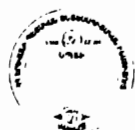


Մ. Ն. ԵՆԳՈՅԱՆ, Ա. Խ. ՍՏԵՓԱՆՅԱՆ
Կ. Կ. ԴԱՎԹՅԱՆ, Ն. Ռ. ՊԵՏՐՈՍՅԱՆ

**Արտակարգ իրավիճակների վնասման օջախներում
զանգվածային վնասվածքների
առաջին բուժօգնության կազմակերպումը
(դասախոսություններ)**



ՏՆՏԵՍԱԳԵՏ
ԵՐԵՎԱՆ 2006

ՀՏԴ 616 - 083.98
ԳՄԴ 53.5
Ա 940

Հրատարակության է երաշխավորել ԵՊՏԻ
առաջին բուժօգնության և
քաղաքաշտպանության ամբիոնը

Գրախոս՝ Տ. Ա. Գաբրիելյան
Մասն. խմբագիր՝ դոց., բժշկ. գ.թ. Ա. Թ. Օգանեզովա

Ա 940 Արտակարգ իրավիճակների վնասման օջախներում
զանգվածային վնասվածքների առաջին բուժօգնության
կազմակերպումը / Մ. Ն. ԵՆԳՈՅԱՆ, Ա. Խ. ՍՏԵՓԱՆՅԱՆ,
Կ. Կ. ԴԱՎԹՅԱՆ, Ն. Ռ. ՊԵՏՐՈՍՅԱՆ
(դասախոսություններ).-Եր.:
Տնտեսագետ, 2006.- 78 էջ:

Դասախոսությունները ներկայացնում են «Արտակարգ
իրավիճակներում առաջին բուժօգնության կազմակերպու-
մը» դասընթացի հիմնական բաժիններից մեկի ծրագրային
թեմաները՝ արտակարգ իրավիճակների վնասման օջախ-
ներում զանգվածային վնասվածքների ժամանակ առաջին
բուժօգնության կազմակերպումը:

Աշխատանքը նախատեսված է տնտեսագիտական բու-
հերի ուսանողների և մասնագետների համար:

Ա $\frac{4108020000}{719(01)-2006}$ 2006

ԳՄԴ 53.5

ISBN 99941 - 51 - 18 - 5

ՀՊՏՀ գրադարան



© «Տնտեսագետ» հրատ., 2006

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

1. Աղետների բժշկության տեսության զարգացման խնդիրները.....	4
2. Բուժօգնության տեսակները	7
3. Աննեխություն և հականեխություն	10
4. Վերքեր	12
5. Կծած թունավոր վերքեր.....	19
6. Վերքային վարակ (ինֆեկցիա).....	22
7. Վերակենդանացում (ռեանիմացիա).....	26
8. Օտար մարմինների՝ օրգանիզմ ներթափանցման ուղիները	31
9. Արյունահոսություն	34
10. Ոսկրերի կոտրվածքներ	37
11. Փակ վնասվածքներ.....	42
12. Վնասվածքային (տրավմատիկ) շոկ	45
13. Վնասվածքային թունավորում (տոքսիկոզ)	48
14. Այրվածքներ	50
15. Ցրտահարություն.....	56
16. Ջրահեղձություն	59
17. Էլեկտրավնասվածք (էլեկտրատրավմա).....	61
18. Գանգի վնասվածքներ, ուղեղի ցնցում	64
19. Ողնաշարի վնասվածքներ.....	66
20. Կրծքավանդակի վնասվածքներ	68
21. Որովայնի վնասվածքներ	70
22. Համակցված ախտահարումներ.....	72
23. Գրականություն.....	77

ԱՂԵՏՆԵՐԻ ԲԺՇԿՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍՈՒԹՅԱՆ ԶԱՐԳԱՅՄԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ



Քաղաքակրթության զարգացումը, արդյունաբերության, տրանսպորտի նոր տեսակների ստեղծումն ու աճը, ինչպես նաև տարերային աղետների հաճախականության և բնույթի մշտական փոփոխությունները գիտության, այդ թվում բժշկագիտության առջև դնում են նոր խնդիրներ: Ահա թե ինչու XX դարի վերջում բժշկագիտության բնագավառում զարգանում է մի նոր ուղղություն՝ «աղետների բժշկություն»: Դա կապված է որոշակի իրավիճակների հետ, որոնք առնչվում են ժամանակակից հասարակության զարգացման մարտավարական և ռազմավարական առաջընթացին ընդհանարապես և առողջապահության հետ մասնավորապես: Բժշկագիտության այդ ուղղության ձևավորումը վերջին տասնամյակի ընթացքում տարբեր փուլերում կատարվել է երկրաբանության, երկրաշարժագիտության, տնտեսագիտության, հասարակագիտության, ռազմագիտության բնագավառների հետ բժշկագիտության միացման միջոցով, որոնք զբաղվում են բնական, բնապահպանական և այլ բնույթի վթարների ազդեցության նվազեցման և դրանց հետևանքների վերացման արդյունավետ որոշումների որոնման հարցերով:

Այս խնդիրը արդիական է նրանով, որ նշված բոլոր արտակարգ իրավիճակների ժամանակ հիմնական մասնակիցը մարդն է:

Աղետների վտանգի և ռիսկի դեմ պայքարի գործում ընդգրկվում են մեծ թվով մարդկային, նյութատեխնիկական և կազմակերպական ռեսուրսներ: Դա պահանջում է աղետների բժշկության ծառայության գործունեության ծավալում, որը հնարավորություն կտա կենտրոնացնելու անհրաժեշտ ուժերն ու միջոցները և դրանք դնել գործողության մեջ:

Աղետների բժշկությունը համարվում է բժշկագիտության մի ճյուղ, որը ներկայացնում է գիտական մտքի և գործնականի միասնական համալիր, որի նպատակը մարդկային կյանքի փրկությունը,

բնակչության առողջության պահպանումն է վթարների, բնական աղետների, համաճարակների դեպքում: Կարելի է ավելացնել, որ սա բժշկագիտության մի նոր ուղղություն է, որն ուսումնասիրում է սանիտարական կորուստների չափը բնական, տեխնածին, բնապահպանական վթարների ժամանակ, որի հիման վրա մշակվում են դրանց վերացման ուղիները և միջոցները:

Աղետների բժշկության բնագավառում հարցերի մշակումը կարելի է նպատակաուղղել երկու հիմնական խնդիրների լուծմանը.

1. Մարդկանց առողջության վրա արտակարգ իրավիճակների և վթարների ազդեցության նվազեցմանն ուղղված համալիր միջոցառումների իրականացում:
2. Արտակարգ իրավիճակների, վթարների հետևանքների արդյունավետ վերացմանն առնչվող գիտահետազոտական մշակումների, մոդելավորումների կատարում:

Այս նպատակով գիտնականների մեծ խմբի գործունեությունն ուղղված է աղետների բժշկության և հետևյալ հիմնական բաժինների խնդիրների լուծմանը.

1. Վթարների կառավարման քաղաքականության զարգացում: Արտակարգ իրավիճակների և վթարների պայմաններում ինտեգրացված կառավարման ժամանակակից ձևի ստեղծում: Պետական և տարածաշրջանային կառուցվածքների ձևավորում:
2. Աղետների բժշկության գաղափարախոսության ստեղծում: Վթարների դեպքում առողջապահական ցանցի ձևավորում: Կադրերի ուսուցման կազմակերպում: Ինֆեկցիոն իրադրության վերահսկում:
3. Աղետների դեպքում բուժախտորոշման աշխատանքի ռազմավարության և մարտավարության մշակում:
4. Աղետների բժշկության հոգեբանասոցիալական հայեցակարգի հստակեցում:

Ի՞նչ է նշանակում «աղետ»՝ առողջապահական ծառայության առումով. հանկարծակի բնական երևույթի կամ մարդու գործողության արդյունքում առաջացած մարդկային բազմաթիվ զոհերի կամ

մարդկանց առողջության վատացման իրավիճակն է, որը պահանջում է շտապ բժշկական օգնության ցուցաբերում, երբ առկա է անհամաչափություն բուժանձնակազմի, միջոցների և տուժածների թվաքանակի միջև: Առաջին բուժօգնության որակը և տուժածի վիճակի ճիշտ գնահատումը վիրավորի կյանքի պահպանման գրավականն է: Վերջինիս արդյունավետությունը ցածր է լինում համապատասխան ծավալի բժշկական օգնության, նախաբժշկական միասնական հայեցակարգի բացակայության պատճառով:

Բնական աղետների հետևանքով առաջացած ծայրահեղ պայմաններում կարևոր բժշկասոցիալական հիմնախնդիր է համարվում ոչ վարակիչ բնույթի հիվանդությունների կանխումը, որոնք աղետների ժամանակ կրում են համատարած բնույթ և իրենց դրսևորմամբ հիշեցնում են խոշոր համաճարակներ: Դրանք դառնում են անաշխատունակության, անդամալուծության, վերջապես՝ մահվան պատճառ և հանգեցնում են լուրջ տնտեսական և բժշկական հետևանքների: Օրինակ՝ երկրաշարժից բավական ժամանակ հետո հաճախ են հանդիպում այն ոչ վարակիչ հիվանդությունները, որոնց առաջացման հիմքում առկա են հոգեհուզական սթրեսը, հոգեբանական գործոնը, որոնք գերիշխում են աղետների ժամանակ: Մարդկային մեծ զոհերով յուրաքանչյուր աղետ սկզբնական շրջանում հանգեցնում է անխուսափելի քաոսի, տուժածների հայտնաբերման, նրանց առաջին բուժօգնության ցուցաբերման անհնարինության. դա հատկապես վերաբերում է վիրավորների և տուժածների տեսակավորման ու տեղափոխման գործընթացին: Այստեղ մեծ նշանակություն ունի նաև հոգեկան սթրեսը, որը առկա է ծանր երկրաշարժերի և աղետների ժամանակ: Տարերային աղետների, տեխնոգեն վթարների հետևանքով ստեղծված ոչ բարենպաստ պայմաններում մասնագիտացված շտապ բուժօգնություն կազմակերպելու նպատակով ամենայն սրությամբ առաջ են քաշվում առողջապահական օղակների աշխատանքների, կադրերի պատրաստման հարցերի վերակառուցման խնդիրները և «աղետների բժշկության» համակարգ ստեղծելու անհրաժեշտությունը: XX դարավերջի մեծ մասշտաբի աղետները (Սպիտակի ավերիչ երկրա-

շարժը, Չեռնոբիլի ատոմակայանի վթարը և այլն) բացահայտեցին արտակարգ իրավիճակներում առողջապահության ծառայության անպատրաստ լինելը և բժշկական անձնակազմի թերի մասնագիտացումը: Այսպես օրինակ՝ Սպիտակի երկրաշարժից հետո բուժօգնության կազմակերպումը անբավարար է եղել. ինչպես մինչբժշկական, այնպես էլ ստացիոնար փուլերում բժիշկները թույլ են տվել սխալներ վնասվածքների ծանրության աստիճանը որոշելիս, տուժածների տեսակավորման և տեղափոխման հարցերում, ինչը հանգեցրել է հաշմանդամության և մահացության բարձր տոկոսի:

Այս թերությունները վերացնելու նպատակով մշակվում են տարբեր ծրագրեր, համալիր միջոցառումներ, որոնց հիմնական նպատակը տարբեր բնույթի աղետների, արտակարգ իրավիճակների ժամանակ բարձր մասնագիտական պատրաստվածություն ցուցաբերելն է ժամանակակից արդյունավետ մեթոդներով բուժկանխարգելիչ և սանիտարահամաճարակային օգնություն կազմակերպելիս:

ԲՈՒԺՕՂՆՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿՆԵՐԸ



Արտակարգ իրավիճակը որոշակի տարածքում աղետի գոտում կամ դեպքի վայրում մարդկային զոհերի առկայությունն է, որն ուղեկցվում է մարդկանց կարգավորված կենսագործունեության խանգարումով: Այս իրավիճակում առաջանում է առաջին բուժօգնության շտապ ցուցաբերման անհրաժեշտություն: Ամբողջ աշխարհում բնական աղետների, տեխնածին և բնապահպանական վթարների հաճախականությունը, դրանցից տուժածների և մարդկային զոհերի թիվն աճել, հասել է աղետալի չափերի: Այսպես. 2002թ. բնական աղետներից և այլ բնույթի վթարներից տուժած մարդկանց թիվը հասել է մինչև 250 մլն, այն դեպքում, երբ 1991-2000թթ. այդ թիվը, միջին հաշվով, եղել է 211 մլն: Միայն 2004թ. վերջին ավերիչ երկրաշարժը և ցունամին խլել են 280 000

մարդկային կյանք: Աղետների թվի աճը կապված է ամբողջ աշխարհում շրջակա միջավայրի վրա մարդկանց ներգործության աճով, ինչպես նաև միջուկային և ժամանակակից զենքերի նոր տեսակների փորձարկումներով և այլ պատճառներով:

Ամենածանր հետևանքներն առաջանում են բնական աղետներից՝ երկրաշարժից, ջրհեղեղներից: Այսպես, Սպիտակի երկրաշարժը ընդգրկել է մեր հանրապետության տարածքի 40%-ը, որտեղ ապրում էր մոտ 1 մլն մարդ: Աղետի գոտում գոհվել է 25000 մարդ, փլատակների տակից հանել են 40000 մարդ, որոնք ստացել էին տարբեր աստիճանի վնասվածքներ:

Սպիտակի երկրաշարժի ժամանակ ակնհայտ դարձան ազգաբնակչության անպատրաստ լինելը արտակարգ իրավիճակներին, քաղաքաշտպանության բժշկական ծառայության թերի գործողությունները առաջին բուժօգնություն ցուցաբերելու հարցում, ուստի առողջապահական ծառայության հիմնական խնդիրը դարձավ արմատապես վերանայել նշված հարցերը: Բացի դրանից, նկատի ունենալով, որ ՀՀ-ում մեծ է բնական և մարդու գործունեության հետ կապված աղետների հավանականությունը (գործում է ատոմակայանը, կան քիմիական վտանգավոր արդյունաբերական օբյեկտներ), աղետների դեպքում առաջին բուժօգնության կարիք ունեցողների թիվը կարող է չափազանց մեծ լինել:

Արտակարգ իրավիճակներում առաջին բուժօգնությունը ձեռնարկվող գործողությունների համակարգ է, որի նպատակն է օգնել տուժածին կամ տուժածներին մինչև մասնագիտական բուժօգնության ցուցաբերումը:

Բնակչության զանգվածային ախտահարումների և արտակարգ իրավիճակների գոտիներում իրականացնում են բժշկական օգնության հետևյալ տեսակները. առաջին բուժական օգնություն, առաջին բժշկական օգնություն, մասնագիտական բժշկական օգնություն:

Առաջին բուժական օգնությունը իրականացվում է ախտահարման օջախում, աղետի գոտում ազգաբնակչության կողմից՝ ինքնօգնության և փոխօգնության ձևով, ինչպես նաև սանիտարական

դրուժինաների և քաղաքաշտպանության ոչ բժշկական խմբավորումների անձնակազմի կողմից: Այդ օգնությունը ունի հետևյալ խնդիրները.

1. Տուժածի կյանքին սպառնացող վտանգի վերացման համար անհրաժեշտ միջոցառումների իրականացում՝ սիրտ-թոքային վերակենդանացում կամ ռեանիմացիա (արհեստական շնչառություն, սրտի արտաքին մերսում), արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցում, ցավազրկում, կոտրվածքի ժամանակավոր անշարժացում և այլն:

2. Վերքերի հնարավոր բարդացման կանխարգելում՝ վերքերի վիրակապում:

3. Տուժածների և վիրավորների տեսակավորում (ըստ ծանրության աստիճանի) և տեղափոխման կազմակերպում:

Պետք է նշել, որ առաջին բուժօգնության որակից և ցուցաբերման ժամանակից են կախված վնասվածքների հետագա ընթացքն ու ելքը: Այդ օգնության բնույթն ու ծավալը կախված են մի շարք հանգամանքներից՝ վնասվածքի տեսակից, չափից, ծանրության աստիճանից, ինչպես նաև այն պայմաններից, որոնցում ցույց է տրվում այդ օգնությունը:

Աղետների օջախում, եթե վիրավորներին անհրաժեշտ բուժօգնությունը ուշանում է 1 ժամով, ապա մահանում է նրանց 30%-ը, 3 ժամով՝ 60%-ը, 6 ժամով՝ 90%-ը: Երբեմն մարդիկ խուսափում են առաջին բուժօգնություն ցուցաբերելուց:

Առաջին բժշկական օգնությունը ցուցաբերվում է մոտակա հիվանդանոցում, ինչպես նաև օջախում պահպանված բուժկանխարգելիչ հիմնարկների կամ արագ ծավալված դաշտային հիվանդանոցների բժշկական անձնակազմի կողմից: Դա իրականացվում է հակաբիոտիկների, հակափայտացման շիճուկի, անատոքսինի, ցավազրկիչ նյութերի կիրառմամբ, ինչպես նաև հակաշոկային միջոցառումներով, արյան և դրա փոխարինիչների ներարկումով, արյունահոսության վերջնական դադարեցումով, շնչահեղձության վերացմամբ և այլն: Տուժածների զանգվածային հոսքի պատճառով առաջին բժշկական օգնության ջոկատները վերքերի վիրաբուժա-

կան մշակում չեն կատարում (որոշ բացառություններով): Դա կատարվում է հաջորդ փուլում: Առաջին բժշկական օգնությունից հետո, անհրաժեշտության դեպքում, տուժածները տեղափոխվում են մասնագիտացված հիվանդանոցներ:

Մասնագիտական բժշկական օգնությունը, ցուցմունքի դեպքում, կազմակերպվում է մասնագիտացված հիվանդանոցներում՝ որակյալ նեղ մասնագետների (վիրաբուժի, վնասվածքաբանի, ուրոլոգի) կողմից:

Այսպիսով, արտակարգ իրավիճակներում, աղետի գոտում ժամանակին և ճիշտ ձեռնարկվող հմուտ գործողություններով կարելի է նվազեցնել զոհերի քանակը և կանխել վնասվածքների հնարավոր բարդությունները: Այդ գործողությունների ճիշտ իրականացման համար անհրաժեշտ է ունենալ բժշկական տարրական գիտելիքներ մարդու օրգանիզմի կառուցվածքի, վնասվածքների տեսակների (արյունահոսություն, այրվածք, կտրվածքներ, ցրտահարություն), սուր նոպաներով ընթացող հիվանդությունների մասին և առաջին բուժօգնության ցուցաբերման գործողությունների կատարման հմտություն:

ԱՆՆԵԽՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՀԱՎԱՆԵԽՈՒԹՅՈՒՆ.



■ **Աննեխություն** (ասեպտիկա, ա-բացասում, սեպսիս-նեխում) է կոչվում ֆիզիկական և քիմիական միջոցառումների այն համակարգը, որոնց միջոցով ոչնչացվում են մանրէները՝ նախքան վերքի մեջ թափանցելը: Մեզ շրջապատող արտաքին միջավայրում՝ օդում, ջրում, առարկաների, հագուստի, մարդու մաշկի վրա գտնվում են մեծ քանակությամբ մանրէներ, իսկ ասեպտիկայի հիմնական սկզբունքն է՝ այն ամենը, ինչ շփվում է վերքի հետ, պետք է լինի մանրէազերծված: Ասեպտիկ ֆիզիկական միջոցներից են բարձր ջերմությունը, բարձր ճնշումը, որոնք սպանիչ ներգործու-

թյուն են ունենում մանրէների վրա, քիմիական միջոցներ են սպիրտը, յոդը և այլն:

Այս մեթոդը կանխարգելիչ միջոցառում է վարակի դեմ (վերքային ինֆեկցիա):

Վերքի մեջ վարակը ներթափանցում է հետևյալ ուղիներով՝ օդային, կաթիլային և շփման:

1. Օդային ուղին բացառելու նպատակով վիրահատություններից առաջ անհրաժեշտ է վիրահատական սրահի օդը մանրէազերծել ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների օգնությամբ՝ 2 ժամվա ընթացքում:
2. Կաթիլային ճանապարհը բացառելու համար վիրահատական սրահում գտնվող բոլոր մարդիկ (վիրաբույժ, օգնական, բուժքույր և այլոք) պետք է հագնեն թանգիֆային դիմակ:
3. Շփման ճանապարհով վարակը կանխելու համար անհրաժեշտ է մանրէազերծել այն բոլոր գործիքները, նյութերը և այլն, որոնք շփվում են վերքի հետ:

ա/ Վիրաբուժական գործիքների մանրէազերծումը կատարվում է եռացման միջոցով, հատուկ ստերիլիզատորներում: Ստերիլիզացիայից առաջ գործիքները ենթարկվում են մեխանիկական մաքրման (լվացվում են տաք օճառաջրով): Ստերիլիզացիան կատարվում է նատրիումի հիդրոկարբոնատի 1-2%-անոց լուծույթում, որն ավելի բարձր ջերմաստիճանում է եռում և արգելակում գործիքների ժանգոտումը: Լիարժեք ստերիլիզացիա է տեղի ունենում 20-30 րոպե անընդմեջ եռալուց հետո: Թարախածին մանրէներով (թարախով) աղտոտված գործիքները ստերիլիզացվում են մասմաս եռացնելու միջոցով՝ 2 ժամվա ընթացքում:

Կտրող, սուր վիրաբուժական գործիքները ստերիլիզացնում են 96° սպիրտի մեջ ընկղմելով՝ 1-2 ժամից ոչ պակաս ժամանակում:

բ/ Սպիտակեղենի և վիրակապական նյութերի (թանգիֆ, բամբակ, բինտ, վիրախժուծ (տամպոն), գնդիկ, անձեռոցիկ) ստերիլիզացիան կատարվում է հատուկ սարքավորումներում՝ ավտոկլա-

վում, բարձր ճնշման տակ՝ գոլորշու միջոցով: Ավտոկլավում ստե-
րիլիզացիան իրականացվում է 1մթն ճնշման և 115-120°C ջերմաս-
տիճանի պայմաններում՝ 30 րոպեի ընթացքում: Ավտոկլավի մեջ
վիրակապական նյութերը դրվում են բիքսերի (մետաղաթմբուկ)
միջոցով: Բիքսերը հատուկ մետաղական թմբկազևաններ են, որոնք
ունեն կափարիչ, կողմնային պատերի վրա անցքեր (գոլորշու ներ-
թափանցման համար) և անցքերը բացող ու փակող հարմարանք:

զ/ Վիրաբուժի ձեռքերի, վիրահատական դաշտի, կարաթելերի
և այլնի ստերիլիզացիա: Վիրահատությունից առաջ անհրաժեշտ է
մանրէազերծել նաև վիրաբուժի և նրա օգնականների, բուժքրոջ
ձեռքերը, վիրահատական դաշտը (հիվանդի մաշկը), կարաթելերը
և այն բոլոր գործիքները, նյութերը, որոնք հպվում են վերքին:

■ **Հականեխումը (անտիսեպտիկա)** միջոցառումների հա-
մալիր է, որի նպատակը վերքի մեջ մանրէների ներթափանցումից
հետո դրանց ոչնչացնելն է:

Անտիսեպտիկայի մեթոդները

1. **Մեխանիկական անտիսեպտիկական** մեթոդ է, որի ժամա-
նակ մեխանիկական միջոցներով հեռացվում են վերքի մեջ
գտնվող մահացած հյուսվածքները, օտար մարմինները,
իսկ վերքի եզրերից, պատերից և հատակից՝ հյուսվածքնե-
րի թարախակալված շերտերը՝ մինչև առողջ հյուսվածք:
Այս ձևով վերքը վարակազերծվում է:
2. **Ֆիզիկական անտիսեպտիկա:** Այս մեթոդի էությունն
այն է, որ վարակի դեմ օգտագործվում են ֆիզիկական մի-
ջոցներ. օդի և լույսի ազդեցության շնորհիվ վերքի ար-
տադրուկը գոլորշիանում, վերքը «չորանում» է, և անբարե-
նպաստ պայմաններ են ստեղծվում մանրէների զարգաց-
ման համար: Դրա վրա է հիմնված, այսպես կոչված, վերքե-
րի բուժման բաց եղանակը:

Այդ նպատակին են ծառայում նաև վիրակապական նյու-
թերը, որոնք դուրս են բերում վերքի արտադրուկը: Որոշ
դեպքերում արտահոսքն արագացնելու և ուժեղացնելու

համար վերքերի մեջ դնում են զանազան ցամաքուրդներ (դրենաժներ)՝ խողովակներ, ժապավեններ և այլն:

- 3. Քիմիական անտիսեպտիկա:** Այս դեպքում վարակի դեմ պայքարում են՝ օգտագործելով զանազան անտիսեպտիկ նյութեր՝ յոդ, սպիրտ, կալյումի պերմանգանատ, բետադին, լյուգոլի լուծույթ, ջրածնի պերօքսիդ, ֆորմալին, լիզոլ, բրիլյանտին կանաչ (զեյոնկա), ռիվանոլ, որոնք ունեն մանրէասպան ազդեցություն և կոչվում են քիմիական հականեխիչներ: Գոյություն ունեն նաև կենսաբանական հականեխիչներ՝ հակաբիոտիկներ:
- 4. Կենսաբանական անտիսեպտիկա:** Այս մեթոդի նշանակությունը պետք է հասկանալ լայն իմաստով: Նախ անհրաժեշտ է հաշվի առնել մարդու օրգանիզմի պաշտպանողական ուժերը, իմունակենսաբանական, համակշռիչ (կոմպենսատոր) հատկությունները և դրանց կենտրոնացումը՝ վարակի դեմ պայքարելու գործում: Այս նպատակով կիրառվում են մի շարք միջոցառումներ, որոնք բարելավում են արյան և ավշային շրջանառությունները, կարգավորում են արյան պատկերը, ուժեղացնում են ֆագոցիտոզը:

ՎԵՐՔԵՐ



Մեխանիկական պատճառներից մարմնի արտաքին ծածկույթների մաշկի կամ լորձաթաղանթի ամբողջականության խախտումը կոչվում է վերք:

Վերքերի նշանները

Վերքերի հիմնական նշաններն են՝ մաշկի լայնաբացումը, ցավը և արյունահոսությունը:

■ Մաշկի լայնաբացումը

Վերքն առաջանում է, երբ հյուսվածքների անընդհատությունը խախտվում է, և իրենց առաձգականության շնորհիվ դրանք որոշ

չափով հեռանում են միմյանցից: Լայնաբացման մեծությունը կախված է մի կողմից հյուսվածքների լարվածությունից և դրանց առած-գականությունից, իսկ մյուս կողմից՝ տվյալ օրգանի վնասվածքի ուղղությունից:

■ **Ճավը** զգացվում է վերքի առաջացման պահից սկսած: Հետագայում ցավի սաստկությունն աստիճանաբար ժամերի կամ հաջորդ օրերի ընթացքում նվազում և գրեթե վերանում է: Վերքերը ավելի ցավոտ են, եթե տեղակայված են խիտ նյարդավորում ունեցող շրջաններում, օրինակ դեմքի, պարանոցի կամ ձեռքի ավի շրջաններում:

■ **Արյունահոսությունը** նույնպես վերքի կարևորագույն նշաններից է, և դրա ուժգնությունը կախված է վնասված անոթների տեսակից ու չափերից: Երբեմն արտաքին արյունահոսությունը կարող է լինել աննշան, բայց դա չի բացառում ուժեղ ներքին արյունահոսության հնարավորությունը:

Բոլոր վերքերը ժամեր կամ օրեր անց ենթարկվում են մի շարք փոփոխությունների: Դրանք, ըստ էության, կրում են բորբոքային բնույթ, որն արտահայտվում է մարմնի համապատասխան հատվածի կարմրությամբ, այտուցվածությամբ, ջերմության բարձրացմամբ և մարմնի տվյալ մասի ֆունկցիայի խանգարումով:

Վերքերի դասակարգումը

Տարբերում են պարզ և բարդ վերքեր: Պարզ վերքի դեպքում խախտվում է միայն մաշկի կամ լորձաթաղանթի ամբողջականությունը, իսկ բարդ վերքերի դեպքում, բացի մաշկից կամ լորձաթաղանթից, վնասվում են նաև խորանիստ հյուսվածքներն ու օրգանները:

Ըստ առաջացնող գործիքի՝ վերքերը լինում են.

■ Կտրած կամ հատած վերքեր

Առաջանում են սուր գործիքներով (ածելի, ապակու կտոր և այլն) վնասելիս: Կտրած վերքն ունի գծային տեսք, դրա երկարությունը գերազանցում է խորությունը: Վերքի եզրերն ուղիղ են և

հարթ, շրջակա հյուսվածքները վնասված չեն, արյունահոսում է, ցավն ուժեղ է:

■ Շակած վերքեր

Առաջանում են սուր ծայր ունեցող երկար ու նեղ գործիքներից ասեղ, բիզ, սվին, նիզակ, դաշույն, մեխ, մկրատ և այլն, որոնք մաշկի կամ լորձաթաղանթի վրա գոյացնում են փոքրիկ կետավոր կամ երբեմն աննկատելի վնասվածքներ, բայց մտնելով հյուսվածքների մեջ, վնասում են դրանք բավական մեծ խորությամբ առաջացնելով նեղ, երկար, խողովականման վերքեր: Ցանկացած վերքի դեպքում արտաքին արյունահոսությունը հաճախ աննշան է, ոչ ուժեղ, սակայն ներքին արյունահոսության վտանգ կա:

■ Ջնջխված վերքեր

Առաջանում են բութ գործիքից կամ տուժածի վրա որևէ ծանր առարկա ընկնելուց, օրինակ շինության փլուզման կամ մեքենայի շրջվելու դեպքում: Ջնջխված են կոչվում փափուկ հյուսվածքների տարածուն ճգնումով և վնասումով ուղեկցվող վերքերը: Այս վերքի դեպքում շրջակա մաշկը փոփոխված է, անհարթ և տրորված, պատված է արյունազեղումներով: Վերքային մակերեսը մեծ է, ընդգրկում է ոչ միայն մաշկը, այլ նաև խորանիստ հյուսվածքները մկանները, փակեղները, նյարդային խոռոչները, և հաճախ կարող է զուգակցվել ոսկրերի կոտրվածքներով:

■ Կծած վերքեր

Առաջանում են այն դեպքում, երբ գիշատիչ կամ ընտանի կենդանիները (շուն, գայլ) կծում են մարդուն: Հաճախ մաշկի վրա երևում են ատամների հետքերը, վերքային մակերեսը կարող է մեծ լինել, եզրերը անհարթ և պատառոտված: Այստեղ սպեռք է առանձնացնել այն վերքերը, որոնք առաջանում են կատաղած կենդանիների կծելուց: Դրանք անհրաժեշտ կանխարգելման ու հատուկ բուժման բացակայության դեպքում կարող են մահացու լինել:

■ Հրազենային վերքեր

Առաջանում են տարբեր տեսակի զենքերից: Հրազենային վերքերը լինում են միջանցիկ և կույր: Միջանցիկ վերքերն ունեն մուտ-

քի և ելքի անցքեր: Որպես կանոն, հրազենային վերքերի ելքի անցքն ավելի մեծ է, քան մուտքի անցքը: Կույր վերքերն ունեն միայն մեկ անցք մուտքի անցք:

Վերքերի գերակշռող մասը, այսինքն բոլոր պատահական վերքերը, համարվում են վարակված կամ ինֆեկցիոն, մաքուր (ստերիլ) են միայն այն վերքերը, որոնք առաջանում են վիրահատության ժամանակ՝ ասեպտիկ պայմաններում:

Վերքերի լավացումը

Վերքեր առաջանալու պահից հյուսվածքների քայքայման ու մեռուկացման հետ միասին տեղի է ունենում նաև դրանց վերականգնման գործընթացը: Մեռուկացած հյուսվածքներն, արյան բջիջներն աստիճանաբար քայքայվում և լուծվում են: Վերքային մակերեսի վերականգնման պրոցեսը տեղի է ունենում գլխավորապես տվյալ հատվածի շարակցական հյուսվածքի հաշվին, որն աճելով՝ ծածկում է արատը (դեֆեկտը), և առաջանում է սպի:

Վերքերը լավանում են երկու ձևով՝

1. առաջնային կպումով կամ ձգումով,
2. երկրորդային կպումով կամ ձգումով:

Վերքերն առաջնային ձգումով են լավանում այն դեպքում, երբ դրանց մեջ վարակ չկա, եզրերը հպված են իրար, և առաջանում է նուրբ, հարթ և գծավոր սպի: Այս պրոցեսը տևում է 6-7 օր:

Երկրորդային ձգումով լավանում են վարակված վերքերը: Այս դեպքում լավացումը պահանջում է երկար ժամանակ, երբեմն՝ շաբաթներ: Այդ ժամանակամիջոցը կախված է վերքի մեծությունից, վարակման աստիճանից, մեռուկացած հյուսվածքների քանակից և հիվանդի օրգանիզմից:

Երկրորդային ձգումով լավացած վերքերի սպիները գծավոր չեն լինում, լայն են, կոշտ և անհարթ:

Առաջին բուժօգնությունը

Կատարվում է արյունահոսության դադարեցում, վերքերի եզրերի մշակում, որի հիմնական նպատակը վարակի ներթափանցման կանխարգելումը կամ գոնե նվազեցումն է և ցավի մեղմա-

ցումը: Վերքի եզրերը պետք է մշակել հակամեխիչ նյութերով՝ յող, սպիրտ, օղի, օծանելիք և այլն: Վերքի վրա անհրաժեշտ է դնել ասեպտիկ, ստերիլ վիրակապ և դադարեցնել արյունահոսությունը: Ուժեղ ցավի դեպքում տրվում են ցավազրկող դեղանյութեր, ինչը կանխում է տրավմատիկ շոկի զարգացումը:

Լինում են դեպքեր, երբ վերքն առաջացնող առարկան, թափանցելով հյուսվածքներ, մնում է վերքի մեջ. այս դեպքում դա դիտվում է որպես օտար մարմին: Օտար մարմինը չի կարելի հանել վերքից կամ տեղաշարժել, քանի որ այն, որոշ չափով, խոչընդոտում է վնասված անոթներից արյան արտահոսքը: Այս դեպքում անհրաժեշտ է վերքի եզրերը չորս կողմից սեղմել օտար մարմնին: Եթե օտար մարմնի ծայրը բարձր չէ, պետք է զգուշորեն ծածկել այն ստերիլ անձեռոցիկով և շուրջը դնել օղակաձև վիրակապ, իսկ եթե բարձր է, վիրակապելիս չպետք է ծածկվի, պետք է վերքի շուրջը դնել անձեռոցիկներ և դրանց վրայով օղակաձև կամ բինտային վիրակապ՝ առանց օտար մարմինը տեղաշարժելու:

Կծած տարբեր վերքերի ժամանակ (չան և այլ կենդանիների) քանի որ հիմնականում առաջանում է պատառոտված վերք, և առկա է ուժեղ արյունահոսություն, անհրաժեշտ է շտապ դադարեցնել արյունահոսությունը և կատարել վերքի առաջնային մշակում (10-15 րոպե տնտեսական օճառով լվանալ. սողան քայքայում է ֆերմենտները): Ապա պետք է վերքի եզրերը մշակել յողով, սպիրտով և վիրակապել: Դիմել պոլիլիինիկա՝ հակակատաղության շիճուկ ստանալու համար: Անհրաժեշտության դեպքում պետք է տեղափոխել հիվանդանոց:

■ Վիրակապ

Վիրակապ դնելու տեխնիկան կոչվում է դեսմուրգիա (ուսմունք վիրակապերի մասին):

Տարբերում են վիրակապերի հետևյալ տեսակները.

1. Փափուկ վիրակապեր (սոսնձային, կաշուն-սպեղանային), բինտային, գլխաշորային,
2. Կոշտ վիրակապեր՝ դողային (փոխադրական և բուժական) և գիպսային:

Ավելի հաճախ են կիրառվում փափուկ վիրակապերը:

Բինտակապման կանոնները: Բինտակապը դնելիս տուժածը պետք է գտնվի իրեն հարմար դիրքում: Բինտավող մարմնամասը պետք է լինի այն դիրքում, որում մնալու է վիրակապումից հետո: Վիրակապողը պետք է դեմքով շրջված լինի հիվանդի կողմը, որպեսզի հետևի տուժածի դեմքի արտահայտությանը:

Բինտակապումը սկսում են ներքևից (ծայրամասից) և շարունակում են դեպի վեր (կենտրոն): Բինտակապումը կատարվում է երկու ձեռքով. աջով քանդում են բինտը, իսկ ձախով պահում են կապը և ուղղում բինտի գալարները:

Բինտակապումը սկսում են շրջանաձև ամրապնդող օղակ դնելով, որից հետո բինտը գալար-գալար փաթաթում են այնպես, որ հաջորդ գալարը ծածկի նախորդի 1/2 կամ 2/3 մասը: Բինտակապումն ավարտելուց հետո պետք է ստուգվի, թե ճի՞շտ է կատարված վիրակապումը, լրի՞վ է արդյոք ծածկում վերքի մակերեսը, չի՞ սահում և այլն: Բինտի ծայրը սովորաբար ամրացնում են առողջ կողմում, որպեսզի հանգույցը հիվանդին չանհանգստացնի:

Բինտային կապերի հիմնական տեսակներն են՝ շրջանաձև (ցիրկուլյար), պարուրածև (սպիրալային, համամետ և հակամետ (կրիայի), գլխի կապ (կապագլխարկ), պարսատիկանման, հասկածև, խաչածև, ասպետական ձեռնոց, թաթման և այլն:

Վիրակապ դնելու համար նպատակահարմար է օգտագործել ստերիլ բինտեր կամ վիրակապական փաթեթ, որը բաղկացած է թղթի կամ մոմլաթի ստերիլ վիրակապական նյութերից (երկու բամբակ-բինտային բարձիկներից ու բինտից): Բարձիկներից մեկը շարժվում է ընդհանուր բինտի վրա. դա նախատեսված է կապը պահելու համար, իսկ մյուսը գտնվում է բինտի ծայրին: Փաթեթը օգտագործելու դեպքում սկզբում կտրում-հանում են պատյանը, ապա բացում բարձիկները, որոնք և դրվում են վերքի վրա: Թափանցիկ հրազենային վերքերի դեպքում բարձիկներից մեկը դնում են վերքի մուտքային, իսկ մյուսը՝ ելքային անցքերի վրա: Բարձիկները փաթաթում են բինտով և վերջինիս ծայրը կապում: Անհատական ծրարի օգտագործման հիմնական կանոնը վիրակապի ներքին, այսինքն՝ վերքին առնչվող մակերեսին (արտաքին մասի վրա կա կարմիր թելանիշ) ձեռքով չկապելն է:

ԿՄԱՏ ԹՈՒՆԱՎՈՐ ՎԵՐՔԵՐ



Աշխարհում հայտնի են թունավոր կենդանիների 5000-ից ավելի տեսակներ: Դրանց թվին են պատկանում օձերը, կարիճները, սարդերը, բզեզները և այլն:

■ Օձերի կծած վերքերը

Օձերի բոլոր տեսակներն, ըստ թույների ներգործության մեխանիզմի, բաժանվում են երեք հիմնական խմբերի: Առաջին խմբի օձերի թույներն ազդում են նյարդային համակարգի վրա առաջացնելով շարժողական և շնչառական մկանների կաթված: Այս խմբին են պատկանում կոբրան և ասպիդների ընտանիքի ներկայացուցիչները:

Երկրորդ խմբի օձերի թույնը առավելապես արյունը մակարդող և տեղային հյուսվածքները այտուցող, մեռուկացնող ազդեցություն է ունենում: Այն ազդում է սիրտ-անոթային համակարգի և արյան մակարդելիության վրա՝ առաջացնելով մազանոթների պատերի թափանցելիության մեծացում և ներքին օրգանների հյուսվածքների քայքայում: Այդ թույները կոչվում են **հեմոտոքսիներ** (արյունային թույներ): Այդպիսի թույն ունեցող օձերի թվին են պատկանում Յայաստանում տարածված գյուրզան, հայկական իժը, լեռնատափաստանային իժը և Դարևսկու իժը (Յայաստանում ապրում են 23 տեսակի օձեր, որոնցից թունավոր են 4-ը երեք տեսակի իժերը և գյուրզան):

Երրորդ խմբին են դասվում այն օձերը, որոնց թույնն ազդում է և՛ նյարդային, և՛ արյունատար համակարգերի վրա:

Նշանները

Երկրորդ խմբին պատկանող օձերի կծելու դեպքում անմիջապես զգացվում է ուժեղ ցավ, կծած տեղում առաջանում է կարմրություն, այտուց, արյունազեղումներ. դրանք արագ տարածվում են

կծած տեղից դեպի վեր և վար: Մաշկի վրա առաջանում են բշտեր լցված հեղուկով, իսկ կծած տեղում մեռուկացած խոցեր: Վերքերը կարող են երկար արյունահոսել, կարող են առաջանալ նաև ներքին, քթային, ստամոքսաղիքային, երիկամային արյունահոսություններ:

Թունավորման ընդհանուր նշաններն են՝ գրգռվածությունը, որը զուգորդվում է թուլությամբ, թույլ և հաճախացած պուլսով, արյան ճնշման անկմամբ: Հնարավոր է ուշագնացություն, ինչպես նաև սրտխառնուք և փսխում: Ջարգանում է ծանր շոկի պատկեր:

Այս խանգարումների արտահայտվածությունը ցույց է տալիս թունավորման ծանրության աստիճանը: Թեթև թունավորումների ժամանակ նշված ընդհանուր նշանները թույլ են արտահայտված լինում: Թունավորման բոլոր աստիճանները կարելի է տարբերակել 8-24 ժամ հետո: Ոչ ճիշտ բուժման դեպքում հիվանդի վիճակն առաջիկա 2-3 օրերի ընթացքում մնում է ծանր: Բարդությունները հիմնականում պայմանավորված են լինում առաջին բուժօգնության ոչ ճիշտ ցուցաբերմամբ:

Առաջին բուժօգնությունը

Մինչև առաջին բուժօգնություն ցուցաբերելը, նախ պետք է պարզել՝ օձը թունավո՞ր է, թե՞ ոչ: Գոյություն ունեն որոշ արտաքին հատկանիշներ: Բոլոր թունավոր օձերի գլուխը եռանկյունաձև ու տափակ է, ունեն մի փոքր պարանոց: Թունավոր օձերի աչքի բիբը կատվի աչքի նման շեղ է, իսկ մյուսներինը՝ կլոր: Ոչ թունավոր օձերը ժանիքներ չունեն: Թունավոր օձերի պոչը ընդհատվում է կտրուկ, իսկ ոչ թունավորներինը ավարտվում է աստիճանաբար:

Թունավոր և ոչ թունավոր օձերի կծած հետքը մաշկի վրա տարբեր է. առաջիններինը՝ գծիկներով, իսկ երկրորդներինը՝ կետավոր:

Գյուրզայի և իժի թույներն ունեն տեղային ազդեցություն: Կծած տեղում առաջանում է մեռուկացում (նեկրոզ): Առաջին բուժօգնության նպատակով կծած տեղը պետք չէ կտրել և սեղմել: Ամենաարդյունավետ միջոցը արտածծելն ու թքելն է 20-30 րոպեների

ընթացքում, կարելի է արտածծել նաև հատուկ արտածծիչ սարքերով: Անհապաղ սկսած արտածծումը հնարավորություն է տալիս օրգանիզմից դուրս բերել ներարկված թույնի մոտ 30-50%-ը: Արտածծումը կարող է կատարել ինչպես տուժածը, այնպես էլ ուրիշ անձ: Այս միջոցառումն անվնաս է, քանի որ օձի թույնը լցվելով բերանի խոռոչ, ստամոքս՝ թունավորում չի առաջացնում: Տուժածին հենց սկզբից պետք է հանգիստ դիրքով պառկեցնել, անշարժացնել կծած վերջույթը: Հակացուցված է որևէ անտեղի միջամտություն՝ այրել, կտրվածքներ անել, ձգել: Լարան կարելի է դնել կորբայի կծածի դեպքում՝ 30-40 րոպեով (քանի որ թույնն արագ տարածվում է): Տեղափոխման ընթացքում տալ մեծ քանակությամբ հեղուկ՝ բացի ալկոհոլից: Հիվանդանոցում ներարկել (առաջին 6 ժամում) անտիդոտը (հակաթույն):

■ Կարիճի կծած թունավոր վերքեր

Տարբերում են կարիճների 1500-ից ավելի տեսակներ: Հայաստանում տարածված են երեքը՝ սև կամ հաստապոչ, դեղին և խայտաբղետ:

Եջանները

Կարիճի թույնով թունավորված մարդու կլինիկական պատկերը կախված է կարիճի տեսակից, տուժածի օրգանիզմի զգայունությունից, թույնի քանակից: Խայթելու պահին զգացվում է սուր, այրող ցավ, վերքից կարող է մի քանի կաթիլ արյուն հոսել: Կծած տեղի շուրջը մաշկը սկսում է կարմրել, իսկ մի քանի րոպե հետո այտուցվել: Առաջին ժամերին տեղային բորբոքային երևույթները շարունակվում են, և առաջանում է ավշատար անոթների բորբոքում լիմֆանոզիտ: Ի հայտ են գալիս ընդհանուր թունավորմանը բնորոշ ախտանիշներ՝ դող, արագ սրտխփոց, ծանրացած շնչառություն, սրտխառնուք և գլխացավ: Թույնն առավել ակտիվ ազդում է լյարդի և երիկամների վրա: Գլխի խայթոցի դեպքում նկատվում է խոսակցական ակտի խախտում, լեզուն ծանրանում է և այլն: Կարիճների թույնը ազդում է նյարդային և արյունատար համակար-

գերի վրա: Թույնի բաղադրիչները երկար պահպանվում են խայթած տեղում:

Հայաստանում ապրող կարիճների թույնը մարդու համար մահացու չէ: Թույնից չեն մահանում, մահանում են անաֆիլակտիկ շոկի պատճառով:

Առաջին բուժօգնությունը

Կծած տեղը շտապ պահել սառը ջրի տակ: Տեղային ցավը հանգստացնելու և կարմրությունը մեղմելու նպատակով տալ ցավազրկող դեղեր և կծած տեղում դնել սառը թրջոց, քացախի թրջոց (20 րոպեում հանգստացնում է): Լարան դնել խորհուրդ չի տրվում, քանի որ դա նպաստում է այտուցի մեծացմանը: Ընդհանուր բուժում իրականացնում են հակաթույն ներարկելով կամ հակաալերգիկ միջոցներով:

Ժողովրդական բժշկության մեջ ընդունված է խայթոցի վրա կամ կաթի հետ խառնած ծծումբ դնել, կամ մածուն քսել, կամ կտրած սոխ դնել և կես ժամը մեկ փոխել:

ՎԵՐՔԵՐԻՆ ՎԱՐԱԿ (ԻՆՖԵԿՃԻԱ)



Վերքերի մեջ մանրէների թափանցումն առաջացնում է վերքերի վարակում կամ վերքային ինֆեկցիա: Մանրէները վերքերի մեջ թափանցում են տարբեր ուղիներով՝ արտաքին և ներքին (էկզոգեն և էնդոգեն):

Արտաքին ներթափանցման ուղիներն են՝

- 1. Շփումային (կոնտակտային)** - մանրէները ներթափանցում են վարակված առարկաների և հողի շփման ճանապարհով: Այս ուղին ամենահաճախ հանդիպողն է:
- 2. Կաթիլային** – մանրէները վերքի մեջ են թափանցում քթի, լորձի միջոցով հիվանդ մարդու խոսելու, փռշտալու, հազալու ճանապարհով:

3. Օդային – վերքերը վարակվում են, երբ օդից ախտածին մանրէները ներթափանցում են վերքի մեջ:

Վերքային վարակը ներքին ճանապարհով տարածվում է, երբ մանրէները օրգանիզմի որևէ վարակված օրգանից (թարախակույտ, անգինա, չիբան) ավշի կամ արյան հոսքով անցնում են մարմնի այլ հատվածներ:

Վերքային վարակ առաջացնող մանրէները բաժանվում են երկու խմբի՝ թարախածին և անօդակյաց (անաերոբ): Թարախածին մանրէների շարքն են դասվում՝ ստաֆիլոկոկերը և ստրեպտոկոկերը, անաերոբ մանրէներն են՝ փայտացման և գազային փտախտի հարուցիչները: Թարախածին մանրէներն առաջացնում են հետևյալ վերքային վարակները.

1. Թարախակույտ (արսցես) - ենթամաշկային հյուսվածքների սահմանազատված բորբոքում, որը առաջանում է հատկապես ենթամաշկային և միջմկանային ներարկում-ների ժամանակ ասեպտիկայի կանոնները չպահպանելու դեպքում:

2. Ֆլեգմոնա - ենթամաշկային ավելի խորը հյուսվածքների ոչ սահմանազատված թարախային բորբոքում:

3. Կարմիր քամի - օրգանիզմի ընդհանուր վարակային պրոցես՝ մաշկի կամ լորձաթաղանթի բորբոքումներով:

4. Լիմֆանգոիտ - ավշանոթների բորբոքում:

5. Լիմֆադենիտ - ավշահանգույցների բորբոքում:

6. Մատնաշունչ մատների տարբեր շերտերի սուր թարախային բորբոքում:

7. Սեպսիս - օրգանիզմի ընդհանուր ծանր սուր թարախային վարակ. առաջանում է որևէ առաջնային օջախից. մանրէները տարածվում են արյան միջոցով:

Անաերոբ վերքային վարակներն են՝ փայտացումը և գազային փտախտը:

■ Փայտացում, պրկախտ (տետանուս)

Փայտացման հարուցիչ կրողները տաքարյուն կենդանիներն են (հատկապես ձիերը) և մարդիկ, որոնց արտաթորանքներից դրանք ընկնում են հողի մեջ և սպորավորվում: Հողի կամ դրա

միջոցով վարակված իրերի հետ շփման ճանապարհով հարուցիչները անցնում են վերքերի մեջ (վտանգավոր են հատկապես պատառոտված և ծակված վերքերը): Փայտացման առաջացմանը նպաստում են վերքում անաերոբ պայմանները և մահացած (մեկրոտիկ) հյուսվածքները, որոնցով մանրէները սնվում են և արտադրում թույն (էկզոտոքսին արտաթույն): Վերջինս ախտահարում է կենտրոնական նյարդային համակարգի շարժիչ կենտրոնները:

Նշանները

Հիվանդության գաղտնի շրջանը տևում է 6 – 14 օր, երբեմն մի քանի ամիս: Փայտացման առաջին բնորոշ ախտանիշը ծամիչ մկանների կարկանդակությունն է, որի հետևանքով հիվանդը դժվար է բացում բերանը (տրիզմ), այնուհետև կարկանդակությունը տարածվում է դեմքի ու պարանոցի մկանների վրա՝ դեմքին տալով հարկադիր ծիծաղի արտահայտություն (սարդոնիկ ժպիտ), որը նման է հեգնանքի: Եթե տեղի է ունենում միաժամանակ բոլոր մկանների կծկում, ապա մարմինն ընդունում է աղեղի ձև նման կամրջակի: Ջղածգություններն ուղեկցվում են առատ քրտնարտադրությամբ: Ջղածգություններին նպաստում են վառ լույսը, աղմուկը: Ջերմությունը հասնում է 40-41⁰ C-ի: Հիվանդի գիտակցությունը չի մթագնում: Հիվանդության տևողությունը 10-35 օր է, մահացությունը հասնում է 40%-ի: Մահը վրա է հասնում շնչափութությունից կամ որևէ կենսական կենտրոնի կաթվածից:

Փայտացումը կանխարգելման ենթակա վարակ է: Եթե բոլոր վնասվածքների առաջին բուժօգնության ժամանակ ներարկվի հակապրկախտային շիճուկ, փայտացումը կկանխվի:

■ Գազային փտախտ (գանգրենա)

Վերքերի ամենածանր բարդություններից մեկն է: Հիվանդությունն առաջանում է, երբ վերքերի մեջ ներթափանցում են գազային հարուցիչներ, որոնք սպոր առաջացնող անաերոբ մանրէներ են: Միկրոբների ներթափանցումը կատարվում է հողի կամ դրանով կեղտոտված իրերի հետ շփման ճանապարհով:

Վտանգավոր են հատկապես մկանային ծավալուն վնասվածքները, որտեղ հյուսվածքների մեռուկացման հետևանքով ստեղծվում է անօդ միջավայր, որը նպաստում է արտաթույնի (էկզոտոքսին) արտադրմանը:

Գազային փտախտը շատ հաճախ է հանդիպում պատերազմական պայմաններում առաջացած վնասվածքների ժամանակ:

Նշանները

Գաղտնի շրջանը տևում է 2-3 օր: Վերքի շրջանում առաջանում է սուր արտահայտված ճնշող ցավ: Հիվանդի ջերմաստիճանը խիստ բարձրանում է, ընդհանուր վիճակը ծանրանում է: Վերքի շրջանում դիտվում է աճող այտուց, որը տարածվում է ամբողջ վերջույթի վրա, մկանները ստանում են խաշած մսի տեսք: Հյուսվածքները շոշափելիս զգացվում է ճարճատյուն (կրեպիտացիա) մանրէների կողմից արտադրվող գազերի հետևանքով: Առաջանում է նաև փափուկ հյուսվածքների մեռուկացում (փտում, նեխում):

Առաջին բուժօգնությունը

Անհրաժեշտ է հիվանդին շտապ տեղափոխել մասնագիտացված հիվանդանոց, որտեղ անհապաղ պետք է ներարկել հակափտախտային շիճուկ:

Կանխարգելում

Վարակի հետագա տարածումը կանխելու նպատակով բոլոր այն իրերը, որոնց հետ շփվել է հիվանդը, անհրաժեշտ է ոչնչացնել (օգտագործված վիրահատական նյութերն այրում են): Վերքի հետ շփված գործիքները ախտահանվում և մանրէազերծվում են:

Գազային փտախտի հիմնական բուժումը վիրահատումն է հյուսվածքների հատում, վերջույթի անդամահատում (ամպուտացիա):

ՎԵՐԱԿԵՆԳԱՆԱՅՈՒՄ (ՌԵԱՆԻՄԱՅԻԱ)



Օրգանիզմի կենսական կարևոր օրգանների (սրտի և թոքերի) խանգարված ֆունկցիայի արիեստականորեն վերականգնումը և պահպանումը անվանում են վերակենդանացում՝ ռեանիմացիա:

Տարբեր պատճառներով շնչառության և սրտի աշխատանքի հանկարծակի կանգի հետևանքով դադարում է օրգանիզմի բջիջների թթվածնի մատակարարումը, և վրա է հասնում է մահը: Մահվան առաջին 3-6 րոպեների ընթացքում ուղեղի բջիջներում տեղի ունեցող փոփոխությունները դարձելի են. մարդուն կարելի է վերակենդանացնել: Այս շրջանը կոչվում է կլինիկական մահ: Դրանից հետո բջիջներում աստիճանաբար տեղի են ունենում անդառնալի փոփոխություններ, և զարգանում է կենսաբանական մահը:

Կլինիկական մահվան նշաններն են՝

1. սրտի աշխատանքի դադար (պուլսի բացակայություն. ստուգում են քներակի վրա),
2. շնչառության դադար (ստուգում են հայելու օգնությամբ),
3. բիբերի լայնացում և լույսի նկատմամբ ռեակցիայի բացակայություն (չեն նեղանում),
4. գիտակցության կորուստ:

Կենսաբանական մահվան ժամանակ գումարվում են նաև հետևյալ նշանները. կատվի բբի ֆենոմենը (ակնագունդը կողքերից սեղմելիս բիբը ուղղահայաց նեղ ճեղքի կամ էլիպսի տեսք է ընդունում) և մաշկի ու տեսանելի լորձաթաղանթների մասնակի չորացումը (աչքի եղջերաթաղանթը պղտորվում է):

Սրտի աշխատանքի հանկարծակի դադար կարող է տեղի ունենալ հետևյալ դեպքերում՝ էլեկտրահարումից, կայծակնահարումից, ջրահեղձությունից, ծանր վնասվածքներից, սուր թունավորումներից, սրտամկանի ինֆարկտից և այլն:

Շնչառության հանկարծակի կանգ կարող է առաջանալ շնչուղիների անցանելիության խանգարումից (խցանում օտար մարմիններով), կոկորդի բորբոքային այտուցի ժամանակ (դիֆտերիա), կոկորդի ջղաձգության (սպազմի) և այլ դեպքերում:

Սիրտ-թոքային վերակենդանացումը իրականացվում է հետևյալ փուլերով.

1. վերին շնչուղիների անցանելիության ստուգում և վերականգնում (էյ, բի, սի),
2. թոքերի արհեստական օդափոխություն՝ արհեստական շնչառություն,
3. արյան շրջանառության արհեստական վերականգնում՝ սրտի արտաքին մերսում,
4. էլեկտրաստիմուլյացիա (դեֆիբրիլյատորի օգնությամբ՝ սկսած 160-200 ջոուլից մինչև 400 ջոուլ),
5. Դեղամիջոցների ներարկում (ադրենալին, լիդոկային, ատրոպին) և ինտենսիվ թերապիա՝ օրգանիզմի կարևոր կենսական օրգանների ֆունկցիաների պահպանում և կայունացում:

Սիրտ-թոքային վերակենդանացման առաջին երեք փուլերը, առաջին բուժօգնության նպատակով, կարող են կատարվել ոչ բժշկական անձնակազմի կողմից, իսկ հաջորդ փուլերն իրականացվում են միայն մասնագիտացված բժշկական անձնակազմի կողմից:

1. Գիտակցությունը կորցրած տուժածի բերանի խոռոչի և շնչուղիների անցանելիությունը ստուգելու և վերականգնելու համար տուժածին պետք է պառկեցնել մեջքի վրա, գլուխը հետ թեքել, քիթը փակել և կատարել 2-3 ներփչում (արտաշնչել բերանի մեջ), ապա ականջով լսել կամ կրծքավանդակի շարժումներով համոզվել, որ շնչում է. ուրեմն շնչուղիներն ազատ են: Եթե շնչառություն չի զգացվում, անհրաժեշտ է սեղմել ստորին ծնոտը, բացել բերանը և մաքրել այն օտար մարմիններից: Օտար մարմինը բերանի խոռոչից կարելի է հանել մատով կամ կեռ գործիքով: Շնչառական ձեղքը բա-

ցելու համար գլուխը հետ տանել և 2 մատով ստորին ծնոտի եզրով բերանը բացել. եթե կա շնչառություն, ականջով լսելու դեպքում (5-6 վրկ) այդը կտաքանա:

2. Տուժածին արհեստական շնչառություն կատարելու համար օգնություն ցույց տվողը կանգնում է ծնկների վրա՝ տուժածի գլխավերևում: Մի ձեռքը դնում է վզի տակ, մյուսը՝ ճակատին և գլուխը լավ հետ է տանում, ապա բութ մատով և ցուցամատով սեղմում է քիթը. տուժածի բերանը բացվում է, և օգնողը, խորը ներշնչելով, բերանը մոտեցնում է նրա բերանին և ուժեղ արտաշնչում (ներփչում): 1 րոպեում կատարում է այդպիսի 12-16 ներփչում: Ներփչումները շարունակում են այնքան ժամանակ, մինչև կրծքավանդակը սկսի շարժվել: Այս եղանակը կոչվում է բերան բերանին:

Եթե տուժածի բերանը անհնար է բացել, արդյունավետ է արհեստական շնչառություն կատարել բերանը՝ քթին եղանակով: Մի ձեռքով գլուխը թեքում են հետ, մյուսով՝ բռնում կզակը և բերանը փակում, ապա խորը ներշնչում, շրթունքներով բռնում են քիթը և կատարում ուժեղ արտաշնչում՝ ներփչելով այնքան, մինչև նկատվի, որ տուժածի կրծքավանդակը բարձրանում է: Երեխաներին արհեստական շնչառությունը կատարում են բերանը՝ բերանին և բերանը՝ քթին եղանակներով և օդ ներփչելով ոչ մեծ քանակներով՝ մինչև կրծքավանդակի բարձրանալը:

Նկարագրված եղանակներով արհեստական շնչառություն կատարելու համար նախօրոք տուժածի բերանը ծածկել թանգիֆով կամ թաշկինակով:

■ Ներփչումներ ողնաշարի վնասվածքներով տուժածին

Եթե ենթադրվում է, որ վնասված է տուժածի ողնաշարը, ապա շնչուղիների բացումը պետք է կատարել այլ ձևով: Առանց տուժածի գլուխը հետ տանելու, բարձրացնել նրա կզակը, ինչը լիովին բավարար է օդի՝ թոքերն անցնելու համար: Եթե ներփչում կատարելիս օդը թոքերը չի անցնում, գլուխը պետք է զգուշորեն մի փոքր հետ տանել:

■ Ներփչումների խորությունը

Ներփչումները պետք է կատարել համաչափ, մոտավորապես յուրաքանչյուր 1,5 վրկ մեկ: Ներփչվող օդի քանակը պետք է լինի այնքան, որ տուժածի կրծքավանդակը բարձրանա, իսկ երեխաների մոտ չգերազանցի ընդգրկվող օդի ծավալը: Ներփչումների հաճախականությունը պետք է համապատասխանի տուժածի տարիքին, այսպես՝ չափահաս (8 տարեկանից բարձր) երեխաների մոտ կատարել 1 ներփչում՝ յուրաքանչյուր 4-5 վայրկյանը մեկ (րոպեում 12-15 ներփչում), անչափահաս (1-8 տարեկան) երեխաներին 1 ներփչում՝ յուրաքանչյուր 3 վայրկյանը մեկ (20 ներփչում 1 րոպեում):

■ Սրտի արտաքին մերսում

Այս մեթոդի նպատակն այն է, որ սիրտը, սեղմվելով կրծքավանդակի և ողնաշարի միջև, արյունը մղի արյան մեծ և փոքր շրջանառությունները: Կրծքավանդակի սեղմումներ պետք է կատարել տուժածի սրտի զարկերի բացակայությունը հայտնաբերելուց անմիջապես հետո: Արտաքին մերսում կատարելու համար տուժածին պետք է պառկեցնել կոշտ մակերևույթի վրա, իսկ եթե պառկած է մահճակալի վրա, ապա կրծքավանդակի տակ դնել հարթ տախտակ: Օգնողը կանգնում է տուժածից աջ կամ ձախ: Սեղմման ճիշտ տեղը պարզելու համար կրծքավանդակի միջին գծով անհրաժեշտ է գտնել տուժածի կրծոսկրի ստորին ծայրը ստորին կողերի՝ կրծոսկրին միացման տեղը (թրածն ելունը): Աջ ձեռքի դաստակի ավայրին երեսը դնել այդ մասից 2 սմ վեր, ձախ ձեռքը դնել առաջին ձեռքի վրա և ապա, առանց մատները կպցնելու կրծքավանդակին, կատարել հրումներ: Հրումները կատարել առանց արմունկները ծալելու և ափը չկտրելով մարմնից: Մեծահասակների դեպքում մեկ րոպեում կատարել 60 հրում. խորությունը պետք է լինի 4-6 սմ, մինչև մեկ տարեկան երեխաների դեպքում 1,2-2 սմ խորությամբ հրումները կատարում են երկու մատով, 1-8 տարեկանների դեպքում՝ 2,5-3,5 սմ՝ մեկ ափով:

Հրումների հաճախականությունը մեծահասակների դեպքում՝

մեկ թուփում 80-100 հրում, 1-8 տարեկան երեխաների դեպքում՝ մեկ թուփում 100-120 հրում և մինչև մեկ տարեկան երեխաների դեպքում՝ 120-150 հրում:

Սրտի արտաքին մերսմանը հաջորդում է պուլսի հայտնվելը քներակի կամ ազդրային զարկերակի վրա:

Սրտի արտաքին մերսումը զուգակցվում է թոքերի արհեստական օդափոխության հետ: Այս երկու գործողությունները սովորաբար կատարվում են միաժամանակ, տարբեր մարդկանց կողմից, իսկ եթե տուժածին օգնում է մեկ մարդ, ապա նա հաջորդաբար պետք է կատարի երկու անգամ թոքերի ներփչում և տասնհինգ անգամ կրծոսկրի հրում՝ մեկ թուփի ընթացքում: Մեկ թուփե այս գործողությունները կատարելուց հետո 5-6 վայրկյանների ընթացքում անհրաժեշտ է ստուգել տուժածի անոթազարկը. եթե չի շոշափվում, ապա շարունակել գործողությունները:

Եթե օգնողները երկու հոգի են, մեկը կատարում է երկու ներփչում, երկրորդը ծնկի է իջնում տուժածի մյուս կողմում, գտնում է սեղմման տեղը և կատարում է տասնհինգ հրում՝ հաջորդաբար (երկուսը միաժամանակ կատարել չի կարելի): Օգնություն ցույց տվող մարդիկ կարող են պարբերաբար տեղերը փոխել: Արյան շրջանառության վերականգնումը քներակներում (պուլսի շոշափումը) պետք է ստուգվի ամեն 1-2 թուփեն մեկ անգամ, դադարեցնելով մերսումը, իսկ թոքերի ներփչումը շարունակել՝ մինչև նորմալ շնչառության վերականգնումը:

ՕՏԱՐ ՄԱՐՄԻՆՆԵՐԻ՝ ՕՐԳԱՆԻԶՄ ՆԵՐԹԱԾԱՆՅՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ



Օտար մարմինները օրգանիզմ կարող են ներթափանցել քթի, աչքի, ականջի, մարսողական և շնչառական ուղիների միջոցով:

■ **Աչքի** մեջ կարող են ներթափանցել փոշու մասնիկներ, ավազի հատիկներ, փոքր միջատներ, մուր (հաճախ՝ ծխախոտի), աշխատանքային գործողությունների հետևանքով գործիքից, շինանյութերից թռած փայտի, երկաթի, ապակու մանր կտորներ և այլն: Եթե օտար մարմինը չի թափանցել աչքի ավելի խորը շերտերը, ապա պարտադիր չէ հատուկ մասնագիտական բժշկական օգնությունը, առաջին օգնությունը կարող է կամ կազմակերպել հենց ինքը՝ տուժածը, կամ նրա մոտ գտնվող անձը:

Սովորաբար օտար մարմիններն ու դրանց մասնիկներն ընկնում են աչքի եղջերաթաղանթի վրա, տեղակայվում աչքի վերևի կամ ներքևի կոպի տակ ու առաջացնում ցավ, արցունքարտադրություն, կարմրություն: Նման դեպքերում չի թույլատրվում տրորել աչքը, քանի որ դա կարող է առաջացնել աչքի լրացուցիչ գրգռում, օտար մարմնի՝ ավելի խորը թափանցում: Եթե օտար մարմինը գտնվում է վերին կոպի տակ, ապա դա հեռացնելու համար կոպի թարթիչը պետք է ձգել ներքև՝ դրանով փորձելով փակել ստորին կոպի թարթիչը: Այդ ընթացքում տուժածը պետք է նայի ներքև: Իսկ եթե օտար մարմինը գտնվում է ստորին կոպի տակ, ապա կոպը պետք է ձգել դեպի ներքև ու մաքուր թաշկինակով կամ թանգիֆով հանել այն: Այս դեպքում տուժածը պետք է նայի դեպի վեր: Աչքի մեջ ընկած օտար մարմինը կարելի է հեռացնել նաև դրա մեջ կաթիչով կաթեցնելով գոլ ջուր:

Եթե աչքի մեջ են ներթափանցել այնպիսի սուր մասնիկներ, ինչպիսիք են՝ ապակու կտորը, մետաղի, փայտի փոքր մասնիկները, ապա հակացուցված է որևէ կողմնակի միջամտություն: Տուժածին շտապ պետք է տեղափոխել հիվանդանոց:

■ **Ականջի** խեցու մեջ օտար մարմիններ (կոճակ, մրգակորիզ, ուլունքի հատիկ, միջատ ու այլն) ընկնելու դեպքեր սովորաբար պատահում են երեխաների հետ: Այդ դեպքում ականջում զգացվում են մշտական աղմուկ, լսողության վատացում, հաճախ՝ սուր ցավեր: Եթե օտար մարմինը ականջի մեջ խորն է ներթափանցել, և ցավը սաստիկ է, արգելվում է ինքնուրույն հեռացման փորձ կատարել, քանի որ օտար մարմինը կարող է անցնել լսողական անցքի ավելի խորը մասերը: Ականջից օտար մարմինը երբեք չի կարելի հեռացնել ասեղի, լուցկու հատիկի, ծամակալի օգնությամբ: Անհրաժեշտ է դիմել մասնագետ բժշկի:

Երբ քնած ժամանակ պառկած դիրքում մարդու ականջն են մտնում միջատներ (մժեղ, ուտիճ, մլակ, ճանճ, մոծակ և այլն), զգացվում է այրոցք, դաղոց, խցանվածություն ու տհաճություն: Ականջի խեցուց նման օտար մարմինը հեռացնելու, ինչպես նաև ոչնչացնելու համար պետք է լսողական անցքի մեջ լցնել մինչև 30°C տաքացրած 1/2 թեյի գդալ բուսական յուղ, գլիցերին և տուժածին 5-10 րոպե պառկեցնել այն ականջի կողմի վրա, որի մեջ ներթափանցել է օտար մարմինը: Այս դեպքում լսողական անցք մտած միջատը դուրս է մղվում արտածորացող հեղուկի հետ:

■ **Քթակցերը** ներթափանցած օտար մարմինները դժվարացնում են շնչառությունը, առաջ բերում ցավ և փռշտոց, իսկ որոշ դեպքերում էլ՝ լորձարյունախառն արտադրություն: Քթից օտար մարմինը հեռացնելու համար մատներով պետք է սեղմել քթանցքի ազատ մասը և պահանջել տուժածից ուժեղ արտաշնչել և մատները բաց թողնել:

Արգելվում է ականջից, աչքից, քթից օտար մարմինը հեռացնել այլ իրերի (ուներլի, կեռիկներ) միջոցով: Դրանք կարող են վնասել օրգանն ու ստեղծել վարակի օջախներ, նոր բարդություններ:

■ **Շնչառական ուղի** օտար մարմինների (սննդանյութերի մնացուկներ, ծամոն) ներթափանցումը վտանգավոր է: Դրանք կարող են փակել շնչառական ուղու անցանելիությունը, առաջացնել շնչահեղձություն: Այդ դեպքում տուժածի դեմքն ու շուրթերը

կապտում են, առաջանում է հազի ուժեղ նոպա: Նման իրավիճակներում պետք է կիրառել առաջին օգնության հետևյալ միջոցները.

- 1 Տուժածին արտակորել առաջ, մեկ ձեռքով նրան պահել փորի մասից, իսկ ազատ ձեռքի ակոսով տուժածի թիակների արանքում մի քանի ուժեղ հարված հասցնել:
- 2 Օգնություն ցուցաբերողը կանգնում է տուժածի հետևի մասում, գոտկատեղի շրջանից գրկում է նրան, մատները ազուցելով՝ 3-4 անգամ կատարում այդ մասի սեղմումներ:
- 3 Եթե տուժածը կորցրել է գիտակցությունը, ապա նրան պետք է պառկեցնել մեջքի վրա և որովայնի վերևի հատվածում կատարել մի քանի սեղմում կամ պառկեցնել կողքի վրա ու միջթիակային մասում ձեռքի ակոսով ուժեղ հարվածել, որից հետո, եթե օտար մարմինը հեռացվել է, անհրաժեշտության դեպքում պետք է կատարել արհեստական շնչառություն:
- 4 Եթե մարդը մենակ է, և կոկորդում խցանում է առաջացրել որևէ օտար մարմին, անհրաժեշտ է հենվել աթոռի գլխին և կատարել մի քանի սեղմում:

■ **Մարսողական ուղի** օտար մարմինները հաճախ են ներթափանցում աշխատանքի ընթացքում (մեխ, կոծգամ, կցասեղներ) կամ սննդի հետ (ոսկորներ, մսի կտորներ, մրգակորիզներ): Սուր օտար մարմինը կարող է վնասել ընկանը, կերակրափողը, ստամոքսը, աղիները և այլ օրգաններ՝ առաջացնելով ծանր բարդություններ, արյունահոսություն, թարախային բորբոքումներ:

Մարսողական ուղում օտար, սուր մարմիններ ունեցող տուժածին չի թույլատրվում տալ լուծողական դեղանյութեր:

Եթե մարսողական ուղի են ընկել բուք, փոքր, ոչ վտանգավոր մարմիններ, ապա դրանք 2-3 օրից դուրս են գալիս օրգանիզմից: Նման մարմիններից արագ ազատվելու նպատակով կարելի է օգտագործել հացի խմոր, կարտոֆիլ, տանձ, խնձոր, կաղամբ և այլն:

Մինչև 3 տարեկան երեխաների՝ օտար մարմին կուլ տալու դեպքում նկատվում է խեղդոց, և երեխան չի կարողանում հազալ, ճչալ, դա նշանակում է, որ օտար մարմինը գտնվում է ընկանում

կամ կոկորդուն: Այս դեպքում առաջին օգնության նպատակով կարելի է կիրառել օտար մարմինը Յեյմլիկի եղանակով արտամղելու փորձը, այսինքն՝ կանգնել երեխայի հետևում, գրկել նրան և վերստամոքսային շրջանում կատարել սեղմումներ վարից վեր: Այդ գործողությունների արդյունքում առաջացած արտաշնչումների շնորհիվ հնարավոր է դառնում դուրս մղել օտար մարմինը:

Մինչև մեկ տարեկան երեխայի՝ օտար մարմին կուլ տալու դեպքում անհրաժեշտ է նրան փորի վրա հենել նախաբազկին, երկու մատով բերանը բաց անել և հարվածել մեջքին: Կարելի է նաև երեխային բռնել ազդրերից (կոնքից) և թափահարել:

ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆ



Արյունահոսությունը վնասված արյունատար անոթից արյան արտահոսքն է: Արյունահոսության առաջացման պատճառներն են՝ արյունատար անոթի պատերի ամբողջականության խախտումը, խոցային, բորբոքային պրոցեսների հետևանքով արյունատար անոթների պատերի քայքայումը, դրանց թափանցելիության բարձրացումը, վարակիչ հիվանդությունների ու թունավորումների հետևանքները, օրգանիզմի՝ արյան անմակարդելիության հակվածությունը: Արյունահոսությունն ավելի հաճախ առաջանում է կենցաղային, աշխատանքային, ռազմական բնույթի գործոնների ազդեցությամբ, ավտովթարների հետևանքով ստացված վնասվածքներից, վերքերից ու կտրվածքներից:

Տարբերում են արյունահոսության արտաքին և ներքին տեսակներ: Առաջին դեպքում արյունը վնասված արյունատար անոթից արտահոսում է դեպի դուրս՝ մաշկի վրա: Երկրորդ դեպքում արյան արտահոսքը տեղի է ունենում օրգանիզմի ներսում, և արյունը անոթից արտահոսում է ենթամաշկային հյուսվածք, կրծքավանդակ, որովայնի ու կոնքի խոռոչ, ներքին օրգաններ: Արյունահո-

սությունը կարող է լինել առաջնային և երկրորդային: Առաջնային է, երբ վերքից, վնասվածքից արյունահոսությունը տեղի է ունենում վնասվածք ստանալուց անմիջապես հետո: Երկրորդային է, երբ արյան հոսքը նկատվում է վերքը, վնասվածքը ստանալուց որոշակի ժամանակահատված հետո:

Արյունահոսությունը լինում է նաև՝ զարկերակային, երակային, մազանոթային և պարենխիմային՝ ըստ վնասված անոթի բնույթի: Զարկերակային արյունահոսությունն ամենավտանգավորն է. առաջանում է մեծ կամ փոքր զարկերակների վնասումներից և բնորոշվում է արտահայտված, հրոցանման, շատրվանող, ալ կարմիր արյան հոսքով: Կյանքի համար վտանգավոր է քնային, ազդրային, բազկային և այլ խոշոր զարկերակներից արյունահոսությունը:

Երակային արյունահոսությունն առաջանում է մեծ կամ փոքր երակների վնասումից և բնորոշվում է նրանով, որ վնասված երակից դանդաղ և անընդմեջ հոսում է մուգ կարմիր գույնի արյուն:

Մազանոթային արյունահոսությունը հետևանք է արյան մանրագույն անոթների վնասման և բնորոշվում է նրանով, որ վերքի մակերեսից արյունը ծորում է:

Պարենխիմային արյունահոսությունն առաջանում է պարենխիմային օրգանների (յարդի, փայծաղի, թոքերի) վնասումից և համարվում է խառը արյունահոսություն (միաժամանակ վնասվում են զարկերակներ, երակներ և մազանոթներ): Քանի որ արյան մեծ կորուստը (1/3, 1/2) վտանգավոր է կյանքի համար, խիստ կարևոր է արյունահոսության շուտափույթ դադարեցումը և դրա հետևանքների վերացումը:

Առաջին բուժօգնությունը

Արյունահոսության ժամանակ առաջին բուժօգնությունը իրականացվում է դրա ժամանակավոր դադարեցման մեթոդներով:

Արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցման մեթոդներն են

1. Վնասված մարմնամասին բարձր դիրք տալը՝ նախապես վերքի վրա դնելով սեղմող վիրակապ (երակային արյունահոսության դեպքում):

-
2. Չարկերակի սեղմունը մատով՝ մարմնի որոշակի հայտնի կետերում:
 3. Արյունահոսող անոթի վնասված մասում սեղմունը կատարվում է վիրակապի օգնությամբ՝ բամբակի հաստ շերտի և ստերիլ անձեռոցիկի վրայից:
 4. Վերջույթի առավելագույն ծալումը հնարավորություն է տալիս խուսափել լարան դնելուց: Այս եղանակը կիրառվում է, երբ վերքը գտնվում է հողերի մոտ և վերջույթների ծայրին:
 5. Ուժեղ զարկերակային արյունահոսության դադարեցման ամենահուսալի մեթոդը լարան դնելն է: Լարանը ռետինե տափակ ժապավեն է, որը ծայրին ունի ամրակներ: Այն կարելի է փոխարինել ռետինե խողովակով, սրբիչով, գոտիով, բայց ոչ՝ բարակ լարերով:

Լարանը դրվում է բազկի և ազդրի վրա՝ վնասվածքից վերև, հագուստի կամ բինտի վրայից մի փոքր ձգելով: Լարանի տեղադրումը ճիշտ է համարվում, եթե արյունահոսությունը դադարում է, պուլսն անհետանում է, վերջույթի մաշկը գունատվում է:

Լարանը վերջույթի վրա թողնում են 2 ժամ՝ անոանը, 1,5 ժամ՝ ցուրտ եղանակին և 1 ժամ՝ ճառագայթահարման ժամանակ՝ հագուստի կամ թղթի կտորի վրա գրելով ժամը և րոպեն: Եթե անհրաժեշտ ժամանակահատվածում տուժածին տեղ չեն հասցնում, վիրակապի վրայից ձեռքով սեղմում են վնասված արյան անոթը և լարանը թուլացնում 10-15 րոպեով, որից հետո կրկին ձգում են՝ նախորդ տեղից ավելի բարձր:

Լարան կամ սեղմող կապ դրվում է նաև պարանոցի շրջանում քնային զարկերակի՝ մի կողմից վնասվելու դեպքում: Չվնասված կողմում դնում են տուժածի ձեռքը՝ ստորին ծնոտից մինչև ամրակը և վրայից ձգում լարանը՝ վերքի վրա դնելով բինտից, բամբակից անձեռոցիկ:

Այնուհետև տուժածին տեղափոխում են հիվանդանոց՝ արյունահոսության վերջնական դադարեցման համար:

■ Զթային արյունահոսություն

Հաճախ դեմքի, հատկապես քթի վնասվածքների, հիվանդությունների (գրիպ, արյան ճնշման բարձրացում, մրսածություն, կարմրուկ և այլն) ժամանակ տեղի է ունենում արյունահոսություն քթից: Նման դեպքերում պետք է թուլացնել տուժածի կամ հիվանդի արտահագուստը և նստած դիրք տալ: Անհրաժեշտ է մատներով թույլ սեղմել քթանցքերը կամ դրանցում տեղակայել ջրածնի պերօքսիդի և ադրենալինի խառնուրդի մեջ թրջված բամբակե խժուժ: Արդյունավետ է նաև քթարմատին սառը թրջոցի կամ սառցակտորի տեղակայումը: Արյան հոսքը դադարելուց հետո որոշ ժամանակ պետք է խուսափել փոշտալուց, հազալուց, քիթը սրբելու գործողություններից: Եթե արյունահոսությունը չի դադարում, ապա տուժածին պետք է շտապ տեղափոխել հիվանդանոց՝ արյունահոսության վերջնական դադարեցման համար:

ՈՍԿՐԵՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ



Կոտրվածք է կոչվում ոսկրի անընդհատության լրիվ կամ մասնակի խախտումը, որն առաջանում է մեխանիկական ուժի ազդեցությունից և ուղեկցվում է շրջակա փափուկ հյուսվածքների այս կամ այն աստիճանի վնասմամբ: Կոտրվածքը կարող է լինել բուրբերկար խողովակավոր և տափակ ոսկրերում: Ավելի հաճախ կոտրվում են նախաբազկի, ապա սրունքի ոսկրերը, հետո ազդրոսկրը, բազկոսկրը, անրակը և մատոսկրերը:

Կոտրվածքների դասակարգումը.

ա/ Կոտրվածքները լինում են բաց և փակ (երբ մաշկը չի վնասվում):

բ/ Կոտրվածքները լինում են լրիվ և ոչ լրիվ (երբ կոտրվածքի գիծն անցնում է ոսկրի ամբողջ հաստությամբ կամ մասամբ): Ոչ լրիվ կոտրվածքը կոչվում է ճեղքվածք:

զ/ Կոտրվածքները լինում են բնածին և ձեռքբերովի: Բնածին կոտրվածքներն առաջանում են պտղի ներարգանդային կյանքում՝ մոր կրած վնասվածքի (տրավմայի) կամ որևէ հիվանդության պատճառով: Ծննդաբերության ժամանակ առաջացած կոտրվածքներն արդեն համարվում են ձեռքբերովի:

դ/ Ձեռքբերովի կոտրվածքներն իրենց հերթին լինում են վնասվածքային (տրավմատիկ) և ախտաբանական (պաթոլոգիական): Առաջին տեսակի կոտրվածքներն առաջանում են արտաքին ուժի ազդեցության հետևանքով, իսկ պաթոլոգիական (ախտաբանական) կոտրվածքներն առաջանում են ախտահարված հիվանդ ոսկրերում փոքր վնասվածքի, իսկ երբեմն էլ առանց արտաքին ուժի ազդեցության:

ե/ Կոտրվածքներն, ըստ վնասվածքի գծի, լինում են՝ միջաձիգ, թեք, երկայնակի և պտուտակաձև:

Ավելի հաճախ հանդիպում են համակցված (կոմբինացված) կոտրվածքներ՝ երբ միևնույն ոսկրի վրա առաջանում են տարբեր ուղղություններով կոտրվածքներ:

Կոտրվածքները լինում են նաև բեկորային, երբ ոսկրի որևէ մասը փշրվում է: Տարբերում են նաև ներխրված կոտրվածքներ, օրինակ, երբ ազդրի վզիկը կոտրվում և խրվում է ազդրի մեջ:

Կոտրվածքների ժամանակ վերջույթների մկանների և փափուկ հյուսվածքների կծկման հետևանքով, ինչպես նաև արտաքին ուժերի ազդեցությամբ առաջանում է կոտրված ծայրերի տեղաշարժ: Ըստ տեղաշարժի գծի, կոտրվածքները լինում են՝

1. Կողմնային, երբ կոտրված ոսկրի ծայրերը իրարից հեռանում են ըստ լայնության:
2. Ըստ երկարության, երբ տեղաշարժը կատարվում է ոսկրերի երկայնակի առանցքի ուղղությամբ:
3. Անկյունավոր, երբ ոսկրի ծայրերն անկյուն են կազմում:
4. Ըստ պերիֆերիկ մասի, երբ ոսկրերից մեկը երկայնակի պտտվում է իր առանցքի շուրջը:

Նշանները

Կոտրվածքի կլինիկական ախտորոշումը սովորաբար մեծ դժվարություն չի ներկայացնում, քանի որ նշանները յուրահատուկ են: Պետք է նկատի ունենալ տուժածի անամնեզը (հիվանդության պատմությունը): Արտահայտված նշաններից է տարբեր աստիճանի ցավի զգացողությունը, որը մեղմանում է անշարժացման ժամանակ և սաստկանում է շարժում կատարելիս:

Կոտրվածքի ժամանակ վնասված ծայրանդամի ֆունկցիան բացակայում է: Այսպես՝ վերին վերջույթի կոտրվածքի ժամանակ տուժածը ձեռքով չի կարողանում որևէ գործողություն կատարել, ստորին վերջույթի կոտրվածքի ժամանակ պառկում է, չի կարողանում հենվել վերջույթի վրա: Բայց երբ վնասվում է սրունքի կամ նախաբազկի մեկ ոսկրը, ֆունկցիան երբեմն չի խաթարվում:

Կոտրվածքի շրջանում միշտ դիտվում է որոշ ձևախեղում (դեֆորմացիա), այտուցվածություն, մաշկի գույնի փոփոխություն (համեմատում են անվնաս ծայրանդամի հետ): Ծայրանդամի շոշափումով կարելի է որոշել կոտրվածքի ճիշտ տեղը (ցավոտ կետերով): Շոշափելու ժամանակ հայտնաբերվում է նաև կոտրվածքի մյուս նշանը՝ ոչ սովորական շարժունությունը, այսինքն՝ ոսկրը շարժվում է այն տեղում, որտեղ նորմալ դեպքում դա չպետք է լիներ: Կոտրվածքի հիմնական նշաններից է նաև ոսկրերի ճարճատյունը (կրեպիտացիա), երբ կոտրված վերջույթը զգույշ շոշափում են, կոտրված ոսկրի ծայրերը քսվում են իրար, և լսվում է ճարճատյուն:

Կոտրվածքի առկայությունը ճշտելու համար կատարում են նաև ծայրանդամի չափումներ և համեմատում առողջ ծայրանդամի հետ (կարճանում կամ երկարում է):

Կոտրվածքի բնույթի, փափուկ հյուսվածքների վիճակի և այլ հարցերի վերաբերյալ ճշգրիտ պատկերացում ունենալու համար անհրաժեշտ է կատարել ոսկրի ռենտգենյան նկարահանում:

Բացի նշված տեղային երևույթներից, կարող են լինել նաև ընդհանուր նշաններ ջերմության բարձրացում (մինչև 38°C):

Առաջին բուժօգնությունը

Կոտրվածքների ժամանակ առաջին բուժօգնությունը ծայրանդամի ժամանակավոր անշարժացումն է, որը նվազեցնում է ցավը և կանխում վնասվածքային շոկի առաջացման վտանգը, փափուկ հյուսվածքների և ներքին օրգանների լրացուցիչ վնասվածքները, բաց վնասվածքների ժամանակ նվազում է վերքային վարակի վտանգը, և, վերջապես, ոսկրերի աճակցման համար ստեղծվում են լավ պայմաններ:

Առաջին հերթին դադարեցվում է արյունահոսությունը: Ջարկերակային արյունահոսության ժամանակ դրվում է լարան, բայց կարճ ժամանակով: Տրվում են ցավազրկող դեղամիջոցներ: Ժամանակավոր (փոխադրական) անշարժացումը կատարվում է ստանդարտ կամ փոխարինող դողերի (բեկակալների) միջոցով: Եթե կոտրվածքը բաց է, մինչև դող դնելը վերքն անհրաժեշտ է մշակել և վրան մանրէազերծ վիրակապ դնել:

Ստանդարտ դողերը լինում են՝ մետաղական (Կրամերի սանդղակային դող) և փայտյա (Դիտերիխսի դող): Բաց կոտրվածքի ժամանակ, մինչև վերքի վրա դող դնելը, պետք է դնել ստերիլ վիրակապ: Եթե ոսկրի բեկորները ցրված են, չպետք է դրանք ուղղել (վարակը կարող է անցնել խորանիստ հյուսվածքները): Վիրակապը դնելուց հետո անհրաժեշտ է վերջույթն անշարժացնել:

Դողերը դրվում են հագուստի վրայից կամ բամբակով փաթաթված վերջույթի վրա: Մետաղական դողերը կորացվում են վերջույթի ձևին և չափին համապատասխան:

Վերին վերջույթը կապում են դողին՝ ծալված դիրքով (վերջույթի ֆիզիոլոգիական դիրք), իսկ ստորինը՝ ուղիղ վիճակում՝ պահպանելով մոտակա առնվազն երկու հողի անշարժացման սկզբունքը:

Չանգվածային ախտահարման օջախներում, որտեղ կոտրվածքների թիվը շատ մեծ է լինում, վերջույթների կոտրվածքներն անշարժացնելու համար, բացի ստանդարտ դողերից, կարելի է որպես դող օգտագործել ձեռքի տակ եղած հարմար իրեր՝ փայտիկներ, ձեռնափայտեր, սվիններ, հրացաններ, ճյուղերի խրձեր: Կա-

րելի է նաև վերին վերջույթը դողի փոխարեն կապել մարմնին, իսկ ստորինը՝ մյուս ոտքին: Ոտքի և ձեռքի մատները կապից դուրս են բողմվում՝ հսկելու համար վերջույթի արյան շրջանառությունը:

Հողերի կոտրվածքների ժամանակ մոտեցումն այլ է. չի կարելի հողը բացել կամ փակել, հետո անշարժացնել. չողը նույն դիրքով էլ պետք է անշարժացնել:

Ազդրի վզիկի կոտրվածքի ժամանակ պառկած վիճակում տուժածը ցավ չի զգում նույնիսկ շոշափելիս: Հիմնական նշանը հետևյալն է. երկու ոտնաթաթերը համեմատելիս մեկը թեքված է լի նում դեպի դուրս, և տուժածը չի կարողանում այն ուղղել, իսկ մյուս ոտքը կարողանում է ուղղել: Նման դեպքում պետք է անշարժացնել հետևյալ ձևով. դնել դողը, ապա բինտը կամ պարանո ոտքի տակով անցկացնել (ոտքը չշարժել) և վերևից դեպի ներքև կապեր դնել Տեղափոխման ժամանակ վերջույթին տալ մի փոքր բարձր դիրք կրծքավանդակի մակարդակին հավասար: Անպայման ներարկել ցավազրկողներ (արդյունավետ է ներերակային տարրերակը):

Անրակի կոտրվածքի ժամանակ արմունկներն, առանց ծալելու, մեջքից բազուկների շրջանում կապել իրար կամ էլ փայտ դնել մեջքին:

Կողերի կոտրվածքների ժամանակ տեղափոխելիս ճնշող կապ դնել չի կարելի: Այդ ժամանակ հիվանդն ինքն է ընդունում հարմար հարկադրական դիրք, երբ ցավերը մեղմանում են:

Այժմ Դիտերիխսի դողի փոխարեն կա կնախքը ձգող դող: Գոյություն ունեն նաև պնևմատիկ դողեր:

ՓԱԿ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ



Փակ են կոչվում այն վնասվածքները, որոնց դեպքում վնասվում են խորանիստ հյուսվածքներն ու օրգանները՝ առանց արտաքին ծածկույթների (մաշկի և լորձաթաղանթի) ամբողջականության խախտման:

Փակ վնասվածքների շարքն են դասվում փափուկ հյուսվածքների ջարդվածքը (սալջարդ), հողերի կապանների ձգվածությունը և հողախախտը:

■ Փափուկ հյուսվածքների ջարդվածք (սալջարդ)

Սալջարդ առաջանում է ընկնելու կամ կարծր առարկայի հարվածի հետևանքով և բնորոշվում է ենթամաշկային շերտի ու այլ փափուկ հյուսվածքների, ինչպես նաև մանր անոթների վնասմամբ:

Սալջարդի դեպքում արտաքին ուժն ազդում է ոչ միայն ենթամաշկային շերտի, այլև մաշկի վրա: Բայց, քանի որ մաշկն օժտված է մեծ առածականությամբ և զգալի դիմադրողականությամբ, սալջարդի ժամանակ առանձնապես չի տուժում, մինչդեռ ենթամաշկը, որը փափուկ է, ուժեղ վնասվում է:

Սալջարդն առաջանում է զանազան բուս գործիքների ազդեցությունից, բուս հարվածներից (փայտով, քարով խփելուց, որևէ բուս առարկայի վրա ընկնելիս և այլն): Սալջարդի ժանրության աստիճանը կախված է արտաքին ուժերի չափից, ազդման անկյունից, արագությունից, ինչպես նաև հյուսվածքների անատոմոֆիզիոլոգիական վիճակից:

Սալջարդի ժամանակ ենթամաշկային շերտը պատռվում է, նրա մեջ գտնվող մազանոթները և մանր անոթները վնասվում են, որի հետևանքով առաջանում են արյունազեղումներ: Արյունը տարածվում և հավաքվում է ենթամաշկային շերտում:

Արյունահոսության աստիճանը լինում է տարբեր՝ *կետավոր արյունազեղումներից* (պետեխիա) մինչև *հեմատոմա*, երբ արյունահոսությունը տեղի է ունենում մեծ անոթներից: Անոթներից դուրս

եկող արյունը, հասնելով մաշկին, տարածվում է դրա մակերեսային շերտում, որի հետևանքով մաշկը կապտում է: Դա էլ ավելի ցայտուն է դառնում հատկապես երկու-երեք օր հետո:

Ծանր դեպքերում, բուժ գործիքի հարվածից, բացի ենթամաշկային շերտից, վնասվում են նաև մկանները, ոսկրերը: Մկանախրձերը պատռվում են, մինչդեռ մկանների անատոմիական անընդհատությունն ամբողջովին չի խախտվում: Առաջանում է արյունազեղում:

Նշանները

Հարվածը ստանալուց հետո տուժողը մարմնի տվյալ մասում զգում է ցավ, որը սովորաբար կարճատև է լինում: Վնասված հյուսվածքների շրջանում առաջանում է այտուցվածություն, որի պատճառը հյուսվածքների մեջ կուտակված արյունն է: Այտուցվածությունն առաջանում է ոչ թե անմիջապես, այլ հարվածից մի քանի ժամ անց, երբ տվյալ տեղում կուտակվում են արյուն և շիճուկային հեղուկ: Մեծ արյունազեղումները լինում են այն դեպքում, երբ պատռվում են խոշոր անոթները, ինչպես նաև այն ժամանակ, երբ հյուսվածքների բարակ շերտը գտնվում է կարծր հենարանի (ոսկրի) վրա: Սալջարդի դեպքում լինում են տարբեր ուժգնության ցավ, սահմանափակ կամ ծավալուն այտուցվածություն, արյունազեղումներ, որոնք ի հայտ են գալիս ջարդվածքից երեք օր անց՝ կապույտ բծերի (կապտուկների) ձևով, ֆունկցիայի աննշան խանգարումներ, ինչպես օրինակ՝ ծեծված վերջույթում շարժումների սահմանափակում: Որպես կանոն՝ ջարդվածքի դեպքում ընդհանուր երևույթներ չեն զարգանում: Միայն առանձին դեպքերում (մկանների, ոսկրերի, որովայնի և այլ սալջարդի) կարող են դիտվել շոկի նշաններ կամ ջերմաստիճանի մի փոքր բարձրացում:

Առաջին բուժօգնությունը

Առաջին հերթին մեծ նշանակություն ունի վնասված հյուսվածքի կամ համապատասխան օրգանի կատարյալ հանգիստը, իսկ ծանր դեպքերում վերջույթն անշարժացնում են: Սալջարդի տեղում դնում են ճնշող կապ, որի շնորհիվ անոթները սեղմվում են, և

արյունահոսությունը սահմանափակվում կամ դադարում է, սակայն մեծ ճնշում գործադրել չի կարելի, քանի որ հյուսվածքների սնուցումը կարող է խանգարվել, տուժած մարմնամասին տալիս են բարձր դիրք: Առաջին ժամերին օգտագործում են նաև սառեցնող միջոցներ, այսինքն՝ սառույցով կամ սառը ջրով լի ռետինե պարկը դնում են վնասված շրջանի վրա, որի շնորհիվ արյունահոսությունը դարձյալ սահմանափակվում է:

Տաքացնող միջոցները կարելի է գործածել սալջարդ ստանալուց միայն երկու օր անց, երբ արյունահոսությունն արդեն դադարում է: Այդ միջոցները (տաքացնող կոմպրեսներ, տաք վաննաներ՝ 36-40°C ջերմությամբ) նպաստում են հյուսվածքում կուտակված արյան ներծծմանը:

■ **Հոդախախտում**

Հոդախախտում է կոչվում այս կամ այն հոդի կառուցվածքի մեջ մտնող ոսկրածայրերի ոչ բնականոն ու կայուն տեղաշարժը:

Ավելի հաճախ առաջանում են ուսային, արմնկային, ծնկային և կոնքազդրային, իսկ հազվադեպ՝ ձեռքի մատների ու ստորին ծնոտի հոդախախտումները: Հոդախախտման ժամանակ սովորաբար առաջանում է հոդաշապկի պատռվածք, բացի դրանից, լրիվ կամ մասնակի չափով պատռվում են հոդի կապանները: Հնարավոր են նաև մաշկի անոթների, նյարդերի ու ոսկրերի վնասումներ:

Եջանները

Հոդախախտման ժամանակ ախտահարված հոդի շրջանում առաջանում է ցավ, բնորոշ է հոդի (վերջույթի) հարկադրական դիրքը, որը տարբեր հոդերի համար յուրօրինակ է: Օրինակ ուսային հոդախախտման դեպքում տուժածի ձեռքը արմնկային հոդում ծալված, մարմնից մի փոքր կողմ շրջված վիճակում է լինում, և երբ փորձում են մոտեցնել իրանին, վերջույթը, զսպանակելով, վերադառնում է նախկին դիրքին: Հոդախախտման ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի հոդի ձևախեղումը (դեֆորմացիան): Շոշափման դեպքում հնարավոր է լինում պարզել, որ հողը «դատարկ» է, իսկ հողագլխիկը դուրս է եկել հողի խոռոչից ու

տեղակայվել իր համար ոչ սովորական տեղում: Այսպիսով, հողախախտման ամենակարևոր ու բնորոշ ախտանիշներն են՝ ցավը, հողի ֆունկցիայի, այսինքն՝ սովորական շարժունակության խանգարումը, վերջույթի հարկադրական դիրքը, հողագլխիկի տեղաշարժն ու հողախտոռչի դատարկությունը, երբեմն՝ վերջույթի երկարության փոփոխությունը:

Առաջին բուժօգնությունը

Վերջույթն անշարժացնում են գլխաշորով (եթե հողախախտը վերին վերջույթի շրջանում է) կամ հիվանդին անշարժ դիրք են տալիս (եթե հողախախտը ստորին վերջույթի շրջանում է), ներարկում են ցավազրկողներ:

Հողախախտման ժամանակ կարևոր է հիվանդի ճիշտ տեղափոխումը հիվանդանոց: Պատգարակի վրա դնելիս հողախախտված մասի շուրջը պետք է դրվեն փափուկ իրեր (բարձ, վերմակ): **Երբեք չպետք է փորձել վերջույթին բնականոն դիրք տալ:** Վիրակապ դնելու դեպքում ոտքը պետք է մնա այն դիրքում, որն առաջացել է հողախախտումից հետո:

ՎՆԱՍՎԱՄՔԱՅԻՆ (ՏՐԱՎՄԱՏԻԿ)

ՇՈԿ



Ժամանակակից պայմաններում պատերազմական հնարավոր վնասվածքները կկրեն զանգվածային բնույթ, և ծանր վնասվածքներին (զանգի, որովայնի, կրծքավանդակի, ողնաշարի) ուղեկցող ընդհանուր երևույթներն ավելի հաճախ կհանդիպեն: Այդ երևույթները կարտահայտվեն տրավմատիկ շոկի ձևով: Շոկը օրգանիզմի ռեակցիան է վնասվածքի նկատմամբ, որն առաջանում է ցավային և ռեֆլեկտոր գրգիռների ազդեցության հետևանքով ու արտահայտվում է կենտրոնական նյարդային համակարգի գործունեության ընկճմամբ, սիրտ-անոթային և շնչառական համակարգերի

գործունեության խանգարումներով, արյան ճնշման անկմամբ ու ընդհանուր ծանր վիճակով: Տրավմատիկ շոկ հիմնականում դրսևորվում է այն վնասվածքների ժամանակ, երբ առաջանում են նաև փափուկ հյուսվածքների ջնջխում, կրծքավանդակի, որովայնի օրգանների վնասվածքներ, ոսկրերի փշրում, այրվածքներ և կոմբինացված վնասվածքներ: Այս շոկի առաջացմանը կարող են նպաստել մի շարք գործոններ: Դրանք են՝ ցրտահարությունը, արյան զգալի կորուստը, ճառագայթահարումը, քաղցը, ծարավը, կոտրվածքի անբավարար անշարժացումը, հոգեկան ապրումները և այլն: Պատերազմական իրավիճակներում շոկ առաջացնող պայմանները, նախատրամադրող գործոններն ավելի հաճախ են հանդիպում, ուստի դրանց գումարումից ավելի հաճախ են առաջանում շոկի երևույթներ:

Նշանները

1. Մաշկի և լորձաթաղանթների գունատություն (կապտավուն, մոխրագույն երանգ):
 2. Գիտակցությունը պահպանվում է, սակայն տուժածն անտարբեր է շրջապատի նկատմամբ:
 3. Բիբերը լայնացած են, աչքերը՝ ներս ընկած:
 4. Սառը, կպչուն քրտնարտադրություն:
 5. Պուլսը՝ թույլ, հաճախացած, թելանման:
 6. Մակերեսային անկանոն շնչառություն:
 7. Մարմնի ջերմաստիճանի անկում ($35-32^{\circ}\text{C}$):
 8. Արյան ճնշման անկում:
 9. Երբեմն՝ ծարավ, սրտխառնոց, փսխում:
- Ըստ առաջացման ժամանակի՝ շոկը լինում է.

1. **Առաջնային:** Այս դեպքում շոկի երևույթները զարգանում են վիրավորվելուց անմիջապես հետո:
2. **Երկրորդային** կամ **ուշացած:** Արտահայտվում է վնասվածք ստանալուց 2-6 ժամ հետո:

Տարբերում են նաև՝

1. **Մաքուր** կամ **ցավային շոկ**, երբ գերակշռում է ցավի սինդրոմը:

-
2. **Բարդացած շոկ**, երբ դիտվում են մահ արյան կորուստ, ճառագայթային հիվանդություն և այլ գործոններ:

Շոկի ընթացքը ծանր է, տարբերում են հետևյալ փուլերը.

1. **Էրեկտիլ - գրգռման փուլ**, որը շատ կարճ է և անկայուն:
2. **Տորպիդ - թուլացման փուլ**, երբ օրգանիզմի բոլոր ֆունկցիաները խիստ թուլացած են:

Ըստ ծանրության՝ տարբերում են շոկի չորս աստիճան.

1. **Թեթև աստիճան**. հիվանդի ընդհանուր վիճակը բավարար է, մաշկը՝ գունատ, պուլսը՝ քիչ հաճախացած:
2. **Միջին աստիճան**. հիվանդի ընդհանուր վիճակը ծանր է, մաշկը գունատ է՝ սառը քրտինքով պատված, պուլսը հաճախացած, արյան ճնշումն՝ ընկած, հիվանդն անհանգիստ է:
3. **Ծանր աստիճան**. արյան ճնշումը խիստ ընկած է, պուլսը՝ շատ արագ:
4. **Սահմանային (տերմինալ) աստիճան**. հիվանդի գիտակցությունը բացակայում է, պուլսն անհետանում է, արյան ճնշումը՝ մինչև 50մմ ս.ս., շնչառությունը՝ հաճախացած և մակերեսային: Այս աստիճանի դեպքում հաճախ վրա է հասնում մահը:

Առաջին բուժօգնությունը

Պետք է կատարել հետևյալը. անշարժացնել վնասված մասը, եթե արյունահոսում է, արյունահոսությունը դադարեցնել (երբեմն առանց հազուստը հանելու), տաքացնել վիրավորին (ջեռակ, մեծ քանակով տաք թեյ, փաթաթել), ներարկել ցավազրկողներ (կոֆեին, ադրենալին) և տեղափոխել մոտակա հիվանդանոց:

Տեղափոխման ժամանակ, եթե վերջույթն արյունահոսում է, դողը հանել չի կարելի (քայքայված հյուսվածքներից առաջացած թունավոր նյութերն անցնում են արյան մեջ, և շոկը սաստկանում է): Շոկի վիճակում գտնվող տուժածին միշտ պետք է հսկել և առաջին հերթին ցույց տալ բուժօգնություն:

ՎՆԱՍՎԱԾՔԱՅԻՆ ԹՈՒՆԱՎՈՐՈՒՄ (ՏՈՔՍԻԿՈՉ)



Խաղաղ պայմաններում շինարարական, հանքային փլուզումների, տարերային աղետների, միջուկային զենքի օգտագործման ժամանակ (հարվածող ալիք, շենքերի փլուզումներ) մարդկանց վերջույթները կամ որևէ մարմնամաս մնում է երկարատև ճնշման տակ: Դրա հետևանքով առաջանում են արյան անոթների, փափուկ հյուսվածքների վնասվածքներ (երկարատև ճնշման սինդրոմ): Երկարատև ճնշման հետևանքով խանգարվում են փափուկ հյուսվածքների արյան մատակարարումը և սնուցումը, առաջանում են նեկրոզի, քայքայման օջախներ, անջատվում են թույներ (մկանային պիզմենտ միոգլոբին, հիստամինային նյութեր), որոնք, ներծծվելով արյան մեջ, թունավորում են օրգանիզմը, առաջացնելով վնասվածքային տոքսիկոզ:

Երկարատև ճնշման սինդրոմը դասակարգվում է ըստ ժամային տարբերակի և ճնվածության մակերեսի չափի:

Ըստ ժամային տարբերակի՝ առանձնացնում են ծանրության երեք աստիճան՝ պայմանավորված ճնվածության տևողությամբ.

ա/ **թեթև** (6-8ժ),

բ/ **միջին** (8-12ժ),

գ/ **ծանր** (12ժ և ավելի):

Ըստ ճնվածության մակերեսի չափի՝ դարձյալ տարբերում են երեք աստիճան.

ա/ **թեթև** – ծանրության տակ վերջույթը 4 ժամ է մնացել,

բ/ **միջին** – 4 ժամ՝ երկու վերին կամ մեկ ստորին վերջույթները,

գ/ **ծանր** – 4 ժամ՝ երկու ստորին կամ երկու վերին և մեկ ստորին վերջույթները:

Նշանները

Փլուզումների տակից դուրս բերվածների ընդհանուր վիճակը սկզբում համեմատաբար բավարար է լինում. գանգատվում են թուլությունից և վնասված մասի ցավից: Սակայն 1,5-2 ժամ հետո վնասված մասում առաջանում է այտուց, որը գնալով ձգվում և պնդանում է: Վերջույթի մաշկը սկզբում գունատ է, ապա աստիճանաբար առաջանում են կապտադեղնավուն արյունազեղումներ, շարժումները սկզբում սահմանափակ են, այնուհետև լրիվ անհետանում են, ծայրամասային պուլս չի շոշափվում: Տուժածի ընդհանուր վիճակը վատանում է, առաջանում են շոկի երևույթներ ջերմության բարձրացումով (ի տարբերություն վնասվածքային շոկի), խանգարվում է երիկամների ֆունկցիան (անուրիա), ընդհանուր վիճակը գնալով ծանրանում է: Երկարատև ճնշման սինդրոմը ծանր է ընթանում ճառագայթահարված հիվանդների դեպքում: Որովայնի և կրծքավանդակի ճնշման ժամանակ մեծ մասամբ ելքը լինում է աննպաստ:

Առաջին բուժօգնությունը

Առաջին բուժօգնության միջոցառումների իրականացման վերաբերյալ կան տարբեր մոտեցումներ: Մի մասը կարծում է, որ վնասված վերջույթի վրա լարան պետք է դնել, մյուս մասը՝ որ չպետք է դնել (որպեսզի միանգամից առաջացած միոզկոթինը չանցնի արյան մեջ, պետք է պրոցեսը լինի դանդաղ):

Մի մեծ խումբ այն կարծիքին է, թե, առանց ծանրության տակից հանելու, տուժածին պետք է ներերակային հեղուկներ ներարկել (գլյուկոզա – 0,5 ժամում՝ 500մլ), ապա վերջույթը հանել ծանրության տակից: Կամ անհրաժեշտ է վերջույթը, մինչև ծանրության տակից դուրս բերելը, ազատ մասում վերևից ներքև փաթաթել էլաստիկ բինտով՝ միջին ուժգնությամբ:

Վերջույթը ծանրության տակից հանելուց հետո բինտը չպետք է հանել, անհրաժեշտ է նորից ներարկել հեղուկներ և տալ թթվածին:

Եթե ծանրության տակ բինտ չեն փաթաթել, ապա անպայման դա պետք է հանելուց հետո արագ անել, վերջույթին տալ բարձր դիրք, վրան դնել սառը միջոցներ, անշարժացնել և տեղափոխել

հիվանդանոց: Եթե ծանրությունը հանելուց հետո պարզվում է, որ վերջույթը լրիվ ջնջխված է, անհրաժեշտ է շտապ լարան դնել, վերջույթն անշարժացնել և արագ տեղափոխել հիվանդանոց նախապես ցավազրկելով:

ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐ



Այրվածքը բարձր ջերմաստիճանի, քիմիական կամ ռադիոակտիվ ճառագայթման ազդեցության հետևանքով հյուսվածքների վնասումն է:

Այրվածքներ առաջանում են ինչպես խաղաղ պայմաններում (կենցաղային, արդյունաբերական և այլն), այնպես էլ աղետների և պատերազմների ժամանակ:

Ըստ առաջացող պատճառի՝ տարբերում են այրվածքների հետևյալ տեսակները.

■ Զերմային այրվածքներ

Առաջանում են բարձր ջերմության (բոց, շիկացած իրեր, տաք հեղուկներ, նյութեր, հրկիզվող վառելանյութեր, գոլորշիներ և այլն), ինչպես նաև միջուկային պայթյունների հետևանքով:

Առավել ծանր ու խորն են համարվում նապալմից և թերմիտից առաջացող այրվածքները, որոնց դեպքում բռնկվող խառնուրդը պատում է մաշկը, և առաջանում է 1100-2000°C ջերմություն:

■ Քիմիական այրվածքներ

Առաջանում են որոշ քիմիական նյութերի ազդեցության հետևանքով: Այդ նյութերից են՝ ուժեղ թթուները, հիմքերը, ծանր մետաղները, ֆոսֆորը և այլն:

■ Ճառագայթային այրվածքներ

Առաջանում են ռադիոակտիվ ճառագայթների ներգործության հետևանքով:



Ջերմային այրվածքներ:

Ծանրության աստիճանները, նշանները

Ջերմային այրվածքի խորությունը (աստիճանը) և տարածվածությունը պայմանավորված են մի կողմից ջերմային ազդակի տեսակով, մյուս կողմից՝ այն ժամանակամիջոցով, որի ընթացքում այդ ազդակը ներգործում է օրգանիզմի վրա:

Ըստ հյուսվածքների վնասման խորության՝ տարբերում են այրվածքների ծանրության չորս աստիճան՝ առաջին, երկրորդ, երրորդ և չորրորդ:

■ **Առաջին աստիճանի այրվածքի** ժամանակ ազդակի ներգործությունից անմիջապես հետո մաշկի տվյալ հատվածում զգացվում է այրող ցավ, առաջանում են տարածված կարմրություն և թեթևակի այտուց: Ցավը մի քանի ժամից անցնում է, իսկ կարմրությունը և այտուցն անհետանում են 4-5 օրվա ընթացքում, և մաշկը թեփոսվում է:

■ **Երկրորդ աստիճանի այրվածքի** ժամանակ ցավը և այրոցը ավելի արտահայտված են, անոթներից դուրս եկած հեղուկը հավաքվում է մաշկի մակերեսային շերտում և, անջատելով վերնամաշկը, կուտակվում է դրա տակ: Այնուհետև մաշկի վրա գոյանում են բշտեր (բուլլա): Բշտերը լինում են տարբեր մեծության՝ լցված թափանցիկ հեղուկով: Սակայն ցավոտ չեն, քանի որ ծածկված են մեռուկացած վերնամաշկով:

Եթե բշտերը մեծ են, և դրանց մեջ կուտակված հեղուկի քանակը շատ է, պատռվում են, հեղուկը դուրս է գալիս, երևում է վերնամաշկից մերկացած մաշկը, իսկ եթե բշտերը փոքր են և չեն պատռվում, դրանց պարունակությունն աստիճանաբար ներծծվում է, բշտերը կնճռոտվում և անհետանում են, առաջանում է թարմ վերնամաշկ: Այս ամբողջ պրոցեսը տևում է երկու շաբաթ:

■ **Երրորդ աստիճանի այրվածքի** ժամանակ առաջանում է վնասված փափուկ հյուսվածքների որոշ հատվածի մեռուկացում: Այս դեպքում բարձր ջերմության ազդեցությանը արյան պլազման և հյուսվածքների սպիտակուցները մակարդվում են, արյան անոթ-

ները խցանվում են, որի հետևանքով վնասված հյուսվածքներից արյունահոսություն տեղի չի ունենում: Մեռուկացած հյուսվածքները մուգ գորշագույն են դառնում կամ ուղղակի սևանում են:

Հյուսվածքների մեռուկացումը (սպիտակուցների մակարդումը) լինում է տարբեր խորության. մեռուկանում են մաշկը, ենթամաշկային շերտը, մկանները:

■ **Չորորդ աստիճանի այրվածքի** ժամանակ տեղի է ունենում հյուսվածքների և ոսկրերի ածխացում, երբ կարճ ժամանակամիջոցում այրվում են հյուսվածքներն ամբողջ խորությամբ:

Սովորաբար միայն մեկ աստիճանի այրվածքներ հազվադեպ են լինում: Ավելի հաճախ մարմնի տարբեր մասեր վնասվում են տարբեր խորությամբ, ուստի այրվածքները լինում են համակցված:

Այրվածքների ծանրության աստիճանը որոշվում է ոչ անմիջապես, այլ վնասվելուց մի քանի ժամ կամ մի քանի օր հետո (սովորաբար մեկ օր հետո): Դա կախված է նաև այրված մակերեսի չափերից: Մարմնի մակերեսի 1/3-ի, իսկ երեխաների պարագայում 1/4-ի դեպքում (III-VI աստիճանի) այրվածքը խիստ վտանգավոր է կյանքի համար. 1/3-ից ավելի մակերեսի այրվածքը սովորաբար մահացու է:

Այրվածքային մակերեսը որոշելու համար կան մի քանի մեթոդներ, որոնցից ավելի տարածված են հետևյալ երկուսը.

Առաջին մեթոդ

Յուրաքանչյուր մարդու ափի մակերեսը կազմում է իր մարմնի մակերեսի 1%-ը:

Երկրորդ մեթոդ

Իննականի մեթոդ: Այրվածքի տարածվածության աստիճանը, տոկոսային հարաբերությամբ, որոշում են հետևյալ կերպ՝ գլխի և պարանոցի այրման դեպքում հաշվվում է 9%, վերին վերջույթների դեպքում՝ 9-ական %, ստորին վերջույթների դեպքում՝ 18-ական %, կրծքի և որովայնի դեպքում՝ 18%, մեջքի 18%, սեռական օրգանների դեպքում՝ 1%:

■ Այրվածքային հիվանդություն

Այրվածքների ժամանակ, բացի տեղային նշաններից, զարգանում են նաև ընդհանուր երևույթներ, առաջանում է այրվածքային հիվանդություն:

Այրվածքային հիվանդությունը զարգանում է հիմնականում 10% այրված մակերեսի ժամանակ (երեխաների դեպքում՝ 5%), եթե դա երկրորդ, երրորդ կամ չորրորդ աստիճանի այրվածք է: Այրվածքային հիվանդության նշաններն են՝ այրվածքային շոկ, օրգանիզմի թունավորում (ինտոքսիկացիա) և արյան վարակում (սեպսիս):

■ Այրվածքային շոկ

Այրվածքային շոկն առաջանում է այրվածքային մակերեսից նյարդային վերջույթների գրգռման հետևանքով առաջացած ուժեղ ցավերից: Այրվածքների ժամանակ շոկը սկզբում արտահայտվում է երկարատև գրգռման (երեկտիլ) շրջանով, երբ հիվանդը ոչ թե ընկճված է, այլ, հակառակը, գտնվում է գրգռված վիճակում. բղավում է ուժեղ ցավից, գանգատվում է ծարավի սուր զգացումից, անհանգիստ շարժումներ է կատարում, անհամբեր է, օգնություն է հայցում: Մի քանի ժամ հետո այդ գրգռված վիճակն անցնում է, հիվանդը հայտնվում է ընկճված վիճակում, և սկսվում է թուլացման (տորպիդ) շրջանը:

Այրվածքային շոկի նշաններն են՝ գունատությունը, հաճախացած պուլսը, ջերմության բարձրացումը, գիտակցության առկայությունը, բայց անտարբերությունը շրջապատի նկատմամբ: Սակայն, ի տարբերություն տրավմատիկ շոկի, այրվածքային շոկը երկարատև է՝ մինչև 3 օր:

Այրվածքային շոկի ամենահիմնական նշանը օրգանիզմի ջրազրկումն է: Այրված տեղից արտազատուկի մեծ արտահոսքի պատճառով արյան պլազման դուրս է հոսում, օրգանիզմը կորցնում է մեծ քանակությամբ հեղուկ, և տեղի է ունենում ջրազրկում: Հեղուկային մասի զգալի կորստի հետևանքով արյունը թանձրանում է, հեմոգլոբինի տոկոսը բարձրանում է: Ջգալիորեն մեծանում է նաև

ագոտային նյութերի քանակն արյան մեջ (ագոտեմիա), որի պատճառով օրգանիզմի թունավորումն ավելի է խորանում:

Ջրազրկման հետևանքով նվազում է մեզի քանակը, և առաջանում է անմիզություն: Երբ այրվածքային մակերեսից արյան մեջ ներթափանցում են տարբեր թունավոր նյութեր, և օրգանիզմը թունավորվում է (տոքսեմիա), արդյունքում բարձրանում է ջերմությունը, առաջանում է սարսուռ, և զարգանում է ընդհանուր ծանր վիճակ: Այս վիճակը կարող է տևել 4-12 օր:

Ծավալուն այրվածքների դեպքում այրված մակերեսից թարախածին մանրէները թափանցում են արյան մեջ, և զարգանում է սեպսիս (արյան վարակում), դիտվում են՝ ջերմության խիստ բարձրացում, ընդհանուր թուլություն, սիրտ-անոթային համակարգի ֆունկցիայի խանգարում, և առաջանում է չափազանց ծանր վիճակ:

Եթե բուժումը լինում է ժամանակին և արդյունավետ, սկսվում է վերականգնման կամ ապաքինման շրջան:

Առաջին բուժօգնությունը

Այրվածքների և այրվածքային հիվանդության հետագա նպաստավոր ընթացքի համար մեծ նշանակություն ունի առաջին բուժօգնությունը:

Հրդեհների հետևանքով առաջացած այրվածքի դեպքում տուժածին արագ հեռացնում են կրակից, հագուստը հանում են, եթե սպիտակեղենը կպել է այրված մակերեսին, ապա ոչ թե պոկում, այլ կտրում են այրված մակերեսի սահմաններում և վրան դնում են ասեպտիկ վիրակապ, իսկ մեծ մակերեսով այրվածքի դեպքում տուժածին փաթաթում են մաքուր սավանով: Այնուհետև տուժածին տալիս են ցավազրկող, ներարկում են նաև հակատետանիկ շիճուկ, խմեցնում են հեղուկներ, տաքացնելու նպատակով ծածկում են և տեղափոխում հիվանդանոց:

■ **Կենցաղային** պայմաններում առաջացած այրվածքների ժամանակ անհրաժեշտ է արագ սառը ջրի տակ պահել այրված մասը, ապա այրված մակերեսը ծածկել բուսական յուղով կամ ցավազրկող որևէ քսուքով:

■ **Քիմիական այրվածքների** դեպքում առաջին օգնության ժամանակ անմիջապես այրված տեղը լվանում են հոսող ջրով, որը մեծ նշանակություն ունի թթուների և հիմքերի խտությունը նվազեցնելու և հյուսվածքներից դրանք հեռացնելու տեսակետից: Եթե այրվածքն առաջացել է թթուներից, չեզոքացնելու համար օգտագործում են հիմք (օրինակ՝ սոդայի լուծույթ): Հիմքերից առաջացած այրվածքների ժամանակ օգտագործում են թթու (2%-անոց քացախաթթու, կիտրոնաթթու և այլ թթուների լուծույթներ): Այդ նյութերը ուղղակի լցնում են այրված մակերեսի վրա կամ դրանցով թրջված ստերիլ թանգիֆը դնում են վնասված մասի վրա:

■ **Ճառագայթային այրվածքներն** ունեն ծանրության նույն աստիճանները, սակայն ընթանում են մի շարք առանձնահատկություններով՝ գաղտնի շրջանի առկայություն, դանդաղ ընթացք, հյուսվածքների ախտահարման մեծ խորություն և խիստ ցավոտություն:

5.7. Նշանները

Գաղտնի շրջանը տևում է մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր, իսկ երբեմն՝ մեկ շաբաթ: Տարբերակվում է ծանրության չորս աստիճան, որոնց նշանները նման են ջերմային այրվածքների նշաններին: Ծառագայթային այրվածքների ընթացքի ծանրությունը կախված է ճառագայթահարման չափից, հզորությունից, ժամանակահատվածից և բնույթից, ինչպես նաև տուժածի ընդհանուր վիճակից, սեռից և տարիքից: Այս այրվածքներից հետո առաջանում են ընդարձակ, կոպիտ սպիներ, մաշկի ատրոֆիա, իսկ երբեմն էլ՝ չբուժվող խոցեր:

5.8. Առաջին բուժօգնությունը

Առաջին բուժօգնության նպատակով անհրաժեշտ է տուժածին արագ դուրս բերել ճառագայթահարման օջախից, ճառագայթային այրվածքների վրա դնել ասեպտիկ (չոր կամ քսուքային) վիրակապ:

ՖՐՏԱՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆ



Ցածր ջերմության ազդեցության հետևանքով առաջացած հյուսվածքների տեղային փոփոխությունները կոչվում են ցրտահարություններ:

Ցածր ջերմության ազդեցությունն արտահայտվում է տեղային ցրտահարությամբ և ընդհանուր սառեցումով:

Ցրտահարությանը նպաստող գործոններն են օդի ցածր ջերմաստիճանը և խոնավությունը: Որքան սառը օդը խոնավ է, այնքան ցրտահարումը շուտ և հեշտությամբ է առաջանում: Մեծ նշանակություն ունի նաև օդի հոսանքը՝ քամին, որի առկայությամբ սառը և խոնավ օդն ավելի հեշտ է ցրտահարություն առաջացնում: Բացի այդ արտածին (էկզոգեն) պատճառներից, ցրտահարության առաջացման պատճառ կարող են լինել նաև ներքին (էնդոգեն) պատճառները, այսինքն՝ մարդու օրգանիզմը: Ընդհանուր սառեցմանը և ցրտահարությանն ավելի ենթակա են փոքր երեխաները, ծերունիները, ինչպես նաև մարդիկ, ովքեր տառապում են արյան շրջանառության խանգարումներով, հյուծվածությամբ, և որոնց օրգանիզմի դիմադրողականությունը զգալիորեն ընկած է: Ցրտահարմանը նպաստում են նաև հարբած և քաղցած վիճակները:

Ցրտահարությունը հաճախ լինում է մարմնի բաց մասերում, որոնք անմիջապես են ենթարկվում արտաքին ազդակների ազդեցությանը, ինչպես նաև մարմնի այն մասերը, որոնք գտնվում են սնուցման ավելի անբարենպաստ պայմաններում՝ դեմքը, քթի ծայրը, այտերը, երբեմն՝ կոպերը, ձեռքերը, ոտքի թաթերը և մատները:

Ցրտահարության հիմնական երևույթները բացատրվում են արյան անոթների փոփոխություններով և հյուսվածքների սնուցման խանգարումներով:

Ցածր ջերմության ազդեցության հետևանքով անոթները սկզբում կարճ ժամանակով կծկվում են, որից հետո, եթե ազդակը շարունակում է գործել, կաթվածահարվում և լայնանում են:

Ըստ առաջացած տեղային փոփոխությունների՝ տարբերում են չորս աստիճանի ցրտահարություններ:

■ **Առաջին աստիճանի ցրտահարության** ժամանակ անոթները կծկվում են (սպազմ), որն արտահայտվում է մաշկի տվյալ մասի գունատությամբ, ծակոցներով և ցավով: Երբ հիվանդին դուրս են բերում սառը միջավայրից կամ ցրտահարված մասերը տաքացնում են, այդ երևույթները փոփոխվում են, այսինքն՝ ցրտահարված մասի մաշկը կարմրում է, երբեմն էլ դառնում է կարմրակապտավուն, առաջանում է այտուց: Անոթների սպազմը վերանում է, արյան շրջանառությունը վերականգնվում է, և տեղային փոփոխություններն աստիճանաբար վերանում են:

■ **Երկրորդ աստիճանի ցրտահարության** դեպքում անոթները կծկվում են, այնուհետև լայնանում և երկար ժամանակ մնում են այդ վիճակում: Անոթների պատերի թափանցելիությունը մեծանում է, արյան հեղուկային մասը դուրս է գալիս և տեղակայվում է հյուսվածքների մեջ: Յեղուկը, տարածվելով փափուկ հյուսվածքներում, հասնում է մաշկին, շերտազատում է վերնամաշկը, որի հետևանքով մաշկի վրա գոյանում են բշտեր: Դրանք առաջանում են մի քանի ժամ, հաճախ նաև 2-3 օր անց: Բշտերը պարունակում են արյունախառն հեղուկ, որը բացատրվում է էրիթրոցիտների առկայությամբ: Բշտերի շրջակա մաշկն այտուցվում է և ստանում կարմրակապտավուն երանգ:

■ **Երրորդ աստիճանի ցրտահարության** ժամանակ անոթների փոփոխությունները կրում են ծանր բնույթ: Խիստ լայնացած անոթներում արյան շրջանառությունը շատ դանդաղում է, մինչև անգամ առաջանում է արյան կանգ (ստազ): Դրա հետևանքով արյունը մակարդվում է անոթների մեջ, գոյանում է խիցք (թրոմբ), որը խցանում է անոթների լուսանցքը, և, ի վերջո, հյուսվածքների սնուցումը խանգարվում է: Երրորդ աստիճանի ցրտահարության դեպքում մեռուկանում են միայն փափուկ հյուսվածքները մաշկը, ենթամաշկային ճարպաշերտը, նյարդերը և այլն:

■ **Չորրորդ աստիճանի ցրտահարության** ժամանակ փափուկ հյուսվածքների հետ միասին մեռուկանում են նաև ոսկրերը:

■ **Ընդհանուր ցրտահարության** դեպքում դիտվում են մարմնի ջերմաստիճանի իջեցում և բոլոր կենսական պրոցեսների ընկճվածություն: Սկզբում մարդը սարսուռ է զգում, ապա՝ քնկոտություն, այնուհետև խորը քուն («սառը նարկոզ») է առաջանում, որի ընթացքում աստիճանաբար թուլանում են սրտի գործունեությունն ու շնչառությունը, առաջանում է փայտացում, և օգնության բացակայության դեպքում մարդը կարող է մահանալ:

■ **Թերեւ ցրտահարության** ժամանակ առաջանում է մաշկի այտուցվածություն, կապտություն, քորի զգացում և «սագի» մաշկ:

Առաջին բուժօգնությունը

Ցրտահարության բոլոր դեպքերում տուժածին պետք է տեղափոխել տաք սենյակ, բայց ոչ վառարանի կամ խարույկի մոտ, այնուհետև անհրաժեշտ է հանել կոշիկները, ձեռնոցները և այլն: Մարմնի ցրտահարված մասը սկզբում պետք է շփել ձեռքով կամ որևէ շորով, այնուհետև վերջույթը դնել տաք ջրով լի թասի մեջ ($32-34^{\circ}\text{C}$)՝ տասը րոպեի ընթացքում ջրի ջերմաստիճանը հասնելով $40-45^{\circ}\text{C}$ -ի: Եթե լոզանք ընդունելուց հետո ցավը մեղմանում է, մաշկի զգայունությունը վերականգնվում է, ապա վերջույթը չորացնում են, շփում են սպիրտի լուծույթով և հազցնում են չոր, տաքացրած գուլպա, դրա վրայից՝ բրդյա գուլպա, իսկ ձեռքերին՝ չոր, տաքացրած ձեռնոցներ: Եթե լոզանքի ժամանակ ցավն ուժեղանում է, մատների զգայունությունը չի վերականգնվում, ապա դա վկայում է խորը ցրտահարության մասին, և տուժածին պետք է տեղափոխել հիվանդանոց: Ցավերի ժամանակ հիվանդին ներարկում են 1մլ 1%-անոց մորֆին կամ պանտոպոն:

Տաքացնելու հետ մեկտեղ տուժածին պետք է տալ տաք թեյ, սուրճ, գինի, օղի:

Ցրտահարված մասում այտուցի կամ բշտիկների առկայության դեպքում չի թույլատրվում շփում կատարել: Այդպիսի դեպքերում

ցրտահարված մասի վրա դնում են ստերիլ վիրակապ, ծածկում բանբակի հաստ շերտով, վերջույթին տալիս են բարձր դիրք և տուժածին անհապաղ տեղափոխում հիվանդանոց:

Ընդհանուր սառեցման դեպքում տուժածին տանում են տաք սենյակ, հանում հագուստը, մարմինը շփում սպիրտով կամ օղիով (արգելվում է շփել ձյունով), տալիս են տաք թեյ, գինի և տաք փաթաթում: Եթե տուժածը չի շնչում, պետք է կատարել արհեստական շնչառություն, իսկ ենթամաշկային ներարկել 5-10մլ 20%-անոց կամֆորայի կամ 1-2մլ 10%-անոց կոֆեինի լուծույթ:

Կլինիկական մահվան երևույթների դեպքում պետք է ձեռնարկվեն վերակենդանացման միջոցառումներ:

ՋՐԱՆԵՂՈՒԹՅՈՒՆ



Ջրահեղծություն առաջանում է, երբ շնչառական ուղիները լցվում են ջրով, որի հետևանքով առաջանում են շնչառության խանգարման երևույթներ (շնչահեղծություն), իսկ շուտափույթ օգնության բացակայության դեպքում՝ շնչառության դադար (ասֆիքսիա) և մահ:

Մեծ նշանակություն ունի օդի և ջրի ջերմաստիճանը, օդի խոնավությունը, ջրում եղած ժամանակահատվածը, ինչպես նաև մարդու քաշը (սառը ջրում նիհար մարդիկ շուտ են մահանում): Ջրահեղծությունը կարող է առաջանալ ինչպես քաղցրահամ, այնպես էլ աղի (ծովի) ջրում: Քաղցրահամ ջրում ջրահեղծության դեպքում ջուրը արագ թոքաբշտերից ներծծվում է արյան մեջ՝ առաջացնելով էրիթրոցիտների հեմոլիզ: Հաճախ, երբ տուժածին դուրս են բերում ջրից, կարող է արագ զարգանալ թոքերի այտուց և տուժածի բերանից հոսել արյունախառը փրփուր:

Աղի ջրում ջրահեղծության դեպքում ջուրը չի ներծծվում թոքերից արյան մեջ, քանի որ աղի ջուրը արյան պլազմայի համե-

մատույթամբ ավելի բարձր ճնշում ունի (հիպերտոնիկ է), տեղի է ունենում արյան թանձրացում, արագ կարող է զարգանալ թոքերի այտուց, սակայն շնչառական ուղիներից արտադրվում է սպիտակ, կայուն փրփուր: Ջրի քանակը մահացու (ասպիրացիոն) է 1-2 լիտրի (20մլ/կգ) դեպքում, սակայն մահացու ելք հնարավոր է նաև 0,5լ (10մլ/կգ) ջրի դեպքում: Ջրահեղծության ժամանակ մահվան պատճառ կարող են լինել թոքերում զագափոխանակության դադարը, սրտի աշխատանքի ռեֆլեկտոր կանգը, ինչպես նաև հոգեբանական գործոնը (վախ և հուսահատության զգացում): Կեղտոտ ջրերում ջրահեղծության ժամանակ մահվան պատճառ կարող է դառնալ կոկորդի սպազմը:

Ջրահեղծության տեսակներն են՝

1. *առաջնային, թաց* կամ *իսկական* ջրահեղծություն (75-95% դեպքերում),
2. *սպիտակ* կամ *չոր* ջրահեղծություն,
3. *ուշագնաց* կամ *երկրորդային* ջրահեղծություն:

Նշանները

Ջրից դուրս բերված տուժածի վիճակը կախված է ջրում եղած ժամանակահատվածից, ջրահեղծության տեսակից, հոգեկան վիճակից: Թեթև դեպքերում տուժածի գիտակցությունը պահպանվում է, բայց վարքը բնականոն չէ: Տուժածը հրաժարվում է օգնությունից, գրգռված է կամ ընկճված, զգում է սարսուռ, գլխացավ, մաշկը և լորձաթաղանթը կապտած են, շնչառությունը մակերեսային է: Աստիճանաբար տուժածի վիճակը ծանրանում է, առաջանում է գիտակցության կորուստ, պուլսը թելանման է (պուլսը ճաճանչային զարկերակի վրա չի շոշափվում, իսկ քներակի և ազդրային զարկերակի վրա թույլ է շոշափվում), բերանից նկատվում է փրփրախառն արտադրություն՝ երբեմն արյան պարունակությամբ: Արյան ճնշումը սկզբում բարձր է, ապա խիստ իջնում է, ծանր դեպքերում ձգվում և ուռչում են պարանոցի երակները, և, ի վերջո, վրա է հասնում կլինիկական մահը:

Առաջին բուժօգնությունը

Առաջին բուժօգնությունը սկսվում է անմիջապես ջրում: Օգնողը տուժածի գլուխը ջրից բարձրացնում է և լողալով տանում նրան դեպի ափ: Խեղդվողին ջրից դուրս բերելուց հետո պետք է վերակենդանացնել. եթե անհրաժեշտ է, կատարել արհեստական շնչառություն ու շուտափույթ միջոցներ ձեռնարկել: Եթե տուժածի գիտակցությունը պահպանված է, պետք է հանել թաց հագուստը, մաշկը չորացնել, չոր հագուստ հագցնել, մարմինը տաքացնել (փաթաթել տաք վերմակով): Անմիջապես պետք է մաքրել շնչառական ուղիները, բերանի խոռոչը և քթանցքերը: Եթե ջրահեղձությունը տեղի է ունեցել աղի ջրում, ապա ջրահեղձին պառկեցնում են փորի վրա՝ օգնողի ծնկին այնպես, որ տուժածի գլուխը կախվի, ապա զույգ ձեռքերով մի քանի անգամ համաչափ սեղմում են տուժածի մեջքը: Այնուհետև շրջում են տուժածին, պառկեցնում մեջքի վրա ու թանգիֆոլ փաթաթված մատով մաքրում բերանի խոռոչը, որից հետո կատարում են արհեստական շնչառություն և սրտի արտաքին մերսում: Իսկ եթե ջրահեղձությունը տեղի է ունեցել քաղցրահամ ջրում, ապա բերանի խոռոչը և քթանցքերը մաքրելուց հետո, եթե կա անհրաժեշտություն, կատարում են վերակենդանացում:

ԷԼԵԿՏՐԱՎԵԱՍՎԱԾՔ (ԷԼԵԿՏՐԱՏՐԱՎԱՍ)



Էլեկտրատրավման կամ էլեկտրական հոսանքից առաջացած վնասվածքը դիտվում է որպես կայծակի կամ բարձր լարման էլեկտրական հոսանքի ներգործության հետևանք: 100 վոլտից բարձր հոսանքը վտանգավոր է կյանքի համար, իսկ 500 վոլտից բարձրը գրեթե միշտ մահացու է: Դա առաջանում է էլեկտրասարքավորումների, հոսանքատար լարերի անսարքություններից, հոսանքի աղբյուրի, դրա առանձին կետերի հետ կատարված ոչ մասնագիտական միջամտություններից, վթարներից:

Էլեկտրական հոսանքի ազդեցությունը կախված է հոսանքի լարումից, ուժից, դիմադրողականությունից և ազդման ժամանակահատվածից: Չոր հագուստը, մազոտ, հաստ և կոշտ մաշկը, ինչպես նաև վատ հաղորդող առարկաները (ռետինե կոշիկներ, փայտե հողաթափեր) փոքրացնում են էլեկտրավնասվածքի վտանգը, մինչդեռ խոնավությունը, քրտինքը, մաշկի գերարյունությունը (հիպերեմիա) և հոսանքի հետ ավելի սերտ շփումը հակառակ ազդեցություն են թողնում: Հիվանդ և հարբած վիճակը, քաղցը, ծարավը, տարիքը (երեխա, ծերունի) և ընկճված հոգեվիճակը էլեկտրավնասվածքի բացասական ազդեցությունն ուժեղացնող գործոններ են: Անհրաժեշտ է իմանալ, որ մշտական հաստատուն հոսանքն ավելի թույլ է ազդում, քան փոփոխականը:

Եռանները

Էլեկտրավնասվածքն ուղեկցվում է հիմնականում շնչառական օրգանների, արյան շրջանառության և կենտրոնական նյարդային համակարգում զարգացող ընդհանուր խանգարումներով, իսկ տեղային արտահայտությունը՝ այս կամ այն աստիճանի այրվածքով:

Էլեկտրավնասվածքի դեպքում առաջանում են ընդհանուր երևույթներ՝ մկանների ջղաձգություն, գիտակցության կորուստ, կապտություն (ցիանոզ) և սրտի ռիթմի խանգարում, ծանր դեպքերում՝ սրտի աշխատանքի և շնչառության դադար:

Ծանր էլեկտրավնասվածքից հետո վերակենդանացած տուժածը կարճ ժամանակ անց կրկին կարող է ընկնել խիստ անհուսալի վիճակի մեջ և մահանալ թոքերի և սրտի աշխատանքի դադարից կամ ներզանգային ճնշման բարձրացումից:

Էլեկտրավնասվածքի ամենաբնորոշ ընդհանուր ախտանիշը կարծեցյալ մահն է, որը կլինիկապես չի տարբերվում կենսաբանական մահվանից, քանի որ ոչ միայն շնչառությունն է դադարում, այլև անհետանում են զարկերակն (պուլսն) ու սրտի զարկերը: Առանձին դեպքերում նկարագրված ախտաբանական վիճակը բարելավվում է ինքնաբերաբար կամ արհեստական շնչառությունից հետո, սակայն հետագա մի քանի ժամվա ընթացքում առաջանում

են անուժության հասնող ընդհանուր թուլություն, գլխացավ, ցնցումներ:

Տեղային փոփոխությունները լինում են երեք տեսակի ջերմային, քիմիական և մեխանիկական:

Ջերմային փոփոխություններն արտահայտվում են տարբեր աստիճանի այրվածքների ձևով, «հոսանքի նշանների» կամ «կայծակի նշանների», դեղնագորշագույն կամ կարմրագույն ծյուղավորված մաշկային բծերի տեսքով:

Էլեկտրական հոսանքի քիմիական ազդեցության դեպքում հյուսվածքներում տեղի է ունենում էլեկտրոլիզ:

Էլեկտրական հոսանքի մեխանիկական ազդեցության պատճառով մարմնի վրա առաջանում են փոսեր, որոնք երբեմն այնքան են խորանում, որ վերածվում են անցքերի: Ծանր դեպքերում կատարվում են անդամահատումներ (օրինակ՝ ֆալանգների):

Առաջին բուժօգնությունը

Առաջին հերթին տուժածին պետք է ազատել էլեկտրական հոսանքի ազդեցությունից՝ անջատելով հոսանքի աղբյուրը: Օգնություն ցուցաբերողը այդ գործողությունները պետք է կատարի արագ պահպանելով անձնական անվտանգության կանոնները: Տուժածին հեռացնում են հոսանքից՝ մեկուսացնող իրերով, առարկաներով (ռետինե ձեռնոց, փայտե գործիքներ, ռետինե խողովակներ և այլն):

Դրանից հետո, անհապաղ, առանց տուժածին տեղափոխելու, կատարում են արհեստական շնչառություն, օգտագործում են սիրտ-անոթային դեղամիջոցներ (կամֆորա, կոֆեին, կորդիամին): Եթե տուժածը կլինիկական մահվան վիճակում է, անհրաժեշտ է կատարել վերակենդանացման միջոցառումներ: Գիտակցությունը վերականգնելուց հետո տուժածին պետք է տաքացնել (շփել, տաք ծածկել, տալ հեղուկներ) և պառկած դիրքով տեղափոխել հիվանդանոց:



Գանգի վնասվածքները դասվում են ծանր վնասվածքների շարքը: Դրանք լինում են փակ և բաց: Գանգի փակ վնասվածքների թվին են դասվում գլխուղեղի ցնցումը, ծնշումը և գանգի ոսկրերի փակ կոտրվածքները:

Բաց վնասվածքների ժամանակ առաջանում են փակ վնասվածքներին բնորոշ երևույթներ, ինչպես նաև գանգուկրերը ծածկող մաշկի, գանգուկրերի բաց կոտրվածքների նշաններ:

■ Ուղեղի ցնցում

Ուղեղի ցնցումը առաջանում է գլխին հարված ստանալու, ընկնելու հետևանքով: Ցնցման ժամանակ ուղեղի գորշ և սպիտակ նյութերի մեջ մեծ մասամբ տեղի են ունենում մանրադիտակային կետավոր արյունազեղումներ:

Ըստ ծանրության ընթացքի տարբերում են ուղեղի ցնցման երեք աստիճան՝ թեթև (առաջին աստիճան), միջին ծանրության (երկրորդ աստիճան) և ծանր (երրորդ աստիճան):

Ուղեղի ցնցման ամենացայտուն և հիմնական նշանը գիտակցության կորուստն է, որը տեղի է ունենում վնասվածքից անմիջապես հետո՝ ցնցման գրեթե բոլոր դեպքերում:

Ուղեղի ցնցմանը (անկախ ցնցման ծանրության աստիճանից) հաճախ բնորոշ է հիշողության կորուստը (ամենեզիա): Հիվանդները չեն հիշում հատկապես այն իրադարձությունները, որոնք տեղի են ունեցել վնասվածքից որոշ ժամանակ առաջ և դրանից հետո. սա կոչվում է հետադարձ կամ ռետրոգրադ ամենեզիա:

■ **Թերթել** կամ **առաջին աստիճանի ցնցման** դեպքում գիտակցության կորուստը շատ կարճատև է մի քանի վայրկյանից մինչև մի քանի րոպե, որից հետո գիտակցությունը վերականգնվում է: Երբեմն լինում են՝ սրտխառնություն, փսխում և գլխացավ:

վածքից ցած ընկած հատվածում), կոնքի խոռոչի օրգանների ֆունկցիաների խանգարումներ: Ողնաշարի ծանր կոտրվածքները հաճախ ուղեկցվում են վնասվածքային շոկի երևույթներով:

Առաջին բուժօգնությունը

Առաջին բուժօգնության միջոցառումները կատարելիս չի կարելի ողնաշարը կորացնել, քանի որ դա կարող է նպաստել ողնուղեղի ճնշման (վնասվածքի) առաջացմանը կամ խորացմանը: Այդպիսի ծանր կոտրվածքների ժամանակավոր անշարժացումն իրականացվում է տուժածին փորի վրա պառկած վիճակում պատգարակի վրա տեղափոխելով: Գլխի և ուսերի տակ բարձ են դնում:

Եթե տուժածին պատգարակի վրա դնում են մեջքի վրա պառկած վիճակում, ապա սովորական փափուկ պատգարակի վրա պետք է դրվի փայտե վահանակ կամ լայն տախտակի կտոր և անհրաժեշտ է կապեր դնել կրծքավանդակին, որովայնին ու ոտքերին, իսկ գլուխը, ծնոտի կամ ճակատի շրջանում, կապում են փայտին: Կարելի է տեղափոխել աթոռի վրա նստեցրած՝ ոտքերն իրար, իսկ իրանը աթոռի մեջքին կապած: Ողնաշարի պարանոցային ողերի կոտրվածքի դեպքում տուժածին պատգարակի վրա պառկեցնում են մեջքի վրա, իսկ վզի տակ բարձիկ կամ հագուստի փաթեթ են դնում: Ցանկալի է պարանոցին բամբակե «օձիք» հազցնել: Եթե չկա հատուկ «օձիք», ապա դրա փոխարեն պարանոցը պատում են բամբակի հաստ շերտով և բինտով փաթաթում: Տուժածին տալիս են ցավազրկողներ, վնասվածքային շոկի առկայության դեպքում հակաշոկային միջոցներ են կիրառում և անհապաղ տեղափոխում հիվանդանոց:

ԿՐԾՔԱՎԱՆՂԱԿԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ



Կրծքավանդակի վնասվածքները դասվում են ծանր վնասվածքների շարքը: Առաջանում են հիմնականում հրազենային վիրավորումների ժամանակ, ինչպես նաև հարվածից, ընկնելիս: Կարող են առաջանալ կողերի կոտրվածքներ, ինչպես նաև պլևրայի, թոքերի և սրտի վնասվածքներ:

Կրծքավանդակի վնասվածքների ժամանակ թոքերը կարող են վնասվել, որի հետևանքով թոքից արյունը և օդը մտնում են պլևրալ խոռոչի մեջ: Մի դեպքում կարող է գերակշռել արյան քանակը, իսկ մյուս դեպքում՝ օդի քանակը: Երբեմն թե՛ օդը և թե՛ արյունը դուրս են գալիս գրեթե հավասար չափով՝ մեծ քանակությամբ: Հաճախ պատռվածքն առաջանում է, երբ կոտրված կողերը ներս են հրվում և վիրավորում թոքերը: Օդն, անցնելով պլևրալ խոռոչ, առաջացնում է մի ախտաբանական վիճակ, որը կոչվում է **պնևմոթորաքս**: Օդը բարձրացնում է ճնշումը պլևրալ խոռոչում, թոքը կծկվում է, կնճռոտվում և չի կարողանում մասնակցել շնչառության պրոցեսին: Եթե օդի քանակը մեծ է, ապա այն ճնշում է միջնորմը, տեղափոխում է այստեղ գտնվող օրգանները դեպի առողջ կողմը, որն, իր հերթին, ավելի է դժվարացնում սրտի գործունեությունը և արյան շրջանառությունը: Պնևմոթորաքսը լինում է երեք տեսակի.

1. Եթե պլևրալ խոռոչ օդի ներթափանցումից հետո վերքը անմիջապես փակվում է, ապա այդպիսի պնևմոթորաքսն անվանում են փակ:

2. Եթե օդը ներշնչման ժամանակ անցնում է պլևրայի խոռոչը, իսկ արտաշնչման ժամանակ դուրս է գալիս, կոչվում է **բաց պնևմոթորաքս**, որը հիվանդի համար վտանգավոր է: Առանձնահատուկ ծանրությամբ է ընթանում **փականային պնևմոթորաքսը**, երբ կրծքավանդակի վերքում առաջանում է յուրօրինակ փականային մեխանիզմ, որի հետևանքով ներշնչելիս, օդն անցնում է պլևրալ խոռոչի մեջ, իսկ արտաշնչելիս մասամբ է դուրս գալիս: Դրա հետևանքով օդն, աստիճանաբար կուտակվելով պլևրալ խոռոչում,

հրում ու տեղաշարժում է սիրտն ու թոքերը, որը հանգեցնում է արագ զարգացող ու կյանքին վտանգ սպառնացող շնչառության ու արյան շրջանառության ծանր անբավարարության:

3. Երբ պլևրալ խոռոչում որոշ չափով արյուն է կուտակվում, այդ վիճակը կոչվում է **հեմոթորաքս**, իսկ օդի և արյան կուտակումը պլևրալ խոռոչում կոչվում է **պնևմոհեմոթորաքս**: Եթե պատռվում է պլևրայի արտաքին թերթիկը, ապա պլևրալ խոռոչում կուտակված օդն, արտաշնչելիս, ճնշման հետևանքով, մղվում է դեպի կրծքավանդակի փափուկ հյուսվածքները և լցվում ենթամաշկային տարածության մեջ՝ առաջացնելով ենթամաշկային օդափքանք (ենթամաշկային էմֆիզեմա):

Եջանները

Լինում է կրծքավանդակի վերք, ներշնչման ժամանակ՝ ցավ, հազ (թոքերի վնասման դեպքում արյունախխմամբ), հաճախացած մակերեսային շնչառություն, կապտուկ, զարկերակի հաճախացում ու թույլ լեցունություն, ընդհանուր խիստ ծանր վիճակ (շոկ)՝ հատկապես բաց պնևմոթորաքսի ժամանակ: Վերջինիս դեպքում հաճախ լսվում է ներհոսող և արտահոսող օդի յուրօրինակ հնչյուն: Ավելի ուշ ի հայտ են գալիս ենթամաշկային օդափքանքի և հեմոթորաքսի երևույթներ:

Առաջին բուժօգնությունը

Բաց և փականային պնևմաթորաքսի դեպքում պետք է փակել օդի մուտքը պլևրալ խոռոչ, որի համար առավելագույն արտաշնչման փուլում վերքին դրվում է հերմետիկ ասեպտիկ վիրակապ: Այդ նպատակով կրծքի վերքին դրված ստերիլ անձեռոցիկների (նախընտրելի է՝ վազելինով օծված) վրայից դնում են մի կտոր մոմլաթ (կարելի է դնել նաև անհատական վիրակապական ծրարի ռետինապատ թաղանթը կամ ռետինե ձեռնոցի կտրվածքը), ապա բամբակի հաստ շերտ և փաթաթում լայն բինտով: Տալիս են նաև ցավազրկող դեղամիջոցներ (պրոմեդոլ), կրծքավանդակի վրա դնում են սառը թրջոց: Տուժածին անհապաղ տեղափոխում են հիվանդանոց:

ՈՐՈՎԱՅՆԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ



Որովայնի վնասվածքները դասվում են ժանր վնասվածքների շարքը: Որովայնի վնասվածքները լինում են բաց և փակ:

Որովայնի փակ վնասվածքներն առաջանում են հարվածների, սեղմումների, հարվածային ալիքի, երկարատև ճնշման ներգործության հետևանքով: Դրանք առաջացնում են որովայնի պատի կամ, միաժամանակ, որովայնախոռոչի օրգանների փակ վնասվածքներ:

Բաց վնասվածքների ժամանակ վնասվում է նաև որովայնի առաջնային պատի մաշկը:

Նշանները

Դիտվում են որովայնի մկանների ջարդվածքի (ցավ, այտուց, արյունազեղումներ, մկանային լարվածություն) երևույթներ: Ներքին օրգանների վնասումների դեպքում շատ արագ կարող են առաջանալ վնասվածքային շոկի երևույթներ, որոնք ներքին արյունահոսության առկայության դեպքում ավելի են խորանում: Դիտվում են սուր փորացավեր, շոշափման ժամանակ զգացվում է ցավ, մկանային լարվածություն, սրտխառնուք և փսխում: Ջարկերակը լինում է հաճախացած՝ թույլ լեցումով: Աստիճանաբար զարգանում են որովայնանոցի սուր բորբոքման երևույթներ (պերիտոնիտ):

Ներքին օրգանների վնասման դեպքում առաջանում են ներքին արյունահոսության նշաններ (խիստ գունատություն, ընդհանուր թուլություն, քնկոտություն, հորանջ, բերանի չորություն, արյան ճնշման անկում):

Առաջին բուժօգնությունը

Փակ վնասվածքի ժամանակ տուժածի համար ապահովում են կատարյալ հանգստի վիճակ, փորին դնում են սառը միջոցներ, իսկ բաց վնասվածքների ժամանակ կարելի է ցավազրկել, բայց ջուր չտալ: Դուրս թափված աղիների դեպքում անհրաժեշտ է ուղղել,

բայց ճնշել չի կարելի, պետք է սրբիչը կամ շորի կտորը թրջել սառը ջրով, ծածկել վնասված մասը և տուժածին հորիզոնական վիճակում անհապաղ տեղափոխել հիվանդանոց:

■ Սուր որովայն

«Սուր որովայն» հասկացությունն ընդգրկում է որովայնի խոռոչի այնպիսի սուր հիվանդություններ, որոնք այս կամ այն չափով սպառնում են հիվանդի կյանքին և պահանջում անհետաձգելի բժշկական օգնություն: Այդ հիվանդություններից են՝ որդանման ելունի, լեղապարկի և որովայնամզի սուր բորբոքումները, ստամոքսի և տասներկուամտյա աղու խոցի ծակումը (պերֆորացիա), աղիների սուր անանցանելիությունը, ներորովայնային արյունահոսությունը և այլն: Այս հիվանդությունները մեծ մասամբ առաջանում են հանկարծակի և առանց նախանշանների:

🦋 Նշանները

Հիվանդների առաջին և մշտական զանգատը որովայնի խոռոչի ցավն է, որովայնի շրջանը շոշափելիս նկատվում է լարվածություն («տախտակի ամրություն»), սրտխառնուք և փսխում, ծանր դեպքերում ի հայտ են գալիս օրգանիզմի ընդհանուր թունավորման (ինտոքսիկացիայի) նշաններ:

«Սուր որովայն» առաջացնող հիվանդությունների շարքում կույր աղիքի որդանման ելունի սուր բորբոքումը (ապենդիցիտ) հանդիպում է բավական հաճախ:

Որդանման ելունի սուր բորբոքումը (սուր ապենդիցիտ) մեծ մասամբ սկսվում է հանկարծակի, աջ զստափոսի ցավերով, որոնք սկզբնական շրջանում տարածվում են որովայնի զանազան հատվածներում՝ ստեղծելով սուր գաստրիտի տպավորություն: Հետագայում, երբ ախտահարվում է որովայնամիզը, ցավերը տեղակայվում են աջ զստափոսում՝ տարածվելով գոտկային, փոքր կոնքի և աջ ազդրային շրջանները: Աստիճանաբար ցավերը սաստկանում են, մանավանդ՝ շարժումների ժամանակ:

Հիվանդը զանգատվում է ընդհանուր թուլությունից, սրտխառնուքից, լինում են՝ փսխում, դող, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրա-

ցում, զարկերակի հաճախացում, որը սակայն չի ուղեկցվում ջերմաստիճանի բարձրացմամբ: Արյան մեջ նկատվում է լեյկոցիտոզ: Ամենավաղ ախտանիշներից մեկը որովայնի առաջնային պատի լարվածությունն է. որովայնը ուշադիր զննելիս նկատվում է, որ ներշնչման ժամանակ սահմանափակվում կամ լրիվ բացակայում է որովայնապատի շարժունակությունը աջ զստափոսի շրջանում: Մյուս կարևոր ախտանիշը որովանի, հատկապես աջ զստափոսի ցավի առկայությունն է նույնիսկ ամենաթույլ շոշափման ժամանակ, ապա փքվածությունը և մկանային լարվածությունը:

Առաջին բուժօգնությունը

«Սուր որովայնի» ժամանակ չի կարելի խմելու ջուր տալ, չնայած հիվանդն ունի ծարավի զգացում և բերանի չորություն: Որպես օրենք՝ արգելվում են ամեն տեսակի հոգնաներն ու լուծողականները, ստամոքսի լվացումը և ջեռակների օգտագործումը: Աջ զստափոսին կարելի է դնել սառցե պարկ՝ առանց այդ շրջանի վրա ճնշում գործադրելու: Արգելվում է նաև ուժեղ ցավազրկող դեղամիջոցների ներարկումը (մորֆին, պանտապոն, պրոմեդոլ), որովհետև դրանք, քողարկելով հիվանդության իսկական պատկերը՝ թույլ չեն տալիս ճիշտ կողմնորոշվել:

ՀԱՄԱԿՅՎԱԾ ԱՆՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐ



Ժամանակակից պատերազմի պայմաններում միջուկային, քիմիական և կենսաբանական զենքերի միաժամանակ կամ առանձին կիրառման դեպքում առաջանում են վնասման համակցված օջախներ: Միայն միջուկային զենքի օգտագործման ժամանակ ազդող գործոններից որևէ մեկի առանձին ներգործության դեպքում գործ ունենք, այսպես կոչված, ախտահարման մաքուր ձևերի հետ, իսկ բոլոր գործոնների միաժամանակյա ազդեցությունից զենքի

օջախում մարդիկ ստանում են համակցված վնասվածքներ, որոնք որակապես նոր բնույթի ախտահարումներ են, քանի որ ճառագայթահարմանը միանում են մեխանիկական վնասվածքները, վերքերի աղտոտումը թունավոր նյութերով և, վերջապես, հոգեկան ախտահարումները:

Այսպես՝ հարվածող ալիքի ազդեցությունից առաջանում են տարբեր մեխանիկական վնասվածքներ /վերքեր, կոտրվածքներ, փակ վնասվածքներ և այլն/, լուսային /ջերմային/ ներգործության հետևանքով՝ տարբեր աստիճանի ջերմային այրվածքներ, ներթափանցող ճառագայթման դեպքում՝ տարբեր ժանրության ճառագայթային ախտահարումներ, առավելապես սուր ճառագայթային հիվանդություն, մաշկի և խորանիստ հյուսվածքների տեղային ախտահարումներ:

Ուսումնասիրությունների համաձայն՝ այդ օջախում ախտահարումների 50-60%-ը համակցված են:

Ախտաբանական պրոցեսը, որն առաջանում է համակցված ախտահարման ժամանակ, ոչ թե առանձին տեսակի վնասվածքների պարզ հանրագումար է, այլ օրգանիզմի բարդ ռեակցիա, որը բնութագրվում է որակական առանձնահատկություններով, առաջանում է **փոխադարձ ծանրացման սինդրոմ**:

Տարբեր վնասվածքների առկայության դեպքում կարճանում է ճառագայթային հիվանդության գաղտնի շրջանը, խորանում են սիրտ-անոթային և կենտրոնական նյարդային համակարգի խանգարումները, թուլանում է օրգանիզմի ընդհանուր իմունակենսաբանական դիմադրողականությունը, ընկճվում են վերջային վարակի նկատմամբ օրգանիզմի պաշտպանիչ մեխանիզմները, իջնում է լեյկոցիտների ֆագոցիտային ակտիվությունը, ձգձգվում են վերքերի, կոտրվածքների և այրվածքների բուժման և ապաքինման ժամկետները:

Կանխատեսել ախտահարումների բոլոր հնարավոր համակցությունները չափազանց բարդ է:

Համակցված ախտահարումները պայմանականորեն կարելի է բաժանել հետևյալ հիմնական խմբերի.

1. վնասվածքաայրվածքային,
2. վնասվածքաճառագայթային,
3. այրվածքաճառագայթային,
4. վնասվածքաքիմիական,
5. հոգեկան խանգարումներ:

Քանի որ ճառագայթային հիվանդության ժամանակ բարձրանում է արյան անոթների թափանցելիությունը, դրա արդյունքում առաջանում են արյունազեղումներ և արյունահոսություններ, ապա համակցված ախտահարումների ժամանակ վերքերը սկսում են արյունահոսել, դանդաղում է կոտրվածքների աճակցումը, ոսկրային կոշտուկի առաջացումը և դժվարանում են դրանց բուժումն ու ապաքինումը:

Համակցված ախտահարումների կարևոր տեսակ են ռադիոակտիվ նյութերով վարակված խառը վերքերը: Վերքի մեջ թափանցած ռադիոակտիվ նյութերը բավական արագ ներծծվում են օրգանիզմ և առանձնահատուկ ներգործություն են ունենում վերքերի վրա: Սկզբնական շրջանում ռադիոակտիվ նյութերով վարակված վերքերն արտաքին տեսքով չեն տարբերվում սովորական վերքերից, այնուհետև, ռադիոակտիվ նյութերի ներգործության հետևանքով, վերքի մակերեսին առաջանում են նեկրոբիոտիկ և նեկրոտիկ փոփոխություններ, որոնք խոչընդոտում են բջիջների բազմացմանը: Նշված փոփոխությունները վերքում մանրէների զարգացման համար ստեղծում են բարենպաստ պայմաններ, որի հետևանքով վերքը թարախակալվում է: Վերքային մակերեսի վերականգնման պրոցեսները դանդաղում են:

Համակցված ախտահարումների ժամանակ հաճախ զարգանում է վնասվածքային շոկ, որն ունենում է ծանր ընթացք, գրգռման փուլը երկարում է և կարող է մահվան պատճառ դառնալ:

Հաճախ առաջանում է նաև այրվածքավնասվածքային շոկ, որի դեպքում խիստ ընկնում է օրգանիզմի արյան ճնշումը, խախտվում են նյութափոխանակության պրոցեսները, արագ զարգանում է սիրտ-անոթային անբավարարություն, սպառվում են օրգանիզմի համակշիռ (կոմպենսատոր) հնարավորությունները, կարող են

զարգանալ այրվածքային հիվանդություն, հոգեկան խանգարումներ:

Նախկինում եղած բոլոր պատերազմների համեմատությամբ, միջուկային պայթյունի օջախում առաջացած սանիտարական կորուստները ունեն մի շարք հույժ կարևոր առանձնահատկություններ:

Գլխուղեղ ներթափանցող ռադիացիայի անմիջական ներգործությունից առաջանում են տարբեր հոգեկան խանգարումներ, որոնք կարող են պայմանավորված լինել ինչպես անմիջականորեն միջուկային զենքի օգտագործման /իրական կամ թվայալ/ սպառնալիքով, այնպես էլ միջուկային զենքի կիրառմամբ:

Առաջին բուժօգնությունը

Առաջին բուժօգնության կազմակերպումը ախտահարման համակցված օջախում չափազանց բարդ է, քանի որ վնասվածքները բազմապիսի են՝ բարդացած ճառագայթային և քիմիական վարակմամբ:

Առաջին բուժօգնությունը բոլոր համակցված ախտահարումների դեպքում ցույց է տրվում անմիջապես վնասման օջախում խիստ պահպանելով վերքերի վարակման կանխարգելիչ բոլոր միջոցառումները և հականեխման (անտիսեպտիկայի) կանոնները:

Համակցված վնասվածքաայրվածքային ախտահարման տարբեր շրջաններում առաջին բուժօգնության կազմակերպումը և բովանդակությունը որոշվում են ախտահարման տեսակից, ծանրությունից և առաջնայնությունից /ցավազրկում, վերջույթի անշարժացում, արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցում և այլն/ կախված:

Քիմիական վերքերի դեպքում վարակման օջախում առաջին բուժօգնության կազմակերպումը սկսվում է ընդհանուր միջոցառումներով՝ հակազազ հազները, մասնակի սանիտարական մշակումը, անտիդոտի ներարկումը: Այնուհետև առաջին բուժօգնությունը կազմակերպվում է ընդհանուր հիմունքներով՝ արյունահոսության դադարեցում, ասեպտիկ վիրակապի կիրառում, վերջույթի

անշարժացում, պարզ հակաշոկային միջոցառումների իրականացում:

Համակցված ճառագայթային ախտահարումների /վերքեր, այրվածքներ, կոտրվածքներ/ դեպքում առաջին բուժօգնությունը նույնպես կազմակերպվում է ընդհանուր սկզբունքներով և սահմանափակվում է ճնշող վիրակապ, դոզ, ասեպտիկ վիրակապ դնելով, պարզ հակաշոկային միջոցառումների կիրառմամբ, մասնակի սանիտարական մշակմամբ և վարակի օջախից դուրսբերմամբ:

Վերքային վարակի դեմ պայքարի համար կիրառվում են հակաբիոտիկներ, որոնց դեղաչափերը պետք է սովորականից 3-4 անգամ ավելի լինեն:

Համակցված վնասվածքաճառագայթային ախտահարումների դեպքում լայնորեն կիրառվում են հակապրկախտային և հակափտախտային շիճուկները, որոնք նշանակվում են սովորականից 5-7 անգամ բարձր դեղաչափերով:

Համակցված ճառագայթային և քիմիական ախտահարումների դեպքում առաջին բուժօգնության ժամանակ առաջնահերթ կատարվում են հակաշոկային միջոցառումներ, ցավազրկում, արյունահոսության դադարեցման ժամանակավոր միջոցառումներ, վերքի ասեպտիկ վիրակապ, վերջույթների անշարժացում՝ ստանդարտ կամ հանպատրաստից դոզերի միջոցով, անտիդոտի ներարկում: Կատարվում է տուժածների մասնակի սանիտարական մշակում՝ հաշվի առնելով ախտահարման բնույթը՝ ռադիոակտիվ, քիմիական թունավոր նյութեր, մանրէաբանական (բակտերիոլոգիական) նյութեր:

Առաջին բուժօգնության կազմակերպման հետ ուղղակիորեն կապված են տուժածների և ախտահարվածների բժշկական տեսակավորման /ըստ ծանրության/ և ռադիոակտիվ, քիմիական ու մանրէաբանական վարակման օջախներից դեպի վարակազերծ տեղանք շտապ տեղափոխման հարցերը:

ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Շարիմանյան Ա.Ա., Ընդհանուր վիրաբուժություն, Երևան, 1975թ.:
2. Е.И.Чазов, Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь, справочник, Москва, „Медицина“, 1990 г.
3. Նեստերովա Յ.Ա., Խիրուրգիական հիվանդություններ, Մոսկվա, «Սեդիցինա», 1978 թ.:
4. Величенко В.М., Юмашева Т.С., Первая доврачебная помощь, Москва, „Медицина“, 1990 г.
5. Богоявленский В.Ф., Богоявленский И.Ф., Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях, Ленинград, 1990 г.
6. Парамонов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский В.Г Ожоги, Санкт-Петербург, 2000 г.
7. Վորրբյովա Ե.Ա., Անատոմիա և ֆիզիոլոգիա, Երևան, 1984 թ.:
8. Սաֆրոնով Ա.Գ., Ուսումնական ձեռնարկ բուժքույրերի պատրաստման համար, Երևան, 1983 թ.:
9. Անեսթեզիոլոգիայի և ռեանիմացիայի տեղեկատու, Մոսկվա, 1970 թ.:
10. Պետրոսյան Ա.Ա., Գաբրիելյան Վ.Վ., Պետրոսյան Ա.Ա., Առաջին բուժօգնության ուսումնական ձեռնարկ, Երևան, 2002 թ.:
11. Առաջին օգնության հիմունքներ (ինչպես գործել արտակարգ իրավիճակներում) ուսումնական ձեռնարկ, «Հայկական կարմիր խաչի ընկերություն», 1999 թ.:
12. Ֆրանգուլյան Լ.Ա., Բժշկական միկրոբիոլոգիա, Երևան, 1979 թ.:
13. Носов С.Д., Инфекционные болезни у детей. М., 1985 г.
14. Jams K. Stoller, Aluzaffar Ahmad, David L. Longworth "Internal Medicine" Williams and Wilkins a Waverly company, 1999.

ԵՆԳՈՅԱՆ ՄԱՐԳԱՐԻՏԱ ՆԵՐՍԵՍԻ
ՍՏԵՓԱՆՅԱՆ ԱՐՓԻԿ ԽԱՉԱՏՈՒՐԻ
ԴԱՎԹՅԱՆ ԿԱՐԻՆԵ ՀԱԿՈՔԻ
ՊԵՏՐՈՍՅԱՆ ՆԵՂԱ ՌԵՎԻԿԻ

**Արտակարգ իրավիճակների վնասման օջախներում
զանգվածային վնասվածքների
առաջին բուժօգնության կազմակերպումը
(դասախոսություններ)**

Հրատ. խմբագիր՝ Գ.Հովհաննիսյան
Սրբագրիչ՝ Ջ. Հովհաննիսյան

Համակարգչային շարվածքը
և ձևավորումը՝ Ն.Խչեյանի

Պատվեր՝ 31: Չափս՝ 60X84 1/16:
4,5 հեղ. մամուլ, 4,6 հրատ. մամուլ,
5 տպ. պայմ. մամուլ:
Տպաքանակ՝ 300:

«Տնտեսագետ» հրատարակչություն

Տպագրված է «Տնտեսագետ» հրատարակչության տպագրական
արտադրամասում
Երևան 25, Նալբանդյան, 128