირად ჰგონიათ, რომ უფრო შიათ ვიდრე ნორმალურ პერიოდში ქონდათ ეს გრძნობა, მაგრამ მიუხედავად ამისა თავი უნდა შეიკავონ მოჭარბებული კვებისგან. ფრაზა რომ ორსულებმა უნდა ჭამონ ორისთვის (ორი ულუფა), არ არის სწორი, თუნდაც ტყუპებს ელოდებოდეთ.

ისაუზმეთ ყოველ დილით ჯანსაღი საუზმით და ეს დაგეხმარებათ თავი შეიკავოთ სასუსნავისგან, რომელიც შეიძლება იყოს შაქრის ან ცხიმის მაღალი შემცველობით.

ჯანსაღად კვება არ ნიშნავს თქვენი საყვარელი საკვებისგან თავის შეკავებას, ტერმინი უმეტესწილად აღნიშნავს სხვადასხვა საკვების მიღებას სხვადასხვა დროს, რომ სრულად მიიღოთ საჭირო ნივთიერებები. აუცილებლად გაიარეთ კონსულტაცია ექიმთან, დიეტის დაწყებამდე რომ არ შეგექმნათ ჯანმრთელობის პრობლემები.

ხილი და ბოსტნეული ორსულებისთვის აუცილებელია დიდი რაოდენობით, რადგან ისინი შეიცავენ დიდი რაოდენობით ვიტამინებს და მინერალებს, ასევე ბოჭკოებს, რომლებიც ეხმარება ორგანიზმს საჭმლის მონელებაში და კუჭის შეკრულობის თავიდან აცილებაში. ხილი და ბოსტნეული ორსულობის დროს უნდა მიიღოთ მინიმუმ ხუთი ულუფა დღეში. იხილეთ მეტი ხუთი ულუფა ხილის და ბოსტნეულის რაოდენობების შესახებ. გაითვალისწინეთ რომ მათ მიღებამდე ისინი საგულდაგულოდ უნდა გარეცხოთ. ბოსტნეული

უნდა მიიღოთ უმად, ან მოამზადეთ.მოხარშეთ მცირე რაოდენობის წყალში, რომ მიიღოთ მათი მკვებავი და სასარგებლო ნივთიერებებიდან მაქსიმალური სარგებელი.

სახამებლიანი საკვები ვიტამინების და ბოჭკოების მნიშვნელოვანი წყაროა და იწვევს დანაყრებას შედარებით მცირე კალორიების მიღებითაც კი, ამიტომ ასეთი ტიპის საკვები უნდა შეადგენდეს კვების რაციონის ძირითად შემადგენელ ნაწილს. ამ ტიპის საკვებში შედის პური, ბრინჯი, კარტოფილი, მაკარონი, ბურღულეული, ვერმიშელი და ა.შ.

ცილები ორსულებისთვის

ცილების წყაროს შეადგენენ:

- ხორცი (მაგრამ მოერიდეთ ღვიძლს);
- თევზი;
- კვერცხი;
- ლობიო;
- თხილი და კაკალი;
- პარკოვანი კულტურები, როგორიცაა სოიო, ოსპი, ბარდა და ა.შ.

ცილები აუცილებელია ყოველდღიურად, მაგრამ შედარებით მცირე რაოდენობით. ორსულმა უნდა შეარჩიოს მჭლე ნაჭრები, მოაცილოს კანი ფრინველის ხორცს და მოამზადოს ისინი მცირეოდენი ცხიმის დამატებით.

უნდა მიიღოს კვირაში ორი ულუფა თევზი, რომლიდანაც ერთი აუცილებლად იქნება ცხიმიანი თევზის ჯგუფის, როგორიცაა ორაგული/სალმონი, სარდინები, ან სკუმბრია.

რძე და რძის პროდუქტები, როგორიცაა ყველი, მაწონი და იოგურტი ასევე მნიშვნელოვანია ორსულებისთვის, რადგან ისინი შეიცავენ დიდი რაოდენობით კალციუმს და სხვა მკვებავ ნივთიერებებს რაც აუცილებელია და სჭირდება ბავშვს.

შეძლებისდაგვარად უნდა შეირჩეს ნაკლებცხიმიანი რძე და რძის პროდუქტები, მაგ. ნახევრად მოხდილი, ან მოხდილი რძე და/ან მათგან დამზადებული პროდუქტები.

საკვები რომლებიც დიდი რაოდენობით შეცავენ ცხიმებს, შაქარს ან ორივეს ერთად:

- კარაქი (მცენარეული კარაქის ჩათვლით);
- ზეთი;
- არაჟანი;
- კრემები;
- შოკოლადი;
- ჩიფსები;
- ბისკვიტები, ნამცხვრები, საკონდიტრო ნაწარმი;
- ნაყინი;

- პუდინგები;
- გამაგრილებელი სასმელები.

ამ ტიპის საკვები უნდა მიიღოს მცირე რაოდენობით. შაქრის შემცველი საჭმელები და სასმელები შეიცავენ კალორიებს, სხვა მკვებავი ნივთიერებების გარეშე და შესაძლოა გამოიწვიონ წონის მომატება, ჭარბწონიანობა და ასევე კბილების დაზიანება.

ცხიმი საკმაოდ მდიდარია კალორიებით და შესაბამისად დიდი რაოდენობით ცხიმის მიღებისას მნიშვნელოვნად იმატებს გასუქების საფრთხე და ასევე შესაძლოა გაზარდოს სისხლში ქოლესტერინის დონე, რაც ზრდის გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების განვითარების საშიშროებას. ეცადეთ შეამციროთ ნაჯერი ცხიმების მიღება და ჩაანაცვლოთ ისინი უჯერი ცხიმებით.

ორსულს მუდმივად უნდება სასუსნავი. სასუსნავი არის ჯანსაღი და არაჯანსაღი.

საჭმლის მიღებებს შორის თუ გშივდებათ, ეცადეთ არ მიიღოთ დიდი რაოდენობით ცხიმის და შაქრის შემცველი სასუსნავები და სანაცვლოდ მიირთვათ შემდეგი დამანაყრებელი და მკვებავი სასუსნავები:

- სენდვიჩის ან პიტას პურში ჩაწყობილი ყველი, მჭლე ლორის ანათალი, გასრესილი/დაჭყლეტილი ტუნა, ორაგული/სალმონი, ან სარდინები სალათთან ერთად;
- ბოსტნეულის სალათი, როგორიცაა სტაფილოს ან კიტრისა და პომიდვრის სალათი;
- დაბალ-ცხიმიანი იოგურტი ან მაწონი;
- ჰუმუსი პურთან ან ბოსტნეულის ჩხირებთან ერთად;
- ბოსტნეულის ან ლობიოს სუფი;
- დაუტკბობელი საუზმის ბურღულეული, ან ფაფები რძით;
- რძიანი სასმელები ან დაუტკბობელი ნატურალური/გამოწურული წვენები;
- ხილი;
- გამომცხვარი კარტოფილი.

ყოველდღიურად, **ორსულის ორგანიზმიდან,** შარდის სახით გამოიყოფა დაახლოებით 1,5 ლიტრი წყალი. ამიტომ ნორმალური მეტაბოლიზმისთვის, მომავალმა დედამ, როგორც მინიმუმ, უნდა შეავსოს ეს დანაკარგი.



ამას გარდა, ორსული ქალებს ხშირად ახასიათებთ ოფლიანობა, რაც დამატებით 0,5 ლიტრი სითხის დანაკარგს იწვევს სუნთქვისა და ოფლის სახით.

ამიტომ, ფეხმძიმობის დროს, რეკომენდებულია ორსულმა დალიოს დღეში არანაკლებ 1,5-2 ლიტრი წყალი. წყალი უნდა იყოს სუფთა. შესაძლებელია ლიმონთან ან შტოშთან ერთად.

სითხის იგივე რაოდენობაზეა საუბარი, თუ შევაჯერებთ სხვადასხვა ქვეყნის ამ სფეროს სპეციალისტების რეკომენდაციებს, რომლის მიხედვითაც ფეხმძიმობის პერიოდში, ქალმა დღის განმავლობაში უნდა მიიღოს 2-2,5 ლიტრი სითხე. თუმცა, რა თქმა უნდა ამ სითხეში არ შედის მხოლოდ წყალი. ხილი, ბოსტნეული და საკვები, რომელსაც იღებს მომავალი დედა, ასევე შეიცავს გარკვეული რაოდენობის სითხეს.

წყლის მოხმარების ძირითადი დრო, უმჯობესია იყოს დილისა და საღამოს საათები, ხოლო შუადღის საათებში შეიძლება კომფოტებისა და ჩაის დალევა. სითხის ასეთი გადანაწილება ამცირებს შეშუპებების წარმოქმნის რისკს, განსაკუთრებით ორსულობის გვიან ვადებში.

ორსულობის საწყის პერიოდში (პირველი კვირები), შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ტოქსიკოზს, რომელსაც თან ახლდეს გულისრევისა და ღებინების შეგრძნება, რომელიც გაღრმავდება გაუწყლოვანების შემთხვევაში. ამიტომ სითხის დანაკლისის შევსება აუცილებელია სითხეებისა და საკვების მიღებით.

ზოგ შემთხვევაში, თუ ადგილი აქვს ორგანიზმის ძლიერ გაუწყლოვანებას, შესაძლოა სითხის შეყვანა ვენიდანაც გახდეს საჭირო, რათა ზიანი არ მიადგეს მომავალი დედისა და მისი ნაყოფის ჯანმრთელობას.

როგორც ცნობილია, მშობიარობის დროს, ადგილი აქვს სისხლის დანაკარგს, ამიტომ ორგანიზმს აუცილებლად უნდა გააჩნდეს აუცილებელი სითხის მარაგი. ამ მომენტისთვის ყველა შესაძლო საფრთხისა და ორგანიზმის მგომარეობის გათვალისწინებით, სითხის რაოდენობის კორექტირება და კონტროლი უნდა მოახდინოს ექიმმა-გინეკოლოგმა.

ორსულობის დროს, ორგანიზმში წყლის დონის ნორმის განსაზღვრა შეიძლებაა შარდის საშუალებით. თუ შარდი ღია-ყვითელი ფერისაა და სუნი არ აქვს, ყველაფერი კარგადაა, მაგრამ თუ შარდი მუქია და მძაფრი სუნი აქვს, ეს ნიშნავს, რომ ორგანიზმში დარღვეულია წყლის ბალანსი და ადგილი აქვს ნაწილობრივ გაუწყლოვნებას.

ორგანიზმის გაუწყლოვანების ნიშნები ფეხმძიმობის დროს შეიძლება იყოს:

- ტუჩების ძლიერი გაშრობა (ზაფხულის პერიოდშიც);
- მშრალი კანი სახეზე, ხელებზე და ფეხებზე;
- ხშირი კუჭის აშლილობა;
- დაბნეულობა და გაღიზიანებულობა;
- ადრეული ტოქსიკოზი;

უმჯობესია **ორსულმა დალიოს ეკოლოგიურად სუფთა გარემოში ჩამოსხმული წყალი.** არ არის რეკომენდებული ონკანის, თუნდაც გადადუღებული წყალი, რადგან იგი შეიძლება შეიცავდე მძიმე მეტალებს. შესაძლოა მისგან ვერ დაგიცვათ მაღალხარისხიანმა წყლის ფილტრმაც კი. ამიტომ გარისკვა არ ღირს.

ორსულობის დროს, არ არის რეკომენდებული სუპერმარკეტებში ნაყიდი წვენები. მკაცრად არ შეიძლება გაზირებული სასმელები (ლიმონათები, ფანტა, კოლა, პეპსი, ენერგეტიკული სასმელები).

არ არის რეკომენდებული არც გაზირებული მინერალური წყალი (ან შეიძლება მცირე რაოდენობით) იგი იწვევს გულძმარვისა და წყურვილის პროვოცირებას. შავი ჩაი და ყავა უმჯობესია საერთოდ იქნეს ამოღებული რაციონიდან.

არ არის რეკომენდებული მწვანე ჩაიც, რადგან იგი ხელს უშლის ფოლიუმის მჟავის ნორმალურ ათვისებას, რომელიც ძალიან მნიშვნელოვანია ორსულობის პერიოდში.

შესაძლებელია არაგაზირებული ან გაწმენდილი მინერალური წყლის მიღება (თუმცა წყალს უნდა ჰქონდეს დაბალი მინერალიზაცია 1-2გრ/ლ).

სასარგებლოა კეფირი, სასმელი იოგურტი შაქრის გარეშე, წყალში გაზავებული ნატურალური წვენები ან ბალახის ჩაი. სასარგებლოა ასკილის ნაყენი, კენკროვანი მორსი.

მეძუძური ქალის კვების რაციონი

მეძუძური დედის სრულფასოვანი კვება არამარტო დედის ჯანმრთელობის, არამედ პატარას ზრდა განვითარებისათვის აუცილებელი პირობაა. მეძუძური დედის საკვები უნდა აკმაყოფილებდეს დედის ორგანიზმის მოთხოვნილებას ენერგიასა და საკვებ ნივთიერებებზე, უზრუნველყოს სრულფასოვანი რძის წარმოქმნა. დედის რძეში ვიტამინების, მიკროელემენტების, ცილების, ცხიმებისა და ნახშირწყლების ნაკლებობა უარყოფითად აისახება წლამდე ასაკის ბავშვის განვითარებაზე.

მეძუძური დედის რაციონი:

1. ცილების შემცველი პროდუქტები: საქონლისა და ქათმის ხორცი, თევზი (სასურველია არაუმეტეს კვირაში ორჯერ), რძე და რძემჟავა პროდუქტები, კვერცხი, ხაჭო.

2. ცხიმების შემცველი პროდუქტები: განსაკუთრებით სასარგებლოა მცენარეული მზესუმზირის, ზეითუნის ზეთი

3. ნახშირწყლების შემცველი პროდუქტები: უხეშად ნაფქვი ფქვილის პური, მარცვლეული, სხვადასხვა ფაფები, ხილი და ბოსტნეული. უნდა შეიზღუდოს იოლად ათვისებად ნახშირწყლები, როგორიცაა: შაქარი, თაფლი, საკონდიტრო ნაწარმი

4. ვიტამინების შემცველი ხილი და ბოსტნეული, თუმცა როდესაც პატარას კოლიკის ხშირი შეტევები აწუხებს, უმჯობესია აღნიშნული პროდუქტები მოხარშული სახით მიღება.

რეკომენდებულია ყოველდღიურად 200 გრ ხორცი, ერთ ლიტრამდე რძე და რძემჟავა პროდუქტები, 100-150 გრ ხაჭო, ყველი, კვერცხი, ნახშირწყლებზე დღიური მოთხოვნილება შეადგენს 450-500გრ, ცხიმებზე კი 110-120 გრამს.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პატარას საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის განვითარებისათვის კალციუმის შემცველი პროდუქტები: ხაჭო, ყველი, რძემჟავა პროდუქტები.

მეძუძური დედისათვის ძალზედ მნიშვნელოვანია საკმარისი რაოდენობით სითხის მიღება, დღეღამეში არანაკლებ ერთი და არაუმეტეს ორი ლიტრისა, რაც მოიცავს ჩაის, წყალს, რძეს, შედარებით ნაკლები რაოდენობით წვენებს, რადგან თავიდან ავიცილოთ შაქრის მიღება.

წყურვილის გრძნობა ჩნდება ბავშვის ძუძუს წოვის პერიოდში, ამიტომ ძუძუს წოვების დროს გვერდით მეძუძურ დედას უნდა ედგას ჭიქა წყალი გვერდით.

თუ საკმარისი რაოდენობით სითხის მიღება ხდება, მაშინ შარდი ღია ფერის იქნება, ხოლო თუ ძალზედ მუქია და მძაფრი სუნით ხასიათდება, ეს შესაძლოა გაუწყლოების პირველი ნიშანი იყოს.

ერთი შეხედვით არსებობს მრავალი პროდუქტი, რაც არ უნდა მიიღოს მეძუძურმა დედამ, იმისათვის რომ პატარას ალერგია არ განუვითარდეს ან კოლიკამ არ შეაწუხოს, თუმცა ეს არ ნიშნავს, რომ ყველა ასეთი პროდუქტი უნდა ამოვიღოთ რაციონიდან. თუ რომელიმე პროდუქტი განსაკუთრებით აწუხებს თქვენს პატარას, იწვევს რა მეტეორიზმს, შეგიძლიათ ამოიღოთ გარკვეული ხნით, დაახლოებით ერთი თვე და შემდეგ გადახედოთ რაციონს. ასევე ვრცელია იმ პროდუქტების ჩამონათვალი, რომელიც ობლიგატურ ალერგენებს შეიცავენ, თუმცა აქაც შეიძლება განსაზღვრა, კონკრეტულად რა იწვევს ალერგიულ რეაქციას. ალერგიის ნიშანი შეიძლება იყოს გამონაყარი, დიარეა, ცხვირის „გაჭედვაც“ კი. თუ რომელიმე ამ ნიშანთაგანი სახეზეა, მაშინ საჭიროა მისი რაციონიდან ცოტა ხნით ამოღება და დაკვირვება - შეიცვალა თუ არა პატარას მდგომარეობა.

ალერგიის გამომწვევი პროდუქტებია: თხილი, ნიგოზი, თაფლი, თევზი, კვერცხი, ქათმის ნახარში, ახალი რძე, ციტრუსი, გარგარი, ნესვი, მარწყვი, შოკოლადი და ა.შ

და ბოლოს, ის რასაც განსაკუთრებით თავი უნდა აარიდოს დედამ ძუძუთი კვების პერიოდში - ალკოჰოლი და კოფეინია. **არ არსებობს ალკოჰოლის დონე დედის რძეში, რაც უსაფრთხოდ ჩაითვლება პატარასათვის.**

რაც შეეხება კოფეინს, დასაშვებია დღეში 2-3 ფინჯანი კოფეინის შემცველი სასმელის მიღება. თუმცა კოფეინმა შესაძლოა იმოქმედოს პატარას გუნება-განწყობაზე და ძილზე.

სიმსუქნე ორგანიზმში ჭარბი ცხიმის დაგროვებაა. ეს მხოლოდ კოსმეტიკური პრობლემა არ არის - ჯანმრთელობის სერიოზული დარღვევის გამოხატულებაა. სიმსუქნის დროს სიცოცხლის ხანგრძლივობა საგრძნობლად იკლებს: მამაკაცებისთვის - 20 წლით, ხოლო ქალებისთვის - 5-ით. ამასთან, სიმსუქნის დროს იზრდება ზოგიერთი ქრონიკული დაავადების განვითარების რისკი. ცხიმი ორგანიზმში გამომუშავდება ყოველი ჭამის შემდეგ, მიღებული ნახშირწყლებისა და ცხიმებისგან. პროდუქტებიდან მიღებული ნახშირწყლების 70% სისხლში გადადის და მომდევნო 6 საათის განმავლობაში ორგანიზმისთვის ენერგიის წყაროს წარმოადგენს, დანარჩენი 30% კი გეზს ცხიმოვანი უჯრედებისკენ იღებს, სადაც ცხიმებად გარდაიქმნება და მარაგად ინახება, ცხიმი კანქვეშ და მუცლის არეში ლაგდება. ჭარბწონიანი ადამიანის სხეულზე ცხიმოვანი შრის სისქე ზოგჯერ 15-20 სმ-საც აღემატება. ცხიმოვანი შრე არ არის სქელი ერთგვაროვანი მასა - იგი ცხიმოვან უჯრედებში 5-10-მმ-იანი ერთგვარი მარცვლების სახითაა ჩალაგებული. ყველაზე უკეთ ცხიმოვანი შრე გამოხატულია მუცლის არეში და იქ, სადაც მდებარეობს თირკმელები, კუჭქვეშა ჯირკვალი და აორტა.

წონის საკორექციო დიეტების ძირითადი ტიპებია:

- შიმშილი. ორგანიზმს საკვები საერთოდ არ მიეწოდება, იკლებს საკმაოდ ინტენსიურად, ეფექტი თვალშისაცემია 1 კვირის შემდეგ. ხანმოკლე ერთდღიანი შიმშილი ორგანიზმის განტვირთვის მშვენიერი საშუალებაა, რომელიც სხეულს წმენდს. რაც შეეხება ხანგრძლივ შიმშილს, მართალია, ის წონის დაკლების საკმაოდ ეფექტიანი საშუალებაა, მაგრამ საშიშიც არის. მას ჯანმრთელობისთვის დიდი ზიანის მიყენება შეუძლია.
- დაბალკალორიული დიეტები - ეს დიეტების ყველაზე მრავალრიცხოვანი და მრავალფეროვანი ჯგუფია. მათი დაცვის დროს ორგანიზმის ცხიმოვანი მარაგი იწვება რაციონის კალორიულობის სერიოზული შეზღუდვის ხარჯზე. დიეტები ეფექტიანია ორი კვირის განმავლობაში, შემდეგ ორგანიზმი ეჩვევა შეზღუდვებს და წყვეტს ცხიმოვანი მარაგის წვას. შედეგის შენარჩუნება შესაძლებელია მუდმივი ფიზიკური დატვირთვით და რაციონის მუდმივი კონტროლით.
- უცხიმო დიეტები. ამ დროს შეზღუდვა მხოლოდ ცხიმებზე ვრცელდება: არ შეიძლება დღეში 30-40 გრამზე მეტის მიღება. დიეტის უპირატესობა ის არის, რომ მისი დაცვა ჯანმრთელობისთვის ზიანის მიუყენებლად საკმაოდ დიდხანს არის შესაძლებელი. ცხიმების სიმცირე ცხიმოვანი მარაგის თანდათანობით, ნელ წვას იწვევს. წონა თვეში 1-1,5 კგ-ით იკლებს. ამასთანავე, წონის კლება უცხიმო საკვების საკმაოდ დიდი ულუფის მიღების შემთხვევაშიც კი გრძელდება.
- მონოდიეტები. ითვალისწინებს მხოლოდ ერთი პროდუქტის მიღებას. ყველაზე მეტად არის გავრცელებული ბრინჯის, ვაშლის, კეფირის, ხაჭოს მონოდიეტები. ისინი მოკლე ხანში 2-3 ჭარბი კილოგრამის მოკლების საშუალებას იძლევა, თუმცა მათი დაცვა მხოლოდ 3-5 დღეა ნებადართული.
- მონტინიაკის მეთოდი. ფრანგი ფარმაკოლოგის მიშელ მონტინიაკის მეთოდი იმდენად დიეტა არ არის, რამდენადაც კვებასთან დაკავშირებული რეკომენდაციები, რომელთა დაცვაც მთელი სიცოცხლის მანძილზეა სასურველი. მის საფუძველს წარმოადგენს ნახშირწყლების "კარგ" და "ცუდ" ნაირსახეობებად დაყოფა. "კარგებს" ორგანიზმი ნაწილობრივ შლის და ინელებს, "ცუდებს" კი მთლიანად შეიწოვს, რაც ჭარბი წონის დაგროვებას განაპირობებს. მონტინიაკის პრინციპით კვებისას წონა ნელა მცირდება, სამაგიეროდ შედეგი საკმაოდ მყარია. ამასთანავე, მცირდება გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების, ჰიპერტონიის, თავისა და კუნთების ტკივილების განვითარების რისკი.
- ცილოვანი დიეტები. საკმაოდ მკაცრი დიეტებია. მათი საფუძველია ცხოველური ცილებით მდიდარი პროდუქტები (ხორცი და თევზი). ხილისა და ბოსტნეულის მიღება იზღუდება. წონის დაკლება ნელა ხდება, სამაგიეროდ, შედეგია მყარი. ცილოვანი დიეტის დაცვა 3 კვირით და მეტი ხნით იწვევს თირკმელების მუშაობის შეფერხებას, სისხლში ქოლეტერინის დონის მატებას და კალციუმის დეფიციტს, ამიტომ მათი ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 14 დღეს, თანაც წელიწადში ერთ ჯერზე მეტად დაცვა რეკომენდებული არ არის.
- ჰემოკოდი. ჰემოკოდის ანალიზი და ამის მიხედვით დიეტის შერჩევა დღეს გახდომის ერთობ მოდური მეთოდია. მისი არსია ორგანიზმის მიერ სხვადასხვა პროდუქტის ათვისების უნარის, სასარგებლო და მავნე პროდუქტების ინდივიდუალური განსაზღვრა. ჰემოკოდის მიხედვით ჩვეულებრივი კვებისას 2-3 კვირაში შესაძლებელია

2-5 კგ-ის დაკლება. გარდა ამისა, წესრიგდება ნივთიერებათა ცვლა, რაც ისეთ დაავადებებთან გამკლავების საშუალებას იძლევა, როგორიც არის ართრიტი, ასთმა, ჰიპერტონია, შაკიკი, ეგზემა.

- ვეგეტარიანელობა. კვების ჯანსაღი რეჟიმია, თუმცა განსაზღვრულ კლიმატურ პირობებში ჯანმრთელობას ვნებს. რაც შეეხება ნაწილობრივ ვეგეტარიანელობას კვერცხისა და რძის პროდუქტების გამოყენებით, ის დასაშვებია, თუმცა წონის კლების მკვეთრად გამოხატული ეფექტი არ ახასიათებს.
- ცხიმოვანი დიეტები. პოლონელი ექიმის იან კვასნევსკის იდეა თავისი პარადოქსულობით განსაცვიფრებელია, რადგან ეწინააღმდეგება დიეტური კვების აბსოლუტურად ყველა საყოველთაოდ აღიარებულ პრინციპს, თუმცა ზოგჯერ შედეგი ნამდვილად აქვს. ადამიანი იკვებება ცხიმით მდიდარი პროდუქტებით, ოდენობისა და დროის შეუზღუდავად. კვასნევსკი, რომელიც დღემდე პრაქტიკოსი ექიმია, ამტკიცებს, რომ ის ცხიმოვან დიეტებს არა მარტო სიმსუქნის, არამედ გულ-სისხლძარღვთა, თირკმელების დაავადებების, შაქრიანი დიაბეტის სამკურნალოდაც კი წარმატებით იყენებს.

კითხვები:

1. რა უნდა გაითვალისწინოს ორსულმა დედამ?
2. როგორ უნდა შედგეს მისი კვების რაციონი?
3. რა მნიშვნელოვანი სუბსტანციებია საჭირო ორსულობისას?
4. რა რაოდენობით წყალი უნდა მიიღოს ორსულმა?
5. როგორი უნდა იყოს ორსულის დღის რეჟიმი?
6. რა თავისებურებები ახლავს მეძუძური დედის რეჟიმს?
7. რა პროდუქტები უნდა მიიღოს მეძუძურმა დედამ?
8. რა პროდუქტები არ არის რეკომენდირებული მეძუძური დედისთვის?
9. რა ნიუანსებია გასათვალისწინებელი ჭარბი წონის დროს?
10. როგორი უნდა იყოს ჭარბი წონის დროს რაციონი და დღის რეჟიმი?

http://komunage.blogspot.com/2010/02/blog-post_6641.html

http://www.mkurnali.ge/enciklopedia.html?task=term&id=8132

http://www.medgeo.net/2013/12/04/%E1%83%9B%E1%83%94%E1%83%AB%E1%83%A3%E1%83%AB%E1%83%A3%E1%83%A0%E1%83%98-%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%93%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%99%E1%83%95%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%90/

http://www.mkurnali.ge/dietologia/2833-ra-rgebs-da-ra-vnebs-orsulebsa-da-medzudzur-dedebs.html?start=1

ფსიქო-ემოციური მდგომარეობის ამოცნობა

ამ თავში გაეცნობით პაციენტის მენტალური მდგომარეობებს და შეფასების პრონციპებს ასაკის, დაავადების სიმძიმისა და მენტალური მდგომარეობის გათვალისწინებით. საკუთარი თავის დაცვის საკითხებს სხეულებრივი და მენტალური პრობლემებისაგან. დროული რეაგირების ხერხებს კონფლიქტურ სიტუაციებში. გაეცნობით საკუთარი ემოციური გონიერების კომპეტენციას

პაციენტის მენტალური მდგომარეობის აღწერა

ფსიქოლოგიის საგანი - ფსიქოლოგია არის მეცნიერება ფსიქიკის შესახებ და შეისწავლის ფსიქიკური ცხოვრების კანონზომიერებებს. ფსიქიკა დამოუკიდებლად არ არსებობს. იგი ცოცხალი ორგანიზმის, კერძოდ პიროვნების თავისებურებების სხვადასხვა ასპექტით გამოვლინებაა. პიროვნული ნიშან თვისებები უნიკალურია. რამდენი ადამინიც არსებობს, იმდენი განსხვავებული პიროვნული ნიშნები და მათი სხვადასხვა ფორმით გამოვლინებები გვხვდება და მხოლოდ ზოგად ჭრილში ხდება ინდივიდების პიროვნულ დონეზე დახასიათება.

პიროვნების განვითარებას განაპირობებს ბიო-ფსიქო-სოციალური ასპექტები.
ბიოლოგიური ასპექტები კონკრეტული მიდრეკილებები, გენეტიკური მზაობები, სხვადასხვა დაავადებისკენ მიდრეკილება და ის პიროვნული ნიშნებია, რომლებიც იმთავითვე, დაბადებიდან გენეტიკურად ეძლევა ინდივიდს. გენტოტიპის შეცვლა შეუძლებელია. მისი წინასწარ ცოდნა გვაძლევს რისკების სწორად შეფასების საფუძველს და საპრევენციო ზომების მიღებით შესაძლოა თავიდან ავიცილოთ გარკვეული გართულებები, დროულად მოვახერხოთ პრობლემის ფორმულირება.
ფსიქოლოგიური ასპექტებია ის ფსიქოლოგიური გარემო, რომელშიც უხდება ინდივიდს ფუნქციონირება ბავშვობიდან ზრდასრულ ასაკამდე. შესაძლოა ბავშვი იზრდებოდეს ფსიქომატრავმირებელ გარემოში. ოჯახი, სადაც არის ხშირი დახურული და ღია კონფლიქტები, ოჯახური ძალადობა და სხვა ისეთი მოვლენები, რომლებიც ბავშვისთვის საკმაოდ სტრესულია და შემდგომში მისი ემოციური პრობლემების მიზეზი ხდება.
სოციალურ ასპექტებში იგულისხმება ოჯახის სოციალური ფუნქციონირების ხარისხი. გარემო, სკოლა, უბანი, ეკონომიური და მატერიალური შესაძლებლობები, სხვადასხვა სოციალური გავლენები.
ფსიქოლოგია და მედიცინა ფსიქოლოგია უშუალო კავშირშია სააბუნებისმეტყველო მეცნიერებებთან მედიცინასთან, ბიოლოგიასთან, გენეტიკასთან, ფიზიოლოგიასთან. იგი სულიერ მოვლენებს სხეულისა და სულის ურთიერთმიმართებაში განიხილავს. ორგანო, რომელის საშუალებითაც ადამიანი ფსიქიკურ ფუნქციონირებას ახორციელებს თავის ტვინია. ფსიქიკურ ფუნქციების რეგულირება ტვინის ფუნქციონირების ხარისხზეა დამოკიდებული. ასევე ტვინის სხვადასხვა უბნებია პასუხისმგებელი თავის ტვინში მიმდინარე ბიო ქიმიურ პროცესებზე, ინდივიდის ცალკეულ შეგრძნებებზე, როგორიცაა ყნოსვა, სმენა, მხედველობა,

გემოვნება, ტაქტილური შეგრძნებები. ტვინი არეგულირებს ადამიანის ქცევას. ტვინის გარკვეული უბნების დაზიანება იწვევს მენტალური პროცესების ფუნქციონირების დაქვეითებას. ფსიქოლოგიის დარგები ნეიროფსიქოლოგია და პათოფსიქოლოგია დეტალურად შეისწავლიან ადამიანების ზოგადი ფსიქიკური ფუნქციონირების ხარისხს და იმ ფსიქიკურ თუ ნევროლოგიურ დაავადებებს, რომლების შემდგომში მთლიანად განაპირობებენ ფსიქიკური ფუნქციების დაქვეითების ხარისხს. პათოფსიქოლოგია შეისწავლის სხვადასხვა ფსიქიკურ აშლილობებს, რომლის გავლენითაც იცვლება ადამიანის ფსიქიკის ფუნქციონირების თვისობრიობა და საშუალებას გვაძლევს ცალკეული ფსიქიკური ფუნქციები შევისწავლოთ ნორმალური ფსიქიკის ფუნქციონირების და სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობის დროს მათი ურთიერთშედარების საფუძველზე. ასევე შეისწავლის ცალკეული სიმპტომებს და სინდრომებს, რომლებიც გარკვეულ დაავადებათა ნოზეოლოგიისთვისაა დამახასიათებელი.

მედიცინის და ფსიქოლოგიის კავშირი იმითაცაა მნიშვნელოვანი , რომ არ არსებობს ცალკეული სიმპტომების მკურნალობა. ადამიანი, როგორც ბიო ფსიქო სოციალური არსება უნდა განვიხილოთ ერთიან ჭრილში, სადაც სომატურ პრობლემებთან ერთად არანაკლებ მნიშვნელოვანია მისი ფსიქიკა. მხოლოდ ფარმაკოთერაპიოული მკურნალობა არ მოგვცემს ეფექტურ შედეგს. მედიცინის მუშაკი აუცილებელის ფლობდეს ფსიქოლოგიური მკურნალობისთვის აუცილებელ წინაპირობებს. მაგ როგორიც არის ემპათიის (თანაგანცდის) უნარი. ორიენტირებული იყოს შეუნარჩუნოს პაციენტს პოზიტიური განწყობა, თვითრეგულაციის უნარი, გახადოს იგი უფრო აქტიური წევრი თავისივე მკურნალობის პროცესში. ხელი შეუწყოს პაციენტის ფსიქოლოგიური პოტენციის სრულ გამოვლენას. მიეხმაროს პაციენტს გააცნობიეროს ტრავმა და დასახოს მისი ნეგატიური გავლენებისგან თავის დაღწევის გზები.

ადამიანი და გარემო

ადამიანს ცნობიერების ველი საკმაოდ გადატვირთული აქვს. გარემოსთან ურთიერთობის საფუძველზე ჩვენი შეგრძნებები აქტუირდებიადნ და განაპირობებენ სხვადასხვა გამრიზიანებელზე სხვადასხვანაირ რეაგირების უნარს.

იმისათვის, რომ გარემო და მისი რეაგირებები სრულფასოვნად იქნეს შეფასებული, მოკლედ მიმოვიხილოთ ფსიქიკის ის პარამეტრები, რაც გავლენას ახდენს გარემოს სრულფასოვან, ადექვატურ აღქმასა და გააზრებაზე. ესენია: შემეცნებითი ფსიქიკური პროცესები (აღქმა, ყურადღება, მეხსიერება, აზროვნება), ცნობიერების მდგომარეობა (გრძნობები, ემოციების სხვა გამოვლინებები), ნებითი (ნებელობითი) ფსიქიკური პროცესები. მოკლედ განვიხილოთ თითოეული მათგანი.

შემეცნებითი ფსიქიკური პროცესები განაპირობებენ გარემოს შემეცნებას. ეს ფსიქიკური პროცესებია: აღქმა, ყურადღება, მეხსიერება, აზროვნება.

აღქმა- რეცეპტორებზე მოქმედი კონკრეტულ საგანთა ან მათ თვისებათა თვალსაჩინო, ხატოვანი ასახვაა. აღქმა შეგრძნებების გარეშე არ არსებობს.შეგრძნება ჩვენში მიმდინარე პროცესია. აღქმის პროცესი იწყება მაშინს, როდესაც ადამიანს უჩნდება სახელდების მომენტი. იგი გამოკვეთილად გრძნობს მის გარეთ არსებულ სინამდვილეს და მის სახელდებას ახდენს. მაგალითად, ესმის ბგერები. ეს შეგრძნებაა, მაგრამ როგორც კი ამ ბგერების მიღმა მელოდიის სახელდებას ახდენს, უკვე სმენით აღქმაა. იგივე ითქმის მხედველობით აღქმაზე. სანამ

გამოსახულება დიფუზურია და არ იცი რა არის - შეგრძნებაა, ხოლო როდესაც გამოიკვეთება და ვარქმევთ სახელს- აღქმაა. არესბობს გემოს, ყნოსვის , ტაქტილური შეხების აღქმა.
ე. ი. ეს არის საგნების და მოვლენების ასახვა ადამიანის ცნობიერებაში გრძნობათა ორგანოებზე მათი უშუალო ზემოქმედების დროს. აღქმა ინტელექტუალური პროცესია, რომელშიც ჩართული არიან სხვა ფსიქიკური ფუნქციები, როგორიცაა მეხსიერება, ყურადღება, აზროვნება.
ჩვენ ვერ აღვიქვამთ, თუ ეს ჩვენს გარეთ არსებული დამოუკიდებელი საგანი არ გავიხსენეთ და არ დავუკავშირეთ სხვა ადრე ნანახ საგანს. აქ გვჭირდება ყურადღების კონცენტრაცია, მეხსიერება, რის საშუალებითაც ვახდენთ იდენტიფიცირებას და აზროვნება, რომელის ამ საგანს რაღაც გარკვეული საგნების კატეგორიზაციაში მოაქცევს. ამ პროცესების ერთმანეთისგან გახლეჩა და დანაწევრება არ არის შესაძლებელი. ეს დინამიური პროცესია , რომელში ადამიანი მთელი თავისი ფსიქიკური აქტივობით ერთვება.
აღქმის, ყურადღების, მეხსიერების და აზროვნების პროცესები კი ერთმანეთში გარდამავალი საფეხურებია, რომლების ერთმანეთის გარეშე არ არსებობენ და ერთიანობაში განაპირობებენ ფსიქიკური ფუნქციონირების ხარისხს. აღქმაში თვით აღმქმელი პიროვნების შინაგანი მდგომარეობა, გამოცდილება, მისწრაფებები, მოთხოვნილებები და ინტერესებიც ვლინდება და გარკვეულ მიმართულებას აძლევს აღქმის პროცესს.
განვიხილოთ ცალკე ყურადღების, მეხსიერების, აზროვნების ფენომენი.
ყურადღება-წარმართავს ჩვენს ცნობიერებას გარკვეული მიმართულებით და ამით შესაძლებელი ხდება რეალობის ნათლად აღქმა. ყურადღების მოქმედებით ვიწროვდება ცნობიერება იგი მიიმართება გარკვეული ობიექტისაკენ და მისი ნათლად განიცდის წინაპირობაა. ყურადღების წარმართვაც აღქმის მსგავსად დინამიური პროცესია. ყურადღების დაძაბვა მის კონცენტრაციას მოითხოვს. ის სუბიექტის მოქმედების აქტია. ასევე თავის თავში ძიების აქტსაც მოიცავს. ყურადღების ერთი მიმართულებით გაძლიერება სხვა მიმართულებით მისი ინტენსივობის დაქვეითებასაც გულისხმობს.
მეხსიერება-ინდივიდის მიერ წარსულში განცდილის ამათუიმ სახით აღბეჭდვას(ფიქსაციას), შენახვას (რეტენციას) და შემდეგ აღდგენას (რეპროდუქციას) გულისხმობს. თავიდან ხდება კოდირება (აღბეჭდვა), შემდეგ ამ ინფორმაციის შენახვა და ბოლოს აღდგენა. გაძლიერებულ მეხსიერების ფუნქციას ჰიპერმნეზია ეწოდება. მეხსიერების მოშლას კი ამნეზია. ამნეზია თავისი ბუნებით შეიძლება იყოს ორგანული (თავის ტვინის ტრავმით ან თავის ტვინში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესებით გამოწვეული). ფუნქციონალურ ამნეზიას, იწვევს მაგ. გადაღლა, ფსიქოგენურ ამნეზიას კი ძლიერი ფსიქოტრავმები.
მეხსიერება თავს იჩენს აღქმის, აზროვნების , გრძნობების და სხვა პროცესებშიც.
აზროვნება-მუდმივი დინამიური პროცესია, რომელშიც მთლიანად არის ჩართული პიროვნება გარემოსთან ურთიერთობის პროცესში. ბევრი მისი ქვევა განიხილება როგორც ყოველდღიური ჩვევის საფუძველზე აღმოცენებული ქცევათა სტერეოტიპები. მაგ. განვიხილოთ დილიდან ადამიანის ფუნქციონირება. დგება, იწესრიგებს თავს, იცმევს ამინდის შესაბამისად, იმზადებს საუზმეს და ა. შ. ყოველოვე ეს აზროვნების პროცესია, რომელიც რაღაც ფორმით ჩვევებამდეც შეიძლება დავიყვანოთ. მაგრამ შემდგომი მისი მოქმედებები (ტრანსპორტის დალოდება, შუქნიშანზე გადასვლა, ნაცნობ ადამიანებთან შეხვედრა, დროის გათვლა სამსახურში რომ არ დააგვიანდეს და ა. შ. აზროვნების პროცესია). ეს პროცესები მოიცავს სააზროვნო ოპერაციებს, როგორიცაა სიტუაციის ანალიზი, შედარება,

კონკრეტიზაცია, მარტივი მსჯელობების საფუძველზე დასკვნების გამოტანა, უცხო, უჩვეულო გარემოში რეაგირების ფორმები და ა. შ.

განვიხილოთ **ცნობიერების მდგომარეობა** რა გავლენას ახდენს ადამიანის ფუნქციონირების ხარისხზე. ჩვენ ვიცით, რომ გრძნობები და ემოციები გამოხატავენს პიროვნების შინაგან მდგომარეობას, მის სუბიექტურ დამოკიდებულებას გარე სამყაროს მიმართ. ეს გრძნობებია აღტაცების, ზიზღის, სიმპატია - ანტიპატიის, სიყვარულის თუ სიძულვილის გრძნობები. გრძნობები აღძრავს ემოციებს (სიამოვნების თუ უსიამოვნების) რაც შემდგომში დიდ როლს ასრულებს როგორც ადამიანის შინაგან ფსიქიკურ ცხოვრებაში, ისე მის ქცევაში. გრძნობები და ემოციები სუბიექტის მიერ ძალიან სუბიექტურად განიცდება. მას გრძნობები მხოლოდ თავისი ჰგონია, მის ჰგონია, რომ მხოლოდ მის დამოკიდებულებებს განსაზღვრავს. გრძნობები და ემოციები ასევე მოქმედებისკენ სწრაფვას განაპირობებენ. (მაგ. შიში გაქცევა ან თავდასხმას განაპირობებს). არის ისეთი შემთხვევებიც, როდესაც ემოციების ინტენსივობა ისეთ მაღალ დონეს აღწევს, რომ უნებლიედ გადადის მოქმედებაში, მაგ. აფექტის მდგომარეობაში. **აფექტი** ერთბაშად წამოჭრილი, სწრაფად წარმავალი და უკიდურესად ინტენსიური ემოციაა. მისი განცდის მომენტში ის ეუფლება პიროვნებას, წარმართავს მის ქცევას და ძლიერი გამომსახველი მოძრაობებით ხასიათდება. ამ დროს ირღვევა წონასწორობა სუბიექტსა და გარემოს შორის. ადამიანი ობიექტურად ვეღარ აფასებს შექმნილ მდგომარეობას და იძლევა მიზანშეუწონელ რეაქციებს. ამ დროს მისი ცნობიერების ველი შევიწროებულია. აფექტის დროს ადამიანს დაკარგული აქვს საკუთარი ქცევის შეგნებული რეგულაციის უნარი. აფექტი მცირე ხნიერებით ხასიათდება და თან ახლავს ძლიერი სხეულებრივი გამოსახულებანი.

ნებელობითი ფსიქიკური პროცესები. ნებისმიერი მოქმედება განსაზღვრავს ადამიანის დამოკიდებულებების და ზემოქმედების ფორმებს ობიექტური სინამდვილის მოვლენების მიმართ. იგი განზრახული, მიზანდასახული, გაცნობიერებული მოქმედებაა. მოთხოვნილების საფუძველზე აღმოცენებულ მოქმედებას სუბიექტი უწევს კონტროლს. არსებობს ნებისყოფის დაქვეითება, როდესაც ავადმყოფი გარემოზე კონტროლს კარგავს და თავისი იმპულსების მონა ხდება, ქცევის დაუფლების კონტროლს კარგავს.

არსებობს ასევე მოტივები, რომლის აღმოცენების ნიადაგზე ადამიანი ნებისმიერ განზრახულ მოქმედებას შეასრულებს. ნებისმიერ ქცებას განსჯითი კომპონენტი ახლავს თან. ჯერ ხდება მოქმედებათა გაცნობიერება და შეფასება. აქ სუბიექტი მსჯელობს სხვადასხვა შესაძლებელი მოქმედების ღირებულებებზე. მეორე პერიოდია გადაწყვეტილების გამოტანის მომენტი, ხოლო მესამე პერიოდი გადაწყვეტილების განხორციელებაში ვლინდება.

ფსიქიკური აშლილობის (შიზოფრენიის) ერთერთი გამოვლინებაის ფორმაა აბულია, ნებელობითი სფეროს იმ დონეზე დეაქტივაცია, რომლის დროსაც ადამიანს არ შეუძლია არანაირი მოქმედება, რაც ნებისყოფის ჩართვას გულისხმობს. ის ვეღარ იღებს გადაწყვეტილებას სულ უბრალი შრომითი აქტივობის განხორციელების კუთხით.

ადამიანის ყოველი მოქმედების საფუძველს მოთხოვნილებები წარმოადგენს, რასაც გარემოსთან ურთიერთობის საკითხში დიდი როლი ეკისრება.

მოწყვლადი ჯგუფები და მათთან მიდგომის სტრატეგიები

მოწყვლად ჯგუფებს წარმოადგენს ადამიანთა ის ჯგუფები, რომლებსაც აღენიშნებათ ხასიათის არამდგრადობა, ზედმეტი სენზიტიურობა, ემოციური ლაბილობა, დაუცველობის განცდა. ამ ჯგუფებში შედის შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები, სომატურად დაავადებული ადამიანები, უმცირესობები (სექსუალური, რელიგიური) და.შ. ფსიქიკური

ჯანმრთელობის პრობლემების მქონე პირები, ხანდაზმული ადამიანები, სოციალურად დაუცველი ქალები, ბავშვები, მოზარდები, მარტოხელა ადამიანები, ფეხმძიმე ქალები და მცირე ასაკის მქონე ბავშვების დედები (რომლებსაც არა აქვთ მხარდაჭერითი რესურსი).

სიფრთხილე უნდა გამოვიჩინოთ ისეთ ადამიანებთან მიმართებაში, რომლებსაც გააჩნიათ რეალობასთან ადაპტაციის სირთულეები, თვითმოვლის სუსტი სტრატეგიები, თავისი მდგომარეობის მისმართ კრიტიკის დაქვეითება ან არქონის ნიშნები, აღქმის დარღვევა (ჰალუცინაცია), აზროვნების დარღვევა (ბოდვა ან ბოდვითი ინტერპრეტაციებისკენ მიდრეკილებები), არაადექვატური ქცევები. ასევე იმ პირებთან ურთიერთობისას, რომელთაც აქვთ დასწავლის შესაძლებლობების შეზღუდვა, ვერ უმკლავდებიან გარემოს ცვლილებებს და ვერ ჭრიან წამოჭრილ პრობლემებს ინტელექტის არასაკმარისი რესურსის გამო. ასეთ ადამიანებთან აუცილებელია ვისაუბროთ მარტივი წინადადებებით. გასაგებად ავუხსნათ ჩვენი შეკითხვის არსი, გავუმეოროთ ინსტრუქცია. ყველეფერი უნდა განვუმარტოთ დეტალურად. თუ ვფიქრობთ, რომ რაღაც ვერ გაიგო. განმარტების შემდეგ ვთხოვოთ გაიმეოროს ინსტრუქცია. უნდა ვიყოთ მომთმები, კეთილგანწყობილი. შევაქოთ და წავახალისოთ მარტივი დავალების შესრულების შემდეგ. უნდა მოვახდინოთ უსაფრთხო გარემოს ორგანიზება, სადაც დაცულად იგრძნობენ თავს. განსაკუთრებით დიდი როლი ენიჭება ამ შემთხვევებში მხარდაჭერით დამოკიდებულებას. ასეთ შემთხვევაში ადამიანებს უნდა მივეხმაროთ არსებულ სიტუაციაში უკეთ ადაპტირებაში, პრობლემების მოგვარებაში.

პიროვნების ფსიქოლოგია

პიროვნება (Personality) ინდივიდის უნიკალური ფსიქოლოგიური თვისებების ერთობრიობაა, რომლებიც დროთა განმავლობაში გავლენას ახდენს დამახასიათებელი ქცევების (როგორც ღია, ისე ფარული) პატერნების სპექტრზე განსხვავებულ სიტუაციებში.

ტერმინი პიროვნება (პერსონა) - ლათინურად თეატრალურ ნიღაბს ნიშნავს. იგი ადამიანის მიერ მორგებულ სხვადასხვა სოციალურ როლებს გულისხმობს. თვისებები, რომლითაც პიროვნებას ახასიათებენ, ძირითადად მის პიროვნულ და სხვა ადამიანებებთან დამოკიდებულებას განსაზღვრავს (მაგ. მორიდებული, თავაზიანი, გამბედავი, უშიშარი). პიროვნების განმარტება აბსტრაქტული ცნებაა და თავის შინაარსში აერთიანებს კოგნიტურ რესურსს, ემოციას, მოტივაციას, ქცევას და ა.შ. ცნობილმა ამერიკელმა ფსიქოლოგმა გ. ოლპორტმა ორმოცდაათამდე განსაზრვრება გამოიყენა პიროვნების დასახასიათებლად და ეს თვისებები დააჯგუფა ფილოსოფიური, იურიდიული , თეოლოგიური და სოციალური მნიშვნელობებით. პიროვნების განსაზღვრების უამრავი თეორია არსებობს. პიროვნება განუწყვეტლივ ვითარდება, განიცდის ევოლუციას. პიროვნების ინდივიდუალურობა მის უნიკალობას, მის განუმეორებლობას გულისხმობს. სოციალურ როლებს ადამიანი ადვილად ირგებს და ითავისებს. ცხოვრების სხვადასხვა ეტაპზე მას სხვადასხვა როლის მორგება და შეთვისება ესაჭიროება. მაგ. მოსწავლე, სტუდენტი, მშობელი, შვილი, თანამშრომელი, მეუღლე და ა. შ.

პიროვნების თავისებურებებს განსაზრვრავს მისი ბიო ფსიქო სოციალური პოტენციალი, რომელზეც ჩვენ ზემოთ გვქონდა საუბარი. პიროვნებას 5 ფაქტორი აღწერენ. ესენია: 1. ღიაობა გამოცდილების მიმართ (სიახლის ძიება) 2. კეთილსინდისიერება, 3. ექსტრავერსია-ინტროვერსია, 4. უკონფლიქტო ხასიათი (აფილაცია). 5. ნევროტიზმი.

ბიოლოგიურ ასპექტში იგულისხმება პიროვნების სხვადასხვა **ხასიათის და ტემპერამენტის ტიპები.**

ჰიპოკრატს დროიდან არჩევენ ტემპერამენტის 4 ტიპს: სანგვინიკს, ქოლერიკს, მელანქოლიკს და ფლეგმატიკს. სანგვინიკი-მოძრავი, აქტიური, დადებითი ემოციების მქონე, ადვილად აგზნებადი და შეგუებადი ადამიანია. ქოლერიკი - ძლიერი ემოციების მქონე, აფექტური, უფრო უარყოფითი ემოციების მქონე პიროვნებაა, რომელსაც გულში დიდხანს გაჰყვება ხოლმე ვინმეს მიმართ წყენა და ბოღმა. ფლეგმატიკი - ნელი, დინჯი, ინერტული, ღრმა და სერიოზული ადამიანია, რომლის ხასიათში წამყვანია დადებითი ემოციები. მელაქნოლიკი - სენზიტიური, სუსტი, უარყოფითი ემოციებისკენ მიდრეკილი ადამიანია. ის ყველაფრის დრამატიზირებას ახდენს, ყველაფრით მუდამ უკმაყოფილოა.

ცხოვრებაში ზუსტი (წმინდა) ტემპერამენტის ტიპები იშვიათად გვხვდება. უფრო ხშირად გვხვდებიან შერეული თვისებების მქონე ტიპები. ტემპერამენტი თავისთავად თანდაყოლილი, ინდივიდუალური თავისებურებაა.

ხასიათი ადამიანის ხასიათის ჩამოყალიბებაში დიდი როლი ენიჭება ბიო ფსიქო სოციალურ ფაქტორებს. გარდა მოცებული გენოტიპისა (ხასიათობრივი მიდრეკილებები გენეტიკური თუ ბიოლოგიური ფაქტორებით განსაზღვრული), ასევე ძალიან მნიშვნელოვანია იმ გარემო პირობების გათვალისწინება, რომელშიც უხდებოდა ადამიანს ცხოვრება. ასვე ბავშვის აღზრდის სტილი, მისი პასუხისმგებლობის და ნებისყოფის გრძნობის განვითარება. გადატანილი სტრესები და ფსიქოტრავმები. გარკვეულ ფარგლებში ხასიათის თვითაღზრდაც არის შესაძლებელი. ნებისყოფის გამომუშავება, დაწყებული საქმის ბოლომდე მიყვანა, სოციალური ინტერესების მიმართ პასუხისმგებლობის გაზრდა და ა. შ. ასევე დიდი მნივნელობა ენიჭება იმ მოტივების შესწავლას, რომლებიც ჭარბობენ ადამიანის ქცევაში. ასევე მისი მიზნების და მოთხოვნილებების ორიენტირების გაცნობა. ასევე იკვლევენ ხასიათის სიმტკიცეს, მის მიზნის მისაღწევად დაბრკოლებების გადალახვის უნარებს. გამოყოფენ სუსტი და ძლიერი ხასიათის ადამიანებს.

ხასიათი თავის მთლიანობით არსებობს ჰარმონიული და დისჰარმონიული, რომელიც შინაგანი კონფლიქტებით არის სავსე. დისჰარმონიული ხასიათი თავისთავად ასუსტებს ადამიანის ნებისყოფას, ინტერესებისკენ სწრაფვას.

არსებობს სხვადასხვა ფსიქოლოგიური მიმდინარეობები, რომლებიც ხასიათის სხვადასხვა განმარტებებს იყებნებენ (მაგ ფსიქოანალიტიკური, ბიჰევიორისტული, ჰუმანისტური) . ეს მიმდინარეობები პიროვნების სტრუქტურის თავისებურ კონცეფციებს გვთავაზობენ.

ამ კონცეფციების მიხედვით პიროვნების შემადგენელი ნაწილები შესაძლებელია გავყოთ სამ კლასად: ფიზიკური პიროვნება, სოციალური პიროვნება და სულიერი (გონითი) პიროვნება. ტერმინი ,,თვითშეფასება“დაკავშირებულია ადამიანის მიერ საკუთარი პიროვნული თვისებების შეფასებასთან და ასევე მის შეხედულებასთან, თუ როგორ აფასებენ სხვა ადამიანები. ყოველივე ეს პირდაპირ კავშირშია ადამიანის პრეტენზიის დონესთან. მიუხედავად იმისა, რომ პიროვნების ცნება შეიცავს მრავალ ასპექტს, იგი მაინც ერთი მთლიანობის განცდით გამოირჩევა, რასაც ,,მე“- ს ცნობიერებას, ,,მე“-ს ხატის ჩამოყალიბებას, იდენტობის დროში (წარსული, აწმყო, მომავალი) განცდას გულისხმობს.

,,მე“ს კონცეფცია არის ადამიანის უნარების და ატრიბუტების შესახებ მისი ფსიქიკური მოდელი, რომელიც შემდეგნაირად გამოიყურება:

- მატერიალური(ფიზიკური) ,,მე“, (როგორ გამოვიყურები?)

- სოციალური ,,მე“ (რა როლები მაქვს ცხოვრებაში?)
- ინტელექტუალური ,,მე“ (რა ვიცი და რისი სწავლა შემიძლია?)
- სულიერი (მორალური) ,,მე“(როგორი ვარ მე შინაგანად?)
- იდეალური ,,მე“(როგორი მინდა ვიყო და რას მინდა, რომ მივაღწიო?)

გასათვალისწინებელია, რომ პიროვნული დისპოზიციები მჭიდროდაა დაკავშირებული ადამიანის ჯანმრთელობასთან. ჯანმრთელობა აქ განიხილება, როგორც ფიზიოლოგიურ ფსიქიკური, პიროვნული და სოციალური ფსქტორების გარკვეული კავშირი, რაც ბიოფსიქოსოციალური მოდელის კუთხით ძალიან მნიშვნელოვანია როგორც ფსიქოლოგიაში, ისე მედიცინაში. გასათვალისწინებელია, რომ ფსიქოლოგიური ფაქტორებს ხშირად ზრდიან დაავადების აღმოცენების რისკს და ხელს უშლიან დაავადების ეფექტურ მკურნლობას. ამ მიდგომების მიხედვით, გარკვეული პიროვნული მახასიათებლები ამწვავებენ გარკვეულ ფსიქოსომატურ დაავადებებს. (ეს ხასიათის თვისებებია თვითშეფასება, ნევროტიზმი, ლოკუს კონტროლი).

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება **სტრესს** ადამიანის ცხოვრებაში და სტრესის გამკლავების სტრატეგიებს.

ემოციები (სიხარული, დარდი, სევდა , შიში, რისხვა,ზიზღი)- ეს ყველაფერი ემოციებია. ემოცია შინაგანი მდგომარეობაა, რომელიც გარემოს მიმართ ჩვენს დამოკიდებულებას ასახავს. ემოციები ხელს უშლის სიტუაციის საღად გააზრებას, ქცევის კონტროლს. ის აფერხებს ფსიქიკური პროცესების ეფექტურ მოქმედებას. ასევე ემოცია იწვევს ორგანიზმის ძალათა მობილიზირებას ხიფათთან ბრძოლისთვის. წარმართავს ადამიანის აქტივობას, იგი გარემოსთან შეგუების (ადაპტაციის) ერთგვარი იარაღიცაა. ე.ი. ემოციას აქვს ორგვარი ფუნქცია 1. მაორგანიზებელი და 2. მადეზორგანიზებელი. გარკვეულ ზღვრამდე ემოციის ზრდა ხელს უწყობს ამოცანის წარმატებით გადაჭრას და ქცევის ეფექტურობას. ხოლო თუ ემოცია ძალიან ძლიერია, ქცევის ეფექტურობა მცირდება.

ემოცია განუყოფელია სხეულებრივ ცვლილებებთან, ფიზიოლოგიურ მოვლენებთან. ემოციას ასევე თან ახლავს ინსტიქტური გამომხატველობა (ექსპრესია). თავისთავად გამომხატველობას გააჩნია ინსტიქტური, კულტურული და ინდივიდუალური ასპექტები.

ემოცია და სტრესი. სიტყვა სტრესი (stress) ინგლისურად ზეწოლას, დაძაბვას ნიშნავს. ეს ტერმინი გეოლოგიდანაა აღებული და დედამიწის შრეებს შორის დაძაბულობას გულისხმობს. მედიცინაშიც იგი ორგანიზმის დაძაბულობას ასახავს. სტრესი ადამიანის მთლიანობით ფსიქოლოგიურ და ფიზიოლოგიურ პასუხს გულისხმობს ექსტრემალურ სტიმულაციაზე. სტრესის განმარტება შემოიტანა კანადელმა ენდოკრინოლოგმა ჰანს სელიემ. იგი სტრესის 3 სტადიას არჩევდა. პირველ ფაზაში ხდება ადამინის ძალათა მობილიზირება, შფოთვის მომატება, მეორე ფაზაში წინააღმდეგობა ხდება სტრესორთან, მესამე ფაზა ძალების გამოფიტვის ფაზაა.

სტრესის დაძლევის სტრატეგიები

თუ რაიმე მიზეზის გამო დაიძაბებით, გაბრაზდებით, ორგანიზმიც სტრესული რეაქცის მიხედვით ფუნქციონირებს. ნებისმიერი სომატური თუ ფსიქიკური დაავადება, ან დაავადების მქონე ოჯახის წევრი, სხვა ოჯახის წევრებისთვის სტრესორია.

სტრესი - ადაპტაციური ენერგიის საშუალებით ხელს უწყობს ორგანიზმის გარემო მოთხოვნებისადმი შეგუებას, ან აქტიურ რეზისტენციას. თუმცა საინტერესოა , რომ ქრონიკული სტრესის მდგომარეობაში მყოფ ადამიანს ენერგიის მარაგი ელევა და შესაბამისად ორგანიზმი იფიტება. ამის შედეგია სხვადასხვა ტიპის სტრესული ეტიოლოგიის დაავადების განვითარდების რისკები იზრდება. კონკრეტულად რომელი, ეს დამოკიდებულია ე.წ. "სუსტი რგოლის“, სუსტი წერტილის ეფექტზე. სტრესორი უპირველესად ორგანიზმის კონსტიტუციონალურ და სუსტ ფუნქციურ სისტემაზე მოქმედებს. სტრესს უამრავი სიტუაცია იწვევს. დაუცველობის და არასტაბილურობის განცდა, კონფლიქტები სოციუმში, უმუშევრობა, ერთფეროვანი სამუშაო, დატვირთული დღის რეჟიმი, პენსიაზე გასვლა, ცხოვრების პირობების სწრაფი შეცვლა, დაბინძურებული ეკოლოგიური გარემო, ომი, ბუნებრივი კატაკლიზმები, ახლობლის გარდაცვალება, ავადმყოფობები და ა.შ. სტრესი თავის მხრივ წარმოადგენს მრავალი დაავადების მაპროვოცირებელ წყაროს. მაგ. კუჭის წყლული, ბრონქული ასთმა, კუჭ- ნაწლავის ტრაქტის დაავადება, ალერგიული გამოვლინებები, გაციება და ა,შ.

აუცილებელია ვიცოდეთ, თუ როგორ შევამსუბუქოთ, შევამციროთ და დავძლიოთ სტრესი განსხვავებულ სიტუაციაში. სამედიცინო დარგის მუშაკი უნდა ფლობდეს პაციენტის სტრესის შემცირების მარტივ უნარ ჩვევებს. სტრესის შემცირების რეკომენდაციები:

1. **საიდენტიფიკაციო წყაროს გამოვლენა**.სტრესის მართვა საიდენტიფიკაციო წყაროს გამოვლენით იწყება და არც ისე მარტივია. რეალური მიზეზი ყოველთვის არ არის თვალსაჩინო. დააკვირვების ობიექტი უნდა იყოს საკუთარ შეგრძნებები, აზრები და ქცევა. თუ მუდმივად წუხილის საფუძველია სამუშაოს შესრულების ვადები, ვალდებულებები, ყურადღება მიაქციეთ, იქნებ ეს ყოველივე მხოლოდ დრამატიზირებული პროცესია, ვიდრე მოთხოვნები და დაუძლეველი ამოცანები რომლებიც შფოთვის და ნერვიულობის წყაროა?

სტრესის რეალური წყაროს განსაზღვრისთვის დააკვირვების და ყურდღების ობიექტია საკუთარ ჩვევები, სოციუმთან ურთიერთობას. ამის შემდეგ კი უფრო მარტივად გასარკვევი ხდება სტრესი დროებითია თუ ცხოვრების ცხოვრების თანმდევი ნაწილია.

2. კარგია **სტრესული სიტუაციის აღრიცხვის ჟურნალის** წარმოება, ის სტრესის მიზეზის დადგენას და რეგულარული სტრესორის იდენტიფიცირების საშუალებას იძლევა. დააკვირვების ობიექტი უნდა იყოს როგორ გრძნობდით თავს ფიზიკურად და ემოციურად სტრესის საპასუხო მოქმედებაზე და რას აკეთებთ იმისთვის, რომ პრობლემა გადლახოთ.
3. სტრესის დროს ადამიანები მიმართავენ ისეთ სტრატეგიებს, რომელიც მხოლოდ დროებით ამცირებს მას და გრძელვადიან პერსპექტივაში მეტ ზიანს აყენებს ორგანიზმს. ეს სტრატეგიებია ალკოჰოლის და ნარკოტიკული საშუალებების მიღება, ფსიქოტროპული მედიკამენტები, მოსაწევი, გაძლიერებული ჭამის მოთხოვნილება ან

უმადობა, აზარტულ თამაშებთან ან კომპიუტერთან დამოკიდებულება, ზედმეტი ძილი., თავის თავში ჩაკეტვა.

სტრესის დაძლევის ჯანსაღი სტრატეგიები

1. დაელაპარაკეთ ოჯახის წევრებსა და მეგობრებს. დაურეკეთ ახლობლებს, ესაუბრეთ და გაუზიარეთ თქვენი გრძნობები, სიხარული და სამომავლო გეგმები.

2. ყოველდღიური ფიზიკური ვარჯიში - სიარული, ცურვა, ველოსიპედით სეირნობა, ცეკვა

ხელს უწყობს სტრესის შემცირებას. აქტიური ადამიანები ფსიქიკური ფუნქციონირების დაკარგვის და დეპრესიისკენ მიდრეკილების დაბალი რისკით გამოირჩევიან.

3. სიტუაციის შეცვლა და არსებული სიტუაციიმ მიღება ისეთის, როგორიც არის. ცხოვრების ნებისმიერ ეტაპზე და ნებისმიერ ასაკში შეიძლება ცხოვრების და ქცევის სტილში სხვადასხვაგვარი ცვლილების და სიახლის შეტანა, მიღება და გათავისება.

4. სტრესთან გამკლავების კარგი საშუალებაა სიცილი. არ მოერიდოთ ხმამაღალ სიცილს, თუნდაც მარტო იყოთ. სიცილი გაიძულებთ კარგად იგრძნოთ თავი და თავისებური თერაპიის საშუალებას წარმოადგენს.

5. სწორი ძილი. შეეცადეთ შეასრულოთ ძილის 6-8 საათიანი ციკლი. ძილი და ღვიძილი იმდენად მჭიდროდაა დაკავშირებული ერთმანეთთან, რომ ორგანიზმის ფუნქციური მდგომარეობა სიფხიზლეში დამოკიდებულია, "წინამორბედ ძილზე" და პირიქით. ძილი მგრძნობიარეა სხვადასხვა შინაგანი და გარეგანი გამღიზიანებლის მიმართ, რომლებიც ღვიძილის დროს მუდმივად მოქმედებს ორგანიზმზე.

6. შეეცადეთ ნაკლებად აღელვდეთ და ინერვიულოთ ნებისმიერ წვრილმანზე.

7. რეკომენდირებულია გაცემის პრაქტიკა. დაეხმარეთ ახლობლებს, მეგობრებსა და ნათესავებს. გაითვალისწინეთ, რომ სხვისი დახმარებით საკუთარ თავსაც ეხმარებით და ამას გარკვეული თერაპიული ეფექტი აქვს.

8. შეინარჩუნეთ დადებითი და პოზიტიური განწყობა. გონებაში ატრიალეთ ფრაზები

'"მე შემიძლია გავაკეთო,"ან "ყველაფერი კარგად იქნება". კარგად გაიაზრეთ , რომ საკუთარ თავზე ნეგატიური წარმოდგენა სტრესს აღრმავებს, დადებით კი ხელს უწყობს მის რეგულაციას. .

9. აკონტროლეთ წონა. ხანგრძლივი სტრესის პირობებში ძლიერდება თირკმელზედა ჯირკვლის მიერ ჰორმონ კორტიზონის გამომუშავება. ეს ჰორმონი მადის გაძლიერებას იწვევს. ხშირად ადამიანები უარყოფითი ემოციების დათრგუნვის და ნერვული დაძაბულობის

მოხსნის მიზნით უაზროდ მიირთმევენ და ამიტომ სტრესთან ბრძოლაში კვების სწორ რეჟიმს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

10. ახალი ამბების ნაცვლად მუსიკა მოისმინეთ. გამორთეთ ცოტა ხნით მობილური, გააკეთეთ პაუზა და მოუსმინეთ თქვენს საყვარელი მელოდიას.

11. შეხედეთ სტრესულ სიტუაციას მთლიანობაში. დაფიქრდით მის პერსპექტივაზე და შეაფასეთ, თუ რამდენად მნიშვნელოვანი იქნება ეს პრობლება ერთი თვის შემდეგ. კარგად გააანალიზეთ, თუ პასუხი უარყოფითი იქნება, თქვენი დროის და ენერგიის ფოკუსირება სხვა მიმართულებით წარმართეთ.

12. ეძებეთ სიახლეები ყოველდღიურ ცხოვრებაში.

13. სტრესის დაძლევის კარგი საშუალებაა ხატვა. გადმოიტანეთ ფურცელზე რაც გძაბავთ, დისკომფორტს გიქმნით.

14. გამოიყებეთ ,,ემოციური ვენტილაციის“ პრაქტიკა.

15. ფიკუსირება გააკეთეთ რა მოხდა პოზიტიური ყოველ დღე თქვენს ცხოვრებაში, რამაც თუნდაც ოდნავ გაგახალისად და ჩაწერეთ ეს მოვლენები ყოველდღიურად.

16 . იქონიეთ ბუნებასთან, ცხოველებთან კონტაქტი, ფეხით იარეთ.

ფსიქიკური აშლილობების კლასიფიკაცია

ICD – 10 წარმოადგენს ევროპის ფსიქიატრიული ასოციაციის მიერ ამჟამად მოქმედი დიაგნოსტიკური და სტატისტიკური სახელმძღვანელოს. მასში კლასიფიცირებულია, განმარტებულია და აღწერილია ფსიქიკური აშლილობები, სადაც ყოველ დაავადებს თავისი კოდი აქვს. ასევე, არსებობს მეორე, ამერიკული კლასიფიკაციის სისტემა DSM-IV.

პიროვნული აშლილობები ხასიათობრივი თავისებურებების პათოლოგიური ცვლილებაა. ეს ხასიათის ნიშნები ტოტალურობით გამოირჩევა, რაც გულისხმობს მის განურჩევლად ყველგან გამოვლენას და ასევე ეს ნიშნების სტაბილურობით ხასიათდება, მოზარდობიდან მოყოლებული სტაბილურად არსებობს. პიროვნული აშლილობა წარმოადგენს აღქმის, აზროვნების და ქცევის ხანგძლივ (ქრონიკულ) ხისტ, არადაპტურ პატერნს, რომელის სერიოზულად აუარესებს ინდივიდის ფუნქციონირების შესაძლებლობას სოციალურ და სხვა გარემოში და შეუძლია მნიშვნელოვანი დისტრესის გამოწვევა. გვხვდება სხვადასხვა ტიპის პიროვნული აშლილობის სურათი.

კლასტერებად დაჯგუფება

ამერიკულ კლასიფიკაციაში DSM-IV-ში (მაგრამ არა ICD-10-ში) პიროვნული აშლილობები სამ კლასტერადაა დაჯგუფებული:

1. A კლასტერი პარანოიდული, შიზოიდური, შიზოტიპური;

2. B კლასტერი ანტისოციალური, მოსაზღვრე, ისტერიული, ნარცისული;
3. C კლასტერი აცილებადი, დამოკიდებული, ობსესიურ კომპულსური.

შევეცდებით დეტალურად განვიხილოთ ის ხასიათობრივი პარამეტრები, რომელიც თვითოეულ პიროვნული აშლილობის ნიშნებს გამოხატავს.

A კლასტერი

პარანოიდული პიროვნული აშლილობა

ამ ტიპის პიროვნული აშლილობის ადამიანი ეჭვიანი და სენსიტიურია. ისინი საკუთარ თავს ძალიან მნიშვნელოვნად განიცდიან, მაგრამ ძალიან ადვილად ეუფლებათ სირცხვილის და დამცირების განცდა. ისინი ეჭვიანები არიან, რის გამოც მათი ყურადღება მუდმივად მიმართულია იმაზე, რომ სხვებმა არ მოატყუონ. ამის შედეგად, სხვები მათ რთულ, მძიმე ადამიანებად თვლიან და მიაჩნიათ, რომ მათი ქცევა არ არის საღი აზრით წარმართული. ასეთ ადამიანებს უნდობლობა ახასიათებთ. მათ ეჭვი შეაქვთ ადამიანების ერთგულებაში და ამიტომ არ ენდობიან მათ. ხშირად ახასიათებთ ეჭვიანობა სექსუალურ ნიადაგზე. ისინი ადვილად არ იჩენენ მეგობრებს და ნაკლებად ერთიანდებიან სხვადასხვა სახის ჯგუფებში. მათ ზედმეტად უყვართ ყველაფრის გასაიდუმლოება, არაპირდაპირი და თვითკმაყოფილნი არიან. მათ ადვილად წყინთ და ხშირად ისე აღიქვამენ სხვის ქცევას, თითქოს სხვები ცივად და უხეშად იცილებენ მათ. როდესაც პარანოიდული პიროვნული აშლილობის მქონე პირებს რაიმეს სთავაზობენ, ისინი, პირველ რიგში, იწყებენ იმაზე ფიქრს, თუ რა სახით შეიძლება ამ შემოთავაზებამ ავნოს მათ ინტერესებს. ასეთი ადამიანები სენსიტიურები (მგრძნობიარენი) არიან ცივი მოპყრობის მიმართ. მათთან ურთიერთობა არაკომფორტულია; ხშირად გადადიან ჩხუბსა და კამათზე; ისეთ კომენტარებშიც კი, რომლებიც სრულიად უწყინარია, დამამცირებელ და მუქარის შემცველ შინაარსს დებენ. კრეჩმერმა აღწერა, თუ როგორ იწვევს ასეთი ადამიანების სენსიტიურობა დამცირებასთან და ეჭვთან დაკავშირებულ აზრებს, რომლებიც იმდენად ძლიერია, რომ დევნის ბოდვაშიც კი შეიძლება აგვერიოს. ასეთი ადამიანები ხშირად გამო ხატავენ აღშფოთებას და ბოღმიანები არიან. ისინი არასოდეს პატიობენ სხვას წყენას, რომელიც ან რეალურია ან კიდევ მათ მიერ ასეთად არის აღქმული. მათ აქვთ საკუთარი უფლებების გაზვიადებული განცდა. ხშირად ჩივიან სასამართლოში და დაჟინებით ცდილობენ მოიგონ პროცესი, რასაც, შეიძლება, წლები დაუთმონ. მათ ადგილას, სხვები დიდი ხნის წინ დაანებებდნენ თავს საასამართლოში დავას. პარანოიდულ პიროვნებებს აქვთ საკუთარი თავის მნი შვნელოვნების შეგრძნების გამძაფრებული განცდა. მათ სჯერათ, რომ ძალიან ნიჭიერები არიან და შეუძლიათ საოცრად მაღალი მიღწევები ჰქონდეთ ცხოვრებაში. ეს არარეალისტური წარმოდგენა არ იცვლება უმნიშვნელო მიღწევების მიუხედავად. ასეთი რწმენის შენარჩუნება მათთან იმის გამოა შესაძლებელი, რომ მათი აზრით, სხვა ადამიანები ხელს უშლიან საკუთარი პოტენციის სრულად განხორციელებაში.

შიზოიდური პიროვნული აშლილობა

ტერმინი ,,შიზოიდური პიროვნული აშლილობა“ კრეჩმერს ეკუთვნის . ამ ტიპის აშლილობის მქონე ადამიანები ემოციურად ცივი, განზე მდგომი და დისტანცირებულია. მათ ნაკლებად აქვთ განვითრებული იუმორის გრძნობა და ინტროსპექციისაკენ და

ფანტაზიისაკენ არიან მიდრეკილნი ისინი ცივი ადამიანები არიან. მათ არ შეუძლიათ ნაზი გრძნობებისა და ბრაზის გამოხატვა. ნაკლებად აინტერესებთ სექსუალური ურთიერთობა. როდესაც აშლილობა უკიდურესად ინტენსიურია, ისინი უგრძნობი და ცივი ადა მიანების შთაბეჭდილებას ტოვებენ. ისინი დისტანციურნი არიან და ნაკლებად აინტერესებთ სხვა ადამიანების აზრი. საზოგადოებაში ყოფნისას ცუდად გრძნობენ თავს, არ შედიან ახლო კონტაქტში; ოჯახური ცხოვრება მათთვის არ არის კმაყოფილების მომტანი. მათ უყვართ განმარტოება, მარტო მიჰყვებიან ცხოვრების გზას და იშვიათად ქმნიან ოჯახს. მათ უჭირთ ცხოვრებისგან სიამოვნების მიღება, ნაკლებად ახასიათებთ იუმორის გრძნობა და ვერ იღებენ სიამოვნებას ისეთი აქტივობებისგან, რომლებიც ადამიანთა უმრავლესობისთვის სიამოვნების მომტანია. ამ თვისებების გამო ისინი კიდევ უფრო შორდებიან გარშემო მყოფთ. ასეთი ადამიანები მიდრეკილნი არიან ინტროსპექციისა და ფანტაზიისაკენ. უფრო მეტად აინტერესებთ ინტელექტუალური თემები, ვიდრე ადამიანები. აქვთ წარმოსახვის რთული შინაგანი სამყარო, მაგრამ ემოციებისგან დაცლილი.

შიზოტიპური პიროვნული აშლილობა

შიზოტიპური პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანებს ახასიათებთ სოციალური შფოთვა. მათი კოგნიციები და პერცეპცია დარღვეულია, მეტყველება უცნაური, ხოლო აფექტური რეაქციები შეუსაბამო. მათი ქცევა ექსცენტრულია. ამ ტიპის ადამიანებს სოციალური შფოთვა ახასიათებთ. ისინი საზოგადოებაში ყოფნისას შფოთვას განიცდიან, რის გამოც მათ უჭირთ ურთიერთობების დამყარება და ცოტა მეგობარი ჰყავთ. ისინი თავს სხვებისგან განსხვავებულად აღიქვავენ და ძნელად ერგებიან მათ. კოგნიტური დარღვევები მოიცავს დამოკიდებულებისა და ეჭვიანობის იდეებს, უცნაური და ფანტასტიკური შინაარსის აზრებს (მაგ. ნათელმხილველობა, ტელეპატია და სხვათა აზრების კითხვა). ასეთ ადამიანებს ახასიათებთ უჩვეულო პერცეპტუალური გამოცდილება (მაგ., ვიღაცის არსებობა ან ჰალუცინაციისმაგვარი განცდები), . ასეთ პირებს აღენიშნებათ უცნაური მეტყველება (უჩვეულო ენობრივი კონსტრუქციები, სიტყვები და ფრაზები, ბუნდოვანი მეტყველება და მთავარი თემიდან გადახვევა). ასეთი პირების აფექტური რეაქციები უჩვეულოა. ისინი ხისტი, უცნაური ადამიანების შთაბეჭდილებას სტოვებენ, რომლებსაც ღარიბი ემოციური სფერო აქვთ. მათი ქცევა ექსცენტრულია და უცნაური მანევრიზმით ხასიათდება. ისინი უცნაურად იცვამენ, არ იცავენ ქცევის ნორმებს და უცნაური სოციალური ქცევა ახასიათებთ.

B კლასტერის პიროვნული აშლილობები

ანტისოციალური (დისოციალური) პიროვნული აშლილობა

ასეთ პიროვნებას 15 წლამდე ასაკში ქცევითი აშლილობა უნდა ახასიათებდეს. ასეთი აშლილობის მქონე ადამიანები სხვების მიმართ გულქვა და გულგრილები არიან. მათი სექსუალური აქტივობა დაცლილია ნაზი გრძნობებისგან. ისინი შეიძლება სასტიკად და დამამცირებლად ექცეოდნენ სხვა ადამინებს, სექსუალური პარტნიორებისა და ბავშვების ჩათვლით, და მათზე სექსუალურ და ფიზიკურ ძალადობას ახორციელებდნენ. მათი ურთიერთობები ზედაპირული და ხან მოკლეა, მიუხედავად იმისა, რომ მათ ზედაპირული ხიბლი ახასიათებთ. ეს ადამიანები უპასუხისმგებლონი არიან და არ იცავენ სოციალურ ნორმებს. ისინი არ ექვემდებარებიან საზოგადოებრივი ცხოვრების წესებს და შეიძლება რეგუ

ლარულად არღვევდნენ კანონს და ხშირად სერიოზულ კანონდარღვევას ახორციელებენ. მათი არაკანონიერი ქცევა, ჩვეულებრივ, მოზარდობის ასაკში იწყება. ასეთი ადამიანები იმპულსურები არიან. ისინი არ ისახავენ მიზნებს, წინასწარ არაფერს გეგმავენ, ჩვეულებრივ აქვთ არასტაბილური სამუშაო და ხშირად აცდენენ მას. ისინი მიდიან რისკზე, არ ითვალისწინებენ საკუთარ ან სხ ვათა უსაფრთხოებას. ადვილად ბრაზდებიან და ღიზიანდებიან და შეურაცხოფას აყენებენ სხვებს. ამ თვისებებს თან ახლავს ის, რომ ისინი იშვიათად განიცდიან სინანულსა და დანაშაულს და ვერ ცვლიან საკუთარ ქცევას დასჯის ან რაიმე უარყოფითი შედეგების საპასუხოდ. ისინი იცილე ბენ პასუხისმგებლობას, მიმართავენ გადაბრალებას და ახდენენ საკუთარი მარცხის რაციონალიზაციას. გარდა ამისა, ისინი უპატიოსნო და უპასუხისმგებლონი არიან ფი ნანსურ საკითხებში.

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა

(ტერმინი მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა თავიდან აშკარად არასტაბილური ადამიანების აღსაწერად გამოიყენებოდა. **მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობა** DSMIV-ში და **ემოციურად არასტაბილური პიროვნული აშლილობა** ICD 10-ში. ეს უკანასკნელი იყოფა მოსაზღვრე ტიპად და იმპულსურ ტიპად).

მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის განსაზღვრისას არ არის ნათელი, არსებობს თუ არა იგი, როგორც ცალკე მდგომი მოცემულობა. მრავალი ადამიანი, რომელიც აკმაყოფილებს მოსაზღვრე პიროვნული აშლილობის DSM IVის კრიტერიუმებს, აგრეთვე აკმაყოფილებს ისტერიული, ნარცისული და ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის კრიტერიუმებს

იმპულსური პიროვნული აშლილობა

(ეს აშლილობა ICD 10- ში შეტანილია, როგორც ემოციურად ლაბილური პიროვნული აშლილობის ტიპი).

იმპულსური პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანებს არ შეუძლიათ საკმარისი ხარისხით საკუთარი ემოციების მართვა. ისინი მიდრეკილნი არიან უცაბედი, შეუკავებელი სიბრაზის შემოტევებისაკენ, რასაც მოგვიანებით ნანობენ. ამგვარი აფეთქებები ყოველთვის სიტყვიერი აგრესიით არ იფარგლება და შეიძლება მოიცავდეს ფიზიკურ ძალადობას, რომელსაც დროებითი სერიოზული ზიანი მოაქვს. ანტისოციალური პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანებისგან განსხვავებით, რომელთათვისაც ასევე ტიპიურია ბრაზის შეტევები, იმპულსური აშლილობის მქონე ადამიანებს არ ახასიათებთ სირთულეები ურთიერთობებში. (თუმცა ისტერიული პიროვნული აშლილობა შეტანილია, როგორც ICD-10, ისე DSM IV კლასიფიკაციაში, ამ ორი კლასიფიკაციის მიერ გამოყენებული კრიტერიუმები ერთგვარად ურთიერთგანსხვავებულია).

თვითდრამატიზაცია ამ აშლილობის ყველაზე თვალში საცემი ნიშანია. მან შეიძლება შეიძინოს ემოციური შანტაჟის ფორმა. პიროვნება, შეიძლება, რისხვისა და თვითმკვლელობის დემონსტრირების სცენებს აწყობდეს. ასეთი ადამიანები სუგესტიურნი არიან და ადვილად ექცევიან სხვათა (განსაკუთრებით ავტორიტეტული ფიგურების) გავლენის ქვეშ. ისინი აჰყვებიან ხოლმე სხვათა შეხედულებებსა და გემოვნებას და ცდილობენ არ ჩამორჩნენ მოდას. ისინი ეძიებენ ყურადღებასა და ამაღელვებელ გამოცდილებას. მათ სწყურიათ ახალი გამოცდილება, ადვილად ბეზრდებათ ხოლმე და ხანმოკლე ენთუზიაზმი ახასიათებთ.

ასეთი ადამიანები ზედაპირული და ლაბილური ემოციებით გამოირჩევიან. ისინი დრამატული სახით გამოხატავენ ემოციებს და შეიძლება ქანცი გამოაცალონ გარშემომყოფთ რისხვის შეტევებითა და სასოწარკვეთილების უკონტროლო გამოხატვით. ემოციების ასეთი მოზღვავება ზედაპირულია და პიროვნება სწრაფად გამოდის ამ მდგომარეობიდან. მას უკვირს, რომ გარშემო მყოფთ ისე ადვილად არ ავიწყდებათ ეს სცენები, როგორც თავად მას. მათ ახასიათებთ კეკლუცობა და ცდილობენ მოხიბლონ სხვები სრულიად უადგილო ვითარებაში, მაგრამ მათი სექსუალური განცდები, ისევე როგორც სხვა ემოციები, ზედაპირულია. მათ, შეიძლება, ვერ მიაღწიონ ორგაზმს ვნების დემონსტრირების მიუხედავად. ასეთი ადამიანები ზედმეტად დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ ისინი დიდ დროსა და ფულს უთმობენ ტანსაცმლის შეძენას, საკუთარი თავის მოვლას. ისინი ზედმეტად მძიმედ განიცდიან უმნიშვნელო კრიტიკასაც კი მათი გარეგნობის თაობაზე. გარდა იმ თვისებებისა, რომლებიც დიაგნოსტიკურ კრიტერუმებად გამოიყენება, ისტერიულ პიროვნულ აშლილობას ახასიათებს კიდევ ორი ნიშანი, რომელიც იმსახურებს ყურადღებას. ისტერიული პიროვნული აშ ლილობის მქონე ადამიანები ეგოცენტრულნი არიან. მათ ნაკლებად ანაღვლებთ სხვა ადამიანები და საკუთარ ინტერესებსა და სიამოვნებას უპირველეს მნიშვნელობას ანიჭებენ. ისინი პატივმოყვარენი და მომთხოვნი არიან. ნაკლებად ითვალისწინებენ სხვა ადამიანებს. ძალიან ცდილობენ, რომ ადამიანები იძულებით საკუთარ სურვილებს მოარგონ. გარდა ამისა, მათ აქვთ საკუთარი თავის მოტყუების უნარი. სჯერათ თავის მიერ ნათქვამი ტყუილის, როგორი არარეალური და დაუჯერებელიც არ უნდა იყოს ის, მაშინაც კი, როდესაც სხვები კარგად ხედავან მას. ქცევის ასეთი პატერნი ყველაზე მკაფიოდ აღინიშნება პათოლოგიური მატყუარებისა და თაღლითების უმრავ ლესობის შემთხვევაში. რადგანაც ზოგიერთი ზემოთხსენებული თვისება ბავშვების ნორმალური მახასიათებელია (მაგ., დროებითი ენთუზიაზმი, წარმოსახულის დაჯერება და სხვისთვის მისი რეალური ფაქტების სახით მიწოდება).

ნარცისული პიროვნული აშლილობა

(ეს პიროვნული აშლილობა მოცემულია DSM IVში და არა ICD 10ში). ამ ტიპის ადამიანებს აღმატებული წარმოდგენა აქვთ საკუთარ თავზე; ისინი მკვეხარა და პრეტენზიულები არიან. ისინი მუდმივად დაკავებულნი არიან ფანტაზიით საკუთარი განუზომელი წარმატების, ძალაუფლებისა და ინტელექტუალური ბრწყინვალების შესახებ. ისინი თვლიან, რომ განსაკუთრებულნი არიან, რის გამოც სხვებისგან ელიან თაყვანისცემას და განსაკუთრებულ პრივილიეგიებს. ისინი თვლიან, რომ საუკეთესოს ღირსნი არიან და ცდილობენ მაღალი სტატუსის მქონე ადამიანებთან დაკავშირებას. ისი ნი ექსპლუატაციას უწევენ ადამიანებს და ნაკლებად აინ ტერესებთ მათი განცდები. მათ შურთ სხვების ქონებისა და მიღწევების და ფიქრობენ, რომ სხვებსაც შურთ მათი. ისინი ქედმაღალნი არიან და სხვებს ზევიდან ქვევით უყურებენ.

C კლასტერის პიროვნული აშლილობები აცილებადა პიროვნების (შფოთვითი) აშლილობა

ICD 10 - ში უპირატესობა ენიჭება ტერმინს შფოთვიანი პიროვნება, ხოლო ტერმინი აცილებადი მის ერთერთ ალტერნატივას წარმოადგენს. მიდრეკილება დაძაბულობისაკენ კრიტერიუმად მხოლოდ ICD 10- შია შეტანილი. მოცემული აშლილობის მქონე ადამიანები მუდმივ დაძაბულობას განიცდიან. ისინი თავს დაუცველად გრძნობენ

და დაბალი თვითშეფასება აქვთ. ისინი თავს განიცდიან სოციალურად არასრულყოფილად, არამიმზიდველად და უუნაროდ. მათ მუდმივად აწუხებთ ის, რომ შეიძლება სხვების მიერ იყვნენ უარყოფილნი და გაკრიტიკებულნი; წუხან, რომ შეიძლება შერცხვნენ და სხვებმა დასცინონ მათ. ისინი სიფრთხილით ეკიდებიან ახალ გამოცდილებას და ერიდებიან ახალი კონტაქტების დამყარებას. ისინი ერიდებიან რისკს, საზოგადოებაში ყოფნისას უხერხულად გრძნობენ თავს და არ მონაწილეობენ სოციალურ აქტივობაში. ჰყავთ ცოტა ახლო მეგობარი, ახალ ინტიმურ სიტუაციებში შებოჭილნი არიან და მათ ინტიმურ ურთიერთობას ზღუდავს სირცხვილისა და დაცინვის შიში. შიზოიდური პიროვნების მქონე ადამიანებისგან განსხვავებით, ისინი არ არიან ემოციურად ცივი. მათ ნამდვილად დიდი სურვილი აქვთ დაამყარონ სოციალური ურთიერთობები, მაგრამ ვერ ახერხებენ ამის განხორციელებას.

ობსესიურ კომპულსური პიროვნული აშლილობა

(ტერმინი ობსესიურ კომპულსური პიროვნული აშლილობა DSM IV- ში გამოიყენება. ICD 10-ში გამოიყენება ტერმინი ანანკასტური აშლილობა). ამ აშლილობის მქონე ადამიანები ზედმეტად დიდ ყურადღებას უთმობენ დეტალებსა და წესებს, წესრიგსა და გეგმებს. მათ ახასიათებთ დამამუხრუჭებელი პერფექციონიზმი, რაც ჩვეულებრივ სამუშაოს ტვირთად აქცევს. მუშაობის პროცესში პიროვნების აზროვნება ტრივიალურ დეტალებით არის წარმართული. მას აკლია წარმოსახვა და ვერ ახერხებს შანსების გამოყენებას. აქვს მაღალი მორალური სტანდარტები, რაც გამოიხატება ჭარბ კეთილსინდისიერებასა და სკრუპულოზურობაში და შეფასებით დამოკიდებულებაში მოვლენების მიმართ. ამ თვისებების გამო ის ვერ ახერხებს სიამოვნების მიღებას. მას აკლია იუმორი და დისკომფორტს განიცდის ისეთი ქმედებისას, რომელიც სხვებისთვის სახალისო და სიამოვნების მომტანია. მისთვის ზედმეტად მნიშვნელოვანია სამუშაო პროცესის პროდუქტიულობა, რაც ურთიერთობების დათმობის ხარჯზე ხდება. ასეთ ადამიანებს უჭირთ შეგუება ახალ სიტუაციებთან. ისინი ხისტი და მოუქნელები არიან, არ უყვართ ცვლილებები და უპირატესობას ანიჭებენ უსაფრთხო და ნაცნობ რუტინულ საქმიანობას; ჯიუტები და დირექტიულები არიან და სურთ, რომ სხვებიც ემორჩილებოდნენ მათ წესებს. ასეთი ადამიანები უფერულები არიან. ზოგჯერ სიძუნწით გამოირჩევიან და არ უყვართ საჩუქრების მიღება და გაცემა; არ უყვართ ნივთების გადაგდება და ზოგჯერ ნივთებსა და ფულს იმარაგებენ ხოლმე. ისინი პედანტურები არიან და დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ სოციალურ ნორმებსა და პირობითობებს; ზედმეტად ფრთხილები არიან და ახასიათებთ ორჭოფობა; უჭირთ გადაწყვეტილების მიღება; უჭირთ სიტუაციის დადებითი და უარყოფითი მხარეების აწონა; გვიან იღებენ გადაწყვეტილებებს და ხშირად ითხოვენ რჩევას; ეშინიათ შეცდომების დაშვების და გადაწყვეტილების მიღების შემდეგ წუხან იმაზე, ხომ არ მიიღეს მცდარი გადაწყვეტილება.აქვთ ზემგრძნობელობა კრიტიკის მიმართ, რაც გამოიხატება იმაში, რომ მათ ზედმეტად მნიშვნელოვნად მიაჩნიათ სხვისი აზრი და ელიან, რომ ძალიან მკაცრად იქნებიან გაკრიტიკებულები. ასეთი ადამიანები ნაკლებად ამჟღავნებენ ემოციებს. მეორეა გამოუხატავი ბრაზისა და აღშფოთების განცდა. ის ხშირად მიმართულია იმ ადამიანებზე, რომლებიც ხელს უშლიან მათ რუტინულ ცხოვრებას. ასეთ განცდას შეიძლება თან ახლდეს აგრესიული შინაარსის აზრები და წარმოდგენები.

პასიურ - აგრესიული პიროვნული აშლილობა

ეს ტერმინი მიესადაგება პიროვნებას, რომელიც პასიური წინააღმდეგობის რეაქციას იძლევა მის მიმართ წაყენებულ მოთხოვნაზე ქცევის ადეკვატურობასთან დაკავშირებით. ასეთი რეაქციები გამოიხატება გასაკეთებელი საქმის გადადებაში, დროის ფლანგვაში, სიჯიუტეში, საქმის განზრახ უხარისხოდ შესრულებაში, განზრახ გულმავიწყობაში და თანამდებობის პირების უსაფუძვლო კრიტიკაში.

აფექტური პიროვნული აშლილობა

ზოგ ადამიანს აღენიშნება გუნება განწყობის რეგულაციის აშლილობა მთელი ცხოვრების მანძილზე. ისინი მუდმივად მძიმე გუნებაზე არიან (დეპრესიული პიროვნული აშლილობა) ან არაადეკვატურად აწეულ მდგომარეობაში იმყოფები ან (ჰიპერთიმიული პიროვნული აშლილობა). მესამე ჯგუფი მონაცვლეობს ამ ორ პოლუსს შორის (ციკლოიდური ან ციკლოთიმური პიროვნული აშლილობა).

დეპრესიული პიროვნული აშლილობის დროს აღინიშნება პერსისტენტული დაწეული გუნებგანწყობა, პესიმისტური დამოკიდებულება ცხოვრების მიმართ და ცუდის მოლოდინი. პიროვნება დარდობს თავისი პრობლემების გამო და ზედმეტად ნერვიულობს. ასეთ ადამიანებს ხშირად ახასიათებს მკვეთრად გამოხატული პასუხისმგებლობის გრძნობა. მათ ნაკლებად შეუძლიათ მიიღონ სიამოვნება და გამოთქვამენ უკმაყოფილებას საკუთარი ცხოვრებით. ზოგი ადვილად ღიზიანდება და მძიმე ხასიათი აქვს. **ჰიპოთიმური პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანები**, ჩვეულებრივ, მხიარულები და ოპტიმისტურები არიან, გამოირჩევიან ენერგიულობით. თუ მათ ეს თვისებები ზომიერად ახასიათებთ, ისინი ხშირად ეფექტურ და წარმატებულ ადამიანებად გვევლინებიან. თუ ეს თვისებები უკიდურესად იქნა გამოხატული, მაშინ ქვეითდება განსჯის უნარი, ასეთ პირებს, შეუძლიათ, უკრიტიკო და უსაფუძვლო გადაწყვეტილებების მიღება. მათი ჩვეული მხიარულება ხშირად იცვლება გაღიზიანების პერიოდებით, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც მათი მიზნები არ ხორციელდება. წარსულში, ამ ჯგუფში შემავალ ზედმეტად კრიტიკულ და მოკამათე ადამიანებს ფსევდოკვერულანტებს უწოდებდნენ. ციკლოიდური პიროვნული აშლილობის მქონე ადამიანები მერყეობენ უკიდურესად დეპრესიულ და ჰიპერთიმურ მდგომარეობებს შორის. გუნებგანწყობის ასეთი არასტაბილურობა ბევრად უფრო დამანგრეველია, ვიდრე რომელიმე პერსისტენტული მდგომარეობა. ასეთი აშლილობის მქონე ადამიანები პერიოდულად უკიდურესად მხიარული, აქტიური და პროდუქტიულები არიან. ასეთ დროს ისინი იღებენ დამატებით პასუხისმგებლობას სამუშაოსთან და სოციალურ ცხოვრებასთან დაკავშირებით. შემდეგ მათი გუნებგანწყობა იცვლება. ოპტიმიზმი იცვლება უარყოფითი, უიმედო დამოკიდებულებით ცხოვრების მიმართ. მათი ენერგიის დონე დაბლა იწევს. თუ აწეულ მდგომარეობაში ყოფნისას ისინი ხალისით იღებენ სხვადასხვა ვალდებულებებს, ახლა ყოველივე ეს მათთვის მძიმე ტვირთად იქცევა. ისინი იღებენ არასწორ გადწყვეტილებებს და უარს ამბობენ ისეთი შესაძლებლობების გამოყენებაზე, რომლებზეც, სხვა შემთხვევაში, უარს არ იტყოდნენ. საბოლოოდ ისინი უბრუნდებიან ნორმალურ გუნებგანწყობას ან აწეულ მდგომარეობას.

კითხვები:

1. რა არის ფსიქოლოგია?
2. რა არის პიროვნების ფსიქოლოგია?
3. ჩამოტვალეთ პიროვნების განვითარებას განაპირობებს ბიო-ფსიქო-სოციალური ასპექტები.
4. რა განაპირობებს გარემოს შემეცნებას?
5. ჩამოთვალეთ შემეცნებითი ფსიქიკური პროცესები.
6. რა გავლენას ახდენს ადამიანის ფუნქციონირების ხარისხზე ცნობიერების მდგომარეობა?
7. რა არის პიროვნება?
8. რა არის ,,მე“ს კონცეფცია?
9. რა არის სტრესის დაძლევის სტრატეგიები?
10. რა არის პიროვნული აშლილობა?
11. რა არის პარანოიდული პიროვნული აშლილობა?
12. რა არის შიზოიდური და შიზოტიპური პიროვნული აშლილობა?
13. დაახასიათეთ B კლასტერის პიროვნული აშლილობები?
14. რამდენი სახის პიროვნული აშლილობა არსებობს?

http://wwwlearn-marika.blogspot.com/
http://icode.ge/tag/%E1%83%90%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%9B%E1%83%98%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%98-%E1%83%93%E1%83%90-%E1%83%A4%E1%83%A1%E1%83%98%E1%83%A5%E1%83%9D%E1%83%9A%E1%83%9D%E1%83%92%E1%83%98%E1%83%90/

ინდივიდუალური თავისებურებების მიხედვით პაციენტის მდგომარეობის ამოცნობა

პაციენტებთან პრობლემის შესაფასებლად აუცილებელია გასათვალისწინებელი იქნეს სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობისთვის დამახასიათებელი შემდეგი ქცევითი, თუ დაავადებისთვის დამახასიათებელი თავისებურებები:

მოწესრიგებული, ქცევა და მეტყველება, ადექვატური მსჯელობა და სიტუაციის გააზრება **ნორმალურ,** სტაბილურ ფსიქიკურ მდგომარეობაზე მიუთითებს. მეხსიერების პრობლემები, ყურადღების კონცენტრაციის დაქვეითება , წარსული გამოცდილების გახსენების სირთულე, იმპულსურობა, ემოციების მართვის სირთულეები **თავის ქალის ტრავმა** გადატანილ პირებს ახასიათებთ.

გულყრითი განტვირთვები, წამიერი გათიშვები, საუბარში დეტალიზაციისკენ და დაწვრილმანებისკენ მიდრეკილება, საუბარში ასევე სტერეოტიპული და პერსევერაციული ჩართვები,ზედმეტი პედანტიზმი, ემოციების მართვის გაძნელება - **ეპილეფსიით** დაავადებულებისთვისაა დამახასიათებელი.

გონებრივი განვითარების ჩამორჩენის დროს - ვერ იგებენ ინსტრუქციას, სიტუაციის ადექვატური გააზრება უჭირთ. მათი ლექსიკა ღარიბია. სენსო მოტორული რეაქციები ხშირ შემთხვევაში შენელებული. კოგნიტური რესურსი მცირე. უჭირთ მარტივი ამოცანების შესრულება საზრიანობაზე. ვერ იგებენ მარტივ ლოგიკურ კავშირებს, მიზეზ შედეგობრივ მიმართებებს. უჭირტ არითმეტიკული ოპერაციების შესრულება. თვითმოვლა უჭირთ.

შიზოფრენიით დაავადებული პირები - (ხშირ შემთხვებში) იგნორირებას უკეთებენ ინსტრუქციას, ჩანს სტერეოტიპულობა, სიმბოლოს რეალური შინაარსიდან მოწყვეტა, ატიპიურობა, სიტყვას ხმარობენ შინაარსობრივად სრულიად განსხვავებული, ატიპიური დანიშნულებით. ხშირია არაადექვატური ჩაცინებები, ქმედებები. ადგილი აქვს რეალობიდან განსვლას. გვხვდება აღქმის დარღვევები (ჰალუცინაციები), აბსურდული მსჯელობები, ბოდვითი ინტერპრეტაციები. უჭირთ თვითმოვლა, ნებელობითი აქტივობების გამოვლენა, გარემოს ადექვატურად ვერ აღიქვამენ და ვერ იაზრებენ, ინტერესთა წრე ვიწროა, აქვთ უნდობლობა, ეჭვები გარშემო მყოფთა მიმართ. უყვართ განმარტოება. უჭირთ სოციალური კონტაქტები. მათი ინტელექტუალური განვითარება მოზაიკურ ხასიათს ატარებს. (შეიძლება რთულ ამოცანას კარგად გაართვან თავი, მარტივი სიტუაცია კი ვერ გაიაზრონ).

თავის ქალის ორგანული დაავადებების დროს - გვხვდება მეხსიერების და ყურადრების დაქვეითება, ინტელექტუალური და ემოციური დარღვევები, რაც გამოიხატება ინსტრუქციის გაგების სირთულეში, აბსტრაგირების უნარი გაძნელებულია.

დეპრესიის დროს გვხვდება ჰიპოქონდრიული ჩივილები, ასტენიზაცია, სომატური ცივილები. ინტერესთა წრე დაქვეითებულია. ლექსიკა ერთფეროვანი და მცირეა. გაურბის კონტაქტებს, ჩნდება სუიციდური აზრების, ხშირია უძილობა, ყველაფრის მიმართ განურჩეველი დამოკიდებულება. აქვთ ბრალეულობის განცდები.

ნევროზით დაავადებულთა შემთხვევაში- მომატებულია შფოთვა, კონფლიქტურობა, დაძაბულობის განცდები შინაგანი კონფლიქტების გამო. სიტუაციების თავისებური დრამატიზებული აღქმიდან გამომდინარე შინაგანი განცდების ინტერპრეტაციები იჩენს თავს. მეხსიერების კოეფიციენტი ნორმაზე დაბალია. ადგილი აქვს თვითკრიტიკას. ისტერიული ნევროზის დროს იკვეთება ყურადრების მიქცევის ტენდენციები.

პერსონოლოგიური აშლილობის დროს- ხშირია ნეგატივიზმი, ინსტრუქციის, მიმართვის საწინააღმდეგოდ მოქმედება, ჩანს მანიპულირების ტენდენციები. სტანდარტულობის დონე ხშირად ირღვევა . ხშირია გვერდითი ასოციაციები, სადაც ფიგურირებს გამოსაკვლევი პირის

პერსონა. ჩანს დემონსტრატიულობის ნიშნები. ეგოცენტრიზმი. ასევე ხშირად ახდენენ ცოდნის და განათლების დემონსტრირებას.

ასთენიის დროს მეტყველების ტემპი შენელებულია . სენსო - მოტორული რეაქციების ტემპი შენელებულია, ჩანს ყურადღების განლევადობა, ასევე დაქვეითებულია ვერბალური პროდუქტიულობის ხარისხი.

ობსესიურ კომპულსიური აშლილობა საკუთარი ნების გარეშე აღმოცენებული მტანჯველი აკვაიტებული აზრები, რომლებიც თავისი შინაარსით ძალიან სხვადასხვანაირია, აკვიატებული ეჭვები, რომელსაც ადამიანი თავს ვერ აღწევს. და შემდგომ ამ აზრების გასანეიტრალებელი აკვიატებული, აზრს მოკლებული რიტუალური ქცევები და მოქმედებები.

ხანდაზმული ადამიანებისთვის ნიშანდობრივია ფიზიკური სისუსტე და ფიზიკური ჯანმრთელობის პრობლემები. სენსორული პრობლემები (სმენის დაქვეითება), მეხსიერების და კოგნიტური ფუნქციების დაქვეითება, სოციალური იზოლაციით გამოწვეული პრობლემები. გვხვდება სხვადასხვა ფსიქიკური აშლილობა (დემენცია, დეპრესია, შფოთვითი აშლილობა, სხვადსხვა ფსიქოზური სიმპტომატიკა).

დემენცია - (შეძენილი ჭკუასუსტობა) შესაძლოა განვითარდეს სხვადასხვა ფსიქოზური დაავადების საფუძველზე (შიზოფრენია, ეპილეფსია, მოხუცებულობითი ფსიქოზი, ალცჰეიმერის და პიკის დაავადება, თავის ტვინის ორგანული დაზიანება). სახეზეა არაადექვატეური ქცევები, დეზორიენტაცია ადგილში, დროში, გარემოში. მეხსიერების მკვეთრი დაქვეითება. ვერ სცნობენ ოჯახის წევრებს, არ იცის რამდენი წლისაა, სად ცხოვრობს). სახეზეა სააზროვნო პროცესების მკვეთრი დაქვეითება. ეს ადამიანები მუდმივ მეთვალყურეობას და ზრუნვას საჭიროებენ.

ფსიქოლოგის მუშაობა გულისხმობს კლიენტის ინდივიდუალურ კონსულტაციას, ფსიქოდიაგნოსტიკურ კვლევას ფსიქოდიაგნოსტიკური ტესტების გამოყენებით, კლიენტთან მუშაობის ინდივიდუალური გეგმის შედგენას, რომელშიც შეფასებული იქნება კლიენტის ხასიათობრივი თავისებურებები, რისკ-ფაქტორები და დამცავი ფაქტორები. შემდგომში ხდება მუშაობის სტრატეგიების გაწერა, მოკლევადიანი და გრძელვადიანი მიზნების და სამუშაო სტრატეგიების განსაზღვრა.

ფსიქოლოგმა უნდა განსაზღვროს თითოეული ფსიქოტერაპიული სესიის მიზანი. მუშაობის სტრატეგიები დაფუძნებულია მეცნიერულ თეორიებზე და ამის მიხედვით განისაზღვრება მკურნალობის მიმართულებები, და ის ფსიქოთერაპიული ტექნიკები, რომელსაც ფსიქოთერაპევტი იყენებს ინდივიდუალური, თუ ჯგუფური მუშაობის დროს.

ფსიქოტერაპიული ჯგუფები შეიძლება იყოს დიდი და მცირე, ღია და დახურული. ინდივიდუალურ და ჯგუფურ მუშაობასთან ერთად არსებობს წყვილთა თერაპია, ოჯახური თერაპია.

ფსიქოთერაპიული სესია არის სამკურნალო პროცესი, როდესაც ფსიქოლოგი ან ფსიქოთერაპეტი ზემოქმედებს კლიენტის (პაციენტის), ან ჯგუფის წევრების ფსიქიკაზე გარკვეული ფსიქოთერაპიული მიდგომით. ფსიქოთერაპიის ამოცანაა პიროვნებამ დამოკიდებულება შეიცვალოს ავადმყოფური სიმპტომატიკის მიმართ და შეძლოს მისი ავადმყოფური განცდების მიზეზების გაცნობიერების საფუძველზე გადალახოს სულიერი კრიზისი.

მულტიდისციპლინარული გუნდი და შემთხვევის მართვა

ფსიქიკური ჯანმრთელობის ცენტრებში მუშაობს მულტიდისციპლინარული გუნდი, რომელშიც არის ექიმი ფსიქიატრი, კლინიკური ფსიქოლოგი, ფსიქოთერაპევტი (სამედიცინო ან ფსიქოლოგიური განათლებით), ექიმი ნევროლოგი, სოციალური მუშაკი, მედდა.

შემთხვევის მართვა ევალება სერვისის მუშაკს (ქეის მენეჯერს). ქეის მენეჯერი შეიძლება იყოს მულტიდისციპლინარული გუნდის ნებისმიერი წევრი. იგი აწარმოებს პირველად კონსულტირებას კლიენტთან, ადგენს პაციენტისთვის ინტერვენციის გეგმას და უზრუნველყოფს სერვისში მონაწილე სპეციალისტებთან კლიენტის შეხვედრას და ასევე, ახდენს მუშაობის კოორდინირებას. იგი თავაზობს მომხმარებელს (პაციენტს, კლიენტს) სხვადასხვა სერვისებს და საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყოფს მის რეფერირებას (გადამისამართებას) ჯანმრთელობის სხვა ცენტრში.

კითხვები:

1. რა ახასიათებთ თავის ქალის ტრავმა გადატანილ პირებს?

2. რა არის დამახასიათებელი ეპილეფსიით დაავადებულებისთვის?

3.რა არის სახეზე გონებრივი განვითარების ჩამორჩენის დროს?

4.როგორ გამოიყურებიან შიზოფრენიით დაავადებული პირები?

5. რა გვხვდება თავის ქალის ორგანული დაავადებების დროს?

6. რა არის დამახასიათებელი დეპრესიის დროს?

7. რა სიმპტომებია ნევროზით დაავადებულთა შემთხვევაში?

8. რა გვხვდება პერსონოლოგიური აშლილობის დროს?

9. რა დროს არის მეტყველების ტემპი შენელებული?

10. რა არის ობსესიურ კომპულსიური აშლილობა?

11.რა არის დამახასიათებელი ნიშანდობლივად ხანდაზმული ადამიანებისთვის?

12. რა დროს შეიძლება განვითარდეს დემენცია და რა არის ის?

13. რას გულისხმობს ფსიქოლოგის მუშაობა?

http://www.mkurnali.ge/fsiqonevrologia/nevrologia/3413-depresia-da-fsiqikuri-ashliloba.html

http://old.aversi.ge/main_jurnal.php?lang=geo&id=2684&cat_id=2

http://psnews.ge/index.php?m=68&news_id=12990

კონფლიქტურ სიტუაციებში დროული რეაგირება და საკუთარი თავის დაცვა სხეულებრივი და მენტალური პრობლემებისაგან

ტერმინოლოგია მაქსიმალურად დელიკატურები უნდა ვიყოთ ტერმინოლოგიის გამოყენებისას, მაგ ფსიქოპათიური პიროვნება, უმწიფარი ფსიქიკის მქონე პიროვნება და ა. შ. ეს დისკრიმინაციული ტერმინებია და შესაძლოა იყოს აღქმული როგორც დამამცირებელი პაციენტისთვის და აქ სამედიცინო დარგის მუშაკს დიდი სიფრთხილე მართებს დიაგნოზის ტერმინოლოგიის გამოყენების კუთხით.

ეტიოლოგია

ზოგადი საკითხები

პიროვნული აშლილობის მიზეზები უცნობია. თანამედროვე შეხედულებებით ამ პრობლემის შესწავლისას მნიშვნელობა ენიჭება ბიო-ფსიქო-სოციალური ასპექტით პრობლემის განხილვას.

კომუნიკაციის სახეები, ეფექტური კომუნიკაცია.

ადამიანის ნებისმიერი აქტივობა არის კომუნიკაცია, ის არის სხვა ადამიანებთან დაკავშირების პირობა. ეს არის ინფორმაციის, იდეების გაცვლა ადამიანებს შორის. არსებობს სხვადასხვა სახის კომინიკაცია ვერბალური და არავერბალური. კონგრუენტული და არაკონგრუენტული.

ვერბალური კომუნიკაციის დროს ვიყენებთ სიტყვებს, არავერბალურის დროს კი სხეულის ენას, ჟესტებს, სახის გამომეტყველებას. ვერბალურ კომუნიკაციას თან ახლავს არავერბალური, ჟესტური გამომსახველობა.

კონგრუენტულია კომუნიკაცია, როცა ვერბალური გამონათქვამები თანხვედრაშია ერთმანეთთან. ეს ზრდის სანდოობას, მიმღებლობას.

ინკონგრუენტულია კომუნიკაცია როცა ვერბალური და ჟესტური კომუნიკაციის პატერნები თანხვედრაში არაა ერმანეთთან.

რა განსაზღვრავს კომუნიკაციის წარმატება წარუმატებლობას? კომუნიკაცია არის უკუკავშირთა ციკლი. კომუნკაცია მაშინ არის წარმატებული, როდესაც მას გააჩნია მიზანი და პიროვნება კომუნიკაციის პროცესში ამ მიზანს აღწევს. (იმ შემთხვევაშიც კი, თუ ეს არ არის გაცნობიერებული პიროვნების მიერ). კომუნიკაცია წარმატებულია, როდესაც მიმღები იღებს იმ ინფორმაციას, რა გზავნილიც იყო. კომუნიკატორის ნათქვამი თანხვედრაშია მიმღების შთაბეჭდილებასთან.

კომუნიკაცია, როგორც პროცესი რამდენიმე ეტაპისაგან შედგება:

1. კონტაქტის დამყარება,
2. ინფორმაციის გაცვლა,
3. ალტერნატივების მოძიება,
4. გადაწყვატილების მიღება,
5. კომუნიკაციის დასასრული.

კომუნიკაციის პროცესში მნიშვნელოვანი კომპონენტებია:

1. კომუნიკატორი (გამგზავნი), კომუნიკაციის პროცესში შეტყობინების გადამცემი, იდეის გენერატორი პირი.
2. შეტყობინება-კომუნიკატორის მიერ მიმღებისათვის გადაცემული ინფორმაცია, რომელიც კოდირების შედეგად წარმოიქმნება.
3. კოდირება-საკომუნიკაციო შეტყობოინებისათვის სიმბოლური სახის მიცემა, ანუ დაშიფვრა (ვერბალური და არავერბალური სიმბოლოებით).
4. გადაცემის არხი (ზეპირი, წერილობითი, არავერბალური).
5. დეკოდირება(მიმღების მიერ ინფორმაციის მირება, გაშიფვრა).
6. რეციპიენტი (ინფორმაციის მიმღები).
7. უკუკავშირი- მიღებულ შეტყობინებაზე მიმღების პასუხი.

აქტიური მოსმენა (შეკითხვის დასმის ტექნიკა და უკუკავშირი)

1. დაეხმარეთ თქვენს მოსაუბრეს კომფორტულად იგრძნოს თავი, გამოიჩინეთ ემპათია.
2. აგრძნობინეთ, რომ უსმენთ მას.
3. საუბარი დაიწყეთ პოზიტიური ინფორმაციით.
4. იყავით ბუნებრივი.
5. იყავით გულწრფელი.
6. აკონტროლეთ ხმის ინტონაცია.
7. თანაგრძნობა, პატივისცემა გამოიჩინეთ მოსაუბრის მიმართ.
8. იყავით მომთმენი.
9. იყავით თავშეკავებულნი, მიმართეთ ადამიანებ სახელით.
10. არ დაუშვათ კამათი და კრიტიკა.
11. დასვით კითხვები.
12. გამოიჩინეთ ინტერესი მზერით, გაღიმებით, თავის დაქნევით, პერიფრაზირებით.

რა უშლის ხელს ეფექტურ კომუნიკაციას

განსხვავებები აღქმაში (შეიძლება ერთი და იგივე სიტუაცია სხვადასხვა ადამიანმა სხვადასხვანაირად აღიქვას).

ფილტრაცია , შერჩევითი აღქმა.

ყურადღების გაფანტულობა.

ინტერესის უქონლობა.

არასწორი ინტერპრეტაციები

დროის დეფიციტი

ემოციური განწყობა

ინფორმაციით გადატვირთულობა,

აუხსნელი დაშვებები

შეგუების პერიოდი უნდობლობა, წანასწარი შეფასებები

შიში.

კონფლიქტი. კონფლიქტის გადაჭრის ალტერნატიული გზები

კონფლიქტი არის ურთიერთმიმართება ორ ან მეტ მხარეს (პიროვნებას ან ჯგუფს შორის), რომელთაც აქვთ (ან ფიქრობენ რომ აქვთ) არაშეთავსებადი მიზნები, ინტერესები, მისწრაფებები და ხდება ამ პარამეტრების შეჯახება. ეს გარეგანი კონფლიქტის განმარტებაა. ასევე არსებობს შინაგანი კონფლიქტი, როდესაც ადამიანს აქვს ორი საპირისპირო განცდა. თავის თავთან წინააღმდეგობაშია.

კონსტრუქციული კონფლიქტი როდესაც ორივე მხარე აცნობიერებს, რომ მიუხედავად მათი პოზიციების წინააღმდეგობრივი ხასიათისა, მზად არიან კომპრომისისთვის.

დესტრუქციული კონფლიქტი როცა მხარეები ორიენტირებული არიან შეჯიბრზე, ახდენენ შექმნილი ვითარების ექსკალაციას, მიზნის მიღწევა უნდათ მეორე მხარის ინტერესების ხარჯზე.

კონფლიქტურ სიტუაციაში ქცევითი სტრატეგიები:

1. განრიდება (იგნორირება, თავის არიდება, სწრაფვა კონფლიქტური სიტუაციიდან გასვლისკენ კონფლიქტის მიზეზების მოსპობის გარეშე).
2. კონკურენცია (ბრძოლა საკუთარი პოზიციის შეუპოვარი დაცვისკენ).
3. დათმობა (შემგუებლობა, საკუთარი პოზიციის შეცვლა, ქცევის გადაწყობა, წინააღმდეგობის შერბილება ზოგჯერ საკუთარი ინტერესების ხარჯზე.
4. კომპრომისი (აზრთა სხვადასხვაობის რეგულირება ურთიერთდათმობებით).
5. თანამშრომლობა (ისეთი გადაწყვეტილების გამოტანა, რომელიც აკმაყოფილებს ორივე მხარის ინტერესებს. ეს პროცესი ხანგძლივია და შედგება რამდენიმე ეტაპისაგან)

კონფლიქტის მოგვარების ალტერნატიული სტრატეგიები (გზები):

1. თანამშრომლობის ატმოსფეროს შექმნა, მედიატორის ჩარტვა კონფლიქტის მოგვარებაში).

2. სწრაფვა ურთიერთობის გარკვევისკენ,
3. კონფლიქტის არსებობის აღიარება,
4. მოლაპარაკება პროცედურის შესახებ,
5. კონფლიქტის პრობლემის ფორმულირება,
6. გადაწყვეტილების შესაძლო ვარიანტების გარკვევა და თანხმობის მირწევა,
7. გადაწყვეტილების ბოლო ვადის დადგენა,
8. კონფლიქტის დასარეგულირებელი რონისძიებებისადმი რაც სეიძლება სწრაფად მიმართვა,
9. მიღებული გადაწყვეტილებების შეფასება. (კონფლიქტის დარეგულირების შემდეგ რაიმე საბუთის (ოქმი, რეზოლუცია) შედგენა, რომელიც განამტკიცებს მხარეთა შეთანხმებას.

კითხვები:
1.ჩამოთვალეთ კომუნიკაციის სახეები,
2. რამდენიმე ეტაპისაგან შედგება კომუნიკაცია, როგორც პროცესი?
3.რა არის აქტიური მოსმენა?
4. დაახასიათეთ შეკითხვის დასმის ტექნიკა და უკუკავშირი.
5. რა უშლის ხელს ეფექტურ კომუნიკაციას?
6. რა არის კონფლიქტის გადაჭრის ალტერნატიული გზები?
7. ჩამოთვალეთ კონფლიქტურ სიტუაციაში ქცევითი სტრატეგიები.
8. ჩამოთვალეთ კონფლიქტის მოგვარების ალტერნატიული სტრატეგიები (გზები).გამოყენებული ლიტერატურა:

1. რიჩარდ გერიგი, ფილიპ ზიმბარდო ..ფსიქოლოგია და ცხოვრება“(სოც მეცნიერებათა ცენტრი. თბილისის უნივერსიტეტის გამომცემლობა. 2009).
2. მაიკლ გელდერი, პოლ ჰარისტონი, პილიპ ქოუენი ,,ოქსფორდის მოკლე სახელმძღვანელო ფსიქიატრიაში“. ფონდი გლობალური ინციატივა ფსიქიატრიაში. თბ. 2012წ.
3. ი. ამინოვი, ნ. ერიაშვილი ,,საქმიანი ურთიერთობის ფსიქოლოგია“.(სამართლიანი საქართველო. 2009).
4. რედაქტორი ი. იმედაძე. ,,ფსიქოლოგიის საფუძვლები“.(გამომც. ,,მწიგნობარი. 2008).
5. ოქსფორდის ფსიქოლოგიური ენციკლოპედია.
6. Barrlow, D H. Durand V.M (2012) Abnormal Psychology: an integrative approach, 6 th ed, Wadsworth Cengage Learning, USA.

http://www.mkurnali.ge/fsiqonevrologia/nevrologia/3413-depresia-da-fsiqikuri-ashliloba.html

http://old.aversi.ge/main_jurnal.php?lang=geo&id=2684&cat_id=2

http://psnews.ge/index.php?m=68&news_id=12990

საკუთარი ემოციური გონიერების კომპეტენციის გაცნობა

ამერიკელმა ფსიქოლოგმა დანიელ გოლმანმა (Goleman, 1946-) ჩამოაყალიბა თეორია ემოციური ინტელექტის შესახებ, რომელიც არის ადამიანის უნარი, გაერკვეს საკუთარ გრძნობებში, გამოხატოს სხვის მიმართ ემპათია და მოახდინოს ემოციების ეფექტური რეგულირება/მართვა. საინტერესოა, რომ ემოციური ინტელექტის დონე/ხარისხი არ დგინდება გონებრივი ინტელექტის საზომი ტესტებით. ამ თეორიის მიხედვით, ადამიანის წარმატების წინასწარმეტყველებისათვის უფრო მნიშვნელოვანია მაღალი დონის ემოციური ინტელექტის ქონა, ვიდრე მაღალი დონის ზოგადი ინტელექტისა. განასხვავებენ ემოციური ინტელექტის ხუთ ძირითად უნარს: თვითშემეცნება, თვითრეგულაცია, მოტივაცია, ემპათია და სოციალური უნარ-ჩვევები.

თვითშემეცნების დროს ადამიანი აცნობიერებს საკუთარ განცდებს, რაც მას ეხმარება გადაწყვეტილების მიღებასა და საკუთარი შესაძლებლობების სწორად შეფასებაში. თვითრეგულაცია გულისხმობს ადამიანის მიერ საკუთარი ემოციების მართვის უნარს, რაც მოიცავს სტრესული სიტუაციების დაძლევას, იმედგაცრუების და მარცხის გადატანას. მოტივაცია გულისხმობს მიზნის მისაღწევად ინიციატივის საკუთარ თავზე აღების უნარს. ემპათია ანუ თანაგანცდა ნიშნავს სხვა ადამიანების გრძნობების გაგების უნარს. ამ ემოციურ უნარს სხვანაირად „ადამიანური ურთიერთობის“ უნარსაც უწოდებენ. ეს არის სხვა ადამიანების თანაგრძნობასა და ემოციების გაგებაზე დამყარებული ურთიერთობის უნარი, რომელიც მჟღავნდება სხვების მიმართ კეთილგანწყობასა და სოციალური სიტუაციების სწორ შეფასებაში. მკვლევარები ფიქრობენ, რომ ემოციური კომუნიკაციის 90% არავერბალურია. სხვა ემოციური უნარების მსგავსად, ემპათია არის შინაგანი თვისება, რომელიც ყალიბდება გამოცდილებით. ჩვილი ბავშვები 3 წლის ასაკში განიცდიან ემპათიას, როცა ისინი გამოხატავენ წუხილს სხვა ბავშვის ტირილზე. უფრო პატარა ასაკშიც კი ბავშვები იმიტაციის საშუალებით სწავლობენ რეაქციის გამოხატვას სხვა ადამიანის მწუხარებაზე. თუმცა ამ უნარის განვითარებისთვის საჭიროა უფროსებმა შეამჩნიონ და ხელი შეუწყონ მათი ემოციების განმტკიცებას.

სოციალური უნარ-ჩვევები, თავის მხრივ, მოიცავს: (1) ურთიერთობის წარმართვისა და სოციალური სიტუაციების ზუსტი აღქმის უნარს; (2) ურთიერთობის დროს ზომიერების

დაცვას; (3) სხვების ადვილად დაყოლიების, ლიდერობის, მოლაპარაკებებისა და დისკუსიების წარმართვის უნარს და (4) ურთიერთთანამშრომლობისა და გუნდური მუშაობის საფუძველზე პრობლემების გადაჭრის უნარს. განსაკუთებით მნიშვნელოვანია ემოციური ინტელექტის უნარ-ჩვევების განვითარება სკოლაში. სკოლას შეუძლია მოახდინოს „ემოციური განათლების" პროგრამის დანერგვა. ეს პროგრამა ასწავლის მოსწავლეებს სიბრაზით, იმედგაცრუებით და მარტოობით გამოწვეული ემოციების მართვას. განათლების სპეციალისტები მიუთითებენ ამგვარი უნარ-ჩვევების განვითარების დიდ მნიშვნელობაზე, რადგან მოსწავლეები, რომლებიც დეპრესიაში ან გაბრაზებულნი არიან და კონფლიქტები აქვთ თანატოლებთან, ვერ შესძლებენ სწავლაში წარმატების მიღწევას.

ემოციონალური გონიერების 5 განზომილება

თვითშემეცნება

- იცოდე საკუთარი განწყობა და ის, თუ რას გრძნობ მასთან მიმართებაში
- იცოდე საკუთარი ემოციონალური ძლიერი და სუსტი მხარეები
- იცოდე გრძნობების გამომხატველი სიტყვები
- იცოდე რისი გაკეთება შეგიძლია შენს გრძნობებთან მიმართებაში

უნარი გაერკვე საკუთარ განწყობასა და ემოციებში, სახელი დაარქვა მათ და გესმოდეს რა ზეგავლენა შეიძლება ამან მოახდინოს სხვებზე

- თვითრწმენა
- რეალისტური თვითშეფასება
- ჯანსაღი იუმორის გრძნობა საკუთარი თავის მიმართ

თვითრეგულაცია

- იცოდე როგორ გაუმკლავდე შენს გრძნობე
- იცოდე როგორ დაამშვიდო საკუთარი თავი
- იცოდე იმპულსების კონტროლი
- იცოდე როგორ შეინარჩუნო სიმშვიდე გარეგანი ზეწოლის დროს
- იცოდე როგორ იყო მოქნილი

უნარი აკონტროლო ან გარდაქმნა ნეგატიური ომპულსები და განწყობა. უნარი ჯერ იფიქრო და მერე იმოქმედო.

- მაღალი ნდობის ხარისხი (სანდოობა)
- ცვლილებებისადმი მზაობა და გახსნილობა

შინაგანი მოტივაცია

- შეგეძლოს დაისახო მიზნები და მიაღწიო ამ მიზნებს
- შეგეძლოს დაისახო პატარა ნაბიჯები დიდი მიზნის მისაღწევად
- შეგეძლოს იმუშაო ფრუსტრაციის (იმედგაცრუების) მიუხედავად
- შეგეძლოს ფინიშამდე მისვლა და საქმის დასრულება

უნარი, აკეთი საქმე მიუხედავად ფინანსური/მატერიალური ანაზღაურებისა და სტატუსისა. უნარი მიზნის მისაღწევად საჭირო ენერგიის გამომუშავებისა.

- მიზანსწრაფულობა
- ოპტიმიზმი მარცხის შემთხვევაშიც კი
- ორგანიზაციის მიზნების ერთგულება

ემპათია

- შეგეძლოს წაიკითხო და გაიგო სხვა ადამიანების გრძნობები
- შეგეძლოს სხეულის ენის კითხვა
- შეგეძლოს სხვისი თვალთახედვის გაგება-მიღება
- გქონდეს სურვილი დაეხმარო მათ ვისაც სტკივა და უჭირს.

უნარი, აკეთი საქმე მიუხედავად ფინანსური/მატერიალური ანაზღაურებისა და სტატუსისა. უნარი მიზნის მისაღწევად საჭირო ენერგიის გამომუშავებისა.
- მიზანსწრაფულობა
- ოპტიმიზმი მარცხის შემთხვევაშიც კი
- ორგანიზაციის მიზნების ერთგულება

სოციალური უნარები

- შეგეძლოს ადამიანებთან საერთო ენის გამონახვა
- შეგეძლოს ჯგუფებში და გუნდებში ეფექტური მუშაობა
- შეგეძლოს მეგობრების გაჩენა და შენარჩუნება
- შეგეძლოს კონფლიქტების და პრობლემების გადაჭრა
- შეგეძლოს სათანადო ურთიერთქმედება სხვადასხვა ადამიანებთან სხავადსხვა სიტუაციებში

ურთიერთობების მართვის უნარი. ქსელური ურთიერთობების შექმნის უნარი. საერთო ენის გამონახვის და რაპორტის დამყარების უნარი.

- ცვლილებების მართვაში ეფექტურობა
- ლიდერობა
- დარწმუნების უნარი
- გუნდის შექმნის და მართვის უნარი

ემოციური ინტელექტი

ემოციურ ინტელექტს სულ უფრო მეტი ყურადღება ექცევა ორგანიზაციებში. ის ისეთივე მნიშვნელოვანია, როგორც საქმის შესრულებისათვის საჭირო უნარები და ცოდნა. ემოციური ინტელექტი, ძირითადად, ნიშნავს ემოციების შეცნობას და მართვას. როგორ ამოვიცნოთ ემოციური ინტელექტის მქონე ადამიანი?

1. ისინი კარგად იცნობენ საკუთარ თავს - მათ ესმით თავიანთი ემოციების, საიდან წარმოიქმნა ისინი და არ აძლევენ ემოციებს საკუთარი თავის მართვის უფლებას. მათ ძალიან კარგად იციან თავიანთი ძლიერი და სუსტი მხარეები, ასევე მშვიდად და სიამოვნებით ისმენენ კრიტიკას.

2. ემოციების მართვა - მათ შეუძლიათ აკონტროლონ ემოციები, არ გამოიტანონ სააშკარაოზე. ჯერ ფიქრობენ და შემდეგ მოქმედებენ. ამით მათი ყოველი ნაბიჯი, გადაწყვეტილება გაცილებით გააზრებული და ხარისხიანია. ეს თვისება ასევე საშუალებას აძლევს მათ, სტრესულ სიტუაციებში იმუშაონ კარგად და არ დაიბნენ.

3. მოტივაცია - ისინი უმეტესად მოტივირებულები არიან, კარგად აქვთ განსაზღვრული, რა სურთ და იღვწიან მიზნების მისაღწევად.

4. თანაგრძნობა - არიან კარგი მსმენელები, ცდილობენ სხვების მდგომარეობაში შესვლას, ხვდებიან, რას გრძნობენ და განიცდიან ისინი, აძლევენ რჩევებს და ამხნევებენ მათ.

5. სოციალური უნარები - არიან გუნდის კარგი მოთამაშეები, უყვართ სხვების დახმარება.

ასეთი ადამიანები ორგანიზაციისთვის დიდ ღირებულებას ქმნიან. ისინი ინარჩუნებენ მდგრადობას ყველაზე რთულ მომენტებში, კარგად ესმით თანამშრომლების, ეხერხებათ მათი მართვა და მათთან მუშაობა. ამიტომ გირჩევთ, ყურადღება მიაქციოთ ამ უნარს თანამშრომლების აყვანისას.

Source: განმარტებითი ლექსიკონი/ეროვნ. სასწ. გეგმებისა და შეფასების ცენტრი. - [თბ., 2008]. - 20სმ. [MFN: 76027] ნაწ. 2: განათლების სპეციალისტებისათვის / [წიგნზე მუშაობდნენ: სიმონ ჯანაშია და სხვ.]. - [2008]. - 56გვ.. - ბიბლიოგრ.: გვ. 54-56. - ISBN: 978-9941-0-0541-1 (ყველა ნაწ.), ISBN: 978-9941-0-0542-8 (ნაწ. 2) : [ფ.ა.][MFN: 95118

კითხვები:

1. რა არის ემოციური გონიერება?
2. ჩამოთვალეთ ემოციონალური გონიერების 5 განზომილება.
3. რაში გამოიხატება თვითშემეცნების უნარი?
4. რა არის თვითრეგულაცია?
5. რით გამოიხატება შინაგანი მოტივაცია?
6. რა უნარია ემპათია?
7. დაახასიათეთ სოციალური უნარები?

ბიოეთიკისა და დეონტოლოგიის პრინციპები

ამ თავში გაეცნობით ეთიკის, ბიოეთიკისა და დეონტოლოგიის ძირითად საკითხებს. პაციენტის უფლებების დაცვის ძირითად პრინციპებს.

ეთიკის, ბიოეთიკისა და დეონტოლოგიის ძირითადი საკითხების განმარტება

ეთიკა ფრანგული სიტყვაა და ქცევის მანერას ნიშნავს. არსებობს მისი სხვადასხვა სახეობა: დიპლომატიური, სამხედრო, სამოქალაქო, სამედიცინო, სამეფო და ა.შ. კორექტულ მოქცევას ნებისმიერ საზოგადოებაში, მითუმეტეს რთულ და დაძაბულ ვითარებაში ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს. ქცევის მანერები ჩვენი შინაგანი კულტურის, ზნეობრივი და ინტელექტუალური ღირებულების სარკეა. ის აიოლებს კავშირების დამყარებას, ხელს უწყობს ურთიერთგაგების მიღწევას, განაპირობებს მტკიცე ურთიერთობების ჩამოყალიბებას.

სამედიცინო და ბიოლოგიური ეთიკის ჩამოყალიბება და განვითარება დაკავშირებულია ბოლო დროს ადამიანის უფლებათა მიმართ მკვეთრად გაზრდილ ყურადღებასთან. ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიების დანერგვამ წარმოაჩინა მრავალი პრობლემა, რომლებიც გადაჭრას მოითხოვს როგორც სამართლის, ისე მორალის თვალთახედვით. პირველი სამედიცინო ეთიკური კოდექსი შექმნა ჰიპოკრატემ. მისი მოწოდება იყო დაკვირვება რეალურ სამყაროზე.

საქართველოში დღეს მოქმედი სამართლებრივი და ეთიკური ხასიათის დოკუმენტები, რომლებიც სამედიცინო პერსონალსა და პაციენტს შორის ურთიერთობას არეგულირებს ეფუძნება საყოველთაოდ აღიარებულ ეთიკურ პრინციპებს, რომლებიც თანამედროვე სამედიცინო ეთიკის პრინციპებად არის ცნობილი.

ეს პრინციპებია:

- პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა;
- სარგებლიანობა;
- ზიანის მიუყენებლობა;
- სამართლიანობა.

- **პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა**: გულისხმობს პაციენტის შეხედულებებისა და მისი გადაწყვეტილების, არჩევანის პატივისცემას, პაციენტის მხარდაჭერას გააზრებული, გაცნობიერებული და თავისუფალი გადაწყვეტილების მიღებაში. ერთი მხრივ, სამედიცინო პერსონალი პატივს ცემს და ითვალისწინებს პაციენტის აზრს, ხოლო მეორე მხრივ ეხმარება მას მიიღოს გაცნობიერებული გადაწყვეტილება, რისთვისაც პაციენტს აწვდის ობიექტურ, გასაგებ და დროულ ინფორმაციას. პაციენტის ავტონომიის პატივისცემაში მოიაზრება სამედიცინო პერსონალის მიერ პაციენტის შესახებ მოძიებული ინფორმაციის კონფიდენციალურად დაცვის აუცილებლობაც.
- **სარგებლიანობა**: გულისხმობს პაციენტის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის მაქსიმალურად სასარგებლო გადაწყვეტილების მიღებას; პაციენტისათვის მიცემული ნებისმიერ რჩევის, ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის უპირველესი მიზანი უნდა იყოს პაციენტისათვის სარგებლობის მოტანა (იგულისხმება პაციენტის სიცოცხლე და ჯანმრთელობა).
- **ზიანის მიუყენებლობა**: გულისხმობს სამედიცინო მომსახურების გაწევის პროცესში ზიანის თავიდან აცილებას. მიუხედავად იმისა, რომ ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის მიზანი პაციენტისათვის სარგებლობის მოტანაა, ნებისმიერ ჩარევას ახლავს გარკვეული ზიანის მიყენების ალბათობა; სამედიცინო პერსონალი მუდამ უნდა ცდილობდეს სარგებლობის მაქსიმალურად გაზრდას და ზიანის მინიმუმამდე შემცირებას; ამასთან, ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევისას მოსალოდნელი სარგებლობა უნდა აღემატებოდეს სავარაუდო ზიანს.
- **სამართლიანობა**: გულისხმობს სარგებლობის, რისკის და ხარჯების თანაბარ განაწილებას; კერძოდ, თანაბარ მდგომარეობაში მყოფი პაციენტებისადმი თანაბარ დამოკიდებულებას (ყოველგვარი დისკრიმინაციის გარეშე) და არასაკმარისი რესურსების პირობებში გადაწყვეტილების მიღებას პაციენტის ჯანმრთელობის საჭიროებების გათვალისწინებით (და არა სხვა რაიმე მახასიათებლის საფუძველზე).

ბიოეთიკა, როგორც ახალი დამოუკიდებელი სამეცნიერო-პრაქტიკული დისციპლინა, მეოცე საუკუნის უკანასკნელ მესამედში აღმოცენდა და ჩამოყალიბდა, მიუხედავად იმისა, რომ ამ დროისათვის ტრადიციული სამედიცინო ეთიკა თავისი არსებობის ოცდაოთხ–ოცდახუთ საუკუნეს მაინც ითვლიდა.

ბიოეთიკამ კუთვნილი ადგილი დაიკავა როგორც სამედიცინო, საბუნებისმეტყველო და ჰუმანიტარული მეცნიერებების, ისე ჯანდაცვის სისტემაში, რაც განპირობებული იყო იმ ამოცანებით, რომელთა გადაწყვეტის სამსახურში უნდა ჩამდგარიყო ეს ახალი სამეცნიერო-პრაქტიკული დისციპლინა.

ბიოეთიკა მეცნიერების ის დარგია, რომელიც შეისწავლის სიცოცხლის ბუნებრივ მსვლელობაში ადამიანის ხელოვნური ჩარევის შედეგად წარმოშობილ სულიერ–ზნეობრივ პრობლემებს. ბიოეთიკა იკვლევს არამარტო ბიოსამედიცინო სივრცეს, არამედ გარემომცველ ბუნებასაც და სვამს საკითხს, თუ რამდენად მართებულია ადამიანის ქცევა ამ განზომილებაში. ბიოეთიკა არა მარტო მედიცინის, არამედ, საერთოდ, სიცოცხლის შემსწავლელ მეცნიერებათა ეთიკაცაა. ბიოეთიკის წარმოშობა მეოცე საუკუნის ბოლო მესამედში წარმოადგენდა კანონზომიერ მოვლენას, რომელიც, როგორც შედეგი, განპირობებული იყო მედიცინის განვითარების ისტორიის ამ ეტაპზე არსებული შემდეგი პირობებითა და გარემოებებით:

- ზოგადად მეცნიერებისა, და, კერძოდ, ფუნდამენტური სამედიცინო-ბიოლოგიური მეცნიერებების განვითარების მაღალი დონე (რევოლუციური აღმოჩენები);
- მკურნალობისა და სიცოცხლის მართვის თვისებრივად ახალი სამედიცინო საშუალებების შექმნა კლინიკურ საქმიანობაში თეორიული მეცნიერების მიღწევების აქტიური დანერგვის შედეგად;
- თანამედროვე კულტურის სციენტიზაცია: მეცნიერებისა და პოსტინდუსტრიული ტექნოლოგიების, როგორც თანამედროვე საზოგადოების ფუნქციონირების უმნიშვნელოვანესი და აუცილებელი ელემენტის, როლის გაზრდა სამყაროს პოტენციური ტრანსფორმაციის, კაცობრიობის მომავლის (ფინალური მდგომარეობის, აპოკალიფსის) ფორმირების პროცესში;
- კაცობრიობის უმნიშნელოვანეს ტრადიციულ-კულტურულ პროცესებზე, ღირებულებებსა და მრწამსზე ბიომედიცინის მიღწევების გავლენის როგორც შესაძლებელი, ისე უკვე გამოვლინებული ნეგატიური შედეგები;
- სამედიცინო და საექიმო ეთიკისა და დეონტოლოგიის ტრადიციულ დამოკიდებულებათა და ნორმათა დიდი ნაწილის კრიზისი მეოცე საუკუნის ბოლო მესამედის ბიოსამედიცინო რეალიაში;
- ეთიკის ზოგადთეორიული სისტემის ,,უკმარისობა'' წარმოქმნილი ბიოეთიკური პრობლემების გადასაჭრელად;
- მსოფლიოში ადამიანის (პაციენტის) უფლებების დაცვის პრიორიტეტულობა;
- ტრანსდისციპლინური სამეცნიერო აზროვნების (კვლევის) აუცილებლობა მსოფლიო ცივილიზაციის ისტორიული განვითარების თანამედროვე ეტაპის ბიოეთიკური სურათის შესაქმნელად.

ბიომედიცინასა და ჯანდაცვის სისტემაში შექმნილმა პარადოქსულმა სულიერ–ზნეობრივმა რეალობამ მოითხოვა ბიოეთიკის – მეცნიერებისა და პრაქტიკული დარგის – არსისა და ბუნების ზუსტი შეფასება, რაც მოიცავს ბიოეთიკის ურთიერთმიმართების ღრმა მეცნიერულ ანალიზს სხვა მეცნიერებებთან – საბუნებისმეტყველო, ჰუმანიტარულ, ფილოსოფიურ და საღვთისმეტყველო დარგებთან.

ბიოეთიკა ააშკარავებს და იკვლევს სამყაროს (უნივერსუმის) არსსა და მასში ადამიანის ყოფიერების მსოფლმხედველობრივ-მეთოდოლოგიურ, გნოსეოლოგიურ, ონტოლოგიურ და აქსიოლოგიურ პრობლემებს ავადმყოფობის, ჯანმრთელობის, სიცოცხლის, სიკვდილის ფენომენთა შესწავლის გზით. ბიოეთიკა უნდა განვიხილოთ როგორც მედიცინის თეორიის, მედიცინის ფილოსოფიის, ბიოლოგიის ფილოსოფიის,ბიოსამედიცინო ეთიკისა და

აქსიოლოგიის ერთი მთლიანობა. ბიოეთიკის საგნის ასეთი ფართო განსაზღვრება იმაზეც მიუთითებს, რომ ბიოეთიკურ კვლევაში მონაწილეობა უნდა მიიღონ არა მარტო თეორიული და პრაქტიკული მედიცინის, ბიომედიცინის, ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მართვისა და ორგანიზაციის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და ჯანდაცვის პოლიტიკის, სამედიცინო და, საერთოდ, საუნივერსიტეტო განათლების სპეციალისტებმა, ბიოლოგებმა და ფილოსოფოსებმა, ან ეთიკოსებმა, არამედ ფსიქოლოგებმაც, ეკოლოგებმაც, ეტოლოგებმაც,ვეტერინარებმაც, ბიოფიზიკოსებმაც, ბიოქიმიკოსებმაც, ბიოგეოქიმიკოსებმაც, ანთროპოლოგებმაც, კიბერნეტიკოსებმაც, მათემატიკური მოდელირების, საინფორმაციო და სხვა თანამედროვე ტექნოლოგიების სფეროში მომუშავე სპეციალისტებმაც, კულტუროლოგებმაც, ეთნოგრაფებმაც, სოციოლოგებმაც, ისტორიკოსებმაც, ისტორიოგრაფებმაც, პოლიტოლოგებმაც, ღვთისმეტყველებმაც.ბიოეთიკის კონცეპტუალურ ბირთვს წარმოადგენს ავადმყოფობის, ჯანმრთელობის, სიცოცხლის, სიკვდილის ცნებები, რომლებიც ბიოეთიკის მეცნიერულ რეალიაში სრულიად ახლებურად გააზრების(გნოსეოლოგიური ინტელექტუალური ტექნოლოგიური პროცესის) შედეგად ბიოეთიკურ კატეგორიებად ტრანსფორმირდებიან და იძენენ სამყაროს არსისა და მასში ადამიანის არსებობისა და მოღვაწეობის (მათ შორის ბიომედიცინისა და ჯანდაცვის სისტემის სფეროშიც) გაგების ფუძემდებლური პრინციპების სტატუსს. ბიოეთიკაში, როგორც ჭეშმარიტების შემეცნებისკენ ორიენტირებულ მეცნიერულ დისციპლინაში, სამეცნიერო კვლევის ჩატარება აუცილებლად საჭიროებს მისი ეპისტემოლოგიური საფუძვლების ღრმა გააზრებას გამომდინარე იმ ფაქტიდან, რომ ბიოეთიკა ინტეგრაციული ბუნებათმეცნიერულ-ჰუმანიტარული დისციპლინაა, იგი უნდა ეყრდნობოდეს როგორც საბუნებისმეტყველო, ასევე ჰუმანიტარული სამეცნიერო შემეცნების პრინციპებს.ბიოეთიკა, ცხადია, უნდა მიმართავდეს ჰუმანიტარული მეცნიერებისათვის არადამახასიათებელ პრინციპებსაც, რადგან იგი იკვლევს იმ პრობლემატიკას, რომელიც წარმოშობით ბუნებათმეცნიერული, კერძოდ, სამედიცინო-ბიოლოგიური ხასიათისააბიოეთიკა ინტეგრაციული ტრანსდისციპლინური – ფილოსოფიური, ეთიკური, სოციოლოგიური, კულტუროლოგიური, მეცნიერებისისტორიული, სამედიცინო, ბიოლოგიური, ანთროპოლოგიური – საბუნებისმეტყველო-ჰუმანიტარული მეცნიერებაა, რომელიც ბიომედიცინის მსოფლმხედველობრივ-ფილოსოფიურ-ღირებულებით-ეთიკურ პრობლემათა კვლევაში ეყრდნობა როგორც ჰუმანიტარული, ისე ბუნებისმეცნიერების ეპისტემოლოგიურ (გნოსეოლოგიურ) საფუძვლებს და აქსიოლოგიურად ორიენტირებულია ადამიანურ, ტრადიციულ-ისტორიულ, ეროვნულ, რელიგიურ, საკაცობრიო და ღვთაებრივ ღირებულებებზე საკუთარი მეცნიერული შინაარსისა და სხვადასხვა სამეცნიერო დარგებთან ურთიერთკავშირის მიხედვით ფუნდამენტური ბიოეთიკა წარმოადგენს:

- სამედიცინო,
- სამედიცინო-ბიოლოგიურ,
- ბიოლოგიურ,
- ვეტერინარულ-სამედიცინო,
- სასოფლო-სამეურნეო,
- ეკოლოგიურ,
- ბიოგეოქიმიურ და სხვა ბუნებათმეცნიერულ,
- ანთროპოლოგიურ,
- სოციოლოგიურ,

- მეტამეცნიერულ
- ფილოსოფიურ სამეცნიერო დისციპლინას.

.

ამგვარი დაყოფა თვალნათლივ გვიჩვენებს, თუ სამეცნიერო დარგების რა ფართო სპექტრი საჭიროებს არსებული პრობლემების გააზრებას ბიოეთიკის ფუნდამენტური პრინციპების გათვალისწინებით.

გამოყენებითი ბიოეთიკა კონკრეტულ ბიოეთიკურ პრობლემურ სიტუაციებს სწავლობს და ბიოეთიკის მიერ მოპოვებულ ფუნდამეტურ ცოდნას მიმართავს ამ სიტუაციებზე მეცნიერულად და მსოფლმხედველობრივად დასაბუთებული რეაგირების – პიროვნული, ოჯახობრივი, პროფესიული, საზოგადოებრივი, ეროვნული, სამართლებრივი, სახელმწიფოებრივი, გლობალური დამოკიდებულების – სარეკომენდაციო სისტემის შესაქმნელად.

პრაქტიკული ბიოეთიკა ფუნდამენტური და გამოყენებითი ბიოეთიკის ცოდნას იყენებს კონკრეტული ამოცანების გადაწყვეტისათვის ბიოეთიკის საბჭოების, კომიტეტებისა და კომისიების მუშაობის პროცესში;ბიოეთიკა, როგორც გამოყენებითი ეთიკის დარგი და პრაქტიკული დისციპლინა, თავის თავზე იღებს მრავალფეროვანი და უმნიშვნელოვანესი ფუნქციების შესრულებას:

- ჯანდაცვის სისტემის მართვა და ორგანიზაცია,
- სამართლებრივი საფუძვლების შექმნა,
- პროფესიულ-ეთიკური პრობლემების გადაწყვეტა,
- ადამიანთა უფლებების დაცვა,
- გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვა,
- ცხოველთა და ყველა ცოცხალ არსებათა დაცვა,
- მოქალაქეთა ბიოეთიკური ცნობიერების ჩამოყალიბება,
- გლობალური კრიზისული მოვლენების პროგნოზირება და პრევენცია.

ბიოეთიკური მსოფლმხედველობა ბიოეთიკა ხელს უწყობს ზოგადი მსოფლმხედველობის ბიოეთიციზაციასა და საზოგადოებაში ბიოეთიკური ცნობიერების დამკვიდრებას. ბიოეთიკური მსოფლმხედველობის ჩამოყალიბებაზე მრავალი ფაქტორი ახდენს გავლენას. თვით ბიოეთიკური მსოფლმხედველობა ჩვენ მიერ განსაზღვრულია, როგორც შეხედულებების

სისტემა სამყაროსა და მასში ადამიანის ადგილზე ბიოსამედიცინო სფეროში მოღვაწეობის პოზიციებიდან, ადამიანის დამოკიდებულებებზე გარემო სინამდვილესთან, როგორც ბიოეთიკურ რეალიასთან და თავის თავთან, როგორც ბიოსამედიცინო სივრცეში მყოფ ორბუნებოვნების მატარებელუმაღლეს არსებასთან, აგრეთვე როგორც ადამიანების ა მ შეხედულებებით განპირობებული ძირითადი ცხოვრებისეულიპოზიციები, მრწამსი, იდეალები, შემეცნებისა და მოღვაწეობის პრინციპები და ღირებულებითი ორიენტაციები, რომლებიც საფუძვლად უდევს ჩვენს დამოკიდებულებას სიცოცხლის, სიკვდილის, ავადმყოფობის, ჯანმრთელობის ფენომენების ყოველგვარ გამოვლინებასთან და, საბოლოო ჯამში, ჩვენს მიმართებას შემოქმედთან, საკრალურთან, ბუნებასთან,

კოსმოსთან, სოციუმთან. ამრიგად, იკვეთება მყარი ბიოეთიკური მსოფლმხედველობის არსებობის მნიშვნელობა სახელმწიფოებრივი და ეროვნული იდეოლოგიის ჩამოყალიბებისათვის. ის, თუ როგორია

ბიოეთიკური მსოფლმხედველობა, განსაზღვრავს არა მარტო თითოეული ქვეყნის, ერისა და ხალხის, არამედ მთელი მსოფლიოს კაცობრიობის მომავალს.ბიოეთიკური კულტურა წარმოადგენს კაცობრიობის ერთიანი კულტურის ორგანულ ნაწილს. ამ საკითხთან დაკავშირებით მცირე ადგილს ვუთმობთ დისკურსს კულტურის, ზოგადად, და აქედან გამომდინარე -ბიოეთიკური კულტურის – შესახებ. კერძოდ, გავიხსენოთ, რომ სოციალურ კულტურული ანთროპოლოგიის თვალსაწიერიდან ცნება "კულტურაში" მოიაზრება არა თეორია ან მოდელი, რომელიც საშუალებას გვაძლევს მართებულად ავხსნათ სამყაროში ადამიანის არსებობასა და მოღვაწეობასთან დაკავშირებული ფენომენები, არამედ ისეთი თეორიული ველი, რომლის სივრცეშიაც ამ ფენომენების გააზრება ხდება ისე, რომ თავიდან იქნას აცილებული არაადეკვატური რედუქციონიზმი ნებისმიერი მიმართულებით. რაც შეეხება კულტურის თეორიებს, ისინი წარმოადგენენ
ლოგიკურ კონსტრუქციას, რომლებიც აგებულია მოცემულ სფეროშიმოპოვებული მონაცემთა საფუძველზე და მიმართულია მასში მომხდარი მოვლენების ინტერპრეტაციისაკენ

ბიოეთიკა, როგორც სასწავლო დისციპლინა

ბიოეთიკა უნდა ისწავლებოდეს სამედიცინო უნივერსიტეტების,სასულიერო სემინარია-აკადემიებისა და საღვთისმეტყველო უნივერსიტეტების ყველა ფაკულტეტზე, აგრეთვე უნივერსიტეტების მედიცინის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის, ჯანდაცვის პოლიტიკისა და მენეჯმენტის, საექთნო საქმის, ფარმაციის, ბიოლოგიურ, საბუნებისმეტყველო, სამართლის(იურიდიულ), სოციალურ, ფილოსოფიურ, ფსიქოლოგიურ, რელიგიათმცოდნეობის, საღვთისმეტყველო ფაკულტეტებზე

პოპულარული ბიოეთიკის მიზანია ფუნდამენტური, გამოყენებითი და პრაქტიკული ბიოეთიკის ცოდნის გამარტივებული სახით (სამეცნიერო-ფილოსოფიური ტერმინოლოგიის გარეშე) გადაცემა ფართო აუდიტორიისათვის და ამ გზით საზოგადოების (მოქალაქეების, სხვადასხვა პროფესიის ადამიანების, საზოგადოების, ერის, ხალხის) ბიოეთიკური კულტურის ფორმირების პროცესისათვის ხელის შეწყობა. რაც შეეხება ჯანდაცვის სისტემაში ბიოეთიკის ინსტიტუციონალურ ადგილს, იგი განსაზღვრულია სხვადასხვა ტიპისა და დონის ბიოეთიკური კომიტეტების (საბჭოების,
კომისიების) არსებობით, რომლებიც "არ კისრულობენ ხელმძღვანელ, წარმმართველ და მაკონტროლებელ ფუნქციებს. ისინი არ იღებენ კონკრეტულ, სავალდებულოდ შესასრულებელ გადაწყვეტილებებს ამა თუ იმ რთული კლინიკური შემთხვევის ეთიკური მხარის განხილვისას" (სამედიცინო ეთიკის კომისიის წესდებიდან). მათი შექმნის მიზანია:

- ჯანდაცვის სფეროში ადამიანისა და მოსახლეობის ცალკეული ჯგუფების უფლებების დაცვა,
- ბიოეთიკის ნორმების შემუშავებასა და მათ დარღვევასთან დაკავშირებული საკითხების გადაწყვეტაში მონაწილეობის მიღება,
- რეკომენდაციების შემუშავება პრაქტიკული და სამეცნიერო-კვლევითი საქმიანობის პრიორიტეტულ მიმართულებათა განსაზღვრისას. ამ მიმართულებებით ბიოეთიკური საბჭოების მუშაობის პროცესი საჭიროებს არა მარტო არსებული გამოცდილების გაზიარებასა და საკუთარი გამოცდილების დაგროვებას, არამედ ბიოეთიკის, როგორც მეცნიერების დარგის განვითარებას და მისი მიღწევების, როგორც მეცნიერულად არგუმენტირებული თეორიული საფუძვლების, გამოყენებას საკუთარი გადაწყვეტილებების მიღების პროცესში.

დეონტოლოგია- ბერძ. - საჭირო, აუცილებელი, მოძღვრება - ის არის ეთიკის ნაწილი, რომელიც განიხილავს მოვალეობისა და ჯერარსის პრობლემებს. დეონტოლოგია განსაზღვრულ პროფესიულ სფეროებში პირის სავალდებულო ქცევის ცალსახად განმსაზღვრელი, მორალური ნორმების ერთობლიობაა. ზოგადი ეთიკის ნორმებისაგან განსხვავებით აღნიშნული ნორმები არ იძლევა არჩევანის უფლებას. ტერმინი - დეონტოლოგია - შემოტანილ იქნა ინგლისელი სოციოლოგისა და პოლიტიკოსის - იერემია ბენტამის(1748-1832) მიერ. მედიცინაში დეონტოლოგიის საფუძვლები შეიტანა რუსმა ონკოლოგმა - ნიკოზ პეროვმა. დეონტოლოგია უდიდესი დანიშნულების გახდა სამედიცინო ეთიკაში და ექიმებისა და მედპერსონალის ქცევების ერთგვარ ნორმად ჩამოყალიბდა კოლეგებისა და პაციენტების მიმართ. სამედიცინო დეონტოლოგიის ძირითადი საკითხებია: ევთანაზია და პაციენტის გარდაცვალება. არსებობს ასევე იურიდიული დეონტოლოგია - მეცნიერება, რომელიც შეისწავლის მორალისა და ეთიკის საკითხებს იურისპუდენციაში.

ფსიქოლოგთა მუშაობის ძირითადი პრინციპები

1. **პასუხისმგებლობა-**ფსიქოლოგი, რომელიც კონსულტირებას ეწევა, ვალდებულია გააუმჯობესოს ადამიანებს შორის ურთიერთგაგება. უნდა იყოს ობიექტური, საქმეში პატიოსანი.ფსიქოლოგიური კვლევების ჩატარების შემთხვევაში დასკვნები პაციენტის სასარგებლოდ უნდა გამოიყენოს. არასწორად გამოყენების შემთხვევაში თავისი არასწორი მუშაობის შედეგებისათვის პასუხს აგებს ადმინისტრაციის და კანონმდებლობის წინაშე. (განსაკუთრებით თუ საექსპერტო დაწესებულებაში მუშაობს). უნდა სარგებლობდეს პრინციპით ,, არ ავნო“.

   ფსიქოლოგი ასევე ეწევა პედაგოგიურ მუშაობას, რაც გულისხმობს ადამიანების მიხმარებას გარკვეული უნარ-ჩვევების ათვისებაში. როგორც პრაქტიკოსმა, მან უნდა იცოდეს, რომ ის იღებს თავის თავზე სოციალურ პასუხისმგებლობას, რადგან მისი მუშაობა ეხებასხვა ადამიანების ცხოვრებისეულ კეთილდღეობას.
2. **კომპეტენტურობა-**პროფესიული კომპეტენციის მაღალი დონე. იღებს ვალდებულებებს, რომ გაითვალისწინოს საზოგადოების ინტერესები, მიაწოდოს საზოგადოებას პროფესიული რჩევები. ფსიქოლოგიური საზოგადოება გასცემს ლიცენზიას. არსებობს პროფესიული სტანდარტი, სუპერვიზიები.

   სარგებლობს რა პრინციპით ,,არ ავნო“, თავისი პიროვნული პრობლემები არ უნდა გადაიტანოს კლიენტზე. თუ ხედავს, რომ ვერ აკმაყოფილებს სტანდარტს, ან არ ყოფნის რომელიმე კლიენტთან მუშაობაში კომპეტენცია, წყვეტს მუშაობას ამ კლიენტთან.
3. **მორალური და უფლებების კანონიერი სტანდარტის ცოდნა-**ფსიქოლოგი გამოდის იმ საზოგადოების მორალური ნორმებიდან, რომელსაც ემსახურება. საზოგადოების ინტერესების გაუთვალისწინებლობის შემთხვევაში გაიზრდება პიროვნული კონფლიქტები და მისი, როგორც პროფესიონალის რეპუტაცია შეილახება.

4. **ფსიქოლოგი იმ საზოგადოების წარმომადგენელია, რომელშიც ცხოვრობს და ასევე იმ ორგანიზაციის , სადაც მუშაობს.** ამიტომ მისი არაკორექტული ქცევა ზიანს აყენებს იმ ორგანიზაციას და მის პრესტიჟს, სადაც მას თანამსრომლობის ხელშეკრულებას უდებენ ან ქირაობენ.
5. **პუბლიცისტური განცხადებები**-განცხადებების დროს ფსიქოლოგი უნდა იყოს

   ა).თავშეკავებული, როდესაც აკეთებს პუბლიცისტურ განცხადებებს საჯაროდ. განცხადებები უნდა იყოს მეცნიერულ ცოდნაზე დაფუძნებული,კორექტული უნდა იყოს , როცა ამათუიმ საკითხზე თავის პირადი შეხედულების დეკლარირებას აკეთებს.(არ უნდა ამოძრავებდეს სენსაციის სურვილი, საკითხის ზედაპირული განხილვით არ უნდა დაკავდეს).

   ბ). ტესტების სწავლების დროს (ახალგაზრდა ფსიქოლოგებისათვის)არის მისი უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია მხოლოდ იმ ადამიანებს, ვინც პროფესიულად მზად არის მისი სწორი გამოყენებისთვის.

   გ).ის ფსიქოლოგი, რომელიც ტელევიზიაში ან რადიოში მუშაობს, არ უნდა იყოს დაკავებული კომერციული განცხადებებით.
6. **კონფიდენციალობა**-კლიენტი დარწმუნებული უნდა იყოს, რომ ფსიქოლოგი სხვას არ გაანდობს მის შესახებ ინფორმაციას.

   თუ ფსიქოლოგზე კლიენტის შესახებ ინფორმაციის მოპოვების მიზნით ხორციელდება მუქარა, იგი ვალდებულის საქმეში ჩართოს მულტიდისციპლინარული გუნდის სხვა პროფესიის წარმომადგენლები (იურისტი, სოციალური მუშაკი და ა. შ).
7. **ავტონომიურობა**

   ფსიქოლოგიური მკურნალობისათვის ფსიქოლოგს ესაჭიროება კლიენტისაგან ინფორმირებული თანხმობა. მისთვის მისაღები უნდა იყოს თერაპიის მიზნები. პაციენტმა უნდა იცოდეს რა სახის მკურნალობს უტარებენ და მოსალოდნელი შედეგები.

   ბ). ინფორმაციის გაცემა ბავშვის შესახებ არ შეიძლება თუ არ არის მშობელის ან ოფიციალური წარმომადგენელის მოთხოვნა.

   გ). იდენტობის პრობლემა არის კონფიდენციალური. (კოლეგებთან მხოლოდ მულტიდისციპლინარულ გუნდში შესაძლებელია იქნეს განხილული).

   დ).პიროვნების ფსიქიკური ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაცია არ შეიძლება იქნეს გაცემული არავიზე (მაგ. ადვოკატზე, ან ოფიციალურ წარმომადგენელზე) მისი ინფორმირებული თანხმობის გარეშე.

   ე).ოჯახური თერაპიის დროს რეკომენდირებულია ოჯახის წევრებთან ინდივიდუალურ შეხვედრაზე სხვადასხვა თერაპევტის მუშაობა.

   ვ). თერაპევტმა მესამე მხარეს კონფიდენცილური ინფორმაცია ს/ეუძლია გაუმჟღავნოს, თუ მესამე მხარე სერიოზული რისკის ქვეშ იმყოფება.

8. **კლიენტის კეთილდღეობა**-ფსიქოლოგის და კლიენტის ურთიერთობა უნდა იყოს პატივისცემაზე დაფუძნებული.

   ა).ინტერესთა კონფლიქტი თუ არის ჯგუფებს შორის (მაგ. საწარმოს ხელმძღვანელი-დაქირავებული), ამ შემთხვევაში ორივე მხარის მიმართ პასუხისმგებლობის გაზრდა უნდა მოხდეს.

   ბ). ფსიქოლოგი არ შეიძლება იყოს მიკერძოებული, ყველას ინტერესს თანაბრად უნდა იცავდეს.

   გ).კლიენტთან უნდა შეწყვითოს ურთიერთობა, თუ იცის, რომ შედეგი არ ექნება.

   დ).აწვდის ინფორმაციას კლიენტს მისთვის ინტერვიურების და ტესტირების ჩატარების შესახებ. ვერ გამოიკვლევს, თუ არ მიიღო თანხმობა ამის შესახებ.

   ე). თუ უნდა ტესტირების შედეგები გამოიყენოს ან სხვას გადასცეს, ინფორმირებული თანხმობა ესაჭიროება კლიენტისაგან.

   ვ).თუ უნდა რომ ფსიქოლოგიურ ინტერვიურებას ან კვლევას სტუდენტი ან სხვა პირი დაასწროს, ეკითხება კლიენტს თანახმაა თუ არა ამაზე.

   ზ) .კლიენტის ოჯახის წევრებს თუ აწვდიან ინფორმაციას კლიენტის შესახებ, ფსიქოლოგი დარწმუნებული უნდა იყვეს , რომ ეს ინფორმაცია არ იქნება გამოყენებული კლიენტის საწინააღმდეგოთ.

   თ). ფსიქოლოგი თუ აწვდის ექიმს ინფირმაციას კლიენტზე, ან ტესტების მონაცემების შედეგებს, დარწმუნებული უნდა იყოს რომ კლიენტის უფლებები იქნება დაცული.

9. **ხელშეკრულება კლიენტსა და ფსიქოლოგს შორის.** ფსიქოლოგი თავიდანვე აცნობს კლიენტს რა კვლევებს აპირებს და რა მიზნით გამოიყენებს კვლევების შედეგებს.

თუ კლიენტს არ შეუძლია გაიგოს და გაიაზიროს მისი ნათქვამი, მისი ფსიქიკური ჯანმრთელობის პრობლემიდან გამომდინარე, მის ოფიციალურ წარმომადგენელს აცნობს.

10. **ექსპლუატაცია (** მაგ. ფინანსური, იმ დროზე მეტ ხანს მკურნალობს, ვიდრე ჭირდება პაციენტს. ან თავის აზრს ახვევს, რისი უფლებაც არა აქვს თერაპევტს).
11. **საჯარო ლექციებზე ქეისების განხილვა** პრესასი, მედია საშუალებების, ლექციებზე ქეისების ან ორგანიზაციის შეფასების განხილვა არ შეიძლება.
12. **პროფესიული სტანდარტი უფრო წინ უნდა დააყენო, ვიდრე კომერციული.**

    ა).კლიენტის კვლევისას ეკიტხებიან უნდა თუ არა დიაგნოზის დასმა და მკურნალობა.

    ბ). ფსიქოლოგის სესახებ უნდა იყოს საჯარო ინფორმაცია (სახელი, გვარი, პროფესია, განათლების დამადასტურებელი დოკუმენტაცია, კვალიფიკაცია, რა პოპულაციაზე მუშაობს).

    გ). კერძო პრაქტიკის დროს-სახელი დიპლომი, კვალიფიკაცია, მისამართი, ტელეფონი, მიღების საათები.

    სხვა პერსონალი თუ ყავს ორგანიზაციას მათი დიპლომები,კვალიფიკაციები.

13. **შიდაპროფესიული ურთიერთობები-** კოლეგები ერთმანეთთან უნდა იქცეოდნენ პატიოსნად. ქეისების განხილვა სესაძლებელია მულტიდისციპლინარულ გუნდში.კონფიდენციალობა უნდა იყოს დაცული. რეკომენდირებულია არსებობდეს სამეცნიერო და პროფესიული ეთიკის კომიტეტი.
14. **უნდა არსებობდეს ანაზღაურების, თანხების სტანდარტი.**
15. **ქეისების საჯარო განხილვა ინტერნეტით არ შეიძლება.**
16. **ტესტების ინტერპრეტაცია შეიძლება მიაწოდო მხოლოდ იმ პირებს, ვისაც შეუძლია მისი სწორად გამოყენება.**
17. **ტესტების პუბლიკაცია არ შეიძლება, გარდა პოპულარული ტესტებისა.**
18. **ფსიქოლოგი არ უნდა ახდენდეს დისკრიმინაციას სქესის, ეროვნების, რასის, იდენტობის, რელიგიური მიკუთვლილების ნიშნით. არ შეიძლება იარლიყების მიწებება. ყველა ადამიანი თანასწორუფლებიანია ადამიანის უფლებათა დაცვის კუთხით.**
19. **პუბლიკაციების გამოქვეყნების დროს-**უნდა იყოს კვლევაში ყველა მონაწილის საავტორო უფლება. (აქვთ თანაავტორთა უფლებები).
20. **ორგანიზაციის წინაშე პასუხისმგებლობა-**თუ ორგანიზაციის დაკვეთით განხორციელდა სამუშაო, ის მასალა ხდება ორგანიზაციის საკურება (ამაში ავტორს გადაუხადეს ჰონორარი) . სხვა შემთხვევასი შეუძლია მსგავს დაკვეთაში არ მიიღოს მონაწილეობა.
21. **ფსიქოლოგმა არაპროფესიონალის ხელში არ უნდა ჩააგდოს ტესტები.** ანაზღაურების მიზნით არაპროფესიონალებს არ უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია ტესტების გამოყენების თაობაზე.

კითხვები:

1. რას ნიშნავს სიტყვა ეთიკა?
2. რასთან არის დაკავშირებული სამედიცინო და ბიოლოგიური ეთიკის ჩამოყალიბება?
3. სამედიცინო ეთიკის რა პრინციპებია ცნობილი?
4. რას ნიშნავს პაციენტის ავტონომიის პატივისცემა?
5. რას გულისხმობს ,,სარგებლიანობა“?
6. რას ნიშნავს ,,ზიანის მიუყენებლობა“ და ,,სამართლიანობა“?
7. რას შეისწავლის ბიოეთიკა?
8. რას წარმოადგენს, სხვადასხვა სამეცნიერო დარგებთან ურთიერთკავშირის მიხედვით ფუნდამენტური ბიოეთიკა?
9. რას ნიშნავს დეონტოლოგია?
10. ჩამოთვალეთ ფსოქოლოგთა მუშაობის ძირითადი პრინციპები.

http://www.kas.de/wf/doc/kas_8238-1442-1-30.pdf?121120073626

http://genia.ge/?p=2121

http://www.modernpublishing.ge/view_post.php?id=2&pub=16&year=2010

http://intermedia.ge

პაციენტის უფლებების დაცვის ძირითადი პრინციპები

უფლებათა და თავისუფლებათა ერთობლიობა, რომელიც აქვს ნებისმიერ პირს და მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს, საჭიროებს, ან აპირებს ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მომსახურებით. დაუშვებელია პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, სქესის, გენეტიკური მემკვიდრეობის, რწმენისა და აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი განწყობის გამო. პაციენტთა უფლებები განსაზღვრულია საქართველოს 2000 წლის 5 მაისის კანონით „პაციენტთა უფლებების შესახებ“, რომლის მიზანია მოქალაქეთა უფლებების დაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, აგრეთვე მისი პატივისა და ღირსების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფა (1-ლი მუხ.). პაციენტის უფრლებებს არეგულირებს აგრეთვე: საქართველოს კონსტიტუცია, საქართველოს 1997 წლის კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, საქართველოს 1995 წლის კანონი „ფსიქიატრიული დახმარების შესახებ“ და სხვა ნორმატიული აქტები. პაციენტის უფლებებზე საუბარია: 1996 წლის ევროპის საბჭოს კონვენციაში „ადამიანის უფლებებისა და ბიომედიცინის შესახებ“, 1997 წლის იუნესკოს უნივერსალურ დეკლარაციაში „ადამიანის გენომისა და ადამიანის უფლებათა დაცვის შესახებ“, 1949 წლის ჟენევის კონვენციებში ომის მსხვერპლთა დაცვის შესახებ და 1977 წლის დამატებით ოქმებში, მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის 1964 წლის ჰელსინკის დეკლარაციაში, ადამიანზე ჩატარებული სამედიცინო-ბიოლოგიური კვლევის საერთაშორისო ეთიკურ სახელმძღვანელო პრინციპებში; გაეროს 1982 წლის სამედიცინო ეთიკის პრინციპებში, მსოფლიოს სამედიცინო ასოციაციის ტოკიოს 1975 წლის დეკლარაციაში - სახელმძღვანელო პრინციპები ექიმებისათვის დაკავებული პირებისა და პატიმრების წამებისა და სხვა სასტიკი, არაადამიანური ან ღირსების შემლახველი მოპყრობის ან დასჯის შემთხვევაში; მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის ჰამბურგის 1997 წლის დეკლარაციაში ექიმებისათვის მხარდაჭერის შესახებ, როდესაც ისინი უარს ამბობენ წამებაში ან სასტიკ, არაადამიანურ თუ ღირსების შემლახველ სხვა ფორმებში მონაწილეობაზე ან მათ დაფარვაზე და სხვა.

ჯანმრთელობაზე უფლება საერთაშორისო სტანდარტებისა და ეროვნული კანონმდებლობის კონტექსტში

ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის უზრუნველყოფის კონტექსტში პირველად დაფიქსირებული იქნა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის წესდებაში, როგორც უფლება ჯანმრთელობის ყველაზე მაღალ მიღწევად დონეზე.

მეორე მსოფლიო ომის შემდეგ 1948 წელს საერთაშორისო საზოგადოებამ მიიღო ადამიანის უფლებათა საერთაშორისო დეკლარაცია, რომელიც ავალდებულებდა და ავალდებულებს მონაწილე სახელმწიფოებს დაიცვან ადამიანის უფლებების ძირითადი და მინიმალური საერთაშორისო სტანდარტები.

,,ყოველ ადამიანს აქვს უფლება ჰქონდეს მისი და მისი ოჯახის წევრების ჯანმრთელობისათვის შესაფერისი საცხოვრებელი პირობები საკვების, ტანსაცმლის, საცხოვრებელი ადგილის, სამედიცინო დახმარებისა და აუცილებელი სოციალური მომსახურების ჩათვლით''.

1966 წელს გაეროს მიერ მიღებული იქნა ორი საერთაშორისო პაქტი: ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა საერთაშორისო პაქტი და სამოქალაქო და პოლიტიკურ უფლებათა საერთაშორისო პაქტი. ჯანმრთელობაზე უფლება გაცხადებულია სწორედ ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა საერთაშორისო პაქტში, რომელიც რატიფიცირებულია მსოფლიოს 145 ქვეყნის მიერ.

2000 წელს ეკონომიკურ, სოციალურ და კულტურულ უფლებათა კომიტეტმა, რომელიც უზრუნველყოფს ამ უფლებების მონიტორინგს, მიიღო ჯანმრთელობაზე უფლებასთან დაკავშირებული ზოგადი ხასიათის შენიშნვა, სადაც გაცხადებულია, რომ ჯანმრთელობაზე უფლება დაკავშირებულია ადამიანის სხვა უფლებების რეალიზაციასთან და ჯანმრთელობაზე უფლება ვრცელდება არა მხოლოდ სამედიცინო დახმარების უზრუნველყოფაზე, არამედ ჯანმრთელობის ძირითად დეტერმინანტებზე, როგორიცაა: უსაფრთხო სასმელი წყალი და საკვები პროდუქტები, ადეკვატური სანიტარული მდგომარეობა, საცხოვრებელი, მუშაობის პირობები, გარემოს პირობები, ჯანმრთელობის სფეროში განათლებისა და ინფორმაციის ხელმისაწვდომობა.

ჯანმრთელობაზე უფლება აღიარებულია სხვადასხვა საერთაშორისო დოკუმენტებში, რომლებშიც ის განიხილება ადამიანის ძირითად უფლებათა და თავისუფლებათა კონტექსტში.

ზემოთ აღნიშნული დოკუმენტების გარდა ჯანმრთელობაზე უფლებების შემდგომ განვითარებას საფუძვლად დაედო სამედიცინო დახმარების ზოგადი კონცეფცია და ძირითადი პრინციპები.

სამედიცინო დახმარების ძირითადი პრინციპები ჩამოყალიბებული იქნა ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის ასამბლეის რეზოლუციაში 1977 წელს, ხოლო სამედიცინო დახმარების უნივერსალური მოდელი დეკლარირებული იქნა ალმა-ატაში 1978 წელს. ამ პრინციპების თანახმად სამედიცინო დახმარების კონცეფცია მოიცავს სამედიცინო მომსახურების მთელ სპექტრს, რომელიც მიმართულია ჯანმრთელობის უზრუნველყოფისა და დაცვისაკენ. პაციენტის მდგომარეობის კონტინიუმის ,,სრული ჯანმრთელობა-ტერმინალური მდგომარეობა,, შესაბამისად ის მოიცავს პროფილაქტიკას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, მოვლასა და რეაბილიტაციას.

ადამიანს, როგორც ინდივიდს და სოციუმის წევრს, გააჩნია როგორც ინდივიდუალური, ისე სოციალური უფლებები.

სოციალური უფლებები უკავშირდება მთავრობების მიერ ნაკისრ ვალდებულებებს მოსახლეობის ყველა წევრისათვის სამედიცინო მომსახურების თანაბარი ხელმისაწვდომობის (გეოგრაფიული, ფინანსური, კულტურული, ინფორმაციული და სხვა) უზრუნველყოფისათვის.

ინდივიდუალური უფლებების კონცეფტუალურ საფუძველს წარმოადგენს ადამიანის უფლებებისა და თავისუფლებების ტრანსფერი სფეროში ,,პაციენტი-მედიცინა''. ინდივიდუალური უფლებების ჩამოყალიბებაზე მნიშვნელოვანი გავლენა იქონია პაციენტთა უფლებების დაცვის პრობლემებისადმი მზარდმა ინტერესმა, გლობალურმა მოძრაობამ ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობის უზრუნვეყოფისათვის და ამ

პროცესში მთავრობებისა და სამედიცინო დაწესებულებების პასუხისმგებლობის გაძლიერებისათვის.

1964 წელს მსოფლიო სამედიცინო ასოციაციის მიერ შემუშავდა ჰელსინკის დეკლარაცია, რომელიც წარმოადგენს ადამიანების მონაწილეობით ჩატარებული სამედიცინო კვლევების ეთიკური პრინციპების ჩარჩოს, ხოლო 1982 წელს-ადამიანის მონაწილეობით ბიოსამედიცინო კვლევების ჩატარების სახელმძღვანელო პრინციპები.

1994 წელს ევროსაბჭოს მიერ ამსტერდამში მიღებული იქნა ევროპაში პაციენტთა უფლებების პრინციპების ზოგადი ჩარჩო, ხოლო 1997 წელს-კონვენცია ბიოლოგიასა და მედიცინაში ადამიანის უფლებების და ღირსების დაცვის შესახებ.

2002 წელს სამოქალაქო საზოგადოების ორგანიზაციების ევროპული ქსელის მიერ შემუშავებული იქნა პაციენტთა უფლებების ევროპული ქარტია, რომელშიც მკაფიოდ არის ჩამოყალიბებული პაციენტთა უფლებები. Qქარტიაში ადამიანის უფლებების სფეროს რეგიონალური დოკუმენტები გადატანილი იქნა სამედიცინო დახმარების სფეროში და ჩამოყალიბებული იქნა კონკრეტული წინადადებები.

ქარტიაში ასახული უფლებებია: უფლება პროფილაქტიკაზე, ხელმისაწვდომობაზე, ინფორმაციაზე, არჩევანის თავისუფლებაზე, კონფიდენციალობაზე, პაციენტთა დროის პატივისცემაზე, ხარისხის სტანდარტების დაცვაზე, უსაფრთხოებაზე, ინოვაციაზე, შესაძლებლობის ფარგლებში ტანჯვისა და ტკივილის აცილებაზე, მკურნალობისადმი ინდივიდუალურ მიდგომაზე, სარჩელის წარდგენაზე, კომპენსაციაზე.

2005 წელს იუნესკოს მიერ შემუშავდა ბიოეთიკისა და ადამიანის უფლებების საერთაშორისო დეკლარაცია, რომლის ძირითად პრინციპებს წარმოადგენს: ადამიანის უფლება და ღირსება, სიკეთე და ზიანი, დამოუკიდებლობა და ინდივიდუალური პასუხისმგებლობა, თანხმობა, ქმედუნარიანი ადამიანების დაცვა, ადამიანის პიროვნების ერთიანობისა და პატივისცემა, პირადი ცხოვრების ხელშეუხებლობა და კონფიდენციალობა, თანასწორობა და სამართლიანობა, დისკრიმინაციისა და საზოგადოებრივი განკიცხვის დაუშვებლობა,

კულტურული მრავალფეროვნება და პლურარიზმი, სოლიდარობა და თანამშრომლობა, სოციალური პასუხისმგებლობა და ჯანმრთელობა, კეთილდღეობის ერთობლივი გამოყენება, მომავალ თაობათა დაცვა, გარემოს, ბიოსფეროსა და ბიომრავალფეროვნების დაცვა.

საქართველოში კანონი პაციენტთა უფლებების შესახებ მიღებული იქნა 2000 წელს. განვიხილოთ კანონით გათვალისწინებული უფლებები პაციენტთა უფლებების ევროპული ქარტიისა და ბიოეთიკისა და ადამიანის უფლებების საერთაშორისო დეკლარაციის კონტექსტში.

საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს მიიღოს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება, ამასთანავე მას უფლება აქვს აირჩიოს და ნებისმიერ დროს შეიცვალოს სამედიცინო მომსახურების გამწევი, ხოლო მეორე აზრის მოსაძიებლად დაუბრკოლებლად მიმართოს სხვა ექიმს ან სამედიცინო დაწესებულებას. კანონის შესაბამისად სამედიცინო მომსახურების თანაბრად ხელმისაწვდომობა ხორციელდება სახელმწიფო პროგრამების საშუალებით. როგორც ვხედავთ, მოცემულ ნაწილში უზრუნველყოფილია ადამიანის უფლება ხელმისაწვდომობაზე, არჩევანის თავისუფლებასა და ხარისხის სტანდარტების დაცვაზე.

საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია იმ ფაქტორების შესახებ, რომელიც ხელს უწყობს მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებას ან უარყოფითად მოქმედებს მასზე.

სამედიცინო მომსახურების გაწევის აუცილებელი პირობაა ინფორმირებული თანხმობა. სამედიცინო მომსახურების გამწევი ვალდებულია დაიცვას პაციენტის შესახებ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა. პაციენტს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს კომპენსაცია.

მოცემულ ნაწილში უზრუნველყოფილია ადამიანის უფლება ინფორმაციის მიღებაზე, თანხმობაზე, კონფიდენციალობაზე, სარჩელის წარდგენასა და კომპენსაციაზე.

ადამიანის უფლება დაავადებათა პრევენციის მიზნით კანონში დამოუკიდებლად განხილული არ არის, თუმცა რადგან საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს მიიღოს სამედიცინო მომსახურება, ხოლო გამოყენებული ტერმინების განმარტებაში სამედიცინო მომსახურების ერთ-ერთ კომპონენტად პროფილაქტიკა არის დასახელებული, უნდა ვიგულისმოთ, რომ ზემოთ აღნიშნული უფლება საქართველოს მოქალაქეებისათვის კანონით არის განმტკიცებული, იგივე ეხება უფლებას შესაძლებლობის ფარგლებში ტანჯვისა და ტკივილის აცილებაზე.

კანონში არ არის ასახული უფლება უსაფრთხოებასა და ინოვაციაზე, თუმცა მცდარი სამედიცინო ქმედებისა და სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირების სხვა ხარვეზი კანონში ,,დაზღვეულია'' საჩივრითა და კომპენსაციით, შეგვიძლია ეს უფლებაც რეალიზებულად ჩავთვალოთ.

ამგვარად, კანონი ,,პაციენტთა უფლებების,, შესახებ ასახავს ადამიანთა მოლოდინს გარანტირებული იყოს არა მხოლოდ მათი უფლება მიიღონ სამედიცინო დახმარება, არამედ აღიარებული და დაცული იყოს მათი, როგორც პაციენტების, უფლებები.

საქართველოში პაციენტთა უფლებების შესახებ კანონის მიღება არა მხოლოდ ევროპულ კანონმდებლობასთან, არამედ სამედიცინო მომსახურების საერთაშორისო სტანდარტებთან მიახლოებას ნიშნავს. მაგრამ ეს რა თქმა უნდა საკმარისი არ არის. კანონის მიღების შემდგომ ეტაპზე მეტად მნიშვნელოვანია ამ უფლებების რეალიზაციის მექანიზმები არსებობა, რაც სამწუხაროდ საქართველოში არ არსებობს.

ადამიანის უფლებები ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში აწესებენ სტანდარტს, რომლითაც უნდა ისარგებლოს ნებისმიერი ქვეყნის მთავრობამ საკუთარი მოქალაქეების ჯანმრთელობაზე უფლების რეალიზაციის პროცესში.

საქართველოს კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ

თავი I. ზოგადი დებულებანი

მუხლი 1

ამ კანონის მიზანია მოქალაქის უფლებების დაცვა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში, აგრეთვე მისი პატივისა და ღირსების ხელშეუხებლობის უზრუნველყოფა.

მუხლი 2

ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქის უფლებებსა და კეთილდღეობას მედიცინისა და სამედიცინო მეცნიერების ინტერესებთან შედარებით უპირატესი მნიშვნელობა აქვს.

მუხლი 3

საქართველოს კანონმდებლობა ჯანმრთელობის დაცვის სფეროში მოქალაქის უფლებების შესახებ შედგება საქართველოს კონსტიტუციის, საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ" საქართველოს კანონის, ამ კანონისა და სხვა ნორმატიული აქტებისაგან.

მუხლი 4

კანონში გამოყენებულ ტერმინებს (თუ არ არის განსაკუთრებული მითითება) აქვთ შემდეგი მნიშვნელობა:

ა) გენომი – ქრომოსომების ერთობლიობა, რომელიც შეიცავს მემკვიდრეობით ფაქტორებს (გენებს);

ბ) ინფორმირებული თანხმობა – პაციენტის, ხოლო მისი ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობა ამა თუ იმ სამედიცინო მომსახურებაზე, მას შემდეგ, რაც მათ მიეწოდათ ინფორმაცია:

ბ.ა) სამედიცინო მომსახურების არსისა და საჭიროების შესახებ;

ბ.ბ) სამედიცინო მომსახურების მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;

ბ.გ) პაციენტის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის ამ მომსახურებასთან დაკავშირებული რისკის შესახებ;

ბ.დ) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტებისა და ამ უკანასკნელთა თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;

ბ.ე) სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;

ბ.ვ) „ბ.ა”–ბ.ე” ქვეპუნქტებში ჩამოთვლილთან დაკავშირებული ფინანსური და სოციალური საკითხების შესახებ;

გ) პალიატიური მკურნალობა – სამედიცინო მომსახურება, რომლითაც რადიკალურად არ უმჯობესდება პაციენტის მდგომარეობა, არ იცვლება არაკეთილსაიმედო პროგნოზი და რომლის მიზანია პაციენტის მდგომარეობის დროებითი შემსუბუქება;

დ) პაციენტი - ნებისმიერი პირი, რომელიც, მიუხედავად მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა, სარგებლობს, საჭიროებს ან აპირებს ისარგებლოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის მომსახურებით;

ე) პაციენტის ნათესავი – პირი, რომელსაც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი რიგითობის მიხედვით აქვს უპირატესი უფლება მონაწილეობა მიიღოს პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების აღმოჩენასთან ან მის სიკვდილთან დაკავშირებული საკითხების გადაწყვეტაში;

ვ) პაციენტის კანონიერი წარმომადგენელი – პაციენტის მეურვე ან მისი ნდობით აღჭურვილი პირი;

ზ) სამედიცინო მომსახურების გამწევი – პირი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ახორციელებს სამედიცინო მომსახურებას;

თ) სამედიცინო მომსახურება – დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროფილაქტიკის ან სამედიცინო რეაბილიტაციის მიზნით სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ პაციენტისათვის ჩატარებული ნებისმიერი მანიპულაცია და პროცედურა;

ი) სამედიცინო ჩანაწერები – სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ ქაღალდზე, აგრეთვე ინფორმაციის სხვადასხვა მატარებლებზე, მათ შორის, კომპიუტერში დაფიქსირებული ინფორმაცია პაციენტისათვის სამედიცინო მომსახურების გაწევასთან დაკავშირებით;

კ) ტერმინალური მდგომარეობა – უკურნებელი დაავადების სიკვდილისწინა სტადია.

ლ) პალიატიური მზრუნველობა – აქტიური, მრავალპროფილური მზრუნველობა, რომლის უპირველესი ამოცანაა ტკივილისა და სხვა პათოლოგიური სიმპტომების მოხსნა, ავადმყოფთა სოციალური და ფსიქოლოგიური დახმარება, სულიერი თანადგომა. იგი ვრცელდება იმ პაციენტებზე, რომელთა დაავადება მკურნალობას აღარ ექვემდებარება; ასეთი მზრუნველობით შესაძლებელია ავადმყოფებისა და მათი ოჯახების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება. (08.05.2007. N4722)

მუხლი 5

საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების ყველა გამწევისაგან მიიღოს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო

სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურება.

მუხლი 6

1. პაციენტის დისკრიმინაცია რასის, კანის ფერის, ენის, სქესის, გენეტიკური მემკვიდრეობის, რწმენისა და აღმსარებლობის, პოლიტიკური და სხვა შეხედულებების, ეროვნული, ეთნიკური და სოციალური კუთვნილების, წარმოშობის, ქონებრივი და წოდებრივი მდგომარეობის, საცხოვრებელი ადგილის, დაავადების, სექსუალური ორიენტაციის ან პირადული უარყოფითი განწყობის გამო აკრძალულია.

2. ამა თუ იმ დაავადებასთან დაკავშირებით პაციენტის უფლებების შეზღუდვის პირობებს განსაზღვრავს საქართველოს კანონმდებლობა.

მუხლი 7

პაციენტს უფლება აქვს მეორე აზრის მოსაძიებლად დაუბრკოლებლად მიმართოს სხვა ექიმს ან სამედიცინო დაწესებულებას.

მუხლი 8

პაციენტს უფლება აქვს აირჩიოს და ნებისმიერ დროს შეიცვალოს სამედიცინო მომსახურების გამწევი.

მუხლი 9

საქართველოს მოქალაქეს, რომელიც იმყოფება სხვა სახელმწიფოში, აგრეთვე უცხო ქვეყნის მოქალაქესა და მოქალაქეობის არმქონე პირს, რომლებიც იმყოფებიან საქართველოში, ჯანმრთელობის დაცვის უფლება გარანტირებული აქვთ საქართველოს საერთაშორისო ხელშეკრულებებისა და შეთანხმებების შესაბამისად, ხოლო მათი არარსებობისას მოქმედებს იმ ქვეყნის კანონმდებლობა, სადაც პირი იმყოფება.

მუხლი 10

პაციენტს ან მის კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მიმართოს სასამართლოს და მოითხოვოს:

ა) კომპენსაცია ქონებრივი და არაქონებრივი ზიანისა, რომლებიც გამოწვეულია:

ა.ა) პაციენტის უფლებების დარღვევით;

ა.ბ) მცდარი სამედიცინო ქმედებით;

ა.გ) სამედიცინო დაწესებულების ფუნქციონირების სხვა ხარვეზებით;

ა.დ) სახელმწიფოს მიერ არასწორად განხორციელებული ზედამხედველობითა და რეგულირებით;

ბ) სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის ლიცენზიის შეჩერება ან გაუქმება;

გ) სახელმწიფო სამედიცინო და სანიტარიული სტანდარტების შეცვლა.

თავი II. მკურნალობისა და მოვლის უფლება

მუხლი 11

სამედიცინო მომსახურების თანაბრად ხელმისაწვდომობა ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით.

მუხლი 12

1. სახელმწიფო იცავს პაციენტის უფლებას სამედიცინო მომსახურებაზე, რომლის გადაუდებლად განხორციელების გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება.

2. თუ პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, ხოლო სამედიცინო მომსახურების გამწევს არა აქვს შესაძლებლობა აღმოუჩინოს პაციენტს ასეთი მომსახურება, იგი ვალდებულია მიაწოდოს პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს სრული ინფორმაცია, თუ სად შეიძლება გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურების მიღება.

მუხლი 13

1. სახელმწიფო უზრუნველყოფს იშვიათი დაავადებების მქონე პაციენტებს ქვეყანაში აღიარებული და დანერგილი პროფესიული და სამომსახურეო სტანდარტების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურებით.

2. იშვიათი დაავადებების ჩამონათვალს განსაზღვრავს საქართველოს ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო.

მუხლი 14

სამედიცინო მომსახურებისათვის საჭირო ადამიანთა, ტექნიკური, ფინანსური ან/და სხვა რესურსების დეფიციტის შემთხვევაში პოტენციური პაციენტის შერჩევა ხდება მხოლოდ

სამედიცინო კრიტერიუმებით, სხვა ფაქტორების გაუთვალისწინებლად.

მუხლი 15

პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწევისაგან მოითხოვოს მისი ღირსების, ტრადიციების, აღმსარებლობისა და პიროვნული ფასეულობების პატივისცემა.

თავი III. ინფორმაციის მიღების უფლება

მუხლი 16

1. საქართველოს თითოეულ მოქალაქეს უფლება აქვს მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია იმ ფაქტორების შესახებ, რომლებიც ხელს უწყობს მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნებას ან უარყოფითად მოქმედებს მასზე.

2. სახელმწიფო ვალდებულია მასობრივი ინფორმაციის საშუალებებით ან ინდივიდუალურად, მოთხოვნისამებრ, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით, მიაწოდოს მოქალაქეს ამ მუხლის პირველ პუნქტში მითითებული ინფორმაცია.

მუხლი 17

1. პაციენტს, ხოლო მისი თანხმობის ან ქმედუუნარობის შემთხვევაში, ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვთ:

ა) გაეცნონ სამედიცინო ჩანაწერებს და მოითხოვონ პაციენტის შესახებ არსებულ ინფორმაციაში შესწორებების შეტანა. სამედიცინო ჩანაწერებში ინახება როგორც შესწორებამდე არსებული, ისე პაციენტის, მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მიერ ახლად მიწოდებული ინფორმაცია;

ბ) მოითხოვონ სამედიცინო ჩანაწერების ნებისმიერი ნაწილის ასლი.

2. სამედიცინო ჩანაწერების გაცნობის, აგრეთვე მათი ასლის მიღების შესახებ მოთხოვნა წერილობით წარედგინება სამედიცინო დაწესებულებას.

მუხლი 18

1. პაციენტს უფლება აქვს სამედიცინო მომსახურების გამწევისაგან მიიღოს სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია:

ა) სამედიცინო მომსახურების არსებული რესურსებისა და მათი მიღების სახეების, საფასურისა და ანაზღაურების ფორმების შესახებ;

ბ) საქართველოს კანონმდებლობითა და სამედიცინო დაწესებულების შინაგანაწესით

განსაზღვრული პაციენტის უფლებებისა და მოვალეობების შესახებ;

გ) განზრახული პროფილაქტიკური, დიაგნოსტიკური, სამკურნალო და სარეაბილიტაციო მომსახურების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;

დ) სამედიცინო გამოკვლევების შედეგების შესახებ;

ე) განზრახული სამედიცინო მომსახურების სხვა, ალტერნატიული ვარიანტების, მათი თანმხლები რისკისა და შესაძლო ეფექტიანობის შესახებ;

ვ) განზრახულ სამედიცინო მომსახურებაზე განცხადებული უარის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ;

ზ) დიაგნოზისა და სავარაუდო პროგნოზის, აგრეთვე მკურნალობის მიმდინარეობის შესახებ;

თ) სამედიცინო მომსახურების გამწევის ვინაობისა და პროფესიული გამოცდილების შესახებ.

2. პაციენტს შეიძლება არ მიეწოდოს ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ან ამ ინფორმაციის მოცულობა შეიზღუდოს, თუ არსებობს დასაბუთებული ვარაუდი, რომ სრული ინფორმაციის მიღება პაციენტის ჯანმრთელობას სერიოზულ ზიანს მიაყენებს. პაციენტს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ სრული ინფორმაცია მიეწოდება მხოლოდ მაშინ, თუ იგი ამას დაჟინებით მოითხოვს.

3. ინფორმაციის მიუწოდებლობის ან მისი მოცულობის შეზღუდვის გადაწყვეტილებას ადასტურებს სამედიცინო ეთიკის კომისია, ხოლო სამედიცინო დაწესებულებაში ამ უკანასკნელის არარსებობისას – სხვა ექიმი. ინფორმაციის მიუწოდებლობაზე ან მისი მოცულობის შეზღუდვაზე დასაბუთებული გადაწყვეტილება ფიქსირდება პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში.

4. პაციენტის ქმედუუნარობის ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უუნარობის შემთხვევაში ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებულ ინფორმაციას სამედიცინო მომსახურების გამწევი აწვდის პაციენტის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

მუხლი 19

პაციენტს, მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს ინფორმაცია მიეწოდებათ მათი აღქმის უნარის გათვალისწინებით. განმარტების მიცემისას სპეციალური ტერმინები მინიმალურად უნდა იქნეს გამოყენებული.

მუხლი 20

პაციენტს უფლება აქვს უარი განაცხადოს მე-18 მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაციის მიღებაზე, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ინფორმაციის

მიუწოდებლობამ შეიძლება სერიოზული ზიანი მიაყენოს პაციენტის ან/და მესამე პირის ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს.

მუხლი 21

ქმედუნარიან პაციენტს უფლება აქვს გადაწყვიტოს, მიიღოს თუ არა ვინმემ ინფორმაცია მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ. დადებითი გადაწყვეტილების მიღებისას მანვე უნდა დაასახელოს ის პირი, რომელსაც ეს ინფორმაცია უნდა მიეწოდოს. გადაწყვეტილება და პირის ვინაობა ფიქსირდება სამედიცინო დოკუმენტაციაში.

თავი IV. თანხმობა

მუხლი 22

1. სამედიცინო მომსახურების გაწევის აუცილებელი პირობაა პაციენტის, ხოლო მისი ქმედუუნარობის ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უუნარობის შემთხვევაში, ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობა. ინფორმირებული თანხმობა წინ უძღვის სამედიცინო მომსახურებას.

2. წერილობითი ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია შემდეგი სამედიცინო მომსახურების გაწევისას:

ა) ნებისმიერი ქირურგიული ოპერაცია, გარდა მცირე ქირურგიული მანიპულაციებისა;

ბ) აბორტი;

გ) ქირურგიული კონტრაცეფცია – სტერილიზაცია;

დ) მაგისტრალური სისხლძარღვების კათეტერიზაცია;

ე) ჰემოდიალიზი და პერიტონეული დიალიზი;

ვ) ექსტრაკორპორული განაყოფიერება;

ზ) გენეტიკური ტესტირება;

თ) გენური თერაპია;

ი) სხივური თერაპია;

კ) ავთვისებიანი სიმსივნეების ქიმიოთერაპია;

ლ) ყველა სხვა შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების გამწევი საჭიროდ თვლის

წერილობით ინფორმირებულ თანხმობას.

3. სამედიცინო მომსახურების გაწევისას წერილობითი ინფორმირე-ბული თანხმობა აუცილებელია ქმედუუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტისათვის.

მუხლი 23

1. ქმედუნარიან და გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარიან პაციენტს უფლება აქვს მკურნალობის ნებისმიერ ეტაპზე უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურებაზე, აგრეთვე შეწყვიტოს უკვე დაწყებული სამედიცინო მომსახურება. სამედიცინო მომსახურებაზე უარის თქმის ან მისი შეწყვეტის მოსალოდნელი შედეგების შესახებ პაციენტი ამომწურავად უნდა იყოს ინფორმირებული.

2. აკრძალულია ქმედუნარიანი და გაცნობიერებული გადაწყვეტილე-ბის მიღების უნარიანი პაციენტის ნების წინააღმდეგ სამედიცინო მომსახურების განხორციელება, გარდა საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი შემთხვევებისა.

მუხლი 24

1. საქართველოს მოქალაქეს უფლება აქვს წინასწარ წერილობით გამოხატოს ნება (თანხმობა ან უარი) უგონო მდგომარეობაში აღმოჩენისას ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარის დაკარგვისას მისთვის სარეანიმაციო, სიცოცხლის შემანარჩუნებელი ან პალიატიური მკურნალობის ან/და პალიატიური მზრუნველობის ჩატარების შესახებ, თუ მითითებული გარემოებები გამოწვეულია:

ა) განუკურნებელი დაავადების ტერმინალური სტადიით;

ბ) დაავადებით, რომელიც აუცილებლად გამოიწვევს მძიმე ინვალიდობას. (08.05.2007. N4722)

2. საქართველოს მოქალაქეს უფლება აქვს წინასწარ დაასახელოს პირი, რომელიც ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული გარემოებების არსებობისას მიიღებს გადაწყვეტილებას მისთვის საჭირო სამედიცინო მომსახურების აღმოჩენის შესახებ.

მუხლი 25

1. სამედიცინო მომსახურების გამწევს უფლება აქვს სასამართლოში გაასაჩივროს ქმედუუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტის ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის გადაწყვეტილება, თუ იგი ეწინააღმდეგება პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესებს.

2. თუ ქმედუუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის განხორციელების

გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, დაინვალიდება ან ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, ხოლო მისი ნათესავის ან კანონიერი წარმომადგენლის მოძიება ვერ ხერხდება, სამედიცინო მომსახურების გამწევი იღებს გადაწყვეტილებას პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად.

3. თუ ქმედუუნარო ან გაცნობიერებული გადაწყვეტილების მიღების უნარს მოკლებული პაციენტი გადაუდებლად საჭიროებს სამედიცინო მომსახურებას, რომლის გაწევის გარეშე გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი, ხოლო მისი ნათესავი ან კანონიერი წარმომადგენელი სამედიცინო მომსახურების წინააღმდეგია, სამედიცინო მომსახურების გამწევი იღებს გადაწყვეტილებას პაციენტის ჯანმრთელობის ინტერესების შესაბამისად.

მუხლი 26

1. პაციენტის ინფორმირებული თანხმობა აუცილებელია მისი სწავლების ობიექტად გამოყენებისათვის. ინფორმირებული თანხმობა წინ უძღვის პაციენტის სწავლების ობიექტად გამოყენებას.

2. ქმედუუნარო პაციენტის სწავლების ობიექტად გამოყენების საკითხებს არეგულირებს „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ” საქართველოს კანონი.

3. პაციენტის თანხმობა არ არის აუცილებელი იმ შემთხვევებში, თუ სასწავლო მიზნით გამოიყენება:

ა) პაციენტის სამედიცინო დოკუმენტაციაში არსებული ინფორმაცია, რომელიც არ იძლევა პაციენტის იდენტიფიკაციის შესაძლებლობას;

ბ) მკურნალობისა და დიაგნოსტიკის პროცესში მიღებული მასალა (შარდი, სისხლი, სხვა ქსოვილები), რომლითაც უზრუნველყოფილია პაციენტის ანონიმურობა.

თავი V. პირადი ცხოვრების კონფიდენციალობა

და ხელშეუხებლობა

მუხლი 27

სამედიცინო მომსახურების გამწევი ვალდებულია პაციენტის შესახებ მის ხელთ არსებული ინფორმაციის კონფიდენციალობა დაიცვას როგორც პაციენტის სიცოცხლეში, ისე მისი სიკვდილის შემდეგ.

მუხლი 28

1. სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნება

დასაშვებია, თუ:

ა) მიღებულია პაციენტის თანხმობა;

ბ) ინფორმაციის გაუმჟღავნებლობა საფრთხეს უქმნის მესამე პირის (რომლის ვინაობაც ცნობილია) სიცოცხლეს ან/და ჯანმრთელობას;

გ) სასწავლო ან სამეცნიერო მიზნით პაციენტის შესახებ ინფორმაციის გამოყენებისას მონაცემები ისეა წარმოდგენილი, რომ შეუძლებელია პიროვნების იდენტიფიკაცია;

დ) ამას ითვალისწინებს საქართველოს კანონმდებლობა.

2. სამედიცინო მომსახურების გამწევის მიერ სამედიცინო მომსახურებაში მონაწილე სხვა პირებისათვის პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული კონფიდენციალური ინფორმაციის გამჟღავნებაზე პაციენტის თანხმობა ნაგულისხმევად შეიძლება ჩაითვა-ლოს.

მუხლი 29

პაციენტის ოჯახურ და პირად ცხოვრებაში სამედიცინო მომსახურების გამწევის ჩარევა აკრძალულია, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა:

ა) ჩარევა აუცილებელია პაციენტის დაავადების დიაგნოსტიკის, მისი მკურნალობისა და მოვლისათვის. ამ შემთხვევებში პაციენტის თანხმობა აუცილებელი პირობაა;

ბ) საფრთხე ექმნება პაციენტის ოჯახის წევრთა ჯანმრთელობას ან/და სიცოცხლეს.

მუხლი 30

სამედიცინო მომსახურების გაწევისას დასაშვებია მხოლოდ მასში უშუალოდ მონაწილე პირთა დასწრება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა პაციენტი თანახმაა ან მოითხოვს სხვა პირთა დასწრებას.

თავი VI. უფლებები გენეტიკური კონსულტაციისა და

გენური თერაპიის სფეროში

მუხლი 31

აკრძალულია პირის დისკრიმინაცია გენეტიკური მემკვიდრეობის გამო.

მუხლი 32

დაავადების განმაპირობებელი გენის გამოვლენის ან დაავადებისადმი გენეტიკური მიდრეკილების განმსაზღვრელი ტესტირება დასაშვებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მისი მიზანია:

ა) პაციენტის ჯანმრთელობის დაცვა;

ბ) ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული სამეცნიერო კვლევა.

მუხლი 33

ადამიანის გენის მოდიფიცირებისათვის განსაზღვრული ჩარევა დასაშვებია მხოლოდ დიაგნოსტიკის, მკურნალობის ან პრევენციის მიზნით და თუ იგი არ ითვალისწინებს პაციენტის შთამომავლობის გენომის შეცვლას.

მუხლი 34

აკრძალულია სქესის შერჩევის მიზნით ხელოვნური ჩასახვის მეთოდების გამოყენება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა აუცილებელია სქესთან შეჭიდული მემკვიდრეობითი დაავადების თავიდან აცილება.

თავი VII. ორსულისა და მეძუძური დედის უფლებები

მუხლი 35

ორსულს და მეძუძურ დედას უფლება აქვთ სამედიცინო მომსახურების გამწევისაგან მიიღონ სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია ორსულობის, მშობიარობის ან ლოგინობის პერიოდში დაგეგმილი ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის შემთხვევაში ნაყოფზე ან ახალშობილზე შესაძლო პირდაპირი ან ირიბი მავნე ზემოქმედების შესახებ.

მუხლი 36

1. მშობიარეს უფლება აქვს მიიღოს გადაწყვეტილება მისთვის და ნაყოფისთვის სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ, გარდა ამ მუხლის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული შემთხვევებისა.

2. მშობიარეს არა აქვს უფლება უარი თქვას ისეთ სამედიცინო მომსახურებაზე, რომელიც უზრუნველყოფს ცოცხალი ნაყოფის დაბადებას და რომელიც მშობიარის ჯანმრთელობისა და სიცოცხლისათვის მინიმალური რისკის მატარებელია.

მუხლი 37

მშობიარეს უფლება აქვს მშობიარობის დროს გვერდით იყოლიოს მეუღლე ან სხვა მისთვის

სასურველი პირი.

მუხლი 38

მელოგინე ქალს უფლება აქვს გვერდით იყოლიოს ახალშობილი, თუ სამედიცინო მომსახურების გამწევი, ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებით მის სხვაგან გადაყვანას არ გადაწყვეტს, აგრეთვე საკუთარი შეხედულებისამებრ კვებოს ახალშობილი.

თავი VIII. არასრულწლოვანის უფლებები

მუხლი 39

სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა არასრულწლოვანი-სათვის ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით.

მუხლი 40

1. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს უფლება აქვს მკურნალი ექიმისაგან მიიღონ სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია არასრულწლოვანის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ, მათ შორის, ამ კანონის მე-18 მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაცია.

2. მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს ამ მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული ინფორმაცია არ მიეწოდება, თუ ინფორმაციის მიწოდების წინააღმდეგია:

ა) არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით ქმედუნარიანად ითვლება;

ბ) 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტი, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას და რომელმაც ექიმს მიმართა სქესობრივად გადამდები დაავადების ან ნარკომანიის მკურნალობის, კონტრაცეფციის არაქირურგიული მეთოდების შესახებ კონსულტაციის მიღების ან ორსულობის ხელოვნურად შეწყვეტის მიზნით.

მუხლი 41

1. 14-დან 18 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს, რომელიც სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას, უფლება აქვს განაცხადოს ინფორმირებული თანხმობა სამედიცინო მომსახურებაზე, თუ მან სამედიცინო მომსახურების გამწევს მიმართა ამ კანონის მე-40 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ” ქვეპუნქტით გათვალისწინებულ მიზეზთა გამო.

2. 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვან პაციენტს სამედიცინო მომსახურება უტარდება მხოლოდ მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის თანხმობით, გარდა ამ კანონის მე-40 მუხლის მე-2 პუნქტის „ბ” ქვეპუნქტით გათვალისწინებული შემთხვევებისა. ამასთან, სამედიცინო მომსახურების გაწევის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობაც ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით.

3. არასრულწლოვან პაციენტს, რომლის ასაკი აღემატება 16 წელს, უფლება აქვს ინფორმირებული თანხმობა ან უარი განაცხადოს სამედიცინო მომსახურებაზე, თუ იგი სამედიცინო მომსახურების გამწევის შეხედულებით სწორად აფასებს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობას. პაციენტის გადაწყვეტილების შესახებ ეცნობება მის ნათესავს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

მუხლი 42

1. 16 წლამდე ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის გამოყენება სწავლების ობიექტად დასაშვებია მხოლოდ მისი მშობლის ან კანონიერი წარმომადგენლის ინფორმირებული თანხმობით. გადაწყვეტილების მიღებისას აუცილებელია პაციენტის მონაწილეობაც ასაკისა და გონებრივი განვითარების გათვალისწინებით.

2. 16 წელზე მეტი ასაკის არასრულწლოვანი პაციენტის გამოყენება სწავლების ობიექტად დასაშვებია მხოლოდ მისი ინფორმირებული თანხმობით. პაციენტის გადაწყვეტილების შესახებ ეცნობება მის მშობელს ან კანონიერ წარმომადგენელს.

მუხლი 43

არასრულწლოვან პაციენტს აქვს საკუთარი ჯანმრთელობის მდგომარეობისა და მკურნალობის შესახებ ინფორმაციის მიღების უფლება. მიწოდებული ინფორმაცია უნდა შეესაბამებოდეს მის ასაკსა და გონებრივი განვითარების დონეს.

თავი IX. სამხედრო მოსამსახურის,

წვევამდელისა და სამხედრო სამსახურში კონტრაქტით

დაქირავებულის უფლებები

მუხლი 44

სამხედრო მოსამსახურეს, წვევამდელსა და სამხედრო სამსახურში კონტრაქტით დაქირავებულს ჯანმრთელობის მდგომარეობის განსაზღვრისათვის აქვთ დამოუკიდებელი სამედიცინო ექსპერტიზის მოთხოვნისა და ჩატარების უფლება.

თავი X. წინასწარ პატიმრობაში ან

სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირის უფლებები

მუხლი 45

1. სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირისათვის ხორციელდება სახელმწიფო სამედიცინო პროგრამების საშუალებით.

2. სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მოთავსებისთანავე პირს უფლება აქვს მოითხოვოს სათანადო სამედიცინო გამოკვლევა, დამოუკიდებელი სამედიცინო ექსპერტიზის ჩატარება და საჭიროებისას – სამედიცინო მომსახურება.

მუხლი 46

წინასწარ პატიმრობაში ან სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირი სარგებლობს ამ კანონით გათვალისწინებული ყველა უფლებით.

მუხლი 47

წინასწარი პატიმრობის ან სასჯელაღსრულების დაწესებულების ადმინისტრაციას შეუძლია შეზღუდოს დაკავებული, წინასწარ პატიმრობაში ან პატიმრობაში მყოფი პირის უფლება – აირჩიოს სამედიცინო მომსახურების გამწევი. ეს გადაწყვეტილება შეიძლება გასაჩივრდეს სასამართლოში.

http://www.nplg.gov.ge/gwdict/index.php?a=term&d=5&t=6082

http://www.patientsrights.ge/uploads/files

§ 3.მსოფლიო რელიგიების გაცნობა

მსოფლიოში ორასზე მეტი რელიგიაა ცნობილი. მათ შორის მრავალი რამ საერთოა, მრავალი - განსხვავებული. რელიგიები ერთმანეთისაგან განსხვავდებიან სიძველით, ტრადიციებით, შინაარსით, ფილოსოფიური სიღრმით.

3.1.იუდაიზმი



ებრაელი ერის რელიგია. ისტორიაში აღნუსხული პირველი **მონოთეისტური** რწმენა და ანტიკური ხანიდან შემორჩენილი ერთ-ერთი რელიგია. იუდაიზმის დოქტრინა და ისტორია მნიშვნელოვანი ნაწილია სხვა მონოთეისტურ, კერძოდ: **სამარიულ, ქრისტიანულ და მუსლიმურ** რელიგიათა საფუძვლებისა.

იუდაიზმს 14 000 000-მდე მიმდევარი ჰყავს მსოფლიო მასშტაბით. მსოფლიო მოსახლეობის დაახლოებით 0.19%.

3.1.იუდაიზმი

3.2.ქრისტიანობა, ისლამთან და იუდაიზმთან ერთად, მიეკუთვნება ე.წ. „აბრაამისეულ რელიგიებს“.

მას სამი ძირითადი მიმდინარეობა აქვს:

- კათოლიციზმი
- პროტესტანტიზმი
- მართლმადიდებლობა.

ასევე არსებობს სხვადასხვა ქრისტიანული განშტოებები. როგორიცაა:

- ნაზარეველები
- ებიონიტები (ევიონიტები, ფიბიონიტები)
- მონტანიზმი
- მოდალიზმი
- ადოპციონიზმი (დინამისტები)
- მონარქიანელობა
- არიანელობა

- დოკეტიზმი
- აპოლინარიზმი
- მონოფიზიტობა (ევტიქიანელობა)
- მიაფიზიტობა (ნესტორიანელობა)
- ანგლიკანიზმი და სხვ...

ქრისტიანობა ყველაზე მრავლრიცხოვანი რელიგიაა. რომლის მიმდევართა საერთო რიცხვი მსოფლიოში შეადგენს 2 400 000 000 - ზე მეტს. მსოფლიო მოსახლეობის 34.5%-ზე მეტი.

კათოლიციზმს ყველაზე მრავალრიცხოვანი მრევლი ჰყავს 1 200 000 000-ზე მეტი, მსოფლიოს 235 ქვეყანაში რაც მთელი ქრისტიანობის 52%-ს შეადგენს. მსოფლიო მოსახლეობის დაახლოებით 16.9%.

პროტესტანტიზმის მიმდევართა რაოდენობაა 600 000 000 - მდე, ქრისტიანობის

დაახლოებით 27%, ხოლო მსოფლიო მოსახლეობის 6.15%-ს. აქედან

350 000 000 აფრიკაში

120 000 000 ევროპაში

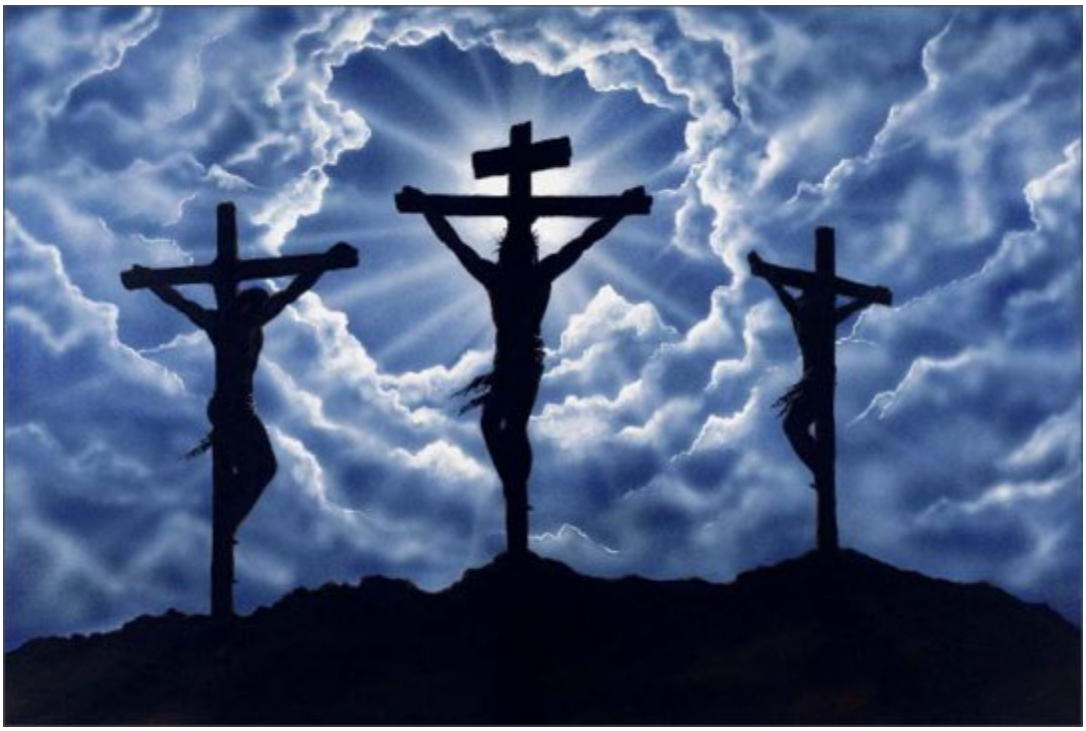
80 000 000 ლათინურ ამერიკაში

65 000 000 აზიაში

10 000 000 ავსტრალიასა და მიმდებარე კუნძულებზე.

მართლმადიდებლების რიცხვი დაახლოებით 300 000 000 - მდეა. ქრისტიანობის

დაახლოებით 12.7%, მსოფლიო მოსახლეობის 3.96%.



მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში:

ბელარუსია; ბულგარეთი; კვიპროსი; საქართველო; საბერძნეთი; მაკედონია; მოლდოვა; ჩერნოგორია(მონტენეგრო); რუმინეთი;რუსეთი; სერბეთი; უკრაინა;

ალბანეთი; ბოსნია-ჰერცეგოვინა; ყაზახეთი; ისრაელი; იორდანია; ლიბანი;

პალესტინა; სირია; ერაყი; სტამბოლი; სინაი; სერბეთი; პოლონეთი;

ჩეხეთის რესპუბლიკა; სლოვაკეთი; ფინეთი; იაპონია; ჩინეთი და სხვ...

ქრისტიანობა წარმოიშვა იუდაიზმის წიაღში ახ.წ. 1-ელ საუკუნეში რომის იმპერიის აღმოსავლეთ ნაწილში - პალესტინაში. ახალი მოძღვრება ბერძნული და ლათინური ენების წყალობით იოლად ვრცელდებოდა უზარმაზარ რომის იმპერიაში. გადმოცემის თანახმად, თომა ქადაგებდა ინდოეთში და სპარსეთში, ანდრია – კავკასიასა და ბალკანეთში, მარკოზი – ეგვიპტეში. ქრისტიანული გადმოცემის თანახმად პირველ ქრისტიანეთა ხვედრი მძიმე იყო, მათ დევნიდნენ, დასცინოდნენ, სხვადასხვა ბრალდებებს უყენებდნენ. პეტრე და პავლე 64 წელს აწამეს რომში, მოციქულთაგან უკანასკნელი გარდაიცვალა იოანე. მოციქულები შეცვალეს ეკლესიის მამებმა. ქრისტიანული გადმოცემების თანახმად მათაც დევნიდნენ, აწამებდნენ, კლავდნენ. ქრისტიანობას მალე გამოუჩნდნენ დამცველები თვით რომის

იმპერიაში. იმპერატორმა კონსტანტინემ ცნობილი "სასწაულის" შემდეგ იწამა და ნება დართო ღვთისმსახურებისა. ასე თანდათან იკვალავდა გზას ახალი ჰუმანური მოძღვრება.

რომის პაპები მიისწრაფვოდნენ აღმოსავლეთ ქრისტიანული ეკლესიის დაქვემდებარებისკენ და აღვივებდნენ პაექრობას კონსტანტინოპოლის პატრიარქებთან საღვთისმეტყველო საკითხების ირგვლივ. 1054 წელს, რომის პაპმა კონსტანტინოპოლში გააგზავნა თავისი ელჩები - ლეგატები. ლეგატებმა წმინდა სოფიას ტაძრის საკურთხეველზე დადეს ბერძნული ეკლესიის წყევლა-კრულვის შემცველი სიგელი. ბერძნულმა სამღვდელოებამ დაწვა წერილი და თავის მხრივ წყევლა-კრულვა შეუთვალა რომის პაპს. ამის გამო, 1054 წელს, დასავლური და აღმოსავლური ქრისტიანული ეკლესია საბოლოოდ გაიყო. აღმოსავლურ ეკლესიას მართლმადიდებლური ეწოდა, ხოლო დასავლურს - კათოლიკური. კათოლიკური ეკლესია ამჟამადაც ცენტრალიზებულია და ექვემდებარება რომის პაპს, ხოლო მართლმადიდებლური - დეცენტრალიზებული ავტოკეფალურ ეკლესიებად. კათოლიკურ ეკლესიაში მღვდელმსახურება მხოლოდ ლათინურ ენაზე სრულდებოდა 1960-იანი წლების რეფორმებამდე (ვატიკანის II კრება) , მართლმადიდებლურ ეკლესიებში კი - ეროვნულ ენებზე

3.3.ქრისტიანობის გავრცელება საქართველოში

კვართის მოტანა. ანდრიას ქადაგება. წმ. ნინოს მოსვლა. მირიანის მოქცევა. ქართველების მონათვლა

უფლის კვართი, რომელზედაც შემდეგ წილი იყარეს, ერგო ერთს ურიას, (ელიოზს), რომელმაც ეს დიდებული განძი ქრისტიანეთა, მიიტანა ქართველების მაშინდელ დედა ქალაქ მცხეთაში, რის შემდეგაც იწყება ქრისტიანობის ქადაგება საქართველოში. ქრისტეს ამაღლების შემდეგ, საქართველოში წამოსვლა და აქ ქადაგება, წილად ხვდა ღვთისმშობელს მარიამს, რის გამოც ამ კუთხეს „ღვთის მშობლის წილ-ხდომილი" კუთხე დაერქვა. მარიამის მაგიერ, მაცხოვრის ბრძანებით, აქ საქადაგებლად წამოვიდა ქრისტეს მოციქული ანდრია პირველ-წოდებული.

ამგვარად, პირველად ქრისტიანობის საქადაგებლად საქართველოში გამოვიდა ანდრია. ადვილი წარმოსადგენია, რა გასაჭირი დაადგებოდა ქრისტიანობის მქადაგებელს იმ დროში, როდესაც ქრისტიანობის ჭაჭანებაც კი არსად იყო, და, მაშასადამე, მქადაგებლის სიტყვებიც შესაფერს ნიადაგსაც ვერ იპოვიდა. შეუძლებელი იყო ანდრიასთვის გაეხორციელებინა თავისი მიზანი, მაგრამ ის მაინც არ ზოგავდა თავის შრომასა და მაინც ეწეოდა დაუღალავ ქადაგებას. მრავალს, სასწაულებით მიაღებინა ქრისტიანობა; უმრავლესობა კი, რომელთაც გულში ღრმათ

ჰქონდათ დანერგილი ქურუმების სწავლა-მოძღვრება, ამასთან ერთად იმათი შიში, არმაზისა, ბოჩოსი და სხვა კერპების სიყვარული, - ისინი სდევნიდნენ ანდრია პირველ-წოდებულის სწავლასა და მოძღვრებას. პირველად ეს და მეორედ: ახალ მოძღვრების მისაღებად მოუმზადებლობა იყო მიზეზი, რომ ანდრიას ქადაგებამ ვერ გამოიღო შესაფერისი ნაყოფი!

გავიდა ორას წელზე მეტი და საქართველოში გამოჩნდა ქრისტიანობის მქადაგებლად კაბადოკიელი ნინო. ანდრია მოციქულის შემდეგ წმ. ნინომდის საქართველო ნელ-ნელა ითვისებდა ქრისტიანობას. თუ ანდრიას დროს ქართველები მოუმზადებელნი აღმოჩნდნენ ქრისტიანობის მისაღებად ეხლა უკვე მომზადებულნი იყვნენ. თუ ანდრიას უძნელდებოდა ქართველების მოქცევა, ეხლა ეს არც ისე ძნელი იყო! ნინო გულ-მოდგინედ შეუდგა ქადაგებას და ბოლოს უკვე მოაქცია ქართველები ქრისტეს სჯულზედ.

მას შემდეგ, რაც ნინო რომის დედათა მონასტრიდგან გამოიქცა მცხეთაში, აქ ცხოვრობდა ერთს დაბურულს ბუჩქში, სადაც თავისუფლად ეწეოდა ღვთისადმი გულ-მხურვალე ლოცვას. ნინომ თავისის სასწაულებით მთელი ქართველები აალაპარაკა; სხვათა შორის ნინომ მძიმე ავადმყოფობისაგან განკურნა დედოფალი ნანა, რომელმაც ამის შემდეგ ფარულად მიიღო ქრისტიანობა. მეფე მირიანი კი დიდ საგონებელში იყო ჩავარდნილი: იმისი გული მიდრეკილებას გრძნობდა უფრო ახალის მოძღვრებისადმი, რადგანაც უმრავლესობა ქართველობისა კიდეც მოინათლა და ბევრსაც კიდევ სურდა მიეღო ქრისტიანობა. მეორე მხრით, არ სურდა ერთბაშად მამა-პაპურ რჯულისაგან განდგომა. საჭირო იყო ერთი რამ ძლიერი მოვლენა, რომ მირიანი ერთბაშად ქრისტიანი გამხდარიყო. ეს ასეც მოხდა. ერთხელ თავისი ამალით სანადიროდ გასულმა მირიანმა უცებ დაბნელება იგრძნო. მალე სიბნელით ერთმანეთსაც ვეღარ არჩევდნენ.

მირიანმა გულ-მხურვალე ლოცვით მიმართა ჯერ თავის ღმერთებს, მაგრამ რომ ვერაფერი შებრალება მიიღო, შემდეგ ნინოს ღმერთსა. ლოცვის შემდეგ უეცრივ განათლდა, გაბრწყინდა და ეს სასწაულებრივი მოვლენა იყო მიზეზად, რომ მირიანმა უარყო თავისი სარწმუნოება და თავის ღმერთად ნინოს ღმერთი აღიარა!!!
მოინათლა მირიანი, და მასთან ერთად მთელი ქართველობა მდ. მტკვარში. ეს იყო [431] 324 წელს.



3.4.ისლამი მონოთეისტური აბრაამისეული რელიგია. ორი ძირითადი მიმდინარეობა **სუიზმი და შიიზმი.**

არსებობს სხვა მიმდინარეობებიც:

- სალაფიტები (ვაჰაბიტები)
- სუფიზმი
- ხარიჯიტები
- აჰმადია
- ყურანისტები
- ისლამის ერი

ისლამის მიმდევართა საერთო რიცხვი 1 600 000 000 - ზე მეტია. მსოფლიომოსახლეობის დაახლოებით 23.3%.

სუნიზმს ყველაზე მეტი მიმდევარი ჰყავს მუსულმანურ სამყაროში. დაახლოებით 1 280 000 000, რაც მაჰმადიანთა 80%-ს შეადგენს. მსოფლიო მოსახლეობის18%.

შიიზმის მიმდევართა რაოდენობა დაახლოებით 224 000 000 ადამიანს ითვლის,

მაჰმადიანთა დაახლოებით 14% -ს. ხოლო მსოფლიო მოსახლეობის 3.1%.

ისლამი (არაბ. إسلام ალ–ისლამ – "მორჩილება") - დაახლოებით 1,3 მილიარდი მიმდევრით, ქრისტიანობის (დაახ. 2.1 მილიარდი მიმდევარი) შემდეგ მსოფლიოში მეორე უდიდესი რელიგიური აღმსარებლობაა. ისლამის მიმდევარს ჰქვია მუსლიმი ან მაჰმადიანი (მოძველებული ფორმა). წარმოიშვა მე–7 საუკუნეში არაბეთის ნახევარკუნძულზე. ფუძემდებელია მუჰამადი, რომელიც ისლამური სწავლების მიხედვით ღმერთის (არაბულად: ალ-ლაჰ الله) უკანასკნელი წინასწარმეტყველი იყო. დღეს ისლამი გავრცელებულია მთელს მსოფლიოში, ტრადიციულად, ისლამურად ითვლება შემდეგი რეგიონები: ახლო

აღმოსავლეთი, ჩრდილოეთ აფრიკა, სამხრეთ აზია და სამხრეთ–აღმოსავლეთ აზია.

მუსლიმები შეადგენენ საქართველოს მოსახლეობის დაახლოებით 10%. მათ რიცხვს მიეკუთვნებიან საქართველოში მცხოვრები ეთნიკური აზერბაიჯანელები და აჭარის ტერიტორიაზე მცხოვრები ქართველები (აჭარლები)

მუჰამედი (არაბ. محمد მუჰამმად) იყო პიროვნება, რომელმაც მთლიანად შეცვალა არაბი ტომების ტრადიციული ცხოვრება, მისცა მათ ახალი რელიგია, ცხოვრების წესი და მიზანი. მუჰამედი დაიბადა 570 წელს მექაში, მისი ოჯახი იყო ბანუ ყურაიშის ერთ–ერთი განშტოების, ბანუ ჰაშიმის წარმომადგენელი. მუჰამედის მამა მისი დაბადებიდან ექვსი თვის თავზე გარდაიცვალა, ადრე დაობლებულ ბავშვს ბიძა – 'იმრანი (აბუ თალიბი) ზრდიდა. ერთხანს მუჰამედი აქლემების და საქონლის მწყემსობას ეწეოდა (ეს საქმიანობა არცთუ ისე პატივსაცემად ითვლებოდა არაბებში). 40 წლის რომ შეიქნა, მუჰამედმა მიიღო პირველი გამოცხადება (გადმოცემით ეს მოხდა 19 ან 21 რამადანის თვეში) ერთღმერთიანობის ქადაგება და ურიცხვ კერპთა უარყოფა დაიწყო, რომლებიც არაბთა ტომებს ერთმანეთისაგან აშორებდნენ. არაბებს ერთი ღმერთის უნდა ერწმუნათ. ამ ახალ რელიგიას ისლამი ეწოდებოდა. მექელებმა არ მიიღეს მისი რელიგია, განსაკუთრებით მას ეწინააღმდეგებოდნენ გავლენიანი მექელები აბუ ჯაჰლი (უმეცართა მამა), აბუ სუფიანი (შემდგომში ისლამი მიიღო), მუჰამედის ბიძა აბუ ლაჰაბი (ალმოდებულთა მამა), მუჰამედი იყო დაცინვებისა და შეურაცხყოფის ობიექტი 12 წლის განმავლობაში და იგი იძულებული გახდა სხვა ქალაქში - მედინაში გაქცეულიყო. იქ მისი ბევრმა ირწმუნა და ბოლოს, როცა 630 წელს გამარჯვებული მუჰამედი მექაში დაბრუნდა, მექელებმაც ირწმუნეს მისი. სულ მოკლე ხანში მუჰამედის გარშემო შემოკრებილმა არაბობამ ღვთის ერთგულ მორწმუნეთა სახელმწიფო შექმნა – (სახალიფო), რომელიც რამდენიმე ათეული წლის შემდეგ დიდ იმპერიად იქცა. მუჰამედის სიკვდილის შემდეგ არაბთა სახელმწიფოს მისი ნაცვლები - ხალიფები განაგებდნენ.

ასე წარმოიქმნა ფეოდალურ-თეოკრატიული სახელმწიფო - ერთიანი იდეოლოგიის მქონე ხალიფატი, რომელმაც საზღვრების გაფართოებისა და გამდიდრების მიზნით დაპყრობითი ომები დაიწყო. ხალიფების ხელმძღვანელობით, რომელთა ხელშიც როგორც საერო, ისე სასულიერო ძალაუფლება ერთად იყო თავმოყრილი, არაბებმა უზარმაზარი ტერიტორია დაიპყრეს, რომელზედაც ძალით ინერგებოდა ისლამი.

თავდაპირველად არაბთა მცირე ჯგუფი აღიარებდა ახალ რელიგიას, შემდეგ კი მთელმა არაბეთმა, როგორც ბინადარმა არაბებმა, ისე უდაბნოში მცხოვრებმა ბედუინებმა აღიარეს იგი და, ბოლოს, სულ მალე, სხვა ხალხებმაც (ირანელებმა, თურქებმა, ეგვიპტელებმა, ინდოელებმა, სლავების ნაწილმა...) ირწმუნეს.

ისლამი აღიარებს იუდეველთა და ქრისტიანთა საღვთო წიგნებს, მათ წმინდანებსა და წინასწარმეტყველებს: ნუჰს, იბრაჰიმს, ისმაილს იაყუბს, იშაყს, მუსას, დავუდს და სულაიმანს, წმიდა მარიამსა (მარიამ) და იესო ქრისტეს (ისა) (თუმცა მას არ თვლიან ღვთის ძედ და შესაბამისად არც წმიდა მარიამს - ღვთისმშობლად), მთავარანგელოზებს მიქაელსა და გაბრიელს (ჯაბრიილ). ისლამის მიხედვით, იუდეველებმა და ქრისტიანებმა გაამრუდეს მათ მიერ ნაქადაგები ჭეშმარიტება, ამიტომ ღმერთმა მუჰამედი გამოაგზავნა ამ ჭეშმარიტების აღსადგენად და ხალხების სწორ გზაზე დასაყენებლად.

ისლამი ანუ მაჰმადიანობა დიდ როლს თამაშობს თანამედროვე პოლიტიკურ და რელიგიურ ცხოვრებაში. ისლამი თავისი აგრესიული სოციალ-პოლიტიკური დოქტრინისა და ძლიერი ემიგრაციის წყალობით სულ უფრო იმკვიდრებს ადგილს თვით დასავლეთის ქვეყნებშიც კი. ამასთან ერთად ისლამური პრობლემა სიმპტომატური იყო და არის ქართული სინამდვილისათვის, ერთი მხრივ, საქართველოს გეოპოლიტიკური ვითარებიდან გამომდინარე და მეორე მხრივ იმის გამო, რომ ქართველთა გარკვეული, არც თუ მცირე ნაწილი მუსლიმანური აღმსარებლობისაა.

ისლამის წარმოშობაში დიდი როლი ითამაშა, ერთი მხრივ, იუდაიზმმა, ხოლო, მეორე მხრივ, ნესტორიანელობამ და მონოფიზიტობამ, გარკვეული კვალი მასზე არაბი ტომების პოლითეიზმმაც დატოვა. ისლამის მთავარი დოგმა ერთი ღმერთის - ალაჰის აღიარება და მისდამი სრული მორჩილებაა (თვით სიტყვა „ისლამი“ - მორჩილს ნიშნავს). მუსლიმთა რწმენის აღიარების ფორმულაა: „არა არს ღმერთი თვინიერ ალაჰისა და მუჰამედია მოციქული მისი“.

მაჰმადიანური სარწმუნოების წყარო ყურანია (არაბ. ალ-ყურან - საკითხავი), რომელიც უზენაეს და უაღრესად სრულ წიგნად ითვლება თორასა და სახარებასთან ერთად. ისლამური ტრადიციის მიხედვით, ყურანი მუჰამედს ანგელოზმა ჯებრაილმა (გაბრიელმა) წაუკითხა. მისი ტექსტი პირველად ხალიფა ოსმანის დროს (644-665) გამოჩნდა. იგი 114 სურისაგან (თავი) შედგება. ყურანის შექმნიდან რამოდენიმე ათწლეულის შემდეგ ცხადი გახდა, რომ საჭირო იყო მასში ჩამოყალიბებული დებულებების, კერძოდ, ეთიკური მოძღვრების კონკრეტიზაცია, რის გამოც შეიქმნა ე.წ. სუნა ანუ ხადისების კრებული, რომელიც თავის მხრივ მუსლიმური სამართლის - შარიათის წყაროდ იქცა.
ყურანში ბიბლიურმა სიუჟეტებმა თავისებური ტრანსფორმაცია (1) განიცადეს.
ისლამი წინასწარმეტყველებად აღიარებს: ადამს, ნოეს (ნუხი), აბრაამს (იბრაჰიმი), მოსეს (მუსა) და იესოს (ისა). მუჰამედი, როგორც უკანასკნელი წინასწარმეტყველი, მათზე მაღლა დგას. იუდეურ-ქრისტიანული ტრადიციიდან ისესხა ისლამმა ერთღმერთიანობის, ანგელოზების, სულის უკვდავების, საიქიო მისაგებელის, მეორედ მოსვლის და სხვა იდეები, თუმცა ყოველ მათგანში საკუთარი შინაარსი ჩადო.
ისლამის სარწმუნოებრივ საფუძველს ე.წ. „5 ბურჯი“ შეადგენს: 1. ერთი ღმერთისა და მუჰამედის წინასწარმეტყველური მისიის აღიარება; 2. ხუთგზის ყოველდღიური ლოცვა (ასსალათი, ანუ ნამაზი); 3. მარხვა (საუმი, ურაზა), 4. მოწყალების გაცემა (ზაქათი); 5. მოსალოცად წასვლა მექაში, სიცოცხლეში ერთხელ მაინც (ჰაჯი).
ისლამი არ არის ერთიანი რელიგია. მორწმუნეთა უმრავლესობა ტრადიციულ ისლამს - სუნიზმს აღიარებს, რომელიც სუნასა და ყურანს ემყარება. შიიტები ყურანს ქარაგმულად განმარტავენ, ხოლო სუნაში მხოლოდ იმ ხადისებს აღიარებენ, რომელიც მუჰამედის სიძის - მეოთხე ხალიფა ალის სახელს უკავშირდება, მათ აქვთ საკუთარი წმიდა გადმოცემა - ახბარი.
ცნობილია აგრეთვე მუსლიმანური სექტები: ისმაილიტები, დრუზები, ვაჰაბიტები, ბაბიდები, ბაჰაულას მიმდევრები და სხვა.
მუსლიმანური თეოლოგიის საყრდენს ვოლუნტარიზმი და ფატალიზმი წამოადგენს. ისლამში ღმერთი მოიაზრება, როგორც სამყაროს შემოქმედი, მარადიული სული, იგია პირველი და უკანასკნელი, ამასთან იგი უპიროვნო არსია (ამაში ზოგიერთი მკვლევარი გნოსტიციზმის გავლენას ხედავს, ალაჰის, როგორც უპიროვნო ღმერთის განმარტება ჩვენს დროში სულ უფრო

მეტ მომხრეს იძნენს მუსლიმან ღვთისმეტყველთა შორის). მუსლიმანურ მონოთეიზმთან მჭიდროდაა დაკავშირებული ალაჰისადმი აბსოლუტური მორჩილების იდეა, რომელიც ყოვლისმომცველ ხასიათს ატარებს. ღვთის მიერ დადგენილი წესრიგისადმი უსიტყვო მორჩილების მოთხოვნა აისახა ყოვლისშემძლე ღმერთისა და წინასწარგანსაზღვრულობის შესახებ მოძღვრებაში. თვითონ ყურანში სწავლება ღვთაებრივ და ადამიანურ ნებათა თანაფარდობის შესახებ წინააღმდეგობრივადაა ჩამოყალიბებული. აბსოლუტური წინასწარგანზრახულობის იდეისა და ადამიანის თავისუფლების იდეის მომხრენი ყურანში თავისი თვალსაზრისის დადასტურებას პოულობენ, ეს დაკავშირებულია იმასთან, რომ ადრეულ პერიოდში მუჰამედი და მისი მიმდევრები მექის არისტოკრატიასთან ბრძოლის დროს ნების თავისუფლებას ქადაგებდნენ, ხოლო როცა ისლამი ოფიციალური რელიგია გახდა, წინასწარგანზრახულობის იდეა ერთ-ერთ ყველაზე მნიშვნელოვან იდეად იქცა, რომელსაც უნდა გაემართლებინა როგორც ახალი, ფეოდალური წყობილების, ისე საღვთო ომის (ჯიჰადი) აუცილებლობა, როგორც ღვთის ნების გამოვლინება.
ამ პოზიციაზე დგას ისლამის ოფიციალური თეოლოგიური დოქტრინა ქალამი (მეცნიერება, მოძღვრება), რომლის ფუძემდებელია ალაშარი (783-835 წწ.). ქალამის მიხედვით, ალაჰს გააჩნია აბსოლუტური თავისუფალი ნება, რომლითაც ის უწყვეტად ქმნის და ამოძრავებს ყოველ ტომს. ყოველი მოვლენა განიხილება, როგორც ალაჰის შემოქმედებითი აქტის შედეგი. ნებისმიერი საგანი, მათ შორის ადამიანიც, იარაღია ღმერთის ხელში. ადამიანს არ გააჩნია თავისუფალი ნება, თუმცა პასუხისმგებელია საკუთარ საქციელზე.
ქალამი შეიქმნა VIII საუკუნეში წარმოშობილი მუთაზილიტური მოძრაობის წინააღმდეგ, რომლის სათავეებთანაც იდგნენ ბასილ-იბნ-ატა (699-748 წწ.), ალ-კანდი (800-860 წწ.) და ან-ნაზამი (-845 წწ.), ხოლო ხალიფა მამუნის (813-838 წწ.) დროს მუთაზილიზმი სახელმწიფო მოძღვრება გახდა. იგი ტრადიციულ ისლამს ზომიერი რაციონალიზმის პოზიციიდან დაუპირისპირდა. მუთალიზიტები ცდილობდნენ, ალაჰისათვის ანთროპომორფული ნიშნები ჩამოეცილებინათ, უარყოფდნენ ყურანის შეუქმნელობას და ამდენად მას აბსოლუტურ ხასიათს. მათვე წამოაყენეს ადამიანის ნების თავისუფლების პრინციპი, რომლის მიხედვითაც ადამიანი თვითონ არის სიკეთისა და ბოროტების ჩამდენი.
რაც შეეხება ბოროტების საკითხს, ისლამის ვოლუნტარიზმისა და ფატალიზმიდან იმგვარი დასკვნა გამომდინარეობს, რომ სამყაროში არსებული ბოროტების მიზეზი თვით ალაჰია. მით უფრო, რომ მუსლიმანური ანთროპოლოგია ადამიანს სუსტ არსებად წარმოაჩენს, რომელიც არარაობაა, უგუნურია, ძლიერ და ბრძენ ალაჰთან შედარებით, რისი მიზეზიც საბოლოოდ თვითონ ალაჰია. გარდა ამისა, ყურანის ბოლო 113 სურაში პირდაპირაა ნათქვამი: „თქვი, მივმართავ უფალს განთიადისას, რომ დამიფაროს ყოველი ბოროტებისაგან, რაც გააჩინა“, ამასთან ერთად, თვით ბოროტების ცნებაც ისლამში ფარდობითია, მაგ: კაცის კვლა საზოგადოდ - ბოროტებაა, მაგრამ იგივე კაცის კვლა ჯიჰადის დროს არა თუ ბოროტებად, არამედ პირიქით, წმინდა საქმედ ითვლება. ამგვარი თეოლოგიური წინამძღვარი შესაბამის მორალს აფუძნებს, რომელიც მუსლიმანური წესების ფორმალური და მექანიკური შესრულების ფარგლებს არ სცილდება და ყურანის მთელი ზნეობრივი მოძღვრებაც მხოლოდ ცხოვრების პრაქტიკული მხარის მოწესრიგებისაკენაა მიმართული.
ზემოხსენებულ ისლამური სექტებიდან ჩვენთვის განსაკუთრებით აქტუალურია ვაჰაბიზმი და ბაჰაიზმი. პირველი მისი განსაკუთრებული აგრესიული ხასიათის გამო და მეორე იმიტომ, რომ მისი მიმდევრები საქართველოშიც არიან.
ვაჰაბიზმი, მომთაბარე არაბი ტომების იდეოლოგია, ჩაისახა XVIII საუკუნეში. მისი

ფუძემდებელი იყო გამუსლიმანებული ებრაელი, მუჰამედ იბნ აბდ ალ-ვაჰაბი. მისი სახელის გამო თანამოაზრეებს ვაჰაბიტებს ეძახდნენ. ეს რელიგიური გაერთიანება ითხოვდა მუჰამედის დროინდელი ისლამის აღდგენას და აღიარებდა მხოლოდ ყურანს. ისინი უარყოფდნენ ყოველგვარი შექმნილის, მათ შორის მუჰამედის საფლავის თაყვანისცემას. ასევე კატეგორიულად ეწინააღმდეგებოდნენ მუჰამედისა და მისი ოჯახის წევრების დაფიცებას. არ იყენებდნენ მათრობელა სასმელებს, თამბაქოს, არ უსმენდნენ მუსიკას, არ მღეროდნენ, არ მონაწილეობდნენ ცეკვებსა და სხვა თამაშებში, ე.ი. უარყოფდნენ ადამიანის აღმგზნებ ყოველგვარ საშუალებას. 1740 წელს ურთიერთშეთახმების საფუძველზე იბნ ვაჰაბმა და იბნ საუდმა გადაწყვიტეს, ერთად ემოქმედათ ვაჰაბიზმის გასავრცელებლად. გაიყვეს რა ძალაუფლება, ვაჰაბი სასულიერო ლიდერი გახდა, საუდი - საერო. მათ მიერ ნეჯდში შექმნილი სახელმწიფო უფრო ძალადობას ეყრდნობოდა, ვიდრე რელიგიურ ღვთისმოსაობას. მათ მუსლიმანთა საყოველთაო აღშფოთება გამოიწვიეს, როდესაც ჯერ გაძარცვეს შიიტების სალოცავი, ხოლო 1806 წელს, ქ. მექა და დაარბიეს სალოცავები, არ შეეხნენ მხოლოდ ქააბას, სამაგიეროდ, შებილწეს მედინაში აიშას სახლი, სადაც სამი დიდი ადამიანის განსასვენებელი იყო. აქ ხომ ერთმანეთის გვერდით ესვენა მუჰამედი, აბუ ბაქრი და ომარი. დროთა მანძილზე ეს სექტა გავრცელდა მესოპოტამიასა და სომალში და ბევრი სირთულეებიც შეუქმნა ადგილობრივ ხელისუფლებას. ვაჰაბიტების მიერ უარყოფილი იყო მოლა, წმინდანები, წმინდა ადგილები. განსაკუთრებული ყურადღებდა დაეთმო ჯიჰადს ურწმუნოთა და რწმენაში დაბნეულთა წინააღმდეგ. როგორც რელიგიური და პოლიტიკური გაერთიანების საშუალება ვაჰაბიტური იდეები ადვილად გავრცელდა ინდოეთის მუსლიმებში. მათ მაშინვე იერიში მიიტანეს ადგილობრივ სიქხებზე (3). ბრძოლის რელიგიური მოტივი ის გახლდათ, რომ „მუსლიმს არ შეეძლო ეცხოვრა ურწმუნოების ქვეყანაში“, ამიტომაც, მისი მიზანი იყო საღმრთო ომი წმინდა რწმენის, ალაჰის სუფთა სახელის რწმენის აღსადგენად. ბაჰაიზმი ბაბიზმის შემდგომი განვითარების შედეგად აღმოცენდა. თვით ბაბიზმის წარმოშობა კი უკავშირდება სეიდ ალ მუჰამედის, შირაზელი ვაჭრის, სახელს, რომელმაც, ჯერ კიდევ საკმაოდ ახალგაზრდამ, XIX საუკუნის 40-50-იან წლებში თავი გამოაცხადა ბაბად, რაც ნიშნავდა თავისებურ შუამავალს ალაჰსა და მორწმუნეს შორის, კარიბჭეს. ალი აგრძელებდა შეიხიტების სექტის ხელმძღვანელის სეიდ კაზემ რეშტის საქმეს. ეს უკანასკნელი ითვლებოდა მოსასვლელი მეთორმეტე იმამის წინამორბედად.
ბაბმა დამთავრებულად გამოაცხადა ყურანსა და შარიათზე დამყარებული კანონების ბატონობა. წამოაყენა მოქალაქეთა თანასწორობის პრინციპი; ადამიანთა უფლებების დაცვა, რითაც სწრაფად გახდა პოპულარული. აცხადებდა, რომ როგორც მოციქულის მემკვიდრე მოწოდებული იყო ახალი კანონების საუწყებლად. მის მოძღვრებაში დიდი ადგილი ეთმობოდა პანთეიზმისა და მისტიციზმის პრინციპებს. ბაბიზმი უარყოფდა ექსპლოატაციას და შიიტი სამღვდელოების თვითნებობას. ამ დროს დიდი უფლებები მოიპოვეს ადგილობრივმა ვაჭრებმა. ქვეყნიდან იდევნებოდნენ უცხოელი ვაჭარნი; რაც შეეხება რელიგიას, ბაბმა გაამარტივა ისლამური კულტი, შეამცირა ლოცვების რაოდენობა. ბაბისტურ მოძრაობაში დიდი როლი შეასრულა ქალმა ზაჰრე-ხანუმმა. ის იყო ერთ-ერთი ხელმძღვანელთაგანი, რომელიც ითხოვდა ქალთა ემანსიპაციას, ასევე მრავალცოლიანობისა და ქალების დამამცირებელი სხვა მუსლიმური ჩვეულებების გაუქმებას.
1850 წელს შაჰის ბრძანებით ბაბი სიკვდილით დასაჯეს თეირანში. პროტესტის ნიშნად ბაბისტურმა მოძრაობამ მოიცვა მთელი ირანი, მაგრამ, რადგანაც უშუალო ხელმძღვანელი აღარ იყო, მოძრაობა თანდათან შესუსტდა და მალე თავი იჩინა ახალმა დაჯგუფებამ,

რომელშიც განსაკუთრებული აქტიურობით გამოირჩეოდა ჰუსეინ ალი, ბაჰაულას სახელით ცნობილი (ეს სახელი ნიშნავდა „ღმერთის ბწყინვალებას“). მოძრაობამ ბაჰაიზმის სახელწოდება მიიღო და გამოაცხადა რჯულშემწყნარებლობა. ცდილობდა ისეთი მსოფლიო რელიგიის შექმნას, რომელიც იქნებოდა სრულიად ახალი და შეძლებდა გართულებების გარეშე ხალხების გაერთიანებას. ამ რელიგიურმა მიმდევრობამ უკანა პლანზე დააყენა კულტი: ლოცვას არ ანიჭებდა დიდ მნიშვნელობას და არც რელიგიური აკრძალვები მიუღია კანონად. სავალდებულოდ აღარ ითვლებოდა მეჩეთში ერთობლივი ღვთისმსახურება, გააუქმა მთელი რიგი ბაბისტური აკრძალვები და სხვ. ბაჰაიზმი თანამედროვე რელიგიურ-სოციალური-პოლიტიკურ მიმდევრობად ჩამოყალიბდა, რომელმაც თავის მოწოდებებსა და საქმიანობაში სერიოზული ყურადღება დაუთმო ხალხის ეკონომიკურ მდგომარეობას, რითაც შეძლო ავტორიტეტის სწრაფად მოხვეჭა. ეს უარყოფდა ძალადობას და მოუწოდებდა სიყვარულისა და მიმტევებლობისაკენ. ბაჰაისტების რელიგიური წიგნი „ქითაბ აკდას“ ანუ „უწმინდესი წიგნი“ ამთლიანებდა ყველა მნიშვნელოვან საკითხს. ბაჰაისტურ ტაძრებში ამ წიგნიდან ამოღებულ ცალკეულ გამონათქვამებს კედლებზეც კი ლოზუნგებად აწერდნენ. ბაჰაი უდიდეს სიყვარულს გამოხატავდა უქონელი და მოშიმშილე ხალხისადმი. ის ბევრს წერდა იმ ადამიანთა მომავალი კეთილდღეობის შესახებ, რომლებიც სოციალური უთანასწორობის მსხვერპლი გახდნენ. ერთი ბაჰაისტური წიგნი გარკვევით იუწყება: „იყო ბაჰაის მიმდევარი ეს იმას ნიშნავს გიყვარდეს მთელი კაცობრიობა, ემსახურო მას, იმუშაო საყოველთაო მშვიდობისა და ძმობისათვის. ბაჰაის მიმდევარი არის პიროვნება, რომელშიც შეთავსებულია ყველა საუკეთესო და სრულყოფილი თვისება. ბაჰაიზმი კრძალავს ადამიანების მხრივ ყველა ძალადობას, უსინდისობას და კაცობრიობას მოუწოდებს სიყვარულისაკენ. ამ ამაღელვებელი გრძნობის დაუფლებაში ადამიანებს ეხმარება უფლისადმი ლოცვა, რომელიც დღეში სამჯერ აღევლინება და მისი მეშვეობით მორწმუნეში „იბადება უფალი“. ბაჰაიზმის ძირითადი რელიგიური და მორალური პრინციპები შემდეგია: ჭეშმარიტების ძიება; რელიგია, როგორც საშუალება ძმობისა და სიყვარულისა; რათა გამოირიცხოს ადამიანებს შორის რელიგიური წინააღმდეგობები, აუცილებელია საერთო რელიგია, ასეთი ბაჰაიზმი; რელიგიისა და მეცნიერების მტკიცე კავშირი; ცრურწმენის უარყოფა; სოციალურ და ეკონომიკურ საშუალებათა გათანაბრების გზით ადამიანთა თანასწორობის მიღწევა; ადამიანთა თანასწორუფლებიანობა კანონის მიმართ; საყოველთაო მშვიდობა დედამიწაზე; რელიგიის ჩაურევლობა პოლიტიკაში; ქალისა და მამაკაცის თანსწორუფლებიანობა; და სხვ.

ბაჰაისტებს აქვთ საკუთარი კალენდარი, რომელიც ეყრდნობა მზის სისტემას; წელიწადი მოიცავს ცხრამეტდღიან თვეს, სულ 361 დღეს, ხოლო ოთხი დღე არის დამატებითი მეთვრამეტე და მეცხრამეტე თვეებს შორის; დღესასწაულების უმეტესობა ბაჰაის ცხოვრების მნიშვნელოვან მოვლენებს უკავშირდება. მთელ რიგ სახელმწიფოებში მოქმედებს ბაჰაიზმის 8 „თაყვანისცემის სახლი“ და იმედოვნებენ, რომ მათი რაოდენობა თანდათან გაიზრდება. დღეს ბაჰაიზმი გავრცელებულია მსოფლიოს 30 ქვეყანაში, 10 მილიონი მიმდევარი აღიარებს ამ რელიგიურ მოძღვრებას. მოქმედებს 250000-მდე ადგილობრივი და 800-მდე „ეროვნული სასულიერო საბჭოები“. ბაჰაის საზოგადოება აქტიურად თანამშრომლობს გაეროს სხვადასხვა მისიებთან, არასამთავრობო საერთაშორისო ორგანიზაციებთან; მათი გაერთიანება „სამართლიანობის მსოფლიო სახელი“ ჩაბმულია ეკოლოგიური პრობლემების მოწესრიგებისათვის მოძრაობაში, განვითარებადი ქვეყნების, უპატრონო ბავშვებისა და სოციალურად დაუცველი ადამიანების დახმარებაში.

ბაჰაიზმი მოქმედებს საქართველოშიც, 1992 წელს აქ მისი გავრცელება დაიწყეს ირანელმა როჰანმა და ინდოელმა აფშინმა. ისინი ასრულებდნენ ბაჰაიზმის „გავრცელების საერთაშორისო კომიტეტის“ დავალებას. „ოთხი თვის მანძილზე თავიანთ რწმენაზე მოაქციეს საქართველოში მცხოვრები რუსი ეროვნების ოციოდე ადამიანი, ხოლო 1993 წელს თბილისში ჩაატარეს „ადგილობრივი სასულიერო საბჭოს“ პირველი არჩევნები. 1994 წლიდან აქტიურ მქადაგებლობას ეწევიან: ქუთაისში, რუსთავში, მარნეულში, მცხეთაში, თელავში, გორში და ა.შ. დედაქალაქში მათი საკრებულო მოქმედებს აკაკი წერეთლის გამზირზე. ოთახში გაკრულია აბდულ ბაჰას დიდი სურათი, რწმენის 11 ძირითადი პრინციპი, ქარმალის მთის სურათი ბაბის განსასვენებელის გამოსახულებით და კალენდარი, აქვთ ბიბლიოთეკა და მათთვის საჭირო ტექნიკური საშუალებები. მოქმედებს ე.წ. „ბაჰაის აკადემია“, თვეში ერთხელ გამოსცემენ გაზეთს „ახალი ერა“. დღეისათვის თბილისში არის 200-მდე ბაჰაის მიმდევარი, მთალიანად საქართველოში - 2500.

3.5.ბუდიზმი პრაქტიკული ფილოსოფია, ასევე ზოგიერთი წარმოდგენით ფსიქოლოგია, რომელიც ემყარება ბუდა შაკიამუნის (სიდჰარტა გაუტამას) სწავლებას. მომდინარეობს ძველი ინდოეთიდან, დაახლოებით ძვ. წ. VI - V საუკუნეებიდან.

ბუდიზმი ინდოეთის სუბკონტინენტზე გავრცელდა ხუთი საუკუნის განმავლობაში ბუდას გარდაცვალებიდან, შემდგომ ორ ათასწლეულში კი დომინანტური რელიგია გახდა ცენტრალურ, სამხრეთ-აღმოსავლეთ და აღმოსავლეთ აზიაში.

ბუდიზმი სამ ძირითად ტრადიციად იყოფა:

- თერავადა (შთავირავადა)
- მაჰაიანა
- ვაჯრაიანა

ბუდიზმის მიმდევართა საერთო რაოდენობა 380 000 000 -ზე მეტია, რაც მსოფლიო მოსახლეობის დაახლოებით 6.7% -ს შეადგენს.

მაჰაიანა: ბუდიზმის ყველაზე მრავალრიცხოვანი მიმდინარეობაა (ტრადიცია).

ბუდიზმის მიმდევრების დაახლოებით 53.3%, რაც დაახლოებით 202 540 000

ადამიანს ითვლის. ხოლო მსოფლიო მოსახლეობის დაახლოებით 2.8% -ს.

გავრცელებულია:

ბანგლადეში; ჩინეთი; იაპონია; ვიეტნამი; კორეა; სინგაპური; ტაიბანი; ნეპალი; შრი-ლანკა; ტიბეტი; ბუტანი; მალაიზია და მონღოლეთი.



ბუდიზმი (ასევე დჰარმა ან ბუდა დჰარმა, დაახ. ნიშნავს: კანონი, ან გაღვიძებულის კანონი), რელიგია, პრაქტიკული ფილოსოფია, ასევე ზოგიერთი წარმოდგენით ფსიქოლოგია, რომელიც ემყარება ბუდა შაკიამუნის (სიდჰარტა გაუტამას) სწავლებას. მომდინარეობს ძველი ინდოეთიდან, დაახ. ძვ. წ. VI - V საუკუნეებიდან. ბუდიზმი ინდოეთის სუბკონტინენტზე გავრცელდა ხუთი საუკუნის განმავლობაში ბუდას გარდაცვალებიდან, შემდგომ ორ ათასწლეულში კი დომინანტური რელიგია გახდა ცენტრალურ, სამხრეთ-აღმოსავლეთ და აღმოსავლეთ აზიაში. ამჟამად ბუდიზმი იყოფა სამ ძირითად ტრადიციად: თერავადა (სანსკრ. შთავირავადა), მაჰაიანა და ვაჯრაიანა. მსოფლიოში დაახ. 708 მილიონი მიმდევარი ჰყავს და ერთ-ერთ მსოფლიო რელიგიად ითვლება. მიმდევართა რაოდენობით მეხუთეა მსოფლიოში ქრისტიანობის, ისლამის, ინდუიზმის და ტრადიციული ჩინური რელიგიის შემდეგ.

ბუდა შაკიამუნის ცხოვრება

ძვ. წ. V საუკუნეში თანამედროვე ნეპალში ინდოეთის საზღვართან, მდინარე განგის ხეობაში, სამეფო ოჯახში დაიბადა ვაჟი, რომელსაც სახელად სიდჰართა დაარქვს. ჯერ კიდევ შობამდე ბრძენებმა უწინასწარმეტყველეს, რომ თუ ბავშვი სასახლის კედლებსა და ეზოს გალავანს არ დატოვებდა, მსოფლიოს მბრძანებელი გახდებოდა, თუ არა და, მისგან დიდი წმინდანი, ახალი რელიგიის მოძღვარი გამოვიდოდა.
როცა დაიბადა, ახალშობილი მოხუცებულმა ბრძენმა მოინახულა და დაადასტურა ბრაჰმანების წინასწარმეტყველება: ეს ბავშვი სწორედ ის არის, ვინც ქვეყანას ახალ რელიგიას მოუტანსო. ასიტამ გაიხარა მისი ხილვისგან, მაგრამ დანაღვლიანებული წავიდა, რადგან ძალზე მოხუცი იყო და იცოდა, რომ ვერ მოესწრებოდა ამ დღეს.
მამა უფლისწულს განმარტოებაში ზრდიდა, რათა სასახლის გარდა ამ ქვეყანაზე სხვა

ცხოვრების შესახებ არაფერი სცოდნოდა. ცდილობდა, წუთისოფლის ვაება და ბოროტება მას არ შეხებოდა. თექვსმეტი წლისას მეფის ასული შერთეს ცოლად და შვილიც შეეძინა. ერთ დღეს სიდჰართამ ეტლიდან ქუჩაში მშვილდივით მოხრილი ადამიანი დაინახა, რომელიც ძლივს მოძრაობდა ხელჯოხის დახმარებით, და განცვიფრდა, ეს რა არისო? მეეტლემ უთხრა: ნუ გიკვირს, ეს სიბერეა, რომელიც ყველა დაბადებულის ხვედრიაო. შინ დაბრუნებულუი სიდჰართა ნაღვლიან ფიქრებს მიეცა.
ერთ დღესაც მან სნეულებისაგან დაუძლურებული კაცი დაინახა და გაიგო სნეულების შესახებ, რომელიც ყველა ადამიანს ემუქრება.
მესამედ სიდჰართამ დაინახა გაუნძრევლად მწოლიარე ადამიანი, რომელიც სადღაც მიჰყავდათ. როცა იკითხა, უთხრეს ეს მკვდარია, ყველა დაბადებულის ხვედრი ეს არისო. ბოლოს სიდჰართამ თავგადაპარსული, ყვითელ სამოსელში გახვეული კაცი დაინახა და, როცა იკითხა, ეს ვინღა არისო, უთხრეს ეს არის ასკეტი (განდეგილი), რომელიც ხეტიალობს ამქვეყნად, რათა ჭეშმარიტებას მიაგნოს და ამ წუთისოფლის ცოდვა-ბრალის საიდუმლო ამოხსნასო, ადამიანები იხსნას ამქვეყნიური სატანჯველისაგანო.
და მიატოვა 29 წლის სიდჰართამ სასახლე, მშობლები, ცოლი და შვილი და მოხეტიალე ასკეტის გზას დაადგა. შვიდი წელი იხეტიალა სიდჰართამ, ბევრი მოძღვარი და ბრძენი მოინახულა, მაგრამ მათმა სიბრძნემ არ დააკმაყოფილა: ვერ დაინახა მათ ნააზრევში ჭეშმარიტება, რომელიც ადამიანებს ხსნას მოუტანდა. ვერც ასკეტურმა ცხოვრებამ ვერ დაანახა გზა ხსნისაკენ. ბოლოს, ერთი ლეღვის ხის ძირას დაჯდა ფეხმორთხმული და ჭეშმარიტების გამოცხადებას დაელოდა. მართლაც, სიდჰართამ მიიღო ჭეშმარიტების გამოცხადება, რამაც სახე გაუსხივოსნა, სიდჰართას ბუნება სრულიად გარდაიქმნა - ეს გამოღვიძებას ჰგავდა. ამიტომ ეწოდა მას ბუდა, რაც ნიშნავს „გამოღვიძებულს“ და „გასხივოსნებულს“. ამის შემდეგ ორმოცი წლის განმავლობაში ბუდა დადიოდა ინდოეთის ქალაქებში და ქადაგებდა თავის მოძღვრობას. მას უამრავი მიმდევარი გამოუჩნდა და ინდოეთის ფარგლებს გასცდა. ღრმად მოხუცებული კი იგი გარდაიცვალა, მიაღწია რა ნირვანას.

ბუდიზმის ძირითადი პრინციპები

ბუდას მოძღვრების - ბუდიზმის საფუძველია ოთხი ჭეშმარიტება:
ეს ქვეყანა სავსეა სულიერი და ფიზიკური ტანჯვით: ტანჯვაა დაბადება, სნეულება, სიყვარულიც და საყვარელ არსებასთან განშორებაც ტანჯვაა, ტანჯვაა სიბერე და, საბოლოოდ, სიკვდილი. არსებობს ტანჯვის მიზეზი. ეს არის სიცოცხლის, ყოფნის სურვილი, ლტოლვა ქონებისა და დიდების მოხვეჭისკენ. შესაძლებელია ტანჯვის თავიდან აცილება: ამისთვის ადამიანმა უარი უნდა თქვას ყოველგვარ სურვილზე.
არსებობს ტანჯვის აცილების სხვა გზა, რაც ადამიანებს საბოლოო ხსნას მოუტანს.

ხსნის გზა რვა საფეხურისგან შედგება:

1. მართალი სარწმუნოება, რათა სწამდეს ეს ოთხი ჭეშმარიტება.
2. მართალი განზრახვა, რათა ადამიანი იქცეოდეს იმ ოთხი ჭეშმარიტების თანახმად.
3. მართალი ზრახვები, რათა უარი თქვას სიცრუეზე, ცილისწამებაზე...
4. მართალი ქმედება, რათა არ ავნოს ცოცხალ არსებებს - არც ადამიანს, არც ცხოველს, არც მწერს.
5. მართალი ცხოვრება, რათა პატიოსნებით მოიპოვებდეს ცხოვრების სარჩოს.

6. მართალი ძალისხმევა, რათა მუდამ იშორებდეს ამაო ფიქრებსა და ცუდ გავლენებს.
7. მართალი მეხსიერება, რათა მუდამ ახსოვდეს, თუ კიდევ რა დარჩა შეუსრულებელი ჭეშმარიტი ცხოვრების გზაზე.
8. მართალი თვითჩაღრმავება, რათა მიაღწიოს შინაგან სიმშვიდეს, აღარ აღელვებდეს მიწივრი ზრახვები, არც სიხარული სრულყოფილების მიღწევისა და საბოლოო გათავისუფლების გამო.

მხოლოდ ხსნის გზის რვა საფეხურის გავლის შემდეგ მიაღწევს ადამიანი ხსნას, ბუდასავით გასხივოსნებას, გამოღვიძებას ცრუ ცხოვრებიდან, რომელიც ცუდი და მტანჯველი სიზმარია, ჭეშმარიტ ცხოვრებაში. ამ გამოღვიძებას ბუდიზმში ნირვანა ეწოდება: ეს არის სრული სიმშვიდე - არც სიცოცხლე, არც სიკვდილი.

3.6.ინდუიზმი არის ინდოეთის უდიდესი რელიგია, რომელიც ინდოეთში დაახლოებით 970 000 000 ადამიანს ითვლის, რაც ინდოეთის მოსახლეობის დაახლოებით 84% -ს წარმოადგენს. ინდუიზმს მიმდევრები სხვა ქვეყნებშიც ჰყავს.



განსაკუთრებით დიდი რაოდენობით კი:

ნეპალი – 24 000 000 ადამიანი

ბანგლადეში – 16 000 000 ადამიანი

ინდონეზიის კუნძული "ბალი" – 3 400 000 ადამიანი

ინდუიზმის მიმდევართა რიცხვი მსოფლიო მოსახლეობის 15% -ს შეადგენს.

ბრაჰმა (brahmā "შემოქმედი") – ადრეული ბრაჰმანიზმის უმაღლესი ღვთაება, ინდუისტური სამების ტრიმურტის შემოქმედი ღმერთი – მფარველ ვიშნუსა და გამანადგურებელ შივასთან ერთად. ბრაჰმას კულტი უნდა წარმოშობილიყო გვიანდელ ვედურ პერიოდში ძვ. წ. I ათასწლეულის I ნახევარში კლასობრივი საზოგადოების გაჩენისა და ქურუმთა პრივილეგიური კასტის ბრაჰმანების გაბატონებასთან ერთად. ჩვეულებრივ ბრაჰმას გამოხატავენ გედზე მჯდომს ოთხი სახითა და ოთხი ხელით. ვინაიდან ბრაჰმამ მსოფლიოს შექმნა უხსოვარ დროში უკვე დაასრულა, ინდუიზმის მიმდევრებში მის მიმართ ინტერესი იმდენად დაიკარგა, რომ ტაძრებით მოფენილ ინდოსტანის ნახევარკუნძულზე ბრაჰმასთვის მიძღვნილი ორი უძველესი მოუვლელი ტაძარიღა არსებობს. ბრაჰმას კულტი საუკუნეების განმავლობაში შეცვალეს სხვა ღმერთებმა – კრიშნამ, რამამ, განეშამ და სხვა

განეშა (gaṇeśa "მხედართმთავარი") – ინდუიზმის პანთეონის ერთ-ერთი ყველაზე პოპულარული ღვთაება, შივას და პარვატის შვილი. განასახიერებს სიბრძნეს და წარმატებას. ლეგენდა განეშაზე ამგვარია: სპილოს თავი მას დაბადებიდანვე არ ჰქონია. განრისხებულმა შივამ მას თავი ჯერ მოჰკვეთა, შემდეგ კი თავისი მეუღლე პარვატის ხვეწნა-მუდარას ყური უგდო, ტყეში პირველშემხვედრ ცხოველს – სპილოს – თავი მოჰკვეთა, განეშას მხრებზე დაუსვა და გააცოცხლა. "ბრძენი" ცხოველის თავით დაჯილდოებული განეშა დიდი მხედართმთავარი და მთავარსარდალი გახდა. დღესაც ინდუისტები რაიმე ახალი საქმის დაწყებამდე, მოსწავლეები კი გამოცდების ჩაბარებამდე აუცილებლად მიართმევენ მსუნაგ განეშას უხვ შესაწირავს – ბრინჯს, ქოქოსის კაკალს, ერბოს და ტკბილეულს, რათა საყვარელმა ღვთაებამ თავისი სიბრძნე და წარმატება არ მოაკლოს მათ.

დურგა (durgā "ძნელად შესაცნობი") — ინდუიზმის ყველაზე მთავარი ქალღმერთი, გამანადგურებელი ღვთაება შივას მეუღლე. დურგა არა მხოლოდ ყველა სულიერის დედაა, იგი თვით ღმერთების მშობელიცაა. ავ სულთა შემმუსვრელი და გასაჭირში მყოფთა მფარველი ქალღმერთის კულტი ძლიერ გავრცელებულია ინდუიზმის მიმდევრებს შორის, დურგასი ეშინიათ და უყვართ იგი. ყველა სხვა ღვთაებათა თაყვანისცემამდე მას როგორც „მშობელ დედას“ (მა) ეთაყვანებიან.

ვიშნუ (viṣṇu, "ყოვლისმომცველი") – ინდუისტური სამების (ტრიმურტი) მფარველი ღვთაება შემოქმედი ბრაჰმას და გამანადგურებელი შივას გვერდით. ოთხხელიანი ვიშნუ განისვენებს კოსმოსურ ოკეანეში და ქმნის ახალ სამყაროებს. ფერხთით უზის ბედნიერების ქალღმერთი ლაკშმი. როგორც მფარველი ღვთაება, იგი ძილბურანიდან ყოვლეთვის მაშინ იღვიძებს, როცა მსოფლიოს საფრთხე ემუქრება. ავატარად მოვლენილი, ვიშნუ ანადგურებს ბოროტებას და აღადგენს კანონიერებას. მის ავატარათგან ყველაზე ცნობილია რამა, კრიშნა და ბუდა.

ინდრა (indra ”ხელმწიფე”) – ინდუისტური უძველესი ღვთაება, წვიმის მწირავი და ღმერთთა მეფე. ძველ ინდოეთში ინდრას კულტი ძლიერად იყო გავრცელებული, რომელიც შემდგომში ტრიმურტით და სხვა უფრო პოპულარული ღვთაებებით შეიცვალა.

კალი, კალი მა (kālī ”შავი”) – ინდუისტური ქალღმერთი დურგას მრისხანე განსახიერება, ღვთაება შივას მეუღლე. მისი ლმობიერი ფორმაა პარვატი. ინდუიზმის მიმდევრებისთვის იგი განასახიერებს ბოროტებასთან მარადიულ ბძოლას. მრისხანე ”დედა”, მა ჭეშმარიტების მისაღწევად რთულ გზაზე მოსიარულეთა მფარველია. **დამ.ინფ**: http://ucnauri.com/30/11/2009/კალის-ქალღმერთი/

კრიშნა (kṛṣṇa ”შავი”) – ინდუისტური ღვთაება ვიშნუს მერვე ავატარა (განასახიერება). თავის მორწმუნეთათვის იგი ღმერთის უზენაეს ფორმას წარმოადგენს. კრიშნას ცხოვრება აღწერილია უძველეს ხანაში სანსკრიტზე შექმნილ ბჰაგავატაპურანაში, ხოლო მის მოძღვრებას შეიცავს ინდური ეპოსის მაჰაბჰარატას მეექვსე თავი, რომელიც ცნობილია როგორც ბჰაგავადგიტა. ინდურ მითოლოგიაში კრიშნა გვევლინება ლამაზ ჭაბუკად. იგი სალამურის ჰანგებით მწყემს ქალიშვილთა გულებს იტაცებს, შემდგომ კი ერთ მათგანს – რადჰას – თავის მარადიულ თანამგზავრად აირჩევს. ბჰაგავატაპურანა მოგვითხრობს კრიშნას ბავშვური ოინების შესახებ – როგორ იპარავს კარაქს და ამტვრევს ქოთნებს, მალავს მდინარეზე მობანავე მწყემს ქალიშვილთა სამოსს და უქმნის მათ ილუზიას, თითქოს იგი თითოეულ მათგანთან ცეკვავს და ა.შ. ასევე გვიყვება მის საგმირო საქმეებსაც: როგორ გადაარჩინა კრიშნამ მშობლიური სოფელი გველეშაპისგან, რომლის თავებზეც იგი ცეკვავდა, იხსნა დაუსრულებელი წვიმისაგან, რისთვისაც მან მთა გოვარდჰანა ცალი თითით აწია და სოფელს ქოლგასავით გადაახურა. ბჰაგავატაპურანას ლეგენდები ინდოელი ხალხის კლასიკური ცეკვის, ფოლკლორის, ფერწერის, ხუროთმოძღვრების და ლიტერატურის დაუსრულებელ სიუჟეტურ წყაროდ იქცა. მწყემსი კრიშნა თავის მეგობარ პრინც არჯუნას კურუკშეტრას დიდი ბრძოლის წინ ფილოსოფიურ დიალოგს უმართავს და არიგებს. ბჰაგავადგიტას ამ დიალოგში იხსნება ინდუიზმის მსოფლმხედველობრივი პრინციპები, სახელდობრ სულის არსებობა და უკდავება, მისი კავშირი ”ზესულთან” (ღმერთთან), განიხილება ბუნების კანონზომიერება, მისგან გათავისუფლების და ღმერთთან დაბრუნების გზა. ვინაიდან კრიშნა მფარველი ღვთაება ვიშნუს ავატარაა , იგი მსოფლიოს უზენაესი მფარველი და დამრიგებელია. ბჰაგავადგიტადან ქვემოთმოყვანილი ციტატა კრიშნას, როგორც უზენაესის, ნოუმენალურ არსს გადმოცემს ლაკონურად:

“მე ვარ მარადიული სული, მსოფლიოს განმგებელი.
ბუნება მე მემორჩილება.
მე ვევლინები მსოფლიოს, როცა იგი ქაოსში იძირება
და მასში კანონზომიერება ირღვევა.
კეთილთა გადასარჩენად და ბოროტთა დასასჯელად
საუკუნიდან საუკუნეში ვიბადები ამქვეყნად.”

ლაკშმი (lakṣmī ”ბედნიერების მომტანი”) – ინდუისტური ბედნიერების ქალღმერთი, ღვთაება ვიშნუს მეუღლე და მარადიული თანამგზავრი. ლაკშმი მფარველ ღმერთს მუდმივად ფეხთით უზის და მას მაშინაც არ შორდება, როცა ვიშნუ თავისი მისიის აღსასრულებლად ქვეყანას ერთ-ერთ ავატარად ევლინება. ლაკშმი მეუღლეს ყოველთვის თან ახლავს: რამასთან იგი სიტაა, კრიშნასთან – რადჰა. მშვენიერი ქალღმერთი განისვენებს ლოტოსის ყვავილზე და აწეული ხელით ლოცავს თავის თაყვანისმცემლებს, ხოლო უბეში მყოფი ოქროთი სავსე ქოთნიდან მას მონეტები უცვივა. ლაკშმის ერთგულება და მეუღლის დაუღალავი მსახურება ახლადგათხოვილთათვის მაგალითად მოჰყავთ ინდოეთში, ხოლო მისი უხვად შემკული ტაძრები ყოველთვის სავსეა სიმდიდრის და ბედნიერების მრავალრიცხოვანი მაძიებლებით.

მურუგანი სკანდა, კარტიკეია – ინდუისტური ღვთაება შივას და მისი მეუღლე დურგას შვილი, ომის ღმერთი. არსებობს მის დაბადებასთან დაკავშირებული რამდენიმე ერთმანეთის გამომრიცხველი ლეგენდა, რაც იმაზე მეტყველებს, რომ ამ ღვთაებაში არიული სკანდა, იგივე კარტიკეია და დრავიდული მურუგანი ერთ პიროვნებაში გაერთიანდა. პარადოქსულია, რომ ომის ღვთაების კულტი სამხრეთ ინდოეთის მშვიდობამოყვარე ხალხებში ძლიერ არის გავრცელებული (მსოფლიოს ამ რეგიონში ისტორიას დიდი ომები არ ახსოვს)

პარვატი (pārvatī ”მთისა”) – ინდუისტური ქალღმერთი დურგას, დამანგრეველი ღვთაება შივას მეუღლის, ”ლმობიერი” მანიფესტაცია, მრისხანე კალის საპირისპირო სახე. ინდუიზმში იგი ბრწყინვალებას, სათნოებას და სილამაზეს განასახიერებს. ინდოეთში პარვატის ძირითადად გასათხოვარი ქალიშვილები სცემენ თაყვანს და უხვი მსხვერპლშეწირვებით (ყვავილებით და ხილით) მდიდარ და ლამაზ საქმროს ინაღდებენ.

რამა (rāma ”შავი”, ”მუქი” ან ”მომხიბლელი”) – ინდუისტური ღვთაება ვიშნუს მეშვიდე ავატარა (განასახიერება). ინდური ეპოსი რამაიანა მოგვითხრობს რამას ცხოვრებისა და მის საგმირო საქმეთა შესახებ: მშობლების მიერ მის დიდად ნანატრ დაბადებას (როგორც ვიშნუს ავატარა), დიად მასწავლებლებთან სწავლასა და საომარ საქმეებში დახელოვნებას, მის პაექრობას პრინცესა სიტას ცოლად მოგებისთვის, შემდგომ მის გაძევებას სასახლიდან და ტყეში ასკეტურ ცხოვრებას მხოლოდ მეუღლის და ძმის საზოგადოებაში. შრი-ლანკას ბოროტი მბრძანებელი რავანა იტაცებს სიტას, და რამა ძმასთან და მაიმუნთა მეფე ჰანუმანთან ერთად დიდი ბრძოლის შედეგად იბრუნებს მეუღლეს, გამარჯვებული ბრუნდება სასახლეში და მისთვის განკუთვნილ სამეფო ტახტს იკავებს. რამას საგმირო საქმეები და სიტას მეუღლეუბრივი ერთგულება დღემდე ინდოელი ხალხისთვის საყოველთაოდ სამაგალითო და მისაბაძია.

სარასვატი (sarasvatī ”წყლებით მდიდარი”) – ინდუისტური სიბრძნის ქალღმერთი, ღვთაება ბრაჰმას მეუღლე. სარასვატი მოიხსენიება რიგვედაში, სადაც იგი მდინარეთა და ტბათა მფარველი ღვთაებაა. მოგვიანებით იგი უკვე ძირითადად ხელოვან ადამიანთა ნიჭის მწყალობელი ქალღმერთია.

სურია (sūrya ”მზე”) – ინდუისტური უძველესი მზის ღმერთი. მისი კულტი საუკუნეების განმავლობაში შესუსტდა და ადგილი დაუთმო უფრო ”ახალ” ღვთაებებს. სურიასთან დაკავშირებულია ინდუიზმის ყველაზე ”წმინდა” სალოცავი ფორმულა – მანტრა გაიატრი.

შივა (śiva ”კეთილი”) – ინდუისტური სამების (ტრიმურტი) გამანადგურებელი ღვთაება შემოქმედი ბრაჰმას და მფარველი ვიშნუს გვერდით. თუ ბრაჰმას ფუქნცია უხსოვარ დროში მსოფლიოს შექმნა იყო, ხოლო ვიშნუს მისია ყოველ საუკუნეში იმაში მდგომარეობს, რომ მან თავის მრავალრიცხოვან ატარებად მანიფესტირებულმა ღვთაებრივი კანონი (დჰარმა) აღადგინოს, შივას ბედისწერამ ამდაგვარი ერთმნიშვნელოვანი როლი არ დააკისრა. იგი ინდუიზმის ყველაზე საინტერესო და მრავალფეროვანი მოვლენაა. შივა არა მხოლოდ სიცოცხლის და სიკეთის წყაროა, ჰიმალაების მთებში მედიტაციაში მჯდომი ასკეტური იოგი, იგი კოსმოსური ცეკვის დიადი მეფეცაა (ნატარაჯა). მთელი მსოფლიო მისი ექსტაზის ცეცხლში ნადგურდება და ხელახლა შივას მიერვე ნაყოფიერდება, იხ. ლინგამი.

ჯაგანნათა (jagannātha ”მსოფლიოს განმგებელი”) – ინდუისტური ღვთაება კრიშნას დაუმთავრებელი გამოსახულება ქ. პურის (ორისა, ინდოეთი) ჯაგანნათას ტაძარში. გადმოცემით ჯაგანნათა კრიშნას ძვლებზე აგებული უზარმაზარი ქანდაკება უნდა ყოფილიყო, მაგრამ მის დამთავრებას ადგილობრივი ხელისუფლის მოუთმენლობამ ხელი შეუშალა. ჯაგანნათა კრიშნას მიმდევრებისთვის, როგორც რელიკვია, დიდ როლს თამაშობს. წელიწადში ერთხელ პურიში მას ეტლზე ათავსებენ, რომელსაც მორწმუნეთა ხალხმრავალი პროცესია თოკებით ექაჩება. ამ რიტუალის დროს ყველაზე ფანატიკური მიმდევრები ეტლს ბორბლებქვეშ უვარდებიან, ვინაიდან ამგვარად გარდაცვლილთა სულები მაშინვე ”მსოფლიოს განმგებლის” ადგილსამყოფს აღწევენ.

ჰანუმანი (hanumān ”გატეხილი ყბა”) – ინდუისტური ღვთაება რამას ერთგული მეგობარი. რამაიანა მოგვითხრობს, რომ ქარის ღვთაების და მაიმუნის შთამომავალი ჰანუმანი რამას ეხმარება სიტას რავანასგან დახსნაში: ცეცხლმოკიდებული კუდით იგი ხტება შრი-ლანკას კუნძულზე და რავანას ქალაქში ხანძარს აჩენს. ჰანუმანის კულტი ძირითადად ვიშნუს (კრიშნას და რამას) თაყვანისცემლებშია გავრცელებული.

ჩინური (ხალხური) ტრადიციული რელიგია

კიდევ ერთი მსოფლიოს უძველესი რელიგია. რომელიც მთლიანად ჩინურ მითოლოგიას ეყრდნობა.

ამ რელიგიას მსოფლიოში **400 000 000**-ზე მეტი მიმდევარი ჰყავს, რაც ჩინეთის მოსახლეობის **30%** -ს შეადგენს, ხოლო მსოფლიო მოსახლეობის დაახლოებით **5.6%** -ს.



3.7.ჯაინიზმი



რელიგიურ-ფილოსოფიური სწავლება. წარმოიშვა ძვ.წ. VI საუკუნეში, ინდოეთში.

დამაარსებლად ითვლება **ჯინო მაჰავირა.**

ჯაინიზმს 6 000 000-მდე მიმდევარი ჰყავს მსოფლიო მასშტაბით, აქედან

4 000 000 ინდოეთში. **ჯაინიზმის** მიმდევართა პროცენტული მაჩვენებელი

მსოფლიო მოსახლეობის დაახლოებით **0.08%**-ს შეადგენს.

კითხვები:

1. ქრისტიანობის რომელი სამი ძირითადი მიმდინარეობა არსებობს?
2. სად და როდის წარმოიშვა ქრისტიანობა?
3. რა მნიშვნელობა აქვს ქრისტიანობის ისტორიაში 1054 წელს?
4. როგორ მოხდა ქრისტიანობის გავრცელება საქართველოში?
5. დაასახელეთ ისლამის ორი ძირითადი მიმდინარეობა?
6. ჩამოთვალეთ ბუდიზმის ძირითადი პრინციპები?
7. რა არის ხსნის გზის რვა საფეხური?
8. აღწერეთ ინდუიზმის ძირითადი ღმერთები.

http://tamar1s1.blogspot.com/

http://intermedia.ge

http://ucnauri.com/

http://www.nplg.gov.ge/

ჰიგიენა და ინფექციის კონტროლი

ამ თავში გაეცნობით ჰიგიენური სტანდარტების დაცვისა და პროცედურის ჩასატარებლად სამუშაო გარემოს მომზადების წესებს და სტანდარტებს, იარაღებისა და აღჭურვილობების დეკონტამინაციას, დეზინფექცია-სტერილიზაციას. ნოზოკომიური ინფექციების პრევენციულ ღონისძიებებს.



ჰიგიენური სტანდარტების მიხედვით წესების დაცვა

ასეპტიკა - ეს არის ღონისძიებათა ერთობლიობა, რომელიც იცავს ადამიანის ორგანიზმის ქსოვილებში და ორგანოთა ღრუებში გარემოდან მიკროორგანიზმების მოხვედრას სამკურნალო და დიაგნოსტიკური მანიპულაციების დროს, ასევე ლაბორატორიული კვლევის მასალებში.

ასეპტიკა ითვალისწინებს ინსტრუმენტებისა და მასალის სტერლიზაციას, სამედიცინო პერსონალის ხელების სპეციალურ დამუშავებას, სამუშაოს დროს სანიტარულ-ჰიგიენური წესების დაცვას.

ასეპტიკის მეთოდები და წესები მკაცრად უნდა იყოს დაცული სამკურნალო და პროფილაქტიკური პრეპარატების წარმოების დროს, ასევე მიკრობიოლოგიურ ლაბორატორიებში მუშაობისას.

ამრიგად, ასეპტიკა - ადამიანის ორგანიზმში დაავადების პოტენციურ გამომწვევთა მოხვედრის პრევენციაა (თავიდან აცილება).

ანტისეპტიკა - ეს არის სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების კომპლექსი, რომელიც მიმართულია იმ მიკროორგანიზმების განადგურებისკენ, რომლებსაც შეუძლიათ გამოიწვიოს ინფექციური პროცესი დაზიანებულ ან ინტაქტურ (intactus - ლათ, ხელუხლებელი) კანზე და ლორწოვანზე.

ანტისეპტიკურ საშუალებებად გამოიყენება სხვადასხვა ქიმიური, ანტიმიკრობული მოქმედების ნაერთები: 70% ეთილის სპირტი, 5% იოდის სპირტის ხსნარი, 0,5%-2% ქლორამინის ხსნარი, 0,5%-1% ფორმალინის ხსნარი, მეთილენის ლურჯისა და ბრილიანტის მწვანეს 1%-2% სპირტის ხსნარები, სხვადასხვა დეტერგენტები (detergeo ლათ. - ვშლი, ვასუფთავებ - სინთეზური, ზედაპირულად აქტიური ნივთიერებები, რომლებიც გამოიყენება წარმოებაში როგორც სარეცხი საშუალება და ემულგატორი.)

ამრიგად, ანტისეპტიკა - ადამიანის ორგანიზმში მოხვედრილი პოტენციურად საშიში მიკროორგანიზმების განადგურება ან ზრდის დათრგუნვა;

სტერილიზაცია - პროცესი, რომელიც უზრუნველყოფს ყველა ფორმის მიკროორგანიზმების (ბაქტერიების, ვირუსების, სოკოებისადა სპორების ჩათვლით) განადგურებას.

დეზინფექცია - პათოგენური მიკროორგანიზმების განადგურების პროცესი (გარდა ბაქტერიების სპორებისა). განასხვავებენ დეზინფექციის სამ დონეს:

ა) მაღალი დონის დეზინფექცია–ანადგურებს ბაქტერიების ვეგეტატიურ ფორმებს, ტუბერკულოზის მიკობაქტერიებს**,** სოკოებს, ვირუსებს. არაეფექტურიაბაქტერიების სპორების დიდი რაოდენობის მიმართ.

ბ) საშუალო დონის დეზინფექცია–ანადგურებს ბაქტერიების ვეგეტატიურ ფორმებს, ტუბერკულოზის მიკობაქტერიებს, უმეტეს სოკოებს, ვირუსებს. არარის ეფექტური ბაქტერიების სპორების მიმართ;

გ) დაბალი დონის დეზინფექცია–ანადგურებს ბაქტერიების ვეგეტატიური ფორმების უმეტესობას, ზოგიერთი სახეობის სოკოებს, ვირუსებს. არაეფექტურია იმბაქტერიების მიმართ, რომლებიც ხასიათდებიან მაღალი ბუნებრივი გამძლეობით (სპორები და მიკობაქტერიები).

დეკონტამინაცია -გამოყენებული ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების,მოწყობილობების, ზედაპირების გაუვნებელყოფის პროცესი.

გაწმენდა - ინსტრუმენტებიდან/სამედიცინო დანიშნულების საგნებიდან და ზედაპირებიდან ხილვადი ჭუჭყის (ორგანული და არაორგანული) მოშორება ხელით ან მექანიკურად (ავტომატურად),სარეცხი საშუალების/დეტერგენტის(შემდგომში დეტერგენტი) და/ან ენზიმშეცველი ხსნარების გამოყენებით

ინფექციის გავრცელების თავიდან აცილების მიზნით გამოიყენება უსაფრთხოების სტანდარტული წესები:

პალატები გარკვეული წესის მიხედვით უნდა იყოს დაჯგუფებული:

ცალკე პალატა პაციენტებისთვის, რომლებიც გარემოს კონტამინაციას ახდენენ ან ვერ ახერხებენ აუცილებელი ჰიგიენური წესების დაცვას.

ცალკე პალატა პაციენტებისთვის, რომლებიც ინფექციას ჰაეროვანი გზით ავრცელებენ - ეს უნდა იყოს პალატა ჰაერის უარყოფითი წნევით, >6ჰაერ-ცვლა/სთ-ში, გამწოვი გარეთ ან ფილტრების გამოყენება. კარები დაკეტილი უნდა იყოს.

ცალკე პალატა პაციენტებისთვის, რომლებიც ინფექციას წვეთოვანი გზით ავრცელებენ. ხდება პაციენტის კოჰორტული(დაკვირვებითი) იზოლაცია. კარები შეიძლება იყოს ღია.

ცალკე პალატა იმ პაციენტებისთვის, რომლებიც ინფექციას ავრცელებენ კონტაქტური გზით.

ასეთ პაციენტებთან, საჭიროებისას, ხდება კოჰორტული იზოლაცია. ტარდება ავადმყოფის მოვლის ღონისძიებები არაკრიტიკული საგნების განმხოლოებული გამოყენებით თითოეული პაციენტისთვის ან პაციენტთა კოჰორტისათვის, რომლებიც კოლონიზებულია ან ინფიცირებული ერთი და იგივე მოკროორგანიზმით.

ინფექციის გავრცელების საშიშროების დროს გამოყენებული უნდა იყოს **ნიღაბი** პირისა და ცხვირის ლორწოვანის დასაცავად ოპერაცია/მანიპულაციებისა და პაციენტის მოვლის დროს, როდესაც მოსალოდნელია სისხლის, ორგანიზმის სითხეების, სეკრეტების, ექსკრეტების შხეფების წარმოქმნა.

ნიღაბი გამოყენებული უნდა იყოს პალატაში შეცვლისას ჰაეროვანი ინფექციის დროს, წვეთოვანი ინფექციის დროს პაციენტიდან 1 მეტრის მანძილზე და პალატაში შეცვლისას.

უსაფრთხოების წესების დაცვის ერთ-ერთი საშუალებაა **დამცავი ფარები** სახისა და თვალებისათვის, ოპერაცია/მანიპულაციებისა და პაციენტის მოვლისას, როდესაც მოსალოდნელია სისხლის, ორგანიზმის სითხეების, სეკრეტების, ექსკრეტების შხეფების წარმოქმნა.

უსაფრთხოების წესების დაცვის საშუალებაა **ხალათები** კანის დასაცავად და ტანსაცმლის დაბინძურების თავიდან ასაცილებლად ოპერაცია/მანიპულაციებისა და პაციენტის მოვლისას, როდესაც მოსალოდნელია სისხლის, ორგანიზმის სითხეების, სეკრეტების, ექსკრეტების შხეფების წარმოქმნა. ხალათი საჭიროა, თუ ტანსაცმელი კონტაქტშია პაციენტთან, პალატის ზედაპირებთან ან საგნებთან, თუ პაციენთს აქვს დიარეა, ილეოსტომა, კოლოსტომა,გამონადენი შეუხორცებელი ჭრილობიდან.

ხელთათმანები გამოიყენება სისხლიან, ორგანიზმის სითხეებთან, სეკრეტებთან, ექსკრეტებთან, კონტამინებულ საგნებთან, ლორწოვან გარსებთან, არაინაქტურ კანთან შეხებისას.

ასევე, უსაფრთხოების საქმეში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება **ხელების დაბანვას,** რომელსაც გარკვეული თანმიმდევრობა ახასიათებს:

ხელების დაბანვა ჩვეულებრივი საპნით:

- პირველ რიგში უნდა მოვიხსნათ ბეჭდები და სხვა სამკაულები;
- სასიამოვნო თბილი წყლის ზომიერი ჭავლის ქვეშ ხელები ენერგიოლად უნდა გაისაპნოს და გადაევლოს წყალი;
- ხელების გამშრალება უნდა მოხდეს ერთჯერადი სტერილური ხელსახოცით, ამავე ხელსახოცით უნდა დაიკეთოს ონკანი, ქაღალდის ხელსახოცი შეიძლება შეიცვალოს სუფთა ქსოვილის ნაჭრებით 30X30სმ-ზე ინდივიდუალური მოხმარებისათვის, რომლებიც თითოეული ხმარების შემდეგ უნდა ჩაიყაროს სპეციალურ კონტეინერში სამრეცხაოში წასაღებად. საერთო პირსახოცით სარგებლობა დაუშვებელია.
- პერსონალმა თავი უნდა შეიკავოს ბეჭდებისგან და ფრჩხილების ლაქის ხმარებისგან, მანიკიურის პროცედურებმა შეიძლება მიკროტრავმები გამოიწვიოს, რომლებიც ადვილად ინფიცირებას.

საპნების არჩევა:

- საპონი უნდა იყოს თხევადი, ფხვნილის სახით ან ერთჯერადი მოხმარების პატარა ნაჭრების სახით;
- საუკეთესოა თხევადი საპონი ერთჯერადი გამოყენების დოზატორებში, მრავალჯერადი ხმარების კი ნაწილობრივ სავსე დოზატორებში;
- თხევადი საპნის ჩამატება არ შეიძლება, ის ჯერ უნდა დაიცალოს, გაირეცხოს, გაშრეს და მხოლოს მაშინ შეივსოს;
- საპნის ნაჭრებს თუ მაინც ვიყენებთ, უნდა იყოს ისეთი სასაპნე, რომელზეც საპნის ნაჭერი გაშრება შემდეგ გამოყენებამდე;
- **ანტისეპტიკურ პრეპარატებად რეკომენდირებულია აქტიური ინგრედიენტები: სპირტი, იოდი და იოდის პრეპარატები, ქლორჰექსიდინი, ტრიკლოზანი, ქლორქსილენი.**
- ანტისეპტიკური საპნებისა და დეტერგენტების გამოყენებისას ხელები სველდება, ედება 3-5მლ პრეპარატი (მაგ.4%-იანი ქლორჰექსოდინი ან 7,5% პოვიდონ-იოდის

შემცველი).

ხელის დაბანის ტექნიკა
თვითოეული მოძრაობა უნდა განმეორდეს ხუთჯერ



მოუსვათ ხელისგული ხელისგულს



მოუსვით მარჯვენა ხელისგული მარცხენას ზურგზე



მოუსვათ მარცხენა ხელისგული მარჯვენას ზურგზე



მოუსვათ თითების შიგნითა ზედაპირებზე ზემოთ-ქვემოთ მოძრაობით



მოუსვათ თითები ზურგის მხრიდან მეორე ხელისგულს



მოუსვათ თითებს წრიული მოძრაობებით

რიგრიგობით, წრიული მოძრაობებით მოუსვით ხელისგულებს



- სპირტშემცველი რეცეპტურები უფრო ეფექტურია, ვიდრე წყალხსნარები;
- ძლიერ დაბინძურებული ხელები ჯერ წყლით და საპნით უნდა დაიბანოს და შემდეგ დამუშავდეს ანტისეპტიკით. განსაკუთრებით მიზანშეწონილია მათი გამოყენება

ადექვატური პირობების არარსებობისას ან დროს სიმცირისას. სპირტშემცველი პრეპარატების 3-5 მლ (70%-იანი ეთილის სპირტი. 60%-იანი იზოპროპანოლი ან სპირტზე დამზადებული 0,5%-იანი ქლორჰექსიდინის ან 1% პოვიდონ-იოდის ხსნარი) უნდა წაისვათ ხელებზე და ნახატზე ნაჩვენები ტექნიკით შეიზილოთ გაშრობამდე (გამშრალება საჭიროა არ არის).

- მიზანშეწონილია ანტისეპტიკში კანის დამარბილებელი დანამატების (1% გლიცერინი, ლანოლინი) შერევა,თუ კომერციული პრეპარატი მათ არ შეიცავს;
- ხელების **ქირურგიული ანტისეპტიკისათვის** იგივე პრეპარატების გამოყენება შეიძლება, რაც ჰიგიენური ანტისეპტიკისთვის. განსხვავება მხოლოდ დამუშავების დროის გახანგრძლივებაშია 5 წუთამდე და ადგილის გაფართოებაში - მაჯები, წინამხრები;
- ქირურგიული ანტისეპტიკის დროს ხელები იბანება წყლით და თხევადი საპნით. სასურველია საპნის ისეთი დოზატორების გამოყენება, რომელთა გამოყენებისას ტექნიკურად არ არის საჭირო ხელის მტევანი;
- ჯაგრისის გამოყენება საჭირო არ არის, მაგრამ თუ მაინც გამოიყენება უნდა იყოს სტერილური, რბილი, ერთჯერადი გამოყენების ან გამძლე ავტოკლავირებისადმი. ჯაგრისი გამოყენებულ უნდა იყოს მხოლოდ ფრჩხილების გარშემო არეების დასამუშავებლად, სამუშაო დღის განმავლობაში პირველი დამუშავებისას;
- დაბანის შემდეგ უნდა მოხდეს გულდასმითი გამშრალება სტერილური პირსახოცით(სალფეტკით). ანტისეპტიკის შეზელვა სველ კანში ამცირებს მის კონცენტრაციას და ახანგრძლივებს გაშრობის დროს;თუ ქირურგი ხელთათმანებს სველ ხელებზე იცვამს, აჩქარებს ,,ხელთათმანების წვენის'' წარმოქმნას, რომელიც ხელს უწყობს ბაქტერიების ზრდას;
- საჭიროა მშრალ ხელზე ორჯერადად (ზოგჯერ სამჯერადად) 5-5მლ. სპირტოვანი ანტისეპტიკის შეზელვა გაშრობამდე და გამშრალ ხელებზე მყისიერად სტერილური ხელთათმანის ჩაცმა.



კითხვები:

1.რა არის ასეპტიკა?

2. რა არის ანტისეპტიკა?

3.რა პროცესებია სტერლიზაცია და დეზინფექცია?

4.რას ნიშნავს დეკონტამინაცია?

5.დააჯგუფეთ პალატები ინფექციის გავრცელების გზის მიხედვით?

6.ჩამოთვალეთ სამედიცინო პერსონალის ჰიგიენური მოთხოვნები?

7.ჩამოთვალეთ ხელის დაბანვის წესები.

8.რა არის ქირურგიული ანტისეპტიკა?

http://www.mkurnali.ge/profilaqtika/skheulis-higiena/4208-khelis-bana.html

http://www.gapince.org/hygiene/

https://matsne.gov.ge/ka/document/view/52570

http://www.gapince.org/956578-2/

სამუშაო გარემოს მომზადება სტანდარის მიხედვით

დაწესებულებაში გამოყოფილი უნდა იყოს ცალკე სათავსო („სასტერილიზაციო“), სადაც წარმოებს ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების დეზინფექცია/სტერილიზაცია.

სასტერილიზაციო პირობითად იყოფა სამ ზონად: „ჭუჭყიანი“ ანუ დეკონტამინაციის, „სუფთა“ ანუ შეფუთვის და სტერილურ:

- „ჭუჭყიან“,ანუ დეკონტამინაციის ზონაში ხვდება კონტამინირებული ინსტრუმენტები/სამედიცინო დანიშნულების საგნები. შესაბამისად, ამ ზონაში ხორციელდება მათი დახარისხება და დეკონტამინაცია.
- „სუფთა'' ანუ შეფუთვის ზონაში ხორციელდება სუფთა, მაგრამ არასტერილური ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების დათვალიერება, აწყობა და შეფუთვა.
- ,,სტერილურ'' ზონას მიეკუთვნება: სასტერილიზაციოს სტერილური ფართი, სადაც უშუალოდ ხორციელდება სტერილიზაცია, სტერილური მასალების შესანახი კარადა/თარო, სტერილური მასალის გასაცემი ადგილი. სტერილური ზონა

წარმოადგენს მაღალი დონის სისუფთავის სათავსს. ამასთან, სტერილური მასალების შენახვა, ასევე, შეიძლება განხორციელდეს მათი გამოყენების ადგილზე (საოპერაციო, სამანიპულაციო და სხვა.)

- სასტერილიზაციოში დაცული უნდა იყოს „სუფთა“ და „ჭუჭყიანი“ ნაკადების ერთი მიმართულებით მოძრაობის პრინციპი ისე, რომ არ მოხდეს მათი გადაკვეთა.
- სასტერილიზაციოს კედლებისა და იატაკის ზედაპირები უნდა იყოს მოსახერხებელი და მდგრადი რეცხვისა და დეზინფექციის მიმართ.
- გამოყენებული ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების სასტერილიზაციოში ტრანსპორტირება ხორციელდება ამ მიზნით გამოყოფილი თავდახურული კონტეინერის მეშვეობით.
- ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების ტრანსპორტირების მიზნით გამოყენებული კონტეინერები ექვემდებარება დეკონტამინაციას, ყოველი გამოყენების შემდეგ.
- ზემოთ აღწერილი მოთხოვნების შესრულება არ არის სავალდებულო იმ საზოგადოებრივი მნიშვნელობის დაწესებულებებისათვის, სადაც წარმოებს ესთეტიკური და კოსმეტიკური პროცედურები ადამიანის კანის საფარველზე.

დეზინფექცია/ სტერილიზაცია

1. სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა ხორციელდებოდეს სამედიცინო დანიშნულების საგნებისა და გარემო ობიექტების სტერილიზაცია და დეზინფექცია, კანონმდებლობის შესაბამისად.

2. მოწყობილობები, აპარატები და სხვა საგნები, რომლებიც შეტანილ შეიძლება იქნეს საოპერაციო ბლოკში (ეტლი, ურიკა, ჟანგბადისა და ნახშირორჟანგის ბალონები, კარდიოგრაფი და სხვ.), წინასწარ უნდა იქნეს გაწმენდილი სადეზინფექციო ხსნარის გამოყენებით.

3. საოპერაციოს სისხლით ან ორგანიზმის სხვა ბიოლოგიური სითხეებით დაბინძურებული მოწყობილობები და ზედაპირები ექვემდებარება სადეზინფექციო საშუალებებით გაუვნებელყოფას ყოველი მომდევნო ოპერაციის წინ.

4. ავადმყოფის მოვლის ყველა საგანი და ინსტრუმენტი არ საჭიროებს სტერილიზაცია/დეზინფექციას. შესაბამისად, სამედიცინო დაწესებულებამ უნდა გამოიყენოს გასუფთავების, დეზინფექციისა და სტერილიზაციის ისეთი წესები, რომ მიღწეულ იქნეს დეკონტამინაციის ადეკვატური ხარისხი მინიმალური დანახარჯებით, რადგანაც სამედიცინო ინსტრუმენტებისა და აღჭურვილობის არასათანადო დამუშავება ხშირად ხდება ნოზოკომიური ინფექციის აღმოცენების მიზეზი.

ინფექციების კონტროლი – ღონისძიებათა სისტემა, რომელიც მიმართულია სამედიცინო დაწესებულებაში ინფექციურ დაავადებათა აღმოცენებისა და გავრცელების პრევენციისაკენ.

სტერილიზაცია – პროცესი, რომელიც უზრუნველყოფს ყველა ფორმის მიკროორგანიზმების (ბაქტერიების, ვირუსების, სოკოებისა და სპორების ჩათვლით) განადგურებას;

დეზინფექცია – პათოგენური მიკროორგანიზმების განადგურების პროცესი (გამონაკლისია ბაქტერიების სპორები). განასხვავებენ დეზინფექციის სამ დონეს – მაღალი, საშუალო და დაბალი:

- **მაღალი დონის დეზინფექცია** – ანადგურებს ბაქტერიების ვეგეტაციურ ფორმებს, ტუბერკულოზის მიკობაქტერიებს, სოკოებს, ვირუსებს. არაეფექტურია ბაქტერიების სპორების დიდი რაოდენობის შემთხვევაში;
- **საშუალო დონის დეზინფექცია** – ანადგურებს ბაქტერიების ვეგეტაციურ ფორმებს, ტუბერკულოზის მიკობაქტერიებს, უმეტეს სოკოებს, ვირუსებს. არ არის ეფექტური ბაქტერიების სპორების მიმართ;
- **დაბალი დონის დეზინფექცია** – ანადგურებს ბაქტერიების ვეგეტაციური ფორმების უმეტესობას, ზოგიერთი სახეობის სოკოს, ვირუსებს. არაეფექტურია იმ ბაქტერიების მიმართ, რომლებიც ხასიათდებიან მაღალი ბუნებრივი გამძლეობით (სპორები და მიკობაქტერიები).

დეზინფექციისა და სტერილიზაციის ზოგადი პრინციპები:

- დაწესებულებას უნდა ჰყავდეს ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების სტერილიზაცია/დეზინფექციაზე პასუხისმგებელი პირი.
- დაწესებულებას უნდა ჰქონდეს გაწერილი ოპერირების წესი/პროცედურა სტერილიზაცია-დეზინფექციის განხორციელებისა და გამოყენებაში არსებული სადეზინფექციო საშუალებების სამუშაო ხსნარების შესახებ.
- გამოყენებული ინსტრუმენტები/სამედიცინო დანიშნულების საგნები, ინფიცირების რისკის მიხედვით, იყოფა ჯგუფებად და იმის მიხედვით, თუ რომელ ჯგუფს მიეკუთვნება, ექვემდებარება დეზინფექციას ან სტერილიზაციას:

ა) კრიტიკული

ჯგუფი-გამოიყენება ორგანიზმის სტერილურ ქსოვილებსა და სისხლძარღვოვან სისტემაში შესაღწევად მრავალჯერადი გამოყენების ინსტრუმენტები/სამედიცინო დანიშნულების საგნები გამოყენებამდე საჭიროებს სტერილიზაციას;

ბ) ნახევრადკრიტიკული ჯგუფი-შეხებაშია ლორწოვან გარსებთან ან დაზიანებულ კანთან. ისინი ექვემდებარება მაღალი დონის დეზინფექციას;

გ) არაკრიტიკული ჯგუფი-შეხებაშია მხოლოდ, დაუზიანებელ კანთან. ამ ტიპის ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების მეშვეობით,ინფექციის გადაცემის რისკი მნიშვნელოვნად დაბალია და საკმარისია მათი გასუფთავება ან/და დაბალი ან საშუალო დონის დეზინფექცია

.

- ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების კლასიფიკაცია და დეკონტამინაციის რეკომენდებული მეთოდები:

კრიტიკული საგნები:

ინსტრუმენტების/ სამედიცინო დანიშნულების საგნები, რომელთა კონტამინაცია დაკავშირებულია ინფექციის განვითარების მაღალ რისკთან (ზემოქმედება სტერილურ ქსოვილებზე, ღრუებსა და სისხლძარღვოვან სისტემაზე :

- ქირურგიული ინსტრუმენტები,
- იმპლანტები,
- ნემსები,
- გულის კათეტერები,
- სისხლძარღვოვანი კათეტერები,
- საშარდე კათეტერები,
- მოწყობილობები საშვილოსნოსშიგა გამოყენებისათვის და სხვა.

მათ ესაჭიროებათ სტერილიზაცია. ავტოკლავირების შეუძლებლობისას, კრიტიკული ინსტრუმენტები/სამედიცინო დანიშნულების საგნები უნდა და მუშავდეს სტერილიზაციის სხვა ადეკვატური, ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციების მიერ აღიარებული მეთოდით.

ნახევრად კრიტიკული საგნები:
ინსტრუმენტების/ სამედიცინო დანიშნულების საგნები, რომლებიც გამოიყენება ლორწოვან გარსებთან ან არაინტაქტურ კანთან კონტაქტისთვის:

- ენდოსკოპები,
- რექტალური თერმომეტრები,
- სასუნთქი მოწყობილობა ანესთეზიისთვის,
- საშოსთან კონტაქტისთვის გამოსაყენებელი ინსტრუმენტები,
- ნებისმიერი საგანი , რომელიც კონტამინირებულია ვირულენტური მიკროორგანიზმებით. ამ დროს ტარდება მაღალი დონის დეზინფექცია.

არაკრიტიკული საგნები:
ინსტრუმენტების/ სამედიცინო დანიშნულების საგნები, რომლებიც გამოიყენება მხოლოდ, ინტაქტურ კანთან კონტაქტისთვის და არ გამოიყენება ლორწოვან გარსებზე ზემოქმედებისათვის:

- არტერიული წნევის გამზომი მოწყობილობები,
- თერმომეტრები,
- ყავარჯნები,
- საწოლის თეთრეული,
- მაგიდები და სხვა.

ისინი საჭიროებენ გასუფთავებას ან/და დაბალი ან საშუალო დონის დეზინფექციას.

- დაწესებულებაში დეზინფექციისათვის გამოყენებულ უნდა იქნეს

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სახელმწიფო კონტროლს დაქვემდებარებული სსიპ - ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ რეგისტრირებული საშუალებები.

- დეზინფექცია/სტერილიზაციასთან დაკავშირებული, ცალკეული სერვისისათვის დამახასიათებელი სპეციფიკური მიდგომები (მ.შ. ტექნოლოგიური)განისაზღვრება შესაბამისი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული რეკომენდაციით (გაიდლაინით)

სტერლიზაცია

დანიშნულებისამებრ მოხმარებამდე „კრიტიკულ“ ჯგუფს მიკუთვნებული ყველა ინსტრუმენტი/სამედიცინო დანიშნულების საგანირომელიც შეხებაშია ჭრილობის ზედაპირთა, სისხლთან, სტერილურქსოვილებთან, ექვემდებარება სტერილიზაციას.

სტერილიზაციის ეტაპებია:
ა) წინასასტერილიზაციო დამუშავება;
ბ) უშუალოდ სტერილიზაცია.

წინასასტერილიზაციო დამუშავება წარმოადგენს დამაბინძურებლების (ორგანული და არაორგანული ნივთიერებები, ჭუჭყი) მოცილების პროცესს და ჩვეულებრივ, ხორციელდება წყლისა და დეტერგენტის ან ენზიმშემცველი ხსნარის გამოყენებით. ამასთან, დეტერგენტის ან ენზიმშემცველი ხსნარის შერჩევა უნდა მოხდეს იმ მასალის თავისებურების გათვალისწინებით, რომლისგანაც დამზადებულია ინსტრუმენტი/სამედიცინო დანიშნულების საგანი. წინასასტერილიზაციო დამუშავება მოიცავს შემდეგ თანმიმდევრულ ეტაპებს:
ა) დახარისხება: ინსტრუმენტები/სამედიცინო დანიშნულების საგნები იყოფა დანიშნულების მიხედვით, მრავალნაწილიანი კი - იშლება;
ბ) გაწმენდა: თითოეული ინსტრუმენტი/სამედიცინო დანიშნულების საგანიან მისი ნაწილები სუფთავდება ხელით ან მექანიკურად (მექანიზებული მოწყობილობის გამოყენებით). იმ შემთხვევაში, როცა ინსტრუმენტები დაბინძურებულია დიდი რაოდენობით სისხლით, ქსოვილით, ფეკალიებით, ნერწყვით ან სხვა ბიოლოგიური
მასალით, რეკომენდებულია,ჩატარდეს ე.წ. წინასწარი გაწმენდა. წინასწარი გაწმენდა, სასურველია, ჩატარდეს იმ სათავსებში, სადაც ეს ინსტრუმენტები გამოიყენება (მაგალითად, საოპერაციოში). შესაბამისად, რეკომენდებულია, ქირურგიული ინსტრუმენტები საოპერაციოშივე მოთავსდეს ენზიმშემცველი დეტერგენტის ან დეტერგენტისა და ენზიმშემცველ ხსნარში (წყლისა და დეტერგენტების თანაფარდობა ხსნარში განისაზღვრება მწარმოებლის ინსტრუქციის შესაბამისად), რათა შემდგომ
ეტაპზე გამარტივდეს სისხლისა და ქსოვილების მოცილება.ენზიმშემცველი დეტერგენტის გამოყენება, ასევე, აუცილებელია ენდოსკოპების დამუშავებისას.ამასთან, მილისებრი/ღრუიანი ინსტრუმენტები უნდა ჩაირეცხოს სტერილური წყლის ჭავლით. ინსტრუმენტების გაწმენდა უნდა განხორციელდეს გამოყენებიდან შეძლებისდაგვარად სწრაფად;

გ) დასველება (დალბობა): გაწმენდილი (გასუფთავებული) ინსტრუმენტები/სამედიცინო დანიშნულების საგნები წინასწარ უნდა მოთავსდეს ენზიმშემცველი დეტერგენტის ან დეტერგენტისა და ენზიმშემცველ სარეცხ ხსნარში (ხსნარში ჩაყურსვით) ან გაივლო,სისხლისა და სხვა ორგანული დამაბინძურებლების შეხმობის პრევენციისა და მოცილების გასაადვილებლად .ინსტრუმენტების ხელით გასუფთავება და რეცხვა ხორციელდება მექანიკური დანადგარების (მაგ.: ულტრაბგერითი გამწმენდი ან გამრეცხ-მადეზინფიცირებელი) არარსებობისას, ასევე, ადვილად მსხვრევადი ან რთულად გასაწმენდი ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების შემთხვევაში.

ინსტრუმენტების ხელით გასუფთავებისა და რეცხვის ორი ძირითადი
მეთოდი გამოიყენება - ხეხვა და პნევმოჰიდროჭავლური ტექნიკის გამოყენება:
ხეხვა - დაბინძურებული ადგილის გაწმენდა/გახეხვა ჯაგრისით (ისე, რომ თავიდან იქნეს აცილებული გაშხეფება),
პნევმოჰიდროჭავლი - ჯაგრისით გახეხვის შემდგომ, ინსტრუმენტების შიდა ღრუებიდან/არხებიდან მაღალი წნევის მქონე წყლის ჭავლით რეცხვა, დაბინძურებისა და ნარჩენების მოსაცილებლად (გამოიყენება, როცა ინსტრუმენტის დიზაინი არ იძლევა არხების ჯაგრისით სრულად დამუშავების/შეღწევადობის შესაძლებლობას);
დ) დასველების (დალბობის) შემდგომი რეცხვა (1): დეზინფექცია/სტერილიზაციის პროცესის სათანადო ეფექტურობის უზრუნველსაყოფად, დასველებ ის (დალბობის)
შემდეგ, თითოეული ინსტრუმენტი/სამედიცინო დანიშნულების საგანი ირეცხება გამდინარე წყლით, სარეცხი საშუალებების ნარჩენების შესაბამის დონემდე მოცილების მიზნით და შემდეგ შრება;
ე) **დეზინფექცი**ა:
თითოეული ინსტრუმენტი/ სამედიცინო დანიშნულების საგანი ლაგდება სადეზინფექციო ხსნარში, რომელიც მომზადებულია გამოყენებული დეზინფექტანტის ინსტრუქციის შესაბამისად. ექსპოზიციის ხანგრძლივობა, ასევე, განისაზღვრება დეზინფექტანტის ინსტრუქციის შესაბამისად;
ვ) დეზინფექციის შემდგომი რეცხვა (2): დეზინფექციის შემდგომ, ინსტრუმენტები/ სამედიცინო დანიშნულების საგნები ექვემდებარება გავლებას გამდინარე წყლით, რათა უზრუნველყოფილ იქნეს გამოყენებული დეზინფექტანტის ნარჩენების მოცილება;
ზ) გაშრობა: ინსტრუმენტები/სამედიცინო დანიშნულების საგნები უნდა გაშრეს, უშუალოდ სტერილიზაციის ეტაპამდე.
რეცხვა წარმოებს ცივი წყლით, რადგან ცხელი წყალი იწვევს ცილოვანი ნაერთების კოაგულაციას, რაც აძნელებს მათ მოშორებას - . რეკომენდებულია ონკანიდან გამდინარე წყლისქვეშ ჯაგრისით რეცხვა.

თითოეული ეტაპის განხორციელება უნდა მოხდეს სრულფასოვნად.ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების მექანიკური (ავტომატური) გაწმენდისათვის, ასევე, გამოიყენება სხვადასხვა ტიპის მოწყობილობა/ სარეცხი მანქანა - დანადგარები, მ.შ., ულტრაბგერითი გამწმენდი, გამრეცხ-მადეკონტამინირებელი, გამრეცხ-მადეზინფიცირებელი და გამრეცხ-მასტერილებელი.

წინასასტერილიზაციო დამუშავების ეტაპები უნდა განხორციელდეს აღნიშნული მექანიკური (ავტომატური) მოწყობილობის/სარეცხი მანქანის ინსტრუქციის შესაბამისად.

მომსახურე პერსონალი, წინასასტერილიზაციო დამუშავების ეტაპზე, უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ხელთათმანებითა და ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებით (ნიღაბი, სპეციალური ტანსაცმელი, წინსაფარი, ხელთათმანი (საყოფაცხოვრებო, არასამედიცინო), სათვალე ან სახის დამცავი ეკრანი/ფარი და სხვ.)

უშუალოდ სტერილიზაცია - წინასასტერილიზაციო დამუშავების შემდეგ, ინსტრუმენტებს/სამედიცინო დანიშნულების საგნებს უტარდებათ სტერილიზაცია.

სტერილიზაციისათვის გამოიყენება
ერთ - ერთი შემდეგი მეთოდი:
ა) თერმული (ორთქლით, მშრალი ცხელი ჰაერით);
ბ) ქიმიური (გაზით, ქიმიური ხსნარებით);
გ) ცივი (მაგ. პლაზმური).

თერმული სტერილიზაცია
1.ორთქლით სტერილიზაცია (ავტოკლავი):

ა) მასტერილებელ აგენტს წარმოადგენს მაღალი წნევის ქვეშ მყოფი წყლის ორთქლი. სტერილიზაციის რეჟიმი განისაზღვრება ორთქლის ტემპერატურით, წნევითა და ექსპოზიციის ხანგრძლივობით. ავტოკლავის რეჟიმის დადგენა ხდება მწარმოებლის ინსტრუქციის შესაბამისად. მაგალითად, სტერილიზაციის რეჟიმი გრავიტაციული სტერილიზატორისათვის არის 1210C –30 წუთი, 1 ატმოსფერო, ხოლო ვაკუუმიანი სტერილიზატორისათვის 1320C–3-4 წუთი, 2 ატმოსფერო;
ბ) ძირითადად გამოიყენება თერმომედეგი ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების სასტერილიზაციოდ;
გ) ავტოკლავში გასასტერილებელი ინსტრუმენტები/სამედიცინო დანიშნულების საგნები ისე უნდა ჩალაგდეს, რომ ცხელი ორთქლი შეხებაში იყოს ინსტრუმენტის/სამედიცინო დანიშნულების საგნის მთელ ზედაპირთან. სასტერილიზაციო საგნებზე არ უნდა იყოს ზეთოვანი და ცხიმოვანი ლაქები. ავტოკლავის ფსკერზე ათავსებენ ლითონის ბადეს. ბადის ხვრელებს, კედლებსა და კონტეინერის თავსახურს შორის მანძილი განისაზღვრება ავტოკლავის ინსტრუქციის შესაბამისად. ავტოკლავში ჩასატვირთი საგნების მასა, ასევე, განისაზღვრება ინსტრუქციის თანახმად;
დ) ავტოკლავიდან ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების ამოღება უნდა მოხდეს მას შემდეგ, რაც გასტერილებული მასალა გაცივდება ოთახის ტემპერატურამდე და გაშრება. თუ შეხვეული გასტერილებული მასალა დარჩა სველი, მაშინ საჭიროა მისი ხელმეორედ დამუშავება. სითხეების სტერილიზაცია უნდა განხორციელდესდ თერმომდგრადი მინის ჭურჭლის გამოყენებით.
ე)მაღალი წნევის ქვეშ ორთქლით სტერილიზაციის უპირატესობაა:
ე.ა) საიმედოობა;

ე.ბ) მაღალეფექტურობა;
ე.გ) ქსოვილებში შეღწევის კარგი უნარი;
ე.დ) არატოქსიურობა;
ე.ე) გამოიყენება სითხეების სასტერილიზაციოდ.

ვ) ორთქლით სტერილიზაციის ნაკლია:
ვ.ა) ზოგირთი სამედიცინო საგანი ვერ უძლებს წყლის ორთქლს და მაღალ ტემპერატურას;
ვ.ბ) არ გამოიყენება ფხვნილებისა და ზეთების სასტერილიზაციოდ.
ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების სტერილიზაცია ორთქლით, წნევის ქვეშ, მაღალ ტემპერატურაზე - სტერილიზაციის ყველაზე ეფექტური მეთოდია.
2.მშრალი, ცხელი ჰაერით სტერილიზაცია (მშრალი,ცხელი კარადით):
ა) ცხელი ჰაერით სტერილიზაციი (მშრალი, ცხელი კარადით):

ა) ცხელი ჰაერით სტერილიზაციის დროს, მასტერილებელი აგენტის როლს ასრულებს მშრალი, ცხელი ჰაერი, ხოლო მუშაობის ძირითადი რეჟიმიებია:
ა.ა) 1710C–60 წუთი;
ა.ბ) 1600C–120 წუთი;
ა.გ) 1490C–150 წუთი;
ა.დ)1410C–180 წუთი;
ა.ე) 1210C–12 საათი;
ბ) მშრალი ცხელი ჰაერით სტერილიზაციის უპირატესობაა:
ბ.ა) გამოიყენება ფხვნილების, მინის და უწყლო ზეთების სასტერილიზაციოდ;
ბ.ბ) აღწევს სასტერილიზაციო საგნების იმ ნაწილებშიც, რომელთა მექანიკური დაშლაც ვერ ხერხდება;

ბ.გ) არ იწვევს კოროზიას;
გ) მშრალი ცხელი ჰაერით სტერილიზაციის ნაკლია:
გ.ა) მასალაში ნელი და არათანაბარი შეღწევა;
გ.ბ) ექსპოზიციის ხანგრძლივი დრო;
გ.გ) ქსოვილოვანი მასალის და რეზინის ნაწარმის შესაძლო დაზიანება;
გ.დ) შესაფუთიმმასალის ხელმისაწვდომობის შეზღუდულობა
.

ქიმიური სტერილიზაცია

1.ქიმიური სტერილიზაცია ტარდება ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების სხვადასხვა სპეციალური დეზინფექტანტების ხსნარებში (წყალბადის ზეჟანგი , ზეძმარმჟავა, ფორმალდეჰიდი, გლუტარალდეჰიდი და სხვა) მოთავსების გზით.
2.ქიმიური სტერილიზაცია გამოიყენება იმ ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების მიმართ, რომლებიც ვერ უძლებენ მაღალი ტემპერატურისა და წნევის ზემოქმედებას.
3. ქიმიური სტერილიზაცია გამოიყენება სწრაფი სტერილიზაციის მიზნით.

4.ქიმიური სტერილიზაციისას, დეზინფექტანტების ხსნარების აუცილებელი კონცენტრაციისა და ექსპოზიციის დროის განსაზღვრა უნდა მოხდეს მწარმოებლის ინსტრუქციის შესაბამისად.
5.ქიმიური სტერილიზაციისას,აუცილებელია ორგანული ნივთიერებების კონცენტრაციის, ტემპერატურის და pH - ის კონტროლი.
6.ქიმიური სტერილიზაციის შემდგომ, გასტერილებული საგნები აუცილებლად უნდა გაირეცხოს სტერილური წყლით ან NaCl - ის 0.9% -იანი ხსნარით.
7.ქიმიური სტერილიზაციის შემდგომ, გასტერილებული ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების გამოყენება რეკომენდებულია, სტერილიზაციის დასრულებიდან, შეძლებისდაგვარად, სწრაფად.

ცივი (პლაზმით)სტერილიზაცია

1.ცივი (პლაზმით) სტერილიზაცია გამოიყენება იმინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების მიმართ, რომლებიც ვერ უძლებენ მაღალი ტემპერატურის ზემოქმედებას (ქირურგიული ენდოსკოპიური სანათურიანი(ლაპარასკოპიული) ინსტრუმენტები, ენდოსკოპები, ოპტიკური მოწყობილობები, შუქგამტარი კაბელები, ზონდები, სენსორები, ელექტროქირურგიული ინსტრუმენტები, კაბელები, დრელები, აკუმულატორები, ნეიროქირურგიული და ოფთალმოლოგიური მახვილწვერიანი და დელიკატური ინსტრუმენტები და მრავალი სხვა თერმოლაბილური ინსტრუმენტი).
შენიშვნა:პლაზმა შეიცავს აქტიურ ელექტრონებს, იონთა რეაქტიულ ღრუბელს და ნეიტრალურ ატომურ ნაწილაკებს. მატერიის ეს მეოთხე მდგომარეობა იქმნება ძლიერი ელექტრული და მაგნიტური ველებით.
2. ცივი (პლაზმური) სტერილიზაცია არ გამოიყენება ცელულოზის შემცველი ნივთიერებების სასტერილიზაციოდ(ქაღალდი, ქსოვილი)

შეფუთვა

1.აუცილებელია ინსტრუმენტების/ სამედიცინო დანიშნულების საგნების შეფუთვა (გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ინსტრუმენტები გამოყენებულ იქნება სტერილიზაციის პროცესის დასრულებისთანავე).
2.შეფუთვა შესაძლოა, წარმოდგენილი იყოს მყარი კონტეინერით ან სპეციალური შესაფუთი ქაღალდით ან სპეციალური ქსოვილით. შესაფუთი სისტემის შერჩევა დამოკიდებულია დეკონტამინაციის, სტერილიზაციისა და შენახვის ტიპზე. შესაფუთი მასალა უნდა შეირჩეს სტერილიზაციის ტიპის შესაბამისად.
3.სტერილური ინსტრუმენტები/სამედიცინო დანიშნულების საგნები ინახება შესაბამის შეფუთვაში, ამ მიზნით გამოყოფილ კარადებში/დახურულ თაროებზე (როგორც სასტერილიზაციოში, ასევე,მის გარეთ, რეგლამენტის მე-4 მუხლის მე-5 პუნქტით განსაზღვრული წესის თანახმად), რომელთა ზედაპირები მდგრადია და მოსახერხებელი რეცხვისა და დეზინფექციის მიმართ.

4.შეფუთული ინსტრუმენტები/სამედიცინო დანიშნულების საგნები დაცული უნდა იყოს მზის სხივების პირდაპირი ზემოქმედებისაგან. ინსტრუმენტები ინახება განსაზღვრულ ტემპერატურასა (არა უმეტეს 240C - სა) და ტენიანობაზე (არა უმეტეს 70% -სა).
5. შეფუთული ინსტრუმენტები/სამედიცინო დანიშნულების საგნები იხსნება, უშუალოდ, გამოყენების წინ. შეფუთული ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების შენახვის ვადა დამოკიდებულია შესაფუთ მასალაზე და განისაზღვრება მწარმოებლის ინსტრუქციის შესაბამისად.
6. შეუფუთავი ინსტრუმენტები გამოყენებულ უნდა იქნეს სტერილიზაციის დასრულებისთანავე.
7. შესაფუთი მასალა უნდა აკმაყოფილებდეს შემდეგ მოთხოვნებს:
ა) არ ჰქონდეს დაზიანებები;
ბ) იყოს გამძლე მექანიკური (მათ შორის, ბასრი ინსტრუმენტების) ზემოქმედების მიმართ;
გ) არ იშლებოდეს შეფუთვის გახნისას;
დ) დამზადებული იყოს ისეთი მასალისგან, რომელზეც შესაძლებელია მარკირება და მონიშვნა;
ე) არ გამოყოფდეს ორგანულ ნივთიერებებს.

დეზინფექცია

1. დანიშნულებისამებრ მოხმარებამდე „ნახევრადკრიტიკულ“ და „ არაკრიტიკულ“ ჯგუფს მიკუთვნებულიინსტრუმენტები/სამედიცინო დანიშნულების საგნები ექვემდებარება დეზინფექციას.
2. დეზინფექცია მოიცავს ორ ეტაპს:
ა) გასუფთავებას;
ბ) უშუალოდ დეზინფექციას.
3. გასუფთავება ნიშნავს ხილული მტვრის, ჭუჭყის, ორგანული და სხვა უცხო მასალის მოცილებას. იგი მოიცავს შემდეგ თანმიმდევრულ ეტაპებს: დახარისხება, გაწმენდა, დასველება (დალბობა), დასველების (დალბობის) შემდგომი რეცხვა (1), გაშრობა, რომლებიც წინასასტერილიზაციო დამუშავების შესაბამისი ეტაპების იდენტურად ხორციელდება.
4. თითოეული ეტაპის განხორციელება უნდა მოხდეს სრულფასოვნად.
5. მომსახურე პერსონალი გასუფთავების ეტაპზე უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ხელთათმანებით და ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებით (წიღაბი, სპეციალური ტანსაცმელი, წინსაფარი, ხელთათმანი, სათვალე ან სახის დამცავი ეკრანი/ფარი და სხვ.).
6. უშუალოდ დეზინფექციის ეტაპი იწყება ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების გასუფთავების შემდეგ.
7. **დეზინფექციის ძირითადი მეთოდებია:**

ა) ქიმიური დეზინფექცია;
ბ) პასტერიზაცია;
გ) ულტრაიისფერი დასხივება.

ქიმიური დეზინფექცია

1.თერმოლაბილური ინსტრუმენტების/ სამედიცინო დანიშნულების საგნების მიმართ, უმეტესწილად, გამოიყენება ქიმიური დეზინფექცია,ანუ ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების მოთავსება დეზინფექტანტის ხსნარში.
2. ქიმიური დეზინფექციისას ხსნარის კონცენტრაცია, ასევე, ექსპოზიციის ხანგრძლივობა განისაზღვრება დეზინფექტანტის ინსტრუქციისმშესაბამისად.

პასტერიზაცია

1. პასტერიზაცია არის მიკროორგანიზმების განადგურების მეთოდი ინსტრუმენტების/ სამედიცინო დანიშნულების საგნების მოკლე დროით გახურების საშუალებით (არაუმეტეს 950C-სა).
2. პასტერიზაცია გამოიყენება საშუალო და დაბალი დონის დეზინფექციის მიზნით. ამ დროს იღუპება მიკროორგანიზმების ვეგეტატიური ფორმები.
3. პასტერიზაციას ძირითადად იყენებენ სასუნთქი და სანარკოზე მოწყობილობების დეზინფექციის მიზნით.
4. პასტერიზაციის უპირატესობებია:
ა) არატოქსიურია;
ბ) არ გააჩნია ნარჩენი ქიმიური,მოქმედება;
გ) დეზინფექციის ხანმოკლე ციკლი.
5. პასტერიზაციის ნაკლია
ა) წყლის გაშხეფების შედეგად შესაძლებელია განვითარდეს დამწვრობა;
ბ) არ გააჩნია სპოროციდული ეფექტი.
6. პასტერიზაციის მიზნით, ინსტრუმენტების/ სამედიცინო დანიშნულების საგნების ჩალაგების წინ, აუცილებელია მათი გაშრობა და ასეპტიკის წესების დაცვა.
.

ულტრაიისფერი დასხივება

1. ულტრაიისფერი დასხივება არის მიკროორგანიზმების განადგურების მეთოდი ულტრაიისფერი სხივების ზემოქმედების საშუალებით და ძირითადად,გამოიყენება გარემო ობიექტების (კედლები, იატაკი) და ჰაერის გაუვნებლობის მიზნით.
2. ულტრაიისფერი დასხივება იწვევს მიკროორგანიზმების ინაქტივაციას. მის ეფექტურობაზე გავლენას ახდენს ულტრაიისფერი ნათურის სიძლიერე, ორგანული ნივთიერებების არსებობა დეზინფექციის ობიექტზე, ტალღის სიგრძე, ტემპერატურა, მიკროორგანიზმების სახეობა და ულტრაიისფერი გამოსხივების ინტენსივობა (მოხმარების რეჟიმი განისაზღვრება მწარმოებლის ინსტრუქციის შესაბამისად).
3. ულტრაიისფერის გამომსხივებლები მოითხოვენ რეგულარულ მომსახურებას. გარკვეული პერიოდის შემდეგ, მნიშვნელოვნად კლებულობს მათი ეფექტურობა. ულტრაიისფერი სხივებით ხანგრძლივმა ექსპოზიციამ შეიძლება გამოიწვიოს კანის სიწითლე და თვალის ლორწოვანის გაღიზიანება.
4. ულტრაიისფერი სხივები ვერ აღწევს უმრავლეს სუბსტანციებში, სითხეებისა და ორგანული ნივთიერებების ჩათვლით

დეზინფექცია-სტერილიზაციის დოკუმენტაციის წარმოება;

სტერილიზაციის მიმდინარეობაზე კონტროლი

1.სტერილიზაციის კონტროლი მოიცავს წინასასტერილიზაციო დამუშავებასა და უშუალოდ, სტერილიზაციაზე კონტროლს:

ა) წინასასტერილიზაციო დამუშავებაზე,მიმდინარე კონტროლის ფარგლებში,ხორციელდება ზედამხედველობა დახარისხების, გასუფთავების, დასველების(დალბობის), დასველების (დალბობის) შემდგომი რეცხვის (1, დეზინფექციის, დეზინფექციის შემდგომი რეცხვისა (2) და გაშრობის ეტაპების სწორ და თანმიმდევრულ შესრულებაზე;
ბ)უშუალოდ, სტერილიზაციაზე მიმდინარე კონტროლისთვის გამოიყენება:
ბ.ა) სასტერილიზაციო დანადგარების მუშაობის აღრიცხვის ჟურნალი **(N 1 დანართი).** იმ შემთხვევაში, როცა სასტერილიზაციო აპარატს აქვს ამობეჭდვის სისტემა, ციკლის შესაბამისი ნაბეჭდი/ჩეკი (მ.შ. ციკლის ჩაგდების შესახებ) იკვრება სასტერილიზაციო დანადგარების მუშაობის აღრიცხვის ჟურნალში, შესაბამის გრაფაში;
ბ.ბ) ქიმიური ინდიკატორები, იმპრეგნირებული ზოლები, გრანულები, სპეციალური აბები, მექანიკური ინდიკატორები - ყოველდღიური კონტროლისათვის, ასევე, პერიოდული კონტროლისათვის, დამატებით, შესაძლებელია, გამოყენებულიქნეს ბიოინდიკატორები (შეიცავს Bacillus stearothermophilus სპორებს).
2.სტერილიზაციის ხარისხი დამაკმაყოფილებელია, თუ სახეზეა:
ა) მიკროორგანიზმებისზრდის არარსებობა ბიოლოგიური ტესტის ნათესში საკვებ ნიადაგზე;
ბ) ქიმიური ინდიკატორების პირველადი მდგომარეობის შეცვლა ინსტრუქციის შესაბამისად (ფერი, აგრეგატული მდგომარეობა);
გ) მიკროორგანიზმების ზრდის არარსებობა გასტერილებული საგნების სინჯებში.
3.დაწესებულების მიერ სტერილიზაციის ბაქტერიოლოგიური კონტროლი ხორციელდება ამ დაწესებულების მიერვე განსაზღვრული პერიოდულობის მიხედვით, შემდეგი პრინციპების დაცვით:
ა) ცენტრალური სასტერილიზაციოს მქონე დიდ დაწესებულებებში კონტროლს ექვემდებარება ერთდროულად გასტერილებული ერთი დასახელების ნაკეთობათა 1%;
ბ) დაწესებულებებში, რომელთაც არ გააჩნიათ ცენტრალური სასტერილიზაციო ან სტერილიზაცია ხორციელდება ცალკეულ განყოფილებაში -კონტროლს ექვემდებარება არანაკლებ ორი, ერთდროულად გასტერილებული ერთი დასახელების ნაკეთობა;
გ) ნაკეთობათა შეფუთული სახით სტერილიზაციისას, კონტროლს დაქვემდებარებული ყველა ობიექტი იგზავნება ბაქტერიოლოგიურ ლაბორატორიაში შეფუთულ მდგომარეობაში, ხოლო შეუფუთავი სახით სტერილიზაციისას, სინჯების აღება ხდება სტერილურ ჭურჭელში ასეპტიკის წესების დაცვით;
დ) სტერილობაზე დასკვნა კეთდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მიკროორგანიზმების ზრდა არ დაფიქსირდება არც ერთ სინჯარაში (კოლბაში, ფლაკონში და ა.შ.).

N 1 დანართი

№2 დანართი

სასტერილიზაციო დანადგარების (ან ქიმიური სტერილიზაციის) მუშაობის აღრიცხვის ჟურნალი

№	სასტერილიზაციო დანადგარის ტიპი ან ქიმიური სასტერილიზაციო საშუალება	თარიღი და დრო	გასასტერილებელი მასალა		სასტერილიზაციო დანადგარის მუშაობის დრო		ექსპოზიციის ციკლი			პასუხისმგებელი პირის ხელმოწერა	შენიშვნა
			დასახელება	რაოდენობა	ჩართვა	გამორთვა	წნევა	ტემპერატურა	დრო		
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											

კითხვები:

1. რამდენი სასტერლიზაციო ზონა არსებობს?
2. ჩამოთვალეთ დეზინფექციის დონეები?
3. ჩამოთვალეთ ინსტრუმენტებისა და სამედიცინო დანიშნულების საგნების კლასიფიკაცია.
4. ჩამოთვალეთ სტერლიზაციის ეტაპები და მეთოდები.
5. ჩამოთვალეთ თერმული სტერლიზაციის სახეები.
6. რა დროს გამოიყენება ქიმიური სტერლიზაცია?
7. რა არის ცივი სტერლიზაცია?
8. როგორ ხორციელდება შეფუთვა?
9. დეზინფექციის რამდენი მეთოდია ცნობილი?

საქართველოს მთავრობის დადგენილება N185 (2015 წლის 24 აპრილი)

http://www.nplg.gov.ge/gwdict/index.php?a=term&d=4&t=1253

ნოზოკომიური ინფექციების პრევენცია

ნოზოკომიური ინფექცია - infection nosocomialis - ლათ. Infection - ვწამლავ, ვასენიანებ, nosocomialis - საავადმყოფო. - ჰოსპიტალური, საავადმყოფოსშიდა ინფექცია - 1.საავადმყოფოში მყოფი ავადმყოფის ძირითადი დაავადების თანმხლები ინფექციური დაავადება ან დაავადებები. 2. სამედიცინო პერსონალის ინფექციური დაავადებები, რომლებიც მათ განუვითარდათ ინფექციური ავადმყოფის მკურნალობის ან მოვლის დროს.

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექცია – ინფექცია, რომელიც განვითარდა სამედიცინო სერვისის (მათ შორის, ამბულატორიული, სტაციონარული) მიღების შემდეგ და რომელიც არ აღენიშნებოდა პაციენტს სამედიცინო სერვისზე მიმართვის მომენტში;

ნოზოკომიური ინფექცია – სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექცია, რომელიც შეძენილია/აღმოცენებულია სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში ჰოსპიტალიზაციიდან 48 საათის შემდეგ და რომელიც არ აღენიშნებოდა პაციენტს სამედიცინო სერვისზე მიმართვის მომენტში მანიფესტური ფორმით ან არ იმყოფებოდა ინკუბაციურ პერიოდში:

ნოზოკომიურად ითვლება:

- პაციენტების მიერ სტაციონარში შეძენილი ინფექცია, რომელიც გაწერის შემდეგ გამოვლინდება კონკრეტული ინფექციისათვის დამახასიათებელი მაქსიმალური ინკუბაციური პერიოდის განმავლობაში;
- სამედიცინო დაწესებულების პერსონალს შორის გამოვლენილი პროფესიულ საქმიანობასთან დაკავშირებული ინფექციები;

ნოზოკომიურს არ მიეკუთვნება:

- ინფექცია, რომელიც პაციენტს აღენიშნებოდა ჰოსპიტალიზაციის მომენტში;
- ახალშობილებში დაბადებიდანვე გამოვლენილი ინფექცია, თუ ცნობილია ან დადასტურებულია, რომ დაინფიცირება მოხდა ტრანსპლაცენტარულად.

ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა – მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ ინფორმაციის შეგროვების, ანალიზისა და გავრცელების მუდმივმოქმედი სისტემა;

ასეპტიკა – ადამიანის ორგანიზმში დაავადების პოტენციურ გამომწვევთა მოხვედრის პრევენცია (თავიდან აცილება);

ანტისეპტიკა – ადამიანის ორგანიზმში მოხვედრილი პოტენციურად საშიში მიკროორგანიზმების განადგურება ან ზრდის დათრგუნვა;

სამედიცინო დაწესებულება – ამ ბრძანების მიზნებისათვის სამედიცინო დაწესებულებად ითვლება ამბულატორიული და/ან სტაციონარული სამედიცინო სერვისების მიმწოდებელი ფიზიკური ან იურიდიული პირი;

ბოქსი – საიზოლაციო სათავსი ინფექციური პაციენტებისათვის (კონტაგიოზურობის ძალიან მაღალი რისკი), რომლის შემადგენლობაშიც შედის პალატა, შესასვლელი ტამბური, სანიტარიული კვანძი (საშხაპით/აბაზანით) და რაბი. ბოქსს გააჩნია ცალკე შესასვლელი (გამოსასვლელი) ქუჩიდან/ეზოდან. პაციენტი ბოქსში ხვდება უშუალოდ ქუჩიდან/ეზოდან შესასვლელი ტამბურის მეშვეობით. ბოქსს სამედიცინო დაწესებულების დერეფანთან აკავშირებს რაბი. რაბის საშუალებით ბოქსში ხვდება ჯანდაცვის პერსონალი (მაგალითად, ექიმი, ექთანი). ჯანდაცვის პერსონალი რაბში იცვამს სპეციალურ ტანსაცმელს, იმუშავებს ხელებს და შედის პალატაში. შესაბამისად, რაბში განთავსებულია ხელსაბანი (სადეზინფექციო ხსნარით) და საკიდი პერსონალის ტანსაცმლისათვის. დერეფნიდან რაბში შესასვლელი და რაბიდან პალატაში შესასვლელი კარები განლაგებულია ერთმანეთის მიმართ მართი კუთხით. დერეფნიდან ბოქსში საკვების, წამლების, თეთრეულის მიწოდების მიზნით რაბში მოწყობილია სპეციალური გადასაცემი კარადა. რეკომენდებულია ერთსაწოლიანი ბოქსების მოწყობა, შესაძლებელია ასევე მოეწყოს ორსაწოლიანი ბოქსებიც;

ნახევრადბოქსი – საიზოლაციო სათავსი ინფექციური პაციენტებისათვის (კონტაგიოზურობის მაღალი რისკი), რომლის შემადგენლობაშიც შედის პალატა, სანიტარული კვანძი (საშხაპით/აბაზანით). ის არ საჭიროებს შესასვლელს ეზოდან. ჯანდაცვის პერსონალი (მაგალითად, ექიმი, ექთანი) და პაციენტები ნახევრადბოქსში სამედიცინო დაწესებულების დერეფნიდან ხვდებიან რაბის გავლით. ჯანდაცვის პერსონალი რაბში იცვამს სპეციალურ ტანსაცმელს, იმუშავებს ხელებს და შედის პალატაში. შესაბამისად, რაბში განთავსებულია ხელსაბანი (სადეზინფექციო ხსნარით) და საკიდი პერსონალის ტანსაცმლისათვის. დერეფნიდან რაბში შესასვლელი და რაბიდან პალატაში შესასვლელი კარები განლაგებულია ერთმანეთის მიმართ მართი კუთხით. დერეფნიდან ბოქსში საკვების, წამლების, თეთრეულის მიწოდების მიზნით რაბში ეწყობა სპეციალური კარადა. ნახევრადბოქსში, რეკომენდებულია, 1 ან 2 საწოლის განთავსება. სამედიცინო დაწესებულების სექციები, რომლებშიც განთავსებულია ნახევრადბოქსები, განკუთვნილი უნდა იყოს ერთი ჯგუფის ინფექციებისათვის (რომელთა მიმართ გამოიყენება ერთნაირი საიზოლაციო-შემზღუდველი ღონისძიებები);

ბოქსირებული პალატა – საიზოლაციო სათავსი ინფექციური პაციენტებისათვის. იგი შედგება იმავე სათავსებისაგან, რისგანაც ნახევრადბოქსი, თუმცა, საიზოლაციო-შეზღუდვითი მოთხოვნები ასეთი ტიპის სათავსების მიმართ არის ნაკლებად მკაცრი. კერძოდ, დერეფნიდან რაბში შესასვლელი და რაბიდან პალატაში შესასვლელი კარები შესაძლებელია განლაგებული იქნეს ერთმანეთის მოპირდაპირედ, ასევე, ბოქსირებულ პალატაში საკვების, წამლების, თეთრეულის მიწოდება ხორციელდება უშუალოდ დერეფნიდან, სპეციალური გადასაცემი კონტეინერის მეშვეობით.

ინფექციების კონტროლი და პრევენცია სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში

1. ნოზოკომიური ინფექციების აღრიცხვის, მართვის, ზედამხედველობისა და კონტროლის განხორციელებისა და ნოზოკომიური ინფექციების პრევენციის მიზნით, ყველა სტაციონარულ დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის კომიტეტი, სტაციონარული დაწესებულების ხელმძღვანელის ან მისი ერთ-ერთი მოადგილის ხელმძღვანელობით.

2. ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის კომიტეტის შემადგენლობაში:

ა) აუცილებლად უნდა შედიოდეს ექიმი-ეპიდემიოლოგი[1]/ინფექციების კონტროლის სპეციალისტი[2] (ექიმი-ინფექციონისტი ან სხვა სპეციალობის ექიმი-სპეციალისტი, რომელსაც გავლილი აქვს მზადების შესაბამისი კურსი), რომლის მოვალეობები დადგენილია სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის მიერ, ამ ბრძანებით განსაზღვრული მოთხოვნების გათვალისწინებით, ასევე, დაწესებულებაში სტერილიზაცია/დეზინფექციაზე და სამედიცინო ნარჩენების მართვაზე პასუხისმგებელი პირ(ებ)ი (სტერილიზაცია/დეზინფექციის მართვაზე პასუხისმგებელი პირი, შესაძლებელია, ამავდროულად, პასუხისმგებელი იყოს სამედიცინო ნარჩენების მართვაზე), გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა სტერილიზაცია/დეზინფექციისა და ნარჩენების მართვაზე პასუხისმგებლობა დაკისრებული აქვს ექიმ-ეპიდემიოლოგს/ინფექციების კონტროლის სპეციალისტს;

ბ) სტაციონარის პროფილის შესაბამისად, შესაბამისი სერვისისა და სპეციალისტის არსებობის შემთხვევაში, მიზანშეწონილია შედიოდეს: ექიმი-ინფექციონისტი, ინტენსიური, კრიტიკული, გადაუდებელი (Emergency), ქირურგიული, თერაპიული პროფილის, ასევე, სხვა ერთეულების ხელმძღვანელები, ბაქტერიოლოგი, ფარმაცევტი, სტაციონარის მთავარი ექთანი/საექთნო სამსახურის უფროსი, ინტენსიური, კრიტიკული, გადაუდებელი (Emergency) სერვისის მთავარი ექთანი/საექთნო სამსახურის უფროსი და სამედიცინო მოწყობილობათა ინჟინერი.

3. ყველა სტაციონარულ დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის სამოქმედო გეგმა – ინფექციის კონტროლის პროგრამა.

4. ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის კომიტეტი უზრუნველყოფს:

ა) ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის პროგრამის შემუშავებას, დამტკიცებას და განხორციელების ზედამხედველობას;

ბ) ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის პროგრამის რეალიზაციის შედეგების ანალიზს, კორექტივების შეტანას და მისი ეფექტურობის შეფასებას;

გ) ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის პროგრამის კომპონენტების თაობაზე დაწესებულების პერსონალის ინფორმირებას;

დ) ღონისძიებათა შემუშავებასა და გატარებას სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნით.

5. ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის პროგრამის ამოცანებია:

ა) ნოზოკომიურ ინფექციებზე ეპიდზედამხედველობის განხორციელება;

ბ) ნოზოკომიური ინფექციების აფეთქებების შესწავლა და მართვა;

გ) სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება;

დ) სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ინფიცირების რისკის შემცირების ალგორითმების, მათ შორის, პაციენტთა იზოლაციის ალგორითმების შემუშავება;

---

[1] პროფილაქტიკური მედიცინის ან/და სანიტარია-ჰიგიენის ფაკულტეტის კურსდამთავრებული (მ.შ. შესაბამის სპეციალობაში სახელმწიფო სერტიფიკატის მქონე პირი);

[2] მცირესაწოლიანი (25 და ნაკლები) სტაციონარული დაწესებულების შემთხვევაში ინფექციების კონტროლის სპეციალისტის ფუნქციას შესაძლებელია, ითავსებდეს დაწესებულების ექიმი-სპეციალისტი (მზადების შესაბამისი კურსის დასრულების შემთხვევაში).

ე) სათანადო ასეპტიკური ტექნიკის უზრუნველყოფა სამედიცინო პრაქტიკაში, მათ შორის, სადეზინფექციო და ანტისეპტიკური საშუალებების, ერთჯერადი და მრავალჯერადი გამოყენების მასალების შერჩევა და სათანადო გამოყენება;

ვ) ხელების ჰიგიენის სათანადო პრაქტიკის დანერგვა და მონიტორინგის წარმოება;

ზ) დაწესებულებაში სამედიცინო პერსონალის ინფიცირების რისკის შემცირების ღონისძიებების შემუშავება და განხორციელება;

თ) ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის საკითხებზე პერსონალის სწავლება;

ი) გამოყენებულია ანტიმიკრობული საშუალებებისა და ნოზოკომიური ინფექციების გამომწვევთა ანტიმიკრობული რეზისტენტობის მონიტორინგი, ანტიმიკრობული პრეპარატების მართებულად და დანიშნულებისამებრ გამოყენების მიზნით;

კ) სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების შემუშავება და ეფექტური პრევენციული პრაქტიკის სტანდარტიზაცია, მათ შორის, კლინიკური მასალებისა და ინსტრუმენტების სტერილიზაციისა და დეზინფექციისათვის;

ლ) ინფექციის პრევენციისა და კონტროლის პრაქტიკის კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნებთან შესაბამისობის უზრუნველყოფა;

მ) ინფექციური კონტროლის ღონისძიებების უზრუნველსაყოფად შესასყიდი მასალების რაოდენობის განსაზღვრა;

ნ) ლაბორატორიული ბიოუსაფრთხოების უზრუნველყოფა;

ო) ღონისძიებების დაგეგმვა სამედიცინო ნარჩენების მენეჯმენტისა და გარემოს უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნით და მათი ეფექტურობის შეფასება.

6. ინფექციის კონტროლის კომიტეტის უფლებამოსილება უნდა ვრცელდებოდეს სტაციონარული დაწესებულების ყველა სტრუქტურულ ერთეულზე.

7. ნოზოკომიური ინფექციების აღრიცხვა-რეგისტრაციის მიზნით ინფექციების კონტროლის პროგრამა უნდა უზრუნველყოფდეს:

ა) ნოზოკომიური ინფექციებისა და მათი რისკ-ფაქტორების აღრიცხვისა და რეგისტრაციის ადეკვატური სისტემის დანერგვას;

ბ) ნოზოკომიური ინფექციების შემთხვევის სტანდარტული განსაზღვრებების დანერგვას;

გ) იმ ნოზოკომიური ინფექციებისათვის, რომელთათვისაც არ არსებობს შემთხვევის სტანდარტული განსაზღვრება, შემთხვევის სამუშაო განსაზღვრებების დანერგვას;

დ) დაწესებულების თითოეული სტრუქტურული ერთეულისათვის ნოზოკომიური ინფექციის შემთხვევის აღრიცხვაზე პასუხისმგებელი პირის განსაზღვრას;

ე) დაწესებულების შიგნით ინფორმაციის მოძრაობის მარშრუტის განსაზღვრას.

სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების კონტროლი და პრევენცია ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელ სამედიცინო დაწესებულებებში

1. ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელ ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში (მ.შ. დღის სტაციონარსა და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების (Emergency) სერვისის მიმწოდებელ სუბიექტში), სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების აღრიცხვის, მართვის, ზედამხედველობისა და კონტროლის, ასევე, პაციენტის უსაფრთხოებისა და სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის მიზნით, უნდა არსებობდეს ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი, გარდა ამ მუხლის მე-4 პუნქტით განსაზღვრული შემთხვევისა.

2. ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელ პირს უნდა ჰქონდეს უმაღლესი განათლება სამედიცინო (სტომატოლოგიური პროფილის სერვისის შემთხვევაში – სტომატოლოგიური)/საექთნო/საზოგადოებრივი ჯანდაცვის (მ.შ. სანიტარია-ჰიგიენის და პროფილაქტიკური მედიცინის) მიმართულებით ან პროფესიული საექთნო განათლება და გავლილი ჰქონდეს მზადების შესაბამისი კურსი. ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი, შესაძლებელია, ამავდროულად ასრულებდეს სტერილიზაცია/დეზინფექციასა და სამედიცინო ნარჩენების მართვაზე პასუხისმგებელი პირის მოვალეობას.

3. ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელი პირის მოვალეობაა:

ა) სამედიცინო პერსონალს შორის ხელების ჰიგიენის და უსაფრთხო ინიექციების პრაქტიკის დანერგვა და მონიტორინგი;

ბ) სამედიცინო პერსონალის პროფესიულ ჯანმრთელობაზე ზრუნვა;

გ) ინფექციების აქტიური გამოვლენა და შემთხვევის სტანდარტული განსაზღვრების მიხედვით მათი რეგისტრაცია;

დ) სტერილიზაციისა და დეზინფექციის წარმოების ზედამხედველობა;

ე) სამედიცინო ნარჩენების მართვის ზედამხედველობა;

ვ) ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენებაზე დაკვირვება და კონტროლი;

ზ) სამედიცინო პერსონალის სწავლება სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პროფილაქტიკის საკითხებზე.

4. პირველადი ჯანდაცვის ექიმი სოფლად, ისევე როგორც ამბულატორიული სერვისის ნებისმიერი მიმწოდებელი, ვალდებულია, უზრუნველყოს სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებები (ხელების ჰიგიენის, სტერილიზაცია/დეზინფექციის (მრავალჯერადი ინსტრუმენტების/სამედიცინო დანიშნულების საგნების გამოყენების შემთხვევაში), სამედიცინო ნარჩენების, პაციენტთა ნაკადების მართვის სქემები), რომლის განხორციელების ვალდებულება მასვე აკისრია.

ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა

ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდზედამხედველობის სისტემამ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა უზრუნველყოს ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის ობიექტური შეფასება, რისკის პროგნოზირება და გასატარებელ პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა დასაბუთება.

სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა მოიცავს შემდეგ ძირითად მიმართულებებს:

- ინფექციების კონტროლის პროგრამით განსაზღვრული ღონისძიებების დაცვის ზედამხედველობას;
- დაწესებულებაში გამოსაყენებლად განკუთვნილი ახალი მასალებისა და აღჭურვილობის შეფასებას;
- გამოყენებულიი პროცედურებისა და ტექნოლოგიების ეპიდემიოლოგიურ შეფასებასა და მათ მოდიფიკაციას (საჭიროების შემთხვევაში) დაწესებულებაში დასანერგად.

სტაციონარული დაწესებულების ინფექციების კონტროლის სისტემაში წამყვან როლს ასრულებს ექიმი-ეპიდემიოლოგი/ინფექციების კონტროლის სპეციალისტი

სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების მიერ ნოზოკომიური ინფექციების პრევენციის, ზედამხედველობისა და კონტროლის ღონისძიებების კომპლექსური უზრუველყოფისა და სამოქმედო გეგმების შემუშავებისათვის რეკომენდებულია თვითშეფასების წარმოება სტანდარტული სქემების მიხედვით – „სამედიცინო დაწესებულებების თვითშეფასების სარეკომენდაციო კითხვარი“.

მიკრობიოლოგიური ლაბორატორიის როლი ინფექციის კონტროლის განხორციელებაში

1. ნოზოკომიური ინფექციების პროფილაქტიკისა და კონტროლის სფეროში მიკრობიოლოგიური ლაბორატორიის როლი მოიცავს:

ა) კლინიკური მასალიდან ნოზოკომიური ინფექციების გამომწვევების გამოყოფასა და ზუსტ იდენტიფიკაციას;

ბ) ანტიმიკრობული პრეპარატების მიმართ რეზისტენტობის დადგენასა და მონიტორინგს;

გ) მიკროორგანიზმების შიდასახეობრივ ტიპირებას (აუცილებლობის შემთხვევაში);

დ) გამოკვლევების განხორციელებას ინფექციის კონტროლთან დაკავშირებით;

ე) გამოკვლევებს გარემო ობიექტების მიკრობიოლოგიური კონტროლის მიზნით (საჭიროების შემთხვევაში).

2. ზემოხსენებული შეიძლება განხორციელდეს როგორც სტაციონარული დაწესებულების შემადგენლობაში შემავალ მიკრობიოლოგიურ ლაბორატორიაში, ასევე სხვა შესაბამის ლაბორატორიასთან კონტრაქტის ფარგლებში.

3. მიკრობიოლოგიური ლაბორატორია ვალდებულია კლინიკური მასალიდან პათოგენური აგენტის გამოვლენისთანავე ინფორმაცია მიაწოდოს შესაბამისი დაწესებულების ექიმ-ეპიდემიოლოგს/ინფექციის კონტროლის სპეციალისტს და შესაძლებლობის შემთხვევაში, პაციენტის მკურნალ ექიმს.

ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენება

მკურნალობის უსაფრთხოებისა და ეკონომიკური ეფექტიანობის მიღწევის, რეზისტენტული მიკროფლორის ჩამოყალიბების თავიდან აცილების მიზნით, სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებას უნდა გააჩნდეს დაავადება-სპეციფიკური, მარტივი, მოქნილი და რეგულარულად განახლებადი ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენების პროგრამა.

სტაციონარულ დაწესებულებაში ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენება უნდა მოხდეს შემდეგი პრინციპების დაცვით:

- ანტიმიკრობული პრეპარატების გამოყენება განხორციელდეს კლინიკური დიაგნოზისა და იდენტიფიცირებული ან სავარაუდო პათოგენის მიხედვით;
- რაციონალური ანტიმიკრობული თერაპიის წარმართვისათვის, ანტიბიოტიკებით მკურნალობის დაწყებამდე (ან უკიდურეს შემთხვევაში ანტიბიოტიკით მკურნალობის დაწყებამდე 24 საათის განმავლობაში), ბაქტერიოლოგიური კვლევისათვის აღებული უნდა იქნეს კლინიკური მასალა;

- ანტიმიკრობული პრეპარატების შერჩევა ხორციელდება არა მარტო დაავადების ან პათოგენური აგენტის ბუნების, არამედ მგრძნობელობის, ორგანიზმის ტოლერანტობისა და გასაწევი ხარჯების გათვალისწინებით;
- ექიმმა დროულად და სრულად მიიღოს ინფორმაცია რეზისტენტული ფლორის გავრცელების შესახებ დაწესებულებაში;

ნოზოკომიური ინფექციების პრევენციის ზოგადი პრინციპები

1. სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში ნოზოკომიური ინფექციების პრევენციის ღონისძიებების ეფექტიანად განხორციელების უზრუნველსაყოფად საჭიროა ინტეგრირებული და კარგად მონიტორირებადი მენეჯმენტის წარმოება, რომელიც უნდა მოიცავდეს შემდეგ ძირითად კომპონენტებს:
    - **ადმინისტრაციული კონტროლი –** შესაბამისი ნორმატიული/ინდივიდუალური ადმინისტრაციულ-სამართლებრივი აქტებისა და გაიდლაინების/პროტოკოლების საფუძველზე შემუშავებულ ღონისძიებათა სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული ინფექციების რისკის შემცირებას;
    - **გარემოს საინჟინრო კონტროლი –** ღონისძიებათა სისტემა, რომელიც უზრუნველყოფს სამედიცინო დაწესებულებაში ადეკვატურ ვენტილაციასა და გარემო ობიექტების/ზედაპირების ადეკვატურ დასუფთავება/დეზინფექციას;
    - **ინდივიდუალური დაცვა** – ღონისძიებები პერსონალისა და პაციენტების ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებისა და აღჭურვილობის რაციონალური გამოყენების, ასევე ხელის ჰიგიენის უზრუნველსაყოფად.

2. **ნოზოკომიური ინფექციების პრევენციის** თვალსაზრისით, სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების დაგეგმარებისას, მნიშვნელოვანია განისაზღვროს შემდეგი საკითხები:

- მოძრაობის ნაკადების სქემა, რათა, ერთის მხრივ, თავიდან იქნეს აცილებული მავნე ზეგავლენა მაღალი რისკის პაციენტებისათვის და, მეორეს მხრივ, უზრუნველყოფილი იქნეს პაციენტების უსაფრთხო გადაადგილება;
- პაციენტების ადეკვატური სივრცობრივი სეპარაცია;
- საიზოლაციო სათავსების (ბოქსი, ნახევრად ბოქსი, ბოქსირებული პალატა) ადეკვატური რაოდენობა და ტიპი (საიზოლაციო სათავსების საჭიროების შემთხვევაში);
- ხელის დაბანის შესაბამისი რეჟიმისადმი ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა;
- ზედაპირებისა და საგნების (მაგ., ხალიჩების, იატაკის) ადეკვატური გასუფთავების უზრუნველყოფა;
- საიზოლაციო სათავსების და სამედიცინო მომსახურების სპეციფიკური არეალების (მაგ., საოპერაციო, ინტენსიური თერაპიის) ვენტილაციის შესაბამისი რეჟიმით უზრუნველყოფა (ასეთი სათავსების და არეალების არსებობის შემთხვევაში);
- პაციენტების დაცვა ობისა და საფუარა სოკოების ზემოქმედებისაგან;
- ხარისხიანი და უსაფრთხო სასმელი წყლით უზრუნველყოფა.

3. სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში არსებული გარემოს ფუნქციურ ხარისხობრივი შესაბამისობის უზრუნველყოფა მოითხოვს, განისაზღვროს:

- დაწესებულების საჭიროებანი (დაგეგმარება);
- რისკის დონეები (სეგრეგაცია);
- ფუნქციური ნაკადების შაბლონი (მოძრაობა და იზოლაცია);
- ზედაპირების მოპირკეთების სამშენებლო-სარეკონსტრუქციო გადაწყვეტა (გამოყენებულიი მასალები).

4. სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების სტრუქტურების განლაგების არქიტექტურულ-ტექნოლოგიური (ფუნქციურ-გეგმარებითი) გადაწყვეტა უნდა უზრუნველყოფდეს გამიჯვნას ინფიცირების რისკის მიხედვით. ამ მიზნით, რეკომენდებულია სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების შიდა სივრცის ზონირება ინფიცირების რისკის დონის შესაბამისად:

- **ა** – დაბალი რისკის ზონა, მაგ.: ადმინისტრაციული ნაწილი;
- **ბ** – საშუალო რისკის ზონა, მაგ.: სომატურ პაციენტთა სამკურნალო სათავსები/განყოფილებები;
- **გ** – მაღალი რისკის ზონა, საიზოლაციო და კრიტიკული, ინტენსიური მოვლის სათავსები/განყოფილებები;
- **დ** – ძალიან მაღალი რისკის ზონა, მაგ.: საოპერაციო ბლოკი.

5. ფუნქციური ნაკადების შაბლონის განსაზღვრისას ერთმანეთისაგან უნდა იქნეს დიფერენცირებული მოძრაობის მაღალი და დაბალი ინტენსივობის არეალები, რომელებიც მოიცავს ზოგადი სერვისებისა (საკვები და თეთრეული, სტერილური საგნები, მედიკამენტები) და სპეციალური სერვისებისათვის (ანესთეზიოლოგია, რენტგენოგრაფია, კრიტიკული მედიცინა, ინტენსიური მოვლა ან ქირურგია) განკუთვნილი მასალების/საგნების გადაადგილების სქემას.

6. სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში შეიძლება გამოიყენებოდეს ყველა ტიპის ნაკადის ამსახველი ბლოკ-სქემები, მაგალითად, ამბულატორიული და ჰოსპიტალური სერვისების, ვიზიტორების, სამედიცინო პერსონალის (ექიმები, ექთნები, სხვა პერსონალი), მასალების (სახარჯი, სტერილური, საკვები, თეთრეული და სხვ.), აგრეთვე, ჰაერცვლის, წყალმომარაგების, ნარჩენების მოძრაობის და სხვა სქემები. აღნიშნული სქემების მეშვეობით შესაძლებელია გაცილებით უფრო ზუსტად იქნეს განსაზღვრული სხვადასხვა ნაკადების გადაკვეთის ადგილებში არსებული რისკები და მათი თავიდან აცილების გზები, ვიდრე მხოლოდ "სუფთა" და "ჭუჭყიანი" ნაკადების დიფერენცირებით. მაგალითად, ერთი და იგივე ლიფტი შეიძლება გამოიყენებოდეს სამედიცინო პერსონალის, სტერილური საგნების, ვიზიტორებისა და ნარჩენების გადასაადგილებლად, თუ ყოველი მათგანი სათანადოდ იქნება დაცულიი (როგორც სტერილური საგნები, ასევე, ნარჩენები მოთავსებული უნდა იყოს უსაფრთხო კონტეინერებში, რომლის გარე ზედაპირი ნიშანდებულია ბიოლოგიური უსაფრთხოების ნიშნით).

7. სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების იმ სათავსებში, სადაც მოქმედი კანონმდებლობა ითვალისწინებს ხელოვნური ვენტილაციის არსებობას, ვენტილაციის საჭირო ჯერადობა განისაზღვრება ჰაერცვლის რაოდენობით ერთ საათში, გარედან მიწოდებული ჰაერის რაოდენობით, ჰაერის მოძრაობის სიჩქარითა და წნევათა სხვაობის მაჩვენებლებით, ასევე სათავსის ტიპისა და დანიშნულების მიხედვით.

8. სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების მაღალი და ძალიან მაღალი რისკის ზონაში ვენტილაციის ადეკვატური რეჟიმის მისაღწევად საჭიროა სავენტილაციო სისტემების მონტაჟი და ექსპლუატაცია მწარმოებლის ინსტრუქციის შესაბამისად, მიკრობული დაბინძურების მინიმუმამდე დაყვანისათვის. გარედან ჰაერის შემწოვი ყველა წერტილი განთავსებული უნდა იქნეს მაქსიმალურად მაღლა მიწის დონიდან და მაქსიმალური დაშორებით შიდა ჰაერის გაფრქვევის წერტილიდან, ინსენერატორიდან ან ბოილერის საკვამლე მილიდან.

9. სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულების მაღალი და ძალიან მაღალი რისკის ზონაში შემავალი სათავსებისათვის (საოპერაციო ბლოკი, კრიტიკული, დამწვრობის) მიღწეული უნდა იქნეს ჰაერის მაქსიმალური სისუფთავე ანუ მინიმალური ბაქტერიული კონტამინაცია.

მოთხოვნები პერსონალისადმი

1. პერსონალი ვალდებულია, დაიცვას ინფექციის კონტროლის მოთხოვნები და რეკომენდაციები, მონაწილეობდეს დაწესებულების მიერ ორგანიზებულ შესაბამის სასწავლო აქტივობებში, იცავდეს ხელების ჰიგიენის სათანადო პრაქტიკას და, საჭიროების შემთხვევაში, იყენებდეს ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებსა და აღჭურვილობას.

2. პერსონალი ვალდებულია, სასწრაფოდ შეატყობინოს უშუალო ხელმძღვანელს მწვავე ინფექციური დაავადების სიმპტომების გამოვლენის თაობაზე.

3. ინფექციის კონტროლის კომიტეტი/ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი ინფექციური დაავადების ნიშნების მქონე პერსონალს განუსაზღვრავს ავადმყოფის მოვლის შესაძლებლობას, შეზღუდვას ან აკრძალვას გარკვეული ვადით.

4. დაზიანებული კანიდან გამონადენის მქონე ქირურგიული პერსონალი სამუშაოზე არ დაიშვება მანამ, ვიდრე არ გამოირიცხება გამონადენის ინფექციური წარმოშობა.

5. *S. Aureus*-ით ან A ჯგუფის სტრეპტოკოკებით კოლონიზებული პერსონალი სამუშაოდან არ თავისუფლდება, თუ არ არის დადგენილი კავშირი სამედიცინო დაწესებულებაში ამ მიკროორგანიზმების გავრცელებასთან.

6. სამედიცინო დაწესებულებაში გამოიყენება ხელების დეკონტამინაციის სამი დონე:

ა) ხელების ჩვეულებრივი დაბანა – პაციენტებთან ან/და კონტამინირებულ გარემო ობიექტებთან კონტაქტისას სამედიცინო პერსონალის ხელების კანიდან ჭუჭყისა და ტრანზიტორული ფლორის მოცილება;

ბ) ჰიგიენური ანტისეპტიკა – ტრანზიტორული მიკროფლორის მოცილება ან განადგურება;

გ) ქირურგიული ანტისეპტიკა – ტრანზიტორული მიკროფლორის მოცილება ან განადგურება და რეზიდენტული ფლორის შემცირება.

პროფილაქტიკური და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები ინფიცირების მაღალი და ძალიან მაღალი რისკის ერთეულებში

1. საოპერაციო ბლოკი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში), ქირურგიული განყოფილების სხვა სათავსებისგან, გამოყოფილი უნდა იყოს ტამბურით.

2. საოპერაციოდ აღჭურვილი უნდა იქნეს ჰაერის გამაუვნებელი და სავენტილაციო მოწყობილობებით.

3. საოპერაციოში არსებული ვენტილაციის სისტემა უნდა უზრუნველყოფდეს დადებითი ატმოსფერული წნევის შენარჩუნებას, ხოლო ჰაერცვლა უნდა წარმოებდეს არანაკლებ 15-ჯერ საათში, რომელთაგან 3-ჯერ მაინც უნდა მოხდეს სუფთა ჰაერით ჩანაცვლება, როგორც რეცირკულირებული, ასევე, სუფთა ჰაერი უნდა იფილტრებოდეს სათანადო ფილტრებში.

4. საოპერაციოს კედლები, იატაკი და ჭერი უნდა მოპირკეთდეს მასალით, რომელიც ექვემდებარება სველი წესით დამუშავებას და მედეგია დეზინფექტანტებისადმი.

5. საოპერციო ბლოკის შიდა სათავსებში გათვალისწინებული უნდა იქნეს სეპტიკური და ასეპტიკური სათავსების ზონირება (სტერილური ზონა, „სუფთა", ანუ მკაცრი რეჟიმის ზონა, „ჭუჭყიანი" სათავსების ზონა).

6. საოპერციო ბლოკის აღნიშნულ ზონებში უზრუნველყოფილ უნდა იქნეს ნაკადების გამიჯვნა მიმართულებების მიხედვით და თავიდან იქნეს აცილებული მათი გადაკვეთა.

7. სამეანო სერვისის მრავალპროფილიანი სტაციონარის შემადგენლობაში ინტეგრირების შეთხვევაში, უნდა ჰქონდეს სხვა ერთეულებისაგან დამოუკიდებელი (მათ შორის გინეკოლოგიური) მიმღები.

8. სამშობიაროს უნდა გააჩნდეს მხოლოდ სამეანო-გინეკოლოგიური ოპერაციებისთვის განკუთვნილი დამოუკიდებელი საოპერაციო.

9. ფთიზიატრიული პროფილის მაღალი რისკის სათავსებს მიეკუთვნება ყველა ის ადგილი, სადაც ხდება ინფექციურად გადამდები, აქტიური ტუბერკულოზით მოავადე პაციენტის დაყოვნება. მათში რეკომენდებულია შემდეგი პირობების დაცვა:

ა) ჰაერის ნაკადის მიმართვა დაბალი რიკის სათავსებიდან მაღალი რისკის სათავსის მიმართულებით და გარეთ;

ბ) მინიმუმ 6-ჯერადი ჰაერცვლა საათში ხელოვნური ან ბუნებრივი ვენტილაციის გამოყენებით.

10. ფთიზიატრიული პროფილის დაწესებულებებში მაღალი რისკის სათავსებში დაყოვნების ან გადაადგილების დროს პერსონალმა უნდა გამოიყენოს ჰეპა-ფილტრებით აღჭურვილი რესპირატორები, მინიმუმ 0,2 მკ ზომის ნაწილაკების 95 %-იანი ფილტრაციის უნარით.

11. დამატებითი მოთხოვნები ფთიზიატრიული პროფილის დაწესებულებების ხანგრძლივი დაყოვნების სათავსების, ინფექციურად გადამდები პაციენტების პალატების მიმართ არის შემდეგი:

ა) პალატებში პაციენტების გადანაწილება უნდა მოხდეს რეზისტენტობის პროფილის მიხედვით;

ბ) პალატა წინა ოთახით (რაბით) უნდა გამოყოფილი იქნეს დერეფნისაგან;

გ) პალატა აღჭურვილი უნდა იყოს ინდივიდუალური სველი წერტილით;

დ) პალატაში პაციენტების მაქსიმალური რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს ორს;

ე) პალატებში პაციენტების საწოლები, რეკომენდებულია, ერთმანეთისაგან სულ მცირე 1,5 მ იყოს დაცილებული;

ვ) პალატაში თოთოეულ პაციენტზე გათვლილი ფართობი უნდა იყოს არანაკლებ 8 მ^2;

ზ) პალატებში ღიობების საერთო ფართობი უნდა შეადგინდეს საერთო ფართის მინიმუმ 20%-ს.

12. დამატებითი მოთხოვნები ფთიზიატრიული პროფილის დაწესებულებების მაღალი რისკის პროცედურის – ნახველის შემგროვების ორგანიზების მიმართ არის შემდეგი:

ა) ნახველის შეგროვება უნდა განხორციელდეს სპეციალურ ოთახში, რომელიც აღჭურვილია ხელოვნური ვენტილაციით;

ბ) ვენტილაციამ უნდა უზრუნველყოფს ჰაერის ნაკადის მიმართვა ოთახიდან გარეთ (ღია სივრცეში) და, ასევე, საათში 6-12 ჯერადი ჰაერცვლა;

გ) ოთახში უნდა განთავსდეს ღია ტიპის ბაქტერიოციდული ნათურა, რომლის გამოყენება უნდა ხდებოდეს ინსტრუქციის და უსაფრთხოების წესების მკაცრად დაცვით;

დ) ოთახით სარგებლობისას პაციენტებს შორის ინტერვალები უნდა შეადგენდეს არანაკლებ 15 წუთს;

ე) სამედიცინო დაწესებულებაში ნახველის შესაგროვებელი ოთახის არარსებობის შემთხვევაში, პროცედურა უნდა განხორციელდეს შენობის გარეთ, ბუნებრივი ვენტილაციის პირობებში, სპეციალურად ამ მიზნისათვის გამოყოფილ ადგილას;

ვ) აკრძალულია ნახველის შეგროვება პაციენტების პალატებში ან საპირფარეშოებში ან სხვა ოთახებში, რომლებიც არ აკმაყოფილებს ამ პუნქტით განსაზღვრულ პირობებს.

13. დამატებითი მოთხოვნები ფთიზიატრიული პროფილის თორაკალური ქირურგიის საოპერაციო ბლოკის და საოპერაციო ბრიგადის წევრების მიმართ:

ა) საოპერაციო ბლოკის წინ განთავსებული ტამბური აღიჭურვილი უნდა იყოს ჰაერის გამწმენდი საშუალებით;

ბ) საოპერაციო ბრიგადის წევრებმა ქირურგიული ნიღაბის ნაცვლად უნდა გამოიყენონ რესპირატორები ორმაგი დანიშნულებით: ქირურგიული ნიღბის და 0,2 მკ ზომის ნაწილაკების 95 %-იანი ფილტრაციის უნარით.

14. სხვადასხვა კონსტრუქციის კიდული ჭერის გამოყენება რეკომენდებულია მხოლოდ ისეთ სათავსებში, რომლებიც არ მოითხოვს ეპიდსაწინააღმდეგო, სადეზინფექციო მკაცრი რეჟიმისა და ასეპტიკის და ანტისეპტიკის პირობების დაცვას. კიდული ჭერი შესაძლოა აგრეთვე გაკეთდეს: ვესტიბულებში, დერეფნებში, ჰოლებში და სხვა დამხმარე სათავსებში, რომლებიც უშუალოდ არ ემიჯნება საოპერაციოს, სამშობიარო ბლოკს, შესახვევს, საპროცედუროს, პალატებს და სხვა ანალოგიურ სათავსებს. ამასთან კიდული ჭერის კონსტრუქცია და მასალები უნდა უზრუნველყოფდეს მათ მოხერხებულ გაწმენდას, დასუფთავებას და დეზინფექციას.

სამედიცინო დაწესებულებების გარემო ობიექტების დამუშავება და დასუფთავება ინფექციების კონტროლის მიზნით

1. ინფექციის გადაცემის მექანიზმში გარემო ობიექტების ზედაპირები შესაძლებელია ასრულებდნენ ინფექციის გადაცემის მხოლოდ შუალედური (მეორადი) ფაქტორის როლს (სამედიცინო პერსონალის ხელების კონტამინაციისას ან პაციენტებთან კონტაქტში მყოფ სამედიცინო ხელსაწყოების ზედაპირებთან კონტაქტის დროს), ამიტომ ისინი განიხილება როგორც ჯვარედინი ინფექციის წყარო.

2. ჯვარედინი კონტამინაციის განვითარების რისკი მაღალია იმ ერთეულებში, სადაც მოთავსებულნი არიან იმუნოკომპრომისული პაციენტები (მაგალითად, კრიტიკული, ინტენსიური მოვლის, დამწვრობის, ჰემოდიალიზისა და ონკოლოგიური ერთეულები).

3. ინფექციის გადაცემის მექანიზმში, გარემო ობიექტების ზედაპირების როლიდან გამომდინარე, განისაზღვრება მოთხოვნები მათი დასუფთავება-დეზინფექციისადმი. კერძოდ:

ა) გარემო ობიექტების ზედაპირებისათვის უსაფრთხოების ადეკვატური დონის მიღწევა შესაძლებელია ზედაპირების ვიზუალურად სუფთა მდგომარეობაში ყოფნის გზით, აღნიშნულის მისაღწევად კი საკმარისია წყლისა და დეტერგენტის ან დაბალი დონის დეზინფექტანტის გამოყენება (ზედაპირის ტიპისა და კონტამინაციის ხარისხის მიხედვით);

ბ) დიდი რაოდენობით მიკროორგანიზმებით კონტამინირებული სამედიცინო დანიშნულების საგნების (მაგალითად, შარდის შემკრები კონტეინერები) ზედაპირები ჯერ უნდა გასუფთავდეს, შემდეგ კი დამუშავდეს დაბალი ან საშუალო დონის დეზინფექტანტის საშუალებით.

4. გარემო ობიექტების ზედაპირების გაწმენდის სიხშირე და მეთოდები დამოკიდებულია სამედიცინო სერვისის ტიპზე, გასაწმენდი ზედაპირის სახეობაზე, დაბინძურების ტიპსა და რაოდენობაზე. ჩვეულებრივი გაწმენდის დროს დაბინძურებისა და მიკროორგანიზმების ფიზიკური მოცილება უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ნებისმიერი ანტიმიკრობული ეფექტის მქონე ხსნარით დამუშავება.

5. სამედიცინო დაწესებულება ვალდებულია უზრუნველყოს როგორც შენობის, ასევე, მასში განთავსებული აპარატურის/ინვენტარისა და სხვა ობიექტების ზედაპირების სისუფთავე.

6. დასუფთავება უნდა წამოებდეს ნაკლებად დაბინძურებული უბნებიდან მეტად დაბინძურებული უბნების მიმართულებით.

7. შეხებაში ხშირად მყოფი ზედაპირების დასუფთავება და დეზინფექცია უნდა წარმოებდეს ხშირად, განსაკუთრებით კრიტიკული, ინტენსიური მოვლის, დამწვრობის, ონკოლოგიური და ჰემოდიალიზის ერთეულებში. იმ ზედაპირების დასუფთავება, რომლებსაც არ ეხებიან ხელებით, წარმოებს უფრო იშვიათად, მაგრამ რეგულარულად.

8. კედლების, იატაკისა და ფარდების/ჟალუზების (არსებობის შემთხვევაში) დასუფთავება წარმოებს საჭიროებისამებრ, აგრეთვე, ესთეტიკის მოთხოვნათა გათვალისწინებით.

9. საწმენდი ხსნარი უნდა მომზადდეს ყოველდღიურად. შესამჩნევი დაბინძურების შემთხვევაში უნდა შეიცვალოს ახალი ხსნარით.

10. მტვრისა და მიკროორგანიზმების გავრცელების შემცირების მიზნით კედლების, იატაკისა და ზედაპირების დასუფთავება უნდა განხორციელდეს სველი წესით.

11. საწმენდი და სადეზინფექციო ინვენტარი გამოყენების შემდეგ უნდა გაირეცხოს და გაშრეს.

12. დალაგების დროს გამოყენებული უნდა იქნეს ინდივიდუალური დამცავი საშუალებები – ხელთათმანები, ნიღაბი, წყალგაუმტარი წინსაფარი.

13. ქირურგიული პროფილის პალატურ ერთეულში სველი წესით დალაგება უნდა ხორციელდებოდეს დღეში არანაკლებ 2-ჯერ. დალაგებისას სადეზინფექციო საშუალებების გამოყენება ხდება თეთრეულის გამოცვლისა და პალატაში ნოზოკომიური ინფექციის აღმოჩენის შემთხვევაში.

14. საოპერაციო ბლოკისა და შესახვევის გენერალური დალაგება უნდა ხდებოდეს კვირაში ერთხელ, სათავსები წინასწარ უნდა გათავისუფლდეს ინვენტარის, აღჭურვილობის, ინსტრუმენტებისა და მედიკამენტებისაგან.

15. საოპერაციო ბლოკის, შესახვევების, კრიტიკული, ინტენსიური მოვლის პალატების სველი წესით დალაგება სადეზინფექციო ხსნარების გამოყენებით უნდა ხდებოდეს ყოველდღიურად.

16. საოპერაციოებში დასუფთავება უნდა წარმოებდეს რეგულარულად, შემდეგი წესით:

ა) საოპერაციოში ყველა ჰორიზონტალური ზედაპირი ყოველდღიურად ექვემდებარება სველი წესით დამუშავებას, დეზინფექტანტის გამოყენებით;

ბ) ოპერაციებს შორის დასუფთავება უნდა განხორციელდეს შემდეგი სქემის შესაბამისად:

ბ.ა) ყოველი ოპერაციის შემდეგ დაბინძურებული მოწყობილობები და ავეჯი გაიწმინდოს დაბალი დონის დეზინფექტანტით. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ზედაპირებს, რომლებიც კონტამინირებულია სისხლით ან სხვა ბიოლოგიური სითხეებით და ზედაპირებს, რომლებსაც ხშირად ეხებიან ხელით;

ბ.ბ) ყოველი ოპერაციის შემდეგ გაიწმინდოს იატაკის ვიზუალურად დაბინძურებული უბნები.

17. სამედიცინო დაწესებულებაში დაუყოვნებლივ უნდა მოხდეს დაღვრილი/გაშხეფებული დაღვრილი სისხლის, მისი პრეპარატებისა და სხვა ბიოლოგიური სითხეების (შემდგომში – ბიოლოგიური სითხეები) დეკონტამინაცია და გაწმენდა. აღნიშნული პროცედურების ჩასატარებლად დაცული უნდა იქნეს შემდეგი წესი:

ა) გამოყენებული იქნეს ინდივიდუალური დამცავი საშუალებები – ხელთათმანები, ნიღაბი, სათავლე, სახის დამცავი ფარი, წყალგაუმტარი წინსაფარი;

ბ) ზედაპირების დეკონტამინაციის მიზნით საჭიროა შესაბამისი კონცენტრაციის (დაბალი/საშუალო დონის) დეზინფექტანტის მოსხმა ან სწრაფი მოქმედების დეზინფექტანტის გამოყენება, მწარმოებლის ინსტრუქციით დადგენილი წესით;

გ) დეკონტამინაციის შემდგომ საჭიროა დაბინძურებული ადგილის გაწმენდა მაადსორბირებელი მასალით (ღრუბელი და სხვა). გაწმენდის შემდეგ აღნიშნული მასალა უნდა მოთავსდეს სამედიცინო ნარჩენების შესაბამისი კლასისთვის განკუთვნილ კონტეინერში ან განადგურდეს.

18. დასუფთავების დროს თავიდან უნდა იქნას აცილებული შხეფებისა და აეროზოლების წარმოქმნა.

19. დასუფთავების პროცედურების ჩატარების დასრულებისთანავე, ხელთათმანების გახდის შემდეგ, აუცილებელია ხელების დაბანა.

სამედიცინო დაწესებულების თეთრეულის მოვლის რეჟიმი ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლის მიზნით

1. სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში დიდი მნიშვნელობა უნდა ენიჭებოდეს თეთრეულის ჰიგიენური რეჟიმის დაცვას.

2. თეთრეული უნდა გამოიცვალოს საჭიროების მიხედვით, მაგრამ არანაკლებ კვირაში ერთხელ.

3. ნახმარი თეთრეულის შეგროვება უნდა მოხდეს სპეციალურად ამ მიზნისთვის განკუთვნილ ტომარაში ან სხვა თავდახურულ მოცულობაში. კატეგორიულად იკრძალება გამონაცვალი თეთრეულის იატაკზე მოგროვება, დაბერტყვა, შეფუთვის გარეშე ტრანსპორტირება.

4. ინფიცირებული ან პირობით ინფიცირებული თეთრეულის პრობლემა მდგომარეობს არა მხოლოდ მიკროორგანიზმებით კონტამინაციაში, რომლებითაც შეიძლება ისინი დაბინძურდნენ სამედიცინო მომსახურების პროცესში, არამედ მათი რეცხვის რეჟიმის დაცვაშიც.

5. თეთრეულის რეცხვა სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა განხორციელდეს დაწესებულების სამრეცხაოში ან სპეციალურ სამრეცხაოებში ხელშეკრულების საფუძველზე. ამ უკანასკნელის შემთხვევაში აუცილებელია სამედიცინო დაწესებულების თეთრეულის რეცხვის მთელი ციკლისათვის (მიღება, დახარისხება, რეცხვა, გაშრობა, გაუთოვება, დასაწყობება, შენახვა და გაცემა) დამოუკიდებელი ტექნოლოგიური ხაზის არსებობა.

6. თეთრეულის დამუშავება მოიცავს შემდეგ ეტაპებს:

ა) თეთრეულის შეკრება;

ბ) ტრანსპორტირება;

გ) ჭუჭყიანი თეთრეულის შენახვა;

დ) რეცხვა და დეზინფექცია;

ე) დაუთოვება;

ვ) შეფუთვა;

ზ) სუფთა თეთრეულის შენახვა;

თ) სუფთა თეთრეულის ტრანსპორტირება.

7. რეცხვისას უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს:

ა) სუფთა და ჭუჭყიანი თეთრეულის ნაკადების გადაკვეთის პრევენცია;

ბ) სამრეცხაოში თეთრეულის ბრუნვის ტექნოლოგიის მართებულად ორგანიზება;

გ) ინფიცირებული და პირობით ინფიცირებული თეთრეულის დამუშავების სტანდარტების დაცვა;

დ) რეგისტრირებული სადეზინფექციო საშუალებების გამოყენება;

ე) შესაძლო დაინფიცრების ადგილების სისტემატიური გამოვლენა და კონტროლი.

8. სამრეცხაოში თეთრეულის დასამუშავებლად უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ტექნოლოგიური პროცესების ნაკადურობა, რათა გამოირიცხოს ჭუჭყიანი და სუფთა თეთრეულის ნაკადების გადაკვეთა. ჭუჭყიანი თეთრეულის მიღება და სუფთას გაცემა უნდა ხორციელდებოდეს სხვადასხვა ადგილიდან (კარი, ფანჯარა). თუ დაწესებულებაში ვერ ხერხდება ჭუჭყიანი და სუფთა თეთრეულის მოძრაობის ნაკადების სრული გამიჯვნა, მაშინ შესაძლებელია ჰერმეტული შეფუთვის გამოყენება სუფთა თეთრეულის გასაცემად.

9. დაბინძურების ხარისხისა და თეთრეულის ტიპის მიხედვით შეირჩევა რეცხვის შესაბამისი პროგრამა. ინფექციური პაციენტებისა და ახალშობილთა მოვლის სერვისების თეთრეული, დაბინძურების ხარისხის მიუხედავად, განიხილება როგორც ,,ძლიერ დაბინძურებული თეთრეული“ და მათი რეცხვა წარმოებს შესაბამისი სადეზინფექციო საშუალებებით დეკონტამინაციის შემდეგ.

10. 1 წლამდე ასაკის ბავშვთა თეთრეულის რეცხვა ხორციელდება სხვა ასაკობრივი კატეგორიისთვის განკუთვნილი თეთრეულისაგან დამოუკიდებელად და გამოიყენება სპეციალური (არასინთეზური) საშუალებები.

კითხვები:

1. რა არის ნოზოკომიური ინფექცია?
2. რომელი ინფექცია ითვლება ნოზოკომიურად?
3. რომელი ინფექცია არ ითვლება ნოზოკომიურად?
4. რა არის ბოქსი და ნახევარბოქსი?
5. რ არის ნოზოკოიური ინფექციის კონტროლის კომიტეტის ფინქციები?
6. რა არის ამბულატორიაში ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირის მოვალება?
7. როგორია მიკრობიოლოგიური ლაბორატორიის როლი ინფექციის პრევენციაში?
8. ინფიცირების რისკის შემცირების მიზნით რომელ ზონებად იყოფა სტაციონარი?
9. ჩამოთვალეთ სამედიცინო პერსონალისადმი მოთხოვნები?

სამედიცინო ნარჩენების მართვა

სამედიცინო დაწესებულებაში წარმოქმნილი ნარჩენების მართვა უნდა ხორციელდებოდეს ნარჩენების კლასიფიკაციის, მახასიათებლებისა და შემადგენლობის მიხედვით, ისე რომ მაქსიმალურად გამოირიცხოს გარემოს დაბინძურება და ადამიანის ჯანმრთელობაზე მავნე ზემოქმედება. ამასთან, უზრუნველყოფილი უნდა იქნეს უსაფრთხო ინიექციების პრაქტიკა.

სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა ხორციელდებოდეს სამედიცინო ნარჩენების უსაფრთხო სეგრეგაცია, შეგროვება, შენახვა, გატანა, უტილიზაცია ან/და განადგურება, კანონმდებლობის შესაბამისად.

სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ნარჩენებია, ყველა სახის ნარჩენი, რომელიც წარმოიქმნება:

- საავადმყოფოებში (საქალაქო, კლინიკური, სპეცოალიზირებული, საუწყებო, სამეცნიერო-კვლევითი იმსტიტუტის ან უმაღლესი სასწავლებლის შემადგენლობაში შემავალი);
- პოლიკლინიკებში (მ.შ. მოზრდილების, ბავშვთა, სტომატოლოგიური);
- დისპანსერებში:
- სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სადგურებში;
- ავადმყოფთა ხანგრძლივი მოვლის დაწესებულებებში;
- სისხლის გადასხმის სადგურებში;
- სამედიცინო პროფილის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტებსა და სასწავლებლებში;
- ვეტერინარულ სამკურნალოებში;
- აფთიაქებში:
- ფარმაცევტულ წარმოებებში;
- გამაჯანსაღებელ დაწესებულებში (სანატორიუმი, პროფილაქტორიუმი, დასასვენებელი სახლი, პანსიონატი.);
- სანიტარულ-პროფილაქტიკური დაწესებულებებში;
- სასამართლო-სამედიცინო ექსპერტიზის დაწესებულებებში;
- სამედიცინო ლაბორატორიებში (მათ შორის ანატომიური, პათოლოგანატომიური, ბიოქიმიური, მიკრობიოლოგიური, ფიზიოლოგიური);
- სამედიცინო დაწესებულების კერძო დაწესებულებებში;

სამედიცინო ნარჩენების კლასიფიკაცია:

დაწესებულების მუშაობის სპეციფიკიდან გამომდინარე წარმოიქმნება სხვადასხვა ფუნქციური შემადგენლობისა და საშიშროების კლასის ნარჩენები. ნარჩენები იყოფა 5 კლასად, ეპიდემიოლოგიური, ტოქსიკოლოგიური და რადიაციული საშიშროების მიხედვით::

,,ა'' კლასი - სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების უსაფრთხო ნარჩენები - ნარჩენები, პაციენტის ბიოლოგიურ სითხეებთან, ინფექციურ ავადმყოფებთან კონტაქტის გარეშე, არატოქსიური ნარჩენები, საკვების ნარჩენები სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ყველა განყოფილებიდან, კანისა და ვენერიული, ფტიზიატრიულისა და ინფექციურის გარდა. ავეჯი, ინვენარი, დაზიანებული სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა, რომელიც ტოქსიკურ ელემენტებს არ შეიცავს, არაინფიცირებადი ქაღალდი, სამშენებლო ნაგავი.

,,ბ'' კლასი - სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების საშიშ (სარისკო) ნარჩენები - პოტენციურად ინფიცირებული ნარჩენები(სისხლით დაბინძურებული მასალები და

ინსტრუმენტები, ავადმყოფთა გამონაყოფები, პათოლოგანატომიური ნარჩენები, საოპერაციოს ორგანული ნარჩენების ორგანოები, ქსოვილები). ინფექციური განყოფილების ყველანაირი ნარჩები, მათ შორის საკვების. მე-3 და მე-4 ჯგუფის პათოგენობის მიკროორგანიზმებთან მომუშავე ლაბორატორიების ნარჩენები.

,,გ'' კლასი - სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების განსაკუთრებულად საშიში ნარჩენები - მასალები, რომლებსაც იყენებენ განსაკუთრებით საშიში ინფექციებით დაავადებულ ავადმყოფებთან. პირველი და მეოთხე ჯგუფის პათოგენობის მიკროორგანიზმებთან მომუშავე ლაბორატორიების ნარჩენები. მიკოლოგიური, ფტიზიატრიული საავადმყოფოების ნარჩენები. ანაერობული ინფექციით მოავადე პაციენტების ნარჩენები.

,,დ'' კლასი - სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ნარჩენები, რომლებიც შედგენილობის მიხედვით საწარმოო ნარჩენებს უტოლდება - ვადაგასული მედიკამენტები, სამკურნალო და დიაგნოსტიკური პრეპარატების ნარჩენები, დეზსაშუალებები, რომლებიც გამოუსადეგარია გამოყენებისთვის ან ვადაგასულია. ციტოსტატიკური და სხვა ქიმიური პრეპარატები. ვერცხლისწყლის შემცველი საგნები, იარაღები და აღჭურვილობები.

,,ე'' კლასი - სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების რადიაქტიური კომპონენტების შემცველი ყველა სახის ნარჩენი.

სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ნარჩენების შეგროვების, დროებითი შენახვისა და ტრანსპორტირების ორგანიზების ზოგადი წესები:

სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ნარჩენების შეგროვების, დროებითი შენახვისა და ტრანსპორტირების ორგანიზება შეიცავს შემდეგ რგოლებს:

- ნარჩენების შეგროვება სამედიცინო განყოფილებებში;
- ნარჩენების გადატვირთვა და ტრანსპორტირება კორპისთა (შორის) სანაგვე კონტეინერებში;
- ნარჩენების დროებითი შენახვა სამკურნალი-პროფილაქტიკური დაწესებულების ტერიტორიაზე;
- სანაგვე კონტეინერების ტრანსპორტირება ნარჩენების გაუვნებლობის ადგილამდე;

თითოეულ რგოლში ჩასატარებელი სამუშაოების თანმიმდევრობა და წესი შესაბამისი მოთხოვნებით. სამედიცინო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ტერიტორიაზე წარმოქმნილ ნარჩენებს წაეყენება განსხვავებული მოთხოვნები (საშიშროების კლასისადმი კუთვნილების შესაბამისად), შეგროვების, დროებითი შენახვისა და ტრანსპორტირებისადმი.

დაუშვებელია სხვადასხვა კლასის ნარჩენების შერევა შეგროვების, დროებითი შენახვის ან ტრანსპორტირების რომელიმე სტადიაზე.

დაწესებულებების ხელმძღვანელის მიერ, მოცემული დაწესებულების ნარჩენების შეგროვებაზე პასუხისმგებელ პირთან ერთად, უნდა განსაზღვროს პასუხისმგებელი პირი, რომელიც შეაგროვებს ნარჩენებს პირველადი შეგროვების ობიექტზე, აკონტროლებს ნარჩენების მიმოქცევას და ახდენს ერთჯერადი პაკეტებისა და ბაკების ჰერმეტიზირებას. ასეთ სამუშაოზე არ დაიშვებიან პირები, რომლებსაც არ აქვთ გავლილი წინასწარი მომზადება. პერსონალის მომზადებაზე პასუხისმგებელია პირი, რომელიც დაინიშნება დაწესებულების ხელმძღვანელის მიერ.

„ა"კლასის ნარჩენები წარმოიქმნება სამედიცინო საწესებულების პალატებში, ადმინისტრაციულ-სამეურნეო სათავსოებში, ცენტრალური კვების ბლოკში,, განყოფილებების ბუფეტებში (გამოირიცხება ინფექციური, კანისა და ვენერიული, ფტიზიატრიული და მიკოლოგიური განყოფილებები), სამედიცინო დაწესებულების კორპუსების გარე ტერიტორიაზე.

,,ა"კლასის ნარჩენები უნდა შეგროვდეს ერთჯერად პაკეტებსა ან მრავალჯერადი გამოყენების ჭურჭელში. ერთჯერადი პაკეტები უნდა მოთავსდეს სპეციალურ ურიკაზე ან მრავალჯერადი გამოყენების ჭურჭელში. შემდეგ უნდა გადაიტვირთოს ეს ჭურჭელი მოცემული საშიშიროების კლასის ნარჩენებისათვის განკუთვნილ კონტეინერში. მრავალჯერადი გამოყენების ჭურჭელი დაცლის შემდეგ აუცილებლად საჭიროებს რეცხვასა და დეზინფექციას.

,,ა'' კლასის მსხვილგაბარიტიანი ნარჩენები უნდა შეგროვდეს მათთვის გაკუთვნილ სპეციალურ ბუნკერებში. მსხვილგაბარიტიანი ნარჩენების ზედაპირები, რომელიც იმყოფებოდა კონტაქტში ინფიცირებულ მასალებთან ან ავადმყოფთან, ექვემდებარება აუცილებელ დეზინფექციას.

„ბ"კლასის ნარჩენები წარმოიქმნება საოპერაციოში, სარეაბილიტაციოში, საპროცედურო და სამანიპულაციო-დიაგნოსტიკურ ოთახებში, სამედიცინო დაწესებულების ინფექციურ, კანისა ვენერიულ სნეულებათა განყოფილებებში, სამედიცინო და პათოლოგანატომიურ ლაბორატორიაში, III-IV პათოგენურობის ჯგუფის მიკროორგანიზმებთან მომუშავე ლაბორატორიებში, ვეტერინარულ სამკურნალოებში, ვივარიუმებში.

ზემოთ ჩამოთვლილ განყოფილებებში წარმოქმნილი ნარჩენები საჭიროებს აუცილებელ დეზინფექციას და შეგროვებისთვის ერთჯერად ჰერმეტულ ტარას.

რბილი ტარა უნდა დამაგრდეს (ერთჯერადი გამოყენების პაკეტები) სპეციალურ ურიკებზე (სადგარებზე).

ერთჯერადი, რბილი პაკეტის ¾ შევსებისას საჭიროა მისი ჰაერისგან დაცლა და ჰერმეტიზირება. ეს პროცედურა უნდა ჩატარდეს აუცილებლად რეზინის ხელთათმანებით და დოლბანდის ნიღბით.

საოპერაციოებსა და ლაბორატორიებში წარმოქმნილი ნარჩენები, მიკრობიოლოგიური კულტურები და შტამები, ვაქცინები, ვირუსოლოგიური სახიფათო მასალა დეზინფექციის შემდეგ უნდა შეგროვდეს მყარ, ერთჯერად ტარაში.

დეზინფიცირებული ბასრი ინსტრუმენტები (ნემსები, კოლბები) უნდა შეგროვდეს სხვა ნარჩენებისაგან განცალკევებით მყარ, ერთჯერად ტარაში.

,,ბ'' კლასის ნერჩენების ყველა სახეობის ტრანსპორტირება განყოფილების გარეთ უნდა განხორციელდეს მხოლოდ ერთჯერადი გამოყენების ტარაში მოთავსებით და ჰერმეტიზიციის შემდეგ.

,,ბ'' კლასის ნარჩენებით შევსებული ერთჯერადი ტარას (პაკეტები, ბაკები) აუცილებლად უნდა ჰქონდეს შესაბამისი აღნიშვნა-ინფორმაცია - ,,საშიში ნარჩენები'', ,,ბ'' კლასი, სამკურნალო დაწესებულების დასახელება, ქვედანაყოფის კოდი, თარიღი და ნარჩენების შეგროვებაზე პასუხისმგებელი პირის გვარი.

სათანადოდ მარკირებული და ჰერმეტიზებული პალეტები და ბაკები უნდა ჩაიტვირთოს სამკურნალო დაწესებულების გარეთ არსებულ ,,ბ'' კლასის ნარჩენებისთვის განკუთვნილ კონტეინერებში.

,,გ'' კლასის ნაჩენები წარმოიქმნება განსაკუთრებით საშიში და საკარანტინო ინფექციებით დაავადებული პაციენტების სამკურნალო ქვედანაყოფებში (განყოფილებებში), I-II პათოგენურობის ჯგუფის მიკროორგანიზმებთან მომუშავე ლაბორატორიებში, ფტიზიატრიულ და მიკოლოგიურ კლინიკებში.

,,გ'' კლასის ნარჩენები უნდა შეგროვდეს ერთჯერადი გამოყენების რბილ ტარაში (პაკეტებში) და უნდა დამაგრდეს სპეციალურ სადგარებზე (ურიკებზე).

ერთჯერადი გამოყენების პაკეტებიდან, მისი ¾-ზე შევსებისას, უნდა გამოიდევნოს ჰაერი და უნდა მოხდეს მისი ჰერმეტიზირება, განყოფილებებში ნარჩენების შეგროვებაზე პასუხისმგებელი პირის მიერ. უსაფრთხოების წესების დაცვით.

,,გ'' კლასის ნარჩენების ტრანსპორტირება უნდა მოხდეს დაწესებულების გარეთ, მისი აუცილებელი ჰერმეტიზირების შემდეგ.

,,გ'' კლასის ნარჩენებით შევსებული ერთჯერად პაკეტებზე უნდა იყოს მინიშნება-აღნიშვნა - ,,განსაკუთრებით საშიში ნარჩენები'', ,,გ''კლასი, სამკურნალო დაწესებულების დასახელება, განყოფილების კოდი, თარიღი და ნარჩენების შეგროვებაზე პასუხისმგებელი პირის გვარი.

მარკირებული და ჰერმეტიზებული პაკეტი უნდა ჩაიტვირთოს დაწესებულების გარეთ მდგარ ,,გ’’კლასის ნარჩენებისთვის განკუთვნილ სპეციალურ კონტეინერში.

„დ’’ კლასის ნარჩენები წარმოიქმნება დიაგნოსტიკურ განყოფილებაში, ქიმიოთერაპიის განყოფილებაში, პათოლოგანატომიურ განყოფილებაში, ფარმაცევტულ საამქროებში, აფთიაქებში, საწყობებში, ქიმიურ ლაბორატორიებში, ადმინისტრაციულ-სამეურნეო განყოფილებაში.

ნახმარი ლუმინესცენციური ნათურები, ვერცხლისწყლისშემცველი ხელსაწყოები და აღჭურვილობა საჭიროა შეგროვდეს ჰერმეტულ ჭურჭელში. ჭურჭლის შევსების შემდეგ აუცილებელია მისი ჰერმეტიზება და შენახვა დამხმარე სათავსებში. ამ სახეობის ნარჩენები უნდა გაიტანონ სპეციალურმა საწარმოებმა ხელშეკრულების საფუძველზე.

ციტოსტატიკური პრეპარატების შეგროვება და შენახვა, რომლებიც ტოქსიკურობის I-II კლასის ნარჩენებს განეკუთვნება, უნდა შეესაბამებოდეს ტოქსიკური სამრეწველოს ნარჩენების კლასიფიკატორსა და სხვა მოქმედ ნორმატიულ დოკუმენტებს.

,,დ’’ კლასის ნარჩენები, რომლებიც ტოქსიურობის II-III კლასებს განეკუთვნებიან, უნდა შეგროვდეს და შეიფუთოს მყარ ტარაში, ხოლო ტოქსიურობის IV კლასის ნარჩენები - რბილ ტარაში.

„ე’’ კლასის ნარჩენები წარმოიქმნება დიაგნოსტიკურ ლაბორატორიები, რადიოიზოტოპური ლაბორატორიები, რეტგენის კაბინეტები.

მოცემული კლასის ნარჩენების შეგროვება, შენახვა და გატანა უნდა შეესაბამებოდეს რადიაქტიურ ნივთიერებებსა და მაიონებელი გამოსხივების სხვა წყაროებთან მუშაობის წესებს და რადიაქტიური ნივთიერებებისადმი მოპყრობის მარეგლამენტირებელი სხვა მოქმედი ნორმატიული დოკუმენტების მოთხოვნებს.

დაუშვებელია:

- ,,ბ’’ და ,,გ’’ კლასის ნარჩენების გადაყრა ერთი ჭურჭლიდან მეორეში;
- ერთჯერადი და მრავალჯერადი გამოყენების შეფუთვების განთავსება ელექტროგამათბობლების სიახლოვეს;
- ნარჩენების ხელით ჩაწნეხვა;
- ნარჩენების შეგროვება ხელთათმანების გარეშე.

სავალდებულოა:

,,ბ’’ და ,,გ’’ კლასის ნარჩენების დეზინფიცირება უშუალოდ პირველადი შეგროვების ადგილზე, ერთჯერადი გამოყენების ტარაში შეგროვებამდე, სადეზინფექციო ხსნარში

ჩაყურსვის მეთოდით, სპეციალურად ამ მიზნისათვის გამოყოფილ და გამზადებულ ჭურჭელში.

,,ბ'' და ,,გ'' კლასის ნარჩენების დეზინფიცირება უნდა ჩატარდეს მოქმედი ნორმატიული დოკუმენტების შესაბამისად.

დეზინფექციისთვის გამოყენებულ უნდა იქნას საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ნებადართული სადეზინფექციო საშუალებები შესაბამისი რეკომენდაციებით.

,,ა'' კლასის ნარჩენების შესაგროვებლად განკუთვნილი, მრავალჯერადი გამოყენების ტევადობების ყოველდღიური დეზინფექცია უნდა ჩატარდეს სამკურნალო დაწესებულების ძალებით.

,,ბ'' და ,,გ'' კლასის ნარჩენების შესაგროვებლად განკუთვნილი სამკურნალო დაწესებულების გარეთ მდგარი კონტეინერებისა და ავტომანქანის ძარის დეზინფექცია უნდა ჩატარდეს სატრანსპორტო ორგანიზაციის მიერ, რომელმაც ყოველკვირეულად უნდა გაიტანოს ნარჩენები შემდგომი განთავსების ადგილზე.

საგანგებო შემთხვევაში, დაწესებულების გარეთ მდგარი კონტეინერებსა და ავტომანქანებში შეუფუთავი ნარჩენების აღმოჩენისას, საჭიროა დაუყოვნებლივ ჩატარდეს დეზინფექცია. ამ მიზნით სამედიცინო დაწესეულების ტერიტორიაზე, გარეთ აუცილებელია გამოიყოს ადგილი დაწესებულების გარეთ მდგარი კონტეინერებისა და ავტომობილების რეცხვისა და დეზინფექციისთვის.

რეცხისა და დეზინფექციისთვის გამოყოფილი ადგილი უნდა მოასფალტდეს და უნდა ჰქონდეს ერთიანი დრენაჟი (ჩასადინარი). უნდა ხდებოდეს ჩამდინარე წყლის შეგროვება და ჩაშვება საკანალიზაციო ქსელში.

,,ბ'' და ,,გ'' კლასის ნარჩენების შესაგროვებლად განკუთვნილი ერთჯერადი გამოყენების პაკეტები უნდა უზრუნველყოფდეს 15კგ-მდე წონის ნარჩენების უსაფრთხო შეგროვებას და ჰერმეტიზებას.

,,ა'' კლასის ნარჩენების შესაგროვებლად განკუთვნილ პაკეტს უნდა ჰქონდეს თეთრი შეფერილობა, ,,ბ'' კლასის ნარჩენებს ყვითელი შეფერილობა, ,,გ'' კლასის ნარჩენების შესაგროვებლად განკუთვნილ პაკეტებს კი წითელი შეფერილობა.

,,ბ'' და ,,გ'' კლასის ნარჩენების შესაგროვებლად განკუთვნილი პაკეტები ისე უნდა იფუთებოდეს, რომ მათი შემთხვევითი გახსნა შეუძლებელი იყოს.

პაკეტების ტრანსპორტირებისას ურიკების კონსტრუქცია უნდა იყოს მოხერხებული ექსპლუატაციისთვის.

„ა'' კლასის ნარჩენების შესაგროვებლად განკუთვნილი მრავალჯერადი გამოყენების ბაკებისა და ერთჯერადი პაკეტების სადგარების კონსტრუქცია უნდა ითვალისწინებდეს თავსახურს, ასევე ბორბლებსა და სახელურებს მოხერხებული ტრანსპორტირებისთვის.

სხვადასხვა კლასის ნარჩენები უნდა გროვდებოდეს სხვადასხვა კონტეინერში, რომლებსაც უნდა ჰქონდეს განმასხვავებელი ნიშანი. ერთი და იგივე კლასის ნარჩენების შესაგროვებელი კონტეინერები უნდა იყოს იდენტური.

სამედიცინო დაწესებულების ეზოში მდგარ კონტეინერს უნდა ჰქონდეს მჭიდრო და ჰერმეტული სახურავი, რათა შეუძლებელი იყოს შიგთავსთან უცხო პირებისა და ცხოველების კონტაქტი.

სხვადასხვა კლასის ნარჩენების კონტეინერები, სამედიცინო დაწესებულების ეზოში, შესაძლებელია განთავსდეს ერთ ღია სივრცეში, მაგრამ არა უმეტეს 5-ისა.

კონტეინერების განთავსების ადგილი უნდა იყოს მოასფალტირებული და შენობიდან მინიმუმ 25მ-ით დაშორებული, ხოლო კვების ბლოკიდან 100მ-თ.

სახელმწიფო სანიტარული ზედამხედველობის სამსახურთან შეთანხმებით სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელის მიერ, უნდა დამტკიცდეს ინსტრუქცია, რომელიც დაადგენს ნარჩენებისადმი მოპყრობის წესებსა და თანამშრომელთა პერსონალურ პასუხისმგებლობას, აგრეთვე ნარჩენების გატანის სქემას, შემდეგი მონაცემებით:

- ნარჩენების რაოდენობრივი და ხარისხობრივი შედგენილობის შესახებ;
- ნარჩენების შესაგროვებელი ადილებისა და გამოყენებული ჭურჭლის სახეობის შესახებ;
- ნარჩენების დროებითი შენახვის ადგილების შესახებ;
- ნარჩენების შეგროვების, ტრანსპორტირებისა და გატანისათვის გასაწევი ხარჯების შესახებ.

დაწესებულების შიგნით სამედიცინო ნარჩენების დროებითი შენახვისთვის განკუთვნილ სათავსოს წაეყენება შემდეგი მოთხოვნები:

- სათავსოს იატაკი მოპირკეთებული უნდა იყოს კერამიკული ფილებით;
- სათავსოს კედლები მოპირკეთებული უნდა იყოს მოჭიქული ფილებით მთელ სიგრძეზე;
- სათავსოს ჭერი უნდა შეიღებოს ტენგამძლე საღებავით;
- სათავსოში უნდა იყოს: ხელსაბანი, ცალკე სველი წერტილი მორწყვითი სამუშაობის ჩასატარებლად;
- წყლის გასასვლელი ტრაპი;
- ბაქტერიოციდული დამასხივებელი;

- ვენტილაციის სისტემა.

კითხვები:

1. რამდენი სახის კლასის ნარჩენები არსებობს?
2. რამდენ და რომელ რგოლებს შეიცავს ნარჩნების შენახვისა და ტრანსპორტირების პროცესი?
3. სად წარმოიქმნება ,,ა''კლასის ნარჩნები?
4. სად წარმოიქმნება ,,ბ''კლასის ნარჩნები?
5. სად წარმოიქმნება ,,გ''კლასის ნარჩნები?
6. სად წარმოიქმნება ,,დ''კლასის ნარჩნები?
7. სად წარმოიქმნება ,,ე''კლასის ნარჩნები?
8. რა სახის პაკეტები და ბაკები არსებობს?
9. დროებითი შენახვისთვის განკუთვნილ სათავსოს რა მოთხოვნები წაეყენება?

საიზოლაციო შემზღუდველი ღონისძიებები

ოზოლაციის ტრადიციული გაგება გულისხმობს გადამდები ავადმყოფის მოშორების გარშემო მყოფთაგან საკმარის მანძილზე **(გეოგრაფიული, სივრცობრივი იზოლაცია)** და/ან ფიზიკური წინაღობების გამოყენებით **(ფიზიკური, ბარიერული იზოლაცია).** ასეთი იზოლაცია ხშირად არასკმარისია ან პირიქით, არასაჭირო. უმრავლეს შემთხვევაში თავიდან აცილებადი საავადმყოფოშიგა ინფექციის განვითარება დამოკიდებულია ასეპტიკის და ჰიგიენის წესების დარღვევაზე და არა ინფექციის წყაროს ირგვლივ კედლების არსებობა-არარსებობაზე.

თანამედროვე გაგებით, პაციენტის განთავსებისადმი მოთხოვნების გარდა, რომლებიც იზოლაციის მხოლოდ ერთ-ერთ და თანაც არა მთავარ ელემენს წარმოადგენს, იზოლაციის სისტემა შეიცავს სხვა ღონისძიებების მთელ კომპლექსს **(ფუნქციური იზოლაცია).**

იზოლაცია - ღონისძიებათა კომპლექსია, რომლის მიზანია ინფექციის გამომწვევის გადაცემის აღკვეთა პაციენტიდან პოტენციურად გადამდები დაავადებით/მდგომარეობით სხვა პაციენტებზე, სამედიცინო მუშაკებზე და სტაციონარის მნახველებზე. ისინი მიმართულია, როგორც ინფექციის წყაროზე, ისე გადაცემის გზებისა და მექანიზმების გაწყვეტაზე და შედგება:

- განსაკუთრებული მოთხოვნები პაციენტის განთავსებისადმი:
- ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების გამოყენება;
- პაციენტების გადაადგილების და ტრანსპორტირების განსაკუთრებული მოთხოვნები;

- განსაკუთრებული მოთხოვნები პაციენტის მოვლის საგნების გამოყენებისა და დამუშავებისადმი;
- მიმდინარე და დასკვნითი დეზინფექცია;
- ორგანიზაციული მოთხოვნები.

იზოლაცია მიმართულია ძირითადად, ეპიდემიური პროცესის პირველ რგოლზე - დაავადების წყაროს იზოლაცია, მაგრამ იზოლაციას შეიძლება დაექვემდებაროს განსაკუთრებით მიმღები პაციენტებიც (მაგ.იმუნოდეფიციტი). ამ დროს იზოლაცია მიმართულია ეპიდემიური პროცესის მესამე რგოლზე **(პროტექტული, დამცველი იზოლაცია).**

ბევრი ინფექციური დაავადება არ მოითხოვს იზოლაციის ზომებს. ბევრი ინფექციური დაავადებისას არ არის საჭირო საჰაერო სივრცის კონტროლი, ხშირ შემთხვევაში შესაძლებელია შესაბამისი იზოლაციურ-შემზღვუდველი ღონისძიებების ორგანიზება ჩვეულებრივ სტაციონარებში, განსაკუთრებით თუ გავითვალისწინებთ ინფექციური განყოფილებების მატერიალურ-ტექნიკურ ბაზას.

მთელი რიგი ინფექციებისას გადადების პერიოდი არ არის დიდი. მაგ.: მენინგოკოკური ინფექცია) ამ დროს იზოლაცია შეიძლება შეწყდეს.

ცალკე პალატაში იზოლაცია აუცილებელია მაღალ კონტაგიოზური ინფექციების - მაგ.:ტუბერკულოზის დროს ან იმ სიტუაციებისას, როცა პაციენტს არ შეუძლია ელემენტარული ჰიგიენური მოთხოვნების შესრულება - პატარა ბავშვები, შეცვლილი მენტალური სტატუსი, დაბალი სანიტარული კულტურა და ა.შ. ცალკე პალატაში განთავსება ესაჭიროება იმ პაციენტებს, რომლებისთვისაც დამახასიათებლია გარემოს ობიექტების გამოხატული დაბინძურებით, როგორიცაა მასიური არაკონტროლირებადი სისხლდენა და დიარეა, ჭრილობის ინფექცია დიდი რაოდენობით გამონადენით, დიდი ზომის ინფიცირებული დამწვრობები და ა.შ. ცალკე პალატა ასრულებს ფიზიკური ბარიერის ფუნქციას და ასევე ფსიქოლოგიური ბარიერის როლსაც, რადგან მუდმივად ახსენებს პერსონალს ხელების დაბანას და სხვა საჭირო ღონისძიებების შესრულების აუცილებლობას.

თუ აუცილებლობა მოითხოვს პაცინტის მოთავსებას ცალკე პალატაში, მაგრამ არ არის საჭირო რაოდენობა პალატების, მაშინ შესაძლებელია იმ პაციენტების ერთად განთავსება, რომელთა ურთიერთინფიცირების საშიშროება დიდი არაა და ინფექციის შესაძლო შედეგები უმნიშვნელოა. ასევე,

ერთ პალატაში შეიძლება მოთავსდნენ ისეთი პაციენტები, რომლებიც ინფიცირებულნი არიან ერთი და იგივე გამომწვევით **(კოჰორტული იზოლაცია).**

იზოლაცია შესაძლებელია არა მარტო სივრცობრივი, არამედ დროშიც: რიგითობის დაცვა მანიპულაციებისას და პაციენტის მოვლისას, დასნებოვნების/ინფეცირების რისკის

გათვალისწინებით (მათ შორის ერთი და იგივე პაციენტის სხვადასხვა ბიოტოპებზე მანიპულაციებისას) იზოლაციურ-შემზღუდველი ღონისძიებების მნიშვნელოვანი ელემენტია.

კითხვები:

1. რას მოიცავს საიზოლაციო შემზღუდველი ღონისძიებები?
2. ჩამოთვალეთ იზოლაციის სახეები?
3. დაახასიათეთ ცალკეული იზოლაციის სახე.

http://www.momxmarebeli.ge/?rec=4281

http://unicef.ge/uploads/Standards_Water_Sanitation_and_Hygiene_in_School.GEO_1.pdf

http://gov.ge/files/411_48737_852505_185.24.04.15.pdf

https://www.matsne.gov.ge/ka/document/view/2958903

გარეგანი ზემოქმედების საშუალებების გამოყენება

ამ თავში გაეცნობით სხეულზე ეთერზეთებითა და მალამოებით შეზელვის მნიშვნელობას და ძირითად პრინციპებს, გარეგანი ზემოქმედების საშუალებით-სხვადასხვა დანიშნულების საფენებით, სახვევებით და აბაზანებით სამკურნალო პროცედურების ჩატარების ტექნიკას.

სხეულზე შეზელვის მნიშვნელობა

რიტმული შეზელვის არსი, მნიშვნელობა და ძირითადი პრინციპები.

რიტმი სიცოცხლის მნიშვნელოვანი მასახიათებელია. ადამიანის ორგანიზმი და გარემო რიტმებისაგან შედგება. განვითარება ხდება სწორედ, რომ რიტმულად. რიტმი არასდროს არაა მოუწესრიგებელი, ე.ი. რომ მას ყოველთვის ერთი ტაქტი უდევს საფუძვლად, რომელიც მოცემული მონაკვეთისთვის მომაწესრიგებელ პრინციპს წარმოადგენს. ტაქტი იდენტურ გამეორებას უდებს საზღვრებს. რიტმი, რომელიც ტაქტთან კავშირს კარგავს, ,,გადაასწრებს“

მას ,,ან ჩამორჩება“ - ხდება მოუწესრიგებელი, უფრო შემთხვევითი მოძრაობა. ტაქტი, რომელიც რიტმში არ ზის, არის უსახო, მოსაწყენი, მკვდარი.

ვილჰელმ ჰიორნერი, რომელიც თავის წიგნში ,,დრო და რიტმი“ უამრავ მინიშნებას იძლევა ამ თემასთან დაკავშირებით, სუნთქვას წინარე რიტმად მიიჩნევს და ნათლად განასხვავებს მას ტაქტისაგან:

,,აქ მექანიკისა და მანქანების სფეროსგან განსხვავებით მეტი წინდახე-დულება და საქმიანი მიდგომაა საჭირო სიტყვების გამოყენების დროს, ვიდრე დამკვიდრებულია. თუკი მანქანის ბორბლების თანმიმდევარ და ზუსტად ერთმანეთის მიმყოლ ბრუნს შეიძლება ეწოდოს პირველი წრე - ბრუნის გამეორება, ეს დასახელება არ გამოდგება ცოცხალის მიმართ, არამედ რაიმე უფრო შესაფერი სიტყვით უნდა შეიცვალოს. მაშინ სუნთქვისათვის შეიძლებოდა გვეწოდებინა განვლილის ხელახლა წარმოქმნა ან უკეთ - განახლება. მაგრამ განახლდება არა ზუსტად იგივე, არამედ მხოლოდ ძალიან მიმსგავსებული. ბუნებაში ხის არც ერთი ფოთოლი არ არის მეორის ზუსტი გამეორება, არამედ მსგავსია. მხოლოდ სერიული დამზადების დროს მოითხოვება ნაწარმის აბსოლუტური იგივეობრიობა. მანქანა ყველა დეტალში უნდა იყოს მსგავსის გამეორება. ყველა მოტორმა ტაქტში უნდა იბრუნოს. მაგრამ ეს ასე არაა სიცოცხლის სფეროში“.

მუსიკაში შეიძლება შემდეგი რამის განცდა: რაც უფრო ჰგავს ერთმანეთს განმეორებადი რიტმული ელემენტები და რაც უფრო ხშირად მეორდება ისინი, მით უფრო უსახურია ეს ნაწარმოები, ამას ჩვენ კარგად ვიცნობთ გასართობი მუსიკის სახით. აქ რიტმი უცვლელი მახვილით ძლიერადაა დაკავშირებული ტაქტთან, ყოველგვარი ძალისხმევის გარეშე შეიძლება მისი აღქმა და აყოლა, მაგრამ ასევე მალე ჰკარგავს თავის მომხიბვლელობას. ამიტომ მოდური მუსიკის შემქმნელებმა მუდმივად უნდა იზრუნონ განახლებასა და მონაცვლეობაზე ამ ადვილად მოძველებადი ნაწარმოებების შემთხვევაში.

სამხედრო მუსიკაც ასეთი ბუნებისაა. იგი ისე მეტისმეტად აძლიერებს ტაქტს დოლებითა და ლითავრებით, რომ შეუძლებელია ყოველგვარ შეჩვევაზე ლაპარაკი, რადგან აქ სწორედ ფეხის აწყობის იძულება უნდა განიცდებოდეს. როგორი ძნელია მარშის მოსმენის დროს სხვა ტაქტით სიარული!

სერიოზული მუსიკა კი იმით გამოირჩევა, რომ იგი ტაქტს გაცილებით მეტად უვლის გვერდს, თუმცა ამასთან ყურადღების გარეშეც არ ტოვებს. შენელებები, აჩქარებები, გაფართოებები, სინკოპები, ტაქტის შეცვლა, ვარიაციები, არის ელემენტები, რომლებიც ამდიდრებს მუსიკალურ ნაწარმოებს, შემოაქვს სიახლე (გადახალისება); განმეორებები, თანმხლები ან ხელახლა აჟღერებული რიტმები ქმნის საყრდენს და ორივეს - მსმენელსაც და მუსიკოსსაც ააყოლებს ერთხელ ამოცნობილ რიტმს. ურიტმობა უმალ ხელისშემშლელად განიცდება იმ ნაწარმოების შემთხვევაშიც, რომელიც პირველად ესმის ადამიანს. შუმანი ამბობს: ,,მუსიკით მონიჭებული სიხარული არის, მისი ხელახლა გამოცნობით გამოწვეული სიხარული.“

მუსიკის კეთილისმყოფელი მოქმედება მხოლოდ მელოდიასა და ჰარმონიაში არ მდგომარეობს, როგორც, შესაძლოა, ეს იყოს მიჩნეული (მიღებული), არამედ ასევე იმაშიც, როგორ ვლინდება ორივე ცოცხალ რიტმში, რომელიც არც ბევრი – თუნდაც ინტელექ-ტუალური – მრავალფეროვნებით მეტისმეტი თავისუფალი თვითნებობით სრულდება და არც ბანალური ერთგვაროვნებით იკარგება უცვლელ ტაქტში.

განახლების ცნება არის გასაღები გამახალისებელი, გამომაცოცხლებელი აღდგენის გაგებისათვის, რასაც შესაძლებელს ხდის ჯანმრთელი რიტმი.

ის, რომ ყოველ გამეორებას მცირე ცვლილება ახლავს, ხელს უწყობს განვითარებას, მოაქვს გამოცოცხლება და ცვლილება სიახლის იმპულსის მეშვეობით. ხოლო ის, რომ ეს ცვლილება განვლილს გაუთვალისწინებლად არ ტოვებს, გვაძლევს ჩვენ უკვე ნაცნობთან კავშირის დამყარების საშუალებას. ჩვენ შეგვიძლია მივენდოთ მას, რადგან იგი ჩვენთვის კარგად არის ნაცნობი. ეს საშუალებას გვაძლევს რიტმი განვიცადოთ ისეთ რამედ, რაც საყრდენს გვიქმნის:

- რიტმი ხორციელდება იგივეობრივის შენარჩუნებით;
- რიტმი განახლებას ახდენს ცვლილებებით.

თუ მე რიტმს შევეჩვევი, მაშინ მას შეუძლია ჩემი აყოლიება. მაგრამ მე თუ მასში მთლიანად ვერ ჩავები, მაშინ მე დაბრკოლება და ვერ ვახერხებ ჩემი განცდით თანმიყოლას.

ბუნების ყველა პროცესი მიმდინარეობს პერიოდულ რიტმებში, რომლებიც ჩართულია მნათობთა დიდ კოსმიურ რიტმში, უპირველეს ყოვლისა, მზისა, რომლებიც განაპირობებს დედამიწაზე სიცოცხლეს დღისა და წლის მიმდინარეობის ფარგლებში. ურიცხვი, მრავალ-გვარი სახის რიტმი ხორციელდება ერთად, ერთმანეთის გვერდი-გვერდ, ერთმანეთის მიყოლებით და ქმნის – ვიდრე ჩვენ მათ არ დავარღვევთ – ჰარმონიულ მთლიანობას: ზღვათა მიქცევ-მოქცევას, მცენარეთა ზრდის ფაზებს, ცხოველთა სიცოცხლისა და აქტივობის რიტმებს.

ჩვენ, ადამიანებიც, ამ რიტმში ვართ მოქცეული, მაგრამ გარკვეულწილად შეგვიძლია მათგან განთავისუფლება, იმის მეოხებით, რომ ჩვენ ბუნებით მოცემულ რიტმებში ვერთვებით და თვითნებურად ვქმნით საკუთარ ან ხანდახან საპირისპირო რიტმებს. ინდივიდუალიზაციის გზაზე ჩვენ სულ უფრო მეტად ვიყენებთ ისეთ სამარჯვეებს, როგორიცაა: ნათურა, გათბობა და ჯიბის საათი, რაც გვანთავისუფლებს ჩვენ დღის სინათლეზე, კლიმატსა და მნათობთა მოძრაობაზე დამოკიდებულებისგან. ცივილიზაციის მიღწევები ჩვენ საშუალებას გვაძლევს საცხოვრებელი ადგილისა და წელიწადის დროის მიუხედავად მოვაწყოთ ჩვენი ცხოვრება პირადი მოთხოვნილებებისა და გემოვნების მიხედვით.

ბუნების რიტმში შეჭრა ყოველთვის არის ცნობიერი მოქმედების შედეგი და აღწევს მხოლოდ ისე ღრმად, რომლის საშუალებასაც ჩვენი ცნობიერება იძლევა. ის ჩვენ გვაძლევს, ერთის მხრივ, მაღალ კულტურულ ქმედებათა საშუალებას, მეორეს მხრივ, კი ქმნის ასევე

ავადმყოფობათა გამომწვევ, დამანგრეველი განვითარების წანამძღვრებს. ბევრი რიტმი – განსაკუთრებით არაცნობიერში მოქცეული ორგანული ბუნების რიტმები - განაგრძობს ხელ-შეუხებლად არსებობას, მაგრამ თანამედროვე ცხოვრების სტილი არ ინდობს მათ და თავს იჩენს ავადმყოფური მდგომარეობანი, განსაკუთრებით ე.წ. ცივილიზაციის დაავადებანი დიდ წილად რიტმული დარღვევით, რომელთა შორის იგულისხმება ძილის რიტმის დარღვევაც.

რიტმთან ჩვენი მიმართება არ უნდა იქნეს გაგებული, როგორც მხოლოდ მასში ხელისშემშლელი ჩარევა. ჩვენ შეგვიძლია ასევე ბუნების მიერ მოცემული რიტმები ცნობიერად სასარგებლოდ ვაქციოთ, იმ გზით, რომ ჩვენს ცხოვრებას ნაწილობრივ მაინც, მათ მიხედვით მოვაწყობთ და მათ ენერგიულ და მაცოცხლებელ ძალას ქმედითად ვაქცევთ.

კითხვები:

1. რა არის რიტმი?
2. რა არის რიმული შეზელვის არსი?
3. რა მნიშვნელობა აქვს რიტმულ შეზელვას?
4. დაახასიათეთ რიტმული შეზელვის პრონციპები.

პოლარული ზემოქმედების პრინციპები

ადამიანის ორგანიზმისმთ მიმართებაში შეიძლება განვიხიროთ რიტმული სისტემის ცნება, რომელიც ფუნქციონალურ სამწევროვანებასთან (ნერვულ-მგრძნობელობითი სისტემა, რიტმული სისტემა, ნივთიერებათა ცვლის სისტემა) კავშირშია. რიტმული სისტმა, როგორც ადამიანის შუა ცენტრი, რომელსაც ორგანულად წარმოადგენს მკერდის ღრუ გულ-ფილტვების სისტემით. ამ ორგამოების მოქმედება დაკავშირებულია რიტმთან, კერძოდ, გული რიტმულად იკუმშება, ყოველ წუთში პულსი 72-80 შეიძლება იყოს, ასევე, სუნთქვაც წუთში 18-20-ია, და ბოლოს გულისა და ფილტვების მუშაობა ერთმანეთის მიმართ აუცილებლად უნდა იყოს 1:4-თან, წიმააღმდეგ შემთხვევაში სხვადასხვა პათოლოგიის განვითარების შანსი იქმნება. რიტმული სისტემა, როგორც გამაწონასწორებელი ელემენტი, დგას ნერვულ-მგრძნობელობითი და ნივთიერებათა ცვლის-მოძრაობის სისტემათა პოლარობას შორის. სამწევროვნება არ უნდა იქნეს გაგებული სამად დანაწევრებულობად, არამედ სხვადასხვა სახის იმ ფუნქციონალური მოქმედების გამოხატულებად, რომლებიც ისეა ერთმანეთში ჩაწნული, რომ მათი ერთმანეთისგან გათიშვა შეუძლებელია, თუმცა, მიუხედავად ამისა თითოეულს სამ სხვადასხვა ორგანულ სისტემაში თავისი შესატყვისი სიმძიმის ცენტრი აქვს.

ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემას თავისი ცენტრი აქვს თავში, მაგრამ ზურგის ტვინითა და თავის ტვინიდან გამომავალი ნერვებით დაკავშირებულია მთელ დანარჩენ ორგანიზმთან. ნერვული სისტემის ცენტრალური ორგანო - ტვინი ცურავს თავ-ზურგტვინის სითხეში- რომ არა ეს ფაქტი, ტვინის სიმძიმეს ვერ გაუძლებდა ქალას ფუძე. ეს ნიშნავს, რომ თავის ტვინის მიდამოში მოქმედებს ამომგდები ძალა, რომლის ვექტორი მიმართულია ზევით, ანუ ნერვულ-

მგრძნობელობითი სისტემის სწრაფვა ხდება სიმსუბუქისკენ. ნივთიერებათა ცვლის-მოძრაობის სისტემას ჩვენ, უპირველეს ყოვლისა დიაფრაგმის ქვევით მდებარე ორგანოებში და კიდურებში მოვიაზრებთ, მაგრამ იგი ამასთან მოქმედებს მთელ ორგანიზმში. დიაფრაგმის ქვევით მოთავსებული ყველა ორგანო კიდია და მიმაგრებულია სხვადსხვა საყრდენზე, ე.ი. ისინი ექვემდებარებიან სიმძიმის ძალის ზემოქმედებას. მისი ვექტორი მიმართულია ქვევით, ანუ სწრაფვა ხდება სიმძიმისაკენ. რიტმული სისტემა კი დგას შუაში და ცდილობს გააწონასწოროს ეს ორი, საპირისპირო პოლუსი.

ნერვული ქსოვილი ძლიერ დიფერენცირებული და ჩამოყალიბებულია, ახასიათებს ნაკლები სიცოცხლის უნარი, არის ზედმიწევნით მგრძნობიარე და აღდგენის თავისი შეზღუდული უნარით ახლოსაა სიკვდილთან. ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემას შეიძლება ვუწოდოთ მაფორმირებელი პოლუსი. გარე სამყაროსთან ურთიერთობის დროს ნივთიერება უარიყოფა და ხდება ფორმის მიღება , ინფორმაცია, ე.ი. არანივთიერი შეიმეცნება. ნერვული აქტივობა, არის ჩვენი ცნობიერების საფუძველი, ამასთან, ფორმადქმნადი და დამშლელი ძალებია, უპირველეს ყოვლისა, ქმედითი. ნერვულ-მგრძნობელობითი სისტემა შეიძლება განვიხილოთ როგორც ცივი პოლუსი.

სხვა ვითარებაა ნივთიერებათა ცვლის სისტემის შემთხვევაში, სადაც გარემოსთან ურთიერთობის დროს ნივთიერების შეთვისება და ფორმის უარყოფა ხდება. ეს არის პროცესები, რომლებიც ჯანმრთელ ადამიანებში არაცნობიერად მიმდინარეობს. მიღებული ნივთიერებების მონელება მდგომარეობს იმაში, რომ ორგანიზმი მას თავის საკუთრებად აქცევს, იმ გზით, რომ იგი თანდათანობით, მათ გარე და შიგა სტრუქტურას თანდათან შლის. ნივთიერებანი, რომლებიც უნაშთოდ ვერ კარგავენ თავიანთ ფორმას, შეუძლებელია შეთვისებულ იქნეს და მოქმედებს ორგანიზმის საზიანოდ, რომელიც თავს იჩენს დაავადებაში ან ადამიანი ღებინებით იცავს მათგან თავს. ყველა ნივთიერება(ცილები, ცხიმები, ნახშირწყლები,მინერალები), რომლებიც საკვების სახით შედის ორგანიზმში, მონელებულ უნდა იყოს, რადგან ის არის ორგანიზმისთვის უცხო, შხამი და ეს უცხო სუბსტანციები უნდა გაადამიანურდეს, რომ გათავისებული სახით ჩაერთონ ორგანიზმის განვითარებაში და რეგენერაციაში. ნივთიერებათა ცლის სისტემა შეიძლება განვიხილოთ, როგორ ცხელი პოლუსი.

ნივთიერებათა ცვლის სისტემის ორგანოებს ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემასთან შედარებით აქვთ ძლიერი სასიცოცხლო და აღდგენის უნარი და მიიჩნევა ნივთიერების პოლუსად, რომელიც საბოლოოდ აღმშენებლობით პროცესებს ემსახურება. ისინი მუდმივ მოძრაობაშია და თავს ავლენს კლება-მატებაში. ნივთიერებათა ცვლილებაში გაჩერება ისევე საზიანო იქნებოდა, როგორც შფოთი და შეშუპება ნერვულ სისტემაში.

რიტმული სისტემის საქმიანობაში ადგილი აქვს წონასწორობის დამყარებას აღწერილ პოლარობებს შორის, რომლებიც სწორედ ერთმანეთის საპირისპიროდ მოქმედებენ და გამაშუალებელი კავშირის გარეშე ურთიერთსაზიანოდ იმოქმედებდნენ.

სტეტოსკოპს თუ სხეულის სამ ღრუს, თავის ქალას, გულ-მკერდის ყაფაზსა და მუცლის ღრუს დავადებთ (თავის ქალაზე მისი დადება უჩვეულოა, რადგან ცნობილია, რომ აქ თვით ტვინის ინტენსიური მუშაობის დროსაც კი არაფრის გაგონება არ შეიძლება), შეიძლება დაკვირვება, როგორ რიტმულად მოქმედებს შუა ადამიანის ორგანოები სრულ სიმშვიდესა და მუდმივ მოძრაობას შორის, ჩასუნთქვა – ამოსუნთქვის მონაცვლეობაში, ან სისტოლა-დიასტოლის 1:4 მიმართებაში მათ შორის მოკლე პაუზით. გარე სამყაროდან არ ხდება არც არანივთიერი და არც უხეში სუბსტანციები, არამედ წარმოებს ნატიფ ნივთიერებათა შეთვისება. დამშლელი და აღდგენითი პროცესები აისახება არტე-რიულ და ვენურ სისხლში ან შესაბამისად, ნასუთქი ჰაერის ნახშიროჟანგსა და ჟანგბადში ცოცხალი წონასწორობის მდგომარეობაში მუდმივ მონაცვლეობაშია შეკუმშვისა და გაშლის მომენტები.

ადამიანის ამ შუას შეიძლება, უპირველეს ყოვლისა, ეწოდოს ადგილი, საიდანაც მომდინარეობს ჰარმონიზაცია და ჯანმრთელობა. უკვე პარაცელსუსი უწოდებდა გულს ,,ექიმს ადამიანში“. უკიდურესობები აქ წონასწორობაში მოდის. გულის თანდაყოლილი მანკების გამოკლებით მხოლოდ უიშვიათეს შემთხვევაში არის თვითონ ავად, არამედ, უმეტესად დანარჩენი ორგანიზმის მოუწესრიგებლობის შედეგად. გარდა ამისა, ეს არის ერთადერთი ორგანო, რომელიც, როგორც წესი, კიბოს წარმოქმნისა და ალერგიისგან თავისუფალი რჩება .

ამ ცენტრის გაძლიერება ყოველთვის ნიშნავს გამოჯანმრთელებას. ავადმყოფობები, სანამ ისინი დაავადებებად გადაიქცევა, პირველად ფიზიოლოგიური უნარებია. გაძლიერება და გადაჭარბება ორივეში არის პოლარობები, რომლებსაც ავადმყოფობის დროს ,,გამკვრივება“ ანუ ,,დეგენერაცია“ და ,,გახსნა“ ანუ ,,ანთება“ ეწოდება. ფიზიოლოგიურად შესაძლებელია ამ ტენდენციების ნერვულ და ნივთიერებათა ცვლის სისტემაში აღმოჩენა. ჯანმრთელია ადამიანი, რომელშიც ორივე ფუნქციონალური ცენტრი თავის წონასწორობას ინარჩუნებს, რაც რიტმული სისტემის მოქმედებით ისევ და ისევ შეიძლება განხორციელდეს.

ჩვენ ვპოვებთ ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემაში ინსტრუმენტს ჩვენი აღქმისა და აზროვნებისათვის, ნივთიერებათა ცვლის -კიდურების სისტემაში - წანამძღვარს აქტიური მოქმედებისათვის და რიტმულ სისტემაში საფუძველს ჩვენი სიმპატია-ანტიპატიას შორის მერყევი გრძნობებისათვის, რომლებიც ჩვენს აზროვნებასა და მოქმედებებს თან ახლავს.

შეიძლება სისხლის მიმოქცევისა და სუნთქვის აქტივობა განხილული იქნეს, როგორც განმსაზღვრელი ან ყველა სხვა პროცესის საფუძველში არსებული ძირითადი რიტმი. თავისთავად ცხადია, რიტმული პროცესების პოვნა არა მარტო ადამიანის ცენტრში შეიძლება.

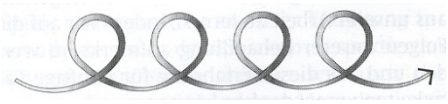
დრო, მიუჩენს ჩვენს მოქმედებას დასაწყისს და დასასრულს, რომლის დროსაც დასასრული ქმნის წინაპირობას მომდევნო დასაწყისისთვის. ამის დანახვა შეიძლება, როგორც დიდ ასევე მცირე პროცედურებში, რიტმული შეზელვის დროს. ეს შეიძლება ამოვიკითხოთ ხელის ნებისმიერ შეხებაში. იგი მიჰყვება სწორედ ახლახან აღწერილ კანონზომიერებას:

1. კონტაქტში შესვლა: პირველი შეხება ხდება არც მეტისმეტად მსუბუქად და არც ძალიან ინტენსიურად, ამასთან ხელი ხდება იმის აღქმის ორგანო, რაც მას ეძლევა ფორმის, თვისების, ტემპერატურის და ა.შ. სახით, რაც წარსულიდან დღემდე ასეთად იქცა.

2. შემჭიდროება (შეკუმშვა): აღქმულის გათვალისწინებით ხდება კონტაქტის გაძლიერება, იმგვარად, რომ შეხება ხაზგასმით ინტენსიურდება

3. კონტაქტის მოხსნა (გახსნა): ხდება ხელის განთავისუფლება (შემსუბუქება) იმგვარად, რომ შეხება სუსტდება, სრული მიტოვების გარეშე და აღებული მიმართულების შეცვლის გარეშე (მოხსნა მიტოვების გარეშე).

მსუბუქ შემობრუნებას პაუზის დროს მივყავართ ახალ დასაწყისთან და შესაძლებელს ხდის განახლებულ ,,ჩასუნთქვას“. ეს სამი ნაბიჯი მეორდება ზემოთ აღწერილის შესაბამისად.



ასე შეიძლება იქნეს გამოსახული ის, რაც რიტმული შეზელვის პროცესში ხდება და იგი შეესატყვისება პაციენტთან ურთიერთობის ძირითადი ჟესტის ხასიათს.

რიტმული შეზელვა ვეგმან-ჰაუშკას მიხედვით

პაციენტი საავადმყოფოში პირველ ხანებში, ხშირად იმყოფება იზოლირებულ მდგომარეობაში და იმაზეა დამოკიდებული, რომ მას ვინმე დახმარების ხელს გაუწოდებს. იქნება ეს მართლაც უშუალოდ სხეულებრივად ხელის გაწვდენა თუ საუბარი, პაციენტის ინდივიდუალურ სიტუაციაზეა დამოკიდებული. სხეულებრივი სიახლოვის მოთხოვნილების სიტყვიერად გამოხატვა უფრო იშვიათად ხდება, გამონაკლის შემთხვევებში, ზურგის დაბანისა და დაზელვის თხოვნის სახით. ამის მინიშნება ხდება, მაგალითად, იმით, რომ პაციენტი შეეხება მომვლელის ხელს ან მკლავს. რამდენად ინტენსიური შეიძლება იყოს კონტაქტისა და

სიახლოვის მოთხოვნილება სწორედ უცხო და მშრალ გარემოში, სადაც ყველანი დაკავებული და დაძაბულები არიან, აღწერილი აქვს ვილმა შტურმს შემდეგი სახით: `,,...ყველა ხელს შორის, რომლებიც ნემსებს, მილაკებს, სიცხის საზომებს, ცხრილებსა და საწერ კალმებს ატარებენ, მე რამდენიმე თავისუფალ ხელს ვხედავ. რაოდენ დიდია ხელის შეხების მოთხოვნილება! მედდა მართლაც იღებს ჩემს გაწვდილ ხელებს თავისაში. ამით მე ვკმაყოფილედები, თუმცა მაქვს იმის ძლიერი სურვილი, რომ იგი საწოლის კიდეზე ჩამოჯდეს და ხელები მხრებზე შემომხვიოს!“

არცთუ იშვიათად, მოვლის პროცესში პაციენტსა და მომვლელს შორის იქმნება ისეთი ახლო ურთიერთობა, როგორიც, ჩვეულებრივ მხოლოდ ახლობლებსა და ავადმყოფს შორის არსებობს ხოლმე. ეს ხდება სხეულებრივი სიახლოვის გამო, რომელიც საზოგადოებაში საყოველთაოდ მიღებულ დისტანციას - ერთიდან ოთხ მეტრამდე - არღვევს და, ე. ჰალის მიხედვით, უშუალო კონტაქტის სახით, ინტიმურ მანძილს 15-45სმ-ს უახლოვდება.

უკვე ნათქვამის მიხედვით შეიძლება დავასკვნათ, რომ პაციენტის მხრიდან სიახლოვის ასეთი მოთხოვნილება შესაძლოა ზედმეტად ტვირთავდეს მომვლელს. მართლაც, ეს ხშირად ასეცაა და ძალიან ინტენსიურად განიცდება. ცხადია, პროფესიონალ მომვლელებს და თერაპიული საქმიანობით დაკავებულ სხვა პირებს შეუძლიათ გამოიმუშავონ ურთიერთობის ფორმა სიახლოვე - დისტანციის სათანადო დაცვით და დანერგონ პრაქტიკულადაც. მაშინ ისინი აღარ აღმოჩნდებიან უძლურნი მეტისმეტად ახლო კონტაქტის წინაშე. შმიტბაუერის მიხედვით, ასეთი ურთიერთობა მაშინ წარმოიქმნება, როცა ადამიანები ერთად არიან და რამეს კი არ აკეთებენ ზედმეტი სიახლოვის თავიდან ასაცილებლად, არამედ შეუძლიათ ეს სიახლოვე ურთიერთობის პროცესის ჩამოსაყალიბებლად გამოიყენონ.

მეტისმეტი სიახლოვისადმი ზღვარდაუდებელი მოთხოვნილების განცდამ შეიძლება უკუპროცესი გამოიწვიოს. მუდმივმა დაკავებულობამ, რომელიც დროის პერმანენტული უკმარისობის სახით ვლინდება, შეიძლება გამოიწვიოს თვითდაცვის ერთგვარი სიმპტომი - სწრაფვა დისტანციისაკენ.

აქედან გამომდინარე, ნათელი ხდება, რომ მოვლა ვერ განხორციელდება ვერც მეტისმეტი სიახლოვით და ვერც მეტისმეტი დისტანციიდან. მართალია, დისტანცია პაციენტის მიუკერძოებელ აღქმას უწყობს ხელს, მაგრამ შეიძლება ხშირად მეტისმეტი ზღვარის დადებით ხელი შეუშალოს პაციენტთან ურთიერთობას. მეტი სიახლოვე, პირიქით, შესაძლებელს ხდის ემპათიურ, გაგებით სავსე ურთიერთობას და ამით ხედვის ველი ფართოვდება. მაგრამ დისტანციის არ არსებობა ართულებს სიტუაციის რეალურ შეფასებას და ექსტრემალურ სიტუაციაში შეიძლება მოქმედების უნარი დააკარგვინოს თანაგრძნობით განმსჭვალულ მომვლელს.

ორივე სიახლოვე და დისტანცია თანაბრად მნიშვნელოვანია მკურნალობის პროცესში, თუ ისინი ერთმანეთს ენაცვლება. როდესაც მომვლელი ერთ მხარეს არის გადახრილი და

პაციენტზეა კონცენტრირებული, მან აგრეთვე უნდა შეძლოს დისტანცირება და სიტუაციის გვერდიდან დანახვა.

შეხების ხარისხები

სიახლოვე და დისტანცია კარგად ვლინდება შეხების ტიპზე დაკვირვების დროს. თუ მომვლელი პაციენტს მხოლოდ თითის წვერებით ეხება, ეს უფრო ახალბედას შიშის ან დაურწმუნებლობის მაჩვენელია. მონტაგუ ამას აღწერს დედების მაგალითზე, რომლებიც თავიანთ ახალშობილ შვილებს თავიდან დიდი სიფრთხილით და მხოლოდ თითის წვერებით ეხებიან -იქამდე, სანამ თანდათან შიში გაუვლით და მათ მთელი ხელის გულით გაბედულად მოჰკიდებენ ხელს. ხელით შეხების ხარისხი ამ დროს ძირფესვიანად იცვლება და იძენს დაჯერებულ და დამაკავშირებელ ხარისხს. თითების შეხებით გამოწვეული წერტილოვანი და ლოკალური გრძნობა მთელი ხელით კონტაქტის დროს იძენს სიბრტყისეულ, შემომგარსველ და გამათბობელ ხარისხს. ამ ყველასათვის ხელმისაწვდომ განცდას განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა რიტმული შეზელვის დროს.

შეხების სხვა თვისებები უკავშირდება ამ საქმით დაკავებული ხელის თავისებურებებს. თუ ხელის კანი დამსკდარია და უხეში, მაშინ ეს გავლენას მოახდენს მოქმედების ხარისხზე. იგივე ითქმის გრძელ ფრჩხილებზე და ცივ ხელებზე. ეს უკანასკნელი სხეულის თითქმის ყველა ნაწილისათვის არასასიამოვნოა. გამონაკლისს წარმოადგენს ცხელ შუბლზე ცივი, გამაგრილებელი ხელის დადება.

გარდა ამისა შემხები და შეხებაში მყოფი კანის მიერ აღიქმება შემდეგი თვისებები:

- სითბო ან სიცივე;
- სიმშრალე ან სინოტივე;
- დაჭიმულობა ან მოდუნებულობა;
- სიგლუვე ან ხორკლიანობა;
- სხვადასხვა ხარისხის თმიანობა.

ამას ემატება შეხების ინტენსივობა. იგი შეიძლება ცვალებადობდეს

- მსუბუქ ღიტინსა და
- მტკივნეულ ზეწოლას შორის.

ამის გარდა, შეიძლება აღქმული იქნეს მკურნალის დამოკიდებულებაც. პაციენტი განსხვავებულად შეიგრძნობს იმას, თუ რისთვის ვადებ მას ხელს: სხეულის ტემპერატურის გასაგებად, კუნთების დაბაძულობის მოსასინჯად, თუ იმ მიზნით, რომ შევატყობინო - ,,მე აქ ვარ, თქვენ მარტო არ ხართ“.

მკურნალის მიმართება, მეტწილად, შეესატყვისება ხოლმე პაციენტის მდგომარეობას. კერძოდ, მე გასიებულ, შეშუპებისაგან გალურჯებულ მუხლს ძალიან ფრთხილად და ნაზად წავუსვამ მალამოს, მოუსვენარ ავადმყოფებთან შევანელებ შეზელვის სისწრაფეს ანდა მგრძნობეობადაქვეითებულ კიდურს უფრო ძლიერად და ინტენსიურად დავამუშავებ.

შეხების ხარისხს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს იმისათვის, რომ პაციენტმა თავი მოულოდნელი შეხებისაგან ცუდად არ იგრძნოს. არაორაზროვანი, გარკვეული, ნატიფი, ალერსიანი, სათუთი, თავშეკავებული, გამახალისებელი, საქმის ცოდნით გაჯერებული - ის სახელებია, რომლითაც შეიძლება აღწერილი იქნეს ხელით შეხებით მიღწეული ხარისხი.

არავერბალურ კომუნიკაციაში ხელით შეხება არსებით როლს თამაშობს. ბევრ კულტურაში სხეულებრივი კონტაქტი ბევრად უფრო ინტენსიურადაა ჩართული ურთიერთობათა ზოგად ფორმებში, მაშინ როცა იგი ჩვენში ტაბუდადებულია და შენარჩუნებულია მხოლოდ ოჯახის წევრებთან და მეგობრებთან მიმართებაში. ამასთან, იგი ხშირად ფასდება, როგორც სექსუალური. ეს გასაგებიცაა, რადგან სხეულებრივი კონტაქტი არა მარტო უფრო ინტენსიურია, ვიდრე ვერბალური, არამედ ასევე უფრო ინტიმურადაც განიცდება. რამდენად სასურველი და ასატანია ასეთი სიახლოვე პაციენტისთვის, უნდა განისაზღვროს ყველა კონკრეტულ სიტუაციაში ინდივიდუალურად.

ეს არის ნატიფი აღქმის საკითხი, რომელსც ჩვენ - ტაქტსაც- ვუწოდებთ. სწორედ, ამ შემთხვევაში შეიძლება ცხადი გახდეს, რამდენად მნიშვნელოვანია ტაქტით მოქმედება. სიტყვა ტაქტი მომდინარეობს ლათინური **tactus** - იდან, რაც შეხებას ნიშნავს და მდგომარეობს თავის იმგვარად დაჭერაში, როდესაც სხვას ფრთხილად ვეხებით მისი თვითმყოფადობის ხელყოფის გარეშე. ტაქტი ასევე განიმარტება, როგორც სათანადო დროსა და ადგილას რაიმეს თქმისა ან კეთების უნარი. როგორც საუბარი, ასევე სხეულებრივი შეხება უნდა იყოს ტაქტით აღსავსე და დელიკატური, რომ პაციენტთან დაცულ იქნეს დისტანცია და მისი ფიზიკური, მშვინვიერი და სულიერი ინტიმური სფერო არ ხელვყოთ. სიახლოვითა და დისტანციით განხორციელებული თერაპიული ურთიერთობის დროს. ამ კონტექსტში მომვლელის ამოცანა მდგომარეობს იმაში, რომ შესაძლებელი გახადოს კონტაქტის დამყარება და ურთიერთობის შემდგომი მიმდინარეობის დროს მასზე ზრუნვა.

არავერბალური საუბარი შეიძლება წარმოიშვას შეზელვის პროცესში, რომლის დროსაც პაციენტი თავის მხრივ რეაგირებს მომვლელის ხელების გარკვეულ მოთხოვ-ნებზე.

მაგალითად, როდესაც ის ფეხს წამოსწევს ამაზე სპეციალური მინიშნების გარეშე. ამგვარი ორმხრივი დაყურადების დროს ასევე მნიშვნელოვანია, რომ მომვლელმა შეამჩნიოს, როცა პაციენტი იძაბება და მაშასადამე, ასეთი სახის შეხებას ვერ ეგუება.

კანის ფუნქციები

ამ საკითხთან დაკავშირებით, პირველ რიგში, მოხსენებულ უნდა იქნეს მაგერშ-ტედტისა და გრეფლინის პოზიცია, რომლბიც კანის ანატომიას განიხილავენ.

კანი, ორი კვადრატული მეტრი ზედაპირით, არის ჩვენი შეგრძნების ყველაზე დიდი ორგანო. ზოგადად შეხების შეგრძნების გარდა, კანს, როგორც შეგრძნების ორგანოს, აქვს რეცეპტორები შეხების, ზეწოლის, ღიტინის, ქავილის, წვის, ვიბრაციის, სითბოს, სიცივის და ტკივილის დიფერენცირებულად აღსაქმელად.

გარდა ამისა კანი არის სამარაგო, გამომყოფი და მიმღები ორგანო. ეს უკანასკნელი თვისება არის სწორედ მნიშვნელოვანი ნივთიერებების მისაღებად.

კანი არის, ასევე გამოხატვის ორგანო. კერძოდ, იგი თვალსაჩინოს ხდის ემოციებს - სირცხვილს, შიშს, აღელვებას , გაწითლების, გაფითრების ან გაოფლიანების სახით. ამიტომაც შეიძლება საუბარი კანზე, როგორც ,,სამშვინველის სარკეზე'' - ანუ ადამიანის შინაგან განწყობაზე, ემოციებზე.

შემდგომი მისი არსებითი ფუნქცია მდგომარეობს სხეულის მექანიკური და ქიმიური დაზიანებისაგან დაცვაში. კანი არის იმუნური ორგანო და ქმნის გარე სამყაროსთან მოსაზღვრე ფენას. ამ სახით ის არის გამყოფი ორგანო, ბარიერი ,,მე''-სა და ,,შენ''-ს შორის.

ამავდროულად, კანი გარე სამყაროსთან საკონტაქტო ორგანოა და ამ გზით შესაძლებელს ხდის მასთან მიმოცვლას. ადამიანი, რომელსაც მოიხსენიებენ, როგორც ,,სქელკანიანს'', ალბათ, თავისი ბუნებით უფრო უგრძნობელიცაა და ამტანიც, ვიდრე ,,თხელკანიანი'', რომელთანაც იგივე შეტევები გარემოდან მაშინვე ,,კანქვეშ' აღწევს.

ნიშანი, რომელიც ადამიანურ ცხოვრებაში ფიზიკური კონტაქტის ცენტრალურ როლს თვალნათლივს ხდის, არის ის ფაქტი, რომ ადამიანის განვითარების პროცესში შეხების შეგრძნება უკვე ემბრიონალურ მდგომარეობაში ძალიან ადრე ვითარდება. კანი, როგორც შეგრძნების ძირითადი ორგანო, ჩვილის პირველი საკომუნიკაციო საშუალებაა, ტაქტილური გაღიზიანება მის განვითარებაში არსებითი ელემენტია.

მაშასადამე, კანი, როგორც შეგრძნების ყველაზე დიდი ორგანო, ფარავს ადამიანის მთელ სხეულს ელასტიური დამცველი გარსის სახით და ქმნის საზღვარს გარემოსთან, რომელიც, მიუხედავად ამისა, შეღწევადი და მაღალი ხარისხით აღმქმელია. ამით ის განსაკუთრებულად ემსახურება ადამიანს, ვინაიდან საკონტაქტო ზედაპირია გარე სამყაროსთან.

კანი, როგორც ჩვენი საზღვარი გარემოსთან, საშუალებას გვაძლევს შევიგრძნოთ - ვინ ვართ ჩვენ. შემოვსაზღვრავთ რა ჩვენს თავს, ან ვაწყდებით გარე საზღვრებს, ჩვენ ვაცნობიერებთ ჩვენს საკუთარ იდენტურობას - როგორც პირდაპირი, ასევე გადატანითი მნიშვნელობით. ეს ეხება ბავშვის მოვლას, როდესაც მას მჭიდროდ ვახვევთ, არც თუ ისე განიერ ლოგინში ვაწვენთ, და ზრდასრულების მოვლასაც. ცდებში, რომლის დროსაც ცდის მონაწილე პირები ბამბაში რბილად გახვეული ბნელ კამერაში მეტყველებითი კონტაქტის გარეშე იმყოფებოდნენ, თავი იჩინა შეგრძნების დარღვევებმა, ჰალუცინაციებმაც კი, რაც საბოლოო ჯამში აიხსნებოდა საკუთარი სხეულის საზღვრების გაცნობიერების უნარის დაკარგვით .

აშკარად დასანანია მოვლასთან დაკავშირებული პარალელები. ადვილი შესამოწმებელია, შეუძლია თუ არა ლოგინში მშვიდად მწოლიარე ადამიანს საკუთარი ფეხების ნაწილების ცნობიერად აღქმა. პაციენტები ხშირად აღწერენ ხოლმე იმ განცდას, რომ ისინი ვერ გრძნობენ საკუთარ ფეხებს. საკუთარი სხეულის განცდის დაქვეითება განსაკუთრებით შეიმჩნევა ხანდაზმულ და საწოლს მიჯაჭვულ ადამიანებთან. ძირითადი მიზეზი ასაკთან ერთად ფიზიოლოგიურად გამოწვეული მგრძნობელობის დაქვეითებისა არის აგზნების და გაცნობიერების ნაკლებობა. ხშირად ასეთი მოხუცი ადამიანები დიდი ხნის მანძილზე გაუნძრევლად წვანან ლოგინში - ისე, რომ ამას ვერც ამჩნევენ. არაფერი რომ ვთქვათ იმაზე, რომ ისინი აბსოლუტურად დაუძლურებული არიან. ოტო ინჰერტერი და ინგრიდ ციმერმანი ზემოთ ნახსენებ ცდებზე დაყრდნობით, დეპრესიულად განწყობილ, აპათიურ და ორიენტაციადაკარგულ პაციენტების ბევრ პრობლემას ხსნიან აგზნებისა და გაცნობიერების უნარის დაქვეითების ფაქტით . ასეთ შემთხვევებში ისინი, ემხრობიან სათანადო ადგილების შეზელვას, რათა მათი გაცნობიერება მოხდეს.

ინჰერტერი ხაზგასმით ამბობს, რომ ხელი ის თანამონაწილე ორგანოა, რომლის მეშვეობითაც პაციენტი მომვლელის დამოკიდებულებასა და განწყობილებას გრძნობს . ხშირად მიიჩნევენ, რომ თანაგრძნობითა და გულისხმიერებით შესრულებული შეზელვა მხოლოდ ორმხრივი სიმპათიის დროსაა შესაძლებელი. თუმცა ეს მოსაზრება შემდგომ შესწავლას საჭიროებს.

მოვლა არის შეხების სახით გამოვლენილი პროფესია და მომვლელები უნდა იყვნენ ,,შეხების საქმის პროფესიონალები'' . თუმცა არსებობს საკმარისი მიზეზები და სიტუაციები, რომელთა დროს უმჯობესია შეხების თავიდან აცილება. მაგალითად, პაციენტის სირცხვილის გრძნობას შეუძლია შეაფერხოს შეზელვის პროცესი. ეს შეიძლება გამოიწვიოს ასევე მომვლელის სწრაფვამ იყოს გარკვეულ დისტანციაში პაციენტთან. პიროვნული ანტიპათია, ზიზღის

გრძნობა და მათი რაციონალიზაცია ჰიგიენური წესების გათვალისწინებით მიზანშეწონილს ხდის შეზელვის ხელთათმანებით ჩატარებას. თუმცა ამ დროს დიდწილად იკარგება შესრულების ხარისხი. აქედან გამომდინარე ხელთათამანები მხოლოდ უკიდურეს შემთხვევაში, ვთქვათ დაავადების გადადების საშიშროებისას ან კიდევ გამოყენებული ნივთიერების მიმართ მომვლელის მხრიდან ალერგიის შემთხვევაში შეიძლება იქნას დაშვებული. ასევე, შეხების სექსუალური ინტერპრეტაციის შიშის არსებობის შემთხვევაში შეიძლება უარი ითქვას შეზელვის პროცედურაზე.

ჰუგმა ხელით შეხება განიხილა, როგორც შესაძლებლობა ადამიანური მიმართების დამყარებისა და მისი აზრით, ამ გზით შეიძლება ადამიანის არა მხოლოდ სხეულებრივი, არამედ მშვინვიერ და სულიერი დონეების წვდომაც. როცა მომვლელი სხეულებრივი კონტაქტის მეშვეობით სითბოს, თანაგრძნობისა და სიმშვიდის გადაცემას ახდენს, ამ დროს ანგარიშს უწევს ელემენტარულ ადამიანურ მოთხოვნილებებს, რომელთა დაკმაყოფილებას წვლილი შეაქვს განკურნების პროცესში.

აღქმისა და კონტაქტის უნართან ერთად პაციენტზე ზემოქმედება წარმოადგენს მომვლელის ხელობის აუცილებელ იარაღს. ამ შემთხვევაში ხელს, როგორც უნივერსალურ ინსტრუმენტს, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. იგი არის აღქმის ორგანო და ამავდროულად ხელით ,,წვდომის'' გზით გადაიქცევა შემეცნების ორგანოდ. გარდა ამისა ხელებს შეუძლია გარდაქმნაც - ბოლოსდაბოლოს მთელი ჩვენი კულტურა ხელით არის შექმნილი. მოვლითი საქმიანობის კონკრეტული მიზანი არის მიზანდასახული ზემოქმედების ისე განხორციელება, რომ მეორე ადამიანმა ამ დროს იგრძნოს, რომ მისი ესმით. ეს გარემოება მკურნალისგან მოითხოვს დიდ ყურადღებას, განსწავლულობასა და ბევრ ვარჯიშს.

თავისუფალი ხელი, როგორც მოვლის საუკეთესო იარაღი სხეულის ფორმას შეიძლება მიესადაგოს. ამ მოქნილობის წყალობით შეხება ხდება არა დაძაბული და უხეში, არამედ რბილი და გულისხმიერი. თუ შეხების ამ ხარისხის მიღწევა მოვლის სიტუაციაში მოხერხდება, მაშინ ავადმყოფის დაბანა უფრო მეტია, ვიდრე მისი გასუფთავება; თრომბოზების პროფილაქტიკა უფრო მეტია, ვიდრე მალამოს წასმა; ავადმყოფის მობილიზაცია უფრო მეტია, ვიდრე მისთვის მკლავებში ხელის წავლება. ასეთი ,,ადამიანის შესასტყვისი'' შეხების მეშვეობით მეორე ადამიანმა შეიძლება განიცადოს, რომ მის არსებას ჩაწვდნენ. ეს კი მას უქმნის დაცულობის, გაგების გრძნობას და ყოველივე ეს მას საშუალებას აძლევს გამოიმუშავოს ნდობა, რომელიც ყოველგვარი ურთიერთობის საფუძველია.

რა არის რიტმული შეზელვა?

რიტმული შეზელვა, როგორც ხელით (მანუალური) ზემოქმედება, ვერბალურად მხოლოდ მიახლოებით შეიძლება იქნეს აღწერილი. შეზელვის ტექნიკის კვალიფიცირებულად

განხორციელების წანამძღვრებია განსწავლული მომვლელის მიერ უშუალო სწავლება და დამოუკიდებლად ვარჯიში. ამიტომაც, ქვემოთ უნდა იქნეს გადმოცემული არსებული გამოცდილებანი და გამომუშავდეს ძირითადი თვალსაზრისები, რომელთაც შეუძლია რიტმული შეზელვის მიმართ ინტერესის აღძვრა.

მაშასადამე, რა არის რიტმული შეზელვა? ზოგადი ასპექტით რომ ითქვას, შეზელვის დროს პირველ რიგში სხეულის ზედაპირზე ნაწილდება შესაზელი ნივთიერება, რომელიც კანის გავლით ზემოქმედებს ორგანიზმზე. ეს ნივთიერებებია: ზეთები, მალამოები და ლოსიონები, რომლბიც კანის მოვლის ეფექტის გარდა, სამკურნალო მცენარეთა ნაყენების დამატებით, თავისი ზემოქმედების არეალს აფართოებს. ცნება ,,რიტმული'' ნიშნავს, რომ შეზელვა ხდება არა თვითნებური სახით, არამედ რიტმის კანონების გათვალისწინებით. სხეულის ზედაპირზე ნივთიერებათა რიტმულ განაწილებას საფუძვლად უდევს ადამიანის სხეულიდან ამოკითხული ძირითადი ფორმები.

თუმცა რიტმული შეზელვა ფიზიკურ სხეულზე ტარდება, მაგრამ იმ განზრახვით, რომ იმოქმედოს ადამიანის არსების წევრთა მთელ სტრუქტურაზე. რიტმული შეზელვა გამოიყენება, როგორც პროფილაქტიკური, ასევე თერაპიული თვალსაზრისით. ამ უკანასკნელ შემთხვევაში ექიმის დანიშნულებით.

რიტმული შეზელვა დასაბამს იღებს დოქტორ იტა ვეგმანის (1876-1943) მიერ შექმნილ რიტმულ მასაჟიდან. ამ ექიმმა, სამედიცინო განათლების მიღებამდე, შეისწავლა შვედური მასაჟი. იგი თვითონ ატარებდა პროცედურებს, ხშირად - საექიმო ვიზიტების ჩარჩოებში. ერთ-ერთი მისი თავისებურება მდგომარეობდა ორგანოთა შეზელვაში, რომელშიც მან ჩართო ექიმები და მომვლელები. მასთან მომუშავე მომვლელების გადმოცემით, დოქტორი იტა ვეგმანი ფლობდა უნარს, მოეხდინა თითოეული პროცედურის ვარირება პაციენტის ინდივი-დუალობისა და სიტუაციის შესატყვისად. მომდევნო პერიოდში დოქტორმა მარგარიტა ჰაუშკამ რიტმული მასაჟის მოძღვრება საფუძვლად დაუდო ექიმებისა და მომვლელებისათვის სპეციალურ კურსებს. 1962 წელს ბადტბოლში მან დააარსა ხელოვნებით თერაპიისა და რიტმული მასაჟის სკოლა. მომვლელების მხრიდან გაზრდილი მოთხოვნილების გამო 60-იანი წლების შუა პერიოდში მათთვის სპეციალური კურსები შეიქმნა. ამ მიზნით რიტმული მასაჟის ძირითადი ფორმები მარგარიტა ჰაუშკამ ირმგარდ მარბახთან ერთად შეუსაბამა მოვლის საკითხებს. რიტმული შეზელვა, ამ აზრით, არ არის მკურნალობის დამოუკიდებელი ფორმა, არამედ მოვლის საქმიანობის გამდიდრებისათვისაა შექმნილი.

როგორც უკვე აღვნიშნეთ, რიტმული შეზელვის სამკურნალოდ გამოყენების სათავეში იდგა, ერთის მხრივ, ორგანოთა შეზელვა და, მეორეს მხრივ, სხეულის მთლიანი შეზელვა. ორივე მათგანის დანიშნულებას იძლევა ექიმი სათანადო მონაცემების საფუძველზე.

ორგანოების - ელენთა, ღვიძლი, თირკმელები, გული და შარდის ბუშტი - შეზელვა ხდება უპირატესად მეტალის შემცველი მალამოებით თითოეული ორგანოს შესატყვისი ფორმით .

ასეთ შეზელვებს სულ უფრო იშვიათად ატარებენ მომვლელები, ძირითადად ისინი სრულდება მასაჟისტების მიერ. ეს პროცედურები შეიძლება შეცვლილი იქნეს მალამოიანი ნაჭრის დაფენით.

სხეულის მთლიან შეზელვას კი თითქმის ყოველთვის მომვლელი აკეთებს. ამ დროს ნივთიერებას არჩევს ექიმი, ან მომვლელი და ექიმი ერთად. თუ შეზელვა დამამშვიდებელი უნდა იყოს, მაშინ შეიძლება, ლავანდის ზეთის გამოყენება. თუ საჭიროა სითბოს ეფექტის მიღწევა, მაშინ კრაზანის ზეთისა. თუკი სხეულის მთლიანი შეზელვა მისი აღდგენისა და გაძლიერების მიზნით ხდება, მაშინ ვიყენებთ კვრინჩხის ზეთს. ზოგჯერ ლოსიონებიც გამოიყენება.

სხეულის მთლიანი შეზელვის მიზანი, როგორც სახელწოდება ამბობს, პაციენტის მთელი სხეულის მოცვაა. დაწყება უფრო ხშირად ზურგიდან ხდება, შემდგე მოდის ორივე მკლავი, მკერდი, მუცელი და ბოლოს ფეხები. ამასთან, ყურადღება უნდა მიექცეს, რომ პაციენტს არ შესცივდეს. იგი უნდა გაეხვეს დიდ და სათბურებით წინასწარ გამთბარ ნაჭერში. ეს საშუალებას მოგვცემს გავაშიშვლოთ სხეულის მხოლოდ საჭირო ნაწილი.

ხშირად რეკომენდირებულია დასაწყისში სხეულის ცალკეული ნაწილების შეზელვა, რომ პაციენტი მთლიანი სხეულის 15-20წთ-იანი ინტენსიური შეზელვით არ გადაიტვირთოს.

მაგალითად, ასეთ ნაწილობრივ შეზელვას წარმოადგენს:

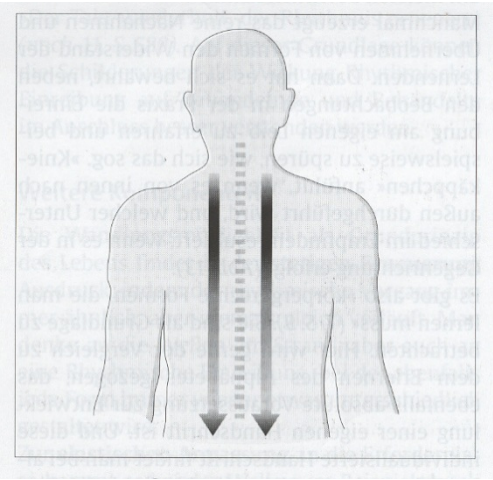
- მკლავების შეზელვა,
- მკერდის შეზელვა,
- მუცლის შეზელვა,
- ფეხების / ტერფების შეზელვა,
- ზურგის /კისრის შეზელვა.

ესენი, საჭიროებისამებრ, სახეცვლილი ფორმითა და შინაარსით, შეიძლება განხორციელდეს - როგორც დამოუკიდებელი შეზელვის სახეობები.

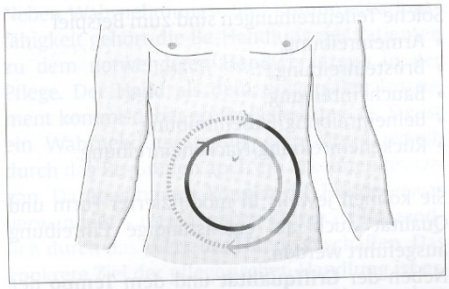
შეზელვის დროს შეხების ხარისხისა და ტემპის ცვლასთან ერთად შეიძლება გარდაქმნილ იქნეს შეზელვის ძირითადი ფორმები. ძალიან მარტივი და უბრალო ფორმები დამატებითი მოძრაობებით შეიძლება გამდიდრდეს, კერძოდ - მუცლის, ფეხისა და ტერფის შეზელვის დროს. ყველაზე უფრო მრავალფეროვნად შეიძლება ზურგის შეზელვის ვარირება პაციენტის წოლითი მდგომარეობისა და სასურველი ეფექტის გათვალისწინებით.

რიტმული შეზელვის ძირითადი ფორმები

რიტმული შეზელვის პროცედურაში არსებობს შეზელვის ძირითადი ფორმები, რომლებიც პირველ რიგში უნდა იქნეს შესწავლილი. ყველა ფორმა მიიღება წრიულ და სწორხაზოვან მოძრაობათა სხვადასხვაგვარი გამომხატველობისა და კომბინაციის ერთობლიობით. თანაც მხოლოდ სწორხაზოვანი მოძრაობა შეიძლება, მაგ. ზურგის შეზელვის დროს მარტივი ხელსმის (აბშტრიხი) სახით (ნახ.1-სწორხაზოვანი ფორმა) ან წრიული - მხოლოდ, ვთქვათ, ორივე ხელით მუცლის შეზელვის დროს, იქნეს გამოყენებული (ნახ.2-წრიული ფორმა).

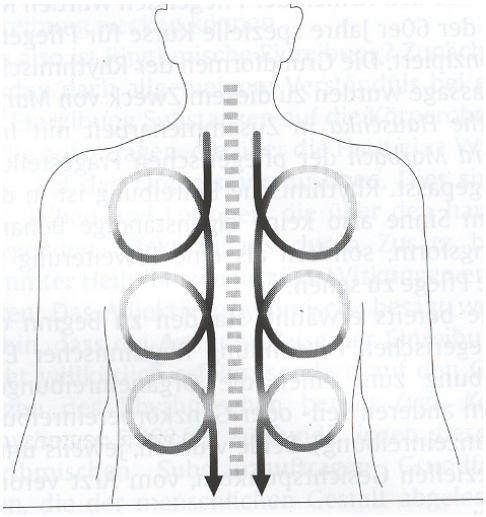


ნახ.1



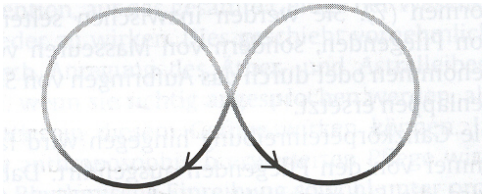
ნახ.2

ხშირად ხდება მათი თანხვედრაც, როცა ერთი წრიული მოძრაობა გადადის სწორხაზოვანში (ნახ.3).



ნახ.3

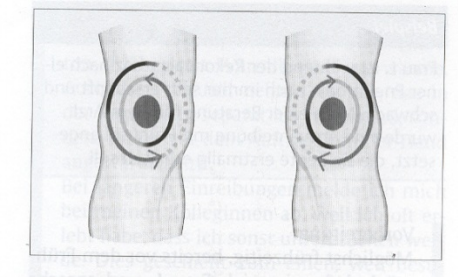
ორივე პრინციპი წრისა და ვერტიკალისა ვლინდება სხვა კომბინაციების სახითაც - თუნდაც იმიტომ, რომ, ხშირად, მუშაობა ორივე ხელით ერთდროულად ხდება. მაგალითად, შეიძლება დავასახელოთ ფაზებშენაცვლებული წრეები და ლემნისკატა (ნახ.4).



ნახ.4 - წრისა და სწორხაზოვანი ფორმის კომბინაცია

მოძრაობის ფორმის მიმართულება და რაგვაროვნება ორიენტირებულია ადამიანის სხეულზე. ამიტომაც, გასაგებია, რომ რიტმული შეზელვა განიცდება ადამიანის შესატყვის შეხებად. სხეულის აგებულებასაც შეესატყვისება შეზელვის ფორმა და მიმართულება, როცა მიჰყვება მაგ. კუნთების, ნეკნების და ნაწლავების მიმართულებას. ამასთან მხედველობაშია მისაღები, რომ შეზელვა შეიძლება ყველაზე ეფექტური აღმოჩნდეს, თუკი მოძრაობა კუნთის შუაზე გაივლის.

ზოგჯერ მომვლელები, რიტმული შეზელვის შესწავლის დროს, შინაგანად ეწინააღმდეგებიან ამ ფორმების ბრმად მიბაძვას. რეკომენდირებულია პრაქტიკაში დაკვირვებასთან ერთად შეზელვის საკუთარ სხეულზე განცდა, მაგ. როგორ შეიგრძნობა ე.წ. ,,მუხლის ქუდი'' მისი შიგნიდან გარე მიმართულებით შეზელვისას და რა განსხვავებაა, როცა იგი საპირისპირო მიმართულებით ხორციელდება (ნახ. 5).



ნახ.5

მაშასადამე, არსებობს სხეულის ფორმები, რომლებიც დასწავლილ უნდა იქნეს. ისინი შეიძლება განხილულ იქნეს, როგორც შემდგომი მუშაობის საფუძველი. აქ შეიძლებოდა ანბანის დასწავლის მაგალითის მოხმობა, რომელიც ასევე წარმოადგენს აუცილებელ წინაპირობას საკუთარი ხელწერის გამოსამუშავებლად. ეს ინდივიდუალური ხელწერა თავს ავლენს ყველა იმ მომვლელთან, რომელიც რიტმულ შეზელვას პრაქტიკულად ახორციელებს. თუმცა, ოსტატურად შესრულებული შეზელვა გამოიცნობა არა შემსრულებლის ინდივიდუალობის ვარიანტების, არამედ პაციენტის ინდივიდუალობის შესაბამისობის მიხედვით. დამწყებთათვის ეს გარემოება შეიძლება ერთგვარად დამაბნეველიც იყოს, მაგრამ ასეთი ინდივიდუალური გამოხატვის გარეშე ფორმები იქნებოდა გახევებული და მკვდარი და არა ცოცხალი და თვითგანვითარებადი.

რიტმის მნიშვნელობა

ცხადია, შეხებისა და რიტმის ზოგად კანონზომიერებათა ეს ინდივიდუალური ფორმირება საკმარისი უნდა იყოს რიტმულ შეზელვაზე სალაპარაკოდ.

აუცილებელია შეზელვის რიტმული ხასიათის დაცვა. საერთოდ, ძნელია რიტმის, როგორც ფენომენის გაგება და სივრცულ-დროულ განზომილებებში გამოხატვა. ჰოერნერის მიხედვით რიტმის არსი მდგომარეობს:

- პოლარობასა და გაწონასწორობაში,
- მუდმივ განახლებაში,
- ელასტიურ მორგებაში

ფილტვები და გული წარმოადგენენ რიტმულ სისტემას, წინარე ხატებს კი - სუნთქვა და გულისცემა. ორივე ხორციელდება შევიწროება-გაფართოებისა და შეკუმშვა-გაშლის პოლარობებს შორის. აქედან აშკარაა, რომ რიტმი თავისი განხორციელებისათვის მოითხოვს ორ დაპირისპირებას - სიმშვიდესა და მოძრაობას. ამას თუ რიტმული შეზელვის მეთოდურ ხერხზე გადავიტანთ, მაშინ ვლაპარაკობთ შეკუმშვისა და გაშლის პოლარობაზე, ანუ (იზომეტრულ) დაძაბვასა და მოშვებაზე. ამ ფაქტის გათვალისწინებით ხორციელდება სუნთქვითი ხარისხობრივობა. ამგვარად, ხელის ცალკეული მოძრაობა, როგორც წრიული სუნთქვითი მოძრაობა მოიცავს მომატებას და შესუსტებას.

გროსე-ბრაუკმანმა ნაშრომში,,სუნთ-ქვითი მოძრაობა, როგორც რიტმული შეზელვის დროს ხელების აქტივობის ხატი და ნიმუში'' ეს კავშირები წარმოადგინა და გადაამუშავა. იგი განსაკუთრებით უსვამს ხაზს შემობრუნების მომენტებს, რომლებიც ძალიან მნიშვნელოვანია პროცესის რიტმული მიმდინარეობისთვის. სუნთქვითი მოძრაობის დროს ისინი თავს იჩენს შესაბამისად ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვასა და ასევე ამოსუნთქვა-ჩასუნთქვაში - როგორც მოკლე პაუზები, რომლებიც შესაძლებელს ხდის სუნთქვის ნაკადის შემობრუნებას. რიტმული შეზელვისას შემობრუნების მომენტი დგება შეკუმშვის ფაზის შემდეგ - იმის საშუალებით, რომ ხელის იზომეტრული მოშვება მოჰყვება. ეს კი იწვევს გაშლის ფაზას; მეორე მომენტია _ გაშლის შემდეგი პაუზა, რომლითაც ახალი ციკლი ხორციელდება. ჯერ კიდევ ჰიპოკრატე აღნიშნავდა იმას, რომ ყველაფერი ემყარება შეკუმშვა-გაშლას.

რიტმი არის ჯანმრთელობის საფუძველი, რომლისგანაც მომდინარეობს განმაკურნებელი ძალები. რიტმი განაპირობებს სიცოცხლეს, მედიკებისთვის სწორედ, რომ მნიშვნელოვანია რიტმის არსის გაგება,შესწავლა და მისი დაცვა.

ამას ემატება დაკვირვება, რომ რიტმი, ტაქტისგან განსხვავებით, მოქმედებს გამა-ცოცხლებლად და გარდამქმნელად. კლაგესი ამას ასე გამოხატავს: ,,ტაქტი იმეორებს, რიტმი განაახლებს''. აღნიშნულის საფუძველზე შეიძლება პაციენტზე და მის შემსრულებელზე რიტმული შეზელვის ზემოქმედების უკეთ გაგება.

სხვა კომპონენტები

ცვალებადობის შესაძლებლობა, როგორც სიცოცხლის ძირითადი პრინციპი, მუდმივ განახლებაში ჰპოვებს თავის გამოხატულებას. რიტმული მიმდინარეობა მუდამ მსგავსია, მაგრამ არასდროს ხდება ზუსტი გამეორება. წარმოვიდგინოთ ტალღები ზღვის სანაპიროზე. ასევე, რიტმული შეზელვის დროს თითოეული ფორმის ჩამოყალიბება მუდამ რაღაც განსხვავებით ხდება.

მაგალითად, ტალღების შემთხვევაში, ელასტიური მორგების აუცილებლობას სანაპიროს შეცვლა ან დაწყებული მოქცევა აყენებს. შეზელვის შემთხვევაში კი ეს უპრობლემოდ მიიღწევა ხელის მიერ სხეულის შესაბამისი ფორმის მორგებით.

სხვა აუცილებელ კომპონეტს წარმოადგენს ,,სიმსუბუქიდან ამოსვლით სიმსუბუქისთვის'' მუშაობა: რადგანაც საქმე მხოლოდ ფიზიკურ სხეულს არ ეხება, უპრიანია სხვა ძალების გათვალისწინებით მუშაობა. მიზიდულობის ფიზიკური კანონების თანახმად, მუშაობის ნაცვლად, რიტმული შეზელვის დროს ხდება (აღმმართველი) ანუ ეთერული(სასიცოცხლო) ქმედების შემამსუბუქებელი ძალებით მუშაობა. პრაქტიკული ასპექტით ეს იმას ნიშნავს, რომ შეხების ხარისხი უნდა იყოს არა ძლიერი და ზეწოლითი, არამედ მსუბუქი, მაგრამ მჭიდრო კონტაქტის მქონე და შემწოვი ხასიათის. ეს გავლენას ახდენს მომვლელის თვითშეგრძნებაზეც. თუკი მსუბუქად მუშაობა გამოგვივა, მაშინ შეზელვის შემდეგ თავს გახალისებულად და გამოცოცხლებულად ვიგრძნობთ. თუკი ეს ჯერ არ გამოგვდის, ანუ ვმუშაობთ სიმძიმის ფიზიკური კანონების მიხედვით, მაშინ ამას მოჰყვება დაღლილობა და ღონემიხდილობა და ხშირად ზურგის ტკივილებიც.

რადგანაც რიტმულ შეზელვას ძალიან ხანმოკლე ტრადიაცია აქვს, ამ სფეროში ნამუშევარი და მის შესახებ დაწერილიც ცოტაა. როგორც უკვე ითქვა, შეხების შეგრძნებისა და განცდის თვისობრიობათა სიტყვიერად - ყოველდღიურობის ენით გამოხატვა ძნელია. ამ სირთულის დასაძლევად ხდება ახალ სიტყვათა შექმნა და სურათხატების მოძიება, რომლითაც შესაძლებელი იქნება შეზელვის პროცესის აღწერა. შეხებითი კონტაქტის საილუსტრაციოდ სუნთქვის უძველესი ხატის გარდა, შეიძლება წყლის ზედაპირზე ფრინველის დაშვება მოვიშველიოთ.

რიტმული შეზელვის მიმდინარეობა

რიტმული შეზელვის მიმდინარეობაზე ცოცხალი წარმოდგენის შესაქმნელად, უნდა გამოვიყენოთ ზემოთ ნახსენები ზოგადი წესები და მივუსადაგოთ ცალკეულ კონკრეტულ მაგალითს. ამ გზით მკითხველი ადვილად შეძლებს საკუთარი თავის ამ სიტუაციაში წარმოდგენას.

წინასწარი მომზადება

მაგალითი:

ქალბატონი ლ. ფილტვების ანთების გადატანის შემდეგ ჯერაც დაუძლურებული და მისუსტებულია, ექიმთან კონსულტაციით დაენიშნა კვრინჩხის ზეთით მკვლავების შეზელვა, რომელიც მას დღეს პირველად უნდა ჩაუტარდეს.

რაც შეიძლება ადრიანად, უკვე საუზმემდე ვაცნობებ ქალბატონ ლ-ს ამის შესახებ და შევუთანხმდები დროზე, თუ როდის შეიძლება შეზელვის ჩატარება. ეს, პირველ რიგში, ჩემი დღის რეჟიმზეა დამოკიდებული - იმის მიხედვით, თუ რა მოვლითი პროცედურები მაქვს შესასრულებელი სხვა პაციენტებთან და, გარდა ამისა, ეს დამოკიდებულია პაციენტის დღის გეგმაზეც - ამაში შედის ჩასატარებელი სამკურნალო და დიაგნოსტიკური პროცედურები. ჩვენ

ვსაუბრობდით შეზელვის მიმდინარეობაზე და იმაზე, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია, რომ იგი დასვენებული იყოს და რომ ჩემთან, მაგალითად, ხელოვნებით თერაპიით შთაგონებული არ მოვიდეს. ასევე იმაზე, რომ მას შეზელვის შემდეგ მაშინვე რაიმე პროცედურა არ უნდა ჰქონდეს გავლილი, რადგან რიტმული შეზელვა, ისევე როგორც სხვა პროცედურები, თავის სრულ მოქმედებას მხოლოდ პროცედურის შემდგომი დასვენების დროს ავლენს ორგანიზმის მიერ საპასუხო რეაქციის გამომუშავებით.

იმისთვის, რომ თავიდან იქნეს აცილებული მკლავის შეზელვის პერიოდში სხვა სამკურნალო პროცედურათა თანხვედრა, პაციენტს ვთავაზობთ დღის საათობრივი განრიგის შედგენას, რომელსაც მასთან დაკავებული ყველა თანამშრომელი გაითვალისწინებს. შემდეგ შეიძლება ყველა ის ღონისძიება, რომელიც რეგულარულად ტარდება, ყოველდღიურად დანიშნულ დროს შედგეს. იმის გარდა, რომ დამთხვევებს აგვაცილებს თავიდან, საათობრივი განრიგი შესაძლებელს გახდის დღისთვის რიტმული სახის მიცემას.

ქალბატონი ლ. კითხულობს, უნდა გაიხადოს თუ არა ღამის პერანგი, რაზედაც მე თანხმობას ვუცხადებ. ის მეკითხება ასევე, შეზელვის ხანგრძლივობაზე, რომელსაც, წინასწარი მომზადებისა და შეზელვის შემდეგ დასვენების პერიოდის ჩათვლით, დაახლოებით, ნახევარ საათით შემოვფარგლავთ. ჩვენ შევთანხმდით ათის ნახევრისათვის.

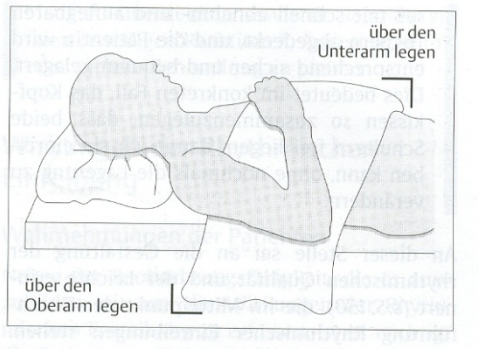
სანამ ოთახში შევალ, ვამზადებ მასალას, ორ პირსახოცს სათბურათი ვათბობ. თან მიმაქვს კვრინჩხის ზეთიც, რომელიც ცალკე წყლის აბაზანაში კი არა, არამედ უშუალოდ წასმის წინ ხელში უნდა გათბეს.

ხანგრძლივი პროცედურების შემთხვევაში ვუთანხმდები ჩემს კოლეგებს, რადგან არსებობს შემთხვევები, რომ ხელი შეუშლიათ. ეს ხდება ერთის მხრივ იმის გამო, რომ მნახველებმა და თანამშრომლებმა არ იციან, რომ სწორედ ახლა ვაკეთებ შეზელვას და მეორეს მხრივ, შეიძ-ლება მეძებონ, რადგანაც პროცედურის მსვლელობის შეწყვეტის თავიდან ასაცილებლად გამოძახებებს არ ვპასუხობ. ამიტომ სასურველია პროცედურისა და შემდგომი მოსვენების პერიოდში აბრის -,,გთხოვთ ხელი არ შეგვიშალოთ'' - პაციენტის ოთახის კარზე გამოკიდება. ამას მე თვითონ ვაკეთებ და მომზადებული მასალით ხელში შევდივარ პაციენტის ოთახში.

ქალბატონმა ლ-მა სწორედ ეს წუთია დაამთავრა ტელეფონით საუბა-რი და მეკითხება, უკვე უნდა გაიხადოს, თუ არა. მე ვთხოვ მას წამოდგეს და თუ საჭიროა ტუალეტი მოითავოს, რათა უფრო თავისუფლად იგრძნოს თავი (შარდის მოწოლა შეიძლება ძალიან შემაწუხებელი აღმოჩნდეს პროცესურის დროს). ვთიშავ ტელეფონს, რათა არც იმან შეგვიშალოს ხელი.

ამ ოთახში მწოლიარე სხვა პაციენტი ქალბატონი ფ. მოცემულ მომენტში ოთახში არაა. ოთახში ჰაერი დამძიმებულია, ამიტომ მეორე ღოგინად ჩავარდნილ - ავადმყოფ ქალბატონ ს-თან შეთანხმებით, ვანიავებ და ვეკითხები ჭირდება თუ არა მას რამე, რომ შემდეგ შეზელვის პროცედურაზე მოვახდინო მთლიანად კონცენტრირება. საწოლებს შორის ვდგამ შირმას.

მყუდრო, კონცენტრირებული ატმოსფეროს შესაქმნელად ვაფარებ ფარდებს. ეს პირველ რიგში მაშინაა საჭირო, როცა შემომავალი სინათლე პაციენტს თვალებს ჭრის. ეს ეხება, ასევე ღამის ნათურას და სინათლის სხვა წყაროს, რომლებიც ისე უნდა ანათებდეს, რომ პაციენტი უშუალოდ სინათლის წყაროს არ უყურებდეს.



ნახ 1.

შემდგომ ვეხმარები ქალბატონ ლ-ს ღამის პერანგის გახდაში, ვაფარებ მკლავებსა და მკერდზე ცალ-ცალკე პირსახოცებს და საბანს (ნახ. 1).

ვამოწმებ თბილია თუ არა ტერფები, რადგან ცივი ტერფები გაუწონასწორებლობის მაჩვენებელია და ხელს უშლის ზემოქმედების ქმედითუნარიანობას. საჭიროების შემთხვევაში ან სათბურას ვაძლევ ან პირველ რიგში, შევუზილავ ტერფებს.

როცა ყველაფერი მომზადებულია, ვიხსნი საათს, თმას კარგად ვიმაგრებ, რათა შეზელვის დროს არ ჩამომეშალოს. ეს ეხება ასევე გრძელ და განიერ სახელოებს, რომლებიც განსაკუთრებით ხელისშემშლელია პაციენტის სხეულთან შეხების დროს. ზოგჯერ მიხდება ჩემი ხელების თბილი წყლით გათბობა და თუ ძალიან გაყინული მაქვს, მაშინ სათბურაზე ვითბობ მათ. ამ დროს მე უკვე ვახდენ პაციენტზე კონცენტრაციას, ყურადღებას მივმართავ მომავალ შეზელვაზე და იმ მიზნებზე, რომლის მიღწევასაც ამ პროცედურით ვაპირებ.

პროცედურის დაწყებამდე აუცილებელია საწოლის გასწორება, საწოლის თავის ნაწილის წამოწევა, ასევე გახდაში დახმარება. წინასწარ მომზადებული, გამთბარი ნაჭრები, ამ დროს გამოიყენება, ერთის მხრივ, ზეთისა და მალამოსაგან ლოგინის დასაცავად ან როგორც გადასაფარებელი - სითბოს უკეთ შესანარჩუნებლად, მეორე მხრივ, მას შემდეგ, რაც შესაზელი ზონა ტანსაცმლისაგან თავისუფალია, იგი პირსახოცით იფარება და პაციენტი თავსდება მოხერხებულად. კონკრეტულად ეს ნიშნავს, თავქვეშ ბალიშის ისე დადებას, რომ ორივე მხარი იყოს თავისუფლად მოთავსებული და შემეძლოს მათი მდგომარეობის შეცვლის გარეშე შეზელვა.

აქ უნდა გავიხსენოთ რიტმული თვისობრიობის მიღწევის გზები და სიმსუბუქე , რომლებსაც რიტმული შეზელვის მიმდინარეობაში ცენტრალური ადგილი უკავია. მრავალი სხვა კრიტერიუმი მასთან კავშირში უნდა იქნეს განხილული - იმის მიხედვით, მისით არის განპირობებული თუ აადვილებს მის პრაქტიკულ განხორციელებას.

რადგანაც შეზელვის დროს სითბო უნდა იქნეს შენარჩუნებული, დასამუშავებელ არეს უშუალოდ შეზელვის წინ გადავხდი. აღმოჩნდა, რომ გამართლებულია, ჯერ საბნის გადახდა და მხოლოდ მას შემდეგ რაც ხელში უკვე ზეთი მაქვს გამზადებული - პირსახოცებისაც. გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ საჭიროა წინასწარი დაგეგმვა და გააზრება, რათა პირსახოცის დაფარება-გადახდა ისე მოხდეს, რომ პაციენტი არ გაცივდეს. არ უნდა შევქმნათ ფაცი-ფუცი, მშფოთვარე სიტუაცია, რათა ხელი არ შეეშალოს შეზელვის პროცესს.

ხელის მიზანდასახული და მოფიქრებული მოძრაობა არა მხოლოდ დაფარება-გადახდის დროს არის მნიშვნელოვანი, არამედ თვით შეზელვის განმსაზღვრელიცაა. ,,მეტისმეტობა'' რომ თავიდან იქნეს აცილებული, ფორმები არის მარტივი, უბრალო, ,,ჩახუჭუჭების'' გარეშე. ასეთი რამ ადვილად ხდება მაშინ, როცა მე მაქვს განცდა, რომ ბევრი უნდა გავაკეთო მოძრაობის გასააქტიურებლად, და ნაკლებად ხდება, თუკი მოვახერხებ დავექმებდებარო მოძრაობის იმპულსს, რომელიც თითქოს უკნიდან მოედინება და ჩემი მკლავის გავლით ხელში გადადის. ეს წარმოდგენა გვეხმარება დიდი და მიზანდასახული მოძრაობის შესრულებაში ნაცვლად იდაყვებითა და მაჯებით ,,ნიჩბების მოსმისა''.

შეზელვის მიმდინარეობა წარმოადგენს უწყვეტობას, რის გამოც ყურადღება უნდა მიექცეს სხვადასხვა ფორმით მიმდინარე გადასვლებს. მათ წვლილი შეაქვთ შეზელვის ჰარმონიულ მთლიანობად ჩამოყალიბებაში. ამაში შედის ასევე ცნობიერად წარმართული დაწყება და დამთავრება

პროცედურის შემდგომი პერიოდი

ახლა უკვე ქალბატონ ლ-ს ვეუბნები, რომ შეუძლია დაისვენოს, რომ მე მას 30 წუთში მოვაკითხავ. მას შემდეგ, რაც მას კარგად აფარია და მოხერხებულად წევს, ვუდებ ზარს იმ შემთხვევისათვის, თუკი რაიმე დასჭირდა. შეზელვის შემდგომი დასვენების დროს ვცდილობ დავიცვა მისი სიმყუდროვე, მისივე სურვილის თანახმად ვაფარებ ფარდებს.

ხელების დაბანისა და მასალების მილაგების შემდეგ ვაანალიზებ შეზელვის პროცედურის მსვლელობას:

იყო თუ არა მეტისმეტად ხანგრძლივი? პაციენტი დაძაბული ხომ არ იყო? როგორ შეიგრძნობოდა კანი? ბევრი ზეთი დაჭირდა მას თუ ცოტა? როგორი იყო კანის სხვადასხვა ნაწილის ტემპერატურა? როგორ გამოიყურებოდა პაციენტი შეზელვის შემდეგ?

ასე ვცდილობ აღვიდგინო, გონებაში გადავამუშავო მთელი პროცესი შესაბამის რეაქციებთან მიმართებაში და კი შემდეგი პროცედურისთვის საჭირო ცვლილებები დავგეგმო.

გამოცდილებით შეძენილ ინფორმაციაში უკვე მოცემულია რიტმული შეზელვის მოქმედების არსებითი ასპექტები. უპირველეს ყოვლისა, არსებითია შემზელავის ხელის ფრთხილი და მზრუნველობითი მიახლოვება შესაზელი სხეულის სათანადო ზონებთან და ამ სახით გამოხატული უსიტყვო კითხვა ,,შეიძლება მოვიდე? თანახმა ხარ?'' ეს საწყისი, მზრუნველობით სავსე შეკითხვა ხდება ტაქტის ფარგლებში და იმას, ვიზეც ზემოქმედებენ, აძლევს თავისუფლებას - შეუძლია და სურს თუ არა ის, რაც შესთავაზეს. თუ ეს მისთვის შეუძლებელია, მაშინ ლოკალიზაციისა და დანიშნულების შესაბამისად მოიძებნება სხვა გზები სასურველი ზემოქმედების მისაღწევად ან დანიშნული ნივთიერების შესაყვანად. მაგალითად, დიდი კამის ზეთით მუცლის შეზელვის ნაცვლად ეს შეიძლება მუცელზე ზეთიანი საფენის დადებით განხორციელდეს. გარდა ამისა, მნიშვნელოვანია მუდმივი მოსინჯვა, რადგან ხშირად შეზელვის უარყოფა არის პირველადი რეაქცია, რომელიც რამოდე-ნიმე დღის შემდეგ ქრება. აღმოჩნდა ასევე, რომ მთლიანი სხეულის შეზელვის დროს გამართლებულია, თავდაპირველად, სხეულის რომელიმე ნაწილით დაწყება, ვთქვათ ფეხებით, რომ შემდეგ მოხდეს მთელი პროცესის აგება, აქაც რეკომენდირებულია ინდივიდუალური მიდგომა, ზოგისთვის ტერფები სხეულის ყველაზე ინტიმური ნაწილია. ასეთი ვინმე გაცილებით სიამოვნებით დათანხმდება ზურგის ან მუცლის შეზელვაზე, მაშინ როცა მეორესათვის სულ სხვაგანაა პრიორიტეტული ადგილები. მ.ბიუშელმა ეს ფაქტი დაადგინა ასზე მეტი მომვლელის ნათქვამის მიხედვით, რომლებმაც გამოყვეს მათთვის განსაკუთრებით ინტიმური ადგილები. აღმოჩნდა, რომ არც ერთი სურათი არ ემთხვეოდა მეორეს.

ამრიგად, ეს პირველი შეკითხვები წარმოადგენს მთელი ზემოქმედების უვერტიურას. ყველა გარეგანი - რიტმული შეზელვაც უსვამს კითხვას ორგანიზმს, რომელსაც ეს უკანასკნელი სათანადო რეაქციით პასუხობს. ასეთი შეკითხვა, ცხადია, შეიძლება იმის მიხედვით, თუ როგორ არის იგი დასმული, ან გაგონებული იქნეს ან ვერა. თუ შეკითხვა მეტისმეტად გაუბედავად და ჩუმადაა დასმული, ის შედარებით ადვილად შეიძლება შეუმჩნეველი დარჩეს; თუ შეკითხვისთვის ისეთი თემაა შერჩეული, რომელიც მას არ შეესატყვისება, მაშინ ადამიანის ორგანიზმი ვერ აღიქვამს მისდამი მიმართვას. და ბოლოს, თუ პროცედურის დროს არაა აუცილებელი სიმშვიდე, მაშინ ძნელი მისაღწევია პასუხის ჩამოყალიბება. ხოლო თუკი მაინც მოხერხდება ზემოქმედების სწორი ფორმის პოვნა, მაშინ ადამიანი გრძნობს მის მიმართ უშუალო, პირად მიმართვასა და აღიარებას.

ასეთი სახის შეზელვის გამომაცოცხლებელი ქმედება დაკავშირებულია მის რიტმულობის ხარისხთან. ამ აგზნებას, ქანქარის პრინციპის ეფექტით, მოჰყვება დამშვიდება.

სწავლის, ვარჯიშისა და შესრულების დროს თუ განსაკუთრებული ყურადღება მიექცევა რიტმული შეზელვის აღწერილ თვისობრიობას, შეიძლება მოხერხდეს ორგანიზმის

სასიცოცხლო ნაკადზე უშუალო სტიმულირებით შეიძლება შესამჩნევი გახდეს ისეთი ფენომენები, როგორიცაა გამოცოცხლება, სიმსუბუქე, და გახსნილობა - გაფართოება. არც თუ იშვიათად აღწერენ, რომ დამუშავებული ფეხი ან მკლავი გაცილებით მსუბუქად განიცდება და თითქოს 20 სმ-ით უფრო მაღლა მდებარეობს, ვიდრე მეორე კიდური.

სიმსუბუქის გრძნობა უშუალოდაა დაკავშირებული შემსუბუქების შეგრძნებასთან, კერძოდ, ერთმა პაციენტმა, რომელსაც დგომის მანერით გამოწვეული დაძაბულობა აწუხებდა, ზურგის შეზელვის დროს ითხოვა: ,,გამიკეთეთ, გეთაყვა, ისევ ფრთები''. შესაძლოა, ერთი შეხედვით უჩვეულოდ გამოიყურებოდეს მხრის ძალიან დაჭიმული არეების არა ზეწოლითა და დაზელვით, არამედ პირიქით, ხელის ნაზი, შემწოვი მოძრაობებით დამუშავება, მაგრამ გამომდინარე იქიდან, რომ დაძაბულობაში ემოციური პრინციპი ავლენს თავს, როგორც კრუნჩხვა, შეიძლება მასტიმულირებელი და გამაცოცხლებელი მოძრაობებით, ეთერული კანონზომიერების შესაბამისად, ყოველივე ისევ ნაკადში იქნეს მოქცეული. ხშირად კიდევ უფრო მოქმედად აღიქმება სხეულის დაინტერესებული ნაწილების მიმდებარე რეგიონების რიტმული გამოცოცხლება. მაგალითად, დაჭიმული კისრის დროს გვერდებისა და ზურგის დამუშავება.

სხვა ეფექტები

მრავალი პაციენტი, რომელთაც ტკივილები აწუხებთ, რიტმული შეზელვის შემდეგ ძლიერ შემსუბუქებას გრძნობენ, განსაკუთრებით - დაძაბულობისა და სპაზმური მდგომარეობის დროს, ან კიდევ ხანგრძლივი წოლით გამოწვეული ტკივილების დროს. გარდა ამისა, ეს ეხება ასევე სხვა სახის ტკივილებს, რომელთა ლოკალური დამუშავებაც ხშირად არც ხდება, რადგან ტკივილის დროს მთელი ცნობიერება მტკივნეული ადგილისკენაა წარმართული და სხვა ადგილის გამოფხიზლების გზით უფრო მარტივად შეიძლება დახმარების აღმოჩენა. მაგალითად, ფუნქციონალური სამწევროვანების (ნერვულ-მგრძნობელობითი სისტემა, რიტმული სისტემა, ნივთიერებათა ცვლის სისტემა) თვალსაზრისით, შაკიკით გამოწვეული თავის ტკივილები წვივების შეზელვით შეიძლება იქნეს მოხსნილი.

ზურგისა და მკერდის სათანადო შეზელვის შემდეგ სიფართოვის განცდის ფენომენს ხშირად აღწერენ ასთმით დაავადებულები და ისინი, ვისაც სუნთქვის პრობლემები აწუხებთ. ეს კი, სუნთქვის შეკვრის საპირისპიროდ, განიცდება უდიდეს შვებად.

რამდენად მჭიდროდ არის დაკავშირებული სითბური ორგანიზმის მოქმედების შეფერხება მრავალ ავადმყოფურ გამოვლინებასთან, კარგად ჩანს, ახალგაზრდა ქალის შემთხვევაში, რომელსაც შაკიკის შეტევის დროს ყინულივით ცივი ტერფები ჰქონდა. რიტმული შეზელვის გზით თუ მოხერხდება სითბოს ნაკადის წარმართვა ტერფებისაკენ, მაშინ მოიხსნება გაუწონასწორობლობაც, რომელიც შაკიკის დროს ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემაში ნივთიერებათა ცვლის პროცესების მეტისმეტი გააქტიურებით არის გამოხატული. იგი ფეხებზე მდოგვის აბაზანის მოქმედების პრინციპს იმეორებს, თუმცა საკუთრივ ორგანიზმის უფრო

გაძლიერებულ აქტივობასთან არის დაკავშირებული, რომელიც ხანმოკლე სტიმულირების შემდეგ უფრო ინტენსიური და ქმედითი ხდება, ვიდრე სითბოს გარეგანი წყაროების - ფეხის აბაზანისა და სათბურას შემთხვევაში.

რიტმულ შეზელვას შეუძლია მოახდინოს პაციენტის საკუთარი აქტივობისა და თვითმაკურნებელი ძალების სტიმულირება. არც თუ იშვიათად, მაგალითად, ფეხის ან ტერფის შეზელვა პაციენტზე მოქმედებს ცნობიერების გამანათებლად და იგი მთელი დღის მანძილზე უფრო ფხიზლად არის, ვიდრე სხვა დროს. ეს ფენომენი ნათელყოფს, რომ რიტმული შეზელვიდან მომდინარეობს ეფექტები, რომლებიც სხეულის მხოლოდ დამუშავებული უბნებით ან დამუშავების ხანგრძლიობით არ შემოიფარგლება.

რიტმულ შეზელვას შეუძლია ასევე მიმართული იყოს მშვინვიერისკენ და შეაღწიოს კიდეც მასში. პირველ რიგში ვითარდება ნდობა მკურნალსა და პაციენტს შორის, რომელიც გამომდინარეობს ურთიერთგაგების გრძნობიდან. გარდა ამისა, როგორც ჩანს შეზელვა პაციენტის განწყობილებაზეც უნდა მოქმედებდეს.

არცთუ იშვიათად მოქმედებს რიტმული შეზელვა ადამიანის ინდივიდუალობაზე, ,,მე''-ზე, რომელიც სითბოს ნაკადით ხელახლა გაძლიერებული უკავშირდება ორგანიზმს.

ფრთხილი, ნათელი და სიყვარულით გამთბარი შეხება ხშირად უფრო მეტად მოქმედებს ვიდრე ბევრი ლაპარაკი. თვით გულჩახვეული ან რთული პაციენტები რეაგირებენ მასზე, როდესაც მოულოდნელად იხსნებიან და ცენტრალურ შეკითხვებს სვამენ. მ.ჰაუშკას მიერ გამოთქმული ქვემოთ მოტანილი შემდეგი მოსაზრების საფუძველზე ეს ფენომენი უფრო გასაგები ხდება: ,,თანაგრძნობისა და დახმარებისათვის მზადყოფნის განცდა, თვით სიყვარულიც კი, უნდა გარდაიქმნას მზრუნველობით სავსე ტექნიკად. მაშინ პაციენტი უმალ იგრძნობს აღმაფრენას, აქვს განცდა, რომ მისი ესმით, გაცილებით უფრო უკეთ ვიდრე ზედმეტი რჩევა-დარიგებების დროს. ჩნდება განცდა, რომ ასეთი მოქცევით პაციენტსა და მასაჟისტს შორის ნორმალური, ადამიანური ურთიერთობის წარმოქმნას ეწყობა ხელი'' .

ამ გაგებით ,,უსიმპათიო'' პაციენტებზეც შეიძლება -არგუმენტი ,,ამ პაციენტს ვერ გავუკეთებ შეზელვას, მე იგი არ მესიმპათიურება'' - აზრს კარგავს, თუ მე მესმის რა არის რიტმული შეზელვა. მაშინ საქმე ეხება არა პაციენტის სხეულზე ხელის უბრალოდ გადასმას, არამედ თერაპიულ ღონისძიებას. ძალზე მკვეთრად ეს ასე შეიძლება გამოითქვას: მე მჭირდება არა პაციენტის, არამედ ჩემი ქმედების სიყვარული!

ასეთ განწყობას თან მოაქვს სიყვარულით აღსავსე მოქმედება პაციენტის მიმართ. ი. ლუსეირანი, რომელიც უსინათლო იყო ამბობს: ,,ხელებს უნდა უყვარდეთ ის, რასაც ისინი სწორედ ეხებიან ''.

თუ პაციენტი გრძნობს მომვლელის სწრაფვას განახორციელოს მზრუნველობით სავსე ტექნიკა და ამჩნევს, რომ შეხვედრა მისი პირადი მიდრეკილებებისა და სურვილებისგან თავისუფალია, მაშინ მასაც შეუძლია ყოველგვარი ზედმეტი პირადი სიმპათიის გარეშე გააკეთებინოს შეზელვა.

მომვლელის სხეულის მდგომარეობა შეზელვის პროცესში ანუ მისი მსუბუქი გადახრა და მიმართვა პაციენტისაკენ, გადატანითი მნიშვნელობით, გადაიქცევა მის შინაგან მიმართებად. თუ როგორ მოქმედებს მომვლელის შინაგანი განწყობა მოვლის ხარისხზე, ყოველდღიური გამოცდილების გარდა სულ უფრო და უფრო კარგად ვლინდება გამოკვლევებში . სილვია კეპელი ამის შემდეგნაირ ფორმულირებას ახდენს: ,,პროფესიით მომვლელის პოზიცია ისეთი ფაქტორი ჩანს, რომელიც განსაზღვრავს, თუ რა სახით იღებს მედდა გადაწყვეტილებებს და ახორციელებს მათ''. ამრიგად, მოვლითი საქმიანობების მიმართ სულიერ-მშვინვიერი განწყობა განხილულ უნდა იქნეს, როგორც მოტივაციის წყარო, ინდივიდუალური და გაგებით სავსე მოვლისთვის.

ამიტომ, რიტმული შეზელვისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პირადი მიმართებისა და მოვლისადმი განწყობის საკითხი. ხარისხზე შინაგანი მიმართების გავლენა შედარებით ადვილად დასანახია, რადგან ეს მარტო ტექნიკა კი არა, მიდგომაა, რომელიც უნარში გადადის. ამიტომ შეუძლებელია დავავალდებულოთ ვინმე, რომ რიტმული შეზელვა შეისწავლოს.

შეხებასაც სწავლა სჭირდება

მოვლის უმეტეს სიტუაციაში ჩვენ ვიმყოფებით უცხო ადამიანებთან, რომელთანაც პირველ რიგში, ნდობა უნდა მოვიპოვოთ. ჩვენ არა გვაქვს ის ამოსავალი პოზიცია, რომელიც აქვს დედას, როგორც ინტენსიური კავშირი და ღრმა მიმართება საკუთარი შვილის მიმართ. მაშინ როდესაც დედა თავის მოქნილ ხელს შვილს თავზე ნაზად, მანუგეშებლად გადაუსვამს და თავის ხელს თავისთავად ცხადად, ბავშვის სხეულის ფორმას შეუსაბამებს, ის სპონტანურად გამოავლენს შეხების კარგ უნარს - ჩვენ, მომვლელებს კი გაცილებით გვიჭირს ასეთი სახის უშუალობის გამოვლენა შეხების დროს. შეხების ეს ხარისხი თავიდან უნდა იქნეს შესწავლილი.

სხეულის ფორმისადმი ხელის ძალდაუტანებლად და თავისუფლად მიყოლება ხელოვნებად გადაიქცევა.

ხელოვნება დაკავშირებულია უნართან და წარმოადგენს ვარჯიშის გზით გარკვეული სამუშაოს შესრულებისას შეძენილ სიმარჯვეს. ხელოსნობა შინაგან ნათესაურ კავშირშია ხელოვნებასთან. იგი, ასე ვთქვათ, ძიძაა, რადგან ხელოვნება ხელოსნობიდან იკვებება. პრაქტიკის დაუფლება, მუდმივ ვარჯიშსა და გამოცდილებასთან ერთად, არის ხელოვნების ძირითადი წინაპირობა. მეორე პირობა მდგომარეობს თეორიის დაუფლებაში, მით უფრო რომ თეორიული ცოდნა ხელოვნების მეორე საყრდენია. ერიჰ ფრომი ლაპარაკობს, ფიზიკური

უნარისა და თეორიული ცოდნის გარდა - ხელოვანის ინტერესზე თავისი ხელობისადმი, როგორც აბსოლუტურ აუცილებლობაზე; მისი საქმე ხელოვანისთვის ყველაზე უფრო მნიშვნელოვანი უნდა იყოს .

ეს ინტერესი, როგორც ხელოვნების დაუფლების მესამე საყრდენი გადამწყვეტ როლს თამაშობს მოვლაში და განსაკუთრებით რიტმულ შეზელვაში. ის თავს იჩენს, როგორც ადამიანისადმი, ისე ჩემი მოქმედებისა და მისი სასურველი ეფექტისადმი ინტერესში.

ნებისმიერი სხვა ხელოვნების მსგავსად, რიტმული შეზელვაც არაა ადვილად შესასწავლი, იგი მოითხოვს ბევრ ვარჯიშს. ამისი ილუსტრირება შეიძლებოდა პირადი გამოცდილებით. მე ადრე ვახსენე, რომ საოცარია, მაგრამ თუ ადამიანი სიმსუბუქიდან ამოსვლით მუშაობს, შეზელვა შეიძლება დაღლისა და ზურგის ტკივილის გარეშე შესრულდეს. პირველად ეს განცდა გამიჩნდა ორი წლის ყოველღიური ვარჯიშის და შეზელვის სამი კურსის გავლის შემდეგ. მთლიანი სხეულის შეზელვის პროცედურის ჩატარების შემდეგ - თავს მართლაც მხნედ ვგრძნობდი და არ მქონდა ზურგის ტკივილი.

ნათქვამმა არავითარ შემთხვევაში არ უნდა დააფრთხოს მკითხველი, რადგან ეს პროცესი, უფრო ხშირად, გაცილებით სწრაფად მიმდინარეობს. გარდა ამისა, როგორც წესი, ყოველთვის არსებობს პატარ-პატარა წარმატებები. მაგალითად, თუკი დადებით შედეგთან გვაქვს საქმე, პაციენტები შეზელვის შემდეგ თავს უკეთ გრძნობენ ან მისგან აღფრთოვანებული არიან. თუმცა, არსებობს საფრთხეც, პაციენტის მხრიდან ასეთი გამოხმაურების შედეგად მეტისმეტად ადრე დაეუფლოს ადამიანს თავისი მუშაობის ხარისხით კმაყოფილების გრძნობა. თვით აღიარების გამომხატველი გამონათქვამებიც, როგორიცაა მაგალითად, ,,ეს ძალიან სასიამოვნო განცდაა'', შეუძლებელია საკმარისად ჩაითვალოს. გაცილებით სასიკეთოა, ერთი მხრივ, საკუთარ განცდასა და შთაბეჭდილებებზე ყურადღების მიპყრობა და მეორე მხრივ, მუდამ შეასწორებინოთ თქვენი შეცდომები კოლეგებს. რადგან შეცდომები ყოველთვის იპარება, როგორც პაციენტის საწოლთან, ასევე სწავლის დროსაც.

ამ მხრივ რიტმული შეზელვისათვის განსაკუთრებით უპრიანია იმგვარი დახელოვნების მოთხოვნა, რომელიც უწყვეტი ვარჯიშით მიიღწევა.

ხელოვნების კომპონენტები გამოვლინდება ხოლმე, ასევე, მოქმედების გადაცემის სახის მიხედვით. კერძოდ, პრაქტიკული ილუსტრირება ახსნა-განმარტებისა და თეორიული საფუძვლების ცოდნის გარეშე, არავითარ შემთხვევაში არაა საკმარისი რიტმული შეზელვის დასაუფლებლად. თუმცა, იმის ნათელყოფასაც შევეცადეთ, რომ იგი ასევე არ დაისწავლება მხოლოდ თეორიული განმარტებებით, არამედ როგორც ყველა პრაქტიკულად დასაუფლებელ საქმიანობას, სათანადო თეორიული მსოფლგაგებაც უნდა ახლდეს თან. პირველად რომ ვნახე შეზელვის პროცედურების დემონსტრირება, ვიფიქრე: ,,ეს ხომ მეც შემიძლია-მეთქი'', ისე თავისთავად ცხადი და ადვილი ჩანდა ყველაფერი. გამოცდილებიდან გამომდინარე თავიდან ყველა მაყურებელი ასე ფიქრობს, შემდგომ კი შესრულების დროს ამჩნევს, რომ ეს, ვითომ

ადვილი, არის სწორედ ყველაზე რთული! პროცესის მსვლელობის გააზრებას საჭიროა დაემატოს საკუთარი გამოცდილება. არც თუ იშვიათად აღმოჩნდება, რომ დაკვირვება არაა საკმარისი. მე არ შემიძლია, წვივების დემონსტრირებული შეზელვის იმიტაცია, რადგან უცბად აღმოჩნდება, რომ არ ვიცი, რომელი მიმართულებით უნდა ვიმუშაო და ხელი, რომელიც პაციენტთან ახლოსაა, საყრდენს წარმოადგენს თუ შეზელვის პროცესშია. შეიძლება ისიც დამემართოს, რომ ჩემი ხელი ძალიან დაიძაბოს და ვერ მიესადაგოს სხეულის ფორმებს... შემდეგ დგება ,,აჰა-ეფექტი'', როცა ხელმძღვანელი პრობლემას გაცნობიერებულად განმარტავს, რომ ჩემი სხეულის პოზიცია არ იძლევა ხელის თავისუფლად მოძრაობის საშუალებას. აგრეთვე გარდაუვალია თვითონ საკუთარ სხეულზე რიტმული შეზელვის განცდა - როგორია იგი. ვისაც განუცდია ცივი ხელებით მუცლის შეზელვა, აღარ იტყვის, რომ ეს კარგია. ხოლო იმას, ვისაც მეტისმეტი ზეწოლის გამო უკვე გულის რევის შეგრძნება გაუჩნდა ან შემდეგ მაშინვე ტუალეტში მოუნდა წასვლა, შეძენილი აქვს გამოცდილება, რომელიც მას აიძულებს რიტმული შეზელვა სერიოზულ საქმედ მიიჩნიოს.

თეორიულ ცოდნას და პრაქტიკულ ვარჯიშს ემატება, მაშასადამე, საკუთარი გამოცდილება. შემდგომი მნიშვნელოვანი ელემენტი არის ნეიტრალურობა, რაც იმას ნიშნავს, რომ მე არაფერი ,,მინდა'' ტრადიციული გაგებით და არაფერს ,,ვაკეთებ'', არამედ ვსწავლობ საკუთარი თავის სხვის სამსახურში ჩაყენებას და ასევე ზემოთ აღწერილი ინეტერესის გამომუშავებას, რომელიც საკუთარ თავთან დასმულ კითხვებში შეიძლება გამოვლინდეს.

ამასობაში შემუშავდა ზოგიერთი დახმარება სასურველი ხარისხის მისაღწევად. რიტმული შეზელვის ხელშემწყობ პირობებად შეიძლებოდა დაგვესახელებინა:

- მოძრაობის დაწყება ბეჭიდან/მხრიდან;
- ელასტიური დგომა;
- თავისუფალი ხელი;
- მოხეტიალე კონტაქტი.

დეტალური პროცედურა ხელმისაწვდომია ვარჯიშის აქტუალურ სიტუაციაში.

ძირითადი სავარჯიშო უნდა დაერთოს დასასრულს, რომ მკითხველს აქ თეორიულად ნათქვამზე, ნათელი წარმოდგენა შეექმნას:

სცადეთ წყლის ზედაპირზე ფართო წრეები შემოხაზოთ თქვენი გაშლილი ხელით ისეთი მსუბუქი ზეწოლით, რომ არ ჩაყვინთოთ ან არ `ჩავარდეთ~ და ამის მიუხედავად მჭიდროდ ,,ეკვროდეთ'' წყლის ზედაპირს. ამ დროს, ხელს თუ ფრთხილად აწევთ, თითქოს წყლის ზედაპირის ნაწილი თან მოგვყვებათ, ასე ვთქვათ გეწებებათ, თქვენს მიერ შეიწოვება.

სწორედ ეს განცდა იგულისხმება ხელის შემწოვ ილეთში და ,,ქსოვილთან ერთად'' მუშაობაში. ამ ფენომენის საფუძველზე შეიძლება ნათელი გახდეს ის, რომ რიტმული შეზელვის დროს საქმე ნამდვილად დიალოგს ეხება, რომელიც არაა ცალმხრივი, არამედ მის დროს პაციენტის ქსოვილებში მუდამ შემხვედრ მოძრაობას აკეთებს.

დასკვნა

მიზანშეწონილი არ არის რიტმული შეზელვის ჩვენება განვასხვავოთ ერთმანეთისაგან საექიმო და მოვლითი დანიშნულების მიხედვით. სამკურნალო საშუალებას და რიტმული შეზელვის ურთიერთდაკავშირებით წარმოიქმნება ინტენსიურ, - როგორც ახალი რამ. მალამოს წასმისა ან ზეთის საფენის უბრალო დადებისა და ,,მარტივი წაცხების'' საპირისპიროდ, რიტმული შეზელვის გზით ნივთიერებათა მოქმედება უმჯობესდება.

ამის მიხედვით მხოლოდ სამკურნალო ნივთიერება კი არ არის განმსაზღვრელი, არამედ თანაბარი ზომით, ასევე რიტმული შეზელვის ,,საგულდაგულოდ დამუშავებული ტექნიკით'' მიღწეული ხარისხი.

რიტმული შეზელვის ზოგადად აღწერილი ეფექტებიდან, როგორიცაა დამშვიდება-განმუხტვა, სტიმულირება-გამოცოცხლება, შვება და სითბოთი გამსჭვალვა, აღსანიშნავია აგრეთვე შემდეგი მოქმედებები, რომლებიც ადამიანის ორგანიზმის სასიცოცხლო პროცესებს უწყობს ხელს ან მათ სტიმულირებას ახდენს:

- დამშვიდება/სუნთქვის გაღრმავება;
- განმუხტვა შფოთვის/შიშების დროს;
- კრუნჩხვის მდგომარეობის მოხსნა;
- ხელის შეწყობა ძილის/სიფხიზლის;
- სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესება;
- სითბოს განაწილების ხელის შეწყობა;
- საჭმლის მონელების სტიმულირება;
- საკუთარი სხეულის მიმართ ახალი ცნობიერების გამოღვიძება, ისე რომ, მაგალითად, სხეულის დადამბლებული ნაწილი ისევ საკუთრად იქნას განცდილი (4-ის მიხედვით).

შეუძლებელია მომვლელისაგან ყოველი ამ ზემოქმედების მიზანმიმართული დაგეგმვა. როგოროც ჩანს, უფრო მეტად რიტმულობის ხარისხში ძევს საფუძვლად ის, რომ ორგანიზმი ისე ,,პასუხობს'', როგორც მისი იმწუთიერი მდგომარეობაა. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ

თვითგანკურნების აზრით, ერთი და იგივე შეზელვა ერთხელ განმუხტვა- განთავისუფლების, ხოლო სხვა დროს გააქტიურების გამომწვევი შეიძლება გახდეს.

მრავალი ეფექტთაგანი ემსახურება ძირითადად პაციენტის ჯანმრთელობასა და კარგად ყოფნას და ამიტომ ზოგადად ინტერპროფესიული გაგებით თერაპიული მნიშვნელობისაა. გამოყოფა საექიმო და მოვლით ნაწილებად ძნელად მისაღებია და უფრო ხელოვნურია. კერძოდ, მეჩვენება, რომ ფორმულირება: საექიმო დანიშნულება-თერაპიული შეზელვა, მოვლითი დანიშნულება-პროფილაქტიკური შეზელვა, მეტისმეტად სქემატურია. შეიძლება, მაგალითად, ძალიან აზრიანი იყოს, ღამის მორიგეობის დროს ფეხების შეზელვა, როგორც ჩასაძინებელი დახმარება გაკეთდეს; შეკრულობის დროს - მუცლის მასტიმულირებელი შეზელვა; სუნთქვის შეფერხების დროს - ზურგის გამშლელი შეზელვა; ფილტვების ანთების პროფილაქტიკისთვის - სუნთქვის გამაღრმავებელი შეზელვა.

ცხადია, პროფილაქტიკები თვითონ წარმოადგენს რიტმული შეზელვისათვის მოვლით ჩვენებას: ამისათვის გამოყენებული ნივთიერების გაცნობა შეიძლება თავში ნაწოლების, ფილტვების ანთების და თრომბოზების ,,პროფილაქტიკა'' მძიმე ავადმყოფებთან.

რიტმული შეზელვის დროს განვითარებული შეხების თვისობრიობა გამოსადეგია, ასევე მოვლის ათასგვარ სხვა პროცედურაში. ძალიან ახლოს დგას ამასთან ტანის მთლიანი დაბანა, რომელიც რიტმული შეზელვის პრინციპებისა და ძირითადი ფორმების მიხედვით შეიძლება ხორციელდებოდეს. როგორ ძლიერ განიცდება ,,ადამიანის ღირსების შესატყვისი'' შეხება და რა როგორ მოქმედებს იგი პაციენტის მდგომარეობაზე, ჩემთვის ნათელი გახადა ახალგაზრდა ქალმა, რომელმაც გადატანილი სეფსისის შემდეგ რეტროსპექტულად აღწერა თავისი პირველი მოგონება სათანადოდ ჩატარებული მთელი სხეულის დაბანის შესახებ. იგი იმ მომენტში თავის განცდაში ხორცის ნაჭრიდან კვლავ ადამიანად იქცა.

შეხების ამ მაღალი ხარისხის გადატანა კარგად შეიძლება ავადმყოფის წოლითი მდგომარეობის ცვლასა და მობილიზაციის დროს. მაგრამ რამდენად არის შესაძლებელი სხვა დახმარებების დროს, როგორიცაა წნევის აპარატის მანჟეტის გაკეთება, წყლის ჭიქის მიწოდება, პლასტირის მოშორება, ამ თვალსაზრისით მუშაობა, ყველას თვითონ შეუძლია შეამოწმოს. გროსე-ბრაუკმანი ამტკიცებს, რომ ეს ძალიან კარგად წარმოსადგენია და აჩვენებს, თუ როგორ შეიძლება ინსტრუმენტებით სახვევის გამოცვლაც კი ,,შეზელვის თვალსაზრისის'' კანონზომერებათა მიხედვით მოხდეს: ,,თუ პროცედურებსა და აქტივობებს ამ თვალსაზრისით განვიხილავთ, შესამჩნევი გახდება. რომ უკიდურესობების გაწონასწორება ელასტიური მორგებითა და მუდმივი განახლების გზით შეიძლება''. კარგი ვარჯიში შეიძლება იყოს ,,შეზელვის განწყობით'' კარის სახელურის ჩამოწევა, კარის გაღება, ოთახში შესვლა, ფარდის გადაწევა, ყურადღებითა და პატივისცემით პაციენტის საწოლთან მისვლა.

ვინც პროცედურის წვრილმანების აღწერით გაოცდა, მას ეს მნიშვნელოვანი წონის მქონე გარემოებანი უფრო გასაგებად მოეჩვენება. რიტმული შეზელვა, ამის მიხედვით, გაცილებით

მეტი რამაა, ვიდრე მხოლოდ ტექნიკა, რომელიც განსაზღვრულ კონკრეტული მოვლის სიტუაციაში შეიძლება იქნეს გამოყენებული. ეს არის განწყობა, რომელიც გავლენას ახდენს ყოველდღიურ მუშაობაზე მრავალგვარი ასპექტით. განა ეს სწორედ იგივე განწყობა არაა, რომელიც პატივისცემით აღსავსე მოვლით ურთიერთობას გამოხატავს? იგი გარკვეულწილად, განაპირობებს სახეს, მანერას იმისა, თუ როგორი ტაქტით ვუახლოვდები მე პაციენტს, ვეცნობი მას. ასევე იმას, რომ სწორი აზრი მქონდეს სიახლოვესა და დისტანციაზე, მოსმენასა და საუბარზე, შეკუმშვასა და გაშლაზე. ამით იქმნება ატმოსფერო, რომელსაც ნდობის აღძვრა შეუძლია და ყოველნაირად უწყობს ხელს პაციენტსა და მომვლელს შორის ურთიერთობას.

ამ გზით, რიტმული შეზელვის გარდა, შესაძლებელი ხდება მომვლელის პაციენტთან ისეთი ურთიერთობის დამყარება, რომ სიახლოვე უკვე აღარ იყოს შიშისმომგვრელი. ეს ხდება, უპირველეს ყოვლისა იმის შედეგად, რომ მომვლელები ცნობიერად მიმართავენ მონაცვლეობას სიახლოვესა და დისტანციას შორის და უკიდურესობების შიშის გამო აღარ გაურბიან მათ. ასეთი ლოგიკით რიტმი შეიძლება გახდეს ნიმუში სიახლოვისა და დისტანციისთვის სოციალური ურთიერთობებში და ასეთივე წარმატებით, ნიმუში თითოეული ადამიანისთვის ცხოვრების ისეთ პოლარობებთან მიმართებაში, როგორიცაა მგზნებარება და მოშვება, აზროვნება და აღქმა და არეკვლა, ასევე - საავადმყოფოს სტაციონარში დღის მსვლელობისთვის.

დასასრულს უნდა აღინიშნოს, რომ რიტმული შეზელვა წარმოადგენს არსებით წვლილს მოვლის ფორმირების საქმეში, მით უფრო, რომ ის, ნებისმიერ მომვლელს საშუალებას აძლევს მიაღწიოს პროფესიონალურ დამოუკიდებლობას. იმედია, ამ მსჯელობათა საფუძველზე მრავალს გაუჩნდება სურვილი შეისწავლოს რიტმული შეზელვის ახალგაზრდა ხელოვნება და მონაწილეობა მიიღოს მის განვითარებაში.

კითხვები:

1. დაახასიათეთ პოლარული ზემოქმედების ძირითადი პრინციპები.
2. რა კანონზომიერებები არსებობს რიტმული შეზელვის შესრულების დროს?
3. რა მიმართება არსებობს პაციენტსა და მომვლელს შორის?
4. რამდენი სახის შეხების ხარისხი არსებობს, რომელიც აღიქმება კანის მიერ?
5. როგორ შეიძლება იცვლებოდეს შეხების ინტენსივობა?
6. რა მნიშვნელობა აქვს შეხებისას ტაქტით მოქმედებას?
7. დაახასიათეთ კანის ფუნქციები.
8. ვინ დაარსა რიტმული შეზელვის მეთოდიკა?
9. რამდენი წუთი გრძელდება რიტმული შეზელვის პროცედურა?
10. რა ძირითადი ფორმები არსებობს რიტმულ შეზელვაში?
11. რა მნიშვნელობა აქვს რიტმს?
12. როგორ ხორციელდება რიტმული შეზელვის პროცედურა?

13. აღწერეთ რიტმული შეზელვის პროცედურის შემდგომი პერიოდი.

სხვადასხვა დანიშნულების სამკურნალო საფენები და სახვევები

სახვევები და საფენები ათასწლეულების მანძილზე განეკუთვნება ყველა კულტურის სამკურნალო საშუალებათა საგანძურს. მედიცინაში მათ იყენებენ ორგანიზმზე განმა-კურნებელი ზემოქმედებისთვის ნერვულ-მგრძნობელობითი სისტემის საშუალებით. დანიშნულების ქმედითობას განსაზღვრავს არამარტო სუბსტანციის სწორი არჩევანი, არამედ პროცედურის პროფესიულად კორექტული ჩატარება. ამ თავში წარმოდგენილი იქნება გარეგან ზემოქმედებათა ინდიკაციები და პრაქტიკული საქმიანობის ცალკეული მაგალითები.

სახვევები და საფენები განეკუთვნება გარეგან ზემოქმედებათა სფეროს. ყველა სახის გარეგანი ზემოქმედების დროს ჩვენ ვმოქმედებთ კანზე, როგორც ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემის ერთ-ერთ ორგანოზე. აქედან ვრცელდება მთელ ორგანიზმზე, მაშასადამე რიტმულ და ნივთიერებათა ცვლის - კიდურთა სისტემაზეც.

გარეგან ზემოქმედებათა სპექტრს წარმოადგენს დამშვიდება, შინაგანი გაწონასწორება და ყურადღების გადატანის და თვით ნივთირებათა ცვლის სხვადასხვა პროცესთა სტიმულირება.

გარეგანი ზემოქმედებანი:

- სახვევები
- საფენები
- კომპრესები
- მალამოიანი ქსოვილის ნაჭრები
- შეფუთვა (ზეთიანი სახვევები)
- შეზელვები
- სხეულის ნაწილობრივი აბაზანები
- მთლიანი სხეულის აბაზანები
- კატაპლაზმები (ტკივილდამაამებელი თბილი ან ცხელი ნა

ისტორიული წარმომავლობა

სახვევები და საფენები, როგორც სამკურნალო საშუალებანი, ცნობილია ათასწლეულებიდან. ჯერ კიდევ ჰიპოკრატე (460-377 ქრისტეშობამდე) ესარჩლებოდა თავის ნაწერებში მედიცინას, რომელიც ადამიანს უნდა დაეხმაროს ავადმყოფობასთან დაპირისპირებაში.

ახალ დროში ისეთ ადამიანებს, როგორიცაა სებასტიან კნაიპი (კნაიპის შხაპი), ვინცენტ პრისნიცი (პრისნიცის სახვევი) და ლეოპოლდ ემანუილ ფელკე (ფელკეს ტალახთა შეფუთვა) ამ ბუნებრივი სამკურნალო მეთოდების დამუშავების საქმეში დიდი დამსახურება მიუძღვით. მათ შექმნეს ბალნეოლოგიური ცენტრები, სადაც ადამიანები მათი სატკივარის სიმპტომების შემსუბუქებას ან სულაც განკურნებას აღწევდნენ. ამ ზემოქმედებათა ნაწილი დღესაც გამოიყენება სააბაზანო განყოფილებებში ან საავადმყოფოებისა და კურორტების ფიზიოთერაპიის განყოფილებებში. სადღეისოდ უკვე არსებობს ასევე სამედიცინო აბაზანის ოსტატის პროფესიაც.

სახვევები და საფენები, როგორც გარეგანი ზემოქმედების სახეები, წარმოადგენს ჰიდრო და თერმო თერაპიის ნაწილს. ამასთან ერთად, დღესდღეობით თერაპიასა და მოვლაში გარეგან ზემოქმედებათა რენესანზე შეიძლება საუბარი. თანამედროვე მედიცინის მიღწევებმა, მისი გაუმჯო-ბესებული ნარკოზული და საოპერაციო შესაძლებლობებით, ეფექტური მოქმედების მედიკამენტებით და დიფერენცირებული დიაგნოსტიკით დიდი ხანია უკანა პლანზე გადასწია მკურნალობის ეს ფორმა. საზოგადოდ რომ ითქვას, იგი ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე თამაშობდა დაქვემდებარებულ როლს. ამჟამად, თვითონ პაციენტები ფიქრობენ იმ შესაძლებლობებზე, რომელიც ამ საშუალებებსა და მეთოდებს აქვს. სამწუხაროდ, გარეგან ზემოქმედებებთან მიმართება ხშირად ან-პრინციპით - სასკოლო მედიცინა ან ბუნებრივი მკურნალობის მეთოდი წყდება. ამავე დროს არსებობს გამოცდილება, რომელიც ნათლად აჩვენებს, როგორ შეიძლება ორივე თერაპიულმა მიმართულებამ, როგორც მედიცინაში, ასევე მოვლაში, გამსჭვალოს და შეავსოს ერთმანეთი.

სიტყვა თერაპიის წარმოშობაზე საუბარი მიგვიყვანს სიტყვის ბერძნულ ფუძესთან - therapo, რომელიც ნიშნავს - მსახურს, მხლებელს. მომვლელები მართლაც არიან ავადმყოფის და მოხუცის მხლებელნი. მომვლელთა წრე მოწოდებულია ავადმყოფთა დასახმარებლად. მომვლელები ერკვევიან მოთხოვნილებებში, იციან რას ნიშნავს ტანჯვა და წვალება, ესმით ყოველგვარი სატკივარი და აქედან, გამომდინარე მათ ისიც იციან, როგორ უნდა წარმართონ თავიანთი ქმედებები და მისცენ მათ ინდივიდუალური ხასიათი.

გარეგანი პროცედურები მიჩნეულ უნდა იქნეს საექიმო თერაპიის ნაწილად და სამკურნალო საშუალებად. აქედან გამომდინარე, მათი გამოყენების დროს აუცილებელია ექიმის დანიშნულება, ხოლო მათი მოთხოვნის უფლება აქვს კვალიფიცირებულ მომვლელს.

მიმართება სამწევროვან ადამიანსა და სამკურნალო მცენარეს შორის

ადამიანს თუ განვიხილავთ ფუნქციონალური სამწევროვნების შესაბამისად, ამოვიკითხავთ სამმაგ დანაწევრებას.

ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემას, რომელიც გარე სამყაროსთან კავშირს შეგრძნებითი შთაბეჭდილების მიღების გზით უზრუნველყოფს, სჭირდება სიმშვიდე. აქ ბატონობს შედარებითი სიცივე. ,,საღი აზრის შესაქმნელად ცივი გონების შენარჩუნებაა საჭირო'' - ეს ხალხური გამონათქვამი ნერვულ-მგრძნობელობითი სისტემის არსებით მხარეს გამოხატავს. გრძნობადი შთაბეჭდილებების განუწყვეტელი მიღება და მუდმივი აზროვნებითი აქტივობა სწრაფად ღლის ადამიანს. ეს დამანგრეველად მოქმედებს და მდგომარეობის გასაწონასწორებლად საჭიროა ნივთიერებათა ცვლის აღდგენითი ძალები.

სიცოცხლის აგება ნივთიერებათა ცვლის - კიდურების სისტემაში ხდება. თუ მუცლის ღრუს ორგანოებში ან კუნთებში ნივთიერებათა ცვლის პროცესები მიმდინარეობს, მაშინ ბატონობს მოძრაობა და სითბო.

ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემაში ჭარბობს სიმშვიდე და სიცივე, რომელთა ზედმეტი მოცემულობა იწვევს გამკვრივებას. მაგალითად, ცერებრალური სკლეროზის სახით. ნივთიერებათა ცვლის - კიდურების სისტემისათვის კი დამახასიათებელია მოძრაობა და სითბო, რომელთა უზომო გადაჭარბება ვლინდება ანთებების და დაშლის პროცესების სახით – მაგალითად, კუჭის აშლილობით მიმდინარე დაავადების დროს.

ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემასა და ნივთიერებათა ცვლის-კიდურების სისტემას შორის არსებობს გამაშუალებელი სფერო - რიტმული სისტემა. იგი პულსირებს მთელ სხეულში და ცდილობს ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემასა, რომელიც მოქცეულია თავში, ე.ი. ადამიანის ზედა ნაწილში და ნივთიერებათა ცვლის-კიდურების სისტემას შორის, რომელიც ადამიანის ქვედა ნაწილს განაგებს, წონასწორობა - ჰარმონია დაამყაროს.

მსგავსი მახასაითებლები არსებობს მცენარეთა სამყაროშიც. ეს ჩვენ საშუალებას გვაძლევს, სამკურნალო მცენარეები მიზანდასახულად გამოვიყენოთ ამა თუ იმ კონკრეტული დაავადების დროს.

მცენარეების შემთხვევაშიც შესაძლებელია ერთმანეთისაგან სამი სფეროს გამოყოფა:

- ფესვების ზონა, რომელიც მიწის ცივ არეშია მოქცეული და საკვები ნივთიერებისა და წყლის მიღებას უზრუნველყოფს.

- ღეროსა და ფოთლის ზონა, რომელიც საკვებ ნივთიერებათა და სითხის გადაადგილებას უზრუნველყოფს.

- ყვავილი, რომელიც მზის სითბოში მისთვის დამახასიათებელ სურნელს გამოსცემს, ამ გზით მწერებს იზიდავს და დამტვერვის მეშვეობით ნაყოფის შექმნა შეუძლია.

ამ კავშირთა შემეცნება და სამკურნალო მცენარეთა და სხვა სამკურნალო ნივთიერებათა მიზანდასახული გამოყენება, განაპირობებს ამ სფეროს შემდგომ გაფართოებას. მაგრამ ჯერ ყურადღება უნდა გავამახვილოთ იმაზე, რა განსხვავებაა ჯანმრთელობასა და ავადმყოფობას შორის.

ადამიანის ორგანიზმი ცდილობს ყველა პროცესი გარკვეული ოდენობით შეინარჩუნოს. თუ იგი ამას ვერ ახერხებს, შეიძლება განვითარდეს დაავადებები. წონასწორობიდან ამოვარდნილი ორგანიზმის ერთ-ერთი ძირითადი ტენდენცია არის გამკვრივება (სკლეროზი). ჩვენ მას ორგანიზმის თითქმის ყველა რეგიონში ვხვდებით და იგი ყოველთვის იწვევს დაზიანებული ორგანოს ფუნქციის შეზღუდვას ან სრულ დაკარგვას. სკლეროზი შეუქცევადია. გავლენის მოხდენა მხოლოდ მისი მიმდინარეობის ტემპზე შეიძლება.

სკლეროზის საპირისპირო პოლუსს წარმოადგენს ანთებითი, სიცხიანი დაავადებები სითბოსა და მოძრაობის ტენდენციით. ამ დაავადებათა კლასიკური მიმდინარეობის დაკვირვება შეიძლება ბავშვთა სახადებზე. ტემპერატურა უცბად იწევს მაღლა, სიმპტომები უარესდება კრიზისულ მდგომარეობამდე. ეს ვითარება შეიძლება დაავადების კრიტიკული და იმავდროულად შემობრუნების წერტილად იქნეს მიჩნეული. კრიზისი სწრაფად გადაილახება, სიცხე დაბლა იწევს, იწყება აღდგენა და ბოლოს ხდება განკურნება. სიცხე ააქტიურებს ნივთიერებათა ცვლას და არის მისი მიმდინარეობის მამოძრავებელი. სამწუხა-როდ, სადღეისოდ დაავადების ასეთი ტიპიური მიმდინარეობა იშვიათად გვხვდება, რადგან ხშირად ტემპერატურას, როგორც სიმპტომს, უკვე გამოვლინების შემდეგ ებრძვიან.

თუ ჩვენ გარეგანი პროცედურების დახმარებით თვითგანკურნების პროცესების სტიმულირება გვინდა, მაშინ აუცილებელია გამუდმებით გვქონდეს მხედველობაში დაავადების ეს ტენდენციები. მაგალითად, საჭიროა იმის ცოდნა, რომ სახსრების ართროზის დროს საქმე პირველ რიგში ეხება დანალექებს სახსრებში, რომელიც მოძრაობის შეზღუდვით გამოვლინდება. ქრონიკულმა მიმდინარეობამ კი შეიძლება გახევება და დეფორმაცია გამოიწვიოს. ავადმყოფობის მიმდინარეობის ამ ფაზაში პაციენტები, როგორც წესი ცდილობენ თბილად ჩაიცვან. გამკვრივების ეს ფაზა პერიოდულად იცვლება მწვავე ფაზებით. ამ შემთხვევაში პაციენტს უცბად სიცხეს აძლევს, სახსრები გადახურებულია და ხელის შეხებითაც იგრძნობა რომ ცხელია. მაშინ ავადმყოფი მადლიერია ლოკალურად მცირეოდენი გაგრილებისთვის. ყოველივე ეს კი იმის მაჩვენებელია, რომ ორგანიზმი ცდილობს სძლიოს გამკვრივების პროცესს.

ამ ეტაპზე ერთვება თერაპია და მოვლის პროცედურები. ისინი იწყება სითბოს რაოდენობის გათვალისწინებით და მიმართულია კონკრეტული მიზნის მისაღწევად. განვიხილოთ ცალკეული კონკრეტული პროცესები:

ლიმონის გამოყენება



ამ საკითხთან დაკავშირებულ ლიტერატურაში მოცემულია სამი სახის პროცედურა ლიმონის გამოყენებით. სამივე ეფუძნება ლიმონის ნაყოფის თვისებების მიმართებას ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარე ნივთიერებათა ცვლის პროცესებთან.

ამის გასაგებად მცენარე განიხილება, როგორც სამკურნალო საშუალება. თუ ჩვენ ამ განხილვაში ნაყოფის აქტიურ ნივთიერებათა ანალიზის სასკოლო სამედიცინო გაგებით შემოვიფარგლებით, მაშინ ვერ მივაგნებთ ჩვენების საფუძველს.

მაშასადამე, თუ არა შემადგენელ ნივთიერებებზე, საით უნდა მივმართოთ ჩვენი ყურადღება?

ქიმიური ანალიზის გზით აღმოჩენილი ნივთიერებები წარმოადგენს მცენარის ზრდისა და განვითარების პროცესების საბოლო პროდუქტებს. ამ პროცესთა შესწავლა და მისი ავადმყოფობის მიმდინარეობებთან მიმართებაში მოყვანა, ჩვენ სწორ გზაზე დაგვაყენებს.

ლიმონის ხის ადგილსამყოფელი არის თბილი, მზით გაჯერებული სამხრეთი. პატარა მარადმწვანე ხეს შეუძლია ერთდროულად ყვავილობა და ნაყოფის მოცემაც, რაც ერთ წელიწადში 2000-მდე ცალს შეიძლება შეადგენდეს. ეს კარგი ზრდისა და მდიდარი ნივთიერებათა ცვლის მაჩვენებელია. გარეგანი პროცედურისთვის ჩვენ ვიყენებთ ლიმონის ნაყოფს. მასში, განსაკუთრებით მის კანში, არის თავისებური ეთერული ზეთი.

ლიმონს ხატოვნად თუ წარმოვიდგენთ, ან სულაც შევხედავთ, დავყნოსავთ და გემოს გავუსინჯავთ, მაშინ ,,პირზე ნერწყვი მოგვადგება''. თუმცა მალე ვიგრძნობთ რაღაც შეჭმუხვნას, ერთგვარ ,,შეკუმშვას'' საკუთარ თავში. ამ მოქმედებას მივაწერთ სიმჟავეს. სინამდვილეში კი საქმე მარტო სიმჟავეში კი არაა, არამედ იმაში თუ რა ემართება ლიმონში სიმჟავეს. ლიმონის ნაყოფი, მიუხედავად მზის შუქზე თანდათან დამწიფებისა, ინარჩუნებს თავის სიმჟავეს და სხვა ციტრუსების, მაგალითად, ფორთოხლის მსგავსად, არ ტკბება. ეს არის ლიმონის ნაყოფის ძლიერი შემკვრელი და შემომსაზღვრული ძალის მაჩვენებელი. მას შეუძლია წარმატებით გამოეყოს სითბოსა და სინათლეს და შეინარჩუნოს წვნიანობა გარეგანი გამამკვრივებელი, გამომშრობი ზემოქმედებების მიუხედავად. ეს შემოსაზღვრულობა

შენარჩუნებულია ძველ, დამჭკნარ ნაყოფშიც. ზოგჯერ იგი ქვასავით მაგარია, კანი ძალიან გათხელებული აქვს, მაგრამ შიგნით მაინც სავსეა წვენით.

ლიმონი გამოიყენება შემდეგი დაავადებების დროს :

- **ყელის სახვევი,** ზომიერად შემთბარი: ყელის ანთების, დასაწყის მტკივნეულ სტადიაში და ინფექციური გრიპის დასაწყის ეტაპზე;
- **მკერდის სახვევის** სახით ფილტვების ანთების და ბრონქების ანთების დროს, რომელთაც სიცხეც ახლავს;
- **წვივების სახვევის** დანამატად - საზოგადოდ სიცხიანი დაავადებების დროს და ბავშვთა სახადების დროს, როგორც სიცხის დამწევი.

თუ ამ ჩამონათვალის გამაერთიანებელ ნიშნებს დავუწყებთ ძიებას, მაშინ აღმოჩნდება, რომ ნივთიერებათა ცვლის პროცესებს ისეთი რეგიონები აქვს მოცული, სადაც იგი, ნორმალურ ვითარებაში, საერთოდ არ უნდა ჭარბობდეს. სხვა მაჩვენებელი ნივთიერებათა ცვლის ამ გაძლიერებისა არის მომატებული სეკრეცია. ამ მომატებული, კალაპოტიდან ამოვარდნილი, ნივთიერებათა ცვლის ისევ ნორმის ფარგლებში ჩაყენებისათვის შეიძლება ლიმონში მოქმედი პროცესის ძალთა გამოყენება.

ნახევარი ლიმონის ჩამატებას ფეხების ცხელ აბაზანაში ან ლიმონის ერთი ნაჭრის ფეხის გულზე გაჩერებას მთელი ღამის განმავლობაში აქვს საოცარი ეფექტი გრიპის ინფექციის საწყის ეტაპზე. აღნიშნული გზით სხეულს ეძლევა ნივთიერებათა ცვლის სტრუქტურირებადი პროცესის ნიმუში, რომელზეც შეუძლია ორიენტირდეს.

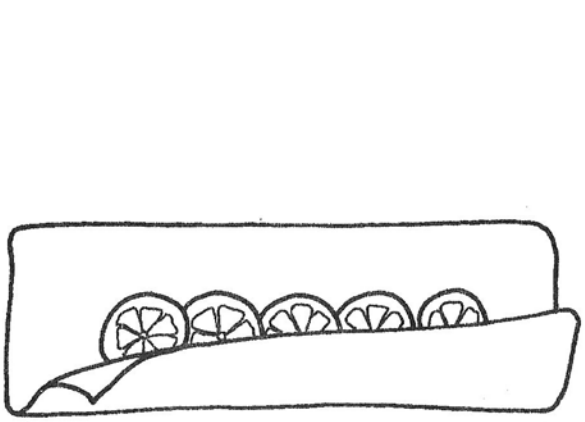
ამრიგად, დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ დასახელებული დაავადებებისათვის დამახასიათებელი გამონაყოფი (ლორწოვანი პროდუქტი) და გამხსნელი ტენდენციები სიცხიანი ბოდვების და შფოთვის დროს, ლიმონის მასრუქტურირებელ ძალების მეშვეობით უბრუნდება ჯანსაღ დინებას და მაშინვე იწყება გაუმჯობესება.

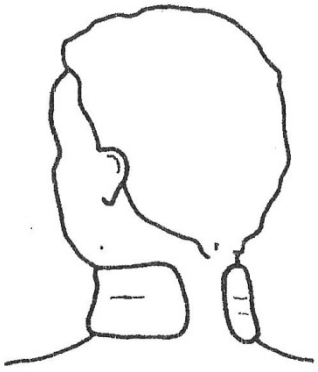
ლიმონის სახვევი

- მცენარის გამოყენებადი ნაწილი: ------ ნაყოფი, უპირატესად კანი
- დახასიათება: ---------- ნივთიერებათა ცვლის პროცესების დამორჩილება, სითბოსა და სინათლისაგან შემოსაზღვრულობა
- ჩვენება: ---------- ნივთიერებათა ცვლის ადგილშეცვლილი, მომატებული ინტენსივობის პროცესები სეკრეტების წარმოქმნით
- გამოყენების სახე: - ზომიერი ტემპერატურის სახვევი
  - ცხელი სახვევი
- გამოყენების არეალი: -ყელი
  -მკერდი

-წვივი

ყელზე ლიმნის საფენის მომზადების წესი:





ლიმონი გავრეცხოთ ნელ-თბილი წყლით, ჩამოვაჭრათ 4-6 ნაჭერი, დავაწყოთ ქსოვილის შუაში, თანმიმდევრულად, შემდეგ მუშტით დავსრისოთ - ქსოვილი იჟღინთება ლიმნის წვენით, ლიმნიანი ნაჭერი შემოვახვიოთ კისერზე, ისე რომ ხერხემლიდან მარჯვნივ და მარცხნივ 2-2სმ დარჩეს თავისუფალი. საფენი შეიძლება გავაჩეროთ ერთი საათი ან უფრო ხანგრძლივად. თუ ესეთი სახის საფენი იწვევს ქავილს და ტკივილს, საფენი უნდა მოიხსნას და გაკეთდეს სხვა ვარიანტი:

ჯამში ჩავასხათ ერთი დიდი ჭიქა თბილი ან ცივი წყალი და დავამატოთ ერთი სუფრის კოვზი ლიმნის წვენი. ამ მომზადებულ სითხეში დავასველოთ იმ ზომის ნაჭერი რომ პაციენტს ყელზე შემოეხვიოს ისე, რომ ხერხემლის ადგილები დარჩეს თავისუფალი. ასეთი საფენის გაჩერების ხანგრძლივობა ½ -დან 1 საათია. პაციენტს უნდა ჰქონდეს სასიამოვნო შეგრძნება, წინააღმდეგ შემთხვევაში საფენი უნდა მოვაცილოთ.

ასეთი ტექნიკით არის შესაძლებელი **წვივებზე ლიმნიანი საფენის გაკეთება.**

რაც შეეხება **მკერდზე ცხელი, ლიმნიანი საფენის** გაკეთებას, ამისთვის საჭიროა:

1.ოთახის კარგად განიავება, რადგან სახვევი ძლიერ აღაგზნებს სუნთქვა;

2.პაციენტის ნაწლავების და შარდის ბუშტი უნდა იყოს დაცლილი და თავისუფალი;

3.პაციენტი უნდა მოთავსდეს საწოლში ტანწამოწეული.





პაციენტის ზურგს უკან მოვათავსოთ ორივე მხრიდან დახვეული შალის ნაჭერი, ¾ ლიტრი თითქმის მდუღარე ჯამში ჩასხმული წყალი. ნახევარი ლიმონი ჯამში დანა-ჩანგლით ჩავჭრათ წრიულად და გამოვწუროთ ჭიქით. ამგვარად, ქერქის ეთერზეთები წყალში რჩება. ამ წყალში უნდა დასველდეს ნაჭერი და კარგად გავჟღინთოთ. საფენი უნდა გააკეთოს ორმა ადამიანმა: პაციენტი უნდა წამოვსვათ, კარგად გაწურული ორთქლიანი ნაჭერი მივატყაპუნოთ ზურგზე და სიცხელე როგორც კი ასატანილი იქნება, სასწრაფოდ დავადოთ, პაციენტს დავაწვინოთ და სწრაფი მოძრაობით საფენი შემოვახვიოთ, ნაოჭების გარეშე, რადგან ნაოჭები ხელს უწყობს სწრაფ გაციებას, მაშინვე ზემოდან შემოვახვიოთ უკვე გამზადებული შალის ნაჭერი, მჭიდროდ, მაგრამ არაშემაწუხებლად და დავამაგროთ, საბანი კარგად შემოვუკეცოთ, ისე რომ ჰაერი არცერთი მხრიდან არ შედიოდეს. პროცედურა გრძელდება დაახლოებით 15 წუთი. პაციენტი უნდა იმყოფებოდეს მეთყვალყურეობის ქვეშ, უნდა ვაკვირდებოდეთ მის სუნთქვასა და ფერს, პაციენტი არ უნდა გაოფლიანდეს. თუ პაციენტს ჰაერის უკმარისობა დაეწყო, საფენი უნდა მოვხსნათ. საფენის მოხსნის შემდეგ ხაოიანი პირსახოცით კანი კარგად უნდა გავამშრალოთ.

კომბოსტოს ფოთოლი გამოყენება



სავოის კომბოსტოს ან თეთრი კომბოსტოს ფოთოლი, როგორც გარეგანი გამოყენების სამკურნალო მცენარე, ჯერ კიდევ ნაკლებად ცნობილ შესაძლებლობებს მოიცავს თავის თავში. ისევე როგორც სამზარეულოში, მოვლაშიც გამოიყენება კომბოსტოს ფოთოლი. მას რეცხავენ, აცლიან ფოთლის მაგარ ძარღვებს, მოსრესენ, შესაძლოა ოდნავ შეათბონ კიდეც და უშუალოდ სხეულის შესაბამის დაშავებულ ნაწილს ადებენ და აფიქსირებენ. ჩვენება მრავალგვარია და ეფექტები კი - შთამბეჭდავი.

პირველ რიგში, განვიხილოთ მცენარე, როგორც ასეთი. კომბოსტო მიეკუთვნება ჯვაროსანთა ოჯახს, რომლის წარმომადგენლები ხარობენ ნაკლებად ნაყოფიერ, მწირ ნიადაგზე. ამ ოჯახში შედის განსაკუთრებით დიდი რაოდენობით ეგრეთ წოდებული ,,სარეველები''. ეს სწორედ ისინია, რომლებიც მიუხედავად ნიადაგის სიმწირისა, კარგად გრძნობენ თავს. ყველა პროცესი, დაწყებული გაღივებით, დაფესვიანებით, ფოთლების გამოტანით, ყვავილობით და ნაყოფის შექმნით დამთავრებული, ძალიან სწრაფად მიჰყვება ერთამენთს და იწყება წლის ადრეულ პერიოდში. მცენარე მიწიდან იღებს გოგირდს მდოგვის ზეთის გლიკოზიდების სახით, რაც განაპირობებს უმი ფოთლის თავისებურ გემოს, რომელიც შეიძლება დახასიათდეს როგორც ძლიერი, მიმზიდველი, მსუსხავი და ცხარე, რომელიც ასევე გრილიცაა. გოგირდის სუნი მხოლოდ მაშინაა საგრძნობი, როცა ფოთოლი არის დაზიანებული. ყველას უგრძვნია თითქოს მსუსხავი და ნაწილობრივ ცრელმდენი სუნი კომბოსტოს ფოთლისა მისი დაჭრის დროს. კომბოსტოს მოხარშვის შედეგად, სითბური პროცესების გავლენით, გემო ნაკლებად მძაფრი ხდება და გოგირდის სუნიც ქრება.

მცენარის ნაწილი, რომელზედაც საუბარია და რომელიც გამოიყენება, არის ფოთოლი, ბალახი და არა ნაყოფი, როგორც ეს შეიძლებოდა გვევარაუდა კომბოსტოს შეკრული თავის დანახვისას. წვნიანი, ხორციანი ფოთლები ისე მჭიდროდაა ერთმანეთზე დალაგებული, რომ ძნელია მათი ერთმანეთისაგან გამოცალკევება. მაშასადამე საქმე გავქვს მჭიდროდ შეკრულ, გარედან შემოსაზღვრულ ზრდასთან, სადაც ღეროს ზრდა თითქმის ნულამდეა დაყვანილი. ეს მკვრივი სტრუქტურა უძნელებს ადამიანს კომბოსტოს კერძების მონელებას.

კომბოსტოს ფოთლის გარეგანი გამოყენების გამოცდილი ჩვენებებია: ღიმფის შეგუბება, თრომბები, კანის წყლულოვანი ანთება, ნაწოლების წყლულები, აბცესები, რევმატიული და

მენსტრუალური ჩივილები და მეტასტაზური ტკივილები რბილი ქსოვილების და ძვლების მეტასტაზების დროს.
ერთი შეხედვით, ეს დაავადებები სრულად განსხვავებულია ერთმანეთისაგან, მაგრამ ყველანი ავლენენ საერთო თავისებურებებს: საქმე ეხება ქრონიკულად პროგრესირებად ავადმყოფურ პროცესს.
იქმნება შთაბეჭდილება, რომ სასიცოცხლო პროცესები ამოერთვებიან ორგანოებიდან. ასე მაგალითად, სითხე და ნივთიერებები, როგორც მკვდარი, ისე ჩალაგდებიან, წყვეტენ მთლიან ორგანიზმთან კავშირს. კანის წყლულოვანი დაავადებისა და ნაწოლების დროს საქმე უშუალოდ კვდომის პროცესებთან გვაქვს. სიცოცხლე თანდათან ქრება. ეს ეხება ასევე რევმატიულ დაავადებებს, რომლის დროსაც ანთებისა და გამკვრივების პროცესები ერთმანეთს ენაცვლება.
კომბოსტოს დაფენილ ფოთოლს ამ შემთხვევაში შეუძლია უკეთესობა და ტკივილების დაამება მოიტანოს. შეგუბებული სითხეები ისევ მოძრაობაში მოდის, ხდება მსუბუქი და ისევ ერთვება ნივთიერებათა ცვლაში. აბცესები მწიფდება და იხსნება, ღია ჭრილობები სუფთავდება და ქსოვილი ცოცხლდება. იქ სადაც უძრაობა იყო გაბატონებული, იწყება ისევ მოძრაობა. ამიტომაც, გასაგებია, რომ მკურნალობის დასაწყისში პაციენტმა შეიძლება ტკივილების მომატება იგრძნოს.
განსაკუთრებით შთამბეჭდავია კომბოსტოს ფოთლის ტკივილგამაყუჩებელი ეფექტი მეტასტაზების დროს.
ამრიგად, რჩება შემდეგი შთაბეჭდილება: კომბოსტოს მცენარის ძლიერი ცხოველმყოფელობა შესაძლებელს ხდის ავადმყოფური პროცესი ისევ სიცოცხლეს დაუქვემდებაროს.

მცენარის გამოყენებადი ნაწილი: -ფოთოლი სავოის და/ან თეთრი კომბოსტოს ფოთლები

მახასიათებლები: -ნივთიერებათა ცვლის პროცესების შესუსტება
ჩვენება: -კვდომის პროცესები
გამოყენების სახე: -კომბოსტოს ფოთლის საფენი (ზომიერი სიგრილის ან შემთბარი)
გამოყენების არეალი: - ადგილობრივი, დაშავებული რეგიონი

გვირილას გამოყენება

გვირილა დღესაც ერთ-ერთი ყველაზე ცნობილი სამკურნალო მცენარეა. ვის არ გამოუცდია თავის თავზე გვირილის ჩაის სამკურნალო და კეთილმყოფელი ზემოქმედება ცუდად ყოფნის, კუჭის ჩივილების, სპაზმური ტკივილების, გაზების დაგროვების და შეკრულობის



დროს? ვინ არ იცნობს მას, როგორც ჭრილობის შეხორცების კარგ საშუალებას ძნელად შეხორცებადი ჭრილობების დროს? ზოგიერთი ჩვენგანისათვის გვირილა არის ავადმყოფობისაგან დამცველი იდეალი და იწვევს დაავადების განცდათა ცხად მოგონებებს. ჰაინრიხ ვაგერლი ამას შემდეგნაირად აღწერს:

,,შემოქმედმა გვირილას მიანიჭა სხეულში ტკივილგამაყუჩებელი ძალა.
ის ყვავის და უშიშრად ელოდება იმას, ვისაც მუცლის ტკივილი ტანჯავს.
თუმცა ადამიანს მისი ტანჯვის დროს არ სჯერა იმის, რაც შეიძლება ზოგადად მოცემული აქვს.
იგი უხმობს აბებს. იგი ამბობს, ღვთის გულისათვის, დამეხსენით თქვენი გვირილებით. ‘’

საბედნიეროდ, გვირილა შემოგვრჩა, როგორც სამკურნალო საშუალება. როგორც სამკურნალო მცენარე იგი უძველეს დროში გამოიყენებოდა, და არის მაგალითი სამკურნალო პროცესში ყვავილის ზემოქმედებისა. გარეგან საშუალებად შეიძლება გამოყენებული იქნეს დასახელებული ჩვენებების დროს, როგორც მუცლის ცხელი კომპრესი, რადგან მას განსაკუთრებული მიმართება აქვს ნივთიერებათა ცვლის პოლუსთან ადამიანში.

ბოტანიკური თვალსაზრისით, იგი მიეკუთვნება რთულყვავილოვანთა ოჯახს. მცენარეთა ამ ოჯახის პოვნა დედამიწის თითქმის ყველა ზონაში შეიძლება, სადაც სითბო და სინათლეა. მას უყვარს სინათლე და სითბო და ისინი ჭირდება კალათა ყვავილედის შესაქმნელად. როგორც ველური მცენარე, იგი იშვიათია და ხშირად ეშლებათ მსგავს რთულყვავილოვნებში.

უკვე შემოდგომიდანვე ფესვებიდან ვითარდება ფოთლების პირველი პატარა როზეტები, რომლებიც ზამთარში ყინულის და თოვლის ქვეშ ღონიერდება და რომელთაგანაც სითბოს მატებასთან ერთად ღონიერი, ღია მწვანე ფერის წვენით სავსე მრავალფოთლიანი ყლორტი ვითარდება. როცა მცენარე, პირველ ყვავილებს გამოიღებს, ფოთოლთა განვითარება ძლიერი დატოტიანებისა და ღეროს ზრდის გამო ფერხდება, მეჩხერდება და ხდება გამჭირვალე. რაც უფრო მეტი ყვავილი წარმოიქმნება, მით უფრო ნელდება ფოთლების ზრდა, ყვითლდება და ბოლოს საერთოდ ხმება. ყვავილები ხდება ნაზი ყვითელი ფერისა და ხელის ოდნავ შეხებაზე გამოსცემს მოტკბო, არომატულ, მხოლოდ გვირილისათვის დამახასიათებელ თავისებურ სურნელს.

მზის სითბოს დახმარებით მცენარე ყვავილში წარმოქმნის სპეციფიკურ ეთერულ ზეთს. ჩვენ მას ვიღებთ გამოხდის ან კიდევ ჩაის ნაყენის მომზადების გზით. გეგონებათ, ყვავილებს მზის სითბო მიუღიათ და ეთერულ ზეთში დაუგროვებიათო. სათანადო დამუშავების შემდეგ სინათლისა და სითბოს ძალები ისევ გამოთავისუფლდება შეუძლია თავიანთი სპეფიციური მოქმედების განახორციელება. ამ ყველაფრის განმსჭვალავი ოქროსფერი სითბო შემდეგში შეიძლება, მაგალითად, მუცლის კომპრესების დახმარებით, მიეწოდოს ადამიანის სხეულს.
სითბო, როგორც ნივთიერებათა ცვლის სისტემის მახასიათებელი, დასახელებულ ავადმყოფობათა დროს იკარგება. ხშირად ამ დროს ადგილი აქვს შემცივნებას. მოძრაობის ნაცვლად თავს იჩენს მოუქნელობა და კრუნჩხვისადმი მიდრეკილება, რაც გამოიხატება მუცლის შებერვასა და შეკრულობაში. შფოთვისა და ნევროზულობის დროს არის მშვინვიერი სითბოსა და დაცულობის ნაკლებობა.
ეთერული ზეთის სითბოსა და სინათლის ძალები თბილი კომპრესის სახით სხეულს თუ მიეწოდება, მაშინ მალე ხდება ტკივილის დაამება, სხეულის მთლიანი გათბობა და განმუხტვა.
თბილი კომპრესები წარმოადგენს უკუჩვენებას მუცლის ტკივილის ყველა ბუნდოვანი და მწვავე ფორმების დროს.

მუცლის საფენი გვირილით

მცენარის გამოყენებადი ნაწილი: - ყვავილი
მახასიათებლები: - - სითბოსა და სინათლესთან ინტენსიური კავშირი
ჩვენება: - ნივთიერებათა ცვლის შეფერხებული, კრუნჩხვითი მიმდინარეობა ნივთიერებათა ცვლის - კიდურების სისტემაში
გამოყენების სახე: - ცხელი საფენი (კომპრესი)
გამოყენების არეალი: - მუცელი
გამოიყენება გვირილის ბალიშები - ჰაიმორის ღრუებზე, ყბაზე და ყურებზე დასადებად:
შესახვევ ნაჭერზე დავყაროთ გვირილის ყვავილები, დაახლოებიტ 3 სმ სიმაღლეზე და ნაჭერი პალსტირის საშუალებით შევკრათ ბალიშებად (სასურველია ორი ბალიში). გვჭირდება ოეი სათბურა, რომელიც უნდა შევავსოთ ცხელი წყლითმ ისე რომ ისინი ბრტყელი იყოს. ბალიშები და ბამბა ან მატყლი ჩავდოტ ფოლგის ფურცელში, მოვათავსოთ სათბურებს შორის და 6-8 წუთი გავაჩეროთ. შემდეგ გვირილის ერთი ბალიში და ბამბის ნახევარი ამოვიღოთ და დავადოთ მტკივნეულ ადგილზე და დავაფიქსიროთ აბრეშუბის ან მატყლის თავსაფროთ, ბალიშები უნდა ხშირად ვცვალოთ, რომ მუდმივად თბილი იყოს. პროცედურა ხანგრძლივი არ უნდა იყოს, რადგან თავის მიდამოში ხანგრძლივი სითბური ზემოქმედება არ შეიძლება. პაციენტი, პროცედურის შემდეგ, ნახევარი საათი უნდა დარჩეს დახურულ სივრცეში.

მდოგვის გამოყენება



მის გამოყენებას განსაკუთრებული სიფრთხილე ჭირდება. მდოგვის შემთხვე
ვაში საქმე გვაქვს ძალიან ძლიერად მოქმედ სამკურნალო საშუალებასთან, რომელთანაც დიდი პასუხისმგებლობით მოქცევაა საჭირო, რადგან არასწორი გამოყენებისას შეიძლება დამწვრობა გამოიწვიოს.

რას უკავშირდება სითბოს ეს ძალზე ძლიერი წარმოქმნა, მაშინ როცა მდოგვის ფხვნილი, როგორც ფაფისებრი კომპრესი (კატაპლაზმა) ან ფეხების აბაზანის დანამატი მაქსიმუმ 400C^0 ტემპერატურის წყალში იხსნება?

მდოგვის მცენარე, ისე როგორც კომბოსტო, მიეკუთვნება ჯვაროსნების ოჯახს. იგი იზრდება მთელ ცენტრალურ ევროპაში ველურად. ნიადაგის მიმართ იგი არ არის მომთხოვნი და ისევე, როგორც კომბოსტო, ავლენს მაღალ სიცოცხლისუნარიანობას.

გოგირდის წარმომქმენლი პროცესები აქ, ცხადია, ფოთოლში კი არ მიმდინარეობს, არამედ თესლში. ამაში ვლინდება ასევე ძლიერი კავშირი სითბურ პროცესებთან. ისინი მხოლოდ მაშინ გამონთავისუფლედება, როცა ძლიერ აორთქლებადი გაუჯერებელი მდოგვის ზეთი და მდოგვის გლიკოზიდები წყალში იხსნება. ვინაიდან მდოგვი კანსა და ლორწოვან გარსს ძალიან აღიზიანებს, ნივთიერებათა ცვლის პროცესები ინტენსიურდება.

გამოყენების ფორმებისა და ჩვენების თვალსაზრისით მდოგვის ფხვნილი გამოდგება:

- **როგორც მკერდის სახვევი:** ფილტვების ანთებისა და ბრონქოპნევმონიის დროს.
- **როგორც ტერფის აბაზანა:** გრიპის დასაწყისს სტადიაში თავის ტკივილებით და ასევე შაკიკის შეტევისა და ქრონიკული ასთმის დროს

მდოგვის გამოყენების დიფერენცირებულ ჩვენებებზე რომ ვილაპარაკოთ, საჭიროა ნათლად წარმოვიდგინოთ დაავადების მიმდინარეობის პროცესი. მაგალითად, ფილტვების ანთების დროს, უპირველეს ყოვლისა, უნდა დავსვათ კითხვები:

- ქრონიკულ მიმდინარეობასთან გვაქვს საქმე თუ მწვავესთან?
- ლორწო ძლიერ არის თუ არა ჩაწეპებული და შეუძლებელია თუ არა ამოხველება?

- როგორ იცვლება სხეულის ტემპერატურა - პაციენტის მაღალი სიცხე აქვს, თუ - შედარებით ზომიერი ტემპერატურა?
- ავადმყოფი მისუსტებულია, თუ ჰყოფნის ძალები დაავადების დასაძლევად?

თუ ფილტვების ანთებას კლასიკური მწვავე სიცხიანი მიმდინარეობა აქვს და პაციენტს შესწევს ძალა მაღალ სიცხეს დამამძიმებელი სხეულებრივი ან ფსიქიკური დაზიანების გარეშე გაუმკლავდეს, მაშინ მკერდის სახვევი მდოგვით, როგორც სითბოს მასტიმულირიებელი, ხელს შეუწყობს ამ პროცესს. თუ სიცხე მეტისმეტად აუარესებს პაციენტის მდგომარეობას თავის ტკივილების, სისხლის მიმოქცევის სისუსტის, ძილად მივარდნის სახით, მაშინ შვება შეიძლება მოჰყვეს მკერდის ან წვივების სახვევს ლიმონით.

თუ საქმე შედარებით დაბალსიცხიან (<38,5C^0) ქრონიკულ მიმდინარეობას ან ანტიბიოტიკებით ნამკურნალევ პნევმონიას ეხება, რომლის დროსაც სიცხე, როგორც წესი სწრაფად იკლებს, მაშინ რეკომენდირებულია მკერდის **ჯანჯაფილის** სახვევის გამოყენება .

შაკიკისა და თავის ტკივილის დროს მატულობს ნივთიერებათა ცვლის ინტენსიობა თავში მოჭერის გრძნობის, პულსაციის, შეხურებისა და სეკრეტის მომატებული წარმოქმნის სახით. ეს პროცესები მასიურად იქ იჩენენ თავს, სადაც არაა მათი ადგილი. მაშასადამე, უნდა მივმართოთ ფეხების აბაზანას, როგორც ნივთიერებათა ცვლის – კიდურების სისტემაზე მოქმედ პროცედურას, რათა ეს ადგილგადანაცვლებული ნივთიერებათა ცვლის პროცესები თავის ადგილას დაუბრუნდეს ან გაქრეს.

ქრონიკული ასთმის შემთხვევაში ნივთიერებათა ცვლის პოლუსის სტიმულირების გზით ხშირად რიტმული სისტემის გაფართოება ხდება, რაც დადებით გავლენას ახდენს სპაზმურ პროცესებზე, გასათვალისწინებელია, როგორი ინერტული და გახევებული შეიძლება იყოს ასთმიანი პაციენტის მთელი მომნელებელი სისტემა. ამ სისტემის რეგულირებას მოჰყვება რიტმული სისტემის რეგულირებაც.

მდოგს შეუძლია დახმარება იმით, რომ არასწორად ლოკალიზებული ნივთიერებათა ცვლის პროცესები თავის ადგილას დაუბრუნოს; ან დუნე, ანთების პროცესები გარკვეულ პიკამდე აამაღლოს და შემობრუნების წერტილამდე მიიყვანოს.

ამრიგად, ეს მოქმედება სრულიად განსხვავდება ლიმონისა და კომბოსტოს ფოთლის მოქმედებისაგან, რომელთაც ასეთი ცეცხლოვანება არ ახასიათებთ. ამიტომ მდოგვის გამოყენება ნაჩვევ პაციენტებთან მაქსიმუმ 15-20 წთ შეიძლება, მაშინ, როცა კომბოსტოს ფოთოლი რამდენიმე საათი შეიძლება ეფინოს პაციენტს.

მკერდის სახვევი მდოგვის ფხვნილით (კატაპლაზმა):

გაშლილ ნაჭერზე გავშალოთ მდოგვის ფხვნილი, დაახლოებით 2მმ სიმაღლეზე, გადავაფაროთ თხელი საშრობის ქაღალდი, შემდეგ ნაჭერი გადავკეცოთ ყველა მხრიდან, რომ მდოგვის ფხვნილი არ გადმოიყაროს. დავკეცოთ მდოგვიანი საფენი და ჩავდოთ ცხელ წყალში (38 გრად.) და ფრთხილი დაწოლით გავწუროთ. მკერდის ადგილზე უნდა წავუსვათ

ვაზელინი და დავფაროთ ბამბით, შემდეგ დავადოთ მდოგვიანი საფენი და შალის ნაჭერი. ყურადღება უნდა მივაქციოთ, რომ მდოგვიანი საფენი არ მოხვდეს მგრძნობიარე იღლიებში. ამის დასაცავად იღლიებში დავაფაროთ ნაჭერი. წითურ და ქერა პაციებტებთან საჭიროა სიფრთხილე, რადგან მათ მგრძნობიარე კანი აქვთ. პროცედურა უნდა გაგრძელდეს 5 წუთი. საფენის მოხსნის შემდეგ კანი კარგად უნდა გაიწმონდოს.
ფეხის (ტერფის) აბაზანა მდოგვის ფხვნილით

მცენარის გამოყენებადი ნაწილი: - თესლები

მახასიათებელი: - მაღალი სიცოცხლისუნარიანობა, გოგირდოვანი პროცესები

ჩვენება: - ნივთიერებათა ცვლის გაძლიერებული პროცესები
გადანაცვლებულ ნივთიერებათა ცვლის პროცესები:
ფილტვების ანთება გრიპის საწყისი სტადია
ბრონქოპნევმონია თავის ტკივილი შაკიკი
ქრონიკული ასთმური ჩივილები

ზემოქმედების სახე: - ფაფისებური საფენი

- ნაწილობრივი აბაზანა
კატაპლაზმა

ზემოქმედების ადგილი: - გულმკერდი ტერფები და წვივები

ნივთიერებათა ცვლის აქტივობასა და სითბურ პროცესებზე დაკვირვება და გავლენა

ყველა გარეგან ზემოქმედებათა ქმედითობა დამოკიდებულია გამიზნულ ჩვენებაზე. ეს კი, თავის მხრივ, გულისხმობს ნივთიერებათა ცვლის პროცესებზე ზუსტ დაკვირვებასა და ავადმყოფობის ფარგლებში შეფასებას.
დანიშნული პროცედურის ჩატარებამდე მომვლელებმა საკუთარ თავს უნდა დაუსვან შემდეგი კითხვები:
• რომელი მიმართულებით უნდა მოხდეს თვითგანკურნების ძალების სტიმული-რება ან დახმარება?
• რა არის უფრო საჭირო: ნივთიერე-ბათა ცვლის გამიზნული პროვოცირება, თუ მისი შეფერხება და მოწესრიგება?

ჩვენებათა აღმოსაჩენად და გამოსაცდელად მნიშვნელოვანი ამოსავალი წერტილი პაციენტის სითბური ორგანიზმისა და მასში სითბოს გადანაწილებაზე დაკვირვებაა. ამასთან ერთად არ უნდა დაგვავიწყდეს, რომ ადამიანის მიერ სითბოს განცდა ძალიან ინდივიდუალური და ამდენად სუბიექტური განცდაა. მკურნალობის დროს ასევე საჭიროა, სითბოს ნაკადზე, სითბოს გამოცემაზე დაკვრივება. ცხელი ზემოქმედებისას პაციენტის სითბური ორგანიზმი ფართოვდება, ცივის დროს კი იკუმშება.

ამ ზემოქმედებათა თერაპიული ეფექტი არსებითად იმაზეა დამოკიდებული, თუ რამდენად არის შესაძლებელი მის სხვადასხვა ნიუანსში ჩაწვდომა. თანაც, ამით ნათელი ხდება, თუ როგორ განსხვავდება ეს მეთოდი კლასიკური გაგებით რეცეპტების გაცემისგან.

მიუხედავად ამისა, ან შესაძლოა სწორედ ამის გამოც, საჭიროა ყურადღება მიექცეს ზოგიერთ მნიშვნელოვან წესს, რომლებზედაც საუბარი მომდევნო თავებში იქნება.

სახვევებისა და საფენების შესრულების ძირითადი წესები

გამოყენებული ნივთიერებები

მოტანილი მაგალითები აჩვენებს, რომ ჩვენ სრულიად განსხვავებულ ნივთიერებებს ვიყენებთ. აქაც, როგორც მედიკამენტების მიცემის დროს, ზუსტი ცოდნაა საჭირო მოსალოდნელი ეფექტების, გვერდითი ეფექტების, ჩვენებებისა და გამოყენების ფორმების შესახებ.

გარეგანი ზემოქმედებების დროს ჩვენ ძირითადად მცენარეთა ექსტრაქტებით ვმუშაობთ. შესაძლებლობის მიხედვით, გამოყენებული უნდა იქნეს მხოლოდ ბიოლოგიურად და ეკოლოგიურად სუფთა პროდუქტები ე.ი. უნდა ვერიდოთ ქიმიკატებით და კონსერვანტი ნივთიერებებით დამუშავებულ პროდუქტებს. რადგან ნივთიერებებში შეღწეულმა მცენარეთა დაცვის საშუალებებმა (პესტიციდებმა) და სასუქებმა შეიძლება კანის გაღიზიანება გამოიწვიოს.

ნაყენების გამოყენების დროს ასევე დიდი ყურაღება უნდა მიექცეს ხარისხს. ყიდვა აფთიაქში აჯობებს, დარწმუნებული უნდა ვიყოთ, რომ ნედლეული ახალია და განსაზღვრული რაოდენობის ეთერულ ზეთს შეიცავს.

ნაყენების მომზადებისათვის გამოიყენება მცენარის გარკვეული ნაწილები (ყვავილი, ღერო, ფესვი). საკვანძო წესად შეიძლება ჩაითვალოს: რაც უფრო მაგარია მცენარის გამოსაყენებელი ნაწილი, მით უფრო ინტენსიური უნდა იყოს მომზადების ფორმა, მაგალითად, ხარშვა.

გვირილის ნაზი ყვავილების გამოყენებისას სრულიად საკმარისია მდუღარე წყლით ხანმოკლე დაყენება (2წთ), ეთერული ზეთის ყვავილებიდან გამოსაყოფად. გვირილის ჩაის თუ უფრო დიდხანს დავაყენებთ, მაშინ იგი უმალ გამწარდება, რადგან გარდა ეთერული ზეთისა, გამოიყოფა მწარე და მთრიმლავი ნივთიერებებიც, რომელთაც გვირილა შეიცავს. ეს უკანასკნელი მნიშვნელოვანია ჭრილობის მობანისათვის ანთების საწინააღმდეგო და გაღიზიანების მომხსნელი ეფექტის გამო.

მალამოიანი საფენები

მალამოიანი საფენების გაკეთებისას ყურადღება უნდა მივაქციოთ იმას, თუ რომელ მალამოს ვიყენებთ, მცენარეულს, მინერალურს, ცხოველურს თუ შერეული სახისას. ყოველთვის გვესაჭიროება ბამბის ან სელის ქსოვილის ნაჭრები, ორმაგად დაკეცილი/მალამო ჟღინთავს ნაჭერს და გამოდის მეორე მხრიდან. ნაჭერი უნდა იყოს იმხელა, რომ კიდეებზე სულ ცოტა 3სმ უნდა რჩებოდეს მალამო წაუსმელი. მალამოს ვანაწილებთ შპადელით თანაბრად ქსოვილზე. ისე უნდა გამოიყურებოდეს, როგორც კარგადწასმული ბრუტერბროდი. ზედაპირო პრიალა უნდა იყოს - მცენარეული მალამოს შემთხვევაში და მქრალი - მეტალური მალამოს შემხვევაში. ნაჭერი შესაძლებელია გამოვიყენოთ 2-3 კვირა.

ქსოვილების გამოყენება

ჩაის, ზეთის, ალკოჰოლური ექსტრატების ან მალამოების გარდა სახვევებისა და საფენებისათვის ვიყენებთ ასევე ქსოვილებს: ნაჭრებს, რომლებიც სათანადო ნივთიერებითაა გაჟღენთილი და უშუალოდ კანზე რომ უნდა იქნეს დაფენილი და ისეთებს, რომლებიც გარედან მჭიდროდ და თბილად შემოეხვევა სხეულის ნაწილს. ამ ნაჭრებისათვის გარკვეული მოთხოვნების წაყენებაა საჭირო.

შიგნითა ნაჭერი, საკუთრივ საფენი, კარგად უნდა იღებდეს ნივთიერებას, არ აღიზინებდეს კანს და კარგად ატარებდეს ჰაერს. ეს უკანასკნელი ძალიან მნიშვნელოვანია - სახვევი არ უნდა გადაიქცეს ოფლმდენ კომპრესად. ამიტომ მხოლოდ ბამბის, სელის და აბრეშუმის ქსოვილების გამოყენება შეიძლება. მაგალითად, ჩვენი მიზნისათვის კარგია ჩვილის თხელი სახვევები. რადგან საავადმყოფოში თეთრეულმა გამოხარშვას უნდა გაუძლოს, აბრეშუმი იქ ხმარებიდან ამოღებულია.

გარეთა ნაჭრებს უპირველეს ყოვლისა უნდა შეეძლოს სითბოს კარგად შენარჩუნება. გარდა ამისა, უნდა იყოს დამყოლი მჭიდროდ შემოსაკრავად და ჰაერგამტარი, ანუ რასაც სუფთა შალი აკმაყოფილებს. მაგრამ საავადმყოფოში ჰიგიენური მოსაზრების გამო შალის ნაჭერი არ გამოიყენება. ყველაზე გამოსადეგია დოლბანდის, ბამბაზიისა და ხაოიანი თეთრეული.

ზოგჯერ აუცილებელია, შიდა და გარეთა ნაჭერს შუაში კიდევ ერთი ნაჭრის ჩადება, რათა, მაგალითად, შალის ნაჭერი გაჭუჭყიანებისა და დაძენძვისაგან იქნას დაცული. ეს შუალედური ნაჭერიც ბამბის ან სელის უნდა იყოს.

სამწუხაროდ, საავადმყოფოში ძნელია წმინდა ბამბის თეთრეულის შოვნა, არადა ყველამ, ვისაც უმუშავია შერეული სინთეტიკური ქსოვილის ხალათით, იცის, თუ რაოდენ სწრაფად ხდება ჰაერის ჩახუთვა ასეთი ქსოვილის ქვეშ. ამის გამო არ უნდა მოხდეს სახვევისა და საფენისათვის საჭირო მასალის მოთხოვნებზე თვალის დახუჭვა. საბოლოოდ, სისტემატური პროცედურების შემთხვევაში, ძალაუნებურად, სხვადასხვა ზომის საკუთარი ასორტიმენტის მზადყოფნაში ქონა არის აუცილებელი.

სახვევისა და საფენისთვის განსაკუთრებული სამზადისი

თუ გადაწყვეტილება მიღებულია, რომ საჭიროა გარეგანი ზემოქმედება, მაშინ აუცილებელია უშუალოდ საქმის დაწყებამდე პროცედურის სათანადო კრიტერიუმების კიდევ ერთხელ გაცნობიერება.

პირველ რიგში ეს გულისხმობს ინფორმაციას პაციენტისაგან, ვინაიდან ჩვენ მისი თანადგომა გვჭირდება, მას უნდა განვუმარტოთ პროცედურის აზრი, მიზანი, მიმდინარეობა და შესაძლო რეაქციები. თუკი პაციენტის თანამშრომლობა შეუძლებელია, ანუ საქმე გვაქვს ბავშვთან ან ფსიქიური აშლილობის მქონე ადამიანთან, მაშინ, ზოგჯერ აუცილებელია, უფრო ,,რბილი'' პროცედურების დანიშვნა, როგორიცაა ზეთიანი შეფუთვა ან მალამოს საფენის დადება. რეაქცია ყოველთვის ისეთი შთამბეჭდავი არაა, როგორც მაგალითად, მდოგვის დროს შეიძლება იყოს. ამიტომ მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტმა თავისი დაკვირვება მცირე ცვლილებებზე მიმართოს და მათ შესახებ გვაცნობოს.

ზოგიერთი ზემოქმედება ააქტიურებს გამოყოფის პროცესებს. ამიტომ, პროცედურის წინ პაციენტი ტუალეტში უნდა წავიდეს. მკერდის მდოგვიანი სახვევების დროს საკმარისია ლორწოსათვის პარკის ან ჭიქის მომზადება. რადგანაც ბევრი სახვევი სუნთქვას ააქტიურებს, საჭიროა წინასწარი ოთახის განიავებაზე ზრუნვა. ამავე დროს, მიუხედავად განიავებისა, ოთახი თბილი უნდა იყოს. ხშირად სახვევის დადების დროს ჩნდება დასვენების დიდი მოთხოვნილება, ხშირად პაციენტი იძინებს პროცედურის დროს ან მის შემდეგ. ყურადღება უნდა მივაქციოთ:

- წევს თუ არა მოხერხებულად?
- თვალს ხომ არ ჭრის ჭერის კაშკაშა სინათლე ან მზე?
- შეუძლია სიმშვიდეში იძინოს, თუ კიდევ ერთი გამოკვლევის წინაშე დგას?
- პროცედურის შემდეგ მაშინვე ხომ არ იწყება მონახულების პერიოდი ოთახში მისი თანმხლები შფოთვარებით?

ყველა ეს კითხვა წინასწარ უნდა იქნეს გარკვეული, რადგან არა მარტო პროცედურის ჩატარების დროა მნიშვნელოვანი, არამედ დასვენებისა და განმუხტვის ფაზაც.

პაციენტისათვის კარგი ჩარჩო-პირობების შესაქმნელად, სასურველია გარეგანი ზემოქმედებანი წინასწარ ჩაისვას პაციენტის დღისა და მომვლელის სამუშაო დღის განრიგში. გარემოებათა გამო აუცილებელია დღის განრიგში ზოგიერთი ცვლილების შეტანა ან პაციენტისათვის დღის რეჟიმის შედგენა, რათა შემდგომში პროცედურა თანმიმდევრულად ყოველთვის დღის ერთსა და იმავე დროს ჩატარდეს.

ზემოქმედების მიმდინარეობის ზუსტი თანმიმდევრობის გაცნობა შეიძლება ელზ აიხლერის წიგნში - ,,სახვევები და საფენები''. წინასწარი მზადების ბოლო ნაბიჯები, როგორიცაა მაგალითად, ნაჭრის დასველება და გაწურვა, უშუალოდ პაციენტის საწოლთან უნდა მოხდეს. ამ გზით მას შეუძლია პროცედურის ამ ნაწილში მონაწილეობის მიღება და შესაძლოა მასთან თანამშრომლობა ასეც დაიწყოს.

რაც უფრო დიდია მომვლელის მზრუნველობა, მით მეტია პაციენტის ყურადღება და პროცესში შინაგანი ჩართულობა. ამან შეიძლება თვით სკეპტიკური პაციენტებიც კი გადაარწმუნოს.

ორგანიზმზე დაკვირვების ძირითადი ამოცანები

ადამიანის სამწევროვანებისა და სამკურნალო მცენარეთა მიმართებისადმი მიძღვნილ მონაკვეთში, კარგად იყო ნაჩვენები, თუ რამდენად მნიშვნელოვანია საგულდაგულო და ინტენსიური დაკვრივება. ეს ეხება როგორც მართებული ჩვენების განსაზღვრას, ასევე პროცედურის პროცესში პაციენტის თანადგომას.
აქ შეიძლება, საკითხის უკეთ გასაგებად, მოხმობილ იქნეს კითხვა-პასუხის მაგალითი. რა სიხშირით ვსვამთ ჩვენ კითხვებს ისე, რომ სინამდვილეში პასუხს არც ველოდებით? ასეთი საქციელი შეიძლება უყურადღებობას, ან უარეს შემთხვევაში, ინტერესის ნაკლებობის მაჩვენებელი იყოს. პასუხისადმი ინტერესი კი აუცილებლად საჭიროა კითხვის დამსმელისათვის, რომ იგი განვითარდეს და ახალი რამ ისწავლოს. თუ ნათქვამს გარეგანი ზემოქმედების პროცედურებს მივუსადაგებთ, ეს ნიშნავს იმას, რომ ამ პროცედურით ორგანიზმისათვის კითხვის დასმა ხდება. პასუხი მასზე კი არის პაციენტის რეაქცია, როგორც სხეულებრივ დონეზე, ასევე მშვინვიერ სფეროში.
ჩვენ მზერას უპირველეს ყოვლისა სითბურ ორგანიზმს მივაპყრობთ. ადამიანის მიერ საკუთარი სითბოს განცდა არის აბსოლუტურად სუბიექტური აღქმა და ავადმყოფებში ხშირად საგრძნობლად დარღვეულია.
სახვევის და საფენის დროს სითბურ ორგანიზმს წაეყენება გაზრდილი მოთხოვნა. ამიტომ, დაკვრივების გარკვეულ კრიტერიუმს დიდი მნიშვნელობა აქვს.
სითბური ორგანიზმის დაკვირვების კრიტერიუმები:

- რექტალური ტემპერატურა პროცედურამდე და მის შემდეგ;
- ტემპერატურის ცვლილებების მაჩვენებელი დღის მანძილზე;
- კიდურების ტემპერატურა;
- სხეულზე სითბური ზონები;
- ცივი ზონები სხეულზე;
- სითბოს აღქმის უნარის შეცვლა პაციენტთან (სუბიექტური განცდა).

დაკვრივების ყველა სახე ერთმანეთთანაა დაკავშირებული და აქვს მნიშვნელობა თერაპიისთვის. აქედან გამომდინარე, ზოგადი დაკვირვების მოცემული კრიტერიუმი რელევანტურია.

დაკვირვების ზოგადი კრიტერიუმები

- მდგომარეობის გაუმჯობესება სითბო/სიცივის მეშვეობით;

- მდგომარეობის გაუარესება სითბო/ სიცივის გზით;
- გამოყოფის პროცესების შეცვლა;
- ცნობიერების გაუარესება ;
- ძილის ხარისხი (იძინებს უკეთ/ უარესად, სძინავს უწყვეტად, ხედავს მეტ/ნაკლებ სიზმარს);
- დასვენებისა და იზოლაციის მოთხოვნი-ლების ცვლილება;
- გულის და სისხლის მიმოქცევის მდგო-მარეობის შეცვლა (სისხლის წნევის მაჩვენებელი, პულსის მაჩვენებელი).

დაკვირვებები იძლევა ამომწურავ ინფორმაციას პროცედურის ეფექტების თვალსაზრისით. ეს თავის მხრივ დამოკიდებულია პროცედურის სათანადოდ ჩატარებაზე და ჩვენების მართებულობაზე. ჩვენ, როგორც მომვლელებს, სწორედ ამაში გვეკისრება დიდი პასუხისმგებლობა. ექიმი დამოკიდებულია ჩვენს უნარებსა და შესაძლებლობებზე.

გარდა ამისა, დაკვირვებები შესაძლებელს ხდის ნივთიერებათა ცვლის პროცესებზე დასკვნების გაკეთებას და შესაბამისად სახვევის ან საფენის გაკეთებისას გარდაუვალ ცვლილებებს ან კორექციას.

რადგანაც სითბოს განაწილება სისხლის მიმოქცევაზეა დამოკიდებული, შეიძლება ზუსტი დაკვირვების მნიშვნელობა სათანადოდ არ იყოს ხაზგასმული. უყურადღებობამ შეიძლება ის გამოიწვიოს, რომ სახვევი ან საფენი არასასიამოვნოდ და პარადოქსულად მოქმედებდეს.

გარდა აღნიშნულისა, მნიშვნელოვანია შემდეგი მითითებები:

- ხშირად პატარა ნაბიჯებს უფრო კარგად შეუძლია მიზნისკენ თანდათან და განმკურნებლად წარმართვა
- წვივების სახვევი არასოდეს არ შეიძლება ცივი წყლით გაკეთდეს
- თანახმად მოწოდებისა ,,ხშირად მცირედიც ზედმეტი შეიძლება იყოს'', შეიძლება აუცილებელი იყოს სახვევის ტემპერატურა პაციენტს თანდათან ,,შევაპაროთ'', მაგალითად, მუცლის საფენი დღითი-დღე უფრო თბილი გავხადოთ ან მკერდის მდოგვის სახვევის ხანგრძლიობა ყოველდღე ერთი წუთით გავზარდოთ.

ახალი ხარისხები თერაპიულ საქმიანობაში

თუმცა სახვევებსა და საფენებს დიდი ხანია საფუძვლიანი ადგილი აქვს დამკვიდრებული მედიცინასა და მოვლაში, ეს სფერო შემდგომ განვითარებას საჭიროებს. ამისათვის აუცილებე-ლია ეს საკითხები მეცნიერული ცნობიერებით იქნას გააზრებული, რათა უფრო ცნობიერი მიდგომა დამკვიდრდეს ამ საოცარ შესაძლებლობებთან დაკავშირებით.

მომვლელის შინაგანი პოზიცია

გარეგანი ზემოქმედების სახე არსებითად განპირობებულია მომვლელის შინაგანი განწყობით. არაა საკმარისი ფიქრი - ,,...თუ არ დაეხმარება, არც არაფერს აზიანებს'', მხოლოდ საქმისადმი სწორი მიდგომა გვაძლევს საშუალებას, ვიყოთ თერაპიულად ქმედითნი. ეს აისახება

სამკურნალო მცენარეებისადმი, როგორც საფუძვლად მდებარე სუბსტანციასთან ჩვენს მიმართებაში. ეს ჩვენ გვაფხიზლებს და გვხდის ყურადღებიანს ჩვენი დაკვირვებებისადმი და საშუალებას გავძლევს გულმოდგინედ და სიყვარულით აღსავსე ვიყოთ მომზადებისა და ჩატარებისა დროსაც.

სამყარო ჩვენ გვეხსნება შეკითხვით და ჩვენ შეგვიძლია ახალ შემეცნებამდე მივიდეთ. როცა პაციენტი შეამჩნევს, რომ მომვლელი თბილი ინტერესით უახლოვდება, მასაც უჩნდება სურვილი, რომ გული გადაუშალოს და ილაპარაკოს პირად განცდებზე.

ასეთი ყურადღებიანი და დაინტერესებული მიდგომა განაპირობებს მჭიდრო კავშირებს თერაპიულ საქმესთან. რაც თავის მხრივ სამკურნალო მცენარის ზემოქმედების გაგრძელებაა. ეს უკანასკნელი ერწყმის მოვლით მიდგომას და ქმნის ერთ მთლიანობას.

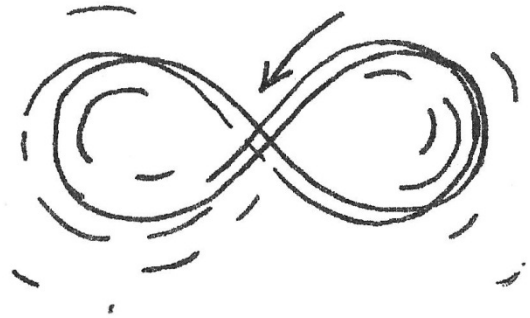
შეკითხვა აღძრავს ინტერესს, ყურადღება წარიმართება ქმედებაზე. მხოლოდ ასე შეიძლება მოსინჯვის სტადიის გადალახვა და დეტალური აღქმის წარმართვა პროცედურის ეფექტზე. კითხვასთან ურთიერთობა აფხიზლებს გონებას და ნიადაგს აცლის დაუფიქრებელ დაჟინებას. რუტინული მოქმედება, ამდაგვარად განხილული, წარმოადგენს დასწავლილ, გავარჯიშებულ და, საბოლოო ჯამში, პროფესიონალურ ქცევას.

კითხვები:

1. რა არის გარეგანი ზემოქმედების სპექტრი?
2. რის საშუალებით შეიძლება განხორციელდეს გარეგანი ზემოქმედებები?
3. აღწერეთ სახვევებისა და საფენების ისტორიული წარმომავლობა.
4. რა მიმართება არსებობს ადამიანსა და მცენარეს შორის?
5. რა დროს გამოიყენება ლიმონის სახვევი?
6. რა თვისებები აქვს კომბოსტოს ფოთოლს?
7. რა დროს გამოიყენება გვირილის სახვევი?
8. როგორ ვიყენებთ მდოგვის ფხვნილს?
9. რა არის სახვევებისა და საფენების შესრულების ძირითადი წესები?
10. როგორ უნდა მომზადდეს მალამოიანი საფენი?
11. როგორი ქსოვილი გამოიყენება საფენისათვის?
12. როგორ უნდა მოვამზადოთ პაციენტი პროცედურისთვის?
13. ჩამოთვალეთ პაციენტზე დაკვირვების ლრიტერიუმები.
14. როგორია მომვლელის შინაგანი პოზიცია?

სხვადასხვა დანიშნულების სამკურნალო აბაზანები

წყალი სულ უფრო და უფრო ღარიბდება თავისი სასიცოცხლო ძალებით და შესაბამისად კარგავს თავის სამკურნალო თვისებებს. ჩვენ შეგვიძლია მის დასახმარებლად მასში შევიტანოთ მოძრაობის ელემენტები, რომელიც ატარებს მაფორმირებელ და გამხსნელ ძალებს. ყველა აბაზანისას, როგორც მთლიანის, ასევე ნაწილობრივის დროს, წყალი აბაზანის შიგნით ვატრიალოთ ერთი ან ორივე ხელით,ლემნისკატის ფორმაზე:



წყალი უფრო ,,ცოცხალი'' რომ გახდეს ნაწილობრივი აბაზანის შემთხვევაში მოძრაობა საკმარისია 1 წუთი, მთლიანი აბაზანისას კი 3 წუთი. თუ წყალს ვამატებთ რაიმე სამკურნალო ნივთიერებას, როგორიცაა მცენარეული ჩაი ან ესენციები, მაშინაც იგივე მორაობები უნდა შევასრულოთ.. ეს უნდა გაკეთდეს რიტულად, მსუბუქად,თამაშინ. ეს რიტმული მოძრაობა ახერხებს წყალში ნივთიერებების გაზლიერებული ზემოქმედების შეტანას. ამ გზით ძლიერდება წყლის სამკურნალო ეფექტი. ასეთი აბაზანები,განსაკუთრებით სუსტ და მძიმე პაციენტებს ნაკლებად ღლის. ასეთი სახით მოზადებული აბაზანის ეფექტურობაზე მეტყველებს ათწლეულების მანძილზე დაგროვილი გამოცდილება.

გულის ანგინის დროს ინიშნება **მკლავების მზარდი აბაზანა:** პაციენტი თავს სითბოთი გამსჭვალული უნდა გრძნობდეს თავს და იჯდეს მოხერხებულად. აბაზანის ჩასატარებლად გვჭირდება შესაბამისი ჭურჭელი - მკლავების ¾ უნდა იყოს წყალში. ასევე გვჭირდება დიდი პირსახოცი, ხაოიანი პირსახოცი, არნიკის ესენცია 20%-იანი, ჩაის კოვზი და ჩაიდანი ცხელი წყლით. აბაზანა ნახევრად უნდა გავავსოთ 36^0 C სითბოს წყლით, ჩვასხათ 1 კოვზი არნიკას ესენცია, პაციენტს მხრებზე მოვახუროთ ხაოიანი პირსახოცი. 12-15 წუთის განმავლობაში, ნელა, ცხელი წყლის დამატებით წყლის ტემპერატურა გავზრდოთ 40 გრადუსამდე, შემდეგ აბაზანის პირსახოცში გახვეული პაციენტი უნდა დავაწვინოთ ½ საათის განმავლობაში. მსუბუქი ოფლიანობა არის სწორი შედეგი.



სისხლის მიმოქცევის გასააქტიურებლად კეთდება **მკლავების გრილი აბაზანა.** პაციენტი თავს სითბოთი განმსჭვალული უნდა გრძნობდეს.

აბაზანის მოსამზადებლად გვჭირდება აბაზანა ხელებისთვის ან შესაფერისი ჭურჭელი ნახ,გვ58

აბაზანა შევავსოთ ¾-ზე 25-30^{0}C გრილი წყლით, წყალი ავამოძრავოთ, ხაოიანი პირსახოცი დავაფაროთ მხრებზე წყლით, მკლავები ჩავაყოფინოთ - ბიცეპსები - ორტავა კუნთები - უნდა იყოს წყალში დაახლოებით 2 წუთი. შემდეგ გავამშრალოთ კარგად. ამ პროცედურის შემდეგ პაციენტმა უნდა იმოძრაოს.

ხელის აბაზანა წვრილმარცვლოვან ქვიშაში რევმატიზმისა და ართრიტის დროს:

პაციენტი ზის მოხერხებულად საწოლში ან მაგიდასთან. პროცდურის ჩასატარებლად საჭიროა წვრილმარცვლოვანი ქვიშა, მაღალკედლიანი ემალირებული თასი, ხაოიანი პირსახოცი.

ჯამი უნდა იყოს იმხელა, რომ შესაძლებელი იყოს შიგ ხელის მოხერხებულად მოთავსება. თასი შევავსოთ ქვიშით 10-15 სმ-ზე და გავაცხელოთ აირღუმელში. თასი დავდოთ ოთხად დაკეცილ პირსახოცზე. ამის შემდეგ პაციენტს ხელები ჩავაყოფინოთ შიგნით. თითები დაფარული უნდა იყოს რამოდენიმე სანტიმეტრზე და მუდმივად მსუბუქ მოძრაობებს უნდა აკეთებდეს. პროცედურა გრძელდება დაახლოებით 15 წუთი, სანამ ქვიშა სასიამოვნოდ თბილია. ამის შემდეგ ხელებს შევახვევთ თბილ ხაოიან პირსახოცში 10 წუთი სურ, გვ49

ფეხების მზარდი აბაზანა - თავის ტკივილის დროს და გაცივების დაწყებით სტადიაში

პაციენტი საზურგიან სკამზე მოხერხებულად უნდა იჯდეს. პროცედურის ჩასატარებლად საჭიროა ფეხების აბაზანისთვის ჭურჭელი, ½ შეუწამლავი ლიმონი ან არნიკის ესენცია 20%, ჩაის კოვზი, დიდი პირსახოცი, ჩაიდანი ცხელი წყლით.

აბაზანა უნდა შევავსოთ 1/3-ზე, წყლის ტემპერატურა უნდა იყოს 37^{0}C, შევურიოთ 1 ჩაის კოვზი არნიკას ესენცია, ფეხები ჩავაყოფინოთ და სააბაზანო პირსახოცი გადავაფაროთ.



ნახ.1

დაახლოებით ყოველ 3 წუთში დავამატოთ ცხელი წყალი(ფრთხილად), ისე, რომ წყლის ტემპერატურა 15 წუთის განმავლობაში 41^{0}C-ზე აიწიოს. შემდეგ გავამშრალოდ კარგად.

ფეხების გრილი აბაზანა - ჩაძინების პრობლემის დროს, ლავანდულის აბაზანის რძით.

აბაზანა ისე შევავსოთ წყლით, რომ წვივები მთლიანად წყალში იყოს, წყლის ტემპერატურა 35^{0}C, 1 ჩაის კოვზი ლავანდულა შევურიოთ და პაციენტს ფეხები ჩავაყოფინოთ, დიდი პირახოცი შემოვაფაროთ კარგად, 10 წუთი გავაჩეროთ საღამოს. შევამშრალოთ და საწოლში ჩავაწვინოთ.

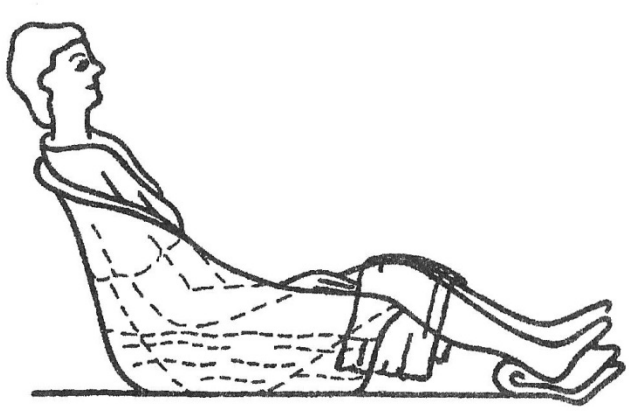
ფეხების გრილი აბაზანა - ქვედა კიდურებში სისხლის მიმოქცევის გასაუმჯობესებლად -

საჭიროა ორი აბაზანა და ხაოიანი პირსახოცი. ნახ.1

ერთ-ერთი აბაზანა შევავსოთ ¾-ზე ცივი წყლით, მეორე ცხელი წყლით - 39^{0}C. წყალი ორივე აბაზანაში ვამოძრავოთ ხანმოკლე დროის განმავლობაში. ჯერ თბილ წყალში ჩავაყოფინოთ 3 წუთით ფეხები, შემდეგ ნახევარი წუთით ცივ წყალში. ასე გავიმეოროთ 3-ჯერ და ბოლოს ცივ წყალში. შემდეგ გავამშრალოთ და ½ საათით გავასეირნოთ. უმჯობესია პროცედურა ჩატარდეს შუადღისით.

მჯდომარე აბაზანა - მაიორანა/ბარამბო/ფარსმანდუკით.

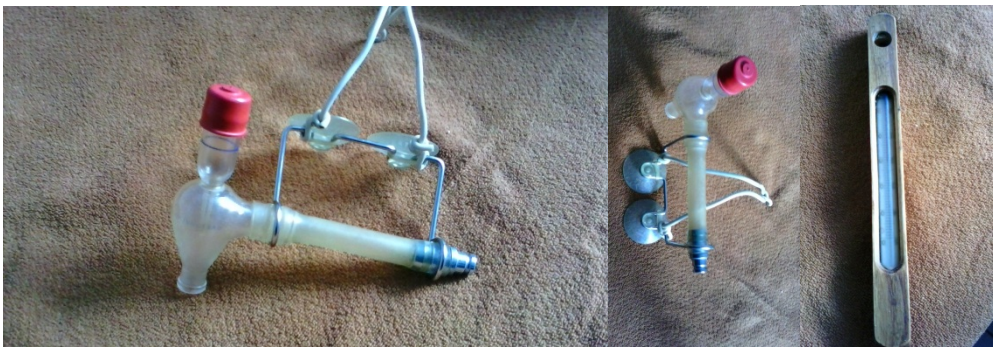
აბაზანა შევავსოთ 15-20 სმ სიმაღლეზე 39^{0}C სითბოს წყლით, დავუმატოთ საწურში გატარებული ჩაი, პაციენტი ჩავსვათ აბაზანაში, ისე, რომ ფეხები იყოს აბაზანის გარეთ. ხაოიანი პირსახოცი მოვახვიოთ ბეჭებზე და ფეხებზე, 7 წუთში აბაზანაში ჩავამატოთ ცხელი წყალი ფრთხილად. პროცედურა ტარდება 12-15 წუთი, პროცედურის შემდეგ პაციენტი მინიმუმ ½ საათი უნდა იწვეს.



ზეთის დისპერსიული აბაზანა

ამ პროცედურის საშუალებით შესაძლებელია მთელი რიგი დაავადების სიმპტომების მოხსნა. აბაზანისთვის გამოიყენება სხვადასხვა ეთერზეთები, რომლებსაც განსაზღვრავს ექიმი.

ზეთის დისპერსიული აბაზანა გამოიყენება: იმუნური, ძვალ-სახსროვანი და სისხლის მიმოქცევის სისტემების ფუნქციონირების გასაუმჯობესებლად, სპაზმის მოსახსნელად, დასამშვიდებლად და დეპრესიული მდგომარეობისას. ამ პროცედურით პაციენტისთვის საჭირო სუბსტანცია ინტენსიურად შეიწოვება კანის მიერ.



როგორც ცნობილია ზეთი არ იხსნება წყალში, ამიტომ ზეთის დისპერსიული აპარატით ხდება ზეთის გაფრქვევა და წყალში თანაზომიერად განაწილებას

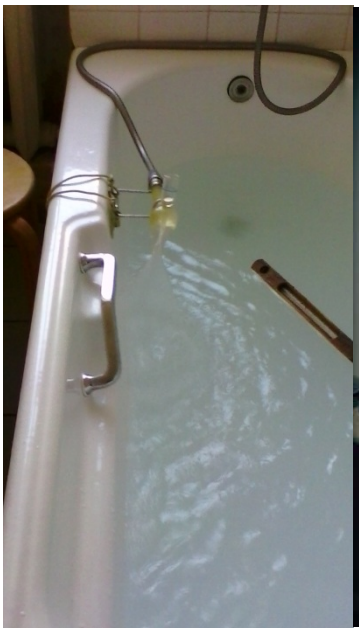
აბაზანისთვის გამოიყენება შემდეგი მცენარეების ეთერზეთები:

ლავანდულას ზეთი - სპატიკისა და დაძაბულობის მოსახსნელად;

არნიკის ზეთი - სისხლის მიმოქცევის გასაუმჯობესებლად;

კრაზანის ზეთი - დეპრესიული მდგომარეობისას და სხვა.

პროცედურის ჩასატარებლად: აპარატში ნიშნულამდე ისხმება ზეთი და მაგრდება აბაზანის კედელზე. აბაზანაში ისხმება სხეულის ტემპერატურის ან 1-2 გრადუსით თბილი წყალი.პაციენტი თავსდება აბაზანაში 15-20 წუთის განმავლობაში. აბაზანიდან ამოყვანისას არ უნდა მოხდეს შემშრალება, პაციენტი უნდა შეიფუთოს, ისე რომ კიდურები არ უნდა მიბჯენილი ერთმანეთთან და სხეულთან - ქვედა კიდურებს შორის და იღლიის მიდამოში უნდა ჩაიდოს პირსახოცი. თბილად შეფუთული პაციენტი ასე რჩება დაახლოებით 30-40 წუთის განმავლობაში.




ეთერზეთების ხარისხები



ბევრ მცენარეს აქვს დამახასიათებელი სუნი, რაც განპირობებულია მასში განსაკუთრებული ნივთიერებების არსებობით. ეს არის ეთეროვანი ზეთი. ის გამომუშავდება მცენარის განსაკუთრებულ უჯრედებში - ჯირკვლოვან ბუსუსებში და არის ნივთიერებათა ცვლაში აქტიურად მონაწილე ზეთები. ეთერზეთებს, საერთო არაფერი არ აქვს ცხიმოვან ნივთიერებასთან, გარდა გარეგანი ნიშნისა - ქაღალდზე ორივე ტოვებს ცხიმოვან ლაქას. ტერმინი ,,ეთერზეთი“ წარმოიშვა მე-18 საუკუნეში. მცენარეები, რომლებიც შეიცავენ ეთერზეთებს, უხსოვარი დროიდან გამოიყენებოდა სამკურნალოდ, კოსმეტიკაში და სხვადასხვა მიზნებისათვის. ეთერზეთების მნიშვნელობის შესახებ არსებობს სხვადასხვა მოსაზრება. ზოგიმეციერი ფიქრობს რომ ეთერზეთის სუნი მცენარესთან იზიდავს მწერს, რის მეშვეობითაც ხდება დამტვერვა. ზოგის აზრით კი ეთერზეთის აქროლების დროს მცენარის გარშემო იქმნება დამცავი ბურუსი, რომელიც ამცირებს ჰაერის სითბოს გამტარობას და მცენარესიცავს მზისგან გადაბერებისგან. ასევე, ფიქრობენ, რომ ეთეზეთი არის მცენარის მეტაბოლიზმის შედეგად გამოყოფილი უვარგისი პროდუქტი.

მცენარეში ეთერზეთების შემცველობაზე გავლენას ახდენს სიმშრალე, წვიმები, ჰაერის ტემპერატურა და დღე-ღამის რიტმი, მაგალითად, ლავანდას ყვავილებში ყველაზე მეტი ეთერზეთი გროვდება დღის მეორე ნახევარში, მაშინ როდესაც ვარდის ყვავილის ფურცლებში ამ დროისთვის შეიმჩნევა ყველაზე ცოტა რაოდენობა, ვარდში მაქსიმალური რაოდენობით ეთერზეთი გროვდება დილის 4-6 საათზე.



გარკვეული მცენარეები, რომლების ქმნიან ეთერზეთებს, ფასდებიან იმის მიხედვით თუ რა რაოდენობით შეიცავს მას. დღევანდელ დღეს ეთეროვანი მცენარეების გადამუშავებით დაკავებულია უამრავი საწარმო. მათ მოჰყავთ ეთერზეთოვანი მცენარეები სპეციალურ მეურნეობებში, მცენარე ეთერზეთს შეიცავს გლიკოზიდების სახით, რომელიც შედის მცენარის ყველა ნაწილში - ფოთლებში, ყვავილებში, ნაყოფში, ფესვში. დღეს, ეთერზეთების მიღების ოთხი ძირითადი მეთოდი არსებობს:

1. წყლის ორთქლზე გამოხდით;
2. ექსტაქცია;
3. ანაფლერაჟი;
4. მექანიკური.

წყლის ორთქლზე გამოხდა ხდება იმ შემთხვევაში, როდესაც მცენარე შეიცავს დიდი რაოდენობით ეთერზეთეს. გამოხდა მიმდინარეობს 100^0 C-ზე, უფრო ზევით არ შეიძლება, რადგან მაღალ ტემპერატურაზე სასარგებლო ნივთიერებები იშლებიან და უვარგისი ხდება.

ექსტრაქციის დროს ეთერზეთი იხსნება აქროლად გამხსნელში და იფილტრება და რჩება სუფთა ეთერზეთი.

ანაფლერაჟის დროს ეთერზეთების შემცველ ნედლეულს ათავსებენ ადსორბენტში (მშთანთქმელში). ადსორბენტად გამოიყენება ღორის ქონი, რომელიც შეიცწოვს ეთერზეთეს. ასე ტოვებენ 48-72 სთ-ის განმავლობაში, ასე იმეორებენ დაახლოებით 30-ჯერ, სანამ ადსორბენტი მთლიანად არ გაიჟღინთება ეთერზეთით. ეთერზეთით გაჟღენთილ ადსორბენტს ხსნიან სპირტში, ფილტრაციის საშუალებით აშორებენ მინარევს, შემდეგ გამოხდიან სპირტს და ასე მიიღება სუფთა ეთერზეთი.

მექანიკური მეთოდით ეთერეთი მიიღება ციტრუსის ნაყენიდან. მექანიკურად ხდება ნაყოფის დაჭყლეტა და მიღებული მასიდან გამოყოფენ ეთერზეთს.



ფარმაციულ მრეწველობაში იღებენ ეთერზეთებს ქინძის ნაყოფიდან, პიტნის ფოთლებიდან და ყვავილებიდან, სალბის ყველა ორგანოდან, ევკალიპტის ფოთლებიდან, კალენდულას(გულყვითელას) ყვავილებიდან, შვიტას ფოთლებიდან, ლავანდისა და როზმარინის ფოთლებიდან, გვირილას ყვავილებიდან, ქაცვის ნაყოფებიდან, მზესუმზირასა და ზეთისხილის ნაყოფებიდან.



ცხიმოვანი (არააქროლადი) და ეთერული ზეთები ქიმიურად არ ენათესავება ერთმანეთს. მაგრამ ორივეს აერთიანებს ის, რომ ისინი ენერგიით უმდიდრესი ის ნივთიერებებია, რომლებიც მცენარეებმა შექმნა. ცხიმოვანი ზეთები უპირატესად მოიპოვება თესლში, ე.ი. ორგანოში, რომელიც მცენარის ზრდის პროცესის ბოლო სტადიაა. მცენარემ მისი ზრდის პროცესში კოსმოსიდან მიიღო სინათლე და სითბო და მოახდინა თავის გამრავლების ორგანოში მისი შეკუმშული, დაპრესილი სახით შენახვა შემდგომი თაობისათვის. გაღივებად თესლში სინათლე და სითბო განიცდის გარდაქმნას და ახლად აღმოცენებად მცენარეში კვლავ

გამონთავისუფლდება. ეს გამათბობელი და გარსის შემქმნელი თვისება ზეთს მოვლის პროცესშიც უნარჩუნდება.

ეთერული ზეთები მოიპოვება უპირატესად მცენარის ყვავილსა და ფოთოლში, ისინი მათ სპეფიციკურ სურნელს აძლევს. ცხიმოვანი ზეთებისაგან განსხვავებით, ეთერზეთები ძალიან ადვილად აქროლადი და ააღებადია. ეს მათ ეხმარება მათი დამამტვერიანებელი მწერების მიზიდვაში. მცენარე არომატითა და ფერით შედის ცხოველთა სამყაროსთან კონტაქტში. ცხიმოვანი ზეთები მცენარეს სჭირდება საკუთარი არსებობისთვის, ხოლო ეთერულ ზეთებს მცენარე გარეთ გამოყოფს.

ცხიმოვანი და ეთერული ზეთების შედარებიდან გამომდინარეობს არსებობს შემდეგი თვალსაზრისი ორივე ჯგუფის სუბსტანციების, პროფილაქტიკური ღონისძიების დროს გამოყენებისათვის:

ეთერული ზეთები გამოყენებულ უნდა იქნეს მაშინ, როცა საჭიროა სითბური პროცესების ინტენსიური სტიმულირება. ცხიმოვან ზეთებს აქვს დამცველი და სითბური გარსის შემქმნელი თავისებურება. აქედან გამომდინარე, ცხიმოვანი და ეთერული ზეთების კომბინაცია მაგალითად ლავანდულის ზეთში ან ბარაბმოს ზეთში არის სითბური ორგანიზმის მასტიმულირებელი და შესანარჩუნებელი საშუალება.

ეთერული ზეთები შედის საბანაო ლოსიონებში, როგორიცაა ლავანდულის, როზმარინის, ნაძვის წიწვის, ციტრუსის საბანაო ემულსიები - მაგ. ველედას ან ვალას პროდუქციაში. ამ შემთხვევაში დომინირებს მათი აქტიური ზემოქმედება, რომელიც წყლის გამომაცოცხლებელ ელემენტთან ერთად მეტად ძლიერდება.

ეთერული ზეთები ჩვენ გავიცანით, როგორც სითბოს გამააქტიურებელი ნივთიერება. ნაწოლების პროფილაქტიკისათვის განსაკუთრებით კარგი აღმოჩნდა როზმარინი. იგი გარეგანი გამოყენების სახით მოქმედებს, როგორც ნივთიერებათა ცვლის გამააქტიურებელი და გამომაცოცხლებელი. იგი განსაკუთრებით კარგია დილით ბანაობისას დანამატის სახით, როგორც 10%-იანი (ველედა) ფეხის შესაზელი მალამო, ისიც გამათბობლად და გამაცოცხლებლად მოქმედებს.

ნაწოლების საშიშროების მქონე ადგილების ლოკალური მკურნალობისათვის ყურადღება უნდა მიექცეს არა მარტო უშუალოდ მოქმედ ნივთიერებას, არამედ ასევე მალამოს ფუძე ნივთიერების ზემოქმედებას კანზე. მშრალი, აქერცლილი კანის მალამოსთვის გამოყენებულ უნდა იქნეს კარგად შეწოვადი, ცხიმისა და წყლის შემცველი ფუძე ნივთიერება. კანისთვის, რომელსაც სისველე ემუქრება, მაგ. შარდის შეუკავებლობის დროს, სასურველია მალამოს დამცავი ფუნქციის მქონე ფუძე ნივთიერება თუთიას შეიცავდეს.

პროფილაქტიკისა და უკვე დაზიანებული კანისთვის კარგ შედეგს იძლევა კალენდულას ექსტრაქტი. იგი შეიცავს არა მარტო ეთერულ ზეთს, არამედ მთელ რიგ მთრიმლავ ნივთიერებებს, რომლებიც ხელს უწყობს კანის წინააღმდეგობის ძალის შენარჩუნებას. ანთების საწინაღმდეგო თვისებების წყალობით, კალენდულას გამოიყენებენ ასევე I ხარისხის ნაწოლების დროს. კალენდულას გამოყენებისათვის.

ეთერულ ზეთებს აქვს ინტენსიური, სპეციფიკური სურნელი. ისინი ასტიმულირებს სუნთქვას და სისხლის მიმოქცევას და იწვევს სეკრეტის გამოყოფას. ამის გამო ისინი განსაკუთრებით გამოსადეგია ფილტვების ანთების პროფილაქტიკისათვის. ვინაიდან ეთერული ზეთების სუნი ზოგჯერ დამამძიმებლად განიცდება, გამოყენებულ უნდა იქნეს ზეთისხილის ან მიწის თხილის ზეთთან ნარევის სახით.

ფილტვების ანთების პროფილაქტიკის მიზნით, უპირატესად განიხილება მცენარეები, რომლებსაც ზეთი ფოთლებში აქვთ კონცენტრირებული, რადგან მცენარის ეს სფერო შეესაბამება ადამიანში რიტმულ სისტემას. ეს განსაკუთრებით ეხება ტუჩოსან მცენარეთა წარმომადგენლებს. ჯვარედინად განლაგებული ფოთლების მკვეთრად რიტმული განაწილება ხაზს უსვამს ამ ორგანოთა დომინანტობას ფესვებსა და ყავივილებზე. მაგალითად ლავანდული, პიტნა, სალბი და ბეგქონდარა მიეკუთვნება მცენარეთა ამ ოჯახს და გამოცდილი საშუალებებია გასათბობად და სეკრეციის გასააქტიურებლად. ეს ნივთიერებანი, 10%-იანი ზეთის სახით, გამოდგება შესაზელად და ასევე ზეთიანი სახვევებისათვის.

ხმელთაშუა ზღვის ტუჩოსანთა ოჯახის წარმომადგენელი მცენარეები გამოირჩევა სითბოს ელემენტისადმი განსაკუთრებული მიმართებით. ამის გარდა, მისი ცალკეული წარმომადგენელი ავლენს ასევე სხვადასხვაგვარ თერაპიულ ზემოქმედებას. ლავანდული მოქმედებს დამამშვიდებლად, სალბი და ბეგქონდარა სეკრეციის გამაძლიერებლად, როზმარინს აქვს ნივთიერე-ბათა ცვლის მასტიმულირებელი და გამომაცოცხლებელი თვისება. ამიტომ იგი უპირატესად გამყარებათა სამკურნალოდ შეიძლება იქნეს გამოყენებული. ვინაიდან თრომბოზებისადმი მიდრეკილება მაშინ იჩენს თავს, როცა ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემაზე მოქმედი ფორმადქმნადი პროცესები არ განიცდის ნივთიერებათა ცვლის გამაწონასწორებელ ქმედებას, ამიტომ როზმარინი არის შესატყვისი საშუალება ნივთიერებათა ცვლის სტიმულირებისათვის.

თუ თრომბოზებისადმი მიდრეკილება გამოხატულია ვენების ვარიკოზული გაგანიერების სახით, მაშინ მიზანშეწონილია ფეხების კვრინჩხის ლოსიონით შეზელვა . მასში გამოყენებული ნივთიერებანი აძლიერებს შემაერთებელ ქსოვილს და მიჩნეულია ასევე ორსულობის დროს მოვლის განსაკუთრებით კარგ საშუალებად.

კითხვები:

1. რა მნიშვნელობა აქვს აქვს წყალს სამკურნალო საქმეში?

2. როგორ ტარდება მკლავების მზარდი აბაზანა?
3. როგორ ტარდება მკლავების გრილი აბაზანა?
4. როგორ ტარდება ფეხების მზარდი აბაზანა?
5. როგორ ტარდება ფეხების გრილი აბაზანა?
6. როგორ ტარდება ფეხების ცვლადი აბაზანა?
7. როგორ ტარდება მჯდომარე აბაზანა?
8. რა ნივთიერებებია ეთერზეთები?
9. როგორ მიიღება მცენარეებიდან ეთერზეთები?
10. რა კავშირი არსებობს ცხიმოვან და ეთერულ ზეთებს შორის?
11. რა დროს გამოიყენება როზმარინის ეთერზეთი?
12. რა დროს გამოიყენება კალენდულის (გულყვითელას) ექსტრაქტი?

ლიტერატურა:

https://caucaspharm.wordpress.com/category/%E1%83%94%E1%83%97%E1%83%94%E1%83%A0%E1%83%96%E1%83%94%E1%83%97%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98/

პაციენტის ფიზიკური განვითარებისა და ტანდეგობის შეფასება

პაციენტის ფიზიკური განვითარების შეფასება და დადგენა

ბავშვის ფიზიკური განვითარება მიმდინარეობს რიტმული ეტაპებით, სადაც კიდურების წაგრძელება ენაცვლება სიგანეს, რომლის დროსაც საგრძნობლად იცვლება სხეულის ნაწილების ურთიერთთანაფარდობა. ჩვილი ბავშვის თავისა და სხეულის თანაფარდობა 1 : 4, ზრდასრულთან ეს პროპორცია დაახლოებით 1:8 არის. აქედან გამომდინარე შეიძლება ითქვას, რომ ჩვილის სხეულის დამახასიათებელი ნიშანია დიდი თავი. თვალების შემაერთებლი ხაზი თავის შუა ხაზზე საგრძნო

ბლად დაბლაა, ანუ თავის ქალა აღემატება სახის ზომას. ქვედა ყბა პატარაა და უკან წაწეული. სახის შუა ნაწილი შედარებით განვითარებულია, თუმცა ცხვირი ოდნავ ჩანს. დიდი გუმბათისებური შუბლი შთამბეჭდავია. თვალები დიდია და მათ უდიდეს ნაწილს ფერადი გარსი შეადგენს. ყურები ქვემოთაა დაწეული. ნაკვთები მომრგვალებულია და რბილი. ზედა ტუჩი გაბერილია – წოვის გამო. გულმკერდი ცილინდრულია და უფორმო, პირდაპირ გადადის მუცელში. გულმკერდის გარშემოწერილობა დიდია თეძოებისაზე. მკლავები მოკლეა. საჯდომი და ფეხები ყველაზე ნაკლებადაა განვითარებული. ფეხები მთლიანი სიგრძის 1,5-ს შეადგენს. ისინი მრგვალია და ბარძაყების შუა მხარეს კარგად გამოხატული

ნაოჭები აქვს. ჩვილობისას კისერი თითქმის არ არსებობს - მრგვალი თავი თითქმის პირდაპირ ზის ტანზე, მხოლოდ რამოდენიმე ნაოჭი არის მათ შორის.

ჩვილის კანი გადაჭიმულია მსუქან ხორცზე. სახსრები ძლიერ არის ამოღრმავებული. კუნთები ჯერ განუვითარებულია. ბავშვის ამგვარი ფიგურა ნარჩუნდება დაახლოებით წლინახევრის განმავლობაში.

მეორე წლიდან ზრდის ხასიათი იცვლება. სხეულის ქვედა ნაწილები აქტიურად იწყებენ ზრდას. თავის სხეულთან თანაფარდობა 1:5-ზე ხდება. ტანი სიგრძეში უფრო მეტად მატულობს, ვიდრე ფეხები. ტანის ზრდის გამო, განსაკუთრებით სიგანეში, ვითარდება დიდი მუცელი, როგორც თავი იყო დამახასიათებელი ჩვილისათვის. ტანი ცილინდრულია, ჯერ არ შეიმჩნევა ხერხემლის ფიზიოლოგიური ნადრეკები. ბავშვს ჯერ არ აქვს წელი. საჯდომი ისევე განიერია, როგორც მხრები. კისერი ოდნავ გამოკვეთილი ხდება.

კანს ფორმას ჯერ კიდევ კანქვეშა ცხიმი აძლევს და კუნთები არ ჩანს. ბარძაყის ნაოჭები ქრება. სახსართა ღრმულები გამქრალია.

ნიკაპი ოდნავ წინ იწევს და სახე მეტ გამომეტყველებას იძენს. თვალები ნდობით შეცქერის სამყაროს და მზად არის უპასუხოს სიხარულით ან პროტესტით, აღგზნებადობით, ემოციით.

დაახლოებით 5 წლის ბავშვის აღნაგობა მკაფიოდ იცვლება. ბავშვი სიგრძეში იზრდება ფეხების ზრდის ხარჯზე, ისინი გრძელდებიან და წვრილდებიან. კუნთები ხილული ხდება, სახსრები დამოუკიდებელ ნაწილებად იკვეთებიან.

მუხლები მოქნილნი ხდებიან. ცხვირი ჯერ კიდევ პატარა და ქვედა ტუჩი კვლავ შეწეული რჩება ზედა ტუჩთან შედარებით. ბავშვის მოძრაობა უფრო მიზანმიმართული ხდება: უფრო მოძრავია, სხვანაირად დადის - ნაცვლად ბარბაცისა მყარ ნაბიჯებს ადგამს.

ტანი თანდათან უფრო თხელი ხდება, ჩნდება წელი, რომელიც მუცელს გულმკერდიდან გამოყოფს. მოცელი ბრტყელდება, გულმკერდის ძვალი იმალება გულმკერდის კუნთებს შორის. გულმკერდის გარშემოწერილობა დიდდება. ხერხემალზე უკვე შეიმჩნევა ნადრეკები. ლავიწის ძვლები უფრო გამოიკვეთება, ზურგზე ჩნდებიან ლავიწის ძვლები. კისერი გრძელდება და შესაბამისად უფრო თავისუფლად მოძრაობას.

0-2 წლები - ჩვილი ბავშვის ფორმაა. დამახასიათებელია დიდი თავი.

2-5 წლები - ეს არის ბაღის ასაკის ბავშვი. წინ მოდის ტანი. იზრდება სიგანეში.

5-7 წლები - სკოლის ასაკის ბავშვი. წინ მოდის კიდურები. სიმაღლეში პირველი ზრდა.

ქალას განვითარების ზოგადი მიმოხილვა

ახალშობილის ტვინის ქალასა და სახის ქალას შორის განსხვავება ნათლადაა გამოხატული, რადგან ტვინი და გრძნობის ორგანოები უფრო სწრაფად და ინტენსიურად იზრდება, ვიდრე საღეჭი აპარატი. ქალასარქველი - **calvaria** უფრო განვითარებულია, ვიდრე ქალას ფუძე. ქალასარქველის ნაკერები ჯერ არ არსებობს და ძვლები შეერთებული არიან ბოჭკოვან-შემაერთებელქსოვილოვანი მკვრივი ფირფიტებით. შუბლისა და თხემის ბორცვები კარგადაა გავითარებული, ამიტომ ქალას ზემოდან რომ დავხედოთ ის ოთხკუთხა მოყვანილობისაა. თითქმის ყველა ძვალი ცალ-ცალკეა. სოლისებურ ძვალშიც კი ფრთები არ არის სხეულთან შეზრდილი. ახალშობილის ტვინი ინტენსიურად იზრდება და სხეულის წონის 14%-ია, ხოლო მოზრდილის 2%.

დაბადების შემდეგ ქალას გავითარება სამ ხანად იყოფა:

1.პირველი პერიოდი - დაბადებიდან 7-წლამდე: პირველი წლის განმავლობაში ქალას ყველა ძვალი იზრდება თანაბრად, მეორე წლიდან ძვალთა ზოგიერთი ნაწილის ზრდა დამთავრებულია, მაგ. სოლისებური ძვლის სიგრძე, კეფის დიდი ხვრელის ზომა, საფეთქლის ძვლის კლდოვანი ნაწილის ზომა, ცხავის ძვლის დაცხრილული ფირფიტის სიგანე.

2. მე-2 პერიოდი - 7-16 წლები. ამ დროს ქალას ორივე ნაწილი სიგანეზე იზრდება. განსაკუთრებით სწრაფი ზრდა ემჩნევა კეფის, თხემის და შუბლის ძვლებს, ყვრიმალის რკალები მკვეთრად იდრიკება, სახის ქალა გრძელდება, სანამ არ მიაღწევს თავის საბოლოო ზომებს.

3.მესამე პერიოდში - იზრდება ქალას შუბლის ნაწილი და ოცი წლის შემდეგ ქალას ნაკერები თანდათანობით იწყებენ შეზრდას. ზოგ შემთხვევაში ადამიანს ნაკერები შეიძლება შერჩეს ღრმა სიბერემდე, ხანდახან კი შეიძლება შეიზარდოს ნაადრევად. ნაკერების ნაადრევი შეზრდა ერთმხრივი ან ნაწილობრივია, მაშინ ქალა ასიმეტრიულად იზრდება და მახინჯდება.

ტორსი - **Truncus**

ტორსის მთავარი შემადგენელი ნაწილია ხერხემალი, რომელიც მალების კრებულია (მალებისგან შემდგარი სვეტია). ის ადამიანის სხეულის ძირითადი საყრდენია. ხერხემალზე გაივლის ადამიანის სხეულის სიმძიმის ცენტრი. ხერხემლის სპეციფიკური აგებულების გამო

ადამიანს საშუალება ეძლევა დაიცვს წონასწორობა ვერტიკალურ მდგომარეობაში და ვერტიკალურად გადაადგილდეს.

ხერხემალს ფიზიოლოგიურად აქვს ნადრეკები: ორი წინა - კისრის და წელის მიდამოში, მათ ლორდოზი ეწოდებათ და ორი უკანა - გულმკერდისა და გავის მიდამოში -კიფოზი. ახალშობილობის პერიოდში ხერხემალი თითქმის სწორია.

მოზრდილებში ეს ნადრეკები სტაბილური არ არის, რადგან მალები მოძრავად არიან ერთმანეთთან შეერთებულნი. ამის გამო წოლისას ნადრეკები სწორდებიან, ხოლო დგომისას ისევ ჩნდებიან. სწორედ ამით აიხსნება ის ფაქტი, რომ ადამიანი წოლისას 2-3სმ-ით გრძელია.

არსებობს ხერხემლის მოძრავი (კისრის, გულმკერდის, წელის) მალები და უძრავი (გავის, კუდუსუნის) მალები. არსებობს 24 თავისუფალი მალა, რომლებიც ცალკე ძვლებს წარმოადგენენ. გავის მიდამოში არის ერთმანეთთან

უძრავად შეერთებული და ერთ ძვალად წარმოდგენილი გავის 5 მალა (რომლებიც 18-წლამდე გარკვეულწილად ცალ-ცალკე არიან) და 4-5 მალა კუდუსუნის მიდამოში. ამრიგად, სულ 33-34 მალა, რომლებიც შემდეგნაირად ნაწილდებიან:

7კისრის(C), 12 გულმკერდის(D), 5 წელის(L), 5 გავის(S) და 4-5 კუდუსუნის(Cc) მალები. მალების, ანატომიური თავისებურებიდან გამომდინარე, ერთმანეთთან შედდებით წარმოიქმნება ხერხემლის არხი, რომელიც იწყება კისრის პირველი მალიდან და თავდება გავის არხში. არხის დიამეტრი იზრდება ზევიდან ქვევით გავამდე, აქედან კვლავ მცირდება და კუდუსუნში თითქმის უჩინარი ხდება.

ფიზიოლოგიურ ნადრეკს, რომელიც თავისი რკალით წინ არის მიმართული, ლორდოზი ეწოდება, ხოლო რომელიც უკანაა მიმართული კიფოზი. არჩევენ აგრეთვე გვერდით ნადრეკებს - სქოლიოზი.

ხერხემალს აქვს ოთხი ფიზიოლოგიური ნადრეკი: კისრის ლორდოზი, გულმკერდის კიფოზი, წელის ლორდოზი და გავის კიფოზი. ხერხემლის ასეთი ფორმა სხეულს მოქნილობასა და სიმტკიცეს სძენს და წონასწორობის შენარჩუნებაში ეხმარება.

ღრმა მოხუცებულობის დროს ხერხემლის სიგრძე მოკლდება 7სმ-მდე.

ხერხემლის სიგრძე სხეულის სიგრძის 2/5-ია.

მამაკაცის გულმკერდი კონუსისებურია, ქალის – კასრისებური. ახალშობილის გულმკერდის განივი ზომა შედარებით მცირეა. ხოლო საგიტალური – დიდი. მოზრდილ ადამიანში, პირიქით, განივი ზომები ჭარბობს საგიტალურ ზომებს.

იმ ადამიანთა გულმკერდი, რომელთაც კუნთები სუსტად აქვთ განვითარებული გრძელი, ბრტყელი და ვიწროა და მკერდის კუთხეც მახვილია. ასეთ ადამიანებს ფილტვების დაავადები ადვილად უვითარდებათ. ზოგ შემთხვევაში გულმკერდი გაგანიერებულია ქვედა მიმართულებით. ასეთ გულმკერდს ემფიზემატოზური გულმკერდი ეწოდება. რაქიტით დაავადებულთა შემთხვევაში გულმკერდი შევიწროვებულია და მკერდის ძვალი წინ არის გამოწეული, ამგვარ გულმკერდს ქათმისებური - **pectus carinatus** ეწოდება. წელზე ქამრის ძლიერი შემოჭერა იწვევს გულმკერდის ქვედა ნაწილის შევიწროვებას და განივრდება გულმკერდის ზემო ნაწილი. მოხუცებულობაში ნეკნების ხრტილები იკირება და გულმკერდის მოძრაობაც იზღუდება.

სიარული

სიარული სხვადასხვა ტემპერამენტის ადამიანისთვის სხვადასხვანაირია. ის იცვლება სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობის დროს.

მაგალითად:

- იხვისებური მოძრაობა - ნელი, მოკლე ნაბიჯებით, ფეხის თრევით - ოსტეოდისტროფიის დროს.
- ატაქსიური მოძრაობა - ადამიანი ფეხს სწრაფად და მოწყვეტილად ისვრის წინ, ქუსლს მძლავრად არტყამს მიწაზე - ზურგის ტვინის დაზიანების დროს.
- სპასტიკურ-პარალიზური მოძრაობა - ავადმყოფი მიათრევს ცალ ფეხს, ფეხით რკალს აკეთებს თითქოს ცელავს, ხელი მოხრილი აქვს იდაყვში, თითქოს ტანზეა მიწებებული - თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის დარღვევა.

აუცილებელია პაციენტის სხეულის სიმაღლის, წონის, გულმკერდის გარშემოწერილობის (ბავშვებში თავის გარშემოწერილობა) განსაზღვრა.

სიმაღლე იზომება სიმაღლის გასაზომი ხელსაწყოთი. მამაკაცი საშუალო სიმაღლეა 165-170, ქალის 155-160. 190 სმ-ზე მეტი გიგანტიზმს ნიშნავს. 140 სმ ნაკლები ჯუჯა ადამიანს.

გულმკერდის გარშემოწერილობის გასაზომად საჭიროა უკანა ბეჭის ძვლის ქვედა კუთხეების და წინ IV ნეკნების დონეზე სანტიმეტრის მკვრივად შემოხვევა და ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვა. ამ ორ პიზისიაში გაზომვა. გულმკერდის გარშემოწერილობა უნდა იყოს სიმაღლის ნახევარზე მეტი.

ავადმყოფი იწონება სამედიცინო სასწორზე.

კონსტიტუცია

არსებობს ოთხი კონსტიტუციური ტიპი:

- რესპირაციული (respiration - სუნთქვა) - განპირობებულია სუნთქვის ფუნქციასთან დაკავშირებული ორგანოები;
- დიგესტიური (digestion - მონელება) _ განპირობებულია საჭმლის მომნელებელი სისტემის ორგანოები - დიდი მუცელი, დიდი პირი, კაგად განვითარებული ქვედა ყბა.
- ცერებრული (cerebrum - თავის ტვინი) _ დამახასიათებელია ? სახე, ფუძიტ ზემოთ დიდი შუბლი, დიდი და ფართო თვალები, სუსტად განვითარებული ტანი და ქვემო კიდურები;
- მუსკულირებული ტიპი - როცა სხეულის ყველა ნაწილი თანაბრადაა განვითარებული - პროპორციულად.

არსებობს ადამიანთა სამი ტიპი:



ასტენიკი - ადამიანი გრძელი ხელებითა და ფეხებით (სიმაღლის შესაბამისად) , ასევე ვიწრო მხრებით, ნივთიერებათა ცვლის იდეალური სისტემით

ნორმოსტენიკი - ჩვეულებრივი ადამიანი, ნივთიერებათა ცვლის ჩევულებრივი სისტემით

ჰიპერსტენიკი - ადამიანი განიერი მხრებით, მოკლე ხელებით, ფეხებითა და კისრით

თუ რომელი ტიპის ადამიანს მივეკუთვნებით, ამის გარკვევა ადვილად შეგვიძლია, თუ ხელის მტევნის დასაწყისთან, საჩვენებელს თითსა და ცერა თითს შემოავლეთ მეორე ხელის მაჯას:

- თუ ეს მარტივად გამოგდით - ასტენიკი ხართ,
- თუ დიდი ძალისხმევაა საჭირო - ნორმოსტენიკი,
- თუ საერთოდ ვერ ახერხებთ - ჰიპერსტენიკი.

წონისა და სიმაღლის ცხრილი მამაკაცებისთვის

სიმაღლე	ასტენიკი	ნორმოსტენიკი	ჰიპერსტენიკი
158	51,1 - 54,7	53,8 - 58,9	57,4 - 64,2
159	51,6 - 55,2	54,3 - 59,6	58,0 - 64,8
160	52,2 - 55,8	54,9 - 60,3	58,5 - 65,3
161	52,7 - 56,3	55,4 - 60,9	59,0 - 66,0
162	53,2 - 56,9	55,9 - 61,4	59,6 - 66,7
163	53,8 - 57,4	56,5 - 61,9	60,1 - 67,5
164	54,3 - 57,9	57,0 - 62,5	60,7 - 68,2
165	54,9 - 58,5	57,6 - 63,0	61,2 - 68,9
166	55,4 - 59,2	58,1 - 63,7	61,7 - 69,6
167	55,9 - 59,9	58,6 - 64,4	62,3 - 70,3
168	56,5 - 60,6	59,2 - 65,1	62,9 - 71,1
169	57,2 - 61,3	59,9 - 65,8	63,6 - 72,0
170	57,9 - 62,0	60,7 - 66,6	64,3 - 72,9
171	58,6 - 62,7	61,4 - 67,4	65,1 - 73,8
172	59,4 - 63,4	62,1 - 68,3	66,0 - 74,7
173	60,1 - 64,2	62,8 - 69,1	66,9 - 75,5

174	60,8 - 64,9	63,5 - 69,9	67,6 - 76,2
175	61,5 - 65,6	64,2 - 70,6	68,3 - 76,9
176	62,2 - 66,4	64,9 - 71,3	69,0 - 77,6
177	62,9 - 67,3	65,7 - 72,0	69,7 - 78,4
178	63,6 - 68,2	66,4 - 72,8	70,4 - 79,1
179	64,4 - 68,9	67,1 - 73,6	71,2 - 80,0
180	65,1 - 69,6	67,8 - 74,5	71,9 - 80,9
181	65,8 - 70,3	68,5 - 75,4	72,7 - 81,8
182	66,5 - 71,0	69,2 - 76,3	73,6 - 82,7
183	67,2 - 71,8	69,9 - 77,2	74,5 - 83,6
184	67,9 - 72,5	70,7 - 78,1	75,2 - 84,5
185	68,6 - 73,2	71,4 - 79,0	75,9 - 85,4
186	69,4 - 74,0	72,1 - 79,9	76,7 - 86,2
187	70,1 - 74,9	72,8 - 80,8	77,6 - 87,1
188	70,8 - 75,8	73,5 - 81,7	78,5 - 88,0

წონისა და სიმაღლის ცხრილი ქალებისთვის

სიმაღლე	ასტენიკი	ნორმოსტენიკი	ჰიპერსტენიკი
151	43,0 - 46,4	45,1 - 50,5	48,7 - 55,9
152	43,4 - 47,0	45,6 - 51,0	49,2 - 56,5
153	43,9 - 47,5	46,1 - 51,6	49,8 - 57,0
154	44,4 - 48,0	46,7 - 52,1	50,3 - 57,6
155	44,9 - 48,6	47,2 - 52,6	50,8 - 58,1
156	45,4 - 49,1	47,7 - 53,2	51,3 - 58,6
157	46,0 - 49,6	48,2 - 53,7	51,9 - 59,1

158	46,5 - 50,2	48,8 - 54,3	52,4 - 59,7
159	47,1 - 50,7	49,3 - 54,8	53,0 - 60,2
160	47,6 - 51,2	49,9 - 55.3	53,5 - 60,8
161	48,2 - 51,8	50,4 - 56,0	54,0 - 61,5
162	48,7 - 52,3	51,0 - 56,8	54,6 - 62,2
163	49,2 - 52,9	51,5 - 57,5	55,2 - 62,9
164	49,8 - 53,4	52,0 - 58,2	55,9 - 63,7
165	50,3 - 53,9	52,6 - 58,9	56,7 - 64,4
166	50,8 - 54,6	53,3 - 59,8	57,3 - 65,1
167	51,4 - 55,3	54,0 - 60,7	58,1 - 65,8
168	52,0 - 56,0	54,7 - 61,5	58,8 - 66,5
169	52,7 - 56,8	55,4 - 62,2	59,5 - 67,2
170	53,4 - 57,5	56,1 - 62,9	60,2 - 67,9
171	54,1 - 58,2	56,8 - 63,6	60,9 - 68,6
172	54,8 - 58,9	57,5 - 64,3	61,6 - 69,3
173	55,5 - 59,6	58,3 - 65,1	62,3 - 70,1
174	56,3 - 60,3	59,0 - 65,8	63,1 - 70,8
175	57,0 - 61,0	59,7 - 66,5	63,8 - 71,5
176	57,7 - 61,9	60,4 - 67,2	64,5 - 72,3
177	58,4 - 62,8	61,1 - 67,8	65,2 - 73,2
178	59,1 - 63,6	61,8 - 68,6	65,9 - 74,1
179	59,8 - 64,4	62,5 - 69,3	66,6 - 75,0
180	60,5 - 65,1	63,3 - 70,1	67,3 - 75,9

BMI - სხეულის მასის ინდექსი - არის, სხეულის მასის გამოთვლა წონის სიმაღლესთან შეფარდებით. მისი საშუალებით არ ხდება სხეულში ცხიმის რაოდენობის განსაზღვრა. BMI გამოიყენება სიმაღლიდან გამომდინარე მისი ოპტიმალური წონის დასადგენად. ყოველი ადამიანი ინდივიდუალურია კუნთებისა და ძვლების აგებულების მიხედვით, ამიტომ BMI არ შეიძლება აღვიქვათ დიაგნოზის ერთადერთ მეთოდად.

BMI საფუძველზე ყველაზე ხშირად ორი **ფორმულა** გამოიყენება

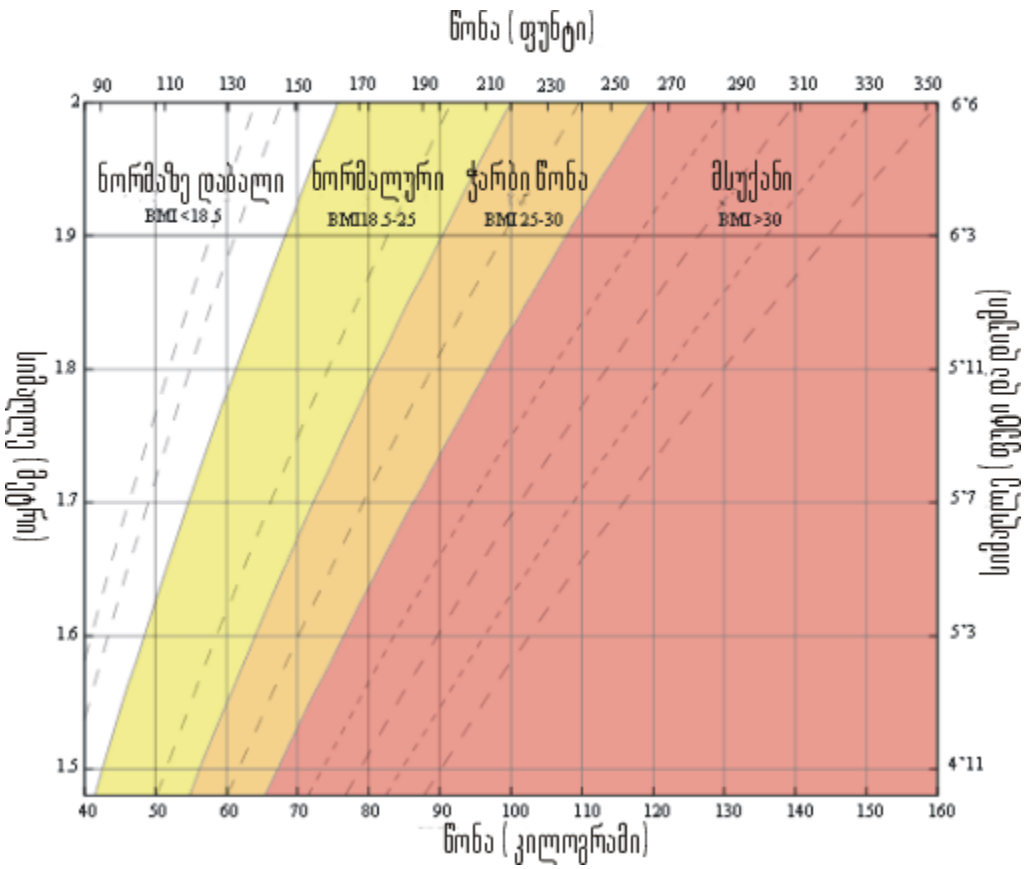
- BMI = წონა(kg)/სიმაღლე2(m2) (მეტრიკული ერთეული)
- BMI = 703·წონა(lb)/სიმაღლე2(in2) (U.S. ამერიკული ერთეული)

BMI ცხრილი 2-20 ასაკის ბავშვებისა და მოზარდებისათვის

კატეგორია	პროცენტული პარამეტრი
ნორმაზე დაბალი	<5%
ჯამრთელი წონა	5% – 85%
ჭარბი წონის საშისროება	85% – 95%
ჭარბი წონა	>95%

ჯანდაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის (WHO) რეკომენდაციის მიხედვით შედგენილია ცხრილი, რომელიც გამოიყენება 18 წლის მაღლა ასაკის მამრობითი და მდედრობითი სქესის მოზარდებისათვის.

კატეგორია	BMI პარამეტრი – კგ/მ2
ნორმაზე ძალიან დაბალი	< 16.5
ნორმაზე დაბალი	16.5 – 18.5
ნორმალური	18.5 – 25
ჭარბი წონა	25 – 30
ჭარბი წონა კლასი I	30 – 35
ჭარბი წონა კლასი II	35 – 40
ჭარბი წონა კლასი III	> 40



ვაჟების წონა და სიმაღლე

ასაკი-წელი	წონა კგ.	სიმაღლე სმ.
1½	10-13	78-85
2	11-14	85-92
2½	12-15	88-96
3	12-17	92-99
4	15-19	98-108
5	16-23	105-116
6	18-25	111-121
7	20-29	118-129
8	23-32	124-135
9	24-36	129-141
10	28-39	135-147

11	30-42	140-152
12	33-48	143-158
13	40-57	149-165
14	44-58	155-170

გოგონების წონა და სიმაღლე

ასაკი-წელი	წონა კგ.	სიმაღლე სმ.
$1^{1}/_{2}$	10-12	78-84
2	11-14	82-90
$2^{1}/_{2}$	12-15	87-95
3	13-16	91-99
4	14-18	95-106
5	16-20	104-115
6	18-24	111-121
7	20-27	113-127
8	22-32	124-134
9	25-37	129-141
10	28-40	135-147
11	30-44	140-152
12	36-51	146-160
13	40-57	151-163
14	44-58	160-170

სხეულის ნაწილების გაზომვა ხდება გარკვეული კანონზომიერებით:

- **სიმაღლე** – იზომება დილის საათებში, ქუსლების გარეშე
- **წონა** – დილის საათებში, უზმოზე, საპირფარეშოს ვიზიტის შემდეგ
- **წელი გარშემოწერილობა**– იზომება ჭიპის ცოტა ზედა ნაწილში, ყველაზე ვიწრო ადგილის გარშემოწერილობა



- **თეძოების გარშემოწერილობა** – იზომება ყველაზე ფართო ნაწილზე



- **მაჯა** – მაჯის გარშემოწერილობა



- **წინამხარი** – იდაყვსა და მაჯას შორის, იზომება იდაყვს ცოტა ქვევით გარშემოწერილობა



სხეულის წონა დამოკიდებულია სხეულის ზომაზე, აღნაგობაზე, ასაკზე, ნეკვებობაზე და ენდოგენურ ჯირკვლებზე. წონა იზომება სხვადასხვანაირო სასწორით - ფეხზე შესადგომი სასწორი, დასაჯდომი, დასაწოლი, შეკიდული.

წონის მაჩვენებლების ერთმანეთთან შესადარებლად საჭიროა ერთნაირი პირობების შექმნა:

- ერთიდაიგივე სასწორი უნდა იყოს გამოყენებული;

- პაციენტს იგივე ტანსაცმელი უნდა ეცვას;
- დღის იგივე მონაკვეთი უნდა იყოს, სასურველია დილა, უზმოზე და ტუალეტის შემდეგ.
- ყოველი პაციენტი მიღებისას და შემდგომ ყოველ კვირას უნდა იყოს აწონილი.ზოგიერთი დაავადებისას წონის კონტროლი უფრო ხშირადაა საჭირო - შიმშილისა და გახდომისთვის მკურნალობის დროს, ასევე თირკმელებისა და გულის დაავადებების დროს. ნორმალური წონა უხეშად შეიძლება იყოს გამოკვლეული ბროკას ფორმულით: სხეულის სიგრძეს გამკლებული 100 =ნორმალურ წონას. უფრო ზუსტია ბერნჰარდის ფორმულა:

სხეულის სიგრძე x გულმკერდის გარშემოწერყლობა

ნორმალური წონა = ----------

240

მიღებული შედეგი შეგვიძლია შევადაროთ ცხრილის მონაცემებს და შევაფასოთ მონაცემები.

ავადმყოფური **სიგამხდრის** ორი ფორმა არსებობს:

- სიგამხდრე, რომელიც არის სხვა დაავადების შედეგი
  - ინფექციური დაავადებები, როგორიცაა - ტუბერკულოზი, ტიფი, მენინგიტი, ყველა დაავადება, რომელიც მაღალი ტემპერატურით მიმდინარეობს;
  - კუჭ-ნაწლავის დაავადებები - მალაბსორბციის სინდრომი;
  -შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების დაავადებები - ჰიპოფიზის პათოლოგია, ჰიპერთირეოზი, შაქრიანი დიაბეტი;
  -ავთვისებიანი დაავადებები.
- სიგამხდრე, როგორც დამოუკიდებელი დაავადება, ჭამის სურვილის დაქვეითების დროს - ტვინის ორგანული დაზიანებები, ფსიქოგენურად სიგამხდრე, ნევროზული ანორექსია.

სიმსუქნე - ეწოდება მიდრეკილებას ცხიმის დაგროვებისაკენ, გაცხიმოვნებისაკენ - adipositas,obesitas. შეიძლება იყოს:
ეგზოგენური - გადაჭარბებული კვება;
ენდოგენური - ნერვულ-ენდოკრინული - დიენცეფალურ-ჰიპოფიზურ ან თირკმელზედა-სასქესო ჯირკვლოვან სისტემაში.
სიმსუქნის დროს შეიძლება გამოვლინდეს დაავადებები:

- გულ-სისხლძარღვოვანი დარღვევები - მსუქნებში ნაადრევად ვითარდება გულის კუნთის სისუსტე, მაღალი წნევა, თრომბოზებისკენ მიდრეკილება, ვენების ანთება;
- მონელების პრობლემები - ყაბზობა;
- ნივთიერებათა ცვლის მოშლა - შაქრიანი დიაბეტი;

- კანის ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა, მოჭარბებული ოფლდენის გამო კანის ნაკეცებში ანთებითი კერები.

სხეულის სიმაღლის გაზომვა

სიმაღლის გაზომვა შესაძლებელია კედელზე დამაგრებული საზომით. პაცინტმა უნდა გაიხადოს ფეხზე და დადგეს კედელთან, ისე რომ მიეყრდნოს საზომს. ფეხები უნდა იყოს ერთმანეთთან მჭიდროდ მიჯრილი ერთმანეთთან, ქუსლები ედება კედელს, საზომზე დამაგრებული ფიფიტა თავსდება თავზე და ვაფიქსირებთ ნიშნულს.
გიგანტიზმზე ლაპარაკობენ მაშინ, როდესაც ადამიანის სიმაღლე 2 მეტრს აჭარბებს. ამის მიზეზია ჰიპოფიზის ზრდის ჰორმონის სიჭარბე.
ტანდაბლობაა მაშინ, როდესაც მამაკაცებში სიმაღლე 150 სმ-ზე დაბლაა, ქალებში კი 140სმ-ზე დაბლა. ბავშვებში ვსაუბრობთ ტანდაბლობაზე, თუ ასაკის შესაბამის სიმაღლეზე 23% - ით ნაკლებია - ჰიპოთირეოზია ან რაქიტის დროს.
ქონდრისკაცობაა (ჯუჯა), როდესაც სიმაღლე 130 სმ-ზე დაბლაა. მისი მიზეზებია: ჰიპოფიზური ნანიზმი, ჰიპოფიზის წინა ნაწილის დაავადება. - ეს არის კარგად პროპორცირებული, მოხუცის გამოხედვით, ნორმალური ინტელექტის პიროვნება. ასევე ჰიპოთირეოზული ჯუჯობა, რაქიტული ჯუჯობა ძვლებისა და ხერხემლის სვრტის დეფორმაციის გამო, ქონდროსტროფია (ცირკის კლოუნი).

კითხვები:

1. დაახასიათეთ წლების მიხედვით ბავშვის სხეულის განვითარების თავისებურებები.
2. ჩამოთვალეთ თავის ქალას განვითარების პერიოდები.
3. რამდენი ფიზიოლოგიური ნადრეკი აქვს ხერხემალს?
4. რას ეწოდება ლორდოზი და კიფოზი?
5. რამდენი სახის სიარული არსებობს?
6. რამდენი კონსტიტუციური ტიპი არსებობს?
7. ადამიანთა რომელი სამი ტიპი არსებობს?
8. როგორ განვსაზღვროთ მარტივად რომელი ტიპის ადამიანს მივეკუთვნებით?
9. რა არის BMI და როგორ განვსაზღვროთ ის?
10. როგორ ხდება სხეულის ნაწილების გაზომვა?
11. როგორ გამოითვლება დაახლოებითი ნორმალური წონა?
12. რა პირობებში უნდა მოხდეს აწონვა
13. ავადმყოფური სიგამხდრის დროს რომელი ორი ფორმა არსებობს?

http://www.mshoblebi.ge/janmrtheloba/aqtualuri/888-simaghlisa-da-tsonis-normebi-erthidan-14-tslamde-asakis-gogonebisa-da-bitcebisthvis.html

http://www.geoanswer.net

http://people.ge/?m=19&ID=1279

ძვლოვანი სისტემა ბავშვებში - ჯურნალ მკურნალის დამატება N33 გვ.72

ტანდეგობის დარღვევის ფორმები

რომ შევძლოთ ტანდეგობის დარღვევის ნიშნების ამოცნობა, აუცილებელია ვიცოდეთ რა კრიტერიუმებით უნდა შევაფასოთ ის, კერძოდ, დავაკვირდეთ სხეულის განვითარების პროპორციებს, თავის, კისრის, ხერხემლისა და მენჯის მდგომარეობას- მისი კუთხის დახრას, კუნთოვანი სისტემის განვითარების ხარისხი. შევაფასოთ მისი ფიზიოლოგიური ნადრეკების მდგომარეობა, დგომის, სიარულის, ჯდომისა და წოლის მანერა.

თანდაყოლილი ფეხმრუდობა - საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის მძიმე დეფორმაციაა. დაავადება უპირატესად ორმხრივია და უფრო მეტად გვხვდება ბიჭებში. ანატომიური თვალსაზრისით ფეხმრუდობა ტერფების სახსრების თანდაყოლილი კონტრაქტურაა. ამ დროს ირღვევა ძვლების განლაგება და შესაბამისად ვითარდება უხეში ცვლილებები კუნთებში. მისი ნიშნებია:

- ფეხისგულის შიგნით შეტრიალება;
- ტერფის შიგნითა კიდის აწევა;
- ტერფის გარეთა კიდის დაწევა;
- ტერფების წინა ნაწილების მიახლოვება;
- ფეხისგულმხრივი მოხრა;
- კოჭ-წვივის სახსრში მოძრაობის შეზღუდვა.

როდესაც ბავშვი სიარულს იწყებს დაზიანებულ ტერფზე ზეწოლა იწვევს დეფორმაციის გაძლიერებას, მთელი ფეხის ფორმისა და ფუნქციის დარღვევას., სიარულის მანერისა და მთელი ტანადობის დამახინჯებას.

მკურნალობის დაწყება აუცილებელია ადრეულ ასაკში,სანამ ბავშვი სიარულს დაიწყებს, რადგან ამ პერიოდში ბავშვის კუნთები და მყესები დამყოლია და ადვილად იწელება, რაც ტერფის კორექციის საშუალებას იძლევა. მკურნალობაში აქტიურად გამოიყენება სპეციალური მასაჟი და სამკურნალო ვარჯიშები.

ჭიპის თიაქარი - ხშირია ადრეულ ასაკში, განსაკუთრებით დენაკლულ ბავშვებში. ის განპირობებულია მუცლის წინა კედლის დეფექტით და ჭიპის რგოლის სისუსტით. მაპროვოცირებელია მუცლის წნევის მომატება - ტირილის, ხველისა და ყაბზობის დროს. რაქიტი, ჰიპოტროფია, მუცლის კუნთების ტონუსის დაქვეითებით მიმდინარე დაავადებები ხელსაყრელ პირობებს ქმნის ჭიპის თიაქარის განვითარებისთვის. ვიზუალურად კარგად ჩანს ჭიპის რგოლის მიდამოშიმრგვალი ან ოვალური გამობერვა, რომელიც ხელიც დაჭერით ადვილად სწორდება. ჭიპის თიაქართან ერთად შეიძლება აღინიშნებოდეს მუცლის სწორი

კუნთების გათიშვა. ბავშვის სწორი განვითარებით, სწორი მოვლით, ნაწლავების ფუნქციის დარეგულირებით, საკმარისი მოტორული აქტივობით შესაძლებელია ჭიპის ფუნქციის ნორმალიზირება და თვითგანკურნება. ასევე, სასარგებლოა მუცლის მატონიზირებელი მასაჟი და ვარჯიშები, რომლებიც ხელს შეიწყობენ მუცლის წინა კედლის კუნთების გამაგრებას.

ბრტყელტერფიანობა - საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დაავადებაა, რომლის დროს ხდება ტერფის თაღების დაშვება. ჭეშმარიტი ბრტყელ ტერფიანობა ადრეული ასაკის ბავშვებში იშვიათია და ის თანდაყოლილია, რომლის დროსაც ტერფებს ,,ტერფ-სარწეველას'' ან ,,პრეს-პაპიეს'' ფორმა აქვს. უფრო ხშირია ,,ტერფების ბრტყელ-ვალგუსური პიზიცია'' – (valgus ლათ. ფეხმრუდე, გარეთკენ გადრეკილი). ამ დროს ძირითადი ნიშანია ქუსლების გარეთ გადახრა. ნებისმიერი მოძრაობის დროს ტერფი დიდ დატვირთვას განიცდის. ის ამ დროს ასრულებს საყრდენისა და ამორტიზაციის ფუნქციებს. ამ ფუნქციების შესრულებას უზრუნველყოფს ტერფის ანატომიური აგებულება. ტერფი შედგება სამი თაღისაგან, რომლების წარმოქმნილია ძვლებისაგან და გამაგრებულია კუნთებითა და მყესებით:

- შიგნითა გასწვრივი თაღი - მდებარეობს ტერფის შიგნითა კიდეზე, ქუსლიდან პირველ თითამდე და უზრნველყოფს რესორულ ფუნქციას;
- გარეთა გასწვრივი თაღი - მდებარეობს ტერფის გარეთა კიდეზე და უზრუნველყოფს საყრდენ ფუნქციას;
- გარდიგარდმო თაღი - ისევე როგორც შიგნითა გასწვრივი თაღი მოძრაობისას არბილებს დარტყმას.

ტერფების ნორმალური ფუნქციონირებისათვის საჭიროა არამარტო ძვლების ნორმალური ურთიერთგანლაგება, არამედ კუნთოვანი და მყესოვანი-იოგოვანი აპარატის შეთანხმებული მუშაობა. ბავშვთან ჯერ კიდევ გაუმაგრებელი ძვლოვანი აპარატია, უფრო მეტად ხრტილოვანი სტრუქტურისაა, კუნთები და იოგები და ადვილად წელვადია. თაღები საბოლოოდ ფორმირდება 3-4 წლის ასაკში, თუმცა კუნთ-იოგოვანი აპარატის შედარებითი სისუსტე ჯანმრთელ ბავშვებს 6-7 წლის ასაკამდე აღენიშნებათ. სამ წლამდე ბავშვის ტერფი ბრტყელი ჩანს, რადგან თაღი ამოვსებულია რბილი ცხიმოვანი ბალიშით. ეს არის ცრუ ბრტყელტერფიანობა. თუ ბავშვი ფეხსაცმლის ზურგს, ლანჩის ან ქუსლის შიგნითა კიდეს გაცვეთს ეს ნიშნავს რომ საჭიროა ორთოპედის კონსულტაცია. დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა აგვარიდებს ბრტყელ ტერფიანობას.

ბრტყელტერფიანობა

ტერფების ბრტყელ - ვალგუსური პოზიცია - ორგანიზმის ზოგადი დასუსტების შედეგია: კუნთოვანი ტონუსის დარღვევა, ზოგადი კუნთოვანი სისუსტე, დღენაკლულობა, ხშირი და მწვავე რესპირატორული ინფექციები, ბრონქიტები, პნევმონიები და განსაკუთრებით რაქიტი. პრევენციისთვის დიდი მნიშვნელობა აქვს გაკაჟებას, მოტორული აქტიურობა. მნიშვნელოვანია შესაბამისი წინდებისა და ფეხსაცმლის შერჩევა.

ფეხების გამრუდება ორი ტიპისაა: ვალგუსური (X-მაგვარი)დეფორმაცია და ვარუსული (O-მაგვარი) დეფორმაცია.

ფეხების ვალგუსური (X-მაგვარი)დეფორმაცია ისეთი ფეხმრუდობაა, რომლის დროსაც სიმრუდე სხეულის შუა ხაზიდან გარეთაა გადადრეკილი. დიაგნოზი დაისმება მაშინ,

როდესაც გამართული და მჭიდროდ მიტყუპებული მუხლების შემთხვევაში მედიალურ გოჯებს შორის მანძილი 4-5 სმ-ს აღემატება. ეს არის შეძენილი დეფექტი. ფეხების გამრუდება გამოვლინდება ფეხზე დადგომისას და სიარული დაწყებიდან რამოდენიმე თვის შემდეგ, რაც განპირობებულია სწრაფად ზრდის პერიოდში ქვემო კიდურების ჯერ კიდევ სუსტი კუნთ-სახსროვანი აპარატის გადამეტებული დატვირთვით. ფეხების დეფორმაციის მთავარი მიზეზია ადრეულ ასაკში გადატანილი რაქიტი. მძიმე შემთხვევაში შესაძლებელია წვივის ძვლების გამრუდებაც. ფეხების გამრუდების მიზეზი შეიძლება იყოს ტერფების ზოგიერთი დეფექტი, ბარძაყის თანდაყოლილი დეფექტი, მუხლის სახსრების დაავადებები და ტრავმები. ფეხების ნორმალურ განვითარებას აფერხებს ჭარბი წონა.

ფეხების ვარუსული (O-მაგვარი) დეფორმაციის დროს მჭიდროდ მიკრული ტერფების დროს მუხლები გარეთაა გადრეკილი და მათ შორის არის ნაპრალი, რომლის სიდიდით განისაზღვრება დეფორმაციის სიმძიმე. ვარუსული დეფორმაციის დროს აღინიშნება მუხლის სახსრის არათანაბარი განვითარება: ბარძაყის ძვლის ლატერალური როკის გადიდება და მედიალური როკის დაპატარავება, რომელიც იწვევს მენისკის ჭყლეტას, რის გამოც ფართოვდება სასახრე ნაპრალი, როგორც გარეთა , ასევე შიგნითა მხრიდან.ქუსლები და ტერფების წინა მიდამოები შიგნითაა გადახრილი, გამოხატულია ე.წ. თათმოჩორთულობა, ბავშვი ვერ მართავს მუხლებს. ამ დეფორმაციის ძირითადი მიზეზი რაქიტია. პრობლემის პროვოცირებას აკეთებს ფეხების ადრეულ ასაკში დატვირთვა - ადრე დადგომა და სიარულის დაწყება.

ტანდეგობის დარღვევის ერთ-ერთი ფორმაა - **კისერმრუდობა.**

კისერმრუდობა არის თავის არასწორი დგომა. ეს პათოლოგია უმეტესად კისრის რბილი ქსოვილის დაზიანებით არის განპირობებული, გაცილებით იშვიათად კი ხერხემლისა და ნერვული სისტემის დაზიანების ბრალია. კისერმრუდობის ორი ფორმა არსებობს:

- თანდაყოლილი - თანდაყოლილი კისერმრუდობა უპირატესად კუნთოვანი ხასიათისაა და მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის განვითარების ანომალიით - სიმოკლით - არის განპირობებული. თანდაყოლილი კისერმრუდობა, ჩვეულებრივ, სამშობიაროშივე ან სიცოცხლის პირველივე თვეს ვლინდება. 5-6 წლისთვის ამ ანომალიის ფონზე სახისა და თავის ასიმეტრია ჩამოყალიბდება.
- შეძენილი კისერმრუდობა - კომპენსატორული ხასიათისაა და მხედველობის დარღვევის - სიელმის ან ასტიგმატიზმის- შედეგი გახლავთ. კისრის დეფორმაცია თანდათან ყალიბდება, უპირატესად - 3-5 წლის ასაკში. თანდაყოლილი კისერმრუდობისგან განსხვავებით, მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის ორგანული ცვლილებები ამ დროს გამოხატული არ არის, ბავშვი თავს თავისუფლად ატრიალებს ორივე მხარეს და მისი სწორად დაჭერაც შეუძლია. შეძენილი კისერმრუდობის პროფილაქტიკა და მკურნალობა, უწინარეს ყოვლისა, გულისხმობს მხედველობის კორექციას, კისრის კუნთების მასაჟსა და სამკურნალო ფიზკულტურას.

როგორც უკვე ზევით აღვნიშნეთ ხერხემალს აქვს ოთხი ფიზიოლოგიური ნადრეკი: კისრის ლორდოზი, გულმკერდის კიფოზი, წელის ლორდოზი და გავის კიფოზი. აქედან გამომდინარე, არჩევენ ტანდეგობის 5 ძირითად ტიპს:

- ნორმალური ტანდეგობა - ახასიათებს ზომიერად გამოხატული ფიზიოლოგიური ნადრეკები და სხეულის ყველა ნაწილის სიმეტრიული განლაგება.
- ბრტყელი ზურგი - ფიზიოლოგიური ნადრეკები სუსტად არის განვითარებული. მენჯის დახრის კუთხე შემცირებულია. ასეთი ტანდეგობისას ხერხემლის გამძლეობა ნაკლებია და არახელსაყრელ პირობებში არცთუ იშვიათად სკოლიოზი ვითარდება.
- მრგვალი ზურგი - ახასიათებს ხერხემლის ფიზიოლოგიური ნადრეკების სიმკვრივე და მენჯის დახრის კუთხის გაზრდა.
- წელში ოდნავ მოხრილობა - გულმკერდის კიფოზი ძლიერდება, რის გამოც სუსტდება კისრისა და წელის ლორდოზი. ასეთ ბავშვებს გულმკერდი ჩავარდნილი აქვთ მუცელი - გამოვარდნილი, მხრები - ოდნავ წინ წამოწეული, მუხლები - დგომისას ოდნავ მოხრილი.
- ტანდეგობის დარღვევა ფრონტალურ სიბრტყეში. მისთვის დამახასიათებელია ხერხემლის სტრუქტურების არამუდმივი ცვლილება. ვინაიდან ასეთი გადახრა მუდმივი არ არის, შესაძლებელია გამოსწორდეს ბავშვის სხეულის გასწორების გზითაც კუნთების დაჭიმვის ხარჯზე.

ხერხემლის დეფორმაციების მთავარი მიზეზია ჩონჩხის განვითარების ანომალიები. ეს ანომალიები იზოლირებულიც შეიძლება იყოს და ნერვული და კუნთოვანი ქსოვილების არასწორ განვითარებასაც უკავშირდებოდეს. რა ასაკში გამოვლინდება დეფორმაცია, ეს, ერთი მხრივ, ანომალიის სახეობაზეა დამოკიდებული, მეორე მხრივ კი პათოლოგიური პროცესის ინტენსივობაზე. იშვიათად ის წლამდე ასაკში ვლინდება, უმეტესად კი გვიან იჩენს თავს.

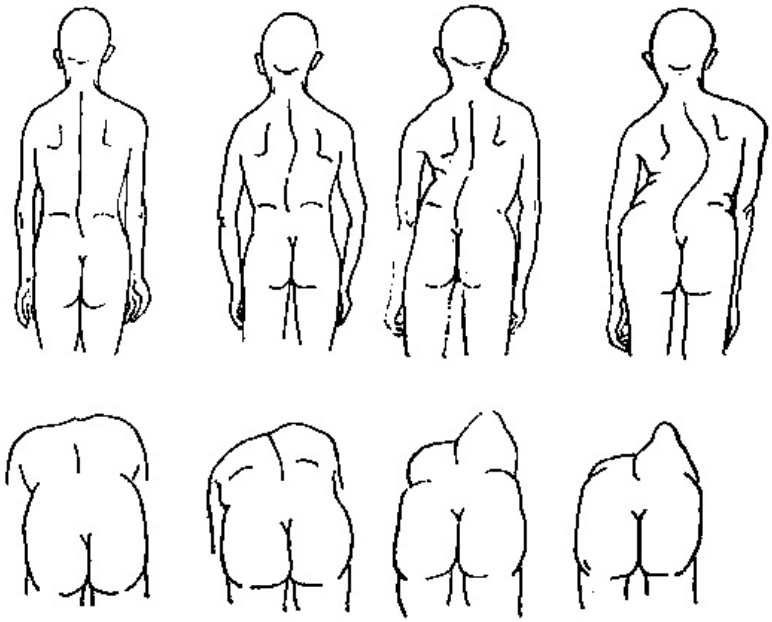
არჩევენ ტანდეგობის დარღვევის შემდეგ ფორმებს:

- მოკუზულობა, მოხრილობა - ეს არის გულმკერდის კიფოზის გადიდება და წელის ლორდოზის შემცირება;
- მრგვალი ზურგი - ამ დროს ხდება გულმკერდის კიფოზის გადიდება, წელის ლორდიზის თითქმის არარსებობის ფონზე;
- მრგვალი ჩაზნექილი ზურგი - გადიდებულია ხერხემლის ყველა ნადრეკი და მენჯის დახრის კუთხე;
- ბრტყელი ზურგი - ამ დროს წელის ლორდოზი გამკვრივებულია და მენჯის დახრის კუთხე შემცირებულია;
- ბრტყელი ჩაზნექილი ზურგი - ამ დროს გვაქვს გულმკერდის კიფოზის შემცირება და ნორმალური ან მცირედით გადიდებული წელის ლორდოზი

სქოლიოზი ხერხემლის ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა, რომელიც განსაკუთრებით ხშირია სასკოლო ასაკის ბავშვებში, მაგრამ ზრდასრულ ასაკშიც არანაკლები სიხშირით შეიძლება განვითარდეს.

სკოლიოზი ხერხემლის ფრონტალური გამრუდებაა (ფრონტალურ სიბრტყეში განვითარებული გამრუდება, როდესაც ხერხემალი ლათინური S-ფორმას იძენს). სიტყვა "სკოლიოზი" ბერძნული წარმოშობისაა და მოღუნულს, გამრუდებულს ნიშნავს. მსუბუქი სკოლიოზი სერიოზულ გართულებებსა და ჩივილებს არ იწვევს, ხოლო ხერხემლის ძლიერი გამრუდების დროს, როდესაც სვეტი საგრძნობლად ბრუნდება საკუთარი ღერძის გარშემო, თავს იჩენს ტკივილები და, რაც მთავარია, იზღუდება ხერხემლის ფუნქციონირების შესაძლებლობა.
ხერხემლის გამრუდების დროს იცვლება გულმკერდის ფორმა. სკოლიოზის დროს აღინიშნება გულმკერდის ყაფაზის ასიმეტრია (ცალი მხარის ჩავარდნილობის გამო). მხრებსა და ბეჭის ძვლებს ამ დროს არათანაბარი და უსწორო პოზიცია აქვთ. მკერდის ძვალი ცალ მხარეზეა გადანაცვლებული. ამ დეფორმაციის შედეგად უმეტესად გულმკერდის ღრუში მოქცეულ ორგანოთა ფუნქციაც იცვლება.
ბიომექანიკის თვალსაზრისით სკოლიოზური დეფორმაციის ფორმირების პროცესი რამდენიმე ფაქტორის ურთიერთქმედების შედეგია. მათ შორის შეიძლება იყოს როგორც თანდაყოლილი, ასევე შეძენილი ფაქტორები.
რაც შეეხება მალათა სხეულებზე განვითარებულ ოსტეოფიტურ ხიდაკებს, ესენი გახლავთ პათოლოგიური ძვლოვანი წანაზარდები, რომლებიც მალათა სხეულებიდან ან მორჩებიდან ვითარდება. კუნთებსა და ნერვულ დაბოლოებებზე მათი ზეწოლის შედეგად აღმოცენდება ტკივილი, იზღუდება მოხრა-მოძრაობა, თუმცა უმეტესად – არც ისე ძლიერ. უსიამოვნო შეგრძნებისა და მჩხვლეტი ტკივილის გამო ადამიანი ერიდება ზოგიერთი პოზის მიღებასა და სათანადო მოძრაობათა შესრულებას.

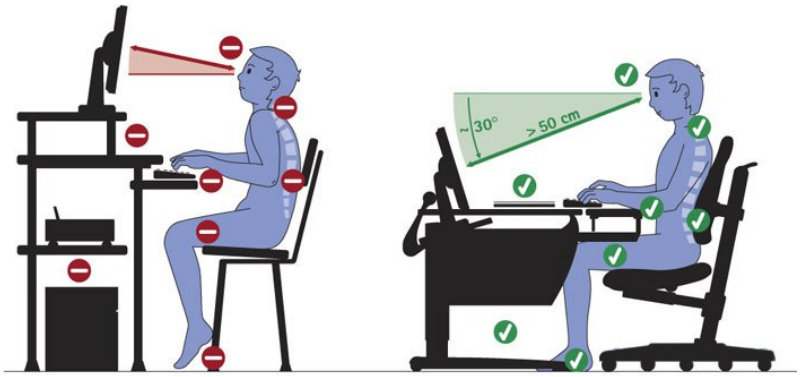
სქოლიოზი საწყის ეტაპზე შეუმჩნევლად მიმდინარეობს, თუმცა სწრაფად პროგრესირებს და დროთა განმავლობაში ისეთ სერიოზულ დაავადებებს აყალიბებს, როგორიცაა სუნთქვის უკმარისობა, არითმია და ა.შ.



სქოლიოზის დროს სხეულის ბუნებრივი კორსეტი ანუ კუნთები ასიმეტრიულ, სპაზმირებულ და მოდუნებულ მდგომარეობაშია, ამის გამო სათანადოდ ვერ იჭერს ხერხემალს და ვითარდებასქოლიოზი.

სიმძიმის მიხედვით სქოლიოზის ოთხ ხარისხს გამოყოფენ:

- **პირველი ხარისხის დროს** დაავადება სწრაფად, მაგრამ ჩივილების გარეშე პროგრესირებს (გამრუდების კუთხე 10 გრადუსია.);
- **მეორე ხარისხის დროს** შეინიშნება გარკვეული ჩივილები (დისკომფორტი ზურგის არეში, მხრების ასიმეტრიულობა, გამრუდების კუთხე 10-25 გრადუსამდე);
- **მესამე ხარისხის დროს** - სიმპტომატიკა მკვეთრად მომატებულია (აღინიშნება ზურგის ტკივილები, გამრუდების კუთხე 40-90 გრადუსამდეა);
- **მეოთხე ხარისხის დროს** კი აღნიშნულ სიმპტომებს, შეიძლება უფრო სერიოზული გართულებებიც (სუნთქვის უკმარისობა, არითმია, ზრდაში ჩამორჩენა, სწრაფი ზრდა და ა.შ.) დაემატოს.



სქოლიოზის გამომწვევი ძირითადი მიზეზებია -

- არასწორ (მოხრილ) მდგომარეობაში დგომა, ჯდომა, წოლა;
- არასწორი ფიზიკური ვარჯიში ან სრული უვარჯიშობა (უვარჯიშობა ზურგის კუნთების მოდუნებას იწვევს);
- სიმძიმეების აწევა.
- ბრტყელტერფიანობა - ბრტყელტერფიანობის შემთხვევაში, ტერფის კუნთები ატროფიას განიცდის, რაც კიდურების არასიმეტრიულად დატვირთვას და შესაბამისად - არა მარტო ხერხემლის, არამედ მუხლის, მენჯ-ბარძაყისა და ა.შ. დაავადების პროვოცირებას იწვევს;

კლინიკა

საწყის ეტაპზე დაავადება შეუმჩნევლად მიმდინარეობს, სიმპტომები მხოლოდ მოგვიანებით ვლინდება და ესენია:

- ტანდეგობის დარღვევა - რაც გამოიხატება სხეულის (მხრების, მენჯის, ნეკნების და ა.შ.) სიმეტრიის დარღვევაში;
- ხერხემლის გამრუდება;
- ტკივილი და დისკომფორტი ზურგის არეში;
- სუნთქვის გაძნელება;
- არითმია და ა.შ.

დიაგნოსტიკა

სქოლიოზის დიაგნოსტიკისთვის გამოიყენება:

- ტოპოგრაფიული გამოკვლევა - რომლის დროსაც პალპაციით ხდება საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის ფარული დაავადებების აღმოჩენა;
- ტესტირება ესტბერგის ანკეტით - (ანკეტა გამოიყენება ადამიანის შინაგანი ბიორიტმების დასადგენად, რომლებიც არ არის დამოკიდებული ადამიანის ცხოვრების სოციალურ პირობებთან - ადამიანის ქრონოტიპის დადგენა);
- რენტგენოგრაფია - გამოიყენება როგორც დამატებითი სადიაგნოსტიკო საშუალება.

სქოლიოზი ბავშვებში

სქოლიოზს (ხერხემლის გამრუდება, „გადახრა“) ორთოპედიულ სიმსივნეს ადარებენ ხოლმე ვიწრო სპეციალისტები და განსაკუთრებით მაშინ, როცა პაციენტი გვიან სტადიაზე მიმართავს ექიმს. სულ რაღაც 20 წლის წინათ სქოლიოზით ძირითადად 10 წლის და შემდგომი ასაკის ბავშვები ავადდებოდნენ. ახლა ფაქტიურად ამ ასაკმა მთელი 5 წლით ქვემოთ ჩამოიწია.

ბავშვების 60-70 % უჩივის არასწორ დგომას, „ასანს“-როცა დარღვეულია ხერხემლის სწორმედეგობა. ასეთი მდგომარეობა ყოველთვის არ ნიშნავს სქოლიოზს, რომლითაც სამწუხაროდ მომავალი თაობის 15-20 %-ია დაავადებული.

სქოლიოზი არის ხერხემლის გამოკვეთილი გადახრა რომელიმე მხარეს.



სწორი დგომის (სწორმედეგობის)დარღვევის შემთხვევაში საქმე გვაქვს ერთ-ერთ მხარეს ზურგის კუნთების ზედმეტ მოჭიმულობასთან, ხოლო სქოლიოზის დროს - უშუალოდ ხერხემლის ძვლოვანი სტრუქტურის დეფორმაციასთან.

შეძენილი სქოლიოზის დროს ხერხემლის გადახრა – გამრუდება გამოწვეულია სწორედ ასანის (სწორმედეგობის) დარღვევის შედეგად. თანამიმდევრული არასწორ დგომა, ჯდომა, არაადექვატური სიმძიმის ზიდვა იწვევს მალთაშორის დისკების დეფორმაციას, რაც თავის მხრივ ხდება ხერხემლის გადახრის მიზეზი. სქოლიოზი გვხვდება მარჯვენამხრივი ან მარცხენამხრივი.

ბავშვის სქოლიოზის საშიშროება იმაში მდგომარეობს, რომ თუ მალევე არ იქნა სამკურნალო ზომები მიღებული, დაავადება სწრაფად პროგრესირებს და ძალიან მალე დგება სავალალო შედეგები. საშუალო სტატისტიკა ასეთია: 6-10 წლის ასაკის ბავშვებში სქოლიოზის მკურნალობის შემდეგ მხოლოდ 30% -ს აღენიშნება მდგომარეობის არასაგრძნობი გაუმჯობესება, ანუ-დაავადების შეჩერება საგრძნობი თვალშისაცემი შედეგების გარეშე. ასეთთა 15 %-ს სამწუხაროდ დაავადების შეჩერებაც არ აღენიშნება. მკურნალობის შედეგად ბავშვების 70%-ში საბედნიეროდ სქოლიოზი უკან იხევს: სისტემატური მასაჟების და ვარჯიშების (პლუს სხვა პროცედურებიც, მაგალითად: იპოდრომი, ცურვა) ფონზე ბავშვთა სქოლიოზი ძირითადად იკურნება ან იგი სავსებით შეუმჩნეველი ხდება გარეშე თვალისთვის. **დაავადებულთა 60%-ზე მეტი გოგონები და ქალბატონებია**. განსაკუთრებით საშიშია 10-14 წლების ასაკი. ამ დროს არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება მშობელთა მხრიდან უყურადღებობა. ამ ასაკის შემდეგ სქოლიოზის განკურნება მთელ რიგ პრობლემებთანაა დაკავშირებული.

სქოლიოზის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- კუნთოვანი და ნერვული სისტემის დაავადება;
- ჩონხის რაქიტული დაზიანება სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში;
- ხერხემლის პათოლოგიები;
- კუნთოვანი კორსეტის და სწორმედეგობის მოშლა;
- ადამიანის გარკვეული ფიზიოლოგიური თავისებურებანი: სიელმე, ბრტყელტერფიანობა;
- პროფესიული თავისებურებანი: არასწორი ჯდომა სამსახურში, არასწორი ასანი;
- არასაკმარისი და არასწორი კვებით გამოწვეული სუსტი ფიზიკური განვითარება;
- ტრავმული დაზიანება;

დეფორმაციის ხარისხისა და კლინიკური სურათის სიმძიმის მიხედვით არჩევენ დაავადების 4 ხარისხს:

- 1 ხარისხი: დახრის კუთხე 1-10 გრადუსამდეა. ამ დროს ხერხემლის გადახრა სუსტადაა გამოხატული ფრონტალურ მდგომარეობაში და თითქმის არ ჩანს -ჰორიზონტალურში. შეიმჩნევა ბეჭების ასიმეტრია კისერი-გულ-მკერდის სქოლიოზის დროს;
- 2 ხარისხი: დახრის კუთხე 11-25 გრადუსის ფარგლებშია. გადახრა აშკარადაა გამოხატული, რასაც თან ახლავს ე.წ. მაკომპენსირებელი რკალი და არც თუ დიდი კეხი(კუზი). –
- 3 ხარისხი: დახრის კუთხე 26-50 გრადუსია. ფრონტალურ მდგომარეობაშიც აშკარად ჩანს ხერხემლის გამრუდება მაკომპენსირებელი რკალით. სახეზეა დიდი ნეკნის კეხი და გულ-მკერდის დეფორმაცია;
- 4 ხარისხი: დახრა სცდება 50 გრადუსს. სქოლიოზის უმძიმესი ფორმაა გამოხატული კიფოსქოლიოზით. გულმკერდის და ხერხემლის დეფორმაცია უხეში ფორმებით ჩანს. ნეკნის კეხები შესამჩნევია როგორც წინა, ასევე უკანა მხრიდან. მიმდინარეობს გავის სეგმენტის, თეძოების, გულ-მკერდის, ნერვული სისტემის და თითქმის მთელი ორგანიზმის დეფორმაცია. ასეთი სქოლიოზი იწვევს გულის და ფილტვების მუშაობის

გაუარესებას.
მე-4 ხარისხის სქოლიოზის მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს.

სქოლიოზის მკურნალობა მხოლოდ კომპლექსური სისტემითაა შესაძლებელი, რაც მოიცავს:
• ვერტებროლოგის და ორთოპედის სისტემატურ კონსულტაციებს.
• სამკურნალო მასაჟებს (წელიწადში 2-3-4 ჯერ, სქოლიოზის ხარისხის მიხედვით).
• სამკურნალო ვარჯიშებს (დამატებით შესაძლებელია იპოდრომის და ცურვის ჩართვა).
ხერხემლის ფრთხილი, იზომეტრიული გაჭიმვები.
სქოლიოზის მკურნალობაში უკიდურეს შემთხვევაში შეიძლება ჩაერთოს ხელოვნური კორსეტის გამოყენებაც, რასაც ვერტებროლოგი ნიშნავს (ძირითადად ბავშვებში და უმეტესწილად მე-2-მე-3 ხარისხის დაავადებისას.)
ხშირად, ასეთი კორსეტის გამოყენებას ექიმები თავის დაზღვევისთვისაც მიმართავენ, თუმცა ეს თვითმიზანი არაა, რადგან მას უკუჩვენებებიც საკმაოდ გააჩნია. ამიტომაა მნიშვნელოვანი ,რომ მკურნალობა დიაგნოზის დასმისთანავე დაიწყოთ. ყველაზე კარგი კი დაავადების პრევენციაა. ბავშვებს, რომელთაც სისტემატურად უკეთებენ ადრეული ასაკიდანვე მასაჟებს და ფიზიოთერაპიულ პროცედურებს, არასდროს ემართებათ ეს დაავადება. თუმცა, ვიმეორებთ, მკურნალობა არასდროს არაა გვიან, მითუმეტეს ადრეულ ასაკში, როცა სქოლიოზის განკურნება სავსებით შესაძლებელია.

კიფოზი

კიფოზი – დაავადება, რომელსაც ახასიათებს ხერხემლის გამრუდება, რომლის შედეგად ზურგის არეში ვითარდება კუზი. შემთხვევების უმეტესობაში დაავადება ვითარდება სქოლიოზის პარალელურად. კიფოზი ბავშვებში ვლინდება 6-12 თვის ასაკში.

დაზიანების ადგილიდან გამომდინარე გამოიყოფა:

- კისრის კიფოზი;
- მკერდის კიფოზი;
- წელის კიფოზი;
- გავის კიფოზი.

მიზეზები

დაავადების გამომწვევი მიზეზებია:

- მემკვიდრეობითი ფაქტორი;
- ნაყოფის განვითარების დარღვევა;
- დაავადებების გართულება (პოლიომიელიტი, ბავშვის ცერებრიალური დამბლა), რაც იწვევს ზურგის კუნთის დამბლას;
- ხერხემლის ტრავმები;
- არასწორი პოზა;
- ოსტეოქონდროზი;
- ხერხემლის ოპერაციები;
- ხერხემლის სიმსივნე.

სიმპტომები

დაავადებას ახასიათებს:

- ზურგის და კისრის არეში მწვავე ტკივილი;
- ხერხემალში შებოჭილობის გრძნობა;
- ზურგის ძლიერი გამრუდება (45 გრადუსზე მეტით);
- სისუტე, კიდურების მგრძნობელობის დაკრგვა;
- ზურგის ტვინის ნერვების დახშობა;
- გულის მუშაობისა და სუნთქვის დარღვევა.

დიაგნოსტიკა

დიაგნოსტიკას ატარებს ექიმი-ორთოპედი, რისთვისაც ნიშნავს:

- ფიზიკურ გამოკვლევას;
- ხერხემლის რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას;
- ხერხემლის კომპიუტერულ ტომოგრაფიას;
- ხერხემლის მაგნიტო-რეზონანსულ ტომოგრაფიას;
- ნევროლოგიურ ტესტებს (ელექტრომიოგრაფიას).

მკურნალობა

დაავადების მკურნალობა მოიცავს:

- მედიკამენტებს (D ვიტამინი, კალციუმი);
- ფიზიოთერაპიულ პროცედურებს (ელექტროფორეზი, ულტრა-ბგერითი დასხივება);
- სამკურნალო კორსეტის ტარებას;
- სამკურნალო ფიზკულტურას;
- მანუალურ თერაპიას;
- მასაჟს;
- ქირურგიულ მკურნალობას (დეფორმაციის მოცილება, ხერხემლის სტაბილიზაცია).

საშიშროება

თუ არ მოხდება პრობლემის დროულად აღმოფხვრა, შესაძლოა შემდეგი სახის გართულებების წარმოქმნა:

- კუზი;
- ხერხემლის მოცულობის და ფორმის დარღვევა;
- თეძოს ორგანოების ფუნქციის დარღვევა;
- მენჯების პროპორციების დარღვევა მოზარდებში;
- სუნთქვის დარღვევა;
- ქვედა კიდურების პარეზი, დამბლა;
- ზურგის ტვინის მენინგიტი.

რისკის ჯგუფი

- 15 წლამდე მოზარდები;
- მოხუცები;
- ოსტეოპოროზის პრობლემების მქონე ადამიანები;
- ხერხემლის ტრავმების მქონე ადამიანები;
- დამაკავშირებელი ქსოვილის პრობლემების მქონე ადამიანები.

პროფილაქტიკა

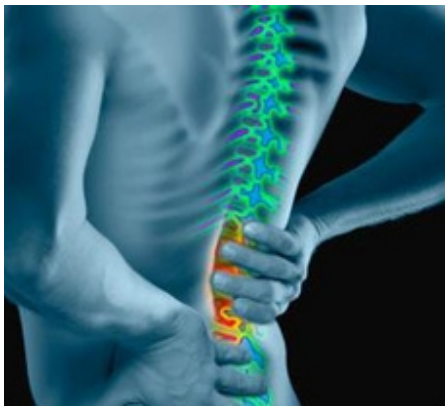
- ხერხემალზე დატვირთვების კონტროლი;
- სწორი პოზის ქონა (მოხრილობის გამოსწორება);
- გადაცივებისგან თავის დაცვა.

ოსტეოქონდროზი

კაცობრიობა ოსტეოქონდროზის დაავადებას უძველესი დროიდან იცნობს. იგი ხასიათდება დეგენერაციული ცვლილებებით ხერხემალში. ოსტეოქონდროზით დაავადებულია

დედამიწის მოსახლეობის 80 %. შრომისუნარიანობის დაქვეითებისა და დაკარგვის მიზეზებს შორის ოსტეოქონდროზს ერთ–ერთი პირველი ადგილი უჭირავს. გამომწვევი მიზეზებია:
- მემკვიდრეობითი წინასწარგანწყობა
- მიკროტრავმები
- უხერხული მოძრაობები
- ენდოკრინული დაავადებები
ძირითად როლს ასრულებს კუნთთა ტონუსის სისუსტე, კუნთოვანი სისტემის გაუვარჯიშებლობა, დაქვეითება.





ოსტეოქონდროზის სიმპტომებია:
ხერხემლის არეში ტკივილი ანუ დორსალგია, რომელიც გადაეცემა სხეულის სხვადასხვა ნაწილში: დაბუჟება და ,,ტკაცუნი" სახსრებში, ზურგის კუნთების დაჭიმულობა.
ასევე შესაძლებელია მცირე მენჯის ღრუს ორგანოთა ფუნქციის მოშლა (შარდვის და დეფეკაციის), სექსუალური დარღვევები.
მალთაშუა დისკოს თიაქარი – ოსტეოქონდროზის ყველაზე გავრცელებული და მძიმე გამოვლინებაა.
ოსტეოქონდროზის მკურნალობის სხვადასხვა ხერხი არსებობს; დაწყებული მედიკამენტური თერაპიიდან, დამთავრებული ოპერაციით.
კლინიკა "მედი" გთავაზობთ ოსტეოქონდროზის მკურნალობას ვარჯიშებით. ექიმის კონსულტაციის შემდეგ შეირჩევა თქვენთვის ინდივიდუალური სამკურნალო პროგრამა, რომელსაც ჩაგიტარებთ მეთოდისტი.
ეს პროგრამა შეიცავს აქვა და კინეზო– თერაპიას, სამკურნალო მასაჟს და ფიზიოთერაპიას.

ოსტეოქონდროზის პროფილაქტიკა
- ეცადეთ ყოველთვის იაროთ გამართული ზურგით
- ხშირად იმოძრავეთ, რათა არ მისცეთ ზურგს კუნთების ატროფირების საშუალება
- ხშირად იცურავეთ, რომ მუდმივად იყოთ ფორმაში

ართრიტი, ართროზი
ოსტეოართროზი – ეს არის სახსრის და მიმდებარე ქსოვილების ქრონიკული არაანთებითი დაავადება. გამომწვევი მიზეზები:

- ნივთიერებათა ცვლის მოშლა და ჰორმონული დისბალანსი
- მემკვიდრეობითი წინასწარგანწყობა
- ხანდაზმული ასაკი
- ტრავმები
- ჭარბი წონა
- მძიმე ფიზიკური დატვირთვა
- ხტომები, სირბილი

სიმპტომები:
დაავადების დასაწყისში – ,,ტკაცუნი" სახსრებში მკვეთრი მოძრაობების შესრულებისას, სახსარში მოხრისას–უსიამვნო შეგრძნება ტკივილი, რომელიც განსაკუთრებით მძაფრია სიარულის, კიბეზე ჩასვლის დროს და მოძრაობების შესრულებისას. ხანმოკლე ტკივილი ქრება აქტიური მოძრაობების ფონზე. მოგვიანებით ტკივილი ხდება აუტანელი, სახსარი კარგავს ელასტიურობას და იწყება მოძრაობების შეზღუდვა.
მკურნალობა:
ესთეტიკური მედიცინის ცენტრი "მედი" გთავაზობთ სპეციალურ სარეაბილიტაციო პროგრამებს და მედიკამენტურ თერაპიას პრეოპერაციულ პერიოდში, პოსტოპერაციულად – რეაბილიტაციას. კლინიკა "მედი"-ში სარეაბილიტაციო პროგრამა შედგება სპეციალური ვარჯისებისგან, აქვათერაპიისგან და ფიზიოპროცედურებისაგან.
პროფილაქტიკა:
- სიარული
- ვარჯიში
- ცურვა
- წონის კორექცია

სქოლიოზი
სქოლიოზი – ხერხემლის რთული დეფორმაციაა, რომლის დროსაც ხდება ხერხემლის გამრუდება და ტორსიული შემობრუნება თავისი ღერძის გარშემო.

მიზეზებია:
- საერთო სისუსტე და მყეს–კუნთოვანი აპარატის განუვითარებლობა, განსაკუთრებით ინტენსიური ზრდისას. (6–8 წლის ან 10–12 წლის ასაკში)
- არასწორი დგომა, სიარული.
- კუნთების რეფლექტორული დაჭიმულობა ვერტებრონგენული დაავადებების დროს.
- ერთი ფეხის დამოკლება

მკურნალობის ძირითადი პრინციპები ზოგადი რეჟიმის დაცვა, რომელიც მოიცავს:

- ხანგრძლივი ძილი
- ფიზიკური დატვირთვების და მოსვენების მონაცვლეობა
- გამაჯანსაღებელი ღონისძიებები
- რაციონალური კვება

- სეირნობა და თამაში სუფთა ჰაერზე
- დღისით, სკოლის შემდეგ, დასვენება

რეაბილიტაციურ ცენტრებში სრულდება შემდეგი სახის ღონისძიებები:

- სამკურნალო ვარჯიში (კინეზოთერაპია)
- სამკურნალო ცურვა (აქვათერაპია)
- სამკურნალო მასაჟი
- ფიზიოტერაპია: ზურგის და მუცლის კუნთების ელექტროსტიმულაცია, მედიკამენტური ელექტროფორები, ულტრაიისბგერი სხივები,სითბური პროცედურები.

ბრტყელტერფიანობა
ბრტყელტერფიანობა არის ტერფის დეფორმაცია, რომელიც ვლინდება ტერფის თაღის გაბრტყელებით სიგრძივად და განივად. შესაბამისად, არსებობს ორი სახის ბრტყელტერფიანობა – სიგრძივი და განივი. ხშირად ისინი ერთმანეთს ერწყმის.

გამომწვევი მიზეზები:
- თანდაყოლილი ბრტყელტერფიანობა
- ავადმყოფობა ან ტრავმა
- ორსულობა, სიმძიმის აწევა
- ჭარბი წონა
- ხანგრძლივად ფეხზე დგომა
- არაკომფორტული ფეხსაცმლის ტარება

ხერხემლის თიაქარი / მალთაშორისი თიაქარი

მალთაშუა დისკოს თიაქარი — მალთაშუა დისკოს ფიბროზული რგოლის გარღვევა. არსებულ დეფექტში ხდება დისკოს პულპოზური ნაწილის გამოვარდნა. თიაქრის წარმოქმნის მექანიზმი ეფუძნება მალთაშუა დისკოს ანატომიურ აგებულებას.

მალთაშუა დისკოს თიაქრის ძირითად საფრთხეს წარმოადგენს ხერხემლის არხის შევიწროება და შედეგად, ნერვული ღეროებისა და ზურგის ტვინის კომპრესია. ამან, თავის მხრივ, შესაძლებელია, გამოიწვიოს მიმდებარე ქსოვილების ანთება და შეშუპება. ამ დროს პაციენტს აღენიშნება ძლიერი ტკივილი მალთაშუა დისკოს თიაქრის ლოკალოზების ადგილას და ნერვული ღეროების გასწვრივ.

მალთაშუა დისკოს თიაქარი წარმოადგენს დეფორმირებული მალათაშუა დისკოს გადანაცვლებას ან გამოვარდნას. მალთაშუა დისკოს თიაქარი შეინიშნება ხერხემლის წელის მიდამოში.

ყველაზე ხშირად ეს დაავადება შეიმჩნევა 20-50 წლის ასაკის ადამიანებში და წარმოადგენს შრომისუნარიოანობის დროებით დაკარგვის საკმაოდ ხშირ მიზეზს. ზოგჯერ - პაციენტის უნარშეზღუდულობასაც განაპირობებს.

მალთაშუა დისკოს თიაქარი არის ხერხემლის ოსტეოქონდროზის მძიმე გართულება.

დაავადების სიმპტომები აღმოცენდება მალთაშუა დისკოს გადანაცვლების ან გამოვარდნის შემდეგ. უკანა და გვერდითი მიმართულებით გამოვარდნილი დისკოს თიაქარი აწვება ნერვის ფესვს, იწვევს ნერვის ანთებას და შეშუპებას. ზეწოლის ქვეშ მყოფი ნერვი გადასცემს ტკივილის იმპულსებს თავის ტვინს, რაც პაციენტის მიერ აღქმულია, როგორც ტკივილი იმ მიდამოში, რომელსაც აინერვირებს აღნიშნული ნერვი. ამ მიდამოში ასევე, აღინიშნება მგრძნობელობის მოშლა, კუნთთა ძალის დაქვეითება, კოორდინაციის დარღვევა. დაავადების გამოვლინება დამოკიდებულია მალთაშუა დისკოს თიაქრის ადგილმდებარეობაზე.

ხერხემლის კისრის მიდამო:

• ტკივილი მხარში;

• ტკივილი ხელში;

• თავბრუსხვევა;

• არტერიული წნევის ცვალებადობა;

• თავის ტკივილი შეუღლებულ თავბრუსხვევასთან და არტერიული წნევის ცვალებადობასთან;

• დაბუჟება ხელის თითებში. ხერხემლის წელის მიდამო:

• დაბუჟება ფეხის თითებში;

• ტკივილი ფეხში, უფრო ხშირად ფეხის უკანა და ზოგჯერ წინა და გარეთა ზედაპირის გასწვრივ ტერფამდე;

• იზოლირებული ტკივილი წვივსა და ტერფში;

• დაბუჟება საზარდულის მიდამოში;

• მუდმივი ხასიათის ტკივილი წელის მიდამოში. ხერხემლის გულმკერდის მიდამო:

• მუდმივი ხასიათის ტკივილი ხერხემლის გულმკერდის მიდამოში იძულებით პოზაში მუშაობის დროს (ქირურგები, მკერავები, შემდუღებლები და ა.შ.);

• ტკივილი შეუღლებულია ხერხემლის გულკმკერდის მიდამოს სქოლიოზთან და კიფოსქოლიოზთან.

შენიშვნა: მალთაშუა დისკოს თიაქარი ხერხემლის გულმკერდის დონეზე წარმოადგენს იშვიათობას. ტკივილის მოხსნის შემდეგ ზურგის კუნთების გამაგრებისა და დაავადების პროფილაქტიკის მიზნით, სასურველია სამკურნალო ვარჯიშები, მასაჟი. სასარგებლოა ცურვა.

დისკოზი – დეგენერაციულ-დისტროფიული პროცესი მალთაშუა დისკში, ხერხემლის ოსტეოქონდროზის დროს.

დისკოზის განვითარებას ხელს უწყობენ განმეორებითი ტრავმები, ჭარბი სტატიკური ან დინამიკური დატვირთვა, მემკვიდრული წინასწარგანწყობა. მალთაშუა დისკო თანდათანობით შრება, კარგავს ამორტიზაციას და ხდება უფრო მგრძნობიარე მექანიკური დატვირთვის მიმართ. დისკოს პერიფერიაზე არსებული ფიბროზული რგოლი თხელდება, უჩნდება ბზარები; პულპოზური ბირთვი ინაცვლებს პერიფერიისაკენ, ფორმირდება პროტრუზია. ტრავმის ან ინტენსიური დატვირთვის დროს პროტრუზია შესაძლოა გადიდდეს, რაც იწვევს ბირთვისა და ფიბროზული რგოლის ნაწილის გამობერვას ხერხემლის არხში (დისკოს თიაქარი) და ზეწოლას ზურგის ტვინის ფესვებზე (რადიკულოპათია). დისკოს სიმაღლის შემცირების გამო ირღვევა მამოძრავებელი

სეგმენტის ფუნქციონირება, რომელიც მოიცავს ორ მოსაზღვრე მალას; ეს მალები ერთმანეთს უკავშირდებიან მალათშუა დისკოთი წინიდან და უკანა მხრიდან – მალთაშუა სახსრებით, მათი გარემომცველი კუნთებითა და იოგებით; შედეგად სასახსრე მორჩები ინაცვლებენ, რაც იწვევს ამოვარდნილობას და მალების ერთმანეთის მიმართ ცდომას. მატულობს ხერხემლის მგრძნობელობა ტრავმებისა და მკვეთრი მოძრაობებისადმი, ჩქარდება დეგენერაციული ცვლილებები. ხშირად ეს ცვლილებები ასიმპტომურია, მაგრამ რაიმე ტრავმისა ან ჭარბი დატვირთვისას იწვევენ ტკივილს ზურგის არეში.

წლებთან ერთად ხერხემლის მექანიკური სტაბილურობა აღდგება ოსტეოფიტების, კაფსულისა და დისკოს ფიბროზის, იოგების გასქელების ხარჯზე.

აღნიშნული ცვლილებებით სრულდება ხერხემალში მიმდინარე დეგენერაციულ-დისტროფიული ცვლილებების კასკადი და ზოგჯერ ტკივილი ქრება სპონტანურად, თუმცა ამავდროულად შესაძლოა განვითარდეს ხერხემლის არხის სტენოზი.

დისკოზის კლინიკური სურათი დისკოზი შეიძლება იყოს მწვავე, მორეციდივე და ქრონიკული. ხერხემლის სვეტის კისრის ნაწილის დისკოზის დროს აღინიშნება გამჭოლი ტკივილი ხელში, რომელიც ძლიერდება თავის მოტრიალებისა და კისრის მოძრაობისას. დიდი ზომის თიაქრის დროს აღინიშნება კიდურების პარეზი; ხშირად ტკივილი გადაეცემა მხარში, წინამხარში, მტევანში. ხერხემლის სვეტის წელის ნაწილის დისკოზის დროს ტკივილი გადაეცემა დუნდულოებში, ბარძაყში, წვივში, ტერფში.

შორს წასულ შემთხვევებში პარესთეზია იცვლება ჰიპერესთეზიით, და ეს უკანასკნელი – ანესთეზიით, ანუ მგრძნობელობის დაკარგვით.

დისკოზის დიაგნოსტიკა: დიაგნოზის დასადასტურებლად საჭიროა ჩატარდეს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა.

კითხვები:

1. რა არის თანდაყოლილი ფეხმრუდობა?
2. რა არის ბრტყელტერფიანობა?
3. რას ნიშნავს ტერფების ბრტყელ-ვაგუსური პოზიცია?
4. რამდენი ტიპის ფეხების გამრუდება არსებობს?
5. რა არის კისერმრუდობა?
6. რამდენი ხარისხის სქოლიოზი არსებობს?
7. ჩამოთვალეთ სქოლიოზის მიზეზები?
8. რა არის კიფოზის მიზეზები?
9. დაახასიათეთ კიფოზის კლინიკა.
10. დაახასიათეთ კიფოზის სახეები დაზიანების ადგილის მიხედვით?
11. აღწერეთ ოსტეოქონდროზი.
12. რა არის ხერხემლის თიაქარი?
13. რა არის დისკოზი?

http://tsamali.ge/

https://massagetbilissi.wordpress.com//

http://medi.ge/uslugi/sareabilitacio_centri/xerxemlis_patologiebi/

http://funtime.ge/eqimis-konsultacia/xerxemlis-maltashua-tiaqari-anu-diskozi---mizezebi-simptomebi-da-mkurnaloba

http://www.medgeo.net

http://www.rubrica.ge/eqimis-konsultacya/sqoliozi---seriozuli-daavadebebis-gamomwvevi-mizezi/

https://massagetbilissi.wordpress.com
http://www.mkurnali.ge/kani-kunthebi-dzvlebi/orthopedia/4077-kherkhemlis-osteoqondrozi-zurgis-tkivilis-yvelaze-gavrcelebuli-mizezi.html
http://www.mkurnali.ge/kani-kunthebi-dzvlebi/orthopedia/464-2009-01-23-13-14-36.html

პაციენტის ვიტალური ფუნქციების მაჩვენებლების დადგენა

სასიცოცხლო (ვიტალური) მაჩვენებლები განსაზღვრავენ ადამიანის სხვადასხვა სისტემის ფუნქციონირების ხარისხს. ეს არის პულსი, სუნთქვის სიხშირე, ტემპერატურა, არტერიული წნევა.

პულსზე დაკვირვება

პულსი არის ბიძგი, რომელიც ვრცელდება სისხლძარღვის კედელზე, გულის შეკუმშვის შედეგად, სისხლძარღვებში გადატყორცნილი სისხლის ტალღის საშუალებით.

ჩვენ პულსს ვუწოდებთ არტერიულ პულსს. არსებობს ვენური და კაპილარული პულსი, რომელთა გაძლიერებული გამოხატულება პათოლოგიის მაუწყებელია.

პულსი შეიგრძნობა ყველგან, სადაც გადის ზედაპირული არტერიები და განსაკუთრებით იმ ადგილებში, სადაც არსებობს ძვლოვანი საფუძველი. ყველაზე მოსახერხებელია პულსის კონტროლი სხივის არტერიაზე. ასევე მარტივად შეიძლება გავზომოთ უელის, კისრის მოპულსირე არტერიაზე ან საძილე არტერიაზე.

სხივის არტერიაზე პულსის გაზომვის ტექნიკა - პაციენტის ხელი დევს საფენზე მშვიდად და თავისუფლად გადახსნილი მაჯის სახსარით. საჩვენებელი, შუა და არათითები ერთ ხაზზე, მწკრივში, ერთმანეთთან მწიდროდ მიჯრილი მაჯაზე თავსდება. მსუბუქი დაჭერით შეიგრძნობა პულსი, შემდეგ ვითვლით წამზომიანი საათზე ყურებით. პულსო ითვლება ერთ წუთსი ბიძგების ტრაოდენობა, დროის დაზოგვის მიზნით ხშირად პულსს ითვლიან 15 წამში და ამრავლებენ ოთხზე. მძიმე დაავადებების დროს აუცილებელია დაითვალოს ერთ წუთში.

საძილე არტერიაზე პულსს შეგრძნება საჭიროა

- რადიალური არტერიების ანომალიის დროს;
- ტრავმული დაზიანებისას, როდესაც პულსი იკარგება;
- მსუქანი წინამხრის შემთხვევაში;
- სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტის სწრაფი დადგენისათვის, როგორიცაა ცნობიერების დაკარგვა, ნაცრისფერი კანი, სუნთქვის შეჩერება, თვალის გუგების გაფართოება.

დაბალი წნევის დროს კისრის გასწვრივ შეიძლება ვერ შევიგრძნოთ, შეიგრძნობა მხოლოდ ყბის კუთხესთნ მკერ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის მიდამოში, პირდაპირ ტრაქეის გვერდზე.

სისხლის წნევის დაწევის ან შოკის დროს ხელით ხანგრძლივი მოსინჯვისას შეიგრძნობა ძაფისებური პულსი. მძიმე მდგომარეობაში, როდესაც კარგად არ ისინჯება სხვა ადგილებში პულსი, საძილე არტერიაზე მისი შეგრძნება შესაძლებელია მხოლოდ კარგად გავარჯიშების შედეგად.

განასხვავებენ პულსის **სიხშირეს, რიტმსა და და ხარისხს:**

სიხშირე არის ერთი წუთის განმავლობაში დარტყმების რაოდენობა. პულსის დარტყმების რაოდენობა შეესაბამება გულის პარკუჭის სისტოლას, რომელიც ისეთი ძლიერია, რომ განაპირობებს პერიფერიაზე პულსის ტალღის არსებობას.

პულსის სიხშირე არსებობს:

- ნორმალური სიხშირე - ახალშობილებისათვის - 130-140, 2 წლამდე ბავშვებისთვის - 120, 9-10 წლამდე - 100, 12-14 წლამდე - 80-90, მოზრდილი ადამიანისათვის - 60-80 წუთში.
- აჩქარებული პულსი - ტაქიკარდია. ტაქიკარდიაზე მაშინ ვსაუბრობთ, როდესაც პულსის სიხშირე 100-ზე მეტია. ტაქიკარდიის მიზეზები შეიძლება იყოს: ნივთიერებათა ცვლის გააქტიურების გამო ჟანგბადზე მოთხოვნილების გაზრდა, ფიზიკური დაძაბულობა და აღგზნება, ბრაზი, შიში, ჰიპერთირეოზი, თირეოტოქსიკოზი, სიცხის მომატება - ყოველ ერთ გრადუსით აწევას შესაბამება 6-10-ით პულსის მომატება, ანემია, სისხლდენა,შოკი, გულის დაავადებები. ტაქიკარდიის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფორმაა **პაროქსიზმული ტაქიკარდია** - შეტევითი გულის ფრიალი. სწრაფად იმატებს პულსი, რამოდენიმე წუთი გრძელდება და შეიძლება ავიდეს 160-200-მდე. მისი მიზეზია: გულის კუნთის დაზიანება, ვაგუსის დამბლა, სიმპათიკური ნერვული სისტემის გაღიზიანება, ჰიპერთირეოზი, ინფექციური დაავადებები, კლიმაქსი. შეტევა იწყება სახეზე გაფითრებით და გუგების გაფართოებით, მთავრდება სახეზე ფერის მოსვლით, ძლიერი ოფლიანობით და გუგების შევიწროვებით.
- **პულსის შენელება** - ბრადიკარდიაზე ვსაუბრობთ მაშინ, როდესაც პულსი წუთში 60-ზე ქვევითაა. პულსის შენელებას ადგილი აქვს ძილის დროს. ახასიათებთ ხანში შესულ ადამიანებს, ნავარჯიშებ ადამიანებს (ვარჯიში აძლიერებს გულის მუშაობას გულის კუმშვის ინტენსივობის გაზრდით, ვიდრე გულის ცემის სიხშირის მომატების ხარჯზე). მისი მიზეზებია: გულის ბლოკადა, ქალასშიგა წნევის მომატება, მენინგიტი, ტვინის სიმსივნეები, თავის ქალას ტრავმები, მედიკამენტოზური ინტოქსიკაცია, ვაგოტონია, ჰიპოთირეოზი, სიყვითლე, ტიფი. **პულსის დეფიციტის** ქვეშ იგულისხმება **მოჩვენებითი ბრადიკარდია.** იგი წარმოიქმნება გულის კუნთის არასაკმარისი კუმშვადობის დროს, ამის გამო ყოველი პულსის ტალღა ვერ აღწევს პერიფერიამდე. ეს არის მიზეზი, იმისა რომ ხანდახან არსებობს განსხვავება გულისა და პულსის დარტყმებს შორის. პულსის დეფიციტი არის ექსტრასისტოლიისა და აბსოლუტური არითმიის დროს. **შეფარდებითი ბრადიკარდიაა,** როდესაც პულსის სიხშირე არ იცვლება ტემპერატურის მომატების შესაბამისად - მუცლის ტიფის დროს.

პულსის რიტმი

რიტმი ეს არის ტაქტით მიმდინარე თანაბარზომიერება. ნორმალურ შემთხვევაში პულსის დარტყმები დროის თანაბარ შუალედში ხორციელდება თანაბარი ინტენსივობით.

არათანაბარ პულსს არითმია ჰქვია. მისი ფორმებია:

- **სუნთქვითი არითმია** - არ არის დაავადება, უპირატესად ვითარდება ახალგაზრდა ასაკში, ქმნადობისა და ვეგეტაციური ნერვული სისტემის ლაბილობისას. ჩასუნთქვისას ჩქარდება პულსის სიხშირე, ამოსუნთქვისას - ნელდება;
- **ხანგამოშვებითი, ექსტრასისტოლური არითმია** - შეიგრძნობა, როგორც გულის შეფრთხიალება. ამ დროს აღგზნებადობის გამო ხდება გულის კუნთის ნაადრევი შეკუმშვა. განასხვავებენ ექსტრასისტოლებს, რომლებიც პარკუჭთა ორ რიტმულ შეკუმშვას შორის ხდება და კომპენსატორულ ექსტრასისტოლებს, რომლებსავ ახლავს პაუზა, ისე რომ მომდევნო დარტყმა ისევ თავის დროზე მოხდეს. **ბიგემენია** - ორდარტყმიანი პულსი, ყოველ სისტოლას ახლავს ექსტრასისტოლა. ექსტრასისტოლის მიზეზებია: სათითურას გლიკოზიდების პრეპარატებით ჰიპერდოზირება, გულის კუნთის დაზიანება, ვეგეტაციური ლაბილობა. ჭარბად სიგარეტი.
- **აბსოლუტური არითმია** არის აგზნებადობის დარღვევა ხანგრძლივი არათანაბარი პულსით. აბსოლუტური არითმია თავს იჩენს წინაგულების ციმციმისას და თრთოლვისას. ამ დროს გვაქვს გულის ორგანული დაზიანება - მიოკარდიუმის მძიმე დაზიანებები, გულის რევმატული პათოლოგია,ჰიპერთირეოზი, იმფექციური დაავადებები.

პულსის ხარისხის შეფასება არის სპეციალისტების საქმე. პულსის ძირითადი მახასიათებლებია: დაჭიმულობა, ინტენსივობა, სისავსე.

- დაჭიმულობა - პულსის გასინჯვისას შეიგრძნობა წინააღმდეგობა სისხლძარღვის კედლიდან - ჰიპერტონიისას, თირკმლის შეჭმუხვნის დროს. რბილია დაბალი ჭნევის დროს, ზოგადი სისუსტის დროს, კოლაფსისას, გულის კუნთის სისუსტისას, სიცხისა და ზოგიერთი ინფექციების დროს;
- სისავსე - სავსეა ძლიერი პულსი, ნაკლები სისავსისას გვაქვს სუსტი პულსი. სავსეა - ქალასშიდა ჰიპერტენზიისას, აპოლექსიისას, სუსტი ავსებისაა - ტაქიკარდიისას, მაგალითად, სისხლდენის დროს.
- ძაფისებური პულსი - სუსტი ავსების, სწრაფი, ზეწოლით ადვილად ჩაქრობადი პულსი - ის მიგვანიშნებს დაბალ წნევაზე ან მოსალოდნელ სისხლძარღვან კოლაფზე.

სუნთქვაზე დაკვირვება

სუნთქვა ეს არის გაზთა ცვლა. არსებობს შინაგანი და გარეგანი სუნთქვა. **გარეგანი სუნთქვის** ქვეშ მოიაზრება ფილტვებში წარმოებული პროცესები - შესუნთქვისას ატმოსფერული ჰაერიდან ჟანგბადი გადაეცემა სისხლს და ნახშირორჟანგი ვენური სისხლით ფილტვის

ბუშტუკებს და კვლავ გარეთ. შინაგანი სუნთქვა კი არის საპირისპირო, სისხლიდან ჟანგბადის მიღებას სხეულის უჯრედებში და აქედან ნახშირორჟანგის გადაცემა სისხლში. გარეგანი სუნთქვა დაკვირვებადია. სუნთქვა - რესპირაცია შედგება ჩასუნთქვისაგან - ინსპირაციისაგან და ამოსუნთქვისაგან - ექსპირაციისაგან.

სუნთქვის მექანიზმი: ჩასუნთქვისას გულმკერდი იწევა, ნეკნები ჰორიზინტალურ მდგომარეობას იღებს და ამგვარად გულკერდს ღრუ ფართოვდება. დიაფრაგმა ბრტყელდება, ამის გამო ფილტვებში წარმოიქმნება დაბალი წნევა და შესაბამისად ივსება ჰაერით. ამოსუნთქვისას დაბლა იწევა მკერდი და ვიწროვდება, დიაგრაგმა ამოიზნიქება, ფილტვები მოექცევიან წნევის ქვეშ და ჰაერი გამოიდევნება.

სუნთქვის ტიპები - არსებობს ორი ტიპი:

- აბდომინალური (მუცლისმიერი) სუნთქვა - ახასიათებთ უპირატესად მამაკაცებს, ხორციელდება დიაფრაგმით
- კოსტალური (გულმკერდისმიერი) - ახასიათებთ უპირატესად ქალებს, ხორციელდება ნეკნთა შორისი კუნთებით.

სუნთქვაში მონაწილეობს ასევე დამხმარე კუნთები: ყელის, მკერდის, მხრის, ზურგისა და მუცლის კუნთები.

სუნთქვა იმართება ქიმიურად და რეფლექსურად. სუნტქვის ცენტრი მოთავსებულია მოგრძო ტვინში - medulla oblogata. სუნთქვის შეჩერებისას სისხლში გროვდება ნახშირორჟანგი, რომელიც აღაგზნებს სუნთქვის ცენტრს და ააქტიურებს ფილტვების ვენტილაციას. ვაგუსის საშუალებით ხორციელდება აგრეთვე სუნთქვის რეფლექტორული თვითმართვა.

ნორმალური სუნთქვა - eupnoe - არის თანაბარზომიერი მონაცვლეობა ჩასუნთქვის, ამოსუნთქვისა და სუნთქვითი პაუზისა. ის მშვიდია, უხმაურო და თანაბარი.

სუნთქვის მახასიათებლებია: სიხშირე, ხარისხი, რიტმი(ზომა) და სუნი.

სუნთქვის სიხშირე არის სუნთქვითი მოძრაობის რაოდენობა ერთ წუთში.

ნორმალური მონაცემები: ახალშობილის - 40-44 წუთში;

ბავშვის - 25 წუთში;

მოზრდილის - 16-20 წუთში.

ჯანმრთელი ადამიანი სუნთქავს **აჩქარებულად** სხეულებრივი დატვირთვისას და აღელვებისას. **სუნთქვის შენელება** ხდება სიმშვიდეში, დაღლილობისას და ძილში.

აჩქარებული სუნთქვა - Tachypnoe – არის მაშინ, როდესაც ორგანიზმი ცდილობს მომატებული ნახშირორჟანგისა და შემცირებული ჟანგბადის რაოდენობის წონასწორობაში მოყვანას - სხეულებრივი დატვირთვა, სიცხე, აჩქარებული პულსი, ფილტვების დაავადებები, გულის დაავადებები, ანემია, სასუნთქ გზებში ჰაერის განვლადობის შეფერხება.

შენელებული სუნთქვა - Bradypnoe - გვხვდება ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიისას, კომატოზური მდგომარეობისას, საძილე საშუალებების მიღებისას.

სუნთქვა და პულსი ერთმანეთთან რიტმულ დამოკიდებულებაში უნდა იყოს - 1:4 - თან.

სუნთქვის ხარისხი

ჰიპერვენტილაცია ეწოდება ზომაზე მეტად გაძლიერებულ სუნთქვას.

სუნთქვა შეიძლება იყოს:

- **Dyspnoe** - ავადმყოფის მიერ შეგრძნებული ჰაერის უკმარისობა. ის არის ნაწილობრივ გაღრმავებული, ნაწილობრივ გახშირებული, მაგრამ მუდამ დაძაბული სუნთქვა - სუნთქვაში დამხმარე კუნთების მეშვეობით. ჰაერის უკმარისობის უმნიშვნელოვანესი ნიშანი არის ცხვირის ნესტოების მოძრაობა.
- **Orthopnoe –** ჰაერის ძლიერი უკმარისობა, ამ დროს პაციენტი საწოლში ამართულად ზის, დაძაბულია კისრისა და მხრების კუნთები, დაქანცული და შეშინებული ხარბად ისუნთქავს ჰაერს.

ქოშინი არსებობს ექსპირაციული და ინსპირაციული. ექსპირაციული არის ბრონქული ასთმის დროს. ინსპირაციული - სასუნტქი გზების სტენოზის დროს, სასულის გაორკაპების (ბიფურკაციის) ზემოთ - დიფტერია, უცხო სხეული. შეუარრებული ყურით ისმის გახანგრძლივებული, მსტვინავი შესუნთქვა - სტრიდორი.

ჰაერის უკმარისობით პაციენტები უკეთ გრძნობენ თავს სხეულის ზედა ნაწილით წამოწეული, ქოგიერთებს მოწონთ ლოცვის პოზა - იდაყვიტ დაყრდნობილებს აქვტ ერთგვარი შეღავათი.

სუნტქვაძე დაკვირვებისას ყურადღება უნდა მიექცეს გულმკერდის სიმეტრიულობას მოძრაობისას. ასიმეტრიულობის მიზეზი შეიძლება იყოს სველი პლევრიტები - პლევრის ღრუში სითხე და პნევმონიები.

სუნთქვის რიტმი

- ნორმალური სუნთქვა;
- ჩეინ-სტოქშის სუნთქვა - სუნთქვის ტალღისებური ტიპი, რომლის დროსაც სუნთქვითი მოძრაობები მოკლე პაუზამდე (აპნოე) სულ უფრო და უფრო მცირდება,

პაუზის შემდეგ კი ნელ-ნელა განსაკუთრებულად ღრმა და დიდ სუნთქვით მოძრაობებამდე იზრდება - ამ დროს ნახშირორჟანგით სუნთქვის ცენტრის გაღიზიანება მცირდება. ეს არის ცუდი პროგნოზის ნიშანი. ის გვხვდება გულისა და თავის ტვინის მძიმე დაავადებები, მედიკამენტოზური ინტოქსიკაცია.

- კუსმაულის სუნთქვა - დიდი სუნთქვა - თავს იჩენს აციდოზის დროს, სუნთქვის ცენტრის აღგზნებადობის დროს - დამახასიათებელია გაღრმავებული სუნთქვითი მოძრაობები. ამ ტიპის სუნთქვა ახასიათებს დიაბეტურ და ურემიულ კომაში მყოდ პაციენტებს.
- ბიოტური სუნთქვა - მენინგიალური სუნთქვა - ის ხასიათდება ღრმა სუნთქვითი მოძრაობების სერიით უეცრად აღმოცენებული სუნთქვითი პაუზებით - ასეთი სუნთქვა გვხვდება ქალასშიგა ჰიპერტენზიისას, თავის ქალას სიმსივნეების დროს, მენინგიტისას, თავის ქალას ტრავმების დროს.
- ხრჩობადი ანუ წყვეტილი სუნთქვა - აღენიშნებათ ახალშობილებს, ჯერ კიდევ განუვითარებელი სუნთქვის ცენტრის გამო და მომაკვდავ ადამინებში. იგი მომდინარეობს. წყვეტილი სუნთქვა ხდება ღია, ჰაერის ხარბად მყლაპავი პირით, მაგრამ ხანმოკლე, ღრმა სუნთქვითი მოძრაობით.
- სლოკინი - ხდება დიაფრაგმის უნებლიე სწრაფი შეკუმშვისას, რაც იწვევს ჰაერის ვიბგისებურ შესვლას სასუნთ გზებში. ამგვარად შესული ჰაერი იწვევს იოგებზე ზემოქმედებას და ბგერის წარმოქმნას.

ამოსუნთქული ჰაერის სუნი - არსებობს შემდეგი სუნები:

- აცეტონის - დამჟავებული ვაშლის სუნი, მწიფე ხილის - დამახასიათებელია დიაბეტური კომისთვის;
- ჩირქის - ყარს - ფილტვების განგრენის დროს;

სხეულის ტემპერატურაზე დაკვირვება

სხეულის ტემპერატურა არის სხეულის ნივთიერებათა ცვლის შედეგად გამომუშავებული სითბოსა და კანის, ფილტვების და გამოყოფის შედეგად დაკარგული ტემპერატურის გაწონასწორების შედეგი. სითბოს ცენტრები - სიტბოს რეგულაციის ნერვული ცენტრები არის: ზოლიანი სხეული - corpus striatum და შუამდებარე ტვინი - thalamus opticus, region subthalamica, tuber cineracum.

ჯანმრთელ მდგომარეობაში მუდმივ დონეზე ტემპერატურას იზოთერმია ეწოდება.

სიცხე არის ზოგადი მდგომარეობის ავადმყოფური ცვლილება, მთავარი სიმპტომით - ტემპერატურის მომატებით. სიცხე არის ორგანიზმის დამცველობითი რეაქცია - საპასუხო რეაქცია გამღიზიანებელზე, სიცხე არ არის დაავადება, ის არ არის ავადმყოდური პროცესის მიზეზი, ის არის ამ პროცესის შედეგი.

სიცხის მიზეზი შეიძლება იყოს სითბოს წარმოქმნის დარღვევა - სითბური ცენტრის გავლით სითბოს ქიმიური რეგულაციის მომატება.

ორგანიზმის ტემპერატურის აწევის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ინფექციები;
- სხეულის უჯრედების დაშლა - ასეპტიკური სიცხე ბაქტერიული ინფექციის გარეშე თავის ქალას ტრავმის დროს, ანთებითი გაჟონვების გაწოვის დროს, სისხლდენის დროს.
- სხეულში შეჭრილი უცხო ცილა;
- ნერვული მიზეზები - სითბური ცენტრების დაზიანება;
- მედიკამენტები;
- წყურვილი.

ტემპერატურა უნდა გავზომოთ სხეულის ისეთ ნაწილებში, რომელიც გარემოს ჰაერისაგან მთლიანად ან ნაწილობრივ დაცულია და სადაც სისხლძარღვები კანისა და ლორწოვანი გარსის ქვეშ მიედინება, ესენია: იღლიის ფოსო, პირის ღრუ და სწორი ნაწლავი. ყველაზე ზუსტად ხდება გაზომვა სწორ ნაწლავში:

რექტალუირ გაზომვა (სწორი ნაწლავი) - 2-4 წუთი - 37,5^0

აქსილარული (იღლია) – 8-10 წთ. – 37,0^0

ორალური (პირის ღრუ) – 10 წთ. -37,3^0

მძიმე პაციენტები, ცნობიერება დაკარგული, მოხუცები, ბავშვები სიცხის გაზომვის დროს მარტო არ უნდა დავტოვოთ უსაფრთხოების გამო. ხამრების შემდეგ თერმომეტრი აუცილებლად უნდა გასუფთავდეს ჰიგიენური ნორმების დაცვით: ერთი საათით ცივ სადიზინფექციო ხსნარში ვდებთ, ვწმენდთ ჯაგრისით, ვავლებთ გამდინარე წყალში, ვაშრობთ, 36^0 -მდე დავფერთხავთ და ჭურჭელში, რომლის ფსკერზე ჩაფენილია ბამბა, ვდებთ ვერტიკალურ მდგომარეობაში.

სხეულის ტემპერატურის გრაფიკი რექტალური გაზომვისას:

აფებრილური (უსუცხო) ნორმალური ტემპერატურა -36,4-37,5^{0}C

სუბფებრილური (მომატებული) - 37,5-38,0^{0}C

ფებრილური (სიცხიანი) – 38,0-39,5^{0}C

ჰექტიური (მაღალი სიცხე) – 39,5-41,0^{0}C

ჰიპერპირეტული (ძალიან მაღალი სიცხე) – 41,0^0 C და ზემოთ

ჰიპითერმიული - კოლაფსტემპერატურა - 36,0^0 C და ქვემოთ

როგორც ჯანმრთელ ადამიანთან, ასევე ავადმყოფთან სიცხეზე გავლენას ახდენს დღის პერიოდები. უმრავლესობას დილის 3სთ-დან 6 სთ-მდე ყველაზე დაბალი სუცხე აქვთ, ხოლო შუადღის 14სთ-დან 18სთ-მდე ყველაზე მაღალი. საავადმყოფოებში სიცხის გაზომვ ხდება დილით და შუადღისით. თუ ავადმყოფებს დილით სიცხე უფრო მაღალი აქვთ, ვიდრე საღამოს ეს არის შებრუნებული ტემპერატურული მრუდი - typus inversus (inversus - შებრუნებული). მძიმე პაციენტებთან სიცხე უნდა გაიზომოს უფო ხშირად, ვიდრე დღეში ორჯერ.

სიცხე არ წარმოადგენს ყოველთვის ავადმყოფობის სიმძიმის ამსახველს - საჭიროა სიფრთხილე და ყურადღება! მოხუცები სიცხეზე რეაგირებენ უფრო შენელებულად, ბავშვები კი პირიქით - მათ სიცხე მაღლა ადვილად ეწევათ.

სიცხემ შეიძლება ან მკვეთრად ან ნელ-ნელა ყოველდღიურად რამოდენიმე ერთეულით მოიმატოს, სანამ არ მირწევს პიკს.სწრაფად სიცხის აწევას თან ახლავს შემცივნება, ამ დროს ავადმყოფი ფერმკრთალია ან ციანოზური, მთელს სხეულში სიცივის მკვეთრი შეჰრძნება აქვს, მისი კიდურები და ქვედა ყბა კანკალებს, პულსი სუსტი და გახშირებული აქვს. პირელეთაპზე, როდესაც არის შემცივნება პაცოენტი უნდა ჩავათბუნოთ, როდესაც კანკალი წყდება - ეს ნიშნავს, რომ სიცხემ თავის პიკს მიაღწია და აუცილებლად უნდა გავუზომოთ. სიცხის აწევის შემდეგ პაციენტებს უჩნდებათ წყურვილი გრძნობა და მოუსვენრობა. ამ დროს საჭიროა გამაგრილებელი სასმელი და შუბლზე ცივი საფენი. საჭიროების შემთხვევაში აუცილებლად უნდა მიეცეს სიცხის დამწევი საშუალება(მედიკამენტი), შემდეგ ფაზაში იწყება ძლიერი ოფლიანობა, პულსისა და სუნთქვის სიხშირის შემცირება. სიცხის სწრაფი დაწევისას, მითუმეტეს კანკალის შემდგომი სხეულებრივი გადაძაბვისას, იქმნება კოლაფსის განვითარების საშიშროება.

შემცივნება წარმოადგენს გარკვეული დაავადებების დამახასიათებელ ნიშანს - ბაქტერიემია, მძიმე სეფსისი, პიელიტი, კრუპოზული ან წილოვანი პნევმონია, წითელი ქარი, განმეორებითი ხასიათისას კი მალარიაზე უნდა მივიტანოთ ეჭვი.

დღე-ღამის განმავლობაში სიცხის ცვლილების მიხედვით განასხვავებენ სიცხის შემდეგ ტიპებს:

- მდგრადი სიცხე - Continua - სიცხის სხვაობა არა უმეტეს 24 საათში თავსდება - ტუპის ან პნევმონიის დროს;
- რემისიული -მდგრადი სიცხე - დღის განმავლობაში სიცხე მერყეობს $1,5^0$ C-ით - პიემიისას;
- გარდამავალი (დროდადრო შეწყვეტილი) სიცხე - Intermitens – 24 საათის განმავლობაში $1,5^0$C -ზე მეტად ცვლადი ტემპერატურაა მაღალი სიცხის შეტევებით და ხშირად შემცივნებით, რომელიც იცვლება უსიცხო ინტერვალებით, მაგალითად, მალარიის დროს;
- Lysis - ლიზისით სიცხის დავარდნა ეს არის სიცხის თანდათანობითი დაწევა დღეების განმავლობაში;
- Krisis - სიცხის კრიტიკული დავარდნა - სხეულის ტემპერატურის ნორმამდე დაწევა 24 საათის განმავლობაში, რომლის შენდეგადაც დგება გამოჯანმრთელება. ასევე, კრიზისით ეცემა პულსისა და სუნთქვის სიხშირე, ეს ქმნის კოლაფსის საშიშროებას, შესაბამისად ავადმყოფი მეთყვალყურეობას საჭიროებს.

სიცხიანი ავადმყოფისთვის დამახასიათებელი ნიშნები:

- ზოგადი ავადმყოფობის შეგრძნება;
- თავისა და კიდურების გაურკვეველი ტკივილი;
- მოუსვენროზა;
- მადის დაკარგვა ან შემცირება;
- წონის დაკლება;
- წყურვილი;
- გულისრევა;
- კანკალი, შემცივნება;
- კანი თავიდან ცივია, შემდეგ ცხელი და მშრალი
- მოგვიანებით ოფლიანობა;
- პულსისა და სუნთქვის სიხშირის მომატება;
- შარდის გამოყოფის შემცირება - მუქი და კონცენტრირებულია;
- ყაბზობა.

სიცხითი ბოდვა - ცნობიერების დაბინდვა, შიშნარევი აღგზნებადი მოტორული მოუსვენროზა, გრძნობაარეული და სიზმარეული მდგომარეობა, დამახასიათებელია ოპტიკური ჰალუცინაციები.

სიცხის გაზომვის ერთ-ერთი სახეა - ვაგინალური გასინჯვა - ქალებისთვის. ამ მანიპულაციით დგინდება კვერცხუჯრედის გადმოტყორცნის დრო.

კითხვები:

14. ჩამოთვალეთ ვიტალური მაჩვენებლები
15. პულსის რომელ სამ ძირითად თავისებურაბას უნდა მივაქციოთ ყურადღება?
16. რა სიხშირის პულსი აქვს ჯანმრთელ ადამიანს?
17. რა ჰქვია პულსის აჩქარებას და შენელებას?
18. რა ჰქვია პულსის რიტმის დარღვევას?
19. აღწერეთ სხივის არტერიაზე პულსის გაზომვის ტექნიკა.
20. რა დროს არის საჭირო საძილე არტერიაზე პულსის შეგრძნება?
21. როგორია ნორმალური ადამიანის სუნთქვის სიხშირე?რამდენაირი სუნთქვა არსებობს?
22. რა არის სუნთქვის დამხმარე კუნთები?
23. როგორ ხდება სუნთქვის ქიმიური მართვა?
24. როგორ შეიძლება აიხსნას სიცხის წარმოქმნა?
25. რომელი ადგილია სიცხის გასაზომად საუკეთესო?
26. ჩამოთვალეთ სიცხის ზომები გრადუსებში სხვადასხვა ადგილას.
27. სიცხის დაცემის რომელ ორ სახეს იცნობთ?
28. რა იცით შემცივნების შესახებ?

http://www.amts.ge/pulsoxymeters.html

http://www.mkurnali.ge/daavadebebi-mkurnaloba/kardiologia/3524-ratom-chqardeba-guliscema.html

http://www.mkurnali.ge/daavadebebi-mkurnaloba/pulmonologia/631-2009-02-18-14-25-22.html

http://ecowoman.ru/georgian/articles.php?id=20935

http://www.mkurnali.ge/rchevebi90/1524-2009-09-24-17-06-16.html

http://www.power.ge/ru/akhalshobili/bavshvi/praqtikurli-rchevebi/373-temperaturis-gazomvis-meTodebi.html

ტანდეგობის დაღრვევების პრევენციისთვის საჭირო რეკომენდაციები

ბავშვის განვითარების ასინქრონიზმი უპირატესად იმ ბავშვებშია გამოხატული, რომლებიც ფიზიკურად ნაკლებად იტვირთებიან, უმეტეს დროს **ტელევიზორთან ან კომპიუტერთან** ატარებენ, იშვიათად თამაშობენ მოძრავ თამაშებს. შედეგად ყალიბდება სხვადასხვა ხარისხის სკოლიოზი.

პატარას ხერხემალი რომ არ გადაეტვირთოს, ის არა მარტო მოხერხებულად უნდა იჯდეს, არამედ მოხერხებულადაც უნდა იწვეს. **მოზარდის საწოლი,** რომელშიც ბავშვი დაახლოებით 10 საათს ატარებს, ხმელი უნდა იყოს. არ შეიძლება ზამბარებიან, ყავლგასულ მატრასზე ბავშვის დაწვენა. სასურველია, საწოლზე ჯერ ფიცარი დავდოთ და შემდეგ – 10 სმ სიმაღლის ლეიბი. ბავშვი თავიდანვე უნდა შევაჩვიოთ ზურგზე წოლას, მით უმეტეს, თუკი კიფოზისკენ (ხერხემალი გარეთ კუზივით არის გამოდრეკილი) არის მიდრეკილი. როცა საწოლი ჩავარდნილია, ხერხემალი დიდხანს იმყოფება არასწორ მდგომარეობაში და იღუნება. რაც შეეხება **ბალიშს,** სასურველია, ის სხეულს კარგად იყოს მორგებული, კეფისა და ზურგის ნადრეკებს შორის სივრცეს ავსებდეს, მხრებიდან იწყებოდეს და ბავშვს თავი ისე ედოს, რომ არც წინ იყოს გადმოხრილი და არც უკან გადავარდნილი.
თუ მოზარდს ხერხემლის პრობლემები არ აწუხებს, უბალიშოდაც იოლად გავა, მაგრამ თუ ტანადობის პრობლემა აქვს, თავი ბალიშზე კომფორტულად უნდა ედოს. წინააღმდეგ შემთხვევაში თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევა დაირღვევა, რამაც, თქვენ წარმოიდგინეთ, შესაძლოა კოშმარული სიზმრებიც კი გამოიწვიოს.

ბევრი მშობელი პროფილაქტიკის მიზნით ბავშვს **ზურგდამჭერს** უკეთებს. ამგვარი კორსეტის ტარება გაუმართლებელია – კუნთები გაზარმაცდება და განვითარების ფუნქციას დაკარგავს. იმისთვის, რომ კუნთოვანი სისტემა ადეკვატურად ჩამოყალიბდეს, მოზარდმა მაქსიმალურად თავისუფლად უნდა იმოძრაოს.
ზურგდამჭერის ტარება მხოლოდ მაშინ არის გამართლებული, როდესაც ბავშვს ზურგის ტკივილი, პროგრესირებადი სკოლიოზი აქვს ან ხერხემალი ფორტეპიანოსთან დიდხანს ჯდომის გამო მეტისმეტად ეტვირთება და ა.შ. მხოლოდ ასეთ შემთხვევაში შეიძლება 1-1,5 საათით ზურგდამჭერის გაკეთება.

სასკოლო ჩანთასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს. რეკომენდებულია ზურგჩანთა განიერი ღვედებით, თუმცა ზოგიერთი ზურგჩანთის ტარებაზე უარს ამბობს და მშობელიც იძულებულია, ის თვითონ დაიკავოს ხელში. მცირე ასაკის ბავშვები ხშირად ხელში დასაჭერ მსუბუქ პორტფელს ამჯობინებენ... ეცადეთ დაარწმუნოთ შვილი, ზურგჩანთა ატაროს – ის უამრავ პათოლოგიას აცილებს თავიდან.
თუ ბავშვს სუსტი ხერხემალი აქვს, სპეციალისტები მშობლებს ურჩევენ, პატარა ძლიერ ფიზიკურ დატვირთვას მოარიდონ. მიუხედავად ამისა, ჩანთის ტარება ნებადართულია,

ოღონდ ზურგჩანთა სწორად უნდა მოიკიდოს ზურგზე.
რაც შეეხება **ტანსაცმელს,** როცა სასკოლო ფორმას არ ითხოვენ, საუკეთესო გამოსავალია მოხერხებული და მსუბუქი ფეხსაცმელი, ჯინსი და ასეთ სტილის სამოსი, რომელიც ბავშვს მოძრაობაში ხელს არ უშლის.

იძულებითმა და ხანგრძლივმა ჯდომამ შეიძლება გამოიწვიოს ხერხემლის დეფორმაციები, უპირატესად მარჯვენა მხრივი სქოლიოზი.

პრევენციისთვის გათვალისწინებული უნდა იყოს:

- **საწერი მაგიდის სიმაღლე - ის ბავშვის სიმაღლეს უნდა შეესაბამებოდეს. ბავშვი არ უნდა იჯდეს მოხრილი და თავდახრილი. ამით შეიძლება განვითარდეს ხერხემლის გამრუდება, ტანდეგობის დარღვევა და ახლომხედველობა;**
- **საწერ მაგიდასთან ჯდომისას ზურგი სკამის საზურგეს უნდა ეხებოდეს, იდაყვი მაგიდაზე უნდა იდოს, ფეხები კი რაიმე საყრდენზე;**
- თვალებიდან წიგნამდე ან რვეულამდე მანძილი ასე განისაზღვრება: მაგიდაზე იდაყვით დაყრდნობისას ბავშვის თითი საფეთქელს უნდა სწვდებოდეს, მკერდსა და მაგიდას შორის ხელისგული უნდა ეტეოდეს, წიგნი კითხვისას 45 გრადუსით უნდა იყოს დახრილი და ბავშვის თვალებიდან 30-40 სმ-ით დაშორებული;
- კარგი განათება - მაგიდის ნათურა უნდა ანათებდეს მარცხნიდან, უკიდურეს შემთხვევაში წინიდან, სასურველია ოთახის სრული განათებაც. ;
- რიტმული მეცადინეობა - აქტიური შესვენებებით, ერთ საათზე მეტი ჯდომა უკვე საზიანოა;

ორთეზულ-კორსეტული საშუალებები და ტანდეგობის კორექტორები (ფიქსატორები);

ტანდეგობის დარღვევის სხვადასხვა ორთეზულ-კორსეტული საშუალებები არსებობს:

არც ისე დიდი ხნის წინ კორსეტი ქალის გარდერობის მნიშვნელოვანი ნაწილი იყო. ის მჭიდროდ ეკვროდა წელს, ხანდახან ზედმეტად მჭიდროდაც, და ქმნიდა სასურველ ქვიშის საათის ფორმის სილუეტს, რომელიც ასე მოდური იყო იმ პერიოდში. ქალები რეგულარულადატარებდნენ კორსეტს, იმდენად მჭიდროდ ექაჩებოდნენ მის ძაფებს, რომ ხანდახან გონებასა კარგავდნენ კიდეც. ზოგიერთი მეცნიერის თქმით, ქალების მუდმივად გულის წასვლის ტრადიციაც კორსეტებთანაა დაკავშირებული, რადგან ის უშლიდა ხელს სუნთქვას და სისხლის მოძრაობას და იწვევდა თავბრუსხვევას. თუმცა, კორსეტები მაინც ძალიან პოპულარული იყო, მაგრამ რა ხდებოდა სინამდვილეში მის ქვეშ?

1908 წელს ლუდოვიკ ო'ფოლოუელმა გამოაქვეყნა წიგნი Le Corset, რომელიც ეძღვნებოდა ქალების ჯანმრთელობაზე კორსეტის გავლენას. ისტორიის მანძილზე კაცებიც და ქალებიც

ატარებდნენ კორსეტს, მაგრამ უმრავლესობა – და მისი ექსტრემალურად მატარებელების უმრავლესობა – ქალები იყვნენ.

მე-19 და ადრე მე-20 საუკუნეებში კორსეტს არ ატარებდნენ იმისთვის, რომ ერთი საღამოთი გამოყვანილი ფიგურა ჰქონოდათ. ამის ნაცვლად, ის გამოიყენებოდა იმისთვის, რომ თანდათან შეეცვალა ფიგურა ისე, რომ მას ქვიშის საათის ფორმა მიეღო და შეენარჩუნებინა მაშინაც, როცა კორსეტი არ ეცვათ. ქალები მის ტარებას ადრეულ ასაკში იწყებდნენ და მათი ძვლები და ორგანოები შესაბამისად ეგრებოდა მას.

ძვლები არ იყო ერთადერთი, რასაც კორსეტი ავიწროვებდა, უბრალოდ, რენტგენის სხივების მეშვეობით მათგან მხოლოდ ძვლები ჩანს. ზოგიერთი ექსტრემალი კორსეტის მატარებელს მხოლოდ ფილტვების ზედა ნაწილის მეშვეობით შეეძლო სუნთქვა, რაც მისი ქვედა ნაწილის ლორწოთი გავსებას იწვევდა.

მჭიდროდ შეკრული კორსეტი ცვლიდა ღვიძლის, ფილტვებისა და ნაწლავების განლაგებას სხეულში. თუმცა, ყველა კორსეტის მატარებელი არ კრავდა მას უზომოდ მჭიდროდ. ბევრ კორსეტს ჰქონდა ბიუსტის დამჭერიც, რაც დღევანდელი ლიფის ფუნქციას ასრულებდა.

კორსეტები 1920-იან წლებში გადავიდა მოდიდან. ადამიანები დღესაც ატარებენ მას, მაგრამ მხოლოდ განსაკუთრებული კოსტუმებისთვის ან დაავადებების დროს გამოიყენება. ახლა უკეთ ვაცნობიერებთ ჯანმრთელობის რისკს, რომელიც შიგნეულობის შემჭიდროებამ შეიძლება გამოიწვიოს, ამიტომ დღევანდელი კორსეტები კომფორტისა და უსაფრთხოების ნორმების დაცვით იქმნება.



ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომი პერიოდის ბანდაჟი (ნახევრად მყარი)



კოჭ-წვივის ფიქსატორი



სხივ-მაჯის ფიქსატორი



კორსეტი ტანდეგობის კორექციისათვის



ხელის დამჭერი



მუხლის სახსრის ბანდაჟი



მუხლის სახსრის ბანდაჟი



ბანდაჟი დამჭერი მაგარი (კორსეტი)



ბანდაჟი კისრის მალების ("შანცის" საყელო)



კორსეტი ტანდეგობის კორექციისათვის



დასაჯდომი ბალიში მრგვალი



ბალიში "უნივერსალი"



ორთოპედიული ბალიში

დორსოლომბერის კორსეტი - გამოიყენება ზურგის ხერხემლის გასასწორებლად და კიფოზის სამკურნალოდ



ფეხ- და ტერმრუდობისთვის გამოიყენება სუპინატორები, რომელიც სხვადასხვა სახისაა:



სუპინატორი არის სასიამოვნო და კომფორტული ფეხის ტერფისთვის. მას ფარავს ორთოპედიული ზედაპირი რომელიც ეხმარება ფეხის ტერფს სიმძიმის გადანაწილებაში რაც უქმნის მას კომფორტს, აგრეთვე თავისუფალად ერგება ფეხსაცმელს. სუპინატორების უმრავლესობა შეიცავს სპილენძის ბოჭკოს, რომელიც ხელს უშლის სოკოს და სუნის წარმოქმნას.

სუპინატორი რეკომენდირებულია ბრტყელი და დაბალი თაღის მქონე ფეხისთვის.



ტრავმებისა და ზოგიერთი დაავადებების დროს აქტიურად გამოიყენება ყავარჯნები:

იღლიის ყავარჯენი:



იდაყვის ყავარჯენი



კითხვები:

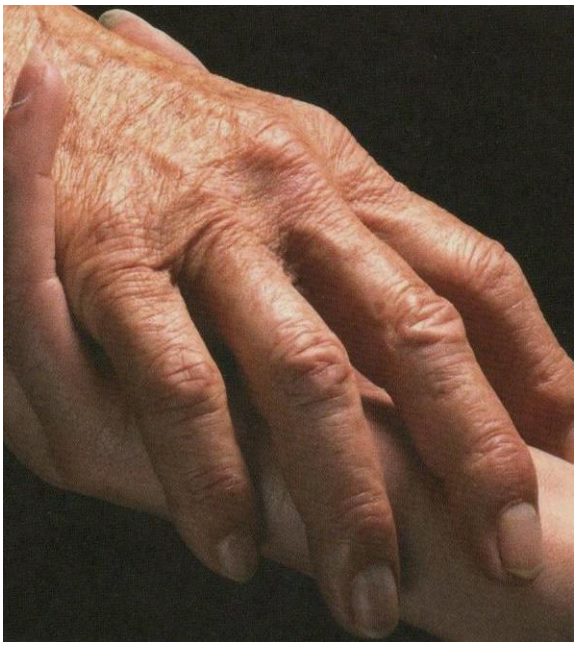
1. როგორი უნდა იყოს მოზარდის საწოლი?
2. რამდენად გამართლებულია ბავშვისთვის ზურგდამჭერების გაკეთება?
3. როგორი უნდა იყოს ზურგჩანთა?
4. რა იწვევს სქოლიოზს?
5. რას უნდა შეესაბამებოდეს ბავშვის საწერი მაგიდის სიმაღლე?
6. როგორ უნდა იჯდეს ბავშვი საწერ მაგიდასთან?
7. როგორი განათებაა საჭირო საწერ მაგიდასთან?
8. როგორი კორსეტები და ბანდაჟები არსებობს?

http://www.mkurnali.ge/kani-kunthebi-dzvlebi/orthopedia.html

პაციენტის მოვლა

ამ თავში გაეცნობით პაციენტზე დაკვირვებას, მისი მოვლის საჭიროებების განსაზღვრას და მასზე პაციენტის მოვლის ღონისძიებების დაგეგმვას ყოველდღიური ცხოვრების აქტიურობების მიხედვითა და კინესთეტიკის ელემენტების გათვალისწინებით. შეისწავლით პრევენციული ღონისძიებების ჩატარებას გართულებების თავიდან აცილების მიზნით.

პაციენტის მოვლის საჭიროებები



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

ადამიანი, რომელიც პროფესიად მოვლას ირჩევს, მოტივირებული უნდა იყოს სხვა ადამიანებისადმი ინტერესითა და მათი დახმარების სურვილით.

მომვლელი მნიშვნელოვანი შუამავალი რგოლი ხდება, როგორც პაციენტსა და ექიმს შორის, ასევე პაციენტსა და მის ახლობელ ადამიანებს, ნათესავებს შორის.

ავადმყოფთან ურთიერთობისას —– საუბარში, აზრთა გაცვლა-გამოცვლაში, მომვლელი ეცნობა ავადმყოფის ინდივიდუალურ თვისებებს, ხასიათს.

მოვლის პროცესი

პროფესიონალურ მოვლაში გაცნობიერებული, სისტემატიური, მიზანმიმართული და პროცესის მსგავსი მეთოდი **მოვლის პროცესად** იწოდება. წარმოადგენს როგორც

პრობლემის გადაჭრის პროცესს, ასევე ურთიერთობის პროცესს მომვლელსა და პაციენტს შორის.

მოვლის პროცესი: ესაა მეთოდი, რომლის მეშვეობითაც მომვლელი – შეძლებისდაგვარად პაციენტთან ერთად – მიზანმიმართულად და სტრუქტურულად მუშაობს, იმიტომ რომ:

- პაციენტის მოვლის საჭიროება, პრობლემები და რესურსები შეაფასოს;
- მოვლითი ღონისძიებები დაგეგმოს, რომლითაც დასახული მიზნები მიიღწევა;
- მოვლითი ღონისძიებები ჩაატაროს და მათი წარმატებით შესრულების საფუძველზე გადაამოწმოს, შეესაბამებიან თუ არა ისინი კვლავ ახალ სიტუაციას.

მოვლის პროცესი, როგორც მეთოდი, გასული საუკუნის 70 - იანი წლების შუა პერიოდიდან შემოდის პროფესიონალურ მოვლაში. დიდი ხნის განმავლობაში არ არსებობდა მოვლის პროცესის სისტემატიკა. ამერიკის შეერთებულ შტატებში მე - 20 საუკუნის 50 – იანი წლებიდან დაიწყეს მოვლის თეორიებზე მუშაობა, რის მიხედვითაც მოვლის პროცესიც განვითარდა.

მოგვიანებით, მეცნიერებმა მოვლის სფეროში დაიწყეს დისკუსია მოვლის მეთოდების შესახებ და კვლევა, როგორ გამოეყენებინათ თეორიული მოსაზრებები კონკრეტულ მოვლით საქმიანობაში სისტემატურად და სტრუქტურირებულად.

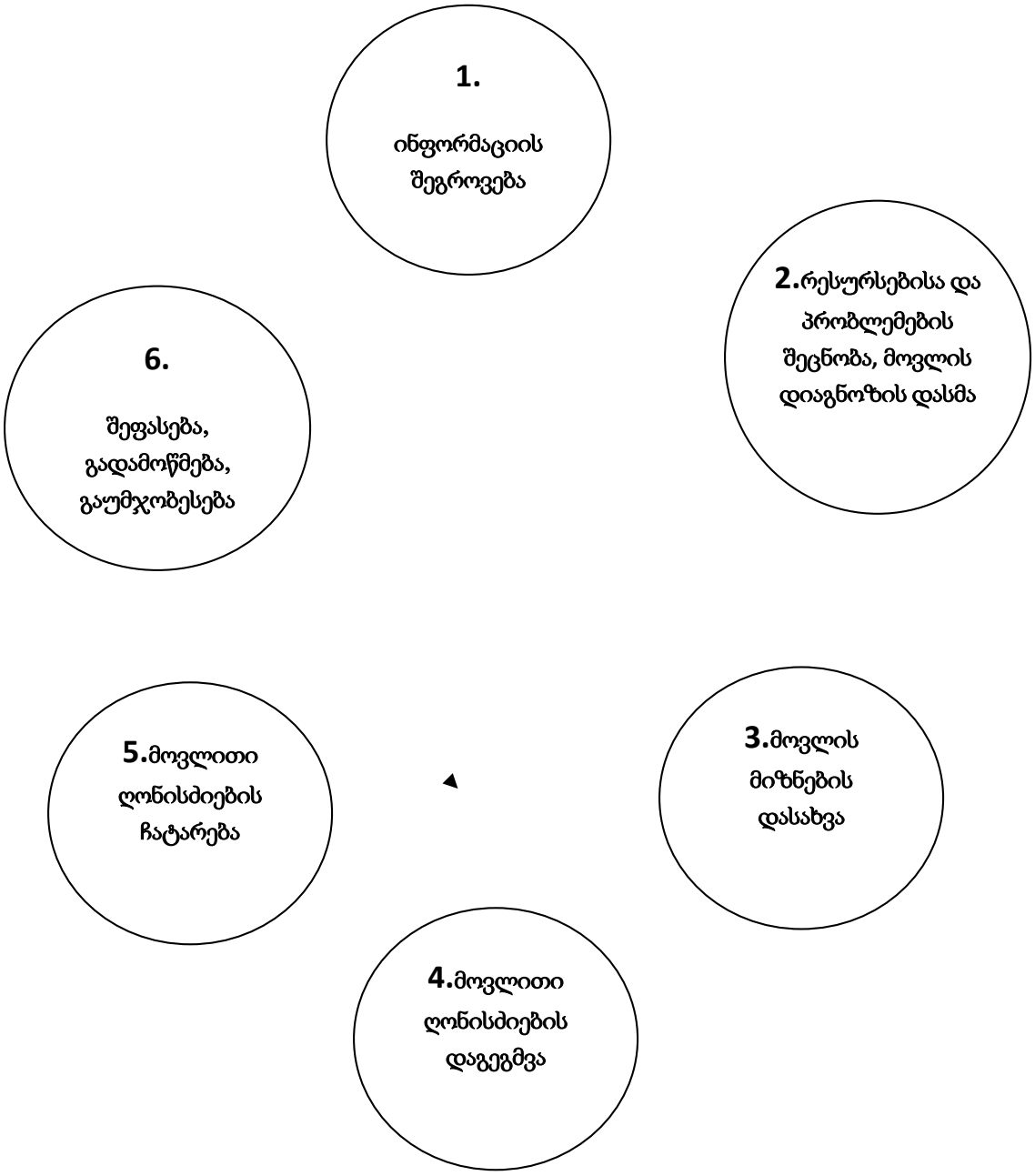
პროფესიული მოვლის მიზანია:

- ავადმყოფისათვის ახალ მდგომარეობასთან შეგუებასა და დამოუკიდებლობის შენარჩუნებაში დახმარება;
- ჯანმრთელობის მართვა და შენარჩუნება;
- სიცოცხლის ბოლო პერიოდის შემსუბუქება;

ეს სფერო კვლევების საფუძველზე განვითარდა. დღეს ყველაზე გავრცელებულია მოდელი, რომელთაც ქვემოთ განვიხილავთ:

ავადმყოფის მოვლის 6 საფეხურიანი მოდელი

1. ინფორმაციის შეგროვება
2. პაციენტის რესურსებისა და პრობლემების შეცნობა, მოვლის დიაგნოზის დასმა
3. მოვლის მიზნების ჩამოყალიბება/დასახვა
4. მოვლითი ღონისძიების დაგეგმვა
5. მოვლითი ღონისძიების განხორციელება/ჩატარება
6. პაციენტზე მოვლის გავლენის შეფასება, გადამოწმება და გაუმჯობესება



ავადმყოფის გარემო

მნიშვნელოვანია ავადმყოფისათვის გარემოს შექმნა, როდესაც ის მოვლას ბინის პირობებში საჭიროებს.

ოთახი უნდა იყოს მყუდრო, ზედმეტი ხმაურისაგან დაცული, ნათელი, თბილი და ადვილად ნიავდებოდეს. სასურველია მუქი ფარდები, ჭარბი სინათლის თავიდან ასაცილებლად.

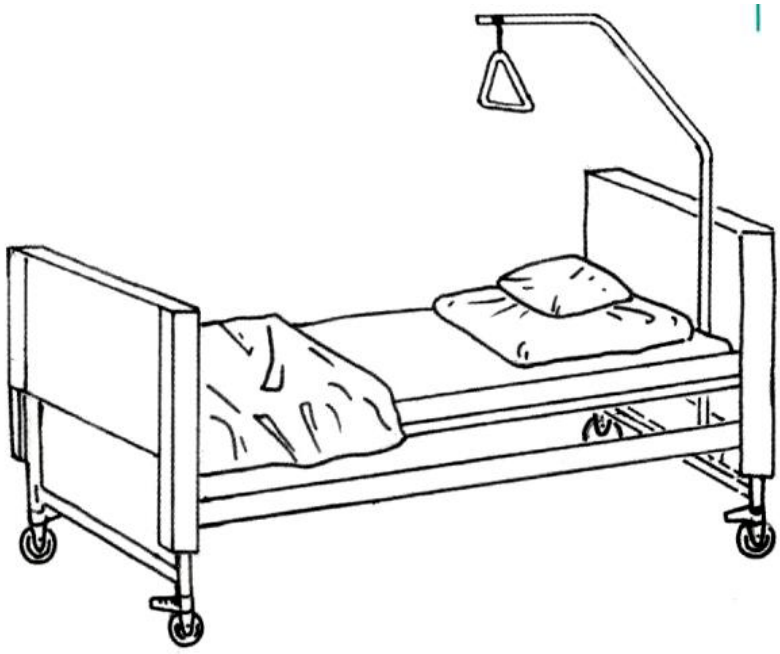
ოთახი არ უნდა იყოს გადატვირთული ზედმეტი ნივთებითა და ავეჯით. საკმარისია: კარადა, საწოლი, ღამის მაგიდა (ტუმბო), სკამი ან სავარძელი, მაგიდა, ღამის განათება, ზარი ან რაიმე დაძახების საშუალება.

აუცილებელი ნივთები ავადმყოფის თვალთახედვის არეში და ხელმისაწვდომ მანძილზე უნდა იყოს მოთავსებული. უნდა გავითვალისწინოთ ავადმყოფის ძველი ჩვევები. სასურველია საყვარელი ნივთები და კარგი მოგონებების მომგვრელი სურათები მის სიახლოვეში რჩებოდეს.

თუ ოთახის თავისებურების გამო სიმყუდროვეს ვერ უზრუნველვყოფთ, შეიძლება საწოლთან დაიდგას შირმა უცხო თვალისაგან დასაცავად. ოთახი არ უნდა იყოს ძალიან დაშორებული სხვა ოთახებს, რომ ავადმყოფს არ შეექმნას მიტოვებულობის განცდა. უნდა ვიზრუნოთ ურთიერთობების შენარჩუნებაზე: ოჯახის წევრებთან, მეგობრებთან, ნათესავებთან, მოძღვართან და სხვა.

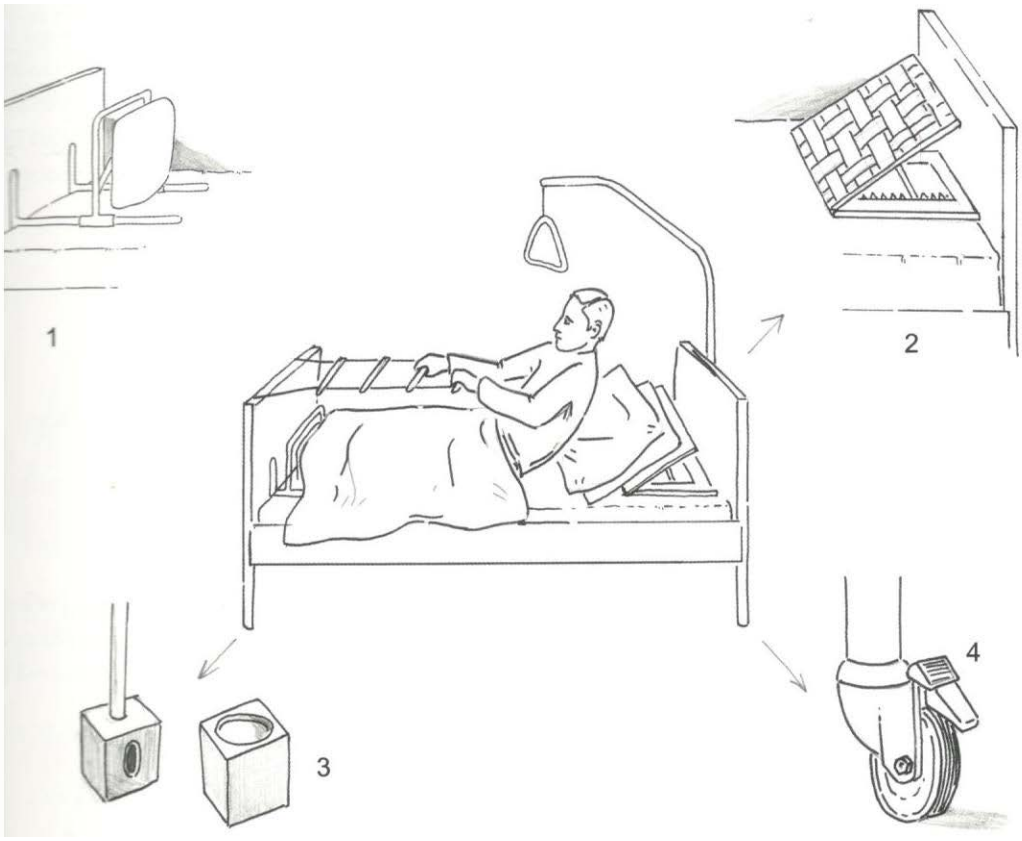
მოთხოვნილების მიხედვით ავადმყოფს უნდა შეეძლოს რადიოსა და ტელევიზიის საშუალებით ახალი ამბების გაგება, მუსიკის მოსმენა.

საწოლი



მწოლიარე ავადმყოფისათვის ძირითად გარემოს მისი საწოლი წარმოადგენს.

საწოლი უნდა იყოს ორივე მხრიდან ადვილად მისადგომი, რბილი და მოსახერხებელი ქვეშაგებით. იდეალურია ფუნქციური საწოლი, რომელიც სასურველ სიმაღლეზე შეიძლება დავაყენოთ, ბორბლებით შეიძლება ოთახში გადავაადგილოთ, შესაძლებელია თავისა და ფეხების ნაწილების ცალ-ცალკე წამოწევა. მასზე ასევე ადვილად შეიძლება დამხმარე საშუალებების კონსტრუირება.



კითხვები:

1. რა არის მოვლის პროცესი?
2. დაახასიათეთ მოვლის მიზანი.
3. მოვლის როგორი მოდელი არსებობს?
4. ჩამოთვალეთ მოვლის მოდელის საფეხურები.
5. დაახასიათეთ მოვლის მოდელის თითოეული საფეხური.

პაციენტზე დაკვირვება

ავადმყოფზე დაკვირვება მიეკუთვნება მომვლელის უმნიშვნელოვანეს მოვალეობას.
პროფესიონალური დაკვირვების საშუალებით ხდება გართულებათა თავიდან აცილება.
დაკვირვება უნდა ხდებოდეს ობიექტურად, ზუსტად და სისტემატიურად.
მიღებული შთაბეჭდილებების შესახებ უნდა ეცნობოს ექიმს.
ძალიან მნიშვნელოვანია დაავადების სიმპტომზე დაკვირვებასთან ერთად მოვლის ეფექტურობაზე დაკვირვება.

დაკვირვება მოგვააზრებინებს, თუ რა უნდა გაკეთდეს.
სწორედ დაკვირვებით მოპოვებულ მონაცემებზეა დამოკიდებული, როგორ დაიგეგმება და წარიმართება მოვლის შემდგომი პროცესი.
იქ, სადაც ექიმი ძნელად მისაწვდომია, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ავადმყოფის მომვლელმა იცოდეს იმაზე მეტი, ვიდრე მხოლოდ აუცილებელი მინიმუმის ცოდნაა ავადმყოფზე დაკვირვების შესახებ.

რაც დაკვირვებით აღიქმება უცილებელად დოკუმენტაციაში უნდა აისახოს.

წოლითი მდგომარეობა, რომელსაც ავადმყოფი იღებს, არის ძალიან ბევრის მთქმელი. ჯანმრთელი და მსუბუქად მოავადე ადამიანები წვანან მსუბუქი კუნთური დაჭიმულობით და ხშირად იცვლიან მდგომარეობას. საყურადღებოა წოლითი მდგომარეობის გახშირებული ცვლა მაღალი სიცხის დროს.

ზურგზე პასიურად წოლა, მოთენთილი, სიმძიმის ძალას მიცემული –– სისუსტის მაჩვენებელია.

ავადმყოფები სუნთქვის უკმარისობით, უპირატესობას ანიჭებენ სხეულის ზედა ნაწილის წამოწეულ – ნახევრად მჯდომარე მდგომარეობას.

ტკივილი განაპირობებს მთელი სხეულის ან ცალკეული კიდურების შებოჭილობას: უპირატესობა ენიჭება იმ წოლით მდგომარობას, რომლის დროსაც ტკივილები ყველაზე ნაკლებია. თუკი ეს მდგომარეობა ნაპოვნია, ადამიანი ცდილობს მის შენარჩუნებას. შეიძლება; ტკივილები გამოწვეული იყოს არასწორი წოლითი მდგომარეობით.

დავაკვირდეთ, როგორ გრძნობს თავს ადამიანი ამა თუ იმ წოლით მდგომარეობაში. ყოველგვარი ცვლილება უნდა იქნეს აღქმული და სათანადო ღონისძიება გატარებული.

გამოცდილ დამკვირვებელს ავადმყოფის სახის გამომეტყველება სწრაფად უქმნის შთაბეჭდილებას მის მდგომარეობაზე.

სახის გამომეტყველება და კანის ფერი ბევრ ინფორმაციას იძლევა ავადმყოფის შესახებ.

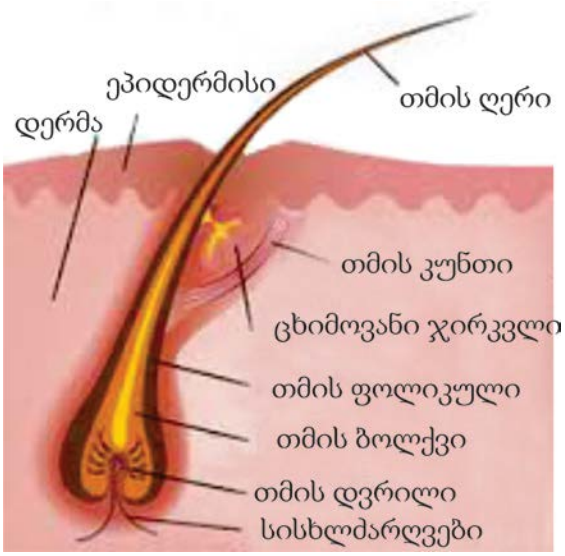
კანზე დაკვირვება

კანი უმნიშვნელოვანესი ორგანოა, იგი არის საზღვარი ორგანიზმის შინაგანსა და გარემოს შორის და ბევრი ფუნქცია აქვს დაკისრებული.

კანის სისქე; ცვალებადია ორგანიზმის სხვადასხვა ადგილზე, ზოგ ადგილას იგი ძალიან თხელია, ხოლო ზოგან, მაგ. ტერფის მხარეზე იგი აღწევს 4მმ.

კანის ფორმა უშუალოდ დაკავშირებულია სხეულის მოყვანილობასთან.

კანიდან ვითარდება: ოფლის ჯირკვლები, ცხიმის ჯირკვლები, ფრჩხილები და თმა.



კანი შედგება სამი შრისაგან:

1. ეპიდერმისი - epidermis - ზედაპირული შრე
2. საკუთრივ კანი - corium
3. კანქვეშა შრე - subcutis

კანის ფუნქციებია:

- დამცველობითი ფუნქცია
- გამომყოფი ფუნქცია]
- თერმორეგულაცია
- გრძნობის ორგანო
- სამარაგო ფუნქცია

კანის ფერზე დაკვირვებისას უნდა შეგვეძლოს ფიზიოლოგიურისა და პათოლოგიური ცვლილებების გარჩევა.

კანის სიწითლე – გამოწვეულია კაპილარული სისხლძარღვების გაფართოებით, რასაც მოსდევს სისხლის სიჭარბე და შესაბამისად ჰიპერემია.

კანის სიწითლე ფიზიოლოგიურია – დიდი ფიზიკური დატვირთვის ან ემოციური აგზნების შემთხვევაში, გარემოს მაღალი ტემპერატურის დროს.



კანის სიწითლე პათოლოგიურია:

- მაღალი სიცხის დროს, როდესაც სიცხე იწყებს აწევას, იწყება შემცივნება, შემცივნების დროს ორგანიზმი ცდილობს არ დაკარგოს სითბო, რადგანაც სიცხით უნდა შეებრძოლოს ავადმყოფობას, ამ დროს არის ფერმკრთალი, როდესაც სიცხე მაღლა იწევს, უკვე უნდა თავი დაიცვას გადახურებისაგან, სისხლძარღვები ფართოვდება, კანი წითლდება და არის მშრალი და ცხელი, სიცხის დაწევის დროს კი კანი არის ნამიანი და გრილი.
- ადგილობრივი ანთებების შემთხვევაში.
- I და II ხარისხის დამწვრობებისას, როდესაც ნეკროზული დაზიანება ჯერ არ არის, არის კანის **ჰიპერემია.**
- მაღალი არტერიული წნევის დროს (სახისა და ყელის მიდამოებში);
- გამონაყარების დროს (ალერგიული რეაქცია ტოქსინზე ან რაიმე სამკურნალო საშუალებებზე, ინფექციური დაავადებების დროს) ;
- ნახშირჟანგით მოწამვლის დროს.

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

ფიზიოლოგიურია – შიშისა და შეკრთომის დროს, პიგმენტაციის ნაკლებობის დროს, ჰიპოპიგმენტაცია, კონსტიტუციური სიფერმკრთალე.

პათოლოგიურია:

- დაბალი არტერიული წნევის დროს;
- ანემიის დროს;
- სისხლის მიმოქცევის ზოგადი და ლოკალიზებული დარღვევების დროს;
- სისხლის მიმოქცევის მწვავე უკმარისობის დროს (კოლაფსის, შინაგანი სისხლდენის, მოწამვლის და ა. შ);
- თირკმელების პათოლოგიისა და მძიმე ინფექციური დაავადებების დროს.

სიყვითლე – მისი მექანიზმია ნაღვლის პიგმენტის, ბილირუბინის არასაკმარისი გამოდევნა ორგანიზმიდან ბუნებრივი გზით, როდესაც იგი შეკავებულია გადადის სისხლში და გამოიხატება კანზე. ფიზიოლოგიურია ახალშობილთა სიყვითლე, დიდი რაოდენობით სტაფილოსა და ციტრუსების მიღების შემდეგ.

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

ციანოზი – კანის მოლურჯო შეფერილობა, იგი გვხვდება სისხლის ჟანგბადით არასაკმარისი გაჯერებისას. გულის უკმარისობისას, ფილტვების დაავადებებისას (ემფიზემა, სიმსივნე). ციანოზი ყველაზე კარგად ტუჩებზე და თითის წვერებზე შეინიშნება.

მნიშვნელოვანია აგრეთვე კანის მდგომარეობაზე დაკვირვება. ეს კი დამოკიდებულია მისი დაჭიმულობის ხარისხზე – **ტურგორზე.**



მაღალი ტურგორი – მისი ძირითადი მიზეზი **შეშუპებაა,** ეს არის ქსოვილებში წყლის ჭარბად დაგროვების შედეგი. ამ დროს კანი ხელის დაჭერის შემთხვევაში გვიან იბრუნებს პირვანდელ სახეს.

შეშუპების ორი ყველაზე ხშირი სახეობებია:

- **შეგუბებითი შეშუპება,** გულის დაავადებების დროს. სითხე გროვდება სხეულის ქვედა ნაწილში, ესენია ტერფები და კოჭის მიდამო, მწოლიარე პაციენტებთან კი წელის მიდამო. ასეთი შეშუპება საღამოს უფრო ძლიერია ვიდრე დილით.
- **ჰიპერჰიდრემიული შეშუპება** - თირკმლის დაავადებების დროს. ამ დროს დამახასიათებელია ქვედა ქუთუთოების შეშუპებაც. თირკმლისმიერი შეშუპება დილითაც სახეზეა.

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

კანის მთლიანობის დარღვევას იწვევს სისხლის მიმოქცევის მოშლა, რის შედეგადაც წარმოიქმნება: ნაწოლი, განგრენა, ტროფიკული წყლული. შეიძლება გაჩნდეს სხვადასხვა გამონაყარი.

კანის ცვლილებების ზუსტი შეფასება ექიმის ამოცანაა, მომვლელის ვალია დროული და ზუსტი ინფორმაციის მიწოდება მისთვის.

ნებისმიერი გამონაყარი კანზე არის ინფექციის წყარო.

სასიცოცხლო მაჩვენებლები

სასიცოცხლო (ვიტალური) მაჩვენებლები განსაზღვრავენ ადამიანის სხვადასხვა სისტემის ფუნქციონირების ხარისხს. **ეს არის პულსი, სუნთქვის სიხშირე, ტემპერატურა, არტერიული წნევა.**

პულსი არის ბიძგი, რომელიც ვრცელდება სისხლძარღვის კედელზე, გულის შეკუმშვის შედეგად, სისხლძარღვებში გადატყორცნილი სისხლის ტალღის საშუალებით.

ჩვენ პულსს ვუწოდებთ არტერიულ პულსს. არსებობს ვენური და კაპილარული პულსი, რომელთა გაძლიერებული გამოხატულება პათოლოგიის მაუწყებელია.

პულსი შეიგრძნობა ყველგან, სადაც გადის ზედაპირული არტერიები და განსაკუთრებით იმ ადგილებში, სადაც არსებობს ძვლოვანი საფუძველი. ყველაზე მოსახერხებელია პულსის კონტროლი სხივის არტერიაზე. ასევე მარტივად შეიძლება გავზომოთ ყელის, კისრის მოპულსირე არტერიაზე ან საძილე არტერიაზე.

სხივის არტერიაზე პულსის გაზომვის ტექნიკა - პაციენტის ხელი დევს საფენზე მშვიდად და თავისუფლად გადახსნილი მაჯის სახსარით. საჩვენებელი, შუა და არათითი ერთ ხაზზე, მწკრივში, ერთმანეთთან მწიდროდ მიჯრილი მაჯაზე თავსდება. მსუბუქი დაჭერით შეიგრძნობა პულსი, შემდეგ ვითვლით წამზომიანი საათზე ყურებით. პულსი ითვლება ერთ წუთში ბიძგების რაოდენობა, დროის დაზოგვის მიზნით ხშირად პულსს ითვლიან 15 წამში და ამრავლებენ ოთხზე. მძიმე დაავადებების დროს აუცილებელია დაითვალოს ერთ წუთში.

საძილე არტერიაზე პულსის შეგრძნება საჭიროა:

- რადიალური არტერიების ანომალიის დროს;
- ტრავმული დაზიანებისას, როდესაც პულსი იკარგება;
- მსუქანი წინამხრის შემთხვევაში;

- სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტის სწრაფი დადგენისათვის, როგორიცაა ცნობიერების დაკარგვა, ნაცრისფერი კანი, სუნთქვის შეჩერება, თვალის გუგების გაფართოება.

დაბალი წნევის დროს კისრის გასწვრივ შეიძლება ვერ შევიგრძნოთ, შეიგრძნობა მხოლოდ ყბის კუთხესთნ მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის მიდამოში, პირდაპირ ტრაქეის გვერდზე.

სისხლის წნევის დაწევის ან შოკის დროს ხელით ხანგრძლივი მოსინჯვისას შეიგრძნობა ძაფისებური პულსი. მძიმე მდგომარეობაში, როდესაც კარგად არ ისინჯება სხვა ადგილებში პულსი, საძილე არტერიაზე მისი შეგრძნება შესაძლებელია მხოლოდ კარგად გავარჯიშების შედეგად.

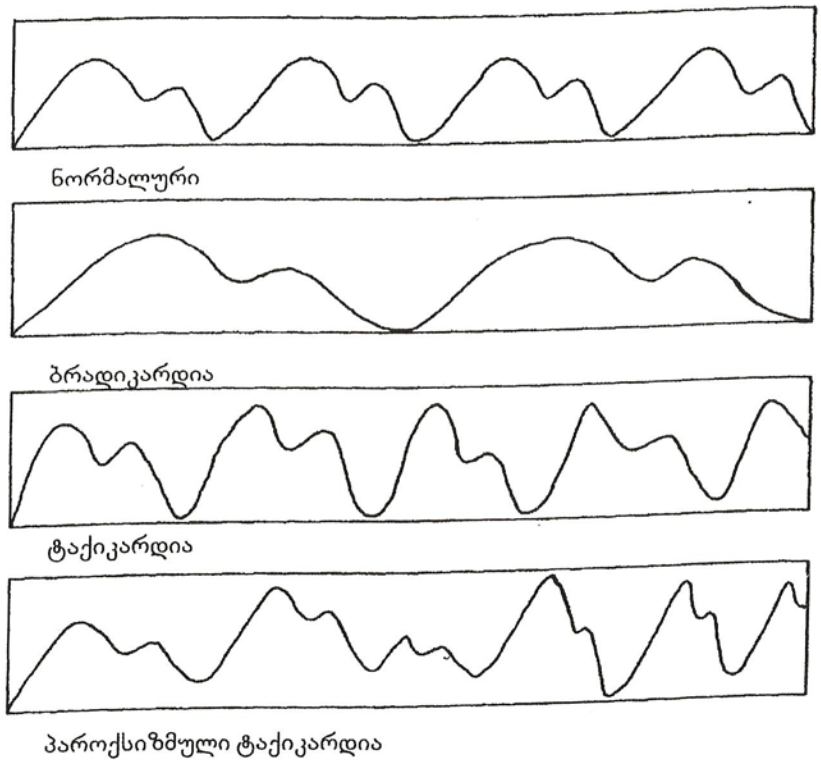
განასხვავებენ პულსის **სიხშირეს, რიტმსა და და ხარისხს:**

სიხშირე არის ერთი წუთის განმავლობაში დარტყმების რაოდენობა. პულსის დარტყმების რაოდენობა შეესაბამება გულის პარკუჭის სისტოლას, რომელიც ისეთი ძლიერია, რომ განაპირობებს პერიფერიაზე პულსის ტალღის არსებობას.

პულსის სიხშირე არსებობს:

- ნორმალური სიხშირე - ახალშობილებისათვის - 130-140, 2 წლამდე ბავშვებისთვის - 120, 9-10 წლამდე - 100, 12-14 წლამდე - 80-90, მოზრდილი ადამიანისათვის - 60-80 წუთში.
- აჩქარებული პულსი - ტაქიკარდია. ტაქიკარდიაზე მაშინ ვსაუბრობთ, როდესაც პულსის სიხშირე 100-ზე მეტია. ტაქიკარდიის მიზეზები შეიძლება იყოს: ნივთიერებათა ცვლის გააქტიურების გამო ჟანგბადზე მოთხოვნილების გაზრდა, ფიზიკური დაძაბულობა და აღგზნება, ბრაზი, შიში, ჰიპერთირეოზი, თირეოტოქსიკოზი, სიცხის მომატება - ყოველ ერთ გრადუსით აწევას შესაბამება 6-10-ით პულსის მომატება, ანემია, სისხლდენა,შოკი, გულის დაავადებები. ტაქიკარდიის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ფორმაა **პაროქსიზმული ტაქიკარდია** - შეტევითი გულის ფრიალი. სწრაფად იმატებს პულსი, რამოდენიმე წუთი გრძელდება და შეიძლება ავიდეს 160-200-მდე. მისი მიზეზია: გულის კუნთის დაზიანება, ვაგუსის დამბლა, სიმპათიკური ნერვული სისტემის გაღიზიანება, ჰიპერთირეოზი, ინფექციური დაავადებები, კლიმაქსი. შეტევა იწყება სახეზე გაფითრებით და გუგების გაფართოებით, მთავრდება სახეზე ფერის მოსვლით, ძლიერი ოფლიანობით და გუგების შევიწროვებით.
- **პულსის შენელება** - ბრადიკარდიაზე ვსაუბრობთ მაშინ, როდესაც პულსი წუთში 60-ზე ქვევითაა. პულსის შენელებას ადგილი აქვს ძილის დროს. ახასიათებთ ხანში შესულ ადამიანებს, ნავარჯიშებ ადამიანებს (ვარჯიში აძლიერებს გულის მუშაობას გულის კუმშვის ინტენსივობის გაზრდით, ვიდრე გულის ცემის სიხშირის მომატების

ხარჯზე). მისი მიზეზებია: გულის ბლოკადა, ქალასშიგა წნევის მომატება, მენინგიტი, ტვინის სიმსივნეები, თავის ქალას ტრავმები, მედიკამენტოზური ინტოქსიკაცია, ვაგოტონია, ჰიპოთირეოზი, სიყვითლე, ტიფი. **პულსის დეფიციტის** ქვეშ იგულისხმება **მოჩვენებითი ბრადიკარდია.** იგი წარმოიქმნება გულის კუნთის არასაკმარისი კუმშვადობის დროს, ამის გამო ყოველი პულსის ტალღა ვერ აღწევს პერიფერიამდე. ეს არის მიზეზი, იმისა რომ ხანდახან არსებობს განსხვავება გულისა და პულსის დარტყმებს შორის. პულსის დეფიციტი არის ექსტრასისტოლიისა და აბსოლუტური არითმიის დროს. **შეფარდებითი ბრადიკარდიაა,** როდესაც პულსის სიხშირე არ იცვლება ტემპერატურის მომატების შესაბამისად - მუცლის ტიფის დროს.



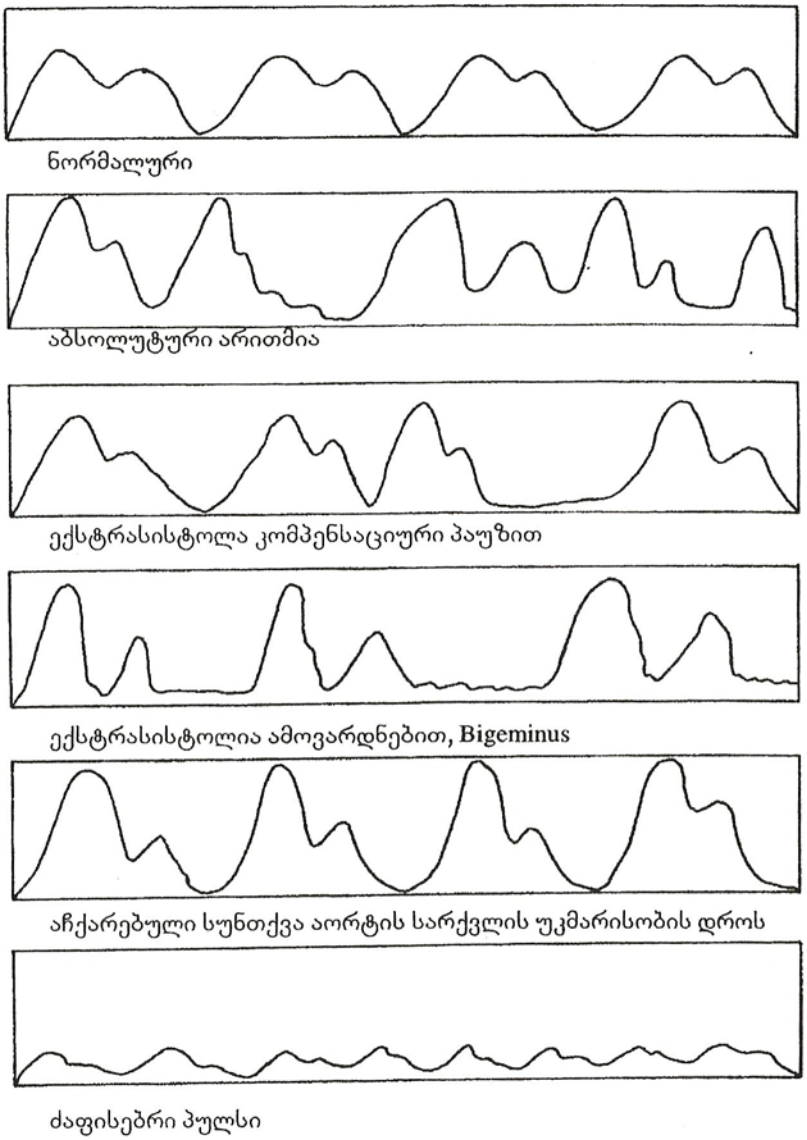
პულსის რიტმი

რიტმი ეს არის ტაქტით მიმდინარე თანაბარზომიერება. ნორმალურ შემთხვევაში პულსის დარტყმები დროის თანაბარ შუალედში ხორციელდება თანაბარი ინტენსივობით.

არათანაბარ პულსს არითმია ჰქვია. მისი ფორმებია:

- **სუნთქვითი არითმია** - არ არის დაავადება, უპირატესად ვითარდება ახალგაზრდა ასაკში, ქმნადობისა და ვეგეტაციური ნერვული სისტემის ლაბილობისას. ჩასუნთქვისას ჩქარდება პულსის სიხშირე, ამოსუნთქვისას - ნელდება;

- **ხანგამოშვებითი, ექსტრასისტოლური არითმია** - შეიგრძნობა, როგორც გულის შეფრთხიალება. ამ დროს აღგზნებადობის გამო ხდება გულის კუნთის ნაადრევი შეკუმშვა. განასხვავებენ ექსტრასისტოლებს, რომლებიც პარკუჭთა ორ რიტმულ შეკუმშვას შორის ხდება და კომპენსატორულ ექსტრასისტოლებს, რომლებსავ ახლავს პაუზა, ისე რომ მომდევნო დარტყმა ისევ თავის დროზე მოხდეს. **ბიგემენია** - ორდარტყმიანი პულსი, ყოველ სისტოლას ახლავს ექსტრასისტოლა. ექსტრასისტოლის მიზეზებია: სათითურას გლიკოზიდების პრეპარატებით ჰიპერდოზირება, გულის კუნთის დაზიანება, ვეგეტაციური ლაბილობა. ჭარბად სიგარეტი.
- **აბსოლუტური არითმია** არის აგზნებადობის დარღვევა ხანგრძლივი არათანაბარი პულსით. აბსოლუტური არითმია თავს იჩენს წინაგულების ციმციმისას და თრთოლვისას. ამ დროს გვაქვს გულის ორგანული დაზიანება - მიოკარდიუმის მძიმე დაზიანებები, გულის რევმატული პათოლოგია,ჰიპერთირეოზი, ინფექციური დაავადებები.



პულსის ხარისხის შეფასება არის სპეციალისტების საქმე. პულსის ძირითადი მახასიათებლებია: დაჭიმულობა, ინტენსივობა, სისავსე.

- დაჭიმულობა - პულსის გასინჯვისას შეიგრძნობა წინააღმდეგობა სისხლძარღვის კედლიდან - ჰიპერტონიისას, თირკმლის შეჭმუხვნის დროს. რბილია დაბალი ჭნევის დროს, ზოგადი სისუსტის დროს, კოლაფსისას, გულის კუნთის სისუსტისას, სიცხისა და ზოგიერთი ინფექციების დროს;
- სისავსე - სავსეა ძლიერი პულსი, ნაკლები სისავსისას გვაქვს სუსტი პულსი. სავსეა - ქალასშიდა ჰიპერტენზიისას, აპოლექსიისას, სუსტი ავსებისაა - ტაქიკარდიისას, მაგალითად, სისხლდენის დროს.

- ძაფისებური პულსი - სუსტი ავსების, სწრაფი, ზეწოლით ადვილად ჩაქრობადი პულსი - ის მიგვანიშნებს დაბალ წნევაზე ან მოსალოდნელ სისხლძარღვან კოლაფზე.

კითხვები:

1. როგორ წარმოებს პაციენტზე დაკვირვება?
2. რა სიმპტომები აღინიშნება კანზე პათოლოგიის დროს და ფიზიოლოგიურად>
3. ჩამოთვალეთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები.
4. აღწერეთ სხივის არტერიაზე პულსის გაზომვის ტექნიკა.
5. როდის არის საჭირო საძილე არტერიაზე პულსის შეგრძნება?
6. რა მახასიათებლები აქვს პულსს?
7. პულსის რამდენი სახის სიხშირე არსებობს?
8. პულსის რიტმის რამდენი ფორმა არსებობს?
9. ჩამოთვალეთ სუნთვისა და პულსის ასაკობრივი მაჩვენებლები.

სუნთქვაზე დაკვირვება



სუნთქვა ეს არის გაზთა ცვლა. არსებობს შინაგანი და გარეგანი სუნთქვა.

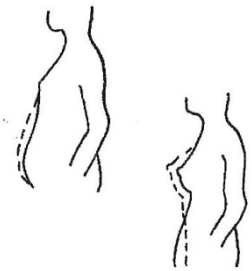
გარეგანი სუნთქვის ქვეშ მოიაზრება ფილტვებში წარმოებული პროცესები - შესუნთქვისას ატმოსფერული ჰაერიდან ჟანგბადი გადაეცემა სისხლს და ნახშირორჟანგი ვენური სისხლით ფილტვის ბუშტუკებს და კვლავ გარეთ.

შინაგანი სუნთქვისას ხდება სისხლიდან ჟანგბადის მიღება სხეულის უჯრედებში და აქედან ნახშირორჟანგის გადაცემა სისხლში. გარეგანი სუნთქვა დაკვირვებადია. სუნთქვა - რესპირაცია შედგება ჩასუნთქვისაგან - ინსპირაციისაგან და ამოსუნთქვისაგან - ექსპირაციისაგან.

სუნთქვის მექანიზმი: ჩასუნთქვისას გულმკერდი იწევა, ნეკნები ჰორიზინტალურ მდგომარეობას იღებს და ამგვარად გულკერდს ღრუ ფართოვდება. დიაფრაგმა ბრტყელდება, ამის გამო ფილტვებში წარმოიქმნება დაბალი წნევა და შესაბამისად ივსება ჰაერით. ამოსუნთქვისას დაბლა იწევა მკერდი და ვიწროვდება, დიაგრაგმა ამოიზნიქება, ფილტვები მოექცევიან წნევის ქვეშ და ჰაერი გამოიდევნება.

სუნთქვის ტიპები - არსებობს ორი ტიპი:

- აბდომინალური (მუცლისმიერი) სუნთქვა - ახასიათებთ უპირატესად მამაკაცებს, ხორციელდება დიაფრაგმით;
- კოსტალური (გულმკერდისმიერი) - ახასიათებთ უპირატესად ქალებს, ხორციელდება ნეკნთა შორისი კუნთებით.



სუნთქვაში მონაწილეობს ასევე დამხმარე კუნთები: ყელის, მკერდის, მხრის, ზურგისა და მუცლის კუნთები.

სუნთქვა იმართება ქიმიურად და რეფლექსურად. სუნთქვის ცენტრი მოთავსებულია მოგრძო ტვინში - medulla oblogata. სუნთქვის შეჩერებისას სისხლში გროვდება ნახშირორჟანგი, რომელიც აღაგზნებს სუნთქვის ცენტრს და ააქტიურებს ფილტვების ვენტილაციას. ვაგუსის საშუალებით ხორციელდება აგრეთვე სუნთქვის რეფლექტორული თვითმართვა.

ნორმალური სუნთქვა - eupnoe - არის თანაბარზომიერი მონაცვლეობა ჩასუნთქვის, ამოსუნთქვისა და სუნთქვითი პაუზისა. ის მშვიდია, უხმაურო და თანაბარი.

სუნთქვის მახასიათებლებია: სიხშირე, ხარისხი, რიტმი(ზომა) და სუნი.

სუნთქვის სიხშირე არის სუნთქვითი მოძრაობის რაოდენობა ერთ წუთში.

ნორმალური მონაცემები:

- ახალშობილის - 40-44 წუთში;
- ბავშვის - 25 წუთში;
- მოზრდილის - 16-20 წუთში.

ჯანმრთელი ადამიანი სუნთქავს **აჩქარებულად** სხეულებრივი დატვირთვისას და აღელვებისას. **სუნთქვის შენელება** ხდება სიმშვიდეში, დაღლილობისას და ძილში.

აჩქარებული სუნთქვა - Tachypnoe – არის მაშინ, როდესაც ორგანიზმი ცდილობს მომატებული ნახშირორჟანგისა და შემცირებული ჟანგბადის რაოდენობის წონასწორობაში მოყვანას - სხეულებრივი დატვირთვა, სიცხე, აჩქარებული პულსი, ფილტვების დაავადებები, გულის დაავადებები, ანემია, სასუნთქ გზებში ჰაერის განვლადობის შეფერხება.

შენელებული სუნთქვა - Bradypnoe - გვხვდება ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიისას, კომატოზური მდგომარეობისას, საძილე საშუალებების მიღებისას.

სუნთქვა და პულსი ერთმანეთთან რიტმულ დამოკიდებულებაში უნდა იყოს - თანაფარდობით 1:4 - თან.

სუნთქვის ხარისხი

სუნთქვა შეიძლება იყოს:

- **Dyspnoe** - ავადმყოფის მიერ შეგრძნებული ჰაერის უკმარისობა. ის არის ნაწილობრივ გაღრმავებული, ნაწილობრივ გახშირებული, მაგრამ მუდამ დაძაბული სუნთქვა - სუნთქვაში დამხმარე კუნთების მეშვეობით. ჰაერის უკმარისობის უმნიშვნელოვანესი ნიშანი არის ცხვირის ნესტოების მოძრაობა.
- **Orthopnoe –** ჰაერის ძლიერი უკმარისობა, ამ დროს პაციენტი საწოლში ამართულად ზის, დაძაბულია კისრისა და მხრების კუნთები, დაქანცული და შეშინებული ხარბად ისუნთქავს ჰაერს.

ქოშინი არსებობს ექსპირაციული(ამოსუნთქვითი) და ინსპირაციული(ჩასუნთქვითი). ექსპირაციული არის ბრონქული ასთმის დროს. ინსპირაციული - სასუნთქი გზების სტენოზის დროს, სასულის გაორკაპების (ბიფურკაციის) ზემოთ - დიფტერია, უცხო სხეული. შეუარრებული ყურით ისმის გახანგრძლივებული, მსტვინავი შესუნთქვა - სტრიდორი.

ჰაერის უკმარისობით პაციენტები უკეთ გრძნობენ თავს სხეულის ზედა ნაწილით წამოწეული, ზოგიერთებს მოწონთ ლოცვის პოზა - იდაყვით დაყრდნობილებს აქვთ ერთგვარი შეღავათი.

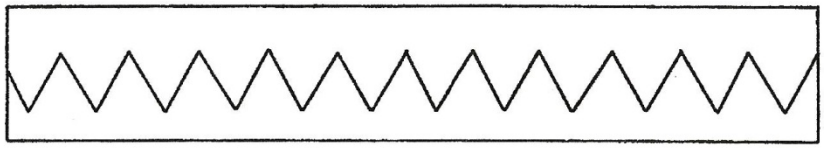
სუნთქვაზე დაკვირვებისას ყურადღება უნდა მიექცეს გულმკერდის სიმეტრიულობას მოძრაობისას. ასიმეტრიულობის მიზეზი შეიძლება იყოს სველი პლევრიტები - პლევრის ღრუში სითხე და პნევმონიები.

ჰიპერვენტილაცია არის მდგომარეობა, როცა ვენტილაცია იმაზე მეტადაა მომატებული, ვიდრე საჭიროა სისხლში აირების ნორმალური შემცველობის შესანარჩუნებლად. ჰიპერვენტილაცია ზოგჯერ ფილტვის დაავადებებს უკავშირდება. მაგალითად, ვითარდება ალვეოლების ჩაფუშვის ანუ კოლაფსის, მათში ანთებითი სითხის დაგროვების დროს. ხსენებულ შემთხვევებში მცირდება ფილტვების სასუნთქი ზედაპირი. სწორედ ამ ცვლილების კომპენსაციაა ჰიპერვენტილაცია. ზოგჯერ ჰიპერვენტილაცია ვითარდება ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების დროს, მაგალითად, მენინგიტის, ენცეფალიტის ან თავის ტვინში სისხლჩაქცევის შედეგად. ამ შემთხვევაში ჰიპერვენტილაცია სუნთქვის ცენტრის აგზნების შედეგია. რეფლექსური ხასიათისაა ჰიპერვენტილაცია ტკივილის ან ცხელი აბაზანის ზემოქმედების დროს. ზოგჯერ ჰიპერვენტილაცია აღმოცენდება წნევის დაქვეითების, ცხელების ან ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის გაძლიერების დროსაც. არის შემთხვევები, როცა ჰიპერვენტილაციას ჰიპოქსია იწვევს. ანემიის დროს აღმოცენებული ჰიპერვენტილაცია სწორედ ამის მაგალითია. ჰიპოვენტილაცია შესაძლოა განპირობებული იყოს ფილტვების, სასუნთქი კუნთების დაზიანებით, სუნთქვის აპარატის სისხლის მიმოქცევისა და ინერვაციის დარღვევით, ნარკოტიკების მიერ სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვით. გარდა ამისა, ჰიპოვენტილაციის მიზეზად შეიძლება იქცეს სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვა თავის ტვინის სისხლის მიმოქცევის დარღვევის გამო. ჰიპოვენტილაციის შედეგია სისხლში ჟანგბადის შემცველობის დაქვეითება და ნახშირორჟანგის შემცველობის ზრდა.

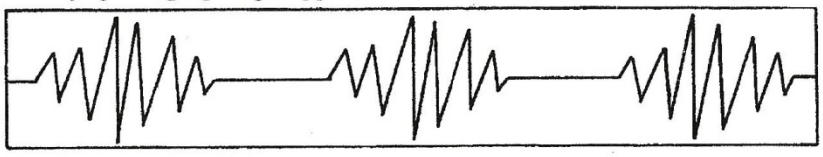
სუნთქვის რიტმი

სუნთქვის რიტმი /ზომა/

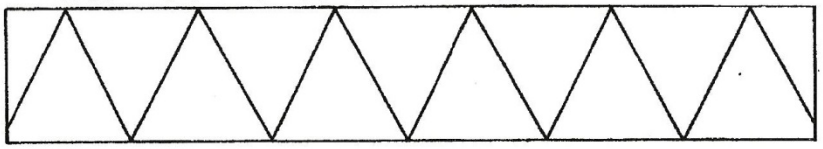
ა) ნორმალური რიტმი



ბ) ჩეინ-შტოქშ სუნთქვა.



გ) კუსმაულის სუნთქვა (დიდი სუნთქვა)



- ნორმალური სუნთქვა;
- ჩეინ-სტოქშის სუნთქვა - სუნთქვის ტალღისებური ტიპი, რომლის დროსაც სუნთქვითი მოძრაობები მოკლე პაუზამდე (აპნოე) სულ უფრო და უფრო მცირდება, პაუზის შემდეგ კი ნელ-ნელა განსაკუთრებულად ღრმა და დიდ სუნთქვით მოძრაობებამდე იზრდება - ამ დროს ნახშირორჟანგით სუნთქვის ცენტრის გაღიზიანება მცირდება. ეს არის ცუდი პროგნოზის ნიშანი. ის გვხვდება გულისა და თავის ტვინის მძიმე დაავადებები, მედიკამენტოზური ინტოქსიკაცია.
- კუსმაულის სუნთქვა - დიდი სუნთქვა - თავს იჩენს აციდოზის დროს, სუნთქვის ცენტრის აღგზნებადობის დროს - დამახასიათებელია გაღრმავებული სუნთქვითი მოძრაობები. ამ ტიპის სუნთქვა ახასიათებს დიაბეტურ და ურემიულ კომაში მყოფ პაციენტებს.
- ბიოტური სუნთქვა - მენინგიალური სუნთქვა - ის ხასიათდება ღრმა სუნთქვითი მოძრაობების სერიით უეცრად აღმოცენებული სუნთქვითი პაუზებით - ასეთი სუნთქვა გვხვდება ქალასშიგა ჰიპერტენზიისას, თავის ქალას სიმსივნეების დროს, მენინგიტისას, თავის ქალას ტრავმების დროს.
- ხრჩობადი ანუ წყვეტილი სუნთქვა - აღენიშნებათ ახალშობილებს, ჯერ კიდევ განუვითარებელი სუნთქვის ცენტრის გამო და მომაკვდავ ადამიანებს. წყვეტილი სუნთქვა ხდება ღია, ჰაერის ხარბად მყლაპავი პირით, მაგრამ ხანმოკლე, ღრმა სუნთქვითი მოძრაობით.

- სლოკინი - ხდება დიაფრაგმის უნებლიე სწრაფი შეკუმშვისას, რაც იწვევს ჰაერის ბიძგისებურ შესვლას სასუნთ გზებში. ამგვარად შესული ჰაერი იწვევს იოგებზე ზემოქმედებას და ბგერის წარმოქმნას.

ამოსუნთქული ჰაერის სუნი - არსებობს შემდეგი სუნები:

- აცეტონის - დამჟავებული ვაშლის სუნი, მწიფე ხილის - დამახასიათებელია დიაბეტური კომისთვის;
- ჩირქის - ყარს - ფილტვების განგრენის დროს;

კითხვები:

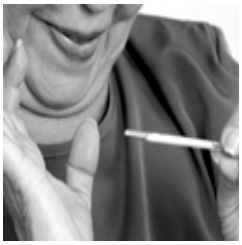
1. დაახასიათეთ სუნთქვის მექანიზმი.
2. რამდენი სახის სუნთქვა არსებობს?
3. რამდენი ტიპის სუნთქვა არსებობს?
4. სად არის მოთავსებული სუნთქვის ცენტრი?
5. რა ჰქვია ლათინურად ნორმალურ სუნთქვას?
6. რას უტოლდება ნორმალური სუნთქვის სიხშირე?
7. რა ეწოდება აჩქარებულ და შენელებულ სუნთქვას?
8. რა არის დისპნოე და ორთოპნოე?
9. ჩამოთვალეთ სუნთქვის რიტმის სახეები.

სხეულის ტემპერატურაზე დაკვირვება

სხეულის ტემპერატურა - არის სხეულის ნივთიერებათა ცვლის შედეგად გამომუშავებული სითბოსა და კანის, ფილტვების და გამოყოფის შედეგად დაკარგული ტემპერატურის გაწონასწორების შედეგი. სითბოს ცენტრები - სითბოს რეგულაციის ნერვული ცენტრები არის: ზოლიანი სხეული - corpus striatum და შუამდებარე ტვინი - thalamus opticus, region subthalamica, tuber cineracum.

ჯანმრთელ მდგომარეობაში მუდმივ დონეზე ტემპერატურას იზოთერმია ეწოდება.

სიცხე არის ზოგადი მდგომარეობის ავადმყოფური ცვლილება, მთავარი სიმპტომით - ტემპერატურის მომატებით. სიცხე არის ორგანიზმის დამცველობითი რეაქცია - საპასუხო რეაქცია გამღიზიანებელზე, სიცხე არ არის დაავადება, ის არ არის ავადმყოდური პროცესის მიზეზი, ის არის ამ პროცესის შედეგი.



სიცხის მიზეზი შეიძლება იყოს სითბოს წარმოქმნის დარღვევა - სითბური ცენტრის გავლით სითბოს ქიმიური რეგულაციის მომატება.

ორგანიზმის ტემპერატურის აწევის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- ინფექციები;
- სხეულის უჯრედების დაშლა - ასეპტიკური სიცხე ბაქტერიული ინფექციის გარეშე თავის ქალას ტრავმის დროს, ანთებითი გაჟონვების გაწოვის დროს, სისხლდენის დროს.
- სხეულში შეჭრილი უცხო ცილა;
- ნერვული მიზეზები - სითბური ცენტრების დაზიანება;
- მედიკამენტები;
- წყურვილი.

ტემპერატურა უნდა გავზომოთ სხეულის ისეთ ნაწილებში, რომელიც გარემოს ჰაერისაგან მთლიანად ან ნაწილობრივ დაცულია და სადაც სისხლძარღვები კანისა და ლორწოვანი გარსის ქვეშ მიედინება, ესენია: იღლიის ფოსო, პირის ღრუ და სწორი ნაწლავი. ყველაზე ზუსტად ხდება გაზომვა სწორ ნაწლავში:

რექტალური გაზომვა (სწორი ნაწლავი) - 2-4 წუთი - 37,5^{0}C



აქსილარული (იღლია) – 8-10 წთ. – 37,0^{0}C



ორალური (პირის ღრუ) – 10 წთ. -37,3^{0}C

მძიმე პაციენტები, ცნობიერება დაკარგული, მოხუცები, ბავშვები სიცხის გაზომვის დროს მარტო არ უნდა დავტოვოთ უსაფრთხოების გამო. ხმარების შემდეგ თერმომეტრი აუცილებლად უნდა გასუფთავდეს ჰიგიენური ნორმების დაცვით: ერთი საათით ცივ სადიზინფექციო ხსნარში ვდებთ, ვწმენდთ ჯაგრისით, ვავლებთ გამდინარე წყალში, ვაშრობთ, 36^0 -მდე დავფერთხავთ და ჭურჭელში, რომლის ფსკერზე ჩაფენილია ბამბა, ვდებთ ვერტიკალურ მდგომარეობაში.

სხეულის ტემპერატირების გრაფიკი რექტალური გაზომვისას:

აფებრილური (უსიცხო) ნორმალური ტემპერატურა -36,4-37,5^{0}C

სუბფებრილური (მომატებული) - 37,5-38,0^{0}C

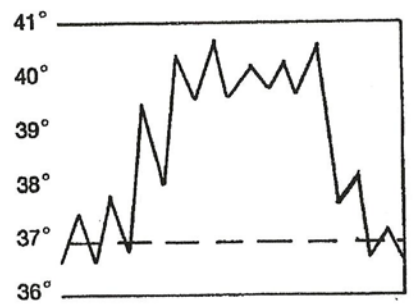
ფებრილური (სიცხიანი) – 38,0-39,5^{0}C

ჰექტიური (მაღალი სიცხე) – 39,5-41,0^{0}C

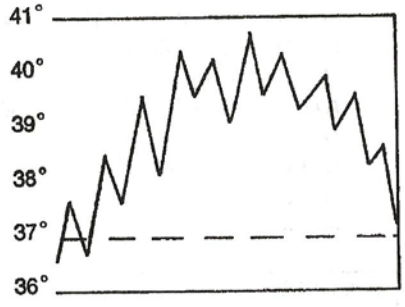
ჰიპერპირეტული (ძალიან მაღალი სიცხე) – 41,0^0 C და ზემოთ

ჰიპოთერმიული - კოლაფსტემპერატურა - 36,0^0 C და ქვემოთ

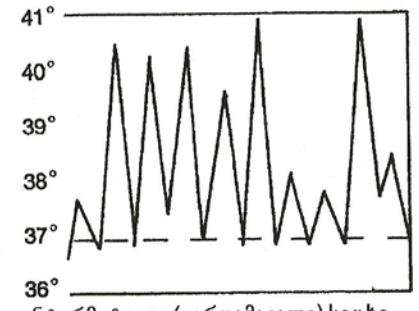
როგორც ჯანმრთელ ადამიანთან, ასევე ავადმყოფთან სიცხეზე გავლენას ახდენს დღის პერიოდები. უმრავლესობას დილის 3სთ-დან 6 სთ-მდე ყველაზე დაბალი სიცხე აქვთ, ხოლო შუადღის 14სთ-დან 18სთ-მდე ყველაზე მაღალი. საავადმყოფოებში სიცხის გაზომვა ხდება დილით და შუადღისით. თუ ავადმყოფებს დილით სიცხე უფრო მაღალი აქვთ, ვიდრე საღამოს ეს არის შებრუნებული ტემპერატურული მრუდი - typus inversus (inversus - შებრუნებული). მძიმე პაციენტებთან სიცხე უნდა გაიზომოს უფო ხშირად, ვიდრე დღეში ორჯერ.



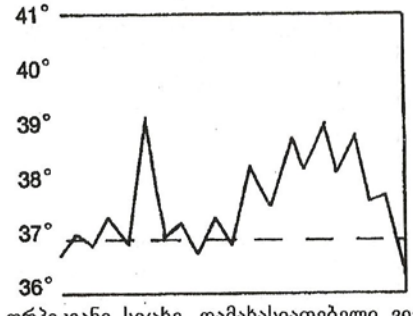
მდგრადი სიცხე კრიზისული ვარდნით



რემისიული სიცხე ლიზისური დაცემითი



ინტერმიტული (გარდამავალი) სიცხე.



ორპიკიანი სიცხე, დამახასიათებელი ვირუსული ინფექციებისათვის (მაგალითად, პოლიომელიტი, წითელა და სხვ.)

სიცხე არ წარმოადგენს ყოველთვის ავადმყოფობის სიმძიმის ამსახველს - საჭიროა სიფრთხილე და ყურადღება! მოხუცები სიცხეზე რეაგირებენ უფრო შენელებულად, ბავშვები კი პირიქით - მათ სიცხე მაღლა ადვილად ეწევათ.

სიცხემ შეიძლება ან მკვეთრად ან ნელ-ნელა ყოველდღიურად რამოდენიმე ერთეულით მოიმატოს, სანამ არ მიაღწევს პიკს. სწრაფად სიცხის აწევას თან ახლავს შემცივნება, ამ დროს ავადმყოფი ფერმკრთალია ან ციანოზური, მთელს სხეულში სიცივის მკვეთრი შეგრძნება აქვს, მისი კიდურები და ქვედა ყბა კანკალებს, პულსი სუსტი და გახშირებული აქვს. პირველ ეტაპზე, როდესაც არის შემცივნება პაციენტი უნდა ჩავათბუნოთ, როდესაც კანკალი წყდება - ეს ნიშნავს, რომ სიცხემ თავის პიკს მიაღწია და აუცილებლად უნდა გავუზომოთ. სიცხის აწევის შემდეგ პაციენტებს უჩნდებათ წყურვილი გრძნობა და მოუსვენრობა. ამ დროს საჭიროა გამაგრილებელი სასმელი და შუბლზე ცივი საფენი. საჭიროების შემთხვევაში აუცილებლად უნდა მიეცეს სიცხის დამწევი საშუალება (მედიკამენტი), შემდეგ ფაზაში იწყება ძლიერი ოფლიანობა, პულსისა და სუნთქვის სიხშირის შემცირება. სიცხის სწრაფი დაწევისას, მითუმეტეს კანკალის შემდგომი სხეულებრივი გადაძაბვისას, იქმნება კოლაფსის განვითარების საშიშროება.

შემცივნება წარმოადგენს გარკვეული დაავადებების დამახასიათებელ ნიშანს - ბაქტერიემია, მძიმე სეფსისი, პიელიტი, კრუპოზული ან წილოვანი პნევმონია, წითელი ქარი, განმეორებითი ხასიათისას კი მალარიაზე უნდა მივიტანოთ ეჭვი.

დღე-ღამის განმავლობაში სიცხის ცვლილების მიხედვით განასხვავებენ სიცხის შემდეგ ტიპებს:

- მდგრადი სიცხე - Continua - სიცხის სხვაობა არა უმეტეს 24 საათში თავსდება - ტუპის ან პნევმონიის დროს;
- რემისიული -მდგრადი სიცხე - დღის განმავლობაში სიცხე მერყეობს $1,5^0$ C-ით - პიემიისას;
- გარდამავალი (დროდადრო შეწყვეტილი) სიცხე - Intermitens – 24 საათის განმავლობაში $1,5^0$C -ზე მეტად ცვლადი ტემპერატურაა მაღალი სიცხის შეტევებით და ხშირად შემცივნებით, რომელიც იცვლება უსიცხო ინტერვალებით, მაგალითად, მალარიის დროს;
- Lysis - ლიზისით სიცხის დავარდნა ეს არის სიცხის თანდათანობითი დაწევა დღეების განმავლობაში;
- Krisis - სიცხის კრიტიკული დავარდნა - სხეულის ტემპერატურის ნორმამდე დაწევა 24 საათის განმავლობაში, რომლის შენდეგადაც დგება გამოჯანმრთელება. ასევე, კრიზისით ეცემა პულსისა და სუნთქვის სიხშირე, ეს ქმნის კოლაფსის საშიშროებას, შესაბამისად ავადმყოფი მეთყვალყურეობას საჭიროებს.

სიცხიანი ავადმყოფისთვის დამახასიათებელი ნიშნები:

- ზოგადი ავადმყოფობის შეგრძნება;
- თავისა და კიდურების გაურკვეველი ტკივილი;
- მოუსვენრობა;
- მადის დაკარგვა ან შემცირება;
- წონის დაკლება;
- წყურვილი;
- გულისრევა;
- კანკალი, შემცივნება;
- კანი თავიდან ცივია, შემდეგ ცხელი და მშრალი
- მოგვიანებით ოფლიანობა;
- პულსისა და სუნთქვის სიხშირის მომატება;
- შარდის გამოყოფის შემცირება - მუქი და კონცენტრირებულია;
- ყაბზობა.

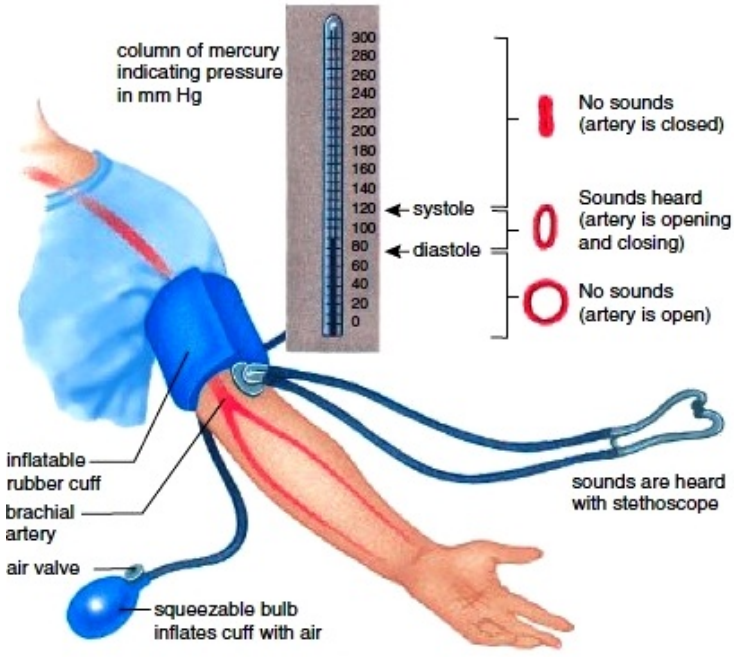
სიცხითი ბოდვა - ცნობიერების დაბინდვა, შიშნარევი აღგზნებადი მოტორული მოუსვენრობა, გრძნობაარეული და სიზმარეული მდგომარეობა, დამახასიათებელია ოპტიკური ჰალუცინაციები.

სიცხის გაზომვის ერთ-ერთი სახეა - ვაგინალური გასინჯვა - ქალებისთვის. ამ მანიპულაციით დგინდება კვერცხუჯრედის გადმოტყორცნის დრო.

კითხვები:

1. როგორ შეიძლება აიხსნას სიცხის წარმოქმნა?
2. რომელი ადგილია სიცხის გასაზომად საუკეთესო?
3. ჩამოთვალეთ სიცხის ზომები გრადუსებში სხვადასხვა ადგილას.
4. სიცხის დაცემის რომელ ორ სახეს იცნობთ?
5. რა იცით შემცივნების შესახებ?

არტერიული წნევა



არტერიული წნევა ეწოდება წნევას, რომელსაც ავითარებს არტერიული სისხლი სისხლძარღვებში გავლისას. იმისათვის რომ გავიგოთ, რა არის არტერიული წნევა,

წარმოდგენა უნდა გვქონდეს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ანატომიის შესახებ და უნდა ვიცნობდეთ გულის მუშაობის პრინციპს. ფიზიოლოგიურად წნევას განაპირობებს ორი ძირითადი ფაქტორი: გულის წუთმოცულობა (გულის მიერ ერთ წუთში გადმოსროლილი სისხლის რაოდენობა) და სისხლძარღვთა პერიფერიული წინააღმდეგობა. არჩევენ „მაქსიმალურ“ ანუ სისტოლურ არტერიულ წნევას და „მინიმალურ“ ანუ დიასტოლურ არტერიულ სისხლის წნევას.
წნევას, რომელიც წარმოიქმნება სისტოლის დროს გულის კუნთის შეკუმშვის შედეგად **სისტოლური წნევა** ეწოდება, ანუ ეს არის აორტასა და არტერიებში წარმოქმნილი მაქსიმალური წნევა (მაგ. ავტომობილის საბურავში ასევე გაიზრდება წნევა მასში დამატებითი ჰაერის მასის ჩატუმბვისას). არტერიული წნევის გასინჯვისას სისტოლურ, ანუ ე.წ. “მაქსიმალურ” წნევას შეესაბამება წნევის ზედა ციფრები (პირველ ციფრი). გულის მიერ ამ სამუშაოს შესრულებისა და მისი მუსკულატურის მოდუნების შემდეგ წნევა აორტაში, საჰაერო ბუშტის მსგავსად, თანდათანობით ვარდება. წნევის მინიმალურ მაჩვენებელს, რომელიც მიიღება პარკუჭების მოდუნების შემდეგ, **დიასტოლური წნევა** ეწოდება**.** გულის მოდუნების პროცესში წარმოქმნილ დიასტოლურ, ანუ “მინიმალურ” წნევას (ანუ ქვედა წნევა) შეესაბამება წნევის გასინჯვისას დაფიქსირებული ბოლო ციფრი.

ჯანმრთელი ადამიანის სისხლის წნევა დამოკიდებულია ასაკზე. მსოფლიოში დღეისათვის ხელმძღვანელობენ ორი კლასიფიკაციით, თუმცა ძირითადი მიდგომა ნორმალური და წნევის პათოლოგიური მაჩვენებლების მხრივ არ განსხვავდება ერთმანეთისაგან და დამოკიდებულია სისტოლური და დიასტოლური წნევის მაჩვენებლებზე.

არტერიული ჰიპერტენზია ერთ-ერთი ყველაზე ფართოდ გავრცელებული გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიაა და არტერიული წნევის მომატებას ნიშნავს. ევროპის უმეტეს ქვეყნებში იყენებენ კლასიფიკაციას, რომელიც ემყარება ჰიპერტენზიის 2003 ESH/ESC გაიდლაინს:

- მოზრდილებისათვის ოპტიმალური არტერიული წნევა უნდა იყოს: სისტოლური -
- მაღალი ნორმალური წნევა: სისტოლური -130–139 და/ან დიასტოლური - 85–89;
- ჰიპერტენზიის I სტადია: სისტოლური - 140–159 და/ან დიასტოლური - 90–99;
- ჰიპერტენზიის II სტადია: სისტოლური - 160–179 და/ან დიასტოლური - 100–109;
- ჰიპერტენზის III სტადია: სისტოლური - 180 და/ან დიასტოლური - 110;
- იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია, როდესაც სისტოლური წნევა არის 140 და მეტი, ხოლო დიასტოლური წნევა - < 90.

მოქმედებაშია ასევე ჰიპერტენზიის ამერიკული კლასიფიკაცია (JNC 7), რომელიც შემუშავებული იყო 2003 წელს The USA Joint National Committee მიერ. ამ კლასიფიკაციის მიხედვით:

- ნორმალურ წნევად ითვლება: სისტოლური - < 120მმ ვწყ.სვ და დიასტოლური - < 80მმ ვწყ.სვ;

- პრეჰიპერტენზია (აქ გაერთიანებული იქნა ნორმალური და და მაღალი ნორმალური წნევის მქონე ადამიანების ჯგუფები): სისტოლური წნევა - 120-139 და/ან დიასტოლური წნევა - 80-89;
- ჰიპერტენზიის I სტადია: სისტოლური - 140–159 და/ან დიასტოლური 90–99;
- ჰიპერტენზიის II სტადია (აქ გაერთიანდა ESH/ESC კლასიფიკაციის მიხედვით მეორე და მესამე სტადიები): სისტოლური - ≥160 და/ან დიასტოლური ≥ 100

საბოლოო დასკვნა ასეთია:

არტერიულ ჰიპერტენზიად ითვლება მდგომარეობა, როდესაც სისტოლური წნევა მეტია ან ტოლია 140 მმ.ვწყ.სვ და/ან დიასტოლური წნევა უტოლდება ან მეტია 90 მმ ვწყ.სვ.

არტერიული ჰიპერტენზიის შემთხვევათა უმრავლესობის დროს (90-95%-ში) ვერ ხერხდება ჰიპეტენზიის გამომწვევი მიზეზის დადგენა. ადრე მას მოიხსენიებდნენ, როგორც ჰიპერტონულ დაავადებას. დღეისათვის კი უწოდებენ პირველად ანუ ესენციურ ჰიპერტენზიას. მიუხედავად უცნობი მიზეზისა, ცნობილია ის ფაქტორები (ე.წ. რისკ-ფაქტორები), რომლებიც ხელს უწყობენ მის განვითარებას. ესენია:

- მემკვიდრეობითი განწყობა;
- ასაკი და ზოგიერთი სხვა ბიოლოგიური მაჩვენებელი;
- ჭარბი წონა და სიმსუქნე (სხეულის მასის ინდექსი ≥30kg/m2)
- არარაციონალური კვება (დიდი რაოდენობით ცხიმიანი და მარილიანი საკვების, ნაკლები რაოდენობით ხილისა და ბოსტნეულის მიღება);
- დისლიპიდემია;
- მჯდომარე ცხოვრების წესი, დაბალი ფიზიკური აქტივობა;
- ალკოჰოლის ჭარბი მოხმარება;
- თამბაქოს მოხმარება;
- სტრესული სიტუაციის გადალახვის უუნაროობა;
- შრომისა და დასვენების არასწორი მონაცვლეობა.

როდესაც არტერული ჰიპერტენზია ვითარდება რაიმე სპეციფიკური მიზეზის შედეგად (ლაპარაკია დანარჩენ შემთხვევებზე), მას მეორადი ანუ სიმპტომური ჰიპერტენზია ეწოდება. ამ შემთხვევაში არტერიულ წნევის დონეზე პირდაპირ ან ირიბ ზემოქმედებას ახდენს სხვადასხვა ორგანოების ან სისტემების დაავადებები. მეორადი ჰიპერტენზიის არსებობაზე შეიძლება დავეჭვდეთ, თუ არტერიული ჰიპერტენზია ვითარდება უეცრად, ან არ ექვემდებარება ჰიპოტენზიური პრეპარატებით მკურნალობას, ან კონტროლირებული წნევის ფონზე უეცრად იწყება მდგომარეობის გაუარესება. სიმპტომური ჰიპერტენზიის მიზეზი შეიძლება იყოს:

- თირკმლის დაავადებებები (რენოპარენქიმული ჰიპერტენზია) და/ან თირკმლის არტერიების დაავადებები (რენოვასკულური ჰიპერტენზია);

- ენდოკრინული დაავადებები (ფეოქრომოციტომა ან სხვა ქრომაფილური სიმსივნეები, პირველადი ალდოსტერონიზმი, იცენკო-კუშინგის დაავადება ან სინდრომი, აკრომეგალია, თირეოიდული ან პარათირეოიდული დაავადება);
- აორტის სარქვლის უკმარისობა და აორტის ათეროსკლეროზი, ზოგიერთი სხვა მანკი;
- ნევროლოგიური დარღვევები - თავისა და ზურგის ტვინის კეროვანი დაზიანება, მოგრძო ტვინის სისხლძარღვთა მამოძრავებელი ცენტრის აგზნება;
- სტრესი;
- ზოგიერთი მედიკამენტების მოხმარება.

არტერიული წნევის მატება ამ დაავადებების ერთ-ერთ სიმპტომს წარმოადგენს და ძირითადი დაავადების წარმატებული მკურნალობის შემდეგ ხდება არტერიული წნევის მაჩვენებლების ნორმალიზება.

არტერიული წნევის გაზომვა

ამბულატორიისა და სახლის პირობებში წნევის გაზომვა ძირითადად ხდება არაპირადაპირი მეთოდით. ამ მიზნით გამოიყენება ტონომეტრი, რომელიც სხვადასხვანაირია (მექანიკური, ნახევრად ავტომატური ან ავტომატურია), თუმცა ყველა შემთხვევაში საჭიროა **წნევის გაზომვის ტექნიკის ზედმიწევნით დაცვა:**
მექანიკური ტონომეტრის გამოყენების დროს ავადმყოფი უნდა იჯდეს ან იწვეს. მანჟეტი მაგრდება მხარზე, იდაყვის სახსრიდან 3 სმ-ის ზევით, თუმცა შეიძლება წნევა გაიზომოს ქვედა კიდურებზეც, მაგრამ ამ შემთხვევაში მისი მაჩვენებელი რამდენადმე განსხვავებული იქნება. ბალონის ხრახნისებრ საკეტს კეტავენ ისე რომ რომ ჰაერი რეზინის ბალონიდან მასზე ზეწოლისას მანჟეტში შედიოდეს. მანჟეტს ქვევით წინასწარ თითით ეძებენ იდაყვის არტერიას და მასზე ათავსებენ ფონენდოსკოპს მოსასმენად. მანჟეტში ჰაერი შეყავთ რეზინის ბალონით. მანჟეტი იბერება და მხრის არტერიას მიაჭყლეტს. მანჟეტში წნევის მომატების შესაბამისად ტონომეტრის ისარი გადაიწევს. როცა მანჟეტში წნევა გადააჭარბებს არტერიულ წნევას, არტერია მთლიანად მიიჭყლიტება და პულსი ქრება. ამის შემდეგ ხრახნს ნელ-ნელა ხსნიან და მანჟეტიდან ჰაერი გამოდის თანდათანაობით. როდესაც მანჯეტისა და მხრის არტერიის წნევა გათანასწორდება, მაშინ სხივისა და იდაყვის არტერიაში გადავა სისხლის პირველი ტალღა და ფონენდოსკოპის საშუალებით მოისმენთ პულსს. ამ დროს ვერცხლისწყლის სვეტის დონე შეესაბამება **სისტოლურ ანუ მაქსიმალურ წნევას.** მანჯეტში წნევის შემდგომი დაქვეითებისას პულსური დარტყმა მცირდება და ბოლოს სულ ქრება. ისარი ამ **მომენტში მინიმალურ ანუ დიასტოლურ წნევას** შეესაბამება.
წნევა უნდა გაიზომოს ორივე ზედა კიდურზე, სამჯერ. ამ სამი მაჩვენებლიდან უმცირესი მიიჩნევა წნევის მაჩვენებლად. დღეისათვის მიჩნეულია, რომ კიდურებს შორის წნევის მაჩვენებლებს შორის 5-10მმ-ზე მეტი სხვაობის მიზეზი შესაძლოა იყოს სისხლძარღვოვანი პათოლოგია. შესაძლებელია წნევა გაიზომოს როგორც მწოლიარე, ასევე მჯდომარე და ფეხზე დგომის დროსაც. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია წნევის ორთოსტატიკულ ცვლილებების სადიაგნოსტიკოდ.
განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია არტერიული წნევის თვითკონტროლი ბინის პირობებში და წნევის (სასურველია ასევე პულსის) მაჩვენებლების ჩანიშვნა სპეციალურ დღიურში. ეს გაუადვილებს მკურნალ ექიმს დიაგნოსტიკას და მედიკამენტის შერჩევას.

მომატებული არტერიული წნევის სადიაგნოსტიკოდ საკმარისია სხვადასხვა დროს მშვიდ ვითარებაში წნევის გაზომვისას მინიმუმ სამჯერ მოხდეს არტერიული წნევის ციფრების მომატების დაფიქსირება. ამ დღეს ავადმყოფს არ უნდა ჰქონდეს მიღებული ისეთი მედიკამენტები, რომლებმაც შეიძლება ზეგავლენა იქონიოს წნევის ციფრებზე. საინტერესოა ის ფაქტი, რომ ყავის დალევამ შეიძლება გამოიწვიოს არტერიული წნევის ციფრების მომატება 11/5 მმ ვწყ.სვ.-ით, ალკოჰოლის მიღებამ –8/8 მმ ვწყ.სვ.-ით, სიგარეტის მოწევამ 6/5 მმ ვწყ.სვ.-ით. გადავსებული შარდის ბუშტის პირობებში წნევის გაზომვისას მან შეიძლება 15/10 მმ ვწყ.სვ.-ით მოიმატოს, ხოლო დაუფიქსირებელი ხელის პირობებში - 7/11 მმ ვწყ.სვ.-ით.
არტერიული წნევა უნდა გაისინჯოთ:

- ორ წელიწადში ერთხელ, თუ წნევის მომატების ეპიზოდებს არასოდეს არ აღნიშნავთ;
- წელიწადში ერთხელ მაინც, თუ ერთხელ მაინც გქონდათ წნევის მომატების ეპიზოდი;
- თვეში ერთხელ მაინც, თუ წნევის მომატების მიუხედავად თქვენ მას ვერ გრძნობთ;
- თუ წნევის მომატებას თან სდევს თვითგრძნობის გაუარესება - გაზომვათა სიხშირეს გირჩევთ ექიმი.

დღეისათვის მიმართავენ არტერიული წნევის ამბულატორიულ მონიტორინგს, რომლის დროსაც ხდება არტერიული წნევის კონტროლი 24 საათის განმავლობაში როგორც ძილის, ასევე ღვიძილის პერიოდში. ცნობილია, რომ ღამით არტერიული წნევა, ჩვეულებრივ, 10-20%-ით მცირდება. მონიტორინგი მნიშვნელოვანია ე.წ. „თეთრი ხალათის“ ჰიპერტენზიის გამოსარიცხად, ასევე სხვადასხვა მედიკამენტის ზემოქმედების გამოსაკვლევად, ჰიპერტენზიის შედეგად კარდიოვასკულური დაავადების განვითარების რისკის განსაზღვრის მიზნით, მედიკამენტოზური ჰიპოტენზიის ეპიზოდების დასაფიქსირებლად, ავტონომური ნერვული სისტემის ზეგავლენის შესასწავლად.

ჰიპერტენზიის კლინიკური ნიშნები

გახსოვდეთ, რომ დიდი ხნის განმავლობაში ადამიანი შეიძლება ვერ გრძნობდეს არტერიული წნევის ციფრების მომატებას და იგი გარკვეული დროის განმავლობაში შეიძლება უსიმპტომოდ მიმდინარეობდეს. ამიტომაც არტერიული ჰიპერტენზია მეტად ვერაგ დაავადებად ითვლება. ის საშიშია იმით, მის გამოვლენამდე ორგანიზმში ხდება როგორც პაციენტისათვის, ასევე ხშირად ექიმისთვისაც კი გარეგნულად შეუმჩნეველი ცვლილებები.

ავადმყოფს შეიძლება აწუხებდეს თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, გაღიზიანებადობა, ადვილად დაღლა, მეხსიერების გაუარესება, შრომისუნარიანობის დაქვეითება. ეს სიმპტომები გაივლის დასვენების შემდეგ, ამიტომაც ადამიანი წლობით არ აკითხავს ექიმს. დაავადება კი თანდათანობით ვითარდება. სიმპტომები მუდმივი ხდება, უარესდება მეხსიერება, ქვეითდება ინტელექტი, აღინიშნება სისუსტე ქვედა კიდურებში. შემდგომში ხდება სხვა ორგანოებისა და სისტემების (ე.წ. სამიზნე ორგანოების) დაზიანება. მათ მიეკუთვნება:

- გულის დაზიანება - მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია, სტენოკარდია ან გადატანილი ინფარქტი, გადატანილი კორონარული რევასკულარიზაცია, გულის უკმარისობა;

- თავის ტვინის დაზიანება - ინსულტი ან თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის გარდამავალი მოშლა, დემენცია;
- თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა;
- რეტინოპათია;
- პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადება;

ეს სეროზული გართულებები ხშირად იწვევს სიკვდილს ან ადამიანს მთელი სიცოცხლის განმავლობაში ინვალიდად აქცევს. ამიტომაც თუ ხშირად ან მუდმივად გაქვთ მაღალი წნევა, ან წნევამ უეცრად მოიმატა ძალიან მაღალ ციფრებამდე, მიაკითხეთ ექიმს და შეასრულეთ ყველა რეკომენდაცია თუ დანიშნულება.

არტერიული ჰიპერტენზიის მქონე პაციენტის გამოკვლევა

ექიმთან ვიზიტის დროს ძირითადი ყურადღება უნდა გამახვილდეს შემდეგ ფაქტორებზე:

- არტერიული წნევის მომატების სიხშირის, დონის და კლინიკური გამოვლინების შეფასება ანამნეზური მონაცემების და წნევის ციფრების მონიტორინგის საფუძველზე;
- ცხოვრების წესის შეფასება და კარდიოვასკულური რისკ-ფაქტორების და თანმხლები დარღვევების გამოვლენა, პროგნოზული შეფასება;
- არტერიული ჰიპერტენზიის გამომწვევი მიზეზების იდენტიფიცირება;
- სამიზნე ორგანოების დაზიანების გამოვლენა.

ამ მიზნით ხდება სამედიცინო ანამნეზის შეფასება, მემკიდრეობით განწყობის გამოვლენა, ფიზიკალური გამოკვლევა (სრული თერაპიული გასინჯვა), რუტინული ლაბორატორიული კვლევების ჩატარება (სისხლისა და შარდის საერთო ანალიზი, შაქარი, ლიპიდური სპექტრი, კრეატინინის, კალიუმისა და კალციუმის დონის განსაზღვრა), ელექტროკარდიოგრაფია, ექოსკოპიური კვლევა (გული და სისხლძარღვები, საშარდე სისტემა, ფარისებრი ჯირკვალი), თვალის ფსკერის გამოკვლევა, სხეულის მასის ინდექსის გასაზღვრა, თირკმლისა და ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის შეფასება, ჰორმონული კვლევები, არტერიული წნევის მონიტორინგი, არტერიების აუსკულტაცია (კაროტიდები) და პალპაცია (აორტის პათოლოგიური პულსაცია), ნევროლოგიური შეფასება. შეიძლება საჭირო გახდეს ანგიოლოგიური კვლევების ჩატარება თირკმლის სისხლძარღვების შესწავლის მიზნით.

კითხვები:

1.რა არის სისტოლური და დიასტოლური წნევა?
2. რას უდრის ნორმალური არტერიული წნევა?
3.რას უდრის ჰიპერტენზიის I სტადიის დროს არტერიული წნევა?
4. რას უდრის ჰიპერტენზიის II სტადიის დროს არტერიული წნევა?
5. რას უდრის ჰიპერტენზიის III სტადიის დროს არტერიული წნევა?
6. რას ეწოდება იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზია?
7. ჩამოთვალეთ ჰიპერტონული ჰიპერტენზიის კლინიკური ნიშნები.

ცნობიერ მდგომარეობაზე დაკვირვება

ცნობიერებას გამოხატავენ, როგორც მოცემულ მომენტში გარშემო მიმდინარე ყველა პროცესთა ერთობლიობის აღქმასა და გამოხატულებას. ეს არის წარმოდგენების, აზრების, ფანტაზიისა და ნებითი ქმედებების ერთიანობა, აღქმა.

ნათელი, ფხიზელი ცნობიერებების მახასიათებლებია: ნერვული სისტემის ნორმალური მუშაობა, პასუხის გაცემის უნარი, სივრცითი, დროითი და პიროვნული ორიენტაცია, ფიქრის, აღქმისა და რეაგირების შესაძლებლობა, საკუთარ საქციელზე პასუხისმგებლობა, ხუთივე გრძნობის ორგანოს არსებობა. ყველაფერი ერთიანობაში ქმნის ცნობიერების ნათელ, ფხიზელ სურათს.

ცნობიერების სიცხადის და შინაარსის ცვლილებებს უწოდებენ ცნობიერების დარღვევებს. ცნობიერების დარღვევის დადგენა მნიშვნელოვანია ავადმყოფის მომვლელისათვის.

თუკი ავადმყოფის ეს მდგომარეობა შეუცნობელი და გაუთვალისწინებელი დარჩა, შეიძლება მოხდეს საკვების სასულეში გადაცდენა, თერმომეტრის გატეხვა და სხვა არასასურველი მოვლენები.

ცნობიერების დარღვევები:

- **ძილინობა** –არის ცნობიერების დაბინდვის მსუბუქი ფორმა, შენელებული აზროვნებით და მოქმედებით, გაძნელებული ორიენტაციით.
    - **სომნოლენცია**–უფრო ძლიერი ძილიანობაა, ავადმყოფური ძილიანობა, რომლიდანაც შეიძლება ავადმყოფის გამოფხიზლება მსუბუქი შეხებით ან დაძახებით. მისთვის რაიმეს გაგებინება ძნელად, მაგრამ მაინც შესაძლებელია.
- **სოპორი**–ჰქვია სომნოლენციაზე უფრო მაღალი ხარისხის, ღრმა ძილის მდგომარეობას. პაციენტის დროებითი გაღვიძება შესაძლებელია ძლიერი, მტკივნეული გამღიზიანებლით. დამცველობითი რეფლექსები აღარაა საკმარისად წარმოდგენილი, რქოვანას რეფლექსები სახეზეა.
- **კომა** – ჰქვია ღრმა უგონო მდგომარეობას. პაციენტი არ რეაგირებს უძლიერეს გამღიზიანებლებზეც კი. რეფლექსები გამქრალია, ხშირად არ არის გუგის რეფლექსიც.

ცნობიერების დარღვევები გვხვდება: თავის ტვინის დაზიანების, მოწამვლის (მაგ. ალკოჰოლით, საძილე საშუალებებით, ნარკოტიკებით, ნახშირორჟანგით), სიცხით მიმდინარე ინფექციური დაავადებების, ნივთიერებათა ცვლის მოშლის დროს

(დიაბეტური კომა, თირეოტოქსიკური კომა, ურემიული კომა), თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლის დროს.

გონების დაბინდვის მდგომარეობა - ჰქვია დიდხანს გაგრძელებულ ცნობიერებადაბინდულ მდგომარეობას. ის ხასიათდება არასრული ან ცდომილი ორიენტაციით დროში და სივრცეში. გონებადაბინდულ მდგომარეობაში არ არსებობს გახსენების უნარი.

დელირიუმი არის ცნობიერების დაბინდვის მდგომარეობა, შიშით აგზნებული, მოტორული მოუსვენრობით, აზრების სიმცდარით და დამახასიათებელი ჰალუცინაციებით. ეს მდგომარეობა საჭიროებს ყურადღებიან მოვლას და კონტროლს, რათა თავიდან აშორებულ იქნას პაციენტის არა ადექვატური ქცევა, მაგალითად ფანჯრიდან გადმოხტომა.

ამნეზია არის მეხსიერების ამოვარდნა, დროებითი ან ხანგრძლივი მეხსიერების დაკარგვა.

კითხვები:

1.ჩამოთვალეთ ნათელი ცნობიერების მახასიათებლები.
2. ჩამოთვალეთ ცნობიერების დარღვევები.
3. რას ეწოდება ცნობიერების დაბინდვა?
4. რას ეწოდება დელერიუმი?
5. რას ეწოდება ამნეზია?

ძილი და სიფხიზლე



ძილი არის ცნობიერების დროებითი გამოთიშვა და ის დრო, რომელსაც სხეული დასვენებისათვის საჭიროებს.

ძილისა და ღვიძილის მდგომარეობის წარმართვა ხდება შუამდებარე და შუა ტვინის ცენტრებიდან. დამატებით მათთან ერთად მოქმედებენ კიდევ სიმპათიკური და პარასიმპათიკური ნერვული სისტემები.

დღისით ჭარბობს სიმპათიკური ნერვული სისტემის, გულის, სისხლის მიმოქცევის და სუნთქვის მოქმედებაში მომყვანი, აღმგზნები ნერვის მოქმედება.

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

ძილი იწვევს მთელ ორგანიზმში ცვლილებას, ანუ ძილის დროს ხდება:

- რეფლექსების შესუსტება;
- ნივთიერებათა ცვლის დაქვეითება;
- კუნთური ტონუსის შემცირება /ნაწლავის და შარდის ბუშტის/;
- სუნთქვის შენელება და გაღრმავება;
- მგრძნობელობის აღქმის დაქვეითება;
- გულის ცემის შენელება;
- სისხლის წნევის დაწევა სისხლძარღვთა ტონუსის შემცირების გამო;
- ჯირკვლების ფუნქციის დაქვეითება;

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

- ახალშობილს სძინავს - 18-20 სთ;
- ჩვილობის ასაკში -12-14 სთ;
- სკოლის ასაკში - 10-12სთ;
- მოზრდილს - 8-9 სთ;
- ხანდაზმულს - 6 სთ.

ძილი არის ის დრო, რომელსაც სხეული აღდგენისა და დასვენებისათვის საჭიროებს. მისი დარღვევა საფრთხეს უქმნის ჯანმრთელობის მდგომარეობას. ამიტომ მოვლის დროს

გათვალისწინებული უნდა იქნეს ძილისა და ღვიძილის მდგომარეობის სწორად წარმართვა.

ჩაძინება არის თანდათანობითი მოვლენა. არ არსებობს მკვეთრი საზღვარი ღვიძილსა და ძილს შორის.

ზედაპირული ძილი ღამის განმავლობაში მრავალჯერ ენაცვლება **ღრმა ძილს.** ღრმა ძილის დროს ცნობიერება ითიშება, ეს კი წარმოადგენს ფსიქიკური განტვირთვისა და დასვენების წინაპირობას.

სიზმრები ღრმა ძილის ფაზაში არ განიცდება. ამ დროს ელექტროენცეფალოგრამაზე შეიძლება დაფიქსირდეს აქტიურობები და ასევე დახურული ქუთუთოების ქვეშ თვალის მოძრაობა.



ძილის დარღვევები

ძილის დარღვევებს მიეკუთვნება:

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

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

ეს მიზეზები შეიძლება გამოწვეული იყოს:

- შინაგანი გაუწონასწორებლობა ბრაზის ან შიშის გამო;
- ზოგადად ავადმყოფობა, სიცხე, ჰაერის უკმარისობა, ტკივილები;
- სიმპტომური შემფერხებლები: მოუხერხებელი საწოლი, უჩვეულო მდგომარეობა, არამყუდრო გარემო, ცუდი ჰაერი, ძნელად მოსანელებელი საკვები;
- გარემო პირობები: შუქი, ხმაური, ქვეშაგების ნაკეცები;

- დღე-ღამის შებრუნება (როდესაც ადამიანები ღამე ფხიზლობენ, ხოლო დღისით ძინავთ).



აუცილებელია ძილისთვის ხელისშემწყობი პირობების შექმნა:

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

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

დღე-ღამის რიტმის შებრუნება ხშირად გამოწვეულია ავადმყოფისთვის დღის რეჟიმის არასწორი დაგეგმვით.

ლოგინს მიჯაჭვულ, მწოლიარე ავადმყოფს უნდა ჰქონდეს დღის რიტმის განცდა. დილით დროულად წამოჯდომა, დილის ტუალეტის ჩატარება, საუზმე. თუ ეს არ ხდება რეგულარულად და ყოველ დილას ავადმყოფი ძილს გვიანამდე აგრძელებს, მას აუცილებლად ერღვევა ძილ-ღვიძილის რიტმი.

ძილის შესაფასებლად უნდა მივიღოთ პასუხები შემდეგ კითხვებზე:

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



კითხვები:

1. რომელი ნერვული ცენტრებით იმართება ძილისა და ღვიძილის მდგომარეობა?
2. რომელი ნერვული სისტენა ჭარბობს ღამით და რომელი დღისით?
3. რა ხდება ძილის დროს?
4. რამდენი საათი ძინავს ახალშობილს?
5. რამდენი საათი ძინავს ხანდაზმულს?
6. ჩამოთვალეთ ძილის დარღვევის სახეები.
7. ჩამოთვალეთძილის დარღვევის მიზეზები.
8. ჩამოთვალეთ ძილისთვის ხელისშემწყობი პირობები.

გამონაყოფ მასებზე დაკვირვება

ორგანიზმიდან გამონაყოფ მასებზე დაკვირვება გულისხმობს დაკვირვებას **შარდზე, განავალზე, ნახველზე, ნაღებინებ მასაზე, ოფლზე.**

შარდზე დაკვირვება

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

საშარდე სისტემის ორგანოები იყოფა შარდის წარმომშობ და შარდის გამომყოფ ორგანოებად. ესენია: თირკმელები, შარდსაწვეთი, შარდის ბუშტი და შარდსადენი.

შარდზე დაკვირვება გვეხმარება გამოყოფის პროცესის პათოლოგიების გამოვლენაში.

შარდზე დაკვირვების კრიტერიუმებია:

- მოშარდვის სიხშირე
- რაოდენობა
- ხვედრით წონა
- ფერი
- გარეგანი სახე
- რეაქცია
- მინარევები

ნორმალური შარდის ბუშტი იტევს 650—750 მლ. შარდს.

შარდის ბუშტში 200-250 მლ. შარდის დაგროვების შემდეგ, ჩნდება მოშარდვის მოთხოვნილება.

ადამიანი შარდავს 4 - 6 ჯერ დღეში, ერთ ჯერზე გამოყოფს 250—400 მლ. რაოდენობით. 24 საათში გამოყოფილი შარდის რაოდენობა აღწევს 1000-2000 მლ.

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

შარდვის პროცესის დარღვევებია:

- შეუკავებლობა ანუ უნებლიე შარდვა (ინკონტინენტურობა) სპინქტერის სისუსტე. მიზეზები შეიძლება იყოს გინეკოლოგიური, მშობიარობის შემდეგ. საშოს წინა კედლის დაწევისას, უგონო მდგომარეობისას, ეპილეფსიური გულყრის დროს, ნარკოზის შემდეგ, სიმსივნეების დროს. შარდის შეუკავებლობის მიზეზი შეიძლება იყოს ასაკი (როდესაც კუნთები მოდუნებულია, ხველების, სიცილის და დაცემინების დროს).
- სავსე შარდის ბუშტიდან შარდის წვეთ-წვეთობით დენა. ადგილი აქვს პროსტატის ჰიპერტროფიის დროს, შარდის ბუშტის სპინქტერის დამბლის, ზურგის ტვინის დაზიანების ან გაფანტული სკლეროზის დროს.
- შარდის შეკავებას, ადგილი აქვს თირკმლის ოპერაციის შემდეგ რეფლექსურად, პროსტატის ჰიპერტროფიის დროს, შარდსადენის&ნბსპ; მექანიკურად დახშობისას; ნარკოზებისა და ოპერაციების შემდეგ.
- სხვისი თანდასწრებით მოშარდვის შეუძლებლობა.
- ხშირი შარდვა – მიზეზები შეიძლება იყოს ფსიქიური დარღვევები, ნერვული, ცისტიტი, პროსტატის ჰიპერტროფია, შარდის ბუშტის კენჭოვანი დაავადებები, გინეკოლოგიური მიზეზით (ორსულობის ან საშვილოსნოს მიომის დროს).
- მტკივნეული შარდვა, შარდვის იძულებითი მოთხოვნილება - შარდის ბუშტის დაავადებების დროს
- შარდის ნაკადის ცვლილებები (წყვეტილი შარდვა), ჩნდება საშარდე სისტემის სიმსივნეების და შარდკენჭოვანი დაავადებების დროს.
- ღამის შარდვა.

24 საათში გამოყოფლი შარდის რაოდენობის მიხედვით განარჩევენ:

პოლიურიას > 2000მლ/ 24 საათის განმავლობაში. ადგილი აქვს შაქრიანი დიაბეტის, უშაქრო დიაბეტის, სითხის ექხცესიული შეყვანისას, ქრონიკული კომპენსირებული ნეფრიტის, დიურეტიკების მოხმარებისას, პაროქსიზმული ტახიკარდიის დროს.

ოლოგურიას <.&ნბსპ; იწვევს ოფლიანობა, ღებინება, ფაღარათი, სისხლის დაკარგვა, სითხის გამოდევნა, მაღალი ტემპერატურა, თირკმლის დაავადებები, გულის უკმარისობა.

ანურიას &ლტ;100მლ/24სთ. იწვევს თირკვლის მწვავე უკმარისობა, მძიმე შოკი, სისხლის დაკარგვა, სითხის დაკარგვა, ჯგუფურად შეუთავსებელი სისხლის გადასხმა, გულის გაჩერება, შარდის გამომტანი გზების დახშობა.

რამდენიმე დღის განმავლობაში ანურია იწვევს სისხლის მოწამვლას (ურემია).
შარდს ფერს აძლევს უროქრომი, შარდოვანას ფერი.
ნორმალური შარდი არის გამჭვირვალე და კონცენტრაციის მიხედვით ბაციდან მუქყვითელ, ქარვის ფერამდე.
თუ ხანგრძლივად დგას შარდი, დაშლის შედეგად იმღვრევა და ფსკერზე ჩნდება ნალექი. ფერზე და გარეგნობაზე დაკვირვებით შეიძლება ვიმსჯელოთ მიზეზებზე.
შარდს ფერს უცვლის ზოგიერთი მედიკამენტები და საკვები.

განსაკუთრებულ შემთხვევაში საჭირო ხდება **დიურეზის (სითხურ) ბალანსზე** დაკვირვება - მიღებული და გამოყოფილი სითხის რაოდენობის თანაფარდობის განსაზღვრა. მიღებული სითხისა და გამოყოფილი შარდის რაოდენობა აღირიცხება 24 საათის განმავლობაში, შემდეგ მონაცემები შეჯამდება და განისაზღვრება თანაფარდობა.

ბალანსი დადებითია, როდესაც მიღებულია მეტი სითხე და გამოყოფილია ნაკლები.

ლაბორატორიული გამოკვლებისათვის შარდის აღებისას აუცილებელი პირობაა ჰიგიენური ნორმების დაცვა, სუფთა ჭურჭელი და შუა ნაკადის შარდი.
განსაკუთრებულ შემთხვევაში აუცილებელი ხდება შარდის ბუშტის **კათეტერიზაცია.**

კითხვები:

1. რომელი ექვსი ძირითადი საკიტხია საყურადღებო შარდის დაკვირვებისას?
2. რა რაოდენობის შარდი გამოიყოფა დღე-ღამის განმავლობაში?
3. ჩამოთვალეთ შარდვის დარღვევები?
4. რა არის ოლიგურია, პოლიურია, ანურია?
5. რა არის ურემია?
6. როგორ ხორციელდება დიურეზის ბალანსზე დაკვირვება?

ფეკალურ მასაზე დაკვირვება

ფეკალური მასა (განავალი) არის ნაწლავებიდან გამოყოფილი პროდუქტი და შედგება საკვები ნივთიერებების შეუწოველი ნარჩენებისაგან, ორგანიზმის სუბსტანციებისაგან

(ბაქტერიები, ჩამოფცქვნილი ეპითელური უჯრედები, საჭმლის მომნელებელი ორგანოების პროდუქტები, ნაღვლის ფერადი ნივთიერებები) და წყლისაგან.

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

გამოყოფა ხდება დღეში 1-2-ჯერ, 2-3 დღეში ერთხელ გამოყოფაც შეიძლება ნორმალურად ჩაითვალოს, თუ განავალი ზედმეტად გამაგრებული არ არის.

განავალზე დაკვირვების კრიტერიუმებია:

- რაოდენობა
- სუნი
- ფერი
- ფორმა და კონსისტენცია

რაოდენობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული კვებაზე. ნორმალურ შემთხვევაში ერთ ჯერზე გამოყოფილი მასის რაოდენობა მერყეობს 100გ.-დან – 1000 გრამამდე დღეში.

განავლის სუნი არის ტიპიური ფეკალური სუნი. განავლის სუნი წარმოდგება ცილის ლპობისა და ნახშირწყლების დუღილის პროდუქტისაგან. სუნს განსაზღვრავს კვების სახე და საკვების ნაწლავებში დარჩენის ხანგრძლივობა.

სუნი შეიძლება იყოს განსხვავებული სხვადასხვა პრობლემების დროს.

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

შეკრულობისას განავალი არის მშრალი, მაგარი, ადვილად მსხვრევადი.

განავლის ნორმალური ყავისფერი წარმოიქმნება ბილირუბინის გარდაქმნილი პროდუქტის სტერკობილინის მეშვეობით.

რაიმე დაავადების გარეშე ფერის შეცვლა შეიძლება გამოიწვიოს საკვებმა და ზოგიერთმა მედიკამენტმა.

ფერის ავადმყოფური ცვლილებებაა შავი - კუპრისფერი განავალი - ,,მელენა“ - კუჭიდან ან საჭმლის მომნელებელი ტრაქრის ზედა ნაწილიდან სისხლდენის დროს ;

დეფეკაცია არის ფეკალური მასის გამოყოფის პროცესი.

სწორი ნაწლავის გადავსების შედეგად დაიჭიმება ნაწლავის კედელი რაც იწვევს გაღიზიანებას და წარმოშობს კუჭში გასვლის ნდომას. ამის შემდეგ უნებლიედ ხდება სწორი ნაწლავის კონტრაქცია (შეკუმშვა) და იმავდროულად სპინქტერის ჩამკეტი კუნთების მოდუნება, ჭინთვაში მონაწილეობს მუცლის კუნთები.

დეფეკაციის დარღვევებს მიეკუთვნება:

ა) შეკრულობა(ყაბზობა)

ბ) ფაღარათი

გ) შეუკავებლობა

შეკრულობა (ყაბზობა) - უმეტესად მაგარი, მშრალი განავალი, მხოლოდ 2-3 დღეში ერთხელ ან კიდევ უფრო დიდი ინტერვალებით გამოიყოფა.

შეკრულობასთან არის დაკავშირებული სისავსის შეგრძნება, უმადობა, ზოგადი უხასიათობა, თავის ტკივილი, კანზე გამონაყარი, შესაძლოა ანემიაც.

შეკრულობის მიზეზებად შეიძლება დასახელდეს: არამიზანშეწონილი კვება, შეზღუდული მოძრაობა, ზოგადად ავადმყოფობა, განსაკუთრებით სიცხით მიმდინარე, ჰიპოთირეოზი. ლოკალური მიზეზები ნაწლავებში, სურვილის დათრგუნვა სირცხვილის ან სიჩქარის გამო.

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

საჭმლის მომნელებელი ორგანოების გადატვირთვა ან კვების უეცარი შეცვლა ფერმენტების შეფარდებითი ნაკლებობის გამო იწვევს, საკვების მოუნელებლობას.

ქრონიკული დიარეის მიზეზებია: ნაწლავის ანთებითი დაავადებები, ჰიპერთირეოზი, სწორი ნაწლავის კიბო. ქრონიკულ ფაღარათს თან სდევს ორგანიზმის გამოშრობა, ვიტამინების დეფიციტი, გახდომა.

გ) განავლის შეუკავებლობა - ნებელობითი შეკავების შეუძლებლობა, უნებლიე დეფეკაცია. განავლის შეუკავებლობა შეიძლება შარდის შეუკავებლობასთან იყოს კომბინირებული. იგი ჩამკეტი კუნთების უკმარისობის, მოდუნების შედეგია.

ავადმყოფებისათვის, რომლებსაც არა აქვთ შეკავების უნარი არსებობს ნაწოლის გაჩენის განსაკუთრებული საფრთხე.

მინარევები.

განავლის პათოლოგიური მინარევებია: ლორწო, ჩირქი, პარაზიტები, სისხლი, ჩამოფცქვნილი ლორწოვანის ნაფლეთები, დიდი რაოდენობით ცხიმი და მოუნელებელი საკვები.

განავლის გამოკვლევა. ანალიზისათვის: თხილისხელა განავლის ნიმუშს ხის შპადელით ათავსებენ პეტრის ფინჯანში ან მუყაოს ყუთში. Gგანავლის ანალიზის გადასაგზავნად არსებობს შუშის ჭურჭელი, რომლის თავსახურზე კოვზია მიმაგრებული ნიმუშის ამოსაღებად.

ყაბზობა(შეკრულობა) შეიძლება გამოიწვიოს უმოძრაობამ და არასწორმა კვებამ. ამ პრობლემის თავიდან ასაცილებლად ავადმყოფს უნდა მიეცეს:

- ბალასტით მდიდარი საკვები, რომელიც ხელს უწყობს ნაწლავის პერისტალტიკას;

- სითხის საჭირო რაოდენობა, დაახლოიბით 1.5 ლიტრი სითხე 24 სთ-ში,

- ბოსტნეულით მდიდარი საკვები;

მონელების ხელშესაწყობად აგრეთვე აუცილებელია მოძრაობის გააქტიურება.

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

კითხვები:

1. როგორია ჯანმრთელი ადამიანის განავალი?
2. განავალზე დაკვირვებისას რა კრიტერიუმები განიხილება?
3. რისგან წარმოიშობა განავლის სუნი და ფერი?
4. რა დროს იცვლება განავლის ფერი?
5. რას ეწოდება დეფეკაცია?
6. ჩამოთვალეთ შეკრულობის მიზეზები.
7. რატომ ხდება განავლის შეუკავებლობა?
8. ყაბზობის დროს როგორი უნდა იყოს კვების რაციონი?

ნახველზე დაკვირვება

ნახველი მოიცავს სეკრეტებისა და სხვა გამონაყოფების ერთობლიობას, რომელიც გამოიყოფა მთლიანად სასუნთქ გზებში, პირის ღრუს, ცხვირ- ხახის (ქოანების ნახველი) და ცხვირთან არსებული წიაღების ჩათვლით. ფიზიოლოგიურად ლორწოს წარმოქმნა შეუმჩნეველია. ფილტვების და ბრონქების დაავადებისას მომატებული ლორწო წარმოიქმნება.

ნახველზე დაკვირვებისას ყურადღება ექცევა:

- რაოდენობას
- ფერს
- მინარევებს
- სუნს

რაოდენობა - ზოგიერთი ბრონქული დაავადებისას შესაძლოა ყოველდღიურად 1 ლიტრამდე ნახველი იქნას ამოხველებული.

მინარევები - განასხვავებენ ძირითადად ლორწოვან, ჩირქიან, სეროზულ, სისხლიან ნახველს.

სუნი - ნახველს სუნი არა აქვს ან აქვს ძალიან სუსტი სუნი.

გულისამრევი, ჩირქოვან - ლპობადი სუნი მიუთითებს ფილტვის ქსოვილის დაშლაზე, ფილტვის განგრენასა და ფილტვის აბსცესზე.

ღებინებისას დაკვირვება

ღებინება - Emesis, Vomitas, გულისნარევი მასა - Emesma

ღებინება ჰქვია კუჭის შიგთავსის უცაბედ დაცლას საყლაპავი მილისა და პირის გავლით.

ღებინების ცენტრი მოგრძო ტვინში მდებარეობს, არსებობს ღებინების აღგზნების წარმოშობის სამი ფორმა:

- რეფლექსორული ღებინება - ყველაზე ხშირი ფორმაა. მას ვაგუსის გაღიზიანება იწვევს. მიზეზებია: კუჭის დაავადებები, მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების დაავადებები, ყურის დაავადებები;
- ღებინება, როგორც პირდაპირი პასუხი ღებინების ცენტრის გაღიზიანებაზე, აღელვებისას, ზიზღისას, ისტერიული ხასიათისას, კონვერსიული ნევროზისას.

ღებინებისას უნდა დავაკვირდეთ:

- დღის მანძილზე სიხშირესა და დროს, კვებასთან მიმართებას - დილაობით უზმოზე, ჭამის შემდეგ მაშინვე თუ ცოტა ხანში, გარკვეული საკვების მიღების შემდეგ, საკვების მიღებისგან დამოუკიდებლად, ფაღარათის თანხლებით, აღელვებისას.
- რაოდენობას - მაგალითად, სავსე პირით, თირკმლისებური ჯამის ოდენობის;
- ღებინების სახეს - სუნსა და მინარევებს.

ღებინებას წინ უსწრებს გულისრევის შეგრძნება, ასევე შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ოფლის გამოყოფასა და პულსის შენელებას.

ღებინება შეიძლება იყოს გადახრებით:

- კუჭისა და ნაწლავების შიგთავსის წინააღმდეგობის გარეშე ამოსვლა განავლოვანი რებინებისას;
- შადრევანისებური (2მეტრამდე) - ღებინება ძლიერი ბიძგებით. ახალშობილებთან პილორუსის სტენოზის დროს;
- ტალღისებური - აფეთქებისებური ცერებრალური ღებინება.

სუნი - მჟავე, აყროლებული, გულისამრევი, ხრწნის, განავლის სუნი (განავლოვანი მასებით ღებინებისას), მედიკამენტების, ნარკოზული საშუალებების, ალკოჰოლის.

შემადგენელი ნაწილები და მინარევები:

- საკვების ნაშთი;
- კუჭის წვენი;
- ნაღველი;
- ლორწო;
- სისხლი;
- ასკარიდები;
- განავალი;

შესაბამისად არსებობს -სისხლით ღებინება, ნაღვლოვანი ღებინება, განავლოვანი ღებინება.

ღებინების სიმპტომით მიმდინარე დაავადებებია;

- ნერვული დარღვევები;
- კუჭის დაავადებები - მწვავე გასტრიტი, არასწორი დიეტები, კუჭის წყლული, პილორუსის სტენოზი,
- მუცლის ღრუს ორგანოების დაავადებები;
- თირკმლისა დანაღვლის ბუშტის კოლიკები;
- პერიტონიტი;
- აპენდიციტი;
- ნარკოზის შემდეგ;
- ინფექციური დაავადებები;
- ცერებრალური დაავადები;
- ქრონიკული ალკოჰოლიზმი

ორსულობის პირველ ტრიმესტრში ღებინება ფიზიოლოგიურია.

დახმარება ღებინებისას უნდა იყოს პირველ რიგში მეგობრული. მომვლელმა ზიზღი უნდა დაძლიოს. ღებინებისას პაციენტი უნდა წამოიმართოს, შუბლი უნდა დავუკავოთ - დავეხმაროთ. უგონო და ცნობიერება დაბინდული პაციენტი სწორად უნდა დავაწვინოთ და თავი გვერდზე გადავუწიოთ, რომ არ მოხდეს პირნაღები მასის ასპირაცია. უნდა მოხდეს ჰიგიენის დაცვა, ოველი ღებნების შემდეგ უნდა გავუწმინდოთ პირი და ნიკაპი, თუ არის საშუალება გამოვუცვალოთ ტანსაცმელი და ლოგინი. სისხლიანი ღებინას უნდა შევუნარჩუნოთ სიმშვიდე, სისხლიანპირნაღებიან ჯამს უნდა დავაფაროთ, რომპაციენტმა ვერ დაინახოს და პანიკა არ დაეწყოს. ახალ ნაოპერაციებ პაციენტს უნდა ვთხოვოთ, რომ ჭრილობაზე ხელი მიიჭიროს პირღებინების დროს.

კითხვები:

1. სისხლი ღებინებისას ყოველთვის კუჭიდან მოდის?

2.რას ნიშნავს vomitas?

3. რა პუნქტებს ვაქცევთ ყურადრებას პაციენტზე დაკვირვებისას, რომელიც აღებინებს?

4. რა არის ნახველი და საიდან გამოიყოფა?

5.რას უნდა მიექცეს ყურადღება ნახველზე დაკვირვებისას?

6. სად მდებარეობს ღებინების ცენტრი?

7. ჩამოთვალეთ ღებინებით მიმდინარე დაავადებები.

ოფლი და ოფლის გამოყოფაზე დაკვირვება

ოფლი - sador, ოფლიანობა - transpiration, diaphorese

ოფლი საოფლე ჯირკვლების სეკრეტია. ისინი მდებარეობს კანქვეშ - ხელების შიდა ზდაპირზე, ტერფებზე, იღლიებში, ცხვირთან. გამოყოფას არეგულირებს ვეგატიტიური ნერვული სისტემა, კერძოდ, სიმპათიკუსი. ოფლის გამოყოფის ცენტრები მდებარეობს შუამდებარე ტვინში, მოგრძო ტვინში და ზურგის ტვინის რუხი ნივთიერების უკანა რქებში. ისინი იმყოფებიან თავის ტვინის ქერქის ზეგავლენის ქვეშ - შიშის ოფლი.

ოფლი არის მჟავე რეაქციის, მარილიანი გემოს სითხე. ძირითადი შემადგენელი ნაწილია წყალი - 99%, გარდა ამისა შეიცავს სუფრის მარილს და შარდის შემადგენელ ნაწილებს დაბალი კონცენტრაციით.

ოფლის გამოყოფის დანიშნულებაა:

- სითბოს რეგულაცია - სითხის გამოყოფასთან ერთად სითბოც გამოიყოფა. წყლის აორთქლების სითბო შეადგენს 1 ლიტრისთვის დაახლოებით 600 კალორიას. 5 ლიტრი ოფლი ორგანიზმის სითბოს პროდუქციას 3000 კალორიას ართმევს.
- ექსტრარენალური გამოყოფა - ჩვეულებრივ 400-1000 მლ/24 საათში, სიცხეში და ღუმელთან მომუშავეებისათვის 15 ლიტრამდე დღეში.

ოფლის გაძლიერებული გამოყოფა ფიზიკური აქტიურობისას და გარემოს მომატებული ტემპერატურისას ფიზიოლოგიურია.

ჰიპერჰიდროზი არის:

- ზოგადი - მაღალი ტემპერატურა, ც.ნ.ს.-ის მოშლილი რეგულაცია;
- ლოკალური - ფეხის ტერფზე - ხშირად არასასიამოვნო სუნით - ხრწნის გამო.

ხელების ოფლიანობა არის ვაგოტონიკებთან, შიშის დროს, ჰიპერთირეოზის დროს. ნაკეცებში ოფლიანობა მსუქნებში, ზეთოვანი ოფლი - სახეზე პარკინსონის დაავადებისას.

ჰემიჰიდროზი - ცალ მხარეს გადაჭარბებული ოფლიანობა - შესაძლებელია ჯანმრთელებში სუსნაობის შემდეგ ამ მდოგვის და სხვა მჟავე საკვების მიღებისას, სხვადასხვა ნერვული დაავადებებისას.

ოფლის შემცირებული გამოყოფა ხდება დახუთული ამინდისას, როდესაც ჰაერი წყლით არის გაჯერებული, სხეული აღარ ოფლიანდება, რამც სითბოს შეკავების გამო დასიცხვა გამოიწვიოს.

Anhydrosis -ოფლის გამოყოფის არ არსებობა - არსებობს, როგორც მემკვიდრული დაავადება , ასევე შეძენილი - ნეკროზების, დიდზედაპირიანი დამწვრობებისას და ა.შ. - იქმნება სითბოს შეგუბების საშიშროება.

დაავადებათა დროს ოფლს აქვს შემდეგი მახასიათებლები:

- ცივი ოფლი - ყოველთვის მწვავე საშიშროებაა:
- წვრილწვეთოვანი, ცივი ოფლი შუბლზე და გულმკერდზე, კანკალითა და საერთო სისუსტით - ჰიპოგლიკემიური შოკის დროს;
- ღამის ოფლიანობა - ფილტვის ტუბერკულოზის დროს, თირკმლის ფუნქციის დარღვევისას;

- მსხვილწვეთოვანი და ცხელი ოფლი - ოფლმდენი საშუალებების მიღების შემდეგ - ცაცხვის ჩაისა ან სილიცილის მჟავის შემცველი ტაბლეტების მიღების შემდეგ.

ოფლის სუნი - ოფლის ინდივიდუალური სუნი მომდინარეობს მასში სურნელოვანი ჯირკვლების გამონაყოფის შერევიდან ან ბაქტერიული ხრწნისგან სხეულის გაუნიავებელი ადგილების მიდამოში. ასევე შეიძლება იყოს - მედიკამენტების, შხამების, შარდის (ურემიისას), აცეტონის (აცეტონემიისას - დიაბეტური კომის დროს.

ძლიერი ოფლიანობისას გათვალისწინებული უნდა იყოს სითხის და მინერალური ბალანსი. მძიმე პაციენტებთან განსაკუთრებულად გასათვალისწინებელია ნაწოლების პროფილაქტიკა.

კითხვები:

1.რისგან შედგება ოფლი?

2.რა ამოცანას ისახავს ოფლის სეკრეცია?

3.რაზე იფიქრებთ, როდესაც ინსულინზე მყოფი პაციენტის შუბლზე შენიშნავთ ცივ ოფლს?

სხეულის წონა დამოკიდებულია სხეულის ზომაზე, აღნაგობაზე, ასაკზე, ნეკვებობაზე და ენდოგენურ ჯირკვლებზე. წონა იზომება სხვადასხვანაირო სასწორით - ფეხზე შესადგომი სასწორი, დასაჯდომი, დასაწოლი, შეკიდული.

წონის მაჩვენებლების ერთმანეთთან შესადარებლად საჭიროა ერთნაირი პირობების შექმნა:

- ერთიდაიგივე სასწორი უნდა იყოს გამოყენებული;
- პაციენტს იგივე ტანსაცმელი უნდა ეცვას;
- დღის იგივე მონაკვეთი უნდა იყოს, სასურველია დილა, უზმოზე და ტუალეტის შემდეგ.
- ყოველი პაციენტი მიღებისას და შემდგომ ყოველ კვირას უნდა იყოს აწონილი.ზოგიერთი დაავადებისას წონის კონტროლი უფრო ხშირადაა საჭირო - შიმშილისა და გახდომისთვის მკურნალობის დროს, ასევე თირკმელებისა და გულის დაავადებების დროს. ნორმალური წონა უხეშად შეიძლება იყოს გამოკვლეული ბროკას ფორმულით: სხეულის სიგრძეს გამკლებული 100 =ნორმალურ წონას. უფრო ზუსტია ბერნჰარდის ფორმულა:

სხეულის სიგრძე x გულმკერდის გარშემოწირყლობა

ნორმალური წონა = ----------

მიღებული შედეგი შეგვიძლია შევადაროთ ცხრილის მონაცემებს და შევაფასოთ მონაცემები.

ავადმყოფური **სიგამხდრის** ორი ფორმა არსებობს:

- სიგამხდრე, რომელიც არის სხვა დაავადების შედეგი
  - ინფექციური დაავადებები, როგორიცაა - ტუბერკულოზი, ტიფი, მენინგიტი, ყველა დაავადება, რომელიც მაღალი ტემპერატურით მიმდინარეობს;
  - კუჭ-ნაწლავის დაავადებები - მალაბსორბციის სინდრომი;
  -შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების დაავადებები - ჰიპოფიზის პათოლოგია, ჰიპერთირეოზი, შაქრიანი დიაბეტი;
  -ავთვისებიანი დაავადებები.
- სიგამხდრე, როგორც დამოუკიდებელი დაავადება, ჭამის სურვილის დაქვეითების დროს - ტვინის ორგანული დაზიანებები, ფსიქოგენურად სიგამხდრე, ნევროზული ანორექსია.

სიმსუქნე - ეწოდება მიდრეკილებას ცხიმის დაგროვებისაკენ, გაცხიმოვნებისაკენ - adipositas,obesitas. შეიძლება იყოს:
ეგზოგენური - გადაჭარბებული კვება;
ენდოგენური - ნერვულ-ენდოკრინული - დიენცეფალურ-ჰიპოფიზურ ან თირკმელზედა-სასქესო ჯირკვლოვან სისტემაში.
სიმსუქნის დროს შეიძლება გამოვლინდეს დაავადებები:

- გულ-სისხლძარღვოვანი დარღვევები - მსუქნებში ნაადრევად ვითარდება გულის კუნთის სისუსტე, მაღალი წნევა, თრომბოზებისკენ მიდრეკილება, ვენების ანთება;
- მონელების პრობლემები - ყაბზობა;
- ნივთიერებათა ცვლის მოშლა - შაქრიანი დიაბეტი;
- კანის ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა, მოჭარბებული ოფლდენის გამო კანის ნაკეცებში ანთებითი კერები.

სხეულის სიმაღლის გაზომვა

სიმაღლის გაზომვა შესაძლებელია კედელზე დამაგრებული საზომით. პაციენტმა უნდა გაიხადოს ფეხზე და დადგეს კედელთან, ისე რომ მიეყრდნოს საზომს. ფეხები უნდა იყოს ერთმანეთთან მჭიდროდ მიჯრილი ერთმანეთთან, ქუსლები ედება კედელს, საზომზე დამაგრებული ფიფიტა თავსდება თავზე და ვაფიქსირებთ ნიშნულს.
გიგანტიზმზე ლაპარაკობენ მაშინ, როდესაც ადამიანის სიმაღლე 2 მეტრს აჭარბებს. ამის მიზეზია ჰიპოფიზის ზრდის ჰორმონის სიჭარბე.

ტანდაბლობაა მაშინ, როდესაც მამაკაცებში სიმაღლე 150 სმ-ზე დაბლაა, ქალებში კი 140სმ-ზე დაბლა. ბავშვებში ვსაუბრობთ ტანდაბლობაზე, თუ ასაკის შესაბამის სიმაღლეზე 23% - ით ნაკლებია - ჰიპოთირეოზია ან რაქიტის დროს.
ქონდრისკაცობაა (ჯუჯა), როდესაც სიმაღლე 130 სმ-ზე დაბლაა. მისი მიზეზებია: ჰიპოფიზური ნანიზმი, ჰიპოფიზის წინა ნაწილის დაავადება. - ეს არის კარგად პროპორცირებული, მოხუცის გამოხედვით, ნორმალური ინტელექტის პიროვნება. ასევე ჰიპოთირეოზული ჯუჯობა, რაქიტული ჯუჯობა ძვლებისა და ხერხემლის სვეტის დეფორმაციის გამო, ქონდროსტროფია (ცირკის კლოუნი).

კითხვები:
1. როგორ ვზომავთ სიმაღლეს?
2. როდის ვსაუბრობთ გიგანტიზმზე?
3. რა არის ქონდრისკაცობის მიზეზი?

მადა

ერთმანეთისაგან ანსხვავებენ შიმშილს, საკვების მიღებისადმი მისწრაფებას და მადას - ჭამის ხალისი. მადის მარეგულირებელი ცენტრი არის ჰიპოთალამუსში. მადის დარღვევის ორი ფორმაა: უმადობა და მადის ავადმყოფური მომატება.

უმადობა - Inappeetenz, Anorexie -აღმოცენდება:

- ფსიქოგენურად - გარდამავალია მშვინვიერი კონფლიქტების, გადაღლების დროს. განსაკუთრებული ფორმებია; ნევროზული ანორექსია - საკვების უარყოფა მოზარდ გოგონებში.
- კუჭ-ნაწლავის დაავადებულებთან;
- დასხივებუ პაციენტებთნ;
- ინფექციურ პაციენტებთან;
- სიცხიანებში;
- რომელიმე საკვების შეძულება, რომელიც მიგვითითებს გარკვეულ დაავადებებზე:
    - ხორცის შეძულება - მიგვანიშნებს კუჭის კიბოზე;
    - ცხიმის შეძულება - ღვიძლის დაავადებებზე;

უმადოებს არ შეიძლება დავაძალოთ საკვების დიდი რაოდენობის მიღება. მადის დაქვეითების გამო უნდა შემოწმდეს პირის ღრუს მდგომარეობა, ხომ არ არის ავადმყოფური გამოვლინებები - პირის ღრუს ლორწოვანის მდგომარეობა, კბილებისა და პროტეზის ფუნქციური მდგომარეობა.

მადის ავადმყოფური მომატება - Hyperorexie, Akorie - ჰიპერაროქსია, ,,გაღორება''.

ცხოველთა უმრავლესობას ჭამას წყვეტს დანაყრებისთანავე. შიმშილის გარეშე ჭამის გაგრძელება შეუძლია მხოლოდ ადამიანს და ზოგიერთ ცხოველს. ამ თავისებურებას მივყავართ ჩვევაში გადასულ გადაჭარბებულ ჭამამდე. აქ წაშლილია ზღვარი შიმშილსა და მადას შორის. მადის გაძლიერებაში ხშირად გადამწყვეტ როლს თამაშობს ემოციური კონფლიქტები.

,,გამართლებული'' მძაფრი შიმშილი გვხდება:

- ,,ახალგაზრდა დიაბეტიკებში'', რომლებიც წონაში მაინც იკლებენ;
- ჰიპეთირეოზის დროს;
- ჰიპოგლიკემიის დროს;
- ჰიპერინსულინემიის დროს;
- რეკონვალესცენტებთან;
- ემოციური თუ ფიზიკური გადაღლის მდგომარეობის გადალახვის შემდეგ.
- როგორც ნევროზული დარღვევა.

კითხვები:

1.რა არის ანორექსია?

2.რაზე მიუთითებს განსაკუთრებული შეძულება (ხორცის, ცხიმის)?

3.რა დარღვევების დროს არის მადა გამძაფრებული?

სუნზე დაკვირვება

არსებობს დაავადებები და მდგომარეობები, რომლებიც დამახასიათებელ სუნს იწვევენ. ეს სუნი ამოსუნთქული ჰაერიდან, პირის ღრუდან ან გამონაყოფებიდან შეიგრძნობა. სხვადასხვა სუნი შესაბამისი დარღვევების მაჩვენებელია:

- აცეტონის - აცეტონემია შაქრიანი დიაბეტისას;
- ღვინის, მწიფე ვაშლის - ტოქსიკოზი, შიმშილის მდგომარეობა;
- შარდის სუნი - მაღალი ტემპერატურა, ურემიის დროს - არ იგულისხმება შარდის სუნი შარდის შეუკავებლობის შემთხვევაში;
- უმი ღვიძლის სუნი - ღვიძლის დაშლა;
- ნოტიო მიწის - დიფტერიის, ტუბერკულოზი;
- თიხნარის სუნი - ქსოვილთა დაშლით მიმდინარე დაავადებები;
- მოტკბო სუნი - ხრწნადი გამონაყოფებისას;
- მომჟავო სუნი - ფილტვის განგრენა, შლადი კიბო.

ალკოჰოლითა და სხვა ტოქსინებით (კარბოლი, ეთერი, ქლოროფორმი) მოწამვლისას მოწამვლა შეიცნობა ამონასუნთქი ჰაერით.

გულისამრევ სუნს ჰქვია ფოეთორი, Foetor ex ore – ეს ნიშნავს - პირიდან მყრალი სუნი.

კითხვები:

1.რა დროსაა აცეტონის სუნი?

2. რა არის ფოეთორი?

3.რას ნიშნავს Foetor ex ore?

ტკივილზე დაკვირვება

ტკივილი არის არასასიამოვნო შეგრძნება, რომელიც გამოწვეულია კანისა ან ორგანოს ნერვული ქსელის გაღიზიანებით. ეს გაღიზიანება პერიფერიული ნერვების საშუალებით მიიტანება თავის ტვინამდე თალამუსამდე.

ტკივილი აღმოცენდება ვაზომოტორულად, ნევრალგიურად, სპაზმურად, იშემიურად და სხვა.

ტკივილი გამაფრთხილებელი სიმპტომია და დაუშვებელია მიზეზების დადგენის გარეშე ჩახშობილი იყოს ტკივილგამაყუჩებლის საშუალებით.

ტკივილის ლოკალიზაცია და სიძლიერე ძნელი დასადგენია, რადგან ყველა ადამიანი ინდივიდუალურია და სხვადასხვანაირად ხდება ამის შეგრძნება და აღქმა.

ექიმმა და მედდამ კარგად უნდა დასვან კითხვა ზუსტი ინფორმაციის მისაღებად, კერძოდ:

- სად ლოკალიზდება ტკივილი?

  მკაცრად ლოკალიზდება, ვერ ლოკალიზდება და გავრცობადია, დიფუზურია.

- როგორია ტკივილი?

  ჩხვლეტითი, მწველი, მოჭერითი, პულსირებადი(კანქვეშა ჩირქგროვა), მბურღავი(ძვლის ტკივილი), კოლიკისმაგვარი, მოვლითი, განუწყვეტელი, პერიოდულად განმეორებადი.

- როდის აღმოცენდა ტკივილი?

  ღამით, დილით, საღამოს, გადატვირთვისას, გადაძაბვისას, არაკანონზომიერად - არაფერთან კავშირში.

ტკივილის ტიპიური მაგალითია:

- სტენოკარდიული ტკივილი - გულმკერდის მარცხენა მხარეს ძლიერი შეტევითი ხასიათის, რომელიც ვრელდება ეპიგასტრიუმთან ახლოს, კისრის მარცხენა მხარეს და მარცხენა მხრის მიდამოში. ასეტ ტკივილს თან ახლავს კოლაფსის გამოვლინებები - გაფითრება, ცივი ოფლი, სუსტი აჩქარებული პულსი, უძლურობის განცდა და სიკვდილის შიში, რომელიც არის ტიპიური შეგრძნება სტენიკარდიული შეტევის დროს, რომელსაც ერთვის მარცხენა ხელის განძრევის შიში, იმ მიზეზით, რომ ტკივილი გაუძლიერდება;
- რეფლექსური ტკივილები - კანის მომატებული მგრძნობელობა და ტკივილი დაავადებული ორგანოს საპროექციო მიდამოში. რომელთა მგრძნობიარე დაბოლოებებიც ზურგის ტვინის იგივე სეგმენტს უკავშირდება, რომელსაც დაზიანებული ორგანო. ამ ზონებს Head, sche -ური ზონები ეწოდება;
- ფანტომური ტკივილი - მოჩვენებითი ტკივილი - უკვე არ არსებული, ამპუტირებული კიდურის მტკივნეული შეგრძნება.

არსებობენ პაციენტები, რომლებიც ტკივილს ჩუმად იტანენ და არსებობენ ,,მოწუწუნე'' პაციენტები, ამის გათვალისწინებით დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ყოველ ჩივილს პაციენტის მხრიდან!!!

კითხვები:

1. როგორ აღმოცენდება ტკივილი?
2. რას უნდა მიექცეს ყურადღება ტკივილის დროს?
3. რამდენი სახის ტკივილი არსებობს?

ავადმყოფის კვება

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

საკვები ნივთიერებები წარმოადგენს, როგორც ორგანიზმის მიერ დახარჯული ენერგიის აღდგენის წყაროს, ასევე სამშენებლო მასალას, რომელიც გამოიყენება ზრდის პროცესში, ასევე ქსოვილების ცვლის და განახლებისთვის.

საჭმლის მომნელებელ სისტემის ორგანოები განაწილებულია ადამიანის ორგანიზმის თავის, კისრის, გულმკერდის, მუცლისა და მენჯის მიდამოებში.

საჭმლის მონელება საკმაოდ რთული პროცესია, რომლის შესრულება აკისრია საჭმლის მომნელებელ სისტემაში გაერთიანებულ ორგანოებს.

საჭმლის მომნელებელი მილი განვითარების მიხედვით იყოფა სამ ნაწილად:
1 . წინა - იწყება პირის ნაპრალიდან კუჭის გასავლამდე - პირის ნაპრალი, პირის კარიბჭე, პირის ღრუ, ხახის პირი, ხახა, საყლაპავი მილი, კუჭი;

2. შუა - კუჭის გასავლიდან მსხვილი ნაწლავის დასაწყისამდე - თორმეტგოჯა ნაწლავი, მლივი ნაწლავი, თეძოს ნაწლავი;
3. უკანა - მსხვილი ნაწლავის დასაწყისიდან ყითამდე - ბრმა ნაწლავი, კოლინჯი, სწორი ნაწლავი.

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

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

სხეულის მასის ინდექი (სმი) გამოითვლება შემდეგი ფორმულით:
სხეულის წონა კგ
——————————
სიმაღლე მ

სმი< 17 კახექსიის მიმანიშნებელია
სმი 17 -25; - ნორმაა
სმი 25 -30 - ჭარბი წონაა
სმი 30 - 40 ადიპოზურია
სმი > 40 - ადიპოზურობის ზედა ზღვარი

ადიპოზიტაზს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ფარისებრი ჯირკვლის დაქვეითებული ფუნქციის დროს, თირკმელზედა და სასქესო ჯირკვლოვან სისტემაში დარღვევების დროს. ყველაზე ხშირად ვხვდებით ჩვევადქცეული ჭარბი კვების გამო. ამის შედეგად შეიძლება განვითარდეს ნივთიერებათა ცვლის მოშლა, დიაბეტი, გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები, მაღალი წნევა, თრომბოზები, კანის ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა, ანთებები კანის ნაკეცების მიდამოებში

საჭიროების შემთხვევაში, ექიმის მიერ მითითებული დიეტა მკაცრად უნდა იყოს დაცული.

მნიშვნელოვანია **მადაზე** დაკვირვება. უმადობის შემთხვევაში არ შეიძლება დავაძალოთ საკვების დიდი რაოდენობით მიღება. მადის დაკარგვის დროს უნდა შემოწმდეს პირის ღრუს მდგომარეობა – ენაზე არ იყოს ნადები ან გამონაყარი.

თუ ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა გვაძლევს საშუალებას, უმჯობესია საკვები მიიღოს დამჯდარ მდგომარეობაში, თავისი ხელით ან დახმარებით.

მწოლიარე ავადმყოფს საკვების მიღებისას ზედატანი წამოწეული უნდა ჰქონდეს ბალიშების საშუალებით. სასურველია საკვები მოთავსებული იყოს ავადმყოფის თვალთახედვის არეში.

გართულებული ყლაპვისას საკვები უნდა იყოს ფაფის კონსისტენციის და არა ძალიან თხიერი, მიეწოდოს მცირე ულუფებით.

ყლაპვის გასაადვილებლად ზურგსა და ფეხებს უნდა ჰქონდეს კარგი საყრდენი.

სკამზე ჯდომისას კარგია წელსა და კუდუსუნს შორის ჩავდოთ პატარა ბალიში ან დაკეცილი პირსახოცი.

ყლაპვა შეიძლება დაირღვეს ნებისმიერი მძიმე დაავადების დროს, მაგ. გაფანტული სკლეროზის, ინსულტის, პარკინსონის დაავადების და სხვ.

ყლაპვის დარღვევის გამო ადამიანები აღარ იღებენ საჭირო რაოდენობის საკვებს და სითხეს, რაც ორგანიზმის დასუსტებას იწვევს.

ყლაპვის დარღვევის დროს **ხველა** არის ორგანიზმის თავდაცვითი რეაქცია, რათა არ მოხდეს საკვების გადაცდენა სასუნთქ გზებში (ასპირაცია).

აუცილებელია გარკვევა შეუძლია თუ არა დახველება. თუ ხველა არ არის სახეზე, შეიძლება მოხდეს ჩუმი ასპირაცია. ამის გასარკვევად ავადმყოფს უნდა მივცეთ

მეოთხედი ჩაის კოვზი წყალი და ყელზე მსუბუქად ჩამოუსვათ ხელი, მივხვდეთ გადაყლაპა თუ არა. ყლაპვის დროს სასუნთქი გზები უნდა იყოს განთავისუფლებული.

თუ პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა იძლევა საშუალებას, სასურველია პაციენტი კვების შემდეგ იჯდეს 20 წუთის განმავლობაში.

კვების ბოლოს აუცილებელია პირის ღრუს დათვალიერება, რათა არ დარჩეს საკვების ნარჩენები, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება მოხდეს მათი გადაცდენა. ამავე მიზეზის გამო კვებიდან 10—15 წუთის განმავლობაში ავადმყოფმა არ უნდა ჩაიძინოს. დამბლიანი

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

მნიშვნელოვანია საჭირო რაოდენობით სითხის მიღება.

კითხვები:

1. როგორ აღმოცენდება ტკივილი?
2. რას უნდა მიექცეს ყურადღება ტკივილის დროს?
3. რამდენი სახის ტკივილი არსებობს?
4. რამდენ ნაწილად იყოფა საჭმლის მომნელებელი ტრაქტი?
5. რას ეწოდება კახექსია და ადიპოზიტაზი?
6. როგორ გამოითვლება ს მ ი?
7. რა ღონისძიებები უნდა ჩატარდეს ყლპვის გასაადვილებლად?
8. რომელი დაავადებებისას ხდება ყლაპვის გაძნელება?

ავადმყოფის ჰიგიენა

ის რაც მოუვლელობის ბრალია, დაავადების ბრალი არ არის.

ავადმყოფის დაბანა

ადამიანის დაბანა მიზნად ისახავს არა მარტო კანის ჰიგიენურ გასუფთავებას, არამედ დაბანას შეუძლია გამოცოცხლება, გახალისება, დაძაბულობის მოხსნა, დამშვიდება, ძილის მოგვრა.

მნიშვნელოვანია ჰიგიენური პროცედურების რიტმულობა და სწორი მსვლელობა, რათა მან თერაპიული ხასიათიც შეიძინოს. დაბანა&ნბსპ; და მოვლა უზრუნველყოფს პაციენტის ყოფაში სიჯანსაღის შეგრძნებას.

დამოუკიდებლობის ხარისხის შესაბამისად განიხილება დაბანის ორი ფორმა:

1. დაბანა ავადმყოფისა, რომელსაც სჭირდება გარკვეული დახმარება;
2. მთლიანად სხვაზე დამოკიდებული ავადმყოფის დაბანა.

სპეციფიური ზემოქმედების მისაღწევად საჭიროა დაბანის სათანადო სახის ამორჩევა:

- **გამომაფხიზლებელი დაბანა.** ამ დროს დასაბანი წყალი უნდა იყოს სხეულის ან ოდნავ დაბალი ტემპერატურის, მოქმედებს გამაგრილებლად, ავადმყოფს არ უნდა სციოდეს. როზმარინის ან ციტრუსის დასაბანი რძის დამატება აძლიერებს გამახალისებელ ეფექტს.

გამოიყენება: გულის უკმარისობით დაავადებულებთან, ცნობიერება დაქვეითებულ და/ ან დეპრესიულ პაციენტებთან და ისეთ ავადმყოფებთან ვისაც გამოფხიზლების პრობლემა აქვს.

- **დამამშვიდებელი დაბანა.** რეკომენდირებულია წყალს დაემატოს ლავანდა ან ფიჭვის წიწვების დასაბანი რძე. წყლის ტემპერატურა დაახლოებით 40º.

გამოიყენება: სპასტიკურ პაციენტებთან, აგზნებულ და შეშინებულ ადამიანებთან, პაციენტებთან ჰიპერტონიით, გულის ინფარქტის შემდეგ, მწვავე ტკივილების დროს.

- **მძიმე პაციენტების დაბანა**. ამ დროს განსაკუთრებით უნდა იყოს გათვალისწინებული პაციენტის ძალთა შესაძლებლობები. მისი სისუსტე მიოთხოვს დიდ სიფრთხილეს მოძრაობების დროს, რათა არ იქნას გამოწვეული დაძაბულობა.

დაუძლურებულ პაციენტებთან, ხელის, ფეხისა და სახის დაბანა იწვევს მთლიანი დაბანის მსგავს ეფექტს. გამოიყენება: ზოგადად სუსტ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტებთან, რთულ ოპერაცია გადატანილებთან, ტრავმატულ პაციენტებთან და ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტებთან.

მომაკვდავ ადამიანთან ურთიერთობისას, საჭიროა მისი მდგომარეობის შემსუბუქებაზე ზრუნვა. მძიმე ავადმყოფების დაბანა იძენს უაღრესად დიდ მნიშვნელობას. იგი ხდება ადამიანური თანაგრნობის გამოხატულება.

განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა შესრულდეს თითოეული მოძრაობა. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობის გათვალისწინებით.

მძიმე ავადმყოფის დაბანა საწოლში

მწოლიარე ავადმყოფს საწოლში დაბანის წინ უპირველეს ყოვლისა ვუთანხმდებით მას და ვუტოვებთ დროს საკუთარი თავის შემზადებისათვის, ვამზადებთ მასალას.

საჭირო მასალა:

- 2 თასი თბილი წყლისათვის
- 2 ქისა (სასურველია სხვადასხვა ფერის)
- 1 დიდი და 2 პატარა პირსახოცი
- დასაბანი და მოსავლელი საშუალებები
- სუფთა საცვლები და თეთრეული
- ერთჯერადი ხელთათმანი.

დასაბანი წყალი უნდა იყოს ავადმყოფისათვის სასიამოვნო ტემპერატურის.

ქისა კარგად უნდა გაიწუროს, წყალი რომ არ წვეთავდეს.

ავადმყოფი უნდა იწვეს ზურგზე, წელს ზემოთ ოდნავ წამოწეულ მდგომარეობაში.

ტანზე უნდა ეფაროს, გაშიშვლდეს მხოლოდ ის ნაწილი რომელსაც ვბანთ, რათა არ გაცივდეს და საბნის ქვეშ თავს დაცულად და მყუდროდ გრძნობდეს.

დაბანა იწყება სახიდან, როგორც სხეულის ყველაზე ცნობიერი არედან.

სახის შემდეგ ვბანთ გულ-მკერდს, მხრიდან დაწყებული გულმკერდის გარშემო ნეკნების მიმართულებით. იღლიას ვბანთ სხვა ქისით და კარგად ვამშრალებთ.

შემდეგ გადავდივართ მკლავებზე, დაბანა ხდება ხელის მტევნიდან იღლიის მიმართულებით.

მუცელს ვბანთ წრიული მოძრაობით, მარჯვნიდან მარცხნივ მიმართულებით.
შემდეგ ავადმყოფს ვაბრუნებთ გვერდზე წოლით მდგომარეობაში და ვბანთ ზურგს ხერხემლის გასწვრივ წრიული მოძრაობებით, ზემოდან ქვემოთ, შემდეგ ავადმყოფს ვაბრუნებთ გვერდზე წოლით მდგომარეობაში და ვბანთ ზურგს ხერხემლის გასწვრივ წრიული მოძრაობებით ზემოდან ქვემოთ მიმართულებით. ვამშრალებთ, ვაწვენთ ზურგზე წოლით მდგომარეობაში და ვაცმევთ ზედა ტანსაცმელს. შემდეგ ვბანთ ფეხებს, ბოლოს – ინტიმურ ადგილებს,სხვა ქისისა და ჯამის გამოყენებით.

სხეულის ყოველ ახალ ნაწილზე გადასვლის წინ აუცილებელია დავრწმუნდეთ, რომ კანი კარგად არის გამშრალებული, რადგან ნაოჭებში ნოტიო კანი შეიძლება გახდეს კანის გაღიზიანებისა და დაზიანების მიზეზი.
ფრჩხილების მოსაწესრიგებლად შესაძლებელია მწოლიარე მდგომარეობაში ფეხებისა და ხელების წყლიან თასში მოთავსება და აბაზანის გაკეთება საწოლში.

პირის ღრუს, ფრჩხილებისა და თმის მოვლა არის ბანაობის ბოლო ეტაპი.

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

დიდი მდიშვნელობა აქვს ბანაობის რიტმულობას.

პროცედურის ბოლოს მოხმარებული საგნები უნდა მილაგდეს.

განსაკუთრებული შემთხვევები მთლიანი დაბანის დროს:

დაბანა არ შეიძლება:

- ინფარქტის შემდეგ 2-3 დღე;
- სიცხის აწევის მომენტში (თუკი მაღალი ტემპერატურა გაგრძელდება რამოდენიმე დღე და დაიწყებს კლებას, იმ დროს უკვე შესაძლებელია);
- დიდი ოპერაციის შემდეგ;

- რადიოაქტიური დასხივების შემდეგ 4 კვირა (კანი შეიძლება დაიშალოს. არ შეიძლება მალამოს ან ზეთის გამოყენება, უნდა ვიხმაროთ პუდრი);
- კანის დაზიანების შემთხვევაში (დამწვრობა, ჭრილობა);
- კანზე გამონაყარის შემჩნევისას ექიმის კონსულტაციის გარეშე;

განსაკუთრებული ოფლიანობის შემთხვევაში უნდა მოხდეს იმ ადგილების ხშირი დაბანა, სადაც ოფლის დიდი რაოდენობა გამოიყოფა.
შარდის ბუშტის ხანგრძლივმოქმედი კათეტერის დროს საჭიროა განსაკუთრებული ჰიგიენის ჩატარება.
დემენციით დაავადებულებთან და ფსიქიატრიულ პაციენტებთან აუცილებელია დაბანის დროს გვერდით დგომა და მითითებების მიცემა.

დიაბეტით დაავადებული პაციენტის დაბანის დროს:

- არ შეიძლება ცხელი აბაზანა, წყლის ტემპერატურე უნდა იყოს 25º C - 28ºC;
- შხაპის მიღების დროს დროს წყლის ტემპერატურე უნდა იყოს 37ºC – 39ºC;
- ფეხების აბაზანა უნდა იყოს გრილი, კარგად გამშრალებული, განსაკუთრებით თითებს შორის;
- ფრჩხილები უნდა მოიჭრას სწორხაზოვნად, არ შეიძლება გვერდების ღრმად ჩაჭრა;
- არ უნდა იქნეს გამოყენებული სარეცხის საპონი, კანისზედმეტად გამოშრობის თავიდან ასაცილებლად. სასურველია 5,5 PH შემცველი ლოსიონი ან ზეთების გამოყენება კანის მოსავლელად;
- პაციენტის ტანსაცმელი უნდა იყოს ბუნებრივი ქსოვილის, ტანზე თავისუფალად მორგებული.

კითხვები:

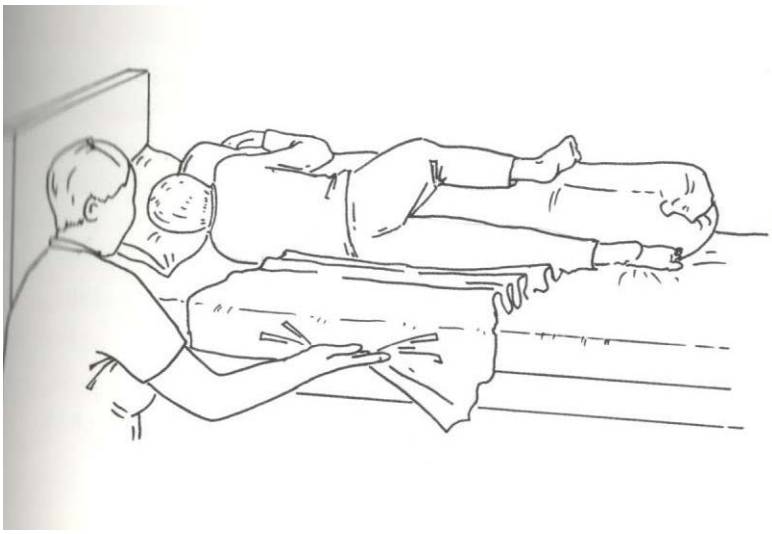
1. რას ისახავს მიზნად ადამიანის დაბანა?
2. დამოუკიდებლობის ხარისხის შესაბამისად დაბანის რომელი ორი ფორმა განიხილება?
3. რას ნიშნავს გამომაფხიზლებელი და დამამშვიდებელი დაბანა?
4. რა კომპონენტები უნდა იყოს გათვალისწინებული მძიმე პაციენტის დაბანის დროს?
5. აღწერეთ დაბანის პროცედურის თანმიმდევრობა.
6. რა დროს არ შეიძლება დაბანა?
7. რა უნდა გავითვალისწინოთ შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტის დაბანის დროს?

თეთრეულის გამოცვლა

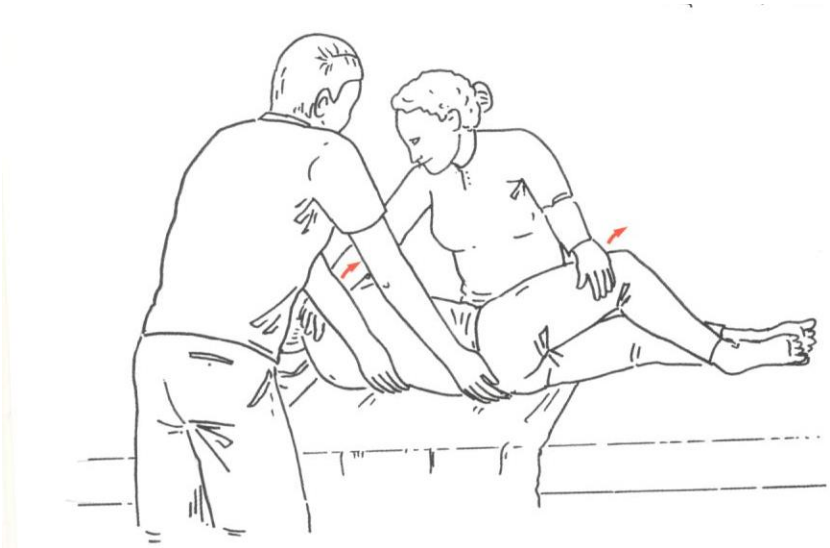
თავისუფალი საწოლის თეთრეულის გამოცვლა:

წინასწარ მოვამზადოთ:

- ზეწარი, ბალიშის პირი, საბნის კონვერტი, პატარა ზეწარი, ტომარა გამოცვლილი თეთრეულისათვის;
- საწოლი დავაყენოთ ჩვენთვის ოპტიმალურ სიმაღლეზე (უნდა გავუფრთხილდეთ ხერხემალს, სიმძიმის ძალა გადავიტანოთ ფეხის კუნთებზე);
- საწოლის თავის ნაწილი აუცილებლად უნდა იყოს დაწეული, ლოგინი უნდა იყოს ერთ სიბრტყეზე (ბალიშის გარეშე);

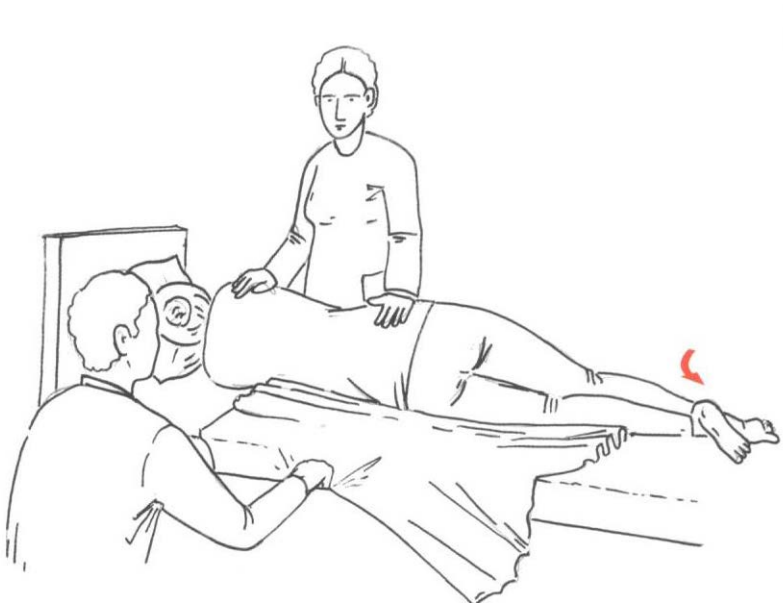


- თავის და ფეხების მხრიდან ფრთხილად გადმოიკეცება ზეწარი შუა ადგილისაკენ, ბალიში შუაში უნდა იდოს, ისე გადავაძროთ პირი, ბალიშის შიგნითა მხარე არ შეეხოს ზეწარს. პირგადამძვრალი ბალიშს გადავდებთ წინასწარ მომზადებულ სკამზე, ასე ვიქცევით საბნის შემთხვევაშიც;



78

- ნახმარი თეთრეული იხვევა ზეწარში ისე რომ პაციენტის ნაწოლი მხარე გარეთ არ მოხვდეს და იდება მისთვის განკუთვნილ ტომარაში ან კონტეინერში
- შემდეგ ხდება სუფთა თეთრეულის გადაფარება;
- ზეწარი უნდა გადაეფაროს ნაკეცების გარეშე, ბოლოები და გვერდები შეეკეცოს ლეიბის ქვეშ;
- საბნის შალითის შესაკრავი ღილები უნდა იყოს ზემოდან;
- საჭიროების შემთხვევაში ზეწარზე დამატებით დავაფინოთ პატარა ზეწარი და დამცავი საფენი.



მწოლიარე ავადმყოფისათვის თეთრეულის გამოცვლა:

- აუცილებლად გავაფრთხილოთ ავადმყოფი რის გაკეთებას ვაპირებთ;
- მივცეთ დრო საკუთარი თავის მომზადებისათვის;
- ზეწრის გამოსაცვლელად ავადმყოფი უნდა გადავაბრუნოთ გვერდით წოლით მდგომარეობაში, შეძლებისდაგვარად საწოლის კიდეზე;
- დროებით ავიღოთ ბალიში;
- გამოსაცვლელი ზეწარი ავკეცოთ და მაქსიმალურად შევაცუროთ სხეულის ქვემოთ, თან მივაყოლოთ წინასწარ საწოლის მთელ სიგრძეზე გასწორებული, დახვეული სუფთა ზეწარი;
- ავადმყოფი გადმოვაბრუნოთ მეორე მხარეს;
- სანამ გადმოვაბრუნებდეთ კარგად დავუთვალიეროთ ზურგი!
- გამოვაცალოთ ძველი ზეწარი და ნაკეცების გარეშე გავასწოროთ ახალი ზეწარი;
- ავადმყოფი მოვათავსოთ სასურველ წოლით მდგომარეობაში.

ტანსაცმელი

მწოლიარე ავადმყოფის ტანსაცმელი, უნდა იყოს ბამბის ან სხვა ბუნებრივი ქსოვილის, სხეულზე თავისუფლად მორგებული, მსუბუქი, სხეულის ჩახურების თავიდან ასაცილებლად.
არ იყოს გადატვირთული ღილებით ან სხვა შესაკრავებით, რომლებიც ზეწოლის შემთხვევაში გამოიწვევს კანის დაზიანებასა და ნაწოლის საშიშროებას.

პაციენტებისათვის, რომლებიც მოიხმარენ პამპერსს, დაცული უნდა იყოს სწორად ჩაცმის ტექნიკა და გამოცვლის რეგულარულობა.
ასეთ ავადმყოფებს უმჯობესია ეცვათ მოკლე მაისური.

პამპერსის გამოსაცვლელად ავადმყოფი უნდა მოვათავსოთ გვერდზე წოლით მდგომარეობაში, პამპერსის ფართე ნაწილი მოვარგოთ საჯდომს, ქვემოთა ნაწილი მაქსიმალურად (ლეიბზე ხელის დაწოლით) შევაცუროთ სხეულის ქვეშ და ავადმყოფი გადმოვაბრუნოთ, დავაწვინოთ ზურგზე წოლით მდგომარეობაში, კარგად გავასწოროთ წინა მხარეც და დავაფიქსიროთ სპეციალური შესაკრავების საშუალებით.

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

კითხვები:
1. როგორ ხორციელდება თავისუფალი საწოლის თეთრეულის გამოცვლა?
2. როგორ ხორციელდება მწოლიარე პაციენტის თეთრეულის გამოცვლა?

3. რა სახის ტანსაცმელი უნდა ეცვას პაციენტს?
4. როგორ უნდა გამოვცვალოთ პამპერსი?

პრევენციული ღონისძიებების ჩატარება გართულებების თავიდან აცილების მიზნით

ადამიანის სხეული მოძრაობისათვის არის შექმნილი.
მოძრაობის უნარის დაქვეითება მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას იწვევს.
ვინც აქტიურობაზე ზრუნავს და ცვლილებებს დროულად აღიქვამს, შეუძლია ავადმყოფობის შემდგომი გართულებები თავიდან აიცილოს.
თუ ავადმყოფს დამოუკიდებლად მოძრაობა არ შეუძლია, ეს უნდა იტვირთოს მომვლელმა, რომელმაც მწოლიარე ავადმყოფის სხეულს მუდმივად უნდა უცვლის წოლითი მდგომარეობები.
ნაწოლის , პნევმონიის, თრომბოზისა და კონტრაქტურის წარმოქმნა მეორადად, მწოლიარე პაციენტის შემთხვევაში, განიხილება როგორც მოვლის შეცდომა, რომელმაც ადამიანის სიცოცხლე საფრთხეში შეიძლება ჩააგდოს.

რა არის ნაწოლი, პნევმონია და თრომბოზი

ნაწოლი, პნევმონია და თრომბოზი თავს იჩენს ორგანოთა სამ სხვადასხვა სისტემაში: კანზე, ფილტვებსა და სისხლში. მიუხედავად მათი განსხვავებული ბუნებისა, სწორედ მძიმედ დაავადებულთან იქმნება ამ დაავადების ერთდროულად წარმოქმნის საშიშროება. ამიტომ პროფილაქტიკური ღონისძიებანი სამივე სფეროსათვის უნდა გატარდეს. რისკის ფაქტორებს წარმოადგენს უძრაობა, მაღალი ასაკი, ცნობიერების დაბინდვა და კვების პროცესის დარღვევა.

იმისათვის, რომ ნაწოლების, პნევმონიისა და თრომბოზების წარმოშობის ერთობლივი მიზეზები უფრო ნათლად დავინახოთ, ჯერ უნდა ვნახოთ პაციენტი, რომელთანაც სამივე ამ დაავადების საშიშროება აშკარაა. ამასთან, ჩვენ ჯერ-ჯერობით არ გავითვალისწინოთ პაციენტის დიაგნოზი და პროგნოზი და მხოლოდ იმ ფენომენებს მივაქციოთ ყურადღება, რომლებიც გარეგანი დაკვირვებებისათვის ხელმისაწვდომია.

არაცნობიერ მდგომარეობაში ყოფნა, უღონობა ან გაშეშება და სიმძიმე ქმნის ზემოთ აღწერილ სურათს. ჯანმრთელ ადამიანს თავისი ძალების წყალობით აქვს ფხიზელი ცნობიერება, მოქნილობა და სილაღე.

ავადმყოფს არ შეუძლია დედამიწის მიზიდულობის ძალას დაუპირისპიროს საკუთარი აღმართულობის ძალა, უსიცოცხლო გახევებას - დინამიური, მიზანმიმართული მოძრაობა, ცნობიერების დაბინდულობას - შინაგანი სინათლე. უსიცოცხლო, არაორგანულ ბუნებაში მოქმედი ძალები იწყებენ ცნობიერ, ადამიანურ სიცოცხლეზე დომინირებას. სიმძიმის ძალა

დაუბრკოლებლად ეწევა სხეულს მიწისაკენ. როცა სხეული წევს, თითქოს ქვეშაგები თანდათან აღწევს მასში. ცნობიერება და სიცოცხლე ოდნავ გამოსულია ფიზიკური სხეულიდან და ასეთ მდგომარეობაში სხეულის აღქმადობა გაუცხოვებულია. სხეულის საზღვრებს შიგნით გაშლილია გარე სამყარო. სხეულის ქსოვილი მკვდარია. ნეკროზის დროს ადამიანი ისე შეერწყმის საწოლს, რომ ლამის მის ნაწილად გადაიქცეს.

სხეულის მთლიანობის შემანარჩუნებელი ძალის უკან დახევა ხდება იმის მიზეზი, რომ გარე სამყაროს შეუძლია ფიზიკური სხეულის ფარგლებში გამოავლინოს თავი. ძალას, რომელიც სხეულის მთლიანობას უზრუნველყოფს, ჩვენ მე- ორგანიზაციას (იდივიდუალობას) ვუწოდებთ. იგი განმსჭვალავს ადამიანის სამშვინველსა და ფიზიკურ სხეულს და ახდენს მათ ინდივიდუალიზაციას, ამასთან ერთად ხელს უწყობს ნივთიერებათა ცვლის აღმშენებლობით და რეგენერაციულ პროცესებს. ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემაში იგი საფუძველს უყრის მოაზროვნე ცნობიერებას და დამანგრევლად მოქმედებს . მე-ორგანიზაციის მეშვეობით ადამიანის სხეულებრივში საკუთარი თავის გამოვლენა ძალუძს.

ნაწოლების წარმოქმნაში ყველა შინაგან რისკ-ფაქტორს საფუძვლად უდევს ნივთიერებათა ცვლის სისტემის აღმშენებლობით პროცესში მე-ორგანიზაციის სისუსტე. ეს კი საბოლოოდ უზრუნველყოფს სხეულის საზღვრებს შიგნით გარე სამყაროს შეღწევის შესაძლებლობას.

პნევმონიაც იმის გამო წარმოიქმნება, რომ გარე სამყარო იშლება ადამიანის ფიზიკური სხეულის საზღვრებს შიგნით. ფილტვებში მიკრობების დაბუდება არის ადამიანის ორგანიზმში უცხო სიცოცხლის შეღწევა. ეს უცხო სიცოცხლე მხოლოდ მაშინ გამოავლენს თავს, როცა ადამიანის საკუთარი სიცოცხლე რაღაც დონეზე მოშორებულია შესაბამის ორგანოს. ფილტვებში ანთებითი პროცესით რეაგირება არის უცხო სიცოცხლის დაძლევისა და სხეულებრივი მთლიანობის ხელახალი აღდგენის მცდელობა. ისევე, როგორც საჭმლის მონელების დროს, უცხო საკვები გადამუშავდება და სხეულებრივ სუბსტანციად გარდაიქმნება, ასევე ანთების დროს ხორციელდება პარენტერალური მონელების პროცესი.

თრომბის წარმოქმნა ასევე შეიძლება გაგებულ იქნეს, როგორც სხეულის საზღვრებს შიგნით გარე სამყაროს თვითგამოვლინების პროცესი: ნორმალურ ვითარებაში სისხლის შედედების პროცესს ჩვენ ვხედავთ, როცა სისხლი გამოდის ჭრილობიდან, სხეულის ზედაპირზე შესქელდება, გამაგრდება და ჭრილობის დახურვას უწყობს ხელს. აქაც ადგილი აქვს სისხლის შედედების პროცესს - გარე სამყაროში ჰაერთან შეხებით გამოწვეულ ფორმირებულ და მკვდარ ქსოვილად ჩამოყალიბებას.

სისხლძარღვთა კედლების დაზიანება, როგორც ტრამვის შედეგი, არის გარე სამყაროს გავლენა სხეულში. სისხლძარღვის კედელზე ცვლილებისა და დანალექების შემთხვევაში, საქმე ეხება ასევე პროცესებსა და ნივთიერებებს, რომლებიც გამოთიშულია სისხლში გახსნის პროცესისაგან და ამის გამო ორგანიზმისათვის გადაქცეულია უცხო სხეულად. ისინი მოქმე-

დებს სისხლძარღვის შიგნით, როგორც ხელისშემშლელი უცხო პროცესი ან უცხო სხეული, რომლის შედეგად შეიძლება შედედების პროცესები გააქტიურდეს.

გარკვეული ცვლილებების დროს, მაგალითისათვის, ვენების ვარიკოზული გაგანიერებისას, სისხლის დენადობა ფერხდება, ხდება შენელება და კოლტების წარმოქმნა. სისხლი მისთვის უცხო აქტივობას მიმართავს და ხდება შედედების პროცესი. სისხლის წარმოქმნაში პათოლოგიებისას სისხლი ავლენს გამკვრივების ტენდენციას, იგი სქელდება. სისხლისათვის დამახასიათებელი წონასწორობა გახსნა-გამაგრებისა (პირველი ფიბრინოლიზის დროს და მეორე სისხლის შედედების დროს) დარღვეულია ცალმხრივად, შედედების, გამკვრივების ტენდენციის სასარგებლოდ.

ნაწოლების, პნევმონიის და თრომბოზების წარმოქმნის ძირითად მიზეზად განიხილება ადამიანის სხეულში მე-ორგანიზაციის აღმშენებლობითი ფუნქციის უკან დახევა. ამგვარად, შესაძლებელი ხდება გარეგანი გაღიზიანებით სხეულის საზღვარზე დამშლელი ზემოქმედება. პროფილაქტიკა თავის თავში მოიცავს ღონისძიებებს, რომლებიც ერთის მხრივ ორგანიზმს დაიცავს გარეგანი გაღიზიანებისაგან, მეორეს მხრივ კი – გააძლიერებს მე -ორგანიზაციას, რათა ის წინ აღუდგეს მეორადი გართულებების წარმოქმნას.

სისხლის მეშვეობით სითბო მთელ ორგანიზმში ნაწილდება. სხეულში სითბოს განაწილების ხარისხი მიგვანიშნებს, მე- ორგანიზაციის მოქმედების სიღრმეზე. სითბური ორგანიზმის გაძლიერება არის ერთგვარი საშულება მძიმე ავადმყოფმა წინააღმდეგობა გაუწიოს პათოლოგიურ პროცესს.

სითბოს ელემენტი მაშინ შეიძლება აღმოვაჩინოთ, როდესაც ჩვენ რაიმეთი აღვფრთოვანდებით. როცა ჩვენ შინაგანად ღრმად განვიცდით, ვამბობთ: ,,სხეულში სითბო ჩამეღვარა'', ან ,,ცეცხლის ალი მომედო''. მაშინაც, როცა წინააღმდეგობები გვაქვს გადასალახი, ჩვენ ვებრძვით ჩვენს თავს და ეს შინაგანი ბრძოლა წარმოქმნის სითბოს. ჩვენ ,,ვცეცხლდებით'' დაპირისპირების პროცესში. ყველგან და ყოველთვის, როცა ჩვენ რაიმე იდეასა და საქმეს ან ადამიანს მთელი არსებით ვუკავშირდებით, ჩვენ გვეუფლება განსაკუთრებული, მშვინვიერ-სულიერი სითბოს განცდა. მან შეიძლება ფიზიკურ დონეზეც იჩინოს თავი. ის, ვინც რაიმეთი არის აღფრთოვანებული, მთელ სხეულში გრძნობს სითბოს ჩაღვრას და მის მთელ არსებაში გამოსჭვივის სითბო და ცეცხლი.

ავადმყოფებთან შეიმჩნევა ხოლმე ამ შინაგანი ცეცხლის გაქრობა, ისინი არიან ინდიფერენტულნი, თითქოს უმიზნონი და უმოტივონი. თუკი მოხერხდება ავადმყოფის ამ მდგომარეობიდან გამოყვანა, მიზნებისა და ინტერესების გამოცოცხლება, ეს იმას ნიშნავს, რომ ჩვენ მოვახერხეთ მისი სულიერი სითბოს გააქტიურება. პაციენტი, რომელიც თავისი გარემოს მიმართ ინტერესს იჩენს, ამოცანებსა და მიზნებს ისახავს, თავადვე ერთვება თერაპიულ და მოვლით ღონისძიებებში, ამით იგი თავის თავს უქმნის ფიზიკურში ,,მე''-ს არსებობის

საფუძველს. აქედან გამომდინარე შეიძლება დავასკვნათ, რომ ავადმყოფის მოტივაცია დამხმარე რესურსს წარმოადგენს მისი შემდგომი მობილიზაციისათვის.

ყოფით მეტყველებაში მშვინვიერი სითბო უფრო ხშირად გულს უკავშირდება. ჩვენი მშვინვიერი განცდების აღმქმელ ორგანოში უშუალოდ შევიგრძნობთ სითბოს თვისობრიობას. გულთბილ ადამიანს მივაწერთ გულისხმიერებას, გრძნობათა სიმდიდრეს, დიდბუნებოვნებას, კეთილგანწყობას, პატიების უნარს. მოკლედ, ამ შემთხვევაში დომინირებს დადებითი თვისებები. გულცივ ადამიანებს, პირიქით, მივიჩნევთ ხისტ, უარმყოფელ, გულგრილ, თავის თავზე ორიენტირებულ ეგოისტებად. ამ შემთხვევაში დომინირებს უარყოფითი ნიშნები. ვინც ადამიანს გულთბილად აღიქვამს, აქვს ტენდენცია მიენდოს მას უფრო მეტად, ვიდრე გულცივ ან გულქვა ადამიანს. მშვინვიერად თბილ გარემოში ჩვენ თავს ვგრძნობთ ლაღად და მიღებულად, მაგრამ თუ ვინმე ,,ცივ მზერას'' მოგვაპყრობს, თავს განვიცდით დათრგუნულად, უკანდახეულად. აქედან გამომდინარე, სადაც მშვინვიერ სითბოს ვხვდებით, ჩვენ ვიხსნებით; სადაც მშვინვიერ სიცივეს ვაწყდებით, საკუთარ თავში ვიკეტებით.

სწორედ მძიმე ავადმყოფებთან ვხვდებით გარე სამყაროდან უკანდახევას. სამწუხაროდ, საავადმყოფოს ატმოსფერო ყოველთვის ისეთი არაა, რომ პაციენტმა თბილი გარემო შეიგრძნოს. ფუნქციური პალატები (რომლებიც ისეა მოწყობილი, რომ არ ითვალისწინებს პაციენტის თავისებურებებს), ერთფეროვანი დღის რეჟიმი, რომელიც ნაკლებ ყურადღებას უთმობს პაციენტის ცხოვრების რიტმს, ან კიდევ მომვლელები და ექიმები, რომლებიც თავს უფლებას არ აძლევენ შინაგანი თანადგომის გრძნობა გამოავლინონ - იწვევს ავადმყოფის მშვინვიერ იზოლაციას.

განსაკუთრებით ფილტვების ანთებიანი პაციენტი საჭიროებს ისეთ ატმოსფეროს, სადაც იგი თავს გარემოსადმი გახსნილად იგრძნობს. სწორედ სუნთქვითაა განპირობებული გარე სამყაროსთან ჩვენი ფიზიკური და მშვინვიერი ურთიერთობა. სუნთქვა ნებისმიერ მშვინვიერ მღელვარებას სეისმოგრაფიული სიზუსტით პასუხობს. შიშის დროს ხდება სუნთქვის შეკვრა. ჩვენ ამოვისუნთქავთ შვებით, როდესაც სიმსუბუქეს ვიგრძნობთ; როცა ჩვენ თავს კარგად ვგრძნობთ, ჩავისუნთქავთ და ამოვისუნთქავთ მშვიდად და თანაბრად. თავს თუ ცუდად ვგრძნობთ, მაშინ სუნთქვა არის შეფერხებული და მიმდინარეობს დაბრკოლებებით. მშვინვიერად გულჩა-თხრობილი მდგომარეობის დროს დეპრესიულ, აპათიურ ან ძილმორეულ პაციენტებს ვამჩნევთ გარემოში ჩართვის უუნარობას. ეს გამოხატულია ასევე ზედაპირულ, მონოტონურ, არარეაგირებად სუნთქვაში.

პნევმონიის პროფილაქტიკისათვის გამოყენებული ბევრი მეთოდი არ ითვალისწინებს სუნთქვასა და მშვინვიერ განწყობილებას შორის კავშირს. სველი პირსახოცით ბეჭებზე დარტყმები, როგორც ფილტვების ანთების პროფილაქტიკის ყველაზე ხშირად გამოყენებული მეთოდი, მოულოდნელი სიგრილითა და ზურგზე სწრაფი დარტყმებით აღწევს ხანმოკლე შოკურ ეფექტს და იწვევს, როგორც წესი, მხოლოდ ერთადერთ ღრმა ჩასუნთქვას. ამით

გამოწვეული ხველების შეტევასთან ერთად ეს ღონისძიება პაციენტისთვის უკიდურესად არასასიამოვნოა, მით უფრო თუ იგი მისუსტებულია. შესაძლო შვება ან პროფილაქტიკური ეფექტი, რომელსაც პაციენტი ამ დარტყმების გამეორებით განიცდის, როგორც წესი, არავითარ დამოკიდებულებაში არაა გადატანილ მძიმე დატვირთვასთან. ასეთი ღონისძიება, ცხადია, ხელს არ უწყობს გარემოში ხალისიან ჩართულობას, იგი გაცილებით აძლიერებს გარემოს მკაცრ მონოტონურ მხარეს.

დარტყმების ნაცვლად ზურგისა და მკერდის რიტმული შეზელვის შემთხვევაში პაციენტს ეუფლება გრძნობა, რომ მას პირადად აღიქვამენ და უშუალოდ მასთან შედიან კონტაქტში. შემხები ხელი ღრმად რეაგირებს მკერდის ღრუს ყველა მოძრაობაზე. წარმოქმნილ ფიზიკურ სითბოსთან ერთად იგი იწვევს ადამიანური სიახლოვის, შინაგანი ყურადღებისა და თანაგანცდის გრძნობას. სუნთქვა ღრმავდება, შეზელვის პროცესში პაციენტს შიშის განცდა კი არ ეუფლება, არამედ თითქოს რიტმულად მიმდინარე შეხებით `თავისთავზე ჩაკეტილი ყოფიდან~ ფხიზელ და გარემოში ჩარ-თულ მდგომარეობაში გადადის. გვერდების შეზელვა სასუნთქ არეს შიგნით, მუცლის ღრუმდე ხსნის.

ზურგზე ზევიდან ქვევით მიმართული სწორხაზოვანი ხელის ჩამოსმა განაპირობებს სხეულის აღმართული მდგომარეობისაკენ ცნობიერების მიმართვას ლავანდულის 10%-იანი ზეთის (weleda) ან plantago/bronchialbalsam -ის (wala) გამოყენება ხელს უწყობს სეკრეციას და ქმნის თბილ გარსს.

დარტყმებივით მკვეთრად მოქმედებს, ხშირად, ასევე სხვა მექანიკური მეთოდები, რომლებიც მოწოდებულია ფილტვების უკეთ გასანიავებლად. მაგალითად, გიბელის მილის საშუალებით სუნთქვა, ან სუნთქვა დაბრკოლების დაძლევით ხშირად პნევმონიის საფრთხის ქვეშ მყოფ პაციენტებთან გამოიყენება. ეს მეთოდები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ოპერაციამდელ და პოსტოპერაციულ პერიოდებში ნათელი ცნობიერების მქონე ავადმყოფებ-თან სასიცოცხლო მაჩვენებლის გასავარჯიშებლად. საკუთარ თავში ჩაკეტილი, დასუსტებული ან ცნობიერებადაბინდული ავადმყოფი ასეთ ღონისძიებაში შინაგანად არ ერთვება და მის მშვინვიერ განწყობილებაში შეღწევა ვერ მოხდება. რომელი დაუძლურებული ავადმყოფი მოითმენს სუნთქვის შესაკრავად მაშების ცხვირზე მოჭერას. დაბრკოლების დაძლევის გამოწ-ვეული ჩასუნთქვა იწვევს შიშს და უმეტესად, ,,ნორმალური'' ჩასუნთქვებით ხდება მისი დაყოვნება. ვერც ერთი ღონისძიება, რომლის მიზანი მხოლოდ ფილტვების ჰაერით ავსებაა, ვერ მოვა ავადმყოფის მშვინვიერ სამყაროსთან კონტაქტში.

პირიქით, თუკი მოხერხდება პაციენტის გახალისება, შეიძლება იგი მშვინვიერად თბილ ატმოსფეროში ჩაერთოს და ჩასუნთქვის გაღრმავება განხორციელდეს მისი შინაგანი განწყობიდან გამომდინარე. მარტივი სიმღერების ავადმყოფებთან ერთად ან მათთვის

შესრულება ხელს უწყობს, პირველ რიგში, შინაგანი განწყობის შექმნის და მეორე მხრივ, გაცილებით ძლიერად, სუნთქვის ხანგრძლივ გაღრმავებას.

ისევე, როგორც რიტმული შეზელვა, სიმღერაც შინაგანი განწყობის შემქნით ააქტიურებს პაციენტის მშვინვიერ მხარეს და იწვევს სითბოს გააქტიურებას ორგა-ნიზმში. აქედან გამომდინარე, ისინი (რიტმული შეზელვა, სიმღერა) ნაწოლების და თრომბოზების პროფილაქტიკურ ღონის-ძიებებსაც წარმოადგენენ. პაციენტი კვლავ იწყებს საკუთარი სხეულის საზღვრების შეგრძნებას, იგი უფრო მოძრავი ხდება და აქტიურდება სისხლის მიმოქცევაც.

ნაწოლების, პნევმონიის ან თრომბოზების საშიშროების აღმოსაჩენად, არსებით როლს თამაშობს ფიზიკურ-სითბური ფენომენები:

- სისხლით კანის მომარაგების ნაკლებობა ვლინდება ცივი ზონების სახით სხეულზე
- პაციენტებს ტანსაცმლისა და თბილი ლოგინის გარეშე ადვილად უცივდებათ სხეული
- ტემპერატურა ხდება რისკ-ფაქტორი, თუ იგი პაციენტის ძალებს ფიტავს
- თუ სახეზეა პირველი ხარისხის ნაწოლები, პნევმონია ან თრომბოზი, მაშინ ორგანიზმი პასუხობს ანთებითი რეაქციით. ამ შემთხვევაში ჩვენ ვამჩნევთ ლოკალურ გადახურებას ანთების სხვა კლინიკურ ნიშნებთან ერთად.
- განსაკუთრებით ფილტვების ანთების დროს ლოკალურ სითბურ რეაქციას ემატება ტემპერატურა.

ლოკალური გადახურება და ტემპერატურა არის ორგანიზმის მხრიდან განკურნების მცდელობის გამოხატულება. ეს არის სითბური ორგანიზმის გააქტიურების და გაძლიერების პროფილაქტიკური ზემოქმედების ნიშანი. ეს იმის მაჩვენებელია, რომ სითბური ორგანიზმი გაძლიერდა და სათანადო იმპულსებით ახორციელებს პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს.

ნეანდერმა და ბირკენფელდმა შეძლეს ეჩვენებინათ, რომ სითბოს პასიურად გამოყენება, მაგ: უთოსი და ფენისა, რაც კანის სისხლით მომარაგებას კი ვერ აუმჯობესებს, არამედ აუარესებს, ნაწოლების პროფილაქტიკისათვის არ გამოდგება. ლაზერული დოპლერ-ფლოუმეტრია და თერმოგრაფია ადასტურებს იმ დაკვირვებას, რომ ორგანიზმზე გარეგანი თბური ან ცივი ზემოქმედება გადანაწილდება და რიტმული გადაადგილება მაშინვე არ იწვევს შინაგან სითბურ რეაქციას.

შეიძლება თუ არა შენარჩუნებული იქნეს გარედან მოსული სითბური ზემოქმედება, დამოკიდებულია იმაზე, რამდენად შეუძ-ლია ორგანიზმს სითბოს კონცენტრაციის

გადანაწილება - სხეულის შიგნით და პერიფერიაზე. თუკი ვერ მოხერხდება სხეულის ცენტრიდან სითბოს პერიფერიაზე გადატანა, მაშინ სხეულის ზედაპირი ცივი რჩება.

ჩვენ შეგვეძლო დავკვირვებოდით, რომ დაუძლურებულ ან სისხლის მიმოქცევის დარღვევებით დაავადებულ პაციენ-ტის ცივი ფეხები ან ხელები, რომელთაც სათბურა ვერ ათბობს, კიდურების და მუცლის რიტმული შეზელვის შემდეგ ხანგრძლივად თბება. ამრიგად, რიტმული შეზელვა შეიძლება განხილული იქნეს, როგორც სხეულის გათბობისა და სისხლის მიმოქცევის სტიმულირების ჯეროვანი საშუალება. ამასთან, ფეხების პროფესიო-ნალურად შესრულებულ შეზელვას შეუძლია, როგორც კიდურების, ასევე მთლიანად ადამიანის სხეულის გათბობა და გამოცოცხლება, სუნთქვა ღრმავდება, პაციენტი სასიამოვნოდ ითენთება, შესაძლოა ჩაეძინოს და იღვიძებს მხნე და ხალისიანი.

კიდურების გამოცოცხლება პაციენტს მოძრაობის სტიმულს აძლევს, ასე რომ იქმნება ზოგადი საფუძველი, როგორც თრომბის, ასევე ნაწოლებისა და პნევმონიის წარმოქმნის პროფილაქტიკისათვის.

ნაწოლი კანისა და კანქვეშა ქსოვილის დაზიანებაა, გამოწვეული ერთ პოზიციაში დიდხანს წოლით ან ჯდომით.
ადამიანის ორგანიზმი შექმნილია მოძრაობისათვის. ხანგრძლივად ერთსა და იმავე პოზიციაში მყოფი ადამიანების სხეულის სიმძიმე სხეულის განსაზღვრულ ნაწილებს აწვება. სხეულის სიმძიმის ზეწოლა და ლეიბის წინააღმდეგობა კანსა და კანქვეშა ქსოვილს ჭყლეტს და სისხლის მიმოქცევას ზღუდავს, რის გამოც მცირდება ამ უბნების ჟანგბადითა და საკვები ნივთიერებებით მომარაგება.
საწოლში ხანგრძლივი წოლით გამოწვეული სისხლის მიმოქცევის ცირკულაცია არასაკმარისი მოძრაობის გამო კიდევ უფრო მცირდება. სისველის (ოფლი, შარდი, ფეკალური მასები) და ხახუნის ძალის გამო კანი დამატებით ზიანდება, რაც უკვე ნაწოლის გაჩენის წინაპირობაა.
ნაწოლი შეიძლება სხეულის ნებისმიერ ადგილას განვითარდეს, თუ ამ ნაწილზე ხანგრძლივი ზეწოლა ხდება.

.

ნაწოლის წარმოქმნის ყველაზე ძლიერი რისკ-ფაქტორია უმოძრაობა.
ვის შეიძლება გაუჩნდეს ნაწოლი?

ნაწოლი შეიძლება გაუჩნდეს ნებისმიერ ადამიანს, რომელიც დიდხანს ზის ან წევს ერთსა და იმავე პოზიციაში.
საშიშროება აქვთ ზოგადად ყველა მწოლიარე და მძიმე ავადმყოფებს, განსაკუთრებით კი მათ, ვისაც აღენიშნებათ:

1. მოძრაობის უნარის შეზღუდვა: უმოძრაობა, სხეულებრივი ჩამორჩენა, საერთო სისუსტე, ხანდაზმულობა, ძლიერ ტკივილი, ძლიერი დეპრესია;
2. შეგრძნებების დარღვევები: პერიფერიული ნერვული სისტემის დაზიანება, ნევროლოგიური დაავადებები;
3. ნივთიერებათა ცვლის დარღვევა, არასწორი კვება: შაქრიანი დიაბეტი, ჭარბი წონა, კახექსია;
4. ცნობიერების დარღვევა: კომა, სოპორი, აპათია, სომნოლენცია და ა. შ.;
5. შეუკავებლობა;
6. პოსტოპერაციული მდგომარეობა;
7. სიმსივნე;
8. გულის სისხლის მიმოქცევის და სისხლის დაავადებები;
9. კანის ფუნქციის მოშლა;
10. ლოკალური ზეწოლა: კათეტერი, თაბაშირის ნახვევი.

სხეულის რომელ ნაწილში შეიძლება გაჩნდეს ნაწოლი?

ნაწოლი ჩვეულებრივ ვითარდება სხეულის ძვლოვანი ნაწილების არეში, სადაც `ცხიმოვანი ქსოვილი შედარებით ნაკლებად არის განვითარებული.

ზურგზე წოლისას განსაკუთრებული ზეწოლა ხდება სხეულის შემდეგ ადგილებზე:

- კეფა, ბეჭები,ზურგი, იდაყვები, გავა-წელის მიდამო, კუდუსუნი, ქუსლები

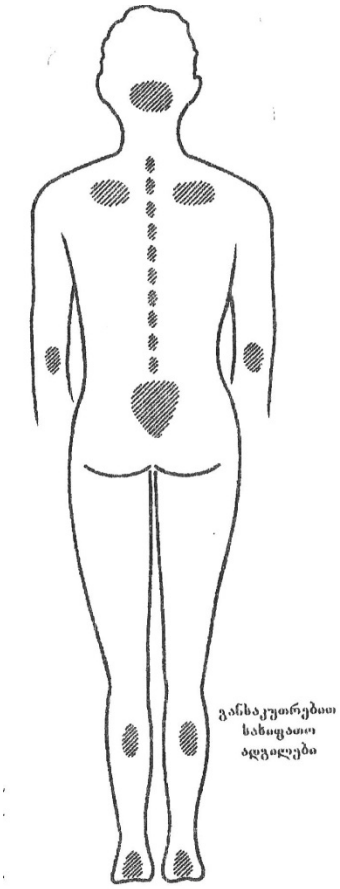
გვერდზე წოლისას ზიანდება:

- ყური, მხარი, თეძო, მუხლი კოჭი

ნაწოლები შეიძლება გაჩნდეს ნებისმიერი მდებარეობის დროს.
ტანსაცმელზე და თეთრეულზე ღილები, ნაკეცები, ნაკერები, საჭმლის ნამცეცები, ზრდის კანის დაზიანების საფრთხეს. ამიტომ, აუცილებელია დაკვირვება.
ავადმყოფის მდგომარეობის შეცვლისას უნდა დავრწმუნდეთ აღნიშნული ელემენტების არ არსებობაში.

ნაწოლის სტადიები

ნაწოლის გაჩენის პირველი ნიშანია კანის სიწითლე, რომელიც ზეწოლის მოხსნის შემთხვევაში არ ქრება.



კანის დაზიანების სიმძიმის მიხედვით ნაწოლის 5 სტადია:

I სტადია ___ შეწითლებული ზედაპირი. (ზეწოლის მოცილების შემდეგ სიწითლე არ გადადის);

II სტადია - კანზე ბუშტუკები სეროზული სითხით, ნახეთქები;

III სტადია - დაზიანებულია კანის ყველა შრე, დარღვეულია მთლიანობა;

IV სტადია - კანისა და კუნთოვანი ქსოვილის ნეკროზი;

V სტადია - ძვლოვანი ქსოვილის ნეკროზი

როგორ ავიცილოთ თავიდან ნაწოლი

ნაწოლის წარმოქმნის თავიდან ასაცილებლად საჭიროა:

- კანის ჰიგიენა, მთლიანი სხეულის დაბანა ყოველდღე;
- კანის დამუშავება სპეციალური დამცავი საშუალებებით;
- კანის სიმშრალის შენარჩუნება, განსაკუთრებით შარდისა და დეფეკაციის შეუკავებლობის დროს;
- წოლითი მდგომარეობების შეცვლა არა უგვიანეს 2 საათში ერთხელ;
- მსუბუქი წოლითი მდგომარეობა მოსახერხებელ, რბილ ბალიშებზე;
- რბილი წოლითი მდგომარეობა სპეციალუს ლეიბზე;

- ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესება, ვიტამინებით მდიდარი საკვებისა და საჭირო რაოდენობის სითხის მიწოდებით;
- შეძლებისდაგვარად მობილიზაცია; თუ მწოლიარე ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა გვაძლევს ამის საშუალებას, წოლითი მდგომარეობების მონაცვლეობას, დღეში რამოდენიმე წუთიანი ვერტიკალურ მდგომარეობაში ფეხზე წამოყენებაც უნდა დაემატოს.

პროფილაქტიკური მოვლა იწყება ავადმყოფის საწოლის გამართვით.

ავადმყოფის მდებარეობის რეგულარული ცვლა შესაძლებელს ხდის ზეწოლისაგან განთავისუფლებას და ხელს უწყობს დაძაბულობის მოხსნას.

მდგომარეობის ცვლა რომ უზრუნველვყოთ არსებობს სხვადასხვა დამხმარე საშუალებები: ლეიბები, სხვადასხვა მასალით შეკერილი ბალიშები, პირსახოცები, გადასაფარებლები, რომლებიც საჭიროების შემთხვევაში გადიხვეს ან გადაიკეცოს.

მდებარეობის დამხმარე საშუალებების გამოყენების დროს ფანტაზია შეუზღუდავია, მთავარი მიზანია სხეულის ნაწილების ზეწოლისაგან განთავისუფლება.

ნაწოლების გაჩენისას დაზიანებული ორგანო კანია. იგი არის სხეულის ზედაპირზე გადაჭიმული შეგრძნების ორგანო, ნერვულ-მგრძნობელობითი სისტემის ნაწილი. იგი როგორც გრძნობის ორგანო, წარმოადგენს კარიბჭეს ადამიანზე გარეგანი შთაბეჭდილებებისათვის. თუ შეგრძნების ეს ფუნქცია ცნობიერების ცენტრალური ან ლოკალური დარღვევების შედეგად დაიკარგება, მაშინ შეუძლებელი გახდება გამღიზიანებელზე ადექვატური რეაგირება. გამღიზიანებელი, ამ დროს, ცნობიერების მიერ შთაბეჭდილების სახით კი არ აისახება, არამედ სხეულზე - ფიზიკურად.

ამიტომ პროფილაქტიკურად ქმედითია არა მხოლოდ ის ღონისძიებანი, რომლებიც სხეულს გამღიზიანებელს განარიდებენ ან მათ ზემოქმედებას ზღუდავენ (მაგ. სხეულის ნაწილების ზეწოლისაგან განტვირთვა), არამედ გრძნობადი აღქმის ხელშემწყობი ყველა ქმედება. დაბანა, შეზელვა, ცნობიერი კონტაქტი და სპეციალური მოძრაობები დახმარებით, ახდენს გრძნობის ორგანოთა ქმედების სტიმულირებას

ასევე, სხეულის დაზიანებული ადგილების სისტემატურ, ორსაათიან კონტროლს არ მხოლოდ დიაგნოსტიკური ღირებულება აქვს, იგი, ერთის მხრივ, ცვლის პაციენტის აღქმის დარღვეულ უნარს, ხოლო მეორეს მხრივ, წარმართავს პაციენტის ცნობიერებას იმ დაზიანებული ადგილებისაკენ, რომლებიც მისი აღქმის მიღმა დარჩა. მუდმივ მითითებას სხეულის იმ ნაწილებზე, რომელთა თავისად განცდაც პაციენტს აღარ შეუძლია, აქვს ამ გაგებით დიდი

პროფილაქტიკური ღირებულება და არის ერთგვარი ბიძგი სხეულის ჯანსაღი ცნობიერების ხელახლა წარმოსაქმნელად.

ნაწოლის წარმოქმნის ყველაზე ძლიერი რისკ-ფაქტორია უძრაობა. საერთო სისუსტე, ცნობიერების დაკარგვა ან კიდევ დამბლა ზღუდავს ავადმყოფის არა მარტო მოძრაობის უნარს, არამედ აიძულებს მას ვერტიკალური მდგომარეობიდან გადავიდეს ჰორიზონტალურში. გამართული სიარული არის სპეფიციკურად ადამიანური თვისება, რომლისთვისაც მხოლოდ ადამიანის საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემაა მოწყობილი. ბავშვი სწავლობს გამართულ სიარულს უმეტესად პირველივე წლის განმავლობაში, მეტყველებასა და აზროვნე-ბაზე ადრე. მხოლოდ ძილში, როდესაც ,,მე'' სხეულს შორდება, ჩვენ ვკარგავთ გამართული სიარულის, ასევე მეტყველებისა და აზროვნების უნარს და გადავდივართ ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში. გამართულ სიარულში ხდება ,,მე''-ს - ინდივიდულობის - გამოვლენა ადამიანის ფიზიკურ სხეულში.

ექიმის ან მომვლელის დანიშნულების ან ავადმყოფობის გამო სხეულის იძულებითი ჰორიზონტალური მდგომარეობა ავადმყოფს უხსნის დაძაბულობას, რომელიც მას გამართული სიარულისას მუდმივად თან ახლავს. რადგან საწოლში უძრავად მყოფ პაციენტს დახმარების გარეშე არ შეუძლია წამოიმართოს ჰორიზონტალური მდგომარეობიდან, მას აკლია არსებითი სტიმული საკუთარ სხეულში. მწოლიარეთა, თვით არაცნობიერი პაციენტების - თუკი უკუჩვენება არ არსებობს - რეგულარული წამოყენება და საწოლის კიდეზე მათი ჩამოსმა არის მნიშვნელოვანი ღონისძიება აღდგენითი პროცესის სტიმულირებისათვის. ამ უკანასკნელისათვის ზურგის შეზელვა და პარავერტებრალური ხელსმა ხელს უწყობს ხერხემლის აღმართულობის შენარჩუნებას და უზრუნველყოფს მთელი ამ პროცესის გააქტიურებას.

მწოლიარე ავადმყოფის წოლითი მდგომარეობის მონაცვლებას, ამიტომ, დღეში სულ ცოტა სამჯერ მაინც, რამდენიმე წუთიანი აღმართულ მდგომარეობაში მოყვანაც უნდა დაემატოს

ეს ღონისძიებაც, იმის გამო, რომ სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის სტიმულაციას იწვევს, ეფექტურია ფილტვების ანთებისა და თრომბოზების პროფილაქტიკისათვის. ნაწოლების წარმოქმნის საშიშროების ქვეშ მყოფი ავადმყოფების წოლითი მდგომარეობების რეგულარულ ცვლასთან ერთად, პროფილაქტიკისათვის აგრეთვე მნიშვნელოვანია პაციენტის ნაწოლების გაჩენის საშიში ადგილების მოთავსება ჰაერში, თავისუფლად და რბილ ქვეშაგებზე დაწვენა. როგორც წესი, ეს ღონისძიებანი ტარდება ზეწოლის შემსუბუქების მიზნით. ამ დროს მზერა მიპყრობილია გარედან მოქმედ გამღიზიანებელზე. პირიქით, თუ ჩვენ მხოლოდ გარეგან მავნე ფაქტორს კი არ განვიხილავთ, არამედ ასევე საწოლზე მძიმედ დაშვებულ პაციენტსაც, მაშინ შეიძლება ამ გადასახედიდან წოლითი მდგომარეობის სხვა შესაძლებლობებიც შეირჩეს. მაშინ წოლითი მდგომარეობის მიზანი იქნება სიმძიმიდან პაციენტის სიმსუბუქეში გადაყვანა.

ფაქტობრივად, კარგ (მაგალითად ოცდაათგრადუსიან) წოლით მდგომარეობაში დაწვენილ ავადმყოფს არა მარტო ზეწოლა უმსუბუქდება, არამედ დაძაბულობაც ეხსნება და იმდენად მსუბუქად გამოიყურება, თითქოს მწოლიარე უფრო მსუბუქი ჩანსო. სიტყვა ,,მსუბუქი'' ამ შემთხვევაში გულისხმობს ფიზიკურ ვითარებას ანუ ,,ზეწოლის მოხსნას'' და პაციენტის მოხერხებულ მდგომარეობას. თუკი მომვლელი ცნება ,,მსუბუქის'' მიხედვით მოქმედებს, მაშინ იგი გრძნობს მიზანს - ერთმანეთს შეუთავსოს ფიზიკური ,,ზეწოლის მოხსნა'' და პაციენტის მოხერხებული ყოფნა ახლად შექმნილ მდგომარეობაში.

ეთერული ზეთები ჩვენ გავიცანით, როგორც სითბოს გამააქტიურებელი ნივთიერება. ნაწოლების პროფილაქტიკისათვის განსაკუთრებით კარგი აღმოჩნდა როზმარინი. იგი გარეგანი გამოყენების სახით მოქმედებს, როგორც ნივთიერებათა ცვლის გამააქტიურებელი და გამომაცოცხლებელი. იგი განსაკუთრებით კარგია დილით ბანაობისას დანამატის სახით, როგორც 10%-იანი (ველედა) ფეხის შესაზელი მალამო, ისიც გამათბობლად და გამაცოცხლებლად მოქმედებს.

ნაწოლების საშიშროების მქონე ადგილების ლოკალური მკურნალობისათვის ყურადღება უნდა მიექცეს არა მარტო უშუალოდ მოქმედ ნივთიერებას, არამედ ასევე მალამოს ფუძე ნივთიერების ზემოქმედებას კანზე. მშრალი, აქერცლილი კანის მალამოსთვის გამოყენებულ უნდა იქნეს კარგად შეწოვადი, ცხიმისა და წყლის შემცველი ფუძე ნივთიერება. კანისთვის, რომელსაც სისველე ემუქრება, მაგ. შარდის შეუკავებლობის დროს, სასურველია მალამოს დამცავი ფუნქციის მქონე ფუძე ნივთიერება თუთიას შეიცავდეს.

პროფილაქტიკისა და უკვე დაზიანებული კანისთვის კარგ შედეგს იძლევა კალენდულას ექსტრაქტი. იგი შეიცავს არა მარტო ეთერულ ზეთს, არამედ მთელ რიგ მთრიმლავ ნივთიერებებს, რომლებიც ხელს უწყობს კანის წინააღმდეგობის ძალის შენარჩუნებას. ანთების საწინაღმდეგო თვისებების წყალობით, კალენდულას გამოიყენებენ ასევე I ხარისხის ნაწოლების დროს. კალენდულას გამოყენებისათვის..

კითხვები:

1. რა არის ნაწოლი, პნევმონია და ტრომბოზი?
2. ვის შეიძლება გაუჩნდეს ნაწოლი?
3. სხეულის რომელ ადგილებზე ვითარდება ნაწოლი?
4. ჩამოთვალეთ ნაწოლის სტადიები.
5. როგორ ავიცილოთ თავიდან ნაწოლი?

ფილტვების ანთების (პნევმონიის) პროფილაქტიკა

ფილტვი სასუნთქი სისტემის ძირითადი ორგანოა.
შესუნთქვისა და ამოსუნთქვის დროს ფილტვებში ჰაერის მოძრაობას ფილტვის **ვენტილაცია** ეწოდება.
საწოლში დიდხანს წოლამ შეიძლება გამოიწვიოს ზედაპირული სუნთქვა და შედეგად ფილტვების ვენტილაციის დაქვეითება.
მუცლისა და მკერდის არეში ტკივილი ზღუდავს სუნთქვით მოძრაობასა და ამოხველებას, ამის გამო ნახველი გროვდება სასუნთქ გზებში. ეს კი სუნთქვას აფერხებს და იწვევს ფილტვის ქსოვილის ანთებას.
იმ ავადმყოფებს რომელთაც ყლაპვის პრობლემა აქვთ, ფილტვების ანთების მიზეზი სასუნთქ გზებში საკვები ნივთიერებების მოხვედრაა.

შემთხვევები როცა შეიძლება ჩამოყალიბდეს ფიტვების ანთება, როგორც გართულება:

- ხანგრძლივად მწოლიარე ავადმყოფებთან, წოლის დროს, არ ხდება ფილტვების განიავება (ვენტილაცია);
- მოხუც ადამიანებთან, მათ უჭირთ ღრმად სუნთქვა;
- ცნობიერების დარღვევისას;
- პირით სუნთქვისას (ჰაერი არ იფილტრება და არ თბება);
- იმუნიტეტის დაქვეითებისას;

მოვლითი ღონისძიებები:

- შესაძლებლობების ფარგლებში ყველანაირი ფორმა მობილიზაციისა, რომელიც სხეულის აქტიურობასა და სუნთქვის ინტენსივობას განაპირობებს.

თუ ადამიანს არ შეუძლია ადგომა, სუნთქვის გასაადვილებლად უცილებელია წოლითი მდგომარეობების შეცვლა ბალიშების დახმარებით:

- წოლითი მდგომარეობა ზედა ტანის წამოწევით;
- გვერდზე წოლითი მდგომარეობა;
- ნახევარმთვარისებური წოლითი მგდომარეობა;
- A,T, V წოლითი მდგომარეობა;

სუნთქვის გასააქტიურებელი ვარჯიშები:

- ღრმად ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვა;
- წინააღმდეგობის გადალახვა (წყლიან ჭურჭელში მილით ჩაბერვა).
- ჩასუნთქვით წინააღმდეგობის გადალახვა არ შეიძლება ფილტვის ემფიზემის დროს.
- მოთხოვნა ,,ჩაისუნთქეთ ღრმად'', იშვიათად იძლევა სასურველ შედეგს. ღრმად ჩასუნთქვას სწავლა სჭირდება. ვისაც ღრმად და სწორად სუნთქვა შეუძლია

ფილტვების ანთების საშიშროება ნაკლებად ემუქრებათ. იგულისხმება, რომ აუცილებელია პაციენტის მზადყოფნა გარკვეული თანამშრომლობისათვის.

- გარდა ფილტვების ცუდი ვენტილაციისა, პნევმონიის რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ძნელად ხსნადი სეკრეტები ან ამოხველების გაძნელება. ამ დროს კარგად მოქმედებს ჰაერის დატენიანება ოთახში, ინჰალაცია და ექიმის მიერ რეკომენდირებული მედიკამენტოზური თერაპია. ეს ღონისძიებები სრულყოფილებას იძენს სხვადასხვა გარეგანი ზემოქმედებისა და რიტმული შეზელვის დამატებით. მაგალითად ზურგის ლავანდის ზეთით შეზელვა. ლავანდის ზეთიანი თბილი საფენის გამოყენება გულმკერდზე.

ფილტვი არის რიტმული სისტემის ორგანო, რომელიც პირველ რიგში ზიანდება პნევმონიისას. ისევე, როგორც ნერვულ-მგრძნობელობითი სისტემა წარმოადგენს ცნობიერი აღქმისა და წარმოდგენის საფუძველს, ასევე რიტმული სისტემა არის გრძნობის საფუძველი. პნევმონიის პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარებისას ეს გარემოება უნდა იყოს გათვალისწინებული.

მხოლოდ მექანიკურად შესრულებული სუნთქვითი ვარჯიშები ვერ ახდენს ვერც ფილტვების ვენტილაციასა და სეკრეტის გამოყოფას, და ვერც პროფილაქტიკისათვის აუცილებელ წონასწორობას - ამოსუნთქვით და ჩასუნთქვით სამშვინველსა და გარე სამყაროს შორის სწორი ურთიერთობის დამყარებაში დახმარებას. მეტყველება ან სიმღერა, როგორც სამშვინველის გამოვლენის საშუალება, არსებობს სუნთქვის ნაკადში და ამიტომ არის სრულიად შესასტყვისი საშუალება სუნთქვის გასაღრმავებლად და რიტმში ჩასასმელად. ისინი ქმნის კავშირს სუნთქვის ფიზიკურ პროცესთან. ფიზიკურზე ორიენტირებული ყველა ღონისძიების დროს ეს თვალსაზრისი მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული. მოთხოვნა ,,ჩაისუნთქეთ ერთხელ ღრმად'', იშვიათად იძლევა საწადელ შედეგს. ღრმად ჩასუნთქვას სწავლა სჭირდება. ვისაც ღრმად, სწორად სუნთქვა შეუძლია, მას, როგორც წესი, ფილტვების ანთების საშიშროება არც ემუქრება.

ხმოვნის ინტონირება, წამღერება, ან მოგვიანებით ხმოვანთა მთელი რიგის ა-ე- ი-ო-უ -ს პაციენტისთვის გარკვეულ ბგერით სიმაღლეზე მისადაგება, არის სავარჯიშო, რომელიც პაციენტს აძლევს შესაძლებლობას უშუალოდ აღიქვას საკუთარი სუნთქვის ნაკადის ძალა და სიღრმე. ამ სავარჯიშოს დროს დაბრკოლება შედარებით დაბალია, სხვაგვარად ხდება სიმღერის დროს, რომლის დროსაც პაციენტებისა და მომვლელების მიერ მნიშვნელოვანი ბარიერების გადალახვაა საჭირო. ხმოვნების სავარჯიშოები არის პირველი ნაბიჯი ამ მიმართულებით. თუკი მოხერხდება პაციენტთან ერთად პატარა სიმღერის შესრულება, ამით მოვიპოვებთ ფილტვების ანთების ეფექტური პროფილაქტიკისათვის საუკეთესო საშუალებას

ზემოთქმული ღონისძიებანი გულისხმობს პაციენტის მზაობას გარკევული თანა-მშრომლობისათვის. მაგრამ, როგორ შეიძლება მოვიქცეთ ძილმორეულ ან ცნობი-

ერებადაბინდულ პაციენტებთან სუნთქვის გასაღრმავებლად? ამ შემთხვევაში რეკო-მენდირებულია შემდეგი სახის მოქმედება:

უპირველეს ყოვლისა, პაციენტს წელს ზემოთ ოდნავ წამოწეულს ვაწვენთ, შემდეგ მომვლელი თავის თბილ ხელს ადებს პაციენტს ჭიპის არეზე. შემდეგ იგი ამსუბუქებს ხელს პაციენტის ჩასუნთქვის მომენტში, ისე რომ მას მთლიანად არ მოაცილებს მუცლის ზედაპირს. ამოსუნთქვის მომენტში ხელი ისევ დაეშვება დაბლა. ხელის აწევა- დაწევა პირველ ხანებში, ხორციელდება პაციენტის მიერ მოწოდებულ რიტმში, ამასთან, ჩამოშვების პროცესში ხელი ახდენს ოდნავ მატებად ზეწოლას მუცელზე, უმეტეს შემთხვევაში, რამდენიმე ჩასუნთვა-ამო-სუნთქვის შემდეგ იწყება მუცლისმიერი სუნთქვა. მუცლის ზედაპირის აწევა-დაშვებით ჩასუნთქვა-ამოსუნთქვის დროს. სუნთქვის ნაკადი მშვიდდება და ღრმავდება. ამჯერად, აღარ ხდება ამოსუნთქვის დროს განხორციელებული მსუბუქი ზეწოლა და ხელი აბსოლუტურად პასიურად თანყვება მუცლის მოძრაობას.

პროცედურა გრძელდება მანამ, სანამ პაციენტი შეძლებს მომვლელის ხელის დახმარების გარეშე სუნთქვის სტიმულირებული რიტმის გაგრძელებას. თუ ვერ მოხერხდება ამ გზით სუნთქვის გაღრმავება, ან თუ პაციენტი თავის მკერდისმიერ სუნთქვას შეინარჩუნებს, მაშინ შეიძლება პროცედურა გაგრძელდეს ნეკნების მიდამოში იმავე სახის მსუბუქი ზეწოლით. როგორც საქანელა უმაღლესი წერტილიდან ქვემოთ ეშვება, ასევე მომვლელიც თან მიყვება პაციენტის სუნთქვის რიტმს და აძლიერებს მას.

ფილტვების ცუდი ვენტილაციის გარდა პნევმონიის რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ძნელად ხსნადი სეკრეტები ან კიდევ ამოხველების გაძნელება. ოთახის ჰაერის დატენიანება, ინჰალაცია და ამოხველების ეფექტური ტექნიკის დაუფლება არის ამ დროს მოვლისთვის ყველაზე გამოსადეგი პროფილაქტიკური საშუალებები. თუ საჭიროა, ამას ერთვის ექიმის მიერ რეკომენდირებული ამოსახველებელი და ტკივილგამაყუჩებელი თერაპია.

ეს ღონისძიებანი სრულყოფილებას იძენს ზოგიერთი გარეგანი ზემოქმედებისა და რიტმული შეზელვის დამატებით.

სუნთქვის სიღრმესა და სეკრეციის გამოყოფაზე რიტმული შეზელვის სასიკეთო ზემოქმედების შესახებ უკვე იყო საუბარი. შეზელვის დროს გამოყენებული ზეთის გამათბობელი და გამხსნელი მოქმედების გასაძლიერებლად მიზანშეწონილია ლავანდულის ზეთიანი მკერდის საფენების გამოყენება:
ამ დროს ლავანდულის ზეთიანი ბამბის ქსოვილის საფენი, ორ სათბურას შორის გამთბარი, ზურგზე ან მკერდზე ეფინება. მასზე ზემოდან იდება რაიმე გაცილებით დიდი თავიდანვე მომზადებული და ასევე გამთბარი ბამბის სქელი ნაჭერი და მთლიანად შემოეკვრება (ძალიან მჭიდროდ არა!) მკერდის ღრუს გარშემო შალის ნაჭერი.

ნახვევი შეიძლება რამდენიმე საათით, სულ მცირე 30 წუთით, იქნეს დატოვებული . ხანგრძლივი ზომიერი სითბო და ეთერზეთის სასიამოვნო სუნი მოქმედებს შვებისმომგვრელად, დაძაბულობის მომხსნელად, ნახველის გამომყოფად და ამსუბუქებს მშრალ, მწვავე ხველას.

ბრონქიტის შემთხვევაში, სუნთქვის გასაღრმავებლად და სეკრეტის გამოსაყოფად შეიძლება გამოყენებულ იქნეს მკერდის მდოგვიანი ან ჯანჯაფილის სახვევი, თუ ავადმყოფს სისხლის მიმოქცევის პრობლემა არ აქვს და მოძრავია . ავთვისებიანი (მალიგნური) პლევრიტის დროს მიზანშეწონილია პაციენტებთან მკერდის რძიანი და ხაჭოიანი სახვევის გამოყენება. ფილტვის ემფიზემით დაავადებულ ავადმყოფების მოვლის დროს კი ზურგის შეზელვა სუფრის კრისტალური მარილით ან ქვამარილის მალამოთი (ველედა). დასახელებული ყველა პროცედურა კარგი მაგალითია იმისა, თუ როგორ შეიძლება ფილტვების დაავადებებისას, ექიმთან თანამშრომლობით, გამოჯანმრთელების პროცესის დასაჩქარებლად გარეგანი ზემოქმედების საშუალებების ეფექტური გამოყენება.

ეთერულ ზეთებს აქვს ინტენსიური, სპეციფიკური სურნელი. ისინი ასტიმულირებს სუნთქვას და სისხლის მიმოქცევას და იწვევს სეკრეტის გამოყოფას. ამის გამო ისინი განსაკუთრებით გამოსადეგია ფილტვების ანთების პროფილაქტიკისათვის. ვინაიდან ეთერული ზეთების სუნი ზოგჯერ დამამძიმებლად განიცდება, გამოყენებულ უნდა იქნეს ზეთისხილის ან მიწის თხილის ზეთთან ნარევის სახით.

ფილტვების ანთების პროფილაქტიკის მიზნით, უპირატესად განიხილება მცენარეები, რომლებსაც ზეთი ფოთლებში აქვთ კონცენტრირებული, რადგან მცენარის ეს სფერო შეესაბამება ადამიანში რიტმულ სისტემას. ეს განსაკუთრებით ეხება ტუჩოსან მცენარეთა წარმომადგენლებს. ჯვარედინად განლაგებული ფოთლების მკვეთრად რიტმული განაწილება ხაზს უსვამს ამ ორგანოთა დომინანტობას ფესვებსა და ყავივილებზე. მაგალითად ლავანდული, პიტნა, სალბი და ბეგქონდარა მიეკუთვნება მცენარეთა ამ ოჯახს და გამოცდილი საშუალებებია გასათბობად და სეკრეციის გასააქტიურებლად. ეს ნივთიერებანი, 10%-იანი ზეთის სახით, გამოდგება შესაზელად და ასევე ზეთიანი სახვევებისათვის.

კითხვები:

1. როდის ყალიბდება პნევმონია, როგორც გართულება?
2. ჩამოთვალეთ პნევმონიის დროს მოვლითი ღონისძიებები?
3. რომელია სუნთქვის გასააქტიურებელი ვარჯიშები?

თრომბოზის პროფილაქტიკა

ზემოთ დასახელებულ დაავადებათაგან თრომბის წარმოქმნის რისკის შეფასება ყველაზე რთულია. ცვლილებები კანზე, როგორც ერთ-ერთ ორგანოზე, რომელიც მთლიანად გარე სამყაროზეა ორიენტირებული, შეიძლება შედარებით ადრე და დიდი დიაგნოსტიკური მატერიალური დანახარჯების გარეშე დადგინდეს. ასევე ცვლილებები სასუნთქ სისტემაში ზუსტი დაკვირვების შემთხვევაში შეიძლება ადრიდანვე იქნეს შემჩნეული. ამის საპირისპიროდ, პროცესები სისხლძარღვთა სისტემაში უშუალო დაკვირვებისთვის მიუწვდომელია. ეს გარემოება აიხსნება იმ ვითარებით, რომ ჩვენთვის შეუძლებელია ნივთიერებათა ცვლის პროცესების აღქმა. მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა დარღვევები გამოვლინდება ტკივილების ან ფუნქციონალური დარღვევების სახით, ჩვენ ვაცნობიერებთ ნივთიერებათა ცვლის პროცესებს.

ეს იმას ნიშნავს, რომ თრომბის პროფილაქტიკის დასადგენად უშუალო დაკვირვებებს ვერ მივმართავთ, არამედ ძირითადად, დამოკიდებული ვართ იმაზე, რომ რისკის ჯგუფის საფრთხე ემპირიულად დავადგინოთ. ამას ხშირად შედეგად ის მოჰყვება, რომ პროფილაქტიკური ღონისძიებანი, მაგალითად: ჰეპარინიზაცია, ანტითრომბოზული წინდები, როგორც სქემით განსაზღვრული დანიშნულება, გამოიყენება რისკის ჯგუფის ავადმყოფებში.

ასეთი მოქმედება, საფუძვლიანი ალტერნატივის არ არსებობის გამო, შეუძლებელია გაკრიტიკდეს. თუმცა სრულფასოვანი მოვლისათვის ადექვატური იქნებოდა პროფილაქტიკური ღონისძიებანი განცალკევებით მხოლოდ რისკ-ფაქტორებზე მიმართული კი არა, არამედ პაციენტის მთლიან მდგომარეობასთან კავშირში ყოფილიყო.

არსებითი, თვითონ მოვლის მიერ გატარებული თრომბის გაჩენის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებებია, მოძრაობების აქტიური და პასიური ვარჯიშები, დაზიანების საშიშროების ქვეშ მყოფი კიდურების - უფრო ხშირად ფეხების - აწეულ მდგომარეობაში მოთავსება და კომპრესიული საშუალებების, ელასტიური წინდების, ან შეხვევის სახით. ამ ღონისძიებათა მიზანია ვენური ნაკადის გაუმჯობესება ,,კუნთების ტუმბოს'' აქტივიზირების, ვენების სარქველების განტვირთვისა და ფეხის ვენების დიამეტრის შემცირების გზით. მაშასადამე, არსებითი არის მექანიკური ღონისძიებანი, რომელიც საფუძვლად ედება პროფილაქტიკას.

თუ ჩვენ თრომბიან ავადმყოფებს უფრო ზუსტად დავაკვირდებით, შევამჩნევთ, რომ თითქოს კიდურები მთლიანად მათ არ ეკუთვნით. ისინი ან გახევებული და მკვრივია (მაგ., დიაბეტით დაავადებულებთან კუნთების დამოკლების ან სპაზმური დამბლის დროს), ან კიდევ ფორმა-დაკარგული და გასივებულია და ყოველგვარ ტონუსს მოკლებული, მაგ. გაგანიერებული ვენების, გულის ინსულტის ან მსუბუქი დამბლების დროს.

პროფილაქტიკისათვის კარგია ყველა ის ღონისძიება, რომელსაც შედეგად კიდურების გააქტიურება მოჰყვება. ეს კი ძირითადად მობილიზაციის დროს ხდება. პაციენტი, რომელიც თავის ხელ-ფეხს აქტიურად იყენებს, საკუთარი სხეულის გაუცხოებულ ნაწილს კვლავ თავისად მიიჩნევს. რაც უფრო აქტიურად, ე.ი. შინაგანი ჩართულობით აკეთებს ამას, იგი მით უფრო გამსჭვალავს საკუთარ სხეულს. მექანიკურად შესრულებული ვარჯიშები ნაკლებ ეფექტურია, ვიდრე ცნობიერად, გულდასმით შესრულებული მოძრაობები. გადაჭარბებული ფორმა და უძრაობა უარყოფით შედეგს იძლევა, ასევე რიტმული შეზელვისას რისკის ჯგუფის ავადმყოფებში, როგორც ინერტულობისა და ტონუსის დაკარგვის ტენდენცია. მაშასადამე, რიტმული შეზელვის დროს არ ხდება, როგორც შეიძლებოდა მოსალოდნელი ყოფილიყო, სისხლის გულის მიმართულებით ,,გადატყორცნა'', არამედ - უფრო მეტად, ტონუსის გათანაბრება და სისხლის რიტმული დინების სტიმულირება. ამ გზით, რიტმული შეზელვა იწვევს კიდურებისა და მთელი ორგანიზმის გამოცოცხლებას.

ხმელთაშუა ზღვის ტუჩოსანთა ოჯახის წარმომადგენელი მცენარეები გამოირჩევა სითბოს ელემენტისადმი განსაკუთრებული მიმართებით. ამის გარდა, მისი ცალკეული წარმომადგენელი ავლენს ასევე სხვადასხვაგვარ თერაპიულ ზემოქმედებას. ლავანდული მოქმედებს დამამშვიდებლად, სალბი და ბეგქონდარა სეკრეციის გამაძლიერებლად, როზმარინს აქვს ნივთიერე-ბათა ცვლის მასტიმულირებელი და გამომაცოცხლებელი თვისება. ამიტომ იგი უპირატესად გამყარებათა სამკურნალოდ შეიძლება იქნეს გამოყენებული. ვინაიდან თრომბოზებისადმი მიდრეკილება მაშინ იჩენს თავს, როცა ნერვულ-მგრძნობელობით სისტემაზე მოქმედი ფორმადქმნადი პროცესები არ განიცდის ნივთიერებათა ცვლის გამაწონასწორებელ ქმედებას, ამიტომ როზმარინი არის შესატყვისი საშუალება ნივთიერებათა ცვლის სტიმულირებისათვის.

თუ თრომბოზებისადმი მიდრეკილება გამოხატულია ვენების ვარიკოზული გაგანიერების სახით, მაშინ მიზანშეწონილია ფეხების კვრინჩხის ლოსიონით შეზელვა . მასში გამოყენებული ნივთიერებანი აძლიერებს შემაერთებელ ქსოვილს და მიჩნეულია ასევე ორსულობის დროს მოვლის განსაკუთრებით კარგ საშუალებად.

შესაძლო ფაქტორები და მიზეზები თრომბის წარმოსაქმნელად:

- სისხძარღვთა კედლის გადაგვარებები;
- სისხლის ნაკადის შენელება;
- სისხლის შედედების უნარის გაზრდა;
- სხვადასხვა ფაქტორები (ხანდაზმულობა, სიმსუქნე, სხივური თერაპია და სხვა)

პროფილაქტიკური ღონისძიებებია:

- მობილიზაცია;
- აქტიური და პასიური ვარჯიშები;

- კიდურების სიმაღლეზე მოთავსება;
- კონტრასტული შხაპი და აბაზანა;
- ანტითრომბოზული წინდების ჩაცმა ან ნახვევის გაკეთება;
- ორგანიზმის საჭირო რაოდენობით სითხით დატვირთვა;
- მედიკამენტოზური დახმარება;
- შეძლებისდაგვარად წონაში დაკლება;
- ჯანმრთელი და დაბალანსებული კვება.

კითხვები:
1. რა უნდა გაკეთდეს თრომბოზოს პროფილაქტიკისთვის?
2. რა სუბსტანციები გამოიყენება თრომბოზის დროს?
3. ჩამოთვალეთ თრომბის წარმოქმნის მიზეზები?
4. ჩამოთვალეთ პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

კონტრაქტურის - სახსრის გაშეშების პროფილაქტიკა

ადამიანი აქტიური ცხოვრების განმავლობაში მიჩვეულია მოძრაობას, როგორც კი მოძრაობა იზღუდება მწვავე ან ქრონიკული დაავადებების გამო, იქმნება კონტრაქტურის საშიშროება.

კონტრაქტურა ეწოდება სახსრების ფუნქციურ და მოძრაობით შეზღუდვას, რომელიც შეიძლება გამოწვეული იქნას: კუნთების, მყესების და იოგების დამოკლებით და/ან სახსრის ბუდის შეჭმუხვნით და/ან სახსრის ზედაპირების შეზრდით.

საბოლოოდ კონტრაქტურას შეუძლია სახსარი სრულ უმოძრაობამდე მიიყვანოს.

სიმპტომები

კონტრაქტურისათვის დამახასიათებელი ტიპიური სიმპტომებია:

- იძულებითი მდგომარეობა;
- მოძრაობის მტკივნეული შეზღუდვა;
- მოძრაობის არაჰარმონიული თანმიმდევრობა;
- შეზღუდული პასიური მოძრაობა.

გამომწვევი მიზეზები და რისკის ფაქტორები შეიძლება მომდინარეობდეს:

- სახსროვანი დაავადებების დროს: სახსრის ანთება, სახსრის დაზიანება;
- საყრდენ მამოძრავებელი აპარატის, მაგ;კუნთების დაავადებები, მყესების, იოგების, კუნთების, სასახსრე ბუდის დაზიანება, ხანგრძლივად უმოძრაო მდგომარეობაში სახსრის მოთავსება (თაბაშირი ან არტაშანი);
- სხვადასხვა დაავადებებისაგან, რომელთაც თან ახლავს: ტკივილები, უმოძრაობა,არაცნობიერი მდგომარეობა;
- დაზიანებებიდან (პერიფერიული ან ცენტრალური ნერვების ფუნქციის დარღვევა): ინსულტი, თავის ტვინის დაზიანება დამბლა;
- დამწვრობიდან და სახსრის სიახლოვეს ოპერაციული ჭრილობიდან, რადგანაც: ნაწიბურს აქვს შეჭმუხვნის ტენდენცია, დაზიანებულ ადგილზე კანს არ შეუძლია შესაბამისად გაჭიმვა
- ცუდი წოლითი მდგომარეობისაგან

პაციენტები, რომელთაც აქვთ საყრდენ მამოძრავებელ აპარატში დაზიანებები და ზემოთ ჩამოთვლილი დაავადებები/შეზღუდვები, წარმოადგენენ რისკის ჯგუფს კონტრაქტურის განვითარებისათვის.

იმის განსაზღვრის შემდეგ, რომ სახსარში ფუნქციური და მოძრაობითი შეზღუდვაა სახეზე, ხდება კონტრაქტურის ფორმების განსხვავება:

მოხრითი,
გაშლითი,
აბდუქციური,
ადდუქციური კონტრაქტურა.

ადამიანებს, რომლებიც, ხანგრძლივად ნახევრად მჯდომარე პოზიციაში არიან, შეიძლება მენჯისა და მუხლის სახსრების მოხრითი კონტრაქტურა განუვითარდეთ. ხშირად ვხვდებით ფეხის წვერის კონტრაქტურას. ამ დროს ტერფის ზედა ნაწილი ძირისაკენ იხრება.

მოვლითი ღონისძიებები კონტრაქტურის პროფილაქტიკისათვის:

- ზოგადი მობილიზაცია (ამოძრავება)

მობილიზაციის ყოველ სახეს მივყავართ ცალკეული სახსრების მოძრაობამდე.

თუკი კონტრაქტურის განვითარების საშიშროება არსებობს, რისკის ქვეშ მყოფი სახსარი ან თითოეული სახსარი, სულ ცოტა დღეში ორჯერ ყველა თავისუფლად მოძრავ კუთხემდე ვამოძრაოთ.ეს შეიძლება აქტიურად, აქტიური დახმარებით ან პასიურად შევასრულოთ.

- წოლითი მდგომარეობები

თუკი აქტიური მოძრაობითი ვარჯიშები მხოლოდ ნაწილობრივ, შეზღუდულად ან სრულიად შეუძლებელია, მაშინ პროფილაქტიკური წოლითი მდგომარეობები პასიური ვარჯიშების პარალელურად განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს.

- მოხრილ და გაშლილ მდგომარეობაში სახსრის მონაცვლეობითი მოთავსება ხდება სულ ცოტა 2 საათში ერთხელ (მაგ. ბობათის წოლითი მდგომარეობა).
- მდგომარეობის შეცვლისას რისკის ქვეშ მყოფი სახსრები მათი ფიზიოლოგიური შესაძლებლობების გათვალისწინებით 2 -3 ჯერ უნდა ავამოძრაოთ (მოვხაროთ და გავშალოთ). ამგვარად ხდება პროფილაქტიკური შესაძლებლობების ოპტიმალური გამოყენება.

- ყოველდღიურ მოვლაში მოიაზრება პროფილაქტიკური ღონისძიებები სხეულის მოვლის, ჩაცმა - გახდის, ადგომისა და სიარულის დროს.

რეგულარულად შეუცვალეთ სახსრებს მდებარეობა, პოზიციის უმნიშვნელო ცვლილებაც კი იცავს სახსრებს გაშეშებისაგან.

კითხვები:

1. რა არის სახსრის კონტრაქტურა?
2. ჩამოთვალეთ კონტრაქტურისათვის დამახასიათებელი სიმპტომები.
3. რა არის კონტრაქტურის მიზეზები?
4. აღწერეთ პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

პირის ღრუს სოკოვანი დაავადება

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

რისკ–ფაქტორები პაროტიტისა (ყბაყურა ჯირკვლის ანთება) და სოკოვანი დაავადებების წარმოქმნისათვის:

- მძიმე დაავადებების დროს;
- დიდი ოპერაციების შემდეგ;
- ანტიბიოტიკებით, ციტოსტატიკებით, კორტიკოიდებით მკურნალობისას;
- ზონდით კვების დროს;
- მაღალი სიცხის დროს.

პირის ღრუს სოკოვანი დაავადებების დამახასიათებელი სიმპტომებია შეწითლება და თეთრი ნადები ენასა და ლოყის შიგნითა ზედაპირზე, რომელიც ადვილად არ სცილდება.

პროფილაქტიკური ღონისძიებები:

- მაქსიმალურად ვეცადოთ აქტიურად ჩავრთოთ ადამიანი კვების პროცესში;
- თუ შეუძლია, რაიმე მაგარი საკვები ვაღეჭვინოთ (მაგ. ხილის ჩირი;)
- მივაწოდოთ საჭირო რაოდენობის სითხე;
- ყოველი კვების წინ უნდა მოხდეს პირის ღრუს ლორწოვანი გარსისათვის განკუთვნილი სითხის გამოვლება;
- ყოველი ჭამის შემდეგ კბილებისა და მთელი პირის ღრუს ძირეულად დასუფთავება, საკვების ნარჩენებისაგან გასათავისუფლებლად, თითზე დახვეული დოლბანდით ან ტამპონიანი შპადელით;
- დღეში ერთხელ პირის ღრუს საფუძვლიანი დათვალიერება.

გართულებების თავიდან ასაცილებლად პირის ღრუ უნდა დამუშავდეს:

- ლიმონიანი ხსნარით –– ჯირკვლებიდან სეკრეტის გამოყოფის გასააქტიურებლად და გემოს გასაუმჯობესებლად (1 ჩაის კოვზი ლიმონის წვენი 1 ჭიქა წყალზე;

- სალბის ნაყენით –– სადეზინფექციოდ და სისხლის მიმოქცევის გასააქტიურებლად (1 სუფრის კოვზ გამხმარ ფოთლებს დავასხათ 1 ჭიქა მდუღარე წყალი);

- გვირილის ნაყენით –– ანთებითი კერების ჩასაქრობად (1 ჩაის კოვზს გამხმარ ყვავილებს დავასხათ 1 ჭიქა მდუღარე წყალი).
  მნიშვნელოვანია ენაზე გაჩენილი ნადების მოცილება იგივე ნაყენების გამოყენებით.

კითხვები:

1. რა დროს შეიძლება წარმოიშვას სოკოვანი დაავადება?
2. ჩამოთვალეთ სოკოვანი დაავადების სიმპტომები.
3. ჩამოთვალეთ სოკოვანი დაავადების პროფილაქტიკური ღონისძიებები.
4. რით უნდა დამუშავდეს პირის ღრუ გართულებების თავიდან აცილების მიზნით?

შეკრულობა - ობსტიპაცია - ყაბზობა - კუჭის ხანგრძლივი (2 დღეზე მეტხანს) უმოქმედობა ანდა ყოველდღიური მოქმედების გაძნელება (ნაწლავების დაცლის დაუკმაყოფილებლობის გრძნობა).

რომელ პაციენტებთან უნდა მოველოდოთ ყაბზობას:

- ჩვეულ შეკრულობისკენ მიდრეკილებას;
- მოძრაობის უცბად შეზღუდვის შემდეგ;
- სითხის მიღების შეზღუდვის შემდეგ;
- შლაკებით ღარიბი დიეტისას;
- სიცხიანებთან;
- ფსიქიური დაავადებებისას -განსაკუთრებით დეპრესიისას;
- ფეხმძიმეებთან.

იმ პაციენთებთან, რომლებსაც აქვთ გულის ინფარქტი და ემბოლიის საშიშროება დამძაბავი ჭინთვა თავიდან უნდა ავაცილოთ.

განავალზე დაკვირვებისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს განავლის კონსისტენციაზე (იხ.განავალზე დაკვირვება და საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები)

კითხვები:

1. ჩამოთვალეთ შეკრულობის სინონიმები.
2. რომელ პაციენტებთან უნდა მოველოდოთ ყაბზობას?

ცისტიტი შარდის ბუშტის კედლის ინფექციურ-ანთებითი პროცესია, თუმცა შარდის გამომყოფ გზებს ისეთი ანატომიური წყობა აქვს, რომ როდესაც ცისტიტზე ვლაპარაკობთ, შარდის ბუშტის ანთებასთან ერთად შარდსადინარის ანთება - ურეთრიტიც იგულისხმება. ცისტიტი შეიძლება იყოს როგორც ბაქტერიული, ისე არაბაქტერიული (ინტერსტიციული) წარმოშობის.

საკმაოდ ხშირად გამოვლენადი პათოლოგიაა ქალებთან ბავშვობის და მოზარდობის ასაკიდანვე. შესაძლოა იყოს ბაქტერიულიც და ვირუსული ინფექციის თანმხლებიც. მაპროვოცირებელი ფაქტორია ცივი ამინდი, ფსიქიური სტრესი, ალერგია, მენსტრუაცია, ასევე უროლოგიური მანიპულაციები და გამოკვლევები.

ცისტიტის განვითარების განსაკუთრებული საშიშროება იქმნება - შარდის ბუშტისჩამკეტი კუნთების სპაზმისას:

- უროლოგიური ოპერაციის შემდეგ;
- სითხის შეზღუდული მირებისას;
- ფეხმძომეებთან;
- დიაბეტიკებთან;
- შარდის შეულავებლობისას (ინკონტინენციისას);
- კათეტერიზაციისას;
- დასისტებულებთან;
- თირკმლის დაავადებებისას.

ძირითდი სიმპტომია - წვა შარდვისას ან შემდეგ, შარდის ბუშტის დაუცლელობის შეგრძნება, ხშირი შარდვა, ტემპერატურის მომატება, ყრუ ტკივილი.

კითხვები:

1.რა ვითარდება ცისტიტის დროს?

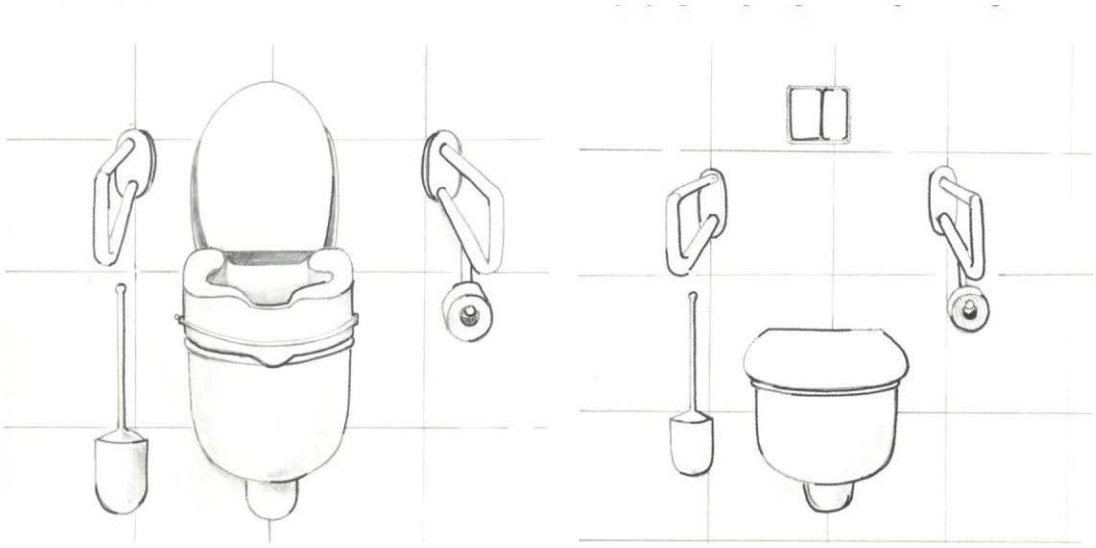
2.როდის იქმნება ცისტიტის განვითარების განსაკუთრებული საშიშროება?

დაცემის პროფილაქტიკა

არსებობენ ადამიანები, რომლებიც განსაკუთრებულ ზრუნვას საჭიროებენ. ასეთ ადამიანებთან დაცემის საშიშროება რეალური საფრთხეა. მათ რიგს მიეკუთვნებიან: ხანდაზმულები, თავის ტვინში სისხლის მიმოქცების დარღვევის მქონენი, ადამინები, რომლებსაც აქვთ კონცენტრაციისა და ყურადღების დეფიციტი, შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირები, სხვადასხვა მიზეზით დაუძლურებულები(სტრესი, ფიზიკური გადაღლა, ხანგრძლივი ავადმოყოფობა, ანორექსია), დემენციისა და პარკინსონიზმის დიაგნოზის მქონე პირები და ა.შ.

აუცილებელია, მათი შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, გარემო მოვაწყოთ ისე, რომ დაცემის საშიშროება მაქსიმალურად მოიხსნას. კერძოდ:

- სააბაზანოსა და ტუალეტში აუცილებელია ხელსამაგრების დამონტაჟება;

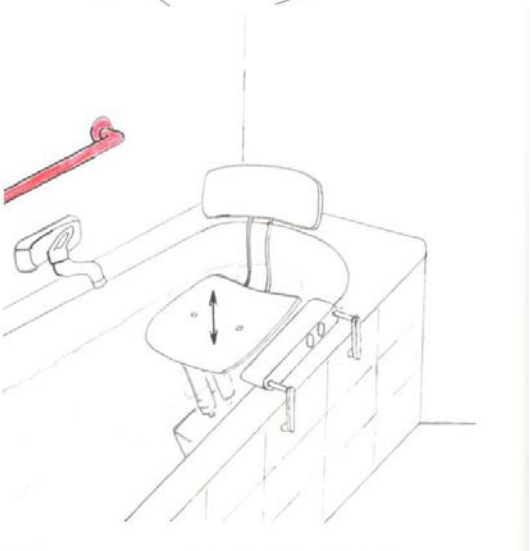


უნიტაზი უნდა იყოს მაღალი ან დაუმაგრდეს სპეციალური სადგამი და გვერდით კედლებზე ხელსამაგრები, რომ პირს გაუადვილდეს ადგომა. ხელსაბანი იმ სიმაღლეზე უნდა დამონტაჟდეს, რომ შეძლოს მჯდომარე მდგომარეობაში ხელ-პირის დაბანა. ცივი და ცხელი წყლის ონკანები დიდი ზომის და ერთმანეთისაგან დაშორებული უნდა იყოს, რათა სუსტი მხედველობის მქონე ადამიანმაც შეძლოს მათი გარჩევა. სააბაზანოში ყველა საჭირო ნივთი ადვილად მოსაწვდომი უნდა იყოს. საშხამეში წყალი პირდაპირ ტრაპში უნდა ჩაედინებოდეს. გამოიყენება ისეთი სკამი, რომელსაც მოცურების საწინააღმდეგოდ, უმაგრდება რეზინის დამცავები. აბაზანის შემთხვევაში, შიგნით იდგმება სპეციალური სკამი. სააბაზანოში შესასვლელი კარი 80-90 სმ უნდა აღემატებოდეს და სასურველია იღებოდეს გარეთ.

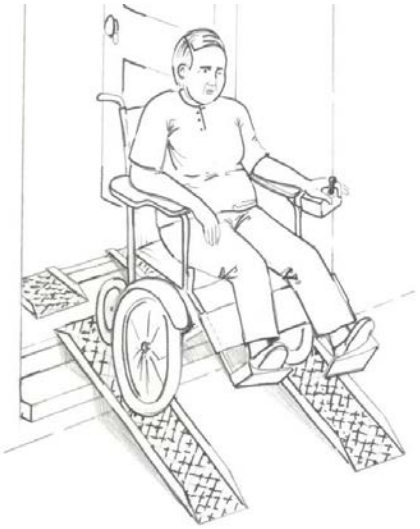






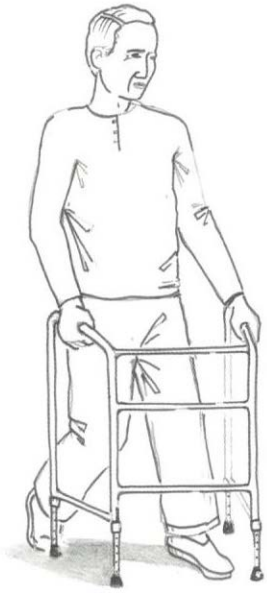


- სასურველია ბინაში არ იყოს საფენები და ხალიჩები;
- ოთახების დამაკავშირებელ კარებს არ ჰქონდეს გადასაბიჯებელი ზღურბლი, რადგან



ის მოძრაობას აბრკოლებს და ქმნის დაცემის საშიშროებას, არსებობის შემთხვევაში უნდა გაკეთდეს სპეციალური საყრდენი ზღურბლზეც და კიბეებზეც.

- უმჯობესია კაბელიანი ტელეფონი შეიცვალოს უსადენოთი;
- ოთახში არ უნდა იდგეს პატარა ზომის ავეჯი, რომელიც გადაადგილებაში ხელს შეუშლის;
- მოძრაობა შეზღუდული ადამიანისთვის მოხერხებულია სიარულის დროს ჩოჩიალას(ჭოჭინის) გამოყენება.



კითხვები:

1. რომელი ადამინები შედიან დაცემის რისკ-ჯგუფში?

2. როგორი უნდა იყოს სააბაზანო და ტუალეტი?
3. ოთახში რა კომპონენტები უნდა შეიცვალოს, რომ შემცირდეს დაცემის შანსი?

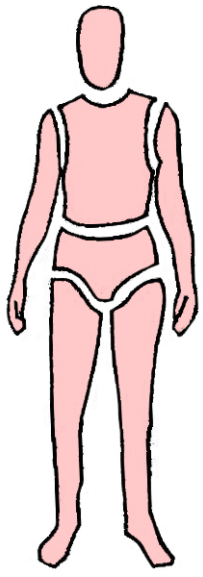
კინესთეტიკის ელემენტების გათვალისწინება მოვლაში

მოძრაობაშეზღუდული პაციენტის მოვლა და გამოძრავება შეუძლებელია კინესთეტიკის ელემენტების გათვალისწინების გარეშე.

მომვლელმა, კინესთეტიკის ელემენტების ცოდნის საფუძველზე, უნდა შეძლოს:

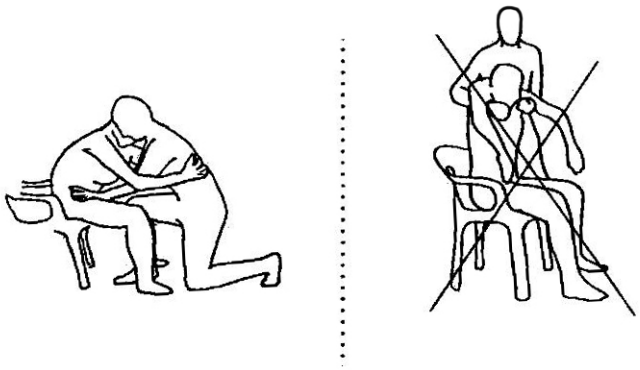
- დაიცვას საკუთარი ზურგი(ხერხემალი);
- საკუთარი და პაციენტის წონის სწორი გადანაწილება:
- შეასრულოს მსუბუქი, იოლი და უსაფრთხო მოძრაობა.

კინესთეტიკის საფუძველს წარმოადგენს თეორია მასებსა და შორისების შესახებ. ამ თეორიის მიხედვით ადამიანის სხეულზე არსებობს **შვიდი მძიმე უბანი - იგივე მასა** და **ექვსი,** მძიმე უბნებს შორის არსებული, **მოძრავი უბნები, იგივე შორისები.**



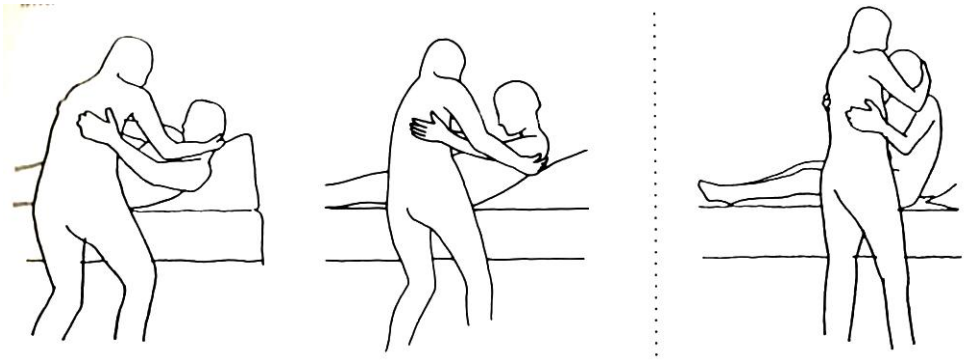
მძიმე უბნებია (მასები): თავი, გულმკერდის ყაფაზი, მენჯის მიდამო(გავა-კუდუსუნის მიდამო) და ოთხი კიდური.

მოძრავი უბნებია (შორისები): კისერი, მხრის ორი სახსარი, წელის არე, მენჯ-ბარძაყის ორი სახსარი.



თეორიის პრინციპი მდგომარეობს იმაში, რომ გამოძრავებისას ადამიანს მოვეჭიდოთ მძიმე უბნებზე(მასებზე) და თავისუფალი დავტოვოთ მოძრავი უბნები(შორისები) ანუ არ ვეხებით შორისებს, რომ არ დავბლოკოთ ისინი და პირიქით, მათ ხელი შეგვიწყონ მძიმე უბნების გამოძრავებაში. ამ მიდგომით მოსავლელი პირი გამოძრავებისას თავს გრძნობს კონფორტულად და აღარ აქვს მოძრაობის შიში. აღსანიშნავია, რომ მოსავლელ პაციენტებთან ნებისმიერი შეხება ტკივილს იწვევს და მათ არ სურთ არანაირი პროცედურის ჩატარება. რამდენადაც ამ პრინციპით განხორციელებული მოძრაობა მსუბუქია, იმდენად მოძრაობა უმტკივნეულოა. აქედან გამომდინარე, პაციენტს მოძრაობისას მოსალოდნელი ტკივილისადმი შიში უქრება.

პაცინტის წამოდგომისას, გრავიტაციის ძალის გათვალისწინებით, მოსავლელი პირის წონა გადაგვაქვს მის ტერფებზე, რომ მისმა წონამ პრობლემები არ შეუქმნას გამოძრავებისას. იგივე პრინციპი უნდა იყოს გათვალისწინებული მომვლელთან, რომ არ მოხდეს მისი ზურგის დატვირთვა.



მომვლელი მუშაობს ქვედა კიდურების სახსრებში ჩამჯდარი, სწორი ზურგით, ფრონტალურად და სიმძიმეს უნდა სწევდეს ერთ სიბრტყეში. მან უნდა უზრუნველყოს, რომ სამუშაო მაგიდის სიმაღლე იყოს შესაბამისი მის სიმაღლესთან, რომ არ მოხდეს ხერხემლის

დაზიანება, კერძოდ, იმისთვის, რომ შესაძლებელი იყოს სწორი მუშაობა, საჭიროა მისი ხელები იყოს ჩამოშვებული, გაშლილი და უნდა წვდებოდეს სამუშაო ზედაპირს.

ამრიგად, მომვლელმა უნდა გაითვალისწინოს:

- **ხერხემლის მოხრილ მდგომარეობაში დატვირთვა სახიფათოა!**
- თუ საწოლის სიმაღლის შეცვლა შეუძლებელია, მომვლელმა დატვირთვისას სწორი პოზიცია უნდა შეინარჩუნოს.
- სწორი მოქმედებით, საკუთარი წონის სწორად გადანაწილებით, მომვლელმა შეიძლება ნაკლები ფიზიკური დატვირთვით მოახერხოს მძიმე წონის ავადმყოფის მოვლა.
- თუკი ვერ ვახერხებთ ფუნქციური საწოლის ორგანიზებას, ჩვეულებრივი საწოლი უნდა ავამაღლოთ სასურველ სიმაღლემდე.
- საწოლს მიჯაჭვული ადამიანისათვის ძალიან მნიშვნელოვანია. სწორი და მოსახერხებელი წოლითი მდგომარეობა., არასწორმა წოლითმა მდგომარეობამ შეიძლება მრავალი გართულება გამოიწვიოს: ნაწოლები, სახსრის მოძრაობის შეზღუდვა, ტკივილები, ფილტვების ანთება.

კითხვები:

4. რა უნდა შეძლოს მომვლელმა, კინესთეტიკის ელემენტების ცოდნის საფუძველზე?
5. რომელი თეორია წარმოადგენს კინესთეტიკის საფუძველს?
6. რა არის მასები და შორისები?
7. რამდენი მასა და შორისი არის ადამიანის სხეულზე?
8. როგორ ვმოქმედებთ პაციენტის გამოძრავებისას?
9. რა უნდა გავითვალისწინოთ პაციენტის გამოძრავებისას?
10. რა ქმდებით იცავს მომვლელი საკუთარ თავს?

ახალშობილთა მოვლა

მშობლების სურვილი, მშობიარობის შემდეგ რაც შეიძლება მალე დატოვონ სამშობიარო სახლი, განსაკუთრებულ მოთხოვნებს უყენებს მელოგინისა და ახალშობილის მოვლას, რადგანაც რამდენიმე საათის ან დღის განმავლობაში შეუძლებელია ბავშვის მოვლის საქმეში მშობლების გათვითცნობიერება. გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს კონსულტაციებს ორსულობის ადრეულ პერიოდში და მშობიარობის შემდგომ. ამას ემატება ბებიაქალების, ექიმების, ექთნებისა დაპედიატრების რჩევა-დარიგებები.
სადღეისოდ, მომავალ მშობლებს აკლიათ ჯანსაღი ნდობა საკუთარი თავისადმი, რწმენა იმისა, რომ შეუძლიათ სწორი მიმართება ჰქონდეთ საკუთარი შვილის მოთხოვნილებებისადმი, რადგან მოკლებულნი არიან შესაძლებლობებს თვალყური ადევნონ

ბავშვის მოვლასთან დაკავშირებულ განცდებს. იმის რწმენა, რომ უნდა არსებობდეს ,,მეცნიერულად დასაბუთებული ჭეშმარიტება'', ანუ რა არის ბავშვისათვის კარგი და რა ვნებს მას, გარკვეულ სახეს აძლევს მომავალი მშობლების შეკითხვებს. ახლა უკვე ავტო-რიტეტული სოციალური ტრადიციები კი არა, არამედ სამედიცინო მეცნიერებაა, რომელსაც ენდობიან. ფართოდ გავრცელებული ეს პოზიცია საფუძველს აცლის მშობელთა საკუთარი აღქმის საფუძველზე აღმოცენებული მსჯელობის უნარს. საჭიროა მშობლებისათვის აღქმისა და განსჯის უნარის სწავლება - იმისათვის, რომ მათ საკუთარ თავში დარწმუნებულობა და სიმამაცე საკუთარ კომპეტენციად გარდაქმნან.

განასხვავებენ კონსულტაციის ოთხ ძირითად სიტუაციას:

- მშობიარობის წინ: მშობიარობისთვის მოსამზადებელი კურსები, ვარჯიში ორსულობის პერიოდში; მშობლის მოსამზადებელი კურსები (მოვლა და აღზრდა)

მშობიარობის შემდგომი პერიოდი - მელოგინეობა: ბუნებრივ კვებასთან დაკავშირებული რჩევადარიგებები, სხეულის მოვლის დემონსტრირება და ვარჯიში, ჩვილის შეხვევა, ხერხემლის სწორად ფორმირებისათვის საჭირო ვა-ჯიშები

- მელოგინეობის შემდგომი პერიოდი: მშობელთა კონსულტაციის კურსები, ხოხვის ჯგუფები, PIP ჯგუფები, ჩვილთა მასაჟი, ძუძუს წოვების ჯგუფები
- კრიზისებში ჩარევა: ნებისმიერი სახის პრობლემის დროს.

მშობიარობის წინ

მშობიარობის წინ, უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა შიშისა და დაურწმუნებლობის მოხსნა. ეს, როგორც წესი, მიიღწევა მშობიარობის ნორმალური მიმდინარეობის, მშობიარობისა და მოლოგინების შესახებ საქმიანი ინფორმაციის მიწოდების გზით. შესაძლო გართულებები ძირითადად განხილულ-განმარტებული უნდა იქნეს გამოკითხვის ან კიდევ სათანადო მონაცემების საფუძველზე. ამ დროს თვალსაჩინოდ აღწერილი მაგალითი უფრო მეტ ზემოქმედებას ახდენს, ვიდრე ვრცელი თეორიული კომენტარები. გარდა ამისა, სურათების, სიზმრებისა და ზღაპრების მოხმობა ამყარებს კავშირს აბსტრაქტულ ცოდნას და არაცნობიერ შიშებსა და იმედებს შორის.

მელოგინეობის განმავლობაში

მშობიარობის შემდგომ პერიოდში მშობლებთან თითქმის შეუძლებელია ინტელექტის გზით კონტაქტი. ისინი იმყოფებიან მშობიარიობის და ქვეყნად ახალი ადამიანის მოვლინების ძლიერი შთაბეჭდილების ქვეშ. თუმცა, პირველ საათებსა და დღეებში ყალიბდება ბავშვთან და მშობლებთან ცხოვრების, მოვლისა და ურთიერთობის ჩვევები, რომლებიც ცხოვრების მომდევნო ფაზას აძლევს სახეს. მშობლები ამ შემთხვევაში უპიტარესად სწავლობენ ბებიაქალის, მომვლელების და გამოცდილი დედების მაგალითის მეშვეობით. წარმატება

მოაქვს არა ერთჯერად დემონსტრირებას, არამედ მრავალჯერად ურთიერთჩვე-ნებას და ახსნა-განმარტებას.

მელოგინეობის შემდგომი პერიოდი

ამ პერიოდში აქ გასათვალისწინებელია აღქმის უნარის ჩამოყალიბება ბავშვების ინდივიდუალობასა და მომწიფებაზე დაკვირვების გზით. მშობელთა შიშნარევი შეკითხვა: ჩემს შვილს უკვე ესეც შეუძლია? მახასიათებელია იმ დედის ნახევრად მთვლემარე მდგომა-რეობისთვის, როცა იგი თავის შვილს განუწყვეტლივ სხვა ბავშვებს ადარებს. ჯგუფში ამ დროს ყურადღება ექცევა იმას, რომ შედარების გამომხატველი ეს მსჯელობა არ გადაიზარდოს ბავშვის სპორტით ადრეულად დატვირთვაში და არც განვითარების შეფერხების უსაფუძვლო შიშში. ამის ნაცვლად შეძენილ უნდა იქნეს პიროვნების გამოვლენის კანონზომიერებებისა და ინდივიდუალური განვითარების გზების დანახვით გაოცების უნარი და ეს, როგორც კულტურული განვითარების ფაქტორი, შეიძლება გასცდეს კიდეც ბავშვის მოვლის სფეროს.

არსებობს ექვსი სფერო, რომლებშიც მშობლები ეწევიან მომვლელის საქმიანობას ან საჭიროებენ პროფესიონალ მომვლელთა დახმარებას და კონსულტაციას:

- ახალშობილისათვის სასურველი გარემო,
- ახალშობილის შემოსვა,
- სხეულის მოვლა,
- ძუძუთი – საზოგადოდ კვება,
- ურთიერთობა მშობლებსა და ბავშვს შორის,
- აღზრდა.

ახალშობილის გარემო

როცა ბავშვი დედის სხეულს ტოვებს, ის ეთხოვება სითბოს, სიწყნარესა და უწონობის სამყაროს. სიცოცხლის სიყვარულით აღსავსე გაბედულად გადაეშვება იგი სინათლის, ხმაურის, ტკივილის და არასრულფასოვნების კოსმიურ სივრცეში. იდეალურ შემთხვევაში მშობლები და მომვლელები ორ სამყაროს შორის ამ გადასვლას ისე უნდა ანხორციელებდნენ, რომ ყველა გრძნობადი შთაბეჭდილება მიესადაგებოდეს ბავშვის განვითარების საფეხურს. პირველ რიგში გვინდა ყურადღება გავამახვილოთ ახალშობილის უშუალო სასიცოცხლო გარემოზე.
მშობიარობის შემდეგ ახალშობილი პირველ საათებს დედასთან უშუალო სიახლოვეში ატარებს. მის სხეულზე ან მის გვერდით ისვენებს და ისუნთქავს მის სურნელს, გრძნობს მის სითბოს, ესმის მისი გულისძგერა და ხმა. მკვეთრი სინათლისაგან დასაცავად ოთახი დაბურულია, გარკვეული დროის შემდეგ იგი გადაჰყავთ საკუთარ საწოლში. საწოლზე დაფენილია მკვრივი ნალი, რომელზეც გადაფარებულია შალის ნაჭერი.

შალის საფენი ქმნის იდეალურ კლიმატს. შალი ათბობს, ანეიტრალებს ცუდ სუნს, და შთანთქავს სინესტეს და თავად მოსინჯვისას, სველი არ არის. საწოლის შიდა სივრცე ბავშვს

უნდა აძლევდეს საშუალებას, რომ მან ხელები თავისუფლად გაშალოს. თავი და ფეხები დაცილებული უნდა იყოს საწოლის კიდეს ერთი მტკაველით მაინც. უფრო დიდი საწოლების შემთხვევაში ხორბლის, ბზის, ან ფეტვის ბალიშით ან შალის გადასაფარებლით უნდა გაკეთდეს პატარა ბუდე. ხორბლის ბალიში განსაკუთრებით კარგად შემოევლება თავის ფორმას. იგი შემოეჭდობა პატარა სხეულს და იწვევს ნაზ, შემომსაზღვრელ ზეწოლას, რომელიც ბავშვისათვის დედის სხეულიდან არის ნაცნობი. საწოლს ზემოდან ჩამოეფარება ატმის ყვავილისფერი აბრეშუმის გადასაფარებელი. განსაკუთრებულ განწყობას ქმნის მცენარეულ საღებავში შეღებილი ლურჯი და ვარდისფერი აბრეშუმის ნაჭრების ერთმანეთზე გადაფარება. ამ დროს ბავშვამდე იმავე ტონალობის სხივი აღწევს, როგორიც საშვილოსნოში იყო. ბამბის ან სელის ქსოვილის პატარა ნაჭერი, რომელსაც დედა თვითონ ატარებს, შეიძლება პირველ სათამაშოდ იქცეს, რომლითაც ბავშვი დედის სურნელს და სიახლოვეს გრძნობს. პირველ ხანებში თავი უნდა ავარიდოთ მოძრავ საგნებს. ისინი დაუსრულებელი მოძრაობებით სიმშვიდეს ურღვევენ ბავშვს და მიიჯაჭვავენ მის ყურადღებას.

რბილი (ნაჭრის) სათამაშო ცხოველები და ასევე სხვა სათამაშოებიც არ უნდა იყოს ახალდაბადებულის საწოლში. დედ-მამის შემჩნევა, საკუთარი სხეულის შეგრძნება, თითების თამაშის მეშვეობით, ყოველდღიური ხმაური, ხმები, ფერები, სიხარული და წუხილი, შიმშილი და წყურვილი, პირველ ხანებში, ბავშვისთვის საკმაო გამღიზიანებელი შთაბეჭდილებებია. ზოგიერთის მოსაზრება, რომ ბავშვმა შეიძლება მოიწყინოს, სრულიად უსაფუძვლოა. პირიქით, სხვადასხვა გამღიზიანებლისადმი ბავშვის შეჩვევას მომავლში მისი ყურადღების კონცენტრაციის დაკარგვა და ადვილად გაფანტვა უკავშირდება.
თვალებითა და ხელებით პირველი თამაში მხოლოდ ზურგზე ან გვერდზე წოლის დროს შეიძლება განხორციელდეს. მუცელზე წოლასთან შედარებით ზურგზე წოლა ხელს შეუწყობს თავისუფალი და დამოუკიდებელი მოძრაობის განვითარებას. იმ ჩვილებისთვის, რომლებიც დაბადების შემდეგ ხშირად აღებინებენ, პირველ დღეებში რეკომენდირებულია გვერდზე წოლა.
ტემპერატურა ჯანმრთელი ბავშვის საძინებელში შეადგენს დაახლოებით 20-24 ^{0}C. ორპირი უნდა გამოირიცხოს. თუ ბავშვის საწოლი მშობელთა საძინებელში ან საერთო ოთახში დგას, რადიო ან ტელევიზორი უნდა გამოირთოს, რადგან, ეს გამღიზიანებლები ღრმად იჭრება ბავშვის ცნობიერებაში.
საწოლთან ახლოს უნდა იყოს შესახვევები. ისიც გარსის ატმოსფეროს უნდა ქმნიდეს. აქაც სათამაშოები არ უნდა იწვევდეს ყურადღების გადართვას, საკუთრივ საქმიდან, მოვლის პროცედურიდან. კარგი შესახვევი მოწყობილობა მშობლებს გამართულად, ზურგის ზედმეტი დატვირთვის გარეშე მუშაობის საშუალებას აძლევს და ბავშვის თავისუფალი მოძრაობის საშუალებას იძლევა. თანაც მას არ ექმნება ჩამოვარდნის საშიშროება. როცა ის წამოიზრდება, რიკულებზე წამოწევას დაიწყებს და შეიძლება დაცულ გარემოში თამაშ-თამაშით ჩაცმა-გახდაში ან დაბანაში იქნეს ჩართული. მოვლისთვის საჭირო ნივთები, სახვევები და ტანსაცმელი აქედან ხელის გასაწვდენ მანძილზე უნდა იდოს.

თუ ჩვილი ღამით არ იღვიძებს, მოგვიანებით, დაახლოებით ნახევარი წლის შემდეგ, მშობლებისა და ბავშვის საძინებელი ადგილი უნდა გამოიყოს ერთმანეთისაგან. დედის

რძიდან კვების სხვა საშუალებაზე გადაყვანის (`ჭიპის მოჭრის") პროცესი თავის გამოხატულებას აგრეთვე სივრცობრივადაც პოვებს. უწყვეტ ძილს ღამის განმავლობაში შეიძლება სწორედ დედისა და ბავშვის მეტისმეტმა სიახლოვემაც შეუშალოს ხელი. ამ დროს ნამდვილ სამკურნალო საშულებად შეიძლება იქცეს მათი დროული ურთიერთდაშორება.
ბავშვის ოთახი ნაზი ფერებით უნდა იყოს მორთული, საწოლი ჯერ კიდევ ,,ცით'' უნდა იყოს დაფარული. ავეჯისა და სათამაშოების შერჩევის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს იმ ფაქტს, რომ ფორთხვის ასაკში მყოფი ბავშვის ოთახი ზედმეტი ნივთებით არ გადაიტვირთოს. საყოველთაოდ მიღებული აზრია, რომ ოთახი მაშინაა ბავშვის შესატყვისად მოწყობილი, როცა მას არაფერი ეკრძალება.
შემდგომში რაც უფრო იზრდება ახალშობილის მოძრაობის რადიუსი, სივრცესა და დროს მოკლებული საშვილოსნოს ჩაკეტილობიდან იგი გადმოდის ჩვენი სამყაროს განზომილებებში, შეგრძნების ორგანოებით ეძებს გზას სამყაროში. მათი მეშვეობით ის სწავლობს გაგებას: ჩვენ მას ამ გზას გავუკვალავთ და ვაჩვენებთ: ,,სამყარო შენდამი კეთილადაა განწყობილი, იგი კარგია!''

რჩევები სამშობიარო განყოფილების მოსაწყობად

სამშობიარო განყოფილებაში ზემოთ აღწერილი პირობების შესაქმნელად, განსაკუთრებული ძალისხმევაა საჭირო. იდეალურ შემთხვევაში მშობლებს საშუალება უნდა მიეცეს მშობიარობის შემდეგ პირველი საათები ბებიაქალის მეთვალყურეობის ქვეშ მყუდრო ოთახში დაჰყონ. ძუძუს პირველი მოწოვის შემდეგ ბავშვს შეუძლია დედის ან მამის გვერდით დაიძინოს. ბავშვის საწოლს შეიძლება აბრეშუმის ქსოვილი გადავაფაროთ. სი-ნათლე ოთახში უნდა დაიჩრდილოს, ლაპარაკი ხმადაბლა უნდა ხდებოდეს.
ხორბლის ან ფეტვის ფუჩეჩისგან დამზადებული ბალიშები გამოსაცვლელი ბალიშისპირებით ძალიან ჰიგიენურია და პალატასა და ძუძუს წოვების სპეციალურ ოთახშიც შეიძლება ყოველგვარი საფრთხის გარეშე იქნეს გამოყენებული. ცხვრის მატყლის გადასაფარებლები, ბავშვის შალისა და აბრეშუმის საცვლები მშობლებმა თვითონ უნდა მოიტანონ. როცა ბავშვი მიეჩვევა საკუთარ ტანსაცმელს, მას გაუადვილდება სამშობიარო-დან სახლის სიტუაციაში გადასვლა.

ჩვილის მომვლელის მეთვალყურეობის ქვეშ გადაცემის შესაძლებლობა ხელს უწყობს მისუსტებულ დედებს, განსაკუთრებით საკეისრო ოპერაციის შემდეგ, კარგად დაისვენონ. მამებს შეუძლიათ მშობიარობის შემდგომი პირველი საათები ან დღეები დედასთან და ბავშვთან სპეციალურ, ე.წ. ოჯახის ოთახში გაატარონ, რაც უფრო მეტ მნიშვნელობას შეიძენს მომავალში.

ტანსაცმელი - შეხვევა

ტოვებს რა საშვილოსნოს გარსს, ახალშობილი სრულიად დაუცველი ევლინება გარე სამყაროს. მხოლოდ ხაჭოსებრი საფარველი და თმის მცირედი ფენა იცავს მას სიცივისა და გამოშრობისაგან. პატარა, შიშველი არსების შემხედვარენი, მივმართავთ ტიპიურ მოვლით საქმიანობას. ჩვენ ვახვევთ მას, ვხვევთ ხელს, ვამყოფებთ სითბოში და ვცდილობთ დავიცვათ,

რადგან ბავშვის ჯერაც ჩამოუყალიბებელი სითბური ორგანიზმი მოვლასა და ზრუნვას საჭიროებს. სითბური გარსის გარეშე კი ახალშობილი მალე სრულიად გაითოშებოდა და სიცოხლისათვის საშიშ მდგომარეობაში აღმოჩნდებოდა. მას ასევე არ შეუძლია გარემოს ზედმეტი ტემპერატურისაგან თავის დაცვა. სითბოს რეგულაციის ის უნარი, რომელიც მას გააჩნია, არაა საკმარისი ადამიანის ნორმალური ტემპერატურის - 37^0 C-ის შესანარჩუ-ნებლად. ეს ტემპერატურა კი საჭიროა ორგანიზმის ოპტიმალური ზრდისა და მომწიფებისათვის. ტემპერატურის ნორმალური მდგომარეობის გამოხატულებაა თბილი ფეხები. ზედმეტი გარეგანი ტემპერატურის მაჩვენებელია თავის გაოფლიანება.

ახალშობილის ტანსაცმელი შეესაბამება აღნიშნულ პირობებს. განსაკუთრებით ესადაგება ბავშვს შალის, აბრეშუმისა და ბამბის ნატურალური ქსოვილები. თანაც ცხოველთა სამყაროდან მოპოვებული ბოჭკოები უფრო შეესატყვისება ადამიანს, ვიდრე მცენარეული. მათ შორის, ცხვრის მატყლს განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს. იგი, თავისი მიკრო-აგებულებით, ყველაზე ახლოა ადამიანის თმის სტრუქტურასთან. ნაკრეჭი მატყლის ცხიმს (ლანოლინი) ბუნებრივი შემადგენლობით აქვს სითბოს ზომიერი გარსის შექმნის თვისება: ისრუტავს ნესტს და ორთქლის სახით უერთებს მას ჰაერს. შალი მოქმედებს როგორც ზღუდე, რომელიც ტენიანობას დამატებითი სითბოს წარმოქმნის გზით გარეთ გასცემს, ხოლო გარედან მოსულ სითბოს ან სინესტეს არ ღებულობს. შალი თავისი ხარისხის შესატყვისად იღებს თავისი წონის 30-40% ტენიანობას ისე, რომ თვითონ არ სველდება. ის ახდენს ამონიაკის (შარდის დაშლის პროდუქტი), ოფლისა და ყველა სახის სუნის ნეიტრალიზებას. გარდა ამისა, მას აქვს ანტიბაქტერიული და გამაჯანსაღებელი თვისებები. ბამბა, როგორც მცენარეული ბოჭკო, ვერ იღებს ადამიანის თმის საფარველის მსგავს ფიზიოლოგიურ ფუნქციებს როგორც შალი. სამაგიეროდ ის გამოირჩევა გამძლეობით, სირბილით და სითხის შეწოვის უნარით. როგორც ხელით შეგროვებული, გადაუმუშავებელი პროდუქტი, იგი განსაკუთრებით კარგია ალერგიული და მგრძნობიარე კანის მქონე ახალშობილთათვის.

ახალშობილებისათვის უვარგისია სინთეტური ქსოვილის ტანსაცმელი, რადგან ის ან არასაკმარისად ათბობს ან სითბოსა და ნესტის არაჯანსაღ დაგროვებას – კანის ჩახუთვას უწყობს ხელს.

ტანსაცმელი:

1. ქუდი (ნატურალური შალი/აბრეშუმი);

2. პერანგი ჯვარედინი შესაკრავით (მერინოსი, ნატურალური შალი);
3. ანატომიური შესაკრავი სახვევი (ბამბა);
4. სახვევზე დასადები დაკეცილი მარლა (ბამბა);
5. სახვევზე ჩასაფენი კანის გაღიზიანების თავიდან ასაცილებლად (აბრეშუმი);
6. ფეხსაცმელი (შალი);
7. საძილე ტომარა;
8. შარვალი (შალი)

ტანსაცმლის წარმოდგენილი ჩამონათვალი ახალშობილისთვის ქმნის სრულიად საკმარის ნაკრებს. განსაკუთრებით უნდა ითქვას ქუდზე, რომელიც იცავს თავს სხეულის სხვა ნაწილებთან შედარებით, სითბოს ზედმეტი გაცემისაგან.

ახალშობილი, თუკი არ სძინავს, მთელი თავისი გრძნობის ორგანოებით გარემოშია ჩართული. ნებისმიერი გამღიზიანებელი გაცილებით ღრმა შთაბეჭდილებას ახდენს მასზე, ვიდრე

ზრდასრულზე, რომელსაც თავის დაცვა შეუძლია. ამიტომაც, ტანსაცმელი ასრულებს არა მარტო თბილი გარსის როლს, არამედ შემოსაზღვრავს კიდეც მას. ამის გამოც სასურველია თავის შემოსვა შალის, აბრეშუმის ან ბამბის ჩაჩით. ნაზი ფერის ან ბუნებრივი შეუღებავი ტანსაცმელი უკეთ იცავს ბავშვს ზედმეტი გრძნობითი შთაბეჭდილებებისგან, ვიდრე ჭრელი.
ბავშვის თვითშემოსაზღვრის უუნაროობა თავს იჩენს, პირველ რიგში, არაკოორდინირებულ მოძრაობებში. ამის გამოხატულებაა ხელებისა და ფეხების ქნევა, უნებლიე მოძრაობები, ბიძგები და დარტყმები. აქ ჩვენ შეგვიძლია ახალშობილის დახმარება, რათა ის უფრო მეტად იყოს საკუთარ თავთან და არ გაითქვიფოს გარემოში. ბავშვის სხეულის მჭიდროდ შეკვრა სახვევებითა და ნაჭრებით არის ჩვენს კულტურაში ბოლო ათწლეულებში დავიწყებული ტრადიცია, რომლის აღდგენასაც ჩვენ ძალიან ვესწრაფვით.

ახალდაბადებულის შემოსვის განსაკუთრებულობა მდგომარეობს იმაში, რომ მას სახვევებში ახვევენ. ერთჯერადი სახვევების შემოღების შემდეგ ბავშვის გახვევა ბევრი მშობლისათვის უკვე აღარაა სასაუბრო თემა, მაგრამ ის, ვინც ხელოვნური ტანსაცმლის შემოღებისადმი კრიტიკულადაა განწყობილი, ეძებს ,,ჰაერგაუმტარი სახვევის ალტერნატივას''. ზოგიერთი არგუმენტი ერთჯერადი სახვევის წინააღმდეგ:

- ერთჯერადი სახვევის დამზადება და ნაგავში გადაგდება აბინძურებს გარემოს;
- ის არ ატარებს სითბოს;
- სითხისშემწოვები წარმოადგენენ ალერგიის რისკ-ფაქტორს;
- ერთჯერადი სახვევები უფრო ძვირია, ვიდრე ქსოვილის სახვევები.

ქსოვილის სახვევების სასარგებლოდ ლაპარაკობს შემდეგი:

- ქსოვილის სახვევევბი ნაკლებად აბინძურებს გარემოს.
- ქმნის ჯანმრთელ მიკროკლიმატს ორგანიზმითვის (შეხვევის არეში)
- ნაკლებად ალერგიულია (შალის მიმართ ალერგიის შემთხვევაში შეიძლება აქტიურად მსუნთქავი ხელოვნური ბოჭკოს შარვლის გამოყენება).

სხეულის მოვლა

ახალშობილთან პირველი კონტაქტი და შეხება უკავშირდება მისი სხეულის მოვლას. დაბადებისთანავე თავისუფლდება სასუნთქი გზები. ბავშვს აწვენენ დედის მუცელზე, აჭრიან ჭიპლარს, ასუფთავებენ საშვილოსნოს წყლისა და სისხლის ნარჩენებისგან. კანს ჯერაც იცავს ხაჭოსებრი ნაცხი, რომლის მოშორება არაა მიზანშეწონილი, ამიტომაც უარს ვამბობთ დაბადების შემდეგ დაბანაზე, რომელიც ადრე გავრცელებული იყო.
სხეულის მოვლა, არსებითად, სამ მომენტს გულისხმობს:

- გასუფთავებას და ინფექციის პროფილაქტიკას;
- კანს, როგორც სხეულის საზღვარს;
- შეხებას და კონტაქტს სხეულის მოვლის დროს.

გასუფთავება და ინფექციის პროფილაქტიკა

ახალშობილის ყოველდღიური გასუფთავებისთვის საკმარისია სახის, ხელების და წელს ქვემოთ სუფთა, თბილი წყლით მობანა და ტამპონით ფრთხილად გამშრალება. კანის ნაკეცები

კისერზე და იღლიაში, ასევე ყურების უკან ყოველდღიურად ფრთხილად იწმინდება ზეთით. ასე ვიცილებთ თავიდან სინესტეს, რომელიც არის კანის დასკდომისა და ინფექციის წყარო. ნახვევის არეში განავლისა და სხვა ბლანტი წარმონაქმნის მოსაცილებლად საჭიროა სველ ჩვარზე ან სუფთა სახვევის წვერზე რამდენიმე წვეთი ზეთის დაწვეთება. როგორც წესი, ჩვილის დაბანისას არ გამოიყენება საპონი, წყალში დასველებული ბამბის ღეროთი უნდა გამოიწმინდოს ცხვირის ნესტოები. ზედმეტი ლორწოს ან ქერქოვანი წარმონაქმნის შემთხვევაში სასურველია სუფრის მარილის - ფიზიოლოგიური ხსნარი, რომლის გამოყენების შემდეგ, მიღებულია დედის რძის დაწვეთება მშრალ ლორწოვან გარსზე. ქუთუთოები თუ ეწებება, იგი უნდა გაიწმინდოს გადადუღებულ წყალში დასველებული ბამბით თვალის კიდიდან შიგნითა მიმართულე-ბით. დედის რძის წვეთი ან კალენდულას თვალის წვეთები შველის კონიუქტივიტს -თვალის გარსის ანთებას. ფუფხიანი, ცხიმოვანი ნადები თავის კანზე შეიძლება წყლით ფრთხილად მოვაშოროთ. თუ იგი სქელი და ძნელად მოსაშორებელია, ერთი ღამით უნდა დავტოვოთ საბავშვო კალენდულას ზეთი თავზე წასმული. მომდევნო დღეს ის შედარებით ადვილად მოშორდება, ხოლო რაც არ შორდება, უნდა დავტოვოთ.

კანი, როგორც სხეულის საზღვარი

ახალშობილის კანს არ აქვს მომწი-ფებული კანის დაცვითუნარიანობა. დაცვის პირველი შრე, ხაჭოსებრი ნაცხის სახით, რამდენიმე დღეში ქრება. ამ დროს კანი სიმშრალის, გაღიზიანების, ინფექციისა და ალერგიისადმი მიდრეკილი ხდება. ამიტომ, ჩვენ განსაკუთრებით მნიშვნელოვნად მიგვაჩნია მისი მოვლა.

კანის მოვლა, როგორც წესი, უკავშირდება დაბანას. კანის, ზემოთ აღწერილი დასუფთავების პროცედურა, იცავს მას შესაძლებლობის ფარგლებში. მიუხედავად ამისა, კანი ხშირად საჭიროებს დაცვას ქარისგან, სიცივისგან, მზისგან ცხიმიანი კრემის ან ზეთიანი ემულსიის საშუალებით. (ველედას კალენდულას კრემი ჩვილებისათვის ან ვალას ვარდის კრემი); კანის ნაკეცების დასკდომისაგან დაცვა კისრის, იღლიის არეში და ყურების უკან შეიძლება დამფარავი კრემით. (ველედას კალანდულას კრემი ჩვილებისათვის). ყველაზე დიდი პრობლემა არის ნახვევის არეში. ხშირად ეს დაკავშირებულია მონელების პროცესის დარღვევასთან, რომელსაც მოჰყვება კუჭის მწვავე აშლილობა და ანთება. ასევე სტრესები, დაავადებები, რომლებსაც ახლავს მაღალი სიცხე. კბილების ამოჭრა ხშირად იწვევს უკანა ტანის გაღიზიანებას, რომელიც უმეტესად დაკავშირებულია სოკოვან ინფექციასთან. აქ პროფილაქტიკისათვის მიზანშეწონილია ანთების საწინააღმდეგო მალამოს გამოყენება (ვალას კალენდულას კრემი ჩვილებისათვის). მკურნალობისათვის მიზანშეწონილია სახვევების ხშირი ცვლა. სახვევში ჩადებული ხაჭო აგრილებს და კურნავს მეტისმეტად გაწითლებულ, მტკივნეულ დუნდულებს. კარგ სამკურნალო შედეგებს იძლევა ასევე ამ არეში დედის რძის წასმა. იგი კანს ხდის ცხიმიანს და მოქმედებს ბაქტერიების საწინააღმედეგოდ. სხვა ნივთიერებებთან შედარებით - განსაკუთრებით მგრძნობიარე კანის მქონეებთან და ალერგიულებთან, დედის რძეზე კეთდება არჩევანი. დედის რძე გამოიყენება, ასევე, როგორც გარეგანი საშუალება ახალშობილებთან კანის გამონაყარის სამკურნალოდ.

ზემოთ დასახელებული კრემები, რომლებიც კანის მოვლისათვის გამოიყენება, მზადდება ბუნებრივი მასალისგან ცხიმებისა და ეთერული ზეთების დამატებით. ზეთები და ცხიმები სითბოს მონათესავე ნივთიერებებია. მათ ქმნიან მცენარეები და ცხოველები მზის შუქის შესქელება-გამკვრივების საშუალებით. სითბოს მატარებელია ასევე ცხოველური წარმოშობის

თაფლის ცვილი. იგი გამოიყენება როგორც კანის მოვლის საშუალებათა შემადგენელი ნივთიერება. (მაგ. ველედას კალენდულას კრემი ჩვილებისათვის) ის გარემოება, რომ ზეთებს, ცხიმებსა და ცვილს სითბოს შენახვის უნარი აქვთ, აქცევს მათ ბავშვის სითბური ორგანიზმის დაცვის და სტიმულაციის მედიუმად. მრავალ ბუნებრივ სამკურნალო მცენარეულ პროდუქტში გამოიყენება გვირილის და კალენდულას ექსტრაქტი. ორივე ეს მცენარე გამოირჩევა თავისი ანტიბაქტერიული, ანთების საწინააღმდეგო და ადვილად მთრიმვლავი თვისებებით. გვირილა უფრო ძლიერად მოქმედებს ნერვულ სფეროზე, კერძოდ დამამშვიდებლად და შვებისმომგვრელად. კალენდულა კი - ნივთიერებათა ცვლის ჰარმონიზირებას და გაწონასწორებაზე. ამ საშუალებათა ასეთი დიფერენცირებული გამოყენებით ჩვენ ვმოქმედებთ ბავშვის არა მხოლოდ კანზე, არამედ მის მთლიან ორგანიზმზე.

შეხება და მიმართების დამყარება სხეულის მოვლისას

ახალშობილის სიცოცხლის პირველ ხანებში მთელი დღის ცხოვრების შინაარს წარმოადგენს ძილი, ჭამა და მოვლის პროცედურა. ამ დროს იგი იძენს იმ ადამიანებთან ურთიერთობის გამოცდილებას, რომლებიც მას ეხებიან, და განსაკუთრებულ როლს თამაშობენ. ახალშობილი გრძნობს - მისი სხეულის მოვლა მხოლოდ ფუნქციურად ხდება, თუ დედას, მამასა და ბავშვს შორის ნამდვილი შეხვედრა ხორციელდება. როგორც წესი, ერთჯერადი სახვევების გამოყენებას იმით ამართლებენ ხოლმე, რომ ეს ზოგავს დროს ბავშვთან თამაშისა და ,,ნამდვილ'' ურთიერთობისათვის. დიფერენცირება მოვალეობრივ აუცილებობასა და თავისუფალ დროში სასიამოვნო, თამაშად გამოხატულ ქცევებს შორის იქცევა ჩვეულებრივ მოვლენად, მაშინ როცა ამ დროს შეიძლებოდა სხეულის მოვლა დედ-მამისა და შვილისათვის სასიხარულო შეხვედრად ქცეულიყო. ეს კი მაშინ შეიძლება იქნეს მიღწეული, როცა ყურადღება მთლიანად ბავშვისა და მოვლის ცალკეულ მომენტებზე იქნება გამახვილე-ბული. ამ შემთხვევაში მშობლები ბავშვს ასაკის შესატყვისად შეეხებიან და მას ჩართავენ თავიანთ საქმიანობაში. ისინი გაახმოვანებენ, აღწერენ ყოველ ნაბიჯს გახდის, დაბანის, გამშრალების, კრემის წასმის, შეხვევისა და ჩაცმის დროს. ისინი ამ დროს ბავშვთან კონტაქტს ამყარებენ ჟესტებითა და მზერით.

ამ პერიოდში განსაკუთრებული მოვლენაა ბანაობა. იგი ბავშვის სისუფთავის თვალსაზრისით უეჭველად აუცილებელი არაა. გაცილებით მნიშვნელოვანია, რომ იგი ბავშვს აძლევს ინტესიურ გრძნობად განცდას: მთელ სხეულზე ყოველი მხრიდან შემოვლებულია თბილი ($37^{o}C$) წყალი, მასზე მოქმედებს უწონობა ამომგდები ძალით, იგი უკავია დედის ან მამის მკლავსა და ხელებს, იგი გრძნობს შვებასა და განტვირთვას. პირველი დაბანა უნდა მოხდეს დაახლოებით 40 დღის შემდეგ. ამ დროს ბავშვი უკვე ღრმადაა დაკავშირებული მიწის ელემენტთან. დაბანა არ უნდა მოხდეს კვირაში ერთზე მეტად. თუ იგი რეგულარულად კვირის ერთსა და იმავე დღეს, ერთსა და იმავე საათზე და ერთნაირი თანმიმდევრობით შესრულდება, მაშინ იგი ხელს შეუწყობს რიტმის შეგრძნებას, ქმნის გამეორების გარანტიას.

იმისათვის, რომ კანი არ გამოშრეს, დაბანის დროს შეიძლება (10 ლ.წყალზე) 5 სუფრის კოვზი დედის რძის ან რომელიმე საბანაო არააქაფებადი ნივთიერების დამატება (მაგ. ველედას საბავშვო საბანაო საშუალება). დაბანის შემდეგ სველ კანს უნდა წაესვას მცენარეული ზეთი. ,,ჩვენი სიყვარული და მზრუნველობა ბავშვს გარს უნდა შემოეკრას როგორც სასიამოვნო, ზომიერი, თბილი აბაზანა'' (ემი პიკლერი).

ძუძუს წოვება - კვება

ახალშობილი უშუალოდ მშობიარობის შემდეგ სამყაროს უკავშირდება სამი სხვასხვა გზით:

- გრძნობადი შტაბეჭდილებებით,
- სუნთქვის გზით,
- საკვების მიღებით.

სითბოსა და სუნის მეშვეობით ახალშობილი - თუ იგი დედის მუცელზე წევს - პოულობს გზას მკერდისაკენ. პირველი წოვითი მოძრაობები ახდენს რძის წარმოქნის სტიმულირებას და აყალიბებს ბავშვის წოვის უნარს. მიუხედავად ამ ინსტიქტური კავშირის დედასა და ჩვილს შორის, ბევრ დედას მაინც ეჭვი ეპარება, რომ იგი შეძლებს ბავშვის ძუძუთი გამოკვებას. ბევრი კი - სოციალური მიზეზების გამო (პროფესიული საქმიანობა, მეუღლე) უარს ამბობს ბავშვის ძუძუთი კვებაზე. ძუძუთი კვების მოტივირებისა და მისი წარმატებით განხორციელებისათვის გადამწყვეტ მნიშვნელობა ენიჭება პედიატრისა და მომვლელის კონსულტაციებს ჯერ კიდევ ორსულობის დროს, მშობიარობის შემდეგ პირველსავე საათებსა და დღეებში და ასევე უშუალო კონსულტირება და დახმარების გაწევა ძუძუს წოვების პროცესში. კონსულტაციამ პირველ რიგში უნდა შექმნას ნდობა დედის მიერ ბავშვის ძუძუს წოვების ბუნებრივი უნარისადმი. მშობიარობის შემდეგ პირველ პლანზე დგას პრაქტიკული დახმარება ბავშვის მკერდზე მისაწვენად, რძის წარმოქმნის რეგულაცია, დაკვირვების გზით კვების საკმარისობის კრიტერიუმების გამომუშავება და ასევე მკერდის ანთების პროფილაქტიკა. ძუძუს წოვების პერიოდის დამთავრების შემდეგ საჭიროა კონსულტაცია ჯანსაღ საბავშვო კვებაზე გადასასვლელად.

დახმარება მკერდზე ბავშვის მიწვენის დროს

უპირველესი მოთხოვნა მკერდზე ბავშვის მიწვენის დახმარების მხრივ არის - რაც შეიძლება ნაკლებად შევუშალოთ ხელი დედისა და შვილის ურთიერთობას. დედამ უნდა დაიკავოს წოვებისათვის მოსახერხებელი მდებარეობა. ამისთვის შეიძლება საჭირო აღმოჩნდეს სპეციალური ბალიშები. მკერდზე მიწვენისას ბავშვი არავითარ შემთხვევაში არ უნდა ეკვროდეს მას მჭიდროდ კისრით ან თავით. პედიატრი, ბებიაქალი ან მომვლელი დედას და ბავშვს აკვირდება სათანადო მანძილიდან, რათა მშვიდი დაკვირვების გზით მისცეს გარკვეული მითითება, თუკი ბავშვის პოზა ან დედის შიში ხელს უშლის პატარას მიაღწიოს ძუძუმდე. მომვლელის აღნიშნული საქმიანობა განსაკუთრებით მაშინაა მნიშვნელოვანი, როცა გაშმაგე-

ბული, შიმშილისაგან აყვირებული ჩვილი თვითონ უშლის ხელს თავის თავს, მისწვდეს საკვების წყაროს.

ყურადღება უნდა მიექცეს იმას, რომ ჩვილმა ძუძუს თავს კარგად ჩაავლოს პირი და მთელი კერტი მტკიცედ მოიქციოს პირში და წოვის დროს ქვედა ტუჩი გარეთ იყოს გადმობრუნებული. წოვების პოზიცია შეიძლება ისევ და ისევ შეიცვალოს, რათა ნახეთქებისგან დასაცავად კერტი თანაბრად დაიტვირთოს ჩვეულებრივ, როცა ერთი ძუძუ ბოლომდე გამოწოვილია, ჩვილს სთავაზობენ მეორეს. ამით ხდება რძის წარმოქმნის ოპტიმალური სტიმულირება. თუკი, მიუხედავად ამისა, რძის წარმოქმნა არაა საკმარისი, კიდევ ერთხელ მკერთან მიყვანა პირველ მხარეზე ან ხშირი წოვებით შეიძლება რძის წარმოქმნის ამ პროცესს დავეხმაროთ. პირიქით, მეტისმეტად ძლიერი რძის წარმოქმნის დროს, ჩვილს აწოვებენ მხოლოდ ერთ მხარეს, ხოლო მეორე ფრთხილად უნდა გამოითიშოს კვების პროცესისგან. რადგან დედის რძის უმეტესი ნაწილი პირველ 4-5 წუთში გამოიწოვება ხოლმე, ამიტომ ძუძუთი ერთი კვების ხანგრძლივობა წესით არ უნდა აღემატებოდეს ოცდაათ წუთს. ამის შემდეგ შიმშილის გრძნობა დაოკებულია და მხოლოდ წოვის მოთხოვნილებისა და დედის ახლოს ყოფნის სურვილისა გამო ითხოვენ ახალშობილები ამ პროცესის გახანგრძლივებას.

წოვის დარღვევები

თუ ჩვილი საკმარისად არ წოვს, შეიძლება საჭირო აღმოჩნდეს უშაქრო ჩაის ან წყლის დამატება (გლუკოზის ან მალტოზის დამატება მხოლოდ ექიმის დანიშნულებით). თუ ბავშვი სპეციალური საწოვარიანი ბოთლიდან სვამს, იგი სწავლობს ისეთნაირ წოვას, რაც მნიშვნე-ლოვნად განსხვავდება ძუძუს წოვისაგან. ამის შედეგად შეიძლება ბავშვმა ინსტიქტურად სწორ წოვას თავი დაანებოს. უკვე არაეფექტური წოვის გამო, ბავშვი შეეშვება მკერდს და მიმართვას ,,გულუხვ'' ბოთლს.
ეს შეიძლება თავიდან ავიცილოთ, თუკი საწოვარას ნაცვლად ჩვილს ჩაის ან დედის რძეს პატარა სპეციალური კოვზით ან მომრგვალებულ კიდეებიანი ჭიქით მივცემთ. ჩვილი სვამს სითხეს სწრაფად და ისე, რომ სასულეში არ გადასცდეს და არც წოვის ჩვეულებრივი უნარი არ ერღვევა. თუკი ძუძუთი კვება ხანგრძლივად შეუძლებელია, მაშინ წოვის დარღვევის თავიდან ასაცილებლად შეიძლება სპეციალური პლასტმასის საწოვარა გამოდგეს. ეს საწოვარა ჩვილისგან მოითხოვს დედის ძუძუს წოვის მსგავსი წოვის მანერას.

დედის რძე

არგუმენტები ძუძუს წოვების სასარგებლოდ:

- დედის რძე, მისი შემადგენლობით, შეესატყვისება ბავშვის მოთხოვნი-ლებებს ძუძუთი კვების მთელი პერიოდის მანძილზე;
- ძუძუთი კვების პროცესი ბავშვში ბადებს ნდობისა და დაცულობის გრძნობას.

ძუძუთი კვება დედისთვის ურთიერთობის უმნიშვნელოვანესი სკოლაა.

- დედის ახალი რძე არის სტერილური და ანტიბაქტერიული მოქმედების;
- დედის რძე დაზღვეულია საწარმოო დაბინძურებისაგან;

- დედის რძე ნებიმიერ ცხოვრებისეულ სიტუაციაში მოსახერხებელი და ნორმალურ ტემპერატურის მქონეა;
- დედის რძე, ღირებულების თვალსაზრისით, არის ყველაზე ხელსაყრელი საკვები პროდუქტი;
- დედის რძეს არ ჭირდება შეფუთვა, ტრანსპორტირება და ამით გარკვეული წვლილი შეაქვს გარემოს დაცვაში.
- დედის რძე კანის მოვლის საუცხოო საშუალებაა.

რძის წარმოქმნის არასაკმარის სტიმულაციას ხელს უწყობს - **სტრესი.** დედამ ძუძუ უფრო ხშირად უნა მოაწოვოს, დალიოს ბევრი სითხე,(არაუმეტესი 2,5ლიტრისა,) მიიღოს ნახშირ-წყლებით მდიდარი საკვები, ჩვილს ძუძუ სიმშვიდეში უნდა აწოვოს, კარგია მდოგვის საფენი ბეჭებს შორის, რძის მომყვანი ჩაი;

მტკივნეული კერტები, ნახეთქები- ამ დროს სახეზეა მეტისმეტი გაღიზიანება არასწორი წოვისგან (კერტის პირში თამაში), მგრძნობიარე კანის ტიპი, საჭიროა კერტების მშრალად შენარჩუნება, წოვის პოზების ცვლა, შესაძლებელია ერთი ძუძუს წოვება. უნდა მოხდეს ყურადღების მიქცევა - რამდენად სწორია წოვება, კერტების დაცვა, კერტების მოვლა დედის რძით ან ლანოლინით. შესაძლოა დროდადრო რძის გამოწველა, აბრეშუმის დამაწყნარებელი საფენის დადება.

ანთების საწყისი სტადია რძის დაგუბება, მკერდის არასაკმარისი დაცლა, სტრესი, შეკრულობა დედასთან. ძუძუ ბავშვმა მთლიანად უნდა გამოწოვოს, უნდა ხდებოდეს წოვების პოზის ცვლა, წოვების წინ ძუძუს მსუბუქად შეთბობა და მსუბუქი მასაჟი, ზრუნვა საჭმლის მონელებაზე , ხაჭოს სახვევი მკერდზე (სხეულის ტემპერატურის).

როდესაც ბავშვი იწყებს ხარბად ჭამას და მერე ტირილით ანებებს თავს, ამის მიზეზია შეიძლება იყოს კრუნჩხვები მუცლის არეში და გაზები. უნდა შეიქმნას საკვების მიღებით გამოწვეული სიმშვიდე, ძუძუთი კვების მანამ დაწყება, სანამ ბავშვი შიმშილისგან აყვირდება, მუცლის ნაზი შეზელვა.

როდესაც ბავშვი არ წოვს (არ იდებს პირში) კერტს, ჭამს ცოტას ან ტირილით თავს ანებებს- ამის მიზეზია მკერდთან მიწოლის არასწორი ტექნიკა, ჩავარდნილი ან გაბრტყელებული კერ-ტები. საჭიროა მოთმენა და სიმშვიდე, მოთმინებით და გამეორებით მიწვენა მკერდზე, კერტებისათვის ფორმის მიცემა, ბოთლით კვების აცილება, კოვზით კვება - გამოწველვა,

ბავშვს შია, მაგრამ არ მიდის ძუძუსთან - მიზეზია - ზედმეტი აგზნებულობა, არაა სიმშვიდე ოთახში, დედა არის სხვა რამეზე გადართული ან დაძაბული. საჭიროა სიმყუდროვის შექმნა, კვების წინ ბავშვის ლავანდულის ზეთით დაზელვა, დედის დამშვი-დება.

როდესაც ბავშვს სრაფად ეძინება წოვის დროს - მიზეზია - დაღლილობა, ახალშობილის სიყვითლე. საჭიროა - გამოფხიზლება სახვევის გამოცვლით, მასაჟი ტერფებზე და ხელებზე, ძალიან ხშირად მივიწვინოთ მკერდზე, თავიდან ავიცილოთ ძუძუს გაშრობა.

რძის დაკარგვის შემთხვევაში საჭიროა დამატებითი კვება

მეტისმეტად ბევრი რძის შემთხვევაში - შევზღუდოთ რძის მინარევისა და დიდი რაოდენობით სითხის მიღება, რომ არ მოხდეს რძის გამომუშავების ზედმეტი სტიმულირება.

საჭიროა მხოლოდ ერთი ძუძუს წოვება, მეორეს ხელით გამოწველა და არ გამოიტუმბოს დანადგარებით, აზღუდის ტარება, სალბის ჩაი.

კვების ტიპი ძუძუს გადაჩვევა

ბუნებრივ კვებაზე მყოფი ბავშვი დედასთან სხეულებრივად არის დაკავშირებული. ორივე ინაწილებენ სიახლოვეს, სითბოსა და განწყობილებას. ნელა, მაგრამ მტკიცედ მიიმართება ბავშვის ყურადღება გარე სამყაროსკენ. მისი გრძნობის ორგანოების აქტივობა და მოძრაობები იწყებენ ერთი გარკვეული მიმართულებით კოორდინირებას. მცენარეული და ცხოველური საკვების მიღება არის ბუნებრივი და თანმიმდევრული გაგრძელება აღნიშნული ღიაობისა და ურთიერთმიმართებისა. დაახლოებით ექვსი თვის ასაკიდან სხეულებრივი და მშვინვიერი განვითარება ისე შორსაა წასული, რომ დედის რძეს თანდათან სხვა საკვები ემატება. ახლოვდება ძუძუს გადაჩვევის შესატყვისი დრო, როცა დედას უჩნდება მოთხოვნილება გახდეს ბავშვისაგან დამოუკიდებელი. ექვსი - ცხრა თვე ძუძუთი კვება ითვლება ბავშვის განვითარებისთვის ყველაზე სასარგებლოდ. ხშირად ძუძუს გადაჩვევის იმპულსი თვითონ ჩვილიდან მოდის, იმ შემთხვევაში, როცა ის რაიმე სხვა საკვებს გემოს გაუგებს და ინტერესი გაუჩნდება იმის მიმართ, რასაც მშობლები ან და-ძმები ჭამენ. ძუძუს გადაჩვევა ყოველთვის ნიშნავს დედასა და შვილს შორის ახალი ურთიერთობის წარმოქმნას. ხშირად ჩვილობის ხანა ერთ წლამდე გრძელდება.

ურთიერთობა - აღზრდა - განვითარება

ურთიერთობა მშობლებსა და ახალშობილს შორის, ისევე როგორც ყველა ბედისწერული შეხვედრა, სრულიად ინდივიდულურია. იგი ბევრი მშობლისთვის უკვე ჩასახვამდეა გაცნობიერებული. მშობლების სიზმრებში ან ღრმა შინაგან ფიქრებში ახალი არსება აკეთებს განაცხადს თავის თავზე. ორსულობის პერიოდში, როდესაც ბავშვი დედის სხეულში ჩამოყალიბებას იწყებს, მშობლები და ბავშვი ეძებენ ერთობლივ ცხოვრებისეულ შეთანხმებას. ორსულობის დროს ქალის ჩივილები ხშირად სხეულებრივი და მშვინვიერი ურთიერთდაპირისპირების გამოხატულებაა. დაბადება არის სამყაროში ახალი ინდივიდუალობის შემოსვლა - ეს არ არის სუფთა დაფა, ან გენეტიკურად დეტერმინირებული არსება, როგორც ეს ხშირად უნდათ რომ წარმოადგინონ. ცხადია, ჩვენი მხრიდან საჭიროა მოვლა, რომ მოხდეს განვითარება და ჩამოყალიბდეს სპეციფიური ადამიანური თვისებები: გამართული სიარული, მეტყველება და აზროვნება. ამ თვისებებით იდება საძირკველი, რომ ბავშვმა ,,ადამიანური სათავგადასავლო'' ყოფის თავისუფლად და პასუხისმგებლობით განხორციელება შეძლოს. ცხოვ-რების პირველ პერიოდში ამ უნარების განვითარების პროცესში დახმარება აღზრდის უმნიშვნელოვანესი მიზანია.

ყოველდღიური მოვლის მეშვეობით დახმარება მოძრაობის განვითარებაში

ბავშვი პირველ დღეებში ცხოვრობს თანდაყოლილი უნარებითა და რეფლექსებით (წოვის, ხელის მოკიდების, ყვირილის რეფლექსები). ეს რეფლექსები თანდათან უნდა დაიძლიოს. ეს ხდება იმის მეშვეობით, რომ ბავშვი სწავლობს უნებლიე მოძრაობების ნების მოძრაობებით შეცვლას უფროსის მოძრაობებისა და ქცევის ფორმების მიბაძვის გზით. ბავშვი თვალს აყოლებს დედის მზერას, მის ჟესტიკულაციასა და მიმიკას. იგი მალე იწყებს თითების პირთან მიტანას და სხვადასხვა საგნების ხელის წავლებას, მზერის რაიმეზე შეჩერებას, ყურის გდებას, გაღიმებას.
ამ პერიოდში ბავშვს უნდა მიეცეს საშუალება, სრულიად მარტომ აღმოაჩინოს ახალი მოძრაობები, ხმები, ბგერები. უკვე ცხოვრების პირველ დღეებში ზოგიერთი ბავშვი ახერხებს მიზანდასახულად მიაბრუნოს თავი ხმაურის ან სინათლის წყაროს მიმართულებით. ამას მოჰყვება მხრებისა და ქვედა კიდურების წამოწევა. ამ გზით ბავშვი ახერხებს გვერდზე დაწოლას. დაახლოებით 5 თვის შემდეგ შესამჩნევია სწრაფვა ზურგზე წოლიდან გადმოგორდეს გვერდზე და დაწვეს მუცელზე. ეს ზოგჯერ, მართლაც რომ, ძნელად გასაკეთებელი ჩანს, მაგრამ ზოგიერთ ასეთ მცდელობას უხილავი წარმატება მოაქვს. ყოველი ასეთი დაძაბული მცდელობით ვითარდება ძალა და მოხერხება მოძრაობის შემდგომი განვითარების მიმართულებით. ამ დროს მომვლელებმა და მშობლებმა არავითარ შემთხვევაში არ უნდა მოვინდომოთ დახმარება. ჯანმრთელი ბავშვი გარკვეული მცდელობის შემდეგ უეჭველად შეძლებს ამას. დახმარების შემთხვევაში კი ჩვენ ხელიდან ვაცლით ბავშვს გამოცდილებას, საკუთარი ძალით შეძლოს რაიმეს გაკეთება. სიტყვიერი წახალისებაც კი ასეთ სიტუაციაში ხელს უშლის თავის თავში დარწმუნებულობის განვითარებას. ერთის მხრივ, ბავშვი გადაერთვება თავისი განზრახული მოქმედებიდან, მეორეს მხრივ კი, შემდგომისათვის ქცევის მოტივი ხდება არა თვითდასახული მიზნის მიღწევა, არამედ შექება და მშობლების გახარება. ასეთ დროს შეიძლება ერთი შეხედვით უმნიშვნელო, უბოროტო ყოველდღიური ჩვევების მეშვეობით ბავშვის მომავალი ხასიათის თავისებურებები წინასწარვე ჩაიდოს.

მხოლოდ მას შემდეგ, რაც ბავშვი გამართულად სიარულს შეძლებს, მისი მოძრაობა ხდება სპეციფიურად ადამიანური. ეს განვითარება მრავალი შუალედური ნაბიჯით გადადის ზურგზე წოლიდან მუცელზე წოლაზე, კოტრიალზე, ხოხვის, ფორთხვის გავლით გადადის მუხლებზე დაყრდნობაზე და გამართულ დგომაზე და ბოლოს თავისუფალ სიარულზე. თავითა და სხეულით შეხებისა და მოძრაობის გამოცდილებანი საფუძველს უყრიან შემდგომ ინტელექტუალურ განვითარებას. ბავშვი გაივლის გზას ხელის წვდომიდან აზრით ჩაწვდომამდე,. ბავშვის მოძრაობების ფრთხილი და ყურადღე-ბიანი თვალყურის დევნება, სიტყვიერი გახმოვანება ჩვენს მიერ გაწეული მოვ-ლითი აქტივობებისა, საგნების დასახე-ლება, ლოდინი ვიდრე ბავშვი შემოვა კონტაქტში, მისი ყურადღების მიპყრობა, როცა იგი სხვა რამეზეა გადართული - ყველაფერი ეს ეხმარება ბავშვის დამოუკიდებლობისა და მოძრაობის განვითარების ინიციატორული ძალების განმტკიცებას ყველა ფაზაზე. პირველ კვირეებში ახალშობილთან თითქმის ყველა კონტაქტი მოვლის დანიშნულების მქონეა. ამიტომაც, ეს

არის დრო ბავშვის მიმართ სიხარულით აღსავსე დამოკიდებულების გამომუშავებისა. ყოველდღიური მოვლა გადაიქცევა თავისუფალი აღზრდის პირველ ეტაპად.

ცხოვრების რიტმის მოვლა

ჩვილის ცხოვრების რიტმთან დაკავ-შირებით ერთმანეთს უპირისპირდება ორი შეურიგებელი მოსაზრება. ერთი ამოდის იქიდან, რომ ბავშვი ჭამისა და ძილის დროს თვითონ მიაგნებს საკუთარ რიტმს, თუკი ამაში ხელს არ შეუშლიან. პრაქტიკაში ბავშვებს, რომლებსაც ამ თვალსაზრისის მიხედვით უვლიან, აჭმევენ მაშინ, როცა მათ ეს უნდათ და აწვენენ მაშინ, როცა მათ ეძინებათ. მეორე თვალსაზრისი ამბობს, რომ ბავშვს არ დაჰყვება თავისი საკუთარი რიტმი, ამიტომ ის მშობლებმა უნდა შეუქმნან. ასეთი ბავშვები, როგორც წესი, საკვებს ღებულობენ ყოველ ოთხ საათში ერთხელ; მათ აძინებენ და აღვიძებენ განსაზღვრულ სააათებში. ჩვენი გამოცდილების თანახმად ბავშვი პოულობს თავის რიტმს, თუ მშობლები რიტმულ ცხოვრებას ეწევიან. ეს კი დღეს დიდი იშვიათობაა. იცხოვრო დამოუკიდებლად დღე-ღამის რიტმისგან, წელიწადის დროისა და სეზონის შესაბამისი კვებისაგან, ეს არის დღევანდელი კულტურის მიღწევა, რომელზეც უარის თქმა უკვე არავის შეუძლია. აქედან გამომდინარე, ჩვენ რეკომენდაციას ვუწევთ იმ რიტმის მოძებნას, რომელიც ბავშვისა და მშობლების მოთხოვნებს შეესაბამება და ამ რიტმის დაცვას. ეს იმას ნიშნავს, რომ რიტმი მანამ იქნება თანმიმდევრულად დაცული, ვიდრე დღის წესრიგში დგება განვითარების გარკვეული ცვლილებები (მაგ. როცა ბავშვს მთელი ღამე ძინავს ავადმყოფობის ან კვების შეცვლის დროს). მიგნებულ რიტმს კი მუდმივი მზრუნველობა სჭირდება. იმისათვის, რომ დღეს აუცილებლობად ქცეული რიტმის ამორჩევის თავისუფლება უპრინციპო თვითნებობად არ გადაიქცეს, პირველ პლანზე წამოიწევს სიცოცხლის მომნიჭებელ ძალთა მიმართ პასუხისმგებლობის საკითხი.

ბევრი მშობლის მთავარ პრობლემას წარმოადგენს იმ მიზეზის გამოცნობა, თუ რატომ ტირის მათი შვილი: შია, საჭმელი არ ეყო, გაზები დაუგროვდა, ურთიერთობას ითხოვს თუ ავადაა? უფრო ხშირად ძუძუს მიცემა ან ბოთლით რაიმეს მიცემა დროებით აწყნარებს ბავშვს, მაგრამ რიტმულობას ურღვევს.
მსგავსი რამ გამართლებულია იმ ბავშვებთანაც, რომლებიც ტირიან ლოგინში ჩაწვენის დროს, ხშირად ამ დროს იგი ხელში აჰყავთ, აქეთ-იქით დაატარებენ, დასაძინებლად ჩასვამენ საბავშვო ეტლში ან მანქანაში, ბავშვის ადგილას და ატარებენ. ზოგჯერ, ჩაძინების ხელისშემშლელი მიზეზი არის ჰაერი კუჭში ან ნაწლავში ან კიდევ სველი სახვევი. ამ ხელისშემშლელ მიზეზთა მოხსნა ადვილია. ბავშვი ამობოყინებისას ახალი სახვევისა და დიდი კამის 2%-იანი ზეთით მუცლის საფენის შემდეგ მალე წყნარდება. თუმცა, დღეს ძილის დარღვევის მიზეზებია აგზნებადობა და მეტისმეტი სიფხიზლე. ვისთვის არაა ნაცნობი სიტუაცია: მთელი დღე ოჯახში სტუმრები იყვნენ, ბავშვი მხიარულად გადადიოდა ხელიდან ხელში. მშობლებს ჰგონიათ, რომ ბავშვი რიგიანად დაიღლება და ადვილად დაიძინებს. მაგრამ

ხდება პირიქით - ბავშვი ვერ მშვიდდება, წოვს ცოტა ხანს და მუცელი ებერება. ამ შემთხვევაში უძილობის მიზეზი მშვინვიერი დარღვევაა. ამიტომ, დიდი მნიშვნელობა აქვს ასეთი გადატვირთვის თავიდან აცილებას. პირველი დახმარება შეიძლება იყოს ჭიპის გარშემო საათის ისრის მოძრაობის მიმართულებით სპილენძის მეტალის 0,1% მალამოთი შეზელვა, ან მუცლის სახვევი ბარამბოს 10%-იანი ზეთით (შეადარე 7). ტირილი ყოველთვის გარეგანი მიზეზით არაა გამოწვეული. ზოგჯერ, უშუალოდ ძილის წინ, ბავშვები ეძებენ ინტესიურ თვითგანცდას სწორედ ტირილის მეშვეობით. ამ დროს ბავშვს ხელი არ უნდა შევუშალოთ და თავისთვის უნდა დავტოვოთ. მშობელთა ჩარევა, როგორც წესი, ახანგრძლივებს ტირილის ამ ფაზას. ძირითად პრინციპად შეიძლება ჩაით-ვალოს: ჩვენ ბავშვს ტირილი და ყვირილი არ უნდა ჩავუთვალოთ უკმაყოფილების გამოხატულებად. ცხადია, შეგვიძლია ვიზრუნოთ მიზეზების მოსახსნელად, იმის გათვალისწინებით, რომ ჩვენ არ შეგვიძლია ბავშვს ყოველგვარი ტკივილი მოვუხსნათ ან ავარიდოთ. გარკვეული გამოცდილების საფუძველზე შესაძლებელია ტირილის გრადაცია გამოვლენის ფორმის მიხედვით. კერძოდ, შიმშილის ტირილი სხვაგვარია, ვიდრე ჩაძინების რიტუალისა.

მიბაძვა, როგორც აღზრდის ძირითადი პრინციპი

დაახლოებით შვიდ წლამდე ბავშვი თითქმის ყველაფერს მხოლოდ მიბაძვით სწავლობს. მხოლოდ ამის შემდეგ შეიძლება ინტელექტუალური სწავლება ისე, რომ არ მოხდეს ორგანოთა მაფორმირებელი ძალების გონებრივი საქმიანობისათვის გამოყენება. ბავშვები საკუთარი ტემპერამენტისა და ინდივიდუალური პიროვნულობის საფუძველზე მიბაძვის გზით ითვისებენ მოძრაობებს, ჟესტიკულაციას, მიმიკას, მეტყველებას, ხმის ელფერს, დღის რეჟიმს, ჩვეულებებს, სოციალურ უნარებსა და ბევრ სხვა რამეს. ,,სულელები და ბავშვები ამბობენ სიმართლეს'' ამბობს ხალხი და გულისხმობს, რომ ბავშვები თავიანთ გარემოს ასახავენ ზუსტად, როგორც სარკეში, ამიტომ ბავშვები უფროსთა აღმზრდელები არიან. ყოველი სისუსტე, ყოველი ყალბი სიტყვა, ასევე ჩვენი ძლიერი მხარეები (სამწუხაროდ ამ უკანასკნელს მშობლები იშვიათად ამჩნევენ) ვლინდება ბავშვის მიერ მიბაძვის გზით შეძენილ მოქმედებებში. ასევე ისეთი განწყობილებანი, როგორიცაა ნაღველი, სიხარული, შფოთვა ან გაწონასწორებულობა, თვით ახალშობილის მიერაც ბარომეტრივით ზუსტად აღიქმება. ამ აზრით, აღქმა უპირველეს ყოვლისა თვითაღზრდაა. დედამიწის ახალ მოქალაქეს მოვლა უკაფავს გზას განათლებისაკენ და თავისი ადამიანური ყოფიერების სრულყოფისაკენ. იგი მომვლელებისა და მშობლებისათვის ერთგვარი საბაბია, ახსოვდეს საკუთარი ადამიანური ყოფიერების ღირსება და ამოცანა.

კითხვები:

1.როგორია ახალშობილის გარემო?
2.რა მნიშვნელობა აქვს შალის საფენს?
3. როგორი ტანსაცმელი ჭირდება ბავშვს?
4. როგორ ხორციელდება სხეულის მოვლა?
5. დაახასიათეთ კანი, როგორც სხეულის საზღვარი.
6. რა მნიშვნელობა აქვს ძუძუს წოვებას?
7. რაში მდგომარეობს დახმარება მკერდზე ბავშვის მიწვენის დროს?
8. როგორ ხდება ძუძუს გადაჩვევა?
9.როგორ ხორციელდება ყოველდღიური მოვლის მეშვეობით დახმარება მოძრაობის განვითარებაში?
10.რა ში მდგომარეობს ცხოვრების რიტმის მოვლა?
11. რას გულისხმობს მიბაძვა, როგორც აღზრდის ძირითადი პრინციპი?

http://www.amts.ge/pulsoxymeters.html

http://www.mkurnali.ge/daavadebebi-mkurnaloba/kardiologia/3524-ratom-chqardeba-guliscema.html

http://www.mkurnali.ge/daavadebebi-mkurnaloba/pulmonologia/631-2009-02-18-14-25-22.html

http://ecowoman.ru/georgian/articles.php?id=20935

http://www.mkurnali.ge/rchevebi90/1524-2009-09-24-17-06-16.html

http://www.power.ge/ru/akhalshobili/bavshvi/praqtikurli-rchevebi/373-temperaturis-gazomvis-meTodebi.html

http://chapidze.ge/?cid=160&pg=60&id=206

http://old.aversi.ge/main_jurnal.php?lang=geo&id=2074&cat_id=2

http://www.mkurnali.ge/daavadebebi-mkurnaloba/kardiologia/247-2008-11-12-14-30-48.html

http://medportal.ge/aqtualuri_tema/arteriuli_hipertenzia/artetrialint.htm

http://www.mkurnali.ge/profilaqtika2/2436-ckhovrebis-jansaghi-tsesi-da-dzili.html

=

სამკურნალო მასაჟის საფუძვლები

ამ თავში გაეცნობით სხვადასხვა კრიტერიუმების მიხედვით მასაჟის კლასიფიცირებას, მასაჟის ჩვენებებსა და უკუჩვენებებს. მასაჟის მოქმედების მექანიზმს. მასაჟის კავშირს აღდგენითი თერაპიის სხვა მეთოდებთან.

სამკურნალო მასაჟის განვითარების ისტორიის განსაზღვრა

მასაჟის განვითრების ისტორია

შეუძლებელია იმის თქმა, თუ სად ჩამოყალიბდა მასაჟი. ის აღმოცენდა და განვითარდა სხვადასხვა ქვეყანასა და კონტინენტზე. მასაჟი ცნობილი იყო წყნარი ოკეანის კუნძულებზე მცხოვრებთათვის. მასაჟს იცნობდნენ ინდონეზიელებიც. ჩვენს წელთაღრიცხვამდე VI საუკუნეში ძველ ჩინეთში არსებობდა საექიმო სკოლები, სადაც ერთ-ერთ დისციპლინად სწორედ მასაჟი ბარდებოდა.

მასაჟს უძველესი დროიდან იცნობენ. ჩინეთში ის აღწერილია ქრისტეშობამდე 3000 წლით ადრე, ხოლო ინდოეთში ქრ.შ-მდე 700 წლით ადრე. რომაელები მასაჟს იყენებდნენ ბრძოლების შემდეგ ტრავმებისა და ჭრილობების გასაქრობად. საბერძნეთში კი ჰიპოკრატეს დროიდან თვლიდნენ მასაჟს უებარ საშუალებად მრავალი დაავადების დროს.

ჰიპოკრატეს მოსწავლეები თვლიდნენ, რომ მასაჟი დროებითი საშუალებაა კანიდან ჩაქცევებისა და გამონაჟონის მოსაშორებლად. I საუკუნეში მასაჟი საერთოდ აკრძალეს, რადგან წარმათობის გადმონაშთად თვლიდნენ. მხლოდ 300 წლის წინათ აღდგა მასაჟი, როგორც მრავალი დაავადების სამკურნალო დისწიპლინა.

მაგრამ, მიუხედავად ამისა, მასაჟი, როგორც მეცნიერება ჩამოყალიბებული არ იყო, რადგან ის იმ ხალხის ხელში გახლდათ, რომლებმაც არ იცოდნენ არაფერი არც ორგანიზმის, არც მასაჟის ზეგავლენის, არც დაავადებების შესახებ.

პირველი ადამიანი, რომელმაც დაიწყო მასაჟის სერიოზულად შესწავლა იყო პეტრე-ჰენრიხ ლინგი. ის გახლდათ მღვდლის შვილი და მამის საქმის გაგრძელებას აპირებდა. ქალაქ უპსალაში უნივერსიტეტის დამთავრების შემდეგ, ის გაემგზავრა ევროპაში თავის თანამემამულესთან ერთად. გზაში ლინგი ავად გახდა, დაავადების ნიშნების მიხედვით ეს იყო რევმატიზმი, რომლისგანაც მიუხედავად მკურნალობისა, ვერ განიკურნა. კოპენჰაგენში მან გაიცნო ფრანგი ემიგრანტები, რომლებიც ფარიკაობაში ავარჯიშებდნენ. ფარიკაობ

შეუმცირა რევმატოლოგიური ტკივილები, რის შემდეგაც ლინკი აქტიურად დაკავდა ანატომიისა და ფიზიოლოგიის შესწავლით და გამოუშვა წიგნი ტანვარჯიშზე.

ამის შემდეგ მან სტოკჰოლმში გახსნა ტანვარჯიშის სამეფო ინსტიტუტი, რომელიც ახლაც არსებობს. აქ დადიან სამკურნალოდ, ბავშვები ტანვარჯიშის შესასწავლად და სავარჯიშოდ.

გერმანელი ექიმი მოზენგეილი, იყო ერთ-ერთი პირველი, რომელმაც დაიწყო მუშაობა მასაჟის ფიზიოლოგიაზე.

მასაჟის არსი და სიტყვის ეტიმოლოგია

მასაჟი წარმოადგენს მექანიკურ და რეფლექსურ ზემოქმედებათა ერთიანობას კანსა და ორგანოებზე გაწელვის, ზეწოლისა და ვიბრაციის სახით. მასაჟი ტარდება როგორც ხელების, ისე სპეციალური აპარატების (საჰაერო, წყლის) მეშვეობით, რომლის საბოლოო მიზანი სამკურნალო ეფექტის მიღწევაა.

მასაჟის ეფექტის გასაძლიერებლად იყენებენ სპეციალურ სამასაჟე ზეთებს, არომატულ, საკმევლის ზეთებს, სამკურნალო მალამოებს, გელებსა და სხვა პრეპარატებს და აგრეთვე ტემპერატურულ ზემოქმედებას კრიომასაჟის დროს.

კანსა და კუნთებზე არსებული რეცეპტორები აღიქვამენ გაღიზიანებას, რომელიც გადაეცემა ცენტრალურ ნერვულ სისტემას. იმპულსების ნაკადს, იმის მიხედვით თუ როგორია მასაჟის ტექნიკა შეუძლია როგორც აღაგზნოს, ისე დათრგუნოს ცენტრალური ნერვული სისტემის მოქმედება, რომელიც შემდეგ ვლინდება ორგანოთა სისტემებზე. სწორედ ამიტომ უნდა მოხდეს სამასაჟე ზეთების სწორი და მიზანმიმართული გამოყენება, რათა მივიღოთ სასურველი დამატებითი ეფექტი

სიტყვა “მასაჟის” წარმოშობას სხვადასხვა სპეციალისტები სხვადასხვაგვარად ვარაუდობენ. ერთნი თვლიან, რომ იგი წარმოიშვა არაბული სიტყვისაგან “mass”ან “masch”- “ნაზი დაწოლა, შეხება”, სხვები – ბერძნული “masso”-საგან – “ხელის მოჭერა”, მესამენი – ლათინური სიტყვისაგან “massa”- “თითებზე მიწებება”. მაგრამ როგორიც არ უნდა იყოს ამ სიტყვის წარმოშობა, მასაჟის არსი ერთი და იგივე რჩება. ჯერ კიდევ უძველეს დროს მასაჟი ცნობილი იყო როგორც სამკურნალო საშუალება. მას პირველყოფილი ადამიანებიც კი მიმართავდნენ. თუმცა, ხელის გასმა და მტკივანი ადგილის გაზელვა სუფთა ინსტიქტური იყო. მას მიმართავდნენ ადამიანები განვითარების ძალიან ადრეულ ეტაპებზე. მასაჟის ხერხები პირველად აღწერეს ინდოელებმა და ჩინელებმა. ჩინეთში მასაჟის გამოყენება დაიწყეს ჩვენს ერამდე მესამე ათასწლეულში. მასაჟს აკეთებდნენ რევმატიული ტკივილების სამკურნალოდ, ამოვარდნილობებისას, დაღლილობის მოსახსნელად, კუნთების სპაზმის დროს და ა.შ. ამასთან, ერთი კონკრეტული შემთხვევის დროს ჩინელები მთელი სხეულის მასაჟს აკეთებდნენ, ნაზად აწვებოდნენ კუნთებს და განსაკუთრებული მეთოდით ატოკებდნენ სახსრებს. ამ დროს სახსრებში ტკაცუნი ისმოდა.

ძველი ინდოეთის ერთ-ერთ სამედიცინო ტრაქტატში, რომელიც ცნობილია სახელით “აიურვედა”, დაწვრილებითაა აღწერილი მასაჟის ხერხები და მეთოდები, რომლებსაც ისინი იყენებდნენ სხვადასხვა დაავადებების დროს. ინდუსები აკეთებდნენ მთელი სხეულის მასაჟს – ზედა კიდურებიდან ტერფებამდე. ინდოელებმა პირველებმა გააერთიანეს ორთქლის აბანოები და მასაჟი. მასაჟის გაკეთების დროს აბანოში, რკინის ცხელ ზედაპირზე ასხამდნენ განსაზღვრული რაოდენობის წყალს, რომელიც აორთქლებისას კანში აღწევდა. როცა ადამიანის სხეული საკმარისად დატენიანდებოდა, ადამიანს აწვენდნენ იატაკზე და ორი



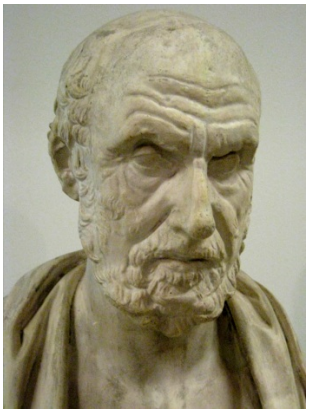
მსახური, თითო ყოველი მხრიდან, სხვადასხვა ძალით აჭერდნენ ხელს კიდურების მოდუნებულ კუნთებს, შემდეგ ხდებოდა მუცლისა და მკერდის მასაჟი, რის შემდეგაც ადამიანს ამოაბრუნებდნენ და მასაჟს ზურგის მხრიდან უკეთებდნენ. როგორც ინდოეთში, ისე ჩინეთში მასაჟს ღვთისმსახურები აკეთებდნენ. ამას გარდა, ამ ქვეყნებში შექმნილი იყო სკოლები მასაჟის შესასწავლად. ძველ ჩინეთში ჩაეყარა საფუძველი პროფილაქტიკურ მედიცინას. ყველა პროვინციაში შექმნილი იყო სამედიცინო-გიმნასტიური სკოლა, სადაც ამზადებდნენ ექიმებს, რომლებიც სრულყოფილად ფლობდნენ მასაჟის ხერხებსა და სამკურნალო ვარჯიშებს. პრიმიტიულ მასაჟს მიმართავდნენ ამერიკისა და აფრიკის ქვეყნებშიც. ასევე იყენებდნენ მას ძველ ეგვიპტეში, აბისინიაში და ლიბიაში. ამ ქვეყნებში მასაჟი ცნობილი იყო ჯერ კიდევ მეთორმეტე საუკუნეში ჩვენს ერამდე. ეგვიპტეში მასაჟს და აბანოს აერთიანებდნენ. აბანოდან არავინ გამოვიდოდა მასაჟის გარეშე. ხდებოდა მთელი სხეულის მასაჟი.



ძველ ბარელიეფებზე და ზოგიერთ ეგვიპტურ პაპირუსზე შემორჩენილი გამოსახულებების მიხედვით შეგვიძლია დავასკვნათ, რომ ასირიელები, სპარსელები და ეგვიპტელები არა

მარტო იცნობდნენ მასაჟის ხერხებს, არამედ მას სამკურნალო მიზნებისთვისაც იყენებდნენ. ეგვიპტიდან მასაჟი ფართოდ გავრცელდა ძველ საბერძნეთში, სადაც ტანვარჯიშთან ერთად მნიშვნელოვანი ადგილი დაიკავა მკურნალობის ხელოვნებაში. მასაჟი ბერძნული მედიცინის ერთ-ერთ ძირითად ელემენტს წარმოადგენდა. მისი გამოყენება აუცილებელი იყო. ჰომეროსის "ოდისეაში" მოთხრობილია იმის შესახებ, თუ როგორ უსმევდა ცირცეა ოდისევსს ზეთებსა და კრემებს, ხოლო ქალები მეომრებს უზელდნენ სხეულს ბრძოლის დაწყებმდე. ცნობილი ბერძენი ექიმები – ჰეროდიკოსი, ჰიპოკრატე და სხვები, თავის ნაშრომებში ასევე დაწვრილებით აღწერდნენ მასაჟის ილეთებს და ხერხებს. მასაჟი იმ დროს გამოიყენებოდა სამედიცინო და ჰიგიენური მიზნებისათვის.

ჰიპოკრატემ (459 – 377წწ. ჩვ.წ.აღ) გამოცდის გზით შეამოწმა ყველა თეორიული მეთოდი მასაჟის შესახებ. საკუთარ ნაშრომებში იგი წერდა: "…შესახსრების ადგილებზე შეიძლება ზეწოლა და მოდუნება მასაჟის გზით. ხახუნი იწვევს ქსოვილების შეკუმშვას ან მოდუნებას, მივყავართ წონაში დაკლებამდე ან მომატებამდე, მშრალი და ხშირი ხახუნი ქსოვილების შეკუმშვას იწვევს, ხოლო რბილი, ნაზი და ზომიერი – ასქელებს მათ". ძველ საბერძნეთში თვლიდნენ, რომ მასაჟის გამოყენება არა მხოლოდ მედიცინაში იყო საჭირო, არამედ ყოველდღიურობაშიც და სპორტშიც. მას ნერგავდნენ სკოლებში და ჯარში. არსებობდა სპეციალური სალონები სახისა და ხელების კანის მოსავლელად, სადაც ტარდებოდა ჰიგიენური და კოსმეტიკური მასაჟები.



კითხვები:

1. აღწერეთ მასაჟის განვიტარების ისტორია.
2. ვინ დაიწყო პირველმა მასაჟის, როგორც მეცნიერების, სერიოზული შესწავლა?
3. ახსენით სიტყვა ,,მასაჟის" ეტიმოლოგია.
4. რას წარმოადგენს მასაჟი?
5. რას ფიქრობდა მასაჟის შესახებ ჰიპოკრატე?

სხვადასხვა კრიტერიუმების მიხედვით სამკურნალო მასაჟის კლასიფიკაცია

მასაჟის გაკეთების ხანგრძლივობა დამოკიდებულია იმაზე, რა სახის მასაჟი კეთდება, ასევე – ადამიანის სხეულის წონაზე, მის ასაკზე, სქესსა და სხვა თავისებურებებზე. მასაჟს, რომლის

გაკეთების დროსაც მთელი სხეული მუშავდება, **საერთო მასაჟი ეწოდება.** საერთო მასაჟის გაკეთების დროს აუცილებელია მასაჟის ხერხების თანმიმდევრობის ზუსტი დაცვა. თავიდან სრულდება ხელის პერიოდული გადასმა, შემდეგ დაჭიმვა, დაზელვა, ამის შემდეგ კი დარბილება. პროცედურა მთავრდება ე.წ. ხელის პერიოდული გადასმით.

როგორც წესი, მასაჟს იწყებენ სხეულის მოზრდილი ნაწილებიდან და მსხვილი კუნთებიდან. ამიტომ, უკეთესია, თუ მასაჟს დავიწყებთ ზურგითა და ბეჭებით. შემდეგ გადავდივართ კისერსა და ხელებზე. მოსახერხებელია, თუ კისერსა და ზურგს ცალ–ცალკე დავამუშავებთ. მარცხენა და მარჯვენა ხელებიც ცალ–ცალკე მუშავდება. ამის შემდეგ მასაჟი კეთდება მენჯის არეში, დუნდულებსა და გვერდებზე. ამ მონაკვეთების დამუშავების შემდეგ, გადადიან მუხლებზე, ფეხის კუნთებზე, ქუსლის მყესებზე და ტერფებზე.

საერთო მასაჟის შემდგომი ეტაპი ითვალისწინებს ფეხის თითების, კანჭ–წვივის მყესების და თავად კანჭების (ამ დროს ადამიანი ზურგზე უნდა იწვეს) დამუშავებას. ხოლო ამის შემდეგ მასაჟი კეთდება მუხლის მყესებსა და გვერდით ნაწილებზე. როდესაც სხეულის ქვედა ნაწილებს დავამთავრებთ, ვიწყებთ გულ–მკერდის ერთი ნაწილისა და ჩვენთან ახლოს მდებარე ხელის დამუშავებას. როდესაც მოვრჩებით, გადავდივართ მეორე ხელსა და გულ–მკერდის მეორე ნაწილზე.

საერთო მასაჟის ბოლო ეტაპია მუცლის მასაჟი.

სამკურნალო მასაჟი სხვადასხვა ტრავმისა და დაავადების მკურნალობის საუკეთესო საშუალებად ითვლება. იმის მიხედვით, თუ ორგანიზმში რა სახის ფუნქციური დარღვევაა, იცვლება ამ მეთოდის მოდიფიკაცია. სამკურნალო მასაჟს გააჩნია თავისი მეთოდიკა, თავისი ჩვენებები და უკუჩვენებები. არსებობს როგორც საერთო, ისე ლოკალური ხასიათის მასაჟი. სამკურნალო მასაჟის ჩატარებისას ხუთი ძირითადი ხერხი გამოიყენება: ხელის პერიოდული გადასმა, დაჭიმვა, დაზელვა, დარბილება და ვიბრაცია, აგრეთვე – აქტიურ–პასიური მოძრაობები. სარეაბილიტაციო მასაჟი, მაგალითად, გამოიყენება ფუნქციური ხასიათის მკურნალობისთვის, სპორტსმენის ფიზიკური შრომისუნარიანობის აღსადგენად, ხანგრძლივი შესვენების ანდა ვარჯიშების შემდეგ, ასევე პოსტოპერაციულ პერიოდში (როდესაც სპორტსმენს ოპერაცია უკეთდება მენისკის მოსაცილებლად, ქუსლის მყესზე და ა.შ.). ეს მასაჟი ტარდება პრეპარატებით კომპლექსურ მკურნალობასთან და მექანიკურ თერაპიასთან ერთად. სარეაბილიტაციო მასაჟი შეიძლება იყოს საერთოც (რომელიც კვირაში 2–3–ჯერ ტარდება) და ლოკალურიც (რომელსაც ყოველდღიურად, ანდა მკურნალობის საწყის ეტაპზე, დღეში 2–3–ჯერ ატარებენ).

ტრავმებისა და დაავადებების შემთხვევაში, მასაჟი რაც შეიძლება ადრე უნდა გაკეთდეს – ლიმფისა და სისხლის მიმოქცევის ნორმალიზებისთვის, ტკივილების მოსახსნელად, შეშუპებისა და ჰემატომების შეწოვისთვის, ქსოვილის რეგენერაციისა და რეპარაციისთვის, მჟანგავ–აღდგენითი პროცესების ნორმალიზაციისთვის.

მკურნალობის პირველ ეტაპზე, მასაჟი ტარდება ყინულის გამოყენებით, მეორე ეტაპზე – სითბური პროცედურებით.

ტრავმის მიღებიდან პირველ დღეებში, მასაჟის დროს ყინულს იყენებენ, შემდეგ კი – მასაჟს თბილი პროცედურების გამოყენებით ატარებენ.

ორგანიზმის ქსოვილებზე ყინულის გამოყენება მაანესთეზირებელ, ჰომეოსტატიკურ და ანთების საწინააღმდეგო ეფექტს ახდენს, რადგან ყინული აქვეითებს ნერვული დაბოლოებების მგრძნობელობას; შედეგად, მცირდება ტკივილის შეგრძნებები. ყინულთან ერთად ჩატარებული მასაჟის შემდეგ, იზრდება დამუშავებული მყესების მოძრაობის ამპლიტუდა, მცირდება კანის შეშუპება. გარდა ამისა, მასაჟი ყინულით ხელს უწყობს: კუნთებში სისხლისმიმოქცევის გაუმჯობესებას, მეტაბოლიზმის პროდუქტების გამოყოფას, ჰიპოქსიის ლიკვიდაციას, ქსოვილის რეპარაციისა და რეგენერაციის დაჩქარებას.

ამგვარი მასაჟის გაკეთება საკმაოდ ადვილია. შეგვიძლია ყინული ჩავდოთ ცელოფანის პარკში და ამგვარად გავაკეთოთ მასაჟი. ან კიდევ, ცელოფანის პარკი ან რეზინის ბუშტი გავავსოთ წყლით და შევდგათ საყინულეში 30–60 წუთის განმავლობაში.

ზამთრის პერიოდში ყინულის მაგივრობა შეიძლება თოვლმაც გასწიოს. მასაჟი ყინულით უნდა ჩატარდეს საყრდენ–მამოძრავებელი აპარატის ტრავმის მიღებიდან მცირე ხნის გასვლის შემდეგ, ანდა – საყრდენ–მამოძრავებელი აპარატის ქრონიკული დაავადების სამკურნალოდ, ოღონდ – ფიზიკურ ვარჯიშებთან ერთად.

მასაჟი ყინულით ასევე ტარდება ვარჯიშის ან შეჯიბრების შემდეგ. ამ მასაჟს შემდეგნაირად ატარებენ: ტრავმის (ან დაავადების) ადგილს 2–3 წუთის განმავლობაში ამუშავებენ ყინულით, შემდეგ სპორტსმენი ბანაობს აუზში, თუ არის ამის საშუალება, ბოლოს კი გარკვეულ ფიზიკურ ვარჯიშებს ასრულებს. ამ პროცედურას რამდენჯერმე იმეორებენ.

მაგალითად, მხარ–ბეჭის პერიართრიტის შემთხვევაში, ამ მეთოდის გამოყენების შემდეგ, ასრულებენ ვარჯიშებს ტრენაჟორებზე, ელასტიური ბინტით ან იზომეტრიულ რეჟიმში. ყინულის მეშვეობით ჩატარებული მასაჟის ხანგრძლივობაა 3–5 წუთი. იგი დამოკიდებულია ტრავმის ლოკალიზაციაზე (ანდა დაავადების სტადიაზე), სქესზე, ასაკზე და სპორტსმენის საერთო მდგომარეობაზე, მის ფსიქოლოგიურ განწყობაზეც კი.

გაციებით გამოწვეული დაავადებების (ბრონქიტი, პნევმონია და სხვა) შემთხვევაში, პირველი 2–5 დღის განმავლობაში მიმართავენ სააბაზანო მასაჟს, მოგვიანებით – პერკუსიულ მასაჟს, ინჰალაციასთან ერთად (რომელშიც ჩართულია სამკურნალო საშუალებები და ჟანგბადი), ღამით კი – ე.წ. შემახურებელ მასაჟს.

სააბაზანო მასაჟის მოქმედება დაფუძნებულია რეფლექტორულ მეთოდზე (რომელიც ზემოქმედებას ახდენს მოტორულ–ვისცერალურ რეფლექსებზე). ამ მასაჟის გაკეთების დროს მიმდინარეობს კანის რეცეპტორების გაღიზიანება. მასაჟის ჩატარებამდე კანზე უსვამენ გამახურებელ ვაზელინის ზეთს.

პერკუსიული მასაჟი გამოიყენება ბრონქიტებისა და პნევმონიის შემთხვევაში, სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევის, ასევე ფილტვების ვენტილაციის გასაუმჯობესებლად. ეს მასაჟი სრულდება საწყის მდგომარეობაში, როგორც წოლის, ისე ჯდომისას. გულ–მკერდის გარკვეულ მონაკვეთზე დებენ გაშლილ ხელის მტევანს, ხელისგულით – ზევით და მეორე ხელით მასზე ახორციელებენ რიტმულ დარტყმას. იმავეს აკეთებენ მეორე, პირველის სიმეტრიულ მონაკვეთზე.

პერკუსიული მასაჟი კეთდება ჯერ გულ–მკერდის წინა მხარეს, შემდეგ – ზურგის მხარეს. წინა მხარეს რიტმული დარტყმები ხორციელდება ლავიწქვეშა მონაკვეთსა და ნეკნების ქვედა რკალებზე, ზურგის მხარეს კი – ბეჭებს ზევით, ბეჭებს შორის და ბეჭებს ქვევით ზონაში, შემდეგ მიმდინარეობს გულ–მკერდის დაჭიმვა ორივე ხელით. ამ დროს მასაჟისტის ხელები განლაგებულია ფერდის დაბლა, დიაფრაგმასთან ახლოს. ჩასუნთქვის დროს მასაჟისტის ხელები გადაადგილდება ხერხემლისკენ, ამოსუნთქვისას – საპირისპირო, მკერდის მხარეს (ამავე დროს, ამოსუნთქვის დროს ხდება გულ–მკერდის დაჭიმვა). ამის შემდეგ მასაჟისტს ხელები გადააქვს იღლიისქვეშა ფოსოებში და კვლავ იმეორებს იმავე მოძრაობებს.

ამ პროცედურის დამთავრებისთანავე, კეთდება გულ–მკერდის ირიბი მასაჟი: მასაჟისტის მარჯვენა ხელი განთავსებულია პაციენტის იღლიისქვეშ, მარცხენა ხელი – გულ–მკერდის ქვემოთ, დიაფრაგმასთან. ამოსუნთქვის შემდეგ ექიმი ჭიმავს პაციენტის გულ–მკერდს. შემდეგ ხელების განლაგება იცვლება. ამ მეთოდების გამოყენება 2–3 წუთს გრძელდება.

იმისთვის, რომ პაციენტმა სუნთქვა არ შეიკავოს, მას უნდა ვუთხრათ: ჩაისუნთქე (ეს ხდება მაშინ, როდესაც ექიმის ხელი მიცურავს ხერხემლისკენ), შემდეგ მივცეთ მეორე ბრძანება: ამოისუნთქე (როდესაც ხელი მიცურავს მკერდის მხარეს). ამოსუნთქვის შემდეგ უნდა დავაწვეთ გულ–მკერდს, სუნთქვის პროცესის გასააქტიურებლად.

პერკუსიული მასაჟის დროს იქმნება ექსტრაპულმონალური სიტუაცია, რომელიც აუმჯობესებს სუნთქვას. მექანიკური გაღიზიანება ასტიმულირებს სუნთქვას და ხელს უწყობს ბრონქიალური სეკრეტის გამოყოფას. გულ–მკერდზე დაწოლა აღიზიანებს ალვეოლების რეცეპტორებს, ფილტვებისა და პლევრის ძირებს, რაც ქმნის ოპტიმალურ პირობებს სუნთქვითი ცენტრის (ინსპირატორული ნეირონების) გააქტიურებისა და აქტიური სუნთქვისთვის. ნეკნებშორის სუნთქვით კუნთებზე (პროპრიორეცეპტორებზე) ზემოქმედების შედეგად ხდება რეფლექტორული ზეგავლენა სუნთქვით ცენტრზე, ასევე სუნთქვითი აქტის სტიმულაცია.

ძლიერი ტრავმების მიღების (ან დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვის შემდეგ) შემთხვევაში რეანიმაციაში გადაყვანილ ადამიანს უკეთებენ მასაჟს, რათა არ შეწყდეს სუნთქვა და არ გაჩერდეს გული. გამომდინარე იქიდან, რომ ბიოლოგიური სიკვდილი ტრავმის მიღებისთანავე არ დგება, აუცილებელია მასაჟის თანამედროვე სარეანიმაციო მეთოდების დაუყოვნებლივ გამოყენება, რათა ადამიანის გადარჩენა მოხერხდეს.

თუ ადამიანს გული გაუჩერდა, აუცილებელია გარე მასაჟის გამოყენება, რომელიც ითვალისწინებს მკერდსა და ხერხემალს შორის მონაკვეთზე გულის რიტმულ შეკუმშვას. ამ

დროს მარცხენა პარკუჭიდან სისხლი ძარღვებით ტვინსა და გულს მიეწოდება. მკერდზე ზეწოლის შემდეგ სისხლი კვლავ ავსებს გულს.

გულის გარე მასაჟის დროს მარჯვენა ხელის მტევნის ხელისგულს დებენ მკერდის ქვედა ნაწილში, მარცხენა ხელისგულს ადებენ ზემოდან და მთელი წონით აწვებიან ხერხემლისკენ. ერთი დაწოლა მაქსიმუმ 1,5 წამს შეიძლება გაგრძელდეს.

მკერდზე დაწოლა ერთი წამის მონაცვლეობით უნდა განმეორდეს, წინააღმდეგ შემთხვევაში, სისხლის მიმოქცევა ვერ დაიწყება. შუალედებში მკერდიდან ხელს არ იღებენ. მასაჟის ეფექტურობას აფასებენ იმის მიხედვით, საძილე არტერიაში ფიქსირდება თუ არა დარტყმების პულსი, ფიქსირდება თუ არა მხედველობა და დამოუკიდებელი სუნთქვითი მოძრაობები. ყურადღება უნდა მიექცეს კანის შეფერილობასაც.

გულის გარე მასაჟთან ერთად, როგორც წესი, ფილტვებს ხელოვნურად აწვდიან ჰაერს (ხელოვნური სუნთქვა). იმ შემთხვევაში, თუ რეანიმაციის პროცესს ერთი ადამიანი (შემდეგი სისტემით: პირიდან–პირში, ან პირიდან ცხვირში) ახორციელებს, ფილტვებში ჰაერის ორჯერ სწრაფი ჩაბერვის შემდეგ, 15 წამში 15 დაწოლა უნდა მოხდეს მკერდზე. ავადმყოფის თავი აუცილებლად უკან უნდა იყოს გადაწეული. ეს პროცედურები უნდა გაგრძელდეს მანამდე, სანამ სპონტანური პულსი არ გაჩნდება (რადგან სუნთქვა ხელოვნურია სწორედ სპონტანური სუნთქვის დაწყებამდე).

პრევენციული მასაჟი. მასაჟის ეს სახეობა საუკეთესო საშუალებაა დაავადებათა პროფილაქტიკისა და სხეულის მოვლისთვის. იგი კარგია ორგანიზმის ფუნქციური მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და ჯანმრთელობის გაკაჟებისთვის. ამ მეთოდის წყალობით, საგრძნობლად იმატებს სხეულის სიცოცხლის უნარიანობა, იზრდება იმუნიტეტიც. არსებობს საერთო და ლოკალური ხასიათის ჰიგიენური მასაჟი. მას აკეთებენ როგორც ცალკე, ისე – დილის გამამხნევებელ ვარჯიშებთან შეთანხმებით. კეთდება საუნაში, ჰიგიენური მასაჟი ყველაზე ხშირად თვითმასაჟის სახით კეთდება. იგი შეიძლება ჩავიტაროთ აბაზანაში, შხაპის ქვეშ. ამ პროცესში გამოიყენება მასაჟის ძირითადი ხერხები: ხელის გადასმა, დაზელა, დაჭიმვა, კანის დარბილება და ვიბრაც

კოსმეტიკური მასაჟი. მასაჟის ეს სახეობა მხოლოდ ლოკალური ხასიათისაა. იგი გამოიყენება ნორმალური კანის მოსავლელად. მისი მიზანია, კანი დაიცვას ნაადრევი დაბერებისგან და შეავსოს ის, რაც კოსმეტიკური საშუალებებით ვერ ხერხდება. დაიცვას კანი სხვადასხვა დაავადებისგან. არსებობს სამი სახის კოსმეტიკური მასაჟი: ჰიგიენური (პროფილაქტიკური), სამკურნალო და პლასტიკური. პროფილაქტიკურ მასაჟს აკეთებენ იმისთვის, რათა კანი დაიცვან დაჭკნობისგან, გამოშრობისგან და გააუმჯობესოს მისი საერთო მდგომარეობა.

სამკურნალო მასაჟი კანს აშორებს ნაოჭებს, ნაკეცებს და ზედმეტ ცხიმდაგროვებას. პლასტიკური მასაჟი განკუთვნილია ხანდაზმული ადამიანებისთვის, რომელთაც კანი ურბილდებათ და კარგავს ელასტიკურობას. ასეთ მასაჟს უკეთებენ ახალგაზრდებსაც, რომელთაც სახეზე ნაადრევად უჩნდებათ ნაოჭები ან ღრმა ნაკეცები. კლინიკურ–ექსპერიმენტული გამოკვლევებით დამტკიცებულია, რომ მასაჟის წარმატებით

გაკეთებისთვის აუცილებელია, სწორი წარმოდგენა გვქონდეს კანის მდგომარეობასა და მასაჟის ხერხების სპეციფიკაზე. ამავე დროს, ტრავმებისა და დაავადებების შემთხვევაში, მასაჟისტმა აუცილებლად უნდა გაითვალისწინოს ორგანიზმში მიმდინარე პათოფიზიოლოგიური პროცესები.

სპორტული მასაჟი. მასაჟის ეს სახეობა გამოიყენება: სპორტსმენის საერთო მდგომარეობის, მათი სპორტული ფორმის გასაუმჯობესებლად, დაღლილობის მოსახსნელად, ფიზიკური შრომისუნარიანობის ასამაღლებლად, ასევე – ტრავმებისა და საყრდენ–მამოძრავებელი აპარატის დაავადებათა პროფილაქტიკისთვის. ორი სახის სპორტული მასაჟი არსებობს: წინასწარი (მეორენაირად – სამობილიზაციო) და აღმდგენი.

წინასწარი (სამობილიზაციო) მასაჟი კეთდება ვარჯიშის (ანდა – შეჯიბრის) წინ. მისი მიზანია, დიდი დატვირთვისთვის მოამზადოს ნერვულ–კუნთური აპარატი, აგრეთვე – გულსისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემები, დააჩქაროს ენერგიის აღდგენის პროცესი, შესაძლო ტრამვების ადვილად გადატანისთვის შეამზადოს საყრდენ–მამოძრავებელი აპარატი. იმის მიხედვით, თუ სპორტსმენს რა სამუშაო აქვს შესასრულებელი, სპორტის რომელ სახეობას მისდევს, ან კიდევ მოცემულ მომენტში როგორია მისი ფსიქოლოგიური განწყობა, განასხვავებენ დამამშვიდებელ და მატონიზირებელ მასაჟს. აღმდგენი მასაჟი, ჩვეულებრივ, კეთდება მას შემდეგ, რაც სპორტსმენი დიდ ფიზიკურ და ფსიქოლოგიურ დატვირთვას მიიღებს. ამგვარი მასაჟის დანიშნულებაა, სპორტსმენს აღუდგინოს ნორმალური ფუნქციური მდგომარეობა, აუმაღლოს ფიზიკური შრომისუნარიანობა, მოუხსნას საერთო დაღლილობა. უფრო მეტად საერთო აღდგენითი მასაჟი კეთდება, იშვიათად – ლოკალური, რომელსაც იყენებენ, მაგალითად, მოჭიდავეების, მოკრივეების, ტანმოვარჯიშეებისთვის, როდესაც ისინი ასპარეზობისას რამდენიმე წუთს დასასვენებლად გადიან. დიდი ფიზიკური დატვირთვის მიღების შემდეგ კეთდება შედარებით მსუბუქი აღმდგენი მასაჟი, დასვენების დღეებში კი – ღრმა და კომპლექსური მასაჟი. აღმდგენი მასაჟის გაკეთების სიხშირე დამოკიდებულია იმაზე, რამდენად დაღლილია სპორტსმენი, მომზადების რა ეტაპს გადის და სხვა.

რეფლექტორული მასაჟი სრულდება შინაგანი ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციურ მდგომარეობაზე რეფლექტორული ზემოქმედების მიზნით. რეფლექტორული მასაჟით ვზემოქმედებთ ზურგის ტვინის სეგმენტებით კონტროლირებად კანის, შემაერთებელქსოვილოვან და ძვლოვან ზონებზე, რაც იწვევს პათოლოგიურად შეცვლილ მიდაომოებში სასურველ ძვრებს. იმის მიხედვით, თუ რომელ უბანზე წარმოებს ზემოქმედება, არჩევენ რეფლექტორული მასაჟის სახეებს:

- სეგმენტურ-რეფლექტორული;
- შემაერთებელქსოვილოვანი;
- პერიოსტალური.

სეგმენტურ-რეფლექტორული მასაჟის დროს სპეციალური ილეთების ზემოქმედება ხდება ზურგის ტვინის სეგმენტებით კონტროლირებად კანის რეფლექტორულად შეცვლილ განსაზღვრულ ზონებზე - დერმატომებზე.

შემაერთებელქსოვილოვანი მასაჟის დროს ზემოქმედება ხდება რეფლექტორულად შეცვლილ შემაერთებელ ქსოვილზე და კანქვეშა უჯრედისზე ბენინჰოფის ხაზების მიმართულების გათვალისწინებით.

პერიოსტალური მასაჟი მოიცავს ძვლისსაზრდელაზე ზემოქმედება სპეციალური ილეთებით.

საბავშვო მასაჟი

ბავშვის სწორ განვითარებასა და ჯანმრთელობაზე ზრუნვა მისი დაბადებიდანვე უნდა დავიწყოთ, ვინაიდან ბავშვის ორგანიზმის "გამოძერწვისთვის" საუკეთესო ასაკი ერთ წლამდე პერიოდია. განსაკუთრებული ყურადღება ამ პერიოდში ბავშვის ფიზიკურ აქტივობაზე, ვარჯიშზე, მასაჟზე უნდა გამახვილდეს. ბავშვის ფიზიკური აქტივობა ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პირობაა მისი სწორი ზრდა-განვითარებისთვის. ამიტომ ელემენტარული სავარჯიშო მოძრაობები და მასაჟის გაკეთება ყველა ბავშვისთვის სასარგებლოა, მიუხედავად იმისა, ჯანმრთელი დაიბადა იგი თუ არა. მასაჟი კეთდება როგორც პროფილაქტიკის, ასევე სამკურნალო მიზნით. იგი ხელს უწყობს სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევას, დასუსტებული კუნთების სტიმულაციას, კუნთოვანი ქსოვილების მეტაბოლიზმს. მას ასევე აქვს საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის ფუნქციის აღდგენის უნარი და ამ ყველაფერთან ერთად, იგი ერთ-ერთ საუკეთესო დამამშვიდებელ საშუალებადაც მიიჩნევა.

პროფილაქტიკური თვალსაზრისით, მასაჟის გაკეთებას 3-4 თვის ასაკიდან ვიწყებთ. ხოლო, თუ საქმე გვაქვს რაიმე ტიპის პათოლოგიასთან, სამკურნალო მასაჟის გაკეთება დაბადებიდან 7-9 დღის შემდეგ არის ნებადართული.

მასაჟის გაკეთება აუცილებელია იმ შემთხვევაში, როდესაც: მკვეთრად გამოხატულია კუნთების სისუსტე, ტერფმრუდობა, ბავშვი თანატოლებთან შედარებით გვიან იწყებს სიარულს, მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის დროს (მენჯ-ბარძაყის სახსრის განუვითარებლობა) – ძალზედ მნიშვნელოვანია მისი დროულად გამოვლენა, რაშიც უმთავრესი როლი მშობლებს აკისრიათ. მათ ძალიან იოლად შეუძლიათ ეჭვი მიიტანონ, თუ არის:

• დუნდულის ნაოჭების ასიმეტრია;

• ფეხების განზე გადაშლის შეზღუდვა;

• ქვედა კიდურების არათანაბარი სიგრძე;

• სახსრის ტკაცუნი ბარძაყის თავის ფოსოში გასწორებისას;

ნებისმიერი ამ ნიშნის არსებობის შემთხვევაში დროულად აჩვენეთ ბავშვი ორთოპედს.

ჩვენებები, რომლის დროსაც იკრძალება მასაჟის გაკეთება:

• მაღალი ტემპერატურა;

• კანის მწვავე დაავადებები;

• დიათეზი;

• თანდაყოლილი გულის მანკი, რომელსაც თან ახლავს ციანოზი.

მშობელსაც შეუძლია გარკვეული მოძრაობებით ავარჯიშოს პატარა. ეს სასურველიცაა, თუმცა, ცხადია, იგი ვერ შეძლებს და არც არის მიზანშეწონილი, რომ თავად გაუკეთოს ბავშვს პროფილაქტიკური და მით უმეტეს, სამკურნალო მასაჟი. აუცილებელია, რომ ის ყოველთვის პროფესიონალმა გააკეთოს.

თვითმასაჟი – ეს მასაჟის ისეთი ფორმაა, რომლის დროსაც ადამიანი თავად იმუშავებს სხეულის ამა თუ იმ ადგილს. თვითმასაჟი ყველაზე ხშირად გამოიყენება: დილის გამამხნევებელი ვარჯიშების შემდეგ, აბაზანაში, სხეულის დაზიანებისას ან ტკივილების დროს, სპორტში. ეს იმ შემთხვევაში ხდება, როდესაც ადამიანს საშუალება არ აქვს, პროფესიონალი მასაჟისტის მომსახურებით ისარგებლოს.

პილინგი ეწოდება კანის ზედა ფენების აღებას ქიმიურად აქტიური ნივთიერებებით. სიტყვა პილინგი ინგლისური სიტყვაა და აქერცვლას ნიშნავს. ჯერ კიდევ ძველ დროში შემჩნეული იქნა, რომ შემთხვევით კანის ზედაპირული დამწვრობისა და დამზიანებელი ნივთიერებების გამოყენების შემდეგ, კანის ხარისხი გაუმჯობესდა. ეს შემთხვევითობა საფუძვლად დაედო გასაახალგაზრდავებელ საშუალებებს, რომლების იწვევენ კანის ზედაპირულ დაზიანებას ანუ პილინგს. კანის ზედაპირული დაზიანება ასტიმულირებს მის რეგენერაციას, რის შედეგადაც ხდება სიცოცხლისუნარმოკლებული უჯრედების აშრევება და ახლით მათი შეცვლა. ეს მეთოდი ჯერ კიდევ ძველი ეგვიპტის დროიდანაა ცნობილი და გამოიყენება კანის გასაახალგაზრდავებლად. ეპიდერმისისა და დერმის (ნაკლოვანებებთან ერთად) აშრევების მიზანმიმართული და კონტროლირებადი პროცესი იწოდება დერმაბრაზიად ანუ პილინგად. პილინგი სხვადასხვა მეთოდით მიმდინარეობს : ულტრაბგერით, მექანიკური დერმაბრაზიით, ლაზერის გამოყენებით, ფერმენტებით, მჟავებით და ა. შ. მჟავების გამოყენება ქიმიური პილინგის არსს წარმოადგენს.
ქიმიური პილინგი არაა შემოფარგლული მხოლოდ ესთეტიკური ეფექტებით. ამ მეთოდს იყენებენ ისეთი დაავადებებისა და კანის დაზიანების დროს, როგორებიცაა აკნე, ფოტოდაბერება, კერატომები, წვრილი ნაოჭები, ზედაპირული ნაწიბურები, დიდი ზომის ფორები, ჭორფლი, ხლოაზმები, იხთიოზი, ქსეროდერმია.
შეღწევადობისა და ზემოქმედების მიხედვით განარჩევენ ზედაპირულ, საშუალო და ღრმა პილინგს.
ზედაპირული ქიმიური პილინგის დროს ხდება ეპიდერმისის ზედაპირული შრეების ან მთლიანად ეპიდერმისის ექსფოლაცია
საშუალო ქიმიური პილინგისას ხდება ეპიდერმისისა და დერმის პროგრამული ქიმიური დაწვა.
ღრმა ქიმიური პილინგის დროს იყენებენ ფენოლის ან კროტონის ცხიმის შემცველ

ნივთიერებებს. ამ დროს ხდება მაქსიმალური დესტრუქცია თითქმის დერმის ბადებრივ შრემდე. ფენოლის პილინგის დროს ხდება ატროფიული ნაწიბურების მოცილება, ღრმა ნაოჭების გასწორება. კანის ზედაპირი ხდება გადაჭიმული და ამის შენარჩუნება 5-8 წლის განმავლობაშია შესაძლებელი.
პროცედურის ხანგრძლივობა 30-40 წუთი

კანის ასაკობრივი ცვლილებები დაკავშირებულია ულტრაიისფერი გამოსხივების დამღუპველ ზემოქმედებასთან. ნაოჭები, პიგმენტაციის მომატება, სისხლძარღვოვანი ბადე და სხვა უსიამოვნებები პილინგის საშუალებით შეიძლება ნაკლებშესამჩნევი გახდეს. პილინგი ააქტიურებს კანის რეგენერაციის უნარს. უმნიშვნელო ნაკაწრიც კი მყისვე რთავს ორგანიზმში აღდგენითი პროცესების მექანიზმს. სწორედ ასე ხდება ძველი უჯრედების აქერცვლის შემდეგ. რეგენერაციის დროს გამომუშავდება ელასტინი და კოლაგენი, რომლებიც აყალიბებს კანის ახალ ფენას, ჭიმავს და ასწორებს ნაოჭებს. კოსმეტიკური პილინგის პირველივე პროცედურის შემდეგ კანი ხდება უფრო გლუვი, რბილი, ხავერდოვანი. ამ გზით შეიძლება მოვიშოროთ ასაკობრივი ლაქები, ნაწიბურები, ფერიმჭამელები და ბევრი სხვა პრობლემა.

ანტიცელულიტური მასაჟი

ანტიცელულიტური მასაჟი წარმოადგენს ზუსტად ისეთ მეთოდს, რომელიც არა უბრალოდ სასიამოვნოა, არამედ ორგანიზმსაც სასიკეთოდ წაადგება. ამას გარდა, ამ პროცედურების გაკეთება სახლშიც შეიძლება არა მარტო ცელულიტის წინააღმდეგ, არამედ, უბრალოდ, კანის მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად.

ცელულიტი ჩნდება ბარძაყებზე, მკლავის ზედა ნაწილებზე, დუნდულებზე. ამ ნაწილებზე, სითხის ცირკულირების დარღვევის გამო, დალექილი ცხიმის გროვა თავის დროზე ვერ თავისუფლდება. თვით დალექილი ცხიმი ხდება საბოლოოდ ქსოვილში სითხის ცირკულირების რღვევის მიზეზი. ვიღებთ თავისებურ შეკრულ წრედს, რომლის გაწყვეტაც არც ისე იოლია.
ცელულიტი – ეს არა მხოლოდ კოსმეტიკური ნაკლია, იგი ხელს უშლის უჯრედების ნორმალურად მომარაგებას სისხლით. თუკი შეეხებით კანს ბარძაყებზე, ან სხეულის იმ ნაწილებზე, სადაც ცელულიტია, იგრძნობთ, რომ იგი შედარებით ცივია, ვიდრე ცელულიტისგან თავისუფალი ადგილები. არასაკმარისი სისხლის მოძრაობა კი ნიშნავს უჯრედების არასაკმარისად მომარაგებას ჟანგბადით და სხვადასხვა მკვებავი ნივთიერებებით.

სხეულის პრობლემური ადგილების დაზელვა არა მარტო კუნთების სასიამოვნო გახურებას იწვევს. მთელს ორგანიზმში იწყება სისხლის სწრაფი ცირკულირება., რომელსაც ცხიმოვან უჯრედებში შეჰყავს ჟანგბადი და გამოდევნის ტოქსინებს. მასაჟისტის ხელით მექანიკური ძალის გამოყენებისას, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილიდან ნელ-ნელა იწყებს გაქრობას ზედმეტი ცხიმი. უჯრედები თითქოს ცოცხლდებიან, მთელს ორგანიზმში უმჯობესდება ნივთიერებათა ცვლის პროცესი, ხოლო კანი ხდება უფრო გადატკეცილი და მკვრივი.

მასაჟი ვაკუუმით. მასაჟის ეს სახეობა განსაკუთრებით გამოკვეთს მის ეფექტურობას. არის აფსოლიტურად უმტკივნეულო პროცედურა, სწრაფი და ეფექტური, არ იწვევს კანის გარეგან

დაზიანებებს. გამოაქვს სხეულიდან ტოქსინები და შლაკენბი, აქრობს ფორთოხლისებურ კანს, ასწორებს კანზე უსწორმასწორო ზედაპირს და ხვეწავს კონტურს. პროცესი არის კომფორტული, იწვევს სიამოვნების შგრძნებას.

კრიომასაჟი – ეს არის მასაჟი **თხევადი აზოტის** გამოყენებით. ის მიეკუთვნება აპარატულ მასაჟებს. კრიომასაჟი ფართოდ გამოიყენება როგორც სხვადასხვა დაავადებების სამკურნალოდ, ასევე კოსმეტოლოგიაში და ტრიქოლოგიაში.

აზოტი არის აირი, რომელიც –196 გრადუსზე გადაიქცევა უფერო, უსუნო სითხედ, რომელიც შეიცავს 96% აზოტს და 4% ჟანგბადს. ის ინახება სპეციალურ კოსმეტოლოგიურ თერმოსში. კრიომასაჟი სრულდება სპეციალური აპლიკატორის გამოყენებით, რომლის ბოლოზეც დამაგრებულია თხევად აზოტში დასველებული ბამბის ტამპონი. ბამბის ტამპონის შეხება ხდება ხანმოკლე დროით, მხოლოდ პრობლემურ ზონებში.თავის თმიანი ნაწილის კრიომასაჟი ინიშნება თმის ფოლიკულის სისხლით მომარაგების გაუმჯობესების მიზნით, რაც ხელს უწყობს თმის ზრდას და გაჯანსაღებას.

დაბალი ტემპერატურის მოქმედებით თავის თმიანი ნაწილის კანზე ხდება თავის სისხლძარღვების ხანმოკლე შევიწროება შემდგომი გაფართოებით (არა მარტო მომქმედი არამედ სარეზერვო კაპილარების), რის შედეგად დამუშავებულ ზონაში ძლიერდება ნივთიერებათა ცვლა. ამის შედეგად კანი ინტენსიურად მარაგდება საჭირო ვიტამინებიამინომჟავებით და მიკროელემენტებით.



კრიომასაჟი აუმჯობესებს კანის ტროფიკას (კვებას) და დრენირებად ეფექტს. ასევე აქვს გამოშრობის და აქერცვლის ეფექტი, ამცირებს ცხიმგამოყოფას, ამიტომ გამოიყენება ცხიმოვანი სებორეის დროს. პროცედურის ხანგრძლივობა არის 10–20 წთ. მკურნალობის კურსი შეადგენს10–15 პროცედურას, კეთდება კვირაში 3–ჯერ.

კრიომასაჟი გამოიყენება ბუდობრივი ალოპეციის, ანდროგენეტიკური ალოპეციის, სებორეის, ქერტლის, სებორეული დერმატიტის დროს.

სთოუნმასაჟი რელაქს მასაჟების ერთ-ერთი უძლიერესი ნაირსახეობაა, რომელიც სრულდება ვულკანური წარმოშობის ქვებით. მასაჟის დროს დუნდება დაძაბული კუნთები. მას გააჩნია ტკივილგამაყუჩებელი ეფექტი, იგი ხსნის სტრესს, ადამიანი თავისუფლდება უარყოფითი ემოციებისაგან, ეხსნება დაღლილობა, დეპრესიული განწყობა. "სთოუნ" მასაჟი ტარდება კონტრასტული ტემპერატურის ქვებით (ცხელი ბაზალტის და ცივი მარმარილოს ქვებით). მას ახასიათებს ღრმა რელაქსაციური და გამწმენდი ეფექტი, ვარჯიშდება სისხლძარღვები. ხშირად პროცედურა მთავრდება ჯანსაღი ძილით. მასაჟის ეფექტს თქვენ ინარჩუნებთ რამოდენიმე დღის განმავლობაში. მნიშვნელოვანია, რომ ნატურალურ ქვებს გააჩნია უნარი თავის თავზე მიიღონ თქვენი უარყოფითი ინფორმაცია და შეინარჩუნონ იგი. ამიტომ ყოველი პროცედურის შემდეგ ქვები ირეცხება გამდინარე წყალში ან იმყოფება მზეზე ღია ცის ქვეშ, რათა კვლავ დაიმუხტოს დადებითი ენერგიით.





კითხვები:

1. რა თანმიმდევრობის დაცვა ხდება საერთო მასაჟის დროს?
2. როდის მივმართავთ სამკურნალო მასაჟს?
3. რაზეა დაფუძნებული სააბაზანო მასაჟის მოქმედება?
4. რა დროს გამოიყენება პერკუსიული მასაჟი?
5. რა არის პრევენციული და კოსმეტიური მასაჟების მიზანი?
6. რამდენი სახის სპორტული მასაჟი არსებობს?
7. რეფლექტორული მასაჟის რამდენი სახე არსებობს?
8. რა ასაკიდან შეიძლება ბავშვთან პროფილაქტიკური მასაჟის გაკეთება?
9. რა დროს არის აუცილებელი ბავშვთან მასაჟის დაწყება?
10. რა სროს იკრძალება ბავშვთან მასაჟი?
11. რა არის ცელულიტი?
12. რა დროს ტარდება მასაჟი ვაკუუმით?
13. რა ნივთიერება გამოიყენება კრიომასაჟის დროს?
14. რომელი მასაჟის ნაირსახეობაა სთოუნმასაჟი?

მასაჟის სახეები მოქმედების მექანიზმის მიხედვით:

კლასიკური მასაჟი - სამკურნალო მასაჟის სახესხვაობაა, ამ დროს არ არის გათვალისწინებული რეფლექტორული ზემოქმედება. სრულდება სხეულის დაზიანებული მიდამოს ახლოს ან უშუალოდ ამ მიდამოზე.

ზოგადი (კლასიკური) მასაჟის სეანსები (მთელი სხეულის მასაჟი) შეიძლება გამოყენებულ იქნას როგორც დაძაბულობის მოსახსნელად, დამშვიდებისა და რელაქსაციისათვის, ასევე პირიქით (მასაჟის ტექნიკიდან გამომდინარე), ტონუსის მომატებისა და ენერგეტიკული ცენტრების გააქტიურებისათვის. ზოგადი მასაჟის სეანსის დროს, თქვენი სურვილისამებრ, სპეციალისტის ყურადღება შეიძლება გამახვილებულ იქნეს თქვენთვის ე.წ. "პრობლემურ" ზონებზე (ზურგი, გავა-წელის ზონა, კისრის მიდამო).

კლასიკური მასაჟი – უძველესი, და ამავე დროს თანამედროვე ეფექტური სამკურნალო-პროფილექტიკური მეთოდია.

მასაჟი ხელს უწყობს ტკივილების, შეშუპებების შემცირებას, აჩქარებს ტრავმების შეხორცების პროცესებს, ამაგრებს სახსრებსა და მყესოვან სისტემას, ხსნის კუნთთა დაღლილობას, ამაღლებს ადამიანს შრომისუნარიანობას, არეგულირებს სასქესო ორგანოების ფუნქციებს.

კლასიკური მასაჟის ჩატარების მეთოდიკა და ხერხები თითოეულ კერძო შემთხვევაში შეირჩევა პაციენტის ინდივიდუალური თავისებურებების, ასაკისა და ჯამრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით.

მასაჟის დროს სხეულზე ზემოქმედება გარედანაც ისეთივე სახის უნდა იყოს, როგორიც თვით სხეულის შინაგანი ქმედებაა ადამიანის აქტიური მოძრაობის დროს.

მასაჟი მოიცავს სხვადასხვა ილეთს, რომლებზეც ჯერ კიდევ ძველი ბერძნები, რომაელები, ინდოელები და ჩინელები აღწერდნენ.

რიტმული მასაჟი მასაჟის განსაკუთრებული სახეობაა, რომელიც ეფუძნება კლასიკურ - შვედურ მასაჟს და გამდიდრებულია ცოცხალ ორგანიზმზე გამაჯანსაღებლად მოქმედი რიტმული პროცესებით. თერაპიის სახლში პაციენტთა სარეაბილიტაციო მკურნალობისას ის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი თერაპიაა სამკურნალო ევრითმიასთან, ხელოვნებით თერაპიასთან, სამკურნალო აბაზანებთან და ვარჯიშთან ერთად. რიტმული მასაჟის დროს პაციენტი არ არის პასიური, ის სამკურნალო პროცესის მონაწილეა. რიტმული მასაჟი არა მარტო თავად არის სამკურნალო ზემოქმედებისა, არამედ ის პაციენტის ორგანიზმს სხვა სამკურნალო პროცედურების უფრო მეტად მიმღებს ხდის.

რიტმული მასაჟის შედეგად:

- საგრძნობლად უმჯობესდება ზოგადი თვითშეგრძნება;
- უმჯობესდება სუნთქვა;
- უმჯობესდება სხეულებრივი ამართვა;
- აქტიურდება ლიმფური და სისხლის მიმოქცევის ნაკადები;
- ხდება კიდურებში დაძაბულობის მოხსნა, მათი გათბობა;
- იხსნება კუნთური დაძაბულობა, ტკივილი;
- ხდება ნივთიერებათა ცვლის (კუჭის მოქმედების) გააქტიურება და რეგულაცია;
- ჰარმონიზირდება რიტმის ავადმყოფური დარღვევები (მაგალითად ძილ-ღვიძილის რიტმი).

რიტმული მასაჟი უპირატესად ინიშნება:

1. საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დარღვევებისას, ტრავმული და პოსტ-ტრავმული მდგომარეობების ჩათვლით.
2. შემაერთებელ-ქსოვილოვანი დარღვევებისას.
3. სითხული ორგანიზმის დარღვევების დროს (ვენური და ლიმფული შეგუბებები).
4. ნივთიერებათა ცვლის სფეროში დარღვევებისას.
5. ნევროლოგიური წარმოშობის დაავადებების დროს.

მასაჟის სხვა სახეებთან შედარებით, მისი გამოყენების სპექტრის გაფართოებას წარმოადგენს რიტმული მასაჟის დანიშვნის შესაძლებლობა:

- სიმსივნიანი პაციენტების მკურნალობისას;
- ვარიკოზულ დაავადებათა მკურნალობისას;

განსაკუთრებული ადგილი მის ინდიკაციებში უკავია სხვადასხვა სახის განვითარების დარღვევებს. ყოველივე ზემოთქმული რომ შევაჯამოთ, რიტმული მასაჟი ადამიანს ეხმარება თავისი ფიზიკური სხეული, როგორც ინსტრუმენტი, უკეთ გამოიყენოს თავისი მშვინვიერი და სულიერი უნარების გამოსავლენად.

<u>ისტორია</u>

რიტმული მასაჟის განვითარება უკავშირდება მეოცე საუკუნეში (1876-1943) მცხოვრები ჰოლანდიელი ექიმისა და კლასიკური მასაჟის სპეციალისტის, მკვლევარი ქალბატონის - იტა ვეგმანის სახელს; მისი შემდგომი განვითარება და რიტმული მასაჟის სკოლის ჩამოყალიბება კი - გერმანელი ქალბატონის მარგარიტა ჰაუშკას სახელს, რომელიც იტა ვეგმანის უშუალო მოწაფე იყო. ამიტომაც, ევროპაში ამ მასაჟს უწოდებენ - რიტმულ მასაჟს ვეგმან/ჰაუშკას მიხედვით. დღეს მსოფლიოში რიტმული მასაჟის უკვე მრავალი სკოლა არსებობს.

რიტმული მასაჟის განსაკუთრებულობა იმაში მდგომარეობს, რომ ის ეფუძნება ადამიანური ბუნების ღრმა შემეცნებას. ჯერ კიდევ უძველეს ბერძნებს გააჩნდათ ცოცხალი ცოდნა მასაჟისა და მოძრაობის ხელოვნების შესახებ. ისინი საკუთარ თავს განიცდიდნენ ცასა და დედამიწას შორის არსებულ ჰარმონიულ არსებებად. ბერძნული ქანდაკება ამის ნათელი დასტურია. შემდგომ, შუა საუკუკუნეებში, კაცობრიობამ ეს ცოდნა სრულიად დაკარგა და მხოლოდ მე-18, მე-19 საუკუნეებში დადგა მასაჟისა და ვარჯიშის მეშვეობით სხეულის მოვლის საკითხი კვლავ დღის წესრიგში. ამ დროისათვის ადამიანისადმი მიდგომა, ბუნებრივია, რადიკალურად იყო უკვე შეცვლილი. ის მთლიანად ეფუძნებოდა ზუსტ საბუნებისმეტყველო მეცნიერებებს. მე-19 საუკუნის დასაწყისში შვედმა ჰერმან ლინგმა, რომელმაც სრულად დაძლია რევმატიული ჩივილები მასაჟისა და მოძრაობითი სავარჯიშოების მეშვეობით, ჩაუყარა საფუძველი ამგვარ მკურნალობას. დღევანდელი შვედური მასაჟი ეფუძნება ჰერმან ლინგის ძირითად მოსაზრებებსა და ჰოლანდიელი ექიმის - მეცგერის მიერ ამ მეთოდის შემდგომ გადამუშავებას.

რიტმული მასაჟის ილეთები კლასიკური მასაჟისგან განირჩევა სიმსუბუქით, ხელის მოძრაობის შემწოვი ხასიათით, რომელიც სხეულის სიმძიმისგან განთავისუფლებას ემსახურება. შეხების ხარისხი ამ დროს სრულიად განსხვავებულია, არა ძალისმიერი, არა ზეწოლითი. თავად მასაჟის პროცედურა ძალიან შემოქმედებითია და მის მახასიათებლად შეიძლება ითქვას: ”ხელოვნება ადამიანის სხეულთან განსაკუთრებული შეხებისა, მისი ქსოვილების შემამსუბუქებლად, მაჰარმონიზებლად მოქმედი”. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ყოველგვარ შემოქმედებას საფუძვლად უდევს უზადო ტექნიკა.

რიტმული მასაჟის ტექნიკაში განსაკუთრებული ადგილი უკავია ორგანოთა სპეციფიურ მასირებას, მათი ჯანსაღი ფუნქციონირების გასააქტიურებლად. აქედან გამომდინარე, რიტმული მასაჟის მეშვეობით შესაძლებელია ადამიანის ორგანიზმზე მისი ჩივილების შესაბამისი, განსაკუთრებულად დიფერენცირებული ზემოქმედება.

ლიმფის მანუალური დრენაჟი არის მასაჟის განსაკუთრებული ფორმა, რომელიც სრულდება ძალიან მსუბუქი, ეფლორაჟის ტიპის მასაჟის ილეთით. მისი მიზანია:

- ლიმფურ სადინართა კედლის ტონუსის გააქტიურება;
- შეგუბებული ლიმფის ტრანსპორტირება ფიზიოლოგიური მიმართულებებით;
- რეგიონალური ლიმფური კვანძების უკმარისობის ან არარსებობის შემთხვევაში, ლიმფური სისტემის ანატომიური თავისებურებები იძლევა პროცესის ჯანმრთელი ლიმფური კვანძების მიმართულებით ნაწილობრივი გადაწყობის შესაძლებლობას.

ლიმფის მანუალური დრენაჟის წარმატებულ პროცედურებს აუცილებლად მოსდევს კომპრესიული გადახვევა სპეციალური ელასტიური ბინტებით ან მორგებული კომპრესიული ტრიკოტაჟის ჩაცმა. კომპრესიული თერაპია ლიმფის მანუალური დრენაჟის მეშვეობით მიღებული შედეგის შემანარჩუნებელია.

ლიმფის მანუალური დრენაჟის და კომპრესიული გადახვევის მეშვეობით ხდება, პირველ რიგში, სხვადასხვა წარმოშობის ლიმფედემის მკურნალობა.

ამ ორი თერაპიული მეთოდის გარდა შეგუბების საწინააღმდეგო კომპლექსური მკურნალობა მოიცავს:

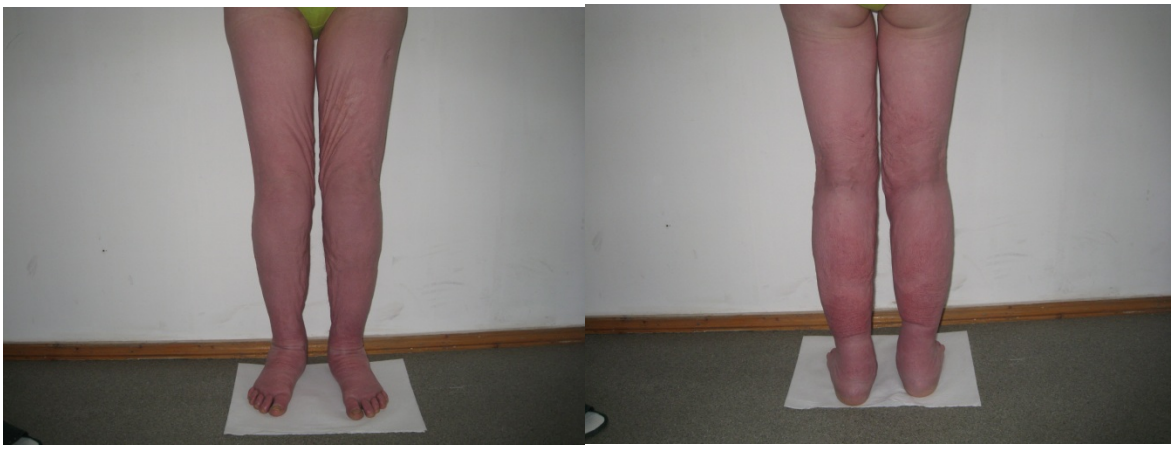
- მოძრაობით თერაპიას (სპეციალური სამკურნალო ვარჯიშები)
- კანის სწორ მოვლას

მკურნალობის შეგუბების საწინააღმდეგო თერაპიების კომპლექსი ხარისხობრივად გაცილებით მეტია, ვიდრე მათი უბრალო ჯამი.მასაჟის ეს ფორმა გამოიყენება შემდეგი დაავადებების დროს:

- ლიმფედემა (პირველადი და მეორადი);
- სპილოვნება (ლიპედემა);
- ქრონიკული ლიმფო-ვენური უკმარისობა;
- ფლებო-ლიპო-ლიმფედემა;
- ციკლურ-იდიოპათიური სინდრომი;
- რევმატიული დაავადებები;
- ტრავმული დაზიანების ან ოპერაციის შემდგომი მდგომარეობა;
- სკლეროდერმია (დამხმარე მეთოდად)



სურათებზე ნაჩვენებია ახალგაზრდა ქალის (27 წლის) ქვედა კუდურები მკურნალობამდე და მის შემდეგ.



მკურნალობა აუმჯობესებს:

- ლიმფის და ქსოვილოვან სითხეთა მოძრაობას;
- ლიმფურ სადინართა ანგიომოტორიკას;
- ლიმფის დინების წუთ-მოცულობის გაზრდას;
- ნაწიბუროვანი ქსოვილის გაშლა-დარბილებას.
- ლიმფის მანუალური დრენაჟის უკუჩვენებებს წარმოადგენს:
- მწვავე ანთებები (პათოგენური წარმოშობის);
- მალიგნური პროცესები;
- კარდიალური შეგუბებები;
- ზოგიერთი კონკრეტული მანიპულაციისთვის შეიძლება იყოს ასაკი.

აღმოსავლური მასაჟი, ევროპულისგან განსხვავებით, მოქმედებს ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილებზე და მუშაობს ე.წ. მერიდიანების ტრაექტორიის გათვალისწინებით. ეს არის წერტილოვანი და ზედაპირული მასაჟისა, რომელსაც საფუძვლად რეფლექსური მექანიზმი უდევს, შესაბამისად, ეფექტურია უფრო ფუნქციური მოშლილობების, ზოგიერთი ქრონიკული დაზიანებისა და ვეგეტატიური სისტემის პათოლოგიების დროს. მასაჟის ტექნიკა უნიფიცირებული არ არის, სხვადახვა ქვეყანაში მას სხვადასხვა თავისებურება ახასიათებს, თუმცა მიიჩნევენ, რომ ყველაფერი ძველი ჩინური მასაჟის ტუი-ნას (TUI-NA) რვა ძირითადი პრინციპიდან იღებს სათავეს. ეს პრინციპებია:
1. სისტემატურობა. მასაჟი სისტემატურად უნდა სრულდებოდეს. წინააღმდეგ შემთხვევაში იგი შედეგს ვერ გამოიღებს.
2. ვიწყებთ შუბლიდან. ტუი-ნას მეთოდით, არსებობს საერთო მასაჟის ორი ტიპი, თუმცა ორივე ტიპის მასაჟის კეთება შუბლიდან იწყება, ყელს ჩამოჰყვება და ისე გადადის სხეულის სხვა ნაწილებზე;
3. მსუბუქიდან ძლიერისკენ. მასაჟისტის პირველი შეხება ძალიან მსუბუქი და ზედაპირული უნდა იყოს. ზეწოლა ნელ-ნელა, თანდათანობით უნდა გაძლიერდეს და როდესაც პიკს

მიაღწევს, ისევ ნელ-ნელა შესუსტდეს.
4. ნელიდან სწრაფისკენ. მასაჟი ნელი მოძრაობებით იწყება და ნელ-ნელა ჩქარდება. მასაჟისტის ზეწოლითი მოძრაობები რაღაცით ცეკვას უნდა წააგავდეს. როდესაც მასაჟის რიტმი სასურველ სიჩქარეს მიაღწევს, ტემპი ისევ იკლებს და მასაჟი ნელი ზეწოლით სრულდება.
5. ზედაპირულიდან სიღრმისეულისკენ. მასაჟისტმა კარგად უნდა იცოდეს, რომ სხეულის ზოგიერთი ზონა მსუბუქ, ზედაპირულ მასაჟს ითხოვს, ხოლო ზოგიერთს ძლიერი და სიღრმისეული დაწოლა უხდება. გარდა ამისა, დაწოლის სიძლიერე და სირღმე ავადმყოფის მდგომარეობის შესაბამისად უნდა იცვლებოდეს.
6. მკურნალობის თანამიმდევრულობა თუ მასაჟის დროს სხეულის ზოგიერთი ზონა უფრო მგრძნობიარე და მტკივნეული აღმოჩნდა, პირველ რიგში სწორედ ამ ადგილებს უნდა მივაქციოთ ყურადღება და ტკივილის მიზეზი აღმოვფხვრათ.
7. მასაჟის რიგითობა. საერთო მასაჟის დროს დაცული უნდა იყოს ზეწოლის რიგითობა შემდეგი თანამიმდევრობით:
თავი – ტანი
ზურგი – გულმკერდი
მარჯვენა მხარე – მარცხენა მხარე და ა.შ.
8. მოდუნება. დაუშვებელია მასაჟის კეთება დაძაბულ, დაჭიმულ სხეულზე. შესაბამისად, მასაჟისტმა ჯერ პაციენტის მოდუნება უნდა სცადოს. აი, მასაჟის დასრულების შემდეგ კი მსუბუქი დაჭიმვაა საჭირო.



ახლა კი მასაჟის რამდენიმე აღმოსავლური სახეობა მიმოვიხილოთ. ბირმული მასაჟი. ამ დროს პაციენტს ბამბის სამოსი უნდა ეცვას. მასაჟი სრულდება დილის გამამხნევებელი ვარჯიშის წინ ან შემდეგ, თუმცა რეკომენდებულია ძილის წინაც. მონღოლური მასაჟი. მასაჟის მონღოლურ-ტიბეტური სკოლა უპირატესობას ანიჭებს ზეწოლის ტაქტიკას. ზეწოლა ხდება I-II თითებით, თითის სახსრებით, ხელისგულით, იდაყვით. სრესა საკმაოდ ძლიერია. იყენებენ ხის ან ლითონის კაუჭს, რომელსაც წამოცმული აქვს რეზინის ან ნაჭრის მუფთა. სამასაჟო არეს უსვამენ ცხიმს (მაგალითად, ცხვრის დუმის ქონს). ტაილანდური მასაჟი არსებითად განსხვავდება ევროპულისგან. პროცედურას წინ უძღვის პაციენტისა და გარემოს საგანგებო მომზადება. ტაილანდური მასაჟი კუნთების დაჭიმვაზე ორიენტირდება. ზეწოლა ნელ გაჭიმვასთან ერთად, ძლიერი და ამავე დროს მომადუნებელია. ჭეშმარიტული ტაილანდური მასაჟი (და არა ის, რასაც ტურისტებს სთავაზობენ) თითქმის

რელიგიური რიტუალია. ალბათ ამიტომ იყო, რომ მისი გაკეთების უფლება მხოლოდ ბუდისტ ბერებს ჰქონდათ.
იაპონური მასაჟი შიაცუ ემყარება აღმოსავლურ წარმოდგენას ორგანიზმში სასიცოცხლო ენერგიის განსაკუთრებული არხებით ცირკულაციის შესახებ. შიაცუს მიმდევართა თვალთახედვით, როგორც სისხლი მიმოიქცევა ორგანიზმში, ისეთივე ცირკულაციას განიცდის სასიცოცხლო ენერგიაც. სტრესები, ტრავმები და დაავადებები ამ ცირკულაციას არღვევს და ბლოკავს. შიაცუ სხეულის განსაზღვრულ წერტილებზე დაწოლით ამ ცირკულაციის აღდგენას და ორგანიზმის გაჯანსაღებას უწყობს ხელს. ზეწოლ ხდება თითებითა და ხელისგულით 3-7 წამის განმავლობაში.

აკუპრესურა - (ლათ. Acus - ნემსი, pressus - წნევა, ზემოქმედება). ამ დროს ხდება თითის დაჭერა გარკვეულ წერტილებზე სხვადასხვა დაავადების სიმპტომების წინააღმდეგ.

წერტილოვანი მასაჟი ერთ-ერთი საუკეთესო საშუალებაა დაავადებების პროფილაქტიკისთვის და ბოლო დროს ამ მეთოდს ბევრი აღიარებს. ის ამაღლებს ორგანიზმის დაცვით ფუნქციებს, ბრონქების, ყელის, ცხვირის ლორწოვანი გარსის დაცვით თვისებებს. გაციების დროს ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარის ასამაღლებლად რეკომენდებულია წერტილოვანი მასაჟი და თვითმასაჟი, განსაკუთრებით მკერდისა და სახის მიდამოებში, რაც მნიშვნელოვანი რეგულატორია შინაგანი ორგანოების ქმედუნარიანობისთვის.
წერტილოვანი მასაჟი წარმოადგენს რეფლექსო- თერაპიის ერთ-ერთ მეთოდს, იგი გაჩნდა საკმაოდ დიდი ხნის წინათ აღმოსავლეთის ქვეყნებში. ეს მასაჟი წარმოადგენს ბიოლოგიურ წერტილებზე მოქმედების კომპლექსს, რომელიც დაფუძნებულია ადამიანის სხეულზე განლაგებული წერტილების ღრმა ცოდნაზე , მათ განლაგებაზე და ფუნქციაზე. არსებობს ამ მასაჟს გამოყენების განსხვავებული მეთოდები მაგ: ჩინურ მედიცინაში, ტიბეტურ მედიცინაში.
წერტილოვანი მასაჟი ახდენს ზეგავლენას , როგორც სხეულის კონკრეტულ ადგილზე , ისე მთელს ორგანიზმზე. განსაზღვრულ წერტილზე განსაზღვრული ძალით ზემოქმედება ახდენს გავლენას იმ ორგანოზე ან ჯირკვალზე რომელთანაც დაკავშირებულია კონკრეტული წერტილი.

კითხვები:

1. როგორ სრულდება კლასიკური მასაჟი?
2. რა დროს ინიშნება რიტმული მასაჟი?
3. რა უმჯობესდება რიტმული მასაჟის შედეგად?
4. რა არის ლიმფდრენაჟი?
5. ჩამოთვალეთ ლიმფის მანუალური დრენაძის მიზანი.
6. ჩამოთვალეთ აღმოსავლური მასაჟის ძირითდი პრინციპები.
7. აღწერეთ აკუპრესურის მოქმედების მექანიზმი.

სამკურნალო მასაჟის ჩვენებები და წინააღმდეგჩვენებები

მასაჟის ჩვენებები

1. პირველ რიგში, მასაჟი ესაჭიროებათ ჯანმრთელ პირებს სხვადასხვა დაავადების პროფილაქტიკისა და ტონუსში ყოფნისათვის.
2. მიალგია, მიოზიტი
3. თავის ტკივილები
4. ტკივილი ზურგის, წელის, კისრის არეში, ხერხემალში დეგენერაციულ-დისტროფიკული პროცესების გართულება (ოსტეოქონდროზი, რადიკულიტი)
5. ტრავმული დაზიანებები, კუნთების, იოგებისა და მყესების დაჭიმვა
6. მოტეხილობები
7. ფუნქციური მოშლა მოტეხილობებისა და დისლოკაციის შემდეგ (კუნთების ცვლილებები, ნაწიბურების განვითარება)
8. ართრიტები-ქრონიკული, ქვემწვავე და რევმატოიდული
9. კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ტკივილი
10. ნევრალგია და ნევრიტები
11. დამბლა, როგორც სპასტიური, ისე დუნე
12. გულის ქრონიკული უკმარისობა
13. სტენოკარდია
14. ჰიპერტონული დაავადება-არტერიული ჰიპერტენზია
15. არტერიული ჰიპოტენზია
16. გულის ინფარქტის შემდგომი სარეაბილიტაციო პერიოდი
17. ქრონიკული გასტიტი
18. მხსვილი ნაწლავის ფუნქციის დარღვევა
19. ბრონქიტი- ქვემწვავე და ქრონიკული ეტაპები
20. პნევმონია- გამოჯანმრთელობის ფერიოდი და ქრონიკული ფორმა
21. ბრონქული ასთმა

სიტუაციები, რომლის დროსაც მასაჟის გაკეთება არ შეიძლება

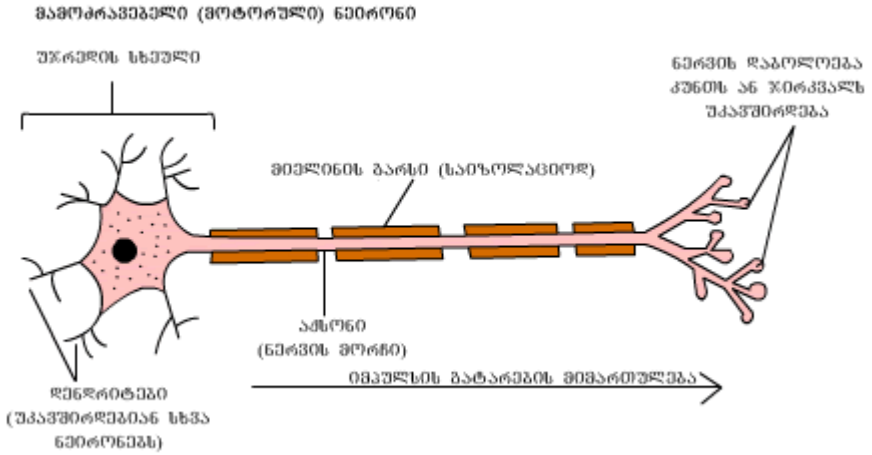
1. მწვავე ფიბრილური მდგომარეობა და მაღალი ტემპერატურა
2. სისხლდენა, სისხლდენისკენ მიდრეკილება და თრომბოზი
3. სისხლის ავთვისებიანი დაავადებები
4. ჩირქოვანი პროცესები
5. კანის, ფრჩხილებისა და თმის დაავადებები (ინფექცია, სოკო)
6. ნებისმიერი მწვავე სისხლჩაქცევისა და ლიმფური ჰემატომის, თრომბოზის, ვარიკოზის დროს

7. პერიფერიული ათეროსკლეროზისა და თავის ტვინის ჰემატომის დროს
8. აორტის ანევრიზმა
9. ალერგიული გამონაყარი კანზე,კვინკეს დაავადება და ანაფილაქცია
10. მუცლის ღრუს დაავადებების დროს, მიდრეკილებით სისხლდენისკენ
11. ავთვისებიანი სიმსივნეები (ლიპომის დროს შესაძლებელია)
12. ფსიქიკური აშლილობები
13. ჰიპერ- და ჰიპოტონიური კრიზი
14. მიოკარდიუმის მწვავე იშემია
15. მწვავე რესპირატორული ინფექცია, მაგ : გრიპი
16. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დისფუნქციისას (გულისრევა, ღებინება, დიარეა)
17. განგრენა
18. ტროფიკული წყლულები
19. ლიმფადენიტი
20. ტუბერკულოზი
21. სიფილისი
22. ოსტეომიელიტი
23. ოპერაციის შემდგომი გართულებები
24. თირკმლის, ღვიძლის, ფილტვის, გულის უკმარისობები
25. ნარკოტიკული ინტოქსიკაცია

სამკურნალო მასაჟის მოქმედების მექანიზმი

ცენტრალური ნერვული სისტემა (ცნს) შედგება თავისა და ზურგის ტვინისაგან.

ცნს–დან გამოდის ნერვები. თითოეული ნერვი კონად შეკრული ნეირონების მორჩებისაგან შედგება, რომელსაც გარსი აკრავს. ინფორმაცია რეცეპტორებიდან თავის ტვინს მგრძნობიარე (სენსორული) ნეირონებით გადაეცემა. თავის ტვინი განაპირობებს საპასუხო რეაქციას და მამოძრავებელი (მოტორული) ნეირონებით აგზავნის იმპულსებს ორგანოებთან.



ზოგიერთი საპასუხო რეაქცია სტიმულზე ავტომატური და მყისიერია (მაგალითად, თვალის ხამხამი ან მორიდების რეაქცია ცხელ საგანთან შეხებისას). ამას რეფლექსურ მოქმედებებს უწოდებენ და ისინი ხშირად საშიშროებისგან იცავენ სხეულს. რეფლექსური მოქმედებები ხშირად მხოლოდ სამ ნეირონს მოიცავენ – სენსორულ, ჩართულ და მოტორულ ნეირონებს.

ნეირონებს შორის არსებულ ნაპრალს სინაფსი ეწოდება.

იმპულსი, როდესაც აღწევს ნეირონის დაბოლოებას, გამოიყოფა ქიმიური ნივთიერება, რომელიც სინაფსის გავლით, გადადის მეზობელ ნეირონზე და ჩართავს ახალი იმპულსის გაგზავნის მექანიზმს. მიაღწევს რა იმპულსი ეფექტორთან, კუნთი იკუმშება. თუკი ეფექტორი ორგანო ჯირკვალია, ის იმპულსზე ქიმიური ნივთიერების სეკრეციით პასუხობს.

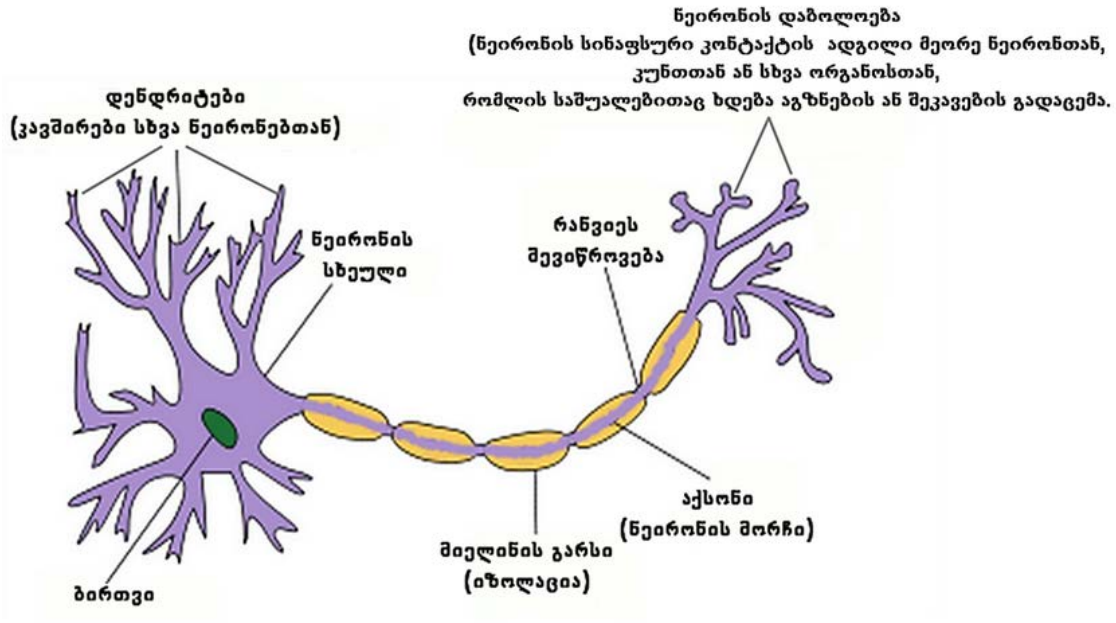
რეფლექსური მოქმედებები შემდეგი რგოლებისგან შედგება:

სტიმული → რეცეპტორი → სენსორული ნეირონი → კოორდინატორი → მოტორული ნეირონი → ეფექტორი → პასუხი.

ეს გზა მუხლის რეფლექსისას ასე გამოიყურება:

მუხლის ქვემოთ ხელის დაკვრა → ფეხი → სენსორული ნეირონი → ზურგის ტვინი → მოტორული ნეირონი → ბარძაყის კუნთი → ფეხის გაშლა

მრავალუჯრედიან ორგანიზმში სხვადასხვა ტიპის უჯრედებს შორის ინფორმაციის გაცვლის შესაძლებლობას ძალიან დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. როგორც წესი, ასეთ შემთხვევებში, ერთი ტიპის უჯრედები ასინთეზებენ და გამოყოფენ სასიგნალო მოლეკულებს, რომლებიც ბიოლოგიური სითხეების მეშვეობით სამიზნე უჯრედებთან მიიტანება. სასიგნალო მოლეკულა ლიგანდია, რომელიც შესაბამისი რეცეპტორის გაკვეულ უბანს უკავშირდება. ლიგანდის დაკავშირება რეცეპტორთან ამ უკანასკნელის კონფორმაციულ ცვლილებას იწვევს, რაც უჯრედული პასუხის დაწყებას განაპირობებს. სასიგნალო მოლეკულების მოქმედების საპასუხოდ, სამიზნე უჯრედი თავის მეტაბოლიზმს ცვლის. სასიგნალო მოლეკულების როლს უამრავი სხვადასხვა ტიპის ქიმიური ნივთიერება (ამინომჟავები, პეპტიდები, ცილები) ასრულებს. სისხლის მეშვეობით სასიგნალო მოლეკულების გადატანა ძალიან შორს მდებარე უჯრედებს შორის კავშირს ხდის შესაძლებელს.



ნეირონის (იგივე ნერვული უჯრედის) აგებულება

სასიგნალო მოლეკულებით განხორციელებული უჯრედშორისი კავშირი 6 ძირითად საფეხურს მოიცავს:

1. უჯრედში სასიგნალო მოლეკულების სინთეზი;

2. უჯრედიდან სასიგნალო მოლეკულების გამოყოფა;

3. სამიზნე უჯრედებთან სასიგნალო მოლეკულების გადატანა;

4. სამიზნე უჯრედების სპეციალური რეცეპტორების მიერ სიგნალის გამოცნობა;

5. სამიზნე უჯრედების ცხოველმყოფელობის ცვლილება (ფუნქციის გააქტივება ან დათრგუნვა, მეტაბოლიზმის აქტივობის ცვლილება, დიფერენციაცია და ა.შ.);

6. სასიგნალო მოლეკულების მოცილება, რასაც სამიზნე უჯრედის მხრივ პასუხის შეწყვეტა მოჰყვება.

უჯრედის ზედაპირზე არსებული რეცეპტორები, რომლებიც სასიგნალო მოლეკულებს უკავშირდებიან, ძირითადად 4 სახისაა:

1. G - ცილასთან დაკავშირებული რეცეპტორები.

ამ ტიპის რეცეპტორებთან ლიგანდის დაკავშირება G ცილას ააქტივებს. G ცილა შედგება სამი **α**, **β** და **γ** სუბერთეულებისაგან, რომელთაგან ყველაზე დიდი **α** სუბერთეული გუანოზინტრიფოსფატთან არის დაკავშირებული. გააქტივებული G ცილა, თავის მხრივ ააქტივებს, ან თრგუნავს ფერმენტს, რომელიც ან მეორადი მესენჯერის წარმოქმნას აკონტროლებს, ან იონური არხების გახსნის გზით მემბრანულ პოტენციალს ცვლის. ამ ტიპისაა ადრენალინის, სეროტონინის, გლუკაგონის რეცეპტორები.

2. იონურ არხიანი რეცეპტორები.

ამ ტიპის რეცეპტორები კომბინირებული ცილებია, რომელთაც რეცეპტორულ თვისებებთან ერთად, დაბალმოლეკულური ნივთიერებების გადატანაც შეუძლიათ. ლიგანდთან დაკავშირებისას მათი კონფიგურაცია იცლება, რაც მათში არსებული იონური არხის გახსნას განაპირობებს. ამის შემდეგ რეცეპტორი სპეციფიური იონისთვის გამტარი ხდება, რაც მემბრანული პოტენციალის ცვილებას განაპირობებს. ამ ტიპისაა აცეტილქოლინის რეცეპტორები ნერვ-კუნთოვან სინაფსში.

3. თიროზინ-კინაზასთან დაკავშირებული რეცეპტორები.

ამ შემთხვევაში, ლიგანდთან დაკავშირების შემდეგ რეცეპტორები ციტოზოლურ ფერმენტ თიროზინკინაზას უერთდება და ააქტივებს მას. ამრიგად, ამ შემთხვევაში უჯრედული პასუხი ფერმენტ თიროზინკინაზას აქტივობით განისაზღვრება. ამ ტიპისაა ციტოკინების უმეტესი ნაწილის, ინტერფერონების, ადამიანის ზრდის ფაქტორების რეცეპტორები. ამ რეცეპტორებს სხვანაირად ციტოკინური რეცეპტორების ზეოჯახსაც უწოდებენ.

4. ფერმენტული აქტივობის მქონე რეცეპტორები.

მათ რეცეპტორულ თვისებებთან ერთად ფერმენტული აქტივობაც აქვთ. ლიგანდთან დაკავშირების შემდეგ, ისინი ფერმენტულ აქტივობას იჩენენ და ციტოზოლში სხვადასხვა ტიპის რეაქციების წარმართვას განსაზღვრავენ.

ადამიანის ორგანიზმი ერთი მთლიანობაა, რომელიც აერთიანებს ორგანოებსა და სისტემებს. მათი ურთიერთობა სწორედ, რომ ნერვული სისტემისა და საყრდენ მამოძრავებელი სისტემის შეთანხმებული მოქმედებით ხორციელდება. ნებისმიერი დაავადება თუ ტრავმა არ წარმოადგენს მხოლოდ ლოკალურ პროცესს. ის მთელი ორგანიზმის პრობლემაა.

ადამიანის კანის საფარველის ფართობი შეადგენს 1,5–2 მ2 (სიმაღლის, სქესის და ასაკის მიხედვით). ჰიპოდერმის გარეშე კანის მასა შეადგენს სხეულის მთლიანი მასის 4–6%. ხოლო ჰიპოდერმასთან ერთად – 16–17%, კაქვეშა ქსოვილის სისქიდან გამომდინარე, რომელმაც მუცელზე და დუნდულოებზე შეიძლება მიაღწიოს 10 სმ და მეტს.

დერმის სისქე მერყეობს 0,5 მმ–დან 5 მმ–მდე. ყველაზე დიდ სისქეს ის აღწევს ზურგზე, ბარძაყების და მხრების გამშლელ ზედაპირებზე. ეპიდერმისის სისქე ხელისგულებზე და ფეხისგულებზე განსაკუთრებით დიდ ფარგლებში მერყეობს (35 მკმ–დან 1,5 მმ–მდე). კანის ზედაპირზე მოჩანს სურათი, რომელიც წარმოდგენილია რომბისებური და სამკუთხედის ფორმის ველებისგან და ღარებისგან. ადამიანის ხელის თითების ბალიშებზე ღარების განლაგება ინდივიდუალურია.
ადამიანის კანი შედგება ეპიდერმისისგან, დერმისგან და კანქვეშა ქსოვილისგან – ჰიპოდერმისგან. ეპიდერმისი შედგება ხუთი შრისგან: ბაზალური, წვეტიანი (ქაცვისებური), მარცვლოვანი, მბზინავი, რქოვანა. ბაზალური შრე წარმოდგენილია ბაზალურ მემბრანაზე ერთ რიგად განლაგებული პრიზმული უჯრედებისგან (ბაზალური ეპიდერმოციტები), რომლებშიც წარმოდგენილნი არიან ბაზალური მემბრანის პერპენდიკულარულად ორიენტირებული ბირთვები. მათ ციტოპლაზმაში განლაგებულია დიდი რაოდენობით უწვრილესი ძაფები (ტონოფილამენტები), რომლებიც შეკრებილნი არიან კონებად – ტონოფიბრილებად (საყრდენი ბოჭკოები), აგრეთვე პიგმენტ მელანინის მარცვლები. ბაზალურ მემბრანაში ბაზალური უჯრედები ნახევრადდესმოსომებთან დამაგრებულნი არიან თითისებური წანაზარდებით. მეზობელი ეპიდერმოციტები ერთმანეთთან მიერთებულნი არიან ურთიერთშემღწევი გამობერილობებით და დესმოსომებით. ეპიდერმოციტების გარდა ბაზალურ შრეში განლაგებულნი არიან ახალგაზრდა უჯრედები, რომელთაც გააჩნიათ მელანინის გამომუშავების უნარი (**მელანოციტები**). ახალგაზრდა პიგმენტური უჯრედები – მელანობლასტები წარმოიქმნებიან ჩანასახში ნერვული მუთაქისებური უჯრედებისგან და მიგრაციას განიცდიან ეპიდერმისში;

მათი მორჩები (ხშირად მათ უწოდებენ დენდრიტებს და მათი რაოდენობა 10–მდეა, ხოლო სიგრძე 60 მკმ და მეტი) მიემართებიან მაღლა, წვეტიანი (ქაცვისებური) შრის უჯრედშორის ნაპრალებით. მელანოციტებს არ გააჩნიათ ტონოფიბრილები და დესმოსომები; ისინი თავისუფლად არიან მოთავსებულნი; მათთვის დამახასიათებელია მელანინის შემცველი და განვითარების სხვადასხვა სტადიაზე მყოფი მელანოსომების არსებობა. ბაზალურ ეპიდერმოციტებში მელანინის არსებობა აიხსნება მელანოციტებიდან მათ შეღწევაზე. მელანინის დაგროვებაზე დამოკიდებულია კანის პიგმენტაციის ხარისხი.
წვეტიანი (ქაცვისებური) შრე ჩვეულებრივი შედგება 3–6 რიგად (ცალკეულ უბნდებზე – 15–მდე) განლაგებული პოლიგონალური უჯრედებისგან (წვეტიანი ეპიდერმოციტები), რომლებიც კანის ზედაპირისკენ თანდათან მკვრივდებიან. წვეტიანი შრის პლაზმოლემები წარმოქმნიან ღრმა, ურთიერთშემღწევ წანაზარდებს და დესმოსომებთან დამაკავშირებელ გამონაზარდებს. წვეტიანი შრის უჯრედებში ტონოფიბრილები უფრო მეტია, ვიდრე ბაზალურ შრეში; ისინი მჭიდროდ და კონცეტრირებულად განლაგებულნი არიან ბირთვების გარშემო და ჩაწნულნი არიან დესმოსომებში. სუპრაბაზალურად წვეტიან შრეში მოთავსებულია ლანგერჰანსის

თეთრი, კუნძულოვანი უჯრედები. მარცვლოვანი შრე ჩვეულებრივ ჩამოყალიბებულია 1–3, ხოლო ხელის და ფეხისგულებზე 5–7 რიგად განლაგებული, სწორი კონტურების მქონე უჯრედებისგან. ისინი შეიცავენ კერატოჰიალინის გრანულებს. მბზინავი შრე კანის ყველა უბანზე არ არის წარმოდგენილი; ის მდებარეობს მხოლოდ იქ, სადაც ეპიდერმისის შრე მნიშვნელოვან სისქეს აღწევს (ხელისგულები, ფეხისგულები). იგი შედგება 3–4 რიგის, სუსტად კონტურირებული უჯრედებისგან, რომლებიც შეიცავენ ელეიდინს (სინათლის ძლიერად გარდამტეხი ნივთიერება, რომელიც მიეკუთვნება ალბუმინების რიცხვს), გლიკოგენს და ცხიმის წვეთებს. ბზინავი შრის ზედა ნაწილების უჯრედებში ბირთვები არ გვხვდება.

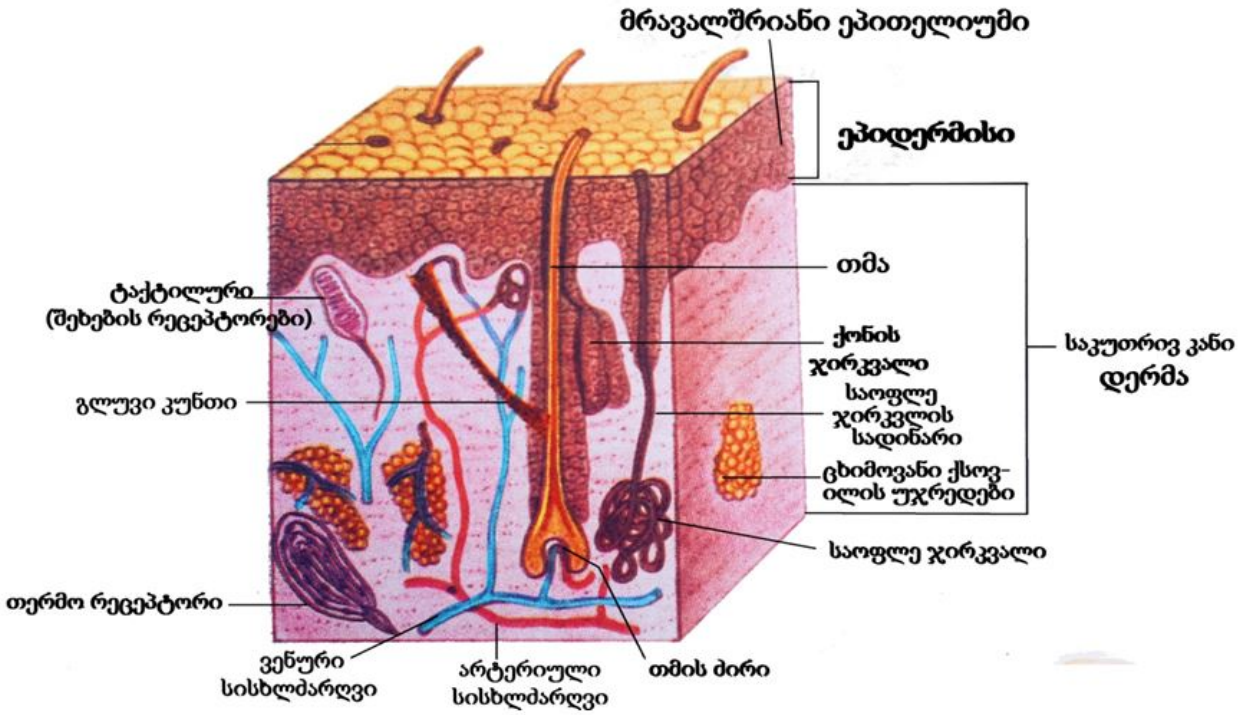
რქოვანა შრე წარმოქმნილია მთლიანად გარქოვანებული უბირთვო უჯრედებით – რქოვანა ფირფიტებისგან; ყველაზე კარგად განვითარებულია იქ, სადაც კანი განიცდის ყველაზე მეტ მექანიკურ ზემოქმედებას. რქოვანა გარსის მემბრანა გასქელებულია, უჯრედები შეიცავენ განსაკუთრებულ ცილოვან ნივთიერებას – კერატინს. ეპიდერმისის უჯრედების გარქოვანა თანდათან ხდება: ის იწყება ბაზალური ეპიდერმოციტებისგან და სრულდება რქოვანა შრის მთლიანად გარქოვანებული უჯრედების წარმოქმნით. გარქოვანებას საფუძვლად უდევს ტონოფიბრილებთან კერატოჰიალინის კომპლექსის ჩამოყალიბება. ეპიდერმისის ბაზალურ და წვეტიან შრეებს ეწოდებათ ლორწოვანი (მალპინგური) შრე. ნორმაში უჯრედების დაყოფა ხორციელდება ბაზალურ შრეში. კანის სხვადასხვა უბნებზე ეპიდერმისის სრული აღდგენის სისწრაფე განსხვავებულია (მაგ., ფეხისგულზე – 1 თვემდე, იდაყვზე – 10 დღემდე). დერმა შედგება ბოჭკოებით მდიდარი და უჯრედებით შედარებით ღარიბი მკვრივი, შემაერთებელი ქსოვილისგან, რომელიც წარმოადგენს კანის დანამატების (თმების, ფრჩხილების, საოფლე და ქონის ჯირკვლების), სისხლძარღვების და ნერვების საყრდენს. მასში გამოყოფენ ორ შრეს: ეპიდერმისის მოსაზღვრე დვრილისებრი და ბადისებრი (რეტიკულური) შრეები. დერმის ბოჭკოვანი სტრუქტურები წარმოდგენილნი არიან კოლაგენური, ელასტიური და რეტიკულური ბოჭკოებით. დერმაში უჯრედული ელემენტები გვხვდება უმნიშვნელო რაოდენობით. დვრილისებრი შრე დაფარულია ელასტიური ბოჭკოების მჭიდრო ქსელით, რომელიც ბადისებრ შრეში უფრო იშვიათი, ფართო მარყუჟოვანია და სქელდება მხოლოდ კანის დანამატების, სისხლძარღვების სიახლოვეს, ისევე როგორც რეტიკულური ბოჭკოების ქსელი. ბადისებრ შრეში ძირითადად წარმოდგენილია ერთმანეთში გადახლართული და ერთმანეთთან მჭიდროდ მიბჯენილი კოლაგენური ბოჭკოების მსხვილი კონები, რომლებიც წარმოქმნიან რომბისებურ ფიგურებს. დვრილისებრ შრეში გვხვდება ფაშარი შემაერთებელი ქსოვილისთვის დამახასიათებელია უჯრედული ელემენტები, ხოლო ბადისებრ შრეში ჭარბობენ ფიბროციტები. დერმაში, სისხლძარღვების და თმების გარშემო, შესაძლებელია აღინიშნებოდეს უმნიშვნელო, ლიმფოიდურ–ჰისტიოციტური ინფილტრატები. ბოჭკოებს, კანის დანამატებს და კანის სხვა სტრუქტურულ წარმონაქმნებს შორის სივრცე უკავია ე.წ. ძირითად ნივთიერებას – ამორფულ სუბსტანციას.

კანქვეშა ქსოვილი (ჰიპოდერმა) შედგება კოლაგენური, ელასტიური და რეტიკულური ბოჭკოების ფაშარი ქსელისგან, რომელთა მარყუჟებშიც განლაგებულნი არიან ცხიმოვანი ქსოვილის წილაკები – ცხიმის დიდი ზომის წვეთების შემცველი ცხიმოვანი უჯრედების გროვები. ქუთუთოებზე, ფრჩხილის ფირფიტების ქვეშ, განაპირა სხეულზე, მცირე სასირცხო ბაგეებზე და სათესლე პარკზე კანქვეშა ქსოვილი არ არის.
დერმაში არტერიები ხვდებიან კანქვეშა ქსოვილიდან. დერმაში ხორციელდება მათი განტოტიანება და ანასტომოზების ჩამოყალიბება ღრმა და ზედაპირული (დვრილისქვეშა) პარალელური სისხლძარღვოვანი ქსელების სახით. დვრილისქვეშა ქსელიდან გამოდიან ტერმინალური არტერიოლები (თითო რამდენიმე დვრილზე). თითოეულ დვრილში არსებულ კაპილარს გააჩნია სარჭის ფორმის მარყუჟის ფორმა, რომელიც დვრილის მწვერვალისკენ მიემართება არტერიული მუხლით და გადადის უფრო მსხვილ ვენურ მუხლში. კაპილარული მარყუჟებიდან სისხლი გროვდება ზედაპირულ ვენურ ქსელში, შემდგომ კი ერთმანეთის გვერდით განლაგებულ და შედარებით გამსხვილებულ სამ ვენურ ქსელში. ყველაზე ღრმა ვენური ქსელი წარმოდგენილია კანქვეშა ქსოვილში.
დერმაში მოთავსებულია ლიმფური სადინრების ორი ჰორიზონტალურად განლაგებული ქსელი – ზედაპირული და ღრმა. ზედაპირული ლიმფური ძარღვებიდან დერმის დვრილებში გამოდიან ბრმა გამონაზარდები (სინუსები). ღრმა ლიმფური ქსელიდან იწყება ლიმფური ძარღვები, რომლებიც თანდათან მსხვილდებიან, ერთმანეთთან ქმნიან ანასტომოზებს და კანქვეშა ქსოვილის საზღვარზე ქმნიან წნულს.
კანი მდიდარია სხვადასხვა მგრძნობიარე ნერვული დაბოლოებებით. მგრძნობიარე ნერვული ბოჭკოები მიემართებიან კანის რეცეპტორებიდან და შედიან თავის და ზურგის ტვინის ნერვების შემადგენლობაში. კანში წარმოდგენილნი არიან მრავლობითი ვეგეტაციური ნერვული ბოჭკოები, რომლებიც ახორციელებენ სისხლძარღვების, გლუვი კუნთების და ჯირკვლების ინერვაციას. მგრძნობიარე და მამოძრავებელი ნერვული ბოჭკოები შესაძლებელია იმყოფებოდნენ ერთი ნერვული ღეროს შემადგენლობაში. კანქვეშა ქსოვილიდან დერმაში გამავალი მსხვილი ნერვული ღეროები წარმოქმნიან წნულებს: ღრმას – კანქვეშა დვრილების საზღვარზე და ზედაპირულს – დვრილების ფუძეზე. აღნიშნული წნულებიდან დერმის დვრილებისკენ, კანის დანამატებისკენ და სისხლძარღვებისკენ მიემართებიან ცალკეული ნერვული ბოჭკოები და მათი მცირე ზომის კონები.

კანის სხვადასხვა უბნები ერთი და იგივე გამღიზიანებლებს სხვადასხვანაირად აღიქვამენ. დადგენილია რომ 1 სმ2 კანის ზედაპირზე არსებობს 100–200 მტკივნეული წერტილი, 12–15 სიცივის, 1–2 სითბოს და დაახლოებით 25 წნევის წერტილი. კანის რეცეპტორების უმეტესობა თავიანთი ფუნქციით პოლივალენტურია. გარემოს სხვადასხვა ფაქტორების ზემოქმედებით მოფუნქციონირე მგრძნობელობითი რეცეპტორების რაოდენობა შესაძლოა ცვალებადობდეს; ვითარდება ადაპტაცია, განსაკუთრებით ტაქტილური და ტემპერატურული გამღიზიანებლების მიმართ. ტკივილით გაღიზიანებაზე ადაპტაცია ყველაზე სუსტია.

კანის პირობითი და უპირობო რეფლექსები მნიშვნელოვან როლს თამაშობენ ორგანიზმის ცხოველმყოფელობაში. ახალშობილებში ვლინდება კანის თანდაყოლილი უპირობო რეფლექსები – წოვითი და სატაცი.

განასხვავებენ კანის რეფლექსებს (გაღიზიანება და საპასუხო რეაქცია ვითარდება კანზე), კუნთოვან–თმის, საყრდენ–მამოძრავებელ უპირობო რეფლექსებს – რეფლექტორული დერმოგრაფიზმი, საყრდენ–მამოძრავებელ რეაქციებს კანქვეშ ადრენალინის, ჰისტამინის და სხ. შეყვანაზე. კან–კუნთოვან რეფლექსებს მიეკუთვნებიან მუცლის, კრემასტერიუმის, ფეხისგულის რეფლექსები; აგრეთვე არსებობენ კან–გალვანური, ოფლის გამოყოფაზე საპასუხო რეფლექსები. კანის რეცეპტორებთან მიმავალი იმპულსები ინარჩუნებენ კუნთების ნორმალურ ტონუსს.
კან–კუნთოვან რეფლექსებს დიდი მნიშვნელობა აქვთ ადამიანის შრომითი საქმიანობისთვის, განსაკუთრებით მოქმედებების ავტომატიზმის კუთხით, რომელთა სიზუსტეც გამომუშავდება კანის და მხედველობითი შეგრძნებების დიფერენციაციის შედეგად. ის შერწყმულია კუნთებიდან და მყესებიდან მომავალ პროპრიოცეპტულ შეგრძნებებთან. კანის ტივილისმიერ გაღიზიანებას თან სდევს ჰიპოფიზის სეკრეციის ცვლილება, ადრენალინის გამოყოფის მომატება, საჭმლის გადამუშავების პროცესების დამუხრუჭება, თავის ტვინის ბიოველების ცვლილება.
აგრეთვე, არსებობენ კან–რესპირატორული, კან–სისხლძარღვოვანი და კან–ვისცერული რეფლექსები.
კარგადაა ცნობილი რეფლექსური ქავილი, რომელიც ვითარდება არა მარტო სისხლის მწოველი მწერების დანახვაზე, არამედ უბრალოდ მათ ხსენებაზეც კი, პირობით რეფლექტორული ერითემა (ე.წ. სირცხვილის, მრისხანების ერითემა), ”ბატის კანი”. ასეთივე პირობითრეფლექტორული მექანიზმი უდევს საფუძვლად სიხლჩაქცევებს, ბეზეროებს და შთაგონებით ჩამოყალიბებულ ბუშტუკებსაც კი.



კანი არის ის ორგანო, რომელიც გარემოდან უამრავ გამღიზიანებელს აღიქვამს. ყოველ გაღიზიანებელს კანის რეცეპციის განსაზღვრული სახე შეესაბამება, რომელიც ოთხი სახისაა:

- სითბოს;
- სიცივის;
- ტკივილის;
- ტაქტილური.

ტაქტილურ რეცეპტორებს ასევე მექანორეცეპტორებს უწოდებენ, მათ მიეკუთვნება:

- კანის რეცეპტორები - გარეგანი - ექსტერორეცეპტორები;
- კუნთ-სახსროვანი მგრძნობელობის რეცეპტორები - პროპრიორეცეპტორები;
- შინაგანი ორგანოების რეცეპტორები - ონტერორეცეპტორები - შინაგანი.

მასაჟის სპეციალური ილეთები იწვევს კანის ზედაპირის დეფორმაციას და სხეულის მთელ ზედაპირზე განლაგებული მექანორეცეპტორების აღგზნებას. მექანიკური ზემოქმედების შედეგად დეფორმირებული კაფსულა იწვევს ნერვული დაბოლოებების გაღიზიანებას: იჭიმება მისი გარსი, მატულობს შეღწევადობა, განსაკუთრებით ნატრიუმის იონებისადმი, რაც განაპირობებს იონური ნაკადების წარმოშობას და შესაბამისად, ხდება ნერვული ბოჭკოს აგზნება. წარმოშობილი ნერვული იმპულსები აღწევს ცნს-მდე. იწვევს რა კანის დეფორმაციას და კუნთების დაჭიმულობას, მასაჟი პროპრიორეცეპტორების გაღიზიანებით იწვევს კუნთ-სახსროვანი მგრძნობელობის წარმოშობასაც. ამავე დროს, ღრმა ქსოვილებში განლაგებული

ინტერორეცეპტორების გაღიზიანებით ცნს იღებს ინფორმაციას შინაგანი ორგანოების მდგომარეობის შესახებ.

მასაჟის დროს მექანიკური ენერგია გარდაიქმნება ნერვული აღგზნების ენერგიად, რომელიც აფერენტული (ცენტრისკენული) ინერვაციით აღწევს ცნს - ზურგის ტვინი, ნათხემი, თავის ტვინის ღეროს ფუნქციური წარმონაქმნები, თავის ტვინის დიდი ნახევარსფეროების ქერქი, სადაც სინთეზირდება ზოგადი რთული რეაქცია, რომელიც ეფერენტული (ცენტრიდანული) ინერვაციის გზით ორგანიზმში იწვევს საპასუხო რეაქციას.

სამასაჟე ილეთების მრავალფეროვნება საშუალებას იძლევა სხეულზე განხორციელდეს სხვადასხვა სახის ზემოქმედება - ძალიან სუსტიდან საკმაოდ ძლიერემდე. ორგანიზმზე მასაჟის ზემოქმედება რეფლექსების საფუძველზე ხორციელდება. მასაჟი მოქმედებს, როგორც თერმული გამღიზიანებელი, რომელიც აღაგზნებს თერმულ რეცეპტორებს და იმპულსები გადაეცემა მოგრძო ტვინში მოთავსებულ სისხლძარღვთა მამოძრავებელ ცენტრებს, რომელიც თავის მხრივ მოქმედებს სიმპათიკურ და პარასიმპათიკურ სისტემაზე და განაპირობებს სისხლძარღვის სანათურის დიამეტრის ცვლილებას.

მასაჟის ხელს უწყობს კანში ნივთიერებათა ცვლის შედეგად ქიმიური ნივთიერებების წარმოშობას, ესენია: ჰისტამინი და აცეტილქოლინი. მასაჟის საშუალებით ქსოვილოვანი ჰორმონი - ჰისტამინი, რომელიც ორგანიზმში იმყოფება ცილასთან შეკავშირებული, არააქტიურ ფორმაშია. მასაჟის შედეგად ჰისტამინი თავისუფლდება და აქტიურდება, ხვდება სისხლსა და ლიმფაში. ის წარმოადგენს ქემორეცეპტორების გამღიზიანებელს და იწვევს კაპილარების გაფართოებას. აცეტილქოლინიც უჯრედებში შეკავშირებული სახით იმყოფება და მასაჯისას გააქტიურდება. მასაჟის დროს კუნთებში დაგროვილი აქტიური აცეტილქოლინი იწვევს კუნთების სტიმულაციას, რადგან მისი საშუალებით მატულობს ნერვული უჯრედიდან კუნთოვან უჯრედზე ნერვული აღგზნების გადაცემის სიჩქარე.

კითხვები:

1. აღწერეთ კანის აგებულება;
2. რა არის რეფლექსური მოქმედება?
3. სასიგნალო მოლეკულებით განხორციელებული უჯრედშორისი კავშირი რამდენ ძირითად საფეხურს მოიცავს?
4. ჩამოთვალეთ რეფლექსური მოქმედებების საფეხურები;
5. რომელია ტაქტილური რეცეპტორების სახეები?
6. რა არის ჰისტამინი?

აღდგენითი თერაპიის სხვა მეთოდებთან კომბინაციაში სამკურნალო მასაჟის ინტეგრირება

ტრავმატოლოგიური და ნევროლოგიური პაციენტების სარეაბილიტაციოდ გამოიყენება სხვადასხვა დამხმარე თუ ძირითადი მეთოდები. მასაჟსა და **სამკურნალო ვარჯიშებს** განსაკუთრებით დიდი როლი ენიჭება ძვალ-სახსროვანი და ნევროლოგიური პათოლოგიების რეაბილიტაციის პროცესში.
მასაჟი უმეტესად ტრავმატოლოგიური და ნევროლოგიური პაციენტების სარეაბილიტაციოდ გამოიყენება. ის გაცილებით ეფექტურია სამკურნალო ვარჯიშებთან ერთად. სამწუხაროდ, ბევრი მხოლოდ მასაჟს უნიშნავს, ვარჯიშს კი უგულებელყოფს, არადა წამყვანი სწორედ ვარჯიშია, მასაჟი მხოლოდ დამხმარე საშუალებაა საიმისოდ, რომ შევძლოთ ვარჯიში, მოვიყვანოთ სხეული იმ მდგომარეობაში, რომ საჭირო მოძრაობის შესრულება შეძლოს. სასურველია, ყველა აცნობიერებდეს იმ სარეაბილიტაციო საშუალებების მნიშვნელობას, რომლებიც მკურნალობას გაცილებით ეფექტიანს გახდის.

სამკურნალო ვარჯიშების ჩვენებები თითქმის იგივეა, რაც არის სამკურნალო მასაჟის დროს.

უკუჩვენებები კი გაცილებით ნაკლებია, კერძოდ:

- დეკომპენსირებული მდგომარეობები;
- მწვავე შემთხვევები;
- ტკივილი;
- მაღალი (38 გრადუსი და მეტი) ტემპერატურა.

ვარჯიშისთვის უკუჩვენება არ არის სიმსივნური პროცესი, პირიქით, სასარგებლოც კია. სტადიის შესაბამისად შერჩეული დოზირებული ვარჯიში აუცილებელია იმუნური სისტემის რეგულირებისთვის, მით უმეტეს, ისეთი პროცედურების შემდეგ, როგორიც არის, მაგალითად, ქიმიოთერაპია, სხივური თერაპია და სხვა ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევის შემდეგ საჭიროა სამკურნალო ვარჯიში. ასთმის მკურნალობა ხომ სუნთქვითი ვარჯიშების გარეშე წარმოუდგენელია. პნევმონიის დროს პირველ რიგში ვებრძვით მაღალ ტემპერატურასა და სისუსტეს, ამ ეტაპის დაძლევის შემდეგ კი დღის წესრიგში დგება ფილტვის ქსოვილის ფუნქციის აღდგენა, რაც საშუალოდ 6 თვეს გრძელდება. ამ პროცესს საგრძნობლად აჩქარებს სუნთქვითი ვარჯიშები.

სამკურნალო ვარჯიშები გამოიყენება სხვადასხვა დაავადებების დროს, როგორებიცაა: ბრყელტერფიანობა და მის მიერ გამოწვეული შემდგომი ასიმეტრიები; ხერხემლის გამრუდებები: სქოლიოზი, კიფოზი, ლორდოზი; საყრდენ მამოძრავებელი სისტემის პათოლოგიები და ა.

მათი საშუალებით ხდება ზურგისა და თავის ტვინის ტრამვული და პოსტტრამვული რეაბილიტაცია, კუნთური დაძაბულობის მოხსნა და მოდუნებული კუნთების გააქტიურება და ა. შ. ისინი, ასევე, მიზანშეწონილია პროფილაქტიკური თვალსაზრისით, რაც ხელს უწყობს ადამიანის საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის ჰარმონიულ განვითარებას.



სამკურნალო ფიზკულტურა გულისხმობს მწოლიარე და ეტლით მოსარგებლე პაციენტები გახდნენ მეტად მობილურები, ასევე სპეციალური მეთოდებით მოხდეს მათი უსაფრთხო გადაადგილება (საწოლიდან სკამზე, სკამიდან აბაზანაში და ა. შ.). ასეთი ღონისძიებები ეხმარება პაციენტებს თავიდან აიცილონ ჯდომით და წოლით გამოწვეული დამატებითი პრობლემები და გახდნენ მაქსიმალურად დამოუკიდებლები.

სამკურნალო ევრითმია არის მოძრაობითი თერაპია, რომელიც უკვე 80 წელზე მეტია წარმატებით გამოიყენება ევროპის მრავალ ქვეყანაში. სამკურნალო ევრითმია ორიენტირებულია სამეტყველო ბგერებზე. ხმოვნები და თანხმოვნები სრულდება კიდურებით ან მთელი სხეულით. ყოველი ბგერითი მოძრაობა ზემოქმედებს ორგანიზმში მიმდინარე პროცესებზე.



სამკურნალო ევრითმია მოქმედებს ცალკეულ ორგანოებსა და ორგანოთა სისტემების ფუნქციებზე გამაძლიერებლად და მაჰარმონიზირებლად, აღძრავენ ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციებსა და თვითგანკურნების ძალებს. თერაპიული სავარჯიშოები იწვევენ ცნობიერ თვითაღქმას – პირველი ცვლილება შესაძლოა უშუალოდ ვარჯიშის დროს იქნეს განცდილი. სამკურნალო ევრითმია ინიშნება მკურნალი ექიმის მიერ და წარიმართება მკურნალი ევრითმისტის მიერ ცალკეულ პაციენტთან, მისთვის ინდივიდუალურად შედგენილი გეგმის მიხედვით.

სამკურნალო ევრითმია სრულდება დგომით, ჯდომით ან წოლით მდგომარეობაში. თერაპიის ხანგრძლივობაა 45 წუთი (შესვენების ჩათვლით). მკურნალობის კურსი მოიცავს 14-21 თერაპიას. ქრონიკული დაავადებების და ბავშვის განვითარების დარღვევის შემთხვევაში, შესაძლოა მკურნალობის პროცესის უფრო ხანგრძლივად წარმართვა.



სამკურნალო ევრითმია გამოიყენება:

- გულ–სისხლძარღვთა სისტემის
- საჭმლის მონელების სისტემის
- შარდ–სასქესო სისტემის
- საყრდენ–მამოძრავებელი სისტემის
- ნერვული სისტემის
- ფსიქოსომატური დაავადების დროს
- ასევე ფსიქიატრიაში

მედიცინას, კაცობრიობის განვითარების მანძილზე, ხელოვნების სხვადასხვა ფორმათა სამკურნალოდ გამოყენების მრავალსაუკუნოვანი ტრადიცია გააჩნია. ანტიკურ საბერძნეთში ავადმყოფის მკურნალობისას იყენებდნენ როგორც პლასტიკურ, ასევე პოეტურ და მუსიკალურ ელემენტებს. დღეს ევროპის სხვადასხვა ქვეყანაში და საქართველოშიც, ხელოვნებითი თერაპია წარმატებით გამოიყენება როგორც ანთრიპოსოფიულ, ასევე კლასიკურ მედიცინაში. ამ მეთოდით "თერაპიის სახლში" მკურნალობენ მწვავე და ქრონიკული დაავადებისას და პროფილაკტიკის მიზნით.

ხელოვნებითი თერაპია (პლასტიკური ხელოვნება, ხატვის ხელოვნება, მუსიკალური ხელოვნება, პოეზია-მეტყველების ხელოვნება, მოძრაობის ხელოვნება ანუ ევრითმია)

ეფუძნება ანთროპოსოფიულად ორიენტირებულ მედიცინას, რომელიც წარმოადგენს კლასიკური მედიცინის გაფართოებას. მას საფუძვლად უდევს ხელოვნების განსხვავებული გაგება. კერძოდ იგი ემყარება ნათესაობას ადამიანის არსებობასა და ხელოვნების არსს შორის. შესაბამისად, შემოქმედებითი საქმიანობა შეიძლება იმგვარად წარიმართოს, რომ ყურადღება მიექცეს არა შედეგს, არამედ თავად შემოქმედებით პროცესსა და მის ზემოქმედებას პაციენტზე.



ხელოვნებითი თერაპიის დროს პაციენტი, თერაპევტთან ერთად, აქტიურადაა ჩართული დაავადების დაძლევის პროცესში. ხელოვნებითი თერაპიის ზემოქმედების შედეგად ხდება თვითგანკურნების ძალების გაძლიერება (რეგენერაცია, თვითგანვითარება, გარდაქმნა), საკუთარი თავის ღირსების შეგრძნება "მე" -ს ძალების გააქტიურება. ხელოვნებით თერაპიაში ხატვა და პლასტიკური ფორმირება (ძერწვა) ინიშნება ფსიქო-სომატური და ფსიქიკური დაავადებების, ქრონიკული ანთებების, ავთვისებიანი და კეთილთვისებიანი სიმსივნეების, ენდოკრინუი დარღვევების დროს.



ხელოვნებით თერაპიას ნიშნავს ექიმი და წარიმართება ხელოვნებითი თერაპევტის მიერ პაციენტთან ინდივიდუალურად ან ჯგუფურად, ცალკეული პაციენტის

გათვალისწინებით. ხელოვნებით თერაპიაში ხატვის დროს გამოიყენება შემდეგი მასალები: ქაღალდი, ფუნჯი, ხშირ შემთხვევაში აკვარელი და სხვა საღებავებიც, აგრეთვე გამოიყენება ნახშირი, ფანქარი, პასტელი და ცარცი. ძერწვის დროს (პლასტიკური ფორმირება) გამოიყენება: თიხა, ფერადი ცვილი, ხე, ქვა და სხვა. თერაპიული მუშაობის ხანგრძლივობა შეიძლება იყოს მინიმუმ 10-15 წუთი, მაქსიმუმ 45-60 წუთი. მკურნალობის ერთი კურსი შეიძლება მოიცავდეს 10-15 ან 21 თერაპიულ საათს და არ არის აუცილებელი პაციენტმა "იცოდეს" ხატვა ან ძერწვა.

თერაპიული სავარჯიშოები ინიშნება ექიმის მიერ, პაციენტის დიაგნოზისა და ინდივიდუალობის გათვალისწინებით. ქრონიკულად დაავადებულ და განვითარება შეფერხებულ პაციენტთა შემთხვევაში მკურნალობის პროცესი წარიმართება ხანგრძლივად და კურსობრივად.

ხელოვნებითი თერაპია შეიძლება ჩატარდეს: ამბულატორიაში, კლინიკაში, სანატორიუმში, მოხუცებულთა სახლში, სკოლაში, საბავშვო ბაღში და ბინაზე.



რეაბილიტაციის პროცესსი დიდი მნიშვნელობა ენიჭება წყლის პროცედურებს. ერთ-ერთი მათგანია წყალქვეშა მასაჟი. წყალქვეშა მასაჟი აპარატული ტიპის მასაჟია, რომელიც წყლის ძლიერი ჭავლით სხეულის მასირებას გულისხმობს. ის ერთ-ერთი ეფექტური მეთოდი გახლავთ და უკვე აღარ ითვლება ფუფუნების საგნად. იოლად შეიძლება მისი გაკეთება სახლშიც, ჯაკუზიში. შეიძლება ასევე, სააბაზანოში დაიდგას საშხაპე კაბინა, რომელიც შარკოს ტიპის წყლის ჭავლს უშვებს და მასაჟის ტიპის ზემოქმედებას ახდენს კანზე.

რეაბილიტაციის დროს მნიშვნელოვანია წყალში ვარჯიში, წყლის მასაჟი - ჰიდროკინეზოთერაპია, რომელიც არაჩვეულებრივ შედეგს იძლევა. სამწუხაროდ, ჩვენში არსებული აუზები, როგორც წესი, გასართობი, საცურაო ტიპისაა. სავარჯიშო აუზი ძალიან

ცოტაა, რადგან მათი შენახვა რთულია. საჭიროა სპეციალური აპარატურა. მაგალითად, წყალქვეშა ველოტრენაჟორი განსხვავდება ჩვეულებრივი ველოტრენაჟორებისგან. ის ხსნის მუხლის სახსრის შეზღუდულობას უწონობის მდგომარეობაში, რომელიც წყალში იქმნება. წყლის ქვეშ უფრო ადვილია სახსროვანი, კუნთოვანი სისტემის ფუნქციური აღდგენა და უფრო მეტად ვართ დაზღვეულნი არასწორი მოძრაობისგან, რომელმაც შესაძლოა გვავნოს კიდეც.

ცურვას დადებითი ეფექტი აქვს რეაბილიტაციაში. წელის, ზურგის კუნთების გასამაგრებლად კარგია ბრასი, ზურგი, ყველაზე უკეთესი კი ბატერფლაის ანუ დელფინის სტილით ცურვაა, თუმცა ის რთული და დამღლელიც არის. ბრასი უფრო იოლიც გახლავთ და კომპლექსური მოქმედების თვალისაზრისითაც უმჯობესია.

დასაქმებითი (ოკუპაციური, ერგო) თერაპია არის სხავადასხვა საქმიანობაზე დამყარებული არავერბალური თერაპია, რომლის ზოგადი მიზანია გააუმჯობესოს პაციენტის ქმედითუნარიანობა, ნატიფი მოტორიკა, შრომითი უნარ-ჩვევები და კოგნიტური (ყურადღება, მეხსიერება) ფუნქციები;

პაციენტმა, რომელიც ერგოთერაპიის კურსს გაივლის, უნდა შეძლოს, დაისახოს მიზანი, აიღოს ვალდებულება თავის თავზე და დამოუკიდებლად, სხვებისგან დაუხმარებლად მიაღწიოს ამ მიზანს.

ერგოთერაპიის პროცესი იგეგმება, რაც გულისხმობს პაციენტთან მიმართებაში ეტაპობრივი ღონისძიებების განხორციელებას:

ა) პირველი ეტაპი – პაციენტის გაცნობა, რომელიც გრძელდება ორი კვირა და გულიხმობს მკურნალ ექიმთან და მდგ-ის სხვა წევრებთან ერთად პაციენტის ფსიქიკური მდგომარეობის გარკვევას;

ბ) მეორე ეტაპი – პაციენტის შრომითი უნარ-ჩვევების ზოგადი შეფასება, რომელიც გრძელდება ერთი თვე და გულისხმობს პაციენტების შრომითი უნარ-ჩვევების – სამუშაოსადმი დამოკიდებულება, შესაძლებლობების ცოდნის შეფასებას;

გ) მესამე ეტაპი – პაციენტთან ჩასატარებელი სამუშაოების დაგეგმვა, რომელიც გულისხმობს პაციენტის უნარებიდან გამომდინარე, სამუშაოს დაგეგმვას და განხორციელებას და გრძელდება ხუთი თვის განმავლობაში, რომლის დასაწყისში თერაპევტი ეხმარება პაციენტს დავალების შესრულებაში, ხოლო ამ ეტაპის საბოლოო ფაზაზე პაციენტი დამოუკიდებლად ასრულებს დავალებას;

დ) მეოთხე ეტაპი – მიღწეული შედეგების შეფასება და მდგ-ის წინაშე მოხსენება პაციენტის შრომითი პროცესის დროს მიღებული ცოდნისა და შესწავლილი უნარ-ჩვევების შეფასების თაობაზე.

კითხვები:

1. ჩამოთვალეთ, მასაჟთან ერთად, რომელი აღდგენითი თერაპიების გაკეთება არის სასურველი.
2. რა დროს გამოიყენება სამკურნალო ვარჟიშები?
3. რას კეთდება ერგოთერაპიის დროს?

4. რა მოქმედების მექანიზმი აქვს ხელოვნებით თერაპიას?

ლიტერატურა:

მასაჟი - ხათუნა ურუშაძე, გამომცემლობა ,,ოპიზა'', თბილისი, 2012წ.

http://www.medgeo.net

http://www.medgeo.net/2010/12/01/massage-11/

http://www.medgeo.net/2010/11/09/massage-3/

https://massagetbilissi.wordpress.com/2014/11/22/%e1%83%91%e1%83%90%e1%83%95%e1%83%a8%e1%83%95%e1%83%98%e1%83%a1-%e1%83%9b%e1%83%90%e1%83%a1%e1%83%90%e1%83%9f%e1%83%98/

http://www.medgeo.net/2014/04/27/tafli-13/

http://old.aversi.ge/main_jurnal.php?lang=geo&id=2545&cat_id=2

http://therapiehaus.ge/ge/2015-10-18-13-34-03/2015-11-12-11-31-40

https://massagetbilissi.wordpress.com/2011/08/21/%E1%83%9B%E1%83%90%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%9F%E1%83%98%E1%83%A1-%E1%83%A1%E1%83%90%E1%83%AE%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%9B%E1%83%AB%E1%83%A6%E1%83%95%E1%83%90%E1%83%9C%E1%83%94%E1%83%9A%E1%83%9D/

https://www.google.com/search?q=%E1%83%94%E1%83%A0%E1%83%92%E1%83%9D%E1%83%97%E1%83%94%E1%83%A0%E1%83%90%E1%83%9E%E1%83%98%E1%83%90&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab

http://therapiehaus.ge/ge/2015-10-18-13-34-03/2015-11-12-11-33-56

http://keskeso.weebly.com/433643124321432243174314431743064312430 4

http://www.medgeo.net/2009/10/21/skin-4/

კლასიკური მასაჟის ზოგადი საკითხები

კლასიკური მასაჟის ზოგადი საკითხები

ამ თავში გაეცნობით კლასიკური მასაჟის არსს, სამკურნალო მასაჟის ილეთებს და მათი შესრულების ზოგად მეთოდურ რეკომენდაციებს.ზოგადი და ლოკალური კლასიკური მასაჟის ძირითად ილეთებს და ტანდეგობის დარღვევისას კლასიკური მასაჟის მეთოდილოგიას.

კლასიკური მასაჟის არსი



კლასიკური მასაჟი – უძველესი, და ამავე დროს თანამედროვე ეფექტური სამკურნალო-პროფილექტიკური მეთოდია.

მასაჟი ხელს უწყობს ტკივილების, შეშუპებების შემცირებას, აჩქარებს ტრავმების შეხორცების პროცესებს, ამაგრებს სახსრებსა და მყესოვან სისტემას, ხსნის კუნთთა დაღლილობას, ამაღლებს ადამიანს შრომისუნარიანობას, არეგულირებს სასქესო ორგანოების ფუნქციებს.

კლასიკური მასაჟის ჩატარების მეთოდიკა და ხერხები თითოეულ კერძო შემთხვევაში შეირჩევა პაციენტის ინდივიდუალური თავისებურებების, ასაკისა და ჯამრთელობის მდგომარეობის გათვალისწინებით.

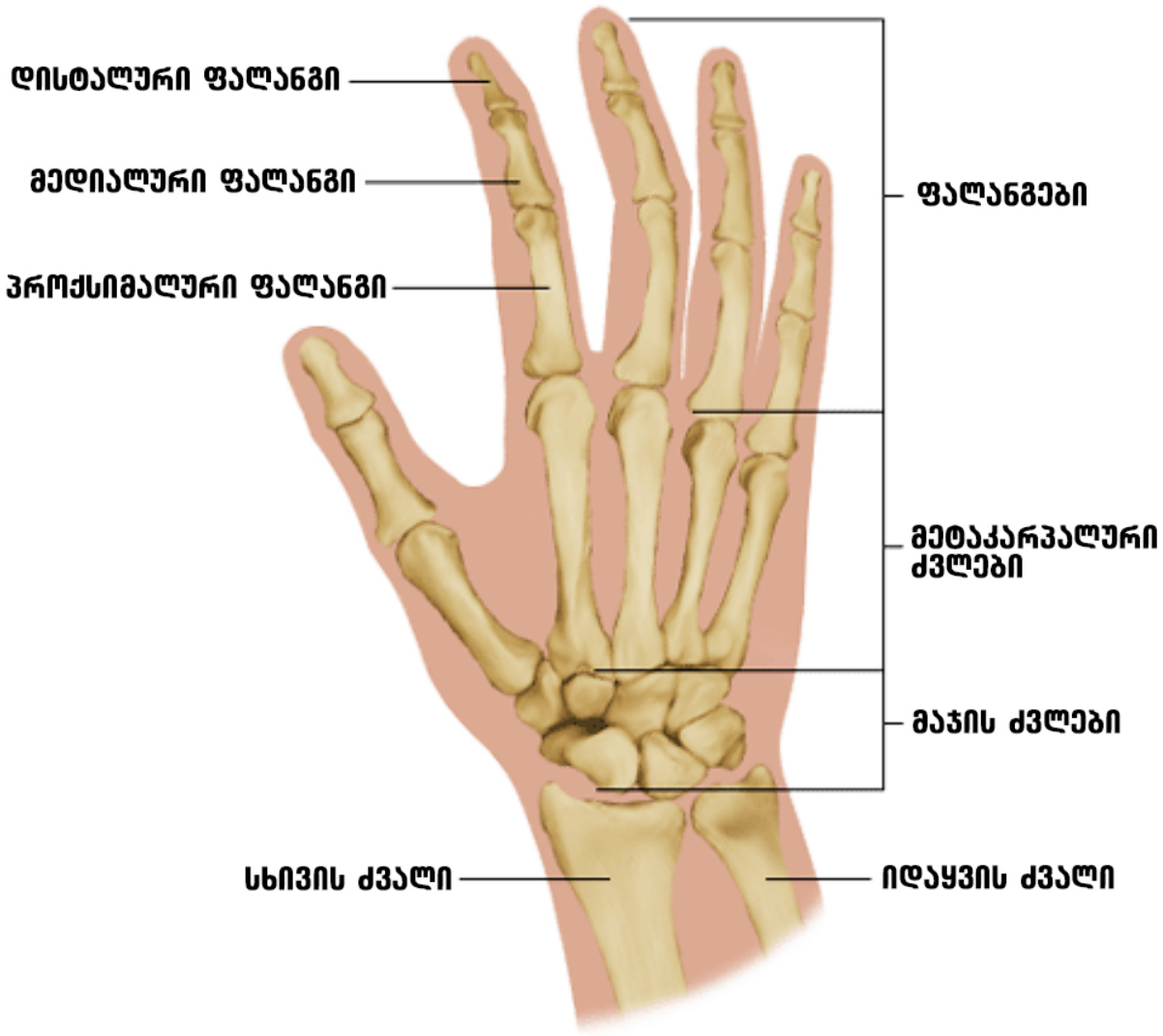
მასაჟის დროს სხეულზე ზემოქმედება გარედანაც ისეთივე სახის უნდა იყოს, როგორიც თვით სხეულის შინაგანი ქმედებაა ადამიანის აქტიური მოძრაობის დროს.

მასაჟი მოიცავს სხვადასხვა ილეთს, რომლებზეც ჯერ კიდევ ძველი ბერძნები, რომაელები, ინდოელები და ჩინელები აღწერდნენ.

ილეთების ძირითადი შემსრულებელი ,,ინსტრუმენტია'' ხელის მტევანი.

მტევნის ძვლები Hand bones (ossa manus)

მტევანი შედგება შემდეგი ძვლებისაგან:
1. მაჯის ძვლები
2. ნების ძვლები
3. მტევნის თითების ფალანგები



მაჯის ძვლები – ossa carpi

მაჯა შედგება ორ რიგად დაწყობილი რვა ძვლისგან:

პროქსიმალური რიგი:

1. ნავისებური ძვალი - **os navicularis**;

2.მთვარისებური - **os lunatum**;

3.სამწახნაგიანი - **os triquetrum;**

4.ცერცვისებური - **os pisiforme**;

დისტანციური რიგი:

1.ტრაპეციული - **os trapezium**;

2.ტრაპეცოიდული - **os trapezoideum;**

3.თავდიდა - **os capitatum;**

4.კავიანი - **os hamatum.**

პროქსიმალურ რიგში ნავისებური და მთვარისებური ენაწევრება სხივის ძვალს,

სანწახნაგიანი - იდაყვის ძვალს, ცერცვისებული - სამწახნაგიან ძვალს.

დისტალური რიგის ყველა ძვალს აქვს სასახსრე ზედაპირი. ისინი ენაწევრებიან პროქსიმალურ როგს, ნების ძვლებს და ერთმანეთს. ბორცვი გარედან ტრაპეციული ძვლის ბორცვია.

ნების ძვლები - **ossa metacarpalia**

ნები ხუთი ძვლისგან შედგება. იგი ეკუთვნის გრძელ ძვლებს: ეპიფიზებით და დიაფიზებით, ისინი ერთვის ფალანგებს.

მტევნის თითების ძვლები - **ossa digitorum manus**

ყოველი თითი შედგება ძვლოვანი ნაწილებისაგან - ფალანგებისაგან. ცერს აქვს ორი ფალანგი, დანარჩენებს სამი: დისტალური (ფრჩხილთან ერთად), შუა და პროქსიმალური.

ანატომიური აგებულების საფუძველზე მტევანს შეუძლია სხვადასხვა ტრაექტორიით მოძრაობა. მასაჟის კეთების დროს მტევნის მოძრაობა შესაძლებელია წრფივად, გარდიგარდმო, წრიულად, სპირალურად, ზიგზაგისებურად და სხვა.

კლასიკური მასაჟის ხუთი ძირითადი ილეთი არსებობს:

- ხელსმა;

- ზელვა;
- თელვა;
- ვიბრაცია;
- დარტყმითი ილეთები.

ხელსმა - ისეთი ილეთია, რომლის დროსაც ხელი სრიალებს კანზე, ისე, რომ არ იწვევს მის შენაოჭებას და აწარმოებს მასზე სხვადასხვა ხარისხის ზეწოლას. ხელსმის დანიშნულებაა, მიანიჭოს ადამიანის სხეულის სითხეებს სასურველი, საჭირო მიმართულება. საწყისი ეტაპის დანიშნულება მარტო ის კი არ არის, რომ მან უზრუნველყოს სამასაჟე მასალის გადანაწილება სხეულზე, არამედ ის სრულდება *მიმმართველ ხაზებზე,* რომლებიც ადამიანის სხეულის სკულპტურულ პლასტიკას მიყვება, ხოლო სისხლის მიმოქცევა განაპირობებს ნაკადის წარმართვას გულის მიმართულებით. ყურადღება უნდა მივაქციოთ იმას, რომ მასაჟისტის ხელისგულის კონტაქტი სხეულთან კარგი (სრული) და თბილი იყოს. ადამიანის სხეულის ყველა ზედაპირი თასისებურია, რადგან ფიზიკური სხეული თავისთავად არის ერთგვარი



გარსი. ხელს ყოველთვის უნდა ჰქონდეს გარკვეულად მომცველი ხასიათი. ხელსმა მსუბუქი უნდა იყოს, მაგრამ კარგი კონტაქტით. მასაჟისტის ხელს საკუთარი წონა იმდენად უნდა ჰქონდეს, რამდენად გემს წყლის ზედაპირზე. მაგრამ, მიუხედავად ამისა, მან ნაკადში იმდენად უნდა ჩაყვინთოს, რომ ხატოვნად რომ გამოვხატოთ, თავის წინ მოძრაობისას მცირე ტალღა შექმნას. მცირე რაოდენობით ხელსმაც კი საკმარისია იმპულსის წარმოსაქმნელად.

ხელსმის ძირითად სახეებს მიეკუთვნება **სიბრტყითი და შემოხვევითი ხელსმა.**



სიბრტყითი ხელსმის დროს თითები ერთმანეთთანაა მიტყუპებული და ერთ სიბრტყეშია. მტევანი თავისუფლად, დაძაბვის გარეშე მოძრაობს. სიბრტყით ხელსმას იყენებენ კანის ფართე, ბრტყელ უბნებზე, როგორიცაა ზურგი, გულმკერდი, მუცელი.

შემოხვევითი ხელსმსის დროს მტევანი და თითბი მოდუნებულია და ღრებულობს ღარის ფორმას, ისე რომ ცერი დანარჩენი თითებიდან მაქსიმალურადაა განზიდული. ხელსმის ამ



სახეს იყენებენ კიდურების, დუნდულოების, სხეულის მომრგვალებული ნაწილების მასირებისას.

ხელსმის დამხმარე ილეთებია: მაშისებრი, ფოცხისებრი, სავარცხლისებრი, ჯვრისებრი, უთოობა, „დამძიმებული“ მტევნით, კონცენტრული. ხელსმის სახეობების მრავალფეროვნება განპირობებულია მასირების მიდამოს ანატომიური თავისებურებიდან.

მაშისებრი ხელსმა - მაშისებურად დაწყობილი I და II-III თითებით ვმუშაობთ უბანზე. ხელსმის ეს სახე გამოიყენება მტევნებისა და ტერფების კიდეების, მყესების, ცალკეული პატარა კუნთების და სხვა მიდამოების მასირებისას.



ფოცხისებური ხელსმის დროს ფართოდ გაშლილი თითები 30-40^0 - იანი კუთხით თავსდება კანის ზედაპირისადმი. ფოცხისებური ხელსმა გამოიყენება თავის თმიანი ნაწილის, ნეკნთაშორისი სივრცეების მასირებისას



სავარცხლისებური ხელსმის დროს მასირება სრულდება ნახევრადმოხრილი თითების ძირითადი ფალანგების შეერთებით. ხელსმის ამ სახე იყენებენ მცხვილი კუნთოვანი შრეების, დიდი კუნთების ღრმა მასირებისას. ასევე, ხელისგილებისა და დორზალური ზედაპირების მასირებისას.



უთოობა სრულდება თითების დორზალური ზედაპირებით, ისე, რომ თითები სწორი, მართი კუთხითაა მოხრილი ნებ-ფალანგის სახსრებში. უთოობა ქსოვილებზე ზედაპირულ ზემოქმედებას ახდენს.



ჯვრისებრი ხელსმა სრულდება ერთმანეთზე ჯვრისებურად გადაჭდომილი ორივე მტევნის ხელისგილებით.



კონცენტრული ხელსმა სრულდება ორი ხელით, რომლებიც მიდამოს შემოეხვევა ისე, რომ ერთ მხარეს ლაგდება ცერები,ხოლო მეორე მხარეს დანარჩენი თითები და კეთდება წრიული მოძრაობები. ხელსმის ეს სახე გამოიყენება სახსრების, კიდურების, კისრისა და ბეჭზედა მიდამოს მასაჟის დროს.

ხელსმა შეიძლება შესრულდეს ერთი ხელით - ამ დროს მეორე ხელი აფიქსირებს მასირების უბანს და ორი ხელით - ამ შემთხვევაში ხელები შეიძლება მოძრაობდეს პარალელურად, ერთდროულად, მონაცვლეობით და ,,დამძიმებული“ მტევნით, როდესაც ქსოვილებზე ზეწოლის გასაძლიერებლად ერთ მტევანზე ათავსებენ მეორეს.

ზემოქმედების ხარისხის მიხედვით ხელსმა შეიძლება იყოს ზედაპირული, რომლის დროსაც ხელი ნაზად, დაძაბვის გარეშე ასრულებს მასირებას და ღრმა, რომლის დროსაც ხელი ენერგიულ ზეწოლას ახდენს ქვეშმდებარე ქსოვილებზე.

ხელსმა სრულდება სხვადასხვა მიმართულებით: გასწვრივად, გარდიგარდმოდ, წრიულად, სპირალურად, ზიგზაგისებურად და სხვა. ხელსმა შეიძლება შესრულდეს უწყვეტი სრიალის ან წყვეტლი, ნახტომისებური, რიტმული მოძრაობების სახით.

ზოგადად, ხელსმის ფიზიოლოგიური გავლენა შემდეგია: კანი სუფთავდება ჩამოფრცქვნილი უჯრედებისაგან, ოფლისა და ცხიმის ჯირკვლების სეკრეტის ნარჩენებისაგან, რის გამოც უმჯობესდება კანის სუნთქვა, აქტიურდება კანის სეკრეტორული ფუნქცია, მნიშვნელოვან ცვლილებებს განიცდის კანის ტროფიკა და ცვლის პროცესები, მატულობს კუნთებისა და ქსოვილების ტონუსი, კანი ხდება გლუვი, ელასტიური, დრეკადი. ხელსმის საშუალებით ძლიერდება მიკროცირკულაცია სარეზერვო კაპილარების გახსნის ხარჯზე, რის გამოც ვითარდება კანის ჰიპერემია, ადვილდება სისხლისა და ლიმფის განვლადობა, რაც ხელს უჭყობს შეშუპების შემცირებას.

ხელსმის შესრულებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს შემდეგი:

1. პაციენტის კუნთები უნდა იყოს მოდუნებული;
2. ილეთი შესაძლებელია შესრულდეს, როგორც დამოუკიდებლად, ასევე სხვა ილეთებთან კომბინაციაში;
3. პროცედურა იწყება და მთავრდება ხელსმით, ასევე გამოიყენება ერთი ილეთიდან მეორეზე გადასვლისას;
4. დასაწყისში იწყება ზედაპირული ხელსმით და გრძელდება ღრმა ხელსმით;
5. სიბრტყითი ხელსმა შეიძლება განხორციელდეს, როგორც ლიმფის დინების მიმართულებით, ასევე მის საწინააღმდეგოდ, ხოლო ყველა დანარჩენი, მათ შორის ღრმა ხელსმა სრულდება ლიმფის დინების მიმართულებით;
6. ხელსმა სრულდება ნელა - წუთში 24-26 მოძრაობა;
7. პაციენტს, რომელსაც აქვს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პრობლემები, კერძოდ, სახეზეა შეშუპება, ამ დროს ხელსმა სრულდება გამწოვი მეთოდით ანუ იწყება ზემოთ მდებარე მიდამოებიდან;
8. პროცედურის ჩატარების დროს არ არის აუცილებელი ხელსმის ყველა ნაირსახეობის გამოყენება, საჭიროების მიხედვით ვიყენებთ ყველაზე ეფექტურ ნაირსახეობას;
9. კიდურების მომხრელ ზედაპირებზე გამოიყენება ხელსმის ღრმა მეთოდი;

10. ხელსმის ნებისმიერი ილეთი უნდა შესრულდეს ისე, რომ არ იქნას გამოწვეული უსიამოვნო შეგრძნება და ტკივილი;
11. სიბრტყითი ხელსმის შესრულება უნდა მოხდეს ისა, რომ არ მოხდეს თითების დაცილება, რადგან ამ დროს ხორციელდება არატანაბარზომიერი ზემოქმედებათუ სრიალის ნაცვლად ხელსმა სრულდება სწრაფად და მკვეთრად შეიძლება განვითარდეს კანის წანაცვლება.

სამასაჟე ოლეთების შესრულების მიმართულება არის ლიმფური კვანძებისკენ. ლიმფური კვანძების მასირება არ ხდება.

- თავის თმიანი ნაწილზე ხელსმა ხორციელდება თხემიდან ქვევით, უკან და გვერდებზე კისრის, კეფის და ყურის მიდამოებში არსებული ლიმფური კვანძებისაკენ;
- სახის მასაჟის დროს ხელსმის მიმართულებაა გამტანი ძარღვების შესაბამისი. სახეზე ლიმფური ძარღვები იწყება სახის შუა ხაზიდან და მიემართება ორივე მხარეს ყბისქვეშა და ნიკაპქვეშა კვანძებისკენ. მიმიკური კუნთების მასირების მიმართულება ემთხვევა კუნთოვანი ბოჭკოების მიმართულებას;
- კისრის მიდამოში ხელსმა სრულდება უკანა ზედაპირზე ზემოდან ქვემოთ - კეფის მიდამოდან ქვემოთ და გარეთ ტრაპეციული კუნთის ზედა კიდეზე, ლავიწ-აკრომიონის სახსრის მიდამოზე გადავლით ლავიწქვედა და ლავიწზედა ლიმფური კვანძების მიმართულებით, გვერდიტ ზედაპირებზე - საფეთქლის მიდამოდან და დვრილისებრი მორჩებიდან ქვემოთ, მიჰყვება მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრ კუნთს ლავიწქვედა და ლავიწზედა ლიმფური კვანძებისკენ, წინა ზედაპირზე- ქვედა ყბის კიდიდან და ნიკაპიდან ქვემოთ, მკერდ-ლავიწის შესახსრებაზე გადავლით მკერდის ძვლისკენ და შემდეგ გაეთ ლავიწზედა, ლავიწქვედა და იღლიის ლიმფური კვანძებისკენ;
- ტანის მიდამოში ხელსმა სრულდება წელის ხაზიდან: წელზედა ილეთი მიმართულია ლავიწქვედა და იღლიის ლიმფური კვანძებისკენ, ხოლო წელქვედა მასაჟი სრულდება საზარდულის ლიმფური კვანძებისკენ;
- ზემო კიდურებზე: თითების ხელისგულისმხრივი და დორზალური ზედაპირების მასაჯი სრულდება მასწვრივი ღერძის პერპენდიკულარულად, თითების გვერდითი ზედაპირების მასირება კი - გასწვრივად ფრჩხილის ფალანგიდან ძირითადი ფალანგისკენ, ხელის მტევნისა და მაჯის ხელისგულისმხრივი და დორზალური ზედაპირების მასირების მიმართულება სხივ-მაჯის სახსრისკენაა, წინამხარზე - დისტალური ბოლოდან იდაყვის ლიმფური კვანძებისაკენ, მხარზე და მხარზედა მიდამოებზე - იღლიის და ლავიწქვედა ლიმფური კვანძებისაკენ;
- ქვემო კიდურებზე: თითების მასირება ისევე ხდება, როგორც მტევანზე, ტერფის დორზალური ზედაპირის და ფეხისგულის მასირება სრულდება კოჭ-წვივის სახსრისაკენ, წვივის - მუხლქვეშა ლიმფური კვანძებისაკენ, ბარძაყისა და მენჯის მიდამოების - საზარდულის ლიმფური კვანძებისაკენ.

ზელვა - ისეთი ილეთია, რომლის დროსაც სამასაჟე მიდამოზე ზეწოლისას, ხელი წაანაცვლებს და გაწელავს ქვეშმდებარე ქსოვილებს სხვადასხვა მიმართულებით. ამ დროს მასაჟისტის ხელი არ სრიალებს კანზე, როგორც ხელსმის დროს. არამედ სწორხაზოვანი და წრიული მოძრაობებით წარმოქმნის კანის ნაოჭს, აწარმოებს ქსოვილების დაძვრას, განცალკევებას, გაჭიმვას და მათში პათოლოგიური წარმონაქმნების (გამკვრივებების) დაშლას. ფიზიოლოგიური ძემოქმედების მიხედვით ზელვა სახსრებზე სამოქმედო ილეთია.

ზელვა სრულდება ორივე ხელით სინქრონულად და გამოირჩევა ჰაეროვანი, მაგრამ იმავდროული ძლიერად შეწოვადი მოძრაობებით, თანაც ისეთი შეგრძნებით, რომ თითქოსდა ესწრაფვი, კუნთები ჩამოაცილო ძვლებს. მას მხოლოდ კიდურებზე და რამდენადმე მოდიფიცირებული სახით მუცელზე მუშაობისას გამოიყენება. აქ უნდა გვახსოვდეს, რომ ილეთის შესრულების შედეგ უცებ კი არ გავუშვათ ქსოვილებს ხელი და მივცეთ საშუალება რომ სიმძიმეში ჩამოვარდეს, არამედ მოძრაობა ჰარმონიულად უნდა დავასრულოთ. როგორც მუსიკაშია მიღებული, უნდა მივიდეთ დამასრულებელ აკორდამდე, რომელიც თავისთავად შეიძლება ერთი მოკლე შტრიხი იყოს, ანდა ყოველი ხაზგასმით შენელებული მოძრაობის ფორმა.

ზელვის (დაზელვის) ძირითადი ილეთებია: დაზელვა თითებით, მტევნის ფუძით, მტევნის იდაყვისკენა კიდით.

თითებით ზელვა შეიძლება შესრულდეს თითების ბალიშებით, თითების დორზალური ზედაპირით - შუა ფალანგებით. ცერით დაზელვისას მტევანი ეყრდნობა დანარჩენ თითებს, ხოლო თუ ზელვა სრულდება II-V თითებით, მასაჟისტის მტევანი ეყრდნობა ცერს ან მასირების უბანს. თითებით დაზელვა შეიძლება შესრულდეს წრფივად, წრიულად, სპირალურად, ცირკულარულად, ზიგზაგისებურად.

თითებით დაზელვა გამოიყენება თავის თმიანი ნაწილის, სახის, ნეკნთაშორისი არეების, თეძოს ძვლის ქედების, მტევნების, ტერფების, მყესების მასირებისას;

მტევნის ფუძით დაზელვის მიმართავენ მსხვილ კუნთოვან შრეებზე, როგორიცაა დუნდულოების ,ზურგის, ბარძაყის კუნთები;

მტევნის იდაყვისკენა კიდით დაზელვა გამოიყენება მცხვილი სახსრების - მუხლის, მხრის, მენჯ-ბარძაყის, აგრეთვე მუცლის, ზურგის და სხვა მიდამოების მასაჟისთვის.

დაზელვა შეიძლება შესრულდეს - ერთი ხელით, მეორე ხელი აფიქსირებს სამასაჟე უბანს და ორი ხელით - რომლის დროსაც ხელები მოძრაობს პარალელურად, ერთდროულად ან

მონაცვლეობით, ,,დამძიმებული“ მტევნით, როდესაც ქსოვილებზე ზეწოლის გასაძლიერებლადერთ მტევანს ათავსებენ მეორეზე.

ზელვის დამხმარე ილეთებიდან აღსანიშნავია:

- მაშისებური;
- ფოცხისებური;
- სავარცხლისებური;
- დაშტრიხვა;
- რანდვა;
- ხერხვა;
- კვეთა.

მაშისებური დაზელვა სრულდება მაშისებურად დაწყობილი I-II ან I-III ან I-II, III თითების ბოლოებით წრიული ან წრფივი მოძრაობები. ზელვის ეს სახე გამოიყენება ყურის ნიჟარის, ცხვირის, სახის, კბილების, წვრილი კუნთების, მყესების მასირებისათვის.

ფოცხისებური დაზელვის დროს ფოცხისებურად გაშლილი თითები 30-40^0 - იანი კუთხით თავსდება კანის ზედაპირისადმი. ზელვა სრულდება თითების ბალიშებით ან თითების დისტალური ფალანგების დორზალური ზედაპირებით, წრიული, ზიგზაგისებური, ან შტრიხული მოძრაობებით. ზურგის რბილი ქსოვილების მასირებისას მასაჟისტი ხელებს ათავსებს ხერხემლის ორივე მხარეს ტრაპეციული კუნთების ზემო კიდეებზე და კანზე და კანქვეშა ქსოვილებზე თითების ბალიშების ზეწოლით, ასრულებს დაზელვას სპირალური ან ზიგზაგისებური მოძრაობებით წელის მიდამოსაკენ, უკუსვლა - ქვემოდან ზემოთ სრულდება ფოცხისებურად დალაგებული თითების დისტალური ფალანგების დორზალური ზედაპირებით ფოცხისებური დაზელვა გამოიყენება თავის თმიანი ნაწილის, ნეკნთაშორისი სივრცეების მასირებისას, ასევე, კანის მასაჟის დროს, როდესაც საჭიროა დაზიანებული მიდამოებისათვის გვერდის ავლა, ასევე, წვივების მასაჟისას, რომ არ ვიმოქმედოთ ვარიკოზულად გაგანიერებულ ვენებზე.



სავარცხლისებური დაზელვა სრულდება მუშტად შეკრული მტევნის თითების შუა ფალანგების დისტალური ბოლოებით. ეს ილეთი გამოიყენება უფრომეტად ტერფებისა და ხელისგულების ქსოვილებზე მასირებისას და სქელ კუნთოვან შრეებზე მასირებისას (ზურგი, დუნდულოები, ბარძაყის წინა და გარეთ ზედაპირები).



დაშტრიხვა სრულდება I, II და III თითების ბალიშებით ან II და III თითებით ერთად, თითოეული თითი უნდა იყოს გამართული სახსარში და კანის ზედაპირიდან 30^0-იანი დახრით. თითებით სრულდება ღრმა ზეწოლა და მოკლე, წრფივი, წინსვლითი მოძრაობები., რის შედეგადაც ხდება კანქვეშა ქსოვილების სხვადასხვა მიმართულებით წანაცვლება, გაწევ-გამოწევა, დაშტრიხვა, ,,აკაფვა“. ასეთო სახის მოძრაობები ხელ უწყობს კანისა და კანქვეშა ქსოვილების დარბილებას, ზრდის მის ელასტიურობასა და მოძრაობის უნარს.

დაშტრიხვას მიმართავენ დერმატოგენული და დესმოგენური კონტრაქტურების, დამწვრობებისა და დაზიანებების შემდგომ კანის დეფორმაციული ნაწიბურების შემთხვევაში. დაშტრიხვით ადვილად ქრება კანში და კანქვეშა ქსოვილებში წარმოქმნილი გამკვრივებების დაშლა.

რანდვა სრულდება ერთი ან ორივე ხელით. ორივე ხელით ილეთის შესრულება ხდება მონაცვლეობით - ერთი ხელის მოძრაობას მეორე ხელის მოძრაობაც მიჰყვება, მასაჟი სრულდება ერთმანეთთან მიჯრილი და მაქსიმალურად გაშლილი თითების ბალიშებით, წინსვლითი მოძრაობებით. ამ დროს ხდება ქსოვილებზე სწრაფი ზეწოლა და ხდება მათი გაჭიმვა-წანაცვლება. რანდვას მიმართავენ კანის დაავადებების დროს. რანდვა იწვევს ნერვულ-კუნთოვანი სისტემის აღგზნებას, ამიტომ ის გამოიყენება კუნთების ტონუსის მომატებისა და სტიმულაციისთვის.

ხერხვა - ამ დროს სრულდება დაზელვა ერთი ან ორივე ხელის მტევნის იდაყვისკენა კიდით. ორივე ხელით ხერხვის დროს 1-3სმ-ით დაცილებული ხელის მტევნები ხელისგულებით ერთმანეთისადმია მიმართული და ასრულებს ხერხისებურ მოძრაობას ურთიერთსაწინააღმდეგო მიმართულებით. ხერხვის დროს მტევნებს შორის მოქცეულია

კანისა და კანქვეშა ქსოვილის ნაოჭი. ხერხვა გამოიყენება იმ უბნების დასამუშავებლად, სადაც განლაგებულია ფართე კუნთოვანი ქსოვილი (ზურგი, მუცელი, ბარძაყები, წვივები და

სხვა.)



კვეთა სრულდება მტევნის სხივისმხრივი-რადიალური კიდით, ცერი მაქსიმალურადაა განზიდული. სრილდება ერთი ან ორივე ხელით. ერთი ხელით შესრულებისას მტევანი რადიალური კიდით ზეწოლის დროს ღრმად წაანაცვლებს კანქვეშა ქსოვილებს მოკლე, რიტმული მოძრაობებით თავისგან - საჩვენებელი თითის მიმართულებით და თავისკენ - ცერის მიმართულებით. ორივე ხელით მასირებისას 2-3სმ-ით დაშორებული მტევნები ერთმანეთისადმი დორზალური ზედაპირებითაა მიმართული და ასრულებს გარდიგარდმო მოძრაობებს თავისგან და თავისკენ. ეს ყველაფერი იწვევს ქსოვილების ღრმა წანაცვლებას. ეს ილეთი ტარდება ტრაპეციულ კუნთებზე, ზურგის განიერ კუნთზე, მუცლის პრესის კუნთებზე, მსხვილ სახსრებზე.

ზამოქმედების ძალის მიხედვით დაზელვა არის ზედაპირული და ღრმა.

დაზელვის ილეთები იწვევს ცნს-ის დამშვიდებას, ტკივილის შემსუბუქებას, ძლიერდება კუნთების კუმშვადობის ფუნქცია და მატულობს მათი ტონუსი, ქსოვილებში ვითარდება სითბოს შეგრძნება - ქსოვილების ტემპერატურა ენერგიული დაზელვისას 5^0-ით მატულობს.

სითბოს რეფლექტორული ზემოქმედებით და დაშლის პროდუქტების გავლენით ქსოვილებში ვითარდება ჰიპერემია, უმჯობესდება ნივთიერებათა ცვლისა და ტროფიკის პროცესები. დაზელვა ზრდის ქსოვილების მოძრაობის უნარს, კუნთების ელასტიურობას, დაზელვით ადვილად იშლება კუნთებში, კანსა და კანქვეშა ქსოვილში არსებული გამკვრივებები. დაზელვა გამოიყენება ასევე, სახსრებზე სამუშაოდ ტრენირების პროცესში.

დაზელვის შესრულებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს შემდეგი:

- ზელვა თელვისთვის მოსამზადებელი ილეთია;
- სახეზე ილეთის შესრულებისას აუცილებელია გადაბიჯების გამოყენება;
- ილეთის მოქმედების გასაძლიერებლად საჭიროა მასაჟისტის თითებსა და მასირების ზედაპირს შორის კუთხის გაზრდა ან ილეთის ჩატარება ,,დამძიმებული“ მტევნით;
- დაზელვის დროს წინსვლითი მოძრაობების მიმართულება განისაზღვრება არა ლიმფური კვანძების ლოკალიზაციით, არამედ მასირების მიდამოს ანატომიური სტრუქტურით.
- ერთ უბანზე მასირება სასურველია 8-10 წთ. გაგრძელდეს, ვასრულებთ წუთში 60-100 მოძრაობით და ვანაცვლებთ ხელსმით.
- პროცედურის ჩატარებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს კანის მდგომარეობა;
- ილეთი არ უნდა შესრულდეს უხეშად და მტკივნეულად.

თელვა (მოთელვა) ისეთი ილეთია, რომლის დროსაც, მასაჟისტი ხელებით დაიტაცებს კუნთს, ასწევს, გადაწევს, ჭყლეტს და თითქოსდა გამოწურავს.

თელვა უფრო ღრმა რიტმული პულსაციური მოძრაობაა; ქსოვილი მთლიანი ხელისგულით გარკვეულწილად „შეიწოვება“, გაითელება და შემდეგ ისევ განთავისუფლდება, რათა ამასობაში მომდევნო ილეთი დაიწყოს. თელვა წააგავს დასანარცხებლად გამზადებულ ტალღას, რომელიც აიფოფრება და შემდეგ მომრგვალებულ ფორმას იღებს.

ამ ტალღის ვარირება ყველა მიმართულებითაა შესაძლებელი, დამოკიდებულია მხოლოდ მასაჟისტის ხელის მოქნილობაზე. იმ პირობით, რომ ძირეული ხასიათი შემწოვი წამოწევისა უნდა შენარჩუნებული იყოს - თუნდაც ამისთვის ორი თითის სამყოფი ადგილი გვქონდეს სხეულზე მხოლოდ.

ორი ხელით თელვა ხდება ყოველთვის ფაზების მონაცვლეობით, ისე, რომ იმპულსი არასდროს არ მომდინარეობს მასაჟისტის ორივე ხელიდან ერთდროულად. ანუ არ ხდება ორივე ხელით ერთდროული შეწოვა, არამედ ერთმანეთის მიყოლებით.

მასაჟისტი ილეთის შესრულებისას ასრულებს 2-3 ფაზას:

1. ფიქსაცია;
2. მასირების უბნის დატაცება;
3. საკუთრივ მოთელვა - მიჭყლეტა, შეკუმშვა, გამოწურვა.

მოთელვის ძირითადი ილეთებია: გასწვრივი მოთელვა და გარდიგარდმო მოთელვა.




გასწვრივი მოთელვა სრულდება კუნთის ღერძის გასწვრივ, კუნთოვანი ბოჭკოების მიმართულებით - გამართული თითები მაქსიმალურად განზიდული ცერით თავსდება უბანზე ისე, რომ ცერი რჩება ერთ მხარეს, ხილო დანარჩენი თითები მეორე მხარეს - ეს არის **პირველი ფიქსაცია(ეტაპი).** მტევანი თითებით და ხელისგულით თითქოს მიწეპებული და მიკრულია ქსოვილებზე, არ უნდა დარჩეს ჰაერის ნაპრალი, **მეორე ფაზაში** კუნთს მასაჟისტი წამოწევს ძვლიდან, არ ვუშვებთ რა ხელს, მივაჭყლეტთ ნეკა თითის შემაღლების(ჰიპოტენარი) საშუალებით ცერის მიმართულებით. **მესამე ფაზაში** ცერი ცდილობს რა დაახლოებას დანარჩენ თითებისაკენ, მიაჭყლეტს კუნთს ცერის შემაღლების(ტენარი) დახმარებით. ასე რომ, კუნთი იჭყლიტება თითებს შორის ტენარითა და ჰიპოტენარით.

ილეთის ორი ხელით შესრულებისას კუნთები აუცილებლად მონაცვლეობით უნდა მოითელოს. გასწვრივი მოთელვა გამოიყენება კიდურების კუნთებზე, ზურგის კუნთებზე, მკერდის დიდ კუნთზე, მუცლის სწორ კუნთზე, დუნდულოებზე. თუ კუნთის მოცულობის სიმცირის გამო მისი დატაცება ვერ ხერხდება, მაგალითად, წინამხრის, წვივის, მაშინ კუნთს დავიტაცებთ ერთი მხრიდან ცერის, მეორე მხრიდან დანარჩენი თოთების ბალიშებით და მივთელავთ თითების კლავიშებზე მოძრაობის მსგავსად. ასეთ თელვას ,,როიალზე დაკვრას'' უწოდებენ.

მოთელვა შეიძლება იყოს უწყვეტი და წყვეტილი. უწყვეტი თელვის დროს მასაჟისტის ხელი რიტმულად - 40-50 მოთელვა /წუთში, შეუჩერებლად აკეთებს. წყვეტილი მოთელვის დროს კი მასაჟისტის ხელი მოკლე, რიტმული მოძრაობებით, ნახტომისებურად გადაადგილდება მასირების უბანზე. წყვეტილი მოთელვა ტარდება მაშინ, როდესაც უნდა მოვერიდოთ ცალკეულ უბნებზე მასირებას, მაგალითად, კანის დაზიანება და ვარიკოზული მდგომარეობა. ასევე , მას მიმართავენ ნერვ-კუნტოვანი სისტემის და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის სტიმულაციისთვის.

გარდიგარდმო მოთელვის დროს მასაჟისტის ხელი თავსდება კუნთის გარდიგარდმოდ და ასრულებს კუნთის ბოჭკოების მიმართულების გარდიგარდმო მოთელვას. ორივე ხელის ხელისგულებით და თითებით მჭიდროდ მოეხვევა კუნთს, ისე რომ ცერები ერთ მხარესაა და

დანარჩენი თითები - მეორე მხარეს, დატაცებულ კუნთს ორივე ხელით წამოვწევთ და მოვთელავთ - ან ერთდროულად ან გარდიგარდმო სხვადასხვა მიმართულებით. სწორედ ამის მიხედვით, არჩევენ გარდიგარდმო მიმართულებიან და გარდიგარდმო სხვადასხვა მიმართულებიან მოთელვას.

შესაძლებელია, მოთელვის შესრულება ,,დამძიმებული“ მტევნით. გარდიგარდმო მოთელვის დროს აუცილებელია ილეთის ორტაქტიანი რიტმის და მტევნების ურთიერთპარალელური პიზიციის შენარჩუნება. არ უნდა დავიშვათ კანზე ხელის დაცურება, რადგან ეს იწვევს კანისა და თმების ტრავმირებას.

გარდოგარდმო მოთელვა გამოიყენება კიდურებზე, ზურგზე, მუცელზე. მისი მიზანია დეპლეტორული მოქმედება, ლიმფისა და სისხლის მიმოქცევის გაძლიერება. ამ დროს მოძრაობა სრულდება გამტანი ძარღვების გასწვრივ უახლოესი ლიმფური კვანძისაკენ.

თელვის დამხმარე ილეთებია: გორება, დაგუნდავება, ძვრა, გაწელვა, კუმშვა, ჭყლეტა, აწელვა, მაშისებური მოთელვა.

გორება - ამ დროს მასაჟისტი ხელისგულებით ორივე მხრიდან შემოეხვევა მიდამოს, თითები გამართულია, მტევნები პარალელური. მოძრაობა სრულდება ურთიერთსაწინააღმდეგო მიმართულებით - თავისგან და თავისკენ. თუ ზეწოლა ზედაპირულია, კუნთები უმნიშვნელო დაფორმაციას განიცდის. ენერგიული გორების დროს კუნთები ძვლიდან დიდი ამპლიტუდით წაინაცვლებს, მნიშვნელოვნად დეფორმირდება და ძლიერ აღიგზნება. გორება გამოიყენება მაშინ, როდესაც მოთელვის სხვა ილეთების გამოყენება შეუძლებელია სქელი კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის ან ნაჭიბურის გამო და როდესაც საჭიროა ტრავმების შედეგად დასუსტებული და მტკივნეული კუნთების დაზოგვა. ის უმეტესად კიდურებზე გამოიყენება.

დაგუნდავება - ამ დროს მასაჟისტის მარცხენა ხელი ნახევრად სუპინაციის მდგომარეობაში ხერხესებრი მოძრაობებით რომად ჩაეფლობა მუცლის ქსოვილებში და აფიქსირებს მიდამოს. მარჯვენა ხელით დავიტაცებთ ქსოვილს მარცხენა მტევნის ახლოს და ორი-სამი ნახევარწრიული მოძრაობით ავაგუნდავებთ მას მარცხენა ხელისგულზე. ასე ვასრულებთ ქსოვილის მოთელვას ხელისგულებს შორის. დაგუნდავება გამოიყენება მუცლის წინა კედლის მასირებისათვის, როდესაც კუნთების დასუსტებულია, დუნეა, როდესაც ძლიერ არის განვითარებული კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი. მუცლის პრესის მოსადუნებლად დაგუნდავებას წინ უძღვის მუცლის სირტყითი ცირკულარული ხელსმა ორივე ხელით.

ძვრა - დატაცებულ კუნთს მოკლე რიტმული მოძრაობებით დავძრავთ ძვლოვანი კალაპოტიდან გასწვრივად და გარდიგადმო. ილეთი გამოიყენება გრძელ კუნთებზე - კიდურებზე, დატაცებით დავძრავთ დუნდულა, გულკერდის დიდ კუნთებს, მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრ კუნთს დავძრავთ მაშისებური დატაცებით. იმ მიდამოებში, სადაც კუნთის დატაცება ვერ ხერხდება მასაჟისტი კანქვეშა ქსოვილებზე ზეწოლით აფიქსირებს ხელებს და

ახორციელებს კუნთოვანი შრის დაძვრას მისი ძვლოვანი კალაპოტიდან - ასე სრულდება ძვრა ზურგზე, პარავერტებრალური ზონების, უგანიერესი და ტრაპეციული კუნთების მიდამოებში. თავის ქალას რბილი ქსოვილების დასაძრავად მასაჟისტი ხელებს ათავსებს შუბლისა და კეფის მიდამოში და მსუბუქი ზეწოლით, ნელა, რიტმულად - 50-60 მოძრაობა/წუთში დაძრავს ქსოვილებს საგიტალურ სიბრტყეში - შუბლიდან კეფისკენ. ფრონტალურ სიბრტყეში ილეთის შესასრულებლად მასაჟისტი ხელებს ათავსებს საფეთქლის მიდამოებში, ქსოვილებს წაანაცვლებს მარჯვენა და მარცხენა ყურისაკენ. ძვრას აქვს აღმგზნები ზემოქმედება - იწვევს სისხლისა და ლიმფის მოძრაობის გააქტიურებას.

გაწელვა - სრულდება ისევე, როგორც ძვრა, მხოლოდ კუნთებისა და ქსოვილების ურთიერთსაწინააღმდეგო გაწელვით.

კუმშვა - სრულდება მტევნებით ან თიტებით, მოკლე რიტმული მოძრაობების სახით, რომლის დროსაც ხდება ქსოვილების კუმშვა -წურვა, კიდურებისა და ტანის კუნთებზე ილეთი სრულდება 30-40 მოძრაობა/წუთში, სახეზე 40-60 მოძრაობა/წუთში. კუმშვა აუმჯობესებს კანის კვებას, რის გამოც მატულობს მისი ელასტიურობა და მიმიკური კუნთების ტონუსი. კუმშვის ნაზი, პასიური მოძრაობები კუნთების შეკუმშვის მიმართულებით იწვევს მყესების სტიმულაციას, პროპრიორეცეპტორების აგზნებას, წარმოქმნილი ნერვული იმპულსები აღწევს ზურგის ტვინის წინა რქების მამოძრავებელ უჯრედებს, ხდება მათი აღგზნება სპინალური რეფლექსები ცოცხლდება.

ჭყლეტა - სრულდება ქსოვილების წყვეტილი, რიტმული ჭყლეტვის სახით 25-60 მოძრაობა/წუთში. ის შეიძლება განხორციელდეს თითების ბალიშებით, მტევნის ხელისგულისმხრივი და დორზალური ზედაპირებით, მთელი ხელისგულით ან მტევნის საყდენი ნაწილით. თავის თმიანი ნაწილის ჭყლეტა მიმდინარეობს ფოცხისებურად დალაგებული თითების ბალიშებით 50-60 მოძრაობა/წუთში. თავზე ორივე მხრიდან ხელისგულებით მოხვეულ პოზიციაში ჭყლეტა სრულდება 40-50 მოძრაობით/წუთში. კანის გაშიშვლებით თავის მასაჟის დროს ჭყლეტა სრულდება ერთი ან რამოდენიმე თითის ბალიშით 60-ჯერ/წთ-ში. სახის მიმიკური კუნთების ჭყლეტა სრულდება პარალელურად დალაგებული თითების ხელისგულისმხრივი და დორზალური ზედაპირებით 40-45 ჯერ წუთში, ხოლო მუცლის წინა კედელზე კი 20-25-ჯერ წუთში. ასეთივე ტემპით მიმდინარეობს ჭყლეტვა შინაგანი შინაგანი ორგანოების მასაჟის დროს, მსხვილი ნაწლავების ჭყლეტვა სრულდება თითების ბალიშებით ან მთლიანად თითებით. მსხვილი ნაწლავის შიგთავსის დინების მიმართულების გასწვრივ. ხშირად ჭყლეტა სრულდება ,,დამძიმებული“ მტევნით“. ჭყლეტა ეფექტურია ხერხემლის მიდამოში ზერგის კუნთების როგიდობისა და უმოძრაობის შემთხვევაში - მასაჟისტი ორივე ხელის მტევნებს ათავსებს ხერხემლის გარდიგარდმო, ისე რომ ერთმანეთისაგან მტევნები 10-15 სმ-ითაა დაშორებული, თითები თავსდება ერთ მხარეს, ხოლო მაჯები მეორე მხარეს და ჭყლეტა სრულდება 20-25-ჯერ წუთში, ხელების ზემოთ და ქვემოთ გადაადგილებით.

ჭყლეტა ზემოქმედებს ქსოვილების, ძვლისსაზრდელას მექანორეცეპტორებზე, რომელღა აღგზნება იწვევს სისხლის მიმოქცევის, ტროფიკისა და ოსტეობლასტების ზრდის აქტივიზაციას. ჭყლეტა ზრდის კანის ტურგორს დაკუნთთა ტონუსს. შინაგან ორგანოებზე არაპირდაპირი ზემოქმედებით, ჭყლეტა იწვევს საკრეტორული და ექსკრეტორული ფუნქციების სტიმულაციას, აძლიერებს პერისტალტიკას და აუმჯობესებს მათ დაცლას.

აწელვა სრულდება ერთი ან უფრო ხშირად ორივე ხელის ცერა და საჩვენებელი თითებით, შეიძლება შესრულდეს სამი თითითაც, რიტმულადვ-100-120 მოძრაობა/წუთში. მოძრაობა გავს სიმებზე დაკვრას. კუნთს ავიტაცებთ, ავწელავთ და ხელს გავუშვებთ. აწელვას სრილდება სახის მასაჟის დროს კანის ტურგორის მოსამატებლად და მიმიკური კუნთების სტიმულაციისთვის, კიდურების კუნთების მოდუნებისას, დამწვრობის დროს რეგენერაციულ მკურნალობაში და კანის სხვადასხვა დაავადებების დროს.

მაშისებური მოთელვა - სრულდება მაშისებურად დალაგებული I-II ან I-III თითებით გასწვრივად და გარდიგარდმო. ის გამოიყენება მცირე კუნთების, კუნთების გარეთ კიდეების, კუნთების თავისა და მყესების მასირებისათვის. გასწვრივი მაშისებური მოთელვის დროს კუნთს ამ მყესს დავიტაცებთ თითებით, წამოვწევთ და თითებს შორის ნახევრადწრიულად მოვთელავთ. გარდიგარდმო მოთელვის დროს კუნთს მაშისებურად დავიტaცებთ 1-2 სმ-თ დაცილებული ორივე ხელის მაშისებურად დალაგებული თითებით, წამოვწევთ და მივთელავთ თავისაგან და თავისკენ მონაცვლეობით.

მოთელვის დროს ძლიერდება სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევა, ქსოვილების ტროფიკა, ნივთიერებათა ცვლა. მოთელვისას იხსნება კუნთოვანი გადაღლა და მატულობს მათი შრომისუნარიანობა.

მოთელვის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს შემდეგი:

1. კუნთები მაქსიმალურად მოდუნებული უნდა იყოს, რომ ფიქსაცია ადვილად განხორციელდეს;
2. ილეთი უნდა შესრულდეს ნელა - 50-60 მოძრაობა/წუთში;
3. მოძრაობა უნდა ჩატარდეს აღმავალი და დაღმავალი, ცენტრისკენული და ცენტრიდანული მიმართულებით, ერთი უბნიდან მეორეზრ გადახტომის გარეშე, პათოლოგიური პროცესის თავისებურებების გათვალისწინებით;
4. მასაჟის ინტენსივობა უნდა გაიზარდოს პროცედურიდან პროცედურამდე, რომ არ მოხდეს ადაპტაცია;
5. ილეთის შესრულება უნდა დავიწყოთ კუნთის მყესში გადასვლის ადგილიდან და მტევანი მასირების ზედაპირზე უნდა მოთავსდეს მისი კონფიგურაციის გათვალისწინებით;
6. მოთელვის პირველ ფაზაში არ უნდა მოხდეს თითების მოხრა, რადგან ამ დროს ხდება ,,ჩქმეტა“ და არა მასაჟი;

7. მოთელვის მეორე ფაზაში არ უნდა დავაცუროთ კანზე თითები, რადგან ეს შეიძლება პაციენტისთვის მტკივნეული იყოს და ამასთან ერთად მასაჟისტს კუნთი უსხლტება ხელიდან, წარმოიქმნება ჰაერის ნაპრალი და სრულფასოვნად ვერ ჩატარდება პროცედურა;
8. არ შეიძლება თითების დისტალური ფალანგებით ძლიერი ზეწოლა, რაც მტკივნეულია;
9. მასაჟისტისთვის დამღლელია დაძაბული ხელითა და თითებით მასირება;
10. მესამე ფაზაში უნდა ვერიდოთ კუნთების არასაკმარის წანაცვლებას;
11. გასწვრივი მოთელვის დროს ხელების ერთდროული მუშაობით მასაჟისტმა უნდა იმუშაოს ნაზად, არ უნდა ,,მოგლიჯოს“ კუნთები სხვადასხვა მიმართულებით - ეს მტკივნეულია!

ვიბრაცია - ისეთი ილეთია, როდესაც ხელი ან ვიბრაციული აპარატისხეულს გადაცემს სხვადასხვა სიჩქარისა და ამპლიტუდის რხევით მოძრაობებს. სხეულის ზედაპირზე წაროქმნილი მექანიკური რხევები, ქსოვილთა დრეკადობის გამო, ვრცელდება ტალღის სახით. ტალღა შეიძლება გავრცელდეს ზედაპირულ ქსოვილებსა და კუნთებზე ან შეაღწიოს სიღრმეში და გამოიწვიოს შინაგანი ორგანოების, ღრმად მოთავსებული სისხლძარღვებისა და ნერვების ვიბრაცია.

ვიბრაცია ემსახურება ასევე დაძაბული (დაკრუნჩხული)სხეულის მოდუნებას (მოშვებას) ასთმისა და სხვა მსგავსი ბრონქიალური პრობლემებისას, რომლებიც ასევე ჭარბი ლორწოს დაგროვებასთან არის დაკავშირებული. ის შეიძლება წარმატებით იქნას გამოყენებული ასევე, მუცელზე, მწვავე ყაბზობის დროს.

არჩევენ უწყვეტ და წყვეტილ ვიბრაციას ანუ დარტყმით ილეთებს.

უწყვეტი ვიბრაციის დროს მასაჟისტი ანხორციელებს ზეწოლას, ისე რომ ხელი არ შორდება სამასაჟე უბანს და სიჩქარის თანდათნობითი მომატებით გადაცემს სხეულის სხვა ნაწილებს ეწყვეტ რხევით მოძრაობებს. ამ მოძრაობების ხანგრძლივობაა 5-15 წმ. შემდეგ 3-5წმ-იანი პაუზა, რომლის დროსაც სრულდება უბანზე ხელსმა. პროცედურის დასაწყისში ვიბრაციის სიხშირე არის 100-120 რხევა/წთ-ში, ხოლო დასასრულს სიჩქარე მცირდება და ასევე იცვლება ზეწოლის ძალაც: ზედაპირულიდან ღრმამდე და კვლავ ზედაპირული. რხევითი მოძრაობები შეიძლება შესრულდეს გასწვრივად, გაედიგარდმო, პერპენდიკულარულად, ზიგზაგისებურად, სპირალურად.



უწყვეტი ვიბრაცია სრულდება ერთი, ორი ან ყველა თითით. ზეწოლა შეიძლება მოხდეს თითის ბალიშებით, გამართული თითების ორივე ზედაპირით, მთელი ხელისგულით ან მტევნის საყრდენი ნაწილით, მუშტით. ყველა შემთხვევაში ვიბრაცია შეიძლება შესრულდეს ერთი ან ორივე ხელით. ერთი თითით ვიბრაციის დროს ყველაზე ძლიერი ზემოქმედება აღინიშნება სამასაჟე უბნისადმი თითის პერპენდიკულარული პოზიციისას, ხოლო ნაზი, უმტკივნეულო ვიბრაცია არის იმ შემთხვევაში, როდესაც თითი ხელისგულისმხრივი ან დორზალური ზედაპირებით სიბრტყით ზეწოლას ახდენს ქსოვილებზე. ასეთი ზეწოლა ნაჩვენების სამწვერა ნერვის ნევრალგიისას, მიმიკური კუნთების პარეზისას და სახის კოსმეტიკური მასაჟის დროს. ხელისგულით უწყვეტ ვიბრაციას მიმართავენ შინაგან ორგანოებზე ზემოქმედებისთვის, ამისთვის ხელისგული თავსდება ორგანოს შესაბამის საპროექციო მიდამოზე და ნაზი, უმტკივნეულო ზეწოლით სრულდება ვიბრაცია 200-250 რხევა/წთ-ში. ვიბრაციის სიჩქარისა და ამპლიტუდის რეგულირებით შესაძლებელია ზემოქმედება მოვახდინოთ სისხლძარღვოვანი და სეკრეტორული ნერვების მდგომარეობაზე: დადგენილია კუჭის ნაწლავების, ღვიძლის, სანერწყვე და სხვა ჯირკვლების სეკრეციის სტიმულაცია უწყვეტი ვიბრაციის გავლენით. მუშტად შეკრული მტევნით ვიბრაცია სრულდება ზურგზე, დუნდულოებზე, მუცელზე, ბარძაყებზე. ქსოვილების დატაცებით უწყვეტ ვიბრაციას მიმართავენ კუნთებისა და მყესების მასირებისას: ნაზი ვიბრაციახელს უწყობს კუნთების მოდუნებას და გადაღლის მოხსნას, ხოლო ძლიერ ვიბრაციას გააჩნია მასტიმულირებელი ზემოქმედება.

არჩევენ სტაბილურ და ლაბილურ უწყვეტ ვიბრაციას. თუ ვიბრაცია ერთ ადგილზე სრულდება - ეს არის სტაბილური ვიბრაცია, ხოლო თუ მასაჟისტის ხელი გადაადგილდება კიდეც - ეს არის ლაბილური ვიბრაცია. ერთი თითით შესრულებულ სტაბილურ ვიბრაციას ეწოდება წერტილოვანი ვიბრაცია, რომელსაც აქვს ტკივილგამაყუჩებელი ეფექტი, რადგან ამ დროს ხდება ნერვული აღგზნებადობის დაქვეითება. ამიტომ წერტილოვან ვიბრაციას იყენებენ ნევრალგიების, მიოზიტების, პარეზებისა და დამბლების დროს. წერტილოვანი სტაბილური ვიბრაციით ზემოქმედება ხდება პერიფერიული ნერვების გამოსვლის ადგილებზე, ხოლო წერტილოვანი ლაბილური ვიბრაციით ნერვული ღეროების მიმართულების გასწვრივ.

უწყვეტი ვიბრაციის ილეთებიდან არჩევენ **რხევას, ბერტყვას, რყევას, ბიძგს.**

რხევა - სრულდება ცალკეულ კუნთებზე და კუნთების ჯგუფზე. პროცედურის ჩატარებისას ხდება კუნთის პოზიციის შერჩევა, რომლის დროსაც კუნთი მაქსიმალურად მოდუნებული იქნება, მასაჟისტის ხელი, ფართედ გაშლილი თითებით, თავსდება კუნთზე, ხდება მსუბუქად დატაცება და რხევის შესრულება, გარდიგარდმო ან გასწვრივი მიმართყულებით, რუტმი იცვლება ტალღისებურად, სუჩარე თანდათნობით მატულობს და კლებულობს. ეს ილეთი გამოიყენება მოტეხილობების დროს თაბაშირის მოხსნის შემდეგ, კუნთების კუმშვადი ფუნქციის სტიმულაციისთვის. ასევე, გამოიყენება რეფლექტორული კონტრაქტურების, პარეზებისა და დამბლების დროს. ეს ილეთი იწვევს ღრმა რეფლექსების აღდგენასა და გაძლიერებას, ხელს უწყობს ლიმფის გადინებას, ამიტომ ის გამოიყენება კუნთების რიგიდობის, ლიმფოსტაზისა და კუნთების შეშუპების დროს. რხევას აქვს დამამშვიდებელი და ტკივილგამაყუჩებელი ეფექტი რბილი ქსოვილების ტრავმების, კუნთებში ნაწიბუროვანი და შეხორცებითი პროცესების დროს.

ბერტყვა - ეს ილეთი გამოიყენება კიდურებზე კონტრაქტურებისა და შეხორცებითი პროცესების დროს, სისხლის მიმოქცევის სწრაფი აქტივაციის, კუნთოვანი დაძაბულობის შემცირების, სახსრების მოძრაობის უნარის, იოგოვანი აპარატის და კუნთების ელასტიურობის გაუმჯობესების მიზნით.

ზემო კიდურის დასაბერტყად მასაჟისტი ორივე ხელს ჩაავლებს პაციენტის მტევანს, მსუბუქად გაჭიმავს მის ხელს და რიტმული, მცირეამპლიტუდიანი რხევითი მოძრაობებით ვერტიკალური მიმართულებით დაბერტყავს ნელ-ნელი განზიდვა-მოზიდვით.

ქვემო კიდურის დასაბერტყად მასაჟისტის ერთი ხელი თავსდება აქილევსის მყესის მხარეს, ხოლო მეორე - ტერფის შემაღლებაზე. სახსრებში მოხრილობის თავიდან ასაცილებლად მსუბუქად იჭიმება ფეხი და სრულდება რიტმული დაბერტყვა ვერტიკალური მიმართულებით, ფეხის ნელ-ნელი განზიდვა-მოზიდვით.

რყევა - წარმოადგენს შინაგანი ორგანოების - კუჭის, ნაწლავების, რვიძლის, ნაღვლის ბუშტის და სხვა ორგანოების არაპირდაპირი (გარეგანი) მასაჟის ილეთს. მასაჟისტის მარჯვენა ხელი თავსდება ორგანოს საპროექციო მიდამოზე, მარცხენა ხელი კი მარჯვენა ხელის პარალელურად, ისე, რომ ორივე ხელის ცერა თითი ერთმანეთისკენ იყოს მიმართული. ვერტიკალური მიმართულების სწრაფი, რიტმული რხევითი მოძრაობებით, ხელების მიახლოება-დაშორებით მასაჟისტი იწვევს ორგანოებისა და მის გარშემო არსებული ქსოვილის რყევას. მუცლისა და გულმკერდის ორგანოების რყევა აძლიერებს სისხლის მიმოქცევას, ლიმფის გადინების აქტივაციას, პროსტალტიკის გაძლიერებას, გლუვი კუნთების ტონუსის მომატებას. რყევა აძლიერებს ჯირკლოვანი ორგანოების სეკრეციას, ხსნის შეხორცებითი პროცესების დროს სპაზმს და ხელს უწყობს გაწოვის პროცესებს.

ქრონიკული ლარინგიტის დროს განვითარებული ხმის იოგების პარეზის დროს და ფონაციის დარღვევაში შემთხვევაში გამოიყენება რყევა: მასაჟისტის მიერ ხდება ხორხის დატაცება ერთი

მხრიდან ცერით და მეორე მხრიდან საჩვენებელი და შუა თითებით და სრულდება რყევა რიტმული რხევითი მოძრაობებით, რომლის დროსაც ხდება ხორხის გადაადგილება მარჯვნიდან მარცხნივ, მარცნიდან მარჯვნივ, ზემოთ, ქვემოთ.

მენჯის რყევას მიმართავენ მენჯის ღრუში შეხორცებითი პროცესების, სპონდილოზების, ოსტეოქონდროზებისა და სხვა დაავადებების დროს: პაციენტი წევს მუცელზე ან ზის, მჯდომარე მდგომარეობაში, მასაჟისტი პაციენტის უკან ჯდება, მისი მტევანი - მაქსიმალურად განზიდული ცერებით პრონაციის მდგომარეობაშია, საჩვენებელი თითების რადიალური კიდეები თეძოს ძვლის ქედებზეა მოთავსებული და ასეთ პოზიციაში სრულდება რყევა ჰორიზონტალურ სიბრტყეში რიტმული რხევებით, მტევნის ნელი გადაადგილებით უკან - ხერხემლისკენ ხდება მენჯის შერყევა.

მუცლის რყევა სრულდება მუცლის კედლის კუნთების სისუსტის, მუცლის ღრუში შეხორცებითი პროცესების, ნაწლავენის ატონიის, ფუნქციური ყაბზობისა და სხვა დაავადებების დროს: მასაჟისტი ხელებს ათავსებს პაციენტის მუცლის ორივე მხარეს, ისე, რომ ცერები განთავსდეს ჭიპის დონეზე, ხოლო დანარჩენი თითები - ზურგზე და სრულდება რხევები ჰორიზონტალური მიმართულებით.

გულმკერდის რყევა ტარდება სუნთქვის ორგანოების დაავადებების დროს, ფილტვების ელასტიურობისა და სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესების, ინფილტრატებისა და ექსუდატის გაწოვის დაჩქარების მიზნით. რყევა აუმჯობესებს გულკერდის მოძრაობის უნარს, ამიტომ ის გამოიყენება გულმკერდის ტრავმების, სპონდილოზებისა და ოსტეოქონდროზების დროს: მასაჟისტი ორივე მხრიდან დაიტაცებს პაციენტის გულმკერდს და ასრულებს რიტმულ რხევით მოძრაობებს ჰორიზონტალური მიმართულებით.

ბიძგი - სრულდება შინაგანი ორგანოების -კუჭი, ნაწლავები და სხვა ორგანოების მასაჟის დროს: მასაჟისტის მარცხენა ხელი მსუბუქად აწვება სამასაჟე ორგანოს საპროექციო არეზე, ხოლო მარჯვენა - მოკლე რიტმული რხევებით უბიძგებს მეზომელ მიდამოს მარცხენა ხელისკენ.

წყვეტილი ვიბრაციის დროს ქსოვილებზე ერთდროული, რიტმულად მონაცვლე დარტყმები ხორციელდება. წყვეტილი ვიბრაციის დროს მასაჟისტის ხელი ყოველი დარტყმის შემდეგ ცილდება ქსოვილების ზედაპირს, რომ შემდგომი დარტყმა განახორციელოს.

წყვეტილი ვიბრაციის ილეთებია: **პუნქტირება, ჩხვლეტა, თათუნი, კეპვა, გაშოლტვა.**

პუნქტირება გამოიყენება ძვლოვან საფიძველზე დაკრული ქსოვილების მცირე უბანზე, სადაც სუსტადაა გამოხატული კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი, მოტეხილობის ან ძვლოვანი კორძის მიდამოზე, მცირე კუნთებზე, მყესებსა და იოგებზე, მერვულ ღეროებზე და ნერვების გამოსვლის ადგილებზე. პუნქტირება სრულდება საჩვენებელი და შუა თითების ბალიშებით.

ერთი ან ორი თითით, აგრეთვე II-V თითებით, 100120 დარტყმა/წუთში. დარტყმის ძალა დამოკიდებულია ზედაპირისადმი თითის დახრილობის კუთხეზე, რაც დიდია კუთხე, მით უფრო ძლიერი და ღრმაა ზემოქმედება. მცირე კუთხის შემთხვევაში ზემოქმედება ზედაპირული და ნაზია. თითების დარტყმა ხორციელდება მონაცვლეობით, თანმიმდევრობით, როგორც საბეჭდ მანქანაზე, მას ,,თითების შხაპს“ უწოდებენ. ძვლოვანი კორძის ან მოტეხილობის მიდამოს პუნქტირება სრულდება სტაბილურად, თავის თმიანი ნაწილისა და სახის მასაჟის დროს - ლაბილურად.

ჩხვლეტა - ამ ილეთის შესრულების დროს მასაჟისტის ხელი მონაცვლეობით ასრულებს დარტყმებს, რასაც ქსოვილების რიტმული შერყევა მოყვება.

ჩხვლეტა სრულდება ორივე ხელის ერთი ან რამოდენიმე თითით და ღია ან მუშტად შეკრული მტევნით. მტევანი უნდა იყოს მოდუნებული და თავისუფლად მოძრაობდეს სხივ-მაჯის სახსარში, რომ თავიდან ავიცილოთ დარტყმით გამოწვეული ტკივილი. ერთი თითით ჩხვლეტა სრულდება საჩვენებელი თითების ხელისგულისმხრივი ან ულნარული კიდეებით, 5-10 სმ სიმაღლიდან 100-300 რხევა/წუთში. ერთი თითით ჩხვლეტა სრულდება მოტეხილობის ადგილას, ქსოვილების პატარა უბანზე, მაგალითად, სახის, ცალკეული მყესების, კუნთების და სხვა სტრუქტურების მასირებისას. რამოდენიმე თითით მასირება გამოიყენება სახეზე და თავის თმიან ნაწილზე: მასაჟისტი მტევნის ხელისგულისმხრივ ზედაპირს ათავსებს მიდამოზე და ნებ-ფალანგის სახსრებში მაქსიმალურად გამართული თითებით, დოლზე რაკა-რუკის რიტმით თანმიმდევრულად ასრულებს ჩხვლეტას. ერთდროულად ყველა თითით ჩხვლეტა სრულდება II-V თითების ხელისგულისმხრივი ზედაპირებით, უმთავრესად სახის მასაჟის დროს წრიული ჩხვლეტების - ,,სტოკატო“ სახით. ჩხვლეტა შეიძლება შესრულდეს თითების დორზალური ზედაპირითაც. მტევნით გარდიგარდმო ჩხვლეტისას მასაჟისტის ხელი ღებულობს ,,კოლოფის“ ფორმას; თითები თავისუფლად მოხრილია. II და III თითების ბალიშები მსუბუქად ხება მტევნის ტენარს, ისე, რომ თითებსა და ხელისგულს შორის რჩება სივრცე (ჰაერის ბალიში), რომელიც არბილებს დარტყმას და გამოცემს ტკაცუნა ხმას.

მუშტით ჩხვლეტა გამოიყენება ფართო კუნთოვან შრეებზე -ზურგზე, ბარძაყებზე დუნდულოებზე. ეს ილეთი იწვევს ჰიპერემიას, კუნთების ტონუსის გაზრდას სისხლძარღვებისა და ნერვების ფუნქციონირების გაძლიერებას.

მუშტის ულნარული კიდით ჩხვლეტის დროს მსაჟისტის ხელი იღებს ,,ჩამჩის“ ფორმას, თითებსა და ხელისგულს შორის წარმოიქნება თავისუფალი სივრცე და მასაჟისტის ხელები, თითქმის პერპენდიკულარულად, მონაცვლეობით ეცემა მიდამოზე, მხილოდ დარტყმის ბოლო მომენტში ოდნავ იღებს პრონაციის მდგომარეობას. ეს ილეთი გამოიყენება ფართო კუნთოვან შრეებზე ზემოქმედებისას.

ჩხვლეტა იწვევს გლუვი მუსკულატურის შეკუმშვას, რაც ზრდის კუნთების ტონუსს და აძლიერებს მათ სისხლით მომარაგებას, ამიტომ ეს მეთოდი გამოიყენება კუნთების ატონიისა და პარეზების დროს. კუნტების ჰიპერტონუსის დროს ეს ილეთი არ არის რეკომენდირებული.

თათუნი სრულდება ხელისგულით: მასაჟისტის წინამხარი მართი ან ბლაგვი კუთხითაა მოხრილი, მტევნები პრონაციის მდგომარეობაშია, თითები ოდნავ მოდუნებულია, რაც დარტყმის მომენტში უზრუნველყოფს ჰაერის ბალიშის წარმოქმნას მასაჟისტის ხელისგულსა და პაციენტის სხეულს შორის.

თათუნი სრულდება ერთი ან ორი ხელით, მონაცვლეობით, მასირების მიდამოს გარდიგარდმოდ. გამოყენება ზურგზე, დუნდულოებზე, მხარზე, გულმკერდზე, მუცელზე, ბარძაყებზე, წვივებზე. ნაზი თათუნი იწვევს სისხლძარღვების შევიწროვებას და პულსის გაიშვიათებას. ენერგიული თათუნის დროს კი ხდება სისხლძარღვების გაფართოება, ჰიპერემია, ადგილობრივი ტემპერატურის მომატება, ნერვული დაბოლოებების მგრძნობელობის დაქვეითება.

კეპვა სრულდება პრონაციისა და სუპინაციის შუალედურ პოზიციაში მყოფი ერთმანეთისადმი ხელისგულებით მიმართული ორივე ხელის მტევნების ულნარული კიდეებით, 250-300 დარტყმა/წუთში, რიტმულად, კუნთოვანი ბოჭკოების გასწვრივ. წინამხარი მართი ან ბლაგვი კუთხითაა მოხრილი, მტევნები მოძრაობს სხივ-მაჯის სახსარში, თითები ოდნავ გაშლილი და მოდუნებულია. მასაჟის დროს დარტყმისას თითბი მჭიდროვდება და ერთმანეთთან მიჯრისას გამოცემს საფანტის ტკაცუნის ხმას. გაშლილი თითები არბილებს დარტყმას და ილეთი უმტკივნეულოა ინტენსიური ზემოქმედების შემთხვევაშიც, როდესაც თითები ერთმანეთთანაა მიჯრილი, კეპვა უხეში და მტკივნეულია, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ქსოვილების დაზიანება. კეპვა გამოიყენება ზურგზე, გულმკერდზე, კიდურებზე და სხვა მიდამოებზე. კეპვით მიღწევა ღრმა და ხანგრძლივი ეფექტი.

გაშოლტვა გამოიყენება კუნთების პარეზის, კანის ნაწიბუროვანი ცვლილებების დროს, კოსმეტიკურ პრაქტიკაში ,,ორმაგი ღაბაბის“ დროს, სიმსუქნის დროს სხეულის ფართე ზედაპირებზე.

ილეთების შესრულებისას გათვალისწინებული უნდაიყოს შემდეგი:

1. ილეთმა არ უნდა გამოიწვიოს მტკივნეული შეგრძნება;
2. ზემოქმედების ძალა და ინტენსივობა დამოკიდებულია მტევანსა და სხეულს შორის არსებულ კუთხეზე: რაც უფრო ახლოსაა 90^0-თან, მით უფრო ძლიერია ზემოქმედება;
3. ერთ უბანზე დარტყმითი ილეთების ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 10წმ-ს, საჭიროა მისი სხვა ილეთებტან კომბინირება;

4. ხანგრძლივი, ზედაპირული, მცირეამპლიტუდიანი ვიბრაცია იწვევს პაციენტის დამშვიდებასა და მოდუნებას, ხოლო ხანმოკლე, წყვეტილი, დიდი ამპლიტუდის ვიბრაცია კი საწინააღმდეგო ეფექტს.
5. ბარძაყისა და მხრის შიგნითა ზედაპირებზე, მუხლქვეშა ფოსოში, შინაგანი ორგანოების(გული, თირკმელი) საპროექციო არეებზე არ უნდა გაკეთდეს წყვეტილი ვიბრაცია(ჩხვლეტები, კეპვა), განსაკუთრებით ასაკოვან პაციენტებთან;
6. ვიბრაცია დამღლელია მასაჟისტისთვის, ამიტომ შესაძლებლობებიდან გამომდინარე შესაძლებელია გამოვიყენოტ აპარატები;
7. წყვეტილი ვიბრაცია არ შეიძლება კუნთების ჰიპერტონუსის დროს;
8. როდესაც მასაჟისტის ,,სუსტი’ ხელი იღლება, ეს მაჩვენებელია ტექნიკური მოუმზადებლობის;
9. წყვეტილი ვიბრაციის დროს დარტყმების ერთდროულად შესრულება მეტად მტკივნეულია, ამიტო უნდა დაცული იქნას მოძრაობის მონაცვლეობა;
10. ბერტყვი შესრულებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს მოძრაობის მიმართულება. წინააღმდეგ შემთხვევაში გამოწვეული იქნება სახსრის დაზიანება და მტკივნეულობა;
11. არ შეიძლება ილეთის დიდი ინტენსივობით შესრულება, რომ არ გამოვიწვიოტ პაციენტის წინააღმდეგობა.

თუ მასაჟისტი კარგად იცნობს პაციენტის სხეულს, მას შეუძლია კომბინირებულად გამოიყენოს ნებისმიერი ზემოგანხილული ილეთებიდან, რომლებიც მიესადაგება პაციენტის კონკრეტულ დაავადებას.

კითხვები:

1. განსაზღვრეთ კლასიკური მასაჟის არსი.
2. რა არის კლასიკური მასაჟის შესრულების ძირითადი ინსტრუმენტი?
3. რა ძირითადი ძვლებისგან შედგება მტევანი?
4. რას ნიშნავს ossa manus?
5. კლასიკური მასაჟის რომელი ძირითადი ილეთები არსებობს?
6. რომელია ხელსმის ძირითადი სახეები?
7. ჩამოთვალეთ ხელსმის დამხმარე ილეთები.
8. ზემოქმედების ხარისხის მიხედვით როგორი შეიძლება იყოს ხელსმა?
9. რამდენი მიმართულებით ხორციელდება ხელსმა?
10. რა უნდა იყოს გათვალისწინებული ხელსმის დროს?
11. რა მიმართება არსებობს სამასაჟე ილეთების შესრულებისას ლიმფური კვანძებისადმი?
12. აღწერეთ ზელვის მოქმედების მექანიზმი.
13. ჩამოთვალეთ ზელვის ილეთები.

14. ჩამოთვალეთ ზელვის დამატებითი ილეთები.
15. რომელია თელვის ძირითადი და დამხმარე ილეთები?
16. რამდენი სახის ვიბრაციას არჩევენ?
17. აღწერეთ უწყვეტი ვიბრაციის მეთოდი.
18. როგორ სრულდება წყვეტილი ვიბრაცია?
19. ჩამოთვალეთ წყვეტილი ვიბრაციის ილეთები და რა უნდა იყოს მათი შესრულებისას გათვალისწინებული?

ზოგადი მასაჟის პროცედურის ჩატარება



ზოგადი მასაჟი - ტარდება მთელ სხეულზე განსაკუთრებულ მოძრაობათა თანმიმდევრობის მკაცრი დაცვით, მას ყველაზე ხშირად პროფილაქტიკური მიზანი აქვს და ემსახურება ორგანიზმის გამძლეობის გაზრდას და გადაღლის შემაწუხებელი სიმპტომების სწრაფ მოხსნას.

ზოგადი(ჰიგიენური) მასაჟის დროს ხდება სისხლისა და ლიმფის მოძრაობის გაუმჯობესება, სტრესის მოხსნა და გამაჯანსაღებელი ძალების გააქტიურება. ჰიგიენური მასაჟის დროს იზრდება კანის, კუნთების და ზოგადად ქსოვილების რეცეპტორებისა და ცენტრალურ ნერვულ სისტემას შორის კავშირი, რაც ხელს უწყობს სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესაბას და ლიმფის მოძრაობას(გადინებას).

ზოგად მასაჟს ხანგრძლივი ისტორია აქვს. მას დიდ მნიშვნელობას ანიჭებდნენ ძველი ეგვიპტელი, რომაელი და ბერძენი ექიმები. მას მიმართავდნენ წარჩინებულები,

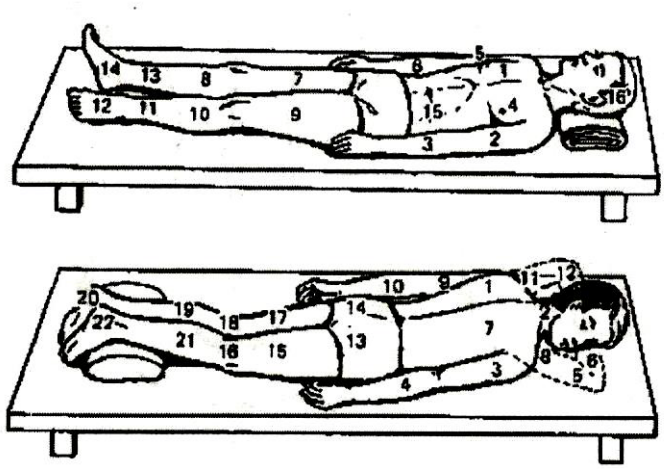
სპორტცმენები და მეომრები. ძველ ეგვიპტესა და ელადაში მასაჟის დროს იყენებდნენ არომატულ ზეთებსაც. ამ საქმეს ახორციელებდნენ გამოცდილი სპეციალისტები - პედოტრიპები, იგივე ტანვარჯიშის მასწავლებლები, რომლების ფლობდნენ მასაჟის ტექნიკას

ზოგადი (კლასიკური) მასაჟის სეანსები (მთელი სხეულის მასაჟი) შეიძლება გამოყენებულ იქნას როგორც დაძაბულობის მოსახსნელად, დამშვიდებისა და რელაქსაციისათვის, ასევე პირიქით (მასაჟის ტექნიკიდან გამომდინარე), ტონუსის

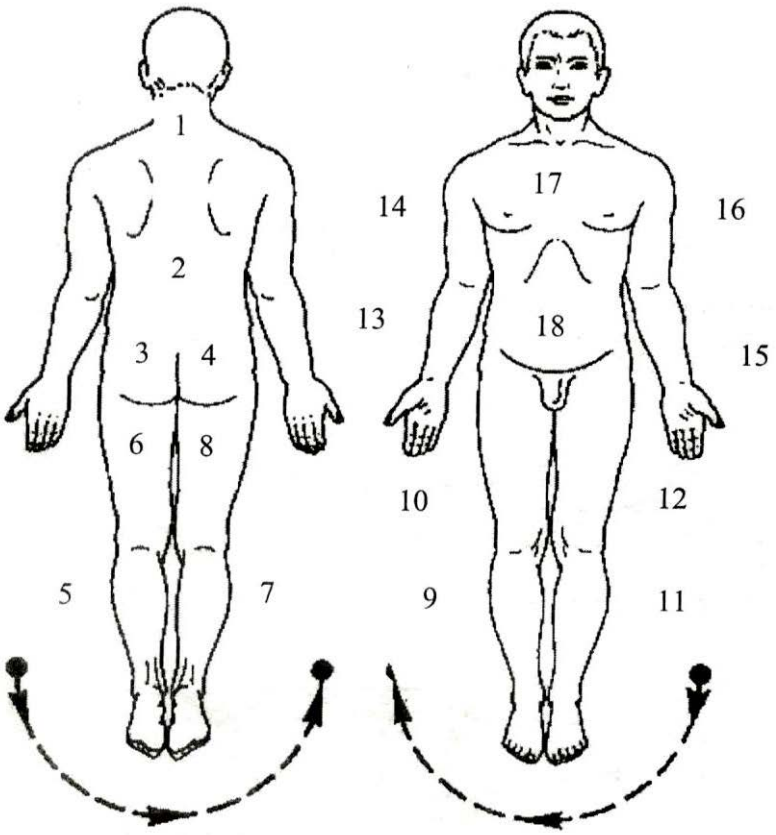
მომატებისა და ენერგეტიკული ცენტრების გააქტიურებისათვის. ზოგადი მასაჟის სეანსის დროს, თქვენი სურვილისამებრ, სპეციალისტის ყურადღება შეიძლება გამახვილებულ იქნეს თქვენთვის ე.წ. "პრობლემურ" ზონებზე (ზურგი, გავა-წელის ზონა, კისრის მიდამო).

მასაჟი ხელს უწყობს ტკივილების, შეშუპებების შემცირებას, აჩქარებს ტრავმების შეხორცების პროცესებს, ამაგრებს სახსრებსა და მყესოვან სისტემას, ხსნის კუნთთა დაღლილობას, ამაღლებს ადამიანს შრომისუნარიანობას, არეგულირებს სასქესო ორგანოების ფუნქციებს.

ზოგადი ჰიგიენური მასაჟი ტარდება ორგვარი მიმართულებით - ლიმფური და ენერგეტიკული დინების გათვალისწინებით. ლიმფური მასაჟი ტარდეება ლიმფური სადინარების მიმართულებით, რომელიც გულისხმობს ლიმფური სადინარების გახსნას და გარკვეული თანმიმდევრობით მუშაობას.



ენერგეტიკული თანმიმდევრობის დროს ჯერ კეთდება კისრისა და ზურგის მასაჟის, შემდეგ ქვედა კიდურების, ზედა კიდურების, გულმკერდისა და მუცლის მიდამოების მასაჟი.



ზოგადი ჰიგიენური მასაჟის ენერგეტიკული თანმიმდევრობა

ისრით ნაჩვენებია მასაჟისტის პოზიცია მასაჟის დროს

ზოგადი მასაჟის ხანგრძლივობა ინდივიდუალურია და რეგულირდება პაციენტის წონის მიხედვით, მაგალითად, 60 კგ-მდე წონის პაციენტის ზოგადი მასაჟის ხანგრძლივობაა 40 წუთი, 60-დან 75კგ-მდე - 50 წთ, 75-დამ 100კგ.-მდე 60 წთ., 100კგ-ზე მეტი პაციენტისთვის საათზე მეტი.

ზოგადი მასაჟი სრულდება კვირაში 2-3-ჯერ, კურსი მოიცავ 20-21 პროცედურას.

ზოგადი მასაჟის შესრულებისას გათვალისწინებულიუნდა იყოს შემდეგი მეთოდური მითითებები:

- ზოგადი მასაჟი ტარდება დილით -გაღვიძების ან დილის ვარჯიშის შემდეგ- და საღამოს - დაძინებამდე 1-2 საათიტ ადრე. აპარატურული მასაჟის ჩატარება ძილის წინ.
- ზოგადი მასაჟი შეიძლება მსუბუქი ტანსაცმლის ზემოდანაც ჩატარდეს.;

- ზოგადი მასაჟის დროს უნდა ხდებოდეს ილეთებისა და მათი ინტენსივობის ხშირი ცვლა, რომ არ მოხდეს მიჩვევა;
- აუცილებელია გათვალისწინებული იყოს პაციენტის სქესი, ასაკი და ჯანმრთელობის მდგომარეობა;
- მასაჟის კურსის დაწყებისას პროცედურები უნდა იყოს ხანმოკლე და დამზოგველი;
- მასაჟის შემდეგ პაციენტმა უნდა დაისვენოს დაახლოებით 20-30 წუთი.
- მასაჟისი უნდა ფლობდეს ინფომაციას, თუ როგორ იტანს პაციენტი მასაჯს, როგორი შეგრძნებები აქვს მას.

ზოგადი მასაჟის მეთოდები



მასაჟი ხელით - მასაჟის ყველაზე გავრცელებული მეთოდია, რადგან მასაჟის ყველა მეთოდის განხორციელების საშუალებას იძლევა და მასაჟისტიც ყველაზე უკეთ გრძნობს მასირებულ ქსოვილთა მდგომარეობას.

მასაჟი აპარატით - სხვადასხვა აპარატისა და მოწყობილობის მეშვეობით ხორციელდება. განსაკუთრებით ხშირად ტარდება ვიბრაციული აპარატით, ვინაიდან ვიბრაციული მოძრაობების დიდხანს ხელით შესრულება მასაჟისტს არ შეუძლია.

ვიბრომასაჟი - სხეულის იმ ნაწილზე, რომელიც მასაჟს ექვემდებარება, ვიბრომასაჟორით გადაეცემა სხვადასხვა სიხშირისა და ამპლიტუდის რხევები, რის შედეგადაც ღიზიანდება ის ნერვული უჯრედები, რომლებმაც უარი თქვეს დაკისრებულ ფუნქციათა განხორციელებაზე. რხევებს ზომაზე მეტად გაღიზიანებული უჯრედების დამშვიდებაც შეუძლია. სუსტი ვიბრაცია ნერვული სისტემის მასტიმულირებელია, ძლიერი კი, პირიქით, მასში შეკავებით რეაქციებს იწვევს. ვიბრომასაჟს ტკივილგამაყუჩებელი, ანთების საწინააღმდეგო და მატონიზებელი გავლენა აქვს.

პნევმომასაჟი - პნევმომასაჟორით სხეულის რომელიმე ნაწილზე ძლიერი ზეწოლით ხდება ვაკუუმის, უჰაერო ადგილების შექმნა და მათი მასირება, რაც აუმჯობესებს სისხლმომარაგებას, აძლიერებს მოფუნქციონირე აქტიური კაპილარების რაოდენობას, ქსოვილთა კვებას, ზრდის კუნთების ტონუსს. იგი განსაკუთრებით ხშირად ტარდება

მიოზიტის, ენდარტერიიტის, რადიკულიტის, ნევრალგიის დროს, მუხლის სახსრის ქირურგიული ოპერაციისას შემდგომ, რეაბილიტაციის პერიოდში.

ჰიდრომასაჟი - აბაზანის შემდეგ სწორხაზოვანი, ზიგზაგისებური, სპირალური მოძრაობითი ძლიერი წყლის სამასაჟო ნაკადით ხდება ზურგი-ქვედა კიდურები-მკერდი-ზედა კიდურების მასაჟი, რომელიც აუმჯობესებს ორგანიზმში ნივთიერებათა ცვლას, ააქტიურებს ქსოვილთა სისხლმომარაგებას, ხსნის კუნთების დაჭიმულობას და ადუნებს ორგანიზმს.

მასაჟი ფეხით - აღმოსავლელი მკურნალები მას დიდი ხანია მიმართავენ კუნთების ტონუსის მომატებისას და ყველა იმ შემთხვევაში, როცა მასაჟი ხელით არასაკმარისად ეფექტიანია. იგი ჯანმრთელ მწოლიარე ადამიანს უტარდება. სრულდება ფეხებით.

კომბინირებული მასაჟი - მოიცავს მასაჟის რამდენიმე მეთოდს, რომლებიც ფართოდ გამოიყენება სპორტულ პრაქტიკაში. მას მიმართავენ ტრავმების, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატისა და ნერვული სისტემის დაავადებების დროს.

არომამასაჟი წარმოადგენს ზოგადი მასაჟის ერთ-ერთ სახეობას. მისი ჩატარებისას გამოიყენება ეთერზეთები, რომლებიც, ერთდროულად ზემოქმედებს რა ყნოსვით და ფიზიკურ დონეებზე, ავლენს სამკურნალო, დამამშვიდებელ და ტონუსის ამამაღლებელ თვისებებს. ეთერზეთებს იღებენ ნუშისგან, გარგრის კურკის ან ყურძნის წიპწებისაგან. მომადუნებელი მასაჟის დროს კარგი ეფექტი აქვს ლავანდას და ბერგამოტს, ხოლო პიტნა და ევკალიპტი გვეხმარება კუნთების ტკივილის მოხსნაში. სტრესისა და შფოთვის მდგომარეობის მოსახსნელად გამოიყენება მცენარეებისგან, ყვავილებისგან, ხილისა და ხის ქერქისგან მიღებული ეთერზეთები. მასაჟის სხვადასხვა ტექნიკასთან შეხამებით ყოველი ინგრედიენტი აქტიურად ზემოქმედებს ადამიანის ბიოენერგეტიკასა და ფიზიკურ მდგომარეობაზე, ხოლო ეთერზეთების ნაზავი გამოიყენება კონკრეტული დაავადებების სამკურნალოდ, კერძოდ, რევმატიზმისა და საჭმლის მომნელებელი სისტემის მოშლილობის შემთხვევაში.

ტრადიციული ტაილანდური მასაჟი – ეს არის ადამიანის ორგანიზმზე კომპლექსური ზემოქმედების უძველესი ფორმა, ჰარმონიული, მარტივი, როგორც ყოველივე გენიალური და, ამასთან ერთად, ძალიან ეფექტური. ენერგეტიკულ არხებსა (სენ) და ბიოლოგიურად აქტიურ წერტილებზე (ბაწ) ზეწოლის საშუალებით, მასაჟი სხეულის ენერგეტიკულ სისტემაზე ახდენს ზემოქმედებას, რაც ხელს უწყობს ჰარმონიზაციას და სხეულში სასიცოცხლო ენერგიის ნაკადების გათანაბრებას. აღმოსავლური მედიცინის კანონების თანახმად, ყველა დაავადების პირველადი მიზეზი ზედმეტი დაძაბულობა და სტრესია. მასაჟის შემოთავაზებული სახეობა ეხება ჯანმრთელობის არა მხოლოდ ფიზიკურ, არამედ გონებრივ და სულიერ შემადგენელ ნაწილებს. ტაილანდური მასაჟი, ანუ „ნუად ბორანი“, წარმოადგენს გამოჯანმრთელების უძველეს მეთოდს ტაილანდში, რომელიც გამოიყენება და თაობიდან თაობას გადაეცემა უკვე 2500 წლის მანძილზე. მასაჟის ტექნიკა ეფუძნება სხეულის სხვადასხვა უბნებზე ზეწოლისა და გაჭიმვის ხერხების მონაცვლეობას, რომელთა შესრულების დროსაც მასაჟისტი იყენებს ხელის ცერა თითებს, იდაყვებს, მკლავებსა და ტერფებს. ამის შედეგად ხდება თქვენი სხეულის ბლოკირებული ენერგეტიკული დინებების ნორმალიზება, რასაც შვება მოაქვს წელის

ტკივილის, ართრიტის, თავის ტკივილისა და სტრესულ მდგომარეობასთან დაკავშირებული შეუძლოდ ყოფნის დროს.

ზოგადი მასაჟი გამოიყენება ტანადობის დარღვევის დროს, როგორც ბავშვებში, ასევე მოძრდილებში:

არჩევენ **ტანდეგობის დარღვევის შემდეგ ფორმებს:**

- მოკუზულობა, მოხრილობა - ეს არის გულმკერდის კიფოზის გადიდება და წელის ლორდოზის შემცირება;
- მრგვალი ზურგი - ამ დროს ხდება გულმკერდის კიფოზის გადიდება, წელის ლორდიზის თითქმის არარსებობის ფონზე;
- მრგვალი ჩაზნექილი ზურგი - გადიდებულია ხერხემლის ყველა ნადრეკი და მენჯის დახრის კუთხე;
- ბრტყელი ზურგი - ამ დროს წელის ლორდოზი გამკვრივებულია და მენჯის დახრის კუთხე შემცირებულია;
- ბრტყელი ჩაზნექილი ზურგი - ამ დროს გვაქვს გულმკერდის კიფოზის შემცირება და ნორმალური ან მცირედით გადიდებული წელის ლორდოზი.

ასეთი დეფორმაციის სამკურნალოდ გამოიყენება სამკურნალო მასაჟი მაკორეგირებელ ვარჯიშებთან ერთად. სრულდება ზოგადი მასაჟი. თავდაპირველად მუშავდება ზურგი, ბეჭზედა მიდამოს კუნთები, შემდეგ დუნდულა კუნთები, ქვედა და ზედა კიდურები, გულმკერდი და მუცელი. მასაჟის დროს გამოიყენება კუნთების მოთელვის, დაბერტყვისა და გაწელვის ილეთები.

ზოგადი მასაჟი გამოიყენება მოზარდთა კიფოზის დროს კუნთების მოთელვის, დაბერტყვისა და გაწელვის ილეთებით.

ზოგადი მასაჟი აქტიურად გამოიყენება ბავშვთა ასაკში.



ბავშვის ჯანმრთელობაზე ზრუნვა მშობლისთვის უმნიშვნელოვანესია. სწორედ ბავშვისადმი სწორ მოპყრობასა და სათანადო ყურადღებაზეა დამოკიდებული ის, თუ რამდენად ძლიერი ორგანიზმი ექნება მას მომავალში.

განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია ერთწლამდე ასაკის ბავშვთან პროფილაქტიკური მასაჟის ჩატარება. ამით ჩვენ დავეხმარებით ბავშვის ორგანიზმს სწორად განვითარდეს, ასაკის შესაბამისად შეძლოს თავის დაჭერა, ზურგის გამაგრება, წამოწევა, წამოჯდომა, დაჯდომა, ხოხვა, დადგომა და გავლა. მასაჟი ხელს შეიწყობს მისი საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის სწორ განვითარებას და მიზნისაკენ ადვილად გადაადგილებას.

ცხადია, ბავშვებში მასაჯის პროცედურის ჩატარება უნდა მოხდეს პედიატრისა და სპეციალისტების რეკომენდაციითა და მეთვალყურეობით.

მშობლებს ხშირად უჩდებათ კითხვა თუ რამდებად საჭიროა მცირე ასაკში მასაჟის ჩატარება, ხომ არ იქნება ეს მისთვის ტრავმული, რა ასაკიდან შეიძლება მასაჟის გაკეთება და ა.შ.

რეკომენდირებულია მასაჯი 3-4 თვიდან დავიწყოთ, თუ სახეზეა რაიმე ტიპის პათოლოგია, მაშინ მასაჟის გაკეთება 7-9 დღიდანაც შესაძლებელია. ერთ წლამდე ასაკის ბავშვის სხეული ელასტიურია, ადვილად ემორჩილება ჯანსაღ ჩარევას მასაჟისა თუ ვარჯიშების სახით. ელემენტარული სავარჯიშო მოძრაობები და მასაჟის გაკეთება ყველა ბავშვისთვის სასარგებლოა, მიუხედავად იმისა, ჯანმრთელი დაიბადა იგი თუ არა.

მასაჟის ხელს უწყობს სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევას, დასუსტებული კუნთების სტიმულაციას, კუნთოვანი ქსოვილების მეტაბოლიზმს.

მასაჟის გაკეთება აუცილებელია იმ შემთხვევაში, როდესაც: მკვეთრად გამოხატულია კუნთების სისუსტე, ტერფმრუდობა, ბავშვი თანატოლებთან შედარებით გვიან იწყებს სიარულს, მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის დროს (მენჯ-ბარძაყის სახსრის განუვითარებლობა) - ძალზედ მნიშვნელოვანია მისი დროულად გამოვლენა, რაშიც უმთავრესი როლი მშობლებს აკისრიათ. მათ ძალიან იოლად შეუძლიათ ეჭვი მიიტანონ, თუ არის:

• დუნდულის ნაოჭების ასიმეტრია;

• ფეხების განზე გადაშლის შეზღუდვა;

• ქვედა კიდურების არათანაბარი სიგრძე;

• სახსრის ტკაცუნი ბარძაყის თავის ფოსოში გასწორებისას;
ნებისმიერი ამ ნიშნის არსებობის შემთხვევაში საჭიროა სასწრაფოდ პედიატრისა და ორთოპედის კონსულტაცია.

ბავშვთა ასაკში მასაჟის გაკეთების უკუჩვენებებია:

• მაღალი ტემპერატურა;

• კანის მწვავე დაავადებები;

• დიათეზი;

• თანდაყოლილი გულის მანკი, რომელსაც თან ახლავს ციანოზი.

მშობლებს, განსაკუთრებით დედას შეუძლია ჩაუტაროს თავის პატარას მსუბუქი მასაჟი და ვარჯიშები, კერძოდ:

- ხელსმა;
- ფეხების მოღუნვა და გაშლა რიგრიგობით;
- ხელის დახმარებით წამოჯდომა;
- ტერფების ჩამოცურებითი მოძრაობა;
- ხელების გაშლა და მოხრა, გადაჯვარედინება და გადაშლა;
- გადაბრუნება ზურგიდან მუცელზე და პირიქით;
- ბარძაყების განზიდვა;

სანამ დედა ბავშვს ვარჯიშს დააწყებინებს, უნდა გაითვალისწინოს, რომ ეს უნდა გაკეთდეს აუცილებლად ჭამიდან დაახლოებით 40-45 წუთის გასვლის შემდეგ, თბილ ოთახში (არანაკლებ 21-22 გრადუსზე) და თბილი ხელებით, რათა ბავშვს არ შეექმნას დისკომფორტი.



დედას, მასაჟისა და ვარჯიშის დროს არ უნდა ეკეთოს ბეჭდები და ძირში უნდა იყოს მოჭრილი ფრჩხილები და ხელები კარგად დაბანილი ცხელი წყლითა და საპნით. ზოგი პატარასთვის ვარჯიში საწყისს ეტაპზე აღმგზნებია, ამიტომ პატარა რომ შეეჩვიოს ვარჯიშს საკმარისია მხოლოდ ხუთი წუთი, შემდეგ უკვე თანდათან შესაძლებელია 15-20 წუთამდე დროის გაზრდა.

ლოკალური მასაჟის პროცედურის ჩატარება

სამკურნალო მასაჟი არსებობს, როგორც საერთო, ისე ლოკალური ხასიათის მასაჟი. ლოკალური მასაჟის დროს ხდება სხეულის ცალკეული უბნების დამუშავება, კერძოდ

სხეულის ყველაზე დაღლილი, ყველაზე დაძაბული ნაწილების: კისრის, ზურგის, კიდურების, გულმკერდი. აუცილებლობის შემთხვევაში, მუშავდება ცალკეული კუნთებიც კი, მყესები, სისხლძარღვები და სხვა.

ლოკალური (ადგილობრივი) მასაჟი - ტარდება მხოლოდ სხეულის რომელიმე ნაწილზე, როგორც პროფილაქტიკური, ისე სამკურნალო მიზნით. მიზნად ისახავს სხეულის კონკრეტული უბნის მოძლიერებასა და ფუნქციათა აღდგენა-გაუმჯობესებას

ლოკალური მასაჟის ჩატარების დრო დამოკიდებულია იმაზე, სხეულის რა ნაწილზე კეთდება მასაჟი. ასეთი მასაჟი გრძელდება მინიმუმ სამ წუთს და მაქსიმუმ 25 წუთს.(კისერი, ზურგი - 5-8წთ, ფეხები -4-7წთ, გულმკერდი -3-4წთ, მუცელი - 1-2წთ ლოკალური მასაჟის შემთხვევაში გამოიყენება იგივე ხერხები და იმავე თანმიმდევრობით, როგორც საერთო მასაჟის შემთხვევაში: ხელსმა, დაზელვა, მოთელვა, დარტყმითი ილეთები, ვიბრაცია. თუ მასაჟი სრულდება დილით, მაშინ საჭიროა გამოსაფხიზლებელი, ამღზნები ილეთების გამოყენება: მოთელვა, ვიბრაცია, დარტყმითი ილეთები. თუ საღამოს სრულდება, მაშინ დასამშვიდებელი ილეთების გამოყენებაა საჭირო - ხელსმსა, ბერტყვა და ზედაპირული მოთელვა.

ლოკალური მასაჟი იწყება ზემოთ განლაგებული სხეულის ნაწილიდან. მაგალითად, თუ მასაჟი ხელზე უნდა გაკეთდეს, მას აუცილებლად იწყებენ მხრიდან (ჯერ ამუშავებენ ხელის შიდა ზედაპირს, შემდეგ ზედა ზედაპირს). ამის შემდეგ, გადადიან იდაყვზე, წინამხარზე, ხელის მტევანზე, ბოლოს კი – თითებზე.

ხელის მტევნის ლოკალურ მასაჟს იწყებენ წინამხრიდან. ეს მასაჟი 1 წუთს გრძელდება, მხოლოდ ამის შემდეგ გადადიან მტევანზე.

ყველაზე ხშირად ამ სახის მასაჟს თვითონ მასაჟისტი ასრულებს. ასევე შეიძლება გაკეთდეს ე.წ. ურთიერთმასაჟი, ანდა თვითმასაჟი.

კოსმეტიკური მასაჟი - მხოლოდ ლოკალურად ტარდება და გამოიყენება კანის მოსავლელად, კანის დაბერების საწინააღმდეგოდ, მისი კოსმეტიკური დეფექტების აღმოსაფხვრელად და სხვა. ცნობილია მისი სამი ფორმა: პროფილაქტიკური, სამკურნალო და პლასტიკური.

რეფლექტორული მასაჟი სრულდება შინაგანი ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციურ მდგომარებაზე რეფლექტორული ზემოქმედების მიზნით.

ტანდეგობის დარღვევის ფორმიდან გამომდინარე კლასიკური მასაჟი

კისერმრუდობა კისრის დეფორმაციაა. ამ დროს თავი დახრილია ცალ მხარეს და ოდნავ უკან არის მიბრუნებული. კისერმრუდობა უმეტესად ცალმხრივია. ორმხრივი ფორმა იშვიათია. დაავადების განვითარების მიზეზი შესაძლოა იყოს ძვლების, რბილი ქსოვილების, სისხლძარღვებისა და ნერვების ნორმალური მდგომარეობის დარღვევა. კისერმრუდობა

შეიძლება იყოს როგორც თანდაყოლილი, ასევე შეძენილიც. თანდაყოლილ კუნთოვან კისერმრუდობას სიხშირით მესამე ადგილი უკავია საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის თანდაყოლილ დაავადებებს შორის. ის უმეტესად გოგონებს აღენიშნებათ და, წესისამებრ, მარჯვენამხრივია.

თანდაყოლილი კისერმრუდობის მიზეზი ყველაზე ხშირად მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის პათოლოგიაა. ეს კუნთი კისრის ორივე მხარეს მდებარეობს. ზემოდან იგი ემაგრება დვრილისებრ წანაზარდს, რომელიც მდებარეობს ყურის უკან და ქვემოთ, ქვემოდან კი - ლავიწს. მისი ფუნქცია თავის დახრა და მობრუნებაა. თანდაყოლილი კისერმრუდობის დროს, სავარაუდოდ, ერთმანეთს ერწყმის მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთების განვითარების მანკი და მშობიარობის დროს მიღებული ტრავმა. ტრავმას თან სდევს კუნთში სისხლჩაქცევა, რომლის შედეგადაც წარმოიქმნება ნაწიბური და კუნთი მოკლდება. დაბადებისთანავე კისერმრუდობა ბავშვების დაახლოებით 1%-ს უვლინდება. ზოგიერთ ახალშობილს ეტყობა მხოლოდ მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის გასქელება ცალ მხარეს ან სახის ასიმეტრია. მოგვიანებით დაავადებულ მხარეს კუნთი ზრდაში ჩამორჩენას იწყებს, ხოლო სიცოცხლის მესამე კვირას უკვე შესამჩნევია თავის დახრა დაავადებულ მხარეს და სახის ჯანმრთელ მხარეს მიბრუნება.

თუ კისერმრუდობას დროულად არ ვუმკურნალეთ, სახის ასიმეტრია გაძლიერდება, ხერხემალი კისრის მიდამოში გამრუდდება და შესაძლოა, შესამჩნევი გახდეს განსხვავება ყურების ნიჟარების ზომასა და ფორმას შორის. ნებაზე მიშვებული კისერმრუდობა 6-7 წლის ასაკში უკვე მკვეთრად არის გამოხატული: ბავშვს თავი მობრუნებული აქვს, მხრები - აწეული, სახე, ყბები და ხერხემლის კისრის ნაწილი - ასიმეტიული, თვალი და წარბი დავადებულ მხარეს უფრო დაბლა მდებარეობს, ირღვევა ხახის განვითარება, იზრდება დვრილისებრი მორჩი, რომელზეც მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთია მიმაგრებული. შესაძლოა, შეიცვალოს სასმენი მილის მიმართულება.

ორმხრივი კისერმრუდობის დროს დაავადებულს თავი უკან აქვს გადაწეული (თუმცა არის წინ დახრის შემთხვევებიც) და მიბრუნება-მობრუნება უჭირს.

კისერმრუდობის ადრეული გამოვლენისას პროგნოზი საიმედოა, ხოლო ნებაზე მიშვებული ფორმის შემთხვევაში, როცა ქალას ასიმეტრიულობა უკვე ფორმირებულია, სასურველი შედეგის მიღწევა თითქმის შეუძლებელია. თუ კისერმრუდობა სამშობიაროშივე გამოვლინდა, ახალშობილს საწოლში თავისებურად - ჯანმრთელი მხარით კედლისკენ - აწვენენ. გარდა ამისა, ბავშვი ისე უნდა ვკვებოთ, რომ თავის დაავადებულ მხარეს მობრუნებას ცდილობდეს. სამშობიაროშივე ინიშნება მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის მასაჟი ორივე მხარეს, სამშობიაროდან გამოწერის შემდეგ კი - სამკურნალო ვარჯიშები, მასაჟი და ფიზიოთერაპია. ზოგჯერ საჭიროა სპეციალური საყელოს ტარება.

კისერმრუდობის გასწორება ხშირად პირველივე წლის მიწურულისთვის ხერხდება. თუ ორი წლისთვის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, ტარდება დაავადებული კუნთის პლასტიკური ოპერაცია. ოპერაციის შემდეგ პაციენტს თვე-ნახევრით ადებენ თაბაშირს, მომდევნო ექვსი

თვის განმავლობაში კი ბავშვმა სპეციალური თავის დამჭერი უნდა ატაროს, ჩაუტარდეს ფიზიოთერაპიული პროცედურები და სამკურნალო ფიზკულტურა.

მდებარეობითი მკურნალობა მდგომარეობს იმაში, რომ ბავშვს მდებარეობა მორგებული უნდა იყოს მისი სხეულის აგებულებასთან. კერძოდ, ბავშვი უნდა დავაწვინოთ მაგარ ლეიბზე უბალიშოდ, უმჯობესია თავქვეშ ამოვუდოთ რამოდენიმე ფენად დაკეცილი საფენი. აუცილებელია, რომ ბავშვთან ურთიერთობა, სინათლის სხივი, კვების პროცესი დაზიანაბული კუნთის მხრიდან იყოს.

კისერმრუდობის დროს მასაჟს გარკვეული თავისებურებები აქვს; მასაჟი უნდა დავიწყოთ ჯანმრთელი მხრიდან მომადუნებელი ილეთებითი - ხელსმა, ვიბრაცია, ნაზი გაწელვა - ბეჭზედა მიდამოებზე, ხოლო ბეჭების მიდამოებში - მოსაღონიერებელი ილეთები - დაზელვა, აწელვა, პუნქტირება, ჩხვლეტა.

განსაკუთრებული ყურადღებითა და სიფრთხილით მუშავდება მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთები. სრულდება მოსადუნებელი მასაჟი. ამ დროს თავი კისერმრუდობის მხარეს უნდა იყოს მიბრუნებული. დაზიანებულ კუნთზე გამოიყენება მხოლოდ მომადუნებელი ილეთები - ნაზი ხელსმა - დვრილისებრი მორჩიდან ლავიწამდე, ერთი თითის ბალიშით რბილი დაზელვა, კუნთის მსვლელობის გასწვრივ ვიბრაცია. ჯანმრთელი მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთი უფრო ენერგიულად მუშავდება. მასაჟის დროს ბავშვმა ტკივილი არ უნდა იგრძნოს.

სახის ასიმეტრიისას შესაძლებელია ლოყის მასირება - ჯანმრთელ მხარეს ხელსმისა და დაზელვის ილეთებით და პროლემატურ მხარეს - ხელსმისა და ვიბრაციის ილეთების გამოყენებით ზევიდან ქვევით.

კისერმრუდობის დროს აქტიურად გამოიყენება სპეციალური ვარჯიშები.

ბარძაყის თანდაყოლილი დისპლაზია (განუვითარებლობა) არის თანდაყოლილი დეფორმაცია, რომელიც გამოწვეულია მენჯ-ბარძაყის სახსრისა და მისი ცალკეული ელემენტების განუვითარებლობით.

მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია პათოლოგიაა, რომელიც ადვილად ემორჩილება კორექციას, თუ სათანადო ღონისძიებები სამშობიარო სახლშივე ჩატარდა. ახალშობილის თავისუფალი ჩაცმა და განიერი საფენი უმეტესად საკმარისია ამ პრობლემის მოსაგვარებლად. ცნობილია, რომ ბოშებსა და ზოგიერთ სხვა ეთნიკურ ჯგუფში მენჯ-ბარძაყის სახსრის ამოვარდნილობა არ გვხვდება. მიზეზი მარტივია: ტრადიციისამებრ, ქალები ბავშვებს ზურგზე შემოისვამენ და ისე დაატარებენ, ასეთ პოზაში კი, როდესაც ბავშვს ფეხები ფართოდ აქვს გაშლილი, დისპლაზია თავისთავად იკურნება.

სიმძიმის მიხედვით არჩევენ მენჯ-ბარძაყის სახსრის განუვითარებლობის 3 ხარისხს:

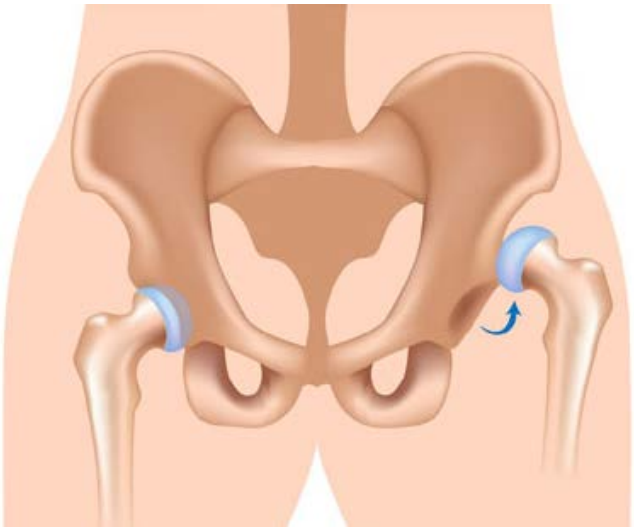
- დისპლაზია - ამ დროს ბარძაყის თავი ტაბუხის ფოსოშია, მაგრამ განუვითარებელია სახსრის ელემენტები;
- ქვეამოვარდნილობა - ამ დროს ტაბუხის ფოსოს გარეთაა ბარძაყის თავი და სახსრის ელემენტები განუვითარებელია;
- ამოვარდნილობა - ამ დროს ბარძაყის თავი სრულად გარეთაა ტაბუხის ფოსოდან და სახსრის ელემენტები განუვითარებელია;

მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის საეჭვო ნიშნებია:

- ბარძაყის წინა და უკანა ზედაპირზე ნაოჭების ასიმეტრია ანუ ნაოჭების არათანაბარი რაოდენობა;
- მენჯ-ბარძაყის სახსარში განზიდვის შეზღუდვა;
- დაგვიანებით დაწყებული სიარული (1,5 წლის ასაკში).

ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის კლინიკური ნიშნებია:

-
- ამოვარდნილი ქვედა კიდურის სიმოკლე;
- ამოვარდნილი ქვედა კიდურის გარეთ შებრუნება ანუ როტაცია;
- დაცურების ნიშანი - მუხლის სახსარში მოხრისას და მენჯ-ბარძაყის სახსარში განზიდვისას;
- ბარძაყის თავი ხმაურით ჩადის ტაბუხის ფოსოში (ეს სიმპტომი გვხვდება 1-დან 3 თვემდე ასაკში).



მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის დროს მკურნალობის დაწყება რაც უფრო ადრე დაიწყება შედეგიც ადვილად დადგება. მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მდებარეობით მკურნალობას, მასაჟსა და სამკურნალო ვარჯიშებს.

მდებარეობით მკურნალობაში შედის არტაშანის დადება, რომელსაც ანხორციელებს ექიმი-ორთოპედი. თუ, ბავშვის მდგომარეობის მიხედვით, არ არის საჭირო არტაშანის დადება, მაშინ უნდა გაკეთდეს ფართე გადახვევა საფენებით: რამოდენიმეჯერ გადაკეცილი ორი საფენი თავსდება ბავშვის ფეხებს შორის, ამ დროს მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში კიდურები მოხრილია და გვერდებზე განზიდული 60-80^0-ით, მესამე საფენით ან პამპრსით ან სარვლით ვაფიქსირებთ ბავშვის მდებარეობას. ზოგადად დიდი ზომის საფენის ხმარება რეკომენდირებულია ყველა ბავშვისთვის, რადგან ფეხები განზიდულ მდგომარეობაში ქმნის მენჯ-ბარძაყის სახსრის სწორი პოზიციის ჩამოყალიბების შესაძლებლობას. სწორი გადახვევა შესაძლებელია სამშობიაროდან დავიწყოთ და გაგრძელდეს 3-4 თვის ასაკამდე. ასევე, მნიშვნელოვანია, თუ როგორ გვიჭირავს ბავშვი: ბავშვი გვიჭირავს მიკრული სხეულზე, რომელსაც ფეხები მაქსიმალურად აქვს განზიდული და შემოხვეული ჩვენს სხეულზე. ხშირად მშობლები ბავშვს განზიდული ფეხებით თეძოზე შეოჯენენ ხოლმე, რაც რეკომენდირებული არ არის, რადგან ამ დროს ბავშვის მდებარეობა არასიმეტრიულია. შესაძლებელია ასევე, კენგურუს გამოყენება, რომელსაც აქვს მტკიცე საზურგე, მაგრამ დიდი ხნიტ არ არის სასურველი, რადგან ამან შეიძლება გამოიწვიოს ტერფების არასწორი ფორმირება.

ბარძაყის თანდაყოლილი დისპლაზიის დროს სრულდება მასაჟი: **წელის** - ილეთებით: ხელსმა, დაზელვა; **დუნდულოების** - ხელსმა, დაზელვა, მასტიმულირებელი ილეთები - თითებით ჩხვლეტა, აწელვა; **მენჯ-ბარძაყის სახსრის** მიდამოსი ილეთებით - წრიული ხელსმა, დაზელვა. მასაჟი უნდა იყოს დამზოგველი და დიფერენცირებული. აუცილებელია გაითვალისწინოთ, რომ კარგი შედეგის მისაღებად აუცილებელია მასაჟთან ერთად ჩატარდეს სამკურნალო ვარჯიშები.

თანდაყოლილი ფეხმრუდობა საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის მძიმე დაავადებაა, უპირატესად ორმხრივია და უფრო მეტად გვხვდება ბიჭებში. ფეხმრუდობა ტერფების სახსრების თანდაყოლილი კონტრაქტურითაა გამოწვეული, რის გამოც ირღვევა ძვლების ურთიერთგანლაგება და ვითარდება უხეში ცვლილებები კუნთებში.



თანდაყოლილი ფეხმრუდობის კლინიკური ნიშნებია: ფეხისგულის შიგნით შეტრიალება, ტერფის შიგნითა კიდის აწევა და გარეთა კიდის დაწევა, ტერფების წინა ნაწილების მიახლოება, ფეხისგულისმხრივი მოხრა, კოჭ-წვივის სახსარში მოძრაობის შეზღუდვა. სიარულის დაწყებისას, ბავშვი ახდენს ტერფებზე წეზოლას და ამით დეფორმაცია კიდევ უფრო ძლიერდება და შესაბამისად მთელი ფეხის ფორმა და ფუნქციაც ირღვევა.

მკურნალობა უნდა დაიწყოს სამშობიაროდანვე. ბავშვის სხეული ელასტიურია, მისი კუნთები და მყესები დამყოლია და ადვილად ემორჩილება კორექციის სხვადასხვა საშუალებებს.

ფეხმრუდობიდ დროს წვივის უკანა და შიგნითა ჯგუფის კუნთების ტონუსის მოსახსნელად სრულდება მასაჟი ილეთებით - ხელსმა, კუნთების ბერტყვა, გაწელვა ვიბრაციით, ხოლო წვივის წინა და გარეთა ჯგუფის დასუსტებული კუნთებისთვის ტარდება ენერგიული ილეთები - დაზელვა, მოთელვა, თითებით მსუბუქი ,,ჩხვლეტა“.

მასაჟთან ერთად უნდა ჩატარდეს სამკურნალო ვარჯიშები, რომელიც უნდა იყოს დამზოგველი, თანდათანობითი და რბილი.

ბრტყელტერფიანობა და ტერფების ბრტყელ-ვალგუსური პოზიცია

ბრტყელტერფიანობა საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის პათოლოგიაა, რომლის დროსაც ხდება ტერფის თაღების დაშვება. ჭეშმარიტი ბრტყელტერფიანობა ადრეული ასაკის ბავშვებთან თითქმის არ გვხვდება. ის ძირითადად თანდაყოლილი ფორმაა, რომლის დროსაც ხდება ტერფის დაგრძელება, გასწვრივი და განივი თაღების გაბრტყელება, წინა ნაწილის შიგნით შებრუნება, ქუსლის გარეთ მიბრუნება, დაღლა და ტკივილი ტერფის და კოჭ-წვივის სახსარში. ტერფი შედგება განივი და გასწვრივი თაღებისაგან მას აქვს, არასწორი მოხაზულობა. ზოგს დაბადებიდან, ზოგს კი შედარებით გვიან უსწორდება ეს თაღები და ტერფიც უბრტყელდება. ასეთი ტერფი თავის ფუნქციას ვერ ასრულებს სრულყოფილად და დროთა განმავლობაში ადამიანს დიდ პრობლემებს შეუქმნის. ასაკის მატებასთან ერთად, ტერფის დეფორმაცია პროგრესირებას განიცდის, ვითარდება ორგანიზმის გადაღლა და ირღვევა ნაბიჯების თანმიმდევრობაც. ტერფის მკურნალობა შესაძლებელია ინდივიდუალურად შერჩეული სუპინატორით.

ბრტყელტერფიანობა შეიძლება იყოს: თანდაყოლილი, სტატიკური, რაქიტული, პარალიტიკური.



ბრტყელტერფიანობის განვითარება სტადიების მიხედვით: პროდრომული, გარდამავალი, ბრტყელი ტერფის ჩამოყალიბების, ბრტყელი ვალგუსური ტერფის და კონტრაქტურის სტადია.

ტერფი დგომისას, სიარულისას, სირბილისას და ხტუნვისას დიდ დატვირტვას განიცდის. ტერფი, ანატომიური აგებულების საფუძველზე, მოძრაობისას წარმოშობილ დარტყმებსა და ვიბრაციებს ადვილად უძლებს და ასრულებს საყრდენისა და ამორტიზაციის ფუნქციებს. ტერფი შედგება სამი თაღისაგან, რომლებიც შექმნილია ძვლებისაგან, კუნთებისაგან, მყესებისაგან და იოგებისაგან. ბავშვის ტერფი მოზრდილის ტერფის შემცირებული ანალოგი არ არის. ბავშვის ძვლოვან აპარატს გააჩნია ხრტილოვანი სტრუქტურა, მისი კუნთები და იოგები ნაზია და წელვადი. ტერფის თაღები ფორმირდება 3-4 წლის ასაკისთვის, თუმცა კუნთ-მყესოვანი სისუსტე 6-7 წლამდე გრძელდება. სამ წლამდე ტერფი ბრტყელი ჩანს, რაც განპირობებულია ძვლოვანი თაღის ამოვსებით რბილი ცხიმოვანი ბალიშით. იმის დასარწმუნებლად, რომ ამ დროს საქმე გვაქვს ცრუბრტყელტერფიანობასთან, ბავშვი უნდა დავაყენოთ მაგიდაზე და ტერფის ქვეშ, შიგნითა მხრიდან შევუცუროთ თითი. თავისუფლად შემავალი თითი ადასტურებს, რომ ძვლოვანი თაღი არსებობს, უბრალოდ ეს სივრცე ამოვსებულია ცხიმოვანი ქსოვილით.

ტერფების დეფორმაცია პროგრესირებადი პროცესია, ამიტომ მკურნალობის ადრეულ პერიოდში დაწყება აუცილებელია. ძირითადი მეთოდებია სამკურნალო ფიზკულტურა და მასაჟი, რომელსაც ექიმი ორთოპედი ბრტყელტერფიანობის ფორმისა და ხარისხის, ასევე – პაციენტის ასაკის გათვალისწინებით შეარჩევს. ვარჯიშებსა და მასაჟთან ერთად ტარდება ფიზიოპროცედურები, ფეხის თბილი აბაზანები ზღვის მარილით. ინდივიდუალურად შერჩეული ორთოპედიული ღაბაში განტვირთავს ტერფის მტკივან ადგილებს, აუმჯობესებს სიარულის მანერას და ხელს უშლის დეფორმაციის პროგრესირებას. 5-6 წლის ასაკში ბრტყელტერფიანობის განკურნება ჯერ კიდევ შესაძლებელია, შემდგომ კი მხოლოდ მისი პროგრესირების შეჩერება თუ მოხერხდება. სარეაბილიტაციო მკურნალობის კურსის ჩატარება რეკომენდირებულია წელიწადში 2-3-ჯერ, 10-15 პროცედურა, ხანგრძლივად, ზოგადი გაკაჟების ფონზე.

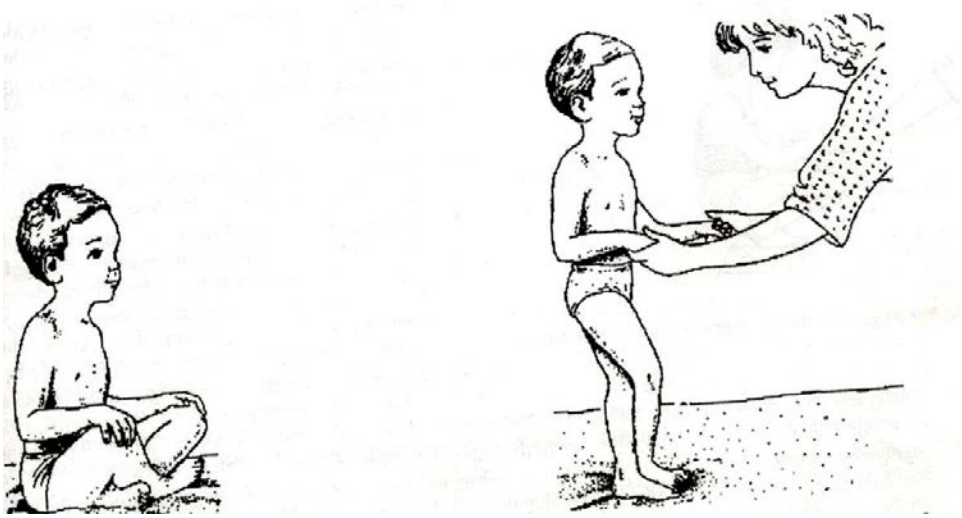
მასაჟის გაკეთება იწყება წელის მიდამოდან, საიდანაც ქვედა კიდურების მაინერვირებელი ნერვები იწყება, შემდეგ მასირდება დუნდულოების მიდამო, რომელსაც მოყვება ქვემო კიდურები. ძირითადად გამოიყენება ხელსმის ილეთი და ენერგიული დაზელვა. ტერფებზე სრულდება: ფეხისგულებზე - ხელსმა და ინტენსიური დაზელვა; ტერფის შიგნითა კიდეზე - მაშისებრი დატაცებით - ხელსმა, დაზელვა, მოთელვა.

ბავშვს უნდა ვთხოვოთ, რომ რაიმე ბილიკზე(ეს შეიძლება იყოს იატაკის ზოლი, ხალიჩის ხაზი და ა.შ.), ისე რომ არ გადავიდეს საზღვრებს იქით. თუ, ამ დროს პერიოდულად შეეცდება, რომ გაიაროს ტერფების გარეთა კიდეებით, მისთვის ეს სასიკეთო იქნება.

ასევე, კარგია ორფერდა ფიცრის წიბოზე სიარული:



თურქულ პოზაში ჯდომა და შემდეგ ადგომა:



,,თურქულ პოზაში“ ჯდომა ,,თურქულ პოზიდან“ ადგომა

სხვადასხვა რელიეფურ ზედაპირზე სიარული - ეფექტურია ბრტყელტერფიანობის პროფილაქტიკისთვის;

ფეხის თითებით მცირე საგნების დატაცება და ზეწრის შენაოჭება - აუმჯობესებს ტერფის კუნთების განვითარებას და აძლიერებს ფეხის თითების სიმარჯვესა და მოძრაობის უნარს.

ფეხების გამრუდება

ერთი წლის ზევით, როდესაც ბავშვი სიარულს იწყებს, შესაძლებელია ფეხების გამრუდება, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს კუნთთა ტონუსის დაქვეითება და რაქიტი. კუნთთა ტონუსის დარღვევების გამო ბავსვებს უნვითარდებათ ფეხების გამრუდება. უფრო ხშირია X-სებრი ფეხები, ვიდრე O-სებრი ფეხები.

გამრუდება თავდაპირველად შეუმჩნეველია, მაგრამ ბავშვის ზრდასთან ერთად უფრო და უფრო შესამჩნევი ხდება.

X-ისებრი ფეხებით დგომისას ან სიარულისას ძირითადი დატვირთვა ტერფების შიგნითა ზედაპირზე მოდის. ამასთან, მუხლები ერთმანეთს უახლოვდება, ხოლო ტერფები განზე გარბის. თუ დროულად არ დავიწყებთ მკურნალობას, დაიწყება კოჭ-წვივის სახსრის აგებულების რღვევა, ფორმას იცვლის ტერფი, მუხლის სახსრებში ჩამოყალიბდება ვალგუსური დეფორმაცია, რომლის დროსაც ბარძაყის ძვლის შიგნითა ბოლო გარეთ იწყებს შემობრუნებას. გამრუდება სხვადასხვა ხარისხისაა. შორს წასულ შემთხვევაში იწყება მენჯის გადახრა ტანადობის დარღვევის შედეგად და ხერხემლის გამრუდება.



ფეხების გამრუდებას მკურნალობენ მასაჟით, სამკურნალო ფიზკულტურით და წვივის კუნთების ელექტროსტიმულაციით. ასევე წარმატებით გამოიყენება ორთოპედიული ფეხსაცმელები და ღაბაშები. ხშირად მშობელი მკურნალობის ერთი კურსის შემდეგ ვერ ამჩნევს ეფექტს და კარგავს განკურნების იმედს. წარმატებას აღწევს ის მშობელი, რომელიც ზედმიწევნით გამოიყენებს მკურნალობის ყველა საშუალებას და შვილთან ერთად მკურნალობას შეუპოვრად და მიზანსწრაფულად ბოლომდე მიიყვანს. X-ისებრი გამრუდების სამკურნალოდ წვივის შიგნითა კუნთების ელექტროსტიმულაციასთან ერთად გამოიყენება პროფესიონალური მასაჟის 15-20 პროცედურიანი კურსი, ყოველდღე ან დღეგამოშვებით, 2-4 კვირიანი შესვენებებით. მასაჟი ბავშვისთვის არ უნდა იყოს მტკივნეული.

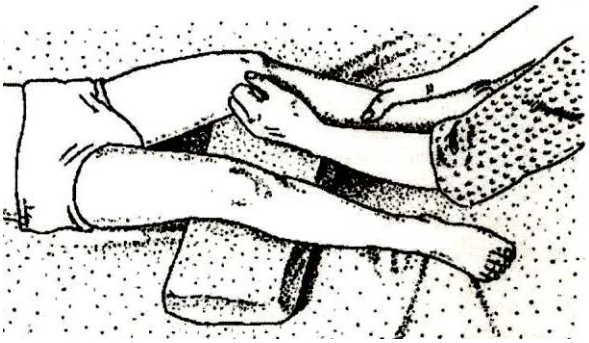
მასაჟი ტარდება გარკვეული თანმიმდევრობით:

ზურგის მასაჟი - ხელსმა, დაზელვა(თითების ბალიშებით, ხერხვა, ფოცხისებრი), მოთელვა, და კვლავ ხელსმა.

გავა-წელის მიდამო - ხელსმა, ინტენსიური დაზელვა, მოთელვა-ძვრა და ჭყლეტა, კვლავ ხელსმა.

დუნდულოების მიდამო - წრიული ხელსმა ან X-მაგვარი მიმართულებით, ინტენსიური დაზელვა, (მოხრილი თითების დორზალური ზედაპირებით), ერთი ან ორივე ხელით მოთელვა, მატონიზირებელი დარტყმითი ილეთები(ჩხვლეტა, თათუნი, კეპვა), კვლავ ხელსმა.

ბარძაყის უკანა ზედაპირი - ხელსმა, მუხლქვეშა ფოსოდან ზევით ზევით და გარეთ, ინტენსიური დაზელვა, მოთელვა, მსუბუქი დარტყმითი ილეთები(თათუნი, კეპვა), და კვლავ ხელსმა.



წვივის უკანა ზედაპირი - ზოგადი ხელსმა ქუსლიდან მუხლქვეშა ფოსოს მიმართულებით, დიფერენცირებული დაზელვა - წვივის გარეთა კიდეზე(კანჭის კუნთის გარეთა თავი)დაზელვა მსუბუქად სრულდება, ხოლო შიგნითა ზედაპირი (შიგნითა თავი) - ინტენსიურად დაიზილება. მოთელვა სრულდება ერთი ან ორივე ხელით. შიგნითა ზედაპირზე ვასრულებთ მსუბუქ დარტყმით ილეთებს, ხოლო გარეთა ზედაპირზე სრულდება ვიბრაცია, გაწელვა და ბოლოს კვლავ ხელსმა.

მუხლის სახსრის მიდამო - კორექცია - სახსრის გვერდითი ზედაპირების ხელსმა, დაზელვა, შიგნითა კიდეების ჭყლეტა; ბარძაყის შიგნითა როკის ერთი ხელით ჭყლეტისას, მეორეთი ვაფიქსირებთ წვივის ქვედა მესამედს და ვცდილობთ შუა ხაზზთან მის მიახლოებას.

აქილევსის მყესი - მაშისებრი ხელსმა და დაზელვა.

ბარძაყის წინა ზედაპირი - ხელსმა, რბილი, მაგრამ გულმოდგინე დაზელვა, რბილი მოთელვა და კვლავ ხელსმა აღმავალი მიართულებით.

წვივის წინა-გვერდითი ზედაპირი - ხელსმა ტერფიდან მუხლისკენ, მსუბუქი დაზელვა და კვლავ ხელსმა.

მუხლის სახსარი - კორექცია - წრიული ხელსმა, გვერდითი ზედაპირების დაზელვა,, შიგნითა როკზე ზეწოლა წვივის მოზიდვით.

ტერფი - დორზალური ზედაპირის ხელსმა თითებიდან კოჭ-წვივის სახსრისკენ, ფოცხისებური დაზელვა, გოჯების ხელსმა და დაზელვა, განსაკუთრებით ძლიერად გოჯის არეში, ტერფის შიგნითა კიდის დაზელვა, ხელსმა.

მასაჟის შემდეგ უნდა შესრულდეს რამოდენიმე ვარჯიში: ტერფების მოხრა და გაშლა, ტერფების ბრუნვა, ტერფებით სათამაშოს დატაცება. კარგია ცურვა - წყალი ხსნის მომატებულ კუნთოვან დაძაბულობას.

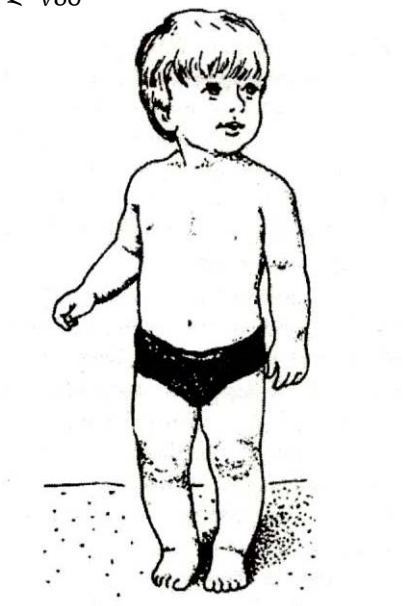
ბავშვი ხშირად უნდა დავსვათ ,,თურქულ პოზაში“, აქედან გამომდინარე შესაძლებელია გარკვეული ვარჯიშების შესრულება: ,,თურქული პოზიდან“ ადგომა, მუხლების გაშლით

დაჯდომა, ცერებზე დადგომა, ტერფების გარეთა კიდეებზე სიარული, ორფერდა ფიცრის წიბოზე სიარული, ,,ვიწრო ბილიკზე'' სიარული, ასევე, წყალში ვარჯიშები.

მკურნალობაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ღაბაშებს და ორტოპედიულ ფეხსაცმელს. ასეთი ფეხსაცმელი ბავშვს მუდმივად უნდა ეცვას. სასარგებლოა ფეხშიშველა სიარული ქვიშაზე, ნებისმიერ უსწორმასწორო ზედაპირზე და არა იატაკზე ანუ გლუვ ზედაპირზე, მასაჟორ-ხალიჩაზე.

X-ისებრი დეფორმაციის დროს ფეხის სპეციალურ სახვევს იყენებენ. ბავშვს ფეხები კოჭ-წვივის სახსარში ისე უნდა შევუკრათ, რომ სისხლის მიმოქცევა არ დაირღვეს, მუხლებს შორის კი ჩავუდოთ ქვიშით სავსე პატარა ტომსიკა ან პატარა მუთაქა. ასეთი სახვევი შეიძლება დღეში 2-ჯერ გავუკეთოთ 20-30 წუთით, ოღონდ თუ თვითონ არ უნდა, ძალას ნუ დაატანთ.
ვალგუსური დეფორმაცია არ არის მემკვიდრული დაავადება, ეს არის შეძენილი დეფექტი.

ფეხების ვარუსული (O-მაგვარი) დეფორმაციის დროს მჭიდროდ მიკრული ტერფების დროს მუხლები გარეთაა გადრეკილი და მათ შორის არის ნაპრალი, რომლის სიდიდით განისაზღვრება დეფორმაციის სიმძიმე. ვარუსული დეფორმაციის დროს აღინიშნება მუხლის სახსრის არათანაბარი განვითარება: ბარძაყის ძვლის ლატერალური როკის გადიდება და მედიალური როკის დაპატარავება, რომელიც იწვევს მენისკის ჭყლეტას, რის გამოც ფართოვდება სასახრე ნაპრალი, როგორც გარეთა , ასევე შიგნითა მხრიდან.ქუსლები და ტერფების წინა მიდამოები შიგნითაა გადახრილი, გამოხატულია ე.წ. თათმოჩორთულობა, ბავშვი ვერ მართავს მუხლებს. ამ დეფორმაციის ძირითადი მიზეზი რაქიტია. პრობლემის პროვოცირებას აკეთებს ფეხების ადრეულ ასაკში დატვირთვა - ადრე დადგომა და სიარულის დაწყება.



ბავშვის ორგანიზმი ელასტიურია და ადვილად ემორჩილება მკურნალობას. მკურნალობის შედეგად მცირება ძვლებისა და სახსრების დეფომაცია, ნორმალიზდება კუნთების ტონუსი. წარმატებითით გამოიყენება ორთოპედიული ფეხსაცმელი, რომელიც უნდა იყოს მაღალ ყელიან, მაგარი ზურგით, პატარა ქუსლით, რომ მოხდეს კოჭ-წვივის სახსრის კარგი

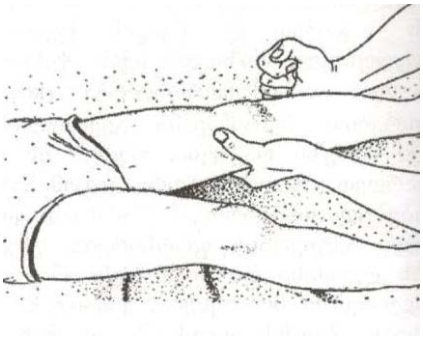
დაფიქსირება. ასევე, გამოიყენება ინდივიდუალური შეკვეთოტ დამზადებული ღაბაში. ბავშვს არ უნდა ეცვას რბილი ფეხსაცმელი და ქეჩის ჩუსტები. პერიოდულად სასურველია, ტერფის კუნთების გამაგრების მიზნით, სახლში ფეხშიშველმა იაროს. მძიმე შემთხვევების დროს, რეკომენდირებულია სპეციალური ფეხსაცმლის მუდმუვი ტარება და ღამით მაკორეგირებელი საფენის გაკეთება, საწოლში მუთაქის ჩადება, რომელსაც ბავშვის ტერფები იქნება მიყრდნობილი.
მკურნალობის ძირითად რგოლს წარმოადგენს სამკურნალო მასაჟისა და ვარჯიშების ჩატარება:
მასაჟი სრულდება 12-21 პროცედურიანი კურსებით, ყოველდღიურად ან დღეგამოშვებით, 2-4 კვიარიანი შუალედით. მასაჟის საწყისი პოზიციაა მუცელზე წოლა და კოჭ-წვივის სახსარქვეშ ამოდებულია მუთაქა:
ზურგის მასაჟი - ხელსმა წელიდან კისრისკენ, დაზელვა (თითების ბალიშებით, ხეხვა, მოხრილი თითების დორზალური ზედაპირებით), მოთელვა და კვლავ ხელსმა;

გავა-წელის მიდამო - ხელსმა, ენერგიული დაზელვა, მოთელვა, კვლავ ხელსმა.

დუნდულოების მიდამო - წრიული ხელსმა ან X-მაგვარი მიმართულებით, ინტენსიური დაზელვა, (მოხრილი თითების ძვლოვანი შვერილებით), ენერგიული მოთელვა, მატონიზირებელი დარტყმითი ილეთები(ჩხვლეტა, თათუნი, კეპვა), კვლავ ხელსმა.

ბარძაყის უკანა ზედაპირი - ხელსმა, მსუბუქი დაზელვა და მოთელვა, კვლავ ხელსმა; მუხლის სახსარში მოძრაობის შეძღუდვისას ხელსმა სრულდება უფრო ხშირად, ბარძაყისა და წვივის კუნთების ბერტყვა, ვიბრაცია.

წვივის უკანა ზედაპირი - ზოგადი დამზოგველი ხელსმა, მსუბუქი დაზელვა, მოთელვა - გორება, ბერტყვა, კანჭის კუნთის შიგნითა ზედაპირის ხელსმა, გარეთა ზედაპირის უფრო ენერგიული დამუშავება.



მუხლის სახსრის მიდამო - კორექცია - სახსრის გვერდითი ზედაპირების ხელსმა, დაზელვა, გარეთა ზედაპირზე(გარეთა როკზე) ზეწოლა; ბარძაყისა და წვივის კორექციისათვის ფეხის გარეთა ზედაპირზე სრულდება რიტმული ზეწოლა.

ამის შემდეგ ბავშვი წვება ზურგზე, მუხლებქვეშ ამოვუდებთ მუთაქას და ვასრულებთ:

ბარძაყის წინა ზედაპირი - ხელსმა, ინტენსიური დაზელვა, მოთელვა, მატონიზირებელი დარტყმითი ილეთები და კვლავ ხელსმა.

წვივის წინა-გვერდითი ზედაპირი - ხელსმა ტერფიდან მუხლისკენ, ენერგიული დაზელვა და მოთელვა და კვლავ ხელსმა. კორექციის მიზნით ბარძაყისა და წვივის გარეთა ზედაპირზე ვასრულებთ ზეწოლას.

მუხლის სახსარი - კორექცია - წრიული ხელსმა, გვერდითი ზედაპირების დაზელვა, მოთელვა, გარეთა როკზე ზეწოლა.

ტერფი - დორზალური ზედაპირის ხელსმა თითებიდან კოჭ-წვივის სახსრისკენ, ფოცხისებური დაზელვა, გოჯების ხელსმა და დაზელვა, განსაკუთრებით ძლიერად გარეთა გოჯის არეში, ტერფის გარეთა კიდის დაზელვადა მოთელვა, შიგნიტა კიდის გაწელვა, ხელსმა.

ფეხების გამრუდებისას დიდხანს დგომა სასურველი არ არის. თამაშის დროს სასურველია ,, ქუსლებს შორის მჯდომი პოზიცია“, კარგია ველოსიპედით სიარული, ცურვა.

ეფექტურია ვარჯიშები, რომლებიც შეიძლება, რომ აბაზანაშიც შესრულდეს:

ტერფების მოხრა კოჭ-წვივის სახსრებში: ბავშვი ზის, მუხლები მოხრილია და ზევითაა მიმართული, ტერფები პარალელურადაა განთავსებული და ბავშვი მონაცვლეობით ხრის და შლის კოჭ-წვივის სახსარს, ვეცადოთ, რომ მოხრა დორზალურად ინტენსიური იყოს.



ტერფების გარეთ ბრუნვა - ბავშვი ჯერ მონაცვლეობით და შემდეგ ერთდროულად გარეთ აბრუნებს ტერფებს.

გამართული ფეხების აწევა - ბავშვი ზურგზე წევს და მონაცვლეობით და ხან ერთდროულად წევს ფეხებს ზევით და ცდილობს მიწვდეს სათამაშოს ან მასაჟისტის ხელებს.

,,ველოსიპედი „ - ბავშვი წევს ზურგზე, და ფეხებს ატრიალებს, ამ დროს არ უნდა მოხდეს მუხლების განზიდვა და ტერფების შიგნიტ შეტრიალება.

,,ნაძვის ხის ბილიკზე სიარული“

ფეხების დეფორმაციით ბავშვებს:

- ფეხსაცმელები უფრო მალე უცვდებათ
- ბავშვი ხშირად ეცემა სწორ ზედაპირზე;
- არ უყვარს თანატოლებთან ერთად თამაში, უმეტესად ზის ან ქვიშაში თამაშობს;
- ხშირად ითხოვს ხელში აყვანას;
- ჩვილ ასაკში ჰქონდა მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია, კუნთოვანი ტონუსის ასიმეტრია;
- ნაოჭების ასიმეტრია, რაქიტული ცვლილებები;
- რაც წამოიზარდა და ჯდომა ისწავლა, უჭირს სკამზე ჩვეულებრივ ჯდომა - ზის ცალფეხმოკეცილი ან წევს მუცელზე.

ზემოთ ჩამოთვლილზე ყურადღების გამახვილება მნიშვნელოვანია, რადგან უმრავლეს შემთხვევაში, ფეხების ასიმეტრია მომავალში სქოლიოზის ჩამოყალიბების საშიშროებას ქმნის.

ტორსის მთავარი შემადგენელი ნაწილია ხერხემალი, რომელიც მალების კრებულია (მალებისგან შემდგარი სვეტია). ის ადამიანის სხეულის ძირითადი საყრდენია. ხერხემალზე გაივლის ადამიანის სხეულის სიმძიმის ცენტრი. ხერხემლის სპეციფიკური აგებულების გამო ადამიანს საშუალება ეძლევა დაიცვს წონასწორობა ვერტიკალურ მდგომარეობაში და ვერტიკალურად გადაადგილდეს.

ხერხემალს ფიზიოლოგიურად აქვს ნადრეკები: ორი წინა - კისრის და წელის მიდამოში, მათ ლორდოზი ეწოდებათ და ორი უკანა - გულმკერდისა და გავის მიდამოში -კიფოზი. ახალშობილობის პერიოდში ხერხემალი თითქმის სწორია.

მოზრდილებში ეს ნადრეკები სტაბილური არ არის, რადგან მალები მოძრავად არიან ერთმანეთთან შეერთებულნი. ამის გამო წოლისას ნადრეკები სწორდებიან, ხოლო დგომისას ისევ ჩნდებიან. სწორედ ამით აიხსნება ის ფაქტი, რომ ადამიანი წოლისას 2-3სმ-ით გრძელია.

არსებობს ხერხემლის მოძრავი (კისრის, გულმკერდის, წელის) მალები და უძრავი (გავის, კუდუსუნის) მალები. არსებობს 24 თავისუფალი მალა, რომლებიც ცალკე ძვლებს წარმოადგენენ. გავის მიდამოში არის ერთმანეთთან

უძრავად შეერთებული და ერთ ძვალად წარმოდგენილი გავის 5 მალა (რომლებიც 18-წლამდე გარკვეულწილად ცალ-ცალკე არიან) და 4-5 მალა კუდუსუნის მიდამოში. ამრიგად, სულ 33-34 მალა, რომლებიც შემდეგნაირად ნაწილდებიან:

7კისრის(C), 12 გულმკერდის(D), 5 წელის(L), 5 გავის(S) და 4-5 კუდუსუნის(Cc) მალები. მალების, ანატომიური თავისებურებიდან გამომდინარე, ერთმანეთთან შედდებით წარმოიქმნება ხერხემლის არხი, რომელიც იწყება კისრის პირველი მალიდან და თავდება გავის არხში. არხის დიამეტრი იზრდება ზევიდან ქვევით გავამდე, აქედან კვლავ მცირდება და კუდუსუნში თითქმის უჩინარი ხდება.

ფიზიოლოგიურ ნადრეკს, რომელიც თავისი რკალით წინ არის მიმართული, ლორდოზი ეწოდება, ხოლო რომელიც უკანაა მიმართული კიფოზი. არჩევენ აგრეთვე გვერდით ნადრეკებს - სქოლიოზი.

ხერხემალს აქვს ოთხი ფიზიოლოგიური ნადრეკი: კისრის ლორდოზი, გულმკერდის კიფოზი, წელის ლორდოზი და გავის კიფოზი. ხერხემლის ასეთი ფორმა სხეულს მოქნილობასა და სიმტკიცეს სძენს და წონასწორობის შენარჩუნებაში ეხმარება.

ღრმა მოხუცებულობის დროს ხერხემლის სიგრძე მოკლდება 7სმ-მდე.

ხერხემლის სიგრძე სხეულის სიგრძის 2/5-ია.

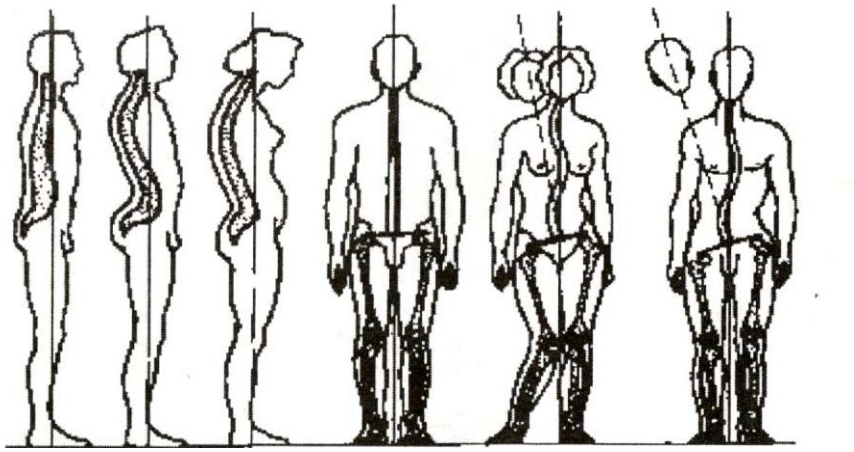
მამაკაცის გულმკერდი კონუსისებურია, ქალის – კასრისებური. ახალშობილის გულმკერდის განივი ზომა შედარებით მცირეა. ხოლო საგიტალური – დიდი. მოზრდილ ადამიანში, პირიქით, განივი ზომები ჭარბობს საგიტალურ ზომებს.

იმ ადამიანთა გულმკერდი, რომელთაც კუნთები სუსტად აქვთ განვითარებული გრძელი, ბრტყელი და ვიწროა და მკერდის კუთხეც მახვილია. ასეთ ადამიანებს ფილტვების დაავადები ადვილად უვითარდებათ. ზოგ შემთხვევაში გულმკერდი გაგანიერებულია ქვედა მიმართულებით. ასეთ გულმკერდს ემფიზემატოზური გულმკერდი ეწოდება. რაქიტით დაავადებულთა შემთხვევაში გულმკერდი შევიწროვებულია და მკერდის ძვალი წინ არის გამოწეული, ამგვარ გულმკერდს ქათმისებური - **pectus carinatus** ეწოდება. წელზე ქამრის ძლიერი შემოჭერა იწვევს გულმკერდის ქვედა ნაწილის შევიწროვებას და განივრდება გულმკერდის ზემო ნაწილი. მოხუცებულობაში ნეკნების ხრტილები იკირება და გულმკერდის მოძრაობაც იზღუდება.

არჩევენ ტანდეგობის დარღვევის შემდეგ ფორმებს:

- მოკუზულობა, მოხრილობა - ეს არის გულმკერდის კიფოზის გადიდება და წელის ლორდოზის შემცირება;

- მრგვალი ზურგი - ამ დროს ხდება გულმკერდის კიფოზის გადიდება, წელის ლორდიზის თითქმის არარსებობის ფონზე;
- მრგვალი ჩაზნექილი ზურგი - გადიდებულია ხერხემლის ყველა ნადრეკი და მენჯის დახრის კუთხე;
- ბრტყელი ზურგი - ამ დროს წელის ლორდოზი გამკვრივებულია და მენჯის დახრის კუთხე შემცირებულია;
- ბრტყელი ჩაზნექილი ზურგი - ამ დროს გვაქვს გულმკერდის კიფოზის შემცირება და ნორმალური ან მცირედით გადიდებული წელის ლორდოზი.



ასეთი დეფორმაციის სამკურნალოდ გამოიყენება სამკურნალო მასაჟი მაკორეგირებელ ვარჯიშებტან ერთად. სრულდება ზოგადი მასაჟი. თავდაპირველად მუშავდება ზურგი, ბეჭზედა მიდამოს კუნთები, შემდეგ დუნდულა კუნთები, ქვედა და ზედა კიდურები, გულმკერდი და მუცელი. მასაჟის დროს გამოიყენება კუნთების მოთელვის, დაბერტყვისა და გაწელვის ილეთები.

კიფოზი

კიფოზი – დაავადება, რომელსაც ახასიათებს ხერხემლის გამრუდება, რომლის შედეგად ზურგის არეში ვითარდება კუზი. შემთხვევების უმეტესობაში დაავადება ვითარდება სქოლიოზის პარალელურად. კიფოზი ბავშვებში ვლინდება 6-12 თვის ასაკში.

დაზიანების ადგილიდან გამომდინარე გამოიყოფა:



- კისრის კიფოზი;
- მკერდის კიფოზი;
- წელის კიფოზი;
- გავის კიფოზი.

დაავადების გამომწვევი მიზეზებია:

- მემკვიდრეობითი ფაქტორი;
- ნაყოფის განვითარების დარღვევა;
- დაავადებების გართულება (პოლიომიელიტი, ბავშვის ცერებრიალური დამბლა), რაც იწვევს ზურგის კუნთის დამბლას;
- ხერხემლის ტრავმები;
- არასწორი პოზა;
- ოსტეოქონდროზი;
- ხერხემლის ოპერაციები;
- ხერხემლის სიმსივნე.

კლინიკა:

- ზურგის და კისრის არეში მწვავე ტკივილი;
- ხერხემალში შებოჭილობის გრძნობა;
- ზურგის ძლიერი გამრუდება (45 გრადუსზე მეტით);
- სისუტე, კიდურების მგრძნობელობის დაკრგვა;
- ზურგის ტვინის ნერვების დახშობა;
- გულის მუშაობისა და სუნთქვის დარღვევა.

მოზარდთა კიფოზი ტანადობის დარღვევაა, რომლის დროსაც გამოხატულია მოხრილობა, გულმკერდის კიფოზის გადიდება და წელის ლორდოზის შემცირება. მოზარდთა კიფოზს უწოდებენ იმიტომ, რომ ამ ასაკში ვლინდება ყველაზე ხშირად, 3-4-ჯერ უფრო ხშირია ვაჟებთან, გოგონებთან შედარებით.

მოზარდთა კიფოზის განვითარების საფუძველს წარმოადგენს მალების აპოფიზებში სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, რის შედეგადაც აპოფიზის ქსოვილის აშრევება ხდება, შემდეგ თვით მალების წინა მიდამოები შემჭიდროვდება და შეფერხდება მათი ზრდა. მოზარდ ორგანიზმში, როდესაც სასიცოცხლო და რეგენერაციული პროცესები აქტიურია, შესაძლებელია აპოფიზების აღდგენა და სპეციალური მკურნალობის გარეშე მალების სიმაღლე აღწევს ნორმას და შესაბამისად კიფოზის ლიკვიდირდება.

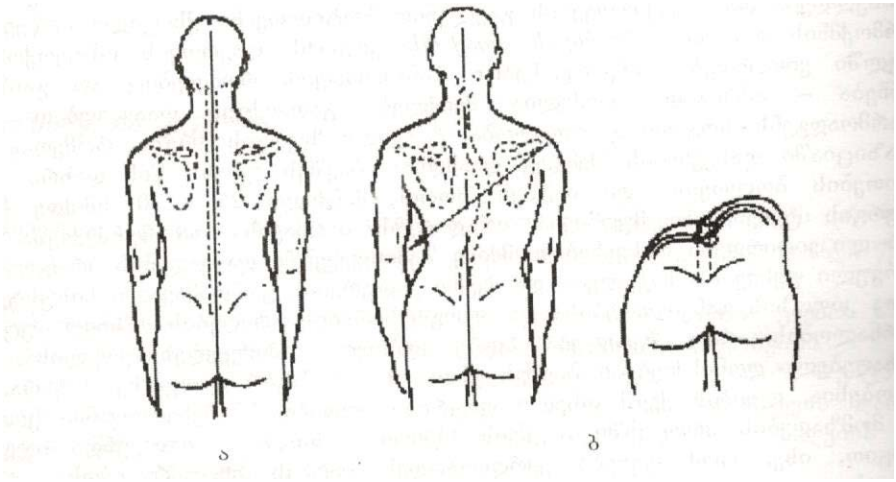
თუ კიფოზი პროგრესირებს, პროცესში ჩაერთვება მალთაშორისი დისკები. ხდება მათი გაფხვიერება, გათხელება და დატვირთვების შედეგად ხრტილები აღწევს მალების სხეულებში, ასე წარმოიქმნება ,,შმორლის თიაქარი“, კიფოზს ერთვის ოსტეოქონდროზი - მალებს შორის წარმოიქმნება ნისკარტისებური წანაზარდები, რომლებიც არ გაიწოვება და სამუდამოდ რჩება. ასე რომ, ანომალია გადაიქცევა დაავადებად, რომელსაც ახასიათებს შემაწუხებელი ტკივილი ზურგის მიდამოში, ადვილად დაღლა. ბავშვს უჭირს წინ გადახრა - დახრილ პოზიციაში გაშლილი თითების ბოლოებსა და იატაკს შორის მანძილი 25-30 სმ-მდე მატულობს.

პრობლემების თავიდან აცილების მიზნით აიცილებელია კიფოზის მკურნალობა ადრეულ სტადიაზე:

ბავშვს უნდა ეძინოს მაგარ საწოლზე, პატარა ბალიშით. კითხვის დროს ის უნდა იჯდეს მაგარ სკამზე საზურგით, ისე, რომ ფეხები ეყრდნობოდეს იატაკს, წინამხრები უნდა ეყრდნობოდეს მაგიდას (იდაყვების დაყრდნობით ხერხემალი განიტვირთება). დღის განმავლობაში აუცილებელია 20-30 წუთიანი დასვენება ზურგზე წილით და ასევე გასეირნება. ბავშვისთვის განსაკუთრებით სასარგებლოა ზურგზე ცურვა და მარილიანი აბაზანები (15-20 აბაზანა). დილით საჭიროა, მუცლისა და ზურგის კუნთების გასამაგრებლად, გამამახნევებელი ვარჯიშები.

მასაჟის დროს გამოიყენება კუნთების მოთელვის, დაბერტყვისა და გაწელვის ილეთები.

სქოლიოზი მოზარდებში ძვლოვანი სისტემის დეფორმაციებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება.



ა - ნორმალური ტანადობა
ბ - სქოლიოზი - მდგომ და დახრილ პოზიციებში

სქოლიოზი არის ხერხემლის სვეტის გამრუდება - გვერდზე გადახრა. შემთხვევათა 80%-ში სქოლიოზის გამომწვევი მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება.

სქოლიოზის დროს პირველი სიმპტომებია:

- სწორად დგომისას აღინიშნება სხეულის ცალკეულ ნაწილთა ასიმეტრია;
- ბეჭის ძვლები ასიმეტრიულია;
- მენჯი გადახრა;

სქოლიოზს (ხერხემლის გამრუდება, „გადახრა“) ორთოპედიულ სიმსივნეს ადარებენ ხოლმე ვიწრო სპეციალისტები და განსაკუთრებით მაშინ, როცა პაციენტი გვიან სტადიაზე მიმართავს ექიმს. სულ რაღაც 20 წლის წინათ სქოლიოზით ძირითადად 10 წლის და შემდგომი ასაკის ბავშვები ავადდებოდნენ. ახლა ფაქტიურად ამ ასაკმა მთელი 5 წლით ქვემოთ ჩამოიწია.

სქოლიოზი არის ხერხემლის გამოკვეთილი გადახრა რომელიმე მხარეს.



სწორი დგომის (სწორმედეგობის)დარღვევის შემთხვევაში საქმე გვაქვს ერთ-ერთ მხარეს ზურგის კუნთების ზედმეტ მოჭიმულობასთან, ხოლო სქოლიოზის დროს - უშუალოდ ხერხემლის ძვლოვანი სტრუქტურის დეფორმაციასთან.

შეძენილი სქოლიოზის დროს ხერხემლის გადახრა – გამრუდება გამოწვეულია სწორედ ასანის (სწორმედეგობის) დარღვევის შედეგად. თანამიმდევრული არასწორ დგომა, ჯდომა,

არაადექვატური სიმძიმის ზიდვა იწვევს მალთაშორის დისკების დეფორმაციას, რაც თავის მხრივ ხდება ხერხემლის გადახრის მიზეზი. სქოლიოზი გვხვდება მარჯვენამხრივი ან მარცხენამხრივი.

ბავშვის სქოლიოზის საშიშროება იმაში მდგომარეობს, რომ თუ მალევე არ იქნა სამკურნალო ზომები მიღებული, დაავადება სწრაფად პროგრესირებს და ძალიან მალე დგება სავალალო შედეგები. საშუალო სტატისტიკა ასეთია: 6-10 წლის ასაკის ბავშვებში სქოლიოზის მკურნალობის შემდეგ მხოლოდ 30% -ს აღენიშნება მდგომარეობის არასაგრძნობი გაუმჯობესება, ანუ-დაავადების შეჩერება საგრძნობი თვალშისაცემი შედეგების გარეშე. ასეთთა 15 %-ს სამწუხაროდ დაავადების შეჩერებაც არ აღენიშნება. მკურნალობის შედეგად ბავშვების 70%-ში საბედნიეროდ სქოლიოზი უკან იხევს: სისტემატური მასაჟების და ვარჯიშების (პლუს სხვა პროცედურებიც, მაგალითად: იპოდრომი, ცურვა) ფონზე ბავშვთა სქოლიოზი ძირითადად იკურნება ან იგი სავსებით შეუმჩნეველი ხდება გარეშე თვალისთვის. დეფორმაციის ხარისხისა და კლინიკური სურათის სიმძიმის მიხედვით არჩევენ დაავადების 4 ხარისხს:

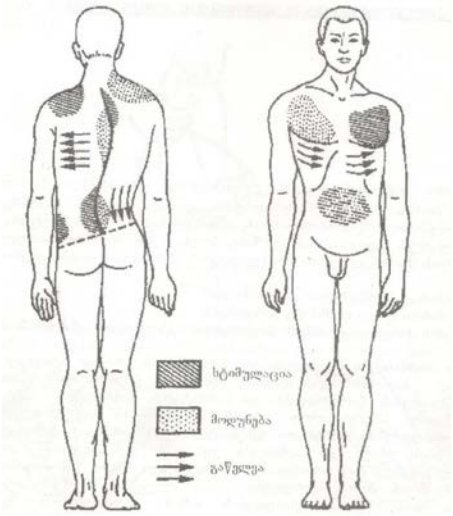
- 1 ხარისხი: დახრის კუთხე 1-10 გრადუსამდეა. ამ დროს ხერხემლის გადახრა სუსტადაა გამოხატული ფრონტალურ მდგომარეობაში და თითქმის არ ჩანს -ჰორიზონტალურში. შეიმჩნევა ბეჭების ასიმეტრია კისერი-გულ-მკერდის სქოლიოზის დროს;
- 2 ხარისხი: დახრის კუთხე 11-25 გრადუსის ფარგლებშია. გადახრა აშკარადაა გამოხატული, რასაც თან ახლავს ე.წ. მაკომპენსირებელი რკალი და არც თუ დიდი კეხი(კუზი). –
- 3 ხარისხი: დახრის კუთხე 26-50 გრადუსია. ფრონტალურ მდგომარეობაშიც აშკარად ჩანს ხერხემლის გამრუდება მაკომპენსირებელი რკალით. სახეზეა დიდი ნეკნის კეხი და გულ-მკერდის დეფორმაცია;
- 4 ხარისხი: დახრა სცდება 50 გრადუსს. სქოლიოზის უმძიმესი ფორმაა გამოხატული კიფოსქოლიოზით. გულმკერდის და ხერხემლის დეფორმაცია უხეში ფორმებით ჩანს. ნეკნის კეხები შესამჩნევია როგორც წინა, ასევე უკანა მხრიდან. მიმდინარეობს გავის სეგმენტის, თეძოების, გულ-მკერდის, ნერვული სისტემის და თითქმის მთელი ორგანიზმის დეფორმაცია. ასეთი სქოლიოზი იწვევს გულის და ფილტვების მუშაობის გაუარესებას.
  მე-4 ხარისხის სქოლიოზის მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს.

I და ნაწილობრივ II ხარისხის სქოლიოზის დროს სრულდება ზურგის, ქვედა კიდურებისა და მუცლის მასაჟი, ძირითადად მოთელვის ილეთით, გამორიცხულია კეპვისა და ჩხვლეტის ილეთები.

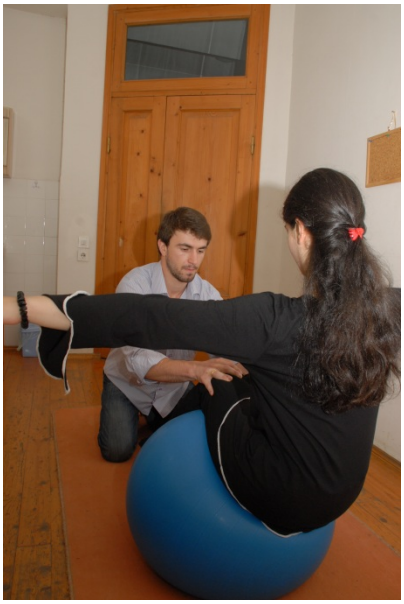
მასაჟის მიზანია ორგანიზმის ზოგადი ტონუსის მომატება, გულს-სისხლძარღვთა და სასუნტქი სისტემების ფუნქციონირების ნორმალიზება, სწორი აღნაგობის ფორმირება, კუნთოვანი კორსეტის გამომუშავება, სხეულის სიმეტრიის შექმნა.

პაციენტი უნდა იწვეს მუცელზე, მასაჟისტი კი დგას სქოლიოზის მხრიდან. დასაწყისში სრულდება მთელი ზედაპირის ხელსმა - სიბრტყითი, შემოხვევითი, ფოცხისებრი, უთოობა,

შემდეგ მომადუნებელი ზემოქმედებისთვის ტრაპეციული კუნთის ზედა ნაწილზე სრულდება ხელსმა, თითებით დაზელვა - წრიული, ლაბილური, უწყვეტი ვიბრაცია. გულმკერდის სქოლიოზის შემაღლებულ მიდამოზე სრულდება სავარცხლისებრი დაზელვა, ხერხემლის სიგრძივი კუნთების მაშისებრი მოთელვა, ჩხვლეტა, კეპვა. სტიმულაციისთვის ყველა ილეთი ლოკალურად სრულდება. შემდეგ მომადუნებლად წელის შედრეკილ მიდამოში სრულდება - ხელსმა, დაზელვა, ლაბილური ვიბრაცია, უწყვეტი ვიბრაცია, პაციენტი გადაბრუნდება მარცხენა გვერდზე და ამ პოზიციაში სრულდება მარცხენა თეზოს ქედის გაწელვა, შემდეგ პაციენტი გადაბრუნდება მუცელზე და გრძელდება მასაჟი წელის გამოდრეკილ უბანზე სტიმულაციისთვის - მოთელვა, წყვეტილი ვიბრაცია, შემდეგ სრულდება მარცხენა ბეჭქვედა მიდამოს მოდუნება, გაწელვა, ნეკნთაშორისი არეების ფოცხისებური ხელსმა, ლაბილური ვიბრაცია,; მარცხენა ბეჭის კუთხის გაწელვა ხერხემლის შედრეკილობიდან, ბეჭზედა მიდამოს, მარცხენა ბეჭის ზემოთ მდებარე კუნთების, ტრაპეციული კუნთს ზედა ნაწილის სტიმულაცია - დაზელვით, მოთელვით, წყვეტილი ვიბრაციით, დარტყმითი ილეთებით. შემდეგ პაციანტი გადაბრუნდება ზურგზე და სრულდება გულმკერდის წინა ზედაპირის მასაჟი - კუნთოვანი კორსეტის გასაძლიერებლად; ლავიწზედა, ლავიწქვედა და გულმკერდის კუნთების სტიმულაციისთვის ილეთები - დაზელვა, მოთელვა, წყვეტილი ვიბრაცია, დარტყმითი ილეთები. წინა ნეკნების კუზის მიდამოში სრულდება ჭყლეტითი ილეთები - უკანა მიდამოსთან გასათანაბრებლად ტონიზაციის ილეთები. მუცლის წინა კედელზე (მუცლის პრესზე) სრულდება სტიმულაცია-ტონიზაციის ილეთები - სავარცხლისებური დაზელვა, მოთელვა, წყვეტილი ვიბრაცია, დარტყმითი ილეთბი; მარჯვნივ, გულმკერდის კუნთების ზედა არეში სრულდება მომადუნებელი ილეთები და მხრის უკან - გაწელვა - ბეჭზედა მიდამოების სიბრტყეების გასათანაბრებლად. მასაჟი სრულდება მთელი ზურგის, ბეჭზედა არეების ხელსმით. პროცედურა გრძლდება 20-30 წუთი, მკურნალობის ხანგრძლივობა 20-25 პროცედურა.



ფიტბოლი ანუ ფიტნეს-ბურთი, გამოიყენება როგორც აერობული, ისე ძალოვანი ვარჯიშების დროს. ფიტბოლით შესრულებული ვარჯიშები აძლიერებს კუნთების ტონუსს, ძვლოვან სისტემას და სახსრებს, კარგია ხერხემლის პრობლემების დროს, აუმჯობესებს კოორდინაციას.



სკამზე ჯდომის დროს, ხერხემლის დისკოები 30%-ით მეტ დატვირთვას იღებენ, ვიდრე ფეხზე დგომის დროს. დატვირთვის ინტენსივობა კიდევ უფრო იზრდება სხეულის არასწორად დაჭერის გამო. ეს თავის მხრივ ართულებს სუნთქვის პროცესს და ხელს უშლის შინაგანი ორგანოების ნორმალურ ფუნქციონირებას. ხერხემლის დიდი დატვირთვის გამო მცირდება ზურგის კუნთების ტონუსი. ასე ირღვევა კუნთების ბალანსი, რაც შემდგომ იწვევს ტკივილს ზურგისა და წელის არეში. ხერხემლის დისკოებზე დატვირთვის გაზრდა შესაძლებელია თიაქარის განვითარების მიზეზიც გახდეს.

ფიქსირებული ტრენაჟორებისაგან განსხვავებით, ბურთი არ უზრუნველყოფს სტაბილურ პოზიციას. ამიტომ, როცა ავარჯიშებთ კუნთების ერთ ჯგუფს, ამ დროს მუშაობაში ერთვება სხვა კუნთებიც, რათა შენარჩუნებული იქნას წონასწორობა – ეს კი ვარჯიშის ეფექტს საკმაოდ ამაღლებს.

ფიტბოლი ზრდის მოქნილობას. მისი საშუალებით შეგიძლიათ შეასრულოთ ეფექტური ვარჯიშები ზურგის და მუცლის კუნთების ტონუსში მოსაყვანად, პრესის ვარჯიშის დროს

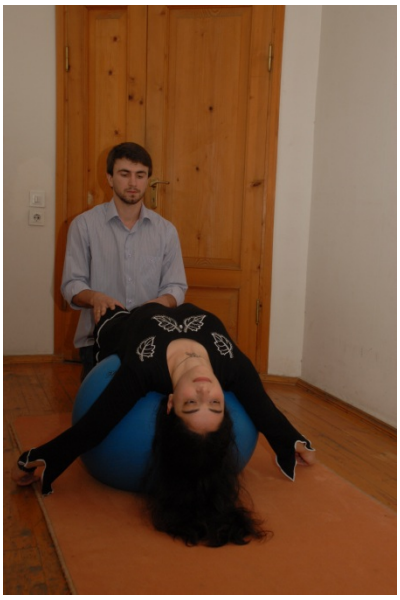
მოქმედებაში მოდის ღრმა კუნთები. გარდა ამისა, ხდება შინაგანი ორგანოების მუშაობის სტიმულაცია, უმჯობესდება სისხლის მიმოქცევა და მცირდება დატვირთვა ხერხემლის დისკოებზე.

ფიქსირებული ტრენაჟორებისაგან განსხვავებით, ბურთი არ უზრუნველყოფს სტაბილურ პოზიციას. ამიტომ, როცა ავარჯიშებთ კუნთების ერთ ჯგუფს, ამ დროს მუშაობაში ერთვება სხვა კუნთებიც, რათა შენარჩუნებული იქნას წონასწორობა – ეს კი ვარჯიშის ეფექტს საკმაოდ ამაღლებს.



ფიტბოლი ზრდის მოქნილობას. მისი საშუალებით შეგიძლიათ შეასრულოთ ეფექტური ვარჯიშები ზურგის და მუცლის კუნთების ტონუსში მოსაყვანად, პრესის ვარჯიშის დროს მოქმედებაში მოდის ღრმა კუნთები. გარდა ამისა, ხდება შინაგანი ორგანოების მუშაობის სტიმულაცია, უმჯობესდება სისხლის მიმოქცევა და მცირდება დატვირთვა ხერხემლის დისკოებზე.

პირველად დიდი გასაბერი ბურთების გამოყენება შვეიცარიაში დაიწყეს, მას იყენებდნენ ცერებრალური დამბლით დაავადებული ბავშვების მკურნალობის პროცესში, მათი ნერვული რეაქციების და წონასწორობის გასაუმჯობესებლად. ამის შემდეგ, ფიტბოლის გამოყენება დაიწყეს მოზრდილების ნევროლოგიური და ორთოპედიული დაავადებების მკურნალობისასაც.



მოგვიანებით ფიტბოლის მოხმარება აქტიურად დაიწყეს აერობულ ვარჯიშებში, სატრენაჟორო დარბაზებში, დარღვეული აღნაგობის პრობლემების გასაუმჯობესებელ სხვადასხვა პროგრამებში, საყრდენ-სამოძრაო აპარატის პათოლოგიური დაავადებების მკურნალობაში.

ფიტბოლით ვარჯიში არ არის დაკავშირებული მძიმე ფიზიკურ დატვირთვებთან. ფიტბოლით შეუძლიათ ივარჯიშონ როგორც მოზრდილებმა, ისე ბავშვებმა და ორსულმა ქალებმა. ამ ვარჯიშებს არა მხოლოდ გართულებების თავიდან აცილება შეუძლიათ, არამედ ორსულობის მიმდინარეობასაც ამსუბუქებენ. გარდა ამისა, ფიტბოლი აუმჯობესებს მენჯის ნაწილის, მუცლის, ზურგის კუნთების ელასტიურობასაც. რელაქსაციის ვარჯიშები ხსნის ტკივილს წელის არეში, რომელიც ხერხემალზე სტატიკური დატვირთვის ზრდითაა გამოწვეული.

ფიტბოლით ვარჯიშს აქვს ტკივილგამაყუჩებელი ეფექტი და დადებითად მოქმედებს საჭმლის მომნელებელი სისტემის მოქმედებაზე, ღვიძლზე და თირკმელებზე. ბოლო პერიოდში გამოყენება ჰპოვა ვენების ვარიკოზული გაფართოების, სქოლიოზის და სიმსუქნის მკურნალობის დროს.
ფიტბოლი ხელს უწყობს ამტანობის, მოქნილობის და ფიზიკური აქტიურობის გაზრდას. ის შეუცვლელია სწორი ტანადობის ფორმირებისას, ეხმარება წონასწორობის და მოძრაობის კოორდინაციის გაუმჯობესებას.
ფიტბოლით ვარჯიშების რეგულარულ შესრულებას ნორმაში მოჰყავს სისხლის წნევა, ამცირებს სხეულის წონას და კუთების ყველა ჯგუფი ტონუსში მოჰყავს, რაც თავის მხრივ უზრუნველყოფს სწორი ტანადობის ჩამოყალიბებას და აძლიერებს ზურგის კუნთებს. ფიტბოლი ადვილად უმკლავდება პრობლემურ ზონებში მოშვებულ კუნთებს (მუცელი, თეძოები, დუნდულები) თუ მის ვარჯიშებს აერობიკასთან, პილატესთან, გაჭიმვით ვარჯიშებთან და ტაი-ბოსთან შევათავსებთ. ძალიან ეფექტურია აზიდვების ფიტბოლზე შესრულება, რადგან ამ დროს ფეხები საკმაოდ მაღლაა აწეული და არასტაბილურ

მდგომარეობაშია. ეს მუცლის კუნთების აქტიურ მუშაობას იწვევს. ფიტბოლი ეფექტურად განტვირთავს სტრესისგან, დაძაბულობისგან და სახსრების ტკივილისაგან.

ფიტბოლის ზომა 30სმ-დან 75-მდე მერყეობს. ბურთის არჩევისას უნდა გაითვალისწინოთ იმ ადამიანის სიმაღლე ვინც ვარჯიშს აპირებს. ყველაზე ხშირად იყენებენ 65სმ დიამეტრის ბურთს, რადგან ყველაზე გავრცელებეული სიმაღლე 165-175 სანტიმეტრია. 150-165სმ. სიმაღლის რეკომენდირებულია 55სმ დიამეტრის ბურთი, ხოლო 175სმ-ზე მაღლა კი – 70სმ დიამეტრის. 30სმ. დიამეტრის ფიტბოლი ძირითადად ბავშვებისათვის გამოიყენება.

ბურთის დიამეტრის განსაზღვრა ადამიანის სიმაღლის მიხედვით ხდება. ბურთზე ჯდომისას, ფეხები მყარად უნდა გედგათ იატაკზე, ხოლო მუხლები 90^0 -ით უნდა იყოს მოხრილი. შედარებით მაღალ ბურთს, იატაკთან ნაკლები მოჭიდება აქვს, სწრაფად მოძრაობს და წონასწორობის შესანარჩუნებლად მეტი ძალისხმევა სჭირდება. თუმცა მეორე მხრივ, არასტაბილური მდგომარეობა კუნთების ყველა ჯგუფის მეტ დაძაბვას ითხოვს და შესაბამისად დატვირთვაც მეტია.

კითხვები:

1. რას ემსახურება ზოგადი მასაჟი?
2. როგორი ორგვარი მიმართულებით ტარდება ზოგადი ჰიგიენური მასაჟი?
3. რაზეა დამოკიდებული მასაჟის პროცედურის ხანგრძლივობა?
4. ჩამოთვალეთ ზოგადი მასაჟის მეთოდები?
5. როგორი სახის მასაჟი გამოიყენება ბავშვებთან?
6. რა სიმპტომები არსებობს მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის დროს?
7. რა პროცედურების ჩატარება შეუძლია დედას?
8. რა დროს კეთდება ლოკალური მასაჟი?
9. რას გულისხმობს მდებარეობითი მკურნალობა კისერმრუდობის დროს?
10. რა თავისებურებები აქვს მასაჟს კისერმრუდობის დროს?
11. ჩამოთვალეთ ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის კლინიკური ნიშნები.
12. რა არის თანდაყოლილი ფეხმრუდობა?
13. როგორი შეიძლება იყოს ბრტყელტერფიანობა?
14. რა ვარჯიშები სრულდება ტერფების დეფორმაციის დროს?
15. რამდენი სახის ფეხების გამრუდება არსებობს?
16. ჩამოთვალეთ ფეხების X-სებრი დეფორმაციისას მასაჟის ილეთების თანმიმდევრობა.
17. რა ვარჯიშები სრულდება ფეხების X-სებრი დეფორმაციისას?

18. ჩამოთვალეთ ფეხების O-სებრი დეფორმაციისას მასაჟის ილეთების თანმიმდევრობა.
19. რა ვარჯიშები სრულდება ფეხების O-სებრი დეფორმაციისას?
20. ტანდეგობის დარღვევის რამდენ ფორმას არჩევენ?
21. რა არის კიფოზი?
22. რა არის მოზარდთა კიფოზი?
23. რა არის სქოლიოზის დროს პირველი სიმპტომები?
24. რა არის სქოლიოზის დროს მასაჟის მიზანი?
25. აღწერეთ ფირბოლ-ვარჯიშების კომპლექსი.

http://www.mkurnali.ge/profilaqtika/masazhi/1362-2009-06-22-13-49-49.html?start=1

http://www.villareta.com/_ge/the-general-massage.html

http://www.medgeo.net/2009/11/21/hand_bones/

http://www.ttimes.ge/archives/40692

http://www.aversiclinic.ge/ka/medical/38/

http://www.mkurnali.ge/component/encyclopedia/?task=term&id=2829

http://www.fitni.ge/?p=3943

http://www.mkurnali.ge/pediatria2/3886-fekhebis-gamrudeba.html

http://ici.ge/news/xerxemlis-patologiebi-bavsvebsa-da-mozardebsi.html

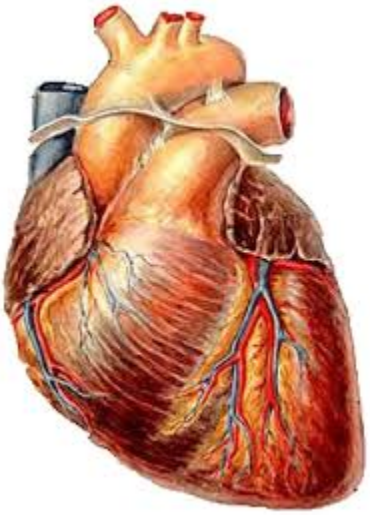
http://tsamali.ge/%E1%83%93%E1%83%90%E1%83%90%E1%83%95%E1%83%90%E1%83%93%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%94%E1%83%91%E1%83%98/%E1%83%99%E1%83%98%E1%83%A4%E1%83%9D%E1%83%96%E1%83%98

http://www.genesis.org.ge/brochure1/brochure1.htm

პროგრამა - ინსტრუქტორი-რეაბილიტატორი

თავი XIII. სხვადასხვა სისტემის პათოლოგიებისას რეაბილიტაცია

§1.გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგია



ჩივილები - ტკივილი გულის არეში, ქოშინი, გულის ფრიალი, გულის ცემის სიხშირის ცვლილებები, ხველა, სიმძიმე გულის არეში.

ასევე ზოგადი ხასიათის ჩივილები - თავბრუსხვევა, ზოგადი ადინამია, თავის ტკივილი.

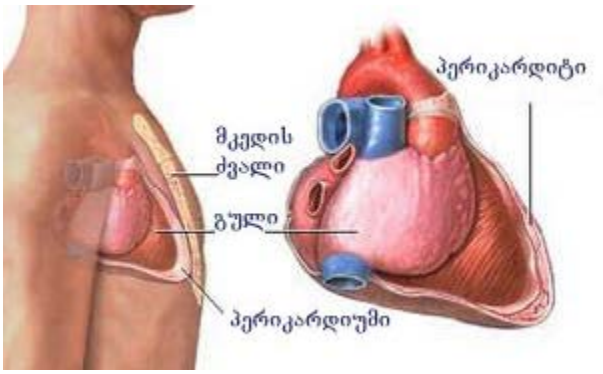
ტკივილი გულის არეში გულის დაავადების ერთ-ერთი კლინიკური ნიშანია. მისი მიზეზია გვირგვინოვანი - კორონარული სისხლის მიმოქცევის მოშლა. ამ დროს აღმოცენებულ ტკივილს სტენოკარდია ეწოდება. სისხლძარღვის შევიწროვების შედეგად ირღვევა გულის კუნთში სისხლის მიწოდება, რასაც მოყვება იშემია და ტკივილი. სტენოკარდიული ტკივილი მოჭერითი ხასიათისაა. შეიძლება ახლდეს წვისა და სიმხურვალის შეგრძნება. იწყება შეტევით და გრძელდება 1-2 წთ-დან 20 წთ-მდე. ტკივილი შეიგრძნობა მკერდის ძვლის უკან, გადაეცემა მარცხენა ბეჭში და ახლავს სიკვდილის შიში. ტკივილი იხნება ნიტროგლიცერინით. თუ ტკივილი გახანგრძლივდა შეიძლება ჩამოყალიბდეს გულის კუნთის ინფარქტი. გულის არეში აღმოცენებული ტკივილი შეიძლება იყოს ასევე გულის კუნთის პერიკარდიუმის ან კორონარული სისხლძარღვების ანთების შედეგი.

ქოშინი ახასიათებს სუნთქვის სიხშირის, სიღრმისა და რიტმის ცვლა, რომელიც გამოვლინდება ჰაერის უკმარისობის შეგრძნებით. ქოშინი ასევე გამოვლინდება გულის უკმარისობის, მანკების, მცირე წრეში შეგუბების დროს, რაც განპირობებულია სისხლში ნახშირორჟანგის მომატებით, რომელიც განაპირობებს სუნთქვის ცენტრის აგზნებას და სუნთქვის გახშირებას ქოშინი შერეული ხასიათისაა, არის როგორც ჩასუნთქვის, ისე ამოსუნთქვის დროს. ავადმყოფი ღებულობს იძულებით პოზას. ნახევრად მჯდომარე ან მჯდომარე მდგომარეობას.

გულის ფრიალი შეიძლება იყოს მუდმივი ან შეტევითი ხასიათის. გვხვდება არითმიის დროს. შეიძლება გამოწვეული იყოს როგორც გულის პათოლოგიით, ასევე ექსტრაკარდიული პათოლოგიებით (ანემია, თირეოტოქსიკოზი, ნევროზი).

შეშუპება ქსოვილებსა და სეროზულ ღრუებში სითხის დაგროვების შედეგად ყალიბდება. შეშუპება იწყება კოჭ-წვივის არიდან. გამოხატულია საღამოს. აძლიერებს ფეხზე დგომა. შეიძლება გავრცელდეს თეძოს დონეზე, სათესლე ჯირკვლის პარკის და წელის არეში, შესაძლოა შეშუპდეს მთელი სხეული (ანასარკა).

ხველა ვითარდება მცირე წრეში შეგუბების გამო. თავდაპირველად ხველა მშრალია. შესაძლოა გახდეს სისხლიანი ნახველით.



გამოკვლევის ინსტრუმენტული მეთოდები

წნევის გაზომვის დროს საჭიროა შემდეგი პირობების დაცვა:

- ოთახი უნდა იყოს თბილი და კომფორტული
- პაციენტი უნდა იყოს წნევის გაზომვამდე 5 წთ განმავლობაში მშვიდად
- უნდა იჯდეს ან იწვეს
- არ ლაპარაკობდეს
- ხელი უნდა იყოს მთლიანად შიშველი
- მანჟეტში დაგროვილი ჰაერი ბოლომდე უნდა გამოიტუმბოს
- მანჟეტი უნდა შემოვახვიოთ მხრის შუა მესამედში
- მანომეტრის ნულოვანი დონე უნდა იყოს იდაყვის სახსრის დონეზე
- წნევა უნდა გაიზომოს 2-3-ჯერ რამოდენიმე წუთის ინტერვალით ორივე კიდურზე

მანჟეტს ვათავსებთ მხრის შუა მესამედში. ფონეიდოსკოპს ვათავსებთ იდაყვის ფოსოში მხრის არტერიაზე პულსის წინასწარი შეგრძნებით. ვიწყებთ ჰაერის ჩატუმბვას მანამ სანამ პულსი არ

შეწყდება და ვტუმბავთ კიდევ 20 მმ/ვ.წყ.სვ (mm/hg)-ით მეტს. შემდეგ ნელა გამოვუშვებთ ჰაერს მანჟეტიდან, ნელ-ნელა 2 მლ-ით წამში, პირველი ტონის გამოჩენა მიუთითებს მაქსიმალურ სისტოლურ წნევაზე, ტონის მთლიანი გაქრობა შეესაბამება დიასტოლურ წნევას. (პირველი ტონის გამოჩენის შემდეგ ჩნდება შუილი, ძლიერდება ტონი, შუილი ქრება, ტონი სუსტდება და ბოლოს ქრება).

ნორმალური წნევა მერყეობს - სისტოლური - 90-135 მმ/ვ.წყ.სვ

დიასტოლური - 60-85 მმ/ვ.წყ.სვ

სისტოლურ და დიასტოლურ წნევას შორის სხვაობას ეწოდება პულსური წნევა და იგი ნორმაში 40-50 მმ/ვ.წყ.სვ-ის ტოლია.

1.1მოციმციმე არითმია

გულისხმობს წინაგულების უწესრიგო, გახშირებულ აგზნებას, რასაც მოსდევს პარკუჭების არითმიული შეკუმშვა. იგი გულის რომელიმე დაავადების (რევმატიზმი, გულის მანკი, ათეროსკლეროზული, კარდიოსკლეროზი, გულის კუნთის ინფარქტი და სხვ.) გართულებას წარმოადგენს. ამიტომ მკურნალობა მიმართული უნდა იყოს როგორც რიტმის აღსადგენად, ისე ძირითადი დაავადების საწინააღმდეგოდ.

ეტიოლოგია

მოციმციმე არიტმია განსაკუთრებით ხშირად გვხვდება ხანშიშესულებს შორის. მოციმციმე არიტმიის დროს წინაგულები ქაოსურად და არარეგულარულად იკუმშება, მათი შეკუმშვა არ არის კოორდინირებული გულის პარკუჭების შეკუმშვასთან, რის შედეგადაც გულისცემა არარეგულარული ანუ არიტმული გამოდის. ხშირად გულის შეკუმშვათა სიხშირეც მომატებულია.
განასხვავებენ მოციმციმე არიტმიის პაროქსიზმულ და ქრონიკულ ფორმებს. პაროქსიზმული- მცირე ხანს გრძელდება და გაივლის, ხოლო ქრონიკული ფორმა მუდმივია.

მოციმციმე არიტმიის ყველაზე ხშირი მიზეზი გულში მიმდინარე სტრუქტურული ცვლილებებია, თვით ეს ცვლილებები კი შესაძლოა გამოიწვიოს გულის სარქვლების დაზიანებამ, გულის შეძენილმა ან თანდაყოლილმა მანკმა, მაღალმა არტერიულმა წნევამ, რომელიც წლობით გრძელდება. მოციმციმე არიტმიის მიზეზად ასევე შესაძლოა იქცეს ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების ჭარბი გამომუშავება, ალკოჰოლის ზემოქმედება, ვირუსული ინფექცია და სხვა. მოციმციმე არიტმია განსაკუთრებით ხშირად ემართებათ მოხუცებს, ასაკთან ერთად იცვლება წინაგულის ელექტრული და სტრუქტურული თავისებურებები, რაც წინაგულების ნორმალური რიტმის დარღვევას იწვევს.. მოციმციმე არიტმია გულის სტრუქტურული დაზიანების გარეშეც შეიძლება აღმოცენდეს. ამ შემთხვევაში არიტმიის მიზეზი უცნობია. სამაგიეროდ, მძიმე გათულებებიც იშვიათია.

მოციმციმე არიტმია შესაძლოა ინსულტის ან გულის უკმარისობის მიზეზად იქცეს. წინაგულების ქაოსურმა, არარეგულარულმა შეკუმშვამ შესაძლოა წინაგულში თრომბის ფორმირება გამოიწვიოს, თრომბი მოწყდეს და სისხლის ნაკადთან ერთად თავის ტვინის, ფილტვის ან ქვემო კიდურების არტერიათა სისტემაში მოხვდეს. თუ თრომბის ნაწილაკმა თავის ტვინის არტერია დაახშო, ინსულტი განვითარდება, ფილტვის არტერიის დახშობა კი ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლიას იწვევს.
მოციმციმე არიტმიის დროს ინსულტის განვითარების უფრო მეტი ალბათობა აქვთ ასაკოვან, არტერიული ჰიპერტენზიით დაავადებულ ადამიანებს, ინსულტის განვითარების რისკი მოციმციმე არიტმიის დროს საგრძნობლად იზრდება.

კლინიკური მიმდინარეობა და დიაგნოსტიკა

მოციმციმე არიტმია გამოვლინდება გულის ფრიალით, გულის არეში დისკომფორტით. რასაც ემატება ქოშინი, სისუსტე, თავბრუხვევა.
იცვლება პულსი და გულისცემა. დიაგნოზის დასაზუსტებლად ინიშნება ელექტროკარდიოგრაფიული გამოკვლევა. ექოკარდიოსკოპია, რომლის მეშვეობითაც შესაძლებელია მოციმციმე არიტმიის გამომწვევი გულის პათოლოგიის გამოვლენა. რიგ შემთხვევაში საჭიროა სისხლის ლაბორატორიული გამოკვლევა თანმხლები დაავადების დასადგენად.

მკურნალობა

მოციმციმე არიტმიის მკურნალობა ითვალისწინებს გულის ნორმალური რიტმის აღდგენას, როცა ეს შეუძლებელია - გულის შეკუმშვათა სიხშირის კონტროლს. მოციმციმე არითმიის მკურნალობაში მნიშვნელოვანია თრომბოზის პროფილაქტიკა.
გულის ნორმალური, სინუსური რიტმის აღდგენა ორი გზით - მედიკამენტური და ელექტრული კარდიოვერსიით არის შესაძლებელი.
მედიკამენტური კარდიოვერსიის შემთხვევაში სინუსური რიტმის აღდგენა ანტიარიტმიული პრეპარატების გამოყენებით ხდება. ეს პრეპარატები, პაციენტის მდგომარეობის გათვალისწინებით, შესაძლოა დაინიშნოს ინტრავენური ინექციის სახით ან დასალევად, ტაბლეტირებული ფორმით. ასეთი მკურნალობა უმეტესად სტაციონარულად ტარდება.
ნორმალური რიტმის აღდგენის შემდეგ მოციმციმე არიტმიის პროფილაქტიკისთვის ინიშნება ანტიარიტმიული პრეპარატები.
ელექტრული კარდიოვერსია ტარდება ინტრავენური ნარკოზის ფონზე. ის ხანმოკლე პროცედურაა, რომლის დროსაც გულზე მოქმედებს მაღალი სიმძლავრის ელექტროდენი. ის თრგუნავს ანომალიურ ელექტრულ აქტივობას და აღადგენს გულის ნორმალურ რიტმს.

პროფილაქტიკა

მოციმციმე არითმიის არსებობის შემთხვევაში შესაძლებელია შევამციროთ არიტმიის განმეორებითი ეპიზოდების აღმოცენების რისკი. აუცილებელია შეზღუდვა გრიპისა და გაციების დროს რეკომენდებული საშუალებებისა , რადგან მათი უმრავლესობა შეიცავს ნივთიერებას, რომელმაც შესაძლოა მოციმციმე არიტმიის პროვოცირება მოახდინოს. არ არის

გამორიცხული მათი ურთიერთქმედება არითმიის საწინააღმდეგო საშუალებებთან. მოციმციმე არითმიის დროს განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს მაღალი არტერიული წნევის მკურნალობას, მისი ციფრების ნორმალიზაციას, ამისთვის კი მედიკამენტების რეგულარულ მიღებასთან ერთად აუცილებელია ცხოვრების ჯანსაღი წესის დაცვა, ჯანსაღი კვება, სუფრის მარილის შეზღუდვა, ფიზიკური აქტივობის ზრდა, თამბაქოსა და ალკოჰოლზე უარის თქმა.

1.2გულის იშემიური დაავადება

გულის იშემიური დაავადება – ქრონიკული პათოლოგიური პროცესია, რომელიც განპირობებულია მიოკარდის სისხლმომარაგების დარღვევით; უმრავლეს შემთხვევაში (97–98%) წარმოადგენს გულის კორონარული არტერიების ათეროსკლეროზის შედეგს. ძირითადი კლინიკური ფორმებია – სტენოკარდია, მიოკარდის ინფარქტი და კორონაროგენული (ათეროსკლეროზული) კარდიოსკლეროზი; პირველი ორი წარმოადგენს მწვავე, ხოლო კარდიოსკლეროზი – დაავადების ქრონიკულ ფორმებს. ეს ფორმები გვხვდება როგორც იზოლირებულად, ასევე კომბინაციაში, მათ შორის სხვადასხვა გართულებებითა და შედეგებით (გულის უკმარისობა, გულის რითმისა და გულშიგა გამტარობის დარღვევები, თრომბოემბოლიები და სხვ.) ამით განისაზღვრება სამკურნალო და პროფილაქტიკური ღონისძიებების ფართო დიაპაზონი. დაავადების რემისიის პერიოდში ნაჩვენებია სანატორულ-კურორტულიმკურნალობა.
დაავადების პროგნოზი და შრომისუნარიანობა დამოკიდებულია დაავადების გამწვავების სიხშირეზე, ასევე გულის ფუნქციების დარღვევების ხასიათზე, (ასევე სხვა ორგანოების), რომელიც განვითარდა დაავადების გართულებების შედეგად.

გულის იშემიური დაავადება (გიდ) გულის კუნთის სისხლით არასაკმარისი მომარაგების შედეგია. გულის სისხლძარღვების შევიწროების ან დახშობის გამო ჟანგბადისა და საკვები ნივთიერებების გადამტანი სისხლი მათში სათანადო ოდენობით ვერ გაედინება.

სიმპტომები და მიმდინარეობა. იმის მიხედვით, რამდენად არის გამოხატული, რამდენად ხანგრძლივია და რამდენად სწრაფად პროგრესირებს გულის შიმშილი, განასხვავებენ გიდ-ის რამდენიმე ფორმას. ესენია:

- **გიდ-ის უსიმპტომო ანუ ჩუმი ფორმა.** ამ დროს გულის შიმშილი კლინიკური სიმპტომებით არ გამოვლინდება.
- **სტენოკარდია**. ამ დროს გულის კვების უკმარისობა ვლინდება გულმკერდის არის ძლიერი ტკივილით, რასაც პროვოცირებას უწევს ფიზიკური დატვირთვა, სტრესი, სიცივე ან უზომო დანაყრება.
- **გიდ-ის ასთმური ფორმა**. ამ დროს გულის სისხლით არასათანადო მომარაგება ვლინდება გულის რიტმის მოშლით, უმეტესად - მოციმციმე არითმიით.
- **მიოკარდიუმის ინფარქტი.** ეს არის გულის კუნთის ნაწილის სიკვ¬დილი, რომელსაც მისი შიმშილი იწვევს.

- **უეცარი გულისმიერი სიკვდილი** - გულის გაჩერება, რომელიც უმეტესად სისხლის მიწოდების მკვეთრი შემცირებით არის გამოწვეული. ამ დროს ადამიანის გადარჩენა მხოლოდ სასწრაფო სარეანიმაციო ღონისძიებებს შეუძლია.

.

ეტიოლოგია

გულის იშემიური დაავადება - **(გიდ)** - გულის სისხლძარღვების (კორონარების) ათეროსკლეროზის გამო ვითარდება. ამ დროს არტერიის კედლებზე ჩნდება ე.წ. ფოლაქები, რომლებიც ან ავიწროებს სისხლძარღვების სანათურს, ან სავსებით ახშობს მათ. თავდაპირველად კორონარული სისხლძარღვების შევიწროება უმნიშვნელოა და გულმკერდის არის ტკივილით (სტენოკარდიით) ვლინდება. ათეროსკლეროზული ფოლაქის დაშლისას შევიწროებულ სისხლძარღვში ჩნდება თრომბები, რომლებიც მიოკარდიუმის ინფარქტს იწვევს.
გულში სისხლის მიდინება ასევე შეიძლება შეაფერხოს კორონარული სისხლძარღვების სპაზმმა ან ანთებამ, რასაც მოწევა, სიმსუქნე, არტერიული წნევის მატება, წამლების უკონტროლო მიღება, ჰორმონული ცვლილებები, არასწორი კვება და ზოგიერთი სხვა მიზეზი იწვევს.

გართულებები

გიდ - გულის იშემიური დაავადება - შესაძლოა გართულდეს გულის რიტმის დარღვევით ან ბლოკადით. მძიმე ფორმისას ვითარდება გულის ქრონიკული უკმარისობა. განვითარებულ ქვეყნებში გიდ სიკვდილისა და დაინვალიდების ყველაზე გავრცელებული მიზეზია. მის წილად მოდის სიკვდილიანობის დაახლოებით 30%. ეს დაავადება ემუქრება ყოველ მესამე ქალსა და ყოველ მეორე მამაკაცს. განსხვავება იმით არის განპირობებული, რომ ქალის სასქესო ჰორმონები სისხლძარღვებს რამდენადმე იცავს ათეროსკლეროზული დაზიანებისგან. მენოპაუზის შემდეგ ჰორმონული ფონის შეცვლის გამო ქალებში ინფარქტის განვითარების ალბათობა იზრდება.

დიაგნოსტიკა და მკურნალობა

ავადმყოფის ჩივილებია: ტკივილი გულმკერდის არეში, გულის რიტმის დარღვევა, ქოშინი. ზუსტი დიაგნოსტირებისთვის საჭიროა ელექტროკარდიოგრაფიას და ექოკარდიოგრაფია. საჭიროებისას ინიშნება კარდიოანგიოგრაფია. ასევე უნდა გაკეთდეს სისხლის საერთო ანალიზი, ჩატარდეს ბიოქიმიური კვლევა და კოაგულოგრაფია.
გიდ-ის მედიკამენტური მკურნალობისას გამოიყენება სხვადასხვაგვარი მოქმედების კომბინირებული პრეპარატები. ზოგიერთი პრეპარატი გულის სისხლძარღვებს აფართოებს, ზოგიერთი ამცირებს ამ ორგანოს დატვირთვას, აქვეითებს არტერიულ წნევას და ათანაბრებს გულის რიტმს. არსებობს საშუალებებიც, რომლებიც გიდ-ის ძირითად მიზეზს ებრძვის - სისხლში ქოლესტერინის დონეს აქვეითებს.
შევიწროებული არტერიის გაფართოება შესაძლებელია არცთუ ისე რთული ოპერაციით -

კორონარული ანგიოპლასტიკით: სისხლძარღვის დაზიანებულ უბანში იდგმება სტენტი. რთულ შემთხვევებში კარდიოქირურგები მიმართავენ შუნტირებას, რომლის დროსაც დახშული სისხლძარღვი კარგად გამავალი ახალი სისხლძარღვით იცვლება (ის, როგორც წესი, კიდურის ვენისგან მზადდება).

1.3.ჰიპერტონია

არტერიული ჰიპერტენზია არტერიული წნევის ნორმაზე მეტად აწევაა. ნორმა, ასაკის შესაბამისად, 110/70 – 130/80მმ.ვწყ.სვ-ის დიაპაზონში მერყეობს. ასაკთან ერთად სისტოლური არტერიული წნევის მომატება არცთუ ისე დიდი ხნის წინ ნორმალურ ფიზიოლოგიურ პროცესად განიხილებოდა და "სიბერის გამოხმაურებად" ითვლებოდა. იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ცალკე გამოყოფა სწორედ იმის გამო გახდა საჭირო, რომ ის გულ-სისხლძარღვთა, ცერებრული და თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის მნიშვნელოვან რისკფაქტორს წარმოადგენს, ამიტომ იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის ასაკობრივ ნორმად მიჩნევა სწორი არ არის ,თუმცა იზოლირებულ სისტოლურ ჰიპერტენზიას ჯანდაცვის ექსპერტები ამგვარად განმარტავენ: "იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტონია - ეს არის ზოგადი ტერმინი, რომელიც მიესადაგება ყველა იმ ავადმყოფს, რომელსაც აქვს მაღალი (140 მმ.ვწყ.სვ-ის ტოლი ან მეტი) სისტოლური და 90 მმ.ვწყ.სვ-ზე ნაკლები დიასტოლური წნევა". აღნიშნული პათოლოგია იმატებს 55 წელს გადაცილებულ პაციენტებში. ჰიპერტენზიის ეს ფორმა ქალების 14%-სა და მამაკაცების 23%-ს აღენიშნება. ასევე ცალკეა გამოყოფილი და ხშირად გვხვდება სკლეროზული სისტოლური ჰიპერტონია, რაც გულისხმობს მხოლოდ სისტოლური წნევის მომატებას, გვხვდება ხანდაზმულ პირებში და საფუძვლად არ უდევს რომელიმე დაავადება, რომელსაც შეეძლო მაღალი სისტოლური წნევა გამოეწვია. საჭიროა, ერთმანეთისგან განვასხვაოთ პირველადი იზოლირებული და მეორეული ანუ სიმპტომური ჰიპერტონია. მეორეული ანუ სიმპტომური ჰიპერტონია თან ახლავს შემდეგ დაავადებებსა და მდგომარეობებს: აორტის სარქვლის უკმარისობას, სრულ ატრიოვენტრიკულურ ბლოკადას, არტერიოვენურ ანევრიზმას, ღია არტერიულ სადინარს, აორტიტს, მონკებერგის სკლეროზს, აორტის კოარქტაციას, თირეოტოქსიკოზს, პეჯეტის დაავადებას, ბერი-ბერის ავადმყოფობას, ანემიას, ცხელებას.

კლინიკური მიმდინარეობა

არტერიული წნევის ხასიათის, მისი დინამიკის, კლინიკური სიმპტომატიკის მიხედვით მიზანშეწონილია გამოიყოს პირველი და მეორე ტიპი, ლაბილური და სტაბილური ჰიპერტონია.

პირველი ტიპი - სკლეროზული სისტოლური ჰიპერტონიის ე.წ. პირველადი ფორმა. ამ დროს არც ანამნეზში, არც უშუალოდ ავადმყოფზე დაკვირვებისას არ აღინიშნება დიასტოლური წნევის მომატება (გარდა ძალიან იშვიათი შემთხვევებისა). ყოველთვის ან თითქმის ყოველთვის, აღინიშნება სისტოლური ჰიპერტონია, რომელიც ენაცვლება წნევის ნორმალურ მაჩვენებელს.

მეორე ტიპი – სისტოლურ-დიასტოლური ჰიპერტონიის თანდათანობითი ტრანსფორმაცია სკლეროზულ სისტოლურ ჰიპერტონიაში. ჰიპერტენზიის სტაბილური მიმდინარეობისას ადგილი აქვს სისტოლური წნევის შედარებით მუდმივ მატებას მცირე მერყეობით. დიასტოლური წნევა არ არის მომატებული ან ჯერ კიდევ მცირედ მერყეობს. ჰიპერტონიული კრიზები არ ვითარდება ან იშვიათია. ჰიპერტონიის ლაბილური მიმდინარეობისას სისტოლური წნევის მერყეობა მკვეთრად გამოხატულია, დიასტოლურისა - ნაკლებად; წნევა შეიძლება მკვეთრად მერყეობდეს დღის მანძილზე, ხშირია პერიოდები წნევის ნორმალური მაჩვენებლით, ხშირია ჰიპერტონიული კრიზი.

ჰიპერტონიასთან დაკავშირებული სიმპტომები, თავის მხრივ, შეიძლება დაიყოს ტიპურ, ნებისმიერი სახის ჰიპერტონიისთვის დამახასიათებელ და არატიპურ ნიშნებად, რომლებიც მხოლოდ სისტოლურ ჰიპერტონიას ახასიათებს და რომლის კლინიკური სურათი მოიცავს სუბიექტურ და ობიექტურ სიმპტომებს, უფრო ხშირად სისტოლური ჰიპერტონიის დროს 160-200/60-90 მმ.ვწყ.სვ. წნევა ფიქსირდება. იშვიათად გვხვდება ავადმყოფი 300 მმ.ვწყ.სვ. სისტოლური და ნორმალური დიასტოლური, ასევე - 50-40 მმ.ვწყ.სვ. და უფრო ნაკლები დიასტოლური წნევით. შედარებით ხშირი ჩივილია თავის ტკივილი, მეორე ადგილს იკავებს თავბრუხვევა, ხმაური და პულსაცია თავში

დიაგნოსტიკა

წნევის ვარიაბელურობა ასაკთან ერთად იზრდება, კვლევისას საჭიროა წნევის რამდენჯერმე გაზომვა. თუ სისტოლური აღემატება 160 მმ.ვწყ.სვ-ს, ხოლო დიასტოლური 90მმ.ვწყ.სვ-ზე დაბალია, სვამენ სისტოლური ჰიპერტე-ნზიის დიაგნოზს. ლაბორატორიული კვლევისას ყურადღება უნდა მიექცეს სისხლის პლაზმასა და შარდში კატექოლამინების (ადრენალინისა და ნორადრენალინის) განსაზღვრას.

მკურნალობა

არტერიული ჰიპერტენზიის მკურნალობის მიზანი მხოლოდ არტერიული წნევის დაწევა კი არ არის, არამედ ამ პათოლოგიით გამოწვეული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება. მრავალმხრივმა გამოკვლევამ დაადასტურა, რომ მკურნალობის შედეგად საგრძნობლად შემცირდა გართულებები და ამ მიზეზით გამოწვეული სიკვდილიანობა. მკურნალობა ითვალისწინებს:

1) ჰიპოლიპიდემიურ თერაპიას;

2) ანტიაგრეგაციულ თერაპიას;

3) საკუთრივ ჰიპოტენზიურ თერაპიას.

იზოლირებული სისტოლური ჰიპერტენზიის მკურნალობისას განსაკუთრებულ მიდგომას მოითხოვს წნევის თანდათანობითი დაწევა. სწრაფი დაწევა დაბალ მაჩვენებლამდე აღრმავებს ტვინისა და თირკმელების უკმარისობას.

1.4.მიოკარდიუმის ინფარქტი

როგორც ცნობილია გულის კუნთს სისხლით კორონარული არტერიები ამარაგებს. როდესაც კორონარულ არტერიებში თრომბი ჩნდება და სისხლის მიმოქცევა წყდება, პაციენტს ეწყება ძლიერი ტკივილი გულის არეში.

გულის კუნთს გამუდმებით სჭირდება ჟანგბადი. მისი დეფიციტის დროს გულის კუნთის უჯრედები ზიანდება, რაც ტკივილისა და ზეწოლის შეგრძნებას იწვევს. თუ გულის მკვებავ კორონარულ სისხლძარღვებში სისხლის მიმოქცევა არ აღდგა, გულის კუნთის უჯრედები იღუპებიან და გულის კუნთში შემაერთებელქსოვილოვანი ნაწიბური წარმოიქმნება. გულის კუნთისთვის ჟანგბადის მიწოდების მკვეთრი უკმარისობა შესაძლოა გულის რეგულარული რიტმის დარღვევის ანუ არითმიის მიზეზადაც იქცეს.

ეტიოლოგია

შეტევა მაშინ აღმოცენდება, როცა იხშობა ერთი ან მეტი ისეთი არტერია, რომელიც გულს ჟანგბადით მდიდარი სისხლით კვებავს. ამ არტერიებს კორონარული ანუ გვირგვინოვანი არტერიები ეწოდება. კორონარული არტერიები შეიძლება შევიწროვდეს ქოლესტერინის დაგროვების, ათეროსკლეროზული ფოლაქის ფორმირების გამო. თუ თრომბის ზომა დიდია, კორონარულ არტერიაში სისხლის მიმოქცევა წყდება. მაგრამ შეტევის მიზეზი კორონარული არტერიების სპაზმიც შესაძლოა იყოს, რაც გულის კუნთისთვის სისხლის მიწოდებას მკვეთრად ამცირებს. აღსანიშნავია, რომ კოკაინი შესაძლოა სიცოცხლისათვის საშიში სპაზმის მიზეზად იქცდეს.

პათოგენეზი

მიოკარდიუმის ინფარქტი არის იმ პროცესის საბოლოო სტადია, რომელიც, ჩვეულებრივ, რამდენიმე საათის განმავლობაში მიმდინარეობს. ყოველ წუთს გულის კუნთის სულ უფრო მეტი ნაწილი განიცდის სისხლის დეფიციტს, რის გამოც ზიანდება და კვდება. თუ გულის სისხლით მომარაგება დროულად აღდგა, დაზიანება შესაძლოა მინიმალური იყოს ან საერთოდ ავიცილოთ თავიდან.

მიოკარდიუმის ინფარქტი ხშირად სრულდებოდა სიკვდილით. დღეს, მკურნალობის გაუმჯობესებული მეთოდებისა და გულის შეტევის სიმპტომთა მნიშვნელობის განმარტების წყალობით, პაციენტთა უმრავლესობა გულის შეტევის შემდეგ სიცოცხლეს ინარჩუნებს.

ცხოვრების წესს - კვების ხასიათს, ფიზიკური ვარჯიშის ინტენსივობას, სტრესულ ფაქტორებს - დიდი მნიშვნელობა აქვს გულის შეტევის შემდეგ პაციენტის გამოჯანმრთელებისთვის.

კლინიკური მიმდინარეობა და სიმპტომები

გულის შეტევის ყველაზე გავრცელებული სიმპტომებია:

- მოჭერის, ზეწოლის ან შებოჭვის შეგრძნება და ტკივილი მკერდის ძვლის უკან, რაც რამდენიმე წუთს გრძელდება;
- ტკივილი, რომელიც გულმკერდიდან ვრცელდება ბეჭების, მხრების, ზურგის, ზოგ შემთხვევაში - ქვედა ყბისა და კბილებისკენ;
- გულში ტკივილის ეპიზოდების გახშირება;
- გახანგრძლივებული ტკივილი მუცლის ზედა ნაწილში;
- ქოშინი;
- ოფლიანობა;
- სიკვდილის შიში;
- გულის წასვლის შეგრძნება;
- გულისრევა და ღებინება.

აღნიშნავია, რომ ქალებში გულის შეტევა შესაძლოა განსხვავებული სიმპტომებით წარიმართოს. ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნების გარდა, მოსალოდნელია:

- მუცლის ტკივილი ან გულძმარვა;
- ცივი ოფლი;
- თავბრუხვევა;
- უჩვეულო და ერთი შეხედვით უმიზეზო სისუსტე.

ეს სიმპტომები სხვადასხვა შემთხვევაში სხვადასხვა ხარისხით არის გამოხატული. შეტევა შეიძლება აღმოცენდეს მუშაობის, გართობის, მოსვენების ან ფიზიკური აქტივობისას. ზოგჯერ მოულოდნელად იწყება, მაგრამ უმეტესად წინ უძღვის სიმპტომები, რომლებიც მას საათობით, დღეობით, კვირაობითაც კი უსწრებს.

შეტევის ყველაზე ადრეული წინამორბედი სიმპტომი შეიძლება იყოს განმეორებითი ტკივილი გულმკერდში, რომელიც ფიზიკური დაძაბვისას აღმოცენდება, ხოლო მოსვენებისას მცირდება.

დიაგნოსტიკა

აუცილებელია ანამნეზის დეტალურად შეგროვება, ობიექტური გასინჯვა და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები:

- ელექტროკარდიოგრაფია;
- სისხლში ტროპონინის აქტივობის შესწავლა;
- ექოკარდიოსკოპია ;

- ანგიოგრაფია - აჩვენებს კორონარული არტერიების შევიწროებას ან ბლოკირებას. კვლევისას სპეციალურ კათეტერს ქვემო კიდურის არტერიიდან გულისკენ ამოძრავებენ და გვირგვინოვან სისხლძარღვებში საკონტრასტო ნივთიერება შეჰყავთ, რის შედეგადაც არტერიები რენტგენის აპარატზე ჩნდება. გარდა ამისა, დამატებით შესაძლებელია არტერიების ბლოკირების მკურნალობა - სპეციალური ბალონით კორონარის ბლოკირებული არის გაფართოება (ბალონური დილატაცია) ან არტერიაში სპეციალური სტენტის ჩადგმა, რომელიც არტერიას გაფართოებულ მდგომარეობას უნარჩუნებს და გარკვეულწილად იცავს ხელახალი შევიწროებისგან.

გართულებები

მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს აღმოცენებული გართულებები გულის კუნთში აღმოცენებულ ცვლილებებს უკავშირდება. მას შეიძლება მოჰყვეს:

- არითმია ანუ გულის რიტმის დარღვევა, ზოგჯერ - ფატალურიც;
- გულის უკმარისობა - ვითარდება ქოშინი, სისუსტე, ქვემო კიდურების შეშუპება. გულის უკმარისობა შესაძლოა შეტევის მოხსნისთანავე უკუგანვითარდეს, მაგრამ არ არის გამორიცხული ქრონიკული უკმარისობის აღმოცენებაც, რომელიც გულის კუნთის ძლიერი დაზიანების შედეგია.
- გულის გახეთქვა - ინფარქტის შედეგად დასუსტებული გულის კუნთი შეიძლება გასკდეს. ეს მდგომარეობა სწრაფად სრულდება სიკვდილით.
- სარქვლების დაზიანება - ინფარქტის გამო სარქვლების დაზიანებამ შესაძლოა სიცოცხლისთვის საშიში გართულებები გამოიწვიოს.

მკურნალობა

მიოკარდიუმის ინფარქტის მკურნალობა მოიცავს რამოდენიმე ჯგუფის პრეპარატის გამოყენებას:

- ასპირინი - ამცირებს სისხლში თრომბოციტების აგრეგაციას და ეხმარება, რომ შევიწროებულ კორონარში სისხლის მიმოქცევა არ შეწყდეს.
- თრომბოლიზურ საშუალებები - ისინი შლის სისხლძარღვში არსებულ თრომბს. თრომბოლიზური პრეპარატების ადრეული გამოყენება ზრდის გულის კუნთის დაზიანების ხარისხის შემცირებისა და პაციენტის გადარჩენის შანსს.
- შედედების საწინააღმდეგო სხვა საშუალებები. ისინი გარკვეულწილად ჰგავს ასპირინს და ახალი თრომბების ფორმირებისგან იცავს პაციენტს. ამ ჯგუფის წარმომადგენელია კლოპიდოგრელი (პლავიქსი) და IIბ/IIIა რეცეპტორების სხვა ბლოკერები.

- სისხლის გამათხიერებელ სხვა საშუალებები მაგ. ჰეპარინი, რომელიც ზრდის სისხლის თხევადობას და ამცირებს ახალი თრომბების წარმოქმნის ალბათობას. ჰეპარინი ნემსით შეჰყავთ ინტრავენურად ან კანქვეშ.
- ტკივილგამაყუჩებელ საშუალებები.
- ნიტროგლიცერინი - ეს პრეპარატი, რომელიც სტენოკარდიის სამკურნალოდ გამოიყენება, დროებით აფართოებს არტერიულ სისხლძარღვებს და აუმჯობესებს სისხლის დინებას გულიდან და გულისაკენ.
- ბეტა-ბლოკერები. ეს პრეპარატები აადვილებს გულის მუშაობას, ვინაიდან ამცირებს გულის შეკუმშვათა სიხშირეს, აქვეითებს არტერიულ წნევას. ბეტა-ბლოკერებს შეუძლია გულის კუნთის დაზიანების შემცირება და განმეორებითი შეტევების პროფილაქტიკა.
- ქოლესტერინის დამაქვეითებელ პრეპარატები. ისინი ამცირებს სისხლში ქოლესტერინის შემცველობას.

რეაბილიტაცია

გადაუდებელი დახმარების მიზანი მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს გულის კუნთის შემდგომი დაზიანების თავიდან აცილება.

მკურნალობის მიზანია გულის კუნთის მთლიანობის და ფუნქციის აღდგენა და შეტევის განმეორების პროფილაქტიკა. სწორედ ამ მიზანს ემსახურება რეაბილიტაცია, რომელიც მედიკამენტურ მკურნალობას, ცხოვრების წესის შეცვლას და ემოციურ სფეროზე ზემოქმედებას გულისხმობს. არასოდეს არის გვიანი იმ ღონისძიებების დაწყება, რომელთა დახმარებითაც შესაძლებელია გულის შეტევის თავიდან აცილება. პროფილაქტიკა აუცილებელია მაშინაც, როცა პაციენტს შეტევა ერთხელ უკვე ჰქონდა. ამ თვალსაზრისით მედიკამენტური მკურნალობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. მიოკარდიუმის ინფარქტის შემდეგ გაჯანსაღებისა და განმეორებითი შეტევის თავიდან ასაცილებლად აუცილებელია:

- თამბაქოს მოწევის აკრძალვა.
- სისხლში ქოლესტეროლის კონტროლი.
- სისხლში გლუკოზის შემცველობის კონტროლი.
- სისხლის არტერიული წნევის კონტროლი.
- რეგულარული ვარჯიში.
- სხეულის ნორმალური წონა.
- ჯანსაღი კვების პრინციპი.
- ალკოჰოლური სასმელების შეზღუდვა.

1.5.პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებები ხშირად აღინიშნება ჭარბწონიან პირებში, ასევე რისკფაქტორებს მიეკუთვნება მაღალი არტერიული წნევა, ქოლესტერინის მაღალი დონე, შაქრიანი დიაბეტი, გულის იშემიური დაავადება, მამრობითი სქესი, ასაკი 50 წელზე

მეტი, ოჯახური ანამნეზი, ცხოვრების არაჯანსაღი წესი: მოწევა, დიდი რაოდენობით ცხიმების შემცველი საკვების მოხმარება.

კლინიკური სურათი

სიმპტომები დამოკიდებულია დაზიანებული სისხლძარღვის ლოკალიზაციაზე, ყველაზე ხშირია ქვემო კიდურის არტერიების დაზიანება, შესაბამისად შეიძლება აღინიშნებოდეს:

- კოჭლობა, ტკივილი, დაღლილობა, სიმძიმისა და ჩხვლეტის შეგრძნება ქვემო კიდურებში საწყის ეტაპებზე მხოლოდ დატვირთვისას
- დაავადების მძიმე ფორმების დროს ტკივილისა და დაბუჟების შეგრძნება ქვემო კიდურებში მოსვენების დროსაც აღინიშნება
- კიდურების გაცივება
- ქვემო კიდურებზე თმიანობის გაქრობა
- ციანოზური ელფერი
- პულსის შესუსტება
- ჭრილობებისა და წყლულების გაძნელებული შეხორცება
- ქვემო კიდურების შეშუპება
- კუნთების ატროფია

დიაგნოსტიკა

პერიფერიული სისხლძარღვების დაავადებების დროს პირველ რიგში ხდება ქვემო კიდურებზე პულსის შემოწმება, წნევის გაზომვა და შედარება ზემო კიდურებზე არსებულ წნევასთან, ტარდება ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევები. აუცილებელია სისხლში განისაზღვროს ლიპიდების, ჰომოცისტეინის, შაქრის დონე. არტერიების მდგომარეობის შესაფასებლად მიმართავენ ულტრაბგერით კვლევას, ტარდება ქვემო კიდურების არტერიების ანგიოგრაფია, მაგნიტორეზონანსული ტომოგრაფია.

1.6.ათეროსკლეროზი

ათეროსკლეროზი სისხლძარღვთა ქრონიკული დაავადებაა. ის სისხლძარღვთა კედლებში ეგრეთ წოდებული ათეროსკლეროზული ფოლაქების ფორმირებით ხასიათდება. მათი წარმოქმნა ცხიმის დაგროვებისა და შემაერთებელი ქსოვილის გამრავლების შედეგია. ფოლაქები უპირატესად მსხვილ სისხლძარღვებში წარმოიქმნება, იწვევს სისხლძარღვის შევიწროებასა და დეფორმაციას, რაც ორგანოთათვის სისხლის მიწოდების დაქვეითების და ამის გამო მათი იშემიის შედეგია.

ათეროსკლეროზის რისკ-ფაქტორებია:

- **ასაკი.** ასაკთან ერთად ათეროსკლეროზის რისკიც იზრდება. რაც უფრო მეტია ასაკი, მით უფრო მაღალია ათეროსკლეროზის რისკი. ათეროსკლეროზის რისკი საგრძნობლად იწევს მაღლა 45-50 წლის შემდეგ.
- **სქესი.** მამაკაცებს ათეროსკლეროზი 10 წლით ადრე ეწყებათ და 50 წლამდე მისი განვითარების 4-ჯერ მეტი ალბათობა აქვთ. ეს განსხვავება 50 წლის შემდეგ ქრება, რაც ქალის ორგანიზმში მიმდინარე ჰორმონულ ცვლილებებსა და ქალის სასქესო ჰორმონების - ესტროგენების - დამცავი როლის შესუსტებასთან არის დაკავშირებული.
- **გენეტიკური განწყობა** ათეროსკლეროზის შედარებით ნაადრევად, 50 წლამდე, დაწყების მიზეზია. 50 წლიდან კი მემკვიდრეობა ნაკლებ როლს ასრულებს
- თამბაქოს წევა.
- ის ნეგატიურ ზემოქმედებასთან არის დაკავშირებული.
- არტერიული ჰიპერტენზია.
- სიმსუქნე.
- დისლიპიდემია ანუ ცხიმების ცვლის დარღვევა. ის ათეროსკლეროზის განვითარების უმნიშვნელოვანესი ფაქტორია. ზემოთ დასახელებული ფაქტორების უმრავლესობა თავის დამაზიანებელ ზემოქმედებას სწორედ დისლიპიდემიის მეშვეობით ახორციელებს. ათეროსკლეროზისა და მასთან დაკავშირებული გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ეგრეთ წოდებული "ცუდი" ქოლესტერინის ანუ დაბალი სიმკვრივის ქოლესტერინისა და ტრიგლიცერიდების მომატება.
- არასწორი კვება ცხოველური ცხიმებისა და კალორიების მაღალი შემცველობით, რომელიც აჩქარებს ათეროსკლეროზის პროგრესირებას.
- ცხოვრების უმოძრაო წესი ანუ ჰიპოდინამია ათეროსკლეროზის, შაქრიანი დიაბეტისა და არტერიული ჰიპერტენზიის აღმოცენების მნიშვნელოვანი ფაქტორია. უმოძრაობა ხელს უწყობს ცხიმებისა და ნახშირწყლების ცვლის დარღვევას, ეს კი ზრდის დასახელებული დაავადებების რისკს.
- ინფექცია - შედარებით ახალია თეორია ათეროსკლეროზის აღმოცენებაში ინფექციის მნიშვნელობის შესახებ. მან აღმოცენებისთანავე მიიპყრო ყურადღება. ბოლო პერიოდის კვლევების თანახმად ათეროსკლეროზის სწრაფი პროგრესირების მნიშვნელოვანი ფაქტორი შეიძლება იყოს ქლამიდიური და ციტომეგალოვირუსული ინფექცია. ამ მტკიცების სასარგებლოდ მეტყველებს ათეროსკლეროზის სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ პაციენტებში სისხლში ანტისხეულების მაღალი ტიტრი აღნიშნული ინფექციების წინააღმდეგ.

1.7.ვარიკოზი - ვენის სანათურის პათოლოგიური გაგანიერებაა, რომელსაც თან სდევს ვენის დაგრძელება და დაკლაკვნა. არის შემთხვევები, როდესაც ვარიკოზულ დაზიანებას სხვა ორგანოთა (საყლაპავის, საშვილოსნოს) ვენები განიცდის, მაგრამ ყველაზე ხშირად ვარიკოზული გაგანიერება ფეხის ვენებზე ვითარდება. უმთავრესად ზიანდება დიდი და მცირე კანქვეშა ვენები.

ქალები ვარიკოზით მამაკაცებზე სამჯერ ხშირად ავადდებიან. კერძოდ, ეს დაავადება აქვს 40 წელს გადაცილებულ ყოველ მესამე ქალს და ყოველ მეათე მამაკაცს. ქალებს ვენების გაგანიერება უფრო მეტად სქესობრივი მომწიფების, ორსულობისა და მენოპაუზის ასაკში

ემართებათ. მამაკაცებში დაავადების განვითარების სიხშირე მთელი სიცოცხლის განმავლობაში შედარებით ერთნაირია.

ვარიკოზის დროს ვენის კედელი განიერდება და დუნდება. მასში ვითარდება დისტროფიული ცვლილებები. ზიანდება ვენების სარქვლოვანი სისტემაც, რომელიც დიდ როლს ასრულებს სისხლის ნაკადის კიდურებიდან გულისკენ გადასროლაში. ვენის სარქვლებს ქოლგისებრი ეფექტი აქვს - პერიფერიული ვენებიდან გულისკენ, ქვევიდან ზევით სისხლის დინებისას, ისინი იშლება, სანათურს ახშობს და სისხლს ქვემოთ ჩამოსვლის საშუალებას არ აძლევს. როდესაც ვენის კედელი გაგანიერებულია, ხოლო სარქვლები - დაზიანებული, სისხლის ნაწილი გულს ვეღარ უბრუნდება და პერიფერიულ ვენურ სისტემაში გუბდება. ვენების ვარიკოზული გაგანიერებისას ადგილობრივად იმატებს ვენური წნევა, უფრო მეტად - წვივის ქვედა მესამედში, რაც ვენური სარქვლების უკმარისობას იწვევს. ამის შედეგად წვივის კუნთების შეკუმშვისას სისხლი ღრმა ვენებიდან დიდი წნევით მიედინება ზედაპირულისკენ. ზედაპირულ ვენებში წნევის მატება მათ გაგანიერებას და შეშუპებას იწვევს. ვენური წნევის ხანგრძლივ მატებას თან სდევს კანის გამაგრება და ლურჯი ლაქების გაჩენა (პიგმენტაცია). ეს ამცირებს კაპილარებში სისხლის მიმოქცევას და აჩენს წყლულებს.

1.8.ტროფიკული წყლული

ტროფიკული წყლული, როგორც წესი, წვივის ქვედა მესამედში, კოჭის შიგნითა მხარეს ჩნდება. ხშირად თან ახლავს სველი ეგზემა და კანის შემაწუხებელი ქავილი. წყლული, ჩვეულებრივ, ერთია, იშვიათად - ერთზე მეტი. წყლულიდან გამოიყოფა სეროზული ან ჩირქოვანი სითხე. განსაკუთრებით მტკივნეულია ინფიცირებული წყლული. ამ დროს იმატებს ქსოვილთა შეშუპება, ავადმყოფს არ შეუძლია დიდხანს დგომა და სიარული.

ვარიკოზული ვენა ყველაზე თხელ, კანთან შეხორცების ადგილას შეიძლება გასკდეს. გამსკდარი ვენიდან სისხლი ნაკადად, ზოგჯერ საკმაოდ უხვად მოედინება.

1.9.მწვავე თრომბოფლებიტი

მწვავე თრომბოფლებიტი ვენის კედლის ანთებაა, რომელსაც თან ახლავს ვენის სანათურში თრომბის წარმოქმნა (თრომბოზი). თრომბოფლებიტი ვენების ვარიკოზული გაგანიერების ხშირი გართულებაა.
არჩევენ ზედაპირული და ღრმა ვენების თრომბოფლებიტს. ამ დაყოფას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება, რადგან ზედაპირული ვენების თრომბოფლებიტი ემბოლიურ გართულებებს არ იწვევს, მაშინ როდესაც ღრმა ვენების თრომბოფლებიტი 70-90%-ში ფილტვის არტერიის ემბოლიის ხშირი მიზეზია. მისი სიხშირე მატულობს, თუ პროცესი მუხლის დონეზე მაღლა ვრცელდება. ზედაპირული ვენების მწვავე თრომბოფლებიტი ვარიკოზულ ვენებში ტრავმის შედეგად ვითარდება. ხშირია მშობიარობის შემდეგ. დაავადების ალბათობა ასაკთან ერთად იმატებს. ღრმა ვენების თრომბოფლებიტი განსაკუთრებით ხშირად ემართებათ მწოლიარე

ავადმყოფებს, მაგალითად, მათ, ვინც ქირურგიული ოპერაცია ან მიოკარდიუმის ინფარქტი გადაიტანა. ოპერაციის შემდგომი თრომბოზი ყველაზე მეტად ემუქრებათ გულ-სისხლძარღვთა პათოლოგიის მქონე, დიაბეტიან, ონკოლოგიურ ავადმყოფებს, მოხუცებს, მსუქნებს, უპირატესად - ბარძაყის მოტეხილობის, პროსტატის ამოკვეთის შემდეგ.

ავადმყოფი უჩივის დაზიანებული კიდურის ტკივილს, რომელიც ძლიერდება მოძრაობისა და ფიზიკური დატვირთვისას. ვენა შეწითლებულია, ისინჯება მკვრივი, სიმისებრი მტკივნეული წარმონაქმნი, რომელიც ირგვლივ მდებარე ქსოვილებისგან მკვეთრად არის გამოკვეთილი. სხეულის ტემპერატურა 37-38 გრადუსამდე იმატებს. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა არცთუ შესამჩნევად უარესდება. იშვიათად მოსალოდნელია თრომბის ჩირქოვანი გალღობა და სეპტიკური მდგომარეობა. პროცესი ყველაზე ხშირად კოჭის ვენაში ლოკალიზდება. თუ ის წვივის კუნთებით შემოიფარგლა ან ერთ-ორ ღრმა ვენაზე გავრცელდა, კლინიკური სურათიMმწირია. ერთადერთი ჩივილი შეიძლება იყოს წვივის კუნთების უმნიშვნელო ტკივილი, რომელიც მოძრაობისას ძლიერდება. აღმავალი თრომბოზის დროს, როდესაც პროცესი ბარძაყის ვენაზე ვრცელდება და ბარძაყისა და მუხლქვეშა ვენების თრომბოზიც ერწყმის, ქვედა კიდური შეშუპებულია, მტკივნეული, მუხლის სახსარში მოძრაობა შეზღუდულია. თუ პათოლოგიური პროცესი უფრო მაღლაც გავრცელდა, მთელი კიდური შუპდება, ტკივილი ძლიერდება, კანი ციანოზურ ელფერს იძენს.

მკურნალობის იდეალური მეთოდია თრომბექტომია (თრომბის ამოკვეთა) და დაზიანებულ ვენაში სისხლის მიმოქცევის აღდგენა.

კითხვები:

1. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დროს რა ძირითადი ჩივილები აქვს პაციენტს?
2. რომელი ძირითადი კბილები გამოისახება კარდიოგრამაზე?
3. რა პათოლოგიური პროცესია მოციმციმე არითმია?
4. აღწერეთ გულის იშემიური დაავადების კლინიკა.
5. რა პათოლოგიური პროცესია ჰიპერტონული დაავადება?
6. რა დროს ვითარდება მიოკარდიუმის ინფარქტი?
7. რა კლინიკური ნიშნები ახასიათებს მწვავე თრომბოფლებიტს?

§2.სამკურნალო ტანვარჯიში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებათა დროს

მთელ მსოფლიოში , გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიებს განიხილავენ, როგორც ნომერ პირველ დაავადებებს, რადგან კლინიკურად , ხშირად ახასიათებთ რთული მიმდინარეობა და არაიშვიათად მაღალი ლეტალობა.

მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს, სტაციონარული მკურნალობის პერიოდში, მთავარი როლი უკავია სარეაბილიტაციო ღონისძიებათა კომპლექსს, აქედან მნიშვნელოვანია სამკურნალო ტანვარჯიში. ამ პერიოდში ხშირად აღინიშნება გულ-სისხლძარღვთა სისტემისა და ორგანიზმის ცალკეული ფუნქციების არასტაბილურობა და გართულებები, ამიტომ აუცილებელია პაციენტზე ორიენტირებული, მიზანმიმართული და მოქნილი სარეაბილიტაციო გეგმის შემუშავება.

კლინიკაში, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებათა მკურნალობის პროცესში, სარეაბილიტაციო ღონისძიებები გულისხმობს ავადმყოფის აქტიურ მოძრაობითი რეჟიმზე გადაყვანას - საკუთარი თავის მომსახურებას, კიბის 10-12 საფეხურზე ასვლას და 2-3კმ დოზირებულ სიარულს ნელი ტემპით.

სტაციონარული მკურნალობის პერიოდში, გართულებების გარეშე მიმდინარე მიოკარდიუმის ინფარქტის სარეაბილიტაციო გეგმაში შემავალი საშუალებებიდან კინეზოთერაპიას განსაკუთრებული ადგილი უკავია;

მისი მთავარი ამოცანაა:

- პაციენტის დროზე ადრე გადაყვანა მოძრაობის აქტიურ რეჟიმზე;
- სტაციონარიდან ადრეული გაწერა.

დაავადების გართულებული ფორმის შემთხვევაში კინეზოთერაპიის ამოცანაა:

- პაციენტზე მორგებული ინდივიდუალური სარეაბილიტაციო გეგმის შედგენა.

მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის მიზანია:

- ფიზიკური დატვირთვის ინტენსივობისა და ხანგრძლივობის თანდათანობითი ზრდა პაციენტის უსაფრთხოების გათვალისწინებით;
- გულ-სისხლძარღვთა სისტემის შეგუება ზომიერ ფიზიკურ დატვირთვებზე;
- დოზირებული ფიზიკური ვარჯიშით ვენურ და არტერიულ სისხლძარღვებში სისხლის მიმოქცევის რეგულირება;
- კაპილარული ქსელის ფუნქციების გაზრდის ხარჯზე ქსოვილების სისხლით მომარაგება.

სტაციონარში მიოკარდიუმის ინფარქტის მკურნალობის დროს, ზოგიერთი მეცნიერი დაავადების სიმძიმის მიხედვით გამოყოფს 4 კლასს. ასეთი დაყოფა დამოკიდებულია:

- დაავადების მიმდინარეობის თავისებურებაზე;
- გართულების ფორმაზე და ხასიათზე;
- გამოხატულ კორონარულ უკმარისობაზე.

ცალსახად უნდა ითქვას, რომ მკურნალი ექიმი, რეაბილიტოლოგი და ინსტრუქტორი ერთდროულად განსაზღვრავენ პაციენტის საერთო მდგომარეობას, შეაფასებენ ორგანიზმის რეაქციას ფიზიკურ დატვირთვაზე და შეადგენენ კონკრეტულ სამოქმედო გეგმას.

დღეისათვის სტაციონარულ მკურნალობის ეტაპზე დატვირთვის ხასიათს და ტემპს განსაზღვრავს მკურნალი ექიმი, რადგან გახანგრძლივებულ იმობილიზაციის პერიოდს არასასურველ შედეგებამდე მივყავართ, ამიტომ სასურველია ამ ტიპის პაციენტებისათვის შემცირდეს წოლითი რეჟიმის დრო და დაავადების ადრეული ვადებში ჩართული იქნეს დოზირებული ფიზიკური დატვირთვა. ფიზიკური აქტივობის დროული ჩართვა მკურნალობის პროცესში დადებითად აისახება ხანგრძლივი ადინამიის შედეგად დაქვეითებული კუნთების ძალაზე, მოძრაობის ამპლიტუდასა და კორდინაციაზე. თუ კინეზოთერაპიის ჩატარების პროცესში გაჩნდა ისეთი გვერდითი მოვლენები როგორიცაა

არასასიამოვნო შეგრძნება, ქოშინი ან ტკივილი გულ-მკერდის არეში აუცილებლად დროებით წყდება სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურა.

ფიზიკურ დატვირთვებზე კონტროლს ახორციელებს კინეზოთერაპიის მეთოდისტი; რომლის ფუნქციებში შედის პულსის განსაზღვრა დატვირთვებამდე და მის შემდეგ, სიარულისა და კიბეზე ასვლის კონტროლი (კიბის საფეხურების სიმაღლე, რიცხვი, ასვლის ტემპი და ფორმა, დრო. ასევე სიარულის დოზირება, მანძილი და სიჩქარე), გარდა ამისა პაციენტის მოქმედებასა და გარეგნულ იერსახეზე დაკვირვება და მიღებული მონაცემების შეტანა პაციენტის პირად ბარათში.

სტაციონარულ მკურნალობის ეტაპზე ფიზიკური რეაბილიტაციის პროგრამის შედგენა დიდ არის დამოკიდებული დაავადების სიმძიმეზე და ამის მიხედვით პაციენტი რომელ კლასს მეკუთვნება. ავადმყოფის მიკუთვნება რომელიმე კლასზე განისაზღვრება დაავადების განვითარებიდან პირველივე დღეებში (2-3 დღეს), როდესაც მოხდება ტკივილის სინდრომისა და გართულებების ლიკვიდაცია. რეაბილიტაციის პროგრამა ითვალისწინებს:

- ყოფითი ხასიათის ფიზიკურ დატვირთვებს;
- საწვრთნო რეჟიმს სამკურნალო ტანვარჯიშს სახით.

სტაციონარული მკურნალობის პერიოდში რეაბილიტაციის პროცესი დაყოფილია 4 ეტაპად, რაც გულისხმობს ყოველდღიური ფიზიკური დატვირთვის ხარისხის გადანაწილებას და მათ თანდათანობით მატებას.

2.1.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს (გაფართოებული პალატის რეჟიმი) Iბ IIა

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ზურგზე წოლა	სუნთქვითი ვარჯიშები	5-ჯერ	თავისუფლალი სუნთქვა.
2	იგივე	მტევნის თითების მოხრა და გაშლა.	6-8-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი. ვარჯიშები სრულდება ნელი ტემპით.
3	იგივე	ტერფის მოხრა და გაშლა	6–8–ჯერ.	სუნთქვა ნებისმიერი.
4	იგივე	წინამხრის მოხრა, იდაყვების განზიდვა – ჩასუნთქვა, გასწორებული და დაშვებული ხელებით მიმკლავი – ამოსუნთქვა.	2–3–ჯერ.	

5	იგივე	მიმკლავი , მტევნის სუპინაცია – ჩასუნთქვა. ხელების წინ მაღლა წამოწევა, მტევნის პრონაცია, თავის მაღლა აწევა, ტანისა და ფეხების კუნთების გადაჭიმვა– ამოსუნთქვა.	2–3–ჯერ	საწყის ეტაპზე პაციენტმა შესაძლებელია თავის აწევის გარეშე შესასრულოს ვარჯიში.
6	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	5-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი.
7	იგივე	ქვემო კიდურების რიგრიგობითი მოხრა საწოლიდან მოუშორებლად.	4–6–ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი. ფეხების მოხრა და გაშლა წარმოებს ერთდროულად.
8	იგივე	ხელები ტანის გასწვრივ, ზემო და ქვემო კიდურების ერთდროული როტაცია (გარეთა მხარეს) – ჩასუნთქვა, შიგნით როტაცია - ამოსუნთქვა.	4–6–ჯერ	3-4 პროცედურის შემდეგ შესაძლებელია მხრის სახსარში როტაცია კუნთების მცირე დაძაბვით.
9	იგივე	მარჯვენა ხელი ზევით – ჩასუნთქვა, ხელის მიტანა მარცხენა მუხლთან – ამოსუნთქვა. დაბრუნება ს.მ–ში – ჩასუნთქვა. გაკეთდეს იგივე მარცხენა ხელით მარჯვენა მუხლთან.	4–5–ჯერ.	ფეხები მოხრილი მუხლის სახსრებში.
10	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	5-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი.

11	იგივე	ხელები მოხრილია იდაყვის სახსარში, მტევნები მუშტად შეკრული, ფეხები გასწორებული. მტევნები ტერფები ერთდროულად ასრულებენ წრიულ მოძრაობას .	8–10–ჯერ	სუნთქვა ნებისმიერი.
12	იგივე	ხელები ტანის გასწვრივ, ფეხები გასწორებული . მარჯვენა ხელი თავზე – ჩასუნთქვა, შემდეგ იგივე ხელი ეხება საწოლის კიდეს (საწინააღმდეგო მხარეს) – ამოსუნთქვა. იგივე მეორდება მარცხენა ხელით. .	3–4–ჯერ	
13	იგივე	ბარძაყისა და დუნდულო კუნთების მორიგეობითი, ზომიერი სტატიკური დაძაბვა და მოდუნება. მოდუნებისას – ჩასუნთქვა, დაძაბვა ამოსუნთქვა.	4–5–ჯერ	მე–2–3 დღიდან.
14	იგივე	ხელები ტანის გასწვრივ. ხელების აწევა მაღლა– ჩასუნთქვა, ს.მ–ში დაბრუნება–ამოსუნთქვა .	2–3–ჯერ	
15	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	2-3-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი

2.2.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს (პალატის რეჟიმი) II ბ II ა

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	სმ – სკამზე ჯდომა	სკამის საზურგეზე მიყრდნობა, ხელები მუხლებზე. ხელები მხრებთან, იდაყვები განზე – ჩასუნთქვა. სმ–ში დაბრუნება – ამოსუნთქვა. .	4–5–ჯერ	ვარჯიშები ტარდება ინდივიდუალური მეთოდით. ტემპი ნელი
2	იგივე	ერთდროულად ტერფების გადაგორება და მტევნების მუშტად შეკვრა და გაშლა.	10–15ჯერ	სუნთქვა ნებისმიერი.
3	იგივე	ზემკლავი – ჩასუნთქვა, სმ–ში დაბრუნება – ამოსუნთქვა.	2–3–ჯერ.	ხელების წინიდან ატანა ზეკლავში
4	იგივე	ტერფების ქუსლებით სრიალი იატაკზე წინ–უკან.	6–8–ჯერ	სუნთქვა ნებისმიერი.
5	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	3-4-ჯერ	
6	იგივე	განმკლავი – ჩასუნთქვა. სმ–ში დაბრუნება – ამოსუნთქვა.	3–5–ჯერ	
7	სკამის კიდეზე ჯდომა.	მარჯვენა ხელისა და მარცხენა ფეხის ერთდროულა განზე გატანა – ჩასუნთქვა. დაბრუნება ს.მ–ში – ამოსუნთქვა. იგივე საწინააღმდეგო მხარეს.	6–8–ჯერ.	

8	სკამზე ჯდომა	განმკლავი -ჩასუნთქვა, მარჯვენა მუხლის მიტანა გულმკერდთან ხელების შემოხვევა ამოსუნთქვა.	4–6–ჯერ	
9	იგივე, დოინჯი	თავის წრიული მოძრაობა ჯერ მარჯვნივ, შემდეგ მარცხნივ თითოეულ მხარეს.	3–5–ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი.
10	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	3-5-ჯერ	
11	იგივე	ტერფების როტაციული მოძრაობა, მოხრა გაშლია	2-3-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი.
12	იგივე	მომადუნებელი ვარჯიშები	2-3-ჯერ	

2.3.სამკურნალო ტანვარჯიში სისხლძარღვოვანი უკმარისობის დროს

ძირითადი კლინიკური ნიშნები I სტადიის სისხლძარღვოვანი უკმარისობის დროს გამოხატულია ქოშინისა და ტაქიკარდიის სახით, რომელიც დაკავშირებულია მომატებულ ფიზიკურ დატვირთვასთან. სწრაფი დაღლა რაც დაავადების თანმხლები მოვლენაა, ხშირად იწვევს შრომისუნარიანობის დაქვეითებას; ხოლო შეშუპება ქვემო კიდურში არაიშვიათი ნიშანია.

სამკურნალო ტანვარჯიში, დიეტა, სწორი რეჟიმი, რაც გულისხმობს შრომისა და დასვენების რეჟიმის დაგეგმვას, წარმოადგენს სარეაბილიტაციო სისტემის და ზოგადად მკურნალობის შემადგენელ ერთ-ერთ ძირითად კომპონენტს. პროცედურების ჩატარებისას ვარჯიშების ეფექტური ზემოქმედების გაზრდისა და შედეგების სწრაფად მისაღწევად უმნიშვნელოვანესია პაციენტის ინდივიდუალურ თვისებების, მისი შესაძლებლობების და კარდიო-რესპირატორული სისტემის ცალკეულ რგოლის გავარჯიშება.

დაავადების პირველ პერიოდში ყურადღება გამახვილებულია, ისეთი ტიპის ფიზიკურ დატვირთვაზე, რომელიც ორიენტირებულია ვარჯიშების შესრულების ზოგად უნარ-ჩვევების ჩამოყალიბებასა და სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესებაზე.

II და III პერიოდი ეთმობა გულის კუნთის გავარჯიშებას და მომატებულ ფიზიკურ დატვირთვაზე შეგუებას; ამავდროულად მატულობს მეცადინეობის ხანგრძლივობა და ჩატარებული ვარჯიშების რიცხვი. მკურნალობის მსვლელობაში პროცედურაში ჩართულია თითქმის ყველა ტიპის ვარჯიშები - ზოგადგანმავითარებელი, სუნთქვითი, სატანვარჯიშო იარაღებზე ან იარაღებით და სხვა. პროცედურის ხანგრძლივობა 25-30 წთ-მდე მერყეობს. მთელი სამკურნალო კურსის განმავლობაში ფართოდ გამოიყენება დოზირებული სიარული.

ამავდროულად პაციენტის დღის რეჟიმში აუცილებლად გათვალისწინებულია დილის ჰიგიენური ტანვარჯიში.

აღსანიშნავია, რომ II სტადიის სისხლძარღვოვანი უკმარისობის დროს არცთუ იშვიათად, მოსვენებით მდგომარეობაში გამოხატულია დაავადებისათვის დამახასიათებელი ნიშან-თვისებები . ფილტვებში შეგუბებითი მოვლენები, ქოშინი, ზომიერი შეშუპება ქვემო კიდურებში არის ის არასრული ნუსხა იმ კლინიკური ნიშნებისა რომელიც სახეზეა და საჭიროებს დროულ სტაციონარულ მკურნალობას.

II სტადიის სისხლძარღვოვანი უკმარისობის დროს ძირითადი მკურნალობა მედიკამენტოზურია, ხოლო კინეზოთერაპია დამხმარე საშუალებაა. მეცნიერულად დასაბუთებულია, რომ სამკურნალო ტანვარჯიშის გავლენით მედიკამენტების ათვისება და ზემოქმედება ორგანიზმზე ბევრად ეფექტურია.

სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურა ტარდება სტაციონარში, პაციენტის გაფართოებული წოლითი რეჟიმის პირობებში. მკურნალობის სქემაში ჩართულია ვარჯიშები, თითქმის ყველა ჯგუფის კუნთებისათვის. ტემპი ნელი. ვარჯიშების შესრულებისას ყურადღება უნდა მიექცეს მათ თანმიმდევრობას და განმეორებათა რიცხვს, ასე მაგალითად: მცირე ჯგუფის კუნთებისათვის 8-10, საშუალო -5-6, დიდი 3-4. გაკვეთილის ხანგრძლივობაა 10-15 წთ. მდგომარეობის გაუმჯობესებასთან ერთად იცვლება პაციენტის საწყისი მდგომარეობაც (ჯდომითი, დგომი), შესრულების ტემპი და რიცხვი. პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის და გულის კუნთის სისხლით მომარაგების გაუმჯობესების მიზნით დასაშვებია დღეში 2-3 მეცადინეობის ჩატარება, მასაჟის პროცედურასთან შენაცვლებით.

III სტადიის სისხლძარღვოვანი უკმარისობის დროს დაავადებისათვის ყველა კლინიკური ნიშანი მანიფესტირებულია, მდგრადი მორფოლოგიური ცვლილებებია შინაგან ორგანოებში და შესაბამისად სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის ჩატარება უკუნაჩვენებია.

2.4.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ჰიპერტონული დაავადების დროს

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	დგომა	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	
2	იგივე	სიარული, სიარულის დროს ფეხის მაღლა დადგმა, საწინააღმდეგო მხარეს ტანის როტაცია	2-6წთ	მარცხენა ფეხით სვლა, ტანის მარჯვნივ როტაცია

3	იგივე	სატანვარჯიშო ჯოხის წინ და ზევით აწევა ფეხის უკან გატანით ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	6-8-ჯერ	
4	იგივე	ზემკლავი, ფეხის განზე გატანა, ამავე მხარეს ზნექი ამოსუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ჩასუნთქვა	6-8-ჯერ	
5	იგივე	სუნთქვითი ვარჯშები	2-4-ჯერ	
6	იგივე	ფეხები შეტყოპებილი, სატანვარჯიშო ჯოხით ჯერ ერთ, შემდეგ მეორე მხარეს დახრა	4-5-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
7	იგივე	სატანვარჯიშო ჯოხით წინმკლავი, ჯერ ერთ, შემდეგ მეორე მუხლის მიტანა ამოსუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ჩასუნთქვა	6-8-ჯერ	
8	იგივე	თითის წვერებზე აწევა, თავს ზევით სატანვარჯიშო ჯოხის გადატანა, გაზნექა ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	8-1ო-ჯერ	
9	იგივე	ჯოხი ვერტიკალურად, მის ერთ ბოლოზე ხელები ერთად , თითის წვერებზე აწევა ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	6-8-ჯერ	
10	იგივე	მომადუნებელი ვარჯიშები	2წთ	რხევითი მოძრაობა
11	იგივე	ძუნძულით სირბილი	30წმ-დან	სუნთქვა თავისუფალი

			1წთ-მდე	
12	ჯდომა	ქვემო კიდურების თავისუფალი მოძრაობა	1წთ	სუნთქვა თავისუფალი ქანაობითი მოძრაობა

2.5.სამკურნალო ტანვარჯიში მაობლიტირებელი ენდარტერიტი დროს

დაავადების გამომწვევი ფაქტორებიდან და მათი მიმდინარეობიდან გამომდინარე , მკურნალობის სხვადასხვა სახის მეთოდები (მედიკამენტოზური, ქირურგიული და სხვა.) საშუალებას იძლევა დაავადების ადრეულ ეტაპებზე აღმოვფხვრათ პათოლოგიური პროცესი. მაობლიტირებელი ენდარტერიტის მკურნალობის ზემოხსენებულ საშუალებებთან ერთად გამოიყენება კინეზოთერაპიული პროცედურები და სამკურნალო მასაჟი.
მაობლიტირებელი ენდარტერიტი დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ამოცანაა:

- პერიფერიულ სისხლძარღვებში სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესება.
- დაზიანებული კიდურის ქსოვილებში ნივთოერებათა ცვლის პროცესების რეგულირება.
- კოლატერალური სისხლის მიმოქცევის ხელშეწყობა.
- ორაგანიზმის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესება.

სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურაში შემავალი ვარჯიშების დოზირებას და ზოგადად დატვირთვის სიძლიერეს განაპირობებს პაციენტის მდგომარეობა, მოძრაობითი რეჟიმი, დაავადების სტადია და სხვა.
დაავადების მიმდინარეობიდან გამომდინარე, პირველ და მეორე სტადიაზე შესაძლებელია პაციენტების ჩართვა სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურებში; ამ პერიოდში, როგორც წესი, მკვეთრი დარღვევები (მაგ. როგორიცაა ცვლილებები სისხლის მიმოქცევისა და ტროფიკაში) ნაკლებად ფიქსირდება.
დიდი მიშვნელობა ენიჭება დოზირებულ სიარულს, რაც გულისხმობს ავადმყოფის შესაძლებლობების მიხედვით, გარკვეულ მანძილზე, სათანადო ტემპის შერჩევით სიარულს. თუ დაფიქსირდა ტკივილი, მაშინ დროებით ვწყვეტთ პროცედურას. გარდა სიარულისა, ტანვარჯიშის პროცედურაში ფართოდაა გამოყენებული ვარჯიშები ტანისთვის, ზემო კიდურებისათვის. სუნთქვითი ვარჯიშებუ ჩართულია პროცედურის სამივე ნაწილში. იმ კიდურისათვის, სადაც ფიქსირდება პათოლოგიური პროცესი, (ძირითად ნაწილში) გამოიყენება სპეციალური ვარჯიშები, მომადუნებელი ვარჯიშები და მოძრავი თამაშები.
მესამე ხარისხის დროს ვარჯიშები სრულდება მხოლოდ ჯანმრთელი კიდურებით და ტანით.
სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურაში ჩართულია სუნთქვითი ვარჯიშები და სპეციალური ვარჯიშები.

სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი მაობლიტირებელი ენდარტერიტის დროს.

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ჯდომა	სუნთქვითი ვარჯიშები	3-4-ჯერ	სტატიკური სუნთქვა
2	იგივე	ზემკლავი-ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	4-5-ჯერ	
3	იგივე	ხელი მოხრილია და განზიდული იდაყვის სახსარში, მტევნები მხრებთან. მხრის სახსარში როტაცია	10-12-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
4	იგივე	სკამზე შემობრუნებული ჯდომა, ხელები სკამის საზურგეზე,მარჯვენა ფეხი განზე ჩასუნთქვა და ხელის მიტანა ტერფთან, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა. იგივე მეორე მხარეს	6-8-ჯერ	ვარჯიშის სუნთქვასთან შეხამებით
5	იგივე	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	3-4-ჯერ	
6	იგივე	ზურგის უკან გადახრა, ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	2-3-ჯერ	
7	დგომა	დოინჯი, ტანის ბრუნები	6-8-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
8	იგივე	ფეხები მხრების სიგანეზე, ერთი ფეხის მოხრა და სხეული სიმძიმის გადატანა მეორეზე, ს.მ დაბრუნება	6-8-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი

9	იგივე	სკამთან გვერულად დგომა, ჯერ ერთი ფეხის ქნევითი მოძრაობები, შემდეგ იგივე მოძრაობა მეორე ფეხით	10-12-ჯერ	გვერდის შენაცვლება, სუნთქვა თავისუფალი
10	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	2-3-ჯერ	
11	იგივე	ზემო კიდურების წვრილ სახსრებში ელემენტარაული მოძრაობები. მოხრა, გაშლა როტაცია	4-5-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
12	დგომი	მუხლების მაღლა აწევით სიარული	2-3წთ	იგივე
13	იგივე	განმკლავი ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	5-6-ჯერ	
14	ზურგზე წოლა	ფეხები მოხრილია მუხლის სახსარში, ისე რომ ტერფები არ ეხება საწოლს, სრულდება ტერფების მოხრა და გაშლა	2-4წთ	ვარჯიში სრულდება დაღლის შეგრძნებამდე. სუნთქვა თავისუფალი
15	ჯდომა	ფეხები დაშვებულია	2-3წთ	სუნთქვა თავისუფალი
16	იგივე	დოინჯი, იდაყვების უკან გატანა ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება, ამოსუნთქვა	4-6-ჯერ	
17	იგივე	დიაფრაგმული სუნთქვა	3-4-ჯერ	შესაძლებელია წოლითი ს.მ-დან
18	იგივე	ტერფების ბრუნები	5-10-ჯერ	

კითხვები:

1. რა არის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების დროს კინეზიოთერაპიის მთავარი ამოცანა?

2. მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს დაავადების სიმძიმის მიხედვით რამდენ კლასს არჩევენ და რის მიხედვით?
3. რას ითვალისწინებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების დროს რეაბილიტაციის პროგრამა?
4. ჩამოთვალეთ მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს სამკურნალო ვარჯიშების ძირითადი პუნქტები.
5. რა არის სისხლძარღვანი უკმარისობის დროს სამკურნალო სამკურნალო ტანვარჯიშის ძირითადი საკითხები?
6. ჩამოთვალეთ ჰიპერტონული დაავადების დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ძირითადი კომპონენტები.
7. რა არის ენდარტერიტის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ამოცანა?
8. რისგან შედგება ენდარტერიტის დროს სამკურნალო ვარჯიშების კომპლექსი?

§3. საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებები

3.1.კარდიის ახალაზია - ნეიროკუნთოვანი დარღვევა, რომელიც იწვევს საყლაპავის ქვედა სფინქტერის მოდუნების შემცირებას ან გაქრობას. (კარდიოსპაზმი). საკვები ყოვნდება საყლაპავში.

კლინიკა: ნაადრევი ნიშანი – დისფაგია - დასაწყისში ეპიზოდური ხასიათისაა.

ტკივილი - მკერდის ძვლის უკან, დაკავშირებულია ყლაპვასთან. ფსიქო-ემოციური დატვირთვისას შეიძლება ტკივილი აღმოცენდეს სპონტანურად.

რეგურგიტაცია - აღმოცენდება ჭამის დროს და შეუღლებულია დისფაგიასთან, ან ჭამიდან 1-3 საათის შემდეგ. პროვოცირება შეიძლება გამოიწვიოს ფიზიკურმა დატვირთვამ, სხეულის მდებარეობის შეცვლამ - ფოროზონტალურ მდგომარეობაში გადასვლა, სხეულის დახრა. პროგრესირებადი, მძიმე დაავადებაა.

დიფ,დიაგნოზი - კიბო

პრეკარცეროგენულ დაავადებად ითვლება, შეიძლება განვითარდეს ასპირაციული პნევმონია.

სტადიაზე.

3.2.დიაფრაგმის საყლაპავის ხვრელის თიაქარი:

ამ დროს გულმკერდის ღრუში მუცლის ღრუდან ორგანოების ცდომა ხდება, უმეტესად კუჭის კარდიული ნაწილი.

ეტიოლოგია: მუცლის ღრუში წნევის მომატება, შემაერთებელი ქსოვილის თანდაყოლილი განუვითარებლობა, საყლაპავის გამამაგრებელი კუნთების ტონუსის დაქვეითება, დიაფრაგმის ქვეშ ცხიმის განლევა, გულმკერდის მიდამოს კიფოზი.

კლინიკა: კარდიის უკმარისობა და რეფლუქს-ეზოფაგიტის ნიშნები: ბოყინი, რეგურგიტაცია, გულძმარვა (განსაკუთრებით ტანის მოხრის ან წოლის დროს), სწრაფად მაძღრობის გრძნობა, სლოკინი, გულის ფრიალი.

კუჭის დაავადებები

3.3.მწვავე გასტრიტი - კუჭის ლორწოვანის პოლიეტიოლოგიური მწვავე ანთებაა, რომელიც გამოწვეულია ძლიერი გამღიზიანებლის არახანგრძლივი ზემოქმედებით.

იწვევს ეგზოგენური და ენდოგენური ფაქტორები.

ეგზოგენურია - მექანიკური, თერმული, ქიმიური.

ენდოგენური - ალკოჰოლი, დაინფიცირებული საკვები, მედიკამენტები, ინფექცია.

მწვავე გასტრიტი ყველაზე ხშირად გამოვლინდება, როგორც კვებითი ინტოქსიკაციის შედეგი.

მწ. გასტრიტის განვითარებაში მნიშვნელობა აქვს კუჭში საკვების დაყოვნების ფაქტორს.

ნაკლებ გრადუსიანი ალკოჰოლის მიღებისას, კუჭის ლორწოვანში პათოლოგიური ცვლილებები ვითარდება 40-45წთ-ის შემდეგ, ხოლო 1,5-2სთ-ის

ეს ცვლილებები მთლიანად ქრება. ამ დროს აღინიშნება ეპითელიუმის შეშუპება და უჯრედოვანი ინფირტრაცია (ლომფოციტებით და ნეიტროფილებით).

მაგარი სასმელის მიღების შემდეგ ლორწოვანში ღრმა ცვლილებებია. ხდება ეპითელიუმის ჩამოფრცქვნა. აქედან ვითარდება ეროზია და სისხლჩაქცევა. პათოლოგიური პროცესი გრძელდება 10-15 დღე. შემდეგ მთლიანად აღდგება, ხოლო ინფილტრაცია რჩება უფრო ხანგრძლივად. ასპირინის ხანგრძლივი მიღებაც ანალოგიურ ცვლილებებს იწვევს.

კლინიკური სურათი დამოკიდებულია დაავადების ფორმაზე და სიმძიმეზე.

ძირათადი სიმპტომებია:

ტკივილი: რომელიც შეიძლება დაიწყოს სიმძიმის შეგრძნებით ეპიგასტრიუმის მიდამოში. ეს ის მიდამოა სადაც თავს იყრის ყველა ტკივილი, ამიტომ დიფ.დიაგნოზი უნდა გატარდეს აპენდიციტთან, პანკრეატიტთან, ქოლეცისტიტთან, ელენთის ინფარქტთან, მუცლის წინა კედლის პათოლოგიასთან, მიოკარდიუმის ინფარქტთან, პერიკარდიტთან, ნეკნთაშუა ნევრალგიასთან და ა.შ.

კუჭის ლორწოვანი არ შეიცავს ნერვულ რეცეპტორებს, ტკივილი აღმოცენდება მაშინ როდესაც ირღვევა მისი მოტორული ფუნქცია (გლუვი კუნთების სპაზმი ან მისი გაჭიმვის დროს) და კუჭის პერფორაციის დროს, როდესაც ხდება პერიტონეუმის გაღიზიანება. (ვისცერალური და პერიტონეალური ტკივილები)

პირღებინება vomitus – უნებლიე რთულრეფლექსური აქტი, როდესაც ადგილი აქვს კუჭის შიგთავსის რეგურგიტაციას საყლაპავის საშუალებით, პირის ღრუში და ცხვირის ნესტოებში, არის პილორუსის სპაზმი, კუჭის ანტიპერისტალტიკა და კარდიული სფინქტერის გახსნა. პირღებინება რეგულირდება ცენტრით მოგრძო ტვინში. მას აღიზიანებს კუჭის ლორწოვანი გარსის რეცეპტორებით, პერიტონეუმიდან, თირკმელებიდან.

პირღებინება საკვების მიღებისთანავე მიუთითებს მწვავე გასტრიტზე და კუჭის კარდიალური ნაწილის დაზიანებაზე. საკვების მიღებიდან 0,5-1-2 საათის შემდეგ კი კუჭის ორგანულ დაზიანებაზე (წყლული, სიმსივნე). კუჭის დაავადებისას პირღებინებას პაციენტისთვის შვება მოაქვს, განსხვავებით ცენტრალური პირღებინებისაგან, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს ტვინის სიმსივნე, ჰოპერტონული კრიზი, გადაძაბვა, სტრესი.

პირნაღებ მასას აქვს დიდი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა:

რაოდენობა, სუნი, ფერი, კონსისტენცია, რეაქცია, ნარჩენი საკვების ნიშნები,

პათოლოგიური მინარევები:

პილორუსის სტენოზის დროს პირნაღები მასა შეიძლება რამდენიმე ლიტრი იყოს.

მოუნელებელი საკვები მიუთითებს აქილიაზე;

პირნაღები მასა, რომელიც შეიცავს წინა დღის საკვებს და აქვს ტუტე რეაქცია დეკომპენსირებულ სტენოზზე მიუთითებს.

პირნაღებ მასაში დიდი რაოდენობით ნაღველი დუოდენური გაუვალობის და პოსტრეზექციული მოშლილობის ნიშანია;

სისხლიანი მიუთითებს გასტრო-დუოდენალურ სისხლდენაზე;

ლაყე კვერცხის სუნი კუჭის სიმსივნის დაშლაზე;

განავლოვანი პირღებინება მიუთითებს ნაწლავების გაუვალობაზე, გავრცელებული პერიტონიტის ან კუჭ-ნაწლავის შეკრულობის დროს.

ბოყინი eructacio კუჭში დაგროვილი ჰაერის უნებლიე, ზოგჯერ ხმაურიანი გამოყოფა პირის ღრუში (ბოყინი ჰაერით) ან საკვების მცირე რაოდენობით.

გულძმარვა pyrosis წვის შეგრძნება ეპიგასტიუმში და მკერდის ძვლის უკან.

ის გასტრო-ეზოფაგური რეფლუქსის შედეგია. მაღალი მჟავიანობა. მადის მოშლა და გემოს შეცვლა.

ობიექტურად: ავადმყოფს აღენიშნება შელესილი და მშრალი ენა, პალპაციით მტკივნეულია ეპიგასტრიუმის მიდამო, შუა ხაზიდან მარჯვნივ, მუცელი შებერილია, დიფუზურად მტკივნეული. მუცლის პრესის დაჭიმულობა არ აღენიშნება.

ძლიერი ეგზოგენური გამღიზიანებლის შედეგად გამოწვეულ გასტრიტს ემატება ეზოფაგიტის ნიშნებიც.

ენდოგენური გასტრიტის კლინიკური სურათი ნაკლებ დემონსტრაციულია, იფარება ინტოქსიკაციის ფონზე.

მწ. გასტრიტი მიმდინარეობს 2 კვირა. მორფოლოგიური ცვლილებები უფრო მეტ ხანს აღენიშნება. ენდოგენური გასტრიტის მიმდინარეობა დამოკიდებულია ძირითად დაავადებაზე

მკურნალობა:

ეგზოგენურის დროს - მოვაშოროთ გამღიზიანებელი;

სიმპტომატური მკურნალობა, კუჭის ამორეცხვა 0,5% სოდიანი თბილი წყლით,

ან სუსტი ჩაი ან ლიმონის წვენი, ასკილის წვენი, ცივი, 2-3ლ, ულუფებით.

მკაცრი დიეტა.

შეიძლება დარჩეს პირღებინება.

3.4.ქრონიკული გასტრიტი - არის კლინიკურ-ანატომიური ცნება, რომელიც ხასიათდება კუჭის ლორწოვანი გარსის ანთებითი ცვლილებებითა და დისრეგენერაციით. რეგენერაციის მოშლის გამო ვითარდება ჯირკლოვანი აპარატის პროგრესირებადი ატროფია,რომელსაც მოყვება კუჭის მოტორული,სეკრეტორული და ინკრეტორული ფუნქციის მოშლა. კლინიკურად ვლინდება ტკივილის სინდრომით და კუჭისმიერი დისპეფსიით, შედარებით იშვიათად ნაწლავური დისპეფსიით.

ეტიოლოგია:

1. ალიმენტარული ფაქტორი

2.ლორწოვანის ინფიცირება

3.ენდოგენური მიზეზები

(აუტოიმუნური, გენეტიკური, რომელიც განაპირობებს ანტისხეულების წარმოშობას უჯრედების მიმართ, ენდოკრინული მოშლილობა, გულის უკმარისობის ფონზე ქსოვილოვანი ჰიპოქსია, რკინის დეფიციტი, კვებითი ალერგია.

4.კუჭის ლორწოვანის მუდმივი ტრავმატიზაცია ნაღველით, დუოდენურ-გასტრული რეფლუქსის დროს, რომელიც კუჭის რეზექციისას აღინიშნება,

ქოლეცისტექტომიის, დუოდენური გაუვალობის და პილორუსის უკმარისობის დროს.

5.მედიკამენტები და საწარმოო ფაქტორების მავნე ზემოქმედება.

გამოყოფილია გასტრიტის სამი ტიპი:

1.არაატროფიული - მისი ძირითადი ეტიოლოგიური ფაქტოტი ჰელიკობაქტერიაა

2. ატროფიული, იგი იყოფა აუტოიმუნურად და მულტიფოკალურ ატროფიულ გასტრიტად _ ბიოფსიურ მასალაში მრავლობითი ატროფიის კერებია.

3.განსაკუთრებული ფორმები

ენდოსკოპიის დანერგვამ გაახშირა ეროზიული გასტრიტის დიაგნოზი.

ის საჭიროა განვასხვავოთ ბანალური ეროზიისგან, რომელიც ჯანმრთელ პირობებშიც შეიძლება აღინიშნოს. ყველა ეროზია იყოფა ორ ჯგუფად:

ბრტყელი (სისხლიანი ცრემლები) და ამოწეული, რომლის ცენტრში ჩანს ნეკროზის კერა, რაც მოგვაგონებს ქუნთრუშის მსგავს გამონაყარს და ეწოდება მსგავსი ეროზია. კლინიკური სურათი ნაკლებად სპეციფიურია

3.5.პეპტიკური წყლული (ulcus peptucus) - წყლულოვანი დაავადება

საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის ზედა გზის ლორწოვანი გარსის წყლულოვანი პროცესია. პეპტიკურ წყლულებს მიეკუთვნება კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის ქრონიკული წყლული. ის მორეციდივე, ქრონიკული პროცესია, ხასიათდება ტკივილით და სხვადასხვა ხასიათის დისპეპსიური სინდრომით, ასევე გართულებებით (პერფორაცია, სისხლის დენა, პენეტრაცია და პილოროსტენოზი)

მთავარი სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმია რენტგენოლოგიურად “ნიშის” სიმპტომი და ენდოსკოპიურად ლორწოვანის დეფექტი.

დიაგნოზის ფორმულირების მაგალითები:

1.კუჭის ანტრალური მიდამოს წყლული. კუჭიდან სისხლის დენა (თარიღი)

2.თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული. პერიდუოდენიტი;

3.თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული. ქრონიკული მორეციდივე ფორმა, დუოდენური კომპენსირებული სტენოზით, რემისიის ფაზა.

4.კუჭის წყლული, რემისიის ფაზა.

3.6.კუჭის კიბო (cancer ventruculi)

იზრდება ლორწოვანი გარსიდან. მრავალფაქტობრივი დაავადებაა. საცხოვრებელი პირობები, კვება, გენეტიკური განწყობა, არსებული დაავადებები.

მაკროსკოპულად - შეიძლება იყოს პოლიპური (სოკოსებრი), გამოხატული ენდოგასტრული ზრდით, ლამბაქისებური დაწყლულებით, გამოკვეთილი საზღვრებით და აწეული კიდეებით;

წყლულოვან-ინფილტრაციული, რომელიც ქრონიკული კეთილთვისებიანი წყლულის სიმულაციას იძლევა;

დიფუზური - სკირის ტიპის, რომლის დროსაც აღინიშნება კუჭის მთელი კედლის ფიბროზული გასქელება.

მიკროსკოპულად - დიფერენცირებული და არადიფერენცურებული ფორმები.

არადიფერენცირებულს მიეკუთვნება დიფუზური პოლიმორფულუჯრედოვანი კიბო, რომელიც არ წარმოქმნის გარკვეულ ჰისტოლოგიურ სტრუქტურას.

დიფერენცირებული კიბო მრავალნაირია:

- ჯირკლოვანი (ადენოკარცინომა)
- ფიბროზული (სკირი) შერეული;
- იშვიათი ფორმები;

სპეციალურად გამოყოფენ ნაადრევ კიბოს, მისი ზომები მცირეა (სიმსივნის დიამეტრი 3სმ). მდებარეობს ლორწოვანში და არ აქვს მეტასტაზები. კუჭის კიბო ყველაზე ხშირად ლოკალიზდება ანტრალურ მიდამოში (60-70%)

კლინიკა: საერთო სისუსტე, მადის დაქვეითება, გვიან სატადიაში სრული დაკარგვა, ზიზღი საკვების მიმართ, ტკივილი ეპიგასტრიუმში საკვების მიღების შემდეგ, პირღებინება, პროგრესირებადი სიგამხდრე, ცხელება, ანემია.

მეტასტაზები 75%-ში აღინიშნება, უპირატესად მიმდებარე ლიმფურ კვანძებში.

ჰემატოგენური გზით მეტასტაზები გადადის ღვიძლში, ხოლო კონტაქტური გზით მეზობელ ორგანოებში.

4 სტადიაა:

1სტ. –კუჭის ნაადრევი კიბო 2სმ, მხოლოდ ლორწოვანში, მეტასტაზები არ არის.

2სტ- 4-5სმ, ჩაზრდილია კუნთოვან შრეში, მეტასტაზები ახლომდებარე ორგანოში;

3სტ. - ჩაზრდილია მთელს კედელში, მეზობელი ორგანოებისა და ქსოვილების

ჩართვით, სიმსივნე ნაკლებად მოძრავია, ზომაში მომატებულია. აქვს დაშლისაკენ მიდრეკილება, მეტასტაზები და გართულებებით

4სტ. - საბოლოო, კუჭის გლობალური დაზიანება.

3.7.ნაწლავთა დაავადებები

კლინიკური ნიშნები: მუცლის არეში ტკივილი, მუცლის შებერვა, მეტეორიზმი, ნაწლავის მოტორიკის დარღვევა, შეკრულობა, ფაღარათი და ნაწლავისმიერი სისხლდენა.

მუცლის ტკივილის ლოკალიზაცია, ირადიაცია, ინტესიურობა, ტკივილის გაძლიერებისა და შემცირების ხასიათი უნდა დადგინდეს;

1. ტკივილის აღმოცენება არ არის დაკავშირებული საკვების მიღებასთან, გამონაკლისს წარმოადგენს ანთებითი პროცესი, რომელიც ლოკალიზდება განივ კოლინჯში (ტრანსვერზიტი), რომელიც რეფლექსური ხასიათისაა (განივი კოლინჯის რეფლექსური შეკუმშვა საკვების მიღების შემდეგ)

2. ტკივილი დაკავშირებულია დეფეკაციის აქტთან;

3. ტკივილის შემცირება დეფეკაციისა და გაზების გამოყოფის შემდეგ.

კოლიკის მსგავსი ტკივილი ხასიათდება მოკლე განმეორებითი შეტევით, რომელიც უპირატესად ლოკალიზდება ჭიპის გარშემო.(სპაზმი)

ყრუ ტკივილი ზოგჯერ მუდმივი ხასიათისაა, ძლიერდება მოძრაობის დროს, განსაკუთრებით მაშინ როცა ანთებითი პროცესი გადასულია პერიტონეუმზე.

ტკივილი როდესაც აღმოცენდება მარჯვენა თეძოს მიდამოში არის აპენდიციტი და ა.შ.

ტკივილი დეფეკაციის დროს პროქტიტი და კიბო. (ტენეზმები)

ტკივილი შეიძლება დაკავშირებული იყოს მუცლის ღრუში არსებულ შეხორცებით პროცესებთან.

მეტეორიზმი - მუცლის შებერვა, ყურყური - ჭარბი აირების წარმოშობა – დაკავშირებულია მცენარეული საკვების მიღებასთან, ისინი ხელს უწყობენ დუღილის პროცესის გაძლიერებას. ან ნაწლავებში მიკროფლორის შეცვლა.

ფაღარათი (დიარეა) - ენტეროპათია, ენტერიტი, კოლიტი, სიგმოიდიტი, პროქტიტი.

ენდოგენური (ურემია, დიაბეტი, პოდაგრა)

ენდოკრინული მოშლილობა (თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობა, თირეოტოქსიკოზი)

საკვების მიმართ ალერგია.

დეჰიდრატაცია და სისხლმარღვანი კოლაფსი.

3.8.შეკრულობა - ობსტიპაცია - ყაბზობა - კუჭის ხანგრძლივი (2 დღეზე მეტხანს) უმოქმედობა ანდა ყოველდღიური მოქმედების გაძნელება (ნაწლავების დაცლის დაუკმაყოფილებლობის გრძნობა).

- ყაბზობა შეიძლება იყოს ალიმენტური (კვებითი), რომელსაც იწვევს ხანგრძლივი დროის მანძილზე კვების რაციონში მცენარეული საკვებისა და სითხის მცირე რაოდენობით მიღება;
- ნევროგენული, რომლის დროსაც პირობითი რეფლექსების გავლენით დათრგუნულია გარეთ გასვლის სურვილი;
- ანთებითი – ვითარდება ნაწლავთა დაავადებების (კოლიტი, ბუასილი, უკანა გასავლის ნასკდომები და ფისტულები) შედეგად;
- მექანიკური – ნაწლავში რაიმე დაბრკოლების (სიმსივნე, განავლის მასა, ნაწიბურები და სხვ.) გაჩენისას ;
- ტოქსიკური – რაიმე ნივთიერებით (ტყვია, მორფიუმი, ატროპინი და სხვ.) მოწამვლის დროს;
- ენდოკრინული, – რაც დაკავშირებულია შინაგანი ჯირკვლების ფუნქციის დარღვევასთან.

ყაბზობას ხელს უწყობს უმოძრაობა, გასუქება, ფილტვის ემფიზემა. ხანგრძლივი ქრონიკული ყაბზობის დროს აღინიშნება ტაქიკარდია, თავის ტკივილი, თავბრუ, სისუსტე, დეპრესია, უმადობა, ბოყინი, გემოვნების გაუკუღმართება, სწრაფი გაძღომისა და კუჭში სიმძიმის შეგრძნება, მუცლის კოლიკა, ზოგჯერ – ცვლილებები ღვიძლსა და სანაღვლე გზებში. ყაბზობის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს სწორი ნაწლავის გამოკვლევას არსებული გართულებების სამკურნალოდ და მოსალოდნელი გართულებების თავიდან ასაცილებლად - (რექტოსკოპია და სხვ.).

3.9.მალაბსორბციის სინდრომი - ცუდი შეწოვის სინდრომი. სიმპტომოკომპლექსია. მეორადია. ამ სინდრომის დროს აღინიშნება ნაწლავის ეპითელიუმში საკვების ტრანსპორტის მოშლა, ხაოებში ელექტროლიტების და ვიტამინების ტრანსპორტის მოშლა. ავადმყოფს აღენიშნება ხანგრძლივი დიარეა და შეწოვის მოშლა, იგი ქრონიკულ ენტერიტად არის მიჩნეული.

3.10.ცელიაკია - გლუტენის დაავადება

წვრილი ნაწლავის არასპეციფიური დაზიანებაა, რომელსაც იწვევს გლუტენი. გადაეცემა აუტოსომურ-დომინანტური ტიპით. ავადმყოფის აგლუტენურ დიეტაზე გადაყვანა იწვევს დაავადების უკუგანვითარებას. გლუტენი მაღალმოლეკულური პროტეინია, რომელსაც შეიცავს ხორბალი, ქერი, შვრია. ისინი ორგანიზმისთვის ტოქსიურია.

ცელიაკიის სადიაგნოსტიკო ნიშნებია:

- გლუტენის მყარი აუტანლობა;
- წვრილ ნაწლავებში შეწოვის მოშლა;
- წვრილ ნაწლავებში მორფოლოგიური ცვლილებები;
- კლინიკურ-მორფოლოგიური მდგომარეობა უარესდება გლუტენის მიცემის შემდეგ.

3.11.წყლულოვანი კოლიტი - ეს არის მსხვილი, განსაკუთრებით სწორი და სიგმოიდური ნაწლავის ლორწოვანი გარსის ქრონიკული, მორეციდივე, უცნობი ეტიოლოგიის არასპეციფიური მანეკროზებელი ანთება.

ეტიოლოგია.

გამომწვევი მიზეზი უცნობია. წყლულოვანი კოლიტის გამოწვევაში გარკვეულ როლს თამაშობს ინფექციური აგენტები (უფრო მიღებულია ვირუსული თეორია), იმუნური ფაქტორები, კვება (ხორცის პროდუქტები, რძე, აუდუღარი წყალი) ასევე ფსიქოსომატური მოშლილობები. დაავადება ხშირად ოჯახურ ხასიათს ატარებს.

კლინიკა მწვავე (ელვისებური) და ქრონიკული (მორეციდივე და განუწყვეტლივ მორეციდივე). მწვავე ფორმა ყველაზე საშიშია და იშვიათად გვხვდება.

სიმძიმის მიხედვით არჩევენ: მსუბუქ, საშუალო და მძიმე ფორმებს.

მსუბუქი ფორმის დროს - განავალი ფაფისებურია, შეიცავს მცირე რაოდენობით სისხლს და ლორწოს, ნაწლავის მოქმედება ნორმალურია ან 3-4-ჯერ დღე-ღამეში. ენდოსკოპიურად - სწორ და სიგმოიდურ კოლინჯში ლორწოვანის ჰიპერემიაა, ერთეული ეროზიები და წყლულები, ასევე კონტაქტური სისხლის დენა.

საშუალო სიმძიმის კოლიტის დროს - ინტოქსიკაციის ნიშნები: ფებრილური მდგომარეობა, მეტეორიზმი, ტკივილი მუცლის მარცხენა ნახევარში. თხიერი განავალი 4-8 ჯერ, სისხლიანი მინარევით, ლორწოთი და ჩირქით, ბოლო ორ თვეში წონის მკვეთრი დაკლება, ანემია, ლეიკოციტოზი, მაღალი ედსი.

ენდოსკოპიურად - მრავლობითი ეროზიები და წყლულები, ლორწოვანი გარსი არასწორი და უხეში რელიეფისაა, აღინიშნება ასწვრივი ნაწლავის შევიწროვება და დამოკლება.

მძიმე ფორმა სეპტიური მდგომარეობა შემაწუხებელი ტენეზმებით, სისხლიანი ფაღარათით 8-ჯერ და მეტჯერ დღეში. სიცოცხლისთვის საშიშია.

დიფ.დიაგნოზი - კრონის დაავადება, იშემიური კოლიტი, ინფექციური კოლიტი კიბო.

3.12.ქრონიკული არაწყლულოვანი კოლიტი – მსხვილი ნაწლავის პოლიეტიოლოგიური დაავადებაა, რომლის დროსაც აღინიშნება ლორწოვანი გარსის ანთებითი, დისტროფიული ცვლილებები და მისი ფუნქციის მოშლა. პათოლოგიური პროცესი მოიცავს მთელ მსხვილ ნაწლავს (ტოტალური კოლიტი) და მის ნაწილებს, კლინიკურ პრაქტიკაში უფრო ხშირად სიგმოიდიტი გვხვდება.

წამყვანი კლინიკური ნიშანია - ტკივილი მუცელში და დეფეკაციის მოშლა. ტკივილი ყრუ ხასიათისაა და აღინიშნება მუცლის გვერდით და ქვემო მიდამოში, ძლიერდება საკვების მიღებიდან 5-7სთ-ის შემდეგ, ღამე ან ადრე დილით, მეტეორიზმი, დეფეკაციისა და გაზების გამოყოფის შემდეგ ტკივილი ქრება, განავალი გაუფორმებელია და ლორწოვანი.

3.13.კრონის დაავადება (რეგიონული ენტერიტი, გრანულომატოზური ილეიტი, ტერმინალური ილეიტი)

გასტროინტესტინური ტრაქტის ქრონიკული არასპეციფიკური ანთებითი დაავადებაა, რომლის დროსაც შეიძლება დაზიანდეს აღნიშნული ტრაქტის ნებისმიერი ნაწილი, პირის ღრუდან ანუსამდე.

ეტიოლოგია უცნობია, არ გამოირიცხება ინფექციური აგენტის არსებობა. პატოგენეზში მნიშვნელობა ენიჭება იმუმურ დარღვევებს. ირღვევა T-ლიმფოციტების ფუნქცია, სავარაუდოა მემკვიდრეობითი ფაქტორის მნიშვნელობა.

კრონის დაავადებას ახასიათებს გამწვავებები და რემისიები. გამწვავებების დროს არის ცხელება, ზოგჯერ შემცივნებები, ანორექსია, მეტეორიზმი, სიგამხდრე, სიფერმკრთალე, დაუძლურება. ყალიბდება მალაბსორბციის სინდრომი.

ტკივილი არის შეტევითი ან მუდმივი ხასიათის, განსაკუთრებით მუცლის ქვედა კვადრატში, ძლიერდება ჭამის შემდეგ. ზოგჯერ აღინიშნება აპენდიციტის სურათი. დამახასიათებელია ფისტულებისა და აბსცესების განვითარება,

ღვიძლის ცხიმოვანი გადაგვარება.

ს.ს.ა.-ში ანემია, ლეიკოციტოზი, ედსის მომატება, ჰიპერბილირუბინემია.

რენტგენოლოგიურად - ნაწლავის რელიეფის წაშლა, კედლის გასქელება, სანათურის შევიწროვება.

კრონის დაავადება მიმდინარეობს ქრონიკულად და ხასიათდება გამწვავებებით მთელი ცხოვრების მანძილზე.

პროგნოზი დამოკიდებულია პროცესის ლოკალიზაციაზე და გართულებებზე.

კითხვები:

1. ჩამოთვალეთ მწვავე გასტრიტის ეტიოლოგიური ფაქტორები.

2. რა განსხვავებაა საყლაპავისმიერ და კუჭისმიერ პირღებინებას შორის?

3. რა არის ცელიაკია?

4. რა არის კრონის დაავადება?

5. რა მიზეზები არსებობს ყაბზობის განვითარებისთვის?

§4.სამკურნალო ტანვარჯიში საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებების დროს

საჭმლის მომნელებელი სისტემის მოქმედება რეგულირდება ვეგეტატიური ნერვული სისტემის საშუალებით, რომელსაც თავის მხრივ აკონტროლებს თავის ტვინის ქერქი; ამ პროცესში აქტიურ მონაწილეობას ღებულობს ჰუმორული ფაქტორები.

ყველა ის ფუნქცია რომლის განხორციება ევალება საჭმლის მომნელებელ სისტემას მჭიდროდაა დაკავშირებული მთელი ორგანიზმის ნორმალურ ფუნქციონირებასთან. აქვე უნდა ავღნიშნოთ, რომ ალიმენტური, მექანიკური და სხვა ფაქტორების გარდა კუნთურ მუშაობას მნიშვნელოვანი გავლენის მოხდენა შეუძლია მოცემულ სისტემაზე, ამიტომაც გასტროენტეროლოგიურ დაავადებათა დროს, კომპლექსური მკურნალობის სახით გამოიყენებენ ისეთ საშუალებებს როგორიცაა: დიეტა, მედიკამენტური მკურნალობა, ბალნეოთერაპია, კურორტოთერაპია, სამკურნალო აბაზანები, შხაპები, სამკურნალო მასაჟი, კინეზოთერაპია და სხვა.

კინეზოთერაპია წარმოადგენს დამხმარე საშუალებას, რომელიც არსებით გავლენას ახდენს საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დარღვეული ფუნქციების აღდგენით სისტემაში; სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურები განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს პოსტოპერაციულ პერიოდში, როდესაც მკვეთრადაა გამოხატული მთელი რიგი ფიზიოლოგიური დარღვევები. კინეზოთერაპიული პროცედურებში ჩართული სუნთქვითი ვარჯიშები, კერძოთ ე.წ მუცლით სუნთქვა, დადებით გავლენას ახდენს წვრილ და მსხვილ ნაწლავებში საკვების შეწოვა, მონელებასა და ზოგადად პერილსტატიკაზე; ვარჯიშების ზემქმედებით უმჯობესდება და ნორმალიზდება სანაღვლე გზების ფუნქციები, რაც გამოიხატება ნაღვლის წვენის გამოყოფის რეგულაციით.

ინტენსიური ფიზიკური დატვირთვა ამცირებს კუჭისა და ნაღვლის წვენის სეკრეციას, რაც ზოგიერთი მეცნიერის აზრით განპირობებულია დიდი დატვირთვის დროს მუცლის ღრუს ორგანოების არასაკმარისი სისხლის მომარაგებითა და ცდომილი ნერვის შეკავებითი გავლენით. აქვე უნდა ავღნიშნოთ, რომ საკვების მიღებიდან 1,5 სთ - 2 სთ-ში, ცდომილი ნერვის ზემოქმედების შემცირებიდან გამომდინარე შესაძლებელი ხდება სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის ჩატარება.

საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებათა დროს კინეზოთერაპიის ძირითად ამოცანებს წარმოადგენს:

- პაციენტის ნერვულ-ფსიქიკური და ემოციური მდგომარეობის გაუმჯობესება;
- საკვების მონელების ნერვულ-ჰუმორალურ რეგულაციაზე დადებითი გავლენა;
- მუცლისა და მცირე მენჯის ღრუს ორგანოების სისხლით მომარაგების უზრუნველყოფა;
- მუცლის კუნთების გამაგრება;
- დიაფრაგმული სუნთქვითი ვარჯიშების დასწავლით სწორი სუნთქვითი აქტის ჩამოყალიბება;
- გართულებების აცილება.

სტაციონარული მკურნალობის პირობებში, ავადმყოფის მოძრაობითი რეჟიმის გათვალისწინებით, შეირჩევა სპეციალური ვარჯიშების კომპლექსი, რომლიც ამორჩევითად მოქმედებს გარკვეული ჯგუფის კუნთებზე და რაც მთავარია მათი გამოყენების აუცილებლობა ფიზიოლოგიურადაა დასაბუთებული.

თავდაპირველად , მკურნალობის პირველ პერიოდში, მეთოდისტმა პაციენტს უნდა შეასწავლოს პროცედურაში არსებული ვარჯიშების სწორად შესრულება , რაც სწორი მოძრაობითი ჩვევების ჩამოყალიბების საწინდარია; აქედან გამომდინარე, მოგვიანებით, სახლის პირობებში პაციენტები დამოუკიდებლი მეთოდით, რეგულარულად შესძლებენ სამკურნალო პროცედურის ჩატარებას. აღდგენით მკურნალობისას კინეზოთერაპიულ მეცადინეობებზე გადაწყდება არა მარტო სამკურნალო, არამედ პედაგოგიური ამოცანები რაც მიზნად იყო დასახული. პედაგოგიური ამოცანები მჭიდროდაა დაკავშირებული მკურნალობასთან,ხოლო მკურნალობის პროცესში მათ პრაქტიკაში განხორციელებას მივყავართ მდგრად დადებით რეზულტატებამდე.

საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებათა დროს ძირითად პედაგოგიურ ამოცანებს წარმოადგენს:

- პაციენტის მიერ ფიზიკური ვარჯიშების შესწავლა;
- ვარჯიშების გააზრებულად შესრულება;
- დამოუკიდებელი მეთოდით პროცედურის ჩატარებისათვის უნარ-ჩვევების გამომუშავება;
- თვითკონტროლისათვის აუცილებელი ელემენტების შესწავლა (პულსის დათვლა, არტერიული წნევის გაზომვა და სხვა).

მოცემული ამოცანების გათვალისწინებით , სპეციალური ვარჯიშების კომპლექსის შესრულებისათვის აუცილებლად გასათვალისწინებელია პაციენტის საწყისი მდგომარეობა, მოძრაობის მომართულება, ამპლიტუდა, ტემპი, კუნთის დაძაბვის ხარისხი და სხვა.

სამკურნალო ტანვარჯიში კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს.

კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადებათა დროს გამომწვევი ფაქტორის, ხელისშემწყობი მიზეზების და ავადმყოფის კლინიკური ნიშნების მიხედვით ჩატარებული სათანადო კვლევებისა და თერაპიული მკურნალობის შემდეგ სარეაბილიტაციო სისტემაში სამკურნალო ტანვარჯიშის ჩართვას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

კინეზოთერაპიული პროცედურების ჩატარება შესაძლებელი ხდება მხოლოდ მას შემდეგ, როდესაც ეპიგასტრიუმის არეში მწვავე პროცესები გაქრება ან მინელდება. პროცედურის დანიშვნისათვის გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ჰემოგრამას (ლეიკოციტების რაოდენობას სისხლში და ედრ) და სისხლდენის გამორიცხვას.

სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის დანიშვნა შესაძლებელია დაავადების ადრეული პერიოდიდან, კერძოდ საავადმყოფოში გაფართოებული წოლითი რეჟიმის პირობებში, ჰოსპიტალიზაციიდან 4-7 დღეს. პროცედურის ჩატარება შესაძლებელია 10-12 წთ-ის განმავლობაში, დღეში 2-3-ჯერ. თავდაპირველად პაციეტები ვარჯიშებს ასრულებენ ნელა, მაგრამ რიტმულად. მოგვიანებით პერიოდში განსხვავებული საწყისი მდგომარეობის გათვალისწინებით (ფეხზე დგომა, ჯდომა და წოლითი საწყისი მდგომარეობა) პროცედურის ხანგრძლივობა იზრდება 15-20 წთ-მდე.

მწვავე ტკივილების მინელებისა და კლინიკური ნიშნების გავლის შემდგომ პაციენტი გადაჰყავთ თავისუფალ რეჟიმზე და ამზადებენ საავადმყოფოდან გაწერისათვის; ამ პერიოდში კინეზოთერაპიის გაკვეთილების ხანგრძლივობა მატულობა 20-25წთ-მდე. ამავდროულად რეაბილიტოლოგი პაციენტს ამზადებს და ასწავლის ინდივიდუალური მეთოდით პროცედურის შესრულებას, კონტროლს.

სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო სქემა კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების დროს.
მკურნალობის პირველი პერიოდი.
საწყისი მდგომარეობა ზურგზე წოლა.
თავისუფალი სუნთქვა. მუცლით სუნთქვის შესწავლა, მცირე ამპლიტუდით მუცლის წინა კედლის გამზნექა შესუნთქვა - ამოსუნთქვა დროს. მსუბუქი ვარჯიშები სხეულის დისტალური ნაწილებისათვის. სუნთქვითი ვარჯიშები.
1-2 ჯერ
პროცედურის ხანგრძლივობა 10-12წთ

4.1.სამკურნალო ტანვარჯიშის კომპლექსი კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადების მკურნალობის II პერიოდში

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ზურგზე წოლა	თავისუფალი სუნთქვითი ვარჯიშები	2-3-ჯერ	
2	იგივე	ზემკლავი, ხელების თავის უკან გადატანა – ჩასუნთქვა. სმ–ში დაბრუნება - ამოსუნთქვა.	4–6–ჯერ.	ვარჯიში სრულდება ნელა და რიტმულად
3	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიში. ამოსუნთქვის დროს მუცლის შიგნით შეწევა ჩასუნთქვის დროს მუცლის კუნთების მოდუნება.	2–3–ჯერ.	მუცლით სუნთქვა.
4	იგივე	ტერფების და მტევნების ერთდროული მოხრა და გაშლა. მტევნების მოკუმვა, მუშტად შეკვრა, მოდუნება.	8–10–ჯერ.	ტემპი ნელი, რიტმული. სუნთქვა თავისუფალი.
5	იგივე	ტერფების საწოლიდან მოუშორებლად ფეხების მორიგეობითი მოხრა	5–6–ჯერ.	ფეხის გაშლისას ჩასუნთქვა, მოხრის დროს - ამოსუნთქვა
6	იგივე	ხელების განზიდვა, მოზიდვა	4–6–ჯერ	სუნთქვასთან შეხამებულად
7	იგივე	ტანის ბრუნი, ფეხის მოხრა და გადატანა, ს.მ დაბრუნება.	2–3–ჯერ.	ვაეჯიში სრულდება ჯერ ერთ, შემდეგ მეორე მხარეზე.
8	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	ტემპი ნელი

9	იგივე	ფეხების მოხრა და ტერფების მიტანა დუნდულებთან, იდაყვებზე და ტერფებზე დაყრდნობით მენჯის აწევა, დაბრუნება სმ–ში. .	3–4–ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი,
10	იგივე	მომადუნებელი ვარჯიში	1წთ	იგივე
11	იგივე	ზემო კიდურში ელემენტარული მოძრაობები	4-6-ჯერ	ტემპი ნელი
12	ჯდომა	დოინჯი, ფეხები ჩამოშვებული. ტანის მობრუნება მარჯვნივ, განმკლავი – ამოსუნთქვა, დაბრუნება ს.მ-ში – ამოსუნთქვა.	3–4–ჯერ.	იგივე მარცხენა მხარეს.
13	ზურგზე წოლა	სუნთქვითი ვარჯიშები	3–4–ჯერ.	ჩასუნთქვის ფაზაში მუცელი რამდენადმე უნდა შეიწიოს, ამოსუნთქვისას უნდა მოდუნდეს.
14	იგივე	თავისუფალი სუნთქვითი ვარჯიშები	1წთ	

მკურნალობის მესამე პერიოდი
ს.მ დგომა, ჯდომა და წოლა
სატანვარჯიშო იარაღების გამოყენება. 1-2კგ ჰანტელებით ვარაჯიში, იგივე წონის სამედიცინო ბურთებით ზემო კიდურების და ტორსის ვარჯიშები. მოძრაობა სრულდება სრული ამპლიტუდით. ვარჯიშები სატანვარჯიშო კედელთან და სატავარჯიშო სკამზე. სამკურნალო სიარული წუთში 60-80 ნაბიჯი 2-3კმ.

4.2სპლანქოფტოზი

მუცლის ღრუს ორაგნოების დაწევის ერთ-ერთი მიზეზი გადაჭარბებული ფიზიკური გადაძაბვა, რაც შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ყოფით ან სპორტულ დატვირთვებთან. სამკურნალო ტანვარჯიშის ჩატარებასთან ერთად რეკომენდირებულია, გავა-წელის არის სამკურნალო მასაჟი, სპეციალური ბანდაჟების ტარება და დიეტა.
საწყის ეტაპზე სამკურნალო ტანვარჯიში სრულდება დღეში ორჯერ, საკვების მიღებიდან 2-3სთ-ის შემდეგ. მკურნალობის მეორე პერიოდში, დაახლოებით 3-3,5 თვის შემდეგ, სამკურნალო ტანვარჯიში ტარდება დღეში ერთხელ.
სპლანქოფტოზის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის მიზანია:

1. მუცლის პრესის კუნთებისა და მცირე მენჯის ღრუს გამაგრება.
2. ზურგის ჯგუფის კუნთების გამაგრება.
3. შინაგანი ორგანოების ნორმალური მუშაობის უზრუნველყოფა.

კინეზოთერაპიული პროცედურების შედგენისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს პაციენტის საწყის მდგომარეობაზე. უმჯობესია წოლითი საწყისი მდგომარეობით (მაგ. ზურგზე წოლა მენჯის მაღლა მდებარეობით, მუცელზე წოლა, გვერდზე წოლა, ოთხზე დგომა და სხვა) შესრულდესა ზოგადგანმავითარებელი და სპეციალური ვარჯიშები. მკურნალობის შემდგომ ეტაპზე გადასვლასთან დაკავშირებით შესაძლებელია ფიზიკური დატვირთვის შესრულება დგომითი პოზიციიდან, რაც გულისხმობს ქვემო კიდურების აქტიურ ჩართულობას : ბარძაყის მოზიდვას, განზიდვას, ბრუნებს, ჩაჯდომებს, სხვადასხვა სახის სიარულს.
მკურნალობის მეორე პერიოდში, მომდევნო გართულებების თავიდან აცილების მიზნით, სასურველია, პროცედურაში არ იქნეს ჩართული ისეთი ტიპის ვარჯიშები რომლთა შესრულება დაკავშირებულია ხტომებთან და ზნექებთან.

კითხვები:

1. რას წარმოადგენს კინეზიოთერაპია საჭმლის მომნელებელი თრაქტის დაავადებების დროს?
2. ჩამოთვალეთ კინეზიოტერაპიის ამოცანები.
3. რა არის საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის დაავადებების დროს ძირიტადი პედაგოგიური ამოცანები?
4. შეიძლება თუ არა მწვავე პროცესის დროს კინეზიოტერაპიის ჩატარება?
5. ჩამოთვალეთ კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული სროს სამკურნალო ვარჯიშების კომპლექსის საკითხები.
6. რა არის სპლანქოპტოზი?
7. რა ვარჯიშები ინიშნება სპლანქოფტოზის დროს?

§5.სასუნთქი სისტემის ორგანოთა პათოლოგია და მკურნალობა

არჩევენ სუნთქვის ორგანოთა ანთებით და არაანთებით დაავადებებს.

ბრონქებისა და ფილტვების ანთებითი დაავადებანი:

ბრონქიტი

ბრონქიტი წარმოადგენს ბრონქების ანთებას, რომელიც შეიძლება მიმდინარეობდეს მწვავედ ან ქრონიკულად. გავრცელების მიხედვით შეიძლება იყოს: დიფუზური და კეროვანი. არჩევენ ტრაქეო-ბრონქიტს - ზიანდება სასულე და მთავარი ბრონქები და ბრონქიოლიტს - ზიანდება კაპილარული ბრონქები.

5.1.მწვავე ბრონქიტი - bronchitis acuta

ბრონქიტი დიფუზური, მწვავე კატარალური ანთებაა. შეიძლება განვითარდეს ყველა ასაკში. გამომწვევია: სტრეპტო, სტაფილო ან პნევმოკოკი. შეიძლება წარმოადგენდეს გრიპის გართულებას ან ჩამოყალიბდეს წითელას, ყივანახველას ან ქიმიური და მექანიკური გამღიზიანებლების შედეგად.

პათოგენეზი: ბრონქიტის განვითარებას ხელს უწყობს გაციება, გადაღლა, ნერვული და ფსიქიური გადაძაბვა, - ეს ფაქტორები მოქმედებს რა ბრონქების ლორწოვანზე აძლიერებს ლორწოს წარმოქმნას, ამცირებს მათ გარეთ გამოდევნას, იწვევს ბროქების სპაზმს.

ბრონქების ლორწოვანი შეშუპებულია, ჰიპერემიულია, თვით სანათური შევიწროვებულია მასში არსებული სეკრეტის გამო.

კლინიკა: ჩვეულებრივ ბრონქიტს წინ უძღვის ზემო სასუნთქი გზების კატარი, სურდო, ყელის ტკივილი, მკერდის ძვლის უკან ვითარდება ფხაჭნის, ჩახეხვის გრძნობა, ემატება მშრალი ხველის შეტევები, ზოგჯერ მცირე რაოდენობით ნახველის გამოყოფით, შემდეგში ნახველი მატულობს და ხდება ლორწოვან-ჩირქოვანი, მატულობს ტემპერატურა, ზოგადი ადინამია, მადა უარესდება, გამოხატულია ინტოქსიკაციის მოვლენები.

პერკუსიით -

ფილტვის ნათელი ხმიანობაა, აუსკულტაციით - მკვრივი სუნთქვა, მშრალი ხიხინი ორივე მხარის, მოგვიანებით სველიც. რენტგენოგრამაზე გადიდებულია ჰილუსები, სისხლში ლეიკოციტოზია და ედსი მომატებულია.

დაავადება გრძელდება 2-3 კვირას, კარგად ემორჩილება მკურნალობას, შეიძლება გართულდეს პნევმონიით ან ბრონქიოლიტით.

მკურნალობა: ანტიბიოტიკი, ამოსახველებელი და ბრონქოდილატაციური საშუალებები.

5.2.ქრონიკული ბრონქიტი - bronchitis chronica

ქრონიკული ბრონქიტი ბრონქების ხანგრძლივი, გამწვავებებით და რემისიებით მიმდინარე დაავადებაა, ხშირია ხანში შესულ მამაკაცებში.

ეტიოლოგია: მწვავე ბრონქიტის გამომწვევებმა, თუ ისინი ხანგრძლივად მოქმედებენ შეიძლება გამოიწვიონ ქრონიკული ბრონქიტი, რომელიც ხშირად პროფესიული დამტვერიანების ან თამბაქოს ბოლის მოქმედების შედეგია. მნიშვნელოვან როლს ასრულებს პნევმო და სტაფილოკოკი.

კლინიკა: ძირითადი ჩივილია ხველა, რომელიც ხან შეტევითია და მშრალი, ხან კი წებოვანი, ლორწოვანი ან ლორწოვან-ჩირქოვანი ნახველით. ხველის შეტევებს თან სდევს ციანოზი, ფილტვისშიდა წნევის მომატება და ფილტ-გულის სინდრომის განვითარება და ემფიზემის ჩამოყალიბება.

დახედვით გულმკერდის დეფორმაცია არ აღინიშნება. პერკუსია თავდაპირველად იძლევა ფილტვის ნათელ ხმიანობას, შემდეგ ემფიზემით გართულების დროს კოლოფისებურ ხმიანობას. მოისმინება მშრალი ან სველი ხიხინი. დაავადება მიმდინარეობს ტალღისებურად. იგი შეიძლება გართულდეს ემფიზემის, ბრონქოექტაზიების და ფილტვისმიერი გულის განვითარებით.

მკურნალობა გამწვავებების დროს ისეთივეა, რაც მწვავე ბრონქიტის დროს.

5.3.პნევმონია - pneumonia

- კრუპოზული პნევმონია - ფიტვის წილის ან სეგმენტის ფიბრინული ანთებაა.

ეტიოლოგია: იწვევს პნევმო, სტაფილო და სტრეპტოკოკი.

პათოგენეზი: ინფექცია შეიჭრება ორგანიზმში ბრონქო, ჰემატო ან ლიმფოგენურად. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს გაციება, გადაღლა, ალერგია.

კლინიკა: დაავადება იწყება უეცრად, შემცივნებით ტემპერატურა 39-40^0 C. თანდართული პლევრიტის გამო აღინიშნება ჭვალი გვერდში. გამოხატულია ქოშინი, შემაწუხებელი ძლიერი ხველა, მუდმივი ტიპის ცხელება გრძელდება 7-9-11 დღე და კრიტიკული დაცემით მთავრდება. სახე ჰიპერემიულია, ტუჩები ციანოზური, ტუჩებთან ან ნესტოებთან ჰერპესია (ვირუსული ეტილოგიის შემთხვევაში), სუნთქვა გახშირებულია. სუნთქვაში ჩამორჩება დაზიანებული მხარე. მოისმინება სხვადასხვა ტიპის ხიხინი, კრეპიტაცია, პლევრის ხახუნი.

მკურნალობა: ანტიმიკრობული და სიმპტომური საშუალებებით.

- კეროვანი პნევმონია _ Pნეუმონია ლობულარის ფილტვის წილების მრავლობითი ანთებაა, ის უმეტესად მეორადია და გვხდება ხშირად.

ეტიოლოგია: ძირითადად ზემო სასუნთქი გზების ანთების შედეგად ყალიბდება.

კლინიკა: დაავადება იწყება შემცივნებით, მაღალი სიცხით, უმეტესად ზემო სასუნთქი გზების კატარით და ბრონქიტით. აღინიშნება ქოშნი, სახის ჰიპერემია.

პერკუსიით მოყრუება, მოსმენით - სხვადასხვა ტიპის ხიხინი. სისხლში ანთების სურათი.

რენტგენოგრამაზე არსებობს მრავლობითი, გაფანტული დაჩრდილვის კერები.

- ქრონიკული პნევმონია _ Pნეუმონია ცჰრონიცა ხშირად მწვავე ანთების გართულებას წარმოადგენს. ორგანიზმის დაქვეითებული რეაქტიულობის ან არასწორი მკურნალობის გამო. თუკი მწვავე პნევმონია 2 თვეზე მეტ ხანს გრძელდება ფილტვების ანთება ქრონიკული ხასიათისაა.

კლინიკური გამოვლინება: ავადმყოფს თითქმის სულ ამცივნებს, ადვილად ცივდება, აქვს ტემპერატურული რეაქცია, აღინიშნება სხვადასხვა ტიპის ხიხინი. ქრონიკული პნევმონია

მიმდინარეობს გამწვავებებით, საბოლოოდ ვითარდება პნევმოსკლეროზი და ფილტვისმიერი გული.

მკურნალობა: ისევე ტარდება, როგორც მწვავე პნევმონიის დროს. კატეგორიულად უნდა აიკრძალოს თამბაქო და სასმელი.

5.4.პლევრიტი - pleuritis

პლევრიტი პლევრის ფურცლების ანთებაა. მეტწილად ის მეორადი გამოვლინებაა ფილტვის ან სხვა ორგანოებისა და სისტემების დაავადებების დროს.

არჩევენ მშრალ (ფიბრინულ) და სველ (ექსუდაციურ) პლევრიტს.

მშრალი პლევრიტი **pleuritis sicca** ხშირად გვხვდება ტუბერკულოზის, რევმატიზმის, წითელი მგლურას დროს, ან როგორც ფილტვების ანთების გართულება.

მშრალი პლევრიტის დროს პლევრის ფურცლები ხდება უსწორმასწორო, მის ფურცლებზე ფიბრინული ნადების დალექვის გამო.

კლინიკა: მშრალი პლევრიტი იწყება უეცრად, გულმკერდის ქვედა გვერდით ნაწილში განვითარებული შემოფარგლული ტკივილით. იწყება ტკივილი ჭვლისებრ, ძირითადად ჩასუნთქვის, ხველების, ცემინების დროს. პაციენტი წევს საღ მხარეზე, პალპაციით აღინიშნება ტკივილი დაზიანებულ მხარეზე. მოისმინება პლევრის ხახუნი.

რენტგენოლოგიურად - დაზიანებულ მხარეზე აღინიშნება დიაფრაგმის მაღალი დგომა, სისხლში ლეიკოციტოზია, ედრის აჩქარებულია.

მიმდინარეობა კეთილსაიმედოა, დაავადება თავდება 1-2 კვირაში. ფიბრინის ალაგება-გაწოვით და შესაძლო შეხორცებით. ზოგჯერ ამის გამო გვერდში ხანგრძლივად რჩება ყრუ ტკივილი, რომელიც მატულობს ამინდის შეცვლასთან ერთად.

მკურნალობა: სიმპტომურია, ადგილობრივად საფენი, ხველის დამაშვიდებელი საშუალებები. აუცილებელია პლევრიტის გამომწვევი ძირითადი დაავადების მკურნალობა.

სველი პლევრიტი - **pleuritis exudativa** გამონაჟონის მიხედვით ექსუდატი შეიძლება იყოს: სეროზული, სეროზულ-ფიბრინული, ჩირქოვანი, ჰემორაგიული და სხვა.

ეტიოლოგია: პლევრიტი უმეტესად მეორადი დაავადება (ტუბერკულოზი, რევმატიზმი). ის ლიმფის ან სისხლის გზით ვრცელდება. უპირატესად არის სეროზული ხასიათის. შესაძლებელია წარმოადგენდეს ფილტვების ანთების, გულის ინფარქტის, მკერდის ტრავმის გართულების შედეგს.

პლევრის ღრუში მატულობს პლევრალური სითხის რაოდენობა.

კლინიკა: ექუდაციური პლევრიტი იწყება თანდათანობით, სუბფებრილური ცხელებით, ტკივილით გვერდში, ხველით. შეიძლება ექსუდატი 1 დღეში ჩადგეს. თუ სითხის რაოდენობა

0,5 ლიტრის ტოლი ან მეტია შეიძლება აღინიშნოს გულმკერდის დაზიანებული ნაწილის გამოდრეკა და სუნთქვაში ჩამორჩენა.

დაავადების დასაწყისში და ბოლოს ისმის პლევრის ხახუნი. დაავადება გრძელდება 2-5 კვირა, ექსუდატი გაიწოვება. შეიძლება დარჩეს შეხორცებები ან დაჩირქდეს და საბოლოოდ პნევმოსკლეროზი ჩამოყალიბდეს.

მკურნალობა: საჭიროა წოლითი რეჟიმი, ანტიბაქტერიული მკურნალობა, შესაძლებელია ანტიმიკრობული საშუალების შეყვანა პლევრის ღრუში.

სადიაგნოსტიკოდ იყენებენ პლევრის პუნქციას - სითხის ამოღებას და მის ლაბორატორიულ გამოკვლევას.

პნევმოთორაქსი

პნევმოთორაქსი პლევრის ღრუში ჰაერის შესვლაა. შეიძლება იყოს ტრავმული ან სპონტანური - თვითნებური.

ატმოსფეროსთან კავშირის მიხედვით არსებობს ღია, დახურული და სარქვლოვანი პნევმოთორაქსი.

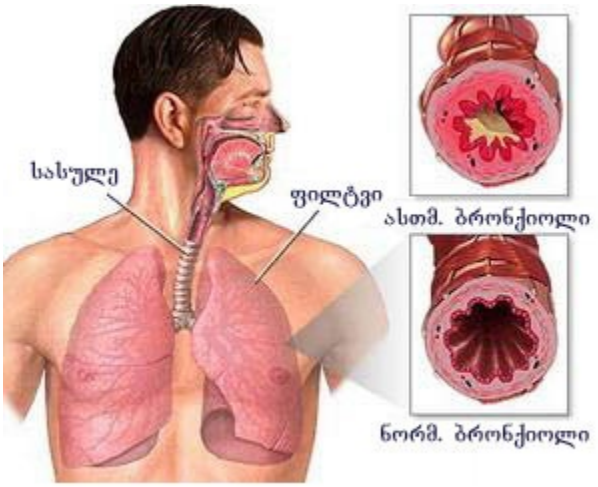
უეცრად განვითარებული პნევმოთორაქსი იწვევს ძლიერ ტკივილს და საშინელ ქოშინს, ამას შეიძლება მოჰყვეს ფილტვის შეკუმშვა და შოკი.

რენტგენოლოგიურად ფილტვის ქსოვილის ნაცვლად ჰომოგენური, ნათელი ზონაა. ფილტვი ჩაჩუტულია და მიქცეულია ფილტვის კართან. დიაფრაგმა დაწეულია და უმოძრაო, შუასაყარი ცდომილია.

მკურნალობა: წოლითი რეჟიმი, პლევრიდან ჰაერის ამოღება, პნევმოთორაქსის ოპერაციული გზით დახურვა.

ჰიდროპნევმოთორაქსი - პლევრის ღრუში ერთდროულად სითხის და ჰაერის არსებობა. შეიძლება ჩადგეს ჩირქი. მაგ. აბსცისის გახსნის დროს პიოპნევმოთორაქსი.

5.5.ბრონქული ასთმა - asthma bronchiale



ალერგიული ბუნების დაავადებაა, დაკავშირებულია სასუნთქი გზების ინფექციასთან, ამიტომ ასთამა ინფექციურ-ალერგიული ხასიათის დაავადება. დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სოციალურ გარემოს, მემკვიდრეობას.

ალერგენის მოქმედებით ხორციელდება მცირე კალიბრის ბრონქების სპაზმი და ლორწოს გაძლიერებული სეკრეცია, რაც იწვევს ამოსუნთქვის გაძნელებას - ექსპირაციულ ქოშინს და საბოლოოდ პნევმოსკლეროზს და ფილტვისმიერი გულის განვითარებას.

კლინიკური ნიშნები: იწყება მშრალი, შეტევითი ხასიათის ხველით, რომელიც შეიძლება დაიწყოს ზემო სასუნთქი გზების ინფექციის ფონით, რაც გამოხატულია ცხვირის ქავილით, სურდო-წამოხველებით. ხშირად შეტევა იწყება ღამით, ამოსუნთქვითი ქოშინით, რომელიც თანდათან ძლიერდება. ავადმყოფი იძულებულია წამოჯდეს და ხელებით დაეყრდნოს საწოლს. მხრები წამოწეულია მაღლა, სახის კუნთები დაჭიმულია და აქტიურად მონაწილეობს სუნთქვაში, სახე ციანოზურია, შუბლზე ცივი ოფლი, ლავიწის ფოსოები და ნეკნთაშუა სივრცეები ამოვსებულია. გულმკერდი იღებს სფერულ ფორმას.

პერკუსიით - კოლოფისებური ხმიანობა. აუსკულტაციით - სხვადასხვა ტიპის მშრალი ხიხინი, გაძნებულია ამოსუნთქვა.

ნახველი მცირე რაოდენობითაა, გამოიყოფა შეტევის ბოლოს, ლორწოვანია, წებოვანია, შეიცავს ეოზინოფილებს და შარკო-ლეიდინის კრისტალებს.

ეოზინოფილების რაოდენობა მატულობს აგრეთვე სისხლშიც. რენტგენოლოგიურად - ფილტვის ქსოვილის სიმკვრივე მომატებულია. შეტევა გრძელდება რამოდენიმე წუთიდან რამოდენიმე საათამდე ან ბოლოს იღებს მუდმივ ხასიათს - status asthmatus. დროთა განმავლობაში შეტევები ხშირდება, რის გამოც ყალიბდება ფილტვის უკმარისობის სურათი.

პროფილაქტიკა: ფილტვის მწვავე და ქრონიკული ანთების თავიდან აცილება ალერგენების მოცილება, სოციალური პრობლემების მოგვარება.

მკურნალობა სასურველია სტაციონარში. ინიშნება სპაზმოლიზური საშულებები: ეუფილინი, ადრენალინი, ეფედრინი. ანტიჰისტამინური პრეპარატები: სუპრასტინი, კლარიტინი. ბოლო წლებში აქტიურად გამოიყენება ჰორმონოთერაპია ტაბლეტების ან ადგილობრივად მოქმედი აეროზოლების სახით. სასურველია საკურორტო მკურნალობის განსაზღვრა.

განსხვავება ექსუდატსა და ტრანსუდატს შორის

პლევრის ღრუში სითხის გამოყოფის სხვადასხვა მიზეზი არსებობს: ანთების დროს ჩნდება ექსუდატი, მცირე წრეში შეგუბების დროს - ტრანსუდატი.

კითხვები:

1. როგორი მიმდინარეობა შეიძლება ჰქონდეს ბრონქიტს?
2. რამდენი სახის პნევმონია არსებობს?
3. რა მიზეზები არსებობს ბრონქული ასთმის ჩამოსაყალიბებლად?
4. რა განსხვავებაა ექსუდატსა და ტრანსუდატს შორის?

5.6.სამკურნალო ტანვარჯიში ბრონქოექტაზიული დაავადების დროს

ბრონქოექტაზიული დაავადებისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნების გათვალისწინებით, რაც გამოიხატება ფილტვის ქსოვილის ელასიურობის შემცირებით, ბრონქების სანათურის გამავლობის ცვლილებებით, საჭიროა მკურნალობის პროცესის დაჩქარება და ორგანიზმის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესება.

სამკურნალო ტანვარჯიშის ძირითად მიზანს ბრონქოექტაზიული დაავადების დროს წარმოადგენს :

1. პაციენტის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესება.
2. ბრონქების სანათურში არსებული ლორწოვანი და ჩირქოვანი მასის გამოყოფის ხელშეწყობა.
3. ფილტვის ქსოვილის ტროფიკის გაუმჯობესება.
4. გარეგანი სუნთქვის გაძლიერება.

სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურაში ზოგადგანმავითარებელი ვარჯიშებთან ერთად აუცილებელია ჩაერთოს ვარჯიშები რომლებიც ორიენტირებულია გულ-მკერდის ყაფაზის გაფართოებაზე, სუნთქვითი ვარჯიშები აქცენტით გახანგრძლივებულ ამოსუნთქვაზე, დიაფრაგმული სუნთქვაზე. ძალიან მნიშვნელოვანია, რომ სასუნთქ სისტემაზე მიმართული ვარჯიშების თანდათანობით გაზრდით მივაღწიოთ სასურველ ფიზიოლოგიურ ეფექტს.

ლორწოვანი და ჩირქოვანი მასის გამოყოფის ხელშეწყობის მიზნით მიზანშეწონილია საწყისი მდგომარეობის სათანადოდ შერჩევა. საწყისი მდგომარეობა , კერძოთ ბჯენი მუხლებზე დგომით, გვერდზე წოლა ქვემო კიდურების ქვეშ მუთაქის მოთავსებით , დაკავშირებულია ბრონქების სანათურებიდან გამონაყოფის გაადვილებულ დრენაჟთან. გარდა ამისა, გამოიყენებენ გახანგრძლივებულ ამოსუნთქვასა და ჩახველებას.

პროცედურის მსვლელობისას ყურადღება ექცევა ავადმყოფის საერთო მდგომარეობას. მეცადინეობა მიმდინარეობს პულსის, არტერიული წნევის, სუნთქვის სიხშირის კონტროლით.

ბრონქოექტაზიული დაავადების დროს, კინეზოთერაპიის პროცედურის ჩატარება უკუნაჩვენებია დაავადების გვიანი პერიოდში, როდესაც სახეზეა სისხლდენა, ჩირქოვანი პროცესები და სხვა.

5.7.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი (ფილტვის შუა და ქვემო წილებში) ბრონქოექტაზიური დაავადების დროს

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ზურგზე წოლა	მარცხენა ხელი მუცელზე, ხოლო მარჯვენა გულზეა მოთავსებული. მუცლით სუნთქვა , ამოსუნთქვა გაგრძელებულია .	3-4-ჯერ	ტახტის ბოლო ნაწილი 30სმ–ზეა აწეულია. შესრულების ტემპი ნელი.
2	იგივე	ხელების მტევნები მხრებთან. იდაყვების აწევა მაღლა – ჩასუნთქვა. ხელების დაშვება გულმკერდის ყაფაზზე ზეწოლა, თავის აწევა – ამოსუნთქვა.	5–6–ჯერ.	ტემპი ნელი, ამოსუნთქვა გაგრძელებულია.
3	იგივე	განმკლავი – ჩასუნთქვა. მოხრილი ფეხების მიახლოება გულმკერდთან ხელებით – ამოსუნთქვა. დახველება .	5–6–ჯერ.	

4	იგივე	ფეხები მოხრილი, ტერფებზე დაყრდნობა. წელის აწევა–ამოსუნთქვა. ს.მ დაბრუნება – ჩასუნთქვა.	5–6–ჯერ.	ტემპი ნელი, ამოსუნთქვა გაგრძელებული
5	იგივე	მწოლიარე მდგომარეობიდან მჯდომარე მდგომარეობაში გადასვლა –ამოსუნთქვა. სმ–ში დაბრუნება .	5–6–ჯერ.	ტემპი ნელი, ამოსუნთქვა გაგრძელებული.
6	იგივე	ზემკლავი–ჩასუნთქვა. მიმკლავი, გამართული ფეხის ერთდროულად აწევით – ამოსუნთქვა.	4–5–ჯერ.	ტემპი ნელი, ამოსუნთქვა გაგრძელებული.
7	იგივე	განმკლავი, ზურგის ჩაღუნვით – ჩასუნთქვა. ხელების გულმკერდთან გადაჯვარედინება, თავის და გულმკერდის აწევა, მტევნებით ერთდროულად გულმკერდის მოჭერა, მოკუმშვა – ამოსუნთქვა. ამოხველება.	5–6–ჯერ	ტემპი ნელი.
8	იგივე	ტანის მობრუნება მისი ზედა ნაწილის მორიგეობით მარჯვნივ და მარცხნივ დახრით ხელებით იატაკამდე შეხებამდე – ამოსუნთქვა. ამოხველება. საწყის მდგომარეობამდე დაბრუნება – ჩასუნთქვა.	5–6–ჯერ.	ტემპი ნელი.
9	იგივე	მარჯვენა გამართული, დაჭიმული ხელით წრიული მოძრაობა წინ, შემდეგ უკან.	4–5–ჯერ	ტემპი სწრაფი, სუნთქვა თავისუფალი

10	იგივე	მარჯვენა ხელით გარეზემკლავი – ჩასუნთქვა. ხელის დაშვება და მისი დახმარებით მარჯვენა მოხრილი ფეხის მიტანა გულმკერდთან – ამოსუნთქვა. ამოხველება.	5–6–ჯერ	ტემპი ნელი, ამოსუნთქვა გაგრძელებული.
11	მუცელზე წოლა.	ხელები მოხრა იდაყვებში, მტევნებზე დაყრდნობით. მუხლებზე დაყრდნობის მდგომარეობაში გადასვლა, ჩაჯდომა ქუსლებზე ჩასუნთქვა, დაბრუნება სმ–ში ზურგის ჩაღუნვით – ამოსუნთქვა. ამოხველება.	5–6–ჯერ.	ტემპი ნელი.
12	ზურგზე წოლა	მარცხენა ხელი მუცელზე, ხოლო მარჯვენა გულზეა მოთავსებული. მუცლით სუნთქვა .	3-4-ჯერ	გახარგრძლივებული ამოსუნთქვა
13	იგივე	ზემკლავი - ჩასუნთქვა ხელების დაშვება მოდუნებით – ამოსუნთქვა.	2-3-ჯერ	
14	იგივე	თითების ელემენტარული ვარჯიშები	2-3-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი

5.8.სამკურნალო ტანვარჯიში ბრონქული ასთმის დროს.

ბრონქული ასთმის მკურნალობის დროს გამოყენებული ფიზიკური ვარჯიშები ხელს უწყობს თავის ტვინის ქერქში მიმდინარე პროცესების ნორმალიზაციას, და აქედან გამომდინარე

სუნთქვითი აქტის ნერვულ რეგულაციას, ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ფუნქციის და ორგანიზმის საერთო რეაქტიულობის ცვლილებას.

ფიზიკური ვარჯიშების შესრულების დროს არ არის რეკომენდირებული ისეთი ტიპის მოძრაობების შესრულება, რაც გამოიწვევს ფილტვების ჰიპერვენტილაციას, რადგან ეს უკანასკნელი იწვევს ალვეოლური ჰიპოქსიის განვითარებას, რაც კიდევ უფრო ართულებს პაციენტის საერთო მდგომარეობას.

სამკურნალო პროცედურების ჩატარება მიზანშეწონილია ასთმური შეტევებს შორის, რემისიის პერიოდში.

ბრონქული ასთმის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ძირითად მიზანს წარმოადგენს :

1. ორგანიზმის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესება, მისი შრომისუნარიანობის გაზრდით.
2. ვეგეტატიური ნერვული სისტემის დისფუნქციის რეგულირება.
3. ბრონქოსპაზმის მოხსნა და ნორმალური სუნთქვითი აქტის აღდგენა.
4. კარდიო-რესპირატორულ სისტემაში პათოლოგიური პროცესების პრევენცია.
5. სწორი სუნთქვითი აქტის ჩამოყალიბება.
6. ამოსუნთქვაზე ორიენტირებული სუნთქვითი ვარჯიშების დასწავლა.

კინეზოთერაპიის პროცედურების ჩატარებისას უკუნაჩვენებია სუნთქვის შეკავებით და დაძაბვით ვარჯიშების შესრულება.

ბრონქული ასთმის მკურნალობის სქემაში შედის ზოგადგანმავითარებელი და სპეციალური ვარჯიშები, რომლებიც მიმართულია გულ-მკერდის ყაფაზის მოძრაობის გაზრდაზე. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება სუნთქვით ვარჯიშებს, რომელებიც სრულფასოვანი სუნთქვითი აქტის აღდგენას უზრუნველყოფს. სუნთქვითი ვარჯიშები წარმოადგენილია სტატიკური და დინამიკური ვარჯიშების სახით, რომელთა შესრულების დროს აქცენტი კეთდება გახანგრძლივებულ ამოსუნთქვაზე. ყურადღება ექცევა დიაფრაგმულ სუნთქვას და მუცლის პრესის გამაგრებას რათა გაუმჯობესდეს ამოსუნთქვის ფაზა. რეკომენდირებულია სუნთქვით ვარჯიშებთან ერთად ხმოვანი და თანხმოვანი ბგერების, დიფთონგების წარმოთქმა.

5.9.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ბრონქიალური ასთმის დროს

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	სმ–ჯდომა	სკამის საზურგეზე მიყრდნობა, ფეხები ნახევრად მოხრილი. მუცლით სუნთქვა	3-4-ჯერ	ტემპი ნელი
2	იგივე	ხელის მორიგეობითი აწევა ზემკლავში ჩასუნთქვა, ნელი დაშვება–ამოსუნთქვა, პაუზა.	2-3–ჯერ	
3	იგივე	ტერფების მოხრა-გაშლა.	10-ჯერ	ტემპი საშუალო
4	იგივე	დოინჯი. ხელების უკან განზიდვა – ჩასუნთქვა, ხელების დაშვება – ამოსუნთქვა, პაუზა.	5-6-ჯერ	ჩასუნთქვაზე დახრა, ამოსუნთქვაზე მოდუნება
5	იგივე	ტერფების როტაცია	10-12-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
6	იგივე	კიურები დაშვებულია უკან. ხელების ქნევა წინ, უკან	10-12-ჯერ	იგივე
7	იგივე	მტევნები მხრებთან. ორივე მიმართულებით მხრის სახსარში წრიული მოძრაობა .	8-ჯერ	
8	წოლა გვერდზე	მარცხენა ხელი თავის ქვეშ. მარჯვენა ხელით გარე ზემკლავი –ჩასუნთქვა, მოხრილი ფეხის (მარჯვენა) მუცელზე მიჭერა, სრული ამოსუნთქვა.	4-5-ჯერ	
9	ზურგზე წოლა	მარჯვენა და მარცხენა ხელის მორიგეობით განზე გატანა. ჩასუნთქვა, სმ–ში დაბრუნება (და მოდუნება) – ამოსუნთქვა.	4-5-ჯერ	

10	იგივე	ზურგის მხრესს ტერფების მოხრა და ხელის მტევნების გაშლა – ჩასუნთქვა, კუნთების მოდუნება, ფეხის ტერფების და ხელის მტევნების დაბრუნება სმ–ში – ამოსუნთქვა ტანის კუნთების მოდუნებით.	4-5-ჯერ	
11	იგივე	ტანის კუნთების აქტიური მოდუნება.	6-8-ჯერ	მშვიდი სუნთქვა.

5.10.სამკურნალო ტანვარჯიში პნევმონიის დროს.

მწვავე პერიოდში სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის ჩატარება ნაჩვენებია ნორმალური ან მდგრადი სუბფებრილური ტემპერატურის, ფილტვის ქსოვილში არსებული ანთებითი პროცესების უკუგანვითარების პირობებში. კლინიკური ლაბორატორიული, რენტგენოლოგიური კვლევის საფუძველზე შესაძლებელია პირველი პროცედურებში ავადმყოფების ჩართვა; ტანვარჯიშის შესრულიბის ხელისშემშლელ პირობას წარმოადგენს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრიდან გამოხატული ჩივილების, კერძოდ უკმარისობის არსებობა.

მოცემულ ეტაპზე, კინეზოთერაპიული მეთოდით დაავადების მკურნალობის ძირითად ამოცანებს წარმოადგენს:

1. ორგანიზმის ტონუსის და რეაქტიულობის გაზრდა.
2. ფილტვის ქსოვლში სისხლისა და ლიმფის მომოქცევის გაუმჯობესება.
3. ნაწიბურების განვითარების პრევენცია.
4. სწორი სუნთქვითი აქტის ჩამოყალიბება.
5. ფიზიკურ დატვირთვებთან შეგუება.

ავადმყოფის წოლითი რეჟიმის პირობებში მოწოდებულია მცირე ინტენსივობის ვარჯიშები ზემო და ქვემო კიდურებისათვის, ზომიერი ამპლიტუდით ტანის ვარჯიშები, სუნთქვითი ვარჯიშები ჩასუნთქვის გაღრმავების გარეშე. ვარჯიშების შესრულება შესაძლებელია წოლით ან ნახევჯდომითი საწყისი მდგომარეობიდან. პროცედურის ხანგრძლივობაა 10-12წთ. პალატის რეჟიმზე გადასვლათან დაკავშირებით იცვლება ვარჯიშების რაოდენობა ტანის, ზემო კიდურების სარტყელისათვის. გულ-მკერდის ყაფაზის მოძრაობის გაზრდისათვის,

ფილტვის ვენტილაციის გაუმჯობესების მიზნით, შეხოცებითი მოვლენების პრევენციისათვის რეკომენდირებულია სუნთქვითი ვარჯიშების შესრულება. მოცემული ფიზიკური აქტივობა წარმოადგენს სპეციალურ ვარჯიშებს პნევმონიის მკურნალობის დროს. ფიზიკური დატვირთვის გაზრასთან დაკავშირებით მოწოდებულია სამკურნალო სიარული და ვარჯიშები სატანვარჯიშო იარღებზე. ხანგრძლივობაა 20-25წთ. თავისუფალი რეჟიმის პირობებში მეცადინეობის დრო იზრდება 25-30 წთ-მდე, ხოლო ვარჯიშების რაოდენობა მატულობს. ვარჯიშების შესრულებისას ჩართულია მთელ სხეულის მსხვილი ჯგუფის კუნთები; გამოიყენება ვარჯიშები სატანვარჯიშო იარაღებთ : ბურთები, გურზები, სატანვარჯიშო ჯოხი, სკამი, კედელი; შერეული სიარული ნელი ტემპით.

კინეზოთერაპიული პროცედურების ჩატარების ჩვენებაა ქრონიკული პნევმინიის რემისიის პერიოდი, რომლის ძირითადი ამოცანაა: ორგანიზმის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესება, ბრონქოსპაზმის მოხსნა, პნევმოსკლეროზის პრევენცია, სუნთქვითი აქტის სრულყოფა.

5.11.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი პნევმონიის (II პერიოდი) დროს

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	დგომა	სიარული. თითების მუშტად შეკვრა, მოდუნება. ზემო კიდურების ელემენტრული ვარჯიშები	2-3წთ	სუნთქვა თავისუფალი
2	იგივე	ხელები მხრებთან, იდაყვები განზიდული, შესუნთქვა, დაბლა დაშვება ამოსუნთქვა	4-5-ჯერ	ტემპი საშუალო
3	იგივე	ფეხი უკან, განმკლავი ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	4-5-ჯერ	ტემპი საშუალო
4	იგივე	ზემო და ქვემო კიდური განზე ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	8-10-ჯერ	მორიგეობით თანამოსახელე კიდურებისათვის
5	იგივე	სატანვარჯიშო ჯოხი მხრებზეა ჩასუნთქვა, ზნექი ამოსუნთქვა. ს.მ დაბრუნება	8-10-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი ტემპი საშუალო

6	იგივე	ჯოხი ჰორიზონტალურად ჩასუნთქვა, დაშვება ამოსუნთქვა	8-10-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
7	იგივე	განმკლავი ჩასუნთქვა, მთელი სხეულის მოდუნება ამოსუნთქვა	6-8-ჯერ	ტემპი ნელი
8	იგივე	სატანვარჯიშო კედელთან ტანის მობრუნება - ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	8-10-ჯერ	ტემპი ნელი
9	იგივე	სატანვარჯიშო კედელზე მე-3 ლარტყზე ფეხის დაბიჯება. ს.მ დაბრუნება	6-8-ჯერ	ვარჯიში სრულდება მორიგეობით
10	იგივე	გულ-მკერდიდან ფრენბურთის ბურთით ტყორცნები.	8-10-ჯერ	ტემპი ნელი
11	იგივე	მხრიდან ფრენბურთის ბურთით ტყორცნები.	4-6-ჯერ	ვარჯიში სრულდება მორიგეობით
12	იგივე	ბურთით ტყორცნები თავს ზემოდან.	8-10-ჯერ	ამოსუნთქვის ფაზაში
13	იგივე	ნელი ტემპით სიარული	1-2წთ	
14	იგივე	ქვემო კიდურენი რხევითი მოძრაობები	4-6-ჯერ	
15	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	4-6-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი

5.12.სამკურნალო ტანვარჯიში პლევრიტის დროს.

სხეულის ტემპერატურის ნორმალიზების, ექსუდატიური პლევრიტის დროს ექსუდატის შემცირების პირობებში შესაძლებელია სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურების დანიშვნა. შესუნთქვის დროს, ტკივილი გულ-მკერდის არეში არ წარმოადგენს კინეზოთერაპიისათვის უკუჩვენებას.

ექსუდატიური პლევრიტის დროს მთავარ ამოცანებს წარმოადგენს:

1. ორგანიზმის საერთო ტონუსის ამაღლება.
2. სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევის გაზრდა.
3. ანთებითი პროცესების ლიკვიდაცია და ექსუდატის გაწოვის ხელშეწყობა.
4. პლევრაში შეხორცებითი პროცესების განვითარების პრევენცია.
5. სუნთქვის აქტის ნორმალიზება.

სპეციალური სუნთქვითი ვარჯიშები ხელს უწყობს გულ-მკერდის ყაფაზის ქვემო ნაწილის გაფართოებას, რაც თავის მხრივ უზრუნველყოფს ლიმფური სადინარების მიერ ექსუდატის გაწოვას. ტანის ზნექები და საწყისი მდგომარეობის შეცვლა უზრუნველყოფს ექსუდატის გადაადგილებას და გაწოვას. გულ-მკერდის ყაფაზის შეთანხმებული მოძრაობა სუნთქვით ვარჯიშებთან შეხორცებითი პროცესების ერთგვარი პრევენციაა.

პლევრიტის მკურნალობის დროს, წოლითი რეჟიმის პირობებში ავადმყოფის საწყისი მდგომარებაა ზურგზე ან დაზიანებულ გვერდზე წოლა. რამდენიმე მეცადინეობის შემდეგ შესაძლებელია პაციენტმა საწყისი მჯდომარე მდგორეობიდან შეასრულოს მოცემული დავალება. თავდაპირველად, პროცედურებში მოწოდებულია მარტივი ვარჯიშები ზემო და ქვემო კიდურების მცირე და საშუალო ჯგუფის კუნთებისათვის, ხელებზე დაყრდნობით მენჯის აწევა, ზერელე სუნთქვა. მკურნალობის მოცემულ ეტაპზე სპეციალურ ვარჯიშები არ გამოიყენება. პროცედურის ხანგრძლივობაა 8-10წთ.

პალატის რეჟიმზე გადაყვანის შემდეგ მოწოდებულია ვარჯიშები მთლიანად მთელი სხეულის კუნთების სხვადასხვა ჯგუფებისათვის. პირველი მეცადინეობების ჩატარებისას საჭიროა სიფრთხილის ზომების დაცვა, ხოლო მომდევნო მეცადინეობეზე აქტიურად ერთვება სპეცილური ვარჯიშები , რაც გულისხმობს ზნექებისა და ბრუნების შეხამებას სუნთქვით ვარჯიშებთან, კერძოთ ღრმა შესუნთქვასთან. სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები, რომელიც აძლიერებს დიაფრაგმულ სუნთქვას, სრულდება ზურგზე და გვერდზე წოლით მდგომარეობაში. პროცედურის ხანგრძლივობაა 20-25 წთ.

ავადმყოფის თავისუფალი მოძრაობითი რეჟიმის პირობებში ფართოდაა გამოყენებული ვარჯიშები რომლების ორიენტირებულია გულ-მკერდის ყაფაზის და დიაფრაგმის მოძრაობის გაზრდასთან. პლევრის ქვემო ნაწილში შეხორცებითი პროცესების მკურნალობის და პრევენციისათვის გამოიყენება ზნექები და ბრუნები გაღრმავებულ შესუნთქვასთან შეხამებით, ხოლო როდესაც პათოლოგიური კერა ლოკალიზებულია გვერდით ნაწილში, ზემოხსენებული ვარჯიშები სრულდება ღრმა ამოსუნთქვასთან ერთად. მოძრაობების გართულების მიზნით გამოიყენება სათანვარჯიშო იარაღები. ამ პერიოდში, პაციენტს პროცედურაში ერთვება ტანისა და ზემო კიდურების ჯგუფის კუნთების მკვეთრი მოძრაობები - ქნევები. რეკომენდირებულია საწყისი მდგომარეობის ხშირი ცვლა. ხანგრძლივობა 35-40წთ. მშრალი პლევრიტის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურა იდენტურია.

5.13.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ექსუდაციური პლევრიტის (II პერიოდი) დროს

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	დგომა	სიარული დარბაზის გარშემო, ზემკლავი ჩასუნთქვა, მიმკლავი ამოსუნთქვა	1-2წთ	სიარულის პერიოდული აჩქარებითა და შენელებით
2	იგივე	ტანის მობრუნება-ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	4-6-ჯერ	ტემპი საშუალო
3	იგივე	ტანის ზნექები	5-6-ჯერ	იგივე
4	იგივე	გამართული ფეხის და მოხრილი იდაყვების უკან გატანა - ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	8-10-ჯერ	იგივე
5	იგივე	დიაფრაგმული სუნთქვა	3-4-ჯერ	გაღრმავებული სუნთქვა
6	იგივე	სატანვარჯიშო ჯოხი ზურგს უკან, ზნექი, ჩასუნთქვა ჯოხი ზევით ამოსუნთქვა	8-10-ჯერ	ტემპი საშუალო
7	იგივე	თავისუფალი სუნთქვა, შესვენება.	30წმ	
8	იგივე	ფეხის უკან გატანა, საწინააღმდეგო ხელი წინ.	6-8-ჯერ	ტემპი ნელი, სუნთქვა თავისუფალი
9	იგივე	გასაბერი ბურთის ტყორცნა გულ-მკერდიდან.	4-6-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
10	იგივე	სიარული დარბაზის გარშემო	1-2წთ	ტემპი ნელი, სუნთქვა თავისუფალი

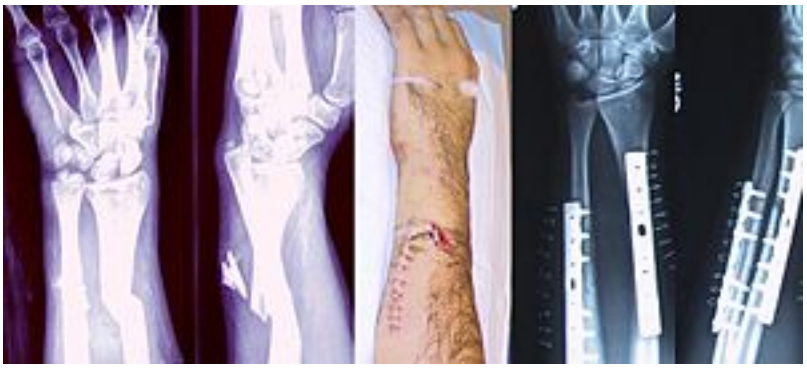
კითხვები:

1. რას წარმოადგენს სამკურნალო ტანვარჯიშის მიზანი ბრონქოექტაზიული დაავადების დროს?
2. აღწერეთ სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი (ფილტვის შუა და ქვემო წილებში) ბრონქოექტაზიური დაავადების დროს.
3. რა ვარჯიშები სრულდება ბრონქული ასთმის დროს?
4. როგორია სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ბრონქიალური ასთმის დროს?
5. აღწერეთ სამკურნალო ტანვარჯიში პნევმონიის დროს.
6. როგორია სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი პნევმონიის (II პერიოდი) დროს?

7. რა არის ექსუდატიური პლევრიტის დროს მთავარი ამოცანა?
8. როგორია სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ექსუდაციური პლევრიტის (II პერიოდი) დროს?

§6. პოსტრავმული და პოსტოპერაციული მდგომარეობებისას რეაბილიტაცია

6.1.ძვლის მოტეხილობა - ნიშნავს ძვლის მთლიანობის დარღვევას. მოტეხილობის დროს ზიანდება არა მარტო ძვალი, არამედ მიმდებარე ქსოვილიც. არასრულყოფილი ოსტეოგენეზის დროს ძვლებს თანდაყოლილი მსხვრევადობა ახასიათებს და შესაძლებელია, რომ ძვლის მოტეხილობა უბრალო მოძრაობის დროს მოხდეს. ასაკოვან ქალბატონებთან ხშირად ხდება მოტეხილობა ბარძაყის ძვლის ყელის მიდამოში. ბარძაყის ყელს, სხვა ძვლებისგან განსხვავებით, არ გააჩნია ძვლისაზრდელა, ამას ემატება მენოპაუზის შემდგომი პერიოდისთვის დამახასიათებელი დემინერალიზაცია. ხშირად ოდნავი ბიძგიც კი საკმარისია მოტეხილობისთვის. ხადახან აბრალებ ხანდაზმულ ქალბატონებს, რომ ფეხი მოტყდა იმიტომ რომ ,,მოუსვენრობისა და ფაციფუცის'' გამო წაიქცა, არამედ შესაძლებელია - იმიტომ წაიქცა, რომ ბარძაყის ძვლის ყელი მოტყდა.



კანის დაზიანების მიხედვით, მოტეხილობა არის ღია და დახურული.

ღია მოტეხილობის დროს დარღვეულია მოტეხილი ძვლის მიმდებარე ქსოვილის მთლიანობა და ძვალს გარემოსთან აქვს კონტაქტი. ღია მოტეხილობის დროს ინფექციის შეჭრის საშიშროება არსებობს.

დახურული მოტეხილობის დროს ქსოვილი დაზიანებული არ არის და ინფექციის შეჭრის საშიშროებაც არ არის.

ლოკალიზაციის მიხედვით არსებობს შემდეგი სახის მოტეხილობები:

- სახსარშიდა
- სახსართან ახლოს
- სახსრიდან მოშორებული

მოტეხილობის ხაზის მიხედვით არჩევენ:

- განივ მოტეხილობას - მოტეხილობის ხაზი ძვლის გასწვრივ გადის
- ირიბი მოტეხილობა - მოტეხილობის ხაზი ზვლის გასწვრივ რერძთნ კუთხეს ქმნის
- სპირალური მოტეხილობა - მოტეხილობის ხაზი სპირალურად მიემართება
- მსხვრევადი მოტეხილობა - მოტეხილობის ადგილზე მრავლობითი ფრაგმენტია



ასევე, მოტეხილობა შეიძლება იყოს ძვლის ფრაგმენტების აცილებით და მის გარეშე.

მოტეხილობის დროს ტრავმირებულ ადგილზე აღინიშნება ძლიერი ტკივილი, შეშუპება, დეფორმაცია და არაბუნებრივ ადგილას მოძრაობა, სისხლჩაქცევები.

მოტეხილობის გართულება შეიძლება იყოს თრომბოემბოლია და ღია მოტეხილობის დროს ინფექციის შეჭრა.

პირველი, რაც უნდა გაკეთდეს მოტეხილობის დროს, ეს არის მოტეხილი ადგილის ფიქსაცია - არტაშანის დადება. სწორი ფიქსაციით თავიდან ავიცილებთ ტკივილის გაძლიერებას - ტრავმულ შოკს.

სამკურნალო ტანვარჯიში გულ-მკერდის ორგანოებზე ჩატარებული ოპერაციების შემდგომ პერიოდში.

გულ-მკერდის ღრუს ორგანოებზე ჩატარებულ ოპერაციებს არასასურველი გავლენის მოხენა შეუძლია ადამიანის ორგანიზმზე. თავისთავად ცხადია, რომ პოსტოპერაციული ტკივილი,

დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვა, ნარკოზის ზემოქმედება, სისხლის მიმოქცევისა და სუნთქვის აქტის დარღვევები უარყოფითად აისახება პაციენტის ჯანმრთელობაზე. გამომდინარე აქედან, კლინიკაში პოსტოპერაციული პერიოდი დაყოფილია ეტაპებად.

6.2.პოსტოპერაციული პერიოდში სამკურნალო ტანვარჯიშის ამოცანებია:

1. სასუნთქი გზების გამავლობის გაუჯობესება.
2. პერიფერიული სისხლის მიმოქცევის სტიმულირება.
3. ორგანიზმის კომპენსატორული და ფუნქციური შესაძლებლობების გაზრდა.
4. ორგაზნიზმის მომზადება მოსალოდნელი მოძრაობითი აქტივობებისათვის.

ავადმყოფის აქტივობის ხარისხიდან გამომდინარე, ოპერაციის შემდგომი პერიოდს მოძრაობითი რეჟიმის დაწყებამდე ყოფენ ეტაპებად და ფაზებად. პირველი ეტაპი, ადრეული ოპერაციისშემდგომი (წოლითი რეჟიმი) პერიოდია და ხასიათდება ტკივილებითა და დრენაჟის გამო გულ-მკერდის ყაფაზის მოძრაობის შეზღუდვით, რაც აფერხებს ნორმალური სუნთქვითი აქტის გატარებას.

ოპერაციისშემდგომი ადრეული პერიოდისთვის დამახასიათებელია გართულებები როგორც სასუნთქი, ასევე გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ, ამიტომ სარეაბილიტაციო სისტემაში ჩართულია კინეზოთერაპიული პროცედურები; მისი მიზანია შესაძლო გართულებათა (პნევმონია, პლევრიტი, ატელექტაზი, თრომბოზები, ნაწლავების ატონია და სხვა.) პრევენცია.

ოპერაციიდან მე-2, მე-3 დღეს შესაძლებელია პროცედურების დაწყება, რომელიც მოიცავს ელემენტარულ ვარჯიშებს მხრის(მხრის სახსარში განზიდვა, გაცურებით), მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებისათვის (საწოლიდან ტერფის მოცილების გარეშე), ნაოპერაციებ მხარეს კიდურის მოხრა იდაყვის სახსარში, სუნთქვითი ვარჯიშები. მე-4 , მე-5 დღიდან საწყისი მდგომარეობაა ჯდომი, რიგ შემთხვევებში დგომი. დაავადების ხასიათის, ოპერაციის სირთულის, ავადმყოფის მდგომარეობიდან გამომდინარე მე-5-15 დღეს (ინდივიდუალურად ცალკეულ პაციენტს) პაციენტებს საშუალება ეძლევათ დგომითი საწყისი მდგომარეობიდან შეასრულონ ვარჯიშები კოორდინაციასა და წონასწორობაზე.

მკუნალობის მეორე პერიოდში თანდათან იზრდება ფიზიკური დატვირთვის ინტენივობა. სხვადასხვა საწყისი მდგომარეობიდან ფიზიკური ვარჯიშები სრულდება კოორდინაციაზე, ტანდეგობის აღდგენაზე; კომპლექსებში ჩართულია ძალისმიერი ვარჯიშები, სპეციალური სტატიკური ვარჯიშები. ზემო კიდურების სარტყელისათვის და გულ-მკერდის ჯგუფის კუნთებისათვის მოწოდებულია დინამიკური ვარჯიშები. ვარჯიშები სრულდება ნელი ტემპით. მიზანშეწონილია სამკუნალო სიარული დღეში 2-3 ჯერ, 15-20წთ განმავლობაში.

6.3.სამკურნალო ტანვარჯიში ტრავმატოლოგიაში.

ჩონჩხის ძვლები, სხვასასხვა სახის შეერთებებთან და რბილ ქსოვილებთან ერთად ქმნის ერთ მთლიანობას ძვლოვანი ჩონჩხის სახით, რაც ერთის მხრივ წარმოადგენს რთული ბერკეტების სისტემას, მტკიცე საყრდენს, რომელიც თავისთავად უზრუნველყოფს სხეულის გადაადგილებას სივრცეში და მეორეს მხრივ დამცველობითი აპარატია შინაგანი ორგანოებისათვის.

ზოგადად ძვლისთვის დამახასიათებელია კონკრეტული არქიტექტონიკა, განსხვავებული ფორმა, ფუნქცია და ტოპოგრაფია. გამომდინარე იქედან, რომ კონკრეტულ ძვალზე განსხვავებული სიდიდის და მიმართულების ძალა მოქმედებს, ანატომიურად ისინი განსხვავებულნი არიან.

ძვლის მექანიკურ ფუნქციაში განიხილავენ მის სტატიკურ - დინამიკურ ფუნქციას. იგი კუნთოვანი სისტემის საშუალებით ახორციელებს სხეულის სტატიკურ მდგომარეობაში შენარჩუნებას; ასევე, უზრუნველყოფს სხეულის სივრცეში გადაადგილებას.

ძვლის მთლიანობის ნაწილობრივ ან სრულ დარღვევას ცდომის ან ცდომის გარეშე მოტეხილობა ეწოდება. უშუალოდ ლულოვანი ძვლების მოტეხილობის კლასიფიკაციისათვის უნდა განისაზღვროს მოტეხილობის ლოკალიზაცია, მოტეხილობის ხაზი, ფრაგმენტების შეცილება და სხვა. ძვლის მთლიანობის აღდგენისათვის აუცილებელია სხვადასხვა საშუალებების გამოყენება , მათ შორის , დაზიანებული ძვლის ჩასწორება და ასეთ მდომარეობაში შენარჩუნება მის სრულ შეხორცებამდე, ფუნქციის აღდგენამდე. მოტეხილობის შემდგომი გართულებებიდან აღსანიშნავია: მოძრაობის შეზღუდვა სახსრებში - კონტრაქტურა, ანკილოზი.

თანამედროვე ტრავმატოლოგიაში სპეციალისტები ხელმძღვანელობენ საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის შემადგენელი ძვლების საერთაშორისო კლასიფიკაციით, რომელიც AO-ს სახელწოდებითაა ცნობილი.

დაზიანების ხარისხის, ლოკალიზაციისა და მიმდინარეობისგან განურჩევლად მოტეხილობათა მკურნალობაში პირობითად განარჩევენ სამ პერიოდს : 1.იმობილიზაციის, 2.პოსტიმობილიზაციისა და 3.აღდგენითს.

მკურნალობის პირველ ეტაპზე სამკურნალო ტანვარჯიში ძირითადად მიმართულია პრევენციული ღონისძიებების გატარებისაკენ, რაც დაკავშირებულია წოლით რეჟიმთან და მოცემული პერიოდის გართულებებთან.

ტრავმული მოტეხილობების დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ამოცანებია:

1. ფიზიკური ვარჯიშების შესრულებისათვის ორგანიზმის და კონკრეტულად დაზიანებული ორგანოს მომზადება.
2. ავადმყოფის შეზღუდული შესაძლებლობებიდან გამომდინარე, რაც დაკავშირებულია მკაცრ წოლით რეჟიმთან, ყოფითი უნარ-ჩვევების გამომუშავება.
3. მოსალოდნელი გართულებების პრევენცია.
4. ტრავმის არეში შეზღუდული ფუნქციების აღდგენა.
5. მოტეხილობების შედეგად დაზიანებულ მიდამოში ტროფიკის აღდგენა.
6. ზოგადად ორგანიზმის ტონუსის გაძლიერება.

ფიზიკური ვარჯიშების შერჩევისას აუცილებლად გასათვალისწინებელია, რომ არასწორად შერჩეულმა საწყისმა მდგომარეობამ ან ვარჯიშმა შესაძლოა გამოიწვიოს მოტეხილი ფრაგმენტების შეცილება. აქედან გამომდინარე კინეზოთერაპიული მეთოდით მკურნალობისას მივმართავთ სამკურნალო ტანვარჯიშის ჩატარების ძირითად პრინციპებს, როგორიცაა ინდივიდუალურობა, რეგულარულობა, ხანგრძლივობა. თავდაპირველად ვარჯიშები სრულდება ნელი ტემპით, ორგანიზმზე მცირე ან საშუალო დატვირთვით.

პირველ პერიოდში სამკურნალო ტანვარჯიში უკუნაჩვენებია მიშინ, როდესაც პაციენტის საერთო მდგომარება მძიმეა, რაც გულისხმობს კომატოზურ მდგომარეობას, ძლიერ სისხლდენას, მაღალ ტემპერატურას, უცხო სხეულს არსებობის ალბათობას სისხლის მიმოქცევის სისტემაში ან სასუნთქ გზებში.

კინეზოთერაპიის პროცედურაში აქტიურად გამოიყენება ზოგადგანმავითარებელი ვარჯიშები. დაავადების მიმდინარეობიდან გამომდინარე შესაძლებელია მათი შესრულება შემსუბუქებული ან გართულებული ვარიანტით, შეთანხმებულად ორივე თანამოსახელე კიდურისათვის ან იზოლირებულად ერთი კიდურისათვის. დასაწყისი პერიოდისათვის ვარჯიშების ჩატარება რეკომენდირებულია პასიურად, მეთოდისტის დახმარებით, მოგვიანებით კი აქტიურად ,თავად პაციენტის მიერ. ტკივილის შემცირებასთან დაკავშირებით მიმართავენ გართულებული ვარიანტით ვარჯიშების შესრულებას და რეფლექტორულად კუნთის დაჭიმვას. მოტეხილობის განვითარების მე-2 დღიდანვე შესაძლებელია იზომეტრიული ვარჯიშების ჩართვა, რომელიც სრულდება რიტმულად, 3 წმ-ის განმავლობაში, პერიოდული პაუზებით, მთელი პროცედურის განმავლობაში 10-12-ჯერ გამეორებით.

მთელი პროცედურების განმავლობაში აქტიურად მიმართავენ სუნთქვით ვარჯიშებს, როგორც სტატიკურს, ასევე დინამიკურს.

მეორე პერიოდი იწყება თაბაშირის ნახევის მოხსნის ან ჩონჩოვანი დაჭიმვის შემდეგ. რენტგენოლოგიურად დადასრურებულია ძვლოვანი კორძის არსებობა.

მკურნალობის მეორე ეტაპზე სამკურნალო ტანვარჯიშის მიზანია:

1. ავადმყოფის მომზადება და შეგუება დგომში გადასაყვანად.
2. საჭიროების შემთხვევაში ყავარჯნების გამოყებით გადაადგილების შესწავლა.
3. წონასწორობაზე ვარჯიშების საშუალებით ვესტიბულარული სისტემის გავარჯიშება.

4. დაზიანებული სეგმენტის აქტიურად ჩართვა მოძრაობით აქტში.
5. კონტრაქტურების მკურნალობა.

კინეზოთერაპიული პროცედურების ჩატარებისას მთავარ მიზანს წარმოადგენს ნორმალური მოძრაობითი ჩვევების აღდგენა, რაც შესაძლებელია აქტიურად შესრულებული ვარჯიშების ზუსტი დოზირებით. მთავარი პრობლემა რაც თან ახლავს იმობილიზაციის პერიოდს არის სახსრის კონტრაქტურები; სამკურნალო ტანვარჯიში ხელს უწუობს ნერვ-კუნთოვანი აპარატის ფუნქციონალური მდგომარეობის ნორმალიზაციას.

პოსტიმობილიზაციის პერიოდში მატულობს ვარჯიშების გამეორებათა რიცხვი და შესრულების ტემპი. სამკურნალო ტანვარჯიშის მეცადინეობებზე გამოყენებულია როგორც სტატიკური, აგრეთვე დინამიკური სუნთქვითი ვარჯიშები, ვარჯიშები წონასწორობაზე, მაკორეგირებელი ვარჯიშები. აუცილებელია ვარჯიშები შესრულდეს დაზიანებული მხრით, რათა სახსრებში გაიზარდოს მოძრაობის სიფართე. კუნთების დაძაბვა ხელს უშლის კუნთში ატროფიული მოვლენების განვითარებას.

ჰიპოტროფიის შემთხვევაში, ვარჯიშები მიმართულია კუნთებში ძალის გამომუშავებასთან. ყურადღება ექცევა მოძრაობის შესრულების სიფართეს და კუნთის ფუნქციონალურ შესაძლებლობებს. სასურველია მასაჟის პროცედურები.

მეორე პერიოდში შესაძლებელია რეაბილიტაციის სქემაში ჩაერთოს ჰიდროპროცედურები, შრომითი თერაპია, მექანოთერაპია, სპეციალური ტრენაჟორები და სხვა. პოსტიმობილიზაციის პერიოდის ხანგძლივობა დამოკიდებულია ტრავმის ხარისხსა და დაზიანების ლოკალიზაციაზე.

აღდგენითი პერიოდისათვის დამახასიათებელია გარკვეული ნარჩენი მოვლენების არსებობა, რაც გამოიხატება შეზღუდული ამპლიტუდით სახსარში მოძრაობის შესრულებით. ამავდროულად კიდურებში მცირდება კუნთური ძალა და შესაბამისად, მუშაობისუნარიანობც. ზოგადად, პაციენტები უჩივიან შრომისუნარიანობის დაქვეითებას.

მესამე პერიოდში სამკურნალო ტანვარჯიშის ამოცანაა:

1. მოძრაობასთან და კოორდინაციათან დაკავშირებული ნარჩენი მოვლენების ლიკვიდაცია.
2. ორგანიზმის ადაპტაცია საყოფაცხოვრებო დატვირთვებზე.
3. დაზიანებული ნაწილის ფუნქციის აღდგენა და ავადმყოფის შრომით საქმიანობაში ჩართვა.

ზემოხსენებული ამოცანების გადაჭრა შესაძლებელია სპეციალური, ძალის განმავითარებელი ფიზიკური ვარჯიშების გამოყენებით. სრულდება ვარჯიშები სისწრაფესა და გამძლეობაზე. ნაწიბურების განვითარების შემთხევაში ფრთხილად უნდა ჩაერთოს ვარჯიშები, რომელიც მიმართულია ქსოვილების გაწელვაზე. ამოვდროულად დაზიანების არეში სრულდება კუნთების გამამაგრებელი ვარჯიშები, ხოლო სახსრებში მოძრაობა ყველა შესაძლო ღერძის მიხედვით.

6.4.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხელის თითებისა და მტევნის ძვლების მოტეხილობის დროს. II პერიოდი

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ჯდომი	სუნთქვითი ვარჯიშები	2-3-ჯერ	თანაბარი სუნთქვა
2	იგივე	დინამიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-3-ჯერ	გაღრმავებული ჩასუნთქვა
3	იგივე	თითების განზიდვა და შეერთება	3-4-ჯერ	ვარჯიშების შესრულება უფრო ადვილია მაგიდის პრიალა ზედაპირზე ხელის გაცურებით ან თბილ აბაზანაში
4	იგივე	თითების მოხრა და გაშლა. დიდი თითის განზიდვა და მოზიდვა.	3-4-ჯერ	მოძრაობის გაადვილების მიზნით ჯანმრთელი ხელით ან მეთოდისტის დახმარებით ვარჯიშის შესრულება
5	იგივე	დიდი თითის თანმიმდევრულად მიტანა დანარჩენების თითებთან	2-4-ჯერ	
6	იგივე	თითების რიგრიგობითი აწევა საყრდენი ზედაპირიდან.	4-6-ჯერ	
7	იგივე	არათანმიმდევრულად მაგიდაზე თითების მოძრაობა	1წთ	
8	იგივე	სხივ-მაჯის სახსარში მოხრა გაშლა	4-6-ჯერ	
9	იგივე	დისტალური ფალაგების მოხრა-გაშლა	4-5-ჯერ	პროქსიმალური ფალანგები ფიქსირებულია
10	იგივე	მომადუნებილი ვარჯიშები	1წთ	

6.5.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ბარძაყის ძვლების მოტეხილობის დროს. II პერიოდი

1	ზურგზე წოლა	თავისუფალი სუნთქვა	2-4-ჯერ	დაძაბვის გარეშე

2	იგივე	ელემენტარული ვარჯიშები მცირე სახრებში	4-6-ჯერ	იგივე
3	იგივე	მჯდომარე პოზიციაში გადასვლამეთოდისტის ან თოკის დახმარებით	2-3-ჯერ	ტემპი ნელი
4	იგივე	მენჯ-ბარძაყის სახსარში გამართული ფეხით როტაცია, გარეთ და შიგნით.	6–8–ჯერ	დასაშვებია მხოლოდ ნელი ტემპი.
5	იგივე	გამართული ფეხების მონაცვლეობითი აწევა.	6–8–ჯერ	ტემპი ნელი
6	მუცელზე წოლა	კიდირების განზიდვა	6–8–ჯერ	იგივე
7		მომადუნებელი ვარჯიშები	1წთ	
8	დგომა	ფეხის წინ აწევა და უკან განზიდვა.	4-6-ჯერ	იგივე
9	იგივე	ფეხის წვერები ერთად. წინ დახრა, თითების ბოლოებით ან ხელის გულებით ტერფთან შეხება, ს.მ დაბრუნება.	12–16ჯერ	ტემპი საშუალო
10	იგივე	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	1წთ	

6.6.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ფეხის თითებისა და ტერფის ძვლების მოტეხილობის დროს. II პერიოდი

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ზურგზე წოლა	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-3-ჯერ	

2	იგივე	ტერფის თითების მოხრა და გაშლა . ჯანმრთელი და დაზიანებული ტერფის მოხრა და გაშლა მონაცვლეობით და ერთდროულად. ტერფის წრიული მოძრაობები	10-12-ჯერ	ფეხები ოდნავ მოხრილია მუხლების სახსრებში. ვარჯიში სრულდება აქტიურად ან პასიურად
3	იგივე	ტერფების მოხრა გაშლა წინააღმდეგობით	4-6-ჯერ	წინააღმდეგობას უწევს ჯანმრთელი კიდური ან მეთოდისტი
4	ჯდომი	სატანვარჯიშო პატარა ბურთების ფეხის თითებით აღება	4-6-ჯერ	შესაძლებელია ჯოხით
5	იგივე	დინამიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	
6	დგომი	ფეხის წვერებზე აწევა, დაშვება მთელ ტერფზე.	10–20ჯერ	დგომი სკამთან ან სატანვარჯიშო კედელთან, ტემპი ნელი.
7	იგივე	ხელები სატანვარჯიშო კედელზე, ზამბარისებური ჩაჯდომა	10–20ჯერ	
8	ჯდომი	მომადუნებელი ვარჯიშები	1-2წთ	თავისუფალი სუნთქვა
9		ელემენტარული ვარჯიშები ტანისა და ზემო სარტყელის ჯგუფის კუნთებისათვის	6-8-ჯერ	იგივე
10		სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	

6.7.სამკურნალო ტანვარჯიშის მეთოდიკა მუხლის სახსრის დაზიანების დროს.

მუხლის სახსრის მენისკების დაზიანება დაკავშირებულია როგორც საყოფაცხოვრებო, ასევე სპორტულ ტრავმებთან. მოცემული ტრავმის განვითარების ხშირ მიზეზად გვევლინება ფიქსირებულ წვივზე ბარძაყის მობრუნება, რაც არც თუ იშვიათია სპორტსმენებში, განსაკუთრებით კი ფეხბურთელებში. მენისკის გაგლეჯას შესაძლოა თან ახლდეს სახსრის ჰემართროზი, სინოვიტი, მუხლის სახსრის ჯვარედინი და განივი იოგების დაზიანება, სახსრის ბლოკადა, კვირისტავისა, ბარძაყისა და დიდი წვივის ძვლის სასახსრე ზედაპირების დაზიანება.

მუხლის სახსრის ბლოკადასთან დაკავშირებით საჭიროა დროული დიაგნოსტირება და ოპერაციული ჩარევა - მენისკექტომია.

სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის ჩატარება შესაძლებელია ტრავმის განვითარებიდან 2-3 დღეს.

სამკურნალო ტანვარჯიში იმობილიზაციის პერიოდში მიმართულია:

1. ავადმყოფის ორგანიზმის საეთო ტონუსის მომატება.
2. სახსარშიდა გართულებების, კერძოდ ნაწიბურის წარმოქმნის პროფილაქტიკა.
3. კუნთური ძალის დაქვეითების პრევენცია.
4. სახსრის რიგიდობის შემცირება.
5. რეგენერაციული პროცესების სტიმულაციიათვის სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევის გაუმჯობესება.

მკურნალობის სქემაში ჩართულია ზოგადგანმავიტარებელი ვარჯიშები მთელი სხეული ყველა ჯგუფის კუნთებისათვის, აქტიურო მოძრაობები ჯანმრთელი ფეხით.

სპეციალური ვარჯიშები მოწოდებულია იმობილიზაციისაგან თავისუფალ სახსრებში ; ბარძაყის ჯგუფის კუნთების იზომეტრიული დაძაბვა, იდეომოტორული ვარჯიშები.

სამკურნალო ტანვარჯიშის მეთოდიდა პოსტიმობილიზაციის პერიოდში:

1. ქვემო კიდურის კუნთების გამაგრება.
2. სახსრებში მოძრაობის ამპლიტუდის გაზრდა.
3. ყავარჯნებით სიარულის ათვისება.

ზოგადგანმავითარებელი ვარჯიშების შენაცვლება სპეციალურ ვარჯიშებთან, კერძოთ ტერფის თითების მოძრაობა, ტერფის მოხრა-გაშლა, ტერფის წრიული მოძრაობა, წვივისა და ბარძაყების იზომეტრიული დაჭიმვა, მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსარში აქტიური მოძრაობები. პირველ დღეებში ვარჯიშები სრულდება შემსუბუქებული ვარიანტით. უკუნაჩვენებია ვარჯიშები, რომლებიც ხელს უწყობს მყესებისა და იოგების დაჭიმვას (მაგ. ქნევითი მოძრაობები, ბუქნები და სხვა.). ნაჩვენებია სამკურნალო სიარული ყავარჯნებით და ვარჯიში წყალში.

აღდგენითი პერიოდში სამკურნალო ვარჯიშების ამოცანაა:

1. მუხლის სახსრის ფუნქციის აღდგენა.
2. ქვემო კიდურების კუნთების გამაგრება.
3. კიდურის საყრდენი ფუნქციის გაუმჯობესება.
4. ნარჩენი მოვლენების ლიკვიდაცია.

აქტიური ფიზიკური დატვირთვა შესაძლებელია ოპერაციის შემდგომ 3-5 თვის შემდეგ, რადგან ნაადრევმა დატვირთვამ შესაძლებელია გამოიწვიოს გართულებები, როგორიცაა მადეფორმირებელი ართროზი.

6.8.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი მუხლის სახსრის ტრავმული დაზიანების დროს

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ჯდომა	ზოგადგანმავითარებელი ვარჯიშები	4-6-ჯერ	ავ-ი საწოლზე ზის

2	იგივე	ხელის შემოხვევა მუხლის სახსარზე, პასიური მოძრაობა (გვერდით, მაღლა, ქვევი).	15–20ჯერ.	ქვემო კიდურის კუნთები მოდუნებულია. ტემპი ნელი.
3	ზურგზე წოლა	მუხლის სახსარში მოხრა და გაშლა საწოლიდან ქუსლის მოუშორებლად	12–16ჯერ	ტემპი ნელი
4	საწოლზე ჯდომა	ავადმყოფი ფეხის მოხრა და გაშლა მუხლის სახსარში ჯანმრთელი კიდურის დახმარებით	10–12ჯერ	კიდურები ჩამოშვებულია, თავისუფალია
5	იგივე	მონაცვლეობით მუხლის სახსრებში მოხრა და გაშლა	20–25ჯერ.	იგივე
6	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	4-6-ჯერ	როგორც დინამიკური, ასევე სტატიკური
7	მუცელზე წოლა	წინააღმდეგობის თანდათანობითი დაძლევით დაზიანებული კიდურის მოხრა მუხლის სახსარში	2-6-ჯერ	წინააღმდეგობას უწევს ესპანდერი, ტვირთი ან მეთოდისტი
8	იგივე	მომადუნებელი ვარჯიშები	1წთ	
9	დგომი	სატანვარჯიშო კედელთან ან საწოლთან. ფეხის წინ გატანა, მუხლის მოხრა, ს.მ დაბრუნება	4-6-ჯერ	
10		თავისუფალი სუნთქვა		

6.9.სამკურნალო ტანვარჯიში ხერხემლის სვეტის მოტეხილობათა დროს

სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურების დანიშვნა დამოკიდებულია მოტეხილობის სახესა და ლოკალიზაციაზე (მაგ. კისრის ნაწილის, გულ-მკერდის და სხვა.). გარდა ამისა დიდი მნიშვნელობა აქვს მოტეხილობის ხანდაზმულობას, ხასიათს, სიმძიმეს და პაციენტის ზოგად მდგომარეობას.
არჩევენ ხერხემლის იზოლირებულ, მრავლობით და შერეულ მოტეხილობებს.

სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურების ჩატარება აუცილებელი, რადგან მოგვიანებით ავადმყოფს შესაძლოა მოძრაობასთან დაკავშირებული პრობელემები შეექმნას.
შემთხვევათა დიდი პროცენტი გულ-მკერდის კომპრესიულ მოტეხილობებზე მოდის. ყველაზე ხშირ მიზაზად სიმაღლიდან ვარდნა ან ზურდზე პირდაპირი დაცემა სახელდება. სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურების დანიშვნა, თუ რაიმე გართულება არ ახლავს თან, შესაძლებელია ტრავმის მიღებიდან 3-5 დღეს (პირველი პერიოდი).
საწყის ეტაპზე პაციენტებს უნიშნავენ ელემენტარულ ვარჯიშებს, რომელიც სრულდება სხივ-მაჯისა, მენჯ-ბარძაყისა და კოწ-წვივის სახსრებში, ასევე პროცედურებში აქტიურად ჩართულია სუნთქვითი ვარჯიშები. 7-14 დღის ფარგლებში ავადმყოფს ასრულებინებენ ვარჯიშს ხერხემლის გაზნექაზე (სრულდება ფრთხილად, იდაყვებზე დაყრდნობით); გარდა ამისა ხერხემლის მოუხრელად გადმობრუნება მუცელზე. პროცედურის ხანგრძლივობა 10-15წთ.
მეორე პერიოდისათვის საჭიროა ძალის განმავითარებელი სპეციალური ვარჯიშების გამოყენება, რომლის შესრულებისას უნდა გათვალისწინებულ იქნეს ავადმყოფის ინდივიდუალობა, საერთო მდგომარეობა და ტკივილის დონე. პროცედურის ხანგრძლივობა განისაზღვრება 25 -30წთ-ით. ამ პერიოდში ჩატარებული კინეზოთერაპიული პროცედურების მიზანია - ზურგისა და მუცლის პრესის კუნთების ტრენირება, რათა პაციენტს ჩამოუყალიბდეს და გაუმაგრდეს კუნთოვანი კორსეტი. უკვე მეორე თვიდან ავადმყოფს საშუალება ეძლევა, წოლითი საწყისი მდგომარეობიდან, მცირე ამპლიტუდით, შეასრულოს ზნექები, ბრუნები.
მესამე პერიოდი დაახლოებით იწყება ტრავმის მიღებიდან 40-60 დღეს. ამ პერიოდში ჩატარებული პროცედურების მიზანია პაციენტი მოვამზადით ვერტიკალურ მდგომარეობაში გადასვლისათვის, რომელიც შესაძლებელია უკვე 3-6 თვიდან (აქვე უნდა ავღნიშნოთ, რომ მეოთხე პერიოდი ავადმყოფის ფეხზე დადგომის მომენტიდან იწყება და აბსოლუტურად ინდივიდუალურია).

6.10.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხერხემლის სვეტის (ზურგის ტვინის დაზიანების გარეშე) დაზიანების დროს. I პერიოდი

1	ზურგზე წოლა	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	გაღრმავებული ამოსუნთქვა
2	იგივე	ჯანმრთელი კიდურების მოხრა, გაშლა, სუპინაცია, პრონაცია	10-12-ჯერ	
3	იგივე	მუცლის პრესის კუნთების დაძაბვა, მოდუნება	4-6-ჯერ	მცირე ინტენსივობით
4	იგივე	მომადუნებელი ვარჯიშები	1წთ	
5	იგივე	სხივ-მაჯის, იდაყვისა და მხრის სახსარში მოძრაობა, მოხრა-გაშლა	10-15-ჯერ	მცირე ამპლიტუდით

6	იგივე	მშვიდად წოლა, სხეულის მოდუნება	1წთ	სუნთქვა თავისუფალი
7	იგივე	დაზიანებულ კიდურებში პასიური მოძრაობები	5-10-ჯერ	მეთოდისტის დახმარებით
8	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	4-6-ჯერ	
9	იგივე	მომადუნებელი ვარჯიშები	1წთ	სუნთქვა თავისუფალი
10	იგივე	მასაჟის ილეთების გამოყენება, სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	4-6-ჯერ	

6.11.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხერხემლის სვეტის (ზურგის ტვინის დაზიანების გარეშე) დაზიანების დროს. II პერიოდი

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	მუცელზე წოლა	სუნთქვა თავისუფალი	2-4-ჯერ	
2	იგივე	ბეჭების მოზიდვა და განზიდვა	8-10-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
3	იგივე	მუხლების განზიდვა, ს.მ დაბრუნება	8-10-ჯერ	იგივე
4	იგივე	მხრების აწევა, დაწევა	6-8-ჯერ	იგივე
5	იგივე	ზემკლავი, ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	3-4-ჯერ	
6	იგივე	ქვემო კიდურების მოხრა მუხლის სახსარში, ს.მ დაბრუნება	4-6-ჯერ	
7	იგივე	გამართული ფეხების აწევა და დაშვება	4-6-ჯერ	
8	ოთხზე დგომა	თავისა და გულ-მკერდის ნაწილის აწევა- ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება - ამოსუნთქვა	4-5-ჯერ	დაყრდნობა ხელის გულებზე, წინამხარსა და მუხლებზე

9	იგივე	მუხლის მაქსიმალურად მოხრა და განზიდვა	4-6-ჯერ	ტემპი ნელი
10	მუცელზე წოლა	ქვემო და ზემო კიდურებზე დაყრდნობა ზურგის გაზნექა წელის ნაწილში, ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება -ამოსუნთქვა	4-6-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
11	ოთხზე დგომა	მუხლის მიტანა საპირისპირო ხელთან, ს.მ დაბრუნება	4-5-ჯერ	იგივე
12	იგივე	მარჯვენა ხელისა და მარცხენა ფეხის განზე გატანა	4-5-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
13	იგივე	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	
14	იგივე	ჩასუნთქვა -ზურგის გაზნექა, ამოსუნთქვა ს.მ დაბრუნება	4-ჯერ	ამოსუნთქვა გახანგრძლივებულია
15	ზურგზე წოლა	მომადუნებელი ვარჯიშები	1წთ	სუნთქვა თავისუფალი

კითხვები:

1.როგორია პოსტოპერაციული პერიოდში სამკურნალო ტანვარჯიშის ამოცანები?

2.რა არის ტრავმული მოტეხილობების დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ამოცანებია?

3.როდის არის პირველ პერიოდში სამკურნალო ტანვარჯიში უკუნაჩვენები?

4.რა არის მკურნალობის მეორე ეტაპზე სამკურნალო ტანვარჯიშის მიზანია?

5. რა არის ვარჯიშების მიზანი კუნთების ჰიპოტროფიის დროს?

6. რა არის მესამე პერიოდში სამკურნალო ტანვარჯიშის ამოცანა?

7.ჩამოთვალეთ სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხელის თითებისა და მტევნის ძვლების მოტეხილობის დროს.

8.ჩამოთვალეთ სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ბარძაყის ძვლების მოტეხილობის დროს. II პერიოდი

9.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ფეხის თითებისა და ტერფის ძვლების მოტეხილობის დროს. II პერიოდი

10.რა არის სამკურნალო ტანვარჯიშის მეთოდიკა მუხლის სახსრის დაზიანების დროს?

11. დაახასიათეთ სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი მუხლის სახსრის ტრავმული დაზიანების დროს.

12.როგორი სამკურნალო ტანვარჯიშია საჭირო ხერხემლის სვეტის მოტეხილობათა დროს?

13.დაახასიათეთ სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხერხემლის სვეტის (ზურგის ტვინის დაზიანების გარეშე) დაზიანების დროს. I პერიოდი
14.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხერხემლის სვეტის (ზურგის ტვინის დაზიანების გარეშე) დაზიანების დროს. II პერიოდი

თავი XIV. ნივთიერებათა ცვლის სისტემის დაავადებების დროს რეაბილიტაცია

§1.მეტაბოლური სინდრომი

მეტაბოლური სინდრომი წარმოადგენს დარღვევათა კომპლექსს, რომელსაც ახასიათებს ცენტრალური სიმსუქნე, გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დარღვევა,ჰიპერტენზია და ათეროგენული დისლიპიდემია, ამიტომ ის გარკვეულწილად მრავალი დაავადების მაპროვოცირებლად ითვლება. მისი სწორი მართვა, განსაკუთრებით ბავშვთა ასაკში მნიშვნელოვანი პრევენციაა ისეთი მძიმე დაავადებებისათვის, როგორიცაა: კარდიოვასკულური დაავადებები, შაქრიანი დიაბეტი, სიმსუქნე.

ანთროპოსოფიული მედიცინის სამკურნალო შესაძლებლობები, საშუალებას იძლევა ბავშვობის ასაკში, მეტაბოლური სინდრომის სწორი მართვით, დროულად იქნეს დაძლეული ამ დაავადებათა გამომწვევი ტენდენციები, რომლებიც მოზრდილ ასაკში განაპირობებს ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებებს და მასთან დაკავშირებულ გართულებებს.

1.1.სიმსუქნე ორგანიზმში ცხიმოვანი ქსოვილის ჭარბი განვითარებაა. სიმსუქნის დიაგნოზს სვამენ, როდესაც ადამიანის წონა იდეალურ წონასთან შედარებით 20%-ით არის მომატებული.

ცხიმის დაგროვება დეპო-ორგანოებში ხდება. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის მდგომარეობა დამოკიდებულია ადიპოციტების (ცხიმის შემცველი უჯრედების) რაოდენობასა და სიდიდეზე. სიმსუქნის დროს ადიპოციტები დიდდება და მათში დიდი რაოდენობით ცხიმი გროვდება. სიმსუქნე შეიძლება ნებისმიერ ასაკში განვითარდეს, როგორც ნივთიერებათა ცვლის დარღვევით მიმდინარე ქრონიკული დაავადება; სიმსუქნის დროს მაღალია რეციდივების (განმეორებების) განვითარების რისკი.

კლინიკურად გამოყოფენ სიმსუქნის 4 ხარისხს, მიმდინარეობის თავისებურებათა მიხედვით კი ორ სტადიას: პროგრესულსა და სტაბილურს.

არსებობს სიმსუქნის ორი სახე: პირველადი, ანუ სპონტანური სიმსუქნე, რომელიც გარკვეული მიზეზის საფუძველზე განვითარებული დაავადებაა და მეორადი სიმსუქნე, რომელიც სხვა დაავადების შედეგად ვითარდება, ან სხვადასხვა პათოლოგიის თანამდევი სინდრომია. ეს პათოლოგიებია:

- შაქრიანი დიაბეტი, ტიპი II

- არტერიული ჰიპერტენზია (მაღალი არტერიული წნევა)
- ათეროსკლეროზი, გულის იშემიური დაავადება (გიდ)
- ჰიპერლიპიდემია (სისხლში ლიპიდების მომატებული რაოდენობა)
- აპნოე (სუნთქვის დარღვევა)
- რეპროდუქციული (გამრავლების) დისფუნქცია
- ონკოლოგიური დაავადებები
- ქოლელითიაზი (ნაღვლ-კენჭოვანი დაავადება)
- ვენების ვარიკოზული გაგანიერება
- პოდაგრა (ნიკრისის ქარი)
- ოსტეოართროზი და სხვ.

დიაგნოსტიკა

სიმსუქნის შეფასების იდეალური ვარიანტია ორგანიზმში ცხიმების შემცველობის განსაზღვრა. რაც სპეციალური აპარატურის მეშვეობით ხორციელდება: ორგანიზმში ატარებენ სუსტ დენს, იმპულსის გავლადობის მიხედვით კი ცხიმის რაოდენობა განისაზღვრება. ცხიმის რაოდენობის გამოთვლა სხეულის მასის ინდექსის მიხედვითაც ხდება.

სხეულის მასის ინდექსი (სმი) შემდეგნაირად გამოითვლება

სმი (კგ/სმ2) = სხეულის მასა (კგ) / სიმაღლე (სმ2)

სმი შესაბამისად მოცემულია სიმსუქნის კლასიფიკაცია. სმი მაჩვენებლის მატებასთან ერთად მატულობს თანმხლები დაავადებების განვითარების ალბათობა. თუ

- სმი < 18,5 – სხეულის მცირე მასა;
- სმი 18,5-24,9 – სხეულის საშუალო მასა;
- სმი 25-29,9 – ჭარბი წონა;
- სიმსუქნე >/ 30:
    - I ხარისხი – 30-34,9
    - II ხარისხი – 35-39,9
    - III ხარისხი – >/ 40

სიმსუქნე და სხეული ჭარბი წონა სხვადასხვა მცნებებია. ჭარბი წონის შემთხვევაში ადამიანის წონა აღემატება მაჩვენებელს, რომელიც მის სიმაღლეს შეესაბამება. ხშირად ჭარბი წონა ნორმალური მდგომარეობიდან სიმსუქნისაკენ გარდამავალი ეტაპია. ზოგჯერ კი ის მძლავრად განვითარებული ძვლოვანი ან კუნთოვანი სისტემის მქონე პირებს აღენიშნება.

სიმსუქნე და სხეული ჭარბი წონა სხვადასხვა მცნებებია. ჭარბი წონის შემთხვევაში ადამიანის წონა აღემატება მაჩვენებელს, რომელიც მის სიმაღლეს შეესაბამება. ხშირად ჭარბი წონა ნორმალური მდგომარეობიდან სიმსუქნისაკენ გარდამავალი ეტაპია. ზოგჯერ კი ის მძლავრად განვითარებული ძვლოვანი ან კუნთოვანი სისტემის მქონე პირებს აღენიშნება.

სიმსუქნის განვითარებისათვის აუცილებელია ორგანიზმის იმ ფუნქციის გარდაქმნა, რომელიც ხელს უწყობს მუდმივი წონის შენარჩუნებას. გარდაიქმნება ნივთიერებათა ცვლის სისწრაფე და იმ პროცესების მიმართულება, რომელთა რეგულაციაში ძირითადი როლი ნერვულ და ენდოკრინულ სისტემებს მიეკუთვნება.

ცენტრალური ნერვული სისტემა უშუალოდ და ჰიპოთალამუსის მეშვეობით მონაწილეობს საკვების მიღების კონტროლში. ბიოლოგიური ფაქტორი, რომელიც მისაღები საკვების რაოდენობას აკონტროლებს _მადაა. მადა დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე (მხედველობა, ყნოსვა, საკვების რაოდენობა, ხარისხი,ტემპერატურა,სოციალური და კულტურული ფაქტორები, ფსიქოლოგიური მდგომარეობა და ა.შ.), რომლებიც ტვინში “შიმშილისა” და “სიმაძღრის” ცენტრებს აკონტროლებენ. სიმსუქნის გამომწვევი ყველა მიზეზი ერთ შედეგამდე მიდის - მიღებული ენერგია დახარჯულს აღემატება.

სიმსუქნე რამდენიმე ფაქტორით არის განპირობებული, რომლებიც ორ ძირითად _ კორეგირებად და არაკორეგირებად ჯგუფად იყოფა.

არაკორეგირებადია სიმსუქნის გამომწვევი ისეთი ფაქტორები, რომლებზედაც სამედიცინო ზემოქმედება შეუძლებელია. ესენია: მემკვიდრეობით-გენეტიკური (ნივთიერებათა ცვლის დამახასიათებელი თავისებურებები) და დემოგრაფიული (სქესი, ასაკი, ეთნიკური წარმომავლობა) ფაქტორები.

გაითვალისწინეთ! მიუხედავად იმისა, რომ დიდი მნიშვნელობა აქვს გენეტიკურ ფაქტორს, სიმსუქნე ოჯახური დაავადება არ არის. სიმსუქნით დაავადებული მშობლების აყვანილი შვილები ისევე სუქდებიან, როგორც მათი ღვიძლი შვილები. ამ დროს მნიშვნელოვან როლს ოჯახის კვებითი ჩვევები ასრულებს. მომავალ თაობაში სიმსუქნემ შეიძლება ისეთ ოჯახებში იჩინოს თავი, სადაც სიმსუქნის პრობლემა არ არის; ეს 100-დან 30 შემთხვევაშია შესაძლებელი. იქ,სადაც ერთი მშობელია მსუქანი, ალბათობა 50 %-მდე იზრდება. ორივე მშობლის სიმსუქნის შემთხვევაში კი _ 80 % -ია.

სიმსუქნის პრობლემები ხშირად ბავშვობიდანვე იწყება – მშობლები, ბებია- ბაბუები ბავშვის გაძლიერებული კვებით არიან დაკავებულნი. ასეთივე ტენდენცია შეინიშნება ორსული და მეძუძური ქალების მიმართ. გაითვალისწინეთ! ორსულობის III ტრიმესტრსა და 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში ცხიმოვანი უჯრედები ინტენსიურად მრავლდება, მომავალში კი მათი სიჭარბე სიმსუქნისადმი მიდრეკილებას განაპირობებს.

კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის განვითარება განისაზღვრება ცხიმოვანი უჯრედების რაოდენობით და მათში ცხიმის შემცველობით. ზრდასრული ადამიანის ორგანიზმში ცხიმოვანი უჯრედების რაოდენობა მუდმივია და აღარ ცვალებადობს. იცვლება მხოლოდ ამ უჯრედებში ცხიმის შემცველობის რაოდენობა.

სიმსუქნის უმთავრესი მიზეზი კვებითი ქცევის დარღვევაა. თუ ადრე ადამიანები საკვების დეფიციტს განიცდიდნენ, ამჟამად კვების სიჭარბეა. ჯანმრთელი ადამიანის ენერგეტიკული საჭიროება 2200-2600 კილოკალორიაა.

კვებითი ქცევას ორი ფაქტორი განაპირობებს: შიმშილის შეგრძნება, რაც ორგანიზმში საკვების განლევას უკავშირდება, და მადა, რომელიც გარემო ფაქტორების (სუნი, შესახედაობა, გემო) ზემოქმედებით აღიძვრება, იმისგან დამოუკიდებლად, ადამიანს შია თუ არა. ადამიანის კვებითი ქცევა ცხოველებისგან განსხვავებით უფრო მეტად მადაზეა დამოკიდებული, ვიდრე შიმშილის გრძნობაზე, რაც დღევანდელი საკვების ფონზე სიმსუქნის განვითარების მიზეზი ხდება.

შეცვლილია კვების ხარისხიც. კვების რაციონი გაჯერებულია რაფინირებული პროდუქტებით – შაქრით, ცხიმით. საკვების უმეტესობა მაღალკალორიულია. მაღალკალორიული საკვების სისტემატური მიღება კვებითი ქცევის დარღვევის უმარტივესი მოდელია. ამ დროს გარდაუვალია ორგანიზმში ცხიმის დაგროვება.

ზოგჯერ ადამიანები სტრესის გამო გაძლიერებულ კვებას იწყებენ. ზოგიერთი ქალი ზამთარში 5-6 კგ-ს იმატებს, რადგან მოკლე დღის გამო დეპრესია ეწყება და ტკბილ საჭმელს ეტანება. ეს ქცევა ჰორმონ სეროტონინს უკავშირდება.

კორეგირებადია ისეთი ფაქტორები, რომელთა მართვაც სპეციალისტებს შეუძლიათ. სეთებია: დაუბალანსირებელი კვება, ნაკლებ მოძრავი ცხოვრების რიტმი, სტრესი, ამა თუ იმ მედიკამენტით გამოწვეული ინტოქსიკაცია, კოფეინისა და ალკოჰოლის ჭარბად მოხმარება.

კორეგირებადი ჯგუფის მნიშვნელოვანი წარმომადგენელია ჰორმონული სიმსუქნე. სიმსუქნეს იწვევს სხვადასხვა ენდოკრინული დაავადება. არსებობს მეორეული სიმსუქნე (ჰიპოთირეოზის, თირკმელზედა ჯირკვლების პათოლოგიის შედეგი), რაც პროცენტულად ძალზე მცირეა.

უმეტესად სიმსუქნის შედეგი ენდოკრინული დარღვევებია და სიმსუქნის ადექვატური მკურნალობის შემთხვევაში თავისთავად სწორდება.

ცხიმოვანი ქსოვილი ერთგვარი ენდოკრინული ორგანოა, რომელიც სასქესო ჰორმონების ცვლაში მონაწილეობს. მისი უჯრედები დაახლოებით 14 სახის ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებას გამოიმუშავებს, რომელთა შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია ლეპტინი. ლეპტინი თავის ტვინში, ჰიპოთალამუსში მდებარე შიმშილისა და მაძღრობის ცენტრებზე ზემოქმედებს და მიღებული საკვების მიღების რაოდენობის ძირითადი განმსაზღვრელია.

1.3.შაქრიანი დიაბეტი pancreatic [insular] diabetes - დაავადება, რომელიც განპირობებულია ინსულინის აბსოლუტური ან შეფარდებითი უკმარისობით და ხასიათდება ნახშირწყლების ცვლის უხეში დარღვევებით, ჰიპერგლიკემიითა და გლუკოზურიით, ასევე ნივთიერებათა ცვლის სხვა მოშლილობებით.

შაქრიანი დიაბეტი – ეტიოლოგია. გარკვეული მნიშვნელობა აქვს მემკვიდრეობით წინასწარგანწყობას, ავტოიმუნურ, სისხლძარღვოვან მოშლილობებს, სიმსუქნეს, ფსიქიკურ და ფიზიკურ ტრავმებს, ვირუსულ ინფექციებს.

შაქრიანი დიაბეტი – პათოგენეზი. ინსულინის აბსოლუტური უკმარისობის დროს სისხლში ინსულინის დონე ქვეითდება ლანგერჰანსის კუნძულების ბეტა-უჯრედების მიერ მისი სინთეზის ან სეკრეციის დარღვევების შედეგად. შეფარდებითი ინსულარული უკმარისობა შესაძლებელია გამოიწვიოს ინსულინის აქტიურობის დაქვეითებამ, ცილებთან მისი შებოჭვის მომატებამ, ღვიძლის ფერმენტებით მიერ მისმა გაძლიერებულმა დაშლამ, ინსულინის ჰორმონული და არაჰორმონული ანტაგონისტების ეფექტების სიჭარბემ (გლუკაგონის, თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის, ფარისებრი ჯირკვლის, ზრდის ჰორმონების), ასევე ინსულინის მიმართ ინსულინდამოკიდებული ქსოვილების მგრძნობელობის ცვლილებებმა. ინსულინის უკმარისობა იწვევს ნახშირწყლოვანი, ცხიმოვანი და ცილოვანი ცვლის მოშლას. ქვეითდება გლუკოზისათვის უჯრედული მემბრანების განვლადობა ცხიმოვან და კუნთოვან ქსოვილებში, ძლიერდება გლიკოგენოლიზი და გლუკონეოგენეზი, წარმოიქმნება ჰიპერგლიკემია, გლუკოზურია, რომლებსაც თან ახლავთ პოლიურია და პოლიდიფსია; ქვეითდება ცხიმების წარმოქმნა და ძლიერდება მისი დაშლა, რაც იწვევს სისხლში კეტონური სხეულების მომატებას. ეს იწვევს მჟავა-ტუტოვანი მდგომარეობის გადახრას აციდოზისაკენ, ხელს უწყობს კალიუმის, მაგნიუმის იონების მომატებულ ექსკრეციას შარდთან, არღვევს თირკმელების ფუნქციას. სისხლის ტუტე რეზერვი შესაძლოა შემცირდეს 25%-მდე, სისხლის pH ქვეითდება 7,2-7,0. ლიპოლიზის შედეგად არაეთერიფიცირებული ცხიმოვანი მჟავეების მომატებული შეღწევა ღვიძლში იწვევს ტრიგლიცერიდების მომატებულ წარმოქმნას. აღინიშნება ქოლესტერინის გაძლიერებული სინთეზი. ქვეითდება ცილის სინთეზი, მათ შორის ანტისხეულებისა, რაც იწვევს ინფექციებისადმი მდგრადობის შემცირებას. ცილის არასრულფასოვანი სინთეზი წარმოადგენს დისპროტეინემიის განვითარების მიზეზს (ალბუმინების ფრაქციის შემცირება და ალფა-გლობულინების მომატება). სითხის გაძლიერებული დაკარგვა იწვევს ორგანიზმის გაუწყლოვნებას; ძლიერდება კალიუმის, ქლორიდების, აზოტის, ფოსფორის, კალციუმის გამოდევნება ორგანიზმიდან.

შაქრიანი დიაბეტი – სიმპტომები, მიმდინარეობა. გამოყოფენ:

ა. კლინიკური კლასები, რომელსაც მიეკუთვნება შაქრიანი დიაბეტი; ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი; ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტი, სხეულის ნორმალური მასის მქონე და მსუქან პირებში; შაქრიანი დიაბეტი, რომელიც დაკავშირებულია კვების უკმარისობასთან; შაქრიანი დიაბეტის სხვა ტიპები, რომლებიც უკავშირდება გარკვეულ მდგომარეობებსა და სინდრომებს: 1. კუჭქვეშა ჯირკვლის დაავადებები; 2. ჰორმონული წარმოშობის დაავადებები; 3. სხვადასხვა საკურნალო საშუალებებით ან ქიმიური ნივთიერებების ზემოქმედებები; 4. ინსულინისა და მისი რეცეპტორების ცვლილებები; 5. გარკვეული გენეტიკური სინდრომები; 6. შერეული მდგომარეობები; გლუკოზისადმი ტოლერატობის დარღვევა სხეულის ნორმალური მასის მქონე და მსუქან პირებში, გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დარღვევა, რომელიც უკავშირდება სხვა მდგომარეობებსა და სინდრომებს; ორსულთა შაქრიანი დიაბეტი.

ბ. სტატისტიკურად რისკის მქონე კლასები: (პირები გლუკოზისადმი ნორმალური ტოლერანტობით, მაგრამ შაქრიანი დიაბეტის განვითარების რისკის მნიშვნელოვანი მომატებით). გლუკოზისადმი ტოლერანტობის წინამორბედი დარღვევები; გლუკოზისადმი ტოლერანტობის პოტენციური დარღვევები. კლინიკურ პრაქტიკაში განსაკუთრებით ხშირია გლუკოზისადმი ტოლერანტობის დარღვევების მქონე ავადმყოფები, რომელთა სისხლში გლუკოზის შემცველობა უზმოზე და დღის განმავლობაში ნორმალურია, მაგრამ ადვილად ასათვისებელი ნახშირწყლების შეყვანისას გლიკემიის დონე ნორმაზე მაღალია; და ჭეშმარიტი შაქრიანი დიაბეტი: ინსულინდამოკიდებული შაქრიანი დიაბეტი (I ტიპი) და ინსულინდამოუკიდებული შაქრიანი დიაბეტი (II ტიპი).

ინსულინდამოკიდებული **შაქრიანი დიაბეტი** ხშირად ვითარდება ახალგაზრდებში 25 წლამდე, აქვს გამოხატული კლინიკური სიმპტომატიკა, ხასიათდება კეტოაციდოზისადმი და ჰიპოგლიკემიისადმი მიდრეკილებით; უმრავლეს შემთხვევებში იწყება მწვავედ, ზოგჯერ დიაბეტური კომის განვითარებით. სისხლში ინსულინის შემცველობა და C-პეპტიდი ნორმის ქვევითაა ან არ განისაზღვრება. ავადმყოფთა ძირითადი ჩიივილებია: პირის სიმშრალე, წყურვილი, პოლიურია, ზოგადი სისუსტე, სიგამხდრე, შრომისუნარიანობის დაქვეითება, მომატებული მადა, კანის ქავილი და ქავილი საზარდულის არეში, პიოდერმია, ფურუნკულოზი. ხშირად აღინიშნება თავის ტკივილი, ძილის დარღვევა, გაღიზიანებადობა, ტკივილი გულის არეში, წვივის კუნთებში. შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულებში ორგანიზმის რეზისტენტობის დაქვეითების გამო ხშირად ვითარდება ტუბერკულოზი, თირკმელებისა და შარდგამომყოფი გზების ანთებითი დაავადებები (პიელიტი, პიელონეფრიტი). სისხლში აღინიშნება გლუკოზის მომატებული შემცველობა, შარდში – გლუკოზურია.



მეორე ტიპის ინსულინდამოუკიდებელი **შაქრიანი დიაბეტი** ვითარდება ზრდასრულ ასაკში, ხშირად ჭარბწონიან პირებში; დამახასიათებელია მშვიდი, ნელი დასაწყისი. ინსულინისა და C-პეპტიდის დონე სისხლში ნორმის ფარგლებშია ან შესაძლებელია აღემატებოდეს მას. ზოგიერთ შემთხვევებში შაქრიანი დიაბეტი დიაგნოსტირდება მხოლოდ გართულებების წარმოქმნისას ან შემთხვევითი გამოკვლევის დროს; კომპენსირება ხდება დიეტით ან პერორული ჰიპოგლიკემიური პრეპარატებით; მიმდინარეობს კეტოზის გარეშე.

გლიკემიის დონის მიხედვით, სამკურნალო ზემოქმედებებისადმი მგრძნობელობისა და გართულებების არსებობის ან არარსებობის მიხედვით გამოყოფენ სიმძიმის შემდეგ სამ ხარისხს: მსუბუქ ხარისხს მიეკუთვნება დაავადების შემთხვევები, როდესაც კომპესაცია მიიღწევა დიეტით, კეტოაციდოზი არ არის. შესაძლებელია პირველი ხარისხის რეტინოპათიის არსებობა. ჩვეულებრივ ესენი არიან მეორე ტიპის შაქრიანი დიაბეტით

დაავადებულები. საშუალო სიმძიმის დროს კომპენსაციის მიღწევა ხდება დიეტისა და პერორალური ჰიპოგლიკემიური პრეპარატების მიღებით ან ინსულინის შეყვანით დოზით არა უმეტეს 60 მე/დღეში; უზმოზე სისხლში გლუკოზის დონე არ აღემატება 12 მმოლ/ლ, ადგილი აქვს კეტოაციდოზისაკენ მიდრეკილებას, შესაძლებელია არამკვეთრად გამოხატული მიკროანგიოპათიის მოვლენები. შაქრიანი დიაბეტის მძიმე ფორმა ხასიათდება ლაბილური მიმდინარეობით; უზმოზე შაქრის დონე აღემატება 12,2 მმოლ/ლ, ინსულინის დოზა, რომელიც აუცილებელია კომპესაციისათვის აღემატება 60 მე/დღეში; ვლინდება გართულებები: III-IV ხარისხის რეტინოპათია, ნეფროპათია, თირკმელების ფუნქციის დარღვევებით, პერიფერიული ნეიროპათია, შრომისუნარიანობის დაქვეითება.

შაქრიანი დიაბეტის გართულებები: დამახასიათებელია სისხლძარღვოვანი გართულებები: წვრილი სისხლძარღვების სპეციფიკური დაზიანებები – მიკროანგიოპათიები (ანგიორეტინოპათია, ნეფროპათია და სხვა ვისცეროპათიები), ნეიროპათია, კანის, კუნთების სისხლძარღვების ანგიოპათია და ათეროსკლეროზული ცვლილებების სწრაფი განვითარება მსხვილ სისხლძარღვებში (აორტა, კორონარული, ცერებრალური არტერიები და სხვ.). მიკროანგიოპათების განვითარებაში წამყვანი როლი ენიჭება მეტაბოლურ და ავტოიმუნურ დარღვევებს. თვალის ბადურას სისხლძარღვების დაზიანება ხასიათდება ბადურას ვენების დილატაციით, კაპილარული მიკროანევრიზმების წარმოქმნით, ბადურაში ექსუდაციითა და წერტილოვანი სისხლჩაქცევებით (პირველი სტადია); გამოხატული ვენური ცვლილებებით, კაპილარების თრომბოზებით, ბადურაში გამოხატული ექსუდაციითა და სისხლჩაქცევებით (მეორე სტადია, პრეპროლიფერაციული); მესამე სტადიის დროს (პროლიფერაციული) – ადგილი აქვს ზემოთ აღწერილ ცვლილებებს, ასევე პროგრესირებად ნეოვასკულარიზაციასა და პროლიფერაციას, რომელიც წარმოადგენს მთავარ საშიშროებას მხედველობისათვის და იწვევს ბადურის აშრევებას, მხედველობის ნერვის ატროფიას. ხშირად დიაბეტიან ავადმყოფებს აღენიშნებათ აგრეთვე თვალის სხვა დაზიანებებიც: ბლეფარიტი, რეფრაქციისა და აკომოდაციის დარღვევები, კატარაქტა, გლაუკომა. შაქრიანი დიაბეტის დროს თირკმელების ფუნქციიის გაუარესების მთავარი მიზეზია მიკროსისხლძარღვოვანი მიმოქცევის დარღვევები, რომელიც ვლინდება გლომერულოსკლეროზითა და აფერენტული არტერიოლების სკლეროზით (დიაბეტური ნეფროპათია). დიაბეტური გლომერულოსკლეროზის პირველი ნიშანია გარდამავალი ალბუმინურია, შემდეგში კი – მიკროჰემატურია და ცილინდრურია. დიფუზური და კვანძოვანი გლომერულოსკლეროზის პროგრესირებას თან ახლავს არტერიული წნევის მომატება, იზოჰიპოსტენურია, რაც იწვევს ურემიული მდგომარების განვითარებას. გლომერულოსკლეროზის მიმდინარებაში განასხვავებენ 3 სტადიას: პრენეფროზულ სტადიაში ადგილი აქვს ზომიერ ალბუმინურიას, დისპროტეინემიას; ნეფროზულ სტადიაში – ალბუმინურია მატულობს, ვლინდება მიკროჰემატურია და ცილინდრურია, შეშუპებები, მატულობს არტერიული წნევა; ნეფროსკლეროზულ სტადიაში ჩნდება და მატულობს თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის სიმპტომები. ზოგჯერ ადგილი აქვს შეუსაბამობას გლიკემიის დონესა და გლუკოზურიას შორის. გლომერულოსკლეროზის ტერმინალურ სტადიაში სისხლში შაქრის დონე შესაძლებელია მკვეთრად დაეცეს.

შაქრიანი დიაბეტი – დიაბეტური ნეიროპათია ასევე ხშირი გართულებაა ხანგრძლივად მიმდინარე შაქრიანი დიაბეტის დროს; ზიანდება როგორც ცენტრალური, ასევე

პერიფერიული ნერვული სისტემა. განსაკუთრებით დამახასიათებელია პერიფერიული ნეიროპათია: ავადმყოფებს აწუხებთ გაბუჟება, ჭიანჭველების ცოცვის შეგრძნება, კრუნჩხვები კიდურებში, ტკივილი ფეხებში, რომელიც ძლიერდება მოსვენებული მდგომარეობის დროს, განსაკუთრებით ღამით და გაივლის სიარულის დროს. აღინიშნება მუხლისა და აქილევსის რეფლექსების დაქვეითება ან სრული გაქრობა, ასევე ტაქტილური, ტკივილის მგრძნობელობის დაქვეითება; ზოგჯერ ვითარდება კუნთების ატროფია ფეხების პროქსიმალურ ნაწილებში. წარმოიქმნება შარდის ბუშტის ფუნქციის დარღვევები, მამაკაცებში – პოტენციის. დიაბეტური კეტოაციდოზი ვითარდება ინსულინის გამოხატული უკმარისობის შედეგად, შაქრიანი დიაბეტის არასწორი მკურნალობის დროს; დიეტის დარღვევები, თანდართული ინფექცია, ფსიქიკური და ფიზიკური ტრავმები წარმოადგენენ დაავადების განვითარების საწყის გამოვლინებას. ხასიათდება კეტონური სხეულების გაძლიერებული წარმოქმნით ღვიძლში და სისხლში მათი შემცველობის მომატებით, სისხლის ტუტე რეზერვების შემცირებით; გლუკოზურიის მომატებას თან ახლავს დიურეზის გაძლიერება, რაც იწვევს უჯრედების დეჰიდრატაციას, შარდთან ელექტროლიტების ექსკრეციის გაძლიერებას; ვითარდება ჰემოდინამიკური დარღვევები. დიაბეტური კომა ვითარდება თანდათანობით. დიაბეტური პრეკომისათვის დამახასიათებელია შაქრიანი დიაბეტის სწრაფად პროგრესირებადი დეკომპენსაციის სიმპტომატიკა: ძლიერი წყურვილი, პოლიურია, სისუსტე, მოდუნება, ძილიანობა, თავის ტკივილი, მადის დაქვეითება, გულისრევა, აცეტონის სუნი პირიდან, კანის სიმშრალე, ჰიპოტენზია, ტაქიკარდია. ჰიპერგლიკემია აღემატება 16,5 მმოლ/ლ, შარდის რეაქცია აცეტონზე დადებითია, აღინიშნება მაღალი გლუკოზურია. თუკი დროულად არ ჩატარდა მკურნალობა, ვითარდება დიაბეტური კომა: გონების დაკარგვა, მრავალჯერადი ღებინება, კუსმაულის ტიპის ღრმა ხმაურიანი სუნთქვა, მკვეთრად გამოხატული სისხლძარღვოვანი ჰიპოტენზია, თვალის კაკლების ჰიპოტონია, დეჰიდრატაციის სიმპტომები, ოლიგურია, ანურია, ჰიპერგლიკემია, რომელიც აღემატება 16,55-19,42 მმოლ/ლ და ზოგჯერ აღწევს 33,3-55,5 მმოლ/ლ, კეტონემია, ჰიპოკალიემია, ჰიპონატრიემია, ლიპემია, ნარჩენი აზოტის მომატება, ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი. ჰიპეროსმოლური არაკეტონემიური დიაბეტური კომის დროს დამახასიათებელი აცეტონის სუნი არ არის, აღინიშნება გამოხატული ჰიპერგლიკემია 33,3 მმოლ/ლ-ზე ზევით, სისხლში კეტოსხეულების ნორმალური დონის დროს, ჰიპერქლორემია, აზოტემია, სისხლის მომატებული ოსმოსური წნევა, ჰემატოკრიტის მაღალი მაჩვენებლები. ლაქტაციდოზური კომა წარმოიქმნება თირკმლის უკმარისობისა და ჰიპოქსიის ფონზე, განსაკუთრებით ხშირია ავადმყოფებში, რომლებიც ღებულობდნენ ბიგუანიდებს. სისხლში აღინიშნება რძემჟავას მაღალი შემცველობა;

შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზი. საფუძვლად უდევს: 1. დიაბეტის კლასიკური სიმპტომების არსებობა: პოლიურია, პოლიდიფსია, კეტონურია, სხეულის მასის დაქვეითება, ჰიპერგლიკემია; 2. უზმოზე გლუკოზის დონის მომატება არა უმეტეს 6, 7 მმოლ/ლ ან 3. უზმოზე გლუკოზა 6,5 მმოლ/ლ, მაგრამ დღის განმავლობაში მაღალი გლიკემიის ან გლუკოზოტოლერანტული ტესტის ჩატარების ფონზე. გაურკვეველ შემთხვევებში, ასევე გლუკოზისადმი ტოლერატობის დარღვევის გამოსავლინებლად ტარდება გლუკოზის დატვირთვის სინჯი: იკვლევენ გლუკოზის შემცველობას სისხლში, უზმოზე 250-300 მლ წყალში გახსნილი 75 გ გლუკოზის მიღების შემდეგ; ჯანმრთელებში გლუკოზისადმი ნორმალური ტოლერანტობისას გლიკემია უზმოზე ნაკლებია 5,6 მმოლ/ლ, 30 და 90-ე წუთებს

შორის ჩატარებული ტესტის დროს ნაკლებია 11,1 მმოლ/ლ-ზე, ხოლო გლუკოზის მიღებიდან 120 წუთის შემდეგ გლიკემია ნაკლებია 7,8 მმოლ/ლ. გლუკოზისადმი ტოლერანტობა ფიქსირდება, თუკი გლიკემია უზმოზე ნაკლებია 6,7 მმოლ/ლ, 30-სა და 90-ს წუთებს შორის ნაკლებია 11,1 მმოლ/ლ-ზე და 2 საათის შემდეგ მერყეობს 7,8 მმოლ/ლ და 11,1 მმოლ/ლ შორის. მკურნალობა. გამოიყენება დიეტოთერაპია, პერორული ჰიპოგლიკემიური პრეპარატები და ინსულინი, სამკურნალო ფიზკულტურა. თერაპიული ღონისძიებების მიზანია ნივთიერებათა ცვლისა და სხეულის მასის ნორმალიზაცია, ავადმყოფთა შრომისუნარიანობის აღდგენა, სისხლძარღვოვანი გართულებების თავიდან აცილება ან მათი მკურნალობა. დიეტა აუცილებელია შაქრიანი დიაბეტის ყველა კლინიკური ფორმის დროს. მისი ძირითადი პრინციპებია: დღიური რაციონის ინდივიდუალური შერჩევა, ცილების, ცხიმების, ნახშირწყლებისა და ვიტამინების ფიზიოლოგიური რაოდენობებით მიღება; ადვილად ასათვისებელი ნახშირწყლების გამორიცხვა; ულუფებად კვება, კალორიებისა და ნახშირწყლების თანაბარი გადანაწილებით. დღიური კალორიულობის გათვლა წარმოებს სხეულის მასისა და ფიზიკური დატვირთვის მიხედვით. ზომიერი ფიზიკური დატვირთვის დროს დიეტა აგებულია შემდეგ გათვლებზე 30-35 კკალ 1 კგ მასაზე. სიმსუქნისას კალორიულობას ამცირებენ 20-25 კკალ-მდე 1 კგ მასაზე. ცილების, ცხიმებისა და ნახშირწყელების შეფარდება საკვებში უნდა იყოს ფიზიოლოგიურთან ახლოს: კალორიების საერთო რაოდენობის 15-20% მოდის ცილებზე, 25-30% – ცხიმებზე, 50-60% ნახშირწყლებზე. დიეტა უნდა შეიცავდეს არა ნაკლებ 1-1,5 გ ცილას სხეულის 1 კგ მასაზე, 4,5-5 გ ნახშირწყლებს და ცხიმებს – 075-1,5 გ დღეში. ნახშირწყლების საერთო რაოდენობამ უნდა შეადგინოს არა ნაკლებ 125 გ დღეში, კეტოაციდოზის განვითარების თავიდან ასაცილებლად. საკვებს ღებულობენ დღეში 4-5ჯერ; ამასთან საუზმე უნდა შეადგენდეს საერთო რაოდენობის 25%-ს, მეორე საუზმე – 10-15%, სამხარი – 5-10%-ს, ვახშამი – 25%, მეორე ვახშამი 5-10%. ნაჩვენებია დოზირებული ადკვატური ყოველდღიური ფიზიკური დატვირთვები, რაც აძლიერებს ქსოვილების მიერ გლუკოზის უტილიზაციას. შაქრიანი დიაბეტის კომპენსაციის მაჩვენებელია გლიკემია დღის განმავლობაში 3,85-8,9 მმოლ/ლ და გლუკოზურიის არარსებობა. შაქრიანი დიაბეტის მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის სწავლებას თვითკონტროლის მეთოდებით, ჰიგიენური პროცედურების თავისებურებებით, ვინაიდან იგი წარმოადგენს შაქრიანი დიაბეტის კომპენსაციის, გართულებების თავიდან აცილებისა და შრომისუნარიანობის შენარჩუნების საფუძველს.

კითხვები:

11. რა არის ჰიპოთირეოზი?
12. რა არის ჰიპერთირეოზი?
13. რა არის ჩიყვი?
14. რომელია ჰიპოთირეოზისთვის დამახასიათებელი ნიშნები?
15. რომელია ჰიპერთირეოზისთვის დამახასიათებელი ნიშნები?
16. რა ნიშნებია დამახასიათებელი მეტაბოლური სინდრომისთვის?
17. რა არის შაქრიანი დიაბეტის ეტიოლოგია?
18. რა კლინიკური ნიშნები აქვს შაქრიან დიაბეტს?
19. რა გართულებებია დამახასიათებელი შაქრიანი დიაბეტისათვის

1.4.სამკურნალო ტანვარჯიში დიაბეტის დროს

დიაბეტის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის შედგენისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება დაავადების მიმდინარეობასა და სიმძიმეს. ზოგადად, , სამკურნალო ტანვარჯიში მოწოდებულია მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ფორმის დროს. ამ დროს პაციენტები იმყოფებიან ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ, გადიან ამბულატორიულ მკურნალობას და იცავენ კვების რეჟიმს. გამომდინარე აქედან, ავადმყოფის დღის რეჟიმის შესაბამისად (მაგ. სამუშაო გრაფიკი და სხვ.) ინიშნება სამკურნალო ტანვარჯიშის ინდივიდუალური მეცადინეობები, რაც მოიცავს სპეციალურ ვარჯიშებს. გარდა ამისა თუ შესაძლებლობა არის პაციენტს უტარდება დილის ჰიგიენური ტანვარჯიში და სამკურნალო მასაჟი. პაციენტი დამოუკიდებელ მეცადინეობებზე გადადის მხოლოდ მაშინ, როდესაც ის სათანადოდ გამოიმუშავებს მოძრაობით ჩვევებს , რაც შესაძლებელია მხოლოდ სარეაბილიტაციო კლინიკებში ინსტრუქტორის ან მეთოდისტის დახმარებით.

დაავადების მკურნალობაში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს სარეაბილიტაციო საშუალებების კომპლექსურ გამოყენებას, აქ იგულისხმევა სპეციალურად თითოეული პაციენტის ინდივიდუალობიდან გამომდინარე ფიზიკური დატვირთვა, რაც მოიცავს : დოზირებულ სიარულს, შრომით თერაპიას, სპორტულ თამაშებს, ველოსიპედით სეირნობას და სხვა.

ყველასათვის ცნობილი ფაქტია, რომ ფიზიკური დატვირთვა ორგანიზმში იწვევს შაქრის დონის შემცირებას. სწორედ სისხლისა და შარდის ანალიზის, პაციენტის თვითშეგრძნებების, პულსისა და არტერიული წნევის მაჩვენებლების საუძველზე შესაძლებელია გაკეთდეს დასკვნა, თუ რამდენად ეფექტურად ჩატარდა სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურა.

საშუალო სიმძიმის დიაბეტის დროს კინეზოთერაპიული პროცედურების ხანგრძლივობაა 25-30წთ, მსუბუქი ფორმის დროს 35-45წთ. აქვე უნდა ავღნიშნოთ რომ პროცედურები ტარდება ინსულინის ინექციიდან 1 სთ-ის შემდეგ. ჰიპოგლიკემიის თავიდან აცილების მიზნით სასურველია პაციენტმა ან მეთოდისტმა თან იქონიოს შაქრის ნატეხი ან კანფეტი.

დიაბეტის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ამოცანებია:

1. ჰიპერგლიკემიის შემცირება.
2. ინსულინის ინექციის ეფექტის გაზრდა.
3. შინაგანი ორგანოების ფუნქციების ნორმალიზება.

4. პერიფერიაზე სისხლის მიმოქცევის გაუმჯობესება.
5. ორგანიზმის ზოგადი მდგმარეობის გაუმჯობესება.

პროცედურების ჩატარებისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს ვარჯიშთა შესრულების ტემპზე და დატვირთვის სიმძიმეზე. შესაძლებელია ნელი ან საშუალო ტემპით ჩატარედეს ვარჯიშები სატანვარჯიშო იარაღებზე. ხაზგასმით უნდა ითქვას, რომ სწრაფი და ძალისმიერი ვარჯიშების შესრულება არ არის რეკომენდირებული.

1.5.სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის სანიმუშო კომპლექსი მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დიაბეტის დროს

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	დგომი	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	
2	იგივე	სიარული ან ძუნძული დარბაზის გარშემო	2-3წთ	საშუალო სიმძიმის დიაბეტის დროს რეკომენდირებულია მხოლოდ სიარული
3	იგივე	ცერებზე და ქუსლებზე მონაცვლეობით სიარული	2წთ	ზემო კიდურები განმკლავში, ელემენტარული ვარჯიშები
4	იგივე	იდაყვში მოხრილი ხელები მხრებთან, მხრის როტაციული მოძრაობები	4-6-ჯერ	სუნთქვით ვარჯიშებთან შეხამებით და მის გარეშე
5	ჯდომი	ფეხები გაშლილია, ტანის მოხრა, ხელების წინ გატანით - ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება- ამოსუნთქვა	4-5-ჯერ	მოხრისას ზამბარისებური მოძრაობა
6	წოლა	მომადუნებელი ვარჯიშები	1წთ	
7	დგომა	სატანვარჯიშო ჯოხის თავს ზევით გადატანა,გაშლილი ხელებით ზემკლავი - შესუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	3-4-ჯერ	
8	იგივე	სატანვარჯიშო ჯოხი ზურგს უკან იდაყვებზე, ბრუნი-შესუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	4-6-ჯერ	ზურგი და თავი სწორედ დგას

9	იგივე	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	
10	იგივე	სატანვარჯიშო ჯოხი ტერფის ქვეშ, ჯოხის გორება ჯერ ერთი, შემდეგ მეორე ფეხით	5-6-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
11	წოლა ზურგზე	გაშლილი ფეხის აწევა, ს.მ დაბრუნება	4-6-ჯერ	იგივე
12	იგივე	ვარჯიში ველოსიპედი	4-5-ჯერ	სუნთქვის შეკავების გარეშე
13	მუცელზე წოლა	წელის გაზნექა ხელებზე დაყრდნობით	4-5ჯერ	
14		სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	

1.6.სამკურნალო ტანვარჯიში სიმსუქნის დროს

თანამედროვე ცხოვრების რიტმი, ფიზიკური აქტივობები და ალიმენტური ფაქტორები არის განმსაზღვრელი იმ სასიცოცხლო პროცესებისა, რომელიც ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარეობს , გამომდინარე აქედან დაავადების განვითარების რისკის ზრდაც მჭიდროდაა დაკავშირებული ამ პროცესების არასასურველ ცვლილებებთან.

დაავადების კინეზოთერაპიული მეთოდებით მკურნალობის დროს ყურადღება ექცევა პაციენტის მოძრაობით რეჟიმს და კვებას. სიმსუქნის თითქმის ყველა შემთხვევაში არასწორი კვება წამყვანია, რაც განაპირობებს ზოგადი მდგომარეობის კიდევ უფრო დამძიმებას; გარდა ამისა სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურების ხდის არაეფექტურს.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება სამკურნალო ტანვარჯიშის გამოყენებას სიმსუქნის კომპლექსურ მკურნალობაში. ფიზიკური მედიცინის საშუალებებიდან მკურნალობის პროცესში ჩართულია შრომითითერაპია და სამკურნალო მასაჟი.

სიმსუქნის მკურნალობის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ძირითადი ამოცანებია:

1. ნივთიერებათა ცვლის გაუმჯობესება.
2. სხეულის მასის შემცირება.
3. მუცლის პრესისა და ტანის კუნთების გამაგრება.
4. ორგანიზმის შრომისუნარიანობის ამაღლება.

5. კუნთური მუშაობისუნარიანობის გაზრდა.

როგორც ზემოთ უკვე ავღნიშნეთ, სამკურნალო ტანვარჯიშთან ერთად ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა საშუალებები როგორიცაა: ცურვა, სიარული, სირბილი, ციგურებით სრიალი, ველოსპორტი, სპორტული თამაშები, მოძრავი თამაშები და სხვა.

სიმსუქნის მკურნალობის პროცესში აუცილებელია პაციენტმა მოაწესრიგოს დღის რეჟიმი, რაც გულისხმობს: ფეხით სიარულს, დილის ჰიგიენურ-განმაჯანსაღებელ ტანვარჯიშს, კვებას და ჰიგიენური ნორმების დაცვას.

სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურებში გამოყენებულია ვარჯიშები მუცლის პრესისა და მსხვილი ჯგუფის კუნთებისათვის, როგორც სატანვარჯიშო იარაღებზე ასევე მათ გარეშე. სუნთქვითი ვარჯიშები შეხამებულია აქტიურ დინამიურ ვარჯიშებთან. სამკურნალო ტანვარჯიშის შემდეგ სასურველია შხაპის პროცედურები. პროცედურის ხანგრძლივობაა 45-60წთ.

1.7.სიმსუქნის დროს (II პერიოდი) სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლესი

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	დგომა	დინამიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-5-ჯერ	ვარჯიშები სრულდება წვრილ სახსრებში
2	იგივე	ადგილზე სიარული, სიარული დარბაზის გარშემო	2-3წთ	ტემპი საშუალო
3	იგივე	ადგილზე ხტუნვები	3-5-ჯერ	ხელები გავაზე
4	იგივე	სტატიკური სუნთქვა	2-4-ჯერ	
5	იგივე	ზემკლავი, ჩასუნთქვა, მიმკლავი ამოსუნთქვა	2-5-ჯერ	გახანგრძლივებული ამოსუნთქვა
6	იგივე	სიარულში ბრუნი	1წთ	3-4 ნაბიჯი მიბრუნება
7	იგივე	სიარულში ჩაჯდომა	1წთ	
8	იგივე	სირბილი ნელ ტემპში	1წთ	შესაძლებელია ძუნძული
9	იგივე	სიარულისა და სირბილის შენაცვლება	1წთ	
10	იგივე	სატანვარჯიშო კედელთან გვერდით დგომა, ახლოს მდებარე ხელი ზედა, ხოლო მეორე ხელი ლარტყებზე	2-6-ჯერ	ზნექები გვერდზე

11	იგივე	სახით სატანვარჯიშო კედელთან, ხელები ლარტყზე, ფეხები გამართული, გადახრა წინ და უკან	4-6-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
12	იგივე	სამედიცინო ბურთის აგდება, დაჭერა, წინ ზნექი, ს.მ დაბრუნება	6-8-ჯერ	შესაძლებელია ბურთის დაჭერამდე ტაში დაკვრა
13	იგივე	სატანვარჯიშო კედელთან გვერდით დგომა, ქვემო კიდურების ქნევითი მოძრაობა	6-8-ჯერ	ტემპი საშუალო
14	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	გაღრმავებული სუნთქვა
15	იგივე	სიარული დარმაზის გარშემო	1წთ	ზემო კიდურების ელემენტარულ მოძრაობებთან შეხამებით
16	ჯდომა ან დგომა	მომადუნებელი ვარჯიშები	1წთ	

კითხვები:

15. რა გამოიყენება შაქრიანი დიაბეტის დროს კომპლექსურ მკურნალობაში?
16. რა არის შაქრიანი დიაბეტის დროს სამკურნალო ვარჯიშების ამოცანები?
17. ჩამოთვალეთ სამკურნალო ვარჯიშების კომპლექსის საკითხები მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დიაბეტის დროს?
18. რა არის სიმსუქნის დროს სამკურნალო ვარჯიშების ამოცანები?
19. ჩამოთვალეთ სიმსუქნის დროს სამკურნალო ვარჯიშების კომპლექსის საკითხები.

თავიXV.ნერვული და საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემების პათოლოგიისას რეაბილიტაცია

§1.ნერვული სისტემის პათოლოგიისას რეაბილიტაცია

ნერვული სისტემის პათოლოგია

1.1ინსულტი



ინსულტი ანუ ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე მოშლა იწვევს მოძრაობით, ქცევით, გონებრივ, ემოციურ და სხვა სახის დარღვევებს. ინსულტის განვითარების რისკ-ფაქტორებია:

- არაჯანსაღი კვება
- ეკოლოგიური მდგომარეობა
- ცხოვრების არაჯანსაღი წესი
- შაქრიანი დიაბეტი
- სხადასხვა ეტიოლოგიის ჰიპერტენზია
- ადრე გადატანილი ინსულტი
- არტერიის კედლის ათეროსკლეროზი
- მოციმციმე არითმია
- სიმსუქნე
- სიგარეტი
- დატვირთული ოჯახური ანამნეზი

ინსულტი ვიტარდება ტვინის მკვებავი რომელიმე სისხლძარღვის დახშობის დროს (იშემია - ინფარქტი) ან გასკდომით (სისხლჩაქცევა - ჰემორაგია). შესაბამისად განარჩევენ ორი სახის ინსულტს:

- იშემიური ინსულტი
- ჰემორაგიული ინსულტი

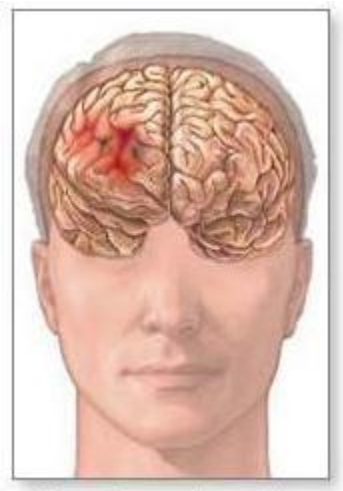
ინსულტის ძირითადი მიზეზებია - თრომბოზი, ემბოლია და სისხლჩაქცევა.

თრომბოზი - (ბერძ. - შედედება) - სისხლძარღვის სანათურში ან გულის ღრუებში სისხლის კოლტის წარმოქნას ნიშნავს. ტვინის სისხლძარღვთა თრომბოზი ინსულტის განვითარებას უწყობს ხელს.

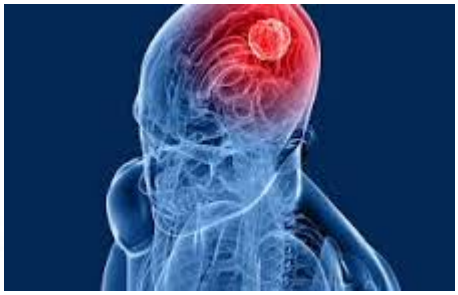
1.2.იშემიური ინსულტი

ინსულტების უმრავლესობა იშემიური ხასიათისაა. მკვებავი სისხლძარღვების შევიწროვებისა ან დახშობის გამო წყდება ტვინის რომელიმე უბნის სისხლით მომარაგება და ტვინი რბილდება. ყველაზე მეტად მიზეზია: - ათეროსკლეროზული ფოლაქების გამო სანათურის შევიწროვება, მოწყვეტილი თრომბი, სისხლძარღვის ხანგრძლივი სპაზმი, სისხლძარღვის მიჭყლეტა სიმსივნური წარმონაქმნით. ზოგჯერ ის ძილის დროს აღმოცენდება. მეტწილად ემართებათ 40-50 წელს გადატანებულ პირებს.

1.3.ჰემორაგიული ინსულტი



ჰემატომა თავის ტვინში



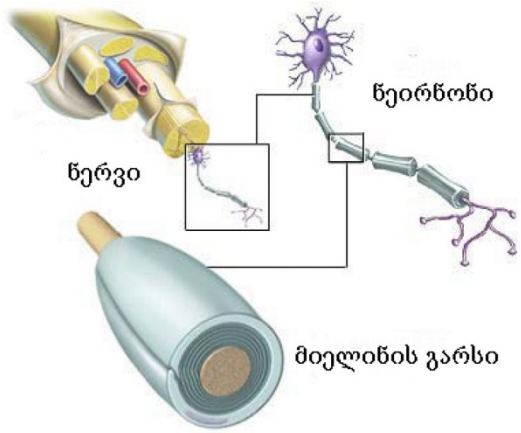
ამ დროს სისხლძარღვი სკდება და ტვინის ქსოვილში ჩაიღვრება სისხლი, წარმოიქმნება ჰემატომა. ამის მიზეზი შეიზლება იყოს ანევრიზმა ან სისხლძარღვის კედლის მთლიანობის დარღვევა ათეროსკლეროზული ცვლილებების გამო. მაპროვოცირებელი ფაქტორებია არტერიული წნევის მკვეთრი ცვლილება, გონებრივი და ფიზიკური გადატვირთვა, სტრესი. ამ ფორმის ინსულტი უფრო უშვიათია, მაგრამ უფრო მეტად საშიში. ჰემორაგიული ინსულტი უფრო ახალგაზრდა საკში ემართებათ - 40 წლამდე და ათიდან შვიდი შემთხვევა სიკვდილით მთავრდება.

ორივე ტიპის ინსულტის დროს მიმდინარეობს ტვინის უჯრედების კვდომა. ავადმყოფის მდგომარეობა და პროგნოზი დამოკიდებულია იმაზე, თუ ტვინის რომელი უბანია დაზიანებული, მაგალითად, თავის ტვინის წინა ნაწილში მდებარეობს მოძრაობის მართვის ცენტრები: მარჯვენა ჰემისფეროში - მარცხება ხელ-ფეხის და პირიქით, მარცხენა ჰემისფეროში - მარჯვენა ხელ-ფეხის. ტვინის ღეროს დაზიანებისას - ვითარდება სახის კუნთების სისუსტე ერთ მხარეს და კიდურების სისუტე მეორე მხარეს. ამ დროს ვიტარდება დამბლა -აქტიურ მოძრაობათა შეზღუდვა ან სრული შეუძლებლობა. ინსულტის დროს ხშირია მგრძნობელობის დარღვევა, მხედველობისა და მეხსიერების დაქვეიტება, თავბრუსხვევა და სხვა.

ინსულტის მკურნალობის ორი მეთოდი არსებობს: კონსერვატორული და ქირურგიული. არჩევანი ინსულტის ფორმასა და ტვინის დაზიანების ხარისხზეა დამოკდებული.

ინსულთის გადატანის შემდგომ პერიოდში უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება სწოე რეაბილიტაციას სხვადასხვა მეთოდებით. შედეგი დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე და პაციენტის მდგომარეობაზე.

1.4.გაფანტული სკლეროზი



გაფანტული სკლეროზი ცენტრალური ნერვული სისტემის ქრონიკული დაავადებაა, რომელსაც ცენტრალური ნერვული სისტემის (თავისა და ზურგის ტვინის ნერვების) დეგენერაცია ახასიათებს.
გაფანტული სკლეროზის დროს (ანთების შედეგად) ზიანდება მიელინის გარსი, რომელიც ფარავს ნერვს და მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მასში იმპულსის გატარებასა და ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში.
აქედან გამომდინარე, ხდება ნერვების დემიელინიზაცია, ფერხდება მასში აღგზნების

გაფანტული სკლეროზი ცენტრალური ნერვული სისტემის ქრონიკული არაპროგნოზირებადი დაავადებაა, რომელსაც უმეტესად პროგრესული მიმდინარეობა ახასიათებს. ამ დაავადების დროს ზიანდება თავის ტვინი, მხედველობის ნერვები, ზურგის ტვინი, რაც იწვევს ორგანიზმის შესაბამისი ფუნქციების მოშლას. დაავადებას ახასიათებს ქაოსურად გაფანტული დემიელინიზებული კერების წარმოქმნა.

მიელინი ლიპიდურ-ცხიმოვანი ნივთიერებაა, რომელიც გარს აკრავს ნერვულ ბოჭკოებს. არსებობს ორი სახის ნერვული ბოჭკო: მიელინიანი და უმიელინო. მიელინიანი ბოჭკოები ცენტრალურ და პერიფერიულ ნერვულ სისტემებში გვხვდება, ხოლო უმიელინო - ვეგეტატიური ნერვული სისტემის სიმპათიკურ ნაწილში. გაფანტული სკლეროზის დროს მიელინის გარსი განიცდება, უფრო ზუსტად, მას ინელებს იმუნური სისტემის უჯრედები, რის გამოც ნერვული სისტემის ფუნქციები თანდათან ირღვევა, ეს კი მძიმედ აისახება პაციენტის როგორც ფიზიკურ, ასევე ფსიქოემოციურ მდგომარეობაზე.
გაფანტული სკლეროზი იმუნოანთებით დაავადებად განიხილება. მისი უშუალო მიზეზი დღემდე დაუდგენელია. ვარაუდობენ, რომ დაავადება უკავშირდება ბავშვობაში გადატანილ ვირუსულ ინფექციას. ზოგიერთი მკვლევარის აზრით, მას იწვევს ფილტრში გამავალი ნეიროტროპული ვირუსი, რომელიც ბიოლოგიურად ახლოს უნდა იდგეს მწვავე გაფანტული ენცეფალომიელიტის გამომწვევთან. რაც მთავარია, დაავადების მიმდინარეობაში განსაკუთრებული ადგილი უკავია ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში მიმდინარე აუტოიმუნურ, ნეიროალერგიულ პროცესებს, რომელთა საფუძველზეც ორგანიზმის იმუნური

სისტემა საკუთარი ნერვული ბოჭკოების მფარავ მიელინის გარსს ებრძვის და ინელებს. მიელინის გარსს განახლება-აღდგენის უნარი შესწევს. ასე რომ, ნერვულ სისტემაში მიმდინარეობს რემიელინიზაციის პროცესიც. ამით აიხსნება, რომ მდგომარეობა ზოგჯერ სავსებით ან ნაწილობრივ გამოსწორდება ხოლმე, თუმცა თუ დაზიანების ძველ კერას ახალი მიემატა, განახლება-აღდგენა ნაკლებ სრულფასოვანი ხდება. გაფანტული სკლეროზის გამწვავების პერიოდში წარმოიქმნება მწვავე ანთებითი კერები მიელინის გარსის შესივებითა და შეშუპებით. რამდენიმე კვირის ან თვის შემდეგ ანთებისა და შეშუპების ეს ლოკალური კერები ქრება და მათ ადგილას რჩება მრავლობითი ნაწიბური - დაზიანებული უბნები, რომელთაც ფოლაქებს უწოდებენ. ეს ფოლაქები მიმოფანტულია ცენტრალური ნერვული სისტემის თეთრ ნივთიერებაში. მიელინის დაზიანება და განლევა ნერვულ ბოჭკოებში იმპულსთა გატარების ნაწილობრივ ან სრულ შეფერხებას იწვევს. ტვინიდან ორგანოებსა და ქსოვილებს ნერვული იმპულსები შეფერხებით მიეწოდება, ზოგჯერ კი საერთოდ აღარ მიეწოდება, რაც ნერვული დარღვევებით ვლინდება.

გაფანტული სკლეროზი უმეტესად ახალგაზრდა ასაკში ვითარდება, საზოგადოდ კი 15-დან 60 წლამდე ნებისმიერ დროს შეიძლება გამოვლინდეს. ორჯერ უფრო ხშირად ემართებათ ქალებს. მემკვიდრეობით არ გადაეცემა. აშშ-ში გაფანტული სკლეროზით დაავადებულია 300 ათასზე მეტი ადამიანი. სიცოცხლის ყველაზე პროდუქტიულ პერიოდში სრული ინვალიდობის გამომწვევი მიზეზებიდან გაფანტული სკლეროზი მხოლოდ ტრავმებსა და რევმატოლოგიურ დაავადებებს ჩამოუვარდება.

სიმპტომები:

გაფანტული სკლეროზის თავისებურებებს შორის აღსანიშნავია სიმპტომთა დიდი მრავალფეროვნება. დაავადების პირველი ნიშნები არცთუ იშვიათად ამა თუ იმ მაპროვოცირებელი ფაქტორის: ტრავმის, ოპერაციის, ნერვული სტრესის, მშობიარობის, სხვა დაავადების - ზემოქმედების შემდეგ ვლინდება. დაავადება შეიძლება დაიწყოს მგრძნობელობის სხვადასხვაგვარი მოშლით. ზოგჯერ ჩნდება დაბუჟების, ჭიანჭველების ცოცვის ან ჩხვლეტის შეგრძნება ზემო და ქვემო კიდურებში, ვითარდება მხედველობითი, ვესტიბულური და მოძრაობითი დარღვევები - კუნთების სისუსტე და სპასტიკურობა (დუნე მოძრაობები), კოორდინაციის მოშლა და სიარულის ამა თუ იმ სახის დარღვევა. ტიპობრივი ნიშნებია აგრეთვე ადვილად დაღლა, სისუსტე, შარდის შეკავების კონტროლის მოშლა, სქესობრივი ფუნქციის დარღვევა. მრავალწლიანი მიმდინარეობისას ინტელექტის დაქვეითებაც აღინიშნება.
გაფანტულ სკლეროზს არაპროგნოზირებადი მიმდინარეობა ახასიათებს. ის ზოგჯერ კეთილთვისებიანად მიმდინარეობს და ნელა პროგრესირებს, გამწვავება შედარებით იშვიათია, ხოლო რემისია (დაავადების გამოვლინებათა დროებითი შეწყვეტა) - შედარებით ხანგრძლივი. მაგრამ არის შემთხვევებიც, როდესაც დაავადება ძალზე სწრაფად პროგრესირებს და შედარებით ავთვისებიანი მიმდინარეობით გამოირჩევა.

დიაგნოსტიკა

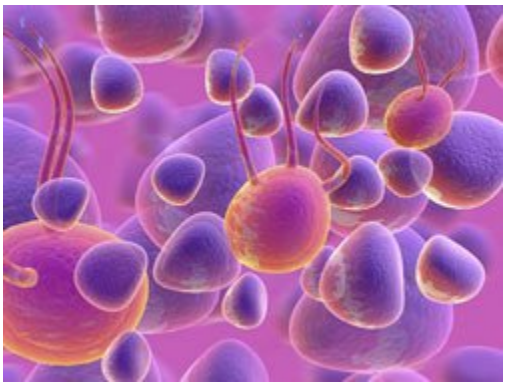
გაფანტული სკლეროზის დიაგნოსტიკა რთული ამოცანაა, ვინაიდან დაავადებას არ

ახასიათებს სპეციფიკური კლინიკური, რენტგენოლოგიური, ელექტროფიზიოლოგიური და ლაბორატორიული ნიშნები, მით უფრო - ადრეულ სტადიებზე.

- ნევროლოგიური გასინჯვა-შემოწმება საშუალებას იძლევა, გამოვლინდეს მგრძნობელობის მოშლა და დაავადების გარკვეული სიმპტომები, რომელთა შეფასებითაც განისაზღვრება პაციენტის ინვალიდობის ხარისხი.
- მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია გამოკვლევის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტური თანამედროვე მეთოდია, რომელიც თავისა და ზურგის ტვინში ავლენს გაფანტული სკლეროზისთვის დამახასიათებელ ცვლილებებს. ამ გამოკვლევისას ვენაში შეჰყავთ სპეციფიკური კონტრასტული პრეპარატები. კონტრასტული ნივთიერება აკუმულირდება (გროვდება) აქტიური ანთების კერაში და უკეთ ჩანს დემიელინიზებული კერები (ფოლაქები). ფოლაქებს დამახასიათებელი ფორმა და ლოკალიზაცია აქვს. მათი ზომა, წესისამებრ, 1-5 მმ-ია, მაგრამ შერწყმისა და შეშუპების გამო ზოგჯერ 10 მმ-საც აღწევს. შედარებით ახალ კერებს უსწორმასწორო და არამკვეთრი კონტურები აქვს. დემიელინიზებული კერების ლოკალიზაციის ტიპური ადგილია გვერდითი პარკუჭები (ასეთ შემთხვევაში ამბობენ, რომ ფოლაქები მდებარეობს პერივენტრიკულურად), ზოლიანი სხეული, ნათხემი და ზურგის ტვინი. მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია გაფანტული სკლეროზით დაავადებულ პაციენტს რამდენიმეჯერ უნდა ჩაუტარდეს, რათა მოხდეს პროცესის მიმდინარეობასა და დაავადების დინამიკაზე დაკვირვება, ჩატარებული თერაპიის ეფექტურობაზე მსჯელობა და სხვა.
- თავ-ზურგტვინის (ცერებროსპინალური) სითხის გამოკვლევისას ლიქვორში ვლინდება ლიმფოციტებისა და განსაკუთრებული ცილების - იმუნოგლობულინების მომატება
- გამოწვეული პოტენციალების ანალიზით ადგენენ ნერვული სისტემის დაზიანებულ "მუნჯ" კერებს (ეს ის კერებია, რომლებიც კლინიკურად არაფრით ვლინდება).
- მნიშვნელოვანი სადიაგნოსტიკო მეთოდია იმუნოლოგიური გამოკვლევაც, მით უფრო, რომ გაფანტული სკლეროზი აუტოიმუნური დაავადებაა. შესაბამისად, უჯრედული და ჰუმორული იმუნიტეტის მაჩვენებელთა შეფასებასა და მონიტორინგს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. სხვადასხვა გამოკვლევამ ცხადყო, რომ გაფანტული სკლეროზის დროს იმუნოლოგიური მონიტორინგის ყველაზე ინფორმაციული და ხელმისაწვდომი მეთოდია CD4+ და CD8+ T- ლიმფოციტების თანაფარდობის განსაზღვრა. ჯანმრთელ ადამიანებში ეს მაჩვენებელი დაახლოებით 1,3-ს შეადგენს, ხოლო დაავადებულებში 1,7-1,8-მდე იზრდება. გამოკვლევისას გაირკვა ისიც, რომ შრატისმიერი ინტერფერონის დონის მატება ემთხვევა დაავადების გამწვავების სტადიას, ხოლო ნორმალიზაცია - რემისიისას.

მკურნალობა

ვინაიდან გაფანტული სკლეროზი იმუნური სისტემის ერთგვარი დეფექტის შედეგია, მკურნალობის ტრადიციული მეთოდის მთავარ სამიზნეს სწორედ იმუნური უჯრედები წარმოადგენს. პრეპარატებიდან იყენებენ როგორც იმუნომოდულატორებს (ინტერფერონებს, გლათირამერ აცეტატ-კოპაკსონს), ასევე იმუნოსუპრესანტებს (მიტოქსანტრონს, ციკლოფოსფანს, აზათიოპრინს, გლუკოკორტიკოსტეროიდებს და სხვა).



1.5.ალცჰაიმერის დაავადება



ალცჰაიმერის დაავადება არის დემენციის (მეხსიერების დაქვეითების) ყველაზე გავრცელებული ფორმა. ის არის უკურნებელი, დაგენერაციული დაავდება, რომელსაც თავის ტვინის ქერქული ფუნქციების პროგრესული დაქვეთება ახასიათებს. ეს დაავადება პირველმა აღწერა გერმანელმა ფსიქოლოგმა ალიოზ ალცჰაიმერმა 1906 წელს. დაავადება ვლინდება 65 წლის შემდეგ.

არსებობს დაავადების წარმოშობის სამი ჰიპოთეზა:

- ძველი, ქოლინერგიული ჰიპოთეზის თანახმად, დაავდებას იწვევს ნეირომედიატორ აცეტილქოლინის სინტეზის დაქვეითება.
- ამილოიდური ჰიპოთეზა, რომლის შედეგადაც დაავადების ძირითადი მიზეზია ბეტა-ამილოიდების დაგროვება. ცილების მაკოდირებელი გენი, რომლისგანაც წარმოიშვება ბეტა-ამილოიდი, განლაგებულია 21-ე ქრომოსომაში. დაუნის სინდრომის დროს გვაქვს სწორედ 21-ე ქრომოსომის ტრისომია. დაუნის სინდრომის მქონე 40 წელს გადაცილებულ პირებთან ალცჰაიმერის მსგავსი დაავდება იქნა აღმოჩენილი. გენეტიკური განწყობა მნიშვნელოვან როლს თამაშობს ტვინის ქსოვილში ამილოიდის ჭარბ დაგროვებაში.

- ტაუ-ჰიპოთეზა - რომლის თანახმად ტაუ-ცილების სტრუქტურაში ხდება გადახრები, რაც გამოიწვევს ნერვულ უჯრედებს შორის სიგნალების გადაცემის დარღვევას და შემდეგ ამ უჯრედების სიკვდილს.
- ჰერპესული ჰიპოთზა - ეს არის მანჩესტერის ნივერსიტეტის კვლრვის შედეგი, რომლის მიხედვით, დაავდების წარმოშობაში დიდი როლი ენიჭება ჰერპეს ვირუსს, რადგან ალცჰაიმერით დაავადებულის თავის ტვინში არსებულ ამილოიდურ ფოლაქებში აღმოაჩინეს ვირუსის დნმ-ი

ალცჰაიმერის დაავადების დროს ხდება ტვინის ატროფია - მოცულობისა და წონის შემცირება, ქერქის ხვეულების განლევა, ქერქის ღარებისა და პარკუჭების გაფართოება. ატროფიას ყველაზე მეტად განიცდის თხემის, საფეთქლისა და შუბლის წილები. თავის ტვინის სხვადასხვა უბნებში მიმდინარეობს აცეტილქოლინმწარმოებელი ნეირონების შემცირება.

კლინიკა:

ოთხ სტადიად იყოფა და ახასიათებს კოგნიტური და ფუნქციური დარღვევები:

- პრედემენცია - მეხსიერების დარღვევის პირველი გამოვლენა, შემოიფარგლება ათვისებისა და გახსენების უნარის დაქვეითებით. მეხსიერების პრობლემების გამო პაციებტს სეიძლება განუვითარდეს აპათია, რომელიც მთელი დაავდების მიმდინარეობისას რთულ ნეიროფსიქიატრიულ სიმპტომად რჩება.
- ადრეული დემენცია - პროგრესირებს მეხსიერების პრობლემები. აღსანიშნავია, რომ ამ სტადიაში უფრო შესამჩნევია არ ამეხსიერების პრობლემები, უფრო მეტყველების, აღქმის, შემსრულებლობითი და მოძრაობის დარღვევები.
- ზომიერი დემენცია - დაავადების პროგრესირების გამო დამოუკიდებელი ქმედების უნარი უფრო სუსტდება. მეტყველების დარღვევა აშკარა ხდება. სიტყვატა მარაგის სიმწირის გამო, დავიწყებული სიტყვის მაგივრად არაშესაბამის სიტყვებს იყენებს. ძლიერდება მეხსიეების პრობლემები, ისე რომ ოჯახის წევრებიც კი შეიძლება პერიოდულად ვეღარ იცნოს. მისი ემოციური სფერო ლაბილური ხდება- ადვილად იწყებს ტირილს, სპონტანურად აგრესიულია, ეწყება ბოდვა და ჰალუცინაცია.
- მძიმე დემენცია - ამ დროა პაციენტი მთლიანად სხაზეა დამოკიდებულია, გამზაფრებულია სიმპტომატიკა, დაავადება პროგრესირებს სწრაფად.

ალცჰაიმერი დაავადებისას მკურნალობის სედეგად დაავადების პროგრესირება ნელდება, თუმცა უკუგანვიტარება შეუძლებელია.

1.6.პარკინსონიზმი

ქრონიკული ნეიროდეგენერაციული დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს ც.ნ.სისტემაში დოფამინური ნეირონების პროგრესული დაზიანება და აქვს ძირითადი სიმპტომი -ხელების კანკალი, დამბლა. დაავადება პირველად აღწერა ინგლისელმა ექიმმა ჯ.პარკინსონმა 1817 წელს.

განასხვავებენ პირველად ანუ იდიოპათიურ პარკინსონიზმს და მეორად ანუ სიმპტომურ პარკინსონიზმს. ეს უკანასკნელი შეიძლება განპირობებული იყოს თავის ტვინის ტრავმით, ენცეფალიტით, ჰიდროცეპალიით, სიმსივნური დაავადებით, განსაზღვრული რაოდენობის მედიკამენტების ჭარბი მიღებით.

პარკინსონის დაავადების განვითარების რისკ-ფაქტორებია:

- ასაკი - 60 წლის ზევით
- მემკვიდრული განწყობა
- გარეგანი ფაქტორების ზემოქმედება

კლინიკა:

- მოძრაობის შენელება - ჰიპოკინეზია, ბრადიკინეზია
- მოძრაობის გაღარიბება - ოლიგოკინეზია
- კუნთების რიგიდულობა - შებოჭილობით, კანკალით (ტრემორი) და პოსტურალური მოშლილობით;
- არტიკულაციის დარღვევა;
- წონასწორობის დარღვევა;
- ნერწყვის გამოყოფისა და ყლაპვის მოშლა;
- ჭკუასუსტობა.

გამოყოფენ დაავადების სამ სტადიას:

- 1 სტადია - ვლინდება ჰიპოკინეზიით
- 2 სტადია - ვლინდება უფრო მეტად გამოხატულ ჰიპოკინეზიასთან ერთად ხელების კანკალი

- 3 სტადია -პაციენტი კარგავს დამოუკიდებელი ქმედების უნარს, სიმპტომები პროგრესირებს.

პირველადი პარკინსონის დაავადებისთვის დამახასიათებელია:

- მოსვენებითი ტრემორი
- თავის კანკალის არარსებობა
- აკინეზია
- ალკოჰოლთან კავშირის არარსებობა

ესენციური პარკონსონიზმისთვის დამახასიათებელია:

- აქსიალური(ღერძის ირგვლივ რკალური კანკალი)
- თავის კანკალი
- აკინეზიის არარსებობა

კითხვები:

1. რა არის ინსულტი?
2. რამდენი სახის ინსულტი არსებობს?
3. ჩამოთვალეთ ინსულტის განვითარების რისკ-ფაქტორები.
4. რა არის გაფანტული სკლეროზი?
5. რა სიმპტომებია გაფანტული სკლეროზის დროს?
6. რა დაავადებაა ალცჰაიმერის დაავადება?
7. დაახასიათეთ ალცჰაიმერის დაავადების კლინიკა.ჩამოთვალეთ პარკინსონის დაავადების განვითარების რისკ-ფაქტორები.
8. რომელი ასაკიდან შეიძლება განვითარდეს ალცჰაიმერის დაავადება და პარკინსონიზმი?

1.7.სამკურნალო ტანვარჯიში სპასტიკური დამბლების დროს

ადამიანის მოძრაობთი ფუნქციის პათოლოგიური ცვლილებების ხშირ მიზეზს წარმოადგენს თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მწვავე დარღვევა. სპასტიკური დამბლების გამომწვევ მიზეზებს შორის განიხილება თავის ტვინის ან ზურგის ტვინის ტრავმა, სიმსივნური პროცესები, ანევრიზმა და სხვა.

სარეაბილიტაციო ღონისძიებები უფრო ეფექტური იქნება თუ: 1. დაავადების მკურნალობა იწყება ადრეული პერიოდებიდან, 2. მკურნალობის პროცესი მიმდინარეობს სისტემატიურად და ხანგრძლივად. 3. სარეაბილიტაციო კურსი სწორადაა აგებული (დარღვეული ფუნქციების გათვალისწინებით). სამკურნალო ტენვარჯიშის მეთოდიკა განსხვავებული ეტიოლოგიის ცენტრალური დამბლების შემთხვევაში თითქმის იდენტურია.

სპასტიკური დამბლების დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ძირითადი ამოცანებია:

1. მომატებული კუნთების ტონუსის შემცირება.
2. სინკინეზიების აღმოფხვრა.
3. ორგანიზმისათვის მნიშვნელოვანი მოძრაობითი ჩვევების აღდგენა და ფორმირება.
4. კონტრაქტურების პრევენცია და მკურნალობა.
5. ორგანიზმის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესება.

სპასტიკური დამბლების მკურნალობის ადრეულ პერიოდში, რომლის ხანგრძლივობა 2 თვემდე გრძელდება, აუცილებელია სწორად შევარჩიოთ ვარჯიშების კომპლესი, რაც ზოგადად დამოკიდებულია პაციენტის საერთო მდგომარეობასა და განვითარებულ გართულებებზე (ნეიროცირკულაციური, სუნთქვითი აქტის და სხვა დარღვევები). აბსოლუტურ უკუჩვენებად მიიჩნევა კომატოზური მდგომარეობა და კარდიო-რესპირატორულ სისტემაში განვითარებული დარღვევები.

სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურა მიმართულია გულ-სისხლძარღვთა და სასუნთქი სისტემების ფუნქციების ნორმალიზაციაზე. ადრეულ ეტაპზე სუნთქვითი ვარჯიშების ჩატარების მეთოდიკის თავისებურებას წარმოადგენს ამოსუნთქვის აქტზე ყურადღების გამახვილება, რაც შემდეგ ჩასუნთქვაზე ფილტვის ზომიერი ვენტილაციის საწინდარია. თავდაპირველად სუნთქვითი ვარჯიშები სრულდება მეთოდისტის დახმარებით, რაც გულისხმობს, ამოსუნთქვით აქტზე, გულ-მკერდის ყაფაზზე ზომიერ ვიბრაციულ ზეწოლას.(მოგვიანებით ზეწოლა მატულობს). 4-6-ჯერ შესრულებული ვარჯიშის შემდეგ პაციენტს ეძლევა საშუალება ისუნთქოს თავისუფლად, შემდეგ კი დაისვენოს 1-2წთ.

კინეზოთერაპიაში ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი ადგილი უკავია პასიურ ვარჯიშებს. ადრეულ ვადებში, მათი საშუალებით შესაძლებელია შევინარჩუნოთ ან აღვადგინოთ დარღვეული მოძრაობითი ჩვევები და თავიდან ავირიდოთ უნებლიე მოძრაობების განვითარება. იმისათვის, რომ ვარჯიშების შესრულების შედეგად მივიღოთ ფიზიოლოგიური ეფექტი, საჭიროა სათანადოდ შევურჩიოთ პაციენტს საწყისი მდგომარეობა, რაც თავისთავად სპასტიკის მოხსნის საწინდარია. პასიური ვარჯიშები კი თავის მხრივ უზრუნველყოფს სახსრებში ნორმალურ მოძრაობას, ამცირებს ან ეწინაღმდეგება კუნთებში ჰიპერტონუსის განვითარებას, აღადგენს ან უნარჩუნებს ორგანიზმს ნორმალურ მოძრაობით ჩვევებს.

მკურნალობის მეორე პერიოდში კინეზოთერაპიული პროცედურები მიმართულია ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციის გაუმჯობესებაზე, მიოგენური კონტრაქტურების პროფილაქტიკასა და მკურნალობაზე, კომპენსატორული უნარ-ჩვევების გამომუშავებაზე, რაც გულისხმობს საკუთარი თავის მომსახურებას და დამოუკიდებლად სიარულის შესწავლას. სამკურნალო ტანვარჯიშთან ერთად გამოიყენება მდებარეობით მკურნალობა და სამკურნალო მასაჟი.

მესამე პერიოდი დაკავშირებულია პაციენტის მოსამზადებელ ეტაპთან, რაც დაკავშირებულია პალატის რეჟიმზე გადასვლასთან. გამომდინარე აქედან, უკვე წოლითი მდგომარეობიდან იწყებს ავადმყოფი ვარჯიშს, იმიტაციით სიარულზე (პასიურად, მოგვიანებით აქტიურად). ამ პერიოდში აქტიურად გამოიყენება სიარული, შემამსუბუქებელი ვარჯიშები სატანვარჯიშო იარაღების გამოყენებით.

1.8.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ჰემიპარეზის მკურნალობის I პერიოდში

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ზურგზე წოლა	მტევნების სუპინაცია და პრონაცია, მოხრა- გაშლა	4-6ჯერ	ვარჯიში ჯანმრთელი ხელისათვის, სუნთქვა თავისუფალი
2	იგივე	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-3-ჯერ	სუნთქვის გაღმავების გარეშე
3	იგივე	პასიური მოხრა და გაშლა მტევნისა და იდაყვის სახსრებში	4-5-ჯერ	სრულდება პასიურად
4	იგივე	პასიურად ზემო კიდურების სუპინაცია და პრონაცია	4-5-ჯერ	მეთოდისტის დახმარებით
5	იგივე	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-3-ჯერ	
6	იგივე	ჯანმრთელი, შემდგომ დაზიანებული კიდურის როტაცია მენჯ-ბარძაყის სახსარში	4-6-ჯერ	მეთოდისტის დახმარებით. როტაცია სრულდება ორივე მიმართულებით
7	იგივე	დაზიანებული კიდური მოხრილია იდაყვის სახსარში, მეთოდისტი ასრულებინებს მტევნისა და წინამხრი სუპინაციას და პრონაციას	5-6-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
8	იგივე	იგივე ვარჯიში. ჯანმრთელი კიდურით პაციენტი დამოუკიდებლად ასრულებს ვარჯიშს	5-6-ჯერ	მე-3-4 პროცედურიდან. სუნთქვა თავისუფალი

9	იგივე	ფეხები ოდნავ მოხრილია მუხლის სახსარში, ბარძაყების მოზიდვა და განზიდვა	4-6-ჯერ	მეთოდისტის დახმარებით
10	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	30წმ	
11	იგივე	მხრის სახსრის როტაციული მოძრაობა	2-3-ჯერ	მეთოდისტის დახმარებით
12	იგივე	ზურგის გაზნექვა	2-3-ჯერ	დაძაბვის გარეშე. მენჯი არ სცილდება საწოლს
13	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	2-3ჯერ	
14	იგივე	ელემენტარული ვარჯიშები წვრილი სახსრებისთვის	4-6-ჯერ	ტემპი ნელი

1.9სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ჰემიპარეზის მკურნალობის II პერიოდში

საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
ჯდომა	ელემენტალური ვარჯიშები ჯანმრთელი ჯგუფის კუნთებისათვის.	4-5-ჯერ	შესაძლებელია დაზიანებულ კიდურზე პასიურად, ჯანმრთელის კიდურის დახმარებით
იგივე	პასიური მოძრაობები დაზიანებულ მხარეზე. მოხრა- გაშლა მუხლისა და იდაყვის სახსრებში.	5-6-ჯერ	ჯდომა ან წოლა .
იგივე	მომადუნებელი ვარჯიშები	2წთ	როგორც დაზიანებულ ასევე ჯანმრთელ მხარეს.
იგივე	დაზიანებული კიდურის ტერფის მოთავსება ჯანმრთელზე. მოძრაობა წინ ფეხის გასრიალებით და უკან სკამის ქვეშ	4-6-ჯერ	ვარჯიშების შესრულება დიდი ამპლიტუდით არ არის რეკომენდირებილი
იგივე	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	
იგივე	მხრის სახსარში როტაცია	2-4-ჯერ	საჭიროების შემთხვევაში პასიურად
იგივე	ვარჯიშები ტანისა და მუცლის პრესისათვის	3-4-ჯერ	აქტიურად სრულდება

იგივე	ტანის მომადუნებელი ვარჯიშები	1წთ	
იგივე	სატანვარჯიშო ბურთით ზნექებისა და ბრუნების შესრულება. ბურთის ტყორცნა.	5-6-ჯერ	ს.მ ფეხზე დგომაც შესაძლებელია. ტემპი ნელი. სუნთქვა თავისუფალი.
იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	

1.10.სამკურნალო ტანვარჯიში რბილი დამბლების დროს

რბილი დამბლების განვითარება დაკავშირებულია ზურგის ტვინის დაავადებებთან ან ტრავმებთან, რაც კლინიკურად გამოვლინება : კუნთთა ტონუსის შემცირებით ჰიპო ან არეფლექსიით. სპასტიკური დამბლებისაგან განსხვავებით დაზიანების ხარისხი საკმაოდ რთულია და ხშირად თან სდევს გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქი და შარდგამომყოფი სისტემების მხრივ გართულებები. ყველაზე დიდ პრობლემას წარმოადგენს კუნთების ატროფია, რომელიც საშუალებას არ აძლევს პაციენტს თავისუფლად და დამოუკიდებლად გადაადგილდეს; აქედან გამომდინარე პაციენტები იმყოფებიან იძულებით წოლით მდგომარეობაში, რაც თავის მხრივ იწვევს ცალკეულ ორგანოებსა და სისტემებში ფუნქციურ დარღვევებს.

რბილი დამბლებისა და პარეზების დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის მიზანია:

1. კუნთების გამაგრება, მისი ტროფიკის გაუმჯობესება.
2. სამკუნალო ვარჯიშების გამოყენებით კუნთოვანი ძალის გაზრდა.
3. იდიომოტორული ვარჯიშების გამოყენებით სისხლისმიმოქცევის გაუმჯობესება.
4. კონტრაქტურებისა და შეზღუდული მოძრაობების პრევენცია.
5. მოძრაობითი ჩვევების აღდგენა.

აქტიური ვარჯიშების ჩატარება შეზღუდულია, ხოლო პასიური ვარჯიშების შესრულების დროს სახსრებში მოძრაობა წარმოებს თავისუფლად, ზედმეტი დაძაბვის გარეშე. ავადმყოფს უჭირს სიარული და დგომა. არაიშვიათად, წოლითი რეჟიმიდან გამომდინარე სხეულზე ვითარდება ნაწოლები. პასიურად შესრულებული ვარჯიშები იცავს სახსრებს დეფორმაციებისა და ამოვარდნილობებისაგან; გარდა ამისა ხელს უწყობს აქტიური მოძრაობების აღდგენას. ჩატარებული სამკურნალო კომპლექსების დადებითი დინამიკის შემთხვევაში ავადმყოფს პალატის რეჟიმისათვის ამზადებენ.

სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო სქემა მსუბუქი ფორმის რბილი დამბლების დროს. ეპიფანოვი

მოსამზადებელი

სუნთქვითი ვარჯიშები, ზოგადგანმავითარებელი ვარჯიშები ტანისათვის,

ს.მ წოლითი 8-10წთ.

ძირითადი

პასიური ვარჯიშები პარეზული კუნთების სხვადასხვა სიბრტყეში, იდეომოტორული და რეფლექტორული ვარჯიშები.

აქტიური მოძრაობები ჰორიზონტალურ და დახრილ სიბრტყეებზე. 2-3წთ.

სუნთქვის შეკავების გარეშე პარეზული კუნთების იზომეტრიული დაძაბვა. შესვენება 2 წთ.

მნიშვნელოვანი მოძრაობითი ჩვევების შესწავლა. ფეხზე მდგარ მდგომარეობაში გადასვლა.

ცალკეული მოძრაობები კოორდინაციის მოსამატებლად. ვარჯიშები სიზუსტეზე? ს.მ წოლითი ან ჯდომი. ვარჯიშები წონასწორობაზე. ხანგრძლივობა ძ.ნ 30-35წთ

დასკვნითი

ამოსუნთქვაზე აქცენტით სუნთვითი ვარჯიშები. დამამშვიდებელი და მომადუნებელი მასაჟი.

1.11.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი რბილი დამბლების მკურნალობის დროს II პერიოდში

საწ. მდგომარეობა	**ვარჯიში**	**განმ. რიცხვი**	**სპეც. მითითება**
ზურგზე წოლა	სუნთქვითი ვარჯიშები	3-4-ჯერ	ტემპი ნელი
	ტერფების მოხრა-გაშლა. დაძაბვა-მოდუნება, ჯანმრთელი კიდურით საწოლის ბოლოზე ზეწოლა.	4-6-ჯერ	იგივე
იგივე	იდიომოტორული ვარჯიშები	3-4-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
იგივე	ვარჯიშები ნერვული იმპულსის გაგზავნაზე	4-6-ჯერ	იგივე

იგივე	ტერფების სუპინაცია და პრონაცია	4-6-ჯერ	დაზიანებულ მხარეს ეხმარება მეთოდისტი
იგივე	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	
იგივე	თითების მოხრა-გაშლა, მომუჭვა, როტაცია სხივ-მაჯის სახსარში.	4-6-ჯერ	სრულდება პასიურად
იგივე	გაშლილი ფეხის მოხრა მენჯ-ბარძაყის სახსარში პასიურად	2-4-ჯერ	იგივე
	მომადუნებელი ვარჯიშები	2წთ	სუნთქვა თავისუფალი
	სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	

1.12.სამკურნალო ტანვარჯიში რადიკულიტების დროს

პერიფერიული ნერვული სისტემის ერთ-ერთი ყველაზე გავრცელებული დაავადებაა. ხშირ შემთხვევაში დაავადება მიმდინარეობს რეციდივებით და იწვევს, შრომისუნარიანობის დაქვეითებას. რადიკულიტის დროს წამყვანი კლინიკური ნიშანია ტკივილი; ხერხემლის მოძრაობა სამივე ღერძის მიმართულებით შეზღუდულია, ასევე მოძრაობა მენჯ-ბარძაყის სახსარში ძნელად წარმოებს, სტატიკური გამძლეობა მცირდება. რადიკულიტების დროს შესაძლებელია რბილი დამბლების განვითარება. რადიკულიტებმა შესაძლოა გამოიწვიო ნორმალური ტანდეგობის დარღვევა, რაც სქოლიოზის განვითარების ერთ-ერთი ხელშემწყობი პირობაა.

სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის დანიშვნის დროს, გასათვალისწინებელია პაციენტის საერთო მდგომარეობა, დაავადების სტადია და პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაცია. კინეზოთერაპიის ჩატარება შესაძლებელია მწვავე პროცესების მინელებისა და ტკივილის მოხსნის შემდეგ.

რადიკულიტის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის მიზანია:

1. მასტიმულირებელი ზემოქმედება სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევაზე, რაც თავის მხრივ ქსოვილოვან ცვლას აუმჯობესებს.
2. შინაგან ორგანოებსა და ქსოვილებში შეგუბებითი მოვლენების ლიკვიდირება.
3. მდგრადი კუნთოვანი კორსეტის ჩამოყალიბება.

4. მალთაშუა სივრცის გაზრდა, რაც ნერვულ კვანძებზე ზეწოლის შემცირებას და მათ სისხლით მომარაგებას უზრუნველყოფს.

გავა-წელის რადიკულიტის დროს სამკურნალო ტანვარჯიში გამოყენებულ საწყის მდგომარეობას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება, ასე მაგალითად, ზურგზე წოლითი საწყისი მდგომარეობიდან ტანის ვარჯიშების შესრულებისას, წელის ქვეშ ათავსებენ მუთაქას, ხოლო მუცელზე წოლის შემთხვევაში, მუცელის ქვეშ ბალიშს. პროცედურების ხანგრძლივობა 2-3წთ-დან 30 წთ-მდეა.

კინეზოთერაპიული პროცედურების მსვლელობაში , კისერ-გულმკერდის რადიკულიტების დროს, საწყისი მდგომარეობაა ჯდომი ან დგომა; გამოიყენება ზოგადგანმავითარებელი, ელემენტარული ვარჯიშები მხრის სასხრებისათვის, ქნევითი მოძრაობები, სატანვარჯიშო იარაღებით შემამსუბუქებელი ვარჯიშები. თუ სამკურნალო ტანვარჯიშთან ერთად პროცედურაში ჩაერთვება სამკურნალო მასაჟი ეფექტი უფრო გაიზრდება.

1.13.სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის სანიმუშო კომპლექსი გულ-მკერდის რადიკულიტის დროს

საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
ჯდომი	ზოგადგანმავითარებელი ვარჯიშები ზედა და ქვედა კიდურებისათვის, მოხრა-გაშლა, როტაცია სუპინაცია, პრონაცია.	4-8-ჯერ	ვარჯიშები თავისუფლად, ძალადატანების გარეშე. სუნთქვა თავისუფალი
იგივე	სტატიკური სუნთქვთი ვარჯშები	2-4-ჯერ	
იგივე	სატანვარჯიშო ბურთით ან ჯოხით ზემკლავი ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	4-5-ჯერ	ტემპი ნელი
იგივე	ჰანტელებით წინმკლავი, ზემკავი, ჩასუნთქვა, მიმკლავი-ამოსუნთქვა	3-4-ჯერ	იგივე
იგივე	ვარჯიშები კისრის კუნთებისათვის	2-3-ჯერ	ვარჯიში სრულდება დაძაბვით.

იგივე	იგივე ვარჯიშები ტანის კუნთების დაძაბვით	1-2-ჯერ	თანდათან უნდა გაიზარდოს მოძრაობის ამპლიტუდა (ტკივილის შეგრძნებამდე)
დგომი	მარტივი და გართულებული სიარული	2-3წთ	ფიგურული სიარული, სპირალურად სიარული
	ვარჯიშები სატანვარჯიშო ჯოხით და ჰანტელებით	2-4-ჯერ	ვარჯიშის გართულების მიზნით ვიყენებთ ჰანტელებს.
	დინემიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	მოძრაობა მცირე ამპლიტუდით
	მომადუნებელი ვარჯიშები მთელი სხეულისათვის	2-4წთ	

1.14.სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის სანიმუშო კომპლექსი გავა-წელის რადიკულიტის დროს

საწ. მდგომარეობა	**ვარჯიში**	**განმ. რიცხვი**	**სპეც. მითითება**
ზურგზე წოლა	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	ტემპი ნელი
იგივე	ფეხის მოხრა და წინ გაჭიმვა	2-4-ჯერ	იგივე
იგივე	ფეხის მოხრა და მაღლა გაჭიმვა	2-4-ჯერ	იგივე
იგივე	მენჯ- ბარძაყის სახსარში წრიული მოძრაობა, შემდგომი გაჭიმვით.	4-6-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	2-3-ჯერ	

გვერდზე წოლა	ბარძაყების მოხრა, შემდგომი გაშლა, გამართული ფეხის უკან გატანა	3-4-ჯერ	თავდაპირველად სრულდება მცირე ამპლიტუდით.
იგივე	გამართული ფეხის ბრუნი მენჯ-ბარძაყის სახსარში	2-3-ჯერ	ორივე მიმართულებით
იგივე	მენჯის მაქსიმალურად უკან გატანა	1-2-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
იგივე	ბარძაყის მოხრა, გულ-მკერდთან მიტანა, შემდეგ გამართული ფეხის უკან გატანა და გაჭიმვა .	2-3-ჯერ	ჯერ ერთი, შემდეგ მეორე კიდურით
ჯდომა	ტანის ქანისებური მოძრაობა	2-3-ჯერ	სვადასხვა მიმართულებით
იგივე	ფეხები გამართული, ტანის მოხრა და გაშლა	2-3-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი. შეძლებისამებრ მტევნის ტერფთან მიტანით
დგომი	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	3-4-ჯერ	
	მენჯ- ბარძაყის სახსარში წრიული მოძრაობა.	2-3-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
	ტანის მოხრა-გაშლა	2-3-ჯერ	თანდათან მომატებით
	ბუქნები და ნახევარბუქნები	2-3-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
	მომადუნებელი ვარჯიშები ტანისთვის, კიდურებისთვის	2-3წთ	
	სტატიკური სუნთქვა	2-4-ჯერ	

კითხვები:

5. რა არის სპასტიკური დამბლების დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ძირითადი ამოცანები?
6. როგორი სამკურნალო ტანვარჯიში ტარდება რბილი დამბლების დროს?
7. აღწერეთ სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი რბილი დამბლების მკურნალობის დროს.
8. დაახასიათეთ სამკურნალო ტანვარჯიში რადიკულიტების დროს.
9. დაახასიათეთ სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის სანიმუშო კომპლექსი გულ-მკერდის რადიკულიტის დროს.

10. დაახასიათეთ სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის სანიმუშო კომპლექსი გავა-წელის რადიკულიტის დროს

§2.საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის დაავადებებისას რეაბილიტაცია

2.1.ოსტეომიელიტი - ინფექციური ანთებითი პროცესია, რომელიც აზიანებს ძვალსა და ძვლის ტვინს. პროცესი იწყება ძვლის ტვინიდან და ვრცელდება ძვალსა და ძვლისაზრდელაზე. ძვალში ინფექცია შეიძლება მოხვდეს ენდოგენური(ჰემატოგენური) და ეგზოგენური გზით.

ოსტეომიელიტის გამომწვევია სტაფილოკოკი, იშვიათად სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, გონოკოკი, რიკეტსია, სოკო და სხვა.

ძვლის ტვინში ბაქტერიები ძირითადად სამი გზით ხვდება:

- პირდაპირი გზით - ჭრილობიდან ძვლების ღია მოტეხილობის დროს.
- ძვლის ირგვლივ მდებარე ქსოვილებიდან ინფექციის გავრცელების შედეგად, ასეტები შეიძლება იყოს ჩირქოვანი პროცესები - პანარიციუმი, პლეგმონა
- ჰემატოგენური გზით - ბაქტერიები ჩირქოვანი კერიდან სისხლის ნაკადის საშუალებით მიიტანება ძვლის ტვინამდე.



კლინიკერი ფორმების მიხედვით არსებობს მწვავე და ქრონიკული ოსტეომიელიტი.

მწვავე ფორმა ერთბაშად იწყება. პაციენტი უჩივის საერთო სისუსტეს, ფეხებში მტვრევის შეგრძნებას, კუნთებისა და თავის ტკივილს, შემდეგ შეამცივნებს და ტემპერატურა ადის 39^{0}C-40^{0}C - მდე. პროცესი უფრო და უფრო პროგრესირებს და პაციენტის მდგომარეობა უარესდება, შესაძლებელია ცნობიერების დაბინდვა, ბოდვები და კრუნჩხვების განვითარება. დაავადების დაწყებიდან 2-3 დღეში დაზიანებულ კიდურში დაიწყება ძლიერი, მბურღავი, მფეთქავი ტკივილი. პაციენტები გაუნძრევლად წვანან და შეხებაზე მწვავედ რეაგირებენ. შემდეგ დღეს დაზიანებულ უბანზე წარმოიშვება რბილი ქსოვილის მტკივნეული შეშუპება, რომელიც სწრაფად იზრდება, ფართოვდება ვენები, იზრდება რეგიონალური ლიმფური კვანძები. ფლეგმონის ჩამოყალიბების შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა რამდენადმე უბჯობესდება, თუმცა საერთო მდგომარეობა კვლავ მძიმეა. ფლეგმონა შესაძლებელია, რომ თავად გაიხსნას,

ყოველგვარი ქირურგიული ჩარევის გარეშე და ფისტულა წარმოიშვას. ასევე შესაძლებელია, უფრო მძიმე შემთხვევაში, მეორადი ჩირქოვანი ართრიტი, პარაართიკულური ფლეგმონა და სეფსისი განვითარდეს. ქრონიკულია პროცესი, როდესაც გამწვავებების პერიოდები მეორდება.



2.2.პოდიატრია - მეცნირება, რომელიც შეისწავლის ტერფს.



ტერფი ადამიანის ორგანიზმში ყველაზე ,,დაჩაგრული'' ორგანოა. მას ყველაზე რთული ფუნქცია აკისრია - დაწყებული მოძრაობის ნატიფი ელემენტების შესრულებიდან, დასრულებული სხეულის მასის ტარებით. ტერფი სასიარულო აპარატის ბიომექანიკური ცენტრია - ეს ნიშნავს, რომ სიარულის დროს ყველაზე მეტი დატვირთვა მოდის მასზე. ყველაფერ ამას შესაძლებელია დაემატოს მოუხეხებელი ფეხსაცმელი, რაც ძალიან ხშირი შემთხვევაა და ტრავმები.

ტერფი შედგება 26 ძვალისაგან, 100-მდე მყესისაგან და 12-12 სიგნიტა და გარეთა კუნთისგან

ტერფის მიდამოში შესაძლებელია სხვადასხვა პრობლების განვითარება:





- თითების დეფორმაცია - განსაკუთრებით პირველი თითის სახსრის გამსხვილება - სახსრების ანთებითი პროცესების შედეგად(რევმატოიდული ართრიტი), მემკვიდრული განწყობა;
- პოდაგრა - შარდმჟავა ცვლის დარღვევის შედეგი - პირველი თითის სახსარი ზიანდება;
- რიგიდული, ხისტი ცერა თითი - სახსრის დაზიანება;
- ბუნიონიტი - ნეკის დეფორმაცია და ტკივილი;
- ქუსლის ტკივილი;
- ტერფის ფასციიტი;
- ტერფის გვირაბის სინდრომი - ვითარდება ნერვზე ზეწოლის გამო და იწვევს მგრნობელობის დარღვევას, დაბუჟებას, ღამის ტკივილს;
- მეტატარზალგია - ტეერფის წინა ნაწილის ტკივილი სიარული დროს. მიზეზი - ტერფის ცხიმოვანი ქსოვილის ატროფია, აქილევსის მყესის დაჭიმულობა, ცუდად მორგებული ფეხსაცმელი;
- თითებშორისი (მორტონის) ნეირომა - მოიცავს ტერფის წინა ნაწილს, განსაკუთრებით - მესამე და მეოთხე თითებს შორის. ამ დროს ხდება ნერვულ ღეროზე ზეწოლა. სახეზეა ტკივილი და მოძრაობის შეზღუდვა;
- წყლულების გაჩენა - დიაბეტური ტერფი.



2.3.ტერფის თანდაყოლილი პათოლოგიებია:

- ტერფმრუდობა - ძვლოვანი და მყესოვანი ფორმები, შეიძლება იყოს ცალმხრივი და ორმხრივი;

- ბრტყელტერფიანობა - დამახასიათებელია:გასწვრივი და განივი თაღების გაბრტყელება, ტერფის წინა ნაწილის შიგნით შებრუნება, ქუსლის გარეთ შებრუნება, ადვილად დაღლა.

ბრტყელტერფიანობის ფორმები:





- სტატიკური - ტერფის მექანიკური დატვირთვის შედეგია;
- ტრავმული - ქვედა კიდურის სხვადასხვა ძვლების დაზიანების შემდეგ არასწორი შეხორცებითი პროცესის შედეგია;
- პარალიზური - ქვედა კიდური რბილი ან სპასტიური პარეზის შედეგი;
- რაქიტული - კალციუმისა და ფოსფორის ცვლის დარღვევის შედეგი.

2.4.ხერხემლის პრობლემები ბავშვებში

სკოლის ასაკი ბავშვის ცხოვრებაში მნიშვნელოვანი ეტაპია. მას ეცვლება დღის რეჟიმი, თავისუფალი ქმედებები იზღუდება და მას საათობით იძულებითი ჯდომა უწევს, რაც მისთვის მოსაბეზრებელია და სხეულისთვის დამტვირთველი. ამას ერთის სკოლის მკაცრი მოთხოვნები - დროის ჩარჩო, გონებრივი მუშაობა, რომელიც ბავშის ნერვულ-მგრძნობელობითი და საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემისთვის დატვირთვაა.

იძულებითმა და ხანგრძლივმა ჯდომამ შეიძლება გამოიწვიოს ხერხემლის დეფორმაციები, უპირატესად მარჯვენა მხრივი სქოლიოზი.

პრევენციისთვის გათვალისწინებული უნდა იყოს:

- **საწერი მაგიდის სიმაღლე - ის ბავშვის სიმაღლეს უნდა შეესაბამებოდეს. ბავშვი არ უნდა იჯდეს მოხრილი და თავდახრილი. ამით შეიძლება განვითარდეს ხერხემლის გამრუდება, ტანდეგობის დარღვევა და ახლომხედველობა;**
- **საწერ მაგიდასთან ჯდომისას ზურგი სკამის საზურგეს უნდა ეხებოდეს, იდაყვი მაგიდაზე უნდა იდოს, ფეხები კი რაიმე საყრდენზე;**
- თვალებიდან წიგნამდე ან რვეულამდე მანძილი ასე განისაზღვრება: მაგიდაზე იდაყვით დაყრდნობისას ბავშვის თითი საფეთქელს უნდა სწვდებოდეს, მკერდსა და მაგიდას შორის ხელისგული უნდა ეტეოდეს, წიგნი კითხვისას 45 გრადუსით უნდა იყოს დახრილი და ბავშვის თვალებიდან 30-40 სმ-ით დაშორებული;

- კარგი განათება - მაგიდის ნათურა უნდა ანათებდეს მარცხნიდან, უკიდურეს შემთხვევაში წინიდან, სასურველია ოთახის სრული განათებაც. ;
- რიტმული მეცადინეობა - აქტიური შესვენებებით, ერთ საათზე მეტი ჯდომა უკვე საზიანოა;



ტანადობის დარღვევა და სკოლიოზური დაავადება სხვადასხვა ცნებებია. ტანადობის დარღვევა დაავადების წინაპირობას წარმოადგენს. ტანადობის დარღვევის დროს წამყვანია ძვალსახსროვანი და კუნთოვანი სისტემების სისუსტე, რომლის გამოსწორებაც ადვილია და აუცილებელიც, რათა სკოლიოზი არ ჩამოყალიბდეს. რაც შეეხება სკოლიოზს, ის საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის თანდაყოლილი განუვითარებლობაა – შემაერთებელი ქსოვილი დისპლაზიურად არის შეცვლილი, მარტივად რომ ვთქვათ, არ არის განვითარებული. სკოლიოზური დაავადების დროს, რომელიც დისპლაზიის ერთ-ერთ ფორმას წარმოადგენს, ყალიბდება ტრიადა: ბრტყელი ტერფი, ხერხემლის სხვადასხვა ხარისხის გამრუდება და სისტოლური შუილი მიტრალური სარქვლის (გულის ერთ-ერთი სარქვლის) არეში. ეს უკანასკნელი იმის ბრალია, რომ გულშიც, კერძოდ მის შემაერთებელქსოვილოვან წარმონაქმნებშიც, არის დისპლაზიური ცვლილებები. შესაძლოა, დროთა განმავლობაში შუილი გაქრეს, რადგან გულის შემაერთებელი ქსოვილი თანდათანობით ვითარდება.

სკოლიოზური დაავადება პროგრესირებადი დაავადებაა. გვხვდება ძლიერ აგრესიული ფორმებიც, რომელთა დროსაც სულ მოკლე ხანში, მაგალითად, ორ თვეში, ხერხემლის გამრუდების პირველი ხარისხი შესაძლოა მეორეში გადავიდეს. პათოლოგია განსაკუთრებით გარდატეხის ასაკისთვის აქტიურდება. ეს ასაკი, მოგეხსენებათ, 10-11 წლიდან იწყება. ამ დროს ორგანიზმი აქტიურად იზრდება, კუნთოვანი სისტემის განვითარება კი ხშირად ჩამორჩება.

განვითარების ასინქრონიზმი უპირატესად იმ ბავშვებშია გამოხატული, რომლებიც ფიზიკურად ნაკლებად იტვირთებიან, უმეტეს დროს **ტელევიზორთან ან კომპიუტერთან** ატარებენ, იშვიათად თამაშობენ მოძრავ თამაშებს. შედეგად ყალიბდება სხვადასხვა ხარისხის სკოლიოზი.

პატარას ხერხემალი რომ არ გადაეტვირთოს, ის არა მარტო მოხერხებულად უნდა იჯდეს, არამედ მოხერხებულადაც უნდა იწვეს. **მოზარდის საწოლი,** რომელშიც ბავშვი დაახლოებით 10 საათს ატარებს, ხმელი უნდა იყოს. არ შეიძლება ზამბარებიან, ყავლგასულ მატრასზე ბავშვის დაწვენა. სასურველია, საწოლზე ჯერ ფიცარი დავდოთ და შემდეგ – 10 სმ სიმაღლის ლეიბი. ბავშვი თავიდანვე უნდა შევაჩვიოთ ზურგზე წოლას, მით უმეტეს, თუკი კიფოზისკენ (ხერხემალი გარეთ კუზივით არის გამოდრეკილი) არის მიდრეკილი. როცა საწოლი ჩავარდნილია, ხერხემალი დიდხანს იმყოფება არასწორ მდგომარეობაში და იღუნება. რაც შეეხება **ბალიშს,** სასურველია, ის სხეულს კარგად იყოს მორგებული, კეფისა და ზურგის ნადრეკებს შორის სივრცეს ავსებდეს, მხრებიდან იწყებოდეს და ბავშვს თავი ისე ედოს, რომ არც წინ იყოს გადმოხრილი და არც უკან გადავარდნილი.
თუ მოზარდს ხერხემლის პრობლემები არ აწუხებს, უბალიშოდაც იოლად გავა, მაგრამ თუ ტანადობის პრობლემა აქვს, თავი ბალიშზე კომფორტულად უნდა ედოს. წინააღმდეგ შემთხვევაში თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევა დაირღვევა, რამაც, თქვენ წარმოიდგინეთ, შესაძლოა კოშმარული სიზმრებიც კი გამოიწვიოს.

ბევრი მშობელი პროფილაქტიკის მიზნით ბავშვს **ზურგდამჭერს** უკეთებს. ამგვარი კორსეტის ტარება გაუმართლებელია – კუნთები გაზარმაცდება და განვითარების ფუნქციას დაკარგავს. იმისთვის, რომ კუნთოვანი სისტემა ადეკვატურად ჩამოყალიბდეს, მოზარდმა მაქსიმალურად თავისუფლად უნდა იმოძრაოს.
ზურგდამჭერის ტარება მხოლოდ მაშინ არის გამართლებული, როდესაც ბავშვს ზურგის ტკივილი, პროგრესირებადი სკოლიოზი აქვს ან ხერხემალი ფორტეპიანოსთან დიდხანს ჯდომის გამო მეტისმეტად ეტვირთება და ა.შ. მხოლოდ ასეთ შემთხვევაში შეიძლება 1-1,5 საათით ზურგდამჭერის გაკეთება.

სასკოლო ჩანთასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს. რეკომენდებულია ზურგჩანთა განიერი ღვედებით, თუმცა ზოგიერთი ზურგჩანთის ტარებაზე უარს ამბობს და მშობელიც იძულებულია, ის თვითონ დაიკავოს ხელში. მცირე ასაკის ბავშვები ხშირად ხელში დასაჭერ მსუბუქ პორტფელს ამჯობინებენ... ეცადეთ დაარწმუნოთ შვილი, ზურგჩანთა ატაროს – ის უამრავ პათოლოგიას ააცილებს თავიდან.
თუ ბავშვს სუსტი ხერხემალი აქვს, სპეციალისტები მშობლებს ურჩევენ, პატარა ძლიერ ფიზიკურ დატვირთვას მოარიდონ. მიუხედავად ამისა, ჩანთის ტარება ნებადართულია, ოღონდ ზურგჩანთა სწორად უნდა მოიკიდოს ზურგზე.
რაც შეეხება **ტანსაცმელს,** როცა სასკოლო ფორმას არ ითხოვენ, საუკეთესო გამოსავალია მოხერხებული და მსუბუქი ფეხსაცმელი, ჯინსი და ასეთ სტილის სამოსი, რომელიც ბავშვს მოძრაობაში ხელს არ უშლის.

2.5.ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა



მთელ მსოფლიოში ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა პირველ ადგილზე დგას საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის თანდაყოლილ ორთოპედიულ დეფორმაციებს შორის. მენჯის თავისებურების გამო ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა გოგონებს შორის 5-7-ჯერ უფრო ხშირია, მეცნიერები ირწმუნებიან, რომ პირველადი, თანდაყოლილი ამოვარდნილობა იშვიათია. მეტწილად თანდაყოლილია მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია ანუ განუვითარებლობა, რომელიც აღზრდის, ადათ-წესებისა თუ კლიმატური პირობების გავლენით თანდათან ამოვარდნილობაში გადაიზრდება. ბავშვებს, რომლებიც ჯანმრთელი მენჯ-ბარძაყის სახსრით იბადებიან, ვერც კლიმატური პირობები ვნებთ და ვერც აკვანი.

თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ყველაზე ხშირი სიმპტომია ,,ტკაცანის" სიმპტომი ბარძაყის გაშლისას, ბარძაყზე კანის ნაკეცების ასიმეტრია, კიდურის დამოკლება და მისი გარეთა როტაცია. აღნიშნული სიმპტომები მუდმივი არ არის; საბოლოო დიაგნოზის დადგენა ხდება რენდგენოლოგიურად, რომლითაც ვლიდება ტაბუხის ბუდის გამოხატული განუვითარებლობა და ბარძაყის ძვლის პროქსიმალური ნაწილის გადანაცვლება გარეთ და ზევით. ამით ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა განსხვავდება მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიისაგან, რომლის დროსაც ბარძაყის ცდომა არ აღინიშნება.

აკვნის ნაკლი ის არის, რომ მასში მწოლ ბავშვს კიდურები მოზიდული აქვს, ფეხებს შორის კი შიბაქი უდგას, რომელსაც, ამასთანავე, საფენში ახვევენ, ბავშვს რბილი ქსოვილები არ დაეჟეჟოსო. ამგვარად, შიბაქი ბერკეტის როლს ასრულებს. თავდაპირველად დისპლაზიური სახსრიდან ბარძაყის თავი გარეთ გამოდის. მერე და მერე, ბავშვის ზრდის კვალდაკვალ, კუნთოვანი სისტემაც ძლიერდება და კუნთების შეკუმშვის გამო ბარძაყის თავი მაღლა აინაცვლებს, ხოლო როცა ბავშვი სიარულს იწყებს, ის კიდევ უფრო ზევით მიიწევს, ვიდრე თეძოს ძვალს არ მიეყრდნობა.

ჩვილს თავისუფლად უნდა ჩააცვათ. ბარძაყის ამოვარდნილობის პროფილაქტიკას თანამედროვე საფენებიც ახდენს, რომლებიც ფეხებს განზიდულ მდგომარეობაში. ვერ ნახავთ ბოშას, ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა რომ ჰქონდეს. რა თქმა უნდა, დისპლაზიით ისინიც იბადებიან, მაგრამ თვითგანკურნებას იმით ეწევიან, რომ ფეხებგაწეულ ბავშვს ზურგზე შემოისვამენ და ისე დაატარებენ.

პედიატრთან კონსულტაციაზე მისული დედები იღებენ რეკომენდაციას, რომ ბავშვს, საფენის გამოცვლის დროს ან მის გარეშეც, გაუვარჯიშონ ქვედა კიდურები, ფაქიზი, ყოველგვარი ძალდატანების გარეშე წრიული მოძრაობებით შიგნიდან გარეთ, ანუ ორივე ფეხზე

ერთდროულად და ერთმანეთისგან საპირისპირო მიმართულებებით. პედიატმა უნდა დაგეგმოს ორთოპედთან კონსულტაცია!!!

2.6.ბარძაყის თანდაყოლილი დისპლაზია (განუვითარებლობა) არის თანდაყოლილი დეფორმაცია, რომელიც გამოწვეულია მენჯ-ბარძაყის სახსრისა და მისი ცალკეული ელემენტების განუვითარებლობით.

მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია პათოლოგიაა, რომელიც ადვილად ემორჩილება კორექციას, თუ სათანადო ღონისძიებები სამშობიარო სახლშივე ჩატარდა. ახალშობილის თავისუფალი ჩაცმა და განიერი საფენი უმეტესად საკმარისია ამ პრობლემის მოსაგვარებლად. ცნობილია, რომ ბოშებსა და ზოგიერთ სხვა ეთნიკურ ჯგუფში მენჯ-ბარძაყის სახსრის ამოვარდნილობა არ გვხვდება. მიზეზი მარტივია: ტრადიციისამებრ, ქალები ბავშვებს ზურგზე შემოისვამენ და ისე დაატარებენ, ასეთ პოზაში კი, როდესაც ბავშვს ფეხები ფართოდ აქვს გაშლილი, დისპლაზია თავისთავად იკურნება.

სიმძიმის მიხედვით არჩევენ მენჯ-ბარძაყის სახსრის განუვითარებლობის 3 ხარისხს:

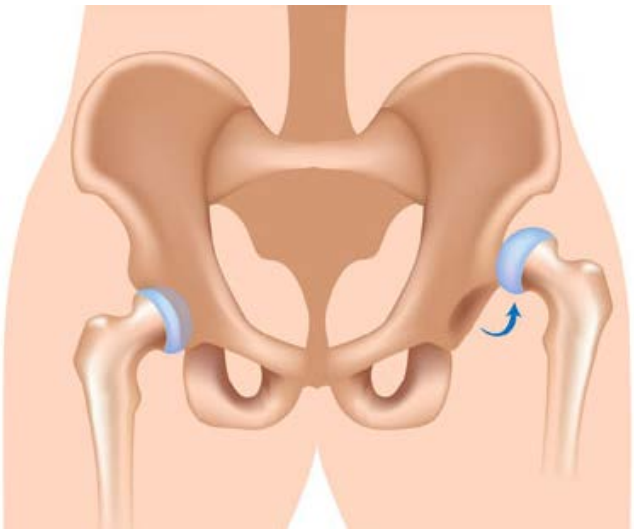
- დისპლაზია - ამ დროს ბარძაყის თავი ტაბუხის ფოსოშია, მაგრამ განუვითარებელია სახსრის ელემენტები;
- ქვეამოვარდნილობა - ამ დროს ტაბუხის ფოსოს გარეთაა ბარძაყის თავი და სახსრის ელემენტები განუვითარებელია;
- ამოვარდნილობა - ამ დროს ბარძაყის თავი სრულად გარეთაა ტაბუხის ფოსოდან და სახსრის ელემენტები განუვითარებელია;

მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის საეჭვო ნიშნებია:

- ბარძაყის წინა და უკანა ზედაპირზე ნაოჭების ასიმეტრია ანუ ნაოჭების არათანაბარი რაოდენობა;
- მენჯ-ბარძაყის სახსარში განზიდვის შეზღუდვა;
- დაგვიანებით დაწყებული სიარული (1,5 წლის ასაკში).

2.7.ბარძაყის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის კლინიკური ნიშნებია:

-
- ამოვარდნილი ქვედა კიდურის სიმოკლე;
- ამოვარდნილი ქვედა კიდურის გარეთ შებრუნება ანუ როტაცია;
- დაცურების ნიშანი - მუხლის სახსარში მოხრისას და მენჯ-ბარძაყის სახსარში განზიდვისას;
- ბარძაყის თავი ხმაურით ჩადის ტაბუხის ფოსოში (ეს სიმპტომი გვხვდება 1-დან 3 თვემდე ასაკში).



მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზიის დროს მკურნალობის დაწყება რაც უფრო ადრე დაიწყება შედეგიც ადვილად დადგება. მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება მდებარეობით მკურნალობას, მასაჟსა და სამკურნალო ვარჯიშებს.

მდებარეობით მკურნალობაში შედის არტაშანის დადება, რომელსაც ანხორციელებს ექიმი-ორთოპედი. თუ, ბავშვის მდგომარეობის მიხედვით, არ არის საჭირო არტაშანის დადება, მაშინ უნდა გაკეთდეს ფართე გადახვევა საფენებით: რამოდენიმეჯერ გადაკეცილი ორი საფენი თავსდება ბავშვის ფეხებს შორის, ამ დროს მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსრებში კიდურები მოხრილია და გვერდებზე განზიდული 60-80^0-ით, მესამე საფენით ან პამპრსით ან სარვლით ვაფიქსირებთ ბავშვის მდებარეობას. ზოგადად დიდი ზომის საფენის ხმარება რეკომენდირებულია ყველა ბავშვისთვის, რადგან ფეხები განზიდულ მდგომარეობაში ქმნის მენჯ-ბარძაყის სახსრის სწორი პოზიციის ჩამოყალიბების შესაძლებლობას. სწორი გადახვევა შესაძლებელია სამშობიაროდან დავიწყოთ და გაგრძელდეს 3-4 თვის ასაკამდე. ასევე, მნიშვნელოვანია, თუ როგორ გვიჭირავს ბავშვი: ბავშვი გვიჭირავს მიკრული სხეულზე, რომელსაც ფეხები მაქსიმალურად აქვს განზიდული და შემოხვეული ჩვენს სხეულზე. ხშირად მშობლები ბავშვს განზიდული ფეხებით თეძოზე შეოჯენენ ხოლმე, რაც რეკომენდირებული არ არის, რადგან ამ დროს ბავშვის მდებარეობა არასიმეტრიულია. შესაძლებელია ასევე, კენგურუს გამოყენება, რომელსაც აქვს მტკიცე საზურგე, მაგრამ დიდი ხნიტ არ არის სასურველი, რადგან ამან შეიძლება გამოიწვიოს ტერფების არასწორი ფორმირება.

2.8.კისერმრუდობა კისრის დეფორმაციაა. ამ დროს თავი დახრილია ცალ მხარეს და ოდნავ უკან არის მიბრუნებული. კისერმრუდობა უმეტესად ცალმხრივია. ორმხრივი ფორმა იშვიათია.

დაავადების განვითარების მიზეზი შესაძლოა იყოს ძვლების, რბილი ქსოვილების, სისხლძარღვებისა და ნერვების ნორმალური მდგომარეობის დარღვევა. კისერმრუდობა შეიძლება იყოს როგორც თანდაყოლილი, ასევე შეძენილიც. თანდაყოლილ კუნთოვან კისერმრუდობას სიხშირით მესამე ადგილი უკავია საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის თანდაყოლილ დაავადებებს შორის. ის უმეტესად გოგონებს აღენიშნებათ და, წესისამებრ, მარჯვენამხრივია.

თანდაყოლილი კისერმრუდობის მიზეზი ყველაზე ხშირად მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის პათოლოგიაა. ეს კუნთი კისრის ორივე მხარეს მდებარეობს. ზემოდან იგი ემაგრება დვრილისებრ წანაზარდს, რომელიც მდებარეობს ყურის უკან და ქვემოთ, ქვემოდან კი - ლავიწს. მისი ფუნქცია თავის დახრა და მობრუნებაა. თანდაყოლილი კისერმრუდობის დროს, სავარაუდოდ, ერთმანეთს ერწყმის მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთების განვითარების მანკი და მშობიარობის დროს მიღებული ტრავმა. ტრავმას თან სდევს კუნთში სისხლჩაქცევა, რომლის შედეგადაც წარმოიქმნება ნაწიბური და კუნთი მოკლდება. დაბადებისთანავე კისერმრუდობა ბავშვების დაახლოებით 1%-ს უვლინდება. ზოგიერთ ახალშობილს ეტყობა მხოლოდ მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის გასქელება ცალ მხარეს ან სახის ასიმეტრია. მოგვიანებით დაავადებულ მხარეს კუნთი ზრდაში ჩამორჩენას იწყებს, ხოლო სიცოცხლის მესამე კვირას უკვე შესამჩნევია თავის დახრა დაავადებულ მხარეს და სახის ჯანმრთელ მხარეს მიბრუნება.

თუ კისერმრუდობას დროულად არ ვუმკურნალეთ, სახის ასიმეტრია გაძლიერდება, ხერხემალი კისრის მიდამოში გამრუდდება და შესაძლოა, შესამჩნევი გახდეს განსხვავება ყურების ნიჟარების ზომასა და ფორმას შორის. ნებაზე მიშვებული კისერმრუდობა 6-7 წლის ასაკში უკვე მკვეთრად არის გამოხატული: ბავშვს თავი მობრუნებული აქვს, მხრები - აწეული, სახე, ყბები და ხერხემლის კისრის ნაწილი - ასიმეტიული, თვალი და წარბი დავადებულ მხარეს უფრო დაბლა მდებარეობს, ირღვევა ხახის განვითარება, იზრდება დვრილისებრი მორჩი, რომელზეც მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთია მიმაგრებული. შესაძლოა, შეიცვალოს სასმენი მილის მიმართულება.

ორმხრივი კისერმრუდობის დროს დაავადებულს თავი უკან აქვს გადაწეული (თუმცა არის წინ დახრის შემთხვევებიც) და მიბრუნება-მობრუნება უჭირს.

კისერმრუდობის ადრეული გამოვლენისას პროგნოზი საიმედოა, ხოლო ნებაზე მიშვებული ფორმის შემთხვევაში, როცა ქალას ასიმეტრიულობა უკვე ფორმირებულია, სასურველი შედეგის მიღწევა თითქმის შეუძლებელია. თუ კისერმრუდობა სამშობიაროშივე გამოვლინდა, ახალშობილს საწოლში თავისებურად - ჯანმრთელი მხარით კედლისკენ - აწვენენ. გარდა ამისა, ბავშვი ისე უნდა ვკვებოთ, რომ თავის დაავადებულ მხარეს მობრუნებას ცდილობდეს. სამშობიაროშივე ინიშნება მკერდ-ლავიწ-დვრილისებრი კუნთის მასაჟი ორივე მხარეს, სამშობიაროდან გამოწერის შემდეგ კი - სამკურნალო ვარჯიშები, მასაჟი და ფიზიოთერაპია. ზოგჯერ საჭიროა სპეციალური საყელოს ტარება.

კისერმრუდობის გასწორება ხშირად პირველივე წლის მიწურულისთვის ხერხდება. თუ ორი წლისთვის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, ტარდება დაავადებული კუნთის პლასტიკური

ოპერაცია. ოპერაციის შემდეგ პაციენტს თვე-ნახევრით ადებენ თაბაშირს, მომდევნო ექვსი თვის განმავლობაში კი ბავშვმა სპეციალური თავის დამჭერი უნდა ატაროს, ჩაუტარდეს ფიზიოთერაპიული პროცედურები და სამკურნალო ფიზკულტურა.

მდებარეობითი მკურნალობა მდგომარეობს იმაში, რომ ბავშვს მდებარეობა მორგებული უნდა იყოს მისი სხეულის აგებულებასთან. კერძოდ, ბავშვი უნდა დავაწვინოთ მაგარ ლეიბზე უბალიშოდ, უმჯობესია თავქვეშ ამოვუდოთ რამოდენიმე ფენად დაკეცილი საფენი. აუცილებელია, რომ ბავშვთან ურთიერთობა, სინათლის სხივი, კვების პროცესი დაზიანაბული კუნთის მხრიდან იყოს.

2.9.თანდაყოლილი ფეხმრუდობა საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის მძიმე დაავადებაა, უპირატესად ორმხრივია და უფრო მეტად გვხვდება ბიჭებში. ფეხმრუდობა ტერფების სახსრების თანდაყოლილი კონტრაქტურითაა გამოწვეული, რის გამოც ირღვევა ძვლების ურთიერთგანლაგება და ვითარდება უხეში ცვლილებები კუნთებში.



თანდაყოლილი ფეხმრუდობის კლინიკური ნიშნებია: ფეხისგულის შიგნით შეტრიალება, ტერფის შიგნითა კიდის აწევა და გარეთა კიდის დაწევა, ტერფების წინა ნაწილების მიახლოება, ფეხისგულისმხრივი მოხრა, კოჭ-წვივის სახსარში მოძრაობის შეზღუდვა. სიარულის დაწყებისას, ბავშვი ახდენს ტერფებზე წეზოლას და ამით დეფორმაცია კიდევ უფრო ძლიერდება და შესაბამისად მთელი ფეხის ფორმა და ფუნქციაც ირღვევა.

მკურნალობა უნდა დაიწყოს სამშობიაროდანვე. ბავშვის სხეული ელასტიურია, მისი კუნთები და მყესები დამყოლია და ადვილად ემორჩილება კორექციის სხვადასხვა საშუალებებს.

ფეხმრუდობიდ დროს წვივის უკანა და შიგნითა ჯგუფის კუნთების ტონუსის მოსახსნელად სრულდება მასაჟი ილეთებით - ხელსმა, კუნთების ბერტყვა, გაწელვა ვიბრაციით, ხოლო წვივის წინა და გარეთა ჯგუფის დასუსტებული კუნთებისთვის ტარდება ენერგიული ილეთები - დაზელვა, მოთელვა, თითებით მსუბუქი ,,ჩხვლეტა“.

მასაჟთან ერთად უნდა ჩატარდეს სამკურნალო ვარჯიშები, რომელიც უნდა იყოს დამზოგველი, თანდათანობითი და რბილი.

2.10.ბრტყელტერფიანობა და ტერფების ბრტყელ-ვალგუსური პოზიცია

ბრტყელტერფიანობა საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის პათოლოგიაა, რომლის დროსაც ხდება ტერფის თაღების დაშვება. ჭეშმარიტი ბრტყელტერფიანობა ადრეული ასაკის ბავშვებთან თითქმის არ გვხვდება. ის ძირითადად თანდაყოლილი ფორმაა, რომლის დროსაც ხდება ტერფის დაგრძელება, გასწვრივი და განივი თაღების გაბრტყელება, წინა ნაწილის შიგნით შებრუნება, ქუსლის გარეთ მიბრუნება, დაღლა და ტკივილი ტერფის და კოჭ-წვივის სახსარში. ტერფი შედგება განივი და გასწვრივი თაღებისაგან მას აქვს, არასწორი მოხაზულობა. ზოგს დაბადებიდან, ზოგს კი შედარებით გვიან უსწორდება ეს თაღები და ტერფიც უბრტყელდება. ასეთი ტერფი თავის ფუნქციას ვერ ასრულებს სრულყოფილად და დროთა განმავლობაში ადამიანს დიდ პრობლემებს შეუქმნის. ასაკის მატებასთან ერთად, ტერფის დეფორმაცია პროგრესირებას განიცდის, ვითარდება ორგანიზმის გადაღლა და ირღვევა ნაბიჯების თანმიმდევრობაც. ტერფის მკურნალობა შესაძლებელია ინდივიდუალურად შერჩეული სუპინატორით.

ბრტყელტერფიანობა შეიძლება იყოს: თანდაყოლილი, სტატიკური, რაქიტული, პარალიტიკური.



ბრტყელტერფიანობის განვითარება სტადიების მიხედვით: პროდრომული, გარდამავალი, ბრტყელი ტერფის ჩამოყალიბების, ბრტყელი ვალგუსური ტერფის და კონტრაქტურის სტადია.

ტერფი დგომისას, სიარულისას, სირბილისას და ხტუნვისას დიდ დატვირტვას განიცდის. ტერფი, ანატომიური აგებულების საფუძველზე, მოძრაობისას წარმოშობილ დარტყმებსა და ვიბრაციებს ადვილად უძლებს და ასრულებს საყრდენისა და ამორტიზაციის ფუნქციებს. ტერფი შედგება სამი თაღისაგან, რომლებიც შექმნილია ძვლებისაგან, კუნთებისაგან, მყესებისაგან და იოგებისაგან. ბავშვის ტერფი მოზრდილის ტერფის შემცირებული ანალოგი არ არის. ბავშვის ძვლოვან აპარატს გააჩნია ხრტილოვანი სტრუქტურა, მისი კუნთები და იოგები ნაზია და წელვადი. ტერფის თაღები ფორმირდება 3-4 წლის ასაკისთვის, თუმცა კუნთ-მყესოვანი სისუსტე 6-7 წლამდე გრძელდება. სამ წლამდე ტერფი ბრტყელი ჩანს, რაც განპირობებულია ძვლოვანი თაღის ამოვსებით რბილი ცხიმოვანი ბალიშით. იმის დასარწმუნებლად, რომ ამ დროს საქმე გვაქვს ცრუბრტყელტერფიანობასთან, ბავშვი უნდა დავაყენოთ მაგიდაზე და ტერფის ქვეშ, შიგნითა მხრიდან შევუცუროთ თითი. თავისუფლად შემავალი თითი ადასტურებს, რომ ძვლოვანი თაღი არსებობს, უბრალოდ ეს სივრცე ამოვსებულია ცხიმოვანი ქსოვილით.

ტერფების დეფორმაცია პროგრესირებადი პროცესია, ამიტომ მკურნალობის ადრეულ პერიოდში დაწყება აუცილებელია. ძირითადი მეთოდებია სამკურნალო ფიზკულტურა და მასაჟი, რომელსაც ექიმი ორთოპედი ბრტყელტერფიანობის ფორმისა და ხარისხის, ასევე – პაციენტის ასაკის გათვალისწინებით შეარჩევს. ვარჯიშებსა და მასაჟთან ერთად ტარდება ფიზიოპროცედურები, ფეხის თბილი აბაზანები ზღვის მარილით. ინდივიდუალურად შერჩეული ორთოპედიული ღაბაში განტვირთავს ტერფის მტკივან ადგილებს, აუმჯობესებს სიარულის მანერას და ხელს უშლის დეფორმაციის პროგრესირებას. 5-6 წლის ასაკში ბრტყელტერფიანობის განკურნება ჯერ კიდევ შესაძლებელია, შემდგომ კი მხოლოდ მისი პროგრესირების შეჩერება თუ მოხერხდება. სარეაბილიტაციო მკურნალობის კურსის ჩატარება რეკომენდირებულია წელიწადში 2-3-ჯერ, 10-15 პროცედურა, ხანგრძლივად, ზოგადი გაკაჟების ფონზე.

2.11.რაქიტი

რაქიტი ჩვილი და ადრეული ასაკის ბავშვთა დაავადებაა, რომელიც ძვლოვანი ქსოვილის წარმოქმნისა და მინერალიზაციის დარღვევით, D ვიტამინის დეფიციტით გამოწვეული კალციუმისა და ფოსფორის ცვლის მოშლით ხასიათდება. აღნიშნული პროცესები იწვევს ზრდის შეფერხებას, რადგან ადგილი აქვს ოსტეომალაციას – რომლის დროსაც ვითარდება ძვლის დარბილება და დემინერალიზაცია; ოსტეოპოროზს, ანუ ძვლის მოცულობის ერთეულში ძვლოვანი ქსოვილის მასის შემცირებას, თან მოჰყვება ძვლის სტრუქტურის დარღვევა და ბოლოს პათოლოგიური მდგომარეობა – ოსტეოიდური ქსოვილის ჰიპერპლაზია, რომლის დროსაც ძვლის ზრდის ზონებში ძვლოვანი ქსოვილი ჭარბად იზრდება.

ვიტამინდეფიციტური რაქიტის განვითარების ძირითადი მიზეზებია, არარაციონალური კვება და მზის ულტრაიისფერი სხივების არასაკმარისად მიღება. არარაციონალურ კვებაში იგულისხმება D ვიტამინის დაბალი შემცველობის პროდუქტების მიღება, აგრეთვე საკვებში კალციუმისა და ფოსფორის დეფიციტი. მეორადად ვიტამინის დეფიციტი შეიძლება, გამოწვეული იყოს ვიტამინის მეტაბოლიზმის დარღვევით ზოგიერთი სამკურნალო პრეპარატის მიღებისას. ამის მიზეზი ასევე, შესაძლებელია, გახდეს კანის დაავადებები;

საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაზიანება, რომლის დროსაც ვერ ხერხდება საკვებით მიღებული ვიტამინის ათვისება; ღვიძლისა და თირკმელების დაავადებები.

თუ დედის ასაკი ორსულობისას ნაკლებია 17 წელზე და მეტი – 35-ზე, მაშინ რაქიტის განვითარების საფრთხე იზრდება. ასევე, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დედის არაბალანსირებულ კვებას. არაადეკვატური კვება ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში ძალზე საზიანოა. დიდად განსაზღვრავს რაქიტის ჩამოყალიბებას სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა – ბავშვის დაბადების პერიოდი, დღენაკლულობა, დაბადებისას დიდი მასა, სიცოცხლის პირველი სამი თვის განმავლობაში ჭარბი ნამატი, ხელოვნური კვება და ხშირი რესპირაციული ინფექციები. ასევე, ხშირი დიარეა. ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია ბავშვის ჰიპოდინამია, მისი მჭიდროდ გახვევა ან აკვნის გამოყენება.

რაქიტის პირველი ნიშნების გამოვლენა იწყება 1-2 თვიდან, თუმცა კლინიკური სურათის უკეთ ჩანს 4-12 თვის ასაკში. რაქიტს ახასიათებს ცვლილებები ნერვული, ძვალსახსროვანი და კუნთოვანი სისტემის მხრივ, სიმპტომების გამოვლენა დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე. ანამნეზური მონაცემებიდან ყურადღება უნდა გამახვილდეს კვებაზე, დღის რეჟიმზე, მოვლის პრინციპებზე. გამოყოფენ დაავადების მსუბუქ, საშუალო და მძიმე ფორმებს. მსუბუქი რაქიტისთვის დამახასიათებელია, ნერვული სისტემის დარღვევები, კერძოდ, მოუსვენრობა, აგზნებადობა, კრთომები, ძილის დარღვევა, ოფლიანობა, რაქიტული სიქაჩლე. ცვლილებებია ასევე, კუნთოვანი და ძვალსახსროვანი სისტემის მხრივ. იცვლება სისხლის ბიოქიმიური მახასიათებლები. საშუალო სიმძიმის რაქიტისათვის დამახასიათებელია ემოციური ლაბილობა, მკვეთრი ოფლიანობა, განვითარებაში ჩამორჩენა. საშუალო სიმძიმისას, მსუბუქთან შედარებით, ძვალსახსროვანი სისტემის მხრივ მკვეთრი ცვლილებები აღინიშნება. აღინიშნება ქალას ძვლების დარბილება, კვადრატული თავი, თხემის ბორცვების მკვეთრი გამობერილობა, უნაგირა ცხვირი, კბილების ამოჭრის დარღვევა, თანკბილვის დარღვევა. გულმკერდი შესაძლებელია იყოს ქათმისებური ან მეწაღისებური, განვითარებულია კიფოზი, სქოლიოზი, ლორდოზი. კუნთთა ტონუსი მკვეთრადაა დაქვეითებული, მსუბუქისგან განსხვავებით აღინიშნება რენტგენოლოგიური ცვლილებებიც. მძიმე რაქიტის შემთხვევაში ზემოაღწერილ კლინიკურ ნიშნებთან ერთად დამატებით ვლინდება ცვლილებები შინაგანი ორგანოების მხრივ. სასუნთქი მუსკულატურის ტონუსის დაქვეითებამ და გულმკერდის დეფორმაციამ შეიძლება, გამოიწვიოს ვენტილაციის დარღვევა, სასუნთქი გზების დახშობა და აქედან გამომდინარე, ხშირი ინფექციები. კუნთების მოდუნებულობის გამო, შესაძლებელია, განვითარდეს საზარდულის, ჭიპის ან თეთრი ხაზის თიაქარი.
დედის რძეში D ვიტამინის შემცველობა დაბალია. ამიტომ, ბუნებრივ კვებაზე მყოფი ჩვილები, მზის არასაკმარისი ინსოლაციის პირობებში, აღნიშნული ვიტამინის დეფიციტის განვითარების რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან და საჭიროებენ ვიტამინის დამატებით მიღებას. რაქიტის პრევენციისთვის 6 თვის ასაკამდე მიზანშეწონილია, ვიტამინის მედიკამენტური ფორმის საპროფილაქტიკო დოზის გამოყენება. ამასთან, უნდა აღინიშნოს, რომ ბუნებრივ კვებაზე მყოფ ბავშვებში რაქიტის მძიმე ფორმა არ ვითარდება. არსებობს ცნება რაქიტის არასპეციფიკური პროფილაქტიკა, რაც გულისხმობს ბალანსირებულ კვებას, დამატებითი კვების დროულ დაწყებას, მოვლის პრინციპების დაცვას, ანუ ჰაერზე სეირნობა და სხვა. დიეტის შერჩევისას, უნდა გაითვალისწინოთ, რომ ბურღულეულის უჯრედისი ამცირებს

კალციუმის ათვისებას, საკვებთან ერთად რკინის მიწოდება კი, ხელს უშლის ფოსფატების შეწოვას.

მზეზე ყოფნის ადეკვატური ხანგრძლივობა და უსაფრთხო ზღვარი არ არის განსაზღვრული. ჩვილებში მზის ულტრაიისფერი სხივების ხანგრძლივი და ხანმოკლე ზემოქმედება ზრდის მოზრდილ ასაკში კანის კიბოს განვითარების რისკს. 6 თვემდე ასაკის ბავშვებისთვის მზის სხივების პირდაპირი ექსპოზიცია არ არის რეკომენდებული. 6 თვის შემდეგ მისაღებია მზის სხივების პირდაპირი ექსპოზიცია სახეზე დღეში 17 წუთი ანუ კვირაში 2 საათი; ხოლო შიშველ მდგომარეობაში ერთჯერადი საფენით, 4 წუთი დღეში ანუ კვირაში 30 წუთი. ბავშვებში მზის ულტრაიისფერი სხივების აღნიშნული რაოდენობის მოქმედების დროს, წარმოიქმნება საკმარისი რაოდენობით D ვიტამინი.

2.12.ფეხების გამრუდება

ერთი წლის ზევით, როდესაც ბავშვი სიარულს იწყებს, შესაძლებელია ფეხების გამრუდება, რომლის მიზეზი შეიძლება იყოს კუნთთა ტონუსის დაქვეითება და რაქიტი. კუნთთა ტონუსის დარღვევების გამო ბავსვებს უნვითარდებათ ფეხების გამრუდება. უფრო ხშირია X-სებრი ფეხები, ვიდრე O-სებრი ფეხები.

გამრუდება თავდაპირველად შეუმჩნეველია, მაგრამ ბავშვის ზრდასთან ერთად უფრო და უფრო შესამჩნევი ხდება.

X-ისებრი ფეხებით დგომისას ან სიარულისას ძირითადი დატვირთვა ტერფების შიგნითა ზედაპირზე მოდის. ამასთან, მუხლები ერთმანეთს უახლოვდება, ხოლო ტერფები განზე გარბის. თუ დროულად არ დავიწყებთ მკურნალობას, დაიწყება კოჭ-წვივის სახსრის აგებულების რღვევა, ფორმას იცვლის ტერფი, მუხლის სახსრებში ჩამოყალიბდება ვალგუსური დეფორმაცია, რომლის დროსაც ბარძაყის ძვლის შიგნითა ბოლო გარეთ იწყებს შემობრუნებას. გამრუდება სხვადასხვა ხარისხისაა. შორს წასულ შემთხვევაში იწყება მენჯის გადახრა ტანადობის დარღვევის შედეგად და ხერხემლის გამრუდება.

მასაჟის შემდეგ უნდა შესრულდეს რამოდენიმე ვარჯიში: ტერფების მოხრა და გაშლა, ტერფების ბრუნვა, ტერფებით სათამაშოს დატაცება. კარგია ცურვა - წყალი ხსნის მომატებულ კუნთოვან დაძაბულობას.

ბავშვი ხშირად უნდა დავსვათ ,,თურქულ პოზაში“, აქედან გამომდინარე შესაძლებელია გარკვეული ვარჯიშების შესრულება: ,,თურქული პოზიდან“ ადგომა, მუხლების გაშლით დაჯდომა, ცერებზე დადგომა, ტერფების გარეთა კიდეებზე სიარული, ორფერდა ფიცრის წიბოზე სიარული, ,,ვიწრო ბილიკზე’’ სიარული, ასევე, წყალში ვარჯიშები.

მკურნალობაში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ღაბაშებს და ორტოპედიულ ფეხსაცმელს. ასეთი ფეხსაცმელი ბავშვს მუდმივად უნდა ეცვას. სასარგებლოა ფეხშიშველა სიარული ქვიშაზე, ნებისმიერ უსწორმასწორო ზედაპირზე და არა იატაკზე ანუ გლუვ ზედაპირზე, მასაჟორ-ხალიჩაზე.

X-ისებრი დეფორმაციის დროს ფეხის სპეციალურ სახვევს იყენებენ. ბავშვს ფეხები კოჭ-წვივის სახსარში ისე უნდა შევუკრათ, რომ სისხლის მიმოქცევა არ დაირღვეს, მუხლებს შორის კი ჩავუდოთ ქვიშით სავსე პატარა ტომსიკა ან პატარა მუთაქა. ასეთი სახვევი შეიძლება დღეში 2-ჯერ გავუკეთოთ 20-30 წუთით, ოღონდ თუ თვითონ არ უნდა, ძალას ნუ დაატანთ.
ვალგუსური დეფორმაცია არ არის მემკვიდრული დაავადება, ეს არის შეძენილი დეფექტი.

2.13.ფეხების ვარუსული (O-მაგვარი) დეფორმაციის დროს მჭიდროდ მიკრული ტერფების დროს მუხლები გარეთაა გადრეკილი და მათ შორის არის ნაპრალი, რომლის სიდიდით განისაზღვრება დეფორმაციის სიმძიმე. ვარუსული დეფორმაციის დროს აღინიშნება მუხლის სახსრის არათანაბარი განვითარება: ბარძაყის ძვლის ლატერალური როკის გადიდება და მედიალური როკის დაპატარავება, რომელიც იწვევს მენისკის ჭყლეტას, რის გამოც ფართოვდება სასახრე ნაპრალი, როგორც გარეთა , ასევე შიგნითა მხრიდან.ქუსლები და ტერფების წინა მიდამოები შიგნითაა გადახრილი, გამოხატულია ე.წ. თათმოჩორთულობა, ბავშვი ვერ მართავს მუხლებს. ამ დეფორმაციის ძირითადი მიზეზი რაქიტია. პრობლემის პროვოცირებას აკეთებს ფეხების ადრეულ ასაკში დატვირთვა - ადრე დადგომა და სიარულის დაწყება.

ბავშვის ორგანიზმი ელასტიურია და ადვილად ემორჩილება მკურნალობას. მკურნალობის შედეგად მცირება ძვლებისა და სახსრების დეფომაცია, ნორმალიზდება კუნთების ტონუსი. წარმატებითით გამოიყენება ორთოპედიული ფეხსაცმელი, რომელიც უნდა იყოს მაღალ ყელიან, მაგარი ზურგით, პატარა ქუსლით, რომ მოხდეს კოჭ-წვივის სახსრის კარგი დაფიქსირება. ასევე, გამოიყენება ინდივიდუალური შეკვეთოტ დამზადებული ღაბაში. ბავშვს არ უნდა ეცვას რბილი ფეხსაცმელი და ქეჩის ჩუსტები. პერიოდულად სასურველია, ტერფის კუნთების გამაგრების მიზნით, სახლში ფეხშიშველმა იაროს. მძიმე შემთხვევების დროს, რეკომენდირებულია სპეციალური ფეხსაცმლის მუდმუვი ტარება და ღამით მაკორეგირებელი საფენის გაკეთება, საწოლში მუთაქის ჩადება, რომელსაც ბავშვის ტერფები იქნება მიყრდნობილი.
მკურნალობის ძირითად რგოლს წარმოადგენს სამკურნალო მასაჟისა და ვარჯიშების ჩატარება.

ფეხების გამრუდებისას დიდხანს დგომა სასურველი არ არის. თამაშის დროს სასურველია ,, ქუსლებს შორის მჯდომი პოზიცია“, კარგია ველოსიპედით სიარული, ცურვა.

ეფექტურია ვარჯიშები, რომლებიც შეიძლება, რომ აბაზანაშიც შესრულდეს:

ტერფების მოხრა კოჭ-წვივის სახსრებში: ბავშვი ზის, მუხლები მოხრილია და ზევითაა მიმართული, ტერფები პარალელურადაა განთავსებული და ბავშვი მონაცვლეობით ხრის და შლის კოჭ-წვივის სახსარს, ვეცადოთ, რომ მოხრა დორზალურად ინტენსიური იყოს.

ტერფების გარეთ ბრუნვა - ბავშვი ჯერ მონაცვლეობით და შემდეგ ერთდროულად გარეთ აბრუნებს ტერფებს.

გამართული ფეხების აწევა - ბავშვი ზურგზე წევს და მონაცვლეობით და ხან ერთდროულად წევს ფეხებს ზევით და ცდილობს მიწვდეს სათამაშოს ან მასაჟისტის ხელებს.

,,ველოსიპედი „ - ბავშვი წევს ზურგზე, და ფეხებს ატრიალებს, ამ დროს არ უნდა მოხდეს მუხლების განზიდვა და ტერფების შიგნიტ შეტრიალება.

,,ნაძვის ხის ბილიკზე სიარული“

2.14.კიფოზი

კიფოზი – დაავადება, რომელსაც ახასიათებს ხერხემლის გამრუდება, რომლის შედეგად ზურგის არეში ვითარდება კუზი. შემთხვევების უმეტესობაში დაავადება ვითარდება სქოლიოზის პარალელურად. კიფოზი ბავშვებში ვლინდება 6-12 თვის ასაკში.

დაზიანების ადგილიდან გამომდინარე გამოიყოფა:



- კისრის კიფოზი;
- მკერდის კიფოზი;
- წელის კიფოზი;
- გავის კიფოზი.

დაავადების გამომწვევი მიზეზებია:

- მემკვიდრეობითი ფაქტორი;
- ნაყოფის განვითარების დარღვევა;
- დაავადებების გართულება (პოლიომიელიტი, ბავშვის ცერებრიალური დამბლა), რაც იწვევს ზურგის კუნთის დამბლას;
- ხერხემლის ტრავმები;
- არასწორი პოზა;
- ოსტეოქონდროზი;

- ხერხემლის ოპერაციები;
- ხერხემლის სიმსივნე.

კლინიკა:

- ზურგის და კისრის არეში მწვავე ტკივილი;
- ხერხემალში შებოჭილობის გრძნობა;
- ზურგის ძლიერი გამრუდება (45 გრადუსზე მეტით);
- სისუტე, კიდურების მგრძნობელობის დაკრგვა;
- ზურგის ტვინის ნერვების დახშობა;
- გულის მუშაობისა და სუნთქვის დარღვევა.

2.15.მოზარდთა კიფოზი ტანადობის დარღვევაა, რომლის დროსაც გამოხატულია მოხრილობა, გულმკერდის კიფოზის გადიდება და წელის ლორდოზის შემცირება. მოზარდთა კიფოზს უწოდებენ იმიტომ, რომ ამ ასაკში ვლინდება ყველაზე ხშირად, 3-4-ჯერ უფრო ხშირია ვაჟებთან, გოგონებთან შედარებით.

მოზარდთა კიფოზის განვითარების საფუძველს წარმოადგენს მალების აპოფიზებში სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, რის შედეგადაც აპოფიზის ქსოვილის აშრევება ხდება, შემდეგ თვით მალების წინა მიდამოები შემჭიდროვდება და შეფერხდება მათი ზრდა. მოზარდ ორგანიზმში, როდესაც სასიცოცხლო და რეგენერაციული პროცესები აქტიურია, შესაძლებელია აპოფიზების აღდგენა და სპეციალური მკურნალობის გარეშე მალების სიმაღლე აღწევს ნორმას და შესაბამისად კიფოზის ლიკვიდირდება.

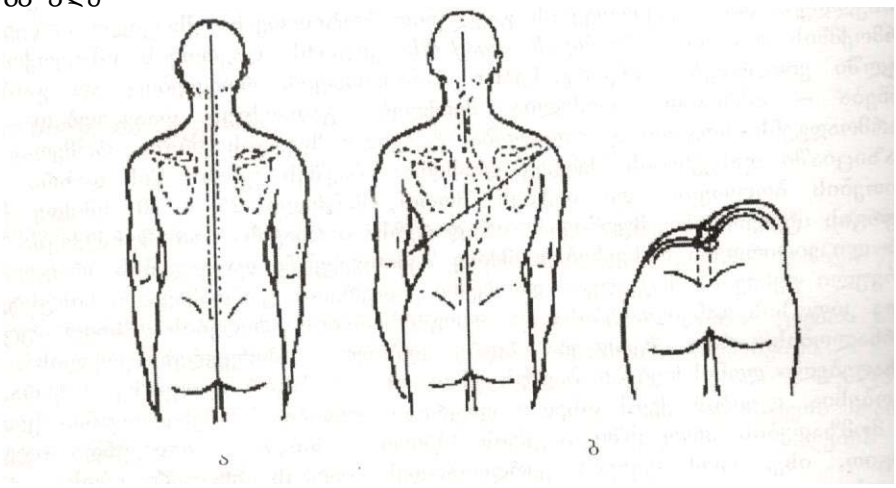
თუ კიფოზი პროგრესირებს, პროცესში ჩაერთვება მალთაშორისი დისკები. ხდება მათი გაფხვიერება, გათხელება და დატვირთვების შედეგად ხრტილები აღწევს მალების სხეულებში, ასე წარმოიქმნება ,,შმორლის თიაქარი“, კიფოზს ერთვის ოსტეოქონდროზი - მალებს შორის წარმოიქმნება ნისკარტისებური წანაზარდები, რომლებიც არ გაიწოვება და სამუდამოდ რჩება. ასე რომ, ანომალია გადაიქცევა დაავადებად, რომელსაც ახასიათებს შემაწუხებელი ტკივილი ზურგის მიდამოში, ადვილად დაღლა. ბავშვს უჭირს წინ გადახრა - დახრილ პოზიციაში გაშლილი თითების ბოლოებსა და იატაკს შორის მანძილი 25-30 სმ-მდე მატულობს.

პრობლემების თავიდან აცილების მიზნით აიცილებელია კიფოზის მკურნალობა ადრეულ სტადიაზე:

ბავშვს უნდა ეძინოს მაგარ საწოლზე, პატარა ბალიშით. კითხვის დროს ის უნდა იჯდეს მაგარ სკამზე საზურგით, ისე, რომ ფეხები ეყრდნობოდეს იატაკს, წინამხრები უნდა ეყრდნობოდეს მაგიდას (იდაყვების დაყრდნობით ხერხემალი განიტვირთება). დღის განმავლობაში

აუცილებელია 20-30 წუთიანი დასვენება ზურგზე წილით და ასევე გასეირნება. ბავშვისთვის განსაკუთრებით სასარგებლოა ზურგზე ცურვა და მარილიანი აბაზანები (15-20 აბაზანა). დილით საჭიროა, მუცლისა და ზურგის კუნთების გასამაგრებლად, გამამახნევებელი ვარჯიშები.

2.16.სქოლიოზი მოზარდებში ძვლოვანი სისტემის დეფორმაციებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება.



ა - ნორმალური ტანადობა
ბ - სქოლიოზი - მდგომ და დახრილ პოზიციებში

სქოლიოზი არის ხერხემლის სვეტის გამრუდება - გვერდზე გადახრა. შემთხვევათა 80%-ში სქოლიოზის გამომწვევი მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება.

სქოლიოზის დროს პირველი სიმპტომებია:

- სწორად დგომისას აღინიშნება სხეულის ცალკეულ ნაწილთა ასიმეტრია;
- ბეჭის ძვლები ასიმეტრიულია;
- მენჯი გადახრა;

სქოლიოზს (ხერხემლის გამრუდება, „გადახრა“) ორთოპედიულ სიმსივნეს ადარებენ ხოლმე ვიწრო სპეციალისტები და განსაკუთრებით მაშინ, როცა პაციენტი გვიან სტადიაზე მიმართავს ექიმს. სულ რაღაც 20 წლის წინათ სქოლიოზით ძირითადად 10 წლის და შემდგომი ასაკის ბავშვები ავადდებოდნენ. ახლა ფაქტიურად ამ ასაკმა მთელი 5 წლით ქვემოთ ჩამოიწია.

სქოლიოზი არის ხერხემლის გამოკვეთილი გადახრა რომელიმე მხარეს.



სწორი დგომის (სწორმედეგობის)დარღვევის შემთხვევაში საქმე გვაქვს ერთ-ერთ მხარეს ზურგის კუნთების ზედმეტ მოჭიმულობასთან, ხოლო სქოლიოზის დროს - უშუალოდ ხერხემლის ძვლოვანი სტრუქტურის დეფორმაციასთან.

შეძენილი სქოლიოზის დროს ხერხემლის გადახრა – გამრუდება გამოწვეულია სწორედ ასანის (სწორმედეგობის) დარღვევის შედეგად. თანამიმდევრული არასწორ დგომა, ჯდომა, არაადექვატური სიმძიმის ზიდვა იწვევს მალთაშორის დისკების დეფორმაციას, რაც თავის მხრივ ხდება ხერხემლის გადახრის მიზეზი. სქოლიოზი გვხვდება მარჯვენამხრივი ან მარცხენამხრივი.

ბავშვის სქოლიოზის საშიშროება იმაში მდგომარეობს, რომ თუ მალევე არ იქნა სამკურნალო ზომები მიღებული, დაავადება სწრაფად პროგრესირებს და ძალიან მალე დგება სავალალო შედეგები. საშუალო სტატისტიკა ასეთია: 6-10 წლის ასაკის ბავშვებში სქოლიოზის მკურნალობის შემდეგ მხოლოდ 30% -ს აღენიშნება მდგომარეობის არასაგრძნობი გაუმჯობესება, ანუ-დაავადების შეჩერება საგრძნობი თვალშისაცემი შედეგების გარეშე. ასეთთა 15 %-ს სამწუხაროდ დაავადების შეჩერებაც არ აღენიშნება. მკურნალობის შედეგად ბავშვების 70%-ში საბედნიეროდ სქოლიოზი უკან იხევს: სისტემატური მასაჟების და ვარჯიშების (პლუს სხვა პროცედურებიც, მაგალითად: იპოდრომი, ცურვა) ფონზე ბავშვთა სქოლიოზი ძირითადად იკურნება ან იგი სავსებით შეუმჩნეველი ხდება გარეშე თვალისთვის. დეფორმაციის ხარისხისა და კლინიკური სურათის სიმძიმის მიხედვით არჩევენ დაავადების 4 ხარისხს:

- 1 ხარისხი: დახრის კუთხე 1-10 გრადუსამდეა. ამ დროს ხერხემლის გადახრა სუსტადაა გამოხატული ფრონტალურ მდგომარეობაში და თითქმის არ ჩანს -ჰორიზონტალურში. შეიმჩნევა ბეჭების ასიმეტრია კისერი-გულ-მკერდის სქოლიოზის დროს;
- 2 ხარისხი: დახრის კუთხე 11-25 გრადუსის ფარგლებშია. გადახრა აშკარადაა გამოხატული, რასაც თან ახლავს ე.წ. მაკომპენსირებელი რკალი და არც თუ დიდი კეხი(კუზი). –
- 3 ხარისხი: დახრის კუთხე 26-50 გრადუსია. ფრონტალურ მდგომარეობაშიც აშკარად ჩანს ხერხემლის გამრუდება მაკომპენსირებელი რკალით. სახეზეა დიდი ნეკნის კეხი და გულ-მკერდის დეფორმაცია;
- 4 ხარისხი: დახრა სცდება 50 გრადუსს. სქოლიოზის უმძიმესი ფორმაა გამოხატული კიფოსქოლიოზით. გულმკერდის და ხერხემლის დეფორმაცია უხეში ფორმებით ჩანს. ნეკნის კეხები შესამჩნევია როგორც წინა, ასევე უკანა მხრიდან. მიმდინარეობს გავის სეგმენტის, თეძოების, გულ-მკერდის, ნერვული სისტემის და თითქმის მთელი

ორგანიზმის დეფორმაცია. ასეთი სქოლიოზი იწვევს გულის და ფილტვების მუშაობის გაუარესებას.
მე-4 ხარისხის სქოლიოზის მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულ ჩარევას მოითხოვს.

კითხვები:

10. რომელი სხვადასხვა სისტემის დაავადებების დროს ვითარდება ძვლოვანი სისტემის პათოლოგია?
11. ლოკალიზაციის მიხედვით რამდენი სახის მოტეხილობა არსებობს?
12. მოტეხილობის ხაზის მიხედვით რამდენი სახის მოტეხილობა არსებობს?
13. როგორი სახის პროცესია და რა იწვევს ოსტეომიელიტს?
14. რას ნიშნავს ძვლის პირველადი და მეტასტაზური სიმსივნე?
15. რას შეისწავლის პოდიატრია?
16. რა პროცესები შეიძლება განვითარდეს ტერფის მიდამოში?
17. ბრტყელტერფიანობის რა ფორმები არსებობს?
18. ჩამოთვალეთ კუნთებში მიმდინარე პათოლოგიური პროცესები.
19. აღწერეთ თანდაყილილი ამოვარდნილობის კლინიკა.
20. რა არის ტერფებისა და ფეხების გამრუდება და რამდენი სახის არსებობს>
21. რა არის კიფოზი?
22. რა სახის ცვლილებები შეიძლება განვითარდეს ხერხემლის დეფორმაციის დროს?
23. რა არის რაქიტი?

2.17.სამკურნალო ტანვარჯიში სქოლიოზი დროს

სქოლიოზის მკურნალობა საკმაოდ რთულია, რაც დაკავშირებულია დაავადების დროულ დიაგნოსტიკასა და შემდგომ პაციენტთან ხანგრძლივ, შრომატევად მუშაობასთან. აუცილებელია მკურნალობა ჩატარდეს კომპლექსურად, რაც გულისხმობს ორთოპედიული საშუალებების, სამკურნალო ტანვარჯიშისა და სამკურნალო მასაჟის რაციონალურ გამოყენებას. აქვე უნდა ავღნიშნოთ, რომ დაავადების მკურნალობის პროცესში ჰიგიენური ზომების გატარებას გარკვეული მნიშვნელობა ენიჭება.

დაავადების მიმდინარეობაზე, მოგვიანებით კი მკურნალობაზე, განსაკუთრებულ გავლენას ახდენს ხერხემლის ძვალ- სახსროვანი აპარატის ფორმირება და სწორი განვითარება.

სქოლიოზის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ზემოქმედებით უმჯობესდება ნივთიერებათა ცვლის პროცესები, აქედან გამომდინარე კი ზურგის კუნთებისა და ხერხემლის შემადგენელი ელემენტების ტროფიკა, რაც თავის მხრივ პათოლოგიური პროცესის სტაბილიზაციისა და კორექციის საწინდარია. ქსოვილების ტროფიკის გაუმჯობესების შედეგად კუნთის ძალა და გამძლეობა იზრდება; იქმნება ხელსაყრელი პირობები კუნთოვანი კორსეტის

ჩამოყალიბებისათვის, რაც თავის მხრივ აუცილებელია მაქსიმალური კორექციისათვის. ასეთი სახის კორექცია უზრუნველყოფს ხერხემლისა და ზურგის კუნთების სტაბილურობას და ერთგვარი პრევენციაა დაავადების პროგრესირებადი ფორმის განვითარებისათვის.

სქოლიოზის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ამოცანებია:

1. დაავადების ადრეულ სტადიაზე გამოვლენა და სათანადო ზომების გატარება.
2. ფიზიკური ვარჯიშების საშუალებით სხეულის სწორი მდგომარეობის შენარჩუნება; კუნთოვანი კორსეტის ჩამოყალიბება.
3. სწორი ტანდეგობის ფორმირება და შენარჩუნება.
4. შინაგანი ორგანოების ფუნქციების ნორმალიზება.
5. ავადმყოფზე ფსიქოლოგიური ზემოქმედებით ნებისყოფის განმტკიცება.

პროცედურის საწყის პერიოდში მოწოდებულია: ზოგადგანმავითარებელი ვარჯიშების, სიარულის, ტანდეგობის შესანარჩუნებელი და სუნთქვითი ვარჯიშების შესრულება.

სქოლიოზის მკურნალობის დროს ზემოთ ნახსენები ამოცანების გადაჭრა შესაძლებელია პროცედურის ძირითად პერიოდში, სადაც სპეციალურ ვარჯიშებთან ერთად გამოყენებულია კინეზოთერაპიის სხვა საშუალებებიც, როგორიცაა მოძრავი თამაშები, სპორტ. თამაშები და სხვა. ვარჯიშები მიმართულია გულმკერდის, ზურგისა და მუცლის პრესის კუნთების ძალისა და გამძლეობის გამომუშავებაზე, რაც შედეგად უზრუნველყოფს კუნთოვანი კორსეტის ჩამოყალიბებას.

პროცედურის დასასრულ პერიოდში ყურადღება ექცევა სუნთქვითი ვარჯიშების, წონასწორობაზე ვარჯიშების სწორ შესრულებას; მათთან ერთად სრულდება სიარული და ძუნძულით სირბილი.

მუცლის პრესისა და ზურგის ჯგუფის კუნთების გაძლიერებისათვის აუცილებელია არა მარტო მაკორეგირებელი ვარჯიშების ზუსტი შერჩევა და დოზირება, არამედ სხვადასხვა საწყისი მდგომარეობიდან განტვირთვაზე ვარჯიშების შესრულება.

სქოლიოზის დროს მაკორეგირებელი ეფექტი აქვს სპეციალურად შერჩეულ ვარჯიშებს. მაკორეგირებელი ვარჯიშები დაყოფილია ორ ჯგუფად: 1. სიმეტრიული და 2. ასიმეტრიული.

სიმეტრიული მაკორეგირებელი ვარჯიშების ჩატარებისას აუცილებელია ხერხემლი იმყოფებოდეს საშუალო მდგომარეობაში. ვარჯიშების შესრულებისას სხეულის ცალკეული ნაწილების სიმეტრიულობა შენარჩუნებულია, რასაც განაპირობებს კუნთების არაერთგვაროვანი დაჭიმულობა. ასიმეტრია თანდათან მცირდება, ხოლო კუნთების დაჭმულობა თანაბრდება. ძალიან ხშირად კინეზოთერაპიული პროცედურებში სწორედ სიმეტრიულ ვარჯიშებს ეთმობა მეტი ყურადღება.

ასიმეტრიული მაკორეგირებელი ვარჯიშები საშუალებას იძლევა სამკურნალო მოქმედებები გატარდეს ხერხემლის სვეტის გარკვეულ უბაზე. ასიმეტრიული ვარჯიშების ჩატარებისას საჭიროა სიფრთხილის ზომების დაცვა , რადგან შესაძლოა უკუშედეგი მივიღოთ, რაც გულისხმობს გამრუდების ხარისხის მატებას და ამასთან ერთად საერთო მდგომარეობის გაუარესებას.

სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი I-II ხარისხის სქოლიოზის დროს

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	დგომი	განმწყობ-მომწესრიგებელი ვარჯიშები	2-4წთ	ტანის სწორად დაჭერა, აქტიური კორექცია
2	იგივე	სიარული დარბაზის გარშემო, სიარული ფეხის მაღლა აწევით	2-4წთ	სუნთქვით ვარჯიშებთან შეხამებით
3	იგივე	სხვადასხვა სახის სიარული	4-6წთ	სწრაფი სიარულის შენაცვლება ნელ სიარულთან
4	იგივე	ფეხები მხრების სიგანეზე, კრივის იმიტაცია	4-6-ჯერ	
5	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	2-3-ჯერ	
6	იგივე	გამრუდების მხარეს მხრის დაშვება და ბეჭების სწორი დგომის შენარჩუნება	1წთ	ასიმეტრიული ვარჯიში ტარდება გულ-მკერდის სქოლიოზის დროს
7	იგივე	გამრუდების საწინააღმდეგო მხარეს მხრის აწევა და შიგნით მობრუნება, ბეჭების უკან გატანა	4-6-ჯერ	ვარჯიში სრულდება ტანის მობრუნების გარეშე
8	იგივე	ბუქნი,მუხლები განზიდულია, ხელები განმკლავში, მხრების გადაშლა. ს.მ დაბრუნება	3-4-ჯერ	
9	იგივე	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-3-ჯერ	
10	ზურგზე წოლა	იგივე	4-5-ჯერ	ყურადღება ექცევა სუნთქვის სიღრმეს

11	იგივე	ხელების მუშტად შეკვრა, როტაცია, ტერფების მოხრა-გაშლა. ზემო და ქვემო კიდურების შეხამებული მოძრაობა	10-ჯერ	
12	იგივე	კიდურების მორიგეობით მოხრა-გაშლა	10-12-ჯერ	სრულდება ძალისმიერად
13	მუცელზე წოლა	მოხრილი ხელებით ჰანტელების ზემკლავში ატანა, გამართული ფეხების აწევა, ხელების მოხრა და მხრებთან მიტანა, ხერხემლის შეზნექა.	6-8-ჯერ	
14	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	
15	ზურგზე წოლა	ვარჯიში ველოსიპედი	10-15-ჯერ	ნელი ტემპი
16	გვერდზე წოლა	გამრუდების მხარეს წოლა, ფეხები გამართული, იატაკზე შეუხებლად კიდურების მოძრაობა წინ და უკან	10-15-ჯერ	
17	ზურგზე წოლა	ზემკავი-ჩასუნთქვა, მიმკლავი- ამოსუნთქვა	4-5-ჯერ	
18	იგივე	ფეხების და თავის აწევა, პაუზა, ს.მ დაბრუნება	4-5-ჯერ	სრულდება დაძაბვით
19	იგივე	ხელები თავს უკან, ფეხების აწევა, განზიდვა, გადაჯვარედინება, ს.მ დაბრუნება	5-6-ჯერ	მხრები და იდაყვები იატაკზეა
20	დგომი	სიარული, სუნთქვით ვარჯიშებთან შეხამებით	4-5წთ	დატვირთვა თანდათან მცირდება

2.18.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო პროცედურა ხერხემლის კიფოზური გამრუდებების დროს

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება

1	დგომი	სიარული, ზემო კიდურების ელემენტარულ ვარჯიშებთან შეხამებით	2-3წთ	სუნთქვა თავისუფალი
2	იგივე	ზემკლავი-ჩასუნთქვა, მიმკლავი ამოსუნთქვა	4-5-ჯერ	
3	იგივე	სატანვარჯიშო ჯოხით ბუქნი,ხელების წინ გატანა, ს.მ დაბრუნება	4-5-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
4	იგივე	ტანის დახრა, ხელები მაღლა აწევა, ს.მ დაბრუნება	3-5-ჯერ	ვარჯიშის შესრულება შესაძლებელია ბურთით
5	ზურგზე წოლა	ფეხები მოხრლია მუხლის სახსარში, მენჯის აწევა, იდაყვებზე დაყრდნობით ხერხემლის გულ-მკერდის ნაწილში ჩადრეკა - ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	4-6-ჯერ	
6	მუცელზე წოლა	იდაყვებზე დაყრდნობით ხერხემლის ჩადრეკა გულ-მკერდის ნაწილში	2-4-ჯერ	სუნთქვასთან შეხამებით
7	იგივე	ხერხემლის ჩაზნექა, გამართული ფეხის აწევა, ს.მ დაბრუნება	3-4-ჯერ	ხელები წელზე
8	ოთხზე დგომა	საწინააღმდეგო ზემო და ქვემო კიდურების განზიდვა - ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება-ამოსუნთქვა	2-4-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
9	დგომა	სატანვარჯიშო კედელთან ზერგით დგომა, ხელები წელის დონეზე მოთავსებულია ლარტყზე, ხერხემლის შეზნექა, ს.მ დაბრუნება	4-ჯერ	სუნთქვასთან შეხამებით
10	იგივე	ხელები 4 ლარტყზეა მოთავსებული, ბუქნი გამართული ხელებით , ს.მ დაბრუნება	4-6-ჯერ	

11	იგივე	თავს ზემოთ ფრენბურთის ან სამედიცინო ბურთები ტყორცნა	5-6-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
12	იგივე	თავზე ბურთი, ხელები განმკლავში, სიარული	1წთ	იგივე

2.19.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ტანდეგობის დარღვევის მქონე უმცროსი სკოლის ასაკის ბავშვებისათვის

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	დგომი	ბურთის ზემკლავიში ატანა, გაზნექვა, ს.მ დაბრუნება	5-6-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
2	იგივე	ბურთის თავს ზემოთ გადაგდება, ს.მ დაბრუნება	3-4-ჯერ	იგივე
3	იგივე	მოხრილი იდაყვებით ბურთის ზემკლავში ატანა, იდაყვების გაშლა, ბეჭების ერთად მიტანა, ს.მ დაბრუნება	2-4-ჯერ	
4	ზურგზე წოლა	მაკრატელა	8-10-ჯერ	სუნთქვის შეკავების გარეშე
5	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიში	2-4-ჯერ	ერთი ხელი მკერდზე, მეორე მუცელზე
6	მუცელზე წოლა	ხელები თავს უკან, ბეჭები ერთად, თავის და ზეტანის აწევა, პაუზა, ს.მ დაბრუნება	4-6-ჯერ	პაუზის დროს ვითვლით ხუთამდე
7	იგივე	ხელები ტანის გასწვრივ, ხელისგულებით დაბლა, ბეჭების ერთად მიტანა, გაზნექა, ს.მ დაბრუნება	5-6-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
8	ოთხზე დგომა	მარჯვენა ხელისა და მარცხენა ფეხის ერთდროულად განზიდვა	3-4-ჯერ	იგივე

9	დგომი	სატანვარჯიშო ჯოხის თავს ზევით ატანა, ბეჭებზე გადატანა, ბუქნი. ს.მ დაბრუნება	6-8-ჯერ	
10	იგივე	სატანვარჯიშო ჯოხებით ზნექები	4-5-ჯერ	მონაცვლეობით

2.20.სამკურნალო ტანვარჯიში ბრტყელტერფიანობის დროს

ბრტყელტერფიანობის მკურნალობის მეთოდიკა მოიცავს სხვადასხვა სარეაბილიტაციო საშუალებების რაციონალურ და მიზანმიმართულ გამოყენებას. დაავადების მიმდინარეობა ზოგადად დამოკიდებულია მის ფორმასა და პაციენტის ასაკზე; გამომდინარე აქედან, შედეგს განაპირობებს ავადმყოფის ანამნეზით და დიაგნოსტიკური საშუალებებით (მაგ. პლანტოგრაფიით) მიღებული მონაცემების საფუძველზე სწორად გატარებული სარეაბილიტაციო ღონისძიებები. ბრტყელტერფიანობის პრევენცია შესაძლებელია ადრეული ასაკიდან რაც გულისხმობს : ბავშვთა ასაკიდან ფიზიკურ აღზრდასა და ჰიგიენური ნორმების დაცვას. არის შემთხვევები, როდესაც პათოლოგიის აღმოფხვრა მხოლოდ ქირურგიული მეთოდითაა შესაძლებელი, რაც საჭიროებს პოსტოპერაციულ რეაბილიტაციას.

ბრტყელტერფიანობის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის მიზანია:

1.ტერფის კუნთების, მყესებისა და იოგოვანი აპარატის გამაგრება.

2. სწორი ტანდეგობის ჩამოყალიბება.

3. ტერფის დეფორმაციის აღმოფხვრა.

4. ტკივილს შემცირება.

სამკურნალო ტანვარჯიში ძირითადად მოიცავს ზოგადგანმავითარებელ ვარჯიშებსა და სპეციალურ ვარჯიშებს. დიდი მნიშვნელობა აქვს საწყისი მდგომარეობის შერჩევას. თავდაპირველად პროცედურების შესულებისას საწისი მდგომარეობაა ჯდომა ან წოლა, მოგვიანებით ფეხზე დგომა. ვარჯიშების შესრულებამ არ უნდა გამოიწვიოს ტკივილი და დისკომფორტი. ფიზიკური დატვირთვა თანდათანობით მატულობს და მასთან ერთად იზრდება ტერფზე დატვირთვაც. შედეგების განმტკიცების მიზნით საჭიროა პროცედურების მსვლელობაში ჩარეთოს სამკურნალო სიარული. სამკურნალო ტანვარჯიშს უხამებენ სამკურნალო მასაჟს, რათა მაქსიმალურად მოხდეს წვივის კუნთების და თითების მომხრელების ნორმალური ტონუსის შენარჩუნება.

როგორც უკვე ავღნიშნეთ ბრტყელტერფიანობის მკურნალობა რთული პროცესია და რიგ შემთხვევებში საჭიროებს თაბაშირის ნახვევის დადებას ან ოპერაციულ ჩარევას, ამიტომ დაავადების თავიდან აცილების მიზნით დაბადებიდან ადრეულ ასაკშივე შესაძლოა ბავშვები დაკავდნენ ტანვარჯიშით, რომელიც მოიცავს მარტივ და ადვილ მოძრაობებს. მათი შესრულება შესაძლებელია პასიურად ან აქტიურად თავად ბავშვის მიერ.

ბრტყელტერფიანობის პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა:

1.სწორი ტანდეგობისათვის ვარჯიშების შესრულება.

2. ყურადღება მიექცეს ბავშვის სიარულს (სიარულის დროს ფეხები შორიშორს არ უნდა დადგას, თითის წვერები არ უნდა იყოს განზე მიმართული და სხვა.)

3. მეცადინეობის დროს ტერფის კუნთებისა და იოგოვანი აპარატის გამამაგრებელი ვარჯიშების შესრულება.

4. ფეხშიშველა სიარული.

5. ტანვარჯიშულ თოკზე აცოცება.

6. სწორი ფეხსაცმლის შერჩევა, უფრო რთულ შემთხვევებში ორთოპედიული ფეხსაცმლის ტარება.

სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ბრტყელტერფიანობის დროს

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ზურგზე წოლა	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	
2	იგივე	ტერფის წვერების დაჭიმვა, გარეთა მხრით ერთდროულად წამოწევა, ს.მ დაშვება.	4-6-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
3	იგივე	ტერფების როტაციული მოძრაობები ჯერ ერთ, შემდგომ, მეორე მხარეს.	5-6-ჯერ	იგივე
4	იგივე	ტერფის გაცურება მეორე ფეხის წვივზე	4-6-ჯერ	მონაცვლეობით
5	იგივე	გამართული ფეხებთ ტერფების მოხრა და გაშლა.	4-6-ჯერ	ერთდროულად და მონაცვლეობით

6	ჯდომი	ტერფები იატაკზე, ქუსლების აწევა, ს.მ დაბრუნება	5-6-ჯერ	ვარჯიშის შესრულების დროს ტერფის წინა ნაწილი არ სცილდება იატაკს
7	იგივე	საგნების და ნივთების ტერფის თითებით დაჭერა	4-5-ჯერ	გამოიყენება ფანქრები, ბურთები, ჯოხები
8	დგომი	დოინჯი, ტერფები პარალელურად, თითის წვერებზე ერთდროულად ან მონაცვლეობით აწევა .	4-6-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
9	იგივე	ტერფის თითების წამოწევა, ს.მ დაბრუნება	4-6-ჯერ	იგივე
10	იგივე	ტერფის გადაგორება ქუსლებიდან წვერებზე და პირიქით.	4-6-ჯერ	იგივე
11	იგივე	ნახევრად ჩაჯდომები და ჩაჯდომები წვერებზე	5-6-ჯერ	
12	იგივე	სატანვარჯიშო კედელთან დგომა – წვერებზე წამოწევა, დაბრუნება სმ–ში.	4-5-ჯერ	
13	იგივე	გაბერილ ბურთზე დგომა, ჩაჯდომა და ნახევრად ჩაჯდომა.	4-5-ჯერ	მეთოდისტის დახმარებით
14	იგივე	დარბაზის ირგვლივ თითის წვერებზე, ქუსლებზე, ტერფის გარეთა და შიგნითა მხარეზე სიარული	2წთ	შესაძლებელია სუნთქვითი ვარჯიშის შეხამება
15		სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	

2.21.სამკურნალო ტანვარჯიში ტერფმრუდობის დროს

თანდაყოლილი ტერფმრუდომის მკურნალობა შესაძლებელია დაბადებიდან პირველსავე დღეებში, რაც გულისხმობს სამკურნალო ტანვარჯიშისა და სამკურნალო მასაჟის პროცედურების ჩატარებას.

სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურების ჩატარება ნაჩვენებია ბავშვის დაბადების 7-10 დღიდან. ზემოხსენებული განპირობებულია იმით, რომ ახალშობილებს ქსოვილები ელასტიური აქვთ, ტერფი ადვილად მიიღებს სათანადო მდგომარეობა, რაც თავის მხრივ უზრუნველყოფს მის სწორ ზრდა-განვითარებას.

არაიშვიათია როდესაც სარეაბილიტაციო საშუალებების გამოყენებით მიღებული შედეგების შენარჩუნებისათვის საჭიროა ტერფზე თაბაშირის ნახვევის ან ზოგადად ნახვევის დადება. როდესაც კინეზოთერაპიული პროცედურები შედეგს არ იძლევა, დაავადების მკურნალობის ოპერეციული მეთოდით გადაწყვეტის აუცილებლობა დგება, რაც ასევე მოგვიანებით საჭიროებს პოსტოპერაციული სარეაბილიტაციო ღონისძიებების გატარებას.

ტერფმრუდობის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ამოცანაა:

1.ტერფის ნორმალური ზრდისა და განვითარებისთვის ხელსაყრელი ფიზიოლოგიური პირობების შექმნა.

2. მიღებული შედეგების შენარჩუნება და სრულყოფა.

3. ორგანიზმის ადაპტაცია ფიზიკურ დატვირთვებზე.

4. მოძრაობითი ჩვევების ჩამოყალიბება.

სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ტერფმრუდობის დროს

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ზურგზე წოლა	ტერფის სუპინაცია	2-4-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
2	იგივე	ტერფის მოხრა ზურგისა და გულის მხარეს	5-6-ჯერ	იგივე
3	იგივე	თითების მოხრა	2-4-ჯერ	იგივე
4	იგივე	ორივე ტერფის სუპინაცია	3-5-ჯერ	ტემპი ნელი
5	ჯდომი	ორივე ტერფით სათამაშოს აღება	4-ჯერ	შესაძლოა რაიმე სხვა ნივთი გამოვიყენოთ
6	იგივე	ტერფის წრიული მოძრაობა	4-6-ჯერ	ტემპი ნელი
7	დგომი	ვიწრო ბილიკზე სიარული	4-5-ჯერ	
8	იგივე	ტერფის გარეთა მხარეზე სიარული	2-4-ჯერ	შიდა მხარეზე არ სრულდება
9	ჯდომი	თურქული პოზა	1წთ	
10	დგომი	ჩაჯდომი მტელ ტეფზე	2-4-ჯერ	
11	იგივე	თითის წვერბზე აწევა	2-4-ჯერ	

12	იგივე	შვედურ კედელზე აცოცება	5-6-ჯერ	
13	იგივე	ქუსლებზე დგომა თითების აწევით	2-4-ჯერ	
14	იგივე	ქუსლები იატაკზე, თითის წვერებით წრიული მოძრაობა	2-4-ჯერ	
15	იგივე	ქუსლებით წრიული მოძრაობა	2-4-ჯერ	
16	ჯდომი	ფეხის თითების დაჭიმვა	2-6-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
17	დგომი	სატანვარჯიშო ჯოხზე სიარული, პირდაპირ და გარდიგარდმო	2-4-ჯერ	
18	იგივე	ჯოხის გორება ტერფებით	2-4-ჯერ	

2.22.სამკურნალო ტანვარჯიში რაქიტის დროს

რაქიტის მკურნალობის დროს უნდა გათვალისწინებულ იქნეს პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა, ჩივილები, დაავადების ხანდაზმულობა, მიმდინარეობა და სიმძიმე. სარეაბილიტაციო ღონისძიებების გატარება დამოკიდებულია თერაპიულ მკურნალობასა და პედიატრის რეკომენდაციაზე. რეაბილიტაციური მეთოდები მოიცავს სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურებს, სამკურნალო მასაჟს, ბალნეოთერაპიას, დიეტას და ფიზიოთერაპიას.

რაქიტის მკურნალობის დროს საკმაოდ ეფექტურია ცურვა და წყალში ჩატარებული სამკურნალო ტანვარჯიში. ცურვა ჰარმონიულად ანვითარებს სხეულის სხვადასხვა ჯგუფის კუნთებს და ნერვული სისტემის ნორმალურ ფუნქციონირებას უზრუნველყოფს. გარდა ამისა ხელს უწყობს კარდიო-რესპირატორული სისტემის ტრენირებას, აძლიერებს იმუნიტეტს. O-მაგვარი დეფორმაციების დროს ფართოდ გამოიყენება ზურგზე ცურვა. ამ დროს ბავშვს ფეხები დაჭიმული აქვს, რასაც ერთგვარი მაკორეგირებელი ზეგავლენა აქვს.

რაქიტის მკურნალობის პროცესი ხანგრძლივია, რაც გულისხმობს თვეების განმავლობაში ფრთხილად და გულმოდგინედ, სამკურნალო პროცედურების კომპლექსურ, შეთანხმებულ გამოყენებას.

გასათვალისწინებელია, რომ რაქიტის დროს ხშირად ფიქსირდება ქვემო კიდურების თავისუფალი ნაწილების დგომის გარკვეული ცვლილებებით , რაც გამოიხატება ვალგუსური და ვარუსული დეფორმაციებით.

რეაბილიტაციური თვალსაზრისით მდებარეობითი მკურნალობას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება. ყურადღება უნდა მიექცეს ბავშვის ძილის და დღის აქტიური რეჟიმის

დროს სხეულის მდგომარეობას სტატიკასა და დინამიკაში, რაც შესაძლოა გამოყენებულ იქნეს როგორც მაკორეგირებელი ფაქტორი (ასე მაგალითად ძილის დროს მუხლების სწორად, პარალელურად დგომა; თურქულ პოზაში ჯდომა; განზიდული ქვემო კიდურებით ტერფებს შორის ჯდომა და სხვა.).

რაქიტის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ამოცანაა:

1. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესება.

2. საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატში არსებული დეფორმაციების კორექცია.

3. ნივთიერებათა ცვლის პროცესების ნორმალიზება.

ყოველ კონკრეტულ შემთხვევაში სასურველია, თვითოეული პაციენტისათვის, ინდივიუალურად გადაწყდეს მკურნალობის მიმართულება , რადგან სამკურნალო ტანვარჯიშის ჩატარების ტექნიკა და სხვა სარეაბილიტაციო საშუალებების მეთოდიკა ზუსტად უნდა შეესაბამებოდეს ყოველ კონკრეტულ შემთხვევას.

როგორც უკვე ზემოთ ავღნიშნეთ, ხშირ შემთხვევაში, დაავადების თანმხლები კლინიკური ნიშანია ქვემო კიდურების ვალგუსური ანუ X-ის მაგვარი ან ვარუსული ანუ O-ს მაგვარი დეფორმაცია. ქვემო კიდურის ორივე სახის გამრუდება ხასიათდება თავისი კლინიკური ნიშნებით, შესაბამისად, სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურაში შემავალი ვარჯიშებიც განსხვავებულია.

2.23.სამკურნალო ტანვარჯიში ქვემო კიდურების O-ს მაგვარი დეფორმაციების დროს

1	ზურგზე წოლა	მტევნის როტაცია	2-4-ჯერ	სრულდება პასიურად
2	იგივე	მხრის სახსარში მოზიდვა, განზიდვა, როტაცია	4-6-ჯერ	იგივე
3	იგივე	ტერფის მოხრა- გაშლა	4-6-ჯერ	იგივე
4	იგივე	ტერფის შიდა მხარეს ტრიალი	4-5-ჯერ	იგივე
5	იგივე	გაშლილი ფეხის აწევა, ს.მ დაბრუნება	2-4-ჯერ	შესაძლებელი სათამაშოს გამოყენება, რათა თავად ბავშვმა შეასრულოს ვარჯიში
6	იგივე	ვარჯიში ველოსიპედი	3-6-ჯერ	სრულდება პასიურად
7	ჯდომა	განზიდული მუხლებით ტერფებს შორის ჯდომა	1წთ	მეთოდისტის დახმარებით

8	დგომი	ბილიკზე სიარული	1წთ	

2.24.სამკურნალო ტანვარჯიში ქვემო კიდურების X-ის მაგვარი დეფორმაციების დროს

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ზურგზე წოლა	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4ჯერ	პასიურად შესაძლებელია შევასრულებინოთ შესუნთქვა
2	იგივე	ელემენტარული ვარჯიშები ზემო კიდურებში, მოხრა-გაშლა, სუპინაცია-პრონაცია	2-6-ჯერ	ვარჯიშები სრულდება პასიურად
3	იგივე	კოჭ-წვივის სახსარში ჯერ ერთი, შემდეგ მეორე ტერფის მოხრა და გაშლა	4-6-ჯერ	ვარჯიშის ადვილად ჩატარების მიზნით ერთი ხელით ვაფიქსირებთ წვივს, მეორეთი ვასრულებინებთ მოძრაობას
4	იგივე	ტერფის როტაცია	5-6-ჯერ	ჯერ ერთ, შემდეგ მეორე მხარეზე
5	ჯდომი	თითებით სათამაშოს აღება	2-4-ჯერ	მეთოდისტის დახმარებით
6	იგივე	ბავშვის თურქულ პოზაში ჯდომა	1წთ	მეთოდისტის დახმარებით
7	იგივე	დინამიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-3-ჯერ	იგივე
8	იგივე	ჯდომა განზიდული მუხლებით	1წთ	იგივე
9	იგივე	თითის წვერებზე აწევა, ტერფზე დაშვება	2-4-ჯერ	
10	იგივე	ტერფის გარე მხარეზე სიარული	1წთ	
11	იგივე	ვიწრო ბილიკზე სიარული	2-4-ჯერ	

12	ზურგზე წოლა	ელემენტარული ვარჯიშები ზემო კიდურებში.	2-4-ჯერ	

2.25.სამკურნალო ტანვარჯიში რევმატიული ართრიტი დროს

რეავმატიული ართრიტის კომპლექსური მკურნალობის პროცესში აქტიურად არის ჩართული ფიზიკური მედიცინის სხვადასხვა საშუალებები. მათ შორის უმნიშვნელოვანესი ადგილი უკავია კინეზოთერაპიულ პროცედურებს.

ძირითადი პრობლემა, რომელიც თავს იჩენს დაავადების მიმდინარეობაში არის პათოლოგიური პროცესის პერიოდული გამწვავება, უპირატესად სიმეტრიულ, წვრილ სახსრებში, ტკივილითა და აქედან გამომდინარე მოძრაობის შეზღუდვით. მოგვიანებით, კონტრაქტურებს მოსდევს ანკილოზი, რაც ერთობ ამძიმებს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობას და შესაბამისად სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურების ჩატარების ხელისშემშლელი ფაქტორია.

რევმატიული ართრიტის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის მთავარი ამოცანებია:

1. სახსრების დეფორმაციების პრევენცია.
2. მომხრელი ჯგუფის კუნთების ტონუსის შემცირება.
3. ქსოვილებში ნივთიერებათა ცვლის პროცესების გაუმჯობესება.
4. სახსრებში დარღვეული ფუნქციების აღდგენა.
5. ავადმყოფის შრომისუნარიანობის აღდგენა და მისი აქტიურად ჩართვა სპორტულ და ყოფით აქტივობებში.

სამკურნალო ტანვარჯიშთან ერთად აქტიურად გამოიყენება სამკურნალო მასაჟი, რაც შედეგს ხდის უფრო ქმედითსა და ეფექტურს. პროცედურის მთავარი მიზანია პაციენტი მომზადდეს მოძრაობითი აქტივობებისათვის.

კინეზოთერაპიული მეთოდით რევმატიული ართრიტის მკურნალობა მიმდინარეობს სამ პერიოდად, რაც განპირობებულია პაციენტის საერთო მდგომარეობითა და მოძრაობითი რეჟიმებით.

პირველ პერიოდში მკურნალობის მეთოდკა მოიცავს ელემენტარულ ზოგადგანმავითარებელ ვარჯიშებს, რომელიც თავდაპირველად სრულდება ჯანმრთელი ნაწილებით. აქტიურად გამოიყენება სუნთქვითი ვარჯიშები, ვარჯიშები ზეტანისათვის და სპეციალური მომადუნებელი ვარჯიშები. მეცადინეობა ტარდება ინდივიდუალური მეთოდით და

შესაძლებელია მეთოდისტის დახმარებით პასიურად ვარჯიშების ჩატარება. პროცედურის ხანგრძლივობაა 15წთ.
მკურნალობის მეთოდიკა მეორე პერიოდში მოიცავს როგორც ზოგადგანმავითარებელ ვარჯიშებს, ასევე შეთანხმებულ მოძრაობებს კიდურების თანამოსახელე სახსრებში. მოცემულ პერიოდში ფიზიკური დატვირთვა თანდათან იზრდება და შესაძლებელია ვარჯიშების ჩატარება სატანვარჯიშო იარაღების გამოყენებით. პროცედურის ხანგრძლივობაა 30წთ.
მესამე პერიოდისათვის პაციენტების ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდება და შესაბამისად შესაძლებელი სხეულის სხვადასხვა ჯგუფის კუნთების ჩართვა ფიზიკურ აქტივობებში, თუმცაღა, მაინც სასურველია ძირითადი დრო დაზიანებულ სასხსრების სპეციალურ ვარჯიშებს დაეთმოს.

რევმატიული პოლიართრიტის (II პერიოდში) დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის სანიმუშო კომპლექსი

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ზურგზე წოლა	სუნთქვითი ვარჯიშები	10-12-ჯერ	სტატიკური, გაღრმავებული
2	იგივე	ელემენტარული ვარჯიშები წვრილი და საშუალო ჯგუფის კუნთებისთვის. სრულდება კიდურების მოხრა-გაშლა, როტაცია	იგივე	მოძრაობა წარმოებს ჯანმრთელ სახსრებში. სუნთქვა თავისუფალი
3	იგივე	მუცლის პრესის გამამაგრებელი ვარჯიშები	იგივე	ტემპი ნელი
4	იგივე	ტანის კუნთების მოდუნება	2-3წთ	სუნთქვა თავისუფალი
5	იგივე	ხელისა და ფეხის თითების მოხრა-გაშლა. მხრის სახსარში როტაცია. დასვენება	4-6-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
6	იგივე	მენჯ-ბარძაყში მოხრა-დაშლა, როტაციული მოძრაობა	6-8-ჯერ	იგივე

7	იგივე	დაზიანებულ სახსრებში მცირე ამპლიტუდით ელემენტარული ვარჯიშების შესრულება	4-6-ჯერ	ჯერ სრულდება მომიჯნავე სახსრებში, მხოლოდ ამის შემდგომ გადავდივართ დაზიანებულ სახსრებზე.
8	იგივე	მომადუნებელი ვარჯიშები	2-4წთ	სუნთქვა თავისუფალი
9	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	3-4-ჯერ	
10	იგივე	სამკურნალო მასაჟის ილეთების შესრულება	10წთ	აუცილებელი პირობაა, რომ პროცედურები ტკივილის არ იწვევდეს.

§3.სამკურნალო ტანვარჯიშის მეთოდიკა ხანდაზმულ ასაკში.

ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარე სასიცოცხლო პროცესები ასაკთან მიმართებაში კანონზომიერ ცვლილებებს განიცდის. ამავდროულად ერთვება კომპენსატორული მექანიზმები. ზოგადად დაბერება კანონზომიერი, ბუნებრივი მოვლენაა, წმინდად ინდიუიდუალური და დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორებზე და ორგანიზმის რეაქციაზე. ლიტერატურაში მოცემულია ხანდაზმულობის გარკვეული კლასიფიცირება, რაც პირობითია, რადგან დაბერების ხარისხი და ტემპი განსხვავებულიაა ცალკეულ პირებს შორის. მათ შორის სხვაობის მიზეზი გადატანილი ან ქრონიკული დაავადებები, გართულებები ან თანმხლები ჩივილებია. დაბერების პროცესი დაკავშირებულია ცენტრალური ნერვული სისტემის, სასუნთქი, ძვალ-მყესოვანი და გულ-სისხლძარღვთა სისტემების ასაკობრივ ცვლილებებთან.

გამოყენების ძირითადი ამოცანებია:

1. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციების რეგულირება; გ.ს.ს თანდათანობითი შეგუება ზომიერ, მზარდ ფიზიკურ დატვირთვებთან.
2. სასუნთქი სისტემის სტიმულირება.
3. ნივთიერებათ ცვლის გაუმჯობესება.
4. სახრებში მოძრაობითი უნარ-ჩვევების გაუმჯობესება.
5. კუნთოვანი სისტემის გამაგრება.
6. ორგანიზმის გაკაჟება.

სამკურნალო ტანვარჯიში ხელს უწყობს ძალის, გამძლეობის, კუნთური მუშაობისუნარიანობის, კოორდინაციის, წონასწორობის განვითარებას; მოცემული თვისებების გასაუმჯობესებლად საჭიროა კინეზოთერაპიის ზოგადი პრინციპების გათვალისწინება. ზემოხსენებულ პრინციპებში მოიაზრება ინდივიდუალურობა, რაც

გულისხმობს ავადმყოფის სქესს, ასაკს, ორგანიზმის საერთო მდგომარეობას, ავადმყოფის მოძრაობით რეჟიმს, პროფესიას, ქრონიკულ ან გადატანილ დაავადებების არსებობას, გაწვრთნილობის ხარისხს და სხვა. გარდა ამისა, ყურადსაღებია ხანდაზმულის ფიზიკური შესაძლებლობები, მოძრაობის შესრულების ამპლიტუდა და ორგანიზმის რეაქცია მოცემულ ფიზიკურ აქტივობებზე. ფიზიკური დატვირთვის ზუსტი შერჩევაც შესაძლებელი მიღებული მონაცემების საფუძველზე. კონტროლი წარმოებს სპეციალური ტესტებით, პულსისა და არტერიული წნევის კონტროლით.

ორგანიზმის ფუნქციური შესაძლებლობების, ჯანმრთელობის გათვალისწინებით, პროცედურების ჩატარება შესაძლებელია ინდივიდუალური და ჯგუფური მეთოდით. ფიზიკური მომზადებულობიდან გამომდინარე სასურველია მამაკაცებისა და ქალების ჯგუფს ცალ-ცალკე ჩაუტარდეს მეცადინეობა, მაგრამ დასაშვებია შერეული ჯგუფებიც. ჯანმრთელობის მდგომარეობის და ფიზიკური შესაძლებლობების მიხედვით არჩევენ სამ ჯგუფს.

პირველი ჯგუფში გაერთიანებულნი არიან ის პირები, რომელთაც ჯანმრთელობის მხრივ ნაკლებად აქვთ გამოხატული დარღვევები, პირები რომლებიც რეგულარულად ვარჯიშობენ და ყოფილი სპორტსმენები.

მეორე ჯგუფის პირებს , მათ ასაკთან მიმართებაში ნაკლებად გამოხატული დარღვევები აღენიშნებათ. ჯგუფის წევრების ფიზიკური მომზადებულობა დამაკმაყოფილებელია.

მესამე ჯგუფი აერთიანებს პირებს, რომელთაც ჯანმრთელობის მხრივ მკვეთრად გამოხატული დარღვევები აღენიშნებათ, შესაბამისად ადაპტაცია ფიზიკურ დატვირთვებზე დაქვეითებულია.

რეაბილიტაციის სქემა მოიცავს კინეზოთერაპიას, სამკურნალო მასაჟს, ბალნეოთერაპიას, მზის აბაზანებს, სამკურნალო სიარულს, დოზირებულ სიარულს აღმართზე ასვლით, კურორტოთერაპიას. საჭიროების შემთხვევაში გამოიყენება მექანოთერაპია და შრომითი თერაპია.

3.1.ჰიგიენური ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხანდაზმული ქალებისთვის

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	სკამზე ჯდომა	სხივ-მაჯის სახსარში წრიული მოძრაობა	4-6-ჯერ	ტემპი საშუალო
2	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	ტემპი ნელი
3	იგივე	სხვადასხვა მიმართულებით თვალების მოძრაობა - მარცხნივ, მაღლა, ქვევით, შემდეგ საწინააღმდეგო მიმართულებით.	10–ჯერ	ვარჯიში სრულდება გახელილი და დახუჭული თვალებით. ტემპი საშუალო.
4	იგივე	თვალების დახუჭვა, გახელა	10–15ჯერ	მოძრაობები სრულდება საშუალო ტემპით
5	იგივე	მცირე ამპლიტუდით თავის ტრიალი	5–6–ჯერ	საშუალო ტემპით, ზოგ შემთხვევაში უკუნაჩვენებია.
6	დგომა	ფეხები მხრების სიგანეზე. ხელების გადაჯვარედინება გულმკერდის წინ - ამოსუნთქვა; განმკლავი - ჩასუნთქვა.	4–6–ჯერ.	ვარჯიში სრულდება ნელი ტემპით
7	იგივე	ერთდროულად მარჯვენა ხელი ზემკლავში და მარცხენა ფეხის განზიდვა - ამოსუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ჩასუნთქვა	3–4–ჯერ	იგივე მეორდება საწინააღმდეგო მხარეს
8	იგივე	თითის წვერებზე აწევა, განმკლავი ჩასუნთქვა, დოინჯი, ზამბარისებური ჩაჯდომა - ამოსუნთვა, სმ–ში დაბრუნება.	5–6–ჯერ	საშუალო ტემპით.
9	იგივე	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	4-6-ჯერ	
10	ჯდომი	მომადუნებელი ვარჯიშები	1წთ	

3.2.ჰიგიენური ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხანდაზმული მამაკაცებისთვის

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ჯდომი	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	ტემპი ნელი
2	იგივე	ელემენტარული ვარჯიშები სხივ-მაჯისა და კოჭ-წვივის სახსრებისათვის	4-6-ჯერ	იგივე
3	იგივე	ვარჯიში თვალებისათვის	4-6-ჯერ	
4	დგომი	ფეხები მხრების სიგანეზე. ზემკლავი, გაჭიმვა, ჩასუნთქვა, დიდი ამპლიტუდით ხელებით წრის შემოხაზვა ამოსუნთქვა	4–6–ჯერ	ტემპი საშუალო
5	იგივე	დოინჯი, ფეხები მხრების სიგანეზე, ტანის მობრუნება მარცხნივ, განმკლავი, ჩასუნთქვა; ს.მ–ში დაბრუნება, ამოსუნთქვა. იგივე მეორე მხარეს.	4–5–ჯერ	ნელი ტემპით
6	იგივე	სრული ჩაჯდომა, წინ დახრით, ხელები გატანა უკან, ამოსუნთქვა; ს.მ დაბუნება ჩასუნთქვა	4–6–ჯერ	იგივე
7	იგივე	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	იგივე
8	იგივე	დოინჯი,მარცხნივ დახრა, მარჯვენა ხელი მაღლა გადატანა, ჩასუნთქვა, ს.მ დაბრუნება ამოსუნთქვა	3–4–ჯერ.	ჯერ ერთ, შემდეგ მეორე მხარეს. ტემპი ნელი
9	ჯდომი	ზურგი საზურგეზე თავისუფლად, ხელების სკამის კიდეზე, ფეხები გაჭიმული,ზურგის ჩაზნექა, თავი უკან, ჩასუნთქვა; სმ–ში დაბრუნება ამოსუნთქვა .	4–6–ჯერ	სხეული თავისუფლადაა

10	იგივე	მარცხენა ფეხის აწევა ჰორიზონტალურ მდგომარეობამდე, შემდეგ დაშვება; იგივე მარჯვენა ფეხით.	3–4–ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი
11	დგომი	გამართული ფეხის აწევა, ქნევითი მოძრაობა, ს.მ დაბრუნება	3–4–ჯერ	იგივე
12	იგივე	ადგილზე სიარული.	15–20წმ	ტემპი ნელი

კითხვები:

1. რა არის სამკურნალო ტანვარჯიშის ამოცანები სქოლიოზის დროს?
2. ჩამოთვალეთ ვარჯიშთა კომპლექსი I და II ხარისხის სქოლიოზის დროს.
3. რა არის სანიმუშო პროცედურა კიფოზის დროს?
4. რა ვარჯიშები ტარდება ტანდეგობის დარღვევის დროს ბავშვებში?
5. რა არის ბრტყელტერფიანობის დროს ვარჯიშების მიზანი?
6. რა უნდა გაკეთდს პროფილაქტიკის მიზნით ბრტყელტერფიანიბის დროს?
7. რა ვარჯიშები სრულდება ბრტყელტერფიანობის დროს?
8. რა არის მიზანი ტერფმრუდობის დროს?
9. რა ვარჯიშები სრულდება ტერფმრუდობის დროს?
10. რა არის ვარჯიშის მიზანი რაქიტის დროს?
11. რა ვარჯიშები სრულდება O-ს მაგვარი დეფორმაციისას?
12. რა ვარჯიშები სრულდება X-ს მაგვარი დეფორმაციისას?
13. რა ამოცანა აქვს ვარჯიშებს ტრავმული მოტეხილობის დროს?
14. რა მიზანი აქვს ვარჯიშებს თაბაშირის ნახვევის მოხსნის შემდეგ?
15. ჩამოთვალეთ აღდგენითი პერიოდის ვარჯიშები.
16. რა ვარჯიშები ტარდება ხელის თითებისა და მტევნის ძვლების მოტეხილობის დროს?
17. რა ვარჯიშები ტარდება ბარძაყის ძვლის მოტეხილობის დროს?
18. რა ვარჯიშები ტარდება ფეხის თითებისა და ტერფის ძვლების მოტეხილობის დროს?
19. როგორია მუხლის სახსრის დაზიანების დროს საკურნალო ტანვარჯიშის მეთოდიკა და რა ვარჯიშები სრულდება?
20. რას ითვალისწინებს სამკურნალო ტანვარჯიში ხერხემლის სვეტის მოტეხილობის დროს?
21. ჩამოთვალეთ სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხერხემლის სვეტის (ზურგის ტვინის დაზიანების გარეშე) დაზიანების დროს. I პერიოდი
22. ჩამოთვალეთ სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხერხემლის სვეტის (ზურგის ტვინის დაზიანების გარეშე) დაზიანების დროს. II პერიოდი

23. რა ვარჯიშები ტარდება რევმატიული ართრიტი დროს?
24. ჩამოთვალეთ რევმატიული პოლიართრიტის (II პერიოდში) დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურის სანიმუშო კომპლექსი
25. როგორია სამკურნალო ტანვარჯიშის მეთოდიკა ხანდაზმულ ასაკში?
26. დაახასიათეთ ჰიგიენური ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხანდაზმული ქალებისთვის.
27. დაახასიათეთ ჰიგიენური ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ხანდაზმული მამაკაცებისთვის

თავი XVI. ორსულთა და მელოგინეთა ვარჯიში

§1.სამკურნალო ტანვარჯიში ორსულობის დროს

ორსულობა რთული ფიზიოლოგიური პროცესია, რომელიც ქალის ორგანიზმში მიმდინარე რიგი ბიოქიმიური პროცესებით ხასიათდება. პირობითად ხუთ ფაზად და ოთხ ეტაპად დაყოფილი ორსულობა, განაყოფიერებიდან მშობიაროზამდე, საშუალებას იძლევა წარმოდგენა შეგვიქმნას ნაყოფის ეტაპობრივ განვითარებაზე.

მთელი ორსულობის განმავლობაში, სხვადასხვა პერიოდში, სამკურნალო ტანვარჯიშის პროცედურების ჩატარება საშუალებას იძლევა მოამზადოს ორსული მშობიარობის პროცესისათვის.

აუცილებელია მეთოდისტმა კარგად იცოდეს და გააზრებული ჰქონდეს კინეზოთერაპიის მნიშვნელობა და მიზნები, რათა ორსულობის მიმდინარეობაში არ მოახდინოს უხეში ჩარევა; ინდივიდუალობის პრინციპის გათვალისწინებით ორსული უნდა მომზადდეს ამ რთული პროცესისათვის . ორსულობის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის უკუჩვენებაა: სისხლდენის საშიშროება, ნებისმიერ ორგანოსა თუ სისტემაში მიმდინარე ანთებითი პროცესები, ქრონიკული დაავადებები, ტოქსიკოზები, მაღალი ტემპერატურა, მაღალი არტერიული წნევა, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ გარკვეული დაავადებები, ღვიძლის, თირკმლის პათოლოგიები და სხვა. ეს არის ის არასრული ნუსხა რა დროსაც კატეგორიულად აკრძალულია კინეზოთერაპიის პროცედურების ჩატარება. აქვე უნდა ითქვას, რომ ორსულობის გვიან ვადებზე (32-35 კვირა) სამკურნალო ტანვარჯიშის დაწყება არ არის სასურველი.

ორსულობის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ძირითადი ამოცანებია:

1. ორსულობის ნორმალური მიმდინარეობის ხელშეწყობა.
2. მშობიარობისათვის ორსულის ფსიქო-ფიზიოლოგიური მომზადება.
3. ფიზიკური განვითარების სრულყოფა.
4. ახალი მოძრაობითი ჩვევების ჩამოყალიბება და განმტკიცება.
5. ორსულის მოძრაობითი და დღის რეჟიმის გათვალისწინებით, სამკურნალო ტანვარჯიშისა და ბუნებრივი ფაქტორების რაციონალური გამოყენება.

სამკურნალო ტანვარჯიშის გაკვეთილები შესაძლებელია ჩატარდეს როგორც ინდივიდუალური, ასევე ჯგუფური მეთოდის გამოყენებით. მეცადინეობის მსვლელობას თვალყურს ადევნებს მეთოდისტ-ინსტრუქტორი ან ექიმი. სამკურნალო ტანვარჯიშის ხანგრძლივობაა 45წთ. სასურველია მეცადინეობა კვირაში სამჯერ, დღეგამოშვებით ჩატარდეს.

ორსულობის პერიოდში ქალის ორგანიზმში მიმდინარე სასიცოცხლო პროცესები თანდათან განიცდიან სახეცვლილებებს, რაც განპირობებულია ორულობის ვადებით, ორსულის ჯანმრთელობით, ასაკით, წონით, ნაყოფის მდებარეობით და სხვა.

ორსულობის პირველ ეტაპზე (0-16 კვირა) ჯერ კიდევ არსებობს ნაყოფის მოწყვეტის საშიშროება, აქედან გამომდინარე სამკურნალო ტანვარჯიში მიმართულია მარტივი ვარჯიშების შესწავლაზე. ორსულები ეჩვევიან ზოგადგანმავითარებელი ვარჯიშების შესრულებას; ეუფლებიან სწორ სუნთქვას.

ორსულობის მეორე ეტაპი (16-24 კვირა) მოვარჯიშე ეუფლება ვარჯიშებს კუნთების დაჭიმვა-მოდუნებაზე. ასევე პროცედურებში შედის ვარჯიშები კოორდინაციაზე.

მშობიარობის მზადებისათვის ვარჯიშების პირველი ელემენტები მესამე ეტაპზე (24-31 კვირა) ისწავლება. პირველ რიგში ყურადღება ექცევა სხეულის მდებარეობას, რაც მშობიარობის იმიტაციისმაგვარია. ამავდროულად ორსულს უნდა შეასწავლონ სხვადასხვა ჯგუფის კუნთების ერთდროული დაძაბვა და მოდუნება, რაც საშუალებას მისცემს მას უკვე მშობიარობის დროს თავიდან აიცილოს გადაღლა.

შესწავლილი ვარჯიშების განმტკიცება და სრულყოფა მეოთხე ეტაპზეა (32-36 კვირა) შესაძლებელი. ამ დროს ყურადღება ექცევა მომადუნებელ და კოორდინაციაზე ვარჯიშების ზუსტ შესრულებას.

1.1.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ორსულობის I ტრიმესტრში

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	დგომა ან ჯდომა	ელემენტარული მოძრაობა სხივ-მაჯისა და კოჭ-წვივის სახსრებში	4-6-ჯერ	სრულდება ნელი ტემპით
2	იგივე	მენჯ-ბარზაყის სახსარში მოხრა-გაშლა	5-6-ჯერ	იგივე
3	იგივე	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	გაღრმავებული სუნთქვა
4	იგივე	დინამიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	თანდათან იზრდება მოზრაობის ამპლიტუდა
5	დგომი	სიარული დარბაზის გარშემო, სხვადასხვა ტიპის სიარული-ფიგურული, სპირალური	2წთ	შესაძლებელია ზემო კიდურების მოძრაობით.
6	იგივე	მუცლით სუნთქვა, გულ-მკერდით სუნთქვა	4-5-ჯერ	
7	იგივე	მუცლის პრესის კუნთების ვარჯიში დაძაბვასა და მოდუნებაზე	2-6-ჯერ	სუნთქვას მიექცეს ყურადღება
8	იგივე	ზნექები, კიდურებთან შეთანხმებულად	4-6-ჯერ	მოვერიდოთ მკვეთრ მოძრაობებს. რიგ შემთხვევაში ამ ტიპის ვარჯიშს არ გამოიყენება.
9	იგივე	მუხლისა და იდაყვის სახსრებში მოხრა გაშლა	6-8-ჯერ	შეთანხმებულად ან მონაცვლეობით
10	ჯდომი	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	გაღრმავებული სუნთქვა, შემდგომ თავისუფალი სუნთქვა

1.2.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ორსულობის II ტრიმესტრში

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ჯდომა ან დგომა	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	
2	იგივე	სხეულის დისტალურ ნაწილების სიმეტრიული ვარჯიშები	6-8-ჯერ	სუნთქვა თავისუფალი

3	იგივე	სხივ-მაჯის და მხრის სახსარში წრიული მოძრაობა	6-8-ჯერ	ორივე მიმართულებით
4	იგივე	ქვემო კიდირების როტაცია	4-6-ჯერ	თანდათანობით მოძრაობის ამპლიტუდა იზრდება
5	იგივე	ბარძაყების მოზიდვა-განზიდვა	4-8-ჯერ	აუცილებლად მიექცეს ყურადღება კიდურის მოძრაობის მიმართულებას
6	იგივე	მომადუნებელი ვარჯიშები მუცლის პრესისათვის, ზურგის ჯგუფის კუნთებისათვის	2-3წთ	ვარჯიში შესაძლებელი შესრულდეს ზურგზე წოლით მდგომარეობაში
7	იგივე	სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	აქცენტი ამოსუნთქვაზე
8	იგივე	ტანის წინ, გვერდით ზნექი	4-6-ჯერ	
9	იგივე	ტანი ბრუნი სამედიცინო ან ფრენბურთის ბურთით	5-6-ჯერ	ბურთი გულ-მკერდთან, მუცელთან ან თავს ზევით
10	იგივე	დინამიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	

1.3.სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ორსულობის III ტრიმესტრში

#	საწ. მდგომარეობა	ვარჯიში	განმ. რიცხვი	სპეც. მითითება
1	ჯდომა ან წოლა	სტატიკური და დინამიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	3-6-ჯერ	სრულდება მცირე ამპლიტუდით , თავისუფლად დაძაბვის გარეშე
2	დგომა	ვარჯიშები სატანვარჯიშო კედელთან, ნახევარბუქნები, კიდურის მცირე ამპლიტუდაზე ქნევითი მოძრაობები	4-6-ჯერ	შესრულების ტემპი ნელი

3	იგივე	გვერდზე ზნექი, ს.მ დაბრუნება	5-6-ჯერ	
4	იგივე	თავისუფალი სუნთქვა		
5	იგივე	სიარული დარბაზის ირგვლივ. სიარული პაუზა, რამდენიმე ნაბიჯი პაუზა	2წთ	პაუზის დროს შესუნთქვა-ამოსუნთქვა
6	იგივე	სტატიკური სუნთქვითი ვარჯიშები	2-4-ჯერ	სუნთქვის თანდათან გაღრმავებით
7	ჯდომა ან წოლა	ქვემო კიდურების ელემენტარული ვარჯიშები	4-6-ჯერ	
8	იგივე	ტანის მომადუნებელი ვარჯიშები	2წთ	
9	იგივე	თავისუფალი სუნთქვა	1წთ	

კითხვები:

1. რა არის ორსულობის დროს სამკურნალო ტანვარჯიშის ძირითადი ამოცანები?
2. დაახასიათეთ სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ორსულობის I ტრიმესტრში.
3. განიხილეთ სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ორსულობის II ტრიმესტრში.
4. დაახასიათეთ სამკურნალო ტანვარჯიშის სანიმუშო კომპლექსი ორსულობის III ტრიმესტრში

განმარტებითი ლექსიკონი:

სწავლება ძვლების შესახებ - **osteologia**

დესმალური ოსტეოგენეზი- ადამიანის ჩონჩხში ზოგი ძვალი ვითარდება შემაერთებელი ქსოვილის ნიადაგზე

ქონდრალური ოსტეოგენეზი - ზოგი ძვალი ვითარდება იმგვარად, რომ შემაერთებელი ქსოვილი ჯერ ხრტილად გადაიქცევა და მხოლოდ ამის შემდეგ, ხრტილის ნიადაგზე, ვითარდება ძვალი.

სახსარი -**Articulatio**

ტორსი - **Truncus**

მკერდი - **Sternum**
ლავიწი – **clavicula**

ბეჭი – **scapula**

მხრის ძვალი – **Humerus**

წინამხრის ძვლები – **ossa antebrachii**

მტევნის ძვლები - **ossa manus**

ნების ძვლები - **ossa metacarpalia**

მტევნის თითების ძვლები - **ossa digitorum manus**

ქვედა კიდური - **membrum inforiur**

ქალას ძვლები - **ossa cranii**

ყოფლიბანდები - **fonticuli cranii**

საქალწულე აპკით - **hymen**

დორზალური უკანა - (**dorsum** ლათ. - ზურგი) - ზურგის მიმართულებით

ვენტრალური წინა -(**venter** ლათ. - მუცელი) - მუცლის მიმართულებით

კრანიალური ზედა - (**kranio** ბერძნ. - თავის ქალა) - თავის მიმართულებით

კაუდალური ქვედა - (**cauda** ლათ. - კუდი) -კუდუსუნის მიმართულებით

მედიალური შიდა - (**medium** ლათ. - შუა) - შუისაკენ მიმართულებით

ლატერალური გარეთა (**latus** ლათ. - გვერდი) - გვერდისკენ მიმართულებით

anterior - წინა

posterior - უკანა

superior - ზედა

inferior - ქვედა

internus - შიდა

externus - გარეთა

ოსტეომიელიტი – ინფექციური ანთებითი პროცესია ძვალში

პოდიატრია – მეცნირება, რომელიც შეისწავლის ტერფს

ფონოკარდიოგრაფია – ბგერითი რხევების გრაფიკული რეგისტრაციაა, რომელიც გვეხმარება შუილის ან პათოლოგიური ტონის დადგენაში.

ექოკარდიოგრაფია – გულის ღრუების და სტრუქტურების ვიზუალიზაცია ხდება ულტრაბგერის საშუალებით.

ხველა-tussis

ქოშინი-dyspnoe (ბერძნ.)-სუნთქვის რთული დარღვევაა.

ინსპირაციული ქოშინი - ჩასუნთქვითი ქოშინი

ექსპირაციული ქოშინი - ამოსუნთქვითი ქოშინი

ასფიქსია – ძლიერი, მოხრჩობად ქოშინი

ნეკნები - **costae.**

angulus epigastrcus - ნეკნთა რკალებით იქმნება ეპიგასტრალური კუთხე

ბიოტის სუნთქვა - ცვალებადია სუნთქვის ამპლიტუდები, სიხშირე და აპნოეს პერიოდები, რაც სუნთქვის ცენტრის აგზნებადობის დაქვეითების შედეგია.

ჩეინ-სტოქსის სუნთქვა - სუნთქვითი მოძრაობების სიღრმე თანდათან მატულობს, აღწევს მაქსიმუმს და შემდეგ კლებულობს მინიმუმამდე და შესაძლებელია პაუზამდე. იგი სუნთქვის ცენტრის აგზნების დაქვეითების შედეგია.

ბროკოს სუნთქვა - ხდება სასუნთქი კუნთების მუშაობის დისოციაცია. დიაფრაგმა ახდენს ჩასუნთქვას, ნეკნთაშუა კუნთები ამოსუნთქვას. აღინიშნება თავის ტვინის დაზიანების დროს.

პნევმოთორაქსი პლევრის ღრუში ჰაერის შესვლა

დისფაგია – ყლაპვის გაძნელება

ობსტიპაცია – შეკრულობა -- ყაბზობა

პოლაკიურია და დიზურია – გახშირებული და მტკივნეული შარდვა ტენეზმებით (მტკივნეული შარდვის მოთხოვნილება)

პოლიურია და პოლიდიფსია – შარდის მომატებული რაოდენობა და წყურვილი

ოლიგურია - შარდის გამოყოფა 24 სთ-ში <500 მლ

ანურია - შარდვის ტოტალური შეკავება

სეკრეტორული ანურია - გამოწვეულია გორგლოვანი ფილტრაციის მკვეთრი მოშლით (შოკი, მწვავე სისხლდენა, ურემია)

ექსკრეტორული ანურია (იშურია) - თირკმლის ფუნქცია შენახულია, შარდის პასაჟია დარღვეული

ნიქტურია - შარდის ღამით გამოყოფა

ჰემატურია - შარდის მოწითალო ელფერი - ნიშანია მასში ერითროციტების არსებობისა. **ღინღლი** - lanugo

სპირომეტრია - სპეციალური ტესტია ფილტვების ფუნქციური მდგომარეობის შესაფასებლად.

კიფოზი – დაავადება, რომელსაც ახასიათებს ხერხემლის გამრუდება, რომლის შედეგად ზურგის არეში ვითარდება კუზი.

პედიკულოზი - ტილებით დასნებოვნება

სტერილიზაცია – პროცესი, რომელიც უზრუნველყოფს ყველა ფორმის მიკროორგანიზმების (ბაქტერიების, ვირუსების, სოკოებისა და სპორების ჩათვლით) განადგურებას;
დეზინფექცია – პათოგენური მიკროორგანიზმების განადგურების პროცესი (გამონაკლისია ბაქტერიების სპორები).

აგლუტინაცია - ერითროციტთა შეჯგუფება, შეწებება, აგრეგაცია

ანემია - სისხლნაკლებობა (ერითროციტებთან, ჰემოგლობინთან დაკავშირებული)

რეპროდუქცია (განახლება) - მუდმივი მონაცვლეობა ახლის წარმოქმნის (შენების) და ძველი ერითროციტების შლის.

ერითროპოეზი - ერითროციტების წარმოქმნა

ჰემატოკრიტი - ერითროციტთა მოცულობის თანაფარდობა მთელს მოცულობასთან საშ. 44%

ჰემოლიზი - ერითროციტთა დაშლა

ჰემოპოეზი - სისხლწარმოქმნა

ლეიკოპენია - ლეიკოციტთა შემცირება (<4000 კუბ. მმ) მაგ. ციტოსტატიკების ზეგავლენით ჭარბი დასხივებით ან ზოგიერთი დაავადების დროს.

ლეიკოციტოზი - ლეიკოციტთა გამრავლება (>9000 კუბ. მმ) მაგ. ანთებების დროს.

ფაგოციტოზი - გარკვეულ უჯრედთა (მაგ. ლეიკოციტთა) უნარი უცხო სხეული ან ბაქტერია გაანადგუროს, გადაყლაპოს.

თრომბოპენია - თრომბოციტთა შემცირება. სისხლდენის საშიშროება.

თრომბოციტოზი - თრომბოციტთა სიჭარბე. თრომბოზების საშიშროება.

გამოყენებული მასალა:

1. რ.ხეცურიანი.თ.კაციტაძე - ადამიანის ანატომია ფიზიოლოგიით და პათოლოგიით, ,,მედიცინა“ 1994
2. ბევერლი მაკმილანი - ადამიანის სხეულის ილუსტრირებული ატლასი - გამომცემლობა პალიტრა L, 2013წ.
3. მაია მუხიგული - დიდი საოჯახო სამედიცინო ენციკლოპედია - გამომცემლობა პალიტრა L, 2012წ.
4. სინელნიკოვი - ადამიანის ანატომია - I-II-III ტომი, 1979წ.
5. ნ.მინდაძე - ბავშვთა ინფექციურ დაავადებებთან დაკავშირებული რწმენა-წარმოდგენა და წეს- ჩვეულებები საქართველოში
6. ბავშვთ დაავადებების პროპრდევტიკა, ნ.ხერხეულიძე - ,,ეროვნული მწერლობა'' – 2004წ.
7. შვიდ წლამდე ბავშვი - ვერნერ კრისტიან სიმონისი - 2003
8. ბავშვის განვითარების ფაზები - ბერნარდ ლივეხუდი - 2002წ.
9. ჩვენი ბავშვების კვება - უდო რენცენბრინკი - 2003 წ.
10. ბავშვები, განსაკუთრებულ ზრუნვას რომ საჭიროებენ - თომას ვაისი, თბილისი, 2000წ.
11. ელდარ ნადირაძე - მსოფლიო რელიგიები, გამომცემლობა ,,არტანუჯი'', 2005წ.
12. ელზ აიხლერი - სახვევები და საფენები - სახელმძღვანელო მომვლელებისთვის, გამომცემლობა - ,,ადამიანი და ბუნება“. თბილისი, 1999წ.
13. ავადმყოფზე დაკვირვება - სახელმძღვანელო მედდებისთვის - ლოტე შონშტაინი
14. მოვლა, როგორც შემოქმედებითი ამოცანა - სახელმძღვანელო მედდებისათვის - რ.ჰაინე,ფ.ბეი. 2010
15. შინმოვლა - კარიტასის სახელმძღვანელო - ინგებურგ ბარდენი, 2010წ.
16. ხათუნა ურუშაძე - მასაჟი - ყველაფერი მასაჟის შესახებ - გამომცემლობა ოპიზა, 2012 წელი.
17. W. Goebel, M. Glöckler - Kindersprechstunde
18. R. Steiner - Meditative Betrachtungen und Anleitungen zur Vertiefung der Heilkuns
19. საქართველოს კანონი პაციენტთა უფლებების შესახებ 2000
20. The universal Declaration of Human Rights 1948
21. The International Convenant of Civil and Political Rights1966
22. The International Convenant of Economic, Social and Cultural Rights1966
23. The UNESCO Universal Declaration on Bioethics and Human Rights 2005
24. European Convention on Human Rights and fundamental Freedoms 1990
25. European Charter on Patient’s Rights 2002 European Social Charter 1961
26. Principles of the Rights of Patients in Europe: A Common Framework 1994
27. World Health Assembly Resolution on Health for all. WHA 30.43-1977