

მ. ლუღუშუაძე

მ. წახუშტაძე

პ. ჯ. ჯოხაძე

გერმანული ენაზე

და გერმანული

სწავლის მეთოდები

და გერმანული

პოეტური ნაწარმოების

ო. ლუღუშაური, ო. ჩახუნაშვილი, ვ. ჯოხაძე

**გადუღებელი დახმარება და
მკურნალობა სხეულის დაზიანებისა და
ძვლების მოზეხილობების დროს**

გამომცემლობა „საქართველო“
თ ბ ი ლ ი ს ი — 1991

შრომაში განხილულია სხვადასხვაგვარი დაზიანება და რთული მოტეხილობები, რომლებიც საჭიროებენ გადაუდებელ პირველად დახმარებას თანამედროვე ტექნიკის გამოყენებით, აღწერილია სხვადასხვა სახის მოტეხილობანი, მათი განვითარების მექანიზმი, კლასიფიკაცია და რეპონიციის სწორი ტექნიკა.

გათვალისწინებულია ქირურგიების, ტრავმატოლოგების, რეანიმატოლოგებისა და პრაქტიკოსი ექიმებისათვის.

რეკენზენტი: პროფესორი ნ. ბურბანნიძე

4113000000—136

ლ ----- 157—91

8 601 (08)—91

© გამომცემლობა „საქართველო“, 1991

ISBN 5—529—00762—7

წინასიტყვაობა

საბჭოთა კავშირში შექმნილია ტრავმატოლოგიური დახმარების საკმაოდ მყარი სისტემა, რომელსაც ხელმძღვანელობას უწევს ტრავმატოლოგიური ინსტიტუტები, კლინიკურ საავადმყოფოებში არსებული სპეციალური განყოფილებები. ბოლო დროს საგრძნობლად დაიხვეწა მოტეხილობების მკურნალობის მეთოდები და ტაქტიკა. ტრავმატოლოგიის თანამედროვე განვითარებასთან ერთად დამუშავდა მოტეხილობების ოპერაციული მკურნალობის საკითხები.

მიუხედავად იმისა, რომ გაუმჯობესდა ამ სახის ავადმყოფების დახმარების დონე, ჯერ კიდევ არიან ქირურგები, რომლებიც სრულყოფილად ვერ ფლობენ მკურნალობის თანამედროვე მეთოდებს და ტექნიკას, სწრაფად უშვებენ შეცდომებს, რის შედეგად დაზიანებული ორგანოების ფუნქცია მთლიანად ირღვევა, შემდგომში ფუნქციის აღდგენითი მკურნალობა ზედმიწევნით რთულია, ხშირად ითხოვს დიდ დროს და თუ მკურნალობა უშედეგოა, ავადმყოფები ინვალიდები რჩებიან.

ყოველივე ზემოაღნიშნულის გამო ვურჩევთ სტუდენტებს და ახალგაზრდა ექიმებს აითვისონ ტრავმების მკურნალობის ძირითადი წესები, ისწავლონ კვალიფიკირებული პირველადი დახმარება.

ფიქრობთ, რომ არსებული ნაშრომი დაეხმარება ახალგაზრდა სპეციალისტებს აითვისონ ტექნიკის ძირითადი წესები, რათა გაუწიონ სწორი დახმარება მწვავე ტრავმების დროს და განსაკუთრებით მოტეხილობების შემთხვევებში, აღნიშნული კი გვაძლევს საშუალებას ავადმყოფების შემდგომი მკურნალობა წარიმართოს სწორი გზით, მოხდეს დაზიანებული ორგანოს ფუნქციის მთლიანი აღდგენა, რომ ავადმყოფმა შესძლოა გა განაგრძოს თავისი შრომითი საქმიანობა.

თ ა ვ ი

სასწრაფო და გადაუდებელი დახმარების ორგანიზაციის ქირითადი, ამოცანები, ჭრავშული დაზიანებები, კვლევის მონაწილეობის შემთხვევებში და კვალიფიცირებული მკურნალობა

ტრავმის მიღების ადგილზე ავადმყოფს დაუყოვნებლივ უნდა ჩაუტარდეს პირველადი დახმარება. ამისათვის უახლოეს დროში გამოძახებული უნდა იქნას სასწრაფო დახმარების ექიმი, რომელმაც დაუყოვნებლივ უნდა შეიმუშაოს დახმარების ძირითადი სქემა. ადგილზევე უნდა შეფასდეს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა, ცნობიერება, ტრავმის მექანიზმი, გარემოება, ტკივილის პირველადი ლოკალიზაცია, ხასიათი, მისი გავრცელება, დაზიანების ხარისხი, იზოლირებულ, ტრავმასთან გვაქვს საქმე თუ უფრო მძიმე ხასიათის ტრავმასთან, როგორიცაა კომბინირებული ანუ შეუღლებული ტრავმა. საჭიროა დადგინდეს თავის ქალას, კისრის, გულმკერდის და ხერხემლის მალევის მდგომარეობა, გულმკერდის, მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების ხასიათი. გამოკვლეული იქნას კიდურების ფუნქცია, მათი ანატომიური მდებარეობა ფიზიოლოგიურ მონაცემებზე დაყრდნობით. ამის შემდეგ საჭიროა განისაზღვროს პირველადი დახმარების მოცულობა და მისი ხანგრძლივობა, გაუტიკივარების აუცილებლობა და მისი სახე, იმობილიზაციის საშუალებანი, მათი გამოყენება, ტრანსპორტირების სახე და დაზიანებულის მდებარეობა, დროის ფაქტორი და სხვა. ყოველივე ზემოხსენებული გამოხატავს დახმარების პირველ ეტაპს. სტაციონარში კი უტარდებათ ობიექტური კლინიკურ-ლაბორატორიული, რენტგენოლოგიური და სხვა გამოკვლევები დიაგნოზის დაზუსტების და დადგენის თვალსაზრისით. შემდეგ ისმება რაციონალური საკითხი, როგორი მკურნალობა: კონსერვატული თუ ოპერაციული. ამას განესაზღვრავთ დაზიანებული მიდამოს გამოკვლევის მონაცემებით და არსებული მეთოდების ჩვენების და უკუჩვენებების მხედველობაში მიღებით. საჭიროა ნევროლოგიური სტატუსის განმეორე-

ბითი გამოკვლევა. ამაში შედის ცნობიერება, თავის ტვინის ნერვების, თვალების გუგების მდგომარეობა, მუცლისა და მყესთა რეფლექსების ცვლილებების აღნიშვნა, კანის მგრძნობელობის და პათოლოგიური რეფლექსების არსებობა, შარდის ბუშტის, სწორი ნაწლავის სფინქტერის მდგომარეობა და სხვ.

ამით მთავრდება სტაციონარული დახმარებისა და დიაგნოზის დაზუსტების მეორე ეტაპი.

აგადმყოფის პირველადი დახმარება და მომსახურება ტრავმული დაზიანებისა და სისხლდენის შემთხვევაში

სასწრაფო დახმარება გამოძახებული უნდა იქნას შემდეგ შემთხვევებში:

გარეგანი სისხლდენისას. კრილობებისა და სხვა ღია დაზიანების დროს;

შინაგანი ორგანოებიდან სისხლდენისას, ორგანიზმიდან სისხლის გარეთ გამოყოფით, ასევე

ფარული სისხლდენების დროს შინაგანი ორგანოებიდან.

პირველი სისხლდენა

აგადმყოფის პირველადი დახმარებისას, რომელსაც აქვს გარეგანი სისხლდენა ქსოვილების დაზიანებით, სასწრაფო დახმარების ექიმს უნდა ახსოვდეს შემდეგი:

1. დაიცვას კრილობა გარეგანი ინფექციისაგან და მიიღოს ზომები სისხლდენის დროებით შესაჩერებლად;

2. კრილობის დათვალიერებისას სისხლდენის წყაროს მიგნების მიზნით დაიცვას ასეპტიკის ყველა წესი.

კრილობის ინსტრუმენტული გამოკვლევა, როგორც წესი, დაუშვებელია. თვალთვლილ სისხლმდენ სისხლძარღვებზე ედება სისხლის შემაჩერებელი იარაღები, რომლებიც კრილობაში რჩება მის საბოლოო დამუშავებამდე სტაციონარში.

კრილობიდან უცხო სხეულის ამოღება არ შეიძლება, ვინაიდან ამას შეუძლია გამოიწვიოს ან გააძლიეროს სისხლდენა. პარენტული სისხლდენა ჩერდება დამწოლი ნახევრით, ამ მიზნით გამოიყენება სტერილიზებული მშრალი ღობანდი — ტამპონი. წინასწარ კი კრილობის ნაპირები უნდა დამუშავდეს იოდის ხსნარით.

3. კიდურებიდან სისხლდენის დროს კიდურზე უნდა დაედოს ლახტი. ლახტი ედება ტანისამოსის ან რაიმე რბილი საფენის ზემოდან. არტერიული სისხლდენის მთლიანად შეწყვეტისათვის ქსოვილებზე ზეწოლა უნდა იყოს საკმარისი. ამის შემდეგ ლახტის დადების დრო ზუსტად უნდა იქნეს აღნიშნული თანხლებ ფურცლებზე (იხ. სურ. 1).

4. ვენური სისხლდენის დროს (მაგალითად, ვარიკოზული კვანძების გასკდომისას) საკმარისია კიდურის ზევით აწევა და სისხლმდენ უბანზე დამწოლი ნახვევის დადება, თუ სისხლდენა არ შეჩერდა, ლახტი უნდა დაიდოს სისხლმდენი კვანძის ქვემოთ. (იხ. სურ. 1).

5. მსხვილი სისხლძარღვებიდან სისხლდენის დროს ლახტის დადება თუ არ ხერხდება, შესაძლებელია სისხლდენის დროებით შეჩერება თითის დაჭერით, თვით სტაციონარში მიყვანამდე.

პ რ ი ლ მ ა მ ა ზ ი

სხეულის დაზიანების დროს, თუ დაზიანებული ქსოვილი ატმოსფეროსთან უშუალო შეხებაში იმყოფება, მაშინ იგი ღია დაზიანებად, ანუ კრილობის სახელწოდებით არის ცნობილი.

თუ კანის მთლიანობა დარღვეული არ არის, მაშინ კანქვეშა დაზიანებასთან გვაქვს საქმე. არჩევენ შემდეგი სახის კრილობებს: ცეცხლასროლი, ნაკვეთი, ნაჩხვლეტი, დაგლეჯილი, დაყვილი, დაჩეხილი, ნაჯღეთოვანი და ნაკბენი. ამავე დროს კრილობა შეიძლება იყოს ზერელე და ღრმა.

ღრუ ორგანოების დაზიანების დროს წარმოიშობა ე. წ. შემავალი კრილობები — მუცლის, გულმკერდის, თავის ქალას, სახსრების.

ცეცხლასროლი იარაღებით მიყენებული კრილობები იყოფა ბრმა, გამჭოლ და შემხებ კრილობებად. ყველა კრილობა, გარდა ოპერაციულისა, ინფიცირებულია. კრილობებისათვის დამახასიათებელია კანის მთლიანობის დარღვევა, ტკივილი, სისხლდენა. კრილობის ხასიათი დამოკიდებულია კრილობის გამომწვევ საგანზე, ლოკალიზაციაზე, სიღრმეზე და სხვა; ტკივილების ინტენსივობა — ნერვული დაბოლოების დაზიანების რაოდენობაზე; სისხლდენის ხასიათი და სიმძლავრე — დაზიანებული სისხლძარღვის კალიბრზე.

ღრმა შემავალ კრილობებს შეიძლება თან ახლდეს ნერვების, მსხვილი სისხლძარღვების, სახსრებისა და შინაგანი ორგანოების დაზიანებანი, საერთო მძიმე მდგომარეობა და სხვ. (შოკი, მწვავე სისხლნაკლებობა, პერიტონიტი).

დიაგნოზისათვის საჭიროა დადგინდეს შინაგანი ორგანოების დაზიანება და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა, სხვადასხვა ორგანოს, კი-
სლოების ფუნქციის მოშლის ხარისხი და სხვ.

ჭრილობის ხელით ან რაიმე იარაღით გამოკვლევა დაუშვებელია. გადაუღებელი დახმარება დამოკიდებულია ჭრილობის ხასიათზე, უპირ-
ველეს ყოვლისა საჭიროა სისხლდენის შეჩერება, ჭრილობის დამუშავება
1%-იანი იოდის ნაყენით და სტრეპტოციდის ან პენიცილინის ფხვნილის
ჭრილობაზე მოფრქვევა. შემდეგ კი უნდა დაედოს ასეპტიკური ნახვევი,
ასტიტეტანური და ანტიგანგრენული შრავი ჩვენების მიხედვით.

ტრანსპორტირების დროს სისხლდენა შეჩერებული უნდა იქნეს
ლახტის ან სისხლძარღვის დამჭერი ხელსაწყოთი — პევანით. თუ დაზიან-
ებულია ძვლები, სახსრები, საჭიროა კიდურების იმოვილიზაცია სატ-
რასპორტო არტაშენების გამოყენებით, შოკის ან ტერმინალური მდგო-
მარეობის დროს კი შოკსაწინააღმდეგო საშუალებების ხმარება.

დაზიანებულს ჰოსპიტალიზაცია უნდა გაუკეთდეს შემავალი ჭრი-
ლობების, ღრმა ჭრილობების, ძვლების დაზიანების, სახსრების, ნერვ-
ების, მსხვილი სისხლძარღვების, რბილი ქსოვილების ფართო დაზიანების
შესთხვევაში.

ზერელე ჭრილობების დროს, თუ ავადმყოფის საერთო მდგომარე-
ობა დამაკმაყოფილებელია, დაზიანებული შეიძლება მივიყვანოთ ტრავ-
მატოლოგიურ პუნქტსა ან პოლიკლინიკაში, სადაც გაეწევა პირველი დახ-
მარება.

გულ-მაკარდის ტრავმული დაზიანებანი

შოკის გამომწვევი მიზეზი შეიძლება იყოს ნეკნების მრავლობითი
მოტეხილობა, გულმკერდის დაქეცილობა, ღია ან დახურული პნევმო-
თორაქსი.

ნეკნების მოტეხილობას შეიძლება არ ჰქონდეს ადგილი, მაგრამ
ავადმყოფის მდგომარეობა იყოს მძიმე, რაც გამოიხატება შემდეგში:
შენელებული, სუსტი მაჯა, საერთო მოუსვენრობა, ზერელე სუნთქვა,
ციანოზი, ზოგჯერ გონების დაკარგვა. ეს სიმპტომები შეიძლება განვი-
თარდეს გულმკერდზე არაზანდრძლივი ტრავმული ზემოქმედების შედე-
გად, არამედ ხანმოკლე დროსაც. ამის მიზეზი კი არის უეცარი, მწვავე
შეგუბებითი ხასიათის მოვლენები კისრის, თავის ვენებისა და გულ-
მკერდის მიდამოში. ავადმყოფს უეითარდება ციანოზის მოვლენები კან-
ზე და სისხლჩაქცევები ხილულ ლორწოვან გარსზე.

ლია პნევმოტორაქსის დროს სწრაფად ირღვევა ჰაერის ცვლა ფილტვებში, ვითარდება პიპოქსემია. სასწრაფო დახმარების ექიმის ამოცანაა პირველ რიგში გააყუჩოს ტკივილი, ამიტომ დაზიანებული გადაყავთ საკაცეზე ისე, რომ თავი და გულმკერდი წინ ჰქონდეს წამოწეული, აუცილებელია ინფილტრაციული ანესთეზიის ჩატარება 0,25 ან 0,5%-იანი 20,0-მდე ნოვოკაინით, დაზიანებული ნეკნის ზემოთ და ქვემოთ, შოკის მანქანაში, ინფილტრაციულ ანესთეზიასთან ერთად დაზარალებულს დაზიანებულ მხარეს უკეთდება ვაგონსიმბათიკური თლოკადა ვიშნევსკის წესით 0,25% ნოვოკაინით — 5—20,0 რაოდენობით.

ვაგონსიმბათიკური ბლოკადა კარგია არა მარტო პლევრო-პულმონური შოკის თავიდან ასაცილებლად, არამედ ტრავმული პნევმონიის საწინააღმდეგოდაც.

თუ დაზიანებული არ არის გულმკერდისა და მუცლის ღრუს ორგანოები, ბლოკადასთან ერთად სასურველია 1,0 პანტაონის, 1,0 კარდიამინის, 0,5 ატროპინის გაკეთება, ეფექტის დასაჩქარებლად ინტრავენურად შეჰყავთ 1,0 კარდიამინი.

ლია პნევმოტორაქსის დროს აღინიშნება კანქვეშა ემფიზემა, ქოშინი და ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათანობით უარესდება. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია კრილობაზე დაედოს დამწოლი ნახვევი.

გულის ხრილობა

გულმკერდის მიდამოში ყველაზე რთულ ტრავმულ დაზიანებად მიჩნეულია გულისა და პერიკარდიუმის კრილობა, ამიტომ მის დროულ დიაგნოსტიკას და ადრეულ მკურნალობას გარკვეული მნიშვნელობა აქვს ამ მძიმე დაავადების განკურნებისათვის.

შემთხვევათა 75—80%-ში გვხვდება პარკუჭების დაზიანება, იშვიათად კი — წინაგულების. ხშირად გულის კრილობას თან ახლავს პლევრის ღრუს დაზიანებაც, რაც ართულებს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობას.

მცირე კრილობების დროს ხშირია ჰემოპერიკარდიტის მოვლენები — გულის დაღმვა, ზეწოლა და სხვ., თუ ჰაერი შევიდა პერიკარდიუმში — ჰემოპნევმოკარდიტის მოვლენები.

გულის კრილობების დროს გარეგანი სისხლდენა შედარებით იშვიათია, ამიტომ ამას დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს. შეიძლება მცირე კრილობების დაღმვა მოხდეს თრომბით და სისხლდენა დროებით შეჩერ-

ღეს კიდევ. ყოველივე ეს ართულებს დიაგნოსტიკის საკითხს, იწვევს ყურადღების მოდუნებას და აგვიანებს სასწრაფო ქირურგიულ ჩარევას.

უნდა გვახსოვდეს, რომ თუ პრილობა არის გულმკერდის მიდამოში მარცხნივ მე-2 და მე-8 ნეკნთა დონემდე, განსაკუთრებით კი მამილარულ და აქსილარულ ხაზთა შორის, გულის პრილობასთან გვაქვს საქმე, მაგრამ შესაძლებელია ამ საზღვრების გარეშეც იყოს გულის დაზიანება.

დიაგნოზი უმთავრესად ისმება კლინიკური სიმპტომების, გულმკერდის დათვალიერებისა და საერთო მდგომარეობის მიხედვით.

ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მძიმეა, კანი და კანქვეშა ხილული ღორწოვანი გარსი — მკრთალი ან ციანოზური, მოლურჯო ფერისაა, კისრის ვენები გადაბერილია, პერკუსიით გულის საზღვრები გადიდებული, ტონები — მოყრუებული, არტერიული წნევა — დაცემული, პულსი ხშირი, სუსტი ავსებისა და დაჭიმულობის.

რენტგენოსკოპულად გულის ჩრდილი გადიდებულია. პულსაცია — ღუნე.

კლინიკური სურათის მიხედვით განსაზღვრავს დაზიანების ხარისხი, პრილობის სიღრმე, ტრავმის სახე (იზოლირებული, კომბინირებული და სხვ.).

გადაუდებელი დახმარება. დაჭრილი სასწრაფოდ უნდა მივიყვანოთ ახლომდებარე ქირურგიულ სტაციონარში და უახლოეს დროში დავაწვინოთ საოპერაციო მაგიდაზე, ზოგჯერ მიმდების გვერდის ავლით სასწრაფო დახმარება — ტკივილ დამაყუჩებელი საშუალებების გამოყენება, ჟანგბადის მიწოდება — გამოძახების ადგილზე იწყება. თუ მძიმე კოლაფსთან გვაქვს საქმე, სპეციალიზებულ მანქანაში შეიძლება სასლისა და სისხლის შემცველი საშუალებების გადასხმა ჩვენების მიხედვით, საერთო მძიმე მდგომარეობისას ტარდება სისხლის არტერიული გადასხმა, ხელოვნური სუნთქვა, გულის მასაჟი და სხვ.

სასურველია პრილობა ადგილზევე დამუშავდეს 5% იოდის ხსნარით და დაედოს ასეპტიური ნახვევი. სტაციონარში კი უკეთდება ანტიტეტანური და ანტიგანგრენული შრავი.

გულის პრილობების დროს აღრეული დიაგნოსტიკა და ჰოსპიტალიზაცია, დროული ქირურგიული ჩარევა თანამედროვე ნარკოზის გამოყენებით და ოპერაციის შემდგომ სათანადო მოვლა პირობას ქმნის ავადმყოფის გადარჩენისათვის.

ტრავმული ასფიქსია ვითარდება გულმკერდის ძლიერი ზეწოლის შედეგად, რის გამოც მატულობს წნევა, განსაკუთრებით თავის, სახისა და კისრის მიდამოში, ამას კი შეიძლება მოჰყვეს მცირე სისხლძარღვების გასკდომა.

სიმპტომები: სუნთქვის მწვავე უკმარისობა, პულსის გახშირება, ციანოზი, სახის შეშუპება, სახისა და თავის კანის მიდამოში, აგრეთვე ლორწოვან გარსებზე შეიძლება წვრილი წერტილოვანი სისხლჩაქცევები, ჟანგბადის უკმარისობისა და ჰიპოტონიის მოვლენები, ტრავმული ასფიქსია შეიძლება განვითარდეს ნეკროზის მოტეხილობების დროსაც.

ამ დროს მხედველობიდან არ უნდა გამოგვრჩეს. შესაძლო დაზიანება, დაუყუილობა, სისხლჩაქცევები, რაც კლინიკურ პირობებში აუცილებლად გამოირიცხული უნდა იქნეს.

სასწრაფო დახმარება: ზეწოლიდან განთავისუფლება, ტანისამოსის გაკრა, ჟანგბადის საჩქაროდ მიცემა, გამაყუჩებელი — პრომედოლი ან პანტაპონი, ქაფური, კოფეინი, ვაგოსიმპათიკური ბლოკადა, ფილტვის ხელოვნური ვენტილაცია, საჭიროების დროს — სასწრაფო ინტუბაცია ან ტრაქეოსტომია.

ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომი

ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომი (კრამ სინდრომი). ტრავმული ტოქსიკოზი, დაჩეჩქვის სინდრომი პირველად აღწერა ბაიუოტერსმა 1940—1941 წწ. „გამოუცნობი ბუნების შოკის“ სახელწოდებით. ნ. პიროგოვმა მას „ადგილობრივი ტრავმული გაშეშება“ უწოდა. მ. კუზინმა კლინიკურ ექსპერიმენტულ მონაცემებზე დაყრდნობით გვიჩვენა კლინიკური სურათის დამოკიდებულება ზეწოლის ხანგრძლივობასთან.

კლინიკურად არჩევენ სამ პერიოდს: 1. ადრეული პერიოდი გულ-სისხლძარღვთა მწვავე უკმარისობის სურათით, 2. პერიოდი თირკმლის მწვავე უკმარისობის მოვლენებით და 3. მოგვიანებითი პერიოდი კანის, კუნთებისა და ნერვული წნულების დაზიანებით, ზოგჯერ კი მეორადი ანემიის მოვლენებით.

პირველი პერიოდისათვის დამახასიათებელია რბილი ქსოვილების გაპეკების შედეგად წარმოშობილი პლაზმორაგია; ჰემატოკრიტი 50—80%, ჰემოგლობინი კი 12%, კვლავ აღინიშნება ჰიპოკალემია, კიდურის ზეწოლისაგან განთავისუფლების შემდეგ ავადმყოფი შეიძლება დამაყ-

მაცოფილებელ მდგომარეობაში იყოს. არტერიული წნევა ნორმალური კი ოდნავ დაწეულია, დაზიანებული კიდური განიცდის შეშუპებას და სიკვლეობაში მატულობს, დაზიანებიდან პირველი საათის განმავლობაში ტელა, ხოლო 4 საათიდან 24 საათამდე კი მაქსიმალურად, კიდურის უფრო ზედა ნაწილები, ცივდება, მკვრივდება, პულსაცია დისტალურ მდგომარეობაში კარგდება. საერთო მდგომარეობა მძიმდება, სახე ფერმკრთალია, დაზიანებული მოდუნებულია, კონტაქტში ძნელად შედის, გაშეშებულია. არტერიული წნევა ეცემა 80—60 მმ-მდე ვერცხ. წყ. სვეტისა და ზოგჯერ უფრო დაბლა. მე-3—4 დღიდან ავადმყოფს ეწყება მეორე პერიოდი, რომელიც ხასიათდება თირკმლის უკმარისობისა და იშემიური მიოგლობინურის მოვლენებით, მატულობს აგრეთვე ანურიის მოვლენები, აზოტის რაოდენობა და შარდოვანა სისხლში 300—600 მმ-მდე აღის. მე-7—9 დღეს ასეთი მოვლენების გამო ავადმყოფი შეიძლება დაიღუპოს ურემიის ნიშნით.

მაგრამ უმეტეს შემთხვევაში, თუკი ავადმყოფს მკურნალობა სწორად უტარდება (შეცვლითი სისხლის გადასხმა, ექსტრაკორპორული ქემალიალიზი), დაზიანებული თანდათან გამოდის მდგომარეობიდან.

საყურადღებოა აგრეთვე მესამე, ანუ მოგვიანებითი პერიოდი. ამ დროს აღდგომა აქვს კუნთებისა და ნერვული წულეების დაზიანებას. კახი ნეკროზირდება და სცილდება, ზოგჯერ წარმოიშობა ღრმა ფლევმონები, ბევრ ავადმყოფს მოგვიანებით შეიძლება განუვითარდეს მეორადი ანემიის ნიშნები.

ტრავმული ტოქსიკოზი უფრო ხშირად გვხვდება მიწისძვრისა და სხვა უბედური შემთხვევის დროს ქვემო კიდურებზე ხანგრძლივი ზეწოლის გამო.

ზეწოლისაგან კიდურის განთავისუფლების შემდეგ აღინიშნება კიდურის სიფერმკრთალე, ლურჯი ლაქები, ფრჩხილების სილურჯე, მგრძნობელობა დაკარგულია, ფეხის თითებსა და კიდურზე პულსი არ ისინჯება. სასრებში მოქარაობა მთლიანად შეზღუდულია. ამ მძიმე ტრავმული დაზიანების კლინიკური ნიშნები გამოვლინდება კიდურის განთავისუფლებიდან რამდენიმე საათის შემდეგ.

მძიმე საგნების ზეწოლისაგან დაზიანებული კიდურის განთავისუფლებისას ავადმყოფმა შეიძლება არაფერი არ იგრძნოს, მაგრამ შემდეგში შეიძლება განმეორებით საერთო მძიმე მდგომარეობაში აღმოჩნდეს. ამიტომ საჭიროა ავადმყოფს გაუკეთდეს ნოვოკაინის ბლოკადა ან, თუ შესაძლებელია, პარანეტრული ბლოკადა კიდურის შემდგომი იმობილიზაციით. საჭიროა აგრეთვე დაზიანებულის სასწრაფოდ გადაყვანა სტი-

ციონარში აუცილებლად მწოლარე მდგომარეობაში. გადაუდებელი დახმარებისას რეკომენდებულია საგულე, გამაყუჩებელი საშუალებების (პანტაჰონი), ჟანგბადის ანტიჰისტამინური პრეპარატების (პიპოლფენი, დიმედროლი, სუპრასტინი და სხვ.) დიდი დოზებით ხმარება, წნევის დაცემის დროს ტონუსის ამწევი საშუალებების (ვენაში პოლიგლუტინი) გამოყენება ადგილობრივი ჰიპოთერმიის შექმნისათვის ლახტის მოუხსნელად კიდურს შეიძლება ადგილზე შემოეწყოს ყინული 30—40 წუთით, რაც დააქვეითებს ტოქსიკური პროდუქტების შეწოვის უნარს, ე. ი. აუტოლიზს. შემდეგ კიდევ შეიძლება განმეორდეს ლახტის ზემოთ ნოვოკაინის 0,5%-იანი ხსნარის შეყვანა 50,0 რაოდენობით. ამის შემდეგ კი ნელა შეიძლება მოიხსნას ლახტი. დასაშვებია ამ დროს ვენაში 10%-იანი ნატრიუმ-ბიკარბონატის ხსნარის (ორნახშირმჟავა ნატრიუმის) შეყვანა და სისხლის გადასხმა. თუ ეს არ იძლევა ეფექტს, საჭიროა ექსტრაკორპორული ჰემოდიალიზი. ეს უკანასკნელი, რასაკვირველია, კლინიკურ პირობებში უტარდებათ. სასწრაფო დახმარების ექიმის მოვალეობაა კიდურის განთავისუფლების შემდეგ დაზიანებული სასწრაფოდ იქნეს ქირურგიულ სტაციონარში გადაყვანილი.

დამწვრობა

ქსოვილების დაზიანება გამოწვეული მაღალი ტემპერატურით, ელექტროდენით, მჟავე ან ტუტეიანი ხსნარებით ან იონიზირებული გამოსხივებით ეწოდება დამწვრობა.

ფართო დამწვრობას თან ახლავს ნერვული სისტემის ფუნქციის მოწლა, ხშირად იგი რთულდება შოკით. დაზარალებულებს, ლოკალური ტკივილის გარდა, უვითარდებათ თავის ტკივილი, უძილობა. ისინი აზნებულნი არიან, ტემპერატურა ეცემა 35—36°-მდე. აღინიშნება ტაქიკარდია, ტკივილი გულის არეში, ქოშინი, ციანოზი, შემდეგში არტერიული წნევა ეცემა. ირღვევა საჭმლის მომნელებელი სისტემის ფუნქცია, აღინიშნება მადის დაქვეითება, წყურვილის გრძნობა, გულის რევა, პირღებინება, ქვეითდება ღვიძლის ფუნქცია, მძიმე დამწვრობის დროს მცირდება ქოლესტერინი, პროთრომბინი, ცილა, ვითარდება ოლიგურია, ზოგჯერ — ანურია; სისხლში მატულობს ლეიკოციტები.

პლაზმის დაკარგვის ხარჯზე დაგვიანებულ შემთხვევაში ვითარდება ჰიპოქრომული ანემია.

დამწვრის ორგანიზმში მკვეთრად მცირდება ჟანგვითი პროცესები, სისხლში მილების რაოდენობა ეცემა, მატულობს ნარჩენი აზოტის რაოდენობა.

ბიკობა, პირველ ხანებში ვითარდება პიპერგლიკემია, პიპერადრენალინ-
ბიკობა და აციდოზი. ყველაფერი ეს იწვევს ნერვულ-ჰემორალური რეგუ-
ლაციის მოშლას. დამწვრობა მიმდინარეობს სამ ერთმანეთში გარდამა-
ქცელ ფაზად:

- I — დამწვრობის შედეგად გამოწვეული შოკური მოვლენები,
- II ტოქსემიური მოვლენები.
- III სეპტიკოტოქსემია.

პირველ ორ დღეს დამწვარი ავადმყოფების სიკვდილს იწვევს შო-
კი. ზუსტდებში — ინტოქსიკაცია, ხოლო გვიან პერიოდში — სეფსისი.
დამწვრობის ფართის, ხარისხისა და ლეტალური გამოსავლის მიხედ-
ვაზე განელიძე ავადმყოფებს ჰყოფს ოთხ ჯგუფად:

- I — მსუბუქი დამწვრობა (ფართი 20% სიკვდილიანობა 27,3%).
- II — მძიმე დამწვრობა (ფართი 20-30%, სიკვდილიანობა 27,3%).
- III — მეტად მძიმე დამწვრობა (ფართი 30—40%, — სიკვდილიანო-
ბა 70%).

IV სასიკვდილოდ დამწვარი (ფართი 40%-ზე მეტი სიკვდილია-
ნობა 100%).

სასწრაფო დახმარების ექიმის ამოცანაა პირველ რიგში ჩაუქროს
თავის ტანსაცმელზე თუკი მიუსწვრებს ცეცხლმოდებულ ადამიანს, მაგ-
ნიტუ, რომ შემოაჭრას ფრთხილად და დამწვარ ადგილზე დაათაროს
სტერილური საფენები. თუ სხეულის დიდი ფართია დამწვარი, მაშინ
ავადმყოფი უნდა გაახვიონ სტერილურ ზეწარში. პირველი დახმარების
დამოჩენის დროს მალამოს წასმა და შეხვევა მიზანშეწონილი არ არის.
ტკივილის, როგორც შოკის განვითარების ერთ-ერთი მიზეზის, დასაყუ-
ნებლად ავადმყოფს უკეთდება მორფიუმი ინტრავენუზურად, საგულე სა-
შუილოებანი კუნთებში ან კანქვეშ.

ექიმმა, რომელიც ავადმყოფს უწევს პირველ დახმარებას, დაახლო-
ებით უნდა განსაზღვროს დამწვრობის ფართი. ეს საჭიროა დამწვრობის
სიმძიმის შეფასებისათვის. ამისათვის მოწოდებულია ე. წ. „ცხრიანის
ფორმულა“. რომლის მიხედვითაც, ადამიანის თავი და კისერი შეადგენს მთე-
ლი სხეულის 18%-ს, ქვემო კიდურები—36%-ს, სხეულის წინა ზედაპი-
რი 18%-ს. უკანა —18%-ს, სასქესო ორგანოები —1%, ყველა ეს ერ-
თად უდრის 100-ს. დამწვრობის ფართის განსაზღვრისათვის პრაქტიკაში
უფროდ გამოიყენება აგრეთვე „ბერკოუს“ სქემა.

სასწრაფო დახმარების მანქანაში ავადმყოფს ინტრავენუზურად უკე-
თებენ 40%-იან გლუკოზის ხსნარის 10,0—20,0 პიპოლფენს 2,5% —
1,0-ს, დიჰედროლს —2,0-ს, კორდიამინს 2,5%—2,0-ს, 5%-იან ამინა-

ზინს 1,0 კანქვეშ. თუ სხეულის 30%-ზე მეტია დამწვარი, ავადმყოფს ვენაში წვეთობრივად ესხმება პოლიგლუკინი 400,0-მდე სათანადო პირობების დაცვით (სისხლის ჯგუფობრიობის განსაზღვრა, ბიოლოგიური ცდის ჩატარება). საჭიროა ასეთი მძიმე ავადმყოფების დროული ჰოსპიტალიზაცია ქირურგიულ განყოფილებაში.

საყლაპავი მილისა და კუხის დამწვრობა

საყლაპავი მილისა და კუჭის კედლის დამწვრობა უმთავრესად გვხვდება ძლიერ მყავე ან ტუტიანი ხსნარების უცარი მიღების შედეგად. ამ დროს უფრო ადრე ზიანდება ფიზიოლოგიური შევიწროების ადგილები. მყავე ხსნარების დაღევის დროს ნეკროზი შეიძლება არ გავრცელდეს ყველა შრეზე, ტუტიანი ხსნარების დაღევისას კი პათოლოგიური პროცესი უფრო ღრმად ვითარდება და ხშირად ნეკროზი სხეულის ყველა შრეზე ვრცელდება.

საყლაპავი მილის დამწვრობის დროს აღინიშნება მწვავე ტკივილი გულმკერდის შიგნითა და უკანა ზედაპირზე, საყლაპავის საპროექციო არეში ყლაპვა გაძნელებულია. ზოგჯერ კი აღვილი აქვს საყლაპავი მილიდან სისხლდენას. შესაძლებელია სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის მოშლა, ხოლო შედარებით მოგვიანებით პერიოდში — კოლაფსიც. კუჭის დამწვრობის დროს აღსანიშნავია სისხლიანი, მუქი ფერის ღებინება. თუ მოწამვლა ძმრის ან აზოტის მყავით არის გამოწვეული, დამახასიათებელია სპეციფიკური სუნის პირიდან, პირის ღრუ და ხახა პიპირეტივული. ძლიერ შეშუპებულია და უმთავრესად მოწითალო-მორუხო ფერისაა. კუჭის დამწვრობის დროს დამახასიათებელია აგრეთვე მწვავე ხასიათის ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, ზოგჯერ კი კუნთების დაჭიმულობა, ანუ დეფანსო. დიაგნოზი ისრება ანამნეზის შეკრების შედეგად და ზოგიერთი კლინიკური მონაცემის საფუძველზე. დაზიანებულს გადაუდებელი დახმარება ეწევა დაახლოებით 5—6 საათამდე. საჭიროა კუჭის ამორეცხვა თბილი წყლით, მოგვიანებით წარმოებულ ამორეცხვები უშედეგოა. საჭიროა მიეცეს ანალგეტიკები — ადგილობრივ დამაყუჩებელი საშუალებები, დასალევად — რძე და მზე-
ქუშირას ზეთი. კანქვეშ უნდა გაუკეთდეს კოფეინი, ქაფური, ფიზიოლოგიური ხსნარი, გლუკოზა და სხვა საჭირო საშუალებანი.

ასეთი ავადმყოფი საჭიროებს სტაციონარში სასწრაფო გადაყვანას. ტრანსპორტირების დროს კი ყურადღება უნდა მიექცეს სასუნთქ და გულსისხლძარღვთა სისტემას.

მოყინვა ორგანიზმსა და ქსოვილებზე დაბალი ტემპერატურის ხანგრძლივად მოქმედების შედეგია.

სიცოცხის მანვე მოქმედება შესაძლებელია იყოს როგორც ზოგადი, ისე ადგილობრივი ხასიათის.

ზოგადი მოვლენების დროს აღსანიშნავია დაღლილობა, შემცივნების გრძნობა, ძილისკენ მიდრეკილება, შემდეგ კი სუნთქვისა და გულის მუშაობის შენელება. თანდათანობით ვითარდება ტვინის სისხლნაკლებობა, იშემიის მოვლენები, რაც მოგვიანებით სიკვდილით მთავრდება. სიცოცხე განსაკუთრებით შეიგრძნობა სახეზე, ხელებსა და ფეხის თითებზე. ადგილობრივი ცვლილებები დასაწყისში კანის სიმკრთალობითა და მგრძნობელობის დაკარგვით ხასიათდება, ზოგჯერ კანის დასკდომის გამო სერეულ ხასიათის წყლულებიც წარმოიშობა.

ძლიერი მოყინვა დასაწყისში კაპილარებში სისხლის შეგუბებას იწვევს, სწორედ ამიტომ დაზიანებული ნაწილი ლურჯდება და შეშუპებას განიცდის. კვების საბოლოო მოშლის გამო კი შეიძლება აღინიშნოს სისხლის მიმოქცევის სრული შეჩერება. მაგრამ ეს მოვლენა ყოველთვის განვითარდება სიმძლავრით არ არის გამოწვეული. მძიმე მოყინვა შესაძლებელია — სე მალალი ტემპერატურის — (-1° -დან — 3° -მდე) მოქმედებითაც. ასეთ შემთხვევებში სხეულის სათანადო ნაწილებში სისხლის მიმოქცევის შენელებას ან სრულ შეწყვეტას უნდა ჰქონდეს ადგილი. მოყინვის განვითარებას ხელს უწყობს ვიწრო და სველი ფეხსაცმელი, ნესტიანი პაიჯი, ქარი, სველი ტანისამოსი. მოყინვის შემწყობი პირობებია აგრეთვე დაღლილობა, სისხლნაკლებობა, შოკი, სისხლძარღვთა დაავადება, ალკოჰოლი და სხვ.

პირველი ხარისხის მოყინვის დროს აღინიშნება კანის სიფერმკრთალები, მგრძნობელობის დაკარგვა, მეორე ხარისხის დროს ზემოხსენებული ცვლილებებთან ერთად ბუშტუკების განვითარება სეროზულ-ჰემორაგიული შიგთავსით. მესამე ხარისხის დროს ცვლილებები უფრო მკვეთრად გამოხატული და ღრმა ქსოვილები ჰკარგავენ მგრძნობელობის უნარს. კანი მოწითალო, მოლურჯო ფერისაა და იწყება გარეგნული ცვლილებების ნიშნები, მეოთხე ხარისხის მოყინვის დროს კი ხდება მგრძნობელობის სრული დაკარგვა ღრმა გარეგნული ცვლილებებით.

გადაუდებელი დახმარება საერთო მოყინვის დროს: თანდათანობით გათბობა, ხელოვნური სუნთქვა. კანქვეშა ქაფური, კოფეინი, ეფედრინი, კარდიამინი. ადგილობრივი მოყინვის დროს კი — საერთო გათბობა, მო-

ყინული ნაწილის ნაზი მასაჟი, თუ ადგილი აქვს ბუშტუკების წარმოშობას, მასაჟი დაუშვებელია.

კიდურის გათბობა შეიძლება თანდათანობით, წყლის ტემპერატურის 20°-დან 37°-მდე აყვანით, შემდეგ კი საერთო მოყინვის დროს შეიძლება დაედოს სპირტიანი (70°) ნახევრი. ასეთი ავადმყოფები სასწრაფოდ უნდა მოვათავსოთ სტაციონარში.

ე ლ ე მ ტ რ ო ტ რ ა ვ ე მ ა

ელექტროტრავმა ხშირად მიზეზია ელექტროდენის გაუფრთხილებლად ჩმარებისა. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია დაზიანებულს პირველ რიგში მოვაცილოთ დენის მოქმედება.

1. უნდა გამოირთოს დენი, თუ ეს შეუძლებელია, საჭიროა ხაზის გაწყვეტა. ამისათვის დამხმარე უნდა ჩაიცვას რეზინის ფეხსაცმელები და ხელთათმანები.

ზოგჯერ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანის მოსვლამდე დამხმარე პირები დაზიანებულს მიწაში ფლავენ, ეს არამც თუ სასარგებლო, არამედ საზიანოა და დაუშვებელი.

2. დენის მოქმედებისაგან განთავისუფლებისთანავე ავადმყოფი უნდა დათვალიერდეს და ადგილზევე გაეწიოს პირველი დახმარება (სისხლდენის შეჩერება, შეხვევა, იმობილიზაცია, საგულე საშუალებანი, ჟანგბადის მიცემა სათანადო ჩვენების მიხედვით), საჭიროა აგრეთვე თბილი კითხის მიცემა და სითბო.

3. თუ ავადმყოფის დათვალიერებისას აღმოჩნდა, რომ მისი სიცოცხლე საფრთხეშია, სასწრაფოდ უნდა მიემართოთ ხელოვნურ სუნთქვას მანამ. სანამ არ აღსდგება სუნთქვა.

სასურველია ხელოვნური სუნთქვა „პირით პირში“ ან „პირით ცხვირში“. ამასთან, უნდა გაკეთდეს გულის არაპირდაპირი მასაჟი.

ზემოაღნიშნულის გარდა, აუცილებელია დაზიანებულის ადრეული პოსპიტალიზაცია.

ხელოვნური სუნთქვა შეიძლება ვაწარმოოთ აპარატ —2-ით, მაგრამ არ უნდა დაევიწყოთ ხელოვნური სუნთქვის ძველი (სილვესტრის, შეფერისა და ლაბორდის) წესებიც. თუ ავადმყოფს აღენიშნება ციანოზი, საჭიროა გაუკეთდეს ვენასექცია 100—150,0 სისხლის გამოშვებით. ასფიქსიის მოვლენების დროს სასურველია სხეულის გათბობა, დაზეღვა, აგრეთვე სისხლის გადასხმა 250,0 რაოდენობით.

შოკი დინამიკური პროცესია. მისი ხარისხი დამოკიდებულია ტრავმის სიმძიმეზე. ტრავმა ორგანიზმის მხრივ იწვევს კომპენსაციურ რეაქციას. თუ მოქმედებს ძლიერი გამაღიზიანებელი ან არაძლიერი, მაგრამ სანგრძლივი ტრავმა, მაშინ მოსალოდნელია ნერვული სისტემის გადაჭარბებული დაძაბვა, ე. წ. „ზეზულტბლოვანი“ შეკავება“. მანამდე, სანამ მოქმედებს დამცველი პროცესი, ნერვული სისტემის ფუნქციაც არ იშლება.

იმის მიხედვით, თუ რომელი პროცესი სჭარბობს — გამაღიზიანებელი თუ შემკავებელი, არჩევენ შოკის ორ ფაზას:

1. ელექტიურს და
2. ტორპიდულს

პირველ ფაზას ექიმი იშვიათად ხედავს, მეორე ფაზა ფაქტიურად ორგანიზმის დამცველი რეაქციაა.

შოკის პაროგენეზში შედის ნერვული ცენტრების ფუნქციის მოშლა-ტოქსემია, პლაზმის სისხლნაკლებობა და ენდოკრინული სისტემის მოშლა.

შოკის განვითარებას ხელს უწყობს აგრეთვე დაღლა, სისხლის დაკარგვა, ზოგადი სისუსტე, შიმშილი, ამა თუ იმ მომხდარი ამბით გამოწვეული შიში. ამ დროს არტერიული წნევა არ ისინჯება, მაჯა ძაფისებურია.

ამრიგად, ვუკეთებთ რა ანალიზს ტრავმული შოკის სიმპტომებს, შეიძლება აღინიშნოს იმ ორგანოების ფუნქციის მოშლა, რომლებიც რეგულირდება სიმპათიკური და პარასიმპათიკური ნერვული სისტემის საშუალებით და რაც კლინიკურად შემდეგში გამოიხატება: ხშირი და ზერეულე სუნთქვა, ქოშინი, ტაქიკარდია, სპაზმი, შემდეგ კი ვითარდება სისხლძარღვების გაფართოება, რასაც მოსდევს არტერიული წნევის დაცემა.

ერექტიულ ფაზაში ავადმყოფები აღგზნებული არიან, კენესიან, ეიფორიულ მდგომარეობაში იმყოფებიან. პულსი დამაკმაყოფილებელი ავსებისაა, დაჭიმული, ტემპერატურა ნორმის ფარგლებში.

ცნობილია, რომ რაც უფრო ხანგრძლივია პირველი ფაზა, მით უფრო მძიმედ მიმდინარეობს მეორე ფაზა და მკურნალობას ძნელად ემორჩილება.

ტორპიდულ ფაზაში ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმეა. კანის ხილულია ლორწოვანი გარსი მკრთალია, მაჯა ხშირი, ტემპერატურა ეცემა, სუნთქვა ზერეულე, აღინიშნება ცივი ოფლი. ავადმყოფი გონზეა, მაგრამ

პასიურია. მგრძნობელობა დაქვეითებულია. კანი ოფლიანი, ცივი, ციანოზური, თვალები ჩაცვენილი, ყვრიმალე წამოწეული, ენა მშრალი და ნადებიანი.

ტორპიდული შოკი კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით 4 ხარისხად იყოფა.

პირველ ხარისხს მიეკუთვნება მსუბუქი ფორმა, ავადმყოფის მდგომარეობა შედარებით დამაკმაყოფილებელია.

მეორე ხარისხის დროს აღინიშნება კანის სიფერმკრთალე. სხეულის ტემპერატურის დაცემა. ხშირი პულსი (წუთში 110—130), არითმული, მაჯა სუსტი ავსების, არტერიული წნევა 90/75 მმ ვერცხლის სვეტისა. სუნთქვა ხშირი, წუთში 40-მდე, ვითარდება ჰიპოქსია და ჰიპოქრომია.

მესამე ხარისხისათვის დამახასიათებელია ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობა, მკვეთრად არის გამოხატული შეკავება, მაგრამ კითხვებზე ავადმყოფი პასუხობს, ვითარდება ციანოზი, მაჯისცემა წუთში 120—160, სუსტი ავსებისა, ძაფისებრი, სუნთქვა ხშირი და ზერეულე.

მეოთხე ხარისხის პრეაგონალური სტადიისას საერთო მდგომარეობა ძალზე მძიმეა, აღინიშნება მძიმე დეპრესია და სუნთქვის მკვეთრი მოშლა. ერექტიული და ტორპიდული ფაზის პირველი ხარისხის დროს, თუ ის გამოწვეულია ძვლოვანი სისტემის დაზიანებით, რეკომენდებულია შემდეგი საშუალებანი; ნოვოკაინის ბუდისებური ბლოკადა, მოტეხილობის არეში ნოვოკაინის შეყვანა, დაზიანებული კიდურის იმობილიზაცია. თუ ძვლოვან სისტემასთან ერთად დაზიანებულია შინაგანი ორგანოები, სისწრაფო დახმარების ექიმის ამოცანას შეადგენს: დაზიანებული კიდურის იმობილიზაცია, ტკივილების დასაყუჩებლად ტრანსპორტირების დროს აზოტის ქვეჟანგის მიცემა გარდა შინაგანი ორგანოების დაზიანებისა, როდესაც ტკივილდამაყუჩებლის გაკეთება არ შეიძლება. თუ ავადმყოფს აღენიშნება სისხლდენა, უნდა დაედოს ლანტი, შოკის მანქანაში შეიძლება გადაესხას პოლიგლუკინი 400,0, გაუკეთდეს ნოვოკაინის ბლოკადა და მიეცეს ჟანგბადი.

ტორპიდული შოკის მეორე და მესამე სტადიაში პირველ რიგში უნდა გაკეთდეს ნოვოკაინის ბლოკადა, პრომედოლი, პიპოლფენი, კორდიამინი, ატროპინი, გლუკოზა ინტრავენურად, შემდეგ ხდება კიდურის იმობილიზაცია. სპეციალიზებულ შოკის მანქანაში ავადმყოფს ესხმება პოლიგლუკინი 400—600 გ. და ეძლევა ჟანგბადი. თუ სუნთქვა ძალიან დარღვეულია, უნდა მიემართოს ინტუბაციას და ავადმყოფი გადავიყვანოს ხელოვნურ სუნთქვაზე. თუ ინტუბაცია ვერ ხერხდება ფილტვების მწვავე შეშუპების გამო, უნდა ჩატარდეს ტრაქეოსტომია. სუნთქვის შეჩერების

წყობილებაში ავადმყოფს უტარდება ხელოვნური სუნთქვა და გულის არაპირდაპირი მასაჟი. ამავე დროს სასწრაფო დახმარების ექიმი იძახებს მოკის საწინააღმდეგო სპეციალიზებულ მანქანას.

სასწრაფო დახმარების ექიმებს ხშირად უხმობენ იმ პირებთან, რომლებიც იმყოფებიან მთვრალ მდგომარეობაში. ეს აძნელებს დიაგნოზის დადგენას. ასეთ დროს დიაგნოსტიკური შეცდომების თავიდან ასაცილებლად უნდა ვიხელმძღვანელოთ შემდეგით:

1. მძიმე ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია გონების დაკარგვით, ითვლება მწვავე და სიცოცხლისათვის საშიშ დაავადებად.

2. სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია მძიმე ალკოჰოლური ინტოქსიკაციით დაავადებულს ადგილზევე აღმოუჩინოს დახმარება — ამოურეცხოს კუჭი, მისცეს საგულე საშუალებანი, ლობელინი, ჟანგბადი და ბოლოს მოათავსონ საავადმყოფოში.

შენიშვნა: თუ ავადმყოფი მოუსვენარ მდგომარეობაშია, კუჭის ამოურეცხვის დროს უნდა გამოვიყენოთ პირის გამაგანიერებელი და ენის დამკერი ინსტრუმენტები, ნიშადურის სპირტის ხმარებისას დიდი სიფრთხილე გვმართებს, რომ არ გამოვიწვიოთ ასფიქსია.

3. ავადმყოფი უნდა გაისინჯოს გულმოდგინედ, განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ანიზოკორიას.

თუ ეჭვი მიტანილია ტრავმასა ან რაიმე მწვავე დაავადებაზე, უნდა მოხდეს ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია, მით უმეტეს, თუ თავის ქალაა დაზიანებული.

4. ის პირები, რომლებსაც აქვთ მსუბუქი ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია ტრავმით გართულების გარეშე, პირველი დახმარების გაწევის შემდეგ შეიძლება გადავცეთ სათანადო ორგანოებს.

დაზიანებული, რომელიც იმყოფება ძლიერ მთვრალ მდგომარეობაში და აქვს მძიმე ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია, ეკუთვნის მძიმე ავადმყოფთა ჯგუფს. იგი დაუყოვნებლივ საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას და არა გამოსაფხიზლებელში გაგზავნას. ასეთი ავადმყოფების გასინჯვისას დეტალურად უნდა იქნეს გამოკვლეული სასუნთქი და საჭმლის მომწელებელი ორგანოები, გულ-სისხლძარღვთა სისტემა და ძვლები. სწორი დიაგნოზის დადგენაში გვებმარება შემდეგი სიმპტომები: ჰემატომა, ცხვირიდან და ყურებიდან სისხლდენის კვალი, ძვლების დეფორმაცია, გულმკერდისა და მუცლის პერკუსიის დროს მოყრუება და სხვ. ყველაზე ადრე უნდა დათვალიერდეს თავის ქალა, გამოირიცხოს ნეკნების მოტეხილობა. ხშირია მთვრალის ინფარქტი, გარდაუვალია ავადმყოფთა სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია. ჰოსპიტალიზაცია საჭიროა აგრეთვე იმ

შემთხვევაში, თუ მაჯისცემა სუსტი ან დაძაბულია, არტერიული წნევა მაღალი ან დაბალი, გულზე ყრუ ტონები, პერისტალტიკა შენელებული ან განძლიერებული.

ტრავმული შოკის პროფილაქტიკისა და მის წინააღმდეგ ბრძოლის თვალსაზრისით საჭიროა ნარკოზი აზოტის ქვეყანვით, ორგანიზმში ნეიროპალეგეირი ნივთიერებების შეყვანა, გაუტკივარება მოტეხილობის არცაა ნოვოკაინის შეყვანით, შოკის საწინააღმდეგო ხსნარების ვენაში გადსასმა, ნოვოკაინის ბლოკადა, მაგალითად, ფუტლარული გამყოლი (გამტარი) და სხვ.

ნოვოკაინის ფუტლარულ ბლოკადას მიმართავენ ღია მოტეხილობისა და კიდურების დაჩეჩქვის დროს, გამოიყენება 0,25% ან 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარი, უმჯობესია 0,25%-იანი, აღნიშნული ბლოკადა ნოვოკაინის ხსნარით უნდა გაკეთდეს ა. ვიშნევსკის წესით. ინექცია კეთდება საში ან ოთხი წერტილიდან, წინასწარ ე. წ. „ლიმონის ქერქის“ გაკეთების შემდეგ ბარძაყსა და მხარზე თითოეული წერტილიდან ნემსით აღწევინ ძვლამდე, თან გზადაგზა შეჰყავთ ნოვოკაინის ხსნარი, როცა ძვლამდე მიაღწევინ, ნემსს თანდათან სწევინ ზემოთ და რბილ ქსოვილებში უშვებენ ნოვოკაინს.

წვივსა და წინამხარზე ნემსს უკეთებენ აპონევროზის ქვეშ, სადაც შეჰყავთ ნოვოკაინის ხსნარი.

ფუტლარული ნოვოკაინის ბლოკადას ვაკეთებთ კიდურების ისეთ ადგილებზე, სადაც ნემსს არ ხვდება მსხვილი სისხლძარღვები და ნერვები. ასეთი ადგილებია მხარზე — წინა და უკანა ზედაპირი, წინა მხარზე — წინა და გარეთა ზედაპირი, ბარძაყზე — წინა და გარეთა ზედაპირი, წვივზე — გარეთა და შიგნითა ზედაპირი, შესაძლებელია უკანა ზედაპირიც.

გამყოლ, ანუ გამტარ ანესთეზიას მიმართავენ მაშინ, როცა ფუტლარული ანესთეზიის გაკეთება არ შეიძლება დაზიანებულის მიხედვით მდგომარეობის გამო (არ შეიძლება გადმობრუნება) ან კიდევ როცა დაზიანება არის ბარძაყის და წვივის ზედა მესამედში.

გამყოლი ანესთეზია უნდა გაკეთდეს ჩვეულებრივი წესით. წვივის ნერვების ბლოკადა წვივის გაუტკივარებით შესაძლებელია ბარძაყისა და საჯდომი ნერვების ბლოკადით. წვივის ნერვების უშუალო ბლოკადა შესაძლებელია ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანით მცირე წვივის ძვლის თავის უკან, მის გარეთა ზედაპირზე, სადაც გადის მცირე წვივის ზერელე ია ორმა ნერვები. დიდი წვივის ნერვების ბლოკადა კეთდება ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანით მცირე წვივის ძვლის შიგნითა მხარეს. შუა ტიხრის

შემდეგ 30—50 მლ. 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარი შეჰყავთ კუნთების ქუცასა ბუდეში.

ვაგოსიმპათიკური ბლოკადა გამოიყენება ნეკნების მრავლობითი მოტეხილობის, გულ-მკერდის დაზიანებისა და პლევროპულმონური შოკის დროს.

ვაგოსიმპათიკური ბლოკადის ტექნიკა ა. ვ. ვიშნევსკის წესით, შემოკლავთ ავადმყოფი წევს ზურგზე, თავი გადაწეული აქვს ტრავმის საწინააღმდეგო მხარეს, კისრის ქვემოთ უდებენ პატარა ბალიშს, ექიმის მარჯვენა ხელის საჩვენებელი თითი იმყოფება მკერდ-ლავიწ-დგარილისებური ხსოთის უკანა კიდეის ცოტა ზემოთ ან გარეთა საუღლვე ვენის გადაჯვარედინების ადგილიდან ქვემოთ, ფარისებრი სრტილის ზემოთ კიდეის დონეზე. მის დაპერიტ კისრის შიდა ქსოვილებს სწევენ შიგნით. თითის დაპერის დროს უკუიწევენ შიგნით. ამ დროს უნდა გაუკეთდეს ე. წ. „ლიმონის ქერქი“, ნემსი შეჰყავთ ღრმად კისრის მალეების მორჩთა მიმართულებით. ინექციის დროს შპრიცის დგუშს ამოწმებენ, რომ არ იყოს დაზიანებული რომელიმე სისხლძარღვი, შემდეგ კი შეჰყავთ 30—40 მლ 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარი.

ნეკნთაშუა ანესთეზია კეთდება ნეკნების დახურული მოტეხილობის დროს. ნოვოკაინის ხსნარი შეჰყავთ ნეკნთაშუა არეში დაზიანებული სისხლძარღვის ზემოთ და ქვემოთ. ერთი ან ორი ნეკნის მოტეხილობის დროს უკუიწევენ შიგნით. ამ დროს უნდა გაუკეთდეს ე. წ. „ლიმონის ქერქი“, ნემსი შეჰყავთ ღრმად კისრის მალეების მორჩთა მიმართულებით. ინექციის დროს შპრიცის დგუშს ამოწმებენ, რომ არ იყოს დაზიანებული რომელიმე სისხლძარღვი, შემდეგ კი შეჰყავთ 30—40 მლ 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარი.

ნეკნების მოტეხილობის დროს გამოიყენება აგრეთვე პარავერტებრალური ანესთეზია. მალეების განივი წანაზარდიდან 2 სმ-ის მოშორებით ნეკნების ადგილას —1—1,5 სმ-ის სიღრმეზე შეჰყავთ ნემსი ნეკნის ზემოთ და ქვემოთ. ამ დროს უნდა გაუკეთდეს ე. წ. „ლიმონის ქერქი“, ნემსი შეჰყავთ ღრმად კისრის მალეების მორჩთა მიმართულებით. ინექციის დროს შპრიცის დგუშს ამოწმებენ, რომ არ იყოს დაზიანებული რომელიმე სისხლძარღვი, შემდეგ კი შეჰყავთ 10—15 მლ 0,5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარი. ასეთი ინექციები კეთდება თითოეულ მოტეხილ ნეკნთან.

ტერმინალური მდგომარეობა

ტერმინალური მდგომარეობა ორგანიზმის პათოლოგიური მდგომარეობის განსაკუთრებული სახეა, რომელიც ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების ძლიერი დაქვეითებით და დათრგუნვით ხასათდება. კერძოდ, აღინიშნება ცენტრალური ნერვული სისტემის, თავის ტვინის ქერქის, გულსისხლძარღვთა, სასუნთქი სისტემის და სხვათა ფუნქციის დაშლას, ამ დროს მკვეთრად აღინიშნება გამოხატული ჟანგბადის სიღარიბე და გლიკოლიზის პროცესის სიჭარბე. ტერმინალური მდგომარეობა საერთოდ

წარმოდგენილია აგონიის წინა პერიოდით, აგონიითა და კლინიკური სიკვდილით. ტერმინალური მდგომარეობა შეიძლება გამოიწვიოს მძიმე ტრავმულმა დაზიანებამ, სისხლის დაკარგვამ, ინტოქსიკაციამ, ელექტროტრავმამ, ასფიქსიამ და სხვ. გამომწვევ მიზეზებთან დაკავშირებით ამ მძიმე მდგომარეობას აქვს დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები და საერთო სიმპტომები. ასე მაგალითად, მაჯისცემა შეიძლება სრულიად გაქრეს, მხოლოდ მსხვილ სისხლძარღვებზე (საძილე, ბარძაყის არტერიაზე) შეიძლება ოდნავ შეიგრძნობოდეს. აღსანიშნავია ზრეთვე ზერელე სუნთქვა (რიტმის მოშლით), სიფერმკრთალე, დაბალი ტემპერატურა, ტუჩების ციანოზი, თვალის გუგები გაფართოებული, რეაქცია სინათლეზე სუსტად გამოხატული. თუ ეს მდგომარეობა გაგრძელდა 1,5 საათის განმავლობაში, ორგანიზმში განვითარდება შეუქცევადი ცვლილებები და არავითარი საშუალება აღარ იმოქმედებს სიცოცხლის აღსადგენად. ავადმყოფის მკურნალობა უნდა დაიწყოს დაზიანების ადგილზე. ტრანსპორტირება შეიძლება დაზიანებულის ტერმინალური მდგომარეობიდან გამოყვანის შემდეგ. სასწრაფო დახმარების მიზანია ორგანიზმის დათრგუნული ფუნქციის სტიმულაცია, ხოლო უფრო შორს წასულ შემთხვევებში — მისი აღდგენა.

იმისათვის, რომ მკურნალობა შედეგიანი იყოს, პირველ რიგში უნდა ვიმოქმედოთ იმ მიზეზების წინააღმდეგ, რითაც არის გამოწვეული ტერმინალური მდგომარეობა, კერძოდ, ასფიქსიის დროს საჭიროა ხელოვნური სუნთქვის ჩატარება, მწვავე სისხლნაკლებობის დროს სისხლდენის შეჩერების შემდეგ — არტერიაში სისხლის გადასხმა, პერიოდულად ჟანგბადის მიცემა, გულის მასაჟი და სხვ.

სწორედ ტერმინალური მდგომარეობის დროს არის საჭირო სასწრაფო სამედიცინო დახმარება მთელი მოცულობით, რომელსაც ატარებს ამ ეტაპზე სასწრაფო დახმარების ექიმი.

დაზიანებულის ტრანსპორტირება შეიძლება მხოლოდ ჰორიზონტალურ და ტრენდელბურგის მდგომარეობაში.

რ ე ა ნ ი მ ა ც ი ა

რეანიმაცია ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების აღდგენას ნიშნავს. რეანიმაციის სახელთან არის დაკავშირებული მთელი რიგი კომპლექსური სამკურნალო საშუალებების ხმარება ტერმინალური მდგომარეობის დროს.

რეანიმაცია იწყება შემთხვევის ადგილზე, არა უგვიანეს 3—5 წუთისა გულის გაჩერების შემდეგ. უფრო დაგვიანებით შეიძლება აღვადგინოთ სუნთქვა, გულის მუშაობა, მაგრამ თავის ტვინის ქერქის ფუნქციური აქტივობა არ აღდგება და ჩამოყალიბდება დეკორტიკაციის მოვლენები. უმეტეს შემთხვევაში დიდი პემისფეროების ქერქის უჩრდობი 4-5 წუთზე მეტი ხანგრძლივობით ვერ უძლებს სისხლის უკმარისობას, ამშენიას. რაც უფრო დიდხანს არის ორგანიზმი პიპოქსიის მდგომარეობაში, მით უფრო ირღვევა ნივთიერებათა ცვლა და მით უფრო გვიან ხდება მისი აღდგენა.

ტერმინალური მდგომარეობის დროს გადაუდებელი დახმარების საშუალებათა კომპლექსში გამოიყენება სისხლის გადასხმა, ხელოვნური სუნთქვა, გულის მასაჟი.

ხელოვნური სუნთქვის დაწყების წინ სასურველია ინტუბაციის ჩატარება. ინტუბაციის მილს უერთებენ აპარატებს: დბ—1-ს, დბ—2-ს ან ხელოვნური სუნთქვის აპარატს —რპ-ს.

ჩასუნთქვის დროს წნევა უნდა იყოს 1 მმ, ამოსუნთქვის დროს 0,5 მმ, შიგთავსის ამოსაქაჩავად —8 მმ, თუ არ არის ხელოვნური სუნთქვის სპეციალური აპარატები, მაშინ შეიძლება გამოვიყენოთ ხელოვნური სუნთქვა „პირით პირში“ ან „პირით ცხვირში“. ამისათვის დაზიანებული პირში ათავსებენ 1—1,5 სმ დიამეტრის პატარა მილს და მეორე ბოვისუფალი მხრიდან ერთ-ერთი მეღბერსონალი აწარმოებს ჰაერის ჩასუნთქვას.

რეანიმაციის ჩატარების დროს გულის მასაჟი შეიძლება ვაწარმოოთ სასურველი და ღია წესით. პირდაპირი მასაჟი კი თორაკოტომიის შედეგად, როდესაც აღსდგება გულის დამოუკიდებელი შეკუმშვა, გულის მასაჟი უნდა შევწყვიტოთ და დავხუროთ გულ-მკერდის ღრუ. რეანიმაციის საშუალებების გამოყენებისას სასურველია თავის მიდამოში ცივი საფეხების დადება.

ავადმყოფის ტრანსპორტირება დასაშვებია მხოლოდ მძიმე მდგომარეობიდან გამოყვანის შემდეგ.

გადაყვანის დროს თავი დაწეული უნდა იქნეს ქვემოთ ნახევრად ჰორენტალურის მდებარეობაში, თავზე კი კვლავ აუცილებელია ცივი საფენები.

ტერმინალური მდგომარეობის დროს ორგანიზმის ფუნქციების აღსადგენად დიდი მნიშვნელობა აქვს გულის მასაჟს, როცა გული თავის მუშაობას უეცრად წყვეტს სხვადასხვა მიზეზის გამო. იგი ხორციელდება გულზე უშუალო და არაუშუალო ზემოქმედებით. არაუშუალო მასაჟი კეთდება გულ-მკერდის გაუხსნელად, გარედან და ამიტომ მას ზოგჯერ დახურულ მასაჟს უწოდებენ, ხოლო უშუალო, ანუ პირდაპირი მასაჟი კეთდება გულ-მკერდის გახსნით. მოზრდილებში არაუშუალო მასაჟი ეფექტურია გულ-მკერდის კუნთების ტონუსის დაქვეითების შემდეგ. ამ დროს გულ-მკერდის ქვემო ნაწილის გადანაცვლება შესაძლებელია 5--6 სმ-ით, გული, რომელიც მოთავსებულია გულ-მკერდის ყაფაზსა და ზერხმალს შორის, ექცევა ზეწოლის ქვეშ, რის გამოც სისხლი გადადის სისხლძარღვებში დაახლოებით 60 მმ წნევით, რაც საკმარისია თავის ტვინის სისხლის მომარაგების უზრუნველსაყოფად.

გულის არაუშუალო მასაჟის ტექნიკა მდგომარეობს შემდეგში: ავადმყოფს აწვევენ მაგარ საწოლზე ზურგზე. ექიმი დგება მარცხნივ, შემდეგ გულმკერდის ქვემო ნაწილში, გულის ყაფაზიდან მარცხნივ, ორივე ხელის მტევანს ათავსებს ერთიმეორეზე და აწარმოებს გულ-მკერდზე ზეწოლას. ზეწოლა ხდება ბიძგების სახით, რიტმულად და ზომიერად. ყოველი ზეწოლის შემდეგ ხელი სწრაფად უნდა მოსცილდეს, რათა გულს სისხლით ავსების საშუალება მიეცეს. მასაჟის დროს ექიმი უნდა იყოს ნახევრად მოხრილ მდგომარეობაში, რათა მისი სხეულის სიმძიმე უზრუნველყოფდეს შეკუმშვის ძალას, ხელის გულებით ასეთი რიტმული მოძრაობა უნდა გაწარმოოთ 50—60-ჯერ წუთში.

გულის მასაჟის ეფექტურობის მაჩვენებელია მსხვილ სისხლძარღვებზე პულსაციის გამოჩენა, ამასთან გუგების შევიწროება, ციანოზის დაკლება, არტერიული წნევის 60 მმ-მდე ასვლა და სუნთქვითი პროცესის აღდგენა. რადგან მასაჟის ასეთი მეთოდი ნაწილობრივ უზრუნველყოფს ფილტვების ვენტილაციას, ამიტომ სასურველია ზემოხსენებულ მანიპულაციასთან ერთდროულად ჩატარდეს ხელოვნური სუნთქვა. სასწრაფო დახმარების ექიმისათვის უფრო ადვილია ჩაატაროს გულის არაუშუალო მასაჟი შემთხვევის ადგილზე ან გზაში, სასწრაფო დახმარების მანქანაში, სტაციონარში მისვლამდე.

გულის პირდაპირი მასაჟი საჭიროებს გულ-მკერდის, ზოგჯერ კი პერიკარდიტის გახსნასაც. გულ-მკერდის ღრუ იხსნება მეოთხე ან მეხუთე ნეკნთაშუა არეში. გულის ფიცრის მარცხენა კიდიდან 2 სმ-ის მოშორე-

მით და აღწევს ილლიის ფოსომდე. ზოგიერთ შემთხვევაში გულზე მისად-
კომად საჭიროა ახლომდებარე ზემო და ქვემო ნეკნების ხრტილის გა-
საქრა. პერიკარდიუმის წინა ზედაპირზე კეთდება პირდაპირი განაკვეთი.
გულის შეკუმშვა უნდა მოხდეს მარჯვენა ხელით ისე, რომ ამ ხელის ცერი
საქერილი იყოს წინა ზედაპირზე, დანარჩენი თითები კი მის უკანა ზე-
დაპირზე. ამის შემდეგ გულის შეკუმშვა უნდა მოხდეს რიტმულად, 60—
70-ჯერ წუთში. გულის მუშაობის აღსადგენად ზოგჯერ გულის მარცხენა
არტეზის ღრუში შეგვყავს 0,1%—0,5—1 მლ ადრენალინი, 5—10
მლ კალციუმის ქლორიდის 10% ხსნარი.

გულის მასაჟი გრძელდება მანამ, სანამ არ ამუშავდება გული, გუ-
ლის პირდაპირი მასაჟის ჩატარებისათვის, როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ,
ჭირთა ქირურგიული მომზადება და პრაქტიკული სიახლეების ცოდნა,
მატომ ამ მანიპულაციის ჩატარება მოითხოვს სასწრაფო დახმარების
ქმთა სპეციალურ მომზადებას გადაუდებელი ქირურგიის საკითხებში.

გულის მასაჟი მიზანშეწონილია ჩატარდეს ხელოვნურ სუნთქვას-
თან და არტერიაში სისხლის დაჭირხნით გადასხმასთან ერთად. (იხ.
ტერ. 1).

ხელოვნური სუნთქვა

ტერმინალური მდგომარეობის დროს ფართოდ გამოიყენება ჟანგბა-
თით ხელოვნური სუნთქვა, აგრეთვე ჰაერის ნარევის ხელოვნური სუნთ-
ქვა ფილტვებში და მისი უკან ამოწოვა, რაც ხელს უწყობს სასუნთქო
ცენტრის რეფლექსურ სტიმულაციას. ყველაზე ეფექტური აღმოჩნდა
ჰაერის შეყვანა „პირით ცხვირში“ ან „პირით პირში“. ეს მეთოდი ერთი
ჩასუნთქვით უზრუნველყოფს 3—4-ჯერ მეტი ჰაერის ჩასუნთქვას, ვიდრე
სხვა ცნობილი ხელოვნური სუნთქვის აპარატები. ამ დროს მთავარ
მოლს ასრულებს სასუნთქო ცენტრის ნეირორეფლექსური სტიმულაცია,
რომელიც წარმოიქმნება ჰაერის შეყვანით ფილტვის გაფართოების შე-
დეგად.

პრაქტიკულად ეს შემდეგნაირად ხდება: პირის და ცხვირის ღრუს
სასწრაფოდ წმენდნენ შიგთავსისაგან (სისხლი და ლორწო) ხელზე დახ-
ვეული რიიმე რბილი ქსოვილით. შემდეგ ავადმყოფს გადაუწევენ თავს
უკან და იწყებენ ჰაერის ჩაბერვას ფილტვებში. ამისათვის ხმარობენ მის
მსგავს „ჰაერგამტარ“ მილს, რომელიც კეთდება ყვითელი მავარი რეზი-
ნისაგან და შუაში მრგვალი ფარი აქვს. ეს უკანასკნელი საჭიროა იმი-
ნათვის, რათა მკილროდ მიეკრას დაზიანებულის ტუჩებს ჰერმეტიზმის

წარმოსაქმნელად, რომ არ შეეხოს ისედაც ჩაგარდნილ ენას. „ჰაერგამტარს“ დებენ პირში ამობურცული ნაწილით ქვევით ავადმყოფის ცხვირი დაიხშობა ცერით, ხოლო „ჰაერგამტარი“ ფარი უნდა მიეჭიროს პირსა და კბილებს ორივე ხელის საჩვენებელი თითებით, დანარჩენი თითებით ზემოთ აიწევა ქვედა ყბა. ჩაისუნთქავს რა ღრმად ჰაერს, ექიმი იღვამს „ჰაერგამტარის“ მეორე ბოლოს პირში ავადმყოფისათვის ჩასაბერად. ჩაბერვა ისეთი სიძლიერით უნდა ხდებოდეს, რომ ცხადად გამობეროს დაშავებულის გულის უჯრედები. ხელოვნური ჩასუნთქვის შემდეგ მშველელი იღებს პირიდან „ჰაერგამტარს“ და თვითონ ახდენს ჩაბერვას წუთში 16—20-ჯერ. დამოუკიდებელი სუნთქვის წარმოქმნის შემდეგ დაზიანებულს „ჰაერგამტარი“ რჩება პირში მანამ, სანამ თვითონ არ გამოაგდებს, ავადმყოფს „ჰაერგამტარი“ პირიდან უვარდება აგრეთვე რეფლექსების (ხველება, ნერწყვის გადაყლაპვა ან ღებინება) წარმოქმნის დროს.

თუ S-ის მსგავსი მილი არ არის, მაშინ საჭიროა ჰაერის ჩაბერვა პირით ფილტვებში, ცხვირში ან პირში.

როცა „პირით ცხვირში“ ხელოვნურ სუნთქვას ატარებენ, შეიძლება ჩაიდგას რეზინის მილი მხოლოდ ცხვირის გზით ან ექიმის პირით ავადმყოფის ცხვირში უშუალო ჩაბერვით, მასზე მარლის დაფარებით. „პირით ცხვირში“ ჰაერის ჩაბერვისას ავადმყოფის პირი უნდა დაიხუროს, ქვედა ყბა დაფიქსირდეს და თავი უკან გადაეწიოს. თუ ტერმინალურ მდგომარეობას ებრძვის ორი. მაშინ ერთი აწარმოებს გულის მასაჟს, მეორე კი ხელოვნურ სუნთქვას (იხ. სურ. 1).

გულის მასაჟისა და ხელოვნური სუნთქვის წარმატებით ჩატარების შემდეგ სხივის არტერიასა და მსხვილ სისხლძარღვებზე წარმოიშობა რეგულარული რხევადი ტალღა. თუ გუგები დავიწროვდა და დამოუკიდებელი სუნთქვა აღდგა, ეს ჩატარებული ღონისძიებების წარმატებაზე მიუთითებს (იხ. სურ. 2).

იმ ავადმყოფებში, სადაც უკვე ფაქტიურად კლინიკური სიკვდილის მოვლენები გვაქვს, საჭიროა არა მარტო ხელოვნური სუნთქვა. არამედ სისხლისა და პოლიგლუქინის არტერიული გადასხმა, აგრეთვე სხვა კომპლექსური რეანიმაციის საშუალებანი.

ტ რ ა ქ ე ლ ს ტ ო ნ ი ა

მექანიკური ასფიქსიისა და საერთოდ სუნთქვის ძლიერი დარღვევის შემთხვევაში სუნთქვის აღსადგენად ხშირად საჭირო ხდება ტრაქეოს-

კოსმია, რისთვისაც საჭიროა ადგილობრივი ანესთეზიის გაკეთება ნოვოკაინის 0,5%-იანი ხსნარით. ავადმყოფს აწვენენ ზურგზე. თავი გადაწევენ, აქვს უკან, ისე რომ კარგად გამოჩნდეს კისრის ხრტილები, ამოიღოს ბეჭებს ქვემოთ უდებენ პატარა ბალიშს. კანის განაკვეთი ტარდება კისრის შუა ხაზზე — ფარისებრი ხრტილიდან საუფლეს ფოსომდე. კანს კანჭეშა ქსოვილსა და ზერელე ფასციას. კისრის შუა ვენა ქვეთ გვერდზე. წვრილ ვენებს კვანძავენ, ბლაგვი კავებით კისრის ზედა ნაწილს სწევენ გვერდზე. ნახულობენ ფარისებრი ჭირკვლის მწვერვალს და უდებენ ტრაქეოსტომიას ფარისებრი ჭირკვლის მწვერვალის ზემოთ ან ქვემოთ.

ბავშვებში უმჯობესია ქვემო ტრაქეოსტომია. მახვილ კავს გამოსდეს ტრაქეის ერთ-ერთ რგოლში და მისი ამოწვევით ზღუდავენ ტრაქეის სისაოხრას. ბავშვებში ტრაქეა იჭრება ვერტიკალურად — ტრაქეის პირი რგოლიდან მე-3 რგოლის სიმაღლემდე, მის შუა ხაზზე, მოზრდილში კი — ჰორიზონტალურად რგოლებშუა არეში.

ტრაქეის გაჭრის დროს სკალპელი შეჰყავთ 1 სმ სიღრმემდე. თუ ტრაქეა გაჭრილია, დაიწყება ხველა, ხმაურით გამოვა ჰაერის ნაკადი და სუნთქვა შეეწყობა კი პრილობაში დებენ ტრაქეის გამაგანიერებელ კავს შეჰყავთ ტრაქეოსტომიული მილი. ტრაქეოსტომიული მილის შეყვანის დაწყებენ პრილობასთან განივი მიმართულებით (კისრის შუა ხაზის პერიდიკულარულად) და თანდათან გადაჰყავთ პრილობის მიმართულებით (კისრის შუა ხაზის პარალელურად). გამაგანიერებელი კავი ამოიღოს სრული ჰემოსტაზის შემდეგ ტრაქეოსტომიულ მილს ამაგრებენ მოთავსებულ კისრის ირგვლივ, კანის პრილობას კი ნაწილობრივ კერავენ კანის ზემოთ და ქვემოთ.

სისხლისა და პლაზმის შემცველი ხსნარების გამოყენება

გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მოქმედების აღსადგენად არტერიაში სისხლისა და პლაზმის შემცველი ხსნარების შეყვანა იწვევს სისხლძარღვთა კედლებსა და გულის კუნთში არსებული ინტერორეცეპტორების აღზინებას. აუმჯობესებს ან აღადგენს გულ-სისხლძარღვთა მოქმედებას (ე. ნეგოვსკი).

სპეციალიზებული სასწრაფო სამედიცინო დახმარებისას არტერიაში სისხლის გადასხმა ნაჩვენებია შემდეგი მდგომარეობის დროს.

1. III ხარისხის ტრავმული შოკი, რომელსაც თან ახლავს სისხლის სწრაფად და დიდი რაოდენობით დაკარგვა. ამ დროს არტერიული წნევა 60 მმ-ზე დაბალია.

2. ავონიური მდგომარეობა და კლინიკური სიკვდილი, რომელიც განვითარდა სისხლის მასიური დაკარგვით და ოპერაციის შემდგომი შოკით.

სისხლის გადასასხმელად უკეთესია სხივის არტერია. რადგან იგი ზერელედაა, ადვილად მისაღდგომია და მისი გადანასკვა (საჭიროების შემთხვევაში) არ იწვევს ღრმა ცვლილებებს. შესაძლებელია მხრისა და დიდი წვივის ძვლის უკანა არტერიის გამოყენებაც.

კიდურების ტრავმული მოგლეჯის დროს სისხლის გადასხმა შეიძლება არტერიის ტაკეში. სასურველია ანტისეპტიკური საშუალებებით (ფურ-ცლოვანი და სხვ.) ტაკეის დამუშავება.

არტერიაში სისხლის გადასხმა უნდა ჩატარდეს სპეციალური აპარატით. სხივის არტერიაში სისხლის გადასხმა ხდება შემდეგნაირად: ადგილობრივი ანესთეზიის ქვეშ (0.25—0.5%-იანი ნოვოკაინის ხსნარით) წინამხრის ქვედა მესამედში სხივის ძვლის პარალელურად იკვეთება კანი (განაკვეთი 4—5 მმ), კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი, საკუთარი ფასცია და გამოიყოფა არტერია თანხმლები ვენებით. არტერიის ქვეშ ათავსებენ ანატომიურ პინცეტს. არტერიაში შეჰყავთ ნემსი გულის მიმართულებით და უერთებენ სისხლის გადამსხმელ სისტემას (სისტემიდან წინასწარ პაერი უნდა გამოიდევნოს), რათა არ განვითარდეს აიროვანი ემბოლია. სისტემასთან შეერთებული უნდა იყოს მანომეტრი და რეზინის მსლისებური ბალონი (ეს სისტემა წინასწარ გამზადებული და სტერილურ მდგომარეობაშია). ხუთი-ექვსი თვის განმავლობაში სისტემა ითვლება სტერილურად. შოკისა და ავონიური მდგომარეობის დროს სისხლი შეყვანილი უნდა იქნეს 160—180 მლ წნევის ქვეშ, კლინიკური სიკვდილის დროს კი — 200—220 მმ წნევის ქვეშ სისხლი უნდა გადაისხას მცირე ინტერვალებით (40—45 მლ/წმ).

მხრის არტერიის აღმოჩენა მხრის შუა მესამედში. განაკვეთი კეთდება მხრის შინაგანი ღარიდან 1 სმ-ით, მხრის ორთავა კუნთის წინა, შიგნითა კიდეებთან იკვეთება კანი, კანქვეშა ქსოვილი, ზერელე ფასცია, შემდეგ კი ორთავა კუნთის საკუთარი ფასცია. ორთავა კუნთს ბლაგვი კავით ეწევიან გარეთ. პრილობაში ჩნდება ნერვ-სისხლძარღვთა ბუდის წინა ლატერალური კედელი, საიდანაც მოჩანს ნერვ-სისხლძარღვთა წნული. ღარისებრ ზონდზე სიფრთხილით კვეთავენ ნერვ-სისხლძარღვთა წინა ლატერალურ კედელს. პრილობას აგანიერებენ კავებით. ნერვ-სისხლ-

მსკდრთა წნულს ბლაგვი გზით ათავისუფლებენ კანქვეშა ცხიმისაგან. კრილობაში ჩნდება მხრის არტერია, შუათანა ნერვი და მხარის ვენები. მხრის არტერიაში მანიპულაციას აწარმოებენ ისე, როგორც წინა შემთხვევაში.

მხრის არტერიის აღმოჩენა იდაყვის ფოსოში. განაკვეთი ტარდება პარაზეგნითა გოჯიდან ორი თითით წემით და იდაყვის შუა ადგილიდან კი დაიბნა წინა მხარეზე. იკვეთება კანი, კანქვეშა ქსოვილი და კრილობა. ჩნდება საკუთარი ფასცია პიროგოვის ტრაპეციულ იოგთან ერთად. სპილენძ ვენებს, წინამხრის კანის გარეთა ნერვს ბლაგვი კავით ვადასწევ-ს კანზე. ღარისებრ ზონდზე კრილობის მიმართულებით კვეთავენ სა-ფასიარ ფასციას პიროგოვის ტრაპეციულ იოგთან, რის შემდეგ კრილო-ბაში ჩნდება მხრის არტერია თანმსწლები ვენებით და მხრის ორთავე ნერვის მეყისი, რომლებიც ლატერალურად მდებარეობს. ავადმყოფის მხრისპარეოზის მიხედვით, რეზინის მილში წემსის ჩხვლეტით სისხლიან პლაზმის შემცველელ ხსნართან ერთად შესაძლებელია 20—40 მლ. წემიანი გლუკოზის ხსნარის, 0,5—11 მლ 0,05%-იანი სტროფანტინის, 1 მლ 10%-იანი კალციუმქლორის, 2 მლ, 3%-იანი წყალბადის ზეჟან-გი, 0,5—1 მლ (1 : 1000) ადრენალინის შეყვანა.

არტერიაში წნევის ქვეშ სისხლის შეყვანასთან ერთდროულად შე-საძლებელია ვენაში სისხლის გადასხმა, ავადმყოფის ევაკუაცია მხოლოდ მა-საშეიძლება, როცა სისხლის წნევა მიიღებს სტაბილურ ხასიათს.

არტერიაში წნევის ქვეშ შეიძლება გადავუსხათ 250—750—1000 მლ სისხლის ან პლაზმის შემცველი ხსნარი.

არტერიაში სისხლის გადასხმის დროს, როცა ტერმინალური მდგო-რეობა გამოწვეულია მასიური სისხლის დაკარგვით, ავადმყოფს უნდა მასევე ტრენდელბურგის მდებარეობა. პირველად უნდა გადაესხას სისხ-ლი ვენაში, შემდეგ კი არტერიაში. როცა გული დაიწყებს შეკუმშვას, ან გული გაუმჯობესდება მისი მუშაობა და მაქსიმალური არტერიული წნევა შეეწევს 70 მმ-მდე და ზევით, სისხლის არტერიაში გადასხმა უნდა შეეწე-ვოდ და განვაგრძოთ სისხლის გადასხმა ვენაში ნაკადით ან წვეთო-ბით. აგონიისა და კლინიკური სიკვდილის დროს შეიძლება დავუმა-რუოთ (არტერიაში) 0,5—1 მლ ადრენალინი, ხოლო პრეაგონიური მდგო-რეობისა და III ხარისხის შოკის დროს —1,1—0,2 (1 : 1000) ადრენა-ლინი. ამ დროს არტერიის სპაზმის თავიდან ასაცილებლად ადრენალინი უნდა შევიყვანოთ 100,0 სისხლის შეყვანის შემდეგ. თუ განვითარდა არ-ტერიის სპაზმი, მაშინ საჭიროა არტერიაში და მის ირგვლივ 10 მლ 0,5% ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანა.

არტერიაში სისხლის გადასხმის წინ აუცილებელია სისხლის ჯგუფისა და რეზუსფაქტორის გამოკვლევა.

ტერმინალური მდგომარეობის დროს არტერიაში სისხლის ან პლაზმის შემცველი ხსნარების გადასხმა უმეტეს შემთხვევაში დადებით შედეგს იძლევა, მაშინ როცა ერთდროულად მიღებულია საჩქარო ზომები სისხლდენის შესაჩერებლად. შოკის დროს არტერიული სისხლის გადასხმა უნდა მოხდეს შოკის საწინააღმდეგო სხვა კომპლექსურ საშუალებებთან ერთად.

სისხლისა და სისხლის შემცველი პრეპარატები

1. სისხლის კომპონენტები:
ერიტროციტული მასა,
ლეიკოციტური მასა,
თრომბოციტული მასა.
2. კომპლექსური მოქმედების პლაზმის პრეპარატები:
პლაზმა (ნატიური, გაყინული, მშრალი),
ალბუმინი,
პროტეინი,
3. ჰემოსტაზური პრეპარატები ვენური გადასხმისათვის:
ანტიჰემოფილური პლაზმა,
ანტიჰემოფილური გლობულინი,
ფიბრინოგენი.
ადგილობრივად მოქმედი ჰემოსტაზური პრეპარატები:
მშრალი თრომბინი,
ფიბრინოგენული ჰემოსტაზური ზღურბლი,
ბიოლოგიური ანტისეპტიკური ტამპონი,
4. პლასტიკური (ხელოვნური) პრეპარატები:
ფიბრინის იზოგენური ფირფიტა,
ფიბრინის პეტეროგენული ფირფიტა,
ბიოპლასტიკი,
5. სისხლის შედედების საწინააღმდეგო პრეპარატები:
ფიბრინოლიზინი,
კომბინირებული პრეპარატები,
6. იმუნოლოგიური პრეპარატები:
გამაგლობულინი,
არასპეციფიკური გამაგლობულინი,

სპეციალური დანიშნულების გამაგლობელინი,
სხედასხვა ინტექციური დაავადების (ყვიანახველა, ყვავილი, გრი-
პოზული ინტექცია) დროს სპეციალური დანიშნულების, ანტიტეტანური
გამაგლობელინი,

პოლიგლობელინი.

7. ანტინემიური და სტიმულაციის მქონე პრეპარატები:

ჰეპოსტიმულინი,

სტერილიზებული შრავი.

სისხლის შემცვლელი პრეპარატები

1. სისხლის შემცვლელი და შოკის საწინააღმდეგო საშუალებანი:

პოლიგლუკინი,

ჰემოფილინი,

პოლივინილპიროლიდონი (საშუალო მოლექულური),

პოლივინოლი (საშუალო მოლექულური),

ჟელატინოლი.

2. სისხლის შემცვლელი სადეზინტოქსიკაციო საშუალებანი:

ჰემოდეზი, პოლივინილპიროლიდონი (დაბალმოლექულური) პო-
ლივინოლი

(დაბალმოლექულური),

3. პრეპარატები პარენტერალური კვებისათვის:

ცილოვანი ჰიდროლიზატები,

ჰიდროლიზინი ლ. — 103.

კაზეინის ჰიდროლიზატი,

ამინოჰეპტიდი,

ამინოკროვინი.

ფართოდ იხმარება აგრეთვე შემდეგი ცილოვანი ჰიდროლიზატები:

4. ცილოვანი პრეპარატები (ბ კ—8),

ცხიმოვანი ემულსია ლიპკი (ლიპრომაიზი).

გასანჯაროვებული ანესთეზია

გასანჯაროვებული ადგილობრივი ანესთეზია. ზოგიერთ შემთხვევა-
ში, როდესაც დაზიანებულის ევაკუაცია გვიხდება შორეული მანძილი-
დან და ადგილობრივი ანესთეზია ჩვეულებრივი ნოეოკაინის ხსნარით (ან
სხვა საშუალებანი) კარგავს გაუტკივარების მოქმედებას, შესაძლებელია

გამოვიყენოთ გახანგრძლივებული ადგილობრივი ანესთეზია, ე. წ. პრო-
ლანგირებული ანესთეზია, რომელსაც მიმართავენ მოსკოვის სასწრაფო
დახმარებისა და გადაუდებელი ქირურგიის სკლიფოსოვსკის სახელობის
ინსტიტუტში (ი. შნევისა და ო. ჩახუნაშვილის მეთოდი)¹, ზემოაღნიშნუ-
ლი მეთოდი იხმარება აგრეთვე იმ შემთხვევაში, როდესაც დაზიანებულ,
ტრავმირებულ მიდანოში ქლიფი ტკივილებია გამოატული (იხ. სურ. 3).

ტ ე ქ ნ ი კ ა. კანის ანესთეზიის შემდეგ ბორის ნემსით შეჰყავთ ნო-
ვოკაინის ზეთიანი ნარევი, რომლის სრული მოქმედება იწყება 20—30
წუთის შემდეგ და გრძელდება 10—12 და მეტი დღე. დიურანტის პრე-
პარატები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს სხვადასხვა მოტეხილობის
(ბარძაყის, წვივის, ძვლის, ლავიწის, ნეკნებისა და სხვ.) დროს. განსაკუთ-
რებით კარგია ამ მეთოდის გამოყენება ნეკნების მოტეხილობისას, რად-
გან თავიდან იქნება აცილებული გართულებები ფილტვის მხრივ და აქ-
ტიურდება ფილტვების ვენტილაცია.

ნეკნების მოტეხილობის არეში შეჰყავთ 3-დან 5 გრამამდე ხსნარი,
კიდურების მოტეხილობის არეში — არა უმეტეს 8—12,0 ხანგრძლივად
მოქმედი პრეპარატები.

ხანგრძლივად მოქმედი პრეპარატები:

Rp. Novocaini Basicum 0,5
Ol. Persicorum pur. 10,0
M. DS: in ampulis, sterilis
Rp: Sol. Novocaini Basici 8—10%
Ol. Persicorum 5,0
Ds: in ampulis, sterilis
Rp: Sovcaini. . . .
Ac. carbolicum crystaa 0,1
Ol. Persicorum 10,0
MD. S: Sterilis . . .

ნარკოზი აზოტის ქვეყანაში

ქანგბადთან შერეული აზოტის ქვეყანაში ითვლება ერთ-ერთ ეფექ-
ტურ სანარკოზო საშუალებად. იგი ეფექტურია აგრეთვე შოკის დროს,

¹ გახანგრძლივებული ანესთეზიის შესახებ იხილეთ მონოგრაფიული ხასიათის ნაშ-
რობი А. Я. Шнейер, О. С. Чакунашвили, Длительное местное обезболи-
вание, как лечебный метод, Москва, 1963.

როცა მძიმედ დაზიანებულს ვუწვევთ სასწრაფო სამედიცინო დახმარებას. ნარკოზის მიცემის წინ უნდა შემოწმდეს ავადმყოფს აქვს თუ არა მოსახსნელი ხელოვნური კბილები. ნილაბი მკიდროდ უნდა მოერგოს სახეზე, რადგან ატმოსფერული ჰაერის შესვლის დროს ნარკოზის ეფექტი მცირდება. დაუშვებელია აგრეთვე სასუნთქი პარკის დაცარიელება, თუ ეს მაინც მოხდა, აუცილებლად უნდა გადიდდეს საინჰალაციო გაზების რაოდენობა, ისე რომ მათი პროპორცია არ დაირღვეს. ნარკოზის აპარატი შეიძლება გამოყენებული იქნეს ჟანგბადის ან ჟანგბად-ჰაერის ნარევის შესასუნთქად.

ნარკოზის ჩატარებისას უნდა დავიცვათ განზავების შეფარდება 1:1 ე. ი. 50% ჟანგბადი და 50% აზოტის ქვეჟანგი. ნარკოზი უნდა ჩატარდეს სახეურად გაღებული წესით.

აზოტის ქვეჟანგის ნარკოზის შეწყვეტის შემდეგ აზოტის ქვეჟანგი სწრაფად გამოდის ორგანიზმიდან. აზოტის ქვეჟანგის ნარკოზის ჩვენებაანი:

შოკით გართულებული და გაუართულებელი მძიმე დაზიანების შემთხვევა—გრძელი ლულისებრი ძვლების მოტეხილობა, მენჯის ძვლების მოტეხილობა, კიდურების დაჩეჩქვა, ტრავმული ამპუტაცია, ვრცელი დამწვრობა და სხვ.

აზოტის ქვეჟანგის ნარკოზის საწინააღმდეგო ჩვენებაანი:

1. სახის ვრცელი დაზიანება (ნილაბი არ დაედება). 2. შეუჩერებელი პროფუზული სისხლდენა ითვლება შედარებით საწინააღმდეგო ჩვენებად. 3. ტერმინალური მდგომარეობა. აზოტის ქვეჟანგით ნარკოზის ჩატარების დროს დაახლოებით 5—6 შესუნთქვის შემდეგ ტივილი მცირდება და 1—5 წუთის შემდეგ ავადმყოფთა უმრავლესობა იძინებს სხვადასხვა სიღრმით.

ნარკოზის მიცემის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია დაზიანების სიმძიმისა და ტრანსპორტირების დროზე.

ვრცელი დამწვრობის დროს სამედიცინო დახმარება უნდა დაიწყოს აზოტის ქვეჟანგის ნარკოზის მიცემით, რადგან ეს ნივთიერება ასეთ შემთხვევებში კარგ ეფექტს იძლევა.

მძიმე დამწვრობის დროს ნარკოზი უნდა გრძელდებოდეს საავადმყოფოში მიყვანამდე.

ნარკოზის მიცემის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს გაზების სწორ შეფარდებას, ვინაიდან აზოტის ქვეჟანგის ზედმეტი დოზით მიცემამ შეიძლება გამოიწვიოს ჟანგბადით შიმშილი და ტვინის ჰიპოქსია, რაც გამოქვადნდება სუნთქვის დარღვევით, სახის ციანოზით და გულების გა-

განიერებით. შემდეგში კი ამას შეიძლება მოჰყვეს სუნთქვის შეჩერება. იმ შემთხვევაში, როდესაც ორგანიზმი ჟანგბადის ნაკლებობას განიცდის, საჭიროა ჟანგბადის უფრო დიდი რაოდენობით მიწოდება, რის შედეგადაც დაახლოებით 3—5 წუთის განმავლობაში ჟანგბადით შიში-ლი ქრება.

ნარკოზი აზოტის ქვეყანგით თუ სრულყოფილად და ჩვენების მიხედვით იქნება გამოყენებული, რაიმე გართულებას აღილი არ უნდა ჰქონდეს.

საყლაპავ მილში მოხვედრილი უცხო სხეულები

საყლაპავ მილში უცხო სხეულების მოხვედრა ხშირი შემთხვევაა განსაკუთრებით ბავშვებსა და მოხუცებში. საყლაპავ მილში მოხვედრილ უცხო სხეულთან ყველაზე ხშირად გვხვდება ლითონის ფული, ლილი, მძივი, ლურსმანი, გასაღები და ა. შ. მოხუცებში კი — კბილის პროთეზი, რომელსაც ზოგჯერ ძილში „ყლაპავენ“. არცთუ იშვიათია ძვლების. თევზის ფხის, პურის ნატეხის, კოვზის, ჩანგლის, დანისა და მთელი რიგი სხვა უცხო სხეულის „გადაყლაპვის“ შემთხვევები.

დიაგნოზის დადგენა სირთულეს არ წარმოადგენს, რადგან ავადმყოფები თვითონვე ყვებიან მომხდარი ტრავმის შესახებ.

სიმპტომები დამოკიდებულია უცხო სხეულის სიდიდესა და მდებარეობაზე. თუ უცხო სხეულის ბოლო ბასრია, აღინიშნება ტკივილები, თუ ბლაგვია და დიდი ოდენობის, აღილი აქვს ზეწოლის გრძნობას, სითხეს ვერ ღებულობს, რადგან მაშინვე ეწყება ღებინება.

ავადმყოფის გამოკითხვის შედეგად შეიძლება დადგინდეს, ატარებს თუ არა საყლაპავი მილი მაგარ ან თხიერ საკვებს და ზუსტად რომელ ადგილზე აღენიშნება ტკივილები. ამ მონაცემების საფუძველზე შესაძლებელია უცხო სხეულის ლოკალიზაციის დადგენა, მაგრამ არ უნდა დავივიწყოთ, რომ ზოგჯერ უცხო სხეულმა შეიძლება დატოვოს საყლაპავი მილი და ჩავიდეს ქვემოთ, ე. ი. კუჭში, თუმცა უცხო სხეულის მიერ მიყენებულმა დაზიანებამ შეიძლება მოგვცეს უცხო სხეულის არსებობის შეგრძნების სიმჟღაცია. საერთოდ საჭიროა გულდასმით დათვალიერდეს პირის ღრუ, ხახა, რადგან ხშირად მცირე ოდენობის უცხო სხეული (ნემსი, თევზის ფხა და სხვ.) შეიძლება შეიჭრას ამ მიდამოს ლორწოვან გარსში.

ის ავადმყოფები, რომელთაც აქვთ უცხო სხეულები საყლაპავ მილში, მოითხოვენ სასწრაფო რენტგენოლოგიურ გამოკვლევასა და დახმარე-

პას ეზოფაგოსკოპიის ჩატარებით. შემთხვევიდან უახლოეს დროში ავად-
ყოფებს თვითონვე შეუძლიათ მიმართონ სპეციალისტებს — ქირურ-
გებს ან ოტორინოლარინგოლოგებს, შორსწასულ შემთხვევებში კი საჭი-
როა ავადმყოფის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია. ასეთ ავადმყოფებს უნდა
აეკრძალოთ მაგარი საკვების მიღება, რადგან უცხო სხეულის მიერ მი-
ყენებულმა განმეორებითმა ტრავმამ შეიძლება დააზიანოს საყლაპავი
მილის ლორწოვანი გარსი, რაც გამოიწვევს მძიმე გართულებას და გააუ-
არესებს დაავადების კლინიკურ მიმდინარეობას.

დაავადების კლინიკური ნიშნებიდან აღსანიშნავია ტკივილი ყლაპ-
ვის დროს, გაძნელებული ყლაპვა, შიში კისრის განძრევის ან ყლაპვისა,
კისრის იძულებითი მდგომარეობა, ზოგჯერ ბეჭის მიდამოში ტკივილე-
ბის ირადიაცია, შემცირება. ეს ნიშნები მკვეთრად არის გამოხატული
შედარებით მოგვიანებულ შემთხვევებში, სადაც გართულებას ადგილ
აქვს ინფექციისა და მაღალი ტემპერატურის სახით და სხვ. ამ მძიმე და-
ავადების დროს სასწრაფო დახმარების ექიმის შოვალეობაა არა რაიმე
მანიპულაციის ჩატარება, არამედ სწორი დიაგნოსტიკა და ავადმყოფის
სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია სპეციალიზებულ სტაციონარში, რაც განა-
პირობებს დაავადების კეთილ გამოსავალს.

რა უნდა იცოდეს სასწრაფო დახმარების ექიმმა უცხო სხეულების ასაშლელსა და ფილტვებში მოხვედრის დროს

უცხო სხეულების მოხვედრა ზემო სასუნთქ გზებში განსაკუთრებით
ხშირია ბავშვთა შორის. აღნიშნული უცხო სხეული გაძლიერებული შე-
სუნთქვის დროს გადადის ბრონქებში, მის დატოტიანებაში და შედის
ფილტვებში.

ასპირირებული უცხო სხეულები (ლითონი, ლილი, კბილები, პურის
თავთავი და სხვ.) შეიძლება სხვადასხვა მოცულობის იყოს, ხშირად ეს
უცხო სხეულები მარჯვენა ბრონქში უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე
მარცხენაში მათი ანატომიური თავისებურების გამო.

უცხო სხეულის მოძრაობის შედეგად ხშირია გაძლიერებული ზეე-
ლის რეფლექსი. თუ სხეული შედარებით დიდია, მაშინ შეიგრძნობა ტკი-
ვილი გულ-მკერდის მიდამოში. მაგრამ მთვრალ მდგომარეობაში მყოფ
ავადმყოფს შეიძლება ეს მოვლენები არ აღენიშნებოდეს, ობიექტურად
მოსმენით აღსანიშნავია აქტიური სუნთქვის შეზღუდვა აქტიურ მხარეში,
ზოგჯერ კი მოყრუებაც.

უცხო სხეული სასწრაფოდ უნდა ამოვიღოთ, რადგან ზეწოლას შემ-
დგომში თან ახლავს მთელი რიგი გართულებანი. ამიტომ სასწრაფო დახ-

მარების ექიმის მოვალეობაა მისი დროული დიაგნოსტიკა და პოსპიტალიზაცია (ბრონქოსკოპიის ჩატარების მიზნით), რაშიც დიდ დახმარებას გვიწევს ანამნეზური მონაცემები. თუ უცხო სხეული მოხვდა ზემო სასუნთქ გზებში, უნდა ჩავატაროთ შემდეგი მანიაპულაცია: ავადმყოფს მივცეთ ვერტიკალური მდებარეობა (თავი ქვემოთ) და გულ-მკერდზე დავაწვეთ ორივე ხელით, ვაიძულოთ ავადმყოფი აწარმოოს გაჟლიერებული ამოსუნთქვითი მოძრაობა. თუ უცხო სხეული ახშობს სასუნთქ გზებს, საჭიროა სასწრაფო ტრაქეოსტომიის გაკეთება.

სასწრაფო დახმარება წყალში დახრჩობის დროს

წყალში დამხრჩვალს სასწრაფო სამედიცინო დახმარება უნდა აღმოვეჩინოთ დაუყოვნებლივ, წყლიდან ამოყვანისთანავე, ნავში, ნაპირზე და სხვ. იმის მიხედვით, თუ ადამიანის ორგანიზმმა წყალში ჩავარდნის დროს რა პათოლოგიური ცვლილებები განიცადა.

არჩევენ დამხრჩვალთა ორ ძირითად ჯგუფს:

1. „უფერული“, ანუ მკრთალი დამხრჩვალი (შემთხვევათა 10—15%), რომელსაც უეცრად ეწყება სასიცოცხლო ფუნქციების მოქმედების შეწყვეტა. კანი და ლორწოვანი გარსი უფერულია. ფილტვებში და პაერგამტარ გზებზე წყალი და სითხე არ ჩანს.

2. „ლურჯი“ სახის დამხრჩვალი (შემთხვევათა 85—90%), რომლის კანი და ლორწოვანი გარსები, ფილტვები და მუცელი გავსებულია სითხით. პირისა და ცხვირის ღრუდან გამოიყოფა დიდი რაოდენობით ქაფიანი სითხე.

ადამიანის დახრჩობის დროს მიღებული უნდა იქნეს სასწრაფო დახმარების შემდეგი ძირითადი ღონისძიებანი: დაზიანებულის მომზადება ხელოვნური სუნთქვისათვის. ხელოვნური სუნთქვის ჩატარება, გულის მოქმედების აღდგენა, ორგანიზმის გაცივების წინააღმდეგ ბრძოლა, დაზიანებულის გათბობა.

ხელოვნური სუნთქვის ჩასატარებლად დაზიანებულის მომზადება უნდა მოხდეს სასწრაფოდ, მიუხედავად იმისა, თუ სად იმყოფება დაზიანებული. შემდეგ ექიმმა ან ექთანმა დაზიანებულს უნდა გამოუწმინდოს პირის ღრუ, საყლაპავი მილი და ტრაქეა, სადაც მოხვედრილია სილა ან წყლის სხვა მინარევები.

დაზიანებულს პირს უღებენ სპეციალური პირის გამღებით. შემდეგ სასულეში შეჰყავთ ინტუბაციური მილი, რომლის საშუალებითაც გამოიწოვება სასულეში, მარჯვენა და მარცხენა ბრონქში დაგროვილი

სითხე, თუ დაზიანებულს, ძალიან აქვს პირი გატენილი სილითა და თიხით, მაშინ დროის მოგების მიზნით შეიძლება. პირის გაწმენდის გარეშე გაუკეთდეს ქვედა ტრაქეოსტომია, რომლის საშუალებითაც მოხდება სითხეების გამოწოვა ტრაქეებიდან და ბრონქებიდან. ტრაქეოსტომია შეიძლება ჩატარდეს ანესთეზიის გარეშეც. სასუნთქი ორგანოებიდან დაგროვილი სითხის გამოწოვა ხდება ხელოვნური სუნთქვის დროს.

ხელოვნური სუნთქვის ჩატარება შეიძლება „პირით პირში“, „პირით ცხვირში“ ან კიდევ სასუნთქი აპარატით, რომელიც ჩართული იქნება ინტუბაციურ ან ტრაქეოსტომიულ მილთან. როდესაც ხელოვნურ სუნთქვას ატარებენ „პირით პირში“, ავადმყოფს აწვენენ ზურგზე, თავს გადაუწევენ უკან ისე, რომ ძალიან იყოს გამოწეული ნიკაპის ქვედა ნაწილი. ამ დროს დაზიანებული კრიჭაშეკრულია.

აპარატით ხელოვნური სუნთქვის ჩატარებისას მიზანშეწონილია ენის რიტმული გამოწევა. თუ გული არ მოქმედებს, მიზანშეწონილია კანქვეშა ლობელინისა და ციტიტონის შეყვანა, აგრეთვე ნახშირორჟანგით სუნთქვა. მაგრამ კლინიკური სიკვდილის დროს ეს არ შეიძლება.

გულის მოქმედებისა და ნორმალური წნევის შენარჩუნებისათვის მიზანშეწონილია კანქვეშა გულისა და სისხლძარღვების დამხმარე საშუალებების (კოფეინი, კორდიამინი, ქაფური) შეყვანა, მაგრამ თუ ამანაც არ მოახდინა ეფექტი, მაშინ საჭიროა ვენაში კორდიამინის, კორდიოზოლის, ადრენალინის, ნორადრენალინისა და ქლორიანი კალციის გაკეთება. თუ კიანოზი ძლიერადაა გამოხატული, მაშინ საჭიროა სისხლის გამოშვება დაყვის ან საუღლე ვენიდან. გამოშვებული სისხლის რაოდენობა უნდა იყოს 400—500 მლ. ჰემოდინამიკის ძლიერი დარღვევის დროს საჭიროა ჰოლიგლუკინის გადასხმა არტერიაში. ვენაში სისხლისა და სისხლის შემცველი სითხეების გადასხმა დატარების დროს მიზანშეწონილი არ არის, საჭიროა კანის ენერგიული დაზელვა, მშრალი შალის ნაჭრით ან ნიშაპურის სპირტით, ძმრით, სკიპიდარით, კლინიკური სიკვდილის დროს შეიძლება „ლურჯ“ დამხრჩვალთ გამოვეუშვათ 200—300 მლ. სისხლი. ამასთან, საჭიროა პირდაპირი ან არაპირდაპირი გულის მასაჟი, არტერიული წნევის, პულსისა და სუნთქვის გასინჯვა.

იმისათვის, რომ თავიდან ავაშოროთ ავადმყოფს გაცივება, საჭიროა დაზიანებულს გავხადოთ, გავამშრალოთ და შევახვიოთ მშრალ საფენში, მის დაზელვა ხდება საბნის ქვეშ, დაზიანებულს სათბურით უთბობენ ყიქებს, ხელებს, კისერს და კეფას. გათბობა უნდა იყოს ნორმალური, ანუ უფრო ძლიერ გაცხელება საშიშია.

სიცოცხლის აღდგენისათვის ბრძოლა უნდა გაგრძელდეს მანამ, სანამ სიცოცხლე არ აღდგება ან სანამ არ განვითარდება სიკვდილის მეორადი ნიშნები.

მთავალ მდგომარეობაში მყოფ პირთა საზრათო დახმარება

სასწრაფო დახმარების ექიმთა პრაქტიკაში არის შემთხვევები, როცა ავადმყოფები იმყოფებიან მთავალ მდგომარეობაში. ეს არის ეგრეთწოდებული ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია, რაც საგრძნობლად აძნელებს დიაგნოზის დადგენას. ამა თუ იმ დაავადების დამახასიათებელი ნიშნები ამ დროს ნაკლებად ან სრულიად არ არის გამოხატული. ამიტომ სასწრაფო დახმარების ექიმის წინაშე ისმება მთელი რიგი რთული საკითხები: რა დახმარება გაუწიოს ასეთ ავადმყოფს, სად ჯობს მისი ჰოსპიტალიზაცია და სხვ. სწორ და დროულ პირველად დახმარებაზე კი დამოკიდებულია ავადმყოფის ბედ-იღბალი. უხეში შეცდომების თავიდან ასაცილებლად სასწრაფო დახმარების ექიმს უნდა ახსოვდეს, რომ მძიმე ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია (გონების დაკარგვით) წარმოადგენს მწვავე და სიცოცხლისათვის საშიშ დაავადებას; სამედიცინო პერსონალი ვალდებულია ასეთ ავადმყოფს ადგილზევე ამოუტრეცხოს კუჭი, გაუკეთოს საგულე საშუალებანი, ლობელინი, მისცეს ჟანგბადი, დაათვალიეროს ავადმყოფის მთელი სხეული, თავის ქალა და სხვ.

შენიშნავ: იმ ავადმყოფებში, რომლებიც იმყოფებიან მოუხვეწარ მდგომარეობაში და არ აღენიშნებათ რეტელექსები, საჭიროა გამოვიყენოთ პირის გამღები ინსტრუმენტი — რექტრაქტორი და ენის დამჭერი, საჭიროა ავადმყოფი დავაწვინოთ გვერდზე, რათა ლებინების დროს სასუნთქი გზები არ დაეხშოს, ასეთ შემთხვევაში ნიშადურის სპირტის ხმარებისას საჭიროა სიფრთხილე, რომ ავადმყოფს არ დაეწვას საყლაპავი მილის ლორწოვანი გარსი, ტრაქეა და სხვა, რამაც შემდგომში შეიძლება გამოიწვიოს ასფიქსია.

მთავალი ავადმყოფი, რომელსაც აქვს თავის ქალას მიდამოს დაზიანება, დაუყოვნებლივ უნდა მოთავსდეს საავადმყოფოში, რადგან ხშირად თავის ტრავმული დაზიანებანი ალკოჰოლური ინტოქსიკაციის მსგავს სიმპტომებსა და ნიშნებს იძლევა.

იმ პირებს, რომლებიც იმყოფებიან მსუბუქ ალკოჰოლურ ინტოქსიკაციაში, უნდა ჩაუტარდეთ სამედიცინო დახმარება საჭიროებისამებრ, შემდეგ კი ასეთი პირები საჭიროა გადაეგზავნოს ადმინისტრაციული ორგანოს გამოსათხიზლებელ განყოფილებებში გადასაცემად.

ავადმყოფები, რომლებსაც აქვთ ღრმა ალკოჰოლური ინტოქსიკაცია, საჭიროა გამოვიყვლიოთ დეტალურად: შემოწმდეს მათი სასუნთქი და საკმლის მომწელებელი ორგანოები, გულ-სისხლძარღვთა და ძვალ-სახსართა სისტემა და სხვ.

მთვრალ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფებს, მიუხედავად ტრავმული დაზიანების ხარისხისა, ტკივილის შეგრძნება დაქვეითებული აქვთ და შეიძლება არავითარი რეაქცია არ მოგვეცენ პალპაციით გასინჯვის დროს. ასეთ ავადმყოფებში, დიაგნოზის დასაზუსტებლად განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს მცირედ სიმპტომებსაც კი, განაჟაჭრების, ემატომების არსებობას, ცხვირიდან, ყურებიდან და პირიდან სისხლდენის ნიშნებს, ძვლების დეფორმაციას და მის პათოლოგიურ მოძრაობას, კრებიტაციას პალპაციით, მუცლისა და გულმკერდის მიდამოს პერკუსიით მოყრუებას და ა. შ. ასეთ ავადმყოფებში ხშირად ძნელი გამოსაცნობია თავის ქალას და ტვინის ქსოვილების დაზიანება, ნეკნების მოტეხილობა, შინაგანი ორგანოების გაგლეჯა, გახეთქვა, მათი დაზურული დაზიანებანი, დაავადებებიდან კი—მიოკარდის ინფარქტი, ნაწლავთა გაუვალობა, კუჭის პერფორაცია და სხვ.

ჰოსპიტალიზაციის უშუალო ჩვენებას წარმოადგენს, სუსტი ავსების იშვიათი ან დაკიშული მაჩისცემა, მაღალი ან დაბალი არტერიული წნევა, გულის ტონების მოყრუება, ნაწლავთა პერისტალტიკის არარსებობა ან გაძლიერებული პერისტალტიკა, პერკუსიით ხმის შეცვლა გულ-მკერდის მიდამოში და სხვ. ერთი რამ უნდა დავიმახსოვროთ: უკეთესია დავაწვინოთ ჯანმრთელი სტაციონარში, ვიდრე წავიყვანოთ მთვრალი ავადმყოფი გამოუტნობი დაზიანებით გამოსაფხიზლებელ პროფილაქტიკორუმში. მთვრალი ავადმყოფის გასინჯვის დროს დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ანამნეზურ მონაცემებს და ტრავმის მექანიზმს. სამედიცინო დახმარება მათ უნდა გაეწიოთ შემთხვევის ადგილზევე ან სასწრაფო სამედიცინო დახმარების მანქანაში. ამასთანავე არ უნდა დავავიანოთ მათი სტაციონარში მიყვანა, სხვა დანარჩენი საშუალებები — ინტუბაცია, ტრაქეოსტომის გაკეთებისას ძლიერად მოქმედი სამკურნალო პრეპარატების მიცემა უნდა ჩატარდეს სათანადო ინსტრუქციების თანახმად, რომლებიც თან აქვს სასწრაფო დახმარების ექიმს და გაშუქებულია სასწრაფო დახმარების ექიმის ცნობარში.

**სასწრაფო დახმარების ძირითადი პრინციპები
ქალა-ბჭინის ტრავმული დაზიანების შემთხვევაში**

იმ ავადმყოფებისათვის, რომელთაც აქვთ ტრავმული დაზიანებანი, თავის ტვინის დაუქვილობა ან კონტუზია ქალას თალისა და ფუძის მოტეხილობით, ყველაზე საშიშია სუნთქვის მოშლა. სუნთქვის მოშლა გამოწვეულია თავის ტვინის დაზიანებით ან ნერწყვისა და სისხლის ასპირაციით სასუნთქი გზების ზემო ნაწილში (ტრაქეა, ბრონქები), ეს გართულება შეიძლება გამოწვეული იყოს აგრეთვე ორივე ზემოთ ჩამოთვლილი მექანიზმის ერთდროული კომბინაციის შედეგად. ასეთი ავადმყოფები ყოველთვის იმყოფებიან უგონო მდგომარეობაში, ბევრ მათგანს დაქვეითებული აქვს ან სრულიად არ აღენიშნება ყლაპვითი და ხველითი რეფლექსები. პირველი დახმარება უნდა გამოიხატებოდეს სასწრაფო ინტუბაციის ჩატარებით ან ტრაქეოსტომიით, რომელიც სასურველია გაკეთდეს ადგილობრივი ანესთეზიით ტრაქეიდან და ბრონქებიდან შიგთავსის (ნერწყვი, სისხლი) ამოქაჩვით. ეს ყველაფერი უნდა ჩატარდეს ამომქაჩავი რეზინის მილის საშუალებით.

ტრაქეოსტომიის ჩვენებანია: ზემო სასუნთქი გზების დახშობა სისხლით, ნერწყვით და ა. შ. აგრეთვე გამოჩატული შეშუპებითი მოვლენები ფილტვებში.

კლინიკურად ეს მოვლენები გამოიხატება შემდეგში — ხმაურიანი სუნთქვა, სახის მიდამოში ციანოზი, მრავლობითი რაოდენობის სველი ხიხინი ფილტვებში, პირიდან და ცხვირიდან ასეთ ავადმყოფებს გამოსდით ქაფისებური სითხე, ხშირად სისხლნარევი. თუ ადგილი არა აქვს სასუნთქი გზების დახშობას, ტრაქეოსტომია მიზანშეწონილი არ არის. პროცედაქტიკის მიზნით დასაშვებია პირის ღრუდან სისხლისა და შიგთავსის ასპირირება და შემდეგ ინტუბაცია.

შიგთავსიდან სასუნთქი გზების განთავისუფლების შემდეგ „სპონტანური“ სუნთქვისას მიზანშეწონილია ინჰალაცია 40%-იანი ჟანგბადის ნარევით ჰაერთან.

ხელოვნური სუნთქვის ჩატარება სასტემის აპარატით ხელს უწყობს ქალაქშიდა წნევის მომატებას. ამიტომ ამ აპარატების ხმარება ესპეცირებათ მხოლოდ ისეთ პირებს, რომლებსაც აღენიშნებათ ე. წ. სპონტანური ან დარღვეული სუნთქვა. ფილტვების შეშუპებით მოვლენების დროს, ტრაქეოსტომიის გარდა, ნაჩვენებია 200—300 მლ. სისხლის გამოშვება იდაყვის ვენიდან, აგრეთვე ვენაში მშრალი პლაზმის კონცენტრირებული ხსნარი (1 ფლაკონი 100.0 პლაზმა იხსნება 20--30 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში), გლუკოზის, ჰიპერტონიული ხსნარისა (40%-იანი

ხსნარი 60 მლ. რაოდენობით). ქლორკალციუმის 10%-იანი 10 მლ. ხსნარის შეყვანა ტაქიკარდიის დროს (მაჯისცემა ხშირი, წუთში 100—110) ვენაში შესაყვან გლუკოზას ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად შეიძლება მიეფუძნა 0,5—1 მლ სტროფანტინისა ან კორგლუტონის სტანდარტული ხსნარი. ქალა-ტვინის ტრავმული დაზიანების დროს, როდესაც ადგილი აქვს გართულებულ შოკურ მოვლენებს. ავადმყოფებს უტარდებათ შოკის საწინააღმდეგო ყველა საშუალება. ამ დროს ვენაში პოლიგლუკინის შეყვანა განსაკუთრებით ნაჩვენებია, როდესაც არტერიული წნევა დაბალია.

როდესაც ავადმყოფს აქვს დამბლის ნიშნები, ანიზოკორია, უგონო მდგომარეობაშია და აღენიშნება ტვინში მძიმე პათოლოგიის არსებობის ყველა ჩვენებანი, მას ესაჭიროება სასწრაფო და გადაუდებელი ოპერაციული მკურნალობა. ამიტომ ასეთი ავადმყოფი რაც შეიძლება ჩქარა უნდა იქნეს მიყვანილი ქირურგიულ სტაციონარში.

თუ ავადმყოფს აღენიშნება სისხლდენა ყურიდან, გარეთა სასმენი ხვრელის დატამბონება მიზანშეწონილი არ არის. ასეთი ავადმყოფების ტრანსპორტირება უნდა იყოს ძალიან ფაქიზი, ე. ი. აქტიური მოძრაობების შეზღუდვით. ავადმყოფი აუცილებლად უნდა იწვეს საკაცზე, თუნდაც მას შეეძლოს ჯდომა. სამკურნალოდ ჩატარებული ყველა ღონისძიება ფიქსირებული უნდა იქნეს სპეციალურ სააღრიცხვო ბარათში და უნდა გადაეცეს ექიმს, რომელიც ღებულობს ამ მძიმე ავადმყოფს სტაციონარში.

სასწრაფო დახმარება ტრავმული დაზიანების დროს

სასწრაფო დახმარების ექიმები წარსულში ცდილობდნენ რაც შეიძლება სწრაფად მოეხდინათ ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია. ეხლა კი ეს მისწრაფება შეიცვალა, შემდეგი პრინციპით: „მკურნალობა შემთხვევის ადგილზე და მანქანაში“. იმისათვის, რომ გაუმჯობესდეს მძიმე ტრავმულ დაზიანებულთა სასწრაფო დახმარება, სასწრაფო დახმარების ექიმთათვის შემუშავებული იქნა მთელი რიგი მეთოდური მითითებანი, მოწოდებულია სამედიცინო დახმარების ძირითადი პრინციპები. ამ პრინციპების მიხედვით ავადმყოფთა დახმარება იწყება:

1. შემთხვევის ადგილზე. 2. სანიტარულ მანქანაში და 3. გრძელდება საავადმყოფოს პირობებში. ადგილზე სასწრაფო დახმარების მიზანია: გამოვიყენოთ ყველა სამკურნალო საშუალება, რათა არ განვითარდეს შოკი. ღია მოტეხილობის დროს კანი მუშავდება იოდის

5%-იანი ხსნარით, კეთდება ასეპტიური ნახვევი და კიღურის ზევით აწევით აჩერებენ სისხლდენას. თუ სისხლდენა ძლიერია, მაშინ ედება ლახტი (ლახტის უქონლობის შემთხვევაში შეიძლება ვისმართო ქამარი, ცვირსახოცი ან ტანსაცმელი).

ლახტის დადების წინ კიღური იწევა ზემოთ. კანსა და ლახტს შორის სასურველია მოთავსდეს ბანდის ან სხვა რბილი ქსოვილის ნაჭერი. ლახტი ისე უნდა გადაეჭიროს რომ მაჯისცემა შეწყდეს. ყოველი ერთი საათის, ზამთარში კი ყოველი ნახევარი საათის შემდეგ ლახტი იხსნება 1—2 წუთით და ისევ ედება, მხოლოდ უფრო ზევით. ექიმმა კარგად უნდა იცოდეს სიმპტომები და დიაგნოსტიკა შინაგანი სისხლდენის, მწვავე სისხლნაკლებობისა და სხვ. ეს სიმპტომები შემდეგში გამოიხატება: კანი-სა და ლორწოვანი გარსის სიფერქრთაღე, ხშირი, ძაფისებრი მაჯისცე-მა, არტერიული წნევის დაცემა, სუნთქვის გახშირება, ცივი ოფლი, მკრთალი კიღურები, თავბრუსხვევა, ხმაური ყურებში, გულისრევა და ღებინება.

ძლიერმა სისხლდენამ შეიძლება გამოიწვიოს სიკვდილი. ჰემოდინამიკისა და ცენტრალური ნერვული სისტემის მოშლის, აგრეთვე ქსოვილე-ბის ჟანგბადით შიმშილის გამო.

ბავშვები, მოხუცები და მამაკაცები შედარებით ძნელად იტანენ სი-სხლის დაკარგვას. დადგინდება თუ არა, რომ ადგილი აქვს შინაგან სისხ-ლდენას, ავადმყოფი სწრაფად უნდა მოთავსდეს სტაციონარში. სუნ-თქვისა და ჰემოდინამიკის აღდგენის მიზნით ავადმყოფს მანქანის მსვლე-ლობის დროს ინტრავენურად ან ინტრაარტერიულად ესხმება პოლიგლუ-კინი, სისხლი, პლაზმა და სისხლის შემცვლელი სითხეები, საჯულე საშუ-ალებანი, ეძლევა აგრეთვე ჟანგბადი და სხვ.

შოკის სპეციალიზებულ მანქანაზე დაზიანებულს უკეთდება ნოვოკა-ინის ბლოკადა (გულ-მკერდის დაზიანებისას — ვაგოსიმპათიკური, კი-ღურების დაზიანებისას — ლოკალური).

მოტეხილობის ადგილზე ნოვოკაინის ანესთეზია კეთდება ლულოვანი ძვლების დახურული მოტეხილობის დროს.

დაზიანებული საკაცით შეჰყავთ მანქანაში და სწრაფად ხსნიან მოტე-ხილობის ადგილიდან არტაშანს, რომელიც დაედო ქუჩაში. კანი და ექი-მის თითები მუშავდება იოდით, შემდეგ კი 10—20, 1 ან 2%-იანი ნოვო-კაინი შეჰყავთ კანქვეშ მოტეხილობის ადგილზე. თუ შპრიცში დღუშის ამოწვევისას სისხლი გამოჩნდა, ეს იმის მაჩვენებელია, რომ ნემსი მოხ-ვდა მოტეხილობის ადგილზე, ჰემატომაში ნემსის გამოღების შემდეგ კანს კვლავ უსვამენ იოდს და აფარებენ ლეიკოპლასტიკს. სასურველია ნოვო-

კაინთან ერთად შეყვანილ იქნეს ანტიბიოტიკები, კერძოდ, 200000 ერთ. პენიცილინი.

ლულისებრი ძვლების ღია მოტეხილობის დროს ფუტლარული ანესთეზიის გაკეთება უმჯობესია მოტეხილობის ადგილის ზევით, ჯერ ერთი იმიტომ, რომ ნოვოკაინი არ გადმოიღვაროს კრილოზიდან და მეორეც, თავიდან იქნება აცილებული საღი ქსოვილების ინფიცირება.

როდესაც ავადმყოფს აქვს სახსარშიდა მოტეხილობა, ხსნარის შეყვანა უშუალოდ სახსარში სასწრაფო დახმარების მანქანის პირობებში არ შეიძლება. ამ შემთხვევაში სასურველია ინფილტრაციული ანესთეზიის გაკეთება ვიშნევსკის მეთოდით.

ნოვოკაინის ანესთეზიასთან ერთად, ტკივილების დასაყუჩებლად რეკომენდებულია ნარკოტიკული ან ნეიროპლეგიური საშუალებების გამოყენება (თუ დაზიანებული არ არის შინაგანი ორგანოები). თუ შინაგანი ორგანოებიც დაზიანებულია, მაშინ მოტეხილობის გაუტკივარება ხდება იმობილიზაციის შემდეგ. ნოვოკაინის ბლოკადის ან ნარკოზის — აზოტის ქვეყანგის საშუალებით, სპეციალური აპარატით.

ამრიგად, ლულოვანი ძვლების მოტეხილობის დროს (შოკის გარეშე) ავადმყოფს სასწრაფო დახმარების მანქანის პირობებში უკეთდება: იმობილიზაცია, გაუტკივარება, აგრეთვე სასუნთქი გზების და სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციის აღმდგენი საშუალებანი. პირველი დახმარების დროს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება არტაშნის სწორად გაკეთებას შოკის წინააღმდეგ პროფილაქტიკასა და ბრძოლაში საიმედო საშუალებას წარმოადგენს დაზიანებული კიდურების ფიქსაცია. არასწორმა ფიქსაციამ ავადმყოფის ტრანსპორტირების დროს დახურული მოტეხილობა შეიძლება გადაიყვანოს ღია მოტეხილობაში. ამავდროს მოტეხილმა ფრაგმენტებმა შეიძლება დააზიანოს მსხვილი სისხლძარღვები, ნერვული ღეროები, კუნთები, მყესები და სხვა ქსოვილები. ამრიგად, საიმობილიზაციო არტაშანი ავადმყოფს უნდა დაედოს დაზიანების ადგილზე, მანქანაში გადაყვანამდე. ცუდად იმობილიზებული ძვლოვანი ფრაგმენტები ტრანსპორტირების დროს იწვევს ძლიერ ტკივილს, რამაც შეიძლება ავადმყოფი ჩააგდოს შოკურ მდგომარეობაში.

მუცლის წინა კედლის კუნთების სისხლჩაქცევები

მუცლის წინა კედლის სისხლჩაქცევები წარმოიშობა სწორი კუნთის გაგლეჯის შედეგად, ხშირად კი — ხანშიშესულობისა და მოხუცებულობის ასაკში მუცლის წინა კედლის კუნთების მკვებავი სისხლძარღვების

სკლეროზული არტერიების გასკდომის შედეგად. მუცლის წინა კედლის სისხლძარღვებისა და მუცლის კუნთის გაგლეჯას თან ერთვის კუნთშიგა, კუნთშორისი ან მუცლის ფარის გარეთა ჰემატომები.

კლინიკური ნიშნებიდან აღსანიშნავია ტივილი მუცლის მიდამოში, რომელიც ძლიერდება ადგილმდებარეობის შეცვლის შემდეგ. ზოგჯერ ავადმყოფებს აღენიშნებათ ბოყინი, პირღებინება და მეტეორიზმი, პალპაციით ჰემატომის ლოკალიზების ადგილას კუნთის დაჭიმვა და ძლიერი ტივილი.

დამახასიათებელია აგრეთვე მწვავე მუცლის სიმპტომების არსებობა, რაც გამოიხატება შემოფარგლული და არაგავრცელებული ტივილებით. ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა შედარებით დამაკმაყოფილებელია.

თუ დიაგნოზი ძნელი დასადგენია, შეიძლება ავადმყოფს გაუკეთდეს პუნქცია ჰემატომის მიდამოში, საიდანაც მივიღებთ ჩაქეუელ სისხლს, ეს მანიპულაცია მიზანშეწონილია სტაციონარულ პირობებში.

მუცლის ღრუს ღაზიანების ტრავმული ღაზიანება

მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების, განსაკუთრებით პარენქიმული ორგანოების დაზიანების დროს, ვითარდება შოკისა და შინაგანი სისხლდენის სურათი: ტივილი მუცლის არეში, მწვავე ანემიის მოვლენები, სიფერმკრთალე, ხშირი მაჯისცემა, დეფანსი, გულისრევა, პირღებინება, შჩოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითია, 3—4 საათის შემდეგ ვითარდება პერიტონიტისა და საერთო ინტოქსიკაციის სურათი. ავადმყოფს, რომელსაც დაზიანებული აქვს მუცლის მიდამო, არ შეიძლება გაუკეთდეს ტივილდამაყუჩებელი პრეპარატები, ვინაიდან იგი წაშლის დაავადების სურათს და დიაგნოზის დასმა გაჭირდება, უნდა გვახსოვდეს, რომ დაზიანების პირველ საათებში დაქვეითებული რეაქცია აქვთ აგრეთვე მთვრალ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფებს. ზოგჯერ აღინიშნება ანემიისა და პერიტონიტის მოვლენების ერთდროული არსებობა.

სისხლის წნევის პროგრესული შემცირება სათანადო კლინიკური სიმპტომებით მუცლის ღრუში, სისხლდენის არსებობის უტყუარი ნიშანია. პერიტონიუმის გაღიზიანების შემთხვევაში ავადმყოფი გასინჯვისა და სუნთქვის დროს მთლიანად ზოგავს მუცელს ან, თუ შემთხვევა შედარებით ახალია — მუცლის მიდამოს რომელიმე უბანს. პარენქიმული ორგანოს დაზიანებისას ყველაზე მეტი მტკივნეულობა აღინიშნება დაზიანებულ ორგანოსთან. სასწრაფო დახმარების ექიმში სწორად მოიქცევა,

თუ ავადმყოფს მუცლის ღრუს ტრავმული დაზიანებით ან ასეთ დაზიანებაზე ექვიმიტანილს დაუყოვნებლივ მოათავსებს ქირურგიულ სტაციონარში. ძლიერი ტკივილების დროს საჭიროა ინჰალაცია აზოტის ქვეყანგით. შოკური მდგომარეობის დროს კი შეიძლება შოკის საწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენება ბინაშიც.

არჩევენ მუცლის ღრუს ღია და დახურულ დაზიანებებს. მათ შორის აღსანიშნავია ღვიძლის, ელენთის, კუჭუკანა ჯირკვლის, კუჭის წვრილი და მსხვილი ნაწლავების დაზიანებანი.

ღვიძლის დაზიანება

ღვიძლის დაზიანების დროსაც არჩევენ ღია და დახურულ დაზიანებებს. იგი ვითარდება უშუალოდ ტრავმის (ჭრილობის, ზეწოლის, სიმაღლიდან გადმოვარდნის, დაეჭვების, დარტყმის და სხვა ტრავმული დაზიანების) შედეგად. ღვიძლში პათოლოგიური ცვლილებების დროს (მაღარია, ციროზი, სიფილისი და სხვ.) შეიძლება მცირე ტრავმაც საკმარისი იყოს ღვიძლის გახეთქვისათვის, მაგალითად, მუცლის შიდა წნევის მომატება სიმძიმის აწევისას და სხვ. არჩევენ დაზიანებას ღვიძლის კაფსულის მთლიანობის დარღვევის გარეშე (სუბკაფსულური) და ცენტრალურ პემატომებს, ე. ი. კაფსულის გახეთქვით.

კლინიკური სურათის განვითარებაში დიდ როლს თამაშობს ტრავმის ხასიათი, სიმძიმე და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა.

თუ დაზიანებულს დროულად არ აღმოვეჩნეთ პირველად დახმარებას და არ მოვათავსეთ სტაციონარში, სუბკაფსულური დაზიანება შეიძლება გართულდეს, რასაც მოჰყვება მუცლის შიდა სისხლდენა და ნალვლოვანი პერიტონიტი. კაფსულის დაზიანების შემთხვევაში ავადმყოფის მდგომარეობა მძიმეა, მას თან ერთვის შოკური მოვლენები, მუცლის შიდა სისხლდენა და პერიტონიტი.

ავადმყოფი ფერმკრთალი, უჩივის საერთო სისუსტეს, თავბრუს, ძლიერ ტკივილს მუცლის არეში, განსაკუთრებით მარჯვნივ. ავადმყოფი წევს მარჯვენა გვერდზე ან იძულებით მდგომარეობაშია ნახევრად მჯდომარე. დამახასიათებელია ცივი ოფლი, აკროციანოზი, მძიმე მდგომარეობა, გონების დაკარგვა, წნევის მკვეთრად დაცემა, ძაფისებრი მაჯისცემა, აჩქარებული სუნთქვა, მუცელი ოდნავ შებერილია, სუნთქვაში არ ღებულობს მონაწილეობას, პალპაციით შროტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითია, განსაკუთრებით მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში.

სისხლისა და ნაღვლის წვენის არსებობის გამო მუცლის ღრუში პერკუსიით აღინიშნება მოყრუება. მოყრუების საზღვრები იცვლება მდებარეობის შეცვლის შედეგად, რაც მიგვითითებს სითხის არსებობაზე. ასევე უკანა ტანიდან თითოთ გასინჯვა გვიჩვენებს ღუგლასის მიდამოში ჩაქეუული სითხის ჩამოწოლას. ღვიძლის საზღვრები გადიდებულია.

სისხლის სურათი გვიჩვენებს ანემიას, ჰემოგლობინის შემცირებას, აგრეთვე ერითროციტების, ლეიკოციტებისა და ჰემატოკრატის დაქვეითებას. საერთოდ ღვიძლის ტრავმული დაზიანებისათვის დამახასიათებელია ანემიური სიმპტომების თანდათანობით პროგრესირება.

მკურნალობა ოპერატიულია, ამიტომ საჭიროა ასეთი ავადმყოფების სასწრაფოდ ჰოსპიტალიზაცია ქირურგიულ განყოფილებაში, სადაც ოპერაციასთან ერთად უტარდებათ შოკის საწინააღმდეგო მკურნალობა. სისხლის გადასხმა და სხვ.

ელენთის დაზიანება

ელენთის დაზიანება შეიძლება იყოს ღია და დახურული, იგი ვითარდება ელენთაზე უშუალო ტრავმის (დარტყმა, ზეწოლა, ჭრილობების მიღება და სხვ.) შედეგად. პათოლოგიურად შეცვლილი ელენთა ძალიან მსუბუქი ტრავმის (მაღარია, ტიფი, სპლენომეგალია და სხვ.) შედეგადაც შეიძლება დაზიანდეს. არჩევენ: 1. მთლიან დაზიანებას კაფსულის დაზიანებით, გახეთქვით. 2. სუბკაფსულურს, კაფსულის მთლიანობის დარღვევის გარეშე.

მიუხედავად იმისა, რომ კაფსულა არ არის დაზიანებული, მოსალოდნელია მისი დაზიანება, ამიტომ საჭიროა ასეთი ავადმყოფის გადაყვანა ქირურგიულ განყოფილებაში და წოლითი რეჟიმი.

კლინიკური სურათი დაკავშირებულია ტრავმის სიმძიმესთან. ავადმყოფისათვის დამახასიათებელია მწვავე ანემიის მოვლენები და მათი პროგრესირება, შოკური მოვლენები და მუცლის ფარის გაღიზიანება.

ავადმყოფი უჩივის საერთო სისუსტეს, თავბრუს, ტკივილს მუცლის მიდამოში, მდგომარეობა იძულებითი, გადახრილია მარცხენა გვერდზე, კიდურები მოხრილი და მიტანილი აქვს მუცელთან. ძლიერი სისხლდენის გამო ხშირად ვარდება კოლაფსურ ან შოკურ მდგომარეობაში. მუცელი დაჭიმულია, არ ღებულობს მონაწილეობას სუნთქვით პროცესში. პალპაციით მტკივნეულია, განსაკუთრებით მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში, შროტკინბლუმბერგის სიმპტომი დადებითია, პერკუსიით — მუცლის ღრუში მოყრუება.

ლაბორატორიული გამოკვლევით სისხლის მხრივ აღინიშნება ანემიის მოვლენები, ჰემოგლობინის მკვეთრი დაცემა, დაკლებულია აგრეთვე ერითროციტების რიცხვი და აღინიშნება ლეიკოციტოზი.

ავადმყოფები ელენთის სუბკაფსულური დაზიანებით უჩივიან ტკივილს და აქვთ დაჭიმულობის შეგრძნება მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოში. მუცლის კუნთების დაჭიმულობა — დეფანსი განსაკუთრებით აღსანიშნავია მარცხენა მხარეს, ტრავმის ადგილას.

რენტგენოლოგიურად აღინიშნება დიაფრაგმის მაღლა დგომა და მისი მარცხენა წილის შეზღუდვა. ზოგჯერ კი შეიძლება დადგინდეს ელენთის ჩრდილის გადიდებაც.

მართალია სუბკაფსულურად დაზიანებულ ელენთას შეიძლება ვუშკურნალოთ კონსერვატიულად, წოლითი რეჟიმით, ანტიბიოტიკებით, ცივი საფენებით ელენთის მიდამოში და სხვ, მაგრამ ავადმყოფის ბინაზე დატოვება გამართლებული არ არის, საშიშია, ამიტომ სასურველია ავადმყოფი მოვათავსოთ სტაციონარში, ქირურგის დაკვირვების ქვეშ, მიუხედავად იმისა, რა სახის მკურნალობას ჩაუტარებენ — კონსერვატიულს თუ ოპერაციულს.

კუჭუკანა ჭირკვლის დაზიანება

კუჭუკანა ჭირკვლის დაზიანება გვხვდება შემთხვევათა 1—3%-ში. იგი იწვიათია მუცლის ღრუს ორგანოების სხვა დაზიანებასთან შედარებით. კუჭუკანა ჭირკვლის ტრავმის შედეგად ლეტალობა 40—60%-ს შეადგენს.

არჩევენ დახურულ და ღია დაზიანებებს. უფრო ხშირია კუჭუკანა ჭირკვლის ბოლო ნაწილის, ე. ი. კუდის დაზიანება. იგი შეიძლება იყოს ნაწილობრივ გაღლეჩილი ან მთლიანად დაზიანებული.

კლინიკური მონაცემები დამოკიდებულია ტრავმის სიმძიმეზე, ან მის ხასიათზე, სისხლდენისა და პანკრეასის წვენის რაოდენობაზე მუცლის ღრუში. ამიტომ შეიძლება ადგილი ჰქონდეს შოკურ მოვლენებს, მწვავე სისხლნაკლებობას და პერიტონიტს.

ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მძიმეა, აღენიშნება ტაქიკარდია, ჰიპოტონია და ინტოქსიკაციის მოვლენები.

ავადმყოფები უჩივიან ძლიერ ტკივილს მუცლის ღრუში, რომელიც ირადიაციას იძლევა წელის მიდამოში. მუცელი ოდნავ შებერილი და დაჭიმულია, უფრო მგრძნობიარეა ეპიგასტრიუმის მიდამო. პალპაციით აღინიშნება ტკივილი და შოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი, რომელიც და-

დებითა აგრეთვე მარცხენა ფერდქვეშა მიდამოშიც. მუცლის ღრუში სისხლისა და პანკრეასის წვენის დიდი რაოდენობით ჩაქცევის შედეგად თანდათან ვითარდება ნაწლავთა პარეზი.

ლაბორატორიული მონაცემებიდან აღსანიშნავია სისხლსა და შარდში დიასტაზის მაჩვენებლების მომატება. ჭირკვლოვანი ქსოვილის დაზიანების შემდეგ შეიძლება მომატებული იყოს შაქარი სისხლში.

სისხლის მხრივ აღინიშნება ანემიის მოვლენები და ლეიკოციტოზი. ოპერაციული ტაქტიკა დამოკიდებულია ტრავმის ლოკალიზაციისა და კუჭუკანა ჭირკვლის დაზიანების ხარისხზე, ზოგჯერ ჭრილობას კერავენ, იშვიათად ახდენენ ჭირკვლის ნაწილის რეზეცირებას. თუ ჭრილობა დიდია, საჭიროა გაკეთდეს ტამპონადა, სრული ჰემოსტაზა და დრენაჟი. ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს აქტიური ანტიბიოტიკური მკურნალობა, სხვა სამკურნალო საშუალებებთან ერთად წარმატებით გამოიყენება ახალი ინჰიბატორები (ტრასილოლი, კონტრიკალი და სხვა) როგორც კუნთებში. ასევე კანქვეშ და ვენაში.

კუჭუკანა ჭირკვლას დაზიანებისას ქირურგიულ სტაციონარში ავადმყოფის დროული ჰოსპიტალიზაცია განაპირობებს მკურნალობის ეფექტურობას, მიუხედავად იმისა, რომ სტატისტიკური მონაცემების მიხედვით, კუჭუკანა ჭირკვლის ტრავმა იძლევა 40—60% ლეტალობას.

კუჭ-ნაწლავის დაზიანება

კუჭი და ნაწლავები ხშირად ზიანდება მუცლის ღრუს როგორც დახტურული, ისე ღია ტრავმის დროს.

სიხშირის მიხედვით ნაწლავთა დაზიანება უფრო ხშირია, ვიდრე კუჭის. ასევე ხშირია კუჭისა და სხვა ორგანოების, კერძოდ, ღვიძლის კომბინირებული დაზიანებანი.

კუჭისა და ნაწლავების დახტურული დაზიანების დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ტრავმის ხასიათს და დარტყმის ძალას, მის მიმართულებას, ღრუ ორგანოების გადავსების ხარისხს და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობას. შეიძლება ადგილი ჰქონდეს ღრუ ორგანოს კედლის დაზიანებას სუბსეროზული ჰემატომის ჩამოყალიბებით, აგრეთვე კედლის მთლიან ან ნაწილობრივ გახეთქვას, მუცლის ღრუში შიგთავსის გამოსვლით.

ღრუ ორგანოს დაზიანება შეიძლება იყოს სხვადასხვა ხარისხის, რასაც დიდი მნიშვნელობა აქვს მისი კლინიკური გამოხატულების, მიმდინარეობისა და პათოლოგიური პროცესის სწრაფი განვითარებისათვის.

კლინიკურ სიმპტომატოლოგიაზე დიდ გავლენას ახდენს ტრავმის ძალა, დაზიანების სიდიდე, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა, ღრუ ორგანოს მთლიანობის დარღვევა და სხვ.

ღრუ ორგანოს დაზიანების დროს, როდესაც კედლის მთლიანობა დარღვეული არ არის, უჩივიან ტკივილს მუცლის ღრუში, კუჭის დაზიანების დროს — ეპიგასტრიუმის მიდამოში, მახვილისებრ მორჩთან. ნაწლავების დაზიანების დროს კი ტკივილები გაფანტული ხასიათისაა. უფრო მეტად იგი აღინიშნება ჰიპის მიდამოსა და მუცლის ქვედა ნახევარში. მძიმე ტრავმის შემთხვევებში კი მოსალოდნელია შოკის ან კოლაფსის მოვლენები.

მუცლის მიდამო პალპაციით მტკივნეულია. მუცლის წინა კედელი — რეზისტენტული, ხოლო მუცლის ფარის გაღიზიანება მკვეთრად გამოხატული არ არის.

დაზურული დაზიანების დროს, რომელსაც თან ახლავს კუჭის ან ნაწლავების მთლიანობის დარღვევა, დაავადების კლინიკური მიმდინარეობა მძიმეა.

ავადმყოფები უჩივიან ძლიერ ტკივილს მუცლის მიდამოში. საერთო მდგომარეობა მძიმეა, ადგილი აქვს შოკურ მოვლენებს, მუცლის კუნთები დაჭიმულია. გამოხატულია პნევმოპერიტონეუმის სიმპტომი, მუცლის ფარის გაღიზიანება და პერიტონიული მოვლენების სწრაფი პროგრესირება. თუ სისხლდარღვებიც დაზიანებულია, მაშინ იწყება აგრეთვე მუცლის ღრუში შიდა სისხლდენა. მწვავე პერიტონიული მოვლენები და შოკი ყველაზე რთულად გამოხატულია წვრილი ნაწლავების დაზიანების შემთხვევებში.

კუჭის იზოლირებული ან წვრილი ნაწლავის დაზიანებისას ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა პირველ საათებში შეიძლება შედარებით დამაკმაყოფილებელი იყოს.

მუცლის წინა კედლის ტრავმული დაზიანების დროს შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს კუჭის იზოლირებულ დაზიანებას, კერძოდ, კუჭის წინა კედლის დაჟეილობას, მრავლობით სისხლჩაქცევებს როგორც წინა, ასევე უკანა კედელზე, ლორწოვანზე და სხვ. შეიძლება გვქონდეს მისი მთლიანობის დარღვევა კუჭის გახეივება. მის განვითარებაზე გავლენას ახდენს და დიდი მნიშვნელობა ენიჭება კუჭის ავსების მდგომარეობას. ცარიელ მდგომარეობაში მყოფი კუჭი შედარებით დაზღვეულია გართულებისაგან მძიმე ტრავმული დაზიანების დროსაც, ხოლო თუ იგი გადავსებულია, ავადმყოფს მიღებული ჰქონდა დიდი რაოდენობით საკვები და სითხეები, ასეთ პირობებში მცირედი ტრავმული დაზიანებაც შეიძლება

საბედისწერო აღმოჩნდეს. ამიტომ დიაგნოზის დაზუსტების თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ანამნეზურ მონაცემებს. კლინიკურ მონაცემებზე დაყრდნობით, ხოლო სწორი მკურნალობის განსაზღვრისათვისა და მის ეფექტურობაში — სარეანიმაციო საშუალებების სრულყოფილად გამოყენებას.

ღრუ ორგანოს მიმღე ტრავმული დაზიანების დროს ერთადერთი გამოსავალი ოპერაციაა, რომლის ტექნიკას განსაზღვრავს სტაციონარში მყოფი ქირურგი. ასეთ შემთხვევებში სასწრაფო დახმარების ექიმის მოვალეობაა ავადმყოფის დაუყოვნებლივ მოთავსება უახლოეს ქირურგიულ განყოფილებაში, ხოლო პირველადი დახმარება ტრანსპორტირების დროს უნდა შემოიფარგლოს ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის მიხედვით, რასაც დიდი მნიშვნელობა ენიჭება დაზიანებულის შემდგომ მკურნალობას.

უცხო სხეულები კუჭსა და ნაწლავებში

უცხო სხეულები კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში გვხვდება შემთხვევით ან განზრახ რაიმე უცხო სხეულის გადაჟღაპვის დროს (ლურსმანი, ქინძისთავი, ნემსი, ლითონის ფული, ხელოვნური კბილები, კოვზი და სხვა მრავალი). უცხო სხეულების მოხვედრა შედარებით ხშირია ბავშვებში და მოხუცთა ასაკში. მცირე ზომის და ბლაგვი კიდეების მქონე უცხო სხეულმა შეიძლება დაზიანების გარეშე გაიაროს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი, მაგრამ თუ მას ბასრი კიდეები აქვს, შეიძლება დააზიანოს როგორც საყლაპავი, ასევე კუჭისა და ნაწლავის კედელი და გამოიწვიოს ხსენებული ორგანოების პერფორაცია ადგილობრივი ან დისტალური პერიტონიტის განვითარებით.

კლინიკური სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ადგილობრივი ხასიათის ტკივილები.

თუ უცხო სხეულმა დააზიანა კუჭის ან ნაწლავის კედლის მთლიანობა, შეიძლება პროცესი შემოიფარგლოს ანთებადი ინფილტრატის განვითარებით, რაც ადგილობრივი გასინჯვით — პალპაციითაც შეიგრძნობა, მაგრამ დისტალური პერიტონიტის განვითარება არც ამ შემთხვევაშია გამორიცხული. ამიტომ ასეთი ავადმყოფები მოითხოვენ მაქსიმალურ ყურადღებას.

მოდიდო ფორმის უცხო სხეულმა შეიძლება გამოიწვიოს ობტურაციული გაუვალობის მოვლენები. აღსანიშნავია აგრეთვე მცენარეული ნაწილებიდან შექმნილი უცხო სხეულები, ე. წ. ფიტობეზოარი, თუ იგი

თმის ან ბეწვისაგან შედგება. მის ტრეპობეზოარი ეწოდება. დაავადების ამოცნობის საქმეში წამყვანია ინფექციური ეტიოლოგია ანამნეზურ მონაცემებს, რენტგენოლოგიურ და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს.

სისხლდენა შინაგანი ორგანოებიდან

სისხლდენა კუჭიდან

1. თუ ავადმყოფს სისხლიანი პირღებინება აქვს, ეჭიმმა პირველ რიგში უნდა გაარკვიოს, საიდან იმის სისხლდენა — საყლაპავიდან, კუჭიდან თუ ზემო სასუნთქი გზებიდან.

2. საჭიროა გვახსოვდეს, რომ სისხლდენა საყლაპავიდან, კუჭიდან შეიძლება გამოწვეული იყოს სისხლძარღვის კედლის მთლიანობის დარღვევით, წყლულის ან სიმსივნის არსებობით, აგრეთვე ამ ორგანოების ვენური ვარიკოზული წნულების დაზიანებით.

3. სისხლიან პირღებინებას შეიძლება თან ახლდეს სისხლდენა უკანა ტანიდან. აღსიფთერი სისხლი იმის მაჩვენებელია, რომ სისხლდენას ადგილი აქვს ქვემო ნაწილებიდან (პემორიდიული სისხლდენა).

4. სისხლდენის ხარისხი ფასდება დაქარგული სისხლის რაოდენობით და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობით (სიფერმკრთაღე, ხშირი მახცისემა, არტერიული წნევის დაცემა, გუგების გაფართოება, წყურვილი — ტვინის სისხლნაკლებობის სიმპტომი).

5. კუჭიდან სისხლდენის დროს ავადმყოფის პირველი დახმარება გამოიხატება მის აბსოლუტურ მოსვენებაში, ავადმყოფს უნდა აეკრძალოს მოძრაობა, საკვებისა და სასმელის მიღება. დაენიშნოს ყინული ეპიგასტრიუმის არეში, 10%-იანი კალციუმის ხსნარი ვენაში, ვიკასოლი 1% — 2,0—4,0 კუნთებში და სხვა.

6. კუჭიდან სისხლდენის მქონე ავადმყოფი უნდა გადაიყვანონ საკაციოთ და სასწრაფოდ მოათავსონ სტაციონარში.

სისხლდენა ფილტვებიდან

ფილტვებიდან სისხლდენის მიზეზი ხშირად ფილტვის ტუბერკულოზია. ამ დროს ავადმყოფს პირველ რიგში ესაჭიროება ნახევრადმწოლარე მდგომარეობაში ყოფნა, აბსოლუტური სიმშვიდე, ეკრძალება ყოველგვარი მოძრაობა და ლაპარაკი. საჭიროა ცივი საფენები (ყინული) გულ-მკერდის შუა მიდამოში. დასაღევად უნდა მიეცეს სუფრის მარლის მაგარი ხსნარი, ფსიქიური მოტორული აშლილობისა და გაძლიერე-

ბული ხველითი რეფლექსის საწინააღმდეგოდ კანქვეშ გაუკეთდეს მორფიუმი.

ტუბერკულოზით დაავადებულთა პოსპიტალიზაცია უნდა მოხდეს სპეციალიზებულ სტაციონარში.

სხვადასხვა ეტიოლოგიის სისხლდენა

სასწრაფო დახმარება შეიძლება გამოვიძახოთ ცხვირიდან სისხლდენისა და კბილის ექსტრაქციით გამოწვეული სისხლდენის დროს. სასწრაფო დახმარების ექიმმა პირველ რიგში უნდა იმოქმედოს ავადმყოფის ფსიქიკაზე. და დაამშვიდოს იგი. ცხვირიდან სისხლდენის დროს სასურველია ავადმყოფს მიეცეს ნახევრად მჯდომარე მდგომარეობა თავის უკან გადახრით, ცხვირზე უნდა დაედოს ცივი კომპრესი, ვენაში გაუკეთდეს კალციუმის 10% ხსნარი 10 მლ ვიტამინი კუნთებში, ცხვირის ღრუში ადრენალინის შეყვანა რაციონალური არ არის, რადგან სისხლძარღვების შევიწროება სისხლდენის შესაჩერებლად დროებითია და იგი მეორდება შემდგომში.

კბილის ექსტრაქციით გამოწვეული სისხლდენის დროს უნდა გაკეთდეს ალვეოლის ტამპონადა სტერილური ბამბით ან წყალბადის ზეჟანგში დასველებული დოლბანდით. ზოგიერთ რთულ შემთხვევაში მიზანშეწონილია აგრეთვე სისხლის შემაჩერებელი სხვა საშუალებების ხმარება.

თუ მიღებული ზომების მიუხედავად, სისხლდენა არ შეჩერდა, უნდა ვიფიქროთ, რომ საქმე გვაქვს ჰემოფილიასთან. ასეთი დაავადების დროს კი ავადმყოფი აუცილებლად უნდა მოთავსდეს სტაციონარში.

შინაგანი (ფარული) სისხლდენა

შინაგან (ფარულ) სისხლდენას აღვიღო აქვს პარენტული ორგანოების დაზარალებული დაზიანების დროს. მისი ნიშნებია სიფერმკრთალე, ხშირი მახისცემა, გადიდებული გულები, წყურვილის შეგრძნება, პერკუსიით ღრუ ორგანოებში აღინიშნება სითხის არსებობა. დიაგნოზის დადგენისა და მკურნალობის თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა ენიჭება აგრეთვე ანამნეზურ მონაცემებს.

შინაგანი სისხლდენის დროს ავადმყოფი სასწრაფოდ უნდა იქნეს პოსპიტალიზებული ქირურგიულ განყოფილებაში.

შარდის გამოყვანილი ორგანოების დაზიანებებიდან ხშირად ვხვდებით თირკმლის დაზიანებას და ღია დაზიანებებს, შეიძლება აგრეთვე ზოგიერთ შემთხვევაში შარდსაწვეთისა და შარდის ბუშტის დაზიანება.

ზემოაღნიშნული ტრავმული დაზიანებანი შეიძლება იყოს იზოლირებული ან კომბინირებული, მუცლის ღრუს სხვა ორგანოების დაზიანებასთან ერთად. თირკმლის დაზიანებული დაზიანება უფრო ხშირია მამაკაცებში, ლოკალიზაციის სიხშირის მიხედვით კი უმეტეს შემთხვევებში მარჯვენა თირკმელია დაზიანებული.

თირკმლის დაზიანებული დაზიანებებიდან აღსანიშნავია მისი ზერელე და სუბკაფსულური დაზიანება. თირკმლის გახეთქვა, მისი ნაწილობრივი ან მთლიანი მოგლეჯა მკვებავი მსხვილი სისხლძარღვების დაზიანებით და სხვ.

თირკმლის დაზიანების დროს კლინიკური მიმდინარეობა დამოკიდებულია ტრავმის ლოკალიზაციისა და მის სიდიდზე. საერთო ნიშნებიდან აღსანიშნავია ანემია, ჰემატურია, თირკმლის საპროექციო მიდამოში შეშუპება და მის ახლოს ჰემატომების არსებობა.

ავადმყოფი უჩივის ტკივილს წელის მიდამოში, სადაც კუნთები დაჭიმულია, ხოლო პალპაციით აღინიშნება ძლიერი და მწვავე ხასიათის ტკივილი, თუ ჰემატომა ძალიან დიდია, მან შეიძლება გამოიწვიოს ინფილტრაცია სხვა ორგანოების საპროექციო მიდამოშიც. ყოველივე ამას შეიძლება თან დაერთოს კოლაფსი და შოკური მოვლენები. თირკმლის ტრავმული დაზიანების შემთხვევებში ჰემატურია ერთ-ერთი ძირითადი სიმპტომია. მაგრამ შეიძლება იგი არ აღინიშნებოდეს შარდსაწვეთის მთლიანად მოწყვეტის დროს, რადგან შარდი აღარ აღწევს შარდის ბუშტამდე და იგი იქცევა ქსოვილებში.

ჰემატურია შეიძლება იყოს სხვადასხვა ინტენსივობის — მიკროჰემატურიიდან მაკროსკოპიულად გამოხატულ ჰემატურიამდე, სისხლის კოაგულების გამოყოფით. შარდის თითქმის ყველა ულუფაში იქნება სისხლი, ასეთი ავადმყოფები უნდა მოთავსდნენ უროლოგიურ განყოფილებაში, სადაც დიაგნოზის დასადგენად ზოგჯერ აწარმოებენ ექსკრეტორულ უროგრაფიას, ქრომოციტოკოპიას ან რეტროგრადულ პიელოგრაფიას.

მკურნალობა იწყება კონსერვატიული საშუალებებით. ჰემოსტაზის მიზნით განმეორებით უსხამენ სისხლს. ამასთან ფართოდ მიმართავენ სისხლის შემაჩერებელ საშუალებებს, აგრეთვე ანტიბიოტიკებს, ცივ საფე-

ნებს წელის მიდამოში, საგულე და სხვა საჭირო საშუალებებს. ავადმყოფი აუცილებლად უნდა იმყოფებოდეს მწოლიარე მდგომარეობაში.

თუ ავადმყოფის მდგომარეობა თანდათან უარესდება და ანემია მატულობს, სტაციონარში სასწრაფოდ დაისმის ოპერაციული მკურნალობის საკითხი.

თირკმლის კრილობის დროს, შეიძლება კრილობიდან გამოიყოს შარდი, მაგრამ ეს უფრო ხშირია თირკმლის ფიალების დაზიანების შემთხვევებში. დაავადების კლინიკური მიმდინარეობისა და გამოსვლისათვის ღიდი მნიშვნელოვანია აქვს აგრეთვე იმას. თუ თირკმლის რომელ მიდამოში რა შრეშია ნაწილობრივ დაზიანება, რა ქსოვილებია ჩარეული და სხვ. (თირკმლის ქერქოვანი და ტენოვანი შრეები, მსხვილი სისხლძარღვები და სხვ.).

შარდის ბუშტის დაზიანება. არჩევენ მუცელშიდა და მუცლის ფარის გარე დაზიანებას. მუცელშიდა დაზიანებიდან აღსანიშნავია შარდის ბუშტის გახევვა, გასკდომა. ამ დროს შარდის გამოყოფა შარდსადენიდან შეწყვეტილია.

მუცლის ღრუში შარდის გადასვლის გამო ავადმყოფს ეწყება ძლიერი ტკივილი მუცლის მიდამოში. კუნთების დაკიმულობა. შოტკინ-ბლუმბერგის სიმპტომი დადებითია. მუცელი შებერილი, გასინჯვის დროს აღინიშნება სითხის არსებობა. ასეთ ავადმყოფებს სათანადო უროლოგიური გამოკვლევის შემდეგ სასწრაფოდ უკეთებენ ოპერაციას.

მუცლის ფარის გარე დაზიანებანი. რეტროპერიტონეულ დაზიანებას ხშირად თან ერთვის თეძოს ძვლის მოტეხილობები. ავადმყოფები უჩივიან ძლიერ ტკივილს შარდის ბუშტის მიდამოში. შარდის გამოყოფა დარღვეულია, რადგან შარდი გადადის ახლომდებარე ქსოვილებში, ურეთრიდან კი გადმოდის რამდენიმე წვეთი სისხლი (ჰემატურია).

შარდით ქსოვილების გაჟღენთვისა და შარდისმიერი ინფილტრაციის გამო ავადმყოფებს აღენიშნებათ ძლიერი ტკივილი შარდის ბუშტის მიდამოში, სიმფიზის ზემოთ. მე-2—3 დღიდან კი ავადმყოფებს ეწყებათ შარდის ქსოვილების მკვეთრად გაჟღენთვა, შეშუპებითი მოვლენები მცირე მენჯში და სხვა, რაც სწრაფად გადადის უროსეფსისში. ავადმყოფი სასწრაფოდ უნდა მოთავსდეს ქირურგიულ განყოფილებაში, სადაც ჩატარდება (პალიატური ან რადიკალური) ქირურგიული მკურნალობა.

ძვლების მოტეხილობა

ზოგადი ნაწილი

ძვლის მთლიანობის დარღვევას — მოტეხილობა (Fractura) ეწოდება.

პათოლოგანატომიურ და კლინიკურ თვალსაზრისით მოტეხილობის გაგებაში იგულისხმება დაზიანებული ძვლების მთლიანობის დარღვევა და მის ირგვლივ წმინდად რძილი ქსოვილების დაზიანება.

დაზიანების ხარისხი და ხასიათი შეიძლება იყოს სულ სხვადასხვაგვარი, ყველაზე ხშირად აღდილი აქვს დაზიანებული ძვლის ირგვლივ მდებარე კუნთების და წვრილი სისხლძარღვების გაღლეჯას, ამიტომ მოტეხილობის ირგვლივ ყოველთვის წარმოიქმნება (პემატომა) სისხლჩაქცევა.

ზოგიერთ შემთხვევაში ძვლის მოტეხილობას შეიძლება თან ახლდეს უფრო მძიმე გართულებანიც, კერძოდ: კანის ნერვების, მსხვილი სისხლძარღვების, ზურგის ტვინის, შინაგანი ორგანოების მძიმე დაზიანებანი და ასე შემდეგ, რის შედეგადაც აღინიშნება ორგანოების, თავის ქალასა და კიდურების ფუნქციის დარღვევა და სხვა მძიმე გართულებანი, ზოგიერთი ასეთი დაზიანებანი, რომელსაც შერწყმული ტრავმა ჰქვია, შეიძლება ჭერჭეროვით სცილდებოდეს ტრავმატოლოგიის ფუნქციებს და მოითხოვს სხვადასხვა სპეციალისტის ჩარევას; მაგრამ მომავლისათვის ტრავმატოლოგმა უნდა ერთნაირად იცოდეს სხეულის ყველა ორგანოს დაზიანების მკურნალობა.

მოტეხილობის კლასიფიკაცია

ძვლის მოტეხილობა ხდება მაშინ, როცა მოქმედი ძალა ძლევს ძვლის ქსოვილის ელასტიურობასა და სიმაგრეს.

მოტეხილობა შეიძლება წარმოიშვას:

პირდაპირი ტრავმისაგან (დაზიანებისაგან) ე. ი. ძალდატანების უშუალო მოქმედების შედეგად (მაგალითად კიდურის მოყოლა ორი მოქმედი ძალის შუა).

არაპირდაპირი ტრავმისაგან ე. ი. როდესაც ძვალი ტრავმის მოქმედების მოშორებით ზიანდება (აღამიანის სხეულის უეცარი ძალდატანე-

ბულა შემობრუნება მყარად ფიქსირებულ ტვირზე ზდება წვივის შვლები ან გოჯების მოტეხილობა.

არჩევენ ძვლის მოტეხილობების შემდეგ სახეებს;

განივი, ირიბი, სპირალისებური, მრავალფრამენტოვანი და ორმაგი ან სამმაგი.

არსებობს ჩაჭედილი მოტეხილობაც, როდესაც მნიშვნელოვანი ძალის ზემოქმედების შედეგად ერთი ფრაგმენტი არღვევს და შლის მეორე ფრაგმენტს. ძალის მოქმედება აუცილებლად მიმართულია ძვლის სიგრძის გასწვრივ და ეს მოტეხილობები გვხვდება მხოლოდ ძვლის ზედაეპიფოზურ ზონაში.

ლოკალიზაციის მიხედვით მოტეხილობები იყოფა ასე დიაფიზარული, უფრო ზუსტი განსაზღვრისათვის მათ კიდევ ჰყოფენ დიაფიზის ზემო, შუა და ქვემო მოტეხილობებად, გრძელი ღრუბლოვანი ძვლების სასხსრე ბოლოების მოტეხილობებს მეტაეპიფიზარულ მოტეხილობას უწოდებენ. თუ ასეთი მოტეხილობის დროს ირღვევა ხრტილოვანი ზედაპირის მთლიანობა, მას სახსარშიდა მოტეხილობას უძახიან.

სახსარშიდა მოტეხილობას შეიძლება თან დაერთოს სახსრების ზედანაწილების შეცილება-ამოვარდნილობა, მაგალითად გოჯის მოტეხილობა. ტერფის ამოვარდნილობა, ასეთი მოტეხილობები შედის ე. წ. მოტეხილობა — ამოვარდნილობის ჯგუფში, ბავშვობის და მოზარდის ასაკში აღინიშნება მოტეხილობები შეცილებული გაუძვალეზულ ეპიფიზარულ ხაზზე. ასეთ მოტეხილობებს ეწოდება ეპიფიზოლოზი. არჩევენ კიდევ „ს“-ს მაგვარ „ს მაგვარ და ისრისებურ მოტეხილობებს, გარდა ამისა ძალის კომბინირებული მოქმედების შედეგად წარმოიქმნებიან არატიპური მოტეხილობანი.

კუნთების მკვეთრი შეკუმშვის შედეგად მისი მიმაგრების ადგილთან შეიძლება წარმოიშვას ძვლის ფირფიტის, ბორცვის ან წანაზარდის მოგლეჯა. ასეთი მოტეხილობები ცნობილია როგორც ატკეჩილი მოტეხილობა.

მოტეხილობის დროს შეცილების ხასიათი დამოკიდებულია მოტეხილობის მექანიზმზე გამოწვევით ტრავმის ძალის უშუალო მოქმედებაზე, ძვლის ფორმაზე და სტრუქტურაზე.

არჩევენ ფრაგმენტების ცდომის ზუთ ძირითად სახეს: 1. სიგრძითი შეცილება. როდესაც მოტეხილი ფრაგმენტების ბოლოები გასწვრივი ღერძის მიმართულებით არის შეცურებული (*Dislocatio ad longitudinem*) ასეთი სახის მოტეხილობის დროს კიდური დამოკლებულია.

2. მოტეხილი ბოლოების ერთი მეორესთან გვერდითი შეცილება (Dislocatio ad latum).

3. მოტეხილი ბოლოები კუთხეს ქმნის — კუთხის ქვეშ შეცილება (Dislocatio ad axin).

4. მოტეხილი ბოლოების ბრუნვითი შეცილება (Dislocatio ad peripheriam).

5. მოტეხილი ბოლოების დისტრაქციული შეცილება (Dislocatio ad disfractionem).

6. არის აგრეთვე კონტრაქციული შეცილება.

საერთოდ მოტეხილობის შემთხვევებში ფრაგმენტების შეცილება წარმოიშობა ორი ან მეტი მიმართულებით. მოტეხილობების დროს ფრაგმენტებს შორის შეიძლება მოექცეს რბილი ქსოვილების ნაწილები, სისხლძარღვები, ნერვები, კუნთები, ასეთი ჩაჭედვა ცნობილია სახელწოდებით, ინტერპოზიცია რბილი ქსოვილებით. ამ დროს ნაჩვენებია ოპერაციული ჩარევა, რათა დროულად განთავისუფლდეს ძვლებს შორის ჩაჭედილი ქსოვილი და თავიდან ავიცილოთ დამბლები, იპერესტეზიები და კიდურის სისხლის მიმოქცევის და კვების მოშლა, აგრეთვე ჩაჭედილი ქსოვილი ხელს უშლის ძვლის შეხორცებას, მისი ნორმალური ფორმის ჩამოყალიბებას.

ყველა მოტეხილობა იყოფა ორ ძირითად ჯგუფად:

ტრავმული და პათოლოგიური.

პათოლოგიური მოტეხილობები წარმოიშობა პათოლოგიურად შეცვლილ ძვლებში, ზოგჯერ მცირედი, უმნიშვნელო ტრავმა სრულიად საკმარისია, რათა მივიღოთ მოტეხილობა, ასე მაგალითად, მეტასტაზების ადგილას, ავთვისებიანი სიმსივნეების ან ოსტეომიელიტის დროს და ადგილობრივი ფიბროზული ოსტიტების მიდამოში და სხვა.

ზოგჯერ უმიზეზოდაც თავისთავად ტყდება. ასეთ მოტეხილობას (სპონტანურ მოტეხილობას უწოდებენ) ასეთი უმიზეზო მოტეხილობების დროს ძვლებში ადგილი აქვს ზურგის ტვინის დაავადებას. კერძოდ: სირინგომიელა, ტბესი და სხვა, აგრეთვე ცნობილია კიდევ იდიოპათიური მოტეხილობა. აქვამად მას osteogenesis imperfecta-ს უწოდებენ, ეს არის ძვლის ქსოვილის თანდაყოლილი არასაკმარისი განვითარება. მოხუცებულ ქალთა შორის მოტეხილობის განვითარებისათვის სრულ მცირედი ტრავმა საკმარისია, მაგალითად ხშირია ბარძაყის ყელის მოტეხილობა, ხერხემლის მალეების მოტეხილობა და სხვა.

ახალგაზრდებში მოტეხილობა მამაკაცთა შორის უფრო ხშირია, ქალთა შორის იგი შედარებით იშვიათია, რაც აიხსნება იმით, რომ უფრო მძიმე ფიზიკურ სამუშაოზე და ტრანსპორტზე არიან დაკავშირებული.

ბავშვთა ასაკში ძვლების მოტეხილობა შედარებით იშვიათია. რადგანაც ძვლის სირბილე და ელასტიურობა უფრო იტანს ტრავმებს.

ტრავმული მოტეხილობები იყოფა ღია და დახურულ მოტეხილობად.

ღია მოტეხილობა, დახურულთან განსხვავებით ხასიათდება მით, რომ კანის მთლიანობის დარღვევის შედეგად ის არ არის დაცული გარემო პირობებისაგან და იოლად შეიძლება დაინფიცირდეს, თუ დროულად არ იქნა მიღებული ზომები. პროფილაქტიკური ზომების ჩატარების მიზნით არჩევენ ღია მოტეხილობების შემდეგ სახეებს:

პირველადი ღია, მეორადი ღია და ცეცხლსასროლი მოტეხილობა.

პირველადი ღიას დროს, ქსოვილების მთლიანობა ირღვევა უშუალოდ გარედან მოქმედი ძალის ზეგავლენით, მეორადი ღია კი წარმოიშვება კანის გაჩხვლეტის შედეგად, მოტეხილი ძვლის ბოლოთი, შიგნიდან, ანდა კანის ნეკროზის შედეგად ტრავმის უშუალო ადგილას.

ინფექციის გავრცელების შემთხვევაში ღია მოტეხილობა გარდაიქმნება ინფიცირებულ მოტეხილობად.

ძვლების მოტეხილობა მნიშვნელოვანი შეცილებების გარეშე დაუზიანებელი ძვლისაზრდელათი ატარებენ სუბპერიოსტულ სახელწოდებას. ასეთი მოტეხილობები შეინიშნება მხოლოდ ბავშვებში.

დიაგნოზის დადგენა

სწორად დასმული დიაგნოზი უნდა ხასიათდებოდეს და აძლევდეს პასუხს შემდეგ კითხვებზე:

1. კიდური მარჯვენაა თუ მარცხენა,
2. მოტეხილობის ხაზის მიმართულებით, რომელი სახის მოტეხილობასთან გვაქვს საქმე: გარდიგარდმო, ირიბი, სპირალური, დამსხვრეული, კომპრესიული და სხვ.

3. მოტეხილობა ღია არის თუ დახურული,

4. რომელი ძვალია,

5. ერთი თუ ორი ძვალია დაზიანებული,

6. რა დონეზეა (ლოკალიზაცია) დიაფიზი (ზემო შუა თუ ქვემო მესამედი), მეტაფიზი (სახსართან ახლო მოტეხილობა), ეპიფიზი (სახსარში-და მოტეხილობა) და სხვა.

7. შეცილებულია თუ შეცილების გარეშე, ამოვარდნილობით თუ მის გარეშე და ა. შ.

8. თანერთვის თუ არა დაზიანება: ნერვის, სისხლძარღვების, შარ-
ლის ბუშტის, საშარდე გზების და ა. შ.

მოგვეყავს ზოგიერთი ტიპური მაგალითები სწორად დადგენილი დი-
აგნოზისა მოტეხილობების შემთხვევებში:

1. მარჯვენა ბარძაყის ძვლის დაზიანებული ირიბი მოტეხილობა შუა
ქუსამედში ფრაგმენტების ცდომით.

2. მარცხენა მხრის ძვლის დაზიანებული გარდიგარდმო მოტეხილობა
შუა მესამედში ფრაგმენტების ცდომით და სხივის ნერვის დაზიანებით.

3. მარჯვენა წვივის ორივე ძვლების ღია ირიბი მოტეხილობა ქვემო
ქუსამედში ფრაგმენტების ცდომით.

ასე ამგვარად სხვა ძვლებზე, მიღებული ტრავმის შესაბამისად.

კლინიკა, სინატიოგრაფია და დიაგნოზიკა ძვლების მოტეხილობების დროს.

ძვლების მოტეხილობის სწორი დიაგნოზტიკისათვის დიდი მნიშვნე-
ლობა აქვს კარგად შეგროვილ ანამნეზს, რომელიც მიმართულია მოტე-
ხილობის მექანიზმის გამოსაკვლევად. ზოგიერთი მოტეხილობის ანამნე-
ზი და მექანიზმი ფრიად ტიპურია. მაგალითად მალას კომპრესიულ და
ქუსლის ძვლის მოტეხილობა, დამახასიათებელია სიმძლიოდან ვარდნის
იროს სხეულის ვერტიკალურ მდგომარეობაში. ხოლო მენჯისა და ნეკ-
სების მოტეხილობა ზედმეტი ზეწოლით, წინიდან, უკანა მხრიდან ან
კვერდითი მიმართულებით. მოხუცებული ქალების ასაკში ბარძაყის ყე-
ლის მოტეხილობა უბრალო დაცემით. ტერფის მოტეხილობისათვის სიმ-
კიბის დაცემა, გოჯის აბდუქციური მოტეხილობის დროს — ტერფის
შეგნით გადამბრუნება. წინამხრის ძვლის მოტეხილობა გამოწვეულია
გამოწვეული ხელებზე დაცემით.

ძვლების მოტეხილობის დროს გვაქვს მთელი რიგი კლინიკური სიმ-
ტომები, რომლებიც ხშირად შესაძლებლობას გვაძლევს ზუსტად დავს-
ჯათ დიაგნოზი: მოტეხილობის მიდამოებში აღინიშნება შესიება და სისხ-
ლის ჩაქცევის ნიშნები: კიდურების ფუნქცია უმეტეს შემთხვევაში დარ-
ღვეულია. მოძრაობა, აქტიური თუ პასიური მტკივნეული და საგრძნო-
ბად შეზღუდული. ერთ-ერთ დამახასიათებელ ნიშანს წარმოადგენს აგ-
რეთვე ლოკალური ტკივილი, რომელიც აღინიშნება დაზიანებული ძვლის
მიდამოს გასინჯვის დროს.

მოტეხილობის უსიტყვო სიმპტომს წარმოადგენს: დეფორმაცია, ე. ი. კიდურების ფორმის შეცვლა მოტეხილობის ადგილზე არანორმალური მოძრაობა, მოტეხილი ნაწილების კრეპიტაცია (ტკაცუნა) და კიდურის დამოკლება. ამ ძირითად სიმპტომებთან ერთად გვაქვს მთელი რიგი მეორე ხარისხოვანი ნიშნები, მაგალითად ტკივილების ირიდირება მოტეხილობის ადგილიდან მოშორებით, ძვლის ხმის გამტარიანობის დარღვევა და სხვა, მაგრამ ყოველთვის ყველა სიმპტომი არა გვაქვს მოცემული სახეზე. განსაკუთრებით ბზარი სუბპერიოსტალური, ჩაჭედილი, სახსარშიგნითა ძვლის მოტეხილობების დროს.

აღინიშნება აგრეთვე ზოგიერთი მოტეხილობების სახეების დროს დამახასიათებელი სიმპტომები. მაგალითად. ბარძაყის სისხლძარღვების გაძლიერებული პულსაცია პუპარტის იოგის ქვეშ, ბარძაყის ყელის მედი-ალურ-ვარუსული მოტეხილობის დროს (ს. გორგოლავეის სიმპტომი).

მოტეხილობის მქონე ავადმყოფის გასინჯვის დროს საჭიროა აუცი-ლებლად გაისინჯოს პულსი ძვლის დაზიანებული ადგილის ქვემოთ, კანის მგრძნობელობა, აქტიური მოძრაობები, კუნთის სიძლიერე ყოველივე ეს საშუალებას გვაძლევს ვიმსჯელოთ სისხლძარღვების, ცენტრალური და პერიფერიული ნერვიული სისტემის დაზიანებაზე და მის ზარისხზე.

განსაკუთრებით გულდასმით უნდა გაისინჯოს ის ავადმყოფები, რომ-ლებიც უგრძნობ მდგომარეობაში იმყოფებიან ან აღენიშნებათ ალკო-ჰოლური ინტოქსიკაცია, რათა არ გამოგვეპაროს რაიმე დაზიანება. ასეთი ავადმყოფების გასინჯვის დროს, ადვილი შესაძლებელია დარჩეს შეუმ-ჩნეველი სიცოცხლისათვის ძლიერ სახიფათო დაზიანებანი, მაგალითად: შინაგანი ორგანოთა დაზიანება, ღვიძლის გაგლეჯვა, ელენთის მოგლეჯა, შარდის ბუშტის გახეთქვა, შარდსადენი მილის დაზიანება და სხვა.

ძვლის მოტეხილობების გამოცნობა უნდა ვიცოდეთ უბრალო და ყოველთვის მისაწვდომი მეთოდით. კარგად შეკრებილი ანამნეზი, ტრავ-მის მექანიზმის შესწავლა, კლინიკურ-მეთოდური გამოკვლევებით, რო-გორცაა ავადმყოფის გარეგანი დათვალიერება, ხელით შეხებითი გა-სინჯვა, სიგრძის შედარებითი გაზომვა, კიდურების წრეხაზის განსაზღვრა და ასე შემდეგ, შესაძლებლობას გვაძლევს არა მარტო მოტეხილობის დიაგნოზირებაში, არამედ ზუსტად განვსაზღვროთ ფრაგმენტების მდე-ბარეობა, რაც მეთისმეტად მნიშვნელოვანია ძვლების მოტეხილობების შემდგომი სწორი მკურნალობისათვის.

1895 წლის აღმოჩენამ, კ. ვ. რენტგენის მიერ ე. წ. „რენტგენის სხივებისა“ უდიდესი გადატრიალება მოახდინა მედიცინაში.

რენტგენის სხივების დახმარებით გაფართოვდა და გამდიდრდა ჩვენი ცოდნა ძვლის პათოლოგიის სფეროში. რენტგენოლოგიური გამოკვლევის სახით მოტეხილობის დიაგნოზის დასადგენად და რეზოზიციის დროს, ქირურგის „შესანიშნავი თანაშემწე“ ჰყავს, რომელიც ზუსტ ორიენტაციას აძლევს სად არის მოტეხილი ფრაგმენტების განლაგება და ამით მიუთითებს მისი მკურნალობის სწორ მეთოდს. რენტგენის სხივებით ჩვენ შეგვიძლია კონტროლი გავეწიოთ მკურნალობას ყველა მიმართულებით: ფრაგმენტების განლაგება მოტეხილობის ჩასწორების შემდეგ, გაჭიმვის დროს, კორქის მდგომარეობა და ასე შემდეგ.

მთელი რიგი ოპერაციები ძვლის დაზარებული მოტეხილობის დროს წარმოებს რენტგენის კონტროლქვეშ, მაგალითად: ბარძაყის ყელის მოტეხილობის ოსტეოსინთეზის ჩატარების დროს ლურსმნის საშუალებით და ბევრი სხვ.

ყველა ქირურგმა უნდა იცოდეს რენტგენოგრაფიების კითხვა. ვერავითარი, თუნდაც ყველაზე ზუსტად შედგენილი რენტგენოლოგიური დასკვნები ვერ შეედრება იმ შთაბეჭდილებას, რომელიც ჩვენ გვექმნება რენტგენოგრაფიის ვიზუალურად დათვალიერების დროს. მისი შესწავლის დროს თვალნათლივ ვხედავთ მოტეხილობის, ლოკალიზაციას, ნამსხვრევი ფრაგმენტების შეცილების დონეს. რის შედეგადაც უნდა გავაკეთოთ სწორი დასკვნა მკურნალობის მეთოდზე და შემდგომი პროგნოზირების საკითხზე.

ზოგიერთი მოტეხილობის დროს, დიაგნოზის შეუცდომლად დასმა შეიძლება მხოლოდ რენტგენოლოგიური გამოკვლევების საფუძველზე, მაგალითად: ბარძაყის ყელის და მხრის ყელის ჩაჭედილი მოტეხილობა, ძალების განივი მორჩის მოვლენა და სხვა, ამიტომ საჭიროა ქირურგსა და რენტგენოლოგს გამოუმუშავდეს „საერთო ენა“ მოცემული რენტგენოლოგიური გამოკვლევის აღწერის დროს, წინააღმდეგ შემთხვევაში, რენტგენოლოგის მიერ მოცემული შეფასება შეიძლება არ დაემთხვეს ქირურგის შეფასებას ანდა პირიქით. უნდა გამოუმუშავდეს ერთიანი რენტგენოლოგიური გამოკვლევების მეთოდები. რენტგენოგრაფები უნდა გაკეთდეს არა ნაკლებ ორ მიმართულებით (წინა, უკანა და გვერდითი), და უნდა იყოს რენტგენოგრაფიაზე ნათლად აღნიშნული ახლომდებარე სასწრაო არანაკლებ 2—3-ისა, რომლის გარეშე არ შეიძლება ზუსტად

განისაზღვროს ფრაგმენტების მდებარეობა. ვინაიდან არც თუ ისე იშვიათად ვხვდებით სხვადასხვა სახის მოტეხილობებს რომლებსაც თან ახლავს ამოვარდნილობაც, კერძოდ კიდურებზე მონტედჟოსა და გოლიაციის მოტეხილობანი და სხვა.

აღსანიშნავია აგრეთვე, რომ რენტგენოგრაფიის წარმოებისას არ უნდა შევუცვალოთ მდგომარეობა კიდურს და არ უნდა მოვხსნათ გაჭიმვა. ჩვენ უნდა ვისწრაფოდეთ იმისაკენ, რომ მკურნალობა იწყებოდეს მიმდინარეობდეს და თავდებოდეს რენტგენოლოგიური კონტროლის ქვეშ. მაგრამ ეს არ ნიშნავს იმას, რომ მითითებული გამოკვლევების გარეშე არ შეიძლება დიაგნოზის დადგენა და სწორად ჩაუტარდეს მკურნალობა ავადმყოფებს მოტეხილობების შემთხვევებში.

მოტეხილი ძვლების შეხორცება

ძვლების რეგენერაციის საკითხისადმი მიძღვნილია მრავლობითი გამოკვლევები, ამიტომ ჩვენ შევჩერდებით ამ რთული ბიოლოგიური პროცესის მხოლოდ ძირითადი სახეების განხილვაზე.

ძვლის ქსოვილი, ნერვული ქსოვილისაგან განსხვავებით. კარგად რეგენერირებს, მოტეხილობის შეზრდის დროს მიმდინარეობს ერთის მხრივ — შეწოვითი პროცესი, მეორეს მხრივ კი ძვლის აღდგენის პროცესი, ორივე ეს პროცესი დაკავშირებულია ტრავმულ ანთებასთან, რომელიც გამოწვეულია მოტეხილობის ადგილზე დაზიანებული ქსოვილების შეწოვის შედეგად, ძვლის ქსოვილის რეგენერაცია მიმდინარეობს ძვლის შენაერთების დაზიანებით, პერიოსტის, ენდოსტის, ძვლის ტვინის, ძვლის სისხლძარღვების და მის ირგვლივ მდებარე შემაერთებული ქსოვილების პროლოფერაციის ხარჯზე, რომელიც მეტაბოლიზმის გზით გადაიქცევა ძვლის ქსოვილად.

პერიოსტის რეგენერაციული პოტენციალი ძვლის ტვინისაგან განსხვავებით დიდია, ხოლო სისხლის მიმოქცევის დარღვევა, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს მოტეხილი ძვლის მფარავი კუნთების დიდი დაზიანებით, უარყოფითად მოქმედებს მოტეხილი ძვლის შეზრდაზე. სწორედ ამით აიხსნება ხშირად ცრუ სახსრის წარმოშობა ბარძაყის ყელის, ნაგისებური ძვლის მოტეხილობის დროს და სხვა ასეთი მოტეხილობების შეხორცება შეიძლება მოხდეს მხოლოდ ძვლის სპონგიოზური ნაწილის ხარჯზე, რაც უნდა იყოს განპირობებული მოტეხილი ფრაგმენტების ზუსტი რეპოზიციით, მაღი მყარი ფიქსაციით.

პრაქტიკული დაკვირვებანი ძვლის მოტეხილობების მკურნალობის დროს გვარწმუნებენ რომ ფრაგმენტების სწორ რეპოზიციას და მყარ ფიქსაციის ფაქტორს აქვს დიდი მნიშვნელობა მოტეხილობების შესა-
ხორცებლად. ფრაგმენტების ზუსტი შეხების შემდეგ, თუ დაცული იქნე-
ბა მოტეხილობის ადგილის სრული უმოძრაობა, ხდება მისი პირდაპირი
შეხორცება. ამ შემთხვევაში კორძი მცირედ იქნება გამოსახული. თუ
ფრაგმენტების დიდი შეცილება გვაქვს, არ არის დაცული უმოძრაობა
მოტეხილობის ადგილზე, შეიძლება წარმოიქმნეს დიდი კორძი, ან ჩამო-
ყალიბდეს ცრუ სახსარი. ანალოგიურად კანის ქსოვილის შეხორცებისას
ვარჩევთ მოტეხილი ძვლების პირველად (პირდაპირ) და მეორად (არა-
პირდაპირ) შეხორცებას.

რბილი ქსოვილების შეხორცებული კრილობების ანალოგიურად,
ძვლების შეზრდისას ზედმეტი კორძის წარმოქმნისას ეწოდება მეორადი
ანუ არაპირდაპირი შეხორცება.

მოტეხილობათა შეზრდა მეორადი შეხორცებით მიმდინარეობს უფ-
რო ნელა, ვიდრე პირდაპირი, უშუალო შეზრდის დროს. პირველადი ანუ
პირდაპირი, შეხორცება მოტეხილობის დროს და მეორადი ანუ არაპირ-
დაპირი შეხორცების ტერმინების შემოტანა წარმოადგენს არა მარტო
თეორიულ ინტერესს, არამედ მას აქვს პრაქტიკული მნიშვნელობა.

მოტეხილობათა შეხორცებაზე საერთო და ადგილობრივი ფაქტორების გავლენა

გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ყველა მოტეხილობანი დროული და
სწორი მკურნალობით კარგ შედეგს გვაძლევს.

ცნობილია აგრეთვე, რომ ორსულთა ძვლის მოტეხილობა თავისებუ-
რად მიმდინარეობს და შეხორცება მიმდინარეობს უფრო ნელა, ვიდრე
ჩვეულებრივ პირობებში. ასევე მთელი რიგი დაავადებებისა: დიაბეტი,
ენდოკრინული ჭირკვლების ფუნქციის დარღვევა, ათაშანგი, სისხლნაკლე-
ბობა, ორგანიზმის საერთო გამოფიტვა, ავითამინოზი და სხვა — არ-
ღვევს კორძის წარმოქმნის ნორმალურ პროცესს და წარმოადგენს მო-
ტეხილობათა შენელებული შეხორცებისა და ცრუ სახსრების წარმოშო-
ბის მიზეზს. მოტეხილობათა შეხორცებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს
რაციონალურ კვებას. კვების რეჟიმი გავლენას ახდენს ორგანიზმში ნივ-
თიერებათა ცვლაზე, ამიტომ ვიტამინების ნაკლოვანება, უარყოფითად
მოქმედებს ძვლის რეგენერაციაზე. ავტორთა ერთი ჯგუფი აღნიშნავს,
რომ მოტეხილობის შეხორცების პროცესში ორგანიზმს ესაჭიროება კალ-

ციუმი და ფოსფორი, წინადადებას იძლევიან ორგანიზმში შევიყვანოთ შესატყვისი პრეპარატები. ავტორთა სხვა ნაწილი ვერ ხედავს ორგანიზმში ამ მარილების შეყვანით გამოწვეულ დადებით შედეგებს. თანამედროვე ლიტერატურა სავსება კლინიკური და ექსპერიმენტალური ხასიათის ცნობებით მოტეხილობათა შეზრდის დამაჩქარებელი საშუალებების შესახებ. მოტეხილობის ადგილზე სისხლის შეყვანით გამოწვეულ მნიშვნელობაზე, ძვლების ნაფრქვევებზე, ექსტრაქტებზე ემბრიონალური ქსოვილებისაგან, შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების პრეპარატების კანქვეშ შეყვანის, ბოგომოლცის შრატის ხმარების და სხვ. სისხლის გადასხმაზე. სხვადასხვა ფიზიოთერაპიული მეთოდების გავლენა შეხორცებაზე მათ შორის სხვადასხვა ბიოლოგიური ნივთიერებებით, ტალახით მაგნიტური ველით, ელექტროსტიმულაციით მკურნალობაზე და ა. შ. ბელერი უარყოფით შეფასებას აძლევდა ევრეთწოდებულ სტიმულიაციის მეთოდს მოტეხილობის შეზრდისას და აღნიშნავს ადგილობრივი პირობების მნიშვნელობას მოტეხილობის შეხორცებისათვის, მას საჭირო ფაქტორებად მიაჩნია „დრო და სიმშვიდე“, ჩვენც ამ აზრისა ვართ და ზედმეტად მიგვაჩნია რეგენერაციის ასაღორძინებელი ის მეთოდები გამოვიყენოთ, რაც ზემოთ იყო აღნიშნული.

ძვლის მოტეხილობის შეხორცებაში უმთავრესი როლი ენიჭება ადგილობრივ პირობებს. ამ პირობებიდან განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს ნამსხვრევების სწორ დგომას, კარგ ადამტაციას (შეხებას) და მათ ხანგრძლივ უმოძრაობას ავადმყოფის ზოგადი აქტიურობის ფონზე. სწორედ ასეთი პირობები აჩქარებენ კოარქის წარმოქმნის პროცესს.

პირველადი დახმარება ტრავმების დროს

პირველი დახმარების ორი ეტაპია მიღებული. პირველი საექიმო დახმარება უფრო რთული, სპეციფიკური და ზოგჯერ გადაწყვეტიც უნდა იყოს, ვიდრე ექიმამდელი, მაგრამ ექიმამდელ დახმარებასაც უნდა ექცეოდეს სათანადო ყურადღება რადგანაც ხშირად არასწორმა დახმარებამ ან ავადმყოფის სწორად ტრანსპორტირებამ შეიძლება გამოიწვიოს გამოუსწორებელი გართულებანი. ასე მაგალითად, თუ ტრავმის დროს შეიძლება ავადმყოფმა მიიღოს მხოლოდ მალეების მოტეხილობა, მისი არასწორად ტრანსპორტირებისას შეიძლება მოტეხილობა გართულდეს ზურგის ტვინის დაზიანებით ან კიდევ შეიძლება რომელიმე კიდურის მოტეხილობის ბასრმა ფრაგმენტმა კიდურის იმბოლიზაციის გარეშე ტრანსპორტირების დროს, დააზიანოს მაგისტრალური სისხლის ძარღვი

და ეს აღმოჩნდეს საბედისწერო ავადმყოფისათვის. ამიტომ ჩვენ მიგვაჩნია აუცილებლად მოსახლეობამ და მათ შორის პირველ რიგში მილიციის თანამშრომლებმა და მძღოლებმა იცოდნენ პირველადი დახმარების ძირითადი პრინციპები და ჰქონდეთ პრაქტიკული ჩვევები დაზიანებული კიდეურის იმობილიზაციაში, სისხლის დენის დროებით შეჩერებაში, ავადმყოფის ტრანსპორტირებაში და ა. შ.

ტრავმატოლოგიური განყოფილების მუშაობის ორგანიზაციამ უნდა უზრუნველყოს კვალიფიცირებული სადღეღამისო გადაუდებელი დახმარება ახლადმიღებულ ტრავმულ ავადმყოფებისათვის. კრილობის პირველადი დამუშავება, მოტენილობისა და ამოვარდნილობის ჩასწორება, თაბაშირის ნახვევების დადება, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა და კონტროლი საჭიროებისას, გადაუდებელი ოპერაციული ჩარევა. ტრავმატოლოგიურმა განყოფილებამ უნდა განაგრძოს ავადმყოფის მკურნალობა მისი სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ პოლიკლინიკის პირობებში.

სტაციონარში — სამკურნალო დაწესებულების მისაღებ განყოფილებაში ტრავმირებული ავადმყოფები მიყვანილი უნდა იყვნენ სასწრაფო დახმარების ტრანსპორტით ან უკიდურეს შემთხვევაში თვითდინებით. მოყვანილ ავადმყოფთა უმრავლესობა საავადმყოფოს მისაღებ განყოფილებაში საჭიროებს სტაციონირებას, ნაწილს კი შესაფერისი დახმარების გაწევის შემდეგ, შეუძლია შემდგომში მკურნალობა პოლიკლინიკაში. დიდ საავადმყოფოებში მისაღებ ოთახს უნდა ჰქონდეს გასასინჯი, შესახვევი, საოპერაციო, რამდენიმე საწოლი მცირე დროით ჰოსპიტალიზირებულ (1—2 დღე-ღამე) ავადმყოფებისათვის, დღე-ღამის განმავლობაში წომუშავე რენტგენის კაბინეტი, ან მოძრავი რენტგენის დანადგარი.

შესახვევი და საოპერაციო გარდა ზოგადი ქირურგიული ინსტრუმენტებისა მომარაგებული უნდა იყოს თაბაშირის ბინტებით. მისაღებ განყოფილებაში უნდა გავითვალისწინოთ ტრავმირებული ავადმყოფების მისაღებად და მოსაველელად აუცილებელი ინვენტარი, საკაცე, სტანდარტული არტაშენები, რომლებიც ეძლევა სასწრაფო დახმარებას ნაცვლად ავადმყოფზე დადებულისა, სისხლისგამაჩერებელი ლახტები, შოკისსაწინააღმდეგო საშუალებები (მორფი, ქაფური, კოფეინი და სხვ.), ანტიტეტანუსის, ანტიგანგრენოზული შრატები.

ტრავმატოლოგიურ განყოფილებაში აუცილებელია იყოს განლაგებული რენტგენის კაბინეტი, სათაბაშირო — შესახვევი, საპარატო, საოპერაციო, სამკურნალო ფიზკულტურისა და მექანოთერაპიის კაბინეტი, ფიზიოთერაპიული კაბინეტი; თუ ტრავმატოლოგიური და ქირურგიული

ციუმი და ფოსფორი, წინადადებას იძლევიან ორგანიზმში შეეცვანოთ შესატყვისი პრეპარატები. ავტორთა სხვა ნაწილი ვერ ხედავს ორგანიზმში ამ მარილების შეყვანით გამოწვეულ დადებით შედეგებს. თანამედროვე ლიტერატურა საესეა კლინიკური და ექსპერიმენტალური ხასიათის ცნობებით მოტეხილობათა შეზრდის დამაჩქარებელი საშუალებების შესახებ. მოტეხილობის ადგილზე სისხლის შეყვანით გამოწვეულ მნიშვნელობაზე, ძვლების ნაფრქვევებზე, ექსტრაქტებზე ემბრიონალური ქსოვილებისაგან, შინაგანი სეკრეციის ჭირკვლების პრეპარატების კანქვეშ შეყვანის, ბოგომოლცის შრატის ხმარების და სხვ. სისხლის გადასხმაზე, სავადასხვა ფიზიოთერაპიული მეთოდების გავლენა შეხორცებაზე მათ შორის სხვადასხვა ბიოლოგიური ნივთიერებებით, ტალახით მაგნიტური ველით, ელექტროსტიმულაციით მკურნალობაზე და ა. შ. ბელერი უარყოფით შეფასებას აძლევდა ეგრეთწოდებულ სტიმულიაციის მეთოდს მოტეხილობის შეზრდისას და აღნიშნავს ადგილობრივი პირობების მნიშვნელობას მოტეხილობის შეხორცებისათვის, მას საჭირო ფაქტორებად მიაჩნია „დრო და სიმწვდე“, ჩვენც ამ აზრისა ვართ და ზედმეტად მიგვაჩნია რეგენერაციის ასაღორძინებელი ის მეთოდები გამოვიყენოთ. რაც ზემოთ იყო აღნიშნული.

ძვლის მოტეხილობის შეხორცებაში უმთავრესი როლი ენიჭება ადგილობრივ პირობებს. ამ პირობებიდან განსაკუთრებით დიდი მნიშვნელობა აქვს ნამსხვრევების სწორ დგომას, კარგ ადაპტაციას (შეხებას) და მათ ხანგრძლივ უმოძრაობას ავადმყოფის ზოგადი აქტიურობის ფონზე. სწორედ ასეთი პირობები აჩქარებენ კორძის წარმოქმნის პროცესს.

პირველადი დახმარება ტრავმების დროს

პირველი დახმარების ორი ეტაპია მიღებული. პირველი საეჭირო დახმარება უფრო რთული, სპეციფიკური და ზოგჯერ გადამწყვეტიც უნდა იყოს, ვიდრე ექიმამდელი, მაგრამ ექიმამდელ დახმარებასაც უნდა ექცეოდეს სათანადო ყურადღება რადგანაც ხშირად არასწორმა დახმარებამ ან ავადმყოფის სწორად ტრანსპორტირებამ შეიძლება გამოიწვიოს გამოუსწორებელი გართულებანი. ასე მაგალითად, თუ ტრავმის დროს შეიძლება ავადმყოფმა მიიღოს მხოლოდ მალევის მოტეხილობა, მისი არასწორად ტრანსპორტირებისას შეიძლება მოტეხილობა გართულდეს ზურგის ტვინის დაზიანებით ან კიდევ შეიძლება რომელიმე კიდურის მოტეხილობის ბასრმა ფრაგმენტმა კიდურის იმპოლიზაციის გარეშე ტრანსპორტირების დროს, დააზიანოს მაგისტრალური სისხლის ძარღვი

და ეს აღმოჩნდეს საბედისწერო ავადმყოფისათვის. ამიტომ ჩვენ მიგვაჩნია აუცილებლად მოსახლეობამ და მათ შორის პირველ რიგში მილიციის თანამშრომლებმა და მძღოლებმა იცოდნენ პირველადი დახმარების ძირითადი პრინციპები და ჰქონდეთ პრაქტიკული ჩვევები დაზიანებული კიდურის იმობილიზაციაში, სისხლის დენის დროებით შეჩერებაში, ავადმყოფის ტრანსპორტირებაში და ა. შ.

ტრავმატოლოგიური განყოფილების მუშაობის ორგანიზაციამ უნდა უზრუნველყოს კვალიფიცირებული სადღეღამისო გადაუდებელი დახმარება ახლადმიღებულ ტრავმულ ავადმყოფებისათვის. ჭრილობის პირველადი დამუშავება, მოტეხილობისა და ამოვარდნილობის ჩასწორება, თაბაშირის ნახევრების დადება, რენტგენოლოგიური გამოკვლევა და კონტროლი საჭიროებისას, გადაუდებელი ოპერაციული ჩარევა. ტრავმატოლოგიურმა განყოფილებამ უნდა განაგრძოს ავადმყოფის მკურნალობა მისი სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ პოლიკლინიკის პირობებში.

სტაციონარში — სამკურნალო დაწესებულების მისაღებ განყოფილებაში ტრავმირებული ავადმყოფები მიყვანილი უნდა იყვნენ სასწრაფო დახმარების ტრანსპორტით ან უკიდურეს შემთხვევაში თვითდინებით. მოყვანილ ავადმყოფთა უმრავლესობა საავადმყოფოს მისაღებ განყოფილებაში საჭიროებს სტაციონირებას, ნაწილს კი შესაფერისი დახმარების გაწევის შემდეგ, შეუძლია შემდგომში მკურნალობა პოლიკლინიკაში. დიდ საავადმყოფოებში მისაღებ ოთახს უნდა ჰქონდეს გასასიჩქო, შესახვევი, საოპერაციო, რამდენიმე საწოლი მცირე დროით ჰოსპიტალიზირებულ (1—2 დღე-ღამე) ავადმყოფებისათვის, დღე-ღამის განმავლობაში ზომუშავე რენტგენის კაბინეტი, ან მოძრავი რენტგენის დანადგარი.

შესახვევი და საოპერაციო გარდა ზოგადი ქირურგიული ინსტრუმენტებისა მომარაგებული უნდა იყოს თაბაშირის ბინტებით. მისაღებ განყოფილებაში უნდა გავითვალისწინოთ ტრავმირებული ავადმყოფების მისაღებად და მოსაყვლად აუცილებელი ინვენტარი, საკაცე, სტანდარტული არტაშენები, რომლებიც ეძლევა სასწრაფო დახმარებას ნაცვლად ავადმყოფზე დადებულისა, სისხლისგამაჩერებელი ლახტები, შოკისსაწინააღმდეგო საშუალებები (მორფი, ქაფური, კოფეინი და სხვ.), ანტიტეტანუსის, ანტიგანგრენოზული შრატები.

ტრავმატოლოგიურ განყოფილებაში აუცილებელია იყოს განლაგებული რენტგენის კაბინეტი, სათაბაშირო — შესახვევი, საპარატო, საოპერაციო, სამკურნალო ფიზკულტურისა და მექანოთერაპიის კაბინეტი, ფიზიოთერაპიული კაბინეტი: თუ ტრავმატოლოგიური და ქირურგიული

განყოფილებები განლაგებულია ახლოს ერთმანეთთან, მაშინ საოპერაციო, რენტგენოლოგიური და ფიზიოთერაპიული კაბინეტები შეიძლება საერთო იყოს ორივე განყოფილებისათვის.

სათაბაშირო შესახვევში მიმდინარეობს ძირითადი სამკურნალო მანიპულაციები: მოტეხილობის გაუტკივარება, ჩასწორება, თაბაშირის ნახვევების დადება და სხვა. მოთხოვნილება სათაბაშირო შესახვევისადმი ისეთივე უნდა იყოს, როგორც საოპერაციოსი. სათაბაშირო-შესახვევი აღჭურვილობა და შესაფერი მოწყობილობა უნდა იყოს გულდასმით მოფიქრებული. იარაღების გარდა, საჭიროა აგრეთვე სპეციალური დანადგარები, მოტეხილობის ჩასასწორებლად, თაბაშირის ნახვევების დასადებად, მოძრავი რენტგენის აპარატი და სხვა.

ძვლის მოტეხილობათა მკურნალობა

მოტეხილობის მქონე ავადმყოფთა მკურნალობას აქვს მიზანი: სიცოცხლე შეუნარჩუნოს ავადმყოფს, დროის უმოკლეს ვადაში მთლიანად აღიდგინოს ძვლის ანატომიური მთლიანობა, კიდურების ფუნქცია და ავადმყოფის წინანდელი შრომისუნარიანობა.

ავადმყოფს დაწესებულებაში მოთავსებისას უნდა ჩაუტარდეს კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, რის შემდეგაც გადაწყდება მკურნალობის გეგმა.

საერთოდ აღიარებულია „დროის ფაქტორის“ მნიშვნელობა, მაგრამ მას უპირველესი მნიშვნელობა აქვს ძვლის ღია მოტეხილობის დროს. რაც უფრო ადრე წარმოებს კრილობის პირველადი დამუშავება, მოტეხილობის რეპოზიცია და კიდურის კარგი იმობილიზაცია, მით უფრო ნაკლებად მოსალოდნელია ინფექციის განვითარება. სულ სხვაგვარი მდგომარეობა გვაქვს ძვლის დახურული მოტეხილობის დროს. სამწუხაროდ აქამდე ყველა ქირურგმა არ იცის, რომ დროის ფაქტორს ისეთივე მნიშვნელობა აქვს, როგორც კრილობის პირველადი დამუშავებისას.

მორიგე ქირურგები, ზოგჯერ ყველა შემთხვევაში როდი თვლიან თავიანთ მოვალეობად სასწრაფოდ აწარმოონ მოტეხილობის ჩასწორება, და მისი ფიქსაცია, ძვლის დახურული მოტეხილობის დროს. ასეთი ავადმყოფის დატოვება „დილამდე“ ან ზოგჯერ რამდენიმე დღე-ღამე „შესივებული კიდურის შემკირებამდე“, კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევისა და მოტეხილობის პირველადი დამუშავების გარეშე დაუშვებელია.

სისხლძარღვების, ნერვების დაზიანებების დროს დაგვიანებულ პირ-
ველადი დამუშავებისას შეიძლება მოხდეს მძიმე, ზოგჯერ გამოუსწორე-
ბელი ღარღვებები, სისხლის მიმოქცევის, ღიმფის მიმოქცევის და კიდუ-
რების ინერვაციის მოშლა.

მოტეხილობას ჩასწორება ტრავმის მიღებისთანავე ადვილი მოსა-
ხერხებელია. ამის შემდეგ ტკივილი მალე ქრება და ხდება სისხლის მი-
მოქცევის აღდგენა. უფრო მოგვიანებით, როდესაც ხდება ჰემატომების
გაზრდა და მისი ჩამოყალიბება, შეშუპების გადიდება და კუნთების რეტ-
რაქცია, ფრაგმენტების რეპონირება ჩვეულებრივი ხერხებით გაცილებით
ძნელია და ზოგჯერ არც კი ხერხდება. ტრავმულ ავადმყოფთა ფსიქიური
მდგომარეობა, როგორც წესი, მძიმეა, ვინაიდან უბედურება მათ თავზე
დაატყდათ მოულოდნელად. აქამდე ისინი იყვნენ ჯანმრთელი და უცებ
მოულოდნელად „ხედებიან“ სამკურნალო დაწესებულებაში, ამიტომ
ყოველთვის ლოგიკურად როდი გადმოსცემენ მდგომარეობის არსს, რომ-
ლის დროსაც მიიღეს ტრავმა, ადანაშაულებენ თავიანთ თავს და სხვებს.
გაუფრთხილებლობაში და ასე შემდეგ. ბუნებრივია, რომ ავადმყოფს,
რომელმაც მიიღო მოტეხილობა და აღმოჩნდა სამკურნალო დაწესებუ-
ლებაში, იმედი აქვს მაშინვე მიიღებს სასწრაფო სამკურნალო დახმარე-
ბას. მას ბევრი რამ არ ესმის, როცა მოსალოდნელი სწრაფი დახმარების
ნაცვლად მას ათავსებენ საწოლზე. ტკივილის ხანგრძლივობა მიუხედა-
ვად მისი დროებითი იმობილიზაციისა, შიში დაზიანებული კიდურის ბე-
რისა და სხვა აუარესებს ავადმყოფების ფსიქიკურ მდგომარეობას.

ძვლის მოტეხილობისას დროული რეპონიცია თავიდან აგვაცილებს
მთელ რიგ გართულებებს და შესაძლებლობას გვაძლევს მოვაშოროთ
ტკივილის სინდრომი და ამით ავადმყოფი გამოვიყვანოთ მძიმე ფსიქო-
ლოგიური მდგომარეობიდან.

ადგილობრივი გაუბიძვრება ლულოვანი კვლევის მოტეხილობის დროს

მოტეხილობის დადგენისთანავე მკურნალობა უნდა დაეიწყოთ ვაუტრ-
კივარებით. საოპერაციოში ქირურგის ხელების დამუშავების შემდეგ
2%-იანი ნოვოკაინი 15—20,0 რაოდენობით შეგვეყვას მოტეხილობის ად-
გილზე, თუ შპრიცში დგუშის ამოწევისას სისხლი გამოჩნდა, ეს იმის მაჩ-
ვენებელია, ნემსი მოხვდა მოტეხილობის ადგილზე, ჰემატომაში, ნემსის
გამოდების შემდეგ კანს კვლავ ვუსვათ იოდის დაფარვით ლეიკოპლას-

ტერს, თუ ადგილი აქვს კანის ექსკორიაციას სასურველია ნოვოკაინთან ერთად შეყვანილ იქნეს ანტიბიოტიკები (იხ. სურ. 4).

ნოვოკაინის ანესთეზიასთან ერთად ტკივილების დასაყუჩებლად რეკომენდებულია ნარკოტიკული ან ნეიროპლეგიური საშუალებების გამოყენება (თუ დაზიანებული არ არის შინაგანი ორგანოები). თუ შინაგანი ორგანოებიც დაზიანებულია, მაშინ გაუტკივარება ხდება ზოგადი ნარკოზით, რის შედეგადაც ხდება ოპერაციული ჩარევა დაზიანებულ შინაგან ორგანოებზე. ამავე დროს ხდება ფრაგმენტების რეპოზიცია, მათი იმობილიზაცია ან თაბაშირის ნახვევით ან ჩონჩხოვანი დაჭიმვით. (იხ. სურ. 4), (იხ. სურ. 5).

მოტეხილობის ჩასწორება ანუ რეპოზიცია და მომდევნო მკურნალობა უნდა მიმდინარეობდეს უმტკივნეულოდ. ვინაიდან ტკივილი ხელს უწყობს მოტეხილობის დროს შოკური მდგომარეობის განვითარებას, ეს კი იწვევს კუნთების რეფლექსორულ შეკუმშვას, მოტეხილ ფრაგმენტებს სტოვებს გადანაცვლებულ მდგომარეობაში, რაც წინააღმდეგობას უწევს მათ ჩასწორებას. გაუტკივარება ხელს უწყობს ავადმყოფის გამოყვანას შოკურ მდგომარეობიდან, ხსნის კუნთების სპაზმს და ადვილდება ფრაგმენტების რეპოზიცია.

ავადმყოფები, რომლებიც მოტეხილობის ჩასწორების დროს ტკივილს განიცდიან, არიან აღგზნებულნი და აქტიურ წინააღმდეგობას უწევენ მკურნალს, ექიმმა კი რომელმაც ვერ შესძლო მოტეხილობის მთლიანი გაუტკივარება, ვერ იმსახურებს ავადმყოფის ნდობას. მოტეხილობის არეში შეყვანილი ნოვოკაინის ხსნარი შეერევა მოტეხილობის ირგვლივ ჩაქცეულ სისხლს და ჯდინთავს ირგვლივ მდებარე ქსოვილებს. თუ ნოვოკაინის ხსნარი მოხვდა ჰემატომაში, მაშინვე იხსნება ტკივილები და კუნთების სპაზმები, ამით კი აცილებული იქნება მოტეხილობის ჩასწორების დროს წარმოქმნილი წინააღმდეგობანი.

ფვლის მოტეხილობის მკურნალობის მეთოდები

ფვლის მოტეხილობის მკურნალობის ძირითად თანამედროვე მეთოდს წარმოადგენს: ჩონჩხოვანი გაჭიმვა, თაბაშირის ნახვევი, ოპერაციული მკურნალობა და კომპრესიული — დისტრაქციული ოსდეოსინთეზი, აპარატებით. მკურნალობის ეს მეთოდები უნდა გამოიყენებოდეს ჩვენებების შიზღვით.

ძელის მოტეხილობის მეურნალობის ერთ-ერთ ყველაზე უფრო ხშირად გამოყენებულ ხერხს წარმოადგენს ჩონჩხოვანი დაჭიმვა. ანსხვავებენ ჩონჩხოვან დაჭიმვის ორ სახეობას: ჩონჩხზე და კანზედას.

1. **ჩონჩხოვანი დაჭიმვა**, ჩონჩხზე გაჭიმვის დროს მიმდინარეობს უშუალოდ ძვალზე ჩხირების საშუალებით ხელის ან ელექტრული დრელის საშუალებით, ჩხირი სწრაფად გადის ძვალში, ჩხირის ასეთი შეყვანის საშუალებას უსათუოდ უპირატესობა აქვს სხვებთან შედარებით, ძვალში გატარებულ ჩხირს თავისუფალ ბოლოებზე, აცვამენ რკალს მასზე დამაგრებული თოკით, რომელსაც გადაჰკიდებენ ჭოჭინას, თოკზე ჰკიდებენ ტვირთს. აღიარებულია და ხშირად იხმარება პრაქტიკაში კირშენერის ჩხირით გაჭიმვა, რომელიც უფრო ატრავმატულია შედარებით სხვა მეთოდებთან. ლითონის ჩხირი გატარებული ძვალში, იჭიმება სპეციალურ რკალში, ეს კი გვაძლევს პირობას გამოვიყენოთ დიდი სიმძიმეები გაჭიმვისათვის მიუხედავად იმისა, რომ თვით ჩხირი არ არის სისქით დიდი. ჩხირი მზადდება დაუქანავი ფოლადისაგან, მისი სიგრძეა 30 სმ, სისქე კი 1—2 მმ. ერთი ბოლო მისი არსის ბასრი სამკუთხოვანი, რომლითაც შევდივართ ძვალში, ხოლო მეორე კი ბლაგვია (ჩამოჭრილი). იმისათვის რომ ჩხირი უკეთ ფიქსირდებოდეს დრელის შიგნითა პატრონაში. კირშენერის ანაწყობი იარაღების კომპლექსი; რომელიც განკუთვნილია სხეულის ჩონჩხზე გაჭიმვისათვის შესდგება შემდეგი ნაწილებისაგან: 1. მიმართულების მომცემი აპარატი, 2. ლითონის რკალი; 3. დამჭიმავი ხრახნი, 4. გასაღები, 5. კაუჭი შესაერთებლად რკალის ზონართან. კირშენერის რკალი სამი ფორმის არსებობს. იმისათვის, რომ ჩხირი ძვალში შეყვანის დროს არ მოიღუნოს, მას სვამენ მიმართულების მიმცემ აპარატში. ჩხირი შეჰყავთ ძვალში, ხელის ან ელექტრო დრელის დახმარებით, რომელიც შეერთებულია მიმართულების აპარატთან ვაზნის საშუალებით. ჩხირის თავისუფალ ბოლოზე ძვალში გატარებულს ჩამოაცმევენ ლითონის რკალს. პირველად ჩხირს უკეთებენ ფიქსირებას ერთი მხრიდან დამჭერის საშუალებით. მეორე ბოლოს კი დროებით იჭერენ დამჭიმავ ხრახნზე, რომელიც არის ჩასმული გვერდითი რკალის ხერგტილაში (ჩხირს ჰიმავენ დამჭიმავი ხრახნის სახელურის შემოტრიალებით, შემდეგ კი უკეთებენ ფიქსაციას რკალის მეორე დამჭერზე. ამის შემდეგ კი დამჭიმავ ხრახნს აშორებენ რკალს, ხერგელში შეჰყავთ ზონარი, რომელსაც გადაჰკიდებთ არტაშნის ჭოჭონაქზე, რაზედაც ხდება

გაქიმვა, ზონარზე გკიდებთ სიმპლემს საჭიროებისდამიხედვით. (იხ. სურ. 5), (იხ. სურ. 6).

კირჩხევის აბარატი კონსტრუქციით უფრო რთულია, ვიდრე „ციტოს“ რკალი, იგი არ საჭიროებს ცალკე მომჭერ ხრახნს. ჩხირის დამაგრება წარმოებს სპეციალური ხრახნის საშუალებით, რომელიც რკალშია დამაგრებული (იხ. სურ. 6), (იხ. სურ. 7).

ძვალში ჩხირის გატარება წარმოადგენს ქირურგიულ ჩარევას და მოითხოვს ასეპტიკის დაცვას, ჩხირის შეყვანამდე მოტეხილობის ადგილას შეგვყავს ელექტროდების მიზნით 20 მლ 1% ნოვოკაინის ხსნარი. შემდეგ ფეხს ათავსებენ ბელურის არტაშანზე. ჩხირის შეყვანის ადგილზე კანი მუშავდება იოდით. ჩხირის შეყვანის ადგილს ძვლის ორივე მხარეს აყუჩებენ 20 მლ 0,5% ნოვოკაინის ხსნარით. ჩხირის კანში შეყვანის და გამოსვლის ადგილას აწებებენ მცირე მარლის საფენებს. იმისათვის, რომ ჩხირი არ გადაადგილდეს, მასზე ორივე მხრიდან აცვამენ სპეციალურ ფიქსატორებს (იხ. სურ. 7).

ჩონჩხზე გაქიმვა ჩვეულებრივ წარმოებს დიდ ციბრუტზე (მენჯის მოტეხილობის ზოგიერთ შემთხვევაში) ბარძაყის როკზე. დიდი წვივის ბორცვზე (მენჯისა და ბარძაყის მოტეხილობისას), გოჯისქვედა მიდამოზე, ქუსლის ძვალზე (წვივის მოტეხილობის დროს) და იდაყვის მორჩის ფუძეზე, ქვედა მხრის მოტეხილობისას) (იხ. სურ. 8).

ჩხირის გატარების წერტილი დიდ ციბრუტზე განისაზღვრება შემდეგი სახით: ორი თათით (პირველი და მეორეთი) ნახულობენ დიდ ციბრუტს. ამ მიდამოს წინა ზედაპირზე, ციბრუტის წარმოქმნის ახლოს ამოარჩევენ წერტილს და მისი მეშვეობით შეგვყავს ჩხირი პერპენდიკულარულად ბარძაყის ლერძისა, ანუ 120°-140°-ის კუთხით (წინა და ქვევით, უკან და ზევით).

ჩხირის გატარების ადგილს ბარძაყის როკის ადგილზე ვარჩევთ შემდეგნაირად: დიდი და საჩვენებელი თითები ენახულობთ ბარძაყის როკს ამ ადგილიდან ცოტავე ზევით მუწის სედა მხარეს და ბარძაყის ძვლი. დიაფიზის წინა უკანა დიამეტრის შუაში, გატარებთ ჩხირს. ბარძაყის როკში ჩხირის გატარებისას საჭიროა დიდი სიფრთხილე, რამ არ შევიჭეთ მუხლის სახსარში, არ დაზიანდეს სისხლძარღვები, ნერვები მუხლის ქვედა მიდამოებში და არ დაზიანდეს ძვლის ეპიფიზარული ნაწილი ბავშვებში. აქედან გამომდინარე ნაკლებად მიემართავენ ბარძაყის როკის დაჭიმვას.

სხვებთან შედარებით უფრო ადვილი და უზიფათოა ჩხირის გატარება ძვლის დიდი წვივის ბორცვზე, იმდენად რამდენადაც ამ ადგილზე არ არის სახსრის ჩანთა, ხოლო სისხლძარღვები და ნერვები უფრო ღრმადაა

განლაგებული. აქ ადვილად განისაზღვრება მცირე მოედანი, რომელიც მოთავსებულია 1—1,5 სმ-ით ბორცვის უმაღლეს წერტილიდან. მასში უნდა გატარდეს ჩხირი. ტექნიკურად უკეთესია თუ ჩხირი გატარდება გარედან შიგნით. ბარძაყის მოტეხილობის მკურნალობისას ჩონჩხზე გაჭიმვით, ჩხირი შეიძლება გატარებული იქნეს ბარძაყის როკის ან დიდი წვივის ძვლის ბორცვში. ბარძაყის როკზე გაჭიმვისას, დაჭიმვა წარმოებს უშუალოდ მოტეხილი ძვლის დისტალური ნაწილის. მუხლის სახსარი კი რჩება თავისუფალი, რაც საშუალებას გვაძლევს ჩავუტაროთ ადრეული მოძრაობა სახსარში და თავიდან გვაცილებს მუხლის სახსრის ჩანთის დაჭიმვის საშიშროებას. დაჭიმვას დიდი წვივის ძვლის ბორცვზე აქვს რიგი უპირატესობანი ბარძაყის როკზე დაჭიმვასთან შედარებით. იმისათვის, რომ ფრამენტები ჩავასწოროთ საჭიროა ბარძაყის კუნთების დაჭიმვა მათ შორის კუნთების, რომელიც მიმართულია წვივზე დაჭიმვისას დამაკავშირებელი, შემკვრელი აპარატი ნაკლებად ემორჩილება დაჭიმვას, რადგან გაჭიმვა მოქმედებს უპირველეს ყოვლისა შეკუმშულ კუნთებზე. ამას გარდა დაჭიმვა დიდი დატვირთვით 6, 8, 10 კგ. და მეტიც, წარმოებს მხოლოდ პირველ დღეებში მოტეხილობის ჩასწორებამდე. შემდგომში კი ტვირთი მცირდება. დაკვირვებებით დადგენილია, რომ დიდი წვივის ბორცვზე ხანგრძლივი დაჭიმვის შემდეგ მუხლის სახსრის ფუნქცია არ ირღვევა. ანთებადი მოვლენები, რომლებიც შეიძლება განვითარდეს ჩხირების ირგვლივ, ადვილად ქრება ძვლის დიდი წვივის ბორცვის მიდამოებში, ედრე ბარძაყის როკის ზონაში, რომელიც დაფარულია კუნთების დიდი მასივით და მკიდროდაა დაკავშირებული მუხლის სახსრის ჩანთასთან.

წვივის მოტეხილობის მკურნალობისათვის ჩონჩხზე დაჭიმვა, როგორც წესი ტარდება ქუსლის ძვალში გავლით და მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევაში ძვლის დიდი წვივის ბორცვის, გოჯის ქვედა მიდამოში გავლით. ჩხირი გოჯის ქვედა მიდამოში ტარდება 2 სმ-ით მაღლა შედარებით გამკლე გოჯის შიდა წერტილზე და 1 სმ-ით უკან ძვლის დიდი წვივის ბორცვის წინა მხრიდან.

ჩხირის ქუსლის ძვალში გატარების დროს საჭიროა რომ ჩხირი არ შეიკრას კოჭქუსლის სახსარში, არ დაზიანდეს მყესი და დიდი წვივის უკანა არტერია.

ქუსლის ძვალში ჩხირის გატარების ადგილი განისაზღვრება შემდეგნაირად: 3—4 სმ-ით უკან და ქვევით შედარებით მყარ წერტილიდან გოჯის შიდა მხარეს გამოიყოფა მცირე „მოედანი“, რომელზედაც შიგნიდან გარეთ ტარდება ჩხირი. ილაჟის მორჩის არეში ჩხირის გატარების ადგი-

ლი მდებარეობს 2—3 სმ-ით დაცილებით იდაყვის მორჩის წვერიდან და 1 სმ-ით ღრმად ძვლის კიდიდან.

ტვირთის სიდიდე, რომელიც აუცილებელია მოტეხილობის ჩასასწორებლად დამოკიდებულია მოტეხილობის ლოკალიზაციაზე. მის სახეობაზე, ფრაგმენტების შეცილების ხასიათზე, კუნთების სიძლიერეზე და ტრავმის ხანგრძლივობაზე. ჩონჩხზე გაჭიმვა ჩხირების დახმარებით შეიძლება გატარდეს საკმაოდ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში — 30—50 დღემდე. ზოგჯერ კი მეტიც. მთელი ამ ხნის განმავლობაში საჭიროა თვალყური ვადევნოთ გაჭიმვას, ანთებადი პროცესის დაწყებას და ტკივილებს ჩხირის შეყვანის არეში, რომლებიც მიგვითითებს გართულების განვითარებაზე. ამ შემთხვევაში საჭიროა ჩხირის ამოღება, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება ავადმყოფს მივაყენოთ გამოუსწორებელი ზიანი.

იმისათვის, რომ თავიდან აცილებული იქნეს ძვლის ინფიცირება ჩხირების ამოღების დროს, უკანასკნელს ერთი მხრიდან კანის ახლოს მოაქვნიტენ და გულდასმით ადგიანფიცირებენ (სპირტით, იოდით). თუ ანთებად მოვლენასთან გვაქვს საქმე, ჩხირი გამოაქვთ იმ ადგილიდან, სადაც უფრო მეტადაა გამოხატული ანთება. ჩხირის ამოღების შემდეგ ვუყვამთ იოდს.

2. **კანზედა გაჭიმვა.** კანზედა (მწებავი) გაჭიმვა ხასიათდება მით, რომ დაჭიმვა ხდება არა უშუალოდ ძვლებზე, არამედ კანზე. წებოვანი გაჭიმვა უძლებს მხოლოდ მცირე დატვირთვას 4—5 კგ-მდე, დიდ სიმძიმეებზე ნახევრი სცილდება. წებო ზოგჯერ იწვევს დერმატიტების წარმოქმნას. კანზე გაჭიმვამ შეიძლება გამოიწვიოს რბილ ქსოვილებზე ზეწოლა, სისხლისა და ლიმფის მიმოქცევის მოშლა და სხვა. სისხლძარღვთა უკმარისობის და სკლეროზული მოვლენების დროს განსაკუთრებით მოხუცებში, წებოვანი გაჭიმვისას შეიძლება წარმოიქმნას შეღარებით მძიმე დარღვევები, ნევროზმდე. წებოვანი გაჭიმვა გამოიყენება ქვედა კიდურების მოტეხილობის დროს შეცილების გარეშე, როცა დაჭიმვა ემსაზურება ძირითადად კიდურების იმობილიზაციის მიზანს, ან მხოლოდ მხრის მოტეხილობის დროს, როცა ფრაგმენტების ჩასასწორებლად დიდი ძალა არ არის საჭირო, ან ჩონჩხზე გაჭიმვის მოხსნის შემდეგ და სხვ.

კანზედა გაჭიმვისათვის ჩვეულებრივ გამოიყენება წებოვანი ემპასტრო, წებოვანი ბინტები და თუთია-ჟელატინის ნახვევები. კანზედა გაჭიმვის დასადგებად საუკეთესო საშუალებაა აღიარებული წებოვანი ემპლასტრო. წებოვანი ემპლასტრო თითქმის არ აღიზიანებს კანს და უძლებს 4—5 კგ ტვირთს. საკმაოდ ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე წებოვანი გაჭიმვა ვერ უძლებს 4—5 კგ-ზე მეტ სიმძიმეს და ხშირად კანის

გალიზიანებას იწვევს, კლეოლში შედის: *Therebentini venetiae* 15,0; *Musticis*—12,0; *Colophonii*—25,0; *Rosinae abli*—8,0; *Spiritus vini*—95—180,0; *M. filtra D. S. Cleol* თუთია-ყელატინის გამჭიმავი (კეფერის პასტა) უძლებს დიდ სიმძაძეებს, ვიდრე წებოვანი გაჭიმვა და არა ალიზიანებს კანს. პასტის შემადგენლობა: *Zinci oxydati pura*—100,0 *Gelatinae*—200,0; *Glicerini*—4 10,0, *Ag. destillatae* 300,0.

წებოვანი ემპლასტროს გაჭიმვის ტექნიკა ბარძაყზე: ამისათვის გამოიყენება 8 სმ-ის სიგანის წებოვანი ემპლასტრო. მარჯუთი მუხლის ირგვლივ უნდა იყოს საკმაო სიგრძის იმისათვის, რომ ფირფიცარის ან მაღთულის განმბრჩენი თავისი ქვედა მახვილი ბოლოთი არ ესობოდეს წვივის წინა ზედაპირს. ხის განმბრჩენს ვაკეთებთ რამდენადმე დიდს, სახსრის განთან შედარებით, წინააღმდეგ შემთხვევაში კანი ბარძაყის როკის მიდამოში იქნება განუწყვეტელი ზეწოლის ქვეშ. წვივზე გამოიყენება წებოვანი 6 სმ-ის სიგანის ემპლასტრო, რომელიც ედება წვივის მთელ სგრძეზე შიდა და გარეთა ზედაპირიდან, ტერფის ირგვლივ წარმოექმნით მარჯუეს. რომელშიც ესვამთ ფირფიცარის დაფას, ქუსლზე ცოტა უფრო განიერს. მხრის მოტეხილობის დროს დასაჭიმავად ვხმარობთ წებოვან ემპლასტროს 6 სმ-ის სიგანით, მხარზე ემპლასტროს, ისე როგორც ბარძაყზე ვაწებებთ სამი ხაზის სახით — სიგანით 2 სმ-ისა (იხ. სურ. 8).

წებოვანი გაჭიმვის დადების დროს კანს პირველად წაესმება წებო. 2—3 წუთის გასვლის შემდეგ ვაწებებთ სახსრის შიდა და გარეთა ზედაპირზე მარლის, ან ბიაზის სიგრძივ ზოლებს, სეგმენტის დისტალურ ბოლოში, წარმოიქმნება მარჯუთი, სიგრძივი ზოლებით მაგრდება სამოთხის ფენის ცირკულარული ბინტის ნახვევით, ექსტენზიონური ნახვევის დადების ტექნიკა თუთია-ყელატინის პასტის დახმარებით ისეთივეა, როგორც წებოვანი გაჭიმვისა, კეფერის პასტას ვათბობთ, სანამ სითხედ არ გადაიქცევა, შემდეგ ამ სითხეს წავუსვამთ კანის ზედაპირზე, მარლის ზოლებს ვადებთ კანზე პასტის გაშრობამდე, სიგრძივ ზოლებს ავრეთვე ვამაგრებთ 3—4 სმ ფენის ცირკულარული ნახვევით.

სტანდარტული არტაშანი, ქვედა კიდურების მოტეხილობის სამკურნალოდ, სახსრებს უქმნის ფიზიოლოგიურად მშვიდ მდგომარეობას. არსებობს სხვადასხვა კონსტრუქციის მრავალი არტაშანი (ბრაუნის, ბელერის, იუდინის, ჩაკლინის, ლანდას, „ციტოს“ და სხვა).

თუ არტაშანზე არ არის კოკონაჟი. შეიძლება გამოვიყენოთ ბალკონური ჩარჩო კომპლექტით, სპეციალური კოკონაჟებით რომლებსაც ვამაგრებთ საწოლზე ბრაუნის სპეციალური გასაღებით და ბარდენგეიერის

დასადგამით. მოტეხილობებისათვის კოკონაქებს აყენებენ ისე, რომ ზონარის მიმართულება დაემთხვეს ბარძაყის ღერძს. არტაშანის დადგენისას უკეთესია არა მარლის ნაჯგეო. არამედ ბიაზისა, რადგან მარლის ნახვევი ადვილად იწევა და სუსტდება, ამ მიზნისათვის გამოიყენება აგრეთვე პამაკი. არტაშანის შეკვრა საჭიროა 15 სმ-ის სიგანის ბინტით, შეხვევა იწყება არტაშანის ქვედა ჰორიზონტალური ნაწილიდან, რომელიც ძირითადია, შემდეგ მკიდროდ ვახვევთ დაწეულ მხარეს, რომელიც ბარძაყის დასადგმად გამოიყენება. არტაშანის კუთხეს, რომელიც მუხლქვეშა არეს შეესაბამება ვახვევთ სუსტად 2-3 ნახვევს შემოვლით. არტაშანი მკიდროდ იკვრება იმ ადგილას, სადაც თავსდება წვივის ქვედა მესამედის ნაწილი. მუხლის ქვეშა ღრმულში და ქუსლის ქვეშ საჭიროა ბამბის ბალაში, იმისათვის, რომ აცალეხული იქნეს ტერფის ნაწილი. ხოლო ტერფს ვკიდებთ ფსკერზე მიწებებულ ნახვევის საშუალებით, კოკონაქზე გადაკიდებით ნახვევს ვკიდებთ 0,5 კგ ტვირთს. იმისათვის, რომ განხორციელდეს გვერდითი დაჭიმვა და ფრაგმენტების ჩასწორება სტანდარტულ არტაშანზე, ვამაგრებთ მისადგმელს გვერდითი გაჭიმვისათვის ან სპეციალურ თაღს.

იმისათვის, რომ არტაშანს მიეცეთ მყარი მდგომარეობა მუდმივი გაჭიმვის მთელ სისტემასთან ერთად და ავადმყოფს მიეცეს სწორი მდგომარეობა, საწოლის ბადებსა და ლეიბს შორის ვდებთ ხის ფარს დამკვიმავსაწინააღმდეგო მდგომარეობა მუდმივი გაჭიმვის დროს იქმნება საწოლის დეხის მხარის აწევით სპეციალური დასადგამების საშუალებით, ამისათვის მოსაქერხებელია „ტიტო“-ს დასადგამი, კიბიანი დასადგამი ან კვარცხლბეკიანი დასადგამი. რაც უფრო დიდია გაჭიმვის ძალა, მით უფრო მაღლა იწევა საწოლის დეხის ბოლო მხარე. მაგალითად: დაჭიმვისას 6-დან 10 კგ-მდე საწოლის ბოლო მხარე იწევა, 30 სმ-ით იატაკიდან, ხოლო 11-დან 15 კგ-მდე გაჭიმვისას 50 სმ-ით, 15 კგ-ის ზევით კი 70 სმ-ით. ჯანსაღი ფეხის პირდაპირ, საწოლში ვათავსებთ 25, 30, 40 სმ-ის საყრდენ ყუთს. საწოლის ზურგსა და სტანდარტულ არტაშანს შორის შეგვყავს განბრჭენი, რომელსაც მაკრატლის ფორმა აქვს და არტაშანის ფიქსაციას აწესრიგებს.

ბარძაყის მოტეხილობისას შუა და ზედა ნაწილში, იმისათვის რომ პერადერაულ ფრაგმენტს მიეცეს ცენტრალური მიმართულება, გაჭიმვის ვაწარმოებთ ქვედა კიდურის განზე გაწევით, ამ მიზნისათვის უკეთესია გამოყენებული იქნას სპეციალური დასადგმელი, რომელიც საწოლზეა ჩამოკიდებული. ორ რკინის ჩანგალს ვკიდებთ საწოლის ჩარჩოს ორივე მხარეზე. საწოლზე ჩამოკიდებულ ჩანგალსა და ბადეს შორის ვატარებთ

დაფას. დაფის ერთი ბოლო გამოდის საწოლის გარეთ. ამ გამოწვეულ დაფაზე ეამაგრებთ საწოლის ლეიბის, ფარისა და ჩარჩოს ოდენა სპეციალურ ყუთს. არტაშანის გაგრძელებულ ბოლოს ვდებთ ამ შესაღწევზე, ასეთა ჩამოკიდებული დაფები საწოლისათვის ძალიან მოსახერხებელია, რადგან საჭირო აღარ ხდება დილა მოწყობილობების გამოყენება. ჩამოკიდებული შესაღწევი საწოლთან ერთად გადაიღებება, იწვევს მასთან ერთად და ათქვის საწოლის ნაწალს შეადგენს.

ავადმყოფს რომ მოსახერხებელი მდგომარეობა შეეუქმნათ, საწოლში ფილტვების უკეთესი ვენტილაციისათვის და პნევმონიის თავიდან ასაცილებლად, ავადმყოფს თავქვეშ და ზურგქვეშ ვუკეთებთ დასადებს. საწოლზე მკერდის გასწვრივ სასურველია მივამაგროთ მცირე ტრაპეცია (ძელი) რომელიც ავადმყოფს შესაძლებლობას აძლევს წამოიწიოს. ეს ძელი აგრეთვე გამოიყენება ვარჯიშის ჩატარებისათვის და ავადმყოფის აქტიური მდებარეობის შექმნისათვის.

თაბაშირის ნახვევი

თაბაშირის ნახვევს ბევრი დადებითი თვისება ახასიათებს. ის ადვილად იღებს ფორმას, მჭიდროდ და სწორად ედება სხეულს, მალე მაგრდება, ადვილად იხსნება და გამოიყენება ყველა პირობებში, სწორად დადებული თაბაშირის ნახვევი კარგად იკერს ჩასწორებულ ფრაგმენტებს. ამ თვისებების წყალობით თაბაშირის ნახვევი სადღეისოდ, უდიდეს როლს თამაშობს მოტეხილობათა მკურნალობაში, ამიტომაც თაბაშირის გამოყენების ტექნიკა საჭიროებს შესაფერის ცოდნას და გამოცდილებას.

ა) საფენიანი და უსაფენო თაბაშირის ნახვევი. თაბაშირის ნახვევში ბამბის ჩაგებას აუცილებლობა აიხსნება იმით, რომ არ წარმოიქმნას მის ქვეშ ნაწოლი, არ დაირღვეს სისხლის მიმოქცევა, არ წარმოიშვას დაზიანებული კიდეების იშემია ან განგრენა. თაბაშირის ნახვევის ქვეშ ნაწოლი შეიძლება წარმოიშვას ნახვევის დადების ცუდი ტექნიკის შედეგად (თითებით ნახვევზე დაწოლა, ნაოჭების წარმოქმნა და სხვა) ან ნახვევების დაწოლით გამოშვებულ ძელებზე. კიდეების სისხლის მიმოქცევა შეიძლება დაირღვეს დამწოლი შეხვევით, ან კიდეების გადაწვევით თაბაშირის ნახვევებით კიდეების ახალი მოტეხილობის დროს, პემატომის კიდურის შეშუბების გაძლიერებასთან დაკავშირებით. თაბაშირის ნახვევმა შეიძლება მოახდინოს ზეწოლა სისხლძარღვებზე, რის შედეგადაც შეიძლება დაეწყოს იშემია შემდგომი მძიმე გართულებით. რასაც შეიძლება კიდურის განგრენაც მოჰყვეს. გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ბამბის საფე-

ნები ვერ იცილებენ ამ გართულებებს. ბაშბის საფენი, რომელიც შენვევის დროს იქცევა სველი თაბაშირის ბინტებით, ნახვევების გაშრობის შემდეგ გადაიქცევა მაგარ გუნდად, რომელმაც შეიძლება გამოიწვიოს ნაწოლის წარმოქმნა. ცუდად დადებული თაბაშირის ნახვევების დროს საფენი თავიდან ვერ იცილებს კიდურების სისხლძარღვების მოჭკეცვის მოშლას, საფენიანი თაბაშირის ნახვევი ცუდად აფიქსირებს მოტეხილ ფრაგმენტებს, რადგან მას და სხეულს შორის წარმოიქმნება თავისუფალი სივრცე. თუ საფენი სქელია, თაბაშირის ნახვევი ვერ შეძლებს ფრაგმენტების გაჩერებას უძრავ მდგომარეობაში, რომელიც აუცილებელია მოტეხილობის შესახორცებლად.

უსაფენო ლონგეტურ-წრიული თაბაშირის ნახვევს აქვს უეჭველად დიდი უპირატესობა. თუ უსაფენო თაბაშირის ნახვევი დადებული იქნა სწორად, მაშინ თავიდან ავიცილებთ ყველა იმ გართულებას, რაც უკვე აღნიშნული იქნა. ძვლის გამოშვერილი ნაწილები შეიძლება დავიცვათ მცირე ბაშბის ბალიშებით. შეხვევის დროს არ უნდა იყოს ნაოჭები. თაბაშირის ბინტი უნდა ედებოდეს და არ იჭიმებოდეს. თითოეულ ბინტის წრეს ოდნავ აუთოვებენ და ნახვევს ასწორებენ გულდასმით. უსაფენო თაბაშირის ნახვევი კარგად იჭერს ფრაგმენტებს მისი სხეულზე უშუალოდ დაკავშირების გამო. შეშუპების თავიდან აცილება ახალი მოტეხილობის დროს თაბაშირის ნახვევის დადებისას შესაძლებელია, თუ კიდურებს ამალმებულ მდგომარეობაში მოვათავსებთ არტაშანზე.

თაბაშირის ნახვევის დადების შემდეგ ყურადღებით უნდა დავაკვირდეთ ავადმყოფს. არ უნდა მივცეთ ნარკოტიკები, მიუხედავად დაზარალებულის ჩივილებისა ტკივილზე. კიდურების მოჭერის და სივიწროვის შეგრძნება, გაშეშება, ციანოზი, შესივება და თითების გაცივება მართლაც სისხლის მიმოქცევის დარღვევაზე. ნახვევის ქვეშ, რომელიმე ნაწილში, ზეწოლის შეგრძნება გვიჩვენებს შესაძლებელ კვების ადგილობრივ დარღვევას და ნაწოლის წარმოქმნას, ასეთი თაბაშირის ნახვევი სასწრაფოდ, ზედმეტი დაყოვნების გარეშე უნდა მოგხსნათ, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს რთული და გამოუსწორებელი გართულებანი, რომელსაც თან მოყვება ან კიდურის დაკარგვა ან წარმოიქმნება ლანგრანისებელი შეუხორცებელი ჭრილობა ტროფიკის მოშლის გამო.

ბ) უსაფენო ნახვევის საერთო ტექნიკა.

როგორც წესი უსაფენო ნახვევს ვადებთ უშუალოდ კანზე, ანდა ჭრილობაზე. მხოლოდ იმ გამოშვერილ ძვლებზე ვადებთ ბაშბის ბალიშებს, სადაც შეიძლება წარმოიქმნას ნაწოლი. თმების მოპარვა კანზე არ არის საჭირო, რადგან ისინი კარგად აერთებენ კანს ნახვევთან. არ

უნდა წავუსვათ კანს ქონი, რადგან იგი ხელს უშლის კანის თაბაშირთან შეერთებას, ხურავს კანის ფორებს, ატანს რა თაბაშირში, მას ხდის მსხვრევადს. თაბაშირის ნახვევმა უნდა მოიცვას ის სახსრები და შეზღუდოს მოძრაობები, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიოს ფრაგმენტების შეცილება, ამისათვის საჭიროა ფიქსირებული იქნას ორი ახლომდებარე სახსარა. თაბაშირის ნახვევის ფუძეს წარმოადგენს ლონგეტი, რომელიც ჩვეულებრივ ზედა კიდურებზე ედება გამშლელ მხარეს, ხოლო ქვედაზე. მომხრელზე. ლონგეტი ნახვევს აძლევს სიმაგრეს, ხელს უწყობს წრიული ბანდების რაოდენობის შემცირებას და ამით მთელი ნახვევის სისქე მცირდება. სველ თაბაშირის ლონგეტს ვადებთ კანზე და ვაწარმოებთ მოდელირებას. არამოდელირებული ლონგეტი არ ვარგა სახმარად, რადგან მასში ადვილად წარმოიქმნება სივრცეები და ნაოჭები, რომლებსაც მივყავართ ნაწოლების განვითარებამდე. ლონგეტმა რომ არ გადაინაცვლოს, მასზე ახვევენ მარლის სახვევს, რომელიც კიდურებს უნდა ედებოდეს სწორად უნაოჭოდ და არ უნდა იყოს დაჭიმული, იგი აფიქსირებს ლონგეტს.

ლონგეტს ზემოდან ადებენ ცირკულარულ თაბაშირის ბანდს. მარლას ბანდს წინასწარ კრიან. თაბაშირის ნახვევი მაგრად არ უნდა დაიჭიმოს. თითოეული შემოვლა ერთმანეთზე მიყოლებით უნდა იყოს დაშორებული ორი თითის სიგანეზე და ეხვეოდეს სპირალურად. თითოეულ შემოხვეულ ბანდს და ბანდის ბოლოებს ხელის გულით ვასწორებთ, რის შედეგადაც თითოეული ნახვევი ერთმანეთს მჭიდროდ ეკვრის და ნახვევი მყარი ხდება, სანამ ნახვევი გამაგრებულა, ვასწორებთ, ვაძლევთ სათანადო ფორმას, განსაკუთრებით იმ ადგილებში სადაც ძვლებია გამოწეული ან ჩასწორებული. თაბაშირის ზედაპირის სწრაფი გაშრობა წარმოებს მშრალი ჰაერის აბაზანით ან ელექტროაპარატით. გამოცდილებიდან ცნობილია, რომ ნახვევი ყველაზე ადვილად ტყდება სახსრებთან, ამიტომ აქ მას უფრო ვამაგრებთ. მუხლის სახსრის არეში გვერდებიდან ედებო მცირე ლონგეტები, რომლებსაც ვამაგრებთ ცირკულარული ბანდებით. კოჭ-წვივის სახსრის არეში ლონგეტს ზოგჯერ ვამაგრებთ ორი ზოლით, ეს ზოლები ემაგრება სახსრების გვერდებს, როგორც ირიბი ბიჯი. მზა თაბაშირის ნახვევებს შეიძლება მიეცეთ კარგი შესახედაობა, ამიტომ გამაგრებულ თაბაშირის ნახვევს ვასწორებთ სველი ხელის გულით მანამ, სანამ ყველა უსწორმასწორო ადგილი არ გათანაბრდება.

თაბაშირის ნახვევის დადების შემდეგ საჭიროა თაბაშირის გამაგრებამდე კიდურებს არაფერი არ დავაფაროთ და იყოს ის თავისუფლად: რომ არაფერს არ ეხებოდეს ან დავადებინოთ რბილ ბალიშზე, წინააღმ-

დღე შემთხვევაში შეიძლება წარმოიქმნას ჩანაცდევით, რომელიც იწვევს ტკივილებს. სიმპტომის კარგ მარკერებელს წარმოადგენს ის ხმა, რომელსაც გასაღებზე ნახვევი, მასზე თითის მსუბუქი მიკავსებით.

თაბაშირის ნახვევი არაა დამთავრებული, თუ მასზე აღნიშნული არაა ძირითადი ნიშნები ამ შემთხვევისა, თაბაშირის ნახვევზე საჭიროა შემდეგი მინიშნულებები: რენტგენის სურათის სქემატური გამოსახულება, მოტეხილობის ლოკალიზაცია, სტანდარტული სქემის ჩასატყვამულო. თუ კრილობაა მაშინ აღინიშნება მისი ადგილი, თარიღი, როცა მოტეხილობა მოხდა, ნახვევის დადების თარიღი (მერამდენე ნახვევია თვლით), თაბაშირის ნახვევის მოხსნის სავარაუდო თარიღი, ექიმის გვარი.

ეს წარწერები თაბაშირის ნახვევზე, რომლებიც ავადმყოფობის მოკლე ისტორიის წარმოადგენს, მნიშვნელოვანია. ამას გარდა თუ ნახვევის დადებისას დაშვებული იყო ტექნიკური შეცდომები, მაშინ უფროსი ქირურგს ეცოდინება, ეს ვინ ჩაიღინა და დროულად მიუთითებს მას. შეცდომებზე სწავლებით ჩვენ ვიძალგებთ ჩვენს ტექნიკას.

თაბაშირის ნახვევის დადების შემდეგაც უნდა ჩატარდეს საკონტროლო რენტგენოგრაფია. ამ პერიოდში სურათი უფრო მნიშვნელოვანია, ვიდრე ნახვევის დადება, როცა, შესაძლებელია კლინიკურად დაუდგინოთ ფრაგმენტების ჩასწორება.

თაბაშირის ნახვევის დადების შემდეგ კიდური უკეთესია ამალგებულ მდგომარეობაში ვამყოფოთ, რომ შესივება შევამციროთ. ქვედა კიდურებისათვის ეს წარმოებს სტანდარტულ არტაშანზე მისი მოთავსებით ან საწოლის ბოლო მხრის აწევით. მხრისა და წინამხრისათვის გამოიყენება აბდუქციური არტაშანი ან მხრის ქვეშ ბალიშებს უდებენ. ბარძაყზე ნახვევის დროს საწოლს უნდა ჰქონდეს ფარი, თორემ თაბაშირი ტყდება. საკაცეც მაგარი უნდა იყოს, რომ თაბაშირის ნახვევები არ ტყდებოდეს გადატანის დროს.

თითებს, ნახვევის დადების შემდეგ უნდა ჰქონდეს ნორმალური ფერი. თითების ციანოზი და ვენური გაგანიერების გამოვლინება უყურადღებოდ არ უნდა დარჩეს და ეს მოითხოვს თაბაშირის ნახვევის გახსნას. თითების შესივება და გაღურჯება მიგვიჩვენებს იმაზე, რომ ნახვევი ძლიერაა დაჭიმული. თითები თავისუფლად უნდა მოძრაობდეს და ჰქონდეს მგრძნობელობა.

ტკივილი მნიშვნელოვანი სიმპტომია. ამიტომ თაბაშირის ნახვევის დადების შემდეგ არ შეიძლება ტკივილის გაყუჩება ნარკოტიკებით, თორემ შეიძლება განგრენის ნიშნები გამოვყავაროს. ზეწოლით გამოწვეული ტკივილი განსხვავდება კრილობით გამოწვეული ტკივილისაგან. თუ ტკი-

ვილი დაწოლითაა გამოწვეული, ნახევრი მაშინვე უნდა გაიჭრას და მისი ბოლოები გადაწვიოთ. თუ ექიმს ოდნავ მაინც ეეჭვება ნახევრის დადების სისწორე, მაშინვე ის უნდა მოიჭნას. თაბაშირის ნახევრი იჭრება სპეციალური მაკრატლით, მის ერთ ბოლოს ატარებენ სხეულის რბილი ნაწილის სიგრძეზე, რადგან ისინი ადვილად იზნიქებიან. მაკრატლის მჭრელი ნაწილი თითქმის პერპენდიკულარულად უნდა იყოს თაბაშირის ნახევრზე, მაკრატელი წინ უნდა გავწიოთ 1 სმ-ის სიგრძეზე თითო გაჭრაზე. გაჭრილი თაბაშირის ნახევრის ბოლო გადაიწვევს ხელით, გაზით. სწორად დადებული თაბაშირის ნახევრი — საუკეთესო საშუალებაა ღია მოტეხილობის მკურნალობის დროს. მაგრამ ზოგ შემთხვევაში, მაგალითად, კრილობიდან ჩირქის დიდი რაოდენობით გამოყოფისას, კანის მაცერაციის დროს, სეკვესტრის გამოსვლით გამოწვეული ტკივილებისას ნახევრში, აუცილებელია ფანჯრის გაკეთება. ფანჯრის გაკეთება საჭიროა აგრეთვე მაშინ, როცა წარმოიქმნება აუტანელი ქავილი და სხვა. ჩირქოვანი გამოწვლის დროს მიზანშეწონილია აგრეთვე ბასრი მაკრატლით ნახევრზე ამოეჭრათ ხერელი, ჯერ კიდევ თაბაშირის საბოლოო გამაგრებამდე. როგორც წესი, ხერელი ცოტათი მეტი უნდა იყოს კრილობაზე. ხელი უნდა შევეუშალოთ ჩირქის შეჭრას ხერელში ნახევრსა და კანს შორის, თორემ ის კანის მაცერაციას გამოიწვევს.

იარაღები, მოწყობილობა და მახალის მომზადება თაბაშირის ცირკულარული ნახევრის ან ლონგეტის გასაკეთებლად. თაბაშირი უნდა იყოს კარგი ხარისხის, წვრილმარცვლიანი, რომელიც შედარებით მალე შრება და მაგრდება, ის არ უნდა შეიცავდეს ზედმეტ ტენიანობას. თუ ავიღებთ მცირე რაოდენობით თაბაშირს და იმავე რაოდენობით წყალს შევეურევთ მათ და ამ ფაფას წავუსვამთ თეფშზე თხელ შრედ, მაშინ კარგი თაბაშირი მალე მაგრდება, დაახლოებით 5 წუთამდე, გატეხვისას იგი არ იფშენება. თუ თაბაშირი ზედმეტ ტენიანობას შეიცავს, მაშინ იგი უნდა გავაშროთ. თაბაშირის შენახვა უკეთესია რკინის ყუთში. ასეთი ყუთის ნახევარზე მეტს ავსებენ თაბაშირის ფხვნილით, რომელშიც აწყვია შესახვევად გამზადებული თაბაშირიანი ბინტები.

თაბაშირის ბინტის ძირითად მასალას წარმოადგენს თეთრი მარლა-15 სმ-ის სიგანის ბინტს იყენებენ კიდურების გადასახვევად, ხოლო 20 სმ-ისას ტანზე და მენჯზე. თითოეული ბინტი 5 მ-იანი სიგრძის უნდა იყოს. თაბაშირის ბინტებს ამზადებენ შემდეგნაირად: ნახევრად ავსებულ თაბაშირიან ყუთში ვღებთ დახრილ ხის დაფას, ვყრით მასზე თაბაშირის ფხვნილის საკმაო რაოდენობას. ვშლით მარლას და არც თუ ისე დიდი ზეწოლით ხელისგულით შევზელავთ მასში თაბაშირს. მთელი ბინტი და

განსაკუთრებით მისი პირველი ფენები ძალიან მოშვებული უნდა იყოს დახვეული. ეს ხელს შეუწყობს შემდგომში მის თანაბარ გაფლანკებას წყლით. ბინტი ცილინდრული ფორმის უნდა ღარჩეს. 15 სმ-ის 5 მ-იანი ბინტის წონა შეადგენს 350—360 გ-ს, 20 სმ-იანის კი 520—540 გ.

მუშაობისათვის საჭიროა კარგი მაკრატელი, რომ სწორად გადაჭრას 0,5 სმ-ის სისქის ბინტი. ლონგეტის მოსამზადებლად კარგია მაგიდა შეუთით გადაფარებული, რადგან მისგან ადვილად სცილდება გამხმარი თაბაშირის ნარჩენები. თუ ლონგეტი მზადდება ხის ან რკინის მაგიდაზე, მაშინ მაგიდის ღრმულებში უნდა ჩაეზილოს მშრალი საპონი. ლონგეტი წარმოადგენს თაბაშირის ნახევრების ფუძეს, ისინი მშვენივრად ეკვრიან კანს, ამასთანავე ნახევრს აძლევენ დიდ სიმაგრეს, რის გამოც შეგვიძლია ბანდის ფენების რაოდენობის შემცირება, რაც ერთი მესამედით ამცირებს ნახევრის წონას. ბინტებს ვღებთ ვედროში 35°-იან სუფთა წყალში. წყალმა ბინტი მთლიანად უნდა დაფაროს. ერთბაშად უნდა ჩაიღოს 2—3 ბანდი. თბილი წყლის ხმარება აუცილებელი არაა, მაგრამ გაშრობა თბილ წყალთან მიმდინარეობს უფრო ჩქარა და ავადმყოფი თავისუფლდება უსიამოვნო შეგრძნებისაგან. ბანდს წყალში ტოვებენ მისი მთლად დასველებამდე $1/2$ —2 წუთს, შემდეგ როცა ბუშტუკების გამოყოფა შეწყდება, ეს იმას ნიშნავს რომ, ბანდი მთლიანად სველია. საჭირო არაა მისი რაიმეთი ჩაძირვა და დასველების დაჩქარება, რადგან ამ დროს ბანდის ზოგი ნაწილები რჩება მშრალი. სველ, დახვეულ ბანდს ვიღებთ ორივე ხელით და ორივე ბოლოდან ფრთხილად ვჭურავთ. ზედმეტი წყალი იღვრება და თან მიაქვს მცირე რაოდენობის თაბაშირი. ძლიერი გაჭურვით ან მისი გადაგრეხით თითქმის მთელი თაბაშირი შორდება, რჩება სველი ბანდი, რომელიც შემდეგ ცუდად მაგრდება. რაც უფრო მეტი წყალი რჩება ბანდზე მისი გაჭურვის შემდეგ მით უფრო მეტი დრო უნდა შემდეგ მის გაშრობას. ეს საშუალებას გვაძლევს მოვაწესრიგოთ გამაგრების დრო. კერძოდ დიდი და რთული ნახევრის დროს, რომლებიც თხოულობენ ხანგრძლივ და ზუსტ მოდელირებას. იმ შემთხვევებში, ნახევრის გამაგრებამდე უნდა ჩატარდეს ჩასმა, უნდა ვსარგებლობდეთ უფრო სველი ბანდებით. ნახევრის გასამაგრებლად საჭიროა დაახლოებით 5 წუთი. გამაგრებას ვამჩნევთ იმით, რომ თითების კვალი თაბაშირზე აღარ ემჩნევა, გამაგრება არ უნდა ავურიოთ გაშრობაში, რომელსაც სჭირდება განსაზღვრული დრო 4 საათიდან 24 საათამდე, იმასთან დაკავშირებით თუ რა სისქის, რა სახის ნახვევია და წელიწადის რა დროა.

ლონგეტს მაგიდიდან არ იღებენ, არამედ აცურებენ, რადგან ამ დროს თაბაშირის ქვედა ფენებში მიკრული მაგიდაზე. თუ საჭიროა, რომ

არტაშანი იყოს საქმაო სიგანის. იღებენ ორ ლონგეტს. თუ ტაშტის ფსკერზე თაბაშირი დაილექა, წყალი უნდა გამოიცვალოს.

თაბაშირის ნახვევის გასაჭრელად საჭიროა მაკრატელი და ხერხი, აუცილებელია სველი თაბაშირის გასაჭრელად სპეციალური დანები, შეიძლება აგრეთვე ვისარგებლოთ დიდი სკალპელით, ნახვევის ბოლოების გადასაზნექად სარგებლობენ შპიცებით, თაბაშირის ნახვევის დასადებად მოსახერხებელია უბრალო უნივერსალური მაგიდა (იხ. სურ. 8), (იხ. სურ. 9).

ის ძალიან უბრალო მოწყობილია და შეიძლება გაკეთდეს ყველა სახელოსნოში, ყველა მეტალის ნაწილებით, ტაშტის გამოკლებით, შეიძლება შეიცვალოს ხით. ეს მაგიდა ძალიან მოსახერხებელია, განსაკუთრებით როცა საჭიროა თაბაშირის ნახვევის დაღება ბარძაყის, წვივის და წინამხრის გაჭიმვისას.

მოტეხილობის ოპერაციული მკურნალობა

ძვლის დახურული მოტეხილობის ოპერატიულ მკურნალობას აქვს განსაზღვრული ჩვენებები, ჩვეულებრივ ძვლის ახალი მოტეხილობისას იყენებენ ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ საშუალებებს: სისხლიან რეპოზიციას და ოსტეოსინთეზს, როგორც ექსტრაოსალურად, ასევე ინტრაოსალურად ძვლის ფრაგმენტების დახმარებით. ლითონის ფირფიტებით, ლურსმნებით, ხრახნით, სპიცებით, მავთულებით, რგოლებით, და სხვა, ამჟამად ფირფიტები, ლურსმნები, ხრახნები, სპიცები, მავთულები რომლებიც გამოიყენება ოსტეოსინთეზისათვის, მზადდება უქანგავი ლითონისაგან და აგრეთვე ბიოლოგიურად შემწოვი ნივთიერებისაგან.

ამ ბოლო ხანებში პროპაგანდას უკეთებენ ღია და დახურული ოსტეოსინთეზის მეთოდს. ლულოვანი ძვლების მოტეხილობას რენტგენის კონტროლის ქვეშ ატარებენ სპეციალურ გრძელ ლურსმანს უქანგავი ფოლადისა ან, მთელი ლულოვანი ძვლის სიგრძითი გავლით, ერთ ებიმეტაფიზიდან მეორემდე. ღია საშუალებით ლურსმანი ტარდება თვალის კონტროლის ქვეშ. ეს მეთოდი ახლა აღწერილია, არასწორად, კიუნჩერის სახელწოდებით. სინამდვილეში კი მოწოდებულია ფრანგი ქირურგის ოლიე-ს მიერ ქ. ლიონიდან (1830—1900 წ.) 1892 წ. ფ. ი. კუზმინმა ბირველად გამოიყენა ეს მეთოდი რუსეთში. ხოლო სპიჯარნის მიერ გამოგონებული იქნა 1910 წ. და შედეგები მის მიერ მოხსენდა რუსეთის ქირურგთა მე-12 ყრილობას.

ძვლის მოტეხილობის ოპერაციული მკურნალობა ნაჩვენებია:

1. რბილ ქსოვილთა ინტერპოზიციის დროს ფრაგმენტებს შორის.

2. იმ იშვიათ შემთხვევებში, როცა გაჭიმვის დახმარებით არ ხერხდება მოტეხილობის ჩასწორება.

3. იმ მოტეხილობის დროს, როდესაც არ ინკურნება კონსერვატიული საშუალებით. მაგალითად; კვირისთავისა და იდაყვის მორჩის მოტეხილობისას ფრაგმენტების შეცილებით ბარძაყის ყელის მედიალურ გარუსული მოტეხილობის დროს.

4. არასწორად შეხორცებული მოტეხილობებისას.

5. ცრუ სახსრების წარმოქმნისას.

6. ზოგ შემთხვევებში მოტეხილობის შენელებული კონსოლიდაციის დროს; დანარჩენ შემთხვევებში მოტეხილობათა ოპერაციული მკურნალობა შედარებითია.

ყველაზე შესაფერისი დრო ოპერაციისათვის არის მე-8—12 დღე ტრავმიდან, როცა სისხლჩაქცევები ნაწილობრივ შეიწოვება და შესივება კლებულობს. ამასთან ყურადღება უნდა მიექცეს, იმას რომ კანზე არ იყოს ბუშტუკები და განაჟაწრები. გირგოლავეი თვლის, რომ „უმეტეს შემთხვევაში ფრაგმენტების მიუწვდომელი კონსერვატიული რეპოზიცია შეიძლება განისაზღვროს 1 კვირის განმავლობაში. ეს ზუსტად ის დროა, როცა ოპერაციისათვის პირობა წარმოადგენს შედარებით სასურველს?“ ოპერაცია ოსტეოსინთეზი არის ძალიან პასუხსაგები და რთული ჩარევა, რომელიც მოითხოვს მკაცრ ასეპტიკას და შესაფერის ინსტრუმენტებს, რენტგენის აპარატს და სხვ, ქირურგისაგან კი თხოვლობს კარგ მომზადებას, ცოდნას და გამოცდილებას, კარგად დაყენებული ჩვენებებიდან ავადმყოფის მდგომარეობის შეფასებას, დროის და ანესთეზიის ამორჩევას, ასეპტიკის დაცვას. ქირურგის გამოცდილებაზე, ტექნიკურად აღჭურვაზე, ოსტეოსინთეზის წესის ამორჩევასა და ოპერაციის შემდგომი პერიოდის სწორად ჩატარებაზეა დამოკიდებული მოტეხილობის ოპერაციული მკურნალობის წარმატება.

იმასთან დაკავშირებით, რომ განვითარდა მიღწევები გაუტკივარების სფეროში, ინფექციის პროფილაქტიკაში და მაღალი ინსტრუმენტული ტექნიკა, უკანასკნელ პერიოდში შეიქმნა ტენდენცია დახურული მოტეხილობების ოპერაციული მკურნალობის ჩვენებების გაფართოებაზე. მაგრამ გადაჭარბებით გატაცება მოტეხილობების მკურნალობის ოპერაციული მეთოდებით საზიანოა, რადგან ზოგჯერ კონსერვატიული საშუალებებითაც შეიძლება მივაღწიოთ ძვლების მოტეხილობების ძირითადი სახეების მკურნალობის კარგ შედეგებს. ამჟამად ჩვენებები ოპერატიული.

მკურნალობისათვის არის უფრო ფართო, ვინაიდან იძლევა კარგ შედეგს და საგრძნობლად მცირდება ავადმყოფის მკურნალობის ხანგრძლივობა, ნაადრევად იწყება სამკურნალო ფიზკულტურა, რაც იძლევა კარგ შედეგს მოტეხილი კიდურების ფუნქციის აღდგენაში. კუნთების ატროფია არ ვითარდება და სახსრებში მოძრაობის აღდგენა ხდება მთლიანად.

სამკურნალო ფიზკულტურა

სამკურნალო ფიზკულტურა ფართოდ გამოიყენება ჩვენთან ტრავმატოლოგიურ, ორთოპედიულ, ქირურგიულ და სხვ. პრაქტიკაში. სამკურნალო ფიზკულტურას განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება მოტეხილობათა ფუნქციონალური მეთოდით მკურნალობის დროს (ფ. ვ. გორინეცკაია, ნ. ნ. პრიოროვი, მ. ო. ფრიდლანდი, ე. ფ. დრევინი და სხვ.) „საბჭოთა სამკურნალო ფიზკულტურის ძირითად აზრს წარმოადგენს ზემოქმედებას ადამიანის მთელ ორგანიზმზე მისწრაფება ასწიოს და შეინარჩუნოს მთელი ორგანიზმის ტონუსი და სიცოცხლისუნარიანობის საერთო ამაღლებით იმოქმედოს ავადმყოფობის კერაზე“ (დრევინი).

ძველი და თანამედროვე საზღვარგარეთელი სამკურნალო ტანვარჯიშისაგან განსხვავებით, რომელშიაც ჩართულია უმთავრესად პასიური მოძრაობები, — საბჭოთა სამკურნალო ტანვარჯიშის საფუძვლად აღებულია აქტიური მეთოდი — აქტიური მოძრაობები.

სამკურნალო ფიზკულტურა საჭიროა ჩატარდეს პირველ დღიდანვე მოტეხილობის მკურნალობის ფუნქციონალურ სისტემასთან ჩართვით. დაზიანებული კიდურების აქტიური მოძრაობანი უგულვებელყოფენ კუნთების ატროფიას, ძვლების ოსთეოპოროზს, სახსრების შემაერთებელი აპარატის შექმუხვნას, აუმჯობესებენ სისხლის მომარაგებას, ლიმფურ მიმოქცევას, აჩქარებენ კორძის წარმოქმნის პროცესს და გამოჩანმართელებას.

კიდურებზე დატვირთვით მოძრაობა ასევე თავიდან აგვაცილებს ტრომბოფლებიტებს, კუნთების ატროფიას, სახსრების კონტრაქტურას და სხვ. სამკურნალო ფიზკულტურის შედეგად უმჯობესდება ნაფთიერებათა ცვლა, სისხლის მომარაგება, სუნთქვა, ავადმყოფის ფსიქიკური მდგომარეობა, იწყება საერთო ტონუსი და დაზარალებულთა მისწრაფება გაჯანსაღებისაკენ. სამკურნალო ფიზკულტურას აქვს დიდი მნიშვნელობა მწოლიარე ავადმყოფებისათვის. სამკურნალო ფიზკულტურა უნდა იყოს მიმართული აგრეთვე პნევმონიისა და ნაწოლების საწინააღმდეგოდ.

სამკურნალო ფიზკულტურა უნდა მიმდინარეობდეს ფიზკულტურულ-მეთოდისტიკის მიერ, ექიმის ყურადღების ქვეშ.

სამკურნალო ფიზკულტურა გამოიყენება მკურნალობის მთელი პერიოდის მანძილზე. მისი ჩატარებისას მოძრაობათა კომპლექსი უნდა შეესაბამებოდეს მოტეხილობის სახეს და მკურნალობის ეტაპს. კიდურების აქტიური მოძრაობანი ან კუნთების შეკუმშვა არ უნდა იწვევდეს დაზიანებული ადგილის შეხებას ან დარღვევას. სამკურნალო ტანვარჯიში აკრძალულია იმ შემთხვევაში, როცა ავადმყოფის საერთო მდგომარეობა მძიმეა, ასევე მაღალი ტემპერატურის, მწვავე ანთებადი პროცესის და სხვა შემთხვევაში, სამკურნალო ფიზკულტურის ჩატარებისას ავადმყოფი არ უნდა განიცდიდეს არავითარ ტკივილებს.

სტაციონარში სამკურნალო-ჰიგიენურ ტანვარჯიშს უნდა ვატარებდეთ როგორც მწოლიარე, ასევე მოსიარულე ავადმყოფებთან, ყოველდღიურად, დილით, წინასწარ განიავებულ ოთახში, საშუალოდ 0,5—20 წუთის განმავლობაში. ჰიგიენური ტანვარჯიშის კომპლექსში, როგორც წესი, ჩართულია ვარჯიში ჯანმრთელი კიდურებისათვის, სუნთქვითი ვარჯიშები და სხვ. აღსანიშნავია, რომ სამკურნალო ფიზკულტურა ტარდება იმ ავადმყოფთა ჯგუფური ვარჯიშის სახით, რომელთაც ერთნაირი სახის მოტეხილობანი აქვთ ან ინდივიდუალური ვარჯიშის სახით.

ტრავმული დაზიანების სამკურნალო ტანვარჯიშისას ტარდება: აქტიური მოძრაობანი, შემსუბუქებული მოძრაობების დახმარებით, მოძრაობანი უპირატესად დამბლების დროს, ასევე მექანოთერაპიულ მოწყობილობებზე ვარჯიში. დ. დრეინგი აღნიშნავდა, რომ მოტეხილობათა თანამედროვე მკურნალობა წარმოუდგენელია სამკურნალო ფიზკულტურის ფართოდ გამოყენების გარეშე.

მ ა ს ა თ ი

მასაჟის თერაპიული მნიშვნელობა ემყარება არტერიული სისხლის მიმოქცევის დაჩქარებას, ვენური სისხლისა და ლიმფის განდევნას, მასაჟისტიკის ხელის მექანიკური ზემოქმედების დახმარებით ან სპეციალური მოწყობილობებით. მასაჟის გავლენით უმჯობესდება სისხლის ცირკულაცია და ნივთიერებათა ადგილობრივი ცვლა. მასაჟი იწვევს ქსოვილთა ჰიპერემიას, ხელს უწყობს გამონაჟონის შესივების, ინფილტრატების და სისხლჩაქცევების შეწოვას. მასაჟი მკვეთრად სწევს ქსოვილის ტონუსს, ამაღლებს კუნთების შეკუმშვასა და ელასტიურობას, დადებითად მოქმედებს პერიფერიული ნერვული სისტემის აგზნებაზე. მასაჟის ძი-

რითად ხერხებად ითვლება: 1. ხანგამოშვებით ხელის სმა, 2. დაზღულვა, 3. დასარესა, 4. დარტყმა, 5. ვიბრაცია. მასაჟი წარმოებს ცენტრალური მიმართულებით, ამავე დროს ავადმყოფი არ უნდა განიცდიდეს არავითარ ტკივილებს. მოტეხილობის მკურნალობის ადრეულ პერიოდში მასაჟის ჩატარება ტკივილს იწვევს, დამატებით ტრავმას აყენებს ქსოვილებს და შეიძლება ფრაგმენტების მდგომარეობაც შეცვალოს. აღწერილია შედარებით მძიმე გართულებების შემთხვევები. აი, რატომაა რომ მოტეხილობათა მკურნალობის ადრეულ პერიოდში, ფრაგმენტების შეზღუდვად მასაჟი გამოიყენება იშვიათად. მასაჟის გამოყენება არ შეიძლება ღია და ინფიცირებული მოტეხილობების დროს, როცა სახიფათოა იგი ინფექციის გართულების მიზნით. კანის ყოველგვარი დაავადებისას (დერმატიტი, ეგზემა, ფურუნკული და ასე შემდეგ), ჩირქოვანი პროცესის დროს, ლიმფადენიტის, ლიმფანგიტის, ტრომბოფლებიტის, ფლებიტის, ვენების ვარიკოზული გაფართოებისას და ასე შემდეგ. თუ მკურნალობის პროცესში სისტემატურად ტარდებოდა სამკურნალო ფიზკულტურა, მაშინ მასაჟის ჩატარება განისაზღვრება მკურნალობის ბოლო პერიოდისათვის. მასაჟის გამოყენების მაჩვენებლად იქნება შესივება, სახსრების ძნელად მოძრაობა, კუნთების ატროფია და ასე შემდეგ. ამიტომაც ეს მეთოდი იმსახურებს დიდ ყურადღებას და უნდა გამოიყენებოდეს დროულად და საქმის ცოდნით.

მეკანოთერაპიის არსი

მეკანოთერაპიით სარგებლობენ მოტეხილობათა მკურნალობისას სახსრებში მოძრაობათა აღსადგენად. გამოიყენება სპეციალური მოწყობილობები და აპარატები. ზოგ მათგანს უნივერსალური ხასიათი აქვს. აპარატები კონსტრუირდება ორმხრივი ბერკეტით, ქანქარით, რამდენიმე მათგანი მიმართულია წინააღმდეგობიანი მოძრაობისათვის. ამ აპარატებზე არის შესაძლებლობა ვაწარმოთ როგორც აქტიური, ასევე პასიური მოძრაობები.

ფიზიოთერაპიული მკურნალობა

ტრავმული მოტეხილობების დროს ფართოდ გამოიყენება მკურნალობა სითბოთი. ელექტრომკურნალობა, სინათლით მკურნალობა, სხივური თერაპია, ტალღით მკურნალობა, აპლიკაციის სხვადასხვა სახეები და სხვა. მკურნალობის ეს მეთოდები გამოიყენება უპირატესად მკურნა-

ლობის დამთავრებისას ტკივილების გასაყუჩებლად, შეშუპების შესაწოვად, სახსართა ძნელადმოძრაობისას და ასე შემდეგ. რამდენიმე სახის მოტეხილობისას მიზანშეწონილია ამ საშუალებების გამოყენება მკურნალობის ადრეულ პერიოდშიაც. თბილი პროცედურები, სინათლის, მშრალი ჰაერის და წყლის პროცედურების სახეები განსაკუთრებით ეფექტურია ტკივილის სინდრომთან საბრძოლველად. ამ მიზნით გამოიყენება იონოფორეზი ნოვოკაინით, ულტრაიისფერი დასხივების ერთეული დოზა. ტკივილებისათვის დამაყუჩებელ ეფექტს გვაძლევს მცირე დოზებში IBT-ს მიღება.

ძვლის მოტეხილობაში დიდ ადგილს იკავებს შეშუპებასთან ბრძოლა. შეშუპება შეინიშნება ხშირად თბაშირის ნახვევის მოხსნის შემდეგ და ავადმყოფის პორიზონტალური მდგომარეობიდან ვერტიკალურში გადასვლისას. შეშუპების ჩქარა შეწოვისათვის და ნორმალური სისხლისა და ლიმფომიმოქცევის აღსადგენად კიდურებში, გამოიყენება მშრალი ჰაერის აბაზანები. სოლუქსი, ინფრაწითელი სხივები, წყლის პროცედურები, ტალახით მკურნალობა, თიხით მკურნალობა, პარაფინის აპლიკაციები, ოზოკერიტი, დიათერმია საშუალო დოზით და სხვ. კუნთებშიდა სისხლმოქცევის შედეგად, კუნთების დაეჭიროებას და გააღვჯის დროს, რომლებიც ძვლების მოტეხილობისას შეინიშნება და აგრეთვე სახსრებში სისხლის ჩაქცევამ და ნაწონმა ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში შეიძლება ხელი შეუწყოს სახსრების მოძრაობის შეზღუდვასა და მოძრაობის გაძნელებას. ფიზიოთერაპიული მეთოდებით მკურნალობის მნიშვნელობა ამ დროს მნიშვნელოვანია.

ავადმყოფის მოვლა

დაზარალებულნი მოტეხილობას იღებენ, როგორც წესი. მოულოდნელად, უბედური შემთხვევის შედეგად. მიღებული ტრავმა არღვევს ავადმყოფის ჩვეულებრივ ცხოვრებას. ფიზიკური ტანჯვა, შიში, ეჭვი შედეგებზე, მკურნალობის ხანგრძლივი პერიოდი და შრომისუნარიანობის აღდგენა — ყველა ეს უარყოფითად მოქმედებს ავადმყოფის ფსიქიკაზე. ზოგი ავადმყოფი აღგზნებულია, ბევრს ლაპარაკობს, სხვები არც თუ მალე ეჩვევიან ფსიქოლოგიურად მომხდარ ამბავს. ტრავმამიღებული ავადმყოფები მოითხოვენ მორალურ მხარდაჭერას, დამშვიდებას, ყურადღებას. სამედიცინო პერსონალის როლი ავადმყოფის სწორ ორიენტაციაში და მისი ხასიათის გამოკეთებაში უდიდესია.

ავადმყოფთა მნიშვნელოვანი ნაწილი ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში საწოლში იმყოფება. ეს ხშირად ცუდად მოქმედებს ავადმყოფებზე, განსაკუთრებით ხანშიშესულ პერიოდში, თუ თავის დროზე არ მივიღებთ ზომებს. მწოლიარე ავადმყოფს შეზღუდული აქვს გულმკერდის ექსკურსია და ფილტვების ვენტილაცია. ავადმყოფები ხშირად უჩივიან, რომ ხველება იწვევს დაზიანებული კიდურის ტკივილს, ამიტომ ისინი ცდილობენ ისუნთქონ ზერელედ და არ ახველონ, რის შედეგადაც ბრონქები იკედება ლორწოთი და ფილტვებში წარმოიქმნება საკმაოდ ცვლილებები, რომლებიც შემდგომში პნევმონიაში გადადის. მოხუცების იძულებითი და გაუნძრეველი მდგომარეობა საწოლში აუარესებს ფილტვების ვენტილაციას და იწვევს მათში შეგუბებით მოვლენებს. პნევმონია ხანში შესულთათვის სახიფათოა. აი, ამიტომაც უკვე თავდაპირველადვე ჩვენი ყურადღება უნდა იყოს იმისაკენ მიმართული, რომ თავიდან ავიცილოთ პნევმონია. აღნიშნული შეიძლება მივაღწიოთ მოტეხილობის ადგილის ამა თუ იმ საშუალებით გაჟუტივარებით, ფილტვების ვენტილაციის გაუმჯობესებით, და სისტემატური სუნთქვითი ვარჯიშის გზით. ამიტომაც დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ხანში შესულ ადამიანთა გააქტივებას და მათი გულ-სისხლძარღვთა მუშაობის გაუმჯობესებას. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ნაკლოვანება ამ ხანში თხოულობის მაქსიმალურ ყურადღებას. გულის ცუდი მუშაობა ხელს უწყობს შეშუპების განვითარებას, ტრომბოზებისა და პნევმონიის წარმოქმნას. მამაკაცებს, რომელთაც წინამდებარე ჯირკვლები აქვთ გადიდებული, საწოლში იძულებული წოლის შედეგად ხშირად ეწყებათ შარდის შეკავება, ზოგ ავადმყოფებს კი აღენიშნებათ ქვედა კიდურების ტრომბოფლებიტი, შეშუპებები. მათი არასაკმაო მოვლის შედეგად ადვილად წარმოიქმნება ნაწოლი, რომელიც მკურნალობას ძნელად ეგუება. ხშირად მწოლიარე ავადმყოფებს აწუხებთ ყაბზობა. მთელი რიგი გართულებების ასაშორებლად ფართოდ გამოიყენება ჰიგიენური ტანვარჯიში. ზემოხსენებული ავადმყოფების კარგი მოვლა განსაზღვრავს მკურნალობის შედეგს. ექიმები მოვალენი არიან სისტემატურად ჩაატარონ მუშაობა საშუალო და უმცროს სამედიცინო პერსონალთა შორის, გამოუმუშაონ თითოეულ ავადმყოფთა მიმართ მოვალების შეგარძნება და ამ საქმისადმი სრული პასუხისმგებლობა.

ავადმყოფთა გამოკვლევის დროს შეცდომას წარმოადგენს ტრავმის მექანიზმისა და აგრეთვე, ყველგან მისაწვდომი კლინიკური მეთოდებით გამოკვლევის უარყოფა, რომელთა გზითაც შეიძლება მივიღოთ საკმარისი მონაცემები, დიაგნოზის სწორი დასმისათვის განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მგრძნობელობის გასინჯვა, პერიფერიული პულსი და თითების აქტიური მოძრაობა იმ შემთხვევაში როცა არ არის შესაძლებლობა მოტეხილობა დავადგინოთ რენტგენოლოგიურად, შეცდომაა თუ იჭნება მოტეხილობას არ ჩავუტარებთ შესაფერის მკურნალობას.

მძიმე, ზოგჯერ კი გამოუსწორებელ შეცდომას სჩადიან, როცა უგრძნობ ან მთვრალ მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფთა გასინჯვის დროს არ გამოირიცხავენ შინაგან ორგანოთა დაზიანებას, ღვიძლის, ელენთის ან კუნთის და ა. შ. მიუხედავად იმისა რომ მოტეხილობათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისათვის რენტგენის მეთოდს დიდი მნიშვნელობა აქვს, ექიმები მაინც უშვებენ რიგ შეცდომებს. მაგალითად: რენტგენოგრაფებს აკეთებენ მხოლოდ ერთ და არა ორი მიმართულებით (წინიდან უკან და გვერდით), არ იღებენ ორივე სახსარს, ძალიან ხშირად ხმარობენ რენტგენოსკოპიას, რენტგენოგრაფიის ნაცელად, რადგან რენტგენოსკოპია გამოიყენება მხოლოდ საკონტროლო გამოკვლევების რეპოზიციის დროს. ზოგი ქირურგი თვითონ არ სწავლობს რენტგენოგრაფას, არამედ იყენებს რენტგენოლოგის დასკვნებს და დიაგნოსტიკურად გაუგებარ შემთხვევაში არ აკეთებს განმეორებით რენტგენოგრაფას. არ მიისწრაფვის, რომ მკურნალობა ტარდებოდეს რენტგენის კონტროლის ქვეშ, არ აწარმოებს ახალი მოტეხილობების პირველად დამუშავებას.

ყოველგვარი მოტეხილობის მკურნალობის მიზანს წარმოადგენს პირველ რიგში კადურების ფუნქციის აღდგენა. აქედან გამომდინარე, შეცდომაა თუ არ ვისარგებლებთ ფუნქციონალური მეთოდებით. იმისათვის რომ ავიცილოთ მეორადი შეცილება და ძვლის გალუნვა მის გაძვლებამდე, საჭირო არაა მოვხსნათ თაბაშირის ნახვევი ნაადრევად. ძვლის შეზარდა მოწმდება როგორც კლინიკურად, ასევე რენტგენოლოგიურად.

მოტეხილობათა მკურნალობაში ჩონჩხზე გაჭიმვის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ისეთ შეცდომებს, როგორიცაა ჩონჩხზე გაჭიმვის დროს ასეპტიკის წესების დარღვევა, ჩხირის გატარება სახსრებში, ან ჩხირის ამოუღებლობა ანთებადი ნიშნების გამოვლინებისას, მისი გატარების ადგილზე, რაც შეიძლება მიზეზად დაედოს ისეთ მძიმე გართულებებს, როგორიცაა დაჩირქება, ოსტეომელიტი და სხვა. კანზე, გაჭიმვა არ უნდა

გამოვიყენოთ: მოზრდილებზე ქვედა კიდურების მოტეხილობის დროს შეცილებით, რადგან ამ გზით მისი ჩასწორება არ ხერხდება. სისხლ-ძარღვთა დაავადებულ ავადმყოფებზე (სკლეროზი, ენდარტერიტი, ტრომბოფლებიტი), რადგან ამ დროს შეუქმშვამ შეიძლება გამოიწვიოს სისხლის მიმოქცევის მძიმე დარღვევა კიდურებისა ნეკროზამდე. ზოგჯერ კანზედა გაჭიმვას არასწორად ადებენ, არა მთელსიგრძეზე დაზიანებულ ბარძაყზე, მხარზე და წვივზე, არამედ მათ შუა ნაწილიდან. სტანდარტული არტაშანი, რომელზედაც ხდება კიდურების გაჭიმვა, ხშირად ბანდავენ არასწორად, წვივის კუნთებისათვის არ ქმნიან კალაპოტს.

ძვლის მოტეხილობის დაჭიმვით მკურნალობის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს საწოლის სწორ მოწყობას. აქაც შეინიშნება ზოგიერთი ნაკლი, მაგალითად, არ დებენ ლეიბის ქვეშ ფარს, საწოლის ბოლო მხარეს არ სწევენ მაღლა, ჯანსაღი ფეხის ქვეშ არ სდებენ საყრდენ ყუთს, როცა ქვედა წელის მოტეხილობას მკურნალობენ გაჭიმვით, მუხლის ქვეშ და აქილევის მყესს ქვეშ არ უდებენ ბამბის ბალიშებს და არ ჰკიდებენ ტერფს, რომ აიშორონ „ცხენის ქუსლის“ განვითარება და ნაწოლის წარმოქმნა აქილევის მყესის მიდამოში.

დაჭიმვით მკურნალობის დროს ძალიან მნიშვნელოვანია თვალყურით ვადევნოთ ფრაგმენტების მდგომარეობას, ამ შემთხვევაში შეცდომაა არ გავაკონტროლოთ კლინიკურად და რენტგენოლოგიურად ფრაგმენტების მდებარეობა 2—3 დღის შემდეგ გაჭიმვის დადებიდან. ფრაგმენტების შეცილების ასაშორებლად საჭირო არაა ტვირთის მოშორება ან კიდურების მდებარეობის შეცვლა, იმისათვის, რომ ავადმყოფი გადავიყვანოთ საკონტროლო გამოკვლევისათვის რენტგენის კაბინეტში ან რენტგენოგრაფის ადგილზე საწარმოებლად. მოტეხილობის ჩასმის შემდეგ ტვირთი უნდა შევამციროთ, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება ფრაგმენტთა გადაჭიმვა მივიღოთ, ტვირთის შემცირებასთან ერთდროულად საჭიროა საწოლის ბოლოს აწევა. არ შეიძლება მოტეხილობის ჩასწორება გაუტკივარების გარეშე. მოტეხილობის ჩასწორების დროს უნდა გვკონდეს რენტგენოგრაფია. რეპოზიციისა და თაბაშირის ნახვევის დადების შემდეგ კი საჭიროა საკონტროლო რენტგენოგრაფიის ჩატარება.

თაბაშირის ნახვევის დადების ხარისხს დიდი მნიშვნელობა აქვს. სამწუხაროდ ხშირად არღვევენ თაბაშირის ნახვევის დადების ტექნიკის წესებს, მაგალითად; კიდურებს აძლევენ ფუნქციონალურად მოუხერხებელ მდებარეობას, მოტეხილობებს მკურნალობენ საფენიანი თაბაშირის ნახვევით, ქვედა კიდურების მკურნალობის დროს იყენებენ მარტო ლონგეტს და სხვ. აღნიშნულ მახვევებს არასაკმარისად უკეთებენ მობილი-

ზაციას, ჩასწორებულ ფრაგმენტებს თაბაშირის ნახევრის დადების დროს, ძალიან უჭერენ ბანდს, ჰქმნიან ნაოჭებს, ჩანაპიდეებს, ბანდს ადებენ არათანაბრად, არ უსვამენ ხელს ბანდს, ცვლიან კიდეუბების მდგომარეობას ან მის სეგმენტს შეხვევის პროცესში. ხმარობენ ძალიან გაწურულ ან ზედმეტად სველ ბანდებს, თაბაშირის ნახევრიან ფეხს მის გაშრობამდე დებენ მაგარ მაგიდაზე, არ აძლევენ თაბაშირის ნახევრიან ფეხს ამაღლებულ მდებარეობას არტაშანზე, ბალიშებით ან ჩამოკიდებით (წინამხრით მოტეხილობისას) და ასე შემდეგ. თაბაშირის ნახევრზე არ აკეთებენ აუცილებელ წარწერებს (თარიღს, მოტეხილობის სქემას, მკურნალი ექიმის ხელმოწერას). მოტეხილობით ავადმყოფები გადაჰყავთ რბილი და არა მაგარი საკაცებით.

ქველა კიდეუბების მოტეხილობებით ავადმყოფებმა თაბაშირის ნახევრში თავის დროზე უნდა დაიწყონ სიარული ფეხზე დატვირთვით, წინააღმდეგ შემთხვევაში მოტეხილობის შეზრდა დაგვიანდება. იწყება კუნთების ატროფია, შეშუპება და სახსრების გაძნელებული მოძრაობა.

თუ თაბაშირის ნახევრის მოხსნის შემდეგ გამოვლინდა, რომ ძვლები არ შეზრდილა, მაშინ შეცდომას დავუშვებთ თუ ხელახლა არ დავადებთ მას. საჭიროა ავადმყოფთა კარგი მოვლა და სამკურნალო ფიზკულტურა. არ შეიძლება არ შევფასოთ მასაჟის მნიშვნელობა, მექანოთერაპია, ფიზიოთერაპია, ფუნქციის აღდგენისაკენ მიმართული.

უნდა გვახსოვდეს, რომ თუკი შესაძლებელია მოტეხილობის მკურნალობა ჩვეულებრივი მეთოდებით, გაჭიმვით და თაბაშირის ნახევრით, ზოგ შემთხვევაში, სადაც არ არის სათანადო ჩვენება, არ მივიმართოთ ოპერაციულ მეთოდს. გართულების ასაცილებლად არ უნდა გავუკეთოთ ოპერაცია დაზარალებული მოტეხილობის დროს თუ თან ახლავთ განაჰყრები. ინფიცირებული კრილობები, ჩირქოვანი არეები. მოტეხილობის ადგილას. ძვლების მოტეხილობების არასწორ მკურნალობად ითვლება: ფრაგმენტების ცუდი რეპოზიცია, არასაკმაო დროითი იმობილიზაცია, მძიმე ტვირთით ფრაგმენტების გადაჭიმვა, არასაკმაო საფუძვლების გარეშე ძვლის ნამსხვრევების ამოღება, ფრაგმენტებს შორის შეჭრილი რბილი ქსოვილების არადროულად ამოღებლობა, რაც ხშირად წარმოადგენს ცრუ სახსრის წარმოქმნის მიზეზს.

ყოველივე ზემოთ ჩამოთვლილი შეცდომები არც თუ ისე იშვიათად მიზეზი ხდება შემდგომი მძიმე გართულების ჩამოყალიბებისა და მკურნალობის არადამაკაყოფილებელი შედეგის მიღებისა, რასაც ავადმყოფი ხშირად ინვალიდობამდე მიჰყავს.

**ძვლების ახალი, ღია მოტივილოზების
მკურნალობა**

ღია მოტივილობის დროს, პირველი დახმარება მდგომარეობს ასე-
ტიური ნახევრის დადებაში კრილობაზე და კიდურების დროებითი იმო-
ბილიზაცია არტაშნით. კრილობიდან გამოშვებული ძვლის ნამსხვრევ-
ბის ბოლოები არ უნდა ჩასწორდეს კრილობის პირველად ქირურგიულ
დამუშავებამდე. ძლიერი არტერიალური სისხლდენის დროს დროებით ვა-
დებთ ლაბტს. გაუტკივარებისათვის და ავადმყოფის შოკის საწინააღმ-
დეგოდ კანქვეშ შეჰყავთ ნარკოტიკები, გულის გასამაგრებელი და სხვა
საშუალებანი. ღია მოტივილობით ავადმყოფები სასწრაფოდ უნდა გაიგ-
ზავნონ სტაციონარში.

შესახვევში სანიტარული დამუშავების შემდეგ ტარდება მისი კლი-
ნიკური და ლაბორატორიული შესწავლა. შეგვყავს ტეტანუსის საწინა-
აღმდეგო შრავტი, ხოლო რბილი ქსოვილების ფართო დაჰეჰყის დროს გან-
გრენის საწინააღმდეგო შრავტიც. შოკის დროს ტარდება შესაფერისი შო-
კის საწინააღმდეგო თერაპია. მოტივილობის არეს აუტკივარებენ 20
მლ — 1 2%-იანი ნოვოკაინის ხსნარით. დროებითი არტაშნის დადების
შემდეგ ვუკეთებთ დაზიანებული კიდურის რენტგენოგრამას ორ მიმარ-
თულებით — წინიდან — უკან და გვერდით. ამის შემდეგ კი ავადმყოფი
გადაგვყავს საოპერაციოში, ვინაიდან ღია მოტივილობის პირველადი ქი-
რურგიული დამუშავება ყოველთვის საოპერაციოში უნდა ხდებოდეს.

ღია მოტივილობის მკურნალობა მიზნად ისახავს: 1. ინფექციის თა-
ვიდან აცილებას, 2. რეპოზიციის ჩატარებას, 3. შეზოკებისათვის საჭი-
რო პირობების შექმნას და 4. მოტივილი კიდურის მყარ იმობილიზაციას
და ფუნქციის დროულ აღდგენას.

ღია მოტივილობის მკურნალობის დროს უნდა ვისწრაფოდეთ, რომ
კუჭყიანი ინფიცირებული კრილობა გადავაქციოთ ასეპტიურად, ხოლო
ღია მოტივილობა დახურულად. ეს მიიღწევა კრილობის პირველადი ქი-
რურგიული დამუშავების გზით, ამასთან დროის ფაქტორს დიდი მნიშვ-
ნელობა აქვს ინფექციის განვითარების შესაწყვეტად. რაც უფრო მცო-
რე დროა გასული ტრავმის მიღებიდან, კრილობის პირველადი ქირურ-
გიულ დამუშავებამდე, მით უკეთესია პროგნოზი. უნდა ვისწრაფოდეთ რომ
კრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება მოხდეს არა უგვიანეს
6-8 საათისა, ტრავმის შემდეგ. ამ ხნის განმავლობაში ინფექცია ჯერ
კიდევ არ იჭრება ქსოვილთა სიღრმეში და არ იქნება გადასული ლიმფურ
და სისხლის ძარღვების გზებში. ამიტომაცაა, რომ პირველადი ქირურგი-

ული დამუშავება წარმოადგენს სასწრაფო ოპერაციას. ანტიბიოტიკების გამოყენება, ბაქტერიოსტატიკური და ანტისეპტიკური საშუალებები (პენიცილინი, გრამიციდინი, ბაქტერიოფაგი, ლინკოცინი და სხვ.) აფართოებს ჩვენს შესაძლებლობას ინფექციასთან საბრძოლველად და ნებას გვაძლევს პირველადი ქირურგიული დამუშავების ჩვეულებრივი დროის გაგრძელებისათვის, მაგრამ მოგვიანებითი ქირურგიული დამუშავება გამონაკლისი უნდა იყოს და არა წესი.

უმრავლეს შემთხვევაში ღია მოტეხილობის პირველადი დამუშავება ტარდება ადგილობრივი გაუტკივარებით 0,25% ან 0,5% ნოვოკაინის ხსნარით. ზოგჯერ კი გვიხდება საერთო გაუტკივარების ჩატარებაც.

ღია მოტეხილობის პირველადი დახმარება შედგება შემდეგი მომენტებისაგან: კუჭყიანი და დაჭეჭილი რბილი ქსოვილების ამოჭრა, ძვლის კუჭყიანი ფრაგმენტების დამუშავება, სისხლისდენის შეჩერება, ფრაგმენტების ჩასწორება. კრილობის დამუშავება ანტისეპტიკური საშუალებებით, კრილობაში შეყვანა ბაქტერიოსტატიკური ნივთიერებისა და ანტიბიოტიკების, კრილობაზე ნაკერების დადება თუ საწინააღმდეგო არაფერია. მოტეხილობის იმობილიზაცია და სხვა. კრილობას და კანს ირგვლივ უსვამენ იოდის ხსნარს. კიდურებს შემოაკრავენ სტერილურ თეთრეულს. აწარმოებენ გაუტკივარებას, რის შემდეგ კანს კრილობის ნაპირიდან 2—3 მმ-ით მოშორებით ჭრიან. კრილობის სიღრმეში შესვლისას კუჭყიან და დაჭეჭილ რბილ ქსოვილებს გულდასმით ამოვკრით. რბილი ქსოვილების ნოვოკაინის ხსნარის ინფილტრაციის შედეგად ადვილად ხერხდება დაზიანებული ქსოვილების თხელ ფენებად ამოღება. უნდა შეგვეძლოს დაზიანებული ქსოვილის გარჩევა სიცოცხლის უნარიანობისაგან. გულდასმით დამუშავებისას შეიძლება კრილობის გაფართოება. უნდა ვეცადოთ, რომ სუფთა ზედაპირი კრილობისა არ დაისვაროს. ოპერაციის მსვლელობაში დასვრილ ინსტრუმენტებს, თეთრეულს და ხელთათმანებს იცვლიან ზოგჯერ რამდენჯერმე. დაუზიანებელ ნერვებს, სისხლძარღვებს და მყესებს უნდა გავუფრთხილდეთ. ძვლის ფრაგმენტების გაკუჭყიანებული ბოლოები მოითხოვს დამუშავებას; დასვრილი ძვლის ზედაპირი უნდა ჩამოვაცილოთ სატეხით. ძვლის წვრილ, თავისუფალ ნამსხვრევებს და უცხო სხეულებს ვაცლით. ძვალსაზრდელას უნდა გავუფრთხილდეთ. სისხლისმდენ სისხლძარღვებს ვკვანძავთ, კრილობაში. ყველა კუჭყიანი ადგილების გულდასმით მოშორების შემდეგ კრილობა უნდა დამუშავდეს ანტისეპტიკური ხსნარით. თუ კრილობის შიგნით შეინიშნება ღრუ, რომელიც სისხლს შეაგუბებს, მაშინ მასში შეჰყავთ რეზინის ღრენაჟის მილი. მისი თავისუფალი ბოლო გამოჰყავთ

დამატებით კრილობებში, რომელიც კეთდება შიგთავსის გამოსაქაჩავად, რაც შეიძლება ქვემოთ კრილობის ნაწილში.

ჭირურგთა უმრავლესობა ღია მოტეხილობის დროს გაურბის ოსტეოსინთეზის ჩატარებას ლითონის ღეროთი, მაგრამ გამოცდილება გვიჩვენებს თუ დაცულია ყველა სათანადო პირობა და ჩვენებანი კრილობის პირველადი ჭირურგიული დამუშავებისა, ანტიბიოტიკების შერჩევის შემდეგ იძლევა კარგ და დამაჯერებელ შედეგებს. უკანასკნელ ხანებში დიდი წარმატებებით შეჰყავთ კრილობაში, ან რბილ ქსოვილებში პენიცილინი (500000 — 1000000). მიზანშეწონილია კრილობაში პენიცილინის სულფაპრეპარატებთან ერთად შეყვანა. კრილობას ამოკერავენ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მისი დამუშავება ჩატარდა ტრავმის მიღებიდან 6—8 საათზე ადრე და ყველა დასვრილი და დაჭეჭილი ადგილები მთლიანად ამოკვეთილია. ხოლო უფრო გვიან — პირველადი ნაკერის დადება დაუშვებელია. ყრუ ნაკერი დასაშვებია, მხოლოდ იმისი შეგნების შემდეგ, რომ პირველადი ჭირურგიული დამუშავების გზით ინფიცირებული ადგილები გადაიქცა ასეპტურად. თუ ამაში დარწმუნებული არა ვართ, უკეთესია უარი ვთქვათ პირველად ყრუ ნაკერზე, ვინაიდან ყრუ ნაკერის დადება არა სათანადოდ დამუშავებულ კრილობაზე იწვევს აერობული და ანაერობული ინფექციის განვითარებას.

სამამულო ომისა და ყოველდღიური პრაქტიკული გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ შედარებით მოგვიანებით პერიოდშიც მიზანშეწონილია გაკეთდეს კრილობის პირველადი დამუშავება, თუ დაცულია ყველა პირობა, მედიცინის მიღწევები ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები და ჭირურგის გამოცდილება ხშირად გვეხმარება ამ საკითხის ინდივიდუალურად გადაწყვეტაში თუ როდის გაკეთდეს პირველადი ნაკერი კრილობის ჭირურგიული დამუშავების დროს, ღია მოტეხილობისას მშვიდობიან პერიოდში.

ინფიცირებული მოტეხილობების პერადლოვა

მშვიდობიან პერიოდში ინფიცირებული მოტეხილობები შედარებით იშვიათია. ამ დროს ინფექცია ვრცელდება შემდეგ შემთხვევებში. 1. როდესაც ღია მოტეხილობის დროს არ აწარმოებენ კრილობის სწორ პირველად. დამუშავებას; 2. როდესაც ტრავმიდან 8—10 საათის შემდეგ წარმოებული იქნა ოპერაციული ჩარევა კრილობის ყრუდ დახურვით, 3. როდესაც, კრილობის დამუშავების დროს კრილობიდან არ იქნა ამოღე-

ბული უცხო სხეულები, არ იქნა ამოკვეთილი დაყევილი და ინფიცირებული ქსოვილები, 4. როდესაც ოპერაციის შემდგომ პერიოდში კიდურზე იქნა შესრულებული იმობილიზაცია არასრულყოფილად, არა სწორ მდგომარეობაში, როდესაც კრილობა არ არის მოსვენებული, კეთდება ნახვევის ხშირი გამოცვლები და ა. შ. ავადმყოფი ღია მოტეხილობით მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას. თუ ტკივილები გაუძლიერდა, მოიმატა სიცხემ, კანზე გაუჩნდა სიწითლე და შეშუპება კრილობის ირგვლივ და სხვა, ეს ყველაფერი გვაუწყებს ინფექციის განვითარებაზე, დაჩირქების თავიდან ასაცილებლად სასწრაფოდ უნდა მოეხსნას ნაქერები კრილობიდან და მისი ნაპირები გაფართოვდეს, კიდურის იმობილიზაციის შენარჩუნებით.

სამამულო ომის გამოცდილებამ გვიჩვენა, რომ ღია მოტეხილობის ინფიცირების თავიდან ასაცილებლად, ტრავმის მიღებიდან პირველ დღეებში, 3 დღემდე და უფრო გვიან, მიზანშეწონილია გაკეთდეს კრილობის დაგვიანებული ქირურგიული დამუშავება. ამ ოპერაციის არსი წარმოადგენს კრილობის ნაპირების ამოკვეთას; ძვლის ნატეხების და უცხო სხეულების მოცილებას, დამატებითი განაკვეთების გაკეთებას კონტრაპერტურების სახით, კრილობიდან სეკრეტის თავისუფალი დენადობისათვის პირობების შექმნას, მოტეხილი ფრაგმენტების ფრთხილად გასწორებას, ქსოვილების დაზოგვას, ტრავმების გარეშე კრილობის დამუშავებას, ანტისეპტიური ნივთიერებების და ანტიბიოტიკების შეყვანას, შემდგომ კი დაზიანებული კიდურის იმობილიზაციას. გადამწყვეტი მნიშვნელობა ენიჭება მკურნალობის სწორ წარმართვას. კრილობის დაგვიანებული დამუშავების დროს, რათა თავიდან ავიცილოთ მძიმე გართულება, არასოდეს არ შეიძლება კრილობაზე ყრუ ნაქერების დადება. ინფიცირებული მოტეხილობის დროს, როდესაც საქმე გვაქვს ჩირქიან გამონადენთან, ღრმად მდებარე ღრუებთან, ისინი უნდა გახსნილი იქნეს რაც შეიძლება ფართოდ, თავისუფალი ძვლის ნამსხვრევები კრილობიდან უნდა იყოს ამოღებული. ზოგ შემთხვევაში კრილობაში ვტოვებთ ღრენაქებს და ტამპონებს. შემდეგ კი ვადებთ თაბაშირის ნახვევს, იმ შემთხვევაში თუ ჩირქის დენა არის ღიდი ჩაოდენობით, თაბაშირის ნახვევში კეთდება ფანჯარა.

ოპერაციული ჩარევა ინფიცირებული მოტეხილობების დროს სჯობს გაკეთდეს ზოგადი ნარკოზის ქვეშ, რაც იძლევა საშუალებას უმტკივნეულოდ ჩასწორდეს მოტეხილობა და დაედოს თაბაშირის ნახვევი. მოტეხილობების ან ინფიცირებული მოტეხილობის დროს, კრილობის დამუშავებისას, ავადმყოფი მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას პირველ

დღეებში, როდესაც არის საშიშროება ინფექციის განვითარების და გავრცელების.

ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის გაუარესება, მაღალი ტემპერატურა, მაჩის აჩქარება, ტკივილების გაძლიერება, შეშუპების მომატება, ქსოვილების სიწითლე, სისხლის სათანადო სურათი (ლეიკოციტოზი) და სხვა. გვაუწყებს, რომ ავადმყოფს ეწყება გართულება, აეროვანი განგრენის ან სეფსისის სახით, ამ შემთხვევაში ჩვენი მოვალეობაა სასწრაფოდ ჩავეუტაროთ აქტიური ოპერაციული ჩარევა, ძაფები კრილობიდან მოვხსნათ, კრილობა გაგანიერდეს. გაკეთდეს დამატებითი განაკვეთები, ჩაუტარდეს იმობილიზაცია და სხვ. როდესაც საკითხი დგას ავადმყოფის სიცოცხლის შენარჩუნებაზე და დამზოგველი მკურნალობა არ იძლევა შედეგს, საჭიროა თავის დროზე გაკეთდეს კილურის ამპუტაცია კი.

ინფიცირებული მოტეხილობების დროს არ შეიძლება დაგკმაყოფილდეთ მარტო ადგილობრივი მკურნალობით, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ავადმყოფის კვებას, მის საერთო მდგომარეობას, სისხლის გადასხმას, შრატის სამკურნალო დოზის გაკეთებას, ვიტამინებს, ანტიბიოტიკებს, გლუკოზის და სხვა სისხლის შემცვლელების გადასხმას. როდესაც ანტიბიოტიკებით მკურნალობა არ იძლევა სათანადო შედეგს, მიზანშეწონილია აღებული იქნეს კრილობიდან გამონადენი, ფლორის დადგენის მიზნით და ანტიბიოტიკების მგრძნობელობაზე დაენიშნოს იმ სახის ანტიბიოტიკი, რომლის მიმართაც მგრძნობიარეა აღნიშნული ინფექცია. შეცდომად ჩაითვლება აქტიური საერთო მკურნალობის ჩაუტარებლობა. ასევე დაუშვებელია სამკურნალო ფიზკულტურის წარმოება ინფიცირებული მოტეხილობების მკურნალობის დროს. თანაც უნდა გვახსოვდეს, რომ არ შეიძლება ვიყოთ ზედმიწევნით აქტიურები, და პირიქით პასიური, როდესაც თავის დროზე გაკეთებულ კილურის ამპუტაციას შეუძლია ავადმყოფს შეუნარჩუნოს სიცოცხლე.

თ ა ვ ი III

საეციალური ნაწილი

ხარხელის მოტეხილობა

ხერხელის მოტეხილობაში შედის: მალეების სხეულის, რკალების სახსროვანი, განივი და ფხიანი მორჩების მოტეხილობა, შეცილებით ან შეცილების გარეშე.

გარდა ამისა, მოტეხილობები იყოფა ზურგის ტვინის და ფესვების დაზიანებით ან მათი დაზიანების გარეშე. ხერხელის ლა მოტეხილობე-

ბი გვხვდება მხოლოდ და მხოლოდ ცეცხლსასროლი იარაღით მიყენებულ დაზიანების დროს.

მაღების სხეულის წინა ნაწილი, რომელიც ღრუბლოვანი აღნაგობისაა, ნაკლებად მყარია ტრავმისადმი, ვიდრე უკანა ნაწილი, რომელიც რკალებით და მორჩებით არის გამაგრებული და შედგება ძვლის კომპაქტური ნივთიერებისაგან. ამით იხსნება ის ფაქტი, რომ უფრო ხშირად საქმე გვაქვს მალის სხეულის კომპრესულ მოტეხილობასთან. შედარებით. უფრო ხშირად კომპრესული მოტეხილობა გვხვდება გულ-მკერდის და წელის მაღების დინამიკაზე.

იშვიათად გვხვდება მაღების სრული და არასრული ამოვარდნილობა ანუ სპონდილოლისტები.

მაღების სხეულის მოტეხილობა არც თუ იშვიათ შემთხვევაში მიმდინარეობს სიმპტომების გამოვლინების გარეშე. ამ შემთხვევაში ავადმყოფები აგრძელებენ მუშაობას და მიმართავენ ექიმს ტრავმიდან რამოდენიმე ხნის შემდეგაც. ხერხემლის რენტგენოგრაფიები აუცილებლად უნდა გაკეთდეს ორივე პროექციაში, პირდაპირში და გვერდითში. გვერდითი რენტგენოგრაფიის გარეშე შეიძლება გამოგვრჩეს მაღების სხეულის კომპრესული მოტეხილობა.

ზოგიერთი მოტეხილობის დროს, ხერხემლის ტვინის დაუზიანებლადაც კი გვაქვს სახეზე ნაწლავთა პარეზის სურათი, რომელიც ბევრად დამოკიდებულია რეტროპერიტონეალური სივრცის სისხლის ჩაქცევაზე და რეფლექტორულ გაღიზიანებაზე, კერძოდ სიმპატიურ კვანძებზე, რომლებიც განლაგებულია ხერხემლის წინა ზედაპირზე.

ტრავმა, რომელმაც გამოიწვია ხერხემლის მოტეხილობა, შეიძლება იყოს ერთდროულად შინაგანი ორგანოების დაზიანების მიზეზი, ამიტომ მისი გამოცნობა. განსაკუთრებით, ზურგის ტვინის დაზიანების დროს, წარმოადგენს დიდ სიძნელეს. ხერხემლის მოტეხილობის დროს ყოველთვის უნდა ვფიქრობდეთ შინაგანი ორგანოების დაზიანებაზეც.

ავადმყოფის გადაყვანა და სანიტარული დამუშავება უნდა ხდებოდეს მიღებული წესების სრული დაცვითა და დიდი სიფრთხილით.

კისრის მაღების მოტეხილობის დროს ავადმყოფს ვაწვენთ ზურგზე, კისრის ქვეშ და ზოგ შემთხვევაში ბეჭებქვეშ ვუდებთ დაბალ მუთაქას ან ვადებთ შანცის საყელოს.

გულ-მკერდის და აგრეთვე წელის მაღების დაზიანების დროს ავადმყოფს აწვენენ მაგარ საკაცეზე და ისე გადაყავთ სტაციონარში.

მაღლების მოტეხილობის მექანიზმების ჩვენს წინაშე დგას შემდეგი ამოცანები:

1. გართულებების თავიდან აცილება.
2. შინაგანი ორგანოების, ფუნქციის აღდგენა გამოწვეული ზურგის ტვინის დაზიანებით.
3. შექუმული მალის გასწორება და მოტეხილი ძვლების ჩასწორება.
4. ხერხემლის ფიქსირება გაშლილ მდგომარეობაში, სანამ არ მოხდება ძვლის აღდგენა და მოტეხილობის შესორცება.
5. გამაგრება და განვითარება მთელი კუნთოვანი აპარატის ატროფიის თავიდან ასაცილებლად.

კისრის მაღების მოტეხილობის მექანიზმისა და ზურგის ტვინის დაზიანების გარემო

ავადმყოფს ვაწვენთ საწოლში ხის, სადა ზედაპირის დაფაზე და ლეიბზე. თუ არ არის უკუჩვენება, კანქვეშ ვუკეთებთ 2% პრომედოლის ხსნარს, შემდეგ ვაწარმოებთ თავით დაჭიმვას გლისონის მარყუჟის საშუალებით. მარყუჟის ქვეშ იდება ბამბის პატარა ბალიში, იმისათვის რომ გლისონის მარყუჟის გვერდითმა თასებმა არ მოუტირონ თავს, თასმის რგოლებს აცმევნ სპეციალურ უღელზე.

კისრის მაღების მოტეხილობების დროს, როდესაც მოტეხილობის კუთხე გახსნილია წინ, ბალიშს თავის ქვეშ არ უდებენ, პირიქით ბეჭების ქვეშ უდებენ თხელ ორჯად გაკეცილ ლეიბს. გლისონის მარყუჟს აბამენ საწოლის ზურგზე დაფის დონეზე, ამის შემდეგ, საწოლის თავის მხარე იწევა 50 სმ. სპეციალურ საყრდენებით, რაზედაც იდება საწოლის ფეხები. (იხ. სურ. 9), (იხ. სურ. 10).

კისრის მაღების ასეთი დაჭიმვით მოტეხილობის დროს სხეულის სიმძიმით, თავის უკან გადაადებით, უზრუნველყოფილი ხდება კუთხის გასწორება, რომელიც გახსნილია წინ.

კისრის მაღების იმ მოტეხილობისას, როდესაც კუთხე იქმნება გახსნილი უკან, თავის ქვეშ უდებენ ბალიშს და აწარმოებენ ჩონჩხოვან დაჭიმვას.

ამგვარი დაჭიმვა უზრუნველყოფს კუთხის გასწორებას. ეს ჩვეულებრივად ხდება ერთი ან 2 საათის შემდეგ, რაშიაც უნდა დარწმუნდეთ კლინიკურად და რენტგენოლოგიური გამოკვლევით. ავადმყოფის გასინჯვის დროს დაჭიმვის მოხსნა არ შეიძლება. როდესაც მოტეხილობა

ჩასწორებული იქნა, საწოლის თავის მხარეს სწევნ 30 სმ სიმაღლეზე იატაკიდან.

3—5 დღის შემდეგ დაჭიმვას წყვეტენ და დიდი ცდომის დროს დაჭიმვის შემდეგ ადებენ თაბაშირის ნახევარ კორსეტს, კისრის საყელოთი. შემდგომში მიმდინარეობს სტაციონალური მკურნალობა.

ავადმყოფს მკურნალობის მთელ მანძილზე ენიშნება სამკურნალო ვარჯიში.

თაბაშირის მოხსნის შემდეგ დამატებით ენიშნება მასაჟი.

შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება 2—6 თვის შემდეგ.

**გულ-მკერდის და წელის მალეზის მოტეხილობის
მკურნალობა ზურგის ტვინის დაზიანების
გარეშე**

ზოგიერთი ქირურგები უარყოფითად ეკიდებიან ჩასწორების მეთოდს, ისინი თვლიან, რომ ფორსირებული ჩასწორება ხერხემლის მოტეხილობის დროს იმ სახით, როგორიც მოწოდებული აქვთ: დეგის, ბელერს და სხვას, წარმოადგენს საშიშროებას.

ეს ავტორები მოგვიწოდებენ ჩავასწოროთ ხერხემლის მოტეხილობა მისი ჭარბი გაშლით.

წელის მალეზის მოტეხილობის დროს, შუა ხაზიდან 6 სმ მოცილებით იმ მხარესკენ, რომელზედაც ავადმყოფი წევს, ვადებთ ნიშანს. აღნიშნულ ადგილს ვამუშავებთ სპირტით და იოდით, აღნიშნულ წერტილში შეგვყავს ნემსი და ვახდენთ კანის გაუტკივარებას, ნემსი შეგვყავს ქვევიდან ზემოთ 35° კუთხის ქვეშ, მიმართული შუა ხაზისაკენ, რბილ ქსოვილებში გზადაგზა შეგვყავს 5 მლ 1% ნოვოკაინის ხსნარი. 5-8 სმ სიღრმეში ნემსი ებჯინება განივ მორჩის ზედაპირს, თუ ხსნარი მოხვდა მოტეხილობის ადგილას, ნემსიდან გამოიწვევთ სითბე შეფერილი სისხლით. თუ გადმოდის ნათელი სითბე, ნემსი უნდა ეუჩქვლიტოთ ერთა მალის ზეშოთ ან ქვემოთ ამ ადგილიდან.

იმისათვის, რომ მოგახდინოთ გულმკერდის მალის გაუტკივარება, ნემსი ისევე შეგვყავს, მხოლოდ ზემოთ მდებარე ფხიანი მორჩის დონეზე. ეს აიხსნება იმით, რომ გულმკერდის მალეზის ფხიანი მორჩები მიმართულია ზევიდან ქვემოთ და ამიტომაც მისი მწვერვალი მდებარეობს ქვემოთ. ვიღრე სხეული.

მოტეხილობის ადგილას საერთოდ შეიძლება შეყვანილი იქნას 5—10 მლ 1% ნოვოკაინის ხსნარი.

გაუტკივარების შემდეგ ვაწარმოებთ ერთმომენტიდან ფორსირებულ ჰარბ გაშლას (იხ. სურ. 11).

ბელუტის მიერ მოწოდებული კორსეტი დახურული ზურგით არ გვაძლევს საშუალებას გავამგროთ ზურგის გამშლელი კუნთები სამკურნალო ვარჯიშით, რომელიც აუცილებელია. შეკუმშული მალის გაშლა და ფრაგმენტების ჩაბრუნება სწარმოებს არა ფორსირებული წესით, არამედ თანდათან.

მალების გაშლა და მოტეხილი ფრაგმენტების ჩასწორება, უნდა იყოს კლინიკური და რენტგენოლოგიური კონტროლის ქვეშ, ავადმყოფის უცვლელ მდგომარეობაში, ეტაპური მკურნალობის 8—15 დღის შემდეგ ედება თაბაშირის კორსეტი, კორსეტის დადების წინ 30 წთ აღრე ავადმყოფს უკეთდება 1—2 მლ 1/2% პრომიდოლის ხსნარი კანქვეშ. ავადმყოფი გადაპყავთ სათაბაშირო ოთახში მკერდით მორგებით წელის არეში. კორსეტის დადების დროს ამ მეთოდით არ არის სავალდებულო გაუკეთდეს ტკივილგამაყუჩებელი, რადგან ხერხემლის გასწორება ხდება მორგებულ.

კორსეტის დადების ტექნიკა: ავადმყოფი ეკილება წელით (იხ. სურ. 11), (იხ. სურ. 12), (იხ. სურ. 13).

შრომისუნარიანობის აღდგენა პირებისათვის, რომლებიც არ ეწევიან მძიმე ფიზიკურ შრომას, ხდება 4—6 თვის შემდეგ, ხოლო პირები, რომლებიც იწვევიან მძიმე ფიზიკურ შრომას მკურნალობის დამთავრებისას, უნდა გათავისუფლდნენ მსუბუქ სამუშაოზე.

ხერხემლის რენტგენოლოგიის მკურნალობა ზურგის ტვინის დაზიანებით

ზურგის ტვინის ფუნქციის მოშლა ხერხემლის მოტეხილობის დროს არის დამოკიდებული: მისი შერყევიდან, დაქვეითობიდან, ზეწოლიდან, სისხლჩაქცევადან (სუბდურალურად, ეპიდურალურად და ტვინის ქსოვილში), შეშუპებიდან, ზურგის ტვინის ნაწილობრივი და მთლიანი გაგლეჯით და აგრეთვე (დესკეპის) დაზიანებით. ტრავმის პირველ ხანებში ძნელია დავადგანოთ, რომელია მიზეზი ჩამოთვლილიდან და რამ განაპირობა ზურგის ტვინის ფუნქციის მოშლა.

რაც უფრო მაღლაა დაზიანების ადგილი და დაზიანებაც არის მნიშვნელოვანი, მით უფრო უარესია პროგნოზი. კისრის მალეების მოტეხილობა ზურგის ტვინის დრმა დაზიანებით იწვევს ტეტრაპლუგიას, რომელიც ხშირად მთავრდება სიკვდილით. ზურგის ტვინის მთლიანი გაგლეჯის დროს მისი

ფუნქცია მთლიანად იკარგება და არასოდეს არ აღსდგება, ფუნქციის მოშლა გამოწვეული მოტეხილი ძვლის ზეწოლით, მთლიანად აღსდგება იმ შემთხვევაში, თუ თავის დროზე იქნა ნატეხების მოცილება ან დროულად იქნა ჩასწორებული მოტეხილობა.

ხერხემლის მოტეხილობის მკურნალობის დროს, ზურგის ტვინის დაზიანებით, ჩვენს წინაშე დგას შემდეგი ამოცანები:

1. თავიდან ავიცილოთ მოტეხილი ფრაგმენტების შემდგომი ცლი-
მა და სხვა გართულებების განვითარება, კერძოდ ნაწოლების განვითა-
რება, შარდის შეკავება, უროსფეისის განვითარება და ორგანოს ფუნ-
ქციის აღდგენა და ორგანოს ფუნქციის აღდგენა გამოწვეული ზურგის
ტვინის დაზიანებით.

ზურგის ტვინის დაზიანების დროს ხდება კუჭის მოქმედების შეკავე-
ბა. სუნთქვიდან მუცლის პრესის გამოთიშვის გამო ხდება ძნელი ამოხ-
ველება, ბრონქები ივსება ლორწოთი და ეს შეიძლება გადაიზარდოს
ფილტვების ანთებაში. აქ კი პროფილაქტიკის მიზნით ავადმყოფებს ენიშ-
ნება სამკურნალო სუნთქვითი ვარჯიში.

პირველ დღიდანვე უნდა ვისწრაფოთ კონტრაქტურების და კუნ-
თების ატროფიის თავიდან ასაცილებლად. ამის გამო ენიშნება სამკურ-
ნალო ფიზკულტურა და მასაჟი. თუ ავადმყოფს აქვს მოტეხილობა მყა-
რი დამბლებით, საჭიროა მისი მოთავსება თაბაშირის საწოლში.

ოპერაციული მკურნალობა: (ლამინექტომია) ხერხემლის მოტეხილო-
ბის დროს ნაჩვენებია:

1. ახალი ტრამვის დროს. როდესაც ნევროლოგიური, ქირურგიული
და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები გვიჩვენებს, რომ ზურგის ტვინის
ფესვების ფუნქციის მოშლა გამოწვეულია მოტეხილი ფრაგმენტების ზე-
წოლით, ანდა გადაადგილებული ძვალთ, ხოლო მათი ჩასწორება არ ხერ-
ხდება ჩვეულებრივი წესით.

2. დაგვიანებულ ვადაში. როდესაც ფუნქციის მოშლა ხდება ძვლის
კორძის წარმოშობით და მისი ზეწოლით ან არადა ნაწიბურის წარმო-
შობით.

ფსიქი და განივი მორჩილის მოტეხილობის მკურნალობა

იზოლირებული მოტეხილობა განივი მორჩისა, გვხვდება წე-
ლის მალეში. მოტეხილობა შეიძლება იყოს ცალმხრივი ან ორ-
მხრივი და ამ დროს შეიძლება დაზიანებული იყოს ერთი ან რამოდენიმე
მორჩიები;

ფსიქიანი მორჩების მოტეხილობა გვხვდება კისრის ქვედა და გულმ-
კერძულ ზედა მალეში. ერთადერთი სუბიექტური გამოვლინება ფსიქიანი

ან განივი მორჩების მოტეხილობის დროს არის ლოკალური ძლიერი ტკივილები, რომლის ეფექტური მკურნალობა არის 1%—10 მლ. ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანა მტკივნეულ ადგილას, დიაგნოზის დადგენისას და შემდეგ 1—2 ღლის გამოშვებით. ავადმყოფს ენიშნება ფიზიოთერაპიული პროცედურები და მასაჟები, ამგვარ ავადმყოფების შრომის უნაძიანობის აღდგენა ხდება დაახლოებით 3—6 კვირის განმავლობაში.

ხერხემლის მოტეხილობა

ხერხემლის მოტეხილობას ხშირად თან ახლავს ხერხემლის ტვინის დაზიანება, რაც ხსნის ტკივილის სინდრომს, და შეიძლება ვერ იქნეს დადგენილი თანხლები მოტეხილობა წელის ქვემოთ მდებარე ძვლები-სა და შინაგანი ორგანოების დაზიანება.

რომ არ იქნეს დაშვებული შეცდომა, უნდა მიექცეს ყურადღება: მწვავე ანემიას, პერკუტორული ხმის მოყრუებას მუცლის ღრუს ქვედა ნაწილებში, პერიტონეალურ მოვლენებს და სხვას, რომ არ გაკეთდეს შეცდომითი ლაპარატომია ანდა პირიქით.

იმ შემთხვევაში, როდესაც ეჭვია მიტანილი ხერხემლის მოტეხილობაზე, საჭიროა გაკეთდეს რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში.

შეცდომად შეიძლება ჩაითვალოს, თუ არ ვეცდებით მალას სიმადლის აღდგენას, კომპრესიული მოტეხილობის დროს, აგრეთვე შეცდომაა, თუ არ იქნება ოპერაცია ნაწარმოები იმ შემთხვევაში, როდესაც საქმე გვაქვს მოტეხილი ნაწილის ზეწოლასთან ხერხემლის ტვინზე.

ნაწილის მოტეხილობა

ნეკნების მოტეხილობა გვხვდება საკმაოდ ხშირად.

შეიძლება იყოს მოტეხილი ერთი ან რამდენიმე ნეკნი გულ-მკერდის ორივე მხარეზე. ნეკნების მოტეხილობა შეიძლება იყოს შეცილებითი ან შეცილების გარეშე. ქვედა ნეკნების მოტეხილობის დროს უნდა გვახსოვდეს შინაგანი ორგანოების დაზიანებაც. ამიტომ უნდა გამოირიცხოს შინაგანი ორგანოების დაზიანება. ამ ფაქტის უგულებელყოფა და დროის დაკარგვა ამ შემთხვევებში შეიძლება გახდეს საბედისწერო ავადმყოფისათვის.

ნეკნების მოტეხილობის დროს სუნთქვითი ფუნქცია მკვეთრად არის ოათრგუნული, რომელიც აიხსნება 3 ფაქტორით:

1. ძლიერი ტკივილით მოტეხილობის ადგილას, რის გამოც ავადმყოფი თიშავს სუნთქვას აქტიურად და მაქსიმალურად ზღუდავს სუნთქვით ექსკურსიას დაზიანებულ მხარეზე.

ფუნქცია მთლიანად იკარგება და არასოდეს არ აღდგება, ფუნქციის მოშლა გამოწვეული მოტეხილი ძვლის ზეწოლით, მთლიანად აღსდგება იმ შემთხვევაში, თუ თავის დროზე იქნა ნატეხების მოცილება ან დროულად იქნა ჩასწორებული მოტეხილობა.

ხერხემლის მოტეხილობის მკურნალობის დროს, ზურგის ტვინის დაზიანებით, ჩვენს წინაშე დგას შემდეგი ამოცანები:

1. თავიდან ავიცილოთ მოტეხილი ფრაგმენტების შემდგომი ცდომა და სხვა გართულებების განვითარება, კერძოდ ნაწოლების განვითარება, შარდის შეკავება, უროსფისის განვითარება და ორგანოს ფუნქციის აღდგენა და ორგანოს ფუნქციის აღდგენა გამოწვეული ზურგის ტვინის დაზიანებით.

ზურგის ტვინის დაზიანების დროს ხდება კუჭის მოქმედების შეკავება. სუნთქვიდან მუცლის პრესის გამოთიშვის გამო ხდება ძნელი ამოხველება, ბრონქები ივსება ლორწოთი და ეს შეიძლება გადაიზარდოს ფილტვების ანთებაში. აქ კი პროფილაქტიკის მიზნით ავადმყოფებს ენიშნება სამკურნალო სუნთქვითი ვარჯიში.

პირველ დღიდანვე უნდა ვისწრაფოთ კონტრაქტურების და კუნთების ატროფიის თავიდან ასაცილებლად, ამის გამო ენიშნება სამკურნალო ფიზკულტურა და მასაჟი. თუ ავადმყოფს აქვს მოტეხილობა მყარი დამბლებით. საჭიროა მისი მოთავსება თაბაშირის საწოლში.

ოპერაციული მკურნალობა: (ლამინექტომია) ხერხემლის მოტეხილობის დროს ნაჩვენებია:

1. ახალი ტრამვის დროს. როდესაც ნევროლოგიური, ქირურგიული და რენტგენოლოგიური გამოკვლევები გვიჩვენებს, რომ ზურგის ტვინის ფესვების ფუნქციის მოშლა გამოწვეულია მოტეხილი ფრაგმენტების ზეწოლით, ანდა გადაადგილებული ძვლით, ხოლო მათი ჩასწორება არ ხერხდება ჩვეულებრივი წესით.

2. დაგვიანებულ ვადაში. როდესაც ფუნქციის მოშლა ხდება ძვლის კორძის წარმოშობით და მისი ზეწოლით ან არადა ნაწიბურის წარმოშობით.

ფიზიკური და განივი მორჩების მობილიზაციის მკურნალობა

იზოლირებული მოტეხილობა განივი მორჩისა, გვხვდება წეკლის მალეში. მოტეხილობა შეიძლება იყოს ცალმხრივი ან ორმხრივი და ამ დროს შეიძლება დაზიანებული იყოს ერთი ან რამოდენიმე მორჩები;

ფიზიკური მორჩების მოტეხილობა გვხვდება კისრის ქვედა და გულმკერდის ზედა მალეში. ერთადერთი სუბიექტური გამოვლინება ფიზიკური

ან განივი მორჩების მოტეხილობის დროს არის ლოკალური ძლიერი ტკივილები, რომლის ეფექტური მკურნალობა არის 1%—10 მლ. ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანა მტკივნეულ ადგილას, დიაგნოზის დადგენისას და შემდეგ 1—2 ღლის გამოშვებით. ავადმყოფს ენიშნება ფიზიოთერაპიული პროცედურები და მასაჟები, ამგვარ ავადმყოფების შრომის უნაღიანობის აღდგენა ხდება დაახლოებით 3—6 კვირის განმავლობაში.

ხერხემლის მოტეხილობა

ხერხემლის მოტეხილობას ხშირად თან ახლავს ხერხემლის ტვინის დაზიანება, რაც ხსნის ტკივილის სინდრომს, და შეიძლება ვერ იქნეს დადგენილი თანმხლები მოტეხილობა წელის ქვემოთ მდებარე ძვლები-სა და შინაგანი ორგანოების დაზიანება.

რომ არ იქნეს დაშვებული შეცდომა, უნდა მიექცეს ყურადღება: მწვავე ანემიას, პერკუტორული ხმის მოყრუებას მუცლის ღრუს ქვედა ნაწილებში, პერიტონეალურ მოვლენებს და სხვას, რომ არ გაკეთდეს შეცდომითი ლაპარატომია ანდა პირიქით.

იმ შემთხვევაში, როდესაც ეჭვია მიტანილი ხერხემლის მოტეხილობაზე, საჭიროა გაკეთდეს რენტგენოგრაფია ორ პროექციაში.

შეცდომად შეიძლება ჩაითვალოს, თუ არ ვეცდებით მალას სიმალლის აღდგენას, კომპრესიული მოტეხილობის დროს, აგრეთვე შეცდომაა, თუ არ იქნება ოპერაცია ნაწარმოები იმ შემთხვევაში, როდესაც საქმე გვაქვს მოტეხილი ნაწილის ზეწოლასთან ხერხემლის ტვინზე.

ნაწილის მოტეხილობა

ნეკნების მოტეხილობა გვხვდება საკმაოდ ხშირად.

შეიძლება იყოს მოტეხილი ერთი ან რამდენიმე ნეკნი გულ-მკერდის ორივე მხარეზე. ნეკნების მოტეხილობა შეიძლება იყოს შეცილებითი ან შეცილების გარეშე. ქვედა ნეკნების მოტეხილობის დროს უნდა გვახსოვდეს შინაგანი ორგანოების დაზიანებაც. ამიტომ უნდა გამოირიცხოს შინაგანი ორგანოების დაზიანება. ამ ფაქტის უგულებელყოფა და დროის დაკარგვა ამ შემთხვევებში შეიძლება გახდეს საბედისწერო ავადმყოფისათვის.

ნეკნების მოტეხილობის დროს სუნთქვითი ფუნქცია მკვეთრად არის ოათრგუნული, რომელიც აიხსნება 3 ფაქტორით:

1. ძლიერი ტკივილით მოტეხილობის ადგილას, რის გამოც ავადმყოფი თიშავს სუნთქვას აქტიურად და მაქსიმალურად ზღუდავს სუნთქვით ექსკურსიას დაზიანებულ მხარეზე.

2. სუნთქვითა ნოძრაობის ნიშნენლოვან გაცოთიწვა ხდება რეფლექტორული გზით, მსგავსად ჩვეულებრივი ცენტრალური რეფლექტორული გაცოთიწვისა რომელიმე დაზიანებული ორგანოს ფუნქციის მოშლის დროს.

3. დაზიანებულ მხარეზე გადახრით ავადმყოფი ქმნის ხელოვნურ სქოლიოზურ მდგომარეობას და ამით უფრო მეტად ჰირს ნორმალური ვენტილაციის წარმოება ფილტვებში. ამ სამი მომენტის ურთიერთმოქმედება განაპირობებს მკვეთრ შევიწროებას ყველა სასუნთქი გზების, მცირე გზების სანათურის მთლიან დახშობამდე. ამის შედეგად იქმნება მდგომარეობა, მსგავსი ფილტვების კოლაფსისა, როგორც ვითარდება ოპერაციის შემდგომ პერიოდში. ეს ანალოგია გრცელდება და თრგუნავს ფილტვების სადრენაჟო მექანიზმს. როგორც ნაოპერაციები ავადმყოფი, ისევე ავადმყოფი, ნეკნის მოტეხილობით მიისწრაფვის დაახშოს ხველითი რეფლექსი, რათა თავიდან აიცილოს ძალზე მტკივნეული ამ შემთხვევებში ხველითი ბიძგები. ამის მიზეზი ხდება ლორწოს შეჩერება ბრონქებში. ეს ყველაფერი იწვევს ფილტვის ნაწილობრივ კოლაფსს და წარმოადგენს საშიშროებას ავადმყოფისათვის ფილტვების ანთების განვითარებაში.

ნაქნების მოტეხილობის მაჟრნალობა

ამგვარი პათოგენეზური გავება, ფილტვების ანთების და კერძოდ ტრავმული პნევმონიის წარმოშობაში მიგვანიშნებს მთავარ მიზეზს, ანუ ტკივილის წყაროს. ე. ი. მოტეხილობის ადგილს.

აქედან გამომდინარე, თუ რაიმე ტკივილგამაყუჩებელი საშუალებით შევძლებთ თავი დავაღწიოთ ტკივილს, ამით მოვხსნით ტკივილის სინდრომს, რომელიც იკავებს სუნთქვით ექსკურსიას და მიღწეული იქნება თავისუფალი უწინააღმდეგო სუნთქვა, რის შედეგადაც ფილტვი გაიშლება. არსებობს მკურნალობის სხვადასხვა სახეები.

ნაადრევი მკურნალობის ტექნიკა: ნეკნის მოტეხილობის დადგენისას, მოტეხილობის ადგილში შეჰყავთ 10—15 მლ 1% ან 2% ნოვოკაინის ხსნარი, აუცილებელი არ არის ნემსი მოხედეს მოტეხილობის ადგილს, საკმარისია მისი მოხედრა პემატომაში, ანდა ინფილტრაციის გაკეთება ძვლისსაზრდელაში. ვინაიდან ტკივილი იხსნება, ავადმყოფი იღებს საშუალებას ისუნთქოს თავისუფლად, მთელი მკერდით ჩაახველოს და ამოახველოს თავისუფლად ლორწო, რომელიც დაგროვილი იყო ბრონქებში. ფილტვის ჩაფუშული ნაწილები ისევ იშლება, ხდება რეაერაცია.

გაუტიკივარება, რომელიც მიღწეული იქნა, ამ წესით გრძელდება რამოდენიმე ხანი, ისე რომ ერთჯერადი ან ორჯერადი გაუტიკივარება არ არის ყოველთვის საკმარისი, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ტრავმული პნევმონია, ამიტომ უნდა გეცადოთ როგორმე გაეახანგრძლივოთ გაუტიკივარება.

თვით ფაქტი ხანგრძლივი გაუტიკივარებისა ნეკნების მოტეხილობის დროს მეტყველებს იმაზე, რომ ამ შემთხვევაში ირთვება არა მარტო ტკივილების, არამედ კიდევ რომელიღაც იმპულსები, რომლებიც იწვევენ მთლიანად სუნთქვითი ექსკურსიის გამოთიშვას ან დაქვეითებას.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ფილტვების გართულებების პროფილაქტიკას იმიტომ, რომ გულმკერდის დაზიანებას ხშირად ახლავს სხვა ორგანოების და კიდურების დაზიანებაც, რაც ავადმყოფს ხდის იძულებულს ხანგრძლივად იწვეს ლოგინში. ე. ი. ტრავმულ პნევმონიასთან ერთად არის საშიშროება ჰიპოსტატიური პნევმონიისა.

ნეკნების მოტეხილობის დროს იხმარება აგრეთვე ლეიკობლასტირის ნახვევი, მისი დადებით გულმკერდზე მოტეხილობის მხარეს. ლეიკობლასტირი ედება მთელი სიგანით ამოსუნთქვის დროს. ავადმყოფს ეძლევა ნახევარდღომითი მდგომარეობა. ტკივილების მოსახსნელად შეიძლება გამოყენებული იქნეს ფიზიოთერაპია. იმ შემთხვევაში, როდესაც საქმე გვაქვს პლევრალურ შოკთან, გულმკერდის ტრავმის დროს ნაჩვენებია კისრის ვაგო-სიმპატიური ბლოკადა ნოვოკაინით, მოწოდებული ნ. ნ. ბურდენკოს და ა. ვ. ვიშნევსკის მიერ.

კისრის ვაგოსიმპატიკური ბლოკადის ტექნიკა აღწერილია თვით ავტორის, ა. ვ. ვიშნევსკის მიერ.

ავადმყოფს აწვენენ მაგიდაზე თავის ძლიერი მობრუნებით მოწინააღმდეგე მხარეზე (ოპერატორიდან). კისრის ქვეშ უდებენ მცირე ზომის მორგეს. ავადმყოფის ხელი ოპერაციის მხარეზე ძლიერ იწვევა ჯვევი, რის საშუალებითაც მხარი არის დაწეული. მარცხენა ხელის მაჩვენებელი თითი ებჯინება *m. sterni clido-mastoiideum*-ის უკანა ზედაპირს, იმ ადგილის ზევიო. სადაც აღნიშნულ კუნთს ეჯვარდინება გარეთა საულლე ვენა. აწარმოებენ ძლიერ ზეწოლას აღნიშნული თითით, რითაც იწვევს შიგნით კისრის ორგანოები. თითის მწვერვალთან ხდება 10 გრამიანი შპრიცით ნემსის ჩხვლეტა, ნემსი ტარდება სილრმეში, მიმართულებით ზევით და შიგნით, ხერხემლის წინა ზედაპირისაკენ. ხსნარი იგზავნება მცირე ჰორციებით (2—3 მლ), შპრიცი, ინექციის დროს, არა ერთხელ ეხსნება ნემსს, — კონტროლის მიზნით (სისხლი, ნერვი) მოძრაობა წინ გაგზავნილი ხსნარის მიმართულებით, რითაც იღწევა ნაკლები საშიშროება

ინექციის დროს. შეჰყავთ 25—30 მლ 0,25—0,5% ნოვოკაინის ხსნარი.

ძალზე იშვიათად იქმნება ჩვენება ჩარევისა კანქვეშა ემფიზემის გამო. კანქვეშა ემფიზემა გავრცელებული მთელ სხეულზე თანდათან იწოვება კიდეც.

პემოთორაქსის და პემოპნევმოთორაქსის დროს მე-2—3 დღეს სისხლი და ჰაერი იქაჩება პლევრის ღრუდან. გამოქაჩვის შემდეგ არ ხდება სისხლის დენის გაძლიერება, მხოლოდ სითხე, რომელიც გროვდება ხოლმე პლევრის ღრუში, უნდა განვიხილოთ როგორც პლევრის გაღიზიანების შედეგი. ამ შემთხვევაში პლევრის პუნქციას იმეორებენ მე-2—4 დღეს და შეჰყავთ ღრუში ანტიბიოტიკები.

მკურნალობის მიზნით ენიშნებათ: ანტიბიოტიკები, საგულე და სისხლის დენის შემაჩერებელი საშუალებანი, კოდინი და სხვა ავადმყოფის საერთო მდგომარეობასთან დაკავშირებული პრეპარატები.

ნეკნების მოტეხილობის დროს ზოგ შემთხვევაში ხდება მუცლის ღრუს ორგანოების კანქვეშა გასკდომები, რომლის დიაგნოსტიკურა შეცდომა შეიძლება დამთავრდეს მძიმე შედეგებით.

შეცდომად ჩაითვლება, თუ არ იქნა მიღებული სათანადო ზომები პნევმონიის თავიდან ასაცილებლად; მოტეხილობის ადგილის გაუტკივარების წარმოება, სამკურნალო ვარჯიში, ნახველის ამოხველება და სხვა.

მკერდის ძვლის, გულის ძვლის და ლავიწის ძვლის მოტეხილობა

მკერდის ძვლის მოტეხილობის მკურნალობა

მკერდის ძვლის მოტეხილობას შეცილების გარეშე, ვმკურნალობთ ისევე, როგორც ნეკნების მოტეხილობას, გაუტკივარებით და ლეიკოპლასტიკის ზოლების დადებით.

მკერდის ძვლის მოტეხილობის შეცილების დროს ვმკურნალობთ ანალოგიურად, როგორც ხერხემლის მოტეხილობას. ერთმანეთზე შემდგარი მოტეხილი ნაწილები სწორდება ჭარბი გაშლის გზით, რის გამოც მოტეხილ ადგილში შეგვყავს გაუტკივარების მიზნით 20 მლ 1%—2% ნოვოკაინის ხსნარი. ავადმყოფს ვაწვენთ საფარიან საწოლში, წელის ქვეშ ვუდებთ მორგეს, ჭარბი გაშლის შედეგად მოტეხილი ბოლოები თანდათან სწორდება. ავადმყოფს ენიშნება სამკურნალო ფიზკულტურა. შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება დაახლოებით 5—6 კვირის განმავლობაში.

ბეჭის ძვლის მოტეხილობაში შედის, კუთხის, სხეულის, ყელის, სასახრე ზედაპირის, ქედის, აკრომიონის, ნისკარტისებრი მორჩის მოტეხილობა. ამ მოტეხილობის დროს ფრაგმენტთა შეცილებას ადგილი არ აქვს.

კლინიკური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ მოტეხილობის ადგილას გაუტკივარების მიზნით შეგვყავს 20 მლ 1%—2% ნოვოკაინის ხსნარი.

ბეჭის კუთხის, სხეულის, ქედის და ნისკარტისებრი მორჩის მოტეხილობის დროს ვადებთ დეზოს ტიპის ნახვევს ან ლეიკოპლასტიკის ზოლებს ბეჭის ძვლის მოძრაობის შეზღუდვის მიზნით. 3—5 დღის შემდეგ ნახვევს ვხსნით და კიდურს ვკიდებთ თავსაფარზე. მე-3 დღიდან ვუნიშნავთ აქტიურ მოძრაობას თითებში, შემდეგ სხივმავის სახსარში, იდაყვის და შემდეგ მხრის სახსრებში. მე-5 დღის შემდეგ მკურნალობას ვუმატებთ ფიზიოთერაპიას.

აკრომიონის და ყელის მოტეხილობის დროს გმკურნალობთ კრამერის მოღუწული აბდუქციური არტაშნის საშუალებით, რომელიც ედება ილღიის ქვეშ. სამკურნალო ვარჯის ვიწყებთ მე-2 დღიდან. ნახვევს ვუხსნით 2—3 კვირის შემდეგ.

სასახრე ზედაპირის მოტეხილობის დროს ვადებთ აბდუქციურ არტაშანს 1. პირველი დღიდან ენიშნება ფიზიომკურნალობა, მასაჟი. აბაზანები, შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება 1,5—2,5 თვეში.

ლავეწის ძვლის მოტეხილობა

ლავეწის ძვლის ცდომითი მოტეხილობის დროს პერიფერიული ნატეხი მიმართულია წინ და ქვევით, ამ მოტეხილობის შედეგად ლავეწის ძვალი მოკლდება, მოტეხილი ფრაგმენტების ჩასწორება არ არის ძნელი, მაგრამ მათი დაკავება სწორ პოზიციაში წარმოადგენს დიდ სიძნელეს.

შეხორცება შეცილებით მდგომარეობაში უმრავლეს შემთხვევაში არ იძლევა ფუნქციის მოშლას, თუ მხრის სახსარი არ იქნა დიდი ხნით უმოძრაო, განსაკუთრებით იმ პირებისათვის, რომლებიც არიან 40 წლის ასაკის ზევით.

კარგ შედეგს იძლევა ოპერაციული მკურნალობა, ლავეწის ძვლის მოტეხილობის დროს შეცილების გარეშე ედება სპეციალური არტაშანი, რომელიც არის შემდგარი 2 ერთმანეთთან დაკავშირებული კრამერის არტაშნებით, გარდა ამისა ედება დეზოს ნახვევი. (იხ. სურ. 13).

ლაგვიწის ძელის მოტეხილობის სამკურნალოდ, ბელური მოგვიწოდებს სპეციალურ ამოკრილ ფირფიცარის დაფას მორგებით ბოლოზე, არტაშანი ამოედება ილლიის ფოსოში და მაგრდება სპეციალური თასმით. (იხ. სურ. 14).

ლაგვიწის ძელის ამოვარდნილობის დროს მისი ჩასწორება არის ადვილი, მხოლოდ ფიქსირება წარმოადგენს საკმაოდ დიდ სიძნელეს, ამ ამოვარდნილობის დროს იხმარება აგრეთვე მოღუნული კრამერის არტაშანი.

ლაგვიწის ძელის ცდომითი მოტეხილობის დროს არტაშანი ეხსნება 4 კვირის შემდეგ. თუ კონსერვატიული მეთოდით ვერ მივაღწიეთ სასურველ შედეგს, იმ შემთხვევაში ოპერაციული მეთოდი ითვლება ერთ-ერთ საიმედო მეთოდად, ოსტეოსინთეზის გამოყენებით, რომელიც შეიძლება იყოს როგორც ექსტრაოსალური, ასევე ინტრაოსალური.

მხრის ძელის მოტეხილობა

მხრის ძელის მოტეხილობის დროს, ლოკალიზაციის მიხედვით არჩევენ: მხრის ზედა ნაწილის (ქირურგიულ ყელამდის), დიაფაზის და მხრის ქვედა წილის მოტეხილობას.

კლინიკური გამოკვლევის დროს უნდა მიექცეს ყურადღება: მგრძნობელობას, აქტიურ მოძრაობას და პერიფერიულ პულსს. ზუსტ წარმოდგენას მოტეხილობის მდებარეობაზე იძლევიან რენტგენოგრაფიები 2 პროექციაში, პირდაპირი და გვერდითი.

მხრის ძელის ზედა ნაწილის მოტეხილობა და მკურნალობა

აქ შემოდის: თავის, ანატომიური ყელის, დიდი და პატარა ბორცვის და ქირურგიული ყელის მოტეხილობა, მხრის თავის და ანატომიური ყელის მოტეხილობა გვხვდება ძალზე იშვიათად.

მხრის ძელის ყელის მოტეხილობა უმეტეს შემთხვევაში არის შეჭედილი და ჩაჭედილი, ყელის ჩაჭედილი და შეჭედილი მოტეხილობების და აგრეთვე ბორცვების არაშეცილებითი მოტეხილობის დროს ადგილობრივი გაუტკივარების შემდეგ ვადებთ დეზოს ნახვევს ან კილურს ჰკიდებენ თავსაფარზე. მე-3 დღეს ავადმყოფს ვუნიშნავთ აქტიურ მოძრაობას თითებით, სხივ-მაჯის და იდაყვის სახსრებში, მე-5 დღეს მხრას სახსარში, და მოძრაობის მოცულობას თანდათან ვზრდით.

დიდი ბორცვის ჩამოგლეჯილი მოტეხილობა შეცილებით ყველაზე

ხშირად გვხვდება მხრის ამოვარდნილობისას, ანდა, მისი ჩასწორების შემდეგ, ბორცვი გადაადგილდება, ვალდებოვანზიდვის არტაშანს. არტაშანის მდებარეობა ისეთივეა, როგორც ბეჭის ძვლის დიაფიზის — მოტეხილობის დროს. (იხ. სურ. 14), (იხ. სურ. 15).

ამ მდგომარეობაში ბორცვი ეგება თავის ადგილას. რაც უნდა იქნება დადასტურებული რენტგენოგრაფიით. მე-2 დღიდან ავადმყოფს ენიშნება აქტიური მოძრაობა თითების, სიგეჯის და იდაყვის სახსრებში, მე-12 დღეზე ავადმყოფი განზიდვის არტაშანზე იწყებს მოძრაობას მხრის სახსარში. არტაშანს ხსნიან 3—4 კვირის შემდეგ.

ქირურგიული ყელის მოტეხილობის დროს მცირე კუთხედი შეცოლებით, კიდურს ვკიდებთ თავსაფარზე ან ბანდზე ისეთნაირად, რომ იდაყვი იყოს თავისუფალი და მოღუნული 60—70°-ის კუთხის ქვეშ.

ვაუტკივარების და კიდურის სიმძიმის მოქმედების ხარჯზე თანდათან ხდება მხრის კუნთების მოღუნება, კუთხისა და მხრის ძვლის ღერძის გასწორება. მე-2 დღიდან ვიწყებთ სამკურნალო ფიზკულტურას. მე-4—5 დღიდან ავადმყოფი იწყებს მოძრაობას მხრის სახსარში, ენიშნებათ მასაჟი და დიზოთერაპიული მკურნალობა. შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება 4—6 კვირის შემდეგ.

მხრის ძვლის ქირურგიული ყელის მოტეხილობის დროს, როდესაც შეცოლება გვაქვს კუთხის ქვეშ, ცენტრალური ფრაგმენტი შემობრუნებულია ფრონტალურ სიბრტყეში 90°-მდე, პოროზონტალურში 30—40°-მდე და როტირებულია გარეთ 90°-მდე, იყენებენ აბდუქციურ არტაშანს, გაქიშვა შეიძლება გაკეთდეს ლეიკოპლასტიკის საშუალებით. შემდგომი მკურნალობა ისეთივეა, როგორც მხრის დიაფიზის მოტეხილობის დროს.

მხრის ძვლის მოტეხილობის დროს, როდესაც არის სრული შეცილება, ხზარობენ განმზიდველ არტაშანს.

ვაუტკივარების მხარეზე, აბდუქციური არტაშანის დაფიქსირების შემდეგ, ვახდენთ ძლიერ გაქიშვას იდაყვზე, როდესაც დამხმარე კიშვას მოტეხილ ფრაგმენტებს ქირურგი ასწორებს მათ. და ფრაგმენტების სწორი დოგმა დასტურდება რენტგენოგრაფიის საშუალებით.

მხრის ძვლის ყელის მოტეხილობის დროს, რომელიც გართულებულია თავის ამოვარდნილობით, უნდა ჩატარდეს ოპერაციული მკურნალობა, რაც თავიდან აგვაცილებს ჩასწორების ცდასთან დაკავშირებულ მძიმე გართულებებს (მაგისტრა უჭირავს ძვალშიდა ფიქსაციას ლითონის ღერო-გართულებებს (მაგისტრალურ სისხლძარღვის დაზიანება).

იმ შემთხვევაში, თუ მხრის თავი დამსხვრეულია და მისი ფრაგმენტების აკრეფა და მათი დაფიქსირება დიაფაზთან შეუძლებელია, უნდა

ლაფიწის ძვლის მოტეხილობის სამკურნალოდ, ბელერი მოგვიწოდებს სპეციალურ ამოჭრილ ფირფიცარის დაფას მორგებით ბოლოზე, არტაშანი ამოედება ილიის ფოსოში და მაგრდება სპეციალური თასმით. (იხ. ს. 14).

ლაფიწის ძვლის ამოვარდნილობის დროს მისი ჩასწორება არის ძალიან გილი, მხოლოდ ფიქსირება წარმოადგენს საკმაოდ დიდ სიძნელეს, ამის გამო ვარდნილობის დროს იხმარება აგრეთვე მოღუნული კრამერის არტაშანი.

ლაფიწის ძვლის ცდომითი მოტეხილობის დროს არტაშანი ეხსიკება 4 კვირის შემდეგ. თუ კონსერვატული მეთოდით ვერ მივაღწიეთ სასურველ შედეგს, იმ შემთხვევაში ოპერაციული მეთოდი ითვლება ერთ-ერთ საიმედო მეთოდად, ოსტეოსინთეზის გამოყენებით, რომელიც შეიძლება იყოს როგორც ექსტრაოსალური, ასევე ინტრაოსალური.

მხრის ძვლის მოტეხილობა

მხრის ძვლის მოტეხილობის დროს, ლოკალიზაციის მიხედვით არჩევენ: მხრის ზედა ნაწილის (ქირურგიულ ყელამდის), დიაფაზის და მხრის ქვედა წილის მოტეხილობას.

კლინიკური გამოკვლევის დროს უნდა მიექცეს ყურადღება: მკრასი ბელობას, აქტიურ მოძრაობას და პერიფერიულ პულსს. ზუსტ წარმოდგენას მოტეხილობის მდებარეობაზე იძლევიან რენტგენოგრაფები 2 პოზიციებში, პირდაპირი და გვერდითი.

მხრის ძვლის ზედა ნაწილის მოტეხილობა

და მკურნალობა

აქ შემოდის: თავის, ანატომიური ყელის, დიდი და პატარა ბორცვის და ქირურგიული ყელის მოტეხილობა, მხრის თავის და ანატომიური ყელის მოტეხილობა გვხვდება ძალზე იშვიათად.

მხრის ძვლის ყელის მოტეხილობა უმეტეს შემთხვევაში არის შეჭრილი და ჩაქედილი, ყელის ჩაქედილი და შეჭედილი მოტეხილობები და აგრეთვე ბორცვების არაშეცილებითი მოტეხილობის დროს ადგილობრივი გაუტეხივარების შემდეგ ვადებთ დეზოს ნახვევს ან კილეჯს ჰკიდებენ თავსაფარზე. მე-3 დღეს ავადმყოფს ვუნიშნავთ აქტიურ მოძრაობას თითებით, სხივ-მაჯის და იდაყვის სახსრებში, მე-5 დღეს მხრის სახსარში, და მოძრაობის მოცულობას თანდათან ვზრდით.

დიდი ბორცვის ჩამოგლეჯილი მოტეხილობა შეცილებით ყველაზე

1) აღ გვხვდება მხრის ამოვარდნილობისას, ანდა, მისი ჩასწორების შემ-
ბორცვი გადაადგილდება, ვადებთ განზიდვის არტაშანს. არტაშანის
ჩრებობა ისეთივეა, როგორც ბეჭის ძელის დიაფიზის — მოტეხილობის
ს. (იხ. სურ. 14), (იხ. სურ. 15).

2) მდგომარეობაში ბორცვი ჯდება ძაფის ადგილას. რაც უნდა იქნეს
სტრუქტურული რენტგენოგრაფიით. მე-2 დღიდან ავადმყოფს ენიშნე-
ტიური მოძრაობა თითების, სისემაჯის და ოდაყვის სახსრებში, მე-12
3) ძე ავადმყოფი განზიდვის არტაშანზე იწყებს მოძრაობას მხრის სახ-
4) ს. არტაშანს ხსნიან 3—4 კვირის შემდეგ.

ქირურგიული ყელის მოტეხილობის დროს მცირე კუთხედი შეცი-
ოთ, კიდეურს ვკიდებთ თავსაფარზე ან ბანდზე ისეთნაირად, რომ
ყო იყოს თავისუფალი და მოღუნული 60—70°-ის კუთხის ქვეშ.
გაუტკივარების და კიდეურის სიმძიმის მოქმედების ხარჯზე თანდათან
ა მხრის კუნთების მოღუნება, კუთხისა და მხრის ძელის ღერძის გას-
ქა. მე-2 დღიდან ვიწყებთ სამკურნალო ფიზკულტურას. მე-4—5
თან ავადმყოფი იწყებს მოძრაობას მხრის სახსარში, ენიშნებათ მსა-
დიზოთერაპიული მკურნალობა. შრომისუნარიანობის აღდგენა
4. 6 კვირის შემდეგ.

რის, ძელის ქირურგიული ყელის მოტეხილობის დროს, როდესაც
ოება გვაქვს კუთხის ქვეშ, ცენტრალური ფრაგმენტი შემობრუნებუ-
ორონტალურ სიბრტყეში 90°-მდე, პორიზონტალურში 30—40°-
თა როტირებულია გარეთ 90°-მდე, იყენებენ აბლუქციურ არტაშანს,
ა შეიძლება გაკეთდეს ლეიკობლასტირის საშუალებით. შემდგომი
ლობა ისეთივეა, როგორც მხრის დიაფიზის მოტეხილობის დროს.
მხრის ძელის მოტეხილობის დროს, როდესაც არის სრული შეცილე-
ობა, მენ განზიდველ არტაშანს.

3) გაუტკივარების მხარეზე, აბლუქციური არტაშანის დაფიქსირების
ა. ვახდენთ ძლიერ გაჭიმვას იდაყვზე, როდესაც დამხმარე ჰიმავს
4) ან ფრაგმენტებს ქირურგი ასწორებს მათ. და ფრაგმენტების სწო-
რება დასტურდება რენტგენოგრაფიის საშუალებით.

მხრის ძელის ყელის მოტეხილობის დროს, რომელიც გართულებუ-
ის ამოვარდნილობით, უნდა ჩატარდეს ოპერაციული მკურნალო-
ა. თავიდან აგვაცილებს ჩასორების ცდასთან დაკავშირებულ მძიმე
კუთხეებს (მაგისტრა უჭირავს ძვალშიდა ფიქსაციას ლითონის ღერო-
კუთხეებს (მაგისტრალურ სისხლძარღვის დაზიანება).

5) შეიმთხვევაში, თუ მხრის თავი დამსხვრეულია და მისი ფრაგმენ-
ტარეფა და მათი დაფიქსირება დიაფაზთან შეუძლებელია, უნდა

ლავეწის ძელის მოტეხილობის სამკურნალოდ, ბელერი მოგვიწოდებს სპეციალურ ამოკრილ ფირფიცარის დაფას მორგებით ბოლოზე, არტაშანი ამოედება ილღის ფოსოში და მაგრდება სპეციალური თასით. (იხ. სურ. 14).

ლავეწის ძელის ამოვარდნილობის დროს მისი ჩასწორება არის ადვილი, მხოლოდ ფიქსირება წარმოადგენს საკმაოდ დიდ სიძნელეს, ამ ამოვარდნილობის დროს იხმარება აგრეთვე მოღუნული კრამერის არტაშანი.

ლავეწის ძელის ცდომითი მოტეხილობის დროს არტაშანი ეხსნება 4 კვირის შემდეგ. თუ კონსერვატული მეთოდით ვერ მივაღწიეთ სასურველ შედეგს, იმ შემთხვევაში ოპერაციული მეთოდი ითვლება ერთ-ერთ საიმედო მეთოდად, ოსტეოსინთეზის გამოყენებით, რომელიც შეიძლება იყოს როგორც ექსტრაოსალური, ასევე ინტრაოსალური.

მხრის ძელის მოტეხილობა

მხრის ძელის მოტეხილობის დროს, ლოკალიზაციის მიხედვით არჩევენ: მხრის ზედა ნაწილის (ქირურგიულ ყელამდის), დიაფაზის და მხრის ქვედა წილის მოტეხილობას.

კლინიკური გამოკვლევის დროს უნდა მიექცეს ყურადღება: მგრძნობელობას, აქტიურ მოძრაობას და პერიფერიულ პულსს. ზუსტ წარმოდგენას მოტეხილობის მდებარეობაზე იძლევიან რენტგენოგრაფები 2 პროექციაში, პირდაპირი და გვერდითი.

მხრის ძელის ზედა ნაწილის მოტეხილობა და მკურნალობა

აქ შემოდის: თავის, ანატომიური ყელის, დიდი და პატარა ბორცვის და ქირურგიული ყელის მოტეხილობა, მხრის თავის და ანატომიური ყელის მოტეხილობა გვხვდება ძალზე იშვიათად.

მხრის ძელის ყელის მოტეხილობა უმეტეს შემთხვევაში არის შეჭედილი და ჩაჭედილი, ყელის ჩაჭედილი და შეჭედილი მოტეხილობების და აგრეთვე ბორცვების არაშეცილებითი მოტეხილობის დროს ადგილობრივი გაუტკივარების შემდეგ ვადებთ დეზოს ნახვევს ან კიდურს ჰკიდებენ თავსაფარზე. მე-3 დღეს ავადმყოფს ვუნიშნავთ აქტიურ მოძრაობას თითებით, სხივ-მაჯის და იდაყვის სახსრებში, მე-5 დღეს მხრის სახსარში, და მოძრაობის მოცულობას თანდათან ვზრდით.

დიდი ბორცვის ჩამოგლეჯილი მოტეხილობა შეცილებით ყველაზე

: შირად გვხვდება მხრის ამოვარდნილობისას, ანდა, მისი ჩასწორების შემდეგ, ბორცვი გადაადგილდება, ვალებთ განზიდვის არტაშანს. არტაშანის მღებარეობა ისეთივეა, როგორც ბეჭის ძელის დიაფიზის — მოტეხილობის დროს. (იხ. სურ. 14), (იხ. სურ. 15).

ამ მდგომარეობაში ბორცვი ღვედას ადგილას, რაც უნდა იქნას დადასტურებული რენტგენოგრაფიით. მე-2 დლიდან ავადმყოფს ენიშნება აქტიური მოძრაობა თითების, სიგეჯის და იდაყვის სახსრებში, მე-12 დღეზე ავადმყოფი განზიდვის არტაშანზე იწყებს მოძრაობას მხრის სახსარში. არტაშანს ხსნიან 3—4 კვირის შემდეგ.

ჭირურგიული ყელის მოტეხილობის დროს მცირე კუთხედი შეცილებლით, კიდურს ვკიდებთ თავსაფარზე ან ბანდზე ისეთნაირად, რომ იდაყვი იყოს თავისუფალი და მოღუნული 60—70°-ის კუთხის ქვეშ.

ვაუტკივარების და კიდურის სიმძიმის მოქმედების ხარჯზე თანდათან ხდება მხრის კუნთების მოღუნება, კუთხისა და მხრის ძელის ღერძის გასწორება. მე-2 დლიდან ვიწყებთ სამკურნალო ფიზკულტურას. მე-4—5 დღიდან ავადმყოფი იწყებს მოძრაობას მხრის სახსარში, ენიშნებათ მასაჟი და ფიზიოთერაპიული მკურნალობა. შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება 4—6 კვირის შემდეგ.

მხრის, ძელის ჭირურგიული ყელის მოტეხილობის დროს, როდესაც შეცალიება გვაქვს კუთხის ქვეშ, ცენტრალური ფრაგმენტი შემობრუნებულია ფრონტალურ სიბრტყეში 90°-მდე, ჰორიზონტალურში 30—40°-მდე და როტირებულია გარეთ 90°-მდე, იყენებენ აბდუქციურ არტაშანს, გაჭიმვა შეიძლება გაკეთდეს ლეიკოპლასტიკის საშუალებით. შემდგომი მკურნალობა ისეთივეა, როგორც მხრის დიაფიზის მოტეხილობის დროს.

მხრის ძელის მოტეხილობის დროს, როდესაც არის სრული შეცილებლა, ხმარობენ განმზიდველ არტაშანს.

ვაუტკივარების მხარეზე, აბდუქციური არტაშანის დაფიქსირების შემდეგ, ვახდენთ ძლიერ გაჭიმვას იდაყვზე, როდესაც დამხმარე ჭიმავს მოტეხილ ფრაგმენტებს ჭირურგი ასწორებს მათ. და ფრაგმენტების სწორი დოგმა დასტურდება რენტგენოგრაფიის საშუალებით.

მხრის ძელის ყელის მოტეხილობის დროს, რომელიც გართულებულია თავის ამოვარდნილობით, უნდა ჩატარდეს ოპერაციული მკურნალობა, რაც თავიდან აგვაცილებს ჩასწორების ცდასთან დაკავშირებულ მძიმე გართულებებს (მაგისტრა უჭირავს ძვალშიდა ფიქსაციას ლითონის ლერო-გართულებებს (მაგისტრალურ სისხლძარღვის დაზიანება).

იმ შემთხვევაში, თუ მხრის თავი დამსხვრეულია და მისი ფრაგმენტების აკრეფა და მათი დაფიქსირება დიაფაზთან შეუძლებელია, უნდა

გაგეთდეს პლასტიკური ოპერაცია — მხრის თავის ჩანაცვლება კერამიკული ენდოპროთეზით, რომელიც შემუშავებული და გამოყენებულია თბილისის ტრავმატოლოგიის და ორთოპედიის ცენტრში.

მხრის ძვლის დიაფიზის მოტეხილობა და მკურნალობა

მხრის ძვლის დიაფიზის მოტეხილობები გვხვდება საკმაოდ ხშირად და იმისდა მიხედვით, თუ რა ადგილზეა მოტეხილობა. არჩევენ მხრის დიაფიზის ზედა, შუა და ქვედა ერთი მესამედის მოტეხილობას.

მისი დიაგნოსტიკება არ წარმოადგენს სირთულეს. მოტეხილობას ყოველთვის თან ერთვის ტკივილი, ადგილობრივი შეშუპება, სისხლჩაქცევა მხრის დეფორმაცია, მოძრაობების მკვეთრი შეზღუდვა და უჩვეულო ადგილზე პათოლოგიური მოძრაობა. დიაგნოზი ზუსტდება რენტგენოგრაფიით, რითიც ირკვევა მოტეხილობის ყველა დეტალი.

ბ ი რ გ ე ლ ი ე ქ ი მ ა მ დ ე ლ ი დ ა ხ მ ა რ ე ბ ა სრულდება დაზიანებული კიდურის იმობილიზაციით მავთულის სპეციალური არტაშნის შემწეობით (კრამერის არტაშანი). თუ შემთხვევით ადგილზე არ აღმოჩნდა ასეთი არტაშანი, ის შეიძლება შეიცვალოს უბრალო თხელი ფიცრის ნაჭრებით (25×6), რომლებითაც შეიძლება დაფიქსირდეს დაზიანებული კიდური რბილი ბანდის გამოყენებით.

მკურნალობა უნდა ჩატარდეს სპეციალიზირებულ საავადმყოფოში, სადაც დიაგნოზის დაზუსტების შემდეგ კეთდება მოტეხილობის არის გაუტკივარება ნოვოკაინის ხსნარით (2%—20,0).

ძვლის ფრაგმენტების ჩასწორება ხდება შედარებით იოლად ხელით დაჭიმვის ხარჯზე. გაცილებით ძნელია ჩასწორებული ფრაგმენტების დაფიქსირება, რისთვისაც ხმარობენ ან თაბაშირის ყრუ ნახევებს მხრის ზედა 1/3-დან თითებამდის. ასეთი ნახევები ნამდვილად აიოლებს ავადმყოფის მკურნალობას და უზრუნველყოფს ფრაგმენტების ფიქსაციას მათ შეხორცებამდის. ცალკეულ შემთხვევებში, როდესაც თაბაშირის გამოყენება შეუძლებელია, ნაჩვენებია განმზიდავი არტაშანი (ციტოს ან ლუდუშაუ-რის — კალოვეის), რომლითაც ხდება ძვლის ფრაგმენტების ჩასწორება და მათი ფიქსირება შეხორცებამდის. (იხ. სურ. 16). ეს უკანასკნელი გამოირჩევა ჩონჩხოვან დაჭიმვას და მისთვის აუცილებელ რთულ პროცედურებს, ძვლის ფრაგმენტების ჩასწორება და მათი ფიქსაცია საგრძნობლად გაიოლებული და შედეგიანია.

ლუღლუშაურ-კალიის არტაშანის დადების წინ იგი უნდა შემოწმდეს მის მთლიანობაზე, მისი ცალკეული კვანძების და ქაპრების სრულყოფაზე. ამის შემდეგ ავადმყოფის სხეული უნდა დაიფაროს ბამბის და მარლის და ქასაფენით, რათა არტაშანი უშუალოდ არ ეხებოდეს არტაშანის კვანძებს და ქაპრებს. არტაშანი კარგად უნდა დაფიქსირდეს გულმკერდზე, რის შემდეგაც დაზიანებული კიდეური თავსდება მხრის და წინამხრისათვის მიმღებ საგარძელში, რომლებიც შეიცავენ დამჭიმავ და ფრაგმენტების ჩამსწორებელ მექანიზმებს. (იხ. ნახ. 17).

ფრაგმენტების რეპოზიცია იწყება მათი სიგრძივი დაჭიმვით, რაც ხდება წინამხრის საგარძელის გადაადგილებით მხრის ძვლის გასწვრივ. ამს შემდეგ კეთდება რენტგენის სურათი, რაც გვაუწყებს ფრაგმენტების მდგომარეობას არტაშანზე და მათი გადაადგილების მიმართულებას. ამისათვის არტაშანზე მოძრავი ხრახნები უნდა გადანაცვლდნენ სასურველი მიმართულებით.

ფრაგმენტების ჩასწორების შემდეგ კიდეური კიდე უფრო მყარად ფიქსირდება არტაშანზე რბილი ბანდი თდა ავადმყოფს ეძლევა საშუალება იაროს და ამოძრავოს დაზიანებული კიდეურის მტევანი და თითები.

გამზიდავი არტაშანი ისევე როგორც თაბაშირის ნახვევი ავადმყოფისათვის ძნელი ასატანია, მაგრამ მისი შეგუება იოლად შეიძლება, თუ ავადმყოფის საწოლს გავზნით მოსასვენებელ ადგილად დამატებითი ბალიშებით.

ოპერაციული მკურნალობა. მხრის ძვლის შუა და ქვემო მესამედის მოტეხილობისას არც თუ იშვიათად გვხვდება სხივის ნერვის დაზიანებაც, რომელიც უმთავრესად განპირობებულია უკანასკნელის ფიზიოლოგიური ადგილმდებარეობით. გვხვდება აგრეთვე შემთხვევები, როდესაც ძვლის ფრაგმენტებს შორის იმყოფებიან რბილი ქსოვილები და ხელს უშლიან მათ ჩასწორებას და შეხორცებას.

ზემოხსენებული პირობები ხშირად გვამძულებენ მიემართოთ ოპერაციულ მკურნალობას, რათა თავიდან ავიცილოთ მრავალღვირვანი მოლოდინი, სხივის ნერვის აღდგენისა და ფრაგმენტების შეხორცებისა.

ოპერაციული მკურნალობა კი უზრუნველყოფს როგორც ძვლის ფრაგმენტების მყარ და საიმედო ფიქსაციას, ისევე ნერვის ძვლის ნატეხებიდან გამონთავისუფლებას მის დათვალიერებას და თუ საჭირო იქნა, მისი ანატომიური ერთიანობის აღდგენასაც.

ფრაგმენტების საფიქსაციოდ გამოიყენება მეტალის ფირფიტები, მავთულის სერკლიაჟი, ინტრამედულარული ღეროები, ლითონის ჩხირები და მასზე დაფუძნებული კომპრესიულ-დისტრაქციული აპარატები. ოპერაციული მკურნალობის მთავარი აზრია ფრაგმენტების ისეთი მყარი ფიქსაცია, რომელიც საშუალებას მისცემს, რაც შეიძლება მალე დაიწყოს სამკურნალო ფიზკულტურის სეანსები. უნდა გვახსოვდეს, რომ ოპერაციული მკურნალობა ძვლის შეხორცების ვადებს არ ამცირებს. იგი მხოლოდ ნაადრევად ზღის ავადმყოფს მობილურს.

მხრის ძვლის (მიაფიზის) მოტეხილობათა შეხორცების საშუალო ვადებია 8—10 კვირა, რის შემდეგაც ავადმყოფს შეუძლია თავის სამუშაოს შესრულება.

რეაბილიტაციის მიზნით ავადმყოფს ენიშნება უმთავრესად სამკურნალო ფიზკულტურა და იშვიათად ფიზიოპროცედურები და მასაჟი.

ესლა საჭიროა გაკეთდეს საკონტროლო რენტგენოგრაფია. უნდა გვახსოვდეს, რომ აბდუქციური არტაშანი საჭიროა იყოს ფიქსირებული წინ ერონტალურ სობრტყესთან 30° — 40° -ით.

მკურნალობის პროცესში ეს რენტგენოგრაფია გვაძვნიებს ცდომას, საჭიროა შესაბამისად გააშუქოს არტაშნი, დაიქიმოს უფრო მეტად, გვერდიდან უნდა შედგოს კონტაქტი და სხვა.

მე-2 დღიდან ავადმყოფს უნიშნავენ აქტიური მოძრაობას თათებში და მავის სახსარში, 10—12 დღის შემდეგ მოძრაობა ენიშნება იდაყვის სახსარში სამკურნალო ფიზკულტურის სახით.

ძვალოვანი შეხორცება ირიბი და დამსჯერეული მოტეხილობის დროს ხდება საშუალო 8 კვირაში, განივი მოტეხილობის კი 9 კვირის შემდეგ, ამ დროისათვის ეხსნება დაქიმვა და ენიშნება სამკურნალო ვარჯიში, გარდა ამისა ენიშნება მასაჟი და ფიზიოთერაპიული მკურნალობა.

თუ ძვლის კორპის ჩამოკლება არის შენელებული, იშვიათი შემთხვევებისაა გრძელდება. მკურნალობის დროს იძარება როგორც ადგილობრივი, აგრეთვე ზოგადი საშუალებანი კორპის ჩამოყალბების სტიმულაციისათვის.

მხრის ძვლის ლიაფიზის მოტეხილობის დროს ქვედა მესამედში ვადებთ ჩონჩხზე გაჭიმვას იდაყვის ძვალზე აბდუქციურ არტაშანზე. 2 კვირის შემდეგ ვხსნით ჩონჩხზე გაჭიმვას და ვადებთ თაბაშირის ლონგეტს მხარზე და წინამხარზე, 4 კვირის შემდეგ კი ვხსნით გაჭიმვას და თაბაშირის ნახევს. დანარჩენი მკურნალობა იგივეა.

მხრის ძვლის ქვედა ნაწილის მოტეხილობა ორგვარია: სახსარგარეთა და სახსარშიგნითა. სახსარგარეთას მიეკუთვნება: 1. გაშლითი და როკების ზედა მოტეხილობა.

სახსარშიგნითას: 1. როკებზე გამავალი. მოტეხილობა 2. და ორივე როკის T-მაგვარი მოტეხილობა.

3. მარტო გარეთა ან შიგნითა როკის მოტეხილობა.

4. გარეთა ან შიგნითა ზედაროკის მოტეხილობა.

მხრის ძვლის გაშლითი ზედაროკის მოტეხილობის დროს ქვედა ფრაგმენტი გადანაცვლებულია უკან და ქმნის კუთხეს გახსნილს უკან და შიგნით, ან მარტო შიგნით, როდესაც აბდუქციის ან ვარუსის მდგომარეობაა. უკანასკნელ შემთხვევაში ცლომა არის სიგრძითი.

წინამხარს აყენებენ სუბინაციის მდგომარეობაში. მხრის ძვლის მომხრელი მოტეხილობის დროს ქვედა ფრაგმენტი გადანაცვლებულია წინ, შიგნით და სიგრძეზე, სშირად იგი არის გახლეჩილი სიგრძეზე და ქმნის ეგრეთწოდებულ T და V-ს მაგვარ მოტეხილობას. წინამხრის ან მოტეხილობის დროს დგება აგრეთვე სუბინაციის მდგომარეობაში. სახსარშიგნითა მოტეხილობის დროს, როდესაც არა გვაქვს შეცილება, ვადებთ თაბაშირის ნახევრს მხრის ზედა მესამედიდან თითების ფუძემდე. იდაყვის სახსარი ფიქსირდება 90—100°-ის კუთხის ქვეშ, წინამხარი კი პრონაციის და სუბინაციის შუა მდგომარეობაში. თაბაშირის ნახევრს ვადებთ 3 კვირით. პირველ დღეებიდანვე ვნიშნავთ აქტიურ მოძრაობას თითებსა და მხრის სახსარში. თაბაშირის ნახვევის მოხსნის შემდეგ ავადმყოფები იწყებენ მოძრაობას იდაყვის სახსარში, რომელშიც მოძრაობა მოკლე ხანში იწყებს აღდგენას. შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება 5—7 კვირის შემდეგ. ზედაროკების მოტეხილობას შეცილების გარეშე მკურნალობენ ისევე, მხოლოდ შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 4—5 კვირის შემდეგ. გაშლითი და მღუნავი ზედა როკების მოტეხილობის როკებზე გავლით, და -ს მაგვარ ორივე როკების მოტეხილობას, როდესაც გვაქვს შეცილება, ვმკურნალობთ ჩონჩხზე გაკიმვით აბდუქციურ არტაშანზე ან და ჩონჩხზე გაკიმვით შეიძლება შესრულდეს დაქაჩვა 3—4 კვ ტვირთით, ამ შემთხვევაში ავადმყოფი წევს საწოლში, რომელზეც დამაგრებულია ბალკანის ძელი.

პირველ დღეებიდანვე ავადმყოფი უნდა ამოძრავებდეს აქტიურად თითებს და ახდენდეს მოძრაობას სხივმავის სახსარში. 2—3 კვირის შემდეგ, როდესაც მოხდა ფრაგმენტების რეპოზიცია, ვადებთ თაბაშირის

ლონგეტს კიდურის ფიქსაციით იგივე მდგომარეობაში. 4 კვირის შემდეგ უხსნით თაბაშირის ნახევებს და ავადმყოფს ვუნიშნავეთ მოძრაობას იდაყვის სახსარში, რომლის ფუნქცია თანდათან იწყებს აღდგენას. შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება დაახლოებით 7—12 კვირის შემდეგ.

იმ შემთხვევაში, თუ ფრაგმენტების სწორი რეპოზიცია არ ხერხდება და იდაყვის სახსრის ფუნქცია ირღევეა, უნდა დაისვას საკითხი ოპერაციულ მკურნალობაზე. ხშირად არც ოპერაციული მკურნალობა იძლევა იდაყვის სახსრის ფუნქციის აღდგენას.

ერთი როკის მოტეხილობის შემთხვევაში, როდესაც გვაქვს ცდომილი ადგილობრივი გაუტკივარების შემდეგ, ხელით ხდება დაჭიმვა იდაყვისა ერთდროული ზეწოლით მოტეხილ ფრაგმენტზე, მოტეხილობის ჩასწორების შემთხვევაში აქვე ედება თაბაშირის ნახევები ხელის მოლუწვით 100° კუთხის ქვეშ. 4 კვირის შემდეგ თაბაშირის ნახევები ეხსნება და იწყება მოძრაობა იდაყვის სახსარში. იმ შემთხვევაში, თუ მოტეხილობის ჩასწორება არ ხერხდება, ნაჩვენებია ოპერაციული მკურნალობა.

ზედაროკის მოტეხილობის დროს, როდესაც გვაქვს შეცილება, განსაკუთრებით შიგნითა, სჯობს მოტეხილი ფრაგმენტი ამოღებულ იქნეს ოპერაციული ჩარევით, შემდეგ კი ჩავუტაროთ სამკურნალო ფიზკულტურა და სხვა ფიზიოთერაპიული საშუალებანი.

წინამხრის ძვლის მოტეხილობა

წინამხრის ძვლების მოტეხილობა სხეულის სხვადასხვა ძვლების მოტეხილობათა შორის იკავებს ერთ-ერთ პირველ ადგილს.

რაიგი ავტორთა მონაცემებით იგი შეადგენს 20—26%. ეს მიგვიჩივებს წინამხრის ძვლების მოტეხილობათა დიდ სიხშირეზე, მათ მრავალსახეობაზე და დიდ სირთულეებზე, რასაც ვაწყდებით მკურნალობის ყველა პერიოდში. ამ მიდამოს ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურების გამო. უნდა აღვნიშნოთ, რომ წინამხრის ძვლების მოტეხილობების დროს ადგილი აქვს თანმხლებ ამოვარდნილობას სახსარში და მოტეხილობებს, იზოლირებულ და ორივე ძვლის მოტეხილობებს, როგორც ეპიფიზარულ, პეტაფიზარულ ასევე დიაფიზარულ მიდამოებში. თუ ზოგიერთ შემთხვევაში კონსერვატული მკურნალობა იძლევა სასურველ შედეგს, არის ისეთი სახეები: მრავლობითი მოტეხილობები, ინტერპოზიცია ძვლის ფრაგმენტებს შორის და განსაკუთრებით ღია მოტეხილობები, რომლებიც მოითხოვენ გადაუდებელ ოპერაციულ ჩარევას, ამა თუ იმ ოპერა-

ციული მეთოდის გამოყენებით. აღედან კი ერთ-ერთი პირველი ადგილი უჭირავს ძვალშიდა ფიქსაციის ლითონის ღეროთი, მათი ჩვენებები ახს-ტი დაცვით.

იდაყვის ძვლის ამოვარდნილობის და სხივის ძვლის თავის მოტეხილობა

იდაყვის სახსარში ამოვარდნილობა ხდება უმთავრესად უკან, სხი-ვის ძვლის თავი კი გადაინაცვლებს ხოლმე წინ, ამ შემთხვევაში ხდება სხივის ძვლის თავის მოტეხილობა.

მოტეხილობას ზოგ შემთხვევაში თან ახლავს სხივის ნერვის დაზიანება კლინიკური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ ადგილობრივი ან ზოგადი ნარკოზის ქვეშ ხდება ჩასწორება, როგორც ნაჩვენებია ზემოხსენებულ სურათებზე. (იხ. სურ. 15), (იხ. სურ. 16).

თუ ამოვარდნილი თავი დადგა თავის ადგილას, ვადებთ თაბაშირის ნახევრს მხრის შუა მესამედიდან თითების მთავარ ფალანგებამდე, ხელის მოღუნვით 90—100°-მდე იდაყვის სახსარში.

წინამხრის ფიქსაცია ხდება ნახევარი პრონაციის და სუპინაციის მდგომარეობაში. მე-2° დღიდან ვაძლევთ უფლებას ამოძრავს თითები და დაიწყოს მოძრაობა მხრის სახსარში. თაბაშირის ნახევრს ხსნიან 3 კვირის შემდეგ, რის შემდეგაც ავადმყოფს ეძლევა უფლება მოძრაობა აწარმოოს იდაყვის სახსარში, შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება 5—6 კვირის შემდეგ, თუ მოტეხილი თავი ან მისი ნატეხი არ ჩაბრუნდა და არის დარღვეული პრონაცია, ნაჩვენებია ოპერატიული მკურნალობა.

სხივის ძვლის თავის წინა ამოვარდნილობის და იდაყვის ძვლის მოტეხილობის მკურნალობა

სხივის ძვლის თავის ამოვარდნილობა, როგორც წესი, ხდება წინ, იდაყვის ძვალი კი ტყდება მის ზედა მესამედში, ასეთ მოტეხილობას ეწოდება მონტეის ტიპის მოტეხილობა, რომელიც არც თუ ისე იშვიათად გვხვდება პრაქტიკაში, ამ შემთხვევაში შეიძლება დაზიანდეს ან განიცადოს ზეწოლა სხივის ნერვმა, რაც უფრო ადრე იქნება ნაწარმოები ჩასწორება მით უფრო ჩქარა გაივლის ნერვის პარეზული მოვლენაზე, ფრაგმენტების რეპოზიციას აწარმოებენ ადგილობრივი გაუტკივარების ან ზოგადი ნარკოზის ქვეშ. შემდგომი თაბაშირის ნახევრის დადებით, ჩასწორება ხდება სოკოლოვსკის გამკვირვებ აპარატზე (იხ. სურ. 17).

იდაყვის სახსარი ილუნება 90—100° კუთხის ქვეშ, ამ მდგომარეობაში ედება თაბაშირის ნახვევი მხრის ნახვევიდან თითების მთავარ ფალანგებამდე (იხ. სურ. 18).

წინამხრის ფიქსირება ხდება პრონაციის და სუპინაციის შუა მდგომარეობაში, ავადმყოფი გადაგვყავს საწოლზე, შეშუპების შემცირების მიზნით კიდურს ვაძლევთ მაღალ მდებარეობას, მე-2 დღეს ავადმყოფი იწყებს აქტიურ მოძრაობას თითებით, 2—3 დღის შემდეგ ხრის სახსარში, გარდა ამისა ვიწყებთ მხრის და წინამხრის კუნთების რითმულ შეკუმშვას და მოდუნებას, თაბაშირის ნახვევს ვხსნით 4 კვირის შემდეგ, თუ რეპოზიციამ სათანადო შედეგი არ გამოიღო, სასურველია სასწრაფო ოპერაცია ძვალში და ფიქსაციით — ლითონის ჩხირის ოსტეოსინთეზი. ვუნიშნავთ პასიურ და აქტიურ მოძრაობას იდაყვის სახსარში ასეთი მძიმე სახის მოტეხილობის დროს შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 6-8 კვირის შემდეგ.

იდაყვის მორჩის მოტეხილობის ჩაუბნალობა

იდაყვის მორჩის მოტეხილობის დროს შეცილების გარეშე, ედება უსაფენო თაბაშირის ნახვევი, იდაყვის სახსარი ილუნება სწორ კუთხემდე. კიდურის ფიქსაცია ვაშლილი იდაყვის სახსრის მდგომარეობაში ითვლება შეცდომად. პირველ დღიდანვე ვუნიშნავთ სამკურნალო ფიზკულტურას. თაბაშირის ნახვევი ვხსნება 3 კვირის შემდეგ. ამის შემდეგ კი ვიწყებთ აქტიურ სამკურნალო ფიზკულტურის გამოყენებას ფუნქციის სრულ აღდგენამდე.

იდაყვის მორჩის მოტეხილობის დროს როდესაც გვაქვს შეცილება, კეთდება ოპერაციული მკურნალობა, ავადმყოფს ოპერაცია უკეთდება მე-8—10 დღეს ტრავმიდან, როდესაც ხდება შეზორცება ყველა ექსკორიაციების იდაყვის სახსრის მახლობლად.

მე-2 დღიდან ვიწყებთ მათ აქტიურ მოძრაობას თითებში და მხრის სახსარში. კანზე ძაფს ხსნიან მე-8-10 დღეს და თაბაშირის ნახვევს მე-3 კვირის შემდეგ ოპერაციის დღიდან. ამის შემდეგ ავადმყოფი იწყებს მოძრაობას იდაყვის სახსარში, შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 6-10 კვირის განმავლობაში. შეიძლება მავთულის ამოღება 3 თვის შემდეგ, გადაგრეხილის ბოლო გადაიკვეთება და ამის შემდეგ მავთული თავისუფლად ამოდის.

ამ მოთხილობის დროს ვადებთ თაბაშირის ნახევებს ბეჭზე და წინამხარზე, იდაუვის სახსარში 100° — მოღუწულ მდგომარეობაში. ნახევებს ხსნიან 2—3 კვირის შემდეგ. შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება 3—5 კვირის შემდეგ.

წინამხრის ქაღის ღიშაუვის მოთხილობის
ჩაშრნალობა

ორივე წინამხრის ძვლების მოთხილობის დროს, შეცილების გარეშე, ვიყენებთ თაბაშირის უსაფენო ნახევებს, რომელიც ეხება მხარზე და წინამხარზე, კიდურის, იდაუვის სახსარში სწორი კუთხის ქვეშ მოხრით. ნახევებს ხსნიან 6—8 კვირის შემდეგ. ამ ხნის განმავლობაში ავადმყოფი აწარმოებს აქტიურ მოძრაობას თითებსა და მხრის სახსარში, ნახევების მოხსნის შემდეგ კი იდაუვის სახსარში.

ორივე ძვლების მოთხილობის დროს შეცილება ხდება სივრცითი, გვერდითი, ღერძის გამრუდება და მტევანის პრონაცია. წინამხრის ორივე ძვლები ნორმაში წვანან არა პარალელურად, არამედ ახდენენ—ს მაგვარ გამრუდებას (სუბინაციის მდგომარეობის დროს) მიმართულს ძვალოშორის სივრცისადმი და მცირე რკალოვან გამრუდებას ხელის გულის მხრისაკენ. მოთხილობა დიაფიზის ზედა და ქვედა ნახევარში ხორცდება უფრო ჩქარა, ვიდრე შუა მესამედში. წინამხრის ორივე ძვლების მოთხილობის ჩასწორება ხდება ადგილობრივი გაუტკივარების შემდეგ 20—30 მლ 2% ნოვოკაინის ხსნარით სოკოლოვსკის, კაპლანის, ლანდის აპარატზე ან სპეციალურ ბელურის სარტყელზე.

მოთხილობის ჩასწორების შემდეგ ფიქსაცია კეთდება თაბაშირის ნახევებით, რომელიც ედება მხარზე და წინამხარზე. ჩასწორების დროს რენტგენოგრაფიის ფირები უნდა ეკიდოს ისე, რომ ქირურგი მას უყურობდეს ყოველთვის.

ჩასწორება კაპლანის მაგიდაზე. ავადმყოფს ვაწვევთ მაგიდის ნაპირას ისეთნაირად, რომ მთლიანად ბეჭი განმკლავის მდგომარეობაში იყოს, მაგიდის გარეთ. კიდურები იხრება იდაუვის სახსარში სწორი კუთხის ქვეშ. მოხრილობის და ღერძის შორის იდება ბამბის ბალიში. მე-2, 3, 4, 5 თითებზე ვადებთ სპეციალურ რკალს—ფიქსატორს, მას აბამენ ზონარს, რომელიც გადადებულია ჭოჭონაქზე, ვადებთ 4—6 კგ სიმძიმეს.

ზედა მესამედის მოტეხილობის დროს, წინამხარს ვაძლევთ სუბინაციის მდგომარეობას. შუა ან ქვედა მესამედში მოტეხილობის დროს, წინამხარს ვაძლევთ შუა მდგომარეობას სუბინაციის და პრონაციის შორის. ამ ტვირთით ჩამოკიდებულ მდგომარეობაში კიდურები რჩება 5—10 წუთის განმავლობაში, დაქაჩვის ზემოქმედების ქვეშ. სწორდება ცლომა სიგრძეზე, ღერძის გამრუდება და როტაცია.

გვერდითი ცლომა სწორდება შემდეგნაირად: ქირურგი ორივე დიდი თითებით ებჯინება ქვედა და ზედა მოტეხილ ფრაგმენტებს ძვალთა შორის სივრცეში, წინამხრის მღუნავი მხარედან და ორივე საჩვენებელი თითებით მიბჯენილი ძვალთაშორის სივრცეში გაშლილი მხარეზე, ვახდენთ ზეწოლას რბილ ქსოვილებზე ორ ძვალს შორის. მოტეხილობის ჩასწორების შემდეგ I და II თითების ადგილას ვაწებებთ კლეოლის საშუალებით პატარა მორგეს, ზომით 2—4 სმ და სისქით 0,5 სმ, ზევიდან კი ვადებთ თაბაშირის უსაფენო ნახევებს.

ერთ ლონგეტს (70×12 — 70×15) სმ) ვადებთ წინამხრის გამშლელ მხარეზე თითების მთავარ ფალანგებიდან, იდაყვის სახსრის გავლით, მხრის ზედა მესამედამდე. სახსრის მიდამოში ლონგეტს კრიან გვერდებიდან და შემდეგ ამაგრებენ ბანდით. მე-2 ლონგეტს (358 სმ) ვადებთ წინამხრის მომხრელ მხარეზე, ხელის გულის შუა ნაწილიდან იდაყვის სახსრამდე და ვამაგრებთ ბანდით.

იმისათვის, რომ არ იყოს გვერდითი ცლომა, ამიტომ ლონგეტებზე ძვალთაშორის სივრცეში წინამხრის ორივე მხრიდან ვდებთ ხის ჯოხს, ორივე მხარეზე გამახვილებულს, სიგრძით 6 სმ და სისქით 1,5 სმ. ჯოხი მომხრელების მხრიდან უნდა იყოს განლაგებული უფრო ზევით თავისი მეტი ნაწილით და გამშლელ მხრიდან კი — ქვევითი მოტეხილობის ხაზიდან. ორივე ჯოხები ახდენენ ჩაზნექას ძვალთაშორის სივრცეში. თაბაშირის ლონგეტები ჯოხებთან ერთად მაგრდება 2 თაბაშირის ბანდით (5 სმ—15 სმ), ნახევებს კარგად ვუკეთებთ მოდულირებას. როდესაც მაგრდება, ვხსნით დაქაჩვას და ამოგვაქვს ღერძი იდაყვის კუთხიდან. იდაყვის არეში ვადებთ კიდევ ერთი თაბაშირის ბანდს. თაბაშირის ნახევებზე ვხატავთ მოტეხილი ადგილის სქემატურ სურათს, ვაწერთ ტრავმის მიღების თარიღს, ჩასწორების და თაბაშირის მოხსნის თარიღებს და მკურნალი ექიმის გვარს. ამის შემდეგ კეთდება რენტგენოგრაფია.

თუ მოტეხილი ფრაგმენტები არ ჩასწორდა, უნდა გაკეთდეს განმეორებითი რეპოზიცია. ხშირად შეიძლება მოხდეს ცლომა კარგად დადებული თაბაშირის ნახევებში, ამიტომ 2 კვირის შემდეგ საჭიროა გაკეთდეს საკონტროლო რენტგენოგრაფია.

შეშუპების თავიდან აცილების მიზნით კილურს ვაძლევთ მაღალ მდებარეობას ბალიშების საშუალებით ან ძელზე ჩამოკიდებით. თუ ავადმყოფი მოითხოვს დაკვირვებას თაბაშირის დადების შემდეგ, თუ ავადმყოფი უჩივის ტკივილს, მოჭერის გრძნობას, დაბუყებას და ვლინდება სხვა სიმპტომები, რომლებიც ადასტურებენ სისხლის მიმოქცევის მოშლას, თაბაშირის ნახვევი უნდა იქნეს მოხსნილი სასწრაფოდ, რათა არ განვითარდეს იშემიური კონტრაქტურა და არ მოხდეს კილურის სიკვდილი, ამისათვის არ შეიძლება ტკივილების გაყუჩება ნარკოტიკებით.

მე-2 დღიდან ჩასწორებისა და თაბაშირის დადებისა ავადმყოფი იწყებს აქტიურ მოძრაობას თითებით, 2—3 დღის შემდეგ იწყებს მოძრაობას მხრის სახსარში. ავადმყოფს უნდა ვასწავლოთ მხრის და წინამხრის კუნთების დაჭიმვა და მოღუნება თაბაშირის ნახვევში.

წინამხრის დიაფიზის ზედა და ქვედა მესამედის მოტეხილობის დროს თაბაშირის ნახვევს ხსნიან 7 კვირის შემდეგ, შუა მესამედის მოტეხილობის დროს კი 2,5 თვის შემდეგ. განივი მოტეხილობანი ხორცდება უფრო ნელა, ვიდრე ირიბი და დამსხვრეული.

თაბაშირის მოხსნის შემდეგ ავადმყოფს ენიშნება სამკურნალო ვარჯიში, მასაჟი, ფიზიო და მექანოთერაპია, ნაადრევი თაბაშირის მოხსნა არის შეცდომა, რადგან შეიძლება მოხდეს მეორადი შეცილება და წინამხრის გამრუდება.

სხივის ან იდაყვის ძვლის დიაფიზის მოტეხილობის დროს ზედა და შუა მესამედში ცდომის გარეშე ვადებთ თაბაშირის ნახვევს მხარზე და წინამხარზე კილურის მოღუნვით იდაყვის სახსარში, სწორი კუთხის ქვეშ. წინამხარი ფიქსირდება სუბინაცის მდგომარეობაში.

ქვედა ნახევრის მოტეხილობის დროს თაბაშირის ნახვევი ედება იდაყვის სახსრამდე წინამხრის სუბინაცის და პრონაციის შუა მდგომარეობაში. თაბაშირის ნახვევი ედება 4 კვირით. ამ ხნის განმავლობაში უტარდება სამკურნალო ვარჯიში. თაბაშირის ნახვევის მოხსნის შემდეგ ენიშნება მასაჟი და ფიზიოთერაპია. შრომის აღდგენის ვადაა 5—6 კვირა.

სხივის და იდაყვის ძვლის დიაფიზის მოტეხილობის დროს, როდესაც გვაქვს შეცილება, ჩასწორება ხდება როგორც აღწერილი იყო კაპლანის მაგიდაზე, სოკოლოვსკის აპარატზე და სხვა. თაბაშირის ნახვევი ედება ისევე და იმავე მდგომარეობაში, როგორც აღწერილი იქნა ზევით. თაბაშირის ნახვევი ედება 7 კვირით. შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება 7—10 კვირის შემდეგ. იმ შემთხვევაში თუ რეპოზიცია მო-

ტეხილ ფრაგმენტების არ მოხერხდა, ნაჩვენებია ოპერაციული ჩარევა ანუ ოსტეოსინთეზი.

სხივის ძვლის ქვედა გოლოს მოტეხილობის გაშრნალობა

სხივის ქვედა ბოლოს მოტეხილობას უწოდებენ კლასიკურ ან ტიპობრივ მოტეხილობას. მოტეხილობა არის განივად მიმართული, ები-მეტაფიზურად. ზოგ შემთხვევაში ეპიფიზობაში შეიძლება შეადგინოს სხივ-მაჯის სახსარში. პერიფერიული მოტეხილი ნაწილი როგორც წესი მიემართება ზურგისაკენ და სხივის მხარეს, ხდება აგრეთვე შებრუნება გარეთ. სწორად სხივის ძვლის მოტეხილობას თან ახლავს იდაყვის ძვლის სადგისისებრი მორჩის მოტეხილობა. აღნიშნული მოტეხილობა ზოგჯერ არის შეჭედილი მოტეხილობის სახით.

კლინიკურად წინამხარს აქვს თავისებური დამახასიათებელი შეხედულება, ხეშტის მაგვარი დეფორმაცია. რენტგენოგრაფიით დიაგნოზი დასტურდება და მოტეხილობის ადგილას კეთდება გაუტკივარება 1%—2%—20 მლ. ნოვოკაინის ხსნარით. იმ შემთხვევაში, თუ მოტეხილობა არის შეცილების გარეშე, ედება თაბაშირის ლონგეტი ზურგის მხრიდან, წინა მხრის სუბინაციისა და პრონაციის შუა მდგომარეობაში, ხელის მტევნის ზურგისაკენ ზოგიერთ მოხრილობის მიცემით. პირველ დღიდან ავადმყოფს ენიშნება თითებით აქტიური მოძრაობა. თაბაშირის ნახვევი ეხსნება 3 კვირის შემდეგ.

სხივის ძვლის მოტეხილობა, ფრაგმენტების შეცილებით სწორდება სოკოლოვსკის აპარატზე, იხმარება აგრეთვე სხვა აპარატებიც. რეპოზიციას ვაწარმოებთ აგრეთვე უბრალო ხელით გაქიმვითაც.

ხელით ჩასწორების დროს დაქაჩვას აწარმოებენ პირველი და ცალკე მეორე-მეოთხე თითების საშუალებით, მხარზე ედება სარტყელი უკუ-დაჭიმვისათვის. მომხმარე აწარმოებს დაჭიმვას 5—10 წუთის განმავლობაში, ამის შემდეგ მუდმივი გაჭიმვის ქვეშ ქირურგი ერთი ხელით შედის მოტეხილი ფრაგმენტის ცენტრალური ნაწილის ქვეშ, ხელის გულის მხრიდან. მეორე ხელით კი აწარმოებს ზეწოლას პერიფერიულ ფრაგმენტზე, ზურგის მხრიდან და ხელის მტევანს ღუნავს იდაყვის მიმართულებით და აწარმოებს მტევნის პრონაციას. მომხმარე კი აწარმოებს დაჭიმვას. მოტეხილობის ჩასწორების დროს საჭიროა, რომ თვალყური ვადევნოთ რენტგენოგრაფიას ზოგ შემთხვევაში, როდესაც ცდომა გვაქვს პერიფერიული ნაწილის ხელის გულისაკენ. ჩასწორება ხდება, ზეწოლით

ცენტრალური ნაწილის ქვედა ბოლოზე ხელის გულის მიმართულებით, მტევნის ძლიერი მოღუნვით ზურგისაკენ. თაბაშირის ლონგეტი ედება ამ შემთხვევაში ხელის მტევნის მცირე მოღუნვით ზურგისაკენ 10° — 15° -ით.

გასწორებული ფრაგმენტების ფიქსაცია ხდება მტევნის ზურგისაკენ მოხრილ მდგომარეობაში თაბაშირის ლონგეტით, რომელიც ფარავს სიხემაჯის სახსრის ორ მესამედს. თაბაშირის ლონგეტი ამ ადგილას უნდა იყოს კარგად მოღულვებული და დამაგრებული ბანდით. როდესაც თაბაშირის ნახევრი გამაგრდება, გაკიმვას წყვეტენ. აქვე ვაკეთებთ რენტგენოგრაფიას. ფრაგმენტების სწორად დგომის შესამოწმებლად.

თუ ფრაგმენტები არ ჩასწორდნენ, უნდა გაკეთდეს განმეორებითი რეპოზიცია. თაბაშირის ნახევრის დადების შემდეგ ავადმყოფი რჩება დაკვირვების ქვეშ დაახლოებით 1 საათით. თუ გვაქვს სისხლის მიმოქცევის მოშლის მოვლენები, იკრება ბანდი ხელის გულის მხრიდან და ლონგეტის ნაპირები მცირედ სცილდება კანს. აქვე ედება ახალი ბანდი. მეორე დღეს ედება თაბაშირის ბანდი.

პირველი დღიდანვე ავადმყოფი აწარმოებს აქტიურ მოძრაობას თითებით. თაბაშირის ნახევრი ეხსნება 4—5 კვირის შემდეგ და ავადმყოფს ენიშნება სამკურნალო ვარჯიში, მექანოთერაპია, მასაჟი და ფიზიოთერაპიული პროცედურები. წინამხრის ძვლების მოტეხილობის მკურნალობის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს თითების მოძრაობას, მგრძნობელობას, ნერვის და სისხლის ძარღვების დაზიანებას.

იდაყვის მორჩის მოტეხილობის დროს შეცილებით, საჭიროა ქირურგიული მკურნალობა. ოსტეოსინთეზის შემდეგ ან როდესაც არ არის სახეზე შეცილება, არ უნდა დაედოს საფიქსაციო ნახევრი, იდაყვის სახსარში გაშლილ მდგომარეობაში.

დისტალური ნაწილის მოტეხილობას დროს ხშირად გვხვდება შემდეგი შეცდომები: არ ედება თაბაშირის ნახევრი მხრის შუა ნაწილამდე.

არ ედება სპეციალური ჩხირები ძვლებთან შუა სივრცეში, თაბაშირის დადების დროს, რათა თავიდან ავიცილოთ ძვლების ერთმანეთთან შეხორცება.

არ აფიქსირებენ იდაყვის სახსარს 90° — 100° -მდე, არ აძლევენ წინამხრის სუბინაცის მდგომარეობას ზედა მესამედში მოტეხილობის დროს, და საშუალო მდგომარეობას პრონაციის და სპინაციის შორის შუა და ქვედა მესამედში მოტეხილობის დროს.

ჩასწორების და ფიქსაციის შემდეგ, საჭიროა საკონტროლო რენტგენ-

ნოგრაფია, ფრაგმენტების ცუდი დგომის შემთხვევაში საჭიროა განმეორებითი ჩასწორება ანდა ოპერაციული ჩარევა.

წინამხრის ტიპური მოტენილობის დროს არ არის საჭირო მტევანს მივცეთ ხელისგულისკენ მოღუნული მდებარეობა და იდაყვის ძვლისაკენ განზიდვა. ამ მოტენილობის დროს იდაყვის სახსრის ფიქსაცია არ არის საჭირო.

თაბაშირის დადების შემდეგ საჭიროა კიდურის მაღალი მდებარეობა. თითები უნდა იყოს თავისუფალი და საჭიროა თითების აქტიური მოძრაობების დაწყება რაც შეიძლება მალე, რომ არ განვითარდეს მოძრაობის შეზღუდვა თითებში.

შეცდომად უნდა ჩაითვალოს თაბაშირის ნახვევის ნადრევი მოხსნა ძვლების შეხორცებამდე, რადგან ეს არის მიზეზი ფრაგმენტების შეუხორცებლობის, მეორადი დეფორმაციების, ტკივილების და სხვა.

სხივ-მაჯის წვრილი ძვლებისა და თითების ძვლების მოტენილობა და მაშრანალობა

სხივ-მაჯის წვრილი ძვლების მოტენილობა გვხვდება შედარებით იშვიათად. დიაგნოზის დასადგენად საჭიროა რენტგენოლოგიური გამოკვლევა. მოტენილობა გვხვდება ნავისებური, ნახევარმთვარისებური და სხვა.

შეხორცების პროცესი ამ ძვლების მოტენილობების დროს არა დამაკმაყოფილებელია და თითქმის ისეთივეა, როგორც ბარძაყის ძვლის მედიალური მოტენილობის დროს და თუ არ შეიქმნა ხანგრძლივი იმობილიზაცია, შეიძლება ჩამოყალიბდეს ცრუ სახსარი ან ძვლების ასეპტიური ნეკროზი.

სხივ-მაჯის წვრილი ძვლების მოტენილობის რეპოზიცია ხდება ადგილობრივი გაუტკივარების გამოყენების შემდეგ. ვადებთ თაბაშირის ნახვევს. რეპოზიცია ტარდება სოკოლოვსკის გამჭიმავ აპარატზე და სხვა. მაჯის ძვლებში ხშირად ტყდება ნავისებური ძვალი, განსაკუთრებით გაშლილ ხელზე დაცემის დროს.

ნავისებური ძვლის მოტენილობის დროს სხივ-მაჯის სახსარი ფიქსირდება პირდაპირ მდგომარეობაში ანდა მტევნის ზურგისკენ მოხრილ მდგომარეობაში მცირე გაწევით იდაყვისაკენ. თაბაშირის ნახვევი ედება 5—6 კვირით. პირველ დღიდან უტარდება თითების და მთელი კიდურის აქტიური მოძრაობა.

თუ მუშაობის პირობები აძლევს საშუალებას, ავადმყოფს შეუძლია იმეშოს თაბაშირის ნახვევით. თაბაშირის მოხსნის შემდეგ კეთდება რენტგენოგრაფია და თუ შეხორცება არ მოხდა, ვადებთ ისეთივე თაბაშირის ნახვევის მოხსნის შემდეგ შერჩევითად ვუნიშნავთ სამკურნალო ვარჯიშს, მექანოთერაპიას, მასაჟს ან ფიზიომკურნალობას.

იმ შემთხვევაში, თუ იმობილიზაცია არ იყო საკმაო ხანგრძლივობით, შეიძლება იგი არ გაძვალდეს და მოხდეს ნაღისებური ძვლის ნეკროზი, რომლის მკურნალობა არის ასევე თაბაშირის დადება ხანგრძლივად. თუ ამანაც არ გამოიღო შედეგი, ასეთ შემთხვევაში დანეკროზებულ ძვალს იღებენ ოპერაციული გზით. ნახევარმთვარის და სხვა დანარჩენი ძვლების მოტეხილობის დროს (თაბაშირის ნახვევი ედება ისევე, როგორც წინამხრის ძვლების ტიპური მოტეხილობის დროს).

პირველ დღიდანვე იწყებენ თითების მოძრაობას. ნახევარმთვარის ძვლის მოტეხილობის დროს თაბაშირის ნახვევი ედება 5—6 კვირით, დანარჩენი ძვლების მოტეხილობის დროს კი 3 კვირით. სხივ-მაჯის სახსრის დაჭიმულობის დროს საჭიროა ზურგის მხარეს ლონგეტის დადება დაახლოებით ორი კვირით.

ნების ძვლის მოტეხილობის მკურნალობა

ნების I ძვლის ფუძის მოტეხილობას აქვს დიდი მნიშვნელობა შემდგომი ფუნქციის თვალსაზრისით, რადგან I თითის მოზიდვა, განზიდვა და დაპირისპირება ხდება ნება-მტევნის შესახსრებაში. I ძვლის ფუძის მოტეხილობის დროს, შეიძლება ადგილი ჰქონდეს მარტო ფუძის იდაყვის ნაწილის მოტეხილობას, რომლის დროსაც ხდება ამოვარდნილობაც (ბენეტის ტიპური მოტეხილობა) ან და განივი მოტეხილობა მტევანი ძვლის მთელი ფუძისა, როდესაც ხდება დისტალური ნაწილის ცდომა სხივის და ზურგის მხარეს.

ჩასწორება მტევნის I ძვლის ფუძის მოტეხილობის დროს ხდება ადგილობრივი გაუტკივარებით ლანდას აპარატზე, კაპლანის მაგიდაზე და სხვა.

ამისათვის აწარმოებენ II—IV თითების დაქაჩვას სიგრძეზე, მიმართულს წინამხრის ღერძისაკენ და I თითის დაქაჩვას სხივის მხარისკენ გადაყვანის მდგომარეობაში. 5—10 წუთის შემდეგ ქირურგი ახდენს ზეწოლას სხივის მხრიდან მტევნის I ძვლის ფუძეზე, ერთდროულად თითი გადაგყავს უფრო მეტად სხივის მხრისაკენ. ამ მდგომარეობაში ვადებთ თაბაშირის ნახვევს ზურგის ლონგეტით. 1—11 თითებს შო-

რის ლონგეტს ვჭრით და ლონგეტის ნაფლეთს ვახვევთ I თითს ფალანგ-შორის შენაწევრებამდე, შემდეგ თაბაშირის ბანდზე სხივის მხრიდან ვახდენთ ზეწოლას თითით მტევნის I ძვლის ფუძეზე და აქ ვქმნით ჩაღრმავებას (იხ. სურ. 19).

ღიდი ცდომის წინამხარზე ვადებთ თაბაშირის ნახვევს, რომელსაც ვამაგრებთ მავთულის არტაშანს, შემდეგ I თითის ბოლოს რბილ ქსოვილებში, ადგილობრივი გაუტკივარების ქვეშ ვუყრით უფანგავ მავთულს, მისი ბოლოები გაგვყავს ფირფიცარის მცირე ზომის დაფის ორ ნახვრეტში და დაქაჩულ მდგომარეობაში ვამაგრებთ თაბაშირის ნახვევზე, მათ შორის, ელასტიური მუდმივი გაჭიმვისათვის ვამაგრებთ რეზინის მილს (იხ. სურ. 19)

პირველ დღიდანვე ავადმყოფი უნდა აწარმოებდეს აქტიურ მოძრაობას თითებით, აგრეთვე მხრის და იდაყვის სახსრებში, შემდეგ ვუნიშნავთ სამკურნალო ფიზკულტურას, მექანოთერაპიას, მასაჟს და ფიზიო-მკურნალობას.

მტევნის I ძვლის დიაფიზის მოტეხილობის მკურნალობა ხდება იმავე წესით ვადა შრომის უნარიანობის აღდგენისა ითვის 4—6 კვირას.

მტევნის II—5 ძვლების მოტეხილობისას ძვლების მოტეხილობის დროს შეცილების გარეშე ვადებთ ლონგეტურ თაბაშირის ნახვევს, წინამხარზე და ხელის მტევანზე.

მტევნის ძვლების მოტეხილობას ახასიათებს ის, რომ შეცილების კუთხე როგორც წესი დიაა ხელის გულისკენ.

იმ მოტეხილობის დროს, როდესაც კუთხე შეცილებით ზურგისაკენაა, ადგილობრივი გაუტკივარების შემდეგ ვახდენთ ზეწოლას მესამე თითით, ზურგის მხრიდან მოტეხილობის ადგილს და ერთდროულად I თითით მტევნის ძვლის თავს, ხელის გულის მხრიდან. ამის შემდეგ ვადებთ თაბაშირის ნახვევს. მოტეხილობის ადგილას ზურგის მხრიდან და მტევნის ძვლის თავზე თაბაშირის გამაგრებამდე ვახდენთ ზეწოლას თითებით და ვქმნით ჩაღრმავებას. პირველ დღიდანვე ავადმყოფებს ვუნიშნავთ აქტიურ მოძრაობას თითებში და თავისუფალ სახსრებში. თაბაშირის ნახვევი იხსნება კვირის შემდეგ. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 3—4 კვირის განმავლობაში.

მტევნის ძვლამდე ერთიდან ოთხამდე, მოტეხილობის შეცილების დროს თაბაშირის ნახვევზე ვამაგრებთ მავთულიან არტაშნებს, ვლუნავთ შესაბამისად მაჯა-მტევნის შესახსრების ადგილას 10—20°, პირველ ფალანგთა შორის შესახსრებამდე — 90°-მდე, მე-II-ს 45°-მდე, თითის ბო-

ლოში ვეყრით უქანგავ მავთულს და მის ბოლოებს ესვამთ მცირე ზომის დაფაში. სადაც ორი ხერელია. ფრაგმენტებს ვასწორებთ სათანადო თითის დაჭიმვით და ვაჩერებთ ელასტიური გაჭიმვით. ავადმყოფი პირველ დღიდანვე უნდა ახდენდეს მოძრაობას ყველა თავისუფალი სახსრებით. თაბაშირის ნახვევს ვხსნით 3 კვირის შემდეგ, რის შემდეგ ვაგრძელებთ მკურნალობას მოძრაობით, მასაჟით, ფიზიომკურნალობით. აქაც შრომის-უნარიანობის აღდგენა ხდება 4—5 კვირის განმავლობაში.

ხელის მტევნის თითების მოტეხილობა

თითების მოტეხილობისას უმეტეს შემთხვევაში ადგილი აქვს როგორც საწარმოო, ისე საყოფაცხოვრებო ტრავმის დროს და ხშირად არის ღია. ღია მოტეხილობის დროს როგორც წესი პირველ რიგში უნდა გაკეთდეს კრილობის პირველადი ქირურგიული დამუშავება.

თითების მოტეხილობის მკურნალობა

თითების მოტეხილობის დროს შეცილების გარეშე დაზიანებულ და მასთან მეზობელ ფალანგზე ვადებთ ლეიკოპლასტიკის რამოდენიმე ფენას. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 2—3 კვირის შემდეგ.

თითების მოტეხილობის დროს, როდესაც გვაქვს შეცილება, ვმკურნალობთ ელასტიური გაჭიმვით.

მოტეხილობის ადგილას შეგვყავს 2%—5 მლ ნოვოკაინის ხსნარი. კუთხით ცდომის დროს ვახდენთ ჩასწორებას და თითს ვაფიქსირებთ ლითონის არტაშანზე ლეიკოპლასტიკით 2 კვირის ვადით (იხ. სურ. 19), (იხ. სურ. 20).

ავადმყოფი პირველ დღიდან ავარჯიშებს საღ თითებს; აწარმოებს მოძრაობას იდაყვის და მხრის სახსარში, თაბაშირის ნახვევს ვხსნით 3 კვირის შემდეგ. ვუნიშნავთ სამკურნალო ფიზკულტურას, მექანოთერაპიას, მასაჟს და საჭიროების დროს ფიზიომკურნალობას, შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 4—6 კვირის განმავლობაში.

მენჯის ძვლის მოტეხილობა

მენჯის ძვლის მოტეხილობა ითვლება ერთ-ერთ რთულ და მძიმე დაზიანებად, რასაც ხშირად თან ახლავს შოკური მოვლენები. მუცლის ფარის გარეთა და შიგნითა ჰემატომებით, შარდის ბუშტის გახეთქვა,

შარდსაწვეთისა და სწორი ნაწლავის დაზიანებანი და სხვ. ამიტომ სასწრაფო დახმარების ექიმმა ყურადღება უნდა მიაქციოს ყოველივე ამას და დროულად მიიღოს ზომები. თუ მოტეხილობას თან ახლავს სიმფიზის გაჭიმვა, საჭიროა მენჯისა და ბარძაყის ზემო ნაწილების პირსახოცით ფიქსირება ტრანსპორტირების დროს.

არჩევენ მენჯის მოტეხილობის შემდეგ სახეობას:

I. მენჯის ძვლების ნაპირების მოტეხილობა, რომლებიც არ შედიან რგოლის შექმნაში.

1. მენჯის ძვლის წინა-ზედა ნაპირის მოწყვეტა
2. მენჯის ძვლის ფრთის სიგრძითი და განივი მოტეხილობა
3. გავის ძვლის მოტეხილობა გავა-მენჯის შესახსრების ქვემოთ
4. კუდღუსუნის ძვლის მოტეხილობა.

II. მენჯის რგოლში შემავალი ძვლების მოტეხილობა, რგოლის მთლიანობის დარღვევის გარეშე

1. ცალმხრივი ან ორმხრივი მოტეხილობა ერთი და იგივე ბოქვენის ძვლის ტოტის

2. ცალმხრივი ან ორმხრივი საჯდომი ძვლის მოტეხილობა.

3. ბოქვენის ძვლის ტოტის მოტეხილობა ერთი მხრიდან და მეორე საჯდომის მხრიდან

III. მენჯის რგოლის ძვლების მოტეხილობა, რგოლის მთლიანობის დარღვევით

ა. წინა ნაწილის

1. ცალმხრივი და ორმხრივი მოტეხილობა ბოქვენის ძვლის ორივე ტოტის

2. ცალმხრივი და ორმხრივი მოტეხილობა ბოქვენის ძვლისა და საჯდომის ძვლის

3. სიმფიზის ძვლის გაგლეჯა

ბ. უკანა ნაწილის

1. მენჯის ძვლის სიგრძითი მოტეხილობა (იზოლირებული მოტეხილობა არის იშვიათად. ჩვეულებრივ მოტეხილობა კომბინირებული გვხვდება)

2. გავა-მენჯის შესახსრების გაგლეჯა (როგორც წესი, გავის ძვლის ან მენჯის ძვლის მოტეხილობის თანხლებით)

3. წინა და უკანა ნაწილების კომბინირებული მოტეხილობა

1. ცალმხრივი და ორმხრივი ვერტიკალური, მაღგენიას ტიპის მოტეხილობა.

2. დიაგონალური მოტეხილობა.

3. წინა და უკანა ნაწილის სხვადასხვა კომბინირებული მოტეხილობა.

IV. ტაბუხის (მენჯის) ფოსოს მოტეხილობა

1. ნაპირის მოტეხილობა

2. ძირის მოტეხილობა

3. ძირის მოტეხილობა ბარძაყის ცენტრალური ამოვარდნილობით

4. ტაბუხის ფოსოს მოტეხილობა კომბინირებული მენჯის სხვა ნაწილების მოტეხილობასთან

ყველა ეს მოტეხილობა შეიძლება იყოს შეცილების გარეშე ან და შეცილებით. ზუსტი დიაგნოზისათვის და მკურნალობის სწორი წარმართვისათვის საჭიროა გაკეთდეს მთელი მენჯის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია.

მენჯის ძვლის რთული მოტეხილობის დროს შეიძლება განვითარდეს შოკი.

მენჯის მოტეხილობას ხშირად თან ახლავს რეტროპერიტონეალური ჰემატომა, რომელსაც შეუძლია მოგვცეს კლინიკური სურათი მუცლის ფარის ანთების, შინაგანი ორგანოების დაზიანებისა და სხვა. ზოგ შემთხვევაში ძალიან ძნელია დიფერენცირება, რეტროპერიტონეალურ ჰემატომასთან გვაქვს საქმე თუ შინაგანი, ორგანოების დაზიანებასთან, რაც მოითხოვს სასწრაფო კლინიკურ ლაბორატორიულ და რენტგენოლოგიურ გამოკვლევებს. თუ არა და სასწრაფოდ უნდა დაისვას საკითხი ოპერაციულ ჩარევაზე. როგორც წესი, რეტროპერიტონეალური ჰემატომები კონსერვატული და სიმპტომატიური მკურნალობის შედეგად იწოვება.

მენჯის მოტეხილობას ხშირად თან ახლავს შინაგანი ორგანოების დაზიანება, ყველაზე ხშირად შარდის ბუშტის, შარდსადენი მილის და შედარებით იშვიათად სხვა ორგანოებისა. შოკის პროფილაქტიკის მიზნით რეკომენდებულია ასეთი ავადმყოფების ტრანსპორტირება საიმობილიზაციო სწორ დაფაზე და საჭიროების დროს აზოტის ქვეყანგის მიცემა.

მენჯის ძვლის მოტეხილობის დროს შარდის ავთვის

და შარდსადენი მილის დაზიანება

მენჯის ძვლის მოტეხილობის მქონე ავადმყოფს, პირველ რიგში უნდა მიეცეს მაქსიმალური ყურადღება, ხომ არა აქვს დაზიანებული შინაგანი ორგანოები, რათა გამოირიცხოს მათი სხვადასხვა სახის ტრავმული დაზიანებანი, განსაკუთრებით მისი წინა ნაწილისა, ხშირად გვხვდება შარდის ბუშტის და შარდსადენი გზების გაღლეჯა. მათ დროულ გამოვლინე-

ბას აქვს უაღრესად დიდი მნიშვნელობა პროგნოზისათვის. ყველა ავადმყოფს მენჯის ძვლების მოტეხილობით, უნდა მიეცეს წინადადება მოშარდოს, თუ ავადმყოფს არ შეუძლია მოშარდოს უნდა გაფუკეთოთ კათეტერიზაცია (რეზინის კათეტერით). თუ კათეტერიდან გამოიყო სისხლნარევი შარდი, მცირე წნევის ქვეშ და ავადმყოფს აქვს მენჯის ძვლების მოტეხილობა, ცხადია, რომ საქმე გვაქვს შარდის ბუშტის დაზიანებასთან. თირკმლების დაზიანების დროს გამოიყოფა სისხლნარევი შარდი დიდი რაოდენობით და შარდი არის უფრო მეტად გაჟღენთილი სისხლით: სახეზეა თირკმლის არის დაეჭვილობა ან მე-11—12 ნეკნების მოტეხილობის სიმპტომები და ტკივილები ლოკალურად. საექვო შემთხვევაში შეიძლება გაკეთდეს ცისტოსკოპია.

შარდსადენი მილი, მენჯის მოტეხილობის დროს ზიანდება უფრო ხშირად, ვიდრე შარდის ბუშტი. შარდსადენი მილის გაგლეჯა შეიძლება იყოს მთლიანი და ნაწილობრივი. უმთავრეს სიმპტომად მიჩნეულია ურეთრორაგია, შარდვის ნაწილობრივი ან მთლიანი შეკავება, შორისის შესივება. შარდვის მთლიანი შეკავება ხდება შარდსადენი მილის მთლიანი გაგლეჯის დროს. ასეთი ტრავმის დროს უნდა შეფასდეს ავადმყოფის მდგომარეობა, თუ მოკურ მდგომარეობასთან გვაქვს საქმე, ავადმყოფის ამ მდგომარეობიდან გამოყვანის შემდეგ საჭიროა დაისვას ოპერაციული მკურნალობის საკითხი. ნაადრევი ოპერაცია იძლევა შედარებით კარგ შედეგებს.

ზოგ შემთხვევაში შარდსადენი მილის გარეთა ხერხელთან ჩნდება სისხლის წვეთი, ან შორისზე დაწოლისას გამოიყოფა სისხლი მცირე რაოდენობით. თუ კათეტერიზაცია არ ხერხდება, გადავსებული შარდის ბუშტის დროს, და კათეტერიდან გამოდის წვეთობით სისხლი ეს გვიდასტურებს, რომ საქმე გვაქვს შარდსადენი მილის მთლიან გასკდომასთან. შარდსადენი მილის ნაწილობრივი დაზიანების დროს, შეიძლება კათეტერი შევიდეს შარდის ბუშტში და პირველი პორცია იყოს სისხლიანი, შემდეგ შარდი იჭმინდება და გვეძლევა საშუალება დავცალოთ შარდის ბუშტი.

როგორც კი დასმული იქნება დიაგნოზი შარდის ბუშტის და შარდსადენი მილის გაგლეჯისა, სასწრაფოდ უნდა გაკეთდეს ოპერაცია. რათა თავიდან იქნეს აცილებული პერიტონიტი, ანდა შარდით ინფილტრაცია შარდის ბუშტის ირგვლივი ქსოვილებისა, რაც იწვევს ინფიცირებას და ორგანიზმის საერთო ინტოქსიკაციას, მძიმე სეპსისურ მდგომარეობას.

შარდის ინფილტრაცია იკავებს უფრო *fossa ischio — rectalis* — *bossa iliaca rectalis* და ვრცელდება ხერხემლის გასწვრივ. შარდის

ბუშტის გაგლეჯის ყველა შემთხვევაში კეთდება შარდის ბუშტის დაზიანებული კედლის აღდგენა.

შარდსადენი მილის მცირე დაზიანების დროს უმეტეს შემთხვევაში მისი გამტარიანობა არის შენარჩუნებული და მუდმივი კათეტერის ჩადგმა არ წარმოადგენს აუცილებლობას. შარდსადენი მილის დაზიანების დროს საჭიროა მისი აღდგენა ოპერაციული გზით, ოპერაციული ჩვენების სრული დაცვით.

მენჯის ძვლების მოტეხილობის მკურნალობა

მენჯის ძვლების ნაპირების მოტეხილობის დროს, რომლებიც არ შედიან მენჯის რგოლის შექმნაში. ავადმყოფს ვაწვევთ დაფიან საწოლში 2 კვირით. ქვედა კიდური დაზიანებულ მხარეს ვდებთ არტაშანში, კიდურის მოსვენების მიზნით, შეიძლება დაედოს წვივზე ლეიკობლასტირის გაკიშვა მცირე ტვირთით (2—3 კგ). პირველ დღიდანვე ავადმყოფმა უნდა აწარმოოს აქტიური მოძრაობა ქვედა კიდურის სახსრებში. 2—3 კვირის შემდეგ ავადმყოფი იწყებს სიარულს. გავის ძვლის დაზიანების დროს, ამის გარდა, იხმარება ფიზიოთერაპია, აბაზანები. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება საშუალოდ 4—8 კვირის განმავლობაში.

მენჯის რგოლში შემავალი ძვლების მოტეხილობა

რგოლის მთლიანობის დარღვევის გარეშე ამ ჯგუფის მოტეხილობის დროს, როდესაც არა გვაქვს შეცილება, მკურნალობა უტარდება იგივე რაც პირველ ჯგუფს, მხოლოდ კიდურის გაკიშვის და მოსვენების ვადა არის უფრო ხანგრძლივი, 3—4 კვირამდე, სიარულის ნებას ავადმყოფს აძლევენ 4—5 კვირის შემდეგ.

ამ ჯგუფის მოტეხილობის დროს, როდესაც გვაქვს შეცილება, ხმარობენ გაკიშვას, ლითონის ღეროს ანუ „სპიცას“ უყრიან დიდი წვივის ძვლის ბორცვში დაზიანებულ მხარეს. კიდურს დებენ არტაშანზე განზიდვის მდგომარეობაში, დასაწყისში ჰკიდებენ ტვირთს საშუალოდ 7—8 კგ რაოდენობით. მენჯის საღ ნახევარზე წონასწორობის მიზნით შეიძლება დაედოს წებოვანი გაკიშვა ტვირთით 3 კგ-მდე. იმისათვის, რომ ავადმყოფს შეეძლოს ადვილად ასწიოს სხეული, მენჯის ქვეშ უტარებენ ჰამაკს, რომელიც ჩამოკიდებულია ორ ზონარზე. უკანასკნელი გადატარებულია კოკონაქზე, რომელიც დამაგრებულია საწოლზე მიმაგრებულ

ორ ძელზე. მანძილი ორ ძელს შორის უნდა იყოს მეტი, მენჯის სიგანესთან შედარებით, იმისათვის რომ არ მოხდეს შეეკუმშვა, ზონარების თავისუფალ ბოლოებზე ეკიდება 5—6 კგ ტვირთი.

მე-19 დღიდან ტვირთი მცირდება 6—7 კგ-მდე, მე-15 დღეს კი 5—6 კგ-მდე. გაჭიმვის მთელ პერიოდში ავადმყოფს უტარდება სამკურნალო ფიზკულტურა. გაჭიმვა ეხსნება 5—6 კვირის შემდეგ. სიარულის ნება ეძლევა ავადმყოფს 6—7 კვირის შემდეგ. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 8—12 კვირის შემდეგ.

მენჯის კალმების მოტეხილობა რგოლის მთლიანობის დარღვევით

როდესაც ასეთ დაზიანებას აქვს ადგილი, ე. ი. ფრაგმენტების შეცილების გარეშე, მკურნალობენ ლეიკოპლასტიკური ან ჩოჩხე გაჭიმვით ლითონის ღეროს „სპიცის“ გატარებით დიდი წვივის ძვლების ბორცვში, მცირე ტვირთით (3—5 კგ). გაჭიმვა სრულდება ორივე ქვემო კიდურის მცირე განზიდულ მდგომარეობაში. მენჯს ჰკიდებენ ჰამაკზე, როგორც აღწერილი იყო ზემოთ. პირველ დღიდანვე ავადმყოფს ენიშნება სამკურნალო ვარჯიში. 5—6 კვირის შემდეგ ვწყვეტთ გაჭიმვას, სიარულის ნება ავადმყოფს ეძლევა 7—8 კვირის შემდეგ. უტარდება სამკურნალო ფიზკულტურა და სხვა.

მენჯის წინა ნაწილის მოტეხილობის დროს მისი რგოლის მთლიანობის დარღვევით და აგრეთვე წინა და უკანა ნაწილების კომბინირებული მოტეხილობების დროს, ფრაგმენტების შეცილებით, ყოველთვის იხმარება ჩონჩხზე გაჭიმვა.

ცალმხრივი მოტეხილობის დროს დაზიანებულ მხარეზე აწარმოებენ გაჭიმვას ლითონის გატარებით დიდი წვივის ძვლის ბორცვში, ტვირთით 8—12 კგ. ჭანმრთელ მხარეზე ვადებთ ლეიკოპლასტიკულ გაჭიმვას ბარძაყზე და წვივზე 3—4 კგ ტვირთით.

ორმხრივი და დიაგონალური მოტეხილობის დროს ვადებთ ორმხრივ ჩონჩხზე გაჭიმვას 8—12 კგ ტვირთით ყოველ მხარეს.

მენჯის ორივე ნახევრის მედიალური ცდომის დროს ასეთი გაჭიმვა არ გვაძლევს დადებით შედეგს. ამ შემთხვევებში ნაჩვენებია გვერდითი ჩონჩხზე გაჭიმვა დიდ ციბრუტზე, ტვირთით 6—9 კგ. ზოგ შემთხვევაში გვერდითი გაჭიმვა უნდა იყოს შეხამებული სიგრძით გაჭიმვასთან. მენჯი ეკიდება ჰამაკზე.

სიმფიზის გაგლეჯის დროს მენჯის ორივე ნახევრის გადაშლით მარცხნივ და მარჯვნივ, სიგრძითი გაჭიმვის გარდა მოითხოვს ჰამაკს. მხოლოდ ორძელს შორის მანძილის შემცირებას ან კი ზონარების შებრუნებით გადაკიდებას მარცხნიდან მარჯვნივ და პირიქით, რათა სიმფიზის შესახსრების შეცილება თავიდან ავიცილოთ. მკურნალობის მთელ მანძილზე უტარდება სამკურნალო ვარჯიში. მოტეხილი ფრაგმენტების სწორი რეპოზიცია კონტროლდება რენტგენოგრაფიით, თუ ფრაგმენტების დგომა არ არის დამაკმაყოფილებელი ვუმატებთ ტვირთს, ვუცვლით გაჭიმვის მიმართულებას და შემდეგ ისევ ვუკეთებთ საკონტროლო რენტგენოგრაფიას. შემდგომში ყოველი თვის შემდეგ უკეთდება რენტგენოგრაფია. იმ შემთხვევაში თუ ფრაგმენტები ჩასწორდნენ და დგომა არის კარგი, მე-10 დღიდან ტვირთი უმცირდება 1 კგ-მდე ისე, რომ 30-ე დღეზე დაგვრჩეს თითო მხარეზე 6—8 კგ ტვირთი, 5—6 კვირის შემდეგ ჩონჩხზე გაჭიმვას ვხსნით და ვადებთ ლეიკოპლასტირის გაჭიმვას. გაჭიმვა იხსნება 2—2,5 თვის შემდეგ, 2,5—3 თვის შემდეგ ავადმყოფს ეძლევა ნება სიარულის. მენჯის ძვლების უკანა ნაწილის მოტეხილობის დროს მიზანშეწონილია ფიზიოთერაპია, რათა მოეხსნას ფესვური ტკივილები. შრომის უნარიანობის აღდგენა კი დამოკიდებულია ავადმყოფის პროფესიასთან და მოტეხილობის სახეობასთან.

ტაბუხი ფოსოს ნაპირის და ძირის მოტეხილობის დროს, როდესაც არა გვაქვს შეცილება, ვმკურნალობთ მოსვენებით, რის მიღწევაც ხდება ლეიკოპლასტირულ გაჭიმვით, არტაშანზე, ტვირთით 4—5 კგ. პირველ დღიდანვე ვუნიშნავთ აქტიურ მოძრაობას სახსრებში. გაჭიმვა ეხსნება საშუალოდ 4—6 კვირის შემდეგ. ავადმყოფს ეძლევა უფლება სიარულის, ყავარჯნის საშუალებით. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 2—2,5 თვის შემდეგ.

ბარძაყის ცენტრალურ ამოვარდნილობით იგულისხმება ბარძაყის ძვლის თავის გასვლა მენჯის ღრუში, ტაბუხის ფოსოს ჩატეხვისას. ბარძაყის ცენტრალური ამოვარდნილობის დროს ხშირად ვლინდება მენჯის სხვა ძვლების მოტეხილობა.

იმისათვის, რომ ბარძაყის თავი გამოტანილი იქნეს მენჯის ღრუდან, საჭიროა ენერგიული გაჭიმვა სიგრძეზე, გაჭიმვის ძალა უნდა იყოს მიმართული დიდ ციბრუტზე. ჭაჩვა კი სჯობს გვერდზე. შეიძლება გაუკეთდეს გაჭიმვა წვივის ბორცვებზე. გაჭიმვას ვუკეთებთ სტაციონარში შემოსვლისთანავე. ტვირთი იხმარება 10 — 15 კგ-მდე.

საწოლის ფეხების მხარე იწევა სპეციალური ხელსაწყოთი სათანადო სიმაღლეზე. 2—3 დღის შემდეგ ვუკეთებთ საკონტროლო რენტგენ-

ნოგრაფიას. თუ მოხდა ჩასწორება, ტვირთი მცირდება იმდენად, რომ მე-20 დღისათვის დარჩეს 6—8 კგ. გაჭიმვა ეხსნება 2 თვის შემდეგ. ყავარჯნებით სიარულის ნებართვა ეძლევა 2—2,5 თვის შემდეგ. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება საშუალოდ 3 თვის შემდეგ.

მძიმე შემთხვევების დროს ვითარდება მენჯ-ბარძაყის სახსრის ტრავმული ართროზი. ავადმყოფს ენიშნება სამკურნალო ვარჯიში, მასაჟი და დიდი ხნის განმავლობაში ფიზიოთერაპია, ტალახით მკურნალობა და სხვა.

ბარძაყის ცენტრალური ამოვარდნილობის ჩასწორება შეიძლება ფორსირებულად, ხრახნიან დამქაჩავ აპარატზეც, გაუტკივარების თანამედროვე საშუალების გამოყენების პირობებში და მისი შემდგომი გაჭიმვით 2 თვის განმავლობაში, არტაშანზე კიდურის მცირე განზიდვით.

მენჯის ძვლების მოტეხილობის მკურნალობის დროს უნდა იქნეს გათვალისწინებული, რომ მენჯის ძვლების მოტეხილობისას შეიძლება იყოს დაზიანებული მუცლის ღრუს ორგანოები.

ამ მოტეხილობისათვის დამახასიათებელი რეტროპერიტონეალური ჰემატომები იწვევს მუცლის წინა კედლის დაჭიმვას, ტკივილს მუცლის ღრუში და სხვა.

აღნიშნულ მოტეხილობას ხშირად ახლავს შარდის ბუშტის და შარდსადენი მილის დაზიანება. იმისათვის რომ დასმული იქნეს სწორი დიაგნოზი, საჭიროა, რომ ავადმყოფმა მოშარდოს, თუ ავადმყოფი თითონ ვერ შარდავს, საჭიროა გაუკეთდეს კათეტერიზაცია შარდის ბუშტის, რეზინის კათეტერით. თავის დროზე დადგენილი დაზიანებანი, თავიდან აგაცილებს დაგვიანებულ ოპერაციას, რიგ გართულებებს, შარდოვან ჭიბების განვითარებას და სხვა.

შეცდომად ჩაითვლება თუ საწოლი არ იქნა ხის საფარზე, კუნთების მოღუნებისათვის კიდურები არ იქნა დადებული არტაშნებზე და არ იქნება წარმოებული ხანმოკლე გაჭიმვა კანზე.

მენჯის მოტეხილობის დროს შეცდომებით, მენჯის რგოლის დაზიანებით, შეცდომაა თუ არ იქნა წარმოებული ჩონჩხოვანი დაჭიმვა ტვირთი (10—16 კგ), არა ნაჯღები 2 თვით, ფრაგმენტების ჩასწორება საშოს ან სწორი ნაწლავიდან საშიშია მათი კედლის დაზიანების გამო, ტაბუხის ფოსოს მოტეხილობის დროს ბარძაყის ძვლის თავის ჩაჭედვით, თუ პირდაპირი დაჭიმვით სივრცეზე არ იქნა გამოტანილი ბარძაყის თავი, არ იქნა ხმარებული გვერდითი გაჭიმვა დიდ ციბრუტზე.

შეცდომაა, თუ არ იქნა ჩატარებული სუნთქვითი ვარჯიში პნევმო-

ნიის პროფილაქტიკის მიზნით, სამკურნალო ფიზკულტურა, კუნთების ატროფიის თავიდან აცილების მიზნით, ავადმყოფს ნაადრევად აღდგომა და ქვემო კიდურების დატვირთვა.

ბარძაყის ძვლის ყელის მოტეხილობა

ბარძაყის ძვლის ყელის მოტეხილობა ძალიან ხშირი შემთხვევაა, განსაკუთრებით ხანშიშესულ ქალებს შორის. ეს აიხსნება უბირველესად (ენდოკრინული დისბალანსით) შემდეგ ვითარდება ძვლების ოსტეოპოროზი, რის გამოც უბრალო დაცემისასაც შეიძლება გატყდეს რომელიმე ძვალი. მათ შორის ტყდება იქ, სადაც ძვლის კორტიკალური შრე ნაკლებად გამოხატულია და ჰარბობს სპონტიოზური ქსოვილი (ძალების სხეული, ბარძაყის ყელი, ძვლების მეტოეპიფიზები).

ბარძაყის ყელის მოტეხილობის დადგენა ძნელი არ არის, თუ გვეცოდინება ამ მოტეხილობის ძირითადი ნიშნები. 1. კიდურის გაშიშვლების შემდეგ თვალში გვხვდება მისი გარეთა როტაცია. ტერფის გარეთა ზედაპირი ეხება საწოლს მისი გასწორება ავადმყოფს არ შეუძლია. 2. დაზიანებული კიდურის მოძრაობისას ავადმყოფი გრძნობს ტკივილებს მენჯ-ბარძაყის არეში. 3. ამ კიდურის ქუსლზე სიგრძივი დატვირთვა ძალზე მტკივნეულია.

ბარძაყის ყელის მოტეხილობები შეიძლება იყოს ჩაჭედილი, როდესაც ყველა ზემოხსენებული მოტეხილობის ნიშნები უარყოფითი არიან და ავადმყოფი უჩივის მხოლოდ უმნიშვნელო ლოკალურ ტკივილებს. ასეთ შემთხვევაში ავადმყოფი შეიძლება დადიოდეს კიდევაც, მაგრამ სიარულისას შეიძლება მოხდეს ფრაგმენტების ცდომა, რითაც მკურნალობა საგრძნობლად გახანგრძლივდება და გართულდება.

ექიმამ დელი პირველი დახმარება ავადმყოფისა გამოიხატება გაუტკივარებაში, რაც პირველ რიგში უნდა განხორციელდეს დაზიანებული კიდურის იმობილიზაციით. ეს შეიძლება მოხდეს კრამერის არტაშანთ, რომელიც ედება ილლიის ფოსოლან ტერფამდე.

მკურნალობა. ავადმყოფი ბარძაყის ყელის მოტეხილობით უნდა მკურნალობდეს საავადმყოფოში, სადაც, იმისდა მიხედვით, თუ როგორი მოტეხილობაა, როგორი ცდომით შეირჩევა მკურნალობის მეთოდი, ყველა მეთოდებიდან კი ამ დროს, სრულიად სამართლიანად, ირჩევენ ოპერაციულ მეთოდს — ბარძაყის ყელის ოსტეოსინთეზს ლითონის სამ-

ფრთიანი ლურსმნით, ზ. ტყეშელაშვილის ფიქსატორით ან კეთდება ენ-
ლოპროტეზირება.

თაბაშირის ნახვევით, რომელიც მოწოდებული იყო ინგლისელი ქი-
რურგის — უიტმენის მიერ ესლა აღარ გამოიყენება, რადგანაც ბარძაყის
ყელის შეხორცების ვადები განისაზღვრება თვეობით (4—6). და უმრავ-
ლეს შემთხვევებში მოტეხილობა მაინც არ ხორცდებოდა. გარდა ამისა,
თაბაშირის ნახვევებს ავადმყოფები ვერ იტანენ და არც თუ იშვიათად
თვით სამკურნალო საშუალება ხდება ავადმყოფის მდგომარეობის დამ-
ძიმების და სიკვდილის მიზეზი.

ჩონჩხოვანი დაჭიმვა. გამოიყენება როგორც დროებითი
დამაფიქსირებელი საშუალება ერთ მომენტად ჩასწორებული ფრაგმენტე-
ბისა ან იშვიათ შემთხვევაში როგორც მარეპონირებელი საშუალება, რო-
მელიც იხსნება 3—6 დღის შემდეგ და კეთდება ოპერაცია. ჩონჩხოვანი
დაჭიმვა კეთდება ავადმყოფის შემოსვლისთანავე. ჩხირი გაჰყავს წვივის
დიდი ძვლის ქედში. წონა ედება 4—6 კგ.

ოპერაციული მკურნალობა. ჩვენი აზრით, რომელიც ემ-
თხვევა ბევრი მეცნიერი ქირურგების აზრს, უნდა ტარდებოდეს ტრავმის
მიღების პირველ საათებში. ეს განპირობებულია იმით, რომ ბარძაყის ვე-
ლი ერთადერთი მონაკვეთის მთელი ჩონჩხიდან, რომელიც მარადდება
სისხლით მხოლოდ ძვალშიდა სისხლძარღვებით და არ იფარება ძვლის
საფარით, საიდანაც ძვლები უფრო მეტნაწილად იკვებებიან, ვიდრე ძვალ-
შიდა სისხლძარღვებით. როდესაც ტყდება ძვალი, ძვალშიდა სისხლძარღ-
ვებიც ზიანდებიან, ამიტომ ბარძაყის თავი რჩება ფაქტიურად სისხლის
მომარაგების გარეშე, რამაც არ შეიძლება უარყოფითად არ იმოქმედოს
ბარძაყის თავის სასიცოცხლო უნარიანობაზე. აქედან გამომდინარე ქი-
რურგმა უნდა იხმაროს ყველა ხერხი, რათა, რაც შეიძლება მალე მოხდეს
ძვლების ჩასწორება და მათი სრულყოფილი ფიქსაცია, რაც უზრუნველ-
ყოფს ბარძაყის თავის კვებას.

ოპერაციული ტექნიკა. ავადმყოფი თუ შემოდის სტაციო-
ნარიდან. იგი გადაჰყავს საოპერაციო მაგიდაზე ჩონჩხოვანი დაჭიმვის მო-
უხსნელად. დაჭიმვა იხსნება მხოლოდ საოპერაციო მაგიდაზე, და დაზიან-
ებული კიდური უმაგრდება საოპერაციო მაგიდის დამჭიმავ მექანიზმში.
ტერფის შიდა როტაციის მდგომარეობაში. ამის შემდეგ გაუტკივარების
მიზნით მენჯბარძაყის სახსარში შეჰყავს 20—30 მლ 2% ნოვოკაინის
ხსნარი და ავადმყოფის საწოლზე გადაღებული რენტგენის სურათების
მიხედვით კეთდება ფრაგმენტების ჩასწორება, ამისათვის კიდური უნდა
განიზიდოს და დაიჭიმოს მაგიდის ხრახნის საშუალებით. ტერფი თავსდევ-

ბა შიგნითა როტაციაში და კეთდება რენტგენის სურათები ორი მიმართულებით. თუ ფრაგმენტები ჩასწორებულია ქირურგი იწყებს ოპერაციას ციბრუტქვეშა 10—12 სმ სიგრძის განაკვეთით. ბარძაყის გარეთა ზედაპირზე. კანის და კუნთების გაკვეთის შემდეგ ბარძაყის ძვლის ციბრუტქვეშა მიდამოში იხვრიტება გარეთა კორტიკალური შრე იმ ფიქსატორის დიამეტრისა, რომელიც უნდა იყოს გამოყენებული ოსტეოსინთეზისათვის. მაგ. თუ ვიყენებთ სამფრთიან ლურსმანს საჭიროა გაკეთდეს ფიგურული სამფრთიანი ჭრილი პატარა სატეხით, ქვევიდან ზევით. ამის შემდეგ ხელით შეგვყავს სამფრთიანი ლურსმანი ბარძაყის ყელის და თავის მიმართულებით, ე. ი. ქვევიდან ზევით და ცოტა უკნიდან წინ. თუ ლურსმანი მიდის სწორი გზით და არ ხვდება წინააღმდეგობა, ეს მაჩვენებელია მისი სწორი მიმართულებისა. ლურსმანი მხოლოდ ბოლოს ხვდება წინააღმდეგობას, როდესაც ის შედის ბარძაყის თავში, სადაც სპონგიოზური ძვლის ქსოვილი უფრო კომპაქტურია, ამიტომ ამ დროს ლურსმნის შესაყვანად უნდა იყოს გამოყენებული ქირურგიული ჩაქუჩი. ლურსმნის შეყვანა უნდა მიმდინარეობდეს ორი რენტგენის კონტროლის ქვეშ, რომელთა მეშვეობით უნდა დადასტურდეს ლურსმნის მდებარეობა და ფრაგმენტების კარგი დგომა. (ნახ. სურ. 1...).

ოპერაციის შემდეგ ავადმყოფი ადრე უნდა იყოს მობილიზებული, სიარული შეიძლება 3—6 დღის შემდეგ. სრული დღაყრდნობა კიდურზე 2—2—1; 2 თვის შემდეგ. შრომის უნარიანობის აღდგენა. ხდება 4—5 თვის შემდეგ.

ბარძაყის ყელის ჩაჭედილი მოტეხილობისას დიაგნოზის დასმა უფრო გაძნელებულია და რენტგენოგრაფიის გარეშე მკურნალობის დანიშვნა არ შეიძლება. თუ დაისვა ასეთი დიაგნოზი, საჭიროა ვიფიქროთ იმაზე. თუ როგორ შეიძლება არ მივიღოთ მეორადი ზღომა მოტეხილობისა. ამისათვის ყველაზე უკეთესია ავადმყოფი მოვათავსოთ მაგარ საწოლზე და დაზიანებული კიდური მოვათავსოთ ბელერის არტაშანზე ყოველგვარი დაჭიმვის და რეპოზიციის გარეშე. ბელერის არტაშანზე უნდა იდოს კიდური არა ნაკლები 1 1/2 თვე, რის შემდეგაც იწყება ავადმყოფის აქტივიზაცია და რეაბილიტაციური მკურნალობა.

მკურნალობა ნაადრევი მოძრაობით. მკურნალობის ეს მეთოდი არ ითვალისწინებს მოტეხილობის კონსოლიდაციას, არამედ მარტო კიდურის ფუნქციონალურ შეგუებას. დასაწყისში ავადმყოფს ვუკეთებთ დაჭიმვას, ვუნიშნავთ პირველი ღლებიდან მოძრაობას და მასაჟს, 2—3 კვირის შემდეგ ავადმყოფმა უნდა დაიწყოს სიარული ყავარჩნებით და გინაიდან შე-

ხორცება არ ზდება, ავადმყოფი მუდმივად ხმარობს ყავარჩნებს. ეს წესი გამოსაყენებელია დაუძლურებულ, სუსტ და ხანში შესულ პაციენტებზე.

ციბრუტშორის და ციბრუტქვეშა მოტეხილობები და მათი მკურნალობა

ციბრუტშორის და ციბრუტქვეშა მოტეხილობებიც გვხვდება უფრო ზშირად ხანში შესულ ასაკში და მიუხედავად იმისა, რომ ეს მოტეხილობები სულ 2—3 სმ არიან დაშორებული ბარძაყის ყელიდან ხორცდებიან გაცილებით მოკლე ვადებში კონსერვატიული მეთოდებითაც კი. მაგრამ აქ ხაზი უნდა გაესვას იმას, რომ, რაც უფრო ხანშიშესულია ავადმყოფი, მით უკეთესად ხორცდება ასეთი მოტეხილობები ჩონჩხოვან დაჭიმვაზე. ახალგაზრდებში კი ჩვენ ვურჩევთ ავადმყოფს ოპერაციულ მკურნალობას, რადგანაც მათი მძლავრი კუნთები და მოუსვენრობა განაპირობებენ ფრაგმენტების ცდდომას დაშეუხორცებლობას.

დიაგნოზის დაზუსტება ზდება რენტგენოლოგიური გამოკვლევისას.

მკურნალობის ორი მეთოდია. ა) უმთავრესად კონსერვატიულია ჩონჩხოვანი დაჭიმვით და ბ) ოპერაციული ოსტეოსინთეზი. ჩონჩხოვანი დაჭიმვა ზდება წვივის ძვლის ბორცვიდან, სადაც გაგყავს კორშნერის ჩხირი. დაზიანებულ კიდურს ათავსებენ ბელერის არტაშანზე განზიდვით და ეკიდება სიმძიმე 6—8 კგ. ჩონჩხოვან დაჭიმვაზე ავადმყოფი უნდა იწვეს 2—2,5 თვე. ამ ხნის განმავლობაში ავადმყოფმა შეგუბებითი მოვლენების საწინააღმდეგოდ უნდა აკეთებდეს სასუნთქ ვარჯიშებს.

ოპერაციული მკურნალობა სრულდება სპეციალურ ორთოპედიულ მაგიდაზე, რის მეშვეობითაც ქირურგი ასწორებს ძვლის ფრაგმენტებს, რის შემდეგაც მა თაფიქსირებს სამფრთიანი ლურსმნით ან ბოკიჩაროვის ფირფიტით. 2—3 კვირის შემდეგ ავადმყოფს ეძლევა ნება ყავარჩნებით სიარულისა და ეწერება სახლში. 3 თვის შემდეგ ავადმყოფი უბრუნდება სამუშაოს.

✓ ბარძაყის ძვლის დიაფიზის მოტეხილობა და მკურნალობა

დიაფიზის მოტეხილობაში შედის: საშუალო და ქვემო მესამედის მოტეხილობა.

ავადმყოფს შემოსვლისას უკეთდება გამაყუჩებელი ხსნარი, საკულე საწულბანნი და სხვა. ვუკეთებთ რენტგენოგრაფიას ორი მიმართულებით.

ადგილობრივი გაუტყეავების შემდეგ, ქვემო კიდური იდება ხელე-
რის სტანდარტულ არტაშანზე, ბარძაყის ძელის მოტეხილობის დროს
ლითონის ჩხირს ატარებენ დიდი წვივის ძელის ბორცვში. ავადმყოფი უნ-
და იწვეს მა არ ოაღიან საწოლზე, ტვირთი ისეთი სიდიდის უნდა იყოს,
რომელიც შესძლებს დააღწიოს კუნთების წინააღმდეგობა და გაასწოროს
ფრაგმენტების შეცილება სიგრძეზე. აღნიშნულისათვის საკმარისია 9—
12 კგ სიმძიმე, შემდგომში ტვირთის შეცვლით. (იხ. სურ. 2).

12 კგ სიმძიმე, შემდგომში ტვირთის შეცვლით.

ტვირთის შერჩევისას ხელმძღვანელობენ იმით, რომ ტვირთის წონა
უნდა იყოს აღნიშნული წონის 15%. შეიძლება გამოვითვალოთ ტვირთის
სიდიდე, ამისათვის იღებენ ათეულების რიცხვს და მას უმატებენ ათეუ-
ლების რიცხვის ნახევარს, მაგალითად აღამიანის წონა არის 80 კგ. მაშინ
ტვირთის წონა იქნება $8 + 4 = 12$ კგ. მაგრამ აღნიშნულ ციფრს ესაპირო-
ება შესწორება, რადგან საჭიროა ყველა კონკრეტულ შემთხვევაში დად-
გინდეს კუნთების განვითარების, ასაკის, თვით მოტეხილობის გათ-
ვინდეს წონა კუნთების განვითარების, ასაკის, თვით მოტეხილობის გათ-
ვალისწინებით. რადგან ირიბი და ხრახნის მაგვარი მოტეხილობის დროს
არ არის გადაქაჩვის საშიშროება იმისათვის, რომ მოტეხილობა არის დიდ
მანძილზე. შედარებით ძნელია გაკეთდეს რეპოზიცია განივი მოტეხილო-
ბის დროს, რადგან უმეტეს შემთხვევაში ფრაგმენტებს აქვს ერთი ან
ორი კბილანები, რომლებიც ხელს უშლიან ფრაგმენტების ჩასწორებას.
გარდა ამისა განივი მოტეხილობის დროს გვაქვს კუნთების ინტერპოზი-
ცია. თუ მოტეხილ ფრაგმენტებს აქვს კბილანები, საჭიროა ამ შემთხვევა-
ში ფრაგმენტები დროებით გადაიჭიმოს. როგორც კი თავს დავაღწევთ
გვერდით შეცილებას, ტვირთი უნდა შემსუბუქდეს იმისათვის, რომ მო-
ტეხილი ფრაგმენტების ზედაპირები მივიდნენ შეხებაში.

ზედა და ნაწილობრივ შუა მესამედის მოტეხილობის დროს
გარდა იმისა, რომ გვაქვს ცდომა სიგრძეზე, ცენტრალური ფრაგმენ-
ტი განზიდულ, მოღუნულ და მცირე გარეთა როტაციისა, რაც უფრო
მალაა მოტეხილობა, მით უფრო მკვეთრად არის შეცილება გარეთ. გა-
ქაჩვას აწარმოებენ განზიდვის მდგომარეობაში, რაც უფრო მალაა დო-
ნეზეა მოტეხილობა, მით უფრო მეტია განზიდვა.

როკებსზედა, ქვედა და ნაწილობრივ შუა მესამედის მოტეხილობის
დროს დამახასიათებელი ის არის, რომ გარდა ცდომისა სიგრძეზე ცენ-
ტრალური ფრაგმენტი ბარძაყის ძელისა მდებარეობს წინისაკენ და ცოტა-
თი შიგნით, ქვედა ფრაგმენტი, როგორც წესი, მობრუნებულია უკან. რაც

უფრო ქვევით არის მოტეხილობა, მით უფრო უკან არის გადანაცვლებული ქვედა ფრაგმენტი.

დისტალური ფრაგმენტის წინ გადმოტანა ზოგჯერ წარმოადგენს დიდ სიძნელეს. ამისათვის ხმარობენ შემდეგ ხერხს: ქვედა ფრაგმენტის ქვეშ დებენ მკვრივ მორგვს სისქით 5—6 სმ და სიგანით თანაბარს არტაშანის სიგანეზე, სიგრძით კი ქვედა ფრაგმენტზე მოკლე.

ზონარი უნდა იყოს შედარებით ბარძაყის ღერძთან უფრო დაბლა. მორგვის საშუალებით ხდება გადალუნვა ბარძაყის ძვლის ქვედა ფრაგმენტისა წინ. მუხლის სახსარში მოღუნვის გადიდებით, უფრო მეტად ხდება კუნთების მოღუნება, ყველა ეს მოქმედება განაპირობებს ქვედა ფრაგმენტის წინ წამოწევას.

თუ დამოკლება სიგრძეზე არ იქნა გამოსწორებული, ვერავითარი ძალა დამწოლი ქვევიდან ვერ გადმოიყვანს ქვედა ფრაგმენტს წინ. აი ამისათვის არის, რომ თავდაპირველად იხმარება დიდი სიმძიმის ტვირთი.

ბარძაყის დიაფიზის ქვედა ნახევრის მოტეხილობის დროს არ შეიძლება კიდურის დადება არტაშანზე განზიდულ მდგომარეობაში, ვინაიდან ხდება გადახრა ბარძაყის ნორმალურ ღერძიდან და ფრაგმენტები დგება კუთხის ქვეშ, რომლის კუთხეც ღიაა უკანა მხარეს. ასეთ მდგომარეობაში შეხორცების გამო ირღვევა კიდურის ნორმალური სტატიკა და ზოგ შემთხვევაში მის გასასწორებლად საჭირო ხდება ოპერაციული მკურნალობა.

თუ ფრაგმენტების მდგომარეობა არ არის კარგი, შეიძლება გააქუთდეს რეპოზიცია პორტატიული გადამტანი აპარატის ქვეშ. როდესაც დავრწმუნდებით, რომ ფრაგმენტები არის ჩასწორებული, თანდათან ტვირთს ვამცირებთ ისე, რომ მე-15 დღისათვის ტვირთი რჩება 7—9 კგ ტვირთი, შემცირებისას უნდა იყოს გათვალისწინებული მოტეხილობის სახეობა, კუნთების სიმძლავრე, შეცილების შესაძლებლობა, გადაჭიმვა და სხვა. მკურნალობის პროცესში საჭიროა სისტემატური ყურადღება მიექცეს ავადმყოფის მდებარეობას, დაჭიმვის მიმართულებას, ლითონის ჩხირის ადგილას ანთებას, კიდურის სიგრძეს და ფრაგმენტების მდგომარეობას.

პირველ დღიდანვე ავადმყოფს ვუნიშნავთ საერთო ვარჯიშს და სამკურნალო ფიზკულტურას. ერთი თვის შემდეგ კეთდება საკონტროლო რენტგენოგრაფია. ძვლის კოჩის დასადგენად. თუ არის ძვლის შეზრდა, დაჭიმვა იხსნება 2,5 თვის შემდეგ მოტეხილობიდან ავადმყოფს ეძლევა უფლება იაროს ყავარჯნებით, კიდურის დაუტვირთავად, 3 თვის შემდეგ კი კიდურის დატვირთვით. ავადმყოფს უტარდება ამასთან ერთად მასაჟი და ფიზოთერაპიული მკურნალობა.

თანამედროვე პირობებში საკმაოდ ფართოდ იხმარება ძვალშიგნითა ოსტეოსინთეზი, რომელიც პირველად ხმარებული იქნა ფრანგი ქირურგის ოლიეს მიერ 1830—1900. რუსეთში. 1892 წ. გ. კუზმინისა და 1910 წ. ი. სპიჟარნის მიერ. ამ მეთოდის შემდგომ დამუშავებაში და საყოველთაოდ აღიარებაში დიდი როლი მიეკუთვნება როგორც საბჭოთა, ასევე უცხოელ ქირურგებს. (კერძოდ კუნჩერი, დუბროვი, პრიორივი, ბოგდანოვი, ბ. ა. პეტროვი, ი. ი. სოკოლოვი, ნ. ანთელავა, გ. ხუნდაძე, ო. ლუღუშაური, ა. ნ. მაჩაბელი, ო. ჩახუნაშვილი და სხვა).

1940 წ. ძვალშიგნითა ოსტეოსინთეზი მეთოდურად დამუშავდა და არის ხმარებაში. ამ მეთოდმა საყოველთაო აღიარება პოვა და ამჟამად არსებობს ამ წესის სხვადასხვა ვარიანტები.

ბარძაყის ძვლის როკების მოტეხილობა

ბარძაყის როკების არეში არჩევენ შიგნითა ან გარეთა როკის მოტეხილობას, ორივე როკების მოტეხილობას და ზედაროკის მოგლეჯას. ორივე როკების მოტეხილობის დროს მოტეხილობის ზაზი იღებს V-ს ან T-ს მაგვარ ფორმას. როკების მოტეხილობა შეიძლება იყოს ფრაგმენტების ცდომით და შეცილების გარეშე.

მუხლის სახსარშიდა მოტეხილობის მკურნალობის დროს ვაწარმოებთ დაჰიმვას ან ვადებთ თაბაშირის ნახვევს, თავიდანვე სახსრებს უნდა მივცეთ ფუნქციონალურად ხელსაყრელი ფიზიოლოგიური მდგომარეობა ე. ი. 5° მოღუნვის მდგომარეობა.

ამ მოტეხილობების დროს დიაფიზის ქვედა ნაწილი უფრო ხშირად ტყდება ორივე როკების შუა და მათ ზევით ასეთ მოტეხილობას T მაგვარ მოტეხილობას უწოდებენ და მისი მკურნალობა განსაკუთრებულ სიძნელეს წარმოადგენს. მოტეხილი ფრაგმენტების ჩასწორება ორ სიბრტყეში, კონსერვაციული მეთოდებით თითქმის შეუძლებელია, ოპერაციული მკურნალობა უკეთეს შედეგებს იძლევა, მყარი ფიქსაცია მოტეხილი ფრაგმენტებისა გვაძლევს საშუალებას ადრე დავიწყოთ მუხლის დამუშავება და მივიღოთ კარგი ფუნქციური შედეგი.

ტექნიკა ისეთივეა, როგორც წვივის ძვლის ორივე როკების მოტეხილობა შეცილებით.

კვირისტავი წარმოადგენს სესმოიდურ ძვალს. იგი მოქცეულია მუხლის სახსრის გამშლელების ჩანთაში. კვირისტავის მოტეხილობიდან უფრო ხშირად არჩევენ განივ მოტეხილობას, ნაკლებად გვხვდება დამსხვრეული, ვარსკვლავისებური, სიგრძითი და სხვა სახეობის მოტეხილობა.

პრაქტიკულად მიზანშეწონილია გავარჩიოთ კვირისტავის მოტეხილობა შეცილების გარეშე და შეცილებით.

კვირისტავის მომზადების მეთოდების მაშინალობა შეცილების გარეშე

თუ კლინიკურ-რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შედეგად დადგინდა კვირისტავის მოტეხილობა, ყოველგვარი შეცილების გარეშე უნდა გაკეთდეს მუხლის სახსრის პუნქცია ჩაქცეული სისხლის ამოსაღებად. ამისათვის კანი მუშავდება სპირტით და იოდით. გარეთა ზედაპირიდან ზედა აბგის ღონეზე კეთდება პუნქცია წვრილი ნემსით; კანი, კანქვეშა ცხიმი და სახსრის ჩანთა ივლინდება ნოვოკაინის ხსნარით. პუნქციისათვის საჭიროა მსხვილი ნემსი. სისხლის ამოქაჩვის დროს სახსარში შეგვყავს 20—30 მლ 1% ნოვოკაინის ხსნარი და ისე ვაწარმოებთ ბოლო ამოქაჩვას. ვიღებთ ნემსს და ნაჩხვლელ ადგილს ვამუშავებთ იოდით. ამის შემდეგ ვადებთ თაბაშირის ნახვევს, (ტუტორს) ბარძაყის ზედა 1/3-დან წვივის ქვედა 1/3-მდე. მუხლის სახსარს ეძლევა მცირე მოღუნვის (3—5°) მდებარეობა. გოჯებს ზედა ნაწილზე ეხვევა ბანდის რამოდენიმე ფენა, რათა შემდგომში დადებული თაბაშირის ბოლომ არ მოახდინოს ზეწოლა გოჯებზე, უკანა ღონგეტი ედება დუნდულოს ნაოჭიდან 2 სმ დაშორებით გოჯების ზედა ბანდის შუა ნაწილამდე, ღონგეტი მაგრდება 3 ცირკულარული თაბაშირის ბანდებით. მუხლის სახსრის არეში კეთდება თაბაშირის ნახვევის კარგი მოღუღლირება. სველ ნახვევზე იხატება მოტეხილი ფრაგმენტების სქემა, იწერება თაბაშირის დადების თარიღი და ექიმის გვარი.

თაბაშირის ტუტორი შეიძლება დადებული იქნეს მარტო თაბაშირის ბანდებით. ავადმყოფს მე-2—3 დღიდან ენიშნება სამკურნალო ფიზკულტურა (მოძრაობა კოჭ-წვივის სახსარში, მენჯ-ბარძაყის არეში, კუნთების ოდნავი დაჭიმვა და სხვა), მე-7—8 დღეს ავადმყოფი იწყებს სიარულს კიდურზე მთლიანი დატვირთვით. თაბაშირის ნახვევი ეხსნება 5—6 კვირის შემდეგ. ავადმყოფს ვუნიშნავთ სამკურნალო ფიზკულტურას, მასაჟს, აბაზანებს და სხვა.

კვირისტავის მოტენილობის მკურნალობა ხდება მხოლოდ ოპერატიული წესით. ოპერაციას აკეთებენ მაშინვე ტრავმის შემდეგ. მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც ტრავმის არეში აღინიშნება რაიმე ჩირქოვანი პროცესი ან ნაწოლები, ოპერაცია უნდა გადაიდოს იმ პროცესის ლიკვიდაციამდე. თუ ოპერაცია არ კეთდება პირველ დღეებში, კიდურზე ედება თაბაშირის უკანა ლონგეტი ან თაბაშირის ნახვევი ტუტორი, თუ სახეზეა დიდი პემართროზი, საჭიროა პუნქციით სისხლის გამოქაჩვა.

ოპერაციიდან 2 კვირის შემდეგ ავადმყოფი იწყებს სიარულს კიდურზე მთლიანი დატვირთვით, ამის გარდა ენიშნება სამკურნალო ფიზკულტურა, მასაჟი, მექანოთერაპია, ფიზიოთერაპიული მკურნალობა და სხვა. ფუნქციის აღდგენა ხდება ნელ-ნელა შედარებით მოტენილობის შეცვილების გარეშე, შრომის უნარიანობისა და ფუნქციის აღდგენა ხდება 2,5—3 თვის განმავლობაში მკურნალობის დაწყებიდან.

წვივის ძვლის მოტენილობა

წვივის მოტენილობას ვყოფთ შემდეგ სახეებად. როკების მეტაეპიფიზების, ლიაფიზის და გოჭების მოტენილობად.

1. წვივის როკების მოტენილობა

ამას მიეკუთვნება:

1. როკთაშუა შემაღლების მოტენილობა,
2. შიგნითა ან გარეთა როკის იზოლირებული მოტენილობა და
3. წვივის ორივე როკის ერთდროული მოტენილობა.

ყველა ეს მოტენილობა შეიძლება იყოს შეცილების გარეშე ან შეცილებით.

1. როკთაშუა შემაღლების მოტენილობის მკურნალობა

ამ მოტენილობის დროს ადებენ თაბაშირს (ტუტორს) მუხლის სახსარში 5° კუთხის ქვეშ მოხრილ მდგომარეობაში. წინასწარ მუხლის სახსრიდან ამოქაჩული უნდა იყოს სისხლი და შეყვანილი იქნეს 20 მლ ნო-

ვოკაინის ხსნარი. ტუტორი ედება ღუნდულოს ნაკეციდან გოჭებზედა არემდე. ამისათვის საჭიროა ერთი ლონგეტი 15 სმ სიგანით და 3 ბანდი 15 სმ სიგანისა და 5 მ სიგრძისა. ტუტორის დადება შეიძლება ლონგეტის გარეშე, მხოლოდ 3 ბანდის მაგივრად საჭირო იქნება 4 ბანდი.

თაბაშირის ნახვევი არ უნდა უშლიდეს ავადმყოფს კუჭ-წვივის სახსრის და მენჯ-ბარძაყის მოძრაობაში. 10 დღის განმავლობაში ავადმყოფი უნდა იწვეს საწოლში. მე-2 დღიდან ენიშნება სამკურნალო ფიზკულტურა, მოძრაობა მენჯ-ბარძაყის და კოჭ-წვივის სახსარში, აგრეთვე კიდურის აწევა ტუტორთან ერთად. ვინაიდან თაბაშირის ტუტორი თანდათან ხდება თავისუფალი, მე-10—12 დღეს იგი უნდა გამოეცვალოს. თუ თაბაშირის ნახვევის მოხსნის დროს, მუხლის სახსარში აღმოჩნდა სითხე, იგი უნდა ამოიქაჩოს. თაბაშირის ნახვევი ედება 5—6 კვირით. ავადმყოფი იწყებს სიარულს მე-12 დღიდან კიდურზე მთლიანი დატვირთვით. თაბაშირის მოხსნის შემდეგ ენიშნება მასაჟი, ფიზიოთერაპიული მკურნალობა და სხვა. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 1,5—2,5 თვის შემდეგ ტრავმიდან.

წვივის ერთი ან ორივე როკის მოტეხილობის

გარეშე მოტეხილობის მკურნალობა

წვივის ერთი ან ორივე როკის მოტეხილობის დროს, როდესაც არა გვაქვს შეცილება, ვადებთ თაბაშირის ნახვევს ღუნდულოს ნაკეციდან. იგი აფიქსირებს მუხლის სახსარს 5° კუთხის ქვეშ, ტერფს კი სწორად კუთხის ქვეშ. ამისათვის საჭიროა 1 ლონგეტი 15 სმ სიგანის, 5 ბანდი 15 სმ სიგანის და 5 მ სიგრძის. ნახვევი მუხლის სახსრის არეში უნდა იყოს კარგად მოდულირებული. წინასწარ მუხლის სახსრიდან უნდა ამოიწოვოს სისხლი და შეყვანილი იქნეს 20 მლ 2% ნოვოკაინის ხსნარი. 2—3 კვირის განმავლობაში ავადმყოფი უნდა იწვეს საწოლში.

მე-2—3 დღიდან ვუნიშნავთ სამკურნალო ფიზკულტურას (მოძრაობა მენჯ-ბარძაყის არეში, კიდურის აწევა და კუნთების დაჭიმვა თაბაშირის ქვეშ), მე-15 ან 20 დღეს ავადმყოფს ვადებთ უზანგეს სიარულისათვის, მე-17—21 დღიდან ვაძლევთ უფლებას იაროს ყავარჯენის საშუალებით მცირე დატვირთვით კიდურზე. 1 თვის შემდეგ ავადმყოფი დადის ჯოხით. კიდურზე მთელი დატვირთვით. თაბაშირის ნახვევს გხსნით 6 კვირის შემდეგ. ვუნიშნავთ სამკურნალო ფიზკულტურას, მასაჟს. მექანოთერაპიას, ფიზიომკურნალობას და სხვა. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 2—3 თვის შემდეგ ტრავმიდან.

1 აღნიშნული მოტეხილობანი უმეტეს შემთხვევაში არიან შეჭედული შიგნითა როკის მოტეხილობის დროს, როდესაც ფრაგმენტი ჯანიცდის ცდომას ქვევით, მუხლი იღებს გარუსის მდგომარეობას, გარეთა როკის მოტეხილობის დროს კი — ვალგუსის მდგომარეობას, შეხორცება ასეთ მდგომარეობაში იწვევს ნორმალური ღერძის, სტატიკის და კიდურის დინამიკის დარღვევას, ამცირებს კიდურის გამძლეობას, ზღუდავს მოძრაობას სახსარში, ადვილად ვითარდება დეფორმირებული ართროზი და ავადმყოფს რჩება ტკივილები მუხლის სახსარში.

მკურნალობის დროს საჭიროა ქვევით მიმართული მოტეხილი როკი აიწიოს ზევით, დავაფიქსიროთ იგი რეპონირებულ მდგომარეობაში ძვლის ფრაგმენტის შეხორცებამდე და შემდეგ აღვადგინოთ მუხლის სახსრის ფუნქცია. სწორი ორიენტაციისათვის საჭიროა რენტგენოგრაფია 2 მიმართულებით. მუხლის სახსრიდან ამოქაჩული უნდა იყოს სისხლი და შეყვანილი 2% ნოვოკაინი 20 მლ. იმისათვის, რომ მოტეხილი ფრაგმენტი ავწიოთ ზევით, ორივე როკები დადგნენ ერთ ღონეზე და აღვადგინოთ კიდურის ნორმალური ღერძი წვივის შიგნითა როკის მოტეხილობის დროს, წვივი მუხლის სახსარში განწილული უნდა იყოს გარეთ, წვივის გარეთა როკის მოტეხილობის დროს კი, პირიქით წვივი უნდა იყოს მოზიდული.

პირველ შემთხვევაში გვერდითი შიგნითა როკი, რომელიც მაგრდება ბარძაყის ზედა როკზე და წვივის როკზე, იჭიმება და წვივის შიგნითა როკს სწევს მალლა.

მეორე შემთხვევაში, გვერდითი, გარეთა იოგი, რომელიც მაგრდება ბარძაყის გარეთა ზედა როკზე და მცირე წვივის ძვლის თავზე, იჭიმება და სწევს მალლა წვივის გარეთა როკს. შექმნილი ნორმალურ მდგომარეობაში, კიდური ფიქსირდება თაბაშირის ნახვევით.

წვივის შიგნითა როკის მოტეხილობის დროს ტექნიკურად აღნიშნულის მიღწევა ხდება შემდეგნაირად. ავადმყოფს ვაწვენთ მაგიდაზე, ისე რომ ღუწიღულოს ნაოჭი კიდურთან ერთად უნდა იყოს მაგიდის გარეთ, ჯანმრთელ კიდურს ვადებინებთ დაბალ სკამზე, ავადმყოფის ფეხი კი გაშლილ მდგომარეობაში ტერფზე უჭირავს მომხმარებს. მუხლის გარეთა ზედაპირს უსვამენ კლეოლს და მასზედ ვაწებებთ პატარა 8—10 სმ ოდენობის ბამბის ბალიშს. იღებენ 2 მ მარლის ბანდს 10 სმ სიგანით, კე-

ცავენ ორფად, ორფად დაკეცილ ბანდს ადებენ მუხლთან მიწებებულ ბალიშზე თავის შუა ნაწილით. ბანდის ერთ ბოლოს ატარებენ უკან და მეორეს მუხლის წინ, ბოლოებს კრავენ ერთი კვანძით სუსტად, ბოლოებს გადასცემენ მომხმარეს, რომელიც ქაჩავს გარედან შიგნით. ასეთივე ბანდს აკეთებენ წვივის გოჯებზედა არეში, მხოლოდ ბანდის ბოლოებს ატარებენ მოწინააღმდეგე მხარეს.

შიგნითა როკის მოტეხილობის ჩასწორების შემთხვევაში ერთი მომხმარე ქაჩავს მუხლს გარედან შიგნით, მეორე მომხმარე კი წვივის ქვედა ნაწილს შიგნიდან გარეთ. /

‘გარეთა როკის მოტეხილობის დროს, ყველაფერი კეთდება ისევე, მხოლოდ საწინააღმდეგო მხარეს: / ზედა ბანდის საშუალებით მუხლს ქაჩავენ შიგნიდან გარეთ და ქვედა ბანდის საშუალებით კი — წვივის გარედან შიგნით. ძალის გამოყენება უნდა იყოს საკმარისი იმისათვის, რომ როკი აიწიოს ზევით. ასეთი მოქმედებით სწორდება როკების მდებარეობა და ვიცილებთ მუხლის ვარუსის და ვალგუსის მდგომარეობას, როდესაც სახეზე გვაქვს ერთი რომელიმე როკის შეცილებითი მოტეხილობა.

(თაბაშირის ნახვევები ედება ორივე მოქმედი ძალის დაქაჩვის მდგომარეობაში.) ადებენ 15 სმ სიგანის 6—7 ფენიანს უკანა ლონგეტს დუნდულის ნაოკიდან თითების წვერამდე, შემდეგ კიდურს ადებენ 5—6 თაბაშირიან ბანდს 15 სმ სიგანისა და 5 მ სიგრძისა.

თაბაშირის დადების დროს თაბაშირის ნახვევი კარგად უნდა იყოს მოდულირებული მუხლის და გოჯების ქვედა ნაწილში. როდესაც თაბაშირი შეშრება, ქაჩავს წყვეტენ და ბანდის ბოლოებს აჭრიან. დაჭრილ ხერელებს ათაბაშირებენ. კეთდება საკონტროლო რენტგენოგრაფია. ავადმყოფი 3 კვირის მანძილზე უნდა იწვეს საწოლში, მას ენიშნება სამკურნალო ფიზკულტურა, კიდურის აწევა, კუნთების დაჭიმვა თაბაშირის ქვეშ და სხვა.

მე-4 კვირას თაბაშირის ნახვევს უცვლით და ვადებთ ახალ თაბაშირის ნახვევს ბალიშების გარეშე. 1—2 დღის შემდეგ ვადებთ უზანგს სიარულისათვის. დასაწყისში ავადმყოფი დადის ყავარჩნებით, შემდეგ ერთი ყავარჩნით და მერე ჯოხის საშუალებით. თაბაშირის ნახვევი ეხსნება საშუალოდ 8—10 კვირის შემდეგ, ამის შემდეგ კეთდება ისევ საკონტროლო რენტგენოგრაფია. ავადმყოფს თაბაშირის მოხსნის შემდეგ ენიშნება სამკურნალო ფიზკულტურა, მექანოთერაპია, მასაჟი, ფიზიოთერაპიული მკურნალობა, საკიროების დროს პარათინით მკურნალობა, აბაზანები, ტალახით მკურნალობა. თაბაშირის ნახვევის მოხსნის შემდეგ 2 კვირის მანძილზე არ შეიძლება ავადმყოფმა დაიწყოს სიარული კიდურ-

ზე მთელი დატვირთვით, ასეთი ტრავმის დროს, შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება საშუალოდ 3,5-5 თვის განმავლობაში.)

იმ შემთხვევაში კი, თუ აღნიშნული წესით არ ხერხდება წვივის როკების აწევა, ნაჩვენებია ოპერაციული ჩარევა, რომლის არსი გამოიხატება იმაში, რომ აიწიოს როკი თავის ადგილას და ლურსმნის ან ორი კირშნერის ჩხირით ვორონოკიჩის წესით. დაფიქსირდეს. ხშირად წვივის გარეთა როკის მოტეხილობას თან ახლავს მცირე წვივის ძვლის თავის მოტეხილობა, ასეთ მოტეხილობის დროს მკურნალობის ტექნიკა თითქმის იგივეა.

წვივის ორივე როკის უმცირესი დროს მოტეხილობის მკურნალობა

ამ მოტეხილობის დროს, დიდი წვივის ძვლის დიაფიზის ზედა ნაწილი იჭიმება ორივე როკებს შორის და განზე სწევს მათ. იმისათვის, რომ ფრაგმენტები ჩავასწოროთ, საჭიროა ჩავწიოთ ქვევით დიდი წვივის ძვლის—დიაფიზი და მივეუახლოვოთ ერთმანეთს განზიდული როკები.

კლინიკური და რენტგენოლოგიური გამოკვლევის შემდეგ, სახსრიდან ამოქაჩული იქნება სისხლი და შეყვანილი 20 მლ 2% — ნოვოკაინი. დიდი წვივის ძვლის გოჯებზედა ნაწილში, ან ქუსლის ძვალში ვატარებთ ჩხირს და ვაწარმოებთ გაჭიმვას კიდურის სწორ მდგომარეობაში (მუხლის სახსარში მოუხრელად), აქვე აკეთებენ რენტგენოგრაფიას. თუ დიდი წვივის ძვლის დიაფიზი ჩამოიწია ქვევით, როკები კი დარჩნენ განზიდული. როკებს აახლოვებენ ერთმანეთთან ხელის მტევნების საშუალებით ან სპეციალური მუხრუჭების მოჭერით, ამის შემდეგ მათ აფიქსირებენ ვორონოვიჩის წესით. მუხლის არეში ბარძაყის და წვივის როკების არეებში თაბაშირის ნახვევი უნდა იყოს კარგად მოდულირებული. იმისათვის რომ არ მოხდეს მეორადი შეცილება, კიდურს დებენ დაქანებულ არტაშანზე. გაჭიმვას ვაწარმოებთ ქუსლში გაყრილი ჩხირით. რკალზე ვკიდებთ 7—8 კგ ტვირთს. 30-ე დღისათვის ტვირთს ვაკლებთ 5—6 კგ-ს. პირველი დღიდანვე ვუნიშნავთ სამკურნალო ფიზკულტურას (კუნთების დაჭიმვა, მოძრაობა სახსრებში), 1,5 თვის შემდეგ გაჭიმვას ვხსნით, 2 კვირის შემდეგ კი ვხსნით თაბაშირის ტუტორს. ავადმყოფს ენიშნება მოძრაობა მუხლის სახსარში, მასაჟი, ფიზიომკურნალობა (პარაფინი, ოზოკერიტი, ტალახი და სხვა), 2,5 თვის შემდეგ ტრავმიდან, ეძლევა სიარულის უფლება ყავარჩნების საშუალებით, შემდეგ კი კი-

დღურის თანდათანობით დატვირთვით. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 3,5—4,5 თვის შემდეგ.

იმ შემთხვევაში, როდესაც აღნიშნული წესი არ გვაძლევს სასურველ შედეგს და მოტეხილი ფრაგმენტების ჩასწორება არ ხერხდება, მივმართავთ ოპერაციას — ოსტეოსინთეზს. კიდურზე ედება თაბაშირის ტუტორი. თაბაშირის ნახევები ეტანება ორი თვის შემდეგ და იწყება კიდურის თანდათანობით დატვირთვა. ამავე დროს ენიშნება სამკურნალო ფიზიკულ-ტურა, მასაჟი და ფიზიოთერაპიული მკურნალობა საჭიროების შემთხვევაში.

წვივის კვლევის დიაფიზის მოტეხილობა

არჩევნ დიაფიზის მოტეხილობას: დიდი წვივის, მცირე წვივის და წვივის ორივე ძვლების მოტეხილობას შეცილებით და შეცილების გარეშე. დიდი წვივის ძვლის ირიბი, ხრახნილი და დამსხვრეული მოტეხილობის დროს მოტეხილმა ფრაგმენტებმა შეიძლება მოგვცეს შეცილების სხვადასხვა სახე.

დიაგნოზი ისმება კლინიკური და რენტგენოლოგიური შესწავლის შემდეგ, რომელიც კეთდება 2 მიმართულებით, პირდაპირი და გვერდითი. რენტგენოგრაფიის დროს ყურადღება უნდა იქნეს მიქცეული, რათა გამოცნობილი იქნეს არა მარტო დიდი წვივის ძვლის მოტეხილობა, არამედ მოტეხილობის სხვადასხვა სახეებიც, ამის შემდეგ კი საჭიროა დადგინდეს მკურნალობის რომელი მეთოდია რაციონალური: კონსერვატიული თუ ოპერაციული. სათანადო მომზადების შემდეგ კი ვიწყებთ მკურნალობას.

წვივის დიაფიზის მოტეხილობის მკურნალობა

ავადმყოფის საავადმყოფოში შემოსვლისთანავე ვიწყებთ მკურნალობას. მოტეხილობის ადგილას შეგვყავს 1%—2% ნოვოკაინის ხსნარი 15—20 მლ. წვივის მოტეხილობის ძირითადი მკურნალობის წესებს ეკუთვნის ჩონჩხოვანი დაჭიმვა და თაბაშირის უსაფენო ნახევები. დაჭიმვას წვივის ძვლის მოტეხილობის დროს აწარმოებენ სტანდარტულ არტაშანზე, როგორც წესი ჩხირის გატარებით ქუთისის ძვალში ან როკებზედა სიერცეში, დიდი მნიშვნელობა აქვს კიდურის სწორად მოთავსებას არტაშანზე, საჭიროა შეიქმნას სპეციალური ღარი კანკის ტყუბი კენთისათვის.

მე-2—3 დღეს დაჭიმვის დადების შემდეგ კეთდება საკონტროლო რენტგენოგრაფია, რენტგენოგრაფიის დროს არ შეიძლება ტვირთის მოხსნა ან კილურის მდებარეობის შეცვლა. საკონტროლო რენტგენოგრაფია იძლევა საშუალებას ნაადრევად შევცვალოთ ტვირთი, დაჭიმვის მიმართულება და კილურის მოტეხილი ფრაგმენტების მდებარეობა.

დაჭიმვის დროს, როდესაც გვაქვს წვივის ორივე ძვლის მოტეხილობა, ხშირად ყალიბდება წვივის ვალგუსის მდებარეობა (ნორმალურად კი წვივი არის ცოტათი გამრუდებული შიგნით — ვარუსის მდებარეობაში).

წვივის ვალგუსის მდებარეობის გასწორება შეიძლება გვერდითი დაქაჩვით ან პელოტის ზეწოლით შიგნითა ზედაპირზე. ამჟამად აღნიშნულ წესებს მიმართავენ იშვიათად, წვივის მოტეხილობის გასწორებას აწარმოებენ თაბაშირის დადების დროს, რომელსაც ასრულებენ მე-20—30-ე დღეზე. როდესაც ძვლის კორძი არ არის გამაგრებული და კორექცია ადვილად ხერხდება.

თაბაშირის ნახვევი წვივის ძვლების დიაფიზის მოტეხილობის დროს ედება ბარძაყის შუა ნაწილამდე, ნახვევისათვის საჭიროა ლონგეტი 5—6 ფუნის, სიგრძით 0,8—1 მ და სიგანით 15 სმ., 5 ბანდი სიგანით 15 სმ. და სიგრძით 5 მ. თაბაშირის დადების დროს საჭიროა, რომ არ მოხდეს გადახრა წვივის ნორმალური ღერძიდან, რაც იწვევს წვივის დეფორმაციას და ნორმალური სტატიკისა და დინამიკის დარღვევას. უფრო ხშირად ხდება წვივის ღერძის გამრუდება უკან და შიგნით. ეს თავიდან იქნება აცილებული თუ თაბაშირის დადების დროს ხელათ მიეწვევით წვივის უკანა ზედაპირს. თაბაშირის ნახვევის მოდულირების დროს არ უნდა გვქონდეს ჩაღრმავებები, რათა მათ არ გამოიწვიონ სისხლის მიმოქცევის მოშლა კილურში. სველ თაბაშირის ნახვევზე კეთდება მარკირება. ამის შემდეგ კეთდება რენტგენოგრაფია.

თუ გვაქვს წვივის ღერძის გამრუდება, საჭიროა პირველ — ორ დღეში მისი გასწორება. ამისათვის წვივის გამოზნექილ მხარეზე, განივად, მოტეხილობის ღონეზე, ჰრიან თაბაშირს 1—2 სმ სიგანით. რაც უფრო მეტია გამრუდება, მით უფრო მეტი სიფართის უნდა იყოს, მოკვეთილი თაბაშირის ნახვევი იკვეთება, ესე იგი თაბაშირის ნახვევი იყოფა ორად — ზედად და ქვედად. ეს გვაძლევს საშუალებას გავასწოროთ წვივის გამრუდებული ღერძი, ამ დროს ამოკვეთილ ადგილას თაბაშირის ნაპირები უახლოვდება ერთმანეთს. იმისათვის რომ თაბაშირის ნახვევი არ ახდენდეს ზეწოლას რბილ ქსოვილებზე, ნაპრალის ნაპირებში იდება ბამბა.

კიდურს ღერძის გასწორების შემდეგ ათაბაშირებენ, შეშუპების შემცირების მიზნით საჭიროა კიდური დაიდოს არტაშანზე ან ბალიშზე იმისათვის, რომ კიდური იყოს ამაღლებულზე. პირველ დღეებში ავადმყოფი მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას და მკურნალობას.

ზოგჯერ ავადმყოფები უჩივიან ტკივილს ან მოჭერის გრძნობას. ობიექტურად აღენიშნებათ თითების შეციება, კანის სიფერმკრთაღე, ხანდახან თითების სილურჯე.

ტკივილები შეიძლება იყოს გამოწვეული პემატომის მომატებით, შეშუპებით, თაბაშირის ნაკეცების ზეწოლით.

ავადმყოფის ჩივილს უნდა მიექცეს დიდი ყურადღება და არავითარ შემთხვევაში არ უნდა გაუკეთდეს გამაყურებელი საშუალება ექიმის დანიშნულების გარეშე. თუ ყოველივე ზემოხსენებული არ იქნა მხედველობაში მიღებული, ავადმყოფმა შეიძლება დაკარგოს კიდური, ამისათვის თუ ავადმყოფი უჩივის ტკივილებს, თაბაშირის ნახვევი სასწრაფოდ უნდა იყოს მოსსნილი მთელ სიგრძეზე და მისი ნაპირები გაწეული. 10—12 დღის შემდეგ პემატომის შეშუპების შემცირების შემდეგ თაბაშირის ნახვევს უცვლიან ახალზე. ავადმყოფებს თაბაშირის ნახვევის ქვეშ ენიშნებათ სამკურნალო ფიზკულტურა.

სიარულის დაწყების ვადა და კიდურის დატვირთვისა განისაზღვრება მოტეხილობის სირთულით. ავადმყოფები თანდათან ანებებენ თავს ყავარჯენს და გადადიან ჯოხზე. თაბაშირის ნახვევს ხსნიან, როდესაც ხდება ძვლის შეხორცება ე. ი. 3—4 თვის შემდეგ ტრავმიდან.

თაბაშირის ნახვევის მოხსნის შემდეგ ძვლის კორძის მდგომარეობა უნდა გაისინჯოს რენტგენოგრაფიით. სახსრების ფუნქცია 1—2 კვირის შემდეგ გვხვდება აღდგენილი. ენიშნება მასაჟი და ფიზიოთერაპიული მკურნალობა. თუ თაბაშირის მოხსნის შემდეგ აღმოჩნდა, რომ ძვლის კორძი არის რბილი და დატვირთვის დროს ავადმყოფი აღნიშნავს ტკივილებს, მაშინვე უნდა დაედოს თაბაშირის ნახვევი უზანგით კიდევ 1 — 1,5 თვით. დაბალი მოტეხილობის დროს შეიძლება დამატებითი ვადით დაედოს თაბაშირის ნახვევი მუხლის სახსრამდე. ეს მოგვეცემს საშუალებას ვაწარმოოთ მოძრაობა მუხლის სახსარში. დიდი ხნით იმობილიზაცია სიარულის პირობებში მთელი დატვირთვით დაზიანებულ კიდურზე, როგორც წესი გვაძლევს მოტეხილი ძვლის შეხორცებას იმ შემთხვევაშიც კი, როდესაც ოპერაციული მკურნალობა გარდაუვალია.



დიდი წვივის ძვლის დიაფიზის მოტეხილობის განმარტება

დიდი წვივის ძვლის დიაფიზის მოტეხილობა შეცილების გარეშე, რჩება უსაფენო თაბაშირის ნახვევით, რომელიც ედება ბარძაყის შუა მესამედამდე. განივი მოტეხილობის დროს მე-8—10 დღის შემდეგ ადებენ უზანგს და ავადმყოფებს აძლევენ უფლებას იარონ ყავარჯნებით. მე-15—20 დღეს ისინი დადიან ერთი ყავარჯნით ან ჭოხით. ირიბი, ხრახნილი და დამსხვრეული მოტეხილობის დროს, როდესაც არა გვაქვს შეცილება, უზანგს ადებენ მე-15 დღეს.

იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ მოტეხილი ფრაგმენტების მეორადი ცდომა თაბაშირის ნახვევის ქვეშ, მე-16—18 დღიდან ავადმყოფები დადიან 2 ყავარჯნის საშუალებით დაზიანებულ კიდურზე მცირე დატვირთვით, დატვირთვას თანდათან უმატებენ. 3—4 კვირის შემდეგ ავადმყოფი დადის მარტო ჭოხით. თაბაშირის ნახვევი ედება 6—7 კვირით. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 2,5—5 თვის შემდეგ.

იმ შემთხვევაში, თუ გვაქვს დიდი წვივის ძვლის მოტეხილობა შეცილებით, დასაწყისში ვხმარობთ ჩონჩხოვან დაჭიმვას სტანდარტულ არტაშანზე. ჩხირი გაჰყავთ ქუსლის ძვალში, ჰკიდებენ ტვირთს 7—9 კგ.

2—3 დღის შემდეგ ვაკეთებთ რენტგენოგრაფიას. თუ მოტეხილი ფრაგმენტები ჩასწორდნენ, ტვირთს მე-8—10 დღიდან აკლებენ და მე-15 დღისათვის ჩამოდიან 5—6 კგ-ზე. 22-ე დღეს ზსნიან დაჭიმვას და ადებენ თაბაშირის ნახვევს ბარძაყის შუა მესამედამდე. 2 დღის შემდეგ უკლებენ უზანგს და ავადმყოფს ეძლევა უფლება იაროს 2 ყავარჯნის საშუალებით. 30-ე—35-ე დღეს ავადმყოფი დადის ერთი ჭოხით. 8—9 კვირის შემდეგ ტრავმიდან თაბაშირის ნახვევს ვხსნით. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 2,5—3,5 თვის შემდეგ.

მცირე წვივის ძვლის მოტეხილობის განმარტება

მცირე წვივის ძვლის იზოლირებული მოტეხილობა შეცილებით ან შეცილების გარეშე არ იწვევს კიდურის დუნეობის მოშლას, თუ მოტეხილობა არ არის დაკავშირებული კოჭ-წიქის სახსართან და თუ არ ატლავს მცირე წვივის წერვის დაზიანება.

მცირე წვივის ძვლის მოტეხილობის დროს, მის ქვედა ნახევარში, მაშინვე ედება თაბაშირის ნახვევი. მუხლის სახსარამდე, 2 დღის შემდეგ კი დამატებით თაბაშირის ნახვევის საშუალებით ვადებთ უზანგს. მე-3-

4 დღეს ავადმყოფი იწყებს სიარულს. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 4—5 კვირის შემდეგ.

მცირე წვივის ძვლის ზედა მესამედის მოტეხილობის დროს მცირე წვივის ნერვის დაზიანების გარეშე, ედება თაბაშირის ტუტორი დაახლოებით 2—3 კვირით.

მე-2—3 დღეს ავადმყოფს ეძლევა უფლება იაროს უჯოხოდ კიდურზე მთლიანი დატვირთვით.

თაბაშირის მოხსნის შემდეგ ვუნიშნავთ სამკურნალო ფიზკულტურას და ფიზიოთერაპიულ მკურნალობას.

ზემოხსენებული ტრავმული დაზიანების დროს შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება დაახლოებით 3—5 კვირის შემდეგ.

მცირე წვივის ძვლის თავის მოტეხილობის დროს, იშვიათად გვხვდება მცირე წვივის ნერვის დაზიანებაც. უმეტესად კი გვხვდება სისხლჩაქცევა და ნერვის დაჟეჟილობა. ამგვარი მოტეხილობის დროს ვადებთ თაბაშირის ნახვევს ბარძაყის შუა ნაწილამდე. ტერფის ფიქსაციას კი ვახდენთ სწორი კუთხის ქვეშ. 2—3 თვის შემდეგ თაბაშირის ნახვევს ვხსნით და მივმართავთ ფიზიოთერაპიულ მკურნალობას. მცირე წვივის ნერვის მთლიანი გადაწყვეტის დროს ნაჩვენებია ოპერაციული მკურნალობა და ორთოპედიული ფეხსაცმელის ხმარება. მცირე წვივის ძვლის მოტეხილობის დროს, როდესაც თავთან ერთად, ინაცვლებს ზევით, გვერდითი იოგი, ხშირია სახსრის ჩანთის გაგლეჯა და მცირე წვივის ნერვის დაზიანებაც. აღნიშნული დაზიანებანი მოითხოვენ ოპერაციულ მკურნალობას. ამოცანა იმაშია, რომ თავი გვერდით იოგთან ერთად გადავაადგილოთ ქვევით — სხვანაირად ავადმყოფს დარჩება მუხლის არა სიმყარე, როგორც გვაქვს ზოლმე გვერდითი იოგის გაგლეჯის დროს. გარდა ამისა საჭიროა ოპერაცია მცირე წვივის ნერვის აღდგენის მიზნით.

წვივის ორივე ძვლის მოტეხილობის მკურნალობა შეიძლების გარეშე

წვივის ორივე ძვლებს განივი მოტეხილობის დროს შეცილების გარეშე იყენებენ უსაფენო თაბაშირის ნახვევს, რომელსაც ადებენ ბარძაყის ნახევრამდე.

მე-11—12 დღეს ათაბაშირებენ უზანგს და მე-12—15 დღიდან ავადმყოფს შეუძლია იაროს 2 ყავარჯნის საშუალებით კიდურზე დატვირთვით. მე-50—60-ე დღეს ავადმყოფს შეუძლია იაროს ჯოხის საშუალებით.

იმ შემთხვევაში, როდესაც გვაქვს ირიბი, დამსხვეული მოტეხილობა წვივის ორთავე ძვლის შეცილების გარეშე, აღებენ ჩონჩხთან დაჭიმვას სტანდარტულ არტაშანზე, ვინაიდან თაბაშირის ნახვევი მკურნალობის დროს, მიუხედავად მობილიზაციისა, შეიძლება მოხდეს მეორადი შეცილება. დაჭიმვა უნდა დაეწყოთ ავადმყოფის შემოსვლინთანავე. ჩხირი ტარდება ქუსლის ძვალში და რკალზე ვკიდებთ 4—5 კგ ტვირთს. მე-20—30-ე დღეს, როდესაც უკვე გვაქვს ფრაგმენტების „რბილი შეხორცება“, ვადებთ თაბაშირის ნახვევს ბარძაყის შუანახევრამდე. ერთი თვის შემდეგ კი ვაფიქსირებთ უზანგს და 27-ე, 70-ე დღეს ავადმყოფი იწყებს სიარულს ყავარჯნების საშუალებით, კიდურზე დატვირთვით. რამდენიმე დღის შემდეგ გადავდივართ სიარულზე ჯონის საშუალებით.

თაბაშირის ნახვევს ვხსნით ტრავმიდან 2—2,5 თვის შემდეგ. ავადმყოფს ენიშნება სამკურნალო ფიზკულტურა და მასაჟი. შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება 3—3,5 თვის შემდეგ.

წვივის ორივე ძვლის მოტეხილობის მკურნალობა შეცილების შემთხვევაში

აღნიშნული მოტეხილობის დროს მკურნალობა იწყება ჩონჩხოვანო დაჭიმვით არტაშანზე, დაჭიმვას აწარმოებენ ჩხირის გაყრით ქუსლის ძვალში, რკალზე ვადებთ 7—9 კგ სიმძიმეს.

მე-2—3 დღეს კეთდება საკონტროლო რენტგენოგრაფია. იმ შემთხვევაში, თუ მოტეხილი ფრაგმენტები არის ჩასწორებული, ტვირთი მცირდება მე-15 დღისათვის 5—7 კგ-მდე. განივი მოტეხილობის დროს გადაჭიმვის თავიდან ასაცილებლად, როგორც კი ფრაგმენტები ჩასწორდება, ტვირთი მცირდება 5—6 კგ-მდე.

25-ე დღეს დაჭიმვა ეხსნება და ედება თაბაშირის ნახვევი ბარძაყის შუა ნახევრამდე. თაბაშირის დადების დროს უნდა იყოს გათვალისწინებული წვივის ღერძის გამრუდება. აქედან 2—3 დღის შემდეგ ვათაბაშირებთ უზანგს. ირიბი, სპირალური და დამსხვრეული მოტეხილობის დროს თაბაშირის ნახვევი იხსნება 2—2,5 თვის შემდეგ ტრავმიდან. განივი მოტეხილობის დროს აღნიშნული ვადა უგრძელდება კიდევ 2 კვირით. წვივის ქვედა მესამედის მოტეხილობების შეხორცება მიმდინარეობს შედარებით ნელა. ავადმყოფს უტარდება სამკურნალო ფიზკულტურა. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 3,5—4,5 თვის შემდეგ.

ოპერაციული მკურნალობა წვივის მოტეხილობისას ზდება იმ შემთხვევებში, როდესაც კონსერვატიული მეთოდები ვერ უზრუნველყოფენ ფრაგმენტების ჩასწორებას და მათ ფიქსაციას შეხორცებამდის.

ფრაგმენტების საფიქსაციოდ გამოიყენება ლითონის ფირფიტები ჰანკიკით, ძვალშიდა ოსტეოსინთეზი ლითონის ღეროებით, კომპრესიული დისტრაქციული ოსტეოსინთეზი და ა. შ.

✓ გოჯების მოტეხილობა

გოჯების მოტეხილობა გვხვდება საკმაოდ ხშირად. გოჯების მოტეხილობის დიაგნოზის დასადგენად გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას. უმრავლეს შემთხვევაში (70—70%) გოჯების მოტეხილობა გვხვდება შეცილების გარეშე და შემთხვევათა 30%-ში აღენიშნება ტერფის ამოვარდნილობა და ქვეამოვარდნილობა (გარეთ, შიგნით, წინ, უკან და სხვა ცდომები).

თუ ზუსტად არ იქნა ჩასწორებული ფრაგმენტები, კოჭ-წვივის სახსრის ნორმალური ფუნქცია ირღვევა. ახალი შემთხვევის დროს რეპოზიციი არ წარმოადგენს დიდ სირთულეს, ძველი მოტეხილობის დროს კი მოტეხილობის აღდგენა წარმოადგენს დიდ სიძნელეს და ზოგჯერ შეუძლებელიცაა. თუ გოჯების მოტეხილობა ვერ იქნა ჩასწორებული, ეს იწვევს ხანგრძლივ ტკივილებს, შემდგომში დეფორმიულ ართროზს, კოჭ-წვივის სახსრის ფუნქციის დარღვევას და ავადმყოფის ინვალიდობამდე მიყვანას.

ასეთი მოტეხილობების ჩასწორების დროს უნდა გვექონდეს კოჭ-წვივის სახსრის რენტგენოგრაფიები აუცილებლად პირდაპირ და გვერდით პროექციებში, რაც გვაძლევს ზუსტ სურათს. ყოველდღიურ პრაქტიკაში გვხვდება სხვადასხვა სახის დაზიანებანი, შიგა ან გარეთა გოჯების იზოლირებული მოტეხილობა, დიდი წვივის ძვლის მოტეხილობა წინა, უკანა და გარეთა ნაპირის, ორივე გოჯების მოტეხილობა ან კომბინირებული, გოჯისა და დიდი წვივის რომელიმე ძვლის ნაპირის და სხვა. ყველა ეს მოტეხილობა შეიძლება იყოს შეცილებული და შეცილების გარეშე, ამოვარდნილობით ან ქვემოამოვარდნილობით. ყოველივე ზემოხსენებული მოითხოვს დიდ ყურადღებას, დიაგნოზის სიზუსტეს, ნაადრევ რეპოზიციას და მკურნალობას.

**გოჭავის მოტეხილობის მკურნალობა
შეცდილობის გარეშე**

✓ გოჭების მოტეხილობის მკურნალობა შეცილების გარეშე არ წარმოადგენს დიდ სიძნელეს და თითქმის ყოველთვის ხდება ფუნქციის აღდგენა. თაბაშირის ნახვევს ვადებთ მუხლამდე (იხ. სურ. 21).

ავადმყოფს სვამენ მაგიდაზე, ქვედა კიდურები თავისუფლად აქვს ჩამოკიდებული, ჯანმრთელ კიდურს დებენ სკამზე. დაზიანებული ტერფის მეტატარზალური ძვალი ეყრდნობა ექიმის მუხლს, ამ მდგომარეობაში მენჯ-ბარძაყის და კოჭ-წვივის სახსრები არის მოღუნული სწორი კუთხის ქვეშ, მუხლის სახსარი კი მოღუნულია $115-120^{\circ}$.

თაბაშირის ნახვევისათვის საჭიროა ლონგეტი სიგანით 15 სმ და 3 თაბაშირის ბანდი, სიგანით 15 სმ, 5 სმ სიგრძით, თაბაშირიანი ბანდი არ უნდა გაიწუროს ძალიან. ლონგეტს ზედა ნაპირი მიტანილი უნდა იყოს მუხლქვეშა ფოსომდე, მაგრამ ისე, რომ იგი არ უშლიდეს მოხრას მუხლის სახსარში, (იხ. სურ. 22).

ლონგეტის ზედა ნაწილს იკერს მომხმარე, დისტალურ ნაწილს ღუნავენ თითებამდე, ქუსლის არეში ნახვევს ჭრიან განივად 4 სმ-მდე და კუთხეებს ქუსლის არეში ღუნავენ და ახდენენ მოდულირებას, უნდა მიექცეს ამ ადგილს ყურადღება, ვინაიდან თუ საკმაოდ სველი არ იქნა ბანდი და კარგად არ არის მოდულირებული, ჩნდება ნაოკები, რომლებიც შემდგომში იწვევენ ტკივილებს, შემდეგ 3 ცირკულარული თაბაშირის ბანდით ქირურგი ახვევს კიდურს ზევიდან ქვემოთ ისე, რომ ზედა ბანდი ედებოდეს ქვედას.

კიდურს ვადებთ ბელერის არტაშანზე იმისათვის, რომ არ განვითარდეს შეშუბება. შემდგომში ავადმყოფს ვაწვენთ მაგარ საწოლზე, 2—3 დღის შემდეგ ვათაბაშირებთ უზანგს. (იხ. სურ. 23).

თაბაშირის ნახვევს ხსნიან 4—6 კვირის შემდეგ, ენიშნება სამკურნალო ფიზკულტურა, მასაჟი, ფიზიოთერაპია.

ასევე მკურნალობენ იზოლირებულ დიდი წვივის ძვლის წინა, უკანა და გარეთა ნაპირების მოტეხილობას. შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება საშუალოდ 5—6 კვირის შემდეგ.

**გოჭავის მოტეხილობის მკურნალობა
შეცდილობის შემთხვევაში**

✓

გოჭების შეცილებული მოტეხილობის მკურნალობა შედგება: მოტეხილობის დროულ ჩასწორებაში და ფრავმენტების ფიქსირებაში ძვლის კორძის ჩამოყალიბებამდე. ჩასწორება უნდა დაიწყოს მაშინვე, როგორც

კი ავადმყოფი მოყვანილი იქნება, აქედან ხშირ მოტეხილობად უნდა ჩაითვალოს გოჯების მოტეხილობა შეცლებით — აბღუქციური (დიუბუ-იტრენის), რომელსაც ახასიათებს ტერფის ქვემოამოვარდნილობა გარეთ.

ჩასწორებამდე კანქვეშ შეგვყავს გამაყუჩებელი, მოტეხილობის ადგილის გაუტკივარებას კი ვაწარმოებთ 1—2% ნოვოკაინის ხსნარით 20 მლ რაოდენობით; (იხ. სურ. 23).

გაუტკივარების და ამ მდგომარეობაში ყოფნისას კუნთები დუნდება და ჩასწორება ხდება ადვილად და შემდეგნაირად, ქირურგი ადებს ხელს კოჭ-წვივის სახსრის გარეთა ზედაპირზე და ძლიერად აწვება გარედან შიგნით, ამ დროს მეორე ხელს ავლებს წვივს შიგნითა მხრიდან გოჯებზე და ნაწილში და ჰქმნის წინააღმდეგობას. ამ დროს ექიმი ხელებით გრძნობს, თუ როგორ ჩასწორდა ამოვარდნილობა, ამის შემდეგ ხელი, რომელიც ჰქონდა დადებული გოჯებს ზედა ნაწილში, გადააქვს კოჭ-წვივის სახსარზე და ორივე ხელებით უკერს კოჭ-წვივის სახსარს, კოჭ-წვივის სახსარში არსებული ჰემატომა ადის ზევით, შემდეგ ქირურგის ხელები იღებს პირველყოფილ მდგომარეობას, თუ ჩასწორების შემდეგ ფრაგმენტები ადვილად სცილდებიან, უკეთესია რეპონირებული მდგომარეობა დაფიქსირდეს V-ს მაგვარი თაბაშირის ნახვევით და შემდეგ დაედოს დამატებითი ჩვეულებრივი ლონგეტ-ცირკულარული ნახვევი, შემდეგ ლონგეტი ედება დიდი წვივის ძელის წინა-შიგნითა ზედაპირიდან კოჭ-წვივის სახსრის შიგნითა ზედაპირიდან კოჭ-წვივის სახსრის შიგნითა ზედაპირზე გავლით, ტერფის ძირზე და შემდეგ კოჭ-წვივის გარეთა ზედაპირიდან, ზევით მცირე წვივის ძელის თავამდე. სანამ V-ს მაგვარი ლონგეტი გახმებოდეს, მას ბანდით ვამაგრებთ. ლონგეტის ვამაგრების მთელ პერიოდის მანძილზე ვიპერთ ჩასწორებულ ფრაგმენტებს. როდესაც ლონგეტი გაშრება ბანდს ვკრით წინა ზედაპირის მხრიდან და დამატებით V-ს მაგვარი თაბაშირის ნახვევს ვადებთ ჩვეულებრივ მუხლის სახსრამდე, ტერფი უნდა იყოს დაფიქსირებული კოჭ-წვივის სახსარში სწორი კუთხის ქვეშ. თაბაშირის ნახვევი კარგად უნდა იყოს მოდულირებული, შემდეგ ვაკეთებთ საკონტროლო რენტგენოგრაფიას.

თუ, მიუხედავად კარგი ანესთეზიისა, რეპოზიცია არ მოხერხდა, საჭიროა ვაწარმოოთ განმეორებითი ჩასწორება. ვინაიდან შესაძლებელია კიდურის შეშუპება, სისხლის მიმოქცევის მოშლა, ავადმყოფის ჩივილები ტკივილებზე. კიდურის გაცივებაზე, ეს უნდა იყოს შეფასებული როგორც საფაგავმო მდგომარეობა და თაბაშირის ნახვევი უნდა იყოს გაჭრილი მთელ სიგრძეზე, მისი ნაპირები უნდა იყოს გაწეული, რათა თავიდან ავიცილოთ რაიმე მძიმე გართულება. არ შეიძლება ამ პერიოდში ავადმოყო-

ფის ჩივილის დროს ტკივილებზე ტკივილგამაყუჩებელის გაკეთება, თაბაშირის გაკურის შემდეგ იშვიათად გვხვდება ფრაგმენტების ცდომა. 7—10 დღის შემდეგ ისევ გავუქვთებთ თაბაშირის ნახვევს.

მოტეხილი ფრაგმენტების ჩასწორების შემდეგ კიდური იდება არტაშანზე. უზანგი სიარულისათვის ედება მე-10—12 დღიდან, რის შემდეგ ავადმყოფი იწყებს სიარულს ფეხზე მთლიანი დატვირთვით. თაბაშირის ნახვევს ხსნიან დაახლოებით 6—8 კვირის შემდეგ და აქვე ვაკეთებთ საკონტროლო რენტგენოგრაფიას. თუ გაძვალბა არ არის, სჯობს დაედოს თაბაშირის ნახვევი კიდევ 2—3 კვირით.

(როდესაც თაბაშირის ნახვევი ეხსნება, ზოგჯერ დამატებით ვადებთ ცინკ-ჟელატინის ნახვევს I თვით და ვურჩევთ ავადმყოფს იაროს სუბინატორით 6 თვის განმავლობაში; თუ ცინკ-ჟელატინის ნახვევს არ ვადებთ ვუნიშნავთ ფიზიოთერაპიას, პარაფინით მკურნალობას, ტალახის აბაზანებს, მასაჟს და სხვას, ზოგჯერ საჭიროა ასევე დამწოლი ნახვევი კოჭ-წვივის სახსარზე დროებით.)

‘შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 2—3 თვის შემდეგ.’

(გოჯების აღუქციური მოტეხილობის დროს შეცილებით ტერფის ქვეამოვარდნილობით შიგნით (მალგენის მოტეხილობა) ჩაბრუნებას ახდენენ შემდეგნაირად, ქირურგი ერთ ხელს ადებს კოჭ-წვივის სახსრის შიგნითა ზედაპირზე და ძლიერად ახდენს ზეწოლას შიგნიდან გარეთ, ამ დროს მეორე ხელს ავლებს წვივის გოჯებს ზევით ადგილას და ამით აღწევს წინააღმდეგობას. ამ დროს იგრძნობა თუ როგორ ბრუნდება თავის ადგილას შეცილებული ტერფი. ამის შემდეგ ხელი, რომელიც ჰქონდა ქირურგს გოჯებზედა მიდამოში, ჩამოაქვს კოჭ-წვივის სახსრამდე და დამატებით ორივე ხელის მტევნებით უჭერს კოჭ-წვივის სახსარს. (იხ. სურ. 24).)

ჩასწორების შემდეგ ქირურგს გადააქვს ხელები პირველყოფილ მდგომარეობაში, გაუტკივარება, თაბაშირის დადების ტექნიკა, შემდგომი მკურნალობა და სხვა, თითქმის იგივეა, რაც აბლუქციური ცდომითი მოტეხილობის დროს.

✓ სამოჯა მოტეხილობის მკურნალობა
შემთხვევის დროს

(ეგრეთწოდებული სამოჯა მოტეხილობის შეცილების დროს (პოტის მოტეხილობა) გვაქვს შიგნითა გოჯის მოტეხილობა, მცირე წვივის ძვლის ქვედა მესამედში და დიდი წვივის ძვლის უკანა — ქვედა ნაპირის აგლეჯა. მოტეხილ ფრაგმენტს აქვს სამკუთხედი ფორმა და კოჭ-წვივის

სახსრის წინა იოგის გაგლეჯვა. ტერფი მოტეხილ ფრაგმენტთან ერთად, განიცდის გადაადგილებას უკან და ზევით. არც ისე იშვიათად ტერფი გადაადგილდება ხოლმე უკან.

ჩასწორებას ვაწარმოებთ გაუტკივარების შემდეგ. ჩასწორების ტექნიკა შედგება შემდეგში:

დასაწყისში ქირურგი ერთ ხელს ავლებს ქუსლს უკნიდან და აწევს მას ქვევით და წინ, მეორე ხელს ადებს წვივის წინა ზედაპირზე, კოჭწვივის სახსრის ზემოთ და წვივს აწევს უკან. ამასთან ერთდროულად ტერფი მაქსიმალურად იღუნება კოჭ-წვივის სახსარში ზურგისაკენ. ესე იგი ხდება ჩამოწევა დიდი წვივის ძვლის უკანა ნაპირისა და ჩაბრუნება ტერფის უკანა ამოვარდნილობის. ამ მომენტში შეიგრძნობა, თუ როგორ ბრუნდება ტერფის უკანა ამოვარდნილობა.

ხელი, რომლითაც უჭირავს ქუსლი ქირურგს, გადააქვს კოჭ-წვივის სახსრის გარეთა ზედაპირზე და ძლიერად აწევს გარედან შიგნით, მეორე ხელით უჭირავს წვივი შიგნითა მხარე გოჯებსზედა ნაწილში, რომლითაც ქმნის წინააღმდეგობას. ამ მანიპულაციის დროსაც შეიგრძნობს ქირურგი ტერფის გარეთა ქვეამოვარდნილობის ჩაბრუნებას.

ქირურგი, აღნიშნულის შემდეგ, ორივე ხელებს ადებს გოჯების არეებს და უჭერს კოჭ-წვივის სახსრის ბუდეს მთლიანად.

ჩასწორების შემდეგ, ერთი ხელის მტევანი გადადის კოჭ-წვივის სახსრის გარეთა უკანა ზედაპირზე, მეორესი კი წვივის შიგნითა — წინა ზედაპირიდან გოჯების ზედა არეში. აღნიშნული ხერხი გვაძლევს საშუალებას თავიდან ავიცილოთ მეორადი შეცილება უკან და გარეთ. ყველა ამ მანიპულაციის დროს ავადმყოფის ტერფი მიბჯენილია ქირურგის მუხლზე და არის მაქსიმალურად მოხრილ მდგომარეობაში. ეს მდებარეობა უნდა იყოს დაფიქსირებული კომბინირებული V-ს მაგვარი და ლონგეტ-ცირკულარული თაბაშირის ნახევრით. (იხ. სურ. 24).

თაბაშირის დადების დროს უნდა მიეჩქეს ყურადღება იმას, რომ არ მოხდეს მოტეხილი ფრაგმენტების შეცილება, რეპოზიციის შემდეგ უნდა გაკეთდეს საკონტროლო რენტგენოგრაფია, შემდგომი ტაქტიკა იგივეა როგორც იყო აღწერილი აბდუქციური მოტეხილობის დროს.

თუ რენტგენოგრაფიის შედეგად დადგინდა ფრაგმენტების კარგი დგომა, ავადმყოფი გადაგვყავს პალატაში მაგარ საწოლზე, კიდურს აძლევენ ამოღებულ მდგომარეობას არტაშანზე დადებით.

2—3 კვირის შემდეგ თაბაშირის ნახევრი უნდა იყოს შეცვლილი, ტერფი რომელიც იყო მაქსიმალურ მოღუნულ მდგომარეობაში, გადაგვ-

ყავს სწორ კუთხემდე და ტერფს ამ მდგომარეობაში ედება თაბაშირის ნახევრი მუხლამდე.

2—3 დღის შემდეგ ედება უზანგი და ავადმყოფი იწყებს სიარულს, დასაწყისში 2 ყვარჯნით და თანდათან უნდა იმატოს კიდეურის დატვირთვამ. 4—5 კვირის შემდეგ ავადმყოფი დადის ყვარჯნის საშუალებით და ჯობით. თაბაშირის ნახევრს ხსნიან 2—2,5 თვის შემდეგ. ცინკ-ჟელატინის ნახევრს ეადებთ 1 თვით და ვუნიშნავენ სუპინატორის ხმარებას ერთი წლის მანძილზე, მასაჟს, ფიზიოთერაპიას, სამკურნალო ფიზკულტურას. სხვა სახსრის ფუნქციის აღდგენა ხდება ძალზე ნელა. შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება 3—4,5 თვის შემდეგ. 1

მოტეხილი ფრაგმენტების ჩასწორება და ფიქსაცია სამოციან მოტეხილობის დროს, ზოგ შემთხვევაში არის ძალზე ძნელი, თუ ჩასწორება არ მოხერხდა, მაშინ 8—10 დღის შემდეგ, როდესაც შეშუპება შემცირებულია, ჩასწორებას ვიმეორებთ, ზოგადი ნარკოზის ქვეშ, რეპოზიცია შეიძლება გაკეთდეს სპეციალურ ხრახნიან დამჭაჩ აპარატზე შემდგომი თაბაშირის დადებით. თუ რეპოზიცია არ ხერხდება, ვინაიდან ამას ეწინააღმდეგება კანჭის ტყუბი კუნთი, იხმარება ოპერაცია. ცალკეულ შემთხვევებში შეიძლება ვიხმაროთ აქილევის მყესის დაგრძელება კიბისმაგვარი წესით (ტენოტომია).

✓ დიდი წვივის ძვლის წინა კვანძი ნაიბის
მოტეხილობის მკურნალობა

აღნიშნული მოტეხილობის ჩასწორების ტექნიკა შედგება შემდეგში: დასაწყისში ქირურგი ერთი ხელით იჭერს წვივის უკანა მხრიდან კოჭ-წვივის სახსრის ზემოთ და აწარმოებს ზეწოლას წინ, მეორე ხელით კი იჭერს ტერფს ძირიდან და აწარმოებს ტერფის მაქსიმალურ გაშლას ძირისაკენ. თუ არ არის სხვა შეცილება, ვადებთ თაბაშირის ნახევრს, 2—3 კვირის შემდეგ ტერფი გადმოგვყავს სწორი კუთხის მდგომარეობაში და ფიქსაციას ვუყუებთ თაბაშირის ნახევრით. შემდეგ ვადებთ უზანგს და 3 კვირის შემდეგ ავადმყოფს ეძლევა სიარულის ნება. თაბაშირის ნახევრი ეხსნება 2 თვის შემდეგ. დანარჩენი მკურნალობა რჩება იგივე, როგორც გოჯების მოტეხილობის დროს, ტერფის ამოვარდნილობით. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 3—4 თვის შემდეგ. ენიშნება სამკურნალო ფიზკულტურა, მასაჟი და სხვა მანიპულაციები ფუნქციის აღდგენის თვალსაზრისით. ,

✓
დიდი წვივის ძვლის ძვედა ბოლოს მოტეხილობის დროს
მოთხილულობის მაჟრნალუბა

დიდი წვივის ძვლის ძვედა ბოლოს მოტეხილობის დროს, როდესაც გვაქვს კოჭის ძვლის შეჭედვა, ვაწარმოებთ ჩონჩხზე გაჭიმვას ჩხირის საშუალებით, რომელსაც ვატარებთ ქუსლის ძვალში. დასაწყისში ვხმარობთ 7—8 კგ ტვირთს, რომელსაც მე-5—6 დღიდან ვამცირებთ 5—6 კგ-მდე, გაჭიმვას ვხსნით 4 კვირის შემდეგ და ვადებთ თაბაშირის ნახვევს ბარძაყის შუა ნახევრამდე. 2—3 დღის შემდეგ ვუკეთებთ უზანგს და ავადმყოფს ვაძლევთ სიარულის უფლებას. 5 კვირის შემდეგ უფლებას ვაძლევთ ყავარჩნების საშუალებით იაროს მცირე დატვირთვით კიდურზე, რომელიც თანდათან უდიდდებათ. 6 კვირის შემდეგ ავადმყოფი უკვე დადის ჯოხით. თაბაშირის ნახვევს ვხსნით 2,5 თვის შემდეგ ტრავმიდან, შემდგომში ვუტარებთ სამკურნალო ვარჯიშს, მასაჟს, მექანოთერაპიას, პარაფინით მკურნალობას, ტალახის აბაზანებს და სხვა. შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება 3—3,5 თვის შემდეგ ტრავმის მიღებიდან.

✓
კოჭ-წვივის სახსრის შემაერთებელი ქსოვილუბო
დაჰიმვა და გაგლეჯა

წვივის ძვლებს შორის შემაერთებელი ქსოვილის გაგლეჯის დროს და კოჭის ძვლის შეჭედვისას მათ შორის, ნაჩვენებია ფორსირებული ჩასწორება თაბაშირის ნახვევის დადებით. ჩასწორების მიზნით ქუსლის ძვალში ვატარებთ ჩხირს და ვაწარმოებთ ერთმომენტთან გაჭიმვას. იმის შემდეგ, როდესაც კოჭის ძვალი გამოტანილი იქნა თავის ადგილას, ქირურგი ორივე ხელით უჭერს სახსარს. შემდეგ ვადებთ კომბინირებულ—ს მაგვარი და ლონგტირკულარული თაბაშირის ნახვევს 1,5—2 თვით. უზანგს ვადებთ 10—15 დღის შემდეგ რეპოზიციიდან და ავადმყოფი იწყებს სიარულს, დასაწყისში 2 ყავარჩნის საშუალებით, მცირე დატვირთვით კიდურზე. ტრავმიდან 1 თვის შემდეგ კი დადის მთლიანი დატვირთვით კიდურზე. თაბაშირის მოხსნის შემდეგ მკურნალობა იგივეა, როგორც გოჯების მოტეხილობის დროს ტერფის ამოვარდნილობით.

დაჰიმვა და გაგლეჯა კოჭ-წვივის სახსრის შემაერთებელი ქსოვილების ტერფის ამოვარდნილობის გარეშე გვხვდება საკმაოდ ხშირად. შემაერთებელი ქსოვილების დაჭიმვის მსუბუქ ფორმების დროს. ავადმყოფები დადიან მცირე ტკივილების შეგრძნებით კოჭ-წვივის სახსარში. ტკივილები სიარულის დროს, შესივება კოჭ-წვივის სახსრის მიდამოსი, სიარულის დროს ტერფის გადაბრუნება არის იმის მაჩვენებელი, რომ საჭიროა

დაედოს უსაფენო თაბაშირის ნახვევი მუხლამდე 2—3 კვირით. შემდგომში ვუნიშნავთ სამკურნალო ვარჯიშს, მასაჟს, ფიზიოთერაპიულ მკურნალობას, დამწოლ ნახვევს და სუბინატორის ტარებას.



ბერვის ძვლების მოტეხილობა

კოჭის ძვლის მოტეხილობის მკურნალობა

კოჭის ძვლის მოტეხილობის დროს, როდესაც არა გვაქვს შეცილება კიდურზე, ვადებთ თაბაშირის ნახვევს მუხლამდე. საჭიროა გაკეთდეს ნახვევის კარგი მოდულირება კოჭ-წვივის სახსრის და ტერფის არეში.

მე-7 დღეს ვადებთ უზანგს და ავადმყოფს ვაძლევთ უფლებას იაროს. დაახლოებით 5—6 კვირის შემდეგ თაბაშირის ნახვევს ვხსნით და ვუნიშნავთ ფიზიოთერაპიულ მკურნალობას, სუბინატორს სიარულისათვის შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება 1,5—2 თვის შემდეგ.

კოჭის ძვლის უკანა წანაზარდის იზოლირებული მოტეხილობის დროს თაბაშირის ნახვევს ვადებთ 2—3 კვირით. დანარჩენი მკურნალობა არის იგივე.

კოჭის ძვლის ყელის მოტეხილობის დროს, ტერფის შეცილებით ზურგისუკან ხდება ტერფის მკვეთრი გაბრტყელება. მოტეხილობის ჩასწორება ხდება ადგილობრივი ანესთეზიით. ტერფს ვაძლევთ მკვეთრ მოლუნვის მდგომარეობას ძირისკენ და ამ მდგომარეობაში ვახდენთ ფიქსაციას თაბაშირის ნახვევით, რომელსაც ვუკეთებთ კარგ მოდულირებას ტერფის თაღთან. ფეხს დროებით ვდებთ არტაშანზე. თუ სახეზე გვაქვს სიმპტომები სისხლის მიმოქცევის მოშლის, თაბაშირის ნახვევი უნდა იყოს გაჭრილი ტერფის მდგომარეობის შენარჩუნებით. 3 კვირის შემდეგ თაბაშირის ნახვევს ვცვლით. ტერფს ვაყენებთ კოჭ-წვივის სახსარში სწორი კუთხის მდგომარეობაში და ვადებთ თაბაშირის ნახვევს, რომელიც კარგად უნდა იყოს მოდულირებული ტერფის თაღთან. აქედან 2 დღის შემდეგ ვადებთ უზანგს და ავადმყოფს ვაძლევთ სიარულის უფლებას. თაბაშირის ნახვევს ვხსნით 1,5—2 თვის შემდეგ ტრავმიდან, მაგრამ ერთი წლის განმავლობაში ავადმყოფი უნდა ატარებდეს სუბინატორს. აღნიშნულის გარდა ენიშნება მასაჟი, სამკურნალო ფიზკულტურა N ფიზიოთერაპიული მკურნალობა და სხვა. ზოგ შემთხვევაში, როდესაც აღნიშნული წესით არ ხერხდება ჩასწორება, ვაწარმოებთ გაჭიმვას ჩხირის გაყრით ქუსლის ძვალში. მძიმე შემთხვევებში, როდესაც გვაქვს მთლიანი გაწყვეტა, კოჭის ძვლის სხეულის და მისი აღდგენა შეუძლებელია. ვა-

დებთ თაბაშირის ყრუ ნახევებს 3—4 თვით, იმისათვის, რომ მოხდეს სახსრის ანკილოზი.

თუ კოჭის ძვლის სხეული შებრუნდა და ამოვარდა უკან, ნახევნები ოპერაციული ჩასწორება, ანდა მისი მთლიანი ამოღება.

ქუსლის ძვლის მოტეხილობის მკურნალობა

ქუსლის ძვლის შიგნითა მორჩის, ბორცვის იზოლირებული მოტეხილობის და ქუსლის ძვლის სხვა მოტეხილობების დროს შეცილების გარეშე, ვიყენებთ უსაფეწო თაბაშირის ნახევებს, რომელსაც ვადებთ მუხლამდე. 4—8 დღის შემდეგ ვუკეთებთ უზანგს სიარულისათვის. ავადმყოფი იწყებს სიარულს 5—10 დღის შემდეგ მოტეხილობიდან. თაბაშირის ნახევეი ეხსნება 3—5 კვირის შემდეგ ტრავმიდან. შემდგომში ენიშნება სამკურნალო ვარჯიში, ფიზიოთერაპია, მასაჟი. შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება 4—8 კვირის შემდეგ.

მორჩის შეცილებითი იზოლირებული მოტეხილობის შემთხვევაში დაზიანებულს უტარდება იგივე მკურნალობა, მხოლოდ ახდენენ ზეწოლას ქუსლის ძვალზე.

ჩასწორება ქუსლის ძვლის ბორცვის ზედა ნაწილის შეცილებითი მოტეხილობის დროს ხდება ადგილობრივი ანესთეზიის შემდეგ. ტერფს ეძლევა „ეკვინუსის“ მდებარეობა. ამ დროს ქირურგი ახდენს ზეწოლას ორივე ხელის დიდი თითებით იქილევის მყესის ორივე მხარეს მოტეხილი ფრაგმენტების ქვევით. მოტეხილი ფრაგმენტი ადვილად დგება თავის ადგილას და ამის შემდეგ ვადებთ თაბაშირის ნახევებს მუხლამდე ტერფი ფიქსირდება ოდნავ (100°) ეკვინუსის მდგომარეობაში. 10 დღის შემდეგ ვადებთ უზანგს და ვაძლევთ ნებას იაროს. თაბაშირის ნახევეი ეხსნება 5—6 კვირის შემდეგ. შემდგომში ენიშნება სამკურნალო ვარჯიში, მასაჟი და ფიზიოთერაპია. შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება 1,5—2,5 თვის შემდეგ.

ქუსლის ძვლის მოტეხილობისას მისი გაფართოებით თაბაშირის ნახევების დადებამდე კუმშავენ სპეციალურ გირაგით. შემდეგ ვადებთ თაბაშირის ნახევებს მუხლამდე. უზანგს ვუკეთებთ 10 დღის შემდეგ. სიარულის ნებას ვაძლევთ მე-12—15 დღიდან. თაბაშირის ნახევებს ეხსნით 2 თვის შემდეგ. ავადმყოფს ენიშნება სამკურნალო ვარჯიში. პეჯანოთერაპია, სუპინატორი ავადმყოფმა უნდა ატაროს 1 წლამდე. შრომის უნარიანობის აღდგენა ხდება 2,5—4 თვის შემდეგ.

შრომისუნარიანობის აღდგენა ხდება საშუალოდ 4—5 თვის შემდეგ.

ქუსლის ძვლის მოტეხილობისას, რომელსაც თან ახლავს ამოვარდნილობა უკანა სახსრის ზედაბირიდან კოჭის ძვლის, იხმარება ჩონჩხზე გაკიშვა 2 მიმართულებით როგორც აღწერილია ქვემოთ. ქუსლის ძვლის მოტეხილობის მკურნალობა, მისი გაბრტყელება, გაფართოების და დამოკლების დროს.

ჩასწორება ხდება ნოვოკაინის ადგილობრივი გაუტივარების შემდეგ, ხრახნიან გამქაჩ აპარატზე (ბელერი). მე-8—10 დღეს, როდესაც შემცირებულია შეშუპება, ქუსლის ძვალში ვატარებთ კორშნერის ჩხირს იმ ადგილში, სადაც შეგვყავს იგი წვივის მოტეხილობის გაკიშვის დროს. დამქაჩ აპარატზე ვასრულებთ ფორსირებულ გაკიშვას 20—30 კგ ძალით. წვივის ღერძის მიმართულებით, აღნიშნულის გამო ქუსლის ძვლის ბორცვი იწევა ქვევით. 3—4 თითით ზემოთ კოჭ-წვივის სახსრიდან დიდი წვივის ძვალში შეგვყავს ჩხირი, რომელზეც ვაცვამთ რკალს. რკალს ვკიდებთ ხრახნიანი აპარატით ჩარჩოზე.

ამის შემდეგ წონას ქუსლის ძვალზე ვაძლევთ მიმართულებას ირიბად ქვევით ქუსლის ძვლის ღერძისაკენ ძალით 20 კგ. ასეთი გაკიშვა იცილებს ქუსლის ძვლის სიგრძით შეცილებას. იმისათვის, რომ ჩამოვაყალიბოთ საგრძნობი და განივი თალი ტერფისა, დისტალურ ნაწილს ვლუნავთ და ვაკეთებთ მის პრონაციას.

შემდეგ გაკიშვას ისევ ვაყენებთ წვივის ძვლის ღერძზე. ქუსლის ძვალს კუმშავენ გირების საშუალებით იმ მანძილამდე, სანამ პელოტებს შუა არ იქნება 35 მმ. ლურსმნის ბოლოებზე ვაცობთ საცობებს და კიდურზე ვადებთ უსაფენო თაბაშირის V-ს მაგვარ ნახევრს უკანა ლონგეტივით. თაბაშირის ნახევრი უნდა იყოს კარგად მოდულირებული. იმისათვის, რომ აღვადგინოთ თალი, საჭიროა თაბაშირის დადების დროს ტერფს მიეცეს მოღუნული მდგომარეობა ძირისაკენ მსუბუქი პრონაციით.

თაბაშირის ნახევრის დადების შემდეგ კიდურს ვდებთ არტაშანზე და უნდა იყოს გამზავილებული ყურადღება, არ გამოგვეპაროს სისხლის მიმოქცევის მოშლის ან დარღვევის მოვლენები, თუ ასეთი კი იქნება, საჭიროა სასწრაფოდ გაიჭრას ნახევრი მის მთელ სიგრძეზე. 10—15 დღის შემდეგ ვუცვლით თაბაშირის ნახევრს. ვადებთ უზანგს და ავადმყოფს ვაძლევთ ნებას იაროს.

თაბაშირის ნახევრს ვხსნით 2,5 თვის შემდეგ. ამის შემდეგ ზოგჯერ ვადებთ ცინკ-ელატინის ნახევრს და ვუნაშნავთ სეპინატორს. თუ არ არის საჭირო ცინკ-ელატინის ნახევრი, მაშინ ავადმყოფს ვენიშნავთ სამკურნალო ვარჯიშს, მექანოთერაპიას, მასაჟს, პარაფინით და ტალახით მკურნალობას და სხვა.

**ნავისებური, კუბური, სოლისებური, წინაბარზის
ქვლების და თითების ფალანგების მოქანქარების
მპრნალობა**

ნავისებური, კუბური, სოლისებური და წინა ტერფის ქვლების მოქანქარების დროს შეცილების გარეშე იხმარება უსაფრთხო თაბაშირის ნახვევი, რომელიც კარგად მოდულირებული უნდა იყოს ტერფის თაღის არეში. ამის შემდეგ კიდურს დებენ ცოტათი ამოღებულ მდგომარეობაში არტაშანზე 4—5 დღით.

თ ა ვ ი V

**შეუღლებულ მძიმე ტრავმულ დაზიანებაულთა
მპრნალობა**

ავადმყოფები მძიმე კომბინირებული შეუღლებული ტრავმული დაზიანებებით, თავის ქალას, შინაგან ორგანოების და სხეულის სხვადასხვა ნაწილისა შეადგენენ დაზიანებათა ძალზე მძიმე კონტიგენტს, რომელიც უმეტეს შემთხვევაში სტაციონარში ხვდება უგონო, შოკურ მდგომარეობაში.

აღნიშნულ ავადმყოფთა ბედი ხშირად დამოკიდებულია დროულად ჩატარებულ კვალიფიკირებულ პირველად დახმარებაზე. ანესთეზიოლოგიური, რეანიმაციული სამსახურის დონესა და კომპლექსური მკურნალობის სრულყოფილად გამოყენებაზე. ავადმყოფებში, სწორი დიაგნოზის დადგენისათვის, რადგან ისინი უმრავლეს შემთხვევაში არიან შოკურ მდგომარეობაში, უნდა მიექცეს ყურადღება იმ ტრავმას, რომელიც უფრო ძლიერია და მძიმე.

ყველა ეს გარემოება მეტად აძნელებს დროულად გამოიმუშავოს ექიმმა სწორი ტაქტიკა და ჩამოაყალიბოს თანმიმდევრული მკურნალობა.

თავის ქალას და ტვინის დაზიანებას ხშირად თან ახლავს სხეულის ან ორგანოების დაზიანება. ასეთ შეუღლებულ მძიმე ტრავმას თან სდევს მაღალი ლეტალობაც. დ. გრინშტეინის მონაცემებით იგი შეადგენს — 32,7%, ა. ფრაერმანის და ნ. ზონკოვის მონაცემებით — 32%.

ერთდროული დაზიანება თავის ტვინის და გულ-მკერდის ორგანოებისა იწვევს შეუბრუნებელ მძიმე სასიცოცხლო ფუნქციების მოშლას, ტვინისა განსაკუთრებით ღეროს დაზიანების დროს, ირღვევა სუნთქვის

რითმი და სისხლის მიმოქცევა, რასაც შეიძლება მოჰყვეს სწრაფი სიკვდილი.

მძიმე შეუღლებული ტრავმული ავადმყოფები იყოფა შემდეგ 3 ჯგუფად:

I ჯგუფი. ავადმყოფები, რომლებიც მოითხოვენ სასწრაფო, გადაუდებელ ოპერაციას, სასიცოცხლო ჩვენებით, მიუხედავად მათი მძიმე, შოკური მდგომარეობისა: შინაგანი სისხლის დენა, დამჭიმავი ან ღია პნევმოთორაქსი, ქალას შიდა სისხლის დენა, გულის დაზიანება და სხვა. ამ შემთხვევებში, ოპერაცია არის ერთ-ერთი შოკის საწინააღმდეგო საშუალება.

II ჯგუფი. ავადმყოფები, რომლებსაც უნდა ჩაუტარდეს ოპერაციული მკურნალობა, მაგრამ იგი უნდა იყოს გადადებული რამოდენიმე საათით, სანამ ავადმყოფი არ იქნება გამოყვანილი შოკური მდგომარეობიდან. აქ შედის: მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანება, დიდი სისხლისდენის გარეშე კილურების სისხლძარღვების დაზიანება, შარდის ბუშტის და შარდის გზების დაზიანება.

III ჯგუფი. ავადმყოფები, რომლებიც გამოყვანილია მძიმე მდგომარეობიდან და მოითხოვენ შემდგომ ოპერაციულ მკურნალობას. აქ შედის ოპერაციები თავის ქალაზე, კილურის ამპუტაცია, ოსტეოსინთეზი და სხვა. ე. ი. ამ შემთხვევებში შეიძლება გაკეთდეს ოპერაცია რამოდენიმე დღის შემდეგ.

ავადმყოფები, რომლებსაც აქვს მძიმე კომბინირებული, შეუღლებული ტრავმები, წარმოადგენენ ისეთ კონტინგენტს, რომელთა ტრავმული დაზიანების სწორი დიაგნოსტიკა არის გაძნელებული, ვინაიდან მათ აქვთ დარღვეული გონიერი აზროვნება სხვადასხვა ხარისხის, თვითონ არა აქვთ ჩივილის საშუალება გონების დაკარგვასთან დაკავშირებით ან და აქვთ არაადეკვატური ჩივილები, რაც ასევე აძნელებს ექიმის მდგომარეობას. ზოგ შემთხვევაში ექიმის ყურადღებას იპყრობს: კრილობა, ცხვირიდან სისხლის დენა, სისხლის დენა ყურებიდან, პირიდან და პირლებიდან, როდესაც სინამდვილეში მას აქვს უფრო დიდი და საყურადღებო ტრავმული დაზიანებები.

საერთო მდგომარეობის სიმძიმე, სუნთქვის დარღვევა, მოძრაობითი აგზნება მიიღებიან, როგორც თავის ტვინის ტრავმა იმ დროს, როდესაც გულ-მკერდის ან სხვა დაზიანება ითხოვს საჩქარო გადაუდებელი ზომების მიღებას.

ზოგ შემთხვევაში დიდი რაოდენობის ასპირირებული სისხლი ქალას

**ნავისებური, კუბური, სოლისებური, წინაბარფის
ძვლების და თითების ფალანგების მოტანილობის
მაპარნალობა**

ნავისებური, კუბური, სოლისებური და წინა ტერფის ძვლების მოტანილობის დროს შეცილების გარეშე იხმარება უსაფენო თაბაშირის ნახევრი, რომელიც კარგად მოდულირებული უნდა იყოს ტერფის თაღის არეში. ამის შემდეგ კიდურს დებენ ცოტათი ამალლებულ მდგომარეობაში არტაშანზე 4—5 დღით.

თ ა ვ ი V

**შეუღლებულ მძიმე ტრავმულ დაზიანებაულთა
მაპარნალობა**

ავადმყოფები მძიმე კომბინირებული შეუღლებული ტრავმული დაზიანებებით, თავის ქალას, შინაგან ორგანოების და სხეულის სხვადასხვა ნაწილისა შეადგენენ დაზიანებათა ძალზე მძიმე კონტიგენტს, რომელიც უმეტეს შემთხვევაში სტაციონარში ხვდება უგონო, შოკურ მდგომარეობაში.

აღნიშნულ ავადმყოფთა ბედი ხშირად დამოკიდებულია დროულად ჩატარებულ კვალიფიცირებულ პირველად დახმარებაზე. ანესთეზიოლოგიური, რეანიმაციული სამსახურის დონესა და კომპლექსური მკურნალობის სრულყოფილად გამოყენებაზე. ავადმყოფებში, სწორი დიაგნოზის დადგენისათვის, რადგან ისინი უმრავლეს შემთხვევაში არიან შოკურ მდგომარეობაში, უნდა მიექცეს ყურადღება იმ ტრავმას, რომელიც უფრო ძლიერია და მძიმე.

ყველა ეს გარემოება მეტად აძნელებს დროულად გამოიმუშავოს ექიმმა სწორი ტაქტიკა და ჩამოაყალიბოს თანმიმდევრული მკურნალობა.

თავის ქალას და ტვინის დაზიანებას ხშირად თან ახლავს სხეულის ან ორგანოების დაზიანება. ასეთ შეუღლებულ მძიმე ტრავმას თან სდევს მაღალი ლეტალობაც. დ. გრინშტეინის მონაცემებით იგი შეადგენს — 32,7%, ა. ფრაერმანის და ნ. ზვონკოვის მონაცემებით — 32%.

ერთდროული დაზიანება თავის ტვინის და გულ-მკერდის ორგანოებისა იწვევს შეუბრუნებელ მძიმე სასიცოცხლო ფუნქციების მოშლას, ტვინისა განსაკუთრებით ღეროს დაზიანების დროს, ირლვევა სუნთქვის

რითმი და სისხლის მიმოქცევა, რასაც შეიძლება მოჰყვეს სწრაფი სიკვდილი.

მძიმე შეუღლებული ტრავმული ავადმყოფები იყოფა შემდეგ 3 ჯგუფად:

I ჯგუფი. ავადმყოფები, რომლებიც მოითხოვენ სასწრაფო, გადაუდებელ ოპერაციას, სასიცოცხლო ჩვენებით, მიუხედავად მათი მძიმე, შოკური მდგომარეობისა: შინაგანი სისხლის დენა, დამჭიმავი ან ღია პნევმოთორაქსი, ქალას შიდა სისხლის დენა, გულის დაზიანება და სხვა. ამ შემთხვევებში, ოპერაცია არის ერთ-ერთი შოკის საწინააღმდეგო საშუალება.

II ჯგუფი. ავადმყოფები, რომლებსაც უნდა ჩაუტარდეს ოპერაციული მკურნალობა, მაგრამ იგი უნდა იყოს გადადებული რამოდენიმე საათით, სანამ ავადმყოფი არ იქნება გამოყვანილი შოკური მდგომარეობიდან. აქ შედის: მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანება, დიდი სისხლისდენის გარეშე კიდურების სისხლძარღვების დაზიანება, შარდის ბუშტის და შარდის გზების დაზიანება.

III ჯგუფი. ავადმყოფები, რომლებიც გამოყვანილია მძიმე მდგომარეობიდან და მოითხოვენ შემდგომ ოპერაციულ მკურნალობას. აქ შედის ოპერაციები თავის ქალაზე, კიდურის ამპუტაცია, ოსტეოსინთეზი და სხვა. ე. ი. ამ შემთხვევებში შეიძლება გაკეთდეს ოპერაცია რამოდენიმე დღის შემდეგ.

ავადმყოფები, რომლებსაც აქვს მძიმე კომბინირებული, შეუღლებული ტრავმები, წარმოადგენენ ისეთ კონტინგენტს, რომელთა ტრავმული დაზიანების სწორი დიაგნოსტიკა არის გაძნელებული, ვინაიდან მათ აქვთ დარღვეული გონიერი აზროვნება სხვადასხვა ხარისხის, თვითონ არა აქვთ ჩივილის საშუალება გონების დაკარგვასთან დაკავშირებით ან და აქვთ არაადეკვატური ჩივილები, რაც ასევე აძნელებს ექიმის მდგომარეობას. ზოგ შემთხვევაში ექიმის ყურადღებას იპყრობს: კრილობა, ცხვირიდან სისხლის დენა, სისხლის დენა ყურებიდან, პირიდან და პირლებიდან, როდესაც სინამდვილეში მას აქვს უფრო დიდი და საყურადღებო ტრავმული დაზიანებები.

საერთო მდგომარეობის სიმძიმე, სუნთქვის დარღვევა, მოძრაობითი აგზნება მიიღებინან, როგორც თავის ტვინის ტრავმა იმ დროს, როდესაც გულ-მკერდის ან სხვა დაზიანება ითხოვს საჩქარო გადაუდებელი ზომების მიღებას.

ზოგ შემთხვევაში დიდი რაოდენობის ასპირირებული სისხლი ქალას

ფუძის მოტეხილობის დროს მიიღება როგორც სისხლის დენა ფილტვებიდან.

გულ-მკერდის დაზიანებისას, განსაკუთრებით ნეკნების მრავლობითი მოტეხილობის დროს, ფილტვების ექსკურსია იზღუდება, რასაც თან ახლავს ფილტვების სასიცოცხლო მოცულობის შემცირება. შემდგომ ვითარება ტრაქეობრონქიალური ხის ოკლუზია და შეიძლება განვითარდეს „სველი ფილტვის“ სინდრომი, პიპერსეკრეციის, ამოწველების დარღვევის, სისხლის, ამონაღები მასების და ლორწოს ხარჯზე. ქვეითდება ფილტვის ვენტილაცია და ვითარდება პიპოქსემია, პიპოქსია და პიპერკანია.

სუნთქვის დარღვევასთან ვითარდება გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა, რაც იწვევს არტერიული წნეგის დაცემას და შოკს.

ამისთანა ავადმყოფებს სუნთქვა აქვთ აჩქარებული, ზერელე, მტკივნეული, ავადმყოფები ღელავენ. ზოგ შემთხვევაში ერთჯერადი პერკუსია, აუსკულტაცია და პალპაცია არ გვაძლევს დაზიანების ნათელ სურათს. დასაწყისში, როდესაც ტრავმას არ ახლავს შოკი, არტერიული წნევა შეიძლება იყოს მაღალი, მაგრამ მოგვიანებით სისხლის მიმოქცევის მოშლასთან დაკავშირებით წნევა ეცემა და პულსი უჩქარდება.

პირველი დახმარება მძიმე შეუღლებული ტრავმის დროს იწყება ავადმყოფის გასინჯვით პირდაპირ საკაცეზე 2%—პრომედოლის ხსნარის 1,0, კოფეინის 10%—1,0 ან კორდიამინის 25%—2,0 გაკეთებით.

შეძლებისდაგვარად, ავადმყოფის გახდამდე, სწარმოებს მოტეხილადგილების ანესთეზია 0,5—1% ნოვოკაინის ხსნარის შეყვანით მოტეხილობის არეში, იწყება ინტრავენური გადასხმები პოლიგლუტინის და სისხლის შემცვლელი სითხეების, წვეთობრივად, ვიტამინებთან ერთად.

ესინჯება არტერიული წნევა ყოველი 30—60 წუთის შემდეგ; პულსა და სუნთქვა.

იმ შემთხვევაში, როდესაც არტერიული წნევა არის დაბალი, ესმება ინტრავენურად სისხლი, ეძლევა ჟანგბადი, კანქვეშ ან ინტრავენურად შეჰყავთ 1,0 ნორადრენალინი, კუნთებში მეზოტონი. კეთდება ნეკნთაშუა ბლოკადა ნოვოკაინის 1% ხსნარით ან ვაგოსიმპატიური ნოვოკაინის ბლოკადა ა. ვ. ვიშნეესკის წესით, ნეკნების მოტეხილობის და გულ-მკერდის დაუქეილობის დროს.

კიდურების მოტეხილობის დროს, ადგილობრივი ანესთეზიის შემდეგ მოტეხილობის ადგილას ედება საიმობილიზაცო არტაშენები ან თაბაშირის ლონგეტები.

ზემოთ აღწერილი ღონისძიებების ჩატარების შემდეგ, თუ ავადმყოფის მდგომარეობა გაუმჯობესდა და გამოვიდა შოკური მდგომარეობიდან,

შეიძლება გაუკეთდეს თავის ქალას და ჩონჩხის სხვა საჭირო ნაწილის რენტგენოგრაფიები 2 პროექციაში. მენჯის ძვლების მოტეხილობის შემთხვევაში აუცილებელია, გაუკეთდეს შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია, რათა არ იქნეს გამორჩენილი მისი დაზიანება. ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობიდან გამოსვლის შემდეგ წარმოებული უნდა იქნეს არსებული კრიოლოგების პირველადი ქირურგიული დამუშავება და ავადმყოფი უნდა იყოს გადაყვანილი განყოფილებაში შემდგომი მკურნალობისათვის.

ტრავმული ავადმყოფების გადაყვანა და გასინჯვა უნდა ხდებოდეს გაუტივარების და მოტეხილობის დროს იმობილიზაციის შემდეგ, წინააღმდეგ შემთხვევაში შეიძლება გამოწვეული იქნეს უეცარი მძიმე მეორადი შოკი, რომლიდანაც ავადმყოფის გამოყვანა ხდება შეუძლებელი. მძიმე კომბინირებულ, შეუღლებულ ავადმყოფთა გასინჯვისას, რაც არ უნდა ყურადღებით იყოს ჩატარებული, ხდება შეცდომა და ზოგჯერ არ ისმება სწორი დიაგნოზი.

აღნიშნული ავადმყოფები, თავისი სიმძიმის გამო უნდა ხედებოდნენ რეანიმაციის განყოფილებაში, სადაც მათ უნდა ჩაუტარდეს კომპლექსური შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებანი, ინტრაარტერიული სისხლის გადასხმამდე კი.

სისხლის გადასხმას უფრო მეტად საჭიროებს ავადმყოფები, რომლებსაც აქვთ მენჯის ძვლების მოტეხილობა, რომლის დროსაც სისხლის დაკარგვა ჰემატომაში აღწევს 2—3 ლიტრამდე (დ. ი. გორენშტეინი).

განსაკუთრებულ მძიმე კონტიგენტად ითვლებიან ავადმყოფები, რომლებსაც თავის ტვინის ტრავმასთან ერთად აქვთ ძვლების მოტეხილობები და შინაგანი ორგანოების დაზიანება. განსაკუთრებით, დიდ სიძნელეს წარმოადგენს საკითხი არის თუ არა ოპერაციული ჩარევა ნაჩვენები და აუცილებელი. იმ შემთხვევაში, როდესაც საქმე გვაქვს შინაგან სისხლის ღენასთან, ოპერაციული ჩარევა არის გამართლებული და თუ დროულად არ გაკეთდა ოპერაცია, ავადმყოფის გადარჩენის საკითხი შეიძლება დარღვეს საეჭვო. მაგრამ, რაოდენ დიდი ტრავმა შეიძლება მიაყენოთ ისედაც ძალზე მძიმე მდგომარეობაში მყოფ ავადმყოფს, თუ ოპერაცია გაუკეთდება იქ, სადაც მისი წარმოება არ იყო საჭირო. აღნიშნული საკითხის სიძნელე იმითაცაა გამოწვეული, რომ რეტროპერიტონეალური ჰემატომები იძლევიან მწვავე მუცლის და შინაგანი სისხლის დენის სურათს.

დიაგნოსტიკური სიძნელე მრავლობითი შეუღლებული ტრავმების დროს, როდესაც საქმე გვაქვს მუცლის დახურულ ტრავმასთან, არის ნათელი.

როდესაც ავადმყოფს მრავლობითი შეუღლებული ტრავმით უტარდება შოკის საწინააღმდეგო მკურნალობა და მოკლე დროში აღდგება ჰემოდინამიკური მონაცემები, სანდო ნიშანია იმისა, რომ ამ შემთხვევაში საქმე არ უნდა გვქონდეს შინაგან სისხლისდენასთან.

იმ შემთხვევაში თუ პერიტონეალური სიმპტომები არ მცირდება, გაძლიერებული რეანიმაციული ღონისძიებების ჩატარების შემდეგ, არ უმჯობესდება ჰემოდინამიკა, ე. ი. გრძელდება ტაქიკარდია, პულსი არის 100—110 დარტყმა ერთ წუთში და მეტი, არტერიული წნევა რჩება დაბალ ციფრებზე, არ იწევა 100/50-მდე და არ ხდება მისი სტაბილიზაცია, ჰემოგლობინის მაჩვენებელი არის დაბალი, გვაუწყებს, რომ საქმე გვაქვს მუცლის ღრუში სისხლის დენასთან, რაც გვაძლევს ნებას ვაწარმოოთ სასწრაფო ოპერაცია, ლაპარატომია.

მძიმე შეუღლებული ტრავმების დროს, როდესაც სახეზეა მენჯის ძელების მოტეხილობა, მკურნალობის ძირითად სახეობად მიჩნეულია კონსერვატიული მკურნალობის მეთოდები (ი. ა. აკობია, დ. ა. ქავთარაძე, ი. გ. ფაღავა 1975 წ.).

საკმაოდ დიდ სიძნელეს წარმოადგენს საკითხი ტრაქეოსტომიის დადებისა, როდესაც მძიმე ქალა-ტვინის ტრავმასთან ერთად გვაქვს გულ-მკერდის ტრავმა, სასუნთქი გზების ობტურაციით. ამჟამად მიღებულია, რომ ტრაქეოსტომია უნდა იქნეს წარმოებული:

1. მძიმე ქალა-ტვინის ტრავმის სუნთქვის ცენტრალური რეგულაციის მოშლის დროს;

2. სუნთქვის მწვავე უკმარისობის დროს, მძიმე გულ-მკერდის ტრავმების დროს;

3. როდესაც კონსერვატიული ზომების ჩატარებისას მატულობს სუნთქვის უკმარისობის მოვლენები;

4. სასუნთქი გზების პირველადი და მეორადი ობტურაციის დროს ტრაქეოსტომია იძლევა საშუალებას სისტემატურად ამოვქაჩოთ სეკრეტი ბრონქიალური ხიდან, ამცირებს მკვდარ სივრცეს, მცირდება წინააღმდეგობა შესუნთქვის და გამოსუნთქვის დროს, გვაძლევს შესაძლებლობას გადავიდეთ აპარატის სუნთქვაზე. ტრაქეოსტომიის შემდეგ მცირდება

ანოქსემია, რაც იძლევა სამკურნალო ეფექტს, ძლიერდება არტერიული სისხლის ოქსიგენაცია.

მძიმე შეუღლებული ტრავმული დაზიანების დროს, მიქცეული იქნა ყურადღება ჰემოგრამაზე, რომელიც კეთდებოდა პირველ ან უფრო ხშირად მე-2 დღეს, სადაც აღენიშნებოდა საკმაო ცვლილებები სისხლის სურათისა სათანადო სიმძიმესთან დაკავშირებით. რაც უფრო მძიმე იყო ტრავმა, მით უფრო მეტი იყო ნეიტროფილური ლეიკოციტები.

ჩვენს მიერ ჩატარებული ანალიზი გვიჩვენებს, რომ მძიმე შეუღლებული ტრავმების დროს მატულობდა ლეიკოციტოზი და ე. დ. რ.-ი. ჩატარებული იქნა გამოკვლევა 39 მძიმე შეუღლებულ ტრავმებით ავადმყოფებზე და აღმოჩნდა, რომ ლეიკოციტოზი იყო ნეიტროფილების ხარჯზე, რომელიც აღწევდა 80% მეტს, ლეიკოციტოზი იყო 10000-დან 20 000-მდე. ა. ი. აბრეოსოვი აღნიშნავს, რომ ლეიკოციტოზი შეიძლება იყოს ჰეშმარიტი, აბსოლუტური, მიელოიდური და ლეიკოციტოზი გადანაწილების ხარჯზე, როდესაც ხდება ლეიკოციტების არასწორი განაწილება, ლეიკოციტები არის მომატებული პერიფერიულ კაპილარებში, ერთდროულად შინაგან ორგანოებში შემცირებით.

როდესაც სისხლის წნევა დგება ნორმაში, პერიფერიული ლეიკოპენია გადადის ლეიკოციტოზში, რომელიც გრძელდება 24—48 საათამდე და ატარებს ეტაპურ ხასიათს. როდესაც ნეიტროფილური ლეიკოციტოზის ფონზე ჩნდება ნეიტროფილების ტოქსიკური მარცვლოვანობა, მაშინ ავადმყოფის მდგომარეობა უფრო მძიმეა, რაც საჭიროა გვახსოვდეს შეუღლებული ტრავმული ავადმყოფების მკურნალობის დროს. ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი შეუღლებულ ტრავმების დროს, როდესაც სახეზე გვქონდა თავის ტვინის ტრავმა და თავის ტრავმის გარეშე, ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი ორივე შემთხვევაში იყო თანაბარი. ზემო აღნიშნულის საფუძველზე შეგვიძლია ვთქვათ, რომ არავითარი განსაკუთრებული ცვლილებები არ ხდება სისხლის სურათში, ტრავმის ახლავს თავის ტვინის შერყევა-დაჟეჟილობა თუ არა.

ჩვენ ვერ ვნახეთ რაიმე კანონზომიერება ე. დ. რ.-ის ამაღლებაში, მიუხედავად იმისა რომ ზოგ მძიმე მდგომარეობის დროს, ე. დ. რ.-ი აღწევდა 50—60 მმ 1 საათში.

ჩვენი მონაცემებით ანეოზინოფილია ყოველთვის არ ასახავს ავადმყოფის ჰეშმარიტ მდგომარეობას, ვინაიდან იგი გვხვდება, როგორც მძიმე, აგრეთვე საშუალო სიმძიმის მდგომარეობის დროს.

ზემოაღნიშნულის საფუძველზე მივედი იმ დასკვნამდე, რომ ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი მძიმე შეუღლებული ტრავმების და მოტეხილობების დროს შეიძლება ჩავთვალოთ სიმპტომად, რომელიც გვაუწყებს, რომ ავადმყოფის მდგომარეობა რჩება მძიმე და მისი გადიდების დროს უარესდება პროგნოზი. თუ აღნიშნულს მივიღებთ მხედველობაში, მიუხედავად ავადმყოფის მდგომარეობის თითქმის გაუმჯობესებისა, გაძლიერებული ინტენსიური მკურნალობა უნდა იქნეს გაგრძელებული, სანამ ჰემოგრამაში არ გაქრება ნეიტროფილების ტოქსიკური მარცვლოვანობა და ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი არ დადგება ნორმამდე.



1



2



3

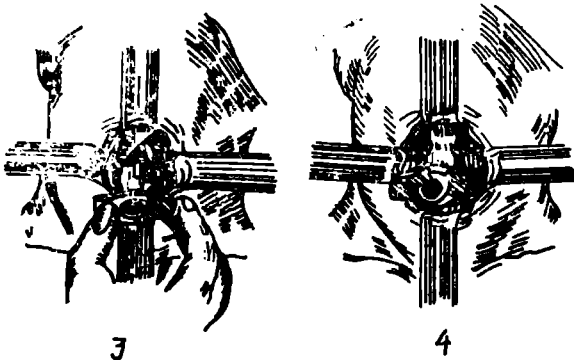
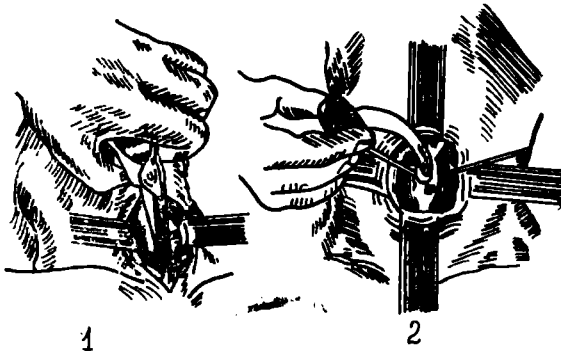


4

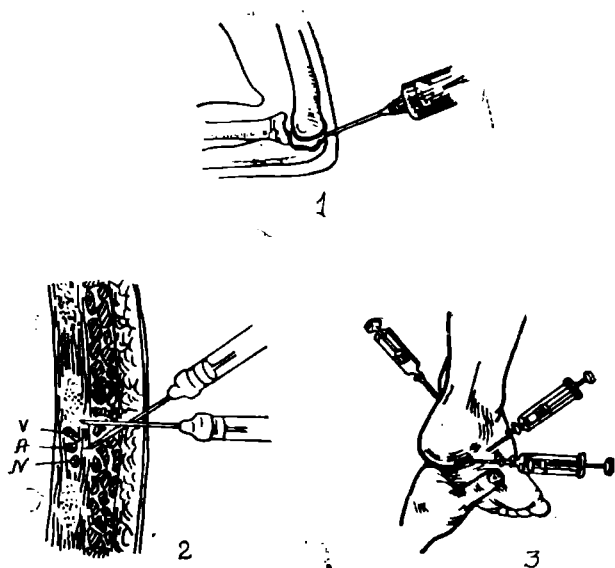


5

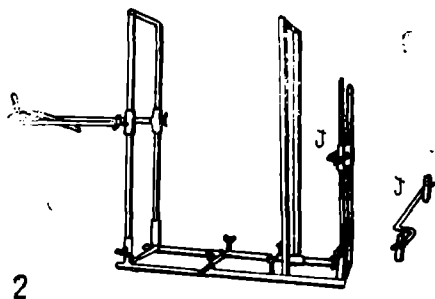
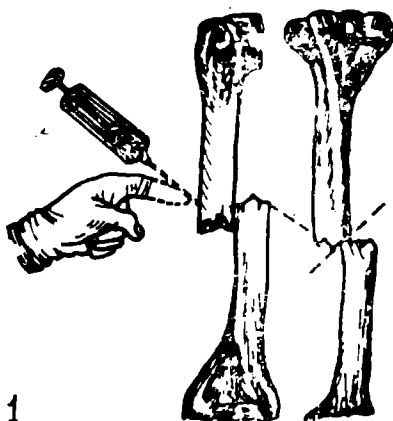
ხურ. 1. 1. ხელის დაჭერით სისხლდენის შეჩერების ადგილები. 2. არტერიებიდან სისხლდენის შეჩერება თითისა და მუშტის დაწოლით. 3. რეზინის ლატის დადების ტექნიკა. 4. გულის არაუშუალო ანუ დახურული მასაჟი. 5. ხელოვნური სუნთქვის წესი „პირით პირში“ S-ის მსგავსი „ჰაერგამტარი“ რეზინის მილი.



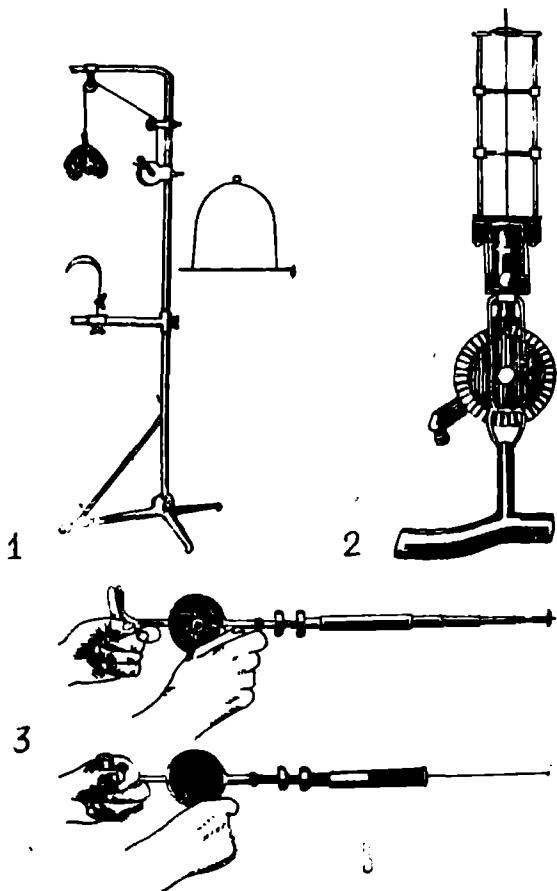
ხურ. 2. ტრაქეოტომიის ჩატარების ტექნიკა. 1. ტრაქეა გაკვეთილია და მასში ჩადებულია ტრაქეის გამაგანიერებელი. 2. ტრაქეაში მილის ჩადების პირველი მომენტი. 3. ტრაქეაში ჩადების მეორე მომენტი. 4. დამთავრებული ტრაქეოტომიის საერთო ხედი.



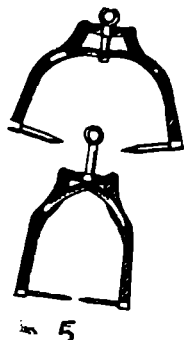
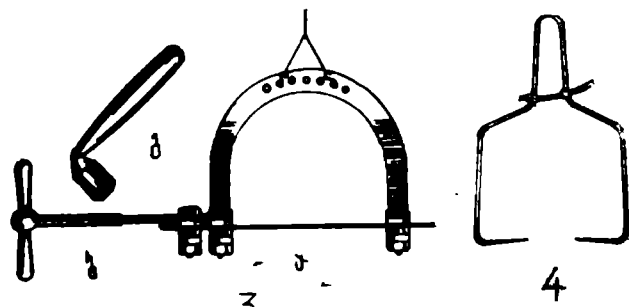
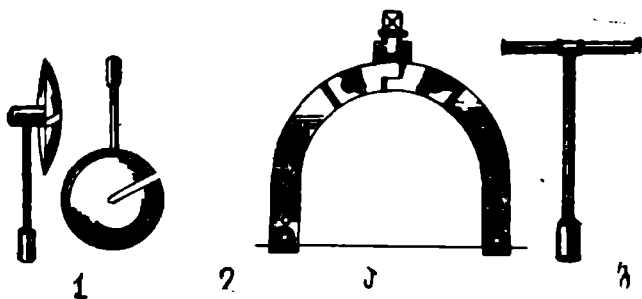
სურ. 3. გახანგრძლივებული ადგილობრივი ანესთეზიის ტექნიკა. 1. იდაყვის სახსარში და მოტეხილობის დროს. 2. ნეკნაშუა ნერვის ბლოკადა (V — ვენა, A — არტერია, N — ნერვ) 3. პროლანგირებული ანესთეზიის ჩატარება კოჭ-შვივის და ტერფის მიდამოში.



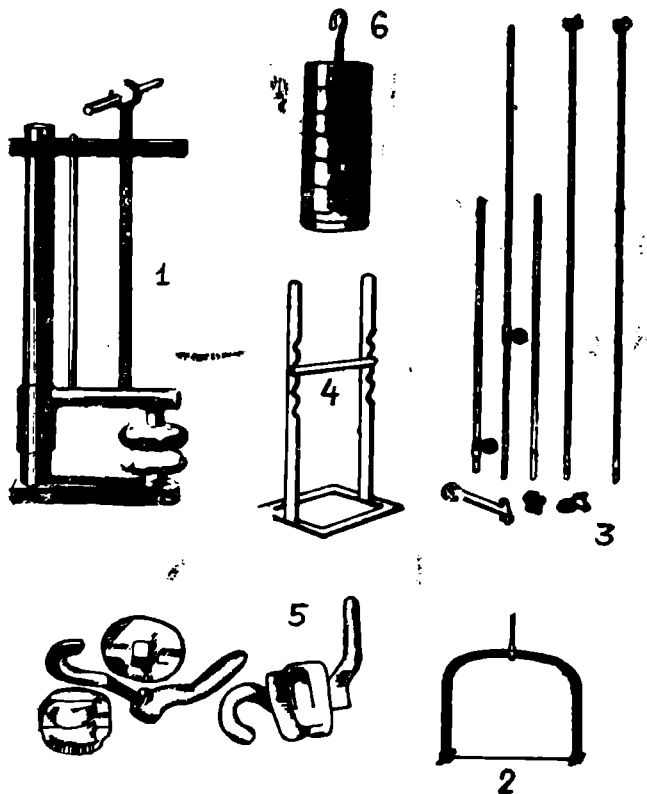
სურ. 4. 1. ადგილობრივი გაუტკივარება ლულოვანი ძვლების მოტეხილობის დროს. 2. ხრახნიანი დამჭაჩი აპარატი წვივის და ბარძაყის ჩასასწორებლად.



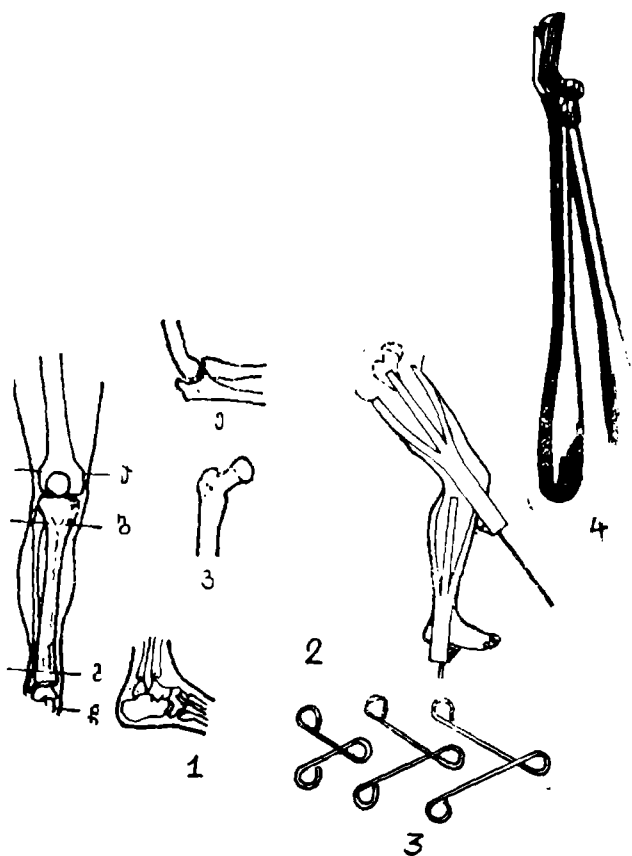
სურ. 5. 1. სოკოლოვსკის აპარატი წინამხრის ძვლების მოტეხილობის ჩასასწორებლად. 2. ც. ი. ტ. ა. აპარატი ჩხირის გასაყრელად ძვალში. 3. ა--ბ კალანის აპარატი ჩხირის გასაყრელად ძვალში.



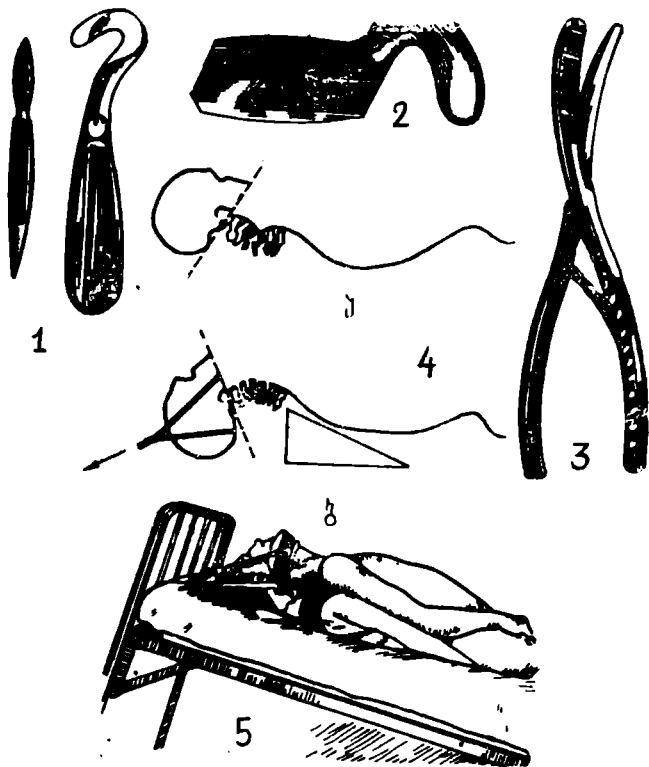
სურ. 11. 1. სპიცი ფიქსატორი დაჭიმვის დროს. 2. ა. ც. ი. ტ. თ. რკალის სპიცი დაჭიმვის დროს ბ — ქანჩის გასაღები. 3. კირმწერის რკალი სპიცი დაჭიმვის დროს. ა — რკალი სპიცი, ბ — სრახნი სპიცი დაჭიმვაში, ვ — ქანჩის გასაღები. 4. შავლოვის კლეში. ჩონჩხოვანი დაჭიმვისათვის.



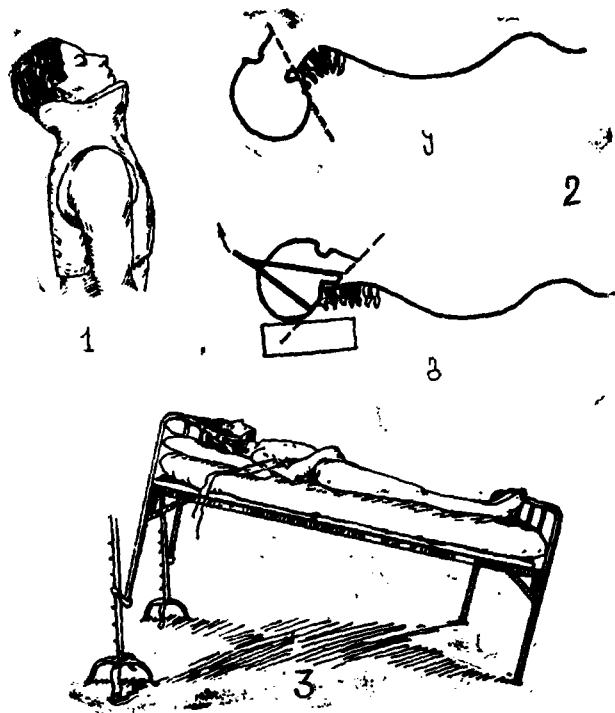
სურ. 7. 1. კაბლანის რკალი სპიციტ დამიმეის ღრის იდაყვის წანაზარდზე. 2. შეკუმშავი ქუსლის ძელის მოტეხილობისათვის. 3. შესადგამი მუხლის გასაქნევად. 4. ძელებების და ჭოჭონაქების ანაწყობი ბალკანური ჩარჩოსათვის. 5. საკეტი ძე-
ლაკების მისამაგრებლად საწოლზე დაშლილ და აწყობილ მდგომარეობაში. 6.
სტანდარტული ტვირთი დამიმეისათვის.



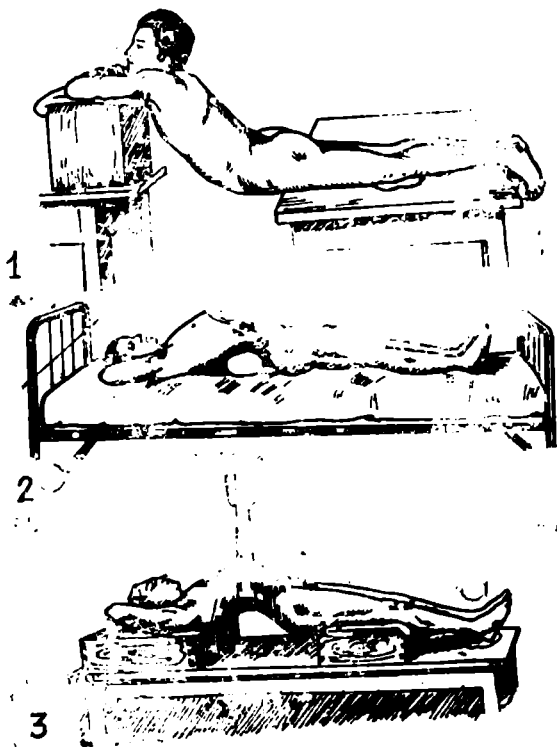
ხურ. 8. 1. ადგილები, სადაც შეიძლება გაყრილი იქნეს სპიცა დაჭიმვისათვის. ბ. ბარძაყის რთქები, ზ. დიდი წვივის ძელის ბორცვი; გ. გოჭებზედა არე, გ. ქუსლის ძვალი, დ. დიდი ციბრუტი. 3. იდაყვის წანაზარდი. 2. ლეიკოპლასტირული დაჭიმვა ბარძაყზე და წვივზე. 3. კავები იხმარება კანზე დაჭიმვის დროს როგორც განმზღენები. 4. თაბაშირის მაკარტელი.



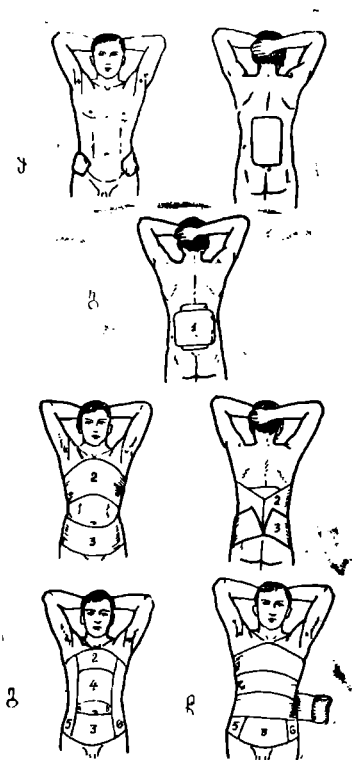
სურ. 9. 1. თაბაშირის დანები. 2. თაბაშირის ხერხი. 3. თაბაშირის ნახვევის ნაპირების გადასაწევი მაშა. 4. კისრის მალეების მოტეხილობა: ა — მოტეხილობა კუთხის ქვეშ, რომელიც გახსნილია წინ. ბ — სქემა, კუთხის გასწორება ლეიბის დაგების ბეჭებქვეშ და თავის ქვევით დაჭიპვით გლისონის მარყუჟით. 5. დაჭიპვა გლისონის მარყუჟით, კისრის მალეების მოტეხილობის დროს, როდესაც კუთხე გახსნილია წინ. ბეჭებქვეშ უდევს ორად დაკეცილი ლეიბი. დაჭიპვა სრულდება თავის გადახრით უკან.



ხურ. 10. 1. ავადმყოფი დადებული ნახევარკორსეტით, თაბაშირის წინა საფარი იჭერს თავს უკან გადაწეულ მდგომარეობაში. 2. კისრის მალეზის მოტეხილობა ა... მოტეხილობა კუთხის შექმნით, გაღებული წინ. 3 — სქემა, აღნიშნული მოტეხილობის ჩასწორების თავის ქვეშ ბალშის ამოღებით და თავის დაჭიმვით ზევით გლისონის მარყუჟის საშუალებით. 3. გაჭიმვა გლისონის მარყუჟის საშუალებით, კისრის მალეზის მოტეხილობის დროს კუთხის ქვეშ გახსნილს უკან თავის ქვეშ უდევს ბალიში, დაჭიმვა მიმართულია ზევით, თავი ისტება წინ.



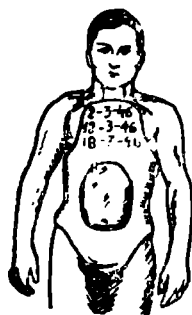
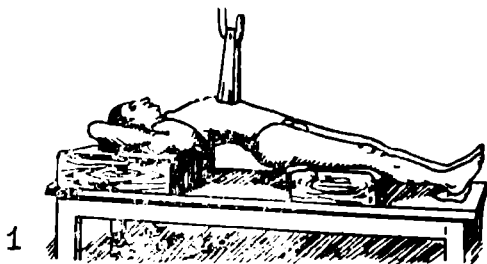
ხურ. 11. 1. ვადმყოფის მდგომარეობა ღორსიკრებული წელის გაშლისა და გულ-
მკერდის მალეების კომპრესიული მოტეხილობის დროს. 2. ავადმყოფის მდგომა-
რეობა, წელის და გულ-მკერდის მალეების კომპრესიული მოტეხილობის თანდა-
თანობით გაშლის დროს, მორგეზე. 3. ავადმყოფის მდგომარეობა თაბაშირის
კორსეტის დადების დროს. ავადმყოფი დაკიდებულია წელზე, ამის გამო
ხდება ხერხეშლის ზედმეტი გაშლა.



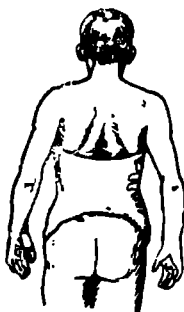
სურ. 12. 1. თაბაშირის კოოსეტიის დადების ტექნიკა ხერხეშლის კომპრესიული მოტეხილობის დროს.

— ბამბის ბალიშის დადება:

ა. თეძოს ძელის ნაპირებზე; ბ წელის არეში თაბაშირის ლონგეტების დადება 1. წელის არეზე, 2—3 წინიდან ლონგეტის ზედი; 2, 3—უკანა ზედი. გ—მე-4—5—6 თაბაშირის ლონგეტების დადება. დ—ლონგეტების დამაგრება თაბაშირის ბანდებით.



2

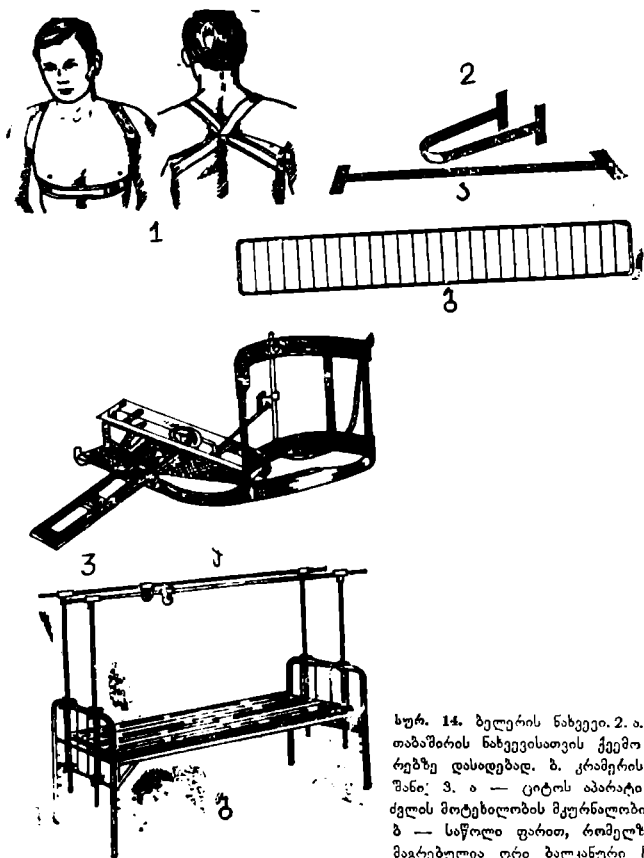


ა

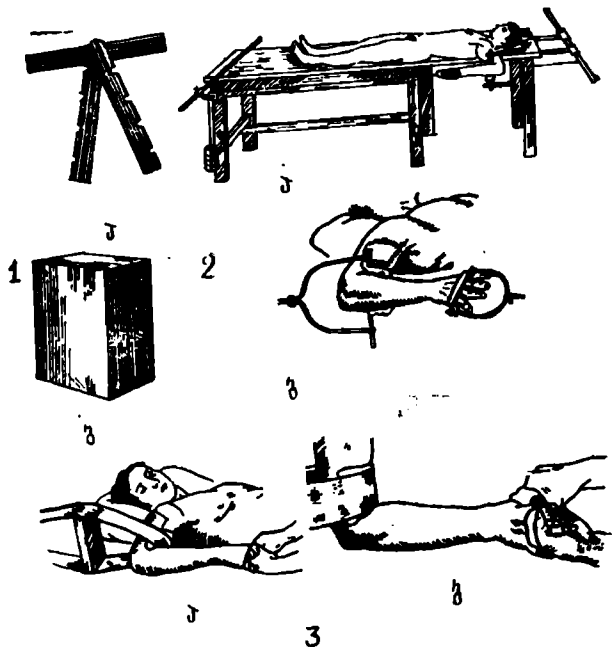
ბ

3

სურ. 18. 1. ავადმყოფი წელზე დაკიდებულ მდგომარეობაში, თაბაშირის კორსეტი დადებულია. 2. ავადმყოფის თაბაშირის კორსეტის ა—წინახელი; ბ—უკანახელი. 3. ავადმყოფი რბილი თასმით დადებული ლავიწის მოტეხილობის დროს — ღეზოს ნახევრი.

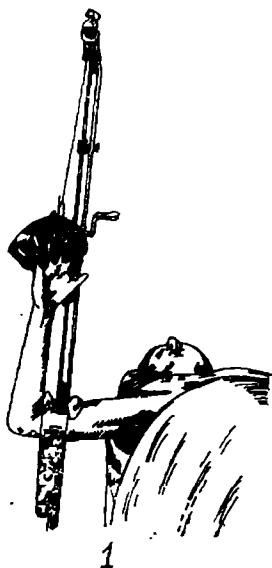


სურ. 14. ბელერის ნახვევი. 2. ა. უზანგი თამაშირის ნახვევისათვის ქვემო კიდურებზე დასაიდებად. ბ. კრამერის არტაშანი. 3. ა — ციტოს აპარატი მხრის ძვლის მოტეხილობის მკურნალობისათვის. ბ — საწოლი ფართო, რომელზეც მომგებელია ორი ბალკანური ჩარჩო.

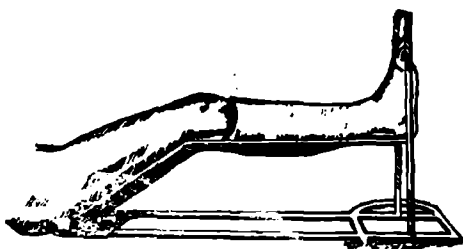


სურ. 15. 1. განმბჯენი არტაშენების ფიქსაციისათვის. ბ. საბრჯენი ყუთი. 2. წინამხრის მოტეხილობის ჩასწორება სპეციალურ მაგიდაზე. ა — ავადმყოფის მდგომარეობა ზურგზე. ბ — დაკიშვა თითებზე სპეციალური რკალის საშუალებით. 3. წინამხრის მოტეხილობის ჩასწორება. ა — საწინააღმდეგო დაკიშვა მხარზე ზორციელდება სპეციალური ბრეზენტის სარტყელით, რომელიც მიმაგრებულია კედელში ჩასობილ კაუჩუკზე. ბ — წინამხრის მოტეხილობის ჩასწორების დროს მომხმარებელს აწარმოებს ჭაჩვას ორივე ხელით ცალკე I თითზე და II—IV — თითებზე.

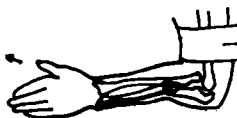
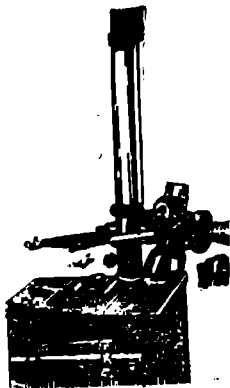
სურ. 16. 1. წინამხრის მოტეხილობის ჩასწორება სოცილოვსკის აპარატზე. ავადმყოფის მდებარეობა ჯერზე. 2. ა — ავადმყოფი თაბაშირის ნახვევით წინამხრის მოტეხილობის დროს. ლონგეტი იწყება სეპატეცნის შესასრები-
 დას მიმართული იდაყვისკენ მხრის ზე-
 და მესაყდამდე; წინამხრის ზელის გუ-
 ლის მსრიდან აგრეთვე ედება ლონგეტი,
 ორივე ლონგეტი მაგრდება თაბაშირის
 ნახვევით სიგანით 15 სმ და 5 მ სიგრ-
 ძით. ბ — კიდეურის მდებარეობა არტა-
 შანზე თაბაშირის ნახვევის დაღების
 შემდეგ.



1



2



ა



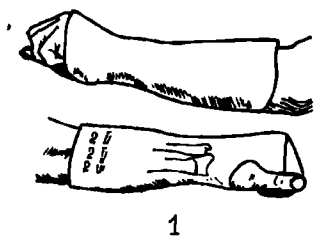
ბ



გ

2

ფურ. 17. 1. ჩასწორება წინამხრის მოტეხილობის დროს სოკოლესკის აპარატზე რენტგენის სხივების კონტროლის ქვეშ. ქირურგს თავზე აქვს ჩამოცმული კრიპტოსკოპი. 2. იდაყვის ძელის ზედა მესამედის პოზიტივი მოტეხილობა, სხივის ძელის თავის წინა აპოკარდნილობის დროს. ა — დაჭიმვა სრულდება თითების დაქაჩვის საშუალებით, უკუდაჭიმვა მხრის დაქაჩვის საშუალებით. ბ — სიგრძითი ძლიერი დაჭიმვის შემდეგ, სხივის ძელის თავი ისევ დგება წინ იდაყვის სახსრის ზედა ღონეზე. ამის შემდეგ მისზე ახდენენ ზეწოლას ზელის საშუალებით, ამ დროს მეორე ხელს ვკრავთ უკნიდან იდაყვის მხრიდან სხივ-მაჯის სახსრის ზევით. გ — ორივე ძელების რეპოზიციის შემდეგ სიგრძეზე დაჭიმვით, ძლიერი ზეწო-ლით სხივის ძელის თავზე წინიდან და იდაყვის ძეალ-ზე უკნიდან, ვაწარმოებთ ფიქსირებას ამ სწორ პო-ზიციაში თაბაშირის ნახევრით.



1



2



3



4



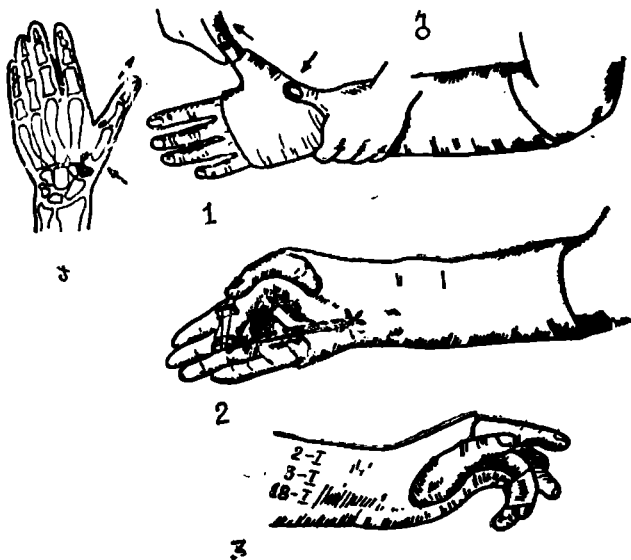
5



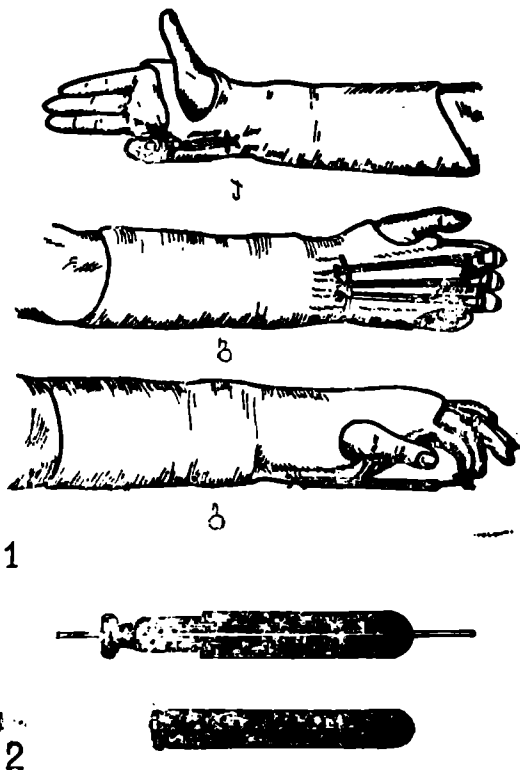
6

3

ხურ. 18. 1. სწორად დადებული უსაფენო თაბაშირის ნახვევი წინამხრის მოტეხილობის დროს ტიპიურ ადგილას. 2. ზურგის მხრიდან სწორად დადებული თაბაშირის ლონგეტი. 3. ა-თაბაშირის ნახვევები წინამხარეზე, მტევანი ულნარული პოლუნვის მდგომარეობაში, ლონგეტი აფიქსირებს თითების ძირითად ფალანგებს. 4 — არ არის თავისუფალი ნება-ფალანგის სახსრები. 5 — მტევანი დაფიქსირებულია მოღუნულ მდგომარეობაში. 6 — თითები შეკუმშულია, ნახვევი მთავრდება წინამხრის შუა ნაწილში.



ხურ. 19. 1. ჩასწორება I ნების ძელის ამოვარდნილობა-მოტეხილობის დროს. ა — გაჭიმვა დიდ თითზე და ზეწოლა პირველ ნება-ფალანგების შესახსრებაზე. ბ — იკიეე; დაღებულთა თაბაშირის ნახვევი, თაბაშირის ნახვევში პირველი ნება-ფალანგის შესახსრების ადგილას კეთდება მცირე ჩაღრმავება თაბაშირის ჩაზნექით. 2. დაჭიმვა I თითის მწვერვალზე I ნების ძელის და თანამოსახელე ფალანგის მოტეხილობის დროს. ელასტიური ქაჩვა ზორციელდება რეზინის მილით, 3—მე-III თითის ფალანგების მოტეხილობის ფიქსაცია მავთულის არტაშანით.



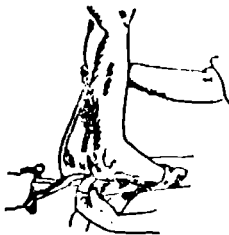
სურ. 20. 1. დაჭიმვა ფალანგების მოტეხილობის დროს. ა — დაჭიმვა თითის მწვერვალზე ფალანგების მოტეხილობის დროს. ბ — ელასტიური ჭანჭია სორ-ციელდება რეზინის მიღების საშუალებით. გ — დიუზინიანელები ფალანგები არ ფიქსირდება, რაც იძლევა საშუალებას აქტიურად გამოძრაოთ თითები. 2. სამ-თათიანი ლერსმანი ცენტრალური არხით მომართვისა და ფიქსირებისათვის.



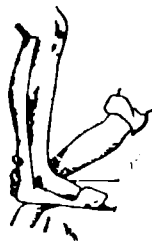
სურ. 21. 1. ჩონჩხზე დაკიდება ბარძაყის
 გველა ნაწევრის მოტეხილობის დროს.
 2. მეწე-ბარძაყის შემოკლებული თაბა-
 შირის ნახევი. 3. უკანა ლონგეტი მუხ-
 ლის დახურული ტრავმის დროს 4. თა-
 ბაშირის ტუტორი. 5. ავადმყოფის მდგო-
 მარეობა თაბაშირის დადების დროს
 წვივზე მუხლამდე, ტერფის წინა ნაწი-
 ლით ავადმყოფი ეყრდნობა თაბაშირის
 დამდების მუხლს, ტერფი მოღუნულია:
 კოჭ-წვივის სახსარში სწორი კუთხის
 ქვეშ.



ა



ბ



გ



დ



ე



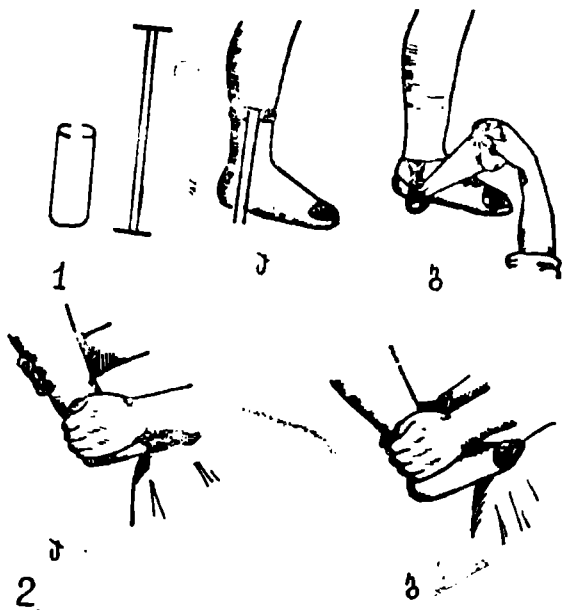
ვ



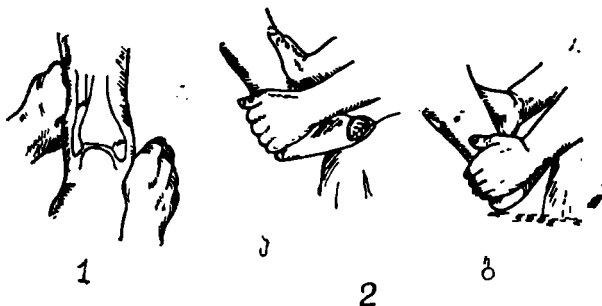
ზ

1

სურ. 22. 1. თაბაშირის ნახვევის დაღების ტექნიკა მუხლამდე. ა — ღონგეტის 70 სმ სიგრძეზე, სიგანე 15—20 სმ. ბ — თაბაშირის ღონგეტის მესამედის გაჭრა ქუსლის ორივე მხარეს, რათა თავიდან ავიცილოთ ნაკეცის არსებობა. გ — ღონგეტის ჩამოყალიბება. დ — თაბაშირის ღონგეტის ფიქსაცია, თაბაშირის ბანდით. ე — კოჭ-წვევის სახსრის არეში გადაქაჩვის თავიდან აცილების მიზნით ნახვევის ქვედა ნაწილი იჭრება. ვ — თაბაშირის ბანდების დადება დამთავრებულია მთლიანად თაბაშირის უსაფერო ნახვევის დადებაზე მოდის ერთი ღონგეტი და სამი თაბაშირის ბანდი სიგანით 15 სმ. და სიგრძით 5 მ. ზ — სწორედ გაფორმებული თაბაშირის ნახვევი, ტერფი მოღუნულია კოჭ-წვევის სახსარში სწორი, კუთხის ქვეშ წვევის მიმართ. თითებისათვის გაკეთებულია ფანჯარა, გაკეთებულია ნიშანდება.



ხურ. 28. 1. უზანგის დამაგრების ტექნიკა თაბაშირის ნახევრით. ა — უზანგის სწორი მდებარეობა. ბ — უზანგის დამაგრება თაბაშირის ბანლით, ისმარება ბანლი 5 მ სიგრძის და 15 სმ სიგანის. 2. გოჭების მოტეხილობის ჩასწორების ტექნიკა, ტერფის შეცილებით გარეთ. ა — ერთი ხელი ადევს კოპ-წვივის სახსრის გარეთა ზედაპირზე, რომლითაც ახდენენ ზეწოლას გარედან შიგნით, მეორე ხელით ავლებენ წვივის ქვედა მესამედში შიგნითა მხრიდან და ახდენენ შემზვედრ ზეწოლას. ბ — ამის შემდეგ ორივე ხელგლით უჭერენ სახსრის ფიქსატორს — ჩანგალს.



სურ. 24. 1. გოჭების მოტეხილობის ჩასწორების ტექნიკა მათი შიგნითა
 ძლომის შეშთხვევებში. 2. სამგოჭიანი მოტეხილობის ჩასწორების ტექნიკა
 ტერფის ძლომის დროს უკან. 3 --- პირველი ეტაპი, ერთ ხელს ეი-
 ლებთ ქუსლის უკნიდან და ეაწარმოებთ ზეწოლას ქვევით და წინ, მეორე
 ხელი ედება წვივის წინა ზედაპირის ცოტათა მაღლა კოჭ-წვივის სახსარ-
 ზე და ეაწარმოებთ ზეწოლას უკან, ამასთან ერთად ტერფი მაქსიმალუ-
 რად ილუნება კოჭ-წვივის სახსარზე და ეაწარმოებთ ზეწოლას უკან, ამას-
 თან ერთად ტერფი მაქსიმალურად ილუნება კოჭ-წვივის სახსარში ზურგის
 მიმართულებით. 6 --- მეოთხე ეტაპი: ერთი მტევანი აწეება კოჭ-წვივის
 სახსრის გარეთა-უკანა ზედაპირს, მეორე კი წვივს შიგნითა წინა ზედა-
 პირს გოჭების ზედა არეს და იჭმნება უკუზეწოლა.

შინაარსი

წინასიტყვაობა

3

თავი I

სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების ორგანიზაციის ძირითადი ამოცანები ტრავმული დაზიანება, ძვლების მოტეხილობის შემთხვევები და კვალიფიცირებული მკურნალობა	4
აედაქციის პირველადი დახმარება და მომსახურება ტრავმული დაზიანებისა და სისხლდენის შემთხვევაში	5
გაბეჭადი სისხლდენა	5
ჭრილობები	6
გულმკერდის ტრავმული დაზიანებანი	7
გულის ჭრილობა	8
ტრავმული ასფიქსია	10
ხანგრძლივი ზეწოლის სინდრომი	10
დანწევრობა	12
საყლაპავი მილისა და კუჭის დამწვრობა	14
მოყინვა	15
ელექტროტრავმა	16
ტრავმული შოკი	17
ტერმინალური მდგომარეობა	21
რეანიმაცია	22
გულის მასაჟი	24
ზელოფენური სუნთქვა	25
ტრაქეოსტომია	26
სისხლსა და პლაზმის შემცველი სსნარების გამოყენება	27
სისხლისა და სისხლის შემცველი პრეპარატები	30
სისხლის შემცველი პრეპარატები	31
გახანგრძლივებული ანესთეზია	31
ნარკოზი აზოტის ქვეყანაში	32
საყლაპავ მილში მოხვედრილი უცხო სხეულები	34
რა უნდა იცოდეს სასწრაფო დახმარების ექიმმა უცხო სხეულების სასულესა და ფილტვებში მოხვედრის დროს	35
სასწრაფო დახმარება წყალში დახრჩობის დროს	36
მთვრალ მდგომარეობაში მყოფ პირთა სასწრაფო დახმარება	38
სასწრაფო დახმარების ძირითადი პრინციპები ქალა-ტყინის ტრავმული დაზიანების შემთხვევებში	40
სასწრაფო დახმარება ტრავმული დაზიანების დროს	41

მუცლის წინა კედლის ქუნთების სისხლჩაქცევები	43
მუცლის ღრუს ორგანოების ტრავმული დაზიანება	44
ლუძლის დაზიანება	45
ელენთის დაზიანება	46
კუჭუკანა ჯირკვლის დაზიანება	47
კუჭ-ნაწლავის დაზიანება	48
უცხო სხეულების კუჭსა და ნაწლავებში	50
სისხლდენა შინაგანი ორგანოებიდან	51
სისხლდენა კუჭიდან	51
სისხლდენა ფილტვებიდან	51
სხვადასხვა ეტიოლოგიის სისხლდენა	52
შინაგანი (ფარული) სისხლდენა	52
შარდის გამოყოფილი ორგანოების დაზიანებანი	53

თავი II

ძვლების მოტეხილობა

ზოგადი ნაწილი	55
მოტეხილობის მექანიზმი	55
ღიაგზის დაღვრა	58
კლინიკა, სიმპტომატოლოგია და დიაგნოსტიკა ძვლების მოტეხილობის დროს	59
ძვლების მოტეხილობების რენტგენოლოგიური დიაგნოსტიკა	61
მოტეხილი ძვლების შეხორცება	62
მოტეხილობათა შეხორცებაზე საერთო და ადგილობრივი ფაქტორების გავლენა	63
პირველადი დაზიანება ტრავმების დროს	64
ძვლის მოტეხილობათა მკურნალობა	66
ადგილობრივი გაუტეხიარება ლულოვანი ძვლების მოტეხილობის დროს	67
ძვლის მოტეხილობის მკურნალობის მეთოდები	68
გაჭიმვა	69
თაბაშირის ნახვევი	75
მოტეხილობის ოპერაციული მკურნალობა	81
სამკურნალო ფიზიკურთერაპია	83
პასაჟი	84
მექანოთერაპიის არსი	85
ფიზიოთერაპიული მკურნალობა	85
ჰეადმეოფების როლი	86
შეცდომები ძვლის მოტეხილობის მკურნალობის შემთხვევებში	88
ძვლების ახალი და მოტეხილობების მკურნალობა	91
ინფიცირებული მოტეხილობების მკურნალობა	93

თავი III

სპეციალური ნაწილი	95
ხერხემლის მოტეხილობა	95
კისრის ძალების მოტეხილობის მკურნალობა ზურგის ტვინის დაზიანების გარეშე	97

გულ-შეკრდის და წელის ძალების მოტეხილობის მკურნალობა ზურგის ტვინის დაზიანების გარეშე	98
ხერხემლის მოტეხილობის მკურნალობა ზურგის ტვინის დაზიანებით	99
ფხიანი და განივი მორჩების მოტეხილობის მკურნალობა	100
ხერხემლის მოტეხილობა	101
ნეკნების მოტეხილობა	101
ნეკნების მოტეხილობის მკურნალობა	102
მკერდის ძელის, ზეუძის ძელის და ლავიწის ძელის მოტეხილობა	104
მკერდის ძელის მოტეხილობის მკურნალობა	104
ზეუძის ძელის მოტეხილობის მკურნალობა	105
ლავიწის ძელის მოტეხილობა	105
მხრის ძელის მოტეხილობა	106
მხრის ძელის ზედა ნაწილის მოტეხილობა და მკურნალობა	106
მხრის ძელის დიაფიზის მოტეხილობა და მკურნალობა	109
მხრის ძელის ქვედა ნაწილის მოტეხილობა და მკურნალობა	110
წინამხრის ძელების მოტეხილობა	111
იდაყვის ძელის ამოვარდნილობის და სხივის ძელის თავის მოტეხილობის მკურნალობა	112
სხივის ძელის თავის წინა ამოვარდნილობის და იდაყვის ძელის მოტეხილობის მკურნალობა	112
იდაყვის მორჩის მოტეხილობის მკურნალობა	113
წინამხრის ძელების დიაფიზის მოტეხილობის მკურნალობა	114
სხივის ძელის ქვედა ბოლოს მოტეხილობის მკურნალობა	117
სხივ-მარჯის წვრილი ძელების და თითების ძელების მოტეხილობა და მკურნალობა	119
ნების ძელის მოტეხილობის მკურნალობა	120
ხელის მტევნის თითების მოტეხილობა	122
თითების მოტეხილობის მკურნალობა	122
მენჯის ძელების მოტეხილობა	122
მენჯის ძელის მოტეხილობის დროს შარდის ბუშტისა და შარდსადენი მილის დაზიანება	124
მენჯის ძელების მოტეხილობის მკურნალობა	126
მენჯის რგოლში შემავალი ძელების მოტეხილობა	126
მენჯის რგოლის ძელების მოტეხილობა რგოლის მოღიანობის დარღვევით	127
ბარძაყის ძელის მოტეხილობა	130
ბარძაყის ძელის ყელის მოტეხილობა	130
ბარძაყის ყელის ვალგუსის ან აბდუქციური მედიალური მოტეხილობის მკურნალობა	131
ბარძაყის ყელის ვარუსის ანუ აბდუქციური მოტეხილობის მკურნალობა	130
ბარძაყის ძელის ყელის მედიალური მოტეხილობა	133
ბარძაყის ძელის ყელის ლატერალური მოტეხილობის მკურნალობა	134
დიდი და მცირე ციბრუტის ოზოლირებული მოტეხილობის მკურნალობა	134
ბარძაყის ძელის დიაფიზის მოტეხილობა და მკურნალობა	135
ბარძაყის ძელის რაკების მოტეხილობა	138

ბარძაყის ერთი ან ორივე როკის მოტეხილობის მყურნალობა შეცილების გარე-	138
შე	138
ბარძაყის ერთი როკის მოტეხილობა ზევით შეცილების დროს	139
ბარძაყის ორივე როკის მოტეხილობის მყურნალობა	139
ბარძაყის ზედა როკის მოგლეჯის მყურნალობა	139
მუხლის კეილისტავის მოტეხილობა	140
კეილისტავის მოტეხილობის მყურნალობა შეცილების გარეშე	140
კეილისტავის მოტეხილობის მყურნალობა შეცილების დროს	141
წვივის ძვლის მოტეხილობა	141
წვივის როკების მოტეხილობა	141
როკთაშუა შემაღლების მოტეხილობის მყურნალობა	142
წვივის ერთი ან ორივე როკის შეცილების გარეშე მოტეხილობის მყურნალობა	142
დიდი წვივის ძვლის ერთი როკის შეცილებული ქვევით მოტეხილობის მყურნა-	
ლობა	143
წვივის ორივე როკის შეცილების დროს მოტეხილობის მყურნალობა	145
წვივის ძვლების დიაფიზის მოტეხილობა	146
წვივის დიაფიზის მოტეხილობის მყურნალობა	146
დიდი წვივის ძვლის დიაფიზის მოტეხილობის მყურნალობა	149
მცირე წვივის ძვლის მოტეხილობის მყურნალობა	149
წვივის ორივე ძვლების მოტეხილობის მყურნალობა შეცილების გარეშე	150
წვივის ორივე ძვლების მოტეხილობის მყურნალობა შეცილების შემთავებებში	151
გოჭების მოტეხილობა	152
გოჭების მოტეხილობის მყურნალობა შეცილების გარეშე	152
გოჭების მოტეხილობის მყურნალობა შეცილების შემთავებებში	153
სანჯოჯა მოტეხილობის მყურნალობა შეცილების დროს	155
დიდი წვივის ძვლის წინა ქვედა ნაპირის მოტეხილობის მყურნალობა	157
დიდი წვივის ძვლის ქვედა ბოლოს მოტეხილობის მყურნალობა	157
კუპ-ნაწლავის სახსრის შემაერთებელი ქსოვილების დაჭიმვა და გაგლეჯა	158
ტერფის ძვლების მოტეხილობა	159
კოჭის ძვლის მოტეხილობის მყურნალობა	159
ქუსლის ძვლის მოტეხილობის მყურნალობა	160
ნავისებური, კუბური, სოლისებური, წინატერფის ძვლების და თითების ფა-	
ლანგების მოტეხილობის მყურნალობა	162

თ ა ვ ი IV

შეუღლებულ მძიმე ტრავმულ დაზიანებულთა მყურნალობა	162
---	-----

რედაქტორი ლ. კალანდიაძე
მხატვრული რედაქტორი თ. შარიფაშვილი
ტექნიკური რედაქტორი ნ. აფხაზავა
კორექტორი დ. ცინცაძე
გამომშვეზ ნ. ჩხეტიაწი

სბ აუ5102

გადაეცა წარმოებას 05.09.89. ხელმოწერილია დასაბეჭ-
დად 17.06.91. საბეჭდი ქაღალდი № 2. 60X841/16. გარ-
ნიტურა ვენა. ბეჭდვა მაღალი. პირობითი საბეჭდი თაბა-
ხი 9,99. პირ. სალ. გატ. 9,99. სააღრ.-საგამომც. თაბახი
10,75. ტირაჟი 2 000. შეკე. № 548.

ფასი 2 მან. 80 კაბ.

აამომცემლობა „საქართველო“, თბილისი, მარჯანიშვილის 5.

380060, ქ. თბილისი, ვაჟა ფშაველას პრ. № 29,
საქართველოს რესპუბლიკის ბეჭდვითი ბიტყვის
დებარტამენტის № 4 სტამბა

380060 г. Тбилиси, пр. Важа-Пшавела, № 29.
Типография № 4 Департамента по печати Республики Грузия.

**Отар Наскидович Гудушаури, Отар Сергеевич Чахунашвили,
Вахтанг Власович Джохадзе**

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ И ЛЕЧЕНИЕ
ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И
ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ**

(На грузинском языке)

**Издательство «Сакартвело»
Тбилиси, Марджанишвили 5
1991**