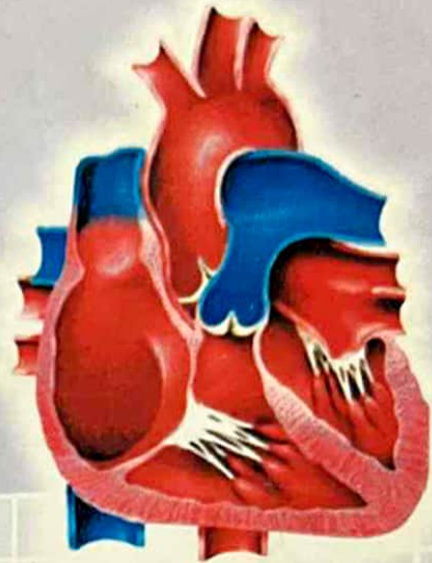


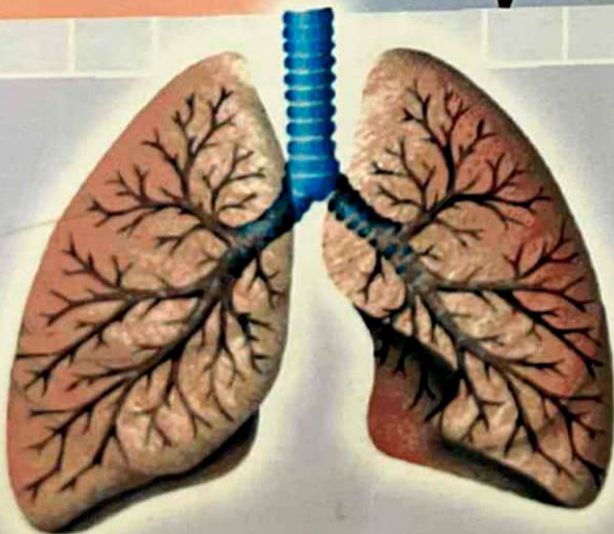
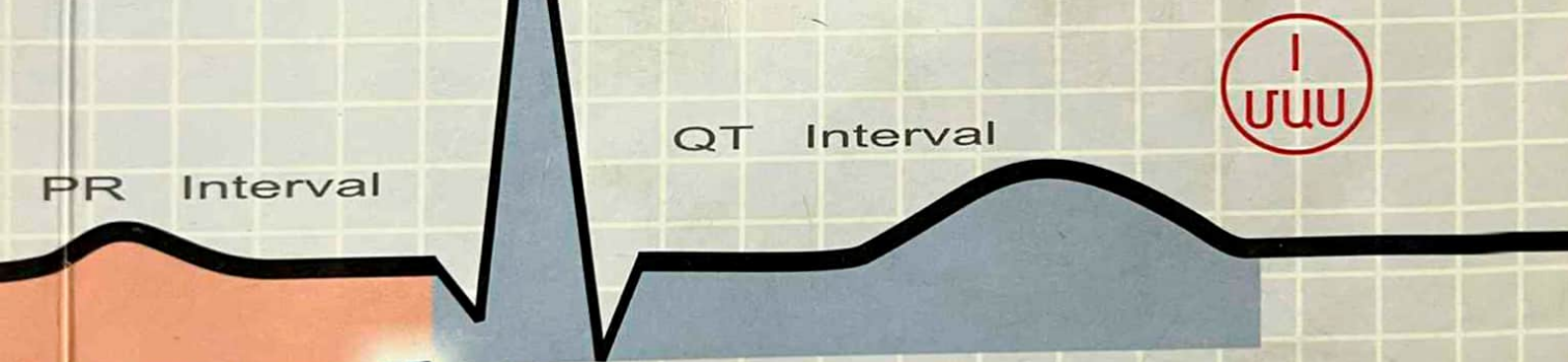


ՀՀ ԱՆ ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ
ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՈԼԵԶ



ՆԵՐՔԻՆ

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ





**ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ
ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՈԼԵՋ**

**Ն Ե Ր Ք Ի Ն
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**

Ուսումնամեթոդական ձեռնարկ միջին մասնագիտական բժշկական ուսումնական
հաստատությունների համար

I ՄԱՍ

Երևանի 2006
«ԼԱՔԻ ՓՐԻՆԹ» հրատարակչություն

ՀՏԴ 616.1/ (07)

ԳՄԴ 54.1 g 7

Ն 642

*Գրախոս՝ Երևանի քաղաքապետարանի առողջապահության վարչության գլխավոր
թերապևտ՝ Արա Գրիգորի Բադալյան*

Ներքին հիվանդություններ:

Ն 642 Ուսումնամեթոդական ձեռնարկ միջին մասնագիտական բժշկական
հաստատությունների համար:

-Եր.: Լաքի Փրինթ, 2006, 000 էջ:

*Ձեռնարկը կազմվել է Երևանի Պետական Հենակետային Բժշկական քոլեջի
թերապիայի ամբիոնի աշխատանքային խմբի կողմից:*

*Աշխատանքային խմբի ղեկավար «Քույրական գործ» բաժնի վարիչ, թերապևտ,
Ասյա Արտավազդի Գալստյան:*

*Երաշխավորված է տպագրման ՀՀ ԱՆ Երևանի Պետական Հենակետային
Բժշկական քոլեջի մեթոդ խորհրդի կողմից:*

ԳՄԴ 54.1g 7

ISBN 99941-975-9-2

«ԼԱՔԻ ՓՐԻՆԹ», 2006թ.

*Նվիրվում է ԵՊՀԲԲ-ի թերապիայի ամբիոնի
դասախոս, կենսաբանական գիտությունների
թեկնածու Աննա Ղազինյանի պայծառ հիշատակին*

Ն Ա Խ Ա Բ Ա Ն

Առողջապահության զարգացումը սերտորեն կապված է բժշկական մասնագետների պատրաստման որակի բարձրացման հետ: Այդ պատճառով բժշկական քոլեջների առջև դրված է կոնկրետ խնդիր՝ բարձրորակ կադրերի պատրաստման մեթոդների և ձևերի բարելավում՝ հիվանդների խնամքի տեսական ուսուցման և գործնական հմտությունների տիրապետման ռացիոնալ զուգակցման միջոցով:

«Ներքին Հիվանդություններ» առարկան հանդիսանում է հիմնադիր կլինիկական առարկա, որը կոչված է ոչ միայն ուսանողներին ծանոթացնելու ներքին օրգանների հիվանդություններին, այլ նաև ծառայում է որպես հիմք բուժաշխատողների հետագա աշխատանքային գործունեության համար: Տվյալ ձեռնարկի առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ նա ստեղծում է կապ տեսական նյութի և գործնական պարապմունքների միջև՝ պոլիկլինիկայում, ստացիոնարում, դիսպանսերում:

Ձեռնարկը կազմված է «Թերապիա» առարկարկայի գործող ծրագրին համապատասխան:

Այն բաղկացած է 2 մասից: Առաջին մասում շարադրվել են բժշկագիտության զարգացման պատմությունը, հիվանդների կլինիկական հետազոտման մեթոդները, շնչառական և սիրտ-անոթային համակարգերի հիմնական հիվանդությունները:

Երկրորդ մասում՝ աղեստամոքսային, երիկամային, արյան և արյունաստեղծ օրգանների, էնդոկրին, հենաշարժական համակարգերի հիվանդությունները, ալերգոզները և պարբերական հիվանդությունը:

Ձեռնարկը որ միայն ծանոթացնում է ներքին օրգանների հիվանդությունների պատճառագիտության, ախտաձագման, կլինիկական ախտանիշների, խնամքի և բուժման հետ, այլև ստեղծվում է հիմք ապագա միջին բուժանձնակազմի գործնական աշխատանքային գործունեության համար: Այդ նպատակով թեմաները լրացվել են ստուգիչ իրավիճակային խնդիրներով և թեստերով, որով ուսանողները հիմնավորում են իրենց խնամքի և բուժման ընտրության մեթոդները, անհետաձգելի իրավիճակների ժամանակ գործողությունների ալգորիթմը՝ տանը, պոլիկլինիկայում և ստացիոնարում:

Ձեռնարկում զետեղված են ըստ համապատասխան հիվանդությունների ռենտգեն և գունավոր նկարներ, որոնց բացատրությունները ավելի դյուրին կդարձնեն նյութի յուրացումը:

Նախատեսված է բժշկական քոլեջների դասախոսների, ուսանողների, ինչպես նաև գործնական բուժքույրերի և ընտանեկան բուժքույրերի հետդիպլոմային կրթության համար:

Ընթերցողի ուշադրությանը ներկայացվող «Ներքին հիվանդություններ»-ի սույն ձեռնարկը միջին բուժանձնակազմի համար առաջին հայերեն հրատարակությունն է և քաջ գիտակցում ենք, որ այն զերծ չէ թերություններից: Ուստի բոլոր դիտողությունները կընդունվեն ըմբռնումով և հաշվի կառնվեն ձեռնարկի հնարավոր վերահրատարակության ժամանակ:

ԳԼՈՒԽ 1

ՀԱՄԿԱՑՈՂՈՒԹՅՈՒՆ ՆԵՐՔԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

«Ներքին հիվանդություններ»-ը բժշկության այն հիմնական ճյուղն է, որն ուսումնասիրում է ներքին օրգանների հիվանդությունների առաջացման պատճառները, կլինիկական դրսևորումները, ախտորոշումը, բուժումը և կանխարգելումը: Ներքին հիվանդությունների դասընթացն ուսումնասիրում է շնչառական, սիրտ-անոթային, մարսողական, արտազատական, արյան և արյունաստեղծ օրգանների, էնդոկրին, հենաշարժական համակարգերի, շարակցական հյուսվածքի հիվանդությունները և ալերգոզները:

«Ներքին հիվանդություններ» հասկացողության հոմանիշն է հանդիսանում «Թերապիա» տերմինը: Այն ծագել է հունական «terapia» բառից, որը նշանակում է խնամք, հոգատարություն, բուժում: Թերապևտիկ բաժանմունք է կոչվում բուժօգնության այն բաժանմունքը, որտեղ բուժվում են ներքին հիվանդություններով տառապող հիվանդները: Հիվանդների հետ վարվելու և նրանց հսկողության հմտությունները բուժքույրերը ձեռք են բերում հիմնականում թերապևտիկ բաժանմունքում գործնական պարապմունքների ժամանակ:

19-րդ դարի կեսերին «Թերապիայից» անջատվեցին մանկական, նյարդային, ինֆեկցիոն հիվանդությունները և այլն: Բժշկագիտության զարգացման հետ կապված՝ «Ներքին հիվանդությունները «բաժանվում են ավելի նեղ մասնագիտությունների՝ «Սրտաբանություն», «Թոքաբանություն», «Էնդոկրինոլոգիա» և այլն: Բայց բժշկության որ ճյուղում էլ աշխատելիս լինեն միջին բուժաշխատողները, պետք է լավ իմանան «Ներքին հիվանդությունները», քանի որ այն համարվում է բժշկության հիմնական ճյուղը:

ԲԺՇԿԱԳԻՏՈՒԹՅԱՆ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ

Բժշկության պատմությունը սկսվում է «բժշկության հայր» Հիպոկրատից: Հիպոկրատն ապրել է մ.թ.ա. V-VI դ.դ Հունաստանում: Նա ուներ խորը պատկերացում բժշկության, նրա նպատակների, հնարավորությունների և դժվարությունների մասին: Մարդը նրա համար միասնական ամբողջություն էր, որն անխզելիորեն կապված էր շրջակա միջավայրի հետ: Նա սկիզբ դրեց բժշկության սեփական մեթոդին՝ «հսկողությանը հիվանդի անկողնու մոտ»: Հիպոկրատին համարում են բժշկության մեջ կլինիկական ուղղության հիմնադիր: Նրա կողմից առաջադրվել է թերապիայի հիմնական սկզբունքներից մեկը՝ «առաջին հերթին մի փասիր»: Հիվանդության բացահայտման համար Հիպոկրատը մեծ ուշադրություն էր դարձնում հիվանդի գանգատների, հիվանդության պատմության, հիվանդի մարմնի ճշգրիտ և մանրակրկիտ

հետազոտության վրա: Հաշվի էր առնում հիվանդի ընդհանուր տեսքը, նրա դեմքի արտահայտությունը, կրծքավանդակի ձևը, մաշկի, լեզվի վիճակը, մարմնի ջերմաստիճանը: Գնահատում էր քունը, շնչառությունը, մարսողությունը, պուլսը և արտաթորանքները (քրտինք, մեզ, խորխ, կղանք):

Այդ ժամանակ հիվանդի հետազոտության օբյեկտիվ մեթոդներից օգտագործում էին մեթոդներ, որոնք կիրառվում են և այսօր՝ զննում, շոշափում, բախում, լսում: Իր բժշկական պրակտիկայում հիվանդների բուժման համար Հիպոկրատը օգտագործում էր ավելի քան 60-70 բուժական միջոցներ, որոնք կիրառվում են մինչ այսօր:

Ներքին բժշկության մասին ուսմունքի մյուս ներկայացուցիչն է Ավիցեննան (Իբն Սինա): Նա ծնվել է 980թ. Բուխարայի մոտակայքում: Նա իր ժամանակի խոշորագույն բժիշկ և մտավորականն էր, լայն ճանաչում ուներ Արևելքի և Արևմտյան Եվրոպայի երկրներում: Ստեղծել է «Բժշկական գիտության կանոնը», որն ավելի քան 500 տարի ծառայում էր որպես բժշկագիտության պարտադիր ձեռնարկ:

Ավիցեննան կապում էր հիվանդությունների առաջացման պատճառները կյանքի պայմանների և օրգանիզմի առանձնահատկությունների հետ: Նա դիտում էր օրգանիզմը որպես միասնական ամբողջություն և մատնանշում էր կապն առանձին օրգանի հիվանդության և ամբողջ օրգանիզմի միջև: Գտնում էր, որ սոմատիկ խանգարումների առաջացման գործում մեծ դեր ունեն հոգեկան գործոնները:

Միջնադարյան հայ բժշկության հիմնադիրն է համարվում Մխիթար Հերացին: Նրա գիտական գործունեությունը կապված է Կիլիկիայի բժշկական դպրոցի հետ: Մխիթար Հերացուն նախորդող հայ բժիշկները անհրաժեշտ նախապատրաստական աշխատանք են կատարել՝ թարգմանելով հույն, հռոմեացի և արաբ բժիշկների գիտական ժառանգությունը, ստեղծելով նաև ուրույն գործեր դեղագիտության և թերապիայի վերաբերյալ, որոնք հետագայում դարձան հայ բժշկապետի հիմնական գրական աղբյուրները:

XII դարի 80-ական թվականներին Մխիթար Հերացին ձեռնամուխ է լինում իր գլուխգործոցի՝ «Ջերմանց մխիթարութիուն» ստեղծմանը, որտեղ խոշոր գիտնականը նկարագրել է տենդի տեսակները՝ «միօրյա», «բորբոսային» ու «հալ և մաշ»: Ջերմի ծագումն ըստ Մխիթար Հերացու պայմանավորված է անբավարար սննդով, կլիմայական անբարենպաստ պայմաններով և ներքին գործոններով, որոնց այսօր էլ բժշկությունը մեծ տեղ է տալիս: Նա բժիշկներին խորհուրդ էր տալիս անհատական մոտեցում ցուցաբերել յուրաքանչյուր հիվանդի նկատմամբ: Նա մեծ տեղ էր տալիս հիվանդի պուլսի ուսումնասիրությանը, ջերմությունը որոշելուն, ինչպես նաև խորխի, մեզի և այլ արտաթորանքների հետազոտությանը:

Նա մեծ աշխատանք է կատարել նաև հայ բժշկական տերմինաբանության ասպարեզում: Նրա ստեղծած բազմաթիվ տերմիններ այսօր էլ կիրառվում են բժշկական գրականության մեջ:

Հավատարիմ լինելով անտիկ աշխարհի բժշկության սկզբունքներին, հայ բժշկապետը առաջարկում էր հետևել Հիպոկրատի սկզբունքին, այն է՝ բուժել «հակառակը՝ հակառակով»: Հերացին դեղաբուժության մեջ գլխավոր տեղը հատկացնում էր բուսաբուժությանը, որը հենվում էր ինչպես հայկական ժողովրդական բժշկության, այնպես էլ արևելքի զարգացած երկրների դարավոր փորձի վրա:

Վարակիչ և ալերգիկ հիվանդությունների բուժման համար հայ բժշկապետը իր «Ջերմանց միսիթարութիուն» գրքում առաջարկում է Հայաստանի բնաշխարհում հանդիպող մի շարք դեղաբույսեր, որոնք օժտված են հակաբերային, հակաբորբոքային ու հակաալերգիկ հատկություններով՝ նունուֆարը, մանուշակը, կապառը, եզան լեզուն, օշինդրը, մատուտակը, դադձը, ուրցը և այլն:

Տենդային հիվանդություններով տառապողների համար Միսիթար Հերացին առաջարկում էր հատուկ սնունդ՝ մեծ տեղ հատկացնելով կանաչեղենին, բանջարեղենին, մրգերին ու պտուղներին, նրանց հյութերին ու մուրաբաներին: Հայ բժշկապետը հիվանդին նշանակում էր դյուրամարս սնունդ՝ թարմ ձուկ, հավի միս, մսաջուր, ձվի դեղնուց, կաթ:

Բուժման ֆիզիկական մեթոդների շարքում Հերացին մեծ տեղ էր հատկացնում ջրաբուժությանը (շփուժներ, լոգանքներ), ինչպես նաև մերսուժներին և մարմնամարզական վարժություններին: Հայ բժշկապետը մեծ տեղ էր տալիս հոգեբուժման մեթոդներին՝ ներշնչմանը, երաժշտության ազդեցությանը:

Հերացու աշխատությունների ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, թե որքան բարձր մակարդակի է հասել հայ բժշկությունը Միսիթար Հերացու շնորհիվ: Այս ամենը իրավունք է տալիս հայ բժշկապետին դասել միջնադարի առաջատար բժիշկների շարքը:

Հայ բժշկության Կիլիկիայի դպրոցին է պատկանում նաև բժիշկ Գրիգորիսը (XIII դ.): Նա հետազոտել է այն ժամանակ հայտնի բոլոր հիվանդությունների պատճառագիտության, ախտաբանության և մահացության հետ կապված հարցերը՝ մանրամասն կանգ առնելով տենդերի և ներքին օրգանների հիվանդությունների նկարագրության վրա:

Հայ դասական բժշկության ավանդույթները XV դարում շարունակեց և զարգացրեց Ամիրդովլաթ Ամասիացին: Նրա աշխատությունները գրված են բժշկի պարտքի խոր գիտակցությամբ, բարոյագիտական բարձր պահանջներով: Նա հաճախ էր կանգ առնում բժշկի բարոյական նկարագրի վրա. «Բժիշկը պետք է օժտված լինի բանականությամբ և պարտքի գիտակցությամբ: Ոչ մի դեպքում նա չպետք է լինի գինեմոլ, ազահ և շահախնդիր: Նա պարտավոր է սիրել աղքատներին, լինել գթասիրտ, նվիրված, աստվածավախ, բարոյապես մաքուր»: Նա զբաղվում էր նաև գործնական վիրաբուժությամբ, ակնաբուժությամբ: Մարմնի տոնուսը բարձրացնելու, վերքերը ապաքինելու և ուռուցքները բուժելու համար նա խորհուրդ էր տալիս օգտագործել մումիա, որը բնական բարդ միացություն է, գոյանում է բույսերի փացորդներից, կենդանիների արտաթորանքների՝ ածխաջրածինների քայքայման հետևանքով և

հանդիպում է տարբեր երկրների քարայրներում: Ամիրդովլաթը ստեղծել էր հայ բուսաբույժ բժիշկների մի ամբողջ դպրոց, որը գոյատևեց մի քանի դար շարունակ:

XVIII դարի երկրորդ կեսից սկսած հանդես են գալիս Եվրոպայի և Ռուսաստանի բարձրագույն ուսումնական հաստատություններում կրթություն ստացած հայ բժիշկներ, որոնցից արժե հիշատակել Պ. Քալանթարյանի, Ս. Շահրիմանյանի, Հ. Օղուլլուխյանի, Մ. Ռեստենի, Գ. Հախվերդյանի անունները:

XIX դարի երկրորդ կեսերին հայ ազգի բժիշկների կարելի էր հանդիպել Պետերբուրգում, Խարկովում, Մոսկվայում, Կիևում, Բաքվում և Թիֆլիսում, որտեղ նրանք անձնագոհությամբ պայքարում էին տարածված վարակիչ հիվանդությունների դեմ:

Հայաստանը, որ դարեր շարունակ ունեցել է բժշկության իր ուրույն և հարուստ պատմությունը, խորհրդային կարգեր հաստատվելու նախօրեին, գտնվում էր ծանր պայմաններում: Բզկտված ու արնաքամ երկրում մոլեգնում էին սովը, խուլերան, տիֆը, պալարախտը, բնական ծաղիկը, մալարիան: Երկիրը լցված էր թուրքական յաթաղանից մազապուրծ եղած, պատերազմի արհավիրքներ տեսած հազարավոր գաղթականներով, որոնք կարիք ունեն ամենօրյա հոգատարության, նյութական և բժշկական օգնության: Մեր ազգային պատմության այդ օրհասական պահին հիրավի անձնագոհության և խիզախության օրինակներ ցուցաբերեցին հայ բժիշկները, չնայած քիչ էին նրանք՝ ընդամենը 70 հոգի:

Բժշկության առաջ ծառացած խնդիրների հաղթահարման և առողջապահության կոռո համակարգ ստեղծելու համար 1922թ. Երևանի պետական Համալսարանում բացվեց բժշկական ֆակուլտետ, ուր աշխատանքի հրավիրվեցին ականավոր թերապևտներ Լ.Ա. Հովհաննիսյանը, Ա.Ա. Մելիք-Ադամյանը և Ռ.Մ. Գյանջեցյանը, որոնք անձնվիրաբար ձեռնամուխ եղան ոչ միայն բժշկական կադրերի պատրաստման շնորհակալ գործին, այլև դարձան Հայաստանում թերապևտիկ ծառայության կազմակերպիչներն ու հիմնադիրները: Նույն թվականին Լևոն Հովհաննիսյանը նշանակվում է ներքին հիվանդությունների պրոպեդևտիկայի ամբիոնի վարիչ, որը նա անընդմեջ ղեկավարել է շուրջ 40 տարի՝ մինչև 1960 թվականը: Անգնահատելի են Լևոն Հովհաննիսյանի ծառայությունները հայ բժշկագիտության զարգացման գործում: Նա մեծ գործունեություն է ծավալել Կովկասում մալարիայի ուսունասիրության ուղղությամբ, հրատարակել է մի շարք աշխատություններ և մշակել կանխարգելման միջոցներ: Հիշատակության արժանի են Լևոն Հովհաննիսյանի հետազոտությունները՝ նվիրված սիրտ-անոթային ներոգների ծագմանը, դասակարգմանը, կլինիկային ու բուժմանը: Հատկապես մեծ են նրա ծառայությունները Արգնու հանքային ջրերի և առողջարանային պայմանների ուսումնասիրության գործում: Ակադեմիկոս Լ. Հովհաննիսյանի նախաձեռնությամբ ՀՍՍՀ գիտությունների ակադեմիայի սրտաբանության մասնաճյուղի բազայի վրա ստեղծեց սրտաբանության գիտահետազոտական ինստիտուտը, որը 1972 թվականից կրում է նրա անունը:

1925թ. Երևանում բացվեց ֆակուլտետային թերապիայի ամբիոնը, որը մինչև 1949թ. ղեկավարում էր պրոֆեսոր Արտաշես Ալեքսանդրի Մելիք-Ադամյանը: Նրա անվան հետ է կապված Հայաստանում թերապիայի և սրտաբանության կայացումը:

Ֆրանսիա կատարած գործուղումից /1929թ./ և արտասահմանյան առաջատար բժշկական կենտրոններում սիրտ-անոթային հիվանդությունների ախտորոշման և բուժման ձեռքբերումներին ծանոթանալուց հետո, վերադառնալով իր կլինիկան, Ա.Ա. Մելիք-Ադամյանը ներդնում է սիրտ-անոթային հիվանդությունների ախտորոշման և բուժման մի շարք նոր եղանակներ, փոփոխություններ կատարում ուսումնական ծրագրերում: Նա հատուկ ուշադրություն էր դարձնում սրտագրությանը:

Նրա նախաձեռնությամբ ուսումնասիրվել են Հայաստանի լեռնային առողջարանները: Ա.Ա. Մելիք-Ադամյանը բազմիցս կազմակերպել է գիտարշավներ Ջերմուկ և մշակել հանձնարարականներ այնտեղ բուժման ցուցումների ու հակացուցումների, «Ջերմուկ» հանքային ջրի օգտագործելու վերաբերյալ: Նա ուսումնասիրել է նաև Արագածի, Դարալագյազի, Լոռու բարձր լեռնային կայանների կլիմայաաշխարհագրական և գեոքիմիական պայմանները: Նա առաջին անգամ գիտականորեն հիմնավորեց Սևանա լճի մոտակայքում, Արագածում, Ստեփանավանում, Գյուլագարակում առողջարանային հաստատությունների ցանցի կազմակերպման նպատակահարմարությունը: Բարձր լեռնային շրջաններում էնդեմիկ խալիպի տարածվածության ուսումնասիրության, հողում և ջրում յոդի պակասությունից հայտնաբերման հիման վրա գիտնականը մշակեց համապատասխան կանխարգելիչ միջոցառումներ՝ մասնավորապես ազգաբնակչության յոդացված կերակրի աղով ապահովելու ուղղությամբ:

Պրոֆեսոր Ա.Ա. Մելիք-Ադամյանի անմիջական մասնակցությամբ իրականացվեցին մի շարք նորամուծություններ հանրապետության թերապևտիկ ծառայության ոլորտում. հիմնվեց «Կուրորտաբանության և ֆիզիոթերապիայի ԳՀԻ» /1932թ./, բացվեցին «ԱՆ բժշկագիտական խորհուրդը» /1944թ./, այդ խորհրդին կից խալիպի ուսումնասիրման հանձնաժողովը /1946թ./, Հանրապետական հակառևմատիկ կոմիտեն, ռևանատոլոգիական կաբինետներ պոլիկլինիկայում, բաժանմունքներ հիվանդանոցներում:

Գիտության վաստակավոր գործիչ, պրոֆեսոր Ռուբեն Գյանջեցյանը 1935թ. հիմնադրեց հոսպիտալ թերապիայի ամբիոնը և ղեկավարեց այն մինչև 1954 թվականը: Մինչ 1935թ. հոսպիտալ թերապիայի դասընթացը վարում էին Լ.Ա. Հովհաննիսյանը և Ա. Ա. Մելիք - Ադամյանը /1925-1930թ./, իսկ 1931թ.-ից՝ Ռ.Ն. Գյանջեցյանը: Վերջինս ծավալուն պայքար կազմակերպեց տուբերկուլյոզի դեմ և հիմնադրեց հակատուբերկուլյոզային ծառայություն: 1927թ. նա հիմնադրեց Դիլիջանի

հակատուբերկույրոգային դիսպանսերը, որը հետագայում վերակազմավորվեց առողջարան և կոչվեց գիտնականի անունով: Նա հիմնավորեց Դիլիջանի պայմաններում տուբերկույրոգի, քրոնիկ թոքային ախտաբանության և այլ ներքին հիվանդությունների կլինայաբուժման հնարավորությունները:

Պրոֆեսոր Ռ.Ն. Գյանջեցյանը բացահայտեց «Դիլիջան» հանքային ջրի և Արզնի առողջարանի հանքային ռեսուրսների բուժիչ հատկությունները ու դրանց կիրառումն աղեստամոքսային ուղու հիվանդությունների համլիր բուժման մեջ:

Ակադեմիկոս Լ. Հովհաննիսյանի մահից հետո նրա գործը շարունակեց Գ.Հ. Բադալյանը, որն իր հետազոտությունները տարավ սրտային հիվանդությունների ուղղությամբ և ամփոփեց «Սրտային ասթմա» մենագրության մեջ: Պրոֆեսոր Բադալյանը մեծ լուրս ունի սրտի իշեմիկ հիվանդությունների առաջացման և զարգացման մեջ ժառանգականության դերի բացահայտման հարցում:

Լ. Հովհաննիսյանի աշակերտներից է նաև Ֆ. Ս. Դրամբյանը, որն իր գիտական հետազոտությունները նվիրել է կլինիկական նեֆրոլոգիայի հարցերին:

1945թ. Մելիք-Ադամյանին է աշակերտել Պ.Ա. Վարդապետյանը, որը հիմնականում նվիրվել է ներզատական հիվանդությունների ուսումնասիրությանը:

1949թ. Մելիք-Ադամյանի մահից հետո, թերապիայի ամբիոնի վարիչ է նշանակվում Տ. Ս. Մնացականովը, որի ղեկավարությամբ ամբիոնը շարունակում է Մելիք-Ադամյանի սկսած գործը՝ Ջերմուկ առողջարանի ուսումնասիրությունը:

Պրոֆեսոր Մնացականովի աշակերտներից է Ռ.Ս. Մամիկոնյանը, որը մեծ ներդրում ունի երիկամային հիվանդությունների ուսումնասիրության բնագավառում և սկսած 1968թ. ղեկավարել է ֆակուլտետային թերապիայի ամբիոնը:

Պրոֆեսոր Գյանջեցյանի թերապիայի դպրոցի լավագույն ավանդությունների շարունակողն ու զարգացնողը պրոֆեսոր Ռ.Պ. Ստամբուլցյանն է, որի գիտական գործունեությունը վերաբերում է սրտաբանությանը: Նրա կողմից լույս տեսած «Կլինիկական էլեկտրասրտագրություն» մայրենի լեզվով դասագիրքը 1980թ. արժանացավ Հայկական ՍՍՀ պետական մրցանակի, 1967թ. նրան շնորհվեց Հայկական ՍՍՀ գիտության վաստակավոր գործչի կոչում, իսկ 1971թ. ընտրվեց Հայկական ՍՍՀ գիտությունների ակադեմիայի թղթակից անդամ:

Ստամբուլցյանի աշակերտներից է Ա.Գ. Բադալյանը, որը 1963 թվականին ավարտելով Երևանի պետական բժշկական ինստիտուտը, 2 տարի ծառայել է Սովետական բանակում, որպես գնդի բժշկական պունկտի վարիչ: 1965 թվականին ընդունվել է աշխատանքի N4 քաղաքային հիվանդանոցում որպես օրդինատոր, այնուհետև, մեկ տարի հետո ընտրվել է թերապևտիկ բաժնի վարիչ: 1969 թվականին անցել է դասախոսական աշխատանքի Երևանի պետական բժշկական ինստիտուտի

«Ներքին հիվանդությունների պրոպեդևտիկայի» ամբիոնում որպես ասիստենտ, այնուհետև սուբօրդինատորների թերապիայի ամբիոնում որպես դոցենտ:

1971 թվականին պաշտպանել է թեկնածուական թեզը՝ նվիրված «Սրտամկանի հիպերտրոֆիային հիպերտոնիկ հիվանդության ժամանակ»: 1991-2002 թվականը ղեկավարել է Երևանի պետական բժշկական համալսարանի դիագնոստիկայի ամբիոնը՝ որպես ամբիոնի վարիչ:

Ա.Գ. Բադալյանը մոտ 100 գիտական աշխատությունների հեղինակ է:

Ներկայումս նա Երևանի քաղաքապետարանի առողջապահության վարչության գլխավոր թերապևտն է: Երկար տարիներ նա հանդիսանում է Երևանի պետական հենակետային քոլեջի ամփոփիչ պետական ատեստավորման հանձնաժողովի նախագահ:

Հայաստանում թերապիայի հիմնադիրները, լինելով վառ անհատականություններ, հումանիստներ, տաղանդաշատ կլինիցիստներ և հասարակական գործիչներ, աշխատելով ծանր ժամանակաշրջանում, կարողացան հիմնել գիտական դպրոցներ, որոնք որոշեցին թերապիայի ու ամբողջ առողջապահության հետագա զարգացման ուղղությունները:

ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՊԱՀՊԱՆՄԱՆ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՈՒՂՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Մեր երկրում առողջապահության հիմնական ուղղությունը կանխարգելումն է: Կանխարգելումն իրենից ներկայացնում է միջոցառումների համալիր, որն ուղղված է մարդկանց առողջապահության պահպանմանը, նրանց երկարակեցության ապահովմանը, հիվանդությունների զանազան պատճառների վերացմանը, բնակչության աշխատանքի, կենցաղի և հանգստի պայմանների բարելավմանը, շրջակա միջավայի պահպանմանը:

Վերջին տարիներին հատուկ ուշադրություն է դարձվում ռեաբիլիտացիայի (վերականգման) հարցերին, այսինքն, առողջության արագ վերականգման և աշխատանքի վերադարձին այն անձանց, ովքեր տարել են այնպիսի հիվանդություններ, ինչպիսիք են սրտամկանի ինֆարկտը, թոքերի, երիկամների, հոդերի և այլ օրգանների հիվանդությունները: Ռեաբիլիտացիան ձեռք է բերվում վերականգնողական միջոցառումների համալիրի կիրառմամբ՝ բժշկական, հոգեբանական, մանկավարժական, սոցիալական, աշխատանքային: Ռեաբիլիտացիայի խնդիրը կայանում է նրանում, որ հիվանդին կամ հաշմանդամին դարձնեն հասարակության լիարժեք անդամ՝ ներգրավելով նրան հասարակական, աշխատանքային գործընթացին, քանի որ աշխատանքային գործունեությունը հանդիսանում է ոչ միայն մարդու լիարժեք գոյատևման անհրաժեշտ պայման, այլ նաև բուժման որոշիչ գործոն:

Բուժքույրերին հատկացված է կարևոր դեր՝ առողջ կենսակերպի քարոզչության, վստահար սովորությունների դեմ պայքարի, շրջակա միջավայրի պահպանման գործում:

**ՀԱՍԿԱՑՈՂՈՒԹՅՈՒՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ, ՀԻՎԱՆԴԻ, ԷԹՈԼՈԳԻԱՅԻ,
ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐԻ, ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ**

Հիվանդությունը օրգանիզմի կենսագործունեության խանգարումն է կամ նրա ախտաբանական ռեակցիան արտաքին և ներքին գործոնների նկատմամբ: Այդ գործոնները առաջացնում են տարբեր օրգան-համակարգերի գործունեության խանգարում, որի ազդեցությանն օրգանիզմը պատասխանում է մի շարք պաշտպանական ռեակցիաների միջոցով, այսինքն, հիվանդությունն իրենից ներկայացնում է օրգանիզմի կենսագործունեության խանգարման և նրա մի շարք պաշտպանական ռեակցիաների զուգակցում: Այդ պատճառով յուրաքանչյուր հիվանդություն պետք է դիտել որպես ամբողջ օրգանիզմի հիվանդություն, չնայած նրան, որ առավել ախտահարված կարող է լինել, օրինակ՝ սիրտը, լյարդը կամ երիկաճեղքը: Հիվանդությունը չի կարելի դիտել միայն որպես կենսաբանական երևույթ, որովհետև այն մարդուն պատճառում է և ֆիզիկական, և հոգեկան տառապանքներ: Հիվանդությունն ազդում է նաև մարդու աշխատունակության և հասարակության մեջ նրա դերի և դիրքի վրա:

Տարբերում են սուր, ենթասուր և քրոնիկական հիվանդություններ:

Սուր հիվանդությունը սկսվում է հանկարծակի, կլինիկական նշանները զարգանում են արագ, տևողությունը կարճ է (կարող է տևել մինչև 6-8 շաբաթ), վերջանում է առողջացումով, մահով կամ կարող է վերածվել քրոնիկի:

Քրոնիկական հիվանդությունը զարգանում է ինքնուրույն, կամ առաջանում է սուր հիվանդության ոչ լիարժեք բուժումից: Տևում է գործնականորեն հիվանդի ողջ կյանքի ընթացքում, բայց որոշ քրոնիկական հիվանդությունների ժամանակ հնարավոր է լրիվ առողջացում:

Յուրաքանչյուր հիվանդության (ինչպես սուր, այնպես էլ քրոնիկական) զարգացման ընթացքում կարելի է տարբերել մի շարք շրջաններ:

1. Թաքնված (լատենտ, ինկուբացիոն) շրջան, որի ժամանակ օրգանիզմում տեղի են ունենում պրոցեսներ, որոնք կլինիկորեն չեն արտահայտվում, և հիվանդը գանգատներ չի ներկայացնում:

2. Պրոդրոմալ շրջան կամ **միջանկյալ**՝ այն ժամանակահատվածն է, որը սկսվում է հիվանդության առաջին ախտանիշների ի հայտ գալուց մինչև նրա լրիվ զարգացումը:

3. Հիվանդության լիակատար զարգացման կամ ծաղկման շրջան:

4. Առողջացման շրջան:

Հիվանդության ելքը (պրոգնոզ) կարող է լինել՝

1. Լրիվ առողջացում, երբ հիվանդի մոտ անհետանում են հիվանդության բոլոր ախտանիշները և նրա առողջությունը լրիվ վերականգնվում է:

2. Լավացում կամ ոչ լրիվ առողջացում, երբ հիվանդի վիճակը լավանում է, բայց նրա առողջությունը և աշխատունակությունը լրիվ չի վերականգնվում:

3. Անփոփոխ կայուն վիճակ, երբ բուժումից հիվանդի վիճակի մեջ փոփոխություն չի լինում:

4. Վատացում՝ առողջության պրոգրեսիվ անկում:

5. Մահ

Սուր հիվանդության ընթացքում կարող են առաջանալ բարդություններ՝ փոփոխություններ այլ օրգաններում և համակարգերում, որոնք մինչ այդ ընդգրկված չեն եղել պաթոլոգիական պրոցեսի մեջ:

Սակայն առողջացման դեպքում այդ ախտաբանական փոփոխությունները լրիվ վերանում են:

Քրոնիկական հիվանդության ընթացքում տարբերում են սրացման շրջան կամ ռեցիդիվ, որի ժամանակ հիվանդության բոլոր նշանները դառնում են արտահայտված, և ռեմիսիայի շրջան՝ հիվանդի վիճակի զգալի լավացում (ընդհուպ մինչև աշխատունակության լրիվ վերականգնում): Քրոնիկական հիվանդության ժամանակ զանազան օրգանների և համակարգերի կողմից կարող են լինել բարդություններ:

Բազմաթիվ քրոնիկական հիվանդությունների դեպքում հիվանդը կարող է երկար ժամանակ ապրել և պահպանել աշխատունակությունը և մահանալ ծեր տարիքում, բայց այնպիսի պատճառից, որն ամենին կապ չունի տվյալ հիվանդության հետ: Դա կախված է հիվանդության բնույթից, նրա ընթացքից, նրանից, թե որքանով է այն անդրադառնում օրգանիզմի կենսական կարևոր օրգանների և համակարգերի գործունեության վրա:

Էթիոլոգիան ուսմունք է հիվանդության պատճառների մասին: Ներկայումս էթիոլոգիա ասելով հասկանում են հիվանդության առաջացման պատճառը : Հիվանդությունների պատճառ կարող են լինել ամենատարբեր գործոնները, որոնք լինում են արտաքին և ներքին:

Արտաքին (էկզոգեն) պատճառներն են.

1. Ֆիզիկական գործոններն են շրջակա միջավայրի ջերմաստիճանի փոփոխությունը (բարձրացումը կամ իջեցումը, ինչը համապատասխանաբար բերում է օրգանիզմի գերտաքացմանը կամ գերսառեցմանը), խոնավությունը, մթնոլորտային ճնշման փոփոխությունները, ռենտգեն ճառագայթները, էլեկտրականությունը և այլն:

2. Քիմիական գործոններ են տարբեր քիմիական նյութեր՝ խիտ հիմքեր, թթուներ, որոնք մաշկի և լորձաթաղանթների վրա ընկնելիս առաջացնում են այրվածքներ:

3. Մեխանիկական գործոններ են փաստվածքները, որոնցից առաջանում են սալջարդ, ոսկրերի կոտրվածքներ, հոդախախտումներ, ուղեղի ցնցում և այլն:
4. Կենսաբանական գործոններ են հիվանդության հարուցիչները (վիրուսներ, մանրէներ, սնկեր), արյուն ծծող միջատներ (ոջիլներ, մոծակներ, ճանձեր, տիզեր), որոնք հիվանդներից առողջ մարդկանց են փոխանցում հիվանդությունների հարուցիչներին, որդերը և զանազան պարզագույն օրգանիզմները (ամեոբաները, լյամբլիաները և այլն):
5. Սնուցման խանգարումներ. փաստակար է ինչպես ավելորդ, այնպես էլ անբավարար սնուցումը (քաղցածությունը): Գերսնուցման դեպքում սննդամթերքի էներգետիկ արժեքը զգալիորեն գերազանցում է էներգետիկ ծախսը: Կարող են առաջնալ նյութափոխանակության խանգարումներ, առաջին հերթին տարբեր աստիճանի ճարպակալում: Թերսնուցման և սննդի մեջ վիտամինների անբավարարության դեպքում հնարավոր են օրգանիզմի հյուծվածություն, հիպո և ավիտամինոզներ, ինչն էապես իջեցնում է օրգանիզմի դիմադրողականությունը:
6. Սոցիալական գործոններն են կենցաղային և աշխատանքային անբարենպաստ պայմանները, որոնք նպաստում են օրգանիզմի դիմադրողականության անկմանը, ավելին, երբեմն որոշ պրոֆեսիոնալ գործոններ կարող են դառնալ մի շարք հիվանդությունների առաջացման պատճառ:
7. Յարթոգեն գործոն. բուժաշխատողի կողմից գրված կամ ասված խոսքը, ժեստը կարող է դառնալ հիվանդության պատճառ:

Ներքին (էնդոգեն) պատճառներն են.

1. Ժառանգման գործոն. վաղուց հայտնի է, որ նույն ընտանիքի անդամները կամ մոտ հարազատները տառապում են որոշակի հիվանդություններով (օրինակ հիպերտոնիկ հիվանդությամբ, բրոնխիալ ասթմայով, հոդերի որոշ հիվանդություններով, շաքարային դիաբետով և այլն): Դա չի նշանակում, որ նշված հիվանդությունները փոխանցվում են ժառանգաբար, այսինքն հանդիսանում են զուտ ժառանգական: Ժառանգաբար փոխանցվում է նախատրամադրվածությունը տարբեր արտաքին գործոններին յուրօրինակ արձագանքելու, այն դեպքում, երբ այլ անձանց մոտ այդ գործոնները չեն բերում հիվանդության զարգացման: Ժառանգական նախատրամադրվածությունը չի նշանակում, որ տվյալ անձն անպայման կհիվանդանա, օրինակ՝ բրոնխիալ ասթմայով, սակայն նրա մոտ հավասար հանգամանքների դեպքում հիվանդանալու հակվածությունը ավելի բարձր է: Այստեղից պարզ է, թե որքան բարձր է կանխարգելիչ միջոցառումների դերը, երբ ստեղծելով աշխատանքի, կենցաղի, սնուցման և այլ որոշակի պայմաններ՝ կարելի է կանխել հիվանդության զարգացումը:

2. Օրգանիզմում եղած «քնած» քրոնիկական բորբոքային օջախները, որոնք անբարենպաստ պայմանների և օրգանիզմի դիմադրողականության անկման դեպքում գլուխ են բարձրացնում:
3. Հոգեկան գործոններ են մշտական հուզումները, ծանր հոգեկան ապրումները, սթրեսները, որոնք ազդում են կենտրոնական նյարդային համակարգի (ԿՆՀ) վրա և կարող են առաջացնել ներքին օրգանների ամենատարբեր հիվանդություններ:
4. Հորմոնալ գործոն. օրգանիզմում հորմոնների քանակության բարձրացումը կամ իջեցումը կարող է բերել մի շարք հիվանդությունների զարգացման:

Ախտածագումը (պաթոգենեզ) հիվանդության ծագման մեխանիզմն է: Ախտածին գործոնները օրգանիզմի վրա ազդում են ռեֆլեկտոր, հումարալ (նյարդահումորալ) և տեղային մեխանիզմներով: Ախտածին ազդակը օրգանիզմ է թափանցում և տարածվում տարբեր ուղիներով: Ախտածին ազդակին ի պատասխան օրգանիզմը տալիս է ֆիզիոլոգիական կամ ախտաբանական ռեակցիա: Ֆիզիոլոգիական ռեակցիան այն է, երբ օրգանիզմի պաշտպանական ուժերը պայքարում են ախտածին ազդակի դեմ: Ախտաբանական ռեակցիայի ժամանակ զարգանում է հիվանդություն:

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԱՌՏԱՆԻՇ ԵՎ ՀԱՄԱՌՏԱՆԻՇ

Յուրաքանչյուր հիվանդություն դրսևորվում է ախտանիշների մի ամբողջ հավաքածուով, որոնց մեջ տարբերում են ախտանիշներ (սիմպտոմներ) և համախտանիշներ (սինդրոմներ):

Ախտանիշը հիվանդության բնորոշ նշանն է: Օրինակ, հազը՝ բրոնխների կամ թոքերի բորբոքման ժամանակ, հևոցը՝ սիրտ-անոթային հիվանդությունների ժամանակ, դեղնուկը և լյարդի մեծացումը՝ լյարդի հիվանդությունների ժամանակ: Տարբերում են սուբյեկտիվ և օբյեկտիվ ախտանիշներ:

Սուբյեկտիվ ախտանիշները հիվանդի գանգատներն են (օրինակ՝ ցավեր կրծքավանդակում, սրտխառնոց, փսխում), այսինքն այն, ինչ նա զգում է, նրան անհանգստացնում է:

Օբյեկտիվ ախտանիշները հիվանդության այն ախտանիշներն են, որոնք հայտնաբերվում են հիվանդի անմիջական հետազոտության ժամանակ: Դրանց շարքին են դասվում ֆիզիկական քննության՝ զննման, շոշափման, բախման և լսման, լաբորատոր և գործիքային քննության տվյալները: Օրինակ՝ դեղնախտի ժամանակ լյարդը շոշափելիս լինում է մեծացած, ռևմատիզմի ժամանակ սիրտը լսելիս հայտնաբերվում է աղմուկ:

Համախտանիշ (սինդրոմ)՝ տարբեր, սակայն միմյանց հետ սերտորեն կապված ախտանիշների համակցություն է, որոնք ունեն առաջացման ընդհանուր մեխանիզմ: Օրինակ՝ ուրեմիկ համախտանիշ ասելով հասկանում ենք երիկամային ծանր անբավարարություն ունեցող հիվանդների մոտ մի քանի ախտանիշների կոմպլեքս՝

սրտխառնոց, փսխում, մաշկի քոր, տեսողության վատացում, նիհարում, փոփոխություններ մեզի կողմից, արյան մեջ ազոտային խարամների քանակի բարձրացում:

ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ ԵՎ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄ (դիագնոզ և դիֆերենցիալ դիագնոզ)

Դիագնոստիկական գիտություն է հիվանդությունների ախտորոշման մասին:

Ախտորոշել նշանակում է ճանաչել, տարբերել, որոշել հիվանդությունը:

Դիագնոզը (ախտորոշում) հիվանդության բնույթի և հիվանդի վիճակի մասին բժշկի համառոտ եզրակացությունն է, որն արտահայտվում է բժշկական տերմինաբանությամբ: Ախտորոշումը պետք է ներառի.

1. Հիվանդության անվանումը,
2. Էթիոլոգիան,
3. Սրացման կամ ռեմիսիայի (խրոնիկական հիվանդությունների դեպքում) առկայությունը,
4. Բարդությունների առկայությունը:

Տարբերում են նախնական և վերջնական (կլինիկական) ախտորոշումներ: Նախնական ախտորոշումը հիմնված է միայն տեղեկատվության ոչ լրիվ տվյալների վրա, որը ստացվել է հիվանդի մասնակի հետազոտման ժամանակ (նրա գանգատները, հիվանդության զարգացման պատմությունը, ֆիզիկական հետազոտության տվյալները): Այն սովորաբար դրվում է հիվանդանոցի ընդունարանում, պոլիկլինիկայում, ինչպես նաև դժվար ախտորոշվող դեպքերում:

Վերջնական ախտորոշումը դրվում է՝ հաշվի առնելով հիվանդի մասին ստացված բոլոր տվյալները: Դիագնոզը ճշտելու համար օգտագործում են ամբողջ տեղեկատվությունը, որը ստացվում է հետազոտության հիմնական և լրացուցիչ մեթոդների միջոցով:

Տարբերակիչ (դիֆերենցիալ) ախտորոշում. երբեմն մի շարք հիվանդությունների ժամանակ կարող են լինել նույն գանգատները: Որպեսզի հաստատենք տվյալ ախտորոշումը, պետք է դիմենք լրացուցիչ քննությունների (լաբորատոր և գործիքային), և հիմնվելով դրանց արդյունքների վրա՝ ժխտել նման ախտանիշներ ունեցող այլ հիվանդությունը: Օրինակ՝ պլերալ խոռոչում հեղուկ կարող է կուտակվել և թոքերի հիվանդությունների ժամանակ (բորբոքային), և երիկամների ու սրտի հիվանդությունների ժամանակ (ոչ բորբոքային հեղուկ): Հիվանդությունը տարբերակելու (դիֆերենցելու) համար կատարում են լրացուցիչ քննություններ՝ պլերալ պունկցիա, ռենտգեն քննություն, արյան և մեզի քննություն:

Բուժումը միջոցառումների կոմպլեքս է, որն սկսում են ախտորոշումը հաստատելուց հետո: Բուժման մեջ մտնում է դեղաբուժությունը (էթիոլոգիկ, պաթոգենետիկ, ախտանիշային), սննդաբուժությունը, ֆիզիոթերապևտիկ և սանատոր-կուրորտային բուժումը: Բուժումն անց են կացնում պոլիկլինիկայում, ստացիոնարում և առողջարաններում:

Կանխարգելում նշանակում է հիվանդության կանխում տարբեր միջոցներով: Կանխարգելումը լինում է հասարակական և անձնական: Հասարակականի մեջ են մտնում պայքարը համաճարակների դեմ, աշխատանքի պայմանների բարելավումը, սանիտարական հսկողությունը հասարակական վայրերում, պրոֆ. պատվաստումները զանազան վարակների դեմ, սպորտի և ֆիզկուլտուրայի կազմակերպումը: Տարբերում են առաջնային և երկրորդային կանխարգելում: Առաջնային կանխարգելումը իրականացվում է նախքան հիվանդությունը (օրգանիզմի կոփում, ինֆեկցիայի օջախների բուժում և այլն): Երկրորդային կանխարգելումն իրականացվում է արդեն հիվանդության ի հայտ գալուց հետո: Նպատակն է՝ կանխել ռեցիդիվները, երկարացնել ախտադադարի տևողությունը:

ԳԼՈՒԽ 2

ՀԻՎԱՆԴԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ (ՍՈՒԲՅԵԿՏԻՎ, ՕԲՅԵԿՏԻՎ, ԳՈՐԾԻՔԱՅԻՆ, ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ)

Հիվանդությունը ախտորոշելու համար անհրաժեշտ է ստանալ որոշակի տվյալներ: Այդ տեղեկությունները կարելի է ստանալ հետազոտման հիմնական և լրացուցիչ մեթոդների միջոցով:

Հետազոտման հիմնական մեթոդներն են .

- Հարցուփորձ
- Զննում
- Շոշափում
- Բախում
- Լսում:

Հետազոտման լրացուցիչ մեթոդներն են

- Լաբորատոր
- Գործիքային:

ՍՈՒԲՅԵԿՏԻՎ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՄԵԹՈԴ

Հարցուփորձ.

Այս մեթոդն իր մեջ ընդգրկում է հետևյալ բաժինները.

1. Ընդհանուր տեղեկություններ հիվանդի մասին
2. Հիվանդի գանգատները
3. Ներկա հիվանդության անաճնեզը
4. Կյանքի անաճնեզը
5. Տարբեր օրգանների և համակարգերի կողմից գանգատների մանրամասն բացահայտում:

Ընդհանուր տեղեկատվություն. Հիվանդի քննությունը սկսվում է հարցուփորձից: Նախքան հիվանդության մասին հարցազրույց վարելը, անհրաժեշտ է հավաքել անկետային տվյալներ, որն իր մեջ ընդգրկում է՝ հիվանդի անունը, ազգանունը, հայրանունը, տարիքը, կրթությունը, ընտանեկան վիճակը, մասնագիտությունը, աշխատանքի վայրը և բնակության վայրը:

Հարցման արդյունքում ստացված տվյալները գրանցվում են հիվանդության պատմության մեջ:

Հիվանդի գանգատները. Հիվանդի գանգատների բացահայտումը հնարավորություն է տալիս տեղեկանալ տվյալ հիվանդության արտահայտման առանձնահատկությունների մասին: Երբեմն հիվանդի գանգատները այնքան բնորոշ են լինում, որ նրանց հիման վրա

անմիջապես կարելի է ենթադրել այս կամ այն հիվանդությունը: Օրինակ՝ հետկրծոսկային շրջանում տեղակայված նոպայաձև, սեղմող բնույթի ցավերը, որոնք առաջանում են ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ (արագ քայլ, աստիճաններ բարձրանալ), հնարավորություն են տալիս մեծ հավանականությամբ ենթադրելու լարվածության ստենոկարդիայի մասին: Մեկ այլ օրինակ՝ ցավերի առաջացումը վերորովայնային (էպիգաստրալ) շրջանում՝ քաղցած ժամանակ կամ ուտելուց 1-1, 5 ժամ հետո, հիմք են տալիս մտածելու տասներկումատնյա աղիքի խոցային հիվանդության մասին:

Միաժամանակ գոյություն ունեն ընդհանուր բնույթի զանգատներ՝ մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում, ընդհանուր թուլություն, հոգնածություն, մարմնի քաշի նվազում, որոնք նկատվում են տարբեր հիվանդությունների ժամանակ:

Հիվանդները միշտ չէ, որ կարող են հստակ պատմել իրենց տկարության մասին, դրա համար պետք է հաշվի առնել նրանց զարգացման մակարդակը: Հիվանդին չպետք է տալ փակ հարցեր, որոնց պատասխանը լինի «այո» կամ «ոչ», քանի որ այն կարող է խեղել իրական պատկերը:

Հիվանդության անամնեզը (Anamnesis morbi). Հիվանդի հարձուփորձի ժամանակ նախ պետք է պարզել, երբ և ինչպիսի ախտանիշներով է սկսվել հիվանդությունը, ինչպիսին է եղել հիվանդության սկիզբը՝ սուր կամ աստիճանական՝ հիվանդի համար աննկատ: Անպայման պետք է հարցնել, թե հիվանդն ինչի հետ է կապում հիվանդության սկիզբը: Այնուհետև բացահայտում են ախտանիշների զարգացման ընթացքը (դինամիկան)՝ դրանց առաջընթացը կամ հետզարգացումը: Բացահայտում են նաև, թե ժամանակի ընթացքում ինչ նոր ախտանիշներ են ի հայտ եկել, և որոնք են գերակշռող: Պետք է նկատի ունենալ, որ շատ ներքին հիվանդություններ քրոնիկական են և ընթանում են ալիքաձև: Նկատվում է սրացման շրջան, որի ժամանակ բոլոր (կամ գրեթե բոլոր) ախտանիշները սաստկանում են, ի հայտ են գալիս նոր ախտանիշներ: Այնուհետև սկսվում է **ռեմիսիայի** (ժամանակավոր լավացման) շրջանը, որի ժամանակ հիվանդության ախտանիշների արտահայտվածությունը սկսում է մարել, նրանք «մեղմանում են» կամ լրիվ վերանում: Պետք է պարզել նաև, թե հիվանդի մոտ ինչ հետազոտություններ են կատարվել և ինչպիսին են արդյունքները (շատ հիվանդներ կարող են իմանալ, որ արյան հետազոտության ժամանակ հաջողաբերվել է ցածր հեմոգլոբին, կամ գաստրոդուոդենոսկոպիայի ժամանակ հայտնաբերվել է ստամոքսի խոց և այլն): Անհրաժեշտ է հարցնել նաև նախկինում ստացած բուժման մասին. ինչպիսի դեղորայք է նշանակվել, ինչպիսի ազդեցություն է ունեցել, և ինչպես է հիվանդն ընդունել այդ դեղերը: Հիվանդության հիմնական դրսևորումների բացահայտումը, ընթացքի բնույթը, անցկացված բուժման արդյունավետությունը մեծ նշանակություն ունեն, քանի որ շատ հիվանդությունների ժամանակ հիվանդության անամնեզը այնքան բնորոշ է լինում, որ հիվանդի հետ զրուցելուց հետո հնարավոր է ճիշտ ախտորոշել հիվանդությունը:

Հիվանդության մասին հիվանդի կողմից տրվող տեղեկությունները կարող են լինել ծավալուն (հիվանդության երկարատև ընթացքի դեպքում) և շատ կարճ (ներքին օրգանների սուր հիվանդությունների ժամանակ կամ եթե հիվանդությունը նոր է սկսվել):

Կյանքի անամնեզը (Anamnesis vitae) իրենից ներկայացնում է հիվանդի բժշկական կենսագրությունն ըստ կյանքի հիմնական շրջանների՝ սկսած վաղ մանկական հասակից: Անամնեզի այս բաժնում պարունակող հարցերը հաճախ կարող են շատ կարևոր տեղեկություններ տալ տվյալ հիվանդությունն ախտորոշելու համար:

Կյանքի անամնեզը կազմված է չորս մասից՝ հեռավոր, պրոֆեսիոնալ, կենցաղային և ժառանգական:

Հեռավոր անամնեզին ծանոթանալիս նախ պետք է ուշադրություն դարձնել հիվանդի կյանքի վաղ մանկական շրջանին: Անհրաժեշտ է պարզել, թե հիվանդն ընտանիքի որերորդ երեխան է, երբ է սկսել ատամներ հանել, քայլել, խոսել, ինչ հիվանդություններով է հիվանդացել: Այնուհետև հարկավոր է տեղեկություններ հավաքել նախադպրոցական, դպրոցական և հասուն տարիքում նրա մտավոր և ֆիզիկական զարգացման, կրած հիվանդությունների վերաբերյալ:

Առանձին ուշադրություն պետք է դարձնել սեռական զարգացման հարցերին: Կանանցից պետք է տեղեկանալ առաջին դաշտանի, նրա տևողության, սեռական կյանքի, հղիությունների և ծննդաբերությունների թվի և ընթացքի, հետծննդյան շրջանի, վիժումների, դաշտանադադարի, տղամարդկանցից՝ սեռական հասունացման, սեռական կյանքի մասին: Հատկապես կարևոր նշանակություն ունեն նախկինում կրած հիվանդությունների վերաբերյալ ստացված տվյալները: Օրինակ՝ քութեշից հետո երբեմն առաջանում է երիկամների բորբոքում, ռևմատիզմը և դիֆթերիան ազդում են սրտի վրա և այլն:

Պրոֆեսիոնալ անամնեզի կարևորությունն այն է, որ հիվանդի աշխատանքային բնույթը և պայմանները կարող են ուղղակի կապ ունենալ տվյալ հիվանդության հետ: Ուստի անհրաժեշտ է հիվանդից սպառիչ տեղեկություններ ստանալ աշխատավայրի սանիտարահիգիենիկ պայմանների, այսինքն՝ ջեռուցման, օդափոխության, լուսավորության, միջանցիկ քամու մասին:

Որոշ հիվանդությունների ախտորոշման համար հատկապես կարևոր է աշխատանքային պրոցեսում հիվանդի վրա տարբեր ֆիզիկական (աղմուկ, վիբրացիա, բարձր կամ ցածր ջերմություն, փոշի, ճառագայթաահարում և այլն), քիմիական (թթուներ, հիմքեր և այլն), կենսաբանական (հիմնականում մանրէներ) ազդակների ներգործությանը վերաբերվող մանրամասնությունների իմացությունը:

Կենցաղային անամնեզը. պարունակում է հարցեր՝ բնակարանային պայմանների, նյութական վիճակի, սննդի, անձնական հիգիենիայի, արձակուրդային ժամանակի օգտագործման լիարժեքության վերաբերյալ: Մեծ ուշադրություն պետք է դարձնել տարբեր փաստակար կենցաղային սովորություններին, մասնավորապես ոգելից խմիչքների, թմրադեղերի, սուրճի, մուգ թեյի, ծխախոտի օգտագործմանը: Այս բոլոր

գործոնները տարբեր հիվանդությունների զարգացման համար կարող են ունենալ ավելի կամ պակաս կարևոր նշանակություն:

Ժառանգական անաֆսեզը. Սկզբում հարցնում են հիվանդի ծնողների և բարեկամների մասին: Պարզում են, ողջ են նրանք, կյանքի ընթացքում ինչ հիվանդություններ են ունեցել և ինչ հիվանդությունից են մահացել: Մա շատ կարևոր է, քանի որ շատ հաճախ որոշ հիվանդություններ հանդիպում են հարազատների մոտ (օրինակ՝ ստամոքսի և 12 մատնյա աղու խոցայի հիվանդությունը, բրոնխիալ ասթման, հիպերտոնիկ հիվանդությունը, հոդերի որոշ հիվանդություններ:) Այստեղ խոսքը վերաբերում է ժառանգական նախատրամադրվածությանը:

Պարզում են նաև հիվանդի սնվելու բնույթը (հաճախականությունը, որակը և քանակը): Ոչ կանոնավոր սնվելը կարող է առաջացնել մարսողական համակարգի հիվանդություններ:

Կարևոր նշանակություն ունի հիվանդի փաստակար սովորությունների պարզաբանումը (ծխելը, ալկոհոլի, սուրճի չարաշահումը): Այժմ հաստատվել է այն փաստը, որ ալկոհոլը և նիկոտինը նպաստում են տարբեր հիվանդությունների առաջացմանը:

Անհրաժեշտ է նաև հիվանդին հարցնել, թե կյանքի ընթացքում ինչ հիվանդություններով է հիվանդացել, դրանք ուղեկցվել են բարդություններով, թե ոչ, ինչպիսի բուժում է ստացել, հոսպիտալացվել է այդ առիթով, թե ոչ: Անհրաժեշտ է պարզել, թե հիվանդն ապրում է սեռական կյանքով, ինչպիսի հաճախականությամբ: Հաճախ ոչ նորմալ սեռական կյանքը և ընտանիքում անբարենպաստ պայմանները ազդում են մարդու նյարդահոգեկան վիճակի վրա: Անհրաժեշտ է իմանալ կլիմակտերիկ շրջանի սկիզբը (դաշտանադադարը), ընթացքը (դյուրագրգիռ վիճակ, սրտխփոց, զարկերակային ճնշման բարձրացում, արյունալցման զարգացում): Այս բոլոր տվյալներն օգնում են պատկերացում կազմել հիվանդի անձի մասին, նրան շրջապատող միջավայրի գործոնների մասին, որոնք կարող են ազդել հիվանդության առաջացման և ընթացքի վրա:

Ալերգոլոգիական անաֆսեզը Հիվանդի հարցման ժամանակ անհրաժեշտ է պարզել, եղել են նրա մոտ ալերգիկ ռեակցիաներ դեղորայքի կամ որևէ սննդամթերքի նկատմամբ, ինչպես նաև քիմիական նյութերի, բույսերի, փոշու, բրդի և այլնի նկատմամբ: Այդ ռեակցիաները կարող են արտահայտվել եղնջացանի, վազոմոտոր ռինիտի (քթի հանկարծակի լցվածություն առատ ջրիկ արտադրությամբ), մաշկի քորի, դեմքի այտուցի և այլնի ձևով: Այս գործոնների պարզաբանումը օգնում է բացահայտել այն հիվանդությունները, որոնց հիմքում ընկած են ալերգիկ ռեակցիաները, ինչպես նաև հնարավորություն կտա հետազայում խուսափել նման ռեակցիաներից դեղորայքային բուժում անցկացնելու դեպքում:

ՕԲՅԵԿՏԻՎ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ

Օբյեկտիվ հետազոտությունը բաղկացած է 4 ֆիզիկական հետազոտություններից՝ զննում (ինսպեկցիո), շոշափում (պալպացիո), բախում (պերկուսիո), լսում (աուսկուլտացիո) և լրացուցիչ քննություններից՝ լաբորատոր և գործիքային:

ՀԻՎԱՆԴԻ ԶՆՆՈՒՄ (ԻՆՍՊԵԿՑԻՈ)

Զննումը սկսվում է հիվանդի հետ առաջին հանդիպման ժամանակ, երբ բժիշկը կամ բուժքույրը մտնում է հիվանդասենյակ կամ երբ հիվանդը մտնում է աշխատասենյակ, որտեղ իրականացվում է ամբուլատոր ընդունելություն: Զննումը շարունակվում է անաճնեզ հավաքելիս և հիվանդի անմիջական հետազոտման ողջ ընթացքում:

Զննումը պետք է իրականացնել որոշակի պլանով և բնական լուսավորության պայմաններում, քանի որ արհեստական լուսավորումը կարող է աղավաղել մաշկի և լորձաթաղանթների գունավորումը: Եթե հիվանդին զննում են արհեստական լուսավորության պայմաններում, ապա լույսը պետք է լինի բավարար պայծառ:

Զննման ժամանակ որոշվում է հիվանդի դիրքը, ընդհանուր վիճակը, գիտակցությունը, մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների վիճակը, այնուհետև զննում են դեմքը, գլուխը, պարանոցը, մարմինը, վերին և ստորին վերջույթները, մարմնակազմությունը:

Հիվանդի դիրքը լինում է ակտիվ, պասիվ և հարկադրված:

Դիրքը համարվում է ակտիվ, եթե հիվանդն ի վիճակի է ինքնուրույն նստել, կանգնել, շարժվել անկողնում և թեքվել կողքի:

Պասիվ է համարվում այն վիճակը, երբ հիվանդը չի շարժվում և չի կարող ինքնուրույն փոխել դիրքը: Այս վիճակում են գտնվում անգիտակից հիվանդները և այն հիվանդները, որոնք ունեն երկարատև հյուծող հիվանդություն, ստացել են ծանր վնասվածք և կաթված: Չի կարելի հիվանդի դիրքը համարել պասիվ, երբ նա պառկում է անկողնում և չի ցանկանում շարժվել նույնիսկ ինքնազգացողության չնչին վատացման ժամանակ:

Հարկադրված դիրքի դեպքում հիվանդը ընդունում է իր համար հարմար դիրք, որի շնորհիվ թեթևանում է նրա տառապանքը: Հարկադրված դիրքն ունի ախտորոշիչ նշանակություն, քանի որ այս կամ այն հիվանդության ժամանակ հիվանդն ընդունում է բնորոշ դիրք:

Գիտակցությունը կարող է լինել պարզ և խանգարված: Խանգարվածը իր հերթին լինում է գրգռված և արգելակված: Գրգռվածը լինում է գառանցանքի, տեսողական և լսողական տեսիլքների ձևով: Արգելակված գիտակցությունը իր հերթին արտահայտվում է չորս ձևով՝

1) Գիտակցության միգարում (omnubilatio)

2) Շղթայացված (stupor)

3) Խորը մրափ (stopor)

4) Գիտակցության և ռեֆլեքսների բացակայություն (coma)

Միգարած կամ մթազնած գիտակցության դեպքում հիվանդը հարցերին պատասխանում է դժվարությամբ:

Ստուպորի դեպքում հիվանդը գտնվում է ավելի խորը մթազնած գիտակցության վիճակում. այս հիվանդները կարող են պատասխանել բարձր ձայնին, բայց այդ պատասխանները անիմաստ են: Ստուպորի ծայրահեղ աստիճանը սոպորն է: Հիվանդը գտնվում է կարծես կիսաքնած վիճակում, հարցերին չի պատասխանում, բայց ռեֆլեքսները պահպանված են լինում: Կոմայի վիճակում դիտվում է կենտրոնական նյարդային համակարգի ֆունկցիայի լրիվ խանգարում, գիտակցությունը բացակայում է, մկանները թուլացած են, շարժողական և զգայական ռեֆլեքսները լրիվ բացակայում են:

Գիտակցության խանգարումը կարող է լինել երկարատև և կարճատև: Գիտակցության կարճատև խանգարումը հետևանք է ուղեղի արյան շրջանառության ժամանակավոր խանգարման, իսկ երկարատև խանգարումը հետևանք է կենտրոնական նյարդային համակարգի լուրջ հիվանդության՝ ուղեղի արյան շրջանառության ծանր խանգարում (ուղեղի արյունազեղում), ծանր ինտոկսիկացիա (վարակային հիվանդություններ): Գիտակցության խանգարումը կարող է ընթանալ գրգռվածության՝ հալյուցինացիաների ախտանիշներով, որոնք դիտվում են սուր վարակային հիվանդությունների ժամանակ, որոնց հիմքում ընկած է օրգանիզմի ինտոքսիկացիան:

Դեմքի զննում. Շատ հիվանդությունների ժամանակ դեմքի զննումը տալիս է կարևոր ախտորոշիչ տեղեկություն: Օրինակ, մարմնի բարձր ջերմության դեպքում դիտվում է աչքերի փայլ, այտերի հիպերեմիա:

Արյան շրջանառության ծանր քրոնիկական խանգարումները բերում են մաշկի գունատության՝ հաճախ կապտավուն երանգով (հատկապես շրթունքները, ականջները և քթի ծայրը): Որովայնի օրգանների վիրաբուժական հիվանդությունների և որովայնամզի ախտահարման ժամանակ (պերիտոնիտ) դիմագծերը սրվում են, աչքերը ներս են ընկնում, մաշկը գունատվում է, շրթունքները դառնում են կապտավուն: Երիկամների որոշ հիվանդություններին բնորոշ է դեմքի այտուցվածությունը, որը հատկապես լավ է արտահայտվում առավոտյան և տեղակայվում է կոպերում: Շարակցական հյուսվածքի որոշ համակարգային քրոնիկական հիվանդությունների ժամանակ (դերմատոմիոզիտ) դիտվում է հարակնակապճային այտուց մաշկի մանուշակագույն երանգով (ակնոցների ախտանիշ):

Վահանագեղձի թերֆունկցիայի ժամանակ հիվանդի դեմքը լինում է գունատ, թեթև այտուցված, սակավ միմիկայով՝ դիմականման դեմք: Արյան փոքր շրջանառության խանգարմամբ ընթացող սրտի հիվանդությունների ժամանակ դիտվում է միթրալ կարմրություն, գունատ դեմքի վրա այտերը լինում են վարդագույն, ցիանոտիկ:

Աչքերի զննումը ևս ունի կարևոր ախտորոշիչ նշանակություն:

Օրինակ՝ վահանագեղձի գերֆունկցիայի ժամանակ (հիպերթիրեոզ) դիտվում է ակնաձեղքերի լայնացում, ակնագնդերի արտանկում (էկզոֆթալմ), կոպերի պիգմենտացիա: Ճարպային փեխանակության խանգարման դեպքում կոպերի վրա և մաշի հաստության մեջ նկատվում են հարթ դեղին բծեր՝ քսանտոմաներ: Լեղու արտահոսքի խանգարմամբ ընթացող լյարդի և լեղուղիների հիվանդություններին բնորոշ է սկլերաների դեղնություն, այն դեպքում, երբ մաշկի դեղնությունը դեռևս չի սկսել արտահայտվել:

Մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների գնում. Մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների գույնը կախված է մի շարք գործոններից՝ արյունատար անոթների տեղակայման խորությունից, արյան մեջ հեմոգլոբինի և էրիթրոցիտների քանակի փոփոխությունից, վերականգնված հեմոգլոբինի քանակից (այսինքն թոքերից ստացված թթվածնի փոխանցում հյուսվածքներին), մաշկում պիգմենտների (մելանին, բիլիռոբին և այլն) կուտակումից: Նշանակություն ունի նաև ենթամաշկային անոթների սպազմը:

Մաշկի գունատությունը պայմանավորված է անոթների սպազմով, էրիթրոցիտների և հեմոգլոբինի ցածր մակարդակով (անեմիա): Նման դեպքերում տեսանելի լորձաթաղանթները ևս լինում են գունատ: Եթե գունատությունը պայմանավորված է անոթների խորը տեղակայմամբ, ապա տեսանելի լորձաթաղանթները լինում են նորմալ (վարդագույն) գունավորմամբ:

Հիպերեմիան մաշկի կարմրությունն է, որն առաջանում է անոթների լայնացման հետևանքով: Այն հաճախ լինում է տաք լոգանքից հետո, տենդի ժամանակ, ալկոհոլ ընդունելիս և խիստ անհանգստանալիս:

Որոշ դեղամիջոցներ ևս առաջացնում են մաշկի մանր անոթների լայնացում, որը պայմանավորված է մաշկի անցողիկ հիպերեմիայով (նիկոտինաթթուն և նրա ածանցյալները): Մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների մշտական կարմրություն դիտվում է արյան մեջ հեմոգլոբինի բարձրացման և էրիթրոցիտների շատացման դեպքում (էրիթրեմիա):

Ցիանոզը մաշկի կապտությունն է, որը լինում է ընդհանուր և տեղային: Թոքային մազանոթներում արյան թթվածնով անբավարար հագեցման հետևանքով առաջանում է ընդհանուր ցիանոզ: Այսպիսի վիճակ դիտվում է թոքերի քրոնիկական հիվանդությունների ժամանակ, երբ արտաքին շնչառության խանգարումը առաջացնում է գազափոխանակության խանգարում, ավելոններում նվազում է թթվածնի պարունակությունը, իսկ ածխաթթու գազինը՝ ավելանում: Արյունը մազանոթներում քիչ է հագնում թթվածնով, ինչով էլ պայմանավորվում է մաշկային ծածկույթների կապտությունը: Տեղային կամ ծայրամասային ցիանոզը՝ ակրոցիանոզը (մատների ծայրերին, քթին, այտերին, շրթունքներին, ականջախեցու վրա), հիմնականում դիտվում է սրտի հիվանդությունների ժամանակ (սրտային անբավարարություն): Տեղային ցիանոզը առաջանում է այն ժամանակ, երբ խանգարվում է երակային արյան հոսքը մարմնի որևէ

հատվածում: Հիմնականում պայմանավորված է երակների անցանելիության խանգարմամբ (ֆլեքտորումբոզի ժամանակ):

Դեղնուկը մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների գունավորումն է դեղին գույնով, որն առաջանում է արյան մեջ լեդապիգմենտների կուտակման հետևանքով: Արյան մեջ բիլիռուբինի կուտակումը ի հայտ է գալիս մի շարք պատճառներից.

- ընդհանուր լեղածորանով լեղու արտահոսքի դժվարացումից, որը հետևանք է լեղուղիների քարով խցանման,
- ենթաստամոքսային գեղձի ուռուցքի ժամանակ, երբ գեղձի գլխիկը սեղմում է լեղածորանը,
- լեղուղիներում բորբոքային և կպումային երևույթներից:

Դեղնուկը կարող է առաջանալ նաև երիթրոցիտների ուժեղ քայքայման հետևանքով (հեմոլիզ): Բիլիռուբինի քանակն արյան մեջ կարող է ավելանալ հեպատոցիտների քայքայումից՝ լյարդի քրոնիկական տարածուն հիվանդությունների ժամանակ (սուր և քրոնիկ հեպատիտ, լյարդի ցիրոզ):

Մաշկի դեղնություն կարող է առաջանալ որոշ դեղամիջոցների ընդունումից՝ ակրիխին, կարոտին և այլն: Այս դեպքում սկլերաները և լորձաթաղանթները չեն դեղնում, արյան մեջ չի բարձրանում բիլիռուբինը:

Մաշկային ծածկույթները գննելիս կարող է նկատվել նաև մաշկի պիգմենտացիա, որը կարող է առաջանալ նաև նորմալում: Օրինակ՝ առողջ մարդկանց մոտ պիգմենտացիա առաջանում է արևի ճառագայթների և ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների ազդեցությունից:

Մաշկի պիգմենտացիա կարող է առաջանալ մակերիկամի ֆունկցիայի իջեցումից (հիպոկորտիցիզմ): Այս դեպքում պիգմենտավորված են լինում հիմնականում իրանը և պարանոցը:

Մաշկի վրա կարող են լինել դեպիգմենտացիալի հատվածներ՝ լեկոդերմա: Մաշկում հազվադեպ կարող է բացակայել պիգմենտը՝ ալբինիզմ: Պաթոլոգիական պիգմենտացիան պայմանավորված է մաշկում մելանինի կամ երկաթ պարունակող պիգմենտի կուտակմամբ (հեմոխրոմատոզ):

Մաշկի գննման ժամանակ հարկավոր է հայտնաբերել պիգմենտացիայի սահմանափակ հատվածներ՝ պեպեններ, խալեր: Պետք է ուշադրություն դարձնել սպիներին և քերծվածքներին: Մանրակրկիտ դիտվում է մարմնի մազածածկ հատվածը (մազաթափություն, գերմազակալում կանանց մոտ):

Զննման ժամանակ հնարավոր է մաշկի վրա հաշտնաբերել տարբեր հեմոռագիկ ցանավորումներ՝ պետեխիաններ (մաշկի վրա կետավոր արյունազեղումներ) և պուրպուրա (առավել խոշոր արյունազեղումներ):

Մաշկի վրա կարող են առաջանալ տարբեր ցանավորումներ, որոնցից առավել կարևոր նշանակություն ունի եղջերացանը՝ քորվող կարմրա-վարդագույն բծեր, որոնք հիշեցնում են եղինջի հարվածից առաջացած հետքեր: Որոշ ցանավորումներ իրենցից

հետո առաջացնում են թեփոտում: Մանր թեփերով թեփոտումը բնորոշ է կարմրուկային ցանավորմանը: Խոշոր թեփերով թեփոտումը բնորոշ է քութեշին:

Ջնման ժամանակ անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել նաև մաշկի վիճակին, ատրոֆիանների առկայությանը (բարակած, նրբացած), չորությանը, կնճռոտմանը: Նյութափոխանակության խանգարման, անեմիայի ժամանակ դիտվում է եղունգների փոփոխություն՝ կոտրտվածություն, շերտազատում: Սրտի բնածին արատների և թոքերի քրոնիկ թարախային հիվանդությունների ժամանակ եղունգները նմանվում են ժամացույցի ապակու :

Մաշկը գննելիս կարելի է հայտնաբերվել նաև այտուցներ: Այտուցված մաշկը լինում է գունատ, հարթ, երբեմն փայլում է: Սրտի հիվանդությունների ժամանակ այտուցները տեղակայվում են թաթերի, սրունքների և գոտկային շրջանում, երիկամների հիվանդությունների ժամանակ՝ կոպերի, դեմքի վրա:

Մարմնակազմություն (կոնստիտուցիա) Կոնստիտուցիան օրգանիզմի կայուն ձևաբանական և ֆունկցիոնալ հատկությունների ամբողջականությունն է: Մարմնակազմության առանձնահատկությունները պայմանավորված են տարբեր հիվանդությունների նկատմամբ մարդու օրգանիզմի ունեցած հակումով: Տարբերում ենք մարդակազմության մի քանի տեսակ՝

Ասթենիկ տիպ՝ երկար ու բարակ վերջույթներ, ձեռքերի նեղ ափեր և երկար մատներ: Պարանոցը երկար, կրծքավանդակը նեղ, միջկողային տարածությունները լայնացած: Մկանային համակարգը թույլ զարգացած, մաշկը բարակ, ենթամաշկային ճարպաշերտը թույլ զարգացած:

Հիպերսթենիկ տիպ՝ մարմնի ուղղահայաց չափերը հորիզոնականի հետ համեմատած փոքրացած են: Պարանոցն ու վերջույթները կարճ են ու հաստ: Կրծքավանդակը լայն ու կարճ, ուսերը լայն: Ոսկրերը լայն, մկանային համակարգը լավ զարգացած:

Նորմոսթենիկ տիպ՝ սա ասթենիկ և հիպերսթենիկ տիպերի միջանկյալ տիպն է:

Կյանքում հաճախ են հանդիպում շեղումներ նշված տիպերից: Նկարագրված են դեպքեր, երբ որոշակի կոնստիտուցիայի մարդիկ որոշակի պայմաններում ավելի ընկալունակ են այս կամ այն հիվանդության նկատմամբ: Օրինակ՝ ասթենիկ կառուցվածքով մարդիկ հաճախ հիվանդանում են շնչական օրգանների և մարսողական համակարգի (հատկապես աղիների) հիվանդություններով, հիպերսթենիկները՝ ճարպային փոխանակության խանգարմամբ, լյարդի և լեղուղիների հիվանդությամբ, սրտի իշեմիկ հիվանդությամբ:

Վերջույթների զննման ժամանակ ուշադրություն են դարձնում մկանային համակարգի զարգացման աստիճանին: Հոդերի որոշ հիվանդությունների ժամանակ նկատվում է մկանային մասսայի փոքրացում (մկանային ատրոֆիա), հատկապես այն մկանների, որոնք մասնակցում են այդ հոդերի շարժումներին: Օրինակ՝ ծնկան հոդի հիվանդությունների հետ կարող է զարգանալ ազդրի մկանների ատրոֆիա: Պետք է ուշադրություն դարձնել նաև երակների վիճակին: Վերջիններս կարող են լինել լայնացած,

նրանց ուղղությամբ կարող են լինել վարիկոզ հանգույցներ, երակների լայնացած հատվածներ: Երակների վարիկոզ լայնացման շրջանում հնարավոր է դիտվի պիզմենտացիա, մաշկի հյուծում և խոց:

Ձննում են նաև հիվանդի հոդերը՝ նրանց ձևը, մաշկի վիճակը, շարժումների ծավալը տվյալ հոդում:

Շնչառություն. Շնչառության հաճախականությունը բուլեմիայում կարելի է հաշվել հիվանդի կրծքավանդակը կամ որովայնը զննելով, որը պետք է կատարել հիվանդի համար աննկատ, քանի որ, հակառակ դեպքում նա կարող է կամա կամ ակամա փոխել շնչառության հաճախականությունը: Նպատակահարմար է հաշվել հիվանդի շնչառությունը անմիջապես պուլսը հաշվելուց հետո՝ ձեռքը չհեռացնելով ճաճանչային զարկերակից: Այս դեպքում հիվանդը համոզված կլինի, որ հաշվում են իր պուլսը: Եթե շնչառությունը մակերեսային է, և կրծքավանդակի կամ որովայնի շարժումները դժվար է որոշել, ապա բուժքույրը աննկատ իր ձեռքը հիվանդի ձեռքի հետ դնում է հետագոտվողի կրծքավանդակին կամ որովայնին(առանց սեղմելու) և որոշում է շնչառությունը: Հանգիստ վիճակում շնչառությունը լինում է համաչափ, շնչառական շարժումները 1 բուլեմիայում կազմում են 16-20 շարժում, ընդ որում ներշնչումը 2 անգամ կարճ է արտաշնչումից: Մեկ շնչառական ակտը մոտավորապես համապատասխանում է 4 պուլսային հարվածի: Քնած ժամանակ շնչառությունը դառնում է հազվական: Որոշ դեպքերում հիվանդի մոտ հայտնաբերվում է ոչ հավասարաչափ (առիթմիկ) շնչառություն՝ շնչում է մեկ հաճախ, մեկ հազվական՝ մեծ ընդմիջումներով: Այսպիսի շնչառությունը թոքային հիվանդության հետ կապված չէ: Այն պայմանավորված է շնչական կենտրոնի ախտահարումով:

Առիթմիկ շնչառությանն է պատկանում Չեյն-Ստոքսյան շնչառությունը: Սա բնորոշվում է նրանով, որ կարճատև կամ երկարատև շնչական դադարից հետո ի հայտ է գալիս մակերեսային, հազվական շնչառություն, որն աստիճանաբար հաճախանում է, խորանում և ուղեկցվում աղմուկով: Երբ հեռոց հասնում է առավելագույնի, շնչական շարժումները դառնում են մակերեսային, հազվական և նորից սկսվում է դադարը: Չեյն-Ստոքսյան շնչառության ի հայտ գալը խոսում է այն մասին, որ հիվանդի վիճակը վատանում է: Բուժքույրն այդ մասին անմիջապես պետք է հայտնի բժիշկին: Չեյն-Ստոքսյան շնչառությունը շնչական կենտրոնի գրգռականության թուլացման ախտանիշն է: Այս շնչառության ի հայտ գալը խոսում է ուղեղի ծանր հիվանդության, ուղեղային արյան շրջանառության խանգարման մասին, հանդիպում է մի շարք հիվանդությունների ժամանակ և խոսում է վատ ելքի մասին:

Երբեմն հիվանդը շնչում է հաճախ, բայց մակերեսորեն: Այսպիսի շնչառությունը լինում է ուժեղ ցավի ժամանակ: Օրինակ՝ պլերիտների կամ շնչական շարժումներին մասնակցող մկանների բորբոքման ժամանակ:

Տարբերում են նաև մեծ, աղմկոտ շնչառություն, որը կոչվում է Կուսմաուլյան շնչառություն՝ ներշնչումը երկար է և խորը, արտաշնչումը՝ կարճ: Այսպիսի շնչառությունը բնորոշ է դիաֆրեմիկ և ուրեմիկ կոմաներին:

Հիվանդի ընդհանուր վիճակը գնահատվում է հիմնվելով հիվանդի գիտակցության, ընդհանուր վիճակի, անկողնում գրաված դիրքի, դեմքի արտահայտության և հիվանդության ախտանիշների վրա:

Բավարար վիճակի դեպքում հիվանդի դիրքը անկողնում ակտիվ է, դեմքի արտահայտությունն առանց յուրահասկությունների, գիտակցությունը պարզ: Հիվանդն ակտիվ է, կարող է հոգալ իր պահանջները, ակտիվ գրուցում է բուժանձնակազմի հետ: Կարող են հայտնաբերվել հիվանդության շատ ախտանիշներ, բայց դրանք չեն խանգարում հիվանդին դրսևորելու իր ակտիվությունը:

Միջին ծանության վիճակը բնորոշվում է առավել արտահայտված գանգատներով, որոնք պայմանավորված են հիմնական հիվանդությամբ: Հիվանդը գերադասում է օրվա մեծ մասը լինել անկողնում, քանի որ ակտիվ շարժումները սաստկացնում են ընդհանուր թուլությունը և ցավային ախտանիշները: Հիվանդի գիտակցությունը, որպես օրենք պարզ է, դեմքի արտահայտությունը՝ հիվանդագին: Անմիջական հետազոտման ժամանակ ավելի էական է ներքին օրգանների և համակարգերի կողմից ախտաբանական փոփոխությունների հայնաբերումը:

Ծանր վիճակի դեպքում հիվանդը մշտապես գտնվում է անկողնում, հիվանդի գանգատները և հիվանդության ախտանիշներն ավելի ցայտուն են արտահայտված: Գիտակցությունը կարող է լինել մթագնած, երբեմն պարզվում է: Դեմքի արտահայտությունը տանջալից է: Ակտիվ շարժումներ կատարում է դժվարությամբ:

ՇՈՇԱՓՈՒՄ (ՊԱԼՊԱՑԻՈՒՄ)

Հիվանդի շոշափումը կատարվում է գնմանը զուգահեռ: Շոշափման հիմքում ընկած է բժշկի ձեռքի անմիջական հպումը հիվանդի մարմնի որևէ մասին: Շոշափման ժամանակ պետք է պահպանել մի շարք կանոններ՝ հիվանդի և բժշկի դիրքը հետազոտման համար պետք է լինի հարմար (բժիշկը նստում է պառկած հիվանդի աջ կողմում): Բժիշկի ձեռքերը պետք է լինեն տաք, որպեսզի հիվանդի մոտ տհաճ զգացում չառաջանա: Շոշափումը պետք է լինի փափուկ, քանի որ կոպիտ, կտրուկ շոշափումը հիվանդի մոտ առաջացնում է տհաճ զգացում (մինչև իսկ ցավ), բացի այդ, որովայնի կտրուկ շոշափումը առաջացնում է որովայնի առաջնային պատի լարում, որից դժվարանում է որովայնի խոռոչի օրգանների շոշափումը:

Շոշափման միջոցով կարելի է պատկերացում կազմել մաշկի վիճակի մասին: Մաշկի խոնավությունը կախված է մաշկի քրտնարտադրությունից: Մաշկի խոնավության բարձրացում նկատվում է այն հիվանդությունների ժամանակ, որոնք ուղեկցվում են մարմնի ջերմության բարձրացմամբ (թոքաբորբ, ռևմատիզմ և այլն): Մարմնի ջերմության կտրուկ իջեցման դեպքում (օրինակ՝ մեծ դեղաչափով ջերմիջեցնող դեղորայք ընդունելուց հետո կամ ջերմության ինքնուրույն իջեցում) ևս նկատվում է արտահարված քրտնարտադրություն, ընդ որում մաշկը լինում է գունատ և պատվում է սառը քրտինքով:

Մաշկի չորություն դիտվում է հեղուկի չափից ավելի կորստի դեպքում, օրինակ, շաքարային դիաբետի, մեծ դոզաներով միզամուղ ընդունելու, երկամային անբավարարության, երկարատև լուծի կամ առատ փսխումների դեպքում: Չոր մաշկ լինում է մի շարք հիվանդությունների ժամանակ, օրինակ՝ վահանագեղձի թերֆունկցիայի ժամանակ (հիպոթիրեոզ):

Շոշափման միջոցով որոշում են մաշկի առաձգականությունը: Առողջ մարդու մաշկը լինում է առաձիգ՝ այն ծալք առաջացնելուց հետո հեշտությամբ ուղղվում է: Մաշկի առաձգականության իջեցում նկատվում է մեծահասակների և ծերերի մոտ, ինչպես նաև հեղուկի կորստի և քրոնիկ երկարատև հիվանդությունների ժամանակ:

Շոշափման միջոցով հնարավոր է որոշել ենթամաշկային ճարպաշերտի զարգացման աստիճանը: Թույլ զարգացած ճարպային հյուսվածքի դեպքում մաշկի վրա կարելի է հեշտությամբ ծալք առաջացնել, իսկ հակառակ դեպքում՝ ծալքը դժվարությամբ է առաջանում (պետք է նկատի ունենալ, որ այտուցների դեպքում ևս մաշկը դժվարությամբ է ծալք առաջացնում):

Շոշափման միջոցով կարելի է հայտնաբերել ճարպի կուտակումը (ճարպային հանգույց՝ լիպոմա), այտուցները: Մատով սեղմում են այտուցի ենթադրյալ մասը (պետք է սեղմել այն մասը, որի տակ գտնվում է ոսկոր կամ ամուր մկանաշերտ, օրինակ՝ գոտկատեղի վրա): Այտուցի դեպքում սեղմված մասում առաջանում է փոսիկ: Այտուցը կարող է լինել շարժվող (դիրքի փոփոխման հետ կապված տեղաշարժ) կամ ամուր (չշարժվող): Այտուցների երկարատև պահպանման դեպքում առաջանում է մաշկի կոշտացում (ինդուրացիա):

Շոշափման միջոցով կարելի է որոշել նաև մկանների վիճակը: Այսպես՝ երկարատև հիվանդությունների ժամանակ մկանները ենթարկվում են հետաճի՝ ատրոֆիայի (դառնում են թույլ, հյուծված), իջնում է նրանց կծկողական գործունեությունը: Այսպիսի երևույթները ցայտուն են հոդերի ախտահարման և հյուծման ժամանակ (չարորակ նորագոյացություն), ինչպես նաև մեծահասակների և ծերերի մոտ:

Շոշափումը հնարավորություն է տալիս գնահատել նաև ավշային հանգույցների վիճակը: Նորմայում ավշային հանգույցները մեծ չեն (սիսեռից ոչ մեծ), անցավ են, շարժուն, միաձուլված չեն միմյանց և շրջակա հյուսվածքների հետ, կոնսիստենցիան փափուկ: Հանգույցները շոշափվում են պարանոցի առաջնային և կողմնային մակերեսներին, անութափոսերում, ստորին ծնոտի տակ և աճուկային շրջաններում: Ավշային հանգույցները մեծանում են մաշկի բորբոքումների, տրոֆիկ խոցերի ժամանակ: Հաճախ ավշային հանգույցները մեծանում են հեմոբլաստոզի ժամանակ՝ արյան համակարգի ուռուցքային հիվանդությունների (լիմֆոգրանուլեմատոզ, քրոնիկ լիմֆոլեյկոզ և այլն), չարորակ նորագոյացությունների մետաստազների դեպքում (օրինակ կրծքագեղձերի քաղցկեղի մետաստազների զարգացում անութային ավշային հանգույցներում): Ավշային հանգույցների տուբերկուլյոզի (լիմֆադենիտ) ժամանակ հանգույցների շոշափումը լինում է ցավոտ, նրանք ձուլվում են միմյանց և շրջակա հյուսվածքի հետ:

Ոսկրերի շոշափման ժամանակ կարելի է որոշել ցավոտ հատվածները, ծռումների առկայությունը, ոսկրահյուսվածքի գերաճը (օստեոֆիտ), խոշոր հոդերի շրջանում ենթամաշկային հանգույցները (ռևմատոիդ արթրիտ, ռևմատիզմ և այլն), հոդի խոռոչում արտազատուկի առկայությունը:

ԲԱԽՈՒՄ (ՊԵՐԿՈՒՍԻՈՆ)

Բախումը մեթոդ է, որը հնարավորություն է տալիս որոշել ներքին օրգանների տեղակայումը և նրանց չափերը: Բախումը լինում է ուղղակի (անմիջական), երբ մատով հարվածում են անմիջապես հիվանդի մարմնին և անուղղակի (միջնորդավորված)՝ մատով հարվածում են մյուս ձեռքի մատին, որը ամուր հպված է մարմնի հետազոտվող մասին:

Բախման ժամանակ անհրաժեշտ է պահպանել մի շարք կանոններ՝

- պետք է հարվածել միջնամատի վերջնային ֆալանգի փափուկ մասին,
- հարվածող մատի եղունգը պետք է լինի կարճ կտրած,
- ձեռքերը պետք է լինեն տաք,
- բախող հարվածը պետք է ուղել միևնույն ուժով, պետք է լինի ոչ շատ ինտենսիվ, բայց կտրուկ:

Բախման էությունը կայանում է նրանում, որ մատով հարվածելու ժամանակ առաջանում են տատանումներ, որոնք տարածվում են ձայնային ալիքի ձևով և մեր լսողական ապարատի միջոցով ընկալվում որպես որոշակի ձայն: Այդ ձայնի ուժը և բնույթը (տեմբր) կախված է տատանումների ամպլիտուդայից և հաճախականությունից՝ որքան մեծ է ամպլիտուդիան, այնքան բարձր է ձայնը, որքան մեծ է հաճախականությունը, այնքան մեծ է ձայնի ուժը (տեմբրը): Նույն հարվածից ստացված պերկուտոր հնչյունը (տատանումների ամպլիտուդը, հաճախականությունը և տևողությունը) որոշվում է օրգանի կառուցվածքով, օրգանների հյուսվածքների վիճակով, խոռոչային գոյացություններով: Յուրաքանչյուր օրգան «հնչում է» յուրովի, որը պայմանավորված է այդ օրգանի օդապարունակությամբ, տեղադրման խորությամբ և այլ գործոններով: Այս բոլորն էլ հնարավորություն են տալիս պատկերացում կազմել տվյալ օրգանի տեղակայման, ձևի, սահմանների և դրանցում առկա ախտաբանական փոփոխությունների մասին: Բախման ժամանակ առաջացած տատանումները ներթափանցում են 6-8 սմ խորությամբ, որը համապատասխանում է օրգանի տեղադրմանը (տոպոգրաֆիային):

Տարբերում են պերկուտոր հնչյունի 3 հիմնական ձև.

1. Բարձր, պարզ հնչյունը լավ տարբերակվող, ինտենսիվ հնչյուն է, որը լսվում է այն հյուսվածքների վրա, որոնք պարունակում են բավարար քանակությամբ օդ

(օրինակ թոքերի վրա, որի համար այս հնչյունը այլ կերպ կոչվում է թոքային հնչյուն):

2. Տիմպանիկ հնչյունը բարձր, երկարատև հնչյուն է, որը առաջանում է գազ և օդ պարունակող օրգանների կամ գոյացությունների վրա: Տիմպանիկ հնչյունին նման է տուփային հնչյունը, որն առաջանում է այն դեպքում, երբ օրգանը պարունակում է շատ մեծ քանակությամբ օդ (օրինակ՝ թոքերի էմֆիզեմայի ժամանակ):

3. Բուբ հնչյունը խուլ, թույլ, շուտ մարդոկ հնչյուն է, որը նորմալում առաջանում է անօդ հյուսվածքների վրա, օրինակ՝ ազդրի մկանների վրա (այս հնչյունը այլ կերպ կոչվում է նաև ազդրային):

Տարբերում են բախման 2 ձև՝ համեմատական և տեղագրական (տոպոգրաֆիկ):

Համեմատական պերկուսիան կատարվում է հերթականությամբ՝ կրծքավանդակի կամ որովայնի առաջնային պատի սիմետրիկ հատվածների վրա: Համեմատական պերկուսիան կատարվում է կրծքավանդակում կամ որովայնի խոռոչում ախտաբանական պրոցեսը հայտանաբերելու համար (տվյալ հատվածին ոչ բնորոշ ձայնի առաջացում):

Տեղագրական պերկուսիայի նպատակն է որոշել օրգանների կամ պաթոլոգիական գոյացությունների սահմանները, մեծությունը և ուրվագիծը (կոնֆիգուրացիան):

Տեղագրական պերկուսիայի ժա, մանակ պետք է պահպանել մի շարք օրենքներ.

- բախել պարզ ձայնից դեպի բուբ հնչյուն (մարդկային լսողությունը լավ ընկալում է այսպիսի անցումը)
- մատ-պլեսիմետրը (այն մատն է, որի վրա հարվածում են) անհրաժեշտ է դնել պերկուտոր մակերեսին՝ զուգահեռ ենթադրվող բթության սահմանին
- օրգանի սահմանը (գոյացության սահմանը) պետք է նշել մատ-պլեսիմետրի դրսային եզրով, ուղղված օրգանին, որը տալիս է պարզ հնչյուն:

ԼՍՈՒՄ (ԱՌԻՄԿՈՒԼՏԱՑԻՈՒ)

Լսումը հիվանդի կլինիկական քննության հիմնական մեթոդներից է: Այն հիմնված է օրգանիզմում, մասնավորապես շնչական և արյան շրջանառության օրգաններում, ստամոքսում ու աղիքներում նրանց գործունեության ժամանակ ինքնուրույն կերպով առաջացող ձայնային երևույթները լսելու վրա:

Տարբերում ենք ուղղակի (անմիջական) և ոչ ուղղակի (միջնորդավորված) լսում: Ուղղակի լսում կատարվում է անմիջապես ականջը դնելով մարմնի այս կամ այն հատվածի վրա: Այս մեթոդը այժմ չի կիրառվում: Ոչ ուղղակի լսում իրականացվում է հատուկ գործիքի օգնությամբ (սթետոսկոպով կամ ֆոնենդոսկոպով):

Թոքերի լսման ժամանակ լսվում են աղմուկներ, որոնք պայմանավորված են ներշնչման և արտաշնչման ժամանակ օդատար ուղիներով օդի անցմամբ (տրախեա, բրոնխ, բրոնխիտ): Առողջ մարդու թոքերի լսման ժամանակ լսվում է նորմալ շնչառական աղմուկ և կոչվում է վեզիկուլյար կամ բշտիկային շնչառություն: Իր ձայնային հատկություններով բշտիկային շնչառությունը հիշեցնում է այն հնչյունը, որն առաջանում է «ֆ» տառը երկարատև արտասանելիս:

Նորմայում կոկորդի, շնչափողի և խոշոր բրոնխների շրջանում լսվում է բրոնխային շնչական աղմուկ, որը կոչվում է բրոնխային շնչառություն: Այն նման է ռուսերեն «X» տառի արտասանության ժամանակ առաջացող հնչյունի և լսվում է և՛ ներշնչման, և՛ արտաշնչման ամբողջ ընթացքում:

Ախտաբանական բրոնխային շնչառությունը կարող է հանդես գալ թոքային հյուսվածքի պնդացմամբ ուղեկցվող հիվանդությունների դեպքում, որոնց հետևանքով թոքը որոշակի տեղամասում դառնում է օդազուրկ: Նման դեպքերում կոկորդում առաջացող բրոնխային շնչառությունը շնչական ուղիներով և թոքերի պնդացած հյուսվածքով փոխանցվում է կրծքավանդակի մակերևույթին: Ախտաբանական բրոնխային շնչառությունը լսվում է կռուպոզ թոքաբորբի երկրորդ շրջանում, ինֆիլտրատիվ տուբերկուլյոզի, թոքի քաղցկեղի, թոքային հյուսվածքը ուռուցքով կամ հեղուկով ճնշվելիս և այլ դեպքերում:

Շնչական համակարգի լսման ժամանակ հիմնական շնչական աղմուկների՝ բշտիկային և բրոնխային շնչառությունների կողքին կարող է լսվել նաև կողմնակի շնչական աղմուկներ, որոնք առաջանում են շնչափողում, բրոնխներում, ավելուներում, թոքային խորշերում և պլևրայի ճեղքում լորձի, թարախի, էքսուդատի, այտուցային հեղուկի և այլ ախտաբանական գոյացությունների առկայության հետևանքով:

Կողմնակի շնչական աղմուկների թվին են պատկանում թաց և չոր խզզոցները, ճարճատյունը և պլևրայի քսման աղմուկը:

Խզզոցներ են համարվում այն կողմնակի շնչական աղմուկները որոնք առաջանում են շնչափողում, բրոնխներում և թոքային խորշերում՝ շնչական ուղիներով օդի անցմանը ուղեկցող էքսուդատի, տրանսուդատի, թարախի կամ արյան տատանումներից: Խզզոցները հայտնաբերելու նպատակով պետք է խնդրել հիվանդին հնարավորին չափ խորը շնչել, քանի որ որքան աշխույժ է կատարվում օդի շարժումը շնչական ուղիներով, այնքան ավելի մեծ է օտար մարմնի տատանման ամպլիտուդը և հետևաբար նաև խզզոցների ուժը:

Ըստ ակուստիկական հատկությունների և առաջացման մեխանիզմի՝ տարբերվում են չոր և թաց խզզոցները: Չոր խզզոցները մի դեպքում հիշեցնում են սուլոց, մյուսում՝ դզզոց, իսկ երրորդում՝ ճարճատյուն: Դրան համապատասխան տարբերվում են սուլող, դզզացող և ճարճատող չոր խզզոցներ: Չոր խզզոցները լսվում են շնչական ուղիներում աննշան քանակությամբ մածուցիկ արտադրուկի առկայության կամ բրոնխների լուսանցքի նեղացման պայմաններում: Սուլող խզզոցները մեծամասամբ բրոնխիոլոսպազմի հետևանքն են:

Թաց խզոնները կարող են առաջանալ շնչափողում, բրոնխներում և թոքային խորշերում՝ նրանցում ջրիկ արտազատուկի՝ խորխի, այտուցային հեղուկի և արյան առկայության դեպքում: Թաց խզոնները բաժանվում են մանր, միջին և խոշոր բշտիկավոր տարատեսակների՝ կախված բրոնխների տրամագծից: Այստեղից հասկանալի է դառնում, որ թաց խզոնների տարբեր տեսակների հայտնաբերումը հնարավորություն է տալիս որոշել ախտաբանական պրոցեսի տեղակայումը:

Պլերային (թոքամզի) բորբոքման և նրա մակերեսին ֆիբրինային նստվածքի առաջացման դեպքում լսվում է պլերայի քսման աղմուկ, որը պայմանավորված է թոքամզի թերթիկների (առպատային և ընդերային թերթիկ) շփումով միմյանց:

Սրտի լսման ժամանակ նորմայում լսվում է 2 պարզորոշ հնչյուն (սրտի տոներ), որոնք պայմանավորված են սրտի փականների շարժումով և նախասրտի ու փորոքի պատի տատանումներով: Սրտի տոներ կարճ ձայն է, նորմայում՝ բավականին մաքուր և բարձր: Ճարպային փոխանակության (հաստ պատ) խանգարման, կրծքավանդակի և թոքերի բարձր օդատարության (թոքի էմֆիզեմա) դեպքում առաջանում է սրտի տոների խլացում:

Սրտամկանի հիվանդությունները, սրտի փականների ախտահարումները կարող են բերել սրտի տոների կտրուկ թուլացման, որն ունի ախտորոշիչ նշանակություն: Այս դեպքում կարող են առաջանալ լրացուցիչ տոներ: Տոնի բարձրության ուժեղացումը կախված է սրտի փականների փակման մեծ արագությունից: Սրտի փականային ապարատի ամբողջականության խախտման դեպքում (փականների փեղկի կարճացում կամ կնճռոտում) կարող են առաջանալ լրացուցիչ ձայներ՝ աղմուկներ: Կախված նրանից, թե որ փականն է ախտահարված և ինչպիսին է ախտահարման բնույթը, աղմուկը կարող է առաջանալ սիստոլայի կամ դիաստոլայի ժամանակ: Սրա հիման վրա դրվում է ախտորոշում՝ սրտի այս կամ այն փականի ախտահարում (սրտի արատ): Աղմուկ կարող է առաջանալ և առանց փականների ախտահարման (օրինակ անեմիայի, բարձր ջերմության, արյունահոսության ժամանակ), միայն թե այս դեպքում աղմուկը մեծ չէ և չի ուղեկցվում սրտի տոների փոփոխմամբ:

Պերիկարդի հիվանդությունների ժամանակ (բորբոքում) կարող է առաջանալ պերիկարդի քսման աղմուկ, որը պայմանավորված է պերիկարդի բորբոքված թերթիկների միմյանց շփումով:

Սրտի աուսկուլտացիայի ժամանակ որոշվում է նաև սրտի ռիթմի խանգարումները:

Անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է նաև որովայնի խոռոչի լսում: Այս դեպքում սովորաբար լսում են անհասկանալի ձայներ, որոնք չունեն որոշակի պարբերականություն՝ այս ձայները առաջանում են աղիքների շարժումներից: Որովայնի խոռոչի ծանր հիվանդությունների ժամանակ, որոնք ուղեկցվում են աղիքների շարժումների կտրուկ թուլացմամբ կամ բացակայությամբ, այս ձայները չեն լսվում: Վերջինս բնորոշ է աղիքների անանցանելիությանը և որովայնամզի բորբոքմանը (պերիտոնիտ):

ԼԱԲԱՐԱՏՈՐ-ԳՈՐԾԻՔԱՅԻՆ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐ

Հիվանդի հետազոտումը հնարավոր չէ պատկերացնել առանց լաբարատոր-գործիքային հետազոտման: Որոշ դեպքերում առանց այս հետազոտման հնարավոր չէ դնել ճիշտ ախտորոշում: Բայց և այնպես պետք չէ գերազնահատել այս հետազոտությունը, քանի որ դրանք արտացոլում են պաթոլոգիական պրոցեսի հայտնաբերման միայն որոշակի հնարավորություններ: Այս կամ այն հետազոտության նշանակման համար կան հատուկ ցուցումներ, քանի որ որոշ հետազոտություններ հիվանդի համար այնքան էլ հեշտ տանելի չեն և հանդիսանում են փոքրիկ վրաբուժական միջամտություններ:

ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ԳՈՐԾԻՔԱՅԻՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐ

Զարկերակային ճնշման չափում

Բժշկական պրակտիկայում զարկերակային ճնշման չափումը՝ արյան հոսքի ճնշման որոշումը, ունի մեծ նշանակություն: Տարբերում են մաքսիմալ զարկերակային ճնշում, որը համապատասխանում է ձախ փորոքի սիստոլային (սիստոլիկ) և մինիմալ (դիաստոլիկ), երբ ճնշումը զարկերակներում ամենացածրն է : Առողջ մարդու մոտ զարկերակային ճնշումը միջինում հավասար է մաքսիմալը՝ 120-130մմ.սնդ. սյան, մինիմալը՝ 60-80մմ.սնդ. սյան: Մաքսիմալ և մինիմալ ճնշումների տարբերությունը կոչվում է պուլսային ճնշում և հավասար է 40-60մմ. սնդ. սյան: Արյան ճնշումը որոշվում է բազկային զարկերակի վրա: Դրա համար մերկ բազկին կապում են բազկակապը (ոչ շատ պինդ), այնուհետև ռետինե բալոնով դեպի բազկակապ ու մոնոմետր մղում են օդ: Բազկակապ անցած օդը սեղմում է բազկային զարկերակին և նրանում արյան հոսքը դադարում է : Այնուհետև աստիճանաբար բաց են թողնում օդը տանձիկի վրայի պտուտակի օգնությամբ, և ճաճանչային զարկերակի վրա ի հայտ են գալիս պուլսային ալիքներ: Այդ պահը (1-ին պուլսային ալիքի ի հայտ գալը) համապատասխանում է զարկերակային մաքսիմալ ճնշմանը:

Մինիմալ ճնշումը որոշելու համար (և մաքսիմալը առավել ճիշտ որոշելու համար) օգտվում են Կորոտկովի մեթոդից: Ֆոնենդոսկոպը տեղադրում են արժակային ծալքում՝ արժակային զարկերակի վրա: Բազկակապ մղում են օդ այնքան, մինչև վերանա պուլսը: Այնուհետև բաց են թողնում օդը մինչև ձայների առաջացումը, որը լինում է այն դեպքում, երբ արյունը անցնում է արժակային զարկերակով: Լսվող առաջին տոնը համապատասխանում է մաքսիմալ զարկերակային ճնշմանը: Երբ զարկերակով արյան հոսքը լրիվ վերականգնվում է, ձայները վերանում են: Այդ պահը համապատասխանում է մինիմալ զարկերակային ճնշմանը:

ՌԵՆՏԳԵՆԱՅԻՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ

Օրգանների ռենտգեն հետազոտությունը հիմնված է ռենտգենյան ճառագայթների տարբեր խտության հյուսվածքների մեջ այս կամ այն չափով թափանցելու հատկությունների վրա: Ռենտգենյան ապարատը կազմված է ռենտգենյան խողովակից և էկրանից: Էլեկտրական հոսանքի բաց թողումից ռենտգեն խողովակի մեջ առաջանում է կարճալիքային էլեկտրամագնիսական ճառագայթում՝ ռենտգենյան ճառագայթում: Մարդը գտնվում է ռենտգենյան խողովակի և էկրանի միջև: Ռենտգենյան ճառագայթները անցնելով օրգանների և հյուսվածքների միջով, մասնակի կլանվում են նրանց կողմից: Կլանման աստիճանը կախված է օրգանի հաստությունից, պնդությունից և ֆիզիկոքիմիական հատկություններից: Դրա հետևանքով էկրանի վրա մեծ խտությամբ օրգանները երևում են (մթության) ստվերի ձևով (ոսկոր, սիրտ, լյարդ, մեծ անոթներ), իսկ այն օրգանները, որոնք օդ են պարունակում, երևում են պայծառ լուսարձակման ձևով (օրինակ թոքերը): Օրգաններում և հյուսվածքներում պաթոլոգիական փոփոխությունները փոխում են ռենտգեն պատկերը, որը և հնարավորություն է տալիս կատարելու համապատասխան ախտորոշիչ եզրահանգում: Ռենտգեն հետազոտման մեթոդներին են պատկանում՝ ռենտգենոսկոպիան, ռենտգենոգրաֆիան, կոնտրաստ ռենտգենոգրաֆիան, կոնտրաստ անգիոգրաֆիան, , կոմպյուտերային տոմոգրաֆիան և այլն: Մի շարք հիվանդությունների բացահայտումն առանց ռենտգեն հետազոտման ուղղակի անհնարին է:

Ռենտգենոսկոպիան հնարավորություն է տալիս տարբեր օրգանների պատկերը դիտել անմիջապես էկրանի վրա:

Ռենտգենոգրաֆիան դիտարկվող օրգանի լուսանկարումն է ռենտգենյան ճառագայթման միջոցով: Պատկերը ֆիքսվում է լուսանկարչական ժապավենի վրա: Ստացված նկարը կոչվում է ռենտգենոգրամմա:

Տոմոգրաֆիան օբյեկտի ռենտգեն պատկերի ստացումն է անհրաժեշտ խտությամբ: Օրգանի ժապավեն մասը չունի պարզ արտացոլում:

Ֆլյուրոգրաֆիա մեթոդի օգնությամբ կատարում են կրծքավանդակի օրգանների մեծ քանակությամբ նկարներ: Այս մեթոդը թանկ չէ, որն էլ հնարավորություն է տալիս հետազոտել մարդկանց մեծ համակազմի (կոնտինգենտի) տուբերկուլյոզի և թոքերի ուռուցքների կանխարգելման նպատակով:

Կոնտրաստ ռենտգենոսկոպիան (ռենտգենոգրաֆիա) հիմնված է հատուկ նյութերի ներարկման վրա, որոնք պահում են ռենտգեն ճառագայթները սնամեջ օրգաններում (բրոնխ, ստամոքս, երիկամի ավազան, միզապարկ, լեղապարկ և այլն), որի շնորհիվ էկրանին կամ ռենտգեն նկարի վրա առաջանում է տվյալ օրգանի պարզորոշ արտացոլումը: Վերջին ժամանակներում կիրառվում է նոր, ինֆորմատիվ մեթոդ, որը կոչվում է կոմպյուտերային (համակարգչային) տոմոգրաֆիա: Այս հետազոտության ժամանակ ճառագայթման աղբյուրը (ռենտգեն խողովակ) և ճառագայթման ընդունիչը (ռենտգեն ժապավեն) շարժվում են հիվանդի անշարժ մարմնի շուրջը: Ռենտգեն

ճառագայթները անցնում են օրգանների և հյուսվածքների միջով, որոնցից էլեկտրական ազդանշաններ են գնում դեպի համակարգիչ, իսկ հետո՝ դեպի հեռուստացույցի էկրան: Վերջինից պատկերը կարող է հանվել ռենտգենյան ժապավենի վրա: Կոմպյուտերային տոմոգրաֆիան հնարավորություն է տալիս առանց կոնտրաստ նյութ օգտագործելու որսալ օրգանների և հյուսվածքների կողմից նույնիսկ աննշան փոփոխությունները, հնարավորություն է տալիս վաղաժամ հայտնաբերել ուռուցքային և այլ հիվանդություններ:

Թոքերի և բրոնխների հիվանդությունների ախտորոշման ժամանակ օգտագործվում է բրոնխոգրաֆիա, երբ բրոնխի խոռոչ է ներմուծվում ռենտգենոկոնտրաստ նյութ (յուղային կամ ջրում լուծվող): Բրոնխոգրաֆիան բացահայտում է ուռուցքային պրոցեսները բրոնխում, բրոնխի լայնացումը (բրոնխեկտազիա), թոքային հյուսվածքում խոռոչները (աբսցես, կավերնա): Հետազոտության ժամանակ հիվանդը պետք է լինի սոված: Առանձնահատուկ ուշադիր պետք է լինել հիվանդների նկատմամբ հետազոտությունից հետո, քանի որ նրանց մոտ կարող է առաջանալ (կամ կտրուկ ավելանալ) հազ, որի ժամանակ արտադրվում է մեծ քանակով ռենտգենոկոնտրաստ նյութ պարունակող խորխ: Որոշ դեպքերում բրոնխների լրիվ ազատումը կոնտրաստ նյութից կարող է տևել 1-2 օր: Հիվանդին պետք է տալ հատուկ աման՝ խորխաման, խորխի համար: Հազվադեպ դժվարությամբ արտադրվող ռենտգենոկոնտրաստ նյութը կարող է բերել թոքաբորբի առաջացման: Այս մասին պետք է իմանա բուժքույրը և եթե վատանում է հիվանդի վիճակը, բարձրանում մարմնի ջերմաստիճանը, ուժեղանում հազը, առաջանում է հևոց, ապա անմիջապես պետք է հայտնել բժիշկին: Սրտի և խոշոր անոթների հետազոտման համար (աորտա, թոքային զարկերակ) ևս կիրառվում է ռենտգենոկոնտրաստ և ռենտգենոգրաֆիան:

Ռենտգեն հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս որոշել ամբողջ սրտի և նրա առանձին խոռոչների մեծացման սահմանները, խոշոր անոթների չափերը, սրտի տեղաշարժը և շարժունակությունը նրա կծկումների ժամանակ: Ռենտգեն հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս որոշել պերիկարդում հեղուկի առկայությունը, գնահատել սրտի կծկողական ֆունկցիան: Սրտի ուրվագծերի, պուլսացիայի միջոցով, գծային ստվերների ձևով երևում է պերիկարդի կրակալումը:

Սրտի և խոշոր անոթների վիճակը ավելի լավ որոշելու համար կատարվում է անգիոկարդիոգրաֆիա՝ խոշոր անոթների և խոռոչների մեջ հատուկ զոնդերով ներմուծվում է հեղուկ, ռենտգենոկոնտրաստ նյութ (սրտի և անոթների զոնդավորում): Ըստ էության, սա ոչ մեծ վիրահատական միջամտություն է, որը կատարվում է հատուկ կահավորված ռենտգենյան վիրահատարանում՝ պահպանելով ասեպտիկայի կանոնները: Հետազոտությունից հետո հիվանդները պետք է լինեն հատուկ ուշադրության կենթոնում, քանի որ սրտի խոռոչ ռենտգենոկոնտրաստ նյութի ներմուծումը կարող է պատճառ դառնալ ինչպես վաղաժամ, այնպես էլ ուշացած սրտի ռիթմի խանգարման, սրտի շրջանի ցավերի, ընդհանուր թուլության և զարկերակային ճնշման իջեցման: Այս

ռեակցիաների մասին պետք է տեղյակ լինի բուժքույրը և ժամանակին տեղեկացնի բժիշկին:

Մարսողական օրգանների ռենտգեն հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս գնահատել սնամեջ (ստամոքս, կերակրափող, աղիներ, լեղուղիներ) և պարենքիմատոզ (լյարդ, ենթաստամոքսային գեղձ) օրգանների վիճակը:

Մարսողական օրգանների ռենտգենյան հետազոտությունը (առանց ռենտգեն կոնտրաստ նյութ օգտագործելու) կիրառվում է աղիքային անանցանելիությունը կամ ստամոքսի և աղիների պերֆորացիան (թափաժակում) հայտնաբերելու համար: Այս դեպքում կարելի է աղիներում հայտնաբերել գազի կուտակում կամ հեղուկ: Որպես կոնտրաստ նյութ օգտագործվում է բարիումի սուլֆատի կախույթը, որը իրենից ներկայացնում է սպիտակ, կավճանման մասսա: Կերակրափողի հետազոտության համար հիվանդին տալիս են խմելու բարիումի կախույթը և էկրանի վրա հետևում են դրա շարժմանը և անցմանը կերակրափողով: Գնահատում են շարժողական ֆունկցիան, ինչպես նաև կերակրափողի ուրվագծերը (նեղացման, լայնացման հատվածներ, ուռուցքի առկայություն և այլն):

Բարիումի կաղույթն օգտագործվում է նաև ստամոքսի և 12մատնյա աղիքի հետազոտման համար. որոշում են ստամոքսի և 12մատնյա աղու լորձաթաղանթի մակերևույթի կազմությունը (ռելիեֆը), շարժողական ֆունկցիան, խոցերի և ուռուցքների առկայությունը, ստամոքսի նեղացումը կամ լայնացումը (առանձին մասերի):

Հաստ աղիքի հետազոտման համար անհրաժեշտ է մաքրել և բարիումը ներմուծել հոգնայի օգնությամբ: Գնահատում են բարիումի լցման աստիճանը և հավասարաչափությունը, աղիքի դիրքը և տոնուսը: Այնուհետև հիվանդին առաջարկում են դատարկել աղիքները և կատարվում է եզրակացություն լորձաթաղանթի ռելիեֆի վիճակի մասին: Աղիքների հետազոտման համար անհրաժեշտ է ներմուծել օդ, որի ժամանակ հաստ աղիքը արտափքվում է և կարելի է տեսնել լորձաթաղանթի ծալքերը, հեշտությամբ հայտնաբերել ուռուցքը և աղիքի որևէ հատվածի նեղացումը: Ռենտգեն քննությամբ կարելի է որոշել աղիքի զարգացման շեղումները (անոմալիաները):

Լեղապարկի հետազոտությունը (խոլեցիստոգրաֆիա) կատարվում է հիվանդի հստակ նախապատրաստումից հետո (3 օրվա ընթացքում հիվանդը պետք է պահպանի դիետա՝ բացառելով ածխաջրատները): Ռենտգենկոնտրաստ նյութը տրվում է ներիքին ընդունման ձևով (խոլևիտ, բիլիտրաստ) կամ ներերակյաին (բիլիգրաֆին), և մի որոշ ժամանակից կատարում են լեղապարկի ռենտգեն նկար: Այնուհետև հիվանդին տալիս են ձվի հում դեղնուց, որը նպաստում է լեղապարկի կծկումներին և դատարկմանը, և նորից կատարում են նկարահանում: Նկարների վերլուծման ժամանակ կարելի է որոշել լեղապարկի ձևը և դիրքը, դեֆորմացիաները և դատարկման աստճանը: Երբեմն լեղապարկի ստվերը կարող է բացակայել, որի պատճառներից է ընդհանուր լեղածորանի խցանումը քարերով կամ ուռուցքով: Եթե ռենտգենկոնտրաստ նյութը ներմուծվում է

ներերակային, ապա ռենտգեն նկարների վրա կարելի է տեսնել ներլյարդային լեղուղիները: Հետազոտման այս մեթոդը կոչվում է խոլեգրաֆիա:

Միզարտադրման օրգանների ռենտգեն հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս գնահատել երիկամի ավազանի ձևը և դիրքը, նրանում կոնկրեմենտի առկայությունը, միզածորանի նեղացումը կամ լայնացումը և այլն: Ռենտգենոգրաֆիայի ժամանակ (առանց ռենտգենկոնտրաստ նյութի օգտագործման) կարելի է տեսնել միայն երիկամների ստորին 2/3-ը, միզածորանները: Երիկամի ավազանը չի երևում: Երբեմն երևում են երիկամային կոնկրեմենտները, որոնք հարուստ են կրային աղերով: Վատ երևում են այն կոնկրեմենտները, որոնք հարուստ են միզաթթվային աղերով և չեն երևում ֆոսֆատային կոնկրեմենտները:

Երիկամների և միզուղիների հիվանդությունների ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի ռենտգենկոնտրաստ նյութով ռենտգեն հետազոտությունը:

Վերընթաց պիելոգրաֆիայի ժամանակ ռենտգենկոնտրաստ նյութն անցկացվում է միզածորան՝ կաթետրի միջոցով, որտեղից էլ անցնում է երիկամի ավազան: Հետընթաց (ռետրոգրադ) պիելոգրաֆիայի համար անհրաժեշտ է կաթետերիզացնել միզապարկը: Կաթետրը միզահան խողովակով (ուղիղ) անցկացնում են մինչև միզապարկ, այնուհետև ցիստոսկոպի հսկողության տակ տանում են դեպի միզածորան: Ներերակային պիելոգրաֆիայի ժամանակ ռենտգեն կոնտրաստ նյութը ներմուծվում է ներերակային: Ռենտգեն նկարները կատարում են համապատասխանաբար՝ պրեպարատը ներմուծելուց 5-7 րոպե հետո:

Պիլոգրաֆիան լրիվ պատկերացում է տալիս ոչ միայն միզային օրգանների մորֆոլոգիական առանձնահատկությունների, այլ նաև նրանց ֆունկցիոնալ վիճակի մասին: Այն հնարավորություն է տալիս հայտնաբերել սպիական փոփոխությունը և արատները: Երիկամի ֆունկցիայի թուլացման ժամանակ ռենտգեն կոնտրաստ նյութը դժվարությամբ է արտահանվում:

Միզուղիների ռենտգեն հետազոտության համար հիվանդին նախօրոք պատրաստում են (2-3 օր դիետայի պահպանում՝ սահմանափակելով ածխաջրատները), հետազոտման նախօրեին կատարում են մաքրող հոգնա: Ռենտգեն կոնտրաստ նյութի ներմուծմանն ի պատասխան հիվանդների մոտ կարող է բարձրանալ մարմնի ջերմաստիճանը, առաջանալ սրտխառնոց: Միզապարկի ռենտգեն հետազոտությունը առանձնապես կարևոր պրակտիկ նշանակություն չունի, քանի որ միզապարկի հիվանդությունների ժամանակ կատարվում է ցիստոսկոպիա:

Էլեկտրոկարդիոգրաֆիա, էլեկտրասրտագրություն

Էլեկտրոկարդիոգրաֆիան հիմնված է սրտի աշխատանքի ժամանակ առաջացած էլեկտրական հոսանքների գրանցման վրա, հատուկ ապարատի՝ էլեկտրոկարդիոգրաֆի օգնությամբ:

Միոկարդում մշտապես կատարվում է տարբեր բիոքիմիական պրոցեսներ, որոնք ուղեկցվում են տարբեր իոնների նկատմամբ միոկարդի թելիկների թափանցելիության փոփոխությամբ, որը պայմանավորում է իոնների տեղաշարժը կարդիոմիոցիտների մեմբրանայով: Արդյունքում առաջանում են բիոէլեկտրիկ պրոցեսներ՝ սրտի էլեկտրաշարժ ուժ: Այս պրոցեսները կարող են գրանցվել, ինչպես մերկ սրտի մակերեսին (մակերևույթին), այնպես էլ մարդու մարմնի մակերևույթին: Սրտի էլեկտրաշարժ ուժի մեծությունը ծայրաստիճան փոքր է, դրա համար էլեկտրոկարդիոգրաֆում այդ բիոէլեկտրիկ պրոցեսները սկզբից ուժեղացնում են, հետո տեղափոխում սարքի գրանցող մասի վրա: Սրտի էլեկտրաշարժ ուժը գրանցվում է կորի ձևով էլեկտրասրտագրություն (էլեկտրոկարդիոգրամա, ԷՍԳ): Վերջինս ունի որոշակի ատամիկներ (P, Q, R, S, T): ԷՍԳ-ն կարելի է գրանցել մարմնի տարբեր մասերից: Ներկայումս ԷՍԳ-ն գրանցում են 12 արտածումներով (էլեկտրոդների տեղադրման 12 տարբեր զուգորդումներ): ԷՍԳ-ն հնարավորություն է տալիս պատկերացում կազմել սրտի բիոէլեկտրիկ ակտիվության տարբեր խանգարումների մասին, որոնք առաջանում են սիրտ-անոթային համակարգի տարբեր հիվանդությունների ժամանակ: ԷՍԳ հայտնաբերվում է սրտի ռիթմի և հաղորդչականության խանգարումները սրտի տարբեր հատվածներում: Սրտի բիոէլեկտրիկ ակտիվության փոփոխություն առաջանում է փորոքների և նախասրտերի մկանների հիպերտրոֆիայի ժամանակ, ինչպես նաև սրտամկանի ինֆարկտի ժամանակ (արյան շրջանառության խանգարման հետևանքով սրտամկանում նեկրոզի օջախների առաջացում): ԷՍԳ-ի համար հիվանդին նախապատրաստել պետք չէ: ԷՍԳ-ն օգնում է սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների ախտորոշմանը: Սակայն պետք է հիշել, որ առողջ մարդկանց մոտ կարող են հայտնաբերվել շեղումներ ԷՍԳ-ում և հակառակը՝ հիվանդի մոտ կարող է լինել նորմալ ԷՍԳ: Այդ իսկ պատճառով պետք չէ ԷՍԳ-ին տալ բացարձակ կարևոր նշանակություն: Այս և մյուս գործիքային հետազոտման մեթոդներն ունեն ախտորոշման որոշակի սահմաններ:

Ֆոնոկարդիոգրաֆիա

Այս մեթոդի էությունը կայանում է սրտի աշխատանքի ժամանակ առաջացած ձայների գրաֆիկական պատկերման մեջ: Սրտի տոները և աղմուկները գրանցվում են հատուկ լսափողով, որը դրվում է կրծքավանդակի առաջնային պատի տարբեր կետերին և փոխանցվում են հատուկ գործիքով, որը տեղադրված է էլեկտրոսրտագրի վրա: Ֆոնոկարդիոգրամման գրանցվում է ԷՍԳ-ի արտածումներից մեկի հետ, որպեսզի հնարավոր լինի սահուն տարբերել տոները և աղմուկները, որոնք առաջանում են սիստոլայի և դիաստոլայի ժամանակ:

Ֆոնոկարդիոգրամմայի տվյալները հաշվի են առնում սրտի արատների ախտորոշման ժամանակ, քանի որ լրացուցիչ տոները և աղմուկները սովորական լսելու

Ժամանակ հնարավոր չէ հայտնաբերել: Այս մեթոդը ևս ունի իր ախտորոշման սահմանները, դրա համար խիստ կարևոր նշանակություն տալ պետք չէ:

Ֆոնոկարդիոգրամմա կատարելու համար հիվանդին նախօրոք նախապատրաստել պետք չէ, հիվանդը պառկում է մեջքի, իսկ լսափողը տեղադրվում է կրծքավանդակի վրա այն կետում, որտեղ լավ են լսվում սրտի այս կամ այն փականները:

Ուլտրաձայնային ախտորոշում

Այս մեթոդի դեպքում կիրառվում է ուլտրաձայն, որը բացահայտում է օրգանների և պարթոլոգիական գոյացությունների կառուցվածքները, որոնք չեն հայտանբերվել հետազոտման այլ մեթոդներով: Հատուկ հաղորդիչի օգնությամբ ուլտրաձայնային իմպուլսներն ուղղում են հետազոտվող օրգանի կամ գոյացության կողմը, արձակված ազդանշանները ընդունվում են ապարատի կողմից, կրելով որոշակի ձևափոխություններ, էկրանին ձևավորում է պատկերը: Մեթոդն ունի բարձր տեղեկատվական նշանակություն: Սրա միջոցով կարելի է տեսնել սրտի խոռոչները և փականները, փորոքների պատերը: Էխոգրաֆիկ մեթոդը կարող է օգնել ախտորոշելու խոշոր անոթների տարբեր հիվանդությունները, կարելի է հետազոտել լեղուղիները՝ հայտնաբերել լեղաքարեր լեղապարկում կամ խոշոր լեղուղիներում: Այս մեթոդը հնարավորություն է տալիս հետազոտել պարենխիմատոզ օրգանները՝ լյարդ, ենթաստամոքսային գեղձ, վահանագեղձ, ախտորոշել տարբեր օրգանների ուռուցքները:

Սրտի հետազոտման համար հատուկ նախապատրաստում պետք չէ: Անհրաժեշտ է 2-3 օրյա դիետայի սահմանում, սահմանափակելով ածխաջրատները (աղիքներում գազերը կարող են պատկերի վրա շերտավորվել): Պրակտիկայում ուլտրաձայնային ախտորոշումը լայն կիրառություն է գտել:

Սկանավորում (ռադիոակտիվ իզոտոպների միջոցով հետազոտում)

Մեթոդի հիմքում ընկած է օրգանիզմ տարբեր ռադիոակտիվ իզոտոպների ներմուծումը, որոնք կլանվում են օրգանների կողմից: Գրանցվում է օրգանի կողմից ռադիոֆարմակալոգիական պրեպարատի կլանման աստիճանը և տարածումը օրգանում: Հատուկ ապարատը՝ սկաները, հնարավորություն է տալիս ստանալ օրգանի արտացոլումը թղթի կամ ֆոտոժապավենի վրա: Այս մեթոդի օգնությամբ ախտորոշվում են լյարդի, երիկամների, ինչպես նաև վահանագեղձի և ենթաստամոքսային գեղձի ուռուցքները: Որոշվում է նաև լյարդի, փայծաղի, վահանագեղձի գործունեության բնույթը: Վերջերս մեթոդը օգտագործում են նաև սրտի հիվանդությունների ախտորոշման համար: Մեթոդը այժմ վերանշակվել է և կոչվում է սցինտիգրաֆիա:

Էնդոսկոպիկ հետազոտություն

Էնդոսկոպիան ներիքն օրգանների ներքին մակերեսի հետազոտությունն է անմիջական դիտման միջոցով, հատուկ ապարատի՝ էնդոսկոպի միջոցով: Էնդոսկոպը իրենից ներկայացնում է ճկուն ձող, որը կազմված է ապակե թելիկներից, որոնցով փոխանցվում է պատկերը(ֆիբրոսկոպ):

Էնդոսկոպիան, որը կիրառվում է շնչափողի և բրոնխների հետազոտության համար, կոչվում է բրոնխոսկոպիա: Այս մեթոդի օգնությամբ կարելի է դիտել բրոնխների լորձաթաղանթը, որոշել ձևափոխությունները(դեֆորմացիա), արյունահոսության տեղը, ուռուցքի առկայությունը: Բրոնխոֆիբրոսկոպով կարելի է արտածել բրոնխի պարունակությունը և ներմուծել դեղորայք:

Էզոֆագոսկոպիան կերակրափողի լորձաթաղանթի դիտումն է, որի նպատակն է հայտնաբերել լորձաթաղանթի փոփոխությունները, խոցոտումը, ուռուցքները, արյունահոսության աղբյուրը, երակների լայնացումը: Հետազոտությունը կատարվում է էզոֆագոսկոպի օգնությամբ: Ստամոքսի և 12մատնյա աղիքի լորձաթաղանթը հետազոտելու համար օգտագործում են ֆիբրոգաստրոսկոպ, որի միջոցով որոշվում է լորձաթաղանթի վիճակը, հայտնաբերվում խոցոտումները, ուռուցքային գոյացությունները, արյունահոսության տեղը:

Ռեկտոռոմանոսկոպիան ուղիղ և սիգմայաձև աղիքի լորձաթաղանթի հետազոտությունն է ռեկտոսկոպի օգնությամբ: Հետազոտման նպատակն է որոշել աղիքների լորձաթաղանթի վիճակը, խոցերի և ուռուցքների, ինչպես նաև արյունահոսության աղբյուրի հայտնաբերումը: Ռեկտոռոմանոսկոպիան հնարավորություն է տալիս հայտնաբերել մանր պոլիպները, որոնք հնարավոր չէ հայտնաբերել ռենտգեն հետազոտությամբ:

Կոլոնոսկոպիան հաստ աղիքի լորձաթաղանթի հետազոտությունն է կոլոնոսկոպի օգնությամբ:

Ցիստոսկոպիան միզապարկի հետազոտությունն է ցիստոսկոպի օգնությամբ:

Ցանկացած էնդոսկոպիկ մեթոդի ախտորոշիչ նշանակությունը մեծանում է, եթե հետազոտության ժամանակ հատուկ գործիքով հնարավոր է վերցնել հյուսվածքի մի հատված՝ բիոպսիա(լորձաթաղանթից կամ ուռուցքային գոյացությունից) հյուսվածքաբանական հետազոտության համար: Էնդոսկոպիայի ժամանակ հատուկ ներդիրի օգնությամբ հնարավոր է նկարահանել ներիքն օրգանի ներիքն մակերեսի որոշակի հատված: Էնդոսկոպիկ մեթոդները պահանջում են հատուկ նախապատրաստում: Բրոնխոսկոպիան, էզոֆագոսկոպիան, ֆիբրոգաստրոսկոպիան կատարվում է սոված վիճակում: Հաստ աղիքը հետազոտում են մաքրող հոգնայից հետո (նախօրեին և հետազոտությունից 2 ժամ առաջ), կամ նախորդ օրը տալիս են խմելու ֆորտրանս դեղորայք աղիները մաքրելու նպատակով:

Լապարոսկոպիան որովայնի խոռոչի և փոքր կոնքի օրգանների դիտումն է լապարոսկոպի օգնությամբ: Նախորոք տեղային անզգայացումից հետո որովայնի խոռոչ

ներմուծվում է օդ (պնևմոպերիտոնեում), այունհետև որովայնի առաջնային պատը ծակում են տրոակարով, վերջինիս միջով որովայնի խոռոչ են մտցնում լապարոսկոպը: Լապարոսկոպիայով հնարավոր է դիտել լյարդը, լեղուղիները, փայծաղը և այլն: Լապարոսկոպով կարելի է կատարել լյարդի նշանառային բիոպսիա՝ լյարդից վերցնել մի փոքրիկ կտոր հիստոլոգիական (հյուսվածքաբանական) հետազոտության համար: Լապարոսկոպիան կատարվում է հատուկ կահավորված վիրահատարանում:

Էնդոսկոպիկ մեթոդը վերջին ժամանակներում ակտիվ կատարելագործվում է: Օրինակ, գաստրոսկոպով ընդհանուր լեղածորանի լուսանցք կարելի է անցկացնել կաթետր, այնուհետև ռենդգենկոնտրաստ նյութ: Սա կարելի է կատարել նաև ենթաստամոքսային գեղձի ծորանում (ռետրոդուոդենոխոլանգիպանկրեատոգրաֆիա) և կատարել ռենտգեն նկար: Այս մեթոդը խիստ գնահատելի է լեղուղիների ուռուցքների, ենթաստամոքսային գեղձի ուռուցքների և ծորանների նեղացումների ախտորոշման համար:

Սպիրոգրաֆիա

Սպիրոգրաֆիան թոքերի օդափոխության մեծության գրանցումն է (շնչական տատանումների) սպիրոգրաֆի շարժվող միլիմետրային թղթի վրա: Սպիրոգրաֆի սանդղակի մասշտաբը և թղթի շարժման արագությունը իմանալով, հաշվում են հիմնական թոքային ծավալները և թոքերի կենսական տարողությունը: Արտաքին շնչառության ֆունկցիան գնահատելու համար կարևոր են թոքերի կենսական տարողությունը, թոքերի մաքսիմալ օդափոխությունը, նրանց փոխհարաբերությունը, Տիֆնոյի ցուցանիշը, որոնք օգնում են գնահատել բրոնխների անցանելիությունը: Տիֆնոյի ցուցանիշը արագացված արտաշնչման ժամանակ առաջին մեկ վայրկյանի ընթացքում արտամղված օդի ծավալի հարաբերությունն է թոքերի կենսական տարողության վրա՝ տոկոսներով արտահայտված: Հետազոտությունը կատարվում է առավոտյան հիվանդի որոշակի դիրքում (նախընտրելի է նստած դիրքը), 10-20 բոպեանոց հանգստից հետո, անոթի կամ ընդունած սննդից ոչ պակաս, քան 2 ժամ հետո, ֆունկցիոնալ ախտորոշման կաբինետում: Արտաքին շնչառության ֆունկցիայի ցուցանիշները խիստ փոփոխական են և կախված են հետազոտվողի սեռից, մարմնի քաշից և հասակից: Ստացված տվյալները համեմատում են համապատասխան ցուցանիշների հետ, որոնք նորմայում պետք է լինեն առողջ մարդու մոտ: Մնացորդային ծավալը որոշելու համար օգտվում են փակ համակարգով սպիրոգրաֆից, որն ունի կլանիչ համակարգ: Կլանիչը լցվում է մաքուր թթվածնով, հետազոտվողը շնչում է նրանով 10 բոպեի ընթացքում, այնուհետև, հաշվելով ազոտի կոնցենտրացիան և քանակը, որը հիվանդի թոքերից անցել է սպիրոգրաֆ, որոշում են թոքերի մնացորդային ծավալը:

Պնևմոտախումբերի

Այս մեթոդը հիմնված է հնարավորին չափ արագ կատարվող ներշնչման և արտաշնչման ժամանակ օդի հոսանքի ծավալային առավելագույն արագության որոշման վրա և արտահայտվում է լ/վրկ.-ով: Պնևմոտախումբերի կատարվում է հատուկ սարքի՝ պնևմո-տախումբերի օգնությամբ: Մեթոդը բավական պարզ է և հնարավորություն է տալիս գնահատել բրոնխների անցանելիության վիճակը:

Պնևմոտախոգրաֆիա

Պնևմոտախոգրաֆիան հնարավորություն է տալիս կառուցել կոր՝ հոսք-ծավալ, որը լրացուցիչ տեղեկություն է տալիս արտաքին շնչառության ֆունկցիայի խանգարման մասին, վերլուծելով «հանգույցը»: Վերջինս արտացոլում է արտաշնչվող և նորշնչվող օդի արագության փոփոխությունը, կախված թոքի ծավալից: Այս մեթոդի օգնությամբ կարելի է որոշել բրոնխիալ անցանելիության խանգարումները մեծ, միջին կամ մանր բրոնխների մակարդակում, որը խիստ կարևոր է բրոնխների օբստրուկցիայի թերապիայի ընտրության համար:

ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Հիվանդի հետազոտման լրացուցիչ մեթոդներից մեկը լաբորատոր հետազոտության մեթոդն է: Որոշ դեպքերում լաբորատոր հետազոտության արդյունքները կարող են որոշիչ նշանակություն ունենալ ախտորոշելու, հիվանդի վիճակը գնահատելու և բուժման ընթացքը ստուգելու համար: Անհետաձգելի թերապիայի ժամանակ լաբորատոր հետազոտությունները կատարվում են շտապ, քանի որ ստացված արդյունքները կարևոր են բուժման ընտրության համար:

Լաբորատոր հետազոտության արդյունքները հիմանականում կախված են այն բանից, թե ինչպիսի ճշտությամբ է վերցվել հետազոտվող նյութը, ուստի այս հարցին պետք է տալ մեծ նշանակություն:

Հետազոտում են արյունը, արտաթորանքը՝ մեզը, կղանքը, խորիւր, ստամոքսի և 12մատնյա աղիքի պարունակությունը, լեղին, բրոնխների պարունակությունը: Բացի այդ կարելի է հետազոտել օրգանի հյուսվածքը՝ լյարդի, երիկամի, փայծաղի, ողնուղեղի : Հետազոտությունների մի մասը կատարվում է բոլոր հիվանդների մոտ առանց բացառության, իսկ մի մասը՝ կախված հիվանդության բնույթից՝ բժշկի նշանակմամբ:

Արյան հետազոտություն

Տարբերում են արյան ընդհանուր կլինիկական և բիոքիմիական անալիզ: Արյան ընդհանուր կլինիկական հետազոտության նպատակը արյան ձևավոր տարրերի քանակական և որակական հետազոտումն է (Էրիթրոցիտ, Լեյկոցիտ, տրոմբոցիտ) հեմոգլոբինի և էրիթրոցիտների նստեցման արագության(ԷՆԱ) որոշումը: Առողջ մարդու արյան բջջային կազմը խիստ կայուն է, ուստի փոփոխությունները խոսում են օրգանիզմում այս կամ այն ախտաբանական պրոցեսի առկայության մասին: Սակայն առողջ մարդու մոտ ևս կարող է դիտվել որոշակի տատանումներ արյան կազմում, որը կախված է օրվա ընթացքում ընդունած սննդից, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից, ընդունած հեղուկի քանակից և այլն: Այս գործոնների ազդեցությունը բացառելու համար արյունը վերցնում են միշտ նույն ժամին և միևնույն պայմաններում: Արյան ընդհանուր կլինիկական անալիզի համար արյունը վերցնում են մատից կամ արժակային երակից: Էրիթրոցիտների քանակը նորմայում հավասար է $3, 7.10^{12}/լ-5, 1.10^{12}/լ$ կանանց մոտ, $4, 0.10^{12}/լ-5, 5.10^{12}/լ$ տղամարդկանց մոտ: Տարբեր ծագման անեմիաների ժամանակ դիտվում է այս ցուցանիշների իջեցում, էրիթրոցիտների քանակի քչացումը մինչև $1, 0.10^{12}/լ$ հանդիսանում է վտանգ կյանքի համար: Արյան հիվանդության ժամանակ՝ էրիթրեմիա կամ ախտանիշային էրիթրոցիտոզի ժամանակ, որը հանդիսանում է այլ հիվանդության(օրինակ, երիկամի ուռուցք) կլինիկական պատկերի մի մաս, դիտվում է էրիթրոցիտների շատացում:

Հեմոգլոբինի քանակը նորմայում կանանց մոտ հավասար է $120-140գ/լ$, իսկ տղամարդկանց մոտ հավասար է $130-160գ/լ$: Հեմոգլոբինի քանակը պակասում է անեմիաների (սակավարյունության), արյան հիվանդությունների, չարորակ ուռուցքների ժամանակ: Էրիթրեմիայի ժամանակահատվածի քանակը համապատասխանաբար ավելանում է:

Գունային ցուցանիշը որոշվում է հիմնվելով հեմոգլոբինի և էրիթրոցիտների քանակի փոխհարաբերության վրա: Առողջ մարդկանց մոտ գունային ցուցանիշը մոտենում է մեկի ($0, 97-0, 98$): Էրիթրոցիտներում հեմոգլոբինի քանակի շատացումը բերում է գունային ցուցանիշի մեծացման (օրինակ B^{12} պակասորդային սակավարյունության ժամանակ գունային ցուցանիշը 1 -ից մեծ է): Ցուցանիշը նվազում է էրիթրոցիտներում հեմոգլոբինի քչացման դեպքում ($0, 5-0, 75$), որը անուղղակի վկայում է օրգանիզմում երկաթի դեֆիցիտի մասին: Լեյկոցիտների քանակը առողջ մարդկանց մոտ հավասար է $4.10^9/լ: 9.10^9/լ$ -ից բարձր ցուցանիշը խոսում է Լեյկոցիտոզի մասին, իսկ $4. 10^9/լ$ -ից ցածր ցուցանիշը՝ Լեյկոպենիայի մասին: Լեյկոցիտոզ դիտվում է տարբեր հիվանդությունների ժամանակ (արյունաստեղծ օրգանների հիվանդություն, թարախային, ինֆեկցիոն, բորբոքային և այլ բնույթի հիվանդություններ): Լեյկոպենիա դիտվում է անեմիայի, թունավորումների, որոշ ինֆեկցիոն հիվանդությունների (գրիպ, որովայնի տիֆ) և արյունաստեղծ օրգանների հիվանդությունների ժամանակ: Բացի

լեյկոցիտների քանակից, որոշվում է նաև լեյկոցիտար ֆորմուլան (լեյկոցիտների տարբեր ձևերի տոկոսային հարաբերությունը): Լեյկոցիտները ստորաբաժանվում են գրանուլոցիտների՝ բջիջներ, որոնց պրոտոպլազմայում կա հատիկավորություն և ագրանուլոցիտներ, որոնց պրոտոպլազման չի պարունակում հատիկներ: Գրանուլոցիտներին են պատկանում նեյտրոֆիլները, էոզինոֆիլները, բազոֆիլները: Ագրանուլոցիտներին են պատկանում մոնոցիտները և լիմֆոցիտները:

Նեյտրոֆիլները կազմում են ընդհանուր լեյկոցիտների 50-70%-ը: Նեյտրոֆիլների մեջ առանձնացնում են առավել երիտասարդ ձևերը՝ ցուպիկակորիզավոր (2-5%), սեզմենտակորիզավոր (51-67%): Նեյտրոֆիլները օրգանիզմում կատարում են պաշտպանական ֆունկցիա: Նրանց քանակը շատանում է բորբոքային պրոցեսների (հատկապես թարախային), ինֆեկցիաների, ինտոքսիկացիաների ժամանակ: Ընդ որում շատանում են երիտասարդ ձևերը (ցուպիկակորիզավոր, երիտասարդ միելոցիտներ): Այսպիսի «երիտասարդացումը» կոչվում է տեղաշարժ դեպի ձախ: Էոզինոֆիլների քանակը շատանում է ալերգիկ ռեակցիաների և այլ հիվանդությունների ժամանակ, որոնց առաջացման պատճառը ալերգիան է (օրինակ բրոնխիալ ասթման): Նորմայում էոզինոֆիլները 2-4% են: Բազոֆիլները մասնակցում են ալերգիկ ռեակցիաների, բիոլոգիական ակտիվ նյութերի առաջացմանը (հատկապես հեպարինի): Բազոֆիլները կազմում են 0, 5-1, 0%: Առողջ մարդու արյան մեջ լիմֆոցիտները կազմում են 23-35%: Դրանց քանակը ավելանում է արյունաստեղծ օրգանների հիվանդությունների (լիմֆոլեյկոզ), տուբերկուլյոզի, վահանազեղծի հիպերֆունկցիայի ժամանակ: Լիմֆոպենիա (լիմֆոցիտների քանակի քչացում) դիտվում է արյան համակարգի որոշ ուռուցքային հիվանդությունների վերջին փուլում (լիմֆոգրանուլեմատոզ, լիմֆոսարկոմա):

Նորմայում մոնոցիտները կազմում են 4-8%: Սրանք կատարում են պաշտպանական ֆունկցիա, իրականացնելով օտար բջիջների, բակտերիաների ֆագոցիտոզը: Մոնոցիտոզ դիտվում է որոշակի հիվանդությունների ժամանակ (մալարիա, տուբերկուլյոզ):

Արյան մեջ կան նաև ոչ մեծ քանակության բջիջներ, որոնք չեն պարունակում կորիզ և կոչվում են թրոմբոցիտներ: Առողջների մոտ թրոմբոցիտները տատանվում են $200 \times 10^9 / \text{լ}$ - $400 \times 10^9 / \text{լ}$ սահմաններում: Ավելանում են արյունաստեղծ օրգանների հիվանդությունների (երիթրեմիա) և չարորակ նորագոյացությունների ժամանակ:

Թրոմբոցիտները պակասում են մի շարք հիվանդությունների ժամանակ, որոնք ուղեկցվում են արյունահոսությամբ (թրոմբոցիտոպենիկ պուրպուրա՝ արյունացան), արյունաստեղծ համակարգի ուռուցքային հիվանդությունների ժամանակ (սուր լեյկոզ, քրոնիկ լեյկոզի վերջին փուլում): Կարևոր ցուցանիշ է երիթրոցիտների նստեցման արագությունը (ԷՆԱ): Հատուկ աստիճանավորված կաթոցիկի մեջ հավաքում են արյուն խառնված նատրիումի ցիտրատի հետ, կաթոցիկը դրվում է հատուկ շտատիվի մեջ և նշում, թե քանի մմ է իջնում երիթրոցիտների սյունակը: Մինչև այժմ լիարժեք պարզված չէ ԷՆԱ-ի փոփոխման մեխանիզմը: Ապացուցված է, որ ԷՆԱ-ի արագացման հիմնական

պատճառը արյան շիճուկում կոպիտ դիսպերս սպիտակուցների քանակի ավելացումն է, ինչպես նաև էրիթրոցիտների քանակի պակասը (սակավարյունություն): ԷՆԱ-ի դանդաղում նկատվում է արյան մեջ լեղաթթվի և էրիթրոցիտների քանակի շատացման ժամանակ: Նորմայում ԷՆԱ-ն 2-10 մմ/ժամ է տղամարդկանց մոտ և 2-15 մմ/ժամ կանանց մոտ:

ԷՆԱ-ն կարող է արագանալ ինֆեկցիոն և բորբոքային պրոցեսների, երիկամների և արյունաստեղծ համակարգերի որոշ հիվանդությունների, չարորակ նորագոյացությունների ժամանակ: Կանանց մոտ ԷՆԱ-ն քիչ արագ է դաշտանի և նորմալ ընթացող հղիության ժամանակ:

Արյան բիոքիմիական քննությունը ընդգրկում է արյան մեջ որոշ նյութերի պարունակության (շաքար, բիլիռուբին, խոլեսթերին, սպիտակուց, կրեատին և այլն) որոշումը: Սրանց քանակությունը կարող է փոխվել այս կամ այն հիվանդությունների ժամանակ (ավելանալ կամ պակասել), որը հնարավորություն է տալիս օգտվել հիվանդությունն ախտորոշելիս և բուժման ընթացքը հսկելիս: Արյունը արժևակային ծալքից հետագոտության համար վերցնում են քաղցած (անոթի) վիճակում:

Մեզի հետազոտություն.

Մեզի հետազոտությունը ունի կարևոր ախտորոշիչ նշանակություն ոչ միայն երիկամների և միզուղիների հիվանդությունների, այլ նաև մյուս օրգան համակարգերի հիվանդությունների ժամանակ: Հետազոտման արդյունքները օգնում են նաև գնահատել հիվանդության ընթացքը և անցկացվող բուժման արդյունավետությունը: Մեզի անալիզը իր մեջ ընդգրկում է մեզի որոշակի ֆիզիկական հատկություններ, քիմիական անալիզ և նստվածքի միկրոսկոպիկ հետազոտություն: Պետք է նկատի ունենալ, որ մեզի կազմը կախված է ընդունած հեղուկի քանակից, սննդի բնույթից, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից: Հետազոտության համար մեզը պետք է հավաքել օրվա ընթացքում (մեզը պահում են հատուկ ռեզերվուարում, սառնարանում, ավելացնելով կոնսերվանտ)և ընդհանուր քանակից վերցնել անհրաժեշտ քանակություն: Հաճախ օգտագործում են առավոտյան մեզը: Կանանց մոտ դաշտանի ժամանակ մեզի անալիզ չեն վերցնում, քանի որ մեզի մեջ կարող է ամցնել դաշտանային արյունը:

Մեզի ֆիզիկական հատկությունը. Նորմայում մեզի գույնը կախված է նրա որակից և տատանվում է հարդագույնից մինչև դեղին: Պրակտիկորեն չգունավորված մեզ լինում է առատ դիուրեզի ժամանակ (միզամուղ պրեպարատներ, առատ հեղուկ ընդունելիս, ինչպես նաև մի շարք հիվանդությունների ժամանակ, որոնք ուղեկցվում են առատ միզարձակմամբ, օրինակ՝ շաքարային դիաբետ): Մեզի մուգ գույնը կախված է լեղապիգմենտների խառնուրդից (դեղնուկի ժամանակ), որոշ դեղորայքի ընդունումից (անալգին, ամֆոպիրին), սննդի մեջ մեծ քանակությամբ բազուկ օգտագործելիս: Արտահայտված հեմատուրիայի ժամանակ մեզը լինում է արյունային: Նորմայում մեզը թափանցիկ է: Նրանում աղերի առկայությունը (օրինակ՝ օքսալատներ), ինչպես նաև

լորձի, բջջային էլեմենտների (լեյկոցիտ, էրիտրոցիտ) առկայությունը բերում են մեզի պոտորման: **Հոտը.** Առողջ մարդու թարմ մեզը հոտ չունի: Տաք տեղում երկար ժամանակ առաջանում է ամոնիակի հոտ: Սովորաբար մեզի ռեակցիան թթվային է կամ չեզոք: Այն հիվանդությունները, որոնց ժամանակ արյան մեջ առաջանում են թթու պրոդուկտներ (շաքարային դիաբետ, սրտային անբավարարություն), մեզը ձեռք է բերում թթվային ռեակցիա: Եթե սննդում գերակշռում են բուսական մթերքները, ապա մեզի ռեակցիան դառնում է հիմնային:

Մեզի տեսակարար կշիռը կախված է նրանում եղած պինդ նյութերի կոնցենտրացիայից: Տեսակարար կշիռը տատանվում է մեծ սահմաններում 1001-1024: Որքան պինդ մասերը մեզում շատ են, այնքան մեզը խիտ է: Օրինակ՝ շաքարային դիաբետի ժամանակ մեզի տեսակարար կշիռը հասնում է 1030-1050՝ նրանում շաքարի պարունակության հետևանքով: Օրվա ընթացքում մեզի քանակը տատանվում է՝ կախված ընդունած հեղուկի քանակից, որն էլ խոսում է երիկամի լավ հարմարվողականության մասին:

Պաթոլոգիական վիճակների ժամանակ բավականին իջնում է մեզի տեսակարար կշիռը, որ կարող է կապված լինել երիկամի կոնցենտրացիոն ֆունկցիայի իջեցման հետ (երիկամային անբավարարության առաջին նշաններից): Ելնելով նրանից, որ մեզի տեսակարար կշիռը կախված է մեծ թվով գործոններից, կիրառում են Ձեմսիցկու փորձը: Օրվա ընթացքում երեք ժամյա ընդմիջումներով վերցնում են մեզի ութ բաժին և նրանցում որոշում տեսակարար կշիռը և քանակը (այս դեպքում օրվա ընթացքում օգտագործված հեղուկի քանակը պետք է չգերազանցի 1, 0-1, 2լ-ին): Նորմայում մեզի խտությունը տեսակարար կշռի ութ բաժիններից թեկուզ մեկում պետք է կազմի 1016: Եթե խտությունը փոքր է նշված թվից, ապա սա խոսում է հիպոստենուրիայի մասին, այսինքն երիկամների կոնցենտրացիոն ֆունկցիայի խանգարման մասին: <Բզոստենուրիա > տերմինը նշանակում է մեզի տեսակարար կշռի ոչ մեծ տատանումներ (1010-1012): Նորմայում մեզի հիմնական բաժինը արտադրվում է ցերեկը:

Մեզի քիմիական հետազոտության ժամանակ մեզում որոշում են սպիտակուցը, շաքարը, ագետոնը, բիլիռուբինը, որոշ հորմոններ, աղեր, ֆերմենտներ: Նորմայում առողջ մարդու մեզը սպիտակուց չի պարունակում, սպիտակուցի հեռացումը մեզով կոչվում է պրոտեինուրիա, որը լինում է ֆիզիոլոգիական և ախտաբանական: Ֆիզիոլոգիական պրոտեինուրիան երիկամային ֆիլտրի թափանցելիության մեծացումն է արտաքին ազդակների ազդեցությամբ (ցուրտ, մեծ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածություն, ուղղահայաց դիրքում երկար ժամ), իսկ ախտաբանական երիկամային պրոտեինուրիան դիտվում է երիկամային հյուսվածքի ախտահարման դեպքում (սուր և քրոնիկական նեֆրիտ, երիկամի ամիլոիդոզ): Համոզվելու համար, որ պրոտեինուրիան ֆիզիոլոգիական է, անհրաժեշտ է մեզը հետազոտել հիվանդի կողմից մեկօրյա անկողնային ռեժիմ պահպանելուց հետո: Արտազատվող սպիտակուցի քանակը տատանվում է լայն սահմաններում՝ 0, 015 գ/լ մինչև 20-40 գ/լ: Մեծ քանակությամբ

սպիտակուց է արտազատվում նեֆրոտիկ սինդրոմի, երիկամների տարբեր հիվանդությունների ժամանակ (քրոնիկական նեֆրիտ և երիկամի ամիլոիդոզ): Նորմայում առողջ մարդու մեզը շաքար չի պարունակում: Այն մեզում կարող է հայտնաբերվել մեծ քանակությամբ ածխաջրատ օգտագործելիս: Շաքար մեզում ի հայտ է գալիս շաքարային դիաբետի և այլ հիվանդությունների ժամանակ, երբ խանգարվում է շաքարի յուրացումը: Մեզում շաքարի քանակի և որակի որոշման համար կան մի շարք եղանակներ: Որակական մեթոդի ժամանակ հաստատում են շաքարի առկայությունը, իսկ քանակական մեթոդի ժամանակ՝ շաքարի քանակը գրաժներով մեկ օրվա մեզի ծավալում: Շաքարի տոկոսային պարունակության որոշումը մեզի որևէ բաժնում անբավարար է, քանի որ օրվա ընթացքում մեզով արտազատվում է ոչ հավասար քանակությամբ շաքար, դրա համար շաքարի քանակությունը որոշվում է օրվա ընթացքում արտաթորված մեզում: Առողջ մարդու մեզը բիլիռուբին չի պարունակում: Բիլիռուբին մեզում ի հայտ է գալիս այն դեպքում, երբ արյան մեջ կա սպիտակուցի հետ չկապված բիլիռուբին (ազատ բիլիռուբին), որը լինում է մի շարք դեպքերում՝ մեխանիկական դեղնուկ (լեղու հոսքի խանգարում), լյարդի դիֆուզ հիվանդություններ (սուր և քրոնիկական հեպատիտ): Նորմայում կետոնային մարմինները մեզում բացակայում են: Դրանք լինում են շաքարային դիաբետի, երիկամների ու լյարդի սուր ախտահարումների ժամանակ: **Մեզի նստվածքի միկրոսկոպիկ քննության** համար վերցնում են փորձանոթի հատակի մեզը, որը նախօրոք ցենտրիֆուգվել է: Ուսումնասիրվում են ձևավոր էլեմենտները (լեյկոցիտ, էրիտրոցիտ), ինչպես նաև էպիթելային բջիջներ և որոշ պաթոլոգիական էլեմենտներ (գլանակներ): Նորմայում մեզի նստվածքում էրիթրոցիտներ պրակտիկորեն չեն հայտնաբերվում: Նրանց առկայությունը մեզում կոչվում է հեմատուրիա: Եթե էրիթրոցիտներ հայտնաբերվում են միայն միկրոսկոպիկ հետազոտությամբ, ապա կոչվում է միկրոհեմատուրիա, իսկ եթե էրիթրոցիտները տեսանելի են անզեն աչքով (մեզի գույնը նման է մսաջրի), կոչվում է մակրոհեմատուրիա: Մեզի միկրոսկոպիկ հետազոտությամբ կարելի է հայտնաբերել եզակի էրիթրոցիտներ: Որպեսզի որոշվի ախտաբանական վիճակ է, թե ոչ, կատարվում է Նեչիպորենկոյի փորձը: Դրա համար մեզի օրվա քանակից վերցնում են 1մլ և հաշվում ձևավոր էլեմենտների քանակը: Նորմայում 1մլ մեզում էրիթրոցիտները պետք է լինեն 1000-ից ոչ ավել, լեյկոցիտները՝ 4000-ից, գլանակները 250-ից ոչ ավել: Այս ցուցանիշների բարձրացումը խոսում է պաթոլոգիայի մասին: Միկրոհեմատուրիան հաճախ դիտվում է երիկամների բորբոքային հիվանդությունների ժամանակ (սուր և քրոնիկ գլոմերուլոնեֆրիտ, երիկամների ամիլոիդոզ, երիկամների ախտահարում այլ հիվանդությունների ժամանակ, օրինակ՝ ոչ ինֆեկցիոն էնդոկարդիտ): Մակրոհեմատուրիա, որպես օրենք, դիտվում է երիկամների ուռուցքի ժամանակ, երբ ուռուցքը սերտաճում է երիկամի ավազանին և ժսասում խոշոր անոթը, միզապարկի ուռուցքի և երբեմն էլ երիկամային հիվանդության ժամանակ: Նորմայում մեզում կա քիչ քանակությամբ լեյկոցիտներ (2-5 հատ տեսադաշտում): Եթե լեյկոցիտները ծածկում են միկրոսկոպի ողջ տեսադաշտը, կոչվում է պիուրիա: Վերջինս դիտվում է վերին

միգրոլիների, միզապարկի, միզածորանի բորբոքային պրոցեսների ժամանակ, և համապատասխանաբար, կոչվում է պիելոնեֆրիտ, ցիստիտ, ուրետրիտ: Մեզի նստվածքի միկրոսկոպիկ քննության ժամանակ կարելի է հայտնաբերել գլանակներ, որոնք իրենցից ներկայացնում են երիկամների խողովակների սպիտակուցների բեկորներ և առաջանում են արյան պլազմայի գլոբուլինից: Տարբերում են գլանակների 2 հիմնական տեսակ՝ հիալինային և էպիթելային: Հիալինային գլանակները կազմված սպիտակուցից, էպիթելայինը՝ երիկամային ուղիների էպիթելային բջիջներից: Տարբերում են էպիթելային գլանակների հատիկավոր, կորիզավոր և մոմանման ձևերը: Հատիկավոր գլանակները կազմված են հատիկավոր, պարզորոշ ուրվագծային մասսայից: Մոմանման գլանակները հոմոգեն գոյացություններ են: Ցանկացած տենդային, նույնիսկ ոչ ծանր հիվանդությունների ժամանակ մեզում կարող են ի հայտ գալ հիալինային գլանակներ (օրինակ, վերին շնչուղիների կատար): Մոմանման գլանակների մեծ քանակությունը և մյուս գլանակների առկայությունը մեզում խոսում է երիկամների ծանր ախտահարման մասին:

Հարթ էպիթելային բջիջներ մեզի մեջ կարող են անցնել միզատար ուղիներից կամ արտաքին սեռական օրգաններից, որը խոսում է միզատար ուղիներում առկա արտաքին պրոցեսների մասին:

Ստամոքսի պարունակության հետազոտություն.

Ստամոքսահյուրի պարունակության հետազոտությունը կատարվում է ստամոքսի սեկրետոր ֆունկցիան ուսումնասիրելու նպատակով: Ստամոքսահյուրը արտածծում են բարակ զոնդի օգնությամբ: Սկզբում ստանում են անոթի ստամոքսի պարունակությունը (քաղցած բաժին), այնուհետև 15 րոպեանոց ընդմիջումներով ստանում են ևս 2 բաժին, որը կոչվում է հիմնական (բազալ) սեկրեցիա: Մեկ ժամվա ընթացքում արտածծում են ստամոքսահյուրը՝ «խթանված սեկրետ», ստամոքսի սեկրեցիան ուժեղացնող նյութերի ներմուծումից հետո: Որպես սեկրեցիայի խթանիչ ներարկում են հիստամինի 0, 1% լուծույթ ենթամաշկային կամ 0, 025 % պենտագաստրինի լուծույթ: Այնուհետև չափում են ստացված հյուրի քանակը, իսկ հիմքով տիտրելու ճանապարհով յուրաքանչյուր բաժնում որոշվում է ազատ աղաթթվի քանակը, ընդհանուր թթվայնության ցուցանիշը, պեպսինի քանակը:

Նորմայում, սոված ժամանակ ստամոքսը պարունակում է 50 մլ ոչ ավել ստամոքսահյուր, որում որպես օրենք ազատ աղաթթուն բացակայում է: Բազալ սեկրեցիան կազմում է 50-150 մլ, աղաթթվի քիչ քանակությամբ (այն ստամոքսի պարունակության մեջ ի հայտ է գալիս ստամոքսի պատը զոնդով գրգռելիս): Վերջին 4 բաժինների պարունակության գումարը արտացոլում է սեկրեցիայի 1 ժամյա լարվածությունը (սեկրեցիայի խթանումից հետո), որը նորմայում չի գերազանցում 120 մլ-ը: Նորմալ ստամոքսահյուրը անգույն է, 12-մատնյա աղուց, լեղու հետևանքով ստամոքսահյուրը դառնում է դեղին: Եթե ստամոքսահյուրին խառնվել է արյուն, ապա

այն դառնում է կարմիր կամ շագանակագույն: Ստամոքսահյուրը դառնում է խիտ կաշուն, եթե նրան խառնվում է լորձ: Վերջինս ստամոքսահյուր է անցնում վերին շնչուղիներից՝ քիթը մականից: Երբեմն ստամոքսահյուրում հայտնաբերվում է նախօրեին կերած սննդի մնացորդներ, որը խոսում է ստամոքսի էվակուատոր ֆունկցիայի խանգարման մասին:

Աղաթթվի կոնցենտրացիան արտահայտվում է տիտրացիոն միավորներով կամ միլիմոլներով 1լ-ին (մմոլ/լ): Ստամոքսի թթվագոյացման ֆունկցիան գնահատելու համար հաշվում են նաև թթվի բացարձակ քանակը, որն արտադրվում է ստամոքսում 1 ժամվա ընթացքում: Այդ քանակությունը կոչվում է դեբիդ (աղբյուրից դուրս հոսող հեղուկի քանակություն) ժամ և արտահայտվում է միլիգրամներով 1 ժամում (մմոլ/ժ): Քաղցած ժամանակ սովորաբար աղաթթու չի հայտնաբերվում: Բազալ սեկրեցիայում նրա քանակը շատ չէ: Խթանումից հետո ազատ աղաթթվի քանակը տիտրացիոն միավորներով հավասար է 60-80, իսկ դեբիտ – ժամ՝ հավասար է 7-12 մմոլ/ժ: Ազատ աղաթթվի նորմալ քանակը ստամոքսահյուրում կոչվում է նորմոացիդ, շատ քանակությունը՝ հիպերացիդ, քիչ քանակությունը՝ հիպոացիդ, իսկ բացակայությունը՝ անացիդ վիճակ:

Հիպերացիդ վիճակ մեծ մասամբ դիտվում է 12-մատնյա աղիքի խոցային հիվանդության և քրոնիկ գաստրիտի որոշ ձևերի ժամանակ: Աղաթթվի քանակի քչացում կամ լրիվ բացակայություն դիտվում է քրոնիկ գաստրիտի, ստամոքսի քաղցկեղի և լյարդի ծանր ախտահարումների ժամանակ (ցիռոզ):

Ոչ բոլոր հիվանդների մոտ է հնարավոր կատարել զոնդավորում: Այդ դեպքում կիրառում են ստամոքսի անզոնդ հետազոտություն («Ացիդոտեստի» մեթոդ և «Ռադիոտելեմետրիկ» մեթոդ): «Ացիդոտեստի» մեթոդը ստամոքսի անզոնդ հետազոտություն է, որի մեթոդիկան կայանում է նրանում, որ հիվանդին տալիս են հատուկ բաղադրության երկու հաբ, որոնք ստամոքսում ձեռքավում են որոշակի թթվայնության պայմաններում: Այնուհետև որոշակի սխեմայով հավաքում են մեզը: Ստամոքսում ազատ աղաթթվի առկայության դեպքում մեզը դառնում է գունավորված (կախված աղաթթվի քանակից՝ բաց վարդագույնից մինչև վառ կարմիր գույնի): Գունավորումը համեմատում են ստանդարտ սանդղակի հետ և կոդֆորոշվելով գաղափար կազմում թթվայնության ցուցանիշի մասին: Այս մեթոդը ճշգրիտ չէ և զիջում է ստամոքսահյուրի զոնդային հետազոտմանը:

Ռադիոտելեմետրիկ մեթոդը հնարավորություն է տալիս որոշել մարսողական տրակտի ճնշումը, ջերմաստիճանը, PH-ը (ստամոքսային պարունակության թթվայնությունը): Հիվանդը կուլ է տալիս հատուկ կապսուլա, որը պարունակում է փոքր սնուցման մարսկոց, որը ամրացրած է բարակ մետաքսե թելի վրա: Ընդունող և գրանցող սարքը ամրացվում է հատուկ գոտու վրա, որը հագցնում են հիվանդին: Ռադիոկապսուլայից ազդանշանները ընդունվում են ընդունող սարքով և գրանցվում թղթի ժապավենի վրա կորագծի ձևով, որի ձևից ելնելով գաղափար են կազմում ստամոքսի սեկրետոր վիճակի մասին: Ստամոքսահյուրի միկրոսկոպիկ քննության ժամանակ կարելի է հայտնաբերել էպիթելային բջիջներ, լեյկոցիտներ, սննդի

միկրոսկոպիկ մնացորդներ (մկանաթելեր, ճարպի կաթիլներ, օսլայի հատիկներ), իսկ ստամոքսի քաղցկեղի ժամանակ՝ ատիպիկ (ուռուցքային) բջիջներ:

Դուռդենալ պարունակության հետազոտություն.

Այս հետազոտության արդյունքները կարևոր նշանակություն ունեն լեղապարկի և լեղուղիների հիվանդությունների ախտորոշման համար: Դուռդենալ զոնդավորումը կատարվում է առավոտյան, անոթի, հատուկ բարակ ռետինե զոնդով, որի վրա կան ճեղքեր, որոնց միջոցով լեղին անցնում է զոնդ: Չոնդ անցած հեղուկը հանդիսանում է դուռդենալ պարունակության, ստամոքսահյուսիքի և լեղու խառնուրդ (Ա բաժին):

Վերջինս ունի բաց դեղնավուն գույն: Երբ դադարում է բաց թափանցիկ հեղուկի արտահոսքը (Ա բաժին), զոնդ են ներմուծում այս կամ այն լեղամուղ միջոց (ձիթապտղի յուղ կամ 50մլ 25% մագնեզիումի սուլֆատի տաք լուծույթ): 15-20 րոպե անց զոնդով գալիս է մուգ դեղնա-կանաչավուն գույնի հեղուկ (B բաժին-լեղապարկի լեղի): Լեղի չի գալիս, եթե լեղապարկը կամ ընդհանուր լեղածորանը խցանված է քարով կամ ուռուցքով: Լեղապարկից լեղու արտահոսքը դադարելուց հետո սկսում է արտադրվել ավելի բաց ոսկեգույն հեղուկ (C բաժին), որն իրենից ներկայացնում է լյարդային լեղուղիների լեղի՝ 12-մասնյա աղու պարունակության ոչ մեծ խառնուրդով: Ստացված նյութը ենթարկվում է միկրոսկոպիկ հետազոտության, որի ժամանակ կարող են հայտնաբերվել լեյկոցիտներ, մակաբույծներ (լյամբլյա), այլ պաթոլոգիական խառնուրդներ: Մեծ նշանակություն է տրվում լեղու բիոքիմիական հետազոտությանը: Նորմայում լեղապարկում և լեղուղիներում լեղաթթուները խոլեսթերինը պահում են լուծված վիճակում: Եթե նյութափոխանակության խանգարման հետևանքով լեղաթթուների քանակը պակասում է, ապա խոլեսթերինը լուծված վիճակից վերածվում է բյուրեղների և առաջացնում քարեր:

Կղանքի հետազոտություն.

Կարևոր հետազոտություն է մարսողական համակարգի հիվանդությունների ախտորոշման համար: Կղանքի քիմիական հետազոտության նպատակն է որոշել կղանքում ստերկոբիլինի առկայությունը (դրա բացակայությունը խոսում է այն մասին, որ լեղին չի անցնում աղիներ): Կղանքը հետազոտում են նաև թաքնված արյունը հայտնաբերելու համար, որի համար կատարում են բենզիդինային (Գրեգերսենի ռեակցիա) և Վեբերի փորձեր: Բենզիդինային փորձը կողմնորոշիչ է, քանի որ շատ զգայուն է տարբեր սննդատեսակների (միս) և դեղորայքի նկատմամբ: Այս փորձի դրական արդյունքի դեպքում կատարվում է Վեբերի փորձը, որը քիչ զգայուն փորձ է: Այս փորձի դրական պատասխանը խոսում է կղանքում թաքնված արյան առկայության մասին, այսինքն մարսողական տրակտի թաքնված արյունահոսության մասին:

Կղանքի նորմալ քանակությունը հավասար է 100-200 գ օրը: Բուսական սննդի դեպքում և աղիներում ներծծման պրոցեսների խանգարման դեպքում կղանքի քանակը ավելանում է և պակասում է քաղցի կամ սպիտակուցային սննդի դեպքում:

Նորմալ կղանքը երշիկանման է, փափուկ կոնսիստենցիայով: Փոկապության դեպքում կղանքը դառնում է պինդ, և նմանվում է ամուր փոքր քարերի (այսպես կոչված ոչխարի կղանք):

Կղանքի գույնը սովորաբար շագանակագույն է: Եթե սնուցումը միայն կաթնային բնույթի է, ապա կղանքը դառնում է բաց-դեղին գույնի, իսկ լեղու անցումը դեպի աղիներ խանգարվելու դեպքում դառնում է կավանման (կղանքում՝ ստերկոբիլինի բացակայություն): Ստամոքսի և աղիքների վերին հատվածների արյունահոսության ժամանակ կղանքը դառնում է ջրիկ և սև: Որոշ դեղամիջոցների ընդունումից, որոնք պարունակում են երկաթ կամ բիսմուտ, կղանքը դառնում է սև, միայն, ի տարբերություն վերը նշվածի՝ ձևավորված: Երբ արյունահոսում են հաստ աղիքի ստորին հատվածները, ապա հայտնաբերվում է ալ կարմիր արյուն:

Առատ չուրացված ճարպի դեպքում կղանքի մակերեսին երևում են կարծրացած ճարպի թիթեղներ, երբեմն էլ լորձ: Խոցոտումների ժամանակ լորձը կարող է լինել կարմիր: Աղիքների խոցային ախտահարումների ժամանակ կղանքի մակերեսին կարող է լինել թարախ: Կղանքի միջոցով կարող են դուրս գալ նաև մակաբույծներ:

Կղանքի միկրոսկոպիկ քննությունը բավականին տվյալներ է տալիս:

Նորմայում կղանքում կան ոչ մեծ քանակությամբ բջջանք, մկանաթելեր, օսլայի հատիկներ, օճառ, ճարպ և այլն: Մարսողության խանգարման դեպքում կղանքի կազմը բավականին փոխվում է:

Միկրոսկոպիկ հետազոտությամբ կղանքում հայտնաբերվում է եզակի էրիթրոցիտներ և լեյկոցիտներ: Դրանց քանակությունը ավելանում է աղիքներում խոցային, բորբոքային և ուռուցքային հիվանդությունների ժամանակ: Կղանքի միկրոսկոպիկ հետազոտությամբ կարելի է տեսնել մակաբույծների ձվիկներ կամ միաբջիջներ (ամեոբա, լյամբլյա):

Խորխի հետազոտություն.

Սովորական բակտերիոլոգիական և միկրոսկոպիկ հետազոտության համար վերցնում են օրվա ընթացքում արտադրված խորխը (այն հավաքում են խորխամանի կամ հատուկ կափարիչով ամանի մեջ): Խորխի ցանքս կատարելու և անտիբիոտիկների նկատմամբ նրա զգայությունը որոշելու համար խորխը հավաքվում է հատուկ ստերիլ ամանի մեջ, որն ունի կափարիչ (օրինակ, Պետրիի թաս):

Մակրոսկոպիկ քննության ժամանակ որոշվում է խորխի գույնը, բնույթը, կոնսիստենցիան, խառնուրդների առկայությունը: Ըստ բնույթի խորխը լինում է լորձային, լորձա-թարախային, թարախային, արյունային, շճային: Խորխի բնույթն անուղղակի ցույց է տալիս բրոնխներում և թոքերում պաթոլոգիական պրոցեսը:

Սովորաբար խորխը հոտ չունի: Թոքերի թարախային պրոցեսների ժամանակ միայն խորխը ունենում է նեխած հոտ: Թարախային խորխ սովորաբար լինում է քրոնիկական լորձա-թարախային բրոնխիտի, բրոնխոէկտատիկ հիվանդության, թոքի

աբացեսի (սուր և քրոնիկական), թոքաբորբի ժամանակ: Կրուպոզ թոքաբորբի ժամանակ խորիւր լինում է ժանգագույն: Վառ կարմիր արյան խառնուրդը կարող է լինել թոքի ուռուցքի, բրոնխոէկտատիկ հիվանդության և սրտային ասթմայի նոպայի ժամանակ: Բրոնխիալ ասթմայի ժամանակ խորիւր լինում է լորձային, մածուցիկ, ապակենման:

Խորխի միկրոսկոպիկ հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում են մեծ քանակությամբ լեյկոցիտներ՝ թարախային պրոցեսների դեպքում, էոզինոֆիլներ և Շարկո-Լեյդենի բյուրեղներ՝ բրոնխիալ ասթմայի ժամանակ, էլաստիկ թելեր՝ թոքային հյուսվածքի և բրոնխի պատի քայքայման ժամանակ (ուռուցք, տուբերկուլյոզ, թարախակույտ), ատիպիկ բջիջներ՝ թոքի ուռուցքի ժամանակ:

Բակտերիոլոգիական քննությունը հնարավորություն է տալիս որոշել այս կամ այն ֆլորան, այդ թվում նաև տուբերկուլյոզի միկոբակտերիան և պաթոգեն սնկերը (Candida):

Պունկցիոն ախտորոշում.

Պունկցիոն ախտորոշում է կոչվում այն հետազոտությունը, որի ժամանակ պունկցիոն բիոպսիայի օգնությամբ որոշվում է օրգանի, լիմֆատիկ հանգույցի և ոսկրածուծի վիճակը: Այս նպատակի համար նախօրոք կատարվում է տեղային անզգայացում (նովոկայինի ներարկում), որից հետո հատուկ ասեղը մտցնում են օրգան (լյարդ, փայծաղ), լիմֆահանգույց կամ ոսկրածուծ այնպես, որ հետազոտվող օրգանից կտորը անցնում է ասեղի լուսանցքը:

Այնուհետև ասեղը հանում են, ստացված պունկտատը մշակում (ֆիքսում են հատուկ լուծույթում, ներկում) և հետազոտում միկրոսկոպի տակ: Պունկցիոն ախտորոշումը հանդիսանում է արդյունավետ մեթոդ և այժմ լայն կիրառում է ստացել: Ախտորոշման ճշգրտությունը էլ ավելի է մեծանում, եթե այն կատարվում է էլեկտրոնային միկրոսկոպի տակ:

Կրծոսկրի պունկցիան կատարվում է հետևյալ ձևով: Մաշկի անզգայացումից հետո, կարճ, լայն, մանդրենով և վահանիկով ասեղով (վահանիկը պահպանում է շատ խորը ծակելուց) ծակում են փափուկ հյուսվածքները կրծոսկրի մարմնի վրա երկրորդ և երրորդ միջկողային տարածությունում: Այնուհետև դնում են վահանիկը մաշկից 5 մմ տարածության վրա, ծակում կրծոսկրի արտաքին թիթեղը, որի ժամանակ լինում է ասեղի «ընկնելու» զգացում: Հանում են մանդրենը, ասեղին ամրացնում են 10 գրամանոց չոր ներարկիչ և արտածում 0, 5-1, 0 մլ ոսկրածուծ: Ստացված մասսայից պատրաստվում է քսուկ և հետազոտվում:

ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՊԱՐԱՊՄՈՒՆՔՆԵՐԻՆ

I. ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՊԱՐԱՊՄՈՒՆՔ ՆԱԽԱԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԿԱԲԻՆԵՏՈՒՄ

Պարապմունքի նպատակը՝ յուրացնել հիվանդի հարցուփորձի մեթոդները

1. ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՍՈՒԲՅԵԿՏԻՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐ

2. ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՕԲՅԵԿՏԻՎ ՄԵԹՈԴՆԵՐ

1. Ընդհանուր գննման հերթականությունը
2. Հիվանդության ախտորոշման համար օբյեկտիվ քննության մեթոդների նշանակությունը:
3. Շոշափումը, բախումը, լսումը որպես կարևոր հետազոտման մեթոդներ: Տես սխեմա 1/:

Պարապմունքի հակիրճ բովանդակությունը.

Բուժքույրը իրականացնում է ոչ միայն հիվանդի խնամքը, այլ հաճախ բախվում է հիվանդի վիճակի տարբեր, երբեմն անսպասելի փոփոխությունների հետ: Հիվանդի վիճակի ճիշտ գնահատումից է կախված հիվանդին անհապաղ օգնության ցուցաբերումը: Դրա համար բուժքույրը պետք է իմանա հիվանդի հետազոտման հիմնական մեթոդները և տիրապետի դրանց: Հարցուփորձի ժամանակ անհրաժեշտ է ճիշտ ձևակերպել հարցերը: Հարցը պետք է լինի հիվանդին հասկանալի, ունենա հաջորդականություն, անհրաժեշտ է պահպանել դեռնոտոլոգիայի պահանջները: Հիվանդը պետք է պատասխանի հետևյալ հարցերին. «Ինչի՞ց եք գանգատվում», «Ի՞նչն է ձեզ անհանգստացնում»: Հիվանդի յուրաքանչյուր գանգատը պետք է ճշտել (ցավի տեղակայումը, ճառագայթումը, բնույթը, առաջացման ժամանակը և այլն): Որպեսզի պատկերացում ունենաք հիվանդի վիճակի մասին, անհրաժեշտ է հարցումը անցկացնել հետևյալ համակարգով՝ շնչական համակարգ (հագ, հևոց, կրծքավանդակի ցավ, արյունախիտում), արյան շրջանառություն (ցավ, սրտխփոց, հևոց), մարսողություն (ախորժակ, սրտխառնոց, փսխում, այրոց, ցավ, փորկապություն, լուծ), միզասեռական համակարգ (ցավ գոտկային հատվածում, միզարձակման խանգարում, արյան խառնուրդ մեզում և այլն):

Հիվանդության անափսեզը հավաքելիս պարզաբանվում է հիվանդության զարգացումը: Ամենից առաջ պետք է պարզել, թե հիվանդը որքան ժամանակ է իրեն հիվանդ համարում, ինչի՞ց է սկսվել հիվանդությունը, ի՞նչն է եղել հիվանդության պատճառը: Պարզել, թե հիվանդը ինքնուրույն ընդունել է որևէ դեղորայք, թե ոչ: Հիվանդությունը սկսվելուց որքան ժամանակ անց է դիմել բժշկի, ինչից հետո է թեթևացել հիվանդի վիճակը, անցկացվել է արդյոք ստացիոնար կամ սանատոր-կուրորտային բուժում, և ինչպիսի՞ն են եղել արդյունքները: Կյանքի անափսեզը ուսումնասիրելիս, ուշադրություն են դարձնում պացիենտի զարգացման, տարած մանկական հիվանդությունների, կյանքի և աշխատանքի պայմանների, ֆիզիկական ակտիվության,

Վասակար սովորությունների, ալերգիկ ռեակցիաների, ընտանեկան վիճակի վրա: Շփումը հիվանդի հետ բուժքրոջից պահանջում է հատուկ էթիկական մոտեցում և բժշկական դեոնտոլոգիայի կանոնների պահպանում: Միայն ասված խոսքը դյուրագգաց մարդկանց մոտ կարող է առաջացնել յաթրոգեն հիվանդություն:

Հիվանդի գնումը կատարվում է հատուկ պլանով: Սովորաբար գնումը սկսվում է հենց բժշկի հետ հանդիպելուց և հարցման ժամանակ: Ձննելիս բուժքույրը պետք է կարողանա գնահատել հիվանդի վիճակը (բավարար, միջին ծանրության, ծանր): Ձննումը կատարվում է հետևյալ հերթականությամբ՝ գիտակցություն, դեմքի արտահայտություն, դիրքը անկողնում, մաշկի գույնը, ցանավորման առկայությունը, սալիների առկայությունը, մարմնակազմությունը, կրծքավանդակի ձևը, ոսկրամկանային համակարգի վիճակը: Բուժքույրը, հաճախ օգտվելով շոշափման մեթոդից, որոշում է պուլսի բնույթը, մաշկի խոնավությունը և առաձգականությունը, ենթամաշկային ճարպաշարակցական շերտի զարգացման աստիճանը, այտուցների առկայությունը, լիմֆատիկ հանգույցների վիճակը, անոթային և մկանային համակարգը: Պետք է հիշել, որ շոշափումն ու բախումը պետք է կատարել մաքուր, տաք ձեռքերով, եղունգները կարճ կտրած:

Պերկուսիան (բախում) պատկանում է հիմնական հետազոտման մեթոդներին: Պերկուսոր հնչյունի բարձրությունը կախված է ներքին օրգանի (պերկուսիայի ենթարկվող) պնդությունից, չափերից և սահմաններից: Բախման ժամանակ տարբերում են 3 հիմնական հնչյուն՝ պարզ, բութ և թմբկային:

Պարզ թոքային հնչյուն լսվում է թոքերի վրա (այստեղ էլաստիկ հյուսվածք է՝ լցված օդով):

Բութ հնչյուն լսվում է՝ պինդ օրգանների վրա (մկան, սիրտ, լյարդ և այլն): Մնամեջ օրգանների վրա լսվում է (ստամոքս, աղիք) թմբկային հնչյուն: Պաթոլոգիական պրոցեսների դեպքում պերկուսոր հնչյունը փոխում է իր բնույթը: Օրինակ, թոքաբորբի ժամանակ լսվում է ոչ թե պարզ, այլ բութ հնչյուն: Լսումը կատարվում է ֆոնենդոսկոպի օգնությամբ, որոշ դեպքերում օգտագործում են ստետոսկոպ:

Ինքնուրույն աշխատանք.

Գործնական պարապմունքի ընթացքում ուսանողը պետք է տիրապետի հիվանդի հետազոտման մեթոդներին՝ պերկուսիա և աուսկուլտացիա: Յուրացնելով սուբյեկտիվ մեթոդները, հաջորդականությունը, անհրաժեշտ է սովորեցնել ուսանողին ճիշտ ձևակերպել հարցերը և հարցումը: Գիտելիքները ամրապնդելու համար կարելի է անցկացնել խաղ, որտեղ պացիենտի դերում կարող է լինել հենց ինքը ուսանողը, որը նախօրոք ստանում է հանձնարարություն դասավանդողից:

Դասավանդողը ուսանողներից մեկի վրա ցուցադրում է օբյեկտիվ հետազոտման մեթոդները: Այնուհետև դասավանդողի հսկողության տակ ուսանողները կատարում են օբյեկտիվ քննություն մեկը մյուսի վրա, այնուհետև քննարկում են սխալները:

Պարապմունքի ժամանակ ուսանողը լրացնում է բժշկական փաստաթղթեր:

Գործնական պարապմունքի ժամանակ ստացած տվյալները, արդյունքները ուսանողը գրանցում է գործնական պարապմունքի օրագրի մեջ:

II. ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՊԱՐԱՊՄՈՒՆՔ ՍՏԱՅԻՈՆԱՐՈՒՄ

Պարապմունքի նպատակը.

Գործնական պարապմունքների ժամանակ ամրապնդել հիվանդի հետազոտման հիմնական մեթոդները և սովորել գնահատել հիվանդի վիճակը:

Ուսանողը պետք է իմանա.

- 1) հիվանդի ընդհանուր գնման հաջորդականությունը.
- 2) ցուցանիշներ, որոնցով որոշվում է հիվանդի վիճակի
- 3) ծանրությունը.
- 4) գիտակցության խանգարման ձևերը.
- 5) դեմքի արտահայտությունը տարբեր հիվանդությունների
- 6) ժամանակ.
- 7) հիվանդի հարկադրական դիրքը անկողնում (ո՞ր
- 8) հիվանդությունների ժամանակ և ինչու՞).
- 9) այտուցների տեղակայումը սրտի և երիկամների
- 10) հիվանդությունների ժամանակ:

Պարապմունքի բովանդակությունը

Ուսանողը ծանոթանում է բաժանմունքին, որտեղ պետք է անցկացվի գործնական պարապմունքը:

Դասավանդողը ցույց է տալիս հետազոտման մեթոդիկական հիվանդների վրա: Եթե այդ ընթացքում ուսանողների մոտ առաջանում են հարցեր, ապա դրանք պետք է պարզաբանել հիվանդասենյակից դուրս:

Հիվանդի հետ շփվելիս պետք է նրան ուշադիր լսել, անհամբերություն չցուցաբերել անգամ, եթե հիվանդը ըստ էության չի պատասխանում: Անհրաժեշտ է ուշադիր հետևել, ինչպես է հիվանդը արձագանքում հարցերին: Հիվանդի ինտիմ կյանքին առնչվելիս պետք ցուցաբերել բացարձակ զգուշություն և նուրբ մոտեցում:

Հիվանդի գնման ժամանակ անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել նրա դիրքին անկողնում (ակտիվ, պասիվ, հարկադրված), գիտակցությանը, դեմքի արտահայտությանը:

Ինքնուրույն աշխատանք

Գիտելիքները ամրապնդելու համար ինքնուրույն աշխատանքի ժամանակ ուսանողները բաժանվում են խմբերի՝ 2-3 մարդ: Ինքնուրույն աշխատանքի ժամանակ

ուսանողները պետք է սովորեն ճիշտ շփվել հիվանդի հետ: Հիվանդը պետք է համոզված լինի, որ իրեն տրված հարցերը հետաքրքրասիրության արդյունք չեն, այլ ուղղված են պարզաբանելու հիվանդության առաջացման պատճառները: Հարցերը պետք է լինեն պարզ և հասկանալի:

Հարցման և գնման արդյունքները պետք է գրանցել գործնական աշխատանքների օրագրում:

III. ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՊԱՐԱՊՄՈՒՆՔ ՍՏԱՅԻՆԱՐՈՒՄ

Պարապմունքի նպատակը.

Ծանոթացում հիվանդի հետազոտման գործիքային մեթոդների հետ և նրանց նախապատրաստման կանոնները:

Ուսանողը պետք է իմանա.

- լրացուցիչ մեթոդների նշանակությունը հիվանդության
- ախտորոշման մեջ,
- հիվանդի նախապատրաստման կանոնները գործիքային
- հետազոտությունների ժամանակ,
- բուժքրոջ դերը հիվանդի նախապատրաստմանը հետազոտություններին:

Ինքնություն աշխատանք

Ուսանողները մասնակցում են հիվանդների տարբեր ֆունկցիոնալ ախտորոշիչ հետազոտություններին, ֆունկցիոնալ ախտորոշման կաբինետում ծանոթանում են բժշկական սարքերի աշխատանքներին և անվտանգության պահպանման կանոններին: Մասնակցում են հիվանդների նախապատրաստմանը տարբեր քնություններին և լրացնում են բժշկական փաստաթղթեր: Օրագրում պետք է գրանցել այն հետազոտությունները, որին մասնակցել է տվյալ ուսանողը: Եթե ուսանողը ծանոթացել է հետազոտման նոր մեթոդի, որը մինչ այդ չի ուսուճասիրել, օրագրում պետք է մանրամասն նկարագրի:

IV. ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՊԱՐԱՊՄՈՒՆՔ ՆԱԽԱԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԿԱԲԻՆԵՏՈՒՄ (ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐԻԱՅՈՒՄ)

Պարապմունքի նպատակը.

Տիրապետել պրակտիկ կարողություններին՝ մեզի, արյան, խորխի, կղանքի, ստամոքսահյուրի և դուռդենալ պարունակության հավաքում, նախապատրաստում և հետազոտում:

Ուսանողը պետք է իմանա.

- արյան, մեզի, կղանքի, խորխի, ստամոքսահյութի և դուռդենալ
- պարունակության լաբորատոր հետազոտության նշանակությունը
- հիվանդության բացահայտման գործում,
- բուժքրոջ պարտականությունները հետազոտվող նյութը հետա-
- զոտության նախապատրաստելու և վերջինիս լաբորատորիա
- հասցնելու պրոցեսում.
- մատից և երակից արյուն վերցնելու կանոնները,
- հեմոգլոբինի, ԷՆԱ-ի, արյան մակարդման և արյունահոսության
- ժամանակի որոշման մեթոդները,
- մեզի հավաքման տեխնիկան: Զիմսիցկու փորձի անցկացման
- կանոնները և նրա գործնական նշանակությունը,
- մեզում շաքարի, սպիտակուցի, բիլիռուբինի, ալբումինի,
- հայտնաբերման մեթոդները,
- ստամոքսի և 12-մատնյա աղիքի պարունակության ստացման
- տեխնիկան, ստամոքսի թթվագոյացման ֆունկցիայի ոչ զոնդային
- հետազոտությունը,
- կղանքի հետազոտման լաբորատոր մեթոդները,
- փսիսման մասսաների և խորխի հավաքման կանոնները:

Պարապմունքի բովանդակությունը.

Բուժքույրը նախապատրաստում է հիվանդներին լաբորատոր հետազոտությունների: Անհրաժեշտության դեպքում նա պետք է տիրապետի բժշկական նյութի հավաքման տեխնիկային և պարզագույն լաբորատոր հետազոտությունների կատարմանը (հեմոգլոբինի, ԷՆԱ-ի , արյունահոսության և արյան մակարդման որոշում, մեզի հետազոտություն՝ ծավալ և խտություն, շաքարի, բիլիռուբինի, սպիտակուցի, ալբումինի պարունակություն):

Արյունը ընդհանուր կլինիկական քննության համար վերցնում են չորրորդ մատի ծայրից (ձախ ձեռքի), որը նախօրոք մշակում են սպիրտով: Ծակում են 2, 5-3, 0 մմ խորությամբ ստերիլ ասեղով՝ սկարիֆիկատորով (միանվագ օգտագործման): Արյան առաջին կաթիլը մաքրում են բամբակե խծուծով: Արյան մյուս բաժինները օգտագործում են հեմոգլոբինի, ԷՆԱ-ի որոշման, լեյկոցիտների և էրիթրոցիտների հաշվելու և արյան քսուքի պատրաստման համար: Հետազոտության վերջում ծակած մատը մաքրում են սպիրտով թրջած բամբակով:

Հիվանդին առաջարկում են ամուր սեղմել մատը՝ մինչև արյունահոսության դադարելը:

Բիոքիմիական հետազոտության համար արյունը վերցնում են երակից, միանվագ օգտագործման ասեղով, 20 մլ քանակով (Բուժքույրը բոլոր հետազոտությունները պետք է կատարի բժշկական ձեռնոցներով):

Հաստ կաթիլի պատրաստման համար ծակած տեղում, որտեղ հայտնվել է արյունը, մոտեցնել առարկայական ապակին, 2-3 կաթիլ արյունը տարածել ասեղով կամ այլ առարկայական ապակու անկյունով՝ մինչև 100 դրամանոցի չափ: Չոր քսուքը ընկղմում են Ռոմանովսկու ներկի մեջ 30-40 րոպե, այնուհետև զգույշ պարզաջրում և չորացնում: Հաստ կաթիլը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերել մալարիայի պլազմոդիումը:

Հեմոգլոբինի քանակը որոշվում է ֆոտոէլեկտրոկալորիմետրով կամ Սալիի մեթոդով: Աստիճանավորված փորձանոթի մեջ լցնում են աղաթթու մինչև ստորին նիշը (20 գ/լ) 0, 1: Այնուհետև հավաքում են արյունը կապիլարային կաթոցիկի մեջ մինչև 0, 02 մլ նիշը, լցնում են փորձանոթ, աղաթթվի հետ խառնում, որից հետո տեղադրում Սալիի հեմոմետրի մեջ և կաթիլ-կաթիլ ավելացնում թորած ջուր, խառնում ապակե ձողիկով և գույնը համեմատում ստանդարտի հետ: Երբ հետազոտվող հեղուկի գույնը դառնում է ստանդարտին համապատասխան, որոշվում է Hb-ի մակարդակը: Արյան քննության ժամանակակից մեթոդ է Ստատ-Ֆաքս անալիզատորի միջոցով արյան հետազոտումը:

Էրիթրոցիտների նստեցման արագություն (ԷՆԱ). որոշվում է Պանչենկովի ապարատի օգնությամբ: Պանչենկովի կապիլյարը ողողում են նատրիումի ցիտրատի լուծույթով, այնուհետև այդ լուծույթը հավաքում են մինչև «P» նիշը, որից հետո արտափչում են Վիդալի փորձանոթի մեջ: Այդ նույն կապիլյարով 2 անգամ հավաքում են արյուն մատից մինչև «K» նիշը և խառնում ցիտրատին: Ստացված խառնուրդը լցնում են նույն կապիլյարի մեջ մինչև «O» նիշը և ուղղահայաց դիրքով դնում շտատիվ:

1 ժամ անց ըստ բաժանումների որոշվում է պլազմայի սյան բարձրությունը մմ-ով, որն առաջացել է նստած էրիթրոցիտների վրա:

Արյան մակարդման արագությունը որոշելու համար կան մի քանի եղանակներ: Ամենատարածվածը հետևյալն է՝ վենեպունկցիայով ստացված 2 մլ. արյունը լցնում են փորձանոթ, որը տեղադրված է ջրային բաղնիքում 37 աստիճան C-ում: Յուրաքանչյուր 30 վրկ.-նր մեկ փորձանոթը թեքում են կողքի, քանի դեռ արյունը չի մակարդվել: Ըստ այս մեթոդի նորմալ մակարդելիության ժամանակը կազմում է 5-9 րոպե:

Արյունահոսության ժամանակը նորմայում չի գերազանցում 4 րոպեն: Հետազոտման մեթոդը պարզ է: Մատը ծակելուց հետո յուրաքանչյուր կես րոպեն մեկ արյան կաթիլը վերցնում են ֆիլտրացիոն թղթի վրա, յուրաքանչյուր հաջորդ կաթիլը փոքրանում է չափերով:

Մեզում սպիտակուցների հայտնաբերման համար կատարվում է ռեակցիա սուլֆոսալիցիլային թթվով: Պղտոր մեզը պետք է ֆիլտրել:

Եթե մեզի ռեակցիան հիմնային է, ապա այն թթվեցնում են 30 % քացախաթթվով մինչև առաջանա թույլ թթվային ռեակցիա ըստ լակմուսի: Երկու փորձանոթի մեջ լցնում են 5 մլ ֆիլտրված մեզ, մեկին ավելացնում են 3-5 կաթիլ 20% սուլֆասալիցիլաթթու, երկրորդ փորձանոթը համեմատման համար է: Մեզում սպիտակուցի առկայության դեպքում առաջանում է պղտորություն:

Մեզում շաքարը որոշելու համար կատարվում է գլյուկոթեստ գունային սանդղակով: Ռեակտիվ թղթի գունավորման փոփոխությունը խոսում է մեզում գլյուկոզայի առկայության մասին:

Մեզում ացետոնը կարելի է հայտնաբերել էքսպրես-մեթոդով: Հատուկ հաբի վրա լցնում են մի քանի կաթիլ մեզ: Ացետոնի առկայության դեպքում հաբը գունավորվում է յասամանի գույնի:

Մեզում բիլիռուբինը կարելի է որոշել Լյուգոլի լուծույթով կամ 1 % յոդի թուրմով: 4-5 մլ մեզին շերտալցնում են վերը նշվածներից որևէ մեկը:

Դրական ռեակցիայի դեպքում հեղուկների սահմանագծին առաջանում է կանաչ օղակ:

Կարևոր ախտորոշիչ նշանակություն ունի փսխման մասսաների քննությունը, բուժքույրը կատարում է փսխման մասսաների դիտում (վիզուալ զննում), այնուհետև հավաքում է այն մաքուր ամանի մեջ և ուղարկում լաբորատորիա Ուղեգրում նշվում է տեղեկություններ հիվանդի մասին (անուն, ազգանուն, հայրանուն, բաժանմունք, հիվանդություն) և հետազոտման նպատակը: Եթե հնարավոր չէ խառնուրդն արագ ուղարկել լաբորատորիա, ապա այն պահում են սառնարանում:

Ինքնություն աշխատանք.

Գործնական պարապմունքի ժամանակ պետք է ուսանողը յուրացնի լաբորատոր հետազոտության պարզագույն եղանակները:

Դասավանդողի հսկողությամբ ուսանողը իրականացնում է մատից արյան հավաքումը՝ խստորեն պահպանելով ասեպտիկայի և անտիսեպտիկայի կանոնները: Պատրաստում են արյան քուրքներ, որոշում հեմոգլոբինը, ԷՆԱ-ն, արյունահոսության և արյան մակարդման ժամանակը:

Երակից արյան հավաքման մեթոդիկան ուսանողը յուրացնում է մուլյաժի վրա:

Մեզի քննությունը սկսում են մեզի ֆիզիկական հատկություններից (գույն, հոտ, թափանցելիություն, խտություն, ռեակցիա): Անհրաժեշտ է որոշել շաքարի, սպիտակուցի, ացետոնի, բիլիռուբինի առկայությունը, պատրաստել անհրաժեշտ պարագաներ Զիմսիցկու փորձի համար:

Ստամոքսահյութի և դուոդենալ գոնդավորման մեթոդները ցուցադրվում են մուլյաժի վրա:

Խորխի հետազոտման համար անհրաժեշտ է որոշել նրա ֆիզիկական հատկությունները: Այնուհետև ձևակերպել ուղեգիր և ուղարկել լաբորատորիա: Ինքնություն աշխատանքի ընթացքում ստացված բոլոր տվյալները անհրաժեշտ է ձևակերպել գործնական պարապմունքի օրագրում:

ԳԼՈՒԽ 3

ՇՆՀԱՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ԱՆԱՏՈՄԻԱՆ ԵՎ ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱՆ

Շնչառությունը ապահովում է օրգանիզմի կողմից թթվածնի յուրացումը և նյութափոխանակության վերջնական արգասիք՝ ածխածնի երկօքսիդի արտահանումը: Թթվածինը օգտագործվում է օրգանական նյութերի օքսիդացման համար, որի ընթացքում առաջանում է օրգանիզմի կենսագործունեության համար անհրաժեշտ քիմիական էներգիա: Շնչառությունը մասնակցում է օրգանիզմի ներքին միջավայրի թթվահիմնային հավասարակշռության և մարմնի ջերմաստիճանի կայունության ապահովմանը: Շնչառական ֆունկցիան ապահովում է նաև օրգանիզմ

թափանցած գազանման նյութերի հեռացումը: Շնչառությունը տեղի է ունենում շնչառական համակարգում, որն ըստ կատարած ֆունկցիայի բաժանվում է երկու մասի:

1. Օդատար ուղիներ՝ քթի խոռոչ, ըմպան, կոկորդ, շնչափող և բրոնխներ:

2. Շնչառական մաս՝ թոքեր, որտեղ տեղի է ունենում գազափոխանակություն թոքերի ալվեոլներ մտնող օդի և արյան միջև:

Շնչառական ուղիների կառուցվածքի բնորոշ առանձնահատկություններն են.

1. Նրանց պատերում աճառային հյուսվածքի առկայությունը, որի շնորհիվ շնչառական խողովակի պատերը ժամում են կանգուն և շնչուղին միշտ բաց է:

2. Շնչուղիների լորձաթաղանթը ծածկված է թարթչավոր էպիթելով, որի թարթիչները շարժվում են օդի շարժման ուղղությանը հակառակ և լորձի հետ միասին դուրս են հանում օտար մարմինները:

Լորձաթաղանթի գեղձերն արտադրում են լորձ և խոնավ են պահում լորձաթաղանթի մակերեսը: Շնչառական օրգանների հետ են կապված նաև հոտառության և ձայնաստեղծման ֆունկցիաները:

Քթի խոռոչը շնչառական ուղու սկզբնամասն է, հանդիսանում է միաժամանակ նաև հոտառության օրգան: Կազմված է ոսկրաաճառային կմախքից: Քթի խոռոչը խտրոցով բաժանվում է երկու կեսի, որոնք առջևից քթանցքներով հաղորդակցվում են մթնոլորտի հետ, իսկ հետևից զույգ ձվաձև անցքերով (խոաններով) քիթմաշանի հետ:

Կոկորդը (Larinx) գտնվում է պարանոցային 4-6-րդ ողերի մակարդակում, կրծոսկրերից վար: Խոսելու, հազալու ժամանակ կոկորդը տեղաշարժվում է: Կոկորդից ներքև տեղակայված է ըմպանի կոկորդային մասը, որոնք միմյանց հետ հաղորդակցվում կոկորդամուտքի միջոցով: Ներքևում շարունակվում է որպես շնչափող:

Շնչափողը (Trachea) կոկորդի անմիջական շարունակությունն է և միացնում է կոկորդը բրոնխներին: Սկսվում է պարանոցային 6-րդ ողի մակարդակից մինչև կրծքային 5-րդ ողը, որտեղ երկատվում է(բիֆուրկացիա) և բաժանվում աջ և ձախ գլխավոր բրոնխների, որոնք ուղղվում են դեպի թոքերի դրունքները:

Բրոնխները (bronchi) սկսվում են 5-րդ ողի մակարդակից, շնչափողի երկատման հետևանքով, ձախը նեղ է և երկար: Նրանք մտնելով թոք, բաժանվում են բլթային բրոնխների(աջում՝ 3, ձախում՝ 2): Վերջիններս բաժանվում են սեզմենտային բրոնխների,

որոնք էլ իրենց հերթին բաժանվում են թոքաբլթակային բրոնխիոլներին: Սրանք կոչվում են նաև սահմանային, շնչառական կամ ռեսպիրատոր բրոնխիոլներ: Բրոնխիոլները վեր են ածվում թոքաբլթակային ուղու, որի վրա կան արտափայտներ՝ թոքաբլթեր՝ ավելոներ և տեսքով նման են խաղողի ողկույզի և կոչվում են ագինուս (հատապտուղ): Թոքերը (Pulmones) տեղակայված են կրծքավանդակում, սրտի և խոշոր անոթների կողքին: Թոքերը գույգ պարենխիմատոզ օրգաններ են, ունեն անկանոն կոնի ձև, հիմքով նստած են ստոծանու վրա, գագաթով դեպի վեր: Աջ թոքը 2 ակոսով բաժանվում է 3 բլթի, ձախը 1 ակոսով բաժանվում է 2 բլթի: Ձախ թոքի առաջնային եզրին գտնվում է սրտային կտրուճը, որտեղ տեղակայված է սիրտը: Թոքի բլթերը իրենց հերթին բաժանվում են սեզմենտների (աջը՝ 10-11, ձախը՝ 9-10): Բրոնխները մտնում են սեզմենտների մեջ, առաջացնելով բրոնխիալ ծառ: Թոքի կառուցվածքային միավոր է համարվում ագինուսը: Ագինուսում կատարվում է գազափոխանակություն թոքի մազանոթներում գտնվող երակային արյան և թոքաբլթերում գտնվող օդի միջև:

Թոքերն արտաքինից ծածկված են բարակ շճաթաղանթով, որը կոչվում է պլևրա: Այն կազմված է թերթիկներից՝ առպատային, որ ծածկում է կրծքավանդակի պատերը ներսից, և ընդերային, որը ծածկում է թոքերի դրսային մակերեսը: Թերթիկների միջև առաջանում է խոռոչ, լցված չնչին քանակությամբ շճային հեղուկով՝ թերթիկների շփումը նվազեցնելու համար: Այստեղ օդ չկա, ճնշումը բացասական է (6-7մմ սնդ. սյն.), որի շնորհիվ թոքերը հպված են կրծքավանդակի պատերին: Կրծքավանդակի ռիթմիկ շարժումների շնորհիվ ներշնչելիս թոքերը լցվում են մթնոլորտային օդով (O_2), իսկ արտաշնչելիս՝ թոքերից հեռանում է ածխաթթու գազով հարուստ օդը:

Ներշնչումը կատարվում է շնչառական մկանների կծկման հետևանքով, որը դեկավարվում է շնչական կենտրոնի կողմից (գտնվում է երկարավուն ուղեղում): Շնչառական մկանների կծկման շնորհիվ (նաև ստոծանու) կրծքավանդակը մեծանում է 3 հարթություններով, թոքերը պասիվ հետևում են կրծքավանդակի լայնացմանը (շնորհիվ բացասական ճնշման), ճնշումը դառնում է մթնոլորտային ճնշումից ցածր, և ստեղծված ճնշումների տարբերության շնորհիվ մթնոլորտային օդը շնչառական ուղիներով մտնում է թոքերի մեջ և ավարտվում է ներշնչումը:

Արտաշնչումը տեղի է ունենում ներշնչական մկանների թուլացման և արտաշնչական մկանների կծկման շնորհիվ: Կրծքավանդակի և թոքերի ծավալը փոքրանում է, որի հետևանքով ճնշումը ավելոներում դառնում է ավելի բարձր, քան մթնոլորտայինը, և օդը հակառակ ուղությամբ դուրս է գալիս արտաքին միջավայր, որով էլ ավարտվում է արտաշնչումը: Հանգիստ վիճակում շնչառության ցիկլը կրկնվում է 1 րոպեում 16-ից 20 անգամ:

ՇՆՉԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐԸ ԵՎ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Շնչական օրգանների հիվանդությունները տարբերվում են իրենց էթիոլոգիայով և կլինիկայով: Ախտաբանական պրոցեսը կարող է տեղակայվել ինչպես օդատար ուղիներում՝ շնչափող և բրոնխներ, այնպես էլ թոքերում կամ պլևրայում: Երբեմն լինում են միաժամանակյա ախտահարումներ շնչական համակարգի տարբեր հատվածներում, որը հատկապես բնորոշ է շնչական օրգանների հիվանդություններին, օրինակ՝ կարող են միաժամանակ ախտահարվել բրոնխները և թոքերը, կամ թոքերը և պլևրան:

Չնայած շնչական օրգանների հիվանդությունները բազմազան են, սակայն ունեն ընդհանուր ախտանիշներ, որոնք կարևոր են հիվանդության ճիշտ ախտորոշման համար: Այդ ախտանիշներն են՝ հազը, խորխարտադրությունը, արյունախիտումը, հևոցը, ցավը կրծքավանդակում: Լինում են նաև այլ ընդհանուր ախտանիշներ՝ ջերմաստիճանի բարձրացում, ընդհանուր թուլություն, ախորժակի վատացում, որոնք հիվանդության ախտորոշման ժամանակ ունեն երկրորդային նշանակություն:

Հազը շնչական օրգաններին բնորոշ կարևոր ախտանիշներից է, որը կարող է լինել նաև առողջ մարդկանց մոտ: Հազը ռեֆլեկտոր պաշտպանական ակտ է: Երբ օտար մարմին է հայտնվում շնչական ուղիներում, օրգանիզմը ռեֆլեքտոր՝ հազի միջոցով պայքարում է նրա դուրս մղմանը շնչական ուղիներից: Շնչական ուղիների՝ շնչափողի, բրոնխների և կոկորդի լորձաթաղանթների գրգռման ժամանակ գրգիռ է հաղորդվում երկարավուն ուղեղի շնչական (հազի) կենտրոնին, որտեղից պատասխան գրգիռը շարժողական ներվով հաղորդվում է համապատասխան շնչական ներվամկաններին և կատարվում է խորը ներշնչում, որի ժամանակ ձայնային ճեղքը փակվում է, բոլոր շնչական մկանները և ստոծանին լարվում են, թոքերում ճնշումը բարձրանում է:

Հետագայում արագ բացվում է ձայնային ճեղքը և ներշնչած օդը շնչական ուղիներում գտնվող պարունակության հետ դուրս է շարժվում բերանով: Պարունակությունը շնչուղիներից քթով դուրս չի գալիս, քանի որ հազի ժամանակ քթի խոռոչը փակվում է փափուկ քիմքով:

Հաճախ հազի պատճառ է հանդիսանում հավելյալ լորձի քանակը, որը շնչուղիների ներքին մակերեսին է կուտակվում փռոշ, ծխի, գազերի և այլ նյութերի գրգռիչ ազդեցությունից: Եթե լորձաթաղանթի գրգռումը չի ուղեկցվում լորձի հավելյալ քանակի կուտակումամբ, ապա առաջանում է չոր հազ: Հազը կարող է լինել թաց, որն ուղեկցվում է խորխարտադրությամբ, կարող է լինել նոպայանման, տանջող բնույթի, որից երբեմն առաջանում է ցավ կրծքավանդակում և հեվոց, որից խանգարվում է պացիենտի քունը: Արտահայտված հազի ժամանակ ներկրծքային և ներպլևրալ ճնշման բարձրացման հետևանքով սիրտ վերադարձող երակներում առաջանում է արյան կանգ, որի հետևանքով փոքրանում է սրտային արտամղումը, և հիվանդի մոտ կարող է լինել ուշագնացություն: Այս բարդության առաջացման մասին բուժբույրը պետք է լավ հիշի:

Հազը կարող է փոխել իր բնույթը՝ կախված հիվանդության ընթացքից: Հազի ճիշտ գնահատումը կարևոր նշանակություն ունի բրոնխաթոքային համակարգի ախտահարման բնույթը ճշտելու համար: Չոր հազը, որն առաջանում է հանկարծակի և ունի նոպայաձև բնույթ, սովորաբար առաջանում է շնչուղիներում օտար մարմնի ներթափանցման ժամանակ: Վերին շնչուղիների հիվանդությունների ժամանակ (լարինգիտ, տրախեիտ) հազը լինում է կոպիտ,

հաչոցանման, իսկ ձայնավարերի բորբոքման ժամանակ՝ ուժեղ: Սովորաբար չոր հազով ուղեկցվում է սուր թոքաբորբը (հիվանդության զարգացման սկզբնական շրջանում), պլևրայի ախտահարումը, թոքի քաղցկեղը, որն ունի կենտրոնական տեղակայում, այսինքն՝ գլխավոր կամ բլթային բրոնխի քաղցկեղը: Խորխարտադրությամբ հազ լինում է տարբեր հիվանդությունների ժամանակ: Օրինակ, քրոնիկական բրոնխիտի ժամանակ խորխարտադրությունը մշտական ախտանիշ է, իսկ բրոնխոէկտատիկ հիվանդության, թոքերի քրոնիկական աբսցեսի ժամանակ խորխարտադրությունը լինում է պարբերական, հատկապես առավոտյան (լիքը բերանով խորխ):

Խորխը շնչական ուղիների և ավելուների լորձաթաղանթի բորբոքման ժամանակ առաջացող արտազատուկն է: Բուժքույրը հետևում է արտահանված խորխի անակիին և բնույթին, որը պացիենտը պետք է հավաքի հատուկ չափիչ, բերանը ամուր ակվող տարայի՝ խորխամանի մեջ: Պետք է հիշել, որ խորխը միշտ պարունակում է ոչ շատ քանակությամբ բակտերիաներ (ստաֆիլոկոկեր, ստրեպտոկոկեր, պնևմոկոկեր և այլն), բացի այդ խորխում կարող են հայտնաբերվել տուբերկուլյոզային միկոբակտերիաներ և տարբեր վիրուսներ, որոնք բարձրացնում են խորխի պաթոգենությունը:

Ըստ խորխի քանակության կարելի է ախտորոշել բորբոքային պրոցեսի տարածվածությունը և խորությունը: Եթե մեկ օրվա ընթացքում հիվանդը խորխում է չնչին քանակությամբ, դա խոսում է կատարյալ բրոնխիտների, թոքաբորբերի որոշ տեսակների մասին: Իսկ թոքի աբսցեսի առկայության դեպքում կամ բրոնխոէկտատիկ հիվանդության ժամանակ, խորխի քանակությունը զգալի չափով ավելի է (500մլ-1լ):

Որոշ հիվանդությունների ժամանակ խորխարտադրությունը դժվարացած է լինում, օրինակ՝ բրոնխիալ ասթմայի ժամանակ, երբ հիվանդությունը սրվում է, առաջանում է բրոնխների արտահայտված սպազմ, և փոխվում է բրոնխներում գոյացած պարունակության բնույթը՝ դառնալով թանձր, որը դժվարացնում է նրա դուրս բերումը: Խորխը ըստ բնույթի լինում է լորձային, լորձաթարախային, թարախային:

Լորձային խորխը թափանցիկ է, երբեմն սպիտակավուն՝ ֆիբրինի խառնուրդի պատճառով: Նման խորխը վկայում է բորբոքման կատարյալ բնույթի մասին: Փոշու խառնուրդից խորխը կարող է դառնալ գորշ կամ սև գույնի, որը լինում է ծխողների և փոշոտ արտադրամասերում աշխատողների մոտ: Երբ լորձային խորխին խառնվում է թարախ, կամ թարախային խորխին լորձ, խոսում են լորձաթարախային խորխի մասին: Այդպիսի խորխը հոմոգեն չէ, նրանում շատ կան թարախի կամ լորձի կտորներ: Նման խորխը բնորոշ է թոքերի քրոնիկական հիվանդություններին, հատկապես քրոնիկական

բրոնխիտին: Ժանգագույն խորխը նկատվում է կրուպոզ թոքաբորբի ժամանակ: Ժանգագույն գունավորումը պայմանավորված է հեմոգլոբինի քայքայումով: Խորխի քանակությունը և բնույթը կարող է փոխվել հիվանդություն ընթացքում: Օրինակ՝ տուբերկուլյոզի որոշ ձևերի ժամանակ խորխը կարող է բացակայել կամ լինել քիչ քանակությամբ: Սակայն, թոքային հյուսվածքում բորբոքային պրոցեսի զարգացմանը զուգընթաց, հատկապես, եթե գոյանում է խոռոչ, խորխի քանակությունը գնալով շատանում է (մեկ բաժակ և ավել): Հիվանդության զարգացման սկզբնական շրջանում խորխը լինում է լորձային բնույթի, հետո դառնում

է լորձաթարախային, իսկ վերջում՝ արդեն թարախային: Արտադրված խորխը լինում է տհաճ հոտով: Խորխի զարշառուր կամ թարախի բնորոշ հոտը վկայում է բրոնխիալ համակարգի ծանր ախտահարման մասին: Բուժքույրը առաջինն է, որ կարող է նկատել խորխի գույնի և հոտի փոփոխությունը, խորխի մեջ արյան առկայությունը՝ արյունախիտումը, որը հանդիսանում է շնչական համակարգի լուրջ ախտանիշներից մեկը և տեղյակ պահի բժշկին: Կարող են լինել արյան հետքեր խորխում, երբեմն՝ արտահայտված թոքային արյունահոսություն:

Արյունախիտումը նկատվում է թոքի քաղցկեղի, աբսցեսի, բրոնխոէկտատիկ հիվանդության ժամանակ, երբ խանգարվում է թոքային հյուսվածքի ամբողջականությունը և կարող է հանդիսանալ թոքային հյուսվածքի ինֆարկտի նշան: Երբեմն արյունախիտումը հանդիսանում է արյունատար անոթների վնասման հետևանք՝ արտահայտված ուժեղ հազի կամ արյան փոքր շրջանառությունում կանգային երևույթների պատճառով: Արյունը, որն արտադրվում է խորխի հետ հազի ժամանակ, կարող է լինել թարմ և ալ կարմիր գույնի: Ալ կարմիր արյունը նկատվում է թոքային հիվանդությունների, ինչպես նաև թոքերի ակտինոմիկոզի ժամանակ (սնկային ախտահարում): Թոքի ինֆարկտի ժամանակ հիվանդության 2-3 օրը խորխի մեջ արյունը լինում է ալ կարմիր գույնի:

Հնոցը համարվում է շնչական համակարգի հիվանդությունների կարևոր ախտանիշներից մեկը, որի պատճառը արտաքին շնչառության ֆունկցիայի խանգարումներն են: Հնոցը լինում է նաև սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների, անեմիաների և այլ պաթոլոգիկ վիճակների ժամանակ: Հնոցը լինում է ֆիզիոլոգիական և ախտաբանական: Ֆիզիոլոգիական հնոցը լինում է ծանր ֆիզիկական աշխատանքի, արագ շարժումների, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացման, նյարդային լարվածության ժամանակ: Հնոցին բնորոշ են շնչառության հաճախականության, ռիթմի և խորության խանգարումները, շնչառական մկանների ուժեղ աշխատանքը: Սուբյեկտիվորեն հնոցը ուղեկցվում է օդի անբավարարության զգացումով կամ շնչառության դժվարացմամբ: Կախված շնչառական օրգաններում ախտաբանական պրոցեսների տեղակայման և ձևի՝ հնոցն ունի որոշ առանձնահատկություններ: Եթե շնչական ուղիներում որևէ խոչընդոտի պատճառով դժվարացած է լինում օդի ներթափանցումը վերին շնչական ուղիներ, ներշնչումը

խանգարված է լինում և ի հայտ է գալիս ինսպիրատոր հեռոց (ներշնչական հեռոց): Այս հեռոցի ժամանակ շնչառությունը խորն է, հազվական և դանդաղած: Բրոնխների նեղացման ժամանակ ներշնչումը դժվարացած է և շնչառությունը ուղեկցվում է աղմուկով, սուլոցով: Նման դեպքում ձևավորվում է «ստրիդորոզ» շնչառություն: Այս տիպը մեծ մասամբ հանդիպում է շնչական ուղիներում օտար մարմնի առկայության ժամանակ: Արտաշնչական՝ էքսպիրատոր հեռոցի ժամանակ ներշնչումը կարճատև է, արտաշնչումը՝ դժվարացած է և երկարացած, պացիենտը նման դեպքում չի հասցնում կատարել լիակատար արտաշնչում, երբ վրա է հասնում հաջորդ ներշնչման փուլը: Նման վիճակ զարգանում է բրոնխիտների և փոքր բրոնխների նեղացման ժամանակ, որի պատճառը բրոնխիտների լորձաթաղանթի բորբոքային այտուցն է, կամ հարթ մկանաթելերի սպազմը: Հեռոցի նման տիպը բնորոշ է բրոնխիալ ասթմային, քրոնիկական բրոնխիտին՝ օբստրուկտիվ կոմպոնենտով: Ավելի հաճախ հանդիպում է հեռոցի խառը տիպը, որը զարգանում է այն հիվանդությունների ֆոնի վրա, որոնք ուղեկցվում են թոքերի շնչական մակերեսի փոքրացմամբ: Խառը հեռոցը լինում է ժամանակավոր՝ թոքաբորբի և պնևմոթորաքսի ժամանակ (երբ թոքերը ճնշվում են օդով) և մշտական՝ թոքերի էմֆիզեմայի՝ ժամանակ:

Էմֆիզեմայի սկզբնական շրջանում հեռոցը զարգանում է միայն ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ: Հիվանդության խորացմանը զուգընթաց հեռոցը պացիենտին անհանգստացնում է նաև հանգիստ ժամանակ:

Թոքերի էմֆիզեման բերում է թոքային անբավարարության զարգացման, արյան գազային կազմի փոփոխության, որն էլ նպաստում է հեռոցի խորացմանը: Թթվածնի անբավարարությունը մագանոթային արյան մեջ առաջացնում է մաշկային ծածկույթների ցիանոզ, որը կրում է ընդհանուր բնույթ:

Ցավ կրծքավանդակում. Անհրաժեշտ է հիշել, որ ցավերը կրծքավանդակում կարող են պայմանավորված լինել ոչ միայն բրոնխոթոքային համակարգի հիվանդություններով, այլև կապված լինել կրծքավանդակը կազմող կմախքային ոսկրերի, մկանների, մաշկի և միջկողային նյարդերի ախտահարման հետ: Մկանային ցավերին բնորոշ է նրանց ի հայտ գալը կամ ուժեղացումը շարժումների հետ կապված (առաջ և ետ թեքվելիս, կողքի շրջվելիս): Իսկ միջկողային նյարդի ուղղությամբ շոշափմամբ հայտնաբերվող ցավոտությունը վկայում է նեվրալգիայի մասին: Բրոնխները և թոքային հյուսվածքը չունեն զգացող ընկալիչներ, այդ պատճառով նրանք ցավոտ չեն:

Շնչական օրգանների հիվանդությունների ժամանակ կրծքավանդակում ցավի առկայությունը կապված է պլյուրալի թերթիկների բորբոքման հետ, քանի որ նրանք հարուստ են զգացող նյարդի ընկալիչներով: Այս դեպքում կրծքավանդակի ցավերը, որպես օրենք, ի հայտ են գալիս շնչառության ժամանակ և հազալիս, քանի որ պլյուրալի բորբոքված թերթիկները քսվում են միմյանց և զգացող նյարդային ընկալիչները գրգռվելով առաջացնում են ցավեր կրծքավանդակում: Սա բնորոշ է չոր պլյուրիտին, սակայն հանդիպում է նաև թոքերի այն հիվանդությունների ժամանակ, երբ բացի թոքի

հյուսվածքից ախտաբանական պրոցեսի մեջ է ընդգրկվում նաև պլևրան (կրուպոզ թոքաբորբ, թոքի ինֆարկտ, թոքի տուբերկուլոզ, թոքի արսցես): Երբեմն ցավերը կրծքավանդակում կարող են առաջանալ ուժեղ և երկարատև հազի պատճառով՝ շնչական մկանների նշանակալի լարվածության հետ կապված:

Շնչական օրգանների հիվանդություններին բնորոշ են ընդհանուր գանգատները՝ ջերմություն, քրտնարտադրություն, հատկապես գիշերը, ընդհանուր թուլություն, աշխատունակության անկում:

Շնչական օրգանների հիվանդությունների ախտորոշման համար օգտվում են հետազոտման հիմնական և լրացուցիչ մեթոդներից (նայել գլուխ 2):

ԲՐՈՆԽԻՏՆԵՐ

Բրոնխիտը բրոնխային ծառի բորբոքային հիվանդությունն է: Տարբերում են առաջնային և երկրորդային բրոնխիտներ: Առաջնային բրոնխիտը հանդես է գալիս որպես ինքնուրույն հիվանդություն, իսկ երկրորդային բրոնխիտը հետևանք է այլ հիվանդությունների (թոքերի էմֆիզեմա, թոքաբորբ, բրոնխոէկտատիկ հիվանդություն, պնևմոսկլերոզ): Հիվանդությունը շատ տարածված է խոնավ և ցուրտ կլիմա ունեցող երկրներում: Հիվանդանում են բոլոր տարիքային խմբի անձինք, սակայն առավել հաճախ հիվանդանում են երեխաները և ծերերը: Տղամարդիկ հիվանդանում են ավելի հաճախ, քան կանայք՝ կապված ծխելու, ակոհոլի չարաշահման և մասնագիտության հետ:

Դասակարգումը.

Ըստ առաջացման պատճառի տարբերում են վիրուսային, մանրէային, ֆիզիկական գործոնների ազդեցության (չոր և սառը օդ), թունաքիմիական (քլորի գոլորշիներ, ազոտի օքսիդ, ծծմբային գազ) և փոշու ներգործման հետևանքով առաջացած բրոնխիտներ:

Ըստ կլինիկական ընթացքի բրոնխիտները լինում են սուր և քրոնիկական:

Ըստ բրոնխների անցանելիության՝ խցանող (օբստրուկտիվ) և ոչ խցանող (ոչ օբստրուկտիվ) բրոնխիտներ:

Տարբերում են նաև չբարդացած և բարդացած (ասթմոիդ համախտանիշով) բրոնխիտներ:

Սուր բրոնխիտ.

Սուր բրոնխիտը բրոնխների լորձաթաղանթի սուր բորբոքումն է: Այն հիմնականում հանդես է գալիս վերին շնչուղիների բորբոքումների հետ միասին՝ քիթ-ըմպանի (ռինոֆարինգիտ), կոկորդի (լարինգիտ) և շնչափողի (տրախեիտ), իսկ ինքնուրույն՝ հազվադեպ:

Էթիոլոգիան. Սուր բրոնխիտի հաճախ հանդիպող պատճառներից են վիրուսները (գրիպի վիրուսներ, ադենովիրուսներ, կարմրուկի, կապույտ հազի), մանրէները՝ (ստաֆիլոկոկեր, ստրեպտոկոկեր, պնևմոկոկեր, Պֆեյֆերի ցուպիկ) և ավելի հազվադեպ՝

ֆիզիկական և քիմիական գրգռիչ ազդակները (չոր, տաք, սառը օդ, ազոտի մոնօքսիդ, ծծմբային գազ):

Նախատրամադրող գործոններն են մրսածությունը, ծխելը, ալկոհոլի չարաշահումը, քրոնիկական թունավորումը, վերին շնչուղիների օջախային վարակները (հարքթային ծոցերի, նշագեղձերի խրոնիկական բորբոքումները, օրգանիզմի դիմադրողականության անկումը՝ ծանր ինֆեկցիոն հիվանդություններից, վիրահատություններից հետո, թերսնվելը):

Կլինիկան. Սուր բրոնխիտի բնորոշ դեպքերում, երբ հիվանդության պատճառը վարակն է, նրան նախորդում են վերին շնչուղիների սուր բորբոքման ախտանիշները՝ հարբուխ, ձայնի խռպոտություն, կոկորդում քերծվածության զգացում: Հիվանդները գանգատվում են տկարությունից, մարմնի ջարդվածության զգացումից, մեջքի և վերջույթների ցավերից, երբեմն քրտնարտադրությունից: Մարմնի ջերմաստիճանը հիվանդության առաջին օրերին կարող է բարձրանալ սուբֆերիլ, երբեմն ֆերիլ թվերի վրա: Շնչափողի ախտահարման հետևանքով կրծոսկրի հետևում և միջթիակային շրջանում առաջանում է մրմուռի զգացում կամ ցավ: Սուր բրոնխիտի հիմնական և առավել կայուն գանգատը հազն է, որը երևան է գալիս հիվանդության սկզբում, պահպանվում նրա ողջ ընթացքում և վերանում միայն առողջացման շրջանում: Հիվանդության առաջին օրերին հազը չոր է, հաչոցանման՝ ձայնալարերի ախտահարման հետևանքով: Հազի նոպաները ավարտվում են քիչ քանակությամբ լորձային խորխատարությամբ:

Նոպայաձև հազի ժամանակ, որովայնի վերին և կրծքավանդակի ստորին մկանների գերլարվածության հետևանքով առաջանում են ցավեր: 2-3 օր հետո ախտահարման երևույթները բրոնխային ուղիներով ներքև տարածվելու հետևանքով՝ վերին շնչուղիների գրգռման ախտանիշները մեղմանում են, խորխարտադրությունը հեշտանում է, խորխը արտադրվում է մեծ քանակությամբ և ձեռք բերում լորձաթարախային բնույթ:

Օբյեկտիվ քննությամբ թոքերի բախումը տալիս է պարզ թոքային հնչյուն: Լսումը կարող է փոփոխություններ չհայտնաբերել, երբեմն լսվում են կոշտացած շնչառություն և տարածուն չոր խզզոցներ, իսկ խորխի ջրիկանալու հետ կապված խզզոցները դառնում են թաց: Ի տարբերություն թոքաբորբի ժամանակ լսվող խզզոցների, այդ խզզոցները պակաս հնչեղ են և վերանում են հազից հետո:

Արյան քննությամբ հայտնաբերվում է ոչ արտահայտված լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում:

Ռենտգեն քննությամբ փոփոխությաններ չեն հայտնաբերվում:

Ընթացքը. Տարբերում են սուր բրոնխիտների սուր (2 շաբաթից ոչ ավել), ձգձգվող (մինչև 1 ամիս) և կրկնվող (տարվա ընթացքում 3 և ավելի անգամ) ձևերը:

Բարդությունները և ելքը. Ելքը բարենպաստ է, հատկապես շճային ձևի ժամանակ: (Լավացում 7-14 օրում): Սուր բրոնխիտը (հատկապես օբստրուկտիվ ձևը) կարող է վերածվել քրոնիկականի: Երբեմն բորբոքային երևույթները տարածվում են ավելուների վրա և առաջացնում բրոնխոպնևմոնիա:

Խնամքը և բուժումը. Եթե հիվանդը ջերմում է, սահմանում են անկողնային ռեժիմ, հանգիստ վիճակում հազը և հևոցը պակասում են:

Հիվանդասենյակի օդը պետք է լինի մաքուր, օդափոխվի հաճախ՝ հիվանդին գերծ պահելով միջանցիկ քամիներից: Հիվանդասենյակում արգելվում է ծխելը, ճաշ պատրաստելը: Խորհուրդ է տրվում խմել առատ հեղուկներ՝ թեյ մոշով, մորիով, լիմոնով: Խորիսը ջրիկացնելու համար տալ տաք կաթ սողայով կամ մեղրով, հանքային ջրեր («Բջին», «Ջերմուկ», «Բորժոմ»): Նույն նպատակով կարելի է կատարել ինհալացիաներ զանազան խոտաբույսերով՝ արևքուրիկով (зверобой), երիցուկով, էվկալիպտով: Կատարում են օրը մի քանի անգամ՝ 5-20 րոպե տևողությամբ:

Չոր, տանջող հազը ընկճելու համար հիվանդության առաջին օրերին տրվում է հակահազային պրեպարատներ՝ կոդեին, կոդտերպին, դիոնին, լիբեքսին 0, 1 1 հաբից օրը 3-4 անգամ, տուսուպրեքս 10-20 մլ օրը 3-4 անգամ, գլաուտին, գլաուվենտ 1 հաբ օրը 1 անգամ, խալիքսոլ: Սրանք հակացուցված են խորխարտադրության շրջանում: Այս դեպքում տրվում են խորխաբեր դեղամիջոցներ՝ թերմոպսիս և իպեկակուանի թուրմեր, բրոմհեքսին 8 մգ օրը 3 անգամ, բրոնխոլիտին՝ 1 ճ. գդ. օրը 3 անգամ, բրոնխոցին: Վերջինս պարունակում է ռեհանի յուղ, որը հակաբորբոքիչ է, դեսենսիբիլիզացնող և սեղատիվ: Նշանակվում է 1 ճ. գդ. օրը 3 անգամ:

Թարախային խորխարտադրությամբ ընթացող դեպքերում տրվում են հակամանրէային պրեպարատներ՝ անտիբիոտիկներ և սուլֆանիլամիդներ:

Եթե հիվանդության առաջացման պատճառը վիրուսային վարակն է, բուժում են հակավիրուսային պրեպարատով՝ գամմագլոբուլին (2-4 մլ 1-2 սրսկում), ինտերֆերոն, ագիկլովիր:

Բրոնխների սպազմը վերացնելու համար նշանակում են էուֆիլին, էֆեդրին:

Կրծոսկրի հետևում ցավերի ժամանակ կրծոսկրի և միջթիակային շրջանում դրվում են մանանեխի ծեփուկներ, տաքացնող կոմպրեսներ, կատարում են ոտքերի լոզանք մանանեխով (եթե ջերմությունը բարձր չէ):

Ջերմությունը իջեցնելու և ցավերը մեղմելու նպատակով կարելի է տալ սալիցիլատներ, ջերմիջեցնողներ (պարացետամոլ, ցիտրամոն):

Օրը 3 անգամ պետք է տալ վիտամիններ՝ հատկապես վիտամին «C» և ռեթինոլ:

Կանխարգելումը. Իր մեջ ներառում է օրգանիզմի կոփում, վերին շնչուղիների բորբոքումների ժամանակին և լիարժեք բուժում:

Ժամանակին պետք է վերացնել պոլիպները, քթի միջնապատի թեքումը: Պետք է պայքարել օդի մաքրության համար: Պայքար տանել նաև ծխելու և ալկոհոլիզմի դեմ:

Քրոնիկական բրոնխիտ.

Քրոնիկական բրոնխիտը բրոնխների լորձաթաղանթի և նրա ավելի խորը շերտերի տարածուն բորբոքումն է, որը բնորոշվում է հիվանդության երկարատև ընթացքով և պարբերական սրացումներով:

Առաջացման պատճառները և նպաստող գործոնները.

4. ծխելը (ակտիվ և պասիվ),
5. մթնոլորտային օդի աղտոտվածությունը,
6. քիթըմպանի ախտահարումները և քթային շնչառության ու ներշնչվող օդի մաքրման ֆունկցիաների խանգարումները,
7. վերին շնչուղիների հաճախակի հիվանդությունները, սուր բրոնխիտները և բրոնխաթոքային բորբոքումները:

Կլինիկան. Քրոնիկական բրոնխիտը զարգանում է աստիճանաբար, ունի դանդաղ ընթացք (երբեմն 10-15 տարի) և երկար տարիներ կարող է հիվանդին լրջորեն չանհանգստացնել: Հիվանդները հաճախ հիվանդության սկիզբը չեն կարողանում նշել:

Քրոնիկական բրոնխիտի հիմնական կլինիկական ախտանիշներն են հազը, խորխարտադրությունը և հևոցը:

Հազը տարիների ընթացքում դառնում է մշտական, պակասելով տաք եղանակներին: Հազը կարող է լինել չոր, իսկ ավելի հաճախ թաց՝ խորխարտադրությամբ (օրը 100-150գ): Խորխը կարող է լինել ճճային, լորձային կամ թարախային: Հիվանդության սկզբնական շրջանում խորխարտադրությունը լինում է միայն առավոտյան ժամերին, հետագայում ամբողջ օրվա ընթացքում, հատկապես ֆիզիկական լարումներից հետո:

Երկարատև հազացող հիվանդների մոտ ֆիզիկական լարումներից հետո հևոցի երևան գալը խոսում է բրոնխների օբստրուկցիայի (նեղացման) մասին: Երբեմն թեթև ֆիզիկական լարումներից հետո նկատվում է խիստ արտահայտված քրտնարտադրություն:

Ըստ շնչական ֆունկցիայի խանգարման տարբերում են ոչ օբստրուկտիվ և օբստրուկտիվ քրոնիկական բրոնխիտներ:

Ոչ օբստրուկտիվ բրոնխիտի ժամանակ հիվանդը գանգատվում է հազից և խորխարտադրությունից, դժվարաշնչություն և հևոց չունի:

Սրացումների ժամանակ (գարնանը և աշնանը) մարմնի ջերմաստիճանը կարող է բարձրանալ, թարախային բրոնխիտի դեպքում՝ մինչև 38° C, և կարող է լինել ընդհանուր ինտոքսիկացիայի երևույթներ:

Օբստրուկտիվ քրոնիկական բրոնխիտների կլինիկական պատկերը բնորոշվում է եռյակով՝ հազ, խորխարտադրություն և հևոց:

Սրացումների ժամանակ կլինիկական ախտանիշները ավելի են արտահայտվում:

Ըստ Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության (ԱՀԿ) քրոնիկական բրոնխիտ ախտորոշվում է այն դեպքում, երբ խորխարտադրությամբ ուղեկցվող հազը տևում է 3 ամիս և ավելի՝ կրկնվելով 2 տարի անընդմեջ:

Հիվանդության վաղ շրջանում գնումը շեղումներ չի տալիս:

Հիվանդության խորացման շրջանում լինում է ակրոցիանոզ, սրունքների և ոտնաթաթերի այտուցվածություն, պարանոցային երակների փքվածություն, թմբկափայտի նմանվող մատներ:

Քրոնիկական բրոնխիտի ժամանակ բախման հնչյունի փոփոխություններ չեն լինում: Եթե զարգանում է էմֆիզեմա, ապա պերկուսիան տալիս է տուփային հնչյուն:

Լսման ժամանակ հայտնաբերվում է կոշտացած շնչառություն, տարածված չոր և թաց խզզոցներ:

Քրոնիկ օբստրուկցիոն բրոնխիտի ժամանակ պնևմոտախոմետրիայով և սպիրոգրաֆիայով հայտնաբերվում է արտաքին շնչական ֆունկցիաների փոփոխություն և կարելի է որոշել օբստրուկցիայի աստիճանը:

Ռենտգեն քննությամբ հայտնաբերվում է էմֆիզեմային և պնևմոսկլերոզին բնորոշ պատկեր՝ թոքերի դաշտերի թափանցելիության տարածուն բարձրացում, ստոծանու իջեցում և շարժումների սահմանափակում:

Արյան քննությունը տալիս է լեյկոցիտոզ և ԷՆԱ-ի արագացում սրացումների ժամանակ:

Խորիխի քննությամբ հայտնաբերվում են ախտածին մանրէներ:

Ընթացքը և բարդությունները. Քրոնիկ բրոնխիտին բնորոշ է ալիքաձև ընթացքը՝ երևույթների ժամանակավոր բարելավման և սրացման փուլերով: Խոշոր բրոնխների ախտահանման դեպքում երկար տարիներ հիվանդների աշխատունակությունը պահպանվում է: Մանր բրոնխների ախտահարման և օբստրուկտիվ ընթացքի դեպքում հիվանդությունը արագ բարդանում է էմֆիզեմայով, սուր թոքաբորբով, որն ունենում է ձգձգվող ընթացք և հանգեցնում է օջախային պնևմոսկլերոզի զարգացման, ասթմայի, որը բնորոշվում է արտաշնչական հեղուկ զարգացմամբ: Ծանր բարդություն է բրոնխոէկտազների ծնավորումը: Ավելի ուշ բարդություններն են՝ տարածուն պնևմոսկլերոզը և թոքային սիրտը՝ թոքային և թոք-սրտային անբավարարության երևույթներով:

Խնամքը և բուժումը. Բուժումը պետք է լինի համակողմանի՝ հաշվի առնելով հիվանդության ընթացքի անհատական առանձնահատկությունները, ծանրությունը և բարդությունները:

Սրացումների և բարդությունների դեպքում պետք է բուժել ստացիոնար պայմաններում:

Մնունդը պետք է լինի լիարժեք սպիտակուցներով և վիտամիններով հարուստ: Թոք-սրտային անբավարարության դեպքում նշանակվում է սեղան N 10-ը:

Սրացման շրջանում նշանակում են հակաբիոտիկներ (նախօրոք որոշելով միկրոբի զգայունությունը անտիբիոտիկների նկատմամբ) և սուլֆանիլամիդներ: Այժմ էֆեկտիվ է սումամեդի (3 օրյա) և ազատրիլի (5 օրյա) բուժման կուրսը:

Հակաբիոտիկներով բուժման տևողությունը անհատական է: Կարելի է անցկացնել երկարատև բուժում մինչև 8 ամիս՝ զուգորդելով հակասնկային (նիստատին, լուորին, նիզորալ) պրեպարատների հետ:

Քրոնիկական բրոնխիտի սրացման շրջանում պետք է ակտիվորեն բուժել հարբախին խոռոչները, նշիկները, փչացած ատաճները և վարակի այլ օջախները:

Որպես խորխաբերներ տալիս խորխարտադրությունը խթանողներ (թերմոպսիս, ալթեյի թուրմ, եզան լեզվի եփուկ), լորձալույծ միջոցներ (տրիպսին, խիմոտրիպսին, բրոմհեքսին), բրոնխոլայնիչներ (եուֆիլին, ամինոֆիլին, վենտոլին, բերոտեկ):

Ցուցման դեպքում նշանակում են նաև դեսենսիֆիլիզացնողներ (սուպրաստին, դիագոլին, դիմեդրոլ, պիպոլֆեն):

Թոք-սրտային անբավարարության դեպքում նշանակում են թթվաճնաբուժություն, սրտային գլիկոզիդներ, կալիումի պրեպարատներ:

Օրգանիզմի դիմադրողականությունը բարձրացնելու նպատակով նշանակում են իմունոկարգավորիչներ, օրինակ՝ լևամիզոլ (դեկարիս) 100-150 մգ 2-3 օր, 4-5 օրյա ընդմիջումով, ուտելուց հետո 8-12 շաբաթ տևողությամբ:

Որոշ դեպքերում կատարում են բրոնխիալ ծառի ներվագույժներ (ֆուրացիլինով, ծանր դեպքերում անտիբիոտիկներով) 10-20 օր:

Կանխարգելման նպատակով դեղաբուժության հետ կիրառվում է նաև ֆիզիկական վարժություններ, օրգանիզմը կոփող միջոցներ, ֆիզիոթերապիա: Մեծ դեր ունի առողջարանային բուժումը (ռեմիսիայի շրջանում):

Գերադասելի են տաք կլիմա ունեցող ծովափնյա և բարձր լեռնային առողջարանները:

ԲՐՈՆԽԻԱԼ ԱՍԹՄԱ

Բրոնխիալ ասթման քրոնիկ ալերգիկ հիվանդություն է, որը բնորոշվում է պարբերաբար կրկնվող շնչահեղձության (հեղձուկի) նոպաներով, արտաշնչման դժվարացումով: Նոպայի հիմքում ընկած է մանր բրոնխների սպազմը, բրոնխների լորձաթաղանթի այտուցը և հիպերսեկրեցիան, որոնց հետևանքով խանգարվում է բրոնխների անցանելիությունը:

Վերջին տարիներին ամբողջ աշխարհում դիտվում է բրոնխիալ ասթմայով հիվանդացության աճ:

Էթիոլոգիան. Բրոնխիալ ասթմայի հիմնական պատճառը օրգանիզմի գերզգայնությունն է վարակային կամ ոչ վարակային ծագման ալերգենների նկատմամբ:

Վարակային ծագման ալերգեններից են բակտերիաները, վիրուսները, սնկերը և հելմինթները:

Ոչ վարակային ծագման ալերգենները բաժանվում են մի քանի խմբերի:

1. Կենցաղային ալերգեններ՝ տնային փոշի, գրքերի փոշի, բարձի փետուր, բուրդ, որոնց մեջ ապրում են տզեր: Նրանք բազմաանում են հատկապես հոկտեմբեր-նոյեմբեր և մարտ-ապրիլ ամիսներին, որը համընկնում է բրոնխիալ ասթմայի սրացման շրջանին:
2. Բուսական ալերգեններ՝ ծառեր, չոր խոտերի դեղեր, տարբեր ծաղիկներ (տնային և դաշտային):

3. Կենդանական ալերգեններ՝ կենդանիների բուրդ և մորթի, ալվարիումային ձկներիկեր:
4. Մանդային ալերգեններ՝ խեցգետին, ցիտրուսային մրգեր, ձու, ձուկ, ելակ, շոկոլադ, միս:
5. Դեղամիջոցներ՝ անտիբիոտիկներ, վակցինաներ, վիտամիններ, շիճուկներ:
6. Քիմիական նյութեր՝ սինթետիկ թելեր, սոսինձ, լվացքի փոշի:

Դասակարգումը.

Ըստ առաջացնող պատճառների տարբերում են.

1. ներքին գենետիկ դեֆեկտներ, որոնք նախատրամադրում են հիվանդության զարգացմանը (ժառանգական նախատրամադրվածություն),
2. արտաքին գործոններ, որոնց միջոցով անմիջականորեն հրահրվում է հիվանդությունը:
3. Ըստ ախտաբանական մեխանիզմների տարբերում են.
 1. վարակային (ինֆեկցիոն) ծագման բրոնխիալ ասթմա,
 2. ոչ վարակային կամ ատոպիկ բրոնխիալ ասթմա,
 3. խառը բրոնխիալ ասթմա:

Ըստ հիվանդության ընթացքի ծանրության աստիճանի տարբերում են թեթև, միջին ծանրության և ծանր ձևեր:

Թեթև ընթացքի դեպքում սրացումները երկարատև չեն, տարվա ընթացքում 2-3 անգամ, շնչահեղձության նոպաները վերանում են ինհալյացիոն դեղորայքի ընդունումից: Միջնոպայական շրջանում բրոնխոկծկանքի երևույթներ չեն լինում:

Միջին ծանրության ընթացքի դեպքում սրացումները լինում են տարվա ընթացքում 3-4 անգամ, շնչահեղձության նոպաները ծանր են ընթանում և վերանում են միայն դեղորայքի ներարկումից: Միջնոպայական շրջանում բրոնխոկծկանքի երևույթները պահպանվում են:

Ծանր ընթացքի դեպքում սրացումները լինում են հաճախ (տարվա ընթացքում 5 և ավելի անգամ) և երկարատև: Շնչահեղձության նոպաները ծանր են ընթանում՝ հաճախ վերածվելով ասթմային վիճակի(status asthmaticus):

Կլինիկան. Բրոնխիալ ասթմայի հիմնական կլինիկական ախտանիշը շնչուղիների դարձելի և տարածուն օբստրուկցիայի հետևանքով առաջացած արտաշնչական շնչարգելության (հեղձուկի) նոպան է:

Նոպայի զարգացման ընթացքում տարբերում են 3 շրջան:

1. Նախանշանների շրջան, սկսվում է նոպայից մի քանի րոպե, ժամ և նույնիսկ օրեր առաջ:

2. Նոպայի ծաղկման շրջան, ներառում է բրոնխիալ ասթմայի կլինիկական բոլոր նշանները և կարող է տևել մի քանի րոպեից մինչև մի քանի ժամ:

3. Նոպայի հետզարգացման շրջան, որը կարող է տարբեր տևողության լինել կախված հիվանդության ծանրության աստիճանից:

Նախանշանների շրջանին բնորոշ են քթից առատ, ջրիկ լորձարտադրությունը, փոշտոցը, նոպայաձև հազը, խորխարտադրության դժվարացումը, հևոցը, ընդհանուր գրգռվածությունը, գունատությունը, սառը քրտինքը, մաշկի քորը, կոկորդի քերման զգացումը:

Նոպայի ծաղկման շրջանը սկսվում է շնչահեղձությամբ, որն արտաշնչական տիպի է և ուղեկցվում է կրծոսկրի հետևում սեղմման զգացողությամբ: Հևոցը և շնչահեղձությունը կարող են սկսվել հանկարծակի՝ գիշերը, քանի որ գիշերը գերակշռում է թափառող ներվի տոնուսը: Ներշնչումը դառնում է կարճ, ուժեղ և խորը, արտաշնչումը դանդաղ է՝ տարածության վրա լսվող սուլող խզզոցներով: Հիվանդը ընդունում է հարկադրված դիրք՝ նստած, իրանը առաջ թեքած, ձեռքերը աթոռին կամ ծնկներին հենած, ուսերը վեր բարձրացրած և առաջ թեքած, կարծես թե գլուխը խրված ուսերի մեջ՝ փորձելով հեշտացնել շնչառությունը: Հիվանդի ընդհանուր վիճակը ծանր է, դեմքը գունատ, թեթևակի այտուցված, կապտավուն, պատված սառը քրտինքով, վախի և անհանգստության արտահայտությամբ: Հիվանդը դժվարությամբ է պատասխանում հարցերին:

Հեղձուկի նոպան հաճախ ուղեկցվում է հազով: Այն մեծ մասամբ սկսվում է նոպայի գագաթնակետին, կրում է տանջալից բնույթ, քանի որ շնչական ուղիներում այդ պահին արտադրվող քիչ քանակությամբ մածուցիկ, կաչուն, ապակենման խորխը դժվարությամբ է դուրս բերվում: Հետագայում խորխը ջրիկանում է, նրա քանակը ավելանում է, հազը դառնում է փափուկ և ավելի քիչ է անհանգստացնում հիվանդին, քանի որ խորխը հեշտությամբ է արտաբերվում: Նման փոփոխությունները նոպայի մոտալուտ ավարտի նշան են:

Խորխի մեջ միկրոսկոպիկ քննությամբ հայտնաբերվում են Կուրշմանի գալարներ, Շարկո-Լեյդենի բյուրեղներ (էոզինոֆիլների քայքայումից առաջացած) և էոզինոֆիլներ:

Պուլսը՝ թույլ լեցումով, հաճախացած կամ հազվական: Սրտի տոները խլացած են, թոքային զարկերակի վրա II տոնը շեշտված, շնչառությունը հազվական (10-14 շնչական ակտ 1 րոպեում):

Թոքերի բախումը հայտնաբերում է տուփային հնչյուն, թոքերի ստորին սահմանները իջած են, շարժունակությունը վերացած: Սրտի բացարձակ բթության սահմանները փոքրացած են:

Լսելիս թոքերում, հատկապես արտաշնչման փուլում, լսվում են չոր, սուլող, տարածված խզզոցներ: Արյան ճնշումը բարձրանում է:

Երբեմն սուր նոպան վեր է ածվում ասթմային վիճակի: Նոպայի գագաթնակետում, մանր բրոնխների սպազմի և խորխով խցանվելու պատճառով զարգացած շնչահեղձուկից հիվանդը կարող է հանկարծամահ լինել (հիպոքսիկ կոմա):

III շրջանը նոպայի հետզարգացման շրջանն է, որը կարող է վերջանալ հանկարծակի կամ ձգձգվել բավականին երկար ժամանակ:

Բարդությունները. Կարող է զարգանալ էմֆիզեմա, հետագայում դեկոմպենսացված թոքային սիրտ: Նոպայի ժամանակ կարող է զարգանալ ինքնաբուխ պնևմոթորաքս և թոքերի թորշոմում (ատելեկտազ):

Հիվանդները կարող են մահանալ.

1. շնչահեղձությունից՝ բրոնխոսպազմի և բրոնխիոլների խցանման հետևանքով,
2. աջ փորոքային սուր անբավարարությունից,
3. շնչառական կենտրոնի ֆունկցիայի խանգարումից:

Խնամքը և բուժումը.

Բուժումը ներառում է՝

4. անհետաձգելի օգնությունը նոպայի ժամանակ,
5. բուժական միջոցների կիրառում ախտադադարի շրջանում, եթե այն անկայուն է,
6. բրոնխիալ ասթմայի բուժում սրացման շրջանում,
7. ասթմատիկ վիճակի բուժում:

Անհետաձգելի օգնությունը բրոնխիալ ասթմայի նոպայի ժամանակ.

1. Առաջին հերթին վերացնել շփումը ալերգենի հետ, եթե այն հայտնի է:
2. Հանգստացնել հիվանդին, հուսադրել և վերացնել մահվան վախի զգացումը:
3. Անմիջապես բացել պատուհանները՝ ապահովելով թարմ օդի մուտքը:
4. Ազատել հիվանդին ճնշող, սեղմող հագուստից:
5. Օգնել գրավելու շնչառությունը լավացնող հարմար դիրք (տես կլինիկայում նկարագրված դիրքը):
6. Տաքացնող միջոցներ՝ ոտքերին տաք լոգանք, ձեռքերին և ոտքերին՝ ջեռակներ, եթե մանանեխից ալերգիա չունի, ապա դնել մանանեխի ծեփուկներ կրծքավանդակին:
7. Դեղորայքային բուժում: Կիրառվում են դեղորայքի 3 խումբ, որոնք վերացնում են բրոնխների սպազմը
 - ա) կարճատև ներգործության ադրենոլիթանիչներ
 - բ) մեթիլքսանտիններ
 - գ) խոլինոլիթիկներ

Կարճատև ներգործության Բ2 ադրենոլիթանիչներին են պատկանում վենտոլինը, ֆերոտեկը, սալբուտամոլը, սերեվենտը, սերետայդը, որոնք այսօր բրոնխիալ ասթմայի նոպայի բուժման լավագույն միջոցներն են:

Մեթիլքսանտիններին են պատկանում թեոֆիլինը և էուֆիլինը 2.4%, 10, 0, որը ներարկում են 10մլ ֆիզիոլոգիական լուծույթի հետ ներերակային շիթային եղանակով՝ դանդաղ:

Խոլինոլիթիկներին են պատկանում ատրոպինը, ատրոպենտը:

Տալիս են նաև հակահիստամինային պրեպարատներ՝ դիմեդոլ, դիագոլին, տավեգիլ, սուպրաստին:

Սրացումների բուժման հիմնական դեղամիջոցներից է կետոտիֆինը կամ զադիտենը: Եթե վերջինիս երկարատև բուժումը անարդյունավետ է լինում, նշանակում են գլիկոկորտիկոիդներ (հաճախ պրեդնիզալոն):

Ներկայումս լայն կիրառում են ստացել ինհալացիոն գլիկոկորտիկոիդները՝ բեկլոմետազոլ («բեկոտիդ», «բեկլոմետ»), սերետալդ, որոնք արագ և լիակատար ներծծվում են բրոնխային ծառի լորձաթաղանթում և զուրկ են համակարգային բնույթի բարդություններից:

Բրոնխիալ ասթմայի ծանր ընթացքի և ասթմատիկ վիճակի դեպքում բուժումը կատարվում է վերակենդանացման բաժանմունքում:

Ասթմատիկ վիճակի դեպքում տրվում է բրոնխոլիտիկ խառնուրդ՝ 10 մլ 2.4% էուֆիլին, 2 մլ կորդիամին, 100 մգ պրեդնիզոլոն կամ հիդրոկորտիզոն, 1 մլ 0.06% դիմետիլդ, 500 մլ ֆիզ. լուծույթի մեջ շատ դանդաղ ներերակային կաթիլային:

Միջնոպայական շրջանում ծանր ընթացքով բրոնխիալ ասթմայի դեպքում հիվանդները մշտապես ստանում են հորմոնալ բուժում (հորմոնոկախյալ ձև)՝ պրեդնիզոլոն, տրիամսինոլոն, դեքսամետազոն հաբերի ձևով: Սկսում են օրը 5-6 հաբից, աստիճանաբար պակասեցնում: Թեթև և միջին ծանրության դեպքերում հիվանդները օգտվում են գրպանի ինհալատորից, շնչում են տարբեր բրոնխոլայնիչներ՝ ինտալ, անտասթմա, ասթմատոլ, էուսպիրան-նովոդրին, ասթմոպենտ, սալբուտամոլ, բերոտեկ: Յուրաքանչյուր հիվանդ ունի իր անհատական ինհալատորը: Ինհալատորից կարելի է օգտվել օրը 1 կամ 2 անգամ: Եթե չի օգնում, չի կարելի շատացնել դոզան, այլ պետք է դիմել բժշկի և փոխել դեղամիջոցը:

Ինտալով ինհալատորը կոչվում է սպինխուլեր, շնչում են օրը 2-3 անգամ, 2 շաբաթ:

Նոպայից դուրս ռեմիսիայի շրջանում բուժքույրը պետք է հիվանդին բացատրի, թե ինչպես օգտվել ինհալատորից, կատարել շնչառական վարժություններ, կրծքավանդակի մերսում, սովորեցնի արդյունավետ հազի տեխնիկան: Բացատրի ինչպես օգտագործել էուֆիլինի մոմիկները (ուղիղ աղիքի մեջ գիշերը՝ քնելուց առաջ): Պետք է սովորեցնել պացիենտին, որ հորմոնների հաբերը 5-6 հատ պետք է խմել մեկ անգամից, կամ մեծ մասը՝ նախաճաշից հետո, ավելի քիչը՝ ճաշից հետո:

Հայաստանում բրոնխիալ ասթմայով հիվանդներին բուժում են Աղի հանքում «անձավաբուժությամբ»:

Հղիությունը և բրոնխիալ ասթմա.

Հիվանդության ժամանակ հղի կանանց մոտ ավելի է բարձրանում բարդություններ առաջանալու հավանականությունը (վաղ և ուշացած շրջանի տոքսիկոզներ, արյունահոսություններ): Մոր թթվածնային քաղցր առաջացնում է պտղի հիպօքսիա և ոչ հազվադեպ, հատկապես ասթմատիկ ստատուսի ժամանակ, պտղի մահացություններ ներարգանդային կյանքում: 20% նորածինների մոտ կյանքի առաջին տարում լինում են շնչահեղձության նոպաներ:

Ծննդաբերության ընթացքը բնականոն է, իսկ երբ զարգանում է թոք-սրտային և շնչառական անբավարարություն, ապա ճիգերի շրջանը բացակայում է:

Հղիների մոտ բրոնխիալ ասթման բուժելիս առաջին հերթին վերացնում են նոսր, ասթմատիկ ստատուսը: Օգտագործում են տարբեր խմբերի դեղորայքներ՝ սիմպատոմիմետիկներ (իզադրին, ալուպենտ, սալբուտամոլ հատուկ աերոզոլային ինհալատորով), պուրինի ածանցյալներ (էուֆիլին, թեոֆիլին), հակահիստամինային դեղորայքներ, սպազմոլիտիկներ, կորտիկոստերոիդներ:

Նոսրացից հանելու համար հղիներին չի թույլատրվում ադրենալին և ասորպրինի սուլֆատ:

Ասթմատիկ վիճակի ժամանակ ցուցված է հոսպիտալացում ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք: Ն/ե ներարկում են էուֆիլին 10 մլ 2, 4%-ոց լուծույթ, կորգլիկոն 1մլ 0, 06%-ոց լուծույթ, կորտիկոս-տերոիդներ 60-180մգ, արտահայտված ագիդոզի ժամանակ նատրիումի հիդրոկարբոնատի 5%-ոց լուծույթ: Նշանակում են նաև խորխաբերներ և խորխալույծ պրեպարատներ: Հիվանդության ինֆեկցիոն-ալերգիկ բնույթի դեպքում ցուցված է հակաբակտերիալ բուժում:

Բրոնխիալ ասթմայի ծանր ընթացքի դեպքում կատարում են հեմոսորբցիա:

Միջնոպայական շրջանում բուժումը ընդգրկում է հիպոալերգիկ դիետա (օրաբաժնից բացառում են ցիտրուսները, ձուն, ձուկը, Հատապտուղները), բուժական ֆիզկուլտուրայի, բրոնխոլիտիկ և հակահիստամինային դեղորայքների նշանակումը: Անարդյունավետ բուժման դեպքում կիրառում են կորտիկոստերոիդների ոչ մեծ դեղաչափերի համակցում կալիումի և էթիմիզոլի պրեպարատների հետ (մակերիկաժների ֆունկցիայի խթանման նպատակով): Ինտալը և կետոտիֆենը հղիներին հակացուցված են:

Բրոնխոսպազմը նվազեցնելու և բրոնխների դրենաժային ֆունկցիան լավացնելու համար կիրառում են բուժման ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ՝ ՈւՄՃ (ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներ), էլեկտրոֆորեզ, բրոնխոլիտիկ աերոզոլով ինհալացիաներ:

ԹՈՔԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄՆԵՐ

Թոքաբորբերը հիվանդությունների մի խումբ են, որոնք ախտահարում են առավելապես թոքերի շնչական (ռեսպիրատոր) բաժինները, ախտածագմամբ և ախտաբանական բնութագրերով լինում են տարբեր ձևերի, առավել հաճախ վարակային բորբոքային հիվանդություններ են:

Ըստ կլինիկական ախտանիշների և թոքային հյուսվածքում տեղի ունեցող ախտաբանական փոփոխությունների թոքաբորբերը լինում են սուր և քրոնիկական:

Սուր թոքաբորբեր.

Սուր թոքաբորբերը թոքի շնչական (ռեսպիրատոր) հատվածների (վերջնային բրոնխիոլներ, ալվեոլային ուղիներ, ալվեոլներ) վարակային բորբոքումն է:

Թոքաբորբերը շատ տարածված հիվանդություններ են, տղամարդիկ հիվանդանում են ավելի հաճախ, քան կանայք: Թոքաբորբերը հատկապես ծանր են ընթանում սիրտ-անոթային և շնչական համակարգերի խրոնիկ հիվանդություններով, ալկոհոլիզմով տառապող տղամարդկանց մոտ:

Դասակարգումը.

Ըստ առաջացման պատճառի թոքաբորբերը լինում են.

1. մանրէային
2. վիրուսային
3. փկոպլազմաներից և ռիկետսիաներից առաջացած
4. ալերգիկ
5. ֆիզիկական և քիմիական գործոններից առաջացած
6. խառը
7. անհայտ պատճառներից առաջացած

Ըստ ախտածագման՝

1. առաջնային,
2. երկրորդային:

Ըստ կլինիկա-կազմաբանական նշանների՝

1. պարենխիմատոզ
 - ա. կրուպոզ բ. օջախային
2. ինտերստիցիալ:

Ըստ ընթացքի՝

1. սուր,
2. ձգձգվող:

Կրուպոզ թոքաբորբ (Պլևրոպնևմոնիա).

Կրուպոզ թոքաբորբը թոքի սուր վարակային հիվանդություն է՝ թոքի բլթի կամ նրա մեծ մասի ֆիբրոզ բորբոքային ախտահարմամբ և բնորոշ ցիկլային ընթացքով: Կրուպոզ թոքաբորբը ուղեկցվում է պլևրայի ախտահարմամբ, այդ պատճառով անվանում են նաև պլևրոպնևմոնիա:

Էթիոլոգիան. Հիվանդության հարուցիչը հաճախ հանդիսանում է Ֆրենկել-Վեկսելբաումի պնևմոկոկը, հազվադեպ այլ բակտերիաներ՝ Ֆրիդլենդերի ցուպիկը, ստրեպտոկոկերը և ստաֆիլակոկերը: Հարուցիչները օրգանիզմ են թափանցում 3 ճանապարհով՝ բրոնխներով, արյան և ավշի միջոցով, որտեղից անցնում են թոքեր և բազմանում ալվեոլներում:

Նպաստող գործոններն են. Օրգանիզմի սառեցումը, դիմադրողականության անկումը, շնչուղիների քրոնիկական հիվանդությունները, փասսակար պրոֆեսիոնալ գործոնները:

Կլինիկան. Կրուպոզ թոքաբորբի ընթացքի մեջ առանձնացնում են 3 շրջան.

1. մանրէային այտուցի կամ գերարյունության (հիպերեմիայի շրջան), կամ ներհոսի շրջան:
2. լերդացման շրջան
3. ներծծման շրջան:

1. **Մանրէային այտուցի** (գերարյունության կամ ներհոսի) շրջան, երբ մանրէներից արտադրված էնդոտոքսինի ազդեցության տակ առաջանում է թոքային հյուսվածքի գերարյունություն, բարձրանում է մազանոթների պատերի թափանցելիությունը և արյան պլազման անցնում է ավելոների խոռոչ, զարգանում է մանրէային այտուց, որն աստիճանաբար տարածվելով («յուղի բծի ֆենոմենը») գրավում է սեզմենտը, բիլթը, նույնիսկ մի քանի բլթեր (բլթային թոքաբորբ): Տևում է 1-3 օր:
2. **Լերդացման շրջանը** սկսվում է հիվանդության 3-4 րդ օրը: Իր մեջ միավորում է ձևաբանական փոփոխությունների երկու՝ կարմիր և գորշ լերդացման շրջանները: Կարմիր լերդացման շրջանում երիտրոցիտները և ֆիբրինոգենը անցնելով ավելոներ, մակարդվում են, թոքը պնդանում է և օդազրկվում: Կտրվածքի վրա կարմիր գույնի է, նման է լյարդի զանգվածին, այստեղից էլ շրջանի անվանումը: Գորշ լերդացման շրջանում երիտրոցիտները քայքայվում են, իսկ ավելոներում ֆիբրինի հետ միասին ին հայտ են գալիս մեծ քանակությամբ լեյկոցիտներ: Թոքի կտրվածքը ունենում է գորշ գույն: Երկրորդ շրջանը տևում 5-7 օր:
3. **Ներծծման շրջանում** ֆիբրինը քայքայվում, լուծվում է և աստիճանաբար ներծծվում: Այս շրջանում էքսուդատը աստիճանաբար փոխարինվում է օդով: Երրորդ շրջանը համեմատաբար ավելի տևական է:

Կրուպոզ թոքաբորբի պարտադիր բաղկացուցիչ բաղադրիչը ֆիբրինոզ՝ չոր պլևրիտն է («պլևրոպնևմոնիա»):

Հիվանդությունը հաճախ սկսվում է մրսելուց կամ վերին շնչուղիների ախտահարումից մի քանի օր հետո, հանկարծակի (հիվանդը կարող է անգամ նշել ժամը):

Առաջանում են դող, սարսուռ, ջերմության արագ բարձրացում մինչև 39-40 աստիճան C, ուժեղ գլխացավ, արտահայտված ընդհանուր թուլություն:

Հիվանդության 2-րդ օրը երևան է գալիս չոր հագ, կրծքավանդակի շրջանում առաջանում են ուժեղ ցավեր, որոնք պայմանավորված են բորբոքային պրոցեսի մեջ պլևրայի ընդգրկմամբ: Ցավերն ուժեղանում են հազալիս և խորը ներշնչելիս: Երբ ախտահարվում են թոքի ստորին բլթերը և պրոցեսի մեջ է ընդգրկվում ստոծանիական

պլևրան, ցավերը կարող են ճառագայթվել դեպի որովայնի խոռոչ և առաջացնել «սուր որովայնի» կեղծ պատկեր: Հիվանդության երրորդ-չորրորդ օրը արտադրվում է ժանգագույն մածուցիկ խորխ, որը պայմանավորված է օջախում էրիտրոցիտների քայքայմամբ (կարմիր լերդացման շրջան):

Բնորոշ է ախտահարված կողմի այտի գերարյունություն և կարմրություն, շրթունքների և քթի թևերի վրա հերպետիկ ցանավորման առաջացում: Պահպանվում է բարձր ջերմությունը, օրվա ընթացքում աննշան տատանումներով: Շնչառությունը մակերեսային է և հաճախացած: Կրծքավանդակի ախտահարված հատվածը հետ է փակվում շնչառության ժամանակ: Շոշափման, բախման և լսման տվյալները կախված են թոքի ախտահարված հատվածի մեծությունից և բորբոքային պրոցեսի շրջանից:

Առաջին շրջանում ախտահարված կողմի ձայնի դողոցը ուժեղացած է, բախումը տալիս է բթացած հնչյուն: Լսումը տալիս է կրեպիտացիա (սկզբնական կրեպիտացիա՝ *crepitationo indux*), որը հատկապես արտահայտված է ներշնչման վերջում:

Համապատասխան բուժման բացակայության կամ նրա անարդյունավետության դեպքում հիվանդությունը թևակոխում է II շրջան:

Այս շրջանում ձայնի դողոցը ավելի է ուժեղանում, բախումը տալիս է բուրբ հնչյուն, լսումը՝ ողջ ախտահարված հատվածում բրոնխային շնչառություն:

Երրորդ շրջանում, երբ սկսվում է օդափոխության վերականգնումը, բախման հնչյունը նորից բթատիվացանիկ է դառնում: Լսումը տալիս է հետադարձ կրեպիտացիա (*crepitationo redux*), որը սկզբնականի համեմատ ավելի առատ է և կոպիտ:

Հիվանդության դրական տեղաշարժի դեպքում ջերմությունը աստիճանաբար նվազում է 2-3 օրվա ընթացքում (լիտիկ անկում) կամ իջեցումը լինում է հանկարծակի մեկ օրվա կամ ժամերի ընթացքում (կրիտիկ անկում): Ծանր դեպքերում կարող է զարգանալ կոլապս:

Զարկերակային ճնշումը կտրուկ իջնում է, պուլսը թույլ լեցումով, դեմքը գունատ, պատված կպչուն, սառը քրտինքով: Հիվանդին պետք է շտապ պառկեցնել, ոտքերը գլխից բարձր դիրքով, տալ խմելու տաք հեղուկներ՝ սուրճ, թեյ, դնել ջեռակներ, ներարկել զարկերակային ճնշումը բարձրացնող պրեպարատներ՝ կոֆեին, կորդիամին, կորագոլ, կամֆորա, մեզատոն, ադրենալին:

Կրուպոզ թոքաբորբը հաճախ ընթանում է այլ օրգան-համակարգերի ախտահարմամբ:

Սիրտ-անոթային համակարգի ախտահարումը արտահայտվում է հաճախասրտությամբ (1ր-ում 100-120 զարկ), կարող է ախտահարվել սիրտը:

Նյարդային համակարգի ախտահարումը ուղեկցվում է գլխացավով, անքնությամբ, ծանր դեպքերում՝ զառանցանքով և մենինգիալ ախտանիշներով:

Ստամոքս-աղիքային տրակտի կողմից կարող է լինել սրտխառնոց, փսխում, ախորժակի բացակայություն: Լեզուն չոր է, փառակալած, որովայնը փքված՝ զազերի կուտակման պատճառով: Լյարդը չափերով կարող է մեծանալ, մաշկը և աչքի կարծրենին՝ դեղին երանգով:

Ռենտգեն քննությամբ արտահայտվում է կրուպոզ թոքաբորբի զարգացման հիմնական փուլերը:

Արյան քննությունը տալիս է լեյկոցիտոզ ձախ թեքումով, ԷՆԱ-ի արագացում:

Բարդություններից են թոքի թարախակույտը, թարախային պլևրիտը, պերիկարդիտը, միոկարդիտը:

Խնամքը և բուժումը կոմպլեքսային է.

- Խիստ անկողնային ռեժիմ:
- Հաճախակի, բայց զգուշորեն օդափոխել հիվանդասենյակը:
- Տալ մեծ քանակությամբ հեղուկներ, մրգահյութեր, կիտրոնով թեյ, հանքային ջուր:
- Սնունդը պետք է լինի կիսահեղուկ, դյուրամարս, կերակրել քիչ-քիչ, բայց հաճախակի:
- Օգնել իրականացնել անձնական հիգիենան:
- Ցավերի ժամանակ կրծքավանդակին փակցնել մանանեխի ծեփուկներ, բանկաներ (եթե մարմնի ջերմությունը բարձր չէ):
- Չոր հազի դեպքում տալ կաթ մեղրով կամ հանքային ջրով:
- Հետևել աղիների գործունեությանը:
- Բերանը հաճախակի ողողել կերակրի սոդայի 2% լուծույթով կամ գոլ ջրով:
- Ամեն օր մաքրել սենյակը խոնավ եղանակով:
- Ջերմության իջեցումից հետո օգնել կատարել շնչառական վարժություններ:

Դեղորայքային բուժումը.

1. Հակաբիոտիկներ, նախօրոք խորխում որոշելով մանրէների զգայնությունը հակաբիոտիկների նկատմամբ (պենիցիլին, օքսացիլին, ամպիցիլին, գենտամիցին, աուգմենտին, ցեֆազոլին, կեֆզոլ),
2. Սուլֆանիլամիդներ (սուլֆոդիմետոքսին, ֆիսեպտոլ),
3. Սրտային պրեպարատներ (կամֆորա, կոֆեին),
4. Խորխաբերներ (բրոմհեքսին, բրոնխոցին),
5. Տալ շնչելու թթվածին,
6. Սեդատիվներ՝ բրոմ, վալերիանա, նովո-պասսիտ:

Կանխարգելումը.

1. Բարձրացնել օրգանիզմի դիմադրողականությունը
2. կանխել վերին շնչուղիների բորբոքումները
3. խուսափել օրգանիզմի գերսառեցումից
4. պահպանել հանգստի և քնի ռեժիմը:

ՕՋԱԽԱՅԻՆ ԹՈՔԱԲՈՐԲ (Բրոնխոպնևմոնիա)

Օջախային թոքաբորբը իր մեջ ընդգրկում է սուր թոքաբորբերի մի խումբ, որոնց բնորոշ են բորբոքային պրոցեսի տարածումը բրոնխներից ավելոյար հյուսվածքի վրա, որի ժամանակ բորբոքումը ընդգրկում է թոքի առանձին հատվածներ՝ բլթակի, սեզմենտի կամ ագիոտի սահմաններում:

Քանի որ պրոցեսը սկսվում է բրոնխներից և տարածվում ավելոյներ, այդ պատճառով այլ կերպ կոչվում է նաև բրոնխոպնևմոնիա:

Օջախային թոքաբորբը կարող է ծագել որպես ինքնուրույն հիվանդություն (առաջնակի թոքաբորբ), կամ էլ զարգանալ զանազան հիվանդությունների ֆոնի վրա (երկրորդային թոքաբորբ):

Ներկայումս այս թոքաբորբը հանդիպում է ավելի հաճախ, քան կրուպոզը:

Ըստ ախտահարված օջախի մեծության տարբերում են մանր և խոշոր օջախային, ձուլվող և սեզմենտային թոքաբորբեր:

Էթիոլոգիան. Առաջացման պատճառները կարող են լինել վարակային և ոչ վարակային բնույթի:

Որպես հարուցիչ կարող է հանդես գալ ամենատարբեր բակտերիալ ֆլորան: Օջախային թոքաբորբի պատճառ հանդիսանում են վիրուսները (գրիպ, օրնիթոզ), ստրեպտոկոկերը, ստաֆիլոկոկերը, պնևմոկոկերը, միկոպլազման, սնկերը, լեգիոննելան, պնևմոցիստերը (ՉԻԱՀ-ի ժամանակ) և այլն:

Նպաստող գործոնները.

Օջախային թոքաբորբը հաճախ առաջանում է սուր կամ քրոնիկ այլ հիվանդություններով (դիաբետ, ուռուցքներ), վիրահատված և տրավմա ստացած հիվանդների մոտ:

Այն հիվանդների մոտ, որոնք երկար ժամանակ գամված են անկողնուն (կոտրվածքների, ինսուլտների, միոկարդի ինֆարկտի ժամանակ), թոքերի օդափոխության խանգարման և նրանցում կանգային պրոցեսի հետևանքով կարող է զարգանալ՝

1. հիպոստատիկ (կանգային) թոքաբորբ, որի հիմնական հարուցիչներն են՝ ստաֆիլակոկը, պնևմոկոկը, կլեբսիելան:
2. ասպիրացիոն թոքաբորբ, որը պայմանավորված է շնչուղիների մեջ կողմնակի նյութերի թափանցմամբ՝ կերակրի մասնիկներ, փսխման զանգվածներ, օտար մարմիններ: Հաճախակի բարդանում է թարախային պրոցեսներով,
3. հետվիրահատական թոքաբորբ, որը հանդիսանում է հետվիրահատական շրջանի անբարենպաստ ընթացքի հիմնական պատճառը:

Օջախային թոքաբորբը կարող է զարգանալ բրոնխաթոքային քրոնիկական հիվանդությունների ֆոնի վրա (քրոնիկ բրոնխիտ, բրոնխոէկտատիկ հիվանդություն):

Հաճախ օջախային թոքաբորբին նախորդում է վերին շնչուղիների բորբոքումները, որտեղից ինֆեկցիոն պրոցեսը իջնում է ներքև և բերում բրոնխոպնևմոնիայի առաջացման:

Կլինիկական ախտանիշները.

Օջախային թոքաբորբի կլինիկական ախտանիշները սկսվում են սուր՝ ջերմության բարձրացումով (38-39 C), դողով, հագով, խորխարտադրությամբ, որը հիվանդության առաջին օրերին լինում է շճային: Այն կարող է սկսվել նաև ենթասուր, գաղտնի ընթացքով և սուբֆերիլ ջերմությամբ:

Հիվանդները հիմնականում գանգատվում են հազից, որը կարող է լինել չոր կամ տարբեր քանակի լորձային, լորձաթարախային կամ թարախային խորխարտադրությամբ: Երբեմն խորխը կարող է պարունակել արյան բծեր: Խոշոր օջախային թոքաբորբի դեպքում հիվանդների մոտ կարող է լինել նաև հևոց: Հիվանդներին անհանգստացնում են ընդհանուր թուլությունը, գլխացավերը, ախորժակի անկումը: Ժամանակին և ճիշտ բուժում անցկացնելու դեպքում ջերմությունը պահպանվում է 3-5 օր: Ծեր և հյուծված հիվանդների մոտ օջախային թոքաբորբը կարող է ընթանալ առանց ջերմության: Թոքերի օբյեկտիվ քննության տվյալները, կախված ախտահարված օջախի տեղակայումից (մակերեսային թե խորը) և մեծությունից, խիստ տարբեր են: Ախտահարված օջախի խորը տեղակայման դեպքում օբյեկտիվ տվյալները աղքատ են: Եթե օջախը ունի մակերեսային տեղակայում, կրծքավանդակի համապատասխան հատվածում լսվում է ճարձատյուն, կոշտացած շնչառության ֆոնի վրա մանր բշտիկային թաց խզզոցներ: Եթե ուղեկցում է բրոնխիտը, կարող են լսվել և չոր խզզոցներ: Այլ օրգանների կողմից պաթոլոգիական փոփոխություններ չեն լինում: Արյան քննությամբ հայտնաբերվում է լեյկոցիտոզ, վիրուսային ծագման դեպքում՝ լեյկոպենիա: Ռենտգեն քննությունը տալիս է զանազան պատկեր: Հաճախ հայտնաբերվում են մթեցման հստակ օջախներ: Մանր օջախային թոքաբորբի դեպքում լինում է միայն թոքանկարի փոփոխություն:

Ընթացքը և ելքը կախված է հարուցչի և հիմնական հիվանդության բնույթից, որի ֆոնի վրա զարգացել է օջախային թոքաբորբը: Ընթացքը ավելի երկար է և ձգձգվող, քան կրուպոզ թոքաբորբի ժամանակ:

Որպես բարդություն կարող է զարգանալ թոքի թարախակոյտ:

Խնամքը և բուժումը. Խնամքը պետք է կազմակերպել այնպես, ինչպես կրուպոզ թոքաբորբի ժամանակ:

Դեղորայքային բուժումը.

1. Անտիբիոտիկներ՝ նախօրոք որոշելով հարուցիչը և նրա զգայնությունը անտիբիոտիկների նկատմամբ: Օրինակ, միկոպլազմային թոքաբորբի ժամանակ նշանակում են էրիթրոմիցին կամ տետրացիկլին: Ներկայումս լայն կիրառում են ստացել սուլամադերը և ազատրիլը (3 և 5 օրյա կուրս): Լեզիոնների պնևմոնիայի ժամանակ՝ էրիթրոմիցին և ռիֆամպիցին:

2. Սուլֆանիլամիդներ:
3. Հակահազային պրեպարատներ:
4. Խորխաբերներ:
5. Բրոնխոլայնիչներ:
6. Վիտամիններ:

Թոքաբորբը և հղիությունը.

Հղիների մոտ սուր թոքաբորբը ընթանում է ավելի ծանր: Ամենածանր բարդություններն են հանդիսանում թոքի այտուցը, տոքսիկ շոկը, թոքի թարախակույտը, էքսուդատիվ պլևրիտը: Մայրական մահացությունը կազմում է 5-8%: Երբեմն թոքաբորբը կարող է բերել պտղի հիպոքսիայի, ժամանակից շուտ ծննդաբերության, հղիության ընդհատման:

Սուր թոքաբորբը հղիության ընդհատման և ժամանակից շուտ ծննդաբերության հակացուցում է հանդիսանում: Եթե ծննդաբերությունը զարգանում հանկարծակի, ապա չի կարելի ընդհատել, այլ պետք է վարել բնական ճանապարհով, ինտենսիվ թերապիայի պայմաններում: Օջախային թոքաբորբի ժամանակ ծննդաբերությունը ընթանում է ինքնուրույն, կրուպոզ թոքաբորբի ժամանակ՝ ցուցված է ճիգերի դադարեցումը:

Սուր թոքաբորբով հղիներին մինչև 32 շաբաթականը բուժում են թերապևտիկ կամ օբսերվացիոն բաժանմունքում: Նշանակում են անկողնային ռեժիմ, ռացիոնալ սնունդ, շնչական վարժություններ, հակաբակտերիալ բուժում (մինչև 36 շաբաթականը), վիտամիններ՝ A, B, C: Նշանակում են ինչպես խորխաբեր, մուկոլիտիկ դեղորայքներ, այնպես էլ միջոցառումներ, որոնք ուղղված են հիպոքսիայի, շնչառության, սիրտ-անոթային անբավարարության դեմ:

ԹՈՔԵՐԻ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Թոքերի թարախային հիվանդությունները ներկայացնում են թոքերում բորբոքային պրոցեսներ, օրգանիզմի արտահայտված ինտոքսի կացիայով: Այդ հիվանդությունների շարքին են պատկանում էթիոլոգիայով, ախտածագմամբ, կլինիկական արտահայտություններով տարբեր թարախաբորբոքային հիվանդություններ, որոնցից են թոքերի թարախակույտը, փտախտը (գանգրենա), բրոնխոէկտատիկ հիվանդությունը:

Թոքերի թարախային հիվանդությունները չունեն սպեցիֆիկ հարուցիչ:

ԲՐՈՆԽՈՒԿՏՈՒՄԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Նախ և առաջ պետք է առանձնացնել բրոնխոէկտատիկ և բրոնխոէկտատիկ հիվանդություն հասկացությունները: Բրոնխոէկտատը՝ բրոնխների տեղային

ախտաբանական լայնացումն է, որը կարող է լինել բնածին և ձեռք բերովի՝ պայմանավորված բրոնխների պատերի քայքայմամբ կամ նյարդամկանային տոնուսի խանգարմամբ:

Բրոնխոէկտատիկ հիվանդությունը մանկական հասակում ծագած, քրոնիկական ընթացք ունեցող և ներբրոնխային թարախակալմամբ բարդացած բրոնխոէկտազն է:

Շատ կարևոր է տարբերել թոքերի թարախակույտի, տուբերկուլյոզային կավերնայի, քրոնիկական թոքաբորբի, խր. բրոնխիտի հետևանքով առաջացած բրոնխոէկտազները (երկրորդային բրոնխոէկտազներ) բրոնխոէկտատիկ հիվանդությունից: Բրոնխոէկտատիկ հիվանդության ժամանակ ախտաբանական պրոցեսի մեջ ընդգրկվում են միայն բրոնխները, թոքի պարենխիման չի ընդգրկվում, իսկ երկրորդային բրոնխոէկտազների դեպքում թոքի շնչառական (ոեսալիրատոր) հատվածի ախտաբանական փոփոխությունները պարտադիր են: Դրանով է պայմանավորված բրոնխոէկտատիկ հիվանդության դեպքում վիրահատական բուժման կայուն արդյունքը: Ձեռքբերովի լայնացման՝ բրոնխոէկտազի, պարունակության վարակման հետևանքով, զարգանում է բրոնխոէկտատիկ հիվանդություն:

Հիվանդությունը հայտնաբերվում է 5-25 տարեկանում, իսկ որոշ մասի մոտ վաղ մանկական հասակում: Կյանքի 4-6-րդ տասնամյակում բրոնխոէկտազների հայտնաբերման հաճախականությունը նորից որոշ չափով աճում է: Տղամարդիկ հիվանդանում են ավելի հաճախ, քան կանայք, որը պայմանավորված է ծխելով, ակոհոլի չարաշահմամբ և մասնագիտական զբաղմունքով:

Առաջացման պատճառը. Բրոնխոէկտազները (6% դեպքերում) լինում են բնածին, հանդիսանալով ներարգանդային զարգացման արատ:

Ձեռքբերովի բրոնխոէկտազների պատճառը վիրուսային կամ մանրէային բրոնխոթոքային սուր բորբոքումներն են, ինչպես նաև քրոնիկական թոքաբորբերը, պնևմոկոնիոզները, տուբերկուլյոզը, իսկ մանկական հասակում՝ կարմրուկային թոքաբորբը, կապույտ հազը, գրիպը:

Բրոնխոէկտազների առաջացմանը նպաստում են ներբրոնխային ճնշումը բարձրացնող գործոնները (բրոնխների նեղացում, հազ, բրոնխներում խորխի կուտակում, շուրջբրոնխային հյուսվածքի թուլացում, բրոնխների պատի գերձգում), բրոնխների պատի մկանային և շարակցահյուսվածքային հենքի զսպումները, որոնց հետևանքով բրոնխների պատերը ձգվում են, լայնանում:

Դասակարգումը.

1. Կախված բրոնխների լայնացման ձևից տարբերում են գլանաձև, պարկաձև, իլիկաձև և խառը բրոնխոէկտազներ:
2. Ըստ կլինիկական ընթացքի և ծանրության աստիճանի՝ թեթև, միջին ծանրության և բարդացած ծանր ձևեր:
3. Ըստ հիվանդության փուլի՝
 - սրացման շրջան՝ ռեցիդիվ,

- ախտադադարի շրջան՝ ռեմիսիա:

Կլինիկան.

Կլինիկան ընթանում է երեք շրջանով.

1. բրոնխիտիկ շրջան
2. հիվանդության բուռն զարգացման շրջան
3. բարդությունների շրջան:

Բրոնխոէկտատիկ հիվանդության հիմնական և կարևոր կլինիկական արտահայտությունը առատ խորխարտադրությամբ հագն է, որը հիվանդին ուղեկցում է դեռ մանկական հասակից: Հազը և խորխարտադրությունը լինում են հիմնականում առավոտյան ժամերին, երբ դուրս է գալիս գիշերվա ընթացքում բրոնխոէկտազներում կուտակված պարունակությունը:

Նման «բրոնխների առավոտյան հարդարանքի» ժամանակ արտադրվում է խորխի օրվա քանակի մոտ 2/3-ը, այն ամբողջությամբ լցվում է հիվանդի բերանի խոռոչ, ուստի ընդունված է ասել, որ հիվանդը արտախիտում է «լիքը բերանով»:

Խորխարտադրությունը կախված մարմնի դիրքի փոփոխությունից

(հրանը առաջ թեքելիս և այլ դեպքերում) օրվա ընթացքում փոփոխվում է: Ռեմիսիայի շրջանում լորձաթարախային խորխի քանակը չի գերազանցում օրեկան 30մլ-ից, սրացումների դեպքում խորխի քանակը շատանում է, այն դառնում է թարախային և ծանր դեպքերում կարող է արտադրվել 300-500մլ օրեկան, որոշ դեպքերում մինչև մեկ լիտր:

25-35% դեպքերում լինում է արյունախիտում (երբեմն կարող է լինել առատ արյունահոսություն):

Սրացման և ծանր ընթացքի դեպքում հիվանդների ընդհանուր վիճակը վատանում է: Թարախային խորխի քանակի ավելացմանը գուցենթաց առաջ են գալիս ինտոքսիկացիայի նշաններ, ջերմության բարձրացում, քրտնարտադրություն, թուլություն:

Հիվանդների արտաքին տեսքի փոփոխություններն սկզբնական շրջանում տիպական չեն: Սակայն աստիճանաբար ի հայտ են գալիս ինտոքսիկացիայով և հիպօքսիայով պայմանավորված ախտանիշներ՝ դեմքի այտուցվածություն, հոդազույն մաշկ, հյուծում, ժամացույցի ապակիի հիշեցնող եղունգներ և թմբկափայտի նման մատներ: Նկատվում է կրծքավանդակի շնչական շարժումների սահմանափակում: Հիվանդների մեծ մասի մոտ բախման պարզ թոքային հնչյունի ֆոնի վրա հայտնաբերվում են բթացման հատվածներ:

Հիվանդության սրացման շրջանում կոշտացած շնչառության ֆոնի վրա թոքի ախտահարված մասում լսվում են առատ, չոր և ճարճատուն բնույթի խոշոր և միջին բշտիկային հնչեղ, թաց խզզոցներ:

Հազալով խիստուց հետո խզզոցների քանակը պակասում է: Ռեմիսիայի շրջանում խզզոցները կարող են անհետանալ կամ պակասել:

Արյան հետազոտությունը հայտնաբերում է լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում:

Կարևոր տվյալներ է տալիս ռենտգենյան քննությունը (թոքերի ընդհանուր ռենտգեն քննությունը, շերտավոր նկարը):

Սակայն ախտորոշման մեջ մեծ նշանակություն ունի բրոնխների ռենտգեն նկարահանումը՝ կոնտրաստային բրոնխոգրաֆիան, որը հնարավորություն է տալիս որոշել բրոնխոէկտազի առկայությունը, ձևը, տարածվածությունը և կարևոր է վիրահատական բուժման հարցը որոշելիս: Բրոնխոգրաֆիկ պատկերը խիստ բնորոշ է և թողնում է «տերևածածկ ծառի» տպավորություն, մինչդեռ նորմալում այն նմանվում է «տերևազուրկ ծառի»:

Բաժակի կամ փորձանոթի մեջ հավաքված խորխը բաժանվում է երկու շերտի, որոնցից վերինը ջրիկ է՝ խառնված թթի հետ, ստորինը՝ թարախային:

Բրոնխոէկտատիկ հիվանդությունը բնորոշվում է պարբերական ընթացքով, գարնանը և աշնանը տալիս է սրացումներ:

Բարդություններից են երիկամների երկրորդային ամիլոիդոզը, չախտահարված թոքի և ուղեղի մետաստատիկ թարախակույտերը:

Բուժումը և կանխարգելումը.

1. Սնունդը պետք է լինի լիարժեք, վիտամիններով և սպիտակուցներով հարուստ: Անհրաժեշտության դեպքում կարելի է ներարկել ալբումին կամ պլազմա:
2. Հակամանրէային բուժում, որը նշանակվում է հիվանդության սրացման շրջանում՝ հաշվի առնելով խորխի մանրէաբանական քննության տվյալները և հարուցիչի զգայունությունը անտիբիոտիկների նկատմամբ: Գերադասելի է անտիբիոտիկները ներմուծել ներբրոնխային ուղիով բրոնխոսկոպի օգնությամբ: Նշանակում են լայն սպեկտրի անտիբիոտիկներ՝ ցեֆալոսպորիններ, ամինոգլիկոզիդներ, կիսասինթետիկ պենիցիլիններ, տետրացիկլիններ և այլն: Բացի անտիբիոտիկներից, ներբրոնխային կարելի է ներմուծել դիօքսիդին, նիտրոֆուրաններ: Սրանք կարելի է համալրել անտիբիոտիկների մ/մ և ն/ե ներարկմամբ:
3. Բրոնխային ծառի սանացիան՝ թարախային խորխի արտածումը, շատ կարևոր են: Բրոնխոսկոպի օգնությամբ կատարվում է հակասեպտիկներով (ֆուրացիլին, դիօքսիդին) լվացումներ, բրոնխների մեջ լցնում են մուկոլիտիկներ (մուկոսուլվին, ացետիլցիստեին): Լայնորեն կիրառվում են դիրքային (պոստուրալ) դրենաժը, կրծքավանդակի մերսումը, նշանակում են խորխաբերներ, բրոնխոլայնիչներ:
4. Դեզինտոքսիկացիոն բուժում նշանակում են հակացուցումների բացակայության դեպքում: Ն/ե կաթիլային ներարկվում է հեմոդեզ, ֆիզիոլոգիական լուծույթ, 5% գլյուկոզա: Նշանակվում է առատ հեղուկներ (օրը 2-3լ):
5. Օրգանիզմի ինունային կարգավիճակի և ռեակտիվության բարձրացման նպատակով օգտագործում են իմունոմոդուլատորներ՝ (լևամիզոլ, թիմալին) և ադապտոգեններ՝ (ժենշեն, ալոէ և այլն):

6. Լիարժեք բուժումը հնարավորություն է տալիս կանգնեցնել հիվանդության առաջընթացը, կանխել բարդությունները, վիրահատական միջամտության անհրաժեշտությունը հասցնել նվազագույնի, իսկ որոշ դեպքերում՝ հասնել առողջացման: Քրոնիկական օբստրուկտիվ բրոնխիտի բացակայության և սահմանափակ միակողմանի բրոնխոէկտազների առկայության դեպքում ցուցված է վիրահատական միջամտությունը:

ԹՈՔԻ ԹԱՐԱԽԱԿՈՒՅՑ ԵՎ ԳԱՆԳՐԵՆԱ

Թոքի թարախակույտը թոքային հյուսվածքի թարախային քայքայման հետևանքով առաջացած խոռոչն է, որը սահմանազատված է առողջ հյուսվածքից:

Թոքի գանգրենան ավելի ծանր ախտաբանական վիճակ է, որը բնորոշվում է թոքային հյուսվածքի տարածուն մեռուկացմամբ և նեխային քայքայմամբ, որը պարզորոշ սահմաններ չունի:

Առաջացման պատճառը.

Թոքի թարախակույտի և գանգրենայի սպեցեֆիկ հարուցիչներ գոյություն չունեն, այդ հիվանդությունների պատճառ հանդիսացող միկրոֆլորան բազմազան և բազմաբնույթ է: 25% դեպքերում հիվանդությունների պատճառ կարող են լինել ոսկեգույն ստաֆիլոկոկը, աերոբ և պայմանական աերոբ գրամբացասական մանրէները (կապտաթարախային ցուպիկ, կլեբսիլան, պրոտեա և այլն), վիրուսները և այլ միկրոօրգանիզմներ:

Ախտաձագումը.

Հարուցիչները թոքեր կարող են թափանցել հետևյալ 4 ուղիներով.

1. բրոնխային՝ բրոնխոգեն,
2. արյան միջոցով՝ հեմատոգեն,
3. փսամվածքային,
4. կոնտակտային՝ հարևան հյուսվածքներից և օրգաններից:

Ամենակարևոր ուղին բրոնխայինն է: Այս ճանապարհով վարակի թափանցման աղբյուր են հանդիսանում բերանի խոռոչի և քիթ ըմպանի (փչացած ատաճներ, լնդերի բորբոքումներ և այլն) մանրէները:

Հիվանդության առաջացման գործում մեծ նշանակություն ունեն օրգանիզմի դիմադրողականության անկումը, ինչպես նաև նախատրամադրող գործոնները: Դրանցից են բրոնխների քրոնիկական հիվանդությունները, բրոնխիալ ասթման, բրոնխոէկտատիկ հիվանդությունը, կավերնոզ տուբերկուլյոզը:

Թարախակույտի ախտաձագման մեջ կարևոր նշանակություն ունի համաճարակային գրիպը, որը խիստ իջեցնում է օրգանիզմի դիմադրողականությունը ստաֆիլոկոկի հանդեպ:

Հարուցիչները շնչուղիների վերին հատվածից տեղաշարժվում են ստորին հատվածներ 2 մեխանիզմների միջոցով.

1. ինհալացիոն, երբ հարուցիչները տեղաշարժվում են օդի հոսքով,
2. ասպիրացիոն, երբ ներշնչման փուլում բերանի խորոչից և ըմպանից որոշակի քանակությամբ հեղուկ, լորձ, օտար մարմիններ, կերակրի ժնշարներ ընկնում են շնչուղիներ, որը հատկապես լինում է ալկոհոլային հարբածության, անգիտակից վիճակների, ընդհանուր անզգայացման, էպիլեպտիկ նոպայի ժամանակ, երբ խանգարվում է կլման, քիթըմպանային և հազի ռեֆլեքսները:

Դասակարգումը.

1. Ըստ թոքի կլինիկականաբանական բնութագրի տարբերում են.
 - ա) թոքի թարախակույտ
 - բ) թոքի գանգրենա
 - գ) թոքի գանգրենային թարախակույտ:
2. Ըստ պատճառի՝
 - ա) աերոբ մանրէներից առաջացած,
 - բ) անաերոբ մանրէներից առաջացած,
 - գ) խառը,
 - դ) ոչ մանրէային:
3. Ըստ ախտածագման՝
 - ա) բրոնխոգեն (ասպիրացիոն, օբտուրացիոն, հետթոքաբորբային),
 - բ) հեմատոգեն,
 - գ) փսասվածքային:
4. Ըստ տարածվածության՝
 - ա) միայնակ թարախակույտեր,
 - բ) բազմաթիվ թարախակույտեր (միակողմանի, երկկողմանի):
5. Ըստ օջախի մեծության՝
 - ա) փոքր,
 - բ) միջին
 - գ) խոշոր չափերի:
6. Ըստ ծանրության՝
 - ա) թեթև , բ) միջին ծանրության գ) ծանր, դ) ծայրահեղ ծանր
7. Ըստ ընթացքի՝
 - ա) սուր, բ) քրոնիկական
8. Ըստ բարդության առկայության կամ բացակայության՝
 - ա) բարդացած,
 - բ) չբարդացած:

Սուր թարախակույտի կլինիկան.

Կլինիկական պատկերում տարբերում են 2 շրջան.

1. թարախակույտի ձևավորման շրջան,
2. նրա բրոնխային արտահեռացման շրջան:

Առաջին շրջանը սկսվում է սուր, բարձր ջերմությամբ ($39.5-41^{\circ}\text{C}$), դողով, սարսուռով, առատ քրտնարտադրությամբ, չոր, տանջող հագով, քիչ քանակի թարախային խորխարտադրությամբ, կրծքավանդակի ախտահարված կողմի ցավերով, թուլությամբ, հեղուկ:

Օբյեկտիվ քննությամբ հիվանդի դիրքը հարկադրված է (պառկում է ախտահարված կողմի վրա), գունատ է և ցիանոտիկ:

Շոշափումը ախտահարված կողմում տալիս է ձայնի դողոցի թուլացում:

Պերկուսիան տալիս է բախման հնչյունի բացում: Լսումը՝ բրոնխիալ երանգով շնչառություն, քիչ քանակությամբ չոր և մանր բշտիկային թաց խզզոցներ: Ջարկերակային ճնշումը իջած է:

Ռենտգեն քննության տվյալները հիշեցնում են ձուլված կամ բլթային թոքաբորբ:

Առաջին շրջանի տևողությունը 5-12 օր է, հետթոքաբորբային թարախակույտի դեպքում՝ 2-4 շաբաթ: Չնայած իրականացվող բուժմանը, հիվանդները նիհարում են, կորցնում են ախորժակը:

Անցումը երկրորդ շրջանի, երբ թարախակույտը բացվում է բրոնխի մեջ, կլինիկորեն արտահայտվում է «լիքը բերանով» խորխարտադրությամբ և նոպայաձև հագով: Օրվա ընթացքում արտադրվում է 300-ից մինչև 1000 մլ խորխ, որին բնորոշ է յուրահատուկ անդուր հոտը: Գանգրենայի դեպքում այն զարշահոտ է, և հիվանդի անկողնու մոտ մնալը դառնում է գրեթե անհնար: Անոթում պահելիս խորխը բաժանվում է 3 շերտի՝ ստորին շերտը գորշավուն, սրճագույն կամ խիտ, որը հաճախ պարունակում է թոքային հյուսվածքի կիսաքայքայված մասնիկներ: Միջին շերտը շճային, մածուցիկ, պղտոր հեղուկ է, որը մեծամասամբ կազմած է թքից: Մակերեսային շերտը թարախի խառնուրդով փրփրային լորձ է, դեղնականաչավուն գույնի:

Խորխի արտազատումից հետո լինում է հիվանդի վիճակի կտրուկ բարելավում՝ իջնում է ջերմությունը, պակասում է ինտոքսիկացիայի երևույթները, խորխի քանակը աստիճանաբար նվազում է:

Բախումը նախկին բացման շրջանում տալիս է թմբկային հնչյուն (տիմպանիկ):

Լսումը՝ խոշոր և միջին բշտիկային թաց խզզոցներ, ամֆորիկ շնչառություն:

Ռենտգեն քննությամբ հայտնաբերվում է ձևավորված կլոր խոռոչ՝ հեղուկի հորիզոնական մակարդակով:

Թոքի գանգրենայի ժամանակ խոխի քանակը աստիճանաբար աճում է և հիվանդի վիճակի բարելավում չի լինում: Մի քանի շաբաթվա ընթացքում օրգանիզմը հյուծվում է, ի հայտ են գալիս «թմբկային փայտիկներ» հիշեցնող մատներ և «ժամացույցի ապակու» նման եղունգներ:

Բուժումը պետք է իրականացնել մասնագիտացված թոքաբանական կամ կրծքային վիրաբուժության բաժանմունքում:

1. Պայքար ինտոքսիկացիայի դեմ (պոլիգլյուկին, ալբումին, գլյուկոզայի լուծույթ, հեմոդեզ, հեմոսորբցիա, պլազմոֆորեզ): Անեմիայի դեպքում՝ էրիթրոցիտար զանգված, ցավերի դեպքում՝ ցավազրկողներ, անհրաժեշտության դեպքում՝ սրտային գլիկոզիդներ:
2. Հիպոկրատի սկզբունքը «Եթե կա թարախ, այն պետք է դատարկել»: Ցուցված է դիրքային (պոստուրալ) դրենաժ՝ օրը 8-10 անգամ: Լավ արդյունք է ստացվում բուժական բրոնխոսկոպիայից՝ բրոնխից խորխի ակտիվ արտածում:
3. Հակամանրէային բուժում. Ստաֆիլակոկային քայքայումների դեպքում նշանակում են օքսացիլին 3-8 օր, կլեբսիելայի դեպքում՝ գենտամիցին և լևոմիցիտին, կապտաթարախային ցուպիկի դեպքում՝ գենտամիցին և կարբենիցիլին: Անաէրոբների վրա լավ է ազդում մեծ դոզաներով պենիցիլինը (օրը 50 մլն) մետրոնիդազոլի (տրիխոպալի) հետ: Վիրուսային վարակի դեպքում՝ ինտերֆերոն, ագիկլովիր:
4. Օրգանիզմի պաշտպանական մեխանիզմը վերականգնվում է և խթանվում իմունոմոդուլատորների (լևոմիզոլ, թիմոլին, T-ակտիվին) միջոցով: Պասիվ իմունոբուժում (թարմ արյուն, պլազմա):

Կոնսերվատիվ բուժման անարդյունավետության դեպքում ցուցված է թոքի մասնահատում կամ հեռացում:

Խնամք. Հիվանդասենյակը, որտեղ բուժվում է հիվանդը, պետք է հաճախակի օդափոխել, անհրաժեշտության դեպքում տալ շնչելու թթվածնային խառնուրդ:

Պետք է հաճախակի փոխել հիվանդի սպիտակեղենը: Սնունդը պետք է լինի լիարժեք, հարուստ վիտամիններով և սպիտակուցներով (քանի որ խորխի հետ կորցնում է սպիտակուց):

Կանխարգելում.

1. Ժամանակին ախտորոշել և լիարժեք բուժել այն բոլոր հիվանդությունները, որոնք կարող են բերել թոքի թարախային հիվանդությունների առաջացման:
2. Կոփել օրգանիզմը, բարձրացնել նրա դիմադրողականությունը:

ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԹՈՔԱԲՈՐԲ

Սա որպես կանոն լռիվ չբուժված սուր թոքաբորբի հետևանքով առաջացած սահմանափակ պրոցեսն է, որը կլինիկորեն արտահայտվում է թոքի ախտահարված մասում բորբոքային երևույթների հաճախակի բռնկումներով:

Խրոնիկական թոքաբորբը ընթանում է ալիքաձև՝ սրացման և մարման շրջաններով: Սրացումների հաճախականությունը պայմանավորված է պացիենտի իմունիտետից, արտաքին միջավայրից և այլն: Սուր թոքաբորբի անցումը խրոնիկականի հետևանք է սուր թոքաբորբի ոչ ադեկվատ բուժմանը:

Նպաստող գործան է հանդիսանում ինֆեկցիայի օջախի առկայությունը, ակոհով չարաշահումը, ծխելը, պրոֆեսիոնալ ժառանգար գործոնները:

Կլինիկան. Հիվանդությունը ընթանում է սրացումներով և հանդարտումներով: Սրացման շրջանում զանգատվում է հազից, որը ուղեկցվում է լորձաթարախային կամ թարախային խորխարտադրությամբ, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ հևոցից, կրծքավանդակի ցավից:

Նշում է թուլություն, հոգնածություն, ջերմության բարձրացում: Բախումը տալիս է պերկուտոր հնչյունի կարճացում: Լսվում է մանր բշտիկային թաց խզզոցներ, երբեմն պլևրայի քսման աղմուկ: Մատները թմբկափայտի է նման, եղունգները ժամացույցի ապակու: Բրոնխոգրաֆիայի ժամանակ հայտնաբերվում է բրոնխոէկտազներ: Արյան պատկերը տալիս է լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում:

Բուժումը. Հակաբիոտիկներ, սուլֆանիլամիդներ, խորխաբերներ, բրոնխոլայնիչներ: Երբ զարգանում է սիրտ-անոթային անբավարարություն, նշանակում են սրտային գլիկոզիդներ, միզամուղներ, թթվածին:

ԹՈՔԻ ԷՄՖԻՉԵՄԱ

Սա թոքերի խրոնիկական հիվանդությունն է: Թոքի էմֆիզեմա անվան տակ պետք է հասկանալ նրանց փքվածությունը, այսինքն՝ նրանցում օդի պարունակության ավելացումը, որը ուղեկցվում է թոքային հյուսվածքի առանձգական տարրերի ոչնչացումով և ավելուների գերձգումով ու քայքայումով:

Էմֆիզեմայով գերազանցապես հիվանդանում են տարեց մարդիկ: Տղամարդիկ երկու անգամ ավելի շատ են հիվանդանում: Թոքերի էմֆիզեման հաճախ հանդիպում է 40-50 տարեկանից բարձր տղամարդկանց մոտ:

Դասակարգումը.

1. Ըստ ախտածագման լինում է,
 - առաջնային, որը զարգանում է չախտահարված թոքում
 - երկրորդային, որը զարգանում է շնչական համակարգի տարբեր հիվանդությունների ժամանակ:
2. Ըստ տարածվածության տարբերում են.
 - դիֆուզ (տարածուն), որի ժամանակ ախտահարվում է ամբողջ թոքային հյուսվածքը,
 - օջախային, որի ժամանակ թոքային հյուսվածքում տեղային փոփոխություններ են լինում:

Առաջացման պատճառը. Դիֆուզ էմֆիզեմայի զարգացման համար մեծ դեր են խաղում բազմազան գործոնները, բայց նրանցից հիմնականը օբստրուկտիվ մեխանիզմն է՝ կապված բրոնխների անցանելության խանգարման հետ, որը վերջին հաշվով բերում է

ալվելությունում օդի քանակի շատացման: Մեծ նշանակություն ունի նաև երկարատև տանջող հազը, որը բերում է ներբրոնխային և ներալվեոլային ճնշման բարձրացման:

Էմֆիզեմայի զարգացումը կարող է կապված լինել բրոնխների և թոքերի այլ խրոնիկական հիվանդությունների հետ՝ տուբերկուլյոզ, պրոֆեսիոնալ հիվանդություններ (պնեմոկոնիոզներ) և այլն:

Օջախային էմֆիզեմայի պատճառ կարող է լինել սահմանափակ կամ սեզոնատար պնևմոսկլերոզը, երկրորդային օջախային պնևմոնիաները, բրոնխոէկտազները, թոքի արքցեսը, նորագոյացությունները:

Նպաստող գործոնները. Մեծ նշանակություն ունի թոքերի էլաստիկության անկումը՝ պայմանավորված ծերունական հասակում թոքային հյուսվածքի սնուցման խանգարման հետ:

Էմֆիզեմայի զարգացման համար կարևոր նշանակություն ունեն նաև պրոֆեսիոնալ գործոնները, այն կարող է զարգանալ փողային գործիքներ նվագող երաժիշտների մոտ:

Մեծ դեր ունի նաև ծխելը: Հաստատված է, որ ծխողների մոտ 15 անգամ հաճախ է հիվանդությունը հանդիպում, քան չծխողների մոտ: Չի կարելի բացառել նաև ժառանգական գործոնը:

Կլինիկան. Թոքի էմֆիզեման զարգանում է դանդաղ, երկար տարիների ընթացքում: Հիմնական գանգատը հևոցն է, որը հիվանդության սկզբում կարող է առաջանալ միայն ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության, իսկ հետո նաև հանգստի ժամանակ: Հևոցը ուժեղանում է աշնան, ձմռան ամիսներին, բրոնխիտի սրացման ժամանակ: Հևոցը սովորաբար արտաշնչական տիպի է, որի ժամանակ դժվարացած է և երկարացած արտաշնչումը: Ի տարբերություն սրտային անբավարարության հևոցի, այս ժամանակ հորիզոնական դիրքում հևոցը չի ուժեղանում: Բացի հևոցից լինում է նաև հիմնական հիվանդություններին բնորոշ գանգատներ՝ հազ, խորխարտադրություն: Թոքերի էմֆիզեմայով հիվանդների մոտ արտաշնչման և հազի ժամանակ բարձրանում է ներկրծքային ճնշումը, որի արդյունքում փքվում են պարանոցային երակները: Թոքերի էմֆիզեման (հատկապես դիֆուզ) բերում է թոքային անբավարարության առաջացման, հետագայում թոքային հիպերտենզիայի և թոքային սրտի առաջացման:

Արտահայտված էմֆիզեմայի ժամանակ բնորոշ է հիվանդի արտաքին տեսքը՝ կարճ, լայն պարանոց, տակառաձև կրծքավանդակ, կախված որովայն, հարթված միջլոդային տարածություններ և վերանրակային փոսեր, ակրոցիանոզ (կապտում են քթի ծայրը, ականջի բլթակը, եղունգները, շրթունքները), որը հետագայում թոքային անբավարարության զարգացման հետ դառնում է դիֆուզ ցիանոզ (մաշկը և լորձաթաղանթները):

Պերկուսիան տալիս է տուփային հնչյուն: Բնորոշ է թոքերի ստորին սահմանների իջեցումը, շարժունակության սահմանափակումը: Եթե միացած է նաև բրոնխիտը, ապա լսվում է չոր խզզոցներ: Սրտի սահմանները որոշվում են դժվարությամբ, տոները խլացած

են: Թոքային հիպերտենզիայի ժամանակ լսվում է թոքային զարկերակի վրա երկրորդ տոնի շեշտվածություն:

Թոքային անբավարարության կոմպենսացիայի շրջանում լինում է տախիկարդիա, ավելանում է էրիթրոցիտների քանակը:

Դեկոմպենսացիայի շրջանում լինում է մեծացած լյարդ՝ արյան մեծ շրջանառությունում կանգի հետևանքով:

Ռենտգենոգրամման ցույց է տալիս թոքերի չափից ավելի պարզեցում, միջկողային տարածությունների լայնացում, ստոծանու ցածր դիրք և շարժունակության սահմանափակում:

Էմֆիզեմային բնորոշ է փսացորդային օդի շատացում, թոքերի կենսական տարողության փոքրացում և մաքսիմալ օդափոխության պակասում:

Բուժումը. Էմֆիզեմայի վերջնական բուժում հնարավոր չէ, քանի որ տեղի է ունենում անդարձելի մորֆոլոգիական և ֆունկցիոնալ փոփոխություններ:

Հիմնական ուշադրությունը պետք է ուղղված լինի նրան ուղեկցող հիվանդությունները բուժելուն և շնչական անբավարարությունը կանխելուն: Պետք է վերացնել ծխելը, փսասակար ազդակները, սահմանափակել ֆիզիկական լարումները:

Էֆեկտիվ է էուֆիլինի 2, 4 % 10 մլ լուծույթի ներերակային ներարկումը:

Շնչական ստիմուլյատորներ չեն օգտագործում, քանի որ էմֆիզեմայի ժամանակ շնչառական կենտրոնը երկարատև պահպանում է իր ֆունկցիան և դրդունակությունը՝ ի պատասխան հյուսվածքների թթվածնային քաղցին:

Շնչական անբավարարության ժամանակ կարելի է կատարել թթվածնաբուժություն: Կարևոր նշանակություն ունեն շնչառական վարժությունները, որոնք բերում են արտաշնչման լավացման:

Ելքը կախված է թոքային և թոքսրտային անբավարարության զարգացման արագությունից, որը բերում է հաշմանդամության և վերջին հաշվով լետալ վախճանի:

Կանխարգելումը. Ժամանակին և ճիշտ ախտորոշել և բուժել թոքերի խրոնիկական հիվանդությունները: Եթե հիվանդությունը կախված է պրոֆեսիոնալ պատճառներից, ապա անհրաժեշտ է աշխատանքի ռացիոնալ կազմակերպում: Էմֆիզեմայով հիվանդին հակացուցված է ֆիզիկական ծանր աշխատանքը:

Այս հիվանդները պետք է մշտապես գտնվեն դիսպանսեր հսկողության տակ:

ԹՈՔԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Թոքի ուռուցքները տարբեր հյուսվածքային ծագման, առաջնային և երկրորդային բնույթի, բարորակ և չարորակ նորագոյացումներ են:

Թոքի քաղցկեղը թոքերի չարորակ ուռուցք է, որն աճում է բրոնխների կամ ավելոների էպիթելիալ բջիջներից:

Օնկոլոգիական հիվանդությունների մեջ թոքի քաղցկեղը ամենատարածվածն է: Ավելի հաճախ լինում է 40 տարեկանից բարձր տղամարդկանց մոտ, քան կանանց մոտ:

Առաջացման պատճառը.

Առաջացման պատճառը վերջնականապես պարզված չէ: Նպաստում են մի շարք գործոններ.

1. լեռնահանքային արդյունաբերության մեջ փոշու ներշնչման ժամանակ ներգործում են մի շարք քաղցկեղածին նյութեր (նիկել, կոբալտ),
2. ավտոմեքենաների շարժիչներում վառելիքի ոչ լրիվ այրման արգասիքները,
3. ծխախոտի ծխի ներգործությունը,
4. թոքերում քրոնիկական բորբոքային երևույթները,
5. ժառանգական նախատրամադրվածությունը,
6. իմունոդեֆիցիտը:

Թոքի քաղցկեղով հիվանդանալու վտանգը մեծ է այն անձանց մոտ, որոնք մասնագիտության բերումով շփվում են ռադիոակտիվ նյութերի հետ:

Ախտաձագումը. Արտաքին և ներքին քաղցկեղածին գործոնների ազդման մեխանիզմները դեռևս վերջնականապես պարզաբանված չեն:

Թոքի քաղցկեղին նախորդում են բորբոքային բնույթի փոփոխությունները կամ սպիական պրոցեսները (պալարախտ, ֆիբրոզ, թոքաբորբ, բրոնխոէկտատիկ հիվանդություն, թոքի թարախակույտ, թոքի ինֆարկտ), որոնք համարվում են նախաքաղցկեղային վիճակներ:

Դասակարգումը.

Տարբերում են թոքի առաջնային քաղցկեղ, երբ ուռուցքը տեղակայված է թոքում և երկրորդային (մետաստատիկ), երբ ուռուցքային բջիջները թոք են թափանցում այլ օրգաններում տեղակայված առաջնային քաղցկեղային օջախից:

Թոքի քաղցկեղը կլինիկաախտաբանական տեսանկյունից բաժանվում է 2 խմբի.

1. Կենտրոնական քաղցկեղ, որն ախտահարում է հիմնականում բլթային կամ սեզամենտային բրոնխները
2. Ծայրամասային, որը բրոնխիոլներից կամ ավելոլներից աճում է դեպի ծայրամաս:

Ըստ քաղցկեղի աճի ուղղության տարբերում են՝

1. ներաճող՝ ներբրոնխային, երբ ուռուցքը հիմնականում աճում է դեպի բրոնխների լուսանցքը,
2. 2.արտաճող՝ արտաբրոնխային, երբ ուռուցքը աճում է դեպի թոքի պարենխիմա:

Ուռուցքի տարածման բնույթից է կախված հիվանդության կլինիկական պատկերը:

Ըստ բջջային կառուցվածքի տարբերում են.

1. հարթ բջջային ադենոկարցինոմա,

2. մանր բջջային քաղցկեղ:

Թոքի քաղցկեղը մետաստազներ է տալիս ավշային, արյունային ճանապարհով, ինչպես նաև ըստ շարունակության: Մետաստազները լինում են ավշային գեղձերում, միջնորմում, լյարդում, ուղեղում, ոսկրերում:

Ալինիկան. Հիվանդության սկզբնական շրջանում կլինիկական պատկերը աղքատ է, հետագայում ի հայտ է գալիս ախտահանիչների բազմազանություն, հատկապես՝ կենտրոնական քաղցկեղի ժամանակ:

Տարբերում են ախտահանիչների 3 հիմնական խումբ.

1. տեղային՝ պայմանավորված ուռուցքի առկայությամբ
2. երկրորդային՝ պայմանավորված ուռուցքի աճով դեպի հարևան հյուսվածքներ և օրգաններ:
3. ընդհանուր ախտահանիչներ՝ պայմանավորված ուռուցքի ազդեցությամբ ամբողջ օրգանիզմի վրա:

Հաճախ հիվանդությունը հայտնաբերվում է ուշ շրջանում: Հիվանդությունը զարգանում է աստիճանաբար և նրա սկիզբը դժվար է որոշել: Հիվանդները գանգատվում են հազից և ցավերից կրծքավանդակում: Հազը սկզբում չոր է, մշտական, երբեմն՝ նոպայաձև: Այնուհետև ի հայտ է գալիս լորձային կամ լորձաթարախային խորխարտադրություն: Աստիճանաբար միանում են այլ տեղային ախտահանիչներ՝ արյունախիտում, հեղձ և այլն: Արյունախիտումը արդյունք է ուռուցքի քայքայման: Հիվանդության սկզբում խորխում նշում են արյան բծեր, իսկ ուշ շրջանում կարող է լինել անգամ թոքային արյունահոսություն: Խորխը ունենում է «մորու դոնդողի» տեսք:

Ուռուցքի աճի հետ կապված, հատկապես նրա ներքրոնխիալ աճի դեպքում, տեղի է ունենում բրոնխի լուսանցքի լրիվ կամ մասնակի խցանում: Շնչառությունը դառնում է դժվարացած և ի հայտ է գալիս հեղձ:

Թոքի համապատասխան հատվածում զարգանում է ատելեկտազ, և այդ պատճառով տվյալ հատվածում շնչառությունը կարող է բացակայել: Երբեմն, ժամանակի ընթացքում ուռուցքը կարող է ենթարկվել թարախային բորբոքման: Նման դեպքում խորխի քանակը կտրուկ շատանում է և փոխում իր բնույթը՝ դառնալով թարախային:

Ախտահանիչները, որոնք պայմանավորված են ուռուցքի տարածմամբ հարևան օրգանների և հյուսվածքների վրա, կարող են լինել տարբեր:

Երբ ուռուցքը ճնշում է հետադարձ ներվը, բերում է ձայնի խոպոտության (աֆոնիայի), երբ ճնշում է վերին սիներակը, կարող է զարգանալ պարանոցի, դեմքի և ձեռքի միակողմանի այտուց: Երբ ուռուցքը աճում է դեպի կերակրափող, զարգանում է դիսֆագիա (կլման ակտի դժվարացում), գլոտոց: Դեպի պերիկարդ ուռուցքի աճի դեպքում կարող է զարգանալ ցավեր սրտի շրջանում: Եթե ուռուցքը աճում է դեպի պլևրա, զարգանում է կարցինոմատոզ, որն ուղեկցվում է կրծքավանդակի աճող ցավերով, պլևրայի խոռոչում հեղուկի արագ կուտակումով, որն ունենում է հեմոռագիկ բնույթ:

Թոքի ուռուցքի մետաստազները կարող են լինել ինչպես հիվանդության վաղ, այնպես էլ ուշ շրջանում: Մետաստազներ են լինում լյարդում, լիմֆատիկ հանգույցներում, երիկամներում, գլխուղեղում, ոսկրերում:

Այդ դեպքերում զարգանում են համապատասխան կլինիկական ախտանիշներ՝ լյարդը մեծանում է, դառնում անհարթ, հանդես են գալիս օջախային ներոլոգիական ախտանիշներ, կարող են լինել կողերի և ողնաշարի սպոնդիլոպաթոզներ, որը դժվարացնում է բուժանձնակազմի աշխատանքը նման հիվանդներին խնամելու պրոցեսում:

Ուռուցքի ամբողջ օրգանիզմի վրա թողած ընդհանուր երևույթներից են ընդհանուր թուլությունը, քաշի անկումը, մարմնի ջերմության բարձրացումը և ինտոքսիկացիայի այլ երևույթներ: Տենդը կարող է պայմանավորված լինել տարբեր պատճառներով՝ ուղեկցող բրոնխիտով, պերիֆոկալ թոքաբորբով, թարախակալվող ատելեկտազով և ուռուցքի քայքայումով:

Պերիֆերիկ քաղցկեղի դեպքում կլինիկական պատկերը շատ աղքատ է: Բրոնխի խցանման (օբստրուկցիայի) ախտանիշները բացակայում են: Հիվանդության կլինիկական առաջին ախտանիշները ի հայտ են գալիս միայն այն դեպքում, երբ ուռուցքը աճում է դեպի պլևրա և միջնորմի օրգաններ:

Ախտորոշման համար շատ կարևոր է խորիսի քննությունը, որի մեջ հայտնաբերվում են ատիպիկ քաղցկեղային բջիջներ: Կարևոր է այդ բջիջների հայտնաբերումը բրոնխիալ սեկրետի մեջ, իսկ պերիֆերիկ քաղցկեղի դեպքում՝ պլևրալ էքսուդատում:

Վաղ ախտորոշման համար մեծ դեր է խաղում թոքերի ռենտգեն քննությունը, հատկապես՝ տոմոգրաֆիան:

Կենտրոնական քաղցկեղը կարելի է հայտնաբերել բրոնխոսկոպիայով: Հարկ եղած դեպքում կատարվում է բրոնխոգրաֆիա, երբ բրոնխներ է ներմուծվում կոնտրաստ նյութ և կատարվում է ռենտգեն նկար:

Այս բոլոր գործիքային քննությունները հնարավորություն են տալիս որոշել վիրահատության հարցը՝ ուռուցքը ամբողջությամբ հեռացնելու հնարավորությունը:

Արյան մեջ հայտնաբերվում է լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում:

Խնամքը և բուժումը.

Բուժման միակ էֆեկտիվ մեթոդը ռադիկալ վիրահատությունն է՝ լոբեկտոմիան կամ պնևմոէկտոմիան: Վիրահատությունը ցուցված է այն հիվանդներին, որոնց մոտ ուռուցքը տարածված չէ և չկան մետաստազներ:

Մետաստազների առկայության դեպքում կատարվում է կոնսերվատիվ բուժում (ճառագայթային բուժում և քիմիոթերապիա): Ճառագայթային բուժումը կանխում է քաղցկեղային բջիջների աճը և թեթևացնում հիվանդության ծանր ախտանիշները (ժամանակավոր լավացում):

Քիմիոթերապևտիկ միջոցներից են ցիկլոֆոսֆամիդը, մետատրեքսատը, վինկրիստինը, ադրիամիցինը:

Թոքի քաղցկեղով հիվանդների զգալի մասը կարիք ունեն ախտանշանային բուժման: Հակամանրէային դեղանյութերը իջեցնում են վարակային բարդությունների զարգացման հաճախականությունը և թեթևացնում հիվանդության ընթացքը: Հազը, որը հաճախ զուգակցվում է ցավի զգացողությամբ, անհրաժեշտ է ճնշել դիոնինի, կոդեինի, մորֆինի նշանակմամբ: Արտահայտված արյունախիւման դեպքում ցուցված են արյան փոխներարկում և արյան մակարդելիությունը բարձրացնող դեղանյութեր:

Ցավերը հանգստացնելու նպատակով նշանակում են ցավազրկողներ (ներառյալ նարկոտիկներ): Անհրաժեշտության դեպքում նշանակում են սրտային պրեպարատներ և թթվածին:

Այս հիվանդների հետ բուժքույրը պետք է լինի համբերատար, թեթևացնի հիվանդի տառապանքները, այսինքն իրականացնի ամոքիչ բուժում:

ՊԼԵՎՐԻՏՆԵՐ

Պլերիտը պլերալ թերթիկների բորբոքումն է, որն ուղեկցվում է պլերալ խոռոչում այս կամ այն բնույթի բորբոքային էքսուդատի կամ ֆիբրինի կուտակմամբ: Ֆիբրինի առաջացումը պլերայի թերթիկների մակերեսի վրա նույնպես էքսուդացիայի արդյունք է, միայն այն տարբերությամբ, որ էքսուդատի հեղուկ մասի ներծծումը լավ է կատարվում: Պլերիտը միշտ երկրորդային է, բացի մեզիոթելիոմայից (պլերալ թերթիկների ուռուցքային հիվանդություն): Այն հիմնականում թոքերի, կրծքավանդակի պատի, միջնորմի, ստոծանու հիվանդությունների ընթացքը ծանրացնող ախտաբանական պրոցես է:

Դասակարգումը.

Ըստ առաջացման պատճառի պլերիտները լինում են վարակային և ոչ վարակային: Ըստ հյուսվածքների փոփոխման բնույթի տարբերում են չոր (ֆիբրինային) և էքսուդատիվ պլերիտներ: Ըստ էքսուդատի տեսակի պլերիտները լինում են ֆիբրինային, շճաֆիբրինային, շճային, թարախային, նեխական, արյունային և այլն:

Էթիոլոգիան.

Վարակային պլերիտների առաջացման մեջ մեծ դեր ունեն սուր թոքաբորբի և սուր թարախային հիվանդությունների հարուցիչները (պնևմոկոկեր, ստաֆիլոկոկեր, գրամբացասական ցուպիկներ): Կարևոր դեր են խաղում տուբերկուլյոզի հարուցիչները, սնկերը (20% դեպքերում), վիրուսները, ռիկետսիաները, միկոպլազմաները: Ոչ վարակային (ասեպտիկ) պլերիտները կարող են առաջանալ տարբեր պատճառներից:

Նրանք լինում են.

1. 1.Վասսվաճքային (վիրահատական միջամտության կամ վասսվաճքի հետևանքով պլևրայի խոռոչում առաջացած արյունազեղումից հետո),
2. 2.Ֆերմենտային (ենթաստամոքսային գեղձի սուր բորբոքման ժամանակ նրա ֆերմենտները պլևրայի խոռոչ ներթափանցելու հետևանքով),
3. 3.քաղցկեղային,
4. 4.թոքի ինֆարկտի ժամանակ,
5. 5.կոլագենոզների ժամանակ (ռևմատիզմի),
6. 6.լեյկոզների, լիմֆոգրանուլեմատոզի ժամանակ,
7. 7.լյարդի և երիկաճների հիվանդության ժամանակ (ուրեմիա):

Ախտաձագումը.

Վարակային պլևրիտների ժամանակ միկրոօրգանիզմների դեպի պլևրայի խոռոչ թափանցման ուղիներն են. 1. շփումային, երբ անմիջական վարակումը տեղի է ունենում ընդերային թերթիկի տակ գտնվող բորբոքային օջախներից (թոքաբորբ, տուբերկուլյոզ, թարախակույտ, բրոնխոէկտազ), 2.ավշային ուղիներով (լիմֆոզեն ճանապարհ), 3.արյունատար անոթներով (հեմատոզեն ճանապարհ), 4.արտաքին միջավայրի հետ անմիջական շփման միջոցով, երբ վասսվաճքների, վիրահատական միջամտությունների ժամանակ խախտվում է պլևրայի խոռոչի ամբողջականությունը: Անկախ առաջացման պատճառներից՝ պլևրայի խոռոչում էքսուդատի առաջացման, կուտակման և հետագա ներծծման մեջ մեծ նշանակություն ունեն մի քանի գործոններ: Բորբոքային էքսուդատի չափավոր արտադրման դեպքում նրա ջրիկ մասը ներծծվում է, իսկ պլևրայի մակերեսին ժամանում է բորբոքային հեղուկի ֆիբրինային թանձր շերտ՝ ձևավորելով ֆիբրինային կամ չոր պլևրիտ: Եթե էքսուդատի արտադրման արագությունը սկսում է գերազանցել ներծծմանը, բորբոքային հեղուկը ճնշելով թոքը, կուտակվում է պլևրալ խոռոչում և պլևրիտը դառնում է շճաֆիբրինային, իսկ եթե ֆիբրինը չի անջատվում՝ շճային: Հեմոռագիկ էքսուդատ լինում է թոքի ուռուցքի և այլ տեղակայման ուռուցքների ժամանակ, երբ մետաստազներ են առաջանում թոքերում: Թարախային էքսուդատ կարող է կուտակվել թոքի թարախային հիվանդությունների ժամանակ (թարախակույտ, բրոնխոէկտատիկ հիվանդություն):

ՉՈՐ (ՖԻԲՐԻՆՈԶ) ՊԼԵՎՐԻՏ

Չոր պլևրիտը ընթանում է սուր կամ ենթասուր: Հիվանդները զանգատվում են կրծքավանդակի համապատասխան կեսի սուր ցավից, որը ուժեղանում է շնչելու, հազալու և հակառակ կողմը թեքվելու հետ կապված: Լինում է ընդհանուր թուլություն, բայց հիվանդի ընդհանուր վիճակը լինում է բավարար, մարմնի ջերմության բարձրացումը՝ աննշան: Կրծքավանդակի ցավը հաճախ ճառագայթում է դեպի

պարանոցը, ուսը՝ ստեղծելով ներալգիայի, միոզիտի, պլեքսիտի կեղծ պատկեր: Պլերիտի ժամանակ Շեպելմանի ախտանիշը դրական է, այսինքն ցավը ուժեղանում է, եթե հիվանդը թեքվում է առողջ կողմի վրա, իսկ միջկողային ներալգիայի ժամանակ այն ուժեղանում է հիվանդ կողքի թեքվելիս: Ստոծանիական չոր պլերիտի ժամանակ ցավը կարող է ճառագայթվել դեպի որովայնի առաջնային պատը՝ հիշեցնելով ապենդիցիտի, խոլեցիստիտի և 12 մ աղու խոցային հիվանդության ժամանակ դիտվող ցավերը: Որոշ դեպքերում հիվանդները խնայում են ախտահարված կողմը՝ գերադասելով պառկել կրծքավանդակի առողջ կողմի վրա: Ցավերի պատճառով շնչառությունը դառնում է հաճախացած և մակերեսային: Ախտահարված կողմը շնչառության ժամանակ ետ է փնտրում: Բախումը տալիս է պարզ թոքային հնչյուն: Լսվում է պլերայի քսման նուրբ աղմուկ, որը նման է ձյան կամ չոր կաշվի ձոռոցին: Պլերայի քսման աղմուկը նման է կրեպիտացիային (ճարձատյուն) և մանր բշտիկային թաց խզզոցներին (անհրաժեշտ է տարբերակել): Պլերայի քսման աղմուկը լսվում է շնչառության երկու փուլերում: Ֆոնենդոսկոպով կրծքավանդակին սեղմելիս՝ ուժեղանում է և հազից հետո չի փոխվում: Արյան քննությամբ փոփոխություններ չեն լինում, երբեմն ԷՆԱ-ն արագանում է: Ռենտգեն քննությունը տալիս է ստոծանու գմբեթի շարժումների սահմանափակում, համապատասխան ծոցի թափանցելիության իջեցում: **Խնամքը և բուժումը.** 1. Բուժումը պետք է ուղղված լինի հիմնական հիվանդության (պալարախտ, սուր թոքաբորբ) բուժմանը, քանի որ չոր պլերիտը մեծամասամբ որևէ հիվանդության հետևանք է կամ բարդություն: 2. Նշանակում են հակաբորբոքիչ և դեսենսիբիլիզացնող միջոցներ (դիմեդրոլ, պիպոլֆեն, բուտադիոն, վոլտարեն, ինդոմետացին, ասպիրին): 3. Ցավոտ հազի դեմ՝ կոդեին, դիոնին, լիբեքսին: 4. Տաքացնող միջոցներ՝ բանկաներ, մանանեխի ծեփուկներ, յոդի սպիրտային լուծույթով մերսումներ: **Ելքը** բարենպաստ է:

ԷՔՍՈՒԴԱՏԻՎ ՊԼԵՎՐԻՏ

Էքսուդատիվ պլերիտը պլերալ թերթիկների բորբոքումն է, որի ժամանակ պլերալ խոռոչում կուտակվում է բորբոքային բնույթի հեղուկ՝ էքսուդատ:

Պլերայի խոռոչում կարող է կուտակվել նաև ոչ բորբոքային հեղուկ, որը անվանում են տրանսուդատ: Տրանսուդատի առաջացման մեխանիզմը այլ է և լինում է սրտային անբավարարության, լյարդի ցիրոզի, նեֆրոտիկ համախտանիշի և այլ ծանր դեպքերում: Պլերայի խոռոչում ոչ բորբոքային հեղուկի կուտակումը անվանում են հիդրոթորաքս: Թարախի առկայությունը պլերալ խոռոչում անվանում են էմպիեմա, արյան կուտակումը՝ հեմոթորաքս:

Էթիոլոգիան և ախտաճագումը (տես պլերիտների թեման):

Էքսուդատիվ պլերիտի կլինիկան.

Հիվանդությունը կարող է զարգանալ սուր կամ աստիճանաբար: Այն դեպքերում, երբ էքսուդատիվ պլերիտին նախորդել է չոր պլերիտը, ախտահարված կողմում ցավի զգացողությունը մեղմանում է կամ լրիվ վերանում, բայց հիվանդի ընդհանուր վիճակը չի լավանում: Առաջնում է ծանրության, լարվածության զգացում նույն կողմում, որին միանում է աճող հևոցը և տկարությունը: Հիվանդները գանգատվում են տենդից (մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է 39-40 աստիճան C), թուլությունից, առատ քրտնարտադրությունից, թարախային պլերիտի դեպքում լինում է ռեմիտող տենդ՝ ջերմությունը բարձրանում է երեկոյան, առավոտյան իջնում՝ ուղեկցվելով դողով, սարսուռով: Հիվանդների մոտ կրծքավանդակում ծանրության զգացումը և հևոցը գնալով աճում են (1 րոպեում 30-40 շնչական ակտ): Հևոցի աստիճանը կախված է հեղուկի կուտակման արագությունից և նրա քանակից: Եթե էքսուդատը շատ է, միջնորմի օրգանները տեղաշարժվում են, հևոցը խորանում է և ստիպում հիվանդին ընդունելու հարկադրված նստած դիրք (օրթոպնոէ): Հիվանդների ընդհանուր վիճակը լինում է ծանր, հատկապես թարախային պլերիտների ժամանակ: Նկատվում է կապտություն, պարանոցային երակների փքվածություն: Զննելիս կրծքավանդակը լինում է ասիմետրիկ (հեղուկի կուտակման հետևանքով): Ախտահարված կողմը ետ է փնում շնչառությունից: Շոշափման ժամանակ ախտահարված կողմում ձայնի դողոցը լինում է թուլացած կամ բացակայում է: Բախումը տալիս է պերկուտոր հնչյունի բթացում (հեղուկի կուտակման տեղում): Հեղուկի վերին սահմանը մի կոր գիծ է (Դամուագոյի գիծ), որը լավ երևում է ռենտգեն նկարի վրա: Հեղուկի կուտակման տեղում լսվում է խիստ թուլացած շնչառություն կամ նրա < վերացում > :

Ռենտգեն քննության ժամանակ հայտնաբերվում է ինտենսիվ մթնեցում վերին թեք սահմանով այն տեղում, որտեղ տեղակայված է հեղուկը՝ որը կոչվում է Դամուագոյի գիծ: Մեծ քանակությամբ հեղուկի կուտակման ժամանակ միջնորմի օրգանները թեքվում են դեպի առողջ կողմը: Արյան քննությունը տալիս է լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում՝ 30-60 մմ/ժ: Մեզում կարող է հայտնաբերվել քիչ քանակի սպիտակուց: Կարևոր ախտորոշիչ նշանակություն ունի պլերալ պունկցիան, որը կատարում են ութերորդ միջկողային տարածությունում՝ հետին անութային գծով, կողի վերին եզրով, որպեսզի չփասել միջկողային ներվերն ու անոթները: Հեղուկի հեռացումը կատարվում է դանդաղ, կոլապսից խուսափելու համար (միանվագ 1-1, 5լ-ից ոչ ավել: Բուժքույրը պետք է պացիենտին նախապատրաստի պրոցեդուրային, հետևի ողջ պրոցեդուրայի ընթացքում ընդհանուր վիճակին, պուլսին, զարկերակային ճնշմանը: Պունկցիայի ժամանակ ստացված հեղուկը ուղարկվում է բջջաբանական հետազոտության: Պունկտատում կարող է հայտնաբերվել տուբերկուլյոզային միկոբակտերիաներ, ստաֆիլակոկեր, ստրեպտոկոկեր, պնևմոկոկեր: Թոքի քաղցկեղի ժամանակ հայտնաբերվում են ատիպիկ բջիջներ: Մեծ քանակությամբ էրիտրոցիտներ են հայտնաբերվում թոքի քաղցկեղի, թոքի ինֆարկտի, տուբերկուլյոզի ժամանակ: Պլերալ պունկցիայի ժամանակ կարելի է բուժիչ նպատակով ներմուծել դեղորայք:

Ընթացքը.

Էքսուդատիվ պլերիտը սովորաբար տևում է երեքից վեց շաբաթ: Էքսուդատը կարող է լրիվ ներծծվել, կամ կարող են առաջանալ կպուժներ:

Բուժումը.

Էքսուդատիվ պլերիտով հիվանդներին անհրաժեշտ է ստացիոնար բուժում: Նշանակում են անկողնային ռեժիմ: Սնունդը պետք է հարուստ լինի սպիտակուցներով, վիտամիններով: Պետք է սահմանափակել աղի, հեղուկների և ածխաջրատների քանակը: Էքսուդատիվ պլերիտի բուժումը պայմանավորված է հիմնական հիվանդության բուժումով: Օրինակ՝ պալարախտային պլերիտի դեպքում նշանակում են հակապալարախտային, հետթոքաբորբային պլերիտի ժամանակ՝ հակամանրէային բուժում և այլն: Բուժման մեթոդներից մեկը պլերալ պունկցիան է, որի ժամանակ պլերալ խոռոչից հեռացնում են հեղուկը և տեղը լցնում հակաբիոտիկներ: Պլերալ պունկցիաները անհրաժեշտ է կատարել հնարավորին չափ հազվադեպ՝ զուգակցելով հեղուկի կուտակումը սահմանափակող միջոցների հետ (օգտագործվող հեղուկի քանակի սահմանափակում, միզամուղ և հորմոնալ պրեպարատների ընդունում): Նշանակում են նաև ընդհանուր կազդուրիչ բուժում՝ արյան պլազմայի, սպիտակուցային պրեպարատների ներարկում: Առողջացման շրջանում խորհուրդ է տրվում շնչառական մարմնամարզություն՝ կպուժներից խուսափելու համար: **Կանխարգելումը.** Այն հիվանդությունների կանխարգելումն ու բուժումն է, որոնք բերում են պլերիտների առաջացման: Օրգանիզմի դիմադրողականության բարձրացում և կոփում, ֆիզիկական մարմնամարզություն և այլն:

ԹՈՔԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՋ

Տուբերկուլյոզը քրոնիկական ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը հարուցում է տուբերկուլյոզի միկոբակտերիան: Հիվանդության հարուցիչը առաջին անգամ հայտնաբերել է գերմանացի գիտնական Ռ. Կոխը 1882 թվականին: Տուբերկուլյոզը տարածված հիվանդություն է և ունի շատ հին պատմություն: Կա մի այսպիսի խուսք. «Տուբերկուլյոզը հին է այնքան, որքան մարդկությունը»: Դեռևս 3000-ամյա վաղեմության մուսիաների թոքերում հայտնաբերվել են տուբերկուլյոզային ախտահարումներ: Մ.թ.ա. VIII դարում Խամուրանի օրենքի կոդեքսում նշվում էր, որ ամուսինը իրավունք ունի ամուսնալուծվելու տուբերկուլյոզով հիվանդ կնոջից: Հին Հունաստանում այս հիվանդությունը հայտնի է ֆթիզիա (կորցնել, վատնել) անունով և նկարագրվել է բժշկապետ Հիպոկրատի կողմից: Եվրոպայում տուբերկուլյոզը խլել է աղքատ բանաստեղծների ու արվեստագետների կյանքը, ինչպիսիք էին Ջոն Բիթսոնը, Անտոն Զեխովը, նկարիչներ Անտուան Վատտոն, Վերերը: Հայ գրողներից տուբերկուլյոզի զոհ են

դարձել Հ. Պարոնյանը, Վ. Տերյանը, Պ.Դուրյանը (20տ.), Մ. Մեծարենցը(21տ.) և այն անվանել են հյուծախտ՝ <աղքատոց> հիվանդություն :

21-րդ դարասկզբին տուբերկուլյոզի շեշտակի աճը, որը սպառնում է

վերածվել համաշխարհային աղետի, իր վրա է բեռնել համայն աշխարհի ուշադրությունը: Ըստ Ա.Հ.Կ.-ի 1993 թվականից տուբերկուլյոզը երկրագնդի վրա ավելացել է 13%-ով և եթե աղետի դեմ միջոցներ չձեռնարկվեն, ապա այն մինչև 2010 թվականը շուրջ 70 մլն.մարդկային զոհերի պատճառ կդառնա: Այժմ գրանցված է ավելի քան 15մլն. հիվանդ՝ տուբերկուլյոզի բաց ձևով: Յուրաքանչյուր տարի հիվանդանում է մոտավորապես 4 մլն մարդ, մահանում՝ ավելի քան 0, 5 մլն մարդ: Ամբողջ աշխարհում տուբերկուլյոզից մահացության տոկոսը ավելի մեծ է տղամարդկանց (2-3 անգամ), քան կանանց մոտ:

Տուբերկուլյոզի կտրուկ աճ է արձանագրվել նաև Հայաստանում, քանի որ մեզ մոտ առկա են տուբերկուլյոզի առաջացմանը նպաստող այնպիսի գործոններ, ինչպիսիք են՝ բնակչության սոցիալ- տնտեսական ցածր մակարդակը, փախստականների և թափառաշրջիկների պրոբլեմը, խոնավ, չտաքացվող բնակարանները, թերսնուցումը և այլն:

Դասակարգում. (հաստատված է ֆթիզիատորների VIII համագումարում, 1973 թ.)

Ա. Հիմնական կլինիկական ձևերը.

I.Խումբ . Տուբերկուլյոզային ինտոքսիկացիա երեխաների և դեռահասների մոտ

II. Խումբ Շնչական օրգանների տուբերկուլյոզ.

1.Առաջնային տուբերկուլյոզային կոմպլեքս

2.Ներկրծքային ավշային հանգույցների տուբերկուլյոզ

3. Դիսեմինացված, օջախային, ինֆիլտրատիվ, կավերնոզ, ֆիբրոզ-կավերնոզ տուբերկուլյոզ և այլն:

III. Խումբ Այլ օրգանների տուբերկուլյոզ.

1.Կենտրոնական նյարդային համակարգի տուբերկուլյոզ

2.Աղիքների տուբերկուլյոզ

3.Ոսկրերի և հոդերի տուբերկուլյոզ

4.Միզասեռական համակարգի տուբերկուլյոզ

Բ. Տուբերկուլյոզային օջախի բնորոշումը

Պրոցեսի տեղակայում.

Փուլերը՝

ա) ինֆիլտրացիա, քայքայում, սերմնացրում

բ) ներծծում, սպիացում, կրակալում

Բացիլի արտադրում՝

ա) տուբերկուլյոզի միկոբակտերիայի արտադրում (BK+),

բ) առանց տուբերկույրի միկոբակտերիայի արտադրության (BK-)

գ) Բարդություններ՝ թոքային արյունահոսություն, սպոնտան պնևմոթորաքս, թոք սրտային անբավարարություն և այլն

դ) Մնացորդային երևույթներ. ֆիբրոզ, ֆիբրոզ-օջախային, ցիռոզ և այլն:

Հիվանդության առաջագման պատճառները.

Առաջացման պատճառը տուբերկույրի միկոբակտերիան է (Կոխի ցուպիկ): Տարբերում են միկոբակտերիայի հետևյալ տեսակները՝ մարդկային, եզան և թռչնային (1%, ծանր է, բուժման չի ենթարկվում):

Ամենատարածված և պաթոգեն ձևը մարդկային միկոբակտերիան է (80-85%):

Հիվանդության նպաստող գործոնները.

Հիվանդության ռիսկի խմբին են պատկանում՝

- թոքային պաթոլոգիայով հիվանդները,
- հիվանդներ, որոնք երկար ժամանակ ընդունել են կորտիկոստերոիդային պրեպարատներ,
- շաքարային դիաբետով հիվանդները,
- կանայք՝ հղիության և հետծննդյան շրջանում,
- ակոհոլիզմով տառապող մարդիկ,
- միայնակ մեծահասակները,
- թափառաշրջիկները, ազատագրվածները, փախստականները,
- վիտամինների և սպիտակուցների պակասը:

Վարակի աղբյուրը և տարածման ուղիները.

Տուբերկույրի հիմնական աղբյուրը հիվանդ մարդն է: Վարակը տարածվում է օդակաթիլային ճանապարհով՝ փռշտալիս, հազալիս, խոսելիս: Վարակի աղբյուր կարող են հանդիսանալ հիվանդ Կենդանիները (կովը, հավը, բադը), որոնք կարող են վարակել կաթի, մսի, հում ձվի միջոցով:

Վարակը տարածվում է հետևյալ ճանապարհներով.

- կաթիլային,
- փռշտային,
- սննդային,
- շփման

Վարակի տարածման մեջ մեծ նշանակություն ունի հիվանդի սանիտարական կուլտուրան, բնակարանային պայմանները, շփման տևողությունը:

Տուբերկույրոգային ինֆեկցիայի օջախը այն բնակատեղին է (հաճախ առանձին սենյակը), որտեղ ապրում է տուբերկույրոգով հիվանդը:

Յուրաքանչյուր տուբերկույրոգային օջախ ունի իր էպիդեմիոլոգիական առանձնահատկությունը: Տարբերում են բարենպաստ, համեմատաբար հանգիստ և խիստ վտանգավոր օջախներ: Բացիլ արտադրող հիվանդի դեպքում՝ օջախը կայուն է: Օջախի

գնահատման ժամանակ կարևոր գործոն է հիվանդի ընտանեկան վիճակը (շրջապատը), երեխաների առկայությունը:

Հիվանդության առաջացման մեխանիզմը.

Տուբերկուլյոզի ախտաձագույնը բարդ պրոցես է և պայմանավորված է մի շարք գործոններով՝ վարակի տարածվածությամբ և ախտահարույց լինելով, օրգանիզմի դիմադրողականությամբ (իմունիտետ), միջավայրի պայմաններով:

Տուբերկուլյոզի միկոբակտերիան առաջին անգամ անցնելով օրգանիզմ, տարածվում է բրոնխային, ավշային և արյան ճանապարհով:

Տարբեր օրգաններում՝ հիմնականում ավշային հանգույցներում, առաջանում են եզակի կամ բազմաթիվ տուբերկուլյոզային պալարիկներ: Միաժամանակ ի հայտ է գալիս դրական ռեակցիա տուբերկուլինի նկատմամբ՝ այսպես կոչված տուբերկուլինային վիրաժ, որը հայտնաբերվում է Մանթուի ներմաշկային փորձով: Օրգանիզմի բավարար դիմադրողականության դեպքում և եթե վարակումը տեղի է ունեցել ոչ մեծ քանակությամբ տուբերկուլյոզի միկոբակտերիայով, պալարիկները ներծծվում, սպիանում կամ կրակավվում են:

Զանգվածային ինֆեկցիայի և անբարենպաստ գործոնների ազդեցության դեպքում ի հայտ է գալիս կլինիկորեն արտահայտված առաջնային տուբերկուլյոզային կոմպլեքս: Ժամանակի ընթացքում անբարենպաստ գործոնների ազդեցության դեպքում «կենդանի մնացած» տուբերկուլյոզային օջախը կրկին դրդվում է և տարածվում:

Այս դեպքում հին օջախների շուրջը զարգանում է պերիֆոկալ բորբոքում, խախտվում է կապտուլայի ամբողջականությունը և ինֆեկցիան տարածվում է ավշային, արյան և բրոնխային

ճանապարհով: Այսպես ձևավորվում է երկրորդային տուբերկուլյոզը:

Հիվանդության կլինիկական ախտանիշներն ու ընթացքը.

Տուբերկուլյոզի հիմնական կլինիկական ախտանիշներն են՝ տենդը, գիշերային քրտնարտադրությունը, հազը, հևոցը, խորխարտադրությունը, արյունախիտումը և թոքային արյունահոսությունը:

Տենդը թոքերի տուբերկուլյոզի ամենահաճախ հանդիպող ախտանիշն է: Հիվանդությունը կարող է սկսվել երեկոյան ժամերին ի հայտ եկող ենթատենդային ջերմությամբ: Այնուհետև դիտվում է նվազող տենդ, երբ առավոտյան և երեկոյան ջերմաստիճանների տատանումը կազմում է մի քանի աստիճան: Միլիար տուբերկուլյոզի դեպքում մարմնի ջերմաստիճանը կարող է լինել ավելի բարձր՝ 39-40° C:

Գիշերային քրտնարտադրությունը տուբերկուլյոզի ամենավաղ ախտանիշներից է: Թոքերում առկա ախտաբանական պրոցեսը բերում է օրգանիզմի ինտոքսիկացիայի, որն էլ արտահայտվում է տենդով, քրտնարտադրությամբ, ընդհանուր թուլությամբ,

հոգնածությամբ, ախորժակի իջեցմամբ: Այս ամենը բերում է մարմնի քաշի անկման և ընդհանուր օրգանիզմի հյուծման:

Հազը մշտական ախտանիշ է: Այն կարող է լինել կարճատև, մշտական, հաճախակի՝ չոր կամ խորխարտադրությամբ:

Խորխը լինում է տարբեր բնույթի՝ լորձայինից մինչև թարախային: Խորխի բնույթը ցույց է տալիս հիվանդության շրջանը: Օրինակ՝ օջախի քայքայման ժամանակ խորխում հայտնաբերվում է տուբերկուլյոզի միկոբակտերիա:

Արյունախիտումը խորխի հետ ոչ մեծ քանակությամբ արյան արտազատումն է: Առաջանում է այն դեպքում, երբ տուբերկուլյոզային պրոցեսը քայքայում է փոքր արյան անոթների կամ մազանոթների պատը:

Խոշոր անոթի պատի քայքայման դեպքում առաջանում է թոքայի արյունահոսություն:

Թոքերի շնչական մակերեսի փոքրացումը բերում է հեղուկ առաջացման, որն անցնում է հիվանդության լրիվ առողջացման ժամանակ:

Լաբորատոր քննություն.

Խորխի մանրէաբանական քննությունն ունի կարևոր կլինիկական և համաճարակային նշանակություն: Հիվանդը խորխը հավաքում է առավոտյան, իսկ եթե քիչ է, ապա ամբողջ օրվա ընթացքում: Տուբերկուլյոզի միկոբակտերիան հայտնաբերելու համար անհրաժեշտ է խորխը ուղարկել լաբորատոր քննության երեք անգամից ոչ պակաս (երեք առավոտ): Խորխում տուբերկուլյոզի միկոբակտերիայի առկայությունը գրանցվում է (BK+), իսկ բացակայությունը՝ (BK-) ձևով:

Արյան քննությունը տալիս է ԷՆԱ-ի արագացում, լեյկոցիտոզ, նեյտրոֆիլների շատացում:

Մեզի քննությամբ, եթե չկա երիկամների տուբերկուլյոզ, փոփոխություններ չեն հայտնաբերվում: Երիկամի տուբերկուլյոզի դեպքում մեզում հայտնաբերվում են սպիտակուց, լեյկոցիտներ և տուբերկուլյոզի միկոբակտերիա:

Հիվանդության գործիքային քննություն.

Կատարվում է թոքերի ֆլյուրոգրաֆիա, ռենտգենոգրաֆիա, ռենտգենոսկոպիա, բրոնխոսկոպիա, համակարգչային և մագնիսամիջուկային տոմոգրաֆիա, սոնոգրաֆիա, իմունոլոգիական թեստեր, պոլիմերային շղթայավոր ռեակցիա և այլն:

Առաջնային տուբերկուլյոզային կոմպլեքս.

Առաջնային տուբերկուլյոզային կոմպլեքսը բնորոշվում է թոքի հատվածի, ծայրամասային ավշային հանգույցների (լիմֆադենիտ) և ավշային անոթների (լիմֆանգիտ) սպեցիֆիկ ախտահարմամբ (տրիադայով):

Սովորաբար այն սկսվում է սուր ձևով: Ի հայտ են գալիս տուբերկուլյոզային ինտոքսիկացիայի նշաններ՝ մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է մինչև 38-39° C: Տենդր շարունակվում 2-3 շաբաթ, որից հետո ջերմաստիճանը դառնում է ենթատենդային: Շատ հաճախ առաջնային տուբերկուլյոզային կոմպլեքսը չի ունենում արտահայտված ընթացք (կապված հակաբակտերիալ պրեպարատների լայն կիրառման հետ) և ոչ միշտ է ժամանակին ախտորոշվում: Հազի ժամանակ արտադրվում է ոչ մեծ քանակությամբ խորխ, որում չեն հայտնաբերվում տուբերկուլյոզի միկոբակտերիաներ: Այս վիճակը բնորոշվում է որպես ռեսպիրատոր հիվանդություն:

Ախտորոշումը վերջնականապես հաստատվում է ռենտգենոլոգիական քննությամբ՝ թոքային հյուսվածքում երևում է կլոր կամ ձվաձև ստվեր, որից «ճանապարհ» է ձգվում դեպի թոքարմատի մեծացած ավշային հանգույցները: «ճանապարհը» պայմանավորված է անոթների և բրոնխների շուրջը թոքային հյուսվածքի ինֆիլտրացիայով:

Ըստ ընթացքի տարբերում են բարդացած և ոչ բարդացած առաջնային կոմպլեքս: Զբարդացած դեպքում լավացումը գնում է մասնակի ներծծման ճանապարհով կամ առաջնային կոմպլեքսը պնդանում է, կրակավում, առաջացնելով ոչ մեծ եզակի օջախ՝ Հոնի օջախ:

Առաջնային կոմպլեքսի բարդացած ձևը բնորոշվում է սերմնացրման օջախների առկայությամբ, որը հայտնաբերվում է ռենտգեն հետազոտությամբ:

Ժամանակին ախտորոշման և լիարժեք բուժման դեպքում առաջնային կոմպլեքսը ունենում է բարենպաստ ընթացք: Առողջացման պրոցեսը ընթանում է դանդաղ (ամիսներ և տարի), բայց կարող է ավարտվել կայուն կլինիկական առողջացմամբ, կոմպլեքսի լրիվ ներծծմամբ:

Երկրորդային տուբերկուլյոզ.

Որոշ անձանց մոտ, որոնք մանկական տարիքում հիվանդացել են առաջնային տուբերկուլյոզային կոմպլեքսով, կյանքի անբարենպաստ պայմանները կարող են նպաստել երկրորդային տուբերկուլյոզի առաջացմանը: Կրկնակի վարակումը (ռեինֆեկցիա) տեղի է ունենում տուբերկուլյոզի նոր միկոբակտերիաներով վարակվելու դեպքում (էկզոգեն ուղի) կամ վարակում հին օջախից (էնդոգեն ուղի): Երկրորդային տուբերկուլյոզի ձևերը բազմազան են՝ օջախային, ինֆիլտրատիվ, կավերնոզ, ֆիբրոզ օջախային, ցիռոտիկ և այլն:

Օջախային տուբերկուլյոզ.

Թոքերի տուբերկուլյոզի ամենահաճախ հանդիպող ձևն է: Այն բնորոշվում է թոքերում եզակի կամ բազմաթիվ օջախների առկայությամբ և թոքահյուսվածքի սահմանափակ ախտահարմամբ (օրինակ մեկ սեգմենտ): Որպես օրենք օջախային տուբերկուլյոզը ունի միակողմանի տեղակայում: Ինֆիլտրացիայի փուլում օջախները

«փափուկ» են, իսկ սպիացման փուլում ենթարկվում են ֆիբրոզ ձևափոխման: Ինֆիլտրացիայի փուլում աուսկուլտացիոն և պերկուտոր փոփոխությունները բացակայում են: Բարենպաստ ելքի դեպքում «փափուկ» օջախները ներծծվում են, իսկ անբարենպաստ ելքի դեպքում օջախային տուբերկուլյոզը կարող է վերածվել ինֆիլտրատիվ կամ կավերնոզ տուբերկուլյոզի:

Ֆիբրոզ օջախային տուբերկուլյոզը ևս ունի բարենպաստ ընթացք: Տուբերկուլյոզի այս ձևն ընթանում է բրոնխների դեֆորմացիայով, որը բերում է առատ խորխարտադրության:

Հիվանդների մոտ դիտվում է երկարատև ենթատենդային ջերմություն, մարմնի քաշի անկում, արյունախիտում:

Լսումը տալիս է կոշտացած շնչառության ֆոնի վրա թաց մանր բշտիկային խզզոցներ: Բախումը՝ թոքի գագաթի շրջանում պերկուտոր հնչյունի կարճացում:

Ինֆիլտրատիվ տուբերկուլյոզ.

Հանդիպում է 60–70% դեպքերում: Ինֆիլտրատը լոռանման օջախ է՝ շրջապատված պերիֆոկալ բորբոքումով: Այն կարող է ի հայտ գալ առողջ թոքում կամ ձևավորվել հին օջախների սրացման արդյունքում:

Ինֆիլտրատիվ տուբերկուլյոզի ամենածանր ձևը կազեոզ թոքաբորբն է: Վերջինիս հիմնական կլինիկական նշաններն են՝ մարմնի բարձր ջերմաստիճան, հևոց, ցավ կրծքավանդակում, հազ խորխարտադրությամբ, արյունախիտում:

Լսվում են մեծ քանակությամբ հնչեղ, թաց մանր բշտիկային խզզոցներ:

Բախումը տալիս է պերկուտոր հնչյունի բթացում:

Խորխի քննությամբ տուբերկուլյոզի միկոբակտերիան հայտնաբերվում է միայն օջախի քայքայման դեպքում:

Արյան քննությունը տալիս էՆԱ-ի խիստ արագացում՝ 50-70մմ. սնդ.սյան, լեյկոցիտոզ՝ $1,4 \cdot 10^9$ /լ ձախ թեքումով:

Ռենտգեն քննությամբ հայտնաբերվում են զանգվածային մթեցումներ առանց որոշակի սահմանների, երբեմն՝ քայքայման օջախներ:

Ամենից հաճախ օջախային տուբերկուլյոզը սկսվում է գրիպի, սուր ռեսպիրատոր ինֆեկցիայի, թոքաբորբի ձևով: Հիվանդը զանգատվում է աշխատունակության անկումից, շուտ հոգնելուց, ախորժակի անկումից:

Սկզբնական շրջանում հազը կարող է բացակայել, իսկ հետո ի հայտ գալ միայն առավոտյան ժամերին՝ քիչ, աննշան խորխարտադրությամբ:

Կավերնոզ տուբերկուլյոզ.

Շատ հաճախ առաջանում է օջախային և ինֆիլտրատիվ տուբերկուլյոզից: Բնորոշվում է թոքերում խոռոչի (կավերնա) առկայությամբ, որը պարունակում է մեծ քանակությամբ տուբերկուլյոզի միկոբակտերիաներ: Կավերնան միացած է բրոնխի հետ

և վերջինիս մեջ կավերնայից անցնում են միկոբակտերիաներ: Հազի ժամանակ դրանք անցնում են այլ բրոնխներ և տուբերկուլյոզային պրոցեսը արագ տարածվում է: Լսման ժամանակ խոռոչի վրա լսվում է ամֆորիկ շնչառություն: Ռենտգեն քննությամբ թոքում հայտնաբերվում է խոռոչ :Խորխի քննությամբ հայտնաբերվում են մեծ քանակությամբ տուբերկուլյոզի միկոբակտերիաներ: Եթե հիվանդությունը չի բուժվում, ապա առաջանում է քրոնիկական ֆիբրոզ- կավերնոզ տուբերկուլյոզ: Այս դեպքում ռենտգեն նկարում կավերնան երևում է կրակաված ստվերի ձևով, որը ներսից լուսավորված է: Ստվերի շուրջը երևում են ֆիբրոզ փոփոխություններ և օջախային սերմնացրումներ :

Ֆիբրոզ -կավերնոզ տուբերկուլյոզի բարդություններն են ` արյունախիտումը, թոքային արյունահոսությունը, պնևմոթորաքսը և այլն :

Ցիրոտիկ տուբերկուլյոզ.

Այս ձևը առաջանում է թոքերում շարակցական հյուսվածքի գերաճի հետևանքով: Սովորաբար ցիրոտիկ տուբերկուլյոզը հաջորդում է ֆիբրոզ-օջախային և ֆիբրոզ-կավերնոզ տուբերկուլյոզին: Ախտահարված թոքը աստիճանաբար կնճռոտվում է, միջնորմի օրգանները տեղաշարժվում են ախտահարված կողմը: Հիվանդները գանգատվում են հևոցից: Զարգանում է թոքային, սիրտ-անոթային անբավարարություն, լյարդը մեծանում է, ոտքերին ի հայտ են գալիս այտուցներ:

Ռենտգեն քննությամբ հայտնաբերվում է ինտենսիվ մթնեցում, թոքային մակերեսի փոքրացում:

Խորխի քննությամբ միկոբակտերիաներ չեն հայտնաբերվում:

Տուբերկուլյոզի հայտնաբերումը.

Տարբերում ենք տուբերկուլյոզի հայտնաբերման երկու եղանակ ` ակտիվ և պասիվ:

Ակտիվ հայտնաբերումը իր մեջ ներառում է ֆյուրոգրաֆիկ հետազոտությունը և տուբերկուլինի ներմաշկային փորձը ` տուբերկուլինոդիագնոստիկա:

Ֆյուրոգրաֆիան լայն կիրառվում է բնակչության մասսայական հետազոտության համար: Այս մեթոդի առավելությունը ռենտգեն հետազոտության համեմատ կայանում է նրանում, որ կատարվում է արագ, տնտեսում է ռենտգեն ժապավենը, և որ ամենակարևորն է ` փոքր է պացիենտի ճառագայթման ծանրաբեռնվածությունը: Վերջինիս շնորհիվ էլ ֆյուրոգրաֆիան կիրառվում է երեխաների և հղիների հետազոտման համար, որոնց խորհուրդ չի տրվում ռենտգեն հետազոտություն:

Տուբերկուլինոդիագնոստիկա. Տուբերկուլինային փորձը համարվում է սպեցիֆիկ ախտորոշիչ տեստ: Այն ևս օգտագործվում է բնակչության մասսայական հետազոտման համար: Մանթուի պրոբան առաջարկվել է Մանթուի կողմից (1909թ) և նրա անունով էլ կոչվում է: Փորձի նպատակն է վաղաժամ հայտնաբերել տուբերկուլյոզով հիվանդին և

ընտրել այն անձանց, որոնք ենթակա են ռեվակցինացիայի: Փորձը դրվում է նաև երեխաներին 12 ամսականից յուրաքանչյուր տարին մեկ անգամ:

Բուժքույրը պետք է տիրապետի փորձի կատարման տեխնիկային:

Մանրուի պրոբայի կատարման տեխնիկան.

Հագեցվածությունը. միանվագ օգտագործման մեկ գրամանոց տուբերկուլինային ներարկիչ, ասեղ՝ 0420 մեծության, 70 % -ոց սպիրտ, բամբակե խծուծներ:

Միջամտության նախապատրաստվելը. պացիենտին բացատրել սպասվող գործողության ընթացքը և ստանալ նրա համաձայնությունը:

Կատարել ձեռքերի հիգիենիկ լվացում:

Միջամտության կատարում. փորձը դրվում է նախաբազկի ափային մակերեսի միջին 1/3-ի շրջանում: Ներարկիչում հավաքել 0, 2 մլ տուբերկուլին և ներարկել՝ 0, 1մլ ներմաշկային: Ճիշտ ներարկման դեպքում առաջանում է 7-8մմ տրամագծով պապուլա: Փորձը զնախատվում 2 ժամ անց թափանցիկ քանոնի օգնությամբ:

Ռեակցիան կարող է լինել՝

- բացասական, եթե չկա հիպերեմիա և ինֆիլտրատ,
- կասկածելի, եթե կա միայն հիպերեմիա, կամ միայն ինֆիլտրատ՝ 2-4սմ տրամագծով,
- Դրական, եթե կա ինֆիլտրատ 5սմ և ավելի տրամագծով:

Մանրուի փորձի հակացուցումներն են՝ մաշկային հիվանդություններ, քրոնիկական ինֆեկցիոն հիվանդություններ, ալերգիկ վիճակ, էպիլեպսիա:

Վերջին տարիներին նորագույն ախտորոշման եղանակների շնորհիվ (համակարգչային տոմոգրաֆիա, սոնոգրաֆիա, իմունոլոգիական տեստ) հեշտացել է տուբերկուլյոզի ախտորոշումը:

Տուբերկուլյոզով հիվանդի խնամքը.

Բուժքրոջ անկախ գործողությունները.

- Հիվանդասենյակը հաճախակի օդափոխել՝ հիվանդին զերծ պահելով միջանցիկ քամիներից և սառեցումից:
- Սահմանել անկողնային ռեժիմ:
- Արտահայտված հևոցի դեպքում բարձրացնել անկողնու գլխամասը՝ օգտագործելով նեցուկային բարձեր:
- Քանի դեռ հիվանդի մարմնի ջերմաստիճանը բարձր է, և կա խիստ արտահայտված թուլություն, նրա անձնական հիգիենան և կերակրումը կատարել անկողնում:
- Տենդի և ծարավի դեպքում հիվանդին տալ կերակրի սողայի 5%-ոց լուծույթ՝ բերանը ողողելու համար: Լուծույթին կարելի է ավելացնել մեկ կաթիլ անանուխի թուրմ:

- Օրվա սննդաբաժինը պետք է պարունակի հիմնականում կենդանական սպիտակուցներ՝ կաթնաշոռ, կաթ, հարած ձու, տավարի և հավի միս: Խորհուրդ է տրվում օգտագործել բանջարեղենի պյուրե, մրգահյութեր: Հիվանդին կերակրել հաճախակի: Սնունդը պետք է ունենա բարձր էներգետիկ արժեք:
- Սնունդը պետք է լինի ոչ շատ տաք, կիսահեղուկ վիճակում, հարուստ A. C. B. վիտամիններով:
- Բացիլ արտադրող հիվանդներին տեղավորում են առանձին հիվանդասենյակում:
- Տենդի երրորդ շրջանում, երբ մարմնի ջերմաստիճանի իջեցումը ուղեկցվում է քրտնարտադրությամբ՝ անհրաժեշտ է շփել հիվանդի մաշկը խոնավ սրբիչով, ապա լավ չորացնել:
- Անձնական և անկողնու սպիտակեղենը փոխել այնքան անգամ, որքան պահանջվում է: Չի կարելի խոնավ սպիտակեղենը չորացնել կենտրոնական ջեռուցման խողովակներին և նորից օգտագործել:
- Վարակի տարածումը կանխելու համար շատ կարևոր է պահպանել հիվանդի սանիտարահիգիենիկ ռեժիմը (հատկապես տանը): Ցանկալի է, որ հիվանդը ունենա առանձին անկողին, սպասքի պարագաներ, սպիտակեղեն և երկու լավ փակվող անհատական խորխաման:
- Բուժքույրը հիվանդին և ընտանիքի անդամներին ուսուցանում է, ինչպես տնային պայմաններում ախտահանել խորխն ու խորխամանը, անձնական և անկողնու սպիտակեղենը, սպասքը, սննդի ժառանգորդները և ինչպես իրականացնել հիվանդասենյակի մաքրումը:
- Հիվանդը հաճախակի պետք է գտնվի մաքուր օդում:
- Հիվանդը պարբերաբար պետք է հաճախի դինսպանսեր:
- Հիվանդը պետք է ստանա կանխարգելիչ բուժում:
- Հիվանդը պետք է պահպանի սանիտարական կուլտուրա՝ ընտանիքի անդամներին և շրջապատին վարակումից գերծ պահելու համար:

Բարդությունները.

Թոքերի տուբերկուլյոզի ամենահաճախ հանդիպող բարդությունը թոքային արյունահոսությունն է: Այս մասին պետք է իմանա բուժքույրը՝ կարողանա տարբերակել թոքային արյունահոսությունը ստամոքսային արյունահոսությունից և անհրաժեշտության դեպքում կարողանա ցույց տալ առաջին մինչբժշկական օգնություն:

Թոքային արյունահոսության ժամանակ մինչբժշկական օգնության ալգորիթմը.

- հիվանդի հետ անցկացնել հոգեբանական զրույց՝ հանգստացնելով նրան,
- հիվանդին տեղափոխել առանձին հիվանդասենյակ կամ ինտենսիվ թերապիայի բաժին,
- հիվանդին տալ կիսանստած բարձր դիրք, որպեսզի առավելագույն չափով կանխվի արյան ընկնելը շնչուղիներ (ասպիրացիա),

- դադարեցնել խոսակցությունը հիվանդի հետ,
- կրծքավանդակին դնել սառցեպարկ,
- բժշկի նշանակմամբ ներարկել էուֆիլին արյան փոքր շրջանառությունում ճնուժն փոքրացնելու համար, արյան մակարդեղիությունը բարձրացնելու համար՝ վիկասոլ մ/մ, կապրոնաթթու ն/ե, հազը ճնշելու համար՝ կոդեին:

Տուբերկուլյոզի բուժումը.

Ընդհանուր առմամբ հիվանդի բուժումը տևում է 2 տարի, ստացիոնարում՝ 6-8 ամիս, առողջարանում՝ 2-3 ամիս, ամբուլատոր՝ մեկ տարի:

Հիվանդը բուժվում է հակատուբերկուլյոզային հիվանդանոցում:

Տուբերկուլյոզի բուժման հիմնական եղանակը քիմիոթերապիան է, որն ազդում է հիվանդության հարուցիչի վրա և կասեցնում դրա աճն ու զարգացումն օրգանիզմում:

Բոլոր հակամանրէային դեղամիջոցները, որոնք օգտագործվում են տուբերկուլյոզի բուժման ժամանակ, բաժանվում են 3 խմբի,

1. Ուժեղ բակտերիոստատիկ ազդեցության դեղամիջոցներ՝ **իզոնիազիդ, ռիֆամպիցին,**
2. Միջին բակտերիոստատիկ ազդեցության դեղամիջոցներ՝ **էտամբուտոլ, կանամիցին, ստրեպտոմիցին, էթիոնամիդ , ցիկլոսերին,**
3. Թույլ բակտերիոստատիկ ազդեցության դեղամիջոցներ՝ **տիոացետազոն (տիբոն), պարասամինոսալիցիլաթթու (ՊԱՄԿ):**

Սովորաբար բուժումը սկսում են վերը նշված երեք խմբի դեղամիջոցների միաժամանակյա նշանակմամբ: Ստրեպտոմիցինի և ռիֆամպիցինի զուգակցումը նշանակվում է 3-6 ամիս՝ մինչև ինֆիլտրատի ներծծումը կամ կավերնայի փակվելը:

Տուբերկուլյոզի հակամանրէային բուժումը զուգակցվում է **ախտաճագուժնաբանական բուժման հետ:**

Հիգիենա-դիետիկ սննդակարգը՝ տուբերկուլյոզի բուժման ամենահին եղանակն է (առաջարկվել է 16-րդ դարում) և հանդիսանում է տուբերկուլյոզի բոլոր ձևերի բուժման անհրաժեշտ մասը, ապահովելով օրգանիզմի նորմալ նյութափոխանակությունը և բարձրացնելով օրգանիզմի ընդհանուր դիմադրողականությունը: Այն իր մեջ ներառում է.

- հանգստի ու մարզման բուժաօգնական օրակարգ,
- ռացիոնալ սնուցում,
- բուժման ֆիզիկական եղանակներ՝ կլիմայական բուժում ,
- վիտամինաբուժում,
- հորմոնոթերապիա,
- տուբերկուլինաբուժում,
- կոլապսոթերապիա,
- վիրահատական բուժում:

Բուժման հիմնական ցուցանիշը ինտոքսիկացիայի, բացիլարտադրության կայուն վերացումն է, ռենտգեն նկարում ակտիվ տուբերկուլյոզի ախտանիշների վերացումը և հիվանդի աշխատունակության վերականգնումը:

Տուբերկուլյոզի կանխարգելում.

Կանխարգելումը իր մեջ ընդգրկում է միջոցառումներ, որոնց նպատակն է ստեղծել առողջ ապրելակերպ: Ժամանակակից կանխարգելումն իր մեջ ներառում է.

- սպեցիֆիկ կանխարգելում,
- քիմիական կանխարգելում,
- ոչ սպեցիֆիկ կանխարգելում,
- սանիտարական կանխարգելում,
- կլինիկական և բուժական կանխարգելում:

Սպեցիֆիկ կանխարգելմանն է պատկանում ԲՅԺ վակցինացիան, որը կատարվում է ծննդատներում՝ նորածիններին: Վակցինան միկոբակտերիայի կուլտուրայի թուլացած ձևն է, որը հայտնաբերվել է ֆրանսիացի գիտնականներ Գերենումի և Կալմետումի կողմից: Վակցինան ներարկվում է խիստ ներմաշկային 0, 05մլ, ձախ բազկի վերին միջին երրորդականին: Ներարկման տեղում առաջանում է սպեցիֆիկ ինֆիլտրատ 5-10 մմ տրամագծով:

Ռեակցինացիան տուբերկուլյոզի դեմ կրկնակի պատվաստումն է: Այն հակացուցված է Մանթուի դրական ռեակցիայի դեպքում: Առաջին ռեակցինացիան կատարվում է երեխաներին 7 տարեկան հասակում, ապա 5-7 տարի անց:

Քիմիական կանխարգելումը հակատուբերկուլյոզային պրեպարատների կիրառումն է կանխարգելման նպատակով այն անձանց մոտ, որոնք ենթակա են վարակման կամ հիվանդացման: Տարբերում ենք առաջնային և երկրորդային քիմիոկանխարգելում:

Առաջնային քիմիոկանխարգելումը անցկացվում է այն անձանց մոտ, որոնք շփվել են տուբերկուլյոզով հիվանդի հետ, բայց չեն վարակվել, և Մանթուի պրոբան բացասական է: Այն կատարվում է մեկ հակատուբերկուլյոզային դեղամիջոցով՝ իզոնիազիդ տարին 2 անգամ, 2 ամսով:

Երկրորդային քիմիոկանխարգելում անցկացվում է արդեն ինֆեկցված անձանց մոտ, որոնք ունեն դրական Մանթուի փորձ, սակայն բացակայում են հիվանդության կլինիկո-ռենտգենոլոգիական ախտանիշները: Այն անցկացվում է 3 ամիս տևողությամբ:

Ոչ սպեցիֆիկ կանխարգելումը ընդհանուր կազդուրիչ, առողջարար միջոցառումներն են՝ բնակարանային և սոցիալական պայմանների, սննդի լավացում, օրգանիզմի կոփում:

Սանիտարական կանխարգելումը ազգաբնակչության պահպանումն է տուբերկուլյոզային վարակումից: Այդ նպատակով հոսպիտալացվում են բացիլ արտազատող հիվանդները, կատարվում է տուբերկուլյոզային օջախի առողջացում՝ ինչպես հիվանդի տանը, այնպես էլ տուբերկուլյոզային հիվանդանոցում և

դիսպանսերում: Այս միջոցառումները ընդգրկում են ընթացիկ և եզրափակիչ վարակազերծում, որը կատարվում է հիվանդի հայտնաբերման, հոսպիտալացման և մահվան դեպքում: Բոլոր այն անձինք, որոնք ապրում են տուբերկուլյոզի օջախում կամ աշխատում են տուբերկուլյոզային հիմնարկներում, հաշվառվում են դիսպանսերի IV խմբում՝ այսպես կոչված «կոնտակտավորներ» և հետազոտվում են տարին 2 անգամ մինչև հիվանդի ապաքինումը, կամ 2 տարի՝ նրա մահից հետո:

Կլինիկական և բուժական կանխարգելումը իր մեջ ներառում է հիվանդի վաղաժամ հայտնաբերումը և նրա արդյունավետ բուժումը:

Դիսպանսերացում.

Պայքարը տուբերկուլյոզի դեմ համարվում է պետական խնդիր:

Դիսպանսերացման հարցերով զբաղվում է հակատուբերկուլյոզային դիսպանսերը: Վերջինիս հիմնական խնդիրը հիվանդների վաղ հայտնաբերումը, հաշվառումն ու բուժումն է:

Դիսպանսերում ամեն տարի ֆյուրոգրաֆիկ հետազոտության են ենթարկվում հասարակական սննդի, տրանսպորտի ոլորտի աշխատողները և այլն:

Տուբերկուլյոզով բոլոր հիվանդները բուժումից հետո գտնվում են դիսպանսեր հսկողության տակ:

Դիսպանսերում բուժում են ստանում այն դեռահասները, որոնց մոտ հայտնաբերվել է վիրաժ, բայց չկան ինտոքսիկացիայի երևույթներ և այն անձիք, որոնք ունեն հիվանդության կրկնման բարձր ռիսկ:

Տեղամասային բուժքրոջ դերը, որպես տեղամասային ֆթիզիատորի օգնականի, բավականին մեծ է: Ընդհանուր մասնագիտական գիտելիքների հետ միասին, նա պետք է ունենա գիտելիքներ տուբերկուլյոզի առաջացման, կլինիկայի, տարածման, բուժման, և կանխարգելման մասին: Բուժքույրը ժամանակին պետք է հայտնաբերի հիվանդներին, կազմակերպի նրանց վակցինացիան, լաբորատոր և գործիքային քննությունը, ամբուլատոր քիմիոկանխարգելումը: Պետք է կարողանա վարել դիսպանսերի փաստաթղթերը, տիրապետի ն/ե, մ/մ, ն/մ, ե/մ ներարկումների կատարման տեխնիկային:

Կարևոր է դիսպանսեր բուժքրոջ դերը հիվանդի ընդունելության ժամանակ: Մինչև ընդունելությունը նա պատրաստում է համապատասխան փաստաթղթեր՝ հիվանդության պատմություն, ռենտգենոգրամմա, լաբորատոր տվյալների պատասխանները: Կազմակերպում է հիվանդի ընդունելությունը առաջին հերթին բժշկի մոտ կանչելով բարձր ջերմությամբ, ցավերով, հյուծված, արյունախիտումով հիվանդներին, ծերերին և հեռվից եկած հիվանդներին: Բժշկի ցուցմամբ բուժքույրը լրացնում է ուղեգրեր, դեղատոմս և այլ փաստաթղթեր: Ստուգում է հիվանդի այցի պարբերականությունը, նշում այցի օրը և նոր այց նշանակում: Եթե կա բնակավայրի կամ աշխատավայրի փոփոխություններ՝ նշում է այն ևս:

Դիսպանսերի բուժքույրը աշխատում է քարտ N 93-ով: Նշում է, թե երբ է ներկայացել օջախ, նկարագրում օջախի սանիտարական վիճակը, հիվանդի վիճակը և ձևակերպում

օջախի առողջացման պլան: Մեծ է բուժքրոջ դերը տանը՝ հիվանդի և ընտանիքի անդամների ուսուցման, հետագա բուժման գործում:

Ամեն տարի տեղամասային բուժքույրերը անցկացնում են խորհրդակցություն բաժանմունքի վարիչի գլխավորությամբ: Խորհրդակցության ժամանակ բուժքույրը զեկուցում է իր աշխատանքի մասին, վերլուծում առկա պրոբլեմները, կարդում զեկուցումներ տուբերկուլյոզով հիվանդի խնամքի մասին և այլն:

Տուբերկուլյոզը և հղիությունը

Տուբերկուլյոզը ծանրացնում է հղիության ընթացքը, ծննդաբերության և հետծննդյան շրջանների ընթացքը, իսկ հղիությունը իր հերթին ծանրացնում է հիվանդության ընթացքը: Եթե կնոջ անափսեզում կա տուբերկուլյոզ, որը լավացել է բուժում ստանալուց հետո, կինը կարող է ազատ հղիանալ և ծննդաբերել, իհարկե հղիության ընթացքում բացի գինեկոլոգից, պետք է լինի ֆտիզիատորի մշտական հսկողության տակ: Ներարգանդային կյանքում պտուղը չի վարակվում: Նորածինը վարակվում է ծնվելուց հետո, եթե մոր մոտ կա տուբերկուլյոզային գործող օջախ, նորածինն պետք է հեռացնել մորից և մորը բուժել հակատուբերկուլյոզային հիվանդանոցում: Հղիությունը հակացուցված է

1. ակտիվ տուբերկուլյոզի (եթե թոքում կա կավերնա) ժամանակ,
2. կոկորդի տուբերկուլյոզի ժամանակ,
3. ողնաշարի, կոնքի հոդերի տուբերկուլյոզի ակտիվ փուլում:

ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՊԱՐԱՊՄՈՆՔՆԵՐ

1. Գործնական պարապմունքը նախակլինիկական աշխատանքի կաբինետում

Պարապմունքի նպատակը. Գործնականորեն ամրապնդել տեսական գիտելիքները և տիրապետել գործնական հմտություններին թոքային պաթոլոգիայով հիվանդների խնամքի և հսկողության ժամանակ:

Ուսանողը պետք է իմանա.

- Շնչական օրգանների անատոմո-ֆիզիոլոգիական առանձնահատկու-թյունները
- Հիվանդների հետազոտության մեթոդները
- Գործիքային և լաբորատոր մեթոդները, որոնք կիրառվում են թոքային պաթոլոգիայով հիվանդներին հետազոտելիս
- Շնչական օրգանների հիվանդների սուր վիճակների սիմպտոմները (արյունախիտում, արյունահոսություն, հեոց, բրոնխոսպազմ):

- Շնչական համակարգի հիվանդություններով հիվանդների հսկողության և խնամքի առանձնահատկությունները: Իրավիճակային խնդիրների լուծում՝ հիվանդի խնամքի հիմնավորումով:
- 1 բուլետում շնչառության հաշվելու կանոնները, թոքերի կենսական տարողության (ԹԿՏ) -ի որոշումը, պլերալ պունկցիայի կատարման համար անհրաժեշտ գործիքները, հակաբիոտիկների լուծույթները: Պարապունքին նախապատրաստվելիս՝ անհրաժեշտ է վերականգնել գիտելիքները մյուս առարկաներն ուսուսասիրելիս (անատոմիա, ֆիզիոլոգիա, պաթոլոգիա, պաթոլոգիա, քույրական գործ, ֆարմակոլոգիա):
- Իրավիճակային խնդիրների լուծում և սուր վիճակների դեպքում մինչբժշկական օգնության ակտիվիզմների կազմում:

Պարապունքի համառոտ բովանդակությունը.

Շնչական օրգանների անատոմոֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունները և ախտաբանական փոփոխությունները քննարկելիս անհրաժեշտ է կրկնել.

- ա) շնչական օրգանների անատոմիան և ֆիզիոլոգիան,
- բ) բրոնխներում և թոքերում ախտաբանական փոփոխությունները (բորբոքում, բրոնխոսպազմ),
- գ) թոքային անբավարարության նշանները,
- դ) կենտրոնական նյարդային համակարգի (ԿՆՀ)-ի դերը շնչական օրգանների գործունեության կարգավորման մեջ:

Հիվանդի հիմնական հետազոտման մեթոդները.

Հիվանդի օբյեկտիվ հետազոտությունը սկսում են արտաքին զննումից, որը տալիս է արժեքավոր ինֆորմացիա, հատկապես շնչական համակարգի հիվանդությունների դեպքում (տես սխեմա 3):

Օրինակ՝ դեմքին բշտիկների տեսքով ցանավորումը (herpes) վկայում է հիվանդության վիրուսային ծագման մասին: Թոքերի ծանր հիվանդությունների ժամանակ, որոնք ուղեկցվում են թոքային անբավարարությամբ, հիվանդի դեմքը ցիանոտիկ է:

Տեսանելի հևոցը վկայում է բրոնխներով օդի դժվարանցման մասին ներշնչման կամ արտաշնչման ժամանակ՝ բրոնխների սպազմի կամ խցանման հետևանքով: Հևոցի ժամանակ հիվանդը, որպես կանոն, աշխատում է ընդունել հարկադրված դիրք, որպեսզի հեշտացնի շնչառությունը:

Զննումը թույլ է տալիս որոշել հազի բնույթը (չոր կամ թաց՝ խորխով): Խորխի առկայության դեպքում որոշում են նրա գույնը, կոնսիստենցիան, հոտը, քանակը: Եթե խորխում կան արյան հետքեր, անհրաժեշտ է պարզել պատճառը:

Կրծքավանդակի զննման ժամանակ երբեմն հայտնաբերվում է շնչական ակտից կրծքավանդակի մի կեսի հետ մասլը, որը դիտվում է թոքերում մի շարք բորբոքային պրոցեսների ժամանակ (թոքաբորբ, պլերիտ):

Կրծքավանդակը նորմալում ունի հատած կոնի ձև:

Թոքերի էմֆիզեմայի ժամանակ, այն դառնում է տակառածն՝ կողերը ընդունում են հորիզոնական ուղղություն, թոքերի շարժունակությունը խիստ սահմանափակվում են, ենթանրակային շրջանները փքվում են:

Շոշափման մեթոդով որոշում են ձայնի դողոցը: Այդ նպատակով ձեռքի ափերը առանց սեղմելու դնում են կրծքավանդակի երկու կողմերում և խնդրում հիվանդին արտասանել «ռ» տառը պարունակող բառեր (քառասուններեք, քառասունչորս) և զգում կրծքավանդակի դողոցը, որն ուժեղանում է թոքաբորբի ժամանակ, որովհետև թոքային հյուսվածքը՝ պնդացած է և տատանումները լավ են փոխանցվում ափերին, իսկ պլևրիտի ժամանակ ձայնի դողոցը թուլանում է, քանի որ պլևրալ խոռոչում կուտակված հեղուկը մարում է տատանումները:

Բախման օգնությամբ կարելի է որոշել թոքերի սահմանները, բորբոքային պրոցեսի առկայությունը և տեղակայումը, թոքային հյուսվածքում օդի պարունակության ավելացումը էմֆիզեմայի ժամանակ, ինչպես նաև պլևրալ խոռոչում հեղուկի առկայությունը: Աուսկուլտացիայի միջոցով առողջ մարդկանց մոտ լսվում է 2 տիպի շնչառություն՝ բրոնխային և վեզիկուլյար (բշտիկային): Բրոնխային շնչառությունը կոպիտ է, աղմկոտ, լսվում է և՛ ներշնչման, և արտաշնչման փուլերում: Այն լսվում է կոկորդի, շնչափողի, միջթիակային տարածության վերին հատվածում: Եթե բրոնխային շնչառությունը լսվում է այլ տեղերում, ապա դա ախտաբանական է: Վեզիկուլյար շնչառությունը անվանում են նաև ավելոյար: Նորմալում այն լսվում է թոքերի ամբողջ մակերեսով՝ ներշնչման ընթացքում և արտաշնչման սկզբում և հիշեցնում է մեղմ աղմուկ՝ «ֆ» տառի հնչեղությամբ:

Խզզոցները շնչական աղմուկներ են, որոնք սովորաբար առաջանում են թոքերում և բրոնխներում բորբոքման հետևանքով: Տարբերում են չոր և թաց խզզոցներ, որոնք էլ իրենց հերթին լինում են մանր, միջին և խոշոր բշտիկային:

Չոր խզզոցները վկայում են բրոնխների լուսանցքի նեղացման մասին, որտեղ կուտակվում է մածուցիկ արտադրություն, թելերի ձևով տեղակայված: Օդի անցման ժամանակ այդ թելերը տատանվում են և լսվում են տարբեր տեմբրի խզզոցներ, որոնք լսվում են շնչառության երկու փուլում:

Կրեպիտացիան, ի տարբերություն խզզոցների, առաջանում է ոչ թե շնչուղիներում, այլ ավելոյներում փոքր քանակով ջրիկ սեկրետի կուտակման հետևանքով: Այն հիշեցնում է ականջի մոտ մազափունջը մատներով շփելու ձայն և լսվում է ներշնչման վերջում:

Պլևրայի քսման աղմուկը լսվում է չոր պլևրիտի ժամանակ և հիշեցնում է ձյան ճոճոց:

Էական է բուժքրոջ դերը պլևրալ պունկցիայի կատարման ժամանակ: Այն կատարում են պրոցեդուրային կամ վիրակապման կաբինետում: Անհրաժեշտ է ներարկիչ (10 մլ, 20 մլ.), ներարկման ասեղներ և երկար պունկցիոն ասեղներ (8-10 սմ.), էլաստիկ ռետինե խողովակներ, առանց ատամների սեղմակներ (2 հատ), հեղուկի

արտածման սարք (պլերոասպիրատոր), ստերիլ տամպոններ, բինտով ձողիկներ, ստերիլ վեք և պինգետ, կոլլոիդով կամ կլեոլով սրվակ, ստերիլ փորձանոթներ (2-3 հատ), նովակայինի 0.5% լ-թ, էթիլ սպիրտ, անուշադրի սպիրտ, յոդ, պրոմեդոլ, սրտային միջոցներ, հակաբիոտիկներ և ձեռնոցներ:

Պունկցիայից առաջ հիվանդին բացատրում են տվյալ պրոցեդուրայի նշանակությունը: Բուժքույրը նստեցնում է հիվանդին կոշտ աթոռի վրա մեջքով դեպի բժիշկը, հիվանդը ձեռքերով գրկում է աթոռի թիկնակը: Պունկցիան կատարվում է 8-րդ միջկողային տարածության մեջ թիակային գծով՝ պահպանելով տեղային անզգայացման և ասեպտիկայի կանոնները: Պունկցիայի ժամանակ բուժքույրը հետևում է հիվանդի ընդհանուր վիճակին (պուլս , Ջ/Ճ): Պունկցիան ավարտելուց հետո բացվածքը սոսնձվում է կոլլոիդով: Հիվանդին տեղափոխում են հիվանդասենյակ միայն պատգարակով: Պլերալ պունկցիան կատարում են բուժիչ կամ ախտորոշիչ նպատակով: Ախտորոշիչ նպատակով վերցնում են 50-ից 150 մլ հեղուկ և ուղարկում լաբորատորիա՝ ֆիզիկոքիմիական և բջջաբանական հետազոտության: Հեղուկի ոչ մեծ քանակություն լցնում են ստերիլ փորձանոթի մեջ և ուղարկում միկրոբիոլոգիական լաբորատորիա՝ բակտերիոլոգիական հետազոտության համար: Պլերալ հեղուկի գույնից, թափանցելիությունից, խտությունից (տեսակարար կշիռ), կենսաքիմիական և բջջաբանական կազմից կախված տարբերում են հեղուկի 2 տեսակ՝ տրանսուդատ և էքսուդատ: Բուժական պունկցիայի դեպքում միանվագ հեռացվում է 1-ից 1, 5 լ հեղուկ:

Բուժքույրը պետք է իմանա ինչպես են կատարում տուբերկուլինային փորձերը: Հաճախ կատարում են մաշկային և ներմաշկային փորձեր:

Առավել զգայուն է ներմաշկային տուբերկուլինային փորձը՝ Մանթուի փորձը: Ներմաշկային ներմուծում են 0, 1 մլ. տուբերկուլին 1:10, 1:100, 1:1000, 1:10000 հարաբերությամբ: 72 ժամից գնահատում են արդյունքները ըստ պապուլայի մեծության և հիպերեմիայի (կարմրության):

Շնչական համակարգի հիվանդությունների ժամանակ հնարավոր են սուր վիճակներ: Այդ հիվանդներին որակյալ օգնություն ցույց տալու համար անհրաժեշտ է լավ իմանալ անհետաձգելի վիճակների ախտանիշերը և արդյունքում տիրապետել մինչբժշկական օգնության ցուցաբերման հմտություններին:

Այդ վիճակներից է համարվում բրոնխիալ ասթմայի նոպան, որը պահանջում է մինչբժշկական օգնության ցուցաբերում (սխեմա 4):

Ինքնուրույն աշխատանք

Գործնական հմտությունների ամրապնդման նպատակով ուսանողները որոշում են միմիանց շնչառության բնույթն ու հաճախականությունը, իրականացնում են ջերմաչափում, որոշում են ԹԿՏ-ը սպիրոմետրի օգնությամբ: Ստացված արդյունքները գրանցում են ջերմության թերթիկում:

Յուրաքանչյուր ուսանող պետք է ցուցադրի հիվանդի խնամքի վերաբերյալ պրոցեդուրաների իրականացման մեթոդները մուլյաժների վրա (մանանեխի սպեղանիների փակցնելը, բանկաների կիրառումը, մարմնի և անկողնու սպիտակեղենի

փոխելը), ինչպես նաև բուժական պրոցեդուրաների մեթոդները, հակաբիոտիկների նոսրացումը և ներմուծումը, պլերալ պունկցիայի համար անհրաժեշտ բոլոր պարագաների նախապատրաստումը, խորիխի հավաքումը քննության համար: Լրացնում են բժշկական փաստաթղթերի օրինակներ:

Գիտելիքների ստուգման և ամրապնդման համար առաջարկված է լուծել իրավիճակային խնդիրներ:

Իրավիճակային խնդիր 1.

Պացիենտ 46 տարեկան, մասնագիտությամբ ինժեներ: Ընդունվել է հիվանդանոցի պուլմոնոլոգիական բաժանմունք 05.03.2003թ. ԲՐՈՆԽՈՒՆԿՍՏԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ախտորոշմամբ:

ՀԱՏՎԱԾ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԻՑ.

Պացիենտը գանգատվում է հազից, շճաթարախային խորխարտադրությունից, որը պարունակում է արյան հետքեր: Խորիքը անջատվում է լիքը բերանով՝ հատկապես առավոտյան ժամերին: Նշում է նաև հևոց, որը առաջանում է ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից հետո, ընդհանուր թուլություն, աշխատունակության անկում: Հիվանդ է մոտ 10 տարի: Մրսելուց հետո հիվանդի գանգատները ավելի են ուժեղանում, որի պատճառով մի քանի անգամ բուժվել է ստացիոնարում: Պացիենտը նշում է, որ աշխատանքի պայմանները անբավարար են՝ խոնավ է, չի կարող պաշտպանվել միջանցիկ քամիներից, որի հետ էլ կապում է հիվանդության հաճախակի սրացումները:

ՕԲՅԵԿՏԻՎ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ.

Պացիենտի ջերմությունը 38 աստիճան C է: Ձննելիս պացիենտի դիրքը անկողնում հարկադրական է՝ կիսանստած: Դեմքը հիպերեմիկ, տեսանելի լորձաթաղանթները ցիանոտիկ: Մատները նման են թմբկափայտերի, իսկ եղունգները՝ ժամացույցի ապակու: Կրծքավանդակը՝ էմֆիզեմատոզ է: Թոքերի համեմատական պերկուսիան տալիս է տուփային հնչյուն, աջից ստորին 1/3 սահմանում՝ բթություն: Նույն տեղում լսվում են մանր և միջին բշտիկային խզզոցներ: Շնչառությունը 1 րոպեում 28 անգամ: Սրտի տոները խլացած են, պուլսը 1 րոպեում 108 զարկ: Զ/Ճ -ը 110/70մմ.սնդ. սյուն: Պացիենտը ծխում է օրեկան 1 տուփ ծխախոտ և պատճառաբանում, որ չի կարող ազատվել այդ փասակար սովորությունից:

Իրականացնել քույրական գործընթացը:

Խնդրի լուծման էտալոն.

1. Պացիենտի մոտ խանգարված են նորմալ շնչառության, մարմնի նորմալ ջերմաստիճանի, անձնական հիգիենայի, հագնվելու և հանվելու, շփման պահանջները:
2. Պացիենտի պրոբլեմներն են.
 - պացիենտը ունի հազ, տհաճ հոտով խորխարտադրություն,
 - պացիենտը չգիտի թքամանից օգտվելու կանոնները,
 - պացիենտը չգիտի համապատասխան (դրենաժային) դիրք գրավելու անհրաժեշտությունը,
 - պացիենտը չգիտի նշանակված դեղորայքը ժամանակին ընդունելու կարևորությունը,
 - պացիենտը չգիտի և չի գիտակցում շնչական վարժությունների դերը, պացիենտը ունի ֆեբրիլ տենդ (տենդի II շրջան),
 - պացիենտը չունի ախորժակ,
 - պացիենտը չի կարողանում ընդունել բավարար քանակով հեղուկներ (կա ջրազրկման վտանգ),
 - պացիենտը ինքնուրույն չի կարողանում փոխել իր և անկողնու սպիտակեղենը,
 - պացիենտը չի կարողանում կատարել անձնական հիգիենան:
3. Քույրական խնամքի պլանավորում, որը համապատասխանում է բուժքրոջ, պացիենտի և նրա հարազատների նպատակներին.
 - պացիենտը օրվա ընթացքում կկարողանա ընդունել հարմար դիրք՝ հազը և հևոցը թեթևացնելու, խորիսը հեշտությամբ արտազատելու համար,
 - պացիենտի մոտ կքչանա խորխի քանակը և կվերանա տհաճ հոտը 5 օրից,
 - պացիենտը կկարողանա օգտվել թքամանից և կլիմանա նրա ախտահանման մեթոդները 1 օրից,
 - պացիենտը կլիմանա դեղորայքի ընդունման կարևորությունը 1 օրում,
 - պացիենտը կտիրապետի հազի տեխնիկային և կկատարի շնչական վարժություններ 7 օր հետո,
 - մարմնի ջերմաստիճանը կսկսի նվազել 3 օրից,
 - մարմնի ջերմաստիճանի հետագա բարձրացում չի լինի,
 - պացիենտը կընդունի բավարար քանակով հեղուկներ և նրա մոտ ջրազրկում չի լինի,
 - մարմնի մասսայի նվազում չի լինի,
 - պացիենտը կկարողանա կատարել անձնական հիգիենան բուժքրոջ կամ հարազատի օգնությամբ:
4. Քույրական միջամտություն.
 - ուսուցանել պացիենտին հազի տեխնիկան,
 - ուսուցանել պացիենտին շնչական վարժությունների կատարման

- տեխնիկան (ամեն օր, օրը 2 անգամ 10 րոպե տևողությամբ),
- ուսուցանել պացիենտին կրծքավանդակի ինքնուրույն մերսման տեխնիկան,
- պացիենտին տալ լայն բերանով, կափարիչով թքաման,
- ապահովել պացիենտին դրենաժային դիրք (օրը 2 անգամ 20-ական րոպե տևողությամբ),
- ամեն օր մերսել կրծքավանդակը 10 րոպե տևողությամբ 10 օր անընդմեջ,
- ապահովել հիվանդասենյակը մաքուր օդով,
- ամեն օր պետք է զննել խորիւր, օրվա քանակը գրանցել,
- օգտվել դեզոդորանտից,
- օրեկան թքամանը պետք է ենթարկել ախտահանման՝ եռացնելով
- 2%-ոց սոդայի լուծույթի մեջ 15 րոպե տևողությամբ կամ թողնել 5%-ոց
- քլորամինի լուծույթի մեջ 1 ժամ տևողությամբ,
- օրեկան պալատը պետք է ենթարկել խոնավ մաքրման 1%-ոց
- քլորամինի լուծույթով՝ օրը 2 անգամ, եթե սենյակում կան կվարցային
- լամպեր, ապա պետք է այն միացնել 20 րոպե տևողությամբ,
- որպեսզի խորիւր լավ հեռանա, պետք է ապահովել առատ հիմքային
- հեղուկներով և տալ խորխաբեր միջոցներ,
- կատարել խնամքի արդյունքների գնահատում 3 օրը 1 անգամ,
- տալ շնչելու խոնավեցրած թթվածին քթային կաթետերով,
- ըստ բժշկի նշանակման ներարկել բրոնխոլիտիկներ (Էուֆիլին
- 2, 4%-ոց 10մլ. ֆիզ. լուծույթի հետ միասին ն/ե օրը 2 անգամ), որպեսզի
- վերանա բրոնխոսպազմը և քչանա հևոցը,
- 2 ժամը 1 անգամ չափել և գրանցել ջերմությունը,
- ապահովել պացիենտի լրիվ ֆիզիկական և հոգեկան հանգիստ,
- կիրառել ֆիզիկական սառեցման մեթոդները՝ տաք հագուստը
- փոխարինել սավանով, ճակատին դնել սառցեպարկ,
- խմեցնել պացիենտին առատ վիտամինացված լուծույթներ՝ հյութեր,
- կիտրոնի ըմպելիք,
- կերակրել օրեկան 6-7 անգամ, ոչ մեծ քանակի հեղուկ կամ
- կիսահեղուկ սննդամթերքներով,
- քսել շուրթերին վազելին,
- ըստ բժշկի նշանակման ներարկել ջերմիջեցնող պրեպարատներ,
- ներարկել հակաբիոտիկներ,
- շփել մաշկը խոնավ անձեռոցիկով,
- լվանալ հիվանդի ձեռքերը, դեմքը, սանրել մազերը,
- փոխել մարմնի և անկողնու սպիտակեղենը,
- տալ գիշերանոթ և մեզընդունիչ,
- կատարել սեռական օրգանների լվացումներ օրը 1-2 անգամ,
- -գնահատել կատարված աշխատանքը օրը 1-2 անգամ:

5. Քույրական խնամքի գնահատումը Եթե դրված նպատակին հասել են, խնամքի պլանում նշվում է «Նպատակը իրագործված է»: Եթե նպատակը չի իրագործվել, կազմում են նոր խնամքի պլան:

Իրավիճակային խնդիր 2.

Պացիենտը 50 տարեկան, ամուսնացած է, մասնագիտությամբ՝ փականագործ: Ընդունվել է ստացիոնարի թոքային բաժանմունք 20.03.2003թ. ԿՐՈՒՊՈԶ ԹՈՔԱԲՈՐԲ ախտորոշմամբ:

Պացիենտը գանգատվում է դողից, սարսուռից, ջերմության բարձրացումից, հազից, ժանգագույն խորխարտադրությունից, հևոցից, կրծքավանդակի աջ ստորին հատվածի ցավերից, որոնք ուժեղանում են ձախ կողքի պառկած և շնչական շարժումների ժամանակ:

ՕԲՅԵԿՏԻՎ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ.

Զննելիս պացիենտի վիճակը միջին ծանրության է: Դեմքը հիպերեմիկ է, հատկապես՝ աջ այտը: Քիթ – շրթունքային հատվածում կա հերպետիկ ցանավորում:

Պացիենտի մարմնի ջերմությունը 38, 4° է: Կրծքավանդակի աջ կեսը ետ է ժմում շնչառությունից: 1րոպեում շնչում է 24 անգամ: Թոքերի բախումը աջից, ստորին բլթի սահմաններում տալիս է բթատիմպանիկ հնչյուն: Լսումը ձախից տալիս է պարզ թոքային հնչյուն, աջից նույն հատվածում լսվում է կրեպիտացիա և պլևրալի քսման աղմուկ:

Սրտում տոները մաքուր են, ռիթմիկ, հաճախացած: Պուլսը 1 րոպեում 90 զարկ, բավարար լեցումով: Զ/Ճ-ը 140/90մմ. սնդ. սյան:

Նա շատ անհանգիստ է խորիսի ժանգագույն երանգի համար:

Նա չի ցանկանում օգտվել խորխամանից, գերադասում է խորխել լվացարանի մեջ: Պացիենտը արդեն 10 տարի է, ինչ ծխում է օրեկան 1 տուփ: Նա հրաժարվում է պակասեցնել գլանակների քանակը: Չի ցանկանում կատարել շնչական վարժություններ:

Իրականացնել քույրական գործընթացը:

Իրավիճակային խնդիր 3.

Պացիենտ 70 տարեկան, ընդունվել է ստացիոնարի թոքային բաժանմունք 10.02.2003թ. ԹՈՔԻ ԹԱՐԱԽԱԿՈՒՅՏ ախտորոշմամբ:

Պացիենտը գանգատվում է ընդհանուր թուլությունից, դողից, սարսուռից, հազից, թարախային խորխարտադրությունից, կրծքավանդակի ցավից, առատ քրքրոտարտադրությունից, ախորժակի և աշխատունակության անկումից: Հարց ու փորձով պարզեցինք, որ մեր պացիենտը 1 տարի առաջ

տարել է թոքաբորբ: Կապված սոցիալական պայմանների վատացման հետ՝ չի կարողացել լավ սնվել, տաքացնել բնակարանը, ինչի հետ էլ կապում է իր հիվանդությունը:

ՕԲՅԵԿՏԻՎ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ.

Պացիենտի մարմնի ջերմությունը 39, 5 աստիճան C: Ջննելիս մաշկը հիպերեմիկ է, տեսանելի լորձաթաղանթները գունատ: Թոքերի շրջանի բախումը տալիս է աջ թոքի գագաթային հատվածում պերկուտոր հնչյունի կարճացում, նույն հատվածում լսվում է չոր խզզոցներ: Շնչառությունը 1 րոպեում 30 անգամ է: Սրտում տոները հաճախացած են, խլացած: Պուլսը 1 րոպեում 90 զարկ, Զ/Ճ-ը 150/90մմ.սնդ.սյան:Արյան մեջ կա նեյտրոֆիլային լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ն արագացած է: Ռենտգեն հետազոտությունը տալիս է աջ թոքի գագաթում խոռոչ՝ լցված հեղուկով:

Պացիենտը ծխում է և չի գիտակցում դրա բացասական ազդեցությունը իր հիվանդության ժամանակ:

Իրականացնել քույրական գործընթաց Իրավիճակային խնդիր 4 Պացիենտ 34 տարեկան, մասնագիտությամբ՝ խոհարար, ընդունվել է ստացիոնարի թոքային բաժանմունք ՕԶԱԽԱՅԻՆ ԹՈՔԱԲՈՐԲ ախտորոշմամբ 03.03.2003թ.

Պացիենտը գանգատվում է տկարությունից, գլխացավից, հազից, ոչ մեծ քանակի լորձաթարախային խորխարտադրությունից, կրծքավանդակի ցավից, դժվարաշնչությունից:

Պացիենտը մեզ տեղեկացրեց, որ 2 ամիս առաջ հիվանդացել է սուր բրոնխիտով և լիարժեք չի բուժվել: Նշում է նաև, որ 4 օր առաջ խիստ մրսել է, որից հետո ջերմությունը բարձրացել է:

ՕԲՅԵԿՏԻՎ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ.

Պացիենտի մարմնի ջերմությունը 38 աստիճան C է: Ջննելիս՝ պացիենտի մաշկը և տեսանելի լորձաթաղանթները գունատ են: Թոքերի շրջանի բախումը տալիս է պերկուտոր հնչյունի կարճացում: Լսվում է կոշտացած շնչառություն, չոր և թաց խզզոցներ: Շնչառությունը 1 րոպեում 25 անգամ:

Սրտի տոները մաքուր են, ռիթմիկ, հաճախացած: Պուլսը 1 րոպեում 90 զարկ, բավարար լեցումով: Զ/Ճ-ը 110/80մմ.սնդ.սյան:

Ռենտգեն քննությամբ թոքերում հայտնաբերվում են օջախային մթագնումներ: Պացիենտը օրեկան ծխում է 1 տուփ, չարաշահում է ալկոհոլը և չի գիտակցում դրանց բացասական ազդեցությունը իր հիվանդության ժամանակ:

Իրականացնել քույրական գործընթացը:

Իրավիճակային խնդիր 5.

Պացիենտ 45 տարեկան ամուսնացած չէ, մասնագիտությամբ նկարչուհի: Ընդունվել է ստացիոնար 01.02.2003թ. շտապ օգնության միջոցով ԲՐՈՆԽԻԱԼ ԱՍԹՄԱ նոպայի շրջանում ախտորոշմամբ:

Պացիենտը գանգատվում է շնչառությունից, հետքից, նոպայաձև հազից, քիչ քանակությամբ դժվար արտազատվող խորխից, առատ քրտնարտադրությունից, մահվան վախի զգացումից:

ՕԲՅԵԿՏԻՎ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ.

Զննելիս պացիենտի վիճակը միջին ծանրության է, դիրքը հարկադրական է նստած, ձեռքերը հենած ծնկներին: Դեմքը գունատ է, կապտավուն երանգով պատված սառը քրտինքով, տանջալից արտահայտությամբ: Առկա է արտաշնչական տիպի հետք: Կրծքավանդակը լայնացած է, էմֆիզեմատոզ: Հետվիշ լսվում են դիստանցիոն սուլող խզզոցներ: Կրծքավանդակի բախումը տալիս է տուփային հնչյուն, լսումը՝ թաց և չոր սուլող խզզոցներ: Ջերմությունը 36, 5° C: Զ/Ջ-ը 110/70մմ. սնդ. սյան, պուլսը հաճախացած է, 1րոպեում 100գարկ:

Անաֆսեզից պարզեցինք, որ մեր պացիենտը 10 տարի է, ինչ տառապում է բրոնխիալ ասթմայով: Նրան խորհուրդ է տրվել փոխել մասնագիտությունը, քանի որ գործ ունի ներկերի հետ, սակայն նա չի կարող հրաժարվել իր սիրած մասնագիտությունից: Ծխում է օրը 20-30 գլանակ:

Իրականացնել քույրական գործընթացը:

Իրավիճակային խնդիր 6.

Պացիենտ 46 տարեկան, ամուսնացած է, մասնագիտությամբ ուսուցիչ:

Ընդունվել է ստացիոնարի թոքային բաժանքում 10.03.03 ԷՔՍՈՒԴԱՏԻՎ ՊԼԵՎՐԻՏ ախտորոշմամբ:

Պացիենտը գանգատվում է կրծքավանդակի աջ կեսի ցավերից, դողից, սարսուռից, հազից, թուլությունից, աճող հետքից: Գանգատվում է նաև անքնությունից, անկողնու անհարմարությունից, վատ ախորժակից:

Անաֆսեզից պարզեցինք, որ մեր պացիենտը մեկ ամիս առաջ հիվանդացել է գրիպով:

ՕԲՅԵԿՏԻՎ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ.

Պացիենտի մարմնի ջերմությունը 39, 5° C է: Զննելիս պացիենտի վիճակը միջին ծանրության է: Դիրքը հարկադրական է՝ կիսանստած, թեքված աջ կողքի:

Շնչառությունը 1րոպեում 30 անգամ է: Կրծքավանդակի աջ կեսը ետ է մնում շնչառությունից, արտափքված է, միջկողային տարածությունները հարթված: Թոքերի բախումը կրծքավանդակի աջ կեսում տալիս է բթացում, լսելիս՝ ձախից վեզիկուլյար շնչառություն, աջից՝ վեզիկուլյար շնչառության խիստ թուլացում:

Սրտի տոները մաքուր են, ռիթմիկ: Պուլսը՝ 1 րոպ. 100 զարկ, Զ/Ճ-ը՝ 130/80մմ.սնդ.սյան:

Իրականացնել քույրական գործընթացը:

Իրավիճակային խնդիր 7.

Պացիենտ 28 տարեկան, ամուսնացած է, ունի 2 երեխա, մասնագիտությամբ խոհարար: Ընդունվել է հակատուբերկուլյոզային դիսպանսեր 10.01.03թ. Նուբարաշենի ուղղիչ աշխատանքային գաղութից ԹՈՔԵՐԻ ԿԱՎԵՐՆՈՋ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈՋ ախտորոշմամբ:

Պացիենտը գանգատվում է ընդհանուր թուլությունից, գիշերային քրտնարտադրությունից, հազից, խորխարտադրությունից, երբեմն արյան խառնուրդով, կրծքավանդակի աջ կեսի ցավերից, որը ուժեղանում է հազի և խորը ներշնչման ժամանակ, դժվարաշնչությունից: Պացիենտի վիճակի առաջնային գնահատման ժամանակ պարզվել է, որ նա գաղութում սնվել է անբավարար:

ՕԲՅԵԿՏԻՎ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ.

Զննելիս պացիենտի դիրքը հարկադրական է՝ թեքված աջ կողքի:

Դեմքը գունատ է, այտերը հիպերեմիկ, աչքերը փայլուն, դիմագծերը սրված, մաշկը պատված քրտինքով: Ջերմությունը 37, 8° C է, 1 րոպ շնչում է 30 անգամ: Բախումը ձախ թոքի գագաթային հատվածում տալիս է տուփային հնչյուն: Նույն հատվածում լսվում են չոր և թաց խզզոցներ: Սրտում տոները մաքուր են, ռիթմիկ, հաճախացած, պուլսը՝ 1 րոպ 98 զարկ, Զ/Ճ-ը՝ 130/90մմ.սնդ. սյան: Պացիենտի հասակը 180 սմ է, քաշը՝ 60կգ:

Խորխի բակտերիոլոգիական քննության ժամանակ հայտնաբերվել է տուբերկուլյոզի միկոբակտերիա:

Պացիենտը ունի մտավախություն, որ իր հիվանդությունը անբուժելի է, կարող է վարակել իր հարազատներին և ի վիճակի չէ աշխատել իր սիրած մասնագիտությամբ:

Իրականացնել քույրական գործընթացը:

Իրավիճակային խնդիր 8.

Պացիենտ 40 տարեկան, ամուսնացած է, մասնագիտությամբ՝ փականագործ: Ընդունվել է ստացիոնար 10.03.2003թ. ԶՈՐ ՊԼԵՎԲԻՏ ախտորոշմամբ: Պացիենտը գանգատվում է հազից, կրծքավանդակի աջ կեսի ցավերից, որոնք ուժեղանում են շնչելիս,

հազարիս, հակառակ կողմ թեքվելիս: Գանգատվում է նաև ընդհանուր տկարությունից, ջերմության բարձրացումից:

ՕԲՅԵԿՏԻՎ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ.

Զննելիս պացիենտի վիճակը բավարար է: Նա ընդունել է հարկադրական դիրք՝ պառկելով աջ կողքի: Մարմնի ջերմությունը 37, 2 աստիճան C է: Նկատվում է հաճախացած և մակերեսային շնչառություն: Մեկ րոպեում շնչում է 30 անգամ: Ախտահարված կողմում շնչական շարժումները սահմանափակ են: Աջից լսվում է պլերայի քսման աղմուկ: Սրտի տոները մաքուր են, ռիթմիկ: Պուլսը 1 րոպեում 80 զարկ: Զ/Ճ -ը 110/60 մմ.սնդ.սյան: Պացիենտը լավ չի քնում, բողոքելով, որ անկողինը անհարմար է:

Իրականացնել քույրական գործընթաց:

Գործնական պարապմունք ստացիոնարում.

Պարապմունքի նպատակը. տիրապետել շնչական համակարգի հիվանդություններով հիվանդներին անհետաձգելի օգնության ցուցաբերման իմացությանը և հմտություններին, հիվանդների խնամքի և բուժման հարցերին՝ ստացիոնարում: Սովորել այդ հիվանդների ռեաբիլիտացիայի դրույթները նաև հետագայում: Ուշադրություն դարձնել բրոնխաթոքային հիվանդությունների առաջացման և սրացման կանխարգելմանը:

Ուսանողը պետք է իմանա.

- շնչական օրգանների հիվանդությունների հիմնական գանգատներն ու ախտանիշները,
- թոքերի հիվանդությունների բուժման և պրոֆիլակտիկայի դրույթները,
- հիվանդների սննդի առանձնահատկությունները,
- բուժքրոջ դերը շնչուղիների հիվանդությամբ հիվանդների ռեաբիլիտացիայի շրջանում,
- պուլմոնոլոգիական բաժանմունքի բուժքրոջ աշխատանքի դեոնտոլոգիական առանձնահատկությունները,
- թոքային հիվանդություններով հիվանդների խնամքի և հսկողության առանձնահատկությունները:

ՊԱՐԱՊՄՈՒՆԷԻ ՀԱՄԱՌՈՏ ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ.

Հիվանդների ցուցադրման ժամանակ ուսանողները ծանոթանում են հետազոտման մեթոդներին:

Սուբյեկտիվ հետազոտության ժամանակ անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել հիվանդների զանգատների առանձնահատկություններին, բրոնխաթոքային համակարգի հիվանդությունների սկզբին և զարգացմանը: Ձննելով հիվանդներին՝ ուշադրություն են դարձնում անկողնում նրա դիրքին, արտաքին տեսքին (մաշկային ծածկույթների և լորձաթաղանթների գունավորմանը, շնչառության տիպն ու բնույթը, կրծքավանդակի ձևը և այլն):

Ծանոթանալով լրացուցիչ հետազոտության արդյունքներին՝ ուսանողները ուշադրություն են դարձնում խորխի քանակի և բնույթի, արյան քննության և և ռենտգենոլոգիական հետազոտության տվյալներին, արտաքին շնչական ֆունկցիայի ուսումնասիրման արդյունքներին: Անցնելով աշխատանքի, բուժքույրը պետք է հիշի և պահպանի բժշկական էթիկայի և դեոնտոլոգիայի կանոնները:

Թոքերի քրոնիկական հիվանդություններով անձանց մոտ առաջանում են նյարդահոգեկան վիճակի փոփոխություններ, գրգռվածություն, լարվածություն, անհանգստություն, ննրոզներ, որոնք պետք է հաշվի առնել այդ հիվանդներին խնամելիս: Բուժքույրը պարտավոր է ցուցաբերել համբերություն, զսպվածություն: Բուժքրոջ գլխավոր նպատակն է հանգստացնել և օգնել հիվանդին:

Թոքերի քրոնիկական հիվանդություններով հիվանդները հաճախակի արտազատում են մեծ քանակությամբ, երբեմն՝ թարախային, տհաճ հոտով խորխ և կարող են ամաչել դրանից, իսկ որոշներն էլ կուլ են տալիս այն:

Անհրաժեշտ է, որ բուժքույրը չցուցաբերի տհաճություն և սովորեցնի հիվանդին ընդունել պոստուրալ դրենաժային դիրք, բացատրի, որ այդ դիրքով կլավանա խորխի դուրս բերումը: Ռեաբիլիտացիա կոչվում է ժամանակին կատարված միջոցառումների կոմպլեքսը, ուղղված կլինիկական և ֆունկցիոնալ առողջացմանը կամ վիճակի մաքսիմալ լավացմանը՝ պահպանելով հիվանդի առողջությունը և աշխատունակությունը:

Վերջին տարիներին ավելացել է թոքերի ոչ սպեցիֆիկ քրոնիկական հիվանդություններով աշխատունակ հիվանդների թիվը՝ լայն տարածվածության և բարդությունների հետևանքով: Այդ պատճառով մեծ ուշադրություն է դարձվում վերականգնողական միջոցառումների կազմակերպմանը և անցկացմանը:

Թոքերի քրոնիկ հիվանդություններով հիվանդների ռեաբիլիտացիան բազմափուլ պրոցես է: Այն ընդգրկում է բրոնխների անցանելիության վերականգնում, շնչական մկանների մարզում, ազդեցություն հիվանդի հոգեկան և էմոցիոնալ վիճակների վրա, դիետոթերապիա:

Բուժքույրերը ակտիվորեն մասնակցում են հիվանդների վերականգնողական բուժմանը, ռեաբիլիտացիոն միջոցառումների անցկացմանը: Այդ աշխատանքի որակից է կախված հիվանդի սովորական կյանքին վերադառնալու ժամկետը:

Բուժքրոջ ֆունկցիաները ռեաբիլիտացիոն միջոցառումների ժամանակ հետևյալն է. հետևել հիվանդի վիճակին, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության դեպքում սահմանել հսկողություն շնչառության, պուլսի, Ջ/Ճ-ի նկատմամբ:

Դիետոթերապիան նպաստում է բորբոքային պրոցեսի արագ վերացմանը, ինտոքսիկացիայի թուլացմանը: Բուժական սնունդը նախատեսում է խնայող ազդեցություն մարսողական, սիրտ-անոթային համակարգերի, երիկամների ֆունկցիոնալ վիճակի վրա, իջեցնում հակաբիոտիկների և սուլֆանիլամիդների կողմնակի ազդեցությունը: Սննդային կերակրացանկում պետք է լինի բավարար քանակով սպիտակուց և վիտամիններ A, B, C: Կորտիկոստերոիդներ ստացող հիվանդներին ցուցված են կալցիումի աղեր պարունակող սննդամթերքներ՝ ընկույզ, կաղամբ, բրինձ, բանան, չոր մրգեր: Դեզինտոքսիկացիայի նպատակով անհրաժեշտ է խորհուրդ տալ ընդունել բավարար քանակով հեղուկներ՝ մրգային և բանջարեղենային հյութերի ձևով, հաղարջի և մասուրի եփուկներ, կոմպոտներ և այլն:

ԻՆՔՆՈՒՐՈՒՑՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔ

Ստացիոնար պայմաններում անմիջապես հիվանդի անկողնու մոտ ուսանողները իրականացնում են հիվանդի խնամքի և հսկողության տեսական գիտելիքներն ու գործնական հմտությունները, մասնակցում հիվանդների նախապատրաստմանը տարբեր հետազոտություններին: Պարապմունքի ընթացքում նրանք ծանոթանում են պոլիմոնդոզիական բաժանմունքի բուժքրոջ աշխատանքի առանձնահատկություններին, փաստաթղթերին և ռեժիմին: Իրականացնելով թոքերի հիվանդություններով հիվանդների խնամքը և հսկողությունը, ուսանողները պետք է սովորեն ինքնուրույն գնահատել հիվանդի վիճակը ըստ գանգատների, պուլսի, արտաքին տեսքի, շնչառության բնույթի և հաճախականության, մարմնի ջերմաստիճանի: Հիվանդի վիճակի բոլոր փոփոխությունները ուսանողները պետք է ժամանակին հաղորդեն բուժող բժշկին: Փորձառու բուժքույրերի ղեկավարությամբ ուսանողները կատարում են միջամտություններ, բաժանում դեղորայք, մասնակցում հիվանդների հետազոտմանը, ծանոթանում են շնչական սարքավորումներին, աշխատում ծանր հիվանդների հետ անհատական պոստում, լրացնում բժշկական փաստաթղթեր:

Կարևոր է նրանց մասնակցությունը բրոնխիալ ասթմայի նոպայի, արյունախիւման և թոքային արյունահոսության ժամանակ մինչբժշկական օգնություն ցուցաբերելիս:

Այն ամենը, ինչ հաջողվեց տեսնել պարապմունքի ընթացքում, ինչպես նաև ինքնուրույն կատարել, ուսանողը համառոտ արտահայտում է պրակտիկ պարապմունքի օրագրում: Նրանք կազմում են նաև խնամքի և հսկողության պլան թոքային հիվանդություններով հիվանդների համար:

Գործնական պարապմունք պոլիկլինիկայում.

Պարապմունքի նպատակն է .ուսանողներին ծանոթացնել պոլիկլինիկայի պայմաններում պուլմոնոլոգիական հիվանդների հետ բուժքրոջ աշխատանքի առանձնահատկություններին և դիսպանսերիզացիայի սկզբունքներին:

Ուսանողը պետք է իմանա.

1. Բրոնխաթոքային համակարգի հիվանդություններով հիվանդների դիսպանսերիզացիայի առանձնահատկությունները, դրա դերը բուժման և կանխարգելման համար:
2. Բուժքրոջ հիմնական ֆունկցիաները թոքերի հիվանդություններով հիվանդների դիսպանսերիզացիայի ժամանակ:

Պոլիկլինիկական գրավում է կարևոր տեղ թոքերի քրոնիկական հիվանդություններով հիվանդների բուժական և պրոֆիլակտիկ միջոցառումների կազմակերպման հարցում: Պոլիկլինիկայում կան պայմաններ այդպիսի հիվանդների վաղ ախտորոշման և էֆեկտիվ բուժման համար: Սուր պնևմոնիա և սուր բրոնխիտ տարած հիվանդությունները, որոնք ունեցել են բրոնխների օբստուկցիայի երևույթներ, հաճախ և երկարատև սուր ռեսպիրատոր վիրուսային ինֆեկցիայով և սուր բրոնխիտով հիվանդները գտնվում են դիսպանսերիզացիայի տակ:

Դիսպանսերիզացիան բուժպրոֆիլակտիկ միջոցառումների համակարգ է, որը կանխատեսում է հիվանդությունների վաղ ձևերի առաջացումը, քրոնիկական հիվանդությունների ակտիվ բուժումը և սրացումների կանխումը:

Յուրաքանչյուր դիսպանսերիզացիայի համար լրացնում են կոնսորտ քարտ (ձև թիվ 30)՝ նշանակված բուժման և ժամանակին կատարված հետազոտությունների ստուգման նպատակով:

Բուժքրոջ պարտականությունների մեջ է մտնում տեղամասային բժշկի հետ հակառեցիդիվային բուժման կուրսի կազմակերպումն ու տեղում իրականացումը թոքերի քրոնիկ ոչ սպեցիֆիկ հիվանդություններով հիվանդների մոտ, ինչպես նաև այդ հիվանդների ակտիվ ռեաբիլիտացիան:

Թիվ 30 ձևում արտացոլված են նաև անցկացված առողջաբարական միջոցառումները (աշխատանքի պայմանների լավացում, աշխատանքի տեղավորում և այլն), ստացիոնար կամ սանատոր կուրորտային բուժումը:

Հիվանդության սրացումը (աշխատունակության ժամանակավոր կամ մշտական կորուստ):

Հիվանդի առողջության մասին գնահատականը տրվում է տարվա վերջում:

Դիսպանսերիզացիայի հաշվառման ենթակա են այն հիվանդները, ովքեր կրել են սուր, ձգձգված թոքաբորբ կամ էլ տառապում են քրոնիկ թոքաբորբով, քրոնիկ բրոնխիտով, բրոնխիալ ասթմայով, թոքերի ոչ սպեցիֆիկ քրոնիկ այլ հիվանդություններով: Բուժքույրը հրավիրում է այդ հիվանդներին տեղամասային բժշկի մոտ ոչ պակաս, քան տարին 2 անգամ, կատարվում է արյան և խորխի քննություն և տարին մեկ անգամ՝ ֆլյուրոգրաֆիա:

Բուժքրոջ ֆունկցիաներից է դիսպանսեր հիվանդներին տանը այցելելը, նրանց կենցաղային պայմանների պարզելը, փոխհարաբերությունները ընտանիքում, աշխատանքի և հանգստի ռեժիմի պահպանումը, հիվանդի խնամքի որակի պահպանումը ընտանիքում: Անհրաժեշտության դեպքում բուժքույրը անց է կացնում սանիտարական զրույցներ, կատարում է կանխարգելիչ միջոցառումներ: Հաճախ թոքերում բորբոքային պրոցեսի սրացման պատճառ են հանդիսանում վերին շնչուղիների և քիթ-կոկորդ-ականջի բորբոքային հիվանդությունները, կարիոզ ատամները և ալերգենների նկատմամբ գերզգայնությունը: Այդ հիվանդների համար բուժքույրը լրացնում է կոնսուլտացիոն թերթիկներ և տանում ամբուլատոր քարտը պոլիկլինիկայի համապատասխան կաբինետը: Բուժքրոջ դերը հատկապես կարևոր է բուժման անցկացման մեջ: Նա պետք է տիրապետի պսիխոթերապիայի էլեմենտներին, կարողանա բացատրել հիվանդին, նրա հարազատներին խնամքի էլեմենտները և պրոֆիլակտիկայի առանձնահատկությունները: Տեղամասային թերապևտի հետ աշխատելիս ընդունելության ժամանակ ուսանողները յուրացնում են բուժքրոջ աշխատանքի առանձնահատկությունները պոլիկլինիկայի պայմաններում, լրացնում են բժշկական փաստաթղթեր, տեղամասային բուժքրոջ ղեկավարությամբ իրականացնում բժշկի նշանակումները դիսպանսեր հիվանդին:

Գործնական պարապմունք.

Հակատուբերկուլյոզային դիսպանսերում պարապմունքի նպատակն է ծանոթանալ դիսպանսերում բուժքրոջ աշխատանքի առանձնահատկություններին:

Ուսանողը պետք է իմանա.

- տուբերկուլյոզի առաջացման պատճառները, տարածման և վարակման ուղիները,
- թոքերի տուբերկուլյոզի վաղ սիմպտոմները,
- ախտորոշման մեթոդները,
- հիվանդների խորխի վարակազերծման միջոցները,
- տուբերկուլյոզի բուժման և պրոֆիլակտիկայի մեթոդները:

Հակատուբերկուլյոզային դիսպանսերը մասնագիտական բուժկանխարգելիչ հիմնարկություն է՝ նախատեսված տուբերկուլյոզի կանխարգելիչ միջոցառումների անցկացման, վաղաժամ հայտնաբերման, հաշվառման և ժամանակին բուժման համար: Հակատուբերկուլյոզային դիսպանսերի հիմնական ֆունկցիաներն են.

1. Բնակչության մեջ կազմակերպել և անցկացնել մասսայական պրոֆիլակտիկ հետազոտություններ՝ տուբերկուլյոզով հիվանդների վաղ և ժամանակին հայտնաբերման համար:
2. Մասնագիտացված հետազոտություն տուբերկուլյոզով հիվանդներին և կասկածյալներին:
3. Հաշվառվածների և հիվանդների նկատմամբ սահմանել հսկողություն:

4. Տուբերկուլյոզով հիվանդներին տնային պայմաններում կազմակերպել կոմպլեքսային բուժում՝ ժամանակակից մեթոդներով:
5. Տուբերկուլյոզով հիվանդների հոսպիտալացում և սանատոր բուժում:
6. Տուբերկուլյոզով հիվանդների հետ կոնտակտում գտնվող բոլոր մարդկանց հաշվառում անկախ տարիքից:
7. Տուբերկուլյոզով հիվանդներին աշխատանքի տեղավորում:
8. Տուբերկուլյոզի կանխարգելման նպատակով անցկացնել առողջարարական և հակաէպիդեմիկ միջոցառումներ:
9. Հակատուբերկուլյոզային վակցինացիայի և ռեվակցինացիայի պլանավորում և իրականացում:
10. Բնակչության մեջ անցկացնել սանիտարական լուսավորչական աշխատանք: Հակատուբերկուլյոզային դիսպանսերի կառուցվածքում նախատեսված են դիսպանսեր և ստացիոնար բաժանմունքներ:

Տուբերկուլյոզի վերացման համար որոշիչ նշանակություն ունեն ընդլայնված կանխարգելիչ միջոցառումները, որոնց կազմակերպման մեջ կարևոր դերը պատկանում է միջին բուժաշխատողներին: Դիսպանսերի բուժքույրը կարգավորում է հիվանդների ընդունումը, առանձնացնելով առաջնային հիվանդներին, արյունախիտումով հիվանդներին, ձևակերպում ուղեգիր անալիզների, տուբերկուլինային փորձերի, ռենտգենոլոգիական հետազոտության համար:

Պուլմոնոլոգիական ծառայություն.

Խոշոր պոլիկլինիկաներին, ստացիոնարների պուլմոնոլոգիական բաժանմունքներին, հիվանդանոցների ռեաբիլիտացիոն բաժանմունքներին և մասնագիտացված պուլմոնոլոգիական առողջարաններին կից կազմակերպված է մասնագիտացված պուլմոնոլոգիական ծառայություն՝ կազմված պուլմոնոլոգիական կաբինետներից: Ծառայության խնդիրների մեջ է մտնում թոքերի ինչպես սուր, այնպես էլ բարդացած հիվանդությունների բուժումը, կանխումը՝ ձգձգված ձևերի անցնելուն, թոքերի խրոնիկ ոչ սպեցիֆիկ հիվանդությունների վաղ հայտնաբերումն ու բուժումը, հիվանդների աշխատունակության վերականգնումը, ինչպես նաև բրոնխաթոքային հիվանդությունների սրացումների և բարդությունների կանխարգելումը: Պուլմոնոլոգիական կենտրոնները համարվում են պուլմոնոլոգիական մասնագիտացված օգնության հիմնական բազան, ապահովում են բարձրորակ ախտորոշում և բուժօգնություն: Նրանք իրականացնում են ընդլայնված սանլուս աշխատանք հիգիենիկ դաստիարակության, պրոֆիլակտիկայի ուղղությամբ, պայքարում փաստակար սովորույթների դեմ: