

ბ. ბეზიაშვილი დ. ბ. ნანიშვილი

---

ფსიქიკრის  
სამკურნალო  
ცენტრები



გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“  
თბილისი — 1970

Г. Ф. Бегнашвили, Б. Р. Нанейшвили. **Лечебный справочник психиатра.** Издательство «Сабхота Сакартвелио», Тбилиси, 1970 год.

В книге приводятся основные сведения относительно современных методов лечения психоневрических заболеваний. В первой части кратко описываются основные клинические формы заболеваний и дается подробное изложение всех видов дифференцированной терапии. Во второй части в алфавитном порядке представлены исчерпывающие сведения касательно лечебных мероприятий и средств, применяемых в психиатрии, а именно: активные биологические методы терапии, психофармакологические и некоторые другие лекарственные препараты (с соответствующей рецептурой), психотерапия, трудотерапия, принудительное лечение, вопросы психогигиены и психопрофилактики и т. д.

Справочник предназначен для врачей психиатров, невропатологов и других специалистов.

## წილის იტვივობა

პროფესორ ბ. ნაწიშვილისა და უფროსი მეცნიერი თანამშრომელის გ. ბეგიაშვილის წიგნში თავმოყრილი, დაქუშავებული და სისტემატიზებულია უკანასკნელ წლებში დაგროვილი მრავალრიცხოვანი ცნობები ფსიქოზთა მკურნალობის შესახებ. ფსიქიატრია განთავისუფლდა ერთგვარი თერაპიული ნიჭილიზმისაგან და დღეს მის განკარგულებაშია ფსიქონერვეულ დაავადებებზე მოქმედი მძლავრი სამკურნალო საშუალებები. ამ მხრივ პირველ რიგში უნდა აღინიშნოს აქტიური ბიოლოგიური და ფსიქოფარმაკოლოგიური მეთოდები. იმედის მოქცევა შედეგებს იძლევა კომბინირებული მკურნალობა. როდესაც აქტიურ ბიოლოგიურ მეთოდებთან ერთად ეყენებთ ფსიქოტროპულ პრეპარატებს. ხანგასმით უნდა აღინიშნოს აგრეთვე, რომ ფსიქიკურ ავადმყოფთა მკურნალობა არ შემოიფარგლება მხოლოდ მედიკამენტურ საშუალებებით; ფსიქიატრია, მედიცინის სხვა დარგებისაგან განსხვავებით, ფართოდ მიმართავს სოციალური, საზოგადოებრივი და სამედიცინო ხასიათის ორგანიზაციულ ღონისძიებებს: მუშრვეობას და იძულებით მკურნალობას, პატრონაჟს და დიპანსერიზაციას, ფსიქოთერაპიას და შრომათერაპიას, უსრქოპიგიენას და ფსიქოპროფილაქტიკას. ყოველივე ამის გამო ექიმ-ფსიქიატრის წინაშე დღეს დგება სრულიად სხვადასხვა

ხასიათის საკითხები, რომელთა მართებულად გადაწყვეტა მისი არამართო საპასუხისმგებლო, არამედ საპატიო მოვალეობაა. ამ მნიშვნელოვანი და რთული ამოცანების სწორ გადაწყვეტაში მას უსათუოდ დიდ დახმარებას გაუწევს ავტორების მიერ საქმის ღრმა ცოდნით დაწერილი სამკურნალო ცნობარი.

წიგნი შედგება ორი ნაწილისაგან: პირველ ნაწილში მოცემულია ფსიქიკურ დაავადებათა მკურნალობა ფორმებისა და სინდრომების მიხედვით. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ყოველი ცალკეული დაავადების განხილვისას დასაწყისში მოკლედ მოყვანილია კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური ხასიათის ცნობები, რაც მკითხველს უადვილებს დიფერენცირებული თერაპიის ძირითად პრინციპებში გარკვევას; მეორე ნაწილში მოცემულია ცნობები ყველა იმ პრეპარატის, თერაპიული საშუალებისა და სამკურნალო ღონისძიების შესახებ, რომელსაც დღეს იყენებენ ფსიქიატრიაში.

ამგვარი ცნობარების გამოცემას დიდი მნიშვნელობა აქვს თეორიული და კლინიკური მედიცინის მიღწევების პრაქტიკაში დანერგვისათვის. იგი ეხმარება პრაქტიკულად მომუშავე ექიმს გამოიყენოს ყოველივე ახალი, რაც მოპოვებულია კლინიკასა და ლაბორატორიაში.

ფსიქიატრის სამკურნალო ცნობარის გამოცემა პირველი მისასაღწმებელი ცდაა ამ მიმართულებით. წიგნი განსაკუთრებით საჭიროა და დიდ დახმარებას გაუწევს ექიმ-ფსიქონევროლოგებს. ამავე ღროს იგი სასარგებლო იქნება ექიმთა ფართო საზოგადოებისათვის.

აკადემიკოსი ავლიპი ზურაბაშვილი



# შინიქონიერ დაავადებათა მედიცინა

## შინიქონიერება

შინიქონიერება მნიშვნელოვან როლს ასრულებს მინერალური და ვიტამინური ნივთიერებების მიწოდებაში, რომელიც ძირითადად ხასიათდება პირიქების თავისებური ფსიქოპათოლოგიური პროცესებით.

შინიქონიერების ეტიოლოგია ძირითადი როლი აქვს. ბოლო ხანებში სულ უფრო და უფრო მეტ გავრცელებას პოულობს აუტონტოქსიკაციური და გენეტიკური თეორიები. აუტონტოქსიკაციური კონცეფციის დასაბუთებლად მიუთითებს ცენტრალური ხერხეული სისტემის პათოლოგოანატომიური ცვლილებების ხასიათი და ავრთვე კლინიკურ-ლაბორატორიული და ექსპერიმენტულ-ლაბორატორიული გამოკვლევების შედეგები.

შინიქონიერების პროცესის პათოგენეზურ მექანიზმში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რგოლია ი. პავლოვის და მისი მოწაფეების მიერ დადგენილი ფაქტი იმის შესახებ, რომ აღნიშნული დაავადების დროს თავის ცენტრში კარბობს შეკავებითი პროცესები. ა. ზურაბაშვილის გამოკვლევების თანახმად, შინიქონიერული ტოქსიკოზი იწვევს არსებულ სინაქსო-ტროპულ მოქმედებას.

შინიქონიერების კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიური გამოვლენების მეთოდურ ძრავალფეროვნება. მაგრამ აქ ძირითადი და წამყვანი მნიშვნელობა ენიჭება ავრთვებისა და ავრთვურ-ნებითი სფეროს აშლას. ამევე დროს შინიქონიერების დიაგნოსტიკაში მთავარია არა ცალკეული სიმპტომი, არამედ კლინიკური სურათის მთლიანობა.

შიზოფრენია უმთავრესად ახალგაზრდა ასაკის დაავადებაა, თუმცა შესაძლებელია იგი დაიწყოს ბავშვთა ასაკში ან ხანდაზმულ პერიოდში. ბრინჯინია უმთავრესად იწყება თანდათანობით. შემპარავად ან ქვემწვანემ.

მიუხედავად შიზოფრენიის ფსიქოპათოლოგიური სიმპტომების და კლინიკური მიმდინარეობის მრავალფეროვნებისა, შესაძლებელი ხდება ამ დაავადების რამდენიმე ძირითადი, ტიპური ფორმის გამოყოფა. თანამდროულად ზოგიერთი კლასიფიკაციისა. არჩევენ ოთხ ფორმას: მარტივი ფორმა, ქებეფრენია, კატატონია და ბოღვითი ფორმა.

შიზოფრენიის მარტივი ფორმა მიმდინარეობს დუნედ. დადებითი ფსიქოპათოლოგიური ნიშნები წარმოდგენილია სუსტად და ამავე დროს საკმაოდ სწრაფად ვითარდება ე. წ. დეფექტური სიმპტომები: განუჩივლობა, აქტიურობა, აქტიური ინტერესების დაკარგვა, ინტელექტუალური გაღარიბება, ფსიქიკური აქტიურობის დაქვეითება და ა. შ. შესაძლებელია ცალკეულ შემთხვევებში ადგილი ჰქონდეს ეპიზოდურ პალუცინაციებს და შემთხვევით ბოღვით პროდუქციებს. შიზოფრენიის უბრალო ფორმა უმთავრესად მიმდინარეობს უწყვეტლევ და ამ დროს რემისია მუდამ იშვიათია.

ქებეფრენიული ფორმა უმთავრესად იწყება სქესობრივი მოზნობის პერიოდში (16-18 წლ.) და ხასიათდება თავისებური აგზნებით (მანერულობა, „სიცელქე“). ეპიზოდური აგზნებები ზოგჯერ იცვლება პალუცინაციურ-პარანოიდული ან კატატონიური გამოვლინებებით. შიზოფრენიის დროის დამახასიათებელი ქვესუსტობა ამ ფორმის დროს ვითარდება საკმაოდ სწრაფად. თერაპიული რემისია არ არის ყოველთვის მყარი და ხანგრძლივი.

კატატონიური ფორმა ზოგჯერ იწყება მწვავედ: აღინიშნება აგზნებები, რეპულსურობა, სტუპორი, აგრესიული და სტერეოტიპული მოქმედებები, ნეგატივიზმი. კატალეფსია და ა. შ. არაიშვიათად ადგილი აქვს ონეოროიდს.

სხვა შემთხვევებში კატატონიური ფორმის დასაწყისი შესაძლებელია თანდათანობით იყოს; აღინიშნება მოღუწება, შეკავება, რომელიც შედეგში შეიძლება შეიცვალოს ნეგატიური სტუპორით.

პირველ შემთხვევაში პროვოზი უფრო კეთილთვისებიანია; ხშირად

ძყარი და ხანგრძლივი რემისიები. კატატონური ფორმის მეორე ვარიანტი ხასიათდება ქრონიკული მიმდინარეობით და რემისიებიც იშვიათია („ლუცადური კატატონია“).

შიზოფრენიის პარანოიდული ფორმა თავისი დასაწყისით და კლინიკური გამოვლინებებით განსაკუთრებულად მრავალფეროვანია. მაგრამ ძირითადი და დამახასიათებელი აღნიშნული ფორმის დროს არის ბოდვითი აზრები და ინტელექტუალური სფეროს გაღარიბების შედარებით წელი ტემპი.

დაავადება იწყება მოგვიანებულ ასაკში. ბოდვები თავისი შინაარსით ძირითადად წარმოდგენილია მოწამვლის, ზემოქმედების, დამოკიდებულებით. ასსნა-განმარტების. დევნის აზრებით.

ესორია სმენითი, გემოვნების. უნაესის და ტაქტილური პალუცინაციები. პალუცინაციები ზოგჯერ გამოხატულია იმდენად უბნად, რომ შესაძლებელია ვილაპარაკოთ პალუცინაციურ-პარანოიდულ ვარიანტზე. არაიშვიათია აგრეთვე ვერბალური ილუზიები, ფსიქიკური ავტომატიზმები (კლერამბო-კანდინსკის სინდრომი). დეპერსონალიზაციისა და დერეალიზაციის მოვლენები.

შიზოფრენიის დროს ბოდვითი იდეები შესაძლებელია ატარებდეს სისტემატურ ხასიათს. ხოლო ე. წ. „ფსიქიკური გახლეჩილობა“ („ინტრაფსიქიკური ატაქსია“) და ემოციური გაღარიბება არ იყოს მკვეთრად წარმოდგენილი. ასეთ შემთხვევებს განიილავენ როგორც პარაფრენიას.

პარაფრენია მიმდინარეობს ხანგრძლივად, ზოგჯერ შეჩერებებით (ე. წ. სტაციონარული მდგომარეობანი): შიზოფრენიისათვის დამახასიათებელი კუთხასტობა ვითარდება მოგვიანებით.

გარდა შიზოფრენიის ოთხი ძირითადი ფორმისა, გამოყოფენ აგრეთვე რემისიულ, ცირკულარულ, იპოქონდრიულ და ნევროზისმაგვარ ფორმებს. შიზოფრენია ზოგჯერ უვითარდება გონებრივად ჩამორჩენილ პირებს (ოლიგოფრენებს), ასეთ შემთხვევებს უწოდებენ პროფშიზოფრენიას.

რიგი ავტორებისა შიზოფრენიის კლასიფიკაციას საფუძვლად უდებს მიმდინარეობის პრინციპს და არჩევს უწყვეტად. პერიოდულად და შუბისმაგვარად მიმდინარე შიზოფრენიას.

შიზოფრენია ბავშვებში ხასიათდება რიგი თავისებურებებით: პროცესი

მიმდინარეობს დუნედ, აქტივობის დაქვეითებით; ჰარბობს მოტორულა აშლილობანი (მოძრაობათა გაღარბება, ზოგჯერ აგზნება, სტერეოტიპული მოქმედებანი). არაიშვიათია მხედველობის ქალუცინაციები, ბოდვიამავარი ფანტაზიები, შიშები, აკვიატებული აზრები. ბავშვთა ასაკში შიზოფრენიას უმთავრესად ახასიათებს ორგვარი მიმდინარეობა. პირველ შემთხვევაში ადგილი აქვს ბავშვის განვითარების შეჩერებას. ხოლო მიმდინარეობის მეორე ფორმის დროს, ბავშვის ზრდასთან ერთად, ავადმყოფური სიმპტომები უფრო და უფრო ემსგავსება ჩვეულებრივ შიზოფრენიას. ბავშვთა ასაკში განვითარებული კატატონიური აშლილობანი პროგნოზულად მძიმეა.

შიზოფრენიის მკურნალობისათვის გამოიყენება რიგი აქტიური ბიოლოგიური თერაპიული მეთოდები და ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებანი, რომელთა ხმარება მოითხოვს სათანადო დიფერენცირებას დაავადების ფორმებისა და მიმდინარეობის მიხედვით.

შიზოფრენიის მარტივი ფორმის მკურნალობისათვის აგზნების, ზოგადი მოუსვენრობის მოხსნის მიზნით დასაწყისში იხმარება ამინაზინი (400—600 მილიგრამამდე დღეულად). სათანადო მომზადების შემდეგ ტარდება ინსულინოთერაპია (25—30 ჰიპოგლიკემიური შოკი). ინსულინოთერაპიის დამთავრების შემდეგ ავადმყოფს კვლავ ეძლევა ამინაზინი, როგორც განმამტკიცებელი საშუალება. ამინაზინის დოზა ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია ავადმყოფის საერთო მდგომარეობაზე და რემისიის ხასიათზე. აღნიშნული კომბინირებული სქემით მკურნალობას ა. ზურაბაშვილი აღნიშნავს: ა—ი—ა (ამინაზინი — ინსულინი — ამინაზინი). ინსულინოთერაპიის პერიოდშიაც შესაძლებელია ავადმყოფს დღის მეორე ნახევარში ეძლეოდეს ამინაზინი ან სხვა ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალება: ტრიფტაზინი, მაეპტილი, ტი-

ზერცინი, ფრენოლონი. გამოხატული დეპრესიული მდგომარეობის შექმნევაში მიზანშეწონილია მკურნალობა ანტიდეპრესანტებით (მელიპრამინი, იპრაზიდი, ტრანსამინი, ტოფრანილი).

მებეფრენიული ფორმის დროს მკურნალობა ტარდება ამინაზინით, ტრიფტაზინით, მაექპტილით, ფრენოლონით. მიწანშეწონილია აგრეთვე ინსულინოთერაპია.

კატატონიური ფორმის დროს, აგზნებისა და წარმატებით იხმარება ამინაზინოთერაპია, ხოლო ონეიროიდულ-კატატონიური სინდრომის შემთხვევაში ხაზგეხებულია მკურნალობა ინსულინით, ტიზერცინით. ხშირად კატატონიური სინდრომის დროს ეფექტურია ფრენოლონი, მაექპტილი. აგრეთვე კრუნჩხვითი თერაპია (ელექტროშოკი, კორდიაზოლი, ქაფური).

ბოღვითი ფორმის დროს ნაჩვენებია ინსულინოთერაპია ფსიქოფარმაკოლოგიურ საშუალებებთან კომბინაციაში. პროგრედენტულად მიმდინარე პარანოიდული ფორმის მკურნალობისათვის იხმარება ტრიფტაზინი, ჰალოპერიდოლი და ფრენოლონი. ჰალუცინაციებისა და დეპრესიის არსებობის შემთხვევებში მიღებულია ეტაპერაზინი. ტრიპტოზოლი.

ინსულინოთერაპია სხვადასხვა ფსიქოფარმაკოლოგიურ საშუალებებთან კომბინაციაში წარმატებით იხმარება აგრეთვე შერეული, ატიპიური, გარდამავალი და სხვა ფორმების დროსაც.

ბავშვთა შიზოფრენიის დროს მხედველობაში უნდა იყოს მიღებული მოზარდი ორგანიზმის ბიოლოგიური თავისებურებანი და ამიტომ მკურნალობა განსაკუთრებულად ინდივიდუალურია.

შიზოფრენიის მკურნალობის არსებული მეთოდები არ

გამორიცხავს ე. წ. სიმპტომურ მკურნალობას. აგზნების დროს აუცილებელია განსაკუთრებული ყურადღება და ზედამხედველობა. საქირო შემთხვევებში ინიშნება საგულე საშუალებანი (კოფეინი, კორდიამინი). ფსიქოტროპული პრეპარატებიდან აგზნების დროს წარმატებით გამოიყენება ამინაზინი (უმჯობესია ინექციებით), ჰალოპერიდოლი. ფართოდ ინიშნება თბილი აბაზანები. ხანგრძლივ აგზნებებს ხშირად თან სდევს კვების დაქვეითება, განლევა. ამ დროს ნაჩვენებია ზელოვნური კვება, საერთო გამამაგრებელი საშუალებანი, ფიზიოლოგიური ხსნარის სისტემატური შეყვანა კუნთებში, ინსულინის მცირე დოზები, გლუკოზა და ვიტამინები. დადებითი თერაპიული ეფექტის მიღების შემდეგაც ავადმყოფს ესაჭიროება განმამტკიცებელი მკურნალობა, სათანადო საყოფაცხოვრებო და შრომის პირობები და საექიმო მეთვალყურეობა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში (დისპანსერიზაცია და პატრონაჟი).

განმამტკიცებელი თერაპია ძირითადად ტარდება იმ ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებებით, რომლითაც მიღწეულია თერაპიული შედეგი.

ავადმყოფისათვის სათანადო პირობები გულისხმობს დაკვირვით და დამზოგავი რეჟიმის შექმნას. შრომითი საქმიანობის აღდგენა ხდება თანდათან, შეჩვევით; საქიროებისას მძიმე და დამქანცველი საშუალო უნდა შეიცვალოს უფრო იოლი საქმიანობით. განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა დღის რეჟიმს და ძილის მოწესრიგებას. კატეგორიულად იკრძალება ალკოჰოლური სასმელები. რემისიის პერიოდში დიდი ყურადღება ეთმობა ექიმის ფსიქოთერაპიულ საუბრებს.

იმ შემთხვევაში, როდესაც რემისია არ არის სრული და

ადგილი აქვს გარკვეულ დეფექტს, საკომპენსაციო მექანიზმების შემუშავებისათვის განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება შრომათერაპიას. შრომათერაპია ფართოდ გამოიყენება აგრეთვე შიზოფრენიის ქრონიკული მიმდინარეობის დროს.

ხანგრძლივად მიმდინარე ავთვისებიანი პროგრენდიეტული შიზოფრენიის დროს ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებები (ტრიფტაზინი, მაჟებტილი) ავადმყოფებს ეძლევათ თვეების და წლების მანძილზე. ამ დროს საჭიროა პრეპარატების შენაცვლება.

## მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზი (სინონიმები: ციკლარული ფსიქოზი, ციკლოფრენია) ხასიათდება მანიაკალური და დეპრესიული ფაზების არსებობით და მათ შორის ე. წ. ნათელი (კლინიკურად ჩანბრთელი) პერიოდებით.

აღსანიშნავია, რომ ციკლოფრენიით ქალები უფრო ხშირად ავადდებიან. ვიდრე მამაკაცები. დაავადების პირველი შეტევა უფრო ხშირად ეხედება 20-30 წლის ასაკში. ბავშვებში ციკლოფრენია მეტად იშვიათია. მოხუცებულობის პერიოდში ციკლოფრენია მიმდინარეობს ხანგრძლივად და მძიმედ.

მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის წარმოშობაში გარკვეულ როლს ანიჭებენ მემკვიდრეობით ფაქტორს. პათოგენეზურ მექანიზმებში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია დიენცეფალურ-ჰიპოფიზური სისტემის პათოლოგიას.

დეპრესიული ფაზა, ანუ მელანქოლია, ხასიათდება გუნებ-განწყობის დაქვეითებით. ასოციაციურ პროცესთა მიმდინარეობის შენელებით, ნებოთი სფეროს შეკავებით. განსაკუთრებულად დამწუხრებულ, დაბოლჰიანებულ და სედიან გუნებ-განწყობას თან ახლავს უსიამოვნო სომატიური შეგრძნებები. განსაკუთრებით გულის არეში. ავადმყოფთა გარეგნობა გამოხატავს მათ დაქვეითებულ გუნებ-განწყობას — მიმიკა და პოზა გა-

მოსაბავს მწუხარებას; ხშირია ცრემლიანობა; მოძრაობა — შეუხლებული. დუნე; მეტყველება — ნელი, მოდულაციის გარეშე, ხშირად ჩურჩულით. განსაკუთრებულ ყურადღებას იქცევს დეპრესიული გუნეც-განწყობილი განპირობებული მიდრეკილება თვითმკვლელობისადმი, რომელიც მეტად საშიშოა ე. წ. მელანქოლიური რაპტუსის დროს.

ადგილი აქვს დეპრესიული ტონის ბოდვით აზრებს: თვითბრალდების, ცოდვიანობის და ნიპილისტურს. არაიშვიათად გვხვდება აკვიატებანი. დეპრესონალოზაცია, იპოქონდრიული გამოთქმები და აღქმის გაუკუღმართება.

ფიზიკური სიმპტომებიდან აღსანიშნავია ტემპერატურის დაქვეითება. უნადობა, დაკლება წონაში, კანის ტურგორის დაქვეითება, თმის ცვენა და ზოგჯერ ნაადრევი გაჭაღარაფება. სისხლის წნევა ზოგჯერ მომატებულია, გულის ცემა აჩქარებული, მაჭა სუსტი ავსების, კიდურები ცივი და ციანოზური. შარდის დღე-ღამის რაოდენობა კლებულობს. კრძალვები იქარობს გუგების გაფარაოება, ყაბზობა, ენის სიმშრალე.

მანიაკალურ ფაზას ახასიათებს გუნეც-განწყობის მკვეთრი აწევა. ასოციაციურ პროცესთა აჩქარება. ნებიითი იმპულსების გაადვილება. მოტყველებითი და მოტორული ავზნება. ჩვეულებრივ მანიაკალური ფაზა მიმდინარეობს ნათელი ცნობიერების ფონზე. მხოლოდ განსაკუთრებულად მძიმე შემთხვევაში, ძლიერი ავზნების გამო ავადმყოფი კარგავს ორიენტაციის უნარს გარემოში და საკუთარ თავში („აბნეული მანია“).

გუნეც-განწყობის აწევის გამო ხშირად ავადმყოფები ახდენენ თავი პიროვნების და შესაძლებლობების გადაფასებას. ბოდვითი აზრები, ჩვეულებრივ, ატარებს ეპიზოდურ ხასიათს, მათი შინაარსი გაპირობებულია დომინირებული ადექტურა მდგომარეობით. მოკლებულია სისტემურობა.

ასოციაციების აჩქარებისა და შეხსიერების მოშლის გ. ზოგჯერ ვხვდებით კონფაბულაციებს („კონფაბულაციური მანია“).

ფიზიკური ნიშნებიდან აღსანიშნავია კვების დაქვეითება. დაკლება წონაში, უძილობა, მაჭისცენის აჩქარება, დიურეზის მომატება.

ციკლოფრენიის მიმდინარეობის დროს ზოგჯერ ადგილი აქვს ე. წ. შერეულ მდგომარეობებს, რომელთაგანაც აღსანიშნავია: დეპრესია ფსიქო-მოტორული ავზნებით და მანიაკალური ავზნება ფსიქო-მოტორული შეკავებით (მანიაკალური სტუპორი).



მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის მიმდინარეობაში ცალკეული ფაზები ცვლიან ერთმანეთს უშუალოდ ან ამა თუ იმ ხანგრძლივობის წათელი პერიოდის შემდეგ. ხშირად დაავადება წარმოდგენილია მხოლოდ ერთი რომელიმე ფაზით (დეპრესიული ან მანიაკალური). ფაზის ხანგრძლივობა სხვადასხვანაირია (1 თვიდან 1—2 წლამდე). ასევე შესაძლებელია მრავალჯვარი იყოს ფაზათა სიხშირე: ზოგიერთ შემთხვევაში მსგეული სიცოცხლის მანძილზე ადგილი აქვს ერთეულ შეტევებს. სხვა შემთხვევებში კი ათეულ და მეტ შეტევას.

ჩვეულებრივ მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის ფაზა მთავრდება ფსიქიკური გამოჯანმრთელებით და ნათელ პერიოდში (რომლის ხანგრძლივობა მეტად ვარიაბილურია — რამოდენიმე თვიდან ათეულ წლებამდე) დეფექტი ინტელექტურ სფეროში არ შეინიშნება. ზოგჯერ კი, ხშირად ხანგრძლივი შეტევების დროს, როდესაც ნათელი პერიოდები ხანმოკლეა, ადგილი აქვს ფსიქიკის შელახვას და პიროვნების გარკვეულ შეცვლას.

ციკლოფრენიის დროს სამკურნალო ტაქტიკას განსაზღვრავს ავადმყოფის მდგომარეობა; დეპრესიის დროს, როდესაც გუნებ-განწყობის დაქვეითებასთან ერთად ადგილი აქვს მოტორულ შეკავებას, საჭიროა ანტიდეპრესანტები: იმიზინი (მელიპრამინი, იმიპრამინი, ტოფრანილი), ტრიპტიზოლი, ხოლო მოტორული მოუსვენრობის შემთხვევებში (დეპრესია ფსიქომოტორული აგზნებით) ზემოჩამოთვლილ ანტიდეპრესანტებთან ერთად ნაჩვენებია მათი კომბინაცია ნეიროლეფსიურ საშუალებებთან, სახელდობრ, ამინაზინთან, ნოზინანთან, ტიზერცინთან.

უნდა გვახსოვდეს, რომ აქტირებული დეპრესიის დროს მხოლოდ ანტიდეპრესანტების ხმარებამ შესაძლებელია გააჩვენავოს მდგომარეობა, გააძლიეროს უიშები და ზოგადი მოუსვენრობა, ხოლო ფენოტიაზინის ჯგუფის პრეპარატების (ამინაზინი, ნოზინანი, ტიზერცინი) დიდი დოზებით მიცემა

ანტიდეპრესანტების გარეშე აძლიერებს დაბოლმიანებასა და მელანქოლიას.

ანტიდეპრესიული პრეპარატები ტრანსამინი. ნიაშიდი ან იპრაზიდი (მაოს ინჰიბიტორები) შესაძლებელია დაინიშნოს შაშინ. როდესაც ციკლოფრენიული დეპრესია არ არის დრო. ამავე დროს მაოს ჯგუფის პრეპარატების ხმარება მელიპრამინთან ერთდროულად ან უშუალოდ ამ უკანასკნელის შეწყვეტის შემდეგ უკუნაჩვენებია მოსალოდნელი მძიმე გართულების გამო. ამიტომ ტრანსამინი, ნიაშიდი ან იპრაზიდი შესაძლებელია დაენიშნოს ავადმყოფს მხოლოდ მას შემდეგ, რაც მელიპრამინის უკანასკნელი მიცემილი გაივლის არა ნაკლებ 2 კვირისა. ასევე საშიშია მაოს ინჰიბიტორების ხმარება ნეიროლეფსიურ საშუალებებთან და ბარბიტურატებთან ერთად. საჭიროა აგრეთვე კვების სათანადო რეჟიმის დაცვა (იკრძალება ლუდი, ყველი, ფორთოხალი).

დეპრესიული ავადმყოფები მოითხოვენ განსაკუთრებულ და მუდმივ მეთვალყურეობას სრულ გამოჯანმრთელებამდე. მათი მკურნალობა ყოველთვის უნდა ტარდებოდეს სტაციონარულ პირობებში. ზემოაღნიშნული მედიკამენტური თერაპიის გარდა მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა ავადმყოფის მოვლას, კვებას, საერთო ამბრორძინებელი საშუალებების და ვიტამინების მიცემას. დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს ფსიქოთერაპიულ საუბრებს. გამოჯანმრთელების შემდეგ, ხანგრძლივი დროის მანძილზე, ავადმყოფს უტარდება განმამტკიცებელი თერაპია ფსიქოთერაპეიკოლოგიური საშუალებებით.

მანიაკალური ფაზის მკურნალობა ტარდება ამინაზინით. სტელაზინით, ტიზერცინით, ჰალოპერიდოლით, ფენიბუტიით. დასაწყისში, აგზნების შეწყვეტის მიზნით, პრეპარატები უნდა.

ვისმართ ინექციების სახით, შემდეგ შესაძლებელია გადავადეთ ტაბლეტებზე. დიზების მომატება ხდება საკმაოდ სწრაფად. გამოკეთების შესაბამისად წარმოებს დოზების დაკლება თანდათანობით (რადგან უეცრად დაკლებას ზოგჯერ შესაძლებელია მოჰყვეს მდგომარეობის გამწვავება). გასმამტიკი, ბელი თერაპია ტარდება ხანგრძლივად, უმთავრესად იმავე პრეპარატით, რომლითაც მიღწეულ იქნა დადებითი შედეგი, შედარებით მცირე დოზებით. უნდა გვახსოვდეს, რომ ამინოზინით და სტელაზინით მკურნალობა საჭიროა სიფრთხილით, რადგან ზოგჯერ მათ შეუძლიათ გამოიწვიონ დეპრესიული მდგომარეობა. ასეთ შემთხვევებში უფრო მიზანშეწონილია ტიზერცინი ან ჰალოპერიდოლი.

იმ შემთხვევებში, როდესაც მანიაკალური ან დეპრესიული ფაზა არ არის მკვეთრად გამოხატული და მოკლებულია სიღრმეს (ციკლოთიმია), სათანადო პრეპარატების ძიებმა წარმოებს ნაკლები დოზებით. შესაძლებელია ვიხმართ აგრეთვე ანდექსინი და ელენიუმი.

ღიდ უურადლებას მოითხოვს ციკლოფრენის პროფილაქტიკა. სადაც ძირითადია საყოფაცხოვრებო პირობებისა და დღის რეჟიმის მოწესრიგება, სათანადო კვება, ალკოჰოლური სასმელების სრული აღკვეთა. თავიდან უნდა იყოს აცილებული ემოციური გადაძაბვა, ძილის რიტმის დარღვევა.

საჭიროა გვახსოვდეს, რომ შედარებით ხშირად ციკლოფრენის ფაზების (დეპრესიულის ან მანიაკალურის) განვითარებას ადგილი აქვს გაზაფხულისა და შემოდგომის პერიოდში. მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზით შეპყრობილი ავადმყოფები განსაკუთრებულ მეთვალყურეობას საჭიროებენ აგრეთვე კლიმაქსისა და ინვოლუციის დროს.

## ეპილეფსია

ეპილეფსია (ბნედა. ავი ზნე, morbus sacer) წარმოადგენს მძიმე და საკმაოდ გავრცელებულ დაავადებას. მისი კლინიკური გამოვლინება მეტად მრავალფეროვანია, მაგრამ ძირითადად ამ დროს ადგილი აქვს კრუნჩხვით გულყრებს ცნობიერების დაკარგვით, ზოგჯერ კი ცნობიერების ხანმოკლე გამოთიშვას (ე. წ. მცირე გულყრა). გარკვეულ შემთხვევებში დაავადება ვლინდება ფსიქოზური შეტევების სახით („ფსიქიკური ექვივალენტები“).

ეპილეფსიას ახასიათებს ქრონიკული მიმდინარეობა, არაინფიართად, პიროვნების ქარაქტეროლოგიური ცვლილებები და ინტელექტურ შესაძლებლობათა დაქვეითება.

ეპილეფსიის, როგორც ცალკე ნოზოლოგიური ერთეულის (გენუინური, ანუ ესენციალური, ანუ იდიოპათიური ეპილეფსია), ეტიოლოგია ჯერ კიდევ საბოლოოდ დადგენილი არ არის. მნიშვნელოვანი როლი ეკუთვნის პრენატალურ და პოსტნატალურ ტრავმებს, ბავშვთა ინფექციებს, ინტოქსიკაციებს და ა. შ. პათოგენეზურ მექანიზმებში დიდი ადგილი უკავია ცილოვანი, მარილოვანი და წყლის ცვლის მოშლას. ქრონიკულად მიმდინარე ეპილეფსიის დროს თავის ტვინში ნახულია საკმაოდ მკვეთრი პათომორფოლოგიური ცვლილებები. ელექტროენცეფალოგრაფიულად ეპილეფსიის დროს ადგილი აქვს დამახასიათებელ ცვლილებებს, რაც მდგომარეობს ალფა-რიტმის დარღვევაში და პიკების და ნელი ტალღების არსებობაში.

როგორც აღნიშნული იყო, ეპილეფსიის დროს წმინდა გულყრითი შეტევები, რომლებიც შესაძლებელია სხვადასხვა

ხასიათისა იყოს, სახელდობრ: დიდი ეპილექსიური გულყრა, მცირე გულყრა (მოტორული კრუნჩხვის გარეშე), ე. წ. ვეგეტატიური გულყრები, მეზენცეფალური გულყრები და სხვ.

გულყრათა სიხშირე მეტად ვარიაბილურია. მძიმე შემთხვევებში ავადმყოფებს უვითარდებათ გულყრითი მდგომარეობა (status epilepticus), როდესაც გულყრას მოსდევს გულყრა ნათელი პერიოდის გარეშე.

გულყრის წინ შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს გარკვეულ წინამორბედ მდგომარეობას, რომელსაც აურას უწოდებენ. გვხვდება ფსიქიკური, ვეგეტატიური, მოტორული და სენსორული აურა.

ეპილექსიური კრუნჩხვითი განტვირთები ზოგჯერ თან ახლავს სხვა რომელიმე დაავადებას (თავის ქალას ღია და დახურული ტრავმები, ტონის სიმსივნეები, ალკოჰოლიზმი, სკლეროზული დაზიანება და ა. შ.); ამ შემთხვევებში საქმე გვაქვს სიმპტომურ ეპილექსიასთან.

ფსიქიკური აშლილობანი ეპილექსიის დროს წარმოდგენილია მწვავე და ქრონიკული მიმდინარეობებით.

ცნობიერების ბინდებები შეცვლა, რომელიც ვითარდება გულყრის შემდეგ ან გულყრის გარეშე, ხასიათდება დეზორიენტაციით ადგილში, დროში და საკუთარ პიროვნებაში, შემზაოავე ხასიათის მხედველობითი, სმენითი ჰალუცინაციებით. მევეთრი ფსიქომოტორული აგანებით, მძიმე აგრესიული ქცევებით.

ეპილექსიური დისფორია, რომელიც ხასიათდება გუნებ-განწყობის უეცარი შეცვლით, დაბოღმინება-გაბოროტებით, გამლიზიანებლობით. გაურკვეველი შიშებით, გრძელდება რამდენიმე საათიდან ერთ-ორ დღემდე.

ეპილექსიური ავტომატიზმის ერთ-ერთი სახეა სომნანბულიზმი, ანუ მთვარეული, როდესაც ეპილექსიით შეპყრობილი ავადმყოფი ღამიურ ავტომატურად აწარმოებს რიგ ჩვეულ მოქმედებებს.

ეპილექსიის დროს შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ბოლდით მდგომარეობებს მწვავე ეპილექსიური პარანოიის და ქრონიკული ბოლდითი ხინდრომის სახით.

მწვავე მოშლილობებს მიეკუთვნება ე. წ. განსაკუთრებული მდგომარეობა, რომელიც უფრო ხშირად გვხვდება სიმპტომური ეპილექსიის დროს და ხასიათდება ცნობიერების ხანმოკლე. არარეალური შეცვლით, რემოს არასწორი აღქმით და შეფასებით, დეპერსონალიზაციისა და დერეალიზაციის მოვლენებით.

ეპილექსიის დროს არაიშვიათად ადგილი აქვს პიროვნებას თავისებურ შეცვლას და ეპილექსიური ქუედაუსტობის განვითარებას. პიროვნული ცვლილებებიდან აღსანიშნავია ინტერესების შეზღუდვა. ემოციურა სიბლაგვე (რაც ზოგჯერ იფარება მოჩვენებითი სინაზით, საინფიანობით), ემოციური ბიპოლარობა.

ქუედაუსტობა, რომელიც თანდათანობით, ზოგჯერ ათეული წლების მანძილზე ვითარდება, ხასიათდება ფსიქიკური მოქმედების ტემპის შენელებით, მეხსიერების დაქვეითებით, ასოციაციური პროცესების გაღარიბებით და ოლიგოფაზიით.

ეპილექსიის მკურნალობა განსაკუთრებულად ხანგრძლივი და კომპლექსურია. მკურნალობა საჭიროა არა მარტო გულყრების გამწვავებების ან ფსიქოზური გართულებების დროს, არამედ პაროქსიზმული შეტევების შუალედებშიც, როდესაც ნათელი (კლინიკურად ჩანმრთელი) პერიოდი შესაძლებელია წლების მანძილზეც კი გრძელდებოდეს.

ეპილექსიის სამკურნალო ღონისძიებანი სქემატურად შესაძლებელია წარმოვიდგინოთ ორი ჯგუფის სახით: მედიკამენტური თერაპია და რეჟიმი (შრომის, ყოფის და კვების).

დიდი გულყრებით მიმდინარე ეპილექსიის დროს ფართოდ იხმარება ლუმინალი, ბრომი, ჰექსამიდინი, დიფენინი, ტრიმეტინი, ქლორაკონი (როგორც ცალკე, ისე ხსნარებისა და ნარეგების სახით).

ლუმინალის დოზა დამოკიდებულია გულყრათა სიხშირეზე და მათ სიმძიმეზე. მოზრდილთათვის ნაჩვენებია 0,05—0,1 გ 2—3—4-ჯერ დღეში. ამავე დროს ლუმინალის დღე-ღამის

დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 0,5 გრამს. ღამის გულყრების შემთხვევაში პრეპარატი ინიშნება 0,15 გ დოზით მხოლოდ ძილის წინ. ბავშვების დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 0,1 გ დღე-ღამეში. აღნიშნული დოზები წლების მანძილზეც კი არ იწვევს არასასურველ გართულებას. მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში ჩნდება ძილიანობა, თავბრუ, გამონაყარი, სახსრების ტკივილი, რომელთა წინააღმდეგ მივმართავთ დოზების დაკლებას ან დროებით მის შეცვლას სხვა პრეპარატებით. ძილიანობის შემთხვევაში ზოგჯერ საკმარისი ხდება კოფეინის დამატება (0,01—0,02). კოფეინის, ფენამინის (0,005), ბელადონის (0,005) ან სტრიქნინის (0,0005) კომპონაცია ლუმინალთან იძლევა კარგ შედეგს.

ბროში გამოიყენება იშვიათად თავისი ტოქსინურობის გამო. უფრო მიზანშეწონილია მისი ხმარება სხვა პრეპარატებთან კომბინაციაში სერეისკის მიქსტურის ან ბეხტერევის მიქსტურის სახით.

უკანასკნელ დროს წარმატებით იხმარება ჰექსამიდინი (მაისოლინი, პრიმიდონი, მალეტსინი). მოზრდალთათვის დღე-ღამის დოზა შეადგენს 0,5—1,5 გრამს (ბავშვებისათვის 0,25—1,25). რომელიც ნაწილდება 2—3 მიღებაზე. სასარგებლოა მისი კომბინირება ლუმინალთან და დიფენინთან (დილანტინთან). ჰექსამიდინის ოპტიმალური დოზები ავადმყოფს ეძლევა 3—4 წლის მანძილზე.

დილანტინი (დიფენინი, ეპანუტინი) ეძლევა 3—4-ჯერ დღეში 0,1 გ (ბავშვებს 0,03—0,5 2—3-ჯერ დღეში). კარგ შედეგს იძლევა ლუმინალთან კომბინაციაში.

ფონურიტი (დიაკარბი) იხმარება 0,125—0,25 2—3-ჯერ დღეში (ბავშვებს 0,02—0,125 2-ჯერ დღეში).

ქლორაქონის (პიბიკონის) დღე-ღამის დოზა შეადგენს 3,0 გრამს 3 მიღებაზე. დოზა შესაძლებელია გავზარდოთ — 2,0 გრამი 3-ჯერ დღეში. ბავშვების დოზა — 0,25—0,5 4-ჯერ დღეში. დადებით ეფექტს იძლევა ლუმინალთან კომბინაციაში:

წარმატებით გამოიყენება აგრეთვე სამამულო პრეპარატი ბენზონალი, დღე-ღამის დოზა 0,2—0,4 გ (ბავშვებისათვის — 0,1—0,2 გ). ტრიმეთინი იხმარება მცირე გულყრების შემთხვევებში დოზით — 0,1—0,3 გ 3-ჯერ დღეში.

ეპილეფსიური სტატუსის დროს საჭიროა მიღებულ იქნეს სასწრაფო და ენერგიული ზომები, ვინაიდან არსებობს სიკვდილის საშიშროება. ყველაზე გავრცელებული საშუალება არის ქლორალჰიდრატის ოყნა. ქლორალჰიდრატის მაქსიმალური დღე-ღამის დოზა მოზრდილთათვის — 6 გ, ბავშვის ერთჯერადი დოზა: 6 თვემდე — 0,1, 2 წლამდე — 0,15, 3—4 წლისას — 0,2, 5—6 წლისას — 0,25, 7—8 წლისას — 0,3, 9—14 წლისას — 0,3—0,5 გ. უნდა გვახსოვდეს, რომ ქლორალჰიდრატი უკუნაჩვენებია პულსისა და სუნთქვის დისოციაციის დროს. ამ შემთხვევებში ხმარებულ უნდა იქნეს ლობელინი. მძიმე შემთხვევებში, როდესაც შეუძლებელი ხდება გულყრათა კუპირება, ვენაში ან კუნთებში შეგვყავს ჰექსენალის 10% ხსნარი 5—10 მილილიტრის რაოდენობით. იხმარება აგრეთვე გოგირდმჟავა მაგნეზიის 25% ხსნარი კუნთებში (5—10—15 მლ). მიმართავენ სისხლის გამოშვებას და ლუმბალურ პუნქციას ლიქვორის გამოღობით. ზოგჯერ საჭირო ხდება ჟანგბადი, საგულე საშუალებანი (ქაფურის შეყვანა არ არის დაშვებული).



ცალკეული ეპილექსიური გულყრა სპეციალურ მკურნალობას არ მოითხოვს, საჭიროა მხოლოდ გვანსოვდეს სხეულის დაზიანების საშიშროება (ენის მოკვნეტა).

გულყრათა შორის პერიოდში წარმოებულ მკურნალობის ბეტად მნიშვნელოვან და აუცილებელ მომენტს შეადგენს რეჟიმი და დიეტა.

ავადმყოფს სავსებით ეკრძალება ყოველგვარი ალკოჰოლური სასმელი და თამბაქო; უნდა შეიზღუდოს სათხის მიღება, რისთვისაც მინიმუმამდე უნდა იქნეს დაყვანილი ცხარე და მარილიანი საკვები. ხორცი დასაშვებია მხოლოდ მცირე რაოდენობით, უმჯობესია ქათმის და საქონლის ხორცი (მონხარშული). საკვები მდიდარი უნდა იყოს ცხიმით, ვიტამინებით, რძისა და ბოსტნეულის პროდუქტებით. თვალყური უნდა ვადევნოთ კუჭის მოქმედებას, თავიდან უნდა იქნეს აცილებული ყაბზობა. დადებითად მოქმედებს კუჭ-ნაწლავის პერიოდული გაწმენდა და სუბაქვალური აბაზანები. დასაშვებია აგრეთვე ხანგამოშვებით ჩატარდეს 3—5 დღიანი შიმშილობა (ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ).

განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს დღისა და წრომის რეჟიმს. პირველყოვლისა საჭიროა მოწესრიგდეს ძილი. ავადმყოფი უნდა დავიცვათ ყოველგვარი გადაძაბვისა ან ბავნე მოქმედებისაგან (ემოციური ტრავმა, ფსიქიკური გადაძაბვა, გადაღლა-გადაქანცვა, მზის და სითბოს ხანგრძლივი გავლენა, მძიმე ფიზიკური შრომა, ხანგრძლივად ყოფნა დაჯურულ, გაუნიავებელ შენობაში).

ეპილექსიური გულყრა იწყება უეცრად, ზოგჯერ ყოველგვარი წინამორბედი ნიშნების გარეშე. ამიტომ გასაგებია, რომ ეპილექსიით შეპყრობილი ავადმყოფები არ უნდა მართავდ-

ნენ ავტომანქანას, ეკრძალებათ მუშაობა სიმალღეებზე, დაზ-  
გებთან, რთულ აგრეგატებთან და ა. შ.

აურის ხასიათი გარკვეულად განსაზღვრავს პროფილაქ-  
ტიკურ ღონისძიებას; ოპტიკური აურის დროს ნაჩვენებია  
ძუჭი სათვალეები; სმენითი აურის დროს საჭიროა ავადმყოფ-  
ი დავიცვათ ძლიერი ხმაურისაგან; ყნოსვითი აურის დროს  
ნიზანშეწონილია ცხვირის ლორწოვანის ნოვოკაინიზაცია.

ეპილექსიით შეპყრობილი ავადმყოფები მოითხოვენ ყუ-  
რადლებას სომატური სფეროს მხრივ; განსაკუთრებული მნიშ-  
ვნელობა ენიჭება სხვადასხვა ინტოქსიკაციებს, ჩირქოვან  
პროცესებს, კარიესულ კბილებს, პარაზიტულ დაავადებებს.

მწვავე ფსიქოზური აშლილობანი ეპილექსიის დროს, რო-  
გორც აღვნიშნეთ, ხშირად მიმდინარეობს მძიმე აგრესიით;  
ამის გამო ავადმყოფები მოითხოვენ განსაკუთრებულ ყურად-  
ღებას. ეპილექსიური მწვავე ფსიქოზების მკურნალობა, რო-  
გორც წესი, ტარდება სტაციონარის პირობებში. ფსიქომო-  
ტორული აგზნების, ცნობიერების ბინდისებური შეცვლის,  
მწვავე პარანოიდული მდგომარეობის დროს შესაძლებელია  
გამოყენებულ იქნეს ქლორალჰიდრატის ოყნა, პექსენალი  
კუნთებში.

ეპილექსიური დისფორიების დროს ნაჩვენებია ამინაზა-  
ნოთერაპია (25—300 მგ დღე-ღამეში). ამინაზინი კუნთებში;  
(150 მგ) ან ვენაში (50 მგ) შესაძლებელია გამოვიყენოთ აგ-  
რეთვე აგზნებისა და ცნობიერების ბინდისებური შეცვლის  
დროს. ეპილექსიური ავტომატიზმების დროს ნაჩვენებია ფე-  
ნიბუტის ხანგრძლივი მიცემა სხვა ანტიეპილექსიური საშუა-  
ლებების გარეშე.

ეპილექსიით შეპყრობილი ავადმყოფები იშვიათი გულ-

ყრების დროს ჩვეულებრივ ხანგრძლივად ინარჩუნებენ შრომის უნარს. ეპილეფსიური ჰქუასუსტობის დროს საჭირო ხდება ავადმყოფთა მოთავსება სპეციალურ დაწესებულებებში (ინვალიდთა სახლი, ფსიქიატრიული საავადმყოფო ქრონიკულ ავადმყოფთათვის) და მათი ჩაბმა შრომათერაპიაში.

## ინფექციური ფსიქოზები

ინფექციური დაავადებები არაიშვიათად ხდება სხვადასხვა სახის ფსიქიკური აშლილობის მიზეზი. ამის გამო ინფექციური ფსიქოზების პათოგენეზური მექანიზმებიც შესაძლებელია სრულად სხვადასხვაგვარი იყოს. ზოგ შემთხვევებში ინფექცია უშუალოდ მოქმედებს ტვინზე და იწვევს ენცეფალიტებს, მენინგიტებს, მენინგოენცეფალიტებს; ზოგჯერ თავის ტვინზე მოქმედებს არა მიკრობი. არამედ მის მიერ ორგანიზმში გამომუშაებული მომწამამავი ნივთიერება — ტოქსინი. არის აგრეთვე შემთხვევები, როდესაც ინფექციის გამომწვევე მიზეზი იმდენად ცვლას შინაგანი ორგანოების მოქმედებას. რომ ამის გამო შეორადად ზიანდება თავის ტვინის ნორმალური მოქმედება. არაიშვიათად აღნიშნული პათოგენეზური მექანიზმები ერთად არის შერწყმული.

ინფექციური ფსიქოზების განვითარებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს იმ ორგანიზმის მდგომარეობას, რომელიც განიცდის მავნე ზეგავლენას.

მიუხედავად თვით ინფექციითა მრავალფეროვნებისა, ინფექციური ფსიქოზის კლინიკური გამოვლინება არ ხასიათდება მრავალსახეობით. ამ დროს უპირატესად ვხვდებით შემდეგ მდგომარეობებს: მწვავე სტადიაში შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს დელირიუმს, ამენციას, გაოგნებას; მწვავე პერიოდის შემდეგ არაიშვიათად ვლინდება ნევრასთენიული სინდრომი და კორსაკოვის სიმპტომოკომპლექსი.

იშვიათად ინფექციის შედეგად შესაძლებელია განვითარდეს პალუცონოზი, ცნობიერების ბინდისებური შეცვლა, მწვავე ბოლვიითი და კატატონიური მდგომარეობანი.

მეტად მრავალრიცხოვან ინფექციურ დაავადებათა შორის, რომელთა შედეგად შესაძლებელია განვითარდეს ფსიქიკურ-მომწილობანი, აღსანიშნავია გრიპი (ფსიქოპათოლოგიურ სურათში წამყვანია დეპრესიის ელემენტები და ასთენია), ფილტვების ტუბერკულოზი (ხასიათდება ჰიპოქონდრიული გამოთქმებით. ეიფორიით), მალარია (რომლის დროს ფსიქოზი ვლინდება შეტევების სახით), ფილტვების ანთება (რომელსაც არაიშვიათად თან ახლავს მწვავე ბოდვა ან დელირიუმი), მუცლის ტიფი (ახასიათებს დასაწყისში მანიაკალური მდგომარეობა, შემდეგ ვლინდება ბოდვები, ჰალუცინაციები, ილუზიები, დელირიული სინდრომი), ბრუცელოზი (რომლის დროს ვხვდებით დელირიულ მდგომარეობას ან აპათიას და გაბრუებას), რევმატიზმი (ქრონიკული მიმდინარეობის დროს ზოგჯერ შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს დეპრესიულ-პარანოიდულ, ჰალუცინაციურ-პარანოიდულ, აპათიის მდგომარეობებს), მცირე ქორეა (რომლის დასაწყისში შესაძლებელია იყოს აფექტური ლაბილობა, გამღიზიანებლობა, ხოლო შემდეგ — მოდუნება, ასპონტანობა, გუნებ-განწყობის დაქვეითება) და ბოტკინის დაავადება (ახასიათებს ადვილად მოქანცვა, მოდუნება, უსიამოვნო შეგრძნებები; მძიმე შემთხვევებში შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ძილიანობას, დელირიულ მდგომარეობას).

ენცეფალიტებისა და მენინგოენცეფალიტების დროს შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს ღრმა გაბრუებას, აგზნებებს, დელირიულ აშლას. დაავადების მოგვიანებულ პერიოდში ადგილი აქვს აპათიას, კორსაკოვის სიმპტომოკომპლექსს, ბრადიფსიქიას. ზოგჯერ ვითარდება ჰქვასუსტობა.

ცოფი დასაწყისში ვლინდება საერთო მოუსვენრობით,

ტკივილებით, უსიამოვნო შეგრძნებებით, შემდგომში მკვეთრად არის გამოხატული ხორხის, ხახის, საყლაპავი მილის და ღიაფრაგმის კუნთების სპაზმი ჰაერის მოქრაობაზე (აეროფობია), წყლის დანახვის ან დაღვევის დროს (ჰიდროფობია); დროდადრო მძიმე აგზნებები აგრესიით, ავადმყოფი ილუპება რამდენიმე დღეში ზოგადი პარალიზის მდგომარეობაში.

მწვავე ინფექციური ფსიქოზების მკურნალობა პირველ რიგში მიმართულია იმ ძირითადი დაავადების წინააღმდეგ, რომლის ნიადაგზე აღმოცენდა ფსიქიკური მოშლილობა. ამავ დროს უნდა გვანსოვდეს, რომ თვით ფსიქოზის აღმოცენება ინფექციური დაავადების მიმდინარეობის დროს ან მას შემდეგ მიუთითებს ამ დაავადების სიმძიმეზე, რაც მხედველობაში, უნდა იყოს მიღებული მკურნალობის დროს. ანტიინფექციურ მკურნალობასთან ერთად დიდი ადგილი ეთმობა დეზინტოქსიკაციურ, ამალორძინებელ და ზოგად გამამაგრებელ მკურნალობას: ფიზიოლოგიური ხსნარი კუნთებში, გლუკოზა ვენაში, სითხის მიღება დიდი რაოდენობით (ჩაი, ბორჯომის წყალი), ვიტამინები ( $B_1$ ,  $B_{12}$ , C, PP).

რაც შეეხება ინფექციურ ფსიქოზთა სიმპტომურ მკურნალობას, იგი წარმოებს მდგომარეობის მიხედვით.

ცნობიერების აშლის დროს (გაბრუება, დელირიუმი, ამენცია) ინიშნება კორდამინი, ნიკოტინის მჟავა (ვიტამინი PP); აგზნების შემთხვევებში — ანდაქსინი, პროპაზინი, ელენიუმი და აგრეთვე ამინაზინი.

ბალუცინაციური, ბოდვითი და მანიაკალური მდგომარეობის დროს ნაჩვენებია ნოზინანი, ამინაზინი, პროპაზინი.

დებრესიულ მდგომარეობათა მკურნალობისათვის უნდა ვიხმაროთ ანტიდებრესანტები, სახელდობრ: დებრესია

ფსიქომოტორული შეკავებით მოითხოვს მკურნალობას მე-ლიპრამინით; დეპრესიას თუ ახლავს ბოდვები და აჟიტაცია, გამოიყენება ანტიდეპრესანტების კომბინაცია სედატიურ საშუალებებთან ერთად, მაგალითად: ამინაზინი, მელიპრამინი ან ტრანსამინი, საკმაოდ დიდი დოზებით.

ნევრასთენიული და კორსაკოვის სიმპტომოკომპლექსის დროს მიზანშეწონილია ვიტამინების შეყვანა დიდი რაოდენობით (განსაკუთრებით B<sub>1</sub>, B<sub>12</sub> და PP).

## ლუესური ფსიქოზები

ათაშანგის შედეგად განვითარებული ფსიქოზები (ნეიროლუესური ფსიქოზები) იყოფა ორ ჯგუფად: პროგრესული დამბლა და თავის ტვინის ათაშანგო.

პროგრესული დამბლა უმთავრესად გვხვდება 35—50 წლის ასაკში (შესაძლებელია ბევრად უფრო ადრე ან მოგვიანებით). არჩევენ მის სამ სტადიას: დასაწყისი (ინიციალური ანუ ნევრასთენიული), სრული გაშლის და ფინალური (ანუ პარალიზური მარაზმის) სტადიები.

დაავადების მეორე სტადია (სრული გაშლის პერიოდი) შესაძლებელია წარმოდგენილი იყოს სხვადასხვა კლინიკური მდგომარეობებით, სახელდობრ: ექსპანსიური ანუ მანიაკალური, დემენციური, აჟიტაციური, დეპრესიული. პარანოიდული. ცირკულარული და კრუნჩხვითი; გარდა ამისა, პროგრესული დამბლა ზოგჯერ მიმდინარეობს განსაკუთრებულად ნელი, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში, შედარებით კეთილთვისებიანად. ასეთ შემთხვევებს სტაციონარულ ფორმას უწოდებენ. პროგრესული დამბლა ზოგჯერ წარმოდგენილია ტაბესის სიმპტომებთან ერთად — ტაბოპარალიზი.

კაბუჯთა ანუ იფვენცილური პროგრესული დამბლა ვითარდება ახალგაზრდა ასაკში თანდაყოლილი ლუესის შედეგად.

ლიხაუერის ფორმის დროს წინა პლანზეა კეროვანი ნევროლოგიური მოშლილობანი (აპრაქსია, აგნოზია და ა. შ.).

პროგრესული დამბლა თავის ტვინის მძიმე ორგანული დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება მკვეთრი ნევროლოგიური ნიშნებით. ამ მხრივ პირველ რიგში აღსანიშნავია არეილ-რობერტსონის სიმპტომი (გუგუბის რეაქცია სინათლეზე მოსპობილია, კონვერგენციაზე — შენახული), გუგუბის შივიწროება, ანიზოკორია და დეფორმაცია. საკმაოდ დამახასიათებელია ტეტყველების გაძნელება — დიზართრია. მყესთა რეფლექსები აწეულია, ადრული აქვს ანიზორეფლექსიას (ზოგჯერ დაქვეითებული ან სრულიად მოსპობილი). ნაჯიფი და კოორდინირებული მოძრაობა დარღვეულია; სახე უმთავრესად ამიშიური. სისხლში და თავ-ზურგტვინის სითხეში სპეციფიკური რეაქციები (ვასერმანი, კანი, ლანგე) მკვეთრად დადებითი. აღინიშნება პლეოციტოზი.

პროგრესული დამბლის მკურნალობა განსაკუთრებულად დადებითი ეფექტით წარმოებს მალარიით. სხვა პიროთერაპიული საშუალებებიდან აღსანიშნავია კავკასიის შებრუნებითი ტიფით მკურნალობა. სამდლიანი მალარიით მკურნალობა გაძნელებულია იმასთან დაკავშირებით, რომ ამკამად მალარიით დაავადების შემთხვევები ძალზე იშვიათია, ამიტომ მივმართავთ კავკასიური ტიფის აცრას. ორივე შემთხვევაში საჭიროა მივმართოთ სპეციალურ დაწესებულებებს (დიდ დახმარებას გვიწევს ამ მხრივ ს. ვირსალაძის სახ. სამედიცინო პარაზიტოლოგიის და ტროპიკული მედიცინის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი).

პიროთერაპიის ჩამთავრების შემდეგ ტარდება სპეციფიკური მკურნალობა ანტილუესური საშუალებებით: დასაწყისში პენიცილინით, ხოლო შემდეგ ბიოქინოლით და ნოვარსენოლით. არაიშვიათად მალარიის ან კავკასიური შებრუნებითი ტიფის აცრა შეუძლებელი ხდება. ასეთ შემთხვევებში პიროთერაპია ტარდება სულფოზინით.

პიროთერაპია მძიმე ზემოქმედებაა და ამიტომ მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას სომატური მდგომარეობის მხრივ. საჭირო შემთხვევებში ნაჩვენებია საგულე საშუალებები. მარაზმის სტადიაში საჭიროა სიმპტომატური მკურნალობა მდგომარეობის მიხედვით, მოვლა, კვება და ა. შ.

თავის ტვინის ათაშანგი ვითარდება შედარებით უფრო ადრეულ ასაკში, ვინაიდან მისი ინკუბაციური პერიოდი უხშირესად 5—6 წელს შეადგენს.

თავის ტვინის ათაშანგი აერთიანებს სხვადასხვა დაზიანებას, კერძოდ: 1. ტვინის ანთება, 2. მსხვილ და წვრილ სისხლძარღვთა დაზიანება არტერიტებისა და ენდარტერიტების სახით და 3. გუმა. კლინიკური სურათი დამოკიდებულია დაზიანების ხასიათზე.

თავის ტვინის ათაშანგის მიმდინარეობაში არჩევენ 3 სტადიას: პირველი სტადია ხასიათდება ნევრასთენიული გამოვლინებებით; მეორე სტადია ვლინდება მენინგიტისა და მენინგოენცეფალიტების სინპტომებით; მესამე სტადიას ახასიათებს სისხლძარღვთა დაზიანების და გუმის სიმპტომები.

კლინიკური სინდრომების სიმრავლის და ნაიოსანეობის გამო თავის ტვინის ათაშანგის ფორმების კლასიფიკაცია დღემდე საბოლოოდ დადგენილი არ არის. უხშირესად ვხვდებით შემდეგ მდგომარეობებს: ლუესური მენინგოენცეფალიტები, აპოპლექსიური, პალუცინაციური და პარანორდული ფორმები, წვრილ სისხლძარღვთა ლუესური დაავადება, ფსევდოპარალიზური ფორმა და თავის ტვინის თანდაყოლილი ათაშანგი, ანუ ბავშვთა ასაკის ტვინის ლუესი.

რამდენადაც ლუესური ფსიქოზები დაკავშირებულია თავის ტვინის ორგანულ დაზიანებასთან, ამდენად მას ახასიათებს გარკვეული ნევროლოგიური სიმპტომები, რომლებიც განპირობებულია დაზიანების სიღრმით და პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციით.



სეროლოგიური რეაქციები (როგორც სისხლში, ასევე ლიქვორში) ჩვეულებრივ დადებითია. თავ-ზურგტვინის სითხეში ადგილი აქვს უჭრედებისა და ცილის რაოდენობის მომატებას.

თავის ტვინის ათაშანგის მკურნალობა ტარდება ბისმუთის პრეპარატებით (ბიოქინოლი, ბისმოვეროლი და ბითიუროლი), დარიშხანის პრეპარატებით (ნოვარსენოლი და მიარსენოლი), სინდიყით, იოდით და პენიცილინით. ჩამოთვლილი პრეპარატების ეფექტურობა განსაკუთრებულად იზრდება მათი კომბინირებული ხმარებით ან ურთიერთჩანაცვლებით. მაგალითად. მკურნალობას ვიწყებთ ბიოქინოლით და ნახევარი კურსის ვატარებთ შემდეგ ვუმატებთ პენიცილინს. სსკა შემთხვევაში პენიცილინოთერაპიასთან ერთად კუნთებში შეგვყავს სულფოზინის 2% ხსნარი (პიროპენიცილინოთერაპია). ისეთ შემთხვევებში, რომლებიც ძნელად ემორჩილებიან მკურნალობას, დასაშვებია მალარიოთერაპია. მოწოდებულაა აგრეთვე ბისმუთის პრეპარატების კომბინაცია დარიშხანის პრეპარატებთან შემდეგნაირად: ბიოქინოლის ერთი კურსის (2 მლ 3 დღეში ერთხელ კუნთებში, 25 ინექცია) შემდეგ ავადმყოფს ვასვენებთ 30—45 დღე და ვატარებთ მკურნალობას ნოვარსენოლით (კურსზე 3—4 გრამი). სულ უნდა ჩატარდეს 6—8 კურსი.

ლუესური ფსიქოზების მკურნალობა მოითხოვს დიფერენცირებულ მიდგომას ფორმების მიხედვით. ნევრასთენიული და სისხლძარღვოვანი ფორმების დროს სასურველია მკურნალობა პენიცილინ-ბიოქინოლით; სიფილისური მენინგიტებისა და მენინგოენცეფალიტების მკურნალობა ტარდება პე-

ნიცილინით; თავის ტვინის ათაშანგის გუმოზური ფორმის მკურნალობა ტარდება ბიოქინოლით.

სპეციფიკურ ანტილუესურ მკურნალობასთან ერთად მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია საერთო გამამაგრებელ და სიმპტომატურ თერაპიას. ყველა შემთხვევაში ნაჩვენებია ვიტამინები. ავზნებების დროს (ფსევდოპარალიზური, ჰალუცინაციური, პარანოიდული სინდრომები) იხმარება ამინაზინი ან სხვა ნეიროლექსიური საშუალებანი. მკურნალობის პროცესში თვალყური უნდა ვადევნოთ სომატურ მდგომარეობას: კონტროლისათვის საჭიროა სისხლის, შარდის და თავ-ზურგტვინის სითხის სისტემატური გამოკვლევა. ავადმყოფს არ ცსაჭიროება რაიმე მკაცრი დიეტა, ალკოჰოლური სასმელები კატეგორიულად იკრძალება.

## არაინფექციური წარმოშობის სომატოგენური ფსიქოზები

თავისი არსით აღნიშნული ფსიქიკური დაავადებანი მიეკუთვნება სინტომურ ფსიქოზებს და ვითარდება სხვადასხვა მძიმე სომატური დაავადებების შედეგად. უმეტესად გვხვდება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის, ლეიძლის, თირკმლების, სისხლის დაავადების, ავთვისებიანი სიმსივნეების და ნივთიერებათა ცვლის მძიმე მოშლის დროს.

მძიმე სომატური დაავადების დროს ხშირია ასთენიური მდგომარეობები (ადვილი მოქანცულობა, გამღიზიანებლობა, აქტიური ყურადღების დაქვეითება, ძილის მოშლა, შიშები, იპოქონდრიული შეგრძნებები). უუჩრო მძიმე შემთხვევებში შესაძლებელია დეპრესიული მდგომარეობა.

გულის მწვაფე უკმარისობის დროს უმთავრესად ვხვდებით გაბრუნებას, ქრონიკული უკმარისობის შემთხვევებში — აპათიას, მოდუნებას.

ექსტრაცერებრული ავთვისებიანი სიმსივნეების უროს არაიშვიათად ვხვდებით დეპრესიულ-პარანოიდულ მდგომარეობებს, აგზნებებს, მხედველობით და სმენით ილუზიებში. ეპინოლურ-ამენციურ და დელირიულ მდგომარეობებს.

პერნიციოზულ, ანუ ავთვისებიან ანემიას ზოგჯერ თან ახლავს პალუცინაციურ-პარანოიდული მდგომარეობა ან ცნობიერების დელირიული აშლა.

ჟანგბადის ნაკლებობის პირობებში ხშირია შიშები, აგზნებები, ეპილექსიური კრუნჩხვები, ძილიანობა, აპათია ან პირიქით — ეიფორია. ღვიძლის პათოლოგიის დროს, კერძოდ მწვავე ატროფიის შემთხვევაში, შესაძლებელია შევხვდეთ დეპრესიას, ცნობიერების დელირიოზულ აშლას. მძიმე აგზნებებს. სიყვითლის დროს ზოგჯერ ვლინდება გუნებ-განწყობის დაქვეითება, ძილის მოშლა.

ურემიას თან ახლავს ცნობიერების ამა თუ იმ ხარისხით შეცვლა: გაბრუება, სოპოროზული მდგომარეობა, კომა.

მწვავე ენტერიტებს მოზრდილებში არაიშვიათად თან ახლავს ასთენიური სინდრომი, ხოლო ბავშვებში -- ნეკროზული მოვლენები.

გულზე ჩატარებული ოპერაციების შემდგომ არაიშვიათად აღვილი აქვს აღინამიას, ზოგად მოდუნებას, საერთო სისუსტეს, ადვილად დაღლას. ოპერაციიდან 3—12 დღის ფარგლებში ზოგჯერ ვხვდებით ფსიქოზურ მდგომარეობას დელირიული ან ამენციური მდგომარეობის სახით.

სომატოგენური ფსიქოზების მკურნალობა უპირატესად მიმართულია ძირითადი დაავადების საწინააღმდეგოდ. რაც შეეხება ფსიქიკური აშლილობის თერაპიას, იგი განპირობებულია ფსიქოპათოლოგიური მდგომარეობით.

აგზნებების, ცნობიერების აშლის, ჰალუცინაციების, მანი-აკალური მდგომარეობების დროს ნაჩვენებია მკურნალობა ამინაზინით, ტიზერცინით (ნოზინანით), პრომაზინით; შედარებით მსუბუქ შემთხვევებში შესაძლებელია ვიხმაროთ ელენიუმ-ანდაქსინი.

დეპრესიულ მდგომარეობათა შემთხვევებში საჭიროა ვიხმაროთ მელიპრამინი (დეპრესია შეკავებით) ან მელიპრამინი ამინაზინთან ერთად (აჟიტაციური დეპრესია, დეპრესიულ-პარანოიდული მდგომარეობები).

ყველა შემთხვევაში (განსაკუთრებით კი მაშინ, როდესაც წინა პლანზეა ფსიქოპათიისმაგვარი მდგომარეობანი, ორგანული ფსიქოსინდრომი და კორსაკოვის სინდრომი) ხმარებულ უნდა იქნეს ვიტამინი B<sub>1</sub> მაქსიმალური დოზებით და ვიტამინი B-კომპლექსი.

უნდა გვახსოვდეს, რომ ფსიქიატრთან ერთად ამგვარ ავადმყოფებს ესაჭიროებათ სათანადო ექიმი-სპეციალისტის (თერაპევტი, კარდიოლოგი, უროლოგი, ქირურგი) სისტემატური მეთვალყურეობა.

ავიტამინოზების შედეგად გამოწვეული ფსიქიკური დაავადებებიდან აღსანიშნავია პელაგრა, რომლის დროს შედარებით მსუბუქ შემთხვევებში ვხვდებით ასთენიურ და ასთენურ-ჰიპოქონდრიულ მდგომარეობებს, ხოლო მძიმე შემთხვევებში (კახექსიის პერიოდში) კი შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს დეპრესიულ-პარანოიდულ მდგომარეობას აჟიტაციით და კოტარის ბოდვით, ჰალუცინაციურ-პარანოიდულ სინდრომს, აპათიურ სტუპორს და ა. შ. ძირითადი დაავადების მკურნალობაში განსაკუთრებული ადგილი უკავია ნიკოტინის მკაფას

ინტრავენურ ხმარებას (ყოველდღე 5—10 მლ, 1%-იანი  
ქსნარი, ერთი თვე) და სათანადო კვებას (ცილოვანი საკვება,  
ხორცი, ღვიძლი, თირკმლები).

## ენდოკრინულ დაავადებათა შედეგად განვითარებული ფსიქიკური აშლილობანი

ენდოკრინული სისტემის დაზიანების შედეგად განვითარებული ფსი-  
ქიკური აშლილობანი შეტად მრავალფეროვანია (დაწყებული ნევრასთე-  
ნიული მდგომარეობიდან და დამთავრებული მწვავე და ქრონიკულ მძიმე  
ფსიქოზებამდე) და გაპირობებულია იმ გარემოებით, თუ შინაგანი სეკ-  
რეციის რომელი ჭირკვლის ან სისტემის დაზიანებასთან გვაქვს საქმე.

ტინის ზედა დანაშატი, ანუ ჰიპოფიზის დაზიანების დროს უბშირე-  
სად გვხვდება აკრომეგალია, ნანიზმი, ადიპოზო-გენიტალური ღისტრო-  
ფია და იცენკო-კუშინგის დაავადება.

აკრომეგალია სომატურ ნიწნეიდან ერთად (გიგანტიზმი, სხეულის სი-  
მეტრიულობა დარღვევა, კიდურების დისტალური ნაწილების და სახაზ  
ნაკეთების სიტლანქე) ახასიათებს ფსიქიკური აპარატის ინფანტილიზ-  
მი — ინტელექტური და ემოციურ-ნებითი სფეროს გარკვეული უკმარი-  
სობა, უინიციაცივობა, გაფანტულობა, ყურადღების დაქვეითება. შესაძ-  
ლებელია ადგილი ჰქონდეს ხანმოკლე დეპრესიულ შეტევებს იპოქონდ-  
რიული გამოთქმებით.

ჰიპოფიზარული ნანიზმი ანუ ჰონდრისკაცობა სხეულის ზრდის მკვეთრ  
ჩამორჩენასთან ერთად ხასიათდება ფსიქიკური ინფანტილიზმით, ემოციუ-  
რი რეაქციების ლაბილობით.

ადიპოზო-გენიტალური დისტროფიის დროს, საერთო გასუქებასთან,  
პირველადი და მეორადი სასქესო ნიშნების განუვითარებლობასთან ერ-  
თად, ადგილი აქვს ფსიქიკური განვითარების ჩამორჩენას. გუნებ-განწყო-  
ბა ხშირად ეიფორულია. ზოგჯერ ეხედებით ცნობიერების დელირიულ  
აშლას, კორსაკოვის სინდრომს კონფაბულაციური აბნევით, კრუნჩხვით  
განტვირთვებს.

იცენკო-კუშინგის დაავადება შედეგია მთელი ენდოკრინული სისტემის

დაავადებისა ჰიპოფიზისა და თირკმელზედა ჯირკვლების უპირატესი დაზიანებით. ხასიათდება თანდათანობითი თავისებური გასუქებით. თმიანობის მომატებით, კანის ფერის შეცვლით, სომატო-ფსიქიკური ასთენიით. არაიშვიათად. დასაწყისში ვითარდება რეაქტიული დეპრესია გარეგნობის შეცვლის გამო. დაავადების მაღლინარეობაში შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს დეპრესიულ მდგომარეობას იპოქონდრიული გამოთქმებით. გუნებ-განწყობის მანიაკალურ აწევას ზოგადი აღინამიურობის და უმოქმედობის ფონზე. ქალუცინაციებს, ბოდვებს და ეპილექსიურ გულყრებას.

ფარისებური ჯირკვლის უპირატესი დაზიანების დროს ვხვდებით ბაზედოვის დაავადებას, კრეტინიზმს და მიქსედემას.

ბაზედოვის დაავადება დაკავშირებულია ჰიპერთირეოზთან და წარმოდგენილია სხვადასხვა ნიშნებით: გულისცემის აჩქარება, ეგზოფტალმუსი, ფარისებრი ჯირკვლის გადიდება, ხელის მტევნების, ქუთუთოების და ენის ტრემორი, ოფლიანობა; ძირითადი ცვლის მოშლის შედეგად ვითარდება სხვადასხვა ზარისხის სიგამსდრე. ფსიქიკური სფეროს მხრივ აღსანიშნავია გუნებ-განწყობის მერყეობა, გამლიზიანებლობა, იოლი მოქანცულობა. არაიშვიათად ვითარდება მწვავე ფსიქოზები მანიაკალური და დეპრესიული მდგომარეობების და ცნობიერების დელირიული და ამენციური აშლის სახით.

კრეტინიზმი დაკავშირებულია ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციის გამოვარდნასთან აღრეულ ასაკში. ხასიათდება ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარების მკვეთრი ჩამორჩენით.

მიქსედემა წარმოადგენს ჰიპოთირეოზის შედეგს; ვითარდება ინფექციური დაავადებების, ცუდი კვების ან ფარისებრი ჯირკვლის ამოკვეთის შემდეგ. ხასიათდება აპათიით. ასპონტანობით, ბრადიფსიქიზმით. მძიმე შემთხვევებში ვხვდებით დისფორიულ დეპრესიებს, მწვავე ფსიქოზურ მდგომარეობებს

ცნობიერების შეცვლით, აგზნებით, იმპულსურობით. უნდა გვახსოვდეს კომის საშიშროება ლეტალური გამოსავალით.

სასქესო ჩირკვლების ფუნქციის მოშლის შედეგად შესაძლებელია განვითარდეს ევზუქოიდიზმი — სასქესო აპარატის განუვითარებლობა, იმპოტენცია, ამენორეა, აგებულების თავისებურება. ახასიათებს აპათია, გამლიზიანებლობა.

თირკმელზედა ჩირკვლის დაზიანების შედეგად ზოგჯერ ვითარდება ვირილიზმი (ქალებს ამოსდით წვერ-ულვაში, უბოხდებათ ხმა, წყდება მენსტრუაცია, ჩნდება ქარაქტეროლოგიური ცვლილებები). აღნიშნული სისტემის დაზიანება იწვევს აგრეთვე ადისონის დაავადებას, რომლის დროს ადგილი აქვს სხვადასხვა უსიამოვნო შეგრძნებებს, თავის ტკივილს, თავბრუს, აპათიას. ადვილად მოქანცვას არაიშვიათად ვხვდებით დეპრესიას ან ეიფორიულ და მანიაკალურ მდგომარეობებს. დასაწყისში შესაძლებელია განვითარდეს ცნობიერების მწვავე აშლა (ბინდისებური, დელირიოზული), ხოლო ქრონიკული მიმდინარეობის დროს — ორგანული ფსიქოსინდრომი (ასთენია, მეხსიერების დაქვეითება და ა. შ.).

შაქრიანი დიაბეტის (პანკრეასის დაავადება) დროს ფსიქიკურა აშლილობანი ვითარდება იშვიათად (მძიმე შემთხვევებში) და წარმოდგენილია ცნობიერების დელირიული აშლით.

ენდოკრინული სისტემის გარკვეულ ფუნქციურ მდგომარეობებთან გვაქვს საქმე მენსტრუაციის, მშობიარობის, ლაქტაციის და კლიმაქსის პერიოდში. ამ დროს შესაძლებელია შეეხვდეთ სხვადასხვა სახის ფსიქიკურ აშლილობას.

მშობიარობის შემდგომი ფსიქოზები (პუერპერალური ფსიქოზები) არ წარმოადგენს ერთგვაროვან დაავადებას. ზოგჯერ იგი დაკავშირებულია მშობიარობის შემდგომ სეფსისთან, ინფექციასთან, სხვა შემთხვევაში მშობიარობა ახდენს შიზოფრენიის ან ციკლოფრენიის პროვოცირებას.

ენდოკრინული სისტემის დაავადებების შედეგად განვი-

თარებული ფსიქიკურ აშლილობათა მკურნალობა სიმპტომურია; პათოგენეზური თერაპია მიმართულია ძირითადი დაავადებისაკენ, ამიტომ ყოველი ცალკეული ფსიქოენდოკრინული სინდრომი მოითხოვს კომბინირებულ მკურნალობას ჰორმონალური პრეპარატებით და ნეიროლეფსიური საშუალებებით (მკურნალობა ტარდება თერაპევტის, ენდოკრინოლოგის და ფსიქიატრის ერთობლივი მონაწილეობით).

მანიაკალური მდგომარეობების დროს გამოიყენება ამინაზინი, ტიზერცინი (ნოზინანი), პრომაზინი; დეპრესიების დროს — მელიპრამინი, იპრაზიდი, ტრანსამინი. გახანგრძლივებული დეპრესიების ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლებელია მივმართოთ ელექტროკრუნჩხვით თერაპიას. გუნებ-განწყობის მერყეობის, აგზნებადობის, ზოგადი მოუსვენრობის და შფოთვის დროს — ელენიუმი, ანდაქსინი.

## ნარკომანიები

ნარკომანიები აერთიანებს ნეიროტროპული შხამებით ქრონიკული მოწამელის დიდ ჯგუფს. მათთვის საერთოა პათოლოგიური მიჩვევა და დაუძლეველი ლტოლვა ამა თუ იმ ნარკოზული ნივთიერებისადმი და აბსტინენციის სინდრომი.

ალკოჰოლიზმი (როგორც სამედიცინო ცნება) აერთიანებს მწვავე ალკოჰოლურ ინტოქსიკაციებს და ქრონიკულ ალკოჰოლიზმს.

ჩვეულებრივი ალკოჰოლური დათრობა, რომელიც ხასიათდება ეიფორიით, კრიტიკის და თვითკონტროლის დაქვეითებით, გუნებ-განწყობის მერყეობით (ათექტური განრისხება ან ცრემლიანობა და სუსტსულოვნება) არ მოითხოვს სპეციალურ თერაპიულ ჩარევას. იგი ჩვეულებრივ მთავრდება ძილით და გამოფხიზლებით. ამავე დროს უნდა გვეხსოვდეს,



რომ დათრობა; როგორც ინტოქსიკაცია, ართულებს სხვადასხვა დაავადების მიმდინარეობას.

მათლოგოიური დათრობა წარმოადგენს ხანმოკლე მწვავე უსიქოზურ მდგომარეობას, რომელიც მიმდინარეობს ცნობიერების ბინდისებურა აშლით. იწყება უეცრად, მოულოდნელად, არ არის დამოკიდებული მიღებული სასმელის რაოდენობაზე. მძიმე აგრესია, რომელიც გაპირობებულია შემზარავი ხასიათის განცდებით, ბევრჯერ ხდება დანაშაულებათა მიზეზი. უზშირესად ვითარდება სხვადასხვა მანათენიზირებელი ფაქტორების (უძილობა, გადაღლა, შიმშილი, ინფექციები, ტრავმები) მოქმედების ფონზე.

მისი მკურნალობა მდგომარეობს პროფილაქტიკურ ღონისძიებებში.

ქრონიკული ალკოპოლიზში ვითარდება ალკოპოლური სასმელის ხშირი, კარბი და ხანგრძლივი მიღების შედეგად. მისი ძირითადი ნიშან-წარმოდგენილია აბსტინენციის (ანუ გამოზარხოშების) სინდრომით. ფსიქური ნიშნებიდან აღსანიშნავია გაზერელება, კრიტიკის დაქვეითება, გუნებ-განწყობის ზოგადი ეიდორიული ფონი, აზროვნების გასადავება, ინტერესების შესღუდვა, პიროვნების თავისებური დეგრადაცია. კრიტიკის, მუსიერების, შემოქმედებითი უნარის დაქვეითება ზოგჯერ აღწევს ისე ა საფეხურს, რომ ლაპარაკობენ ალკოპოლურ კეუასუსტობაზე.

ზოგიერთ შემთხვევებში ალკოპოლის კარბი მიღება ატარებს შეტევით ხასიათს და გრძელდება რამდენიმე დღე. შემდგომ შეტევამდე ავადმყოფი ალკოპოლს არ ღებულობს. ამგვარ მდგომარეობას, რომელსაც დიფსომანია ეწოდება, ზოგჯერ წინ უსწრებს გუნებ-განწყობის დაქვეითება.

ქრონიკული ალკოპოლიზმის მკურნალობის პირველ ეტაპზე ვაწარმოებთ ბრძოლას აბსტინენციის სინდრომის წინააღმდეგ. საჭიროა ჩატარდეს დეზინტოქსიკაცია (გლუკოზის ხსნარი ვენაში, ინსულინის მცირე დოზები), ვიტამინიზაცია (განსაკუთრებით B<sub>1</sub> და C), საერთო გამამაგრებელი საშუალებანი (სტრიქნინი, ოქსიგენოთერაპია), საგულე საშუალებანი.

ალკოპოლური აბსტინენციის კუპირების მიზნით ნაჩვენებია მეპრობამატები — მეპროტანი, ანდაქსინი. გამოხატული

უძილობის დროს იხმარება ამინაზინი ძილის წინ. მკვეთრად გამოხატული ვეგეტატიური სიმპტომების შემთხვევაში მიემართავენ დეპარკინს.

ალკოჰოლისადმი პათოლოგიური ლტოლვის მოხსნის ბიზნით ტარდება მკურნალობა, რომლის საფუძველს შეადგენს უარყოფითი პირობითი რეფლექსური რეაქციის გამომუშავება ალკოჰოლური სასმელის მიმართ. ამ მიზნით გამოიყენება აპომორფინი, ამეტინი და ლიპოკოდინი — სელაგო. უარყოფითი პირობითი რეფლექსური რეაქციის გამომუშავებისათვის მიმართავენ აგრეთვე ჰიპნოზს.

ქრონიკული ალკოჰოლიზმის მკურნალობაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს მასენსებილიზებულ პრეპარატებს (ანტაბუსს, ტეტურანს, ანტეტელს). ისინი იხმარება როგორც დამოუკიდებლად, ასევე სხვა პრეპარატებთან და მეოთხედებთან კომბინაციაში. ქრონიკული ალკოჰოლიზმის მკურნალობა სანგრძლივია. მკურნალობის ყოველი მეოთხედი უნდა ტარდებოდეს რაციონალურ ფსიქოთერაპიასთან ერთად. მნიშვნელობა აქვს ოჯახურ პირობებს. შრომით გარემოს, კვებას, დღისა და დასვენების რეჟიმს, ძილის მოწესრიგებას. უნდა გვახსოვდეს, რომ უმნიშვნელო ფსიქოტრავმული მომენტიც კი ზოგჯერ ხდება საბაზი ალკოჰოლის მიღებისა. ქრონიკული ალკოჰოლიზმის მკურნალობა ძირითადად ტარდება ამბულატორიულად. ქრონიკული ლოთების ასოციალური ქცევები და უარის თქმა მკურნალობაზე საფუძველია, რათა დაინიშნოს ისულებითი მკურნალობა.

ქრონიკული ალკოჰოლიზმის შედეგად ვითარდება ალკოჰოლური ფსიქოზები.

თეთრი ცხელება ქრონიკული ალკოჰოლიზმის ყველაზე ხშირი ფსიქო-

ზური გართულება. დაავადება იწყება უეცრად, გრძელდება რამდენიმე დღე. ადგილი აქვს მხედველობის, ტაქტილურ და სმენის ქალუცინაციებს. ცნობიერების შეცვლას, დეზორიენტაციას, საერთო მოუსვენრობას, ტრემორს. ზოგჯერ ტემპერატურის მომატებას.

მკურნალობა ტარდება სტაციონარის პირობებში. საჭიროა განსაკუთრებული ყურადღება მედიკამენტური საშუალებებიდან უნდა ვიხმაროთ ამინაზინი (200—300 მგ დღე-ღამეში) ან სტელაზინი (30—40 მგ დღე-ღამეში). დელირიული მდგომარეობის კუპირებისათვის შეიძლება აგრეთვე ვიხმაროთ საძილე საშუალებები დიდი დოზებით: ჰექსონალი ვენაში, ბარბამილი (0,5 3-ჯერ დღეში), ქლორალჰიდრატა (1,5—2,0 დღე-ღამეში). ამავე დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ ქრონიკული ალკოჰოლიზმის დროს ხშირად ადგილი აქვს პარენქიმული ორგანოების (ღვიძლის, თირკმლების) დაზიანებას, რის გამოც საძილე საშუალებების ხმარება მოითხოვს სიფრთხილეს და სათანადო მეთვალყურეობას. ფართოდ უნდა ვიხმაროთ დეზინტოქსიკაციური საშუალებანი (გლუქოზა ვენაში), ვიტამინები (B<sub>1</sub>, B<sub>12</sub> და C), საგულე საშუალებანი (კორდიამინი, დიგიტალისის პრეპარატები). საჭიროა დიეტური მკურნალობა: რძე, ჩაი, მინერალური და ხილის წყლები დიდი რაოდენობით, ნახშირწყლებით მდიდარი საკვები. ცხიმოვანი და ცილოვანი საკვები უნდა შეიზღუდოს.

თეთრი ცხელებიდან გამოსვლისას, სათანადო მომზადების შემდეგ, უნდა ჩატარდეს ანტიალკოჰოლური მკურნალობა.

ალკოჰოლური ქალუცინოზი ვითარდება ქრონიკული ალკოჰოლიზმის დროს და, განსხვავებით თეთრი ცხელებისაგან, ხასიათდება უხვი სმენითი ქალუცინაციებით ნათელი ცნობიერების ფონზე. ხშირად ადგილი აქვს დევნის ბოდვას. მიმდინარეობს რამდენიმე კვირა (მწვავე ალკოჰოლური ქალუცინოზი).

ზოგიერთ შემთხვევაში, განსაკუთრებით კი ხანდაზმულ ასაკში, ალკოჰოლური პალუცინოზი მიმდინარეობს ხანგრძლივად, მრავალი წლის განმავლობაში. ბოლოვითი აზრები არაიშვიათად მკრთალად არის წარმოდგენილი და ავადმყოფს შენარჩუნებული აქვს გარკვეული კრიტიკულ დამოკიდებულება თავისი დაავადების მიმართ (ქრონიკული ალკოჰოლური პალუცინოზი).

ალკოჰოლური პალუცინოზის დროს ტარდება მკურნალობის კურსი ამინაზინით, სტელაზინით ან ჰალოპერიდოლით. იხმარება აგრეთვე გოგირდმჟავა ატროპინის 1%-იანი ხსნარი კანქვეშ (1—1,5 მლ 2-ჯერ დღეში), საერთო გამამაგრებელი საშუალებანი, ვიტამინები, დიეტა.

ალკოჰოლური ლაზოიანოზის ბოლო ვითარდება ქრონიკული ალკოჰოლიზმის შედეგად და დაკავშირებულია პიროვნების გარკვეულ დეგრადაციასთან. მიმდინარეობს ხანგრძლივად. ლაზოიანობასთან ერთად შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს დევნის ბოლოვითი აზრებს. ალკოჰოლიზმის მიღების ხანგრძლივი აღკვეთის დროს ბოლოვითი აზრები ერთგვარად მკრთალდება.

გარდა ანტიალკოჰოლური მკურნალობისა, საჭიროა ჩატარდეს მკურნალობა ნეიროლეფსიური საშუალებებით (ამინაზინი, სტელაზინი). თუ არ არსებობს სომატური უკუჩვენება, გამოხატული ბოლოვითი მდგომარეობის დროს, შესაძლებელია ჩატარდეს ინსულინოთერაპია.

კორსაკოვის ფსიქოზი, ანუ ალკოჰოლური პოლინევრიტი ვითარდება ქრონიკული ალკოჰოლიზმის შედეგად. ხასიათდება თავისებური მძიმე ამნეზური სინდრომით (კორსაკოვის სინდრომი) და ალკოჰოლური პოლინევრიტის მოვლენებით. იწყება 50—60 წლის ასაკში და მიმდინარეობს ხანგრძლივად.

მკურნალობა ტარდება სტატოინარში (განსაკუთრებით დასაწყის პერიოდში). უნდა ვიხმაროთ ვიტამინები (B<sub>1</sub>, B<sub>12</sub> და ნიკოტინის მჟავა), საერთო გამამაგრებელი საშუალებანი.

ბანი. პირველ დღეებში მივმართავთ დეზინტოქსიკაციურ თერაპიას.

ნარკომანიების ჯგუფს ეკუთვნის აგრეთვე სხვა ნივთიერებათა შედეგად გამოწვეული ტოქსიკომანიები, რომელთა საერთო დამახასიათებელ ნიშანს შეადგენს ამა თუ იმ ნივთიერებისადმი ფსიქიკური დაკავშირება (მოთხოვნილება განმეორებით მიღებისადმი), ფიზიკური დაკავშირება (აბსტინენციური სინდრომის განვითარება ნარკოზული საშუალების მიღების შეწყვეტისას) და ტოლერანტობის აწევა (მოთხოვნილება დოზების გაზრდისადმი).

ნარკომანები ყველაზე უფრო ხშირად მიმართავენ შემდეგ საშუალებებს: ოპიუმის ჯგუფის პრეპარატებს (ოპიუმი, მორფიუმი, კოდეინი, ჰეროინი, პანტოპონი); საძილე საშუალებებს (ნემბუტალი, ვერონალი, ლუმინალი, ბარბამილი); პაშიშს, კოკაინს და სტიმულატორებს (კოფეინი, ფენამინი).

ოპიუმის, მისი დერივატების და ალკოლოიდების — მორფიუმის, კოდეინის, ჰეროინის, პანტოპონის — ნარკომანიები შედარებით ხშირია; მათ ადვილად ერჩევიან, რის გამოც მიღების დოზები სწრაფად მატულობს. ყველა ჩამოთვლილი პრეპარატებით გამოწვეული ნარკომანიის კლინიკა ძირითადად ერთი და იგივეა, უმნიშვნელო განსხვავებას ვნახულობთ მხოლოდ აბსტინენციური სინდრომის მხრივ.

აღნიშნული ჯგუფის ნარკომანიების მკურნალობა შედგება 3 პერიოდისაგან.

პირველ პერიოდში წარმოებს ნარკოტიკული საშუალების აღკვეთა (სწრაფი, აბორტული და თანდათანობით დაკლებით) და ბრძოლა აბსტინენციური მდგომარეობის წინააღმდეგ.

ნარკოტიკული საშუალების შეწყვეტა ერთბაშად, სტაციონარში შემოსვლისთანავე, მოითხოვს ენერგიულ ჩარევას აბსტინენციური სინდრომის მოსახსნელად. ავადმყოფს ენიშნება ინსულინის (მცირე დოზებით) ინექცია (დასაწყისში 4—6 ერთეული, ყოველდღე ვუმატებთ 2-2 ერთეულს, მაქსიმალური დოზა—12—16 ერთეული); 15—20 წუთის შემდეგ — გლუკოზის 40%-იანი ხსნარი ვენაში, 20 მლ ეძლევა აგრეთვე ანდაქსინი (1—2 გრ დღის განმავლობაში), ხოლო ძილის წინ ამინაზინი ან ნოზინანი (75—125—150 მგ).

აბსტინენციური სინდრომის კუპირების მიზნით შესაძლებელია აგრეთვე ავადმყოფს მიეცეთ შემდეგი მედიკამენტები (ერთსა და იმავე დროს): დეპარკინი 0,1, 4-ჯერ დღეში თითო ტაბლეტი, არტანი 0,005, 3-ჯერ დღეში, თითო ტაბლეტი: პექტამინი 5%, 1-დან 4 მილილიტრამდე კუნთებში 4-ჯერ დღეში და მელიქტინი 0,02 4-ჯერ დღეში. 1—4 ტაბლეტი. აღნიშნული მეთოდით მკურნალობა გრძელდება 1—2 კვირა. სახსრებში ტკივილის შემთხვევაში მელიქტინის მიცემას ვაგრძელებთ 2—3 კვირამდე. აღნიშნული მკურნალობის ჩატარების დროს საძილე საშუალებების და ამინაზინის მიცემა აკრძალულია მყარი და შემაწუხებელი უძილობის შემთხვევაში 1—2 დღის განმავლობაში შესაძლებელია გაკეთდეს გოგირდმჟავა მორფიუმის ხსნარი კუნთებში (1—2 მგ).

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, ნარკოტიკული საშუალების ერთბაშად აღკვეთის მაგიერ შესაძლებელია ვაწარმოოთ მისი თანდათანობითი დაკლება. ამ მიზნით მოწოდებულ სხვა მეთოდთა შორის ერთ-ერთი ყველაზე ეფექტურია ის წესი, რომელიც მოცემულია ნარკომანიის მკურნალობის მეთოდურ წერილში (მოსკოვი, 1964 წ.). 600 მილილიტრ წყალ-

ში მზადდება ოპიუმის, მორფიუმის ან კოდეინის (დაკავშირებით იმასთან, თუ რის ნარკომანიასთან გვაქვს საქმე) ხსნარი იმ ანგარიშით, რომ ხსნარის 20 გრამში (სუფრის კოვზი) იყოს ნარკოტიკული ნივთიერების იმ რაოდენობის 1/6, რომელსაც იღებდა ავადმყოფი 1 დღის განმავლობაში (ხსნარი № 1). მაგალითად, ავადმყოფი ყოველდღე ვენაში იკეთებდა მორფიუმის 1% ხსნარს 60 მილილიტრის რაოდენობით, ე. ი. სუფთა მორფიუმის ფხენილის 0.6 გრ. ამიტომ 600 მილილიტრ ხსნარში გაეხსნით 3 გრამ მორფიუმის ფხენილს  $\left( \frac{0,1 \times 600}{20} = 3,0 \right)$ .

ერთდროულად ვამზადებთ შემდეგ ხსნარს: პირამიდონი 10,0, ანალგინი 10,0, ასკორბინის მჟავა 7,5, ნიკოტინის მჟავა 2,5, გამოსხილი წყალი 600,0 (ხსნარი № 2).

ავადმყოფი შემოსვლის პირველი დღიდან იღებს № 1 ხსნარს 3-ჯერ დღეში სუფრის კოვზით. ამავე დროს ყოველი მოკლებული სუფრის კოვზის ნაცვლად № 1 ხსნარში ვუმატებთ იმავე რაოდენობით № 2 ხსნარს. ამრიგად, № 1 ხსნარში ნარკოტიკული საშუალებების კონცენტრაცია კლებულობს, ხოლო № 2 ხსნარის შემადგენელი ნაწილების რაოდენობა მატულობს. დაწყებული მე-10 — 12 დღიდან პირველი ხსნარის კურჭველში რჩება მხოლოდ მეორე მიქსტურა, რომელსაც ავადმყოფს ვაძლევთ შემდეგი 10 დღე.

მკურნალობის დაწყებიდან 2—4 დღის შემდეგ ხსნართან ერთად ეძლევა ანდაქსინი (მეპროტანი) 3-ჯერ დღეში 0,4—0,6 თითო მიცემაზე. აბსტინენციის დროს ხშირად ვითარდება ფაღარათი, რომლის საწინააღმდეგოდ ინიშნება პაპავერინი (0,03 2-ჯერ დღეში). მყარი უძილობის შემთხვევაში ავადმ-

ყოფს უნდა დაენიშნოს ამინაზინი 50—200 მილიგრამი შუად-  
ლისას და ძილის წინ ან მხოლოდ ძილის წინ. 20—25 დღის  
შემდეგ ანდაქსინი თანდათან ეხსნება (დოზების დაკლებით  
4—5 დღის განმავლობაში).

ანით მთავრდება მკურნალობის პირველი ეტაპი და მა-  
შინვე იწყება მეორე ეტაპი, რომელიც მდგომარეობს შემდეგ-  
ში: ავადმყოფს ენიშნება ინსულინის მცირე დოზები, გლუკო-  
ზის სხნარი ვენაში, ვიტამინები, საერთო გამამაგრებელი სა-  
შუალებანი. 1 თვის შემდეგ ავადმყოფს თანდათან ვრთავთ  
შრომათერაპიაში. მკურნალობის მთელ პროცესში საჭიროა  
ფსიქოთერაპიული საუბრები. ამგვარ საუბრებს განსაკუთრე-  
ბული მნიშვნელობა ენიჭება მეორე პერიოდში.

მკურნალობის პირველი და მეორე პერიოდი, როგორც  
წესი, ტარდება სტაციონარის პირობებში, მკაცრი იზოლა-  
ციით. მკურნალობის ხანგრძლივობა არ უნდა იყოს 3—4  
თვეზე ნაკლები.

მესამე პერიოდი წარმოადგენს მიღებული შედეგის განმ-  
ტკიცებას და სწორი სოციალური და შრომითი კავშირების  
შემუშავების ეტაპს. ავადმყოფი ხანგრძლივად (არანაკლებ  
1 წლისა) პერიოდულად უნდა ნახულობდეს ექიმს, რომელიც  
მასთან აწარმოებს ფსიქოთერაპიულ საუბრებს.

ძილისმომგვრელ საშუალებათა (ნემბუტალი, ვერონალი,  
ლუმინალი, ბარბამილი) ნარკომანიების მკურნალობა ტარდება  
სტაციონარის პირობებში. ნარკოტიკული საშუალებების აღ-  
კვეთა ყოველთვის მიმდინარეობს თანდათან, რამდენიმე კვი-  
რის განმავლობაში. უნდა გვახსოვდეს, რომ ამ დროს განვი-  
თარებული უძილობა ძალიან მყარი, შემაწუხებელია ავადმყოფ-



ფისათვის. ამის გამო ხანგრძლივად ინიშნება ამინაზინი (50-400 მგ), აბაზანები, მასაჟი, სამკურნალო ფიზკულტურა.

ნარკოზული საშუალების დოზების დაკლებისათვის შესაძლებელია გამოვიყენოთ იგივე მეთოდი, რაც ოპიუმის პრეპარატებით გამოწვეული ნარკომანიების მკურნალობის დროს. ხსნარი მზადდება ისეთივე კონცენტრაციით (20 გრამი ხსნარი უნდა შეიცავდეს ავადმყოფის მიერ ხმარებული საძილე საშუალების 1/6), ხსნარის რაოდენობა — 1—1,5 ლიტრი. ხსნარი ეძლევა 3-ჯერ დღეში სუფრის კოვზით. ყოველი ამოღებული სუფრის კოვზის ნაცვლად ხსნარს ემატება წყალი ან ვიტამინი და ნიკოტინის მჟავას შემცველი ხსნარი. საძილე საშუალებას ხანგრძლივი ნარკომანია ხშირად იძლევა ინტელექტის დაქვეითებას და პიროვნების დეგრადაციას, რის გამოც ფსიქოთერაპია უნდა იყოს ხანგრძლივი და სისტემატური. დიდი მნიშვნელობა აქვს შრომათერაპიას.

ჰაშიშიზმის (ანუ ჰაშიშომანია) დროს ნარკოზულა ნივთიერება (ჰაშიში, ანუ ანაშა, ანუ პლანი, ანუ მარიხუანა) იხმარება თამბაქოსთან ერთად მოწვეით ან ფხვნილის სახით per os. უნდა გვახსოვდეს, რომ მწვავე ინტოქსიკაციისაგან განსხვავებით (რომელიც ხასიათდება ერთგვარი ეიფორიით, აღქმის გამახვილებით, განმუხრუქებით ან, უფრო მძიმე შემთხვევებში, ჰალუცინაციებით და ზოგჯერ დელირიოზული მდგომარეობით), ქრონიკული ინტოქსიკაციის დროს შესაძლებელია განვითარდეს ხანგრძლივად მიმდინარე ფსიქოზი, რომელიც თავისი კლინიკური სურათით ემსგავსება შიზოფრენიას.

ნარკოზული საშუალების აღკვეთა ხდება ერთბაშად, ვინაიდან ჰაშიშიზმის დროს აბსტინენციური სინდრომი არ არის

მძიმე, მისი კუპირება შედარებით ადვილია და არ მოითხოვს სპეციალურ სამკურნალო ღონისძიებებს. 3—7 დღის შემდეგ შესაძლებელია ჩატარდეს ზოგადი გამამაგრებელი მკურნალობა (ინსულინის მცირე დოზები, გლუკოზა ვენაში, სტრიქნინისა და დარიშხანის ინექცია, ვიტამინები). სამკურნალო ღონისძიებებიდან პირველ ადგილზე უნდა დავაყენოთ ფსიქოთერაპია. მკურნალობის პერიოდში ნაჩვენებია შრომათერაპია.

კოკაინიზმი ნარკომანიის მძიმე ფორმაა და იგი მოითხოვს ხანგრძლივ მკურნალობას სტაციონარის პირობებში. ყურადღება უნდა მივაქციოთ იმ გარემოებას, რომ ხშირად აღნიშნული ნარკომანიის დროს ვხვდებით მთელ რიგ მკვეთარ ცვლილებებს შინაგანი ორგანოების მხრივ. ამასთან დაკავშირებით მედიკამენტური მკურნალობა უნდა ტარდებოდეს განსაკუთრებული სიფრთხილით. ნარკოტიკული საშუალებების აღკვეთა ხდება ერთბაშად. დიდი მნიშვნელობა აქვს საერთო გამამაგრებელ თერაპიას (ინსულინი, გლუკოზა, ვიტამინები). კოკაინიზმის მკურნალობა უმჯობესია სპეციალური (დახურული) სტაციონარის პირობებში.

სტიმულატორებით (კოფეინი, ფენომენი) გამოწვეულ ნარკომანიების მკურნალობა უმჯობესია ჩატარდეს ხანმოკლე სტაციონირების პირობებში. აღკვეთა ხდება ერთბაშად. სისხლის წნევის მკვეთრი დაქვეითების თავიდან აცილების მიზნით ინიშნება საგულე საშუალებანი (კორდიამინი, ჯაფური). მიზანშეწონილია ოქსიგენოთერაპია და (ანალოგიურად სხვა ნარკომანიების მკურნალობისა) საერთო გამამაგრებელი საშუალებანი, ვიტამინები, ფსიქოთერაპია. აღნიშნული ჯგუფის ნარკომანიების განხილვის დროს უნდა გვახსოვდეს, რომ სტი-

მულატორებად შესაძლებელია ავადმყოფის მიერ გამოყენებულ იქნეს ჩაის ან ყავის ნაყენი.

გარდა ერთი რომელიმე ნივთიერებით გამოწვეული ნარკომანიისა, არაიშვიათად ვხვდებით ისეთ მდგომარეობას, როდესაც ნარკომანი იყენებს სხვადასხვა საშუალებებს — პოლინარკომანია. მაგალითად, მორფისა და კოკაინის ერთდროული ხმარება. ზოგჯერ ნარკოტიკულ საშუალებებს ხმარობენ შენაცვლებით, მაგალითად, მორფიუმი და კოდეინი, ან მორფიუმი და ლუმინალი, ან ალკოჰოლი და მორფიუმი.

ნარკომანიების მკურნალობის დროს მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული ავადმყოფის პიროვნული თავისებურებანი სწორად საქმე გვაქვს ფსიქოპათიებთან სოციალური და შრომითი კავშირების დარღვევით, თავისი მდგომარეობის არასათანადო შეფასებით: ისინი ზოგჯერ არ არიან აქტიურად დაინტერესებულნი განკურნებით. ყოველივე ამის გამო სათანადო კანონმდებლობა ნარკომანიების გარკვეულ შემთხვევებში რთვალისწინებს იძულებითი მკურნალობის დანიშვნას.

## ინტოქსიკაციური ფსიქოზები

ნერვული სისტემის განსაკუთრებული მგრძობელობის გამო შხამების მიმართ არაიშვიათად ესა თუ ის ტოქსინური ნივთიერება აწვევს სხვადასხვა ფსიქოზურ მდგომარეობას. ამ მხრივ აღსანიშნავია ალკოლოიდები (აქრიქინი, ატროპინი, მესკალინი), ხავეებთან ერთად მიღებული შხამები (პოტულისმი, შხამიანი სოკოები) და ქიმიური შხამები (სინდიუი, ტეტრაეთალტყვია, დარიშხანი, ნახშირბადის ზეჟანგი, ბენზინი და სხვ.). ფსიქოზური მდგომარეობანი მეტად მრავალფეროვანია. უხვარესად აღგილი აქვს ცნობიერების პათოლოგიას. ილუზიებს და ქალუცინაციებს.

მკურნალობა ძირითადად მიმართულია უშუალოდ მომშხამავი ნივთიერების მოქმედების და ორგანიზმში მის მიერ გამოწვეული ცვლილებების გაუვნებლებისათვის, ხოლო ფსიქოზურ მდგომარეობათა თერაპია ატარებს სიმპტომური მკურნალობის ხასიათს.

## ტრავმული ფსიქოზები

თავის ქალას ტრავმებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი და მოკიდებულია ტრავმის ხასიათზე (ღია და დახურული) და პროცესის ხანგრძლივობაზე (უახლოესი და შორეული შედეგები). ქალას დახურულ ტრავმადან აღსანიშნავია კომოცია (ტვინის შერყევა), კონტუზია (დაეჭეილობა), კომპრესია (დაწოლა) და ქალას ფუძის ან თაღის მოტეხლობა.

კომოციის დროს დასაწყისში ადგილი აქვს ცნობიერების დაკარგვას. შემდგომში ვითარდება ასთენიური მდგომარეობა. ფსიქოზები შედარებით იშვიათია (გვხვდება ცნობიერების ბინდისებური და დელირიული აშლა, სტუპოროზული მდგომარეობანი, კორსაკოვისმაგვარი სინდრომი).

თავის ტვინის კონტუზიის დროს, გარდა ტვინის ზოგადი შერყევის სიმპტომებისა, ადგილი აქვს კეროვანი დაზიანების ნიშნებს, რომელნიც დამოკიდებული არიან დაზიანების ლოკალიზაციაზე (მოძრაობის, მგრძობიანობის, აფაზიური მოშლილობანი). ფსიქოზური მდგომარეობებიდან აღსანიშნავია აპათია, მოღუნება, აღინამია; სხვა შემთხვევებში — ეიფორია, ფსიქომოტორული აგზნება, ცნობიერების შეცვლა და ა. შ.

ტვინის კომპრესიით ვითარდება ტვინის შეშუპების, გაჭირვებისა და ქალასშიგნითა სისხლჩაქცევის დროს. ადგილი აქვს თავის ტკივილს, მოღუნებას, ძილიანობას, ცნობიერების შეცვლას.

აფეთქებითი ტალღით გამოწვეული დაზიანება ხასიათდება გარკვეული თავისებურებებით. დასაწყისში ადგილი აქვს ცნობიერების დაკარგვას (რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე დღემდე). ხშირია სურდომუტიზმი შემდგომი ლოგონევროზით.

თავის ტვინის ტრავმების მკურნალობა მწვავე პერიოდში მოითხოვს წოლით რეჟიმს, რაც გრძელდება არანაკლებ სამი კვირისა. საჭიროა საგულე საშუალებანი (კოფეინი, სტროფანტინი, კორდიაზოლი, ადრენალინი, მეზოტანი), რომელნიც ამავე დროს მიმართულია ტრავმული შოკის შედეგების ლიკვიდაციისაკენ. სუნთქვის მარეგულირებელი პრეპარატები (ლობელინი, ციტიტონი, ჟანგბადისა და ნახშირორჟანგის ნარევის შესუნთქვა); ტვინის შეშუპებისა და გაჭირვების საწინააღმდეგო საშუალებანი (გოგირდმჟავა მაგნეზიუმის 10% ხსნარის 200—300 მლ ოცნა, კალციუმქლორის 10% ხსნარის 5—10 მლ ვენაში, გლუკოზა ვენაში, მერკუზალი, ფონურიტი, ჰიპოთიაზიდი); ლუმბალური პუნქცია ტრავმიდან არაუადრეს 5—6 დღისა, 10—20 მლ, სითხის გამოშვებით. ვიტამინები K და P; ანტიჰისტამინური საშუალებანი (დიმედროლი, სუპრასტინი, პერნოვინი); ანტიქოლინერგიული პრეპარატები (ატროპინი). ზოგჯერ მიმართავენ ჰორმონალურ პრეპარატებს: კორტიზონს და პრედნიზოლონს. საკვები მცირე რაოდენობით, თხიერი.

თავის ღია ტრავმების მკურნალობის დროს მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული აგრეთვე ინფექციის საშიშროება, რის გამოც ინიშნება მკურნალობა ანტიბიოტიკებით.

თავის ტვინის მძიმე ტრავმული დაზიანების დროს მოგვიანებით პერიოდში ვითარდება მთელი რიგი აშლილობანი — თავის ტვინის ტრავმის შორეული შედეგები. ამ მხრივ აღსანიშნავია ტრავმული ენცეფალოპათია (აპათიური, ექსპლოზიური და ეიფორიული მდგომარეობები), ტრავმული ასთენია (ადვილი მოქანცულობა, ჰიპერპათია), ტრავმული ჰკუასუსტობა და ტრავმული ეპილეფსია. თავის ტვინის ტრავმის შო-

რეული შედეგების ფონზე ზოგჯერ ვითარდება ხანმოკლე ფსიქოზური მდგომარეობანი, რომელსაც რიგი ავტორებისა უწოდებს პერიოდულ ორგანულ-რეზიდუალურ ფსიქოზს (ცნობიერების ბინდისებური შეცვლა, მოტორული აგზნება ან სტუპორი. აფექტური აშლილობანი და სხვ.).

თავის ტვინის ტრავმის შორეული შედეგების მკურნალობა წარმოებს ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით.

ასთენიის დროს მიმართავენ ინსულინს (მცირე დოზებით) და გლუკოზის ხსნარს ვენაში, ცენტრედინს, ფენატინს, ენ-შენს. აწეული აგზნებადობის დროს სასურველია ბრომის პრეპარატები (ნატრიუმ-ბრომის 10% ხსნარი, 10 მლ ვენაში). გოგირდმჟავა მაგნეზიუმი (25% ხსნარი, 5—10 მლ ვენაში). მებროტანი, ანდაქსინი ან ტრიოქსაზინი. ექსპლოზიური რეაქციების დროს მივმართავთ ნატრიუმ-ბრომის და გოგირდმჟავა-მაგნეზიუმის ხსნარის ინტრავენოზურ ინექციებს — დოზების თანდათანობით მატებით — 2—3 მილილიტრიდან 10—15 მილილიტრამდე; ამინაზინს (0,2—0,3 გრამი დღე-ღამეში). დოსფორიების შემთხვევაში ნაჩვენებია ელენიუმი. აპათიური და აპონტანური მდგომარეობების მკურნალობისათვის გამოყენებულ უნდა იქნეს მატონიზირებელი და მასტიმულირებელი საშუალებანი (სტრიქნინი, ქაფური, კორდიამინი) ფენამინთან. ფენატინთან ან ცენტედრინთან კომბინაციაში (სტრიქნინი და ფენამინი უკუნაჩვენებია არტერიული წნევის ძომატების დროს). ინიშნება აგრეთვე ასკორბინის მჟავა, ვიტამინი B<sub>1</sub>.

ტრავმული ეპილეფსიის მკურნალობის დროს, გარდა კრუნჩხვის საწინააღმდეგო საშუალებებისა, გამოყენებულ უნდა იქნეს გლუკოზა და მაგნეზია.

პერიოდულ-ორგანული რეზიდუალური ფსიქოზების დროს

ტარდება ამინაზინოთერაპია გლუკოზისა და მაგნეზიუმის ინექციებთან ერთად.

ტრავმის შემდგომ მდგომარეობათა მკურნალობაში დიდი მნიშვნელობა აქვს კვებას. დღის რეჟიმს, შრომასა და საყოფაცხოვრებო პირობებს. ავადმყოფები დაცულ უნდა იქნენ ვადაძაბვისაგან, გადაჭანცვისაგან. კონფლიქტური და ტრავმული სიტუაციებისაგან. კატეგორიულად იკრძალება ალკოჰოლური სასმელები.

## სისხლძარღვოვანი დაავადებებით გავრცეული ფსიქოზური აზლილობანი

ათეროსკლეროზის დასაწყისში ადგილი აქვს ნევროზულ გამოვლინებებს. შემდგომში ვითარდება მეხსიერების და შრომისუნარიანობის ნაკლებობა დაკვირვება, ემოციური ლაბილობა, ცრემლიანობა. ეგოიზმი, ინტერესების შეზღუდვა. ხშირად ვითარდება დეპრესიული მდგომარეობები იპოქონდრიული ჩივილებით: აგრეთვე ბოლვიით მდგომარეობანი (დეენის, ლაზოიანობის, დამოკიდებულების, იპოქონდრიული). ესელებით ეპილეფსიურ გულურებს. განმეორებით ინსულტებს. ორგანული დაზიანების შედეგად არაიშვიათად ვითარდება კორსაკოვის სინდრომი. ამენციური აზნევა, დელარიაული მდგომარეობანი, ქუუასუტობა.

თერაპიული ღონისძიებანი პირველ რიგში მიმართული უნდა იქნეს ძირითადი დაავადების წინააღმდეგ. დიდი მნიშვნელობა აქვს დიეტას და რეჟიმს. ინიშნება იოდის პრეპარატები: სოიოდინი (0,5 2—3-ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ). კალციუმ-იოდის 3%-იანი ხსნარი (3-ჯერ დღეში 1 სუფრის კოვხი). დიოსპონინი (0,02—0,2 2-ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ). ნაჩიენებია მკურნალობის კურსი ნოვოკაინით. 20% ხსნარის 5 მი-

ლილიტრი კუნთებში დღეგამოშვებით, 12 ინექცია. 10 დღის შემდეგ კურსი მეორდება. სულ ტარდება 4 კურსი. ინიშნება ვიტამინი C დიდი დოზებით.

ფსიქიკური აშლილობის დროს ფართოდ გამოიყენება ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებანი. აგზნების და მოუსვენრობის დროს ინიშნება ამინაზინი, ტიზერცინი, ეტაპერაზინი, ფენიბუტი; დეპრესიების დროს — მელიპრამინი, ტოფრანილი, იმიზინი; ბოდვითი მდგომარეობისა და ცნობიერების ბინდისებური აშლის დროს — პროპაზინი; შფოთვის დროს — ელენიუმი, მეპროტანი. ნეიროლეფსიურ საშუალებათა მიცემა იწყება მცირე დოზებიდან. გამოხატული ათეროსკლეროზული ჰკუასუსტობის დროს მიზანშეწონილია ლიპოცერებრინი, ფიტინი, აგრეთვე გლუტამინის მკეავა.

ინსულტების დროს ნაჩვენებია ეუფილინი ვენაში (2,4% ხსნარის 5—10 მილილიტრს ვუმატებთ გლუკოზის 40%-იანი ხსნარის 10—20 მილილიტრს; შეგვყავს ნელა).

ეპილეფსიური გულყრების მკურნალობა ტარდება კრუნჩხვის საწინააღმდეგო საშუალებებით (იხ. ეპილეფსია).

ათეროსკლეროზის დროს ყურადღება უნდა მიექციოთ არტერიულ წნევას, გულის, კუჭ-ნაწლავის სისტემის მოქმედებას.

ჰიპერტონიის საწყის სტადიაში უფრო ხშირია ასთენიურა და ნევროზისმაგვარი მდგომარეობანი. მოგვიანებით სტადიებზე შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს სხვადასხვა ფსიქოზურ გართულებას (ცნობიერების შეცვლა, დეპრესიულ-ბოდვითი მდგომარეობანი, ფსევდოპარალიზური სინდრომი, ჰკუასუსტობა).

მკურნალობა მიმართულია ძირითადი დაავადებისაკენ.



ფსიქოზური მდგომარეობების დროს მივმართავთ სხვადასხვა ფსიქოფარმაკოლოგიურ პრეპარატებს. ცნობიერების აშლის და ფსევდოპარალიზური სინდრომის დროს ინიშნება ტიზერცინი, ამინაზინი, პროპაზინი, რეზერპინი; აგზნებების, აფექტური დაძაბულობის, ბოდვითი მდგომარეობების დროს — ტიზერცინი, ამინაზინი; ნევროზისმაგვარ მდგომარეობათა დროს მივმართავთ ანდაქსინს, ელენიუმს.

ჰიპოტონიის, შიშების, იპოქონდრიული ჩივილების, ასთენიური მდგომარეობების შემთხვევაში მივმართეთ ზოგადგამამაგრებელ და ამალორძინებელ თერაპიას: ვიტამინოთერაპია (C და B<sub>1</sub>), კოფეინი, ენშენი, პანტოკრინი. კარგ შედეგს იძლევა ექინოფსინის 1 % ხსნარის 10—20 წვეთი 2-ჯერ დღეში. ერთი თვის განმავლობაში. საჭიროა აგრეთვე ფიზიოთერაპია, სამკურნალო ფიზკულტურა.

## **თავის ტვინის სიმსივნეების დროს განვითარებული ფსიქიკური მოზლილობანი**

თავის ტვინის სიმსივნეების დროს ფსიქიკურ აშლილობათა ხასიათი დამოკიდებულია პროცესის ლოკალიზაციაზე და დაზიანების ინტენსივობაზე. თანდათან მდგომარეობა უარესდება, თუმცა არ არის გამორიცხული ხანმოკლე გაუმჯობესებანი. ფსიქიკური აშლილობიდან გვხვდება: გაოგნება, გაბრუება, აპათია, ადინამიურობა, ასპონტანობა (აპათიურ-ადინამიური სინდრომი), კორსაკოვის სინდრომი, პალუცინაციები. შუბლის წილის უპირატესი დაზიანების დროს ზოგჯერ ვხვდებით ეიფორიას, გაზერელებას, უკრიტიკო ქცევებს და სხვ.

თავის ტვინის სიმსივნეთა მკურნალობა ქირურგიულია. მიმართავენ აგრეთვე რენტგენოთერაპიას. მკურნალობა არაიშვიათად მთავრდება გამოჯანსაღებით. პროგნოზი მით უფრო კარგია, რაც უფრო დროულად არის ჩატარებული მკურნალობა. ფსიქოზურ მდგომარეობათა დროს მივმართავთ სიმპტომურ მკურნალობას ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებებით.

## პრესენილური ფსიქოზები

პრესენილური, ანუ ივოლუციური ფსიქოზები ვითარდება უმთავრესად 45—60 წლის ასაკში. კლინიკური ფორმების მიხედვით არჩევენ: ინვოლუციურ მელანქოლიას (წამყვანია დეპრესია აჟიტაციით, თვითბრალდებისა და კოტარის ბოდვა), ინვოლუციურ ბოდვას (ინვოლუციური პარანოია, ინვოლუციური პარათენია). ინვოლუციურ ისტერიას (უმთავრესად ავადდებიან ქალები) და ინვოლუციურ, ანუ მოგვიანებულ კატატონიას (წამყვანია კატატონიური აგზნებები, რომელთაც ხშირად ცვლის სტუპოროზული მდგომარეობანი).

ინვოლუციური ფსიქოზების მკურნალობა ტარდება სტაციონარულად. განსაკუთრებულ ყურადღებას მოითხოვს ინვოლუციური დეპრესია თვითმკვლელობის საშიშროების გამო. თერაპიული ღონისძიებანი საჭიროა ჩატარდეს დიფერენცირებულად, კლინიკური გამოვლინების მიხედვით.

ინვოლუციური მელანქოლიის დროს ინიშნება ამინაზინი და მელიპრამინი კომბინირებულად (ამინაზინი 300—400 მგ, მელიპრამინი 200—300 მგ დღე-ღამეში); აგრეთვე ტიზერცინი ტრიფტაზინთან, ხანგრძლივი დროის განმავლობაში; ტრიფტაზინთან ერთად დასაშვებია იმიზინი; ამავე დროს უნდა

გვახსოვდეს, რომ იმიზინმა შესაძლებელია გააძლიეროს შფოთვა და აგზნება. შეიძლება დ.ინიშნოს აგრეთვე ტრიპტიზოლი. ინვოლუციური მელანქოლიის სამკურნალოდ გამოყენებულ უნდა იქნეს ელექტროკრუნჩხვა: კურსი შეიცავს 4—6—8 გულყრას, რომელიც ტარდება 2—3 დღის შუალედით.

ინვოლუციური ბოდვის დროს ინიშნება ამინაზინი, ტრიფტაზინი ან პალოპერიდოლი საკმაოდ დიდი დოზებით, ხანგრძლივად — 4—5 თვის განმავლობაში.

ინვოლუციური ისტერიის დროს ნაჩვენებია ანტიდეპრესანტები (იმიზინი, მელიპრამინი) და ტრანკვილიზატორები (მეპროტანი, ანდაქსინი). ინვოლუციური კატატონიის დროს შესაძლებელია ვიხმართ ელექტროკრუნჩხვითი თერაპია. გამოიყენება აგრეთვე ამინაზინი, ტრიფტაზინი, ტიზერცინი.

დადებითი თერაპიული შედეგის გასამაგრებლად ხანგრძლივად ინიშნება ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებანი (რომლითაც მიღწეული იყო სამკურნალო ეფექტი). შედარებით მცირე დოზებით.

საჭიროა ყურადღება მიექცეს ავადმყოფის ფიზიკურ მდგომარეობას. კვების დაქვეითების შემთხვევაში მივმართავთ ინსულინს მცირე დოზებით, ვიტამინოთერაპიას. ზოგჯერ ნაჩვენებია პორბონალური პრეპარატები (ფოლიკულინი, მეთილტესტოსტერონი).

## მოხუცებულობის ფსიქოზები

სენიუმთან დაკავშირებული ფსიქოზური აშლილობანი ვითარდება მთელი ორგანიზმის საერთო მობერების ფონზე და მას საფუძვლად უდევს ატროფიული ცვლილებები თავის ტვინში. უზმირესად იგი გვხვდება 65—70 წლის შემდეგ. თუმცა შესაძლებელია უფრო ადრეც.

კლინიკურ-ფსიქოპათოლოგიურ სურათში წამყვანია მეხსიერების ფუნქციების მკვეთრი დაქვეითება (განსაკუთრებით უახლესი ფაქტებისა და მოვლენების დამახსოვრება); მძიმე შემთხვევებში ვითარდება ამნეზიური დეზორიენტაცია. თავიდანვე ყურადღებას იპყრობს პიროვნების შეცვლა: ეგოცენტრიზმი, ინტერესების შეზღუდვა, ემოციური გასადავება. დამახასიათებელია ძილის რიტმის დარღვევა. თანდათან ვითარდება მძიმე ნაოჯახი. ამგვარ ფორმას ეწოდება მოხუცებულობის ჰუასუსტობა (სენილური დემენცია).

არაიშვიათად აღწერილი მდგომარეობა გართულებულია ეიფორიული გუნებ-განწყობით და მოუსვენრობით: გარდა ამისა, შესაძლებელია გეხვდეთ ცნობიერების აშლას (დელირიოზული ფორმა). ზოგჯერ აღგილი აქვს დეენის და თვითგანადგურების (კოტარის ხინდრომი) ბოდეით აზრებს.

აღწერილია სენილური ფსიქოზის ცალკე ფორმა (პრესპიოფრენია. ანუ კონფაბულაციური, ანუ კორსაკოვის ფორმა), რომელსაც ახასიათებს მეხსიერების დიფუზური და ღრმა დარღვევა კონფაბულაციებით.

სენილური ჰუასუსტობის ატიპიურ ფორმებს მიეკუთვნება პიკისა და ალცჰაიმერის დაავადება. პიკის დაავადება გეხვდება უფრო ხშირად 50—60 წლის ასაკში. დასაწყისში აღნიშნულია გაზერელება, ინტერესების შეზღუდვა, ემოციური სიბლაგვე. შემდგომში ვითარდება ღრმა ჰუასუსტობა ზოგჯერ კარგად გამოხატული კეროვანის სიმპტომებით (ამნეზიური აფაზია, აგნოზია, აპრაქსია). ალცჰაიმერის დაავადებაც შედარებით აღრე იწყება (45—55 წწ.), მიმდინარეობს ნელა. საბოლოოდ ყალიბდება ჰუასუსტობა და მოძრაობისა და მეტყველების აპარატის მკვეთრი მოშლა პარაფაზიის, მოტორული აფაზიის, აპრაქსიის სახით.

სენილური ჰუასუსტობის და სენილური ფსიქოზების მკურნალობა შესაძლებელია ატარებდეს მხოლოდ სიმპტომურ ხასიათს. ყოველთვის უნდა გვანსოვდეს მძიმე სომატური მდგომარეობა და ფსიქოფიზიკური მარაზმის სწრაფი განვითარება. როდესაც ავადმყოფები უმწეონი ხდებიან. ამის გამო საჭიროა პირველ რიგში ყურადღება მიექცეს ავადმყოფთა მოვლას, კვებით რეჟიმს, თანმხლები სომატური დაავადების მკურნალობას.

ნაჩვენებია იოდის პრეპარატები, თბილი აბაზანები, ნაწილების პროფილაქტიკა, გლუკოზა ვენაში. ვიტამინები (განსაკუთრებით B<sub>1</sub>, ასკორბინის მჟავა) და საგულე საშუალებანი.

მოუსვენრობისა და აგზნების დროს ნაჩვენებია პროპანოლინი (250—300 მგ) მეპროტანთან და ანდაქსინთან ერთად, ფენიბუტი. ბოლვიითი სინდრომის დროს შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს აგრეთვე ამინაზინი, ტიზერცინი, ტრიფტაზინი სათანადო სიფრთხილით. გამონატული დეპრესიული მდგომარეობის დროს შესაძლებელია დანიშნულ იქნეს იმიზინი ტრიფტაზინთან ერთად, აგრეთვე ტიზერცინი.

## ოლიგოფრენია

ოლიგოფრენია წარმოადგენს თანდაყოლილ ან უახლოეს პოსტნატალურ პერიოდში შეძენილ ჰკუასუსტობას. გონებრივი ჩამორჩენილობა ამ დროს ხასიათდება ძირითადად ცნებათა სიღარიბით. ოლიგოფრენია შესაძლებელია წარმოდგენილი იყოს სხვადასხვა ხარისხით: იდიოტია, იმბეცილობა და დებილობა. ოლიგოფრენიის წარმოშობაში მნიშვნელოვანი ადგილი უკავია ტრავმებს, ინფექციებს, მშობელთა ალკოჰოლიზმს, სხივურ დაზიანებას, რეზუს-კონფლიქტს, მემკვიდრეობით ფაქტორს.

გარდა აღნიშნულისა, აღწერილია ოლიგოფრენიის ისეთი სახეები, რომლებიც დაკავშირებულია გარკვეულ პათოლოგიურ მდგომარეობებთან: ფენილკეტონურია, დაუნის დაავადება, ტოქსოპლაზმოზი, კრეტინიზმი, ამავროზული იდიოტია, ჰიდროცეფალია, მიკროცეფალია და სხვ.

ოლიგოფრენიის მკურნალობა უახლოეს წლებში საკმაოდ განვითარდა. შესაძლებელი გახდა დიფერენცირებული ეტიოპათოგენეზური მკურნალობა გარკვეული შემთხვევებისა, სადაც დადგენილია ეტიოლოგიური ფაქტორის მნიშვნელობა (ფენილკეტონურია, ტოქსოპლაზმოზი და სხვ.).

ტოქსოპლაზმოზის შემთხვევაში მკურნალობა ტარდება ქლორიდინით სულფოდიმეზინთან ერთად. ფენილკეტონურიის დროს ინიშნება ვიტამინები B<sub>1</sub>, B<sub>6</sub> სათანადო დიეტასთან ერთად. დისკერატოზების დროს უნდა ვიხმაროთ A ვიტამინი.

საერთოდ, ოლიგოფრენიების დროს ნაჩვენებია გლუტამინის მკურნალობა (დღე-ღამის დოზა 0,1—0,2 გრამი 1 კილოგრამ წონაზე, რამდენიმე თვის განმავლობაში), პოლივიტამინები, ლუციდრილი. აგზნების დროს ინიშნება ამინაზინი და ჰალოპერიდოლი, აგრეთვე ანდაქსინი, ელენიუმი.

მეტად დიდი მნიშვნელობა აქვს ოლიგოფრენიების დროს აღმზრდელობით ღონისძიებებს, შრომითი ჩვევების გამომუშავებას, შრომაში ჩაბმას, ქცევის მოწესრიგებას და ა. შ.

## რეაქტიული ფსიქოზი

რეაქტიული ფსიქოზები წარმოადგენს დაავადებათა ჯგუფს, რომლებიც ვითარდება უსიამოვნო ფსიქიკური განცდების (ფსიქიკური ტრავმა) შედეგად, და შესაძლებელია წარმოდგენილ იქნეს შემდეგი სახეობებით: მწვავე ფსიქიკური რეაქციები (სტუპორი, მოძრაობითი აგზნება), ისტერიული ფსიქოზური რეაქციები (ფსევდოდემენცია, პუერილიზმი, პანზერის სინდრომი, ცნობიერების ისტერიული ბინდისებური მდგომარეობა), რეაქტიული დეპრესია (რომლის დროს დაბოლმიანების და დამწუხრების ფონზე ავადმყოფის ფიქრი და განცდა კონცენტრირებულია ტრავმული

მომენტების გარეშე) და ფსიქოგენური პარანოიდები. ამ უკანასკნელთა ჯგუფში შედის რეაქტიული პარანოიდი, ფსიქოგენური პარანოიალური მდგომარეობები (ვითარდება პარანოიალური ფსიქოპათიის ფონზე და აღმოცენდება ზელირებულოვანი იდეებიდან) და ე. წ. ინდუცირებული ბოღვა. გარკვეული მძიმე სიტუაციის პირობებში შესაძლებელია ვანგუთარდეს რეაქტიული ჰალუცინოზი.

ა. ზურაბაშვილი გამოპყოფს რეაქტიული მდგომარეობების ცალკე ფორმას, რომლის დროს შიზოფრენიისმაგვარი სინდრომი თავისი წარმოშობით ატარებს ფსიქოგენური რეაქციის ხასიათს და დაკავშირებულია მიკროსოციალურ ფსიქოტრავმულ მომენტებთან. ამ ფორმას ავტორი უწოდებს პარაშიზოფრენიას. მიმდინარეობს ხანგრძლივად და პროგნოზულად უფრო მძიმეა, ვიდრე ფსიქოგენური რეაქციების სხვა ფორმები.

ფსიქოგენური რეაქციების რიგს მიეკუთვნება აგრეთვე იატროგენიები, ანუ ფსიქოგენური დაავადების ის სხვადასხვა სახეები, რომლებიც თავისი წარმოშობით დაკავშირებულია ექიმის დაუფიქრებელ, არასწორ და გაუაზრებელ დამოკიდებულებასთან ავადმყოფის მიმართ.

რეაქტიულ მდგომარეობათა მკურნალობის ძირითად პირობას წარმოადგენს შესაძლებლობის ფარგლებში ავადმყოფის მოვაცილოთ ტრავმული სიტუაცია. მკურნალობა ყოველთვის კომბინირებულია და შედგება მედიკამენტური მკურნალობისა და ფსიქოთერაპიისაგან. ფსიქოთერაპიას უნდა მივმართოთ სისტემატურად, თანმიმდევრულად და ყველა მისი სახის გამოყენებით (რაციონალური, ჰიპნოთერაპია, რეპროდუქციულ განცდათა მეთოდი).

რაც შეეხება მედიკამენტურ თერაპიას, იგი დიფერენცირებულია და განპირობებულია კლინიკური მდგომარეობით:

დეპრესიის დროს ინიშნება ანტიდეპრესანტები: მეპროტანი (ანდაქსინი, მეპრობამატი — 600—800 მლ დღე-ღამეში), ელენიუმი (40—50 მგ), ტიზერცინი (50—100—200 მგ), მე-ლიპრამინი, ტოფრანილი (25—100—125 მგ), ტრიპტიზოლი.

რეაქტიული დეპრესიების დროს კარგი ეფექტი აქვს ამიტალ-კოფეინთერაპიას, რაც შემდეგში მდგომარეობს: კანქვეშ შეგვყავს კოფეინი (1 მლ), 4—5 წუთის შემდეგ ვენაში ნელა შეგვყავს ამიტალ-ნატრიუმის (ბარბამილის) 5% ხსნარი 2-დან 10 მილილიტრის რაოდენობით. მკურნალობის კურსი შეიცავს 10—20 ინექციას, რომელიც ტარდება დღეგამოშვებით. განსაკუთრებულად მძიმე დეპრესიის დროს დასაშვებია ინექციები ყოველდღე.

სხვა სახის მკურნალობიდან დეპრესიების დროს ნაჩვენებია ჟანგბადის შეყვანა კანქვეშ, გლუკოზა ბრომით, საგულე და სედატიური საშუალებანი. დეპრესიული ავადმყოფები მოითხოვენ განსაკუთრებულ ყურადღებას მოსალოდნელი სუიციდური ცდების თავიდან აცილების მიზნით.

რეაქტიული ბოდვითი მდგომარეობის, ისტერიული რეაქციების და ჰულუცინოზის დროს ხმარებულ უნდა იქნეს ამინაზინი (უმჯობესია ინექციები) და პროპაზინი. გამოყენებულ უნდა იქნეს ოქსიგენოთერაპია, ვიტამინები და საერთო ამალორძინებელი საშუალებანი.

რეაქტიულ მდგომარეობათა მკურნალობისათვის გამოიყენება აგრეთვე ელექტროძილი. ნაჩვენებია თბილი აბაზანები, შარკოს შხაპი, ცირკულარული შხაპი, დარსონვალი.



## ნევროზები

ნევროზები წარმოადგენს დაავადებათა ჯგუფს, რომელსაც საფუძვლად უდევს ნერვული სისტემის ფუნქციური დაზიანება და რომლის კლასიფიკაცია საბოლოოდ დადგენილი არ არის. შესაძლებელია წარმოდგენილი იქნეს შემდეგი ძირითადი ფორმების სახით: ნევრასთენია, ისტერია და აკვიატებულ მდგომარეობათა ნევროზი.

ნევრასთენიის წარმოშობაში მნიშვნელოვანი ადგილი უჭირავს გადაღლას, გადაქანცვას, უსიამოვნო განცდებს. ნევრასთენიის მიმდინარეობა მძიმდება, თუ ადგილი აქვს სომატურ დასუსტებას. უზშირესად გვხვდება 20—40 წლის ასაკის მამაკაცებში. ახასიათებს გამლიზიანებლობითი სისუსტე; ავადმყოფი ემოციურად ლაბილურია, ადვილად იღლებს და ეფანტება ყურადღება, შრომის უნარი უქვეითდება, ძილი მოშლილია. აღსანიშნავია მთელი რიგი უსიამოვნო სომატური შეგრძნებები, განსაკუთრებით თავისა და გულის არეში, უმადობა, ვეგეტატიური დარღვევები (პულსის ლაბილობა, ოფლიანობა, არტერიული წნევის მერყეობა).

ნევრასთენიის მკურნალობა, უპირველეს ყოვლისა, მოითხოვს დასვენებას და საერთო აღორძინებას. უნდა მოწესრიგდეს შრომისა და დასვენების რეჟიმი, თავიდან იქნეს აცილებული ემოციური გადაძაბვა და უსიამოვნო განცდები. საჭიროა სათანადო კვება, ვიტამინები, სუფთა ჰაერზე ხანგრძლივად ყოფნა, დილის გამამხნეველი ვარჯიშები. უნდა მოწესრიგდეს ძილი; ამ მიზნით ინიშნება ანდაქსინი, ფენიბუტი, ბრომის პრეპარატები, ამინაზინი მცირე დოზებით, ტრიპტიზოლი; ძილის მომგვრელი საშუალებანი: ნოქსირონი, ბარბა-

ნილი. ლუმინალი. იმ შემთხვევებში, როდესაც მკვეთრად არის გამოხატული აგზნებადობა, გამლიზიანებლობა, თავშეუკავებლობა ინიშნება ბ'ომის პრეპარატები, აგრეთვე ანდაქსინი. მებროტანი, ელენიუმი (შედარებით დიდი დოზები) და ტურეცინი, ამინაზინი ან ფრენოლინი (არა დიდ დოზებში). განმობატული სისუსტისა და ჰიპოსთენიების დროს სხვა საშუალებებთან ერთად ხმარებულ უნდა იქნეს მასტიმულირებელი პრეპარატები (კოფეინი, სეკურიინი, ვიტამინი B<sub>1</sub> და B<sub>12</sub>). ფართოდ უნდა იქნეს გამოყენებული სედუქსენი (დუქსენი). განსაკუთრებით უსიამოვნო სომატური შეგრძნებების დროს გულისა და მუცლის არეში, ბელასპონი — ვეგეტატიური მოვლენების დროს. ყველა შემთხვევაში კარგია ჩაუტარდეთ ფსიქოთერაპიული საუბრები.

მძიმე და მყარ შემთხვევებში ნაჩვენებია მკურნალობა სათანადო სტაციონარებში და სტაციონარულ-საკურორტო პირობებში.

ისტერიული ნევროზი გვხვდება გარკვეული ქარაქტერიოლოგიური თვისებების მქონე პირებში (ისტერიული წრის ფსიქოპათიები). მის განვითარებას ხელს უწყობს ფსიქოტრავმული მომენტები. უფრო ხშირია ქალებში, შედარებით ახალგაზრდა ასაკში. ისტერიული ნევროზის დროს გვხვდება მრავალგვარი სიმპტომები. ძირითადად არჩევენ: მოძრაობით მოშლილობებს (ისტერიული დამბლები, ჰიპერკინეზიები, კონტრაქტურები, კრუნჩხვები, ასთენია-აბაზია, კანკალი, აფონიები და სხვ.), სენსორულ მგრძნობელობით მოშლილობებს (ისტერიული ანესთეზიები, ჰიპერესთეზიები, ტკივილის შეგრძნებები, სიბრძავე, დაყრუვება, დამუნჯება, ყნოსვისა და გემოვნების დაკარგვა) და ვეგეტატიურ მოშლილობებს (სა...

ლაპაეის სპაზმი. ჰაერის უკმარისობის გრძნობა. ღებინება. სლოკინი, ბოყინი, შარდის შეუკავებლობა, ფალარათი. მეტე-ორიზმი, გაძლიერებული ნერწყვის დენა და სხვ.).

ისტერიული ნევროზების მკურნალობის დროს დიდი მნიშ-ვნელობა ენიჭება ფსიქოტრავმული მომენტის მოცილებას. წამყვანი ადგილი უკავია სისტემატურ ფსიქოთერაპიას (რა-ციონალური ფსიქოთერაპია. ჰიპნოზი, რეპროდუქციულ განც-დათა მეთოდი), რომელიც განსაკუთრებით ინდივიდუალურ და დიფერენცირებულ მიდგომას მოითხოვს. გარკვეულ შეე-თხვევებში ნაჩვენებია ე. წ. შეიარაღებული ფსიქოთერაპია. როდესაც ფსიქოთერაპიას თან ახლავს ფიზიოთერაპიული ღონისძიება (მაგალითად, დადამბლავებულ კიდურზე, სიმუნ-ჯის დროს — კისერზე ან სიყრუის დროს — ყურებზე ფარა-დიული დენით ზემოქმედება). მატორული მოშლილობის დროს ნაჩვენებია განმუხრუჭება ამიტალ-კოფეინით. ამ მიზ-ნით კანქვეშ შეჰყავთ 20%-იანი კოფეინი. 1 მლ: 4—5 წუთის შემდეგ ვენაში ნელა შეჰყავთ ამიტალ-ნატრიუმის 5%-იანი ახლადდამზადებული ხსნარი, 3—6 მლ. ამიტალ-ნატრიუმის შეყვანის პროცესში ექიმი ატარებს ფსიქოთერაპიულ ახსნა-განმარტებით საუბარს. მკურნალობა 5—10 სეანსით.

მკურნალობის პროცესში საჭირო ხდება არსებული ზოგა-დი ემოციური დაძაბულობის და აგზნებადობის მოხსნა. ამ მიზნით ინიშნება ბრომის პრეპარატები, ამინაზინი (25—50 მგ), რეზერპინი (25 მგ), ანდაქსინი, ელენიუმი, სედუქსენი, წაწვის. მარილის აბაზანები.

გასანგრძლივებელი ისტერიული კრუნჩხვითი გულყრების დროს ზოგჯერ საჭირო ხდება ქლორალჰიდრატის შეყვანა რყნით.

აკვიტებულ მდგომარეობათა ნევროზის დროს, ნევროზის სხვა დამახასიათებელ ზოგად ნიშნებთან ერთად, წამყვანი ადგილი უკავია სხვადასხვა სახის აკვიტებებს, სახელდობრ : აკვიტებულ აზრებს, აკვიტებულ მოქმედებას და აკვიტებულ შიშებს. აკვიტებულ აზრებიდან აღსანიშნავია ავადმყოფური დაურწმუნებლობა, ყოყმანი, აკვიტებული სურვილები და მოთხოვნილებანი, აკვიტებული დათვლა (არიტომოზანია). აკვიტებული მოქმედებებიდან აღსანიშნავია ე. წ. რიტუალები. აკვიტებული შიშები მეტად მრავალფეროვანია: შიში სიკვდილის, გემის, ღია სივრცის, დახურული სივრცის, სიმაღლის, დაავადების (კანცეროფობია, ლისოფობია, სიფილოფობია), ღამის შიში და სხვ.

აკვიტებათა ნევროზის მკურნალობა, როგორც ყოველი ნევროზისა, მოითხოვს კომპლექსურ ღონისძიებებს (ზოგადგამამაგრებელი, ამალორძინებელი, ფიზიოთერაპია, მედიკამენტური თერაპია), მაგრამ ამ შემთხვევებში წამყვანი ადგილი უკავია ფსიქოთერაპიას. მედიკამენტური თერაპია ძირითადად იგივეა, რაც ნევროზების სხვა ფორმების დროს. ფართოდ გამოიყენება ამინაზინი, ტიზერცინი (შეღარებით მცირე დოზებში), ანდაქსინი, ელენიუმი, სედუქსენი, რეზერპინი.

ნევროზული მდგომარეობანი ბავშვებში ხასიათდება მთელი რიგი თავისებურებებით, რომელთაც ანგარიში უნდა გაეწიოს მკურნალობის დროს. ბავშვთა ასაკში უფრო ხშირად ვხვდებით ლოგონევროზებს, მუტიზმს, ღამის შიშებს, შარდის შეუკავებლობას ღამით, ისტერიულ გულყრისმაგვარ მდგომარეობებს (ყვირილი, უთავბოლო მოძრაობები, გორაობა იატაკზე), ანორექსიას.

მკურნალობის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ფსიქოტრავმული მიზეზების მოცილებას, სწორ ფსიქოთერაპიულ მიდგომას (უნდა გვახსოვდეს ბავშვთა იოლი შთაგონებადობა). ბავშვის ყურადღება არ უნდა ფიქსირდებოდეს ავადმყოფურ

სიმპტომზე. ინიშნება საერთო გამამაგრებელი საშუალებანი, ვიტამინები, სუფთა ჰაერზე ყოფნა, სათანადო თამაშების შერჩევა, გამაჯანსაღებელი ფიზკულტურა. ფსიქოთერაპეიკოლოგიური საშუალებები ინიშნება განსაკუთრებული სიტუაციებში.

## ფსიქოპათიები

ფსიქოპათია წარმოადგენს ისეთ პათოლოგიურ მდგომარეობას. რ.ო.შელიც ხასიათდება ძირითადად პიროვნების ემოციურ-ნებითი სფეროს დისპარმონიულობით ინტელექტის შენახვის ფონზე. გასაგებია, რომ ფსიქოპათია არ წარმოადგენს ფსიქოზურ მდგომარეობას, მაგრამ მეორეს მხრივ იგი უნდა განეასხვავოთ პიროვნების ინდივიდუალური ქარაქტეროლოგიური ვარიანტებისაგან. ფსიქოპათიის შესახებ შესაძლებელია ვილაპარაკოთ მხოლოდ მაშინ, თუ ხასიათის პათოლოგიურ თვისებათა შედეგად გარკვეულად დარღვეულია ადაპტაციის უნარი და სწორი ურთიერთდამოკიდებულება გარემომყოფებთან; გარდა ამისა, პიროვნების ფსიქოპათიური თვისებებთან ტოტალურად მოიცავს მთლიან პიროვნებას. აღნიშნული თვისებანი საკმაოდ სტაბილურია და არ განიცდის უკუგანვითარებას.

ფსიქოპათიების კლასიფიკაცია განსაკუთრებით რთულია და დღეისათვის არ არსებობს საყოველთაოდ მიღებული სქემა. კლინიკური გამოვლენების მიხედვით შესაძლებელია შევხვდეთ ფსიქოპათიის შემდეგ სახეებს: ავზნებადი, ანუ ჰიპერთიმიული, ინერტული, ანუ ჰიპოთიმიური, ფსიქასთენიური, ციკლოიდური, შიზოიდური, ეპილეფტოიდიური, რეაქტიულ-ლაბილური, ანუ ისტერიული, პარანოიკული და სექსუალური ფსიქოპათიები.

ფსიქოპათიების მკურნალობის ძირითად მომენტს წარმოადგენს შრომითი და სოციალური ღონისძიებანი. დიდი მნიშვნელობა აქვს სწორ საყოფაცხოვრებო და შრომის რეჟიმის გამომუშავებას. იკრძალება ალკოჰოლური სასმელები.

მედიკამენტური თერაპიის მნიშვნელობა იზრდება სხვადასხვა გამწვავებების დროს, როგორცაა დისფორიები, ფსიქოგენური რეაქციები, დეკომპენსაციები და სხვ. აგზნებადობის, მოუსვენრობის, აფექტურობის შემთხვევებში ნაჩვენებია ამინაზინი, პროპაზინი, რეზერპინი. შეკავებითი სინდრომის დროს (ფსიქასთენია, ასთენია და ა. შ.) ნაჩვენებია ანდაქსინი. დისტონიების და ჰიპოთიმიების დროს - საჭიროა ანტიდეპრესანტები (ტოფრანილი, მელიპრამინი, ტრანსამინი მკირე დოზებში) მეკრებამატთან ან რეზერპინთან ერთად. პარანოიალურია ფსიქოპათებისათვის, ზელირებულოვანი აზრების განვითარების პერიოდში, ნაჩვენებია ამინაზინი, რეზერპინი და მკირე დოზებში ტრიფტაზინი. ფსიქასთენიის დროს, გამწვავების პერიოდში. სასურველია ფსიქოთერაპია, საერთო დამამშვიდებელი და გამამაგრებელი თერაპია, ელენიუმი, სედუქსენი. შიშების და სხვა აკვიატებათა დროს, ფსიქოთერაპიასთან ერთად ნაჩვენებია ამინაზინი, რეზერპინი, ელენიუმი, სედუქსენი.

გამწვავების პერიოდში ჩატარებული მკურნალობის შედეგების განმტკიცების მიზნით ავადმყოფს შესაძლებელია ხანგრძლივად დაენიშნოს ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალება (რომლითაც უტარდებოდა მკურნალობა). მკირე დოზებ.

## სამკურნალო საშუალებანი და ღონისძიებანი

აბაზანა წარმოადგენს წყლის პროცედურას, რომელიც გამოიყენება სამკურნალო და ჰიგიენური მიზნით. აბაზანის მოქმედება ორგანიზმზე კომპლექსურია და განპირობებულია სხვადასხვა მომენტით: წყლით გამოწვეული ჰიდროსტატიკური დაწოლა, კანის მექანიკური გაღიზიანება, წყლის ტემპერატურა, წყლის შემადგენლობა. წყალში ყოფნის ხანგრძლივობა და სხვ. ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში სამკურნალო მიზნით გამოიყენება საერთო, ანუ ე. წ. საუსე აბაზანები. აგზნების დროს, სხვა საშუალებებთან ერთად. ნაჩვენებია ხანგრძლივი ინდიფერენტული ( $34^{\circ}$ — $36^{\circ}$ ) ან თბილი ( $37^{\circ}$ ) წყლის აბაზანები. ნევროზების დროს ნაჩვენებია წიწვოვანი აბაზანები. აბაზანებს ეიყენებთ აგრეთვე ნარკომანიების დროს.

---

ადრენალინი ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გამოიყენება ინსულინის ზედმეტი დოზებით გამოწვეული ჰიპოგლიკემიური კომის, კოლაფსის, ტრავმული შოკის დროს. უკუჩვენებანია: ჰიპერტონია, გამობატული ათეროსკლეროზი, თირეოტიკსიკოზი, შაქრის დაავადება, ორსულობა.

Rp.: Sol. Adrenalinii hydrochlorici 0,1% 1,0

D. t. d. N. 6 in amp.

S კანკეშ 0.25—0,5 მლ.

---

ამინაზინი (სინონიმები: ლარგაქტილი, ქლოროპრომაზინი, ჰიბერნალი, მეგაფენი) უპირატესად მოქმედებს ნეირორეგულექსური რეგულაციის სხვადასხვა რგოლებზე. ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე მისი მოქმედების ძირითადი გამოვლინებაა სედატიური ეფექტი.

ამინაზინი მზადდება 25—50—100 მილიგრამიანი დრაჟეს ან 2,55%-იანი სტერილური ხსნარის სახით. იგი ინიშნება დასალევად და ინექციების სახით კუნთებში ან ვენაში (დასალევად ამინაზინი ეძლევათ ჭამის შემდეგ, კუნთებში ინექციის დროს საჭირო რაოდენობის ამინაზინის 2,5% ხსნარს ემატება 5 მლ 0,5% ნოვოკაინის ხსნარი და კეთდება დუნდულის კუნთის ზედა გარე მეოთხედში. ვენაში შეყვანისათვის ამინაზინის 2,5% ხსნარი იხსნება 10 მლ 40% გლუკოზაში, შეჰყავთ ნელა).

ამინაზინის საწყის დღიურ დოზად, პერორალურად მიღებისას, მიღებულია 25—50 მგ, შემდეგ ყოველდღიურად უმატებენ 25—50 მილიგრამს. ამინაზინის საშუალო თერაპიულ დღე-ღამის დოზად ითვლება 300—400 მილიგრამი, თუმცა ზოგ შემთხვევაში დოზა შეიძლება გაიზარდოს 600—800 მილიგრამამდე. ჩვეულებრივ დღე-ღამის დოზა ნაწილდება 2—3 მიღებაზე.

კუნთებში შეყვანისას საწყისი დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 50 მილიგრამს, ე. ი. 2,5%-იანი ხსნარის 2 მილილიტრს. მაქსიმალური დოზაა 400 მილიგრამი. ინტრავენური ინექციისათვის ამინაზინი იხმარება განსაკუთრებულ შემთხვევაში, ერთჯერადად, ძლიერი ფსიქომოტორული აგზნების მოხსნის მიზნით.



ამინაზინი, სედატიური — დამაწყნარებელი მოქმედების გამო ფართოდ იხმარება ფსიქიატრიაში სხვადასხვა ფსიქოზურ მდგომარეობათა მკურნალობისათვის. ამინაზინის ზეგავლენით სრულიად იხსნება ყველა სახის ფსიქომოტორული აგზნება, აჟიტაცია, შიშისა და განგაშის მდგომარეობა და სხვა ემოციური აშლილობანი.

ამინაზინით მკურნალობა ნაჩვენებია შიზოფრენიის კატატონიური ან ჰებეფრენიული აგზნების, ქალუცინაციურ-ბოღვითი აბნევის, სტუპორის, აგრესიულობის, იმპულსური ქცევების და შიზოფრენიის დროს. იხმარება აგრეთვე ციკლოფრენიის მანიაკალური ფაზის, პრესენილური აჟიტაციის, ეპილეფსიური ფსიქოზების, ალკოჰოლური დელირიუმის, მწვავე სიმპტომატური ფსიქოზების, ფობიკური ნევროზის და აბსტინენტური სინდრომის სამკურნალოდ.

დასაწყისში ავადმყოფები პრეპარატის მიღების შემდეგ უნდა იწვნენ ორი საათის განმავლობაში ორთოსტატიული კოლაფსის განვითარების თავიდან აცილების მიზნით. ავადმყოფებს ყოველდღიურად უნდა გაეზომოთ არტერიული სისხლის წნევა (ვინაიდან ზოგ შემთხვევაში მოსალოდნელია წნევის დაცემა), ტემპერატურა, ჩატარდეს თერაპევტის კონსულტაცია. ამინაზინით ხანგრძლივი მკურნალობის დროს საჭიროა ყოველთვიურად გაკეთდეს სისხლის ანალიზი, გამოკვლეულ იქნეს ღვიძლის, თირკმლის ფუნქცია და გულ-სისხლძარღვთა სისტემა.

ამინაზინით მკურნალობის პროცესში ზოგჯერ ადგილი აქვს სხვადასხვა სახის გართულებებს. შედარებით ხშირია ალერგიული რეაქციები, ალერგიული დერმატიტების სახით (ამ შემთხვევაში ამინაზინის დოზების დაკლებასთან ერთად ტარ-

დება დესენსიბილიზაცია; ამ მიზნით ინიშნება დიმედროლი 0.05 2—3-ჯერ დღეში, ქლორიანი კალციუმის 10% ხსნარადსალევად, კალციგლუკონატის 10% ხსნარის 10,0 მლ კუნთებში, 0,25% 10,0 მლ ნოვოკაინის ხსნარი ვენაში, 5—7 ინექცია. ადგილობრივად იხმარება რივანოლის საფენები). ცვლილებები ვითარდება აგრეთვე სისხლის სურათში; ადგილი აქვს შედედების აწევის (ამ დროს ინიშნება პელენტანი 0,2 1—2-ჯერ დღეში), ჰიპოქრომიულ ანემიას (ტარდება მკურნალობა კამპლონით 2 მლ კუნთებში, ვიტამინოთერაპია). ლეიკოპენიის დროს, თუ ლეიკოციტების რაოდენობა 3500-ზე ნაკლებია, ამინაზინოთერაპია უნდა შეწყდეს (ენიშნება ტეზანი 0,005—0,01 მლ 3-ჯერ დღეში). თრომბოფლებიტები იშვიათია, მაგრამ მძიმე გართულებად ითვლება; ამ დროს ამინაზინოთერაპია უნდა შეწყდეს. ჰეპატიტები ატარებს ობტურაციული სიყვითლის ხასიათს, მიმდინარეობს კეთილთვისებიანად (ნაჩვენებია მკურნალობა ინსულინის მცირე დოზებით. გლუკოზის ინექციებით, ვიტამინებით — PP, C, B<sub>2</sub> და B<sub>12</sub>). ამინაზინით მკურნალობის გაგრძელება შეიძლება სიყვითლის სრული გაქრობის შემდეგ.

ნევროლოგიური გართულებებიდან აღსანიშნავია ექსტრაპირამიდული დარღვევები, პარკინსონიზმი, ჰიპერკინეზიები (ორალური ჰიპერკინეზებისა და ტიკების სახით), სლოკინი, კრუნჩხვითი მოვლენები (კისრის, ენის, სალუჭი და საყლაპავი კუნთების კრუნჩხვითი დაძაბულობა). ექსტრაპირამიდული გართულებების მკურნალობა ტარდება ციკლოდოლით, არტანით (0,001—0,002 მლ 2—3-ჯერ დღეში), დინეზინით (25—50 მგ ორჯერ დღეში).

გვხვდება აგრეთვე ფსიქიკური გართულების ნიშნები,

როგორცაა: აკატიზია (მოუსვენრობა, შფოთვა, გამღიზიანებლობა: ამ დროს მკურნალობა იგივეა, რაც პარკინსონიზმის დროს), დეპრესია (დეპრესიის მკურნალობა ტარდება ანტი-დეპრესიული საშუალებებით).

ამინაზინოთერაპიის დამთავრების შემდეგ, როდესაც მიღებულია კარგი რემისია, საჭიროა მიღებული შედეგების შენარჩუნება. ამ მიზნით ტარდება განმამტკიცებელი თერაპია. განმამტკიცებელი თერაპიის საწყისი დოზა, რომელსაც ავადმყოფები იღებენ საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ პირველ დღეებში, ინიშნება საავადმყოფოს მკურნალი ექიმის მიერ. შემდეგში ამინაზინის დოზა უნდა შემცირდეს. მაგრამ ოპტიმალურ დოზად რჩება დოზის ის მინიმუმი, რომელიც განაპირობებს მტკიცე ეფექტს და საშიში არ იქნება პრეპარატის თანმზღები გართულების განვითარებისათვის.

Rp.: Aminasini 0,025 (0,05, 0,1)

D. t. d. N 50 in tabul.

S. თითო ტაბლეტი დღეში სამჯერ.

Rp.: Sol. Aminasini 2,5% 1,0

D. t. d. N 10 in amp.

S. 5 მილილიტრ ნოვოკაინის 0,5% ხსნარში განზავებული, კუნთებში საინექციოდ.

---

ამიტალ-ნატრიუმი — იხ. ბარბამილი.

---

ანდაქსინი (სინონიმები: მეპრობამი, ატრაქსინი, ტრანკვილი და სხვ.) ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე მოქმედებს დამამშვიდებლად, აძლიერებს ძილმომგვრელ და ნარკოტიკულ

საშუალებათა მოქმედებას, ამცირებს კრუნჩხვების ინტენსივობას. პრეპარატი აქტიურ მოქმედებას ინარჩუნებს პერორალური მიღების შემდეგ და ნაკლებად ტოქსინურია. ამინაზინის და რეზერპინისაგან განსხვავებით არ მოქმედებს ვეგეტატიურ ნერვულ სისტემაზე, გულ-სისხლძარღვებზე, სუნთქვაზე და გლუვ კუნთებზე.

ნაჩვენებია ნერვულ-ფსიქიკურ დაავადებათა სამკურნალოდ. დამამშვიდებლად მოქმედებს ნევროზების და ზოგიერთი ფსიქოზების დროს დაძაბულობის, განგაშის და უძილობის შემთხვევაში. განსაკუთრებით ეფექტურია მსუბუქი დეპრესიების — ციკლოთიმიის, ინვოლუციური და სისხლძარღვოვანი წარმოშობის აუტაციაური დეპრესიების სამკურნალოდ. კარგ შედეგებს იძლევა ასთენიურ-დეპრესიული სინდრომის მოსახსნელად შიზოფრენიის შოკური მკურნალობის შემდეგ. ზოგ შემთხვევებში პრეპარატი ეფექტურია ეპილეფსიის მცირე ფორმების დროს. ძილის დარღვევის შემთხვევაში ანდაქსინი ინიშნება დამოუკიდებლად ან სხვა საძილე საშუალებებთან ერთად.

ანდაქსინი მიიღება დასალებად 0,2—0,4 გ 2—4-ჯერ დღეში. უმაღლესი დღე-ღამის დოზა ზოგ შემთხვევაში შეიძლება გაიზარდოს 2—3 გრამამდე. მკურნალობის კურსი გრძელდება 1—2 თვე. ბავშვებს პრეპარატი მიეცემა ასაკის მიხედვით: 6—8 წლამდე — 0,1 გ 3—4-ჯერ დღეში, მკურნალობის შემდეგ საჭიროა დოზის დაქვეითება თანდათან. რიგ შემთხვევებში ანდაქსინის ეფექტურობა იზრდება ამინაზინთან კომბინაციაში ხმარების დროს.

გართულებებიდან შეიძლება აღგილი ექნეს ალერგიულ და დისპეფსიურ მოვლენებს, ძილიანობის, მოძრაობის კოორ-

დინაციის დარღვევას. აღნიშნული მოვლენები სწრაფად ქრება პრეპარატის 1—2 დღით მოხსნის შემდეგ.

Rp.: Andaxini 0,2

D. t. d. N. 20 in tabul.

S. 1—3 ტაბლეტი დღეში 1—4-ჯერ.

ანტაბუსი (ტეტურამი, ანტეტილი) სპეციფიკურად მოქმედებს ორგანიზმში ალკოჰოლის ცვლაზე. იწვევს სისხლში აცეტალდეჰიდის კონცენტრაციის მკვეთრ ზრდას, რასაც მოყვება სუნთქვისა და სისხლის მიმოქცევის ცვლილებები, მრავალი მძიმე უსიამოვნო შეგრძნებები. გამოიყენება ქრონიკული ალკოჰოლიზმის მკურნალობისათვის.

წინასწარ ავადმყოფს ვიკვლევთ თერაპიულად და გამოვრიცხავთ უკუჩვენებებს (პოლინევრიტები, ჰიპერტონიის ორგანული სტადია, თავის ტვინის მძიმე სისხლძარღვოვანი დაზიანებები, ათეროსკლეროზი, კარდიოსკლეროზი, მიოკარდიტი, აორტის სკლეროზი, ფილტვის ემფიზემა, ექსუდაციური პლევრიტი, დიაბეტი, ბაზედოვის დაავადება, თირკმლის დაავადებები, ღვიძლის ციროზი, ჰეპატიტი, ღვიძლის ატროფია, დისგენიტალიზმი, ფილტვის მძიმე ტუბერკულოზი, კუჭისა და თორმეტგოჯას წყლული, წარსულში გადატანილი ანტაბუსის ფსიქოზი, ასაკი 60 წლის ზემოთ). ვატარებთ სათანადო ახსნა-განმარტებით საუბრებს, ვაძლევთ ანტაბუსს (ტაბლეტებით), ვიწყებთ 0,5 დოზით (ორი ტაბლეტი), დილით. გვერდითი მოვლენების წარმოშობის შემთხვევაში (ძილიანობა, მოღუნება) პრეპარატს ვაძლევთ დღის მეორე ნახევარში (18 საათ-

ზე) ან ვაკლებთ დოზებს (0,25—0,15). 5—6 დღის შემდეგ ვატარებთ ალკოჰოლ-ანტაბუსის სინჯს. ანტაბუსოთერაპია შესაძლოა ჩატარდეს სინჯის გარეშეც, ამ შემთხვევებში რეკომენდებულია ავადმყოფი დავასწროთ ცდას, რომელიც ტარდება სხვა ავადმყოფებზე (ფსიქოთერაპიის მიზნით).

ანტაბუსის პირველი მიცემის შემდეგ პრეპარატი შესაძლოა გავცეთ ავადმყოფის მახლობელზე, რომელსაც წინასწარ დაწვრილებით ვუხსნით მკურნალობის შინაარსს და მოსალოდნელ გართულებებს. გასაგებია, რომ ალკოჰოლ-ანტაბუსის სინჯი უნდა ტარდებოდეს ექიმის მიერ. ალკოჰოლ-ანტაბუსის სინჯის კლინიკური გამოვლინებანი წარმოდგენილია ოთხი სტადიით: ალკოჰოლის (30—40 გრამი არაყი) მიცემიდან 5—10 წუთის შემდეგ ვითარდება კანის სიწითლე, სკლერების ინიცირება, სუნთქვის გახშირება, მაჯის აჩქარება, ზოგჯერ მსუბუქი ვიფორია (პირველი სტადია). შემდგომ პერიოდში, რომელიც გრძელდება 15—25 წუთი, ადგილი აქვს ჰიპერემიის მომატებას, სახის შეშუპებას, თავის ტკივილს, ქოშინს (მეორე სტადია). მესამე სტადია გრძელდება 30—60 წუთი და ხასიათდება მოდუნებით, ძლიერი თავის ტკივილით, შემცივნებით; შესაძლებელია ზოგჯერ ცნობიერების დაბინდვა. ასეთ შემთხვევებში ავადმყოფს ვაწვენთ, ვასუნთქებინებთ ჟანგბადს, შეგვყავს საგულე საშუალებები (კოფეინი, ქაფური, ადრენალინი, მეზატონი), ციტიტონი ან ლობელინი. მეოთხე სტადიაში მდგომარეობა თანდათან უმჯობესდება. ავადმყოფი ალკოჰოლ-ანტაბუსის სინჯის ჩატარების შემდეგ რამდენიმე საათი უნდა იმყოფებოდეს ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. ამგვარი სინჯების რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 2—3-ს. მათ შორის ინტერვალი შეადგენს 5—7 დღეს. პრეპა-

რატს ვაძლევთ ყოველდღე, 2—3 წლის განმავლობაში. ავად-  
მყოფი ექიმთან მიღის ყოველ ორ კვირაში ერთხელ.

ანტაბუსოთერაპიის დასაწყისში შესაძლებელია დანიშნულ  
ექნეს აგრეთვე აბსტინენციის საწინააღმდეგო და ზოგადგამა-  
მაგრებელი საშუალებანი. დასაშვებია ანტაბუსის მიცემა და-  
ვიწყით აპომორფინით მკურნალობის შემდეგ.

ანტაბუსოთერაპიის გართულებებიდან აღსანიშნავია:

1. ფსიქოზური მდგომარეობები (აუიტაციურ-დეპრესიუ-  
ლი, მანიაკალური, პალუცინაციურ-პარანოიდული ან სხვა  
გამოვლინებებით). რომელთა მკურნალობა ტარდება სტაციო-  
ნარში ინსულინით, ამინაზინით, ანტიდეპრესანტებით.

2. ჰეპატიტები და გასტრიტები, რომელთა მკურნალობის  
მიზნით ანტაბუსოთერაპია დროებით უნდა შეწყდეს.

3. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ გართულებები  
მოითხოვს მკურნალობის შეწყვეტას.

4. წარსულში არსებული ნევრიტების და პოლინევრიტების  
გამწვავების შემთხვევაში ინიშნება C, B<sub>1</sub> და B<sub>12</sub> ვიტამინები.

Rp.: Teturami 0,25

D. t. d. N. 10 in tabul.

S. სქემის მიხედვით.

---

ანტეტილი — იხ. ანტაბუსი.

---

აპომორფინი გამოიყენება ქრონიკული ალკოჰოლიზმის  
მკურნალობისათვის. მარილმყავა აპომორფინის 1%-იანი  
ხსნარი ავადმყოფს უკეთდება კანქვეშ, დასაწყისში 0,1 მლ  
რაოდენობით. შემდეგ დღეებში დოზებს თანდათან ვუმატებთ  
(0,25—0,3 მილილიტრამდე) ღებინების რეაქციის მიღებამდე.

ამის შემდეგ ავადმყოფს შთავაგონებთ ზიზღს ალკოჰოლისადმი და ვაძლევთ საყნოსავად რომელიმე სასმელს (უმჯობესია არაყი). ლებინების პირველი რეაქციის გამომჟღავნებისას ვაძლევთ სასმელად 30—50 გრამ არაყს. 6—8 შეუღლების შემდეგ ჩვეულებრივ ავადმყოფს ალკოჰოლის მიმართ გამოუმუშავდება უარყოფითი (ლებინების) რეაქცია. ამის შემდეგ საჭირო ხდება რეაქციის გამაგრება კიდევ 2—5 სეანსით. დღეში ტარდება ერთი სეანსი. სულ შესაძლებელია ჩატარდეს 15—20 სეანსი. მომავალში, ერთ წლამდე, საჭიროების მიხედვით, აპომორფინ-ალკოჰოლის სეანსს ვიმეორებთ (არაიშვიათად, ვიდრე თვეში ერთხელ). აპომორფინის საშუალებით ანტიალკოჰოლური მკურნალობის ჩატარებისას დიდი მნიშვნელობა აქვს რაციონალურ ფსიქოთერაპიას, რეჟიმს, საერთო გამამაგრებელ და ამალორძინებელ თერაპიას.

აპომორფინით მკურნალობა უკუნაჩვენებია გულის მძიმე დაავადების, ათეროსკლეროზის, ფილტვის ტუბერკულოზის ღია ფორმების, წყლულოვანი დაავადებების, ბრონქული ასთმის, ცენტრალური ნერვული სისტემის მძიმე ორგანულ დაზიანებათა დროს და აგრეთვე 50 წლის ასაკამდე.

Rp.: Sol. Apomorphini hydrochlorici 1% 5,0  
sterilisetur

D. №. კანქვეშ

---

არტანი (ციკლოდოლი, რომპარკინი) გამოიყენება პარკინსონიზმის მკურნალობისათვის, აგრეთვე ნეიროლევსიური პრეპარატების მიღებასთან დაკავშირებული გართულებების დროს, 5—6—10 მილიგრამის რაოდენობით. ნეიროლევსიური



პრეპარატებით მკურნალობის პროცესში, პარკინსონული გართულების პროფილაქტიკის მიზნით, ავადმყოფს ეძლევა თითო ტაბლეტი (1 მილიგრამი) 2—3-ჯერ დღეში, ნეიროლეფსიურ საშუალებასთან ერთად, ჭამის შემდეგ.

Rp.: Cyclodoli 0.001

D. t. d. N. 30 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 2—3-ჯერ დღეში.

---

ასკორბინის მჟავა — იხ. ვიტამინი C.

---

ატროპინი — ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში ამეღავნებს ქოლინოლიზურ მოქმედებას; ზოგჯერ იწვევს პირის სიმშრალეს, გუგების გაფართოებას, გულისცემის აჩქარებას. უკუნაჩვენებია გლახკომის და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მძიმე ორგანული დაზიანებების დროს.

Rp.: Atropini sulfurici 0,015

Papaverini hydrochlorici 0,4

Extr. et pulv. rad Liquiritiae

d. s. ut f pil. № 30

D. s. თითო აბი 2—3-ჯერ დღეში

---

ბარბამილი, ისე როგორც ბარბიტურატების რიგის სხვა საძილე საშუალებანი (ბარბიტალ-ნატრიუმი, ანუ მედინალი, ფენობარბიტალი, ანუ ლუმინალი, ეტამინალ-ნატრიუმი, ანუ ნემბუტალი, ციკლობარბიტალი და ჰექსობარბიტალი), ფართოდ გამოიყენება ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში. ბარბამილს აქვს ძილის ეფექტი, ხოლო დიდ დოზებში იჩენს ნარკოზულ

თვისებას. მოზრდილებისათვის ინიშნება 0,1—0,2 გ ერთ მიღებაზე ძილის წინ, ბავშვებისათვის—0,01-დან 0,15 გ ერთ მიღებაზე (საწყისი დოზა 0,01 გ. შემდგომ, ასაკის ყოველი ერთი წლის შესაბამისად, ემატება 0,01 გ). როგორც კრუნჩხვის საწინააღმდეგო საშუალება. ავზნების დროს შეგვეყავს კუნთებში 5—10 მლ 6%-იანი ხსნარი ან ვენაში შეგვეყავს ნელა — 5—8 მლ 5—10%-იანი ხსნარი. შესაძლებელია ბარბამილის კომბინაცია ფსიქოფარმაკოლოგიურ საშუალებებთან. ინიშნება როგორც ცალკე, ასევე სხვა მედიკამენტურ საშუალებებთან ერთად ნარევების სახით. მოზრდილთათვის შაქსი-მალური ერთჯერადი დოზა — 0,5 გ. დღე-ღამის — 1 გ.

Rp.: Barbamili 0,1 (0,2)

D. S. 1. № 6 in tabul.

S. თითო ტაბლეტი ძილის წინ 30 წუთით ადრე (თბილ ჩაისთან ერთად).

---

ბელასპონი (ჩენოსლოვაკიის პრეპარატი, ანალოგიურია საბჭოთა პრეპარატ ბელატამინალის) დამამშვიდებლად მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე. ისმარება აწეული ავზნებადობის, უძილობის, ნევროზების. ეფექტოდისტონიებს დროს. ინიშნება თითო ტაბლეტი 2—3-ჯერ დღეში. უკუნაჩვენებია ორსულობის, მშობიარობის, გულ-სისხლძარღვთა სპაზმების, ათეროსკლეროზის შორსწასულ შემთხვევების და გლავკომის დროს.

Rp.: Tabul. Bellataminali (Tabul. Bellasponi) № 50

D. S. 1 ტაბლეტი 2—3-ჯერ დღეში.

---

ბელატამინალი      იხ. ბელასპონი.

ბენზონალი გამოიყენება ეპილექსიური კრუნჩხვითი გულ-  
 ყრების დროს. ინიშნება ტაბლეტების ან ფხვნილების სახით.  
 მოზრდილთათვის ერთჯერადი დოზა — 0,1—0,2—0,3 გ; დღე-  
 ღამის დოზა — 0,9 გ. ბავშვებისათვის — 0,025-დან 0,075  
 გრამამდე. მკურნალობა იწყება დაბალი დოზებით, მკურნა-  
 ლობის ხანგრძლივობა არანაკლებ ერთი წლისა. მყარი კოპ-  
 პენსაციის შემთხვევაში დოზები თანდათან კლებულობს  
 (0,1—0,3 გ ერთჯერადად დღეში). გულყრების განახლების  
 დროს დოზებს თანდათან ვუმატებთ. ბენზონალით მკურნა-  
 ლობა შესაძლებელია ჩატარდეს სხვა პრეპარატთან კომბინა-  
 ციაში (პექსამიდინი, სერეისკის ნარევი). იშვიათ შემთხვევაში  
 შესაძლებელია შეგვხვდეს გართულებები (ატაქსია, ძილიანო-  
 ბა, მოღუნება, ნისტაგმი, მეტყველების გაძნელება), რომლე-  
 ბიც ადვილად გაივლის დოზების დაკლებით ან კოფეინის მა-  
 ცემით (0,05—0,075 გ ერთ მიღებაზე).

Rp.: Benzonalis 0,1

D. t. d. № 60 in tubul.

s. 2—2 ტაბლეტი 3-ჯერ დღეში

Rp.: Benzonalis 0,1 (0,2—0,3 ) ან

Luminalis 0,05 (0,1—0,15)

Bromuralis 0,2 (0,3)

Trimetini 0,2 (0,25—0,03)

Papaverini hydrochlorici 0,03 (0,04) ან

Tipheni 0,03(0,04— 0,05)

Coffeini natrio-benzoici 0,015 (0,02)

Calcii gluconici 0,5 (1,0—1,5)

D. t. d. № 60

s. თითო ფხვნილი 3-ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ.  
ექლევა ხანგრძლივად, 6—12 თვის განმავლობაში.

---

ბებტერევის მიქსტურა — ბრომის შემცველი პრეპარატი, რომელიც ინიშნება ნევრასთენიის, ნევროზების, ისტერიის, აწეული გამლიზიანებლობის, უძილობის დროს (სხვა საშუალებებთან ერთად).

Rp.: Jnf. herbae Adonis Vernalis 6,0:180,0

Natrii bromati 6,0

Codeini phosphorici 0,2

M. D. S. თითო სუფრის კოვზით 3-ჯერ დღეში.

---

ბიოქინოლი გამოიყენება ყველა ფორმის ათაშანგის სამკურნალოდ. გააჩნია აგრეთვე ანთების საწინააღმდეგო და შეწოვის თვისების გამაძლიერებელი მოქმედება, რის გამოც შესაძლებელია ხმარებულ იქნეს თავის ტვინის არასპეციფიკური დაზიანების დროსაც (არაქნოენცეფალიტები, თავის ტვინში სისხლმიმოქცევის მოშლის ნარჩენი მოვლენები). ბიოქინოლი შეჰყავთ კუნთებში, ღუნდულის ზემო გარეთა კვადრატში (წინასწარ ვაწარმოებთ ჩხვლეტას გრძელი ნემსით, შპრიცს ბიოქინოლით მივუერთებთ, თუ ნემსიდან არ გამოდის სისხლი. გაკეთების წინ ბიოქინოლის ფლაკონს ჩავდგამთ ცხელ (40°) წყალში და ენერგიულად შევანჯღრევთ). მოზრდილთათვის ნაჩვენებია 3 მლ 3 დღეში ერთხელ (სულ 40—50 მლ). ნერვული სისტემის არასპეციფიკური ანთებების დროს — 1

მლ 1-ჯერ დღეში. თუ დოზებს ზუსტად დავიცავთ, გვერდით მოვლენებს ადგილი არ ექნება. უკუჩვენებები: თირკმლების დაავადება, ღიაბეტი, ჰემორაგიული დიათეზი, ტუბერკულოზის შორსწასული შემთხვევები, გულის მოქმედების დეკომპენსაცია, გინგივიტი, სტომატიტი, ამფოდონტოზი. მკურნალობის პროცესში თვალყურს ვადევნებთ პირის ღრუს, ვატარებთ შარდის ანალიზს.

გამოშვებულია სპეციალურ ფლაკონებში (100 მლ).

ბისმოვეროლი გამოიყენება ათაშანგის სამკურნალოდ. კუნთებში გაკეთებისას ვიცავთ ყველა პირობას, რაც გათვალისწინებულია ბიოქინოლისათვის (იხ.). მკურნალობის კურსი ითვალისწინებს ორ პერიოდს: პირველ პერიოდში ბისმოვეროლის 1 მლ შეგვყავს დღეგამოშვებით, ხოლო მეორე პერიოდში — იმავე რაოდენობის პრეპარატი 3 დღეში ერთხელ მკურნალობის მთელ კურსზე შეგვყავს 16—20 მლ ბისმოვეროლი. გამოშვებულია ფლაკონებში (100 მლ).

ბითიუროლი გამოიყენება ათაშანგის სამკურნალოდ იმ შემთხვევებში, როდესაც ბიოქინოლის მიმართ არსებობს აწეული მგრძნობელობა. გაკეთების ტექნიკა, უკუჩვენებანი ისეთივეა, როგორც ბიოქინოლის და ბისმოვეროლის დროს. მოზრდილთათვის ინიშნება 1 მლ დღეგამოშვებით. მკურნალობის კურსზე — 24—25 მლ. გამოშვებულია ფლაკონებში (100 მლ).

ბრომიდეზი არის სედატიური ჯგუფის პრეპარატების ძირითადი წარმომადგენელი, რომელსაც გააჩნია დამამშვიდებელი მოქმედება. აქვს არჩევითი გავლენა შემაკავებელ პროცესებზე. ფართოდ გამოიყენება ფსიქიატრიაში სხვადასხვა სახით.

ნევრასთენიის, ნევროზების, ისტერიის, უძილობის დროს ინიშნება ნატრიუმის ბრომიდი, კალიუმის ბრომიდი, ამონიუმის ბრომიდი, ბრომქაფური. ხანგრძლივი ხმარებისას შესაძლებელია გამოიწვიოს გვერდითი მოვლენები („ბრომიზმი“): სურდო, ხველა, კონიუნქტივიტი, ზოგადი მოღუნება, მეხსიერების შესუსტება, გამონაყარი კანზე. ასეთ შემთხვევებში ორგანიზმში დიდი რაოდენობით შეგვყავს სუფრის მარილი (10—20 გრამი დღე-ღამეში) და წყალი (3—5 ლიტრი).

Rp.: Sol. Natrii bromati 6,0:200,0  
D. S. 1—2 სუფრის კოვზი ძილის წინ

Rp.: Natrii bromati 0,5  
Coffeini natrio-benzoici 0,2  
Aq. destill. 200,0  
M. D. S. სუფრის კოვზი 3-ჯერ დღეში

Rp.: Natrii bromati  
Kalii bromati  $\overline{aa}$  4,0  
Aq. destill. 200,0  
M. D. S. სუფრის კოვზი 3-ჯერ დღეში

Rp.: Kalii bromati  
Natrii bromati  $\overline{aa}$  4,0  
Ammonii bromati 1,0  
Aq. destill. 200,0  
M. D. S. სუფრის კოვზი 3-ჯერ დღეში

Rp.: Tabul. Bromcamphorae 0,25  
D. t. d. № 10  
s. თითო ტაბლეტი 2—3-ჯერ დღეში.

---

გადაუღებელი ფსიქიატრიული დახმარების ამოცანას შეადგენს აღმოუჩინოს სასწრაფო სამედიცინო დახმარება ავადმყოფებს, რომელთაც უცხად, მწვავედ განუვითარდათ ფსიქოზური მდგომარეობა და ამის გამო საშიშროებას უქმნიან როგორც თავის თავს, ისე გარშემომყოფებს. გადაუღებელი ფსიქიატრიული დახმარების პუნქტი ჩვეულებრივ შექმნილია ფსიქომიმლებთან ან ფსიქიატრიულ საავადმყოფოსთან. მის მოვალეობას არ შეადგენს ავადმყოფთა ხანგრძლივი და სისტემატური მკურნალობა და ამდენად არ გასცემს საავადმყოფო ფურცლებს. სხვადასხვა საექსპერტო დასკვნებს და ცნობებს.

---

გლუკოზა ფართოდ იხმარება ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ტოქსიკოზების, ინფექციების, ნარკომანიების, დისტროფიების, ნევრასთენიების და სხვა მრავალი პათოლოგიური მდგომარეობის დროს. აუცილებელი კომპონენტია ინსულინოთერაპიის ჩატარებისათვის. ეძლევათ დასაღვეად. კანქვეშ (იზოტონური ხსნარი), ვენაში (ჰიპერტონიული ხსნარი) შესაყვანად და ოყნის სახით (5%-იანი ხსნარი).

Rp.: Sol. glucosi sterilis 5% 200,0

D. S. კანქვეშ

Rp.: Sol. glucosi 40% 20,0

D. t. d. № 6 in amp.

s. ვენაში (შეგვყავს ნელა).

შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს მაგნიუმის ასკორბინატთან ერთად (ეს უკანასკნელი ინიშნება ჰიპერტონიული

დაავადების დროს თავის ტვინში სისხლმიმოქცევის მოშლის შემთხვევებში).

გლუტამინის მჟავა ძირითადად გამოიყენება ცენტრალური ნერვული სისტემის დაავადებათა მკურნალობისათვის. ჩვენებანი: შიზოფრენია, მცირე ეპილექსიური გულყრები და ეპილექსიური ექვივალენტები, რეაქტიული მდგომარეობები განლევისა და ასთენიის მოვლენებით, დეპრესიული მდგომარეობები. ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა წარმოშობის ფსიქიკური განუვითარებლობის დროს (ოლიგოფრენია, დაუნის დაავადება). რეკომენდებულია ნეიროტოქსინული მოვლენების დროს. ინიშნება per os, იშვიათად ვენაში. მოზრდილებს 1 გ 2—3-ჯერ დღეში. ბავშვებს 1 წლამდე 0,1 გ, 2 წლამდე — 0,15 გ, 3—4 წლისას — 0,25 გ, 5—6 წლისას — 0,4 გ, 7—9 წლისას — 0,5 გ, 10 წელზე ზევით 1 გ მიღებაზე (2—3-ჯერ დღეში). ოლიგოფრენიის დროს ინიშნება 0,1—0,2 გ 1 კგ წონაზე, რამდენიმე თვის განმავლობაში. პრეპარატს ღებულობენ ჭამის წინ 15—30 წუთით ადრე, დისპეფსიური მოვლენების განვითარებისას — ჭამის დროს ან შემდეგ. მკურნალობის კურსის ხანგრძლივობა 1-დან 12 თვემდე.

გვერდითი მოვლენები: ღებინება, ფალარათი, აგზნებადობა, რაც მალე გაივლის დოზების დაკლების შედეგად. უკუნაჩვენებია ღვიძლის, თირკმლების და საჭმლის მომნელებელი სისტემის, სისხლმბადი ორგანოების დაავადებათა დროს, აგრეთვე აწეული აგზნებადობის და აგზნებით მიმდინარე ფსიქოზების დროს. მკურნალობის პროცესში საჭიროა შარ-



დისა და სისხლის გამოკვლევა (მოსალოდნელია ჰემოგლობინის შემცირება და ლეიკოპენია).

---

დარიშხანის შემცველი პრეპარატები, როგორც საერთო გამამაგრებელი და მატონიზირებელი საშუალება, ინიშნება კვების დაქვეითების, ნევროზების (ნევრასთენიის) დროს.

უკუჩვენებანი: გამოხატული ანემია, დისპეფსია. თირკმლების დაზიანება, ნევრატიები.

Rp.: sol. Natrii arsenicici 1% 1,0

D. t. d. № 10 in amp.

s. 0,2-დან 1 მლ-დე კანქვეშ.

---

დეპარკინი (დინეზინი) ავლენს სედატიურ ეფექტს. გამოიყენება პარკინსონიზმის და პარკინსონის დაავადების დროს, აგრეთვე ალკოჰოლური აბსტინენციის შემთხვევებში. ინიშნება per os 0,05—0,1 გ, 3—5-ჯერ დღეში. დღე-ღამის დოზა შესაძლებელია გავზარდოთ 1—1,2 გრამამდე. გამოხატულა გვერდითი მოვლენების დროს (ძილიანობა, თავბრუ, აღინამია. პარესთეზიები) დოზებს ვაკლებთ ან პრეპარატის მიღებას ვწყვეტთ.

---

დიაკარბი — იხ. ფონურიტი.

---

დილანტინი (დიფენინი) გამოიყენება დიდი გულყრებით მიმდინარე ეპილექსიის დროს. ინიშნება per os ჭამის დროს ან ჭამის შემდეგ. მოზრდილთათვის საწყისი დოზა არის: 1 ტაბლეტი (0,1 გ), 2—3-ჯერ დღეში. უმაღლესი დოზები მოზრდილთათვის: ერთჯერადი — 3 ტაბლეტი, დღე-ღამის —

8 ტაბლეტი. ბავშვებს 5 წლამდე ეძლევა 0,025 გ 2-ჯერ დღეში; 5—8 წლის ასაკში — 0,025 გ 3—4-ჯერ დღეში; 8 წლის ზევით — 0,1 გ 2-ჯერ დღეში. შესაძლებელია დაინიშნოს სხვა კრუნჩხვის საწინააღმდეგო საშუალებებთან კომბინაციაში.

ხანგრძლივი ხმარებისას შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს გვერდით მოვლენებს (თავბრუ, მოუსვენრობა, ტემპერატურის მომატება, გულისრევა, ღებინება, ტრემორი, ატაქსია); ამ დროს საჭირო ხდება დოზების დაკლება ან შეწყვეტა. 1

უკუნაჩვენებია ღვიძლის, თირკმლების დაავადების, კახექსიის და გულის მოქმედების დეკომპენსაციის დროს.

Rp.: Diphenini 0,1

D. t. d. № 15 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 2—3-ჯერ დღეში.

---

დიმედროლი არის ანტიჰისტამინური, სედატიური საშუალება. ძირითადად იხმარება ალერგიული დაავადების დროს. ზოგიერთ შემთხვევებში შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს, როგორც დამამშვიდებელი და საძილე საშუალება სხვა პრეპარატებთან კომბინაციაში.

Rp.: Dimedroli 0,05 (0,03)

D. t. d. № 20 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში

Rp.: Sol. Dimedroli 1% 1,0

D. t. d. № 6 in amp.

s. 1 მლ კუნთებში, 1—2-ჯერ დღეში.

---

დიოსპონინი, როგორც ჰიპოქოლინესტერინემიული საშუალება, ინიშნება ათეროსკლეროზის დროს ტაბლეტების სახით.

ნახევარი ან ერთი ტაბლეტი (0,05 — 0,1 გ) 2-ჯერ დღეში, კამის შემდეგ, ათი დღის განმავლობაში. 4—5 დღის შესვენების შემდეგ კვლავ ვიმეორებთ. მკურნალობის კურსი გრძელდება 3—6 თვე. გვერდითი მოვლენების შემთხვევაში (ოფლიანობა, ზემო სასუნთქი გზების კატარი, კუჭ-ნაწლავის მოქმედების აშლა) დოზები აკლდება ან მკურნალობა დროებით წყდება.

---

დიფენინი იხ. დილანტინი.

---

დისპანსერიზაცია ფსიქიკურ ავადმყოფთა — საბჭოთა ჯანდაცვის ორგანიზაციის სისტემა, რომელიც შენდება სამკურნალო და პროფილაქტიკური მედიცინის ერთიანობის საფუძველზე. ფართო ამოცანებს სახავს სამკურნალო და პროფილაქტიკური დაწესებულებების წინაშე. მოსახლეობაში ფსიქო-ნერვულ ავადმყოფთა მაქსიმალური გამოვლინება და მათთვის სათანადო დახმარების აღმოჩენა — მოსახლეობის დისპანსერიზაცია — არის მოსახლეობასთან სამედიცინო დახმარების მიახლოების ძირითადი პრინციპი, რომელიც ხორციელდება ფსიქონეროლოგიური დისპანსერების საშუალებით. დისპანსერიზაციის ძირითადი ამოცანებია: 1) დაავადებულობის დინამიკის შესწავლა და იმ ფაქტორების გამოვლენა, რომლებიც გავლენას ახდენს დაავადებაზე; 2) დისპანსერების სამოქმედო უბანში იმ ფსიქონერვულ ავადმყოფთა აღრიცხვა, რომელთაც ცხოვრებაში პირველად დაუდგინდათ დიაგნოზი; 3) ფსიქოპიგიენური და ფსიქოპროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება წარმოებებში, კოლმეურნეობებში, სკოლებში და სხვაგან; 4) იმ ავადმყოფების მოთაფლება სტაციონარებში, რომლებიც საჭიროებენ ჰოსპიტალიზაციას; 5) მონაწილეობა

მეურვეობის და პატრონაჟის გაფორმებაში; 6) ავადმყოფთა შრომითი მოწყობისა და საყოფაცხოვრებო პირობების გაუმჯობესებაზე ზრუნვა; 7) დროებითი შრომისუუნარობის დაღვენა და ინვალიდობის ჯგუფის განსაზღვრა; 8) აქტიური და სისტემატური მეთვალყურეობის დაწესება ფსიქიკურ ავადმყოფებზე მათი დისპანსერში გამოძახების ან სახლში ნახვის გზით; 9) ავადმყოფებისათვის ყველა სახის ამბულატორიული მკურნალობის ჩატარება.

---

დიფენინი — იხ. დილანტინი.

---

დუქსენი — იხ. სედუქსენი.

---

ელენიუმი (სინონიმი — ლიბრიუმი) — ახასიათებს დამამშვიდებელი და კრუნჩხვისსაწინააღმდეგო მოქმედება. აკავებს სპინალურ რეფლექსებს, იწვევს კუნთების რელაქსაციას, აძლიერებს მადს და ძილს.

ინმარება ნევროზების სამკურნალოდ. შეიძლება დაინიშნოს აგრეთვე სხვადასხვა ფსიქოზების დროს ემოციური დაძაბულობის მოსახსნელად. ელენიუმი მიიღება პერორალურად. მოზრდილთათვის საშუალო დღიური დოზა 0,02—0,04 გ; საჭირო შემთხვევაში შეიძლება მიეცეს 0,02 გ 3—4-ჯერ დღეში. ბავშვებს ენიშნებათ 0,005—0,01 გ, დღეში ერთხელ. დასუსტებულ ავადმყოფებს და მოხუცებს დასაწყისში ეძლევათ 0,005 გ, შემდეგში დოზა შეიძლება გაიზარდოს ოც მილიგრამამდე.

ელენიუმის ხმარებისას ზოგიერთ ავადმყოფს შეიძლება განუვითარდეს იოლი გაბრუნება, მოძრაობათა კოორდინაციის

დარღვევა კუნთთა ტონუსის დაქვეითების გამო. ზოგ შემთხვევაში შეიმჩნევა ძილიანობა. დოზების დაქვეითების ან მკურნალობის რამდენიმე დღით შეწყვეტის შემდეგ აღნიშნულა მოვლენები ქრება.

Rp.: Elenium 0,01

D. t. d. № 100 in tabul.

s. 1—2 ტაბლეტი დღეში 2—4-ჯერ.

---

ესტრონი — იხ. ფოლიკულინი.

---

ეპანუტინი — იხ. დილანტინი.

---

ეტაპერაზინი — საბჭოთა პრეპარატია, წარმოადგენს ფრენოლონის ანალოგს. ჩვენებები და ხმარების წესი იგივეა, რაც ფრენოლონისათვის.

Rp.: Aethaperazini 0,004

D. t. d. № 30 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 3—4-ჯერ დღეში.

---

ეუფილინი სპაზმოლიზური და სისხლძარღვთა გამაგანიერებელი საშუალებაა. ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში მივმართავთ ინსულტების დროს; აუმჯობესებს სისხლის მიმოქცევას თავის ტვინში, აქვეითებს ქალასშიდა და ვენურ წნევას, ამცირებს ტვინის შეშუპებას. იხმარება დასალევად, კუნთებში, ვენაში შესაყვანად (არ შეიძლება კანქვეშ) და აგრეთვე რექტალური სანთლების სახით.

ინსულტების დროს უმჯობესია ვენაში ეუფილინის 2,4% -

იანი ხსნარი 5—10 მლ რაოდენობით, იხსნება გლუკოზის (20—40%) 10—20 მილილიტრ ხსნარში; შეგვყავს ნელა, 4—6 წუთის განმავლობაში. წინააღმდეგნაჩვენებია მიოკარდის ინფარქტის მწვავე შემთხვევებში, არტერიული წნევის მკვეთრი დაცემის, კორონაროსკლეროზის, ვეგეტოპათოლოგიის, პაროქსიზმული ტაქიკარდიების და ექსტრასისტოლების დროს. ეუფილინი არ იხმარება 14 წლამდე ასაკში.

Rp.: Euphillini 0,1

D. t. d. № 10 in tabul.

s. 1 ტაბლეტი 2—3-ჯერ დღეში

Rp.: Sol. Euphillini 2,4% 10,0

D. t. d. № 3 in amp.

s. ვენაში გლუკოზასთან ერთად.

---

ექინოფსინი თავისი მოქმედებით ახლოს დგას სტრიქნინთან. ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში იხმარება, როგორც მატანიზებელი საშუალება სხვადასხვა წარმოშობის ასთენიების დროს. წინააღმდეგნაჩვენებანი ისეთივეა, როგორც სტრიქნინისა.

Rp.: Sol. Echinopsini nitrici 1% 30,0

D. S. 10—10 წვეთი 2-ჯერ დღეში.

Rp.: Sol. Echinopsini nitrici 0,4% 1,0

D. t. d. № 10 in amp.

s. 1 მლ კანქვეშ დღეში 2-ჯერ.

---

ვიტამინები ფართოდ გამოიყენება ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში. უხშირესად ინიშნება შემდეგი ვიტამინები:

ვიტამინი B<sub>1</sub> (თიამინ-ბრომიდი) ინიშნება ნევრიტების (მათ შორის ალკოჰოლური პოლინევრიტების), ნევრალგიების, ენცეფალოპათიების და სხვა დაავადებათა დროს. Per os: 12—20 მილიგრამი 1—5-ჯერ დღეში; კუნთებში: 0,015—0,06 გრამი თითო ინექციაზე, დღეში ერთხელ, 10—20—30 დღის განმავლობაში. ცალკეულ შემთხვევებში მოსალოდნელია გართულეზანი ალერგიული რეაქციების სახით.

Rp.: Sol. Thiamini bromati 3% 1,0

D. t. d. № 10 in amp.

s. თითო ამპულა კუნთებში

Rp.: Thiamini chlorati 0,005

D. t. d. № 20 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში.

ვიტამინი PP (ნიკოტინის მჟავა) შედის B ჯგუფის ვიტამინების კომპლექსში და წარმოადგენს სპეციფიკურ ანტიპელაგროზულ საშუალებას. ინიშნება აგრეთვე ათეროსკლეროზის, სისხლძარღვთა სპაზმების და სხვა დაავადებათა დროს. ცალკეულ შემთხვევებში შესაძლებელია მოგვცეს გვერდითი მოვლენები: წამოწითლება, გამონაყარი, თავბრუ, პარესთეზიები, რომლებიც თავისთავად გაივლის.

Rp.: Acidi nicotini 0,05

D. t. d. № 15 in tabul

s. თითო ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში

Rp.: Sol. Acidi nicotini 1% 1,0

D. t. d. № 6 in amp.

s. ინტრავენურად.

ნიკოტინამიდი ასევე წარმოადგენს PP ვიტამინს. ნაკლებად აქვს გამოხატული გვერდითი მოვლენები. ჩვენება იგივე. ვიტამინი B<sub>6</sub> (პირიდოქსინი) შესაძლებელია დანიშნულ იქნეს პოლინევრიტების, პოსტენცეფალიტური პარკინსონიზმის, ქორეის და პელაგრის (ნიკოტინის მჟავასთან ერთად) დროს.

Rp.: Pyridoxini 0,01

D. t. d. № 30 in tabul.

s. 1—2 ტაბლეტი 2—3-ჯერ დღეში.

ვიტამინი B<sub>12</sub> (ციანოკობალამინი) ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გამოიყენება პოლინევრიტების, ალკოჰოლური ფსიქოზების და სხვა დაავადებათა დროს. მკურნალობა წარმოებს ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. სისტემატურად ისინჯება სისხლი. ერიტროციტოზის ან ლეიკოციტოზის განვითარების შემთხვევაში დოზებს აკლებენ. საჭიროა სიფრთხილე სისხლის შედედების უნარის მომატების შემთხვევაში. უკუნაჩვენებია მწვავე თრომბოემბოლიური დაავადების დროს.

Rp.: sol. Cyanocobalamini 0,01% 1,0

D. t. d. № 10 in amp.

s. 1 მლ კუნთებში.

ვიტამინი B<sub>15</sub> (კალციუმის პანგამატი) ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გამოიყენება (სხვა საშუალებებთან ერთად) თავის ტვინის სისხლძარღვთა სკლეროზის, ქრონიკული ალკოჰოლური ინტოქსიკაციების დროს.



Rp.: *Calcii pangamici* 0,05

D. t. d. № 60 in tabul.

s. 1—2 ტაბლეტი 3—4-ჯერ დღეში 20--40 დღის განმავლობაში. განმეორდება 2—3 თვის შესვენების შემდეგ.

ვიტამინი C (ასკორბინის მჟავა) ფართოდ იხმარება სხვადასხვა დაავადებების დროს (მონაწილეობს ჟანგვა-აღდგენითი პროცესების რეგულირებაში, ნახშირწყლების ცვლაში, ქსოვილთა აღდგენაში, სტეროიდული ჰორმონების წარმოქმნაში). ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გამოიყენება ათეროსკლეროზების, ნევრასთენიების, ინფექციების, ინტოქსიკაციების, დისტროფიების და სხვა დაავადებათა დროს.

დიდი დოზებით მკურნალობისას საჭიროა ყურადღება მიექცეს თირკმლების ფუნქციას, არტერიულ წნევას, პანკრეასის ფუნქციურ მდგომარეობას.

Rp.: *Acidi ascorbinici* 0,05

D. t. d. № 24 in tabul.

s. 2—2 ტაბლეტი 3-ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ

Rp.: *Sol. Acidi ascorbinici* 5% 1,0

D. t. d. № 20 in amp.

s. თითო ამპულა კუნთებში, 2-ჯერ დღეში; შესაძლებელია დაინიშნოს ასკილის სიროფის და სხვა სახით.

თიამინ-ბრომილი — იხ. ვიტამინი B<sub>1</sub>.

---

იმიპრამინი — იხ. მელიპრამინი.

ინსულინოთერაპია მოწოდებულია ავსტრიელი ფსიქიატრის ზაკელის მიერ 1933 წელს. იგი ფსიქოზთა მკურნალობის მიღებული და გავრცელებული მეთოდია. ინსულინოთერაპია განსაკუთრებით ეფექტურია შიზოფრენიის ზოგიერთი ფორმების დროს.

ინსულინით მკურნალობის ჩატარების მრავალი წესი არსებობს. ყველაზე უფრო ფართოდ იხმარება თვით ზაკელის მიერ მოწოდებული მკურნალობის მეთოდი. ავტორი მკურნალობის პროცესს სამ პერიოდად ჰყოფს. პირველი პერიოდი იწყება ინსულინის 4—8 ერთეულის ინექციით დილას, უზმობზე. შემდეგ დღეებში ხდება ინსულინის მომატება ყოველდღიურად 4 ერთეულით, სანამ არ წარმოიქმნება ჰიპოგლიკემიური შოკი. ამ პერიოდის ხანგრძლივობა ინდივიდუალურია და დამოკიდებულია ინსულინის მიმართ პაციენტის რეზისტენტობაზე. მეორე პერიოდი არის ჰიპოგლიკემიური შოკების ფაზა, რომელიც გრძელდება 30—35 დღე (საშუალოდ გამოწვეული უნდა იყოს 25—30 შოკური მდგომარეობა). მესამე პერიოდი წარმოადგენს მკურნალობის დამთავრების პერიოდს. შოკური თერაპია მთავრდება ან დოზების თანდათანობითი დაქვეითებით, ან უცბად, დოზების დაქვეითების გარეშე.

ინსულინოთერაპიის დაწყების წინ ავადმყოფს სინჯავს თერაპევტი, ტარდება ლაბორატორიული გამოკვლევები (შარდის, სისხლის, შაქრის განსაზღვრა სისხლში), გულის და

ფილტვების რენტგენოსკოპია და იმ შემთხვევაში, თუ არ არის წინააღმდეგჩვენება, შეიძლება მკურნალობის დაწყება.

ინსულინი ავადმყოფს უკეთდება ყოველდღე დილით, უზმოზე გარდა კვირა დღისა (ქალებს თვიურის პერიოდში ინსულინოთერაპია არ უტარდებათ). ინსულინის ინექცია კეთდება კანქვეშ ან კუნთებში. ავადმყოფი ინსულინის გაკეთების შემდეგ წევს ლოგინში თეთრეულის ამარა. ყოველ 1—2 საათში მეთვალყურე მდგა ავადმყოფს უსინჯავს პულსისა და სუნთქვის სიხშირეს. ხოლო შოკური მდგომარეობის განვითარების შემდეგ — ყოველ 10—15 წუთში. ძლიერი წყურვილის შემთხვევაში ავადმყოფს შეიძლება მიეცეს ნახევარი ჭიქა წყალი. ნერწყვის დენის გაძლიერებისას, ნერწყვის სასუნთქ გზებში მოხვედრის თავიდან ასაცილებლად, ავადმყოფი უნდა გადაბრუნდეს გვერდზე. ძლიერი მოტორული მოუსვენრობის შემთხვევაში ავადმყოფი უნდა დააკაფოს პერსონალმა, ზოჯერ საჭირო ხდება ავადმყოფის ფიქსირება. ეპილექსური გულყრის განვითარებისას, რაც არაიშვიათია ჰიპოგლიკემიის სხვადასხვა ფაზაში, მეთვალყურე პერსონალმა დოლბანდდახვეული შპადელი უცბად უნდა ჩაუდოს ავადმყოფს კბილებს შუა, ენის ან ტუჩის მოკვნეტის თავიდან აცილების მიზნით. ძლიერი ოფლიანობის დროს ავადმყოფს თბილად უნდა ეხუროს. რათა არ გაცივდეს. პირველ პერიოდში, შოკის განვითარებამდე, ინსულინის შეყვანიდან 3—4 საათის შემდეგ, ავადმყოფი იღებს ჩაიში გახსნილ 100—150 გ შაქარს. მეორე პერიოდის პირველ დღეებში შოკური მდგომარეობის კუპირება ხდება 10—15 წუთის შემდეგ.

არსებობს კუპირების 2 წესი: 1) ცხვირიდან საკვების შეყვანა ზონდით (კუჭში ერთი ჭიქა ჩაის შეყვანა. რომელშიც

გახსნილია 200 გ შაქარი); 2) ვენაში გლუკოზის 40% ხსნარის 20—30 სპ შეყვანა. თუ შემდეგ დღეებში შემჩნეული არ არის რაიმე გართულება, შოკის მდგომარეობა შეიძლება გაგრძელდეს 30 წუთი. ჰიპოგლიკემიური შოკის კუპირება ზონდით საკვების მიცემისას ხდება 10—15 წუთის შემდეგ, გლუკოზის ვენაში ინექციას ავადმყოფი შოკიდან გამოჰყავს 2—3 წუთის განმავლობაში. ავადმყოფის შოკიდან გამოსვლა ხდება თანდათან; ჯერ ახელს თვალებს, აწარმოებს უწყესრიგო მოქრაობებს, შემდეგ ნელა მოდის გონზე. უფრო ხშირად შოკის კუპირების შემდეგ ავადმყოფი ეიფორიული და სიტყვაუხვია. იშვიათად ამ პერიოდში აღილი აქვს ხანმოკლე ფსიქომორტორულ აგზნებას. ავადმყოფს შოკიდან გამოყვანის შემდეგ ეილევა ნახშირწყლებით მდიდარი საუზმე. თუ გლუკოზის ვენაში ინექციის ან ზონდით შაქრიანი ხსნარის მიცემის 20—30 წუთის შემდეგ ავადმყოფი შოკური მდგომარეობიდან არ გამოვიდა, აღნიშნული მანიპულაციები ტარდება განმეორებით, შოკის გახანგრძლივების თავიდან აცილების მიზნით. ავადმყოფს შოკიდან გამოყვანის შემდეგ უცვლიან ჩასაცმელს და ლოგინის თეთრეულს.

ინსულინის ინექციიდან შოკის კუპირების მომენტამდე ჰიპოგლიკემიის სხვადასხვა ფაზაში მოსალოდნელია მთელი რიგი გართულებანი: 1) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მხრივ შეიძლება აღილი ექნეს ტაქიკარდიას (120—160 წუთში), არითმიას, ექსტრასისტოლებს (თუ აღნიშნული მოვლენები მყარია და მკურნალობის დაწყებიდან რამდენიმე დღეში არ გაუარა, ავადმყოფს ენიშნება ვალერიანის ნაყენი, კორდიამინის წვეთები), კოლაფსურ მდგომარეობას (ავადმყოფი სწრაფად გამოჰყავთ ჰიპოგლიკემიის მდგომარეობიდან, უკეთდება

კოფეინი, კორდიამინი კუნთებში 2—3 მლ, ნიკოტინის მჟავის 1% ხსნარი 2—3 მლ. თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, ვენაში შეჰყავთ კორდიამინის 25% ხსნარის 1—2 მლ, ადრენალინის 1% ხსნარის 1 მლ კანქვეშ), სუნთქვის გაძნელებას (ავადმყოფი გამოჰყავთ ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობიდან, უკეთდება საგულე საშუალებანი, ლობელინი); 2) ნევროლოგიური გართულებებიდან აღსანიშნავია კუნთთა ტონური კრუნჩხვები და ეპილეფსიური გულყრები. ტონური კრუნჩხვების გახანგრძლივებისას საკმარისია გლუკოზა ვენაში ჰიპოგლიკემიის კუპირებისათვის. ეპილეფსიური გულყრების შემთხვევაში ავადმყოფი გამოჰყავთ ჰიპოგლიკემიის მდგომარეობიდან გლუკოზის შეყვანით ვენაში; განმეორებითი გულყრების შემთხვევაში ავადმყოფს ოყნით უკეთდება ბრომი მედინალი 0,5—1,0); ცოტახნის შემდეგ კუნთებში — მაგნეზიის და ბრომის ხსნარის ნარევი (ნატრიუმ-ბრომის 10% ხსნარი 5—10 მლ, გოგირდმჟავა მაგნეზიის 25% ხსნარი 5—10 მლ); 3) ფსიქიკური გართულებებიდან აღსანიშნავია შოკისწინარე ფსიქომოტორული აგზნება და ფსიქომოტორული აგზნება შოკის კუპირების შემდეგ (შოკამდე განვითარებული ფსიქომოტორული აგზნების თავიდან ასაცილებლად ავადმყოფს 1—2 საათით ადრე ეძლევა ლუმინალი 0,1, შოკის შემდეგი აგზნების მოხსნის მიზნით უკეთდება დამატებითი გლუკოზა ვენაში, გოგირდმჟავა მაგნეზიუმი კუნთებში); 4) ზოგჯერ გართულებები მოსალოდნელია შოკის კუპირების შემდეგ გახანგრძლივებული და განმეორებითი შოკების სახით (გახანგრძლივებული შოკის დროს ავადმყოფს განმეორებით უკეთდება გლუკოზა ვენაში; საჭიროა ასკორბინის მჟავა,

გოგირდმჟავა მაგნეზიუმი, ვიტამინი B<sub>1</sub> კუნთებში, საგულე საშუალებანი, ადრენალინი; სუნთქვის გაძნელების შემთხვევაში — ლობელინი. განმეორებითი შოკის შემთხვევაში ტარდება იგივე მანიპულაციები).

ინსულინოთერაპიის წინააღმდეგჩვენება შეიძლება იყოს: მწვავე ჰეპატიტი, ღვიძლის ციროზი, ნალვლის ბუშტის კენჭოვანი დაავადება, ფილტვების მწვავე ტუბერკულოზი, გულის დეკომპენსირებული მანკები, ჰიპერტონიული დაავადება, მძიმე ათეროსკლეროზი, ნევრიტი, პიელიტი, სისხლის დაავადებანი, ბაზედოვის დაავადება, დიაბეტი, კუჭისა და ოორმეტ-გოჯას წყლული.

ბავშვებში ინსულინოთერაპია ტარდება განსაკუთრებული სიფრთხილით. მკურნალობა იწყება 2 ერთეულით, ყოველდღიურად უმატებენ ინსულინის 2—4 ერთეულს. ჰიპოგლიკემიური შოკის მდგომარეობა არ უნდა გაგრძელდეს 15—20 წუთზე მეტს. სულ შეიძლება გამოწვეულ იქნეს 8—12 შოკი.

ინსულინოთერაპიის ზემომოყვანილი მეთოდის გარდა არსებობს აგრეთვე მისი ჩატარების სხვა წესებიც (ინსულინოთერაპია ინსულინის ვენაში შეყვანით, უშოკო ინსულინოთერაპია და სხვ.). ამ მეთოდების პრაქტიკული გამოყენების მნიშვნელობა მცირეა.

---

იოდის პრეპარატები ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გამოიყენება თირეოტიქსიკოზების, ათეროსკლეროზის, ჰიპერთირეოზის, მოგვიანებული ათაშანგის დროს. უკუჩვენებანი: ფილტვის ტუბერკულოზი, ნევრიტი, ფურუნკულოზი, ქრონიკული პიოდერმია, ჰემორაგიული დიათეზი, ორსულობა, აწეული ზგრძნობელობა იოდის მიმართ.

Rp.: Jodi 0,02

Kalii jodati 0,2

Phenobarbitali 0.4

Methylthiouracili 2,0

Extr. et pulv. Liquiritiae

q. s. ut f. pil. № 40

D. s. თითო აბი 2-ჯერ დღეში ჯამის შემდეგ, კურსობრივად 20—20 დღე, 20 დღის შესვენებებით (ჰიპერთირეოზის დროს)

Rp.: Sol. kalii jodati 6,0 200,0

D. s. თითო სუფრის კოვზი 2—3-ჯერ დღეში

Rp.: Sol. Natrii jodati 10% 10,0

sterilisetur

D. t. d. № 10 in amp.

s. ვენაში 2—3 დღეში ერთხელ, სულ 8—12 ინექცია (ლუესის დროს).

Rp.: T-rae jodi 5% 15,0

D. s. 1—5 წვეთი რძეში 3-ჯერ დღეში ჯამის შემდეგ (ათეროსკლეროზის დროს)

Rp.: Calcii jodbehenici 0,5

D. t. d. № 20 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში ჯამის შემდეგ (ათეროსკლეროზის, ნეიროსიფილისის დროს).

---

იძულებითი მკურნალობა, როგორც სამედიცინო ხასიათის ღონისძიება, ენიშნება: 1) იმ პირებს, რომელთაც ჩაიღინეს

დანაშაული ქრონიკული ფსიქიკური დაავადების დროს ან დროებითი ფსიქიკური აშლილობის მდგომარეობაში და მიჩნეული არიან შეურაცხადად, 2) იმ პირებს, რომლებიც დანაშაულის ჩადენის მომენტში იყვნენ სულიერი წონასწორობის — შეურაცხად მდგომარეობაში, მაგრამ განაჩენის გამოტანამდე დაავადდნენ ქრონიკული ფსიქიკური ავადმყოფობით, 3) იმ პირებს, რომლებიც დაავადდნენ ქრონიკული ფსიქიკური ავადმყოფობით სასჯელის მოხდის პერიოდში, თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში. გადაწყვეტილება იძულებითი მკურნალობის დანიშვნის შესახებ გამოაქვთ სასამართლოს სხდომაზე პროკურორისა და დამცველის მონაწილეობით, ექიმ-ფსიქიატრთა დასკვნის განხილვის საფუძველზე. იძულებითი მკურნალობის ვადა სასამართლოს მიერ არ განისაზღვრება.

იძულებითი მკურნალობა ტარდება: 1) საერთო ტიპის ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში, 2) სპეციალიზებულ ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში და 3) ოჯახის პირობებში, მშობლების ან მეურვის პასუხისმგებლობის ქვეშ, ექიმ-ფსიქიატრის მეთვალყურეობით.

იძულებით მკურნალობაზე მყოფი ავადმყოფები ყოველ ექვს თვეში, ერთხელ უნდა შემოწმდნენ საექიმო კომისიის მიერ მათი მდგომარეობის დაზუსტების, იძულებითი მკურნალობის მოხსნის ან მისი სახეობის შეცვლის მიზნით. იძულებითი მკურნალობის მოხსნის ან მისი სახეობის შეცვლის საფუძველი ხდება გამოჯანმრთელება ან ფსიქიკური მდგომარეობის შეცვლა. იძულებით მკურნალობას ხსნის სასამართლო, რომელმაც გამოიტანა გადაწყვეტილება მისი დანიშვნის შესახებ, ან იგივე ინსტანციის სასამართლო ფსიქიატრიული სა-



ავადმყოფოს ადგილსამყოფელის მიხედვით, ფსიქიატრიული საავადმყოფოს ადმინისტრაციის მიერ ფსიქიატრ-ექსპერტთა კომისიის დასკვნის სასამართლოში წარდგენის საფუძველზე. საკითხი იძულებითი მკურნალობის მოხსნის შესახებ სასამართლომ უნდა განიხილოს 10 დღის განმავლობაში დღიდან დასკვნის მიღებისა.

---

კავკასიური შებრუნებითი ტიფით მკურნალობა, როგორც პიროთერაპიის სახეობა, გამოიყენება პროგრესული დამბლის და ზოგჯერ თავის ტვინის ათაშანგის დროს. შებრუნებითი ტიფით დასნებოვანებისათვის გამოიყენება ობერმაიერის სპიროქეტა. აცრის წესი ისეთივეა, როგორც მალარიოთერაპიის დროს. ამ შემთხვევაში დონორის ნაცვლად ფართოდ იყენებენ ტიფით წინასწარ დაავადებულ ცხოველებს (თაგვებს), ვინაიდან ცხოველების ტრანსპორტირება გაცილებით ადვილია. შეტევის დროს თავის გულიდან აღებული სისხლის რამდენიმე წვეთს აზავებენ ფიზიოლოგიური ხსნარის 1—2 მლ-ში და ავადმყოფს უკეთებენ კანქვეშ. ჩვეულებრივად პირველი შეტევა იწყება 6—7 დღის შემდეგ (ახასიათებს ტემპერატურის მომატება 40°-დე, შემცივნება) და გრძელდება 1—2 დღე. ცალკეულ შეტევებს შორის შუალედი შეიძლება გაგრძელდეს რამდენიმე დღიდან 20—30 დღემდე. ასეთი შეტევები შეიძლება იყოს 3-დან 10-დე. უნდა აღინიშნოს, რომ ყოველი მომდევნო შეტევა უფრო სუსტია, ვიდრე წინა. საბოლოოდ შეტევები თავისით წყდება, მაგრამ ტიფის მკურნალობა საღვარსანით მაინც უნდა ჩატარდეს. შებრუნებითი ტიფით მკურნალობა ტარდება იმ შემთხვევაში, თუ ავადმყოფს მალარია არ აეცრა ან არ განუვითარდა სათანადო ეფექტი. შედარებით

მალარიასთან, ტიფით მკურნალობას უკეთესად იტანენ გულის სისუსტის მქონე, მოხუცებული და განლეული ავადმყოფები.

---

კალიუმის იოდი — იხ. იოდის პრეპარატები.

---

კალციუმის პანგამატი — იხ. ვიტამინი B<sub>15</sub>.

---

კალციუმის ქლორიდი გამოიყენება მთელი რიგი პათოლოგიური მდგომარეობებისას, მათ შორის: სპაზმოფილიის, ალერგიული დაავადებების, ორგანიზმიდან კალციუმის გაძლიერებული გამოყოფის (რასაც ადგილი აქვს ხანგრძლივი წოლის — იმობილიზაციის შემთხვევებში), ანტიბიოტიკების დროს.

უკუნაჩვენებია თრომბოზების და ათეროსკლეროზის შორსწასულ შემთხვევებში.

Rp.: Sol. Calcii chlorati 10<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, 10,0

D. t. d. № 6 in amp.

s. 5—10 მლ ვენაში.

---

კომბინირებული თერაპია (ფსიქოზების) ფართო გავრცელებას პოულობს მას შემდეგ, რაც აქტიურ ბიოლოგიურ მეთოდებთან ერთად ექიმ-ფსიქიატრის განკარგულებაში აღმოჩნდა ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებანი. ამ მხრივ გამამხნეველი ცდა იყო ინსულინ-ამინაზინის კომბინირებული მკურნალობის შემოღება. ამ მეთოდმა გააერთიანა ინსულინო-თერაპიის მექანიზმები ორგანიზმის დაცვითი რეაქციების სტი-

მულაციისა და ამინაზინის სედატიური ეფექტი, რაც თერაპიული მოქმედების თვალსაზრისით მეტად ეფექტური აღმოჩნდა შიზოფრენიის ზოგიერთი ფორმის მკურნალობის დროს.

თანამედროვე ფსიქოფარმაკოლოგიური პრეპარატები ძირითადად სიმპტომატური ხასიათის საშუალებებია და გამიზნულია ცალკეული სინდრომების სამკურნალოდ. ამიტომ ისეთი დაავადებების დროს, სადაც კლინიკურ სურათში წარმოდგენილია რამდენიმე სინდრომი, საჭირო ხდება ფსიქოტროპულ საშუალებათა კომბინირებული გამოყენება. მაგალითად: შფოთიანი დეპრესიის სამკურნალოდ უნდა გამოვიყენოთ ანტიდეპრესანტების და სედატიურ საშუალებათა კომბინაცია; ასტენო-დეპრესიული სინდრომის დროს კარგ შედეგს იძლევა სტიმულატორებისა და ტრანკვილიზატორების კომბინაცია და ა. შ.

---

კორდიამინი ნიკოტინის მკვას დიეთილამიდის 25%-ანი ზსნარია. მასტიმულირებლად მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, მატონიზირებლად — გულ-სისხლძარღვთა სისტემაზე. გამოიყენება გულის მოქმედების ქრონიკული და მწვავე მოშლილობის, გულის სისუსტისა და სუნთქვის შესუსტების დროს, შოკური მდგომარეობების, ასფიქსიის, კოლაფსის შემთხვევებში.

**Rp.: Cordiamini 1.0**

**D. t. d. № 10 in amp.**

**s.** თითო მილილიტრი კანქვეშ 1—2-ჯერ დღეში (მოზრდილთათვის); 0,5 მილილიტრი კანქვეშ 1—2-ჯერ დღეში (10 წლის ბავშვის).

Rp.: Cordiamini 10,0

გ. 20—25 წვეთი ერთ მიღებაზე 2—3-ჯერ დღეში (მოზრდილთათვის); 10 - 10 წვეთი 2—3 დღეში (10 წლის ბავშვს).

---

კორდიაზოლი (კორაზოლი) გამოიყენება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და სუნთქვის სტიმულირებისათვის. დიდ დოზებში იწვევს კრუნჩხვით გულყრებს, რის გამოც იხმარება კრუნჩხვითი თერაპიის მიზნით (იხ. კრუნჩხვითი თერაპია).

Rp.: Sol. Corasoli 10% 1,0

D. t. ო. № 10 in amp.

ა. კანქვეშ.

---

კორექტორები პირობითი სახელწოდებაა, რომელიც აერთიანებს პრეპარატებს, მიმართულს სხვა მედიკამენტების მიღების შედეგად გამოწვეული გვერდითი მოვლენების ან გართულებების მკურნალობისათვის. ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში (ამინაზინის ან სხვა ნეიროლეფსიური საშუალებების მიღების შედეგად განვითარებული პარკინსონიზმის პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მიზნით) კორექტორების სახით გამოიყენება არტანი (ციკლოდოლი, რომპარკინი), დინეზინი (დეპარკინი).

---

კორტიზონი წარმოადგენს თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის ჰორმონს. როგორც სხვა სტეროიდული ჰორმონები, კორტიზონით მკურნალობა მოითხოვს მკაცრ საექიმო კონტროლს (სისხლის გამოკვლევა, წონა, არტერიული წნევა, შაქრის რაოდენობა სისხლში). ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ზოგჯერ შე-

საძლებელია მისი დანიშვნა ქალას დახურული ტრავმის დროს, მწვავე პერიოდში.

Rp.: Cortisoui 0,025

D. t. d. № 50 in tabul.

s. 2—4 ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში

---

კოფეინი წარმოადგენს ფსიქომასტიმულირებელ საშუალებას. ფართოდ გამოიყენება ფსიქიატრიაში სხვადასხვა სახით ცენტრალური ნერვული სისტემის სისხლძარღვოვანი, ტრავმული, ინფექციური დაზიანებების, ძილიანობის, მოქანცულობის, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობის, ტვინის სისხლძარღვთა სპაზმების დროს. უკუნაჩვენებია აწეული აგზნებადობის, უძილობის, ჰიპერტონიის, ათეროსკლეროზის, გლაუკომის შემთხვევებში, აგრეთვე მოხუცებულობის ასაკში.

Rp : Coffeini natrio-benzoici 0,1 (0,2)

D. t. d. № 6 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში

Rp.: Tabul. „Adofen“

№ 6

s. თითო ტაბლეტი 2—3-ჯერ დღეში.

Rp : Coffeini natrio-benzoici 0,2 (0,4—0,6 0,8—1,0)

Natrii bromati 0,25 (0,5—1,0—2,0—4,0)

Aq. destill. 200,0

s. თითო სუფრის კოვზით 3-ჯერ დღეში

---

კარუნჩხვითი თერაპია პირველად შემოიღო უნგრელმა ფსიქიატრმა მედუნამ (1937). მან იხელმძღვანელა რიგი მკვლე-

ვარების მიერ გამოთქმული მოსაზრებებით შიზოფრენიის და ეპილეფსიის შეუთავსებლობის შესახებ და ამ ჰიპოთეზის საფუძველზე გადაწყვიტა შიზოფრენიის მკურნალობა ეწარმოებინა ხელოვნურად (ქაფურით) გამოწვეული ეპილეფსიური გულყრებით. აღნიშნული მეთოდი კარგი თერაპიული შედეგების გამო მალე გავრცელდა. შემდგომში დამუშავდა გულყრითი თერაპიის სხვა სახეებიც (აცეტილქოლინის და მეტრაზოლის ვენაში შეყვანის შედეგად განვითარებული გულყრები, ელდენის ზემოქმედებით გამოწვეული გულყრები). მაგრამ. პრაქტიკული გამოყენების სიმარტივისა და მცირე ტოქსინურობის გამო, ფსიქიატრიულ პრაქტიკას შემორჩა კრუნჩხვითი მკურნალობის ორი სახე (მეტრაზოლით და ელდენით).

კორაზოლით (სინონიმები: მეტრაზოლი, კარდიაზოლი) გამოწვეული კრუნჩხვითი თერაპიისათვის იხმარება პრეპარატის 10%-ანი სტერილური ხსნარი. კორაზოლის გულყრითი დოზა ინდივიდუალურია, მაგრამ ავადმყოფთა უმეტესობისათვის იგი მერყეობს 0,4—0,5 შორის, რაც უდრის კორაზოლის 10% ხსნარის 4—5 სმ<sup>3</sup>. იმ შემთხვევაში, თუ პირველადი დოზის ვენაში შეყვანის შემდეგ გულყრა არ განვითარდა, ნახევარი საათის შემდეგ უკეთდება 1/2 სმ<sup>3</sup>-ით გაზრდილი დოზა. თუ განმეორებითი ინექციაც უშედეგო აღმოჩნდა, იმ დღეს პროცედურას აღარ იმეორებენ. ერთ დღეში 2 ინექციაზე მეტას გაკეთება რეკომენდებული არ არის. ორი დღის შემდეგ კვლავ უკეთდება ავადმყოფს კორაზოლის 1/2 სმ<sup>3</sup>-ით გაზრდილი დოზა. ამ წესით ხდება დოზის მომატება მანამდე, სანამ არ იქნება გამოწვეული გულყრა. 8—10 სმ<sup>3</sup> კორაზოლმა გულყრა თუ არ გამოიწვია, დოზის მომატება მიზანშეწონილი არ არის. კორაზოლის ვენაში შეყვანა უნდა მოხდეს სწრაფად. ინექცი-

ები კეთდება ორი დღის შუალედით, მესამე დღეს. მკურნალობის კურსი ითვალისწინებს 8—10 გულყრით განტვირთვას. იმ შემთხვევაში თუ ავადმყოფი ადრე გამოკეთდა, კურსის ბოლომდე მიყვანა საეალდებულო არ არის. საჭიროა მიღებული შედეგი განმტკიცდეს კიდევ 1—2 გულყრით და მკურნალობა შეწყდეს.

პროცედურის წინ ავადმყოფი წინასწარ მზადდება. წინამით უკეთდება გამწმენდი ოყნა, ისინჯება თერაპევტიკული მიერ. ინექცია უკეთდება დილით უზმოზე. პროცედურას აწარმოებს ექიმი. ესწრება მედლა და სანიტარი. მედლა ავადმყოფს მკლავზე ადებს ლახტს და მას შემდეგ, როდესაც ექიმი საინექციო ნემსს შეიყვანს იდაყვის ვენაში, ექიმის განკარგულებისთანავე სწრაფად ხსნის მას. სანიტარს გამზადებული აქვს დოლბანდდახვეული შპადელი და გულყრის დაწყების წინ ათავსებს კბილებს შუა. პროცედურის ჩატარებისას ავადმყოფის საწოლი გამოაქვთ თავისუფალ ადგილას, ოთახის შუაში, ავადმყოფთან მისვლის გასაადვილებლად. ავადმყოფი თავისუფლდება ტანისამოსისაგან, რჩება მხოლოდ საცვლებში. გულყრის დროს უნებლიე მოშარდვის ან დეფეკაციის გამო ლოგინი რომ არ დაისვაროს, ზეწრის ქვეშ უნდა გაიშალოს სამედიცინო მუშაობა. კორაზოლის შეყვანიდან 20—30 სეკუნდის შემდეგ იწყება გულყრა. გულყრას წინ უსწრებს ფსიქიკური აურა (ავადმყოფი გაბრუებულია, სახეზე აღბეჭდილი აქვს შიშის განცდა, ცდილობს გაქცევას), წინამორბედი ნიშნები გრძელდება 10—12 წამი. შემდეგ მოჰყვება გულყრითი განტვირთვა, რომელიც ძირითადად სამთაზიანია. იწყება უწყესრიგო კლონური მოძრაობები, შემდეგ ვითარდება ძლიერი ტონური კრუნჩხვები, რომელსაც ცვლი-

ისევ კლონური კრუნჩხვები. ამ დროს მკვეთრად არის გამოხატული ვეგეტატიური ნიშნები (სალივაცია, ოფლიანობა, წამოწითლება, სუნთქვა ჩქარი და ზერელეა, რომელიც გულყრის ბოლოს თითქმის მთლიანად წყდება, მაჯა სუსტი ავსების, ზოგჯერ ძნელად ისინჯება). გულყრის მთელ პერიოდში და შემდეგ რამდენიმე წუთის განმავლობაში ავადმყოფს ცნობიერება ნათელი არა აქვს. ზოგ შემთხვევებში გულყრა შეიძლება არ იყოს მთლიანად გაშლილი. გესვდება მისი ვარიანტები მცირე გულყრის ან აბორტული გულყრის სახით. გულყრიდან ავადმყოფი გამოდის თანდათან. დასაწყისში ადგილი აქვს ღრმა გაბრუებას და მოტორულ მოუსვენრობას, რის შემდეგ ავადმყოფი იძინებს. ზოგჯერ გულყრის შემდეგ ავადმყოფი ავლენს ხანმოკლე, მაგრამ ძლიერ ფსიქომოტორულ აგზნებას აგრესიით. გულყრის შემდეგ ძილი ჩვეულებრივად ერთ საათამდე გრძელდება.

კრუნჩხვითი მკურნალობის გართულებებიდან აღსანიშნავია: ქირურგიული გართულებანი (ქვედა ყბის ამოვარდნილობა, კიდურების ამოვარდნილობა, ძვლების მოტეხვა, ენისა და ტუჩების მოკვნეტა, კბილების მომტვრევა, ენის გადაცდენა). სომატური გართულებანი (ღებინება, თავის ტკივილები, თავბრუ, გულის მოქმედების დარღვევა).

კრუნჩხვითი მკურნალობის ჩატარებისათვის უკუჩვენება: სიცხიანი დაავადებები, ჩირქოვანი ანთებითი პროცესები, გულის სუბკომპენსირებული და დეკომპენსირებული მანკები, გამოხატული ათეროსკლეროზი, სტენოკარდია, ჰიპერტონიული დაავადება. ტუბერკულოზი, ცხვირ-ხახის მწვავე დაავადებანი, ბრონქიტი, ემფიზემა, ბრონქული ასთმა, ძვალ-სახსართა დაავადებანი, ბაზედოვის დაავადება, დიაბეტი, თრომ-



ბოფლებიტები, ორსულობა, ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაავადება.

ელექტროკრუნჩხვითი თერაპიისათვის ავადმყოფის მომზადება, ჩვენება, უკუჩვენება და გართულებანი იგივეა, რაც მედიკამენტური კრუნჩხვითი თერაპიის დროს. ელექტროკრუნჩხვითი თერაპიის ჩატარების ტექნიკა მდგომარეობს შემდეგში: სპეციალური აპარატიდან (აპარატი მუშაობს 127 და 220 ვოლტზე) გამოყვანილი ელექტროდები უნდა დაითაროს ფიზიოლოგიურ ხსნარში კარგად დასველებული დოღანდითა და რეზინის სამაგრიტ დამაგრდეს საფეთქლებზე სიმეტრიულად, რაც შეიძლება ახლოს თმის საფარველთან. შემდეგ სდება აპარატის მომართვა პროცედურის ჩასატარებლად. ელდენის მანიმალური კრუნჩხვითი დოზა ინდივიდუალურია, ჩვეულებრივად იწყება 80 ვოლტიდან. მაგრამ კრუნჩხვითი დოზა დამოკიდებულია არა მარტო დენის ძალაზე (ვოლტაჟზე), არამედ დენის გავლის დროზეც. დროის ექსპოზიცია დასაწყისში არ უნდა აღემატებოდეს 0,5—0,6 სეკუნდს.

აპარატის დაყენების შემდეგ ექიმი გასცემს განკარგულებას პროცედურის დაწყების შესახებ და აჭერს თითს დილაკს. აპარატის მუშაობა ავტომატურია. თუ ძაბვის და დროის ექსპოზიციის საწყისი დოზა საკმარისი არ აღმოჩნდა, ძაბვას ზრდიან კიდევ ათი ვოლტით, ხოლო დროს — 0,2 სეკუნდით; 2—3 წუთის შემდეგ ისევ რთავენ აპარატს. კრუნჩხვითი დოზის დადგენისათვის აპარატი შეიძლება ჩაირთოს 2—5ჯერ, თუ კრუნჩხვა ვერ იქნა გამოწვეული, განმეორებითი პროცედურა ტარდება მესამე დღეს. კრუნჩხვითი დოზის დადგენის შემდეგ სამკურნალო პროცედურები (გულყრის გამოწვევა) ტარდება კვირაში სამჯერ, სუსტი ავადმყოფებისათ-

ვის — კვირაში ორჯერ. მკურნალობის ხანგრძლივობა დადგენილი არ არის. ავადმყოფის გამოკეთების შემდეგ, თერაპიული ეფექტის განსამტკიცებლად, ატარებენ კიდევ 1—2 პროცედურას და მკურნალობას წყვეტენ. თუ 4—6 გულყრამ შედეგი არ მოგვცა, მკურნალობის გაგრძელება მიზანშეწონილი არ არის.

ლიბოკოდიუმი სელაგოს ნახარში (5%-იანი ხსნარი) გამოიყენება ქრონიკული ალკოპოლიზმის სამკურნალოდ უარყოფითი პირობითი რეაქციის გამომუშავების გზით. ნახარშის მიღების შედეგად ვითარდება მძლავრი ვეგეტატიური რეაქცია. ნერწყვდენა, ოფლიანობა, კუნთების ტრიალირაცია, გულისრევა, პირღებინება, არტერიული წნევის დაქვეითება, მაჯისცემის შეცვლა, სუნთქვის გაიშვიათება. ღებინება ძლიერდება ალკოპოლის მიღებისას და თამბაქოს მოწევის დროს. მკურნალობა ტარდება სტაციონარში, ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. ფსიქოთერაპიასთან ერთად. მკურნალობა იწყება ალკოპოლის უკანასკნელი მიღებიდან 4—5 დღის შემდეგ. ავადმყოფი სვამს ნახარშს 75—100 მლ რაოდენობით. ალკოპოლს ღებულობს 3—16 წუთის შემდეგ. ღებინება ვითარდება ჩვეულებრივ 10—15 წუთის (ზოგჯერ 1—3 საათის) შემდეგ. ხშირად უარყოფითი რეაქცია გამომუშავდება 2—3 შეუღლების შემდეგ. მომავალში შესაძლებელია რეციდივების წინააღმდეგ ჩატარდეს ცალკეული სეანსები. წინააღმდეგჩვენებანი იგივეა, რაც ტეტურამისათვის (ნახარში მზადდება 1—2 დღისათვის, ინახება მაცივარში).

ლიპოცერებრინი — თავის ტვინის ფოსფორლიპიდურ ნივთიერებათა შემცველი პრეპარატი—გამოიყენება როგორც საერთო გამამაგრებელი საშუალება სხვადასხვა წარმოშობის ასთენიების, ნევროზების, გადაღლის, ჰიპოტონიის დროს. იხმარება აგრეთვე ათეროსკლეროზული ქუუასუსტოიის დროს. უმთავრესად ინიშნება ტაბლეტების სახით (0.5 გ), 1 -2 ტაბლეთი 3-ჯერ დღეში.

---

ლობელინი წარმოადგენს სუნთქვის სტიმულატორს. ინიშნება ვენაში ან კუნთებში. მოზრდილთათვის კუნთებში 0,3 — 0.5 მლ 1% ხსნარისა (ბავშვებისათვის 0,1—0,3 მლ 1% ხსნარისა) ვენაში, შეჰყავთ ნელა. გამოშვებულია ამპულებში. 1 მლ 1%-ანი ხსნარი.

---

ლუმბალური პუნქცია ტარდება თავ-ზურგტვინის სითხის გამოღების ან სამკურნალო საშუალებათა შეყვანის მიზნით.

რეკომენდებულია ჩხვლეთა ვაწარმოთ წელის მე-3 და მე-4 ან მე-1 და მე-5 მალეbs შორის. ავადმყოფი ზის ან წევს მოხრილი, მაქსიმალური კიფოზის მდგომარეობაში. ოპერაცია წარმოებს ასეპტიკისა და ანტისეპტიკის ყველა პირობის ზუსტი დაცვით. ლუმბალური პუნქციისათვის გამოიყენება სპეციალური ნემსი, 10—12 სმ სიგრძის, რბილი, არამსხვრევადი ლითონისაგან დამზადებული. მოსალოდნელი გართულებების გამო (თავის ტკივილი, გულისრევა, კეფის რიგილობა, ტემპერატურის მომატება, ლიქვორის ჩაქცევა ეპიდურალურ სივრცეში) პუნქცია ტარდება განსაკუთრებული სიფრთხილით, ყველა ზომების დაცვით. აბსოლუტურად უკუნაჩვენებია სეპ-

ტიკური პროცესების და ჩირქოვანი ტუბერკულოზური ეპიდურიტების დროს.

---

ლუმინალი (ფენობარბიტალი) წარმოადგენს ბარბიტურატების რიგის საძილე საშუალებას, რომელსაც გააჩნია დამამშვიდებელი, ძილისმომგვრელი და კრუნჩხვისსაწინააღმდეგო მოქმედება. როგორც საძილე საშუალება, ინიშნება (მოზრდილთათვის) 0,1—0,2 გრამი ძილის წინ. ბავშვებს — ასაკის მიხედვით—0,005-დან 0,075-მდე ერთ მიღებაზე. ეპილეფსიის მკურნალობისათვის მოზრდილებს დასაწყისში ენიშნებათ 0,05 გ 2-ჯერ დღეში. დოზებს თანდათან ვუმატებთ გულყრების შეწყვეტამდე, არაუმეტეს 0,6 გ დღე-ღამეში. ლუმინალის შეწყვეტა ეპილეფსიის დროს უნდა ხდებოდეს თანდათან. ხანგრძლივად მიღების ან დოზების მომატების შემთხვევაში შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს მოღუწებას, ძილიანობას, თავის ტკივილს, ატაქსიას. ლუმინალი ინიშნება როგორც დამოუკიდებლად, ისე სხვა საშუალებებთან ერთად. სერეისკის ნარევში (ეპილეფსიის მკურნალობისათვის) ბენზონალის ნაცვლად შესაძლებელია იყოს ლუმინალი, ანუ ფენობარბიტალი (იხ. ბენზონალი). შედის აგრეთვე კარმანოვას ტაბლეტების შემადგენლობაში (ბრომ-ნატრიუმთან, კოდეინთან, დარიშხანთან, ქაფურთან, კალციუმ-გლიცეროფოსფატთან და ვალერიანის ფხვნილთან ერთად).

Rp.: Luminali 0,1

D. t. d. № 6 in tabul.

გ. თითო ტაბლეტი ძილის წინ.

---

ლუციდრილი სტიმულატორების ჯგუფის პრეპარატია. გამოიყენება შიზოფრენიის მარტივი ფორმის დროს ზოგადი გააქტივებისათვის; კარგ შედეგებს იძლევა კატატონიური სტუპორის დროს. იხმარება აგრეთვე ჰიპოქონდრიული და ასტენო-დეპრესიული სინდრომების დროს.

საშუალო დღიური დოზაა 300—600 მილიგრამი. დღეში, სამ მიღებაზე. მცირე ტოქსინურობის გამო ლუციდრილი გართულებებს არ იძლევა, თუმცა ხანგრძლივი ხმარების შემთხვევაში შეიძლება შესამჩნევი გახდეს გადაჭარბებული აქტივობა და მოუსვენრობა.

---

მაგნიუმის ხულფატი (ანუ მაგნეზიუმი გოჯირდმეავა) პარენტერალური შეყვანისას ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე მოქმედებს როგორც დამამშვიდებელი საშუალება (სედატური ეფექტი). აქვეითებს სუნთქვის ცენტრის აგზნებადობას (დიდი დოზები საშიშია სუნთქვის ცენტრის დამბლის თვალსაზრისით). დამბლა სწევს არტერიულ წნევას.

გამოიყენება როგორც დამამშვიდებელი, კრუნჩხვის საწინააღმდეგო და სპაზმოლიზური საშუალება. კრუნჩხვების დროს იხმარება კუნთებში 5—10—20 მლ 25%-ანი ხსნარი.

Rp.: Sol. Magnesiumi sulfurici 25% 10,0

D. t. d. № 3 in amp.

s. 5—10 მლ კუნთებში.

---

მაიხოლინი — იხ. ჰექსამილინი.

---

მალარიოთერაპია პროგრესული დამბლის მკურნალობის ერთ-ერთი ძირითადი საშუალებაა. ამ მიზნით გამოიყენება

მ. გ. ბეგიაშვილი, ბ ხანთაშვილი

სამდღიანი მალარია, რომლის თერაპიული ეფექტი მალარიის სხვა ფორმებთან შედარებით გაცილებით მაღალია. მალარიის აცრა ხდება უშუალოდ დონორიდან პაციენტზე. თუ ამის საშუალება არ არის. იღებენ დონორის 10—15 სმ<sup>3</sup> სისხლს და იქვე აზავენ ნატრიუმის ციტრატის 0,5%-იან ხსნარში, სინჯარას სისხლით ინახვენ ყინულზე. აცრისათვის იღებენ მალარიით დაავადებული ავადმყოფის 4—5 სმ<sup>3</sup> სისხლს და ავადმყოფს უკეთებენ კანქვეშ ღრმად, სასურველია ზურვზე, ბეჭებს შუა. ინექციის დროს რეკომენდებულია ნემსით კანქვეშა ქსოვილის დაზიანება, რათა გაიხსნას წვრილი სისხლძარღვები. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 6—10 დღე, ზოგჯერ 20 დღემდე. თუ საჭიროა ინკუბაციური პერიოდის შემცირება, მიმართავენ დონორის სისხლის ინტრავენურ შეყვანას (წინასწარი დეფიბრილიზაციის გარეშე შეჰყავთ 1—2 სმ<sup>3</sup>). მალარიის შეტევები დასაწყისში მიმდინარეობს სამდღიანი შუალედით, ხოლო 3—5 შეტევის შემდეგ — ყოველდღე. შეტევა იწყება ჯერ შემცივნებით, შემდეგ ტემპერატურის პომატებით 39—41°-დე. შეტევების დროს ხშირად ადგილი აქვს თავის ტკივილებს, ტაქიკარდიას, ლებინებას, 3—4 საათის შემდეგ ტემპერატურა ეცემა, ავადმყოფს აღენიშნება ძლიერი ოფლიანობა. თუ ავადმყოფს შეტევა მძიმედ გადააქვს, უნდა დაენიშნოს საგულე საშუალებანი. თუ შეტევები უცბად შეწყდა ან საერთოდ არ გამოიწვევა, საჭიროა მათი პროვოცირება 5—10 სმ<sup>3</sup> სტერილური რძის კანქვეშ შეყვანით. მალარიის კუპირება ხდება 8—10 შეტევის შემდეგ ქინინის მიცემით.

Rp.: Chinini muriatici 0,5  
D. t. d. № 12 in oblativis

გ. თითო აბი 2-ჯერ დღეში სამი დღის განმავლობაში, შემდეგ თითო აბი ოთხი დღის განმავლობაში.

მას ინჰიბიტორები — ანუ მონოამინოქსიდაზაზ ინჰიბიტორები ანტიდეპრესიული პრეპარატების ჯგუფია. რომელთა ფარმაკოლოგიური მოქმედება ერთნაირია. გარდა ანტიდეპრესიული თვისებისა, ეს პრეპარატები აძლიერებენ მოტორულ აქტივობას და გააჩნიათ კრუნჩხვის საწინააღმდეგო მოქმედება.

ქიმიური შემადგენლობის მიხედვით მას ინჰიბიტორები იყოფა ორ ჯგუფად: 1). ჰიდრაზინის ნაწარმები (იპრაზიდი, ბენაზიდი, ნიამიდი, ფენიზინი, ფელაზინი და სხვ.); 2) არაჰიდრაზინული ინჰიბიტორები (ტრანსამინი, ეტრიპტამინი, ინდოპანი და სხვ.). თერაპიული ეფექტურობით ეს პრეპარატები ერთნაირი არ არის, ამიტომ კლინიკაში გამოიყენება მხოლოდ ზოგიერთი მათგანი. მათი დახასიათება მოცემულია ცალ-ცალკე ანბანისა და დასახელების მიხედვით.

---

მასაჟი სამკურნალო წარმოადგენს თერაპიულ მეთოდს, რომელიც მდგომარეობს სხეულის ზედაპირზე მექანიკური გაღიზიანების მიყენებაში. ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს ვეგეტატიური მოშლილობის და ნევროზების დროს, როგორც დამხმარე საშუალება.

---

მაჟებტილი (სინონიმებია: თიოპერაზინი და სხვ.) ფენოთაზინის ჯგუფის პრეპარატია. ახასიათებს მკვეთრად გამოხატული ნეიროლეფსიური მოქმედება; სხვა ანალოგიურ პრეპარატებთან შედარებით მისი სედატიური ეფექტი მცირეა.

მაჟექტილი იხმარება პირველ რიგში პროგრედიენტულად მიმდინარე შიზოფრენიის დროს. ნაჩვენებია კატატონიურა („ლუციდური“ კატატონიის), ჰებეტურიული და უბალაო ფორმების სამკურნალოდ. ეფექტურია აგრეთვე შიზოფრენიული დეფექტის შემთხვევებში.

მაჟექტილი იხმარება დასაღევად და კუნთებში გასაკეთებლად. დღიური საწყისი დოზა უდრის 5—10 მილიგრამს, შემდეგ დღეებში დოზების მომატება ხდება 5, იშვიათად 10 მილიგრამის რაოდენობით, აპყავთ 50—60 მილიგრამამდე. მაქსიმალური დღიური დოზაა 100 მილიგრამი. სამკურნალო ეფექტის მიღების შემდეგ დოზების დაკლება ხდება თანდათან. მკურნალობის კურსი გრძელდება 2—4 თვე. გამამტკიცებელი თერაპია ტარდება მაჟექტილის მცირე დოზების მიცემით (5 მილიგრამი 2-ჯერ დღეში). არსებობს აგრეთვე მაჟექტილის ხმარების სხვა მეთოდი ე. წ. წყვეტილი კურსით მკურნალობა. ამ დროს პრეპარატის დოზის მომატება სწრაფად ხდება (1—2 კვირაში ადიან 100 მილიგრამამდე, ზოგჯერ 300 მილიგრამამდე), ვიდრე არ გამოვლინდება ექსტრაპირამიდული დარღვევები. აღნიშნული დარღვევების კუპირება ხდება კორექტორებით (არტანი). შემდეგ დოზებს ამცირებენ და 3—5 დღის შემდეგ ისევ სწრაფად უმატებენ.

მაჟექტილით მკურნალობის დროს გართულებებიდან აღსანიშნავია: უძილობა, ოფლიანობა, ცრემლდენის გაძლიერება, თავის ტკივილები, სახის ცხიმოვანობა, მენსტრუალური ციკლის დარღვევა და ექსტრაპირამიდული დარღვევები (პარკინსონიზმი — ჰიპერკინეზიური და დისკინეზიური დარღვევები), აკატიზია და ექსიტომოტორული კრიზები. გართულების თავიდან აცილების მიზნით ხდება დოზების დაქვეითება ან



შეურნალობის შეწყვეტა დროებით. ინიშნება კორექტორები (ციკლიდოლი, არტანი 0,001 2—3-ჯერ დღეში).

მაეპტილის ხმარება წინააღმდეგნაჩვენებია ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანების დროს. პრეპარატი ფრთხილად იხმარება გულ-სისხლძარღვთა (დეკომპენსაციის სტადიაში) და ღვიძლის დაავადებების შემთხვევებში.

გამოშვების ფორმებია 1—5—10 მილიგრამიანი ტაბლეტები და 1% ხსნარის 1 მლ ამპულები.

Rp.: Majeptili 0,001 (0,005—0,01)

D. t. d. № 50 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 2—3-ჯერ დღეში.

Rp.: sol; Majeptili 1%—1,0

D. t. d. № 30 in amp.

s. თითო ამპულა 2—3-ჯერ დღეში.

---

მეზატონი თავისი მოქმედებით ახლოს დგას ადრენალინთან. იწვევს პერიფერიული სისხლძარღვების შევიწროებას და არტერიული წნევის მომატებას. ნაკლებად აქტიურია, ვიდრე ადრენალინი, მაგრამ მისი მოქმედება უფრო მყარი და ხანგრძლივია. გამოიყენება შოკის, კოლაფსის, ჰიპოტონიის დროს. უკუნაჩვენებია ჰიპერტონიული დაავადების, ათეროსკლეროზის, სისხლძარღვთა სპაზმების დროს.

Rp.: sol. Mesatoni 1%, -1,0

D. t. d. № 6 in amp.

s. 0,5—1 მლ კანქვეშ.

Rp.: Mesatoni 0,01

D. t. d. № 10 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში.

---

მეთილტესტოსტერონი წარმოადგენს ტესტოსტერონის სინთეზურ ანალოგს. გააჩნია ბუნებრივი ჰორმონის ბიოლოგიური და სამკურნალო მოქმედება: იწვევს მამაკაცის სასქესო ორგანოების და მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარების სტიმულირებას. მამაკაცებში იხმარება სქესობრივი განუვითარებლობის და სასქესო სფეროს ფუნქციური მოშლილობის, კლიმაქსის, პირველადი ევნუქოიდიზმის, თანშობილი ჰიპოგენიტალიზმის, ნაადრევი სიბერის დროს. ქალებში გამოიყენება კლიმაქსური მოშლილობისას. მკურნალობა ტარდება ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ.

Rp.: Methyltestosteroni 0.005

D. t. d. № 20 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 2—3-ჯერ დღეში, ენის ქვეშ, სრულ შეწოვამდე.

---

მელიპრამინი (სინონიმები: იმიპრამინი, ტოფრანილი და სხვ.) ანტიდეპრესანტების ჯგუფის პრეპარატია, ასტიმულირებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას. მხოლოდ დიდი დოზებით ხმარებისას ავლენს სუსტად გამოხატულ სედატიურ ეფექტს და იწვევს ჩონჩხის კუნთებში ტონუსის მოდუნებას.

მელიპრამინის ხმარება ნაჩვენებია სხვადასხვა ეტიოლოგიის დეპრესიების დროს. განსაკუთრებით ეფექტურია მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის დეპრესიული სინდრომისას ზოტორული და იდეატორული შეკავებით; გუნებ-განწყობის

მერყეობის შემთხვევებში და დეპრესიულ-ბოდვითი სინდრომის დროს.

მელიპრამინი ინიშნება დასაღვეად და კუნთებში გასაკეთებლად. ჩვეულებრივად მკურნალობა იწყება მელიპრამინის კუნთებში ინექციით (2,5% ხსნარის 1 მლ 2—4-ჯერ დღეში). შემდეგ დოზები ემატება (2,5%-ხსნარის 2 მლ 3—4-ჯერ დღეში). 10—14 დღის შემდეგ ინექციის დოზებს აქვეითებენ და გადადიან მელიპრამინის პერორალურ მიცემაზე (0,05 გ 3—4-ჯერ დღეში). დოზისა და მკურნალობის ხანგრძლივობის განსაზღვრა ხდება ინდივიდუალურად, დაავადების სიმძიმის, ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობისა და პრეპარატის მიმართ ამტანიანობის მიხედვით. ცირკულარული და დეპრესიულ-პარანოიდული შიზოფრენიის დროს სასურველია მელიპრამინის კომბინაცია ტიზერცინთან ან ამინაზინთან.

მელიპრამინით მკურნალობის პროცესში შეიძლება ადგილი ექნეს პირის სიმშრალეს, ოფლიანობას, თავბრუს, გულისცემის აჩქარებას, აკომოდაციის დარღვევას, კუნთთა სისუსტეს, კანის ალერგიულ რეაქციებს. დოზების გადაჭარბების შემთხვევაში შეიძლება აგზნება ან დეპრესიის გადასვლა ჰიპომანიაკალურ მდგომარეობაში. მელიპრამინის უკანასკნელი მიცემა ხდება დაძინებამდე რამდენიმე საათით ადრე.

მელიპრამინით მკურნალობა წინააღმდეგნაჩვენებია ღვიძლის, თირკმლის, გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების დროს დეკომპენსაციის პერიოდში. ეპილექსიით დაავადებულებს მელიპრამინი უნდა მიეცეთ სიფრთხილით.

Rp.: Melipramini 0.025

D. t. d. № 50 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 3—4-ჯერ დღეში.

Rp.: sol. Melipramini 25%—1,0

D. t. d. № 10 in amp.

s. თითო ამპულა 3-ჯერ დღეში კუნთებში საინექციოდ.

---

მელიქტინი იჩენს განგლიომაბლოკირებელ მოქმედებას და გამოიყენება კუნთების ტონუსის დასაქვეითებლად პირამიდული სისტემის უკმარისობის დროს (პოსტენცეფალიტური პარკინსონიზმი, პარკინსონის დაავადება და სხვ.). უკუნაჩვენებია მიასთენიის, ლეიქლისა და თირკმლების დაავადების, გულის მუშაობის დეკომპენსაციის დროს.

Rp.: Melictini 0,02

D. t. d. № 20 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 3-ჯერ დღეში.

---

მერკუსალი შარდმდენი საშუალებაა. შედარებით მაღალი ტოქსინურობის გამო გამოიყენება იმ შემთხვევაში, როდესაც სხვა დიურეზული საშუალება არ იძლევა ეფექტს. უკუნაჩვენებია თირკმლის დაზიანების, კუჭ-ნაწლავის სისტემის მწვავე აშლის (ფალარათი) დროს.

Rp.: Mercusali 1,0

D. t. d. № 6 in amp.

s. 0,5—1,0 მლ კუნთებში 5 დღეში ერთხელ.

---

მეპრობამატი — იხ. ანდაქსინი.

---

მეპროტანი — იხ. ანდაქსინი.

---

მეურვეობა ფსიქიკურ ავადმყოფთა ნიშნავს ერთი (ან რამდენიმე) სპეციალური პირის — მეურვის დანიშვნას. ფსიქიკური ავადმყოფის ინტერესების დასაცავად. მეურვეობის მიზანია: ავადმყოფის უფლებრივი და ქონებრივი ინტერესების დაცვა; ზრუნვა იმისათვის, რათა თავიდან იქნეს აცილებული ავადმყოფის მიერ საზოგადოებრივად საშიში მოქმედების ჩადენა. მეურვის დანიშვნისას ანგარიში უნდა გაეწიოს ავადმყოფის დამოკიდებულებას მეურვისადმი, იგი სავსებით დადებითად უნდა იყოს განწყობილი მეურვესთან. ავადმყოფის სტაციონარიდან გამოწერამდე მეურვემ უნდა იზრუნოს სათანადო საბინაო და საყოფაცხოვრებო პირობების მოწესრიგებისათვის.

მეურვეობაზე აყვანილი ფსიქიკური ავადმყოფი იმყოფება რაიონის ფსიქიატრის სისტემატურ საექიმო კონტროლქვეშ. ექიმში მეურვესთან უნდა ატარებდეს ახსნა-განმარტებით საუბრებს მოსალოდნელი გართულებების შესახებ. განსაკუთრებული სიფრთხილე და სიზუსტე საჭიროა იძულებით მკურნალობაზე მყოფი ფსიქიკური ავადმყოფის მეურვეობის დანიშვნის დროს, საავადმყოფოდან გაწერის შემთხვევებში.

---

შიარსენოლი გამოიყენება ათაშანგის მოგვიანებული ფორმების დროს, აგრეთვე ბავშვთა პრაქტიკაში; ურჩევენ იმ შემთხვევებშიც, როდესაც რაიმე მიზეზის გამო შეუძლებელია ნოვარსენოლის გაკეთება ვენაში. შიარსენოლი კეთდება კუნთებში, ღუნდულების ზემო გარეთა კვადრატში, გრძელი ნემსით. გაკეთების წინ პრეპარატს ხსნიან 1,5—2 მლ სტერილურ ოთახის ტემპერატურის მქონე წყალში; შესაძლებელია გაიხსნას იმავე რაოდენობის ნოვოკაინის 1% ხსნარში. ინექცია კეთ-

დება კვამდე 2—3 საათით ადრე ან საცეების მიღებიდან 2—3 საათის შემდეგ. მთარსენოლის ერთჯერადი და კურსის დოზების ხმარებისას მოსალოდნელი გართულებები და წინააღმდეგჩვენებები ისეთივეა, როგორც ნოვარსენოლით მკურნალობის დროს. პრეპარატი შეგვყავს ნელა. ხსნარს ვამზადებთ ინექციის წინ. იგი უნდა იყოს სრულიად გამჭვირვალე.

---

მილფესინი — იხ. ჰექსამილინი.

---

მოვლა ფსიქიკურ ავადმყოფთა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ღონისძიებაა ფსიქიკურ ავადმყოფთა მკურნალობის საერთო კომპლექსში. მწვავე, აგზნებულ ავადმყოფებს აგრესიით, სუიციდური ცდებით, სტუპორით ენიშნებათ წოლითი რეჟიმი. აგზნებულ ავადმყოფებზე, რომლებიც დიდ ენერგიას ხარჯავენ, წოლითი რეჟიმი ჩვეულებრივ კარგად მოქმედებს. წოლითი რეჟიმი ტარდება სპეციალურ, მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფ პალატებში.

ფსიქიატრიულ საავადმყოფოებში ავადმყოფთა მეთვალყურეობას პირველ რიგში დიდი მნიშვნელობა აქვს იმისათვის, რათა აღიკვეთოს ავადმყოფის მიერ თვითმკვლელობის ცდა, არ დაიზიანოს თავი, ან არ დააზიანოს სხვა. მეთვალყურეობა საშუალებას იძლევა ვიცოდეთ როგორ სძინავს ავადმყოფს; როგორ იკვებება, როგორია მისი ფსიქიკური მდგომარეობა დღის სხვადასხვა პერიოდში და ა. შ.

წოლითი რეჟიმისა და მეთვალყურეობის გარდა ავადმყოფთა გოვლის საქმეში დიდი მნიშვნელობა აქვს დღის რეჟიმის დაწესებას და მის ზუსტად განხორციელებას. დღის რეჟიმში

უნდა განისაზღვროს მკურნალობის, კვების, სეირნობის, შრომათერაპიის და გართობის საათები.

ავადმყოფის მოვლის საქმეში დიდი მნიშვნელობა აქვს ჰიგიენას. (განსაკუთრებით უსუფთაო ავადმყოფების), იმ ავადმყოფების კვებას, რომლებიც საქმელზე უარს აცხადებენ (ამ შემთხვევებში ავადმყოფი პერსონალმა ხელით უნდა კვებოს. თუ არც ეს იძლევა შედეგს, უნდა ჩატარდეს ხელოვნური კვება).

მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე პერსონალის სპეციალურ მომზადებას ავადმყოფებთან მიდგომის და დამოკიდებულების საქმეში. ავადმყოფების მოვლა გულისხმობს აგრეთვე ავადმყოფის ახლობლებთან შეხვედრის ორგანიზაციას.

---

მორფიუმი წარმოადგენს ოპიუმის მთავარ ალკალოიდს. არის ტკივილდამაყუჩებელი საშუალება. ანალგეზიურ მოქმედებასთან ერთად ვლინდება ერთგვარი ეიფორია, რის გამოც შესაძლებელია განვითარდეს ავადმყოფური ლტოლვა (ნარკომანია). ინიშნება ძლიერი ტკივილების დროს. ყოველთვის უნდა გვახსოვდეს მორფინიზმის განვითარების საშიშროება, რას გამოც მორფიუმი გამოიყენება სიტვრთხილით. უკუჩვენებანი: მოხუცებულობის ასაკი, სუნთქვის უკმარისობა, ძლიერი ზოგადი განღვება.

Rp.: Sol. Morphini hydrochlorici 1%—1,0

D. t. d. № 6 in amp.

s. კანქვეშ გასაყეთებლად.

ნაპოტონი (რუმინული პრეპარატი, წარმოადგენს ელენიუმის ანალოგს) ფსიქოტროპული საშუალებაა, რომელიც უმთავრესად იხმარება ნევროზების დროს (შიშები და სხვა სახის აკვიატებანი, უძილობა). ნაკლებად ტოქსინურია. უკუჩვენებაა ღვიძლისა და თირკმლების მძიმე დაავადებები და ავთვისებიანი სიმსივნეები. მკურნალობის დასაწყისში ზოგჯერ შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს საერთო მოდუნებას და ძილიანობას. დღე-ღამის დოზა მოზრდილთათვის: 20—40 მგ (2—4 ტაბლეტი); იშვიათ შემთხვევებში — 60—80 მგ. მოხუცებულობის ასაკში ავადმყოფს ეძლევა არა უმეტეს 10 მგ (1 ტაბლეტი). ბავშვების სადღეღამისო დოზა შეადგენს 10 მგ (1 ტაბლეტი) და ინიშნება ზოგადი მოუსვენრობის დროს.

---

ნიაშიდი — იხ. ნურედალი.

---

ნიკოტინის მჟავა — იხ. ვიტამინი.

---

ნოვარსენოლი ძირითადად გამოიყენება ათაშანგის მკურნალობისათვის. ნოვარსენოლის ხსნარი შეჰყავთ ვენაში ნელა. 1—2 წუთის განმავლობაში; ყველა სათანადო პირობების ზუსტი დაცვით. მკურნალობას ატარებს ვენეროლოგი. ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში შესაძლებელია გამოიყენებულ იქნეს ნერვული სისტემის ათაშანგის დროს. მკურნალობის კურსზე ნოვარსენოლის დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 5 გრამს მამაკაცებისათვის და 4,5 გრამს — ქალებისათვის. ნოვარსენოლის (ისევე როგორც მიარსენოლის) აბსოლუტური უკუჩვენებებია: პრეპარატის ინდივიდუალური შეუთავსებლობა, კუჭ-



ნაწლავის მწვავე დაავადებები, კუჭისა და თორმეტგოჯას წყლული გამწვაების სტადიაში, ღვიძლის, თირკმლების და ცენტრალური ნერვული სისტემის მძიმე არალუესური დაზიანებანი, მძიმე დიაბეტი, გულის დაავადება. დეკომპენსაციის ფაზაში, მძიმე ჰიპერტონია, ჰემორაგიული დიათეზი, ფილტვის ტუბერკულოზის მძიმე ფორმები, ბაზედოვის დაავადება, მიქსედემა, ადისონის დაავადება, მწვავე ინფექციური სნეულებანი, მხედველობის აპარატის არალუესური დაავადებანი.

ნოვოკაინი ავლენს ადგილობრივი ანესთეზიის თვისებას, რის გამოც ფართოდ გამოიყენება მედიცინაში გაუტკივარების მიზნით. ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს კუნთებში და ვენაში გასაკეთებლად. ვენაში — 1-დან 10—15 მლ, 0,25—0,5% ხსნარი, შეგვყავს ნელა, უმჯობესია გაიხსნას ნატრიუმ-ქლორის იზოტონურ ხსნარში. კუნთებში ინიშნება ზოგიერთი დაავადების დროს, რომელიც გვხვდება მოხუცებულობის ასაკში (ათეროსკლეროზი, ჰიპერტონია, ტვინის სისხლძარღვთა სპაზმი). სტაციონარის პირობებში შეგვყავს კუნთებში 2% ხსნარის 5 მლ 3-ჯერ კვირაში; კურსი ითვალისწინებს 12 ინექციას. ერთი წლის განმავლობაში შესაძლებელია ჩავატაროთ 4 კურსი. დადებითი შედეგები მიღებულია ნერვული სისტემის ფუნქციური დაზიანების ადრეულ სტადიაზე. მოსალოდნელი გართულებები: თავბრუ, საერთო სასუსტე, არტერიული წნევის დაქვეითება, კოლაფსი, შოკი.

Rp.: Sol. Novocaini 2%—5,0

D. t. d. № 6 in amp.

S. 5 მლ კუნთებში 2 დღეში 1-ჯერ.

---

ნოზინანი — იხ. ტიზერცინი.

---

ნოქსირონი წარმოადგენს დამამშვიდებელ და საძილე სა-  
შუალებას. რომელიც უმთავრესად ინიშნება ნევროზების  
დროს. ნაკლებად ტოქსინურია; შესაძლებელია შეგვხვდეს  
ალერგიული გართულებანი.

Rp.: Noxyroni 0,25

D. t. d. № 6 in tabul.

s. თითო ან ორი ტაბლეტი ძილის წინ (ბავშვებს  
 $\frac{1}{2}$ —1 ტაბლეტი).

---

ნურედალი (სინონიმებია: ნიამიდი, ნიალამიდი) ნერვულ  
სისტემაზე ახდენს მასტიმულირებელ გავლენას. იგი ნაკლე-  
ბად ტოქსინურია და არ იწვევს ღვიძლის დაზიანებას.

ნურედალი იხმარება სხვადასხვა სიმძიმის დეპრესიების  
სამკურნალოდ. იგი გამოიყენება აგრეთვე აპათიურ-აბულიუ-  
რი, ასთენიური მდგომარეობის და მოტორული შეკავების  
შემთხვევებში. ნურედალი იხმარება ოლიგოფრენიე-  
ბის დროსაც. ნურედალის საწყისი დოზაა 25—50 მილიგრამი;  
ორ მიღებაზე (დილით და შუადღეს). დღიური დოზა იზრდება  
100—200 მილიგრამამდე. მძიმე დეპრესიების დროს შეიძლე-  
ბა მიეცეს 200—500 მილიგრამი დღეში. სამკურნალო ეფექ-  
ტის მიღწევის შემდეგ დოზა თანდათანობით მცირდება. ნუ-  
რედალის გამამტკიცებელი დოზის შერჩევა ხდება ინდივიდუ-  
ალურად და ეძლევა ხანგრძლივი დროის განმავლობაში.

ნურედალის ერთდროული მიცემა მელიპრამინთან და

მოს ჯგუფის სხვა ანტიდებრესიულ პრეპარატებთან ვა: შეიძლება. მელიპრამინის შეწყვეტის შემდეგ ნურედალი ინიშნება მხოლოდ 3—5 დღის შესვენების შემდეგ.

ნურედალი მოს სხვა პრეპარატების მსგავსად დეიძლზე არ მოქმედებს. დიდი დოზების ხმარებისას შესამჩნევია უძილობა, სისუსტე, თავის ტკივილი, თავბრუ, ჰიპოტენზია, ოფლიანობა, ყაბზობა. დოზების დაქვეითების შემთხვევაში აღნიშნული მოვლენები ქრება.

ნურედალის ხმარება ნაჩვენები არ არის აციტაციის და შიშების, აგრეთვე ღვიძლის და თირკმლების დაავადების შემთხვევებში.

Rp.: Nuredali 0,025

D. t. d. № 50 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი დღით და შუადღისას.

---

პანტოკრინი იხმარება როგორც მატონიზირებელი საშუალება სხვადასხვა წარმოშობის ასთენიების, ნევროზების (ნევრასთენიის), გულის კუნთის სისუსტის, ჰიპოტონიის დროს.

Rp.: Pantoerini 30,0 .

D. s. 30—30 წვეთი 2—3-ჯერ დღეში

Rp.: Tabul. pantoerini № 20

D. s. 2—2 ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში.

---

პატრონაჟი ფსიქიკურ ავადმყოფთათვის წარმოადგენს სამკურნალო დონისძიების ერთ-ერთ სახეს, რომელიც ტარდება ოჯახის ან შრომითი კოლექტივის პირობებში ფსიქონევროლოგიური დაწესებულებების მეთვალყურეობისა და ხელმძ-

ღვანელობის ქვეშ. სულით ავადმყოფთათვის პატრონაჟის დანიშვნას აწარმოებს სათანადო საპატრონაჟო საექიმო კომისია. პატრონაჟის ექიმი მეთვალყურეობას უწევს ავადმყოფის მკურნალობას, მის მოვლას, კვებას, ყოფა-ცხოვრების პირობებს, სამუშაოს სახეობის შერჩევას. ცნობები ავადმყოფის ფსიქიკური და სომატური მდგომარეობის შესახებ, მკურნალობის შედეგები, ლაბორატორიული გამოკვლევის მონაცემები ექიმს შეაქვს ავადმყოფობის ისტორიაში.

პატრონაჟის დანიშვნა შეუძლებელია, თუ ავადმყოფი მოუსვენარია, საშიშია გარშემომყოფთათვის, უსუფთაოა ან შეპყრობილია მძიმე სომატური დაავადებებით.

ფსიქონევროლოგიური დაწესებულება სულით დაავადებულთა პატრონაჟის დანიშვნის დროს უნდა ხელმძღვანელობდეს სათანადო დებულებით, რომელიც დამტკიცებულია სსრკ ჯანდაცვის მინისტრის მიერ (ბრძანება № 234, 20/V-60).

საავადმყოფოს გარეშე პატრონაჟის გარკვეულ შემთხვევებში (დაბალი პენსია, ოჯახის მცირე შემოსავალი) იმ პირს ან ოჯახის წევრს, რომელიც დებულობს ავადმყოფს პატრონაჟისათვის სათანადო ხელშეკრულებით, ენიშნება ფულადი ანაზღაურება.

---

პენიცილინით მკურნალობა თავის ტვინის ათაშანგისა ტარდება ბენზილპენიცილინის, კალიუმის ან ნატრიუმის მარილების ხსნარით. დოზები და კურსის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია. დაავადების ფორმაზე. ერთ კურსზე კეთდება არანაკლებ 5000000 ერთეული. ინიშნება შემდეგი გაანგარიშებით: მკურნალობის ერთ კურსზე ავადმყოფი, რომლის წონაა აბ

აღმატება 60 კგ-ს, იღებს პენიცილინის 8000 ერთეულს 1 კგ წონაზე. თუ წონა აღმატება 60 კგ-ს, ყოველ შემდეგ კილოგრამზე ვუმატებთ 80000 — 120000—400000 ერთეულს.

ერთჯერადი დოზები მოზრდილთათვის შეადგენს 50000—200000 ერთეულს, დღე-ღამის — 200000—1000000 ერთეულს. უმაღლესი დოზები: ერთჯერადი — 400000 ერთეული, დღე-ღამის — 1000000 ერთეული. პენიცილინი იხსნება ნოვოკაინის 0,25—1%-იან ხსნარში (1 მილილიტრი). ინექციები შესაძლებელია გაკეთდეს 5-ჯერ დღეში. უკუნაჩვენებია აწეული მგრძობელობის, ბრონქიალური ასთმის, ალერგიული დაავადებების დროს. ხანგრძლივი ხმარების შედეგად შესაძლებელია განვითარდეს გართულება კანდიდომიკოზური დაავადების სახით, რომლის პროფილაქტიკისათვის ინიშნება ნისტატინი.

Rp.: Benzylpenicillini—natrii 20000 ერთეული

D. t. d. № 12 crystallisati

s. კუნთებში 3—4—5-ჯერ დღეში, ხმარების წინ გაიხსნას ნოვოკაინის 0,25%-იან ხსნარში, 1 მლ.

პერნოვინი წარმოადგენს ანტიპისტამინურ და ანტიალერგიულ პრეპარატს. ინიშნება მოზრდილებისათვის 0,05 გ 3-ჯერ დღეში, ბავშვებისათვის 0,5 მილიგრამი 1 კგ წონაზე. იხმარება ქალას ტრავმების მკურნალობისათვის. მწვავე პერიოდში.

Rp.: Pernovini 0,025

D. t. d. № 15 in tabul.

s. 2—2 ტაბლეტი 3-ჯერ დღეში.

პირიდოქსინი — იხ. ვიტამინი B<sub>6</sub>.

---

პიროთერაპია წარმოადგენს დაავადებათა მკურნალობის მეთოდს სსეულის ტემპერატურის ხელოვნურად აწევის გზით. ამ მიზნით გამოიყენება სამდღიანი მალარიით ან შებრუნებული ტიფით ავადმყოფის დასნებოვნება და სულფოზინოთერაპია. ამჟამად პიროთერაპია ძირითადად იხმარება პროგრესული დამბლის სამკურნალოდ. სულფოზინოთერაპიას მიმართავენ იშვიათად, ძლიერი აგზნების კუპირების მიზნით (იხილეთ: მალარიოთერაპია, კავკასიური შებრუნებითი ტიფით მკურნალობა, სულფოზინოთერაპია).

---

პრედნიზოლონი წარმოადგენს ჰიდროკორტიზონის დეჰიდრირებულ ანალოგს, რომელიც ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს თავის ტვინის ტრავმების დროს, მწვავე პერიოდში.

Rp.: Prednisoloni 0,005

D. t. d. № 6 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 3-ჯერ დღეში.

---

პრიმიდონი — იხ. პექსამიდინი.

---

პრომაზინი — იხ. პროპაზინი.

---

პროპაზინი (სინონიმები: პრომაზინი, სპარინი და სხვ.) იწვევს სედატიურ ეფექტს და ამცირებს მოტორულ აქტივობას.

მისი თერაპიული აქტივობა, ამინაზინთან შედარებით, სუსტია, მაგრამ ნაკლებად ტოქსინური.

იხმარება შიზოფრენიის შემთხვევაში მოტორული მოუსვენრობის მოსახსნელად, აგრეთვე ნევროზების დროს აფექტური დაძაბულობის, შფოთვისა და სხვა ემოციურ აშლილობათა მკურნალობისათვის.

პროპაზინის დღიური დოზაა 300—800 მილიგრამი. ინიშნება სამ მიღებაზე. საჭირო შემთხვევაში მაქსიმალური დღიური დოზა შეიძლება გაიზარდოს 1000 მილიგრამამდე. პროპაზინი იხმარება აგრეთვე ინექციების სახით. 2,5% პროპაზინის საჭირო რაოდენობის ხსნარი უნდა გაიხსნას 0,5% ნოვოკაინის ხსნარში, კეთდება კუნთებში. ინექციების ხმარების დროს სადღეღამისო დოზა შეადგენს 300—600 მილიგრამს.

პროპაზინი მცირე ტოქსინურობის გამო გართულებებს არ იძლევა, თუმცა ზოგჯერ შეიძლება ადგილი ექნეს ექსტრაპირამიდული ხასიათის დარღვევებს. ამ დროს ინიშნება ციკლოდოლი (0,001 2—3-ჯერ დღეში).

Rp.: Propasini 0,025

D. t. d. № 50 in tabul.

s. 2—4 ტაბლეტი დღეში 3-ჯერ ჭამის შემდეგ

Rp.: Sol. Propasini 25%—1,0

D. t. d. № 10 in amp.

s. 1 აპკ. 0,5% ნოვოკაინის 5,0 ხსნარში განზავებული, კუნთებში საინექციოდ.

უნეშენი იხმარება როგორც მატონიზირებელი საშუალება სხვადასხვა წარმოშობის ასთენიის, ნევრასთენიის და ჰიპოტონიის დროს.

Rp.: T-ae Ginsengi 20,0

D. S. 25—25 წვეთი 3-ჯერ დღეში.

Rp.: Tabul. rad. ginsengi 0,15

D. t. d. № 30

s. 1—2 ტაბლეტი 3-ჯერ დღეში.

რეზერპინი (სინონიმები: სერპაზილი, რაუნორინი, რაუსედილი და სხვ.). მრავალმხრივი მოქმედების პრეპარატია. მისი ფარმაკოლოგიური თავისებურებებიდან აღსანიშნავია სედატიური მოქმედება და არტერიული სისხლის წნევის დაწვევის უნარი. რეზერპინის ხმარება ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში უკანასკნელ წლებში შეიზღუდა ძლიერი ნეიროპლეგიური პრეპარატების სინთეზირების შემდეგ, თუმცა იგი გამოიყენება იმ შემთხვევებში, როდესაც ნეიროპლეგიური საშუალებების ხმარება წინააღმდეგაჩვენებია.

რეზერპინი ინიშნება შიზოფრენიის დროს დაძაბულობის, შიშის, აფექტურ აშლილობათა და პალუცინოზის შემთხვევებში. რეზერპინი ეფექტურია აგრეთვე ნევროზულ მდგომარეობათა მკურნალობისათვის.

რეზერპინით მკურნალობას იწყებენ 0,5 მილიგრამის მიცემით 3—4-ჯერ დღეში. შემდეგ დოზებს უმატებენ. სადღეღამისო მაქსიმალური დოზაა 8—10 მილიგრამი.

რეზერპინის დიდი დოზებით ხმარებისას შეიძლება განვი-



თარღეს ძილიანობა, სისუსტე, ბრადიკარდია, დიარეა, გამო-  
ნაყარი კანზე, თვალის ლორწოვანის ჰიპერემია; ხანგრძლივად  
მიცემისას — პარკინსონიზმის მოვლენები. რეზერპინის ხმა-  
რება ნაჩვენები არ არის კუჭის წყლულისა და გამოხატული  
ათეროსკლეროზის დროს.

Rp.: Rezerpini 0,0001 (0,00025)

D. t. d. № 20 in tabul.

S. თითო ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ.

---

რომპარკინი (ციკლოდოლი) სპაზმოლიზური საშუალებაა,  
რომელიც გამოიყენება პარკინსონიზმისა და პარკინსონის  
დაავადების დროს. უკუნაჩვენებია ეპილექსიის, გლახკომის  
შემთხვევებში. ინიშნება  $\frac{1}{2}$ —1 ტაბლეტი 3-ჯერ დღეში ჭამის  
შემდეგ მოზრდილთათვის. დოზები საჭირო შემთხვევაში შე-  
საძლებელია ავიყვანოთ 2—2 ტაბლეტამდე 5-ჯერ დღეში.  
გვერდითი მოვლენები: პირის სიმშრალე, აკომოდაციის მოშ-  
ლა.

---

სამკურნალო ფიზკულტურა წარმოადგენს თერაპიულ მე-  
თოდთა კომპლექსს, რომელსაც საფუძვლად უდევს მოძრა-  
ობის ორგანიზებული ფორმების გამოყენება ავადმყოფთა  
მკურნალობისათვის. სამკურნალო ფიზკულტურის ერთ-ერთ  
მნიშვნელოვან თავისებურებას შეადგენს თვით ავადმყოფის  
აქტიური მონაწილეობა სამკურნალო-აღდგენით პროცესში,  
რაც განსაკუთრებით საყურადღებოა ფსიქო-ნერვულ დაავა-  
დებათა გარკვეული ფორმების მკურნალობის დროს.

---

ხასწრაფო ფსიქიატრიული დახმარების აღმოჩენა აუცილებელი ხდება ისეთ მდგომარეობათა დროს, როგორცაა: ოლიერი აგზნებები, ინსულტი, ეპილეფსიური სტატუსი და სხვ. აგზნებები და ეპილეფსიური სტატუსის მკურნალობა განხილულია სათანადო თავებში. რაც შეეხება ინსულტს (რომელიც არაიშვიათად შესაძლებელია განვითარდეს სისხლძარღვოვანი, ლუესური და ინვოლუციური ხასიათის ფსიქონერვული აშლილობების დროს) მოითხოვს სპეციალურ სამკურნალო ღონისძიებებს. პირველ რიგში საჭიროა სრული სიმშვიდე, წოლითი რეჟიმი თავის მაღალი მდებარეობით. თავზე ვადებთ ყინულს, ფეხებზე — სათბურს. მაღალი არტერიული წნევის შემთხვევაში მიემართავთ სისხლის გამოშვებას (200—400 მლ). მედიკამენტური საშუალებებიდან გამოიყენება: ვიტამინი K, ასკორბინის მჟავა რუტინთან ერთად. ტვინის შეშუპების თავიდან აცილების მიზნით მიმართავენ ნატრიუმ-ქლორის 10%-ან ხსნარს, გოგირდმჟავა მაგნეზიუმს, გლუკოზას ვენაში და სხვ.

---

სედუქსენი (სინონიმები: დუქსენი, ვალიუმი, აპაურინი) თავისი ფარმაკოლოგიური თვისებებით ახლოს დგას ელენიუმთან, მაგრამ მასთან შედარებით ნაკლებად ტოქსინურია. ახასიათებს უფრო მკვეთრად გამოხატული სედატიური, ანტიდეპრესიული და ანტიკონვულსიური მოქმედება, ვიდრე ელენიუმს. სედუქსენი აძლიერებს ზოგიერთი წამლების (ბარბიტურატების, ფენოთიაზინის დერივატების, მონოამინოოქსიდაზის ინჰიბიტორების და სხვა ანტიდეპრესიული საშუალებების) მოქმედებას, ამიტომ ამ პრეპარატების ერთდროული დანიშვნა ან მათი მიცემა კომბინაციაში არ შეიძლება. სედუქსენით

მკურნალობის პერიოდში არ შეიძლება სპირტულის მიღება, ვინაიდან იგი მკვეთრად ამცირებს ამტანობის უნარს. ალკოჰოლის მიმართ.

სედუქსენი იხმარება ნევროზულ მდგომარეობათა დროს შფოთვის, მოუსვენრობის, მომატებული აგზნებადობის და დეპრესიების შემთხვევებში. ნაჩვენებია აგრეთვე ცენტრალური და პერიფერიული წარმოშობის კუნთთა სპაზმების სამკურნალოდ.

პრეპარატი ინიშნება დასაღვეად, ინექციების სახით კუნთებში და ინტრავენოზურად. დასაღვეად ეძლევა 5—10 მილიგრამი 2—3-ჯერ დღეში. ზოგიერთ შემთხვევებში დოზები შეიძლება გაიზარდოს 40—50 მილიგრამამდე დღე-ღამეში. დოზების და მკურნალობის კურსის ხანგრძლივობა უნდა დადგინდეს ინდივიდუალურად ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში. პრეპარატი განსაკუთრებული სიფრთხილით ეძლევათ მოზუცებს და ავადმყოფებს ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანებით. სედუქსენს ავადმყოფები ცუდად იტანენ სხვა ნეიროლეფსიურ საშუალებებთან (მაეპტილი, სტელაზინი) ერთად მიცემის დროს.

შესაძლებელი გართულებებიდან აღსანიშნავია მსუბუქი გაბრუება და მოძრაობის მოშლა კუნთთა ტონუსის დაქვეითების გამო, რომლებიც მალე ქრება დოზების დაქვეითების შემდეგ.

Rp.: Seduxeni 0.005

D. t. d. № 30 in tabul.

S. თითო ტაბლეტი 3-ჯერ დღეში.

---

სეკურინინი თავისი მოქმედებით ახლოსაა სტრიქნინთან. ინიშნება როგორც მატონიზირებელი საშუალება ასთენიური

მდგომარეობების, ნევრასთენიების, ადვილი მოქანცულობის, გულის მოქმედების შესუსტების, ფუნქციური ნერვული მოშლილობის შედეგად განვითარებული სქესობრივი უშლურების დროს. უკუჩვენებანი იგივე, რაც სტრიქინინის (იხ.) ხმარების შემთხვევაში.

Rp.: Securini nitrici 0,002  
D. t. d. № 10 in tabul.  
s. 1 ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში.

Rp.; Sol. securini nitrici 0,2% 1,0  
D. t. d. № 6  
s. 1 მილილიტრი კანქვეშ დღეში 1-ჯერ.

---

სერეისკის მიქსტურა — იხ. ბენზონალი და ფენობარბიტალი.

---

სინდიყით მკურნალობა ლუესისა ტარდება მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევებში, რადგან უფრო ეფექტური და ნაკლებტოქსინურია დარიშხანის შემცველი საშუალებანი (ნოვარსენოლი, მიარსენოლი) და ბისმუთის პრეპარატები (ბიოქინოლი, ბისმოვეროლი, ბითიუროლი). შესაძლებელია დაინიშნოს ნერვული სისტემის ათაშანგის დროს. კუნთებში შეჰყავთ ციანიდის სინდიყის 2% ხსნარი 1 მლ 2 დღეში ერთხელ. მკურნალობის კურსი — 20 დღე. ვენაში შეჰყავთ 1% ხსნარი, დასაწყისში 0,5 მლ, შემდეგ დოზას თანდათან აღიდებენ 0,75 და 1 მლ-დღე 30—40 დღის განმავლობაში; ინექციები ტარდება ყოველდღე.

სტაციონარი ფსიქიატრიული ან ფსიქიატრიული საავადმყოფო ემსახურება ფსიქიკურ ავადმყოფთა მკურნალობის საქმეს და ხასიათდება გარკვეული სპეციფიკური თავისებურებებით, რომლითაც იგი განსხვავდება ჩვეულებრივი ტაქსის (სომატური) საავადმყოფოებისაგან. სახელდობრ: ავადმყოფთა ყოფნა სტაციონარში უფრო ხანგრძლივია; მათი მოვლა გაძნელებულია მოუსვენრობის, აგზნების, გარშემომყოფთა მიმართ არასწორი დამოკიდებულების, ცნობიერების შეცვლის, არაადეკვატური ქცევების, სოციალურად საშიში მოქმედებების, სუიციდალური ცდების, თავისი მდგომარეობის არასწორი შეფასების გამო; ხშირად ავადმყოფებს არ ესაჭიროებათ წოლითი რეჟიმი, რის გამოც კარგია მათი დაკავება შრომით ან სხვა ღონისძიებებით, რომელნიც გამორიცხავენ ავადმყოფის „უსაქმურობას“, „თავმინებებას“. ყველა ეს სპეციფიკური თავისებურება, გასაგებია, მოითხოვს სპეციალურ პირობებს სტაციონარში. პალატები უმჯობესია არა უმეტეს 8—10 საწოლიანი. ამავე დროს საკმარისი რაოდენობით უნდა იყოს 1 ან 2 ადგილიანი პალატებიც. გათვალისწინებულ უნდა იქნეს დასასვენებელი ადგილები კულტურული გართობისათვის, სპორტული მოედნები, სასეირნო ადგილები გამწვანებით. პალატების მოწყობილობაში მნიშვნელოვანი ელემენტებია ავეჯი, ნოხები, ფარდები; ტელევიზორი. საავადმყოფოს კეთილმოწყობა ითვალისწინებს აგრეთვე კლუბს კინოღარბაზით, ბიბლიოთეკას, შრომა-თერაპიის სახელოსნოებს და ა. შ.

სტაციონარში უნდა შეიქმნას სათანადო პირობები, რათა თავიდან ავიცილოთ უბედური შემთხვევები (ფანჯარაში ისმება არამსხვრევადი მინა და დამცველი ბადეები, განყოფი-

ლებებში დაუშვებელია ბნელი კუთხეები და ნიშები, ღია და მისაწვდომად განლაგებული ელექტრო-გაყვანილობანი და ა. შ.). დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფთა დიფერენცირებულ მოთავსებას საავადმყოფოს ცალკეულ განყოფილებებში და პალატებში მათი მდგომარეობის მიხედვით.

დიფერენცირებული მიდგომა საჭიროა აგრეთვე თვით საავადმყოფოთა ორგანიზაციის დროს: საავადმყოფო მწვავე ავადმყოფთათვის, საავადმყოფო ქრონიკულ ავადმყოფთათვის, საავადმყოფო (სპეციალური რეჟიმით) იძულებით მკურნალობაზე მყოფ სოციალურად განსაკუთრებულად საშიშ ავადმყოფთათვის, საავადმყოფო იძულებით მკურნალობაზე მყოფ ნარკომანებისათვის, ბავშვთა სპეციალიზირებული ფსიქონეუროლოგიური საავადმყოფო და სხვ.

---

სტრიქნინი იხმარება როგორც მასტიმულირებელი და მატონიზირებელი საშუალება ნევთიერებათა ცვლის საერთო მოშლის, ადვილი მოქანცულობის, ჰიპოტონიების, ინტოქსიკაციებით და ინფექციებით გამოწვეული გულის მოქმედების შესუსტების დროს. ეძლევა per os (აბები) ან კანქვეშ. წინააღმდეგჩვენება: ჰიპერტონია, სტენოკარდია, ათეროსკლეროზი, მწვავე და ქრონიკული ნეფრიტი, ჰეპატიტი, ბაზედოვის დაავადება, მიდრეკილება კრუნჩხვებისადმი.

ინიშნება ფხვნილების და ამპულების (1 მლ 0,1%-იანი ხსნარი) სახით.

Rp.: Sol. Strichnini nitrici 0,1% 1,0

D. t. d. № 3 in amp.

s. 1 მლ 2—3-ჯერ დღეში, კანქვეშ

Rp.: Extr. Strychnini 0,3  
Calcii glycerophosporici 6,0  
Massae pil q. s. ut f. pil. № 30  
D. s. თითო აბი 2—3-ჯერ დღეში.

---

სტროფანტის პრეპარატები, როგორც გულ-სისხლძარღვთა საშუალება, იხმარება გულის მწვავე და ქრონიკული უკმარისობის დროს. ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გამოიყენება ტრავმული შოკის შემთხვევაში (მძიმე კონტუზიო, კომოციო და ა. შ.) სხვა ღონისძიებებთან ერთად. ძლიერ აქტიურობასთან დაკავშირებით საჭიროა განსაკუთრებული სიფრთხილე დოზირებაში და ჩვენებებში.

Rp.: Sol. Strophanthini 0,05% 1,0  
D. t. d. № 6 in amp.  
s. 0,25—0,5 მლ, გახსნილი 10 მლ გლუკოზის 20 $\frac{1}{6}$ -იან ხსნარში, ინტრავენურად, ნელა, 5—6 წუთის განმავლობაში.

---

სულფოზინი (ანუ გოგირდი გასუფთავებული) ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში გამოიყენება პიროთერაპიისათვის (პროვარესული დამბლის, უფრო იშვიათად შიზოფრენიის დროს). სულფოზინი ხსნარის სახით შეგვყავს დუნდულის ზემო გარეთა კვადრატში, ღრმად კუნთებში. დასაწყისი დოზა — 0,5—2 მლ. შემდეგ დოზებს თანდათან ვუმატებთ და აგვყავს 7—8 მილილიტრამდე. სულ ტარდება 10 ინექცია, დღეგამოშვებით. ხსნარს ინექციის წინ შევათბობთ და ვანჯღრევთ გოგირდის სრულ გახსნამდე.

Rp.: Sulfuris depurati 0,3  
Ol. Percicorum 30,0  
M. sterilisetur  
D. S. კუნთებში.

---

სუპრასტინი წარმოადგენს ანტიჰისტამინურ პრეპარატს, რომელიც უმთავრესად გამოიყენება სხვადასხვა ხასიათის ალერგიული დაავადებების დროს. ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს თავის ქალას ტრავმის მწვავე პერიოდში.

---

Rp.: Sol. Suprastini 2% 1,0  
D. t. d. № 6 in amp.  
s. 1 მლ ვენაში.

---

ტეტურამი — იხ. ანტაბუსი.

---

ტრანსამინი (სინონიმები: პარნატი, ტილციპრინი და სხვ.) — ახასიათებს გამოხატული სტიმულაციური მოქმედება. იგი იხმარება სხვადასხვა წარმოშობის დეპრესიების (ინვოლუციური, ათეროსკლეროზული, ნევროზული და სხვ.) სამკურნალოდ. ინიშნება აგრეთვე დეპრესიულ-პარანოიდული შიზოფრენიის დროს ამინაზინთან ან ტრიფტაზინთან ერთად. ვინაიდან იგი ზოგჯერ იწვევს აგზნებადობის და პროდუქციული სიმპტომების გაძლიერებას.

ტრანსამინის საწყისი სადღეღამისო დოზაა 30 მილიგრამი, შემდეგ დღეებში უმატებენ 5 მილიგრამს და აჭყავთ 70—80 მილიგრამამდე. სადღეღამისო დოზის და მკურნალო-



ბის ხანგრძლივობის განსაზღვრა ხდება ინდივიდუალურად, ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის და დაავადების სიმძიმის მიხედვით. თერაპიული შედეგის მიღების შემდეგ დოზები ქვეითდება, გამამტკიცებელი თერაპიის მიზნით იძლევა 5—10 მილიგრამი დღეში.

გართულებებიდან აღსანიშნავია უძილობა, თავბრუს, მოუსვენრობა.

Rp.: Transamini 0,005

D. t. d. № 10 in tabul.

s. 1—2 ტაბლეტი დღეში 2-ჯერ დღის პირველ ნახევარში.

---

ტიზერცინი (სინონიმები: ნოზინანი, ლევომეპრომაზინი, ნეოზინი და სხვ.) წარმოადგენს ნეიროპლეგიურ საშუალებას მრავალმხრივი ფარმაცოლოგიური აქტივობით და მკვეთრად გამოხატული სედატიური მოქმედებით. პრეპარატი ნაკლებად ტოქსინურია, იშვიათად იძლევა გართულებებს ექსტრაპირამიდული აშლილობის სახით, არ მოქმედებს სისხლზე და ღვიძლზე.

ტიზერცინი იხმარება სხვადასხვა ეტიოლოგიის აგზნებების დროს. კარგ შედეგს იძლევა ინვოლუციური ფსიქოზის, მოგვიანებული მელანქოლიის, ციკლოფრენიის ატიპიურად მიმდინარე დეპრესიული ფაზის, დეპრესიულ-ბოდვითი შიზოფრენიის, რეაქტიული დეპრესიების და სიმპტომატური ფსიქოზების მკურნალობისას. ტიზერცინი ეფექტურია მწვავე ალკოჰოლური ფსიქოზების შემთხვევებში (ალკოჰოლური დელირიუმი, მწვავე ალკოჰოლური პარანოიდი). პრეპარატი ინიშნება აგრეთვე შიზოფრენიის დროს აგზნების, დაძაბულო-

ბის, შიშების, აგრესიულობის, ხანგრძლივი მოუსვენრობის და სხვა აფექტურ აშლილობათა მოხსნის მიზნით. ტიზერცინით მკურნალობის ჩატარება ნაჩვენებია აგრეთვე მანიაკალური ავზნების და ცირკულარული შიზოფრენიის შემთხვევებში.

ტიზერცინი ინიშნება დასაღევად და კუნთებში გასაქვთებლად. დოზები განისაზღვრება ინდივიდუალურად ავადმყოფის მდგომარეობისა და დაავადების ხასიათის მიხედვით. სტაციონარის პირობებში საშუალო სადღეღამისო დოზა 100-400 მილიგრამია პერორალური მიღებისას, ხოლო ინექციებით შეყვანის შემთხვევაში — 100—300 მილიგრამი. რეზისტენტულ ავადმყოფებს შეიძლება მიეცეთ 600—800 მილიგრამი. ამბულატორიულ პირობებში მკურნალობას იწყებენ 5—10 მილიგრამით და აჰყავთ 100—150 მილიგრამამდე. მკურნალობის კურსი გრძელდება 1—3 თვე. დადებითი ეფექტას მიღების შემდეგი დოზები თანდათან მცირდება და გრძელდება გამამტკიცებელი მკურნალობა 25—100 მილიგრამის მიცემით დღეში 1—2-ჯერ. ტიზერცინით მკურნალობის პროცესში ზოგჯერ შეინიშნება შემდეგი გართულებანი: არტერიული ჰიპოტონია, თავბრუ, ტაქიკარდია, ლორწოვანი გარსების სიმშრალე, სახის შეშუპება, ყაბზობა. ტიზერცინით მკურნალობის აბსოლუტური უკუჩვენებია მყარი ჰიპოტონია ხანდაზმულ ასაკში და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დეკომპენსაცია.

Rp.: Tisercini 0,025

D. t. d. № 50 in tabul.

გ. თითო ტაბლეტი დღეში 3-ჯერ.

Rp.: Sol. Tisercini 2,5%—1,0

D. t. d. № 10 in amp.

ს. თითო ამპულა 2—3-ჯერ დღეში კუნთებში საინექციოდ.

---

ტრიმეთინი გამოიყენება ეპილექსიის სამკურნალოდ და ინიშნება მცირე გულყრების და ფსიქიკური და სისხლძარღვოვან-ვეგეტაციური ექვივალენტების შემთხვევებში, ეძლევა კამის დროს ან შემდეგ. მკურნალობა ტარდება კურსობრივად; 3—5 თვის განმავლობაში ავადმყოფს ეძლევა ყოველ-დღიურად 0,3 გ 2—3-ჯერ (ბავშვებს—0,1—0,15—0,2 გ 2—3-ჯერ); შუალედებში შესაძლებელია მივცეთ ლუმინალი. ეპილექსიური აბსანსების დროს ნაჩვენებია კომბინირებულა მკურნალობა შემდეგი სქემით: 5—7 დღე სერეისკის ნარევი 3-ჯერ დღეში; თუ გულყრები არ შეწყდა, ვამატებთ ტრიმეთინს — 0,05—0,1—0,15 გ 2-ჯერ დღეში, დილით და შუადღით. კიდევ 3—5 დღის შემდეგ ვუმატებთ დიაკარბს — 0,125—0,25 გ ძილის წინ, სამი დღის განმავლობაში; ერთი დღის შესვენების შემდეგ დიაკარბს კვლავ ვაძლევათ 3 დღე და ა. შ. სათანადო მყარი რემისიის შემთხვევაში ტრიმეთინს ვხსნით და ვტოვებთ მხოლოდ ლუმინალს ან სერეისკის ნარევს. გვერდითი მოვლენები: გამონაყარი კანზე, ნეიტროპენია, ანემია, აგრანულოციტოზი, მონოციტოზი, ეოზინოფილია. უკუჩვენება: ღვიძლის, თირკმლების, სისხლმზადი ორგანოების და მხედველობის ნერვის დაავადებები.

Rp.: Trimetini 0,1

D. t. d. № 12 in tabul.

ს. თითო ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში.

---

ტრიპტიზოლი (ამიტრიპტილინი) წარმოადგენს ანტიდეპრესიულ საშუალებას, რომელსაც გააჩნია აგრეთვე გარკვეული დამამშვიდებელი მოქმედება. გამოიყენება შიზოფრენიის, რეაქტიული ფსიქოზების, ციკლოფრენიის და ინვოლუციური ფსიქოზების დროს გამოხატული დეპრესიული სინდრომით. ეფექტურია აგრეთვე ნევროზების დროს (აკვიატებები, შიშები, გუნებ-განწყობის დაქვეითება, უძილობა, საერთო მოდუნება, იპოქონდრიული ჩივილები). ნაკლები ტოქსიზმის გამო შესაძლებელია ფართოდ იქნეს გამოყენებული ამბულატორიულ პრაქტიკაში. ინიშნება ტაბლეტების სახით (შესაძლებელია კუნთებში ან ვენაშიც) 25 მგ 3-ჯერ დღეში. დოზა შესაძლებელია გავზარდოთ 150—300 მგ-დე დღე-ღამეში. ბავშვთა და მოხუცებულობის ასაკში ინიშნება 10 მგ 3-ჯერ დღეში.

წინააღმდეგნაჩვენებია გლაუკომის დროს. ცალკეულ შემთხვევებში შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს თავბრუს, გულსრევას, მოუსვენრობას, მსუბუქ ტრემორს, თავის ტკივილს. უმადობას, ოფლიანობას, გამონაყარს კანზე. აღწერილი გვერდითი მოვლენები დოზების დაკლებასთან ერთად გაივლის.

---

ტრიფტაზინი (სინონიმები: სტელაზინი, ტრიფლუოროპერაზინი) თავისი ქიმიური შენებით ახლოს დგას ამინაზინთან, მაგრამ სელატიური მოქმედების ეფექტი გაცილებით აქტიურია. ტრიფტაზინი, ფენოტიაზინის რიგის სხვა ნეიროლეფსიურ პრეპარატებისაგან განსხვავებით, არ იძლევა აპათიის, გაბრუების სისუსტის განცდას. გარდა ამისა, უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ პრეპარატის მოქმედების შედეგად ზოგჯერ

იხსნება ბოდვები და ჰალუცინაციები. პრეპარატს ახასიათებს განსაკუთრებით ძლიერი ფარმაცოლოგინამიკური აქტივობა, რაც სამკურნალო პრაქტიკაში მისი მცირე დოზებით გამოყენებისას საშუალებას იძლევა. ტრიფტაზინი იხმარება შიზოფრენიის სხვადასხვა ფორმების, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის, ინვოლუციური ფსიქოზის და ნევროზების სამკურნალოდ. ტრიფტაზინი ერთნაირად ეფექტური არ არის შიზოფრენიის სხვადასხვა ფორმების და სტადიების დროს. კარგ შედეგს იძლევა პარანოიდული ფორმის დროს, ქრონიკულ სტადიაში და იმ შემთხვევაში, როდესაც ავადმყოფი რეზისტენტულია მკურნალობის სხვა მეთოდების მიმართ.

ტრიფტაზინი იხმარება დასალებად და კუნთებში გასაქვთებლად. დოზის დადგენა ხდება ინდივიდუალურად, დაავადების ხასიათის, ავადმყოფის მდგომარეობისა და პრეპარატის მიმართ მგრძობელობის მიხედვით. ტრიფტაზინის სადღეღამისო დოზა უდრის 20—40 მილიგრამს, ცალკეულ შემთხვევებში დოზა შეიძლება გაიზარდოს 80—100 მილიგრამამდე. თერაპიული ეფექტის მიღწევის შემდეგ დოზა ქვეითდება ოპტიმალურ დონემდე და ეძლევა 3—4 თვის განმავლობაში, ამის შემდეგ ავადმყოფს უტარდება განმამტკიცებელი მკურნალობა 5—10 მილიგრამის მიცემით. ბავშვებს პრეპარატი ენიშნებათ მცირე დოზებით. ნევროზების შემთხვევებში ტრიფტაზინი ინიშნება 2—4 მილიგრამის რაოდენობით. კუნთებში ტრიფტაზინი კეთდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა საჭიროა სამკურნალო ეფექტის სწრაფი მიღება; იხმარება 1—2 მილიგრამი (0,2% ხსნარის 1—2 მლ) ყოველ 4—6 საათში. ჩვეულებრივად საკმარისია 6 მილიგრამის გაკეთება დღე-ღამეში.

ტრიფტაზინის ხმარების პროცესში არაიშვიათად ვითარდება ექსტრაპირამიდული ხასიათის გართულებები (დისკინეზიური რეაქცია, აკატიზია). დოზების შემცირებისა და ციკლოდოლის დანიშვნის შემდეგ აღნიშნული გართულებები გაივლის. მკურნალობის პროცესში საჭიროა სისტემატურად შემოწმდეს სისხლი, ღვიძლის და თირკმლების ფუნქცია. ტრიფტაზინთან ერთდროულად ტრანსამინის მიცემა რეკომენდებული არ არის.

Rp.: Triphazini 0,001 (0,005—0,01)

D. t. d. № 100 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 2—4-ჯერ დღეში

Rp.; sol. stelazini 0,2% 1,0

D. t. d. № 6 in amp.

s. ერთი ამბულა დღეში 2—3-ჯერ.

---

ფენამინი წარმოადგენს ცენტრალური ნერვული სისტემის მძლავრ სტიმულატორს; აძლიერებს აგზნებით პროცესებს, ამცირებს დაღლილობის გრძნობას, აუმჯობესებს შრომის უნარს. იშვიათ შემთხვევებში შესაძლებელია ფენამინმა გამოიწვიოს „პარადოქსული“ რეაქცია: აპათია, მოდუნება, შრომის უნარის დაქვეითება. ამის გამო დანიშვნის შემდეგ თვალყურს ვადევნებთ ავადმყოფის მდგომარეობას და ამგვარი რეაქციების განვითარების შემთხვევაში ვწყვეტთ მის მიცემას. ფენამინი შესაძლებელია დაინიშნოს ფსიქოგენური დეპრესიების, ალკოჰოლური ფსიქოზების (დეპრესიით), პოსტენცეფალური მდგომარეობების დროს. გადაღლა-გადაქანცვის, ას-

თენის შემთხვევებში მისი ხანგრძლივად ხმარება არ არის მიზანშეწონილი. უკუნაჩვენებია მოხუცებულობის, უძილობის, აგზნების, ღვიძლის დაავადების, ჰიპერტონიის, აფეროსკლეროზის და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ორგანულ დაავადებათა დროს.

Rp.: Phenamini 0,01

D. t. d. № 6 in tabul.

S.  $\frac{1}{2}$ —1 ტაბლეტი 1—2-ჯერ დღეში (დღის პირველ ნახევარში).

---

ფენატინი მასტიმულირებლად მოქმედებს ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე. განსხვავებით ფენამინისაგან, არ იწვევს არტერიული წნევის მომატებას, რის გამოც შესაძლებელია დაინიშნოს, როგორც სტიმულატორი (საჭიროების დროს) ჰიპერტონიის შემთხვევებშიც.

Rp.: Phenatini 0,05

D. t. d. № 6 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 1—3-ჯერ დღეში.

---

ფენილბარბიტალი — იხ. ლუმინალი.

---

ფენიბუტი (ფენიგამა) წარმოადგენს რბილად მოქმედ ტრანკვილიზატორს. რეკომენდებული დოზებით მისი ხმარება არ იწვევს გვერდით მოვლენებს ან გართულებებს. ნაჩვენებია ნევროზული ან მოხუცებულობითი უძილობის დროს: ორი ხაათით ადრე დაძინებამდე 0,1—0,2 გ, როგორც დამამშვიდე-

ბელი დოზა და 0,2—0,5 ნახევარი საათით ადრე დაძინებამდე. შესაძლებელია დანიშნულ იქნეს ნევროზების დროს შინაგანი დაძაბულობის, შფოთვის, დისფორიების შესამსუბუქებლად: 0,2—0,3 გ სამჯერ დღეში (მიჩვევის შემთხვევაში დოზებს ვუმატებთ 1,0 გ-მდე 3-ჯერ დღეში ჭამის შემდეგ). აფექტური დაძაბულობის და აუტიციის დროს რეკომენდებულია ინტრავენურად, 2—3-ჯერ დღეში, 3-დან 10—12 მილილიტრამდე. სისხლძარღვოვანი ფსიქოზების დროს (დებრესიისა და შიშების შემთხვევაში) მკურნალობის კურსი შეადგენს 30—45 დღეს: დასაწყისში 3—5 დღე — ინტრავენურად; შემდგომში — კუნთებში ერთნახევარი ან 2-ჯერ გადიდებული დოზებით. 10—15 დღის შემდეგ — per os, 2—3-ჯერ გადიდებული დოზებით. მანიაკალური აგზნების დროს ნაჩვენებია ფენიბუტის კომბინაცია ნეიროლეფსიურ საშუალებებთან (ამინაზინი, ტრიფტაზინი, ჰალოპერიდოლი). ეპილეფსიური ავტომატიზმების დროს იზოლირებულად ეძლევა ფენიბუტი 0,1—1,0 გ 3-ჯერ დღეში. უკუჩვენება: ღვიძლისა და თირკმლების მძიმე დაავადებანი.

გამოშვებულია ტაბლეტები (0,2) და ამპულები (10 მლ. 2,5%-იანი ხსნარი).

---

ფიზიოლოგიური ხსნარი (პირობითი სახელწოდებაა, უფრო სწორია ნატრიუმ-ქლორის იზოტონიური ხსნარი) შეჰყავთ კანქვეშ, ვენაში და ოყნის სახით.

Rp.: Sol. Natrii chlorati 10,0 (20,0) ...  
isotonicae sterilisatae  
D. t. d. № 10 in amp.

---



D. S. კანქვეშ ან ვენაში შესაყვანად (წვეთოვანი შეყვანა).

ფიტინი წარმოადგენს ფოსფორის შემცველ პრეპარატს და, როგორც მასტიმულირებელი საშუალება, გამოიყენება ნევრასთენიის, სქესობრივი სისუსტის, კვების დაქვეითების, სისხლნაკლებობის დროს. ეძლევათ ტაბლეტების და აბების სახით.

Rp.: Phitini 0,25

D. t. d. № 40 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 3-ჯერ დღეში

Rp.: Acidi Arsenicosi 0,015

phitini 3,0

Calcii glycerophosphoricī 2,0

Extr. et puev. Liquicitiae q. s.

ut f. pil. № 30

D. s. 1—2 აბი 2-ჯერ დღეში.

---

ფოლიკულონი (ესტრონი) წარმოადგენს ბუნებრივ ფოლიკულარულ ჰორმონს, რომელიც აუცილებელია ქალის ორგანიზმის ნორმალური განვითარებისათვის. ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში იხმარება საკვერცხეთა განუვითარებლობის ან უკუგანვითარების, ამენორეის, დისმენორეის და კლიმაქსის დროს. ტარდება ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ. ხანგრძლივად გამოყენების შედეგად შესაძლებელია განვითარდეს საშვილოსნოდან სისხლდენა.

Rp.: sol. Oestroni oleosae 1,0 (5000 ერთ.)

D. t. d. № 10 in amp.

s. 1 მილილიტრი 1-ჯერ დღეში კუნთებში.

---

ფონურიტი (დიაკარბი). როგორც დიურეზიული და დე-ჰიდრატაციული საშუალება იხმარება ეპილევსიის დროს. ეფექტურია აბსანსების შემთხვევაში.

Rp.: Diacarbi 0,25

D. t. ო. № 10 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 1—2-ჯერ დღეში.

---

ფრენოლონი (სინონიმები: ქლორპიპროზინი, დეცენტანი) ტრანკვილიზატორების ჯგუფის პრეპარატია; თერაპიული თვისებებით ახლოს დგას ამინაზინთან და ეტაპერაზინთან, მაგრამ ნაკლებად ტოქსინურია.

ფსიქიატრიაში იხმარება შიზოფრენიის ჰებეტრენიული და კატატონიური აგზნების, პარანოიდული სინდრომის და ხანგრძლივად მიმდინარე ფორმების დროს. პრეპარატი ეფექტურად მოქმედებს ნევროზული აგზნების, დაძაბულობის და სხვა ემოციურ აშლილობათა შემთხვევებში.

ფრენოლონის საწყისი დოზის განსაზღვრა ხდება ფსიქიკური სინდრომის და ავადმყოფის საერთო მდგომარეობის გათვალისწინებით. დასაწყისში ინიშნება 0,005—0,03 გ 1—2-ჯერ დღეში. შემდეგში დღიური დოზა შეიძლება გაიზარდოს 80 მილიგრამამდე. მკურნალობის კურსი გრძელდება 1—3 თვემდე.

ფრენოლონის მცირე ტოქსინურობის გამო გართულებები იშვიათია, მაგრამ შეიძლება შეგვხვდეს ექსტრაპირამიდული დარღვევები: პარკინსონიზმი, აკატიზია, კისრის კუნთების კრუნჩხვითი დაძაბულობა, ამ დროს ინიშნება ციკლოდოლი

(არტანი) 0,001—0,002 გ 2—3-ჯერ დღეში. ამ პრეპარატებს დროული ხმარება ექსტრაპირამიდული ხასიათის გართულებებს ადვილად ხსნის, რის გამოც ფრენოლონით მკურნალობის კურსის შეწყვეტა სავალდებულო არ არის.

ფრენოლონი მზადდება უნგრეთის სახალხო რესპუბლიკაში. გამოშვების ფორმა — 2 ან 5 მილიგრამიანი ტაბლეტი, 50 ცალი ერთ ფლაკონში.

Rp.: Frenoloni 0,002 (0,005)

D. t. d. № 50 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 1—3-ჯერ დღეში.

---

ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაცია აგებულია შემდეგ ოთხ ძირითად პრინციპზე:

1. ფსიქიატრიული დახმარების დიფერენცირება;
  2. მოსახლეობასთან ფსიქიატრიული დახმარების მაქსიმალური მიახლოება, ანუ დეცენტრალიზაცია;
  3. სტაციონარული და სავადმყოფოს გარეშე მკურნალობის ერთიანობა;
  4. ფსიქიატრიული დახმარების მჭიდრო კავშირი ზოგად მედიცინასთან.
- 

ფსიქოთერაპია წარმოადგენს ფსიქიკური ზემოქმედების სხვადასხვა საშუალებათა კომპლექსს, რომელიც იხმარება დაავადებათა სამკურნალოდ. ამგვარი ფართო გაგებით ფსიქოთერაპია გულისხმობს არა მარტო სიტყვიერ ზემოქმედებას ავადმყოფზე ან ავადმყოფურ სიმპტომზე, არამედ ზემოქმედების სხვა მრავალ ფაქტორთა შერწყმას, რომლებშიც შედის

რეჟიმი, პირობები, დამოკიდებულება, სამედიცინო პერსონალის ქცევა, მანიპულაციები, პროცედურები, გარემო და სხვ. ამგვარ ფსიქოთერაპიას ეწოდება არაპირდაპირი, ანუ არაუშუალო ფსიქოთერაპია.

პირდაპირი ფსიქოთერაპია, ანუ უშუალო სიტყვიერი ზემოქმედება ავადმყოფზე, სხვადასხვაგვარია და გარკვეულ შემთხვევებში (რეაქტიული ფსიქოზები, ისტერია, აქვიატებათა ნევროზები და ა. შ.) მას პათოგენეზური მკურნალობის როლი აქვს, ანუ წარმოადგენს კაუზალურ ფსიქოთერაპიას. ეს უკანასკნელი შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს ჰიპნოთერაპიასთან, კატარზისის, ანუ რეპროდუქციულ განცდათა მეთოდთან და მედიკამენტურ თერაპიასთან.

ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში ფართოდ გამოიყენება რაციონალური ფსიქოთერაპია, რომელიც გულისხმობს ახსნა-განმარტებას, ლოგიკურ დარწმუნებას, ავადმყოფურ მოვლენათა მიმართ კრიტიკის გამომუშავებას, ამა თუ იმ შეგრძნებათა ან განცდათა უსაფუძვლობის განმარტებას და ა. შ. ამგვარი ფსიქოთერაპიული საუბრის მიზანს შეადგენს არა მარტო ავადმყოფურ სიმპტომებზე ზემოქმედება, არამედ მისი პიროვნების გააქტივება, პიროვნული თვისებების გარკვეული გარდაქმნა. ზემოქმედება ავადმყოფის ინტელექტზე და აგრეთვე მის ემოციურ-ნებით სფეროზე. რაციონალური ფსიქოთერაპია ტარდება ხანგრძლივად, სისტემატურად, დარწმუნებათა ხშირი განმეორებებით. დიდი მნიშვნელობა აქვს ინდივიდუალური მიდგომას ავადმყოფის პიროვნული თვისებებების გათვალისწინებით და ექიმის მიერ ავადმყოფში ავტორიტეტისა და პატივისცემის მოპოვებას.

შთავიწყება ჰიპნოზის დროს, როგორც ფსიქოთერაპიის

ერთ-ერთი მძლავრი საშუალება, მოითხოვს განსაკუთრებულ დახელოვნებას და ექიმის სპეციალურ მომზადებას. ჰიპნოთერაპიას საფუძვლად უდევს შთაგონებით მკურნალობა ავადმყოფის ჰიპნოზური ძილის მდგომარეობაში. ჰიპნოზური ძილი ნაწილობრივი ძილის თავისებური სახეა, რომლის დროს შენარჩუნებულია რაპორტი, ანუ ავადმყოფის უნარი მიიღოს იმ პირის (ექიმის) სიტყვიერი განკარგულება, რომელმაც იგი ჰიპნოზში გადაიყვანა. ამა თუ იმ სიღრმის ჰიპნოზური ძილის პირობებში იზრდება ავადმყოფის შთაგონებადობა, რის გამოც ექიმის ფსიქოთერაპიული ზემოქმედება უფრო ეფექტური და მოქმედია, ვიდრე შთაგონება ფხიზელ მდგომარეობაში. ჰიპნოზურ მდგომარეობაში გადაყვანამდე ექიმი განუმარტავს ავადმყოფს, თუ რას წარმოადგენს ჰიპნოზი და შთაგონება. როგორ უნდა იქცეოდეს ავადმყოფი და ა. შ. ექიმი უნდა დარწმუნდეს, რომ ავადმყოფი მზად არის ჰიპნოზისათვის, არ ეშინია ამ პროცედურის და განიმსჭვალა ნდობით ექიმის მიმართ. ჰიპნოზური ძილის მეთოდოლოგია სხვადასხვაგვარია და მათი დაწვრილებითი აღწერა მოცემულია მთელ რიგ მეთოდური ხასიათის წერილებში და მითითებებში (ე. გობრონიძე — ქრონიკული ალკოჰოლიზმის ფსიქოთერაპია, თბილისი, 1963; ი. მენთეშაშვილი — ჰიპნოზი, თბილისი, 1959; მ. ს. ლებედინსკი — მეთოდური წერილი ფსიქოთერაპიის საკითხებზე. მოსკოვი, 1965 წელი და სხვ.). ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ თუმცა ჰიპნოთერაპიის დაუფლება არ არის ძნელი, იგი მაინც მოითხოვს სპეციალურ თეორიულ და პრაქტიკულ მომზადებას.

კომბინირებული ფსიქოთერაპია წარმოადგენს ფსიქოთერაპიას სხვა სამკურნალო ღონისძიებებთან ერთად (ფსიქო-

თერაპია აპომორფინის მიცემასთან ერთად ალკოჰოლიზმის დროს, სურდომუტიზმის კუპირება ფსიქოთერაპიისა და ფარადიული ელდენით გაღიზიანების საშუალებით და ა. შ.). აქვე შესაძლებელია განხილულ იქნეს ე. წ. პლაცებო-ეფექტი, როდესაც ავადმყოფს რომელიმე მედიკამენტის მაგივრად (რომელსაც იგი განმეორებით ღებულობდა) ეძლევა იმავე სახის (ტაბლეტი, აბი, ამპულა და სხვ.) ინდიფერენტული ნივთიერება ჭეშმარიტი პრეპარატის ეფექტის მიღების მიზნით. პლაცებო გამოიყენება ფსიქოთერაპიულ პრაქტიკაში ისტერიების, ნარკომანიების და სხვა დაავადებათა დროს.

---

ჯგუფური, ანუ კოლექტიური ფსიქოთერაპია უზშირესად ატარებს რაციონალური ფსიქოთერაპიის ხასიათს (საუბრები, ახსნა-განმარტებები) და შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს ალკოჰოლიზმის, ნარკომანიების, ნევროზების დროს.

---

ავტოგენური ფსიქოთერაპია (ანუ ავტოგენური ტრენირება), რომელსაც ავადმყოფი თვითონ ატარებს ერთგვარი მოღუენების პირობებში, შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს სხვადასხვა ნევროზული მდგომარეობების დროს. ავადმყოფი იმყოფება ნახევრად მწოლიარე ან მწოლიარე მდგომარეობაში (სავარძელში ან საწოლში), კიდურები მოღუენებული აქვს; სუნთქავს ნელა და ღრმად; აქტიურად თრგუნავს ემოციურ დაძაბულობას. მსუბუქი სიმნოლენციის (მთვლემარე) მდგომარეობაში იმეორებს ექიმის მიერ შთაგონებულ წარმოდგენებს; ავადმყოფურ მოვლენათა მოცილების შესახებ და დარწმუნებას გამოჯანსაღების თაობაზე. დასაწყისში ტარდება ექიმის

---

შითითების და შეთვალყურების ქვეშ. შემდგომში შესაქ-  
ლებელია ავადმყოფმა ამ ხერხს იამოუქიდეზლად მიმართოს.

---

ფსიქოპროფილაქტიკა მოწოდებულია შეიმუშაოს ღონის-  
ძიებები ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნებისა და სუ-  
ლით დაავადებათა თავიდან აცილებისათვის. ფსიქიატრიული  
პროფილაქტიკა ატარებს აგრეთვე ღონისძიებებს რემისიების  
პერიოდში იმ მიზნით, რათა არ განვითარდეს რეციდივები.  
ფსიქოპროფილაქტიკური მეთოდები მეტად მრავალგვარია და  
აერთიანებს სხვადასხვა ღონისძიებებს, სახელდობრ: შრომისა  
და საყოფაცხოვრებო პირობების შესწავლა მავნე მომენტების  
გამოსავლინებლად, ადამიანთა გარკვეული ჯგუფების (მოს-  
წავლეების, სხვადასხვა პროფესიის პირების) სამედიცინო შეს-  
წავლა, ფსიქიკური დაავადებიანობის სტატისტიკური მასალებ-  
ის ანალიზი, ფსიქიკურ აშლილობათა ადრეული ნიშნების გა-  
მოვლინება დაავადების შემდგომი განვითარების აღკვეთის  
მიზნით, სანიტარულ-საგანმანათლებლო ღონისძიებათა ჩატა-  
რება, სამედიცინო დახმარების სპეციალური ფორმების (დის-  
პანსერები, დღისა და ღამის სტაციონარები, სანატორიუმები)  
ორგანიზება.

---

ფსიქოფარმაკოლოგია წარმოადგენს ფარმაკოლოგიის ახალ  
დარგს, რომელიც შეისწავლის სამკურნალო პრეპარატების  
მოქმედებას ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე და ე. წ. ფსი-  
ქოტროპული პრეპარატების გამოყენებას ფსიქიატრიაში.  
ფსიქოტროპულ საშუალებათა წარმოება უკანასკნელ წლებში  
განსაკუთრებით გაიზარდა. ამჟამად მრავალი ქვეყანა აწარ-  
მოებს ამ პრეპარატებს და მათი რაოდენობაც განუხრელად

იზრდება. დღეისათვის საყოველთაოდ მიღებული კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია არ არსებობს. ყველაზე უფრო მიღებულად შეიძლება ჩაითვალოს კლასიფიკაცია, რომელსაც საფუძვლად უდევს ფსიქოტროპული საშუალებების ძირითადი კლინიკური მოქმედება და ფარმაკოლოგიური თვისებები. ამ თვალსაზრისით ყველა თანამედროვე ფსიქოფარმაკოლოგიური საშუალებანი შესაძლებელია წარმოდგენილ იქნეს სამი ძირითადი ჯგუფის სახით: ფსიქოსედატიური საშუალებანი, ფსიქოტონიური საშუალებანი და ფსიქოზომიმეტიური ნივთიერებები. ფსიქოსედატიური საშუალებანი აერთიანებს დიდ ტრანკვილიზატორებს (ნეიროლეფსიური, ანუ ნეიროპლეგიური საშუალებანი) და მცირე ტრანკვილიზატორებს (ატარაქსიული საშუალებანი). ფსიქოტონიური საშუალებანი აერთიანებს სტიმულატორებს (ფსიქომატონიზირებელი საშუალებანი) და ანტიდეპრესანტებს (ფსიქოანალეფსიური საშუალებანი). ფსიქოზომიმეტიური, ანუ ფსიქოდიზლეფსიური (ჰალუცინოგენური) ნივთიერებანი აერთიანებს ფენილთილამიდის და ინდოლის ჯგუფის პრეპარატებს.

---

ფსიქოპიგიენა წარმოადგენს პიგიენის დარგს, რომელიც მოწოდებულია შეიმუშაოს გარკვეული ღონისძიებები ადამიანის ფსიქიკური ჯანმრთელობის შენარჩუნებისათვის. თავისი მიზნებით მეტად ახლოს დგას ფსიქოპროფილაქტიკასთან და ამდენად მათი ცალ-ცალკე განხილვა პირობითია. ფსიქოპიგიენა შესაძლებელია წარმოდგენილი იყოს სხვადასხვა მიმართულებით: შრომის ფსიქოპიგიენა შეისწავლის შრომის პირობებს მრეწველობაში, სოფლის მეურნეობაში, ტრანსპორტზე. ფსიქოპიგიენური ნორმატივების და ღონისძიებებს შეიმუშა-



ვებაში განსაკუთრებულად მნიშვნელოვანია არა მარტო შრომის პროფესიული თავისებურებები, არამედ პიროვნული. ბავშვთა ასაკის ფსიქოპათიენა მნიშვნელოვან ადგილს უთმობს ბავშვთა გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების მასობრივ ხასიათს. მოხუცებულობის ასაკის ფსიქოპათიენა მეტად აქტუალურია გერონტოლოგიის განვითარებასთან დაკავშირებით და სხვა ღონისძიებებთან ერთად ითვალისწინებს კვების, დღის რეჟიმის, შრომის, აქტიური დასვენების, სამკურნალო ფიზკულტურის ფართო და დიფერენცირებულ გამოყენებას. სექსუალური ცხოვრების ფსიქოპათიენა გულისხმობს სექსუალური დამოკიდებულების, ქორწინების, სექსუალური განვითარების ფსიქოპათიენურ ნორმირებას.

ფსიქოპათიენურ გამოკვლევათა ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიმართულება არის ფსიქიკურ დაავადებათა სტატისტიკა.

---

ქაფური გამოიყენება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და სუნთქვის სტიმულირებისათვის გულის მწვავე და ქრონიკული უკმარისობის, კოლაფსის, საძილე და ნარკოტიკული საშუალებებით მოწამვლის დროს. დიდ დოზებში იწვევს კრუნჩხვით გულყრას (იხ. კრუნჩხვითი თერაპია). ქაფურის სპირტი გამოიყენება დასაზელად, ნაწოლების პროფილაქტიკის მიზნით.

Rp.: sol. Camphorae oleosae 20%—2,0

D. t. d. № 10 in amp.

s. კანქვეშ

Rp.: Spiritus camphorati 50,0

D. s. დასაზელად.

---

ქლორაკონი (ჰიბიკონი) გამოიყენება დიდი კრუნჩხვებითა მიმდინარე ეპილექსიის დროს და ეპილექსიური ფსიქომოტორული აგზნების შემთხვევებში. ინიშნება ტაბლეტების სახით. მოზრდილთათვის საწყისი დოზა არის 2 გ დღე-ღამეში 4 მიცემაზე (0,5 გრამი თითო მიღებაზე). საჭირო შემთხვევაში სადღელამისო დოზა შეიძლება ავიყვანოთ 4 გრამამდე (8 ტაბლეტი). ბავშვებს ეძლევათ 0,25—0,5 გ 2—3—4-ჯერ დღეში ასაკის, გულყრათა სიხშირისა და პრეპარატისადმი რეაქციის შესაბამისად. ინიშნება ხანგრძლივად, ზოგჯერ ლუმინალთან (ფენობარბიტალთან) ერთად (დილით — ქლორაკონის ნახევარი დოზა და 0,05 გ ლუმინალ. შუადღისას — ქლორაკონი, ძილის წინ — ქლორაკონი ლუმინალთან ერთად). სათანადო თერაპიული ეფექტის მიღწევისას (გულყრების შეწყვეტა) დოზებს თანდათან ვაკლებთ. მკურნალობის პროცესში თვალყურს ვადევნებთ ღვიძლის, თირკმლების, სისხლის მდგომარეობას.

Rp.: Chloruconi 0,5

D. t. d. № 30 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 4-ჯერ დღეში.

---

ქლორალჰიდრატი წარმოადგენს დამამშვიდებელ, საძილე და ანალგეზიურ საშუალებას. დიდ დოზებში ავლენს ნარკოზულ ეფექტს. ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში უმთავრესად გამოიყენება კრუნჩხვითი მდგომარეობების კუპირებისათვის ოყნის სახით (ეპილექსიის, სპაზმოფილიის დროს). იხმარება აგრეთვე თეთრი ცხელების დროს.

R.: Chlorali hydrati 1,0

Mucilaginis Amyli

Ag. destill  $\overline{aa}$  25,0

M. D. s. ერთი ოყნისათვის (მოზრდილის დოზა)

Rp.: Chlorali hydrati 0,5

Dec. Amyli Tritici 50,0

M. D. s. ერთი ოყნისათვის (5 წლის ბავშვის დოზა).

---

ქლორიდინი წარმოადგებს მალარიის საწინააღმდეგო საშუალებას, რომელსაც იყენებენ აგრეთვე ტოქსოპლაზმოზის სამკურნალოდ. ინიშნება ტაბლეტების სახით შემდეგ დოზებში: 1—3 წლისას — 0,01 გ, 4—7 წლისას — 0,02 გ, 8—11 წლისას — 0,03 გ, 12—15 წლისას — 0,04 გ, 16 წლის ზემოთ — 0,05 გ (მითითებულია დღიური დოზები, რომელიც ავადმყოფს ეძლევა 2—3 მიღებაზე). მკურნალობის კურსითეალისწინებს პრეპარატის მიცემას 5 დღის განმავლობაში. 1—3 კვირის შესვენების შემდეგ კვლავ ვაძლევთ პრეპარატს 5 დღის განმავლობაში. ამასვე ვიმეორებთ მესამეჯერ. ქლორიდინთან ერთად ავადმყოფს 7 დღის განმავლობაში ვაძლევთ სულფოდიმეზინს (0,5 გ 3-ჯერ დღეში). გვერდითი მოვლენების შემთხვევაში (თავის ტკივილი, თავბრუ, დისპეფსია, ზემოგლობინის დაკლება) დროებით ვწყვეტთ პრეპარატის მიცემას და შემდგომში ვამცირებთ დოზებს. უკუნაჩვენებია თირკმლებისა და სისხლმზადი ორგანოების დაავადების დროს.

Rp.: Chloridini 0,025

D. t. d. № 10 in tabul.

s. თითო ტაბლეტი 1—2-ჯერ დღეში.

---

შრომათერაპია მიზნად ისახავს გამოიყენოს ფსიქიკურ ავადმყოფთა მიმართ შრომითი მკურნალობის მეთოდები, რის გამოც შრომათერაპიის სახელოსნოების მუშაობა მთლიანად ექვემდებარება შრომითი მკურნალობის ამოცანებს. სხვადასხვა სახის შრომითი პროცესების სამკურნალო ზემოქმედება ავადმყოფზე იწვევს ფსიქიკური და ფიზიკური ტონუსის აწევას, ქმნის ხელსაყრელ პირობებს ხანგრძლივი და მტკიცე რემისიების მისაღწევად და ამცირებს ფსიქიკური და სოციალური დეგრადაციის შემდგომ განვითარებას. გარდა ამისა, შრომათერაპია ავადმყოფს აძლევს საშუალებას აითვისოს ახალი, მისთვის მისაღები პროფესია, რაც საფუძვლად ედება მის შემდგომ შრომათმორწყობას.

შრომათერაპიის სახელოსნოები ეწყობა ფსიქიატრიულ (ფსიქონევროლოგიურ) დაწესებულებებთან და მუშაობენ ამ დაწესებულებების მთავარი ექიმის ხელმძღვანელობით. სამკურნალო-შრომითი სახელოსნოების მუშაობა ხორციელდება სამეურნეო ანგარიშით. სამკურნალო-შრომით სახელოსნოებში სამკურნალო მუშაობას და მეთვალყურეობას ავადმყოფებზე ახორციელებს შრომა-თერაპიის ექიმი, რომლის მოვალეობას შეადგენს: 1) ავადმყოფისათვის შრომის სახეობის, მისი მოცულობისა და ხანგრძლივობის დადგენა; 2) მონაწილეობის მიღება სახელოსნოების შინაგანაწესის შემუშავებაში; 3) ავადმყოფთათვის ყველა სახის სამედიცინო დახმარების ორგანიზაცია და მეთვალყურეობა სამედიცინო დოკუმენტაციის გაფორმების ხარისხზე; 4) შრომითი მკურნალობის ეფექტურობის აღრიცხვა; 5) სისტემატური მუშაობა სახელოსნოების თანამშრომლებთან მათი კვალიფიკაციის ამაღლების მიზნით.

სამკურნალო შრომითი სახელოსნოების სამეურნეო, საწარმოო-ტექნიკურ და ფინანსურ ნაწილს ხელმძღვანელობს სახელოსნოების დირექტორი, რომელსაც ნიშნავს ფსიქიატრიული დაწესებულების მთავარი ექიმი.

სახელოსნოს დირექტორი ავადმყოფებთან და მათ მუშაობასთან დაკავშირებული ყველა საკითხის გადაწყვეტაში ხელმძღვანელობს შრომა-თერაპიის ექიმის მითითებებით.

ავადმყოფებს, რომლებიც მკურნალობენ სამკურნალო-შრომით სახელოსნოებში, მიეცემათ ანაზღაურება, შესაბამისად გამომუშავებული პროდუქციისა. ანაზღაურების გაცემა ხდება თვეში 2-ჯერ და შეიტანება ავადმყოფის შემნახველი სალაროს წიგნაკზე, რომელიც მიეცემა ავადმყოფს ან მის პატრონს სტაციონარიდან გაწერის შემდეგ. ავადმყოფები, რომლებსაც შრომითი მკურნალობა უტარდებათ ოჯახის პირობებში ან დღის სტაციონარებში, შრომით ანაზღაურებას იღებენ სახელოსნოებში მომუშავე ამბულატორიული ავადმყოფებისათვის დაწესებული წესით.

დისპანსერული მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფი ავადმყოფებიდან შრომა-თერაპიის სახელოსნოებში იგზავნება I და II ჯგუფის ინვალიდობის მქონე ის ავადმყოფები, რომლებიც საჭიროებენ შრომით მკურნალობას. III ჯგუფის ინვალიდები შრომა-თერაპიის სახელოსნოებში არ იგზავნებიან.

დისპანსერული მეთვალყურეობის ქვეშ მყოფ ავადმყოფთა საბოლოო შერჩევას და მათ შრომა-თერაპიის სახელოსნოებში გაგზავნას ახორციელებს კომისია, რომლის შემადგენლობაში შედიან დისპანსერის მთავარი ექიმი, მკურნალი ექიმი და შრომა-თერაპიის ექიმი.

სტაციონარულ მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფებს შრო-

მითი მკურნალობა ენიშნებათ მკურნალი ექიმის რეკომენდაციის საფუძველზე.

სამკურნალო-შრომითი სახელოსნოების მუშაობის შემოწმებას ანხორციელებს ფსიქიატრიული დაწესებულების მთავარი ექიმი და ჯანდაცვის ზემდგომი ორგანოები.

შრომა-თერაპიის სახელოსნოებში იქმნება საზოგადოებრივი საბჭოები, რომლის მიზანს შეადგენს დაეხმაროს მთავარ ექიმს სახელოსნოების მუშაობის სწორად წარმართვის, კონტროლის და ავადმყოფებისათვის შრომითი ანაზღაურების ზუსტად დარიცხვის საქმეში.

შრომა-თერაპიის სახელოსნოებში შრომის რეკომენდებული სახეებია მამაკაცებისათვის: საღურგლო, საზეინკლო, საამკინძაო, საქსოვი (ბადეები, სპორტბადეები, ჰილოფის ქსოვა და სხვ.) და მხატვრული სამუშაოები (ხის ნივთების გაშოთლა, გამოწვა და ა. შ.); ქალებისათვის: სამკერვალო, ხელოვნური ყვავილების დამზადება, საამკინძაო, მხატვრული ხელსაწმე, ბადეების, ხელჩანთების ქსოვა და ა. შ.

შრომა-თერაპიის სახელოსნოებში მკურნალობაზე მყოფ ავადმყოფთათვის გამომუშავების სავალდებულო ნორმების დადგენა შეუძლებელია. ნორმების შემუშავება და მათი ბრძანებით ან მითითებით დადგენა წარმოადგენს შრომა-თერაპიის ძირითადი პრინციპის უგულვებელყოფას და უხეშ დარღვევას. ასეთ შემთხვევაში შრომა კარგავს სამკურნალო მიზანს და იგი შეიძლება საზიანოც კი გახდეს ავადმყოფისათვის.

---

ცენტენდრინს (მეთილფენიდატი) გააჩნია მასტიმულირებელი მოქმედება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე და შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს როგორც დამხმარე საშუალე-

ბა შიზოფრენიის (ასთენიური, ჰიპოქონდრიული, დეპრესიული გამოვლინებით), ნევროზების დროს. დღიური დოზა შეადგენს 20—60 მილიგრამს.

---

ციანოკობალამინი — იხ. ვიტამინი B<sub>12</sub>.

---

ციკლოდოლი — იხ. არტანი.

---

ციტიტონი იწვევს სუნთქვის ცენტრის აგზნებას და გამოიყენება სუნთქვის რეფლექსური შეჩერების ან შეფერხების შემთხვევებში ინტოქსიკაციების, შოკის, კოლასის დროს.

Rp.: Cytitoni 1,0

D. t. d. № 6 in amp.

s. ერთი მლ ვენაში.

ციტიტონს ზოგი ავტორი განოყენებს თამბაქოს წვეის გადაჩვევისათვის. ამ მიზნით 6-დღიან განმავლობაში, დღეში 2-ჯერ, კუნთებში შეჰყავთ ციტიტონის 0,05 მლ; ამავე დროს ავადმყოფი პერორალურად ღებულობს ნიკოტინის მჟავას; პირის ღრუში გამოსაელებად ეძლევა აზოტმჟავა ვერცხლას 0,25%-იანი ხსნარი.

---

ხელოვნური კვება გამოიყენება ფსიქიატრიაში ფსიქიკურ ავადმყოფთა მიერ კვების აღკვეთის დროს. შესაძლებელია საკვები შეყვანილ იქნეს ზონდით ან ოყნით. რეზინის ზონდი შეგვყავს ცხვირიდან ან პირიდან. უკანასკნელ შემთხვევაში ავადმყოფს პირს ვუღებთ პირის გასაგანიერებლით, რომელიც

რჩება პროცედურის დამთავრებამდე (ავადმყოფმა შესაძლებელია გადაკვნიტოს ზონდი). ცხვირიდან შეყვანის დროს ზონდს ვუცხებთ ვაზელინს. ზონდი კუჭში შეგვყავს სიფრთხილით (უნდა დავრწმუნდეთ, რომ ზონდი არ მოხვდა სასუნთქ გზებში). მოწოდებულია შემოწმების რამდენიმე წესი. რეზინის ბალონის საშუალებით ზონდში შეგვყავს ჰაერი და ყურს ვადებთ ეპიგასტრალურ მიდამოს. თუ ზონდის ბოლო კუჭშია, გავიგონებთ დამახასიათებელ ყრუ ხმას. გარდა ამისა, ანთებული ასანთი მიგვაქვს ზონდის ბოლოსთან, თუ ზონდი სასუნთქ გზებშია, ალი მერყეობს შესაბამისად სუნთქვის რიტმისა. როდესაც ვრწმუნდებით, რომ ზონდი იმყოფება კუჭში, ძაბრის საშუალებით შეგვყავს საკვები სითხე (რძეში გახსნილი უმი კვერცხი, შაქარი, კარაქი, ვაშამინები, საჭირო მედიკამენტები; ბულიონში გახსნილი უმი კვერცხი, შაქარი, მარილი, ხილის წვენები, კარაქი და საჭირო მედიკამენტები). სითხის რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 1 ლიტრს. უნდა ვეცადოთ საკვებთან ერთად კუჭში არ მოხვდეს ჰაერი. კვების დამთავრების შემდეგ ზონდს ვკეტავთ ხელით და სწრაფად ამოგვაქვს. ღებინების თავიდან აცილების მიზნით ავადმყოფს ვტოვებთ მწოლიარე მდგომარეობაში. ოყნით კვების წინ ჯერ კეთდება გამწმენდი ოყნა. საკვების შეყვანის წინ შეგვყავს რამდენიმე წვეთი ოპიუმი. საკვებს ვუმატებთ რამდენიმე წვეთ იოდს (შეწოვის გაძლიერების მიზნით). საკვებისათვის ვიღებთ 1,5 ლიტრ რძეს, რომელშიც ვხსნით 1—2 კვერცხს, 10—15 გრამ სუფრის მარილს, ვიტამინებს და გლუკოზას. ხელოვნურ კვებას ზონდით ვაწარმოებთ 1—2-ჯერ დღეში.

---

**ჰალოპერიდოლი მიეკუთვნება ნეიროპლეგიურ პრეპარატებს.**



ტების ახალ კლასს — ბუტიროფენონის ნაწარმს; ახასიათებს დამამშვიდებელი მოქმედება ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე, ძლიერებს საძილე და ნარკოტიკულ ნივთიერებათა აქტივობას, არ არღვევს ვეგეტატიური ნერვული სისტემის ტონუსს, არ იწვევს არტერიული წნევის დაქვეითებას.

ჰალოპერიდოლი იხმარება შიზოფრენიის დროს, განსაკუთრებით მწვავე ბოღვით მდგომარეობათა შემთხვევებში, როდესაც კლინიკურ სურათში ჭარბობს ჰალუცინაციები, ფსიქიკური ავტომატიზმები, აგზნება და აფექტური აშლილობანი. ჰალოპერიდოლი ინიშნება აგრეთვე პერიოდულად მიმდინარე შიზოფრენიისა და კატატონიის დროს. სიმპტომატური მკურნალობის მიზნით ჰალოპერიდოლი გამოიყენება ფსიქოპათიების, რეაქტიულ მდგომარეობათა, ეპილეფსიის და ნევროზების შემთხვევებში.

ჰალოპერიდოლი ინიშნება დასაღვევად და კუნთებში გასაკეთებლად. დოზების დადგენა ხდება ინდივიდუალურად. სუსტად გამოხატული აგზნების დროს ეძლევა 0,5—1 მილიგრამი დასაღვევად. ძლიერი ფსიქომოტორული აგზნების კუპირების მიზნით პრეპარატი კეთდება კუნთებში 2—5 მილიგრამის რაოდენობით (0,5% ხსნარის 0,4—1 მლ) 2—3-ჯერ დღეში. საღვლეღამისო დოზა არ უნდა აღემატებოდეს 0,015 გ. მყარი თერაპიული ეფექტის მიღების შემდეგ ჰალოპერიდოლი მიეცემა დასაღვევად წვეთების სახით. იწყება 10 წვეთის მიცემით, შემდეგ დოზები დიდდება. მაქსიმალურად შეიძლება მიეცეს 50—100 წვეთი 2—3-ჯერ დღეში. რეზისტენტულ შემთხვევებში დოზა შეიძლება გაიზარდოს 150—300 წვეთამდე. გამოჯანმრთელების შემდეგ პრეპარატი უნდა მიეცეს ოპტიმალურ დოზებში, რომელიც შემდეგ თანდათან მცირდება.

მკურნალობის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია დაავადების სასიათზე და მიმდინარეობაზე. სტაციონარში მკურნალობა გრძელდება 2—6 კვირა, შემდეგ ტარდება გამამტკიცებელი თერაპია ამბულატორიულად.

ჰალოპერიდოლს სხვა ნეიროპლეგიური საშუალებებიდან გამსსვავებით გააჩნია ის უპირატესობა, რომ მისი დანიშნისათვის არ არსებობს სომატური უკუჩვენებანი, გარდა ცენტრალური ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანებისა, გამოხატული ორგანული ნიშნებით.

ჰალოპერიდოლით მკურნალობის პროცესში შეიძლება განვითარდეს გართულებანი ექსტრაპირამიდული აშლილობების სახით (პარკინსონიზმი, აკათიზია, დისტონიური მოვლენები). აღნიშნული მოვლენები ადვილად იხსნება არტანის ან კოფეინის დანიშვნის შემდეგ. დონების გადაჭარბების შემთხვევაში შეიძლება განვითარდეს აგზნების, შიშის, განუაშის მდგომარეობა, უძილობა, სახის და კისრის კუნთების კრუნჩხვითი დაძაბულობა, რომლებიც ადვილად გაივლის ამინაზინის რამდენიმე ინექციის შემდეგ.

Rp.: Halloperidoli 0,0005

D. t. d. № 50 in tabul.

s. 1—2 ტაბლეტი დღეში 3-ჯერ

Rp.: sol. Halloperidoli 0,2% 15,0

in gutt—1 fl.

D. s. 15—20 წვეთი დღეში 2—3-ჯერ

Rp.: sol. Halloperidoli 0.5%—1,0

D. t. d. № 10 in amp.

გ. 1—2 ამპულა წინასწარ განზავებული 5,0  
ფიზიოლოგიურ სსნ-რში, კუნთებში საინექციოდ.

ჰექსამიდინი (მაისოლინი, მ-ლუფსინი, პრიმილონი) წარმოადგენს კრუნჩხვის საწინააღმდეგო საშუალებას, რომელიც ძირითადად იხმარება დიდი გულყრების დროს. ნაკლებად ეფექტურია მცირე გულყრებისა და ფსიქიკური ექვივალენტების შემთხვევებში. ინიშნება ფხვნილის ან ტაბლეტების სახით. მოხრდილებს პირველ და მეორე დღეს ვაძლევი 0,125 გ (დღისით ან ძილის წინ), მესამე დღეს 0,25 გ. შემდეგში, ყოველი 3—7 დღის შემდეგ, დოზებს ვაძლევი და აგუყავს დღიური დოზა 0,5—1,5 გრამამდე (0,25—0,5 გრამი, 2—3-ჯერ დღეში). უმაღლესი დოზები მოწოდებულია: ერთ-ჯრადი — 0,75 გრამი, დღე-ღამის — 2 გ. დღე-ღამის დოზა ბავშვებისათვის: 3—6 წლის — 0,25—0,75 გრამი; 7—10 წლის — 0,5—1 გ; 11—13 წლის — 0,75—1,25 გ; 14—16 წლის — 0,75—1,5 გ.

ჰექსამიდინი ნაკლებად ტოქსინურია. უკუნაჩვენებია ღვიძლის, თირკმლების და სისხლმბადი ორგანოების დაავადებათა დროს. გამოიყენება როგორც ცალკე, ისე ნარევის სახით (ვორობიოვის ნარევი).

Rp.: Hexamidini 0,25

D. t. d. № 24 in tabnl.

გ. თითო ტაბლეტი ორჯერ დღეში

ვორობიოვის ნარევი:

Rp.: Hexamidini 0,125 (0,25—0,5)

Diphenini 0,05 (0,1)

Spasmolytini 0,15 (0,2—0,25)  
Acidi nicotini 0,03 (0,06)  
Acidi glutaminici 0,5 (1,0—1,5)  
Coffeini puri 0,015 (0,02)  
glucosa 0,3 (0,3)

D. t. d. № 60 ევლათინის კაფსულებში. თითო  
ფხვნილი 3-ჯერ დღეში კამის შემდეგ, 6—12 თვის  
განმავლობაში

---

ჰექსენალი წარმოადგენს საძილე საშუალებას, ხოლო დიდ  
დოზებში ავლენს ნარკოზულ ეფექტს. ფსიქიატრიის პრაქ-  
ტიკაში შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს მოტორული აგზ-  
ნების დროს და, აგრეთვე, როგორც კრუნჩხვის საწინააღმდე-  
გო საშუალება. შეიყვანება ვენაში, ზოგჯერ კუნთებში ან ოყ-  
ნის საშუალებით.

აგზნების დროს ჰექსენალის 10% ხსნარი, 2-დან 10 მლ  
ჩაოდენობით შეჰყავთ ვენაში. უკუნაჩვენებია ღვიძლისა და  
თირკმლების ფუნქციის მოშლის, სეფსისის, ცხვირ-ხახის ან-  
თებითი დაავადების დროს.

---

ჰიბიკონი — იხ. ქლორაკონი.

---

ჰიპნოზი — იხ. ფსიქოთერაპია.

---

ჰიპოთიაზიდი (დიქლორთიაზიდი) დიურეზიული საშუა-  
ლებათ, რომელსაც გააჩნია აგრეთვე არტერიული წნევის და-  
წევის უნარი.

უკუჩვენება: თირკმლის მძიმე უკმარისობა.

Rp.: Dichlothiazidi 0,025

D. t. d. № 20 in tabul.

s. 1—2 ტაბლეტი 1—2-ჯერ დღეში.

---

## ზ ი ნ ა ა რ ს ი

<b>წინასიტყვაობა</b>	<b>3</b>
<b>1. ფსიქიკურ დაავადებათა მკურნალობა</b>	
შიზოფრენია . . . . .	5
მანიაკალურ-დებრესიული ფსიქოზი	11
ეპილეუსია . . . . .	16
ინფექციური ფსიქოზები	23
ღუესური ფსიქოზები . . . . .	26
არაინფექციური წარმოშობის სომატოგენური ფსიქოზები . . . . .	30
ენდოკრინულ დაავადებათა შედეგად განვითარებული ფსიქიკური აშლილობანი	33
ნარკომანიები	36
ინტოქსიკაციური ფსიქოზები	47
ტრავმული ფსიქოზები . . . . .	48
სისხლძარღვოვანი დაავადებებით გამოწვეული ფსიქიკური აშლილობანი	51
თავის ტვინის სიმსივნეების დროს განვითარებული ფსიქიკური აშლილობანი . . . . .	53
პრესენილური ფსიქოზები	54
ზოხუცებულობის ფსიქოზები	55
ოლიგოფრენია . . . . .	57
რუაქტიული ფსიქოზი	58
ნევროზები	61
ფსიქოპათიები	65

## II, სამკურნალო საშუალებანი და ღონისძიებანი

აბაზანა	67
ადრენალინი	67
ამინაზინი	68
ანდაქსინი	71
ანტაბუსი	73
აპომორფინი	75
არტანი	76
აჯროპინი	77
ზარბამილი	77
ბელასპონი	78
ბენზონალი	79
ბესტირევის მიქსტურა	80
ბიოქინოლი	80
ბისმოლეროლი	81
ბითიუროლი	81
ბრომიდეზი	81
გადაუღებელი ფსიქიატრიული დახმარება	83
კალუქონა	83
კეტამინის ჰეაეა	84
დარიწმენის პრეპარატები	85
დეპარკინი	85
დილანტინი	85
დიმედროლი	86
დიოპონინი	86
დისპანსერიაზაცია ფსიქიკურ ავადმყოფთა	87
ელენიუმი	88
ეტაპერაზინი	89
ეუფილინი	90
ეჟინოფსინი	90
ვიტამინები	94
ინსულინოთერაპია	94

იოდის პრეპარატები	98
იძულებითი მკურნალობა	99
კავკასიური შებრუნებითი ტიფით მკურნალობა	101
კალციუმის ქლორიდი	102
კომბინირებული თერაპია ფსიქოზების	102
კორდიამინი	103
კორდიაზოლი	104
კორექტორები	104
კორტიზონი	104
კოფეინი	105
კრუნჩხვითი თერაპია	105
ლიპოცერებრინი	111
ლობელინი	111
ლუმბალური პუნქცია	111
ლუმინალი	112
ლუციდრილი	113
მაგნიუმის სულფატი	113
მალარიოთერაპია	113
მაოს ინჰიბიტორები	115
მასაჟი სამკურნალო	115
მაჟუპტილი	115
მეზატონი	117
მელიპრამინი	116
მელიქტინი	120
მერკუზალი	120
მეურვეობა ფსიქიკურ ავადმყოფთა	121
ნიარსენოლი	121
პოვლა ფსიქიკურ ავადმყოფთა	122
პორფიუმი	123
ნაპოტონი	124
ნოვარსენოლი	124
ნოვოკაინი	125
ნოქსირონი	126



ნურედალი	126
პანტოკრინი	127
პატრონაჟი	127
პენიცილინით მკურნალობა	128
პერნოვინი	129
პიროთერაპია	130
პრედნიზოლონი	130
პროპაზინი	130
ჟენშენი	132
რეზერპინი	132
რომპარკინი	133
სამკურნალო ფიზკულტურა	133
სასწრაფო ფსიქიატრიული დახმარება	134
სედუქსენი	134
სეკურინინი	135
სერვისკის მიქსტურა	136
სინდიკით მკურნალობა ლუესის	136
სტაციონარი ფსიქიატრიული	137
სტრიქნინი	138
სტროფანტის პრეპარატები	139
სულფოზინი	139
სუპრასტინი	140
ტრანსამინი	140
ტიზერცინი	141
ტრიმეთინი	143
ტრიფტიზოლი	144
ტრიფტაზინი	144
ფენაშინი	146
ფენატინი	147
ფენიბუტი	143
ფიზიოლოგიური ხსნარი	148
ფიტინი	149
ფოლიკულინი	149

ფონურიტი	. 150
ფრენოლონი	150
ფსიქიატრიული დახმარების ორგანიზაცია	151
ფსიქოთერაპია	151
ფსიქოპროფილაქტიკა	. 155
ფსიქოფარმაკოლოგია	. 155
ფსიქოპიგიენა	. 156
ჭაფური	. 157
ქლორაკონი	. 157
ქლორალჰიდრატი	158
ქლორიდინი	159
შრომათერაპია	160
ცენტედრინი	162
ციტიტონი	163
ტელოზური კვება	163
ქალოპერიდოლი	164
პექსამიდინი	167
ჰეპსენალი	. 168
ჰიპოთიაზიდი	168

რედაქტორი ი. ხუხდაძე  
მხატვრული რედაქტორი ნ. ლაფაჩი  
ტექნორედაქტორი ვ. კიკინაძე  
კორექტორი მ. ერისთავი

გადაეცა წარმოებას 26/VIII-69 წ. ხელმოწერილია დასაბუქდად  
12/II-70 წ. ქალაქის ზომა 70X108<sup>1</sup>/<sub>32</sub>. პირობითი საბუქდო თაბახი  
7,58. სააღრ.-საგამომც. თაბახი 6,07.

ტირაჟი 1000. შეკვ. № 823.

ფასი 65 კაპ.

გამომცემლობა „საბჭოთა საქართველო“  
თბილისი, მარჯანიშვილის 5

საქართველოს სსრ მინისტრთა საბჭოს ბეჭდვითი სიტყვის სახელმწიფო  
კომიტეტის მთავარპოლიგრაფმრეწველობის თბილისის სტამბა № 4.  
Тбилисская типография № 4, Главполиграфпрома Государственного  
комитета Совета Министров Грузинской ССР по печати