



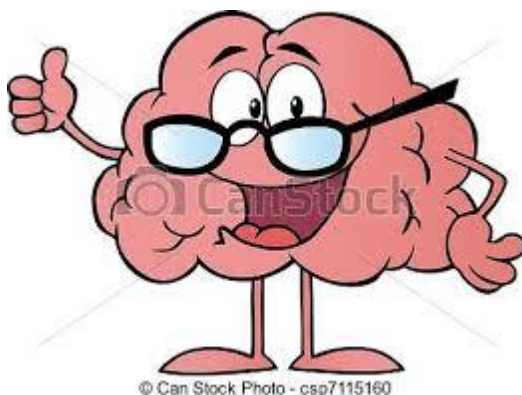
საექთნო პროცედურები და მანიპულაციები



თბილისი 2015



ამ მოდულის გავლის შემდეგ თქვენ გეცოდინებათ:



- სხვის არტერიის პუნქცია
- ნაზოგასტრული ზონდირება
- ტრაქეის სანაცია
- შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია
- ოცნა
- ელექტროკარდიოგრამის (ეკგ) ჩაწერის ტექნიკა
- ლაბორატორიული ნიმუშების აღება და მართვა (შარდის ,განავლის, ნახველის, გლუკომეტრის გამოყენება)

- როგორც ვიქცევით სტანდარტულად თითოეული მანიპულაციის/პროტოკოლის ჩატარების დროს
- მედიკამენტის შეყვანის გზები
- ინექციები
- პერიფერიული ვენის კათეტერიზაცია
- ამპულიდან და ფლაკონიდან ხსნარის ამოღება



სტანდარტული პროტოკოლი

სტანდარტული პროტოკოლი გულისხმობს იმ სტანდარტის გათვალისწინებას რომელიც აუცილებელია ნებისმიერი მანიპულაციის ჩატარების დროს

სტანდარტული პროტოკოლის შესრულება უზრუნველყოფს პაციენტის ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების ნორმების დაცვას.

ნებისმიერიდაყოველიპროცედურისწინ:

1. გადაამოწმე პროცედურის აუცილებლობა ექიმთან.
2. გადაამოწმე დანიშნულებაში მითითებული სახელი და გვარი ემთხვევა თუ არა პაციენტის სახელს და გვარს.
3. შეაგროვე პროცედურისთვის საჭირო აღჭურვილობა.
4. დაიბანეთ ხელები
5. გაეცანით პაციენტს (უთხარით მას თქვენი სახელი, გვარი, თანამდებობა).
6. აუხსენით პროცედურის მიზანი და არსი პაციენტისთვის გასაგებ ენაზე.
7. გადაამოწმეთ და ჩაინიშნეთ პაციენტის მდგომარეობა
8. დააყენე საწოლი საჭირო სიმაღლეზე, არსებობის შემთხვევაში ჯებირები დატოვე აწეულ მდგომარეობაში, ჯებირი ჩამოწიეთ მხოლოდ იმ მხარეს საიდანაც ხდება პროცედურის დროს პაციენტთან მიდგომა.
9. შეინარჩუნეთ პაციენტის პრივატულობა.

ნებისმიერიდაყოველიპროცედურისმსვლელობისდროს:

მიაქციეთ ყურადღება პაციენტის მდგომარეობას (სასიცოცხლო ნიშნები,ზოგადი მდგომარეობა) პროცედურის დროს.

პროცედურის დასრულების შემდეგ:

- დატოვეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში
- დაცემის თავიდან აცილების მიზნით,აუხსენით პაციენტს როგორ დაგიკავშირდეთ;
- ჩაინიშნეთ სასიცოცხლო მაჩვენებლები.
- დააწყვეთ პაციენტისთვის საჭირო აღჭურვილობა მისთვის მისაწვდომ დისტანციაზე (მაგალითად წყალი).



- დააყენეთ საწოლი ყველაზე დაბალ პოზიციაზე და ასწიეთ ჯებირები (თუ ეს შესაძლებელია).
- შეინახეთ ან/და გადაყარეთ გამოყენებული ნივთები მათთვის განკუთვნილ ადგილას.
- მოიხსენით და გადაყარეთ ხელთათმანები, ერთჯერადი ხალათი.
- ნარჩენები მოათავსეთ მათთვის განკუთვნილ კონტეინერებში
- დაიბანეთ ხელი.
- შეავსეთ დოკუმენტაცია.

წამლის შეყვანის გზები

წამლის მოქმედების სიძლიერე დამოკიდებულია იმაზე, თუ რა გზით იქნება იგი შეყვანილი ორგანიზმში. წამლის ორგანიზმში შეყვანის ორ მთავარ გზას ვარჩევთ: **ენტერალურს და პარენტერალურს.**

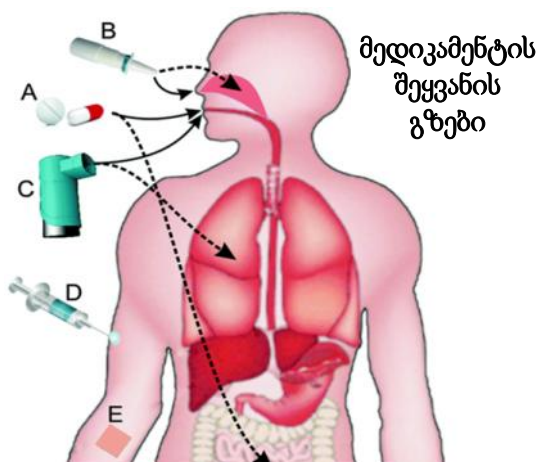


Figure 1

ენტერალური გზა- მედიკამენტების მიღების ენტერალური გზა მიეკუთვნება წამლის მიღებას საჭმლის მომნელებელი ტრაქტის გავლით.

პირის ღრუდან ფხვნილების, ტაბლეტების, ხსნარების, კაფსულების, ემულსიისა და მიქსტურების სახით, ენისქვეშა და ბუკალური ტაბლეტები, ელექსირები, სუსპენზიები, სიროფები, ლოზენგები (საწუწნი აბები);

სწორი ნაწლავიდან ოყნისა და რექტალური სანთლის სახით, აგრეთვე კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავში მედიკამენტის ადმინისტრირება ზონდის მეშვეობით.

პარენტერალური გზა- მედიკამენტის ადმინისტრირება ინექციის მეშვეობით. (ინექცია ლათინური სიტყვაა და შესხურებას ნიშნავს).



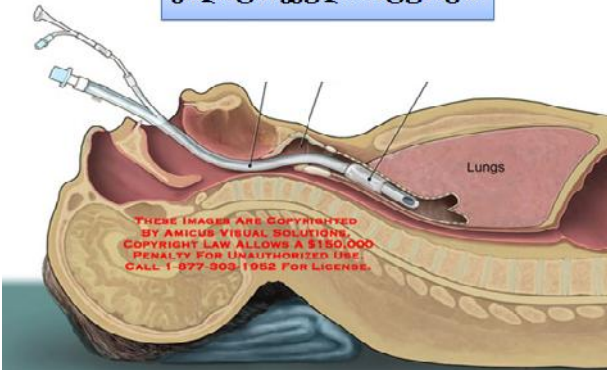
ინექცია შეიძლება გავაკეთოთ:ქსოვილებში (კანი, კანქვეშა ქსოვილები, კუნთები, ძვალი); სისხლძარღვებში (ვენა, არტერია, ლიმფური სისხლძარღვი); ღრუებში (მუცელი, პლევრა, გული, სახსარი);

ენდოტრაქეალური მედიკამენტების ადმინისტრირება ენდოტრაქეული მილის საშუალებით რესპირატორულ ტრაქტში

ეპიდურალური -მედიკამენტების ადმინისტრირება სპინალურ არხში (უხშირესად გამოიყენება ოპოიდები და ასხვა საანესთეზიო საშუალებების გამოყენების დროს).

ინტრაპლევრული-მედიკამენტების ადმინისტრირება პლევრის ღრუში.

ტოპიკური/დერმატომუკოზულია(ადგილობრივი) - მედიკამენტების ადმინისტრირება ცხვირიდან, ყურიდან, თვალიდან, კანიდან, საშოდან და ა.შ. გამოიყენება აეროზოლები, მალამოები, კრემები, პასტები, ფხვნილები, ხსნარები, ქაფები, გელები, ტრანსდერმალური დასაკრავი პლასტიკები, საინჰალაციო საშუალებანი, ვაგინალური/რექტალური სანთლები.

ინტრაპლევრული ადმინისტრირება	ენდოტრაქეალური ადმინისტრირება
<p>მედიკამენტის ინტრაპლევრული ადმინისტრირება</p>	<p>ენდოტრაქეული ინტუბაცია</p> 
ეპიდურალური ადმინისტრირება	ტოპიკური ადმინისტრირება



სურ N 2

დაიმახსოვრეთ!!!

- ❖ არ შეიძლება შემოგარსული ტაბლეტის გატეხვა ან დაფხვნა.
- ❖ არ გატეხოთ ტაბლეტი, რომელსაც არ აქვს გამყოფი ხაზი
- ❖ შემოგარსული ტაბლეტი იხსნება ნაწლავში, მისი გახსნა კუჭში გამოიწვევს ან კუჭის გაღიზიანებას, ან წამლის განეიტრალებას.
- ❖ გახანგრძლივებული მოქმედების ტაბლეტები შეიწოვება ხანგრძლივად, მათი დაქუცმაცების შედეგად დოზის შეწოვა მოხდება სწრაფად და მივიღებთ გვერდით ან ტოქსიურ ეფექტებს.
- ❖ მხოლოდ ზოგიერთი კაფსულის გახსნა არის მიზანშეწონილი, ყველა კაფსულის გახსნა არ შეიძლება.
- ❖ მიღებული მედიკამენტებიდან ყველაზე სწრაფად შიწოვება-სითხები, ცოტა ნელა ელექსირები, სიროფები და სუსპენზიები, კიდევ უფრო ნელა- ფხვნილები და კაფსულები სულ უფრო ნელა-ტაბლეტები და შემოგარსული ტაბლეტები.

მედიკამენტების ადმინისტრირების 5 წესი

1. სწორი მედიკამენტი
2. სწორი პაციენტი
3. სწორი დოზა
4. სწორი გზა
5. სწორი დრო

წამლის პირის ღრუდან შეყვანა (per os)

წამლის შეყვანის ეს გზა ყველაზე მარტივი და ბუნებრივია, არ მოითხოვს რაიმე სპეციალურ მომზადებასა და გამოცდილებას, თანაც პირიდან შესაძლებელია ყველა სახის წამლის მიღება. მისი დადებითი მხარე ისაა, რომ არ არის საჭირო წამლის სტერილიზაცია. უარყოფითია ის,

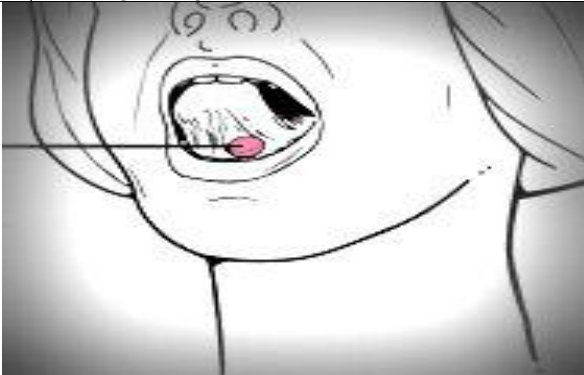
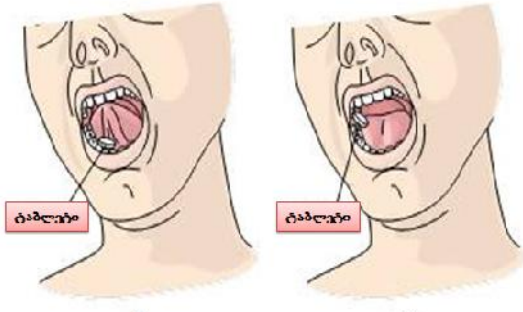


რომ პირიდან მიღებული წამალი შედარებით გვიან შეიწოვება ორგანიზმში და ასევე გვიან იწყებს მოქმედებას, ამიტომ მათი ამ გზით მიღება უშედეგოა, როცა აუცილებელია სწრაფი ეფექტის მიღება.

პირის ღრუდან მიღებული წამლის უმეტესობა შეიწოვება კუჭ-ნაწლავის ლორწოვანი გარსიდან, ზოგიერთი მათგანი კი პირის ღრუს ლორწოვანიდანაც. (მაგ: ვალიდოლი, ნიტროგლიცერინი და სხვ.). ასეთ წამლებს თითქმის ყოველთვის უნიშნავენ ენის ქვეშ, რათა მათი შეწოვა მოხდეს პირის ღრუდან და არ განიცადოს კუჭის წვენის მოქმედება.

პირის ღრუდან მიღებული წამლის შეწოვის სისწრაფე დამოკიდებულია წამლის ფორმაზე და იმაზე, თუ რა დროს იქნება წამალი მიღებული, საჭმლის მიღებამდე, თუ მის შემდეგ.

ფხვნილები და ტაბლეტები უფრო გვიან შეიწოვება, ვიდრე ხსნარები, უზმოზე მიღებული წამალი უფრო ჩქარა შეიწოვება, ვიდრე ჭამის , პირის ღრუდან მიღებული წამლის შეწოვა იწყება დაახლოებით 30 წუთის შემდეგ და უფრო მოგვიანებით იწყება მისი მოქმედება.

სუბლინგვალური მედიკამენტების ადმინისტრირება	ბუკალური (ლოყის ლორწოვანით) მედიკამენტების ადმინისტრირება
	

სურ N 3

პროცედურის მსვლელობა

მიიღეთ ექიმისაგან დავალება პაციენტის მედიკამენტის მიღების თაობაზე

გაეცანით პაციენტს, მიაწოდეთ ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე მედიკამენტის როგორც ჩვენების ასევე უკუჩვენების შესახებ.

მიიღეთ პაციენტისაგან ინფორმაცია რომელიც მოგცემთ საშუალებას განსაზღვროთ და შეაფასოთ შეუძლია თუ არა პაციენტს ყლაპვა, აწუხებს თუ არა გულისრევა/ღებინება, აქვს თუ არა ნაწლავების ანთება ან შემცირებული პერისტალტიკა?



შეაფასეთ პაციენტის სამედიცინო ისტორია-ალერგენებზე, მედიკამენტების გართულებებზე და დიეტაზე;

- პაციენტი მოათავსეთ კომფორტულ პოზიციაში
- მოამზადეთ მედიკამენტი
- დაიბანეთ ხელები
- მედიკამენტი არ მოამზადოთ პალატაში
- გადაამოწმეთ დანიშნულების ფურცელში მედიკამენტის დასახელება და დანიშნული დოზა(თუ საჭიროა გამოთვალეთ დოზა);
- შეამოწმეთ მედიკამენტის ვადა
- ერთი ერთეული ტაბლეტი (ან კაფსულა)უნდა იქნას ამოღებული ფირფიტიდან ისე რომ არ შეეხოთ მას, მოთავსებულ იქნას სუფთა რეზერვუარში (!!! არ შეეხოთ ტაბლეტს თითები); მედიკამენტის გაყოფის შემთხვევაში (მაგალითად ნახევარი ტაბლეტი) ვიცმევთ სუფთა ხელთათმანს;
- ვამზადებთ სითხეს 60-100 მლ ოდენობით
- ვახორციელებთ მედიკამენტის ადმინისტრირებას
- მიაწოდეთ სითხე დასაყოლებლად

გაითვალისწინეთ!!!

- ❖ სუბლინგვალური (ენისქვეშა) მედიკამენტის ადმინისტრირების დროს მოათავსეთ მედიკამენტი ენის ქვეშ და დაელოდეთ სანამ არ გაიხსნება (დააკვირდით არ გადაყლაპოს!!)
- ❖ ბუკალური (ლოყის ლორწოვანით) მედიკამენტების ადმინისტრირების დროს მედიკამენტი უნდა მოთავსდეს ლოყის არეში.
- ❖ ლოზენჯერები(საწუწნი აბები) მოათავსეთ პირის ღრუში და სთხოვეთ პაციენტს არ გადაყლაპოს!!!
- ❖ არასტეროიდების მიცემის წინ სთხოვეთ პაციენტს წაიხემოს,თუ ექიმისგან დაშვებულია.
- დარჩით ადგილზე მანამ არ დასრულდება მედიკამენტის ადმინისტრირება
- მოახდინეთ დოკუმენტაცია მედიკამენტის შეყვანის და პაციენტის საპასუხო რეაქციის შესახებ შიდა პროტოკოლის თანახმად

მედიკამენტის ადმინისტრირება ცხვირის ღრუდან

ცხვირიდან შეიძლება შეყვანილ იქნას მედიკამენტები წვეთების, აეროზოლისა და სპრეის საშუალებით;

ნაზალური წვეთების მოქმედების მექანიზმი არის ლოკალური, ხოლო სპრეისა და აეროზოლს კი უფრო ფართო;



ნაზალური მედიკამენტები უზშირესად შეიძლება გამოყენებულ იქნას როგორც სამკურნალო, ასევე ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალება. (მაგალითად: ბრონქოსკოპიის პროცედურამდე რინოლარინგოლოგიური გამოკვლევის წინ).

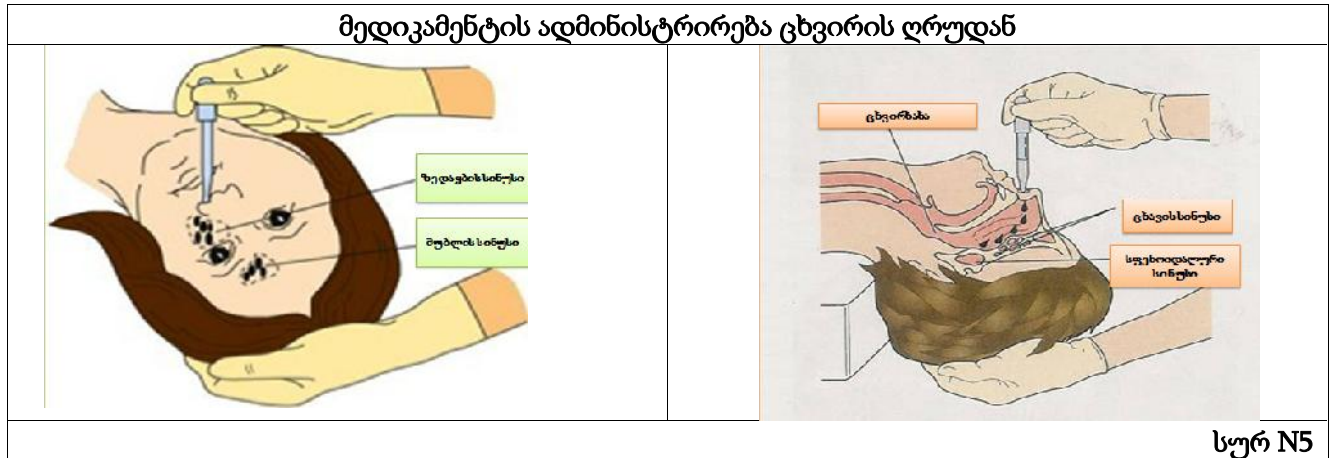


პროცედურის მსვლელობა

- მიიღეთ ექიმისაგან დავალება პაციენტის მედიკამენტის მიღების თაობაზე.
- გაეცანით პაციენტს, მიაწოდეთ ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე მედიკამენტის როგორც ჩვენების ასევე უკუჩვენების შესახებ, აუხსენით რომ შეიძლება ჰქონდეს უსიამოვნო მოხრჩობის ან წვის შეგრძნება ცხვირ-ხახის არეში.
- გაეცანით პაციენტის ისტორიას, აქვს თუ არა ჰიპერტენზია, გულის დაავადებები, დიაბეტი, ჰიპერტიროიდიზმი.
- გაეცანით პაციენტის ისტორიას, აქვს თუ არა ალერგიული რეაქციები
- შეაფასეთ ცხვირის გამავლობა და სინუსები, შეაფასეთ რომელ მხარეს უნდა იქნას ადმინისტრირებული მედიკამენტი
- დაიბანეთ ხელები
- სთხოვეთ პაციენტს დაიფერთხოს (გამოიწმინდოს) ცხვირის გამოსავალი ნაწილი;
- მოათავსეთ პაციენტი ზურგზე მწოლიარე (Supine) პოზიციაში
- თავი გადაუწიეთ თქვენი არადომინანტური ხელით
- სთხოვეთ პაციენტს ისუნთქოს პირით
- დაიჭირეთ მედიკამენტი ცხვირის ძგიდიდან 1 სმ ზემოთ და ჩააწვეთეთ საჭირო რაოდენობა
- სთხოვეთ პაციენტს დარჩეს ამ პოზიციაში 5 წთ
- შემდეგ მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში



- დაიბანეთ ხელები
- მედიკამენტის მიღებიდან 15-30 წთ შემდეგ შეაფასეთ მედიკამენტის მოქმედება
- მოახდინეთ დოკუმენტაცია მედიკამენტის შეყვანის და პაციენტის საპასუხო რეაქციის შესახებ შიდა პროტოკოლის თანახმად



მედიკამენტის ადმინისტრირება თვალიდან

თვალიდან ძირითადად შეჰყავთ თვალის წვეთები. წამლის მიღების ეს გზა უხშირესად გამოიყენება მოხუცებულებში (ოფთალმოლოგიური პრობლემებიდან გამომდინარე);

ამ გზით შეყვანილ წამალს შეიძლება ქონდეს როგორც ადგილობრივი, ისე ზოგადი მოქმედების უნარიც რაც მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ძლიერმოქმედ ნივთიერებათა დანიშვნის შემთხვევაში.

პროცედურის მსვლელობა

- მიიღეთ ექიმისაგან დავალება პაციენტის მედიკამენტის მიღების თაობაზე
- გაეცანით პაციენტს, მიაწოდეთ ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე მედიკამენტის როგორც ჩვენების ასევე უკუჩვენების შესახებ
- გაეცანით პაციენტის ისტორიას, აქვს თუ არა ალერგიული რეაქციები აქვს თუ არა რაიმე სახის მხედველობითი დარღვევები
- სთხოვეთ პაციენტს მოთავსდეს სკამზე მჯდომარე ან ზურგზე მწოლიარე პოზიციაში, თავი ოდნავ გადასწიოს უკან
- დაიბანეთ ხელები, ჩაიცვით სუფთა ხელთათმანი
- თუ ქუთუთოებზე არის გამონადენი ამოვრეცხეთ თბილი წყლით
- არადომინანტური ხელით გადავწიეთ ორივე ქუთუთო
- სთხოვეთ პაციენტს უყუროს ჭერს



- დომინანტური ხელში დავიჭიროთ მედიკამენტი და მოვათავსოთ კონიუქტივიდან 1-2 სმ ზემოთ
- ჩავაწვეთოთ დანიშნული დოზა კონიუქტივის ლორწოვანზე
- თუ პაციენტი დახუჭავს თვალს ან მედიკამენტი გადმოისხმება გარეთ (არა კონიუქტივაში) გაიმეორეთ პროცედურა
- მედიკამენტის ადმინისტრირების შემდეგ სთხოვეთ პაციენტს დახუჭოს თვალი
- შესაძლებელია პროცედურის შემდეგ ცხვირ-ცრემლის არხის ნაზი მასაჟი 30-60 წმ
- ადმინისტრირების შემდეგ მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში
- დაიბანეთ ხელები
- მოახდინეთ დოკუმენტაცია მედიკამენტის შეყვანის და პაციენტის საპასუხო რეაქციის შესახებ შიდა პროტოკოლის თანახმად



მედიკამენტის ადმინისტრირება ყურიდან

ყურის შიგა სტრუქტურა ძალიან მგრძობიარეა გარემოს ტემპერატურის მიმართ. გამომდინარე იქედან რომ გარეთა ყური არ არის სტერილური მედდა დარწმუნებული უნდა იყოს რომ პაციენტს არ აქვს დაფის აპკის დაზიანება.

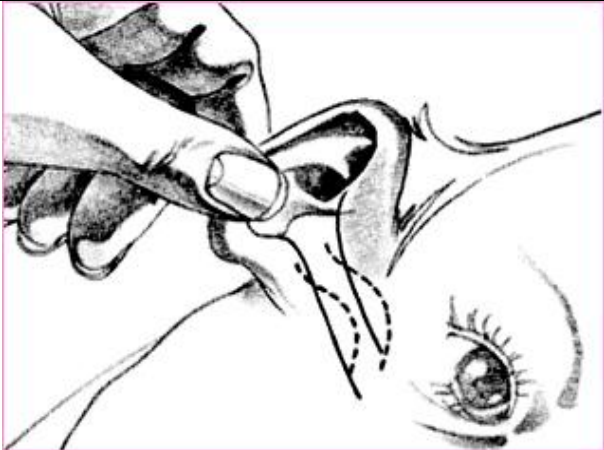

ამ გზით შეყვანილ წამალს შეიძლება ქონდეს როგორც ადგილობრივი, ისე ზოგადი მოქმედების უნარიც რაც მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ძლიერ მოქმედ ნივთიერებათა დანიშვნის შემთხვევაში.

პროცედურის მსვლელობა

- მიიღეთ ექიმისაგან დავალება პაციენტის მედიკამენტის მიღების თაობაზე



- გაეცანით პაციენტს, მიაწოდეთ ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე მედიკამენტის როგორც ჩვენების ასევე უკუჩვენების შესახებ
- გაეცანით პაციენტის ისტორიას, აქვს თუ არა ალერგიული რეაქციები, აქვს თუ არა რაიმე სახის სმენითი დარღვევები
- მოათავსეთ პაციენტი მჯდომარე პოზიციაში, იმ მხარეზე გადაუწიეთ თავი სადაც აპირებთ მედიკამენტის ადმინისტრირებას;
- დაიბანეთ ხელები, ჩაიცვით სუფთა ხელთათმანი
- მოზრდილებისათვის-ასწიეთ ყურის ნიჟარა ზემოთ და უკან, ხოლო ბავშვებში (3 წლამდე ქვემოთ და უკან).
- მიიტანეთ მედიკამენტი ყურიდან 1 სმ ზემოთ.
- მოახდინეთ ადმინისტრირება შესაბამისი დოზით
- სთხოვეთ პაციენტს დარჩეს ამავე პოზიციაში 2-3 წთ
- ადმინისტრირების შემდეგ მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში
- დაიბანეთ ხელები
- მოახდინეთ დოკუმენტაცია მედიკამენტის შეყვანის და პაციენტის საპასუხო რეაქციის შესახებ შიდა პროტოკოლის თანახმად

მედიკამენტის ადმინისტრირება ყურიდან ყურის პოზიციის ასაკობრივი თავისებურება	
3 წლამდე	3 წლის შემდეგ
	
სურ N 7	

მედიკამენტის ადმინისტრირება ყურიდან



8



სურ N 8

მედიკამენტის ადმინისტრირება საინჰალაციო საშუალებით

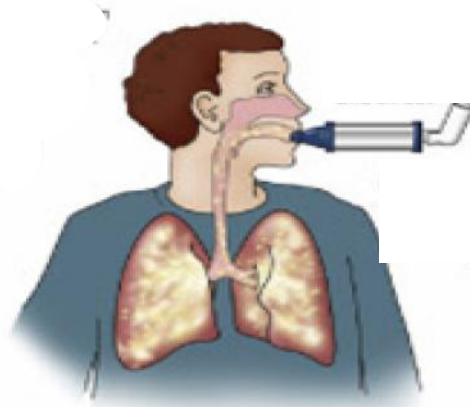
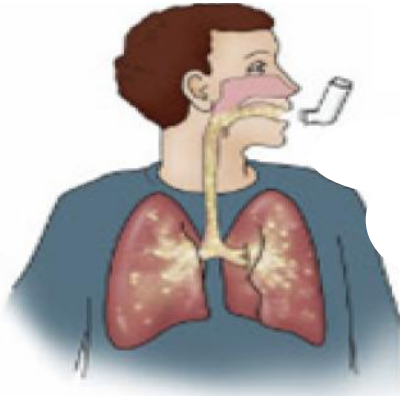
წამალი ბრონქებისა და ფილტვების ლორწოვანი გარსებიდან -სწრაფად შეიწოვება, რაც ხელს უწყობს საინჰალაციო-სანარკოზე ნივთიერებათა მოქმედებას შესუნთქვის გზით.

პროცედურის მსვლელობა

- მიიღეთ ექიმისაგან დავალება პაციენტის მედიკამენტის მიღების თაობაზე
- გაეცანით პაციენტს, მიაწოდეთ ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე მედიკამენტის როგორც ჩვენების ასევე უკუჩვენების შესახებ
- გაეცანით პაციენტის ისტორიას, აქვს თუ არა ალერგიული რეაქციები
- მოათავსეთ პაციენტი მჯდომარე ან ფეხზე მდომარე პოზიციაში,
- დაიბანეთ ხელები, ჩაიცვით სუფთა ხელთათმანი
- შეანჯღრიეთ ინჰალატორი
- სთხოვეთ პაციენტს გააკეთოს 1 ღრმა ჩასუნთქვა ამოსუნთქვა
- სთხოვეთ პაციენტს მოათავსოს ინჰალატორის წინა ნაწილი პირის ღრუში და მოუჭიროს ჰერმეტიულად
- შეასრულეთ ორი შესახურება
- სთხოვეთ პაციენტს არ გალოს პირი 5-10 წმ განმავლობაში
- ადმინისტრირების შემდეგ მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში
- დაიბანეთ ხელები
- მოახდინეთ დოკუმენტაცია მედიკამენტის შეყვანის და პაციენტის საპასუხო რეაქციის შესახებ შიდა პროტოკოლის თანახმად.



მედიკამენტების ინჰალაცია



მედიკამენტების ადმინისტრირება საინჰალაციო საშუალებებით



გააღეთ პირი



გამოიყენეთ
სპეისერი



დახურეთ
პირი

სურ N 11



წამლის შეყვანა სწორი ნაწლავიდან (per rectum)

სწორი ნაწლავიდან წამლის შეყვანისათვის არსებობს სათანადო ჩვენება. ერთი, როცა პირის ღრუს დაზიანების გამო შეუძლებელია წამლის მიღება, მეორე, როცა წამლის ცუდი გემო და სუნი შეუძლებელს ხდის წამლის მიღებას ან საჭიროა ადგილობრივი მკურნალობა. სწორი ნაწლავიდან წამალი შეიძლება შეყვანილი იქნას სანთლებისა და ხსნარების სახით.

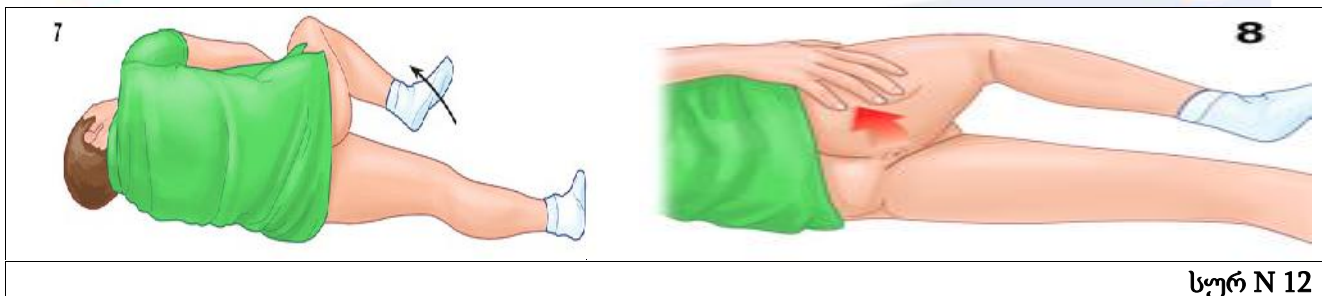
სწორ ნაწლავში შესაყვანი ხსნარის რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 50 მლ, ვინაიდან დიდი რაოდენობა გამოიწვევს ლორწოვანი გარსის გაღიზიანებას და წამლის უკან დაბრუნებას, სწორი ნაწლავიდან შეყვანილი წამალი უფრო ჩქარა შეიწოვება ორგანიზმში, ვიდრე პირის ღრუდან მიღებული, რექტალურად მიღებული წამლის შეწოვა იწყება მიღებიდან 7-10 წუთის შემდეგ.

სუპოზიტორიის (სანთლის) ადმინისტრირება

პროცედურის მსვლელობა

- მიიღეთ ექიმისაგან დავალება პაციენტის მედიკამენტის მიღების თაობაზე
- გაეცანით პაციენტს, მიაწოდეთ ინფორმაცია მისთვის გასაგებ ენაზე მედიკამენტის როგორც ჩვენების ასევე უკუჩვენების შესახებ, აუხსენით რომ შეიძლება ჰქონდეს უსიამოვნო შეგრძნება.
- შეაფასეთ პაციენტის სამედიცინო ისტორია - ალერგენებზე, მედიკამენტების გართულებებზე და დიეტაზე;
- შეინარჩუნეთ ავადმყოფის კონფიდენციალურობა და ადექვატური განათება.
- დაიბანეთ ხელები, ჩაიცვით არასტერილური ხელთათმანი
- სთხოვეთ პაციენტს გადაბრუნდეს მარცხენა მხარეზე მოხაროს და ოდნავ მაღლა ასწიოს მარჯვენა ფეხი
- ერთ ხელში დაიკავეთ სანთელი მეორე ხელით დაგასწიეთ დუნდულო და როტაციული მოძრაობით დაიწყეთ ანალურ ხვრელში შეყვანა 3- 5 სმ სიღრმეზე;
- მედიკამენტის ადმინისტრირების შემდეგ გადააფარეთ პაციენტს და სთხოვეთ გაშლოს მარჯვენა ფეხი და დაუბრუნდეს ზურგზე მწოლიარე პოზიციას;
- გაიხადეთ ხელთათმანი, დაიბანეთ ხელები
- მოახდინეთ დოკუმენტაცია მედიკამენტის შეყვანის და პაციენტის საპასუხო რეაქციის შესახებ შიდა პროტოკოლის თანახმად

სუპოზიტორიის ადმინისტრირება



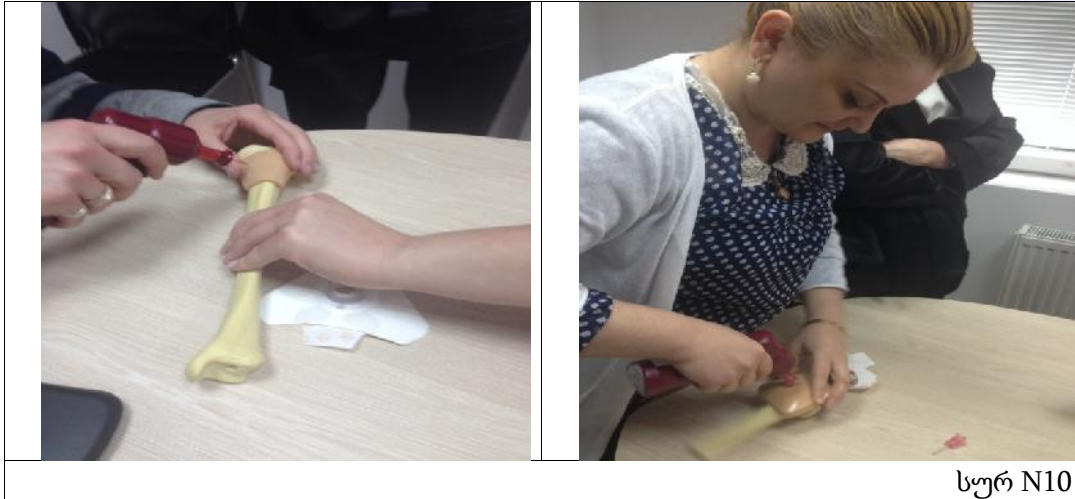
სურ N 12

წამლის შეყვანა კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში- შედარებით იშვიათია, მაგრამ ზოგჯერ აუცილებელია ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის დაავადების დროს. შეჰყავთ იგი ზონდის მეშვეობით ხსანარის სახით.

წამლის შეყვანა მუცლის, პლევრის და სახსრის ღრუებიდან- შედარებით უფრო იშვიათია, მაგრამ არის შემთხვევები როცა წამალი შეყავთ ჭრილობების და ანთებითი პროცესების დროს. აღსანიშნავია, რომ წამალი პერიტონიუმიდან უფრო ჩქარა შეიწოვება, ვიდრე პლევრიდან. რაც შეეხება ანთებადი პროცესების დროს წამლის შეწოვის უნარიანობას, იგი შედარებით კლებულობს, მაშინ როცა კანისა და ლორწოვანის ჰიპერემიის დროს შეწოვის უნარიანობა მატულობს.

მედიკამენტის შეყვანა ძვალში (ინტრაოსეუსი)-მედიკამენტის შეყვანის ყველაზე თანამედროვე მეთოდი, როდესაც მედიკამენტის ადმინისტრირება ხდება ძვლის ტვინში.

მედიკამენტის ძვალშია ადმინისტრირება



სურ N10

ინექციები

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

- მისი გაკეთება შეუძლია მხოლოდ სპეციალურად მომზადებულ და სათანდო გამოცდილების მქონე პირს;
- წამლის შესაყვანად საჭიროა სპეციალური იარაღი – შპრიცი, რომელიც უნდა იყოს ერთჯერადი მოხმარების და აუცილებელია ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის ნორმების დაცვა.
- პროცედურის შეცდომამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ბევრი გართულება.

ინექციები



სურ N 13

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

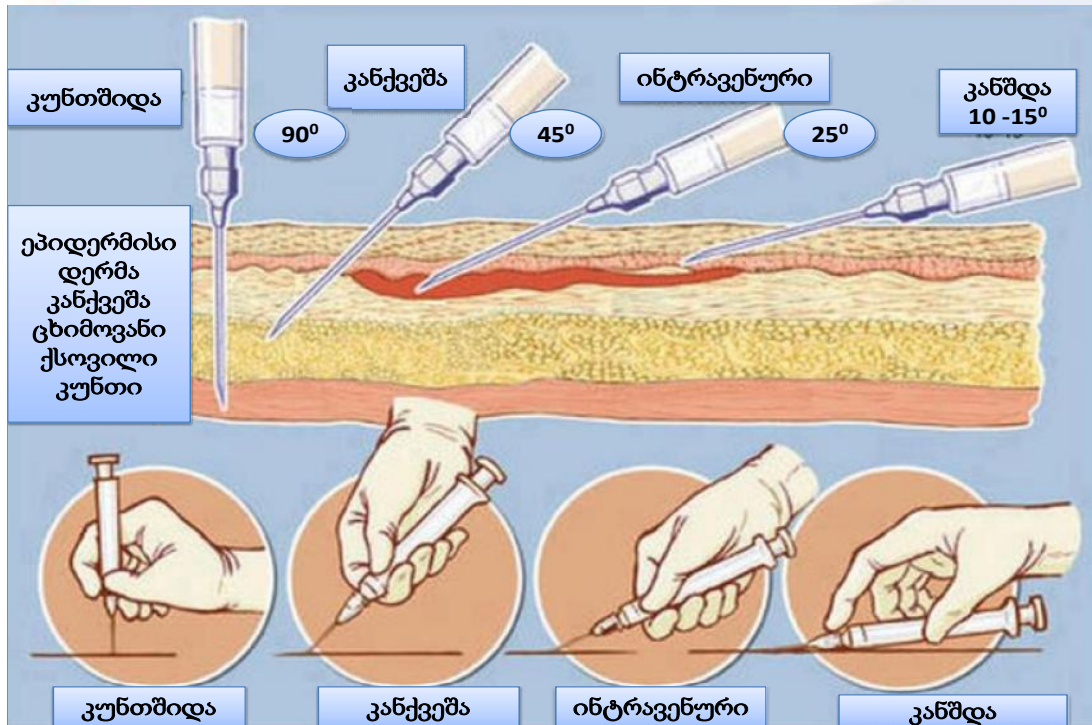
ეს უპირატესობაა:

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

გახსოვდეთ! პაციენტს უფლება აქვს ცოდეს, თურა და როგორ იმანიპულაცია უტარდება.

ინექციები ძირითადად ხორციელდება

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

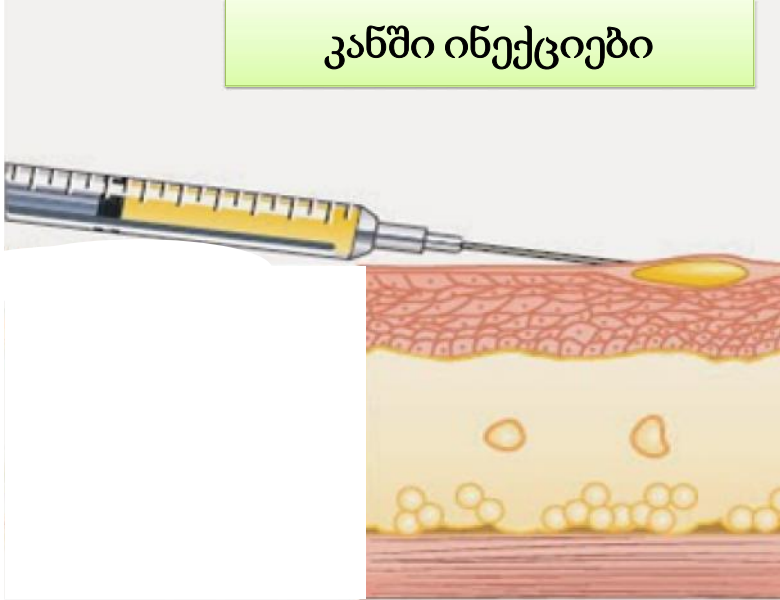


ინექცია კანში

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



კანში ინექციები



აღჭურვილობა

- ტუბერკულინის შპრიცი მილილიტრის მეათედი და მეასედი დანაყოფებით
- 26-27 ზომის ნემსი დიუმის 1/4¹/₄დან 1/2 მდე
- ანტიმიკრობული ბურთულა, ხელთათმანები
- როგორც წესი შეჰყავთ ჩვეულებრივ <0,5 მლ-მდე, ხოლო ნემსის დახრილობა ინექციის კუთხე-10-15 გრადუსი ნემსი შეგვყავს 0.4 მლ სიღრმეზე
- ძირითადად გამოყენებული მიდამოები: წინამხრის შიდა ზედაპირი, ბეჭის ძვლის ქვედა კიდე)



wiseGEEK

პროცედურის მსვლელობა

- დააზუსტეთ პაციენტის ვინაობა და მედიკამენტის იდენტიფიკაცია
- უზრუნველყავით ხელების ჰიგიენა ჩაიცვით სუფთა ხელთათმანები
- მოამზადეთ მედიკამენტი კვლავ შეამოწმეთ მისი იდენტიფიკაცია და ვადა
- მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში, აუხსენით პროცედურის არსი და მიზანი.
- შეარჩიეთ ინექციისთვის საჭირო ზუსტი მიდამო.
- გაწმინდეთ შერჩეული არე ანტიმიკრობული ბურთულით
- მოხსენით ნემსს თავსახური თავისუფალი ხელით



- დააფიქსირეთ კანი ინექციის ადგილზე დაჭიმულ მდგომარეობაში
- დაიკავეთ შპრიცი მოქმედი ხელით (ნემსის ჭრილით ზემოთ)
- მოათავსეთ ნემსი პაციენტის კანის თითქმის პარალელურად, უჩხვლიტეთ ნემსი კანს ისე, რომ მისი წვერის დანახვა შესაძლებელი იყოს მთლიანად
- ნელა შეიყვანეთ მედიკამენტი და დააკვირდით ბუმტუკის გაჩენას გამოიტანეთ ნემსი კანიდან და არ მოახდინოთ შეზღვევა ინექციის არეში.
- მოიხსენით ხელთათმანები და დაიბანეთ ხელები
- აწარმოეთ დოკუმენტაცია

<p>მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში, აუხსენით პროცედურის არსი და მიზანი</p>	<p>შეარჩიეთ ინექციისთვის საჭირო ზუსტი მიდამო გაწმინდეთ შერჩეული არე ანტიმიკრობული ბურთულით</p>
	
<p>მოხსენით ნემსს თავსახური თავისუფალი ხელით დააფიქსირეთ კანი ინექციის ადგილზე დაჭიმულ მდგომარეობაში</p>	<p>დაიკავეთ შპრიცი მოქმედი ხელით (ჭრილით ზემოთ) მოათავსეთ ნემსი პაციენტის კანის თითქმის პარალელურად</p>
	
<p>უჩხვლიტეთ ნემსი კანს ისე, რომ მისი წვერის დანახვა შესაძლებელი იყოს მთლიანად</p>	



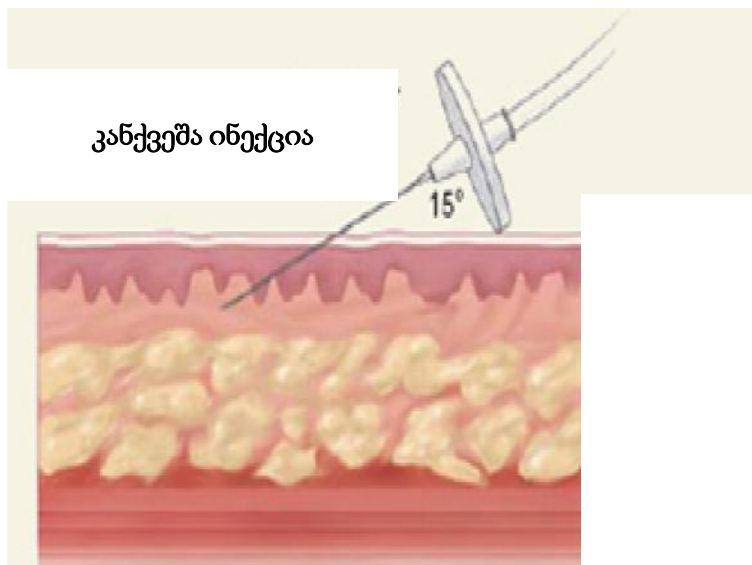
კანქვეშა ინექცია

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

ინექცია ხორციელდება 45-90° კუთხით და მისი ეს ვარიაცილობა დამოკიდებულია ცხიმოვანი ქსოვილის სიდიდეზე. ერთ ადგილას არ შეიძლება შეყვანილ იქნეს 1 მლ-ზე მეტი ხსნარი.

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

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



აღჭურვილობა

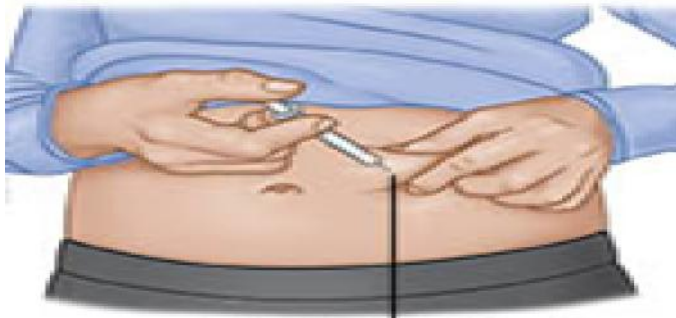
- სათანადო მოცულობის შპრიცი (1-2 მლ)
- 25-30 ზომის ნემსი 3/8 დიუმიდან 1-მდე.



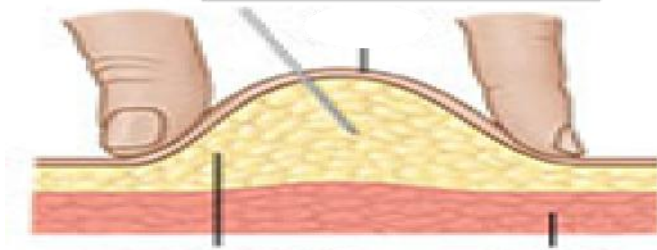
- არასტერილური ხელთათმანები, ბურთულა ფიზიოლოგიური ხსნარით

პროცედურის მსვლელობა

- დააზუსტეთ პაციენტის ვინაობა და მედიკამენტის იდენტურობა
- უზრუნველყავით ხელების ჰიგიენა ჩაიცვით სუფთა ხელთათმანები
- მოამზადეთ მედიკამენტი კვლავ შეამოწმეთ მისი იდენტურობა და ვადა
- მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში, აუხსენით პროცედურის არსი და მიზანი.
- შეარჩიეთ ინექციისთვის საჭირო ზუსტი მიდამო.
- გაწმინდეთ კანი. ჩხვლეტამდე დაელოდეთ საინექციო არის გამრობას;
- მოხსენით თავსახური ნემსს და გამოდევნეთ ჰაერი შპრიციდან
- კანის დამუშავების შემდეგ ვაკუუმით „კანის ნაოჭს“ და ნემსის 2/3 შეგვყავს 45°- იანი კუთხით – ჭრილით ზევით.
- გამოიღეთ ნემსი და განახორციელეთ მსუბუქი ზეწოლა
- მოიხსენით ხელთათმანები და დაიბანეთ ხელები
- აწარმოეთ დოკუმენტაცია



გაკეთეთ ნაკეცი კანზე



ინექცია კუნთებში

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

აღჭურვილობა

- ნემსი სათანადო ზომის
- ანტისეპტიკური ბურთულები,
- არასტერილური ხელთათმანები



ბარძაყისგარეზედაპირი

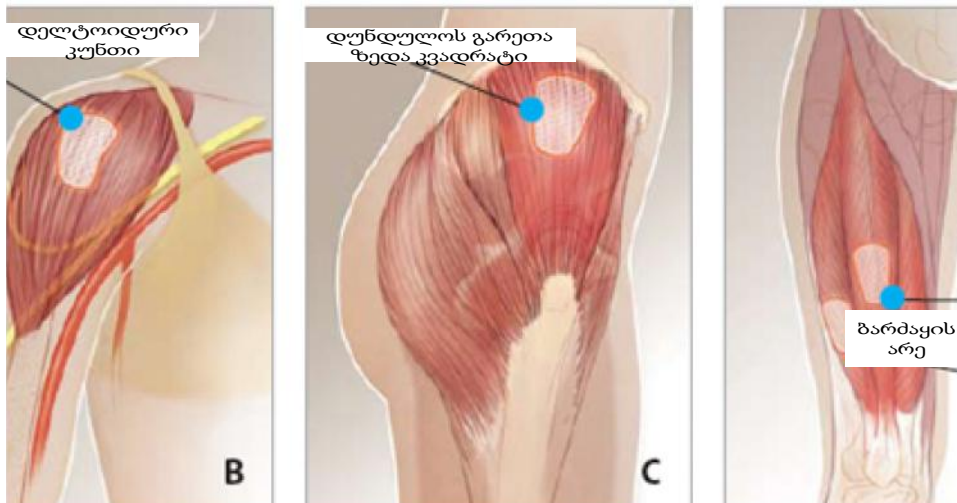
- მოიცავს ოთხთავა კუნთს და მოთავსებულია ბარძაყის წინაგარეთა მიდამოში
- ბარძაყი როგორც ჰორიზონტალურად, ისე ვერტიკალურად იყოფა სამ ნაწილად, ინექცია ხდება გარეთა შუა მესამედში
- უპირატესად გამოიყენება ახალშობილებში და ბავშვებში
- დიდია კუნთები და ფართოა საინექციო არე
- ბარძაყზე ინექციის დროს პაციენტმა უნდა მიიღოს ჰორიზონტალური მდებარეობა.

დელტოიდურიკუნთი

- მხრის ლატერალური მიდამო
- გამოიყენება მხოლოდ მოზრდილებში
- არის ლოკალიზაციას კეთდება აკრომიონის მორჩის ქვედა კიდის პალპაციით
- სამკუთხედი იქმნება ილღის შუა წერტილით, მხრის გარეთა კიდიტ და აკრომიონის მორჩით
- დელტოიდურ კუნთში დასაშვები მოცულობა 1_2 მლ.
- მხარზე ინექციის დროს პაციენტი უნდა იჯდეს ან იწვეს (ზურგზე, მუცელზე);

დუნდულოკუნთი

- დუნდულო კუნთი იყოფა 4 კვადრანტად. ინექცია კეთდება ზემო გარეთა კვადრანტში. დუნდულოზე კუნთშიდა ინექციის დროს პაციენტი უნდა იწვეს გვერდზე ან მუცელზე, ყოვლად
- დაუშვებელია ამ მანიპიულაციის ჩატარება, როდესაც პაციენტი ფეხზე დგას, ვინაიდან ფეხზე
- დგომის დროს დუნდულა კუნთები დაჭიმულია და ინექციის დროს მატულობს შიში ამ პროცედურისადმი, დაჭიმული კუნთი უფრო მეტად იჭიმება და შეიძლება მივიღოთ გართულება:ნემსის ჩატეხვა ან შეიძლება შიშმა და ტკივილმა გამოიწვიოს კოლაფსი ან გულის წასვლა.



ინექციებისპროცედურისმსვლელობა

- დააზუსტეთ პაციენტის ვინაობა და მედიკამენტის იდენტურობა
- უზრუნველყავით ხელების ჰიგიენა ჩაიცვიით სუფთა ხელთათმანები



- მოამზადეთ მედიკამენტი კვლავ შეამოწმეთ მისი იდენტურობა და ვადა
- მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულ პოზიციაში, აუხსენით პროცედურის არსი და მიზანი.
- შეარჩიეთ ინექციისთვის საჭირო ზუსტი მიდამო.
- გაწმინდეთ საინექციო არე სპირტიანი ბურთულით: ცენტრიდან პერიფერიისკენ.
- დაიჭირეთ შპრიცი ცერა და მომდევნო ოთხ თითს შორის, გადაჭიმეთ კანი.

შენიშვნა: კანის გადაჭიმვა იწვევს ნემსის სწრაფ შეღწევას კუნთოვან ქსოვილში. თუ, პაციენტს აქვს სუსტად განვითარებული კუნთოვანი ქსოვილი, მაშინ უნდა გამოიყენოთ კანქვეშა ინექციის დროს მითითებული მანევრი: მოიქციეთ კუნთოვანი ქსოვილი ცერა და საჩვენებელ თითებს შორის და წამოსწიეთ;

მოახდინეთ ნემსის სწრაფი შეყვანა 90 ° გრადუსიანი კუთხით.

შენიშვნა: 90 გრადუსიანი დახრილობის კუთხე, ნემსის კუნთოვან ქსოვილში ღრმად ჩასვლის საშუალებას იძლევა, ხოლო ნემსის სწრაფ შეყვანას მინიმუმამდე დაჰყავს ჩხვლეტი გამოწვეული დისკომფორტი;

ხელით რომლითაც კანი გაქვთ დაფიქსირებული, დააფიქსირეთ შპრიცი, ხოლო მეორე ხელით გამოქაჩეთ დგუში და მოახდინეთ ასპირაცია. სისხლის მიღების შემთხვევაში, ამოიღეთ ნემსი, დაიბანეთ ხელი და პროცედურა თავიდან გაიმეორეთ. თუ, ასპირაციის შემდეგ სისხლს არ მიიღებთ, დაიწყეთ მედიკამენტის ნელი შეყვანა. **შენიშვნა:** თუ, შპრიცში მიიღებთ სისხლს, ეს ნემსის სისხლმარღვში მოხვედრაზე მიუთითებს;

გამოიღეთ ნემსი სწრაფად და მოახდინეთ სპირტიანი ბურთულით ზეწოლა საინექციო არეზე. ნემსის გამოღებისას დააფიქსირეთ კანი მეორე ხელით.

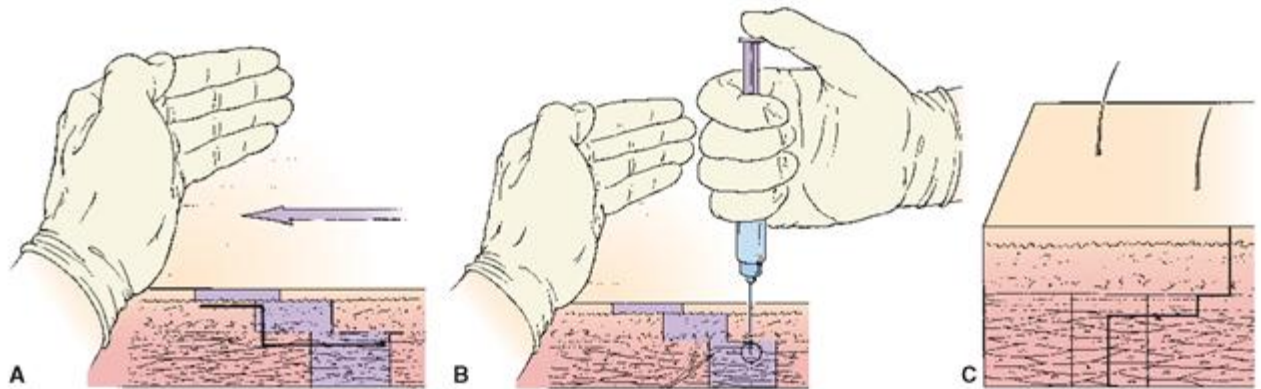
პუნქციის არე დაამუშავეთ ანტისეპტიკური ბურთულით

მოიხსენით ხელთათმანები და დაიბანეთ ხელები

აწარმოეთ დოკუმენტაცია

ინტრამუსკულარული ინექციის Z-კვალის ტექნიკა

ინტრამუსკულარული ინექცია ასევე შეიძლება გაკეთდეს Z ტექნიკით, რაც გულისხმობს საინექციო არეში კანის და კანქვეშა ქსოვილის ქვევით ან გვერდზე 2,5 სმ (Z -ებრი) გადაწევას და უშუალოდ კუნთში ინექციას. დანარჩენი ეტაპები ხორციელდება ისე როგორც ზემოთ არის აღწერილი.



გახსოვდეთ!!

მცდარია წარმოდგენა იმაზე, რომ რაც უფრო გრძელია და სქელია ნემსი მით უფრო მტკივნეულია ინექცია, ტკივილის შეგრძნება დაკავშირებულია უპირველესად ნემსის სიმახვილეზე და მის სიგლუვეზე. გარდა ამისა, ტკივილის შეგრძნება დაკავშირებულია ნემსის სიმოკლეზე – შეიძლება სამკურნალწამლო ნივთიერება მოხვდეს არა კუნთში, არამედ კანქვეშ, რის შედეგადაც ვალიზიანებთ კანქვეშა უჯრედის, რაც მეტად მტკივნეულია.



ინტრავენური კათეტერიზაცია



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

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

ქვედა კიდურების (წვივი, ტერფი) ვენების კათეტერიზაციის საკითხი დგება გამონაკლის

შემთხვევებში, რადგანაც მაღალიათრომბოზებისა და სისხლძარღვოვანი და ანთროპოლოგიის და ამ პროცედურის შეთანხმება ცხდება ექიმთან.

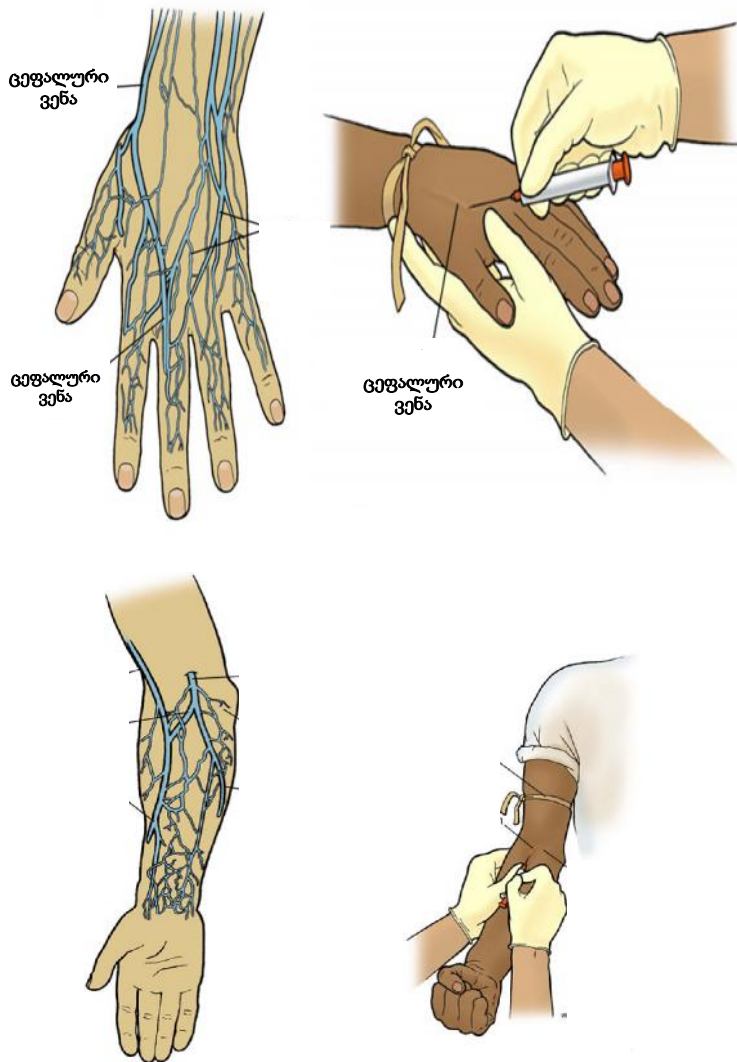
შეიძლება გამოვიყენოთ საფეთქლის მიდამოს ვენები (განსაკუთრებით ჩვილ ბავშვებში).

მაქსიმალურად ვეცადოთ დავიცვათ კათეტერიზაციის აგანის მიდამოები, სადაც შესაძლებელია საჭირო გახდეს არტერიო-ვენოზური ფისტულის გაკეთება ან/და უკვე არსებობს ასეთი ტიპის ფისტულა;

გახსოვდეთ!!! ექთნის მოვალეობაა, ყურადღებით იყოს ამ მანიპულაციის ჩატარების შემთხვევაში, უნდა ახსოვდეს, რომ სამკურნალწამლო საშუალება ხვდება პირდაპირ სისხლში.

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

პაციენტის პოზიცია: პაციენტი უნდა იწვეს ან იჯდეს.



ინტრავენური კათეტერიზაციის ჩვენება:

ინტრავენური სითხეებისა და წამლების ერთჯერადი ან ხანგრძლივი დროით ინფუზია

ინტრავენური კათეტერიზაციის უკუჩვენება:

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

ინტრავენური კათეტერიზაციის გართულება

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



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

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

ფლებიტის ხარისხს განსაზღვრავს:

- ინფუზიის ხანგრძლივობა - რაც უფრო ხანგრძლივია ინფუზია, მით მეტია ანთების სიხშირე
- ხსნარის შემადგენლობა
- ინფუზიის ადგილი - სახსრის მოხრის ადგილში ინექცია კიდურის მოძრაობის დროს მეტად აზიანებს ვენის კედელს. ვენულები და ქვემო კიდურის ვენები უფრო მიდრეკილია ტრავმისადმი.

3. ინფექცია

უხშირესად ვითარდება მაშინ როდესაც ირღვევა ასეპტიკა ანტისეპტიკის წესები.

ინტრავენური კათეტერების ზომა (დიამეტრი განისაზღვრება გეიჯებით G), სითხის დინება და გამოყენება

ფერი	ზომა	დინება	გამოყენების მიზანი
ყვითელი	24G	23 მლ/წთ	ნელი ტრანსფუზიისათვის. გამოიყენება ხანდაზმული ასაკის და პედიატრიული პაციენტებში
ცისფერი	22G	30 მლ/წთ	ნელი ტრანსფუზიისათვის. გამოიყენება ხანდაზმული ასაკის და პედიატრიულ პაციენტებში. პაციენტებს, რომელთაც აქვთ ძნელად სამანიპულაციო ვენები ონკოლოგიურ პაციენტებში ქიმიოთერაპიის დროს
ვარდისფერი	20G	61მლ/წთ	რუტინული ინფუზიური თერაპია, სისხლის და სისხლის პროდუქტები, დიდი რაოდენობით სითხეები 2-3 ლიტრი დღეში
მწვანე	18G	95 მლ/წთ	სისხლის და სისხლის პროდუქტის ტრანსფუზიისათვის პარენტერალური კვება სითხის დიდი მოცულობის გადასხმის დროს
ნაცრისფერი	16G	200მლ/წთ	სითხის და სისხლის სწრაფი ინფუზიისათვის. ჰიპოვოლემიური შოკი, პოლიტრამვა. ხშირად



			გამოიყენება საოპერაციოში და სასწრაფო გადაუდებელ მიმღებ განყოფილებაში.
სტაფილოსფერ იანყავისფერი	14G	305მლ/წთ	სითხის და სისხლის სწრაფი ინფუზიისათვის. ჰიპოვოლემიური შოკი, პოლიტრამვა. ხშირად გამოიყენება საოპერაციოში და სასწრაფო გადაუდებელ მიმღებ განყოფილებაში

მანიპულაციისათვის საჭირო აღჭურვილობა:

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

პროცედურისმსვლელობა

- ცნობიერების მქონეპაციენტს (ან მის თავმდგმურს) განუმარტეთ პროცედურის არსი და მიზანი. პაციენტს აუხსენით, რომ მასშეიძლება ჰქონდეს ჩხვლეტის და უსიამოვნო შეგრძნება.
- მოათავსეთ პაციენტი კომფორტულად, თუ ესშესაძლებელია, მოათავსეთ მისი ხელი ბრტყელ ზედაპირზე, გულის საპროექციო არის ქვედა დონეზე. შეიძლება საჭირო გახდეს ბალიშის ამოდება ხელის ქვეშ.
- ხელის ზემოთ აღნიშნულიპოზიციანდაგანისაზღვროსლახტისდადებამდე. თუვენებისვიზუალიზაციაცუდია, შესაძლებელია თბილისაფენის გამოყენება ლახტის დადებამდე 10 წუთის განმავლობაში.
- დაიბანეთხელები!!! (იხ.პროტოკოლი)
- ჩაიცვითარასტერილურიხელთათმანი
- აარჩიეთ კათეტერიზაციისათვის განსაზღვრული ადგილი, გამოიყენეთლახტი ან მანჟეტი
- დაადეთ ლახტი (ან წნევისსაზომი მანჟეტი დაგაბერეთ იგი პაციენტის სისტოლური წნევზე დაბალ მაჩვენებლამდე).
- თუ ვენა არ ჩანს, სთხოვეთ პაციენტს შეკრას და გაშალოს მუშტი და ჰქონდეს შეკრულ მდგომარეობაში, სანამ ნემსი არ მოთავსდება ვენაში.



დაიმახსოვრეთ: ლახტი არუნდა და დოთ ის ემჭიდროთ, რომ შეჩერდეს არტერიული სისხლის დინება, პალპაციით სხივის არტერიაზე უნდა მოისინჯებოდეს პულსაცია!!!

- საჭიროებისამებრ გაკრიჭეთ აღნიშნული მიდამო
- მოახდინეთ სასურველი ვენის პალპაცია
- გაწმინდეთ საკათეტერიზაციო არე (ბეტადინი, სპირტი 70%) მიმართულებით ცენტრიდან პერიფერიისაკენ, წრიულად. დაელოდეთ არის გამრობას (არ შეუბეროთ სული)

დაიმახსოვრეთ: გაწმინდის შემდეგ არხდება ვენის პალპაცია!!!

- გახსენით კათეტერი
- დაჭიმეთ კანისა და ჩხვლეტიარის ქვედა ნაწილში.
- კათეტერი დაიჭირეთ კანიდან 30⁰ კუთხის დახრით და მოახდინეთ კანის სპუნქცია.
- როდესაც კათეტერი შეაღწევს ვენაში, კათეტერის უკანამხარეს მიიღებთ სისხლს
- ოდნავ გამოსწიეთ ნემსი და სისხლმა უნდა შეავსოს კათეტერი.
მოხსენით ლახტი და დაიწყეთ კათეტერის შეყვანა ვენაში. უმოძრაოდ დატოვეთ ნემსი.
- ნემსის გამოღების შემდეგ მოახდინეთ ზეწოლა კათეტერის წვეროს საპროექციო მიდამოზე. (ჩხვლეტის ადგილიდან დაახლოებით 4 მმ ზემოთ).
- ჩარეცხეთ კათეტერი 5 მლ NaCl 0.9%-ით.
- დააფიქსირეთ კათეტერი ლეიკოპლასტიკით (ვენის დასაფიქსირებელი სპეციალური ლეიკო) ;
- წარუმატებელი კათეტერიზაციის შემთხვევაში განახორციელეთ განმეორებითი კათეტერიზაცია, მხოლოდ გამოიყენეთ ახალი კათეტერი, ალკოჰოლის ბურთულა და განმეორებით დაამუშავეთ საპროექციო არე.
- თუ მეორე მცდელობა ცუშედეგო აღმოჩნდა კონსულტაცია გაიარეთ და შეუთანხმდით ცვლის უფროსს პროცედურის განმეორების შესახებ.

ინტრავენური კათეტერის ფიქსაცია:

- ჩხვლეტის ადგილი განათავსეთ ცენტრში და დააკარით გამჭვირვალე ლეიკო.
- კარგად დააწებეთ აღნიშნული პლასტიკი კათეტერის გარშემო, მოახდინეთ მსუბუქი ზეწოლა კიდეებზე, გაათანაბრეთ.
- დააფიქსირეთ IV ხაზი რომელშიც მიდის ინფუზია
- დააწერეთ დღე, დრო და ინიციალები. ნიშნული არ განათავსოთ ჩხვლეტის ადგილას.
- შეცვალეთ ლეიკოპლასტიკი, როდესაც ცვლება კათეტერიზაციის ადგილი, ასევე შეცვალა შესაძლებელია იმ შემთხვევაში ცთუის ნესტიანი ან ანოკლუზირებული.
- შეცვლისას განმეორეთ დაამუშავეთ კანი, ადროვეთ გამრობა და კვლავ დააკარით ლეიკოპლასტიკი.

შემოწმება:



- ინფლტრაციისა და ფლებიტის ნიშნების აღმოსაჩენად ჩხვლეტის ადგილი შეამოწმეთ ყოველ 8 საათში.
- ფლებიტისა და ინფლტრაციის ნიშნებია: ტკივილი, სიწითლე, შეშუპება
- ფლებიტის ნიშნების გამოვლენის თანავე შეწყვიტეთ ინფუზიამ კათეტერის საშუალებით, ამოიღეთ აღნიშნული კათეტერი და ჩააყენეთ ახალი განსხვავებული ადგილას.
- დაადეთ თბილისაფენი 3X დღეში, 20-20 წუთის განმავლობაში

კათეტერის ჩარეცხვა

8 სთ-ში ერთხელ 2მლ 0,9 %NaCl- ით

IV კათეტერის ამოღება

- დაიბანეთ ხელი!!!
- გაიკეთეთ არასტერილური ხელთათმანი
- ფრთხილად მოაცილეთ ლეიკოპლასტიკური
- ამოიღეთ კათეტერი და დარწმუნდით მის მთლიანობაში.
- ჩხვლეტის ადგილზე განახორციელეთ ზეწოლა, სანამ სისხლდენა შეჩერდება
- დააკარით ლეიკოპლასტიკური

დოკუმენტაციის გაფორმება:

კათეტერის დაყენება

- თარიღი და დრო
- პერიფერიული კათეტერის მდებარეობა და ზომა
- ჩაყენების დროს წარმოქმნილი პრობლემები, (მცდელობების რაოდენობა) ასევე პაციენტის ტოლერანტობა პროცედურის მიმართ.
- კათეტერის შემოწმება დამისი ყოველ 8 საათში ჩარეცხვა
- კათეტერის ყოველ 72 საათში შეცვლა

კათეტერის მოხსნა:

- თარიღი და დრო
- მდებარეობა დამდგომარეობა ამოღების მომენტისათვის
- გართულებები და ნებისმიერი დისკომფორტის ან გართულების საწინაარმედგოდ მიმართული ონისპიებები.

კათეტერის შეცვლა



- ინტრავენურიკათეტერიცვლება 72 საათშიერთხელ
გამონაკლისი: ხაზირომელშიცხდებაპროპოფოლისინფუზიაიცვლება 12 საათშიერთხელ.
- გადასასხმელისითხეები(ბეგში) დაწამლებიიცვლებაყოველ 24 საათში.*გამონაკლისი: ტრანდუსერისმრეცხავიბეგი.*
- როგორც საინფუზიოხაზებზე, ასევესითხეებზეცაღნიშნულიუნდაიყოსთარიღი, დროდაიმადამიანისინიციალებივინცდაიწყაღნიშნულისაშუალებებითინფუზური თერაპია.
- ასევედამატებითმათიღნიშვნაშესაძლებელიაპაციენტისსახელით, პალატი სნომრითანსხვა.
- IV კათეტერის 72 სათზე მეტი ხნის განმავლობაში დატოვების შემთხვევაში აუცილებელია ექიმის თანხმობა

ამპულიდან ხსნარისამოღება

ამპულას სანამ გახსნიდეთ, კიდევ ერთხელ ყურადღებით წაიკითხეთ ამპულაზე წამლის სახელწოდება, დანიშნულების მიხედვით აკეთებთ თუ არა, მისი დოზა და შეამოწმეთ ვარგისიანობის ვადა. ხსნარის გამჭვირვალობა (ამპულის დათვალიერება და სახელწოდების წაკითხვა ადვილდება თეთრი ხალათის ფონზე).

ამპულა რომელშიც არის ზეთოვანი სითხე წინასწარ უნდა შევათბოთ წყლის აბაზანაზე, რომლის ტემპერატურა არის 38° C და ინექცია გააკეთეთ თბილი ხსნარით.

აღჭურვილობა:

- ამპულა;
- შპრიციშესაბამისიზომის;
- ნემსიშესაბამისიზომის;
- ამპულისსახერხი;
- სპირტიანიბურთულები;

მოქმედებათათანამიმდევრობა:

- ფრთხილად გადმოაბრუნეთ ამპულა ისე, რომ მთელი ხსნარი მოექცეს მის ვიწრო ნაწილში.



- გადახერხეთ ამპულა სპეციალური ქლიბით, სპირტში დასველებული ბამბით, დაამუშავეთ ამპულა და მოატეხეთ ამპულის ვიწრო ნაწილი.ნიშნულისარარსებობის შემთხვევაში, ამპულისგასატეხადსაჭიროასახერხი.
- გადააგდეთამპულისმოტეხილითავიმჭრელიარადისკონტეინერში (რათა არ მოხდეს სამედიცინოპერსონალისხელისდაზიანებანარჩენის გადაყრისას).
- აიღეთ ამპულა, ფრთხილად შეიყვანეთ მასში ნემსი
- არ შეახოთ ნემსი ამპულის გადატეხილ კიდეს, რადგან ეს არე ითვლება კონტამინირებულად. (დაბინძურებულად).
- ნახევრად ამოაბრუნეთ ამპულა, ჩაუშვით ნემსი ხსნარში და ამოიღეთ მედიკამენტის სასურველი რაოდენობა
- ამოიღეთ ხსნარის საჭირო რაოდენობა, თუ ამპულა დიდია – 5, 10,20 მლ ხსნარის ამოღების დროს მის ფუძეს სწევთ თანდათან ზემოთ.
- ამოიღეთ მედიკამენტის სასურველი დოზა
- გამოცვალეთ ის ნემსი (IM.IV ინექციის შემთხვევაში) რომლითაც ამოიღეთ ხსნარი და წამოაგეთ საინექციო ნემსი.
- გაამაგრეთ ნემსი, შეამოწმეთ მისი გამავლობა იმ ხსნარის საშუალებით რომელიც არის შპრიცში, მაგრამ გაითვალისწინეთ რომ ამ დროს შპრიცი უნდა იყოს ვერტიკალურად ისე, რომ იგი იყოს თვალის დონეზე.
- სტერილურ თასზე მოვათავსოთ, სპირტში ან იოდონატში დასველებული სტერილური ბამბის ბურთულები.
- კიდევერთხელგადაამოწმეთდანიშნულებისფურცელში, რომ
- მოილეთმედიკამენტისკორექტულიდოზა;
- ცარიელიამპულაგადააგდეთმჭრელიარადებისკონტეინერში.

ფლაკონიდანხსნარისამოღება

ბევრი სამკურნალწამლო ნივთიერება, რომელიც გათვალისწინებულია პარენტერალური გზით შეყვანისათვის, გამოშვებულია არამარტო ამპულებში, ასევე ფლაკონებში, როგორც ფხვნილის, ისე ხსნარის სახით.

ფხვნილის სახით ფლაკონებში გამოშვებულია ანტიბიოტიკები. უნდა განზავდეს უშუალოდ ინექციის წინ. ქარხნული წარმოების ფლაკონები, დახურული არის რეზინის საცობით და დამაგრებულია მეტალის სახურავით.

პარენტერალური ხმარებისათვის პრეპარატს ანზავებენ ხმარების წინ. განზავებისათვის იყენებენ სტერილურ წყალს ინექციისათვის, ან ნატრი ქლორის იზოტონურ ხსნარს, ასევე შესაძლებელია ნოვოკაინის გამოყენება.

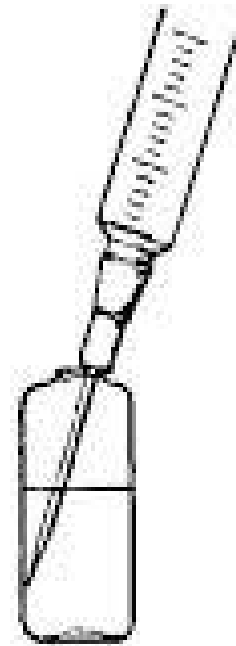
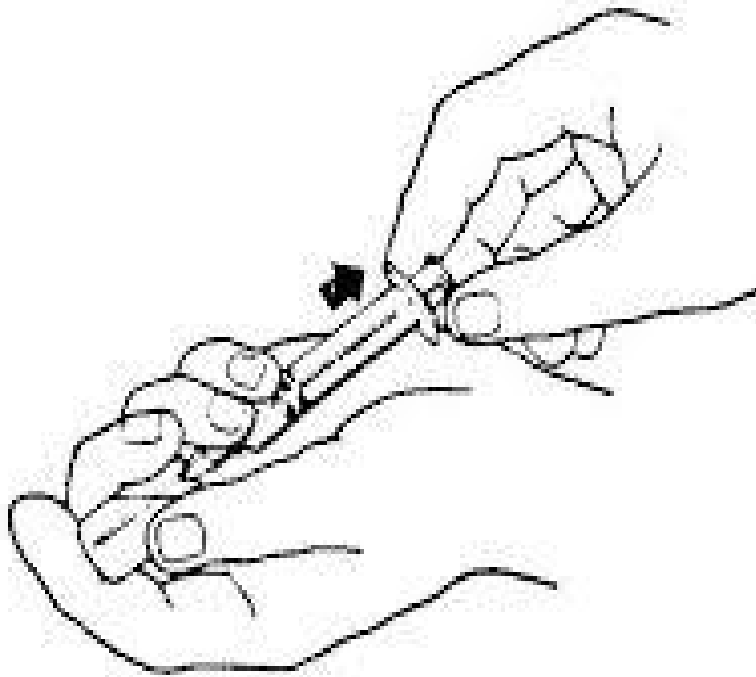


აღჭურვილობა:

- ფლაკონი
- შპრიციშესაბამისიზომის;
- ნემსიშესაბამისიზომის;
- წამლის გამხსნელი
- სპირტიანიბურთულები;

მოქმედებისთანმიმდევრობა:

- წაიკითხეთ წარწერა ფლაკონზე (დასახელება, დოზა, მოხმარების ვარგისიანობა).
- თუ ფლაკონში მოთავსებული მედიკამენტი არის ფხვნილის სახით შეავსეთ იგი ფლაკონზე მითითებული, ან ექიმთან შეთანხმებული გამხსნელის რაოდენობით.
- მოაქციეთ ფლაკონი ხელის გულეხს შორის და ნაზად ამოძრავეთ, მანამ, სანამ წამლის კომპონენტები კარგად არ შეერევა ერთმანეთს.
- მოხსენით თავსახური და ფლაკონის თავი გადაწმინდეთ სპირტიანი საფენით, იმ შემთხვევაში თუ ფლაკონის საჩხვლეტი არე არასტერილურია, ან განმეორებითაა საჭირო ფლაკონზე ჩხვლეტის ჩატარება. სხვა დანარჩენ შემთხვევაში შეინარჩუნეთ ფლაკონის თავის სტერილობა.
- მოხსენით შპრიცზე მიმაგრებულ ნემსს თავსახური და შეავსეთ იგი, იმ რაოდენობის ჰაერით, რა მოცულობის მედიკამენტიც გესაჭიროებათ.
- ჩაარჭვეთ ნემსი ფლაკონში, ისე რომ ნემსის წვერი არ შეეხოს ხსნარს და ჩაუშვით შპრიცში არსებული ჰაერი ხსნარისაგან თავისუფალ არეში. შენიშვნა: ჰაერის შეშვება აფერხებს ნეგატიური წნევის შექმნას ფლაკონში, რაც იძლევა მედიკამენტის უფრო იოლად ამოღების საშუალებას. ჰაერის ჩაშვება ხსნარში იწვევს ჰაერის ბუშტუკების წარმოქმნას ან მედიკამენტის აქაფებას, რაც განაპირობებს მედიკამენტის არასწორ დოზირებას.
- ამოაბრუნეთ ფლაკონი და გამოქაჩეთ შპრიცის დეგუში, სანამ არ მიიღებთ მედიკამენტის სასურველ დოზას. შენიშვნა: ფლაკონის ამობრუნებისას კონტაქტში მოდის ნემსი სითხესთან და თავიდან გვაციელბს ნემსის შეხებას ძირთან.
- დააფარეთ ნემსს თავსახური. ნემსის კუნთში, კანქვეშ ან ვენაში გაკეთების შემთხვევაში შეცვალეთ ნემსი (შენიშვნა: რეზინში ჩხვლეტის დროს ხდება ნემსის დაბლაგვება, რის გამოც აუცილებელია ნემსის შეცვლა)
- ფლაკონზე აუცილებლად მიუთითეთ გახსნის დრო, გამხსნელის რაოდენობა და დასახელება.
- ფლაკონში დარჩენილი მედიკამენტი გადააკარით ლეიკო, შეინახეთ მაცივარში სათანადო ტემპერატურაზე, ოცდაოთხი საათის გასვლის შემდეგ (ან ფლაკონზე მითითებული ინსტრუქციის მიხედვით) ფლაკონი მასში დარჩენილი შიგთავსით მოათავსეთ „D“ჯგუფის ნაგვის კონტეინერში.



სხვის არტერიის პუნქცია

სხვის არტერიის პუნქცია ტარდება მაშინ როდესაც აუცილებელია არტერიული სისხლის გაზების განსაზღვრა



უპრევენება

- ინფექციური პროცესი სამანიპულაციო არეში
- პალპაციით ხივისარტერიაზე პულსაციის არარსებობა
- დადებითი ალენის ტესტი არის დასტური იმისა რომხელი იკვევება მხოლოდ ერთი არტერიისსაშუალებით
- კოაგულოპათიები
- კიდურის ტრავმა
- გადატანილი ქირურგიული მანიპულაციასამანიპულაციოარეში.

გართულებები

- სისხლდენა

პაციენტები, რომელტაცაქვთ სისხლდენის განვითარების რისკი:

- ანტიკოაგულანტებისმიღება
- კოაგულოპათიები
- ჰემოფილია
- ღვიძლისუკმარისობა
- K ვიტამინის ნაკლებობა
- ინფექცია
- სისხლძარღვის ობსტრუქცია
- სისხლძარღვის პერფორაცია (იშვიათ შემთხვევებში)

ხშირად დაშვებული შეცდომები

- ვენის პუნქცია
- შპრიცში ჰაერის ჩატოვება
- შპრიცში ჰეპარინის ჩატოვება
- მასალის ყინულიან პაკეტში არ მოთავსება, თუ ანალიზის გაკეთების შესაძლებლობა ხანგრძლივდება 15 წთმეტი
- სისხლში თრომბების არსებობა
- ყინულიან პაკეტში სისხლის 2 საათზე მეტი მოთავსება



ალენის ტესტი

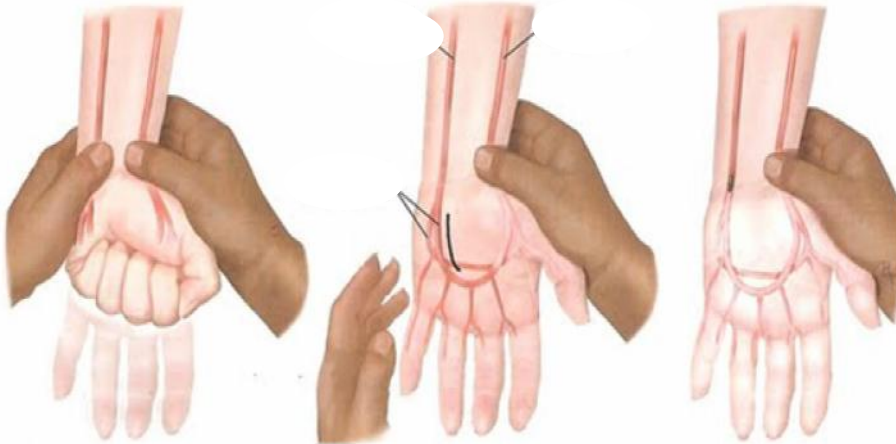
• ალენის ტესტის ჩატარება ძალიან მნიშველოვანია, რათა გამოვარკვიოთ იდაყვის არტერიის გამავლობა, რადგანაც იდაყვის არტერიაში კოლატერალური დინების დარღვევის დროს მტევანი იკვებება მხოლოდ სხივის არტერიის მეშვეობით. აქედან გამომდინარე სხივის არტერიის პუნქცია და კანულაცია არის უკუჩვენება.

სხივის არტერია

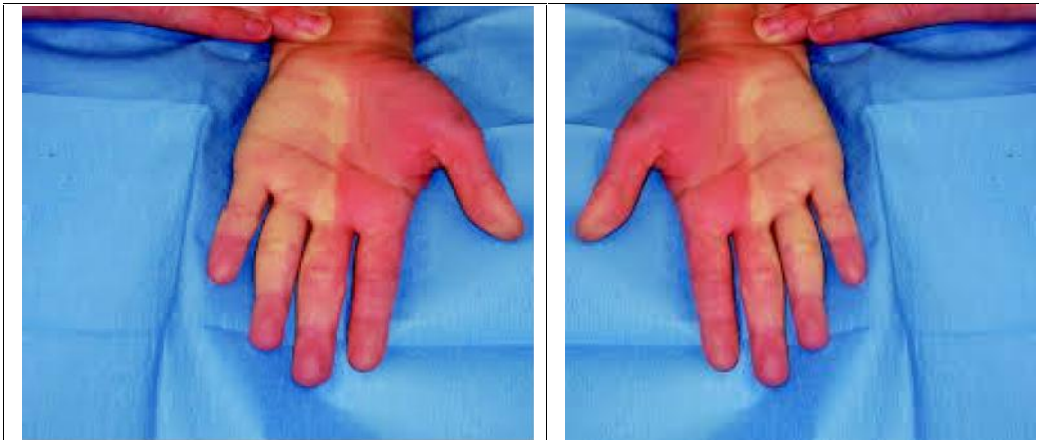
იდაყვის არტერია



- დააჯინეთპაციენტი (თუპაციენტისმდგომარეობაიმღვევასაშუალებას);
- პალპაციითმომეზნეთსხივისდაიდაყვისარტერია.
- მოახდინეთმათიკომპრესიადასთხოვეთპაციენტსგაშალოსდაშეკრასმუშტი 30 წმგანმავლობაში (მიაქციეთყურადღებამტევნისგაფერმკთალებას).
- გაუშვითხელიიდაყვისარტერიასდაგაგრძელეთსხივისარტერიისკომრესია.
- მტევანზეიდაყვისარტერიისმხარესფერიუნდაშიევალოს (გავარდისფრდეს) 1-2 წამში, რასაცმოჰყვებათლიანმტევანზეფერისდაბრუნება.



- ალენის ტესტი უარყოფითია- თუმცევანსფერი დაუბრუნდა (ჯანმრთელია);
- ალენის ტესტი დადებითია- თუმცევანი დარჩაფერმკთალი (ეს მიგვინიშნებს იდაყვის არტერიის ოკლუზიაზე (დახშობა) დასხვისარტერიისპუნქციისანკანულაციისუკუჩვენებაზე);



სხვისარტერიის პუნქციისათვის საჭირო აღჭურვილობა

- სპირიტი 70%
- არასტერილურიხელთათმანი
- მარლის დოლბანდები
- ლითიუმჰეპარინინანიშპრიცი (კომერციულიფორმა)
- 2 მლ შპრიცი 22-25 G ნემსით (შპრიცის ჰეპარინიზაციისათვის შპრიცში ამოიღეთ 0.5 მლ ჰეპარინი დეგუში ჩასწიეთ ბოლობდედამოახდინეთ შპრიცის როტაცია (ამ მანევრირების დროს ნემსს დაახურეთ თავსახური), სრულად გადაღვარეთ ჰეპარინი შპრიციდან.



- ლეიკოპლასტიკი

სხივისარტერიისპუნქციისტექნიკა

ექიმისდანიშნულებისდამასთანშეთანხმებისშემდგომ:

- მოამზადეთ აღჭურვილობა. შეინარჩუნეთ სათანადო განათება.
- მოახდინეთ პაციენტის იდენტიფიკაცია.
- აუხსენით პაციენტს პროცედურის მიზანი და არსი. აუხსენით რომ მას შეიძლება ჰქონდეს უსიამოვნო შეგრძნება პროცედურის დროს და მის შემდეგ.
- პუნქციისთვის ეცადეთ შეარჩიოდ პაციენტისთვის არადომინანტური ხელი.
- დაიბანეთ ხელი ჰიგიენურად
- ჩაიცვით არასტერილური ხელთათმანი
- დაადებინეთ პაციენტს ხელიხელისგულით ზემოთ. შეიძლება ხელისქვემოთ გამოიყენოთ მორგვი.
- აწარმოეთ ალენისტესტი
- მოახდინეთ სხივის არტერიის პალპაცია საჩვენებელი და შუა თითით.
- გაწმინდეთ საპროექციო არე 70% სპირტიანი მარლის ბურთულით წრიული მოძრაობით ცენტრიდან პერიფერიისაკენ.
- აწარმოეთ სხივის არტერიის ხელმეორედ პალპაცია, პალპაცია მოახდინეთსაპუნქციო არის პროქსიმალურად და დისტალურად, რათა გაარკვიოთ სხივის არტერიის მიმართულება.
- გაწმინდეთ საპროექციო (ახალი ბურთულით) 70% სპირტიანი მარლის ბურთულით წრიული მოძრაობით ცენტრიდანპერიფერიისაკენ.
- დაიწყეთ ნემსისშეყვანა ნემსი გეჭიროთ 45⁰ კუთხისდახრით. დაიწყეთ ნემსის შეყვანა მაქსიმალური პულსაციისაკენ.
- სისხლისმიღებისშემდეგდაიწყეთსისხლისასპირაცია (არ დაატანოთძალა). შპრიცსდააწერეთპაციენტისსახელიდაგვარი, სისხლის გაზებისგაზომვის შემთხვევაში დააფიქსირეთ ხელოვნურისუნთქვის აპარატის პარამეტრები.
- თუ ანალიზი გაკეთდება აღებიდან 15 წუთში დაუფროგვიან მაშინ მასალა უნდა მოთავსდეს ყინულიან პაკეტში.
- უშედეგო ცდის შემდეგ ამოიღეთ ნემსი ოღონდ არ ამოსცდეთკანის საფარველს და კიდევსცადეთ. სამი ცდისშემდეგნახეთ სხვა საპროექციო არე.
- ამოიღეთ ნემსი არტერიიდან დამოახდინეთ პუნქციის არის კომპრესია 5 წთ განმავლობაში შემდეგ არეს დააფარეთ სტერილური საფენის დადაამაგრეთ ლეიკოპლასტიკით.
- სისხლიანი შპრიციდან გამოდევნეთ ჰაერი. შპრიცზე აღნიშნეთპაციენტის სახელი და გვარი, ისტორიის ნომერი. გადააგორეთ ხელებს შორისშპრიცი, რათ ამოხდესსისხლის და ჰეპარინის შერევა.
- გადაამოწმეთ საპროექციო არე 30 წთ შემდეგ, არის თუა არა ადექვატური პერფუზია და გამორიცხეთ სისხლდენა და ჰემატომა.
- არასოდეს სცადოთარტერიის პუნქცია ქვედა კიდურზე (განსაკუთრებით ტერფზე).



ნ ა ზ ო გ ა ს ტ რ უ ლ ი
ი ნ ტ უ ბ ა ც ი ა



ნაზოგასტრული ინტუბაცია

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

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

ნაზოგასტრული ზონდის ზომა ასაკისა და წონის მიხედვით

ასაკი	წონა (კგ)	ზომა
0-6	3,5-7	5-10 Fr
1 წლამდე	10	10Fr
2 წლამდე	12	10 Fr
3 წლამდე	14	12-10Fr
5 წლამდე	18	12Fr
6 წლამდე	21	12 Fr
8 წლამდე	27	14 Fr
12 წლამდე		14-16Fr
12 წლამდე		16-18 Fr

წყარო: *Pediatric Fundamental Critical Care Support. Second edition. Society of Critical care medicine 2013*

ნაზოგასტრული ინტუბაციის ჩვენება:

- კუჭისშიგთავის დრენირება
- ლაბორატორიული და სამკურნალო მიზნები
- მედიკამენტების შეყვანა



- ოპერაციისწინ კუჭისლავაჟი
- ტრამვისდროსღებინებისდაასპირაციისპრევენცია
- ენტერალურიკვება

ნაზოგასტრული ინტუბაციის უკუჩვენება

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

გართულება

- ასპირაცია
- ღებინებისგამოწვევა
- ენდოტრაქეალურიინტუბაცია
- პნევმოთორაქსი
- ინტრაკრანიალურიინტუბაცია

პროცედურისათვისსაჭიროადჭურვილობა

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



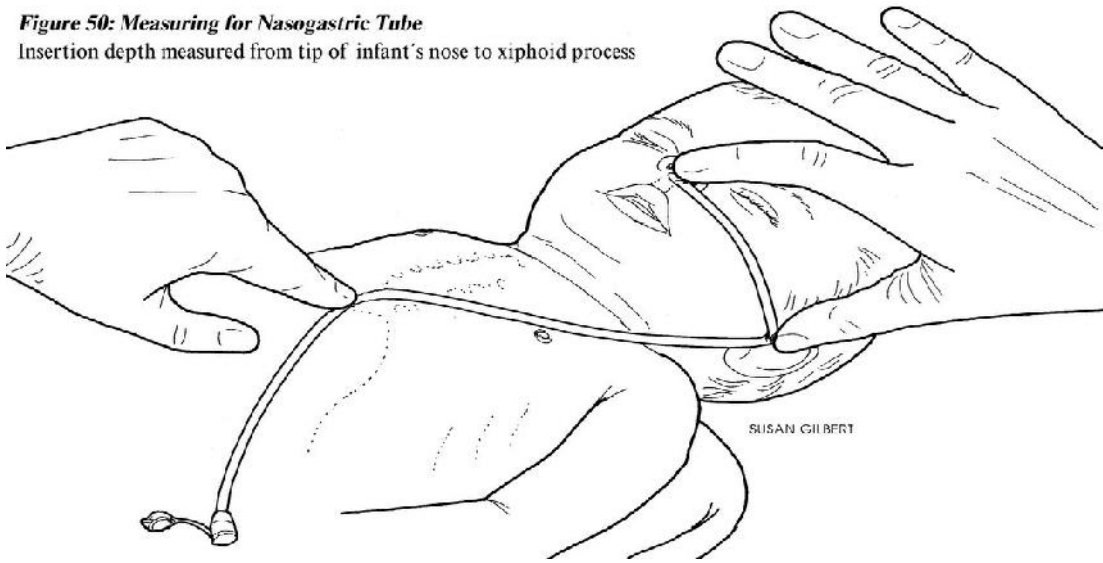
პროცედურის მსვლელობა

- მიიღეთ ექიმისგან დავალება პროცედურის შესრულებაზე
- მოახდინეთ პაციენტის იდენტიფიცირება
- თუ პაციენტი გონზეა, აუხსენით პროცედურის არსი
- მოიტანეთ აღჭურვილობა და მოათავსეთ საპროცედურო მაგიდაზე
- პაციენტი წამოსვით (უგონო პაციენტის შემთხვევაში თავის წამოწევა ხდება 45⁰გრადუსით)
- დაიბანეთ ხელი ანტიბაქტერიული საპნით, დაიმუშავეთ ანტისეპტიკური ხსნარით, ჩაიცვით არასტერილური ხელთათმანი.
- დადექით იმავე მხარეზე რომელ მხარეზეც აპირებთ ზონდის ჩადგმას
- შეამოწმეთ ნაზოგასტრალური ზონდის ზომა
კუჭისმხრივი ბოლო მოათავსეთ პაციენტის ცხვირის წვერთან და გადაზომეთ მანძილი ყურის ბიბილოდან მახვილისებრ მორჩამდე, დააფიქსირეთ მიღებული ნიშნული (*Fundamental Of Nursing, 2001 p1361*). ასე მიიღებთ ინტუბაციის სასურველ ზომას.
- შეამოწმეთ ნესტოები დეფორმაციაზე და ობსტრუქციაზე (შეამოწმეთ სასუნთქი გზების გამავლობა).
- მოახდინეთ ნესტოზე ლიდოკაინის აეროზოლის შესხურება (წინასწარ შეაფასეთ ალერგიული განწყობა).
- მოახდინეთ ნ.გ.ზ.-ზე ლუბრიკანტის წასმა
- მილის შეყვანა ხდებასწრაფად, მსუბუქი ზეწოლით
- სთხოვეთ პაციენტს დაიწყოს ყლაპვა, შეგიძლიათ მიაწოდოთ წყალი
- თუ შეგხვდათ დაბრკოლება, ნუგამოიყენებთ ძალას, მოახდინეთ ზონდის როტაცია და განაგრძეთ ნაზად ადმინისტრირება.
- შეიყვანეთ ზონდი დანიშნულ ზომამდე.
- ჩადგმის შემდეგ სწორი ლოკალიზაცია დასტურდება ჰერის შეყვანით მილში და ფონენდოსკოპით ისმენთ კუჭის არეს (ბუყბუყი). ასევე შეიძლება კუჭის შიგთავსის ასპირაცია.



- ფიქსაცია ლეიკოთი (ისე, რომ არ მოხდეს ნესტოზე ძლიერი ზეწოლა და არ განვითარდეს კანის მაცერაცია)
- ნ.გ.ზ. მიუერთეთ რეზერვუარს.
- დააფიქსირეთ ზონდილეიკო პლასტირის საშუალებით ისე რომ არმოხდეს ნესტოზე ძლიერი ზეწოლა(რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ნაწოლის განვითარება).
- დანიშნულების ფურცელში დააფიქსირეთ მანიპულაციის დრო და თარიღი შემსრულებლის ხელმოწერა.

Figure 50: Measuring for Nasogastric Tube
Insertion depth measured from tip of infant's nose to xiphoid process



დაიმახსოვრეთ: თუ შეამჩნიეთ ცვლილებები პაციენტის რესპირატორულ სტატუსში, ზონდიდაიხვევაპირის ღრუში ანპაციენტს აუტყდებახველა-სასწრაფოდ გამოლეთზონდი!!!

თუ შეგხვდათ დაბრკოლება ნუგამოიყენებთ ძალას, მოახდინეთ ზონდის როტაცია და ნაზად გააგრძელეთ შეყვანა.



ტრაქეის სანირება

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

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

სასანაციო ზონდისა და ენდოტრაქეული მილისი ზომების შეფარდება

ენდოტრაქეალური მილის შიდა დიამეტრის ზომა	სასანაციომილის ზომა Fr	სასანაციო მილის დიამეტრი
--	------------------------	--------------------------



10 მმ	14 Fr	4.7
9 მმ	12 Fr	4
8 მმ	12 Fr	4
7 მმ	12 Fr	4
6 მმ	10 Fr	3.3
5 მმ	8 Fr	2.6

ტრაქეის სანაჯის ჩვენება

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

ტრაქეის სანაჯის გართულებები

- ჰიპოქსემია
- ატელექტაზი
- არითმია
- ინფექცია
- სეფსისი
- ლორწივანის დაზიანება
- კარდიალური არესტი

ტრაქეის სანაჯის აღჭურვილობა

- პულსოქსიმეტრი და აპაციენტის მონიტორი
- სტერილური NaCl 0.9%
- სასანაციო აპარატი
- ამბუსპარკი მიერთებული 100% ჟანგბადთან
- დამცავის ათვალე
- სტერილური ხელთათმანი (ღიასასანაციო ზონდისათვის)
- არასტერილური ხელთათმანი და ხურულისასანაციოსის ტემისათვის



- სათანადო ზომის სტერილური

პროცედურის მსვლელობა

1. დარწმუნდით სანირების აუცილებლობაში და მიიღეთ დასტურირებისაგან პროცედურის ჩატარებაზე. თუ, პაციენტი გონებაზეა გაცანი თმას და აუხსენით პროცედურის არსი და მიზანი.
2. მოამზადეთ აღჭურვილობა, გაიკეთეთ დამცავი სათვალე, ნიღაბი, ქუდი.
3. ჩართეთ სასანაციო აპარატი. (შემოწმებული და მუშა მდგომარეობაში) სიმძლავრე შესაბამისად უნდა იქნას დარეგულირებული ახალშობილებისათვის და მოხუცებისათვის. ნეგატიურმა წნევამ შეიძლება დააზიანოს ტრაქეის ლორწოვანი და გამოიწვიოს მნიშვნელოვანი ჰიპოქსია;
4. დაიბანეთ ხელი თხევადი ანტიბაქტერიული საპნით, გაიმზალეთ ქაღალდის ხელსახოცით, დაიმუშავეთ სპირტიანი ანტისეპტიკური ხსნარით. (იხილეთ პროტოკოლი).
5. მოამზადეთ ფიზიოლოგიური ხსნარი შპრიცში, საინტუბაციო მილში ჩასასხმელად, ისე რომ არ დაირღვეს ხსნარის სტერილურობა.
6. ჩაიცვით სტერილური ხელთათმანი (იხილეთ პროტოკოლი)
7. აწარმოეთ სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგი;
8. დამხმარე პირმა პირმა მოხნას კონტურის ინტუბაციო მილის ისე, რომ მილზე დარჩეს ანტიბაქტერიული ფილტრი, დაამაგრეთ მასზე სასუნთქი ბალიში.
9. დამხმარე პირმა მოუშვას ჟანგბადი დაასუნთქოს პაციენტი 100% ჟანგბადით 1-2 წთ-ის განმავლობაში ამბუს პარკის მეშვეობით.
10. მარცხენა ხელითაიღეთ სასანაციო აპარატის მილი და მოარგეთ იგის სასანაციო ზონდს.

დაიმახსოვრეთ:

ის ხელი, რომლითაც შეეხებით სასანაციო აპარატის მილს არის კონტამინირებული და არ შეეხოთ სასანაციო ზონდის იმ ნაწილს, რომლითაც ჩადიხართ ტრაქეაში!!!

11. მოახდინეთ სასანაციო ზონდისადმინისტრირება (შეყვანა) ენდოტრაქეალურ ან ტრაქეოსტომულ მილში, სანამ იგრძნობთ წინააღმდეგობას ხოლო შემდეგ კათეტერი ამოსწიეთ 1-2 სანტიმეტრით ისე, რომ არ მოახდინოთ ზეწოლა ვაკუუმ კონტროლის დილაკზე. ჩაშვების დროს არ აწარმოთ ზეწოლა ვაკუუმ კონტროლის დილაკზე, ჩაშვების ხანგრძლივობა 3 წმ.
12. კათეტერის ამოღებისას, აწარმოეთ ზეწოლა ვაკუუმ კონტროლის დილაკზე, კათეტერის ამოღებას მოანდომეთ 7-10 წმ.
ჩასვლა ამოსვლა სულ მოიცავს 13 წმ
13. ერთი მანიპულაციის დროს, კათეტერიზაციის ხელმეორედ საჭიროების შემთხვევაში, აწარმოეთ ვენტილაცია 100% ჟანგბადით 1-2 წთ განმავლობაში (დამხმარე პირის მიერ) და გამოიყენეთ ახალი სასანაციო ზონდი.
14. თუ ნახველის სქელი კონსისტენციის გამო, საჭირო გახდამისიგათხიერება NaCl 0.9%, მისი ტრაქეაში ჩასხმა უნდა მოხდეს იმ პირის მიერ, ვინც ეხმარება ექთანს პროცედურის ჩატარებაში.
15. პროცედურის მსვლელობისას აწარმოეთ სასიცოცხლო ფუნქციების მონიტორინგი

პროცედურის მსვლელობისას არ გამოგრჩეთ ჰიპოქსემიის ნიშნები როგორცაა:

ართიმია, ციანოზი, ბრონქოსპაზმი, აგზნება და მენტალურის ტატუსის ცვლილებები.



16. ქვედასასუნთქი გზებიდან სკრეტის ევაკუაციის შემდეგ, პაციენტი მიუერთეთ ხელოვნური სუნქვის აპარატს და აწარმოეთ ზედა სასუნთქი გზების სანაცია.
კერძოდ: ცხვირისა და პირის ღრუს სანირება



დაიმახსოვრეთ:

ცხვირისა და პირის სანირებისას გამოყენებული კათეტერი არ გამოიყენება ტრაქეის სანაციისთვის!!!

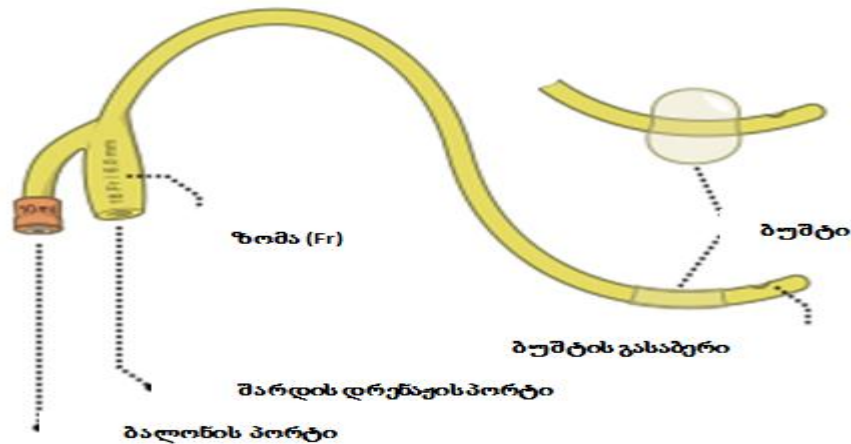
17. სანაციის დასრულების შემდეგ მოდაიხვეთ სასანაციო ზონდი ხელზე და გაიხადეთ ხელთათმანი ისე, რომ ზონდი მოექცეს ხელთათმანის შიგნით. ზონდიანი ხელთათმანი გადააგდეთ “ბ” ჯგუფის ნარჩენების კონტეინერში.
18. გამორთეთ სასანაციო აპარატი და დაკეტეთ ჟანგბადი.

შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია

შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია ხორციელდება ფოლურის კათეტერით, რომელიც თავსდება შარდის ბუშტში ურეთრის გავლით;



ფოლეის კათეტერის არხი



ერთარხიანი კათეტერი – არ შეიცავს საფიქსაციო ბუმტს და გამოიყენება ერთჯერად ად შარდის ბუმტის დასაცლელად ან შარდის ასაღებად.

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

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

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

გამოიყენება უროლოგიაში (შარდის ბუმტის გამოსარეცხად).

ფოლეის კათეტერის ზომა

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

ფოლეის კათეტერის ზომ ასაკის/სქესის მიხედვით

- ბავშვებში 6-10 Fr
- მამაკაცებში 14-16 Fr
- ქალები 16-18 Fr
- საირიგაციოდ გამოიყენება 22 Fr



ჩვენება:

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

უკუჩვენება

- მენჯის ტრამვა
- პერინეალური ჰემატომა
- შარდის ბუშტის კენჭოვანი დაავადება
- ჰემატურია



ყურადღებამიაქციეთ, ხომარაღენიშნებაპაციენტს საშოდან გამონადენი

გართულებები:

- ქალიშვილებში საშოს კათეტერიზაცია და დეფლორაციის (საქალაქო აპკის მთლიანობის დარღვევა) საშიშროება.
- ნოზოკომეალური ინფექცია (განპირობებულია იმით რომ პროცედურა უხშირესად ტარდება მიმღებ გადაუდებელ დეპარტამენტში);
- ალერგია ლატექსის მიმართ

აღჭურვილობა:

შარდის ბუშტის კათეტერიზაციის ნაკრები, რომელშიც შედის:

- 1ც - ინსტრუმენტისთასი
- 2ც - 100მლ ჭიქა
- 2ც - მთლიანი შემოფარგვლა
- 1ც - ნახვრეტისანი შემოფარგვლა
- 1ც - ანატომიური პინცეტი
- 5ც - დოლბანდის ბურთულა

ცალკე

- შარდის ბუშტის კათეტერის ატანად ოზომის
- სტერილური ხელთათმანი
- არასტერილური ხელთათმანი
- სტერილური შარდ მიმღები
- შპრიცი 20მლ
- Na CL 0.9% ანსტერილური წყალი
- ბეტადინი
- სტერილური ლუბრიკანტი
- თბილისაპნიანი წყალი
- ტილო/პირსახოცი
- პამპერსის ქაღალდი



შარდის ბუშტის ჩაყენების ტექნიკა ქალებში

მიიღეთ ექიმისგან დასტური პროცედურის ჩატარებაზე. თუ პაციენტი გონზეა გაეცანით და აუხსენით პროცედურა. აუხსენით, რომ მან შეიძლება განიცადოს დისკომფორტი და ჰქონდეს წვის შეგრძნება, რომ უნდა შარდზე გასვლა. შეინარჩუნეთ პაციენტის პრივატულობა და ადექვატური განათება.

1. მოამზადეთ აღჭურვილობა, შეამოწმეთ სტერილური მასალის ვადა.
2. დააწვინეთ პაციენტი ზურგზე. ზურგის ქვეშ დაუფინეთ პამპერსის ქალაღი. თუ პაციენტის მდგომარეობა არ მოითხოვს კათეტერის სწრაფ ადმინისტრირებას(ჩაყენებას), სააპროექციო არე დაბანეთ თბილი საპნიანი წყლით და გაამშრალეთ.



3. დააფარეთ პაციენტს ზეწარი.
4. გახსენით სტერილური მასალა ისე, რომ არ შეეხოთ სტერილურ აღჭურვილობას, ჩაასხით ბეტადინი მისთვის განკუთვნილ ჭიქაში.

ჩაასხით სტერილური წყალი ან ნატრი ქლორი 0,9% (ფიზიოლოგიური ხსნარი) მისთვის განკუთვნილ ჭიქაში.

დაიბანეთ ხელი ანტიბაქტერიული საპნით, გაიმშრალეთ ქაღალდის პირსახოცით და დაიმუშავეთ სპირტნარევი ანტისეპტიკური ხსნარით

6. ჩაიცვით სტერილური ხელთათმანი.
7. დაიმახსოვრეთ! გაცვიათ სტერილური ხელთათმანი, არ შეეხოთ არასტერილურ ზედაპირებს.

გააკეთეთ წმენდა საპროექციო არის ბეტადინით, ზემოდან ქვემოთ სამჯერ (სტერილური პინცეტით და ბურთულით).

8. დააფინეთ ნახვრეტისანი შემოფარგვლა ბოქვენზე.
9. დააფინეთ მთლიანი შემოფარგვლა ფეხებს შორის.
10. გახსნილი პირველი პირებიდან სტერ.კორცანგით ამოიღეთ:

- ფოლესის კათეტერი
- ლუბრიკანტი
- შარდმიმღები
- შპრიცი 20,0 სტერ.წყლისათვის.

11. გადააწყვეთ ეს ყველაფერი სტერილურ, მთლიან შემოფარგვლაზე
12. შეამოწმეთ კათეტერის ბუშტის მთლიანობა ჰაერის ჩატუმბვით, (შემდეგ ჩაჩუტეთ)
13. შეაერთეთ შარდმიმღები და ფოლესის კათეტერი (გაცვიათ სტერ. ხელთათმანი)
14. შეავსეთ შპრიცი სტერილური წყლით
15. მოარგეთ შევსებული შპრიცი ფოლესის კათეტერს.
16. წაუსვით სტერილური ყელე



17. გადასწიეთ სასირცხო ბაგეები ისე, რომ კარგად გამოჩნდეს შარდსადენის გარეთა ხვრელი იმ ხელით, რომლითაც არ შეეხებით კათეტერს.

დაიმახსოვრეთ! ეს ხელი კონტამინირებულია(დაბინძურებულია)

არ შეეხოთ სტერილურ ზედაპირებს.

18. სტერილური ხელით დაიწყეთ სწრაფი მოძრაობით კათეტერის ადმინისტრირება (შეყვანა) შარდსადენში.

19. თუ გაძნელებულია კათეტერის შეყვანა, სთხოვეთ პაციენტს ღრმად და ნელა ჩაისუნთქოს და ამოისუნთქოს, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს სპინქტერის მოდუნება. არ დაატანოთ ძალა კათეტერის შეყვანას. როდესაც კათეტერი გასცდება ნახევარს მიიღებთ შარდს. შეიყვანეთ კათეტერი ბოლომდე და გაბერეთ მანჟეტი სტერილური წყლით ან ნატრი ქლორით 0,9% (რაოდენობა აწერია მანჟეტის სანათურს); თუ მანჟეტის გაბერვა გაძნელებულია ან პაციენტმა იგრძნო ტკივილი გაბერვისას, ჩაფუშეთ მანჟეტი და მოახდინეთ კათეტერის უფრო ღრმად ადმინისტრირება. ამის შემდეგ გაბერეთ ხელმეორედ კათეტერი.

20. ნაზი მოძრაობით გამოსწიეთ კათეტერი უკან, სანამ არ იგრძნობთ წინააღმდეგობას.

21. მოაცილეთ შემოფარგვლა და დაამაგრეთ კათეტერი ფეხზე ლეიკოპლასტიკით ისე, რომ კათეტერი არ ეხებოდეს კანის ზედაპირს.

22. მოაშორეთ დარჩენილი ბეტადინი და ლუბრიკანტი პაციენტს. მიალაგეთ საპროცედურო არე, სამედიცინო ნარჩენები გადაყარეთ B ჯგუფის კონტეინერში.

23. მოიხსენით ხელთათმანი და დაიბანეთ ხელი.

24. პაციენტის შემოვლის ფურცელში დააფიქსირეთ კათეტერის ჩაყენების დრო და შემსრულებლის ვინაობა. მოახსენეთ ცვლის უფროსს პრობლემები, რომლებიც შეგხვდათ ჩადგმისას (სისხლი ან თუ ვერ მოახერხეთ კათეტერის ჩადგმა).

მამაკაცებში ფოლიის ჩადგმა. განსხვავება:

- წმენდა (მამაკაცებში ჯერ შემოფარგვლა, შემდეგ წმენდა; ქალებში კი პირიქით- ჯერ წმენდა, შემდეგ შემოფარგვლა).

- წოლის პოზიცია (ქალებში მოხრილია ქვედა კიდურები, მამაკაცებში კი - არა)



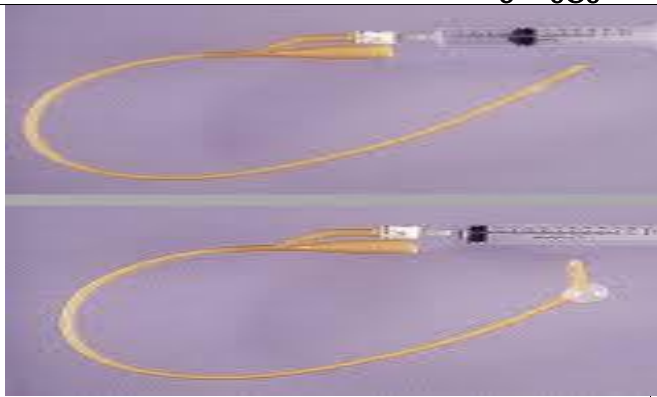
პოზიცია ქალებისათვის შზკ დროს



პოზიცია მამაკაცებისათვის შზკ დროს

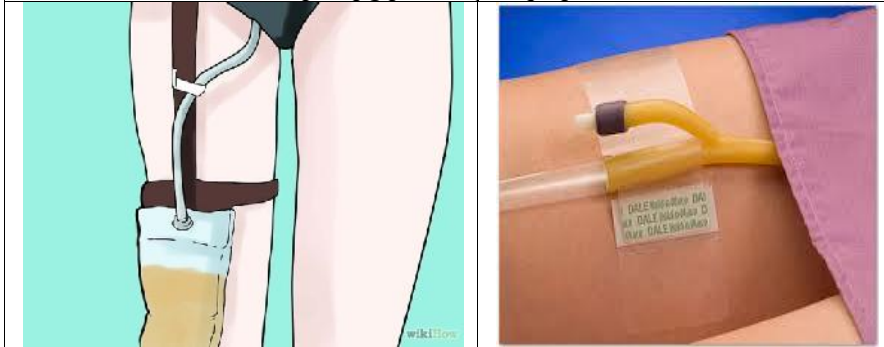


კათეტერის შემოწმება





კათეტერის დამაგრება



ოყნა

ამ პროცედური დროს ხორციელდება სითხის შეყვანა სწორ და მსხვილ ნაწლავში.

ოყნის სახეები:

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

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

გამწმენდი ოყნის ტიპებია:

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

გამხსნელი ოყნა:

გამოიყენება: ყაბზობის დროს. გამხსნელი ოყნის ტიპებია:

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

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



უკუჩვენებები:

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

ოყნის გართულებები:

- ნაწლავის კედლის ტრავმა
- ნაწლავის პერფორაცია
- სისხლდენა

საჭირო ინფორმაცია:

1. აუცილებელია ექიმის დანიშნულება
2. გამწმენდი ოყნის რაოდენობაა 750-1000 მლ მოზრდილებისათვის; 250-500 მლ სასკოლო ასაკის ბავშვებისათვის; 100-250 მლ სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისათვის; შემაკავებელი ოყნის რაოდენობა განისაზღვრება 250 მლ ან ნაკლებით. ახალშობილის შემთხვევაში ექიმი ახდენს ოყნის რაოდენობის განსაზღვრას.
3. ოყნის შემადგენლობაში შეიძლება შედიოდეს ლორწოვანი გამღიზიანებლები, ამიტომ დარწმუნდით, რომ პროპორცია სწორია და ნივთიერებები კარგად არის შერეული, რათა თავიდან ავიცილოთ ლოკალიზებული გაღიზიანება.
4. შეავსეთ ოყნა სითხით, რათა თავიდან იქნას აცილებული ნაწლავში ჰაერის შეყვანა



5. ოყნა, განსაკუთრებით შემაკავებელი ოყნები, სასურველია გაკეთდეს საკვების მიღებამდე, რადგან სავსე კუჭის შემთხვევაში ძლიერდება პერისტალტიკა და შეკავება რთულდება
6. ექთანმა უნდა შეაფასოს მუცელი პროცედურამდე და პროცედურის შემდეგ.
7. რექტალური კათეტერი უნდა იქნას შეყვანილი 10 სმ-ით მოზრდილებში, 5-7,5 სმ-ით ბავშვებში და 2,5-3,8 სმ-ით ახალშობილებში.
8. არ აწიოთ ხსნარის კონტეინერი ანალური არიდან 45-50 სმ-ით ზემოთ
9. თუ დანიშნულია ოყნა სრულ გაწმენდამდე, არ მისცეთ 3-ზე მეტი, რათა არ მოხდეს სწორი ნაწლავის ლორწოვანის ზედმეტი გაღიზიანება. თუ ნაწლავი სრულად არ გაიწმინდა, აცნობეთ ექიმს.
10. შესაძლებელია შემაკავებელი ოყნის შემდეგ საჭირო გახდეს გამწმენდი ოყნის გაკეთება.

პაციენტის განათლება:

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

აღჭურვილობა:

1. ერთჯერადი ოყნის კომპლექტი
2. თეთრეულის დამცავი მუშამბა
3. ხსნარი და სხვა დანამატები
4. არასტერილური ხელთათმანი
5. დამატებითი ლუბრიკანტი
6. აბაზანის პირსახოცი
7. ხელსახოცი/ერთჯერადი ნაჭრის ხელსახოცები



8. ხალათი
9. ი/ვ შტატივი
10. ტუმბო ან სკამი სუდნოს დასადებად
11. სუდნო, გადასაფარებელი, ტულეტის ქალაღი
12. კანის ლოსიონი

პროცედურა:

აღჭურვილობისა და ხსნარის მომზადება:

1. ი/ვ შტატივი მოათავსეთ საწოლის ბოლოსთან
2. გახსენით ოყნის კომპლექტი. დახურეთ მომჭერი.
 - ა. აავსეთ კონტეინერი 1000 მლ თბილი და არა ცხელი წყლით. საჭიროებისას, დაამატეთ დამატებითი ნივთიერებები და კარგად შეურიეთ ან
 - ბ. დაამზადეთ სხვა ტიპის საჭირო ხსნარი, რომლებიც აღწერილია ზემოთ ან
- გ. დაიცავით კომერციულად მომზადებული პაკეტის ინსტრუქციები
3. სითხე შეიყვანეთ ოყნაში ისე, რომ გამოიღვენოს ჰაერი
4. ჩამოკიდეთ სითხიანი პაკეტი ი/ვ შტატივზე ისე, რომ არ იყოს ანუსიდან 45-50 სმ-ზე მაღლა

პროცედურის მსვლელობა:

1. უზრუნველყავით პრივატული გარემო
2. პაციენტს გადახადეთ საბანი და მოაფარეთ აბაზანის პირსახოცი
3. ბარძაყების ქვეშ მოათავსეთ თეთრეულის დამცავი მუშამბა
4. პაციენტთან ახლოს იქონიეთ სუდნო
5. პაციენტი უნდა გადაბრუნდეს მარცხენა გვერდზე, ორივე ფეხი უნდა იყოს მოხრილი მუხლებში



6. დაიბანეთ ხელი
7. ჩაიცვით ხელთათმანები
8. რექტალურ მილი დაასველეთ ლუბრიკანტით
9. პაციენტს გადახადეთ საბანი ბარძაყებიდან
10. დუნდულოები გადაწიეთ ერთი ხელით, პაციენტს სთხოვეთ მოდუნდეს და მეორე ხელით (რექტალური მილი გიკავიათ ბოლოდან 10-12 სმ-ით დაშორებით) ნაზად შეგყავთ მილი სწორ ნაწლავში 5-8 სმ-ით. თუ მილი არ შედის თავისუფლად, ნაწლავში შეიყვანეთ მცირე რაოდენობით წყალი, რათა შიდა სფინქტერი მოდუნდეს და მოგვცეს გადაადგილების საშუალება.
11. მოუშვით მომჭერი და შეუშვით ხსნარი ნაწლავში. თუ პაციენტი უჩივის სპაზმს, აუხსენით მას, რომ ისუნთქოს ღრმად პირით. ამავდროულად, გადაკეტეთ მომჭერი 1,5 წუთით.
12. თუ ნაკადი შენელდა ან შეწყდა, კათეტერი შესაძლოა დაბინძურდა განავლოვანი მასებით ან მიეზღინა სწორი ნაწლავის კედელს. ნაზად გამოწიეთ კათეტერი გასათავისუფლებლად, ისე რომ არ გამოიწვიოთ დეფელაციის სტიმულირება. თუ კათეტერის ბოლო რჩება დაბინძურებული, გამოიღეთ მილი და სწრაფი ნაკადის გამოშვებით გაათავისუფლეთ მილის ბოლო.
13. როდესაც სითხე სრულად იქნება შეყვანილი ან პაციენტი ვეღარ იტანს პროცედურას, დაკეტეთ მომჭერი.
14. გამოიღეთ მილი სწორი ნაწლავიდან და მოათავსეთ ტუალეტის ქალაღზე.
15. დუნდულოებს დააწექით მაგრად, რათა მოხდეს სფინქტერის სტიმულირება და შეყვანილი სითხის შეკავება. გამწმენდი ოყნის დროს პაციენტს აუხსენით, რომ ხსნარი შეძლებისდაგვარად შეიკავოს 15 წუთის განმავლობაში. შემაკავებელი ოყნის შემთხვევაში პაციენტს აუხსენით, რომ ხსნარი შეიკავოს ექიმის მიერ შერჩეული დროის განმავლობაში (30-60 წუთი)
 - ა. პაციენტი მოათავსეთ სუდნოზე ან დაეხმარეთ ტუალეტში გასვლაში. თუ შესაძლებელია, ასწიეთ საწოლის თავი. ტუალეტის ქალაღი დადეთ პაციენტისთვის ხელმისაწვდომ ადგილას. შეახსენეთ პაციენტს, რომ საჭიროებისას შეუძლია მოგმართოთ დახმარებისთვის.
 - ბ. როდესაც პაციენტს აღარ სჭირდება სუდნო, დაადაბლეთ საწოლის თავი და გამოაცალეთ პაციენტს სუდნო ან მიაცილეთ იგი საწოლამდე.
 - გ. გაასუფთავეთ ანალური მიდამო, თუ პაციენტს თვითონ არ შეუძლია ამის გაკეთება და



დაამუშავეთ კანი

დ. მოაცილეთ დაბინძურებული თეთრეულის დამცავი ბალიში და გამოცვალეთ თეთრეული საჭიროებისას

ე. პაციენტს მიეცით ხელსახოცი ხელის ჰიგიენისთვის ან საჭიროებისას, დაეხმარეთ

ვ. საწოლს მიეცით პაციენტისთვის კომფორტული მდგომარეობა

ზ. აღწერეთ შიგთავსის მახასიათებლები (რაოდენობა, ფერი, კონსისტენცია და ა.შ.) სუდნოს დაცლამდე. სუდნო კარგად გარეცხეთ გამდინარე წყლით, გაავლეთ დეზინფექტანტთან ხსნარში და დააბრუნეთ თავის ადგილას.

16. ოყნის აღჭურვილობის გადაყრისას/შენახვისას დაიცავით წესები. თუ დანიშნულია ოყნის შემდგომი პროცედურები, გარეცხეთ ოყნის კომპლექტი თბილი, საპნიანი წყლით, გააშრეთ, გაუკეთეთ აღნიშვნა და შეინახეთ სათანადოდ.

17. საოყნე ოთახის დეზინფექციის შემდეგ განიავების მიზნით შეგიძლიათ გამოიყენოთ ჰაერის გამწმენდი საშუალებები.

სიფონის ოყნა

საჭირო ინფორმაცია:

1. თუ პაციენტი 1 სთ-ზე მეტი ხნით იკავებს შეყვანილ ხსნარს, იგი უნდა იქნას გამოდევნილი
2. ხსნარის გამოძევების შეუძლებლობა შეიძლება მიუთითებდეს დასუსტებულ ნერვულ-კუნთოვან პასუხზე, შესაძლო ნაწლავის პერფორაციაზე ან ელექტროლიტურ დისბალანსზე. აცნობეთ ექიმს და მიიღეთ სიფონის ოყნის ჩატარების ნებართვა

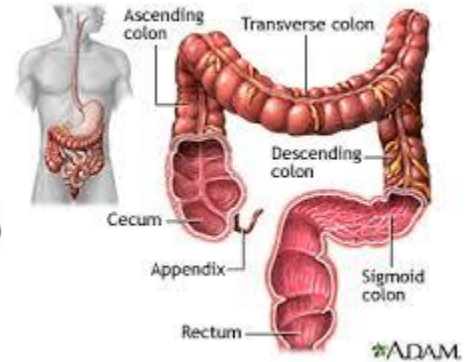
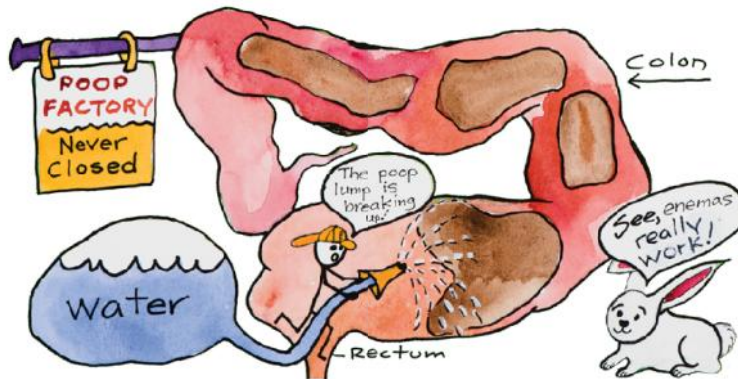
აღჭურვილობა:

- ოყნის კომპლექტი 50 მლ თბილი წყლით
- თეთრეულის დამცავი მუშამბა
- რექტალური მილი
- ლუბრიკანტი
- სუდნო

პროცედურა:



- პაციენტი მოათავსეთ მარცხენა გვერდზე საწოლის კიდესთან ახლოს
- სუდნო მოათავსეთ სკამზე, ისე რომ იყოს მატრასის დონეზე ქვემოთ
- რექტალური მილი დაასველეთ ლუბრიკანტში და შეიყვანეთ სწორ ნაწლავში დაახლოებით 4 სმ-ით.
- მილის მეორე ბოლო მოათავსეთ სუდნოში, რის შემდეგაც სითხე უნდა გამოვიდეს
- თუ სითხე არ გამოდის, შეიყვანეთ 30-50 მლ თბილი წყალი რექტალური მილით. მილის დისტალური ბოლო მოათავსეთ სუდნოში
- გაზომეთ გამოსული სითხე.



სიფონის ოყნა მაღალი ირიგაციით

მიჰყევით ოყნის პროცედურის მსვლელობას. მე-10 საფეხურის შემდეგ, როდესაც სითხე უკვე შეეყვანილია, ოყნის კონტეინერი დაადაბლეთ სწორი ნაწლავიდან 45 სმ-ით ქვემოთ, რათა ხსნარი სიფონის წესით გამოვიდეს უკან. გაიმეორეთ ეს პროცედურა მანამ, სანამ პაციენტი არ იგრძნობს შვებას. ოყნის კონტეინერის ზედა ნაწილი დატოვეთ ღია, რათა განავალს შეეძლოს გამოსვლა.

დოკუმენტირება:

საექთნო შეფასება: მოადინეთ ოყნის გაკეთების დროის, პროცედურის, შეყვანილი სითხის რაოდენობის და ტიპის, გამონაყოფის ფერის დოკუმენტირება, აღწერეთ როგორ გადაიტანა პაციენტმა პროცედურა ან სხვა მნიშვნელოვანი ინფორმაცია

გულისუჯრედებსაქვეთელექტროფიზიოლოგიური თავისებურებები, რაც განსაზღვრავს გულისცემის სიხშირეს დარიტმს.

ელექტროკარდიოგრამის გადაღება

გულს აქვს უნარი ნერვულის ტიმულაციის გარეშე უზრუნველყოს იმპულსის აღმოცენება და გატარება.



მიოკარდიუმის ინფარქტმა, ელექტროლიტების დისბალანსმა, ჰიპოქსიამ, მედიკამენტოზურმა ინტოქსიკაციამ შეიძლება გამოიწვიოს გულის ნებისმიერი უჯრედის მიერ ელექტრული იმპულსის წარმოქმნა და შესაბამისად, არითმია

ელექტროკარდიოგრამა (ეკგ)-ეს არის გულის კუნთში ელექტრულ იმპულსის გავრცელების ამსახველი ჩანაწერი, მისი დაფიქსირება ხდება სხეულის სპეციფიურად გილებზე მოთავსებული ელექტროდებით, რომლებიც უკავშირდება ეკგ-ს მონიტორის სადენების საშუალებით.

ეკგ ზე შეიძლება განვსაზღვროთ - არითმია, მიოკარდიუმის იშემია და ინფარქტი, პერიკარდიტი, ჰიპერტროფია, ელექტროლიტური დისბალანსი (ჰიპერკალემია, ჰიპოკალემია), განვსაზღვროთ გულის ცემის სიხშირე

პროცედურის მიზანი

დიაგნოსტიკური გამოკვლევა

აღჭურვილობა

1. ელექტროკარდიოგრაფი
2. ე.კ.გ. გელი
3. ერთჯერადისაპარსი
4. 5-7ც სპირტიანი დოლბანდის ბურთულა ან ეკგ ჟელე

ეკგ გადაღების ტექნიკა

შეაერთეთ ელექტროკარდიოგრაფი დენის წყაროში. დაელოდეთ სანამ აპარატი გაივლის ტესტს.

თუ პაციენტი გონებაზე ამას უნდა აეხსნას რას მოიცავს პროცედურა. დააწვინეთ პაციენტი ზურგზე .

პაციენტმა უნდა:

ისუნქოს მშვიდად

არ იმოძრაოს და ილაპარაკოს

არ ღეჭოს

*გაწმინდეთ კანი. ეს არის არის მნიშვნელოვანი ეტაპი, რადგან კანი ელექტრობის ცუდი გამტარია. მასზე არის ბუნებრივი ბარიერი: მკვდარი ეპიდერმის უჯრედები, ცხიმი, ჭუჭყი.



თუსაჭიროიქნადაამისდროარისთმიანისაფარველიუნდა გაიპარსოს, კანი გაიწმინდოს საპნიანი წყლით და გამშრალდეს.

გათავისუფლეთ პაციენტის ტორსი დაკიდურებიტანსაცმლისაგან. მოხსენითმას სამკაულები დასაათი.

გადაამოწმეთ რომ ფეხებიარეხებოდეს საწოლის საზურგეს.

დაამაგრეთკიდურების ელექტროდები

კიდურებისელექტროდების დამაგრება:

- პაციენტისმკლავებითავისუფალიუნდაიყოსტანსაცმლისაგან.
- ხელისელექტროდებიუნდადამაგრდესმკლავისშიდამხარესმაჯასადაიდაყვსშორის.
- ფეხისელექტროდიმაგრდებაწვივისშიდამხარესკოჭსადამუხლსშორის.
- არდაამაგროთელექტროდებიძვლოვანზედაპირებზე.
- თუკიდურიდაზიანებულიაანამპუტირებული, დაამაგრეთშემღებისდაგვარადტორსთანახლოსორივეკიდურზეერთდონეზე.

დაამაგრეთგულმკერდისელექტროდები

გულმკერდისელექტროდებიუნდადამაგრდესშემდეგითანმიმდევრობით:

V1;V2;V4;V3;V6;V5.

- V1-მაგრდება გულმკერდისმარჯვენამხარეს 4 ნეკნთაშუასივრცეში.
- V2-მაგრდება გულმკერდისმარცხენამხარეს 4 ნეკნთაშუასივრცეში.
- V4-ლავიწიდან შუახაზზე 5 ნეკნთაშუაარე (V3 ელექტროდიმაგრდება V4 შემდეგ.V2 და V4 ელექტროდისდამაგრებისშემდეგადვილდება V3 ლოკალიზაცია);
- V3-V2 და V4 შორის
- V6-ილიის შუახაზზეიგივედონეზეერაც V4. (V5 ელექტროდიმაგრდება V6 შემდეგ.V4 და V6 ელექტროდისშემდეგადვილდება V5 ლოკალიზაცია)
- V5 –V4 და V6 შორის .იგივედონეზეერა V4 და V6.



კიდურებისკაბელები

- RA -მარჯვენახელიწითელი AVღ
- LA - მარცხენახელიყვითელი AVL
- RL -მარჯვენაფეხიშავი N
- LL -მარცხენაფეხიმწვანე AVF

გულმკერდის კაბელები

- V1,V2,V3,V4,V5,V6.
- პროცედურისდასრულებისშემდეგმოიყვანეთელექტროდებიდაკაბელებიმწყობრში.

ყოველი გამოყენების შემდეგ, გაწმინდეთ ელექტროკარდიოგრაფის და პაციენტის მონიტორის კაბელები სადეზინფექციო სველი საფენებით.

ელექტროკარდიოგრაფის კიდურების და გულმკერდის ელექტროდები არ უნდა იყოს ერთმანეთში არეული.

არ გადაახვიოთ კაბელები მჭირდროდ, რათა არ გამოიწვიოთ შიგნით არსებული ელექტროსადენების დაზიანება.

ელექტროკარდიოგრაფის კაბელები განაცალცალკევით მარჯვენა და მარცხენა მხრივი ელექტროდები გადაიხვიეთ ხელის მტევანზე ისე, რომ არ მოხდეს ელექტროდების დაჭიმვა.

ელექტროკარდიოგრაფის გულმკერდის ელექტროდები განაცალცალკევით და და გადაიხვიეთ ხელის მტევანზე V1; V2; V3 და V4; V5; V6 ცალცალკე, ისე რომ არ მოხდეს ელექტროდების



ლაბორატორიული ნიმუშების აღება და მართვა

ანალიზური ეტაპი მოიცავს სამ ფაზას: პრეანალიზური ანალიზური და პოსტ ანალიზური

ექთანი ძირითადად ცართულია პრეანალიზურ ფაზაში: იღებს და ააგზავნის ნიმუშებს შემდგომი კვლევისათვის

ლაბორატორიაში საკვლევად წარდგენილი ბიოლოგიური მასალა უნდა აკმაყოფილებდეს გარკვეულ მოთხოვნებს:

საკვლევი ბიოლოგიური მასალა აღებული უნდა იყოს შესაბამისი რეკომენდაციების მკაცრი დაცვით;

საკვლევი ბიოლოგიური მასალა ლაბორატორიაში წარდგენილი უნდა იქნას მასალის აღებიდან უმოკლეს დროში;

ლაბორატორიაში წარდგენილ მასალას თან უნდა ახლდეს სათანადოდ შევსებული ფორმა.

მნიშვნელოვანია!!!

- ნიმუშის სახეობის (შრატის, პლაზმა და სხვა ბიოლოგიური სითხეების) გამოყენება/შერჩევა.
- ანალიზის კონცენტრაციაზე მოქმედი ფაქტორები (ჰემოლიზი, სისხლის თეთრი უჯრედები და სხვა).
- არასწორი კონტეინერის გამოყენება

ბიოლოგიური მასალის აღების (შეგროვების) რეკომენდაციების ზუსტი დაცვა და მისი ლაბორატორიაში მართებული წარდგენა, მნიშვნელოვნად ამცირებს პრეანალიზური შეცდომების ალბათობას.

დიურეზის განსაზღვრა და შარდის ანალიზი

შარდი ბიოლოგიური სითხეა, რომელიც წარმოიქმნება თირკმელებში და პერიოდულად გამოიყოფა დღე-ღამის განმავლობაში. კლინიკურად მნიშვნელოვანია არა მარტო შარდის შემადგენელი კომპონენტების განსაზღვრა, არამედ დღე-ღამის განმავლობაში გამოყოფილი შარდის რაოდენობის, ანუ დიურეზის შეფასება.

ხშირად შარდის საანალიზო მასალის აღება ხდება პრეანალიზური ფაზის დარღვევით (ნიმუშის შეგროვება, ტრანსპორტირება, სტაბილურობა). შედეგად ხდება არასწორი ნიმუშის წარდგენა



ლაბორატორიაში, რამაც შესაძლოა განაპირობოს მოსალოდნელი დიაგნოსტიკური შეცდომა. ამიტომ, აუცილებელია შარდის ანალიზის პრენალიზური ფაზის ყველა რეკომენდაციის ცოდნა და დაცვა.

დღე-ღამის განმავლობაში გამოყოფილი შარდის რაოდენობის და ხვედრითი წონის დინამიკის შესაფასებლად რეკომენდებულია სპეციალური ლაბორატორიული ტესტი - ზიმნიცკის სინჯი.

ზიმნიცკის სინჯი

ზიმნიცკის სინჯისთვის მასალის შეგროვების რეკომენდაციები:

შარდი გროვდება 24 საათის განმავლობაში, მათ შორის ღამის საათებში;

მასალის შეგროვების დღეს არ არის რეკომენდებული ჭარბი სითხის მიღება; პაციენტმა უნდა მიიღოს მისთვის ჩვეული სითხის რაოდენობა;

წინასწარ გამზადებული უნდა იყოს 8 კონტეინერი (სუფთა ჭურჭელი) მოცულობით 250-300 მლ. თითოეულ მათგანზე მარკირებული უნდა იყოს პაციენტის სახელი, გვარი, ასაკი, მასალის აღების თარიღი, კონტეინერის ნომერი და დროის შესაბამისი ინტერვალი: 1) დილის 6-9 სთ; 2) 9-12 სთ; 3) 12-15 სთ; 4) 15-18 სთ; 5) 18-21 სთ; 6) 21-24 სთ; 7) ღამის 0-3 სთ; 8) დილის 3-6 სთ.

მასალის შეგროვების დასაწყისში, დილის 6 საათზე, პაციენტი ცლის შარდის ბუშტს და შარდის ეს ულუფა (გაღვიძების შემდეგ მიღებული დილის პირველი შარდი) უნდა გადაიღვაროს. ამის შემდეგ იწყება ყველა გამოყოფილი შარდის შეგროვება შესაბამის, კონკრეტული დროით მარკირებულ კონტეინერში;

თუ რომელიმე სამ საათიანი ინტერვალის განმავლობაში შარდის გამოყოფა არ მოხდა, დროის ამ ინტერვალით მარკირებული კონტეინერი გამოტოვებული უნდა იქნას;

თუ რომელიმე სამ საათიანი ინტერვალის განმავლობაში გამოყოფილი შარდისთვის შესაბამისი კონტეინერი არასაკმარისი აღმოჩნდა, უნდა გამოიყოს დამატებითი კონტეინერი და მასზე გაკეთდეს ანალოგიური მარკირება;

მასალის შეგროვება მთავრდება მომდევნო დღის დილის 6 საათზე, რის შემდეგ ყველა კონტეინერი, მათ შორის დამატებითიც, წარდგენილი უნდა იქნას ლაბორატორიაში.

შარდის ნიმუშების შეგროვების საერთო რეკომენდაციები:

არ შეიძლება შარდი ს შეგროვება ღამის ქოთანში ან სხვა ჭურჭელში.

კარგად უნდა გასუფთავდეს ურეთრის შესავალი სინჯის აღებამდე, რათა თავიდან აიცილოთ ადგილობრივი ფლორით დაზინძურება. მასალის შეგროვების წინ აუცილებელია გარე გენიტალიების ტუალეტი;



გარე გენიტალიების ტულეტიისთვის რეკომენდებულია საპნის და არა სადეზინფექციო ხსნარის გამოყენება, რადგან შარდში შეღწევის შემთხვევაში ამ უკანასკნელმა შესაძლოა იმოქმედოს მიკროორგანიზმებზე როგორც ინჰიბიტორმა.

ნიმუშის შეგროვების დროს ქალებისთვის რეკომენდებულია ვაგინალური ტამპონის გაკეთება; შარდის ტრანსპორტირება უნდა მოხდეს სტერილური კონტეინერით ან სინჯარით.

ნიმუშის კონტეინერზე დატანილი უნდა იქნას პაციენტის საიდენტიფიკაციო მონაცემები (სახელი, გვარი, ასაკი) და მასალის შეგროვების დრო;

ყველა სახის ნიმუში ლაბორატორიას საანალიზოდ უნდა მიეწოდოს შეგროვებიდან არაუგვიანეს 1,5 საათისა;

თუ მისი ტრანსპორტირება ამ ხნის მანძილზე ვერ მოხერხდა, შარდი უნდა მოთავსდეს მაცივარში (ბაქტერიების რაოდენობა სტაბილური რჩება 24 საათის განმავლობაში 40C-ზე). არ გაყინოთ!

შარდის შეგროვების საერთო რეკომენდაციები პანციენტისთვის

- სინჯის აღებამდე დაიბანეთ ხელები საპნით და გაიშრეთ.
- დაიბანეთ ურეთრის შესავალი საპნით.
- ჩაიბანეთ მიდამო წყლით და გაიმშრალეთ.
- გამოუშვით შარდის რამდენიმე მილილიტრი (არ შეაჩეროთ შარდის გამოშვება).
- აიღეთ შარდის შუა ულუფა სტერილურ კონტეინერში.

შარდის ცალკეული ნიმუშების შეგროვების რეკომენდაციები:

- დილის პირველი ნიმუში--გროვდება დილით, გაღვიძების შემდეგ გამოყოფილი მთელი ულუფა;
- მეორე გამოყოფის ნიმუში--დილის პირველი ნიმუში იღვრება, მეორე გამოყოფის შარდი გროვდება სრულად;
- შემთხვევითი ნიმუში--გროვდება ერთი ნებისმიერი გამოყოფის შარდის სრული ულუფა;
- 24 საათიანი ნიმუში--გროვდება 24 საათის განმავლობაში გამოყოფილი შარდის რაოდენობა;
- შუალედური ნიმუში--შარდის ერთი სრული გამოყოფის შუა ნაწილი.

რეკომენდაციები შარდის 24-საათიანი ნიმუშის შეგროვების შესახებ:



შეგროვების პერიოდში რეკომენდებულია 1,5-2 ლ სითხის მიღება მთელი დღის განმავლობაში;
შესაგროვებლად უნდა გამოიყოს 2-3 ლ. კონტეინერი მჭიდრო თავსახურით, რომელიც ნიმუშის შეგროვების პერიოდში უნდა დაიდგას გრილ და ბნელ ადგილას;
გაღვიძების შემდეგ მიღებული დილის პირველი შარდი უნდა გადაიღვაროს;
შეგროვება იწყება მეორე გამოყოფის ნიმუშიდან წინასწარ გამზადებულ 2 ლ. კონტეინერში, რომელზეც უნდა გაკეთდეს შეგროვების დაწყების დროის მარკირება;
კონტეინერში ემატება ყოველი შემდეგი გამოყოფის შარდის სრული ულუფა მეორე დღის დილის პირველი ნიმუშის ჩათვლით და ნიმუშის შეგროვების პროცედურა მთავრდება;
კონტეინერზე უნდა გაკეთდეს შეგროვების პროცედურის დასრულების დროის მარკირება;
ნიმუში შეუფერხებლად უნდა მიეწოდოს ლაბორატორიას საანალიზოდ.

ნახველის შეგროვება

ნახველი –სასუნთქი გზების (ფილტვები, ბრონქები, ტრაქეა, ხორხი) პათოლოგიური გამონაყოფია. გამოიყოფა ხველების ან ამოხველების დროს და როგორც წესი მას ერევა ნერწყვი და ცხვირხახის ლორწო. ამიტომ, აუცილებელი და მნიშვნელოვანია მასალის შეგროვების წესების ცოდნა და მათი დაცვა.

ნახველის ნიმუში უმჯობესია შეგროვდეს დილით, საკვების მიღებამდე და წარდგენილი იქნას ლაბორატორიაში რაც შეიძლება სწრაფად!

ნახველის შეგროვების რეკომენდაციები:

სინჯის ამღები სთხოვს ავადმყოფს კარგად გაიხეხოს კბილები და გამოირეცხოს პირის ღრუ და ხახა ანადუღარი წყლით;

ვუხსნით ავადმყოფს, არ ამოახველოს კონტეინერში ნერწყვი ან ცხვირის გამონადენი;

ვიღებთ სინჯს ღრმა ამოხველების შემდეგ ჩასახრახნთავსახურიან სტერილურ ჭიქაში ან სხვა მოხერხებულ კონტეინერში;

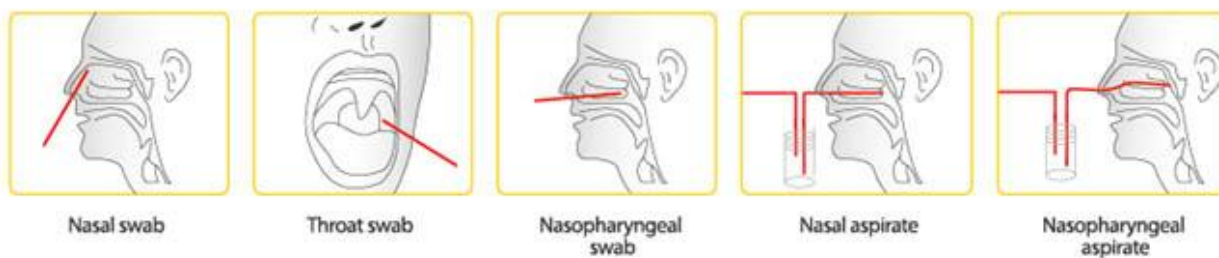
კონტეინერზე დატანილი უნდა იქნას პაციენტის საიდენტიფიკაციო მონაცემები (სახელი, გვარი, ასაკი) და მასალის შეგროვების დრო;



მასალა წარდგენილი უნდა იქნას ლაბორატორიაში ექიმის მიმართვასთან ერთად 2 საათის განმავლობაში, რადგან მისი ხანგრძლივი დგომა იწვევს ფლორის გამრავლებას და უჯრედული ელემენტების აუტოლიზს.

თუ მასალის ლაბორატორიაში წარდგენა გვიანდება, ის უნდა მოთავსდეს გრილ და ბნელ +(2-8)0C ადგილას ან მაცივარში 4 საათისა; ნახველის აღებამდე პირსა და ყელში წყალი გამოივლოს.

ვილებთ სინჯს ღრმა ამოხველების შემდეგ ჩასახრახნთავსახურიან სტერილურ ჭიქაში ან სხვა მოხერხებულ კონტეინერში.



ნახველის აღება

სინჯს ვილებთ ანტიმიკრობული თერაპიის დაწყებამდე, როცა ეს შესაძლებელია.

სინჯს ვილებთ ისე, რომ იგი არ დაბინძურდეს ადგილობრივი მიკროფლორით.

ვილებთ საკმარისი რაოდენობის სინჯს - არასაკმარისი ოდენობა შესაძლოა ცრუ უარყოფითი შედეგის მიზეზად იქცეს.

რეკომენდაციები ნახველის აღების დროს

თუ ჩასატარებელია ნახველის საერთო ანალიზი, საკმარისია ნახველის მხოლოდ ერთი ნიმუში;

თუ ჩასატარებელია ნახველის ციტოლოგიური გამოკვლევა ან ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის აღმოჩენის ანალიზი, საანალიზოდ საჭიროა ნახველის თითო ნიმუში სამი დღის განმავლობაში; ყოველი ნიმუში ლაბორატორიაში წარდგენილი უნდა იქნას მასალის შეგროვების დღეს.

თუ ამოხველებით ნახველის მიღება ვერ ხერხდება, საანალიზო მასალას იღებენ ბრონქოსკოპიით!

განავლის შეგროვება

განავალი სწორი ნაწლავის შიგთავსია, რომელიც მიიღება დეფეკაციით.



განავლის შეგროვების რეკომენდაციები:

მასალის შეგროვებამდე პაციენტმა უნდა ჩაიტაროს ჰიგიენური ტუალეტი;

მასალა გროვდება სპეციალურ ერთჯერად სტერილურ კონტეინერში ან სუფთა, მშრალ, ფართოყელიან მინის ან პლასტმასის ჭურჭელში;

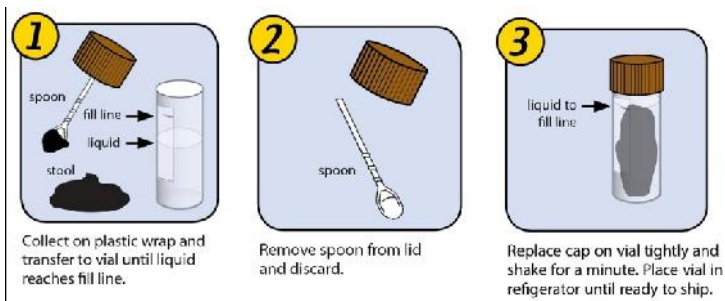
ჭურჭელი მოათავსოს სტერილურ, განიერ, გაუმტარ კონტეინერში, რომელსაც კარგად ეხურება სახურავი;

შეგროვების პროცესში მასალას არ უნდა შეერიოს შარდი, ამიტომ თუ საჭიროა, პაციენტმა წინასწარ უნდა დაცალოს შარდის ბუშტი;

კონტეინერში უნდა მოთავსდეს დეფეკაციით მიღებული მასის ნაწილი სხვადასხვა ადგილებიდან და დაეხუროს თავი;

კონტეინერს გარკვევით დააწეროს ავადმყოფის სახელი, გვარი, სინჯის ადების დრო და თარიღი.

განავლის ნიმუში ლაბორატორიაში წარდგენილი უნდა იქნას ექიმის მიმართვასთან ერთად, მასალის შეგროვებიდან 8-12 საათის განმავლობაში;



თუ ჩასატარებელია განავლის გამოკვლევა ფარულ სისხლდენაზე

გამოკვლევამდე 2-3 დღით ადრე პაციენტს ეკრძალება ხორცის, კვერცხის, თევზის, ხიზილალას, ღვიძლის, პომიდვრის, ვაშლის, მწვანე ბოსტნეულის, წიწიბურას ფაფის, ბროწეულის მიღება;

გამოკვლევამდე 2-3 დღით ადრე პაციენტს უნდა მოეხსნას რკინის პრეპარატები;

საანალიზოდ საჭიროა თითო ნიმუში დღეში 3 დღის განმავლობაში; ყოველი ნიმუში ლაბორატორიაში წარდგენილი უნდა იქნას მასალის შეგროვების დღეს.

განავლის შეგროვება არარეკომენდებულია:

ასანთის კოლოფში, ქაღალდში, და სხვა მოუხერხებელ ჭურჭელში;



გამწმენდი ოყნის შემდეგ;

იმ მედიკამენტების მიღების შემდეგ, რომლებიც მოქმედებენ პერისტალტიკაზე (მაგ. ბელადონა, პილოკარპინი და ა.შ.) და განავლის ფერზე (რკინის, ბარიუმის, ბისმუტის პრეპარატები);

საფლარათო საშუალებების მიღების შემდეგ;

რექტალური სანთლების შეყვანის ან აბუსალათინის ზეთის მიღების შემდეგ;

იმ საკვები პროდუქტების მიღების შემდეგ, რომლებიც მოქმედებენ განავლის ფერზე.

ვენური სისხლის აღება

სისხლის აღება ვენიდან ხორციელდება შემდეგი საშუალებებით

1) ნემსით, როცა ვენაპუნქციის შემდეგ სისხლი თვითდინებით ჩაედინება წინასწარ გამზადებულ სინჯარაში;

2) შპრიცით, როცა ვენაპუნქციის შემდეგ სისხლის აღება ხდება შპრიცში, დგუმის საშუალებით. ჰემოლიზის თავიდან აცილების მიზნით, შპრიცს შემდეგ ეხსნება ნემსი და სისხლის გადატანა ხდება წინასწარ გამზადებულ სინჯარაში ფრთხილად, ისე რომ სისხლი ჩაყვეს სინჯარის კედელს;

3) ვაკუუმური სისტემით, როცა ვენაპუნქციის შემდეგ სინჯარაში არსებული ვაკუუმის გამო სისხლი სწრაფად გროვდება პირდაპირ სინჯარაში.





პროცედურის მსვლელობა

შეარჩიეთ ვენური სისხლის აღების მეთოდი და გაამზადეთ მეთოდით გათვალისწინებული საჭირო მასალები;

შეარჩიეთ პუნქციის ადგილი და მოახდინეთ მისი გაწმენდა სპირტიანი ტამპონით;

დაადეთ ლახტი პუნქციისათვის შერჩეული ადგილიდან 10 სმ-ით ზემოთ;

გააკეთეთ პუნქცია. ნემსის დახრის კუთხე უნდა შეადგენდეს 15 °C-ს;

მოხსენით ლახტი;

შეაგროვეთ სისხლი შერჩეული მეთოდით;

გააკეთეთ სინჯარებზე პაციენტის საიდენტიფიკაციო მონაცემების მარკირება;

წარადგინეთ მასალა ლაბორატორიაში არაუგვიანეს 30 წუთისა.

რეკომენდაცია

პროცედურის დაწყებამდე პაციენტი უნდა იჯდეს მოსვენებულ მდგომარეობაში რამდენიმე წუთის განმავლობაში;

პროცედურის მსვლელობისას პაციენტი უნდა იჯდეს, მისი ხელი უნდა იყოს დახრილ მდგომარეობაში (45° C ჰორიზონტალური ზედაპირიდან, ანუ ლაბორანტის სამუშაო მაგიდიდან). თუ პაციენტი მწოლიარეა, მისი ხელი პროცედურის დროს უნდა იყოს ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში;

ვენური ლახტის ზეწოლის ხანგრძლივობა არ უნდა აღემატებოდეს 1 წუთს;



პირის ღრუს ნაცხის აღება

პროცედურა უნდა დაიწყოს გამოხდილი ან ანადულარი წყლით, პირის ღრუს სათანადო გამორეცხვის შემდეგ;

სინათლე უნდა მოდიოდეს სინჯის ამღების მხრებიდან და ეცემოდეს ავადმყოფის პირის ღრუს.

მასალის აღება უნდა მოხდეს სტერილურ ერთჯერად სინჯარაში მოთავსებული ბამბის აპლიკატორით. ნაცხის აღების შემდეგ, ეს ბამბა ისევ უნდა მოთავსდეს სინჯარაში, დაეხუროს თავი, გაუკეთდეს პაციენტის საიდენტიფიკაციო მონაცემების მარკირება და ასეთი სახით უნდა გაიგზავნოს ლაბორატორიაში;

თუ ლაბორატორიაში სინჯის დაუყოვნებლივი გაგზავნა არ ხერხდება, ის შენახულ უნდა იქნეს სატრანსპორტო კონტეინერში ოთახის ტემპერატურაზე

მასალის აღება რეკომენდებულია ასევე ერთჯერადი შპადელით; ასეთ შემთხვევაში აღებული მასალა უნდა გაიშალოს სასაგნე მინაზე ნაცხის სახით, კარგად უნდა გაშრეს, გაუკეთდეს მარკირება და გაიგზავნოს ლაბორატორიაში;

მასალის აღება უნდა მოხდეს იმ კონკრეტული უბანიდან, რომელიც მითითებულია ექიმის დანიშნულებაში (ღრძილები, ენის ზედაპირი, ლოყის ლორწოვანი, ხახა და სხვ.).

სისხლის აღება კაპილარიდან

გლუკომეტრი წარმოადგენს სისხლში გლუკოზის განმსაზღვრელ, ინდივიდუალური მოხმარების აპარატს. ყველა გლუკომეტრის გამოყენების პრინციპი ერთნაირია, თუმცა სხვადასხვა მწარმოებლიდან გამომდინარე განსხვავებულია ოპერატორული მომსახურების წესები.



საანალიზო მასალას წარმოადგენს კაპილარული სისხლი, რომელშიც ტესტ-ჩხირების გამოყენებით ხდება გლუკოზის კონცენტრაციის განსაზღვრა

კაპილარული სისხლის აღების პროცედურა:

თითის უკიდურესი რბილი ნაწილი დაამუშავეთ სპირტიანი ბამბით და გაამშრალეთ მშრალი ბამბის ტამპონით;

ერთჯერადი სკარიფიკატორით გააკეთეთ ნაჩხვლეტი, სისხლის პირველი წვეთი მოწმინდეთ;

სისხლის მეორე წვეთი დაიტანეთ აპარატში წინასწარ გამზადებულ ტესტ-ჩხირზე;

დაელოდეთ საბოლოო პასუხს. გაზომვის პროცედურა საშუალოდ დაახლოებით 30-60 წამს გრძელდება.



გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტი:

გლუკოზისადმი ტოლერანტობის ტესტის ჩასატარებლად პაციენტი უნდა მომზადდეს სპეციალურად:

სამი დღის განმავლობაში პაციენტმა უნდა დაიცვას ექიმის მიერ რეკომენდებული დიეტა, დაახლოებით 150-200 გრ. ნახშირწყლები (დღეში);

ყველა მედიკამენტი, რომელმაც შეიძლება იმოქმედოს ტესტის შედეგზე, უნდა მოიხსნას ტესტის ჩატარებამდე 3 დღით ადრე, თუ ეს სარისკო არ იქნება პაციენტისთვის.



ტესტი უნდა ჩატარდეს დილით უზმოზე 12-14 საათიანი შიმშილის შემდეგ;

სისხლის პირველი ნიმუშის (უზმოზე აღებული) აღების შემდეგ პაციენტმა უნდა მიიღოს 75 გრ. გლუკოზა, გახსნილ 200 მლ. წყალში (ბავშვებში: 1,5 გრ. გლუკოზა სხეულის 1,0 კგ-ზე);

სისხლის მეორე და მესამე ნიმუშების აღება უნდა მოხდეს გლუკოზის მიღებიდან შესაბამისად 60 წუთში და 120 წუთში.

კითხვები გამეორებისათვის

1. ჩამოთვალეთ მედიკამენტის შეყვანის გზები
2. რატომ არ შეიძლება ამპულირებული ფორმის მედიკამენტის პერორალურად მიღება?
3. რას ნიშნავს მედიკამენტების საინჰალაციო ფორმა?
4. რა განსხვავებაა ენტერალურად და პარენტერალურად მიღებულ მედიკამენტებს შორია?
5. რატომ არის მედიკამენტის შეყვანის ინტრავენური გზა საშიშ?
6. ინსულინის ინექცია სად კეთდება?
7. ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის ნორმების დაცვის გათვალისწინებით როგორი პროცედურაა შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია?
8. ჩამოთვალეთ ძირითადი განსხვავება მამაკაცის და ქალის შარდის ბუშტის კათეტერიზაციის ჩადგმის დროს?
9. როგორი პროცედურაა ნაზოგასტრული



ინტუბაცია?

10. ჩამოთვალეთ რა გართულებები შეიძლება მოყვეს

ნაზოგასტრულ ინტუბაციას?

11. ჩამოთვალეთ ოყნის ტიპები

12. როგორ ვახორციელებთ ნახველის აღებას?

13. რა არის ზიმნიცკის ტესტი?

14. ეკვ მილებს როგორ ვუვლით გამოყენების შემდეგ?

15. შარდის ბუშტის კათეტერის ჩადგმის შემდეგ რითი ვბერავთ ბუშტს?

16. ჩამოთვალეთ ის გართულებები რომელიც შესაძლოა განვითარდეს ტრაქეის სანაცის დროს

17. რამდენი წმ განმავლობაში ვაყოვნებთ ლახტს ხელზე როდესაც სისხლის ლაბორატორიული ნიმუშის აღების დროს

18. ჩამოთვალეთ შარდის ბუშტის კათეტერიზაციის ჩვენება

19. ჩამოთვალეთ ნაზოგასტრული ინტუბაციის უკუჩვენება

20. რა პროცედურაა სხივის არტერიის პუნქცია და როდის ვიყენებთ?

