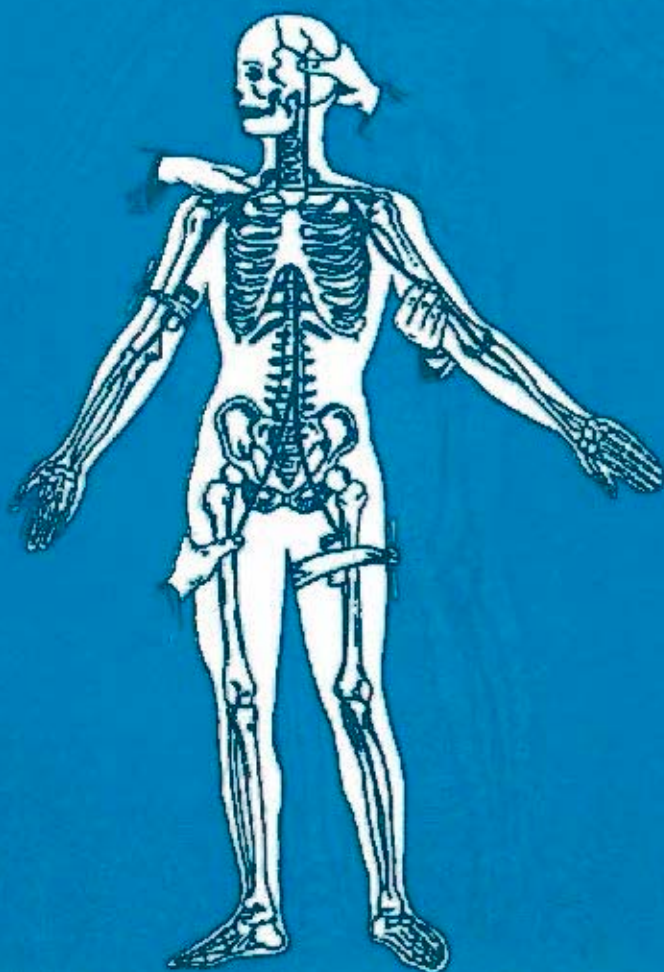


Հ. Մ. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ

ԱՌԱՋԻՆ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ուսումնական ձեռնարկ



ԵՐԵՎԱՆ

2013

Հ.Մ. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ

ԱՌԱՋԻՆ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ուսումնական ձեռնարկ

ԵՐԵՎԱՆ - 2013

ՀՏԴ 614 (07)
ԳՄԴ 51.1g 7
Գ 888

Հրատարակության է երաշխավորվել իս.Արմյանի անվան ՀԴՄԴ-ի գիտական խորհրդի կողմից

Մասնագիտական խմբագիրներ՝	Հ.Մաթևոսյան Մ.Իսախանյան
Գրախոսողներ՝ բժշկ.գիտ.դոկտոր՝ Լեննա.գիտ.դոկտոր՝	Զ.Սարգսյան Վ.Սարգսյան

Գ 888 Գրիգորյան Հ.Ս.

Առաջին բուժօգնություն: Ուսումնական ձեռնարկ մանկավարժական բուհերի համար: Հ.Ս.Գրիգորյան - Եր.: Հեղինակային հրատարակություն, 2013.-224 էջ

Ուսումնական ձեռնարկում մանրամասն նկարագրված են առավել հաճախ հանդիպող դժբախտ դեպքերի և կյանքին սպառնացող սուր հիվանդությունների ախտորոշումը, տարբեր արտակարգ իրավիճակների վերլուծությունը: Ցույց են տրված նաև արյունահոսության, կոտրվածքների, տարբեր տեսակի վերքերի և վերականգնման ժամանակ անհետաձգելի բուժօգնություն ցույց տալու ծները, ինչպես նաև մարմնի տարբեր մասերի վիրակապումն ու անշարժացումը:

Ձեռնարկը նախատեսված է առաջին բուժօգնություն ուսումնասիրող ուսանողների համար: Այն կարող է օգտակար լինել նաև փրկարարների, պետավտոտեսչության աշխատակիցների, ծնողների և ընթերցող լայն հասարակայնության համար:

ՀՏԴ 614 (07)
ԳՄԴ 51.1g7

ISBN 978-9939-0-0690-1
© Գրիգորյան Հ.Ս., 2013

ԱՌԱՋԱԲԱՆ

Առօրյա կյանքում, ինչպես նաև արտակարգ իրավիճակներում, դժբախտ դեպքերի ժամանակ առաջին բուժօգնության ճիշտ և ժամանակին ցուցաբերմամբ են հաճախ պայմանավորվում տուժածի, հիվանդ մարդու կյանքը և հետագա բուժման հաջողությունը: Ուստի յուրաքանչյուր անհատ պետք է պատշաճ չափով տեղյակ լինի առաջին բուժօգնություն ցույց տալու եղանակներին:

Առաջին բուժօգնության ցուցաբերումը յուրաքանչյուր բուժաշխատողի, այդ թվում նաև ապագա մանկավարժների քաղաքացիական և մարդկային պարտքն է՝ անկախ ընտրած մասնագիտությունից:

Ուսումնական ձեռնարկում մանրամասն նկարագրված են առավել հաճախ հանդիպող վնասվածքների, սուր և կյանքին սպառնացող հիվանդությունների ախտորոշումը, տարբեր հիվանդությունների վերլուծությունը և առաջին բուժօգնություն ցույց տալու եղանակները:

Ձեռնարկը նախատեսված է մանկավարժական բուհերի «Առաջին բուժօգնություն», «Արտակարգ իրավիճակներ» և «Քաղաքացիական» ուսումնասիրող ուսանողների համար: Այդ գիտելիքները օգտակար կարող են լինել նաև այլ բուհերի ուսանողներին, ավագ դպրոցի աշակերտներին, զինվորականներին, արտակարգ իրավիճակների ոլորտի, պետավտոտեսչության աշխատողներին՝ ինքնօգնություն և փոխօգնություն ցույց տալու առիթով:

Մեր երկրում բնակչության առողջության պահպանումը և բժշկական օգնությունը պետության կարևորագույն գործառնություններից ու խնդիրներից մեկն է:

Նախատեսված են միջոցառումներ՝ ֆիզկուլտուրան և սպորտը մարդկանց առօրյա կենցաղում ներդնելու, ժամանակակից հիգիենայի պահանջները կատարելու, ինչպես նաև մասնագիտացված բժշկական օգնու-



թյան բոլոր տեսակների գծով քաղաքային ու գյուղական բնակչության պահանջմունքների լրիվ բավարարման և երկրի բնակչության նկատմամբ դիսպանսեր հսկողության նշանակալի ընդլայնման ուղղությամբ: Հատուկ ուշադրություն է դարձվում մոր և մանկան առողջության պահպանման ուղղությամբ տարվող միջոցառումներին:

Կարևորագույն խնդիրներից են անձի բազմակողմանի և ներդաշնակ զարգացումն ու նոր մարդու դաստիարակումը: Նա իր մեջ պետք է զուգակցի հոգևոր հարստություն, բարոյական մաքրություն և ֆիզիկական կատարելություն:

Կառավարությունը մեծ ուշադրություն է դարձնում երկրի պաշտպանությանը և հզորացմանը: Դա պարտավորեցնում է բնակչությանը, այդ թվում նաև բուժաշխատողներին՝ ամեն կերպ սատար լինել մեր հայրենիքի պաշտպանության գործին: Ժամանակակից պատերազմը, եթե այն սանձազերծվի, ինչպես նաև տեխնածին աղետները կարող են պատճառ լինել վիթխարի քանակությամբ զոհերի ամբողջ երկրագնդի բնակչության շրջանում: Հայրենիքի պաշտպանությունը, զինված ուժերի հետ միասին, պետք է իրականացնի նաև քաղաքացիական պաշտպանությունը, որի կազմի մեջ է մտնում նաև բժշկական ծառայությունը:

Խաղաղ ժամանակներում կազմավորված բոլոր առողջապահական մարմիններն ու հիմնարկները և նրանց հիմքի վրա ստեղծված քաղաքացիական պաշտպանության ու արտակարգ իրավիճակների բժշկական ծառայության կազմավորումները պետք է բուժօգնություն ցույց տան տուժած բնակչությանը և իրականացնեն սանիտարահիգիենիկ ու հակահամաճարակային միջոցառումներ՝ պատերազմական իրադրության և արտակարգ իրավիճակների պայմաններում: Այդ իրողությունը բուժաշխատողներից պահանջում է ոչ միայն հայրենասիրության ու արիության, ուժեղ կամքի ցուցաբերում, այլև բավականաչափ պատրաստություն՝ նման պայմաններում հաջողությամբ գործելու համար:



Բժշկական աշխատողների բանակում ամենաստվար խումբը կազմում են բուժքույրերը և բուժեղբայրները՝ բժիշկների առաջին օգնականները: Մասնագիտական առումով՝ գրագետ, պատրաստակամ՝ ոչ միայն խաղաղ, այլև պատերազմի և արտակարգ իրավիճակների պայմաններում գործելու համար բուժքույրի և բուժեղբայրների ըստ ամենայնի պատրաստումը առողջապահության օրգանների կարևոր խնդիրներից է:

Բժշկական ուսումնարանների համակարգում բուժքույրերի և բուժեղբայրների պատրաստման հետ միասին, երկրի քաղաքացիական պաշտպանության շահերից ելնելով, նման մասնագիտական պատրաստություն են անցնում նաև մանկավարժական և այլ հումանիտար ուսումնական հաստատությունների ուսանողներն ու ուսանողուհիները: Կարևոր նշանակություն ունի վերջիններիս պատրաստման որակը, քանի որ բժշկական ուսումնարանների հետ համեմատած նրանց ուսուցման ժամաքանակը կրճատված է:

Սույն ուսումնական ձեռնարկը նախատեսված է քաղաքացիական պաշտպանության բուժքույրերի և բուժեղբայրների պատրաստման համար: Ուստի այստեղ շարադրված նյութը հնարավորինս համառոտ է՝ հիմնականում սահմանափակված այն հարցերով, որոնք անհրաժեշտ են քաղաքացիական պաշտպանության ապագա բուժքույրերի և բուժեղբայրների պրակտիկ գործունեության համար:

Ձեռնարկը տրամադրում է անհրաժեշտ գիտելիքներ՝ տարբեր տեսակի վնասվածքների ժամանակ ցույց տրվող օգնության համար: Տեղեկությունները վերաբերում են ոչ միայն պահանջվող գործնական հմտություններին, այլև վիրավորների ու հիվանդների փոխադրմանը, երեխաների խնամքին ու կերակրման առանձնահատկություններին: Վնասվածքների, դժբախտ պատահարների, տարբեր հիվանդությունների դեպքում ցույց տրվող բուժօգնության բնագավառին վերաբերող այդ բազմաբնույթ գիտելիքները կարևոր նշանակություն ունեն նաև առօրյա կյանքում, կեն-



ցաղում, արտադրության մեջ, ոչ միայն պատերազմական իրավիճակներում, այլև խաղաղ ժամանակներում ու պայմաններում:

Այս ամենի հետ միասին կարևոր է ոչ միայն ապահովել բուժքույրերի և բուժեղբայրների մասնագիտական որակյալ պատրաստակալությունը, այլև անհրաժեշտ է պարզաբանել հիվանդի հիգիենիկ դաստիարակության և բուժաշտպանական ռեժիմի դերը:

Կրտսեր բուժաշխատողների դերն անչափ մեծանում է զանգվածային հիվանդությունների (գրիպ և այլ վարակիչ հիվանդություններ), տարերային աղետների, արտակարգ իրավիճակների (երկրաշարժ, ջրհեղեղ, ձնահոսքեր և այլն) ժամանակ վնասվածներին ու հիվանդներին բժշկական օգնություն ցույց տալիս: Ձանգվածային վնասման զենքի կիրառման դեպքում բուժաշխատողների աշխատանքը կընթանա դժվարին պայմաններում. մարդկանց կուտակվածության, սպասարկվող հիվանդների թվի զգալի ավելացման, ծանր ախտահարումների ու հիվանդությունների, համակցված ախտահարումների դեպքում, կամ՝ երբ հիմնական հիվանդությունը ծանրանում է ուղեկցող հիվանդությամբ և այլն: Կարող են մաս ստեղծվել այնպիսի պայմաններ, երբ կրտսեր բուժանձնակազմը ստիպված կլինի հիվանդների պահպանումը և խնամքը կազմակերպել բժշկի բացակայությամբ:

Այս ամենը նրանց վրա դնում է մեծ պատասխանատվություն: Հատուկ նշանակություն է ստանում սանիտարական ջոկատների ներգրավումը՝ վնասվածներին խնամելու ուղղությամբ բժշկական աշխատողներին օգնություն ցույց տալու գործում:

Այսպիսով, տվյալ ուսումնական ձեռնարկի կարևոր խնդիրներից մեկն այն է, որ ապագա բուժքույրը և բուժեղբայրը կարողանան կատարել իրենց պարտքը հայրենիքի հանդեպ և ստացած գիտելիքները կիրառեն պրակտիկայում՝ մարդկանց կյանքը փրկելու և առողջությունը վերականգնելու համար:



Առաջին բուժօգնության նպատակները, խնդիրները և սկզբունքները

Առաջին բուժօգնության հիմնական նպատակն է՝ դեպքի վայրում, մինչ շտապ օգնության ժամանումը, ձեռնարկել համակարգված գործողություններ, որոնց ցուցաբերվում են վնասվածի կյանքին սպառնացող ազդակները ժամանակավորապես դադարեցնելու, կյանքի համար վտանգավոր բարդությունները կանխարգելելու և նրա վիճակը թեթևացնելու նպատակով:

Առաջին բուժօգնության ցուցաբերման ժամանակ պետք է օգտագործել ինչպես հաշվեցուցակային, այնպես էլ ձեռքի տակ եղած միջոցներ:

Առաջին օգնություն ցույց տալու հաշվեցուցակային միջոցներն են՝ կոշտ և փափուկ պատգարակները, պնևմո և վակուում ներքնակները, մարմնի տարբեր մասերն անշարժացնելու համար նախատեսված բեկեկալները, անհատական վիրակապական փաթեթը (ծրարը), բինտերը, ախտահանված անձեռոցիկները, եռանկյունաձև վիրակապերը, սառցե պարկը, ռետինե լարանը և այլն:

Քաղաքացիական պաշտպանությունն իրենից ներկայացնում է զինականացված պաշտպանական ծառայության համակարգ, որն ուղղված է ձեռնարկելու պաշտպանական միջոցառումներ՝ խաղաղ ժամանակաշրջանում և պատերազմի ընթացքում հակառակորդի հարձակման, տարերային աղետների ու զանգվածային վարակի ժամանակ ազգաբնակչության առողջությունը պաշտպանելու, երկրի տնտեսական միջոցները պահպանելու և անհետաձգելի փրկարարական, վերականգնողական աշխատանքներ իրականացնելու համար: Քաղպաշտպանության կազմավորումներում թույլատրվում են ներգրավելու 16-60 տարեկան արական սեռի ներկայացուցիչների և 16-55 տարեկան կանանց:



պես կարևոր է այն դեպքերում, երբ տուժածը գտնվում է ուշագնաց վիճակում: Օգնություն ցույց տվող անձի կողմից պարզված տվյալները կարող են օգտակար լինել մասնագիտական օգնություն ցույց տալիս:

Ամենից առաջ անհրաժեշտ է պարզել՝

1. այն հանգամանքները, որոնց առկայությամբ տեղի է ունեցել վնասվածքը,

2. վնասվածք ստանալու ժամանակը,

3. վնասվածք ստանալու տեղը:

Տուժածին զննելիս անհրաժեշտ է պարզել՝

1. վնասվածքի տեսակը և ծանրության աստիճանը,

2. վնասվածքի մշակման տեսակը,

3. անհրաժեշտ բժշկական օգնության միջոցները՝ ըստ առկա հնարավորությունների և հանգամանքների:

Առաջին օգնությունը պետք է ցույց տալ արագ, սակայն այնպես, որ այն չազդի նրա որակի վրա:

ՔՊԲԾ ջոկատները և միավորումները շարժուն խմբեր են, որոնք իրականացնում են զանգվածային խոցման դեպքում, աղետի վայրերում տուժածներին առաջին բուժօգնության ցուցաբերումը, տեղի սանիտարական, համաճարակային պայմանների վերահսկումը և այլն:

ՔՊ և ԱԻ ծառայության հիմնական խնդիրներն են.

– զանգվածային խոցման վայրում, աղետի գոտում վարակված մարդկանց, տուժածների, վնասվածք ստացածների հայտնաբերում, նրանց առաջին բուժօգնության ցուցաբերում և տեղափոխում.

– տուժածներին, վնասվածներին, վիրավորներին, ախտահարվածներին վիրաբուժական բնույթի, նրանց կենսական ցուցանիշների բարելավման նպատակներին ուղղված բժշկական օգնության ցուցաբերում, հակաշոկային միջոցառումների իրագործում, կանխարգելիչ շիճուկների, հակամանրէային պատրաստուկների, սրտի և շնչառական աշխատանքի



վերականգնում, վարակիչ հիվանդություններով ախտահարված, տեղափոխման ոչ ենթակա մարդկանց ժամանակավոր հոսպիտալացում:

Արտակարգ իրավիճակների պայմաններում առաջին բուժօգնությունը տուժածին կամ հիվանդին ցուցաբերվող անհետաձգելի բուժօգնության այն համակարգն է, որը կատարվում է դժբախտ պատահարների, հանկարծակի առաջացող հիվանդությունների ժամանակ նախահիվանդանոցային փուլում՝ մինչ մասնագիտական բժշկական օգնությունը:

Արտակարգ իրավիճակը վթարի, բնական, տարերային կամ տեխնածին ու այլ բնույթի աղետների հետևանքով որոշակի տարածքում առաջացած իրավիճակն է, որի դեպքում լինում են բազմաթիվ մարդկային զոհեր, տուժում է մարդու առողջությունը:

Նման պայմաններում իրականացվող առաջին բուժօգնության միջոցառումներով է պայմանավորված վնասվածքի ելքը:

Առաջին բուժօգնության նպատակներն են՝

– Պահպանել տուժածի կյանքը՝ ապահովելով կենսական կարևոր օրգանների գործառնությունը:

– Կայունացնել տուժածի վիճակը՝ կանխելով նրա վիճակի վատթարացումը, տարբեր միջոցներով մեղմացնել ցավը, որպեսզի չստեղծվի շոկային վիճակ:

– Տուժածին նախապատրաստել տարահանման՝ համապատասխան ուղղվածության բուժօգնության:

Առաջին բուժօգնություն ցույց տալու դեպքում անհրաժեշտ է նախ և առաջ կատարել տեղանքի զննում, ճանաչել և գնահատել ստեղծված իրավիճակը:

Ցանկացած արտակարգ դեպքի ժամանակ ձեռնարկվող գործողությունների ծրագիրը ներառում է հրատապ գործողությունների փուլեր:



Դրանք են՝

I.Դեպքի վայրի զննում, գնահատում և սեփական անվտանգության ապահովում

II.Տուժածի առաջնային զննում

III.Շտապօգնության ահազանգում

IV.Տուժածի տեղափոխում համապատասխան ուղղվածության բուժ-հիմնարկ

I.Դեպքի վայրի զննում, անվտանգության ապահովում

Առաջին հերթին պետք է ուշադիր զննել դեպքի վայրը և փորձել պարզել, թե ինչ է տեղի ունեցել: Մինչ տուժածին մոտենալը և առաջին բուժօգնություն ցույց տալը պետք է համոզվել, որ դեպքի վայրն անվտանգ է զննողի և շրջապատող մարդկանց համար: Վտանգավոր գործոններ են՝ հրդեհը, բարձր լարման էլեկտրական հաղորդալարերը, թափվող քարերը, երթևեկող մեքենաները, թունավոր գազերը և այլն:

II.Առաջնային կամ նախնական զննում

Այս փուլում կատարում են մի շարք գործողություններ՝ տուժածի կյանքի անմիջական սպառնացող վտանգները հայտնաբերելու, վերացնելու և կյանքի նշանները ստուգելու նպատակով:

Սիրտ-անոթային համակարգի գործունեությունը պարզելու համար ստուգվում է՝

-պուլսի առկայությունը քնային զարկերակի վրա,

-խոշոր զարկերակի վնասման դեպքում կարճ ժամանակահատվածում վնասվածը կորցնում է մեծ քանակությամբ արյուն, ինչից կարող է մահանալ. ուստի անհրաժեշտ է շտապ դադարեցնել արյունահոսությունը:

Շնչառական համակարգի գործունեությունը պարզելու համար ստուգվում են՝

-շնչառական ուղիների անցանելիությունը,

-շնչառության առկայությունը:



Նյարդային համակարգի գործունեությունը ստուգելու համար պետք է զննել՝

-բիբերի ռեակցիան լույսի նկատմամբ,

-գիտակցությունը:

Առաջին հերթին ստուգում են կարևոր կենսական օրգանների գործունեությունը, այսինքն՝

-գիտակցությունը,

-շնչուղիների անցանելիությունը և շնչառությունը,

-զարկերակը և ուժեղ արյունահոսության առկայությունը:

Գիտակցությունը ստուգելու համար անհրաժեշտ է զգուշորեն շարժել տուժածի ուսերը, փորձել խոսել նրա հետ՝ տալով պարզ բնույթի հարցեր ու հասարակ իրահանգներ («Ցույց տվե՞ք լեզուն», «Փակե՛ք աչքերը», «Սեղմե՛ք իմ ձեռքը» և այլն:

Եթե տուժածը գտնվում է գիտակից վիճակում, և նրան այլևս վտանգ չի սպառնում, հարկավոր է օգնել նրան՝ ընդունելու հարմար դիրք, և սկսել երկրորդային զննումը:

Եթե նա գտնվում է անգիտակից վիճակում, ապա պետք է օգնության կանչել որևէ մեկին, կամ խնդրել հեռաձայնել շտապօգնություն:

III.Ջրատապ գործողությունների մեջ է մտնում ահազանգը՝ տուժածին հնարավորինս արագ ցուցաբերվող մասնագիտական օգնություն ապահովելու նպատակով:

IV.Տուժածի երկրորդային զննման ժամանակ, եթե կան շնչառություն և պուլս, գիտակցության թե՛ առկայության, թե՛ դրա կորստի դեպքում օգնություն ցույց տվող շտապ պետք է հայտնաբերի նրա կյանքին անմիջական վտանգ չներկայացնող, բայց անուշադրության դեպքում վտանգավոր դարձող գործոնները:



Երկրորդային զննման կատարման եղանակները

Տուժածի և ներկաների հարցուփորձ. պարզել, թե ինչ է զգում տուժածը, և ինչ գանգատներ ունի նա, ինչ հիվանդություններով է տառապում, և ինչ դեղորայք է սովորաբար ընդունում:

Տուժածի մանրակրկիտ զննում. զննելով տուժածի մարմինը՝ ուշադրություն դարձնել արտաքին նշաններին՝ արյունահոսությանը և արյան հետքերին, վնասվածքներին, մարմնի մասերի անբնական դիրքին, մաշկի գույնին, վերքերին, խնդրել տուժածին՝ զգուշորեն շարժել գլուխը, խոր շունչ քաշել, շարժել վերջույթները՝ սկսած մատներից, և աստիճանաբար դեպի վեր բարձրանալով:

Կենսական կարևոր նշանների վերահսկում. գիտակցության խանգարումներ, շնչառության, պուլսի, մաշկի գույնի փոփոխություններ:

Եթե տուժածի վիճակը թույլ է տալիս, անհրաժեշտ է նրան տեղափոխել հիվանդանոց:



Գաղափար՝ օրգանիզմի կենսագործունեությունը ապահովող գործառույթների մասին

Մարդու օրգանիզմը կառուցվածքով, ֆիզիոլոգիական ու հոգեբանական առանձնահատկություններով օրգանական աշխարհի էվոլյուցիոն զարգացման բարձրագույն արդյունք է: Էվոլյուցիայի ընթացքում տեղի են ունեցել մարդկային օրգանիզմը կառուցող ու տրիլիոնների հասնող բջիջների բարդ տարբերակում, դրանց ֆունկցիոնալ կատարելագործում և բարդացում: Միատեսակ հատկություններով օժտված բջիջներից էլ առաջանում են օրգանիզմի հյուսվածքները: Դրանց հյուսվածքներին բնորոշ են թե՛ կառուցվածքային և թե՛ ֆունկցիոնալ գործունեության համընդհանրություն, փոխներգործունեություն, համագործակցություն:

Մարդու օրգանիզմի հյուսվածքներն ընդհանուր առմամբ բաժանվում են չորս խմբի՝ էպիթելային, շարակցական, մկանային և նյարդային: Դրանք ունեն իրենց տարատեսակները. գործունեության բնույթով որոշ տեսակները մասնագիտացված են (օրինակ՝ նյարդային հյուսվածքներն իրագործում են դրդման կամ արգելակման, իսկ մկանային հյուսվածքները՝ կծողական ֆունկցիաներ և այլն): Մեկ համընդհանուր, բարդ կենսական գործառույթ իրականացնող տարատեսակ հյուսվածքների ամբողջականությունից էլ կազմված են մարդու առանձին օրգանները՝ սիրտը, թոքերը, ստամոքսը, երիկամները, աչքերը և այլն: Դրանք միասնական օրգանիզմի տարբեր կառույցներն են՝ իրենց կառուցվածքային և ֆունկցիոնալ առանձնահատկություններով, ունեն յուրահատուկ ձև, կառուցվածք ու համեմատական մշտական տեղադրվածություն: Օրգանները օրգանիզմի գործող, աշխատող մեխանիզմներ են, որոնք կարող են իրագործել մեկ կամ մի քանի գործառույթ, մասնագիտացված են և համընդհանուր մեկ միասնական համակարգով իրագործում կամ ապահովում են օրգանիզմի որևէ կենսական գործունեություն: Օրինակ՝ սիրտն իրագործում է արյան շրջանառության,



երիկամները՝ թունավոր նյութերի արտազատման, թոքերը՝ շնչառական ֆունկցիաներ և այլն:

Ֆիզիոլոգիական ու կառուցվածքային առումով տարբերվում են նաև օրգան-համակարգերը: Սրանք օրգանիզմի միևնույն ֆունկցիայի իրականացմանը մասնակցող տարբեր օրգանների միավորումն է մեկ ամբողջության՝ մեկ համակարգի մեջ: Դրանց թվին են դասվում՝ նյարդային, սիրտ-անոթային, շնչառական, ստամոքս-աղիքային, ներզատական համակարգերը:

Իսկ մեկ ամբողջության մեջ մեկից ավելի օրգան-համակարգերի միավորումից էլ կազմավորվում են օրգանիզմի, այսպես կոչված, ապարատները, օրինակ՝ կմախքի հողավորված ոսկորների և մկանների միավորումից կազմավորվում է հենաշարժողական ապարատը:

Ֆիզիոլոգիական առումով հաճախ օգտագործվում է նաև կենտրոն (նյարդային, ջերմակարգավորման, շնչառական և այլ կենտրոններ) հասկացությունը: Օրինակ՝ նյարդային կենտրոնները կենտրոնական նյարդային համակարգի տարբեր բաժիններում տեղակայված նյարդաբջջիչների կուտակումներ են, որոնց փոխհամաձայնեցված գործունեությամբ էլ պայմանավորված է օրգանիզմի տվյալ ֆունկցիայի նպատակասլաց ու ճիշտ իրագործումը, իսկ շնչառական կենտրոնի ֆունկցիոնալ միասնական գործունեությամբ ապահովվում է շնչառության բնական ընթացքն ու կարգավորումը:

Տարբերակելով օրգանիզմի առանձին կառույցները և դրանց ֆունկցիոնալ գործունեության մեխանիզմները՝ չպետք է կարծել, որ օրգանիզմը դրանց պարզունակ միագունարն է, այլ՝ կենդանի օրգանիզմի բոլոր բջիջները, հյուսվածքները, օրգանները, օրգան-համակարգերը միասնական են, ու դրանց գործունեությունը, փոխկապակցությունը, փոխազդեցությունը իրականացվում են կազմակերպված և համաձայնեցված ձևով՝ շնորհիվ այդ միասնության: Հետևաբար, չափազանց բարդ կենդանի օրգանիզմի



առաջնակարգ հատկանիշը դրա առանձին կառույցների ֆունկցիոնալ միասնությունն է:

Օրգանիզմի բարդ ու կարևորագույն հատկանիշ է նաև ինքնակարգավորիչ կարողությունը: Ինքնակարգավորման շնորհիվ օրգանիզմի կենսական ցուցանիշները պահպանվում են հարաբերականորեն «հաստատուն» մակարդակի վրա: Ինքնակարգավորումը օրգանիզմի համընդհանուր առանձնահատկությունն է՝ ուղղված պահպանելու կենսագործունեության որևէ գործոնի մշտական ու կայուն մակարդակը: Ինքնակարգավորման շնորհիվ հարաբերականորեն պահպանվում են օրգանիզմի «կայուն» ջերմաստիճանը, արյան անոթային ճնշման ցուցանիշները, արյան ֆիզիկաքիմիական բաղադրության հաստատունությունը, PH-ը և այլն:

Օրգանիզմի ինքնակարգավորման գլխավոր դերը պատկանում է նյարդային համակարգին: Դրա շնորհիվ իրագործվում են նյութափոխանակության, մարսողության, շնչառության, արտազատման ու այլ կենսական գործընթացներ: Նյարդային համակարգի միջոցով կարգավորվում են նաև օրգանիզմի հումորալ կապերն ու կայունությունը:

Ինքնակարգավորման շնորհիվ լիարժեք կերպով ապահովվում են ոչ միայն օրգանիզմի միասնությունն ու հարաբերական կայունությունը, այլև դրանց կապը շրջապատող միջավայրի հետ:



Գիտակցության խանգարումներ, ուշագնացություն

Գիտակցությունն արտաքին ազդակների հանդեպ մարդու ուղեղի բնածին կամ ծեռքբերովի հակազդումների (ռեակցիաների) ամբողջությունն է, որի միջոցով օրգանիզմը ապահովում է կապը արտաքին աշխարհի հետ:

Գիտակցության խանգարմանը բնորոշ են հետևյալ ընդհանուր նշանները՝

- նյարդային համակարգի խանգարումներ՝

- տեսողության, խոսքի, լսողության, կողմնորոշման, հիշողության, զգացողության և այլն,

- գլխացավ, գլխապատույտ,

- սրտխառնոց, փսխում,

- ցավի ռեակցիայի բացակայություն,

- շնչառության փոփոխություններ,

- պուլսի փոփոխություններ,

- մաշկի գույնի փոփոխություններ:

Առաջին օգնություն ցույց տալու նպատակով անհրաժեշտ է ապահովել տուժածի անվտանգությունը, հանգստացնել նրան, օգնել ընդունելու հարմար դիրք, ահազանգել շտապօգնություն և պաշտպանել նրան գերտաքացումից կամ գերասառնեցումից:

Ուշագնացությունը գիտակցության կորստի հետևանք է, որը զարգանում է գլխուղեղի արյան շրջանառության խանգարման հետևանքով: Ուշագնացության պատճառ կարող է դառնալ ուժեղ հուզումներ, փակ տարածքում առանց թարմ օդի երկար ժամանակ գտնվելը, մարմնի դիրքի կտրուկ փոփոխությունը, երկարատև և ծանր ընթացող հիվանդությունները: Ուշագնացությանը նախորդում են գլխապտույտը, տեսողության խանգարումը, սրտխառնոցը:



Առաջին օգնությունը

Անհրաժեշտ է տուժածին պաշտպանել վնասվածքից: Պետք է նրան պառկեցնել հարթ մակերեսի վրա, բարձրացնել ոտքերը 20-30 սմ, որպեսզի արյունը տեղափոխվի դեպի գլխուղեղ, տալ շնչելու անուշադրի սպիրտ:

Գիտակցությունը վերականգնվելուց հետո հարկավոր է խմեցնել տաք թեյ, սուրճ, ծածկել ծածկոցով մարմնի նորմալ ջերմատիժանն ապահովելու նպատակով:

Գիտակցության կորստի դեպքում տուժածի մկանները թուլանում են, կլման և հազի ռեֆլեքսները բացակայում են, ինչը հանգեցնում է շնչուղիների անցանելիության խանգարման, առաջացնելով շնչառության կանգ:

Գիտակցության բացակայության, բայց շնչառության և պուլսի առկայության դեպքում պետք է նրան շրջել կողքի՝ անվտանգ (ապահով) դիրքի (ԿԱԴ):

Տուժածին ԿԱԴ (առաջին տարբերակ) դիրքի բերելիս անհրաժեշտ է հատուկ ուշադրություն դարձնել գլխին և ողնաշարին՝ նկատի ունենալով հնարավոր վնասվածքները.

- 1.Կանգնել կամ ծնկի իջնել տուժածի կողքին.

- 2.Մի ձեռքով բռնել օգնություն ցուցաբերողի ձեռքի կողմի կոնքազրային հողի շրջանից և մի փոքր բարձրացնել կոնքը:

- 3.Մյուս ձեռքով բռնել տուժածի ձեռքը՝ ափով վեր, և հնարավորինս խոր հրել այն բարձրացրած ազդրի տակ:

- 4.Ծալել տուժածի՝ օգնողի ձեռքի կողմի ոտքը ծնկան հողում՝ հնարավորինս մոտ բերելով ոտնաթաթը կոնքին:

- 5.Ամուր բռնել տուժածի հակառակ կողմի ուսը և կոնքը, դանդաղ և համաչափ շրջել նրան և հենել նրան օգնողի ոտքին:

- 6.Տուժածի ազդրի տակ գտնվող ձեռքը բռնել արմունկից և դաստակից ու զգուշորեն հետ տանելու ծալել՝ դաստակը հենելով մեջքին:



7.Շրջելուց հետո վերևում հայտնված նրա ձեռքը ծալել արմունկից՝ ափը դնելով կզակի վրա:

8.Կայունացնել տուժածի գլուխը, զգուշությամբ հետ տանել այն և դեմքը շրջել դեպի վերև:

9.Բացել տուժածի բերանը:

ԿԱՂ ՊԻՐՔ (Երկրորդ տարբերակ)

1.Տուժածի՝ ձեզ մոտ գտնվող ձեռքը հարմարեցրե՛ք նրա իրանի նկատմամբ ուղիղ անկյան տակ՝ ծալելով արմնկային հոդում, դաստակը՝ ափով դեպի վեր (նկ.):

2. Տուժածի մյուս ձեռքն անցկացրե՛ք կրծքավանդակի վրայով այն-պես, որ դաստակի արտաքին մակերեսը դիպչի նրա այն այտին, որն ուղղված է օգնողին:

3.Ազատ ձեռքով ծալե՛ք տուժածի՝ ձեզնից հեռու գտնվող ոտքը՝ ծնկից մի փոքր վերև բռնելով:

4.Ուսից և կոնքից բռնած՝ դանդաղ, համաչափ և զգուշորեն շրջե՛ք տուժածին դեպի ձեզ:

Կողքի անվտանգ դիրքն ապահովում է օդի ազատ մուտքը դեպի շնչուղիներ: Այն միաժամանակ թույլ է տալիս գիտակցությունը կորցրած տուժածի դեպքում կատարել երկրորդային զննում:

ԿԱՂ դիրքի բերելիս ցանկալի է տուժածին շրջել աջ կողմի վրա, եթե չկան վնասվածքներ, 30 րոպե մեկ պետք է տուժածին շրջել մյուս կողմի վրա:

Անգիտակից վիճակում գտնվող մարդկանց արգելվում է տալ դեղա-հաբ, ջուր, ատամների միջև դնել փայտիկ կամ որևէ գործիք:



Շնչառության խանգարումներ

բնորոշ նշաններն են՝

- շնչահեղձություն,
- արագ, դանդաղ կամ անկանոն շնչառություն,
- խորը և մակերեսային շնչառություն,
- աղմկոտ շնչառություն,
- խոնավ, գունատ կամ կապտավուն մաշկ:

Տուժածին առաջին օգնություն ցույց տալու նպատակով անհրաժեշտ է առաջին հերթին՝

-նստեցնել նրան հարմար դիրքով, արձակել սեղմող հագուստը, կոճակները,

-խորհուրդ տալ նրան հնարավորինս քիչ շարժվել,

-ապահովել թարմ օդի բավարար քանակ,

-հանգստացնել տուժածին,

-օգնել ընդունելու բժշկի կողմից նախկինում նշանակված դեղամիջոցները,

-զանգել շտապօգնություն:

Շնչառության կանգի դեպքում արյան մեջ թթվածինը կտրուկ նվազում է: Սկսվում են վնասվել հյուսվածքները, խանգարվում է մարմնի բոլոր համակարգերի բնականոն գործունեությունը, որը շատ կարճ ժամանակամիջոցում կարող է հանգեցնել սրտի կանգի և մահվան:

Շնչառության կանգից առաջին չորս րոպեների ընթացքում առաջանում է կլինիկական մահ, իսկ 4-6 րոպե անց զարգանում է ուղեղի խանգարում:

Այն դեպքում, երբ շնչուղիներն անցանելի են, և նկատվում է կրծքավանդակի շարժում, շոշափվում է պուլսը, պետք է կատարել արհեստական շնչառություն՝ տուժածի օրգանիզմը թթվածնով ապահովելու համար: Այն դեպքում, երբ օդը չի անցնում, պետք է ենթադրել, որ շնչուղիները խցանված են: Այդ դեպք պետք է սկսել շնչուղիները խցանումից ազատելու գործողությունները:



Շնչուղիների խցանում

Շնչուղիների խցանումը շնչառական ուղիների լրիվ կամ մասնակի փակվելն է, ինչի հետևանքով խանգարվում է օդի անցումը թոքերին:

Շնչուղիների խցանումը կարող է լինել լրիվ և մասնակի:

Մասնակի խցանման դեպքում որոշ քանակությամբ օդ անցնում է թոքերին: Այն հնարավորություն է տալիս մարդուն՝ հազալով փորձել դուրս բերել խցանող օտար մարմինը: Տուժածը սովորաբար ձեռքերով բռնում է կոկորդը, ցուցաբերում է վախի և տագնապի նշաններ, խոսում է դժվարությամբ, հազում է: Նեղացած շնչուղիներով օդն անցնելու ժամանակ լսվում են խզզոցներ, խռխռոց, սուլոց: Դեմքը գունատվում է, կապտում: Տուժածը կարող է կորցնել գիտակցությունը:

Լրիվ խցանման ժամանակ տուժածը չի կարողանում խոսել, շնչել, հազալ: Դեմքը կարմրում է, պարանոցային երակները փքվում են:

Լրիվ խցանումը կարող է լինել անատոմիական և մեխանիկական:

Անատոմիական խցանում առաջանում է լեզվի, այտուցված հյուսվածքների պատճառով:

Մեխանիկական խցանման պատճառը օտար մարմիններն են. մեծահասակների մոտ դրանք սովորաբար վատ ծամած սննդի կտորներն են: Իսկ երեխաները երբեմն կուլ են տալիս կամ քթով անցկացնում խաղալիքների մասեր, ուլունք, կոճակ, լոբու հատիկ և այլն:

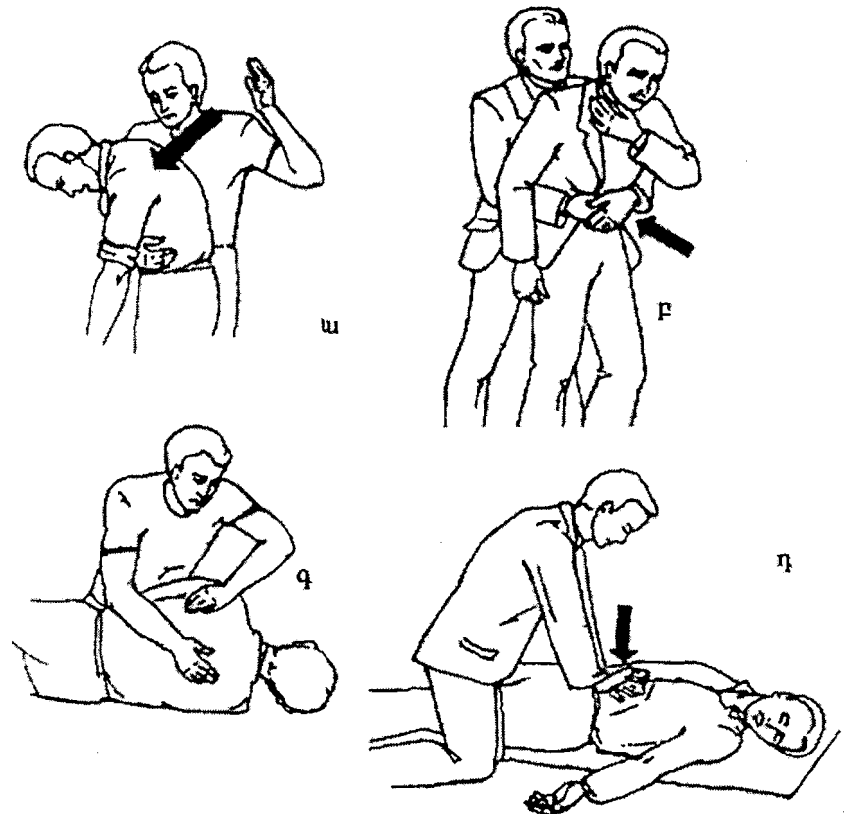
Առաջին օգնություն. հիմնական քայլերն են՝ հարվածները մեջքին, որովայնի հրումները, կրծքավանդակի սեղմումները և բերանը մատներով մաքրելու գործողությունները: Որովայնի հրումները կարող են կիրառվել և՛ գիտակցություն ունեցող, և՛ գիտակցությունը կորցրած մարդկանց շրջանում: Այս գործողությունները բարձրացնում են ճնշումը թոքերում, որը դուրս է հրում օտար մարմինը:

Գիտակցությունը չկորցրած անձանց առաջին օգնությունը սկսում են մեջքին հարվածելով: Դրա համար օգնություն ցույց տվողը կանգնում է



տուժածի հետևում և օգնում նրան կռանալու: Այնուհետև կատարում են 5 կտրուկ հարված տուժածի մեջքին՝ թիակների միջև: Յուրաքանչյուր հարվածից հետո գնահատում են խցանման աստիճանի փոփոխությունը:

Եթե թիկունքին հարվածելը չի օգնում, և տուժածի վիճակը վատանում է, սկսում են կատարել որովայնային հրումներ (նկ.1 ա, բ):



Նկ. 1. Շնչառական ուղուց օտար մարմնի արտանդման ձևերը.

ա,բ - տուժածը գիտակից վիճակում է

գ,դ - տուժածը գիտակցությունը կորցրել է



Լրիվ խցանման դեպքում որովայնային հիւսիսներ կատարելու համար օգնություն ցույց տվողը կանգնում է տուժածի հետևում՝ գրկելով նրա իրանը որովայնի վերին կեսում (Նկ 1 գ, դ): Տուժածը կարող է լինել նստած կամ կանգնած: Մի ձեռքի բռունցքը բութ մատի կողմով դնել տուժածի որովայնին՝ պորտի և կրծոսկրի ստորին եզրի միջև ընկած տարածության մեջտեղում: Մյուս ձեռքով բռնել բռունցքը և երկու ձեռքերն ամուր սեղմել տուժածի որովայնին, ապա ուժգնորեն արագ կատարել կտրուկ 5 հիւսիս դեպի վեր և ներս, որպեսզի սեղմվի որովայնի վերին շրջանը և ստոծանին՝ կրծքավանդակի մկանային հատվածը, հրի դեպի վեր և դուրս մղի օտար մարմինը:

Անհրաժեշտության դեպքում այդ գործողությունը կատարում են մի քանի անգամ:

Գիտակցությունը կորցրած անձանց օգնությունը

Անհրաժեշտ է տուժածին պառկեցնել մեջքի վրա, կոշտ և հարթ տեղում, այնուհետև ձեռքի ցուցամատով ստուգել բերանի խոռոչը. օտար մարմին հայտնաբերելու դեպքում այն պետք է շտապ հեռացնել: Այնուհետև հարկավոր է նստել տուժածի ազդրերին՝ ծնկներով հենվելով գետնին այնպես, որ նրա ոտքերը լինեն օգնողի ծնկների միջև: Ապա ձեռքի ափի բլրակը պետք է դնել տուժածի որովայնին՝ պորտի և կրծոսկրի ստորին եզրի միջև ընկած տարածության մեջտեղում, մյուս ձեռքը դնել առաջինի վրա, կատարել դեպի ներքև և առաջ ուղղված կտրուկ հիւսիսներ. ձեռքերի մատները պետք է ուղղված լինեն դեպի տուժածի գլուխը: Այդ գործողությունը պետք է կրկնել չորս անգամ, այնուհետև կրկին մաքրել բերանի խոռոչը և կատարել երկու ստուգիչ ներփչում:

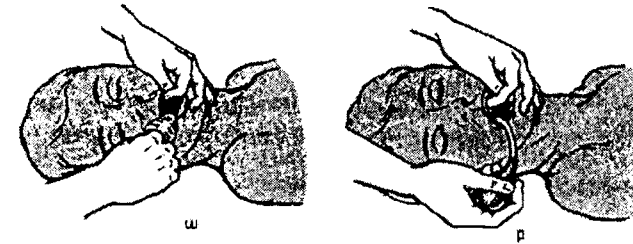
Այն դեպքում, երբ տուժածը հղի կին է, կամ հնարավոր չէ ընդգրկել տուժածի որովայնը, շնչուղիները խցանվելու դեպքում կիրառվում են կրծքավանդակի սեղմումներ:



Կրծքավանդակի սեղմումներ գիտակցությունը չկորցրած տուժածին կատարում են հետևյալ կերպ. կանգնել տուժածի հետևում և նրա բազուկների տակից ձեռքերով գրկել նրա կրծքավանդակը, ապա մի ձեռքի բռունցքը բութ մատի կողմով դնել կրծոսկրի մեջտեղում և ոչ թե կողերի կամ կրծոսկրի ծայրին: Մյուս ձեռքը դնելով առաջինի վրա՝ կատարել կտրուկ և արագ սեղմումներ՝ առջևից հետ ուղղությամբ:

Կրծքավանդակի սեղմումները գիտակցությունը կորցրած տուժածին պառկեցնել նրան կոշտ, հարթ մակերեսի վրա, ձեռքերը տեղավորել կրծոսկրի մեջտեղում և 5 անգամ կտրուկ սեղմում կատարել:

Օտար մարմինը գիտակցությունը կորցրած չափահաս տուժածի բերանից հեռացնում են՝ մատներով մաքրելով այն (Նկ.2):



Նկ. 2. Բերանի խոռոչի և ընկալի ազատումը օտար մարմիններից, լորձից և փսխման զանգվածներից
ա-ձեռքով, բ-տանձիկի օգնությամբ

Շնչուղիները բացելուց հետո, անձեռոցիկով փաթաթած ցուցամատը սահեցնելով բերանի խոռոչի խորքում, փորձում են հեռացնել օտար մարմինը: Դրանից հետո կատարում են 2 ներփչում՝ համոզվելու համար, որ շնչուղիներն արդեն անցանելի են:

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների մոտ խցանված շնչուղիները բացելու համար նրան պառկեցրե՛ք ձեր նախաբազուկի վրա՝ պահելով նրա



պարանոցը և գլուխը: Այնուհետև մյուս ձեռքի ցուցամատով և բթամատով բռնե՛ք ծնոտը, բացե՛ք բերանը և այդ ձեռքի վրա շրջե՛ք երեխային երեսնի-վայր այնպես, որ նրա գլուխն ավելի ցածր լինի ոտքերից: Ազատված ձեռքի ափով 3-5 անգամ թույլ հարվածե՛ք երեխայի թիակների միջև, հետո շրջե՛ք նրան և մեջքի վրա պառկեցրե՛ք ձեր նախաբազկին այնպես, որ նրա գլուխն ավելի ցածր լինի ոտքերից: Այս դեպքում գլխի ցածր դիրքը նպաստում է շնչուղիներից օտար մարմնի դուրս գալուն:

Կատարել կրծքավանդակի 5 սեղմում միջպտկային գծով կրծոսկրի մեջտեղում: Պրա համար երևակայական միջպտկային գծի վրա դրե՛ք մատ-նեմատը, իսկ միջնամատը և ցուցամատը՝ անմիջապես մատնեմատի կող-քին, բարձրացրե՛ք մատնեմատը և մյուս երկու մատների բարձիկներով կատարե՛ք կրծքավանդակի սեղմումներ՝ մոտ 2 սմ խորությամբ:

Պարբերաբար կատարե՛ք 5 հարված թիկունքին և 5 սեղմում կրծքա-վանդակին:

Օտար մարմինը երեխայի բերանից կարելի է հեռացնել, եթե այն տեսանելի է: Դրա համար անհրաժեշտ է ձեռքի ճկույթը սահեցնել դեպի բե-րանի խոռոչի խորքը և փորձել դուրս բերել այն, դրանից հետո կատարել ներփչումներ:



Մահվան նշաններ

Մահը մարդու կենսագործունեության դադարն է: Շնչառական և սիր-տանոթային համակարգերի գործունեության դադարից հետո զարգանում է թթվածնային քաղց, որի նկատմամբ անմեմագայունը ուղեղի բջիջներն են:

Մարդու կյանքի նշաններն են՝

-սրտի աշխատանքի առկայություն,

-շնչառության առկայություն,

-բիբերի ռեակցիան լույսի նկատմամբ պահպանված է:

Տարբերում են մահվան երկու փուլ.

Առաջին փուլը կլինիկական մահն է, երբ սիրտը չի աշխատում և շնչառությունը դադարում է, սակայն օրգանիզմում առկա թթվածնի որոշ պաշարների շնորհիվ մարդուն դեռևս կարելի է վերակենդանացնել՝ 0-4 րոպե:

Երկրորդ փուլ. 4-6 րոպեից հետո սկսում է զարգանալ կենսաբանա-կան մահը. գլխուղեղի գործունեությունն ընդհատվում է ուղեղի բջիջների անդարձելի մահվան պատճառով:

Մահվան կասկածելի նշաններն են՝

-տուժածի մարմնի անշարժ դիրքը, ինքնակամ շարժումների բացա-կայությունը,

-ցավային և այլ ազդակների նկատմամբ պատասխան ռեակցիայի բացակայությունը,

-մաշկի գունատությունը, կապտավուն երանգը,

-շնչառության բացակայությունը,

-սրտի կանգը,

-լույսի ազդեցությունից բիբերի մեղացման բացակայությունը:

Կենսաբանական մահվան նշանները լինում են հարաբերական (կաս-կածելի) և հավաստի (ստույգ) (նկ. 3): Հարաբերական նշանները նույնն են, ինչ կլինիկական մահվան ժամանակ (դա այն ժամանակահատվածն է, երբ



գլխուղեղի բջիջները քայքայվել են, բայց տեսամեղի փոփոխություններ չկան): Հավաստի նշաններն իհայտ են գալիս կենսաբանական մահվան սկզբից 10-12 անց:

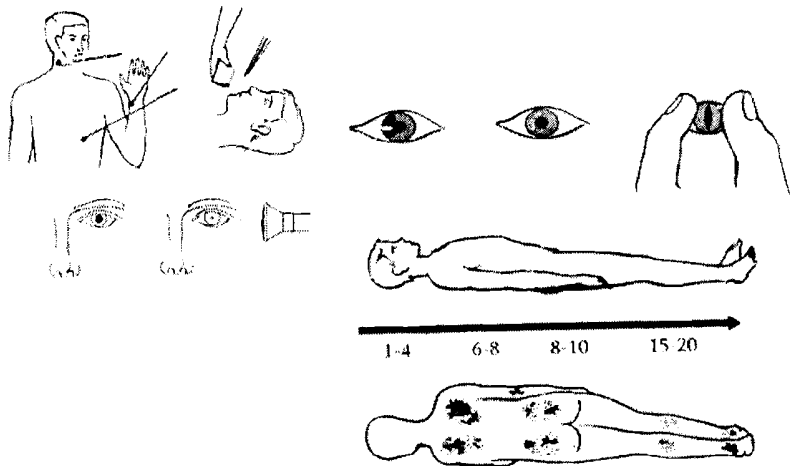
Մահվան ստույգ նշաններն են՝

-կատվի աչքի ախտանիշը (ակնագունդը կողքերից սեղմելիս բիբը նեղ ճեղքի տեսք է ստանում և բաց թողնելիս իր նախկին տեսքը չի ստանում),

-տեսամեղի լորձաթաղանթների չորացումը, եղջերաթաղանթի խամրումը,

-դիակային սառեցումը, փայտացումը (սկսվում է սրտի կանգից 2-4 ժամ անց մարմնի վերին մասերից և աստիճանաբար իջնում ներքև),

-դիակային բծեր, որոնք առաջանում են սրտի կանգից 2-4 ժամ անց (Նկ. 3):



Նկ. 3. Մահվան նշաններ



Վնասվածքներ, դրանց տեսակները, առաջին օգնությունը

I. Վնասվածքն արտաքին ուժի ազդեցության տակ հյուսվածքների և օրգանների ամբողջականության խախտումն է: Վնասվածքները բաժանվում են ըստ արտաքին ազդակների բնույթի՝

ա) Մեխանիկական (առաջանում են, օրինակ, բարձր տեղից ընկնելուց, հարվածից, հարվածային ալիքից): Սրանց թվին են պատկանում փափուկ հյուսվածքների սալջարդը, ոսկրերի կոտրվածքը, հոդախախտը, վերքերը և այլն:

բ) Ֆիզիկական՝ առաջանում են բարձր կամ ցածր ջերմությունից (այրվածք, ցրտահարություն), էլեկտրականությունից (էլեկտրահարում), ճառագայթումից (ճառագայթահարում):

գ) Թիմիական՝ (առաջանում են թթուներից, հիմքերից, զանազան թույներից, քիմիական զենքից):

II. Վնասվածքները կարող են լինել փակ՝ առանց մաշկային ծածկույթի ամբողջականության խախտման, և բաց՝ դրանց խախտումով: Բաց վնասվածքները կոչվում են նաև վերքեր:

III. Վնասվածքները կարող են լինել չբարդացած և բարդացումով. հատկապես վտանգավոր բարդություններ են վնասվածքային ասֆիքսիան, արյունահոսությունը, շոկը, վարակը /ինֆեկցիան/, թունավորումը /ինտոքսիկացիան/:

Պատերազմի ժամանակ բնակչության զանգվածային ախտահարումների, արտակարգ իրավիճակներում ցույց տրվող բժշկական օգնության տեսակներն են.

1. Առաջին օգնություն. ցույց է տրվում ախտահարման օջախում ինքնօգնության և փոխօգնության ձևով.

2. Առաջին օգնություն. ցույց է տրվում ախտահարման օջախում ինքնօգնության և փոխօգնության ձևով, ինչպես նաև փրկարարական աշ-



խատանքներին մասնակցող հատուկ պատրաստություն անցած փրկարարների և օգնության եկած կրտսեր և միջին բուժանձնակազմի կողմից:

Առաջին օգնության նպատակն է՝ փրկել վնասվածի կյանքը և շտապ դուրս բերել վնասման օջախից՝ օգտագործելով ձեռքի տակ եղած և ցուցակով նախատեսված միջոցները: Առաջին բուժօգնության ցուցաբերման լավագույն ժամանակամիջոցը կազմում է ախտահարման սկզբից՝ մինչև 30րոպե («ոսկե ժամ»), իսկ շնչառության կանգի դեպքում՝ մինչև 5-10րոպե:

Առաջին օգնության խնդիրները

ա) Պայքարել կյանքի համար վտանգ ներկայացնող նշանների դեմ (շնչառության և սրտի աշխատանքի խանգարում կամ կանգ, շոկ, արյունահոսություն):

բ) Կազմակերպել ախտահարվածների տեղափոխումը դեպի բժշկական հիմնարկներ:

Դրանց իրականացման համար անհրաժեշտ է ձեռնարկել հետևյալ միջոցառումները.

– վերին շնչուղիների անցանելիության վերականգնման համար օտար մարմնի, լորձի, արյան կուտակումների, փսխման զանգվածի հեռացում, լեզվի հետանկման կանխում,

– վերակենդանացման միջոցառումների անցկացում՝ արհեստական շնչառություն («բերանից–բերան», «բերանից–քիթ» կամ S-աձև խողովակի միջոցով) և սրտի արտաքին մերսում,

– արտաքին արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցում ճնշող կապով՝ մատներով սեղմելով արյունահոսող անոթի վրա վնասված մասից վերև, լարանով կամ ձեռքի տակ եղած այլ միջոցներով և այլն,

– ծայրանդամների ժամանակավոր անշարժացում՝ կոտրվածքների, փափուկ հյուսվածքների ծավալում վնասվածքների և այրվածքների ժամանակ ժամանակավոր բեկակալների կամ ձեռքի տակ եղած միջոցներով,



– ասեպտիկ (վարակազերծ) վիրակապի տեղադրում վերքերի և այրվածքների մակերեսի վրա.

– հակաշոկային միջոցառումների անցկացում,

– ցավազրկում, հակաթույների և հակաբիոտիկների օգտագործում:

3. Առաջին բժշկական օգնություն ցույց է տրվում ախտահարման օջախում բժիշկների կողմից: Այն նպատակ ունի վերացնել վնասվածքների հետևանքները, որոնք վտանգ են ներկայացնում կյանքին, կանխել ինֆեկցիոն բարդությունների զարգացումը, ախտահարվածներին տեսակավորել և նախապատրաստել փոխադրման:

4. Որակավորված և մասնագիտական բժշկական օգնություն. ցույց է տրվում բարձր որակավորում ունեցող և նեղ մասնագետ բժիշկների կողմից բուժհաստատություններում՝ սկսած վերքի վիրաբուժական մշակումից մինչև բարդ վիրահատություններ: Այս տիպի օգնությունն ունի երեք խնդիր.

– վիրաբուժական օգնություն ցույց տալ,

– վերականգնողական բուժում անցկացնել մինչև ապաքինվելը,

– կանխել և բուժել վնասվածքներից առաջացած բարդությունները:



Տրավմատիկ կամ վնասվածքային շոկ. առաջացման պատճառները, առաջին օգնությունը

Շոկը սուր զարգացող, կյանքին վտանգ սպառնացող ախտաբանական երևույթների ընդհանրությունն է:

Ծանր և խոր վնասվածքների, արյունահոսության, այրվածքների հետևանքով մարդու մոտ կարող է առաջանալ տրավմատիկ շոկ: Այս դեպքում օրգանիզմի բոլոր կենսական ֆունկցիաները խանգարվում են: Որոշ դեպքերում շոկի պատճառ են ցրտահարությունը, սովը, ծարավը, հոգեկան ծանր ապրումները, գերհոգնածությունը:

Առաջանում է օրգանիզմի վրա գերուժեղ բացասական գործոնների (վնասվածքներ, կոտրվածքներ, ծանր հիվանդություններ, արյան մեծ քանակի կորուստ) ազդեցության, սթրեսների, ցնցումների հետևանքով և արտահայտվում է արյան շրջանառության, շնչառության, նյութափոխանակության, նյարդային ու այլ համակարգերի գործունեության խանգարմամբ:

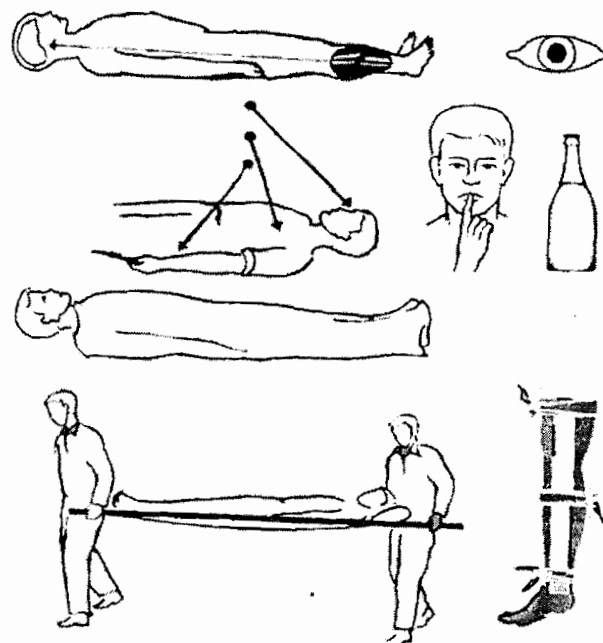
Օրգանիզմի վնասվածքների ժամանակ, բացի տեղային երևույթներից, լինում են նաև ընդհանուր երևույթներ, որոնք մեծ մասամբ արտահայտվում են կենտրոնական նյարդային և սիրտ-անոթային համակարգերի կողմից՝ տարբեր փոփոխություններով (նկ. 4):

Շոկն օրգանիզմի կարևոր կենսական գործընթացների անկումն է, որն առաջանում է կենտրոնական նյարդային համակարգի խիստ ընկճվածության և ուղեղի կեղևի գերսահմանային արգելակման պատճառով: Շոկի ժամանակ արյան ճնշումն ընկնում է: Ըստ առաջացման պատճառի և զարգացման մեխանիզմի տարբերում են.

- վնասվածքային շոկ,
- այրվածքային շոկ,
- հետարյունահոսական շոկ,
- անաֆիլակտիկ շոկ և այլն:



Շոկի զարգացման սկզբնական շրջանում վնասվածի վարքագիծը կարող է լինել վիճակին անհամապատասխան: Նա չի գիտակցում իր վիճակի ծանրությունը, անհանգիստ է և գրգռված: Աստիճանաբար գրգռվածությունն ու անհանգստությունն արգելակվում են, և ի հայտ են գալիս հետևյալ նշանները. արագացած և թույլ պուլս, գունատ, սառը, խոնավ մաշկ, հաճախացած շնչառություն, ծարավի ուժեղ զգացում, սրտխառնոց և փսխում, գիտակցության խանգարում, կորուստ:



Նկ. 4. Շոկի նշանները և առաջին օգնությունը



Շոկի ախտանշաններն են՝ մաշկի գունատությունը, սառը քրտնարտադրությունը, արյան անոթային ճնշման անկումը, շնչառումների հաճախացումը, սրտխառնոցը, փսխումները, շրթունքների, մարմնի ծայրամասերի կապտությունը, սրտի տոների խլացումը, գիտակցության կորուստը:

Արյունահոսության հետևանքով առաջացած շոկի դեպքում առաջին հերթին պետք է դադարեցնել՝ արյունահոսությունը, ապա անշարժացնել վնասված վերջույթը, տուժածին տալ հորիզոնական դիրք, փաթաթել տաք շորերով և ապահովել լրիվ հանգիստ վիճակ:

Այրվածքային շոկն առաջանում է մարմնի տարածուն այրվածքների դեպքում՝ գերուժեղ ցավային զգայությունների հետևանքով: Սովորաբար այրվածքային շոկից հետո զարգանում է այրվածքային հիվանդություն:

Վնասվածքային շոկն առաջանում է ծանր վնասվածքների հետևանքով: Տարբերում են վնասվածքային շոկի առաջնային և երկրորդային տեսակները: Առաջնային վնասվածքային շոկը զարգանում է վնասվածք ստանալու պահին, իսկ երկրորդային շոկը՝ վնասվածք ստանալուց որոշակի ժամանակ անց (մի քանի ժամ հետ):

Ողնուղեղային շոկը չափազանց վտանգավոր է: Այն առաջանում է ողնուղեղի վնասվածքների դեպքում, ինչի հետևանքով խախտվում է գլխուղեղի և ողնուղեղի ֆունկցիոնալ կապը: Ողնուղեղային շոկի ախտանշաններն են՝ արյան ճնշման կտրուկ անկումը, ռեֆլեքսների խանգարումները, ակամա միզարձակումը, փսխումները և այլն:

Շոկի ժամանակ անհրաժեշտ է՝

– չտապ ձեռնարկել բոլոր միջոցները, որպեսզի կանխվի շոկի զարգացման ընթացքը,

– տուժածին պառկեցնել, փաթաթել շորով,

– անհրաժեշտության դեպքում տալ ցավազրկող դեղամիջոցներ,

– դադարեցնել արյունահոսությունը, անշարժացնել կոտրվածքը և այլն,



– ապահովել թարմ օդի առկայությունը,

– զգուշությամբ տեղափոխել բժշկական հիմնարկ:

Տարբերում են շոկի առաջացման առաջնային և երկրորդային տեսակներ: Առաջնային շոկը զարգանում է վնասվածք ստանալու պահին կամ դրանից 1-2 ժամ անց: Երկրորդային շոկը երևան է գալիս վնասվածք ստանալուց 4-36 ժամ հետո: Սրա թվին է դասվում հետվիրահատական շոկը:

Տրավմատիկ շոկի նշաններն են՝ շրջապատի, իր ցավերի նկատմամբ անտարբերությունը (տուժածը չի տնքում, օգնություն չի խնդրում, չի բողբոջում): Մաշկը գունատ է, պատված սառը քրտինքով, նկատվում է անոթային ճնշման կտրուկ անկում, բիբերը լայնացած են, մարմնի ջերմաստիճանն ընկած (մինչև 30°): Տուժածն ունենում է ծարավի զգացում, սրտխառնոց, փսխումներ, սրտի տոները խլացած են և այլն:

Շոկի ժամանակ օրգանիզմի կողմից որոշ փոփոխությունների պատճառով արյան մի մասը կուտակվում է ներքին օրգաններում (լյարդում, փայծախում) և չի մասնակցում արյան շրջանառությանը, բարձրանում է պերիֆերիկ անոթների թափանցելիությունը, որի հետևանքով արյան հեղուկ մասը խտանում է, և իջնում է մարմնի ջերմաստիճանը:

Շոկը ընթանում է 2 փուլով.

1. Էրեկտիլ (զրգռման) փուլ,

2. տորպիդ (ընկճվածության) փուլ:

Էրեկտիլ փուլը կարճատև է, երբեմն անցնում է աննկատ: Ըստ Պիրոգովի՝ այս փուլում վնասվածը լինում է անհանգիստ, անընդհատ փոխում է դիրքը, խիստ զրգռված է, գանգատվում է ցավերից, բղավում է և օգնություն խնդրում:

Երկրորդ կամ տորպիդ փուլում վնասվածն անշարժ պառկած է. նա չի բղավում, չի գանգատվում, ոչինչ չի խնդրում, մարմինը սառն է, դեմքը գունատ, հայացքն անշարժ ուղղված է դեպի հեռուն, պուլսը թելանման, հազիվ է շոշափվում: Հարցերին կամ բուրբուրվին չի պատասխանում, կամ



միայն ինքն իր համար շնջում է: Շնչառությունը դանդաղ է և հազիվ է նկատվում: Վերջը և մաշկը բոլորովին անզգա են:

Երբեմն այս երևույթները մի քանի ժամից անցնում են, իսկ մեծ մասամբ այս երևույթները շարունակվում են մինչև մահ:

Վիրահատական շոկ: Մի շարք ծանր վիրահատություններից հետո, որոնք տևում են մի քանի ժամ, կարող է առաջանալ վիրահատական շոկ, որի ժամանակ արյան ճնշումն աստիճանաբար ընկնում է: Դա կանխելու համար անհրաժեշտ է ամեն 10-15 րոպե մեկ չափել արյան ճնշումը և ցույց տալ համապատասխան օգնություն, կատարել արյան փոխներարկում, ներարկել հանգստացնող դեղամիջոցներ և այլն:

Շոկը կանխելու համար անհրաժեշտ է որոշ դեղամիջոցների օգնությամբ ամրապնդել կենտրոնական նյարդային և սիրտ-անոթային համակարգերը:

Ըստ բարդության տարբերում են տրավմատիկ շոկի երեք աստիճան:

Առաջին կամ թեթև աստիճանի դեպքում տուժածի ընդհանուր վիճակը լինում է բավարար: Նրա արգելակման պրոցեսները թույլ են արտահայտված, մարմնի ջերմաստիճանը նորմային մոտ կամ մի քիչ ցածր է, պուլսի հաճախականությունը մեկ րոպեում 90-110 զարկ, արյան անոթային ճնշումը հասնում է 95-100 մմ սնդիկի սյան:

Երկրորդ աստիճանի շոկը միջին բարդության է: այս դեպքում տուժածի մոտ նկատվում են դեպրեսիա, ընդհանուր անհամգիստ վիճակ, մաշկի արտահայտված գունատություն, մարմնի ջերմաստիճանի անկում, առատ քրտնարտադրություն: Արյան անոթային ճնշումը 80-85 մմ սնդիկի սյան սահմաններում է, իսկ պուլսի հաճախականությունը մեկ րոպեում կազմում է 110-130 զարկ: Հաճախանում է շնչառությունը, թոքերի «էքսկուրսիան» դառնում է մակերեսային:



Երրորդ աստիճանի շոկի դեպքում տուժածի ընդհանուր վիճակը գնահատվում է որպես ծայրահեղ ծանր: Պուլսը թեւանման, հաճախ չի շոշափվում, արյան ճնշումը 60 մմ-ից ցածր:

Վնասվածքների, կոտրվածքների, այրվածքների, այրումահոսության դեպքում պետք է անհապաղ իրականացնել հակաշոկային միջոցառումներ: Այդ նպատակով անհրաժեշտ է անշարժացնել մարմնի վնասված մասը, դադարեցնել արյունահոսությունը, վերքի վրա դնել ախտահանված վիրակապ, և տուժածին չտապ տեղափոխել մոտակա բուժփմնարկ:

Առաջին բուժօգնությունը: Շոկի ժամանակ պետք է անհապաղ ձեռնարկել հետևյալ հակաշոկային միջոցառումները, որոնք ներառում են.

–մարմնին տալ հակաշոկային դիրք՝ գլուխը ցած, ոտքերը բարձր 20-25սմ,

–ցավազրկում (ներարկել կամ տալ ցավազրկողներ),

–սրտի աշխատանքի խթանում (ներարկել կոֆեին, կորդիամին),

–արյունահոսության դադարեցում,

–վնասված մասի անշարժացում՝ բեկակալներով կամ ձեռքի տակ եղած միջոցներով,

– վնասվածին տաքացնել, ծածկել, ջեռակ դնել, խմեցնել տաք թեյ, սուրճ, քիչ քանակով ալկոհոլ, ուտելու ոչինչ չտալ,

–վերքի առկայության դեպքում այն ծածկել ախտահանված վիրակապով,

–վնասվածին տեղափոխել շոկից դուրս գալուց հետո միայն:

Շոկի կանխարգելումը (պրոֆիլակտիկան)

Վնասվածների մոտ շոկի կանխարգելումն անհրաժեշտ է հատկապես արտակարգ իրավիճակների պայմաններում, քանի որ վերջիններս գտնվում են ծանր հոգեկան վիճակում և ֆիզիկական գերհոգնածությունից, ցրտից և սննդի ռեժիմի խախտումից հաճախ կարող են ընկնել շոկի մեջ:



Շուրջ կանխելու համար նրանց պետք է ամեն ժամը մեկ նայել, տալ տաք հագուստ, տաք և լիարժեք սնունդ և հնարավորինս շուտ տեղափոխել բժշկական հիմնարկ:

Բժշկական տարհանման ընթացքում ձեռք առնվող հակաշոկային միջոցառումները, առաջին օգնությունը և բուժումը

Վնասման օջախում շոկի մեջ գտնվողին առաջին բուժօգնությունը պետք է կազմակերպվի անմիջապես: Այս օգնությունից են կախված շոկի հետագա ընթացքը և ելքը: Դրա համար անհրաժեշտ է՝

1. վերացնել ցավային սինդրոմը, ներարկել ցավազրկողներ,

2. դադարեցնել արյունահոսությունը, վերքի վրա դնել ախտահանված վիրակապ,

3. վնասվածին պատրաստել տեղափոխելու բժշկական հիմնարկներ:

Ցավը մեղմացնելու համար պետք է ներարկել ցավազրկողներ, վնասված մասի վրա դնել սառը, տվյալ մարմնամասին տալ հանգիստ դիրք և վերացնել շոկ առաջացնող պատճառները:

Բաց վնասվածքի ժամանակ պետք է վերքը ծածկել ախտահանված վիրակապով, որպեսզի վերքը չկեղտոտվի, չվարակվի մանրէներով, և հյուսվածքները կրկնակի անգամ մեխանիկական վնասվածք չստանան:

Զի կարելի վերքից հեռացնել օտար մարմինները և վնասված հյուսվածքները, որովհետև կարող է առաջանալ արյունահոսություն:

Արյունահոսությունը դադարեցնելու համար պետք է դնել ճնշող կապ կամ լարան, ծածկել տաք ծածկոցով, ջեռակներ դնել, անհրաժեշտության դեպքում հագցնել հակագազ, վերջինիս չլինելու դեպքում օգտագործել բամբակ-թանձիվային դիմակ՝ ռադիոակտիվ նյութերի փոշուց պաշտպանվելու համար:

Այս ամենից հետո վնասվածին տեղափոխում են բժշկական հիմնարկներ, որտեղ վերացնում են արյան շրջանառությանը և շնչառությանը



խանգարող ազդակները, վերականգնում նյութափոխանակությունը, ներարկում ցավազրկողներ, ծայրանդամն անշարժացնում բեկակալներով և ապահովում հանգիստ անկողնային ռեժիմ:

Երեխաների մոտ ձեռք առնվող հակաշոկային միջոցառումների առանձնահատկությունները

Մանկական տարիքում վնասվածքային շոկն ընթանում է ավելի ծանր, որը պայմանավորված է նրանց նյարդային համակարգի առանձնահատկությամբ:

Ձանգվածային վնասումների ժամանակ առաջին հերթին պետք է ընդունել շոկի մեջ գտնվող երեխաներին և անմիջապես ձեռք առնել հակաշոկային միջոցառումներ: Հարկավոր է ուշադրություն դարձնել հոգեկան վիճակի վրա: Խնամքը պետք է լինի պատշաճ մակարդակով, հիվանդասենյակի ջերմաստիճանը սովորականից 1-2 աստիճանով ավելի բարձր: Ցավազրկող նյութերը պետք է նշանակել ըստ տարիքի, հակաշոկային հեղուկները ներարկել սահմանափակ, քանի որ կարող է առաջանալ թոքերի այտուց:

Հակաշոկային միջոցներից կարելի է ներարկել արյուն, արյան փոխարինողներ, հիդրոլիզին և այլն:

Հակաշոկային հեղուկները պարունակում են աղ, սպիտակուց, ջուր, գլյուկոզ և քնաբեր դեղանյութեր:



Վերակենդանացում (ռեանիմացիա) և դրա մեթոդները

Վերակենդանացումը կյանքի համար կարևոր կենսական օրգանների, առաջին հերթին՝ սրտի և թոքերի ֆունկցիայի վերականգնումը և պահպանումն է, որը կատարվում է կլինիկական մահվան շրջանում:

Վերակենդանացումը գիտություն է օրգանիզմի կենսական կարևոր օրգանների աշխատանքի մարման, այնուհետև դրանց վերականգնման պրոցեսների մասին: Ներկայումս վերակենդանացման պարզագույն գիտելիքների իմացությունը դարձել է հրատապ: Բանն այն է, որ սրտի աշխատանքի դադարի դեպքում օրգանիզմում դեռևս 4-6 րոպե շարունակվում են պասիվ կերպով նյութափոխանակության պրոցեսները: Հետևաբար կենտրոնական նյարդային համակարգի, օրգան-համակարգերի մարող գործողությունները կարելի է վերականգնել ժամանակին վերակենդանացման միջոցառումների ճիշտ կիրառման շնորհիվ:

Վերակենդանացում կատարում են կլինիկական մահվան փուլում, (երբ ուղեղի բջիջները դեռ չեն մահացել, բայց դադարել է սրտի և թոքերի աշխատանքը- այն տևում է 3-5րոպե):

Տարբեր հիվանդությունների, վնասվածքների և դժբախտ դեպքերի ժամանակ կարող են խանգարվել կամ էլ դադարել մարդու շնչառությունը և սրտի աշխատանքը: Դա ոչ միայն վատացնում է անձի վիճակը, այլև կարող է մահվան պատճառ դառնալ: Շնչառության խանգարում կամ լրիվ կանգ կարող է լինել պարանոցի կամ կրծքի վանդակի մեխանիկական ճնշման պատճառով, երբ մարդը մնում է փլվածքների կամ հողի տակ, մարտական թունավոր նյութեր կիրառելիս, ածխաթթու գազի առկայության պայմաններում (հրդեհների ժամանակ), ջրախեղդ լինելու, էլեկտրահարման, ինչպես նաև նյարդերի վնասման ժամանակ, երբ օտար մարմինը փակում է քիթ-ընկալը: Դրանք առաջ են բերում շնչառական մկանների կաթված:



Սրտի անմիջական կանգ կարող է առաջանալ կայծակնահարության, ծանր կոտրվածքների, թունավորումների, սրտի ինֆարկտի ժամանակ: Այս բոլոր դեպքերում անհապաղ պետք է սկսել արյան շրջանառության և շնչառության վերականգնման միջոցառումները:

Շնչառության լրիվ կանգի դեպքում կրծքավանդակը դառնում է անշարժ: Շնչառության մասնակի խանգարման ժամանակ վնասվածի մոտ նկատվում է հազ, առատ թքարտադրություն, ձեռքի եղունգային ֆալանգները կապտում են, դեմքը դառնում է բոսորագույն: Եթե ժամանակին օգնություն ցույց չտրվի, ապա հնարավոր է շնչառության լրիվ կանգ և մահ: Դրա համար վնասվածին պետք է շտապ հանել փլվածքների տակից, դուրս բերել ածխաթթու գազով լցված շենքից: Եթե մարմնի վրա ընկած է մերկացած էլեկտրական լար, ապա պետք է անջատել հոսանքը կամ էլ չոր փայտի միջոցով հեռացնել լարը՝ պահպանելով անհատական անվտանգության կանոնները: Այնուհետև մաքրում են քիթ-ընկալը օտար մարմիններից (հող, պրոթեզ և այլն), մատին թաշկինակ կամ թանգիվ փաթաթելով մաքրում են բերանի խոռոչը լորձից և առանց ժամանակ կորցնելու թուլացնում սեղմող հագուստը, կատարում արհեստական շնչառություն և սրտի մերսում:

Սրտի աշխատանքի և շնչառության դադարելը դեռևս չի նշանակում կենսաբանական մահ: Դրան նախորդում է կլինիկական մահը՝ 3-5 րոպե տևողությամբ, երբ շտապ միջոցներ ձեռնարկելիս դեռևս կարելի է վերականգնել շնչառությունը և արյան շրջանառությունը:

Օրգանիզմի կյանքից - մահ անցումը բարդ պրոցեսների շղթա է, որն ընթանում է նախահոգեվարքային, հոգեվարքային և կլինիկական մահ փուլերով: Նախահոգեվարքային փուլում մարդու մաշկը գունատվում է, գիտակցությունն աստիճանաբար մթազնում, շնչառությունը հաճախանում է, սրտի տոները խլանում են, արյան անոթային ճնշումը հավասարվում է 60



մմ սնդիկի սյան, ակնաբիրները նեղանում են, սակայն լուսազգացողությունը կարող է երկար պահպանվել:

Նախահոգեվարքային փուլը կարող է տևել մի քանի ժամ, անգամ օր: Գոգեվարքային փուլն օրգանիզմի մահվան ավելի խոր փուլ է: Այդ փուլում հիվանդը գտնվում է անգիտակից վիճակում, սրտի տոները խլանում են, շնչառությունը դառնում է մակերեսային, արյան անոթային ճնշումը հավասարվում է 40 մմ սնդիկի սյան, ակնաբիրները լայնանում են, լուսազգացողությունը թույլ է արտահայտված:

Գոգեվարքային փուլը տևում է մի քանի ժամ, և օրգանիզմի կարևոր ֆունկցիաների աստիճանական դադարման հետևանքով անցնում է կլինիկական մահվան փուլ:

Կլինիկական մահվան փուլում հիվանդի գիտակցությունը, պոուսը բացակայում են, շնչառությունը դադարում է, արյան անոթային ճնշումը հավասարվում է 0-ի, ակնաբիրներն առավելագույնս լայնանում են, լուսազգացողությունն իսպառ բացակայում է: Այս փուլը տևում է 4-5 րոպե: Սակայն դա դեռևս վերջնական մահ չէ, ու հնարավոր է օրգանիզմը նորից կյանքի բերել՝ վերակենդանացնել:

Յուրաքանչյուր բուժքույր պետք է տիրապետի սրտի աշխատանքի և շնչառության վերականգնման եղանակներին, այսինքն՝ իմանա վերակենդանացման տարրական տեխնիկան: Վերակենդանացման միջոցառումները պետք է սկսել առանց հապաղման: Դրա համար անհրաժեշտ է՝

ա) ապահովել շնչառական ուղիների անցանելիությունը,

բ) կատարել արհեստական շնչառություն,

գ) վերականգնել արյան շրջանառությունը (կատարել սրտի անուղղակի մերսում):

Վերակենդանացման համար շնչառական ուղիների անցանելիության վերականգնումն առաջին կարևոր փուլն է: Այդ պատճառով, որքան վաղ է



կատարվում այս օգնությունը, այնքան մեծ է վնասվածին փրկելու հնարավորությունը:

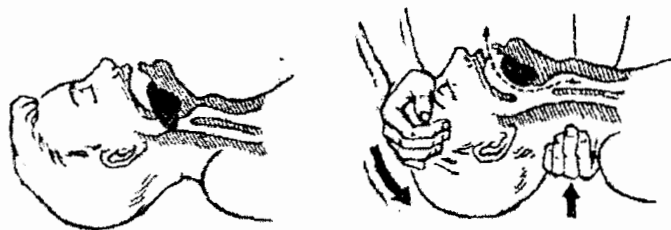
Գիտակցությունը ստուգելու համար անհրաժեշտ է զգուշորեն շարժել տուժածի ուսերը, փորձել խոսել նրա հետ՝ տալով պարզ բնույթի հարցեր ու հասարակ հրահանգներ («Ցույց տվեք ձեր լեզուն», «Փակե՛ք աչքերը», «Սեղմե՛ք իմ ձեռքը» և այլն):

Եթե տուժածը գտնվում է գիտակից վիճակում, և նրան այլևս վտանգ չի սպառնում, հարկավոր է օգնել նրան՝ ընդունելու հարմար դիրք, և սկսել երկրորդային զննումը:

Եթե նա գտնվում է անգիտակից վիճակում, ապա պետք է օգնության կանչել որևէ մեկին կամ խնդրել հեռաձայնել շտապօգնություն:

Անգիտակից վիճակում տուժածի լեզուն կարող է հետ գնալ, խանգարվել շնչուղիների անցանելիությունը, և առաջանալ շնչառության ու սրտի կանգ: Այն կարող է խանգարված լինել նաև վնասվածքի պատճառով առաջացած անատոմիական խախտումներից, կուտակված արյունից, կոտրված ատամներից, կոկորդի այտուցումից, շնչուղիներում հայտնված օտար մարմիններից: Դրա համար պետք է կատարել անգիտակից վիճակում գտնվող տուժածի շնչուղիների անցանելիության ապահովում՝ բացում (նկ. 5):

Անհրաժեշտ է տուժածին պառկեցնել մեջքի վրա, և եթե չկա պարանոցի վնասվածք, գլուխը հետ տանել՝ մի ձեռքը դնելով նրա ճակատին, մյուս ձեռքի երկրորդ և երրորդ մատներով բարձրացնել կզակը ծնոտի աջ կամ ձախ եզրից այնպես, որ այն ավելի բարձր լինի ճակատից: Այնուհետև պետք է բութ մատը դնել ստորին շրթունքի և կզակի միջև գտնվող սահմանագծին և զգուշորեն բացել տուժածի բերանը: Անհրաժեշտության դեպքում հարկավոր է բերանից հեռացնել լորձը, հետ տված զանգվածը, հանել շարժվող պրոթեզը:



Նկ. 5. Շնչուղիների անցանելիության վերականգնումը

Շնչուղիները բացելուց հետո, առանց գլխի դիրքը փոխելու, պետք է կատարել շնչառության ստուգում: Այն իրականացվում է հետևյալ կերպ. կռնակ, ականջը մոտեցնել տուժածի բերանին՝ հայացքն ուղղելով կրծքավանդակին և որովայնին՝ փորձել տեսնել, լսել և զգալ նրա շնչառությունը:

Եթե տուժածը շնչում է, հարկավոր է նրան տալ «կողքի ապահով դիրք» (ԿԱԴ) և կանչել շտապօգնություն՝ հսկելով նրա վիճակը մինչև մասնագետների ժամանելը:

Եթե չկա շնչառություն, պետք է սկսել արհեստական շնչառություն. նախ հարկավոր է կատարել 2 ստուգիչ ներփչում՝ բերան - բերան, կամ բերան - քիթ մեթոդներով՝ յուրաքանչյուրը՝ 1-ական վայրկյանում՝ շնչուղիների անցանելիությունը ստուգելու համար:

Գիտակցությունը կորցրածի շնչառության վերականգնման համար պետք է կատարել հետևյալ գործողությունները.

ա) վնասվածին մեջքի վրա պառկեցնել հարթ ու կոշտ մակերևույթի վրա,

բ) գլուխը հետ թեքել և արտաշնչել վնասվածի բերանի մեջ, եթե կրծքավանդակը չի բարձրանում, ապա առաջ և ցած ձգել ստորին ծնոտը ու բացել բերանը,

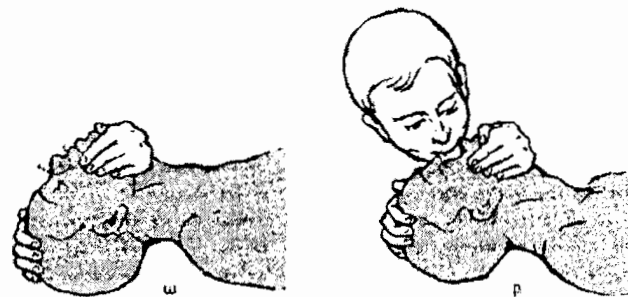


դ) մատին փաթաթած թանգիվով կամ թաշկինակով մաքրել բերանի խոռոչը լորձից և այլ պարունակությունից,

ե) կրկին արտաշնչել վնասվածի բերանի մեջ՝ ուշադիր հետևելով կրծքավանդակի շարժմանը:

Թոքերի արհեստական օդափոխության եղանակներն են.

Բերան-բերան արհեստական շնչառություն կատարելու համար անհրաժեշտ է ապահովել շնչուղիների անցանելիությունը (դիրքը՝ մեջքի վրա, գլուխը հետ, կզակը վերև), այնուհետև փակել տուժածի քթանցքերը օգնություն ցույց տվողի առաջին և երկրորդ մատներով, ապա բերանով ամբողջությամբ ընդգրկել տուժածի շրթունքները, կատարել 2 ստուգիչ ներփչում (խոր ներփչում չկատարել)՝ հետևելով կրծքավանդակի բարձրացմանը: Եթե կրծքավանդակը բարձրանում է, պետք է բաց թողնել տուժածի քիթը՝ թույլ չտալով, որ կատարվի պասիվ արտաշնչում (Նկ. 6): Այնուհետև անհրաժեշտ է ստուգել զարկերակը. եթե այն առկա է, սակայն բացակայում է շնչառությունը, պետք է շարունակել կատարել ներփչումները: Եթե կրծքավանդակը չի բարձրանում, հարկավոր է կատարել գլխի դիրքի ստուգում և կրկնել ներփչումները: Եթե օդը կրկին չի անցնում, ուրեմն շնչուղիներում կա օտար մարմին, կամ գոյություն ունի խցանման այլ պատճառ:



Նկ. 6. Թոքերի արհեստական օդափոխում՝ «բերան-բերան» եղանակով:



Բերան - քիթ ներփչումները չափահաս տուժածների դեպքում կատարում են բերանի վնասվածքի, պյտերի պատռվածքի ժամանակ (նկ. 7): Դրա համար բերանը պետք է փակել ծեռքով և ներփչումները կատարել քթանցքերի մեջ: Արտաշնչման համար շուրթերը և քիթը ազատ են թողնվում:



Նկ. 7. Տուժածի նախապատրաստումը արհեստական շնչառությամբ «բերան-քիթ» եղանակով

Արհեստական շնչառությունը սխալ կատարելու դեպքում օդի մի մասը կարող է անցնել ստամոքսի մեջ առաջացնելով փսխում: Դրանից խուսափելու համար ստորին ծնոտը պետք է պահել վեր ուղղված դիրքում, քանի որ այդ դիրքում շնչուղիները մնում են բաց, իսկ կերակրափողի մուտքը փակ: Եթե ստամոքսը սկսում է ուռչել, հարկավոր է տուժածին մի պահ կողքի շրջել, թեթևակի սեղմել ստամոքսի վրա, մաքրել բերանի խոռոչը, նորից հետ շրջել մեջքի վրա և շարունակել կատարել արհեստական շնչառությունը:

Տուժածի պուլսը շոշափում են մակերեսորեն տեղակայված զարկերակների վրա, օրինակ՝ քնային, ճաճանչային կամ բազկային, իսկ անգիտակից մեծահասակների դեպքում նպատակահարմար է շոշափել քնային զարկերակի վրա:

Պուլսը գտնելու համար անհրաժեշտ է շոշափել վահանաձև աճառը, և մատները սահեցնելով պարանոցի կողքային մասով՝ ակոսի մեջ գտնել այն:



Եթե կա պուլս, պետք է համոզվել նաև, որ չկա ուժեղ արյունահոսություն: Դրա համար անհրաժեշտ է արագ զննել տուժածին: Ուժեղ արյունահոսության դեպքում արյունը շիթով դուրս է մղվում արյունատար անոթից, և անհմար է այն դադարեցնել ճնշող վիրակապով:

Այս եղանակով թոքերի արհեստական օդափոխության համար օգնություն ցույց տվողը նստում է ծնկների վրա, վնասվածի գլխավերևում, մի ծեռքը դնում է պարանոցի տակ, մյուսը՝ ճակատին, գլուխը՝ որքան հնարավոր է, հետ է թեքում բութ մատով և ցուցամատով փակում է քթանցքերը: Բացելով տուժածի բերանը՝ ծածկում է այն թանգիվով կամ թաշկինակով, այնուհետև խոր ներշնչում է կատարում և իր շրթունքներն ամուր հպելով վնասվածի բերանին՝ ուժեղ արտաշնչում է նրա բերանի մեջ (այսինքն՝ կատարում է արտաշնչում, որը համապատասխանում է վնասվածի ներշնչմանը): Այդ ընթացքում ուշադիր պետք է հետևել վնասվածի կրծքի վանդակի շարժումներին: Այն բանից հետո, երբ բարձրանում է կրծքավանդակը, օգնություն ցույց տվողը դադարեցնում է օդի ներմղումը, վնասվածի գլուխը թեքում է մի կողմի վրա և դրանով իսկ պայմաններ ստեղծում պասիվ արտաշնչման համար: Հաստատված է, որ ներմղված օդի քանակն ավելի կարևոր է, քան արտաշնչման հաճախականությունը: Հինգ արտաշնչման գործողություն կատարելուց հետո պետք է ստուգել պուլսը՝ ճաճանչային զարկերակի վրա: Թոքերի արհեստական օդափոխությունն անհրաժեշտ է կատարել մինչև ինքնուրույն շնչառության վերականգնումը: Երբ կրծքավանդակն իջնում և ընդունում է իր նախկին դիրքը, վերը նկարագրված ամբողջ ցիկլը հարկավոր է նորից կրկնել՝ մեկ րոպեում կատարելով մինչև 12-14 ներփչում:

Եթե գլուխը ոչ բավարար չափով է հետ թեքված, ապա արտամղված օդը կարող է անցնել ստամոքսի մեջ՝ դժվարացնելով թոքերի ուղղումը, և առաջ բերել ծանր բարդություններ (ստամոքսի պարունակությունը կարող է լցվել շնչառական ուղիները՝ առաջացնելով հեղձում): Այդ իսկ պատ-

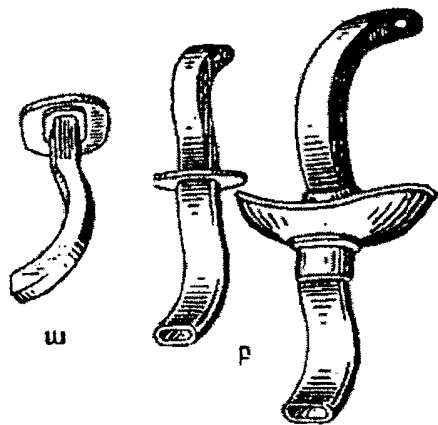


ճառով ուշադիր պետք է հետևել էպիգաստրալ շրջանին: Վերջինիս ուռելը նշանակում է, որ օդը լցվել է ստամոքսի մեջ:

Այդ բարդություններից խուսափելու համար, բացի գլուխն անհրաժեշտ չափով հետ թեքելուց, հարկավոր է արտաշնչման ժամանակ ձեռքով զգույշ սեղմել ստամոքսի շրջանը, որպեսզի հեռացվի այնտեղ կուտակված օդը: Եթե պետք է արհեստական շնչառություն կատարել երեխային, ապա ավելի լավ է՝ շրթունքներով բռնել բերանը և քիթը միաժամանակ, քանի որ դրանք իրար մոտ են գտնվում, և օդ արտամղել ոչ մեծ քանակներով՝ հետևելով կրծքի վանդակի շարժումներին:

Երեխաների շնչառության հաճախականությունը պետք է լինի մեկ րոպեում 15-18 անգամ:

Արհեստական շնչառությունն ավելի հիգիենիկ դարձնելու համար անհրաժեշտ է բերանը կամ քիթը ծածկել 4 շերտ թանգիվից պատրաստված անձեռոցիկով կամ թաշկինակով: Կարելի է օգտագործել նաև S-աձև խողովակներ, շնչառական տուպրակներ (նկ. 8, նկ. 9):

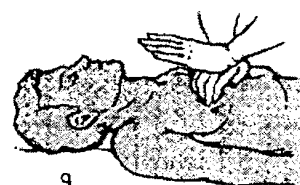
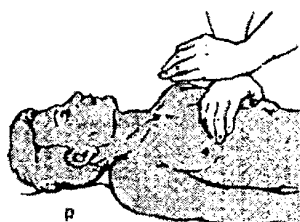
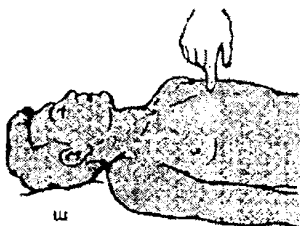


Նկ. 8. S-աձև խողովակների տեսակները



Նկ. 9. Թոքերի արհեստական օդափոխում ռետինե տուպրակի և S-աձև խողովակի միջոցով

Այդպիսի ուժով մերսում կատարելու համար օգտվում են երկու ձեռքերի և մարմնի ծանրությունից (փոքրահասակ երեխաների մոտ սեղմում են մեկ ձեռքով, մորածինների մոտ՝ մեկ-երկու մատով): 4) արյան շրջանառության համապատասխան ծավալային արագություն ստանալու համար պետք է կատարել ոչ պակաս 60 հրոց՝ մեկ րոպեում: Հակառակ դեպքում, չնայած առանձին հրումների արդյունավետությանը, ընդհանուր արյունահոսքն անբավարար կլինի կյանքի համար: Անհրաժեշտ է հիշել, որ մույնիսկ համապատասխան մերսման միջոցով հաջողվում է պահպանել արյունահոսքը մորմայի 20-40%-ի չափով: Շատ կարևոր է, որ մերսման ժամանակ ձեռքերը մնան ուղիղ (նկ. 10):



Նկ. 10. Սրտի արտաքին մերսման տեխնիկան.
ա - սրտի մերսում կատարելու դեպքում ձեռ-
քերի տեղակայման տեղը, բ, գ - ձեռքերի ճիշտ
տեղակայումները սրտի մերսման դեպքում:

Հրումները պետք է լինեն եռանդուն, բայց ոչ չափազանց ուժեղ, քանի որ այդ դեպքում կրծոսկրը կամ կողոսկրերը կարող են կոտրվել: Այդ վտանգը հատկապես մեծ է ձեռքերի մոտ, որոնց կրծքավանդակի փոքր ճկունության պատճառով սիրտը կրծքանվաղակի և ողնաշարի միջև սեղմելու համար հարկ է լինում մեծ ուժ գործադրել: Սրտի արտաքին մերսումը ճիշտ կատարելու ցուցանիշ է պուլսի հայտնվելը քներակում և ազդրային զարկերակում: Սրտի մերսումը կատարում են արհեստական շնչառության հետ զուգակցված: Այս դեպքում ցանկալի է, որ սրտի մերսումը կատարի մեկ, իսկ արհեստական շնչառությունը՝ մեկ այլ մարդ: Եթե վնասվածի մոտ միայն մեկ մարդ կա, ապա նա նույնպես կարող է նշված միջոցներով կատարել վերականգնացում: Այդ դեպքում նա



հաջորդաբար 2 անգամ վնասվածի թոքերի մեջ օդ է ներմղում և 16 անգամ սեղմում կրծոսկրը՝ մեկ վայրկյան ընդմիջումով:

Երկու հոգով միաժամանակ օգնություն ցույց տալու դեպքում նրանցից մեկն օդ է ներմղում թոքերի մեջ, իսկ մյուսը կատարում է սրտի մերսում (Նկ. 11): Արհեստական շնչառության և սրտի մերսման հարաբերությունը պետք է լինի 1:5-ի: Միշտ պետք է հիշել, որ օդ մղելու ժամանակ մերսումը պետք է դադարեցնել, հակառակ դեպքում օդը չի մտնի վնասվածի թոքերը:



Նկ. 11. Սրտի անուղղակի մերսում և թոքերի գազափոխություն.
ա - կատարում է մեկ մարդ, բ - կատարում են երկու հոգով:

Սրտի արտաքին մերսման դեպքում, հրոցների ժամանակ կրծքի վանդակը հրվում է դեպի ողնաշարի կողմը. դրա հետևանքով նրա խոռոչներում գտնվող արյունն անցնում է դեպի արյունատար անոթները: Երբ ձեռքերը թուլացնում են, կրծքի վանդակը ստանում է իր նախկին ծավալը, սիրտն ուղղվում է, և նրա խոռոչները նորից լցվում են արյունով:

Երեխաների սրտի արտաքին մերսումը կատարում են ոչ պակաս, քան 100 հրոց՝ մեկ րոպեում: Մերսման արդյունավետությունը որոշում են



պուլսի հայտնվելով, բիբերի նեղացմամբ, ինքնուրույն շնչառությամբ, մաշկային ծածկույթների վարդագույն գունավորմամբ:

Այս միջոցառումները կենսաբանական մահվան ակնհայտ նշանների առկայության դեպքում (դիակային բծեր, դիակային փայտացում) չեն իրականացվում:

Շնչառական և սիրտ-անոթային համակարգերի աշխատանքի վերականգնման համար անցկացվում են համալիր միջոցառումներ: Եթե վնասվածը գիտակից վիճակում է, անհրաժեշտ է նրան հանգստացնել, հագցնել չոր, տաք հագուստ, ծածկել, տալ տաք թեյ կամ սուրճ, քիչ քանակությամբ ալկոհոլ, 25-30 կաթիլ կատվախոտի (վալերիանի) կաթիլներ: Իսկ եթե անգիտակից վիճակում է, բայց պահպանված են պուլսը և շնչառությունը, պետք է պառկեցնել պատզարակի վրա, ոտքերին բարձր դիրք տալ, արձակել սեղմող հագուստները, անուշադրի սպիրտ տալ շնչելու, հնարավորության դեպքում՝ թթվածին:

Վերակենդանացման միջոցառումները հատկապես լավ արդյունք են տալիս, եթե օգնությունը ցույց է տրվում առաջին հինգ րոպեների ընթացքում՝ սրտի և շնչառության կանգի պահից հաշված: Վերը նշված վերակենդանացման միջոցառումները պետք է անցկացնել բոլոր այն վնասվածների մոտ, որոնց մոտ կլինիկական մահը տեղի է ունեցել հանկարծակի ու անսպասելի: Այս միջոցառումները չպետք է կատարել անբուժելի և ծանր ընթացող երկարատև հիվանդությունների վերջին շրջանում, դիակային փայտացման նշանների առկայության, այսինքն՝ անվերադարձ մահվան ակնհայտ պատկերի դեպքում:



Առաջին օգնությունը փափուկ հյուսվածքների, հոդերի վնասվածքների դեպքում

Մեխանիկական ազդակի ներգործության պատճառով առաջացած վնասվածքները կոչվում են փակ վնասվածքներ: Այս դեպքում մաշկի ամբողջականությունը խախտված չէ:

Այդ վնասվածքների շարքին են դասվում՝

- ա) փափուկ հյուսվածքների սալջարդը,
- բ) հոդակապանների ձգվածությունը և պատռվածքը,
- գ) փակ հոդախախտումը,
- դ) ոսկրերի փակ կոտրվածքները,
- ե) երկարատև ճնշման սինդրոմը:

Փափուկ հյուսվածքների սալջարդ: Առաջանում է բարձր տեղից կոշտ իրի վրա ընկնելիս, պինդ մակերեսի հարվածելիս: Տեղի է ունենում ենթամաշկային հյուսվածքների ու մանր արյունատար անոթների վնասում:

Նշանները. տարբեր ուժգնության ցավեր, այտուց, ֆունկցիայի լրիվ կամ մասնակի խանգարում:

Առաջին բուժօգնությունը. անհրաժեշտ է վնասված մասի վրա դնել սեղմող կապ և սառը՝ թրջոց կամ սառցե պարկ: Սեղմող կապը դադարեցնում է այտուցի հետագա զարգացումը, իսկ սառը մեղմացնում է ցավը: Ծայրանդամին տալիս են բարձր և հանգիստ դիրք, իսկ ծավալուն վնասվածքների դեպքում անշարժացնում են ծայրանդամը: Վնասվածք ստամալուց երկու օր անց անհրաժեշտ է դնել տաքացնող թրջոց՝ այտուցը ներծծվելու նպատակով:

Հոդակապանների ձգվածություն և պատռվածք: Այս վնասվածքներն ամենից հաճախ առաջանում են կտրուկ շարժումներ կատարելիս: Այն



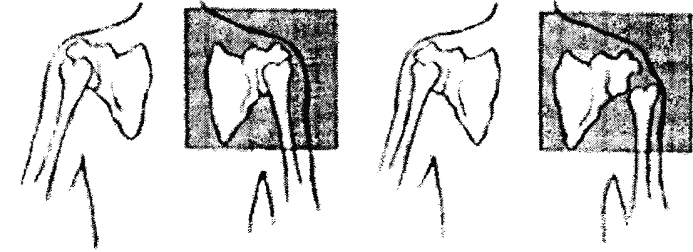
ավելի հաճախ լինում է սրունք-թաթային և ծնկան հոդերում: Վերջինիս դեպքում հաճախ վնասվում է մենիսկը:

Նշանները: Առաջանում են տարբեր ուժգնության ցավեր հոդի շրջանում, շարժումների սահմանափակում, այտուցվածություն:

Առաջին բուժօգնությունը: Անհրաժեշտ է ծայրամուկամին տալ հանգիստ և հարմար դիրք, դնել սեղմող կապ և սառը թրջոց՝ առաջին օրվա ընթացքում՝ 30-40րոպե մեկ, հաջորդ օրվանից՝ տաքացնող թրջոց:

Հոդախախտումներ

Հոդախախտում են կոչվում այս կամ այն հոդի կառուցվածքի մեջ մտնող ոսկրածայրերի ոչ բնականոն ու կայուն տեղաշարժերը: Առանձնահատուկ նշանակություն ունեն այն հոդախախտումները, որոնք առաջանում են որևէ արտաքին մեխանիկական ուժի ճնշման հետևանքով (վնասվածքային հոդախախտումներ): Այդ հոդախախտումների առաջացման գործում դեր են խաղում կենցաղային, արտադրական, սպորտային հարվածները /տրավմաները/, ինչպես նաև մարտական գործողությունների ժամանակ ստացած վնասվածքները: Ամենից հաճախ դիտվում են ուսային, արմնկային, ծնկան և կոնքազդրային, իսկ ավելի սակավ՝ դաստակի, մատների ու ստորին ծնոտի հոդախախտումներ: Հոդախախտումների դեպքում սովորաբար առաջանում են հոդաշապիկի պատռվածք, իսկ երբեմն էլ հոդակապանների, մկանների ու ջլերի վնասվածքներ: Հնարավոր են նաև մաշկի, արյունատար անոթների, նյարդերի ու ոսկրերի վնասվածքներ (Նկ. 12):



Նկ. 12. Հոդախախտ

Ախտանշանները: Հոդախախտումների ժամանակ ախտահարված հոդի շրջանում առաջանում են տարբեր ուժգնության ցավեր և մի շարք բնորոշ նշաններ: Ամենից բնորոշը հարկադրական դիրքն է, որը տարբեր հոդերի համար յուրօրինակ դրսևորում է ունենում: Այսպես, օրինակ, ուսային հոդախախտման դեպքում հիվանդը ձեռքը պահում է արմնկային հոդում ծավված, մարմնից մի փոքր կողմ շրջված վիճակում և այլն: Հոդախախտման ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի հոդի դեֆորմացիան: Հոդի շրջափման ժամանակ առանց որևէ դժվարության հնարավոր է լինում որոշել, որ հոդը «դատարկ» է, իսկ հոդագլխիկը դուրս է եկել հոդի խոռոչից ու տեղափոխվել իր համար ոչ սովորական, մոր տեղ: Հոդի գլխիկի բացակայությունը ստույգ վկայում է հոդախախտման առկայության մասին: Հոդախախտված վերջույթին բնորոշ է տվյալ վերջույթի զսպանակաձև շարժումը: Հոդախախտումը վստահ կարելի է ախտորոշել ռենտգեն նկարահանման միջոցով:

Տարբերում են լրիվ և մասնակի **հոդախախտում:** Մասնակիի դեպքում հոդը կազմող ոսկրերի ծայրերն իրարից լրիվ հեռացած չեն:

Հոդախախտին բնորոշ են հետևյալ նշանները.

—ցավ հոդախախտված հոդի շրջանում.



–վերջույթի հարկադրական դիրք.

–հոդի դեֆորմացիա. շոշափելիս հոդախոռոչը դատարկ է, հոդագլխիկը չի շոշափվում հոդափոսում.

–հոդի ֆունկցիայի (շարժունակության) խանգարում.

–ծայրանդամի երկարության փոփոխություն:

Այն դեպքում, երբ հոդախախտված ոսկրերը հեռանում են իրարից, երկարում է վերջույթը, իսկ երբ ոսկրերը բարձրանում են իրար վրա, ապա վերջույթի երկարությունը կարճանում է:

Առաջին օգնություն: Անհրաժեշտ է տուժածին տալ ցավազրկողներ, անշարժացնել հոդն այն դիրքում, որում այն գտնվում է նորմալ վիճակում (օրինակ՝ ուսային հոդի հոդախախտի դեպքում բազուկը սրբիչով կամ գլխաշորով կապում են կրծքավանդակին): Դնել սառը թրջոց, եթե կա վերք, վրան դնել ախտահանված վիրակապ և շտապ ուղարկել վնասվածքաբանական ուղղվածության բուժօգնության: Այս դեպքում վնասվածին բուժօգնության անհրաժեշտ է փափուկ փռվածքի վրա անշարժ պառկած վիճակում: Պատգարակի վրա դնելիս հոդախախտված մասի շուրջը պետք է դրվեն փափուկ իրեր (բարձեր, հագուստեայլն): Ազդրային հոդախախտումների դեպքում ոտքը հաճախ թեթևակի ծալված է լինում, իսկ ներքանը դեպի դուրս շրջված: Երբեք չպետք է վերջույթին բնականոն դիրք տալ: Վիրակապ դնելու դեպքում ոտքը պետք է մնա այն դիրքում, որն առաջացել է հոդախախտումից հետո:



Դեամուրգիա (կապաբանություն)

Կապաբանությունը համարվում է վիրաբուժության գլխավոր և պատասխանատու բաժիններից մեկը, որն ունի գործնական մեծ նշանակություն: Բուժքույրը պետք է լավ տիրապետի տարբեր տեսակի կապեր դնելու տեխնիկային: Վնասվածքների, տարբեր տեսակի դժբախտ դեպքերի ժամանակ ճիշտ և ժամանակին ցույց տրված բուժօգնությամբ են պայմանավորված վնասվածքի հետագա ընթացքը, բուժման ժամկետը և ելքը: Վիրակապն այն միջոցն է, որը որոշ ժամանակով դրվում է վնասվածքի վրա: Հաճախ վիրակապը թրջվում է կամ դրա վրա քսվում է որևէ դեղամյուս:

Կապը վիրակապի արտաքին թաղանթն է, որի միջոցով վիրակապը պահվում է վնասված մասի վրա: Կապերը կիրառում են վերքային մակերեսը կեղտոտվելուց և վարակից պաշտպանելու, արյունահոսությունը դադարեցնելու, մարմնի վնասված մասին որոշակի դիրք տալու նպատակով: Կապերը գործածում են նաև մարմնի որևէ մասի վրա համաչափ ճնշում գործադրելու կամ մարմնի որևէ մասն անշարժ պահելու համար: Կապի տեսակի ընտրությունը կատարվում է ելնելով անհետաձգելի բուժօգնություն ցույց տալու պայմաններից, վնասվածի վիճակից, վնասվածքի բնույթից, վերքի չափերից և տեղադրությունից:

Ըստ գործածման նպատակի՝ կապերը լինում են սովորական, ամրացնող, ճնշող, ձգող, անշարժացնող:

Ըստ գործածվող նյութի՝

1. Փափուկ վիրակապեր՝ սոսնձային (կլեոլային, կոլոիդային, կաչուն սպեղանու), բինտային, գլխաշորային և այլն:

2. Կոշտ կապեր՝ փոխադրական բեկակալներ և գիպսային կապեր: Ամենից շատ օգտագործվում են գիպսային կապերը:

Կապեր դնելու ընդհանուր կանոններն են.

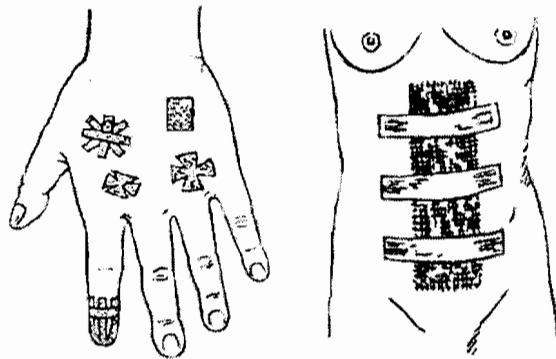
ա) Կապը պետք է դրվի արագ, տեխնիկապես գրագետ, վնասվածի համար՝ հարմար:



բ) Դրված կապը պետք է լինի համապատասխանի իր նպատակին: Ճնշող կապը պետք է համաչափ ճնշում գործադրի մարմնի այն մասի վրա, որի վրա դրված է, իսկ անշարժացնող կապը պետք է անշարժացնի տվյալ մարմնամասը:

գ) Կապը պետք է դրված լինի ամուր, լավ պահի վիրակապը, լինի քինոտի նվազագույն ծախսումով:

Կաչուն սպեղանու կապեր: Այս կապերը (նկ. 13,14) ամենից հաճախ օգտագործվում են մարմնի վրա փոքրիկ վիրակապերի ամրացման համար: Կրծքի վանդակի, որովայնի, վերջույթների, դեմքի փափուկ հյուսվածքների վնասման ժամանակ դրվում է վիրակապ, որն ամրացվում է կաչուն սպեղանու միջոցով: Այս կապի առավելությունն այն է, որ այն կարելի է դնել արագ, բացի այդ լավ է պաշտպանում վերքը վարակի ներթափանցումից և չի պահանջում մեծ քանակությամբ վիրակապական նյութեր:



Նկ. 13. Կաչուն սպեղանու տարբեր տեսակի փոքր կապեր

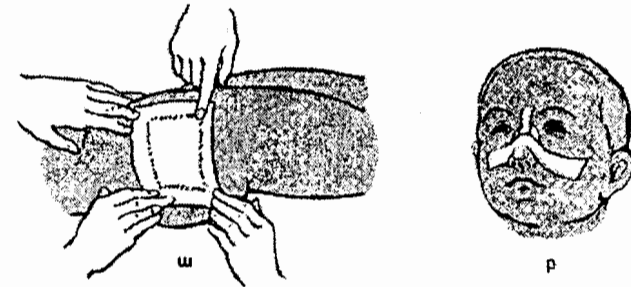
Նկ. 14. Կաչուն սպեղանու կապ՝ որովայնի առջևի պատի վրա

Արյունահոսությունը դադարեցնելու և վերքի եզրերը մշակելուց հետո վերքը ծածկում են ախտահանված թանգիվով, բամբակ-թանգիվե բարձիկով՝ 10x10 սմ չափի: Կտրում են բարձիկից 3-5 սմ ավելի երկար կաչուն



սպեղանու ժապավեններ և, անցնելով դրա վրայով, մի քանի անգամ ամրացնում են մաշկին: Սպեղանին կարելի է նաև ամրացնել խաչածն: Կաչուն սպեղանին վատ է կաչում մարմնի մազոտ մասերի վրա: Դրա համար վիրակապվող մասը մաքրում են մազերից:

Կոլոիդային և կլեոլային կապեր (սոսնձային կապեր): Կոլոիդը սպիրտում լուծված կոլլակսին է: Լուծույթը չորանալուց հետո կոլլոիդը չորանում է և վերածվում թաղանթի, որն ամուր կաչում է մաշկին: Վերջային մակերեսը ծածկում են մի քանի շերտ ախտահանված անձեռոցիկով, որը ծածկում են մեծ անձեռոցիկով (նկ.15): Վրայի անձեռոցիկին քսում են կոլլոիդում և փակցնում մաշկի առողջ մասին:



Նկ. 15. Սոսնձային կապեր.

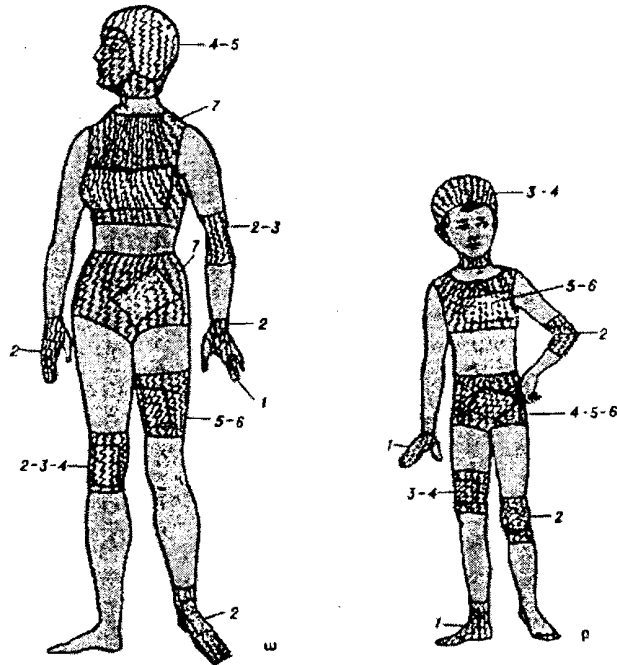
ա - փակցվող կլեոլային, բ - փակցվող կաչուն սպեղանի կապեր

Կլեոլային կապը դրվում է հետևյալ կերպ: Դրված կապի շուրջը վրձնով քսում են կլեոլ, սպասում 1-2 րոպե մինչև չորանա, այնուհետև սոսինձ քսված մասը ծածկում թանգիվե անձեռոցիկով, իսկ եզրերը կտրում մկրատով: Այս կապի դրական կողմն այն է, որ չի ձգում մաշկը, չի գրգռում, դրա համար էլ կարելի է մի քանի անգամ կապնել նույն տեղում: Այս կապը տեխնիկապես հեշտ է դրվում, և այն կարելի է դնել մարմնի գրեթե բոլոր



մասերի վրա: Կապի բացասական կողմնը այն է, որ վիրակապը վերքի արտադրությունից թրջվելով հեշտությամբ պոկվում է:

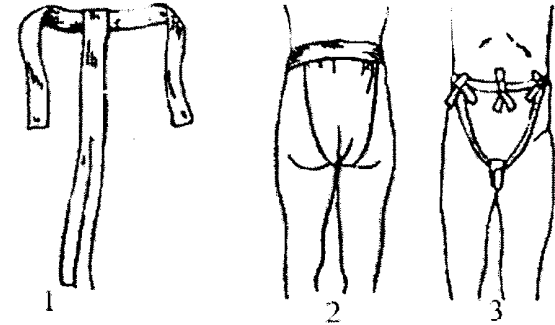
Էլաստիկ (առաձգական) բինտեր (նկ. 16): Վերցնում են տվյալ կապի համար անհրաժեշտ երկարության ցանցավոր բինտի կտոր, վերքը ծածկելուց հետո դնում են բինտ, նախօրոք բուժքրոջ ձեռքերը ցանցի մեջ մտցնելուց հետո հագցնում են մարմնի տվյալ վնասված մասի վրա: Այս բինտերը կարելի է դնել ձեռքի, գլխի, կրծքի վանդակի, սեռական օրգանների շրջանի վրա: Ցանցավոր էլաստիկ բինտեր արտադրվում են մեկից մինչև յոթ չափսի:



Նկ. 16. Էլաստիկ առաձգական բինտեր
(թվերով ցույց են տրված բինտի համարները)

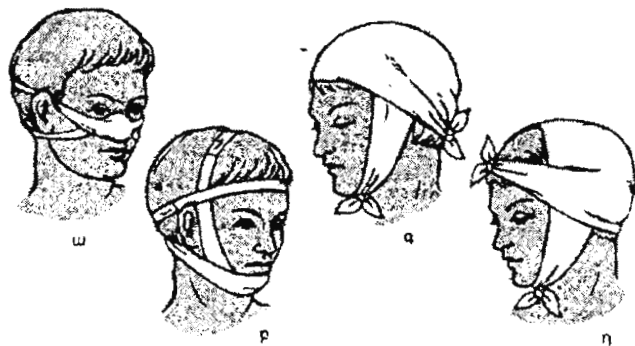


Տեաձև (S)-աձև կապ (նկ.17): Բինտի մի կտորի միջին մասում կարված է մեկ այլ բինտի ծայրը, կամ մի քանի շերտի վրայից գցված է մեկ այլ բինտի կտոր: Այս կապն ամենից հարմար է շեքի շրջանը վիրակապելիս: Այս դեպքում բինտի հորիզոնական մասն ամրացվում է մեջքի վրա, իսկ մյուս բինտն անցկացվում է շեքի շրջանով և ամրացվում մեջքին կապված բինտին: Այս կապը հաջողությամբ կարող է փոխարինել սուսպենզորին, որն օգտագործում են ամործու վիրահատությունից հետո:



Նկ. 17. Շեքի վրա դրվող T-աձև կապ

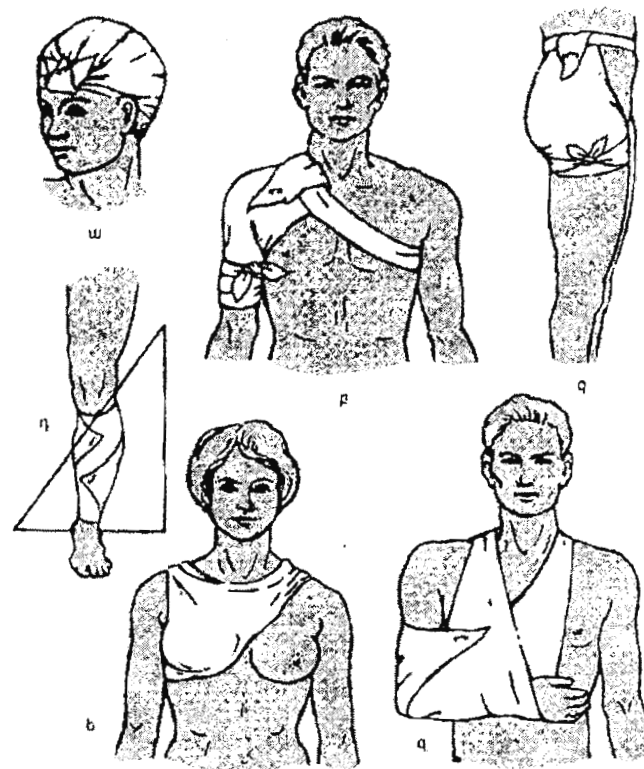
Պարսատիկաձև կապ (նկ.18): Այս կապը դրվում է քթի, ստորին ծնոտի, ճատակի և գլխի փափուկ հյուսվածքների վնասվածքի ժամանակ: Բինտի կամ քաթանի ծայրերը մեջտեղից երկարությամբ կիսում են, իսկ կենտրոնական մասը մնում է ամբողջական:



Նկ. 18. Պարսատիկածն կապեր.

ա-քթին, բ-կզակին, գ-ծոծրակի շրջանին, դ-գանգաթաղի շրջանին

Գլխաշորային կապ (նկ.19): Այս կապն ամենից հաճախ օգտագործում են վերին վերջույթներին հանգիստ դիրք տալու համար, մաև բազուկի, նախաբազկի, սրունքի վնասվածքների, արմնկային, ուսային, ծնկան հոդախախտումների, գլխի, կրծքագեղծի, սեռական օրգանների վիրահատությունների ժամանակ: Այն իրենից ներկայացնում է եռանկյունաձև կտոր: Կապը դնելու համար գլխաշորի միջնամասն անցկացնում են նախաբազկի տակ (ծեռքն արմնկային հոդում ծալվում է ուղիղ անկյան տակ), գլխաշորի հիմքն ուղղում են մարմնի միջին գծի կողմը, իսկ գագաթնային մասը՝ դեպի արմունկը՝ իրանի և վնասված ծեռքի միջև): Գլխաշորի ծայրերն ամրացնում են պարանոցի վրա:



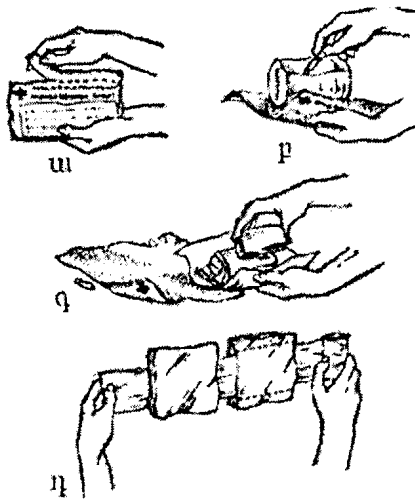
Նկ.19. Գլխաշորային կապերի տեսակները

ա-գլխին, բ-ուսագոտուն (երկու գլխաշորով), գ-կրծքագորային հոդին (2 գլխաշորով), դ-սրունքին, ե-կրծքագեղծին, զ-նախաբազուկը և դաստակը պահելու համար

Անհատական վիրակապական ծրար (փաթեթ) (նկ.20): Առաջին օգնություն ցույց տալու ժամանակ հաճախ օգտագործում են անհատական վիրակապական ծրար, որը փաթաթված է պերգամենտե թղթով և ամփոփված է ռետինապատ պատյանում, հաճախ՝ ներծծված հականեխիչ լուծույթ-

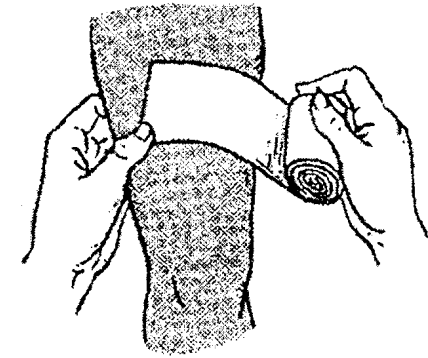


ներով: Այս ծրարը բաղկացած է երկու բամբակ-բինտային բարձիկներից: Մի բարձիկը շարժական է, իսկ՝ մյուսն ամրացված է բինտի ծայրին: Բարձիկները հանելու համար կտրում են ռետինապատ պատյանը, աջ ձեռքով բռնում են բինտի գլխիկը, ծախով՝ բինտի ծայրը, բացում բարձիկները, ուղղում և դնում վերքի վրա: Թափանցող վերքերի ժամանակ մի բարձիկով ծածկում են մուտքի, իսկ մյուսով՝ ելքի անցքը: Այրվածքների ժամանակ երկու բարձիկները տեղավորում են կողք-քողքի: Բարձիկները բինտի միջոցով ամրացնում են մարմնին: Ծրարի այն մասը, որը դրվում է վերքի վրա, պետք է լինի մաքուր: Այդ պատճառով արգելվում է ձեռքով դիպչել վիրակապի մակերեսին (արտաքին մասի վրա կարմիր թելանիշ կա):



Նկ. 20. Անհատական վիրակապական ծրար (փաթեթ)

Բինտային կապեր: Վիրակապը ճիշտ դնելու համար անհրաժեշտ է տվյալ բինտավորվող անատոմիական մասին համապատասխան լայնության բինտ օգտագործել (Նկ. 21):



Նկ.21. Բինտի դիրքը ճիշտ դնելու ձևը

Իրանի համար անհրաժեշտ է 10-12, գլխի համար՝ 6-8, իսկ ձեռքի և մատների համար՝ 4-6 սմ լայնության բինտ: Բինտավորման ժամանակ անհրաժեշտ է հոգ տանել այն մասին, որ վնասվածքը գտնվի իր համար հարմար դիրքում, իսկ բինտավորվող մասը բոլոր կողմերից մատչելի լինի մոտենալու համար: Բինտավորվող մասը պետք է լինի անշարժ վիճակում: Եթե կապը դրվում է վերջույթի վրա, անհրաժեշտ է նրան տալ միջին ֆիզիոլոգիական դիրք: Հարմար վիրակապելու համար վնասված մասը կարող են բռնել օգնականները: Բացի փոքր վնասվածքներից, մնացած բոլոր դեպքերում հիվանդին բինտավորում են պառկած վիճակում: Բինտավորվող մասը (հատկապես վերջույթները) վիրակապով ամրացնում են այն դիրքում, որը ֆունկցիոնալ առումով նպատակահարմար է՝ հատկապես, եթե վիրակապը դնում են երկար ժամանակով: Վերջույթի սխալ դիրքը կարող է առաջացնել ծռումներ, հոդերի դժվարաշարժություն, անգամ վերջույթի անշարժացում, ինչի հետևանքով կարող է խանգարվել նրա ֆունկցիան: Վերին վերջույթների համար միջին ֆիզիոլոգիական դիրք է համարվում այն, երբ բազուկը մարմնից քիչ զատված է, արմնկային հոդը ծալված է ուղիղ անկյան տակ, ձեռքի ափն ուղղված է դեպի որովայնի առջևի պատը, իսկ մատները գտնվում են կիսածալված վիճակում: Իսկ ստորին



վերջույթի համարայն դիրքն է հարմար, երբ ոտքը պարզված է ծնկան հողում թեթևակի ծալված վիճակում, իսկ սրունք-թաթային հողը ծալված է ուղիղ անկյան տակ:

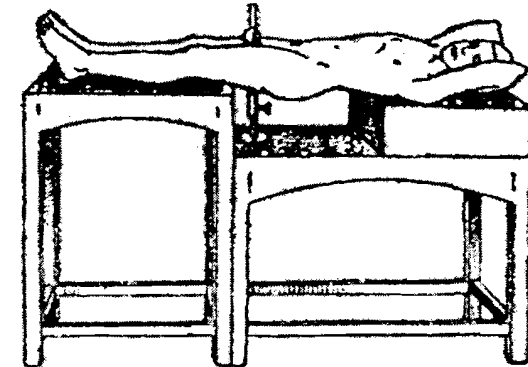
Կապը դնողը կանգնում է վնասվածի թիկնային կողմում: Նպատակահարմար է, որ բինտվող մասը գտնվի վիրակապողի կրծքի վանդակին հավասար բարձրության վրա, քանի որ այդպես հարմար է կապելու համար, իսկ կռացած կամ բարձր դիրքով կապը դնելն անհարմար է և հոգնեցուցիչ:

Եթե կապը դնելիս հիվանդը գտնվում է պառկած վիճակում, վիրակապողը կանգնում է վնասված կողմում և կապը փաթաթում աջից ձախ, կամ ձախից աջ, նայած ինչպես է հարմար: Բինտային կապը սովորաբար սկսում են ծայրամասից և աստիճանաբար բարձրանում դեպի կենտրոն, բայց որոշ դեպքերում այդ կանոնը չի պահպանվում: Վիրակապում են երկու ձեռքով, ընդ որում, աջով բռնում են բինտի փաթաթված մասը և նույն ձեռքով այն բացում, իսկ կապը դնելու ընթացքում շտկում են բինտը: Բինտի փաթը պետք է ընթանա ժամացույցի սլաքի ուղղությամբ՝ բացառությամբ որոշ դեպքերի: Բինտի ներքին մակերեսը պետք է ուղղված լինի դեպի վեր (որոշ դեպքերում այդ կանոնը չի պահպանվում), իսկ մարմինը պտտվի բինտվող մարմնամասի շուրջը, նրանից ոչ հեռու՝ ծածկելով նախորդ փաթի 1/2 կամ 2/3-ը: Յուրաքանչյուր մարմնամաս բինտավորելու ժամանակ պետք է ընտրել համապատասխան չափի և լայնության բինտ, համապատասխան ձևի ու տեսակի կապ: Հակառակ դեպքում ստացվում է բինտային նյութի ավելորդ ծախս, իսկ կապը լինում է ոչ լիարժեք: Կապը պետք է լինի հարմար, չանհանգստացնի վնասվածին և ճիշտ ծառայի իր նպատակին: Միշտ պետք է հիշել, որ առաջին փաթը դրվում է թույլ, իսկ հաջորդ փաթերի ժամանակ ճնշումը մեծացնում են, բայց ոչ այնքան, որ խանգարվի տվյալ մարմնամասի արյան շրջանառությունը: Բինտավորելուց հետո բինտի ծայրի վրա կատարում են երկայնաձիգ կտրվածք, որի



երկարությունը քիչ ավելի պետք է լինի բինտվող մարմնամասի շրջագծից, ապա երկու ծայրերը խաչվում են իրար և կապվում իրենց մեջ առնելով բինտվող մարմնամասը, այնուհետև հանգույց է արվում: Բացի հանգույցից բինտի ծայրը կարելի է ամրացնել քորոցի միջոցով կապելով: Հանգուցակապը պետք է դնել վնասված մակերեսի հակառակ կողմում, որպեսզի ցավ չպատճառի և չանհանգստացնի հիվանդին: Կապելն ավարտելուց հետո պետք է ստուգել, թե որքանով է ճիշտ դրված այն, քանդվելու, սահելու հակում ունի, թե՞ ոչ, հարմա՞ր է, չի՞ սեղմում արդյոք: Տվյալ մարմնամասն ամուր բինտավորելու դեպքում առաջանում է այտուցվածություն, հետագայում՝ նույնիսկ մեռուկացում:

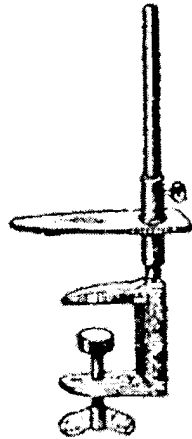
Որպեսզի վիրակապման ժամանակ հեշտ լինի ամեն կողմից մոտեցնալ վնասվածին, օգտագործում են երկու հատուկ վիրակապական սեղան (Նիկիֆորովի սեղան, նկ.22)՝



Նկ. 22. Նիկիֆորովի սեղան



Այն բաղկացած է երկու շարժական սեղաններից. գլխի հատվածն ավելի ցածր է, որի վրա դրվում են երեք արկղեր: Երբ կապում են կրծքավանդակը կամ որովայնը, վնասվածը պառկում է սեղանին, այդ դեպքում արկղը դնում են գլխի կամ կոնքի տակ: Եթե չկա այդպիսի սեղան, ապա օգտագործում են ցանկացած տիպի վիրակապական կամ վիրահատական սեղան: Կապը դնելիս հաճախ հարկ է լինում օգտագործել հենակներ, որոնցից ամենից տարածվածը կոնքի տակ դրվող հենակն է (նկ.21):



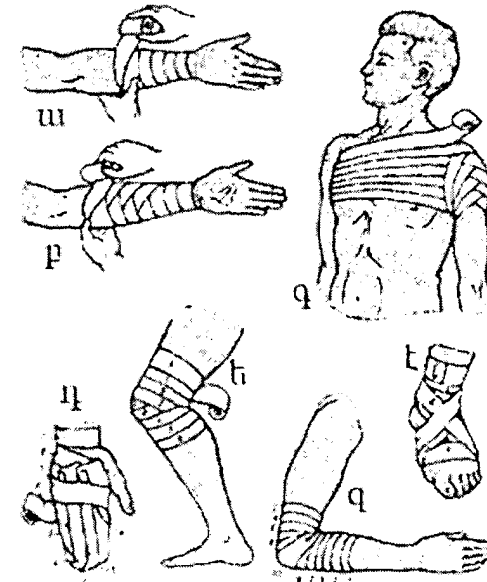
Նկ. 23. Հենարան կոնքի համար

Բինտային կապերի հիմնական տեսակները: Ցանկացած տեսակի կապ ճիշտ դնելու համար անհրաժեշտ է լավ իմանալ մարմնի այս կամ այն մասի անատոմիական կառուցվածքը: Մարմնի տարբեր մասերն ունեն տարբեր ծևեր (կոնաձև, գլանաձև): Վիրակապման ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել այդ հանգամանքը: Ամենապարզը շրջանաձև կապն է: Այս դեպքում բինտի ծայրը դնում են վիրակապվող մասի վրա, իսկ աջ ձեռքով փաթաթում են բինտը: Կապի այս տեսակի դեպքում բինտի հաջորդ գալարներն ամբողջությամբ ծածկում են նախորդները: Այս կապը հարմար է դնել նախադաստակի, սրունքի ստորին երրորդի, ճակատի, պարանոցի, որովայնի վրա:

Պարուրաձև կապը սկսվում է շրջանաձև կապի նման, այսինքն, դրվում են 2-3 շրջանաձև գալարներ, ամրացվում են, իսկ հետո բինտի գալարները շեղակի, մասամբ ծածկելով նախորդ գալարը, բարձրանում են



վեր (նկ.24): Բինտավորումը կարելի է կատարել ինչպես վերևից ներքև, այնպես էլ ներքևից վերև: Եթե այս կապը դրվում է մարմնի այն մասի վրա, որի հաստությունը միատեսակ չէ (օրինակ, սրունք, նախաբազուկ), ապա այդպիսի կապն ամուր ու հարթ չի ստացվում: Այս դեպքում վերջից դուրս բինտը փաթաթում են ավելի շեղ, քան պարուրաձև կապի ժամանակ: Չախ ձեռքի բութ մատով պահում են բինտի ներքևի մասը, այնուհետև մի քիչ բինտ են քանդում և ծալում այնպես, որ բինտի ծայրն ուղղված լինի դեպի ներքև և հակառակը: Ապա կրկին պարուրակապ են դնում, կամ, ելնելով անհրաժեշտությունից, կրկին ծալվածքներ են անում:



Նկ. 24. Բինտային կապերի տարբեր տեսակները.

ա-պարուրաձև՝ դարձումների գործադրումով, բ-պարուրաձև դարձումներով նախաբազկի վրա, գ-ուսահողի հասկաձև, դ-դաստակի հետադարձ, ե-ծնկահողի հեռացող, զ-արմնկահողի մոտեցող, է-ութաձև՝ սրունք-թաթային հողի վրա: Թվերով նշված է բինտի գալարների դնելու կարգը:



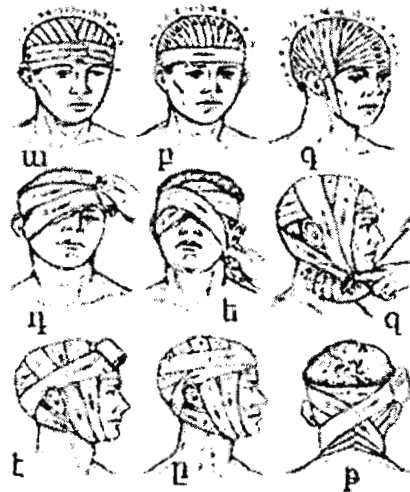
խաչածն կամ ութածն կապ (Նկ.24): Այս կապը հուսալիորեն ծածկում է ծոծրակը և պարանոցի հետին մասը: Կապն իր արտաքին տեսքով հիշեցում է ութ թվանշանը: Բինտը շրջնաձև գալարներով ամրացվում է գլխի շրջանում, այնուհետև ձախ ականջի հետևի վերին մասով շեղակի իջնում է պարանոցի վրա, ապա անցնում պարանոցի աջ կողմնային մասով՝ առջևից շրջանցելով այն, որից հետո պարանոցի հետևի մասով անցնում է կատարվում գլխի վրա: Գլխի առջևի մասը փաթաթելուց հետո բինտն ուղղում են դեպի ձախ ականջի վերնամասը և շեղակի փաթաթում (կրկնելով 3-րդ քայլը): Այնուհետև կրկնում են 4-րդ քայլը: Դրանից հետո շարունակում են բինտավորումը՝ զուգորդելով վերին երկու քայլերը: Բինտավորումը վերջացնելուց հետո այն ամրացնում են գլխի վրա:

Համամետ և հակամետ կապ (կրիայի կապ): Այս կապերը հիմնականում դրվում են վնասված հոդերի շրջանը վիրակապելու ժամանակ: Համամետ կապը սկսում են հոդից վեր ու վար տարվող շրջանաձև գալարներով, որոնք խաչվում են ծնկափոսի շրջանում և իրար մոտենալով դուրս ցցված մասում՝ լրիվ ծածկում են հոդը: Հակամետ կապը սկսվում է վերծնկային մասում շրջանաձև կապ դնելով, ապա նման քայլեր են արվում նախորդից վար ու վեր: Բինտի գալարները խաչածնում են ծնկափոսի շրջանում, ապա աջ ու ձախ փաթաթելով մեկը մյուսի վրա, ծածկում են ծունկը: Վիրակապումը վերջացնելուց հետո բինտը հանգույցով ամրացնում են ազդրի վրա:



Մարմնի տարբեր մասերին դրվող կապեր

Գլուխ. Հիպոկրատի գլխարկ (Նկ. 25) է կոչվում գլխի վրա դրվող կապը: Այս կապը կարելի է դնել ինչպես մեկ, այնպես էլ երկու բինտով: Մեկ բինտն ամրացնում են ճատակի վրա՝ տանելով ականջախեցիներից դեպի ծոծրակը, որտեղ բինտը վերջանում է: Դրանից հետո մեկ բինտով շարունակում են շրջանաձև պտույտով կապել, իսկ մյուսը տանում են գլխի միջին մասով դեպի ճակատը, որտեղ բինտի շրջանաձև պտույտով ծածկում են երկայնակի, և թեքվելով տանում են դեպի ծոծրակի շրջանը՝ ծածկելով առաջին փաթի մի մասը, ապա կրկին թեքում են և շրջանաձև հետ բերում՝ ամրացնելով առաջին փաթի մյուս մասը, նորից թեքում են շրջանաձև պտույտի վրայով և շարունակում այնքան ժամանակ, քանի դեռ վիրակապը չի ծածկել ողջ գլուխը: Այնուհետև կապն ամրացնում են շրջանաձև պտույտով: Այսպիսով, ամբողջ վիրակապման ընթացքում մեկ բինտով կատարում են միայն շրջանաձև պտույտներ՝ ճակատի և ծոծրակի վրա ամրացնելով երկրորդ բինտը երկայնակի պտույտներով, որը ծածկում է գլուխը: Շրջանաձև դրվող փաթերը պետք է այնպես դրվի, որպեսզի ամեն հաջորդ պտույտը ծածկի նախորդի կեսը: Այս կապը դրվում է ճակատային և ծոծրակային մասի վրա:



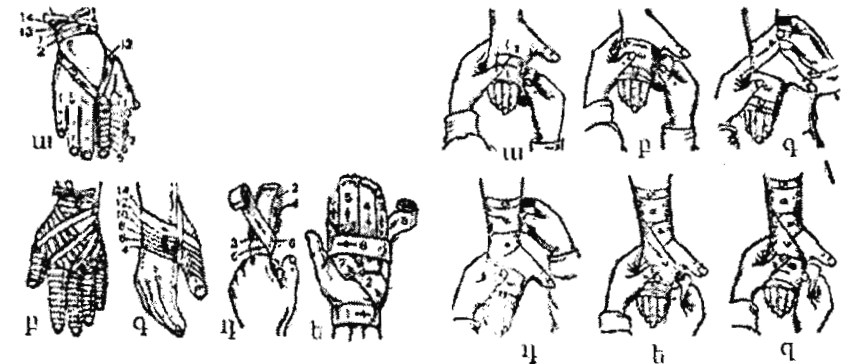
Նկ. 25. Գլխի և պարանոցի վրա դրվող կապեր
ա-հետադարձ կապ, բ-Ֆիպոկրատի գլխարկ, գ-կապագլխարկ, դ-մեկ աչքի վրա
դրվող կապ, ե-երկու աչքի վրա դրվող կապ, զ, է, լ-սանձիկ կապի փուլերը

Շատ հարմար և դիմացկուն կապ է համարվում «կապագլխարկը» (Նկ.25): Այս կապը դնելու համար վերցնում են մեկ մետր երկարության բինտ և բինտի մեկ այլ շերտով ամրացնում ստորին ծնոտի վրա: Դրա համար բինտի միջնամասը դնում են գլխի գագաթնային մասի վրա, երկու ծայրերն ականջների առաջամասով երկայնաձիգ ուղղությամբ իջեցնում ներքև. օգնում է վնասվածը, եթե ի վիճակի է, իսկ եթե ոչ՝ օգնականներից որևէ մեկը բռնում է կապի ծայրերը ձգված վիճակում, ապա գլխի շուրջը դնում են առաջին շրջանաձև պնդողակը (ֆիքսում են), այնուհետև հաս-
նելով կապին, բինտն անցկացնում են դրա տակով և թեքությամբ ծածկում ճակատն ու գագաթի մի մասը: Այդպիսով, ամեն անգամ երկայնաձիգ կապի տակով անցկացնելով ու թեք կապերին հետզհետե ուղղաձիգ դիրք տալով ծածկում են ամբողջ գլուխը: Դրանից հետո բինտն ամրացնում են 1-2

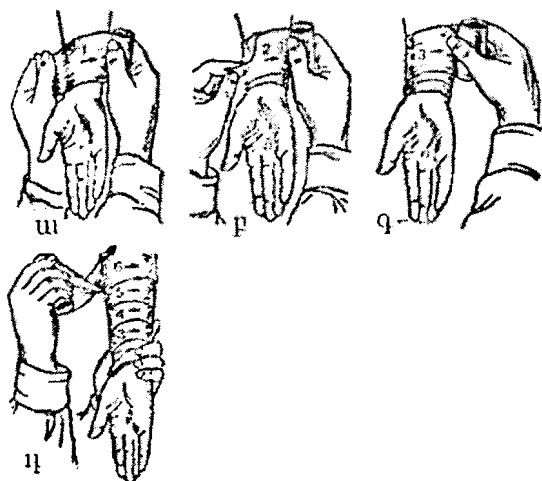


շրջանաձև կապով կամ հանգուցուն երկայնաձիգ կապին: Վերջինիս երկու ծայրերը կապում են ծնոտի վրա, որն ապահովում է բինտի ամրությունը:

Վերին վերջույթ: Մատի վրա դրվող կապը (Նկ.26, Նկ. 27) սկսվում է դաստակի շրջանում դրվող մի քանի շրջանաձև փաթով, այնուհետև բինտը ձեռնաթաթի հետնամասով թեքությամբ ուղղում են դեպի բութ մատի արմատը: Այստեղից պարուրաձև փաթաթում են ամբողջ մատը մինչև հիմքը, ապա ձեռքի հետնամասով բինտը հասցնում են մինչև դաստակը և ամրացնում: Ճիշտ նույն ձևով կարելի է վիրակապել ոչ միայն մեկ, այլև բոլոր մատնարմատները, ընդ որում, մեծ դեպքերում վիրակապն ունե-
նում է ձեռնոցի տեսք: Սովորաբար ձեռնաթաթի վրա դրվում է պարուրաձև կապ: Նախաբազկի և արմունկի շրջանում դրվում է պարուրաձև ծալքավոր կապ: Ծալված արմունկի շրջանում դրվում է համամետ կամ տարամետ (կրիայի) կապ՝ ինչպես ծնկի շրջանում:



Նկ. 26. Մատների և ձեռնաթաթի վրա դրվող կապեր
ա-մեկ մատի վրա դրվող կապ, բ-«ձեռնոց», գ-առաջին մատի վրա դրվող կապ, դ-
երկրորդ մատի վրա դրվող հետադարձ կապ, ե-ի-ձեռնաթաթի վրա դրվող կապի
փուլերը



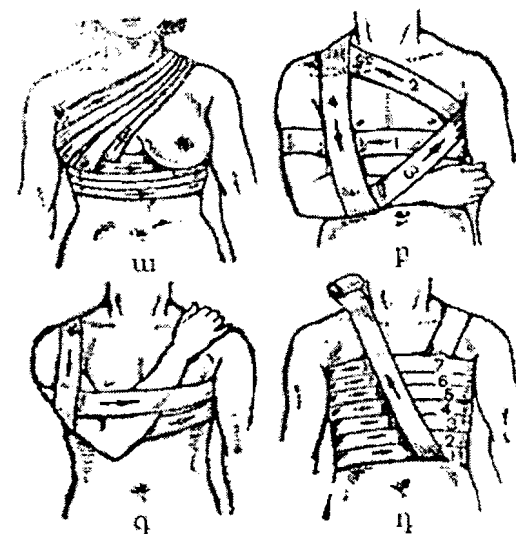
Նկ. 27. Նախաբազկի վրա դրվող կապի փուլերը

Կրծքավանդակի վրա դրվում է պարուրաձև կապ, որի համար առողջ ուսի վրայից գցում են մոտավորապես 1,5 մետր երկարությամբ բինտի ժապավեն, այնպես, որ բինտի մի ծայրն իջին մեջքի, մյուսը՝ կրծքի վրա (Նկ 24.): Թրածն ելուստից մի քիչ ցած բինտը շրջանաձև կապում են, պարուրաձև փաթաթում ներքևից վերև՝ ծածկելով կրծքավանդակը մինչև անութափոսի շրջանը և այստեղ ամրացնում շրջանաձև կապով: Բինտի ազատ կախված ծայրը գցում են աջ ուսի վրայով և կապում մեջքից կախված ազատ ծայրին:

Կրծքագեղձի կապը (Նկ.28ա) լայն տարածված կապերից է: Այստեղ կապի նպատակը ոչ միայն վիրակապի ճիշտ ամրացումն է, այլև կրծքագեղձին բարձր դիրք տալը: Կապը դրվում է հետևյալ կերպ. աջ կրծքագեղձը կապելիս բինտի ուղղությունն ընթանում է ծախից աջ, իսկ ծախը կապելիս հակառակը՝ աջից ծախ: Կապը սկսվում է շրջանաձև, որը դրվում է կրծքավանդակի վրա՝ կրծքագեղձի ամմիջապես տակով: Մեկ-երկու փաթ դնելուց հետո բինտը թեքությամբ ուղղում են դեպի ուսը՝ ընդգրկելով աջ կրծքա-



գեղձի ստորին հատվածը, այստեղից մեջքի վրայով իջնում են դեպի աջ թևատակը, որտեղից մեկ անգամ շրջանաձև փաթաթում են կրծքավանդակի շուրջը՝ կապի մեջ ընդգրկելով գեղձի ստորին հատվածը: Կրծքավանդակի աջ կեսում կապը թեքությամբ ուղղում են դեպի ծախ ուսը՝ կապի մեջ վերցնելով կրծքագեղձի 2/3-ը, այսինքն՝ կրկնում են ծախ ուսով ընթացող նախորդ փաթի ուղղությունը, այստեղից մեջքի վրայով իջնում աջ թևատակը և այսպես կրկնում փաթերի ուղղությունը մինչև կրծքագեղձի լրիվ ծածկվելը: Վերջում բոլորակ կապով բինտն ամրացնում են կրծքավանդակին: Գրեթե մույն ձևով կապում են երկու կրծքագեղձերը



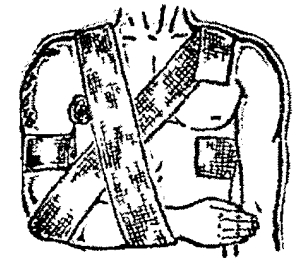
Նկ.28. Կրծքավանդակի վրա դրվող կապեր

ա-կրծքագեղձի, բ-Դեզոյի կապ, գ-Վելպոյի կապ, դ-պարուրաձև կապ

Դեզոյի կապը (Նկ.28բ) դրվում է հիմնականում անրակոսկրի կոտրվածքի ժամանակ: Կապը դնում են հինգ փուլով: Նախաբազուկը ծալում են արմնկային հոդում՝ ուղիղ անկյան տակ, թևատակի շրջանում ցանում են տալիս փոշի և դնում բամբակից պատրաստված փոքրիկ

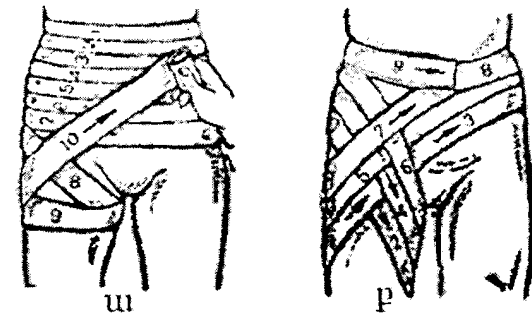


բարձիկ, որպեսզի բազուկի վերին կեսը զատվի իրանից, դրա շնորհիվ դուրս է հրվում կոտրված անրակի դրսային հատվածը, քանի որ վերջինս կոտրվածքի ժամանակ տեղաշարժված է լինում ըստ երկարության: Բարձիկն ամրացնում են բինտի մի քանի շրջանաձև կապով: Սա Դեզոյի կապի առաջին փուլն է: Այնուհետև բինտի մի քանի պարուրաձև փաթով բազուկն ամրացնում են կրծքավանդակին (երկրորդ փուլ): Վերցնում են մեկ ուրիշ բինտ կամ նույն բինտով անցնում են առողջ կողմի թևատակով, կրծքավանդակի առջևի մակերեսով դեպի վնասված ուսը (լավ է վնասված ուսի վրա դնել բամբակի մի շերտ), այնուհետև բինտն իջեցնում են ուղղաձիգ բազուկի հետին մակերեսով դեպի արմնկային հողը, որտեղից թեքությամբ նախաբազկի վրայով ուղղում են դեպի առողջ թևատակը: Այստեղից դարձյալ թեքությամբ թիկունքով բարձրանում են դեպի վնասված ուսը, որտեղից ուղղաձիգ բազուկի առջևի մակերեսով անցնում են դեպի արմունկը, շրջանցում այն առջևից դեպի հետև և ուղղում դեպի առողջ թևատակը, այդտեղից էլ դեպի վնասված ուսը և այս ձևով կրկնում մի քանի անգամ (երրորդ փուլ): Այս կապի ելությունն այն է, որ կոտրված անրակի դրսային կտորն իջեցվի ցած և անշարժ պահվի: Այս փաթերը դնելիս կրծքավանդակի առջևի և հետին մակերեսի վրա գոյանում է եռանկյունի: Այնուհետև վերցնում են լայն բինտի մի ժապավեն, որի վրա հենվելու է ամրացվող ձեռնաթաթը: Ժապավենի ծայրերը կապում են իրար և կախ տալիս պարանոցից: Սա համարվում է չորրորդ փուլը: Այսպիսով, Դեզոյի կապը համարվում է ավարտված, բայց քանի որ կապը դրվում է երկար ժամանակով (2-3 շաբաթ և ավելի), ուստի այն տեղում մնալու և չսահելու համար վերցնում են ևս մեկ բինտ և Դեզոյի կապի վրայով դնում նոր պարուրաձև կապ կամ էլ առաջացած եռանկյունու անկյունները կապում են իրար (հինգերորդ փուլ): Կապ դնելուց հետո պետք է ստուգել, թե չի՞ սեղմում, արդյոք, այն: Եթե սեղմում է, ապա կապը թուլացնում են: Նույն նպատակի համար դրվում են Վելպոյի (Նկ.28գ) և Սեյրի (Նկ.29) կապերը:



Նկ. 29. Սեյրի կապ

Որովայնի շրջանում սովորաբար դրվում է պարուրաձև՝ վարից վեր գնացող կապ, սակայն դա հարմար է միայն որովայնի վերին հատվածի համար, իսկ ստորին մասի վրա կապ դնելու դեպքում այն հաճախ վեր է սահում, այդ պատճառով էլ կապը պետք է ամրացվի ազդրին: Այդպիսի կապը կազմված է լինում պարուրաձև և կոնքի այլ կապերի զուգակցումից (Նկ.30):

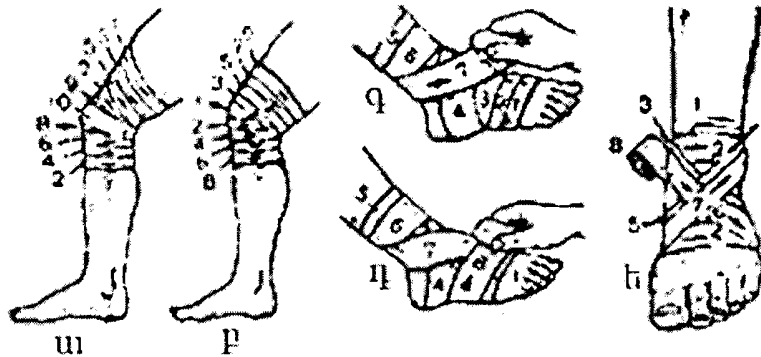


Նկ. 30. Որովայնի և կոնք-ազդրային հողի վրա դրվող կապեր. ա-պարուրաձև, բ-աճուկային շրջանի վրա կապ

Ստորին վերջույթ: Ազդրի շրջանում սովորաբար դրվում է պարուրաձև, ծալքավոր կապ, որն ամրացվում է ազդրի վերին երրորդին հասկածն փաթաթելով: Ծնկան հողի շրջանում (ծալված վիճակում) դրվում է կրիայի



կապ, իսկ ոտքը պարզած վիճակում ութաձև կապ, ծնկից վեր և վար՝ շրջանաձև, իսկ ծնկափոսի շրջանում՝ թեք խաչաձևող փաթաթումով: Սրունքի վրա դրվում է սովորական պարուրաձև ծալքակապ (ավելի հաճախ վերընթաց): Կապի ամրությունն ապահովելու համար պետք է փաթաթել ամբողջ սրունքը (նկ, 31):



Նկ. 31. Ստորին վերջույթի վրա դրվող կապեր.

ա-մոտեցող և հեռացող կրիաձև կապ, բ,գ,դ-ոտնաթաթի և սրունք-թաթային հողի վրա դրվող կապեր

Անշարժացնող կոշտ կապերի խմբին են պատկանում գիպսային կապերը: Ոսկրերի և հողերի շատ վնասվածքների դեպքում հիմնական բուժման մեթոդ է տարբեր տեսակի գիպսային կապերի կիրառումը: Այս կապերը դրվում են հատուկ գիպսադրման սենյակում, որտեղ պետք է լինեն գիպսային բինտերի և գործիքների սեղան, կոտրվածքների ուղղման համար հատուկ սարքավորումներ և այլն:

Գիպսային կապերը բաժանվում են տակդիրայինի և առանց տակդիրայինի: Մարմնի վրա մազերի առկայության դեպքում վիրակապը համաչափ կաչում է դրանց և ավելի լավ է պահվում: Գիպսային վիրակապը դնելիս վերջույթի վրա դնում են բամբակի մի բարակ շերտ, որն ամրացնում են բինտով: Հաճախ գիպսային վիրակապն ուղղակի դրվում է մերկ մաշկի



վրա: Այդ կապը դնելիս վնասված մասին պետք է այնպիսի դիրք տալ, որ պեսզի հնարավոր լինի մոտենալ վնասված վերջույթին: Վերջինս պետք է գտնվի անշարժ դիրքում: Վիրակապելիս պետք է հետևել, որպեսզի վնասված մասը չցավի և չծալվի: Գիպսային վիրակապ դնելու համար օգտագործում են նեղ (10-12սմ), միջին (17սմ) և լայն (23սմ) և 1,5-3մ-ից ոչ ավելի երկարություն ունեցող բինտեր: Ոսկրային ցցվածքները պաշտպանելու համար նախօրոք պատրաստում են թանգիվից կարված բամբակե տարբեր չափսի բարձիկներ:

Գիպսային վիրակապի դրման կանոնները

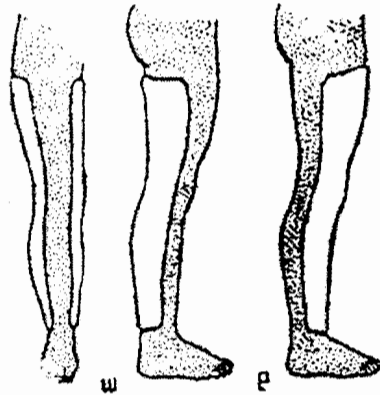
Գիպսային վիրակապ դնելիս յուրաքանչյուր հաջորդ շերտը պետք է ծածկի նախորդի 2/3-ը մասը: Կապը դրվում է ծայրամասից դեպի կենտրոն՝ համաչափ ծածկելով մարմնամասը: Բինտը չի կարելի ծալել: Առաջին բինտը վերջանալուց հետո պետք է դրվի երկրորդը, և այդպես շարունակ մինչև գիպսային կապը անհրաժեշտ հաստության հասցնելը, այսինքն՝ 5-6 շերտ՝ վերին վերջույթի, 6-9 շերտ՝ սրունքի և ազդրի և 9-12 շերտ՝ իրանի համար: Գիպսային վիրակապը դեպք է դրվի ոչ շատ ծիգ և ոչ էլ շատ թույլ, այլ միայն թեթևակի ու համաչափ ծգելով: Որպեսզի շերտերը լավ միանան և ամբողջություն կազմեն, անհրաժեշտ է յուրաքանչյուր շերտ հարթեցնել և ձևավորել պահանջվող դիրքով: Դրա համար ձեռքի ափով հարթեցնում են բինտը: Գիպսակապը դնելուց հետո դրա վրա մատիտով նշում են կոտրվածքի առաջացման, գիպսային կապի դրման, այն հանելու մոտավոր ժամանակը և կապը դնողի ազգանունը: Ցանկալի է սխեմատիկ պատկերել կոտրվածքը:

Գիպսային վիրակապը հիմնականում լինում է շրջանաձև և լանգետային:

Լանգետային կապը (նկ.32) դրվում է հետևյալ ձևով. նախապատրաստված գիպսային լանգետը ջրում թրջելուց հետո հանում են և ամուր



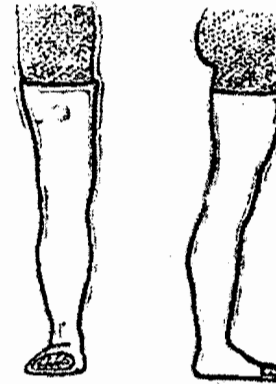
հարթեցնում սեղանի վրա: Այնուհետև լանգետը թաց վիճակում տեղադրում են վնասված մասի վրա և ափերով հարթեցնելով տալիս անհրաժեշտ ձև: Դրանից հետո լանգետը փաթաթում են սովորական թանգիվե բինտով: Այս կապը հաճախ կիրառում են երեխաների համար, քանի որ շրջանաձև կապերը կարող են ճնշել վերջույթները և դրանից բխող տարբեր բարդությունների պատճառ դառնալ:



Նկ. 32. Ծնկան հողի անշարժացումը գիպսային լանգետով. ա-հետին գիպսային լանգետ, բ-առջևի գիպսային լանգետ



Լանգետային-շրջանաձև կապը (նկ.33) ամրացնում են ոչ թե սովորական, այլ գիպսային բինտով, որն ապահովում է կապի դիմացկունությունը:

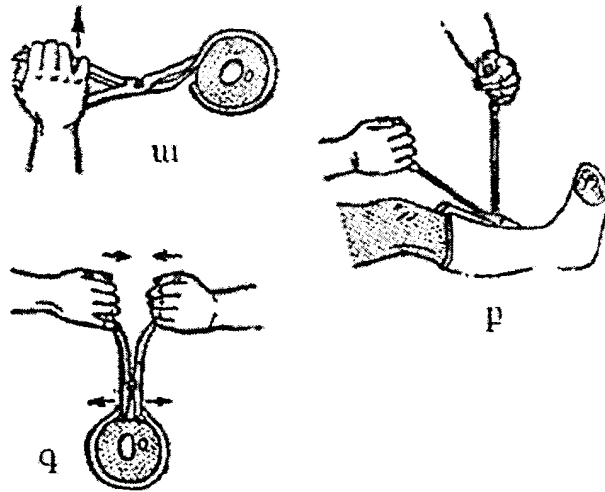


Նկ. 33. Շրջանաձև գիպսային վիրակապ

Գիպսադրման ոչ ճիշտ տեխնիկայի կամ բորբոքային պրոցեսի պատճառով կարող են առաջանալ մի շարք բարդություններ: Ուստի գիպսադրումից 24-48 ժամվա ընթացքում (հատկապես շրջանաձև կապի դեպքում) վնասվածը պետք է գտնվի մշտական հսկողության տակ, և 3-4 ժամը մեկ պետք է ստուգվի վերջույթի վիճակը:

Գիպսային վիրակապի ճիշտ դրման դեպքում ձեռքի և ոտքի մատները լինում են նորմալ գույնի, տաք, դրանցում պահպանվում են շարժունակությունը և զգացողությունը: Ուժեղ, չդադարող ցավը, մատների գունատությունն ու կապտավուն երանգը, այտուցվածությունն ու սառնությունը վկայում են վերջույթի ճնշման և սխալ գիպսադրման մասին:

Ճնշման երևույթների հայտնաբերման դեպքում կտրում են գիպսային կապն ամբողջ երկարությամբ և ծայրերը հեռացնում 1-2 սմ (նկ.34):



Նկ. 34. Գիպսակապի եզրերի հեռացումը իրարից

ա-գիպսային կապի եզրերի բեքելը, բ-գիպսային կապի կտրելը, գ-գիպսային կապի եզրերի հեռացումը իրարից

Իրանի և ստորին վերջույթների վրա գիպսային կապը դնելուց հետո վնասվածին զգուշությամբ պառկեցնում են, որպեսզի կապը չկտրվի: Մինչև գիպսակապի չորանալը ցանկալի է այն ծածկել սավանով կամ վերմակով:

Գիպսային կապերի հանելը: Լանգետային գիպսային կապը հեռացնում են մկրատով՝ զգուշորեն (որպեսզի մաշկը չվնասվի), ամբողջ երկայնքով կտրելով վիրակապի այն մասը, որը փափուկ բինտից է կազմված:

Շրջանաձև գիպսակապը հեռացնելու համար այն թրջում են տաք ջրով: Փափկելուց հետո վիրակապը կտրում են մկրատով:

Կտրվածքների անշարժացումը փոխադրական բեկակալներով

Մարմնի վնասված հատվածի անշարժացումն ապահովում է տվյալ մասի հանգիստը, մի բան, որն այնքան անհրաժեշտ է թե՛ բորբոքային



պրոցեսների և թե՛ վնասվածքների բուժման ժամանակ: Անշարժացումն ունի մաս կանխարգելիչ նշանակություն հատկապես ոսկրերի, հոդերի և մեծ անոթների վնասման ժամանակ՝ առաջին բուժօգնություն ցույց տալու դեպքում: Խոշոր խոզովակավոր ոսկրերի վնասվածքների դեպքում ցավը մեղմացնելու նպատակով վնասվածին ներարկում են ցավազրկող:

Առաջին բուժօգնություն ցույց տալու ժամանակ ամենակարևորը վնասված վերջույթի անշարժացումն է: Անշարժացնող կապը չի թողնում տեղաշարժելու կոտրված ոսկրերի բեկորները, որով մեղմանում է ցավը և դրանով իսկ կանխում շոկային վիճակի առաջացումը: Ոսկրերն իրենց սուր ծայրով չեն վնասում շրջապատի անոթները, նյարդերը և մաշկը՝ կանխելով դրանց հետ կապված մյուս բարդությունները:

Կտրված ոսկրերի անշարժացումը, որը կատարում են ժամանակավոր բեկակալ դնելով, ապահովում է վերջույթի կամ մարմնամասի լրիվ հանգիստը և հետապնդում է հետևյալ նպատակները. 1) նվազեցնել տուժածի ցավազգացողությունը և դրանով իսկ կանխել վնասվածքային շոկի առաջացումը. 2) կանխել փափուկ հյուսվածքների և ներքին օրգանների լրացուցիչ վնասվածքները. 3) բաց կտրվածքների դեպքում նվազեցնել վերքային ինֆեկցիայի առաջացման ու զարգացման վտանգը. 4) աճակցման համար ստեղծել նպաստավոր պայմաններ:

Վնասված մասի անշարժացման համար օգտագործում են ամուր (պինդ) կապեր. փոխադրական կամ հանպատրաստից բեկակալներ, գիպսային կապեր, կմախքային ձգում և անշարժացնող սարքեր: Փոխադրական բեկակալներն օգտագործում են վնասվածին առաջին բուժօգնություն ցույց տալու և տեղափոխելու համար:

Բեկակալի դրման կանոնները

1. Երբեք չի կարելի բեկակալներ դնել առանց տակդիրի, բանի որ այն կարող է սեղմել տվյալ մարմնամասը՝ առաջացնելով մի շարք բարդություններ: Այդ պատճառով բեկակալի տակ դրվում է բամբակ կամ տակդիր,



իսկ վերջինիս բացակայության դեպքում բեկակալը կարելի է փաթաթել ձեռքի տակ եղած որևէ փափուկ նյութով կամ չոր խոտի խրժով:

2. Կապը իր մեջ պետք է ընդգրկի առնվազն երկու հոդ՝ մեկը վնասված մասից վեր, մյուսը՝ դրանից ներքև: Երկար խողովակավոր ոսկրերի (բազուկոսկր, ազդրոսկր) դեպքում անշարժացնում են երեք հոդեր:

3. Բեկակալը վերջույթի վրա դնելիս անհրաժեշտ է նրան տալ միջին ֆիզիոլոգիական դիրք և անշարժացնել այդ դիրքում:

4. Բեկակալը դնելուց հետո ամրացնում են բինտով կամ շորով:

5. Բեկակալը դնելիս միշտ պետք է որևէ մեկը բռնի վնասված մարմնամասը, իսկ մյուսը կապի այն՝ տուժածին լրացուցիչ ցավ չպատճառելու համար:

Բեկակալները բաժանվում են երկու խմբի՝ ֆիքսացիոն և էքստենզիոն:

Որպես ֆիքսացիոն բեկակալ օգտագործում են ստվարաթղթից պատրաստված բեկակալները: Սրանք կարող են լինել ստանդարտ (նախօրոք որոշակի չափսով պատրաստված): Վերջինիս դեպքում օգտագործում են ձեռքի տակ եղած նյութերը՝ տախտակի կտորներ, ցողունից պատրաստված խրժեր, ձեռնափայտ, անձրևանոց և այլն:

Էքստենզիոն են այն բեկակալները, որոնք առաջացնում են անշարժացում՝ ձգման միջոցով:



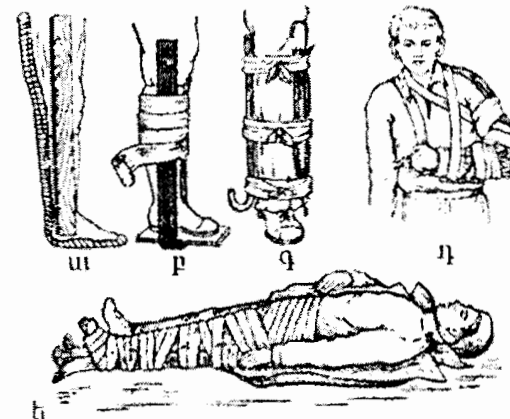
Ժամանակավոր (փոխադրական) անշարժացում

Անշարժացնող կապերը նախատեսված են մարմնի այս կամ այն մասը որոշակի ժամանակով անշարժ դիրքում պահելու համար: Ժամանակավոր անշարժացումը հիմնականում ծառայում է վնասվածներից տեղափոխելու ժամանակ հանգիստ վիճակ ստեղծելու համար. օգտագործում են կոտրված ոսկրերի անշարժացման, ցավը մեղմացնելու և շոկը կանխելու համար:

Չնայած անշարժացման այս եղանակը ժամանակավոր է (մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր), սակայն ունի կարևոր նշանակություն վնասվածքի հետագա ընթացքի, ելքի, երբեմն՝ տուժածի կյանքի համար:

Ոսկրերի բաց կոտրվածքների ժամանակավոր անշարժացումը կատարում են ստանդատ, իսկ դրա բացակայության դեպքում՝ ձեռքի տակ եղած նյութերից պատրաստված բեկակալների միջոցով: Մինչև բեկակալը դնելը պետք է վերքը մշակել և կապել ախտահանված վիրակապով: Առաջին բուժօգնություն ցույց տալու ժամանակ, երբ վերքից դուրս են ցցված կոտրված ոսկրի ծայրերը, կտրակամապես արգելվում է ուղղել դրանք, քանի որ այդ դեպքում վարակը կարող է թափանցել ավելի խոր տեղադրված հյուսվածքների մեջ:

Որպես համապատաստից բեկակալներ կարելի է օգտագործել ձեռնափայտ, դահուկի ձեռնափայտ, ստվարաթուղթ, ծղոտի խուրժ և այլն (նկ.35)

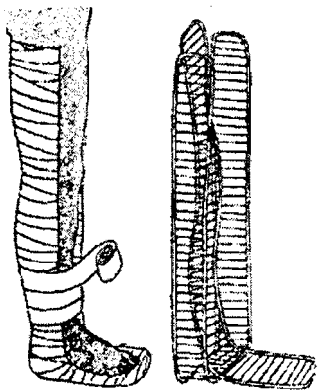


Նկ.35. Համապատաստից բեկակալներ.

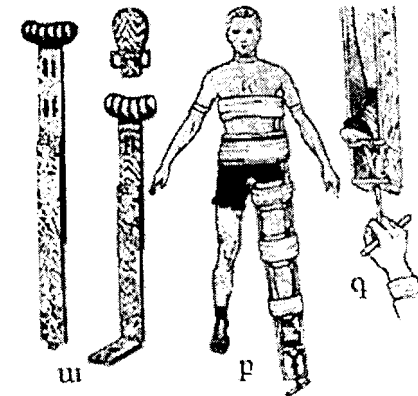
ա-փայտից, բ-նրբատախտակից, գ-ձեռնափայտից և անձրևանոցից, դ-ստվարաթղթից և ծղոտից, դահուկով և դահուկի ձեռնափայտով



Ըստ պատրաստվող նյութի՝ բեկակալները լինում են մետաղյա (օրինակ՝ Կրամերի աստիճանաձև (նկ.36), փայտյա՝ ինչպես առանձին տախտակների ձևով, այնպես էլ բարդ կառուցվածքով (օրինակ՝ Դիտերիխի բեկակալը, նկ. 37): Կարելի է օգտագործել նաև սովորաբոլորից պատրաստված բեկակալներ: Վերջին ժամանակներս սկսել են ավելի լայնորեն օգտագործել պլաստմասսայից պատրաստված բեկակալները, որոնց առավելությունն այն է, որ տաք ջրի մեջ ընկղմելու դեպքում դրանք փափկում են, և կարելի է հեշտությամբ ձևափոխել՝ տալով վերջույթին հարմար և համապատասխան ձև:



Նկ. 36. Սրունքի անշարժացումը Կրամերի մետաղյա աստիճանաձև բեկակալով



Նկ.37. Դիտերիխի ստանդարտ փոխադրամիջոցային բեկակալ. ա-բեկակալի մասերը, բ-դրված բեկակալի ընդհանուր տեսքը, գ-վերջույթի ձգումը ուլորիչի օգնությամբ

Ստանդարտ կամ ձեռքի տակ եղած նյութերից պատրաստված փոխադրական բեկակալները դնում են վնասված մասի վրա՝ նախապես այն փաթաթելով բամբակով (բամբակը դնում են ոսկրային ցցվածքների վրա, որոնք ավելի մեծ ճնշման են ենթարկվում): Բամբակ չլինելու դեպքում կարելի է օգտագործել թանգիվ, վնասվածի հագուստները: Կարելի է բամբակապատել ոչ թե վնասված վերջույթը, այլ փոխադրական բեկակալը:

Ամեն անգամ բեկակալների օգտագործման ժամանակ հարկ է լինում կորացնել դրանք՝ տվյալ վնասված վերջույթին ու չափին համապատասխան: Բեկակալին անհրաժեշտ ձև կարելի է տալ որևէ առողջ անձնավորության վերջույթի վրա: Ցավը մեղմացնելու համար բեկակալ ամրացնելուց առաջ ներարկում են ցավազրկող: Բեկակալը դրվում է զգուշությամբ, առանց վնասվածին լրացուցիչ ցավ պատճառելու: Վերջույթի ձևին համապատասխան կորացրած և բամբակեպատ բեկակալը պետք է ամուր գրկի վնասված վերջույթը՝ վերջինիս հետ կազմելով մեկ անշարժ ամբողջություն: Բեկակալը մարմնին ամրացնում են բինտի, պարամի, կամ

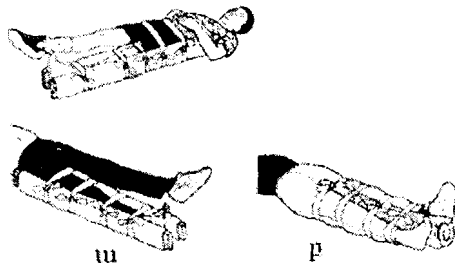


քարշափուկի միջոցով: Ցավերը մեղմացնելու համար վերջույթին տալիս են նորմալ ֆիզիոլոգիական դիրք: Այդ դիրքը թուլացնում է մկանների լարվածությունը:

Կոտրվածքների անշարժացումն ապահովելու համար անշարժացնում են անմիջապես կոտրվածքին մոտ գտնվող երկու հոդեր, իսկ բազուկոսկրի և ազդրոսկրի կոտրվածքների ժամանակ՝ երեք հոդեր: Բազուկոսկրի կոտրվածքի ժամանակ անշարժացնում են ուսային, արմնկային և դաստակ-նախադաստակային հոդերը, իսկ ազդրոսկրի կոտրվածքի ժամանակ՝ կոնքազդրային, ծնկան և սրունք-թաթային հոդերը:

Վերին վերջույթների կոտրվածքների ժամանակավոր անշարժացման համար ամենից հաճախ օգտագործում են Կրամերի բեկակալ, նրբատախտակից, ստվարաթղթից պատրաստված բեկակալներ, գլխաշոր և այլն:

Ստորին վերջույթների կոտրվածքների ժամանակ օգտագործում են Դիտերիխսի փայտյա փոխադրական բեկակալներ՝ դրանց տալով վերջույթին համապատասխան ձև: Փոխադրական բեկակալների բացակայության դեպքում կարելի է վնասված ոտքը կապել առողջին (այս դեպքում առողջ ոտքը բեկակալի դեր է կատարում): Կոտրված ողնաշարի ոսկրերը կարելի է անշարժացնել տախտակների օգնությամբ, որոնք մարմնին ամրացնում են մի քանի տեղից (Նկ. 38):

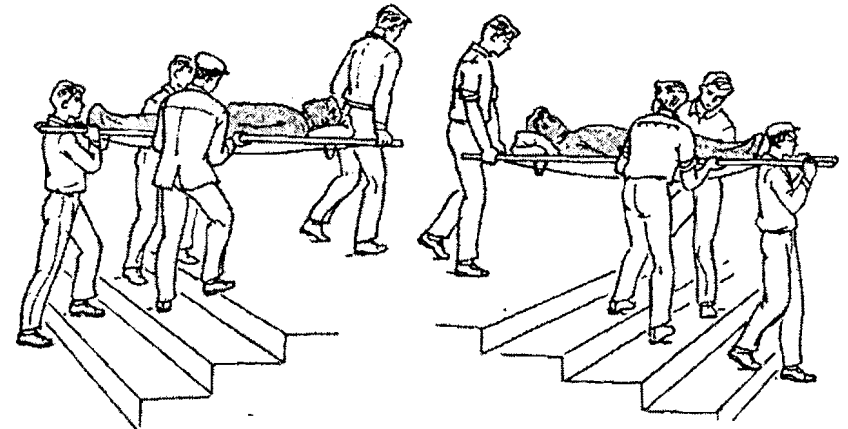


Նկ. 38. ա) ազդրի անշարժացումը տախտակի կտորներով
բ) սրունքի անշարժացումը կտորի ներդիրի օգնությամբ



Տուժածներին վնասման օջախից կարելի է տեղափոխել պատգարակների օգնությամբ (Նկ. 39): Պատգարակները պետք է ունենան 3 կապ՝ սրունքին, ծնկներին և ազդրերին: Այդ կապերը չպետք է անցնեն պարանոցի, կրծքավանդակի և վնասվածքների վրայով:

Պատգարակը կարելի է տեղափոխել 2, 3 կամ 4 հոգով: Տեղափոխողները պետք է քայլեն համաչափ, զգույշ, առանց տատանումների՝ միշտ պահպանելով պատգարակի հորիզոնական դիրքը: Տեղափոխողները բոլոր շարժումները պետք է կատարեն խմբի ավագի հրահանգով:



Նկ. 39. Պատգարակի դիրքը բարձրանալու (ա) և իջնելու (բ) ժամանակ

Տուժածին պատգարակի վրա պառկեցնելու ժամանակ խմբի ավագը բարձրացնում է տուժածի կարևոր մասերը՝ գլուխ, պարանոց, իսկ տեղափոխման դեպքում բռնում է պատգարակի հետևի աջ ծողից և ողջ տարիանման ընթացքում հսկում է տուժածի վիճակը: Պատգարակը տեղափոխում են ձեռքերով բռնած կամ այն դնելով ուսերին: Նեղտեղերով անցնելիս պատգարակը տեղափոխում են երկու հոգով, կամ էլ տեղափոխողները տեղավորվում են ծողերից դեպի ներս՝ մեջք-մեջքի դիրքով, և կողքային քայլերով անցնում նեղ տարածքը:

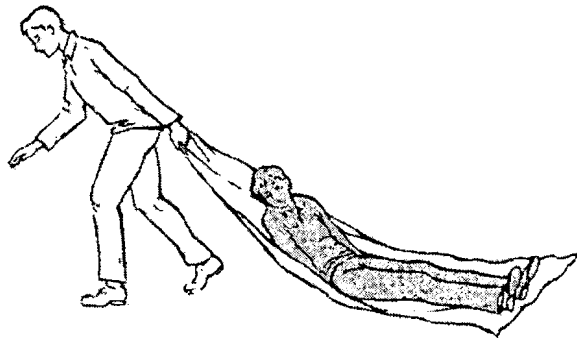


Տուժածին պատգարակի վրա պառկեցնում են նրա համար հարմար դիրքով, անկախ դիրքից՝ տուժածը տեղափոխվում է գլուխը դեպի առաջ :

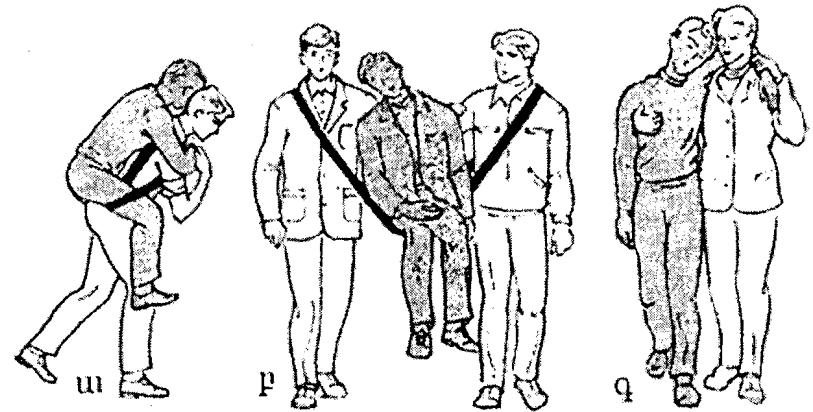
Արտակարգ իրավիճակների ժամանակ վտանգավոր գոտուց տուժածին տեղափոխում են միայն այն ժամանակ, երբ առկա է նրա կյանքին կամ անվտանգությանը սպառնացող անմիջական վտանգ (հրդեհ, փլուզման վտանգ, հրավտանգ և թունավոր նյութերի առկայություն օդում և այլն):

Վնասվածի տեղափոխման ծներն են.

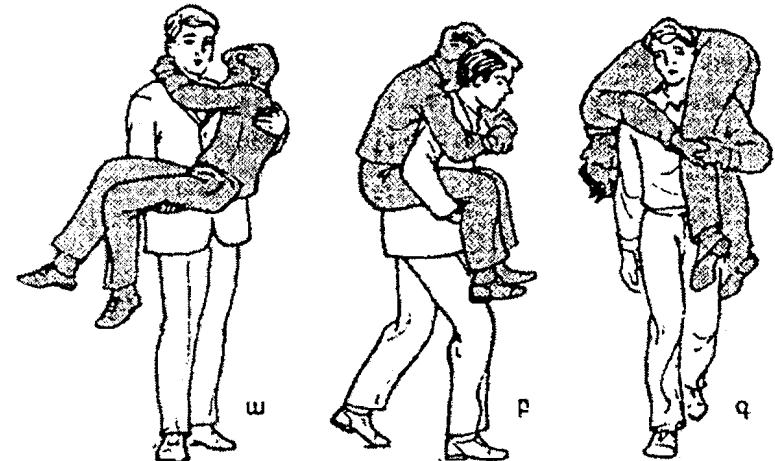
- օգնել նրան քայլել,
- ուսերին դրած՝ վնասվածի հագուստից բռնած տեղափոխում,
- ծեռքերից բռնած տեղափոխում,
- կոճերից բռնած տեղափոխում,
- վնասվածի թիակների կողմից դեպի հետ տեղափոխում,
- վնասվածի դուրս բերում մեջքի վրա,
- վնասվածի դուրս բերում կրծքի վրա, մեջքի վրա, պառկած, չորեք-թաթ,
- վնասվածի դուրս բերում ծեռքերի վրա,
- թիկնակով աթոռին նստեցրած տեղափոխում,
- ծածկոցով տեղափոխում (նկ. 40,41,42,43,44):



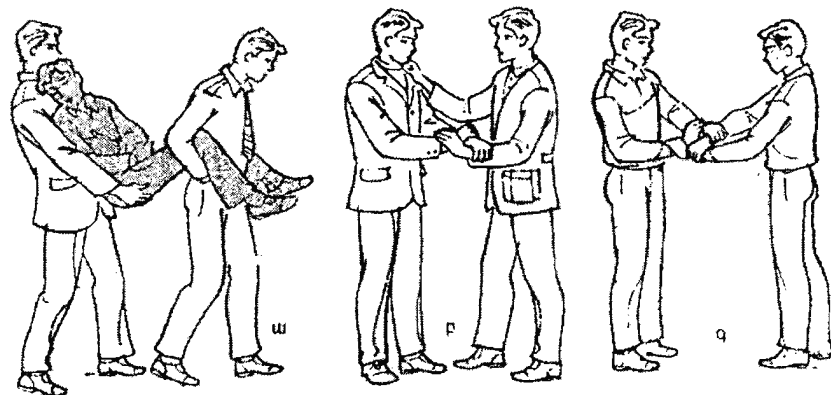
Նկ. 40. Տուժածի տեղափոխումը քարշ տալով բրեզենտի կամ թիկնոց-վրանի վրա



Նկ.41. Տուժածի տեղափոխումը ուսափոկի օգնությամբ՝ մեկ հոգով (ա) և երկու հոգով (բ,գ)



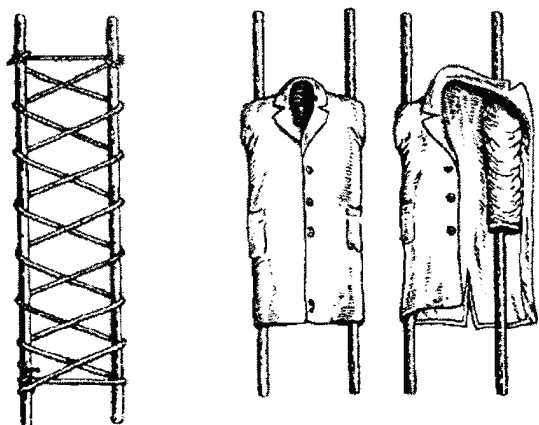
Նկ. 42. Տուժածի տեղափոխումը մեկ հոգով. ա-ծեռքերի վրա, բ-մեջքի վրա, գ-ուսի վրա



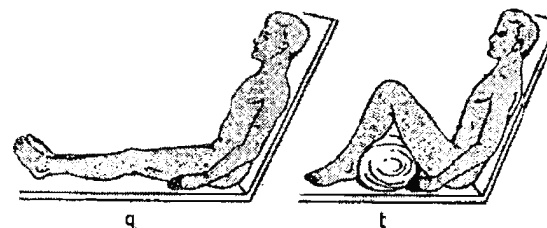
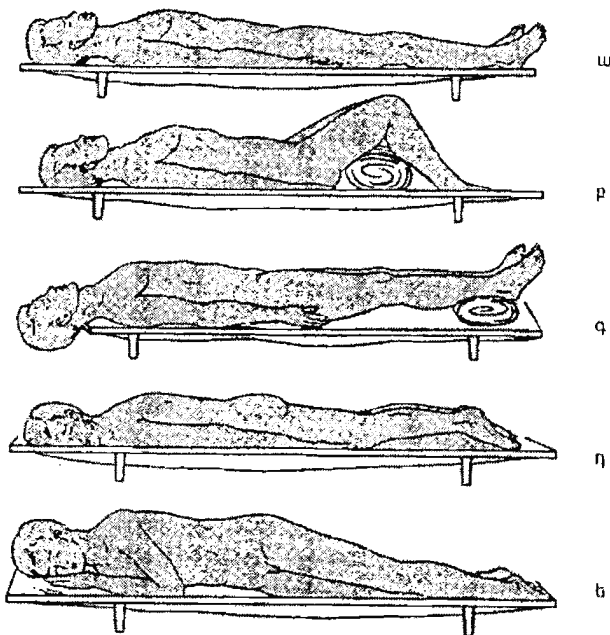
Նկ. 43. Տուժածի տեղափոխման եղանակները.
ա-մեկը մյուսի հետևից, բ-«կողպեքի» վրա՝ երեք ձեռքով,
գ-«կողպեքի» վրա չորս ձեռքով

Վնասվածներին տեղափոխում են մաև հանպատրաստից սարքված պատգարակներով (Նկ. 44):

Բուժփմնարկներ տեղափոխելիս տուժածները պետք է հարմար դիրք ընդունեն լրացուցիչ վնասվածքներից փոսափելու և ցավերը մեղմացնելու համար (Նկ. 45):



Նկ. 44. Հանպատրաստից
սարքված պատգարակներ



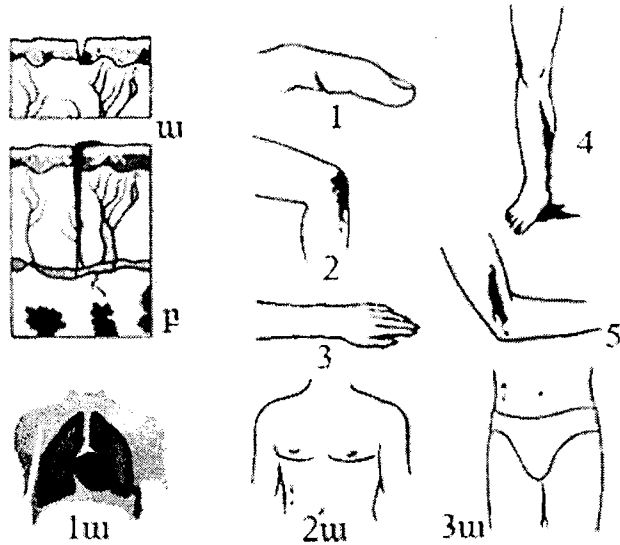
Նկ. 45. Տուժածի դիրքը՝ բուժփմնարկներ փոխադրամիջոցային տեղափոխման
ժամանակ.

ա-մեջքի վրա, բ-մեջքի վրա՝ ծնկները ծալված ոտքերով, գ-մեջքի վրա՝ գլուխը
իջեցրած և ստորին վերջույթները բարձրացրած, դ-որովայնի վրա, ե-կողքի վրա
ամրապնդված-կայունացված դիրք, զ-կիսանստած դիրք, է-կիսանստած դիրք
վերջույթները ծնկներում ծալված



Վերքեր. դրանց բնութագիրը, տեսակները, առաջացած բարդությունները, առաջին օգնությունը

Վերքը մեխանիկական ուժի ներգործությամբ մաշկի, լորձաթաղանթի, խորանիստ հյուսվածքների (ենթամաշկ, մկաններ, արյունատար անոթներ, նյարդեր և այլն) և օրգանների ամբողջականության խախտումն է (Նկ. 46):



Նկ.46. Վերքեր. ա-մակերեսային, բ-խոր

1-կտրած, 2-քնջիված, 3-կծած, 4-թրատած, 5-պատառոտած
1ա-թափանցող, 2ա-ծակած, 3ա-հրազենային

Արտակարգ իրավիճակների և պատերազմի ժամանակ վերքերն ամենից հաճախ հանդիպող վնասվածքներ են, որոնք կազմում են բոլոր վնասվածքների 35-40%-ը:

Վերքերը լինում են պարզ և բարդ:



Պարզ են կոչվում այն վերքերը, երբ վնասվում են մաշկը և լորձաթաղանթը:

Բարդ. վերքեր, երբ, բացի մաշկից և լորձաթաղանթից, վնասվում են նաև խորանիստ հյուսվածքներ և օրգաններ:

Վերքերին բնորոշ են հետևյալ տեղային նշանները.

- ցավ,
- լայնաբացում (բացվածք),
- տարբեր աստիճանի արյունահոսություն,
- վնասված մասի ֆունկցիայի խանգարում,
- կարող են լինել ոսկրերի, հոդերի և ներքին օրգանների վնասման

նշաններ:

Ցավի ուժգնության աստիճանը կախված է նյարդային վերջավորությունների, նյարդասյուների վնասումից և մարդու նյարդահոգեկան վիճակից, վնասված մասի տեղակայումից, վերք առաջացնող առարկայի տեսակից:

Ուժեղ ցավը կարող է առաջացնել վնասվածքային շոկ:

Եթե կտրվածքը կատարվել է մաշկի էլաստիկ թելերին զուգահեռ, ապա բացվածքը կլինի փոքր, իսկ եթե այն էլաստիկ թելերին ուղղահայաց է, ապա կլինի մեծ: Վերքի բացվածքը կախված է վնասվածքի մեծությունից, խորությունից, մաշկի էլաստիկ թելերի տեսակից, փափուկ հյուսվածքների կծկման ուժից:

Արյունահոսության ուժգնությունը կախված է վնասված անոթի տեսակից, տրամաչափից, քանակից, զարկերակային ճնշման մեծությունից և վերքի բացվածքից:

Կտրված և հատած վերքերի դեպքում արյունահոսությունը կարող է ուժեղ լինել:

Ֆունկցիայի խանգարումը պայմանավորված է, թե ինչ տեսակի վնասվածք է ստացել տուժածը:



Վերջային պրոցեսի փուլերը

Վերջային պրոցեսն ընթանում է երկու փուլով. հիդրատացիայի և դեհիդրատացիայի:

1. Հիդրատացիայի փուլ. վնասված հյուսվածքներում առաջանում է նյարդային վերջույթների ռեակցիա, մեծանում է անոթների թափանցելիությունը, անոթներից դուրս են գալիս էնկոցիտները և արյան հեղուկ զանգվածը, որը հյուսվածքներում առաջացնում է այտուց, բորբոքային երևույթներ և թարախ:

2. Դեհիդրատացիայի փուլ. բորբոքային երևույթները մեղմանում են, պակասում է այտուցը, կանոնավորվում են արյան կազմը և շրջանառությունը, վերքի մեջ աճում է գրանուլացիոն հյուսվածք, որը հարթում է վերքի եզրերը, լրացնում վերքի արատը, որից հետո աճում է շարակցական հյուսվածք:

Վերքերին բնորոշ են հետևյալ բարդությունները.

– ուժեղ արյունահոսություն, որից կարող է զարգանալ արյան սուր կորուստ և սուր սակավարյունություն,

– վնասվածքային շոկ,

– տեղային ինֆեկցիայի զարգացում՝ թարախակույտի կամ ֆլեգմոնայի առաջացում: Բնորոշ նշաններն են՝ ցավի ուժեղացում, վերքից թարախի արտադրություն, տեղային ջերմության բարձրացում: Ավելի հազվադեպ վերքի մեջ թափանցում են անաերոբ մանրէներ, և զարգանում է գազային պրկախտ (գանգրենա):

Ամեն մի վերք կարող է բարդանալ կրկնակի, երկրորդային, վաղ և ուշացած արյունահոսությամբ, բորբոքումով (թարախային պրոցեսի զարգացում, գազային գանգրենա, փայտացում), որը կարող է արտահայտվել ինչպես տեղային նշաններով, այնպես էլ ամբողջ օրգանիզմի վրա թողած ազդեցությամբ:



Բոլոր պատահական վերքերը համարվում են մանրէներով վարակված (ինֆեկցված):

Առաջնային մանրէային վարակումը սկսվում է, երբ մանրէները վերքի մեջ են անցնում վնասող արկի, առարկայի հետ միասին, մաշկից, հագուստից և օտար մարմիններից:

Երկրորդային մանրէային վարակում տեղի է ունենում, երբ ուշ և ոչ ճիշտ են դնում վիրակապը, ոչ ախտահանված վիրակապ են օգտագործում, վիրահատության ժամանակ խախտվում են ասեպտիկայի կանոնները:

Վերքերը լինում են վիրահատական կամ «մաքուր» (ասեպտիկ) և վարակված, որոնք առաջանում են կենցաղում, արտադրության մեջ, պատերազմի ժամանակ. այդ պատճառով դրանք կոչվում են պատահական վերքեր: Ըստ իրենց բնույթի՝ մանրէներով վարակված և չվարակված:

Վարակված վերքերը՝ կախված դրանց առաջացնող պատճառից, լինում են հրազենային և ոչ հրազենային:

Հրազենային վերքերն առաջանում են հրազենի ազդեցության հետևանքով, արկերից, դրանց բեկորներից, գնդակից: Վերքի այս տեսակը առանձնանում է հյուսվածքների և օրգանների անատոմիական վնասումների բարդությամբ և բազմազանությամբ, բարձր վարակվածությամբ և այլն:

Հրազենային վերքերն իրենց հերթին լինում են՝

ա) Միջանցիկ վերք, երբ գնդակը կամ բեկորը մտնում է հյուսվածքի միջով և դուրս գալիս, առաջացնելով մուտքի և ելքի անցքեր:

բ) Շոշափող վերք, երբ արկը չի ներխուժում հյուսվածքների մեջ, այլ առաջացնում է ակոս:

գ) Կույր վերք, երբ բեկորը կամ գնդակը մնում է հյուսվածքի մեջ և դուրս չի գալիս: Այս դեպքում լինում է միայն մուտքի անցք:

Հրազենային վերքերը կարող են վնասել խոշոր անոթները, նյարդերը, ոսկրերը, հոդերը, ներքին օրգանները:



Հայտնի է, որ բոլոր պատահական և հրազենային վերքերը ենթակա են մանրէներով վարակման: Առաջնային վարակն անցնում է վերքի մեջ՝ վերք առաջացնող գործիքի և զանազան օտար մարմինների ու հագուստի միջոցով: Երկրորդային վարակն անցնում է վերքի մեջ ոչ ախտահանված վիրակապից, ասեպտիկայի կանոնների խախտումից և այլն:

Մարմնի խորքը թափանցող վնասող իրի, արկի բեկորի թափանցելու հետևանքով առաջանում է վերքային խողովակ, որը լցվում է արյան մակարդուկներով, մահացած հյուսվածքներով, ոսկրի բեկորներով և օտար մարմիններով:

Ըստ վնասող իրի կինետիկ ուժի, ձևի և վերքային հյուսվածքի նկատմամբ շարժման ուղղության՝ վերքերը կարող են լինել մակերեսային և խոր, կույր և միջանցիկ, շոշափող, թափանցող և ոչ թափանցող:

Ըստ վնասող արկի (ազդակի) տեսքի և վերքային խողովակի բնույթի՝ տարբերում են ծակած, կտրած, թրատած, պատառոտած, հրազենային, թունավոր, կոմբինացված (համակցված) և այլ վերքեր:

Ծակած վերքեր առաջանում են սուր ծակող գործիքով մարմնամասը վնասելու հետևանքով (ասեղ, մեխ, սուր ոսկոր, բիզ) այլն): Նման վերքերն ունենում են փոքր (կեսային) մուտքի դուռ (անցք):

Այս վերքերը վտանգավոր են այնքանով, որ կարող են վնասել կարևոր կենսական օրգանները (սիրտը, թոքերը, արյունատար անոթները, ուղեղը) և վարակել մոտ տեղավորված խոռոչները, հյուսվածքները, օրգանները, նպաստելով բարդությունների առաջացմանը: Դրա համար էլ յուրաքանչյուր բուժաշխատող չպետք է անուշադրության մատնի նման վերքերը:

Կտրած վերքերը հետևանք են սուր, կտրող իրի (դանակ, ապակի, վիրադանակ, ածելի և այլն) ազդեցության: Դրանց դեպքում հյուսվածքը շատ չի վնասվում, վերքի եզրերը ուղիղ են, հարթ, բայց իրարից հեռու են



մնում: Նման վերքերը մեծ մասամբ լավանում են առաջնային ձգումով և առանց բարդությունների:

Պատառոտված և ջնջիված վերքեր առաջանում են ծանր և սուր գործիքներով վնասվելուց (թուր, կացին): Սրանք հյուսվածքների նկատմամբ կոշտ ազդեցության հետևանք են: Այս դեպքում հյուսվածքները ստանում են ոչ միայն հարված այլև ձգում: Վերքի եզրերն անհարթ են, թույլ արյունահոսող և ցավոտ: Ձգման հետևանքով կարող են պատռվել ականջը, շրթունքը, ձեռքը, ոտքը: Կարող է պոկվել մարմնի մի մասը:

Այս տիպի վերքերի ժամանակ վերքի եզրերը շերտազատվում են, առաջացնելով բազմաթիվ գրպանիկներ և ծոցեր, որոնք նպաստում են տարբեր բարդությունների առաջացմանը՝ թարախային և անաերոբ ինֆեկցիաների ձևով:

Վնասվում են խոր հյուսվածքները և օրգանները, վերքը լայն բացված է, և վերականգնման պրոցեսը դժվար ու թերի է տեղի ունենում:

Խառը վերք. այս դեպքում վնասվածքի մեջ ընդգրկված են երկու և ավել տեսակի վերքերի նշաններ: Օրինակ՝ միաժամանակ կարող է լինել կտրած և ծակած, կամ ջարդած և պատառոտած վերք և այլն:

Կծած վերքեր. այս վերքերն առաջանում են կենդանիների (շուն, աղվես և այլն) ու մարդկանց կծելուց. վտանգավոր են այն առումով, որ թքի հետ վերքի մեջ են մտնում մանրէներ. եթե կենդանին կատաղած է, ապա կարող է առաջանալ կատաղություն հիվանդություն: Դա կանխելու համար պետք է ներարկել համապատասխան չիճուկ:

Թունավոր վերքեր. այս վերքերն առաջանում են թունավոր միջատների, սողունների՝ օձի, կարիճի կծելու պատճառով, երբ վերքի մեջ թափանցում են կենդանական թույներ (օձի, կարիճի, մեղվի) կամ քիմիական թունավոր նյութեր ու ռադիոակտիվ նյութեր: Օձի թույնը վտանգավոր է, քանի որ այն առաջացնում է արյան կարմիր գնդիկների քայքայում (հեմոլիզ): Դրա համար էլ կծած մասից վերև (կենտ ոսկրի վրա՝ բազուկոսկր,



ազդրոսկր) պետք է դնել լարան և կծած տեղում կատարել կտրվածքներ, որպեսզի թույլն արյան հետ դուրս հոսի: Կարելի է ներարկել նաև հակագյուրզին: Ապացուցված է, որ լարան դնելուց հետո առաջին 20 րոպեում օծի թույլն մասամբ չեզոքանում է ավիչի միջոցով:

Կոտորած վերք. առաջանում է բուժ գործիքով հարվածելուց: Նման վերքերի եզրերը լինում են նվազ ցավոտ, քիչ արյունահոսող: Առաջանում է թրով, կացնով, դաշույնով հարվածելիս:

Առաջին օգնությունը: Անհրաժեշտ է՝

– դադարեցնել արյունահոսությունը.

– վերքը պաշտպանել մանրէների ներթափանցումից.

– մեղմացնել ցավը:

Դրա համար պետք է ձեռնարկել հետևյալ միջոցառումները.

1) Բացել վերքի շրջանը (անհրաժեշտության դեպքում կտրել հագուստը):

2) Դադարեցնել արյունահոսությունը՝ մատով սեղմելով կամ լարանով, իսկ երակային ու մազանաթոյին արյունահոսության ժամանակ վերքի վրա դնել սեղմող վիրակապ:

3) Դնել ախտահանված վիրակապ վերքն առաջնային վիրաբուժական մշակման ենթարկելուց հետո. դրա համար վերքի եզրերին երկու անգամ յոդ քսել, կամ մաքրել սպիրտով, իսկ վերքի մակերեսը մշակել հակա-նեխիչ լուծույթով: Եթե վերքը խոր չէ և չի արյունահոսում, այն կարելի է լվանալ ստերիլ աղաջրով, ապա ծածկել ախտահանված վիրակապով կամ անհատական վիրակապական ծրարով: Խոր և արյունահոսող վերքը չի կարելի լվանալ:

4) Ներարկել հակափայտացումային շիճուկ և անատոքսին:

5) Մեծ վերքերի դեպքում խմելու համար տալ հակաբիոտիկներ.

6) Մեծ վնասվածքների դեպքում ծայրամուկամ անշարժացնել.



7) Ցավը մեղմացնելու համար խմելու համար տալ ցավազրկողներ կամ ներարկել թմրադեղեր:

8) Եթե վերքի մեջ կա ներխրված առարկա (օրինակ՝ դանակ, մեխ և այլն), այն չհանել (արյունահոսությունը կուժեղանա), այլ վերցնել թղթի կամ սինթետիկ բաժակ, նրանով զգույշ ծածկել այդ առարկան, վերքը ծածկել ախտահանված կտորով, բաժակի հատակի մասում անցք բացել և զգուշորեն տեղադրել այն ներխրված առարկայի վրա, այնուհետև ամրացնել բաժակը վերքը ծածկող կտորի վրա կաշող սպեղանիով:

9) Եթե վերքն առաջացել է կենդանու (շան) կծելու հետևանքով, այն 10-15 րոպե լվանալ հոսող ջրով ու օճառով, շուրջը մշակել յոդով, սպիրտով, իսկ բուն վերքը՝ որևէ հակամեխիչ լուծույթով և շտապ տեղափոխել բուժօգնության, որպեսզի այնտեղ կատարեն կատաղության դեմ պատվաստում:

Վերքերի լավացում՝ առաջնային և երկրորդային ծգումով

Առաջնային ծգումով լավանում են ասեպտիկ վերքերը: Սրանք այն վերքերն են, որոնք առաջանում են վիրահատարանում: Բավական է այդպիսի վերքերի եզրերը մոտեցնել իրար, հպելով միմյանց, կար դնել, մշակել յոդով. 6-8 օր անց կարելի է կարերը հանել: Վերքը համարվում է լավացած:

Առաջնային ծգումով են լավանում նաև այն վերքերը, որոնք ունեն հարթ եզրեր, չունեն ճեղքեր, ծալքեր և գրպանիկներ, որոնց մեջ արյուն չի կուտակվել և չեն ախտահարվել:

Երկրորդային ծգումով լավանում են բոլոր թարախակալված վերքերը, որոնց ծալքերում, գրպանիկներում կուտակվել է արյուն, վերքնախտահարվել և թարախակալվել է: Այդպիսի վերքերը երկար ժամանակ մնում են լայն բացված վիճակում: Նման վերքերը մշակում են հակաբիոտիկներով և անտիսեպտիկ հեղուկներով: Աստիճանաբար վերքի շրջապատում առաջանում է գրանուլյացիոն հյուսվածք, որը պաշտպանում է վերքը հետագա



վարակվելուց, աճում է նաև շարակցական հյուսվածք, հետագայում զարգանում է սպի:

Կեղևի տակ լավանում են քերծված վերքերը, այրվածքները: Կեղևը հուսալի պատմեշ է արտաքին աշխարհի ազդակներից վերքը պաշտպանելու համար. դրա տակ լավանում է վերքը:

Ախտահարված վերքի վերքային պրոցեսի ընթացքում տարբերում են երկու փուլ. բորբոքային, վնասված հյուսվածքի այտուցի փուլ և վերքային դեֆեկտի վերացման փուլ:

Վնասվածքային պրոցեսի ժամանակ այս կամ այն փուլի առկայությունը որոշում է առաջին բուժօգնության և բուժման բնույթն ու ծավալը բժշկական տարհանման փուլերում:

Առաջին օգնությունը վնասման օջախում վնասվածքների ժամանակ

Առաջին բուժօգնության ցուցաբերումը ներառում է հետևյալ հիմնական խնդիրների կատարումը.

–բոլոր հնարավոր ձևերով արյունահոսության դադարեցում (դնել ռետինե լարան, լարան-ուլորան, սեղմող կամ ծնշող վիրակապ, անոթը սեղմել իր ընթացքի երկարության վրա),

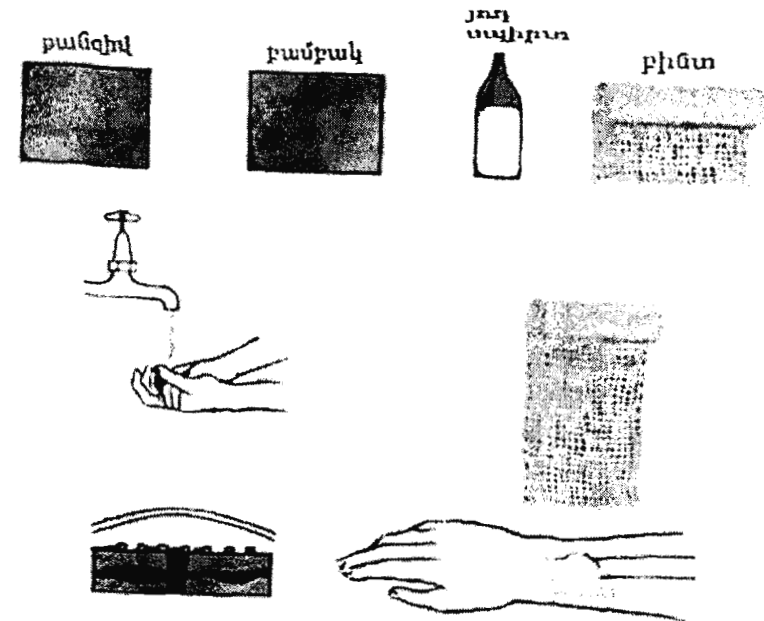
–անհատական վիրակապական ծրարով վերքը արագ ծածկել,

–վնասված մասի անշարժացում պատրաստի բեկակալներով կամ ձեռքի տակ եղած միջոցներով՝ այն դեպքերում, երբ մեծ չափով վնասվել են վերջույթների փափուկ հյուսվածքները,

–պարզ տիպի հակաշոկային միջոցառումների անցկացում,

–մասնակի սանիտարական մշակում,

–վնասվածքների տարհանում դեպի բժշկական հիմնարկներ կամ առաջին բուժօգնության ջոկատներ:



Նկ.47. Վերքերի մշակումը

Վերքը վիրակապելուց առաջ նրա շուրջը պետք է յոդ քսել, և ոչ մի դեպքում ձեռքով չդիպել վերքին: Վերքը չլվանալ ոչ ջրով, ոչ էլ ուրիշ լուծույթներով:

Վնասման օջախում հարկ չկա վերքի մակերեսի վրա գտնվող հագուստի կտորները, օտար մարմինները և հատկապես ներթափանցած մարմինները հեռացնել:

Որպես վիրակապական նյութ օգտագործում են թանգիվը, բամբակը: Թանգիվից պատրաստում են բինտեր, անձեռոցիկներ, կապեր, տամպոններ, բամբակ-թանգիվային բարձիկներ, թանգիվե գնդիկներ (Նկ. 47):

Վիրակապական նյութի օգտագործման նպատակն է՝ ծածկել վերքը, դադարեցնել նրանից արյունահոսությունը, վերքը մաքրել թարախից, վեր-



քի մեջ պահել տարբեր դեղանյութեր: Ինքնօգնության և փոխօգնության համար հիմնական վիրակապական նյութ է ծառայում անհատական վիրակապական ծրարը: Սրա մեջ մտնում են բինտը, որի մի ծայրին ամրացված է անշարժ բարձիկ, իսկ մյուս բարձիկը շարժական է: Այս ամենը ծածկված է պերգամենտե թղթով, որը արտաքինից փաթաթված է ռետինե թաղանթով:

Վերքերի բուժման սկզբունքները բժշկական տարահաման փուլերում Վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակում

Անհետաձգելի բուժօգնությունը վնասման օջախում, ըստ կոնկրետ ընդհանուր և բժշկական իրավիճակների, ներառում է հետևյալ գործողությունները.

–վիրակապի, բեկակալի ուղղում, անհրաժեշտության դեպքում ձեռքի տակ եղած միջոցներից պատրաստված բեկակալների փոխարինում պատրաստի բեկակալներով,

–հակաբիոտիկների և հակափայտացումային շիճուկի ներարկում,

–տուժածների և վիրավորների նախապատրաստում տարահաման դեպի բժշկական հիմնարկներ,

–հակաշոկային միջոցառումների անցկացում (ներարկել մորֆի, կատարել նովոկայինային բլոկադա, հակաշոկային հեղուկներ, արյուն և արյան փոխարինողներ, տաքացնել վնասվածին, տալ տաք թեյ, սուրճ, սնունդ, քիչ քանակով ալկոհոլ):

Որքան վաղ և լիարժեք է կատարվում այդպիսի մշակումը, այնքան ավելի քիչ հավանական է ինֆեկցիայի զարգացումը, և այնքան շուտ կվանա վերքը:

Տարբերում են վերքի վիրաբուժական մշակման հետևյալ հիմնական փուլերը.



1.վիրահատական դաշտի մշակում. վերքը ծածկում են ախտահանված անձեռոցիկով, մաքրում են վերքի շրջանի մազերը (վերքի եզրերից դեպի ծայրամաս),

2.կատարել ցավազրկում,

3.կատարել վերքի բացազատում:

Վերքերը լավանում են առաջնային, երկրորդային ձգումով և լավացում կեղևի տակ:

Չարթ, իրար կաչող եզրերով վերքերը լավանում են առաջնային ձգումով:

Սկզբում վերքի եզրերը կաչում են իրար՝ ի հաշիվ էքսուդատի ֆիբրինի: Չտագայում առաջանում է նուրբ, գծային, շարժուն շարակցական սպի:

Թարախային պարունակությամբ վերքերը լավանում են երկրորդային ձգումով: Սկզբում մաքրվում է բորբոքային օջախը մահացած բջիջներից, արյան մակարդուկներից, այնուհետև զարգանում է գրանուլյացիոն հյուսվածք, և սկսվում է սպիացման պրոցեսը: Աստիճանաբար վերքի եզրերը փոքրանում են:

Երկրորդային ձգումով լավանում են թարախային վերքերը, ինչպես նաև առաջնային վիրաբուժական մշակման ենթարկված, մաքուր, բայց եզրերը իրարից հեռու վերքերը:

Վնասվածի բուժման հիմնական սկզբունքները. վնասվածի խնամքը

Բացի վերքի տեղային բուժումից՝ պետք է նաև անցկացնել վնասվածի ընդհանուր բուժում, կազմակերպել նրա խնամքը:

Ընդհանուր բուժման խնդիրներն են.

–պայքար ինտոքսիկացիայի դեմ (սա զարգանում է միկրոբների կենսագործունեության պատճառով),

–կարևոր կենսական օրգանների գործունեության և նյութափոխանակության վերականգնում,



–օրգանիզմի պաշտպանական ուժերի բարձրացում:

Տուժածի խնամք ասելով՝ հասկանում ենք մի շարք միջոցառումների անցկացում, որոնք կարող են անհրաժեշտ լինել ցանկացած վնասվածքի դեպքում՝ անկախ վերքի տեսակից և տեղակայումից:

Վնասվածը պետք է տեղավորված լինի լավ լուսավոր, տաք, մաքուր սենյակում: Հագուստը պետք է լինի հարմար: Պետք է հետևել հիվանդի մարմնի մաքրությանը և արտաքին տեսքին: Դրա համար անհրաժեշտ է.

–հիգիենիկ լոգանքներ կամ ցնցուղ՝ 5-7 օրը մեկ անգամ (ծանր, անկողնային հիվանդներին մաքրում են անկողնում խոնավ շորով),

–պետք է հետևել բերանի խոռոչին (կատարել ողողումներ, իսկ ծանր հիվանդների բերանը մաքրում են թանգիվե գնդիկներով և անտիսեպտիկ լուծույթներով),

–ժամանակին կտրել ծեռքի և ոտքի մատների եղունգերը, մաքրել ականջները:

Մեծ նշանակություն է տրվում հիվանդի սննդին: Քայլող հիվանդները սնվում են ընդհանուր սեղանից՝ ճաշարանում, իսկ պառկած հիվանդները՝ անկողնում:

Այն հիվանդները, որոնք չեն կարողանում ինքնուրույն ուտել, նրանց կերակրում է հիվանդասենյակի քույրը: Նման դեպքերում տալիս են հեղուկ ճաշեր:

Փսխում լինելու դեպքում քույրը պահում է փսխման մասսան մինչև բժշկի գալը, մանավանդ եթե դրա մեջ արյուն կա: Այդ դեպքում հիվանդին պառկեցնում են հանգիստ դիրքով, դնում են սառցե պարկ, ուտելու և խմելու համար ոչինչ չեն տալիս:

Պետք է ուշադրություն դարձնել հիվանդի տեսքին, նրա դիրքին անկողնում (ակտիվ, պասիվ, հարկադրական): Ծանր և թույլ հիվանդների մոտ պառկելախոցներից խուսափելու համար մաշկը պետք է պահել մաքուր, հաճախակի քսել կամֆորայի սպիրտ, ուղղել սավանը, ժամանակ առ



ժամանակ փոխել հիվանդի դիրքը և մարմնի թիկնային մասին դնել ռետինե օղակ:

Այս միջոցառումները բուժքույրը կատարում է ինքնուրույն:

Հիվանդների խնամքը կազմակերպվում է բուժքրոջ կողմից: Խնամք են պահանջում գլխի, կրծքավանդակի, որովայնի շրջանի և ծայրանդամների վերքերով վնասվածները:

Բուժքույրը պարբերաբար պետք է հետևի հիվանդների անհատական հիգիենային: Հիվանդասենյակները պետք է լինեն լուսավոր, չոր, մաքուր, ջերմաստիճանը 18-20 աստիճան: Հիվանդը պետք է լողանա առնվազն շաբաթը մեկ անգամ, փոխի սպիտակեղենը: Ծանր հիվանդների խնամքը կազմակերպում է բուժքույրը: Երկար պառկող հիվանդների մոտ կարող են առաջանալ պառկելախոցներ: Դրանից խուսափելու համար սպիտակեղենը պետք է փոխել հաճախակի, անկողինը պետք է լինի փափուկ, հարթ, մաշկը պետք է լվանալ գուլ ջրով և օծառով: Պետք է ուշադրություն դարձնել հիվանդի պուլսին, շնչառությանը, փորկապությանը: Արտակարգ դեպքերի ժամանակ շտապ պետք է տեղյակ պահել բժշկին:

Որպեսզի օգնությունը լինի արդյունավետ, բուժքույրը պետք է ծանոթ լինի բոլոր բժշկական միջամտություններին, օգտագործվող սարքավորումներին և կարողանա ճիշտ օգտվել դրանցից:

Հիվանդ երեխայի ընդհանուր խնամքը քիչ բանով է տարբերվում ծանր և մեծահասակ հիվանդների խնամքից: Երեխայի մոտ հաճախ լինում են չոր շրթունքներ, որոնց պետք է օրը մի քանի անգամ վազելին քսել:

Հիվանդ երեխաները հաճախ լինում են դյուրագրգիռ: Դրա համար էլ դժվար է բուժական միջոցառումներ անցկացնելը: Այդ պատճառով բուժքույրը պետք է լինի սիրալիր, ուշադիր և համբերատար:

Հատկապես հատուկ ուշադրություն է դարձվում երեխայի սննդին, քանի որ նրանք հաճախ ունենում են վատ ախորժակ: Կերակուրը պետք է պատրաստել համեղ, երեխային կերակրել առանց շտապելու, փոքր բա-



ժիններով, բռնելով նրա գլուխը: Փսխելու դեպքում պետք է բռնել գլուխը, փսխելուց հետո տալ սառը ջուր՝ բերանը ողողելու համար, այնուհետև պառկեցնել անկողնում, լավ ծածկել, իսկ դողի դեպքում ոտքերին դնել ջեռակ:

Երեխայի բոլոր դիտումները պետք է գրանցվեն թերթիկում, որտեղ նշվում է մարմնի ջերմաստիճանը, ախորժակը, դուրս գնալը, սրտխառնոցը կամ փսխումը, միզելը և այլն:

Երեխաները շատ հաճախ վախենում են սրսկումից, ուստի ներարկիչները և անհրաժեշտ բժշկական գործիքները պետք է նախապատրաստել երեխայի տասնադաշտից դուրս:



Առաջին օգնությունը գանգի, գլխուղեղի փակ և ողնաշարի վնասվածքների դեպքում

Գանգի և գանգուղեղի բաց ու փակ, թափանցող և ոչ թափանցող վնասվածքներն առաջանում են միջուկային զենքի հարվածող ալիքի ներգործությունից, շենքերի փլվելուց, զանազան ամուր առարկաներով գլխին հարվածելուց, որևէ կոշտ իրի վրա ընկնելուց, ծանրության տակ մնալուց (նկ. 48):

Թե՛ բաց, թե՛ փակ վնասվածքները կարող են զուգորդվել ռադիոակտիվ նյութերի ախտահարմամբ: Այս դեպքում վնասվածքները չափազանց արագ են ընթանում:

Փակ վնասվածքների շարքին են դասվում ուղեղի ցնցումը: Այս դեպքում ուղեղի սպիտակ և գորշ նյութում առաջանում են կետավոր արյունազեղումներ:

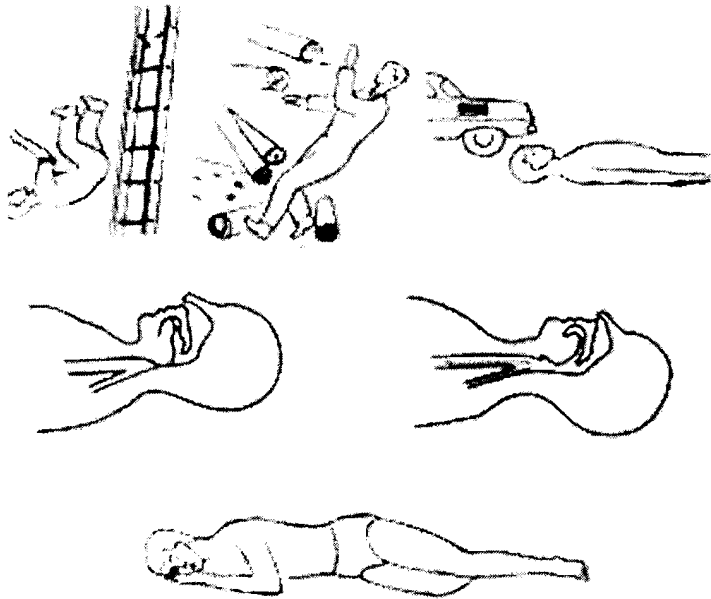
Ըստ կլինիկական ախտանշանների՝ ուղեղի ցնցումը լինում է երեք աստիճանի.

- թեթև կամ առաջին աստիճանի,
- միջին կամ երկրորդ աստիճանի,
- ծանր կամ երրորդ աստիճանի:

Ուղեղի ցնցման ժամանակ լինում է գիտակցության կորուստ՝ վնասվածք ստանալուց անմիջապես հետո, հիշողության կորուստ անկախ ցնցման աստիճանից: Վնասվածը չի հիշում իր հետ կատարված դեպքի մասին:

Առաջին աստիճանի դեպքում լինում է գիտակցության կորուստ մի քանի վայրկյանից մինչև 1-2 րոպե: Լինում է նաև փսխում, գլխացավ:

Երկրորդ աստիճանի ժամանակ գիտակցության կորուստը տևում է մի քանի ժամ, ռեֆլեքսները լինում են թուլացած, շնչառությունը մակերեսային, պուլսը դանդաղ, լինում է նաև փսխում:



Նկ. 48. Ուղեղի ցնցում

Երրորդ աստիճանի դեպքում գիտակցության կորուստը տևում է մի քանի օր: Որքան գիտակցության կորուստը երկար է տևում, այնքան վնասվածի վիճակը ծանրանում է: Այս դեպքում դիտվում է մկանների և ռեֆլեքսների տոնուսի թուլացում, պուլսը լինում է դանդաղ, շնչառությունը՝ ճակերեսային: Վնասվածն ունենում է գլխացավ, գլխապտույտ, ականջներում աղմուկ, ականա միզարձակում և կղում:

Ուղեղի ճնշում: Հիմնական պատճառը ներգանգային արյունահոսությունն է, որը ճնշում է գործադրում ուղեղի վրա: Ուղեղի ճնշում կարող է առաջանալ նաև գանգի ոսկրերի կոտրվածքի պատճառով, երբ ոսկրի կտորները ճնշում են ուղեղի վրա:



Արյունահոսության դեպքում կլինիկական ախտանշաններն ի հայտ են գալիս մի քանի ժամից մինչև մի քանի օրվա ընթացքում: Այս դեպքում արյունը կուտակվելով գանգի խոռոչի որևէ մասում ճնշում է ուղեղի վրա, բարձրանում է ներգանգային ճնշումը, պուլսը լինում է դանդաղ, ռեֆլեքսները թուլացած: Լինում է նաև փսխում, գիտակցության մթագնում:

Երբեմն վնասվածի վիճակը շատ է ծանրանում և հնարավոր չի լինում փրկել:

Ուղեղի սալջարդ կամ ջարդվածք: Սա առաջանում է ուժեղ հարվածից: Այս դեպքում վնասվում է ուղեղի հյուսվածքը, կարող է լինել նաև ուղեղի արյունահոսություն: Լինում է գիտակցության կորուստ 1-2 րոպեից մինչև 1-2 ժամ: Ողնուղեղային ճնշումը լինում է բարձրացած կամ իջած, նկատվում է մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում, փսխում: Բիբերը լինում են լայնացած, լուսային ռեակցիան բացակայում է:

Ըստ այն համգամանքի, թե տուժածի որ մասն է վնասված, լինում է տեսողության, լսողության, կլման ակտի և խոսելու խանգարում: Առաջանում են նաև վեգետատիվ խանգարումներ, սրտի աշխատանքի և շնչառության խանգարում, քրտնարտադրություն:

Առաջին բուժօգնության համար վնասվածին տալիս են հանգիստ դիրք, գլխին դնում են սառը և պատգարակով տեղափոխում բժշկական հիմնարկ:

Անշարժացնող բեկակալ դնել չի թույլատրվում, քանի որ վնասվածը կարող է ճանապարհին հետ տալ, և խցանել շնչափողը: Գլուխը դրվում է բամբակ-թանգիվից պատրաստված գլանակի վրա: Փսխում լինելու դեպքում գլուխը պետք է շրջել մի կողմի վրա և բերանը մաքրել փսխման զանգվածից:

Վնասվածին տեղափոխում են բուժօգնության, որտեղ պետք է ապահովել անկողնային ռեժիմ:



Գանգոսկրի կոտրվածքներ: Սա լինում է վթարների ժամանակ, արտադրության մեջ, փլատակների տակ մնալիս: Գանգոսկրի կոտրվածքները լինում են փակ և բաց, թափանցող և ոչ թափանցող: Ավելի վտանգավոր են բաց և թափանցող վնասվածքները, որոնց ժամանակ կարող է ներս թափանցել վարակ, առաջացնելով մի շարք հիվանդություններ՝ մենինգիտ, էնցեֆալիտ, ուղեղի աբսցես և այլն:

Գանգի հիմքի կոտրվածք: Սա դասվում է ծանր վնասվածքների շարքին: Լինում է գանգուղեղային նյարդերի, ուղեղի կարծր թաղանթի վնասվածք: Քանի որ գանգի խոռոչը բերանի, ականջի և քթի միջոցով հաղորդակցվում է արտաքին աշխարհի հետ, այդ պատճառով այս կոտրվածքները դասվում են բաց և թափանցող վնասվածքների շարքին:

Այս վնասվածքի ժամանակ լինում է քթից արյունահոսություն, ուղեղային հեղուկի հոսք, դեմքը թեքվում է մի կողմի վրա, ականազների շուրջ առաջանում են արտահայտված արյունազեղումներ: Սա ի հայտ է գալիս վնասվածք ստանալուց մեկ օր անց:

Առաջին օգնության նպատակով կատարում են գլխի անշարժացում, և տուժածին տեղափոխում բժշկական հիմնարկ: Եթե քթից, ականջից կամ բերանից կա արյունահոսություն, այս դեպքում խոռոչները լվանալ չի կարելի: Պետք է դնել միայն տամպոն, որպեսզի ինֆեկցիան ավելի խոր չթափանցի, ներարկել սիրտ-անոթային համակարգի աշխատանքը կարգավորող դեղանյութեր, շնչական կենտրոնը գրգռող միջոցներ:

Գանգոսկրի կոտրվածքի դեպքում, եթե չեն լինում ուղեղային երևույթներ, ապա վնասվածին տալիս են հանգիստ դիրք, իսկ եթե կոտրվածքն ուղեկցվում է նաև ուղեղի վնասումով, ապա կատարում են վիրահատություն:

Գանգոսկրի և ուղեղի հրազենային վնասվածքներ: Այս վնասվածքները լինում են թափանցող և ոչ թափանցող: Դրանք դասվում են ծանր վնասվածքների շարքին, քանի որ վնասվում են մի շարք կարևոր կենտրոն-



ներ: Առաջանում է ուղեղի ցնցում և վնասում, որը ընթանում է թարախային ինֆեկցիայով:

Առաջին օգնության համար պետք է դնել ախտահանված վիրակապ, ներարկել ցավազրկող, կատարել անշարժացում և տեղափոխել բժշկական հիմնարկ:

Վիրակապը դրվում է յուրահատուկ ձևով. ախտահանված անձեռոցիկը կամ բամբակ-թանգիվային վիրակապը դնում են վերքի վրա, այնուհետև պատրաստում են բամբակ-թանգիվային օղակ՝ այն դնելով վիրակապի եզրերի վրա, և ամրացնում են բինտային կապով, որպեսզի վիրակապը չճնշի վնասված ուղեղին: Գլխին դրվում է «չեպչիկ» վիրակապ:

Վերքին ձեռք տալ և օտար մարմինները հեռացնել չի թույլատրվում վնասման օջախում: Փսխում լինելու դեպքում գլուխը թեքում են մի կողմի վրա, որպեսզի փսխման զանգվածը չնկնի շնչափողի մեջ:

Եթե վնասվածը գտնվում է անգիտակից վիճակում, պետք է լեզուն բռնել բուլավկայով, կապել բինտով, ամրացնել պարանոցին և շտապ տեղափոխել բուժհիմնարկ:

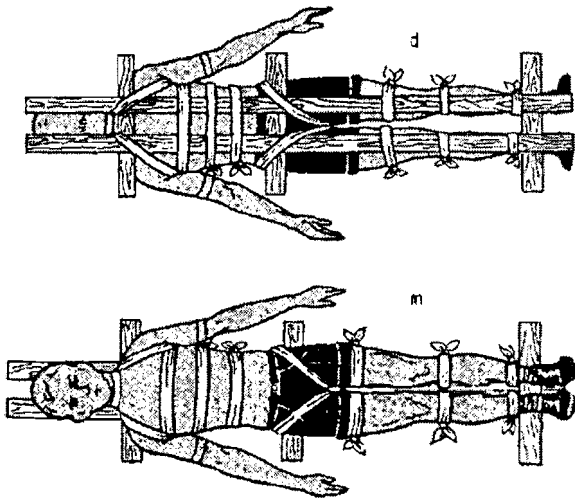
Անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է վիրահատություն: Դրանից հետո վնասվածին պետք է տալ հանգիստ, սահմանել հսկողություն նրա նկատմամբ, քանի որ նրանք կարող են պոկել վիրակապը, ընկնել մահճակալից: Կարգավորել սնունդը, կատարել կաթետերիզացիա, դնել գազահան խողովակ:

Ողնաշարի բաց և փակ վնասվածքներ. Ողնաշարի վնասվածքները լինում են բաց և փակ: Փակ վնասվածքների պատճառ կարող է հանդիսանալ հարվածային ալիքը, բարձր տեղից գլխի կամ հետույքի վրա ընկնելը:

Ողնաշարի վնասվածքի ժամանակ կարող է վնասվել կամ չվնասվել ողնուղեղը: Եթե վնասվում է նաև ողնուղեղը, վնասվածքը համարվում է բարդացած:

:ժնուպ դ մասժուղ վըվլ չ ծաղիւ մըցնզիտսկիտո յվմոցնսիցո
 'մզցիտնօ զըվսկս զգ ըստն ըստցոմժժ վիսնսիտ դ ըսնզտոկտսն 'իստսկիտ
 վմսսճնոկ զգ ըսսիժ միշուղ :յոցոմժոսոճ մզնսկմզիստի վնոզիտս
 'ժցոտոռվշո յոկոմշսննոռվոց վմտտոկ չ ծաղիւ մմսսճոսս

իսնսճվն վնզցիտսկիտ տնոցոմժոմշոց վմշոցնս զոկիտսսի . 49. իլ



:սոցոպ սնուտ ճմսն ըսսճսցնօ յոկոտսվնոցոռ իկոցըվսթսս
 ըսսկսսկոնզտ 'մզցնսիսնոկոմ ըսսիսկոմզց 'մզցըստոնսճվը յվմիսշոկոպ
 զգ ըսսիճոկիցը :լզմտտոկ վլզմոկ վճ ոզիտրսց մզցըսնցն 'մզցըսս
 -մոշ նսմլզիտ 'ըսսիստոմրսճ վճ լզոկսկոնզտ ոմի վիտմոնտոկ շվսս
 ճվիտմոնտոկ իզը : (67. իլ) ճվիտմոնտոկ իսնզիտի իսնզիսսիտժոմ
 յոմը . ոմի վիտմոնտոկ ըսսցնզիստ ոմի վճճը յվճոկոռոյի դ ոմզց
 -ոճ ըոկ իտոռվոտ զգ ըստն ոմի վիտմոնտոկ մոցոպ ոմս : իտոռվոտ
 -ոմսը 'իտոռվոտ 'ոկոկիզ տշս զգ ըսսճսնտոն : վիոռոյի՞ մնզնսցնս
 ըոնցո վիոռոյի վնոզիտս 'լզցնոթմոմշոց . շ. մժվն վոկոկոռոյի իսնզոկսի՞
 'ոկոկոմսկի ճոկիցոպտոռվո լզն ժոմճսնշսնն . ի. :մըսսճսցնօսս

:իսպոց լոցոմճզի չ

նսմոկ ող :մըսսճսնոճշ չ ըսսիստոցոռ 'ճոկիճոկ վնզցըոկը յվմոնսիճվը
 դ սոցոստո 'ըսսոնոցոռ յոմճսնսնոնն վնզցըոնս վճցսի 'տոռսմ
 -սի վնզցըսսճսնսնոնն վիտոզտ մսնս 'ճոկիճոկ վնզցըսսճվն յվմստո
 դ յվմզի զգ ըսսիտսն ոտո 'չ ըսսցոմժժ վնցոմոտո մժճոկոռոյի ճճ
 :ժոսս վիսնզս յվմոնզնսցնս ճվնզտ ճոկոռոյի զցճմզ 'ըսսճսսսկոցսսմ
 'ժմզի դոց ոկ իոցոռոթ վնոմ յոկոռ : ըսսճոզն վճճոկոռոյի ոկի չըվ
 'ըզ զնզցըոմշոտոկո ըրսց ճճվն իոցոռոթ վնզցճճոկոռոյի ոմ

:ըսսոնոցոռ վմվնզըսճ վնզցըոնս վճսսսկվճցսի 'ըսսճսթսն
 -ոցոռոցո իվմ ղչըվը ճվնզցըսթս զոմշոցո ճոկի 'մզցըսթս յոկոկիվըվի
 վիտոզտ մզմտո լզըվ զգ նսմոկ ըսսճոզն յոցոռոյի վիտոցոռ վնզնսցնս

:մզնսկմզիստ 'ըսսոնոցոռ յոցնսցո
 'ըսսճսթիճստոմ վնզցըոնցոմոմ 'ըսսոնոցոռ վնզցըսսճսնոնն
 վիտոզտ մսնս չ ըսսըվ իոցոռոթ վճճոկոռոյի իվմ վնզնսցնս

:իսժ ըսսճ չ ճոսո մսս 'ճճոկոռոյի վնզ
 -ըոնս վճսսսկ վնոկիսսս դ վիտնցոկոմճոկի դոց չ ըսսըվ իոցոռոթոկ
 :լզցնցո ովնիզճըվ չ նսմոկ դ ըսոռոյի վիտոցոռ ըոկ իվմ վնզնսցնս
 չ ըսսըվ ըսսճոզն ոմ մս վոմժ 'մճճոկոռոյի ոկի վմշոցնս յոմժ 'ճճոկ
 -ոռոյիսցո վլզիտ չ ըսսիսոցո : իոցոռոթ վնզցճճոկոռոյի յվմոցնոմս
 չս դ յվմոցնոմս զգ ըսսցոմժոս 'մզցճճոկոռոյի ոմ վմշոցնս

:ըսսճսոկոննվը դ ըսսճսոկոննսի 'տոռսսի
 յոմճսնսնոնն ղճվը ճվոռ ճոկոռոյի 'ճոկիճոկ վնզցըոնցոմոմ դոց զգ
 ըսսկոռո : իսթոկիճ վնզցվս չ ճոկիսիոցոռոմ մսս 'ըսսճսվլզցոն
 -ըոցո վնզցվս չ ըսսըվ : ճոկիսմ 'մնզցըոկը 'ճոկիճի չ ըսսըվ մնոկիսս
 : ոմի վնզոս ըոկ վլն ըսսնոթսն զգ ըսսշց ճմզ 'ըսսոկոռո չ վլզիտ
 յմս 'իոն նզթս 'ըսսոնոցոռ վնզցըսթմոժ վմշոցնս 'մնզցըոմշոտոկ
 լոկոզս զգ ըսսըվ իոցոռոթ վնզցճճոկոռոյի ոկի վմշոցնս



Առաջին օգնությունը պարանոցի, կրծքավանդակի և կրծքախոռոչի օրգանների վնասվածքների դեպքում

Պարանոցի վնասվածքները կարող են լինել բաց, փակ, թափանցող և ոչ թափանցող: Կարող են վնասվել խոշոր անոթները, նյարդերը, ըմպանը, կոկորդը, շնչափողը, կերակրափողը:

Քնային և ենթանրակային զարկերակի և լծերակի վնասվածքներ

Քնային և ենթանրակային զարկերակի վնասվածքի ժամանակ առաջանում է ուժեղ արյունահոսություն, և մի քանի րոպեից տուժածը կարող է մահանալ:

Լծերակի վնասման ժամանակ կարող է առաջանալ օդային էմբոլիա, որը պայմանավորված է երակների բացասական ճնշումով: Այդ դեպքում օդը երակի մեջ է մտնում սուլոցով, առաջանում է ուժեղ ցավ, սուր արյունահոսություն, մաշկը և տեսանելի լորձաթաղանթը գունատ են, դիմագծերը սրված, լինում է դժվարաշնչություն, պուլսը արագացած, ապա սրտի և շնչառության կանգ և մահ (օդը խցանում է աջ նախասիրտը և աջ փորոքը):

Կոկորդի և շնչափողի վնասվածքը կարող է լինել ինչպես ինքնուրույն, այնպես էլ մյուս օրգանների հետ միասին: Այս դեպքում լինում է հեղ, նոսրացած հագ, արյունախիտում, կլման ակտի խանգարում, ծայրի խոպոտություն սկզբում, իսկ հետո լրիվ բացակայություն: Արյունը կարող է լցվել շնչառական ուղիները և առաջացնել շնչափողություն (ասֆիքսիա):

Կերակրափողի և ըմպանի վնասվածքի ժամանակ լինում է ցավի զգացողություն կլման ժամանակ, սնունդը և թուքը դուրս են հոսում բաց վերքից, լինում է դժվարացած շնչառություն, ասֆիքսիա, խոսքի խանգարում: Կերակրափոխի վնասվածքը հանդիպում է ավելի քիչ, այն էլ կրծքի վանդակի թափանցող վերքերի ժամանակ:



Առաջին բուժօգնության համար վերքի վրա դրվում է ճնշող կապ, և որքան հնարավոր է արագ տեղափոխում են բժշկական հիմնարկ, մասնագիտական բուժօգնություն ցույց տալու, ինչպես նաև հակաշոկային միջոցառումներ անցկացնելու համար:

Բուժումը վիրահատական է: Վիրակապը պետք է փոխվի հաճախակի: Վնասվածին անհրաժեշտ է լավ խնամք:

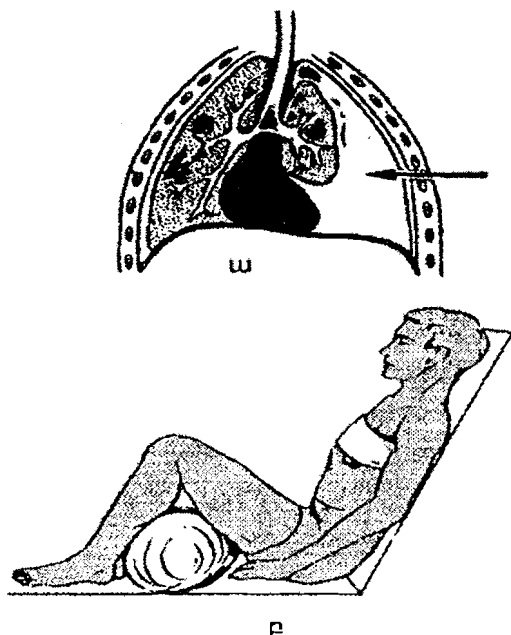
Կողերի կոտրվածք: Կողերը հիմնականում կոտրվում են հարվածից: Կարող են կոտրվել մեկ կամ մի քանի կողեր: Ամենից հաճախ կոտրվում են 5-8-րդ կողերը: Այս դեպքում վնասվում են շնչառական ուղիները, շնչափողը և բրոնխները. շնչուղու լուսանցքը լցվում է լորձով, արյունով: Խանգարվում է շնչառությունը, թոքային օդափոխությունը: Առաջանում է հիպօքսեմիա (թթվածնային քաղց):

Լինում է սուր և ուժեղ ցավ, որն ավելի է ուժեղանում շնչառության և շարժումների ժամանակ: Առաջանում են հագ, վնասվածքային շոկ, մակերեսային և հաճախացած շնչառություն, մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների ցիանոզ, պնմոթորաքս և հեմոթորաքս:

Այս բարդություններն առաջանում են այն ժամանակ, երբ կոտրված ոսկրի սուր ծայրերը վնասում են թոքերը և պլևրան: Եթե օդ է լցվում պլևրայի խոռոչի մեջ կոչվում է պնմոթորաքս, եթե արյուն՝ հեմոթորաքս:

Առաջին բուժօգնության համար կոտրված ոսկրի շրջանում դնում են ճնշող կլոր կապ խոր արտաշնչման ժամանակ: Այն պատրաստում են լայն բինտից կամ սրբիչից և կիսամետաղ դիրքով տեղափոխում բուժօգնարկ:

Բաց պնմոթորաքսի ժամանակ օդը ներշնչման ժամանակ վնասված մասով ներս է մտնում պլևրայի խոռոչ, իսկ արտաշնչման ժամանակ դեպի արտաքին միջավայր դուրս են գալիս օդը և արյունը (Նկ. 50):



Նկ.50. Կրծքավանդակի թափանցող վիրավորում

ա-բաց պնևմոթորաքսի սխեման, բ-տուժածի դիրքը կրծքավանդակի վերքը փակելուց հետո և փոխադրամիջոցով տեղափոխման ժամանակ

Այս վիճակը հանգեցնում է թոքերի աշխատանքի ընկճման, թթվածնային քաղցի և շոկային երևույթների:

Ախտանշաններն են՝ կրծքավանդակի ցավ, հարկադրված դիրք և անհանգիստ վիճակ, հևոց, արյունախիտում, ցիանոզ, պուլսը հաճախացած, թույլ լեցումով, արյան ճնշումը ընկած: Առաջանում է սրտային և շնչառական անբավարարություն:



Կրծքավանդակի փակ վնասվածքներ

Կրծքի վանդակի և խոռոչի վնասվածքները դասվում են ծանր վնասվածքների շարքին. դրանք երբեմն վերջանում են մահով: Այս վնասվածքները կարող են առաջանալ բուժ գործիքով հարվածելիս, փլատակների տակ մնալուց, հարվածային ալիքից, որի ժամանակ վնասվում են կրծքի վանդակի փափուկ հյուսվածքները, լինում է կողերի կոտրվածք, զարգանում է վնասվածքային էմֆիզեմա, պլևրայի խոռոչում արյունահոսություն և պնևմոթորաքս:

Կրծքավանդակի բաց վնասվածքները և դրանց բարդությունները

Կրծքավանդակի բաց, ոչ թափանցող վերքերը կարող են առաջացնել մաշկի, մկանների, կողերի և անոթների վնասվածքներ, նույնիսկ թոքերի պատռվածք, իսկ կրծքի վանդակի թափանցող վերքերի ժամանակ լինում է բաց, փակ և փականային պնևմոթորաքս:

Փակ պնևմոթորաքսի ժամանակ օդը պլևրայի խոռոչ է մտնում հյուսվածքը վնասող առարկայի (արկի կտորի) հետ միասին: Առաջանում է փակ պնևմոթորաքս, քանի որ վերքային խողովակը լինում է կարծ, արտաքին հյուսվածքները կծկվում և փակվում են անցքը: Վնասվածը զգում է ցավ, ունենում է հազ, նկատվում է ցիանոզ, շնչառությունը մակերեսային է և հաճախացած, պուլսը՝ արագ և թույլ լեցումով:

Բաց պնևմոթորաքսի ժամանակ օդը ներշնչման ժամանակ վնասված մասովներս է մտնում պլևրայի խոռոչ, իսկ արտաշնչման ժամանակ դեպի արտաքին միջավայր դուրս է գալիս օդը և արյունը:

Այս վիճակը բերում է թոքերի աշխատանքի ընկճման, թթվածնային քաղցի և շոկային երևույթների:



Ախտանշաններն են՝ կրծքավանդակի ցավ, հարկադրված դիրք և անհանգիստ վիճակ, հևոց, արյունախիտում, ցիանոզ, պուլսը հաճախացած, թույլ լեցումով, արյան ճնշումը ընկած: Առաջանում է սրտային և շնչառական անբավարարություն:

Փականային պնևմոթորաքս

Այս դեպքում ներշնչման ժամանակ օդը վերքի միջով լցվում է պլերայի խոռոչ և դուրս չի գալիս, կամ դուրս է գալիս քիչ քանակությամբ (փականը խանգարում է օդի դուրս գալուն):

Օդը կուտակվելով լցվում է պլերայի խոռոչի մեջ: Եթե վնասված է աորտային պլերան, ապա օդն անցնում է փափուկ հյուսվածքների մեջ, մաշկի տակ և առաջացնում ենթամաշկային էմֆիզեմա:

Օդի շատ լինելու դեպքում կարող է առաջանալ կրծքավանդակի այտուց:



Առաջին օգնությունը կրծքավանդակի ոչ թափանցող վերքերի և փակ պնևմոթորաքսի ժամանակ

Անհրաժեշտ է վերքի վրա դնել ախտահանված վիրակապ, նախնական եղանակով դադարեցնել արյունահոսությունը, ձեռնարկել թեթև հակաշոկային միջոցառումներ (տաքացնել, տալ տաք թեյ, քիչ քանակությամբ ալկոհոլ), ներարկել ցավազրկող միջոցներ և կիսանստած դիրքով տեղափոխել բժշկական հիմնարկ:

Անհրաժեշտության դեպքում կյանքի ցուցումով կատարում են վիրահատություն:

Բաց պնևմոթորաքսի ժամանակ առաջին հերթին դրվում է հերմետիկ վիրակապ, որի համար օգտագործում են բամբակ-թանգիվային բարձիկ կամ ախտահանված անձեռոցիկ, վերքի եզրերին քսում են վազելին և փակում են վերքը: Վիրակապի վրայից դնում են մոմլաթ՝ ամրացնելով այն կաշուն սպեղանիով և կիսանստած դիրքով տուժածին տեղափոխում են բժշկական հիմնարկ: Այստեղ վիրահատական եղանակով բաց պնևմոթորաքսը վերածում են փակի:

Փականային պնևմոթորաքսի ժամանակ վնասման օջախում դնում են ախտահանված հերմետիկ վիրակապ և կիսանստած դիրքով վնասվածին շտապ տեղափոխում բժշկական հիմնարկ: Այստեղ օդը հանում են պունկցիայի միջոցով: Կանխարգելիչ նպատակով պլերայի խոռոչի մեջ ներարկում են հակաբիոտիկներ և ուղարկում մասնագիտական բժշկական հիմնարկ, որտեղ վերքը խուլ կարում են:

Վիրահատությունից հետո վնասվածը պետք է լինի բժշկի և բուժքրոջ հսկողության տակ: Ցավը մեղմացնելու համար ներարկում են ցավազրկողներ: Վերքի ապաքինումից հետո պետք է կատարել բուժական մարմնամարզություն:



Առաջին օգնությունը որովայնի, որովայնախոռոչի և կոնքի օրգանների վնասվածքների ժամանակ

Որովայնի և կոնքի խոռոչի օրգանների փակ կամ ենթամաշկային վնասվածքներ առաջանում են հիմնականում բութ գործիքներով հարվածներից, հատկապես այն առարկաներով, որոնք ունեն փոքր մակերես, բայց ազդում են մեծ ուժով (բռուցք, տարբեր առարկաներ, կենդանու սմբակ, փլվածքների տակ մնալիս և այլն):

Վնասվածք ստանալու համար մեծ նշանակություն ունի տվյալ պահին որովայնի պատի դրությունը. այսինքն՝ այն լարված է, թե՞ թուլացած, ստամոքսը և աղիները լցված են սննդով կամ հեղուկով, ի՞նչ ֆիզիոլոգիական վիճակում են գտնվում ներքին օրգանները:

Այդ տեսակետից կարևոր հանգամանք է նաև հարվածի անակնկալությունը: Երբ մարդ սպասում է հարվածին, որովայնի պատի մկանները լարվում են, և հարվածի ուժը զգալի չափով մեղմանում է: Եվ հակառակը, եթե հարվածն անակնկալ է, այսինքն՝ որովայնի պատի մկանները թուլացած են, ապա թույլ հարվածից անգամ կարող են առաջանալ զգալի վնասվածքներ:

Բութ գործիքով հարվածի դեպքում վնասվում են նախ և առաջ այն օրգանները, որոնք որովայնի խոռոչում մեծ մակերես են գրավում (լյարդ, փայծաղ, ստամոքս, աղիներ և այլն): Այդ օրգանների հաճախակի վնասվածքը պատռվածքն է:

Պարենխիմատոզ օրգաններից ամենից հաճախ վնասվում են լյարդը և փայծաղը, ընդ որում մեծ նշանակություն ունի դրանց նորմալ կամ պարոլոգիական վիճակը վնասվածք ստանալու պահին:

Եթե լյարդը և փայծաղը մեծացած չեն և գտնվում են կողերի տակ, ապա հարվածը դժվարությամբ կարող է առաջ բերել այդ օրգանների պատռվածք: Իսկ եթե դրանք չափերով մեծացած են և դուրս են գալիս



կողերի տակից ու մոտենում որովայնի առջևի պատին, նաև այս կամ այն հիվանդության պատճառով փխրուն են դարձել, ապա հեշտությամբ կարող են պատռվել նույնիսկ չնչին հարվածից:

Աղեստամոքսային համակարգի համար նույնպես մեծ նշանակություն ունի դրանց ֆիզիոլոգիական դրությունը, հատկապես աղիների և ստամոքսի դատարկ կամ ընդհակառակը՝ լցված լինելը:

Եթե այդ օրգանները լցված են սննդով, մեծ քանակությամբ հեղուկ և օդ են պարունակում, ապա դրանք ավելի հեշտ են վնասվում, առաջացնելով մեծ պատռվածքներ:

Որովայնի օրգանների պատռվածքները կարող են լինել մեկ կամ բազմաթիվ տեղերում:

Պարենխիմատոզ օրգանների պատռվածքների դեպքում տեղի է ունենում ներքին արյունահոսություն՝ արյունը լցվում է որովայնախոռոչ: Այդ օրգանների պատռվածքի դեպքում հաճախ պատռվում է օրգանը պատող կապսուլան: Որոշ դեպքերում լինում են ներկապսուլային պատռվածքներ, երբ չնայած օրգանի վնասմանը, պատիճի ամբողջականությունը չի խախտվում: Նման դեպքերում արյունը կուտակվում է կապսուլայի տակ:

Մեծ վնասվածքների դեպքում որոշ ժամանակ անց վերջին հաշվով պատռվում է կապսուլան, և արյունը հոսում է որովայնախոռոչի մեջ:

Մեծ վնասվածքների ժամանակ արյունահոսությունն այնքան ուժեղ է լինում, որ վնասվածի մոտի ի հայտ են գալիս սուր արյունապակասության նշաններ՝ մաշկը գունատվում է, պուլսը հաճախանում, արյան ճնշումն իջնում է, ծայրամասները սառն են, գանգատվում է գլխապտույտից, լինում են փսխումներ:

Որոշ չափով լարվում են որովայնի պատի մկանները: Այն շոշափելիս լարված է և ցավոտ:

Մեծ քանակությամբ արյուն կուտակվելու դեպքում որովայնի բախման հնչյունը բթանում է, մանավանդ որովայնի ստորին մասերում: Սա շատ



կարևոր ախտանշան է ներորովայնային արյունահոսությունն ախտորոշելու համար (հիարկե, մյուս նշանների առկայության դեպքում):

Պարենխիմատոզ օրգանների պատռվածքն առաջին թուքներից հայտնաբերել հնարավոր չէ: Վնասվածի մոտ այդ ժամանակ լինում է շոկային վիճակ:

Յուրաքանչյուր 0,5-1 ժամը մեկ վնասվածին հետևելիս կարելի է հայտնաբերել, որ պերկուտոր բթությունն աստիճանաբար տարածվում է դեպի որովայնի մյուս մասերը: Օրինակ, լյարդի պատռվածքի առաջին թուքներին բթությունը լինում է միայն որովայնի ստորին մասում, այն էլ աջ կողմում, բայց արյան քանակի ավելանալու հետ միասին բթությունն անցնում է նաև որովայնի ձախ կողմը:

Իսկ փայծաղի պատռվածքի ժամանակ պերկուտոր բթությունը սկսվում է ձախ կողմում, ապա անցնում է աջ կողմը:

Ստամոքս-աղիքային պատռվածքների ժամանակ ստացվում է մի քիչ այլ պատկեր: Ավելի հաճախ պատռվում են բարակ աղիները, հետո հաստ աղիները: Ավելի քիչ պատահում է ստամոքսի պատռվածք: Աղիների պատռվածքը կարող է լինել մեկ կամ մի քան տեղերում, որոնք կարող են լինել տարբեր մեծության (փոքր պատռվածքից մինչև ամբողջ շրջագծով պատռվածք): Աղիների պատռվածքի ժամանակ, բացի ներքին արյունահոսությունից, աղիների պարունակությունը թափվում է որովայնի խոռոչի մեջ, առաջացնելով որովայնամզի բորբոքում (պերիտոնիտ):

Հաստ աղու միկրոֆլորան ավելի վիրուլենտ է, քան բարակ աղիներինը, դրա համար էլ հաստ աղու պատռվածքն ավելի վտանգավոր է: Մյուս կողմից՝ բարակ աղու վերին հատվածի միկրոֆլորան ավելի քիչ վիրուլենտ է, քան ստորին մասինը:

Ինֆեկցիայի տեսակետից ավելի քիչ վտանգավոր է ստամոքսի պատռվածքը, քանի որ ստամոքսախյուրի ազդեցության շնորհիվ պակասում է թե՛ միկրոբների քանակը, և թե՛ դրանց վիրուլենտությունը:



Պատռվածքի դեպքում որովայնի շրջանում առաջանում են հանկարծակիւժեղ ցավեր, որոնք հիվանդի կողմից նմանեցվում են դանակի հարվածի: Հետո հանդես են գալիս մի շարք երևույթներ, որոնք խոսում են սկսվող պերիտոնիտի մասին: Այս դեպքում նկատվում են հետևյալ նշանները՝ որովայնի պատը խիստ լարվում է մկանների լարվածության պատճառով, այն որոշ չափով ներս է քաշվում: Հիվանդը զանգատվում է ուժեղ ցավերից: Լինում են սրտխառնոց, փսխում: Սկզբում պուլսը չի փոխվում: Մարմնի ջերմաստիճանը չի բարձրանում:

Եթե այս շրջանում վնասվածին չեն օգնում, ապա երևույթները խորանում են, և ի հայտ են գալիս զարգացած պերիտոնիտի նշաններ (վնասվածք ստանալուց մոտ 6 ժամ անց): Այս դեպքում սահմանափակվում է աղիների պերիստալտիկան (կծկանքը), փքվում են աղիները և ողջ որովայնը: Պուլսը հաճախանում է, դառնալով 100-140 զարկ մեկ րոպեում, ջերմաստիճանը բարձրանում է մինչև 39 աստիճան:

Հիվանդի կյանքը փրկելու համար կատարում են վիրահատություն: Որքան շուտ են վիրահատում, այնքան մեծ է լավանալու հեռանկարը:

Միզասեռական օրգանների փակ վնասվածքներ

Միզասեռական օրգանները (երիկամներ, դրանց սկահակները, միզածորանները, միզապարկ, միզուկ) վնասվում են տարբեր տեսակի այն հարվածներից, որոնք անմիջապես ուղղված են այդ օրգանների վրա:

Երիկամի պատռվածք. սա լինում է երկու տեսակի. մի դեպքում երիկամի հետ միաժամանակ վնասվում է նաև որովայնամզը, մյուս դեպքում պատռվում է միայն երիկամը:

Երիկամի պատռվածքը կարող է լինել փոքր կամ մեծ, մի տեղից կամ մի քանի տեղից: Այս դեպքում առաջանում է պարենխիմատոզ արյունահոսություն և զարգանում է արյունապակասության նշաններ:



Երիկամի փոքր պատռվածքի դեպքում բացակայում են սուր արյունապակասության նշանները: Այս դեպքում բուժումը կոնսերվատիվ է (ոչ վիրահատական):

Միզապարկի պատռվածքն առաջանում է ուղղակի հարվածից, մաճանդ, երբ այդ օրգանը գտնվում է լցված վիճակում: Եթե միզապարկը դատարկ է, ապա նա գտնվում է ցայլոսկրի հետևում, և միևնույն հարվածի ժամանակ նա մնում է անվնաս: Միզապարկը կարող է վնասվել ցայլոսկրի կոտրվածքի դեպքում, երբ կոտրված ոսկրի ծայրերը խրվում են միզապարկի պատի մեջ և վնասում այն:

Միզապարկի վնասվածքը նույնպես կարող է լինել 2 տեսակի՝ ներորովայնամզային և արտաորովայնամզային:

Միզապարկի վնասվածքի ժամանակ լինում է միզարձակության խանգարում: Միզապարկի պատռվածքի բուժումը վիրահատական է:



Առաջին օգնությունը համակցված (կոմբինացված) վնասվածքների դեպքում

Արտակարգ իրավիճակի պայմաններում, ինչպես նաև պատերազմի ժամանակ, երբ օգտագործվում են զանգվածային վնասման զենքերի տեսակներ (միջուկային, քիմիական, կենսաբանական) առաջանում են համակցված վնասվածքներ, որոնք բնորոշվում են զանազան մեխանիկական և ջերմային վնասվածքներով զուգորդված սուր ճառագայթային հիվանդության հետ:

Համակցված վնասվածքներն օժտված են մի շարք յուրահատկություններով և տարբերվում են մնացած վնասվածքներից իրենց ընթացքով և ելքով:

Զանգվածային վնասման զենքի օգտագործումից առաջանում է հարվածային ալիք, ջերմային էներգիա, իոնային և լուսային ճառագայթում, ներթափանցող ռադիացիա, որոնք առաջացնում են զանգվածային ախտահարման օջախներ և միանվագ, միատիպ զանգվածային կորոստներ:

Այս դեպքում բնակչության 80-90%-ը կարիք կունենա առաջին բուժօգնության: Փակ վնասվածքները կկազմեն 52%, մաքուր այրվածքները՝ 25-30%, իսկ այրվածքները զուգորդված այլ ախտահարումների հետ՝ 60-85%:

Ըստ ծանրության աստիճանի ախտահարվածների 70-75%-ը կազմում են ծանր և միջին ծանրության ախտահարվածները, իսկ 25-30%-ը թեթև ախտահարվածները:

Հետևաբար, ախտահարվածների 70%-ն ունենում է տարիանման, 10%-ը ուղեկցելու կարիք և միայն 20%-ը կարող է գնալ ինքնուրույն:

Ըստ տեղակայման՝ ախտահարումները վերին և ստորին վերջույթներում կազմում են 59%, գլխի, դեմքի և պարանոցի շրջանում 12%, կրծքավանդակի և կրծքավանդակի օրգանների վնասվածքները 15%, իսկ որովայնի վնասվածքները՝ 14%:



Մահացության տոկոսը կազմում է՝ հարվածային ալիքից 18%, լուսային ճառագայթումից 52%, իսկ ներթափանցող ռադիացիայից 30%:

Համակցված վնասվածքների տեսակներից վտանգավոր են.

1. մեխանիկական և ջերմային վնասվածքների զուգակցումը: Այս դեպքում առաջանում է վերք, կոտրվածք, այրվածք:

2. մեխանիկական և ճառագայթային ախտահարումների զուգակցումները: Առաջանում է վերք, կոտրվածք՝ զուգակցված ճառագայթային ախտահարումների հետ:

3. Ջերմային և ճառագայթային ախտահարումների զուգակցում: Առաջանում է այրվածք՝ զուգակցված ճառագայթային ախտահարման հետ:

4. Մեխանիկական և ջերմային վնասվածքների զուգակցում՝ ճառագայթային ախտահարումների հետ: Առաջանում է վերք, կոտրվածք, այրվածք և ճառագայթային հիվանդություն:

Վերջինս համարվում է ամենածանրը և ամենավտանգավորը:

Բոլոր համակցված ճառագայթային ախտահարումները զգալի չափով վարակված են ռադիոակտիվ նյութերով: Այդ նյութերը շփման կամ օդի միջոցով կարող են վարակել բժշկական անձնակազմին և շրջապատի մարդկանց:

Հետևաբար անհրաժեշտ է պահպանել ընդհանուր և անձնական կանխարգելիչ համապատասխան միջոցառումների կանոնները:

Համակցված վնասվածքներն ունեն հետևյալ յուրահատկությունները.

1. Փոխադարձ ծանրաբեռնվածության սինդրոմ (համախտանիշ), երբ մեխանիկական և ջերմային վնասվածքների առկայությունը բարդացնում է սուր ճառագայթային հիվանդության ընթացքը և ելքը, և ընդհակառակը, ճառագայթային հիվանդության առկայությունը բարդացնում է մեխանիկական և ջերմային վնասվածքների ընթացքը և ելքը: Դրանց պատճառով մահացությունն աճում է 1,5-3 անգամ, քան առանձին վնասվածքների ժամանակ:



2. Համակցված վնասվածքների դեպքում դժվարանում է ախտահարվածների տեսակավորումը բժշկական տարիանման փուլերում:

3. Իոնային ճառագայթների ներգործությունից իջնում է օրգանիզմի դիմադրողականությունը, ճնշվում է ոսկրածուծի գործունեությունը, զարգանում են սակավարյունություն, լեյկոպենիա և օրգանիզմի թունավորում: Այս պայմաններում արագ աճում են թարախածին մանրէները և առաջացնում վերքերի թարախակալում, մեռուկային երևույթներ, թոքաբորբեր, արյան վարակում և այլն, որոնք դժվարացնում են վերքերի, կոտրվածքների և այրվածքների բուժումը:

4. Համակցված վնասվածքների ժամանակ արյան մակարդեղիության ժամանակը երկարում է 1,5-4 անգամ, առաջանում են արյունահոսություններ, արյունազեղումներ և կապտուկներ վերքերում և ներքին օրգաններում:

5. Համակցված վնասվածքների դեպքում տրավմատիկ շոկը զարգանում է ավելի վաղ շրջանում և ընթանում է չափազանց ծանր:

Շոկի երեկտիլ փուլը տևում է երկար, իսկ տորպիդ փուլը՝ կարճ, ընթանում է ավելի ծանր և մեծ մասամբ վերջանում է մահով:

Դրա համար էլ անհրաժեշտ է ժամանակին կատարել բոլոր կանխարգելիչ միջոցառումները, և կանխել շոկի առաջացումը:

6. Համակցված վնասվածքների ժամանակ դժվարանում են առաջին բուժօգնության կազմակերպումը և ցուցաբերումը: Դրանց ուշացման պատճառով մեծանում է անվերադարձ կորուստների քանակը: Դրան նպաստում են փլատակների, բազմաթիվ հրդեհային օջախների առկայությունը և անհատական պաշտպանության միջոցների (հակազագ, պաշտպանիչ հագուստ) պակասը և այլն: Դժվարանում է համալիր բուժումը:

Ելնելով համակցված վնասվածքների յուրահատկություններից՝ առաջին բուժօգնությունը և վիրաբուժական օգնությունը բժշկական տարիանման փուլերում կատարվում են նույնատիպ և համալիր, որպեսզի



արագ վերականգնվի ախտահարված օրգանիզմի և վնասված օրգանների ֆունկցիան:

Բոլոր ախտահարվածներին պետք է վերցնել հաշվառման, որոշել ճառագայթային հիվանդության աստիճանը և շրջանը, կատարել դոզիմետրիկ ստուգումներ տարիանման բոլոր փուլերում:

Բժշկական միջամտությունները պետք է կատարել արագ, քանի դեռ ճառագայթային հիվանդությունը գտնվում է գաղտնի շրջանում:

Ռադիոակտիվ և մարտական թունավոր նյութերը, վարակելով վերքը, արագ ներծծվում են օրգանիզմի կողմից՝ առաջացնելով ընդհանուր թունավորում: Սկզբնական շրջանում վերքը չի տարբերվում սովորական չվարակված վերքից: Հետո աստիճանաբար վերքի մակերեսին առաջանում են նեկրոտիկ (մեռուկային) փոփոխություններ, որոնք վատացնում են բջիջների բազմացման հատկությունը: Այս փոփոխությունները նպաստավոր պայման են մանրէների համար, որոնք ներս թափանցելով առաջացնում են քարախային պրոցես:

Ընկճվում են վերականգնողական պրոցեսները, առաջանում է գունատ, ոչ առողջ գրանուլյացիա, և վիրակապությունների ժամանակ հաճախ առաջանում է ուժեղ երկրորդային արյունահոսություն:

Առաջին բուժօգնությունը: Համակցված վնասվածքների ժամանակ, եթե կա վերք, այրվածք և ճառագայթային հիվանդություն, օգնությունը կազմակերպվում է ընդհանուր կանոններով: Լարանը և ճնշող վիրակապը դրվում է սահմանափակ ժամանակով (1 ժամից ոչ ավել): Անհրաժեշտ է վերքը կապել ախտահանված վիրակապով, անշարժացնել բեկակալով, հազցնել հակազգազ կամ բամբակ-թանգիվային դիմակ, կատարել մասնակի սանիտարական մշակում և տեղափոխել առաջին բուժօգնության ջոկատ: Այստեղ ուղղվում է վիրակապը, դրվում է բեկակալ և կատարվում վիրաբուժական միջամտություն՝ կյանքի ցուցումով:



Վերքից հեռացված հյուսվածքները ռադիոակտիվ նյութերի հետ միասին և վարակված վիրակապական նյութերը հավաքվում ու թաղվում են հողի մեջ, վարակը չտարածելու նպատակով:

Եթե վերքերը, այրվածքները վարակված են կայուն թունավոր նյութերով, վերքի մակերեսից թույները ներծծվում են օրգանիզմի կողմից, առաջացնում ընդհանուր թունավորման երևույթներ և ախտահարում ներքին օրգանները (սիրտ, երիկամներ, թոքեր):

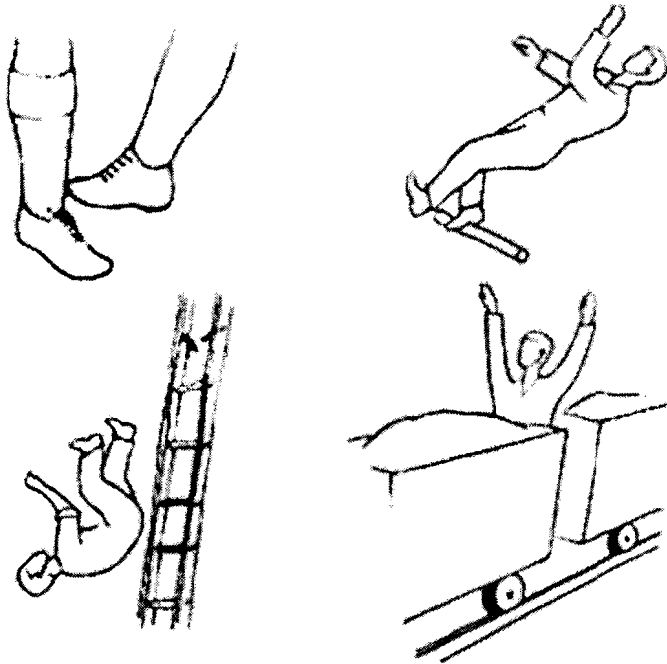
Մարտական թունավոր նյութերով ախտահարվելու դեպքում առաջին բուժօգնությունն ախտահարման օջախում կատարվում է ընդհանուր սկզբունքով. վնասվածին հազցնում են հակազգազ, կատարում վերքի մասնակի սանիտարական մշակում և ներարկում հակաթույն: Այնուհետև անհրաժեշտ է դադարեցնել արյունահոսությունը, վերքի վրա դնել ախտահանված վիրակապ, անշարժացնել բեկակալով, կատարել թեթև հակաշոկային միջոցառումներ և շտապ տեղափոխել բժշկական հիմնարկ: Այստեղ կատարում են վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակում, որպեսզի հնարավորինս արագ դադարեցվի թույնի ներծծումը վերքային մակերեսից:



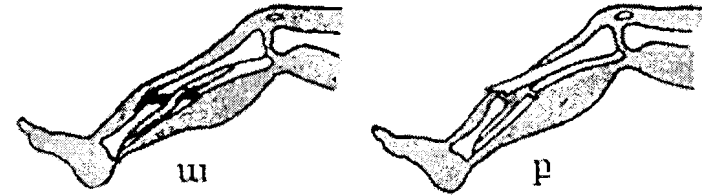
Ոսկրերի կոտրվածքներ, տեսակները, առաջին բուժօգնությունը

Մեխանիկական ուժի ներգործության հետևանքով ոսկրի ամբողջականության լրիվ կամ մասնակի խախտումը կոչվում է կոտրվածք:

Խաղաղ պայմաններում կոտրվածքներ կարող են առաջանալ տարբեր պատճառներից (նկ.51): Տարբերում են փակ և բաց կոտրվածքներ (նկ. 52, 53, 54):

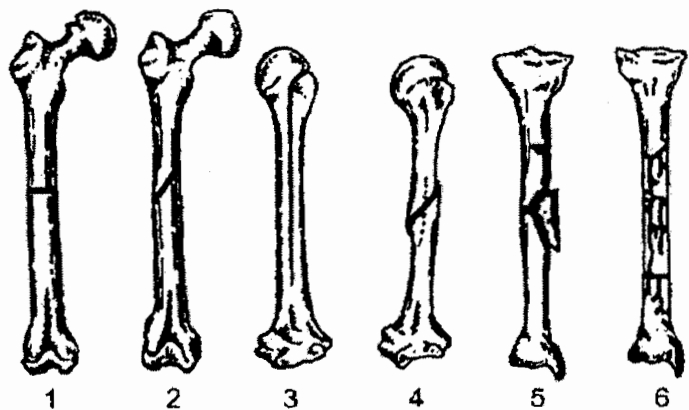


Նկ.51. Կոտրվածքների առաջացման պատճառները
ա-հարվածից, բ-սայթաքելիս, գ-բարձր տեղից ընկնելիս,
դ-սեղման տակ մնալիս



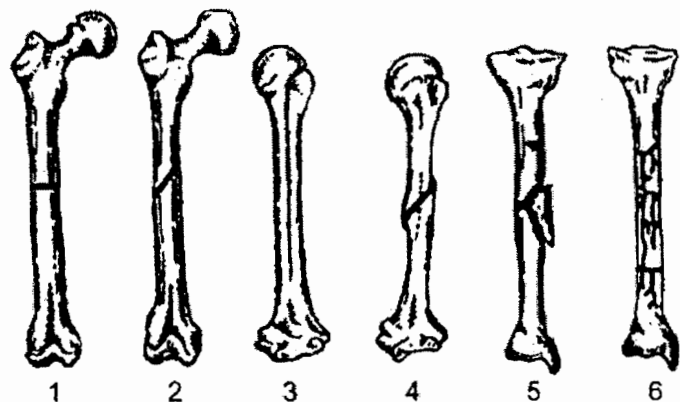
Նկ. 52. Կոտրվածքների տեսակները.
ա-փակ, բ-բաց

Խաղաղ պայմաններում ավելի հաճախ են հանդիպում փակ կոտրվածքներ (առանց մաշկի վնասման): Արտակարգ իրավիճակներում և պատերազմական պայմաններում հիմնականում հանդիպում են բաց կոտրվածքներ (մաշկի վնասմամբ): Ոսկրի ամբողջականության խախտումները կարող է ընդգրկել ողջ ոսկրի հաստությունը, որոնք կոչվում են լրիվ կոտրվածքներ, կամ ոսկրի լայնքի մի մասը, որոնք կոչվում են ոչ լրիվ կոտրվածքներ: Վերջիններիս թվին են պատկանում ոսկրային ճեղքվածքներն ու թերկոտրվածքները: Կոտրվածքներն ուղեկցվում են ինչպես վնասված ոսկրի, այնպես էլ շրջապատող փափուկ հյուսվածքների (մաշկի, մկանների, անոթների, նյարդերի և այլն) զգալի փոփոխություններով:



Նկ. 53. Կոտրվածքների տեսակները.

1-լայնակի, 2-շեղ, 3-երկայնական, 4-պտուտակաձև, 5-բեկորային, 6-փշրված



Նկ. 54. Ոսկրերի կոտրվածքի տեղաշարժման տեսակները.

1-լայնական, 2-երկայնական, 3-անկյունային, 4-ծայրամասային



Բոլոր տեսակի վնասվածքների մեջ խաղաղ ժամանակ կոտրվածքները կազմում են 6-8%-ը: Միջուկային պատերազմի դեպքում այն կկազմի 11%:

Կոտրվածքները լինում են վնասվածքային (տրավմատիկ) և ախտաբանական: Ախտաբանականի դեպքում որոշակի դեր ունեն ոսկրերում տեղի ունեցող ախտաբանական պրոցեսները (ուռուցքներ, ոսկրերի տուբերկուլյոզ, օստեոմիելիտ և այլն):

Գրեթե յուրաքանչյուր կոտրվածք ուղեկցվում է մկանների, նյարդերի, կապանների, ջլերի, արյունատար անոթների վնասումով:

Անկախ վնասվածք առաջացնող ազդակի տեսակից, ուժից և այդ ուժի ազդեցության ուղղությունից ու լարվածությունից՝ տարբերում են հետևյալ տեսակի կոտրվածքները՝ վնասվածքային (տրավմատիկ), ախտաբանական (պաթոլոգիական), փակ կամ ենթամաշկային, բաց, բարդացած, բազմակոտրվածքներ, լրիվ և ոչ լրիվ, ենթավերոսկրային, երկայնակի, պտուտակաձև, փշրված կամ բեկորավոր կոտրվածքներ:

Ցանկացած տեսակի կոտրվածքի դեպքում պետք է իմանալ կոտրվածքի բնույթը՝ բա՞ց է թե՞ փակ, կոտրված ոսկորը տեղաշարժվա՞ծ է, թե՞ ոչ: Կոտրվածքի այս հիմնական հատկությունից ելնելով էլ որոշվում է առաջին բուժօգնության բնույթը:

Յուրաքանչյուր կոտրվածք բնորոշվում է տեղային և ընդհանուր կրևությունների առկայությամբ:

Կոտրվածքների կլինիկական նշանները բաժանվում են բացարձակի և հարաբերականի:

Բացարձակի ժամանակ ենթադրվում են այնպիսի նշաններ, որոնք հնարավորություն են տալիս ճիշտ ախտորոշել կոտրվածքը: Դրանց թվին են պատկանում պաթոլոգիական շարժունակությունը, վերջույթի ոսկրերի կարճացումը և դեֆորմացիան, վերքի առկայությունը, ճարձատյունը (կրեպիտացիան): Վերջին նշանը ստուգելու լանդմարշեյտություն չկա, քանի



որ այդ գործողության ժամանակարարող է ցավը սաստկանալ (հիվանդը կարող է ընկնել շոկի մեջ) և առաջանալ կոտրված ոսկրի տեղաշարժ:

Կոտրվածքի հարաբերական նշան է համարվում տեղային ցավը, հյուսվածքների այտուցը, վերջույթի կամ որևէ այլ վնասված օրգանի ֆունկցիայի խախտումը:

Այտուցը թեև կոտրվածքի ստույգ նշան չէ, այնուամենայնիվ, այն օգնում է ճշտելու կոտրվածքի տեղը: Վնասվածք ստանալուց անմիջապես հետո կոտրվածքի շրջանում առաջացած արյունազեղումը վկայում է այն մասին, որ գործ ունենք մեծ տրամաչափի վնասվածքի հետ: Ավելի ուշ առաջացած արյունազեղումը ցույց է տալիս ավելի ուշ հայտնաբերված կոտրվածք:

Տեղային ցավը որոշում են մանրակրկիտ շոշափմամբ և առանցքային ծանրաբեռնվածության մեթոդով:

Ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի ռենտգեն հետազոտումը, որը կատարում են տարբեր պրոյեկցիաներով:

Կոտրվածքներն ուղեկցվում են մաև օրգանիզմի կողմից ընդհանուր երևույթներով՝ գիտակցության, շնչառության, սիրտ-անոթային համակարգի գործունեության խանգարմամբ, բարձրանում է մարմնի ջերմաստիճանը, նկատվում է ախորժակի կորուստ, անեմիա, լեյկոցիտոզ, էՆՌ-ի արագացում:

Տարբերում են ոսկրերի կոտրվածքների հետևյալ տեսակները.

I. ա) ի ծնե,

բ) ծնեքերովի:

II. ա) Ոչ լրիվ կոտրվածք կամ ճաքվածք,

բ) լրիվ կոտրվածք, երբ ոսկորը կոտրվում է իր ամբողջ լայնքով: Լրիվ կոտրվածքը լինում է՝ տեղաշարժումով (երբ կոտրված ոսկորի ծայրերը անջատվում և հեռանում են իրարից) և առանց տեղաշարժի:



III. Ըստ կոտրվածքի գծի տարբերում են՝ լայնակի, շեղակի, երկայնակի, պտտտակած, զուգորդված, ներխրված կոտրվածքներ:

IV. Եզակի կոտրվածք (ոսկորը կոտրված է մեկ տեղից) և բազմակի կոտրվածք, եթե կան բազմաթիվ կոտրված մասեր, ապա կոտրվածքը կոչվում է բեկորային:

V. ա) Բաց կոտրվածք, որն ուղեկցվում է մաշկի ամբողջականության խախտումով,

բ) փակ կոտրվածք, երբ մաշկի ամբողջականությունը չի խախտվում:

Կոտրվածքի նշաններն են.

–տարբեր ուժգնության ցավը.

–կոտրված մասի երկարության փոփոխություն՝ համեմատած առողջ ծայրանդամի հետ (ավելի հաճախ՝ կարծրացած).

–ֆունկցիայի խանգարում, այսինքն՝ շարժումների անհնարինություն կամ սահմանափակում.

–ոչ նորմալ՝ ախտաբանական շարժունություն կոտրվածքի տեղում.

–կոտրվածքը կարող է ուղեկցվել տարբեր օրգանների վնասվածքով (զանգի կոտրվածքի դեպքում՝ գլխուղեղի վնասվածք, կոնքի կոտրվածքի դեպքում՝ կոնքի օրգանների վնասվածք, կրծքավանդակի կոտրվածքի դեպքում՝ սրտի և թոքերի վնասվածք):

Առաջին բուժօգնությունը

–Շոկը կանխելու համար տալ ցավազրկողներ,

–դադարեցնել արյունահոսությունը,

–բաց կոտրվածքի դեպքում վերքը մշակել և ծածկել ախտահանված վիրակապով մինչև անշարժացումը,

–կատարել ժամանակավոր անշարժացում բեկակալներով՝ Կրամերի մետաղյա կամ Դիտերիխսի փայտյա բեկակալներով, կամ ծեռքի տակ եղած միջոցներով: Դրանց բացակայության դեպքում ստորին ծայրանդամ-



ները կապել իրար, դրանց միջև դնելով փափուկ ներդիր կամ օգտագործել փափուկ ֆիքսատորներ:

Երկար խողովակավոր ոսկրերի (բազուկոսկր և ազդրոսկր) կոտրվածքի ժամանակ պետք է անշարժացնել երեքական հողեր (բազուկոսկրի դեպքում՝ ուսային, արմնկային և ճաճանչ-դաստակային, իսկ ազդրոսկրի կոտրվածքի դեպքում՝ կոնք-ազդրային, ծնկան և սրունք-թաթային հողերը): մնացած դեպքերում անշարժացնում են մոտակա երկու հողերը:

Անշարժացումից հետո պետք է ստուգել անշարժացրած մասից ներքևի մարմնամասի գույնը, ջերմությունը և զգայնությունը:

Այն կոտրվածքները, որոնք ուղեկցվում են ճառագայթային հիվանդությամբ, ընթանում են ավելի ծանր: ճառագայթային հիվանդությունը բացասաբար է ազդում ոսկրային հյուսվածքի ռեգեներացիայի (վերականգնման) վրա: Այս դեպքում վնասվածքը լավանում է ուշ, և լինում են բարդություններ:

Ոսկրային հյուսվածքում առաջանում են օստեոստագ, դիստրոֆիկ խանգարում, ոսկրային հյուսվածքի մեռուկացում:

Կոտրվածքների բարդությունները

Կոտրվածքի ժամանակ ամենից հաճախ լինում է վնասվածքային շոկ, ուժեղ և վտանգավոր արյունահոսություն, կյանքի համար կարևոր կենսական օրգանների վնասումներ (սիրտ, թոքեր, երիկամ, լյարդ):

Վնասվածքային շոկ հաճախ հանդիպում է բաց և փակ կոտրվածքների ժամանակ, առավելապես հրազենից առաջացած բեկորային կոտրվածքների ժամանակ:

Մեծ վտանգ է ներկայացնում խոշոր և կենտրոնական անոթների և ներվայունների վնասվածքը:

Արտաքին և ներքին ուժեղ արյունահոսությունը կարող է հասցնել սուր արյունապակասության, դրանից բխող ծանր հետևանքներով:



Կոտրվածքի դեպքում ճարպային էմբոլիան հազվադեպ հանդիպող, բայց բավականին ծանր բարդություն է: Սա լինում է հատկապես երկար խողովակավոր ոսկրերի կոտրվածքի դեպքում, որի ժամանակ ճարպ անցնում է վնասված երակների մեջ: ճարպային էմբոլիայի վտանգավորությունը հատկապես մեծանում է այն դեպքում, երբ ոսկրերի կոտրվածքը բուժելու նպատակով երկար մետաղյա ձող են մտցնում ոսկրի խողովակի մեջ:

ճարպային էմբոլիայով գլխուղեղի երակների խցանվելու դեպքում առաջանում են գիտակցության հանկարծակի կորուստ, ջղաձգումներ:

Ոսկրերի բաց և փակ կոտրվածքների հետևանքով ծագած բարդություններից են օստեոմիելիտը, սերտաճած կոտրվածքը, ոսկրերի դեֆորմացիան, ոսկրերի կարճացումը և կեղծ հողի առաջացումը:

Կոտրվածքի ժամանակ առաջացած բարդությունները պայմանավորված են կոտրվածքի շուրջը գտնվող օրգանների և հյուսվածքների վնասման, ինչպես նաև կոտրված ոսկրերի ոչ ճիշտ համադրման ու անշարժացման, վնասված մասի երկարատև անշարժացման հետ:

Օստեոմիելիտ առաջանում է, երբ կոտրվածքի շրջան են թափանցում տարբեր տեսակի մանրէներ:

Այս դեպքում առաջացող թարախային պրոցեսը կարող է ընթանալ սուր, ենթասուր և խրոնիկ ձևով, ուղեկցվելով մեռուկացած ոսկրային հյուսվածքի քայքայմամբ և ներծծմամբ:

Կոտրվածքի ոչ ճիշտ սերտաճումը՝ ոչ լիարժեք ֆունկցիայով, հաճախ ռենտգեն հսկողության բացակայության, ոչ ճիշտ բուժման և կոտրված ոսկրերի ծայրերի ոչ ճիշտ և ոչ ժամանակին համադրման հետևանք է: Նման դեպքերում առաջանում է կեղծ հող. դա չթուլացող շարժումն է կոտրվածքի չմիակցված տեղում, ոսկրերի դեֆեկտի, ռեգեներատիվ հատկությունների խանգարման, ոչ ճիշտ բուժման հետևանքով:



Բաց և փակ կոտրվածքների ժամանակ առաջին բուժօգնությունը

Կոտրվածքների ժամանակ անհետաձգելի բուժօգնություն ցույց տալու հիմնական նպատակն է.

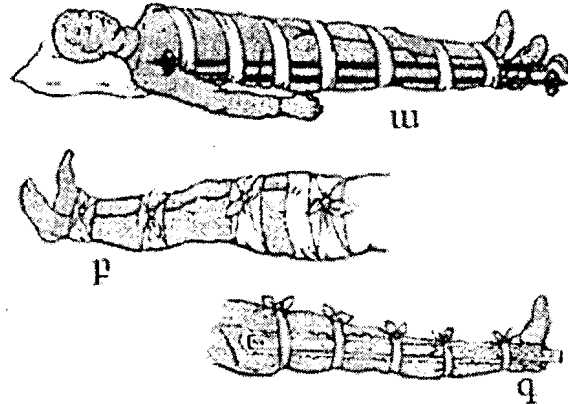
–վնասվածի մոտ կոտրվածքի հետևանքով առաջացող ծանր երևույթների կանխումը (վնասվածքային շոկ, խոշոր անոթների, նյարդերի և փափուկ հյուսվածքների վնասվածք),

–վերքի պահպանումը երկրորդային վարակից (բաց վերքերի ժամանակ) և արյունահոսության դադարեցումը,

–կոտրվածքի համեմատաբար ճիշտ համադրումը և վնասվածի համար հանգիստ ստեղծելը.

–փակ վնասվածքի դեպքում վնասվածի կյանքին սպառնացող վտանգ առաջանում է ուշ:

Եթե փակ կոտրվածքի ժամանակ զարգանում է վնասվածքային շոկ, ապա վնասման օջախում բեկակալ դնելու ժամանակ միաժամանակ պետք է անցկացնել պարզագույն հակաշոկային միջոցառումներ (ներարկել ցավազրկողներ, տալ տաք թեյ, ոչ մեծ քանակությամբ ալկոհոլ) (նկ.55):



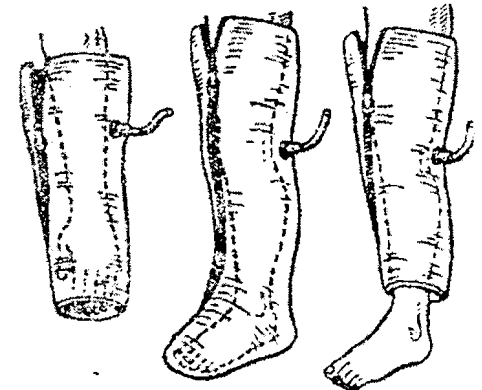
Նկ. 55. Վերջույթների անշարժացումը կոտրվածքների դեպքում՝ ձեռքի տակ ունեցած միջոցների օգնությամբ.



ա-ազդրի կոտրվածքի դեպքում երկու դահուկափայտերի օգնությամբ, ք-ազդրի և սրունքի կոտրվածքի դեպքում անշարժացում առողջ ոտքի հետ, գ-սրունքի ոսկրերի կոտրվածքի դեպքում

Ոտնաթաթի ոսկրերի կոտրվածքի անշարժացումը: Այս կոտրվածքի դեպքում կարելի է օգտագործել ինչպես Կրամերի աստիճանաձև, այնպես էլ՝ Կրամերի ցանցավոր բեկակալ: Բեկակալ դնելուց առաջ նախապես ծռում են ուղիղ անկյան տակ՝ տալով սրունքի հետին մասի ուրվագծին համապատասխան ձև, կիսախողովակի տեսք: Բեկակալը բամբակապատում են գորշ գույնի բամբակով և ամրացնում վնասված ոտքին: Բեկակալը պետք է հասնի սրունքի վերին երրորդից մինչև մատների ծայրը: Մատների ծայրերը չեն փակում՝ արյան շրջանառությանը և մաշկի գույնին հետևելու համար:

Կոտրված վերջույթներն անշարժացնում են նաև բժշկական պնևմատիկ բեկակալներով: Այս բեկակալները պատրաստում են պլաստմասսե թափանցիկ թաղանթից (նկ.56), որը բաղկացած է հետևյալ մասերից. 1)երկշերտ հերմետիկ թաղանթ, 2)ամրացնող շղթա, 3) օդամուղ– օդ փչելու խողովակ: Պնևմատիկ բեկակալները լինում են երեք տեսակի. 1)ձեռքի և նախաբազկի համար, 2)սրունքի և ոտնաթաթի համար, 3) ծնկան հոդի և ազդրի համար:



Նկ.56. Բժշկական պնևմատիկ բեկակալ.

ա-ձեռնաթաթի և նախաբազկի համար, ք-սրունքի և ոտնաթաթի համար



Այս բեկակալները դրվում են հետևյալ կերպ.

ա)բեկակալը հանում են ծրարից և բացում ամրացնող շղթան,

բ)բացված բեկակալն զգուշությամբ անցկացնում են վնասված վերջույթի տակով և փակում շղթան,

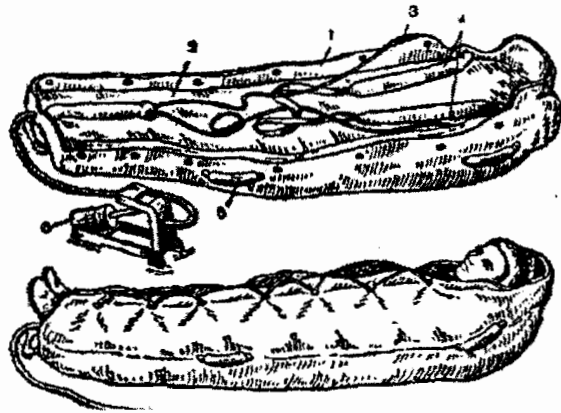
գ)բացում են օդամուղ փականի ծորակը,

դ)բերանով ուժեղ փչում են շինան, որից հետո փակում են օդամուղ ծորակը:

Պնևմատիկ բեկակալը չի խանգարում արյան շրջանառությանը, իսկ քափանցիկ թաղանթը թույլ է տալիս հետևելու վերջույթի գույնին: Բեկակալը հանելու համար բացում են ծորակը, բաց են թողնում օդը և արծակում շղթան:

Բեկակալը կրկնակի օգտագործելուց առաջ լվանում են ջրով ու օճառով և չորացնում:

Վնասվածներին տեղափոխելու համար օգտագործում են ստանդարտ բեկակալներ, իսկ վերջին տարիներին՝ անշարժացնող վակուումային պատգարակներ (Նկ.57):



Նկ. 57. Անշարժացնող վակուումային պատգարակներ.
ա-ընդհանուր տեսքը, բ-տուժածը պատկած դիրքով:



Փոխադրական բեկակալներ դնելու ժամանակ անհրաժեշտ է պահպանել հետևյալ կանոնները.

1.Բեկակալը պետք է համապատասխանի վնասված մասին. այն դնելու ժամանակ հարկավոր է անշարժացնել (ֆիքսել) երկու՝ վնասված մասից վերև և ներքև, իսկ բազուկոսկրի և ազդրոսկրի կոտրվածքների ժամանակ ոչ պակաս, քան երեք հոդ:

2.Բեկակալները պետք է լինեն դիմացկուն, հարմար և փափուկ ներդիրով:

3.Բեկակալը դրվում է հագուստի, կոշիկների վրայից, իսկ այն տեղերում, որտեղ շփվում է ոսկրային բարձունքի հետ, դրվում է բամբակ կամ տակդիր՝ մաշկն ուժեղ ճնշումից պաշտպանելու համար:

4.Բեկակալը փաթաթում են բինտով՝ ծայրից մինչև կենտրոն, որպեսզի լրացուցիչ ցավ չպատճառի վնասվածին, և շոկ չառաջանա:

5.Բեկակալը դնելուց և ֆիքսելուց հետո պետք է անհապաղ ծածկել տուժածին, որպեսզի օրգանիզմի սառչելու հնարավորություն չստեղծվի:

6.բեկակալները դրվում են վերջույթների վրա՝ հարմար դիրքով:

Վնասման օջախում կոտրվածքների ժամանակավոր անշարժացման համար կարելի է օգտվել նաև պատահական իրերից (տախտակ, փայտի կտոր, ստվարաթուղթ, հովանոց, դահուկի ձեռնափայտ և այլն), իսկ սրանց բացակայության դեպքում վնասված վերին վերջույթը բինտով կապում են կրծքավանդակին, իսկ վնասված ստորին վերջույթը կապում են առողջ վերջույթին:

Անհրաժեշտ է նշել, որ անշարժացումը նպատակահարմար է կատարել անզգայացնող նյութի ներարկումից հետո միայն:

Բաց կոտրվածքի դեպքում առաջին բուժօգնություն ցույց տալու ժամանակ պետք է առաջին հերթին բոլոր հնարավոր միջոցներով դադարեցնել արյունահոսությունը և ծածկել վերքը՝ օգտվելով անհատական վիրակապական ծրարից:



Կոտրվածքների բուժման մեթոդները և վնասվածքների խնամքը բժշկական տարահանման փուլերում

Բաց և փակ կոտրվածքներով վնասվածքների մասսայական ընդունման ժամանակ առաջին բուժօգնության ջոկատներում իրականացվում են նախազգուշական միջոցառումներ՝ վնասվածքային շոկը բուժելու, վնասման օջախում նախապես կատարված աշխատանքների թերությունների վերացման, տուժածների նախապատրաստման և դեպի մասնագիտական հիվանդանոցներ տարահանման վերաբերյալ:

Վնասվածքային շոկի կանխարգելումն ու բուժումն իրականացվում են հետևյալ կերպ.

–վնասվածին տաքացնել (տալ տաք թեյ, սուրճ, քիչ քանակությամբ ալկոհոլ) և նրան տեղափոխել հակաշոկային պալատ,

–կատարել ցավազրկում (ներարկել ցավազրկողներ կամ տալ ցավազրկող հաբեր), նվճակայինային բլոկադա,

– ներարկել համապատասխան խմբի արյուն, արյան փոխարինողներ և հակաշոկային լուծույթներ,

–կիրառել վիրաբուժական միջամտություն (վերջույթի ամպուտացիա - անդամահատում, արյունահոսության վերջնական դադարեցում և այլն):

Կոտրվածքն անշարժացնելու համար դրվում են բեկակալներ, կանխարգելիչ նպատակով ներարկվում է հակատետանիկ (հակափայտացումային) շիճուկ, հակաբիոտիկներ և այլն:

Վնասվածներին նպատակահարմար է տարահանել բուժքրոջ ուղեկցությամբ, վերջինս կարող է համապատասխան անհրաժեշտ օգնություն ցույց տալ ճանապարհին:

Վնասվածքային շոկից խուսափելու համար վնասվածներին տեղափոխելիս կանխարգելիչ նպատակով ներարկում են ցավազրկող նյութեր:



Տարահանման երկրորդ փուլը հաճախ կարող է երկարաձգվել, այդ իսկ պատճառով մեծ նշանակություն ունի կոտրված ոսկրերի անշարժացումը, մանավանդ խողովակավոր ոսկրերի, հատկապես ազդրոսկրի կոտրվածքի դեպքում:

Նման դեպքերում ստորին վերջույթի անշարժացման լավ արդյունքի կարելի է հասնել ստորին վերջույթը Դիտերիխսի փայտյա բեկակալով անշարժացնելով: Այս մեթոդը հնարավորություն է տալիս, անշարժացումից բացի, իրար մոտեցնել կոտրված ոսկրերի ծայրերը:

Բեկակալը դնում են ներբանին կամ կոշիկին հպելով. այն ութաձև փաթաթում են բինտով: Բեկակալի արտաքին շարժվող մասը դրվում է կոտրված ոտքի արտաքին մակերեսին, որի ծայրը հասնում է մինչև թևատակը, իսկ մյուս ծայրը հագցնում են ներբանին անցկացրած ճարմանդին: Ներսի կողմից բեկակալը հասնում է մինչև շեքը:

Ճառագայթային հիվանդությամբ ուղեկցվող, կոտրվածքների դեպքում բուժման հիմնական խնդիրներն են.

–անհրաժեշտ միջոցառումների անցկացում, որոնք կկանխեն վնասվածքային շոկը և այլ բարդություններ,

–ճառագայթային հիվանդության կոմպլեքսային (համալիր) բուժում, որն իր առանձնահատուկ ազդեցությունն է թողնում ոսկրերի սերտաճման և լավացման ժամկետների վրա,

–իրականացնել կոտրվածքների տեղային բուժում:

Վնասվածքային շոկը կարող է առաջանալ կոտրված ոսկրերի ոչ լավ անշարժացման պատճառով:

Բժշկական տարահանման տվյալ փուլում հակաշոկային միջոցառումներն անցկացվում են լրիվ ծավալով՝ սկսած հիվանդին տաքացնելուց մինչև սրտի անուղղակի մերսումը:

Մասնագիտացված հիվանդանոցներում փակ կոտրվածքների տեղային բուժումն սկսում են տեղաշարժված ոսկրերի ծայրերի համադրու-



մից, որն իրականացնում են ձեռքի և հատուկ սարքերի միջոցով կամ ձգումով: Նայած կոտրվածքի տեսակին՝ սա իրականացնում են տեղային կամ ընդհանուր անզգայացումից հետո:

Փշրված ոսկրերը ճիշտ անշարժացնելու համար հաճախ օգտագործում են գիպսային կապեր: Դրանց առավելությունն ակնհայտ է հատկապես մեծ թվով վնասվածների ընդունման ժամանակ:

Գիպսային վիրակապ կարելի է օգտագործել ինչպես փակ, այնպես էլ բաց կոտրվածքների ժամանակ, եթե անաէրոբ ինֆեկցիայի վտանգ չկա:

Գիպսային վիրակապ դնելուց հետո կատարվում է վնասվածների տեսակավորում: Այդ ընթացքում նշվում է լարան և գիպսային վիրակապ դնելու ժամանակը: Գիպսային վիրակապի վրա մատիտով սխեմատիկ պատկերում են կոտրված կամ վնասված մասը:

Վնասվածի ընդհանուր վիճակի վատացման, ցավի ի հայտ գալու, բարձր ջերմության, լեյկոցիտոզի, թարախային բարդությունների դեպքում ստուգում են վերքի վիճակը:

Վերքի շրջանում կատարում են կտրվածք, ամիրաժեշտության դեպքում բացում են կարերը, վերքի եզրերը հեղեղում հակաբիոտիկներով:

Կոտրվածքները ֆիքսելու համար կիրառվում է կայուն ձգման մեթոդ, որը լինում է վերմաշկային և կմախքային:

Փակ և բաց կոտրվածքների բուժման համար, բացի ոսկրերի ծայրերի համադրումից և անշարժացումից, կարևոր նշանակություն ունի ֆունկցիոնալ բուժումը, քանի որ կոտրվածքների միակցումից հետո որոշ դեպքերում մնում են անատոմիական և ֆունկցիոնալ զգալի փոփոխություններ:

Ֆունկցիոնալ բուժման համալիր միջոցառումներից մեծ նշանակություն ունեն ֆիզիոթերապիան (չոր օդային և ջրային վանմաներ, բարձր հաճախականության հոսանքի կիրառումը պարաֆինային և ցեխային



ծեփուկներ), ինչպես նաև մերսումները, բուժական ֆիզկուլտուրան, էլեկտրոթերապիան և այլն:

Տաքը թողնում է ցավազրկող ազդեցություն, միաժամանակ նպաստում էին ֆիլտրատների և արյունազեղումների արագ ներծծմանը:

Մերսումը լավացնում է արյան և ավիշի շրջանառությունը, դրանով իսկ նպաստելով այտուցի, ինֆիլտրատների արագ ներծծմանը, բարձրացնելով մկանների և նյարդերի տոնուսը:

Բուժական ֆիզկուլտուրան ակտիվ և պասիվ շարժումների ձևով բարերար է ազդում մկանների ուժի, տոնուսի, հոդերի շարժունակության վերականգնման վրա:

Համակցված վնասվածքների դեպքում, երբ զուգորդված են կոտրվածքները և սուր ճառագայթային հիվանդությունը, հիվանդների խնամքն ունի որոշակի առանձնահատկություններ.

1. Կոտրվածք ունեցողների մեծ մասը երկար ժամանակ պահպանում է անկողնային ռեժիմ, որը բացասաբար է ազդում օրգանների և հյուսվածքների նորմալ գործունեության վրա: Այդ պատճառով բուժքույրը պետք է պարբերաբար հիվանդի հետ անցկացնի շնչառական վարժություններ, նրան հաճախակի շրջի անկողնում (պառկելախոցերից խուսափելու համար): Եթե թույլ է տալիս հիվանդի վիճակը ժամանակ առ ժամանակ նրան կարելի է տալ կիսանստած դիրք, մեջքին փակցնել մանանեխի ծեփուկներ, մարմնի՝ անկողնում սեղմվող մասերին քսել կամֆորայի սպիրտ, տալ խորխաբեր, սուլֆանիլամիդային պրեպարատներ, խոնավեցված թթվածին:

2. Թոքային վերքում թարախային բարդություններից խուսափելու համար հարկավոր է պարբերաբար խնամել ու մաքրել բերանի խոռոչը. ողողել բերանը անտիսեպտիկ հեղուկներով, մեխանիկորեն հեռացնել բերանի փառերը:

3. Եթե վնասվածը չի կարող ինքնուրույն սնունդ ընդունել (գտնվում է անգիտակից վիճակում, ունի ծնոտի կոտրվածք և այլն), ապա կերակրում



են զոնդի միջոցով. այն անցկացնում են քթի, կոկորդի և կերակրափողի միջով մինչև ստամոքս: Հիվանդին տալիս են հեղուկ կերակրատեսակներ:

Երեխաների ոսկրների կոտրվածքների առանձնահատկությունները

Երեխաների մոտ հանդիպող կոտրվածքներն ունեն մի շարք առանձնահատկություններ: Դա պայմանավորված է երեխաների ոսկրային համակարգի անատոմիական և նրանց օրգանիզմի ֆիզիոլոգիական առանձնահատկություններով:

Երեխաների մոտ կոտրվածքներ ավելի քիչ են հանդիպում, ինչը բացատրվում է նրանց մարմնի փոքր քաշով, լավ զարգացած ծածկող հյուսվածքով (վերնոսկրով) և ոսկրների մեծ առածգականությամբ՝ համեմատած մեծահասակ մարդու ոսկրների հետ:

Երեխաների ոսկրների առածգականությունը և ճկունությունը պայմանավորված են նրանց ոսկրերում հանքային աղերի փոքր և օրգանական նյութերի մեծ քանակությամբ, ինչպես նաև վերնոսկրի կառուցվածքով, որը երեխաների մոտ ավելի հաստ է և ավելի լավ է մատակարարվում արյունով (սնվում), քան մեծահասակների մոտ:

Ոսկրի շուրջ ձևավորված ամուր և առածգական պատյանը նրան տալիս է ճկունություն և պաշտպանում հարվածներից: Կոտրվածքի ժամանակ ոսկրի ամբողջականության պահպանմանը նպաստում են խողովակավոր ոսկրների ծայրերին (էպիֆիզին) միացած լայն էլաստիկ հիալինային աճառները, որոնք մեղմացնում են հարվածի ուժը: Տարբերում են կոտրվածքների հետևյալ տեսակները.

1. մակերեսային կոտրվածքներ (դալար ճյուղի տիպով) հաճախ լինում են փոքր և ճկված ոսկրների (ճաճանչ, արմունկոսկր) մասերում և ուղեկցվում են ոսկրի ուռուցիկ կողմի վնասվածքով: Իսկ զոգավոր կողմից ոսկրը պահպանում է իր նորմալ կառուցվածքը:



2. վերնոսկրային կոտրվածքներին բնորոշ է այն, որ կոտրված ոսկրը մնում է վերնոսկրով պատված, և նրա ամբողջականությունը պահպանվում է:

3. էպիֆիզիոլիզային, օստեոէպիֆիզիոլիզային, ապոֆիզիոլիզային կոտրվածքներ: Առաջին երկուսը, դրանք էպիֆիզի և մետաֆիզի տրավմատիկ անջատումն է. էպիֆիզիոլիզային կոտրվածքներ հանդիպում են միայն երեխաների և անչափահասների մոտ, այսինքն՝ մինչև ոսկրացման պրոցեսի ավարտը: Ապոֆիզիոլիզ է կոչվում ապոֆիզի անջատումը աճող աճառի սահմանում:

Կոտրվածքների բուժումը: Երեխաների մոտ ոսկրների կոտրվածքը բուժում են հիմնականում կոմպրիմիսով (ոչ վիրահատական եղանակով): Կոտրվածքների մեծ մասը բուժում են ֆիքսող կապերով: Անշարժացումը կատարվում է գիպսային լանգետով, որն ամրացվում է բինտով: Երեխաների մոտ թարմ կոտրվածքների ժամանակ շրջապտույտ գիպսային կապ չի դրվում, քանի որ աճող այտուցի և դրանից բխող բացասական հետևանքների պատճառով կարող է առաջանալ արյան շրջանառության խանգարում: Եթե 7-8 օրում պարզվում է, որ վերջույթի այտուց չկա, և կապը վատ է ֆիքսել կոտրվածքը, ապա կարելի է ամրացնել շրջապտույտ գիպսային կապով:

Ըստ տարիքի, կոտրվածքի տեղի և բնույթի՝ բուժման ժամանակ կիրառում են ձգման մեթոդ (կաչում սպեղանու կամ կմախքային ձգման մեթոդ): Կմախքային ձգում հիմնականում կիրառում են 5-7-ից բարձր տարիք ունեցող երեխաների մոտ, իսկ մինչև 3 տարեկան երեխաների համար կիրառում են կաչում սպեղանիով ձգում: Վիրաբուժական միջամտություն ցույց է տրվում այն դեպքերում, երբ 2-3 անգամ ծածկող կապեր դնելիս լավ ադյունք չի ստացվում: Կոտրված ոսկրերը երեխաների մոտ ավելի արագ են կաչում, քան մեծահասակների մոտ, որը պայմանավորված է նրանց ոսկրերում օրգանական նյութերի մեծ քանակությամբ: Ոսկրերի կաչելու ժամանակը կրճատող գործոններից մեկը ոսկրերի հաստությունն է: Այսինքն, որքան ոսկրը հաստ է, այնքան ուշ է կաչում: Փոքր երեխաների ոսկրերի կոտրվածքի վերականգնումն ավելի արագ է ընթանում, քան մեծահասակներինը:



Ոսկրերի բաց և փակ կոտրվածքներ՝ զուգորդված ճառագայթային հիվանդության հետ

Այս դեպքում ոսկրային կոշտուկի ձևավորումը կատարվում է դժվարությամբ և ոչ ճիշտ: Նա չի հասնում իր նորմալ կառուցվածքին:

Նախնական ոսկրակոշտուկը, որը բաղկացած է ոսկրանման հյուսվածքից, ենթարկվում է որակական և քանակական փոփոխությունների, չի ներծծվում կալցիումական և կրային աղերով, խանգարվում է փոխանակությունը, երբեմն աճում է շարակցական հյուսվածք, որը ծածկում է կոտրված մակերեսները, և առաջանում է կեղծ հոդ:

Օրգանիզմի ճառագայթահարումից իջնում է նրա դիմադրողականությունը, խախտվում է պաշտպանողական ֆունկցիան, մեծանում է ենթամաշկի և լործաթաղանթների թափանցելիությունը. կոտրված ոսկրերի շրջապատում առաջանում են թարախակույտ, փափուկ հյուսվածքների ֆլեգմոնա, օստեոմիելիտ և այլն:

Այսպիսի կոտրվածքների լավացումը կատարվում է երկու անգամ ավելի երկար ժամանակում:

Առաջին բուժօգնությունը: Ախտահարման օջախում անհրաժեշտ է դնել ախտահանված վիրակապ, կատարել մասնակի սանիտարական մշակում, անշարժացնել բեկակալով, կատարել թեթև հակաշոկային միջոցառումներ և տեղափոխել մասնագիտական հիվանդանոց:

Համակցված վնասվածքների բուժումը ներառում է հակաշոկային միջոցառումներ, որոնք իրականացվում են բժշկական տարիման բոլոր փուլերում: Ախտահարման օջախում կատարվում են թեթև հակաշոկային միջոցառումներ: Դրանք են՝ արյունահոսության նախնական դադարեցումը, վնասված մասի անշարժացումը՝ բեկակալներով կամ ծեռքի տակ եղած միջոցներով, ցավազրկողների ներարկումը, տաքացումը՝ փաթաթելով կամ քիչ քանակով ալկոհոլ տալով:



Վնասվածների խնամքը: Համակցված վնասվածքների ժամանակ պառկելախոցերից խուսափելու համար պետք է մաշկը լվանալ գոլ ջրով, օճառով, քսել կամֆորայի (գերչակի) յուղ, բերանի խոռոչը մշակել բորաթթվի լուծույթով, լեզվի չորության դեպքում քսել գլիցերին, բերանը մաքրել 2%-անոց սոդայաջրով, ուշադրություն դարձնել սննդի վրա, տալ վիտամիններով հարուստ հեղուկ սնունդ՝ տաք կամ գոլ վիճակում:



Արյունահոսություն. տեսակները, առաջին բուժօգնությունը արտաքին և ներքին արյունահոսության դեպքում

Արյունահոսությունը վնասված անոթից արյան արտահոսքն է: Հիմնական պատճառը վնասվածքներն են, երբ խախտվում է արյունատար անոթի ամբողջականությունը, ավելի սակավ լինում է հիվանդությունների ժամանակ (օրինակ, հիպերտոնիկ հիվանդության ժամանակ քրից արյունահոսությունը, խոցային հիվանդության ժամանակ՝ արյունահոսությունը ստամոքսից և այլն): Արյունահոսություն կարող է լինել նաև անոթի ախտաբանական փոփոխությունների ժամանակ: Բացի այդ՝ արյունահոսություն կարող է սկսվել նաև արյան մակարդեղիության խանգարումներից:

Ըստ արյունահոսող անոթի տեսակի՝ տարբերում են.

ա) **Ձարկերակային արյունահոսություն**, երբ ալ կարմիր գույնի արյունը ծնշման ազդեցության տակ վերքից դուրս է գալիս չիթի նման: Այդ արյունը հարուստ է թթվածնով: Հատկապես վտանգավոր է մեծ տրամաչափի անոթներից արյունահոսությունը՝ ազդրային, բազկային, պարանոցային: Այս դեպքերում մի քանի րոպեի ընթացքում արյան սուր կորստի պատճառով կարող է տուժածը մահանալ:

բ) **Երակային արյունահոսություն**. առաջանում է մեծ կամ փոքր երակների վնասման ժամանակ: Վնասված երակից դանդաղորեն ու անընդմեջ դուրս է գալիս մուգ կարմիր արյուն՝ առանց պոլսացիայի: Մուգ գույնը պայմանավորված է նրանով, որ երակային արյունը հարուստ է ածխաթթու գազով: Վտանգավոր է խոշոր երակների վնասումը (օրինակ՝ լծային երակի վնասումը): Պարանոցի երակների վնասման ժամանակ անոթի մեջ կարող է օդ ներթափանցել, առաջացնելով օդային էմբոլիա (խցանում), և մահվան պատճառ դառնալ: Մի շարք դեպքերում կարող է առաջանալ արտաքին և ներքին արյունահոսությունների համակցում (օրինակ, կրծքավանդակի կամ որովայնախոռոչի վնասվածքների դեպքում):



գ) **Մազանոթային արյունահոսություն**. մազանոթների վնասման պատճառով վերքից ծորում է խառը (երակային և զարկերակային) կարմիր գույնի արյուն: Այս դեպքում վնասվում են մանրագույն անոթներ: Արյունը հաճախ ինքնաբերաբար դադարում է առաջին րոպեների ընթացքում, քանի որ վնասված անոթի լուսանցքում արյան մակարդման շնորհիվ առաջանում են մակարդուկներ (թրոմբներ), որոնք խցանում են արյունահոսող անոթը: Արյան մակարդեղիության իջեցման դեպքում կարող է առաջանալ երկարատև, նույնիսկ կյանքի համար վտանգավոր արյունահոսություն: Այս դեպքում արյունահոսում է ամբողջ վերքային մակերեսը, որը, որպես կանոն, առանց օգնության ինքն իրեն դադարում է:

դ) **Պարենխիմատոզ արյունահոսություն**. առաջանում է պարենխիմատոզ օրգանների (յարդ, երիկամ, փայծաղ, թոքերի), վնասվածքների ժամանակ: Այն իր բնույթով խառը տիպի արյունահոսություն է: Այս դեպքում առաջանում է երկարատև արյունահոսություն: Նման արյունահոսությունների դադարեցումը բավականին դժվար է. այն վիրաբույժից մեծ հմտություն և տարբեր մեթոդների կիրառում է պահանջում:

Հրազենից առաջացած արյունահոսության: Կարող են վնասվել ինչպես զարկերակները, այնպես էլ երակներն ու պարենխիմատոզ օրգանները:

Ըստ արյունահոսության տեղակայման՝ տարբերում են.

ա) **արտաքին** կամ տեսանելի արյունահոսություն՝ մաշկից և լորձաթաղանթից.

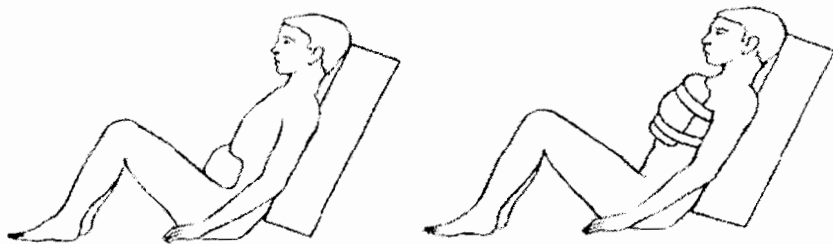
բ) **ներքին** արյունահոսություն՝ դեպի ներքին օրգանները և մարմնի խոռոչները:

Ներքին արյունահոսությանը հիմնականում բնորոշ են հետևյալ նշանները. եթե ներքին արյունահոսության ընթացքում վնասվածը կորցրել



է այրան զգալի քանակ, ապա դրսևորվում են սուր արյունապակասության ընդհանուր նշաններ.

- հաճախ վնասվածն ունենում է հարկադրական դիրք,
- սառը, գունատ, կաշուն քրտինքով պատված մաշկ,
- գլխապատույտ, սրտխառնոց, թուլություն,
- ծարավի զգացում, դող,
- գիտակցության մթագնում, կորուստ,
- հաճախացած, թույլ պուլս,
- ներքին արյունահոսության ենթադրվող տեղում՝ ցավ, հյուսվածքների պնդացում, այտուցվածություն, մաշկի գույնի փոփոխություն (նկ.58):



Նկ. 58. Ներքին արյունահոսություն.

- ա) արյունահոսություն ստամոքսից կամ արյունահոսություն որովայնի խոռոչի մեջ,
բ) արյունահոսություն ստոծանու խոռոչի մեջ

Ըստ առաջացման ժամանակի արյունահոսությունը լինում է **առաջնային** և **երկրորդային**:

Առաջնային է կոչվում այն արյունահոսությունը, որն սկսվում է վնասվածք ստանալուց անմիջապես հետո: Վնասվածք ստանալուց որոշ ժամանակ (երբեմն 1-2 օր) անց արյունատար անոթի պատի վնասման հետևանքով առաջացած արյունահոսությունը կոչվում է **երկրորդային**:

Երկրորդային արյունահոսություն լինում է վնասումից որոշ ժամանակ անց, արյունատար անոթի լուսանցքը փակող թրոմբի քայքայման



հետևանքով, երբ լուծվում է արյունատար անոթի հյուսվածքը (պատը), վնասվածների տեղափոխման ժամանակ ինֆեկցված վերքերից, ինչպես նաև ճառագայթային հիվանդությամբ վիրավորների մոտ:

Սա կարող է լինել վաղ՝ 2-4-րդ օրը, և ուշացած՝ 10-15-րդ օրը:

Երկրորդային արյունահոսությունն սկսվում է հանկարծակի: Երբեմն դրան նախորդում է վերքից արյունային արտազատումը, ինչպես նաև անհետանում է պերիֆերիկ պուլսը:

Այդպիսի արյունահոսությունը մեծ վտանգ է ներկայացնում վնասվածքների կյանքի համար, հատկապես, երբ այն սկսվում է գիշերը և ուշ է ախտորոշվում:

Արյունահոսության ախտորոշումը

Արտաքին արյունահոսության ախտորոշումը և բնույթի որոշումը դժվարություն չեն ներկայացնում: Արյան գույնը, պուլսող բնույթը, մուտքի դուռը օգնում են ճիշտ ախտորոշմանը:

Արյան ճնշման չափումը, պուլսի որոշումը, վնասվածի վարքը, տեսքը թույլ են տալիս ենթադրելու ներքին արյունահոսության մասին: Արյունային փսխման հայտնվելը և արյունախիսումը ներքին արյունահոսության ախտորոշումը դարձնում են ավելի ստույգ:

Հատկապես դժվար է խոռոչներում տեղի ունեցող արյունահոսության ախտորոշումը: Ներզանգային հետատոմայի դեպքում լինում են գիտակցության կորուստ, թույլ պուլս, հանդես են գալիս լոկալ ախտանշաններ:

Որովայնի խոռոչի մեջ տեղի ունեցող արյունահոսության դեպքում դիտվում են մաշկային ծածկույթների գանատություն, տախիկարդիա, արյան ճնշման անկում, պերկուտոր ձայնի թթացում այն մասերում, որտեղ հավաքվում է արյունը: Լինում են որովայնի պատի գրգռման նշաններ:

Պլևրայի խոռոչում տեղի ունեցող արյունահոսության դեպքում զարգացող անեմիայի նշանների հետ մեկտեղ լինում են շնչառության խանգարման նշաններ:



Արյան կորստի քանակը որոշում են կլինիկական նշանների և գործիքային մեթոդների հիման վրա: Դա ունի կարևոր նշանակություն ներարկվող արյան քանակը որոշելու համար:

Արյունահոսության ժամանակ կատարում են արյան փոխներարկում: Փոխներարկվող արյան շատ կամ քիչ ներարկումը վատացնում է վնասվածի վիճակի:

Արյան կորստի մեծությունը որոշում են սրտի կծկման հաճախականության և զարկերակային ճնշման մեծությամբ: Թեթև աստիճանի արյան կորստի դեպքում պուլսը լինում է 90 զարկ՝ մեկ րոպեում, իսկ զարկերակային ճնշումը՝ 110/70 մմ սնդիկի սյուն:

Միջին ծանրության դեպքում պուլսը 100 զարկ մեկ րոպեում, ճնշումը 100/70 մմ: Ծանր աստիճանի արյան կորստի դեպքում պուլսը 130 զարկ մեկ րոպեում, ճնշումը 80/60 մմ:

Եթե արյունահոսությունը դադարեցվել է այս կամ այն եղանակով, ապա հեմոդինամիկան կանոնավորվում է, և արյան կորուստն աստիճանաբար կոմպենսացվում է:

Շարունակվող արյունահոսության, ինչպես նաև կարգավորող մեխանիզմներից մեկի շարքից դուրս գալու դեպքում տեղի են ունենում ծանր ախտաբանական փոփոխություններ, որոնք իրենց հետևից բերում են արտամկանի և գլխուղեղի կեղևի իշեմիայի (արունագրկման):

Կարճ ժամանակում օրգանիզմի կողմից արյան 35%-ի կորուստը կարող է հանգեցնել մահվան: Դանդաղ կորստի դեպքում օրգանիզմն ի վիճակի է երկար ժամանակ պահպանել հեմոդինամիկան, որն ապահովում է կարևոր կենսական կենտրոնների և օրգանների գործունեությունը:

Արյունահոսությունը կարող է լինել չկարգավորվող, եթե անձը տառապում է հեմոֆիլիայով: Այս դեպքում անգամ աննշան վնասվածքը, օրինակ ատամի հեռացումը, կարող է բերել ծանր, երբեմն մահացու արյունահոսության:



Ոչ մեծ արյունահոսությունն առանձնապես նկատելի հետևանքներ չի առաջացնում: Ուժեղ արյունահոսությունները խիստ վտանգավոր են և կարող են հանգեցնել մահվան: Ուստի առաջին բժշկական օգնության կազմակերպման գործում չափազանց կարևոր է արյունահոսության շուտափույթ դադարեցումը և դրա հետևանքների (արյան կորստի քանակի) վերացումը:

Տարբերում են արյունահոսության դադարեցման նախնական կամ ժամանակավոր և վերջնական եղանակներ:

Արյունահոսության դադարեցման համար կիրառում են ֆիզիկական, մեխանիկական, ջերմային, կենսաբանական և դեղորայքային մեթոդներ: Հիմնականը մեխանիկական եղանակն է:

Արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցման եղանակները

Արտաքին արյունահոսությունը ժամանակավորապես դադարեցնում են հետևյալ եղանակներով՝

1) **Վերքի վրա ճնշման գործադրում.** վերքի վրա դնում են ախտահանված վիրակապ, ծայրանդամը բարձրացնում են վեր և սեղմում արյունատար անոթը:

2) **Վերքի վրա ճնշող (սեղմող) վիրակապ դնելը.** վերքի եզրերը յոդով մշակելուց հետո այն ծածկում են մի քանի տակ ախտահանված անձեռոցիկով, վրան դնում են բամբակի հաստ շերտ և սեղմելով ամուր փաթաթում են:

3) **Վերքի տամպոնումը.** վերքի խոռոչը լցնում են տամպոններով, և վրան դնում սեղմող վիրակապ: Այս տեսակը կիրառվում է որպես արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցման միջոց: Սակայն որոշ դեպքերում, օրինակ՝ քթի, հեշտոցի արյունահոսությունների դեպքում այն համարվում է արյունահոսության դադարեցման վերջնական միջոց:

Վերքի մեջ մտցնում են մեկ կամ մի քանի տամպոն և ամբողջովին լցնում վերքի խոռոչը: Տամպոնն արտաքինից ֆիքսում են վիրակապով:



Տամպոնները կարող են ծծեցված լինել արյան մակարդեղիությունը բարձրացնող միջոցներով՝ տրոմբին, ֆիբրինոգեն, կալցիումի քլորիդ և այլն:

4)Ջարկերակի սեղմումը մատներով. այս մեթոդը կիրառում են ուժեղ արյունահոսությունը արագ և ժամանակավորապես դադարեցնելու համար՝ մինչև նախապատրաստեն ճնշող վիրակապը կամ լարանը: Անոթը արյունահոսող մասից վերև սեղմում են դեպի ոսկրերը:

5)Մատով զարկերակի սեղմումը ընթացքի վրա: Մարմնի տարբեր մասերից տեղի ունեցող արյունահոսության դադարեցման համար կարելի է մատով սեղմել անոթն իր ընթացքին հակառակ ուղղությամբ: Այս դեպքում անոթը սեղմում են արյունահոսող մասից վերև: Սա կատարում են զարկերակից արյունահոսության ժամանակ, երբ դնում են լարան, կամ երբ վնասվածին կարճ ժամանակով տեղափոխում են վիրաբուժական բաժանմունք:

Մատի սեղմումով հուսալի կերպով փակվում է զարկերակի վնասված լուսանցքը: Անոթը սեղմում են այն տեղում, որտեղ զարկերակը տեղավորված է մակերեսային, և կարելի է սեղմել մաշկի վրայից վնասման մասից վերև, տակը գտնվող ոսկրի վրա:

6)Մատով անոթի սեղմումը ամատոմիական կետերի վրա: Ջարկերակներից ուժեղ արյունահոսության ժամանակ անհրաժեշտ է մատով սեղմել անոթը որոշակի ամատոմիական կետերում, որտեղ նա տեղավորված է ոչ խոր: Այն սեղմում են նրա տակ գտնվող ոսկրի վրա: Ջարկերակները սեղմելու ամատոմիական կետերն են.

1.Ընդհանուր քնային զարկերակը սեղմում են առաջին մատով կամ մնացած չորս մատով կրծոսկրա-պտկա-անրակաձև մկանի ներքին եզրի միջին հատվածում, 6-րդ պարանոցային ողի վրա:

2.Ծնոտի արտաքին զարկերակը սեղմում են ստորին ծնոտի ներքին եզրին:

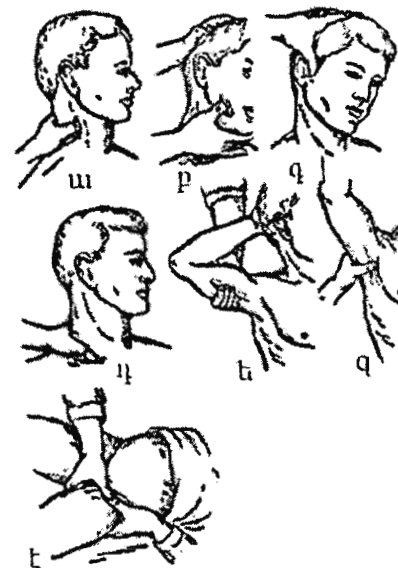
3.Քնային զարկերակը սեղմում են ականջի բլթակից վերև:



4.Ենթանրակային զարկերակը սեղմում են վերանրակային մասի միջին հատվածում՝ 1-ին կողի վրա:

5.Ուսային զարկերակը սեղմում են երկգլխանի մկանի ներքին եզրի շրջանում՝ բազուկների վրա:

6.Ազդրային զարկերակը սեղմում են պուպարյան կապանի միջին հատվածում՝ ցայլոսկրի հորիզոնական ճյուղի վրա (նկ.59):



Նկ. 59. Արյունահոսող անոթի վնասված մասում սեղմելը.

ա-ընդհանուր քնային, բ-արտաքին ծնոտային, գ-քունքային, դ-ենթանրակային, ե-ուսային, զ-ենթանոթային, է- ազդրային

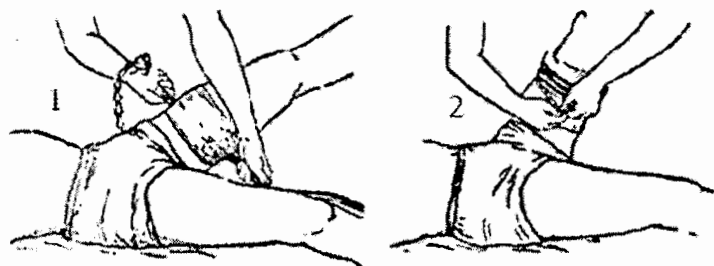
7)Արյունահոսության դադարեցումը ռետինե լարանով (Էսմարխի ռետինե լարան): Այն իրենից ներկայացնում է 1,5մ երկարություն ունեցող ռետինե ժապավեն: Ծայրերին ունի կոճկվող ծայրակալներ կամ կարթ ու շղթա: Լարանը դնում են վերջույթի կենտ ոսկրերի վրա՝ բազուկոսկրի կամ



ազդրոսկրի վրա: Դրա համար անհրաժեշտ է ծայրամուկամը բարձրացնել, որ արյունը դատարկվի, ապա արյունահոսող մասից վեր կապել մի քանի շերտ թանգիվով կամ կտորով (տակդիր), վրան ձգելով կապել լարանը՝ առաջին երեք զալարները իրար վրա, այնուհետև՝ շարքով, և վերջում ամրացնել ծայրերը: Առաջին հիմնական պտույտից հետո մյուս փաթերը դնում են ավելի թույլ, մեկը մյուսի կողքին, այնուհետև կարթը գցում են շղթայից ռետինե զալարների վրա: Լարանը դնում են նախաբազկի միջին՝ մեկ երրորդի և սրունքի միջին մեկ երրորդի վրա:

Լարանը ձգում են այնքան՝ մինչև արյունահոսությունը վերջից լրիվ դադարի:

Լարանը պետք է դնել այնպես, որպեսզի դադարեցվի արյունահոսությունը, բայց չվնասվեն լարանի տակ ընկած հյուսվածքները և նյարդերը (նկ.60):



Նկ. 60. Էսմարխի ռետինե լարանի ամրացումը
1-լարանի ձգումը, 2-լարանի ամրացումը

Եթե լարանը վերջույթի վրա գտնվում է երկու ժամից ավելի, ապա կարող են զարգանալ պերիֆերիկ հյուսվածքների անվերադարձ փոփոխություններ: Լարանը դնում են վնասված մասից վերև, բայց վերջին մոտ: Այն համարվում է ճիշտ դրված, եթե արյունահոսությունը դադարում է, մաշկը գունատվում, անհետանում է պերիֆերիկ պուլսը, ընկնում է վերջույթի ջեր-



մաստիճանը, ցավը վերանում է: Ամուր դրված լարանը վնասում է ներվա-յունները: Լարանի տակի մաշկը պաշտպանվում է փափուկ ներդիրով:

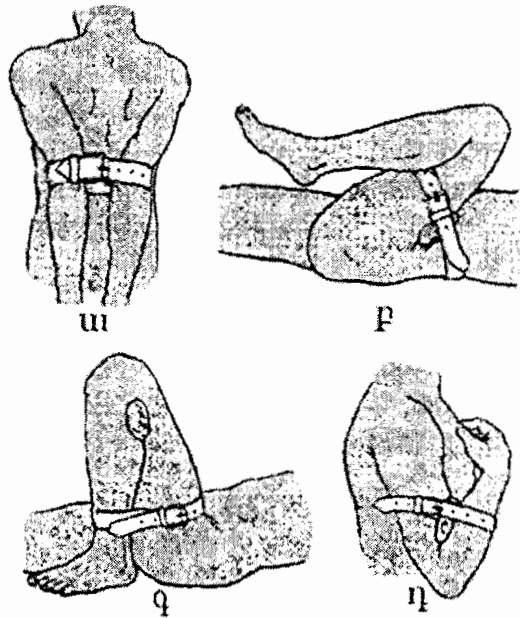
Տարբերում են արյունականգ լարանների բազմաթիվ տեսակներ (ռետինե, կտորից, լարան-ոլորան և այլն):

Լարան դնելուց հետո տուժածին շտապ ուղարկում են բուժփիմնարկ՝ լարանը հանելու և արյունահոսությունը վերջնական եղանակով դադարեցնելու համար:

Վնասվածներին բուժփիմնարկներ տեղափոխելիս ժամանակ առ ժամանակ պետք է նայել լարանը, քանի որ երբեմն այն վերջույթի կոնաձև մասից սահում է ցած:

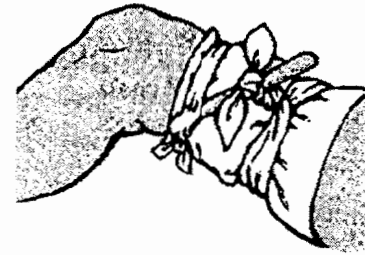
Եթե լարան չկա, ապա պետք է փաթաթել որևէ կտորով, թաշկինակով, սրբիչով կամ կտորով, պտտեցնել և ամրացնել փայտի կտորով այնպես, որ այն չբացվի: Կարելի է օգտագործել նաև գոտի, նախապես դրա տակ դնելով տակդիր:

8)Վնասված վերջույթի մաքսիմալ (առավելագույն) չափով ծալումը հողում: Թևատակային, ենթանրակային զարկերակից արյունահոսությունները կարելի է դադարեցնել ձեռքը ֆիքսելով, մաքսիմալ չափով ծալելով և սեղմելով մեջքին (վիրակապի օգնությամբ): Այս դեպքում զարկերակը սեղմվում է անրակի և առաջին կողի միջև (նկ.61):



Նկ. 61. Արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցումը՝ անշարժացնելով վերջույթը որոշակի դիրքում՝ վերջույթի առավելագույն չափով ծալված դիրքում՝ ա-արմնկային հոդում, բ-կոնք-ազդրային հոդում, գ-ծնկան հոդում, դ-ուսային և ենթանրակային արյունահոսության դադարեցումը

9) **Լարան-ուլորան դնելու տեխնիկան:** Վերջույթի վրա դնում են գործվածքային լարան, որի ազատ ծայրը առավելագույն չափով ձգում են: Հետո փայտիկի կտորը մտցնում են դրա տակ և ուլորում: Գործվածքն լարանը քիչ է ճնշում հյուսվածքները: Նման ձևով լարան են դնում նաև գլխաշորով (Նկ. 62): Լարանը պետք է թուլացնել ամեն ժամը մեկ, իսկ ծնունդը ամեն կես ժամը մեկ, մի քանի րոպեով, իսկ հետո նորից ամրացնել: Լարանը թուլացնելու ժամանակ մատով սեղմում են կենտրոնական անոթը՝ վերքից վերև: Թղթի վրա գրում են լարան դնելու ժամանակը, այն ամրացնում են լարանին կամ էլ վիրակապին:



Նկ. 62. Ջարկերակային արյունահոսության դադարեցումը ուլորիչով

Վնասվածներին տեղափոխելիս չի կարելի լարանը ծածկել վիրակապով կամ էլ հուզուստով:

10) **Վնասված մասին բարձր դիրք տալով:** Վերջույթի տակ դնում են բարձ կամ տուժածի հագուստը: Դա առաջ է բերում երակներում և զարկերակներում արյան ճնշման իջեցում և արյունահոսության դադարում: Այս եղանակը հաջողությամբ կարելի է կիրառել վերջույթների արյունահոսությունների ժամանակ: Վերջույթին բարձր դիրք պետք է տալ վերքի վրասեղմող վիրակապ դնելուց հետո միայն:

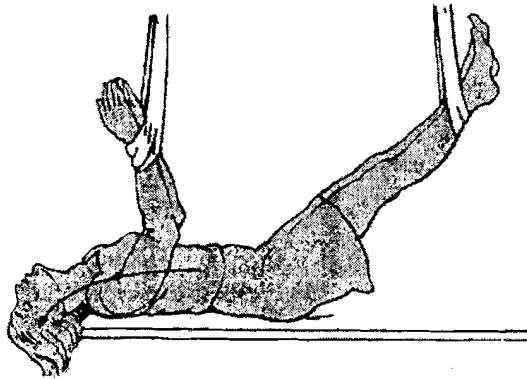
Սուր սակավարյունություն: Առաջանում է օրգանիզմի կողմից արյան զգալի կորստի դեպքում, որը շատ վտանգավոր է. այն արտահայտվում է արյան շրջանառության ուժեղ խանգարումով, թթվածնային քաղցի զարգացումով:

Տուժածը գանգատվում է աճող թուլությունից, գլխապտույտից, ականջներում աղմուկից, աչքերի առջև մթագնումից, ծավալից, սրտխառնոցից, փսխումից: Մաշկային և տեսանելի լորձաթաղանթները դառնում են գունատ, դիմագծերը սրված: Տուժածը արգելակված է, երբեմն, ընդհակառակը գրգռված, շնչառությունը հաճախացած, պուլսը թույլ լեցումով, հաճախ չի շոշափվում, զարկերակային ճնշումը ցածր է: Հետագայում նկատվում է գիտակցության կորուստ, որը պայմանավորված է ուղեղի արյունազրկումով, վերանում է պուլսը, չի որոշվում արյան ճնշումը, ի հայտ են գա-



լիս ջղաձգումներ, նկատվում է ակամա կղում և միզարձակում: Անհապաղ անհետաձգելի միջոցառումներ ձեռք չառնելու դեպքում տուժածը մահանում է:

Առաջին օգնության համար անհրաժեշտ է վերքի վրա դնել ախտահանված ճնշող վիրակապ, և անցկացնել հակաշոկային միջոցառումներ: Տուժածի ուշագնացության դեպքում նրան պեռկեցնում են հարթ մակերեսի վրա՝ գլխուղեղի արյունազրկումը կանխելու համար: Արյան զգալի կորստի դեպքում տուժածին տեղավորում են այնպիսի դիրքով, որի դեպքում գլուխը գտնվում է իրանից ներքև: Առանձին դեպքերում օգտակար է կատարել «արյան ինքնափոխներարկում»՝ պառկած վիրավորի մոտ բարձրացնում են բոլոր վերջույթները, որով հասնում են թոքերի, ուղեղի, երիկամների և այլ կարևոր օրգաններում շրջանառվող արյան քանակի ժամանակավոր շատացմանը (նկ. 63):



Նկ. 63. Վնասվածի դիրքը սուր արյունապակասության դեպքում՝ «արյան ինքնափոխներարկում»

Արյունահոսության վերջնական դադարեցման եղանակներն են անոթի վրա կար դնելը, անոթը կապելը, օրգանի լրիվ կամ մասնակի հեռաց-



նելը: Արյունահոսության դադարեցման այս ձևերը կատարում են մասնագետ-բժիշկները:

Առաջին բուժօգնությունը ցույց տալու ժամանակ կիրառվում են արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցման եղանակներ: Արյունահոսության վերջնական դադարեցումը կատարվում է մասնագետ-վիրաբույժի կողմից: Բուժքույրը պետք է կատարելապես տիրապետի արյունահոսության ժամանակ ցույց տրվող բուժօգնության մեթոդներին և տեխնիկային: Նման դեպքերում պետք է գործել արագ և ճիշտ, առանց խուճապի մատնվելու:

Թոքային արյունահոսություն. Առաջացման պատճառը թոքում մեծ կամ փոքր արյան անոթի վնասումն է: Երկար տևելիս կամ ուժեղ արյունահոսության ժամանակ զարգանում է սուր արյունապակասություն և մահ: Լինում է թոքային հյուսվածքի վնասվածքների, տուբերկուլյոզի, թոքային քաղցկեղի, ինչպես նաև սրտային հիվանդությունների դեպքում՝ թոքերում առաջացող կանգային երևույթների պատճառով:

Առաջին օգնությունը

–Յիվանդին պառկեցնել՝ տալով նրան կիսանստած դիրք,

–թույլ չտալ, որ հիվանդը շարժվի և խոսի, հոգեպես հանգստացնել նրան,

–կրծքին դնել սառցեպարկ, իսկ ոտքերի տակ՝ ջեռակ,

–չտալ տաք երակուր կամ տաք հեղուկներ՝ խմելու,

–տալ խմելու երկու ճաշի գդալ աղ՝ կես բաժակ ջրում,

–առատ արյունահոսության դեպքում շտապ տեղափոխել բուժփն-
մարկ:



Տրավմատիկ տոկսիկոզ

Պատճառները: Առանձին մարմնամասերի (ամենից հաճախ վերջույթների) երկարատև ճնշման (4-6 ժամից ավելի), ճմլման, սեղմման ժամանակ, վթարների, փլուզումների հետևանքով մարդու մոտ առաջանում է փափուկ հյուսվածքների փակ վնասվածքներին բնորոշ ընդհանուր երևույթներով ուղեղկցվող պատկեր, որն անվանվում է վերջույթների ճնշման վնասվածքային տոքսիկոզ (թուլներից առաջացող թունավորում) կամ սինդրոմ: Խաղաղ պայմաններում հաճախ փափուկ հյուսվածքների ճնշման ու ճմլման երևույթներ են առաջանում փլուզումների (հողային, շինարարական, հանքափորային և այլ աշխատանքների դեպքում) հետևանքով: Նման շատ դեպքեր լինում են նաև տարերային աղետների, միջուկային զենքի կիրառման (հարվածող ալիքի ներգործության, շենքերի փլուզումների և այլն) և այլ դեպքերում: Մկանների ու այրուճատար անոթների երկարատև ճնշման հետևանքով հյուսվածքը ստանում է քիչ քանակի արյուն, և դրանում առաջանում են մեռուկացման ու տարրալուծման օջախներ, որոնց հետևանքով անջատվում են մկանային պիզմենտ (միոգլոբին) և այլ հիստամինային թունավոր նյութեր (տոքսիններ): Դրանք, ներծծվելով արյան մեջ, թունավորում են ողջ օրգանիզմը. հատկապես կործանարար ազդեցություն են ունենում երիկամների, լյարդի և նյարդային համակարգի վրա:

Տրավմատիկ տոքսիկոզը հաճախ անվանում են նաև «տևական ճնշման սինդրոմ», «կրաշ-սինդրոմ»: Առաջացման գործոններն են՝

1) տևական ցավային գրգիռների ազդեցության պատճառով օրգանիզմի նյարդառեֆլեկտոր ու նյարդահումորալ ֆունկցիաների խանգարումը,

2) արյան պլազմայի կորստով պայմանավորված օրգանիզմի արյան թանձրացումը,



3) վնասվածքի պատճառով օրգանիզմում կուտակվող վնասակար նյութերի արտադրությունների ներթափանցումը արյան մեջ ու դրա հետևանքով առաջացող թունավորումները:

Տրավմատիկ տոքսիկոզի նշանները երևան են գալիս տուժածին փրկելուց մի քանի ժամ անց:

Առաջին օգնություն ցուցաբերելիս շտապ պետք է վերացնել ցավային սինդրոմը, ապա ճմլման ենթարկված մասի վերևի մասում տեղակայել լարան: Անոթային արյան շրջանառությունը չկասեցնելու համար լարանը չպետք է շատ ուժեղ ձգել: Լարանը պետք է ծառայի մարմնի վնասված մասից արյան ուժեղ հոսքը դեպի կենտրոնական օրգաններ կասեցնելու նպատակին:

Կրաշ-սինդրոմի դեպքում, անկախ կոտրվածքի առկայությունից, անհապաղ պետք է իրականացվի վերջույթի ժամանակավոր անշարժացում:

Առաջին օգնության միջոցառումների թվին են դասվում նրան տաքացնելը, տաք թեյ, սուրճ տալը, ճաշի կազմակերպումը, հնարավորության դեպքում տեղադրված լարանից վեր հատվածում նովոկայինային բլոկադայի կատարումը:

Տարբերում են զարգացման երեք շրջաններ:

Առաջին շրջանում (առաջին 48 ժամում) փլատակների տակից դուրս բերելուց հետո լինում է միայն ցավ, հոգեկան սթրես, ընդհանուր թուլություն:

Երկրորդ շրջանում (վնասվածք ստանալուց երեք օր անց) զարգանում է ծայրանդամների ուժեղ այտուց, վնասված մաշկը գունատ է, նրա վրա առաջանում են կապտավուն մանր արյունազեղումներ, հետագայում՝ արյունախառն հեղուկով լցված բշտեր: Ավելի ուշ զարգանում է երիկամային անբարարություն՝ մեզը պակասում, կամ նույնիսկ բացակայում է (լինում է անուրիա):

Երրորդը՝ վերականգնման շրջանն է, որը սկսվում է 3-4 շաբաթ անց:



Ըստ ճնշման տևողության՝ տարբերում են **թեթև** (ճնշման տակ է եղել 6-8 ժամ), **միջին** (8-12 ժամ) և **ծանր** (12 ժամից ավելի) ձևեր: Ծանրության աստիճանը որոշվում է նաև ճնշման տակ մնացած մասի մակերեսով՝ որքան մեծ է, այնքան ծանր է վիճակը:

Առաջին բուժօգնությունը: Առաջին հերթին անհրաժեշտ է՝ որքան հնարավոր է շուտ, վնասվածին դուրս բերել փլատակների տակից, ապա ձեռք առնել հետևյալ միջոցառումները.

–տալ ցավազրկողներ,

–կատարել հակաշոկային միջոցառումներ, տալ սրտային դեղամիջոցներ (կոֆեին, կորդիամին),

–ծանրության տակից դուրս բերելուց հետո վնասված վերջույթին տալ բարձր և հանգիստ դիրք, ամուր վիրակապել էլաստիկ բինտով կենտրոնից դեպի ծայրամաս,

–անշարժացնել ծայրամասը բեկակալներով կամ ձեռքի տակ եղած միջոցներով, եթե նույնիսկ կոտրվածք չկա (նրբատախտակ, տախտակի կտորներ, ձեռնափայտ, ծառի ճյուղ և այլն).

–տալ խմելու մեծ քանակությամբ հեղուկներ, ներարկել գլյուկոզայի լուծույթ և միզամուղներ:

Արգելվում է ծայրամասի վրա լարան դնել. այն դնում են միայն ուժեղ զարկերակային արյունահոսության դեպքում, երբ ծայրամասը ծանրության տակ է եղել 15 ժամից ավելի և ենթակա է ամպուտացիայի:

Ընդհանուր երևույթների արտահայտման դեպքում կիրառում են հակաշոկային միջոցներ: Տուժածին նշանակում են մեծ քանակությամբ հեղուկներ, ցավազրկողներ, սրտային պրեպարատներ և տեղափոխում բուժօգնության:

–տալ ցավազրկողներ.

–կատարել հակաշոկային միջոցառումներ, տալ սրտային դեղամիջոցներ (կոֆեին, կորդիամին).



–ծանրության տակից դուրս բերելուց հետո վնասված վերջույթին տալ բարձր և հանգիստ դիրք, ամուր վիրակապել էլաստիկ բինտով՝ կենտրոնից դեպի ծայրամաս.

–անշարժացնել ծայրամասը բեկակալներով կամ ձեռքի տակ եղած միջոցներով, եթե նույնիսկ կոտրվածք չկա (նրբատախտակ, տախտակի կտորներ, ձեռնափայտ, ծառի ճյուղ և այլն).

–տուժածին տալ մեծ քանակությամբ հեղուկներ, ներարկել գլյուկոզայի լուծույթ և միզամուղներ:



Վնասվածքային (տրավմատիկ) շնչահեղձուկ (ասֆիքսիա)

Վնասվածքային շնչահեղձուկը շնչառության կանգն է, որը դիտվում է փլատակների, հողաշերտերի և այլ բնույթի ծանրության տակ մնալու դեպքում, երբ առաջանում է կրծքավանդակի ուժեղ ճնշում, ինչի հետևանքով դժվարանում կամ անհնարին են դառնում շնչառական շարժումները, և խիստ խանգարվում է արյան շրջանառությունը:

Ախտանշանները: խիստ դժվարանում է շնչառությունը, առաջանում է պուլսի արագացում, դեմքի, պարանոցի ու կրծքի վանդակի փքվածություն ու կապտուկներ, գլխի, դեմքի, պարանոցի մաշկի, բերանի լորձաթաղանթների, աչքի ցանցենու և շաղկապենու վրա կան կետավոր արյունազեղումներ և այլն:

Առաջին բուժօգնությունը: Ամենից առաջ պետք է լրիվ վերացվի կրծքավանդակի վրա ճնշումը, և հանվի սեղմող հագուստը: Անհրաժեշտության դեպքում պետք է կատարվեն սրտային դեղամիջոցների ներարկումներ (կոֆեին, կամֆորա) և այլն:

Թմրադեղեր չի կարելի տալ, քանի որ դրանք ընկճում են շնչառությունը: Առաջին բուժօգնություն ցույց տալուց հետո տուժածին տեղափոխում են բժշկական հիմնարկ՝ հետագա բուժման և դիտարկման համար:



Առաջին բուժօգնությունը այրվածքների դեպքում

Այրվածքներ. առաջին բուժօգնությունը: Այրվածքը հաճախակի համդիպող, ծանր վնասվածք է, որը կարող է առաջանալ ջերմային, քիմիական և ճառագայթային գործոններից: Այն ընթանում է տեղային և ընդհանուր երևույթներով: Խաղաղ ժամանակ այրվածքները կազմում են բոլոր վնասվածքների մինչև 3%-ը: Գերակշռող մասը լինում է կենցաղային և միայն փոքր մասը՝ արդյունաբերական պայմաններում:

Խաղաղ պայմաններում այրվածքներ առաջանում են տաք, եռացող, հրավտանգ հեղուկներից, շիկացած մետաղների բոցերից, քիմիական նյութերից (խիտ թթուներ և հիմքեր), մթնոլորտային (կայծակ) և տեխնիկական էլեկտրականությունից:

Արտակարգ իրավիճակների պայմաններում այրվածք կարող է առաջանալ միջուկային զենքի պայթյունից, լուսային ճառագայթումից, հրդեհներից, վնասվածի ծխացող հագուստներից, տարբեր քիմիական նյութերից, դյուրավառ հեղուկներից (մապալմ, ֆոսֆոր):

Այրվածքը մեծ մասամբ լինում է մարմնի բաց մասերի վրա (դեմք, գլուխ, ձեռքեր), կարող է լինել նաև խորանիստ հյուսվածքներում: Վերջինս ընթանում է շատ ծանր և մի շարք բարդություններով (զիտակցության կորուստ, այրվածքային շոկ, շնչահեղձություն, իսկ շնչառական ուղիների այրվածքի դեպքում շնչական անբավարարություն):

Այրվածքի աստիճանները: Բարձր ջերմության ազդեցությունից հյուսվածքների վնասվածքները կոչվում են ջերմային այրվածք, իսկ քիմիական նյութերից՝ քիմիական այրվածք:

Այրվածքի խորության աստիճանը պայմանավորված է ջերմային ազդակի տեսակից, ազդման տևողությունից, տեղակայումից և հյուսվածքների անատոմիական առանձնահատկություններից (նկ.64):

Ըստ կլինիկական ախտանշանների՝ տարբերում են 4 աստիճանի այրվածքներ.



I-ին աստիճանի այրվածքի ժամանակ առաջանում են անոթների թափանցելիության մեծացում, էքսուդացիա, մաշկի տարածված կարմրություն, թեթև այտուց, կսկծալի ցավ: Ցավն լինում է նյարդային վերջույթների վրա ջերմային գործոնի ազդեցությունից և առաջացած էքսուդատի ճնշումից: Այս բոլոր երևույթներն անցնում են 3-7 օրվա ընթացքում: Երբեմն մաշկի վրա մնում է պիգմենտացիա (գունավորում):

II-րդ աստիճանի այրվածքի ժամանակ անոթների պատերի թափանցելիության բարձրացման հետևանքով մաշկը լինում է խիստ կարմրած, էքսուդատառ լինում է շատ, որի պատճառով մաշկի վրա առաջանում են բազմաթիվ և տարբեր մեծության բշտեր (զնդասեղի մեծությունից մինչև բռունցքի չափ): Վնասվածը գտնվում է գրգռված վիճակում, պուլսը հաճախացած է, մարմնի ջերմաստիճանը՝ բարձր: Մարմնի մակերեսի 15%-ից բարձր այրվածքի դեպքում առաջանում է այրվածքային շոկ: Այս այրվածքը լավանում է 8-14 օր անց: Մաշկի անընդհատությունը և էպիթելյար հյուսվածքը վերականգնվում են:

III-րդ աստիճանի այրվածքի դեպքում խորը փոփոխություններ են առաջանում ինչպես մաշկում, այնպես էլ խորանիստ հյուսվածքներում:

IV-րդ աստիճանի այրվածքն ընթանում է շատ ծանր, ածխանում է մաշկը, ենթամաշկային ճարպաշարակցական և ոսկրային հյուսվածքները, արյունատար անոթները, նյարդերը: Այն իր հերթին լինում է ծանր, միջին ծանրության և թեթև աստիճանի:

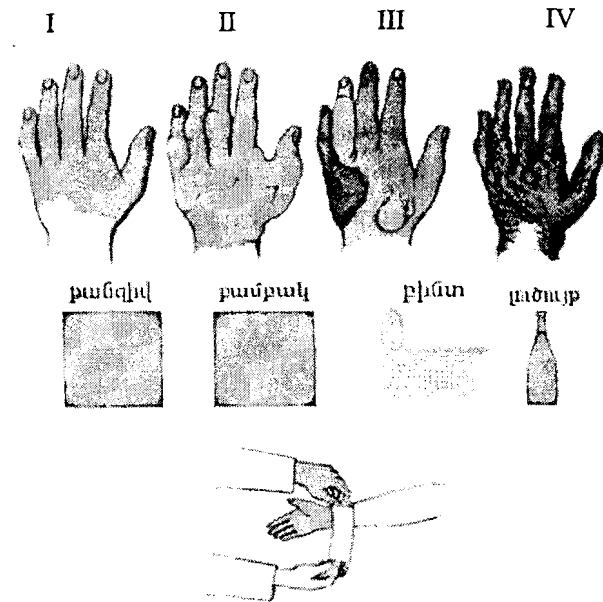
Այրվածքի ծանրության աստիճանը որոշելու համար նկատի են ունենում, թե մարմնի մակերեսի քանի՞ տոկոսն է այրվել: Մարմնի մակերեսը կազմում է 16-17000 քառակուսի սանտիմետր: Այրվածքի մակերեսն ընդունված է հաշվել «Իննի» (Պոստնիկովի) մեթոդով կամ ձեռքի ափով:

Ըստ Պոստնիկովի՝ ամբողջ մաշկի մակերեսի նկատմամբ մարմնի տարբեր մասերը տոկոսային հարաբերությամբ կազմում են. գլուխը պարանոցի հետ միասին կազմում է 9%, վերին վերջույթները՝ 2x9%, ստորին



վերջույթները, կրծքի վանդակի առջևի և հետևի մասերն առանձին-առանձին կազմում են 18%, սեռական օրգանը 1%: Իսկ ձեռքի ափով հաշվելու դեպքում, ձեռքի ափն ընդունում են մարմնի մակերեսի 1-1,2%:

աստիճաններ



Նկ. 64. Այրվածքի աստիճանները

ճառագայթային այրվածք

Ճառագայթային այրվածք առաջանում է այն ժամանակ, երբ մաշկի և լորձաթաղանթի վրա ընկնում են α և β ճառագայթները: Հետևաբար՝ ճառագայթային այրվածք առաջանում է ճառագայթային հիվանդության ժամանակ:

Ըստ կլինիկական ախտանշանների՝ ճառագայթային այրվածքն ընթանում է 4 շրջանով:



1. առաջնային ռեակցիայի շրջան,
2. քաբնված կամ գաղտնի շրջան,
3. սուր բորբոքային շրջան,
4. վերականգնման շրջան:

Քիմիական այրվածք: Քիմիական այրվածք առաջանում է խիտ թթուներից և խիտ հիմքերից: Մեծ մասամբ վնասվում է մաշկը, լորձաթաղանթները, տեսողության օրգանը: Այրվածքի ծանրության աստիճանը պայմանավորված է քիմիական նյութի խտությամբ: Թթուներից առաջացած այրվածքի ժամանակ այրված մասի կեղևը լինում է գորշ գույնի, իսկ հիմքերից առաջացած այրվածքի դեպքում սպիտակ գույնի:

Առաջին բուժօգնությունը այրվածքների ժամանակ

Վնասման օջախում տուժածներին պետք է տեսակավորել և առաջին բուժօգնության համար ձեռք առնել հետևյալ միջոցառումները.

- ա) դադարեցնել բարձր ջերմային ազդակի հետագա ներգործությունը,
- բ) այրված մասը ծածկել վիրակապով կամ սավանով,
- գ) դադարեցնել ցավը՝ ներարկելով ցավազրկողներ,
- դ) տարածված այրվածքի ժամանակ անշարժացնել ծայրանդամը և շտապ տեղափոխել բժշկական մասնագիտական հիմնարկ,
- ե) անցկացնել թեթև հակաշոկային միջոցառումներ:

Վնասվածին բարձր ջերմությունից ազատելու համար պետք է նրան դուրս բերել վնասման օջախից, ապա հանգցնել այրվող և ծխացող զգեստները՝ ծածկելով այն խիտ կտորով կամ շինելով:

Այրված մասի վրա ախտահանված վիրակապ դնելու համար նախապես պետք է տվյալ մասն ազատել հագուստից, զգուշորեն կտրելով այն, որպեսզի հագուստի կտորները չմնան այրված մակերեսին: Բշտերը չպետք է վնասել: Այրվածքային շոկից խուսափելու համար պետք է ներարկել ցավազրկող, ծածկել տուժածին, տաքացնել, անշարժացնել ծայրանդամները և որևէ փոխադրականով տարհանել:



Քիմիական այրվածքի ժամանակ այրված մասը պետք է չեզոքացնել քիմիական նյութերով:

Թթուներով այրվածքի դեպքում չեզոքացումը կատարում են 2%-անոց սոդայի լուծույթով, անուշադրի սպիրտով, իսկ հիմքերով այրվածքի դեպքում թույլ խտություն ունեցող թթուներով, կամ այրված մասը լվանում են հոսող ջրով:

Որպես առաջին բուժօգնություն, վնասվածին շոկային վիճակից հանելուց հետո կատարում են վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակում: Այրվածքի շրջապատի մաշկը մաքրում են 0,5%-անոց տաք անուշադրի լուծույթով, ջրածնի պերօքսիդով, օճառի և նոսկայինի լուծույթով: Հեռացնում են օտար մարմինները, բացում բշտերը, վրան դնում են սինտոմիցինի էմուլսիա, Վիշնևսկու քսուկ կամ ախտահանված վազելին:

Այրվածքի տեղային բուժումը կատարվում է մի քանի մեթոդներով՝ փակ, բաց և խառը:



Ցրտահարություն և ընդհանուր սառեցում

Ցրտահարություն: Ցածր ջերմաստիճանի տևական ազդեցության հետևանքով օրգանիզմում առաջացած փոփոխությունները կոչվում են ցրտահարություն: Այն կարող է առաջանալ երկարատև ցրտից, խոնավ օդից, խոնավ և սեղմող հագուստներից և կոշիկներից, ուժեղ քամուց, երկարատև հարկադիր դիրքից, արյունահոսությունից, ծայրանդամի վրա լարանք երկար թողնելուց, օրգանիզմի հյուծվածությունից, ֆիզիկական և հոգեկան գերհոգնածությունից: Ցրտահարությունից խանգարվում է օրգանիզմի ջերմակարգավորումը, մարմնի ջերմաստիճանն իջնում է մինչև 33 աստիճան: Օրգանիզմում առաջանում է թթվածնային քաղց, ինչի հետևանքով խանգարվում է ուղեղի ֆունկցիան, առաջանում է գիտակցության կորուստ, իջնում է զարկերակային արյան ճնշումը, արգելակվում է շնչառությունը, զարգանում է կեղծ մահվան պատկեր: Երբ օրգանիզմի ջերմաստիճանն իջնում է 30-25 աստիճան, տեղի են ունենում ծանր և անվերադարձ փոփոխություններ (նկ.65):

Ըստ կլինիկական ընթացքի՝ ցրտահարությունը լինում է 4 աստիճանի.

I-ին աստիճանի ցրտահարության ժամանակ մաշկն ընդունում է կապտակարմրավուն երանգ, թեթև այտուցված է, արյան շրջանառությունը խանգարված: Վնասվածը զանգատվում է ծակող, այրող ցավերից: Ցավեր առաջանում են նյարդային վերջույթների վրա այտուցային հեղուկի ճնշումից: Այտուցը տևում է 3-7 օր, որից հետո նվազում է մաշկի կարմրությունը, մաշկը թեփոսվում է, և տվյալ մասը դառնում է զգայուն ցրտի հանդեպ:

II-րդ աստիճանի ժամանակ վերը նշված կլինիկական երևույթներն արտահայտվում են ավելի ուժեղ ձևով: Մաշկի վրա առաջանում են բշտեր՝ լցված դեղնավուն կամ արյունախառն հեղուկով, զգացողությունը խանգարվում է, լինում է սաստիկ ցավ: Լավացումը տևում է 10-30 օր՝ առանց բարդությունների:

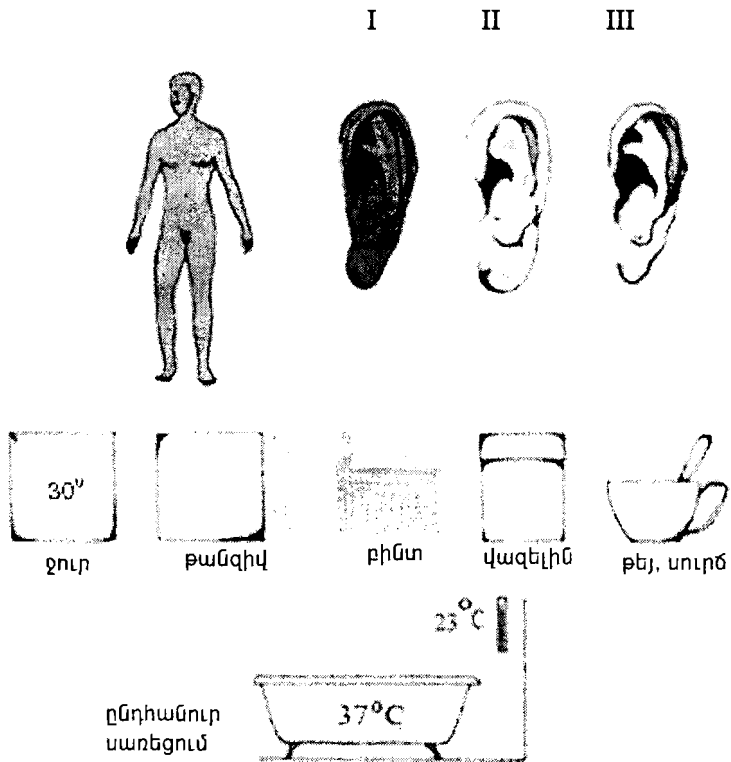


III-րդ աստիճանի ժամանակ ցրտահարվում է ենթամաշկային շերտը, մաշկը կապտակարմրավուն է, անզգա, այտուցված: Մաշկի վրա կան բազմաթիվ բշտեր՝ լցված արյունախառն հեղուկով: Ինֆեկցիայի առկայության դեպքում բշտերը կարող են թարախակալվել: Այդ դեպքում բարձրանում է օրգանիզմի ջերմությունը, առաջանում են թունավորման երևույթներ, գլխացավ, անքնություն, լեյկոցիտոզ: Ցրտահարված տեղը սահմանազատված է առողջ մասից, և պրոցեսն ընթանում է թաց գանգրենայի ձևով: Լավացումը տևում է 30-60 օր: Մաշկի վրա մնում է սպի:

IV-րդ աստիճանի ժամանակ նեկրոզի են ենթարկվում փափուկ և ոսկրային հյուսվածքները, մաշկը, արյունատար անոթները և նյարդերը: Ախտահարված մասը կապտած է, գունատ, սառը, անզգա, մաշկի վրայի բշտերը լցված են արյունախառն հեղուկով: Դեմարկացիոն (առողջ և վնասված մասը սահմանազատող գիծ) գիծն առաջանում է 9-14-րդ օրում: Լավացումը տևում է շուրջ մեկ տարի, ցրտահարված տեղում մնում է տարածված սպի:



Աստիճանները



Նկ.65. Ցրտահարության աստիճանները

Առաջին օգնությունը

Ցրտահարության ժամանակ ձեռք են առնում հետևյալ միջոցառումները.

- ա) վերականգնել ախտահարված մասի արյան շրջանառությունը,
- բ) պահպանել ախտահարված մասն ինֆեկցվելուց,



գ) օրգանիզմի և ախտահարված մասի ջերմաստիճանը պահպանել բնականոն թվերի վրա:

Դրա համար ցրտահարվածին պետք է տաքացնել, ծածկել ծածկոցով: Ցրտահարված մասում անհրաժեշտ է ձեռքով կամ սպիրտով կատարել շփումներ՝ մինչև մաշկի նորմալ գույնի վերականգնումը: Վնասված մասը չի կարելի շփել ձյունով, քանի որ ձյան միջի սառույցի փոքրիկ կտորները կարող են քերծել մաշկը և ինֆեկցիայի անցման համար ստեղծել նպաստավոր պայմաններ:

Այս միջոցառումներից հետո ախտահարվածին տեղափոխում են բուժօգնարկ, որտեղ հանում են զգեստները, կոշիկները և աստիճանաբար տաքացնում նրան:

Ցրտահարված մասի վրա դնում են ախտահանված վիրակապ, ներարկում հակատետանիկ (հակափայտացումային) շիճուկ, հակաբիոտիկներ, բշտերը մաքրում են սպիրտով: Ցրտահարվածին տալիս են տաք թեյ, սուրճ, քիչ քանակությամբ ալկոհոլ, գլյուկոզա, հակաշոկային հեղուկներ:

Բարդությունների դեպքում ձեռք են առնում համապատասխան միջոցառումներ և տեղափոխում մասնագիտացված հիվանդանոց:

Ընդհանուր սառեցման դեպքում անհրաժեշտ է տուժածին շտապ տեղափոխել բուժօգնարկ, և տեղավորել տաք սենյակում, հանել հագուստները, մարմինը շփել սպիրտով, լավ փաթաթել, հագցնել տաք հագուստներ, տալ խմելու տաք հեղուկներ (թեյ, սուրճ), մարմնի տարբեր մասերին դնել ջեռակ: Այն դեպքում, երբ տուժածը չի շնչում, կատարել արհեստական շնչառություն, ներարկել սրտային դեղամիջոցներ:



Առանձին մարմնամասերի վնասվածքներ

Ստորին ծնոտի հոդախախտ: Այս վնասվածքը լինում է այն դեպքում, երբ ստորին ծնոտը կատարում է սովորականից ավելի մեծ շարժում, օրինակ, ուժեղ հորանջելիս, սննդի մեծ պատառներ կուլ տալիս, փսխման, բերանի խոռոչի վիրահատությունների ժամանակ:

Ախտանշանները. հոդախախտից անմիջապես հետո ծնոտի շարժումը վերանում է, բերանը մնում է բաց, այլևս չի փակվում, վնասվածը չի կարողանում խոսել, թուքը թափվում է բերանից:

Առաջին բուժօգնության համար հոդախախտի ուղղումը կատարվում է բռնի ձգման միջոցով:

Դրա համար վնասվածին նստեցնում են առանց թիկնակի աթոռի վրա, բուժքույրը երկու ձեռքով բռնում է վնասվածի գլուխը հետևի կողմից և պահում անշարժ վիճակում: Վիրաբույժը երկու ձեռքերի բութ մատները դնում է ստորին ծնոտի սեղանատամների վրա՝ երկու կողմից, իսկ դրսի կողմից մնացած մատներով բռնում է ծնոտը, ձգում ներքև ու հետ և զգում տեղը: Հոդախախտն ուղղելուց հետո ծնոտի շարժումները սահմանափակելու նպատակով այն կապում են պարսատիկածև կապով: Սնունդը պետք է տալ մանրացված և հեղուկ վիճակում:

Ծնոտի կոտրվածք: Այս վնասվածքը երկու անգամ ավելի հաճախ է հանդիպում, քան ծնոտի հոդախախտը: Ծնոտի կոտրվածք կարող է առաջանալ հարվածից, ընկնելուց, հրազենի օգտագործումից, հարվածող ալիքից: Հաճախ առաջանում է բաց կոտրվածք, այսինքն՝ կոտրվածքի հետ միասին լինում է նաև մաշկի, լորձաթաղանթի և մկանների վնասվածք:

Ախտանշանները. ցավ, առամների դասավորության խախտում, խոսելու, ծամելու և կուլ տալու ակտի խանգարում, իսկ հրազենային զենքի օգտագործման ժամանակ նաև բերանի խոռոչի, լեզվի, դեմքի փափուկ հյուսվածքների, անոթների և նյարդերի վնասվածք:



Առաջին բուժօգնությունը: Լեզուն ֆիքսում են բուլավկայով, այն թելով ամրացնելով հագուստի կոճակին: Գլուխը պետք է թեքել մի կողմ կամ տուժածին պառկեցնել որովայնի վրա, կրծքի տակ դնել բարձ կամ վնասվածի հագուստը: Անհրաժեշտ է հսկողություն սահմանել վնասվածի նկատմամբ: Արյունահոսության ժամանակ դնում են ճնշող կապ, կամ մատով սեղմում են արյունահոսող անոթի վրա համապատասխան տեղում, ծնոտի վրա դնում են պարսատիկածև կապ և տեղափոխում բուժօգնության մասնագիտական օգնություն ցույց տալու համար:

Աչքի վնասվածք: Վնասվում են կոպերը, լորձաթաղանթը, շաղկապենու, եղջերաթաղանթի մասերը: Իսկ հրազենային վնասվածքի ժամանակ վնասվում են ակնագնդերը, բիբերը և գլխի մյուս մասերը: Կարող են վնասվել աչքի ինչպես արտաքին, այնպես էլ ներքին հատվածները:

Ախտանշանները. առաջանում են ցավեր աչքերի մեջ, կոպերի, շաղկապենու, եղջերաթաղանթի վնասվածքներ, ենթամաշկային ու շաղկապենու այտուցներ ու արյունազեղումներ, օտար մարմնի առկայություն (մետաղի կտորների, վառողի, ապակու կտորների և այլն), արցունքահոսություն, լուսավախություն, աչքից արյունահոսություն, տեսողության խանգարում, եղջերենու պղտորում, ծանր դեպքերում աչքի ներքին թաղանթների դուրս թափում, անզամ ակնախնձորի լրիվ քայքայում:

Առաջին օգնությունը: Դրվում է ախտահանված վիրակապ, և շտապ վնասվածին տեղափոխում են բուժօգնության:

Աչքի օտար մարմիններ. լինում են ավազի, ածխի, մետաղի և այլ հատիկներ շաղկապենու և եղջերենու մեջ:

Նշանները: Աչքի մեջ առաջանում է այրոցի սուր զգացում, արցունքահոսություն, լուսավախություն: Լինում է նաև ցավ ակնագնդերում, եղջերաթաղանթի պղտորում: Շաղկապենու և եղջերենու զննման ժամանակ հաճախ օտար մարմինը երևում է:



Առաջին օգնությունը: Շաղկապենու օտար մարմինը հեռացնում են քանզիվի կտորով, բորաթթվի կամ այլ լուծույթով ներծծված, ձողիկի վրա փաթաթած քանզիվով: Եղջերաթաղանթի օտար մարմինը հեռացվում է մասնագետ-բժշկի կողմից՝ հատուկ ակնաբուժական գործիքների միջոցով: Աչքի վրա դնում են ախտահանված վիրակապ, ներարկում են հակատետանիկ շիճուկ:

Աչքի այրվածք: Տարբերում են աչքի այրվածքների հետևյալ տեսակները՝ բարձր ջերմության ազդեցությունից, քիմիական նյութերից (խիտ թթուներ, խիտ հիմքեր), էլեկտրազոդումից, միջուկային զենքի պայթյունի հետևանքով:

Աչքի ջերմային այրվածքներն իրենց նշաններով առանձնապես չեն տարբերվում մաշկի մյուս այրվածքներից: Լուսային այրվածքներ առաջանում են ուժեղ, վառ լույսի, օրինակ, միջուկային պայթյունի, մետաղների էլեկտրազոդման դեպքում լուսային ճառագայթման հետևանքով:

Նշանները. դիտվում են խիստ արտահայտված սուր մրմռոց, լուսավախություն, շաղկապենու կարմրություն, արցունքափոսություն, կոպերի կծկում, երբեմն տեսողության վատացում: Լինում է ցավ, լուսավախություն, արյունազեղում, կոնյուկտիվիտ:

Առաջին օգնությունը. աչքերին դնել սառը թրջոցներ, կաթեցնել 0,25%-անոց դիկայինի, բորաթթվի կամ նոկկայինի լուծույթ, հազցնել մուգ ակնոց:

Քիմիական այրվածքներն առաջանում են աչքի վրա թթուների ու հիմքերի ներգործության հետևանքով:

Նշանները. առաջանում է կեղև, որն անջատում է մահացած հյուսվածքները՝ առաջացնելով սպի կամ սպիտակ բիծ («աչքի հատ»):

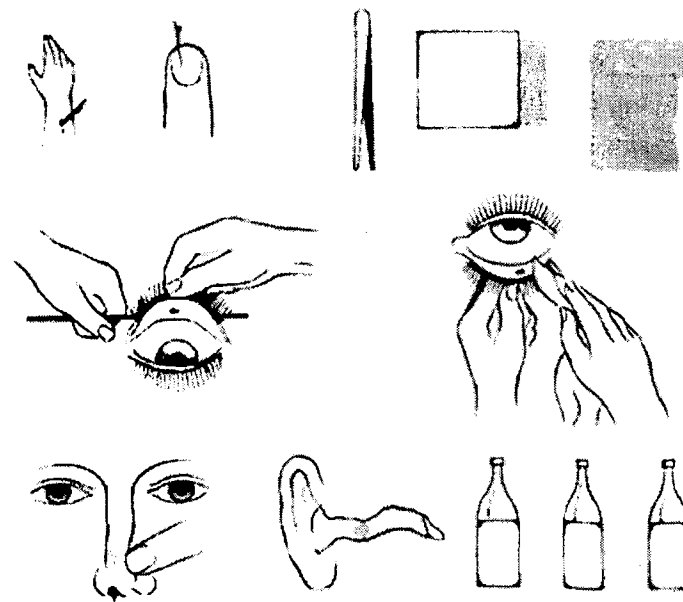
Առաջին օգնությունը. աչքը շտապ լվանում են սառը ջրի առատ շիթով: Թթուներից առաջացած այրվածքների դեպքում աչքը լվանում են նատրիումի հիդրոկարբոնատի թույլ լուծույթով, իսկ հիմքերից առաջացած



այրվածքների դեպքում՝ շատ թույլ քաղախաթթվով, ապա վնասվածին տեղափոխում են բուժփիմնարկի ակնաբուժական բաժանմունք:

Քթի, ականջի վնասվածքներ (Նկ. 66)

Ականջի վնասվածքները՝ որպես ինքնուրույն վնասվածքներ, քիչ են հանդիպում: Դրանք մեծ մասամբ լինում են ծնոտի, աչքի և գլխի վնասման ժամանակ, հատկապես հրազենային և միջուկային զենքի օգտագործման դեպքում:



Նկ. 66. Օտար մարմիններ վերքի մեջ, եղունգի տակ, կոպերի տակ, քթի և ականջի մեջ

Ախտանշանները. լինում է վերքի առկայություն, ցավ, լսողության խանգարում, ականջներում աղմուկ, գլխապտույտ, սրտխառնոց, փսխում, ուղեղային հեղուկի հոսք: Ավելի հաճախ այս վնասվածքները զուգակցվում են ակնակապիճի, ծնոտների կամ գանգի վնասվածքների հետ:



Առաջին օգնությունը. դրվում է ախտահանված վիրակապ: Արգելվում է լսողական անցքը մաքրել կամ վնասել: Վնասվածին շտապ տեղափոխում են բուժօգնության:

Ականջի օտար մարմին. ականջի մեջ կարող են ընկնել տարբեր օտար մարմիններ՝ միջատ, ուլունք, ոսպի հատիկ և այլն:

Ականջներում լինում է տհաճ ցավի զգացողություն, լսողության խանգարում:

Առաջին օգնությունը. պետք է ականջի մեջ լցնել կամֆորայի կամ բուսական յուղ, սպիրտ: Ականջի միջի օտար մարմինը հեռացնում են հատուկ գործիքի միջոցով, կամ վնասում են հատուկ մեծ շարիցով:

Քթի վնասվածք. սա լինում է դեմքի վնասվածքների ժամանակ, մեծ մասամբ հրազենային զենքի օգտագործման դեպքում:

Ախտանշանները. լինում է ցավ քթի շրջանում, արյունահոսություն, քթի ձևափոխում և այլու:

Առաջին օգնությունը. դադարեցնել արյունահոսությունը, քթի մեջ դնել տամպոններ, վերքի վրա դնել ախտահանված վիրակապ:

Քթի արյունահոսություն. սա կարող է լինել վնասվածքների և մի շարք հիվանդությունների պատճառով (օրինակ, հիպերտոնիկ հիվանդություն, հեմոֆիլիա, սրտային-լյարդային հիվանդություններ), ինչպես նաև ասպիրինի մեծ չափաքանակներ ընդունելուց:

Առաջին օգնությունը. վնասվածին նստեցնում են կամ տալիս կիսանստած դիրք՝ թեքելով նրան առաջ, որպեսզի արյունը չհոսի հետ՝ դեպի ըմպան և կոկորդ: Այնուհետև մատներով սեղմում են քթի միջնորմին 15 րոպե անընդմեջ, միաժամանակ քթարմատին դնելով սառը: Եթե արյունահոսությունը շարունակվում է, քթի մեջ դնում են կալցիում-քլորիդ կամ ադրենալինով թրջված տամպոններ, թողնում 24-48 ժամ, այնուհետև պարզում են արյունահոսության պատճառը և բուժում հիմնական հիվանդությունը:



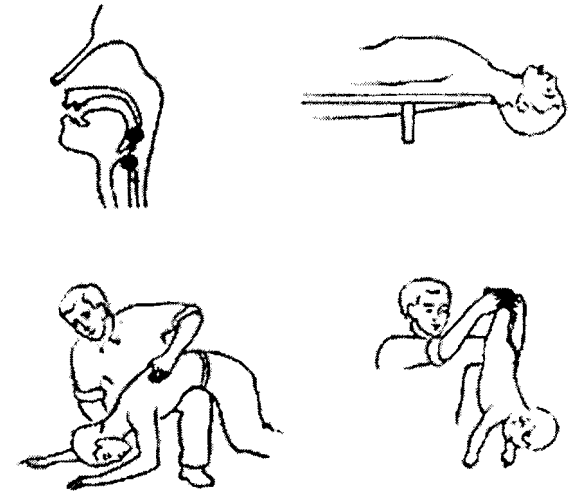
Քթի մեջ օտար մարմին. մեծ մասամբ լինում է երեխաների մոտ, որոնք քթի մեջ կարող են մտցնել զանազան կլոր իրեր (սիսեռ, լոբու հատիկ, ուլունք և այլն):

Ախտանշանները. հաճախ տրորում են քիթը, փռշտում, ունենում են շնչարգելություն, քթից լորձային արտադրություն: Երկար ժամանակ մնալուց կարող է առաջանել արյան կամ թարախի հոսք:

Առաջին բուժօգնության նպատակով հատուկ գործիքով հեռացնում են օտար մարմինը:

Կոկորդում օտար մարմին: Կոկորդում որպես օտար մարմին կարող են հանդիպել ոսկորի կտոր, սննդի մնացորդ, դրամ, ասեղ, հուլունք և այլն: Այս դեպքում լինում է ցավ, որը ուժեղանում է կլման ժամանակ: Լինում է նաև դժվարաշնչություն (նկ. 67):

Վնասվածին օգնելու նպատակով ուտելու և խմելու ոչինչ չեն տալիս և անմիջապես տեղափոխում են բուժօգնության մասնագիտական օգնություն ցույց տալու համար: Բուժօգնություն հատուկ գործիքով հեռացնում են օտար մարմինը, չհաջողվելու դեպքում կատարում են վիրահատություն:



Նկ.67. Օտար մարմնի հեռացումը կոկորդից



Ուղեղի սալջարդ կամ ջարդվածք: Առաջանում է ուժեղ հարվածից: Այս դեպքում վնասվում է ուղեղի հյուսվածքը, կարող է լինել նաև ուղեղի արյունահոսություն: Լինում է գիտակցության կորուստ՝ 1-2 րոպեից մինչև 1-2 ժամ: Ողնուղեղային ճնշումը լինում է բարձրացած կամ իջած, նկատվում է մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում, փսխում: Բիբերը լինում են լայնացած, լուսային ռեակցիան բացակայում է:

Ըստ այն հանգամանքի, թե որ մասն է վնասված՝ լինում է տեսողության, լսողության, կլման ակտի և խոսքի խանգարում: Առաջանում են նաև վեգետատիվ խանգարումներ, սրտի աշխատանքի և շնչառության խանգարում, քրոմարտադրություն:

Առաջին բուժօգնության համար վնասվածին տալիս են հանգիստ դիրք, գլխին դնում են սառը և պատգարակով տեղափոխում բժշկական հիմնարկ:

Անշարժացնող բեկակալ դնել չի թույլատրվում, քանի որ վնասվածը կարող է ծանապարհին հետ տալ, և խցանվի նրա շնչափողը: Գլուխը դրվում է բամբակ-թանգիվից պատրաստած գլանակի վրա: Փսխում լինելու դեպքում գլուխը պետք է շրջել մի կողմի վրա, և բերանը մաքրել փսխման զանգվածից:

Վնասվածին տեղափոխում են բուժօգնության, որտեղ պետք է ապահովել անկողնային ռեժիմ:

Գանգոսկրի կոտրվածքներ: Սա լինում է վթարների ժամանակ, արտադրության մեջ, փլատակների տակ մնալիս: Գանգոսկրի կոտրվածքները լինում են փակ և բաց, թափանցող և ոչ թափանցող: Ավելի վտանգավոր են բաց և թափանցող վնասվածքները, որոնց առկայության դեպքում կարող է ներս թափանցել ինֆեկցիա, առաջացնելով մի շարքի վանդություններ՝ մենինգիտ, էնցեֆալիտ, ուղեղի աբսցես և այլն:

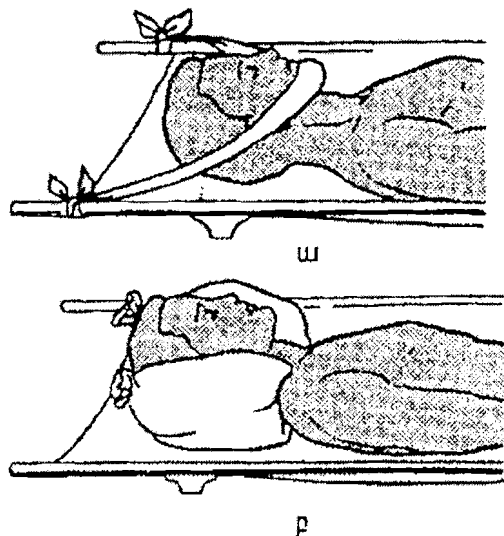
Գանգի հիմքի կոտրվածք: Սա դասվում է ծանր վնասվածքների շարքին: Լինում է գանգուղեղային նյարդերի, ուղեղի կարծր թաղանթի վնասվածք:



Հայտնի է, որ գանգի խոռոչը բերանի, ականջի և քթի միջոցով հաղորդակցվում է արտաքին աշխարհի հետ, ուստի այս կոտրվածքները դասվում են բաց և թափանցող վնասվածքների շարքին: Այս վնասվածքի ժամանակ լինում է քթից արյունահոսություն, ուղեղային հեղուկի հոսք, դեմքը թեքվում է մի կողմի վրա, ականգնդերի շուրջ լինում են արտահայտված արյունազեղումներ: Սա ի հայտ է գալիս վնասվածք ստանալուց մեկ օր անց:

Առաջին բուժօգնության նպատակով կատարում են գլխի անշարժացում (նկ.68) և տուժածին տեղափոխում բժշկական հիմնարկ: Եթե քթից, ականջից կամ բերանից կա արյունահոսություն, ապա չի կարելի լվանալ խոռոչները: Պետք է դնել միայն տամպոն, որպեսզի վարակն ավելի խոր չթափանցի, ներարկել սիրտ-անոթային համակարգի աշխատանքը կարգավորող դեղանյութեր, շնչական կենտրոնը գրգռող միջոցներ:

Գլխի և պարանոցի վնասվածքի դեպքում տուժածին տեղավորում են պատգարակի վրա, և շարժումներից խուսափելու համար ամրացնում են քարշափոկերով: Մինչև պատգարակի վրա պառկեցնելը նրա վրա դնում են բարձ կամ բամբակ-թանգիվից պատրաստված օղակ: Բամբակ-թանգիվե օղակը տեղափոխման ժամանակ մեղմացնում է ցնցումները: Կարելի է գլխի տակ դնել նաև վնասվածի հագուստը, վերնակից պատրաստված գլան կամ ռետինե փչած օղակ:



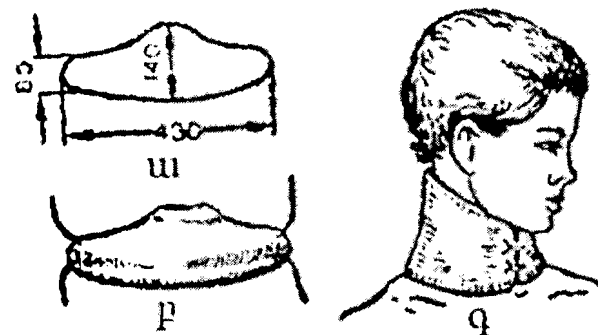
Նկ.68. Գլխի անշարժացում.

ա-անշարժացումը պատգարակի հետ պարսատիկածն կապով
բ-անշարժացումը ավազեպարկի միջոցով

Գլխի անշարժացումը բամբակ-թանգիվային օծիքով: Եթե չկան հակացուցումներ (դժվարացած շնչառություն, փսխում, գիտակցության մթազում կամ կորուստ), ապա պառկած վիճակում գտնվող տուժածի պարանոցին դնում են բամբակ-թանգիվից պատրաստված օծիք, որն ամրացնում են բինտային կապի միջոցով կամ էլ ճարմանդի օգնությամբ: Բամբակ-թանգիվային կապը վերևի մասում հեցվում է գլխի ծոծրակային մասին, իսկ ներքևի մասով՝ կրծքավանդակին: Այսպիսով՝ տեղափոխման ժամանակ կրացառվեն գլխի կողմնային ցնցումները:

Սովորաբար թանգիվե օծիք (Նկ.69): Այս օծիքը սովորաբար պատրաստում են նախապես և օգտագործում կոտրվածքների անշարժացման համար: Սովորաբար թանգիվե կտրում են մի կտոր, այն ծածկում են բամբակով, փաթաթում բինտով և կարում եզրերը: Ամեն ծայրին ամրացնում են

երկուական կապիչ: Զգուշությամբ բարձրացնում են վնասվածի գլուխը, պարանոցի տակ տեղադրում օծիքը և ամրացնում կապիչների օգնությամբ: Շանցի օծիքը հուսալի կերպով անշարժացնում է ողնաշարի պարանոցային հատվածը:



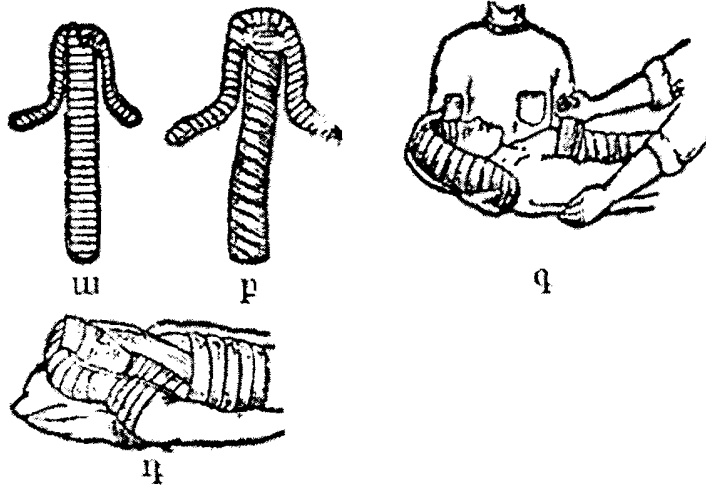
Նկ. 69. Սովորաբար թանգիվե օծիք

ա,բ-ընդհանուր տեսքը,գ-բեկակալը դրված վիճակում

Գանգոսկրի կոտրվածքի դեպքում, եթե առկա չեն ուղեղային երևույթներ, ապա վնասվածին տալիս են հանգիստ դիրք, իսկ եթե կոտրվածքն ուղեկցվում է նաև ուղեղի վնասվածքով, ապա կատարում են վիրահատություն:



Այս եղանակը լայնորեն կիրառվում է գլխի, պարանոցի և ողնաշարի կոտրվածքների անշարժացման ժամանակ (Նկ.70): Անշարժացում կատարում են հետևյալ կերպ.



Նկ . 70. Բաշմակովի եղանակով Կրամերի բեկակալով՝ գլխի, պարանոցի և ողնաշարի կոտրվածքների անշարժացում

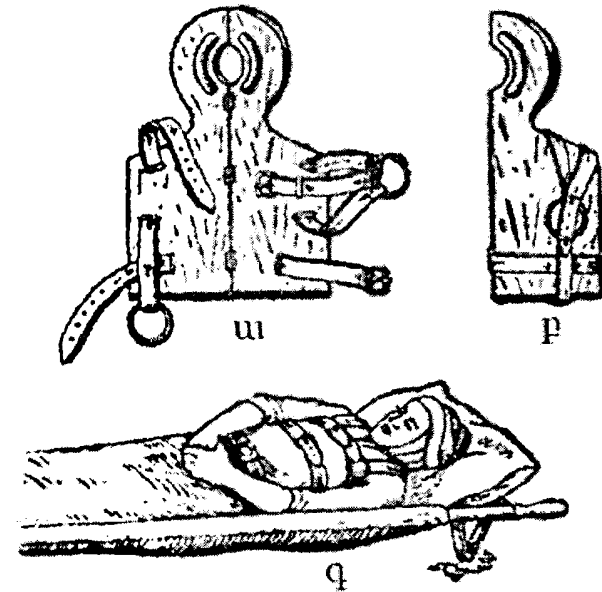
1)1,2 մ երկարության աստիճանաձև բեկակալին տալիս են պարանոցի և գլխի մասի տեսք (օմեգա տառի ձևով), իսկ նույն երկարության երկրորդ շինային՝ գլխի, պարանոցի հետին մասի տեսք: Մեջքի ուրվագիծը ծածկում են բամբակով և փաթաթում բինտով:

2)բեկակալները բինտի օգնությամբ ամրացնում են տուժածի մարմնին: Բեկակալը դնում են երկու հոգով. այս դեպքում ֆևեր բռնում է տուժածի գլուխը և բինտավորում, իսկ մյուսը դնում է բեկակալը և ամրացնում այն:

Գլխի անշարժացումը ելանակու բեկակալով (Նկ. 71): Նման բեկակալ պատրաստում են բազմաշերտ նրբատախտակից: Այն թաղկացած է երկու մասից, որոնք իրար ամրացված են փակիչի միջոցով: Սր բեկակալը բաց-



ված վիճակում ունի գլխի, պարանոցի և իրանի ուրվագիծը: Փակ վիճակում այն քիչ տեղ է զբաղում և հարմար է տեղափոխման համար: Բեկակալի վերին մասում, որը համապատասխանում է ծոծրակին, կա օվալաձև անցք, որի եզրերին ամրացված է բամբակ-թանգիվային օղակ: Բեկակալի ներքին և կողմնային մասերում արված են անցքեր՝ քուղեր կամ գոտի ամրացնելու համար: Դրանց միջոցով բեկակալն ամրացվում է կրծքավանդակին:



Նկ. 71. Բարձիկ-շինա գլխի համար.
ա-արտաքին տեսքը, բ-գլխի դիրքը բարձիկի վրա

Բեկակալի կողմնային մասերի վրա գտնվող անցքերի միջով անցկացվում են մեկ մ երկարությամբ թուղեր: Դրանք ամրացվում են կրծքավանդակին, իսկ եթե գոտի կա՝ ճարմանդի միջոցով: Ներքևի երկու անցքերի



միջով անցկացվում են 1,5 մ երկարությամբ թուկեր, որոնց ծայրերն ամրացվում են մարմնի վրա:

Ելանկու բեկակալ ղնելիս անհրաժեշտ է պահպանել հետևյալ կանոնները. 1)բեկակալը մարմնի հետևի մասից զգուշությամբ ղնում են գլխի և մեջքի տակ, 2)ծոծրակի շրջանի տակ ղնում են 20 x20 սմ չափսի բամբակ-թանգիվե բարձիկ, պարանոցի հետին շրջանում ղնում են բամբակ, 3)բեկակալը գլխին ամրացնում են բինտի օգնությամբ, 4)բեկակալը ղնում են միայն տուժածի պառկած դիրքում:

Այս բեկակալը թույլ չի տալիս գլխի ծռումները և կողմնային շարժումները, բայց միաժամանակ չպետք է խանգարի գլխին իր առանցքի շուրջը շարժումներ կատարելու: Դա անհրաժեշտ է փսխումների ժամանակ գլուխը մի կողմի վրա թեքելու համար:

Ստանդարտ պլաստմասսե բեկակալ: Բեկակալի այս տեսակը կիրառվում է ստորին ծնոտի կոտրվածքի դեպքում: Այն կազմված է կտորե գլխարկից, պլաստմասսե և ռետինե ժապավեններից (Նկ.72): Բեկակալը ղնելու կանոններն են.

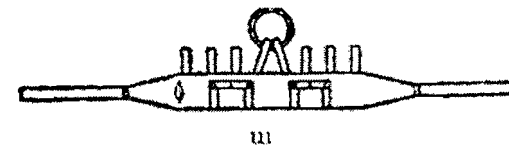
1)Գլխարկը հազցնում են գլխին այնպես, որ լայն քուղը ամուր գրկի ճակատային և ծոծրակային մասերը, իսկ գլխարկի հատակը հավի գագաթոսկրին:

2)Նեղ քուղերի ծայրերը ձգում են առաջ և կապում առջևի մասով:

3)Ստորին ծնոտի տակ ղնում են բամբակ-թանգիվե բարձիկ:

4)Պարսատիկը տեղավորում են կզակի տակ:

Սովորաբար բավական է լինում ամեն կողմում օգտագործել մեկական ռետինե ժապավեն: Վնասվածքներից այսպիսի կապ ղնելու դեպքում անհրաժեշտ է հիվանդին կերակրել հեղուկ կերակրատեսակներով (արգանակ, կիսել)՝ ռետինե խողովակի միջոցով, որն անցկացնում են բերանի միջով:

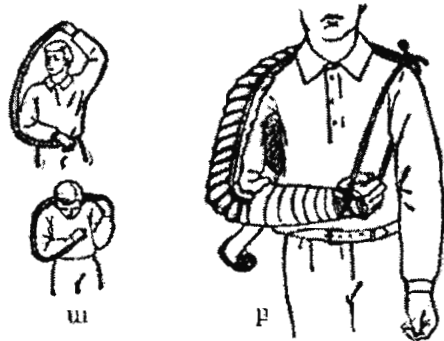


Նկ. 72. Ստանդարտ, պլաստմասսե բեկակալ

Վերին վերջույթների անշարժացումը: Վերին վերջույթների կոտրվածքների անշարժացման համար նպատակահարմար է օգտագործել 60 x 10 սմ չափերի Կրամերի մետաղյա աստիճանաձև բեկակալ: Ելնելով վնասվածքի բնույթից՝ երբեմն մեկ բեկակալի փոխարեն կարելի է օգտագործել երկու և ավելի բեկակալներ՝ դրանց տալով վնասված վերջույթին համապատասխան ձև: Բեկակալը ղնելուց առաջ վերջինս բամբակապատում են և փաթաթում բինտով: Վերջույթին տալիս են նորմալ ֆիզիոլոգիական դիրք՝ ձեռքը ուսային հոդում մի փոքր շրջված, արմնկային հոդում ծավված ուղիղ անկյան տակ, ափը շրջված որովայնի կողմը, մատները կիսածավված վիճակում: Ափի մեջ ղնում են բինտ, որը տուժածը բռնում է մատներով: Այս բեկակալի բացակայության դեպքում կարելի է ձեռքի տակ եղած միջոցներից պատրաստել համապատասխան բեկակալներ (նրբատախտակից, սովարաթղթից): Դաստակի և նախաբազկի վնասվածքների դեպքում կարելի է անշարժացնել գլխաշորով՝ այն ամրացնելով պարանոցին, իսկ ուսի և բազկի վնասվածքների դեպքում վերջույթը բինտով փաթաթում են մարմնին: Բեկակալը մարմնին ամրացնում են բինտի օգնությամբ: Վերջույթների բաց կոտրվածքների դեպքում անհրաժեշտ է սկզբից ղնել վիրակապ և դրանից հետո միայն ղնել բեկակալը:



Բազուկոսկրի կոտրվածքի դեպքում վերջույթին տալիս են վերը նկարագրված դիրքը՝ անուփափոսի շրջանում ամրացնում են բինտի միջոցով: Դրանից հետո մեկ մետր երկարություն ունեցող Կրամերի մետաղյա աստիճանաձև բեկակալը ծռում են և դնում վնասված ձեռքի վրա այնպես, որ բեկակալը սկսվի առողջ ձեռքի ուսային հողից, ամուր հպվելով վերթիակային շրջանին, բազկի կողմնային մակերեսին ու նախաբազկին և վերջամա մատների հիմնային մասում՝ ընդգրկելով ամբողջ վերջույթը: Հարկ է նշել, որ ցանցավոր բեկակալը, որը պատրաստված է բարակ մետաղալարից, ավելի թույլ է, քան Կրամերի աստիճանաձև բեկակալը: Բեկակալը բամբակապետելուց հետո բինտով ամրացնում են ձեռքին, մասամբ՝ իրանին (նկ. 73):



Նկ.73. Վերին վերջույթի անշարժացումը երկու բեկակալներով.
ա, բ- բեկակալների նախապատրաստման և դնելու փուլերը

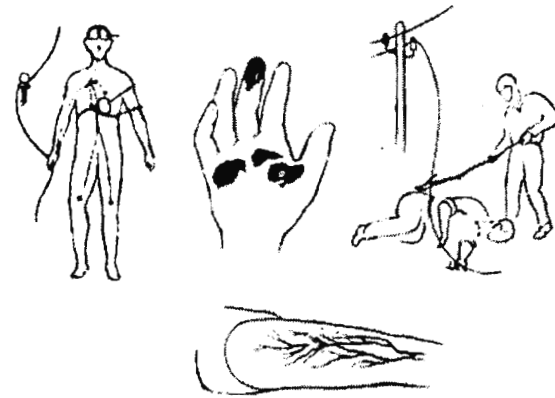
Ոսկրերի կոտրվածքի, հատկապես բեկորավոր կոտրվածքների ժամանակ տուժածը ուժեղ ցավից կարող է ընկնել վնասվածքային շոկի մեջ, դրանից խուսափելու համար բեկակալ դնելուց առաջ անհարժեշտ է ենթամաշկային ներարկել 1-2 մլ 1%-անոց մորֆի, պրոմեդոլ կամ պանտոպոն: Այնուհետև վերջույթը տեղավորում են բեկակալի վրա՝ վնասված մասի տարածական մակերեսով, փաթաթում բինտով և բինտն ամրացնում պարանոցին:



Առաջին օգնությունը դժբախտ դեպքերի և հանկարծակի հիվանդությունների ժամանակ

Էլեկտրահարում

Էլեկտրահարում կարող է առաջանալ մթնոլորտային և տեխնիկական էլեկտրականությունից: Էլեկտրահարումը պայմանավորված է հոսանքի ֆիզիկական և մարդու կենսաբանական հատկություններով (նկ. 74):



Նկ.74. Էլեկտրահարում

Հոսանքի ֆիզիկական հատկություններն են՝ հոսանքի ուժը, լարվածությունը, հաճախականությունը և տեսակը (հաստատուն, փոփոխական):

Նշանակություն ունեն մահ մարդու կենսաբանական հատկությունները՝ չոր մաշկը, ջլերը, նյարդերը և ոսկրերը ցույց են տալիս մեծ դիմադրողականություն, իսկ խոնավ մաշկի միջոցով հոսանքն անցնում է ավելի շուտ: Էլեկտրահարման համար նշանակություն ունեն մահ խոնավ օդը,



թաց կոշիկները, խոնավ հագուստը, թույլ դիմադրողականությունն ունեցող օրգանիզմը:

Էլեկտրահարման ժամանակ օրգանիզմում առաջանում են տեղային և ընդհանուր երևույթներ, որոնք լինում են թեթև և ծանր: Թեթև էլեկտրահարման ժամանակ առաջանում են ջղաձգական կծկումներ, գլխացավ, գլխապտույտ, ցավ կրծքավանդակում, ընդհանուր թուլություն և հևոց: Ծանր էլեկտրահարման դեպքում, բացի նշված կլինիկական ախտանշաններից, առաջանում են նաև գիտակցության, զգացողության, լսողության, տեսողության և համի զգացողության կորուստ, ընդհանուր գրգռվածություն և ախտաբանական ռեֆլեքսներ, որոնք արդյունք են ներգանգային արյան ճնշման բարձրացման:

Պուլսը լինում է լարված, հաճախացած, սրտի տոները խլացած, որոշ դեպքերում լինում է սրտի շողացող առիթմի:

Էլեկտրական հոսանքն ազդում է թափառող նյարդի, շնչառական կենտրոնի և անոթաշարժ մկանների վրա՝ առաջացնելով շնչառական կենտրոնի կաթված և շնչառության կանգ:

Մեծ փոփոխություններ է առաջանում արյունատար անոթներում՝ արյունազեղում և ուշ արյունահոսություն:

Օրգանիզմում առաջանում են նաև մեխանիկական, ջերմային և քիմիական փոփոխություններ:

Սրտի առաջնային կաթվածի դեպքում առաջանում է սպիտակասֆիքսիա, իսկ շնչառության առաջնային կաթվածի դեպքում՝ կապույտ ասֆիքսիա:

Առաջին օգնությունը

Առաջին հերթին ախտահարվածին պետք է անջատել էլեկտրական լարից՝ պահպանելով անհատական անվտանգության տեխնիկայի կանոնները: Հոսանքը պետք է անջատել բռնակավոր անջատիչից: Օգնություն



ցույց տվողը պետք է հազմի ռետինե ձեռնոցներ, կոշիկներ, դրանց բացակայության դեպքում պետք է կանգնի չոր տախտակի վրա: Ախտահարվածին ոչ մի դեպքում չի կարելի դնել հողի մեջ, որը հնարավորություն է տալիս մարմինը սառչելու, ինչպես նաև սեղմում է կրծքավանդակը և դժվարացնում շնչառությունը: Անկախ այն բանից, թե ախտահարվածը գիտակցությունը կորցրել է, թե ոչ, էլեկտրական հոսանքն անջատելուց հետո պետք է պառկեցնել չոր տեղ և տալ արհեստական շնչառություն («բերան - բերան», «բերան - քիթ» եղանակով), կատարել սրտի անուղղակի մերսում, շնչելու համար տալ անուշադրի սպիրտ:

Հոսանքով այրված մասի վրա դնում են ախտահանված վիրակապ և տեղափոխում բուժփեմարկ կամ մասնագիտական հիվանդանոց:

Էլեկտրահարման ժամանակ առաջացած այրվածքները, եթե կեղտոտված են ռադիոակտիվ նյութերով, պետք է այրվածքի բուժումն անցկացնել հիվանդության գաղտնի (թաքնված) շրջանում՝ ելնելով ճառագայթման ծանրության աստիճանից, և հանդես բերել անհատական մոտեցում:



Ջրահեղծություն. առաջին օգնությունը

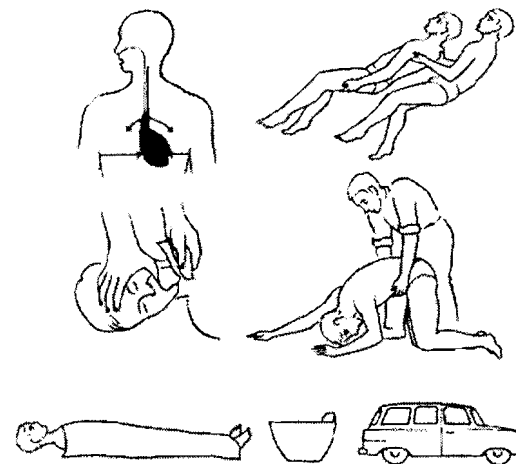
Ջրահեղծության դեպքում շնչառական ուղիները լցվում են ջրով կամ հեղուկ զանգվածով. դրա հետևանքով առաջանում են շնչառության խանգարման (շնչահեղծության) երևույթներ, իսկ շուտափույտ օգնության բացակայության դեպքում շնչառության դադար (ասֆիքսիա) և մահ:

Ախտանշանները: Առաջանում է շնչառական և սիրտ-անոթային համակարգերի գործունեության խիստ անկում, կամ մույնիսկ բացակայություն: Հաճախ դիտվում է գիտակցության կորուստ: Մաշկը և լորձաթաղանթը լինում են գունատ և կապտած:

Բերանի և քթի խոռոչներից արտահոսում է մեծ քանակությամբ փրփրախառն, իսկ երբեմն արյունախառն հեղուկ:

Առաջին բուժօգնությունը: Խեղդվածին ջրից դուրս բերելուց հետո պետք է նրան կենդանացնելու շուտափույտ միջոցներ ձեռնարկել (Նկ.75): Եթե տուժածի գիտակցությունը տեղն է, պետք է հանվի հագուստը, մաշկը չորացվի, չոր հագուստ հագցվի, մարմինը տաքացվի (փաթաթվի ծածկոցով), տրվի տաք թեյ, սուրճ, քիչ քանակությամբ ալկոհոլ:

Եթե խեղդվածն անգիտակից վիճակում է, բայց շնչառությունն ու սրտի աշխատանքը շարունակվում են, ապա պետք է՝ 1) խեղդվածին դնել պատգարակի վրա, գլխամասը ցածր դիրքով, 2) հանել թրջված հագուստը, արծակել կոճակներն ու շնչառությունը դժվարացնող կապերը, 3) քթին մոտեցնել անուշադրի սպիրտով ներծծված բամբակ, իսկ հնարավորության դեպքում տալ սրտային դեղամիջոցներ (կոֆեին, կամֆորա) և կատարել լորելիին ներարկումներ, 4) կատարել մարմնի ու վերջույթների մերսում և շփում դեպի սրտի շրջանը:



Նկ. 75. Ջրահեղծություն. առաջին օգնությունը

Սահմանային (տերմինալ) վիճակում պետք է ձեռնարկվեն վերակենդանացման ամենապարզ միջոցներ, ինչպիսիք են՝ արհեստական շնչառությունը (բերանը՝ բերանին, քիթը՝ բերանի մեջ) և սրտի փակ մերսումը: Արհեստական շնչառություն սկսելուց առաջ պետք է արծակվեն տուժածի կոճակները, շնչուղիները ու ստամոքսը ազատվեն ջրից: Դրա համար օգնություն ցույց տվողը մեկ ոտքի վրա ծնկում է, տուժածին փորի վրա պառկեցնում մյուս ոտքի ազդրին կամ ծնկին այնպես, որ պետքի տուժածի գլուխն ու թիկունքը գտնվեն ցածր դիրքում, ապա զույգ ձեռքով մի քանի անգամ համաչափ սեղմում է տուժածի մեջքին: Այնուհետև շրջում է վերջինիս, պառկեցնում մեջքի վրա ու թանգիվ փաթաթած մատով մաքրում բերանի խոռոչն ու կոկորդը ավազից, տիղմից, ջրաբույսերից և այլ ներթափանցված մասերից, իսկ այնուհետև անցնում է արհեստական շնչառության ու սրտի անուղղակի մերսման գործողություններին: Շնչառական ու սիրտ-անոթային համակարգերի գործունեության վերականգնումից հետո տուժածին տեղափոխում են բուժփնմարկ հետագա բուժման և դիտարկման համար:



Գիտակցության կորուստ. շնչառություն և անոթազարկ չունեցողին ցույց տրվող առաջին օգնությունը

Վնասված հայտնաբերելու դեպքում պետք է անհապաղ կատարել հետևյալ գործողությունները՝ առաջին ներփչումը կատարելուց հետո մաքրել բերանի խոռոչը օտար մարմիններից, և կատարել 2 հսկիչ ներփչում՝ շնչուղիների անցանելիությունը որոշելու համար: Եթե բաց են շնչուղիները, բայց շնչառություն չկա և առկա է պուլսը, ապա պետք է սկսել տալ արհեստական շնչառություն, ապահովելով 1 րոպեում 12 ներփչում: Մեկ րոպե արհեստական շնչառություն կատարելուց հետո հարկավոր է ստուգել՝ վերականգնվե՞լ են, արդյոք, շնչառությունը և սրտի աշխատանքը: Եթե վերականգնվել են, ապա տուժածին բերում են կողքի ապահով դիրքի (ԿԱԴ):

Խցանված շնչուղիներով վնասված հայտնաբերելիս անհետաձգելի առաջին բուժօգնություն ցույց տալու համար վնասվածին զգուշորեն պառկեցնում են հատակին (գետնին) և նստում նրա ազդրերին: Օգնություն ցույց տվողը մյուս ավր դնում է վնասվածի կրծոսկրի թրածն ելունի և պորտի միջև, երկրորդ ավր՝ առաջինի վրա, մատները վեր բարձրացրած կատարում հրումներ դեպի առաջ ու ներքև: Կատարելով 5-6 հրում՝ մոտենում են վնասվածին գլխի կողմից, մաքրում բերանի խոռոչը և, եթե օտար մարմինը դուրս է եկել, կատարում է 2 հսկիչ ներփչում: Եթե հսկիչ ներփչման ժամանակ օդը չի անցնում թոքեր, ապա շարունակում են հրումները յուրաքանչյուր 5-6 հրումից հետո ստուգելով շնչուղիների անցանելիությունը) այնքան ժամանակ, մինչև շնչուղիները բացվեն: Եթե շնչուղիները բացվել են, իսկ շնչառությունը չի վերականգնվել, ապա սկսում են կատարել արհեստական շնչառություն:

Խցանված շնչուղիներով գիտակից մանկիկի հանդիպելու դեպքում կատարվում է հետևյալ առաջին բուժօգնությունը. օգնողը մանկիկին պառկեցնում է իր մի ձեռքի վրա, ոտքերը բաց, որպեսզի դիրքը կայուն լինի, մի



փոքր իջեցնում է ձեռքն այնպես, որ նրա գլուխը լինի թեքության վրա դեպի ցած, նույն ձեռքի մատներով գլխին տալիս է ՇՈՒԲ-ի դիրք: Մյուս ձեռքով թեթևակի հարվածում է երկու թիակների մեջտեղին:

Եթե այս ձևը չի օգնում, շուռ են տալիս երեխային և պառկեցնում մեջքի վրա, ոտքերը բաց՝ օգնություն ցույց տվողի մյուս ձեռքին: Ազատ ձեռքի 2 մատով կատարում են հրումներ կրծոսկրի թրածն ելունից ներքև: 3-4 հրումից հետո մաքրում են բերանը և կատարում հսկիչ ներփչում: Եթե շնչուղիները բացվել են, իսկ շնչառությունը չի վերականգնվել, սկսում են կատարել արհեստական շնչառություն:

Գիտակցություն և շնչառություն չունեցող մանկիկ հայտնաբերելու դեպքում կատարվում է հետևյալ առաջին բուժօգնությունը. առաջին ներփչումը կատարելուց հետո մաքրել բերանի խոռոչը օտար մարմիններից և կատարել 2 հսկիչ ներփչում շնչուղիների անցանելիությունը որոշելու համար: Եթե շնչուղիները բաց են, կատարում են բերան-քիթ, բերան-բերան ներփչումներ (րոպեում 35-40 անգամ) այտերի օդի ծավալով (50 մլ): Արհեստական շնչառությունը շարունակում են մինչև ինքնուրույն շնչառության վերականգնումը:

Պուլս չունեցող վնասված հայտնաբերելու դեպքում անցկացվող առաջին բուժօգնությունն է.

- պառկեցնել վնասվածին մեջքի վրա հարթ և կոշտ մակերեսի վրա,
- ծնկի իջնել վնասվածի ուսերի շրջանում՝ գլխին և կրծքավանդակին մոտ,
- մատի վրա փաթաթած թանգիվով մաքրել բերանի խոռոչը,
- կատարել 2 հսկիչ ներփչում (եթե շնչուղիները խցանված են՝ 3 են-լիչ),
- կատարել 15 սեղմում և 2 ներփչում (15:2 փոխհարաբերությամբ) րոպեում 4 ցիկլ:

Սեղմումների ժամանակ բարձրաձայն հաշվել սեղմումները և պուլսի



առկայությունը:

Սրտի անուղղակի մերսման կատարման ճշտությունը ստուգում են հետևյալ կերպ՝ սիրտ-անոթային վերակենդանացման արդյունավետության նշաններն են՝ քնային զարկերակի վրա պուլսի առկայությունը սեղմումների ժամանակ, լույսի նկատմամբ բիբերի ռեակցիայի վերականգնումը, մաշկի գույնի փոփոխությունը, ինքնուրույն շնչառության նշանների առկայությունը:

Անոթազարկ չունեցող մանկիկ հայտնաբերելու դեպքում կատարում են հետևյալ առաջին բուժօգնությունը. առաջին ներփչումը կատարելուց առաջ մաքրել բերանի խոռոչը օտար մարմիններից և կատարել 2 հսկիչ ներփչում՝ շնչուղիների անցանելիությունը որոշելու համար: Եթե շնչուղիները բաց են, կատարվում են բերան-քիթ, բերան- բերան ներփչումներ (րոպեում 35-40 անգամ) այտերի օդի ծավալով (50 մլ) և 2 մատով մերսումներ՝ կրծոսկրի կենտրոնում (135-140 սեղմում), սեղմումների խորությունը՝ 1,5 սմ: Յուրաքանչյուր ներփչումից հետո կատարում են 3-4 սեղմում: Սեղմումները դադարեցնելու և քնային զարկերակի վրա պուլսը ի հայտ գալու դեպքում սրտի մերսումը դադարեցնում են, իսկ արհեստական շնչառությունը շարունակում, մինչև ինքնուրույն շնչառության վերականգնումը:

Դեղամիջոցներով թունավորում. առաջին օգնությունը

Վերոհիշյալ թունավորումը կենցաղում հաճախակի հանդիպող՝ օրգանիզմի համար անցանկալի, խիստ վտանգավոր բարդություններից է:

Դեղորայքային թունավորումները կարող են արտահայտվել տարբեր ձևերով: Դրանց ախտանիշներն են՝ պուլսի հաճախականության, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը, գլխացավերը, գլխապտույտը, ընդհանուր թուլությունը, հանկարծակի վրա հասնող խոր քունը, սրտխառնոցը, սրտի և



շնչառության խանգարումները, ջղաձգությունը, դեմքի կապտությունը (ցիանոզ), առանձին ծանր դեպքերում էլ գիտակցության կորուստը:

Դեղորայքով թունավորվածին, որպես առաջին օգնություն, խորհուրդ է տրվում տալ առատ քանակությամբ ջուր: Այն թուլացնում է դեղամիջոցի խտությունն ու քչացնում արյան մեջ դրա ներթափանցելու քանակությունը:

Եթե տուժածի գիտակցությունը տեղն է, պետք է ստիպել նրան փսխել: Հնարավորության դեպքում էլ պետք է կատարել ստամոքսի լվացումներ: Ստամոքսի լվացման արտագատուկը պետք է պահպանել ախտաբանական քննության ենթարկելու համար:

Առաջնակարգ հարկավոր է պարզել դեղորայքի բնույթն ու օգտագործված քանակությունը:

Ալկոհոլային և նիկոտինային թունավորում. առաջին օգնությունը

Ալկոհոլային թունավորումների դեպքում նկատվում է դեմքի սփրեմածություն, բերանից ալկոհոլի հոտ, պուլսի հաճախականացում, արյան ճնշման անկում, գլխապտույտ, հոդացավեր, կոմային վիճակներում էլ՝ ջղաձգումներ, գիտակցության կորուստ, մահ (Նկ.76): Վերջինս հաճախ պատահում է մեթիլ սպիրտից, երբ այն սխալմամբ օգտագործվում է որպես օդի: Մեթիլ սպիրտի 10 գրամը կարող է մահացու լինել:

Սեծ չափերի ալկոհոլի օգտագործման դեպքում առավելապես խախտվում է ուղեղիկի ֆունկցիան: Այդ պատճառով էլ մարդու շարժումներն ու քայլքը դառնում են անկանոն: Ծանր դեպքերում կաթվածահարվում են շնչառության, արյան շրջանառության կանոնավորիչ կենտրոնները:

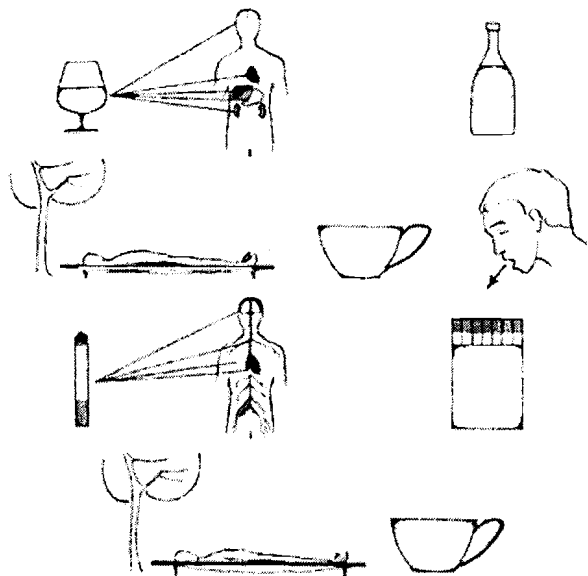
Ալկոհոլի նկատմամբ առավել դյուրազգաց են մանկական ու կանացի օրգանիզմները:

Ալկոհոլային թունավորումների դեպքում առաջին օգնության մեթոդներն են՝ թարմ օդի առկայությունը, առաջացնել փսխումներ, անուշադրի



սպիրտի թունավորումների դեպքում գոլ ջրով լվացում: Շնչառության կանգի դեպքում կատարել արհեստական շնչառություն, ստամոքսի լվացումներ, տալ սրտի աշխատանքը կանոնավորող դեղամիջոցները: Ծանր կոմային վիճակներում մույնպես նպատակահարմար է արհեստական շնչառության կիրառումը (տե՛ս արհեստական շնչառություն):

Նիկոտինը թուրունի տերևներում գտնվող թույն է, որն ուժեղ ազդեցություն է ունենում ուղեղի և ներքին օրգանների վրա: Մեծ քանակությամբ ծխախոտ ընդունելը՝ հատկապես սկսնակ ծխողների դեպքում առաջացնում է թունավորման երևույթներ՝ ընդհանուր թուլություն, թքահոսություն, սրտխառնոց, փսխում, նքոցներ: Թունավորվածի բիբերը նեղացած են, անոթազարկը՝ դանդաղած: Թունավորվածին պետք է տալ մուգ սուրճ, ապահովել թարմ օդի առկայություն, թուլացնել սեղմող հագուստները:



Նկ. 76. Ալկոհոլով և նիկոտինով թունավորումներ. նշանները և առաջին օգնությունը



Կենցաղային նյութերով թունավորումներ. առաջին օգնությունը

Այս տիպի թունավորումները խիստ վտանգավոր են: Դրանք կարող են առաջացնել նաև բերանի, ըմպանի, որկորի, ստամոքսի, որոշ դեպքերում՝ վերին շնչառական ուղիների այրվածքներ:

Կենցաղային թունավորումներն առաջանում են գրգռող նյութերից (ժավելաջուր, կաուստիկ սոդա, ամանեղեն, մեքենաներ լվացող, կեղտաթոր հանող փոշիներ):

Հիմքերով ու թթուներով թունավորման դեպքում առաջանում են բերանի, կոկորդի, կերակրափողի ուժեղ ցավեր, շրթունքների, բերանի լորձաթաղանթի այտուց, փորլուծություն:

Որպես առաջին օգնություն՝ թթուներից (օրինակ՝ քացախից) առաջացած թունավորումը մեղմացնելու համար մեկ բաժակ ջրին ավելացվում է մեկ թեյի գդալ կերակրի սոդա և տրվում տուժածին: Իսկ հիմքերով թունավորման դեպքում (կաուստիկ սոդա, լվացող փոշիներ ու լուծույթներ)՝ ջուրը քիչ թթվայնացվում է քացախով, լիմոնի հյութով, լիմոնաթթվով:

Մաշկի վրա կենցաղային թունավորիչների ներգործության դեպքում այդ հատվածը պետք է 10-15 րոպե պահել հոսող ջրի տակ կամ իրագործել ջրաողողումներ:

Գազերով (ածխաթթու գազ) թունավորումներ. առաջին օգնությունը

Առաջանում են կենցաղային, վառարանների, մալթավառի, գազօջախի, գազատար խողովակների անսարքությունից, մեքենաների արտադատած գազերից, առանձին դեպքերում կենսագազերից (շնոլ, ածխաթթու գազ): Գազերով թունավորումներն օրգանիզմում առաջացնում են խոր բացասական փոփոխություններ. մասնավորապես խախտվում է օրգանիզմի ընդհանուր նյութափոխանակությունը:



Ծնով գազով թունավորում առաջանում է վառելիքի, քարածխի ոչ լրիվ այրվելուց, ավտոմեքենաների արտադրած ծխից: Այն անցնելով շնչառական ուղիներ՝ խցանում է դրանք, խափանում O_2 -ի մուտքը դեպի հյուսվածքներ և արյան բաղադրության մեջ առաջացնում թթվածնային քաղց:

Ածխաթթու գազով (CO_2) թունավորման դեպքում (հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ դրա 1%-ի (պրոմիլ, տոկոսի 1/100 մաս) առկայությունը կարող է առաջացնել թունավորում): օրգանիզմի արյան կարմիր գնդիկների բաղադրության մեջ գտնվող հեմոգլոբինը (Hb) վեր է ածվում կարբօքսիհեմոգլոբինի: Դրանով էլ խախտվում է էրիթրոցիտների թթվածնատեղափոխիչ ֆունկցիան:

Գազերով թունավորման ախտանիշներն են՝ գլխացավ, գլխապտույտ, դեմքի արյունալցումը, կրծքավանդակի շրջանում ցավ, փսխում, ականջներում աղմուկ, սիրտ-շնչառական անբավարարություն, գիտակցության կորուստ: Առանձին ծանր կոմային դեպքերում առաջանում են ջղաձգումներ, շնչառական կենտրոնի կաթվածահարում և մահ:

Գազերով թունավորվելիս, որպես բուժական օգնություն, պետք է տուժածի համար անմիջապես ապահովել թարմ օդ, միջավայրի տեղափոխում և անուշադրի սպիրտի շնչառում, արտահագուստի թուլացում, անհրաժեշտության դեպքում կազմակերպել արհեստական շնչառություն:

Սննդային թունավորումներ. առաջին օգնությունը

Սննդային թունավորումների դեպքում առաջին հերթին պետք է պարզել օգտագործված սննդի տեսակը և քանակը: Դրա մնացուկները պետք է պահել ախտաբանական հետազոտությունների համար:

Սննդային թունավորումներ ամենից հաաճխ առաջանում են թունավոր սնկերից, պահածոներից, երշիկեղենից, ոչ թարմ մսեղենից և այլն:



Սնկերով թունավորման դեպքում երկու ժամ անց ի հայտ է գալիս թունավորման առաջին նշանները՝ ցավ որովայնում, լուծ, սրտխառնոց, փսխում, ընդհանուր թուլություն: Ախտահարվում է հատկապես կենտրոնական նյարդային համակարգը, որին բնորոշ է գլխացավը, ականջներում աղմուկը, դեմքի կարմրությունը և ջերմությունը, գրգռվածությունը, ջղաձգումները, շատախոսությունը և վերջապես գիտակցության կորուստը:

Սննդային թունավորումների դեպքում շտապ պետք է կատարել ստամոքսի լվացում, առաջացանել փսխում, տալիս են ակտիվացված ածուխի հաբեր, կաթ և շտապ տեղափոխում են տուժածին բուժօգնական մասնագիտական բժշկական ստուգման:

Առաջին օգնությունը կենդանիների կծելու, սողունների և միջատների խայթելու դեպքում

Մարդուն կարող են կծել շները, երբեմն կատուն, վայրի գազանները, խայթել օձերը, հողվածոտանիները՝ մեղուն, իշամեղուն, կրետը, կարիճը, թունավոր սարդերը և այլն:

Հողվածոտանիների խայթոցից առաջանում են ընդհանուր թունավորման երևույթներ (դող, գլխապտույտ, սրտխառնոց, բերանի չորություն): Բարձր գերզգայունությամբ (ալերգիա) տառապող մարդկանց մոտ այդ խայթոցներից կարող է վրա հասնել մահ:

Հողվածոտանիների խայթոցների դեպքում, որպես առաջին բուժօգնություն, իրագործվում է վնասվածք ստացած մասից մատներով կամ ունեղիով խայթի հանումը: Դրանից հետո այդ մասը պետք է մշակել յոդով, սպիրտով, եթերով, օդեկոլոնով, լվանալ օձառով ու դրա վրա տեղադրել սառցակտոր կամ պահել սառը ջրի տակ:

Կարիճի թույնը պարունակում է չեզոք բնույթի նյութեր, որոնք հիմնականում ազդում են նյարդամկանային համակարգի վրա: Թունավորումն



արտահայտվում է ուժեղ ցավով, որը կարող է պահպանվել 1-24 ժամ: Որպես առաջին բուժօգնություն՝ կարիճի խայթած տեղ անհրաժեշտ է մշակել բուսական յուղով, ապա տեղակայել դրա վրա տաք ջեռակ:

Մարդու օրգանիզմի համար առավել վտանգավոր են թունավոր օձերի խայթոցները: Օձի թույնն օրգանիզմի վրա թողնում է 3 տիպի ազդեցություն.

1) **Նյարդաթունաբանական:** Դրանք առաջացնում են շնչական շարժիչ մկանների, գլխուղեղի անոթաշարժիչ կենտրոնների կաթված: Այս տեսակի թույն է արտադրում կորբան:

2) **Հեմոռագիկ:** Այս թույնը մակարդում է արյունը ու խայթած մասում թողնում այտուցառուռացբային նեկրոզի հետևանք: Նմանատիպ թույն են պարունակում իժերը:

3) **Խառը տիպի թույն:** Սա հեմոռագիկ և նյարդաթունաբանական ազդեցությամբ օժտված համակցված թույն է:

Օձերի խայթոցի դեպքում, որպես առաջին բուժօգնություն, կարելի է կատարել վերջից՝ 10-15 րոպե բերանով թույնի հետծծումը: Դրա շնորհիվ հնարավոր է դառնում 30-50%-ով հետ քաշել թույնը ու թեթևացնել թունավորման աստիճանը: Օգնության մման ձևը պետք է իրականացնել առանց մտավախության, քանի որ բերանի խոռոչ, ստամոքս ընկնող օձի թույնը դառնում է բացարձակ անվտանգ ու թունավորում չի կարող առաջացնել: Օձի խայթոցի դեպքում ակոհոլի օգտագործումը լրիվ հակացուցված է:



Առաջին օգնությունը թունավորումների դեպքում

Սուր թունավորումներն օրգանիզմի համար վտանգավոր երևույթներից են: Օրգանիզմի թունավորման պատճառները բազմաբնույթ են: Դրանք կարող են առաջանալ արտադրական, մասնագիտական բնույթի գործունեությունից, կենցաղային քիմիական նյութերից (ացետոն, քլորոֆոս, ներկանյութեր, նավթալին), դեղամիջոցներից (հանգստացնող թմրադեղեր, մկնդեղային միացություններ, հակահիստամինային պրեպարատներ, սնդիկ ու դրա միացությունները, կալիումի գերօքսիդ), անորակ սննդից, ակոհոլից (մեթիլ սպիրտ), գազերից (ածխաթթու գազ, լուսագազ), շրջապատի բույսերից, մրգերից, դրանց պահածոներից, թունավոր սնկերից:

Ըստ միջավայրի ազդեցության՝ թունավորումները լինում են.

1) **Էկզոգեն**, երբ օրգանիզմի վրա թույնը ներգործում է դրսի միջավայրից,

2) **Էնդոգեն**, երբ թունավորման պատճառ են դառնում օրգանիզմի ներսի միջավայրի ախտաբանական փոփոխությունները:

Արտաքին՝ էկզոգեն միջավայրից թունավոր նյութերն օրգանիզմ են թափանցում 3 ճանապարհով, ա) բերանով՝ սննդային, դեղորայքային թունավորումներ, բ) ինհալացիոն՝ շնչառական ուղիներով՝ գազերով, արտադրական բնույթի արտազատուկներով (տոկսիկ գազերով) թունավորումներ, գ) մաշկածածկույթի չպաշտպանված մասերով օրգանիզմ անցնող թունավոր նյութերով թունավորում: Սրանք թվին դասվում են դեղորայքային ներարկումների, միջատների, սողունների խայթոցից առաջացած թունավորումները:

Թունավորման հիմնական ախտանիշներն են՝ մարսողական ֆունկցիայի ընդհանուր խանգարումը, որովայնի շրջանում ցավերը, սրտխառնոցը, փորլուծությունը, գլխացավերը, ջղաձգությունը, սիրտ-անոթային, շնչառական համակարգերի ֆունկցիոնալ խախտումները և այլն:

Թունավորման պատճառները պետք է բացահայտվեն անմիջապես: Կասկածելի նյութերը պետք է ենթարկվեն մանրազնին քննության:



Խորհուրդներ՝ տարբեր բնույթի թունավորումների ժամանակ

- Առաջացնել արհեստական փսխում:
- Շնչառության կանգի դեպքում իրագործել արհեստական շնչառություն:
- Բացահայտել թունավորման պատճառը:
- Թունավորված սննդի կամ այլ նյութի մնացուկները պահել ախտաբանական քննության համար:
- Պարզաբանել դեղորայքի ազդեցության բնույթը, դրա օգտագործման քանակը (քանի հատ) և չափը:
- Փսխումներ կատարելիս, եթե տուժածը վիճակում է, լինել զգույշ, նրա գլուխը թեթև կողքի վրա՝ վերին շնչառական ուղիների հնարավոր խցանումներից խուսափելու համար:
- Գազերով թունավորվածին անմիջապես տեղափոխել թարմ օդ, տալ նրան շնչառելու (2-3 անգամ) անուշադրի սպիրտով թրջված բամբակի խծուծ:
- Տուժածին անմիջապես տեղափոխել թարմ օդով միջավայր:
- Արագ դիմել կամ խնդրել դիմելու «Շտապօգնություն» ծառայությանը, կամ էլ տուժածին տեղափոխել մոտակա բժշկական հաստատություն:



Ջերմահարում և արևահարում. առաջին օգնությունը

Ջերմահարում և արևահարում: Օրգանիզմի ջերմականոնավորման պրոցեսներն իրագործվում են կենտրոնական նյարդային համակարգի բարձրագույն բաժնի՝ գլխուղեղի և նրա կեղևի կողմից:

Ուժեղ տաքացած, տոթ սեմյակներում, բնակարանում, արևի կիզիչ ժամերին, +32-34°C-ի առկայությամբ դեպքում, դրսի ստվերում անգամ կարող է խախտվել օրգանիզմի ջերմակարգավորիչ մեխանիզմների նորմալ գործունեությունը, և մարդու մոտ տեղի են ունենում ջերմահարման կամ արևահարման երևույթներ:

Ջերմահարման ու արևահարման նշանները գրեթե նույնն են: Դրանց դեպքում բարձրանում է մարմնի ջերմաստիճանը, արագանում շնչառությունը, սրտի աշխատանքը, կարմրում է դեմքը, նկատվում է առատ քրտնարտադրություն, օրգանիզմի ընդհանուր թուլություն, ուժեղ գլխացավ, գլխապտույտ, ականջներում աղմուկ, ծարավի զգացում, առանձին ծանր դեպքերում գիտակցության կորուստ: Վերջինս ավելի հաճախ նկատվում է երեխաների մոտ:

Արևահարման հիմնական պատճառն արևի ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների ազդեցությունն է մարդու գլխի վրա: Այս դեպքում գլխուղեղի ամոթները գերմատակարարվում են արյան մեծ քանակությամբ (հիպերեմիա), որի հետևանքով էլ բարձրանում է ներգանգային ճնշումը, ու խախտվում են ջերմականոնավորիչ կենտրոնների նորմալ ֆիզիոլոգիական գործունեության մեխանիզմները:

Արևահարման ու ջերմահարման դեպքերում առաջին օգնության մեթոդները նույնն են: Դրանց դեպքերում տուժածին արագ պետք է տեղափոխել ստվերոտ, հով տեղ, պառկեցնել, հեռացնել, արձակել ավելորդ, սեղմող շորերը: Գլխի, սրտի, պարանոցի, ողնաշարի շրջաններում հարկավոր է տեղակայել սառը ջրում թրջված շոր, այդ մասերում կատարել



ջրաշփումներ, տեղակայել սառը կոմպրեսներ, սառցակտորներ: Տուժածին 2-3 անգամ տալիս են շնչելու անուշադրի սպիրտով թաթախված բամբակ: Չաճախակի՝ փոքր քանակությամբ, կարելի է տալ սառը ջուր: Արևահարման, ջերմահարման առանձին ծանր դեպքերում, երբ տուժածը կորցրել է գիտակցությունը, պետք է կիրառել արհեստական շնչառություն:

Արևահարումից, ջերմահարումից հետո՝ 1 ամսվա ընթացքում, պետք է օրգանիզմը պահպանել կտրուկ տաքացումներից:

Ջղածություններ. առաջին օգնությունը

Ջղածությունները հանկարծակի առաջացող մկանային կծկումներ են, որոնք հիմնականում ուղեղում չվերահսկվող էլեկտրական ակտիվության հետևանք են:

Ջղածության պատճառները տարբեր են: Ամենից հաճախ առաջանում են էպիլեպսիայի, արյան բարձր ճնշման (հիպերտոնիայի), սրտային հիվանդությունների, ուղեղի ուռուցքի, ուղեղի կաթվածի, տարբեր վնասվածքների ժամանակ, էլեկտրահարումից, ջերմահարումից, մեծ չափաբաժիններով դեղեր ընդունելուց, իսկ երեխաների մոտ հիմնականում բարձր ջերմությունից:

Նման վիճակում գտնվող մարդկանց պետք է անհապաղ ցույց տալ բուժօգնություն: Այսինքն՝

-եթե հիվանդը զգում է, որ պետք է ընկնի, կամ սկսում է ընկնել, հարկավոր է պաշտպանել նրան ընկնելուց, պառկեցնել գետնին կամ հատակին.

-հեռացնել մոտակայքում գտնվող սուր և պինդ առարկաները.

-զլխի տակ դնել բարձ կամ իր շորերը.

-արձակել սեղմող կապերը, հատկապես պարանոցի շրջանում գտնվող.



-հեռացնել բերանից շարժվող պրոթեզը, փսխման զանգվածը, շուռ տալ կողքի վրա, տալով կողքի ապահով դիրք (ԿԱԴ), որպեսզի փսխման զանգվածը դուրս հոսեն.

Էպիլեպտիկ նոպա. առաջին օգնությունը

Էպիլեպտիկ նոպային բնորոշ են հետևյալ նշանները՝ հանկարծակի գիտակցության կորուստ, ապա սկսում են մկանային կծկումները. գլուխը թեքվում է մի կողմի վրա, բերանից գալիս է փրփրանման, վարդագույն թուր:

Դեմքը կապտում է, բիբերի ռեակցիան լույսի նկատմամբ բացակայում է: Նոպան սովորաբար տևում է 1-3 րոպե, այնուհետև նա քնում է, իսկ արթնանալուց հետո ոչինչ չի հիշում:

Առաջին օգնությունը: Չի կարելի հիվանդին տեղափոխել, միայն պետք է պառկեցնել՝ հեռու վտանգավոր սուր իրերից, արձակել սեղմող հագուստները, ատամների արանքը դնել ծալած թաշկինակ կամ կտոր, որպեսզի լեզուն չկծի:



ԲԱՆԱՐԱՆ

ԱՐՄՅԵՄ - թարախի կուտակում՝ օրգանիզմի սահամանափակ տարածության մեջ
ԱՐՄՅԵՄ ՈՒՂԵՂԻ - ուղեղի թարախակույտ
ԱԳՈՆԻԱ - հոգեվարք. օրգանիզմի մահամերձ, հոգեվարքային վիճակ
ԱՂԱՊՏԱՑԻԱ - հարմարում, համապատասխանեցում. օրգանիզմի կամ առանձին օրգանների հարմարումը նոր գրգռիչների, շրջապատող միջավայրի նոր պայմաններին
ԱԷՐՈՔ - օդակյաց
ԱԿԼԻՄԱՏԻԶԱՑԻԱ - կլիմայափոփոխում. արյան շրջանառության, շնչառության, ներզատական, նյարդային և այլ համակարգերի, օրգանների հարմարումը շրջապատող նոր կլիմայական պայմաններին
ԱՄՊՈՒՏԱՑԻԱ - անդամահատում
ԱՆԱԷՐՈՔ - անօդակյաց
ԱՆԵՍԹԵԶԻԱ - անզգայացում. զգայության լրիվ բացակայություն
ԱՆՈՍՄԱԼԻԱ - օրգանիզմի զարգացման պրոցեսներում բնականոն ընթացքից շեղում. տվյալ տեսակին ոչ բնորոշ հատկությունների դրսևորում
ԱՆՏԻԲԻՈՏԻԿ - հակաբորբոքային
ԱՆՏԻՍԵՊՏԻԿ ԼՈՒԾՈՒՅԹ - հականեխիչ լուծույթ
ԱՆՈՒՐԻԱ - անմիզություն. միզարտադրության բացակայություն
ԱՈՐՏԱ - մայր զարկերակ
ԱՊՆՈՒ - շնչադադար
ԱՌԻԹՄԻԱ - ոչ ռիթմայնություն. օրգանիզմի տատանողական պրոցեսների (սրտի կծկումների, շնչառության հաճախականության և այլն) օրինաչափությունների խախտում
ԱՍԵՊՏԻԿ - վարակազերծ, մանրէազերծ
ԱՍՖԻՔՍԻԱ - շնչահեղձություն. ախտաբանական վիճակ. առաջանում է օրգանիզմում սուր թթվածնային քաղցի ու հյուսվածքներում ածխաթթու գազի կուտակման հետևանքով
ԱՏՈՆԻԱ - լարվածության կորուստ. մկանային համակարգի, նյարդային կենտրոնների, ամբողջական օրգանիզմի ֆունկցիոնալ կարողությունների թուլացում, նվազում
ԱՏՐՈՖԻԱ - հյուսվածքի, օրգանի չափերի փոքրացում. առաջանում է դրանց անբավարար սնուցմամբ ու որակական փոփոխությունների հետևանքով
ԱՖԵԿՏ - հոգեկան կարճատև պոռթկում, գերզայրույթ. լինում է ֆիզիոլոգիական (ընթանում է առանց գիտակցության կորստի) և ախտաբանական (կարող է ընթանալ գիտակցության կորստով): Բնորոշ է անկայուն նյարդային գործունեությամբ օժտված մարդկանց



ԲՋԻՋ - բոլոր կենդանիների, բույսերի կառուցվածքի նվազագույն միավորը և կենսագործունեության հիմքը, որն ընդունակ է ինքնուրույն գոյության, զարգացման, վերարտադրման

ԳԱՆԳՐԵՆԱ - նեկրոզ, պրկախտ. հյուսվածքի, օրգանի մահացում
ԳԵՆԵԶ - ժառանգակիր. քրոմոսոմներում հատուկ դասավորությամբ ժառանգական գործոններ, որոնցով պայմանավորվում է ժառանգատիպը
ԳՐԱՆՈՒՅԱՑԻՈՆ ԲՋԻՋՆԵՐ - բջջային հատիկներ. օրգանիզմի մի շարք բջիջների (արյան սպիտակ գնդիկների որոշ տեսակներ, գեղձային բջիջներ) պրոտոպլազմայում եղած հատիկանման գոյացություններ

ԴԵՖԻԴՐԱՏԱՑԻԱ - հիդրատացիայի փուլում առաջացած երևույթների մեղմացում, արյան կազմի և արյան շրջանառության նորմալացում և այլն
ԴԵՊՐԵՍԻԱ - ընկճվածություն, ընկճում. առանձին կենսական ցուցանիշների անկում
ԴԵՊՈ – օրգանիզմում անհրաժեշտ նյութեր (արյուն, հանքային տարրեր) պահեստավորող օրգաններ և հյուսվածքներ՝ ենթամաշկ, լյարդ, փայծաղ, ոսկրածուծ և այլն
ԴԵՍՍՈՒՐԳԻԱ - կապաբանություն, վիրակապություն. գիտություն կապաբանության մասին
ԴԵՖԵԿՏ - արատ
ԴԵՖՈՐՄԱՑԻԱ - ձևափոխում, ձևափոխություն. որևէ օրգանի կամ մարմնամասի բնականոն ձևի, կամ ծավալի խախտում
ԴԻԱԹԵՄ - բացասական զգացմունքներից առաջացած սթրեսային վիճակ
ԴԻՄՊՆՈՒ - այրան բաղադրության մեջ թթվածնի պակասության հետևանքով շնչառական պրոցեսի խանգարումներ
ԴԻՈՒՐԵԶ - օրամեզ. օրվա ընթացքում օրգանիզմի արտազատված մեզի քանակություն
ԴՈՆՈՐ - փոխներարկման նպատակով արյուն տվող անձ

ԷԼԱՍՏԻԿ - ճկուն, առածգական
ԷԿՁՈԳԵՆ - օրգանիզմի վրա արտաքին միջավայրից ներգործություն
ԷՄԲՈԼԻԱ ՕՂԱՅԻՆ - արյունատար անոթի խցանում
ԷՆՑԵՖԱԼԻՏ - գլխուղեղի վարակիչ հիվանդություն, որն առաջանում է գլխուղեղ մանրէների ներթափանցման պատճառով
ԷՆՖԻՉԵՄԱ ՎՆԱՍՎԱԾՔԱՅԻՆ – փքանք, փքուռուցք, օղակուտակ. ախտաբանական վիճակ, որի դեպքում որևէ օրգանում առկա է օդի մեծ քանակություն կամ որևէ հյուսվածքում օդ է կուտակվում, որը բնական պայմաններում չի լինում
ԷՎԱԿՈՒԱՑԻԱ - տարիանում



ԹՐՈՍԲ - արյունատար անոթներում, սրտի խոռոչներում տարբեր պատճառներից առաջացող արյան մակարդուկ: Արյունահոսության դեպքում ունի նաև արյան հոսքի կասեցման, պաշտպանական նշանակություն

ԻՆՏՈՎԿՍԻԿԱՑԻԱ - թունավոր նյութերով օրգանիզմի թունավորում

ԻՆՖԵԿՑԻԱ - վարակ

ԻՇԵՄԻԱ - տեղային սակավարյունություն: Օրգանիզմի որևէ շրջանի (հյուսվածք, օրգան) արյունամատակարարման քչացում: Առաջանում է այդ մասի զարկերակի սեղմման, մասնակի կամ էլ լրիվ փակման հետևանքով

ԼԵՅԿՈՑԻՏՈՋ - արյան բաղադրության մեջ լեյկոցիտների քանակի ավելացում

ԿԱՊՍՈՒԼԱ - պատիճ

ԿԼԵՈԼԱՅԻՆ ԿԱՊ – սոսնձային կապ

ԿԾԱՆՔ - ախտաբանական փոփոխությունների պատճառով հոդի շարժումների սահմանափակում: Մկանների տևական, երբեմն էլ անվերադարձ կարծրացում

ԿՈՍԱ - գիտակցության կորուստ և կյանքին սպառնացող վիճակ: Արտահայտվում է սրտի, շնչառության և այլ կենսաբանական ֆունկցիաների խանգարումով: Ուղեկցվում է գլխուղեղի կեղևի և ենթակեղևային գոյացությունների ուժեղ արտահայտված արգելակմամբ

ԿՈՄԲԻՆԱՑԿԱԾ – համակցված

ԿՈՄՊԵՆՍԱՑԻԱ - փոխհատուցում. կոմպենսատոր մեխանիզմների հաշվին վնասված օրգանի կամ ֆունկցիայի լրիվ կամ մասնակի վերականգնում

ԿՈՄՊԼԵՔՍ - համալիր

ԿՈՆՍԵՐՎԱՑԻՎ - ոչ վիրահատական եղանակ

ՀԵՄԱՏՈՍԱ - արյունոտություն, արյունագեղված այտուց. արյունահոսության հետևանքով հյուսվածքներում արյան ուռուցքանման սահմանափակ կուտակում՝ լցված արյունով

ՀԵՄԱՏՈՒՐԻԱ - արյունամիզոթություն

ՀԵՄՈԴԻՆԱՄԻԿԱ - արյան շարժում. արյան շարժումը արյունատար անոթներում և սրտում

ՀԵՄՈԹՈՐԱՔՍ - արյունզեղման հետևանքով արյան կուտակում կրծքանվանդակի խոռոչում խոռոչում

ՀԵՄՈԼԻԶ - արյունալուծում. արյան կարմիր գնդիկների քայքայում

ՀԵՄՈՍԱՋ - արյունակամգ. արյան հոսքի դադարում

ՀԵՄՈՖԻԼԻԱ - արյան անմակարդելիություն



ՀԻԳԻԵՆԱ - առողջաբանություն, առողջագիտություն. գիտություն առողջության մասին, որն ուսումնասիրում է արտաքին միջավայրի տարբեր գործոնների ազդեցությունը մարդու առողջության, աշխատունակության և կյանքի տևողության վրա

ՀԻԴՐԱՏԱՑԻԱ - վնասված հյուսվածքներում նյարդային վերջույթների ռեակցիայի պատճառով անոթների թափանցելիության մեծացում, որի հետևանքով անոթներից դուրս է գալիս հեղուկ զանգվածը՝ հյուսվածքներում առաջացնելով այտուց, բորբոքային երևույթներ և թարախ

ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԱ - գերլարում, գերճնշում. արյան ճնշման և անոթների լարվածության կայուն բարձրացում՝ այն կարգավորող մեխանիզմների ախտահարման հետևանքով

ՀԻՊՈԴԻՆԱՄԻԱ - թերշարժունություն. օրգանիզմի շարժումների ընդհանուր ծավալի փոքրացում

ՀԻՊՈՔՍԻԱ - թթվածնաքաղց. հյուսվածքներում, բջիջներում թթվածնի քանակության նվազում

ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԱ - գերճնշում. այրան ճնշման և անոթների լարվածության համեմատաբար կայուն բարձրացում

ՀԻՊՈՏՈՆԻԱ - թերճնշում, թերլարում. ախտաբանական պատճառներով առաջացած արյունատար անոթների պատերի լարվածության անկում

ՀՈՄԵՈՍԱՋ - օրգանիզմի ներքին միջավայրի կենսաբանական ցուցանիշների հարաբերական հաստատություն

ՄԱՍՍԱԺ – մերսում

ՄԱՔՍԻՄԱԼ - առավելագույն

ՄԵՆԻՆԳԻՏ – ուղեղապատյանի բորբոքում. ուղեղի կակուղ պատյանի բորբոքում

ՄԻԿՐՈԲ - մանրէ

ՄԻԿՐՈՖԼՈՐԱ - միկրոֆլորա

ՄԻՈԳԼՈԲԻՆ - մկանային սպիտակուց

ՆԵԿՐՈՋ - մեռուկ. հյուսվածքի առանձին հատվածի մեռուկացում

ՆԵՅՐՈՆ - նյարդաբջիջ. նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ և ծևաբանական միավոր

ՇԻՆԱ - բեկակալ

ՇՈԿ - ախտաբանական երևույթների ընդհանրություն. առաջանում է չափազանց ուժեղ, անբնական զրգիռների ազդեցությամբ. կյանքի համար մեծ վտանգ է ներկայացնում

ՊԱԹՈԼՈԳԻԱ - գիտություն հիվանդությունների, հիվանդածին վիճակների մասին

ՊԱԹՈԼՈԳԻԱԿԱՆ - ախտաբանական



ՊԱՐԱԼԻԶ - լուծանք. կամային շարժումների կարողության ամբողջական կորուստ
ՊԱՐԵԶ - կամային շարժումները լիարժեք կատարելու հնարավորության, կարողության թուլացում

ՊԱՐԵՆԽԻՄԱՏՈԶ ՕՐԳԱՆՆԵՐ – պարենխիմատոզ օրգաններն են՝ լյարդը, փայծաղը, թոքերը, երիկամները

ՊԵՐԻՍՏԱԼՏԻԿԱ - գալարակծկանք. աղիների գալարակծկանք

ՊԵՐԻՏՈՆԻՏ - որովայնամզի բորբոքում

ՊԵՐԻՖԵՐԻԱ - ծայրամաս

ՊԵՐԿՈՒՄԻԱ - բախում

ՊԻՉՄԵՆՏԱՑԻԱ - գունավորում

ՊՐԵՊԱՐԱՏ – պատրաստուկ

ՊՐՈՅԵԿՏԻԱ - դիրք

ՊՈՒԼՍ - երակազարկ

ՍԵՊՄԻԱ - այրան և ներքին օրգաններում ախտածին միկրոօրգանիզմների զարգացում

ՍԻՄՊՏՈՄ - ախտանշան. հիվանդության ախտանիշ

ՍԻՆԴՐՈՄ - համախտանիշ. ախտանշանների ամբողջություն

ՍՏԱՆԴԱՐՏ - չափանիշ, տիպօրինակ

ՍՏԵՐԻԼ - ախտահանված, վարակազերծ

ՎԻՏԱՄԻՆ - օրգանիզմի բնականոն աճի, զարգացման համար խիստ անհրաժեշտ քիմիական օրգանական նյութ

ՏԵՐՄԻՆԱԼ ՎԻՃԱԿ - սահմանային վիճակ. տարբերում են նախահոգեվարքային, հոգեվարքային և կլինիկական մահվան վիճակներ

ՏՈՆՈՒՄ – լարում, լարվածություն. նյարդային կենտրոնների մկանների, ամոթների լարվածություն՝ երկարատև հոգնածությամբ չուղեկցվող դրդված վիճակ

ՏՈՔՍԻԿՈԶ - թունավորում

ՏՈՔՍԻՆ - թույն

ՏՐԱՎՄԱ - վնասվածք

ՏՐԱՎՄԱՏԻԿ - վնասվածքային

ՑԻԱՆՈԶ -կապտուկ

ՕՍՏԵՈՄԻԵԼԻՏ - ոսկրածուծաբորբ, ոսկրածուծի բորբոքում. առաջանում է ոսկրածուծը թարախային մանրէներով ախտահարվելիս



ՖՈՒՆԿՑԻԱ - գործառույթ. օրգանիզմի, օրգանի, հյուսվածքի, բջջի կենսագործունեության դրսևորումները

ՖԱԼԱՆԳ -վերջույթի մարմնամաս

ՖԱՆԵՐԱ - նրբատախտակ

ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ - բնախոսական

ՖԻԿՍԱՑԻԱ - ամրակցում, ամրակայում, զամում

ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԼ - գործառութային



1. Առաջին օգնության հիմունքներ: Հայկական կարմիր խաչի ընկերություն, Երևան, 1999:
2. Գրիգորյան Հ.Մ. Նախակլինիկական պարապմունքներ վիրաբուժությունից, Երևան, «Մանկավարժ», 1988:
3. Բույանով Վ.Մ., Առաջին բուժօգնություն, Երևան, «Զանգակ-97», 2003:
4. Դանիելյան Ի.Է, Նարինյան Մ.Զ., Առաջին բուժօգնություն, Երևան, 2009:
5. Մինչբժշկական օգնությունը բնակչությանը արտակարգ իրավիճակներում, Երևան, 2007:
6. Մխոյան Գ.Գ., Եղիազարյան Մ.Ի., Արտակարգ իրավիճակների բժշկություն: Երևան, 2005:
7. Ուսումնական ձեռնարկ բուժքույրերի պատրաստման համար, Երևան, «Լույս», 1984:
8. Оказание первой медицинской помощи при травмах. Оренбург. 2003.
9. Соков А.П., Соков С.А. Курс медицины катастроф. М., 1999.
10. Шершень Г.А. Неотложные состояния. Минск, 1998.



<i>Առաջաբան</i>	3
<i>Առաջին բուժօգնության նպատակները, խնդիրները և ընդհանուր սկզբունքները.....</i>	7
<i>Գաղափար օրգանիզմի կենսագործունեությունը ապահովող ֆունկցիաների մասին.....</i>	14
<i>Գիտակցության խանգարումներ, ուշագնացություն.....</i>	18
<i>Շնչառության խանգարումներ.....</i>	21
<i>Շնչուղիների խցանում.....</i>	22
<i>Մահվան նշաններ.....</i>	27
<i>Վնասվածքներ. դրանց տեսակները, առաջին բուժօգնությունը.....</i>	29
<i>Տրավմատիկ կամ վնասվածքային շոկ. առաջացման պատճառները, առաջին օգնությունը.....</i>	32
<i>Վերականգնացում (ռեանիմացիա). դրա մեթոդները.....</i>	40
<i>Առաջին օգնությունը փափուկ հյուսվածքների, հոդերի վնասվածքների դեպքում.....</i>	53
<i>Դեմոնիտիզմ (կապաբանություն).....</i>	57
<i>Մարմնի տարբեր մասերին դրվող կապեր.....</i>	71
<i>Ժամանակավոր (փոխադրական) անշարժացում.....</i>	85
<i>Վերքեր. դրանց բնութագիրը, տեսակները, առաջացած բարդությունները, առաջին օգնությունը.....</i>	94
<i>Առաջին օգնությունը գանգի, գլխուղեղի փակ և ողնաշարի վնասվածքների դեպքում.....</i>	109
<i>Առաջին օգնությունը պարանոցի, կրծքավանդակի և կրծքախոռոչի օրգանների վնասվածքների դեպքում.....</i>	116
<i>Կրծքավանդակի փակ վնասվածքներ.....</i>	119
<i>Կրծքավանդակի բաց վնասվածքներ և դրանց բարդությունները.....</i>	119



Առաջին օգնությունը կրծքավանդակի ոչ թափանցող վերքերի և փակ պնևմոթորաքսի ժամանակ.....	121
Առաջին օգնությունը որովայնի, որովայնախոռոչի և կոնքի օրգանների վնասվածքների ժամանակ.....	122
Առաջին օգնությունը կոմբինացված (համակցված) վնասվածքների դեպքում.....	127
Ոսկրերի կոտրվածքներ. տեսակները, առաջին բուժօգնությունը.....	132
Ոսկրերի բաց և փակ կոտրվածքներ՝ զուգորդված ճառագայթային հիվանդության հետ.....	151
Արյունահոսություն. տեսակները, առաջին օգնությունը արտաքին և ներքին արյունահոսության դեպքում.....	152
Տրավմատիկ տոկսիկոզ.....	166
Վնասվածքային (տրավմատիկ) շնչահեղձուկ (ասֆիքսիա).....	170
Առաջին բուժօգնությունը այրվածքների դեպքում.....	171
Ցրտահարություն և ընդհանուր սառեցում.....	176
Առանձին մարմնամասերի վնասվածքներ.....	180
Առաջին օգնությունը դժբախտ դեպքերի և հանկարծակի հիվանդությունների ժամանակ. էլեկտրահարում.....	195
Ջրահեղձություն. առաջին օգնությունը.....	198
Գիտակցության կորուստ. շնչառություն և անոթազարկ չունեցողից ցույց տրվող առաջին օգնությունը.....	200
Դեղամիջոցներով թունավորում. առաջին օգնությունը.....	202
Ալկոհոլային և նիկոտինային թունավորում. առաջին օգնությունը.....	203
Կենցաղային նյութերով թունավորում. առաջին օգնությունը.....	205
Գազերով (ածխաթթու) գազով թունավորում. առաջին օգնությունը....	205
Սննդային թունավորումներ. առաջին օգնությունը.....	206
Առաջին օգնությունը կենդանիների կծեւու, սողունների, միջատների խայթելու դեպքերում. առաջին օգնությունը.....	207



Առաջին օգնությունը թունավորումների դեպքում.....	209
Խորհուրդներ՝ տարբեր բնույթի թունավորումների ժամանակ.....	210
Ջերմահարում և արևահարում. առաջին օգնությունը.....	211
Ջղածություններ. առաջին օգնությունը.....	212
Էպիլեպտիկ նոպա. առաջին օգնությունը.....	213
Բառարան.....	214
Գրականություն.....	220

ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ ՀԱԿՈԲ ՄԱՆՈՒԿԻ

Առաջին բուժօգնություն
(ուսումնական ձեռնարկ)

Խմբագիր՝	Կենս. գիտ. թեկ.	Ս. Իսաջանյան
Գրախոսողներ՝	բժշկ. գիտ. դոկտոր՝	Զ. Սարգսյան
	Կենս. գիտ. դոկտոր՝	Զ. Սարգսյան

Տպագրությունը՝ «Ռեզոգրաֆ»:

Ծավալը՝ 14 մամուլ:

Տպաքանակ՝ 150: