



Առաջին բժշկական օգնություն

ՑԱՆԿ

- 1) ԱՌԱՋԻՆ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՑՈՒՅՑ ՏԱԼՈՒ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ
- 2) ՀԱՍԿԱՑՈՂՈՒԹՅՈՒՆ ԱՍԵՊՏԻԿԱՅԻ ԵՎ ԱՆՏԻՍԵՊՏԻԿԱՅԻ ՄԱՍԻՆ
- 3) ՍԱՀՄԱՆԱՅԻՆ (ՏԵՐՄԻՆԱԼ) ԴՐՈՒԹՅՈՒՆ
- 4) ՎԵՐԱՎԵՆԴԱՆԱՑՄԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ
- 5) ՇՈԿ
- 6) ԱՌԱՋԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԻՐԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ
- 7) ԱՌԱՋԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՐՅՈՒՆԱՀՐՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ
- 8) ԱՌԱՋԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ՓԱՓՈՒԿ ՀՅՈՒՄԱՎԱԾՔՆԵՐԻ, ՀՈԴԵՐԻ, ՈՍԿՐԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ
- 9) ԱՌԱՋԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ
- 10) ՑՐՏԱՀԱՐՈՒՄ
- 11) ԶՐԱՀԵՂՁՈՒՄ, ԽԵՂԴԱՄԱՀՈՒԹՅՈՒՆ
- 12) ԹՈՒՆԱՎՈՐՈՒՄ
- 13) ԿԵՆԴԱՆԻՆԵՐԻ, ԿԱՏԱՂՈՒԹՅՈՒՆՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ, ԹՈՒՆԱՎՈՐ ՕՋԵՐԻ ԿԾԱԾՆԵՐ ԵՎ ՄԻՋԱՏՆԵՐԻ ԽԱՅԹՈՑՆԵՐ
- 14) ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔ

Առաջին բժշկական օգնությունը, որը նախատեսում է մարդու կյանքի և առողջության փրկման և պահպանման միջոցառումների համալիր գործողություն, ծայրահեղ կարևոր է հիվանդության համար: Յուրաքանչյուր ոք, իր հնարավորության շրջանակներում, պետք է կարողանա ցուցաբերել առաջին օգնություն, քանի որ մարդու կյանքն ու առողջությունը հաճախ պայմանավորված են հենց առաջին բուժ. օգնությամբ: Ժամանակին և ճիշտ ցուցաբերած առաջին օգնությունը կրճատում է ստացիոնար բուժման ժամկետը, նպաստում է վերքերի լավացմանը և հիվանդի առողջության արագ վերականգնմանը: Առաջին օգնությունը ցուցաբերվում է ինչպես բնական աղետների (օրինակ երկրաշարժ) և արտակարգ իրավիճակների, այնպես էլ խաղաղ ժամանակ և ուղղված է վտանգավոր ֆակտորների կանխագուշակմանը և վերացմանը՝ արյունահոսության, ջարդվածքների, շոկի և այլն:



ԱՌԱՋԻՆ ԲՈՒԺՕՂՆՈՒԹՅՈՒՆ ՑՈՒՅՑ ՏԱԼՈՒ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

Առաջին բուժօգնությունն ցույց տալու դեպքում պետք է հավատարիմ լինել հետևյալ սկզբունքներին.

1. Օգնությունն ցույց տվողի բոլոր գործողությունները պետք է լինել նպատակադրված, մտածված, վճռական, արագ և հանգիստ:
2. Բոլորից առաջ հարկավոր է գնահատել իրավիճակը և իրականացնել միջոցառումներ՝ ուղղված վնասող գործոնների ազդեցության դադարեցմանը (հանել ջրից, վառվող շինությունից, հեռացնել շինությունից, որտեղ կուտակվել են գազեր, հանգցնել վառվող հագուստը և այլն):
3. Արագորեն և ճիշտ գնահատել տուժածի վիճակը: Սրան նպաստում է իրավիճակի բացահայտումը, որի դեպքում տեղի է ունեցել վնասվածքը կամ հանկարծակի հիվանդությունը, վնասվածքը առաջանալու ժամանակը և տեղը: Սա հատկապես կարևոր է, եթե տուժածը (հիվանդացածը) գտնվում է անգիտակից դրության մեջ: Տուժածի զննման ժամանակ բացահայտվում է, կենդանի է նա, թե՞ մահացած, որոշվում է վնասվածքի տեսակը և ծանրությանը, արդյոք եղել և շարունակվո՞ւմ է արյունահոսությունը:
4. Տուժածի զննման հիման վրա որոշվում է առաջին բուժօգնությունն ցույց տալու եղանակը և հաջորդականությունը:
5. Բացահայտվում է, թե ինչպիսի՞ միջոցներ են անհրաժեշտ առաջին բուժօգնությունն ցույց տալու համար՝ ելնելով կոնկրետ պայմաններից, իրավիճակներից և հնարավորություններից:
6. Ցույց են տալիս առաջին բուժօգնություն և նախապատրաստում են տուժածին փոխադրամիջոցային տեղափոխման:
7. Կազմակերպվում է տուժածի փոխադրամիջոցային տեղափոխումը բուժօգնության:
8. Իրագործվում է հսկողություն տուժածի կամ հանկարծակի հիվանդացածի հանդեպ մինչև բուժօգնության ուղարկելը:
9. Առաջին օգնությունը առավելագույն մատչելի ծավալով պետք է ցույց տրվի ոչ միայն պատահարի տեղում, այլև բուժօգնության տեղափոխելու ճանապարհին:

ՀԱՍԿԱՑՈՂՈՒԹՅՈՒՆ ԱՍԵՊՏԻԿԱՅԻ ԵՎ ԱՆՏԻՍԵՊՏԻԿԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Անտիսեպտիկան բուժկանխարգելիչ միջոցառումների համալիր է, որն ուղղված է վերքի մեջ մանրէների ոչնչացմանը: Տարբերում են անտիսեպտիկայի իրականացման մեխանիկական, ֆիզիկական, քիմիական և կենսաբանական եղանակներ:

Մեխանիկական անտիսեպտիկան այն է, որ վերքից հեռացվում է մեռուկացած, ջնջված հյուսվածքները, օտար մարմինները:

Ֆիզիկական անտիսեպտիկան դա վերքի մեջ դրենաժների, նատրիումի քլորիդի հիպերտոնիկ լուծույթով թրջված վիրախճուծների տեղադրումն է: Դրանք ապահովում են վերքից թարախի արտահոսքը: Քիմիական և կենսաբանական անտիսեպտիկան դա վերքի մեջ ներթափանցած մանրէները ոչնչացնող կամ նրանց աճը դանդաղեցնող տարբեր նյութերի կիրառումն է: Այդպիսի նյութեր են օրինակ, ջրածնի պերօքսիդը, յոդի սպիրտային լուծույթը, կալիումի պերմանգանատը (քիմիական), հակաբիոտիկները (կենսաբանական):

Անտիսեպտիկան միջոցառումների համալիր է, որն ուղղված է վերքի մեջ մանրէների ներթափանցման կանխարգելմանը: Դա կարելի է իրականացնել լրիվ





վարակազերծելով բոլոր առարկաները, որոնք կարող են չփվել վերքի հետ:
Ասեպտիկան և անտիսեպտիկան լրացնում են մեկը մյուսին և անհրաժեշտ են վերքերի
իֆեկցումը կանխելու գործում:

ՍԱՅՄԱՆԱՅԻՆ (ՏԵՐՄԻՆԱԼ) ԴՐՈՒԹՅՈՒՆ

Բացահայտված է, որ մարդու օրգանիզմը շարունակում է ապրել շնչառության և սրտի
գործունեության դադարումից հետո: Այս դեպքում դադարում է դեպի բջիջները
թթվածնի անցումը, առանց որի հնարավոր չէ կենդանի օրգանիզմի գործունեությունը:
Տարբեր հյուսվածքներ տարբեր ձևով են արձագանքում արյան և թթվածնի
մատակարարման բացակայությանը, և դրանց մահը տեղի է ունենում ոչ միատեսակ:
Սահմանային դրությունը կարող լինել տարբեր պատճառների հետևանք՝ շոկ,
սրտամկանի ինֆակտ, զանգվածային արյան կորուստ, շնչուղիների խցանում կամ
շնչահեղձում, էլեկտրահարում, ջրահեղձում, հողի տակ մնալ և այլն:

ՍԱՅՄԱՆԱՅԻՆ ԴՐՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ ՏԱՐԲԵՐՈՒՄ ԵՆ 3 փուլեր.

1. նախահոգեվարքի վիճակ,
2. հոգեվարք,
3. կլինիկական մահ:

Նախահոգեվարքի շրջանում հիվանդի գիտակցությունը դեռևս պահպանված է բայց
այն խառնակ է: Ջարկերակային ճնշումը ընկնում է մինչև զրո, պուլսը խիստ
հաճախանում է, դառնում է թելանման, շնչառությունը մակերերեսային է, մաշկային
ծածկույթները՝ գունատ:

Հոգեվարքի ժամանակ զարկերակային ճնշումը և պուլսը չեն որոշվում, աչքի
ռեֆլեքսները(եղջրաթաղանթի բթի ռեակցիան լույսի հանդեպ) վերանում են,
շնչառությունը ձեռք է բերում օդը կուլ տալու բնույթ:

Կլինիկական մահը կարճատև անցումային շրջան է կյանքի և մահվան միջև, նրա
տևողությունը 3 – 6 րոպե է: Շնչառությունը և սրտի գործունեությունը բացակայում են,
բերրը լայնացած են, մաշկային ծածկույթները սառն են, ռեֆլեքսները չկան: Այս
կարճատև շրջանում դեռևս հնարավոր է վերականգնել կենսական ֆունկցիաները
վերականգնողական օգնությամբ: Ավելի ուշ ժամանակամիջոցում վրա է հասնում
անվերադարձելի փոփոխություններ հյուսվածքներում, և կլինիկական մահը անցնում
է կենսաբանական մահվան:

ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ՍԱՅՄԱՆԱՅԻՆ ԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Սահմանային դրության ժամանակ, անկախ նրա պատճառից, օրգանիզմում տեղի են
ունենում ընդամուր փոփոխություններ, առանց դրանց պարզելու անհնար է հասկանալ
նրա կենդանացման մեթոդների էությունը և միտքը: Այս փոփոխությունները վնասում են
օրգանիզմի բոլոր օրգանները և համակարգերը (սիրտ, ուղեղ,
նյութափոխանակականություն և այլն) և ծագում են մեկ օրգանում շուտ, մյուսներում՝ ուշ:
Հաշվի առնելով, որ օրգանները շարունակում են ապրել, որոշ ժամանակ նույնիսկ
սրտի և շնչառության դադարեցումից հետո, կատարվող ռեանիմացիայի դեպքում
հաջողվում է հասնել հիվանդի վերականգնողական արդյունքին:

Հիպօքսիայի (արյան և հյուսվածքների մեջ թթվածնի փոքր պարու-մակություն)
հանդեպ առավել զգայուն է գլխուղեղի կեղևը, այդ պատճառով սահմանային



դրությունների դեպքում բոլորից շուտ վերանում է ԿՆՅ-ի հիմնական հատվածի՝ գլխուղեղի կեղևի գործունեությունը. մարդը կորցնում է գիտակցությունը: Եթե թթվածնային քաղցը շարունակվում է 3-4րոպե, ապա ԿՆՅ-ի այդ հատվածի վերականգնումը դառնում է անհնար:

Սահմանային դրության դեպքում աճող հիպօքսիան և ուղեղի գործունեության խանգարումը հանգեցնում է սիրտ-անոթային համակարգի գործունեության խանգարման: Նախահոգեվարգի շրջանում խիստ ընկնում է սրտի պոմպային գործունեությունը, նվազում է սրտի մղումը՝ փորոքի կողմից մղված արյան քանակը 1րոպեում: Նվազում է օրգանների և հատկապես ուղեղի արյան մատակարարումը, որն առաջացնում է անվերադարձելի փոփոխությունների զարգացում: Շնորհիվ սրտի մեջ սեփական ավտոմատիզմի առկայության՝ նրա կծկումները կարող են շարունակվել բավականին երկար ժամանակ: Սակայն այս կծկումները նվազ արդյունավետ են, պուլսի լցվածությունը թուլանում է, նա դառնում է թելանման, զարկերակային ճնշումը խիստ նվազում է, իսկ հետո դադարում է որոշվելուց: Հետագայում զգալիորեն խանգարվում է սրտի կծկումների ռիթմը, և սրտի գործունեությունը դադարում է: Հիպօքսիային արձագանքում են լյարդը, երիկամները. երկարատև թթվածնային քաղցի դեպքում նրանց մեջ նույնպես տեղի են ունենում անվերադարձելի փոփոխություններ: Սահմանային դրության դեպքում օրգանիզմում նկատվում են նյութափոխանակության մեջ կտրուկ տեղաշարժեր: Նրանք արտահայտվում են ամենից առաջ օքսիդացման պրոցեսների նվազումով, որը հանգեցնում է օրգանիզմի մեջ օրգանական թթուների(կաթնաթթու և պիրուվադիկաթթու) և ածխաթթու գազի կուտակմանը: Դրա հետևանքով խանգարվում է օրգանիզմի թթվահիմնային հավասարակշռությունը: Նորմայում օրգանիզմի արյան և հյուսվածքների ռեակցիան չեզոք է: Օքսիդացման պրոցեսների մարումը սահմանային դրության շրջանում պայմանավորում է ռեակցիայի տեղաշարժ դեպի թթվային կողմը՝ առաջանելով ացիդոզ: Կլինիկական մահվան վիճակից օրգանիզմի դուրս գալուց հետո սկզբում վերականգնվում է սրտի գործունեությունը, հետո ինքնուրույն շնչառությունը և միայն հետագայում, երբ վերանում են խիստ փոփոխություններ նյութափոխության և թթվահիմնային վիճակի մեջ, կարող է վերականգնվել ուղեղի գործունեությունը: Գլխուղեղի կեղևի գործունեության վերականգնման շրջանը առավել տևական է: Նույնիսկ կարճատև հիպօքսիայի և կլինիկական մահից հետո(րոպեից պակաս) գիտակցությունը կարող է երկարատև բացակայել: Կյանքի նշանների և մահվան նշանների բացահայտումը: Օգնություն ցույց տվողը պետք է պարզորոշ և արագորեն տարբերի գիտակցության կորուստը մահից: Կյանքի նվազագույն նշանների հայտնաբերման դեպքում անհրաժեշտ է անհապաղ ձեռնարկել առաջին օգնության ցուցաբերումը և բոլորից առաջ՝ վերակենդանացումը: Կյանքի նշաններ են հանդիսանում՝

- 1) Սրտի բաբախման առկայությունը: Սրտի բաբախումը որոշվում է ձեռքով կամ ականջով կրծքավանդակի վրա ձախ պտկային շրջանում:
- 2) Պուլսի առկայությունը զարկերակների վրա: Պուլսը որոշվում է պարանոցի վրա(քնային զարկերակ), ճաճանչադաստակային հոդի շրջանում(ճաճանչային զարկերակ), աճուկում(ազդրային զարկերակ):
- 3) Շնչառության առկայությունը: Շնչառությունը որոշվում է կրծքավանդակի և որովայնի շարժումներով: Տուժածի քթին և բերանին մոտ պահված հայելու խոնավացումով, քթանցքերին մոտեցրած բամբակե կամ բինտի կտորի շարժումներով:
- 4) Բերի ռեակցիայի առկայությունը լույսի հանդեպ: Եթե աչքը լուսավորվի լույսի խրճով(օրինակ՝ լապտերիկով) , ապա նկատվում է բբի նեղացում՝ բբի դրական ռեակցիա: Ցերեկային լույսի դեպքում այս ռեակցիան կարելի է ստուգել այսպես. որոշ ժամանակ փակվում է աչքը ձեռքով, հետո արագորեն ձեռքը հեռացնում են մի կողմ,



այս դեպքում նկատելի կլինի բքի նեղացումը: Կյանքի նշանների առկայությունը ազդանշան է տալիս անհապաղ վերակենդանացման միջոցառումների կատարման մասին: Պետք է հիշել, որ սրտի բաբախման, պուլսի, շնչառության և լույսի հանդեպ բքերի ռեակցիայի բացակայությունը չի վկայում այն մասին, որ տուժածը մահացած է: Նույնանման ախտանիշների համալիր կարող է նկատվել և կլինիկական մահվան դեպքում, որի դեպքում անհրաժեշտ է տուժածին ցույց տալ օգնություն լրիվ ծավալով: Օգնություն ցույց տալը աննպատակ է մահվան ակնհայտ նշանների դեպքում՝

1. աչքերի եղջերաթաղանթների մթնեցման և չորացման
2. «կատվի աչքի» ախտանիշի առկայության՝ աչքի սեղմման դեպքում բիրը ձևափոխվում է և հիշեցնում կատվի աչք
3. մարմնի սառեցման և դիակային բծերի առաջացման: Սրանք կապտամանուշակագույն պուտեր են, դուրս են գալիս մաշկի վրա: Դիակի մեջքի վրա դիրքում նրանք ի հայտ են գալիս թիակների, գոտկային և հետույքային շրջաններում, իսկ որովայնի վրա դիրքում՝ դեմքի, կրծքի, որովայնի վրա
4. դիակային փայտացման. սա մահվան անվիճելի նշան է, առաջանում է մահից հետո 2-4 ժ անց: Առաջին օգնություն ցույց տալու դեպքում կարևոր է իմանալ ոչ միայն նրա մեթոդները, այլև կարողանալ տուժածի հետ վերաբերվել ճիշտ, որպեսզի նրան չպատճառվի լրացուցիչ վնասվածք: Անհրաժեշտ է լ ճիշտ հանել տուժածի շորերը. վերին վերջույթների վնասվածքների դեպքում հագուստը սկզբում հանում են առողջ ձեռքից: Հետո պահելով վնասված ձեռքը՝ զգուշորեն ձգում են հագուստի թևքը, հանում են նրա վրայից հագուստը: Եթե տուժածը պառկած է մեջքի վրա և հնարավոր չէ նրան նստեցնել, ապա հագուստը իրանի վերին կեսի և ձեռքի վրայից հանում են հետևյալ հաջորդականությամբ: Զգուշորեն ձգվում, բարձրացվում է վերնաշապիկի հետևի մասը (շոր, վերարկու և այլն) մինչև պարանոցը և գլխի վրայով տեղափոխվում կրծքին, հետո հանում են թևքը առողջ ձեռքից, վերջին հերթին ազատում են վնասված ձեռքը, ձգելով նրա վրայից հագուստի թևքը: Մարմնի ստորին մասի վրայից հագուստը հանում են նույնպիսի հաջորդականությամբ: Ուժգին արյունահոսությունների և ծանր այրվածքների դեպքում հագուստը չի հանվում, այլ կտրվում է: Անհրաժեշտ է գիտենալ, որ վերքերի, կոտրվածքների, այրվածքների դեպքում, բոլոր կտրուկ շարժումները, տեղաշարժումը, հատկապես կոտրված կամ հողախախտված վերջույթի, կտրուկ ուժեղանում է ցավը, որը կարող է զգալիորեն վատացնել ընդհանուր դրությունը, առաջացնել շոկ, սրտի, շնչառության դադարեցում: Այդ պատճառով պետք է զգուշորեն բարձրացնել վնասված վերջույթը կամ տուժածին:

ՎԵՐԱԿԵՆԴԱՆԱՑՄԱՆ ԽՆԴԻՐՆԵՐԸ

Կլինիկական մահվան վերակենդանացման դեպքում հիմնական խնդիրներն են . պայքար հիպօքսիայի դեմ և օրգանիզմի մարող ֆունկցիաների խթանում:

ՎԵՐԱԿԵՆԴԱՆԱՑՈՒՄԸ ՇՆՉԱՌՈՒԹՅԱՆ ԴԱԴԱՐՑՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Օտար մարմինների, էլեկտրական հոսանքով ախտահարման, տարբեր դեղանյութերով թունավորման, ուղեղի այրումազեղման վնասվածքային շոկի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել արհեստական շնչառություն: Սուր շնչառական անբավարարությունը, անկախ պատճառներից, հանգեցնում է օրգանիզմի մեջ թթվածնի պարունակության նվազեցմանը (հիպօքսիա) և արյան, հյուսվածքների մեջ ածխաթթու գազի չափից մեծ կուտակմանը: Հիպօքսիայի և հիպեկապնիայի հետևանքով օրգանիզմում զարգանում են բոլոր օրգանների կենսագործունեության ծանր խանգարումներ, որոնք կարելի է



վերացնել միայն ժամանակին սկսվող վերակենդանացման դեպքում:

Թոքերի արհեստական օդափոխում

Արհեստական շնչառությունը օդի ներփչման ճանապարհով կարող է իրագործել մի քանի եղանակով. դրանք բերան ընդ բերան կամ բերան ընդ քիթ եղանակներն են:

Բերան ընդ բերան կամ բերան ընդ քիթ թոքերի արհեստական օդափոխման տեխնիկան: Արհեստական շնչառության կատարման համար անհրաժեշտ է հիվանդին պառկեցնել մեջքին, թուլացնել կրծքավանդակը ճնշող հագուստը և ապահովել շնչուղիների ազատ անցանելիությունը:

Եթե բերանի խոռոչում կամ ընկալում կա պարունակություն, այն հարկավոր է արագորեն հեռացնել

մատով, անձեռոցիկով,

թաշկինակով կամ

ցանկացած արտածծիչի

օգնությամբ: Շնչուղիները

ազատելու համար

տուժածի գլուխը պետք է

դեպի ետ տանել:

Շնչուղիները առավել

բացելու համար

անհրաժեշտ է տեղաշարժել ստորին ծնոտը դեպի առաջ:

Բերան ընդ բերան շնչառության կատարման դեպքում տուժածի գլուխը պահվում է

որոշակի դիրքում: Վերակենդանացում կատարողը կատարելով խորը ներշնչում և

ամուր սեղմելով իր բերանը հիվանդի բերանին, ներս է փչում նրա թոքերի մեջ

արտաշնչվող օդը: Շնչառության քանակը թույլտվում պետք է լինի 16 – 20 -ից ոչ պակաս:

Հարկավոր է հետևել, որպեսզի ներշնչվող օդը չհանգեցնի ստամոքսի չափից դուրս

ծզվածությանը:

Այս դեպքում ի հայտ է գալիս ստամոքսից սննդային զանգվածների արտազատման և դրանց բրոնխի





մեջ անցնելու վտանգը: Հիվանդի բերանի հետ անմիջապես չփակելուց խուսափելու համար կարելի է ներփչել օդը թանգիֆե անձեռոցիկի, թաշկինակին կամ ցանկացած այլ ոչ խիտ գործվածքի միջոցով:

Բերան ընդ քիթ շնչառության մեթոդի կիրառման դեպքում օդի ներփչումը կատարվում է քթի միջոցով: Այս դեպքում տուժածի բերանը պետք է փակած լինի ձեռքով, որով միաժամանակ տեղաշարժվում է ծնոտը դեպի վերև՝ լեզվի անկումը կանխելու համար:

Թոքերի արհեստական օդափոխման բոլոր եղանակների դեպքում անհրաժեշտ է գնահատել նրա արդյունավետությունը՝ ըստ կրծքավանդակի շարժումների: Ոչ մի դեպքում չի կարելի սկսել արհեստական շնչառությունը, եթե շնչուղիները օտար մարմիններից, լորձից, սննդի զանգվածներից չեն ազատվել:

ՎԵՐԱԿԵՆԴԱՆԱՑՈՒՄԸ ԱՐՅԱՆ ՇՐՋԱՆԱՌՈՒԹՅԱՆ ԴԱՂԱՐԵՑՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Սրտի գործունեության դադարումը կարող է տեղի ունենալ ամենատարբեր պատճառների ներգործության տակ (ջրահեղծում խեղդամահություն, գազերով թունավորում, էլեկտրական հոսանքով և կայծակով ախտահարում, ուղեղի արյունազեղում, սրտամկանի ինֆարկտ, և սրտի այլ հիվանդություններ, ջերմահարություն, արյան կորուստ, սրտի շրջանի ուղղակի ուժգին հարված այրվածքներ, ցրտահարում և այլն):

Տարբերում են սրտի աշխատանքի դադարեցման երկու տեսակ՝ սրտի գործունեության լրիվ դադարեցում (ասիստոլիա) և փորոքների թրթռում (ֆիբրիլացիա), երբ սրտամկանի որոշակի թելեր կծկվում են քառսային, չհամաձայնեցված: Սիրտը դադարում է արյուն «մղել» և արյան հոսքը անոթներում դադարում է: Սրտի աշխատանքի դադարեցման ախտանիշներ են հանդիսանում

1. գիտակցության կորուստը,
2. պուլսի բացակայությունը, այդ թվում՝ քնային և ազդրային զարկերակների վրա,
3. սրտի տոների բացակայությունը,
4. շնչառության դադարեցումը,
5. մաշկի լորձաթաղանթների գունատությունը կամ կապտությունը,
6. բերքի լայնացումը,
7. ջղացնցումները, որոնք կարող են ի հայտ գալ գիտակցության կորստի պահին:

Սրտի արտաքին մերսման տեխնիկան:

Արտաքին մերսումը դա սրտի կանոնավոր ճնշումն է կրծոսկրի և ողնաշարի միջև: Այս դեպքում արյունը ձախ փորոքից մղվում է աորտայի մեջ և անցնում է մասնավորապես գլխուղեղի մեջ, իսկ աջ փորոքից թոքերի մեջ, որտեղ հագեցնում է թթվածնով: Սրտի արտաքին մերսման անցկացման դեպքում հիվանդին տեղափոխում են մեջքի վրա, կոշտ հենքի վրա:

Նրանից հետո, երբ ճնշումը կրծոսկրի վրա դադարում է, սրտի խոռոչը դարձյալ լցվում է արյունով: Մերսումը ներքնակի կամ փափուկ մակերեսի վրա կատարել չի կարելի:



Սեղմման հաճախությունը թույլտվում 50 – 70 է: Ձեռքերը պետք է գտնվեն կրծոսկրի ստորին երկրորդականի վրա, այն է՝ 2 մատ թրածն ելունից վերև: Երեխաների մոտ սրտի մերսումը պետք է կատարել միայն մեկ ձեռքով, իսկ կրծքի հասակի երեխաների մոտ՝ երկու մատների ծայրերով 100 – 120 սեղմման հաճախությամբ 1 րոպեում:

Մատների հեռման կետը երեխաների մոտ մինչև մեկ տարեկանը կրծոսկրի ստորին ծայրի մոտ: Եթե վերակենդանացումը կատարում է մեկ մարդ, ապա յուրաքանչյուր 15 կրծոսկրի սեղմում կատարելուց հետո 1 վրկ տևողությամբ նա պետք է դադարեցնի մերսումը, կատարի 2 ուժգին ներփչում բերան ընդ բերան, բերան ընդ քիթ մեթոդով: Վերակենդանացման համար երկու մասնակցի դեպքում պետք է կատարել մեկ ներփչում թոքերի մեջ կրծքավանդակի 5 սեղմումից հետո: Սրտի մերսման արդյունավետությունը գնահատվում է ըստ հետևյալ նշանների:

1. պուլսի ի հայտ գալը քնային, ազդրային և ճաճանչային զարկերակների վրա,
2. զարկերակային ճնշման բարձրացում մինչև 60 – 80 մմ.ս. սյան,
3. բերանի նեղացումը և նրանց լույսի հանդեպ ռեակցիայի ի հայտ գալը,
4. կապույտ գունավորում և «մահվան» գունատության վերացումը,



5.

հետագա ինքնուրույն շնչառության վերականգնումը:

Եթե սրտի մերսումը, արհեստական շնչառությունը և դեղամիջոցային բուժումը սկսելուց 30 – 40 րոպե հետո սրտի գործունեությունը չի վերականգնվում բերելը մնում են լայնացած լույսի հանդեպ առանց ռեակցիայի, կարելի է համարել, որ օրգանիզմի մեջ սկսվել են անվերադարձելի փոփոխություններ և ուղեղի մահ: Այդ դեպքում վերակենդանացումը նպատակահարմար է դադարեցնել: Մահվան ակնհայտ նշանների ի հայտ գալու դեպքում վերակենդանացումը կարելի է դադարեցնել ավելի շուտ: Որոշ ծանր հիվանդությունների և տրավմատիկ վնասվածքների դեպքում վերակենդանացում միտք չունի կատարել, և այն պետք չէ սկսել:

ՇՈԿ

Շոկը բնորոշվում է օրգանիզմի բոլոր կենսական ֆունկցիաների՝ կենտրոնական և վեգետատիվ նյարդային համակարգերի, արյան շրջանառության, շնչառության, նյութափոխանակության, լյարդի և երիկամների ֆունկցիաների գործունեության աճող ընկճվածությամբ: Շոկը դրություն է կյանքի և մահվան միջև: Եվ միայն ճիշտ անհետաձգելի բուժումը կարող է փրկել հիվանդի կյանքը: Շոկը լինում է վնասվածքային, այրվածքային, հեմոռագիկ, այրան կորստի հետևանքով, անաֆիլակտիկ (որոշ դեղանյութեր ընդունելու դեպքում), կարդիոգեն (սրտամկանի ինֆարկտի դեպքում), սեպտիկ (ընդհանուր թարախային վարակի դեպքում):

ՎՆԱՍՎԱԾՔԱՅԻՆ ՇՈԿ



Առավել հաճախ շոկը առաջանում է արյունահոսություններով ուղեկցվող ծանր ընդարձակ վնասվածքների հետևանքով: Նախատրամադրող պահերը հանդիսանում են նյարդային և ֆիզիկական հոգնածությունը, վարակը, մրսածությունը, խրոնիկական հիվանդությունների առկայությունը: Շոկը հաճախ նկատվում է երեխաների մոտ, որոնք վատ են տանում արյան կորուստը և ծերերի մոտ, որոնք շատ զգայուն են գրգռման հանդեպ: Շոկը կարող է առաջանալ վնասվածքից անմիջապես հետո, բայց հնարավոր է և ուշացած շոկ, 2-4 ժ անց հակաշոկային միջոցառումների և նրա կանխագեղման ոչ լրիվ միջոցառումների անցկացման հետևանքով: Վնասվածքային շոկի ընթացքում տարբերում են երկու փուլ: Առաջին փուլ՝ էրեկտիլ, առաջանում է վնասվածքի պահին: Տեղի է ունենում նյարդային համակարգի խիստ գրգռվածություն, բարձրանում է նյութափոխանակությունը, այրան մեջ շատանում է ադրենալինի պարունակությունը, հաճախանում է շնչառությունը: Շոկի այս փուլը շատ կարճատև է և դրսևորվում է արտահայտված հոգեշարժական գրգռվածությամբ: Օրգանիզմի պաշտպանական հատկությունները արագորեն հյուսվում են, համակշռման հնարավորությունները մարում են և զարգանում է երկրորդ փուլը՝ տորպիդ: Այս փուլում տեղի է ունենում նյարդային համակարգի, սրտի, թոքերի, լյարդի և երիկամների գործունեության ընկճվածություն: Այրան մեջ կուտակված թունավոր նյութերը առաջացնում են անոթների և մազանոթների կաթված: Ընկնում է զարկերակային ճնշումը, արյան հոսքը դեպի օրգանները խիստ նվազում է, ուժեղանում է թթվածնային քաղցը: Այս բոլորը շատ արագորեն կարող են հանգեցնել նյարդային բջիջների ոչնչացման և տուժածի մահվան:

Առաջին օգնություն:

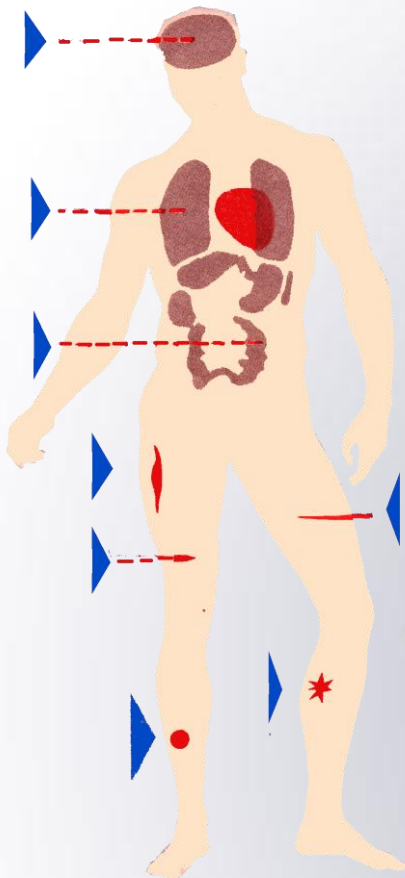
Ծանր վնասվածքի վիրավորման դեպքում ժամանակին ցուցաբերվող առաջին բուժօգնությունը կանխարգելում շոկի զարգացումը: Շոկի դեպքում առաջին օգնությունը այնքան արդյունավետ է, որքան վաղ է այն ցուցաբերվում: Միջոցառումները պետք է ուղղված լինեն բոլորից առաջ շոկի պատճառների վերացմանը (ցավի վերացում կամ նվազեցում, այրումահոսության դադարեցում, շնչառության և սրտի գործունեության լավացումը ապահովող և ընդհանուր սառեցումը կանխագեղող միջոցառումների անցկացում): Ցավազրկողների բացակայության դեպքում տուժածին կարելի է տալ խմելու փոքր քանակությամբ (20 – 30 մլ) սպիրտ, օդի, գինի, (ալկոհոլ տալու մասին անհրաժեշտ է տեղեկացնել շտապօգնության կամ հիվանդանոցի աշխատակիցներին, որտեղ հասցրած կլինեն տուժածին): Չդադարեցված արյունահոսությունով շոկի դեմ պայքարը անարդյունավետ է: Այդ պատճառով հարկավոր է արագորեն դադարեցնել արյունահոսությունը. դնել լարան, ճնշող կապ կալն: Արյան ծանր կորստի դեպքում պետք է տուժածին տալ ուղեղի արյան մատակարարումը լավացնող դիրք, տեղավորել հորիզոնական կամ այլ դիրք, որի դեպքում գլուխը կլինի իրանից ներքև: Շնչառությունը լավացնելու համար անհրաժեշտ է թուլացնել շնչառությունը դժվարացնող հագուստը, ապահովել թարմ օդի հոսք, տուժածին տալ շնչառությունը թեթևացնող դիրք: Շոկի վիճակի մեջ գտնվող վիրավորներին պետք է տաքացնել, որի համար նրան ծածկում են, տալիս են խմելու տաք թեյ, սուրճ: Շոկի դեպքում արյան շրջանառության խանգարվածության հիմնական բուժումը հանդիսանում է շրջանառող արյան ծավալի համալրումը: Շոկի ծայրաստիճան ծանր փուլերում կարող է անհրաժեշտ լինի վերակենդանացման գործադրանքների



անցկացում՝ սրտի մերսում և արհեստական շնչառություն:
Պետք է հիշել որ շոկը հեշտ է կանխել, քան բուժել: Այդ պատճառով վնասվածք ստացածին առաջին օգնությունը ցույց տալու դեպքում անհրաժեշտ է կատարել շոկի կանխագելման 5 սկզբունքներ. ցավերի նվազեցում, հեղուկների ներմուծում, տաքացնել տուժածին, նրա շուրջը ստեղծել հանգիստ և լռություն, զգուշորեն տեղափոխել բուժփիմնարկություն:

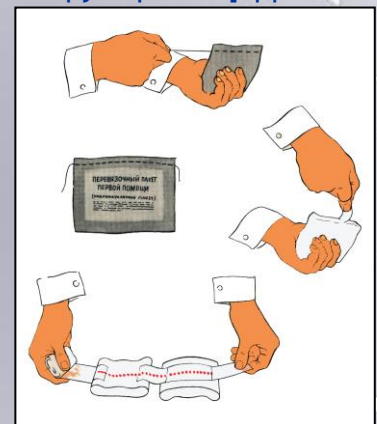
ԱՌԱՋԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԻՐԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Վերքեր



Մաշկային ծածկույթների, լորձաթաղանթների և հյուսվածքների ամբողջականության խախտումը մեխանիկական կամ այլ գործոնների ազդեցությամբ կոչվում են վերքեր: Տարբերում են մակերեսային և խորանիստ վերքեր: Խորանիստ վերքերը ուղեկցվում են անոթների, նյարդերի, ոսկրերի, ներքին օրգանների վնասվածքներով: Այն վերքերը, որոնց ժամանակ վնասվում են խոռոչների թաղանթները(որովայնի, կրծքավանդակի, կոնքի և այլն) կոչվում են թափանցող վերքեր: Մնացած դեպքերում՝ չթափանցող: Կախված վիրավորող առարկայի բնույթից՝ տարբերում են ծակած, կտրած, սալչարդ, պատռված, հրազենային, կծած վերքեր:

Յուրաքանչյուր վերք բնորոշվում է ցավով, եզրերի հեռացումով և արյունահոսությամբ: Ցավերի ուժգնությունը վերքի լավացման հետ թուլանում է, իսկ ուժեղացումը խոսում է վերքի մեջ զարգացող բարդությունների մասին: Վերքերի եզրերի հեռացումը պայմանավորված է փափուկ հյուսվածքների առաձգականությամբ: Որքան մեծ է վերքը, այնքան մեծ է նրա եզրերի հեռացումը: Վերքից արյունահոսությունը կախված է վնասված անոթի բնույթից:

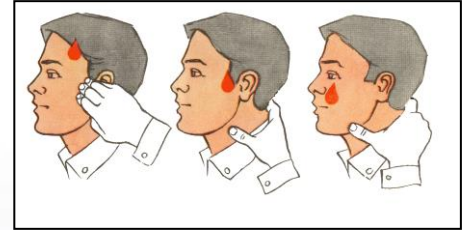


Վիրավորումների դեպքում առաջին օգնությունը դա վերքի նախնական մշակումն է: Կարևոր նշանակություն ունի առաջացած արյունահոսության դադարեցումը: Վերքի մշակումը պետք է կատարել մաքուր, ախտահանված ձեռքերով: Անտիսեպտիկ միջոցների բացակայության դեպքում կարելի է դնել մանրէազերծ վիրակապ: Եթե կա ախտահանիչ նյութ, ապա պետք է վերքի շուրջը մշակել այդ նյութի մեջ թրջված բամբակով: Վերքը պետք է լվանալ ջրով, վերքի մակերեսը չի կարելի անտիսպտիկ նյութով մշակել, որովհետև այդ նյութերը առաջացնում են բջիջների ոչնչացում: Վերքի խորը շերտերից չի կարելի հանել օտար մարմինները, որովհետև դա կարող է



առաջացնել վարակի խորացում: Վերքին չի կարելի քսել քսուկներ, ցանել փոշիներ, անմիջապես վրան բանրակ դնել: Սրանք նպաստում են վերքի մեջվարակի զարգացմանը:

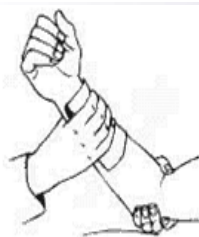
ԱՌԱՋԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ



Արյան դուրս գալը արյունատար անոթից կոչվում է արյունահոսություն: Պատճառները բազմազան են: Ուժգնությունը կախված է վնասված անոթների քանակից, տրամագծից, վնասվածքի բնույթից և անոթի տեսակից: Գոյություն ունի արյունահոսությունների դասակարգման մի քանի տեսակ: Ըստ վնասված անոթի տարբերում են հետևյալ տեսակները.



1. Ջարկերակային
2. Երակային
3. Մազանոթային
4. Պարենխիմատոզ



Ջարկերակային արյունահոսության դեպքում դուրս հոսող արյունը վառ կարմիր է, դուրս է նետվում ուժեղ, բաբախում շիթով: Այս արյունահոսությունը շատ վտանգավոր է, արյան կորուստը լինում է մեծ: Մեծ զարկերակների, աորտայի վնասվածքների դեպքում մի քանի րոպեի ընթացքում տեղի է ունենում մեծ քանակով արյան կորուստ, որը անհամատեղելի է կյանքի հետ:



Երակային արյունահոսության դեպքում, քանի որ ճնշումը երակներում ցածր է, արյունը հոսում է դանդաղ: Արյունը մուգ կարմիր գույնի է: Պարանոցի կամ կրծքավանդակի վնասվածքների դեպքում այս արյունահոսությունը վտանգավոր է նրանով, որ ներշնչման պահին առաջանում է բացասական ճնշում, երակների մեջ կարող են անցնել օդի բշտիկներ և առաջացնել օդային էմբոլիա, որը հանդիսանում է կայծակնային մահվան պատճառ: Մազանոթային արյունահոսությունն նկատվում է մաշկի ոչ խորը վնասվածքների, քերծվածքների դեպքում: Արյան նորմալ մակարդակի դեպքում այս արյունահոսությունը դադարում է ինքնուրույն:

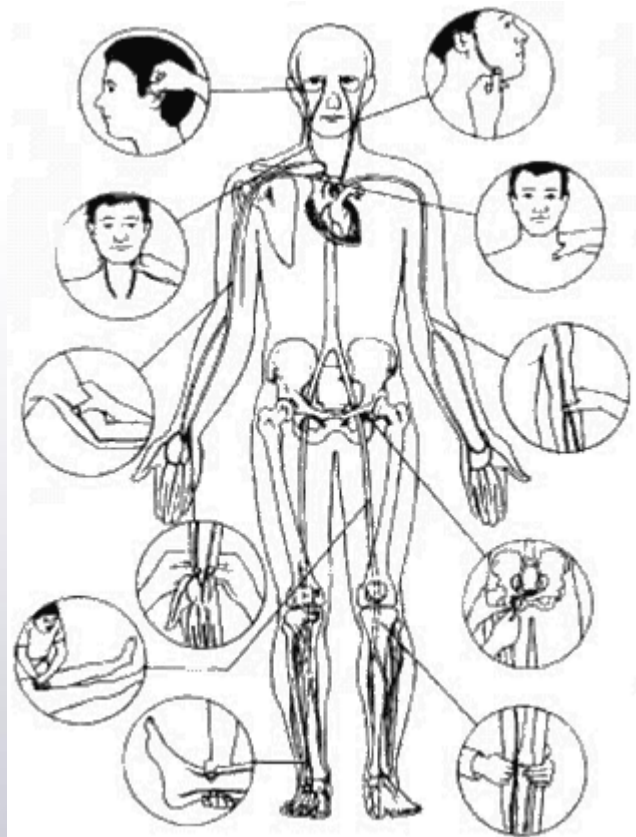
Պարենխիմատոզ արյունահոսությունը պայմանավորված է ներքին օրգանների վնասվածքով: Լյարդը, փայծաղը և այլ ներքին օրգաններ ունեն զարգացած զարկերակային, երակային, մազանոթային ցանց: Այդ օրգանների վնասվածքի դեպքում առաջանում է բոլոր տեսակի արյունահոսություններ: Ըստ արյունը դուրս գալու տեղի տարբերում են արտաքին և ներքին արյունահոսություն: Արտաքին արյունահոսության դեպքում արյուն դուրս է գալիս արտաքին մաշկային ծածկույթների կամ արտաքին



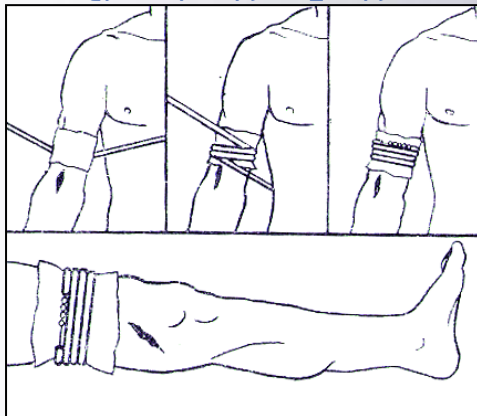
աշխարհի հետ հաղորդակցվող այս կամ այն սնամեջ օրգանի խոռոչի մեջ (ստամոքս, աղիներ և այլն): Այս երկրորդ տիպը կոչվում է արտաքին թաքնված, քանի որ ի հայտ է գալիս որոշ ժամանակ հետո: Ներքին արյունահոսության դեպքում արյունը լցվում է այս կամ այն խոռոչի մեջ: Հատկապես վտանգավոր է փակ խոռոչների մեջ(պլերայի, որովայնի, սրտապարկի, գանգի խոռոչի): Պլերայի կամ որովայնի խոռոչի մեջ կարող է հավաքվել շրջանառող արյան մեծ մասը, որը կարող է մահվան պատճառ հադիսանալ:

Արյունահոսության հետևանքով առաջանում է սրտի գործունեության խանգարում, խախտվում է կենսական կարևոր օրգանների արյունամատակարարումը, որի հետևանքով խախտվում են օրգանիզմի փոխանակային պրոցեսները:

ԱՌԱՋԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ
ԱՐՅՈՒՆԱՅՈՍՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ



Առաջին օգնությունը արյունահոսությունների դեպքում ժամանակավոր բնույթ է կրում: Ժամանակավոր դադարեցման եղանակներն են.

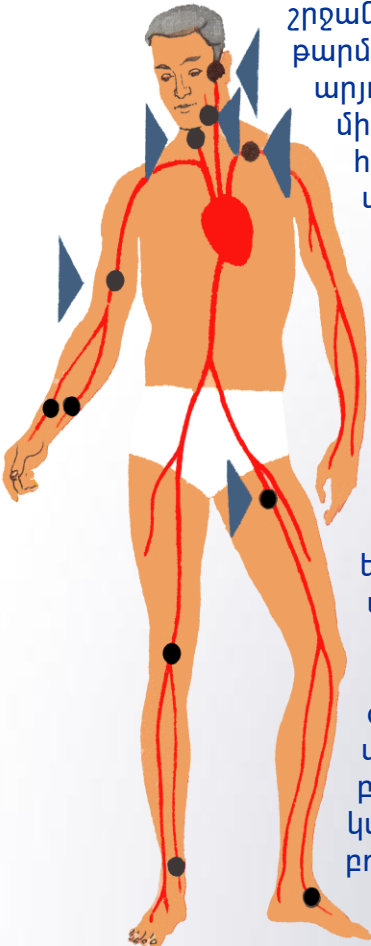


1. Արյունահոսող անոթի սեղմում ճնշող կապի օգնությամբ
2. Ջարկերակի սեղմում տարածության մեջ
3. Արյունահոսության դադարեցում՝ ֆիքսելով վերջույթը հողի առավելագույն ծալման դիրքում
4. Մարմնի վնասված մասին բարձր դիրք տալը
5. Վերջույթի ճնշում լարանով
6. Արյունահոսության դադարեցում վերքի մեջ արյունահոսող անոթի վրա սեղմակ դնելով Մագանոթային արյունահոսությունը հեշտությամբ դադարեցվում է ճնշող վիրակապ դնելու միջոցով կամ

վերջույթին բարձր դիրք տալու միջոցով: Երակային արյունահոսության դեպքում կիրառվում է ճնշող վիրակապ: Վերքի վրա դրվում մի քանի շերտ թանգիֆ և ամուր վիրակապվում: Եթե վնասվել է վերջույթը գուլգահեռ կարելի է նաև վերջույթին բարձր դիրք տալ: Ջարկերակային արյունահոսության դեպքում կիրառվում է ճնշող վիրակապը, մատներով զարկերակի սեղմումը, զարկերակի սեղմումը վերջույթը որոշակի դիրքում անշարժացնելով, և ավելի հուսալի եղանակ է ռետինե լարանի օգնությամբ անոթի սեղմումը: Գիշտ դրված լարանի դեպքում արյունահոսությունը անմիջապես դադարում է, վերջույթը գունատվում է, լարանից ներքև պուլսը չի շոշափվում: Լարանը չի կարելի

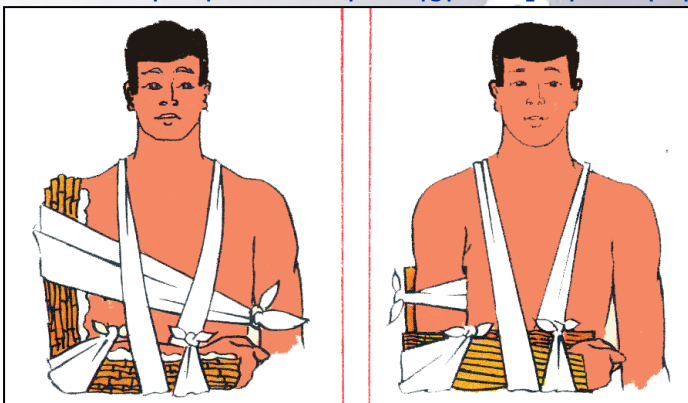


դնել մերկ մաշկի վրա: Այն դրվում է 1.5-2 ժամից ոչ ավելի: Եթե որևէ պատճառով ուշանում է մասնագիտական օգնության ցուցաբերումը, կարելի քանդել լարանը 10-15 րոպե: Այդ ընթացքում արյունահոսությունը դադարեցնել անոթի սեղմման եղանակով, հետո դնել լարանը նախկին տեղից մի փոքր վերև կամ ներքև: Քթային արյունահոսության դեպքում հիվանդին պետք է նստեցնել, քթի և քթարմատի շրջանում դնել սառը թրջոց կամ սառցեպարկ: Ամիրաժեշտ է ապահովել թարմ օդի հոսք, հիվանդին տեղափոխել ստվերոտ տեղ: Եթե արյունահոսությունը չի դադարում կարելի սեղմել քթի զույգ կեսերը միջնապատին: Պետք է սեղմել 3-5 րոպե: Բերան լցվող արյունը հիվանդը պետք է քթի: Կարելի է կատարել քթանցքերի վիրախճուծում: Բամբակը թրջում են ջրածնի պերօքսիդի մեջ և դնում են քթանցքի մեջ: Ներքին արյունահոսությունների դեպքում կատարվում են հետևյալ միջոցառումները: Թոքային արյունահոսություն-Հիվանդին պետք է հանգստացնել, ապահովել թարմ օդի հոսքը, ապահովել կիսանստած դիրք, արգելվում է շարժվելը, խոսելը, կրծքավանդակի վրա դրվում է սառցեպարկ: Ստամոքս-աղիքային արյունահոսության դեպքում արտահայտվում են սուր սակավարյունության նշաններ՝ գունատություն, թուլություն, քրտնոտություն, ի հայտ է գալիս արյունային փսխում, ձյութանման կղանք: Հիվանդին պառկեցնում են, ստեղծում հանգիստ, որովայնի վրա դրվում է սառցեպարկ, արգելվում է սննդի, հեղուկի ընդունումը: Արյունահոսություն որովայնի խոռոչում-Այս դեպքում դրսևորվում են ուժեղ ցավեր որովայնի շրջանում, պուլսի հաճախացում, գունատություն, հնարավոր է գիտակցության կորուստ: Հիվանդին պառկեցնում են, որովայնի շրջանում դրվում է սառցեպարկ: Այս բոլոր դեպքերում առաջին օգնությունը ցուցաբերելուց հետո պետք է կազմակերպել հիվանդի անհապաղ տեղափոխումը բուժօգնության:



ԱՌԱՋԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ՓԱՓՈՒԿ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐԻ, ՀՈԴԵՐԻ, ՈՍԿՐԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Արտաքին միջավայրի գործոնների ազդեցությամբ հյուսվածքների և օրգանների անատոմիական և ֆունկցիոնալ խանգարումները կոչվում են տրավմա կամ վնասվածք: Գործոնները կարող են լինել մեխանիկական, ֆիզիկական, քիմիական, հոգեբանական: Սալջարդ-սա փափուկ հյուսվածքների և օրգանների վնասվածքն է, որն առաջանում է հիմնականում բութ առարկաների ազդեցությամբ: Սալջարդի շրջանում առաջանում է կապտուկ կամ հեմատոմա(արյան կուտակում): Սալջարդի դեպքում վնասված մասին տրվում է հանգիստ,





վնասված մասի վրա դրվում է սառը թրջոց, կես ժամ հետո կարելի է թրջոցը հանել և դնել ճնշող վիրակապ՝ հետագա արյունազեղումը դադարեցնելու համար: Երկրորդ օրը կարելի է օգտագործել արդեն տաքացնող միջոցներ: Հոդախախտ – սա հոդի վնասումն է, որի ժամանակ տեղի է ունենում հոդի խոռոչի մեջ մտնող ոսկրերի հոդային ծայրերի տեղաշարժ միմյանց նկատմամբ և խախտվում է հոդաշապիկի ամբողջականությունը: Հոդախախտը լինում է լրիվ(ոսկրերի հոդային մակերեսները չեն շփվում միմյանց), և ոչ լրիվ(հոդային մակերեսները մասնակի շփվում են իրար հետ): Հոդախախտի դեպքում վնասված վերջույթն անշարժացվում է, հոդի շրջանում դրվում է սառը, և տրվում է ցավազրկող որևէ միջոց: Կապանների ձգվածություն և պատռվածք-առաջանում են հոդի շարժումների ֆիզիոլոգիական ծավալը գերազանցող շարժումների դեպքում: Ձգվածությունը բնորոշվում է վնասվածքի շրջանում խիստ ցավոտությամբ, այտուցով, հոդի գործունեության խանգարումով: Այս վնասվածքի դեպքում նպատակահարմար է անշարժացնել վերջույթը, դնել սառը և անուր վիրակապել: Կոտրվածքներ – սա ոսկրի ամբողջականության խախտումն է: Կոտրվածքները լինում են լրիվ և ոչ լրիվ:

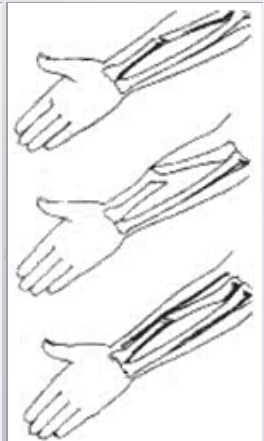
Ստորև թվարկված որևէ կամ մի քանի նշանների առկայության դեպքում պետք է կասկածել կոտրվածք

- *Մարմնի որևէ մասի շարժումների դժվարացում:
- *Ցավի ուժգնացում շարժումների ժամանակ
- *Վնասված մասի այտուցվածություն և կապտածություն:
- *Վնասված մասի դեֆորմացիա կամ կարճացում
- * Հետազոտման ժամանակ ոսկրերի բնորոշ ձայնի առաջացում
- * Շոկի սիմպտոմներ
- * Տուժողը լսել է ոսկրի կոտրվելու ձայնի

Փակ կոտրվածք

Բաց կոտրվածք

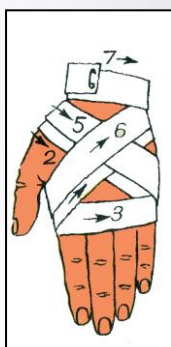
Բարդացած կոտրվածք



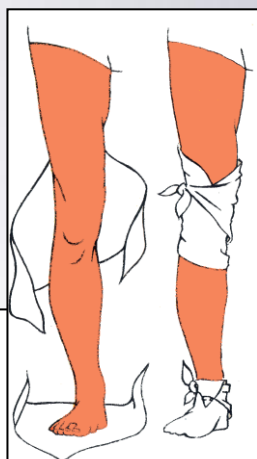
Կոտրվածքների դեպքում հիմնական միջոցառումներն են.

1. ստեղծել ոսկրերի անշարժացում վնասվածքի շրջանում,
2. պայքար շոկի դեմ,

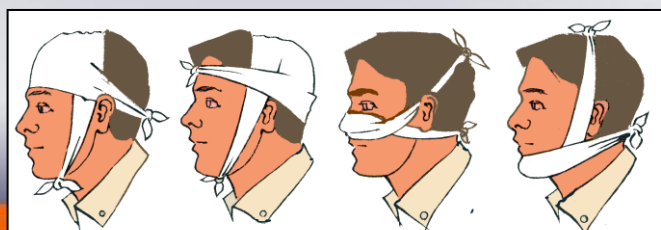
3. Տուժածին տեղափոխել բուժօգնությունը:
ԱՆՇԱՐՇԱՑՈՒՄ- Առաջին բուժ օգնության առավել հաճախակի, իսկ երբեմն էլ հիմնական գործելաձևը հանդիսանում է անշարժացումը՝ մարմնի վնասված մասի անշարժություն ապահովելը:



բուժումը:
արյան



Անշարժացումը պահում է բեկորները միմյանց հետ հպման մեջ, որը զգալիորեն հեշտացնում է հետագա վիրաբուժական Անշարժացումը նվազեցնում է բարդությունների զարգացման վտանգը՝ ոսկրերի սուր բեկորներով անոթների, նյարդերի, մկանների վնասվածքները:





Փոխադրամիջոցային բեկակալներ(շինաներ): Անշարժացումը կատարվում է կիրառելով հատուկ առարկաներ, որոնք կոչվում են շինաներ: Դրանք ամրացվում են մարմնի վնասված հատվածին բինտով, գոտիներով, ձգաթուկերով և այլն: Ազդրի կոտրվածքի դեպքում փոխադրամիջոցային լավ շինա հանդիսանում է Դիտերխի շինան: Տվյալ շինան դրվում է հագուստի վրայից և փայտե ներբանը փաթաթվում է հիվանդի ոտքի ոտնաթաթին(կոշիկը չի հանվում); Տուժածի հասակին համապատասխան փոխվում է շինայի երկարությունը՝ շինայի արտաքին մասը՝ հենակը պետք է հենվի անոթափոսին, իսկ նրա հակադիր ծայրը պետք է դուրս գա 12-15 սմ ներբանից, շինայի ներսի մասը հենակով պետք է հենվի շեքի վրա, նույաես դուրս գա ոտնաթաթից 12-15 սմ;

Մյուս պատրաստի փոխադրամիջոցային շինաներից առավել լայն տարածում է ստացել Կրամերի մետաղալարե աստիճանաձև շինան;

Հատկապես հարմար են փչովի շինաները և իրենցից ներկայացնում են երկպատանի խցիկ: Երկու պատերն էլ ռետինագործվածքային են և հեշտությամբ ընդունում են վերջույթների ձևը: Օդի մղումից հետո վերջույթը հուսալիորեն անշարժացվում է:

Տուժածների փոխադրամիջոցային տեղափոխում- Փոխադրամիջոցային տեղափոխման եղանակի ընտրությունը կախված է տուժածի դրությունից, վնասվածքի կամ հիվանդության բնույթից և այն հնարավորություններից, որում հայտնվում է առաջին օգնություն ցուցաբերողը: Քաղաքներում և մեծ բնակավայրերում տուժածի փոխադրամիջոցային տեղափոխումը բուժփինմարկություն բոլորից հարմար է իրագործել շտապ օգնության կայանի միջոցով, որը առաջին կանչով ուղարկվում է պատահարի վայրը հատուկ սարքավորված սանիտարական մեքենա:

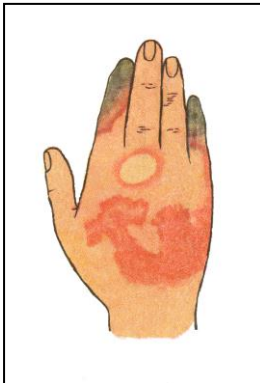
Շտապ օգնության կայաններում կան և այլ սանիտարական մեքենաներ՝ հատուկ սարքավորված ավտոբուսներ; Լինում են դեպքեր, երբ հնարավոր չէ կանչել շտապ օգնության մեքենա, իսկ եթե այդպիսին չկա, փոխադրամիջոցային տեղափոխումը իրագործվում է ցանկացած փոխադրամիջոցի օգնությամբ:

Ինչ-որ փոխադրամիջոցի բացակայության դեպքում տուժածի տեղափոխումը բուժփինմարկություն պետք է իրագործել պատգարակներով, ուսաթոկի օգնությամբ կամ ձեռքերի վրա:

Բժշկական պատգարակները տուժածին ապահովում են առավել հանգիստ դիրք , հեշտացնում են փոխադրամիջոցի մեջ տեղավորելը: Հիվանդի դիրքը պատգարակի վրա որոշվում է վնասվածքի կամ հիվանդության բնույթով: Նախքան հիվանդի պառկեցնելը պետք է բարձի, ծածկոցի, հագուստների օգնությամբ և այլն պատգարակի մակերեսին տալ անհրաժեշտ ձև՝ հիվանդի համար ստեղծելով փոխադրամիջոցային տեղափոխման համար հարմար դիրք: Պատգարակի վրա տեղափոխելը իրագործվում է հետևյալ կերպ: Պատգարակը տեղակայվում են տուժածի կողքին վնասվածքի կողմում:

Երկու-երեք մարդ առողջ կողմից իջնում են ծնկների վրա, զգուշորեն ձեռքերը մտցնում են տուժածի տակ և միաժամանակ բարձրացնում են նրան: Այդ պահին երրորդ կամ չորրորդ մարդը տեղակայվում է նախապատրաստած պատգարակը տուժածի տակ, իսկ բարձրացնողները զգուշորեն նրան տեղավորում են պատգարակի վրա՝ հատկապես խնայելով մարմնի վնասված մասը: Եթե հիվանդը գտնվում է շատ ծանր վիճակի մեջ, ապա նրան հարկավոր է տանել գլխով դեպի առաջ: Սա անհրաժեշտ է նրա համար, որպեսզի հետևից գնացող պատգարակակիրը կարողանա տեսնել տուժածի դեմքը, նրա վիճակի վատացումը և դադարեցնելով տեղափոխումը, ցույց տա օգնություն: Սար և աստիճաններ բարձրանալիս՝ հիվանդին հարկավոր է տանել գլխով դեպի առաջ, իսկ իջնելու դեպքում՝ գլուխը հետ:

Հատուկ պատգարակների բացակայության դեպքում դրանք կարելի է պատրաստել



ձեռքի տակ եղած միջոցներով: Այդպիսի հանպատրաստից սարքված պատգարակներով տեղափոխելու ժամանակ հիվանդի տակ անհրաժեշտ է փռել ինչ-որ փափկություն(չոր խոտ, հագուստ, կանաչ խոտ և այլն): Պատգարակային ուսափուկը կարելի է պատրաստել 2-3 գոտիներով, բրեզենտի, սրբիչի, հաստ պարանի կտորներից:

Առաջին օգնությունը հարկ է լինում ցույց տալ և այնպիսի պայմաններում, երբ չկա ձեռքի տակ գտնվող ոչ մի միջոց կամ չկա ժամանակ հանպատրաստից շինվող պատգարակ պատրաստելու համար: Այդպիսի դեպքում հիվանդին անհրաժեշտ է տեղափոխել ձեռքերի վրա: Ձեռքերի վրա հեշտ է տեղափոխումը երկու հոգով:

Անգիտակից վիճակում գտնվող տուժածին առավել հարմար է

տեղափոխել « մեկը մյուսի հետևից » եղանակով:

ԱՌԱՋԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

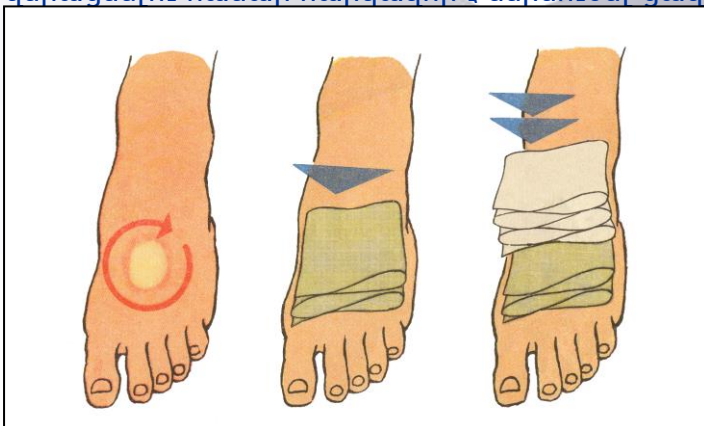
Այրվածքը հյուսվածքների վնասվածքն է, որն առաջանում է տեղային ջերմային, քիմիական, էլեկտրական և ռադիացիոն ներգործությունից: Ջերմային այրվածքներ Ջերմային այրվածքներն առաջանում են մարմնի վրա բարձր ջերմաստիճանի անմիջական ներգործությունից: Ըստ խորության տարբերում են չորս աստիճան: I աստիճանի այրվածքը՝ էրիթեմա, դրսևորում է մաշկի կարմրածությամբ, այտուցվածությամբ և ցավով: Բորբոքային երևույթները բավականին արագ անցնում են 3 – 6 օր հետո: II աստիճանի այրվածքը՝ բշտերի առաջացում, բնորոշվում է առավել ուժգին արտահայտված բորբոքային ռեակցիայով: Արտահայտվում է մաշկի կարմրությամբ, վերնամաշկի անջատումով(բշտերի առաջացում՝ լցված թափանցիկ կամ թեթևակի պղտոր հեղուկով): Լավացումը տեղի է ունենում 10 – 15 օր հետո: III աստիճանի այրվածքի ժամանակ առաջանում է մաշկի բոլոր շերտերի մեռուկացում՝ նեկրոզ: Մաշկի բջիջների սպիտակուցները և արյունը մակարդվում են և առաջանում է ամուր կեղև: IV աստիճանի այրվածքը՝ ածխացում: Սրա ժամանակ վնասվում է մաշկը, մկանները, ջլերը, ոսկրերը և այլն:

Առաջին օգնությունը պետք է ուղղված լինի տուժածի վրա բարձր ջերմաստիճանի ներգործության դադարեցմանը: Տուժածին դուրս բերել վտանգավոր գոտուց: Հագուստը պոկել մաշկից չի կարելի, այն կտրում են այրվածքի շուրջը: Այրվածքի մակերեսը կանխելու համար դնում են չոր մանրեագերծ վիրակապ: II – III – IV աստիճանի այրվածքների դեպքում զարգանում են ընդհանուր երևույթներ: Ցավերը վերացնելու համար հարկավոր է ներմուծել ցավազրկողներ, կարելի է տալ տաք թունդ սուրճ, թեյ գինով, մի փոքր օղի:

Հիվանդները I – II աստիճանի ոչ մեծ մակերեսի, երբեմն էլ III աստիճանի այրվածքներով կարող են իրենք գալ բուժօգնություն:

Քիմիական Այրվածքներ

Քիմիական այրվածքներն առաջանում են մարմնի վրա խիտ թթուների՝ աղաթթու, ծծմբաթթու, ազոտական թթու, քացախաթթու,





կարբոլաթթու, և հիմքերի՝ կծու կալիում և կծու նատրիում, անուշադրի սպիրտ, չիանգած կիր, ֆոսֆորի և որոշ ծանր մետաղների ներգործությունից:
Քիմիական նյութի ներգործությունից նվազ կայուն են լորձաթաղանթները, շեքի և պարանոցի մաշկային ծածկույթները, առավել կայուն են ոտնաթաթերի ներբանային և ձեռքերի ակիային մակերեսները:

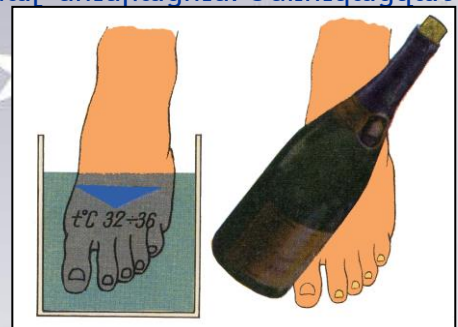
Առաջին օգնությունը քիմիական այրվածքի դեպքում կախված է քիմիական նյութի տեսակից: Խիտ թթուների այրվածքի դեպքում՝ բացի ծծմբականը, այրվածքի մակերեսը անհրաժեշտ է 15 – 20 րոպեի ընթացքում լվանալ սառը ջրի շիթով:
Ֆոսֆորով առաջացած այրվածքները տարբերվում են թթուների և հիմքերի այրվածքներից նրանով, որ ֆոսֆորը օդում բոցավառվում է և այրվածքը դառնում է համակցված՝ ջերմային և քիմիական: Ջրով լվանալուց հետո այրվածքի մակերեսը մշակում են 5%-անոց պղնձարջասպի լուծույթով, հետո ծածկում մանրէազերծ չոր վիրակապով:

ՑՐՏԱՀԱՐՈՒՄ

Հյուսվածքների վնասվածքը ցածր ջերմաստիճանի ներգործության հետևանքով կոչվում է ցրտահարում: Ցրտահարության պատճառները բազմազան են. կարող է առաջանալ նույնիսկ 3 – 70 C ջերմաստիճանի դեպքում: Ցրտահարման առավել ենթակա են վերջույթների ծայրամասերը, ականջները, քիթը: Սկզբում զգացվում է սառնության զգացում, հետո փոխարինվում է թնրածությանը, որի դեպքում վերանում են սկզբում ցավը, իսկ հետո բոլոր զգացողությունները: Ըստ ծանրության և խորության տարբերում են ցրտահարման չորս աստիճան: I աստիճանի ցրտահարումը բնորոշվում է մաշկի ախտահարումով, արյան շրջանառության խանգարումներով: Մաշկը դժգույն է, թեթև այտուցված, զգացողությունը իջած է կամ լրիվ բացակայում է: Տաքացնելուց հետո մաշկը ձեռք է բերում կապտակարմրավուն գունավորում, այտուցվածությունը մեծանում է, հաճախ նկատվում է բուրբ ցավ: II աստիճանի ցրտահարումը դրսևորվում է մաշկի մակերեսային շերտերի մեռուկացմամբ: Ի հայտ է գալիս կարմրակապտավուն գունավորում, առաջանում է հյուսվածքների այտուց, որը տարածվում է ցրտահարման տեղամասից հեռու: Ցրտահարման շրջանում առաջանում են բշտեր՝ լցված թափանցիկ կամ սպիտակ գույնի հեղուկով: Ցրտահարման տվյալ աստիճանի համար բնորոշ են ընդհանուր երևույթներ՝ ջերմաստիճանի բարձրացում, դող, վատ ախորժակ և քուն: 15 – 30 օր հետո առաջանում են սպիներ:

III աստիճանի ցրտահարման դեպքում առաջանում է արյան մատակարարման խանգարում՝ անոթների տրոմբոզ, փափուկ հյուսվածքների բոլոր շերտերի մեռուկացում տարբեր խորությունների վրա:

IV աստիճանի ցրտահարումը բնորոշվում է հյուսվածքների բոլոր շերտերի մեռուկացումով: Պարզորոշ սահմանազատող գիծը ի հայտ է գալիս 10 – 17 օր հետո: Վնասված շրջանը արագորեն սկսում է սևանալ և չորանալ՝ մոմիացում: Մեռուկացված վերջույթի պոկման պրոցեսը երկարատև է (1.5 – 2ամիս), վերքի լավացումը շատ դանդաղ է և թույլ:
Առաջին օգնությունը դա անհապաղ տաքացումն է:
Բոլորից առաջ անհրաժեշտ է տաքացնել ցրտահարված մասը, նրա մեջ վերականգնել արյան շրջանառությունը: Այն կատարվում է լոգանքի օգնությամբ: 20 – 30 րոպեի ընթացքում ջրի ջերմաստիճանը աստիճանաբար տաքացվում է 20 – ից մինչև 40 0 C: Այդ ընթացքում վերջույթը





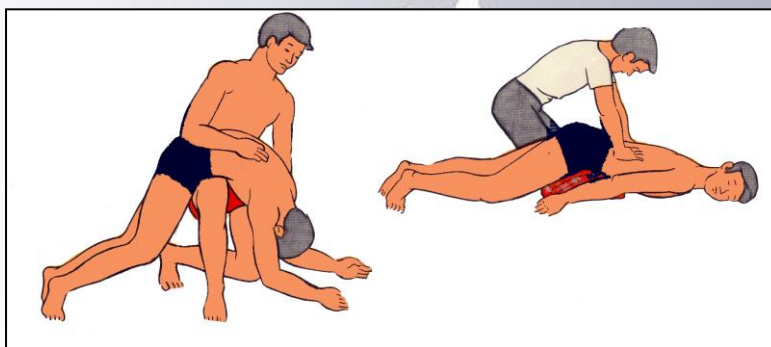
կեղտոտվածությունից խնամքով լվացվում է օճառով: Լոզանքից հետո(տաքացում) վնասված տեղամասը հարկավոր է չորացնել(սրբել), ծածկել մանրէազերծ վիրակապով և տաք ծածկել: Զի կարելի քսել ճարպ և քսուկներ: Լ աստիճանի մարմնի սահմանափակ հատվածների(քիթ, ականջներ) ցրտահարման դեպքում տաքացումը կարելի է իրագործել առաջին օգնությունը ցուցաբերողի ձեռքի ջերմության, ջեռակների օգնությամբ: Պետք է խուսափել եռանդուն տրորելուց և մերսումից, քանի որ II – III – IV աստիճանների ցրտահարումների դեպքում մեծ նշանակություն ունեն այն միջոցառումները, որոնք ուղղված են տուժածի ընդհանուր տաքացմանը: Տալիս են տաք սուրճ, թեյ, կաթ:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՍԱՌԵՑՈՒՄ

Ընդհանուր սառեցումը առաջանում է ամբողջ օրգանիզմի ցրտահարման դեպքում: Սկզբում ի հայտ է գալիս հոգնածություն, քնկոտություն, անտարբերություն, կաշկանդվածության զգացում: Մի քանի աստիճանով մարմնի ջերմաստիճանի իջեցման դեպքում առաջանում է ուշագնացություն: Ցրտի շարունակվող ներգործությունը արագորեն հանգեցնում է շնչառության և արյան շրջանառության դադարեցման: Տուժածին բոլորից առաջ հարկավոր է տեղափոխել տաք շինության մեջ, իսկ հետո սկսել աստիճանաբար տաքացնել: Կատարում են ամբողջ մարմնի մերսում, ջուրը աստիճանաբար տաքացնելով մինչև 380C : Մաշկի վարդագույն գույնը ի հայտ գալու և վերջույթների փայտացումը վերանալուց հետո անցկացվում են միջոցառումներ վերակենդանացման համար՝ արհեստական շնչառություն, սրտի մերսում: Վերջույթների ցրտահարման նշանների առկայության դեպքում ցուցաբերվում է համապատասխան օգնություն:

Ջերմային հարված

Սուր զարգացող հիվանդագին վիճակ է, որը բնորոշվում է օրգանիզմի ջերմակարգավորման մեխանիզմների խանգարումով և պայմանավորված է արտաքին միջավայրի բարձր ջերմաստիճանի երկարատև ազդեցությամբ: Նկատվում է



թուլություն, գլխացավ, գլխապտույտ, ցավեր ոտքերում, աղմուկ ականջներում, աչքերի առաջ մշուշի առաջացում: Օգնության բացակայության դեպքում արագ զարգանում է ծանր դրություն՝ հևոց, պուլսի հաճախացում, հիվանդը կարող է կորցնել գիտակցությունը: Առաջին օգնության համար

տուժածին պետք է տեղափոխել հով տեղ, հանել հագուստը, պառկեցնել, գլուխը մի փոքր բարձր: Սառը թրջոցներ են դնում սրտի շրջանում, գլխին: Տուժածին անհրաժեշտ է մեծ քանակով սառը հեղուկներ: Շնչառության խանգարման դեպքում անհրաժեշտ է կատարել արհեստական շնչառություն:

ՋՐԱՅԵՂՁՈՒՄ, ԽԵՂՂԱՄԱՐՈՒԹՅՈՒՆ



Թոքերի մեջ թթվածնի մուտքի լրիվ դադարումը կոչվում է ասֆիքսիա՝ շնչափնդծում: 2-3 րոպեի ընթացքում այս դեպքում կարող է զարգանալ սահմանային վիճակ: Գազափոխանակության դադարեցման հետևանքով գլխուղեղի բջիջներում զարգանում է թթվածնային քաղց և մարդը կորցնում է գիտակցությունը: Մի փոքր ուշ զարգանում է գլխուղեղի բջիջների մահացում և սրտի կանգ: Եթե ասֆիքսիան զարգացել է ջրահեղձման հետևանքով, առաջին հերթին պետք է տուժածին

հանել ջրից: Տուժածին պետք է տեղավորել հետևյալ ձևով. պառկեցնել օգնություն ցուցաբերողի ծնկին որովայնով այնպես, որ տուժածի գլուխը լինի ներքև, գործվածքի կտորով տուժածի բերանից պետք է հեռացվի ջուրը, ջրիմուռները, փսխման զանգվածները: Հետո պետք է կատարել կրծքավանդակի սեղմման շարժումներ, որի միջոցով հեռացվում է ջուրը շնչափողից, բրոնխներից:

Այս գործողություններից հետո, տուժածին պետք է տեղափոխել հարթ մակերեսի վրա և կատարել արհեստական շնչառություն: Միաժամանակ կատարվում է սրտի մերսում: Արհեստական շնչառությունը և սրտի մերսումը պետք է կատարել երկարատև, մինչև ինքնուրույն շնչառության ի հայտ գալը: Առաջին օգնությունը ցուցաբերելուց հետո պետք է տուժածին անհապաղ հոսպիտալացնել:

Էլեկտրավնասվածք և կայծակի վնասվածք

Էլեկտրավնասվածքներն առաջացնում են տեղային և ընդհանուր խանգարումներ օրգանիզմի մեջ: Տեղային փոփոխությունները դրսևորվում են հյուսվածքների այրվածքներով էլեկտրական հոսանքի մուտքի և ելքի տեղում: Կայծակից առաջացած վնասվածքի ժամանակ մաշկի վրա առաջանում է մուգ կապույտ գույնի ծառանման ճյուղավորում հիշեցնող բծեր, որը պայմանավորված է անոթների լայնացումով: Առավել վտանգավոր է ընդհանուր երևույթները էլեկտրավնասվածքի դեպքում: Նյարդային բջիջների վնասվածքի հետևանքով զարգանում են ծանր ընդհանուր երևույթներ՝ գիտակցության կորուստ, մարմնի ջերմաստիճանի իջեցում, շնչառության դադարեցում, սրտի գործունեության խորը ընկճվածություն, կաթվածներ և այլն: Առաջին օգնություն ցույց տալու ժամանակ հիմնական պահերից մեկը հանդիսանում է էլեկտրական հոսանքի ներգործության դադարեցումը: Տուժածին չփել չպաշտպանված ձեռքերով չանջատած հաղորդալարերի դեպքում վնասակար է: Տեղային վնասվածքները պետք է մշակել և վիրակապել ինչպես այրվածքների դեպքում: Որպես առաջին օգնության միջոց կարելի է տալ ցավազրկողներ, սրտային միջոցներ: Շնչառության դադարի դեպքում կատարում են արհեստական շնչառություն: Աշխատող սրտի դեպքում արհեստական շնչառությունը արագորեն լավացնում է հիվանդի դրությունը, մաշկային ծածկույթները ձեռք են բերում գունավորում, ի հայտ է գալիս պուլսը:

ԹՈՒՆԱՎՈՐՈՒՄ

Թունավորումն ածխաթթու գազով

Թունավորումը ածխաթթու գազով՝ շնուլ գազ, հնարավոր է արտադրության մեջ, որտեղ այդ գազը օգտագործվում է մի շարք օրգանական նյութերի սինթեզման համար, վատ օդափոխում ունեցող ավտոտնակներում, չօդափոխվող նոր ներկված շինությունների մեջ, ինչպես նաև տնային պայմաններում՝ վառարանով տաքացվող շինություններում՝ վառարանի ծխնելույզը ոչ ժամանակին փակելու դեպքում: Թունավորման վաղաժամ



նշաններն են՝ գլխացավ, ծանրություն գլխում, սրտխառնոց, գլխապտույտ, ականջներում աղմուկ: Հետո կարող է ի հայտ գալ մկանային թուլություն, փսխում, գիտակցության մթագնում: Շնոլ գազի ազդեցությունը չընդհատվելու դեպքում շնչառությունը դառնում է մակերեսային, առաջանում են ջղակծկումներ, և մահը վրա է հասնում շնչական կենտրոնի կաթվածից:

Առաջին օգնություն ցուցաբերելիս՝ տուժածին պետք է հանել մաքուր օդ: Անհրաժեշտ է կատարել արհեստական շնչառություն, մինչև ինքնուրույն շնչառության ի հայտ գալը: Թունավորման հետևանքների վերացմանը նպաստում են մարմնի տրորելը, ոտքերին ջեռակներ դնելը, անուշադրի սպիրտի գոլորշիներ ներշնչելը: Այս գործողություններից հետո հիվանդին պետք է տեղափոխել բուժօգնության կայան: Սննդային թունավորում Սննդի մեջ անորակ կենդանական ծագման մթերքների կիրառման դեպքում կարող է զարգանալ սննդային թունավորում: Հիվանդությունն առաջացնում են սննդի մեջ եղած մանրէները և նրանց թույները: Հիվանդությունը սովորաբար զարգանում է սննունդն ընդունելուց 2-4 ժամ հետո, բայց կարող է զարգանալ նաև 20-26 ժամ հետո:

Հիվանդությունը սկսում է հանկարծակի, առաջանում է ընդհանուր թուլություն, սրտխառնոց, անզուսպ փսխում, որովայնի շրջանում ցավեր, լուծ, երբեմն լորձի և արյան հետքերով: Ի հայտ է գալիս պուլսի հաճախացում, արյան ճնշման իջեցում, մաշկային ծածկույթների գունատություն, ծարավ, բարձր ջերմություն: Ծանր դեպքերում զարգանում է սիրտ-անոթային անբավարարություն: Առաջանում են մկանների ջղակծկումներ, կոլապս և մահ: Առաջին օգնության համար նախ պետք է կատարել ստամոսի վազում՝ ստամոսի զոնդի միջոցով կամ արհեստական փսխում առաջացնելու ճանապարհով(առատորեն տաք ջուր խմեցնել և գրգռել լեզվարմատը): Հիվանդին պետք է տալ ակտիվացված ածուխ և լուծողական: Արգելվում է սննդի ընդունումը:

Սնկերով թունավորման ժամանակ առաջին նշանները ի հայտ են գալիս մի քանի ժամ հետո: Թուլության ֆոնի վրա առաջ է գալիս թքահոսություն, սրտխառնոց, փսխումներ, ցավեր որովայնում, գլխացավ, գլխապտույտ: Առաջանում են նյարդային համակարգի ախտահարման նշաններ՝ տեսողության խանգարում, զառանցանք, տեսապատրանքներ, շարժողական գրգռվածություն, որը հետո կարող է փոխարինվել անտարբերության, քնկոտության: Եթե հիվանդին ժամանակին օգնություն չցուցաբերվի, արագ զարգանում է կոլապս և մահ:

Առաջին օգնության համար պետք անհապաղ կատարել ստամոքսի վազում նույն եղանակով, ինչ որ սննդային թունավորման ժամանակ: Օգտակար է վազման համար օգտագործվող լուծույթին ավելացնել կարբոլին(ակտիվացված ածուխ), տալիս են լուծողական, կատարում են մաքրող հոգնա: Հիվանդին տաք ծածկում են, դնում ջեռակներ, տալիս տաք թեյ, սուրճ և պետք է անմիջապես հոսպիտալացնել: Թունավորում խիտ թթուներով և հիմքերով

Քիմիական նյութերով թունավորումները ուղեկցվում են տարբեր աստիճանի այրվածքներով: Թթուների և հիմքերի ընդունումից հետո առաջանում են ուժեղ ցավեր բերանում, կրծոսկրի ետևում: Նկատվում է տանջալի փսխում արյան հետքերով: Կարող է զարգանալ ցավային շոկ: Շատ արագ զարգանում է սրտի թուլություն և կոլապս: Առաջին օգնություն ցուցաբերելու համար պետք է պարզել, թե ինչ նյութից է առաջացել թունավորումը, որից էլ կախված են հետագա գործողությունները: Խիտ թթուներից թունավորման դեպքում, եթե չկան կերակրափողի կամ ստամոքսի ծակվելու նշաններ, պետք է առաջին հերթին վաճառ ստամոքսը 6-10լ տաք ջրով, որի մեջ ավելացված է այրված մագնեզիում: Եթե հնարավոր չէ կատարել վազում, ապա տուժածին պետք է տալ խմելու կաթ, բուսական յուղ, ձվի սպիտակուց, լորձային եփուկներ: Եթե թունավորումը տեղի է ունեցել լիզոլով կամ ֆենոլով, այս նյութերը հակացուցված են: Պետք տալ խմելու ջուր, որի մեջ լուծված է այրված մագնեզիում կամ կրաջուր: Այս նյութերը կարելի է տալ բոլոր



թթուներով թունավորման դեպքում: Վերորովայնային շրջանում կարելի է դնել սառցեպարկ՝ ցավերը նվազեցնելու նպատակով:

Խիտ հիմքերով թունավորման դեպքում անհապաղ կատարվում է ստամոքսի լվացում 6-10լ տաք ջրով, որի մեջ լուծված է լիմոնաթթու կամ քացախաթթու: Լվացման անհնարինության դեպքում պետք է տալ խմելու 2-3 % լիմոնաթթվի կամ քացախաթթվի լուծույթ:

Հետագա գործողություններն ուղղված են տուժածին անհապաղ հոսպիտալացմանը:

ԿԵՆԴԱՆԻՆԵՐԻ, ԿԱՏԱՂՈՒԹՅՈՒՆՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ, ԹՈՒՆԱՎՈՐ ՕՋԵՐԻ ԿԾԱԾՆԵՐ ԵՎ ՄԻՋԱՏՆԵՐԻ ԽԱՅԹՈՑՆԵՐ

Կենդանիների, կատաղությունով հիվանդների կծածներ-Կատաղությունը վտանգավոր վիրուսային հիվանդություն է, որի դեպքում վիրուսն ախտահարում է գլխուղեղի և ողնուղեղի բջիջները: Վիրուսն արտազատվում է շների, կատուների թքի հետ, ներթափանցում է վերքի մեջ: Հիվանդության գաղտնի շրջանը տևում է 12-60 օր, հիվանդությունը շարունակվում է 3-5 օր և հաճախ ավարտվում է մահով: Տուժածներին պետք է հոսպիտալացնել, որտեղ կատարվում է համապատասխան պատվաստումներ: Առաջին օգնությունը ցուցաբերելիս պետք է անմիջապես ընդհատել արյունահոսությունը, որովհետև այն նպաստում է վերքի միջից կենդանիների թքի հեռացմանը: Պետք է մշակել վերքի շուրջը մաշկը մի քանի անգամ ախտահանող լուծույթով(կալիումի պերմանգանատ, յոդի սպիրտային լուծույթ և այլն), հետո դնել մանրէազերծ վիրակապ, որից հետո տուժածին հոսպիտալացնել:

Թունավոր օձերի կծածներ-Կծելուց անմիջապես հետո ի հայտ է գալիս այրող ցավ, կարմրություն, կապտուկ: Ջարգանում է այտուց և ավշային անոթների ուղղությամբ նկատվում են կարմիր գույնի լիմֆանգիտ: Դրա հետ միասին առաջանում է բերանի չորություն, ծարավ, փսխում, քնկոտություն, ջղակծկումներ, կլման ակտի, խոսքի խանգարումներ: Մահը կարող է վրա հասնել շնչական կենտրոնի կաթվածից: Անմիջապես կծելուց հետո առաջին րոպեների ընթացքում կծածից վեր դրվում է արյունահոսությունը դադարեցնող լարան, կծած տեղից մաշկը հատել մինչև արյան ի հայտ գալը(դանակը պետք է լավ տաքացնել կրակի վրա), այդ տեղի վրա դնել բանկա՝ արյունը արտածելու համար: Բանկայի փոխարեն կարելի է օգտագործել հաստ պատերով բաժակ: Բանկան փակցվում է հետևյալ ձևով. փայտե ծողիկի վրա փաթաթել բամբակ, այն թրջել սպիրտով և այրել: 1-2 վրկ այրվող բամբակը պահել բանկայի ներսում և արագ դնել կծած տեղի վրա: Թույնի արտածումից հետո վերքը պետք է մշակել կալիումի պերմանգանատի լուծույթով և դնել մանրէազերծ վիրակապ: Վերջույթին պետք է տալ անշարժ դիրք, ծածկել սառցեպարկերով: Շնչառության խանգարման դեպքում պետք է կատարել արհեստական շնչառություն: Տուժածին անհրաժեշտ է անհապաղ հոսպիտալացնել:

Թունավոր միջատների խայթոց – Խայթելու պահին առաջանում է այրող ցավ, այտուց և կարմրություն: Մաշկից պետք է հանել խայթոցը և վերքը մշակել անտիսեպտիկ լուծույթով: Մաշկի վրա կարելի է քսել հիդրոկորտիզոնի քսուք: Ցավերի դեպքում կարելի է տալ ցավազրկող:

ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՍՔ

Հիվանդի խնամքը շատ կարևոր է և պետք է իմանա յուրաքանչյուրը: Հիվանդին խնամելիս պետք է հետևել անձնական հիգիենային, լվանալ դեմքը, ձեռքերը և պարբերաբար մարմինը: Պետք է հետևել հիվանդի անկողնային պարագաներին, հաճախակի փոխել այն: Սավանը պետք է հարթ լինի, առանց ծալքերի, քանի որ ծալքերը նպաստում են պառկելախոցերի առաջացմանը:



Հիվանդի կերակրման համար կան հատուկ սեղանիկներ, որոնք հեշտացնում կերակրման պրոցեսը: Եթե դա չկա, ապա հիվանդի կրծքին դրվում է անձեռոցիկ և հիվանդին պետք է կերակրել գդալով: Հարկադրական դիրքում գտնվող հիվանդին խմեցնելու համար կարելի է օգտագործել հատուկ խմուցիչ կամ թեյնիկ:

Շատ կարևոր է ամենօրյա ջերմաչափումը. օգտագործելուց առաջ ջերմաչափը պետք է թափ տալ (նորմալ է համարվում 360 C – 370C ջերմաստիճանը): Չափելուց հետո ջերմաչափի ցուցումը պետք է գրանցել: Կարևոր պարամետր է նաև պուլսը: Պուլսը չափում են մաշկի մակերեսին մոտիկ անցնող զարկերակների վրա (նախադաստակի ստորին երրորդականի ներքին մակերեսին): Նորմայում պուլսը 70-72 զարկ է 1 րոպեում:

Յուրաքանչյուր պուլսային ալիք համապատասխանում է սրտի 1 զարկի: Երեխաների մոտ պուլսը ավելի հաճախ է: Տարիքի հետ այն հազվանում է և 14 տարեկանում հասնում է մոտավորապես 85 զարկի 1 րոպեում:

Պուլսի հետ սերտ կապված է շնչառությունը: 1 ներշնչմանն ու արտաշնչմանը համապատասխանում է 4 պուլսային հարված: Առողջ մարդը շնչում է ազատ, հանգիստ, խորը և ռիթմիկ: Որոշ հիվանդություններ կարող են բերել շնչառության հաճախացման՝ ռիթմի, խորության խանգարմանը: Այդ վիճակը կոչվում է հևոց: Շնչառությանը կարելի է հետևել հիվանդից աննկատ:

Տաքացնող պրոցեդուրաներ – Ջերմային պրոցեդուրաները լինում են ընդհանուր և տեղային: Տեղային տաքացումները օգտագործվում են առավել հաճախ: Դա կատարվում է տաքացնող կոմպրեսների և ջեռակների միջոցով:

Տաքացնող կոմպրեսն առաջացնում է արյան լցվածություն և նպաստում է բորբոքումների հետևանքով առաջացած կոշտացումների ներծծմանը: Կոմպրեսը վնասված մաշկի վրա չի կարելի դնել: Կոմպրեսը դնում են հետևյալ ձևով. մաքուր թանգիֆը ծալում են մի քանի շերտ, ընկղմում սառը ջրի մեջ, քանում են և դնում մարմնի անհրաժեշտ մակերեսի վրա: Թանգիֆի վրա դրվում է մոմաթուղթ, որի չափերը մեծ են թանգիֆի չափերից: Թղթի վրա դրվում է հաստ շերտով բամբակ և ամրացվում բինտային կապով: Կոմպրեսը պահում են 6-8 ժամ: Կոմպրեսը հանելուց հետո մակերեսը չսառեցնելու համար այդ շրջանում դրվում է չոր բինտային կապ: Ջրի փոխարեն կարելի է օգտագործել 50%-ոց սպիրտի լուծույթ:

Ջեռակները – տալիս են չոր ջերմություն և կարող են կիրառվել ինչպես տեղային, այնպես էլ ընդհանուր տաքացման համար: Ջեռակի մեջ լցվում է տաք ջուր (կիսով չափ), ջեռակի միջից հանվում է օդը և ամուր ամրացվում է խցանը (պետք է ստուգել, որ ջրի արտահոսք չլինի):

Ջեռակը փաթաթվում է սրբիչի մեջ՝ այրվածքներից խուսափելու համար:

Սառեցնող պրոցեդուրաներ – Տեղային սառեցում կիրառվում է որովայնի խոռոչի օրգանների հիվանդությունների, ընդհանուր ջերմահարության, ուղեղի այտուցի դեպքում և այլն: Սառը պակասեցնում է բորբոքումը, հյուսվածքների այտուցը, ցավը: Այս պրոցեդուրայի համար կիրառվում է սառցեպարկ. այն լցվում է սառույցով, ձյունով և փակվում է խցանը: Այն կիրառելուց առաջ փաթաթվում է սրբիչով: Սառցեպարկը կարելի է օգտագործել ընդմիջումներով: Յուրաքանչյուր կես ժամից հետո 10-15 րոպե պրոցեդուրան պետք է ընդհատվի:

Ստամոքսի լվացում-Ստամոքսի լվացումը հարմար է կատարել նստած վիճակում: Բայց եթե դա անհնար է, կարելի է կատարել նաև հորիզոնական դիրքում: Լվացումը կատարվում է հատուկ զոնդի օգնությամբ. զոնդը թրջում են, մտցնում հիվանդի բերանը և առաջարկում են կատարել կուլ տալու շարժումներ: Այդ շարժումների ժամանակ զոնդը մտցվում է կերակրափողի, հետո ստամոքսի մեջ: Ջոնդի վրա եղած նշանով կարելի է եզրակացնել, որ նրա ծայրը գտնվում է ստամոքսում: Եթե ստամոքսում հեղուկ կա, այն սկսում է արտահոսել: Ջոնդի ազատ ծայրին հազցվում է ապակե ձագար, որը լցվում է ջրով: Ստամոքսի լվացումը կատարվում է այնքան ժամանակ, մինչև չեն համոզվել ստամոքսի խոռոչի պարունակության լրիվ մաքրվելուն: Ջոնդը հեռացվում է ստամոքսից հեղուկի լրիվ



հեռացումից հետո:

Հոգնաներ – Ուղիղ աղու միջով աղիների մեջ հեղուկների ներմուծման ճանապարհով իրագործվող բուժիչ կամ ախտորոշիչ պրոցեդուրան կոչվում հոգնա: Այն լինում է մի քանի տիպի: Առավել հաճախ օգտագործվում է մաքրող հոգնան: Այն կատարելու համար անհրաժեշտ է էսմարիսի գավաթը կամ ձագարը, որի վրա ամրացվում է 1.5 մ երկարությամբ ռետինե խողովակ: Խողովակի հակադիր ծայրին ամրացվում է ծայրադիր: Հոգնայի համար պետք է օգտագործել սենյակային ջերմաստիճանի ջուր: Խողովակը սեղմում են սեղմակով, գավաթի մեջ լցնում են ջուր(մինչև 1լ): Խողովակը լցնում են ջրով, որի համար բացում են սեղմակը և ջուրը լցվում է խողովակի մեջ՝ այնտեղից հանելով օդը: Հիվանդին պառկեցնում են կողքի վրա, նախապես տակը փռելով մոմլաթ: Գավաթը կախում են կանգնակից: Ծայրադիրին քսվում է վազելին և մտցվում է հետանցքի մեջ, տեղաշարժում են այն 3-4 սմ դեպի պորտի ուղղությամբ և հետանցքից 10-12 սմ խորության վրա: Սեղմակը հեռացնում են և ջուրը գավաթից անցնում է աղիքի մեջ: Երբ ձագարում ջուր չի մնում, խողովակը սեղմում են և ծայրադիրը հանում: Հիվանդը պետք է մի քանի րոպե պահի ջուրը՝ կղանքային զանգվածները փխրունացնելու համար: Երբեմն հոգնա կատարելիս ջրին կարելի է ավելացնել գերչակի յուղ, վազելին կամ արևածաղկի յուղ: Հիպերտոնիկ հիվանդության, սիրտ-անոթային հիվանդությունների դեպքում սովորական հոգնան հակացուցված է և աղիքը պետք է դատարկել հիպերտոնիկ հոգնայի օգնությամբ 50-100 մլ 10%-ոց նատրիումի քլորիդի լուծույթով: Հոգնան լինում է նաև սիֆոնային: Դա աղիքի բազմիցս լվացումն է ջրով: Սիֆոնային հոգնայի համար անհրաժեշտ է ձագար, ռետինե խողովակ, երկար ռետինե ծայրադիր և այդ երկուսն իրար միացնող ապակե խողովակ: Համակարգը լցվում է ջրով, սեղմվում է, ծայրադիրին քսվում է վազելին, ներս է մտցվում հետանցքից 20-25 սմ, սեղմակը հանվում է և ջուրը անցնում է աղիքի մեջ: Երբ ջրի մակարդակակը հասնում է ձագարի նեղացած մասին, ձագարը իջեցվում է հիվանդի մակարդակից ներքև, ետ եկած ջուրը լցվում է ձագարի մեջ: Կեղտոտված ջուրը թափվում է, ձագարի մեջ լցվում է մաքուրը: Պրոցեդուրան այնքան է շարունակվում, մինչև ետ եկող ջուրը մաքրվի: