



ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՈԼԵԶ

ՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ԳՈՐԾԸ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ



**ՀՀ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ
ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՈԼԵՁ**

ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

**Ուսումնամեթոդական ձեռնարկ
միջին մասնագիտական բժշկական
ուսումնական հաստատությունների համար**

Երևան
«ԼԵԳԱԼ ՊԼՅՈՒՍ» հրատարակչություն
2011

ՀՏԴ 617(07)

ԳՄԴ 54.5 y7

Վ 680

Գրախոս՝ ք.գ.դ.պ. Ուռուցքաբանության և ռենտգենաբանության Ֆանարջյանի անվան ինստիտուտի գիտական գծով փոխտնօրեն Ալեքսան Զավենի Ալեքսանյան

Ուսումնական ձեռնարկը նախատեսված է բժշկական քոլեջների, բժշկական միջնակարգ ուսումնական հաստատությունների ուսանողներ համար:

Հեղինակները բժշկական քոլեջի ուսանողներին դասավանդելու բազմամյա փորձ ունեցող և պրակտիկ վիրաբուժությամբ զբաղվող, Երևանի պետական հենակետային բժշկական քոլեջի դասախոսներն են:

Գիրքը ընդգրկում է ընդհանուր և մասնավոր վիրաբուժության բոլոր հիմնական բաժինները: Վիրաբուժական հիվանդությունները, դրանց հիմնական համախտանիշներն ու հետազոտման մեթոդները, ինչպես նաև վիրահատական բուժման սկզբունքները շարադրված են բժշկական քոլեջի ուսանողներին մատչելի լեզվով և անհրաժեշտ մակարդակով:

Հատուկ ուշադրություն է դարձված ապագա բուժքույրերի և բուժակների աշխատանքի առանձնահատկությունների հետ կապված հարցերին, մասնավորապես վիրաբուժական հիվանդների շուրջ վիրահատական խնամքին և քույրական գործընթացին:

Ձեռնարկը ունի ևս մեկ առանձնահատկություն: Քանի որ առանձի բաժինները գրվել են տարբեր հեղինակների կողմից, երբեմն նկատվում է թեմայի բովանդակալից ներկայացման և ոճական տարբերություններ:

Հուսով ենք, որ գրքի հետագա վերահրատարակումների ընթացքում այդ «խորդուբորդությունները» կհարթվեն:

Վ680 Վիրաբուժություն: Ուսումնամեթոդական ձեռնարկ միջին մասնագիտական բժշկական ուսումնական հաստատությունների համար/ Գ. Թադևոսյան, Պ. Մարգարյան, Ա. Մարտիրոսյան և ուրիշ.- Եր.: Լեզալ Պլյուս, 2012.- 476էջ:

Հեղինակներ՝

Թադևոսյան Գագիկ, Մարգարյան Պետրոս, Մարտիրոսյան Արթուր (ցավագրկում), Ազիզյան Ռուբեն, Ադամյան Ամալյա, Պետրոսյան Մարինե, Դուբայան Կարապետ, Գալստյան Ժաննա, Գալստյան Մուսաննա, Դոդոյան Լիանա, Մանուկյան Լիլիթ, Մնացականյան Վահան, Այվազյան Գայանե, Հարությունյան Հռիփսիմե, Լալայան Կ

Երաշխավորված է տպագրության ՀՀ ԱՆ Երևանի Պետական Հենակետային բժշկական Քոլեջի տնօրեն Ս.Է.Մկրտչյանի, փոխտնօրեն Դ.Ս.Հակոբյանի, մեթոդական կաբինետի կողմից

ՀՏԴ 617(07)

ԳՄԴ 54.5 y7

ISBN 978-9939-815-33-6

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Հասկացություն վիրաբուժության և վիրաբուժական հիվանդությունների մասին

Վիրաբուժությունը բժշկագիտության և պրակտիկ առողջապահության ճյուղ է, որը հիվանդների բուժման նպատակով կիրառում է վիրահատական եղանակը, ինչպես նաև հյուսվածքների և օրգանների վրա մեխանիկական ազդեցության այլ եղանակներ:

«Վիրաբուժություն» հասկացության ներքո, ավելի շուտ պետք է հասկանալ բուժում՝ վերք առաջացնելու միջոցով, քան թե ուղղակի վերքերի բուժում:

«Խիրուրգիա» բառը հունական ծագում ունի և նշանակում է ձեռքով կատարվող գործողություն:

Օպերացիա լատիներեն նշանակում է գործողություն:

Վիրաբուժական օպերացիան կարող է լինել արյունային և ոչ արյունային (հողախախտի ուղղում, բրոնխից օտար մարմնի հեռացում): Վիրահատության ընթացքում նախ արտաքին ծածկույթները և փափուկ հյուսվածքները հատելով և միմյանցից անջատելով հասնում են այն օրգանին կամ տեղամասին, որտեղ պետք է իրականացվի բուն վիրաբուժական միջամտությունը, այնուհետև իրականացվում է հետևյալ գործողություններից որևիցե մեկը կամ մի քանիսը.

- ախտաբանական փոփոխության ենթարկված և անկենսունակ օրգանի հեռացում,
- ախտաբանական գոյացության (նորագոյացության) հեռացում,
- ախտաբանական օջախի (թարախ, մեռուկ, թրոմբ) հեռացում և սանացիա,
- վնասված օրգանի և հյուսվածքների ամբողջականության վերականգնում,
- նոր օրգանի կամ հյուսվածքի պատվաստում (տրանսպլանտացիա),
- ներքին կոնստրուկցիաների և պրոթեզների տեղադրում,
- հյուսվածքների և օրգանների անատոմաֆիզիոլոգիական փոփոխություններ (պլաստիկ),

- նան այլ գործողություններ՝ օրգանիզմի կենսունակությունը պահպանելու, օրգանների ֆունկցիան լավացնելու, ցավերը վերացնելու և այլ նպատակներով:
 - Վիրահատության վերջին փուլում կար դնելու միջոցով, շերտ առ շերտ միացնում են հատված հյուսվածքները և արտաքին ծածկույթները:
- Վիրաբուժական հիվանդությունները կարելի է հետևյալ կերպ խմբավորել.

- վնասվածքներ (ոսկրի կոտրվածքներ, հոդախախտեր, վերքեր, այրվածք, ցրտահարություն, էլեկտրահարություն),
 - ուռուցքներ կամ նորագոյացություններ,
 - զարգացման արատներ և անոմալիաններ («Գայլի երախ» մատների սերտաճում, հետանցքի բացակայություն և այլն),
 - վիրաբուժական վարակ (թարախակույտ, օստեոմիելիտ),
 - հյուսվածքների մեռուկացում,
 - խառը հիվանդություններ, որոնք բուժվում են ինչպես թերապևտիկ, այնպես էլ վիրահատական եղանակով, ելնելով հիվանդության զարգացման փուլից և բարդությունների առկայությունից (ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցային հիվանդություն, լեղապարկի բորբոքում):
- Հիվանդի նախապատրաստումը վիրահատության և հետվիրահատական խնամքը բուժական գործընթացի անչափ կարևոր բաղկացուցիչ մասերն են, և այս գործընթացում հսկայական է արհեստավարժ բուժքրոջ դերը, իսկ վիրահատարանի (օպերացիոն) բուժքույրը վիրաբույժի հետ միասին լիարժեք պատասխանատու է վիրահատության բարեհաջող ընթացքի և ելքի համար:

Այսպիսով, բուժքրոջ աշխատանքի շուրջվիրահատական գործընթացի ճիշտ կազմակերպումը, խնամքի կանոնների անսխալ կատարումը վիրաբուժական օգնության կարևոր օղակներն են:

Վիրաբուժության համառոտ պատմությունը

Վիրաբուժության սաղմերը առաջ են եկել շատ վաղուց: Հին եգիպտացիները և հնդիկները կարողացել են մարդկանց բուժելու համար կիրառել իրենց բնույթով վիրաբուժական մեթոդներ՝ անդամահատում,

ամորձահատում, կարողացել են վնասված հյուսվածքների վրա կար դնել:

Վիրաբուժությունը մեծ զարգացում է ապրել հատկապես Հին Հունաստանում և Հին Հռոմում: Իսկ հույն մեծագույն բժշկապետ, Հիպոկրատը, Ք.ա. V դարում իր բազմաթիվ աշխատություններում մշակեց թարախային վերքերի բուժման և արյունահոսության դադարեցման մեթոդները: Նա կոտրվածքների բուժման համար կիրառեց շինան, ձգումը, մերսումը, մարզանքը, առաջարկեց վիրահատությանը նախապատրաստվելիս պահպանել խիստ մաքրություն, օգտագործել մաքուր անձրևաջուր:

Հին Հռոմի հռչակավոր բժիշկ Ցելսը (Ք.հ. I դար) նկարագրել է վիրահատություններ, որոնք իրենց արդիականությունը պահպանել են մինչ օրս (միզապարկի քարերի հեռացում, գանգահատում):

Մեկ այլ հռոմեացի բժիշկ Գալենը, որն ապրել է մեր թվարկության II դարում թողել է շատ արժեքավոր տեղեկություններ ֆիզիոլոգիայի, անատոմիայի և պրակտիկ վիրաբուժության վերաբերյալ:

Նա մշակեց արյունահոսության դադարեցման, կար դնելու եղանակները, կիրառեց մետաքսաթելը, նկարագրեց բազմաթիվ վիրահատություններ, այդ թվում նաև նապաստակի շրթունքի վիրահատական բուժումը:

Վիրաբուժության զարգացման գործում մեծ է նաև Աբու-Իբն- Սինայի ներդրումը (Ավիցենա, 980-1037թթ.): Նա թողել է հարյուրից ավելի գիտական աշխատություններ, մասնավորապես «Բժշկության վարպետության կանոնագիրքը», որտեղ տրված են տվյալ ժամանակաշրջանի բժշկության տեսական և գործնական հիմնահարցերի ուսումնասիրությունները:

Միջնադարում եկեղեցու ճնշումների ներքո վիրաբուժությունը անկում ապրեց, քանի որ արգելվում էր ուսումնասիրությունները դիակների վրա: Հերձողները կամ վիրահատողները կարող էին մահվան դատապարտվել: Վիրաբուժությունը անցավ արհեստավորների՝ հիմնականում սափրիչների ձեռքը, որոնք մեծամասամբ տգետ էին, սակայն կային նաև նշանավոր անձնավորություններ: Այդպիսիներից էր ֆրանսիացի վիրաբույժ Ամբրուազ Պարեն (1517-1590), որը ստեղծեց ուսմունք հրազենային վերքերի և դրանց բուժման մասին, ինչպես նաև

կատարելագործեց անդամահատման և անոթների կապելու տեխնիկան:

Վերքերի բուժման մեծ փորձ էր կուտակել Պարացելսը (1493- 1541), որը կիրառում էր տուպոդ և մի շարք այլ դեղանյութեր՝ գործնական վիրաբուժության կատարելագործման նպատակով:

Նա ստեղծեց նոր ուսումնք վերքերի մասին և վերափոխեց դրանց բուժման մեթոդները: Ամբրուազ Պարեն կատարելագործեց ամպուտացիայի և խոշոր անոթները կապելու տեխնիկան:

Վիրաբուժության հետագա զարգացման գործում խոշոր դեր խաղաց Փարիզի վիրաբուժական ակադեմիան (հիմնադրվել է 1731թ.), որը ստանձնեց վիրաբույժների պատրաստման գործը, սակայն սկզբնական շրջանում նրանց գործունեությունը շատ սահմանափակ էր, որովհետև երիտասարդ, դեռ մեծ փորձ չունեցող վիրաբույժները չէին համարվում հիվանդներին վիրահատել:

Վիրաբուժության զարգացման գործում կարևոր տեղ է գրավում XIX դարը: Այդ դարը բնորոշվում է նրանով, որ բնակչության լայն խավերն սկսում են նորանոր պահանջներ դնել բժշկության և, մասնավորապես, վիրաբուժության առջև և ամենամեծ չափով զարգանում է վնասվածքաբանությունը:

XX դարում լուծվեցին մի շարք հարցեր, որոնք մինչ այդ մեծ խոչընդոտ էին հանդիսանում վիրաբուժության զարգացման համար: Դրանցից հիշատակության արժանի են երեքը:

Առաջին՝ վիրաբույժները զուրկ էին այնպիսի կատարյալ մեթոդից, որի միջոցով կարելի լինել դադարեցնել (գոնե ժամանակավորապես) խոշոր անոթներից տեղի ունեցող արյունահոսությունը՝ հատկապես ծայրանդամների շրջանում: Այդ նպատակով 1873թ. էսմարխն առաջարկեց լարան (ժգուտ), որը մինչև հիմա էլ չի կորցրել իր նշանակությունը:

Երկրորդ՝ վիրահատում էին առանց անզգայացման: Այդ պատճառով վիրաբույժները վիրահատությունների ժամանակ պետք է արագ գործեին և կարողանային կարճ ժամանակում վերջացնել այն, իսկ դա իր հերթին պահանջում էր հմտություն և վիրահատական փայլուն տեխնիկա:

Մորտոնը և Ջեկսոնը 1846թ. առաջարկեցին անզգայացման (նարկոզի) նպատակով գործածել եթեր, իսկ մեկ տարի անց՝ 1847թ. Միսպսոնը նույն նպատակով առաջարկեց օգտվել քլորոֆորմից: Այդ երկու քնաբեր

դեղանյութերը լայն կիրառություն ստացան և խոշոր հեղաշրջում առաջացրին վիրաբուժության մեջ: Հնարավոր դարձավ վիրահատությունները կատարել առանց հիվանդին ցավ պատճառելու, առանց շտապելու, ճշգրիտ կերպով պահպանելով տեխնիկական բոլոր մանրամասնությունները:

Վիրաբուժության զարգացումն արգելակող երրորդ պատճառը վիրահատություններից հետո վերքի մեջ վարակի ներթափանցումն էր, որի հետևանքով առաջանում էին թարախակալում, նեխում, արյան վարակում (սեպսիս): Հիվանդների զգալի մասը մահանում էր այդ բարդություններից:

Պաստյորի գյուտը վիրաբույժներին հնարավորություն տվեց մշակել մի այնպիսի մեթոդ, որով կարելի էր կանխել վիրահատությունից հետո մի շարք բարդությունների առաջացումը: Պաստյորն ապացուցեց, որ թարախակալման պրոցեսի պատճառը մանրէներն են, որոնք մինչ այդ հայտնի չէին: Իսկ Ռոբերտ Կոխի աշխատությունները զգալի չափով լուծեցին այն հարցը, թե ինչ միջոցներով կարելի է պայքարել այդ մանրէների դեմ:

Վիրաբույժ Լիստերն, օգտվելով այդ տվյալներից, որոշ կանոններ մշակեց վերքերի բուժման վիրահատությունների համար (1867թ.):

Հետագայում վիրաբույժ Բերգմանն իր աշակերտների հետ միասին ինֆեկցիայի դեմ պայքարելու համար առաջարկեց բոլորովին այլ միջոցներ, որոնք գրեթե առանց փոփոխության մինչև օրս կիրառվում են:

Վերոհիշյալ երեք սկզբունքային հարցերի լուծումը (արյունահոսության դադարեցումը, անզգայացումը, ինֆեկցիայի դեմ պայքարը), ինչպես նաև արյան խմբերի հայտագործությունը և փոխներարկման գործնական կիրառումը վիրաբույժներին հնարավորություն տվեց ավելի համարձակ կերպով դիմելու զանազան միջամտությունների՝ մարդկանց բոլոր օրգաններում և հյուսվածքներում, այդ թվում նաև օրգանիզմի բոլոր խոռոչներում:

I ԲԱԺԻՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

ԳԼՈՒԽ I

ՆԵՐՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿԸ ԵՎ ՆՐԱ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ

Կլինիկորեն արտահայտվող յուրաքանչյուր վարակիչ հիվանդություն, որը զարգանում է բուժական հաստատություն դիմած կամ այնտեղ բուժում ստացող հիվանդների, ինչպես նաև բժշկական ծառայության աշխատակիցների մոտ կոչվում է ներհիվանդանոցային վարակ:

Վարակի նկատմամբ հսկողությունը և անվտանգության ապահովումը վիրաբուժությունում՝ ներհիվանդանոցային վարակի կանխարգելման նպատակն է:

Ներհիվանդանոցային վարակի տեսակներն են՝

1. Հոսպիտալային կամ նոզոկոմիալ – վարակ, որը զարգանում է հիվանդի մոտ բուժհաստատություն դիմելուց 2-3 օր հետո, այն նախապայմանով, որ տվյալ վարակը կամ նրա ինկուբացիոն շրջանը մինչ այդ բացակայել են:
2. Յաթրոգեն – վարակ, որը առաջանում է հիվանդի մոտ՝ բուժաշխատողների կողմից ախտորոշիչ կամ բուժական գործողություններ կատարելու հետևանքով:
3. Օպորտունիստական – վարակ, որը զարգանում է պայմանական ախտածին միկրոօրգանիզմներից՝ իմունային պաշտպանիչ համակարգի վնասում ունեցող հիվանդի մոտ:
4. Ինքնավարակում (աուտոինֆեկցիա) – վարակ, որի հարուցիչը օրգանիզմում գտնվող սապրոֆիտ միկրոօրգանիզմներն են:

Վարակումը կամ վարակային պրոցեսը մակրոօրգանիզմի և այնտեղ ներթափանցած կամ գտնվող ախտածին միկրոօրգանիզմների փոխազդեցությունն է, որը արտահայտվում է յուրօրինակ ախտաբանական ռեակցիայով: Վերջինս կարող է ընթանալ կայծակնային, սուր, ենթասուր, քրոնիկական և լատենտ ձևերով, ինչպես նաև լինել վարակակիր առանց կլինիկական արտահայտության:

Վարակ առաջանալու համար անհրաժեշտ են երեք գործոններ՝ հարուցիչ (միկրոօրգանիզմ), տարածման ուղիներ և վարակին ընկալունակ օրգանիզմ (մակրոօրգանիզմ):

Վարակը լինում է ներքին (էնդոգեն), երբ վարակածին օջախը գտնվում է օրգանիզմում (մաշկ, շնչառական, սիրտ-անոթային, աղեստամոքսային, միզասեռական, հենաշարժական համակարգեր և այլն): Ներքին վարակը վերքի մեջ ներթափանցում է հետևյալ ճանապարհով՝ 1.արյունածին (հեմոտոգեն), 2.ավշածին (լիմֆոգեն) 3.շփամաբ (կոնտակտային):

Ներքին վարակի հայտնաբերման և կանխարգելման նպատակով հիվանդը բուժկանխարգելիչ հաստատությունում ենթարկվում է բազմաբնույթ հետազոտման (կենսաբանական հեղուկների քննություն, ռենտգենաբանական և ուլտրաձայնային հետազոտություններ, էնդոսկոպիկ քննություններ, նեղ մասնագետների գնում և այլն):

Արտաքին (էկզոգեն) վարակի օջախը գտնվում է օրգանիզմից դուրս: Այն կարող է օրգանիզմ ներթափանցել հետևյալ ճանապարհներով՝

1. օդակաթիլային (աերոգոլային),
2. շփման (կոնտակտային), որի մեջ են մտնում նաև սննդային և ներդրումային (իմպլանտացիոն) ուղիները,
3. արհեստածին (արտիֆիցիալ), երբ վարակը ներթափանցում է ախտահարված կենսաբանական հեղուկների, դեղամիջոցների, ախտորոշման կամ բուժման նպատակով իրականացվող գործողությունների ժամանակ օգտագործվող գործիքների ու սարքավորումների կիրառման միջոցով:

Ներհիվանդանոցային վարակի առաջացմանը նպաստող գործոններն են՝

1. օրգանիզմի դիմադրողականության անկումը,
2. հիվանդների հետ շփվելիս վարակի նկատմամբ անվտանգության կանոնների անտեսումը,
3. բուժական ինվազիվ (հյուսվածքների ամբողջականությունը խախտող) գործողությունների քանակի ավելացումը,
4. հակաբիոտիկակալյուն միկրոօրգանիզմների տարածվածությունը,
5. հնացած և մաշված բուժսարքավորումների օգտագործումը,
6. բուժկանխարգելիչ հաստատության ծանրաբեռնվածությունը:

Վարակի նկատմամբ օրգանիզմի ընկալողականության քարձրացմանը նպաստող գործոններն են՝

1. տարիքը,
2. քրոնիկական հիվանդությունները,
3. օրգանիզմի իմունային համակարգի անբավարարությունը,
4. արտաքին միջավայրի անբարենպաստ պայմանները,
5. բուժական-ախտորոշիչ գործողությունների քանակի աճը:

Ներհիվանդանոցային վարակով ախտահարման ռիսկի խմբի մեջ են մտնում հիվանդները, խնամողները, այցելուները, բուժանձնակազմը, որը օգտագործում է կենսաբանական հեղուկներով աղտոտված բազմանվազ օգտագործման գործիքներ և սարքավորումներ:

Ներհիվանդանոցային վարակի դեմ պայքարին և նրա կանխարգելմանն են ուղղված վիրաբուժությունում կիրառվող ապանեխման և հականեխման միջոցառումների համալիրը: Նրանց նպատակն է վարակազերծումը և մանրէազերծումը:

Վարակազերծումը (դեզինֆեկցիա) ախտածին միկրոօրգանիզմների վեգետատիվ ձևերի ոչնչացումն է:

Սանրազերծումը (ստերիլիզացիա) ախտածին բոլոր մանրէների, ինչպես նաև սպորոֆիտ, վեգետատիվ ու սպորավոր ձևերի ոչնչացումն է:

ԱՊԱՆԵԽՈՒՄ

Ապանեխումը (ասեպտիկա) բուժական կանխարգելիչ միջոցառումների համալիր է, որի նպատակն է կանխել վարակի ներթափանցումը վերքի մեջ և օրգանիզմ:

Ապանեխումը ուղղորդված է արգելափակելու վարակի օրգանիզմ ներթափանցելու ուղիները:

Ժամանակակից ապանեխումը իրականացվում է ֆիզիկական և քիմիական մեթոդներով:

Ֆիզիկական մեթոդներ՝

1. ջերմային (թերմիկ)
 - ա. տաք գոլորշու ճնշմամբ (ավտոկլավացում),
 - բ. տաք օդով (ջերմախարկում).
2. ճառագայթային՝

- ա. իննիզացնող ճառագայթներ (գամմա-ճառագայթներ),
- բ. ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներ,
- գ. ուլտրաձայն:

Քիմիական մեթոդներ՝

1. քիմիական լուծույթների օգտագործմամբ,
2. գազային նյութերի օգտագործմամբ:

Նախկինում օգտագործվող այրման և եռացման միջոցով կատարվող մանրէազերծումը ժամանակակից վիրաբուժությունում կիրառություն չեն գտնում:

Օդա-կաթիլային վարակի կանխարգելումը

Վիրաբուժական բաժանմունքում և վիրահատական բլոկում օդա-կաթիլային վարակի կանխարգելման նպատակով իրականացվում են կազմակերպչական համալիր գործողություններ, որոնք կախված են վիրաբուժական ծառայության առանձնահատկությունից:

Վիրահատական բլոկը բաժանվում է հետևյալ ֆունկցիոնալ գոտիների՝

1. *ընդհանուր ռեժիմի գոտի* - այստեղ գտնվում են վիրահատական բլոկի վարիչի, ավագ քրոջ առանձնասենյակները, բուժ գործիքների և սպիտակեղենի պահպանման սենյակները,
2. *սահմանափակ ռեժիմի գոտի կամ տեխնիկական գոտի*- այստեղ գտնվում են վիրասրահների օդափոխիչները, թթվածնով ապահովող սարքերը, էլեկտրական սարքերը,
3. *խիստ ռեժիմի գոտի* – նախավիրահատարանը, վիրահատող բրիգադի հանդերձարանները, նարկոզի ապարատների, նարկոտիկ և այլ դեղամիջոցների ու արյան բաղադրիչների պահպանման սենյակները, հերթապահ բուժ. անձնակազմի աշխատասենյակները, սան. հանգույցը.
4. *մանրէազերծ ռեժիմի գոտի* - վիրահատարանը և ստերիլիզացիոն սրահը:

Վիրահատական բլոկի և վիրահատարանների մաքրումը (սանիտարական մշակումը) կատարվում է խոնավ եղանակով օգտագործվող հականեխիչները լինում են հեղուկ կամ ատրոզոլային

վիճակով: Փոշիներ կամ այլ պինդ հականեխիչները ձևերով չեն օգտագործվում:

Վիրահատարանի սանիտարական մշակումը կատարվում է հետևյալ ձևերով՝

1. *նախնական մաքրում*- կատարվում է առավոտյան, աշխատանքային օրվա սկզբում: Մաքրվում են բոլոր հորիզոնական մակերեսները (հատակ, սեղաններ, պատուհանագոգեր և այլն), օդի վարակազերծման նպատակով, միացվում են մանրէասպան ուլտրամանուշակագույն կվարցային լամպերը: Այդ լամպերի աշխատանքային ծավալի հաշվարկը կատարվում է հետևյալ կերպ- 1 վատտ հզորության լապմը վարակազերծում է 1մ³ ծավալով տարածքը 2 ժամում,
2. *ընթացիկ մաքրում*- կատարվում է վիրահատական միջամտությունների ժամանակ, երբ հավաքվում են վիրասրահի հատակին թափված վիրակապական նյութերը, գործիքները, մաքրվում են թափված կենսաբանական հեղուկները և այլն,
3. *միջանկյալ մաքրում* – կատարվում է վիրահատական միջամտությունների միջև ընկած ժամանակահատվածում, որի ժամանակ հավաքվում են նախորդ վիրահատության ժամանակ օգտագործված ողջ վիրահատական նյութերը, գործիքները և առարկաները,
4. *վերջնական կամ ավարտական մաքրում* – իրականացվում է աշխատանքային օրվա վերջում, երբ վիրահատարանը և այնտեղ եղած սարքավորումները մշակվում են հականեխիչ լուծույթներով և միացվում են կվարցային լամպերը,
5. *հիմնական մաքրում* – կատարվում է 7-10 օրը մեկ անգամ, երբ մաքրվում են վիրասրահի բոլոր հորիզոնական և ուղղահայաց մակերեսները, ինչպես նաև այնտեղ գտնվող բոլոր իրերը և սարքավորումները:

Մաքրման համար օգտագործվող իրերը և առարկաները (դույլեր, թասեր, խոզանակներ) պիտակավորվում են, որտեղ նշվում է, թե այդ առարկան որտեղ պետք է օգտագործել (վիրասրահ, մաքուր կամ թարախային վիրակապարան): Այլ նպատակներով այդ առարկաները օգտագործել չի թույլատրվում:

Օդա-կաթիլային վարակի կանխարգելմանն է ուղղված նաև վիրահատական արտահագուստի, խալաթի, թասակի և դիմակի օգտագործումը: Վերջինս լինում է ինքնաշեն՝ պատրաստված քառաշերտ թանգիֆից և գործարանային արտադրության՝ պատրաստված ցելուլոզայից, միանվագ օգտագործման համար: Դիմակը անընդհատ կարելի է կրել 2 ժամից ոչ ավելի, քանի որ արտաշնչած օդից այն խոնավանում է և կորցնում է իր պաշտպանիչ հատկությունը, ուստի այն պետք է փոխարինել նորով:

Վիրահատարաններում օգտագործվող օդափոխիչները (կոնդիցիոներ) պետք է ունենան հատուկ բակտերիալ գոտիչներ:

Վիրահատարանում աշխատող բուժանձնակազմը, ոչ ուշ քան ամիսը մեկ անգամ ենթարկվում է մանրէաբանական քննության, պարզելու քիթ-ըմպանում վարակի առկայությունը:

Շփման և արհեստածին վարակի կանխարգելումը

Շփման և նրա տարատեսակ հանդիսացող ներդրման վարակը ներհիվանդանոցային վարակի հիմնական բաղադրիչ մասն էն: Այն նաև արհեստածին վարակ առաջացնող գործոնների զգալի մասն է կազմում:

Շփման և արհեստածին վարակի կանխարգելմանն է ուղղված ապանեխումը իր ֆիզիկական և քիմիական մեթոդներով:

Ֆիզիկական մեթոդի ջերմային եղանակը կիրառելիս օգտագործում են ավտոկլավացումը և ջերմախարկումը:

Ավտոկլավացման դեպքում ապանեխիչ գործոն է հանդիսանում ճնշման տակ գտնվող տաք գոլորշին: Որպեսզի ջրի գոլորշին իրականացնի մանրէազերծում, այն պետք է ունենա 100 °C -ից բարձր ջերմաստիճան: Այն հնարավոր է գոլորշու ճնշումը բարձրացնելով: 1 մթնոլորտ ճնշման դեպքում գոլորշու ջերմաստիճանը հասնում է 120°C-ի: Յուրաքանչյուր կես մթնոլորտով ճնշման բարձրացումը բերում է 6-7°C ջերմության բարձրացման: Այս ամենը իրագործվում է ավտոկլավ կոչվող հատուկ սարքում: Ըստ կառուցվածքի այն լինում է հորիզոնական և ուղղահայաց: Ավտոկլավը երկշերտ պատերով հերմետիկ փակվող մետաղյա կաթսա է, որի պատերի արանքում եղած տարածությունը լցվում է գոլորշիով:

Վերջինս ավտոկլավի ներքին պատի վրա եղած անցքերով թափանցում է կաթսայի ներսը, ուր եղած տարածությունը կոչվում է մանրէազերծիչ կամերա: Գոլորշին ստացվում է ավտոկլավի հետ միացված, ջրով լցված գոլորշիաստեղծ տարողությունում, ուր էլեկտրական ջեռուցիչով եռացվում է ջուրը: Ավտոկլավի կափարիչը փակելուց հետո նրա ներսում առաջանում է հերմետիկ տարածություն, ուր անընդհատ թափանցում է ջրի գոլորշիները: Սկսում է ավելանալ նրանց ճնշումը, որի հետևանքով բարձրանում է ջերմաստիճանը:

Ավտոկլավը աշխատում է երեք հիմնական ռեժիմով՝

1. 1 մթնոլորտ ճնշմամբ, երբ ջերմաստիճանը 120° C, մանրէազերծումը կատարվում է 1 ժամում,
2. 1,5 մթնոլորտ ճնշմամբ, երբ ջերմաստիճանը 126-127 °C, մանրէազերծումը կատարվում է 45 րոպեում,
3. 2 մթնոլորտ ճնշմամբ, երբ ջերմաստիճանը 133-134 ° C, մանրէազերծումը կատարվում է 30 րոպեում:

Մանրէազերծվող նյութերը կամ գործիքները ավտոկլավի մեջ դրվում են բիքսերի մեջ տեղադրված: Բիքսը մետաղե թմբուկ է, որի կափարիչի կամ կողմնային պատի վրա կան մետաղե փակիչով կամ գոտիով փակվող և բացվող անցքեր, որոնցով գոլորշին թափանցում է բիքսի մեջ: Բիքսերը ավտոկլավի մանրէազերծիչ կամերայի մեջ տեղադրվում են անցքերը բաց վիճակում, իսկ այնտեղից հանելիս անցքերը փակվում են: Եթե բիքսի անցքերը բաց են, ապա այնտեղ եղած նյութը մանրէազերծված չէ:

Մանրէազերծվող նյութը բիքսերի մեջ դասավորվում են 3 ձևով՝

1. **ունիվերսալ դասավորում**, երբ բիքսի մեջ տեղադրված է այն ամենը, ինչը պետք կգա վիրահատարանում կամ վիրակապարանում աշխատանքային օրվա ընթացքում: Դասավորման այս ձևը կիրառվում է պոլիկլինիկայի վիրաբուժական կաբինետում, գյուղական ամբուլատորիայում և այլ փոքր աշխատանքային ծավալ ունեցող բուժ. հիմնարկներում,
2. **տեսակային կամ մասնագիտացված դասավորում**, երբ յուրաքանչյուր բիքսի մեջ տեղադրվում են միայն մեկ տեսակի նյութեր (խալաթներ, սավաններ, վիրակապական նյութեր և այլն),
3. **նպատակային դասավորում**, երբ բիքսի մեջ տեղադրում են տվյալ վիրահատությանը անհրաժեշտ գործիքները և նյութերը:

Կափարիչը և անցքերը փակ բիքսում մանրէազերծված նյութը իր ստերիլությունը պահպանում է 72 ժամ, իսկ բիքսը բացելուց հետո ստերիլությունը պահպանվում է 6 ժամից ոչ ավելի:

Տաք օդի միջոցով մանրէազերծումը կատարվում է ջերմախարկիչ պահարանում: Այն մետաղե, հերմետիկ փակվող պահարան է, որի մեջ գտնվող ցանցե հատակ ունեցող դարակների վրա տեղադրում են մանրէազերծման ենթարկվող նյութերը: Ջերմության աղբյուր են հանդիսանում էլեկտրականությամբ աշխատող ջեռուցիչները, որոնք տալիս են 160°C -ից մինչև 200°C ջերմություն: Պահարանում աշխատում է նաև օդափոխիչը, որի միջոցով տաք օդը հավասարաչափ տարածվում է պահարանի ներսում գտնվող մանրէազերծիչ կամերայում: Մանրէազերծումից առաջ նախաստերիլիզացիոն մշակման ենթարկված նյութերը չորացնող պահարանում չորացվում են 85°C -ում, ապա մանրէազերծվում 180°C ջերմաստիճանում 1 ժամ տևողությամբ:

Բիքսերում և ջերմախարկիչ պահարանում մանրէազերծվող իրերը դասավորվում են նոսր, իրարից որոշակի հեռավորության վրա, որպեսզի գոլորշին կամ տաք օդը կարողանա ազդել նրանց ողջ մակերեսի վրա:

Ժամանակակից վիրաբուժությունում մեծ կիրառություն ունի ֆիզիկական մեթոդի ճառագայթային եղանակը, որը կատարվում է գործարանային պայմաններում: Ի տարբերություն մանրէազերծման ջերմային եղանակի, ճառագայթային եղանակով կարելի է կարճ ժամանակահատվածում մեծ քանակությամբ նյութեր մանրէազերծել, որոնք այդ պրոցեսի ժամանակ չեն կորցնում իրենց ֆիզիկո-քիմիական հատկանիշները և պահպանում են ստերիլությունը մինչև 5 տարի: Ներկայումս ավելի լայն կիրառություն ունեն մանրէազերծումը ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներով և ուլտրաձայնով, քան թե իոնիզացնող (գամմա) ճառագայթներով, քանի որ վերջինիս օգտագործման դեպքում մանրէազերծվող նյութը վերածվում է երկրորդային ճառագայթման աղբյուրի:

Ապանեխիման քիմիական մեթոդի գազային եղանակը նույնպես լայն կիրառություն ունի: Համապատասխան սարքավորումների առկայության դեպքում (օգոնատոր) այն իրականացվում է գործարանային և հիվանդանոցային պայմաններում:

Այս եղանակը կիրառելիս օգտագործվում են էթիլենի օքսիդը, Օբ խառնուրդը (էթիլենիօքսիդի մեթիլ բրոմիդի 1:2;5 հարաբերությամբ խառնուրդը), ֆորմալդեհիդի և էթիլ սպիրտի գոլորշիները: Մանրէազերծումը իրականացվում է 6 ժամից մինչև 48 ժամվա ընթացքում: Օգոնատորներում մանրէազերծումը իրականացվում է օգոնի միջոցով մեկ ժամվա ընթացքում:

Քիմիական նյութերի լուծույթների միջոցով կատարվող մանրէազերծումը համարվում է օժանդակ եղանակ, քանի որ մանրէազերծվող նյութը մանրէազերծումից հետո պարտադիր պետք է լվացվի ստերիլ ֆիզլուծույթով կամ թորած ջրով կրկնակի անգամ (բարձր կոնցենտրացիայով քիմիական նյութերի մուտքը օրգանիզմ չեզոքացնելու համար), որը, եթե չեն պահպանվում ապանեխման կանոնները, կարող է բերել մշակված նյութերի երկրորդային վարակման: Այս եղանակը կիրառելիս մանրէազերծվող նյութերը չի կարելի փաթեթավորել, ուստի և մանրէազերծման պահպանման ժամկետը կարճ է: Մանրէազերծման նպատակով օգտագործվում են ջրածնի պերօքսիդի 6% լուծույթը 3 ժամ 50°C-ում կամ 6 ժամ 20°C-ում, քլորհեքսիդիինի 2% լուծույթը, էթիլ սպիրտի 96% կամ 70% լուծույթները 5 րոպե, դեզօքսոնի 1% լուծույթը 45 րոպե, պերվոմուրի 8% լուծույթը 5 րոպե և այլն: Մանրէազերծումը կատարվում է ապակյա, հատուկ պլաստմասե կամ էմալպատ մետաղե պինդ փակվող կափարիչով տարաներում: Լուծույթները օգտագործվում են միանվագ: Այս եղանակը օգտագործվում է թերմոլյաբիլ, օպտիկական, պլաստմասե և ապակյա իրերի մանրէազերծման համար:

Բուժանձնակազմի ձեռքերի և վիրահատական դաշտի մշակումը

Վիրահատող բուժանձնակազմի ձեռքերի և վիրահատական դաշտի մշակումը հանդիսանում են շփման վարակի կանխարգելման կարևորագույն նախապայմաններից:

Ձեռքերի մշակումը լինում է երեք մակարդակով (ըստ եվրոպական EN 1500 ստանդարտի)՝ ա) սոցիալական, բ) հիգիենիկ և գ) վիրաբուժական:

Վիրաբուժությունում կիրառվում է ձեռքերի մշակման վիրաբուժական մակարդակը: Այն նախատեսում է մաշկից տրանզիտոր

վարակի հեռացումը կամ ոչնչացումը և մշտական միկրոֆլորայի քանակի նվազեցումը: Մշակումից առաջ հանում են մատանիները, ժամացույցը, եղունգները կարճ կտրվում են, մաքրում են մանիկյուրը: Հոսող ջրի տակ հականեխիչ նյութ պարունակող օձառով լվանում են ձեռքերը, նախաբազուկները մինչև վերին երրորդի մակարդակը՝ ուշադրություն դարձնելով ստորեղնգային և միջմատնային տարածություններին: Լվանալու ընթացքում խոզանակներ չեն օգտագործում: Լվանալուց հետո ձեռքերը պահում են ուղղահայաց, մատերը դեպի վեր, որպեսզի ջուրը դաստակներից դեպի արմունկները հոսի: Ձեռքերը չորացնում են մանրէազերծված սրբիչով կամ անձեռոցիկով, ընդ որում սկսում են մատերից և ավարտում նախաբազուկով: Չորացնելուց հետո ձեռքերը կրկնակի անգամ մշակում են որևէ մի թույլատրված մաշկային հականեխիչով (0,5% քլորհեքսիդին բիզյուկոնատ, 2,4% պերվոնուրի լուծույթ, 5% նովոսեպտ, 1% դեզմիցիդ, ցերիզել, լոկասեպտ, սեպտոցիդ և այլն): Ձեռքերը հականեխիչով մշակելիս անձեռոցիկ կամ սպունգ չի օգտագործվում: Մշակումը կատարվում է միայն ձեռքերը չորացնելուց հետո: Հագնում են մանրէազերծված խալաթ և պարտադիր մանրէազերծված ռետինե կամ սինթետիկ այլ նյութից պատրաստված ձեռնոցներ: Համաձայն Առողջապահության Համաշխարհային կազմակերպության ցուցումի, բոլոր գործողությունները, կապված կենսաբանական հեղուկների (արյուն, մեզ, թուք և այլն) շփման հետ, կատարվում են միայն ձեռնոցներով պահպանված ձեռքերով:

Վիրահատական դաշտը մշակվում է 2 փուլերով: Առաջին փուլում չոր եղանակով սափրում են վիրահատվող հատվածի մաշկը ծածկող մազերը, որից հետո օձառով լվանում վերջինս: Երկրորդ փուլում, որը կատարվում է վիրահատության ժամանակ, վիրահատական դաշտը կենտրոնից դեպի պերիֆերիա և մի քանի անգամ ավելի մեծ տարածությամբ քան վիրադաշտն է մշակվում է տվյալ բուժ. հաստատությունում օգտագործվող որևէ հականեխիչով (բետադին, քլորհեքսիդինի 0,5% լուծույթ, սեպտիցիդ և այլն), 2-3 անգամ մինչև դաշտի ծածկելը մանրէազերծ սպիտակեղենով, ևս մեկ անգամ կտրվածք կատարելուց առաջ, մեկ անգամ մաշկի կարերը դնելուց առաջ և մեկ անգամ մաշկը կարելուց հետո:

Ժամանակակից պայմաններում վիրահատական դաշտի մագնիսակայուն հեռացնելու համար օգտագործում են էլեկտրական սափրիչներ, դեպիլյատորներ, հատուկ քսուկներ, որոնք չեն վնասում մաշկը, իսկ վիրադաշտը մշակելու փոխարեն այն ծածկում են մանրէասպան հատկությամբ օժտված հատուկ կաշուն թաղանթով, որի միջով կատարվում է կտրվածքը և վիրահատական միջամտությունը:

Կարանյութեր

Վիրաբուժությունում օգտագործվող կարանյութը ըստ ծագման լինում է 1) բնական (կենսաբանական) հումքից պատրաստված (կետգուտ, մետաքս, վուշ, ձիու մազ), 2) արհեստական հումքից պատրաստված (կապրոն, լավսան, դակրոն, վիկրիլ, դեքսոն և այլն) և 3) մետաղից պատրաստված (չժանգոտվող պողպատ, տիտան, տանտալ, նիքրոմ և այլն): Ըստ իրենց կազմության թելերը բաժանվում են հետևյալ տեսակների՝

1. **մոնոֆիլամենտ թելեր** (կետգուտ, մաքսոն, էտիլոն, պրոլեն), որոնք ամուր են, էլաստիկ, չունեն «պատրոյգային» և «սղոցող» հատկություն, սակայն արտահայտված սահունության շնորհիվ նրանց հանգույցը հուսալի չէ, ուստի կապը դրվում է մի քանի (5-6) հանգույցով
2. պոլի կամ մուլտիֆիլամենտ թելեր (մետաքս, կապրոն, դեքսոն, վիկրիլ, սուրջիլոն), կազմված են բազմաթիվ իրար հետ հյուսված կամ ոլորված թելերից: Սրանք բարձր էլաստիկությամբ օժտված թելեր են, որոնց հանգույցը շատ ամուր է, սակայն նրանց բնորոշ են «պատրոյգային» և սղոցող հատկությունները, որոնք առաջացնում են հյուսվածքների վնասում և բորբոքում, հաճախ հանդիպում են նաև առանձին թելերի պատռում կամ իրարից բաժանում:
3. կոմբինացված թելեր (էտիբոնոլ, պերմահենոլ, պոլիգլակտիմով պատված վիկրիլ): Սրանք պոլիֆիլամենտ թելերն են արտաքինից պատված պոլիմերային թաղանթով: Այս թելերը զուրկ են վերը նշված թելերի թերություններից, սակայն նրանց ինքնարժեքը բավականին բարձր է:

Ըստ կենսաբանական քայքայման արագության թելերը բաժանվում են.

- 1) *ներծծվող թելեր* (կետգուտ, դեքսոն, վիկրիլ, մաքսոն), որոնք կարող են հյուսվածքներում ներծծվել 3-ից 200 օրվա ընթացքում և
- 2) *չներծծվող թելեր* (մետաքս, կապրոն, լավսան, դակրոն, սուպրամեդ), որոնք հյուսվածքներում կարող են պատիճավորվել և չներծծվել:

Կարանյութը ըստ հաստության (տրամագիծը միլիմետրերով) համարակալվում է հետևյալ ձևով: Համաձայն Եվրոպական ֆարմակոլոգիայի (EP) թելի մետրական չափսը համապատասխանում է նրա տրամագծի մինիմալ չափսի տասնապատիկին: Օգտագործվում է նաև Ամերիկյան ֆարմակոլոգիայի (USP) կողմից առաջարկված համարակալումը, որի դեպքում զրոների քանակի ավելացումը նշանակում է թելերի տրամագծի փոքրացում (տես աղյուսակ 1):

Կարանյութի դասակարգումը ըստ հաստության Աղյուսակ 1.

Պայմանական համարը ըստ USP	Մետրական չափը ըստ EP	Թելի տրամագիծը միլիմետրերով
6-0	0,7	0,07-0,099
5-0	1	0,10-0,149
4-0	1,5	0,15-0,199
3-0	2	0,20-0,249
2-0	3	0,30-0,339
0	3,5	0,35-0,399
1	4	0,40-0,499
2	5	0,50-0,599
3,4	6	0,60-0,699
5	7	0,70-0,799
6	8	0,80-0,899
7	9	0,90-0,999
8	10	1,00-1,099

Շամանակակից վիրաբուժությունում կենսաբանական հումքից պատրաստված թելերի կիրառությունը սահմանափակվում է և նրանք աստիճանաբար դուրս են մղվում օգտագործումից: Դա պայմանավորված է նրանով, որ հիշյալ կարանյութը, հանդիսանալով

օրգանիզմի համար օտար սպիտակուց, հյուսվածքներում առաջացնում է բորբոքային - ալերգիկ ռեակցիա, որը չի լինում արհեստական հումքից պատրաստված թելերի օգտագործման դեպքում, քանի որ նրանք օրգանիզմի համար որպես չեզոք նյութեր են հանդես գալիս:

Ներկա պայմաններում կարանյութը ասեղով կամ առանց նրա փաթեթավորվում է գործարանային պայմաններում և մանրէազերծվում ճառագայթային կամ գազային եղանակով: Գործարանային պայմաններում փաթեթավորված և մանրէազերծված թելերի պիտանելիության ժամկետը 5 տարի է: Թելերը միանվագ օգտագործման համար են:

Նախամանրէազերծումային մշակում

Մանրէազերծման էֆեկտիվությունը պայմանավորված է մանրէազերծման ենթարկվող օբյեկտի մաքրությունից: Անօրգանական և օրգանական բնույթի կեղտոտվածության առկայությունը (գործարանային յուղի արյան մակարդուկների, մեզի, թքի լորձի դեղանյութերի մնացորդներ) միկրոօրգանիզմների շուրջը առաջացնում են պաշտպանիչ թաղանթ, որը խիստ իջեցնում է ֆիզիկական և քիմիական մանրէազերծման էֆեկտիվությունը:

Վերը նշվածով է պայմանավորված նախամանրէազերծումային մշակման մեծ նշանակությունը: Տարբերում են վերջինիս երկու տեսակ

1. նախամանրէազերծումային մշակման ձեռքային եղանակ լվացող հեղուկում թրջելով,
2. նախամանրէազերծումային մշակման ձեռքային եղանակ եռացման կիրառմամբ:

Մետաղյա նոր վիրաբուժական գործիքները մաքրում են գործարանային յուղից: Գործիքները թրջում են 50-60 °C ջրում փափկեցնելու համար յուղը, ապա մաքուր անձեռոցիկով մաքրում են յուղը, որից հետո 15-20 րոպե թողնում են տաք, 1% լվացող հեղուկի մեջ: Նավթով, բենզինով կամ ացետոնով թրջված անձեռոցիկով մաքրում են գործիքները և 30 րոպե եռացնում են 2% սոդայի կամ 1% լվացող հեղուկի մեջ, որից հետո չորացնում և փայլեցնում են:

Օգտագործված վիրաբուժական գործիքների նախամանրէազերծումը կատարվում է հետևյալ կերպ՝ գործիքները բացված վիճակով

տեղադրվում են 50 °C տաքացրած ջրածնի պերօքսիդի և լվացող հեղուկի 1:1 հարաբերակցությամբ խառնուրդի մեջ 15 րոպե տևողությամբ, փակելով ամանը կափարիչով: Յուրաքանչյուր գործիքը 0,5-1 րոպե տևողությամբ մշակում են խոզանակով և թանգիֆե անձեռոցիկով: Լվացող հեղուկը պետք է շփվի գործիքների անցքերի, խոռոչների, խողովակների հետ: Հետո գործիքները 0,5-1 րոպե տևողությամբ լվանում են հոսող ջրի տակ և չորացնում:

Թարախով կամ ադիքային պարունակությամբ կեղտոտված գործիքները նախապես տեղադրում են որևէ մի հականեխիչ լուծույթով լցված էմալպատ ամանի մեջ, որից հետո խոզանակով նույն ամանի մեջ լվանում են, ապա հոսող ջրով լվանալուց հետ տեղավորում վերը նշված լվացող հեղուկի մեջ կատարելով նշված նախամանրեագերծումը:

Անաէրոբ վարակով աղտոտված գործիքները տեղավորում են 6% ջրածնի պերօքսիդի և 0,5% լվացող հեղուկի խառնուրդի մեջ 1 ժամ տևողությամբ, ապա նույն հեղուկում լվանում են խոզանակով և եռացնում 90 րոպե:

Ռետինե իրերը նախամանրեագերծելու համար դրանք տեղավորվում են 4% ջրածնի պերօքսիդով լցված ամանի մեջ 90 րոպե տևողությամբ, ապա լվացվում են տաք հոսող ջրով: Որից հետո ռետինե իրերը տեղադրվում են 50-60 °C տաքացրած 3% ջրածնի պերօքսիդի և 1% լվացող հեղուկի կամ 1% սոդայի և 1% անուշադրի 1:1 հարաբերությամբ խառնուրդների մեջ 2 ժամ տևողությամբ, ապա լվանում հոսող ջրով, 30 րոպե եռացնում թորած ջրում, կրկին լվանում և եռացնում 20 րոպե թորած ջրում, չորացնում և փաթաթում անձեռոցիկներով:

Նախամանրեագերծումային մշակումը կատարվում խալաթով, դիմակով և ռետինե ձեռնոցներով:

Լվացող հեղուկը թույլատրվում է օգտագործել 1 օրվա ընթացքում, ոչ ավելի քան 6 անգամ (մինչև հեղուկի վարդագույն գունավորում առաջանալը):

Ձեռքային մշակման ժամանակ լվացող հեղուկի խտությունը 0,5% է, իսկ մեքենայացված մշակման ժամանակ՝ 0,3%: Կոմպլեքս լվացող հեղուկը 0,5% ջրածնի պերօքսիդի և 0,5% լվացող միջոցի 1:1 հարաբերությամբ խառնուրդ է, որը օժտված է լվացման բարձր ակտիվությամբ, փափկեցնում է տարաբնույթ աղտոտվածությունը, չի

ագրում մետաղի, ապակու, ռետինի և պոլիմերային նյութերի որակի վրա, հեշտությամբ լվացվում է:

Նախամանրեագերծման որակը ստուգելու համար մշակման ենթարկված ողջ գործիքների 10%-ի վրա դրվում են հատուկ փորձեր՝ փորձեր օրթոտոլոլիինային, ամիդոպիրինային (արյան մնացորդները հայտնաբերելու համար), ֆենոլֆտալեինային (լվացող միջոցի հետքերը հայտնաբերելու համար) կամ ազոպիրամային: Ներկայումս կիրառվում է միայն ազոպիրամինային փորձը, քանի որ այն ունի վերսալ է և կարողանում է հայտնաբերել արյան, ժանգի, լվացող միջոցի, սպիտակուցային և ճարպային նյութերի հետքերը:

Նախամանրեագերծման որակը ստուգվում է սանիտարահամաճարակաբանական ծառայության կողմից, կենտրոնացված ստերիլիզացիոններում ամեն օր, բաժանմունքներում՝ շաբաթը 1 անգամ: Այն կազմակերպում, հսկում է բաժանմունքի ավագ բուժքույրը, իսկ ամիսը 1 անգամ այն ստուգվում է բուժհաստատության գլխավոր բուժքրոջ կողմից:

Ազոպիրամային փորձը դնելու համար պատրաստվում է վերջինիս լուծույթը: 100 գրամ ամիդոպիրինը և 1-1,5 գրամ ադաթթվական անիլինը իրար հետ խառնելուց հետո ծավալը հասցնում են 1 լիտրի ավելացնելով 96% էթիլ սպիրտ: Պատրաստված լուծույթը պահում են պինդ փակվող ամանում, մութ տեղում, 4°C ջերմաստիճանում (սառնարան) 2 ամիս կամ 20°C սենյակային ջերմաստիճանում 1 ամիս: Փորձը դրվում է հետևյալ կերպ՝ հավասար քանակությամբ խառնում են իրար քիչ քանակությամբ ազոպիրամի և 3% ջրածնի պերօքսիդի լուծույթները և ստացված լուծույթից մի քանի կաթիլ ավելացնում են ստուգման ենթարկվող առարկայի վրա և եթե լուծույթի գույնը չի փոխվում, ապա փորձը բացասական է, իսկ եթե լուծույթը գունավորվում է կապտամանուշակագույն գույնով, ապա առկա են արյան հետքեր, եթե դեղնաշագանակագույն ժանգ և եթե վարդագույն է, ապա առկա է, ապա կան լվացող միջոցի հետքեր:

Լուծույթի գունափոխումը պետք է տեղի ունենա մինչև 1 րոպեում, դրանից ուշ առաջացող գունափոխման դեպքում փորձի արդյունքը չի ընդունվում տաք գործիքների հետ այս փորձը դնել չի կարելի:

Ազոպիրամային լուծույթի պիտանելիությունը որոշելու համար լուծույթից մի քանի կաթիլ ավելացնում են արյան բծի վրա և եթե 1

րոպեի ընթացքում առաջանում է կապտա-մանուշակագույն գունավորում, ապա լուծույթը պիտանի է օգտագործման: Գունավորում չառաջանալու դեպքում լուծույթը օգտագործման ենթակա չէ:

Մանրէազերծման որակի ստուգումը

Մանրէազերծման կարևոր և պարտադիր պայմաններից մեկը մանրէազերծվող նյութի ճիշտ պաշտպանիչ փաթեթավորումն է: Փաթեթավորման կարևորագույն և որոշիչ դերը մանրէազերծումից հետո կեղտոտումից մանրէազերծված նյութի պաշտպանությունն է: Պաշտպանիչ փաթեթները բաժանվում են 1) բազմանվազ օգտագործման և 2) միանվազ օգտագործման: Բազմանվազ օգտագործման փաթեթների դասական օրինակ է մետաղյա բիքսը: Աշխատանքի ընթացքում այս տիպի փաթեթների օգտագործումը կապված է որոշակի ռիսկայնության հետ, քանի որ այնտեղից որևէ իր հանելիս մյուսների ստերիլությունը խախտվում է: Ուստի այդպիսի փաթեթավորմամբ մանրէազերծված իրերը անհրաժեշտ է օգտագործել միաժամանակ, իսկ փաթեթում մնացածները դիտարկվում են որպես ոչ ստերիլ:

Միանվազ օգտագործման փաթեթները ունեն բարձր հուսալիություն, էկոլոգիապես անվտանգ են: Առավել հաճախ օգտագործվում են Ստերիլ-դուալ և Ստերիլ-լոկ տիպի փաթեթներ, որոնք արտադրվում են 3M ֆիրմայի կողմից (ԱՄՆ) և համապատասխանում են եվրոպական EN 868 ստանդարտին: Մանրէազերծման ենթարկվող նյութը մանրէազերծվում է փաթեթավորված վիճակում, որը պաշտպանում է նրան հետագա աղտոտումից: Նյութի ստերիլությունը պահպանվում է մինչև փաթեթի բացելը: Գազային կամ ճառագայթային եղանակով մանրէազերծված փաթեթավորված նյութերի պահպանման ժամկետը մինչև 5 տարի է:

Մանրէազերծվող բոլոր նյութերի մանրէազերծման որակը ենթակա է պարտադիր ստուգման: Այն իրականացվում է

1. *Ուղղակի եղանակով*, որի շնորհիվ հնարավոր է անմիջականորեն տեղեկանալ մանրէազերծված նյութում հնարավոր միկրոօրգանիզմների և նրանց տեսակի կամ նրանց բացակայության մասին: Այս եղանակը կոչվում է նաև մանրէաբանական, որը ամենաճշգրիտն է: Մանրէաբանական լաբորատորիա է ուղարկվում մանրէազերծված նյութի մի փոքր կտոր կամ քսուկ, որոնք հատուկ

աննդային միջավայրում, հաստատուն ջերմաստիճանի պայմաններում (թերմոստատ) աճեցվում են 3-5 օրվա ընթացքում: Մանրէաբանական ստուգումը կատարվում է 7-10 օրը մեկ անգամ: Այս եղանակի միակ թերությունը երկարատև ժամկետներն են:

2. *Անուղղակի եղանակ*, որը իր հերթին լինում է՝

- *Ֆիզիկական կամ տեխնիկական (ջերմաչափ, մանոմետր),*
- *քիմիական կամ ջերմային, երբ օգտագործվող ստուգիչ նյութը* որոշակի ջերմաստիճանի պայմաններում հալվում կամ գունափոխվում է: Օգտագործվում են բենզոաթթու (հալման աստիճանը 120°C), ռեզորցին (119°C), անտիպիրին (180°C), միզաթթու (132°C), սաթաթթու (180°C) և այլն: Ստուգիչ նյութը ապակյա սրվակով տեղադրվում է բիքսի մեջ կամ ջերմախարկիչ պահարանում:

Ժամանակակից պայմաններում օգտագործվում են գործարանային արտադրության տարբեր տեսակի ինդիկատորներ, որոնք համապատասխան ջերմային ռեժիմում փոխում են իրենց գույնը կամ ֆիզիկական վիճակը:

ՀԱԿԱՆԵԽՈՒՄ

Հականեխումը (անտիսեպտիկա) բուժական միջոցառումների համալիր է, որի նպատակն է ոչնչացնել օրգանիզմ կամ վերքի մեջ ներթափանցած վարակը: Հականեխումը բաժանվում է մեխանիկական, ֆիզիկական, քիմիական և կենսաբանական տեսակների: Երկու և ավելի տեսակների կիրառումը կոչվում է խառը հականեխում:

Մեխանիկական հականեխում

1. Վերքերի հարդարում, որը կատարվում է փափուկ հյուսվածքների վնասվածքների, վիրակապությունների ժամանակ: Վերքից հեռացվում է արտադրությունը, արյան մակարդուկները, ազատ օտար մարմինները, մշակվում են վերքի եզրերը և դրվում է վիրակապ:
2. Վերքի վիրաբուժական մշակում: Պատահական վերքում վարակը սկսում է զարգանալ վիրավորումից 6-12 ժամ հետո, երբ ախտածին մանրէները սկսում են բազմանալ և ներթափանցել վնասված

հյուսվածքների մեջ վիրավորումից հետո առաջիկա 6- 12 ժամվա ընթացքում կատարված վիրաբուժական մշակումը կոչվում է վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակում, և որպես վիրահատություն իրականացվում է վիրաբույժի կողմից: Այն իրենից ներկայացնում է վերքի եզրերի, պատերի և հատակի բացահատում և բացազատում, երբ հեռացվում են ջնջված, աղտոտված և կենսունակությունը կորցրած հյուսվածքները, ազատ և սևեռված օտար մարմինները, կանգնեցվում է արյունահոսությունը, ապա հականեխիչներով մշակվելուց հետո կարվում է, անհրաժեշտության դեպքում, նաև դրենավորվում: Ժամանակակից վիրաբուժությունում, շնորհիվ հզոր հակաբիոտիկների և հականեխիչների կիրառման, վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակումը կարելի է կատարել մինչև 24 ժամ: Երբ ինֆեկցված վերքերը սկսում են լավանալ, և այնտեղ բորբոքային արտադրությունը դադարելուց հետո սկսում է հատիկավոր (գրանուլային) հյուսվածքի աճը, կատարվում է վերքի երկրորդային վիրաբուժական մշակում՝ հեռացվում են վերքի եզրերը, երբեմն նաև հատակը և արդեն թարմացված վերքը խուլ կարվում է: Այս միջամտությամբ կարճեցվում է վերքի լավացման ժամկետը, հետվիրահատական սպին լինում է նուրբ և ֆունկցիոնալ:

3. Թարախակույտերի, թարախային ներսփռանքի բացում և դրենավորումը, բորբոքային կամ այլ կենսաբանական հեղուկներով լցված խոռոչների պունկցիան և դատարկումը:

Ֆիզիկական հականեխում

1. Վերքերի վիրակապում թանգիֆե վիրակապական նյութերով.

Թանգիֆը (մառյա), ինչպես և բոլոր մաքուր բամբակյա գործվածքները օժտված է հիդրոսկոպիկ հատկությամբ, այսինքն կարողանում է իր մեջ ներծծել հեղուկը և չորացնել վերքը արտադրությունից, որն էլ իր հերթին աննպաստ պայմաններ է ստեղծում վարակի զարգացման համար:

2. Խոռոչների և վերքերի դրենավորումը դրենաժով.

Դրենաժները տարբեր տրամագծի խողովակներ, կիսախողովակներ և երիզներ են՝ պատրաստված պլաստիկից, ռետինից, թանգիֆից, ապակուց կամ մետաղից: Դրենաժի նպատակն է իր միջով հեռացնել

կենսաբանական հեղուկը օրգանիզմից: Ըստ աշխատանքի բնույթի դրենաժները լինում են՝

- պասիվ, երբ դրենաժով հեղուկը արտածվում է հաղորդակից անոթների օրենքի համաձայն կամ դրենաժի հիգրոսկոպիկ հատկության շնորհիվ,
 - ակտիվ, երբ դրենաժի խոռոչից դուրս ծայրը ամրացվում է սրվակի հետ, ուր նախապես վակուում է ստեղծվում (Ռեդոնի դրենաժային համակարգ),
 - հարկադրական, երբ դրենաժը միացվում է արտածող սարքի հետ:
Եթե դրենաժը օգտագործվում է խոռոչի կամ վերքի մեջ դեղամիջոց ներմուծելու համար, կոչվում է իրիգատոր:
3. Հիպերտոնիկ լուծույթների օգտագործումը (10% նատրիումի քլորիդ, 25% մագնեզիումի սուլֆատ), որոնք վերքում բարձրացնում են օսմոտիկ ճնշումը, որը և նպաստում է հեղուկի արտահոսքին:
 4. Սորբենտների օգտագործումը վերքում (պոլիֆեպան կարբոլոնգ), որոնք իրենց վրա են ադսորբցում միկրոօրգանիզմներին և տոքսիններին:
 5. Արևի ճառագայթների և տաք օդի կիրառումը, որոնց շնորհիվ մակերեսային այրվածքները կամ վերքերը չորանում են և ծածկվելով կեղևով լավանում են այդ ճանապարհով:
 6. Վերքերի ուլտրաձայնային կավիտացիան, որը կիրառվում է ինֆեկցված վերքերի բուժման համար: Ուլտրաձայնը օժտված է հզոր մանրէասպան հատկությամբ, լավացնում է վնասված հյուսվածքների արյան միկրոցիրկուլյացիան, նպաստում մեռուկացած հյուսվածքների հեռացմանը:
 7. Վերքերի լազերային ֆոտոթերապիա, երբ վիրամակերեսը մշակվում է կարճաֆոկուս լազերային ճառագայթով, որը ունի հզոր մանրէասպան, արյունականգ, հակաբորբոքիչ և մեռուկը լուծող հատկություններ:
 8. Ռենտգենաթերապիա, երբ ռենտգենային ճառագայթներով ազդում են խորանիստ հյուսվածքներում գտնվող բորբոքային օջախի վրա:
 9. Ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներով (կվարցային լամպ, կապույտ լույս) հյուսվածքների մշակումը: Այդ ճառագայթները նպաստում են բորբոքային ինֆիլտրատների, արյունազեղումների

ներծմանը, քանի որ օժտված են մանրէասպան, հակաբորբոքիչ, արյան միկրոցիրկուլյացիան խթանող հատկությամբ:

Քիմիական հականեխում

Բոլոր քիմիական հականեխիչները բաժանվում են 2 խմբի՝ ա) անօրգանական ծագման (հալոդիդներ, ծանր մետաղների աղեր, օքսիդիչներ) և բ) օրգանական ծագման (սպիրտեր, ներկեր, խեժեր և այլն):

1. **Հալոդիդներ** - յոդի 1%-ից 5% սպիրտային լուծույթը, յոդֆորմ, յոդինոլ, յոդոպիրոն, բետադին, քլորհեքսադին, քլորամին Բ 1% - 3% լուծույթները, քլորակիր, լյուգոլի լուծույթ,
2. **Ծանր մետաղների աղեր** - արծաթի նիտրատի 0,1% - 20% լուծույթը, պրոտարգոլ, կոլարգոլ, պոլինձի սուլֆատ, ցինկի սուլֆատ, ցինկի օքսիդ, կապարի պրեպարատներ,
3. **Օքսիդիչներ** - ջրածնի պերօքսիդի 3%-6% լուծույթը, կալիումի պերմանգնատի 0,1% - 5% լուծույթները, բորաթթվի 2% - 4% լուծույթները,
4. **Ալդեհիդներ** - ֆորմալին (ֆորմալդեհիդի 37 % լուծույթն է), լիզոֆորմ, հեքսամեթիլեն տետրամին (ուրոտրոպին), ցիմինալ, ցիմեգոլ, ցիդիպոլ,
5. **Բուսական ծագման հականեխիչներ**- քլորոֆիլիպատ, էկտերիցիդ, կալենդուլա,
6. **Խեժեր** - իխտիոլ, նավթային, Վիշնեվսկու քսուկ, պարաֆին, օզոկերիտ, ցիգերոլ, սուլսեն, վինիլին,
7. **Ղետերգենտներ**- ցերիգել, դեզմիցիդ, այատին, ռոկկալ, էթոնիում,
8. **Ներկեր**-, բրիլիանտ կանաչի 1%-2% լուծույթը, մեթիլեն կապույտի 0,02%-2% լուծույթը, էտակրիդին լակտար (ոլվանոլ),
9. **Թթուներ**- սալիցիլաթթու, բենզոաթթու, ազելաինաթթու, պիոցիդ,
10. **Հիմքեր** - անուշադր (նաշատիր), կալիումի հիդրոտարտարատ, նատրիումի տետրաբորատ,
11. **Սպիրտ** - էթիլ սպիրտ 96 %, որպես դաբաղիչ և 70%, որպես հականեխիչ լուծույթները,
12. **Նիտրոֆուրանի ածանցյալներ**- ֆուրացիլինի 1:5000 լուծույթը, ֆուրադոնին, ֆուրագոլիդոն, ֆուրագին, լիֆուգոլ,

13. **Խինթապահի ածանցյալներ** - դիօքսիդինի 0,1%-1% լուծույթը, խինթապահին, դիօքսիկոլ,
14. **Օճառներ** – պինդ և հեղուկ (շամպուն) օճառներ,
15. **Սուլֆանիլամիդներ** – ստրեպտոցիդ, նոքսուլֆազոլ, էտազոլ (կարճատև ազդեցության 4-6 ժամ), սուլֆադիմեզոլին, սուլֆազին (միջին ժամկետի ազդեցության 8-12 ժամ), սուլֆադիմետոքսին, սուլֆապիրիդազին (երկարատև ազդեցության 12-24 ժամ), սուլֆալեն (զերերկարատև ազդեցության ժամկետի 24-72 ժամ), կոտրիմոքսազոլ (բակտրիմ, բիսեպտոլ) կոմբինացված պրեպարատ է:

Կենսաբանական հականեխում

Կենսաբանական հականեխիչները բաժանվում են՝

I. Միկրոբանոցների վրա ուղղակի ազդող նյութեր

1. **Հակաբիոտիկներ**, որոնք ըստ ազդեցության ոլորտի բաժանվում են՝

- **գրամդրական միկրոբանոցների վրա ազդող** (պենիցիլին, ամպիցիլին, օքսացիլին),
- **գրամբացասական միկրոբանոցների վրա ազդող** (ստեպտոմիցին, պոլիմիքսին, կանամիցին),
- **լայն սպեկտրի ազդեցության** (տետրացիկլին, ցեֆազոլին, նոմիցետին):

Ժամանակակից բժշկությունում օգտագործման գերակշռող դերը պատկանում է լայն ազդեցության հակաբիոտիկներին:

Ըստ միկրոբանոցների վրա իրենց ազդեցության հակաբիոտիկները լինում են՝

- **բակտերիցիդ** (*ոչնչացնում են միկրոբանոցներին*),
- **բակտերիոստատիկ** (*կանգնեցնում են միկրոբանոցների աճը*):

Հակաբիոտիկի փոքր չափաբաժիններով և երկարատև օգտագործումը միկրոբների մոտ առաջացնում է անընկալունակություն (ռեզիստենտություն) տվյալ խմբի հակաբիոտիկների նկատմամբ: Ուստի հակաբիոտիկները նշանակվում են միայն բժշկի կողմից, օպտիմալ բուժական չափաբաժիններով, 7- 10 օրվա ընթացքում, բակտերիոլոգիական քննությամբ վարակի պատճառ հանդիսացող

միկրոբի տեսակը և հակաբիոտիկի նկատմամբ ընկալունակությունը որոշելուց հետո:

2. Պրոտեկտոսիկ ֆերմենտներ, որոնք լինում են՝

- **կենդանական ծագման** (*տրիպսին, խիմոտրիպսին, պանկրիպսին*)
- **բուսական ծագման** (*տերիլիտին, կարիպազին*):

Ֆերմենտները միկրոօրգանիզմներին չեն ոչնչացնում, սակայն լուծում են ֆիբրինը, մեռուկացած հյուսվածքները, նոսրացնում են թարախային արտադրությունը, որով և նպաստում են բորբոքված վերքերի, խոցերի, խուղակների մաքրմանը և լավացմանը:

3. Սպեցիֆիկ, պասիվ իմունիտետ առաջացնող դեղամիջոցներ, որոնք են շիճուկները (հակափայտացման, հակազանգրենոզ), գամմա-գլոբուլինները և բակտերիոֆագերը (հակաստաֆիլոկոկային և հակաստրեպտոկոկային), հակաստաֆիլոկոկային գերիմունային պլազման: Հիշյալ դեղամիջոցները օրգանիզմում առաջացնում են պասիվ իմունիտետ վարակ առաջացնող հարուցիչի նկատմամբ:

II. Միկրոօրգանիզմների վրա անուղղակի ազդեցության նյութեր և միջոցներ

1. Օրգանիզմի ոչ յուրահատուկ (սպեցիֆիկ) անընկալունակությունը բարձրացնող միջոցներ (կվարցային լամպերով ճառագայթում, վիտամինոթերապիա, արյան ուլտրամանուշակագույն և լազերային ճառագայթներով ճառագայթում), որոնք ակտիվացնում են ֆագոցիտոզը, լավացնում արյան ռեոլոգիական հատկությունը:
2. Օրգանիզմի ոչ յուրահատուկ իմունիտետը խթանող դեղամիջոցներ, ուրցագեղձից ստացվող դեղամիջոցներ (իմունոմոդուլյատորներ), որոնք են թիմալինը, վիլոզենը, լևամիզոլ իզոլը և այլն: Այս նյութերը կարգավորում են T և B լիմֆոցիտների հարաբերակցությունը: Ինտերֆերոնները և ինտերլեյկինները օժտված են իմունային համակարգը ուժեղ խթանող հատկությամբ:
3. Օրգանիզմի յուրահատուկ իմունիտետը խթանող դեղամիջոցներ, որոնք են անատոքսինները (փայտացման, ստաֆիլոկոկային): Նրանք օգտագործվում են օրգանիզմի ակտիվ սպեցիֆիկ իմունիտետը խթանելու համար:

Ժամանակակից բժշկագիտության կարևորագույն նվաճումներից է այնպիսի հզոր հականեխիչ միջոցի ստեղծումը, ինչպիսին է պլազմաֆերեզը և հեմոֆերեզը: Նրանց էությունը կայանում է արյան կամ

պլավմայի էքստրակտրպորալ մաքրումը հատուկ ադառբբցիոն – մանրէասպան հատկությամբ օժտված խեժերով պատված ֆիլտրներով: Այս եղանակը կիրառվում է հատկապես սեպսիսի կամ այլ տարածուն սուր և քրոնիկական վարակների դեպքում:

Գործնական վիրաբուժությունում ապանեխումը և հականեխումը հազվադեպ են առանձին կիրառվում: Հիմնականում նրանք կիրառվում են միասին, լրացնելով մեկը մյուսին:

ԳԼՈՒԽ II

ՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ

ԱՆԵՍԹԵԶԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ

Անեսթեզիոլոգիական ծառայության խնդիրները

1. Իրականացնել կոմպլեքս միջոցառումներ հիվանդների նախավիրահատական նախապատրաստման ուղղությամբ որոշել անեսթեզիոլոգիական ռիսկի գործոնները:
2. Ընտրել պրեմեդիկացիայի և անեսթեզիայի տեսակը:
3. Վարել ընդհանուր, տեղային անեսթեզիա՝ վիրաբուժական միջամտությունների, ախտորոշիչ, բուժական գործողությունների, ծննդաբերությունների ժամանակ:
4. Իրականացնել կոմպլեքս միջոցառումներ ուղղված կենսական կարևոր օրգանների և համակարգերի ֆունկցիաների պահպանման և վերականգնման ուղղությամբ, որոնք փոփոխվում են անեսթեզիայի, վիրահատության, վնասվածքի հետևանքով:
5. Պոլիկլինիկայում՝ վիրաբուժական և ատամնաբուժական ցավոտ, կարճատև միջոցառումների ժամանակ ապահովել անեսթեզիոլոգիական օգնություն:
6. Ապահովել բժշկական միջին, կրտսեր բուժանձնակազմի որակավորման բարձրացումը:

Անեսթեզիոլոգիական բաժանմունքի հագեցվածությունը

Բաժանմունքը պետք է ապահովված լինի.

1. Հատուկ տեղամասերով, որտեղ կկատարվի անեսթեզիոլոգիական օգնություն, գործիքների պահպանում և վարակազերծում, դեղորայքի, ինֆուզիոն-տրանսֆուզիոն լուծույթների, վիրակապական նյութերի, սպիտակեղենի պահպանում:
2. Սենյակներով՝ բաժանմունքի անձնակազմի համար:
3. Նարկոզ-շնչական, ախտորոշիչ սարքավորումներով (էլեկտրոսրտագրիչ, դեֆիբրիլյատոր, բրոնխոսկոպ, շարժական ռենտգեն):
4. Գործիքներով՝ ինտուբացիոն խողովակներ, օդատարներ, լարինգոսկոպներ, բրոնխոսկոպներ, զոնդեր, կաթետերներ, դիմակներ:
5. Դեղորայքներով՝ ընդհանուր և տեղային նարկոզը վարելու, ՎԻԹ իրականացնելու համար (հավելված 4):

Բուժքույր-անեսթեզիստը պարտավոր է.

1. Պատրաստել նարկոզ և շնչական ապարատը օգտագործման համար, հետևել նրանց աշխատունակությանը:
2. Կարողանա հիվանդին միացնել նարկոզ-շնչական, հսկիչ ախտորոշիչ սարքերը, պատրաստել ինֆուզիոն-տրանսֆուզիոն թերապիայի կաթիլային համակարգը:
3. Նախապատրաստել անեսթեզիային անհրաժեշտ դեղորայքների հավաքածուն, հաշվառել, նշել անեսթեզիստի թերթիկում ներածական նարկոզի ժամը (սկիզբը), ներմուծված դեղորայքը, դոզան 5-10 րոպեն մեկ: **Օգտագործված անեսթետիկները, ինֆուզիոն-տրանսֆուզիոն դեղորայքները և նարկոտիկները գրանցել համապատասխան հաշվառման գրանցման մատյաններում:**
4. Իրականացնել ընթացիկ հսկողություն Ջ/Ճ, ԿԵՃ, պուլսի, SpO₂, և/ե ներմուծվող լուծույթների նկատմամբ և գրանցել անեսթեզիստի թերթիկում:
5. Պահպանել ասեպտիկական և անտիսեպտիկական, սան-հիգենիկ ռեժիմը, իմանա և իրականացնի նարկոզ-շնչական ապարատի

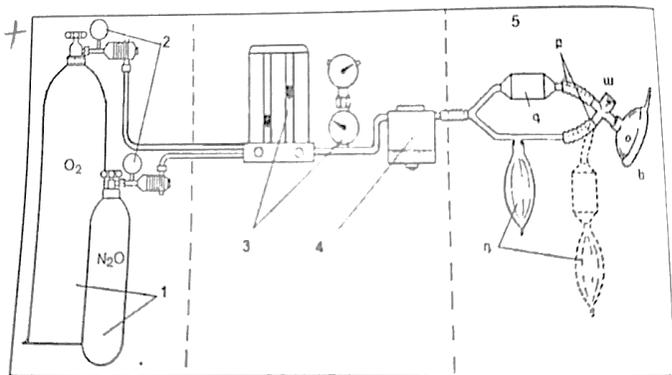
լարինգոսկոպների, ինտուբացիոն խողովակների վարակազերծումը, պահպանի անվտանգության տեխնիկան, սեղմված գազերի հետ աշխատելիս:

Նարկոզ-շնչական սարք և շնչական կոնտուր (համակարգ)

Նարկոզ-շնչական (ինհալացիոն) սարքը ճշգրիտ դոզավորված գոլորշացող անեսթետիկ նյութը թթվածնի հետ շնչական համակարգով հիվանդին հասցնող սարքն է: Չնայած սարքերի տարբեր կոնստրուկտորական առանձնահատկու- թյուններին, նարկոզի բոլոր ապարատները կազմված են հետևյալ բաղադրամասերից.

1. Բալոններ (նկ.1-1), որոնք լցված են տարբեր գազերով: Թթվածնով (O_2) լցված բալոնները կապույտ գույնի են, 2, 10 և 40 լիտր տարողությամբ, թթվածինը գտնվում է գազային վիճակում, 150 մթն. ճնշման տակ: Ազոտի ենթօքսիդով (N_2O) լցված բալոնները գորշ գույնի են, 1, 2 և 10 լիտր տարողությամբ, ազոտի ենթօքսիդը գտնվում է հեղուկ վիճակում, որի վրա կա գազային ազոտի ենթօքսիդի շերտ 51մթն. ճնշման տակ: Այդ ճնշումը մնում է անփոփոխ, քանի դեռ բալոնում կա հեղուկ ազոտի ենթօքսիդ:
2. Ռեդուկտորներ (նկ.1-2), որոնք նախատեսված են բալոններից նարկոզի ապարատին մատուցվող գազի ճնշումը իջեցնելու և որոշակի մակարդակի (3-4 մթն.) պահելու համար: Նրանք ունեն մանոմետր, որը ցույց է տալիս ճնշումը և ճնշման ավտոմատ կարգավորիչ:
3. Դոզիմետրեր (նկ.1-3), որոնցով անցնում են գազերը նախքան հիվանդի թոքերը մտնելը: Մրանք ցույց են տալիս հիվանդի թոքերը մտնող գազի լիտրերի քանակը: Սարքի ցուցիչն է հատուկ լողանք, որը կանգնելով որոշակի մակարդակի վրա, ցույց է տալիս տրվող նյութի քանակը լիտրերով՝ մեկ բուպեում: Հիվանդին տրվող գազի ծավալը կարգավորվում է հատուկ կարգավորիչով: Դոզիմետրերը միանում են գազերի խառնման խցին:
4. Գոլորշիչներ (նկ.1-4), սարքեր են որտեղ հեղուկ անեսթետիկները վերածվում են գազային վիճակի:

5. Շնչական համակարգ (կոնտուր) (նկ.1-5)-նախատեսվում է ապարատից անեսթետիկ նյութն ու թթվածինը հիվանդին մատուցելու և հեռացնելու համար: Շնչական համակարգի մեջ մտնում են.
- փականները (5-ա), որոնք կարգավորում են գազերի շարժման ուղղությունը (ուղղորդիչ փականներ) համակարգում բարձրացնում, պահպանում ճնշումը (պահպանիչ փականներ)
 - շնչական խողովակները (5-բ), որոնք լինում են ծալքավոր, ներշնչական և արտաշնչական
 - կլանիչը (ադսորբեր) (5-գ), որը նատրոնային կրով լցված սարք է, կլանում է արտաշնչված ածխաթթու գազը, տաքանում է, ինչն էլ անհրաժեշտություն է դարձնում կլանիչը պարբերաբար (ամիսը մեկ) թարմացնելու իսկ չլինելու դեպքում եղած նյութը չորացնել, մաղել և կրկին գործածել:
 - շնչական պարկը կամ օդահավաք փուփսը (5-դ), որը հնարավորություն է տալիս ձեռքերով իրականացնել թոքերի արհեստական օդափոխությունը, ստեղծել գազերի ընդհատվող հոսք
 - դիմակը և ներշնչափողային (ինտուբացիոն) խողովակը (5- ե), որոնք կախված հիվանդի տարիքից, լինում են տարբեր չափսերի
 - տարբեր միացնող տարրեր, (միացիչներ, եռաբաշխիկներ են), որոնք պատրաստված են պլաստմասսայից, մետաղից և այլ պոլիմերային նյութերից (նկ.1 և հավելված):



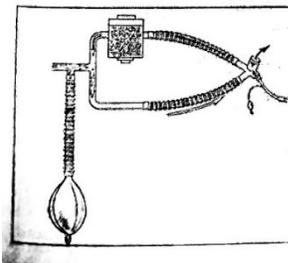
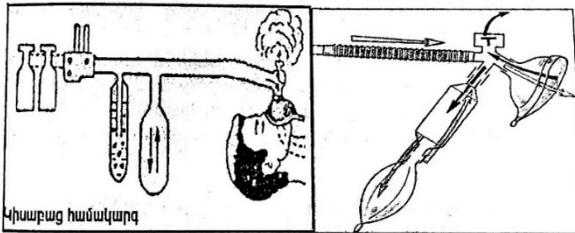
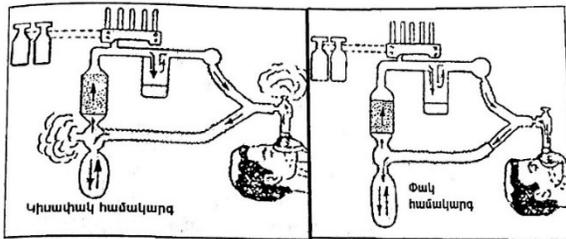
Նկ.1 Նարկոզ-շնչական սարքի բաղադրամասերը

Նարկոզ-շնչական սարքերով տրվող նարկոզը կարելի է իրագործել հետևյալ համակարգերից որևէ մեկով.

- **Կիսաբաց համակարգ** - հիվանդն անեսթետիկ նյութը և թթվածինը ներշնչում է ապարատից, արտաշնչում է դուրս՝ մթնոլորտ:

Համակարգի առավելությունը. անեսթետիկ նյութը հնարավոր է դոզավորել, հիվանդը ստանում է թթվածնով հարուստ խառնուրդ:

Համակարգի թերությունը. կեղտոտում է վիրասրահի օդը և պայթունավտանգ է: Կիսաբաց համակարգի դեպքում ներշնչած գազային խառնուրդը չի վերադառնում հետ՝ հիվանդի թոքերը, այլ արտաշնչում է մթնոլորտ և այդ պատճառով համակարգը կոչվում է չպտտվող կամ ոչ ռեվերսիվ:



Նկ.2 Շնչական համակարգեր

- **Կիսափակ համակարգ** - հիվանդն անեսթետիկ նյութը և թթվածինը ներշնչում է ապարատից, իսկ արտաշնչումը մասամբ կատարվում է մթնոլորտ, մասամբ ապարատի շնչական համակարգի մեջ՝ անցնելով ադսորբերով:

Համակարգի առավելությունը - անեսթետիկը ծախսվում է խնայողաբար, վիրասրահի օդը համեմատաբար քիչ է կեղտոտվում:

Համակարգի թերությունը. առկա է ածխաթթվի կուտակման վտանգ (մասամբ), ստեղծվում է դիմադրություն արտաշնչմանը:

- **Փակ համակարգ** - հիվանդի արտաշնչած օդն անեսթետիկի հետ միասին ամբողջությամբ վերադառնում է նարկոզ ապարատ, անցնում ածխաթթվի ադսորբերով և նորից վերադառնում հիվանդի շնչական ուղիները:

Համակարգի թերությունը . անեսթետիկի գերդոզավորման, ածխաթթու գազի կուտակման վտանգը, մեծ դիմադրողականություն՝ արտաշնչմանը:

Այս համակարգերի կիրառման դեպքում արտաշնչված գազային խառնուրդը մասամբ կամ ամբողջությամբ վերադառնում է թոքեր և այդ պատճառով համակարգերը կոչվում են պտտվող կամ ռևերսիվ: Նրանցում պարտադիր է ադսորբերի (կլանիչի) առկայությունը:

Անվտանգության տեխնիկան վիրասրահներում նարկոզ ապարատի հետ աշխատելիս

Չրկիզվող անեսթետիկների, սեղմված գազով բալոնների օգտագործումը կարող է հանգեցնել պայթյունի, երբ չի պահպանվում ապարատի հետ աշխատելիս անվտանգության տեխնիկան:

Չիրկիզվող ինհալյացիոն անեսթետիկներից են՝ ազոտի ենթօքսիդը, քլորոֆորմը, ֆտորոտանը, մեթօքսիֆլուտանը, տրիքլորէթիլենը:

Չրկիզվող անեսթետիկներից են՝ եթերը, ցիկլոպրոպանը, էթիլենը:

Պայթյունից խուսափելու համար բժիշկ - անեսթեզիոլոգը և բուժքույր-անեսթեզիստը պետք է ապահովեն հետևյալ անվտանգության կանոնները.

1. Խստիվ արգելվում է ընդհանուր անեսթեզիայի ժամանակ օգտագործել անսարք և բոցավառվող էլեկտրական սարքավորումներ:

2. Խստիվ արգելվում է վիրասրահի հատակին դնել էլեկտրոբաշխիչ վահանակներ: Դրանք պետք է լինեն հատակից 1.6մ վերև:
3. Բոլոր էլեկտրատաքացուցիչները, որոնք բաց զսպանակներով են պետք է հեռացվեն վիրասրահից:
4. Այն դեպքում, երբ պետք է կիրառվի էլեկտրոկազույատոր վիրահատության ընթացքում, հարկավոր է աշխատել չիրկիզվող անեսթետիկով:
5. Հարկավոր է անպայման հողակցել նարկոզ ապարատը:
6. Վիրասրահում հիվանդի և բուժ-անձնակազմի հագուստը պետք է լինի բամբակյա, իսկ կոշիկները՝ կաշվից: Բոլոր տեսակի մետաղական զարդերը պետք է հանել: Բուժանձնակազմի ստատիկ էլեկտրական լիցքը հեռացնելու համար հարկավոր է հպվել ցանկացած հողակցված մետաղական իրի (ջրատար ծորակ):
7. Վիրասրահում օդի խոնավությունը պետք է կազմի 60%-ից ոչ ցածր:
8. Սեղմված զազերով բալոնները պետք է բացել հատուկ բանալիներով, հարվածել բալոններին չի կարելի: Անսարքությունը վերացնելու համար պետք է դուրս բերել վիրասրահից:
9. Ապարատները, հիվանդը, բուժ-անձնակազմը չպետք ունենան ցանկացած տեսակի յուղերի (վազելինի) հետքեր:

Հիվանդի հոգեբանական, սոմատիկ նախապատրաստումը նարկոզին, պրեմեդիկացիան

Ընդհանուր անզգայացման (նարկոզի) նախապատրաստությունը կարող է տևել մի քանի րոպեից մինչև մի քանի օր, կախված նրանից, վիրահատությունը պլանային է, թե անհետաձգելի: Այն սկսվում է հիվանդի հետ ծանոթացմամբ, նրա օբյեկտիվ գնումով: Անհրաժեշտության դեպքում նշանակվում է րացուցիչ հետազոտություններ կամ դեղորայքային բուժում: Անեսթեզիոլոգի համար կարևոր է պարզաբանել հիվանդի.

- նախկինում կրած հիվանդությունների, վիրահատությունների, նարկոզի և դրանց բարդությունների առկայության մասին
- կիրառած դեղորայքների մասին (հորմոններ, ինսուլին, հիպոթենզիվ միջոցները, տրանկվիլիզատորներ, անտիդեպրեսանտներ, բարբիտուրատներ, հակամակարդիչներ և այլն)

- դեղորայքային ալերգիայի առկայությունը
- շնչական համակարգի ուղեկցող հիվանդությունների (բրոնխիալ ասթմա, խրոնիկ թոքաբորբ են) առկայությունը
- սիրտ- անոթային համակարգի ուղեկցող հիվանդությունների (առիթմիաներ, հիպերտոնիկ հիվանդություններ են) առկայությունը
- երիկամների և լյարդի հիվանդությունների առկայությունը
- վնասակար սովորությունները՝ ծխելը, ալկոհոլի չարաշահում, թմրամոլություն
- հղիության և դաշտանի առկայության փաստը վիրահատության ենթադրվող օրը

Հիվանդի հետազոտումը նարկոզից առաջ ներառում է օրգան-համակարգերի սովորական զննումը, կենսական կարևոր ֆունկցիաների գնահատումը, ինչպես նաև զննվում է.

1. պարանոցը, վերին և ստորին ծնոտները, լեզուն, ատամները
2. ակնաբբերի ձևը, չափը, լույսի նկատմամբ ունեցած ռեակցիան, եղջերենու ռեֆլեքսները
3. ԷՍԳ և արտաքին շնչառության հետազոտության տվյալները
4. հիվանդի տարիքը, հասակը, քաշը և ջերմաստիճանը

Վիրահատության նախօրյակին բուժքրոջ կողմից լրացվում է հիվանդի նախավիրահատական թերթիկը և ամրացվում հիվանդության պատմությանը, այն հարազատների կողմից վիրահատության համաձայնագրի ստորագրումից հետո ստորագրվում է բուժքրոջ կողմից: Այսպիսին է հիվանդի նախնական զննումը պլանային վիրահատությունից առաջ, որին հաջորդում է հիվանդի հոգեբանական, հիզենիկ նախապատրաստումը նարկոզին և պրեմեդիկացիան:

Հոգեբանական նախապատրաստում

Պրեմեդիկացիայից և հիզենիկ կախապատրաստումից առաջ, կարևոր նշանակություն ունի հիվանդի հոգեբանական նախապատրաստումը նարկոզին և կատարվելիք վիրահատությանը: Բուժքույրը պետք է կարողանա .

- հիվանդին տրամաբանված բացատրել նախապատրաստվող գործողությունների անհրաժեշտությունը

- հույս ներշնչել բարեհաջող ելքի համար, բերելով օրինակներ ապաքինված հիվանդներից
- թուլացնել հիվանդի սպասողական և լարված հոգեվիճակը
- իր բացատրությունը համընկեցնել բժշկի բացատրության հետ, որպեսզի հիվանդը չընկնի երկմտանքի, կասկածի մեջ, չկորցնի հավատը բուժանձնակազմի հանդեպ
- իր մաքուր, խնամված համազգեստով, զուսպ արտաքինով և բարեհամբույր ժպիտով դրականորեն ներգործել հիվանդի հոգեկան ոլորտի վրա:

Հիզենիկ նախապատրաստում

Վիրահատությունից առաջ բուժքրոջ հսկողությամբ իրականացվում է հիվանդի հիզենիկ նախապատրաստումը վիրահատությանը:

Վիրահատության նախօրեին

- թեթև ընթրիքից 3-4 ժամ անց, կատարվում է մաքրող հոգնա
- հիվանդը քնելուց առաջ լողանում է, փոխում սպիտակեղենը (անձնական և անկողնային)

Վիրահատության օրը

- չի նախաճաշում, մնում է քաղցած, ջուր չի խմում
- հանում է պրոթեզները, բերանի խոռոչը ողողում է թույլ ախտահանիչ լուծույթով
- մաքրում է շրթներկը, եղունգների ներկը
- հավաքում է մազերը գլխաշորի (միանվագ գործածման գլխածածկի) տակ
- դատարկում է միզապարկը վիրահատությունից 20-40 րոպե առաջ

Հիզենիկ նախապատրաստումն ավարտվում է վիրահատական դաշտից և շրջակայքից, ընդարձակ մակերեսով մազերի սափրումով, մշակելով մաշկը սպիրտով դրանից առաջ և հետո: Առավոտյան պրեմեդիկացիայից հետո, անվավոր պատզարակով, բուժքրոջ ուղեկցությամբ, հիվանդին տեղափոխում են վիրահատական բլոկ:

ԼԸԱՑՎՈՒՄ Է ԲՈՒԺՔՐՈՋ ԿՈՂՄԻՑ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒԹՅԱՆ

ՆԱԽՕՐՅԱԿԻՆ

ՀԻՎԱՆՂԻ ՆԱԽԱՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԹԵՐԹԻԿ

1. Հիվանդի անունը, ազգանունը _____
2. Տարիքը _____
3. Հասակը _____
4. Քաշը _____
5. Ախտորոշումը _____
6. Հետազոտության արդյունքները

Հեմոգլոբին _____ K' _____
Հեմատոկրիտ _____ Na' _____
Լեյկոցիտներ _____ Ca' _____
Թրոմբոցիտներ _____ Պրոթրոմբ. ինդեքս _____
Շաքար _____ Ընդի. բիլիռուբին _____
Ազոտ _____ Ազատ բիլիռուբին _____
Կրեատին _____ Կապ. բիլիռուբին _____
Միզանյութ _____ ALT _____
ԷԱԳ _____ AST _____
Զոնդավորում _____ ALP _____
ԷՆՈ-ՄԳ +/- _____ Ալբումին _____
Ռենտգեն _____ Արյան խումբ _____
Այլ հետազոտություն _____ Ռեզուս _____
Հասցե _____ Հեռ _____

7. Վիրահատության համաձայնագիր _____
8. Լրացման ամսաթիվ _____ Բուժքույր _____

Հիվանդի նախավիրահատական թերթիկի օրինակ Պրեմեդիկացիա

Պրեմեդիկացիան հիվանդի անմիջական դեղորայքային նախապատրաստումն է վիրահատությանը, որի նպատակն է հանգստացնել հիվանդին և կանխել նարկոզի բարդությունները: Այն

սկսվում է վիրահատության նախօրեին և շարունակվում է առավոտյան՝ վիրահատության օրը: Երեկոյան պրեմեդիկացիայի համար անեսթեզիոլոգը նշանակում է տրանկվիլիզատորներ (սեդուքսեն, էլենիում), ալերգիկ հիվանդներին լրացուցիչ նշանակում են հակահիստամինային միջոցներ (դիմեդրոլ, պիպոլֆեն), իսկ անհանգիստ և քունը խանգարված հիվանդներին վիրահատությունից 2-3 օր առաջ տրանկվիլիզատորների հետ նշանակում են նաև քնաբերներ (լյումինալ, բարբամիլ):

Նշանակված դեղաչափերը խիստ անհատական են ամեն հիվանդի համար: Դեղամիջոցները հիվանդին տրվում է վիրաբուժական բաժանմունքի հիվանդասենյակի բուժքրոջ կողմից: Այս փուլում քույրական գործը հետևյալն է. դեղորայքի ժամանակին բաշխումը, հիվանդի հարցերին ուշադիր լսելը և սպառիչ, մատչելի պատասխաններ տալը պրեմեդիկացիայի վերաբերյալ: Առավոտյան պրեմեդիկացիան բուժքույրը իրականացնում է վիրահատությունից 30-40 րոպե առաջ, օգտագործելով ատրոպին դիմեդրոլ և պրոմեդոլ՝ անեսթեզիոլոգի ցուցումների համապատասխան:

Ատրոպինի 0.1% լուծույթը 0.5-1 մլ չափով կիրառում են ենթամաշկային ձևով, որն ազդելով թափառող նյարդի վրա, պակասեցնում է թքագեղձերի և բրոնխիալ գեղձերի սեկրեցիան, լայնացնում բրոնխները, բայց միաժամանակ առաջացնում է տախիկարդիա, բերի լայնացում: Ատրոպինի փոխարեն կարելի է օգտագործել նաև մեթազին, որի ժամանակ սեկրեցիայի ընկճումն ավելի է արտահայտվում, իսկ տախիկարդիան՝ ավելի քիչ:

Դիմեդրոլի 1% լուծույթը 1-1.5մլ չափով կիրառում են միջմկանային ձևով, որը ցուցաբերում է հակահիստամինային և հանգստացնող ազդեցություն:

Պրոմեդոլի 2% լուծույթը 1-2մլ չափով կիրառում են միջմկանային կամ ներերակային ձևով, այն տալիս է ցավազրկող, հանգստացնող ազդեցություն:

Բուժքույրը միշտ պետք է հաշվի առնի.

- որ արդյունավետ է միայն ժամանակին կատարված պրեմեդիկացիան և դրանից հետո հիվանդը պետք է մնա պառկած,
- վիրահատարան տեղափոխվի պատգարակով, պառկած վիճակում, վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքրոջ հսկողությամբ:

Պրեմեդիկացիայի ժամանակ, բուժքրոջ կողմից ժամանակին կատարվող ներարկումներից, հիվանդին տրվող սպառիչ, մատչելի պատասխաններից բացի, կարևոր է ներարկումների ժամանակ հիվանդի վիճակին հետևելը, անսպասելի վատացման դեպքում բժշկին անհապաղ տեղյակ պահելը: Պրեմեդիկացիան համարվում է բավարար, եթե հիվանդը քնած է կամ գտնվում է հանգիստ վիճակում, զարկերակային ճնշումը սովորականից բարձր չէ, չկա տախիկարդիա, շնչառությունը խորն է և հանգիստ:

Քույր-անեսթեզիստն իր սեղանիկը նախապատրաստում է անհրաժեշտ դեղորայքով, ներարկիչներով, ինտուբացիոն խողովակներով, լարինգոսկոպով, տարբեր համարի լեզվակներով մինչև վիրահատությունը, կախված վիրահատության բնույթից:

Հիվանդի հսկողությունը անեսթեզիայի (նարկոզի) վարման ժամանակ

Անեսթեզիայի (նարկոզի) վարման ժամանակ անհրաժեշտ է հիվանդի ընդհանուր վիճակի մշտական հսկողությունը ոչ միայն բժիշկ-անեսթեզիոլոգի, այլև քույր-անեսթեզիստի կողմից: Վերջինս էլ վիրաբուժական միջամտության տարբեր փուլերի, հետազոտության բոլոր տվյալների, բուժումը անցկացնում է բժշկական հատուկ փաստաթղթում՝ նարկոզի թերթիկում:

Քույր-անեսթեզիստը նարկոզի թերթիկում մինչև նարկոզի սկսելը լրացնում է.

- հիվանդի անձնագրային տվյալները
- տարիքը, քաշը, հասակը (դեղորայքային հաշվարկի համար)
- հիվանդության ախտորոշումը
- նախապես որոշված արյան խումբը, ռեզուսը
- նարկոզ ապարատի կարգավորումն ու շնչական համակարգի (կոնտուրի) տեսակը:

Արդեն նարկոզի ընթացքում քույր-անեսթեզիստի կողմից հսկողությունը իրականացվում է հետևյալ ցուցանիշների նկատմամբ.

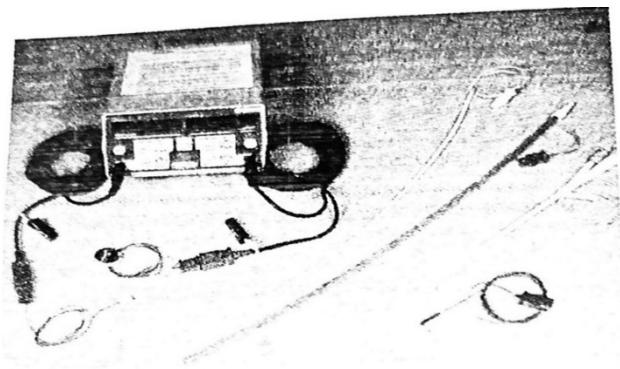
- հիվանդի արտաքին տեսքը, մաշկի գույնը, ջերմաստիճանը և խոնավությունը (հիպերեմիան, քրտնարտադրությունը վկայում են

հիպերկապնիայի մասին, կապտությունը՝ հիպօքսիայի, մարմնարագույն, սառը մաշկը՝ պերիֆերիկ սպազմի)

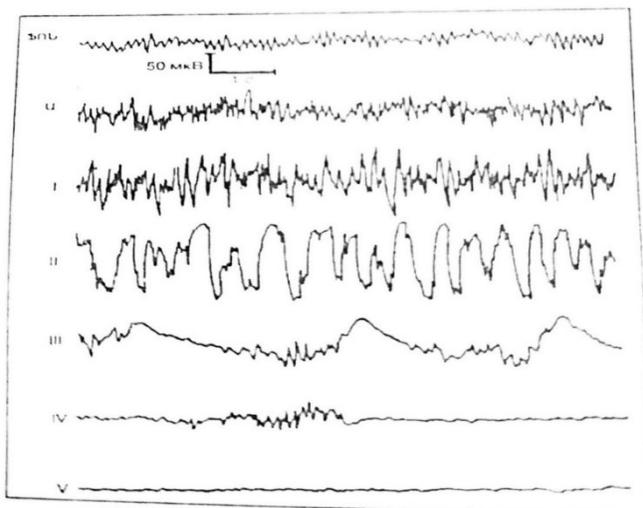
- բբերի չափն ու ձևը (լայնացած բբերը վկայում են անբավարար ցավազրկման, հիպօքսիայի զարգացման մասին, անիզոկորիան, այսինքն, անհավասարաչափ բբերը՝ ուղեղային արյան շրջանառության խանգարման մասին)
- սիրտ-անոթային համակարգի վիճակը, պուլսը, Զ/Ճ, ԿԵՃ, ԷՍԳ (անհրաժեշտ է մինչև վիրահատության և վիրահատության ընթացքի տվյալների համեմատում)
- շնչական համակարգի վիճակը, ինքնուրույն (սպոնտան) շնչառության ժամանակ նշում են շնչառության հաճախականությունը, ռիթմը, իսկ արհեստական շնչառության ժամանակ՝ շնչառության րոպեական ծավալը, ճնշումը ներշնչման և արտաշնչման ժամանակ, արյան գազային կազմը
- ԿՆՀ-ի վիճակը, վերոհիշյալ կլինիկական տվյալների և էլեկտրաուղեղագրի հիման վրա
- երիկամների ֆունկցիան ստուգվում է ամենժամյա դիուրեզով
- մարմնի ջերմությունը ստուգվում է ռեկտալ ջերմաչափով, այն կարող է իջնել վիրահատարանի սառնության, մեծ արյունահոսությունների, սրտի կանգի, վատ անոթայացման դեպքերում
- արյան կոռուսի մեծությունը, լաբորատոր տվյալները (Hb, Ht, արյան pH էլեկտրոլիտներ, SpO₂ կոագուլոգրամմա):

Այս ցուցանիշներից գատ, ներկայումս անոթայացման և ինտենսիվ թերապիայի ժամանակ հիվանդի անվտանգության ապահովման համար իրականացվում մոնիտորինգ: Անեսթեզիայում մոնիտորինգի է ենթարկվում հետևյալ 4 ցուցանիշները.

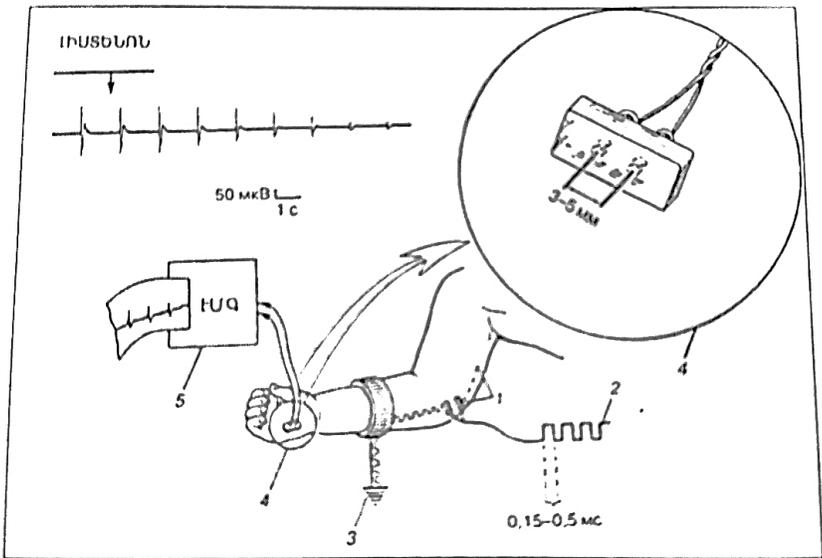
- **Օքսիգենացիան** պուլսօքսիմետրով, որի ժամանակ հատուկ տվիչն ամրացվում է հիվանդի մատին և SpO₂-ի ցուցանիշը, այսինքն, արյան թթվածնով հագեցվածությունը հսկվում է (**հավելված**):
- **Օդափոխությունը** (արյան մեջ ածխաթթու գազի պարունակությունը), որը որոշվում է կապնոգրաֆ կոչվող սարքով: Այդ սարքի տվիչը ամրացվում է շնչական կոնտուրին այնպես, որ արտաշնչվող օդի մեջ CO₂ -ի պարունակությունն ինֆրակարմիր ճառագայթման շնորհիվ գրանցվում է մոնիտորի էկրանին (**հավելված**):



Էլեկտրոթերմոմետրն իր տարբեր էլեկտրոդներով



ԷԷԳ - լիստենոնով նարկոզի սկիզբը



Էլեկտրոմիոգրաֆիա-սխեմա

- **Մարմնի ջերմաստիճանը**, որը որոշում են հատուկ էլեկտրոդներով, էլեկտրոթերմոմետրի միջոցով:

Բարդ վիրահատությունների ժամանակ կատարվում է նաև **էլեկտրոնցեֆալոգրաֆիա**, այսինքն դրանով հսկվում է ուղեղի բիոէլեկտրական ակտիվության փոփոխման դինամիկան:

- **էլեկտրոմիոգրաֆիա**, որն իրենից ներկայացնում է միջաձիգ զուլավոր մկանների էլեկտրական ակտիվության գրանցում հատուկ էլեկտրոդների միջոցով:

Քույր-անեսթեզիստը հիվանդի հետազոտության ցուցանիշներից բացի, նարկոզի թերթիկում գրի է առնում.

- ինհալացիոն նարկոզի կազմը, ներերակային անեսթետիկները
- միոռելաքսանտներն ու անալգետիկները
- ինֆուզիոն լուծույթները, փոխներարկվող արյունը
- այլ դեղամիջոցներ

Բոլոր տվյալների գրանցումը կատարվում է 5-10 րոպեն մեկ: Նարկոզի ընթացքից կախված այդ ժամանակահատվածը կարող է փոփոխել բժիշկ-անեսթեզիոլոգը: Քույր-անեսթեզիստը ցուցանիշները

պարտավոր է գրանցել նարկոզի ընթացքում և ոչ թե նարկոզից հետո՝ հիշողությամբ:

Նարկոզի թերթիկում նարկոզի ընթացքի գրաֆիկական պատկերումն այն դարձնում է ավելի պարզ և դյուրըմբռնելի: Նարկոզի ավարտից հետո քույր- անեսթեզիստը պետք է վերջացրած լինի նարկոզի թերթիկի լրացումը այն ներկայացնի ստորագրելու բժիշկ- անեսթեզիոլոգին:

Ընդհանուր անեսթեզիայի բարդությունները

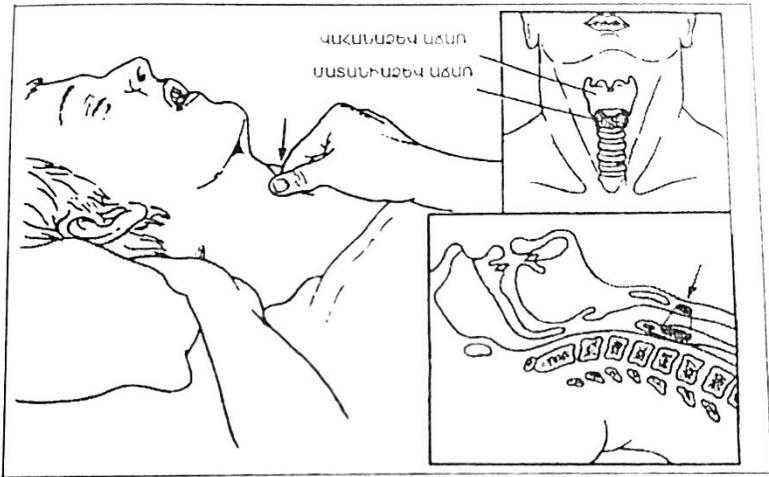
Ընդհանուր անեսթեզիայի բարդությունների պատճառները տարբեր են. վատ պրեմեդիկացիան, անեսթետիկի ոչ ճիշտ ընտրությունը և կիրառման կանոնների խախտումը, սպարատի անսարքությունն ու ոչ ճիշտ օգտագործումը, արյան կորստի ոչ ճիշտ լրացումը և այլն: Ուստի բարդությունների կանխարգելումը հանդիսանում է ցավազրկման անցկացման կանոնների խստիվ պահպանումը:

Քույր-անեսթեզիստի պրակտիկայում բարդություններն առավել հաճախակի հանդիպում են ցավազրկման հիմնական փուլերում՝ ներածական նարկոզի, նրա պահպանման, նարկոզից հանման շրջաններում:

Նարկոզի ներմուծման շրջանի բարդությունները

Փսիխումը – կարող է կապված լինել հոգեկան գրգռվածության, անալգետիկների, անեսթետիկների ազդեցությամբ, ամենից առաջ բայց այն առաջանում է «լիքը ստամոքսով» հիվանդների մոտ անհետաձգելի վիրահատությունների ժամանակ: Անհրաժեշտ է նարկոզից առաջ դատարկել ստամոքսը՝ այն զոնդավորելով և լվանալով սոդայաջրի թույլ լուծույթով, մինչև մաքրվելը: Հակափսխեցուցիչ ազդեցություն ունեն դրոպերիդոլը, ատրոպինը, որոնց ներմուծումը ցուցված է պրեմեդիկացիայի ժամանակ: Իսկ արդեն փսխման ժամանակ կատարվում է բերանի խոռոչի մաքրում ասպիրատորով, վիրահատական սեղանի գլխային մասի իջեցում, կիրառվում է Սելլիկի հնարքը, մատանիաձև կռճիկին սեղմելով և ճնշելով կերակրափողը, կանխվում է պարունակության թափանցումը կոկորդ և շնչափող, միաժամանակ մաքրվում և չորացվում է բերանն ու ընկալը:

Ռեզորպցիոսցիա-կարող է առաջանալ ներածական նարկոզի վերջում, երբ ընկճված են բոլոր պաշտպանական ռեֆլեքսները, իսկ ներշնչվող խառնուրդը մասնակիորեն անցնում է ստամոքս և առաջանում է առանց փսխման շարժումների, պասիվ ձևով ստամոքսի պարունակության թափանցումը բերան և կոկորդ, որը նախ կարող է ընթանալ առանց նշանների, հետո ավարտվել ասպիրացիայով: Կանխարգելիչ միջոցառումները չեն երաշխավորում ամբողջական արդյունք:



Սեւիկի հնարքը

Ասպիրացիան - հիվանդի կյանքին սպառնացող վտանգավոր բարդություններից է, երբ ստամոքսի պարունակությունն անցնում է բրոնխներ և թոքեր, որի կլինիկան նկարագրել է Ս. Մենդելսոնը, ուստի հաճախ կոչվում է Մենդելսոնի համախտանիշ, բնորոշ է դժվարացած շնչառություն, ցիանոզ, տախիկարդիա, գիտակցության կորուստ, թոքերի այտուց և կոլլապս: Կանխարգելումը պրեմեդիկացիա (ստրոպիին, դրոպերիդոլ), նարկոզի խնայողական ներմուծում, ցավազրկում ինտուբացիոն խողովակով, իսկ դիմակային նարկոզի ժամանակ անհրաժեշտ է իջեցնել վիրասեդանի գլխային մասը, կիրառել Սեւիկի

հնարքը, կատարել բերանի ըմպանի պարունակության արտաձուլում, ինտուբացիա և տրախեոբրոնխիալ ծառի սանացիա, նաև .

- ներմուծել բրոնխալայնիչներ, հորմոններ, անտիոբիոտիկներ, սիրտ-թոքային անբավարարության ժամանակ՝ ախտանիշային բուժում
- կատարել բրոնխոսկոպիա և բրոնխների լվացում բրոնխոսկոպի միջոցով: Ասպիրացիայի պատճառով հաճախ զարգանում է բրոնխոպնևմոնիա և արցես:

Հեմոդինամիկայի խանգարում-կարող է լինել ներածական նարկոզի ընթացքում՝ տախիկարդիա, առիթմիա, հիպոթենզիա, որն արդյունք է անթետիկների, անալգետիկների ազդեցության միոկարդի և պերիֆերիկ անոթների տոնուսի վրա, որը զարգանում է նաև հիպոքսիայի ճամանակ: Կիրառվում է ախտանշանային բուժում և օքսիգենոթերապիա:

Բարդություններ շնչափողի ինտուբացիայի ժամանակ-հաճախ զարգանում է կարճ, հաստ պարանոցով, դեմքի վնասումով, վերին և ստորին ծնոտների անոմալիաներով հիվանդների մոտ, երբ ինտուբացիայի կատարման ժամանակը երկարում է: Առաջացած հիպոքսիան և սրտի գործունեության խանգարումը կարելի է կանխել դիմակով թթվածին տալով, ռեալքսայի և անեսթեզիայի խորացումով: Լարինգո- և բրոնխոսպազմի զարգացումը, որոնք դրսևոկում են ներշնչման և արտաշնչման դժվարացումով, ցիանոզով, քրտնարտադրությամբ, շնչական աղմուկների վատ լսումով, արդյունք են կոպիտ ինտուբացիայի, հիպոքսիայի, Na-թիոպենտալի, տուբարինի կամ ուրիշ դեղանյութերի ալերգիկ ազդեցության: Ըստ անեսթեզիոլոգի ցուցման, սկսում են ճնշման տակ թթվածնի մատակարարում հիվանդին, ն/ե էուֆիլինի, պրեդնիզոլոնի, ատրոպինի ներմուծում: Ասիստոլայի ժամանակ կատարվում է սրտի անուղղակի մերսում, ֆերիլացիայի ժամանակ՝ դեֆիբրիլացիա:

Բարդություններ շնչափողի ինտուբացիայից հետո- ներշնչափողային խողովակի վտ ֆիքսացիայի հետևանքով այն կարող է դուրս գալ շնչափողից, ծավվել, հնարավոր է սեկրետով, արյան մակարդուկով լուսանցքի խցանում: Ինտուբացիոն խողովակի անցանելիության խանգարման նաշների դեպքում բոիժքույրը, տեղյակ պահելով բժշկն, նրա ցուցումով ստուգում է ինտուբացիոն խողովակի դիրքը բերանում, ըմպանում, իջեցնում է օդաբուշտը, սեկրետոր կաթետերով կատարում

ասանցիա, արդյունքի բացակայության դեպքում բժիշկը կատարում է էքստուբացիա և կրկնում ինտուբացիան:

Ալերգիկ ռեակցիաները- դրսևորվում են հիպերեմիայի, ցանավորման, հեմոդինամիկայի փոփոխություններով և լարինգոսպազմով, որոնք կարող են առաջանալ բարբիտուրաներից, ռելաքսանտներից, դոնորական արյունից: Բուժումը՝ հորմոնոթերապիա, բրոնխալայնիներ:

Նարկոզի պահպանման շրջանի բարդությունները

Հիպոքսիան, հիպերկապիան-զարգանում են արյան մակարդակներով, լորձով, օտար մարմնով շնչական ուղիների խցանման, նարկոզահյին ապարատի հերմետիկության խախտման, վիրահատական սեղանին հիվանդի հարկադիր դիրքի արդյունքում օդափոխության խանգարման և ներշնչվող խառնուրդում թթվածնի պարունակության պակասեցման հետևանքով: Կանխելու և բուժելու համար անհրաժեշտ է մանրակրկիտ հսկողություն նարկոզ-ապարատ-հիվանդ փոխհարաբերությանն արհեստական շնչառություն իրականացնելու պատակով:

Հեմոդինամիկայի խանգարումը հիպոթենզիա, առիթմիա, պերիֆերիկ անոթների սպազմ, կարող են կապված լինել ոչ միայն շնչառության խանգարման, այլև արյան կորստի չլրացման, անեսթետիկների ազդեցությամբ և փոխազդեցությամբ (ֆտորոտան, էտրան, նեյրոլեպտիկներ) թ.հ.հ և ջրա-աղային փոխանակության խանգարմամբ: Բուժումը՝ կախված խանգարման բնույթից:

Նարկոզից դուրս գալու բարդությունները

Չգիզված արթնացումը լինում է ուղեղի հիպոքսիա կրած հիվանդների մոտ, որին նպաստում են նաև մետաբոլիկ փոփոխություններն օրգանիզմում: Հիպոքսիան, հիպոտոնիան, մետաբոլիկ ացիդոզը բերում են ձգձգված արթնացման, որի ժամանակ կարող է լինել ցնցումներ, անիզոկորիա (անհավասարաչափ բբեր): Այդ դեպքում անհրաժեշտ է շարունակել արհեստական շնչառությունը և դեղորայքային բուժումը:

Ապնտ կամ ինքնուրույն շնչառության տևական վերականգնումը հաճախ ուղեկցվում է ձգձգված արթնացմամբ: Ապնտն լինում է շնչական կենտրոնի ընկճման, հիպերվենտիլյացիայի և արյան կազմում CO₂-ի պակասեցման, հիպօքսիայի, անալգետիկների և անեսթետիկների, միոռելաքսանտների գերդոզավորման, մետաբոլիկ ագիդոզի և հիպոկալեմիայի հետևանքով: Բուժումը՝ արհեստական շնչառության շարունակում, մետաբոլիկ խանգարումների կարգավորում, դիուրեզի խթանում, անալգետիկների, անտիդոտների ներմուծում:

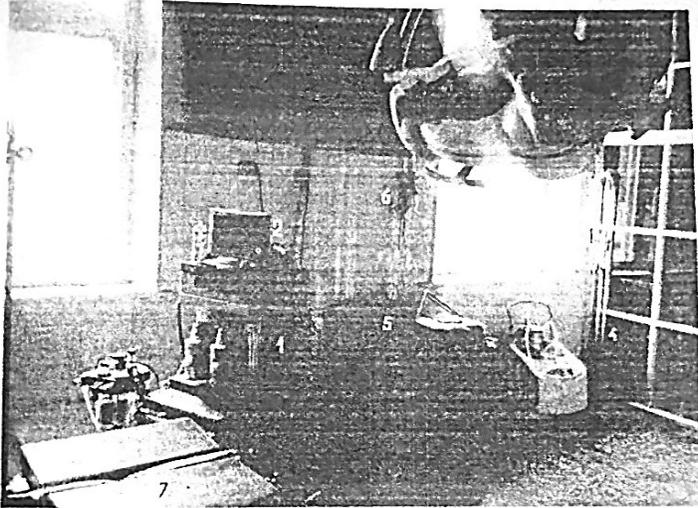
Դող և սարսուռը ավելի հաճախ լինում է ֆտորոտանային նարկոզից հետո, հնարավոր է նաև Ձ/Ճ բարձրացում, հայտնվում է ցիանոզ, հիպերգլիկեմիա: Հիվանդի տաքացումն էլեկտրական ներքնակով, ջեռակներով (վերնակի վերևից), Ձ/Ճ խիստ հսկողությամբ գանգլիոբլոկատորների ներմուծումը (0,5մգ/կգ) պենտամին, աստիճանական փոխադրումը ինքնուրույն շնչառության վերացում են այս բարդությունները:

Արթնացման շրջանում պարեսթեզիաները, մկանային թուլությունը, ցավերը վերջույթներում և նույնիսկ ժամանակավոր պարեզները վիրահատական սեդանին հիվանդի ոչ ճիշտ դիրքի հետևանքն է:

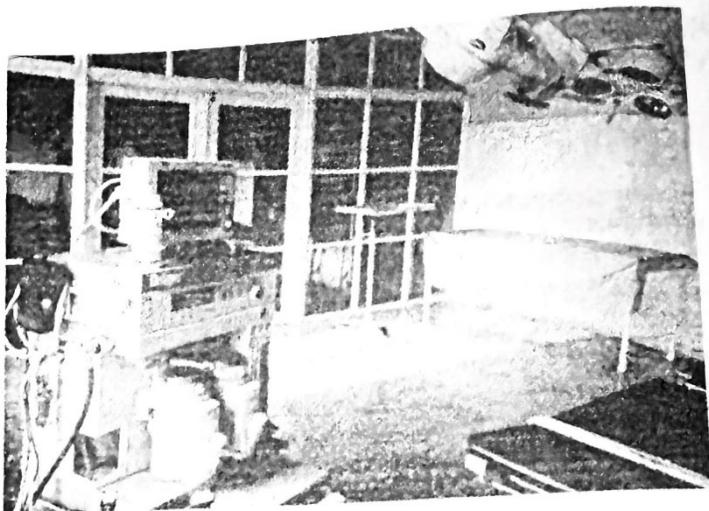
Արթնացումից հետո որոշ հիվանդներ գանգատվում են ձայնի խոպոտությունից, կոկորդի ցավից և երբեմն շնչառության դժվարացումից, որն առաջանում է, երբ ինչ-որ չափով վնասվում են ձայնալարերը: Տաք հիմնային լուծույթները, սուպրաստինի ներմուծումը անց են կացնում այդ երևույթները: Ավելի ծանր է ընթանում նրա ենթաձայքային շրջանի այտուցը, որը դրսևորվում է դժվարացած, աղմկոտ շնչառությամբ (կոչվում է «ստրիդորոզ» շնչառություն), վերանրակային փուերի ներքաշումներով, ձայնի խոպոտությամբ կամ բացակայությամբ, ցիանոզով, տախիկարդիայով: Հիվանդը տեղափոխվում է ՎԻԹ բաժանմունք, որտեղ կատարվում է պահպանողական բուժում.

- բարձր դիրք և խոնավ թթվածնով ինհալացիա, ն/ե պրեդնիզոլոնի կամ հիդրոկորտիզոնի ներմուծում 3-4 ժամը մեկ, սուպրաստինի կամ տավեգլիլի ներմուծում, սրտային դեղամիջոցներ՝ ըստ բժշկի ցուցման,
- պահպանողական բուժման անարդյունավետության, հիվանդի վիճակի վատացման դեպքում տեղադրվում է տրախեոստոմ և շարունակվում է բուժումը:

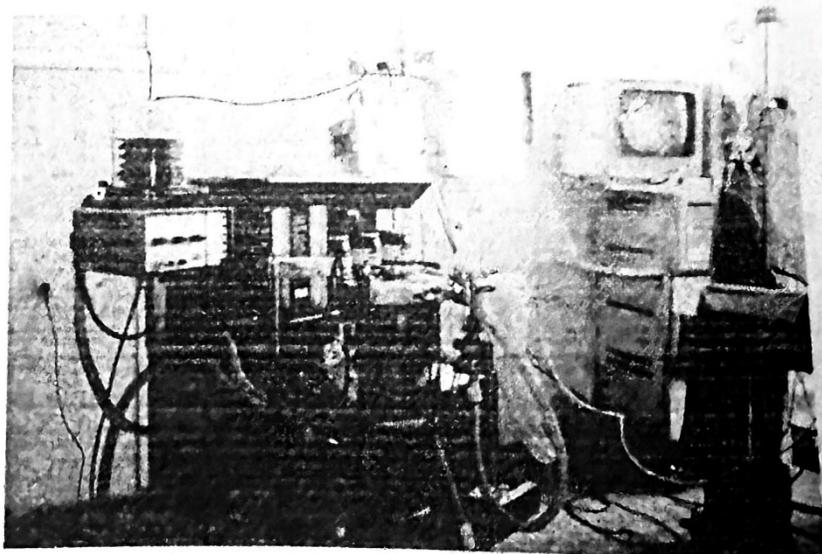
ՀԱԿԵԿԱՑ



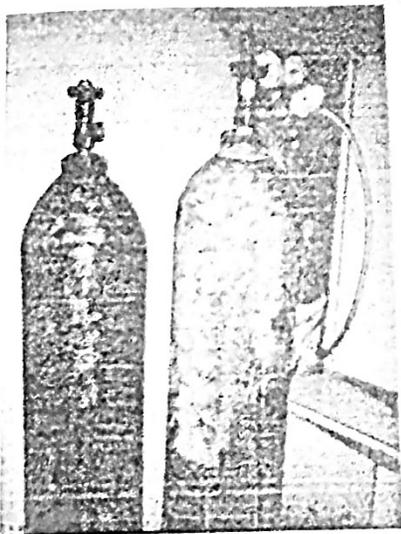
1. ն
1. Նարկոզ ապարատ, 2. կարդիոմոնիտոր, 3. ասպիրատոր,
4. շնչական կոնտուրներ, 5. օժանդակ մասեր,
6. օքսիգենոթերապիա, 7. վիրասեղան



Նարկոզ ապարատը վիրահատական սրահում



Ներգնունմային գործողություն նարկոզով և տեսահսկողությամբ

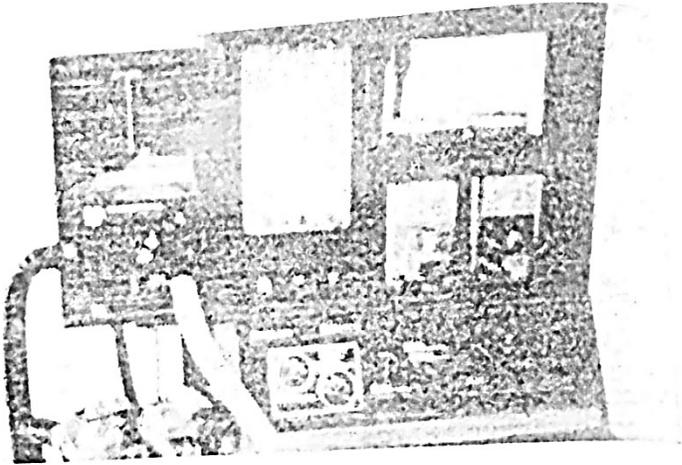


Թբվածնի

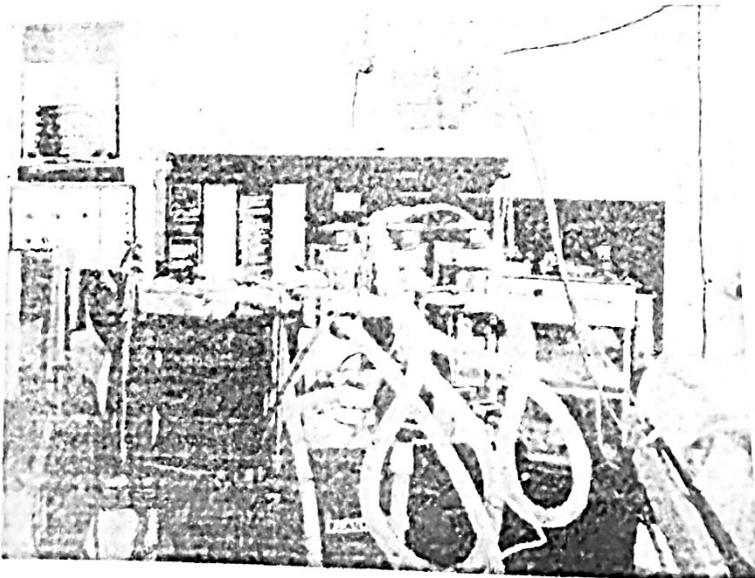
բալոններ



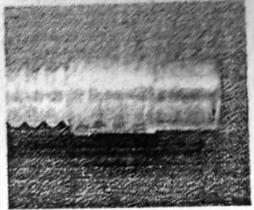
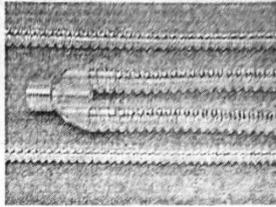
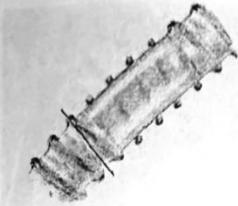
Ուեդուկտորներ



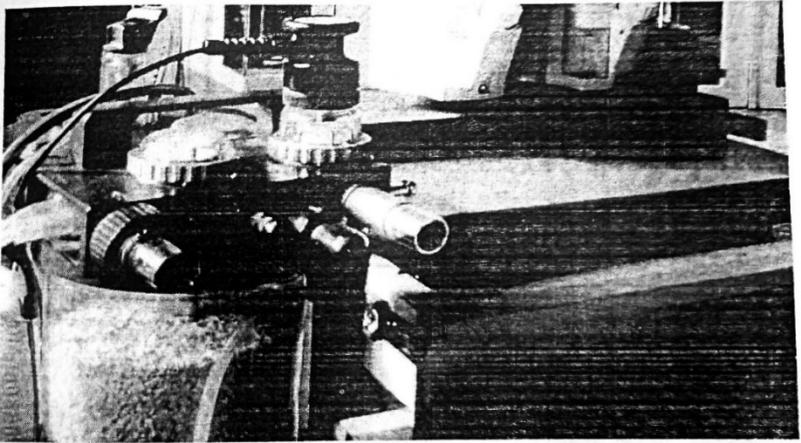
Նարկոգ ապարատի գոլորշիքն ու դոզիմետրերը



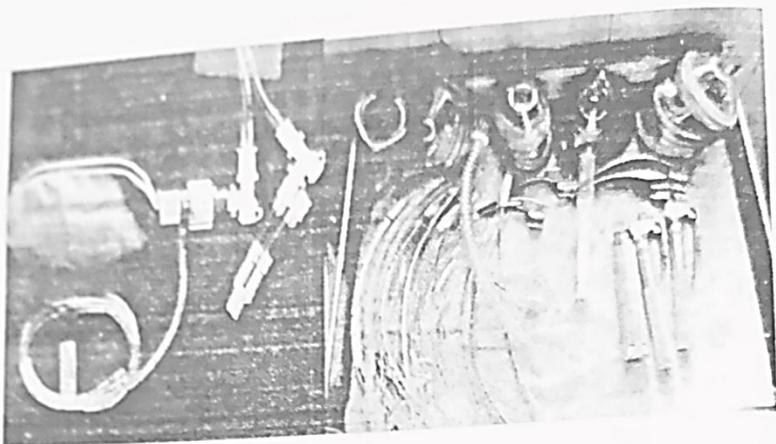
Նարկոգ ապարատի ողջ շնչակառն կոնցուրը աշխատանքի պահին



Շնչական խողովակներ



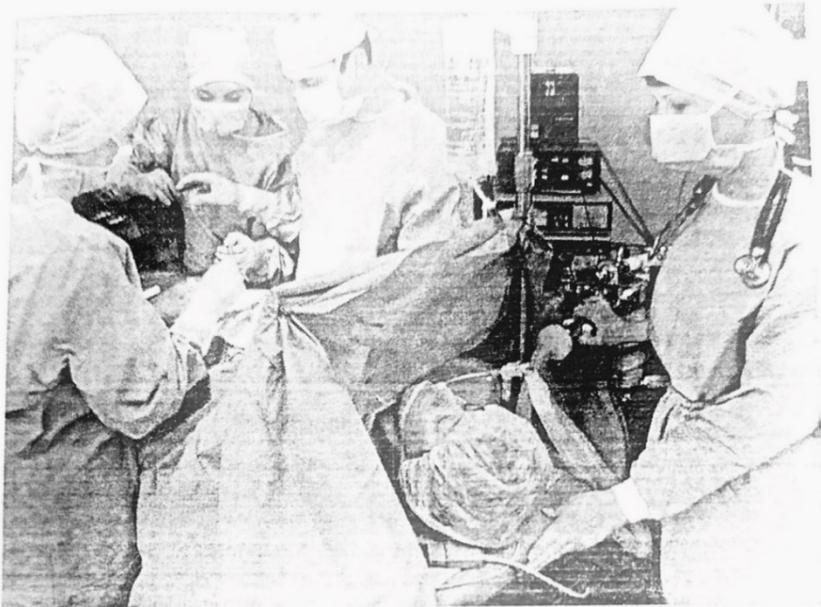
Աղսորբեր



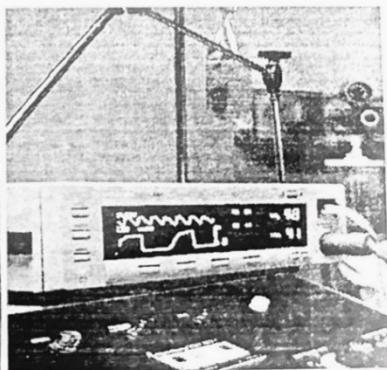
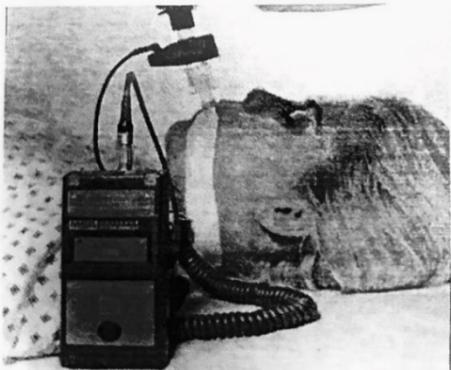
Շնչական փուքս, դիմակներ, ինտուբացիոն խողովակներ,
լարինգոսկոպներ



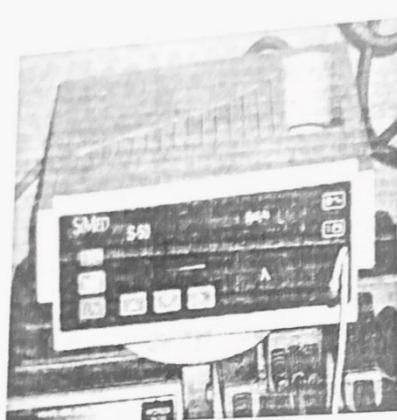
Դիմակային նարկոզ



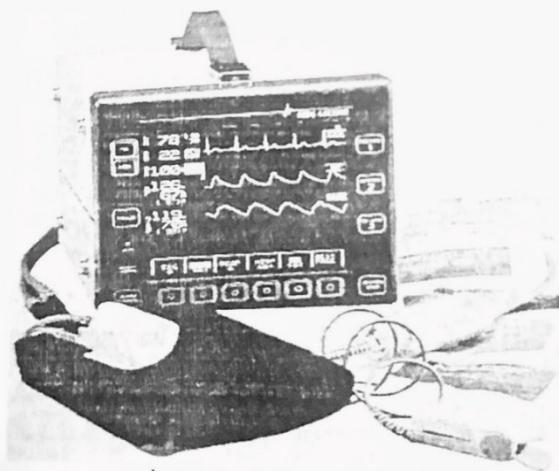
Էնդոտրախեսալ նարկոզ



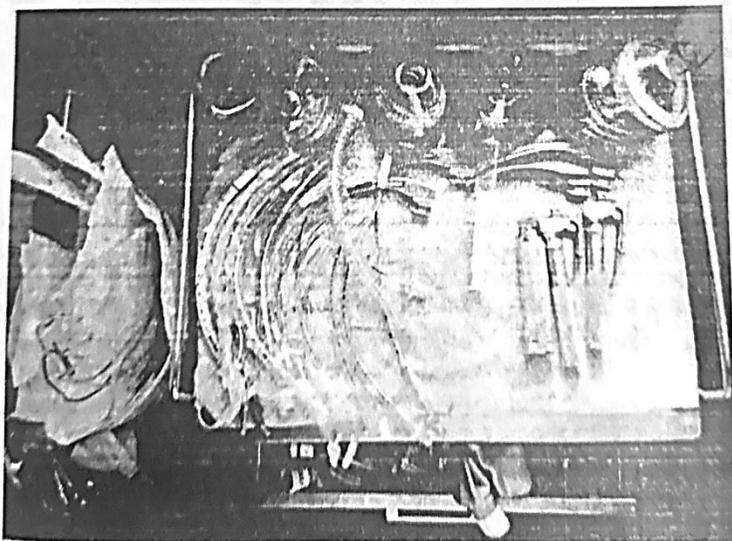
Կապնոգրաֆիա



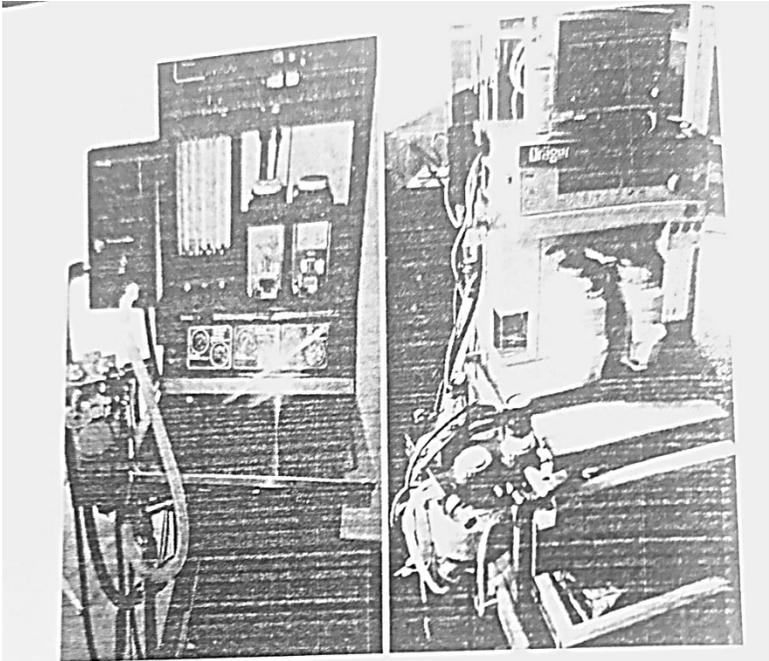
Պուլսօքսիմետրիկա



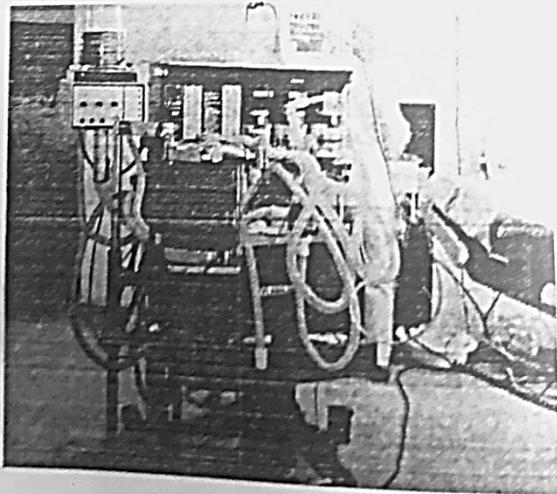
Կարդիոմոնիտորինգ



Քույր անստեղծիտի սեղանիկը և նարկոզ սարքի դարակները



Տարբեր ֆիրմաների նարկոզ-շնչական սարքեր



ԳԼՈՒԽ III
ՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ԳՈՐԾՆԵՐԱԾԱՅԻ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ
ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔՈՒՄ

Հիվանդի խնամքը բուժական գործընթացի կարևոր բաղադրիչն է: Քույրական գործընթացը բուժքրոջ գործունեությունն է խնամքը իրականացնելիս՝ գիտականորեն հիմնավորված և համակարգված ձևով:

Գիտականությունը ենթադրում է հիվանդի հետ շփման, հսկողության, միջամտությունների իրականացման գիտական (մարդակազմական, ֆիզիոլոգիական, բժշկագիտական, հոգեբանական) հիմնավորվածության, բուժքրոջ տեսական գիտելիքների անհրաժեշտ պաշար:

Համակարգվածությունը պահանջում է բուժքրոջ գործողությունների նպատակայնություն, փոխկապակցվածություն, հերթագայություն և շարունակականություն: Համակարգվածության սկզբունքը աշխատանքում մշտապես իրագործվում է քույրական գործընթացի փուլավորմամբ և յուրաքանչյուր փուլի պարտադիր գրանցումով:

Քույրական գործընթացի պահանջները առավել կարևոր նշանակություն են ստանում վիրաբուժական պրակտիկայում: Այստեղ խնամյալի (պացիենտ) պահանջների բավարարվածության աստիճանը և դրա հետ կապված խնդիրները կարող են փոփոխվել կարճատև ժամանակահատվածում: Այս հանգամանքը բուժքրոջից պահանջում է խնամյալի անընդմեջ հսկողություն, բարդ իրավիճակներում արագ կողոնորոշվելու, հիվանդի վիճակը ճիշտ գնահատելու հմտություն:

Մինչև վիրահատության սկիզբը խնամյալը գտնվում է առանձնահատուկ նյարդահոգեկան վիճակում (եմոցիոնալ լարվածություն, վախ, տագնապ, դեպրեսիա), որը բուժքրոջից պահանջում է հաղորդակցման հմտություններ և հոգեբանական տարրական գիտելիքներ:

Այս նկատառումները ոչ միայն շեշտադրում են քույրական գործընթացի ընդհանուր օրինաչափությունների և պահանջների պահպանման կարևորությունը, այլև նախանշում են քույրական

գործընթացի առանձնահատկությունները վիրաբուժական պրակտիկայում: Վերջիններս պայմանավորված են՝

1. վիրաբուժական հիվանդությունների առանձնահատկություններով,
2. վիրաբուժական հիվանդների բուժման օպերատիվ և վիրահատական եղանակներով,
3. վիրաբուժական բաժանմունքներում բուժկանխարգելիչ աշխատանքների կազմակերպման յուրահատկություններով: Քանի որ վիրաբուժական հիվանդի բուժման ընթացքը պայմանակաևորեն բաժանվում է նախավիրահատական և հետվիրահատական շրջանների (վիրահատական շրջանը քույրական գործընթացի տեսակետից չի դիտարկվում), ապա քույրական գործընթացը ևս նպատակահարմար է իրականացնել նախավիրահատական և հետվիրահատական շրջաններով:

Նախավիրահատական շրջանում քույրական գործընթացի իրականացումը սահմանափակվում է վիրահատության սկզբով: Այս ընթացքում բուժքույրը խնամյալին նախապատրաստում է վիրահատության, իր առջև դնելով և լուծելով այնպիսի խնդիրներ, որոնք ուղղված են վիրահատության հետ կապված ռիսկի նվազեցմանը և վիրահատության բուժական էֆեկտի մեծացմանը: Օրինակ, եթե խնամյալը հյուծված է (սնվելու պահանջի խանգարում), բուժքրոջ նպատակը պետք է լինի մինչև վիրահատության նշանակված օրը կարգավորել խնամյալի սնվածությունը, դրանով իսկ նպաստել ընդհանուր դիմադրողականության բարձրացմանը և վիրահատության բարենպաստ ելքին: Որոշ խնդիրներ բուժքույրը լուծում է կախյալ գործողությունների միջոցով, օրինակ, հիպերթերմիան՝ կատարելով բժշկի նշանակումները: Պետք է հաշվի առնել, որ որոշ պրոբլեմներ (օրինակ, ցավեր կապված ուռուցքի հետ, շարժման խանգարում՝ կապված հենաշարժական համակարգի ախտաբանության հետ) վերջնական լուծում կարող են ստանալ միայն վիրահատական միջամտությունից հետո: Այս դեպքում բուժքրոջ խնդիրը պետք է լինի հիվանդի ժամանակավոր աղապտացիան կամ պրոբլեմի թեթևացումը:

Հետվիրահատական շրջանում խնամյալի պրոբլեմները հիմնականում առնչվում են օրգանիզմի վերականգնմանը:

Վաղ հետվիրահատական շրջանում բուժքույրն առավելապես կենտրոնանում է խնամյալի մշտական հսկողության, կենսական կարևոր

ցուցանիշների պարբերական գրանցման վրա: Հիվանդի վիճակի ճիշտ գնահատումը հնարավորություն է տալիս ժամանակին հայտնաբերել հետվիրահատական բարդությունները և ձեռնարկել միջոցառումներ՝ վերջիններս կանխելու ուղղությամբ:

Ավելի ուշ շրջանում առաջին պլան են մղվում ադապտացիայի և ուսուցման խնդիրները: Բուժքրոջ նպատակները կարող են լինել ճիշտ շնչառությունը և հազի անվտանգությունն ապահովելը, մարմնի և առանձին մարմնամասերի ֆիզիոլոգիական և նպատակային դիրքերը անկողնում, շարժվելու և քայլելու ուսուցանումը (երբեմն հենակների օգնությամբ) և այլն: Եթե վիրահատության արդյունքում խնամյալը կորցրել է որևէ վերջույթ կամ մարմնամաս, ապա կարող է առաջանալ հոգեբանական վերականգնման (ռեաբիլիտացիայի) խնդիր:

Հարկ է նշել, որ առանձին մասնագիտացված վիրաբուժական բաժանմունքներում բուժքրոջ աշխատանքը կարող է ունենալ իր առանձնահատկությունները, որոնք, անշուշտ, իրենց հետքը կթողնեն քույրական գործընթացի վրա:

Նախավիրահատական գործընթաց

Վիրաբուժական բաժանմունքում աշխատող բուժքրոջ գործունեության մի զգալի մասը առնչվում է հիվանդին վիրահատությանը նախապատրաստելուն: Այն ժամանակահատվածը, որն ընկած է խնամյալի հիվանդանոց ընդունվելու պահից մինչև վիրահատության սկիզբը, կոչվում է նախավիրահատական շրջան: Այն ունի ախտորոշիչ և նախապատրաստական ուղղվածություն: Խնամյալին վիրահատության նախապատրաստելու միջոցառումներն իրենց մեջ կարող են ընդգրկել նաև բուժական՝ պահպանողական և վիրահատական միջամտություններ: Բուժող անձնակազմը այս ժամանակահատվածը պետք է լիարժեք օգտագործի, նախ, խնամյալի հիմնական և ուղեկցող հիվանդություններն ախտորոշելու, այնուհետև, նրան, ֆիզիկապես և հոգեպես, վիրահատության նախապատրաստելու համար: Պետք է հիշել, նախավիրահատականտական շրջանի պահանջների ճշգրիտ և լիարժեք իրականացումը նվազեցնում է վիրահատության հետ կապված ռիսկը և հնարավորություն է տալիս

խնամյալին ավելի արագ դուրս գալ, այսպես կոչված, վիրահատական ստրեսից:

Նախավիրահատական շրջանում բուժքրոջ նպատակասլաց և համակարգված գործունեությունը, ինչպես բժշկի հետ համագործակցված, այնպես էլ անկախ ձևով, անվանում են նախավիրահատական քույրական գործընթաց: Վերջինիս ուղղվածությունը, շեշտադրումները, ժամանակային բնութագրերը, օպերատիվությունը կախված են վիրահատության բնույթից, դրա շտապ կամ ոչ շտապ լինելու աստիճանից: Բոլոր վիրահատությունները կարելի է դասակարգել այսպես. Պլանային, շտապ և անհետաձգելի վիրահատություններ:

Պլանային վիրահատության նախավիրահատական քույրական գործընթացը պետք է իրականացվի ամբողջ ծավալով:

Խնամյալի հետ առաջնային շփման և հաղորդակցման ժամանակ կարևոր է բժշկական դեռնությունների իմացությունը և կիրառումը: Բուժքրոջ բացատրությունները որևէ միջամտության վերաբերյալ չպետք է ներառեն այնպիսի հանգամանակից մանրամասնություններ, որոնք կապված են վիրաբույժի բուն գործունեության հետ: Անհրաժեշտ է մշտապես հիշել, որ այս շրջանում խնամյալը գտնվում է հատուկ հուզական վիճակում: Մեկի մոտ այն արտահայտվում է տագնապով և հոգեշարժական անհանգստությամբ, մյուսի մոտ՝ դեպրեսիայով և արգելակվածությամբ, իսկ երրորդի մոտ՝ ապատիայով և աուտիզմով (մեկուսանալու ցանկություն): Չի կարելի բոլոր դեպքերի համար մշակել նույնանման վարվելակերպ: Յուրաքանչյուր հիվանդ կարիք ունի առանձնահատուկ մոտեցման: Պետք է հաշվի առնել հիվանդի անձի առանձնահատկությունները, կրթությունը, ինտելեկտը, կրոնական համոզմունքները և այլն: Եթե խնամյալը տրամադրված չէ զրույցի, այն պետք է սահմանափակել անհրաժեշտ տվյալների հավաքումով: Ամեն դեպքում նա պետք զգա, որ բուժքույրը մտահոգված է խնամյալի առողջությամբ և մարդկայնորեն շահագրգռված է հիվանդի լիարժեք ապաքինմամբ:

Խնամյալին վիրահատությանը հոգեբանորեն նախապատրաստելու խնդիրը ավելի է կարևորվում հատկապես շտապ և անհետաձգելի վիրահատությունների կարճատև նախավիրահատական շրջանում: Այս դեպքում նա շփոթված է՝ անակնկալ վրա հասած ծայրահեղ

հրավիճակով և, ըստ էության, ընտրություն չունենալու (վիրահատել, թե՞ ոչ) հանգամանքով: Ի տարբերություն պլանային վիրահատվող հիվանդի, այս դեպքում խնամյալը բացարձակապես անպատրաստ է վիրահատական միջամտությանը: Բացառված չեն հոգեկան սահմանային խանգարումները: Նման դեպքերում բուժանձնակազմի անդամների յուրաքանչյուր խոսքը, պահվածքի յուրաքանչյուր տարրը սուր կերպով է ընկալվում և կարող է ունենալ ինչպես հանգստացնող, հավասարակշռող, այնպես էլ բացասական ազդեցություն: Անհրաժեշտ է հիվանդի շուրջը ստեղծել այնպիսի հոգեբանական մթնոլորտ, որը նրան հնարավորություն կտա համոզվելու բուժանձնակազմի արհեստավարժության և հոգատարության մեջ: Երբեմն հիվանդը հիգիենիկ առումով կարող է լինել անպատրաստ (ներքնաշորերը, մաշկը): Բուժքույրը այս հարցը պետք է կարգավորի նրբանկատորեն, առանց կոշտ դիտողությունների:

Բուժքույրը, խնամյալին ընդունելով, հիվանդանոցի ընդունարանից ուղեկցում է վիրաբուժական բաժանմունքի համապատասխան հիվանդասենյակ, որտեղ նախօրոք պետք է պատրաստված լինի անկողինը:

Նենց առաջին հանդիպումից բուժքույրը կարող է որոշ եզրակացություններ անել խնամյալի ֆիզիոլոգիական պահանջների բավարարվածության աստիճանի մասին: Օրինակ, եթե բժշկի ցուցումով հիվանդը բաժանմունք է տեղափոխվում նստասայլով կամ անվապատգարակով, ապա ակնհայտ է, որ նա ունի շարժման պահանջի խանգարում:

Պետք է նկատի ունենալ, որ որևէ ֆիզիոլոգիական պահանջի բավարարման խանգարումը կարող է պայմանավորված լինել ինչպես վիրահատական բուժման ենթակա հիվանդությամբ, այնպես էլ այլ հիվանդություններով և պատճառներով: Օրինակ, շագանակագեղձի ադենոմայի կապակցությամբ հոսպիտալացված հիվանդի արտաթորության պահանջի խանգարումը պայմանավորված է շագանակագեղձի ուռուցքով, պիլորոստենոզ ունեցող խնամյալի սնվելու պահանջը խանգարված է ատամոքսաէլքի նեղացման պատճառով: Ե՛վ առաջին հիվանդը, և՛ երկրորդը, ինչպես նաև բուժանձնակազմը հուսով են, որ վերը նշված խանգարումները վերջնականապես կկարգավորվեն վիրահատության շնորհիվ: Մակայն այս խանգարումներով

պայմանավորված պրոբլեմները կարիք ունեն ժամանակավոր և մասնակի լուծման, քանի որ խնամյալը կամ չի կարող գոյատևել տվյալ պրոբլեմի առկայությամբ (առանց մեզի հեռացման) կամ էլ պրոբլեմը լուրջ խոչընդոտ է վիրահատության համար (օր. հյուծվածությունը): Քույրական գործընթացի նպատակները տվյալ հիվանդների վերաբերյալ կարելի է ձևակերպել այսպես. խնամյալը կմիզի միզապարկի կաթետերի միջոցով, կունենա անհրաժեշտ գիտելիքներ՝ կաթետերով հիվանդի վարվելակերպի մասին, կհասկանա անձնական հիգիենայի պահպանման և հիվանդասենյակի օդափոխման անհրաժեշտությունը, չի ունենա սննդի ընդունման հետ կապված վախ, կյուրացնի կոտորակային սնուցման ռեժիմը, չի գանգատվի թուլությունից, չի ունենա գլխապտույտ և այլն: Նպատակներին հասնելու ժամկետը որոշելիս հաշվի են առնվում մի շարք հանգամանքներ, որոնց թվում առավել էական են վիրահատության նշանակված օրը, բուժքրոջ փորձը, խորհրդակցությունը աշխատանքային ընկերների հետ, բժշկի նշանակումները և այլն:

Խնամյալը կարող է ունենալ այնպիսի պրոբլեմներ, որոնք, ճիշտ է, կապված չեն հիմնական հիվանդության հետ, սակայն չլուծվելու դեպքում կտրուկ կբարձրացնեն վիրահատության հետ կապված ռիսկը՝ զգալիորեն ազդելով վիրահատության բարեհաջող ելքի վրա: Վերը բերված օրինակների համար այդպիսի պրոբլեմներ կարող են լինել մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը, հևոցը և շնչառության խանգարումը (թոքաբորբ), զարկերակային ճնշման բարձրացումը կամ իջեցումը նորմայից, մաշկաբորբը և այլն: Այս խնդիրները ևս արտացոլվում են քույրական գործընթացի նպատակներում, և արդյունքի մասին տեղյակ է պահվում վիրաբույժին:

Ինչպես արդեն նշել էինք, վիրաբուժական բաժանմունքի բուժքույրը խնամյալին նաև նախապատրաստում է վիրահատության՝ անկախ այն հանգամանքից, թե վերջինս ֆիզիոլոգիական պահանջների բավարարման խանգարում ունի, թե ոչ: Օրինակ՝ լիպոմայի (ճարպային ուռուցք) կապակցությամբ վիրահատության նախապատրաստվող խնամյալի ֆիզիոլոգիական պահանջները խաթարված չեն, նա կարող է ունենալ պոտենցիալ կամ հոգեբանական բնույթի խնդիրներ ունենալ կարելի է ասել ռեմիսիայի մեջ գտնվող խոցային հիվանդի մասին, որը պատրաստվում է ստամոքսի մասնահատման: Սակայն այս

հիվանդներն ունեն վիրահատությանը նախապատրաստվելու գիտելիքների պակաս: Այս դեպքում քույրական գործընթացի նպատակները կարելի է ձևակերպել այսպես, խնամյալը պետք է ունենա անհրաժեշտ գիտելիքներ վիրահատությանը նախապատրաստվելու մասին, խնամյալը վիրահատության նախորդ օրը երեկոյան ժամը 6-7-ի սահմաններում պետք է ընդունի թեթև ընթրիք, որից հետո, նույն երեկոյան, խնամյալին, ըստ նշանակման, պետք է կատարվի մաքրող հոգնա, մաշկը՝ վիրահատական դաշտի շրջանում պետք է լինի սափրված և հիգիենիկ մշակված, խնամյալը չպետք է ունենա վախ կամ տագնապ՝ կապված վիրահատության հետ:

Պլանի իրականացումը կատարվում է բացատրական աշխատանքներով, հիշեցնելով և հսկելով:

Առավոտյան՝ վիրահատությունից առաջ, երբեմն իրականացվում է, այսպես կոչված, պրեմեդիկացիա: Խնամյալին նախօրոք ներարկում են դեղորայքներ, որոնք օժտված են սեդատիվ (հանգստացնող), անկսիտիտիկ (վախը հանող) և ցավազրկող հատկությամբ, օրինակ՝ սեդոքսեն, ամֆնազին, դրոպերիդոլ և այլն:

Բուժքույրը կազմակերպում և մասնակցում է հիվանդի՝ հիվանդասենյակից վիրահատարան տեղափոխմանը:

Վիրահատական գործընթաց

Ի տարբերություն նախավիրահատական և հետվիրահատական փուլերի, վիրահատությունը կարճատև է, միանվագ, օպերատիվ և արմատական:

Վիրահատության բարեհաջող ընթացքի և իրականացման համար, վիրաբույժի հետ միասին, լիարժեք պատասխանատվություն է կրում վիրահատարանի բուժքույրը:

Վիրահատարանի բուժքույրը աշխատանքային վերապատրաստում անցած բուժքույր է, որը նախապատրաստում է

վիրահատարանը, վիրաբուժական գործիքները, վիրակապական նյութերը վիրահատության համար և անմիջականորեն մասնակցում է վիրահատության ընթացքին:

Վիրահատարանի բուժքրոջ գործունեությունը ևս նպատակահարմար է փուլավորել՝

- ընդհանուր նախապատրաստման փուլ,
- անմիջական նախապատրաստման փուլ,
- վիրահատության փուլ,
- հետավարտական փուլ:

Ընդհանուր նախապատրաստման փուլը վերաբերում է վիրահատական բլոկի կարգուկանոնի և աշխատանքի հարթ ընթացքին, ինչպես նաև ապանեխման և հականեխման աշխատանքների անհրաժեշտ մակարդակի ապահովմանը, դրանով իսկ՝ ներհիվանդանոցային վարակի կանխարգելմանը: Այդ նպատակին են ծառայում վիրահատական բլոկի գոտիավորումը և յուրաքանչյուր գոտուն ներկայացվող պահանջների խստիվ պահպանումը: Բուժքույրը

- ղեկավարում և հետևում է վիրահատարանի մակերեսների (պատերի, սարքավորումների, գույքի) մաքրմանը և ախտահանմանը,
- կազմակերպում և անձամբ մասնակցում է վիրաբուժական գործիքների, վիրակապական նյութերի, վիրահատական սպիտակեղենի և վիրահատական արտահագուստի մանրէազերծմանը և մանրէազերծման որակի ստուգմանը,
- պատրաստում է վիրահատական մեծ սեղանը՝ վիրաբուժական գործիքներով և անհրաժեշտ նյութերով:

Անմիջական նախապատրաստման փուլն սկսվում է, երբ վիրաբույժը հրահանգում է բուժքրոջը նախապատրաստվել վիրահատությունն սկսելուն: Բուժքույրը կատարում է ձեռքերի վիրաբուժական մշակում, հազնում է մանրէազերծ արտահագուստ և դիմակ: Նա հատուկ կանոններով և մշակված տեխնիկայով մանրէազերծ ձեռնոցներ, արտահագուստ և դիմակ է հազցնում նաև վիրաբույժին: Անհրաժեշտ գործիքները և նյութերը վիրաբուժական մեծ սեղանից տեղափոխում է շարժական փոքր սեղանին և մոտենում վիրասեղանին՝ իր գործիքների սեղանով կանգնելով կամ վերջինիս ոտնամասում, կամ հիվանդի կողքին՝ վիրաբույժի դիմաց:

Վիրահատության փուլում բուժքրոջ պարտականությունն է ժամանակին և ճիշտ ձևով վիրաբույժին մատակարարել գործիքներ, վիրակապական նյութեր, կարաթելեր: Այս գործողությունները սահուն և արագ կատարելու համար վիրահատարանի բուժքույրը պետք է լավ պատկերացնի կատարվող վիրահատությունը և նրա փուլերը, ինչպես

նան ունենա վիրահատարանի բուժքրոջն անհրաժեշտ հմտություններ և ունակություններ:

Հետվիրահատական փուլը սկսվում է վիրահատության ավարտից անմիջապես հետո: Գործածված գործիքները դրվում են ախտահանող լուծույթի մեջ, վիրակապական նյութերը վարակազերծվում են կամ ոչնչացվում:

Վիրահատարանի սանիտարուհին կատարում է վերջնական մաքրում (վիրահատության ընթացքում՝ ընթացիկ մաքրում): Վիրահատարանը բերվում է նախկին՝ նոր վիրահատությանը պատրաստ, վիճակին:

Հետվիրահատական գործընթաց

Հետվիրահատական շրջանը սկսվում է վիրահատությունից անմիջապես հետո և տևում է մինչև խնամյալի աշխատունակության վերականգնումը: Հետվիրահատական գործընթացի նպատակներն են.

- բարդությունների կանխումը և բուժումը,
 - վերականգնման պրոցեսների ակտիվացումը,
 - աշխատունակության վերականգնումը:
- Այս շրջանը նպատակահարմար է բաժանել 3 ենթաշրջանների.
- վաղ,
 - ուշ,
 - հեռավոր (կոչվում է նաև վերականգնման շրջան):

Վաղ հետվիրահատական շրջանը տևում է 3-5 օր, և հաճախ խնամյալն այդ շրջանում գտնվում է ինտենսիվ բուժման բաժանմունքում կամ հետվիրահատական հիվանդասենյակում: Ուշ շրջանը տևում է 2-3 շաբաթ. խնամյալն այդ ընթացքում գտնվում է ընդհանուր հիվանդասենյակում կամ, վիճակից կախված, կարող է մնալ հետվիրահատական սենյակում: Հեռավոր վիրահատական շրջանը սկսվում է սովորաբար 3-րդ շաբաթից հետո և տևում է մոտավորապես 3 ամիս: Այս շրջանում հիվանդը գտնվում է տանը, պոլիկլինիկայի վիրաբուժական կաբինետի և վիրաբույժի հսկողության ներքո:

Հետվիրահատական շրջանում գտնվող հիվանդի խնամքը բարդ և պատասխանատու աշխատանք է, պահանջում է համակողմանի մոտեցում:

Որպեսզի բուժքույրը կարողանա ճիշտ կազմակերպել հետվիրահատական քույրական գործընթացը, նա պետք է լավ ծանոթ լինի վիրահատության, նարկոզի, երկարատև պառկած դիրքի հետ կապված հնարավոր բարդություններին, դրանց դրսևորման սկզբնական նշաններին և կանխարգելման հիմնական սկզբունքներին: Հնարավոր բարդությունները քույրական հսկողության թերթիկում պետք է արտացոլվեն պոտենցիալ պրոբլեմների տեսքով, և բուժքրոջ նպատակն է իր գործունեությամբ ժամանակին կանխել դրանց զարգացումը:

Վաղ հետվիրահատական շրջանի բարդություններից են շնչառության և սրտի աշխատանքի խանգարումը (ընդհուպ մինչև դադար), շնչափողի կամ կոկորդի այտուցը, թոքային զարկերակի թրոմբոզը, երիկամային և լյարդային անբավարարությունը, կարերի անբավարարությունը և դրանով պայմանավորված բարդությունները՝ արյունահոսություն, պերիտոնիտ և այլն:

Սրանից ելնելով, վաղ հետվիրահատական շրջանում հիվանդի խնամքի ամենաեական բաղկացուցիչը պետք է համարել խնամայալի օրգան-համակարգերի ֆունկցիոնալ ինտենսիվ հսկողությունը:

Այն իրականացվում է ինտենսիվ բուժման բաժանմունքում ախտորոշիչ սարքերի՝ մոնիտորների օգնությամբ: Այս սարքերը սիրտ-անոթային համակարգերի աշխատանքի վերաբերյալ տալիս են լուսային և ձայնային ինֆորմացիա: Բուժքույրը ինտենսիվ հսկողության թերթիկում պարբերաբար նշում և գրաֆիկորեն պատկերում է խնամայալի օրգան-համակարգերի ֆունկցիոնալ վիճակի ցուցանիշները՝ ջերմաստիճանը, զարկերակային ճնշումը, շնչառության հաճախությունը, օրվա դիուրեզը (մեզի քանակը) և այլն:

Կարևոր է նաև հսկողության սահմանումը հիվանդի ցավերի նկատմամբ: Բուժքույրը ցավերի մեղմացման կարող է հասնել հիվանդին անկողնում ճիշտ դիրք տալու միջոցով: Օրինակ, որովայնահատումից հետո, առաջին ժամերին հիվանդին պառկեցնում են մեջքի վրա՝ գլուխը բարձր, ոտքերը թեթևակի ծալած: Այն հնարավորություն է տալիս թուլացնել որովայնամզի լարվածությունը:

Հետվիրահատական շրջանի ընդհանուր խնդիրներն են .

1. Օրգանիզմի դիմադրողականության բարձրացումը,
2. Հետվիրահատական բարդությունների կանխարգելումը և բուժումը:

Հետվիրահատական շրջանը հիվանդը պետք է անցկացնի ակտիվ, հնարավորին չափ շուտ քայլի, կատարի շնչառական վարժություններ, ընդունի լիարժեք սնունդ (հյութեր, բուլյոն, կարագ և այլն): Այդ միջոցառումները բարձրացնում են նյարդային համակարգի տոնուսը, ստեղծում լավ տրամադրություն, կանխում կանգային երևույթները թոքերում, լավացնում արյան շրջանառությունը:

Տարբերում ենք հետվիրահատական շրջանի նորմալ ընթացք, երբ չկան խանգարումներ օրգան համակարգերի կողմից և բարդացում, երբ օրգանիզմի ռեակցիան վիրահատական տրավմայի (վնասվածքի) նկատմամբ զգալի արտահայտված է և զարգանում են բարդություններ (թոքաբորբ, թրոմբոզ, էմբոլիա, անեմիա, աղիների պարզե, վերքի թարախակալում և այլն):

Ածխաջրածային փոխանակության խանգարումը վիրահատությունից հետո, որն արտահայտվում է հիպերգլիկեմիայով ու գլյուկոզուրիայով, նկատվում է հիվանդների 80%-ի մոտ: Հիպերգլիկեմիան շարունակվում է 2-5 օր, որից հետո շաքարի քանակությունը իջնում և հասնում է նորմալ թվերի:

Հետվիրահատական ացիդոզի զարգացման գործում էական դեր է խաղում ոչ միայն վիրահատական տրավման, այլ նաև հիվանդի վիճակը, նախավիրահատական բուժման բնույթը: Վիրահատված հիվանդների մեծ մասի մոտ առաջին օրերին զարգանում է, այսպես կոչված, կոմպենսատոր ացիդոզ, որը կլինիկորեն չի արտահայտվում, բայց առաջացնում է արյան պահեստային հիմնայնության զգալի նվազեցում: Չկոմպենսացված հետվիրահատական ացիդոզը առաջացնում է սրտխառնոց, փսխում, մեթեորիզմ, գլխացավ, անհանգստություն, անքնություն, թուլություն և այլն: Վիրահատությունից հետո հիվանդին վաղ կերակրելը, ինչպես նաև գլյուկոզայի և ինսուլինի ներարկումը նպաստում են հետվիրահատական ացիդոզի կանխարգելմանը: Հետվիրահատական շրջանում նկատվում է սպիտակուցային փոխանակության խանգարում, որն արտահայտվում է արյան մեջ մնացորդային ազոտի ազոտի բարձրացումով: Ծանր վիրահատություն տարած զգալի թվով հիվանդների մոտ նկատվում է հիպոպրոտեինեմիա: Սպիտների քանակի ամենացածր մակարդակը նկատվում է վիրահատությունից հետո 3-8 օրերին:

Քլորիդների քանակի պակասումը արյան մեջ հատկապես ուժեղ է արտահայտված առաջին երեք օրերին: Քլորոպենիայի դեմ պայքարի լավագույն եղանակը համարվում է նատրիումի քլորիդի ներերակային ներմուծումը: Վիրահատությունից հետո սովորաբար զարգանում է օրգանիզմի ջրազրկում: Ընդ որում, եթե առողջ մարդու մոտ հեղուկների արտազատման հիմնական ուղին համարվում է երիկամայինը, ապա վիրահատությունից հետո այն հիմնականում իրականացվում է ոչ երիկամային ճանապարհով (թոքեր, մաշկ): Հետվիրահատական շրջանում նկատվում է քրոնարտադրություն, շնչառության հաճախացում, ջերմաստիճանի բարձրացում, որոնք ավելացնում են հեղուկների կորուստը ոչ երիկամային ճանապարհով: Սակավարյունության հետևանքով միջոյուսվածքային հեղուկը ներծծվում է արյան հոսքի մեջ, որը ևս առաջացնում է օրգանիզմի ջրազրկում:

Օրգանիզմի ջրազրկման կանխարգելման համար կարևոր նշանակություն ունի մեծ քանակությամբ հեղուկների ներարկումը հետվիրահատական շրջանում: Պակաս կարևոր չէ նաև հեղուկների ներմուծումը բերանի, ուղիղ աղու միջոցով:

Անհրաժեշտ է ուշադիր հետևել արյանը, քանի որ վիրահատությունից հետո առաջանում է նրա կազմի փոփոխություն: Լեյկոցիտոզ մինչև 10000-15000, ի հաշիվ նեյտրոֆիլ լեյկոցիտների, լիմֆոցիտների և էոզնոֆիլների պակասեցման: Էրիթրոցիտների հեմոգլոբինի քանակի նվազումը մինչև 10-30% ծանր վիրահատությունների դեպքում (օրինակ՝ գաստրեկտոմիա) սովորական երևույթ է: Թրոմբոցիտների քանակի պակասումը, որն սկսվում է անմիջապես վիրահատությունից հետո, շարունակվում է մի քանի օր: Հետվիրահատական փոփոխություններն ու բարդությունները առաջացնում են տարբեր ինտենսիվության ինքնաթունավորում:

Վիրահատությունից հետո ամեն օր անհրաժեշտ է գննել հիվանդի օրգան-համակարգերը:

Սիրտ-անոթային համակարգը հետազոտում են ոչ միայն սրտի ֆունկցիայի, պուլսի, զարկերակային ճնշման խանգարումները հայտնաբերելու, այլ նաև պերիֆերիկ անոթների թրոմբոֆլեբիտների զարգացումը ի հայտ բերելու նպատակով:

Մարսողական ուղու զննման ընթացքում ուշադրություն են դարձնում լեզվի վիճակին, կղարտադրությանը, որովայնի վիճակին (փքված, լարված, չձգված, փափուկ, ցավոտ, անցավ), որովայնամզի գրգռման ախտանիշներին (Շչոտկին - Բյումբերգի ախտանիշ):

Հետվիրահատական շրջանի ամենավտանգավոր բարդություններից է թրոմբոէմբոլիկ բարդությունը:

Թրոմբոզը ամենից հաճախ առաջանում է կոնքի և ստորին ծայրանդամների երակներում: Այս բարդությունը առավել հաճախ նկատվում է կանանց, հասակավոր մարդկանց, քաղցկեղով հիվանդների մոտ: Հետվիրահատական թրոմբոզ հաճախ զարգանում է գեր հիվանդների մոտ, որոնք ունեն նյութափոխանակության խանգարում: Թրոմբոզի զարգացման պատճառը արյան հոսքի դանդաղումն է, արյան մակարդեղիության բարձրացումը, արյան անոթների պատերին առաջացող փոփոխությունները, հաճախ ինֆեկցիայի հողի վրա:

Խոշոր երակների թրոմբոզին բնորոշ նշաններն են. ցավը ծայրանդամներում, այտուցը, ցիանոզը, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը: Թրոմբոզները հաճախ աղբյուր են հանդիսանում ծանր էմբոլիայի համար, մասնավորապես թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիայի:

Թրոմբոզների կանխարգելման համար նախքան վիրահատությունը պետք է ուսումնասիրել կոագուլոգրամման և մակարդեղիության բարձրացման դեպքում անցկացնել հակամակարդիչներով բուժման կուրս (հեպարին, դիկումարին, նեոդիկումարին, ֆինիլին):

Ակտիվ շարժումները, բուժական մարմնամարզությունը, էլաստիկ բինտերով ծայրանդամները փաթաթելը ևս համարվում են կարևոր կանխարգելիչ միջոցառումներ: Թրոմբոզների բուժման նպատակով տալիս են հանգիստ, ծայրանդամին բարձր դիրք, հակամակարդիչներ, անտիբիոտիկներ: Թրոմբոզի ծայրագույն բարդությունը էմբոլիան է, որը առաջացնում է ինֆարկտային կամ թոքային զարկերակի խցանում: Վերջին մահացու բարդություն է: Հետվիրահատական թոքային բարդություններից են բրոնխիտները, թոքաբորբերը, պլևրիտները, ասպիրացիոն թոքաբորբերը: Շատ վտանգավոր է թոքերի զանգվածային ատելեկտազը: Այն ուղեկցվում է շնչառության դժվարացումով, հևոցով, միջնորմի տեղաշարժով և այլն:

Օանր ասպիրացիոն թոքաբորբերը վերջին տարիներին հանդիպում են հազվադեպ: Հետվիրահատական շրջանում, նեյրոռեֆլեկտոր ազդեցության շնորհիվ զգալի պակասում են թոքերի կենսական տարողությունը, ընդ որում, այն վերականգնվում է 3-9 օրում: Կենսական տարողության նվազումը բերում է թոքերի հիպովենտիլյացիայի: Մանր բրոնխներում կուտակվում է լորձը, որը նորմալ շնչառության և լավ հազալու դեպքում այնտեղից դուրս է գալիս: Ցավի պատճառով մակերեսային շնչառությունը ևս խորացնում է թոքերի հիպովենտիլյացիան: Այս բոլորը նպաստավոր պայմաններ են ստեղծում վարակի զարգացման համար, որը մշտապես առկա է բրոնխներում և ավելոններում:

Հիվանդասենյակում պետք է լինի մաքուր օդ, մաքուր սպիտակեղեն: Մակերեսային շնչառության դեպքում, որը հատկապես ուղեկցվում է մեթեորիզմով և ցավերով, որպես օրենք, զարգանում են թոքային բարդություններ: Հետվիրահատական թոքային բարդությունների կանխարգելումը մեծապես կախված է վերակենդանացման բաժնում հիվանդների խնամքից: Նման հիվանդներին պետք է տալ կիսանստած դիրք, նշանակել մանանեխի սպեղանի կամ բանկաներ, խորխաբեր պրեպարատներ, իսկ ջերմության առկայության դեպքում՝ անտիբիոտիկներ:

Որովայնի օրգանների կողմից բարդություններ առավել հաճախ նկատվում են որովայնահատումից հետո: Մրանցից առավել վտանգավոր համարվում են պերիտոնիտը և մարսողական տրակտի անցանելիության խանգարումը մեխանիկական արգելքի կամ աղիների պարեզի պատճառով: Բացի այդ, կարող են նկատվել փսխումներ, մեթեորիզմ, փորկապություն, լուծ՝ կապված նեյրոռեֆլեկտոր խանգարումների հետ:

ԲՈՒԺՈՒՄԸ կարող է լինել ակտիվ (վիրահատություն, դրենավորում) և պահպանողական՝ դեղորայքային:

Մարսողական ուղու անցանելիության խանգարումը հետվիրահատական շրջանում հաճախ նկատվում է այն վիրահատությունների ժամանակ, երբ դրվում է ստամոքսաղիքային կամ աղիքային բերանակցումներ:

Այս բարդության առաջին օրերին, երբ անանցանելիության պատճառը օրգանական բնույթի չէ, և դեռևս պարզ չէ, պետք է տանել

երկու ուղղությամբ՝ վերականգնել ստամոքսի և աղիների տոնուսը, պայքարել վարակի դեմ:

Ստամոքսի և աղիների տոնուսի վերականգնման համար անհրաժեշտ է նրանց պարունակությունը մշտապես արտաձծել զոնդերի օգնությամբ, ենթամաշկային սրսկել պրոզերին:

ՄԻԶԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Դրանց են պատկանում միզակապությունը, կապված շագանակագեղձի հիպերտրոֆիայի հետ, միզուկի նեղացումը, անուրիան, երիկամների, միզապարկի բորբոքային պրոցեսները: Հետվիրահատական անուրիան առավել հաճախ լինում է նեյրոռեֆլեկտոր ծագումի կամ կապված ինքնաթունավորման հետ:

Բուժական միջոցառումներից առավել ընդունված է հարերիկամային նովոկայինային բլոկադան, ենթամաշկային 1% պիլոկարպինի, լազիկսի սրսկումները:

Իշուրիան տղամարդկանց մոտ հաճախ լինում է կապված նրա հետ, որ հիվանդը սովոր չէ միգել պատկած վիճակում: Դրա համար էլ, եթե հիվանդի վիճակը թույլ է տալիս, պետք է թույլատրել միգել կանգնած: Լավ արդյունք է տալիս տաք ջեռակը միզապարկին, շեքի շրջանում, վերջնադու դատարկումը հոգնայի միջոցով: Արդյունք չլինելու դեպքում ցուցված է միզապարկի կաթետերիզացիան, պահպանելով ասեպտիկայի կանոնները: Վերջին ժամանակներս մի քանի օրով միզապարկի մեջ դնում են մշտական կաթետր:

Արյունահոսությունը վիրահատական վերքից նկատվում է հազվադեպ: Առավել հաճախ այս բարդությունը նկատվում է պարենխիմատոզ օրգանների վիրահատումից հետո, ինչպես նաև դեղնությամբ, հեմոֆիլիայով և հեմոռագիկ դիաթեզով տառա- պողների մոտ: Արյունահոսության պատճառները կարող են լինել խոշոր արյունատար անոթից լիզատուրայի պոկվելը, արյունահոսությունը չկապված անոթից, որը չի արյունահոսել վիրահատության ժամանակ՝ կապված շոկի կամ թրոմբոզի հետ վերքի պատերի մանր մազանոթներից դիֆուզ արյունահոսությունը՝ կապված արյան մակարդեղիության խանգարման հետ:

ԲՈՒԺՈՒՄԸ

Կիրառում են արյան փոխներարկում, ներերակային կալցիումի քլորիդ, վիկասոլ և այլն: Եթե արդյունք չի ստացվում, ցուցված է շտապ վիրահատություն, որի դեպքում կապում են արյունահոսող անոթը կամ կատարում վերքի տամպոնադա:

ՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔԻ ՕՐԻՆԱԿԵԼԻ ՊԼԱՆ

Վիրաբուժական բաժանմունքում աշխատող քույրերի նպատակն է կանխարգելել, թեթևացնել և նվազագույնի հասցնել հիվանդների հետվիրահատական շրջանի դժվարությունները և բարդությունները:

Հիվանդի նախապատրաստումը վիրահատության

ԽՆԴԻՐ	ՆՊԱՏԱԿ	ՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ՄԻՋԱՍՏՏՈՒԹՅԱՆ ՊԼԱՆ
Վախ վիրահատությունից առաջ	Խնամյալին տրամադրել անհրաժեշտ տեղեկատվություն, որը կապահովի նրա ճիշտ վարքագիծը նախավիրահատական շրջանում	Ողջունել խնամյալին, ներկայնալ, զրուցել հիվանդի հետ և տալ անհրաժեշտ տեղեկություններ սպասվող վիրահատության մասին, համոզվել, որ այն ճիշտ է ընկալվել, հնարավորություն տալ խնամյալին արտահայտել իր անհանգստությունը, կասկածները, վախը և պատասխանել նրա բոլոր հարցերին հնարավորինս մատչելի լեզվով,

		<p>ծանոթացնել խնամյալին նույնանման վիրահատություն տարած հիվանդների հետ, հայտնել հիվանդին վիրահատության օրը:</p>
<p>Վիրահատությանը նախապատրաստվելու և գիտելիքի պակասը</p>	<p>Ապահովել հիվանդի որակյալ նախավիրահատական նախապատրաստում</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Գնահատել հիվանդի վիճակը (չափել արյան ճնշումը, շնչառության հաճախականությունը, մարմնի ջերմությունը, անոթագարկը): 2. Բացատրել սննդակարգը <ul style="list-style-type: none"> • երեկոյան՝ վիրահատության նախօրեին, ընդունել թեթև ընթրիք, • վիրահատության օրվա առավոտյան՝ չուտել և չխմել, • բացատրել ծխելուց հրաժարվելու անհրաժեշտության մասին: 3. Կատարել աղիների նախապատրաստում երեկոյան և առավոտյան

		<p>վիրահատությունից 2-3 ժամ առաջ կատարել մաքրող հոգնա):</p> <p>4. Վիրահատության նախօրեին բժշկի նշանակումով կատարել սեղատիվ դեղորայքի ներմուծում՝ հանգիստ գիշերային քուն ապահովելու համար:</p> <p>5. Կատարել սանիտարական մշակում, սափրել վիրահատական դաշտը և մշակել ախտահանիչ լուծույթով (0,5%-ոց քլորհեքսիդին):</p> <p>6. Անմիջապես վիրահատությունից առաջ անհարժեշտ է՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • մաքրել ատամները, հանել արհեստական ատամնապրոթեզները, ողողել բերանը, • դատարկել
--	--	---

		<p>միզապարկը,</p> <ul style="list-style-type: none"> • հանել զարդերը և ավելորդ հագուստը: <p>7. Հիվանդին և հիվանդության պատմության թերթիկը տեղափոխել վիրասրահ:</p>
--	--	--

ՀԻՎԱՆՂԻ ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԽՆԱՄՔ ԱՌԱՋԻՆ ՕՐ

ԽՆԴԻՐ	ՆՊԱՏԱԿ	ՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ՄԻՋԱՍՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԼԱՆ
<p>Հիվանդին ընդգրկել ինսամքի պլանի իրագործման մեջ</p>	<p>1. Հիվանդին ծանոթացնել շարժողական ակտիվության գործելակերպի հետ</p> <p>2. Ծանոթացնել սննդակարգի հետ</p> <p>3. Զրուցել հնարավոր բարդությունների շուրջ (ցավեր վերքի շրջանում, արտադրություն վերքից և այլն)</p>	<p>1. Հետվիրահատական բարդությունների կանխարգելում:</p> <p>2. Հիվանդը կարող է շարժել ոտքերը, ձեռքերը, կատարել թեքումներ անկողնում:</p> <p>1. Նախազուշացնել դիսպեպտիկ խանգարումների հնարավորության մասին:</p> <p>2. Հիվանդը կարող է խմել մեկ բաժակ տաք ջուր կամ հանքային ջուր, առանց գազերի:</p> <p>3. Մտունդ չի տրվում:</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Անմիջապես տեղեկացնել բժշկին 2. Յավերը կարող են առաջանալ դրենաժային խողովակում առաջացած կուտակումների և խցանումների հետևանքով: 3. Բժշկի նշանակումով բուժքույրը կատարում է դրենաժի լվացում, ցավազրկող դեղորայքի ներարկում:
--	--	---

ԵՐԿՐՈՐԴ ՕՐ

ԽՆԴԻՐ	ՆՊԱՏԱԿԸ	ՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԼԱՆ
<p>Հիվանդին ընդգրկել ինսամքի պլանի իրագործման մեջ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ծանոթացնել շարժողական ակտիվության գործելակերպին 2. Ծանոթացնել սննդակարգի հետ 3. Ձրուցել հնարավոր բարդությունների շուրջ (ցավեր վերքի շրջանում, արտադրություն և այլն) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Հետվիրահատական բարդությունների կանխարգելում: 2. Խնամյալը կարող է տեղաշարժվել անկողնում, չսեղմելով դրենաժային խողովակը: <ol style="list-style-type: none"> 1. Նախազգուշացնել դիսպեպտիկ խանգարումների հնարավորության մասին: 2. Օրվա մեջ կարող է խմել 2 բաժակ տաք ջուր, կամ հանքային ջուր առանց

		<p>զագերի:</p> <p>3. Կարող է ընդունել անյուղ արգանակ: Բացառվում են կաթնային մթերքները, հացը, մրգերը, բանջարեղենը, քաղցրավենիքը:</p> <p>1. Անմիջապես տեղեկացնել բժիշկին:</p> <p>2. Ցավերը կարող են առաջանալ դրենաժային խողովակում առաջացած կուտակումների և խցանումների հետևանքով:</p> <p>3. Փորափքանքի և զագերի անանցանելիության դեպքում տեղեկացնել բժշկին, անհարժեշտության դեպքում կատարել աղիների պերիստալտիկան լավացնող դեղորայքի ներմուծում՝ բժշկի նշանակումով:</p>
--	--	--

ԵՐՐՈՐԴ ՕՐ

ԽՆԴԻՐ	ՆՊԱՏԱԿԸ	ՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ՄԻՋԱՄՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՊԼԱՆ
Հիվանդին	1. Ծանոթացնել	1. Հետվիրահատական

<p>ընդգրկել խնամքի պլանի իրագործման մեջ</p>	<p>շարժողական ակտիվության գործելակերպին</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ծանոթացնել 3. Ջրուցել հնարավոր բարդությունների շուրջ <ul style="list-style-type: none"> • ցավեր վերքի շրջանում, • փորափքանք • գազերի արտազատման դժվարեցում 	<p>բարդությունների կանխարգելում</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Խնամյալը կարող է ինքնուրույն տեղաշարժվել հիվանդասենյակում <ol style="list-style-type: none"> 1. Թույլատրվում է սնվել ընդհանուր սննդակարգով: 2. Բացառվում է կծու, թթու, ճարպային և տապակած սննդամթերքը: <ol style="list-style-type: none"> 1. Անհրաժեշտ է տեղյակ պահել բուժքրոջը և բժշկին: 2. Ցավերը կարող են առաջանալ դրենաժային խողովակում առաջացած կուտակումների և խցանումների հետևանքով: 3. Բուժքույրը՝ բժշկի նշանակումով կկատարի դրենաժի լվացում և կներարկի ցավազրկող դեղորայք: 4. Անհրաժեշտության դեպքում կնշանակվի ֆիզոթերապևտիկ բուժում: 5. Բժիշկը կարող է նշանակել նաև աղիների աշխատանքը լավացնող դեղորայք:
---	--	--

ԳԼՈՒԽ IV

ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՆՐԱ ԴԱԴԱՐԵՑՈՒՄԸ

Արյունահոսություն (haemorrhagia) կոչվում է արյան դուս հոսելն արյունատար անոթից:

Կյանքի անհրաժեշտ պայմաններից հանդիսանում օրգանիզմում նորմալ արյան շրջանառությունը: Շրջանառող արյան քանակը կազմում է մոտավորապես 5լ: Ամբողջ արյա քանակի 1/3-ի կորուստը վտանգավոր է կյանքի համար, իսկ երն մարդը կորցնում է արյան կեսը՝ 2,5 լիտր, մահացու է:

Երեխաները, ծերունիները, հյուժված մարդիկ ծանր են տանում արյան կորուստը: Կանայք, կապված ֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունների հետ, ավելի հեշտ են տանում:

Արյունահոսության պատճառներն են՝

1. Արյունատար անոթի պատի վնասվածքները, որոնք առաջանում են՝
 - ա. մեխանիկական վնասվածքներից,
 - բ. ջերմային վնասվածքներից,
 - գ. արյան ճնշման բարձրացման դեպքում,
 - դ. մթնոլորտային ճնշման ցածրացման դեպքում,
2. Անոթի պատի թափանցելիության խանգարումը թարախային բորբոքումների դեպքում (թարախի մեջ կան ֆերմենտներ, որոնք քայքայում են հյուսվածքները, ինչպես նաև անոթի պատերը),
3. Արյան մակարդելիության խանգարումը: Արյան քիմիական բաղադրության փոփոխությունը հեմոֆիլիայի, խոլեմիայի դեպքում:

Արյունահոսության տեսակները

Կախված վնասված անոթի տեսակից տարբերում են արյունահոսության՝ զարկերակային, երակային, մազանոթային, պարենխիմատոզ և խառը ձևերը: **Զարկերակային արյունահոսությունը** բնորոշվում է վնասված զարկերակից վառ կարմիր գույնի (հարուստ է թթվածնով) շատրվանաձև արյան հոսքով: Արյունահոսության այս ձևը վտանգավոր է, որովհետև կարճ ժամանակամիջոցում հիվանդը կարող է

կորցնել մեծ քանակությամբ արյուն և մահանալ: Անոթի կենտրոնական ծայրը սեղմելիս արյունահոսությունը դադարում է:

Երակային արյունահոսությունն առաջանում է վնասված երակից: Երակից հոսում է մուգ կարմիր գույնի (հարուստ է ածխաթթու գազով) արյուն: Արյունը հոսում է միապաղաղ դանդաղ հոսքով: Արյունահոսության այս ձևը վտանգավոր է այն տեսակետից, որ մեծ երակների վնասման դեպքում, հատկապես պարանոցի շրջանում, կարող է առաջանալ օդային էմբոլիա: Երակային արյունահոսության դեպքում արյունահոսությունը դադարում է, երբ սեղմում են անոթի պերիֆերիկ ծայրը: Երակներում շրջանառության առանձնահատկությունները՝ երակներում արյան ցածր ճնշումը, արյան դանդաղ հոսքը, փականների առկայությունը, նպաստում են թրոմբոզի առաջացմանը և երակային արյունահոսությունը հեշտությամբ կարելի է դադարեցնել՝ դնելով ճնշող կապ:

Մազանոթային արյունահոսությունը առանձնապես վտանգավոր չէ, որովհետև արյան կորուստը մեծ քանակությամբ չի լինում (եթե չկան արյան մակարդեղիության համակարգի խանգարումներ) և այն կարող է ինքնուրույն դադարել: Արյունահոսում է վերքի ամբողջ մակերեսը: Արյունն այս դեպքում դուրս է գալիս մաշկի վրա բազմաթիվ կաթիլների ձևով: Մազանոթային արյունահոսության դեպքում արյունն ունենում է զարկերակային և երակային արյան միջին գույնը: Անհրաժեշտ է ուշադիր լինել ներքին մազանոթային արյունահոսության դեպքում,

որովհետև այն կարող է հանգեցնել ներհոդային և միջհյուսվածքային հեմատոմաների առաջացմանը:

Պարենխիմատոզ արյունահոսությունն առաջանում է պարենխիմատոզ օրգանների՝ լյարդի, փայծախի, թոքերի, երիկամների վնասվածքների դեպքում: Արյունահոսության այս ձևը շատ վտանգավոր է, որովհետև կարող է երկար տևել և արյան կորուստը մեծաքանակ լինել: Պարենխիմատոզ օրգաններում անոթները չեն կծկվում՝ պարենխիմատոզ օրգանի հենքի կողմից անոթների պատերը պահելու, ինչպես նաև պարենխիմատոզ օրգանի մեջ հակամակարդիչ նյութերի առկայության շնորհիվ:

Խառը արյունահոսությունն՝ երբ միաժամանակ վնասվում են զարկերակները, երակները և մազանոթները:

Արյունահոսությունը լինում է արտաքին և ներքին:

Արտաքին արյունահոսության դեպքում արյունը հոսում է անմիջապես արտաքին միջավայր:

Ներքին արյունահոսության դեպքում արյունը լցվում է որևէ խոռոչի մեջ, օրինակ՝ որովայնի, պլերալ խոռոչի, կամ միջհյուսվածքային տարածությունների մեջ:

Ըստ ժամանակի արյունահոսությունը լինում է առաջնային և երկրորդային:

ա. առաջնային՝ արյունահոսությունն առաջանում է անմիջապես անոթի վնասվածքից հետո,

բ. երկրորդային՝ արյունահոսությունը համարվում է վաղաժամ, եթե այն առաջանում է առաջնային արյունահոսության դադարեցումից մի քանի ժամ կամ մինչև 2 - 3 օր հետո: Այսպիսի արյունահոսությունը առաջանում է անոթի վրա դրված կապի կամ կարի պոկվելու դեպքում, թրոմբի պոկվելու, կապված անոթի ներսում ճնշման բարձրացման կամ սպազմի վերացման դեպքում,

գ. ուշացած՝ երկրորդային արյունահոսություն, որն առաջանում է արյունահոսության առաջնային դադարեցումից 4-10 օր հետո: Այսպիսի արյունահոսությունը առաջանում է վնասված անոթի լուսանցքում թրոմբի քայքայումից, բորբոքային պրոցեսի պատճառով անոթի պատի քայքայումից:

Ըստ արյունահոսության բնույթի տարբերում են՝

ա. ուղղակի արյունահոսություն, երբ արյունը հոսում է անոթից արտաքին կամ ներքին միջավայր,

բ. արյունազեղում, որն արյան ներսփռումն է հյուսվածքների մեջ: Արյունազեղումն իր հերթին կարող է լինել պետեխիայի տեսքով՝ մանր արյունազեղումներ, էկսիմոզներ ավելի՝ խոշոր արյունազեղումներ:

գ. հեմատոմա, երբ արյունը կուտակվելով անոթի շրջակա հյուսվածքների մեջ, առաջացնում է խոռոչ:

Սակավարյունության աստիճանները

Տարբերում են հետևյալ աստիճանները՝

1. **թեթև աստիճան,** երբ հիվանդը կորցնում է շրջանառող արյան մինչև 10%-ը (500մլ), պուլսը և ճնշումը նորմալի սահմաններում են,

մաշկային ծածկույթը վարդագույն, հեմոգլոբինի քանակը՝ 100գ/լ, էրիթրոցիտների քանակը $3 \times 10^{12}/լ$ և ավելի,

2. **միջին աստիճանի** դեպքում կորցնում է շրջանառող արյան 20%-ը՝ 500մլ - 1000մլ, պուլսը 120 զարկ/րոպե, ճնշումը 100 մմ սնդիկի սյան, հեմոգլոբինի քանակը ցածր է 100 -80 գ/լ, էրիթրոցիտների քանակը $3 \times 10^{12}/1 - 2 \times 10^{12}/լ$, արագ, կտրուկ կանգնելու դեպքում առաջանում է գլխապտույտ, մաշկային ծածկույթի գունատություն:
3. **ծանր աստիճան**, երբ հիվանդը կորցնում է շրջանառող արյան 30%-ը՝ 1000մլ – 1500մլ, պուլսը 140 զարկ/րոպե, ճնշումը՝ 80 մմ սնդիկի սյան, հեմոգլոբինի քանակը 80 -60 գ/լ, էրիթրոցիտների քանակը մինչև $2 \times 10^{12}/լ$, առաջանում է գլխապտույտ,
4. **ծայրահեղ ծանր** աստիճան, երբ հիվանդը կորցնում է շրջանառող արյան 30%-ից էլ շատ՝ 1500մլ ավելի արյուն, պուլսը թելանման, զարկերակային ճնշումը 60մմ սնդ. սյ. ցածր, առաջանում է անուրիա, գունատություն:

Սակավարյունության ծանր դեպքերում կարող է զարգանալ հեմոռագիկ կոլլապս, հեմոռագիկ շոկ կամ սուր անեմիա:

Սուր արյունահոսության կլինիկական պատկերը

Սուր արյունահոսությունը բնորոշվում է մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների գունատությամբ: Դիմագծերը սրվում են, աչքերը փոս ընկնում: Պուլսը հաճախացած է, թույլ լեցումով (թելանման): Առաջանում է զարկերակային ճնշման անկում, հեմոգլոբինի քանակի և էրիթրոցիտների թվի նվազում, գլխապտույտ, ընդհանուր թուլություն, ծարավի զգացում: Աչքերի առջև մթագնում է, ականջներում լինում է խշշոցի զգացում: Երբեմն կարող է լինել սրտխառնոց, փսխում:

Արյունահոսության դադարեցում (հեմոստազ)

Կախված պայմաններից և օգնություն ցույց տվողի մասնագիտական որակավորումից, տարբերում են արյունահոսության դադարեցման երկու եղանակ ժամանակավոր և վերջնական:

Արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցումը կատարվում է դեպքի վայրում:

Արյունահոսության վերջնական դադարեցումը կատարվում է հիվանդանոցում:

Արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցում

Կատարվում է դեպքի վայրում առաջին օգնություն ցույց տալու նպատակով՝

1. վերջույթի բարձր դիրք,
2. վերջույթի առավելագույն ծալում հողի շրջանում,
3. Անոթի սեղմում վերքից դուրս՝ տարածության վրա,
4. Ճնշող կապ,
5. վերքի խորը վիրախիժում,
6. լարանի կիրառում (ուլտրիչ փայտիկ),
7. արյունահոսող անոթի վրա սեղմակ դնելը,
8. մատով սեղմում վերքի մեջ:

Արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցում վերջույթի առավելագույն ծալումով

1. Բազկային զարկերակը սեղմվում է, երբ նախաբազուկը մաքսիմալ ծալվում է արմնկահողի շրջանում և ֆիքսում են:
2. Ենթաձնկային զարկերակը սեղմվում է վերջույթը ծնկան հոդում առավելագույն ծալելու հետևանքով, որը ֆիքսում են գոտիով կամ գլխաշորով:
3. Ազդրային զարկերակի արյունահոսությունը դադարեցնում են ազդրը առավել չափով ծալելով աճուկային շրջանում և ամրացնում են գոտիով կամ գլխաշորով: Վերջույթի ծալման տեղում անհրաժեշտ է նախօրոք դնել բամբակից, թանգիֆից պատրաստված գլանաբարձ: Կիրառվում է արտաքին արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցման նպատակով:

Զարկերակների մատային սեղմումը կատարվում անատոմիական համապատասխան կետերում, որտեղ զարկերակը մոտ է գտնվում ոսկրին, որին կարելի է սեղմել: Վերջույթների վնասվածքների ժամանակ

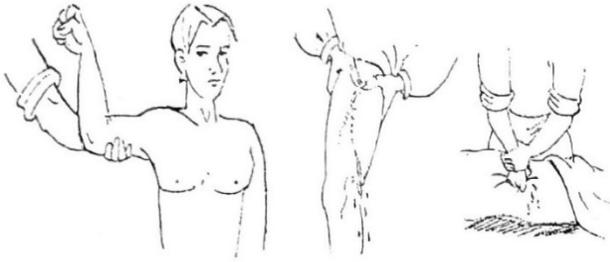
անոթը սեղմում են վերքից վեր, պարանոցի վնասվածքների ժամանակ՝ վերքից ներքև:



1. Գլխի և պարանոցի վերքերի արյունահոսությունը դադարեցնում են սեղմելով ընդհանուր քնային զարկերակը կրծոսկր -անրակա, պտկային մկանի եզրին՝ չորրորդ պարանոցային ողի լայնակի ելուստին:
2. Ծնոտային արտաքին զարկերակը սեղմվում է ստորին ծնոտի միջին և հետին երրորդականի սահմանում:
3. Արտաքին քնային զարկերակը սեղմվում է ականջի այծիկից վեր քունքոսկրի վրա:
4. Բազկի վերին հատվածի արյունահոսությունը դադարեցվում է ենթաանրակային զարկերակը սեղմելով առաջին կողին: Հիվանդի ձեռքը իջեցնում են ներքև և հետ, որից հետո սեղմում են զարկերակը անրակի հետևում:
5. Անութափոսային զարկերակը սեղմում են անութափոսում՝ բազկի գլխիկին:
6. Բազկային զարկերակի արյունահոսությունների դեպքում բազկային զարկերակը սեղմվում է բազկոսկրի վրա երկգլխանի մկանի ներսային եզրին:
7. Ճաճանչային զարկերակը սեղմվում է ճաճանչոսկրին այնտեղ, որտեղ սովորաբար շոշափվում է անոթազարկը:

8. Ծղիկային զարկերակը սեղմվում է ծղիկոսկրին:
9. Ազդրային զարկերակը սեղմվում է աճուկային կապանի ստորին երրորդականի մեջտեղում ցայլոսկրի հորիզոնական ճյուղին:
10. Ենթաձնկոսկրային զարկերակը սեղմում են մեծ ոլոքի հետին մակերեսին՝ ծնկափոսի շրջանում:
11. Հետին ոլոքային զարկերակը սեղմում են ոտնաթաթի թիկնային մակերեսին:
12. Որովայնային աորտայի վնասվածքի ժամանակ արյունահոսությունը ժամանակավոր դադարեցնում են բռունցքով սեղմելով աորտան ողնաշարին՝ պորտից ձախ:





Ճնշող վիրակապի դնելը

Դրվում է երակային արյունահոսությունների դեպքում, երբ վնասվում են փափուկ հյուսվածքները, մազանոթային և մանր զարկերակային արյունահոսությունների դեպքում:

Գործողությունների հաջորդականությունը՝

1. հագնել մանրէազերծված ձեռնոցներ,
2. ներարկել ցավազրկող միջոցներ,
3. վերքի շուրջը մաշկը մշակել անտիսեպտիկ լուծույթով թրջված անձեռոցիկով (մշակել վերքի կենտրոնից դեպի ծայրամաս),
4. արյունահոսող վերքի վրա դնել մանրէազերծված անձեռոցիկներ, բամբակ կամ անհատական ծրարի բարձիկներ,
5. բինտով ամուր փաթաթել,
6. տուժածին տեղափոխել հիվանդանոց արյունահոսության վերջնական դադարեցման նպատակով:

Լարանի կիրառումը

Լարանը կիրառվում է խոշոր և միջին տրամաչափի զարկերակային արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցման դեպքում: Հաճախ կիրառվում է Էսմարխի լարան, որն իրենից ներկայացնում է 1,5մ երկարության ռետինե ժապավեն:

Գործողությունների հաջորդականությունը՝

1. հագնել ձեռնոցներ
2. կատարել ցավազրկում

3. վերջույթը բարձրացնել, որպեսզի կանխվի վերջույթի դիստալ մասից երակային արյան հոսքը
4. լարանը պետք է դնել վերքից ավելի պրոքսիմալ հատվածում
5. վնասված վերջույթը փաթաթում են բինտով կամ ուղղում են տուժածի հագուստը, որպեսզի ծալքեր չլինեն՝ լարանով մաշկի տրոբումը կանխարգելելու համար
6. լարանը երկու ձեռքով ձգել և վերջույթի տակից դնել առաջին գալարը, հետո դնել 2 – 3 գալար մինչև արյունահոսության դադարելը
7. լարանի գալարները փաթաթել կողք կողքի, որպեսզի միմյանց հետ չխաչվեն և մաշկը չտրորեն
8. լարանի ծայրերը ամրացնել շղթայով կամ կարթով
9. լարանի գալարներից մեկի տակ դնել գրություն, որտեղ նշվում է լարան դնելու ամսաթիվը, ժամը, րոպեն, բուժքրոջ և հիվանդի ազգանունը, անունը, հայրանունը
10. լարանը դրվում է 1,5-2 ժամ տևողությամբ, որից հետո լարանը 10 – 15 րոպե անհրաժեշտ է թուլացնել, ապա նորից ձգել երեխաների մոտ 2 անգամ պակաս ժամկետով: Լարանը 2 ժամից ավել պահելու դեպքում հյուսվածքներում զարգանում է իշեմիկ փոփոխություններ և մեռուկացում
11. մշակել վերքի մակերեսը և դնել մանրէազերծված վիրակապ
12. վերջույթն անշարժեցնել տրանսպորտային շինայի օգնությամբ կամ ձեռքի տակ եղած իրերով:

Լարանը պետք է լավ երևա, այն չի կարելի ծածկել վիրակապով, հագուստով: Տուժածին անհրաժեշտ է տեղափոխել հիվանդանոց պառկած վիճակում: Եթե հարկ կա լարանն ավելի երկար ժամանակով թողնելու (արյունահոսությունը չի դադարում) ապա այս դեպքում մատներով սեղմում են արյունահոսող հիմնական զարկերակը և հետո թուլացնում են լարանը: Հինգ րոպե անց վերջույթի դիստալ հատվածում մասնակիորեն վերականգնվում է արյան շրջանառությունը կոլլատերալ արյան շրջանառության հաշվին: Որից հետո լարանը դրվում է նախորդ տեղից 4 – 5 սմ բարձր, իսկ ժամանակը չպետք է գերազանցի նախորդ ժամանակի 1/2-ը:

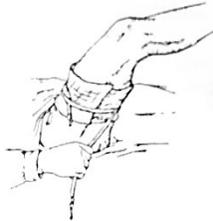
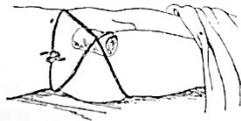
Ճիշտ դրված լարանի դեպքում նշանները

1. վերջույթի մաշկային ծածկույթը լինում է գունատ,
2. պերիֆերիկ պուլսը բացակայում է,
3. արյունահոսությունը դադարում է:

Բարդությունները – լարանը չափից ավելի ձգելու կամ երկար պահելու դեպքում կարող է առաջանալ վերջույթի պարեզ, պարալիչ, մեռուկացում:

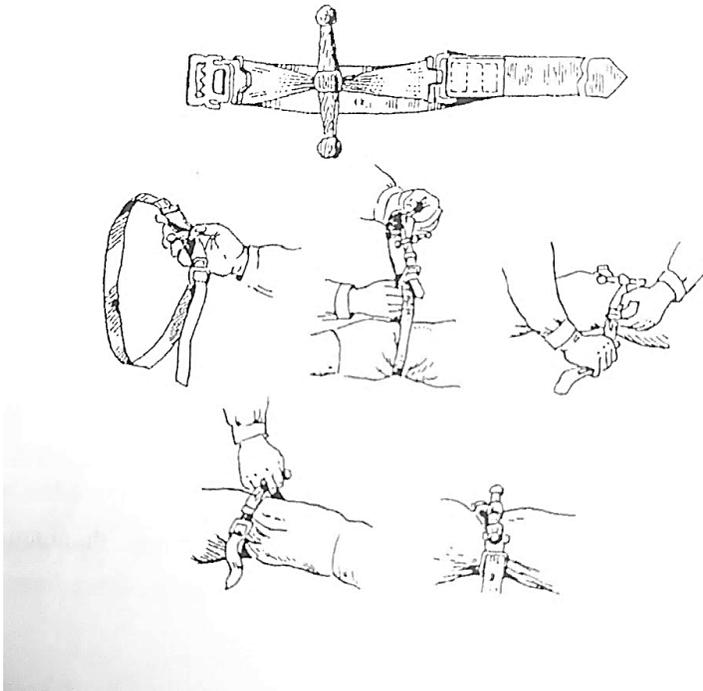
Լարան - ոլորակապի դնելը

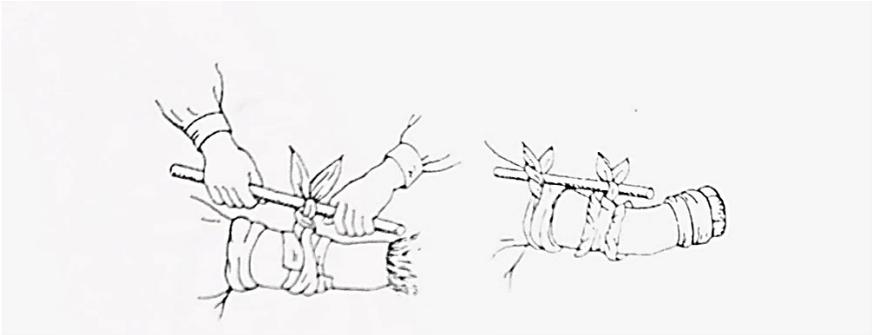
Կիրառվում է զարկերակային արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցման նպատակով: Գործողությունների հաջորդականությունը՝



1. հազնել ձեռնոցներ,
2. կատարել ցավազրկում,
3. վերջույթին տալ բարձր դիրք,
4. ոլորակապի տեղում վերջույթի վրա դնել անձեռոցիկ, որպեսզի մաշկը չվնասվի,
5. ամրացնել լարանի ծայրերը,

6. լարանի ծայրերը կապում են փայտիկի հետ և այն պտտելիս աստիճանաբար ձգվում է լարանը մինչև արյունահոսության դադարեցում,
7. ոլորիչ փայտիկն անշարժեցվում է կապով,
8. մշակել վերքային մակերեսը և դնել վիրակապ,
9. ոլորակապի տակ տեղադրել գրություն, որտեղ նշվում է ոլորակապի դնելու օրը, ժամը, բույեն,
10. տուժվածին տեղափոխել հիվանդանոց պատզարակով պառկած վիճակում:





Պարանոցի անոթային խրձի վնասման դեպքում լարանի դնելը

Կիրառվում է պարանոցի անոթների վնասումից առաջացած արյունահոսության դեպքում:

Գործողությունների հաջորդականությունը՝

1. հագնել ձեռնոցներ,
2. կատարել ցավազրկում,
3. դնել մանրէազերծված վիրակապ վերքի վրա,
4. դնել Կրամերի շինան տուժվածի առողջ կողմից գլխին և պարանոցին, նախօրոք շինային տալով համապատասխան ձև: Կրամերի շինան հանդիսանում է հենք, որի վրայով լարանը ձգվելով փաթաթվում է պարանոցի շուրջը,
5. լարանի տակ անոթային խրձի շրջանում դնել բամբակ թանգիֆային բարձիկ,
6. լարանը ձգել և փաթաթել պարանոցի շուրջը 2 – 3 անգամ,
7. ամրացնել լարանի ծայրերը,
8. դնել գրություն լարանի տակ, նշելով դրման օրը, ժամը, բուպեն,
9. շինայի բացակայության դեպքում կարելի է օգտագործել տուժածի ձեռքը,
10. տուժածին տեղափոխել կիսանստած հիվանդանոց պատգարակով վիճակում:



Լարանի կիրառման սխալները

1. Լարանի չափից ավելի ձգումը բերում է փափուկ հյուսվածքների, մկանների, ներվերի, անոթների ճնշման, որ կարող է բերել վերջույթի կաթվածի և գանգրենայի զարգացման,
2. լարանի ոչ բավարար ձգում, որի դեպքում արյունահոսությունը ոչ միայն չի դադարում, այլև հակառակը՝ ստեղծում է վերջույթներում երակային կանգ,
3. լարանը մերկ մարմնի վրա կամ վերքից հեռու դնելը,
4. լարանի դնելն այն շրջանում, որտեղ կա թարախա-բորբոքայի պրոցես:

Չի կարելի դնել լարան՝

1. ազդրի ստորին երրորդում
2. սրունքի ստորին երրորդում,
3. այնտեղ որտեղ վերջույթն ունի 2 ոսկր

Արյունական սեղմակի դնելը

Արտաքին արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցման մեթոդներից է արյունական սեղմակի դնելը արյունահոսող անոթի վրա վերքի մեջ: Գործողությունների հաջորդականությունը՝

1. հազնել ձեռնոցներ,
2. ներարկել ցավազրկող միջոցներ,

3. վերքի եզրերը բացել վերքլայնիչներով՝ կարթերով,
4. փնտրել արյունահոսող զարկերակի ծայրերը և ամրացնել արյունականգ սեղմակները,
5. վերքի վրա դնել վիրակապ,
6. տուժվածին տեղափոխել հիվանդանոց պատզարակով:

Վերքի ամուր վիրախձուծում

Կիրառվում է խոռոչների և խոռոչ ունեցող վերքերի արյունահոսության դեպքում:

Գործողությունների հաջորդականությունը՝

1. հազնել ձեռնոցներ,
2. մշակել վերքի շուրջը անտիսեպտիկ լուծույթով թրջված անձեռոցիկով երկու անգամ,
3. Վերքի շուրջը կատարել ներսփռական (ինֆիլտրացիոն) ցավազրկում 0.5% նովոկաինով մինչև 50մլ,
4. վերցնել վերախձուծը երկու ունեղի օգնությամբ բռնելով խձուծի երկու ծայրերից,
5. թրջել խձուծը հիպերտոնիկ լուծույթով կամ քսել վազելին,
6. խձուծի մի ծայրն ունեղի օգնությամբ մտցնել վերքի մեջ և շերտ առ շերտ ու ամուր սեղմել,
7. վերքի մակերեսից վիրախձուծը 1 սմ բարձր թողնել,
8. ծածկել վերքը վիրակապով:

Վիրախձուծը հեռացվում է 24-48 ժամ հետո:

Արյունահոսության դադարեցման վերջնական եղանակները

Արյունահոսության վերջնական դադարեցումը կատարվում է վիրաբուժական բաժանմունքում: Տարբերում են արյունահոսության վերջնական դադարեցման՝ ֆիզիկական, մեխանիկական, քիմիական և կենսաբանական եղանակները:

Արյունահոսության դադարեցման ֆիզիկական եղանակները

Տեղային սառի կիրառում (սառցեպարկ)

Այս եղանակը կիրառվում է ոչ մեծ արյունահոսությունների դեպքում: Սառի ազդեցությունը առաջացնում է փոքր անոթնե կծկում, նվազում է

արյան հոսքը դեպի վերքը, անոթներում գոյանում է թրոմբ և արյունահոսությունը դադարում է:

Տաք իզոտոնիկ լուծույթի կիրառում

Այս եղանակը կիրառվում է խոռոչային (որովայնի, կրծքավանդակի) վիրահատությունների դեպքում: 60-80 աստիճան տաքացված իզոտոնիկ լուծույթով թրջված անձեռոցիկները դնում և սեղմում են արյունահոսող մակերեսին: Բարձր ջերմության ազդեցության հետևանքով արյան և հյուսվածքների սպիտակուցները մակարդվում են և արյունահոսությունը դադարում է:

Էլեկտրամակարդում

Այս դեպքում կիրառում են էլեկտրամակարդիչներ (էլեկտրոկոագուլյատորներ): Սարքում ստեղծվում է բարձր հաճախականության հոսանք, էլեկտրական դանակի և վնասված անոթի շփման տեղում առաջանում է կոագուլյացիա և արյունահոսության դադարեցում: Այս եղանակը թույլ է տալիս դադարեցնել արյունահոսությունը ոչ մեծ անոթներից: Այս եղանակի դրական կողմն այն է, որ վերքի մեջ չի մնում օտար մարմին (լիգատուրա) և բացառում է ինֆեկցիայի առկայությունը:

Արյունահոսության դադարեցման արդյունավետ եղանակ է **լազերային ֆոտոկոագուլյացիան:**

Արյունահոսության դադարեցման մեխանիկական եղանակները

Անոթի կապումը վերքի մեջ

Համարվում է արյունահոսության դադարեցման ավելի հնագույն, տարածված հուսալի եղանակ: Ասեպտիկ պայմաններում արյունահոսող անոթը բռնում են անոթասեղմիչ գործիքով և կապում: Հիմնական զարկերակը կապել չի կարելի, որովհետև կհանգեցնի այն սնուցող մարմնամասի մեռուկացման:

Անոթի կապումը տարածության վրա

Կիրառում են այն դեպքում, երբ հնարավոր չէ կապել արյունահոսող անոթը վերքի մեջ, օրինակ ինֆեկցված վերքերի դեպքում:

Անոթի կարումը Տարբերում են կողմնային և շրջանաձև անոթակարեր: Կողմնային կարը կիրառվում է անոթի առպատային վնասման, իսկ շրջանաձևն անոթի լրիվ անջատման դեպքում: Անոթակար դնելու համար օգտվում են սինթետիկ թելերով ատրավատիկ ասեղներից:

Անոթի վնասված հատվածը կարելի է փոխարինել **կոնսերվացված անոթով** կամ **անոթային պրոթեզով**: Այս երկու եղանակները թույլ են տալիս ոչ միայն դադարեցնել արյունահոսությունը, այլ նաև վերականգնել արյան շրջանառությունը, որը կարևոր է մագիստրալ անոթների վնասվելու դեպքում:

Արյունահոսության դադարեցման քիմիական եղանակները

Կիրառվում են անոթասեղմիչ և արյան մակարդեղիությունը բարձրացնող պրեպարատներ:

Անոթասեղմիչ պրեպարատ է՝

1. Ադրենալինի 1:1000 լուծույթը, կիրառում են լորձաթաղանթների արյունահոսությունների, ատամի հեռացման դեպքում,
2. արյան մակարդեղիության բարձրացման միջոցներից է կալցիումի քլորիդը, օգտագործվում է 10% լուծույթը՝ 10մլ: Նպաստում է թրոմբի առաջացմանը:
3. ջրածնի պերօքսիդի 3%-անոց լուծույթը, որը նպաստում է թրոմբի գոյացմանը, կիրառվում է վերքերից արյունահոսությունների դեպքում:
4. ամինոկապրոնաթթվի 5%-անոց լուծույթը կիրառվում է ներերակային ֆիբրինոլիտիկ արյունահոսությունների դեպքում: Օգտագործվում է ստամոքսի արյունահոսությունների դեպքում:
5. դիցլինոնի 12.5%-անոց լուծույթը 2մլ. ներերակային և միջմկանային,
6. վիկասոլ 1%-անոց լուծույթը, 1մլ միջմկանային,
7. ադրոքսոն 0.025%-անոց լուծույթը 1մլ.,
8. ժելատինոլ, ժելատինի 8%-անոց կոլլոիդային լուծույթ
9. կապրոֆեր – օգտագործվում է ստամոքսի խոցի արյունահոսությունների դեպքում
10. կարբոգոլիբոմ օգտագործվում է պարենխիմատոզ և մագանոթային արյունահոսությունների դեպքում,
11. իզովերինի 2 %-ոց լուծույթը միջմկանային:

Արյունահոսության դադարեցման կենսաբանական եղանակներ

Կիրառվում են արյան բաղադրիչներ.

1. **Թրոմբին**- օգտագործվում են միայն տեղային: Չոր թրոմբինը իրենից ներկայացնում է սպիտակ փոշի, որն լուծում են իզոտոնիկ լուծույթի մեջ թրոմբինի լուծույթով թրջված տամպոնը մտցվում է վերքի մեջ և թողնվում է 15-20 րոպե, եթե արյունահոսությունը չի դադարում, ապա կատարվում է կրկնակի անգամ: Խոշոր անոթների արյունահոսությունների դեպքում թրոմբինի օգտագործումը հակացուցված է:
2. **Ֆիբրինոգեն** - ստանում են մարդու արյան պլազմայից: Արյան մեջ թրոմբինի ազդեցության տակ ֆիբրինոգենը վեր է ածվում անլուծելի ֆիբրինի: Ֆիբրինոգենը մաքուր վիճակում որպես տեղային հեմոստատիկ միջոց չի օգտագործվում: Թրոմբինի հետ միասին օգտագործվում են ֆիբրինային սուսինձների մեջ: Սուսինձները «Տիսսել», «Բերիպլաստ», «Տիսսուկոլ», «Ֆիբրինկլեբեր» ունեն մեծ կիրառություն, որոնց միջոցով սոսնձվում են ոչ միայն քերծվածքները, այլև դադարեցվում արյունահոսությունը լյարդից, փայծախից և թոքերից:
3. **Ֆիբրինային թաղանթ** – պատրաստվում է ֆիբրինոգենից և թրոմբինից:
4. Հեմոստատիկ **սպունգ**- պատրաստում են մարդու արյան պլազմայից, ավելացնելով կալցիումի քլորիդ և ամինոկապրոնաթթու: Այն պատրաստում են ստերի պայմաններում և պահում են մովաթե ծրարների մեջ: Օգտագործում են փոշու կամ տարբեր մեծության կտորների տեսքով, որոնք ամուր հպում են արյունահոսող հատվածին՝ տամպոնների օգնությամբ՝ 5-10 րոպե: Վերքի մեջ թողնված սպունգը ներծծվում է և կարելի է այն օգտագործել խոռոչային արյունահոսությունների դեպքում: Թարախային վերքերի դեպքում կիրառվում են անտիբիոտիկներով հագեցած հեմոստատիկ սպունգ:
5. **Ժելատինային սպունգ**- հեմոստատիկ ազդեցությունը ուժեղացնելու նպատակով կարելի է թրջել թրոմբինի լուծույթով:

6. **ԲԱՏ-Բիոլոգիական անտիսեպտիկ տամպոն**- լավ արդյունք է տալիս մազանոթային և պարենխիմատոզ արյունասահոսությունների դեպքում:

7. **Չոր պլազմա** - ունի փոշու ձև, ցանում են արյունահոսող վերքային մակերեսի վրա:

Վիրահատությունների ժամանակ արյունահոսությունը դադարեցնելու նպատակով կիրառվում է արյունահոսող վերքի կամ պարենխիմատոզ օրգանի մակերեսի տամպոնադան հիվանդի սեփական հյուսվածքներով՝ ճարպոն, ճարպաբջջանք, մկան, փակեղ:

Հեմոստատիկ արդյունք է տալիս կոնսերվացված արյան ոչ մեծ չափաքանակների 100-200մլ փոխներարկումը, թրոմբոցիտար զանգվածի, պլազմայի ներարկումը:

Մինչ բժշկական օգնություն ցույց տալը արյունահոսությունների դեպքում

Քթային արյունահոսության դադարեցումը

Դադարեցումը կատարվում է քթի լորձաթաղանթի վնասվածքների, բորբոքային հիվանդությունների (ոնինիտ), քթի խոռոչի նորագոյացությունների, հեմոռագիկ դիաթեզների, սրտի արատների, հիպերտոնիկ հիվանդության (կրիզ) դեպքում:

Առատ քթային արյունահոսության ժամանակ արյունը լցվում է բերանի խոռոչ և մասսամբ կուլ է տալիս հիվանդը, որի հետևանքով առաջանում է արյունային փսխում և ձյութանման կղանք: Արյունահոսության հետևանքով կարող է առաջանալ սուր սակավարյունություն, նշաններն են՝ գունատություն, ծարավի զգացում, գլխապտույտ, զարկերակային ճնշման իջեցում, հաճախացած թույլ լեցումով պուլս: Գործողությունների հաջորդականությունը՝

1. հազնել ձեռնոցներ,
2. նստեցնել հիվանդին գլուխը քիչ առաջ թեքած,
3. եթե հնարավոր չէ նստեցնել հիվանդին, ապա պառկեցնում են կողքի կամ փորի վրա, որպեսզի արյունը չանցնի ստամոքս և թոքեր,
4. հիվանդին տալ վեք արյունը հավաքելու համար,
5. հիվանդին հանգստացնել և զգուշացնել, որպեսզի բերանի խոռոչ ընկնող արյունը թքի վեքի մեջ,

6. քթի և քթարմատի շրջանում դնել սառույցի կտոր փաթաթված անձեռոցիկով,
7. եթե արյունահոսությունը չի դադարում, ապա երկու մատով (առաջին մատով և ցուցամատով) քթի թևերը սեղմել միջնապատին 3 – 5 րոպե .
8. էֆեկտիվության բացակայության դեպքում քթի մեջ մտցնում են 3%-ոց ջրածնի պերօքսիդով թրջված թանգիֆե երիզ:

Եթե քթային արյունահոսությունը շարունակվում է և երևում է արյունահոսող անոթը, ապա կարելի է կիրառել հետևյալ մեթոդները՝ արյունահոսող անոթի վրա ազդել քիմիական անոթասեղմիչ պրեպարատներով (ադրենալին 0.1% -ոց, գալազոլին 0.1%, նավթիզին 0.1%, նորադրենալին 0.2%, մեզատոն 1%, 3% ջրածնի պերօքսիդի լուծույթ, 5% E -ամինոկապրոնաթթվի լուծույթ, արծաթի նիտրատի 10, 20, 30 կամ 50%-ոց լուծույթ, կոլլարգոլի 7%-ոց լուծույթ):

Քթային արյունահոսության դադարեցման հիմնական մեթոդներից է քթի առաջնային և հետին տամպոնադան:

Տամպոնադայից առաջ կատարվում քթի խոռոչի լորձաթաղանթի ցավազրկում: Մանրէազերծված թանգիֆե տամպոնը թրջված 3%-ոց ջրածնի պերօքսիդով ունելիի օգնությամբ խորը մտցնում են քթի առաջնային մասը և սեղմում 24-48 ժամ: Դնել քթին պարսատաձև կապ: Հիվանդին տեղափոխել հիվանդանոց, պատզարակով կիսանստած վիճակում: Արյունահոսության վերջնական դադարեցման համար կատարվում է քթի հետին տամպոնադա, որն իրականացնում է բժիշկը բուժ հիմնարկությունում:

Արյունահոսության դադարեցումն աստամբ հեռացնելուց հետո

Գործողությունների հաջորդականությունը՝

1. հազնել ձեռնոցներ,
2. հիվանդին նստեցնել և հանգստացնել,
3. բերանի խոռոչը ողողել 3%-ոց ջրածնի պերօքսիդով իսկ հետո ֆուրացիլինի լուծույթով,
4. բամբակից պատրաստել ամուր տամպոն-գնդիկ,
5. բամբակե ամուր գնդիկով կատարել աստամաբնի տամպոնադա,
6. հիվանդին խնդրել, որ ամուր սեղմի ծնոտները և այդ վիճակում 20 րոպե պահի,

7. տամպոնը ամուր լցնում է ատամնաբուները և արյունահոսությունը դադարում է,
8. արյունահոսությունը դադարելուց հետո տամպոնն ատամնաբնից հեռացվում է:

Արյունահոսության դադարեցումը լսողական ուղուց

Կիրառվում է ականջի վնասվածքի դեպքում լսողական ուղուց արյունահոսության դեպքում:

Գործողությունների հաջորդականությունը

1. հազնել ռետինե ձեռնոցներ,
2. հիվանդին նստեցնել և հանգստացնել,
3. տամպոնը թրջել 3%-ոց ջրածնի պերօքսիդի լուծույթով և ամուր մտցնել ունեղի օգնությամբ լսողական ուղու մեջ,
4. հիվանդի ականջին դնել ասեպտիկ վիրակապ,
5. հիվանդին տեղափոխել հիվանդանոց պառկած վիճակում:

Թոքային արյունահոսության դադարեցումը

Կիրառվում է շնչական օրգաններից՝ կրծքավանդակի վնասվածքների (թոքերի և բրոնխների պատվածք) և թոքային հիվանդությունների ժամանակ (տուբերկուլոզ, բրոնխոէկտազ, ուռուցք, թարախակույտ, թոքի ինֆարկտ) արյունահոսության դեպքում:

Լինում է հազ և արյունախիտում՝ վառ կարմիր արյան մակարդուկների ձևով: Գործողությունների հաջորդականությունը՝

1. հազնել ռետինե ձեռնոցներ,
2. հիվանդին տալ կիսանստած դիրք,
3. ստեղծել հոգեկան և ֆիզիկական հանգիստ վիճակ,
4. հիվանդին բացատրել, որ անհրաժեշտության դեպքում հազը պետք է պահել և խորը, հանգիստ շնչել, չխոսել,
5. հիվանդին յուրաքանչյուր 15 րոպե տալ սառցե կտորներ կուլ տալու համար,
6. կրծքավանդակին դնել սառը,
7. հրավիրել բժիշկ, որի նշանակումով անցնել հեմոստատիկ թերապիա,
8. հիվանդին տեղափոխել հիվանդանոց կիսանստած դիրքում:

Կերակրափողի և ստամոքսի արյունահոսության դադարեցումը

Կատարվում է ստամոքսի խոցային արյունահոսության, հեմոռագիկ գաստրիտի, կերակրափողի երակների լայնացման դեպքում:

Գործողությունների հաջորդականությունը

1. հագնել ռետինե ձեռնոցներ,
2. հիվանդին տալ հորիզոնական դիրք,
3. հանգստացնել հիվանդին և ստեղծել ֆիզիկական և հոգեկան հանգիստ վիճակ,
4. վերորովայնային շրջանում դնել սառը սառցե բուշտ 15 րոպե տևողությամբ,
5. օգնել հիվանդին փսիսման դեպքում,
6. արգելել ընդունելու սնունդ, հեղուկներ և դեղորայք,
7. ներերակային ներարկել արյան մակարդիչներ՝ կալցիումի քլորիդի 10%-ոց 10մլ լուծույթ, 1%-ոց 2-3մլ վիկասոլ, դիցինոն 2-3մլ, տալ խմելու 100մլ E - ամինոկապրոնաթթու,
8. անհրաժեշտության դեպքում ներարկել սիրտ -անոթային միջոցներ,
9. յուրաքանչյուր 15 րոպեին մեկ հիվանդին տալ սառցի կտորներ կուլ տալու համար,
10. հիվանդին բուժհիմնարկություն տեղափոխելու ժամանակ, եթե արյան ճնշումն ընկնում է, կա սրտխփոց (տախիկարդիա), կատարում են ինտենսիվ թերապիա,
11. հիվանդին շտապ տեղափոխել հիվանդանոց կիսանստած վիճակում, բուժակի ուղեկցությամբ:

ՏՐԱՆՍՖՈՒԶԻԱ

Բուժական նպատակով հիվանդին (ռեցիպիենտ) անոթային հունի մեջ առողջ մարդու (դոնոր) արյան կամ արյան բաղադրամասերի ներերկումը կոչվում է փոխներարկում (տրանսֆուզիա):

Ինքնակամ արյուն հանձնող մարդը կոչվում է դոնոր: Տրանսֆուզիայի համար օգտագործվում է ինչպես դոնորական արյուն, այնպես էլ ռեցիպիենտի սեփական արյունը (սուտոփոխներարկում):

Ժամանակակից բժշկությունը դիտարկում է արյունը որպես հյուսվածք, օժտված տրանսպորտային, սնուցող, շնչառական,

պաշտպանիչ, ջերմակարգավորիչ ֆունկցիաներով: Ուստի և ներկայումս արյան փոխներարկումը հավասարազոր է հյուսվածքի փոխպատվաստմանը, որը ոչ ճիշտ ցուցումների դեպքում իրականացնելիս կարող է ունենալ լուրջ վաղ և հեռահար վտանգներ և հետևանքներ:

Արյան խմբերը

Արյան փոխներարկման հիմքում ընկած է արյան խմբային ABO համակարգը: Այն հիմնված է իզոհեմագլյուտինացիայի, այսինքն օտար շիճուկում էրիթրոցիտների միմյանց սոսնձվելու հատկության վրա:

Մարդկանց էրիթրոցիտներում կան երկու տեսակի պիտակուցներ, որոնք նշանագրվում են A և B տառերով և անվանվում են ագլյուտինոգեններ, իսկ արյան շիճուկում առկա են ևս երկու տեսակի սպիտակուցներ, որոնք անվանվում են ագլյուտինիններ և նշանակվում են α և β տառերով: Նույնանուն ագլյուտինոգենի և ագլյուտինինի հանդիպումից ($A+\alpha$ կամ $B+\beta$) առաջանում է էրիթրոցիտների ագլյուտինացիա, նրանք իրար սոսնձվում և քայքայվում են առաջացնելով արյան հեմոլիզ: Ուստի և մարդու արյան մեջ միաժամանակ չեն կարող լինել A ագլյուտինոգենը և α ագլյուտինինը կամ B ագլյուտինոգենը β ագլյուտինինի հետ միասին:

Ըստ ABO համակարգի մարդիկ բաժանվում են չորս արյան խմբերի:

I խումբ ունեցող մարդկանց արյան էրիթրոցիտներում ագլյուտինոգեն չկա, իսկ շիճուկում առկա α և β ագլյուտինինները: Այդ խումբը նշանագրվում $O\alpha\beta$ (I):

II խումբ ունեցողների արյան էրիթրոցիտներում առկա են A ագլյուտինոգենը, իսկ շիճուկում՝ β ագլյուտինինը: Նշանագրվում է AB (II):

III խմբի արյան էրիթրոցիտներում կա B ագլյուտինոգենը, իսկ շիճուկում՝ α ագլյուտինին և նշանագրվում է $B\alpha$ (III):

IV խմբում արյան էրիթրոցիտներում կան A և B ագլյուտինոգենները, իսկ շիճուկում ագլյուտինինները բացակայում են: ABO (IV) է:

Գործնական աշխատանքում արյան խմբերը նշանագրելիս բաց են թողնվում ագլյուտինինները և նշում են հետևյալ կերպ՝ O (I), A (II), B (III), AB (IV):

Մարդու արյան խումբը անփոփոխ է ողջ կյանքի ընթացքում, այն չի կարող փոփոխվել որևէ արտաքին կամ ներքին գործոնի ազդեցությունից:

Ներկայումս մարդու արյան մեջ հայտնաբերվել են ավելի քան 300 տարբեր հակամարմիններ, որոնք կազմում են տասնյակ հակամարմինային համակարգեր, սակայն առօրյա գործնական աշխատանքում կիրառվում է դեռևս 1921թ միջազգային ճանաչում ստացած ABO համակարգը:

Բացի վերոհիշյալ համակարգից կարևոր նշանակություն ունի նաև ռեզուս-գործոնը: Այն յուրահատուկ սպիտակուց- հակամարմին է, որը առաջին անգամ հայտնաբերվել է ռեզուս- մակակա կապիկների արյան էրիթրոցիտներում: Մարդկանց մոտ 85%-ի արյան էրիթրոցիտներում կա այդ սպիտակուցը (ռեզուս- դրական արյուն), իսկ մոտ 15%-ի մոտ այն բացակայում է (ռեզուս- բացասական արյուն): Ռեզուս-դրական արյունը նշանագրվում է Rh+ (դրական), իսկ ռեզուս-բացասականը rh- (բացասական): Ռեզուս-դրական արյունը ռեզուս-բացասական արյամբ մարդուն փոխներարկելիս առաջանում է արյան հեմոլիզ (ռեզուս- կոնֆլիկտ):

Արյան խմբերի և ռեզուս պատկանելիության որոշումը

Արյան խմբային պատկանելիությունը որոշվում է ստանդարտ չորս խմբերի շիճուկներով, որոնք պարունակում են միայն ագլյուտինիններ: Շիճուկները պահպանվում են սառնարանում +4°C ջերմաստիճանում: Օգտագործումից առաջ պարտադիր ստուգվում են շիճուկների պահպանման ժամկետները, շիճուկները պետք է լինեն թափանցիկ, առանց փաթիլավորման:

Արյան խմբերի համարներով համարակալված փոսիկներ ունեցող հատուկ թասիկի համապատասխան փոսիկներում կաթեցնում են պացիենտի մատից վերցրած մեկական կաթիլ արյուն, որի վրա մոտ տասն անգամ ավելի քանակով կաթեցնում են համապատասխանաբար խմբային շիճուկները (I փոսիկում՝ O խմբի շիճուկը, II-ում՝ A խմբի շիճուկը և III-ում՝ B խմբի շիճուկը): Յուրաքանչյուր փոսիկում եղած արյան կաթիլը և շիճուկը խառնում են տարբեր ապակյա ձողիկներով և 5 րոպեի ընթացքում հետևում հեմագլյուտինացիայի ռեակցիային:

Ագյուտինացիան արտահայտվում է կարմիր մանր փաթիլավորման առաջացմամբ: Եթե այն չկա, ապա առկա է վարդագույն հեղուկ: Կեղծ ագյուտինացիայից խուսափելու համար ավելացնում են 1-2 կաթիլ ֆիզիոլոգիական լուծույթ: Եթե 5 րոպեի ընթացքում փաթիլավորումը պահպանվում է, ապա ագյուտինացիան իրական է: Խմբային պատկանելիությունը որոշվում է լավ լուսավորված, 15°C-25°C ջերմաստիճանով սենյակում: Եզրահանգումները կատարվում են հետևյալ կերպ՝

1. ստանդարտ շիճուկներից և ոչ մեկի հետ արյան կաթիլը ագյուտինացիա չի առաջացնում, որը նշանակում է, որ արյունը առաջին խմբի է, O (I).
2. ագյուտինացիա առաջանում է I և III խմբերի շիճուկների հետ, իսկ II խմբում չկա - արյունը երկրորդ խմբի է, A (II).
3. ագյուտինացիա կա I և II խմբերի շիճուկների հետ, իսկ III խմբի շիճուկի հետ չկա - արյունը երրորդ խմբի է, B (III).
4. բոլոր երեք խմբերի շիճուկների հետ կա ագյուտինացիա արյունը չորրորդ խմբի է, AB (IV): Այս դեպքում կատարվում է լրացուցիչ քննություն արյան կաթիլի և IV խմբի ստանդարտ շիճուկի հետ և եթե այդ շիճուկի հետ ագյուտինացիան բացակայում է, ուրեմն արյունն իսկապես չորրորդ խմբի է: (Տե՛ս Աղյուսակ 1)

Աղյուսակ 1

Էրիթրոցիտների փաթիլավորումը ստանդարտ շիճուկների հետ			Արյան խումբը
0	A	B	
-	-	-	O (I)
+	-	+	A (II)
+	+	-	B (III)
+	+	+	AB (IV)

Ներկայումս արյան խմբային պատկանելիությունը որոշվում է առավել քիչ աշխատատար և արագ եղանակով՝ ստանդարտ հակա-A և

հակա-B պատրաստուկներով որոնք կոչվում են ցոլիկլոններ (տրանսկլոններ):

Որոշելու համար ռեցիպիենտի արյան երկու կաթիլի վրա համապատասխանաբար ավելացնում են A և B ցոլիկլոններ: Կաթիլները և շիճուկները խառնում են տարբեր ապակե ձողիկներով և երեք րոպե հետո կարդում արդյունքները:

1. Եթե երկու շիճուկների հետ ազյուտինացիա չկա, ապա արդյունքը I խմբի է-O (I)
2. Եթե A ցոլիկլոնի հետ կա ազյուտինացիա, իսկ B-ի հետ չկա, ապա արյունը II խմբի է- A(II)
3. Եթե ազյուտինացիա կա B ցոլիկլոնի հետ, իսկ A-ի հետ չկա, ապա արյունը III խմբի է B (III).
4. Եթե A և B ցոլիկլոնների հետ կա ազյուտինացիա, այդպիսի արյունը Ivխմբի է- AB (IV) (Տես Աղյուսակ 2)

Աղյուսակ 2

Էրիտրոցիտների փաթիլավորումը ցոլիկլոն պատրաստուկների հետ		Արյան խումբը
A	B	
-	-	0 (I)
+	-	A (II)
-	+	B (III)
+	+	AB (IV)

Արյան ռեզուս-պատկանելիությունը կոնզյուտինացիայի եղանակով որոշվում է հետևյալ կերպ՝ Պետրիի թասը բաժանվում է երկու մասի: Վերին հատվածում նշվում է դոնորը, ստորինում՝ ռեցիպիենտը: Յուրաքանչյուր հատվածը ևս բաժանվում է երկու մասի, որտեղ կաթեցվում են հակա-D և հակա-C ցոլիկլոնների երկուական կաթիլ: Թասի վերին հատվածում ավելացվում են դոնորի էրիտրոցիտներ (մեկական կաթիլ), իսկ ստորին հատվածում՝ ռեցիպիենտի էրիթրոցիտներ (մեկական կաթիլ): Կաթիլները խառնում են տարբեր ապակյա ձողիկներով, որից հետո Պետրիի թասը դրվում է ջրային

բաղնիք + 46 °C -+47° C ջերմաստիճանի պայմաններում 10 րոպե հետո թասը հանվում է ջրային բաղնիքից և սպիտակ ֆոնի վրա կարդում են արդյուքները: (Տես Աղյուսակ 3)

Աղյուսակ 3

Էրիթրոցիտների փաթիլավորումը շիճուկների հետ		Արյան ռեզուս պատկանելիությունը
հակա-D	հակա-C	
+	+	Rho (D ⁺ դրական)
+ (թույլ)	+ (թույլ)	Rho (D ⁺ դրական)
-	+	Rh (D ⁻ C ⁺)բացասական ռեցիպիենտ, դրական դոնոր
-	-	rh ⁻ (բացասական)

Արյան ռեզուս-պատկանելիության որոշումը ցույց կընդ պատրաստուկներով կատարվում է սպիտակ ափսեի վրա, լուսավոր սենյակում +15° C -+27° C ջերմաստիճանի պայմաններում: Ափսեն բաժանվում է երկու մասի: Վերին հատվածում նշվում է դոնորը, ստորինում՝ ռեցիպիենտը:

Յուրաքանչյուր հատվածում կաթեցվում է հակա- D և հակա-C ցուլիկլոնների մեկական կաթիլ և ավելացվում է համապատասխանաբար դոնորի և ռեցիպիենտի էրիթրոցիտների մեկական փոքր կաթիլ: Կաթիլները խառնում են առանձին ապակյա ձողիկներով և պարբերաբար տատանում ափսեն: Երեք րոպե հետո կատարվում են եզրահանգումները: (Տես Աղյուսակ 4)

Աղյուսակ 4

Էրիթրոցիտների փաթիլավորումը ցուլիկլոն պատրաստուկների հետ		Արյան ռեզուս պատկանելիությունը
հակա-D	հակա-C	
+	+	Rho (D ⁺ դրական)
+	-	Rho (D ⁺ դրական)

-	+	Rh (D ⁺ C ⁺)դրական դոնոր բացասական ռեցիպիենտ,
-	-	rh ⁻ (բացասական)

Արյան փոխներարկման ցուցումները

Նախկինում ամբողջական արյունը դիտարկվում էր որպես փրկության միջոց՝ արյունահոսությունների, սակավարյունությունների ժամանակ, ինչպես նաև որպես արյունականգ թունազրկող և օրգանիզմի տարբեր ֆունկցիաները խթանող միջոց: Նման մոտեցումը հանգեցրեց ամբողջական արյան լայն և անհիմն օգտագործմանը տարբեր հիվանդությունների և ախտաբանական վիճակների ժամանակ, որոնք բերեցին լուրջ վաղ և հեռահար վտանգների և հետևանքների:

Դոնորի և ռեցիպիենտի արյան լիակատար համատեղելիությունը անհնարին է, քանի որ արյունը բարդ անտիգենային կազմություն ունի, առավել ևս երբ փոխներարկման համար նհրաժեշտ է լինում տարբեր դոնորներից վերցրած մեծաքանակ արյուն:

Ներկայումս արյան փոխներարկման բարդություններից խուսափելու նպատակով հեմոտրանսֆուզիան կատարվում է միայն կենսական ցուցումներով: Արյան փոխներարկման հիմնական և բացարձակ ցուցումը սուր սակավարյունությունն է երբ այն հնարավոր չէ փոխարինել այլ բուժական միջոցներով (արյան շրջանառու ծավալի 20%-ից ավելի կորուստը):

Նման իրավիճակ կարող է առաջանալ սուր արյունահոսության և հեմոլիզով ուղեկցվող հիվանդությունների և ախտաբանական վիճակների ժամանակ:

Դոնորական արյան փոխներարկումը ուղղված է սակավարյունության ժամանակ ռեցիպիենտի արյան շրջանառող էրիթրոցիտների ծավալի վերականգնմանը և թվածնի փոխադրման ֆունկցիայի պահպանմանը: Այն հիվանդները, որոնց մոտ արյան կորստի ծավալը կազմում է շրջանառող արյան ծավալի ինչև 20% (1000-1200 մլ), փոխներարկման կարիք հազվադեպ են ունենում: Աղային և կոլոիդային լուծույթների ներարկումը (3:1 հարաբերակցությամբ) բավարարում է շրջանառող արյան ծավալի լրացման համար: Իսկ

հիվանդի մոտ մկանային ակտիվության անխուսափելի իջեցումը նվազեցնում է օրգանիզմի պահանջը թթվածնի նկատմամբ:

Ջանգվածային արյունահոսության հետևանքով զարգացած սուր սակավարյունությունը, որը ուղեկցվում է շրջանառող արյան ծավալի 25%-30% չափի կորստով, հեմոգլոբինի մակարդակի 70 գ/լ-ից ցածր և հեմատոկրիտի 25%-ից ցածր իջեցմամբ, հանդիսանում է արյան փոխներարկման հիմնական ցուցումը:

Արյան շրջանառության ծավալի պակասը դրսևորվում է մաշկի և լորձաթաղանթների գունատությամբ, հևոցով, տախիկարդիայով, արյան ճնշման և երակային տոնուսի իջեցմամբ:

Արյան փոխներարկման եղանակները

Արյան փոխներարկման համար հումք կարող է ծառայել միայն կենդանի մարդու արյունը:

Նախկինում կիրառվող արյան ուղղակի փոխներարկումը, երբ դոնորից վերցված արյունը անհապաղ ներարկում էին ռեցիպիենտին, այժմ չի կատարվում, քանի որ իր մեջ լիարժեք չստուգված արյամբ հիվանդին տարբեր վիրուսային հիվանդություններով վարակելու (հեպատիտ, ՄԻԱՎ) վտանգ է պարունակում:

Արյան փոխներարկման անուղղակիեղանակը լայն կիրառություն ունի: Այս դեպքում օգտագործվում է պահածոյացված արյունը կամ նրա բաղադրիչները: Դոնորից վերցված արյունը կայունացվում է (ստաբիլիզացիա) 4% կիտրոնաթթվային նատրիումի (նատրիումի ցիտրատ) լուծույթով (500 մլ արյանը դեպքում ավելացվում է 50 մլ նատրիումի ցիտրատ) և հեպարինով (500մլ արյանը ավելացվում է 1000 միավոր հեմարին): Դոնորական արյանը կարող են ավելացվել նաև հակաբիոտիկներ; Պահացոյացված արյունը սառնարանային պայմաններում պահպանվում է մինչև 4 շաբաթ: Սակայն իր պահպանման ընթացքում այդպիսի արյունը աստիճանաբար կորցնում է թարմ արյանը բնորոշ հատկությունները (շրջանառվող արյան ծավալի վերականգնում, թունզերծում, սնուցում, խթանում, հեմոստատիկ և իմունոկենսաբանական միջոց): Այսպես, պահպանման առաջին շաբաթից հետո պահածոյացված արյան մեջ չկան կենսունակ լեյկոցիտներ և տրոմբոցիտներ, էրիթրոցիտների 1/3 հեմոլիզվում է

փոխներակումից անմիջապես հետո, արյան գազափոխադրիչ ֆունկցիան կրճատվում է կիսով չափ, իսկ արյան շփումը պլաստիկ պարկի պատերին առաջացնում է պլազմայի սպիտակուցների դենստուրացիա:

Դոնորական արյան միջոցով ռեցիպիենտին կարող են փոխանցվել մի շարք վարակներ, ինչպիսիք են ՄԻՄՎ/ՉԻԱՀ, B, C, D, E, G հեպատիտի վիրուսները, սիֆիլիսի, բրուցելյոզի, մալարիայի, տոքսոպլազմոզի, տրեպանոսոմոզի հարուցիչները:

Դոնորական արյան օտարածին սպիտակուցները ռեցիպիենտի արյան մեջ կարող են առաջացնել հակամարմիններ, օրգանիզմում առաջ բերելով ջերմային և ալերգիկ ռեակցիաներ:

Այս վտանգներով պայմանավորված վերջին տասնամյակներում զգալի կիրառություն է ստացել արյան աուտոփոխ ներարկումը, որը համարվում է լավագույն և անվնաս միջոցը:

Աուտոհեմոտրանսֆուզիան կամ արյան հակադարձ փոխներարկումը հիվանդից վերցված սեփական արյան փոխներարկումն է:

Հաշվի առնելով, որ արյան պլազմայի ծավալը, ընդհանուր պիտակուցների և ալբումինի մակարդակը վերականգնվում են 72 ժամ հետո, վիրահատական միջամտությունից 3 օր առաջ հիվանդից վերցվում է 450մլ-ից ոչ ավելի արյուն:

Ընդ որում աուտոդոնորի հեմոգլոբինի մակարդակը 100 գ/լ-ից, սպիտակուցի պարունակությունը 60գ/լ-ից և հեմատոկրիտը 33%-ից ցածր չպետք է լինեն: Աուտոդոնորից վերցված արյունը 4% կիտրոնաթթվային նատրիումի և հեպարինի վերոհիշյալ չափաբաժիններով կայունացվում է և վիրահատության ժամանակ ներարկվում հիվանդին :

Ներքին արյունահոսությունների դեպքում, երբ արյունը լցվում է շճային խոռոչներում (պլևրալ, որովայնի, պերիկարդի խոռոչները), վիրահատության ընթացքում այն հավաքվում է ստերիլ տարողության մեջ, կայունացվում, ֆիլտրվում 8 շերտ թանգիֆե ֆիլտրով և ներարկվում հիվանդին: Այս փոխներարկման եղանակը կոչվում ռեինֆուզիա: Այն ցուցված է, վիրահատության ընթացքում արյան կորուստը կազմում է շրջանառող ծավալի 20%-ից ավելին: Օրգանիզմի խոռոչներում կուտակված արյունը իր կազմով տարբերվում է շրջանառող արյունից:

Նրանում նվազում է թրոմբոցիտների քանակը, ֆիբրինոգենի մակարդակը, ավելանում ազատ հեմոգլոբինի և ֆիբրինոգենի քայքայման արգասիքների պարունակությունը:

Արյան ռեինֆուզիան հակացուցված է՝

1. աղեստամոքսային տրակտի, և միզական համակարգի օրգանների վնասման դեպքում, երբ առկա է արյան աղտոտում աղիքային պարունակությամբ, լեղիով, մեզով, թարախով.
2. արյան հետ որոշ նյութերի (ջրածնի պերօքսիդ, սպիրտ, արյունականգ պատրաստուկներ) խառնվելու դեպքում.
3. ամփոփիկ հեղուկով արյան աղտոտման դեպքում:
4. Ժամանակակից պայմաններում ռեինֆուզիան ցուցված է կատարել արյունը լվացող և ֆիլտրող հատուկ սարքերի ("Cellsarver") միջոցով:

Արյան բաղադրամասերը

Ժամանակակից բժշկագիտությունը ամբողջական արյան փոխներարկումը համարում է անարդյունավետ և վտանգավոր, քանի որ հիվանդը արյան բաղադրիչներից բացի ստանում է նաև տարաբնույթ սպիտակուցներ, հակաձիներ, հակամարմիններ, ինչը հանգեցնում է օրգանիզմի սենսիբիլիզացիայի և իմունացմանը:

Ներկա փոխներարկումային բուժօգնության ոլորտում ընդունված է նոր մոտեցում՝ բաղադրամասային հեմոթերապիա, երբ ռեցիպիենտին փոխներարկվում է միայն իրեն անհրաժեշտ արյան բաղադրամասերը: Ամբողջական արյունը օգտագործվում է հիմնականում արյան բաղադրամասերի պատրաստման նպատակով: Նրա փոխներարկումը դիտարկվում է որպես ծայրահեղ միջոց, որը պետք է հստակորեն հիմնավորվի:

Ժամանակակից հեմոթերապիայի առաջատար մեթոդներն են համարվում լվացված և ֆիլտրված էրթրոցիտների փոխներարկումը և աուտոփոխներարկումը, որոնք իմունաբանական առումով առավել ընդունելի են, քան ամբողջական արյան փոխներարկումը:

1. **Էրիթրոցիտային զանգվածը** արյան բաղադրամաս է, հեմատոկրիտը 80% է: Այն ստացվում է ամբողջական արյունից՝ պլազմայի անջատման եղանակով և պարունակում է 70%-80% էրիթրոցիտներ, 20%-30% պլազմա, քիչ քանակով թրոմբոցիտներ և լեյկոցիտներ:

Բուժական գործունեությունում ներկայումս կիրառվում են էրիթրոցիտային միջավայրերի հետևյալ ձևերը՝

- էրիթրոցիտային զանգված,
- էրիթրոցիտային կախույթ. ամբողջական արյան ցենտրիֆուգումից հետո անջատվում և հեռացվում է պլազման, իսկ էրիթրոցիտների վրա ավելացվում է բջիջների կենսունակությունը պահպանող լուծույթ, որի քանակից կախված փոխվում է հեմատոկրիտի մեծությունը (չպետք է գերազանցի 70%-ը):
- լվացված էրիթրոցիտներ, ամբողջական արյան ցենտրիֆուգումից հետո անջատվում և հեռացվում է պլազման, որից հետո էրիթրոցիտային զանգվածը 2-4 անգամ լվացվում է ֆիզիոլոգիական լուծույթով, որի ժամանակ միջավայրից հեռացվում են մնացած պլազման, թրոմբոցիտները և լեյկոցիտները,
- էրիթրոցիտներ աղքատացված լեյկոցիտներից և թրոմբոցիտներից, այս միջավայրը ստացվում է էրիթրոցիտային զանգվածը հատուկ ֆիլտրերով ֆիլտրելու միջոցով, որի արդյունքում հեռացվում են լեյկոցիտների և թրոմբոցիտների 95% -99%-ը:
- սառեցված էրիթրոցիտներ, այն էրիթրոցիտների կախույթ է համապատասխան լուծույթի մեջ, պահպանվում է ցածր ջերմաստիճանում: Հալեցվելուց հետո լվացման ճանապարհով լուծույթը հեռացվում է:

Փոխներարկումից առաջ էրիթրոցիտային զանգվածը 30-60 րոպեի ընթացքում տաքացվում է 18°C-25°C ջերմաստիճանում: Անմիջապես փոխներարկումից առաջ,

էրիթրոցիտային զանգվածի ռեոլոգիական հատկությունները լավացնելու համար նրա վրա ավելացվում է 50-100մլ ֆիզիոլոգիական լուծույթ:

Չի թույլատրվում էրիթրոցիտային միջավայրին ավելացնել և նույն երակից ներարկել գլյուկոզայի և ռինգերի լակտատի լուծույթ: Գլյուկոզայի լուծույթը առաջացնում է էրիթրոցիտների սոսնձում և հեմոլիզ անոթային հունում, պայմանավորված գլյուկոզայի և նրա հետ կապված ջրի ներթափանցմամբ էրիթրոցիտի մեջ:

Ռինգերի լակտատի լուծույթը պարունակում է կալցիումի իոններ, որոնք ընկճում են հակամակարդիչ լուծույթի ազդեցությունը՝ նպաստելով միջավայրում արյան մանր մակարդուկների առաջացմանը:

Էրիթրոցիտային զանգվածի փոխներարկումը ցուցված է ժառանգական և ձեռքբերովի սակավարյունությունների դեպքում, երբ հեմոգլոբինը ցածր է 70 գ/լ-ից:

Էրիթրոցիտային զանգվածը հակացուցված է փոխներարկել ծանր ստամոսիկ հիվանդությունների, քրոնիկական հիվանդությունների սուր և ենթասուր շրջանի, արյան շրջանառության II-III փուլերում, նեֆրոսկլերոզի, թրոմբոէմբոլիայի, թոքերի այտուցի, սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունների, տուբերկուլյոզի, լյարդային և երիկամային անբավարարության ժամանակ:

1. **Էրիթրոցիտային զանգվածը** փոխներարկվում է պարտադիր հաշվի առնելով դոնորի և ռեցիպիենտի խմբային (ABO) և ռեզուս համատեղելիությունները, օգտագործելով հատուկ ֆիլտր ունեցող միանվագ օգտագործման պլաստիկ համակարգեր:
2. **Լեյկոցիտային զանգվածի** փոխներարկումը ներկայումս նպատակահարմար չի համարվում հիվանդի օրգանիզմի գերզգայունացման և տարբեր վարակներով վարակվելու վտանգի պատճառով: Կիրառվում է միայն դոնորական լիմֆոցիտների փոխներարկումը:
3. **Թրոմբոցիտային զանգվածի** փոխներարկումը ցուցված է այնպիսի կլինիկական վիճակների ժամանակ, երբ շրջանառող թրոմբոցիտների քանակի պակասը կամ ֆոնկցիայի խանգարումը ուղեկցվում են ուղեկցվում են հիվանդի կյանքի համար վտանգավոր արյունահոսություններով և արյուն համար արյունազեղումներով: Նորմալում թրոմբոցիտների կյանքի միջին տևողությունը 7-10 օր է, իսկ փոխներարկվածներինը՝ 3-5 օր, ուստի և թրոմբոցիտար զանգվածի փոխներարկումը պետք է իրականացնել հիշյալ ժամանակահատվածում:

Թրոմբոցիտար զանգվածի փոխներարկումը հակացուցված է այնպիսի ախտաբանական վիճակների ժամանակ, երբ հիվանդի մոտ թրոմբոցիտների քանակի իջեցումը զուգորդվում է թրոմբոզի հետ (Մաշկովիցի համախտանիշ, հեպարինի ներարկումներից առաջացած թրոմբոցիտոպենիա):

Թրոմբոցիտար զանգվածի փոխներարկման դեպքում անպայման հաշվի է առնվում դոնորի և ռեցիպիենտի խմբային (ABO) և ռեզուս

համատեղելիությունը, օգտագործվում են միայն հատուկ ֆիլտրերով միանվագ օգտագործման պլաստիկ համակարգերը:

4. **Պլազմա.** Բուժական պրակտիկայում հիմնականում կիրառվում է թարմ սառեցված պլազման, որը ստացվում է ամբողջակա արյունը ցենտրիֆուգելով կամ պլազմաֆերեզի ճանապարհով: Այն սառեցվում է հատուկ սառցարաններում -45°C ջերմաստիճանի պայմաններում, արյունատվությունից ոչ ավելի քան երեք ժամվա ընթացքում:

Թարմ սառեցված պլազման պահպանվում է,

- 3 ամիս -18°C - -19°C ջերմաստիճանի պայմաններում,
- 12 ամիս -20°C - -29°C ջերմաստիճանում,
- 24 ամիս 30°C և ավելի ցածր ջերմաստիճանում:

Չոր պլազման, որը ստացվում է լիոֆիլիզացի ճանապարհով, պահպանվում է մինչև 5 տարի:

Այն օգտագործումից առաջ լուծում են թորած ջրով (ներկայումս կիրառումը սահմանափակ է):

Թարմ սառեցված պլազման հալեցվում է ջրային բաղնիքում՝ $+37^{\circ}\text{C}$ ջերմաստիճանում: Փոխներարկումը կատարվում է 10-15մլ/կգ մարմնի քաշի հաշվարկով:

Փոխներարկվող պլազման պետք է լինի թափանցիկ, չպարունակի փաթիլներ կամ նստվածք: Փոխներարկման ժամանակ պարտադիր հաշվի է առնվում հիվանդի խմբային և ռեզուս համատեղելիությունը, օգտագործվում են հատուկ ֆիլտրեր ունեցող միանվագ օգտագործման պլաստիկե համակարգեր: Արգելվում է թարմ սառեցված պլազմայի փոխներկումը շրջանառող արյան ծավալի վերականգնման և պարէնտերալ սնուցման նպատակով: Արգելվում է նաև պլազմայի կրկնակի սառեցումը: Թարմ սառեցված պլազմայի փոխներարկումը ցուցված է սուր տարածուն ներանոթային մակարդման համախտանիշի, հակամակարդիչ գործոնների պակասի կամ դրանց որակական խանգարումների հետևանքով առաջացած արյունահոսությունների ժամանակ:

Արյան և նրա բաղադրամասերի պիտանելիության որոշումը

Յուրաքանչյուր փոխներարկումից առաջ պարտադիր որոշվում է փոխներարկվող արյան կամ նրա բաղադրամասերի պիտանելիությունը:

Պլաստիկե պարկը, որի մեջ արյունն է, պարտադիր ունենում է պիտակ, որի վրա ընթեռնելի նշվում են արյան խումբը, ռեզուս գործոնը, արյան պատրաստման օրը, ամիսը և տարին, դոնորի և արյունը վերցնող բժշկի ազգանունները: Պարկը պետք է հերմետիկ փակ լինի: Ամբողջական արյունը տարայում պետք է բաժանված լինի երեք մասի՝ վերևում դեղնավուն, թափանցիկ պլազման, ներքևում մուգ կարմիր էրիթրոցիտների շերտը և նրանց արանքում բարակ բաց մոխրագույն շերտով, լեյկոցիտները: Պլազմայի վարդագույն գունավորումը խոսում է հեմոլիզի մասին, գորշավուն երանգը, պղտորվելը, փաթիլների կամ թելիկների առկայությունը՝ վարակի մասին:

Շերտերի միջև սահմանը պետք է լինի հստակ: Արյունը կամ բաղադրամասերը չպետք է պարունակեն թրումբներ և չունենան նստվածք:

Արյան փոխներարկման կայաններում և բաժանմունքներում հավաքված դոնորական արյունը հնարավորինս կարճ ժամանակահատվածում պետք է բաժանվի բաղադրամասերի:

Արյունը տեղափոխվում է հատուկ իզոթերմիկ տարաներով, որոնք հեմոլիզից խուսափելու նպատակով ապահովում են պահպանման համար անհրաժեշտ ջերմաստիճանը:

Արյան տարան չպետք է թափահարել, հարվածել, տաքացնել կամ սառեցնել:

Փոխներարկման ընդհանուր դրույթները

Արյունը փոխներարկվում է ներանոթային ճանապարհով (զարկերակ, երակ): Թույլատրվում է փոխներարկել միայն ռեցիպիենտի հետ մինևույն խմբային և ռեզուս պատկանելիության դոնորական արյան բաղադրամասեր: Արյան բաղադրամասերի փոխներարկումից առաջ անհրաժեշտ է՝

- որոշել արյան բաղադրամասերի փոխներարկման ճշգրիտ ցուցումները,
- բացատրել հիվանդին արյան բաղադրամասերի փոխներարկման անհրաժեշտությունը, նպատակը, դրական արդյունքները, հնարավոր բարդությունները, բուժման այլընտրանքային միջոցները,

- ստանալ հիվանդից կամ նրա օրինական ներկայացուցչից գրավոր համաձայնություն՝ փոխներարկման իրականացման վերաբերյալ: Եթե հիվանդը ի վիճակի չէ տալ իր համաձայնությունը, ապա փոխներարկման իրականացման որոշումը ընդունվում է երեք բժիշկների կողմից կազմված կոնսիլիումի կողմից,
- համոզվել, որ փոխներարկվող բաղադրամասի պարկը հերմետիկ է, պարկի պիտակը պահպանված է, մակրոսկոպիկ գնահատել պարկի պարունակությունը և նրա որակը,
- որոշել ռեցիպիենտի արյան խմբային ռեզուս պատկանելիությունը
- որոշել դոնորական արյան պարկի խմբային և ռեզուս պատկանելիությունը և համեմատել արդյունքները պարկի պիտակի վրա նշված տվյալների հետ,
- անցկացնել ռեցիպիենտի շիճուկի և դոնորի էրիթրոցիտների անհատական (խմբային) համատեղելիության փորձը,
- անցկացնել ռեցիպիենտի շիճուկի և դոնորի էրիթրոցիտների համատեղելիության փորձը:

Արգելվում է արյան բաղադրամասերի փոխներարկումը մեկ պատկից մի քանի հիվանդի: Փոխներարկումը պետք է իրականացվի պահպանելով ախտահանման և վարակազերծման բոլոր կանոնները, օտագործելով հատուկ ֆիլտրերով օծոված միանվազ, պլաստիկե համակարգեր: Արյան բաղադրամասեր պարունակող պարկի մեջ 0,9% նատրիումի քլորիդի իզոտոնիկ լուծույթից (ֆիզիոլոգիական լուծույթ) բացի այլ դեղամիջոցներ կամ լուծույթներ ավելացնելը արգելվում է: Փոխներարկման ավարտից հետո քիչ քանակությամբ դոնորական արյան բաղադրամաս պարունակող պարկը և ռեցիպիենտի արյունով փորձանոթը պահպանվում է 48 ժամվա ընթացքում՝ սառնարանում, իսկ պարկի վրայի պիտակը փակցվում է ռեցիպիենտի բժշկական քարտի մեջ:

Փոխներարկումից հետո ռեցիպիենտը 2-3 ժամ պետք է պահպանի անկողնային ռեժիմ և գտնվի բժշկի հսկողության տակ: Այդ ընթացքում, յուրաքանչյուր ժամը մեկ անգամ, չափվում է մարմնի ջերմաստիճանը, զարկերակային ճնշումը, պուլսը, հետևում են ռեցիպիենտի մեզի քանակին և գույնին:

Արյան համատեղելիության փորձերը

Անհատական (խմբային) համատեղելիության փորձը դրվում է հետևյալ կերպ. ափսեի վրա կաթեցվում է երկուական կաթիլ ռեցիպիենտի շիճուկ, որի վրա ավելացվում է դոնորի էրիթրոցիտների մեկ փոքր կաթիլ (էրիթրոցիտների և շիճուկի հարաբերակցությունը կազմում է 1:10): Կաթիլը խառնում են ապակյա ձողիկով և երեք րոպեից հետո կատարում եզրահանգում: Կեղծ փաթիլավորումը բացառելու նպատակով ավելացվում է 1 կաթիլ ֆիզիոլոգիական լուծույթ: Նույն փորձը կատարվում է նաև դոնորի շիճուկի և ռեցիպիենտի էրիթրոցիտների հետ:

Էրիթրոցիտների փաթիլավորմա (ագլյուտինացիա) առկայության դեպքում արյունը համարվում է անհամատեղելի և արգելվում է այն փոխներարկել, իսկ փաթիլավորման բացակայության դեպքում դոնորի և ռեցիպիենտի արյունները համարվում են համատեղելի ըստ խմբային ABO հակածինների:

Ռեզուս-համատեղելիության փորձը դնելու համար Պետրիի թասի վրա կաթեցվում է ուրկու կաթիլ ռեցիպիենտի շիճուկ, որի վրա ավելացվում է դոնորի էրիթրոցիտների մեկ փոքր կաթիլ (էրիթրոցիտների և շիճուկի հարեբությունը կազմում է 1:10): Կաթիլը խառնում են ապակյա ձողիկով: Թասը դնում են է +46°C-+47°C ջերմաստիճանով ջրային բաղնիքում և հինգ րոպե հետո կաթիլը ևս մեկ անգամ խառնում են: Տաս րոպե հետո Պետրիի թասը հանում են ջրային բաղնիքից և կատարում եզրահանգում: Էրիթրոցիտների փաթիլավորման դեպքում արյան բաղադրամասը համարվում է անհամատեղելի և փոխներարկումը արգելվում է: Իսկ կաթիլի մեջ փաթիլավորման բացակայությունը նշանակում է, որ արյունը համատեղելի է ըստ ռեզուս համակարգի հակածինների:

Պլազմայի փոխներարկման դեպքում անցկացվում է համատեղելիության փորձը պլազմայի և ռեցիպիենտի էրիթրոցիտների հետ վերոհիշյալ եղանակով:

Իաչաձև համատեղելիության փորձը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերել անհամատեղելությունը նաև հակածինների թույլ նկատմամբ:

Կենսաբանական համատեղելիության փորձը անցկացվում է անկախ փոխներարկվող բաղադրամասերի քանակից և ներարկման արագությունից: Արյան բաղադրամասերի մի քանի չափաբաժինների փոխներարկման դեպքում այս փորձը անցկացվում է փոխներարկումից առաջ:

Ռեցիպիենտին միանվագ ներարկվում է 10մլ արյան բաղադրամաս՝ 40-60 կաթիլ թույլ արագությամբ, որից հետո փոխներարկումը ընդհատվում է 3 թույլ ընթացքում հսկում են հիվանդի ընդհանուր վիճակը (պուլսի և շնչառության հաճախականությունը, զարկերակային ճնշման և մարմնի ջերմաստիճանի ցուցանիշները, մաշկի գույնը): Այս գործողությունը կրկնվում է ևս երկու անգամ: Եթե այդ ժամանակահատվածում հայտնաբերվում են հետևյալ կլինիկական նշաններից որևէ մեկը, ինչպիսին են դողը, սարսուռը, գոտկատեղի և հետկրծոսկրային շրջանի ցավերը, գլխացավը, սրտխառնոցը կամ փսխումը, ապա անմիջապես ընդհատվում է փոխներարկումը:

Ընդհանուր անզգայացման ժամանակ արյան բաղադրամասերի փոխներարկումից առաջացած բարդությունների մասին վկայում են վիրահատական վերքից չհիմնավորված արյունահոսությունը, զարկերակային ճնշման իջեցումը, պուլսի հաճախացումը, մեզի գույնի փոփոխությունը: Այդպիսի ախտանիշների առկայության դեպքում անհապաղ դադարեցվում է փոխներարկումը:

Համատեղելիության փորձերը, բացառությամբ կենսաբանական փորձի, կատարվում են անմիջապես փոխներարկումից առաջ:

Հետփոխներարկումային ռեակցիաներ և բարդություններ

Տարբեր կլինիկական իրավիճակներում արյան բաղադրամասերի փոխներարկումը կարևորագույն մաս է կազմում բուժական գործունեությունում: Սակայն փոխներարկումը կարող է առաջացնել անմիջական և հեռահար ռեակցիաներ և բարդություններ: Նրանց հավանականությունը աճում է հղիության, կրկնակի փոխներարկումների, մեկ ռեցիպիենտին տարբեր դոնորների արյան փոխներարկման, տեխնիկական անճշտությունների և սահմանված կարգի խախտման դեպքում:

Տարբերում են ռեակտիվ վիճակներ և բարդություններ: Ռեակտիվ վիճակները չեն ուղեկցվում օրգանիզմի ֆունկցիաների լուրջ խանգարումներով և կյանքին անմիջական վտանգով չեն սպառնում: Ռեակտիվ վիճակները սկսվում են հեմոտրանսֆուզիայի ժամանակ կամ նրա ավարտից 20-30 րոպե հետո, տևում են մի քանի րոպեից մինչև մի քանի ժամ: Տարբերում են հետփոխներարկումային ռեակտիվ վիճակի երեք աստիճաններ՝

Թեթև ռեակցիա, որն ուղեկցվում է մարմնի ջերմության 1°C բարձրացմամբ, գլխացավերով, դողով, ընդհանուր թուլությամբ, հոդերի և մկանների ցավերով: Այս երևույթները կարճատև են և բուժական միջոցառումների կարիք չունեն:

Միջին ռեակցիա, երբ մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է $1,5-20^{\circ}\text{C}$ աստիճանով, դողով, պուլսի և շնչառության արագացմամբ, երբեմն մաշկի ցանով: Այս ռեակցիաները նույնպես դեղորայքային բուժման կարիք չունեն և կարճատև են:

Օսնր ռեակցիան ուղեկցվում է 2°C և ավելի մարմնի ջերմության բարձրացմամբ, դողով, շրթունքների ցիանոզով սրտխառնումով և փսխումով, հևոցով, այտուցով և եղնջացանով: Հիվանդը կարիք ունի բժշկական օգնության: Հեմոտրանսֆուզիան անհրաժեշտ է դադարեցնել:

Ըստ առաջացման պատճառների և կլինիկական ընթացքի հեմոտրանսֆուզիոն ռեակցիաները բաժանվում են պիրոգեն, անտիգենային (ոչ հեմոլիտիկ), ալերգիկ և անաֆիլակտիկ տեսակների:

- **Պիրոգեն ռեակցիաները** առաջանում են ռեցիպիենտի արյան մեջ պիրոգեն նյութեր ներմուծելիս, որոնք առաջանում են դոնորական արյան պահածոյացման ժամանակ, ինչպես նաև միկրոօրգանիզմներով վարակված արյուն փոխներարկելիս: Այս ռեակցիաները արտահայտվում են դողով, սարսուռով, ընդհանուր թուլությամբ, գլխացավերով:
- **Անտիգենային (ոչ հեմոլիտիկ) ռեակցիաները** ի հայտ են գալիս ռեցիպիենտի օրգանիզմի սենսիբիլիզացիայից (գերզգայունություն), որը առաջանում է արյան մեջ դոնորական օտար սպիտակուցներ ներմուծելիս: Այդպիսի սպիտակուցներ պարունակում են դոնորի լեյկոցիտները, թրոմբոցիտները, արյան պլազման: Ռեակցիան արտահայտվում է մարմնի ջերմության բարձրացմամբ, մաշկի ցանով, հևոցով, գլխացավով:

- **Ալերգիկ ռեակցիաները** դոնորի արյան իմունոգլոբուլիններով ռեցիպիենտի օրգանիզմի սենսիբիլիզացիայի հետևանք են և արտահայտվում են մաշկի կարմրությամբ, քորով, ցանավորմամբ, հևոցով, բրոնխոսպազմով, փսխումով, ջերմության բարձրացմամբ:
- **Անաֆիլակտիկ ռեակցիան** հազվադեպ է հանդիպում և առաջանում է IgA, IgG իմունոգլոբուլինների նկատմամբ ռեցիպիենտի օրգանիզմում հակամարմինների առաջացմամբ և սենսիբիլիզացիայով: Արտահայտվում է անաֆիլակտիկ շոկի առաջացմամբ (մաշկի կարմրություն, շնչահեղձուկ, տախիկարդիա, արյան ճնշման անկում, ցանավորում):

Անաֆիլակտիկ ռեակցիան կարող է առաջանալ նույնիսկ տրանսֆուզիայից 2-ից 5 օր հետո:

Վերոհիշյալ ռեակցիաները կանխարգելելու համար անհրաժեշտ է՝

- խստիվ պահպանել պահածոյացված արյուն փոխներարկելու կանոնները, պահանջները և պայմանները,
 - նկատի ունենալ ռեցիպիենտի ընդհանուր վիճակը, անհատական առանձնահատկությունները, օրգանիզմի ռեակտիվ վիճակը, հիվանդության բնույթը,
 - փոխներարկման համար օգտագործել միայն միանվագ օգտագործման հատուկ նախատեսված պլաստիկ սիստեմներ,
 - ռեցիպիենտից մանրակրկիտ հավաքել տրանսֆուզիոզիական, իսկ կանանցից նաև գինեկոլոգիական անամները:
5. **Հեմոտրանսֆուզիոն շոկը** փոխներարկման բարդություններից առավել ծանրը և վտանգավորն է, որը առաջանում է խմբային կամ ռեզուս անհամատեղելի արյան փոխներարկումից: Այն կարող է զարգանալ անմիջապես փոխներարկման ժամանակ կամ մոտակա ժամերի ընթացքում փոխներարկումից հետո: Շոկի նշանները ի հայտ են գալիս հիվանդի անհանգստությամբ, վախի զգացումով, հևոցով, դեմքի կարմրությամբ, սրտի, որովայնի և գոտկային շրջանի ցավերով, լորձաթաղանթների դեղնավուն երանգով, մեզի և կղանքի շագանակագույն գունավորմամբ: Ընդհանուր անզգայացմամբ վիրահատության ժամանակ հեմոտրանսֆուզիոն շոկը արտահայտվում է վիրահատական վերքից արյունահոսությամբ, մաշկում և ներքին օրգաններում արյունազեղումներով, տախիկարդիայով և զարկերակային ճնշման անկումով:

Ներանոթային հեմոլիզը և շոկը բերում են սուր երիկամային անբավարարության զարգացմանը:

Բուժման նպատակով անհապաղ դադարեցվում է արյան փոխներարկումը, ներարկվում են սրտային միջոցներ (դոպամին), գլյուկոկորտիկոիդներ (պրեդնիզոլոն, դեքսամետազոն), բրոնխոլիտիկներ (եուֆիլին), միզամուղներ (լազիքս, մանիտոլ), հակամակարդիչներ (հեպարին, ֆրաքսիպարին) ներանոթային տարածուն մակարդման համախտանիշի զարգացումը կանխելու համար: Բուժումը կատարվում է ինտենսիվ ինֆուզիոն թերապիայի ֆոնի վրա: Անուրիայի զարգացման դեպքում կատարվում է հեմոդիալիզ:

6. **Տեխնիկական բարդությունները** առաջանում են հեմոտրանսֆուզիան իրականացնող բուժ. անձնակազմի թույլ տված սխալների բացթողումների և թերացումների հետևանքով:

Այդ բարդություններն են

ա) Վարակված արյան ներմուծում օրգանիզմ: Արյունը կարող է վարակվել այն դոնորից վերցնելու կամ արյան բաղադրամասեր պատրաստելու ժամանակ, երբ չեն պահպանվում ապանեխման կանոնները: Այս բարդությունը կանխարգելելու համար մանրակրկիտ ստուգվում է դոնորական արյունը, պահպանվում են արյունը վերցնելու, պահածոյացնելու, արյան բաղադրամասեր ստանալու կանոնները: Վարակված արյան կամ նրա բաղադրամասերի ներարկումը առաջացնում է ծանր ինֆեկցիոն տոքսիկ շոկ, որն արտահայտվում է դողով, սարսուռով, ջերմության բարձրացմամբ, մաշկի կարմրությամբ և չորությամբ, գլխացավով, գիտակցության խանգարմամբ, հեմոգլոբինուրիայով և լյարդ-երիկամային անբավարարության զարգացմամբ:

բ) Օդային էմբոլիան առաջանում է անոթային ունի մեջ 2 սմ³ և ավելի օդի ներմուծումից: Անոթ ներխուժած օդը անցնում է սրտի աջ կեսը, իսկ այնտեղից դեպի թոքային զարկերակ և թոքերի մանր անոթներ առաջացնելով մեխանիկական արգելք արյան շրջանառության համար: Ռեցիպիենտի մոտ առաջանում է ցավ և ճնշման զգացում կրծքավանդակում, շնչարգելություն, ցիանոզ, տախիկարդիա, որը կարող է ավարտվել սիրտ-անոթային և շնչական համակարգերի գործունեության խանգարմամբ և կլինիկական մահով: Այս բարդությունը կանխարգելելու համար անհրաժեշտ է հետևել, որ փոխներարկման

համար նախատեսված պլաստիկ համակարգի բոլոր խողովակները լցված լինեն փոխներարկվող հեղուկով և բացակայեն՝ օդի բշտերը:

Խստիվ արգելվում է ցանկացած մղիչ սարքերի օգտագործումը արյան փոխներարկման ժամանակ:

գ) Թրոմբոլիտիկան առաջանում է փոխներարկման ժամանակ արյան հետ միասին անոթային հուն թրոմբի ներխուժումից: Կլինիկական պատկերը նման է օդային էմբոլիայից առաջացած ախտանիշներին: Բարդությունը կանխարգելելու համար անհրաժեշտ է մանրագնդին ստուգել փոխներարկման համար պատրաստված արյան բաղադրամասը այնտեղ թրոմբներ հայտնաբերելու նպատակով և օգտագործել փոխներարկման համար նախատեսված պլաստիկ համակարգեր, որոնք օժտված են թրոմբներ պահող հատուկ ֆիլտրերով:

դ) Արյան շրջանառության սուր խանգարումը առաջանում է սառը արյուն կամ արագ մեծ քանակությամբ արյուն փոխներարկելիս: Սառը արյան փոխներարկումը իջեցնում է նախասրտի սինուսային հանգույցի ջերմաստիճանը, որը 30 °C ավելի ցածր իջնելիս բերում է սրտի կծկումների ռիթմի խանգարման (էքստրասիստոլաներ, առիթմիա) և սրտի կանգի:

Մեծ քանակով արյան արագ փոխներարկումը. առաջացնում է սրտի գերժանրաբեռնվածություն, աջ նախասրտում սիներակներում արյան կանգ, սրտամկանի տոնուսի թուլացում և ատոնիա: Կլինիկական նշաններն են, ցիանոզը, շնչարգելությունը, զարկերակային ճնշման անկումը, առիթմիան: Նշված բարդությունից խուսափելու համար անհրաժեշտ է փոխներարկումից առաջ 30-60 րոպեի ընթացքում տաքացնել արյան բաղադրամասերը մինչև 25 °C ջերմաստիճանը, իսկ արյան փոխներարկման արագությունը 1 րոպեում պետք է լինի 40-60 կաթիլ:

ե) Հիպոկալցիեմա կամ ցիտրատային թունավորումը առաջանում է մեծ քանակով 1 շաբաթ և ավելի ժամկետով պահպանված պահածոյացված արյան փոխներարկումից: Արյունը պահածոյացնող կիտրոնաթթվային նատրիումի ցիտրատը կապվում է ռեցիպիենտի արյան պլազմայի կալցիումի հետ: Հիվանդը նշում է ցավեր կրծքավանդակում, շնչառության դժվարացում, դեմքի և մարմնի մկանների թրթոց: Կանխարգելման նպատակով փոխներարկման

ընթացքում յուրաքանչյուր 250 մլ արյան փոխներարկումից հետո հիվանդին ներարկում են 10%-5մլ կալցիումի քլորիդ կամ գլյուկոնատ:

ԻՆՖՈՒՋԻԱ

Արյան փոխարինիչներ են կոչվում ֆիզիկական համասեռ հատուկ հեղուկները, որոնք նպատակաուղղված ազդում են օրգանիզմի վրա և փոխարինում են արյան որոշակի ֆունկցիաները: Արյան փոխարինիչների և այլ հեղուկների ներարկումը կոչվում է **ինֆուզիա**:

Կախված օրգանիզմի վրա իրենց ազդեցությունից արյան փոխարինիչները լինում են՝

1. Հեմոդինամիկ կամ հակաշոկային՝

- ցածր մոլեկուլային կշիռ ունեցող դեքստրաններ (ռեոպոլիզյուլին),
- միջին մոլեկուլային կշռով դեքստրաններ (պոլիզյուլին),
- բարձր մոլեկուլյար կշռով դեքստրաններ (ժելատինոլ)

2. Թունազերծող կամ դեզինտոքսիկացիոն

- ցածրամոլեկուլյար պոլիվինիլպիրոլիդոն (հեմոդեզ),
- ցածրամոլեկուլյար պոլիվինիլ սպիրտ (պոլիդեզ)

3. Պարենտերալ սնուցող՝

- սպիտակուցային հիդրոլիզատներ (ամինոպեպտիդ, հիդրոլիզին, կազեինի հիդրոլիզատ),
- ամինաթթուների լուծույթներ (պոլիամին, ավեզին ամինոստերիլ),
- ճարպային էմուլսիաներ (ինտրալիպիդ, լիպոֆունդին),
- շաքարներ և բազմատոմ սպիրտեր (գլյուկոզա, սորբիտոլ, մաննիտ),

4. Ջրա-աղային և հիմնա-թթվային փոխանակության կարգավորողներ՝

(նատրիումի քլորիդի իզոտոնիկ լուծույթ կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթ, Ռինգերի լուծույթ):

Ըստ իրենց կազմության արյան փոխարինիչները լինում են՝

1. Կոլոիդային լուծույթներ՝

- դեքստրաններ (պոլիզյուլին, ռեոպոլիզյուլին)
- ժելատինի պատրաստուկներ (ժելատինոլ)
- պոլիվինիլպիրոլիդոնի լուծույթներ (հեմոդեզ),

2. Աղային լուծույթներ կամ կրիստալիդներ՝ (նատրիումի քլորիդի իզոտոնիկ լուծույթ, Ռինգերի լուծույթ, ացեսոլ, լակտոսոլ),

3. **Բուֆերային լուծույթներ** (նատրիումի հիդրոկարբոնատի լուծույթ, տրիսամինի լուծույթ),
4. **Շաքարներ և բազմատոմ սպիրտեր** (գլյուկոզա, ֆրուկտոզա, սորբիտոլ),
5. **Սպիտակուցային պատրաստուկներ** (սպիտակուցների հիդրոլիզատներ, ամինաթթուների լուծույթներ),
6. **Ճարպերի պատրաստուկներ,**

Բարձրամոլեկուլ արյան փոխարինիչներ (մոլեկուլյար զանգվածը 50000-80000) օժտված են արյունը նոսրացնող հատկությամբ (հեմոդիլյուցիա) և նպաստում են շրջանառվող արյան ծավալի վերականգնմանը և արյան ճնշման բարձրացմանը: Նրանք կարող են երկար ժամանակ (3-4 օր) շրջանառվել արյան հունում և դեպի անոթներ ներգրավել միջհյուսվածքային հեղուկը: Այս հեղուկները օգտագործում են շոկի ժամանակ, քանի որ շոկային վիճակում առաջանում են արյան խտացում, շրջանառվող արյան ծավալի փոքրացում և արյան ճնշման իջեցում:

Ցածրամոլեկուլյար արյան փոխարինիչներ (մոլեկուլյար զանգվածը 10000-40000) լավացնում են մազանոթային արյան շրջանառությունը (միկրոցիրկուլյացիա)՝ քչացնում արյան մածուցիկությունը, արգելակում էրիթրոցիտների սոսնձումը, ավելի կարճատև են շրջանառվում արյան հունում, հեշտությամբ են արտաթորվում երիկամներով՝ իրենց հետ տանելով ավելորդ միջհյուսվածքային հեղուկը և տոքսինները: Այս հատկությունների շնորհիվ նրանք կիրառվում են թունազերծման (դեզինտոքսիկացիա), ջրազրկման (դեհիդրատացիա), արյան ռեոլոգիական հատկությունները և միկրոցիրկուլյացիան լավացնելու համար:

Աղային լուծույթներ կամ կրիստալիդները, որոնք անվանվում են նաև էլեկտրոլիտային հեղուկներ, լավացնում են արյան ռեոլոգիական հատկությունը, վերականգնում են միկրոցիրկուլյացիան: Շոկի, թունավորումների, արյունահոսությունների, ջրազրկման դեպքում օրգանիզմների հեղուկը միջբջջային տարածությունից անցնում է արյան հուն, որը բերում է ինտերստիցիալ տարածությունում հեղուկի դեֆիցիտի և ջրա- աղային փոխանակության խանգարմանը:

Աղային լուծույթները, ունենալով ցածր մոլեկուլյար կշիռ, հեշտությամբ մազանոթների պատից թափանցում են միջբջջային տարածություն և վերականգնում են հեղուկի պակասը: Մակայն նրանք օրգանիզմում կարող են մնալ մի քանի ժամ և արագ դուրս են բերվում արյան հունից: Ուստի կրիստալիդները կիրառվում են կոլոիդ լուծույթների հետ միասին, որոնք երկարացնում են նրանց օրգանիզմում մնալու ժամանակը (հարաբերությունը 1 կոլոիդ: 3 կրիստալիդ):

Պարէնտերալ սնուցման հեղուկները կիրառվում են, երբ բնական ճանապարհով հնարավոր չէ ապահովել օրգանիզմի սնուցումը (տոքսիկոզներ, կոմատոզ վիճակներ, այրվածքային հիվանդություն, վնասվածքային հիվանդություն, հետվիրահատական շրջան): Արյունը և պլազման պարէնտերալ սնուցման համար չեն օգտագործվում, քանի որ արյան սպիտակուցները օրգանիզմի պլաստիկ պրոցեսներում մասնակցելու համար մետաբոլիզմի միջոցով պետք է ձեղքվեն մինչև հեշտ յուրացվող ամինաթթուների, ինչը թուլացած օրգանիզմի համար մեծ դժվարություն է ներկայացնում:

Բուֆերային լուծույթները օգտագործվում են տարբեր ախտաբանական վիճակների հետևանքով օրգանիզմի խանգարված թթվահիմնային հավասարակշռությունը վերականգնելու համար:

ԳԼՈՒԽ V **ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ**

Վնասվածքը կամ տրավման արտաքին ազդակների (մեխանիկական, քիմիական, ջերմային, էլեկտրական, ճառագայթային) ազդեցությունն է օրգանիզմի վրա, որի հետևանքով խախտվում է օրգան-համակարգերի և հյուսվածքների անատոմիական ամբողջականությունը, խանգարվում են օրգանիզմի ֆիզիոլոգիական ֆունկցիաները: Այս բոլորը ուղեկցվում են օրգանիզմի տեղային և ընդհանուր ռեակցիայով:

Վնասվածքների դասակարգումը.

I. Ըստ վնասվածք առաջացնող պատճառի տարբերում ենք՝

1. տրանսպորտային տրավմաներ, որոնք հանդիպում են շատ հաճախ և ունեն ծանր ընթացք

2. կենցաղային տրավմաներ
3. սպորտային տրավմաներ
4. արտադրական տրավմաներ, առաջանում են արտադրական գործունեության ընթացքում
5. գյուղատնտեսական տրավմաներ
6. զինվորական տրավմաների առաջանում են ռազմական վարժանքների գործողությունների հետևանքով:

II. Ըստ վնասող ազդակի տեսակի լինում են

1. մեխանիկական
2. ջերմային
3. քիմիական
4. ճառագայթային
5. էլեկտրական
6. վիրահատական
7. ծննդաբերական

III. Ըստ վնասվածքի բնույթի լինում են

1. փակ վնասվածքներ, երբ մաշկի և լորձաթաղանթների ամբողջականությունը խախտված չեն,
2. բաց վնասվածքներ, որոնց դեպքում վնասված են մաշկը և լորձաթաղանթները, որն էլ մեծացնում է ինֆեկցիայի ներթափանցելու վտանգը,
 - խոռոչների մեջ թափանցող վնասվածքներ (որովայնամիզը կամ պլերան վնասվելիս),
 - խոռոչների մեջ չթափանցող վնասվածքներ:

IV. Ըստ վնասվածքների ծավալի`

- միայնակ (եզակի)
- բազմակի վնասվածքներ,
- համակցված վնասվածքներ, երբ միաժամանակ վնասվում են մի քանի օրգաններ
- զուգորդված (կոմբինացված) վնասվածքներ` երբ վնասվածքն առաջանում է տարբեր գործոնների (մեխանիկական, քիմիական, ճառագայթային և այլն) միաժամանակյա ներգործությունից:

V. Ըստ վնասող ուժի ազդման տեղի լինում են`

1. ուղղակի վնասվածք, առաջանում է ազդող գործոնի ազդեցության տեղում,

- անուղղակի վնասվածք, առաջանում է ազդող գործոնի գործադրման տեղից հեռու: Օրինակ՝ բարձրությունից ընկնելիս վնասվում է ողնաշարը:

VI. Ըստ ազդեցության ժամանակի տարբերում ենք

- սուր վնասվածք, առաջանում է որևէ գործոնի հանկարծակի ազդեցությունից անմիջապես հետո:
- քրոնիկական վնասվածք, առաջանում են ազդող գործոնի բազմակի ազդեցության հետևանքով:

Տրավմատիզմը և նրա կանխարգելումը

Տրավմատիզմը գործոնների և պայմանների ամբողջությունն է, որը բերում է նմանատիպ վնասվածքների: Կախված պայմաններից և տեղից, որտեղ առաջացել է տրավման, տարբերվում են տրավմատիզմի հետևյալ տեսակները

- արդյունաբերական
- գյուղատնտեսական
- տրանսպորտային
- սպորտային
- կենցաղային
- զինվորական

Նշված բաժանումը հնարավորություն է տալիս բացահայտել վնասվածքի առաջացման պատճառը և արտաքին պայմանները, որոնց դեպքում առաջացել է վնասվածքը: Ըստ տրավմատիզմի տեսակի համապատասխան ձևով կազմակերպվում է նրա կանխարգելումն, որի հիմնական ուղիներն են՝ աշխատանքի և անվտանգության կանոնների ապահովում, աշխատողների անհատական անվտանգության բարելավում, փողոցային երթևեկության կանոնների պահպանում և բժշկական օգնության անհրաժեշտ ծառայության ապահովում:

Առաջին օգնության կազմակերպումը տրավմաների դեպքում

Տրավմաները առաջանում են անակնկալ ձևով և անկախ առաջացման տեղից, իրավիճակից պահանջվում է տուժածի նկատմամբ ցուցաբերել առաջին օգնություն դեպքի վայրում ու փոխադրել բժշկական հիմնարկ:

I բուժօգնությունը դեպքի վայրում իր մեջ ներառում է հետևյալ գործողությունները.

- դադարեցնել տրավմատիկ ազդակի ներգործությունը
- ժամանակավորապես դադարեցնել արյունահոսությունը
- ներարկել ցավազրկող միջոցներ և պրեպարատներ, որոնք լավացնում են շնչառությունը և սիրտ-անոթային համակարգի գործունեությունը:
- դնել ասեպտիկ վիրակապ
- կատարել տրանսպորտային անշարժացում

Այնուհետև տուժածին տեղափոխել բուժհիմնարկ՝ տրավմատոլոգիական բաժանմունք կամ տրավմատոլոգիական պոլինկտ, բարձրորակ բժշկական օգնություն ստանալու նպատակով:

Տրավմատոլոգիական հիվանդի հետազոտման առանձնահատկությունները

Սուր վնասվածքով հիվանդի մոտ կլինիկական նշանները զարգանում են արագ և հիվանդի վիճակը կտրուկ վատանում է, որը պահանջում է շտապ ախտորոշում և համապատասխան օգնություն: Կարևոր է ճիշտ գնահատել տուժածի տեղային և ընդհանուր ախտանիշները, ընդհանուր վիճակը, կարևոր կենսական օրգանների ֆունկցիոնալ վիճակը: Վնասված մասի հետազոտումը ներառում է զննումը, շոշափումը, պերկուսիան, ատուսկուլացիան, պունկցիան, ռենտգեն հետազոտությունները և էնդոսկոպիկ հետազոտությունները: Ծանր տրավմաներ դեպքում զարգանում է տրավմատիկ շոկ, որը ընթանում հեմոդինամիկայի խանգարումներով՝ զարկերակային ճնշման անկումով և անոթազարկի ռիթմի խանգարումով:

Ներքին օրգանների վնասվածքի և ներքին արյունահոսության կասկածի դեպքում պետք է կատարել հեմոգլոբինի կրկնակի որոշում և ախտորոշիչ պունկցիա:

Կտրվածքի և հողախախտի դեպքում չափում են վերջույթների երկարությունը և շրջագիծը, անկյունաչափով որոշում են շարժման ծավալները: Տրավմաները հաճախ ենթակա են դատա-բժշկական փորձաքննության, այդ պատճառով կարևոր է հիվանդության

նկարագրում անամնեզի և օբյեկտիվ հետազոտության տվյալների արտացոլումը:

Վնասվածքային տոքսիկոզի համախտանիշ (Կրաշ համախտանիշ)

Վնասվածքային տոքսիկոզի համախտանիշը փափուկ հյուսվածքների մեխանիկական փակ, յուրահատուկ և ծանր վնասվածք է, խաղաղ պայմաններում գրեթե չի հանդիպում, սակայն այն համարվում է պատերազմների, բնական և տեխնածին աղետների մշտական ուղեկիցը: Մասնավորապես ուժգին երկրաշարժերի դեպքում այս վնասվածքը կարող է կրել համաճարակի բնույթ, տալով մահացության և հաշմանդամության մեծ տոկոս: Որպես կանոն տուժածների ճակատագիրը կախված է ժամանակին և ճիշտ իրականացված բժշկական օգնությունից ինչպես նախահոսպիտալային այնպես էլ հոսպիտալային էտապներում:

Այս վնասվածքը հայտնի է տարբեր անուններով՝ երկարատև ճնշման համախտանիշ, ապաճնշման համախտանիշ, կրաշ համախտանիշ և այլն: Վնասվածքի առաջին նկարագրություններից մեկն է 1918 թվականին հրապարակվել է ֆրանսիացի բժիշկ Կենյուի կողմից: Մարտական գործողությունների ժամանակ Ֆրանսիական բանակի մի սպա գտնվել է թաքստոցում, թաքստոցի վրա նետված նռնակի պայթյունից այն ավերվել է և սպայի ոտքերի վրա է ընկել ծանր գերանը: Մի քանի ժամ անց սպային գտել են փրկարարները: Վիրավորի ֆիզիկական վիճակը եղել է միանգամայն բավարար և ղեկավարել է իր իսկ փրկման գործողությունները: Տուժածի վերջույթները երկարատև ճնշումից ազատելուց հետո ունեցել են մուգ կարմիր գույն, իսկ կարճ ժամանակ անց նրա վիճակը արագորեն սկսել է վատանալ զարգացող «շոկից» և շուտով սպան մահացել է, այդ իսկ պատճառով այս վնասվածքը կոչվում է նաև Կենյուի համախտանիշ:

Վնասվածքի ախտագրագաման /պաթոգենեզի/ հիմքում ընկած են հետևյալ երեք կարևորագույն գործոնները՝

1. վնասվածքային տոքսեմիան
2. արյան հեղուկ մասի (պլազմայի) կորուստը
3. ցավը

Վնասվածքային տոքսեմիան պայմանավորված է փափուկ հյուսվածքների, հատկապես մկանային հյուսվածքի քայքայման արգասիքների ազդեցությամբ, երբ մեկից ավելի վերջույթներ երկարատև ենթարկվում են ճնշման գրունտով, ծանր առարկաներով, կամ շենքերի, շինությունների և հանքախորշերի փլուզման հետևանքով: Նման դեպքերում փափուկ հյուսվածքները, մասնավորապես մկանային հյուսվածքը ենթարկվում է ծանրության մեծ ուժի երկարատև ազդեցության, մյուս կողմից ճնշման են ենթարկվում նաև մագիստրալ անոթները և նյարդային ցողունները, առաջավնեռվ հյուսվածքների արյան շրջանառության խանգարումներ: Այսպիսով հանրագումարային առումով նշված գործոնները բերում են փափուկ հյուսվածքների, հատկապես մկանային հյուսվածքի կենսունակության կորստի: Կենսունակությունը կորցրած մկանային հյուսվածքի քայքայման արգասիքները ինչպիսիք են կրեատինինը, միոգլոբինը (մկանային սպիտակուցը), կալիումի և ֆոսֆորի իոնները ապաճնշումից անմիջապես հետո սկսում են անցնել արյան մեջ: Տուժածների մոտ զարգանում է ացիդոզ: Ացիդոզի պայմաններում միոգլոբինը լուծելի վիճակից անցնում է անլուծելի վիճակի և աստիճանաբար խցանում է երիկամների արտազատող խողովակները: Մկանային հյուսվածքի քայքայման հետևանքով անջատվում է նաև մեծ քանակությամբ կալիումի և ֆոսֆորի իոններ, որոնց ազդեցության ամենահիմնական դրսևորումը սրտամկանի ախտահարումն է, այն բերում է սրտի ռիթմի ծանր խանգարումների, որը վնասվածքի վաղ շրջանում կարող է ավարտվել սուր սրտային անբավարարության զարգացմամբ և մահով:

Երկարատև ճնշմանը ենթարկված վերջույթների ապաճնշումից անմիջապես հետո տոքսեմիային զուգահեռ սկսում է զարգանալ վնասված վերջույթների այտուցներ, որոնք արագորեն հասնում են մեծ չափերի: Իրականում այտուցների առաջացումը պայմանավորված է պլազմայի կորուստով, որի օրինաչափ հետևանքը շրջանառող արյան ծավալի փոքրացումն է և հիպովոլեմիկ շոկի զարգացումը: Սովորաբար ինտոքսիկացիան և պլազմայի կորուստը զարգանում են ցավային համախտանիշի ֆոնի վրա, այդ պատճառով վնասվածքի սկզբնական շրջանը նման է վնասվածքային շոկին: Ուժգին ցավը իր հերթին առաջացնում է անոթների սպազմ և ներքին օրգանների այդ թվում նաև կենսական կարևոր օրգանների միկրոցիրկուլյատոր խանգարումներ:

Անհրաժեշտ է հիշել, որ այս վնասվածքի դեպքում ախտահարման հիմնական թիրախ են հանդիսանում երիկամները:

Վնասվածքի ծանրության աստիճանը կախված է ճնշմանը ենթարկված հյուսվածքների զանգվածից, այն ժամանակից, որի ընթացքում հյուսվածքները ենթարկվել են ճնշման և ճնշման ուժի մեծությունից:

Գործնականորեն տարբերում ենք վնասվածքի հետևյալ ձևերը՝

- **թեթև ձև**՝ առաջանում է վերջույթի առանձին սեգմենտների ճնշման հետևանքով մինչև չորս ժամ տևողությամբ, նման դեպքերում սիրտ-անոթային համակարգի և երիկամների ախտահարման նշանները հստակ նկատելի չեն,
- **միջին ծանրության ձև**՝ առաջանում է վերջույթի առանձին սեգմենտների ճնշման հետևանքով ոչ պակաս 6 ժամվա ընթացքում, վնասվածքը ընթանում է երիկամների արտազատող ֆունկցիայի և հեմոդինամիկ ոչ նշանակալից խանգարումներով,
- **ծանր ձև**՝ առաջանում է մեկ, կամ զույգ ստորին վերջույթների 6-7 ժամ տևողության ճնշման հետևանքով, բնորոշվում է երիկամների սիրտ-անոթային համակարգի ծանր խանգարումներով, նեֆրոպատիայի և երիկամային անբավարարության զարգացմամբ,
- **ծայրահեղ ծանր ձև**՝ առաջանում է այն դեպքերում, երբ 8 և ավելի ժամ ժամանակով ճնշման են ենթարկվում զույգ ստորին վերջույթները: Վնասվածքը ընթանում է չարորակ նեֆրոպատիայի զարգացմամբ և առաջին 1-2 օրվա ընթացքում ավարտվում է մահացու ելքով:

Կլինիկական պատկերը. Վնասվածքը ընթանում է կլինիկական երեք շրջանով:

Առաջին շրջան - սկսվում է վերջույթի կամ վերջույթների ապաճնշումից անմիջապես հետո, տուժածների վիճակը արագորեն սկսում է վատանալ, ի հայտ են գալիս թուլություն, արգելակվածություն, սիրտխառնոց, երբեմն փսխումներ, մաշկային ծածկույթները գունատվում են և պատվում սառը քրտինքով, պուլսը թույլ լեցումով 100-120 մեկ րոպեում, զարկերակային արյան առավելագույն ճնշումը 80/60մմ./սնդ.այան, իսկ ծանր դեպքերում ավելի ցածր: Վնասվածքի կլինիկական պատկերը իր ընթացքով նման է տրավմատիկ շոկի տրոպիդ փուլին:

Նկարագրած պատկերին գուգահեռ ախտահարված վերջույթում, կամ վերջույթներում ի հայտ են գալիս նաև արտահայտված տեղային փոփոխություններ՝ ապաճնշումն անմիջապես հետո կարելի է տեսնել վնասված վերջույթի ուրվագծերի փոփոխություններ, մաշկային ծածկույթների վրա առկա են լինում ճնշման հետևանքով առաջացած փոսություններ, գրունտի առկայության հետքեր: Ապաճնշումից անմիջապես հետո սկսում է զարգանալ այտուց, որը կրում է հարաճուն բնույթ և իր առավելագույն չափերին է հասնում 24 ժամ անց: Շոշափելիս վերջույթի փափուկ հյուսվածքները ունենում են փայտի պնդություն զարկերակի պուլսացիան բացակայում է, իսկ մաշկային ծածկույթները ունենում են բոսորագույն - ցիանոտիկ գունավորում:

Երկրորդ շրջան՝ միջանկյալ շրջան - այն սկսվում է առաջին շրջանի բարեհաջող ավարտից հետո, հիվանդների վիճակը կարող է լինել բավարար, սակայն սկսած վնասվածքի չորրորդ օրվանից, ծանր դեպքերում ի հայտ են գալիս երիկամային անբավարարության նշաններ, որոնք կրում են հարաճուն բնույթ՝ օլիգուրիա, ընդհուպ մինչև անուրիա, մեզի արտահայտված թթվայնություն, ցածր տեսակարար խտություն, միոզոբինուրիա, ցիլինդրուրիա, սիրտխառնոց, փսխումներ, ապատիա, ցավ գոտկային շրջանում: Միջանկյալ շրջանի բարեհաջող ընթացքի դեպքում սկսած 10- 12-րդ օրվանից երիկամային անբավարարության նշանները աստիճանաբար մեղմանում են, որին էլ հաջորդում է վնասվածքի հերթական շրջանը:

Երրորդ շրջան՝ ուշ շրջան, այս շրջանում գերակշռում են տեղային փոփոխությունները, մեռուկացած մկանային հյուսվածքը փոխարինվում է շարակցական հյուսվածքով, վնասված վերջույթը դառնում է ատրոֆիկ, առաջանում են կոնտրակտուրաներ, շարժումների սահմանափակում հողերում, ինչպես նաև զգացողության խանգարումներ, հաճախ առաջանում են թարախային բարդություններ:

Առաջին օգնությունը. Մինչև վերջույթը կամ վերջույթները երկարատև ճնշման ազդեցությունից ազատելը անհրաժեշտ է ճնշմանը ենթարկված հատվածից վեր՝ պրոքսիմալ հատվածում դնել լարան:

Եթե դա չի հաջողվում անել մինչև ապաճնշումը ապա դա պետք է արվի ապաճնշումից անմիջապես հետո: Այս միջամտությունը հնարավորություն է տալիս կանխել մկանային հյուսվածքի քայքայման արգասիքների անցումը արյան շրջանառություն:

- Լարանը դնելուց և ապաճնշումից հետո զննել վնասված վերջույթը, պարզելով կա՞ն ոսկրերի կոտրվածքներ թե ոչ: Խուսափել հողերում պասիվ շարժումներ առաջացնելուց:
- Բինտերի մի քանի շերտով դնել ճնշող կապ ամբողջ վերջույթի վրա, ընդգրկելով նաև վերջույթի չվնասված հատվածները:
- Հուսալիորեն դրված ճնշող կապից հետո լարանը հեռացնել: Տրանսպորտային անշարժացումը պարտադիր է: Անհրաժեշտ է անշարժացնել է ամբողջ վերջույթը:
- Հնարավորության դեպքում ավելի նպատակահարմար է անշարժացումը իրականացնել պնևմատիկ բեկակալներով, այն մի կողմից ապահովում է բավարար անշարժացում, իսկ մյուս կողմից ամբողջ վերջույթի վրա առաջացնում է հավասարաչափ ճնշում, որը նույնպես կանխում է այտուցի զարգացումը: Անհրաժեշտ է հիշել, որ ծակող և սուր առարկաները կարող են դեհերմետիզացիայի ենթարկել պնևմատիկ բեկակալը :
- Մառեցնել վնասված վերջույթը, ձյան, սառույցի, սառը ջրի միջոցով, վերջույթի հիպոթերմիայի պայմաններում տոքսիկ նյութերի անցումը արյան մեջ խիստ դանդաղում է:
- Պայքար ցավի դեմ անալգետիկ և հակահիստամինային պրեպարատների կիրառման միջոցով:
Թվարկված գործողությունները համարվում են անկախ գործողություններ և պարտադիր են ինչպես փրկարարների այնպես էլ բուժաշխատողների համար:

Առաջին բուժ օգնության ժամանակ ներմուծում են նարկոտիկ անալգետիկներ 1%-2,0մլ պրոմեդոլ, 0,5մլ հակափայտացման անատոքսին: Անհրաժեշտության դեպքում իրականացնել ճնշող կապ, խմեցնել հիմնային հեղուկներ, կրկնակի նատրիումի ցիտրատի 5%-ոց լուծույթ 250-300մլ: Անկախ ծանրության աստիճանից հոսպիտալիզացիան պարտադիր է:

Հոսպիտալային էտապ.

Բուժ քրոջ գործողությունների հերթականությունը՝

- հաշվել պուլսը, չափել զարկերակային արյան ճնշումը,
- բուժող կամ հերթապահ բժշկի հետ միասին զննել վնասված վերջույթը, որոշել այտուցի արտահայտվածության աստիճանը, շոշափել վնասված վերջույթի պերիֆերիկ զարկերակի պուլսացիան,

- եթե այտուցի չափերը մեծ են անոթների պուլսացիան բացակայում է, կարող է առաջանալ թուլացնող կտրվածքների անհրաժեշտություն,
- պատրաստել գործիքների հավաքածու՝ նովոկայինային բլոկադաների և փակեղահատման համար,
- կատարել միզապարկի կաթետրիզացիա Ֆոլեի կաթետրով, մնացորդային մեզի քանակի որոշում,
- հավաքած մեզը ուղարկել լաբորատոր հետազոտության, կաթետրի պերիֆերիկ ծայրը միացնել մեզընդունիչին և անընդհատ հետևել արտազատվող մեզի քանակին,
- կատարել պերիֆերիկ երակի պունկցիա, հավաքել արյան նմուշներ հեմատոկրիտային ցուցանիշի, թթվահիմնային հավասարակշռության և էլեկտրոլիտային բալանսի որոշման համար,
- անհրաժեշտ է հիշել որ այդ հետազոտությունները ունեն կենսական նշանակություն, որոնց արդյունքների օգնությամբ իրականացվում են,
- պայքար հիպովոլեմիայի դեմ,
- թթվա-հիմնային հավասարակշռության կարգավորում,
- երիկամային անբավարարության կանխում, իսկ զարգացման դեպքում՝ բուժում:

Բուժումը կրում է կոմպլեքսային բնույթ: Վիրակապարանում իրականացվում է վնասված ծայրանդամի պրոքսիմալ շրջանի նովոկայինային փակեղային բլոկադա նովոկահինի 0,25%-ոց գոլ լուծույթով, միջին հաշվով 400-500 մլ: Ինֆուզիոն թերապիան համարվում է բուժման հիմնական եղանակներից մեկը: Արյան փոխներարկումը անթույլատրելի է: Բուժման ընթացքում անհրաժեշտ է կիրառել ցածր մոլեկուլային կոլոիդ և աղային իզոտոնիկ լուծույթներ՝ գլյուկոզայի 10%-ոց լուծույթ 1000մլ, 24 միավոր ինսուլինի հետ միասին: Ացիդոզի դեմ պայքարի հիմնական միջոցներից է նատրիումի հիդրոկարբոնատի 4%-ոց լուծույթի ներերակային ներարկումը 200-400մլ քանակությամբ:

Երիկամային անոթների սպազմի վերացման նպատակով կիրառվում են նովոկայինի 0.1%-ոց լուծույթի ներարկում 300-400 մլ քանակությամբ, միզամուղներ (մանիտոլ, լազիքս): Մեզի թթվայնության իջեցման լավագույն միջոցներից է նատրիումի ցիտրատի պերօրալ ընդունումը (15-20գ չոր նյութի հաշվի մեկ օրվա ընթացքում): Վնասված վերջույթում այտուցի մեծ չափերի դեպքում կատարվում է թուլացնող կտրվածքներ փակեղահատումների միջոցով, որը հնարավորություն է տալիս

այտուցային հեղուկի հետ միասին հեռացնել տոքսիկ նյութերը: Ծանր դեպքերում կարող են ի հայտ գալ նաև վնասված վերջույթի անդամահատման ցուցումներ, ընդ որում անդամահատումը անհրաժեշտ իրականացնել մինչև երիկամային անբավարարության զարգացումը: Անհրաժեշտ է անընդհատ հետևել արտազատվող մեզի քանակին և պարբերաբար իրականացնել մեզի ընդհանուր լաբորատոր հետազոտություններ հատկապես վնասվածքի չորորդ օրվանից սկսած: Մեզի քանակի հարաճում պակասելը, հիպերկալիումեմիան և արյան մեջ կրեատինինի քանակի հարաճուն աճը հեմոդիալիզի ուղղակի ցուցումներ են: Ժամանակին իրականացված հեմոդիալիզը ծանր դեպքերում տուժածների կյանքը փրկելու միակ հնարավոր ուղին է: Վնասվածքի ուշ շրջանի բուժումը կրում է տեղային բնույթ և այն ուղղված է վնասված ծայրանդամի ֆունկցիայի վերականգնմանը, թարախային բարդությունների բուժմանը, կոնսրակտուրաների կանխարգելմանը:

ՓԱԿ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Փակ վնասվածքների դեպքում վնասվում են միայն խորանիստ հյուսվածքներն ու օրգանները՝ առանց արտաքին ծածկույթների ամբողջականության խախտման:

Փակ վնասվածքների շարքին են դասվում ջարդվածքը, փափուկ հյուսվածքների և հողերի ձգվածությունը, պատռվածքը, ցնցումը, ճնշումը:

ՋԱՐԴՎԱԾՔ (Contusio)

Ջարդվածքի դեպքում ենթամշակային բջջանքը, որը փխրուն է, խիստ վնասվում է:

Ջարդվածքն առաջանում է զանազան բույթ գործիքների ներգործությունից, բույթ հարվածներից (փայտով, քարով, որևէ բույթ իրի վրա ընկնելիս և այլն): Ջարդվածքի ծանրությունը կախված է արտաքին ուժի չափերից, հյուսվածքների անատոմաֆիզիոլոգիական կամ ախտաբանական վիճակից:

Ջարդվածքների ժամանակ ենթամաշկային ճարպաշերտը պատռվում է, նրա մեջ գտնվող մազանոթներն ու մանր անոթները վնասվում են, որի հետևանքով տեղի է ունենում արյունահոսություն: Արյունը տարածվում և հավաքվում է ենթամաշկային ճարպաշերտերում:

Եթե արյունահոսությունը տեղի է ունենում մեծ անոթներից, առաջանում է հեմատոմա: Ճարպաշերտի վնասման հետևանքով նրա բջիջներից անջատվում են ճարպային կաթիլներ: Անոթներից դուրս եկած արյունը, հասնելով մաշկին, տարածվում է նրա մակերեսային շերտերում, որի հետևանքով մաշկը կապտում է, որն ավելի ցայտուն է դառնում հատկապես երկու-երեք օր հետո:

Մաշկի գունավորումը պայմանավորված է այն պիգմենտով, որն առաջանում է արյան կարմիր մարմնիկների քայքայման հետևանքով: Մաշկի գունավորումը տևում է շաբաթներ:

Անոթներից դուրս եկած արյունը աստիճանաբար ներծծվում է, ընդ որում առաջին հերթին հեռանում է արյան հեղուկային մասը: Շատ ավելի դժվար է ներծծվում մակարդված արյունը՝ նրա ֆիբրինային մասը: Ներծծվում է հիմնականում ավշային ուղիների միջոցով: Մեծ հեմատոմաների դեպքում արյունը երկար ժամանակ զրգռում է շրջակա հյուսվածքները, որոնք աճում են հեմատոմայի շուրջը և այն շրջապատում շարակցական հյուսվածքից կազմված պատյանով:

Ջարդվածքի կլինիկական նշանները. Հարվածը ստանալուց հետո հիվանդը մարմնի տվյալ մասում զգում է ցավ, որը սովորաբար կարճատև է: Վնասված հյուսվածքների շրջանում առաջանում է ուռածություն: Վերջինս պայմանավորված է հյուսվածքների մեջ և գլխավորապես ենթամաշկային ճարպաշերտում կուտակված արյունով: Ուռածությունն առաջանում է ոչ թե անմիջապես, այլ հարվածից մի քանի ժամ անց: Որքան փխրուն է ճարպաշերտը, այնքան այդ հեղուկները հեշտությամբ են հավաքվում և այնքան ուռածությունը լավ է արտահայտվում: Հատկապես մեծ ուռածություն է առաջանում դեմքի, կոպերի, արտաքին սեռական օրգանների շրջանում: Մեծ արյունազեղումներ լինում են այն դեպքում, երբ պատռվում են խոշոր անոթները, ինչպես նաև այն ժամանակ, երբ հյուսվածքների բարակ շերտը գտնվում է կարծր հենարանի (ոսկրի) վրա (օրինակ՝ գլխի շրջանում առաջանում են զգալի հեմատոմաներ):

Ջարդվածքի բուժումը. Մեծ նշանակություն ունի վնասված հյուսվածքի կամ համապատասխան օրգանի կատարյալ հանգիստը, ընդ որում վնասված ծայրանդամները պետք է ուղղակի անշարժացնել: Ջարդվածքի տեղում դնում են ճնշող կապ, որի շնորհիվ անոթները սեղմվում են, և արյունահոսությունը սահմանափակվում կամ անգամ դադարում է, բայց շատ մեծ ճնշում գործադրել չի կարելի, քանի որ հյուսվածքների սնուցումը կարող է խանգարվել:

Գործածում են նաև սառեցնող միջոցներ, այսինքն՝ սառույցով կամ սառը ջրով լի ռետինե պարկերը դնում են վնասված շրջանի վրա, որի շնորհիվ արյունահոսությունը սահմանափակվում է:

Տաքացնող միջոցները կարելի է գործածել միայն ջարդվածք ստանալուց երկու օր հետո, երբ արյունահոսությունն արդեն դադարել է: Այդ միջոցները (տաքացնող կոմպրեսներ, տաք վաննաներ՝ 30-38-40°C ջերմությամբ) նպաստում են հյուսվածքներում թափված արյան ներծծման պրոցեսին:

Նույն նպատակով կատարում են նաև մերսում: Վերջինս սկսում են հեմատոմային շրջակայքից, իսկ հետագայում աստիճանաբար մոտենում են բուն վնասվածքի շրջանին: Մերսումը կատարում են շատ նուրբ, մեծ զգուշությամբ, առաջին օրերին 2-3 և ամենաշատը 5 րոպե, իսկ հետագայում հասցնում են մինչև 10-15 րոպեի: Մերսման ուղղությունը պետք է համընկնի ավշի և երակային արյան հոսանքների ուղղությանը:

ՉՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ՉԳՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ (Distorsio)

ԵՎ ՊԱՏՌՎԱԾՔ (Ruptura)

Այս դեպքում հյուսվածքները հիմնականում ձգվում են, ընդ որում ձգումը զգալի չափով գերազանցում է հյուսվածքների առաձգականությանը: Դրա հետևանքով հյուսվածքների անընդհատությունը խախտվում է, հյուսվածքները պատռվում են:

Մկանների պատռվածք

Մկանները պատռվում են մեծ ձգվածության դեպքում: Օրինակ, ետ ընկնելու ժամանակ, երբ մարդն ուզում է իրեն պահել ուղղաձիգ վիճակում, ուժեղ կծկման հետևանքով կարող են պատռվել որովայնի

ուղիղ մկանները այդ նույն պատճառից կարող է պատռվել ազդրի քառագլուխ մկանը:

Տարբերում են մկանների լրիվ (ամբողջ հաստությամբ) և մասնակի՝ ոչ լրիվ պատվածքներ:

Մկանի պատվածքի դեպքում առաջանում է խիստ ցավ և տվյալ մկանի ֆունկցիայի լրիվ անհետացում: Պատռված տեղում առաջանում է փոքր փոս, որը պարզ շոշափվում է: Երբ հիվանդը փորձում է կծկել վնասված մկանը, այդ փոսը մեծանում և ավելի ցայտուն է արտահայտվում, որովհետև մկանի պատված մասերն իրարից զգալի չափով հեռանում են: Հիվանդին ավելի ուշ հետազոտելիս փոսը չի շոշափվում, որովհետև արյունահոսության հետևանքով այն լցվում է հեմատոմայով և փոսի փոխարեն լինում է ուռածություն:

Ոչ լրիվ պատվածքի ժամանակ հարկավոր է մկանին տալ հանգիստ դիրք: Բացի դրանից, մեծ նշանակություն ունի նաև ճնշող կապը, որի շնորհիվ արյունահոսությունը սահմանափակվում է և արյունը սկսում է ներծծվել: Մկանների լրիվ պատվածքի դեպքում կոնսերվատիվ բուժումը չի օգնում, անհրաժեշտ է պատված մկանի ծայրերը կարել: Այդ վիրահատությունից հետո ծայրանդամն անշարժացնում են այնպես, որ վնասված մկանը գտնվի ոչ թե կծկված կամ ձգված, այլ թուլացած վիճակում:

Ջլերի պատվածք

Ջլերը վնասվում են դարձյալ նույն պատճառից, ինչ մկանը: Ջլի պատվածքը առաջանում է հաճախ այն տեղերում, որտեղ մկանային հյուսվածքը վեր է ածվում ջլի, երբեմն էլ՝ ոսկրի մոտ, որտեղ ջիլը կպչում է այս կամ այն ոսկրին:

Ջլի պատվածքն արտահայտվում է համապատասխան մկանի ֆունկցիայի բացակայությամբ, որը կլինիկապես հեշտ է հայտնաբերվում: Բուժում են վիրահատելով՝ կտրված ջրի ծայրերը մոտեցնում են և կարում:

Շողերի ձգվածություն

Տեղի է ունենում այն դեպքում, երբ մարդը կատարում տվյալ հողի համար արտասովոր կամ սահմաններից դուրս շարժումներ:

Հողերի ձգվածության ժամանակ առաջին հերթին վնասվում է ձուսպային թաղանթը, հողի մեջ տեղի է ունենում արյունահոսություն: Լրիվ կամ մասնակի չափով պատռվում են հողի կապանները և հողաշապիկը:

Վնասվում են նաև հողային մակերեսների աճառները կամ նույնիսկ հողի խոռոչում գտնվող աճառները (օրինակ, ծնկային հողում): Այդ բոլոր վնասվածքների հետևանքով առաջին հերթին տեղի է ունենում ներհողային արյունահոսություն: Հեմարթրոզն այստեղ արտահայտվում է ավելի ցայտուն: Հողի ֆունկցիան ավելի շատ է խանգարվում:

Հողի ձգվածությունը ծանր վնասվածք է և արժանի է հատուկ ուշադրության: Այստեղ կիրառելի են այն բոլոր միջոցները, որոնք գործադրվում էին ջարդվածքը բուժելու համար:

ՀՈԴԱԽԱԽՏ

Հողը կազմող ոսկրերի կայուն տեղաշարժը՝ կոչվում է հողախախտ: Եթե այդ հեռացումը լրիվ է և հողերի մակերեսների միջև այլևս ոչ մի շփում չի լինում, կոչվում է լրիվ հողախախտ, իսկ եթե հողը կազմող ոսկրերն մնում են որոշ շփման մեջ, կոչվում է ոչ լրիվ հողախախտ կամ ենթահողախախտ:

Հոսախախտները կոչվում են հողի դիստալ (հեռադիր) ոսկրի անունով: Օրինակ, ուսային հողի հողախախտը կոչվում է բազկի հողախախտ:

Հողախախտները լինում են բնածին և ձեռքբերովի:

Բնածին հողախախտներն առաջանում են ներարգանդային կյանքում և բացատրվում են հող կազմող ոսկրերի ոչ ճիշտ կամ ոչ նորմալ զարգացմամբ: Բնածին հողախախտները ավելի հաճախ լինում են կոնք-ազդրային հողում: Բնածին հողախախտները բուժելու նպատակով գիպսյա կապերի միջոցով կատարում են բազմանվագ ուղղումներ և անշարժացում որոշակի ժամկետով: Եթե կոնսերվատիվ միջոցները հաջողությամբ չեն պսակվում, ապա դիմում են վիրահատական միջամտության:

Ձեռքբերովի հողախախտները բաժանվում են երկու խմբի՝ վնասվածքային և ախտաբանական: Վնասվածքային հողախախտներն առաջանում են արտաքին ուժի ազդեցության հետևանքով:

Ախտաբանական են կոչվում այն հոդախախտները, որոնք առաջանում են հիվանդ հոդում, հաճախ առանց արտաքին ուժի զգալի ազդեցության:

Հոդախախտներն առավել հաճախ են հանդիպում այն հոդերում, որոնք ունեն շարժման ավելի մեծ ծավալ և մասնակցում են տարբեր տեսակի ռեֆլեկտոր շարժումներին: Վնասվածքային հոդախախտն ավելի հաճախ (մոտ 90%) լինում է վերին, ծայրանդամներում: Վերին ծայրանդամների հոդախախտների մոտ 50%-ը ուսային հոդի հոդախախտներն են (բազկի հոդախախտ): Ուսահոդը պատկանում է գնդաձև հոդերի շարքին, կաչում է շատ քիչ և համեմատաբար թույլ կապաններով, կապանների թիվն ավելի քիչ է հոդի առաջային մասում:

Վնասվածքային հոդախախտներն առաջանում են արտաքին ուժի ինչպես ուղղակի (հազվադեպ), այնպես և անուղղակի (շատ հաճախ) ազդեցությունից: Ուժի անուղղակի ազդեցությունից առաջացած հոդախախտը լինում է, օրինակ, վայր ընկնելու ժամանակ, երբ մարդը հենվում է իր տարածած ձեռքի վրա: Այս դեպքում հարվածն ուղղվում է նրա դաստակին, իսկ հոդախախտն առաջանում է ուսային հոդում:

ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՊՍԿԿԵՐԸ. Սուբյեկտիվ նշաններից է ցավը, որն առաջանում է հոդախախտման ժամանակ և շարունակվում է նրանից հետո:

Շարժումներից ցավերն ուժեղանում են: Ցավը կարող է տարածվել դեպի ծայրանդամի հեռադիր մասը: Նման դեպքերում միշտ պետք է մտածել նյարդերի ճնշման ճմլման մասին: Հիվանդը գանգատվում է սովյալ հոդում ակտիվ շարժումների լրիվ բացակայությունից:

Օբյեկտիվ նշաններից են հոդի ձևափոխությունը (դեֆորմացիան), ծայրանդամի ոչ նորմալ՝ հարկադրական դիրքը, վերջույթի զապանակային շարժումը:

Որոշ նշանակություն ունեն նաև ծայրանդամի չափումները: Հոդախախտման ժամանակ հոդի խոռոչից դուրս եկող ոսկրը կատարում է երկու տեսակի շարժում: Առաջին շարժումը ոսկրի գլխիկի դուրս գալն է հոդի խոռոչից, երկրորդը հոդախորշից դուրս եկած ոսկրի այսպես կոչված երկրորդային շարժումն է, որը միշտ կատարվում է մկանների կծկման հետևանքով, այսինքն՝ հեռանում է հոդի սահմաններից, գնում է դեպի վերև, որի հետևանքով կարճանում է: Այն երբեմն իր ծանրության շնորհիվ հեռանում է հոդից ներքև՝ կաշույն է շրջակա ոսկրերին, և ծայրանդամը երկարում է: Ուստի, այդ բոլորի հետևանքով վնասված

ծայրանդամի երկարությունը առողջի համեմատությամբ փոխվում է՝ փոքրանում կամ մեծանում է: Դա հայտնաբերելու համար չափում են թե՛ հիվանդ, և թե՛ առողջ ծայրանդամները և համեմատում իրար հետ:

Հոդախախտը ախտորոշելու գործում մեծ նշանակություն ունի նաև ունեցված նյան քննությունը:

ԲՈՒԾՈՒՄԸ. Բուժում են հոդից դուրս եկած ոսկրը իր նախկին տեղը վերադարձնելով: Որքան վաղ են կատարում, այնքան բուժման արդյունքները գոհացուցիչ են լինում:

Հոդախախտերը ուղղում են ծայրանդամը բռնի ձգելով այնպիսի ուղղությամբ, որը հակառակ է հոդախախտման ժամանակ տեղի ունեցած շարժման ուղղությանը: Հոդախախտն ուղղում են անզգայացնելով, որի համար օգտվում են եթերային նարկոզից կամ վնասված հոդի մեջ սրսկում են նովոկաինի լուծույթ (1%-անոց 20-30 սմ³) և բացի դրանից, անզգայացած մկանները թուլանալով՝ չեն դիմադրում մեր գործողություններին:

Սովորությանին հոդախախտ.

Չնայած այն բանին, որ հոդախախտը ժամանակին լավ ուղղում են և հետագայում ճիշտ բուժում, որոշ դեպքերում այնուամենայնիվ այն կարող է նորից կրկնվել: Դա, այսպես կոչված, սովորությանին հոդախախտն է, որի դեպքում տվյալ հոդում ամենաչնչին պատճառներից լինում են հաճախակի կրկնվող հոդախախտեր:

Սովորությանին հոդախախտերը բուժում են միայն վիրահատելով. հոդը բացելուց հետո վերացնում են առաջացած կպումները և այն պատճառները, որոնք խանգարում են ոսկրին՝ նորից վերադառնալու իր նորմալ տեղը: Հոդազվիկը վերադարձնում են հոդախոռոչի մեջ, փոքրացնում են հոդաշապիկը և ամրացնում նրա մնացած մասը: Ամրացնում են նաև հոդի կապանները, փոխում են մկանների դասավորությունը:

Հնացած հոդախախտ.

Եթե հոդախախտը երկար ժամանակ մնում է առանց բուժելու, կոչվում է հնացած հոդախախտ: Խոշոր հոդերի համար մոտ 3-4 շաբաթ հետո արդեն կարելի է խոսել հնացած հոդախախտման մասին:

Այս դեպքում հյուսվածքները ենթարկվում են որոշ փոփոխությունների: Հողից դուրս եկած ոսկրը երկար ժամանակ մնալով փափուկ հյուսվածքներում, հատկապես մկանների մեջ, շարունակ նրանց վրա որոշ ճնշում է գործադրում, ինչի հետևանքով մկանները ենթարկվում են ասեպտիկ բորբոքման և այնտեղ, որտեղ գտնվում է ոսկրագլխիկը, սկսում է զարգանալ շարակցական հյուսվածք:

Վերջինս բոլոր կողմերից պատյանի նման պաստառապատում է ոսկրի գլխիկը, և կարծես նոր հողաշապիկ է ստեղծվում: Առաջացած կպումների շնորհիվ ոսկրը կայուն կերպով ֆիքսվում է իր նոր տեղում և առաջանում է այսպես կոչված նոր հող: Հիվանդն աստիճանաբար հարմարվում է նոր վիճակին, ծայրանդամի շարժումների ծավալը գնալով մեծանում է:

Հնացած հողախախտն ուղղելու համար երբեմն դիմում են վիրահատության:

ՍՏՈՐԻՆ ԾՆՈՏԻ ՀՈՂԱՆՈՒՄ

Այս հողախախտը տեղի է ունենում, երբ ստորին ծնոտը սովորականից ավելի շարժում է կատարում (օրինակ՝ եռանդուն հորանջելիս, կերակրանյութի մեծ պատառներ ուտելիս): Հոտախախտից անմիջապես հետո ծնոտը չի շարժվում, բերանը բաց է մնում և այլևս չի փակվում, հիվանդը չի կարող խոսել, թուքը բերանից դուրս է հոսում:

Ստորին ծնոտի հողախախտն ուղղում են բռնի ձգումով: Հիվանդին նստեցնում են աթոռի վրա, օգնականը ետևից երկու ձեռքով պահում է հիվանդի գլուխը (անշարժ վիճակում): Դրանից հետո վիրաբույժը երկու բութ մատներով հենվում է ստորին սեղանատամների ծամիչ մակերեսների վրա՝ մեկ ու մյուս կողմից, իսկ մնացած մատներով դրսից բռնում է ստորին ծնոտի հորիզոնական ճյուղը (եզրը): Բութ մատներով ճնշում է սեղանատամները և աշխատում ստորին ծնոտն աստիճանաբար ձգել դեպի ներքև և ետ: Հաճախ այդ դեպքում ոսկրագլխիկը շխկոցով սահում է իր տեղը: Երբեմն ծամիչ մկանների ուժեղ դիմադրության հետևանքով հողախախտման ուղղումը դժվարանում է: Նման դեպքերում առանց մատները բերանից հանելու սպասում են, որ մկանները թուլանան, միաժամանակ պետք է հիվանդի ուշադրությունը գրավել մի այլ բանով:

Հողախախտն ուղղելուց հետո ստորին ծնոտը 7-10 օրով ամրացնում են թանգիֆի կապով կամ ծնոտի պարսաձև կապով:

ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ

Ոսկրի ամբողջականության լրիվ խախտումը կոչվում է կոտրվածք, մասնակի խախտումը՝ ճաք:

Ըստ ծագման տարբերում են ի ծնե և ձեռքբերովի կոտրվածքներ:

Ի ծնե կոտրվածքներն առաջանում են ներարգանդային զարգացման ընթացքում:

Ձեռքբերովի կոտրվածքներն առաջանում են կյանքի ընթացքում, լինում են հետվնասվածքային և ախտաբանական (ուռուցքներ, սուրբերկույրոզ, սիֆիլիս, օստեոմիելիտ և այլն):

Ըստ ծածկույթների վնասման՝ բաց և փակ:

Ըստ տեղակայման տարբերում են էպիֆիզար, մետաֆիզար, դիաֆիզար և ներհոդային կոտրվածքներ:

Ըստ կոտրվածքի գծի տարբերում են լայնաձիգ, թեք, ներմղված, բեկորային, կոմպրեսիոն, պտուտակաձև:

Տարբերում են կոտրվածքներ ոսկրաբեկորների տեղաշարժով և առանց դրա:

Տարբերում են նաև հնացած, հասարակ, համակցված և բարդացած կոտրվածքներ:

Բաց կոտրվածքներն ուղեկցվում են ծածկույթների ամբողջականության խախտումով, առաջանում են փափուկ հյուսվածքների, նյարդանոթային փնջի վնասվածքներ, որոնք բարդացնում են ոսկրի սերտաճման ընթացքը:

Փակ կոտրվածքների ժամանակ ծածկույթների ամբողջականությունը խախտված չէ:

Ձեռքբերովի կոտրվածքների առաջացման մեխանիզմները բազմազան են՝ ուղղակի հարվածը, ճնշումը, ծալումը, պտտումը, ոսկրի պոկումը:

Ոսկրաբեկորների տեղաշարժերը լինում են՝ ըստ ոսկրի երկարության, անկյան տակ, ըստ լայնության, ռոտացիոն (պտտական), ներմղված:

Հնացած համարվում են այն կոտրվածքները, որոնց առաջանալուց անցել է յոթ օր և ավելի ժամանակ և այն չի ուղղվել:

Հասարակ կոչվում են փակ կոտրվածքներն առանց որևէ բարդության: Համակցված կոտրվածքների դեպքում տուժածի մոտ միաժամանակ անկա է մի

քանի վնասվածք, օրինակ՝ կողի կոտրվածք և թոքի պատվածք:

Բարդացած կոտրվածքները նրանք են, որոնց դեպքում բացի ոսկրերից վնասվում են նաև այլ կարևոր օրգաններ կամ հյուսվածքներ:

Բարդացած կոտրվածքների թվին են պատկանում նաև բաց կոտրվածքները: Կլինիկան- Տարբերում են տեղային և ընդհանուր երևույթներ:

Տեղային նշանները լինում են հարաբերական և բացարձակ:

Հարաբերական նշաններից են համարվում ցավը, ուռածությունն ու տվածությունը կոտրվածքի տեղում, ֆունկցիայի խանգարում:

Բացարձակ նշաններն են՝

ա) ճարձատյունը (կրեպիտացիա) կոտրվածքի շրջանի շոշափման ժամանակ, բ) ախտաբանական շարժումն ոչ բնորոշ տեղում, որտեղ նորմալում շարժում չպետք է լինի,

գ) անկյունային ձևախախտումը:

Ընդհանուր երևույթներն են՝ վնասվածքային շոկը, արյունահոսությունը: Ախտորոշումը ճտելու նպատակով իրականացվում է վնասված հատվածի ռենտգենյան նկարահանում երկու հարթությամբ՝ դիմացից (անֆաս) և կողքից (պրոֆիլ):

Կոտրվածքների բուժումը

Առաջին օգնությունը կոտրվածքների ժամանակ համարվում է բուժման սկիզբը, քանի որ այն նվազեցնում կամ կանխում է այնպիսի բարդությունները, ինչպիսիք են շոկը, արյունահոսությունը, վարակի ներթափանցումը, բեկորների լրացուցիչ տեղաշարժը, ճարպային էմբոլիան և այլն:

Առաջին օգնության ալգորիթմը.

1. Պետք է դադարեցնել ազդող ախտաբանական գործոնի շարունակական ազդեցությունը տուժածի մարմնի վրա, կամ դուրս բերել տուժածին ախտաբանական գործոնի շարունակական ազդեցության ոլորտից,

2. Պետք է իրականացնել վերջույթի անշարժացում շինաներով, տրանսպորտային կամ ձեռքի տակ եղած միջոցներով, անշարժացնելով երկու հարևան հողերը՝ նախաբազկի և սրունքի ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում, երեք հողեր՝ բազկի և ազդրի ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում,
3. Կոտրվածքի շրջանում դնել սառցեպարկ կամ սառը թրջոց, հնարավորության դեպքում ներմուծել ցավազրկողներ,
4. Տեղավորել տուժածին պատգարակի վրա հորիզոնական դիրքով
5. Տեղափոխել տուժածին վնասվածքաբանական կետ կամ վնասվածքաբանական բաժանմունք:

Բաց կոտրվածքների դեպքում

- արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցում,
- պայմանական ասեպտիկ վիրակապ,
- վերջույթի անշարժացումը կատարում են առանց ոսկրաբեկորների վերահամադրման՝ եղած դիրքով,
- սառը թրջոց կամ սառցեպարկ,
- հնարավորության դեպքում ցավազրկողներ,
- տեղափոխել բուժհաստատություն:

Կոտրվածքների բուժման համար կատարվում է կոտրված ոսկրաբեկորների վերահամադրում և որոշակի ժամանակով անշարժացում մինչև կայուն ոսկրակոշտուկի սերտաճումը:

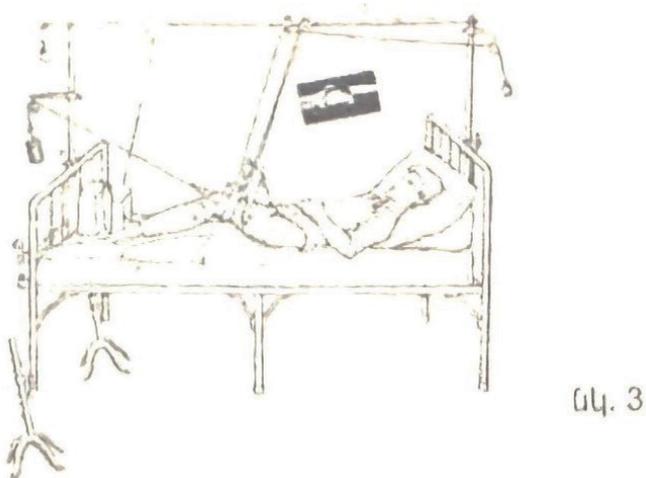
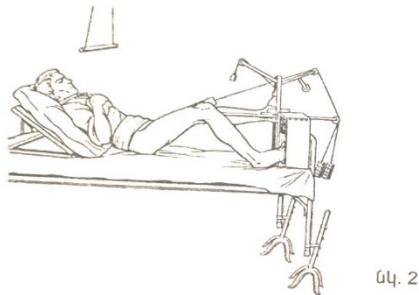
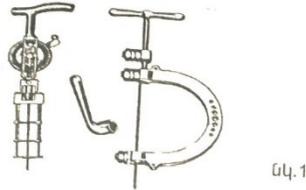
Գործողությունն իրականացվում է տեղային կամ ընդհանուր ցավազրկման պայմաններում՝ միանվագ կամ աստիճանաբար:

Գոյություն ունեն բուժման պահպանողական և վիրահատական մեթոդներ:

Պահպանողական բուժման դեպքում միանվագ վերահամադրումից հետո իրականացվում է վերջույթի անշարժացում.

- շինաների օգնությամբ,
- գիպսակապերով՝ շրջանաձև, պատուհանավոր, լոնգետային, կորսետային, գիպսեմահճակալ այլն: Գիպսակապերը վերջույթներին դնելիս դրանք պետք է ընդգրկեն առնվազն երկու հարևան հողերը, վերջույթը պետք է գտնվի ֆիզիոլոգիորեն հարմար դիրքում, կապը չպետք է լինի շատ ազատ կամ դրված լինի այնպես, որպեսզի ճնշվի վերջույթը,
- կմախքային և սպեղանային ձգում:

Կմախքային ձգման դեպքում տեղային անզգայացման պայմաններում ոսկրի հաստության մեջ է անցկացվում մետաղական շյուղ, որն ամրացվում է հատուկ պայտով կամ աղեղով (նկ.1), սպա Բելերի շինայի օգնությամբ (նկ.2,3) ոսկրի դիստալ բեկորը ձգվում է կախված կշռաքարերով:

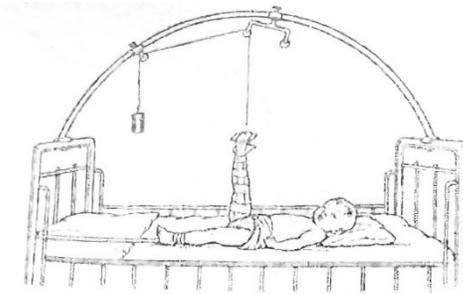


Շյուղի անցկացման տեղերն են. ազդրոսկրի կոտրվածքի դեպքում՝ մեծ ոլոքի թմբիկի կամ ազդրոսկրի մետաֆիզի միջով, սրունքի ոսկրերի կոտրվածքի ժամանակ՝ կրունկոսկրի միջով, բազկրոսկրի կոտրվածքի ժամանակ՝ արմունկ ելունի միջով:

Կմախքային ձգմամբ վերահամադրումից հետո որոշակի ժամանակով կատարվում է գիպսային կապով անշարժացում մինչև ոսկրակոշտուկի սերտաճման ավարտը:

Կիրառում են նաև սպեղանային ձգում այն դեպքերում, երբ հնարավոր չի լինում գիպսակապերով պահել ոսկրաբեկորները՝ հատկապես թեք կոտրվածքների ժամանակ:

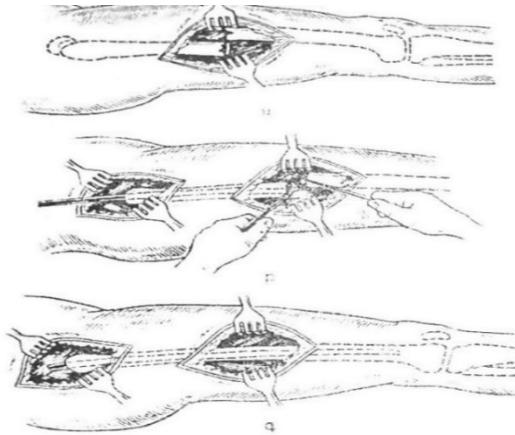
Մաշկային կամ սպեղանային ձգման էությունն այն է, որ վնասված վերջույթի դիստալ մասի վրա ամրացվում են հատուկ ձգափոկեր տարբեր գործվածքներից՝ ֆլանելից, կաշուն սպեղանիով (նկ.4):



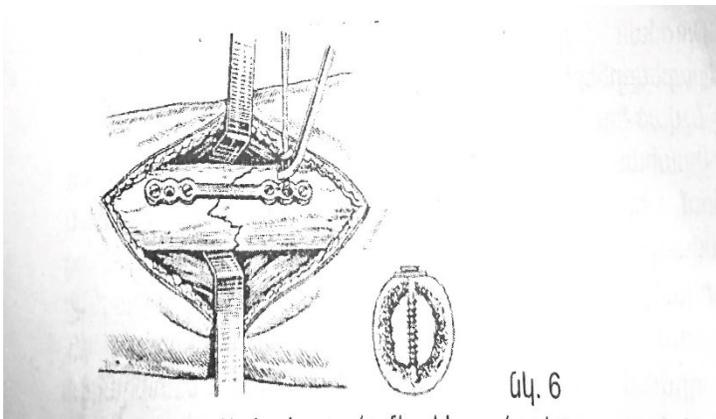
նկ.4

Բուժման վիրաբուժական եղանակների ցուցումներն ոսկրաբեկորների համադրման և պահելու անհնարինությունն է այլ նշված եղանակներով (գիպսակապ, ձգում):

Վիրահատական բուժման (օստեոսինթեզ) առավել հաճախ դիմում են ոսկրաբեկորների արանքում եղած փափուկ հյուսվածքների ինտերպոզիցիայի (սեղմվելու), ինչպես նաև բաց կոտրվածքների դեպքում: Վիրահատական բուժման սկզբունքը կայանում է նրանում, որ ոսկրաբեկորները մերկացվում են, համադրվում և ամրացվում են հատուկ մետաղական չժանգոտվող մեխերով, թիթեղներով, պտուտակազամերով, մետաղալարերով (նկ.5,6):



ԱԿ.5

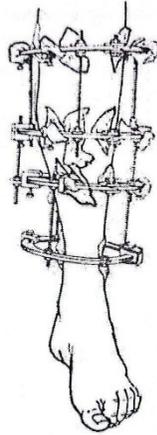


ԱԿ. 6

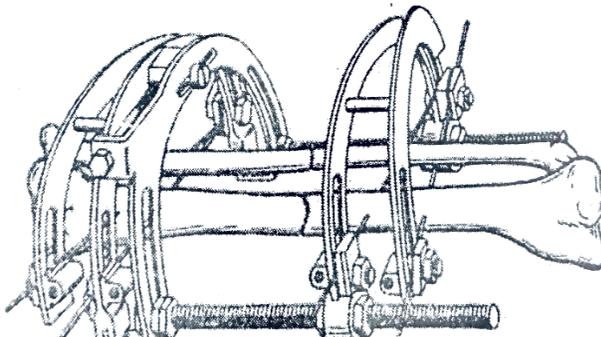
Ոսկրաբեկորների սերտաձումից հետո (սովորաբար 6-8 ամիս անց) ոսկրն ամրացնող մետաղական առարկան հանվում է:

Ոսկրաբեկորների վիրահատական համադրման ժամանակ կիրառում են հատուկ սոսինձ, որը լավ ամրացնում է ոսկրաբեկորները և հետագա հեռացում չի պահանջում:

Լայն կիրառություն ունի կոմպրեսիոն-դիստրակցիոն արտաօջախային մետաղական օստեոսինթեզը, որը մշակված է Գ.Ա. Իլի-գարովի (նկ.7), Օ.Ն. Գուլուշաուրիի և Կ.Մ. Սիվաշի կողմից (նկ.8)



նկ.7



նկ.8

Այս ապարատները հնարավորություն են տալիս իրագործել ոսկրաբեկորների ռեպոզիցիան՝ հուսալի ձևով ամրացնելով նրանց:

Կախված կոտրվածքի ձևից՝ բեկորների ճնշումը (կոմպրեսիա) և ձգումը (դիստրակցիա) արագացնում են ոսկրակոշտուկի առաջացումը:

Կոտրվածքների բարդությունները

Դրանք լինում են վաղաժամ և ուշացած:

Վաղաժամ բարդություններից են.

1. վնասվածքային շոկը, որի կանխարգելման համար անհրաժեշտ է լավ ցավազրկում, վերջույթի ճիշտ անշարժացում, տուժածին ժամանակին տեղափոխել բուժական հաստատություն,
2. ճարպային էմբոլիան, որի կանխարգելման համար կոտրվածքին պետք է զգույշ վերաբերվել, լավ անշարժացում կատարել,
3. երկրորդային արյունահոսությունը՝ ոսկրաբեկորների առաջացրած մեծ անոթների վնասվածքների հետևանքով
4. վերջույթի մեռուկացում, հատկապես երբ դրվում է շրջանաձև, փակ գիպսակապ, որը ճնշում է հիմնական անոթները: Կանխարգելման համար գիպսակապերը պետք է ճիշտ դնել և, եթե սեղմում է, ժամանակին դրանք կտրել-հանել:

Ուշացած բարդություններն են

1. պառկելահարուկների առաջացումը ոսկրային թմբիկների շրջանում: Կանխարգելման համար անհրաժեշտ է ակտիվ խնամք, մերսում,
2. թարախակալում շյուղի մտցման տեղում կամ վիրահատական միջամտության շրջանում: Անհրաժեշտ է խստորեն պահպանել ասեպտիկան այս միջոցառումների կատարման դեպքում և իրականացնել կանխարգելիչ հակամանրէային բուժում,
3. ոսկրային հյուսվածքի կտրվելը շյուղով: Այս դեպքում պետք է ժամանակին հանել կմախքային ձգումը և այն փոխարինել ուրիշ եղանակներով,
4. սերտաճման դադարեցում, որը նկատվում է ոսկրաբեկորների ոչ ճիշտ համադրման, փափուկ հյուսվածքների սեղմման ու ավիտամինների դեպքում և անհրաժեշտ է վերացնել պատճառները,
5. կեղծ հոդ, որն առաջանում է երկարատև, դանդաղած սերտաճման դեպքում: Ոսկրածուծի խողովակը փակվում է ոսկորը ծածկվում է թելանման հյուսվածքով, որն աճառ է հիշեցնում: Այսպիսի բարդության բուժումը վիրահատական է:

Կոտրվածքների առանձնահատկությունները երեխաների մոտ

Ի հաշիվ ոսկրային հյուսվածքի զգալի առանձգականության, վերնոսկրի բավականաչափ ամրության և աճող շերտի առկայության՝ կոտրվածքը երեխաների մոտ առավել հաճախ լինում է ենթավերնոսկրային, այսինքն՝ ոսկրի կոտրվածք պահպանված, չվնասված վերնոսկրի դեպքում («դալար շիվ»-ի նմանություն): Այս դեպքում ոսկրաբեկորների տեղաշարժ կարող է տեղի չունենալ:

Կոտրվածքներով հիվանդների խնամքը

Վնասվածքաբանական բաժանմունքի բուժքույրը պետք է լավ իմանա դեամորֆիան, գիպսակապերի դրման տեխնիկան, ապարատներն ու հարմարանքները, որոնք կիրառվում են վնասվածքներով հիվանդների բուժման համար:

Վնասվածքներով հիվանդների խնամքի դեպքում անհարժեշտ է մեծ ուշադրություն դարձնել նրանց հոգեկան վիճակին . հոգատար վերաբերմունքն օգնում է հիվանդին արագորեն ընտելանալու նոր վիճակին և հեշտությամբ հաղթահարելու հիվանդությունը:

Կոտրվածքներով հիվանդների զգալի մասը երկար ժամանակով գտնվում է անկողնային վիճակում և հարկադրական վիճակն էլ հանգեցնում է բավական ծանր բարդությունների, որոնցից էլ կանգնային թոքաբորբերի առաջացումը:

Այս բարդության կանխման համար հիվանդները պետք է զբաղվեն շնչառական մարզանքով: Այդպիսի մարզանքի պարզագույն եղանակներից է քթով խորը ներշնչումը, որից հետո թեթևակի շունչը պահելն ու աստիճանաբար բերանով արտաշնչելը: Եթե ձեռքերը վնասված չեն, ապա շնչառական մարզանքը հարկավոր է ուժեղացնել նրանց շարժումներով՝ ներշնչման ժամանակ բարձրացվում են վեր, իսկ արտաշնչում դեպքում՝ իջեցվում:

Երկարատև պառկելու դեպքում նկատվում է մկանների ապաճում, վատանում է ստամոքս-աղիքային ուղու և մի շարք այլ օրգանների գործունեությունը: Այս բարդությունների կանխարգելման նպատակով անհրաժեշտ է կատարել բուժական մարմնամարզություն՝ վնասվածք ստանալու առաջին իսկ օրերից: Վնասված վերջույթի ակտիվ

շարժումները կանխում են մկանների ապաճումը, ոսկրերի քայքայումը, կապանային ապարատի թորշոնումը, բարելավում արյան և ավշի շրջանառությունը, արագացնում ոսկրագոյացման ընթացքը: Անշարժացված վերջույթում, չփոխելով նրա դիրքը, անհրաժեշտ է եռանդուն կերպով կատարել մկանների կծկումներ և թուլացում: Շնորհիվ բուժական ֆիզկուլտուրայի՝ կանոնավորվում են գլխուղեղում գրգռման և արգելակման պրոցեսները, բարելավվում են նյութափոխանակությունը, արյան շրջանառությունը, շնչառությունը, հիվանդի հոգեվիճակը:

Բուժական ֆիզկուլտուրայի հակացուցում հանդիսանում են՝ հիվանդի ընդհանուր ծանր դրությունը, բարձր ջերմությունը, սուր բորբոքային պրոցեսները:

Վնասվածքաբանական հիվանդների բուժման դեպքում կարևոր դերը պատկանում է ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներին (տաքացնող պրոցեդուրաներ, էլեկտրաբուժություն, լուսաբուժություն, ճառագայթային բուժում, ցելխաբուժություն): Այս եղանակները հաճախ օգտագործվում են բուժումը մի որոշ վիճակի՝ հասցնելու շրջանում՝ ցավերը նվազեցնելու, այտուցի ներծծման, ոսկրակոշտուկի առաջանալն արագացնելու համար և հողերում առաջացող դժվարաշարժության դեպքերում:

Այս նպատակով կիրառվում է նաև մերսումը (ձեռքերով կամ հատուկ սարքերով): Մերսման հիմնական ձևերն են՝ շփելը, տրորելը, ճմլելը, թակելը և վիբրացիան: Մերսումը կատարվում է ծայրամասից դեպի կենտրոն ուղղությամբ: Մերսման ժամանակ հիվանդը ցավ չպետք է զգա: Վնասվածքի սկզբնական շրջանում մերսում լավ է չկատարել (ցավ, ոսկրաբեկորների տեղաշարժ, ճարպային էմբոլիա): Մերսումը հակացուցված է նաև ինֆեկցիայի առկայության դեպքում (դերմատիտ, էկզեմա, ֆուրունկուլյոզ և այլն):

Հիվանդներին խնամելիս, հատկապես տարեց մարդկանց, պետք է ուշադրություն դարձնել սիրտ-անոթային համակարգի, հիվանդի հոգեվիճակի, միզարձակման և դեֆեկացիայի ժամանակին կատարման, պառկելահարուկների վրա: Հիվանդասենյակներն անհրաժեշտ է լավ օդափոխել և պահպանել իդեալական մաքրություն:

Վնասվածքաբանական և օրթոպեդիկ հիվանդների նկատմամբ հոգատար խնամքը նրանց արագ և բարեհաջող առողջացման երաշխիքն է:

Գիպսյա կապով հիվանդների խնամքը

Գիպսյա կապերը հաճախ են կիրառվում վնասվածքաբանական պրակտիկայում: Այդ նկատառումով անհրաժեշտ է իմանալ այս հիվանդների խնամքի կանոնները:

Գիպսյա կապը պնդանում է 10-20 րոպեից հետո՝ նայած գիպսի որակին: Այդ ժամանակ մարմնի՝ գիպսով փաթաթված մասն անհրաժեշտ է պահել համապատասխան դիրքով: Չորանալու դեպքում շոշափելիս կապն ամուր է, բախելիս կարծր մարմնի ձայն է արձակում: Գիպսի վերջնական չորացումը տեղի է ունենում օրվա ընթացքում: Կապը գորշավունից դառնում է սպիտակ և բախելիս լսվում է հնչեղ ձայն: Գիպսյա կապի չորացումն արագացնելու նպատակով այն հարկավոր չէ ծածկել սավանով կամ ծածկոցով: Նույն նպատակով կարելի է այն չափավոր կերպով տաքացնել «Մոլյուքս» լամպով:

Գիպսյա կապը դնելուց հետո, քանի դեռ այն չի չորացել, նրա վրա քիմիական մատիտով գրվում է վնասվածք ստանալու ամսաթիվը, կապը դնելու ամսաթիվը և կապը հանելու ենթադրյալ ամսաթիվը, կոտրվածքի պարզ սխեման:

Հիվանդների հանդեպ ուշադիր հսկողությունն անհրաժեշտ է հատկապես գիպսյա կապը դնելուց հետո առաջին օրերին:

Ամուր ձգած կապի դեպքում հիվանդի վերջույթում առաջանում է ցավ, կապտություն, այտուցը մեծանում է, մատները թմրում են:

Այսպիսի դեպքերում անհրաժեշտ է կտրել գիպսյա կապը և ժամանակավորապես այն ամրացնել բինտով: Անհրաժեշտ է հետևել, որ կղման և միզարձակման ժամանակ կապը չկեղտոտվի: Հարկավոր է ժամանակին լվանալ հիվանդին: Այս կարգի հիվանդների մոտ տարբեր բարդությունների դեմ կարևոր կանխարգելիչ միջոցառում հանդիսանում բուժական ֆիզկուլտուրան:

Հիվանդների խնամքը կոտրվածքները ձգման եղանակով բուժելիս

Կոտրվածքները ձգման եղանակով բուժելու դեպքում հիվանդները երկար ժամանակ գտնվում են հարկադրական դիրքում: Սակայն ի տարբերություն գիպսյա կապերով բուժումից՝ այս եղանակը մեծ հնարավորություններ է ստեղծում բուժական ֆիզկուլտուրայի կիրառման համար: Հատկապես ուշադրություն է դարձվում սիմետրիկ առողջ վերջույթներում ակտիվ շարժումների կատարման վրա: Այս դեպքում ռեֆլեկտոր կերպով ուժեղանում է արյան շրջանառությունը, ինչպես նաև վնասված վերջույթում, որը լավացնում է կոտրվածքի սերտաճումը: Ներկայումս Բելերի շինայից բացի, կիրառվում են հատուկ մշակված ֆունկցիոնալ շինաներ (օրինակ, Բոգդանովի ֆունկցիոնալ շինան), որոնք հնարավորություն են տալիս շարժումներ կատարել հողերում և վնասված վերջույթներում:

Վնասվածքի սկզբնական օրերից սկսած հանձնարարվում է ակտիվորեն կծկել ազդրի մկանները, շարժել ծնկոսկրը («Խաղալ ծնկոսկրով»), շարժումները կատարել սրունք-թաթային հողում և մատների միջֆալանգային հողերում: Անհրաժեշտ է ամեն օր նայել շյուղի մտցրած շրջանը: Շյուղերն ամրացնող պտուտակների և մաշկի միջև հանձնարարվում է դնել սպիրտով ներծծված թանգիֆային գնդիկներ (թարախակալման կանխարգելում): Թարախակալման դեպքում շյուղը հեռացնում են և դիմում բուժման ուրիշ եղանակի: Հիվանդը կմախքային ձգման մեջ պետք է գտնվի 4 շաբաթից ոչ ավելի, որից հետո դրվում է գիպսյա կապ:

Հիվանդների խնամքը, կոտրվածքները վիրահատական եղանակով բուժելիս

Հիմքում ընկած է նույն սկզբունքը, ինչ-որ մյուս վիրահատական բուժումների ժամանակ, այսինքն՝ թույլ չտալ վիրահատական միջամտության շրջանի թարախակալում: Այս նպատակի համար անհրաժեշտ է հետևել վիրակապին: Այն արյունով ներծծվելու դեպքում ժամանակին պետք է դնել նորը: Վիրահատումից հետո, սկսած առաջին օրից, նշանակվում է բուժական մարմնամարզություն: Ստորին

վերջույթների ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում հենակներով քայլել թույլատրվում է վիրահատումից 2-3 օր հետո:

ԲԱՑ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ ՎԵՐՔԵՐ (Vulnera)

Մարմնի արտաքին ծածկույթների (մաշկի կամ լորձաթաղանթի) անընդհատության խախտումը կոչվում է վերք (Vulnus):

Վերքերի հիմնական նշաններն են՝ լայնաբացումը, ցավը և արյունահոսությունը:

Լայնաբացումը տեղի է ունենում, երբ հյուսվածքների անընդհատության խախտումից նրանք իրենց առաձգականության շնորհիվ որոշ չափով հեռանում են միմյանցից:

Եթե վերքի ուղղությունը համընկնում է հյուսվածքների էլաստիկ թելերի երկարությանը (գուգահեռ կամ թեք ուղղությամբ), ապա լայնաբացումը լինում է փոքր:

Ցավը զգացվում է վերքի առաջացման առաջին պահից սկսած: Աստիճանաբար ժամերի կամ հաջորդ օրերի ընթացքում նվազում է: Եթե վերքի մեջ զարգանում է ինֆեկցիա, ապա զարգանում է նաև ցավի զգացումը:

Նշանակություն ունի տվյալ անհատի նյարդային համակարգի վիճակը, նրա կոնստիտուցիան, հոգեկան վիճակը վիրավորվելու պահին:

Մեծ նշանակություն ունի նաև խոշոր նյարդերի զրգռումը, որոնց վնասման դեպքում ցավի զգացողությունը շատ ուժեղ է արտահայտվում:

Արյունահոսությունը նույնպես վերքի կարևորագույն նշաններից է:

ՎԵՐՔԵՐԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

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

Եթե վերքը չի ենթարկվել ինֆեկցիայի կամ որևէ թույնի ազդեցության, կոչվում է հասարակ կամ չբարդացած վերք: Հակառակ դեպքում վերքը համարվում է բարդացած (ինֆեկցիայով, բնական և արհեստական թույներով և այլն):

Թափանցող վերքի դեպքում արտաքին վնասվածքն անցնում է մարմնի որևէ խոռոչի մեջ՝ գանգի, թոքամզի, որովայնի, հոդերի և այլն: Եթե տվյալ վնասվածքը չի հասնում այդ բնական խոռոչներին, վերքը համարվում է չթափանցող:

Ըստ առաջացնող գործիքի վերքերը լինում են մի քանի տեսակ:

1. **Կտրած կամ հատած վերք:** Առաջանում է սուր գործիքներով վնասելիս (դանակ, անոթ): Ունի գծային տեսք, եզրերն ուղիղ են և հարթ, արյունահոսությունն արտահայտված է լավ, ցավի զգացողությունն ուժեղ է:
2. **Կտոռած վերք:** Այս դեպքում հյուսվածքները ոչ միայն ուղղակի կտրվում են, այլ միաժամանակ ենթարկվում են որոշ հարվածի: Կտոռած վերքերն առաջանում են թրով, կացնով հարվածելիս: Այդ վերքերն ավելի խոր են: Եզրերը քիչ փոփոխված են, տեղ-տեղ լինում են արյունազեղումներ:
3. **Շակած վերք:** Առաջանում է սուր ծայր ունեցող գործիքներից (ասեղ, մկրատ, բիզ), որոնք մաշկի կամ լորձաթաղանթի վրա արտաքուստ գոյացնում են փոքրիկ կետավոր կամ երբեմն աննկատելի վնասվածքներ, բայց վնասվում են նրանց բավական մեծ խորությամբ: Շակած վերքերը հաճախ թափանցում են որևէ խոռոչի մեջ և վնասում համապատասխան ներքին օրգանները:
4. **Ջարդված կամ սալջարդ վերք:** Առաջանում է բուրժ գործիքներից, ունի անկանոն ձև, եզրերն անհարթ են: Ջարդված վերքի շրջակա մաշկը փոփոխված է, պատած արյունազեղումներով: Արյունահոսությունը քիչ է արտահայտված:
5. **Ջնջխած վերք:** Առաջանում է, երբ մարդն ընկնում է ավտոմեքենայի, գնացքի, քարշիչի տակ, կամ երբ արտադրությունում մարմնի որևէ մասը մնում է մեքենայի մեջ, ինչպես նաև այն դեպքում, երբ մարդը մնում է փլատակների տակ:

Այդ վերքերը շատ մեծ են, տարածված, ընդգրկում են ոչ միայն մաշկը, այլև ենթադիր հյուսվածքները՝ մկանները, փակեղները, նյարդաանոթային խրձերը և հաճախ գուգակցվում են ոսկրերի

կոտրվածքներով: Եզրերը շատ անհարթ են, ճկված, հյուսվածքները պատռված են և տրորված, շրջակա մաշկի վրա և խորանիստ հյուսվածքներում նկատվում են բավական մեծ և տարածված արյունազեղումները: Հաճախ աղտոտվում են հողով, զանազան օտար մարմիններով (զգեստի, մագերի և այլ մնացորդներ), շատ շուտ վարակվում են և բավական ծանր են ընթանում:

6. Պատռված վերք: Առաջանում է այն դեպքում, երբ արտաքին ուժը ձգում է հյուսվածքները, որի հետևանքով վերջիններս պատռվում են: Պատռած վերքերը առաջանում են նաև այն դեպքում, երբ զազանները կծում են մարդուն, և միաժամանակ քաշում:

7. Կծած վերք: Առաջանում է գիշատիչ կամ ընտանի կենդանիների կծելուց: Մեծ վտանգ են ներկայացնում այն կծած վերքերը, որոնք միաժամանակ թունավորված են կամ ենթարկվել են ինֆեկցիայի: Առաջին հերթին պետք է նշել այն վերքերը, որոնք առաջանում են կատաղած կենդանիների կծելուց և որոնք անհարժեշտ կանխարգելման ու հատուկ բուժման բացակայության դեպքում մահացու են:

Թունավոր օձերի խայթելուց առաջացած վերքերը կոչվում են թունավորված վերքեր: Եթե մարդուն խայթել է խիստ թունավոր օձ, ապա հիվանդը շատ կարճ ժամանակում մահանում է, և ուղղակի ժամանակ չի լինում չեզոքացնել թույնը:

Եթե օձի թույնն այնքան էլ վտանգավոր չէ, ապա որոշ միջոցներով հիվանդին կարելի է փրկել:

8. Թունավորված վերք: Այն վերքն է, որ թունավորված է տարբեր տեսակի նյութերով՝ կենդանական, բուսական կամ արհեստական թույններով:

9. Հրեզանային վերք: Առաջանում է տարբեր տեսակի զենքերից (ականների, արկերի, ավիառումբերի և նռնակների բեկորներից, գնդակներից):

Հրազենային վերքերն իրենց հերթին լինում են մի քանի տեսակ:

ա. Միջանցիկ վերք: Այս վերքերը ունեն մուտքի և ելքի անցքեր: Որպես կանոն ելքի անցքն ավելի մեծ է, քան մուտքից: Դա բացատրվում է նրանով, որ գնդակը (բեկորը), մտնելով հյորսվածքների մեջ, իր կենդանի ուժը հաղորդում է նրանց: Երբեմն ոսկրի բեկորների մի

մասը մնում է հյուսվածքների կամ վերքի խողովակի մեջ, իսկ որոշ դեպքերում էլ այդ բեկորները երևում են ելքի անցքի մեջ:

բ . Կույր վերք: Եթե գնդակը մարմնից դուսր չի գալիս և մնում է հյուսվածքներում: Առաջանում է կույր վերք, որն ունի միայն մեկ անցք՝ մուտքի անցք:

գ . Տանգենցիալ կամ շոշփող վերք: Առաջանում է այն ժամանակ, երբ գնդակը կամ բեկորը, հանդիպելով հյուսվածքների, չի խորանում նրանց մեջ, այլ անցնում է մի այնպիսի գծով, որը շոշափում է մարմնի տվյալ հատվածը որոշ խորության վրա: Այդպիսի դեպքերում մարմնի վրա գոյանում է որոշ երկարությամբ ու խորությամբ ակոս:

Բոլոր պատահական վերքերը, ենթարկվում են ինֆեկցիայի: Ստերիլ են միայն այն վերքերը, որոնք առաջանում են մաքուր վիրահատության ժամանակ, ասեպտիկ պայմաններում:

Բոլոր վերքերը ենթարկվում են մի շարք փոփոխությունների, որոնք կրում են բորբոքային բնույթ: Ինֆեկցիայի չենթարկված, վերքերի մեջ այդ փոփոխությունները թույլ են արտահայտված: Բորբոքումը օրգանզիմի ընդհանուր ռեակցիայի առավելապես տեղային արտահայտություն է:

Բորբոքված մասի արյան անոթները լայնանում են, արյան հոսանքը դանդաղում է, լեյկոցիտները դասավորվում են անոթի պատերի մոտ՝ գրավում են առպատային դիրք: Արյան հեղուկային մասը լեյկոցիտների և երբեմն էլ էրիթրոցիտների հետ միասին դուրս է գալիս արնոթներից (էքսուդացիա), ընդ որում ձևավոր տարրերը լցնում են շրջակա հյուսվածքները, միջբջջային և միջհյուսվածքային տարածությունները (ներսփռում): Ներսփռանքի ենթարկված հյուսվածքների բջիջների մի մասը մահանում է, դուրս եկած լեյկոցիտների և միկրոօրգանիզմների միջև տեղի է ունենում կատաղի պայքար: Հյուսվածքներն այդ շրջանում մի տեսակ հեղուկանում են: Դա վերքի լավացման կամ բորբոքային պրոցեսի առաջին փուլն է՝ հիդրատացիայի շրջանը:

Բորբոքման երկրորդ շրջանում արյան անոթները նեղանում են, լեյկոցիտների մի մասը մանրէների դեմ տարած պայքարում մահանում է, իսկ մնացած մասը ներծծվում է արյան անոթների մեջ: Մեռուկացած հյուսվածքների տարրերը և մահացած լեյկոցիտները ներծծվում են ավշային ու արյունատար ցանցի մեջ և հեռացվում բորբոքված տեղից:

Տեղային չդիֆերենցված շարակցական հյուսվածքից գոյանում են նոր բջիջներ և միջբջջային նյութ, որոնք իրենց հետագա աճի ու զարգացման

ընթացում վերականգնում են այն պակասը և ի վերջո վերքը լավանում է: Հյուսվածքները մի տեսակ ամրանում են, զգալի չափով զրկվում են՝ հեղուկային մասից: Դրա համար էլ վերքերի լավացման այդ շրջանը կոչվում է դեհիդրատացիայի շրջան:

ՎԵՐՔԵՐԻ ԼԱՎԱՑՈՒՄԸ

Վերքերը լավանում են երկու ձևով՝

ա/ առաջնային կպումով կամ առաջնային ձգումով և

բ/ երկրորդային կպումով կամ երկրորդային ձգումով:

Վերքերը առաջնային ձգումով են լավանում այն դեպքում, երբ վերքի մեջ ինֆեկցիա չկա, և վերքի եզրերը հպված են իրար: Եթե այդ երկու պայմաններից որևէ մեկը բացակայում է, վերքը լավանում է երկրորդային ձգումով: Առաջնային ձգումով լավանում են բոլոր ասպետիկ (ստերիլ) վերքերը, որոնք կարվում են խուլ կերպով: Մնացած բոլոր պատահական վերքերը լավանում են երկրորդային ձգումով:

Պատահական վերքը առաջնային վիրաբուժական մշակման միջոցով կարելի է վերածել ասպետիկ վերքի, և եթե այդպիսի վերքը կարենք, նույնպես կլավանա առաջնային ձգումով:

Վերքերի լավացումը առաջնային ձգումով: Այս դեպքում վերքի եզրերը հպվում են միմյանց, և նրանց միջև եղած տեսանելի տարածությունը վերանում է:

Այդ արյան և ավշի մակարդման հետևանքով առաջացած ֆիբրինի շնորհիվ վերքի եզրերը կպչում են իրար: Առաջին օրերին դեռևս կարելի է վերքի եզրերը հեշտությամբ անջատել իրարից: Վերքի առաջացման գրեթե առաջին օրվանից նրա եզրերից սկսում են աճել մազանոթներ, որոնք ուղղվելով դեպի վերքի խոռոչը, այսինքն՝ մազանոթների բողբոջներն աճելով վերքի թե մեկ և թե մյուս եզրից, հանդիպում են իրար և բերանակցվում են:

Վերքը շարակցական հյուսվածքով լցվելուց հետո նրա երկու եզրերի մաշկի կողմից սկսում է աճել վերնամաշկը, որով ծածկվում է ամբողջ շարակցական հյուսվածքը:

Այդ ամբողջ պրոցեսը տևում է մոտ 6-7 օր, այդ ժամանակ վերքի եզրերը շարակցական հյուսվածքի միջոցով այնքան ամուր են կպչում, որ հնարավոր չէ իրարից անջատել: Այսպիսով, վերքի տեղում գոյանում է

սպի, որը վերքերի առաջնային ձգումով լավանալու դեպքում սովորաբար ունենում է գծային տեսք:

Վերքերի երկրորդային ձգումով լավացման դեպքում վերքի եզրերը հեռու են իրարից, վերքի մեջ կա տեսանելի խոռոչ, որը լցված է արյունով և ավիշով: Դրանք շուտով մակարդվում են, որի շնորհիվ վերքի ամբողջ մակերեսը ծածկվում է ֆիբրինի կիսաթափանցիկ բարակ շերտով: Առաջին 1- 2 օրվա ընթացքում վերքի մեջ կատարվող փոփոխությունները կարելի է տեսնել անզեն աչքով: Չորրորդ օրվանից սկսած վերքի եզրերի, պատերի և հատակի վրա առաջանում են առանձին կարմիր կետեր, որոնք, աստիճանաբար մեծանալով, բարձրանում են վերքի մակերես: Այժմ այդ կետերի փոխարեն երևում են արդեն կարմիր գույնի հատիկներ, որոնք կոչվում են հատիկավորումներ (գրանուլյացիաներ): Այլ կերպ ասած, վերքերի երկրորդային ձգումով լավացման դեպքում առաջանում է հատիկավոր (գրանուլյացիոն) հյուսվածք:

Եթե վերքի մեջ կան մեծ քանակությամբ հյուսվածքների մահացած բջիջներ, անգամ հյուսվածքների առանձին կտորներ, ապա հատիկավորումը տեսանելի է դառնում ոչ թե 3-4 օր հետո, այլ միայն այն ժամանակ, երբ մեռուկացած մասերը հեռանում (կամ հեռացվում) են վերքից:

Վերքերի երկրորդային ձգումով լավացումը շատ ավելի երկար ժամանակ է պահանջում, քան առաջնային ձգումով լավացումը (շաբաթներ և հաճախ ամիսներ):

Շատ մեծ վերքերի դեպքում լավացում կարող է տեղի չունենալ, այսինքն՝ վերքը լցվում է հատիկավորումներով, բայց վերնա մաշկով չի ծածկվում, երկար ժամանակ (ամիսներ և անգամ տարիներ) սպի չի գոյանում կամ վերնամաշկի շերտը այնքան բարակ և անկայուն է լինում, որ նրա բջիջները տեղ-տեղ մահանում են, և նորից վերք է գոյանում:

Երկրորդային ձգումով լավացած վերքերի սպիները գծավոր չեն, ավելի ընդարձակ տարածություն են բռնում, շուտով կծկվում ու կնճռոտվում են, երբեմն առաջացնելով որոշ բարդություններ: Օրինակ, եթե կծկվում է հողի շրջանում գտնվող սպին, ապա հողի շաժումները սահմանափակվում են, առաջանում է հողերի կարկամություն (կոնտրակտուրա), դեմքի սպիները այլանդակում են դեմքը, պարանոցի սպիները, կծկվելով, սահմանափակում են գլխի շարժումները:

Բացի վերքերի առաջնային և երկրորդային ձգումներից, տարբերում են նաև լավացման մի երրորդ ձև՝ լավացում կեղևի առաջացումով կամ լավացում կեղևի տակ: Դա վերքերի լավացման ինքնուրույն ձև չէ և սկզբունքորեն ոչնչով չի տարբերվում նախորդ երկու ձևերից: Ըստ էության այն մոտենում է կա՛մ առաջնային, կա՛մ երկրորդային ձգմանը: Կեղևի տակ լավանում են մակերեսային վերքերը, քերծվածքները, որոշ այրվածքներ, այսինքն՝ վերքը ծածկվում է չոր կեղևով, որն ամուր սստած է վնասված հյուսվածքների վրա: Այդ կեղևը չի կարելի հեռացնել, որովհետև այն պաշտպանում է վերքը և օրգանիզմը արտաքին վնասակար ազդակներից և հատկապես ինֆեկցիայից: Կեղևի տակ սկզբում աճում են հատիկավորումները, հետո զարգանում է վերնամաշկը: Այնուհետև (վերքը լավանալուց հետո) կեղևն ինքնուրույն պոկվում է:

ՎԵՐՔԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

1. Ասեպտիկ վերքերի բուժումը

Առանձին դժվարություններ չի ներկայացնում: Ասեպտիկ վերքը բուժելու համար կարում են, այսինքն՝ նրա եզրերը մոտեցնում են իրար և վերքի վրա դնում են կարեր՝ եզրերը հպված վիճակում պահելու նպատակով:

Վերքը ծածկում են ստերիլ վիրակապով: Հետագայում հետևում են հիվանդի ու վերքի վիճակին, առանց հատուկ կամ արտասովոր խնամք ու բուժում տանելու, 6-8 օր հետո հեռացնում են, և վերքը համարվում է լավացած:

2. Թարմ ինֆեկցիայի ենթարկված վերքերի բուժումը

Թարմ ինֆեկցված վերքերն առաջանում են ոչ ասեպտիկ պայմաններում, վիրահատության սրահից դուրս: Դրանք այն բլոր պատահական վերքերն են, որոնց առաջացման պահից անցել է ամենաշատը 6-12 ժամ:

Թարմ ինֆեկցիայի ենթարկված վերքերը առաջին 6 ժամվա ընթացքում որոշ վիրաբուժական մշակումից, այսինքն՝ նրանց մակերեսային շերտերը վիրահատելով հեռացնելուց հետո, կարող են վերածվել ստերիլ վերքերի և լավանալ արդեն ասեպտիկ պայմաններում՝ առաջնային ձգումով:

Այդ վիրահատությունը կոչվում է վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակում: Վերքերը ենթարկում են, այսպես կոչված, բացազատման: Այսինքն՝ հաշվի առնելով մարմնի տվյալ հատվածի անատոմատոլոգիական առանձնահատկությունները, ստերիլ պայմաններում վերքի եզրերը, պատերը և հատակը մոտ 2-3 մմ և ավելի հաստությամբ տոպրակի ձևով կտրում ու հեռացնում են: Այդ անջատված (բացազատված) հյուսվածքների հետ միասին հեռանում են նաև այն մանրէները, որոնք գտնվում են վերքի մակերեսային շերտերում: Քանի որ այդպիսի վերքն արդեն ստերիլ է, ուստի նրա վրա կարեր են դնում: Բուժում են այնպես, ինչպես ասեպտիկ վրքերը: Վերքի լավացման ասեպտիկ ընթացքին ավելի նպաստելու համար խորհուրդ է տրվում բացազատումից անմիջապես հետո վերքը մշակել հականեխիչ կամ հակաբիոտիկ լուծույթով կամ նրա մեջ ցանել հականեխիչ փոշի: Եթե մենք համոզված չենք վերքի լրիվ բացազատման և նրա կատարյալ ասեպտիկ վիճակի մեջ, ապա առաջնային վիրաբուժական մշակումօց հետո վերքը կարում ենք ոչ թե ամբողջովին՝ խուլ կերպով, այլ մասնակիորեն, իսկ որոշ դեպքերում էլ բոլորովին չենք կարում:

3. Թարախային վերքերի բուժումը:

Պատահական վերքի առաջանալուց 6-12 ժամ հետ մանրէները գտնվում են արդեն ոչ թե հյուսվածքների մակերեսային շերտերում, այլ աճելով ու բազմանալով՝ թափանցում են խորանիստ հյուսվածքների մեջ, անցնում ավշային և արյունատար ուղիները, ձեռք են բերում մեծ վիրուլենտություն և ավելի լավ են հարմարվում օրգանիզմի դեմ մղվող պայքարում:

Թարախային վերքերի դեպքում կիրառում են մի այլ միջամտություն՝ վերքերի բացահատում, այսինքն՝ կատարում են մեկ կամ մի քանի կտրվածք, որոնց շնորհիվ վերքը մեծանում է, լայնանում, ընդարձակվում, բացվում են վերքի մեջ գտնվող զանազան ծալքերը, անկյուններն ու գրպանիկները, որոնք մինչ այդ մեկուսացած, անջատված էին արտաքին աշխարհից: Այժմ ամբողջ վերքը մատչելի է դառնում մեր ներգործության և միջամտությունների համար: Թրվածնի առատ մուտքը վերքի մեջ կասեցնում է անաերոբ ինֆեկցիայի զարգացումը: Բացահատման միջոցով նպաստում են տեղի ունեցող արտահոսքին, որի շնորհիվ վերքի խոռոչից դուրս են գալիս օտար

մարմինները, արյան մակարդուկները, թարախը և այլն, որոնք ինֆեկցիայի բուն են հանդիսանում:

Թարախային վերքերի բուժման ժամանակ անպայման պետք է հաշվի առնել վերքի լավացման տվյալ շրջանը, այսինքն՝ վերքը գտնվում է հիդրատացիայի, թե՛ դեհիդրատացիայի շրջանում:

Վերքի լավացման առաջին շրջանում գործածում են հիպերտոնիկ լուծույթներ, գլխավորապես կերակրի աղի 5-10%- անոց լուծույթը, որով թրջած թանգիֆի կտորները (անձեռոցիկներ, տամպոններ և այլն) դնում են վերքի մեջ: Հիպերտոնիկ լուծույթը ստեղծում է օսմոտիկ ճնշման մի այնպիսի տարբերություն, որի շնորհիվ մեծ քանակությամբ հյուսվածքային հեղուկ է գնում դեպի վերքի խոռոչը, այդպիսով, նպաստավոր պայմաններ են ստեղծվում հիդրատացիայի պրոցեսի համար: Դրանով իսկ վերքի լավացման առաջին շրջանը ավելի հեշտ և բարենպաստ է ընթանում, ուժեղանում է վերքի պարունակության արտահոսը, արտաթորվող հեղուկի հետ միասին վերքից դուրս են գալիս մեռուկացած հյուսվածքների կտորները, զանազան օտար մարմիններ, ինֆեկցիան և այլն: Հետևապես, հիպերտոնիկ լուծույթը թողնում է նաև հականեխիչ ազդեցություն:

Հիդրատացիան ուժեղացնելու նպատակով գործածվում է նաև շաքարափոշի, որը ցանում են վերքի մեջ: Առաջին շրջանում լայնորեն օգտագործում են զանազան հականեխիչ հակաբիոտիկ դեղամիջոցներ:

Հենց որ վերջանում է հիդրատացիայի շրջանը, թևակոխում է երևա, դեղի դրատացիայի շրջանը, հիպերսեք լուծույթների գործածությունն անհապաղ դադարեցնում են:

Վերքի լավացման երկրորդ շրջանում պետք է խնայել ու պահպանել հատիկավորումները և նպաստել առողջ հատիկավոր հյուսվածքի աճին: Այդ նպատակով գործածում են գլխավորապես տարբեր տեսակի ստերիլ քսուքներ, չեզոք ճարպեր, վազելին զանազան յուղեր (մաքուր վիճակում կամ հականեխիչ և հակաբիոտիկ նյութերի հետ պատրաստած):

Եթե թարախի քանակը շատ է, ապա քսուքների գործածությունը սահմանափակում և դիմում են չոր՝ ասպետիկ վիրակապերին, նախապես վերքի մեջ տամպոններ դնելով, որոնք արտածում են թարախը:

Պետք է նշել, որ ամեն մի վերքի դեպքում յուրաքանչյուր հիվանդի նկատմամբ անհրաժեշտ է ցուցաբերել բացառապես անհատական

մտտեցում, ելնելով ոչ միայն վերքի լավացման տվյալ շրջանից, վերքի տեղակայումից, ինֆեկցիայի վիրուլեն- տությունից, այլև օրգանիզմի առանձնահատկություններից:

ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐ ԵՎ ԱՅՐՎԱԾՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Այրվածքները վնասվածքների յուրահատուկ և ամբողջական խումբ են, որոնք հանդիպում են ինչպես խաղաղ, այնպես էլ արտակարգ իրավիճակների հատկապես մարտական գործողությունների պայմաններում, երբ հրկիզվում են տրանսպորտային միջոցներ, մարտական տեխնիկա, երբ կիրառվում են զենքի յուրահատուկ տեսակներ, որոնք նպատակային ձևով առաջացնում են այրվածքային վնասվածքներ: Այրվածքային վնասվածքները, որպես կանոն, ունենում են բժշկական, սոցիալական և հոգեբանական լուրջ հետևանքներ՝ շատ հաճախ պատճառ դառնալով անձնական և ընտանեկան ողբերգությունների: Խնդրի բնորոշ կողմերից մեկն էլ այն է, որ տուժածների մոտավորապես կեսը երեխաներ են:

Հասկացողություն այրվածքների մասին

Այրվածք կոչվում է հյուսվածքների, առավելապես մաշկային ծածկույթների մեռուկացումը ավել, կամ պակաս տարածությամբ և խորությամբ պայմանավորված կամ ջերմային, էլեկտրական լազերային, ճառագայթային էներգիաների, ինչպես նաև մի ամբողջ շարք ագրեսիվ քիմիական նյութերի ազդեցությամբ: Այսպիսով՝ ծագումնաբանական առումով տարբերում ենք ջերմային, էլեկտրական, ճառագայթային քիմիական այրվածքներ: Գործնականում ծագումնաբանական մեկ գործոնով պայմանավորված այրվածքներ հաճախ հանդիպում են կենցաղում, որի տիպիկ օրինակ է հանդիսանում այրվածքների առաջացումը եռացած ջրով, կամ բարձր ջերմություն ունեցող այլ հեղուկներով: Տրանսպորտային միջոցների հրկիզումների, հրդեհների, պայթյունների, սահբեկչական և մարտական գործողությունների ժամանակ առավել հաճախ հանդիպում են բազմագործոն վնասվածքներ, որոնց հատկանշական են այրվածքների գուգակցումը մեխանիկական վնասվածքների, կամ այրվածքների գուգակցումը այրման արգասիքներով թունա- վորվելու հետ: Որոշ դեպքերում հնարավոր է

նաև տարբեր այրվածքների համակցումներ, մասնավորապես ջերմաքիմիական այրվածքներ, էլեկտրաջերմային այրվածքներ և այլն:

Անկախ այրվածքների ծագումնաբանությունից անհրաժեշտ է տարբերել՝

- մարմնի ֆունկցիոնալ ակտիվ գոտիների այրվածքներ,
- մարմնի ֆունկցիոնալ պակաս ակտիվ գոտիների այրվածքներ:

Ֆունկցիոնալ առումով ակտիվ գոտիներ են համարվում դեմքը, պարանոցը, տեսողական օրգանները, վերին վերջույթները, դաստակը, մատները, ստորին վերջույթները և ոտնաթաթերը, շեքի, սեռական օրգանների շրջանները, ինչպես նաև խոշոր հոդերը: Սովորաբար թվարկված շրջանների այրվածքների դեպքում տուժածը անմիջապես դառնում է հաշմանդամ կարճ, կամ երկար ժամանակով, իսկ շատ դեպքերում հաշման- դամությունը կրում է մնայուն բնույթ: Մարմնի մնացած հատվածները հարաբերական առումով համարվում են ֆունկցիոնալ պակաս ակտիվ:

Ջերմային այրվածքներ

Ջերմային այրվածքները այրվածքային վնասվածքների շարքում կրում ու են գերակշռող բնույթ, հետևաբար նրանց ուսումնասիրությունը ունի կարևոր գործնական նշանակություն: Ջերմային այրվածքների առաջացման հիմքում ընկած է հյուսվածքների գերտաքացման փաստը՝ կրիտիկական կետից բարձր ջերմաստիճանի պայմաններում: Մարդու համար կրիտիկական կետ է համարվում Ցելսիուսի 42 աստիճանը, որից ավելի բարձր ջերմության դեպքում տեղի է ունենում հյուսվածքային սպիտակուցների ջերմային բնագրկում: 44°C ջերմության պայմաններում մաշկային ծածկույթների էպիթելային բջիջները ջերմային մեռուկացման են ենթարկվում 6 ժամվա ընթացքում, ջերմաստիճանի հետագա բարձրացումը մեկ աստիճանով մեռուկացման ժամանակը կրճատում է շուրջ երկու անգամ: 60°C և ավելի բարձր ջերմության պայմաններում մեռուկացման ժամանակը առավել ևս կրճատվում է, իսկ այրվածքային վնասվածքը առաջանում է հաշված բոպենների և նույնիսկ վայրկյանների ընթացքում: Այս փաստի գիտենալը ունի կարևոր գործնական նշանակություն՝ անհրաժեշտ է հիշել, որ երկար ժամանակով ջեռակները

չի կարելի թողնել մարմնի վրա, հատկապես, եթե խնամյալը հյուծված է, տառապում է շաքարային դիաբետով, նորածին, կամ անհաս մանուկ է: Հակառակ դեպքում կարող են առաջանալ այրվածքներ: հյուսվածքների ջերմային էներգիա գերտաքացման երեք ուղիներ: Գոյություն ունի հաղորդելու

Գերտաքացման առաջին ուղին կոչվում է կոնտակտային գերտաքացում: Նման դեպքերում, որպես այրվածքածին գործոն հանդիսանում են բարձր ջերմություն ունեցող կարծր մարմինները կամ հեղուկները, որոնք անմիջական շփման մեջ են մտնում մարմնի հետ: Այդպիսի դեպքերում այրվածքային վերքի մակերեսը լինում է սահմանափակ, իսկ այրվածքային վերքի խորությունը պայմանավորված է այրվածք առաջացնող գործոն խիստ որոշակի ֆիզիկական հատկանիշներով և ժամանակով, որի ընթացքում հյուսվածքները ենթարկվում այ ջերմային էներգիայի ազդեցությանը: Անկասկած ինչքան բարձր այրվածքածին գործոնի ջերմաստիճանը և երկարատև է նրա ազդեցությունը, այնքան մեծ կլինի հյուսվածքների ախտահարման խորությունը:

Սակայն բացի այս հանգամանքից լուրջ նշանակություն ունեն նաև այրվածքածին հատկությունները՝ այրվածքածին գործոնի տեսակարար ջերմունակությունը և տեսակարար ջերմհաղորդականությունը: Տեսակարար ջերմունակությունը նյութի ջերմային էներգիա կլանելու և կուտակելու ունակությունն է, իսկ տեսակարար ջերմհաղորդականությունը կուտակած ջերմային էներգիան մեծ հաղորդելու ունակությունը: Այսպիսով, ինչքան է մեծ են տեսակարար ջերմունակությունը և տեսակարար ջերմհաղորդականությունը, այնքան ծանր կլինի այրվածքային վնասվածքը: Հայտնի է, որ եռացրած կաթից առաջացած այրվածքները լինում են ավելի ծանր, քան եռացած ջրից առաջացածները: Ցածր տեսակարար ջերմհաղորդականությամբ օժտված, սակայն բարձր տեսակարար ջերմունակություն ունեցող նյութերի ազդեցությունից այրվածքային վնասվածքները կարող են լինել աննշան կամ նույնիսկ բացակայել: Այս երևույթը ընկած է պարաֆինոթերապիայի հիմքում, քանի որ այն ունի բարձր տեսակարար ջերմունակություն և ցածր տեսակարար ջերմհաղորդականություն:

Գերտաքացման երկրորդ ուղին կոչվում է կոնվեկցիոն գերտաքացում: Սա գերտաքացման ամենաբարդ ձևն է, որի ժամանակ տուժածները

գտնվում են բարձր ջերմություն ունեցող գոլորշիների, գազերի, բոցի և ծխի մթնոլորտում: Հաճախ այս ճանապարհով առաջանում են այրվածքներ հրդեհների և պայթյունների միջավայրում: Այրվածքային վնասվածքները նման դեպքերում լինում են տարածուն, իսկ ավելի հաճախ կրում են ամբողջական (տոտալ), կամ ենթաամբողջական (սուբտոտալ) բնույթ, որը պայմանավորված է վնասվածքը ստանալու հանգամանքներով: Բացի դրանից շատ հաճախ այսպիսի այրվածքները ուղեկցվում են շնչական ուղիների և շնչական օրգանների ջերմային ախտահարումներով, առաջանում են նաև թունավորումներ այրման արգասիքներով, հատկապես այն դեպքերում, երբ հրդեհը կամ պայթյունը տեղի է ունենում հերմետիկ և փակ տարածություններում: Պայթյունները հաճախ ուղեկցվում են նաև մեխանիկական պայմանավորված պայթյունային ակիքի ազդեցությամբ: Սովորաբար շնչական ուղիների և շնչական օրգանների ջերմային ախտահարումները ծխի և բոցի ազդեցությունից ունենում են ծանր ընթացք, որոնք թոքերում առաջացնում են գազափոխ խանակության ծանր խանգարումներ: Բոցից առաջացած դեմքի և պարանոցի նույնիսկ ոչ տարածուն այրվածքները կարող են ուղեկցվել շնչական ուղիների և շնչական օրգանների ախտահարմամբ: Նման դեպքերում տուժածներին զննելիս անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել թե քթանցքների մազերը խանձված են թե ոչ: Քթի, բերանի խռոչի լորձաթաղանթների այտուցը, մի առկայությունը ձայնի խոպոտությունը այրվածքների հավաստի նշաններ են: Ինհալացիոն Հյուսվածքների գերտաքացման երրորդ ուղին կոչվում է գերտաքացում ջերմաճառագայթման միջոցով:

Հյուսվածքների գերտաքացման այս ձևի դեպքում ախտահարվող հյուսվածքները և ջերմության աղբյուրը գտնվում են միմյանցից հեռու տարածության վրա, իսկ գերտաքացումը տեղի է ունենում ի հաշիվ ջերմության աղբյուրի ինֆրակարմիր և ուլտրամանուշակագույն սպեկտորների, որոնք ունեն նաև հյուսվածքների խորքը թափանցելու ունակություն: Այս ճանապարհով այրվածքային վնասվածքներ առաջանում են գարնան և ամռան ամիսների և բարձրադիր վայրերում: Սովորաբար դրանք արևային այրվածքներն են, որոնց առաջացման համար պահանջվում է որոշակի ժամանակ: Նույն մեխանիզմով առաջանում են նաև լուսաջերմային այրվածքները էլեկտրական աղեղների բռնկման դեպքում, ինչպես նաև միջուկային զենքի

վերգետնյա և օդային պայթյունների ժամանակ: Գործնականում հաճախ այրվածքներ առաջանում են արդեն նկարագրված երեք մեխանիզմներով միաժամանակ. դրա տիպիկ օրինակ է հանդիսանում հագուստի և հանդերձանքի կրակով բռնկումը մարմնի վրա: Անկախ ջերմային էներգիա հաղորդելու ճանապարհից, գերտաքացած հյուսվածքները վնասվում և մեռուկանում են, որը գործնականում դիտարկվում է որպես վնասվածքի տեղային արտահայտություն՝ այրվածքային վերքերի տեսքով: Գերտաքացած և մեռուկացած հյուսվածքները, որպես ֆիզիկական մարմին, նույնպես ունեն տեսակարար ջերմունակություն և՛ ջերմհաղորդականություն, որի շնորհիվ հյուսվածքների կլանած ջերմային էներգիան աստիճանաբար հաղորդվում է շրջակա չվնասված հյուսվածքներին և տեղի է ունենում այրվածքային վերքի հետագա ընդլայնում և խորացում, նույնիսկ այն դեպքերում, երբ այրվածքածին գործոնի ազդեցությունը դադարել գիտե Կամ օգնության նպատակով դադարեցվել է: Այս փաստի գիտենալը ունի կարևոր գործնական նշանակություն: Առաջին օգնության սպիտակով նախահոսպիտալային էտապներում անհրաժեշտ հովացնել այրվածքային վերքերը գերտաքացած և մեռուկացած հյուսվածքներից նրանց՝ կուտակած ջերմային էներգիան հեռացնելու նպատակով, որը կանխում է այրվածքային վերքերի հետագա ընդլայնումը և խորացումը, զգալիորեն մեղմացնում է ցավի զգացողությունը:

Այրվածքային վնասվածքների ծանրության աստիճանը բնորոշվում է երկու հիմնական ցուցանիշներով. դրանք են այրվածքային վերքերի մակերեսը և այրվածքային վերքերի խորությունը, որոնց ճիշտ գնահատումը ունի գործնական չափազանց կարևոր նշանակություն:

Այրվածքային վերքերի մակերեսի որոշումը

Գոյություն ունի մակերեսների որոշման տարբեր եղանակներ, սակայն գործնականում ոչ բոլոր եղանակներն են կիրառելի: Անհրաժեշտ է հիշել, որ ճշգրտորեն որոշել այրվածքային վերքի մակերեսը շատ դժվար է, որպես կանոն սխալները այս կամ այն չափով առկա են լինում, հետևաբար սխալի չափը պետք է գտնվի այնպիսի տիրույթում, որ չանդրադառնա տուժածի հետագա ճակատագրի վրա: Որպես սխալի թույլատրելի չափ ընդունված է + (-) 2%-ը, կարևոր նշանակություն ունի նաև այն հանգամանքը, որ ընտրված եղանակը

Ժամանակի առումով լինի ինսյոդական, չպահանջի նյութական ավելորդ ծախսեր և, որ ամենակարևորն է, տուժածներին լրացուցիչ տառապանք չպատճառի: Այդ առումով գործնական աշխատանքում միանգամայն արդարացված է համարվում Ուոլսի կողմից առաջարկված եղանակը, որը հայտնի է 9 տոկոսների կանոն անունով: Համաձայն այս եղանակի մարդու մարմնի ամբողջ մակերեսը բաժանվում է 11 անատոմիական շրջանների, որոնցից յուրաքանչյուրի՝ մակերեսը կազմում է 9%, այս եղանակը որոշակի ուղղումներով կիրառելի է նաև տարբեր հասակային խմբերի երեխաների համար (Տես ստորև ներկայացված N 1 աղյուսակը):

Աղյուսակ N1

Անատոմիական շրջանի անունը	Անատոմիական շրջանի մակերեսը %-ներով ըստ տարիքի			
	Հասուն տարիք	15 Տարեկան	5 տարեկան	1 տարեկան
Գլուխ և պարանոց	9	10	14	18
Վերին վերջույթ (2)	9	9	9	9
Կրծքավանդակի առաջնային մակերես	9	9	9	9
Կրծքավանդակի հետին մակերես	9	9	9	9
Որովայնի առաջնային պատ	9	9	9	9
Իրանի հետին մակերես	9	9	9	9
Ոտնաթաթ և սրունք (2)	9	9	8	7
Ազդր (2)	9	9	8	7
Շեքի և սեռական օրգանների շրջան	1	-	-	-

9%-ի կանոնը կիրառելի է բոլոր այն դեպքերում, երբ առկա են տարածուն այրվածքային վերքեր: Մարմնի ենթամաշտկայան այրվածքների դեպքում այրվածքային վերքերի մակերեսը կարելի է որոշել նաև այլ կերպ՝ որոշվում է չվնասված մաշկային ծածկույթների

մակերեսը %ով և այն հանվում է 100%-ից, օրինակ՝ եթե հրդեհի օջախից դուրս բերված տուժածի մոտ անվնաս են մնացել միայն գույգ ոտնաթաթերը և սրունքները, ապա չվնասված մաշկային ծածկույթների մակերեսը գումարային առումով կկազմի $9\%+9\%=18\%$, իսկ այրվածքային վերքերի մակերեսը՝ $100\%-18\%=82\%$: Փոքր և խճանկարային այրվածքների դեպքում նպատակահարմար է կիրառել ափի եղանակը: Հայտնի է, որ մարդու ափի մակերեսը կազմում է մարմնի ընդհանուր մակերեսի շուրջ 1 տոկոսը: Այրվածքային վերքի մակերեսը հաշվում են ափերի քանակով, այսինքն ինչքան ափ այնքան տոկոս: Չպետք է մոռանալ, որ այս եղանակով մակերեսը որոշելուց առաջ պետք է համեմատել սեփական ափի մակերեսը տուժածի ափի մակերեսի հետ:

Այրվածքային վնասվածքի ծանրության երկրորդ չափանիշը այրվածքային վերքերի խորությունն է, որոնց ախտորոշումը նույնպես ունի կարևոր գործնական նշանակություն և այն հիմնված է վերքերի կլինիկո-մորֆոլոգիական բնութագրերի վրա: Համաձայն ընդունված կլինիկո-մորֆոլոգիական դասակարգման՝ այրվածքային վերքերը բաժանվում են խորության չորս աստիճանի:

- I. **աստիճանի այրվածքներ**-մաշկային ծածկույթների ամբողջականությունը լինում է ծածկույթները լինում պահպանված, ախտահարված մաշկային 5 են հիպերեմիկ, այտուցված ցավոտ:
- II. **աստիճանի այրվածքներ**-բնորոշվում են լցված բարակ, ոչ լարված պատերով բշտերի առկայությամբ, բշտերը առաջանում են վնասվածքից անմիջապես հետո կամ են հեշտությամբ պատրաստում ե բացվում՝ առաջացնելով խոնավ, վարդագույն մակերեսով՝ վերք, արտահայտված ցավի զգացողությամբ
- III. **աստիճանի այրվածքներ**- բաժանվում են IIIա և IIIբ աստիճանների:

IIIա աստիճանի դեպքում նույնպես հնարավոր են բշտերի առկայություն, սակայն բշտերը այս դեպքում լինում են լարված և հաստ պատերով, բշտերի պարունակությունը լինում է դեղին գույնի հեղուկ, կամ դոնդողանման զանգված: Բշտերը հեռացնելուց հետո բացվում է դժգույն վերքային մակերես: Բոցով այրվելու դեպքում բշտերը կարող են բացակայել, նման դեպքերում մաշկի էպիդերմալ շերտը լինում է լաթերի տեսքով կախված, իսկ վերքերը լինում են պատված արծաթափայլ, կամ մուգ գույնի թաղանթով, ցավի զգացողությունը լինում է ուժգին:

III բ աստիճանի այրվածքների դեպքում գոյանում է բավական ամուր այրվածքային մուգ գույնի կեղև: Հաճախ դիտվում է խցանված մաշկային երակների ցանցի պատկեր: Հնարավոր է նաև բշտերի առաջացում, որոնց պարունակությունը լինում է արյան խառնուրդով: Գոյացած ամուր այրվածքային կեղևը վերջույթների ցիրկուլյար այրվածքների դեպքում կարող է ճնշել արյունատար անոթները և պատճառ դառնալ վերջույթների արյան շրջանառության խանգարման, իսկ կրծքավանդակի և պարանոցի շրջանաձև այրվածքները՝ շնչառության խանգարման:

IV. **աստիճանի այրվածքները** բնորոշվում են ոչ միայն մաշկային ծածկույթների, այլ նաև խորանիստ հյուսվածքների մեռուկացմամբ ընդհուպ մինչև հյուսվածքների ածխացումը:

III բ և IV աստիճանի այրվածքների զգացողությունը հետվնասվածքային շրջանում լինում է նվազ, կամ նույնիսկ կարող է բացակայել: Դա պայմանավորված զգացող ասացությունների մեռուկացման այրիքի այրվածքները դիտարկվում են, որպես մակերեսային այրվածքներ, նման դեպքերում լիովին, կամ մասնակիորեն պահպանված է լինում մաշկի պտկիկային շերտը, որի հաշվին հետագայում վերքերի ապաքինումը ավարտվում է առանց լուրջ անատոմոֆիզիոլոգիական թերությունների:

IIIբ և IV աստիճանի այրվածքների դեպքում ցավի զգացողությունը հետվնասվածքային շրջանում լինում է նվազ, կամ նույնիսկ կարող է բացակայել: Դա օպայմանավորված է զգացող նյարդային գոյացությունների մեռուկացմամբ:

I, II, IIIա աստիճանի այրվածքները դիտարկվում են, որպես մակերեսային այրվածքներ, նման դեպքերում լիովին, կամ մասնակիորեն պահպանված է լինում մաշկի պտկիկային շերտը, որի հաշվին հետագայում վերքերի ապաքինումը ավարտվում է առանց լուրջ անատոմոֆիզիոլոգիական թերությունների:

IIIբ IV աստիճանի այրվածքների դեպքում ապաքինումը ավարտվում է սպիագոյացմամբ և անատոմոֆիզիոլոգիական լուրջ թերություններով, մարմնի վնասված հատվածների սպիական ձևափոխումներով, շարժումների սահմանափակմամբ, ինչպես նաև կոսմետիկ թերություններով, որոնք շատ դեպքերում բերում են հաշմանդամության, սոցիալական, հոգեբանական հետևանքների առաջացման, պահանջում

են համառ և երկարա- տև վերականգնողական բուժում: Այրվածքային վնասվածքների ծանրության գնահատման լուրջ չափանիշ է հանդիսանում այրվածքային, հատկապես խորը վերքերի մակերեսի և մարմնի զանգվածի փոխհարաբերակցությունը, այսինքն՝ ինչքան մեծ այրվածքային մակերես է բաժին ընկնում մարմնի մեկ կիլոգրամ զանգվածին, այնքան ծանր է այրվածքային վնասվածքը:

10 և ավելի տոկոս խորը այրվածքային վերքերի (իսկ մանուկների և ծերերի մոտ սկսած 5% խորը վերքերի) դեպքում, օրգանիզմում զարգանում են արտահայտված հիվանդագին երևույթներ, որն ընդունված է անվանել այրվածքային հիվան- դություն

Այրվածքային հիվանդություն

Այրվածքային հիվանդությունը այրվածքային վնասվածքի հետևանքով օրգանիզմում առաջացած լուրջ ախտաբանական փոփոխությունների ընդհանուր և տեղային արտահայտությունն է, որն ընթանում է 4 շրջաններով. այդ շրջաններն են այրվածքային շոկը, այրվածքային սուր տոքսեմիան, այրվածքային սեպտիկո- տոքսեմիան և վերականգնման շրջանը:

Այրվածքային շոկ

Ջարգացման սկզբնական շրջանում այն կրում է ցավային բնույթ և քիչ է և շրջանում այն էմոցիոնալ- հիպովոլեմիկ սակայն կարճ ժամանակ անց զերբերվումում տիպիկ 2n4հց, շոկի և բնորոշվում է տոտա ընթացքով: Պակասում է ծավալը պիտ քանակությամբ ջրի, նատրիում, քլոր իոնների, սպիտակուցային նյութերի կորստով, թթվահիմնային հավասարակշռության խանգարումներով, առաջանում են նաև էներգետիկ խնդիրներ: Ջրի կորուստը բերում է արյան խտացման, իսկ աղերի և սպիտակուցների կորուստը օրգանիզմի ներքին միջավայրում օսմոտիկ, օնկոտիկ ճնշումների անկման, կենսական կարևոր օրգանների արյան շրջանակներին խանգարումների, հետևաբար նաև թթվածնային քաղցի, և բազմաօրգանային ախտահա- րումների: Այրվածքային շոկը ընթանում է հետևյալ ձևերով՝ թեթև, միջին, ծանր և ծայրահեղ ծանր:

Թեթև շոկի- դեպքում խորը այրվածքային վերքերի մակերեսը կազմում է մինչև 20%, չվնասված մաշկային ծածկույթները նորմալ գունավորմամբ, պուլսը մինչև 100 մեկ րոպեում, զարկերակային արյան ճնշումը նորմալ թվերի վրա, արտազատվող մեզի քանակը նորմալի սահմաններում, կամ չափավոր պակաս, հազվադեպ դիտվում են փսխումներ, մարմնի ջերմությունը սուբֆեբրիլ:

Օսնր շոկ - խորը այրվածքային վերքերի մակերեսը 20-40%: Չվնասված մաշկային ծածկույթները լինում են գունատ և չոր: Պուլսը մինչև 120 մեկ րոպեում, զարկերակային առավելագույն ճնշումը 95-90մմ սնդ. սյան, արտազատվող մեզի մեկ օրյա քանակը նվազում է և կազմում է մինչև 600մլ: Մեզում առկա է հեմոգլոբին, դիտվում են հաճախակի փսխումներ գաղտնի արյան պարունակությամբ, մարմնի ջերմաստիճանը նորմալ, կամ սուբֆեբրիլ թվերի վրա:

Օայրահեղ ծանր շոկ - Խորը այրվածքային վերքերի մակերեսը 40% և ավելի է, չվնասված մաշկային ծածկույթները գունատ են՝ չոր, սառը և հողազույն երանգով: Պուլսը 120 և ավելի զարկ մեկ րոպեում, զարկերակային առավելագույն ճնշումը՝ 90-85մմ սնդ. սյան, լիակատար անուրիա, կամ օլիգոանուրիա մինչև 400-300մլ մեզը ունենում է մուգ գույն, մեծ քանակությամբ նստվածքով, հեմոգլոբինի պարունակությամբ, բոցով այրվելիս՝ խանձահոտ:

Դիտվում են բազմակի, երբեմն անզուսպ փսխումներ, փսխման զանգվածները սուրճի նստվածքի գույնով, որպես կանոն վնասվածքի առաջին ժամերից դիտվում է աղիքների կաթված: Մարմնի ջերմությունը նորմալից ցածր: Պայմանավորված շոկի ծանրության աստիճանով նրա տևողությունը կարող է լինել տարբեր, սովորաբար մի քանի ժամից մինչև երեք օր, իսկ որոշ դեպքերում շոկը կարող է կրել անվերադարձ բնույթ: Ինչքան երկարատև է շոկի շրջանը, այնքան անբարենպաստ է հիվանդության ելքը:

Սուր այրվածքային տոքսեմիա - շոկի բարեհաջող ավարտից հետո սկսվում է հիվանդության երկրորդ շրջանը, այն բնորոշվում է կլինիկո-ֆիզիոլոգիական ցուցանիշների՝ որոշակի բարելավմամբ, սակայն կարող են առաջանալ ներքին օրգանների տոքսիկ ախտահարումներ, որոնցից հատկանշական է տոքսիկ միոկարդիտի զարգացումը: Մարմնի ջերմությունը բարձրանում է չափավոր թվերի վրա, որը պայմանավորված է մեռուկացած հյուսվածքների քայքայման

արգասիքների արյան մեջ ներծծմամբ: Պակասում են նաև շոկի ընթացքում առաջացած այտուցները: Այս շրջանը կոնկրետ տևողություն չունի, շրջանի ավարտը համարվում է այն պահը, երբ տեղի է թարախակալում: ունենում վերքերի

Սեպտիկո-տոքսեմիայի շրջան. այս շրջանի առանձնահատկությունն այն է, որ այրվածքային ինտոքսիկացիային ավելանում են թարախային պրոցեսները, որոնք կրում են տեղային բնույթ, սակայն պայմանավորված օրգանիզմի պաշտպանական հատկությունների անկմամբ, մասնավորապես իմուն համակարգի ախտահարմամբ թարախային պրոցեսները կարող են կրել նաև տարածուն բնույթ: Հատկապես այս շրջանում են զարգանում այրվածքային սեպսիսը, սեպտիկ շոկը և կանգային թոքաբորբերը, ինչպես նաև պատկելախոցերի առաջացումը, որոնց կանխարգելումը և բուժումը պահանջում է համառ աշխատանք:

Վերականգնման շրջան- այս շրջանը սկսվում է, երբ այրվածքային վերքերը վերջնականապես մաքրվում են մեռուկացված հյուսվածքներից և սկսվում է վերքերի ապաքինումը մինչև մաշկային ծածկույթների վերականգնումը կամ նրանց լավացումը սպիազոյացմամբ: Խորը և տարածուն այրվածքների դեպքում գոյանում են զանգվածային հիպերտրոֆիկ, կամ կելոիդ սպիական դաշտեր, դառնալով ֆիզիկական և կոսմետիկ լուրջ Սակավ դեպքերում հնարավոր է նաև այրվածքային հիվանդության մեկ այլ շրջան, որը կոչվում է այրվածքային կախեքսիայի կամ հյուծման շրջան, այս բնորոշվում է մարմնի զանգվածի կորստով և ներքին օրգանների դիստրոֆիկ փոփոխություններով, ծանր դեպքերում այն ավարտվում է տուժածների մահով:

Առաջին օգնությունը ջերմային այրվածքների ժամանակ Նախահոսպիտալային էտապում

Դադարեցնել այրվածքածին գործոնի հետագա ազդեցությունը: Եթե հագուստը ներծծված է բարձր ջերմություն ունեցող հեղուկներով, արագորեն ազատվել հագուստից, չնայած վնասվածքը՝ ստանալու առաջիկա րոպեներին այն կարող է ունենալ պաշտպանիչ նշանակություն, սակայն հետագայում գերտաքացած հագուստը իրեն հերթին վեր է ածվում այրվածքածին գործոնի: Մարմնի վրա հագուստի

բոնկման դեպքում առաջանում է խուճապ և տուժածը դիմում է փախուստի, դա պատճառ է դառնում թթվածնի մուտքի մեծացմանը և այրման ուժգնացմանը: Նման դեպքերում անհրաժեշտ է տուժածին վայր զգել և հանգցնել կրակը, եթե մոտակայքում ջուր կա, լավ է դա անել ջրով: Կրակը մարելուց հետո տուժածին տեղափոխել մաքուր օդ, ազատել հագուստից, լավ է այն կտրելու միջոցով, այրվածքային մակերեսը հովացնել ջրով 20 րոպե տևողությամբ, սպա վերքային մակերեսը մշակել անտիսեպտիկ լուծույթով, դնել վիրակապ, վիրակապի վրայից կարելի է կիրառել սառցե պարկ: Անհրաժեշտ է իրականացնել ցավազրկում անալգետիկ դեղամիջոցներով 2մլ 50%-ոց անալգինի և 1մլ 2%-ոց դիմեդրոլի լուծույթների խառնուրդով միջմկանային: Եթե առաջին օգնությունը իրականացվում է «շտապ օգնության» անձնակազմի միջոցով, սպա ներմուծում են 2 մլ 2%-ոց պրոմեդոլի, կամ 1%-ոց մորֆինի և 2մլ 2%-ոց դիմեդրոլի խառնուրդով: Անհրաժեշտության դեպքում իրականացնել տրանսպորտային և անշարժացում ընդունված սկզբունքով: Հաշվել անոթազարկը, չափել զարկերակային արյան ճնշումը, հիվանդին հոսպիտալիզացիայի ենթարկել վնասվածքաբանական կամ այրվածքային բաժանմունք:

Բուժքրոջ գործողությունները հոսպիտալային էտապում

- Հաշվել պուլսը, շնչական ակտերի քանակը մեկ րոպեում, չափել զարկերակային արյան ճնշումը:
- ճշտել ալերգոլոգիական անամնեզը:
- Ձննել պերիֆերիկ երակների վիճակը վենեպունկցիա իրականացնելու նպատակով: հետազայում 1.
- Բուժող կամ հերթապահ բժշկի հետ պարզել կենտրոնական երակների կաթետրիզացիայի անհրաժեշտությունը:
- Միզապարկի կաթետրիզացիա մնացորդային մեզի քանակի որոշում: Ֆոլեի կաթետրով,
- Երակի պունկցիայից և կաթետրիզացիայից հետո արյան հավաքում արյան խմբային պատկանելիության, ռեզուս գործոնի, արյան ընդհանուր, կենսաքիմիական քննությունների հեմատոկրիտային ցուցանիշի որոշման համար:

- Միացնել ինֆուզիոն հեղուկով լիցքավորված ներարկման համակարգը բուժող կամ հերթապահ բժշկի նշանակմամբ:
- Քթային կաթետրի տեղադրում և խոնավացված թթվածնի ապահովում:
- Չայնի խոպոտությունը, հազի դեպքում խորխի մեջ մրի առկայությունը, հևոցը, քթանցքներում խանձված մազերի առկայությունը ջերմահնակացիոն այրվածքների հավաստի նշաններն են, որի դեպքում հիվանդին պետք է պատրաստել ախտորոշիչ և բուժական բրոնխոսկոպիայի:
- Երկրորդ-չորրորդ աստիճանի այրվածքների դեպքում փայ- տացման կանխարգելում՝ հակափայտացման անատոքսինի և հակափայտացման շիճուկի կիրառման միջոցով:

Այրվածքների բուժումը

Տարածուն և խորը այրվածքների դեպքում զարգանում է այրվածքային հիվանդություն, որի բարենպաստ եքը կախված է ճիշտ կազմակերպված և որակյալ բուժումից: Սովորաբար այրվածքային հիվանդության առաջին շրջանը այրվածքային շոկն անքային հիվանդության է, որի բուժմամբ էլ սկսվում է այրվածքայի բուժումը: Բուժման հիմնական միջոցը փոխներարկման եղանակն է, համապատասխան հեղուկներով Ինֆուզիայի համար անհրաժեշտ որն Կ ներարկման իրականացվում արյան պրեպարա 4 է ստներով: Ելի է հեղուկների քանակը արելի հաշվել տարբեր եղանակներով: Ստորև ներկայացվող շատ պարզ է, հեշտությամբ պահվում կոչվում է երկու զրոների սկզբունք: Խորը այրվա մակերեսը արտահայտվում է է եղան մեջ և այրվածքային վերքեր սի նշանի տոկոսներով, տոկոսի փոխարեն ավելացվում է երկու զրո և ստացվում է քանակ, այդ թիվը կրկնապատկում և ստանում են իտրերի անհրաժեշտ հեղուկների քանակը միլիլիտրերով 24 ժամ հիվանդին նակ եթե այրվածքային հեղուկներով ապահովելու համար: Օրինա վերքերի մակերեսը կազմում է 30%, բաժեշտ ապա անհրա հսի $3000 \times 2 = 6000$: հեղուկների քանակը 24 ժամվա համար կլինի Հաշված քանակից՝ 2000 միլիլիտրը հաստատուն թիվ է և կազմում է 5%-ոց գլյուկոզայի լուծույթը էներգետիկ պահանջները կեսը կոլոիդ ծածկելու նպատակով: Մնացած հեղուկների քանակի

կազմում է արհեստական և բնական ծա հեղուկները, որոնցից են պոլիզյուլիները, ռեոպոլիզյուլիները, ծագում ունեցող խմբային և անհատական համատեղելի թարմ սառեցրած արյան պլազման, ամինոթթվային խառնուրդները և այլն: Մնացած մասը կազմում են իոնային կամ աղային լուծույթները: Հաշված հեղուկների քանակի կեսը ներարկվում է վնասվածքը ստանալու առաջին 8 ժամվա ընթացքում, իսկ մնացած կեսը հետագա 16 ժամերի ընթացքում: Իրականացված բուժումը կհամարվի բավարար այն դեպքում, եթե արտազատվող մեզի քանակը կազմի ոչ պակաս 50 մլ մեկ ժամում: Բացի ինֆուզիոն և տրանսֆուզիոն բուժումից շոկի բուժման ընթացքում կիրառվում են նաև այլ պրեպարատներ, որոնք ներկայացվում են ստորև՝ աղյուսակ N2-ում:

Աղյուսակ N2

Դեղորայքային պրեպարատի անվանումը	Դեղորայքային պրեպարատի դոզաները և կատարման հաճախականությունը		
	ՇՈԿ		
	Թեթև	Ծանր	ծայրահեղ ծանր
2% պրոմեդոլ	1.0 ցավերի դեպքում	1.0x3	1.0x4
2% դիմեդրոլ	2.0x3	2.0x3-4	2.0x4
0,25% դրոպերիդոլ	2.0x2	2.0x3	2.0x4
0,06% կորգլիկոն	0.5x2	1.0x2	-
0,05% ստրոֆանտին	-	-	0.5x2
2,4% էուֆիլին	5.0x2	10.0x2	10x2-3
կորդիամին	1.0x2	2.0x2	2.0x3
պրեկնիզոլն	-	30 մգx3	60 մգx2-3
կոկարբոքսիլազա	50 մգx2	50 մգx3	100 մգx3
կոնտրիկալ	-	10000 միավx2	10000 միավx2
հեպարին	5000 միավx4	5000 միավx6	5000 միավx6
լազիբս	20-30 մգ x2	20-30 մգ x3	40 մգ x3

5% ասկորբինաթթու	5.0x2	10x2	10.0x3
5% թիամին քլորիդ	2,0x2	2.0x3	2.0x3

Վնասվածքի հետագա օրերին, երբ բարելավվում է օրգան համակարգերի ֆունկցիան, կիրառվող հեղուկների քանակը սահմանափակվում է կիսով չափ, սակայն ինֆուզիոն թերապիան չի դադարեցվում, այլ կրում է թունազերծման բնույթ: Սեպտիկոտոքսեմիայի շրջանում՝ բուժման ընդհանուր սխեմայում ընդգրկվում են նաև հակաբիոտիկ միջոցներ, որոնք նշանակվում են՝ հաշվի առնելով հարուցիչների տեսակը, նրանց զգայնության աստիճանը հակաբիոտիկների նկատմամբ, ինչպես նաև պացիենտի զգայնության աստիճանը հակաբիոտիկի նկատմամբ: Կիրառվող հակաբիոտիկների դոզան պետք է լինի օպտիմալ, իսկ բուժման տևողությունը ընտրված անտիբիոտիկով միջին հաշվով 7-10 օր, անհրաժեշտության դեպքում կիրառվող հակաբիոտիկը փոխարինվում է այլ պրեպարատով, նշանակելով հիվանդներին նաև հակասնկային պրեպարատներ:

Այրվածքային վերքերի տեղային բուժումը

Գործնական աշխատանքում անհրաժեշտ է տարանջատել մասնակիորեն հաշվին մակերեսային այրվածքների դերի լրիվ կամ պահպանված է լինում մաշկի պտկիկային շերտը, որ հետագայում վերականգնվում է վնասված մաշկային կույթների ամբողջականությունը: Այսպիսով նման դեպքերում միանգամայն արդարացված է պահպանողական բուժումը: Շոկի ավարտից հետո, եթե շոկը բացակայում է, նաև ավելի շուտ, բավարար ցավազրկման պայմաններում կատարվում է վերքի առաջնային մշակում, հեռացվում են պատռված բշտերի մնացորդները և օտար մարմինները, չպատռված բշտերը հատում են հիմային շրջաններում, հեռացնում են բշտերի պս պարունա- կությունը, էպիդերմիսով ծածկելով՝ վերքային մակերեսը, վերքային մակերեսը՝ ոռոգում են անտիսեպտիկ հեղուկներ դրվում թաց չորացող վիրակապեր: Դեմքի հետ 4 ապա ներով և պարանոցի բաց եղանակով: այրվածքների բուժումը իրականացվում է բաց Հեստում են վիրակապերի, ինչպես նա նաև վիճակին, եթե վիրակապերը չեն հիվան

անդի ընդհանուր արտադրությամբ և բացակայում են թարախային տեղային և ընդհանուր նշանները, կատարվում են թրջվում թարախայի բորբոքման այլ թյունները Վերքերի թարախակալման դեպքում վիրակապ հա հաճախ երկու օրը մեկ անգամ, կամ վիրակապությունները կատարվում են ավելի հաճախ կիրառելով անտիսեպտիկների լուծույթներ և անտիբիոտիկային ջրալուծ քսուքներ, իսկ էպիթելիզացիայի շրջանում, նաև քսուկներ յուղային հիմքի վրա հյուսվածքների վերականգնմանը նպաստող բաղադրիչների պարունակությամբ: Մովորաբար այսպիսի վերքերը ապաքինվում են առանց լուրջ հետևանքների, 2-3 շաբաթվա ընթացքում:

Խորը այրվածքային վերքերի տեղային բուժումը Խորը այրվածքային վերքերը ունենում են այլ ընթացք: Վնասվածքի խորության պատճառով ամբողջովին վնասված է լինում ոչ միայն մաշկի պտկիկային շերտը այլ նաև խորը շերտերը: Այդպիսի վերքերը ունենում են փուլային և երկարատև ընթացք, ամիսների տևողությամբ, ավարտվում են սպիազոյացմամբ, որոնք հաճախ լինում հիպերտրոֆիկ կամ կելոիդ սպիների ձևով՝ պատճառ դառնալով կոսմետիկ և ֆիզիկական թերություններում պատճառով խորը այրվածքային վերքերի դեպքում ավելի հաճախ դիմում են վիրաբուժային հիվանդի վիճակի կայունանակա հետո սկսում են մեռուկացված հյուսվածքներու մեխանիկական ճանապարհով՝ հատուկ դանակների միջոցով, կամ իրականացվում է քիմիական նեկրեկտոմիա 20th օրու սալիցիլաթթվի քսուկով: Վերքերը մեռուկացած հյուսվածքներից ազատելուց հետո կիրառվում են դեղորայքային միջոցներ, որոնք նպաստում են հյուսվածքների վերականգնմանը, մասնավոր քապես, մեթիլ ուրացիլի պրեպարատներ, սոլկոսերիլ, ակտովեգին և այլն: Թարախային պրոցեսների դեպքում կիրառվում են անտիսեպտիկներ և հակաբիոտիկներ: Բորբոքային պրոցեսների մեղմանալուն գուզրնթաց վերքային մակերեսը աստիճանաբար ծածկվում է ալ կարմիր գույնի, հեշտությամբ արյունահոսող հատիկավոր հյուսվածքով: Վերքային ընթացքի այս փուլում էլ իրականացվում է մաշկային ծածկույթների վերականգնման վիրահատական միջատությունը: Վիրահատությունից առաջ, հիվանդի լրիվ կամ մասնակի սանիտարական մշակումից հետո, սափրում են մարմնի դոնորական հատվածները, վիրահատության ընթացքում մշակվում են դրանք, ինչպես վիրահատական դաշտը և հատուկ

գործիքի՝ դերմատոմի օգնությամբ, աղեքվատ ընդհանուր անզգայացման պայմաններում վերցնում են անհրաժեշտ քանակությամբ մաշկաին պատվաստանյութ և տեղափոխում հատիկավոր հյուսվածքով ծածկված վերքային մակերեսի վրա ամրացնում կարերով և վիրակապում անտիսեպտիկ նյութերով ներծծված վիրակապերով: Նույն ձևով վիրակապում են նաև մարմնի դոնորական հատվածները:

Այրվածքով հիվանդների խնամքը

Ծանր այրվածքային հիվանդների խնամքը բարդ, բուժաշխատողից մեծ համբերատարություն և համառություն պահանջող աշխատանք է: Դրանց մի մասը կրում է ընդհանուր բնույթ և ուղղված է կոնկրետ գոյություն ունեցող խնդիրների լուծմանը, մյուս մասը նպատակ ունի կանխել պոտենցիալ բարդությունների առաջացումը, իսկ երրորդ մասը կրում է առաջացած օրգանական և ֆունկցիոնալ փոփոխություններով հիմնականում առնչվում են ծանր շարժել ճանապարհով մտնում ցավի, քնի, հանգստի, ինքնուրույն շարժվելու, շրջապատի հետ հաղորդակցվելու, բնական 20 within the worn ան հիգիենայի, արտաթորման և այլ խնդիրները, որոնք պահանջում են անընդհատ ուշադրություն, բուժքրոջ համապատասխան կախյալ գործողություններով պայմանավորված անկախ միջամտություններ, դեղորայքային և ոչ դեղորայքային կորեկցիա: Չափազանց կարևոր նշանակություն ունի պոտենցիալ պրոբլեմների կանխարգելումը այն առումով, որ ծանր այրվածքային հիվանդների մոտ բարդությունները բազմաթիվ են և նրանք առաջանում են տարբեր կլինիկական շրջաններում: Այդ բարդություններից են ստրեսային կամ Կուրլինգի խոցերի առաջացումը, որոնք հաճախ ունենում են համր ընթացք և արյունահոսում են, հետևաբար անընդհատ պետք է հետևել ձյութանման կղանք կա թե ոչ: Չպետք է մոռանալ նաև խոցի այնպիսի բարդության մասին, ինչպիսին թափածակումն է: Կարևոր նշանակություն ունի ինֆեկցիոն բարդությունների առաջացումը, ինչպիսիք են կանգային թոքաբորբերը, որոնց կանխարգելման նպատակով պետք է իրականացվի բուժական մարմնամաքություն, հիվանդներին պետք է տալ փչելու ռետինե փուչիկ և այլն: Անընդհատ հետևել ջերմության կորագծին, որի փոփոխությունները կարող են հուշել սեպսիսի

զարգացման մասին: Ծանր այրվածքային հիվանդների մոտ հաճախ առաջանում են պառկելախոցեր դրանցից խուսափելու համար լավ է հիվանդներին պառկեցնել կամրջակներ ունեցող ներքնակների վրա, այն հաշվով, որ մարմնի ցցուն մասերը չենթարկվեն երկարատև ճնշման: Ժամանակ առ ժամանակ փոխել հիվանդի դիրքը, մարմնի պառկելախոցերի առումով վտանգավոր հատվածները շփել կամֆորայի սպիրտով: Հոգեբանական խնդիրները առաջանում են ծանր վնասվածք ստանալուց հետո, որոնք բազմաթիվ հարցերի ձևով ուղղվում են առաջին հերթին բուժող բժշկին և բուժքրոջը: Այդ հարցերը բովանդակային առումով հետևյալներն են՝

Կապրե՞մ թե ոչ: Ի՞նչ տևողությամբ և ինչպիսի՞ տառապանքներ եմ կրելու: Կմնամ կայուն հաշմանդամ, թե ոչ: Իմ սպիապատ և այլափոխված տեսքը ինչպե՞ս կընդունվի շրջապատի կողմից: Կպահանջվե՞ն վիրահատական միջամտություններ թե ոչ, ինչպիսի՞ արդյունքներ կունենան դրանք: Ինչպիսի՞ն կլինի իմ մտավոր և ֆիզիկական ակտիվությունը հետագայում: Կարո՞ղ եմ կատարել իմ նախկին աշխատանքը թե ոչ: Ինչպիսի՞ն կլինի իմ վաստակը: Կընդունի ինձ կինս (ամուսինս) թե ոչ: Ինչպիսի՞ն կլինի մերձավորներիս վերաբերմունքը՝ իմ նկատմամբ: Հասկանալի է, որ նման դեպքերում անձի հոգեբանական հյուծվածությունը պատճառ է հանդիսանում բուժումից հրաժարվելու, իսկ շատ դեպքերում նաև սուիցիդալ գործողությունների կատարման: Կասկածից դուրս է այն հանգամանքը, որ անհրաժեշտ է անընդհատ և համառորեն, հիմնավորված, ինչպես նաև կոնկրետ օրինակների վրա ցույց տալ, որ հիվանդը կապաքինվի, քանի որ ժամանակակից բժշկագիտության այս բնագավառը ունի այդ հնարավորությունները:

Այրվածքների կանխարգելումը

Այրվածքների կանխարգելումը ունի անգնահատելի նշանակություն: Լիովին բացառել այրվածքների առաջացումը անհնարին է, սակայն կանխարգելել և նվազեցնել դրանց քանակը միանգամայն հնարավոր է: Այրվածքների կանխարգելումը միակ հնարավոր և դյուրին ճանապարհն է պաշտպանելու ինչպես սեփական անձը, այնպես էլ շրջապատի մարդկանց ու մերձավորներին կրակի ճարակ դառնալուց: Այրվածքների

կանխարգելումը այրվածքային հիվանդության պատճառած անհուն տառապանքներից խուսափելու ամենակարճ պարհն է: Ճանա-

- Եթե բնակարանում զգացվում է գազի հոտ կամ կա գազի արտահոսքի կասկած, ապա անթույլատրելի է կրակից օգտվելը: Նույնիսկ էլեկտրական անջատիչի կայծից կարող է առաջանալ ծավալային պայթյուն: Նման դեպքերում հնարավորինս արագ պետք է օդափոխվի բնակարանը, որից հետո է դիմել համապատասխան ծառայությունների օգնությանը:
- Հեռախոսի մոտ կամ հեռախոսի հշոդության մեջ պետք է լինի ծառայությունների, ծառայության, շտապ օգնության և հրշեջ ծառաների հեռախոսահամարների
- Հետևել բնակարանի էլեկտրական ցանցի կենցաղային էլեկտրական սարքավորումների վիճակին, դրանք պետք է շահագործվեն միայն սարքին վիճակում: .
- Բնակարանում ազդեցիվ քիմիական նյութերը պահպանել միայն անվտանգ տեղերում, իսկ ավելի լավ է հրաժարվել դրանցից: Անհրաժեշտության դեպքում դրանք ձեռք բերել միայն այն քանակներով, որ ամբողջությամբ սպառվեն: •
- Վառվող մոմերը չի կարելի թողնել առանց հսկողության:
- Անթույլատրելի է հրդեհա և պայթյունավտանգ նյութերը պահել բնակարանում, դյուրավառ հեղուկներ բավարար օդափոխության պայմաններում: օգտագործել միայն

Այրվածքների կանխարգելումը կենցաղում

Լողարան

- Չի կարելի լողանալ 50 աստիճանից ավելի բարձր ջերմաստիճան ունեցող ջրով, 60 աստիճան ջերմաստիճանի պայմաններում արդեն առաջանում են այրվածքներ:
- Մանուկներին լողացնելիս տաք և սառը ջրերը խառնել, բերել համապատասխան ջերմաստիճանի և նոր միայն օգտագործել: Անթույլատրելի է եռացրած և լողացնելու համար պատրաստած համապատասխան ջերմաստիճանի ամանները դնել միմյանց հարևանությամբ: ջրեր պարունակող

- Երեխաներին լողարանում միայնակ թողել չի կարելի, նրանք կարող են իրենց վրա լցնել բարձր ջերմություն ունեցող ջուրը և ստանալ այրվածքներ:
- Մանուկներին և երեխաներին կյանքի առաջին տարվա ընթացքում չի կարելի լողացնել տաք ջրում, նրանց մաշկը նուրբ է և կարող են առաջանալ այրվածքներ:

Ննջարան

- Մանուկներին, ծերերին անկողնային հիվանդների մահճակալները տեղադրել ջերմության բաց աղբյուրից՝ անվտանգ հեռավորության վրա:
- Հյուսիսային, շաքարային դիաբետով հիվանդների, նորածինների մարմնի վրա երկար ժամանակով ջեռակներ դնել չի կարելի, դա կարող է ավարտվել այրվածքների առաջացմամբ:
- Անթույլատրելի է անկողնում ծխելը:

Խոհանոց

- Կերակուր պատրաստելիս չպետք է մոռանալ սեփական անվտանգությունն ապահովելու մասին, միաժամանակ ուշադրության կենտրոնում պահել երեխաներին:
- Կերակուրը պատրաստելուց հետո կաթսան չթողնել գազօջախի կամ սեղանի անցուդարձին մոտ եզրին, որպեսզի պատահականորեն ընտանիքի անդամները շուռ չտան իրենց վրա:

Չափազանց վտանգավոր են հրդեհների առաջացումը բազմահարկ շենքերում: Նման դեպքերում մարդու վարվելակերպը այնպիսին է, որ նա ձգտում է հեռանալ հրդեհի վայրից, եթե առաջանում է ծխի, բոցի միջով անցնելու անխուսափելի անհրաժեշտություն, ապա պետք է պահպանել դեմքը և ձեռքերը, այդ առումով պիտանի են հաստ գործվածքից պատրաստված հագուստը (վերարկու, բաճկոն, սրբիչներ և այլն) նրանք լավ ջերմամեկուսիչ են, եթե կա հնարավորություն անհրաժեշտ է դրանք թրջել: Մինչև բոցի միջավայրով անցնելը խորը շունչ առնել և ինչքան հնարավոր է երկար պահել շնչառությունը, ապա արագորեն անցում կատարել վտանգավոր միջավայրով: Այս գործողությունները հնարավորություն կտան խուսափել ինհալացիոն և

մարմնի տարածուն այրվածքներից: Եթե հնարավոր չէ հեռանալ հրդեհի օջախից, պետք է բացել պատուհանը և կողքի վրա պառկել լուսամուտագոգին, դեմքով դեպի դուրս: Նման դեպքերում ծուխը և բոցը դուրս են գալիս պատուհանի վերին մասով, իսկ ստորին մասով մուտք է գործում մաքուր օդ: Այս միջոցառումը հնարավորություն կտա որոշ ժամանակով ապահովել անվտանգությունը, մինչև օգնության հասնելը:

ԷԼԵԿՏՐԱԿԱՆ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Խնդրի կարևորությունը

Չնայած այն հանգամանքին, որ էլեկտրական վնասվածքները այրվածքները, հանդիպում են ավելի հազվադեպ քան այնուհանդերձ նրանց գործնական աշանակությունը նույնպես մե է այն առումով, որ ոչ հազվադեպ դրանք ավարտվում են մահացու ելքով, եթե ժամանակին և ճիշտ չի իրականացվում համապատասխան բժշկական օգնություն՝ ինչպես դեպքի վայրում, այնպես էլ՝ նախահոսպիտալային և հոսպիտալային էտապներում: Ժամանակի սղության պատճառով օգնություն ցույց տվող անձանցից պահանջվում է արագ կողմնորոշման և համապատասխան գործողությունների հստակ իրականացման հմտություն: Բացի դրանից էլեկտրական ախտահարումները ուղեկցվում են ծանր այրվածքներով, իսկ հետագայում նաև կայուն հաշմանդամության, սոցիալական և հոգեբանական խնդիրների առաջացամբ: Խնդրի կարևորությունը Չնայած այն հանգամանքին, որ էլեկտրական

էլեկտրական վնասվածքները հիմնականում կրում են դժբախտ պատահարների բնույթ, հանդիպում են ինչպես կենցաղում, այնպես էլ արդյունաբերության մեջ: Ավելի հազվադեպ էլեկտրական ախտահարումներ հանդիպում են մթնոլորտային էլեկտրական երևույթների հետևանքով, որպես կայծակնա- հարություն: Էլեկտրական ախտահարումների քանակական աճ դիտվում է արտակարգ իրավիճակների ժամանակ՝ պայմանավորված բարձր լարման էլեկտրահաղորդման գծերի հենասյուների փլուզմներով, բաշխիչ ցանցերում առաջացած անսարքություններով, ստորգետնյա կաբելների վնասումներով, էլեկտրոկայաններում և ուժային ենթակայաններում

առաջացած վթարներով: Էլեկտրական էներգիայի ազդեցությունը կենդանի օրգանիզմի վրա կարող է դրսևորվել երկու ճանապարհով՝

- հոսանքակիր հաղորդչի և մարմնի անմիջական կոնտակտի ճանապարհով,
- էլեկտրահարություն տարածության վրա:

Ի տարբերություն վնասվածքածին այլ գործոնների էլեկտրո-էներգիան ունի ընդգծված առանձնահատկություններ. նրա ազդեցությունը կենդանի օրգանիզմի վրա արտահայտվում է էլեկտրոքիմիական, էլեկտրոկենսաբանական և էլեկտրոջերմային երևույթներով, որոնք հանրագումարային առումով ունենում են հաճախ նաև ճակատագրական հետևանքներ:

Էլեկտրական վնասվածքների ծանրությունը ունեն լուրջ, յոյմանավորված է լինում էլեկտրական էներգիայի ֆիզիկա Սովորաբար Այսպիսով որոշիչ նշանակություն նրա էլեկտրական հոսանքի ուժը, լարումը, փոփոխական կամ հաստատուն լինելը, ինչպես նաև այն ժամանակը, որի ընթացքում հրգանիզմը ենթարկվում է էլեկտրական էներգիայի ազդեցում երևույթներով, որոնք իսկ չափանիշներով:

Որպես էլեկտրական էներգիայի միջազգային անվտանգության չափ ընդունված է 24 վոլտը, որից ավելի բարձր լարումները համարվում են վտանգավոր: Տարբերում ենք ցածր լարման հոսանք՝ մինչև 500 վոլտ և բարձր լարման հոսանք 500 վոլտից առումով, որ ցածր լարման հոսանքը անցնում է մեծ քանակությամբ ջուր և էլեկտրոլիտներ պարունակող հյուսվածքներով, մինչդեռ բարձր լարումների դեպքում հյուսվածքի տեսակը նշանակություն չունի և էլեկտրական հոսանքը անցնում է կարճ ճանապարհով: Կյանքի համար առավել վտանգավոր են 50-60 հերց հաճախականության փոփոխական հոսանքը, սակայն, հաճախականության բարձրացմանը զուգընթաց, նրա վտանգավոր ազդեցությունը աստիճանաբար նվազում է: Բարձր և գերբարձր հաճախականության էլեկտրական հոսանքները ունեն միայն հյուսվածքների խորքային տաքացման ունակություն և կիրառվում են որպես բուժման ֆիզիոթերապևտիկ միջոց: Ցածր լարումների դեպքում հաստատուն էլեկտրական հոսանքի վտանգավոր ազդեցությունը նույնպես մեծ չէ: Սակայն լարման բարձրացմանը զուգընթաց այն աճում է, իսկ 500 վոլտ և ավելի լարումների դեպքում հաստատուն հոսանքը դառնում է առավել վտանգավոր, քան նույն լարման փոփոխական

հոսանքը: Բացի էլեկտրական էներգիայի առանձնահատկություններից կարևոր է նաև այն հանգամանքը, թե տուժողը ինչ ձևով է մտնում էլեկտրական շղթայի մեջ: Կյանքի համար հատկապես վտանգավոր են այն դեպքերը, երբ էլեկտրական հոսանքի անցման ճանապարհին գտնվում են կենսական կարևոր օրգաններ, մասնավորապես, երբ տուժողը էլեկտրական շղթայ թյանը: ավելի: Դա ունի գործնական կարևոր նշանակությունից մեջ է մտնում՝

- գլխով և ստորին վերջույթներով,
- գլխով և ձախ վերին վերջույթով,
- աջ և ձախ վերին վերջույթներով,
- ձախ վերին և ստորին վերջույթներով:

Էլեկտրոէներգիայի քիմիական ազդեցությամբ պայմանա վորվում են արյան ձևավոր տարրերի ագրեգացիան: Առաջացած մակարդուկանման գոյացությունները առաջացնում են մեծ արյունատար անոթների խցանումներ, որոնք կարող են բերել տրոմբոէմբոլիկ բարդությունների, մասնավորապես՝ խցանել թոքային զարկերակի ճյուղերը: կարևորագույն էլեկտրոքիմիական փոփոխություններից են էլեկտրոլիտային, արտա- և ներքջջային իոնային փոխանակության խանգարում ները: Բացի դրանից էլեկտրոքիմիական բնագրկման են ենթարկվում նաև սպիտակուցային գոյացությունները, որն ավելի արտահայտված է լինում բարձր լարման հաստատուն էլեկտրական հոսանքի, կամ 50-60 հերց հաճախականության ցածր լարման հոսանքի ազդեցության դեպքում:

Էլեկտրոէներգիայի կենսաբանական ազդեցության ամենաբնորոշ գծերից մեկը կմախքային և շնչական մկանների ջղաձգումներն են, ծանր դեպքերում՝ մկանուտ անձանց մոտ, հնարավոր են մկանների պոկումներ կպման տեղերից, իսկ շնչական մկանների ջղաձգումները կարող են ավարտվել շնչառության կանգով: Չափազանց վտանգավոր են սրտի հաղորդչական համակարգի ախտահարումները, որը կարող է ավարտվել սրտի ռիթմի ծանր խանգարումներով ընդհուպ մինչև սրտի ֆիբրիլյացիան: Վերջինս իրավիճակ է, երբ սրտի մկանային հյուսվածքի մկանաթելերը առանձին-առանձին կծկվում են, սակայն սիստոլայի առաջացումը բացակայում է: Կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարման դեպքում կյանքի համար վտանգավոր է երկարավուն ուղեղի ախտահարումը և շնչական կենտրոնի կաթվածը: Էլեկտրահարությունը վտանգավոր է նաև հղիությունների ընթացքում,

որի ժամանակ առաջանում են ընկերքի ինֆարկտներ, պտղի հիպօքսիա և զարգացման արատներ՝ եթե էլեկտրահարությունը տեղի է ունեցել հղիության վաղ շրջանում:

Հյուսվածքներով անցնելիս էլեկտրոէներգիան վեր ածվում է ջերմային էներգիայի, ընդ որում անջատվող ջերմային էներգիայի քանակությունը կախված է էլեկտրական անցման ճանապարհին գտնվող հյուսվածքների դիմադրությունից նաև հոսանքի ուժից, նրա լարումից և այն ժամանակից պետ ընթացքում հյուսվածքները ենթարկվում էներգիայի ազդեցությանը: Են էլեկտրական Ցածր լարումների դեպքում էլեկտրական հոսանքը անցնում է մեծ հանքային պարունակող աղեր քանակությամբ ջուր և հյուսվածքներով. մարդու օրգանիզմում նման հյուսվածքներ են համարվում՝ մկանային հյուսվածքը և արյունատար անոթները: Վնասվածքը ստանալու նման հանգամանքներում առկա են լինում մուտքի և ելքի նիշեր: Ելքի նիշերը կարող են լինել մեկից ավելի. դրանք իրենցից ներկայացնում են ոչ տարածուն, սակայն խորը այրվածքային վերքեր: Հաճախ տպավորությունը լինում է այնպիսին, որ կարծես թե վնասվածքը լուրջ չէ: Անհրաժեշտ է հիշել, որ նման դեպքերում մուտքի և ելքի նիշերի միջև ընկած չվնասված մաշկային ծածկույթների տակ տեղի է ունենում խորանիստ հյուսվածքների, հատկապես մկանային հյուսվածքի մեռուկացում, որը ծանր դեպքերում կարող է ունենալ մեծ չափեր և կրել «թունելային նեկրոզի» բնույթ: Նման վնասվածքների առաջացումից կարճ ժամանակ անց զարգանում է ծանր կլինիկական պատկեր, որն իր ընթացքով և ելքով շատ նման է տրավմատիկ տոքսիկոզի համախտանիշին: Ծանր փոփոխություններ են առաջանում նաև մանր և խոշոր արյունատար անոթների պատերում. անոթները կորցնում են իրենց ամրությունը և առաձգականությունը, որն էլ հաճախ պատճառ է հանդիսանում ծանր և նույնիսկ մահացու արյունահոսությունների առաջացման: Բարձր լարումների դեպքում էլեկտրական էներգիան կարող է ազդել տարածության վրա: Այդպիսի պայմաններում բռնկվում է էլեկտրական աղեղ մարմնի և հոսանքակիր հաղորդչի միջև: Վնասվածքը ստանալու նման հանգամանքներում էլեկտրական էներգիայի մեծ մասը վեր ածվում է լուսաջերմային էներգիայի, որի հետևանքով առաջանում են խորը և տարածուն այրվածքներ, հյուսվածքների ածխացում և մուսիֆիկացիա: Լուսաջերմային ախտահարման են ենթարկվում նաև տեսողական

օրգանները (Էլեկտրոֆթալմիա, տեսողական օրգանների այրվածքներ): Բարձր լարումների և մարմնի կոնտակտի դեպքերում Էլեկտրական հոսանքը անցնում է կարճ ճանապարհով, հետևաբար հյուսվածքի տեսակը որոշակի նշանակություն չունի:

Վնասվածք ստանալու նման հանգա մանքներում նույնպես կարող են բռնկվել Էլեկտրական աղեղներ մարմնի և շրջակա առարկաների միջև՝ մասնավորապես աղեղների բռնկում կարող է տեղի ունենալ հողերի շրջաններում, որն էլ ավարտվում է խոշոր հողերի ածխացմամբ: Որպես կանոն Էլեկտրական այրվածքները համարվում են III և IV աստիճանի այրվածքներ:

ԷԼԵԿՏՐԱՇՈՎ

Կլինիկական պատկերը

Էլեկտրահարության կլինիկական պատկերը խայտաբղետ է: Սովորաբար այն պայմանավորված է լինում Էլեկտրական հոսանքի ֆիզիկական չափանիշներով, ինչպես նաև տուժողի Էլեկտրական շղթայի մեջ մտնելու ձևով: Էլեկտրահարության ընթացքում առաջանում է հիման զգացողություն, այրող ուժեղ ցավեր, դող, արտահայտված մկանային ցնցումներ: Էլեկտրական հոսանքը անջատելուց հետո ի հայտ են գալիս հոգնածության, թուլության, մարմնի ծանրության զգացողություն, ընկճվածություն, մկանային ցավեր, ցավեր հողերում, տեսողական և լսողական խանգարումներ: Այլ դեպքերում դիտվում է հոգեշարժական գրգռվածություն: Միրտ-անոթային համակարգի կողմից նշվում է սրտի գործունեության մարման զգացողություն և բութ ցավեր սրտի շրջանում: Օբյեկտիվորեն՝ հայտնաբերվում է սրտի ռիթմի տարբեր բնույթի խանգարումներ՝ ընդհուպ մինչև շողացող առիթմիայի և սրտի փորոքների ֆիբրիլյացիայի առաջացման, երբեմն նաև սրտի պսակաձև զարկերակների սպազմ, որը կարող է ավարտվել սրտամկանի ինֆարկտով: Զարկերակային արյան ճնշումը կարող է լինել բարձրացած կամ ընդհակառակը՝ ընկած: Շնչառական համակարգի կողմից դիտվում է շնչառության հաճախացում, հևոց, ինչպես նաև շնչառության կանգ, որոշ դեպքերում կարող է առաջանալ ոչ մեծ թոքային արյունահոսություն:

Ստամոքս-աղիքային համակարգի փոփոխություններից են գերթթագատությունը, փսխումները և լուծը:



Ուռնաթաթերի երկրորդ, երրորդ աստիճանի ցրտահարություն Ռեակտիվ շրջան /սեփական դիտարկում/

Չուռնաթաթի չորրորդ աստիճանի ցրտահարություն Ռեակտիվ շրջան, ցայտուն արտահայտված սահմանային Գճի առկայությամբ: /սեփական դիտարկում/



Իմերսիոն /խրամատային/ ուռնաթաթեր
Ուեակտիվ շրջան /սեփական դիտարկում/



Նույն դեպքը, մեռուկացած հյուսվածքները հեռացնելուց հետո



Քրոնիկական ճառագայթային
չվացող խոց
/սեփական դիտարկում/

Երրորդ ք աստիճանի ջերմային
այրվածք՝ այրումախառն
բշտերի առկայությանը
փոխառված է Վ.Վ.Յուդենիչի
«Այրվածքների բուժումը և
նրանց հետևանքները»
ատլասից Մոսկվա 1980 թ.



Դեմքի ստորին շրջանի, պարանոցի և կրծքավանդակի հովիարած և կելոիդ
սպի փոխառված է Վ.Վ.Յուդենիչի «Այրվածքների բուժումը և նրանց
հետևանքները» ատլասից Մոսկվա 1980 թ.



Քիմիական այրվածք /սեփական դիտարկում/



Տեղային սուր ճառագայթային վնասվածք /ճառագայթային այրվածք/
/սեփական դիտարկում/



Բոցից առաջացած ստորին վերջույթների տարածուն այրվածք /սեփական դիտարկում/



Նույն դեպքը վերջույթների անդամահատումից և ծայրատներ ձևավորվելուց հետո



Չորրորդ աստիճանի ջերմային այրվածք՝ բոցով, հյուսվածքների
ածխացում /սեփական դիտարկում/



Էլեկտրական այրվածք գլխի փափուկ հյուսվածքների և զանգաթաղանթի
ոսկրերի ախտահարմամբ /սեփական դիտարկում/

Միզասեռական համակարգի կողմից դիտվում է երիկամների ախտահարում, որը ծանր դեպքերում կարող է ավարտվել միզարձակման, խանգարումներ: զարգացմամբ: Հնարավոր տվել իսկ կանանց մոտ նաև դաշտանային Ախտաբանական փոփոխություններ ցիկլի են առաջանում նաև արյան կողմից՝ առաջանում է հիպերգլիկեմիա, միաժամանակ պակասում էրիտրոցիտների, լեյկոցիտների և հեմոգլոբինի քանակը: Փոխվում է նաև օրգանիզմի ներքին միջավայրի թթվահիմնային հավասարակշռությունը: Ծանր դեպքերում էլեկտրոշուկը ավարտվում է կլինիկական մահով, որը կարող է լինել սրտի ֆիբրիլլիացիայի և շնչառության կանգի հետևանք: Սովորաբար սրտի և շնչառության կանգը էլեկտրական ախտահարումների դեպքում առաջանում են ոչ միաժամանակ: Սրտի փորոքների ֆիբրիլլիացիայի դեպքում շնչառությունը շուրջ 20 րոպե տևողությամբ շարունակվում է: Տուժածի մաշկային ծածկույթները լինում են գունատ, բայց ոչ ցիանոտիկ: Շնչառությունը աստիճանաբար դառնում է մակերեսային և կանգ է առնում, որից հետո ի հայտ է գալիս արտահայտված ցիանոզ: Շնչառության կանգը անմիջապես էլեկտրահարության ընթացքում հաճախ երկարավուն ուղեղի ախտահարման հետևանք է, շնչական կենտրոնի կամ շնչական մկանների կաթվածի և կոկորդի սպազմի: Շնչառության և սրտի միաժամանակյա կանգ կարող է առաջանալ այն դեպքերում, երբ կենսական կարևոր այդ օրգանները գտնվում են կյանքի համար վտանգավոր լարումների անցման ճանապարհին: Ծանր էլեկտրահարություններից մահ կարող է առաջանալ ինչպես տեղում, այնպես էլ հետագայում՝ սրտի գործունեության կրկնվող խանգարումներից, այրվածքներից և այրվածքային հիվանդությունից:

ԿԱՅԾԱԿՆԱՀԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Կայծակնահարությունը իրենից ներկայացնում է չափազանց մեծ լարումների և ուժի, մթնոլորտային էլեկտրական էներգիայի հզոր պարպումներ վայրկյանների հազարերորդական մասերի ընթացքում, որն ուղեկցվում է մեծ քանակությամբ ջերմային, լուսային, մեխանիկական և ձայնային էներգիաների անջատմամբ: Այսպիսով կայծակնահարության դեպքերում, բացի էլեկտրահարությունից, առկա են լինում նաև լրացուցիչ ախտահարող այլ գործոններ՝ մանսավորապես ջերմային խորը այրվածքներ, մեխանիկական վնասվածքներ և այլն: Չնայած ախտահարող գործոնների խիստ կարճատև ազդեցությանը, կայծակնահարության հետևանքները են ծանր, իսկ հաճախ նաև ճակատագրական: Եթե կայծակնահարությունը տեղում չի ավարտվում կյանքի հետ անհամատեղելի վնասվածքների առաջացմամբ, ապա զարգանում է ախտահարման որոշակի կլինիկական պատկեր: Կլինիկական կարևորագույն ախտանիշ, ներից են գիտակցության կորուստը, որի տևողությունը կարող է լինել մի քանի րոպեից մինչև մի քանի օր. սովորաբար այն ուղեկցվում է կմախքային մկանների կլոնիկ բնույթի ցնցումներով: Գիտակցության վերականգնումից հետո ի հայտ են գալիս ուժգին ցավեր վերջույթներում, ինչպես պես նաև խորը և տարածուն այրվածքային վերքերի շրջաններում: Առաջանում են նաև գլխացավեր, հոգեկան խանգարումներ, տուժածների մոտ դիտվում է հոգեշարժական գրգռվածություն, անհանգստություն, կողմնորոշման ունակության կորուստ, զառանցանք, հալուցինա- ցիաներ, կուրություն և վերջույթների կաթված: Մաշկային ծածկույթների վրա հայտնաբերվում են բնորոշ «կայծակի նշաններ», որոնք ունենում են գորշ բոտրագույն գունավորում և ծառանման ճյուղավորված տեսք: Առանձին դեպքերում հնարավոր են թոքային արյունահոսություններ, լսողության խանգարումներ, հետկրծոսկրային ցավեր, թոքերի այտուց և այլն: Նյարդային համակարգի ախտահարումները հիվանդների կենդանի մնալու դեպքերում կրում են երկարատև բնույթ և պահանջում են համառ բուժում, վերականգնողական միջամտություններ:

Առաջին օգնությունը և կատարման հերթականությունը

- Դադարեցնել էլեկտրական հոսանքի հետագա ազդեցությունը, եթե դա չի արվել նախապես: Հնարավորության դեպքում արագորեն անջատել էլեկտրասնուցումը, ռետինե մեկուսիչ ոտնամանների և ձեռնոցների օգտագործման դեպքում առանց հոսանքակիր հաղորդիչին դիպչելու տուժածին մի կողմ քաշել: Այլ դեպքերում ձեռքի տակ եղած հուսալի մեկուսիչ՝ առարկայի օգնությամբ հեռացնել տուժածի մարմնի հետ կոնտակտի մեջ
- գտնվող հոսանքակիր հաղորդալարը, որից հետո տուժածին անհրաժեշտ է գոտուց: Chawլ anonimous է իրականացնել խստորեն պահպանելով սեփական անձի անվտանգությունը:
- Տուժածին պառկեցնել մեջքի վրա, արձակել օձիքը, անհրաժեշտության դեպքում հեռացնել հագուստը:
- Կատարել ընդհանուր գործունեությունը, առաջնային գնում. եթե սրտի շնչառությունը և գիտակցությունը վաճ են, վիրակապել այրվածքային վերքերը ասեպտիկ վիրապապերով, տալ կաթիլ վալերիանի թուրմ:
- Կատարել բավարար ցավազրկում 2-4 մլ 50% անալգինի և միա) կան ոչ 1%-1 - 2 մլ դիմեդրոլի լուծույթով մ/մ, 2 մլ կորդիամին մ/մ:
- Լսել սրտի տոները՝ հատուկ ուշադրություն դարձնելով սրտի գործունեության ռիթմին. հաշվել պուլսը, շնչական ակտերի թիվը մեկ րոպեում, չափել զարկերակային արյան ճնշումը:
- Սրտի և շնչառության կանգի դպքերում անհապաղ սկսել սիրտ-թոքային վերակենդանացման գործողությունները՝ համա- ձայն Եվրոպական վերակենդանացման խորհրդի հանձնարարականի (ERC 2005), որն իրենից ներկայացնում է կլինիկական և կենսաբանական մահվան սահմանանային վիճակից օրգանիզմը դուրս բերելու միջոցառումների հանրագումար: Սիրտ թոքային վերակենդանացումը իրականացվում է ABC փուլերով:
 - A - Շնչական ուղիների անցանելիության ապահովում
 - B - Արհեստական շնչառություն
 - C - Արյան շրջանառության վերականգնում:

Շնչառության և սրտի գործունեության բացակայության դեպքում տուժածի գլուխը հետ գցել, կզակը առաջ բերել (հեռացնել դնովի

ատամները՝ եթե այդպիսիք կան): Ձևն էլ բերանի խոռոչը և բկանցքը, շնչական ուղիների խցանման պատճառների (փսխման զանգվածների և օտար մարմինների) բացակայության դեպքում աջ ձեռքի ցուցամատով և բութ մատով սեղմել քթի կողմնային մակերեսները՝ փակելով քթանցքները, որից հետո կատարել 1-2 ստուգիչ ներփչում բերանից: Եթե կրծքավանդակի տեղաշարժերը լինում են առկա և բնորոշ շնչառական ակտին, ապա համարվում է, որ շնչական ուղիները անցանելի են: Դրանից անմիջապես հետո անցնում են սրտի փակ մերսմանը և բերան ընդ բերան կամ բերան ընդ քիթ արհեստական շնչառությանը:

Սրտի փակ մերսումը իրենից ներկայացնում է արտաքին մեխանիկական ուժի կիրառմամբ՝ սրտի հարկադրական ռիթմիկ սեղմումներ ողնաշարի և կրծքավանդակի առջևի պատերի միջև, որն էլ բերում է արշառայի առաջացման: Անհրաժեշտ է հիշել, որ մերսման դեպքում կրծքավանդակի էքսկուրսիան չպետք է գերազանցի 6 սանտիմետրը, հակառակ դեպքում դա կարող է ուղեկցվել կողոսկրերի կտորվածքներով՝ հատկապես տար անհատների մոտ, իսկ 4-սմ-ից պակասի դեպքում մերսումը կլինի քիչ կամ անարդյունավետ: Թոքերի հարկադրական օդափոխումը իրականացվում է 20 շնչական ակտ/րոպե հաճախությամբ: Յուրաքանչյուր շնչական ակտից հետո անհրաժեշտ է կատարել մերսման 5-6 ակտ: Եթե օգնությունը իրականացվում է շտապ օգնության կամ վերակենդանացման անձնակազմերի կողմից, ապա արհեստական շնչառությունը իրականացվում է շնչական սարքավորումների միջոցով՝ ընդհուպ մինչև շնչափողի ինտուբացիան և ղեկավարվող շնչառությունը թթվածնով: Սրտի ռիթմի վերականգնման նպատակով կատարվում է էլեկտրական դեֆիբրիլյացիա, ներսրտային ճանապարհով սրսկվում է 0,1% 1,0 մլ ադրենալին: Լավ արդյունք է տալիս 10% 10մլ կալցիումի քլորիդի ներերակային կամ ներսրտային ներարկումը: Անհրաժեշտ է հիշել, որ ներսրտային ներարկման ժամանակ ասեղի պերիֆերիկ ծայրը պետք է գտնվի սրտի փորոքներից մեկում: Վերակենդանացման գործողությունները շարունակվում են այնքան ժամանակ, մինչև ի հայտ են գալիս կենդանության ակնհայտ նշաններ՝ մասնավորապես սրտի գործունեության և շնչառության վերականգնում կամ էլ մահվան վաղաժամ հավաստի նշաններ: Կայծակնահարության դեպքում, եթե չի առաջացել կյանքի հետ անհամատեղելի ախտահարումներ, առաջին օգնության սկզբունքները

նույնն են, սակայն առկա են նաև որոշակի առանձնահատկություններ: Նման դեպքերում լինում են տարածուն այրվածքային մակերեսներ և մեխանիկական վնասվածքներ. վերջիններս պահանջում են նաև տրանսպորտային անշարժացման միջոցառումներ և բավարար ցավազրկում: Տուժածները հոսպիտալիզացիայի են ենթարկվում վնասվածքաբանական կամ այրվածքային հաստատությունների վերակենդանացման բաժիններ, անհրաժեշտության դեպքում նախահոսպիտալային էտապում պետք է շարունակվեն վերակենդանացման հակաշոկային, ճանապարհով: կոլոիդ հակաշոկային միջոցառումները՝ աղային լուծույթների ինֆուզիայի ճանապարհով:

Բուժքրոջ գործողությունների հաջորդականությունը Հոսպիտալային էտապում

- Հաշվել պուլսը և շնչական ակտերի թիվը, ուշադրություն դարձնել սրտի ռիթմին, չափել զարկերակային արյան ճնշումը:
- Ճշտել ալերգոլոգիական անամնեզը, անհրաժեշտության դեպքում հերթապահ կամ բուժող բժշկի նշանակմամբ իրականացնել լրացուցիչ ցավազրկում:
- Հերթապահ կամ բուժող բժշկի հետ համատեղ գննել և գնահատել պերիֆերիկերակների վիճակը՝ հետագա վենեպունկցիայի, իսկ ավելի հաճախ կենտրոնական երակներից մեկի կաթետրիզացիայի նպատակով:
- Անհրաժեշտության դեպքում կրկնակի վիրակապություն իրականացնել, խուսափել քսուկային վիրակապերից:
- Նախապատրաստել համապատասխան նյութերի և գործիք- ների հավաքածու՝ վենեպունկցիայի կամ կենտրոնական երակի կաթետրիզացիայի համար:
- Երակի պունկցիայից կամ կաթետրիզացիայից հետո վերցնել արյուն խմբային, ռեզուս պատկանելիության, թթվահիմնային հավասարակշռության, հեմոգլոբինի քանակի, հեմատոկրիտային ցուցանիշի, էլեկտրոլիտային կազմի որոշման համար: Բուժող կամ հերթապահ բժշկի նշանակմամբ միացնել ինֆուզիոն համակարգը և սկսել հակաշոկային բուժումը:

- Քթային կաթետրի տեղադրում և հիվանդին խոնավացված թթվածնով ապահովում: Միզապարկի կաթետրիզացիա Ֆոլեի կաթետրով և մնացորդային մեզի քանակի որոշում, ամենժամայա դիուրեզի որոշում միզընդունիչում կուտակվող մեզի քանակով:
- Էլեկտրոսրտագրություն. անհրաժեշտության դեպքում սրտաբան մասնագետի խորհրդատվության կազմակերպում և նշանակումների կատարում:
- Սրտի ռիթմի խանգարումների դեպքում հիվանդին վերցնել մոնիտորային հսկողության:
- Ցուցումների դեպքում փայտացման կանխարգելում՝ հակափայտացման շիճուկի և անատոքսինի միջոցով:

Բուժումը

Սրտի ռիթմի խանգարումներ և հատկապես սրտի ֆիբրիլացիա տարած հիվանդները, նույնիսկ առանց այրվածքների առաջացման, կարիք ունեն մասնագետ սրտաբանի հսկողության և բուժման, քանի որ ռիթմի խանգարումները և սրտի ֆիբրիլացիան կարող են կրկնվել: Մնացած դեպքերը, որոնք ուղեկցվում են այրվածքներով և այրվածքային հիվանդության զարգացմամբ, բուժումը կրում է ինչպես ընդհանուր, այնպես էլ տեղային բնույթ: Ընդհանուր բուժման հիմքում ընկած է տրանսֆուզիոն և ինֆուզիոն թերապիան: Բուժման համար անհրաժեշտ ինֆուզիոն հեղուկների քանակը որոշվում է այրվածքային շոկի ծանրության աստիճանով և հիվանդի զանգվածով: Թեթև շոկի դեպքում մարմնի յուրաքանչյուր կիլոգրամ զանգվածի հաշվով անհրաժեշտ է 30-50 մլ ինֆուզիոն հեղուկ, միջին ծանրության շոկի դեպքում՝ 60-80 մլ, իսկ ծանր դեպքերում՝ մինչև 100 մլ: Հաշված հեղուկների քանակի 1/3 մասը պետք է կազմեն կոլոիդ, 1/3 մասը աղային, իսկ մյուս 1/3 մասը ոչ աղային լուծույթները: Ինֆուզիոն և տրանսֆուզիոն բուժումը մտնում է բուժքրոջ կախյալ գործողությունների մեջ: Այն համարվում է արդյունավետ այն դեպքերում, եթե արտազատվող մեզի քանակը մարմնի յուրաքանչյուր կիլոգրամ զանգվածի համար կազմում է 1,5-2 մլ/ժամ: Հետագա օրերին հիվանդների ընդհանուր վիճակի կայունացմանը զուգընթաց պակասեցնում են ինֆուզիայի ծավալները, սակայն այն չեն դադարեցնում: Հետագայում այն կրում է թունագերծող բնույթ: Բացի

դրանից իրականացվում է նաև սիմպոտումատիկ բուժում, որը չի տարբերվում ջերմային այրվածքների բուժումից: Տեղային բուժումը լինում է երկարատև և համարյա բոլոր դեպքերում կրում է վիրահատական բնույթ: Դա պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ էլեկտրական այրվածքները հիմնականում լինում են խորը: Կատարվում է մեռուկացած հյուսվածքների մեխանիկական հեռացում, որը ծանր դեպքերում կարող է կրել մեծ ծավալներ, վերջույթների մումիֆիկացիայի դեպքերում իրականացվում են անդամահատումներ: Դրանից հետո միայն կատարվում են վերականգնողական վիրահատական միջամտություններ, իսկ անհարժեշտության դեպքում անդամահատված վերջույթի պրոթեզավորում: Ծանր դեպքերում մնացորդային երևույթները լինում են արտահայտված և պահանջում են երկարատև բուժում՝ ֆիզիոթերապևտիկ մեթոդներով և բուժական ֆիզկուլտուրայով:

Խնամքը

Էլեկտրական վնասվածքների դեպքում հիվանդների խնամքը նույնպես բարդ և լուրջ խնդիր է: Այն չի տարբերվում այրվածքներով հիվանդների խնամքից և նպատակ ունի բուժքրոջ անկախ և կախյալ գործողությունների միջոցով լուծել գոյություն ունեցող առկա խնդիրները, կանխարգելել սպասվող ինչպես վաղ, այնպես էլ ուշացած բարդությունները (մանրամասն տես այրվածքներով հիվանդների խնամքը):

Էլեկտրական վնասվածքների կանխարգելումը

Գործնականում էլեկտրական ախտահարումները կրում են դժբախտ պատահարների բնույթ և նրանց կանխարգելման հիմնական միջոցը անվտանգության կանոնների պահպանումն է:

ՑԱԾԲ ԶԵՆՄԱՍՏԻՃԱՆԻՑ ԱՌԱՍՑԱԾ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Ցածր ջերմության ազդեցությունից առաջացած վնասվածքների հիմքում ընկած է շրջակա միջավայրի Ցելսիուսի 0 աստիճանից ցածր

զերմաստիճանը, հետևաբար այս վնասվածքները հանդիպում են բացառապես տարվա ձմեռային ամիսներին: Խաղաղ պայմաններում ցրտահարության և մարմնի ընդհանուր սառեցման դեպքեր դիտվում են հազվադեպ, սակայն ձմեռային ամիսներին մարտական գործողությունների ժամանակ, բանակների և խաղաղ բնակչության լայնածավալ տեղաշարժերի, բնական աղետների դեպքերում այդ վնասվածքները կարող են կրել զանգվածային բնույթ: Կան բազմաթիվ պատմական վկայություններ, այնպիսի դեպքերի մասին, որոնք ունեցել են ողբերգական ավարտ: Մեջբերենք դրանցից միայն մեկը, որը ականատեսի վկայություն 1836 թվականին Նապոլեոնի բանակի Կոնստանտինոպոլյան նահանջի ժամանակ ֆիզիկապես հյուծված բանակը երեք օր շարունակ գտնվում էր ձյունախառն անձրևի տակ, սննդից, քնից զրկված և ցեխի մեջ կորած զինվորները հնարավորություն չունեին նույնիսկ խարույկներ վառելու: Հաջորդած սառը քամին և ձնաբուքը ուժասպառ բանակին ծածկեց ձյան 4 դյույմանոց շերտով և զինվորներից շատերը ընդմիջտ մնացին պառկած բանակի նահանջի ճանապարհին (Վ.Պ. Կոտելնիկով):

Պառճառագիտությունը Չնայած ցրտահարությունների և մարմնի ընդհանուր սառեցման հարցում շրջակա միջավայրի ցածր ջերմաստիճանը ունի որոշիչ նշանակություն, սակայն գործնականում կարևոր են նաև որոշ նպաստող գործոններ, այդ գործոններից են՝

- Մետեորոլոգիական (եղանակային) գործոններ. շրջակա միջավայրի ցածր ջերմության պայմաններում՝ բարձր խոնավությունը նպաստում է ջերմության արագ կորստին. դա պայմանավորված է ջրի լավ արտահայտված ջերմհաղորդականության և ջերմունակության փաստով, հետևաբար բարձր խոնավության և հատկապես ջրային միջավայրում ջերմության կորուստը լինում է բազմակի անգամ ավելի մեծ, քան դա լինում է ցածր ջերմության և չոր օդի դեպքում: Նպաստող գործոնների այս շարքին են դասվում նաև քամին ու ձյունաբուքը, որոնց պայմաններում տեղի ունեցող արագ օդափոխությունը նպաստում է ջերմության կորստին և մարմնի սառեցմանը:
- Մեխանիկական գործոններ. այս գործոնները բնութագրվում են մեկ ընդհանուր հատկանիշով, որոնք խոչընդոտում են արյան

շրջանառությանը, այդ գործոններից ամենակարևորներն են նեղ, անհարմար և անբավարար ջերմամեկուսիչ կոշիկներն ու հագուստը:

- Տեղային դիմադրողականության անկում. պայմանավորված է լինում վերջույթների երկարատև անշարժացմամբ, ժգուտի կիրառմամբ, ինչպես նաև նախկինում տարած ցրտահարություններով ու անոթային հիվանդություններով:
- Ընդհանուր դիմադրողականության անկման առումով չափազանց կարևոր նշանակություն ունեն ֆիզիկական հոգնածությունը, վիրավորումները, արյան կորուստը, տրավմա- տիկ շոկը, քաղցը, ակոհոլային հարբածությունը, ինչպես նաև ընդհանուր թթվածնային քաղցը՝ հատկապես ծովի մակարդակից բարձրադիր վայրերում և լեռներում: Մեծ բարձրությունների վրա ձմեռային պայմաններում, բացի (Ցելսիուսի -30°C և ավելի) ցածր ջերմաստիճանից, մթնոլորտում առկա է լինում թթվածնի նշանակալից պակաս: Դրանով է պայմանավորվում օրգանիզմի ընդհանուր և հատկապես ուղեղի հիպօքսիան, որի հետևանքով մարդկանց մոտ տեղի է ունենում իրավիճակի գնահատման և ճիշտ որոշում կայացնելու ունակության կորուստ:
- Ժամանակի գործոնով է պայմանավորված ցածր ջերմաստիճանի կարճատև կամ երկարատև ազդեցությունը, հետևաբար, վնասվածքի ծանրության խնդրում այս գործոնը ևս ունի կարևոր նշանակություն:

Գործնականորեն ցածր ջերմաստիճանից առաջացած վնասվածքները արտահայտվում են երկու ձևով: Առաջինը պայմանավորված է ցածր ջերմաստիճանից առաջացած տեղային վնասվածքներով և կոչվում է ցրտահարություն, իսկ երկրորդ ձևը մարմնի ընդհանուր սառեցումն է կամ ախտաբանական հիպոթերմիան:

Ցրտահարության առաջացումը սովորաբար տեղի է ունենում երկու տարբեր ճանապարհներով: Առաջին դեպքում մարմնի այս կամ այն հատվածի երկարատև սառեցումը, նույնիսկ ոչ շատ ցածր ջերմության պայմաններում, պատճառ է դառնում արյունատար անոթների երկարատև սպազմի, որն էլ բերում է արյան շրջանառության հյուսվածքների սնուցման խանգարումների: Դա էլ հետագայում ավարտվում է հյուսվածքների տեղային մահով (նեկրոզով), ավել կամ պակաս տարածությամբ և խորությամբ, և այն դիտարկվում է որպես վնասվածքի տեղային արտահայտություն կամ ցրտահարություն:

Յրտահարության առաջացման երկրորդ ձևը պայմանավորված է հյուսվածքների սառցակալմամբ, որի դեպքում հյուսվածքային ջուրը վերածվում է սառույցի: Յածր ջերմության պայմաններում ջուրը բյուրեղանում, մեծանում է ծավալով և պատճառ հանդիսանում հյուսվածքային բջիջների տարալուծման և նեկրոզի առաջացման: Յելսիուսի - 20°C և ավելի ցածր պայմաններում կարող են առաջանալ նաև կոնտակտային գիտահանրություններ, հատկապես այն դեպքերում, երբ խոնավ մաշկը անմիջական կոնտակտի մեջ է մտնում գերսառած մետաղական կամ կարծր առարկաների հետ: Յրտահարության ձևերից է նաև խրոնիկական ցրտահարությունը: Նման դեպքերում բարձրանում է հյուսվածքների զգայնությունը ցածր ջերմաստիճանի նկատմամբ:

Յրտահարության կլինիկական - Յրտահարվել կարող են մարմնի տարբեր հատվածները, սակայն ավելի հաճախ ցրտահարվում են մարմնի պերիֆերիկ անատոմիական գոյացությունները՝ քիթ, ականջախեցիներ, ձեռնաթաթեր և ոտնաթաթեր:

Յրտահարության կլինիկական պատկերը բնորոշվում է երկու շրջանով: Առաջին շրջանը կոչվում է նախառեակտիվ շրջան, իսկ երկրորդ շրջանը՝ ռեակտիվ: Մարմնի ընդհանուր սառեցման բացակայության դեպքում՝ նախառեակտիվ շրջանի բնորոշ ախտանիշները բազմազան չեն. ավելի հաճախ հանդիպող ախտանիշներից վնասված հատվածներում ցավի, թմրածության, պարեսթեզիայի զգացողությունը: Օբյեկտիվ տվյալներից կարևոր նշանակություն ունեն մաշկային ծածկույթների գունատությունը և ցիանոտիկ երանգը, այտուցի առկայությունը, պերիֆերիկ անոթների պոլսացիայի բացակայությունը և սառնությունը, ինչպես նաև շարժումների սահմանափակությունը: Ծանր դեպքերում կարելի է հայտնաբերել սառցակալած հյուսվածքների առկայությունը, որի բնորոշ նշաններից է վնասված անատոմիական գոյացության արտահայտված սառնությունը և կարծրությունը: Յրտահարության իրական կլինիկական պատկերը ի հայտ է գալիս ռեակտիվ շրջանում, արյան շրջանառության ավել կամ պակաս չափով վերականգնվելուց հետո: Արյան շրջանառության վերականգնման նշաններից է տեղային ջերմության բարձրացումը, արտահայտված այտուցը, ցիանոզը և ցավի ուժգնացող զգացողությունը: Յրտահարության դեպքում վնասվածքի ծանրության չափանիշների գնահատման և ախտորոշման հիմքում ընկած են

հայտնաբերվող կլինիկո-մորֆոլոգիական փոփոխությունները, որոնք հնարավորություն են տալիս գաղափար կազմել վնասվածքի ծանրության մասին: Ըստ խորության՝ ցրտահարությունները բաժանվում են չորս աստիճանի:

- I. **աստիճանի ցրտահարության** դեպքում նախառեակտիվ շրջանի տևողությունը լինում է կարճ, իսկ տեղային ջերմության անկումը մարմնի չվնասված հատվածների համեմատությամբ՝ ոչ նշանակալի: Ջննելիս՝ վնասված շրջանի մաշկային ծածկույթները լինում են այտուցված, ցիանոտիկ, երբեմն մարմարի երանգով, բշտերը բացակայում են, սակայն հազվադեպ դիտվում է ախտահարված մաշկային ծածկույթի խոցոտում:
- II. **աստիճանի ցրտահարության** դեպքում նախառեակտիվ շրջանի տևողությունը լինում է համեմատաբար երկար, զգալիորեն ցածր է լինում նաև ախտահարված շրջանի մաշկային ծածկույթների ջերմությունը: Ըստ խորության մեռուկացումը ընդգրկում է մինչև մաշկի պտկիկային շերտը: Մաշկի պտկիկային և էպիդերմալ շերտերի միջև գոյանում են թափանցիկ հեղուկով լցված բշտեր: Սովորաբար առաջին և երկրորդ աստիճանի ցրտահարություններն ավարտվում են ապաքինմամբ, առանց անատոմոֆիզիոլոգիական թերությունների, ի հաշիվ մաշկի պահպանված պտկիկային շերտի:
- III. **աստիճանի ցրտահարության** դեպքում նախառեակտիվ շրջանի տևողությունը ավելի մեծ է, իսկ տեղային ջերմության անկումը ավելի արտահայտված: Նման դեպքերում մաշկը ամբողջովին մեռուկանում է, մեռուկանում են նաև ենթամաշկային գոյացությունները, գոյացած բշտերը պարունակում են հեմոռագիկ հեղուկ, բշտերի հեռացնելուց հետո վերքային մակերեսը ունենում է բոսորագույն-ցիանոտիկ երանգավորում: Վնասված շրջանում բացակայում են տակտիլ և ցավի զգայությունները: Վերջույթների մասների ցրտահարությունների դեպքում եղունգները ինքնաբերաբար հեռանում են և այլևս չեն աճում: Այս ցրտահարությունները հետագայում ավարտվում են գրանուլացիոն (հատիկավոր) հյուսվածքի աճով և սպիազոյացմամբ:
- IV. **աստիճանի ցրտահարության** դեպքում ախտահարվում են ոչ միայն մաշկը և ենթամաշկային գոյացությունները, այլ նաև կապանները, ջլերը և ոսկրերը: Նախառեակտիվ շրջանը նման դեպքերում կրում է

տնական բնույթ՝ միջին հաշվով մեկ շաբաթ: Մեռուկացած կենսունակ հյուսվածքների միջև գոյանում է ցայտուն արտահայտված սահմանային (դեմարկացիայի) գիծ:

Կախված վնասվածքի ծավալից կենսունակ և մեռուկացած հյուսվածքների սահմանազատումը կարող է ախտահարվել կարող է այս գոյացության մի Վերջույթների մասը, կամ այն կամ գոյացությունը ցրտահարությունների անատոմիական ամբողջովին: դեպքում կարող են մեռուկանալ ոչ միայն մատների ֆալանգները, այլ նաև դաստակները, կամ ոտնաթաթերի ամբողջովին, ի դեպ քերակ խոշոր և մանր հոդերը: դեպքերում մեռուկացումը կարող է մումիֆիկացիայ Ցրտահարությունների բնույթ, սակայն ավելի հաճախ այն ընթանում է իբրև թաց գանգրենա, որին միանում է ինչպես թարախային, այնպես էլ նեխային ինֆեկցիան:

Ցրտահարության առանձնահատուկ ձև է խրամատային, կամ իմերսիոն ոտնաթաթը (ճահճային ոտնաթաթ), այն հաճախ առաջանում է խրամատներում զինվորների մոտ նույնիսկ ցելսիուսի 0 աստիճանից բարձր ջերմության պայմաններում, հաճախ նաև մեղմ կլիմա ունեցող աշխարհագրական լայնություններում՝ աշնանը, կամ զարնանային ձյան հալոցքի ժամանակ: Դա պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ ձյան կամ սառույցի բյուրեղային ցանցի քայքայման ժամանակ կլանվում է մեծ քանակությամբ ջերմային էներգիա: Այս վնասվածքի կարևորագույն առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ այն համարվում է բացառապես չորրորդ աստիճանի ցրտահարություն և ավարտվում է ոտնաթաթերի լիակատար, կամ համարյա լիակատար կորստով, ինչպես նաև հենման համար ոչ պիտանի ստորին վերջույթների առաջացմամբ: Նախառեակտիվ շրջանի տևողությունը միջին հաշվով կազմում է մեկ շաբաթ: Ժամանակ առ ժամանակ մասնակիորեն վերականգնվում է ոտնաթաթերի արյան շրջանառությունը: Մակայն ռեակտիվ շրջանում այն վեր է ածվում թաց գանգրենայի՝ թարախային և նեխային ինֆեկցիայի առկայությամբ:

Բացի ցրտահարության հետևանքով առաջացած տեղային փոփոխություններից, ռեակտիվ շրջանում առաջանում են նաև վնասվածքի ընդհանուր դրսևորումներ, որոնց արտահայտ- վածության չափը սովորաբար պայմանավորված է լինում վնասվածքի ծանրության աստիճանով, ինչպես նաև ինֆեկցիոն բարդություններով:

Ընդհանուր երևույթները բնորոշվում են երեք հիմնական համախտանիշների առաջացմամբ, որոնք պայմանավորված լինում մեռուկացած հյուսվածքների քայքայման արգասիքների են ներծծմամբ և ինտոքսիկացիայով:

Երիկամային համախտանիշ - երիկամները համարվում են արտազատող օրգաններ, հետևաբար նրանց ախտահարումը արտահայտվում է բավականաչափ արագ, ծանր դեպքերում այն կարող է ավարտվել երիկամային անբավարարության զարգաց մամբ:

Նյարդա-հոգեկան համախտանիշ-խորը ցրտահարությունները ուղեկցվում են տարբեր արտահայտվածության նյարդա-հոգեկան ախտանիշների զարգացմամբ. հիվանդների մոտ առաջանում է մահվան վախի զգացողություն, անհանգստություն, ընկճված վիճակ, անքնություն, գառանցանք, լսողական և տեսողական հալուցինացիաներ, ժամանակի ծանր զգացողության կորուստ: Մխավմամբ նման կլինիկական պատկերը կարող է գնահատվել, որպես ակոհոլային փսիխոզ, սակայն չպետք է մոռանալ, որ որոշ դեպքերում չի բացառվում նման կլինիկական պատկերի կապը քրոնիկական ակոհոլիզմի փաստի հետ: Նյարդա-հոգեկան արտահայտված համախտանիշի դեպքերում հիվանդների կողմից կարող են իրականացվել սուիցիդալ գործողություններ:

Լյարդային համախտանիշ-այս համախտանիշի առկայությունը պայմանավորված է լյարդի թունազերծող ունակության կորստով: Կլինիկորեն այն արտահայտվում է ընդհանուր թուլությամբ և մաշկային ծածկույթների դեղնությամբ: Ռեակտիվ շրջանի հետագա ընթացքին բնորոշ է թարախային և ինֆեկցիոն բարդությունների առաջացումը:

Մարմնի ընդհանուր սառեցում-Մարդկային օրգանիզմի կենսագործունեությունը տեղի է ունենում ջերմաստիճանային խիստ նեղ տիրույթում, այն է՝ Ցելսիուսի դրական 36,5-37 աստիճաններում: Մարմնի ջերմաստիճանային երկարատև տատանումները դրական կամ բացասական 7 աստիճանի սահմաններում ունենում են լուրջ ախտաբանական հետևանքներ, մասնավորապես մարմնի ընդհանուր ջերմության տևական իջեցումը 7 աստիճանով բերում է ախտաբանական հիպոթերմիայի, կամ մարմնի ընդհանուր սառեցման: Մովորաբար ցրտահարությունները ավել կամ պակաս չափով ուղեկցվում են նաև մարմնի ընդհանուր՝ սառեցմամբ, սակայն պարոզիական հիպոթերմիա

առաջանում է այն դեպքերում, ջերմությունը նվազում և դա այն է որոշակի կրիտիկական մակարդակի: Մարդու համաանապես ջերմաստիճանի իջեցման կրիտիկական մակարդակ, կամ կենսաբանականը միջատիճան համարվում է Յելսիուսը կամ 30 միջակայքը, որից ավելի ցածր ջերմության պայմաններում ախտաբանական տոներությունները կրում են անվերադարձ են գալիս օր երիզմի համաշա պանական որոշակի մեխանիզմներ, մասնավորապես առաջանում է դոդ: Վերջինս իրենից ներկայացնում է մկանների ոչ կամային կծկումներ, որի հետևանքով անջատվում է ջերմային էներգիա, սակայն ցածր ջերմաստիճանի հետագա ազդեցության պայմաններում այս մեխանիզմը դադարում է գործելուց, այսինքն տեղի է ունենում զուտ ֆիզիկական ջերմափոխանակություն մարմնի և շրջակա միջավայրի միջև: Ի հայտ են գալիս շնչառության, սիրտանոթային և նյարդային համակարգի ախտահարման նշաններ: Մարմնի ընդհանուր սառեցումը ընթանում է կլինիկական չորս շրջաններով՝

Առաջին շրջան - արտահայտվում է մարմնի դողով, գննելիս մաշկը գունատ է, դիտվում է սազամաշկ, շրթունքների ցիանոզ, մկանային ցնցումներ, պուլսի հաճախացում և տախիկարդիա:

Երկրորդ շրջան - գիտակցությունը պահպանված է, նշվում է գլխապտույտ, շարժումների դժվարացում, մկանային տոնուսի անկում, բիբերի լայնացում, արտահայտված բրադիկարդիա:

Երրորդ շրջան - բնորոշվում է անտարբերությամբ, թուլությամբ, արգելակվածությամբ, քնկոտությամբ: Օբյեկտիվորեն՝ մաշկային ծածկույթների գունատությամբ և սառնությամբ, շնչառությունը մակերեսային, դիտվում է արտահայտված բրադիկարդիա:

Չորրորդ շրջանի բնորոշ նշաններն են շնչառության և սիրտ անոթային համակարգի գործունեության ծանր խանգարումները և կոմատոզ վիճակը: Տուժածների դիրքը նման դեպքերում հիշեցնում է պտղի ներարգանդային դիրքը, վերջինս պաշտպանական ռեակցիա է. այդ ճանապարհով փոքրանում է մարմնի մակերեսը, հետևաբար, նաև ջերմատվությունը շրջակա միջավայրին:

Չնայած այն հանգամանքին, ախտաբանական որ մարմնի ընդհանուր սառեցումը տուս չափազանց լուրջ վտանգ է, սակայն այս վիճակը շատ

դեպքերում կարող է ունենալ հետադարձ ընթացք, եթե ժամանակին իրականացվում է համապատասխան բուժօգնություն:

Առաջին օգնությունը և կատարման հերթականությունը

- Տուժածին տաք միջավայր տեղափոխելուց հետո, մարմնի ցրտահարված հատվածները զգուշորեն ազատել հագուստից, հանել կոշիկները՝ առանց լրացուցիչ մեխանիկական վնաս-վածքների առաջացման:
- Չննել ցրտահարված հատվածները, չնայած նախառեակտիվ շրջանի ոչ այնքան հարուստ օբյեկտիվ տվյալներին. այնուամենայնիվ կարելի է որոշ գաղափար կազմել վնասվածքի խորության մասին (համեմատել վնասված և չվնասված մաշկային ծածկույթների ջերմությունը, շոշափել վնասված անատոմիական հատվածի զարկերակի պուլսացիան): Եթե մեծ չէ ջերմատիճանի տարբերությունը, իսկ զարկերակի պուլսացիան պահպանված է, կարելի անել նախնական եզրակացություն, որ ցրտահարությունը խորը չէ:
Գոյություն ունի առաջին օգնության իրականացման երկու եղանակ.

Առաջին եղանակ

- Մարմնի սառած հատվածները շփել տաքացրած չոր ձեռքերով և վիրակապել չոր հաստ ջերմամեկուսիչ վիրակապերով: Բամբակ-թանգիֆային վիրակապը ծածկել ջերմամեկուսիչ թաղանթով և փափուկ բինտյա կապով, կամ բրդյա գործվածքով, խուսափել քսուկային վիրակապերից:

Երկրորդ եղանակ

- Մարմնի ցրտահարված հատվածները շփել չոր տաք ձեռքերով, ապա խորասուզել սենյակային ջերմաստիճանի ջրի մեջ, աստիճանաբար բարձրացնել ջրի ջերմաստիճանը 40 աստիճան: Անհրաժեշտ է հիշել, որ միանգամից տաք ջրի մեջ խորասուզումը կարող է առաջացնել ուժգին ցավեր:
- աշ այր անկույթների ջերմությունը what inghilt չվնասված հատվածների ջերմությանը, չոր անձեռոցիկով չորացնել և վիրակապել ամերիկ ջերմամեկուսիչ բամբակ թանգիֆային վիրակապով:

- Իրականացնել տրանսպորտային անշարժացում. վերին վերջույթների ցրտահարությունների դեպքում գլխաշորի միջոցով, ստորին վերջույթների դեպքում՝ ստանդարտ բեկակալով: Անհրաժեշտ է հիշել, որ ստորին վերջույթների ցրտահա բույությունների դեպքում հիվանդների ինքնուրույն քայլելը անթույլատրելի է :
- Խմեցնել տաք, բայց ոչ թունդ թեյ կամ սուրճ, կատարել ցավազրկում 50% 2 մլ անալգինի և 1մլ 1% դիմեդրոլի խառնուրդով՝ միջմկանային, 1% 1-2 մլ դիբազոլ միջմկանային, նիկոտինաթթվի 1% 1 մլ լուծույթ՝ միջմկանային:

Հոսսայտալային էտապ

- Ընդհանուր սառեցման դեպքում տաքացնել վաննաներում կամ անկողնում ջեռակների միջոցով: ջրային
- Հաշվել պուլսը, շնչական ակտերի թիվը, չափել զարկերակային արյան ճնշումը:
- Ճշտել ալերգոլոգիական անամնեզը:
- Կարիքի դեպքում կատարել լրացուցիչ ցավազրկում բուժող կամ հերթապահ բժշկի նշանակմամբ:
- Բուժող կամ հերթապահ բժշկի հետ համատեղ գննել ցրտահարված հատվածները, հնարավոր վաղ վիրաբուժական միջամտության անհրաժեշտությունը ճշտելու նպատակով:
- Փայտացման կանխարգելում հակափայտացման շիճուկի և անատոքսինի կիրառման միջոցով:
- Հակաբիոտիկների նկատմամբ ներմաշկային ալերգիկ փորձի կատարում:
- Պերիֆերիկ երակների վիճակի գնահատում, հետագա վենեպունկցիայի, արյան հետազոտությունների՝ ինֆուզիոն և տրանսսֆուզիոն թերապիայի նպատակով:
- Բուժող կամ հերթապահ բժշկի նշանակմամբ՝ հակամակարդիչ, տրոմբոլիտիկ և հյուսվածքային սնուցմանը նպաստող պրեպարատների ներակում: Միացնել տաքացրած ինֆուզիոն հեղուկով լցված համակարգը:
- Պատրաստել հավաքածու նովոկայինային բլոկադաների համար:

Բուժումը

Նախառեակտիվ շրջանում բուժումը կրում է սիպտոմատիկ բնույթ: Սահմանափակվում են վիրակապություններով, խուսփելով քսուքային պրեպարատների կիրառումից, բուժքրոջ անկախ և կախյալ գործողությունների միջոցով իրականացվում է սիպտոմա-սինդրոմային բուժում, որն ուղղված է հիվանդների առկա խնդիրների լուծմանը: Բուժումը առավել բարդանում է ռեակտիվ շրջանում:

- Սահմանային կամ դեմարկացիոն գծի ի հայտ գալուց հետո, երբ հայտնի է դառնում մեռուկացման ծավալները, տեղային բուժման հիմնական խնդիրներից մեկը բաց գանգրենային կանխումն է քիմ իական անտիսեպտիկների և հաճախակի վիրակապությունների միջոցով: Եթե հաջողվում է կանխել թաց գանգրենայի զարգացումը, դա հնարավորություն է տալիս նվազեցնել ինտոքսիկացիայի և դրա հետ կապված բարդությունների առաջացումը, մասնավորապես . երիկամայի, լյարդային և նյարդահոգեկան համախտանիշների զարգացումը:
- Ոչ ծանր մակերեսային ցրտահարություններից հետո հնարավոր է տեղային պահպանողական բուժում կանխեսեպտիկների, հակաբիոտիկների և հյուսվածքների վերկանգնմանն նպաստող դեղամիջոցների կիրառմամբ, իսկ անհարժեշտության դեպքում նաև մաշկի պատվաստման ճանապարհով:
- Խորը ցրտահարությունները կարող են ընդգրկել ամբողջ անատոմիական գոյացություններ՝ մասնավորապես ձեռնաթաթերը և ոտնաթաթերը: Նման դեպքերում իրականացվում են մեռուկացված հյուսվածքների մեխանիկական հեռացում և հնարավորության սահմաններում վիրաբուժական վերականգնողական միջամտություններ. ծանր դեպքերում իրահատական միջամտությունները կրում են անդամահատությունների բնույթ:
- Իրականացվում է նաև ընդհանուր բուժում-հակաբիոտիկներ, ինֆուզիոն բուժում, ընդհանուր դիմադրողականության բարձրացմանն ուղղված բուժում, որոնք մտնում են բուժքրոջ կախյալ գործողությունների մեջ և իրականացվում են բուժող բժշկի նշանակմամբ:

Խնամքի առանձնահատկությունները

Ծանր ցրտահարությունների դեպքում հիվանդների խնամքը բարդ է պահանջում է համառություն, համբերատարություն և նպատակ ունի լուծել հետևյալ խնդիրները.

- **Առկա խնդիրներ.** այս խնդիրները սովորաբար կրում են ընդհանուր բնույթ և պայմանավորված են վնասվածքի սուր շրջանի դրսևորումներով: Դրանք հիմնականում ցավի, քնի, հանգստի, շրջապատի հետ հաղորդակցման, անձնական հիգիենայի խնդիրներն են և պահանջում են ընթացիկ լուծումներ: Դրանք հիմնականում իրականացվում են բուժքրոջ անկախ գործողությունների միջոցով:
- **Սպասվող կամ պոտենցիալ խնդիրներ.** դրանք, պայմանավորված վնասվածքի առանձնահատկություններով, լինում են բազմաբնույթ, սովորաբար ռեակտիվ շրջանի ինտոքսիկացիայով պայմանավորված ի հայտ են գալիս երիկամային, լյարդային և նյարդահոգեկան ախտահարումների հետ կապված խնդիրներ: Այս առումով պահանջվում է մեզի անընդհատ հսկողություն, արյան հետազոտություններ, համապատասխան մասնագետների խորհրդատվություններ և նրանց նշանակումների հստակ կատարումներ:
- **Ինֆեկցիոն և թարախային բարդությունները** ծանր դեպքերում հազվադեպ են լինում մեկուսացված և տեղային: Որպես կանոն ծանր ցրտահարությունները ուղեկցվում են թոքաբորբերի, տոնզիլիտների, թարախային այլ բարդությունների, ընդհուպ մինչև սեպսիսի զարգացմամբ: Կարող են ակտիվանալ նաև քրոնիկական ինֆեկցիոն հիվանդությունները, եթե այդպիսիք կան: Դրանց լուծումները դարձյալ պայմանավորված են բուժքրոջ ինչպես կախյալ, այնպես էլ անկախ գործողություններով, մասնավորապես թոքաբորբերի և պառոկելախոցերի առաջացման կանխարգելմամբ: Վերջույթների անդամահատումից հետո հիվանդների հետ պետք է տանել հոգեբանական աշխատանք, կոնկրետ օրինակների վրա ցույց տալ, որ ժամանակակից վերականգնողական բժշկության հնարավորությունները մեծ են, որ պրոտեզավորումից հետո նրանք կապրեն լիարժեք կյանքով:

Ցրտահարությունների կանխարգելումը

Չնայած այն հանգամանքին, որ ցածր ջերմաստիճանից առաջացած վնասվածքները կարող են ունենալ ծանր և նույնիսկ ճակատագրական հետևանքներ, այնուամենայնիվ նրանց կանխարգելումը դյուրին է:

1. Կանխարգելման ամենազլխավոր միջոցը հարմար, լավ ջերմամեկուսիչ հագուստի, գլխարկի, կոշիկների և պաշտպանիչ ակնոցների առկայությունն է՝ հատկապես այն դեպքերում, երբ պահանջվում են երկարատև անցումներ ձմեռային անբարենպաստ պայմաններում, մանավանդ լեռնային շրջաններում:
2. Խուսափել հագուստը և կոշիկները ջրով թրջելուց, գետանցումները իրականացնել միայն անվտանգ տեղերում, նախապես հավաստիանալ, որ անվտանգությունը հաստատ է:
3. Խուսափել լեռնալանջերի ստորոտներով անցումներ կատարելուց ձյան մեծ կուտակումների դեպքերում: Անզգույշ գործողությունները կարող են առաջացնել ձյան մեծ զանգվածների փլուզումներ, որոնք կարող են ձյունածածկ անել մարդկանց:
4. Անթույլատրելի է ավրոհովի՝ հատկապես մեծ քանակների ընդունումը, դա կարող է բերել ճիշտ որոշումներ կայացնելու ունակության կորստի:
5. Ուժեղ քամու, ձյունաբուքի դեպքերում գտնել հարմար թաքստոցներ, դրա բացակայության դեպքում՝ ձյունից թաքստոցներ պատրաստել, հնարավորության դեպքում՝ վառել խարույկներ:
6. Անզնահատելի նշանակություն կարող է ունենալ բջջային կապը: Ցանկացած անելանելի իրավիճակում հայտնվածը պետք է հեռախոսի հիշողության մեջ ունենա փրկարար ծառայությունների հեռախոսների համարները, պետք է հոգ տանի նաև այն մասին, որ հեռախոսը լինի աշխատանքային վիճակում և չսառչի՝ հակառակ դեպքում մարտկոցը կարող է լիցքաթափվել:
7. Կարևոր նշանակություն կարող է ունենալ նաև գրպանի էլեկտրական լապտերը, եթե դժբախտության մեջ ընկածը տիրապետում է SOS ազդանշանի տրման եղանակներին, որն իրենից ներկայացնում է երեք գծիկ, երեք կետ և երեք գծիկ՝ երկար և կարճ լուսային ազդանշանների ձևով: Գիշերային ժամերին նրան փնտրողները արագորեն կնկատեն ազդանշանը: Նույնատիպ ազդանշան կարելի է

տալ նաև ցերեկային արևոտ եղանակի դեպքում գրպանի հայելու միջոցով:

ԳԼՈՒԽ VI ԴԵՍՍՈՒԴԳԻՍ

Դեամուրգիան ուսմունք է կապերի, նրանց ճիշտ դրման և օգտագործման մասին:

Վիրակապը՝ հիվանդի մարմնին բուժման նպատակով ամրացված վիրակապական նյութն է: Վիրակապական նյութն այն նյութն է, որը դրվում է վերքի վրա բուժման նպատակով: Վիրակապի փոխելը կոչվում է վիրակապություն:

Տարբերում են փափուկ և կոշտ կապեր: Փափուկ են՝ սպեղանիային, կլեոլային, կոլոիդային, գլխաշորային, բնտային կապերը:

Կոշտ են՝ գիպսային, օսլային, պլաստմասային կապերը: Սրանք օգտագործում են վնասված վերջույթների, ողնաշարի անշարժացման համար: Օգտագործում են ստացիոնար տեղափոխելու համար և դրա համար էլ կոչվում են տրանսպորտային:

ՓԱՓՈՒԿ ԿԱՊԵՐԻ ՏԵՍԱԿՆԵՐԸ

1. ՍՊԵՂԱՆԻԱՅԻՆ ԿԱՊ -վիրակապական նյութը կպչուն սպեղանու օգնությամբ ամրացվում է մաշկի առողջ մասի հետ: Այս կապի թերի կողմն այն է, որ գրգռում է մաշկը: Սպեղանու տակ մաշկի թացանալու դեպքում կապի ամրությունը կորչում է:
2. ԿԼԵՈԼԱՅԻՆ ԿԱՊ – Կլեոլը կեչու խեժի սպիրտ - եթերային լուծույթն է: Վերքը ծածկվում է վիրակապով: Վիրակապի շուրջը մաշկին քսում են կլեոլ, թողնում մի քիչ չորանա, հետո թանգիֆով, որն ավելի մեծ չափսերի է քան վիրակապը ծածկում են վրայից: Թանգիֆի ավելորդ չտսնձված մասերը կտրում են մկրատով:
3. ԿՈԼՈԻԴԱՅԻՆ ԿԱՊ - Թանգիֆը տսնձվում է մաշկին կոլոիդիումով, որը նիտրոթաղանթային նյութի սպիրտ-եթերային լուծույթն է:

4. ԳԼԽԱՇՈՐԱՅԻՆ ԿԱՊԵՐ - Գլխաշորը հաճախ օգտագործվում է առաջին բուժ օգնությունն ցույց տալու նպատակով: Սա մի եռանկյունաձև կտոր է, որի երկար կողմը կոչվում է հիմք, նրա դիմաց ընկած անկյունը՝ գագաթ, իսկ մյուս երկու անկյունները ծայրեր:

Գլխաշորը հիմնականում օգտագործվում վերին վերջույթները կրծքավանդակին ֆիքսելու համար:

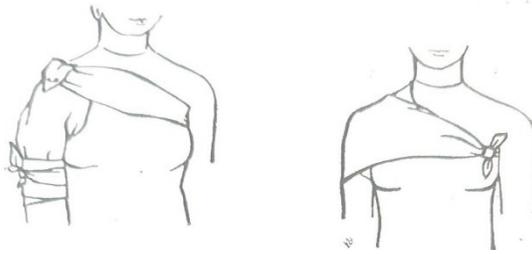


ա) Ձեռքի և անրակի վնասվածքների դեպքում գլխաշորի միջին մասը դրվում է ուղիղ անկյան տակ, ծալված նախաբազկի տակ. գլխաշորի գագաթը ուղղված է դեպի արմունկը: Գլխաշորի ծայրերը ամրացվում են քորոցով կապի առաջին մասի հետ:

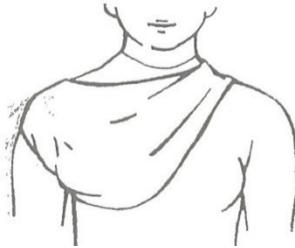
բ) Գլխի վիրակապման ժամանակ գլխաշորի հիմքը դնում են ծոծրակի շրջանում. գագաթը իջեցնում դեմքի վրա, ծայրերը կապում են ճակատի վրա, գագաթը ծալում, շրջում են կապված ծայրերի վրայով և ամրացնում քորոցով:



գ) Ուսի շրջանում կապը դնում են մեկ կամ երկու գլխաշորով:



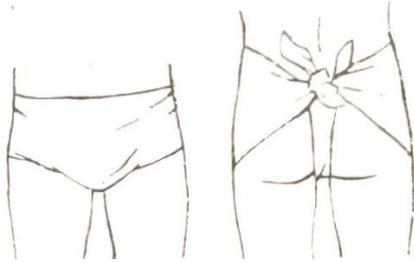
- դ) Ստինքի գլխաշորային կապի - դեպքում հիմքը գտնվում է ստինքի տակ, գագաթը տարվում է հիվանդ կողմի ուսի վրայով դեպի հետ, մեկ ծայրը վրայով առջևից, իսկ երկրորդ ծայրը հիվանդ կողմի թևատակով տարվում է հետ: Գլխաշորի երկու ծայրերը և գագաթը կապում են իրար հետ մեջքի վրա:



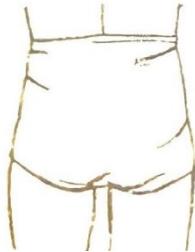
- ե) Գլխաշորային կապը կոնքագրային հողի վրա դրվում է երկու գլխաշորով:



- զ) Լողավարտիկաձև գլխաշորի կապ- գագաթը շրջվում է շեքի վրայով դեպի հետ, հիմքով ծածկվում է որովայնը, իսկ ծայրերը տարվում են հետ և այնտեղ կապվում գագաթի հետ:



է) Հետույքների վրա կապը դրվում է լողավարտիկաձև կապի նման, բայց գլխաշորի գագաթը և երկու ծայրերը կապում են առջևի մասում:



ը) Ոտնաթաթի գլխաշորային կապ- գլխաշորի մեջտեղը դրվում է ոտնաթաթի ներբանային մակերեսի վրա, գագաթը շրջվում է մատների վրայով դեպի թիկնային մասը, ծայրերը շրջվում են կապված պճեղներից վերև, իսկ գագաթը ամրացվում են կապված ծայրերի վրա:



ՓԱՓՈՒԿ ՎԻՐԱԿԱՊԵՐ Բինտային կապեր

Բինտերը լինում են տարբեր լայնքի և երկարության (3 -5 և 7սմ) օգտագործում են ձեռքի, ոտնաթաթի մասերի վիրակապման համար, միջին բինտերը (10 -12սմ) ձեռքի, գլխի, նախաբազկի, սրունքի վիրակապությունների ժամանակ:

Լայն բինտերը (14–18սմ) կրծքավանդակի, ազդրի, կաթնագեղձի վիրակապությունների համար են:

Բինտակապը համարվում է ճիշտ դրված, եթե այն

ա) ծածկում է մարմնի հիվանդ մասը,

բ) չի խանգարում արյան և ավշի շրջանառությանը,

գ) չի խանգարում հիվանդին,

դ) ունի կռկիկ տեսք,

ե) լավ ամրացված է մարմնին:

Բինտակապելիս պետք է պահպանել որոշակի կանոններ.

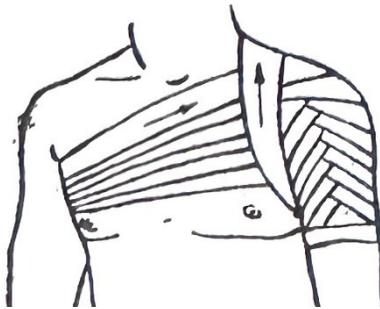
1. Հիվանդը պետք է գտնվի այնպիսի դիրքում (նստած կամ կանգնած), որպեսզի վիրակապվող մարմնամասին հնարավոր լինի հեշտությամբ մոտենալ:
2. Վիրակապվող մարմնամասին տրվում է այն դիրքը, որը պետք է լինի վիրակապվելուց հետո:
3. Բինտը կապում են մեծ մասամբ ծայրամասից դեպի կենտրոն:
4. Բինտը կապում են ձախից աջ, հազվադեպ՝ հակառակը:
5. Կապելիս բինտի գլխիկը չպետք է հեռացվի վիրակապվող մարմնամասից և այն պետք է ձգել հավասարապես:
6. Բինտի ամրացնող պտույտից հետո յուրաքանչյուր հաջորդ պտույտը պետք է ծածկի նախորդին կիսով չափ:
7. Բինտի վերջը ամրացվում է քորոցով, երկու մասի բաժանելով կապվում են միմյանց կամ կարվում է:
8. Կապի հանգույցը վերքի վրա չպետք է լինի:

ԲԻՆՏԱԿԱՊԵՐԻ ԱՌԱՆՁԻՆ ՏԵՄԱԿՆԵՐ

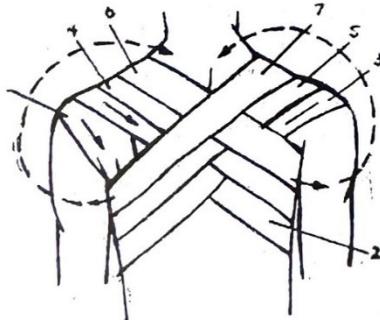
1. **Պարսատաձև կապ** - դրվում է քթին, կզակին, ծոծրակին, կոնքին:



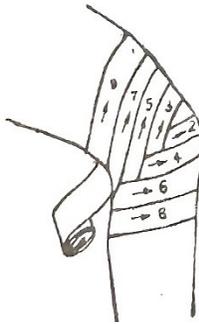
2. **Հասկաձև կապ** - դրվում է ուսահողին, որովայնի ստորին մասում և ազդրի վերին երրորդականը շեքի վրայով և կապվում է նույն ժապավենի հետ իրանի հակառակ կողմում:



3. **Շրջանաձև կապ** - բինտի յուրաքանչյուր հաջորդ գալարը ծածկում է նախորդը:
4. **Պարուրաձև կապ** - յուրաքանչյուր հաջորդ գալարը ծածկում է նախորդի կեսը: Լինում է վերելակ և վայրեջ:
5. **Մողացող կապ** - դրվում է նախորդի նման սակայն գալարները միմյանց հետ չեն շփվում:
6. **Խաչաձև կամ ութաձև վիրակապ** - բնտի փաթույթները խաչվում են միմյանց հետ:



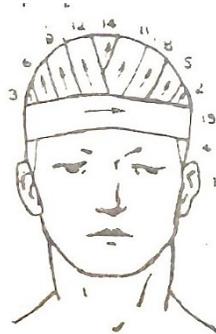
7. **Կրիանման կապ** – մոտեցող և հեռացող, կապում են ծալած հոդերի շրջանում:



8. **Հետադարձ կապ**- այս կապը հաճախ գործածում են ամպուտացիոն (անդամահատված) ծայրատների տեղում:
9. **T- ձև կապ** – կազմված է բինտի ժապավենից, որի մեջտեղում կարված է կամ վրայից գցված է մյուս ժապավենի ծայրը: Հաճախ դրվում է շեքի վրա՝ հորիզոնական մասը շրջանաձև անաձև փաթաթում են հիվանդի գոտկատեղը, իսկ ուղղահայաց ժապավենը գոտիաձև ժապավենից տարվում է դեպի շեքը:

ՎԻՐԱԿԱՊԵՐ ԳԼԽԻ ՎՐԱ

Հիպոկրատի գլխարկ – օգտագործում են երկու գլխով բինտ կամ երկու բինտ: Աջ ձեռքում գտնվող բնտով կատարում են շրջանաձև գալարներ, իսկ երկրորդով էտ ու առաջ աստիճանաբար ծածկում են գանգաթաղը և ամրացնում շրջանաձև դրված գալարներով:

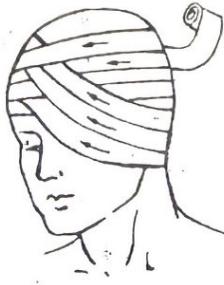


Թասակաձև կսպ -մոտ 1մ երկարությամբ բինտի կտորը կախում են քունքերի վրա: Հիվանդը կամ օգնականը ֆիքսում են դրա ծայրերը ձգված վիճակում ականջախեցիների առջևով: Լրիվ բինտով գլխի շուրջը կատարվում է առաջին շրջանաձև պտույտը: Հաջորդ պտույտի ժամանակ, հասնելով սկզբնակապին, բինտը շրջում են նրա շուրջը և տանում որոշ թեքությամբ ծածկելով ծոծրակը: Մյուս կողմում բինտը փաթաթում են սկզբնակապի շուրջը հակառակ կողմով և որոշ թեքությամբ բերում գլխի ճակատային մասի վրա: Բինտի հաջորդ պտույտով ծածկվում է ծոծրակային մասը և այդպես մինչև գլուխը բինտով հավասարաչափ ծածկվի: Բինտի ծայրը ամրացվում է սկզբնակապի հետ: Սկզբնակապի ծայրերը կապվում է միմյանց հետ կզակի տակ:

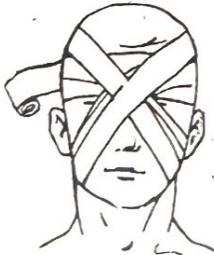


ԱՉՔԻ ՎԻՐԱԿԱՊ

ՄԵԿ ԱՉՔԻ ՎԻՐԱԿԱՊ-Աջ աչքին կապ դնելիս բինտը փաթաթում են ձախից աջ, ձախ աչքը վիրակապելիս՝ աջից ձախ: Շրջանաձև գալարներով բինտը ամրացնում են գլխի շուրջը, ապա իջեցնում են այն ծոծրակին և անցկացնում ականջի տակով թեքորեն դեպի վեր՝ ծածկելով հիվանդ աչքը: Հերթափոխելով շրջանաձև ու թեք գալարները, ծածկում են աչքի ամբողջ շրջանը:



ԵՐԿՈՒ ԱՉՔԵՐԻ ՎԻՐԱԿԱՊ - Դրվում է առաջին շրջանաձև ամրացվող գալարը, հաջորդը իջեցվում է գագաթի և ճակատի վրայով ներքև և տարվում վերևից ներքև թեք ուղղությամբ՝ ծածկելով ձախ աչքը, որից հետո բինտը տարվում է ծոծրակի շուրջը և նորից կատարվում է ներքևից վերև թեք պտույտ ծածկելով աջ աչքը: Բինտի հաջորդ բոլոր գալարները՝ խաչվելով քթարմատի շրջանում, աստիճանաբար՝ ծածկում են աչքերը և իջնում ավելի ներքև:



ԱԿԱՆՋԻ ՎԻՐԱԿԱՊ

Նեապոլիտանական գլխարկ – կապը սկսվում է շրջանաձև գալարներով գլխի շուրջը, որից հետո բինտը իջեցնում են հիվանդ կողմի ականջի և պտկաձև ելունի վրա:



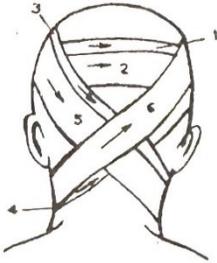
ՍԱՆՁԻԿԱՁԱ ԿԱՊ

Դրվում է կզակաձև շրջանը ծածկելու համար: Սկզբում դրվում է շրջանաձև ամրացվող գալարը: Երկրորդ գալարը թեքությամբ տարվում է ծոծրակի վրայով պարանոցի կողմնային մակերեսի վրա և այդտեղից ծնոտի տակով փոխվում ուղղահայաց դրության: Բինտն ականջների խեցիների առջևով տանելով գլխի շուրջը մի քանի գալարներ են արվում, որից հետո կզակի տակից տանում են դեպի մյուս կողմը, փոխում հորիզոնական գալարների և ամրացնում կապը: Ստորին ծնոտն ամբողջովին ծածկելու համար հորիզոնական գալարներից հետո բինտի գլխիկն իջեցվում է թեքությամբ ցած. ծոծրակի վրա, որտեղից պարանոցի կողմնային մակերեսի վրայով տարվում է կզակի առաջնային մասով դեպի պարանոցի շուրջը, հետ են դառնում և բինտի գալարը իջեցնում կզակից քիչ ներքև, փոխում ուղղահայաց դրության և կապը ամրացնում գլխի շուրջը:



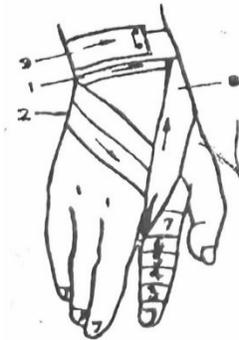
ԾՈԾՐԱԿԻ ԿԱՊԵՐ

Ծոծրակի վերին մասը կապելու համար որոշ թեքությամբ դրվում են գալարներ գլխի շուրջը ընդգրկելով ճակատը և ծոծրակային շրջանը: Գալարները հերթագայվելով շրջանաձև պտույտներով, ստեղծում են խաչաձև կապ, որը համակցվում է ծոծրակային շրջանի շրջանաձև բինտակապի հետ:

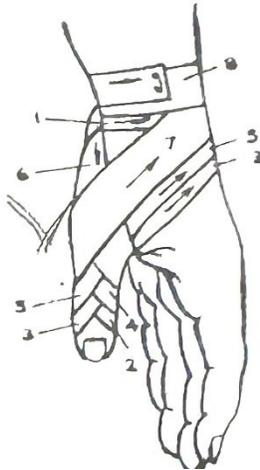


ՎԵՐԻՆ ՎԵՐՋՈՒՅԹԻ ԿԱՊԵՐ

Մատի կապ – կապը սկսվում է ճաճանչ-դաստակային հողի շրջանում ամրացվող շրջանաձև գալարներով, որից հետո բինտը թեքությամբ տարվում է դաստակի թիկնային մասի վրայով դեպի մատի ծայրը: Այստեղից սկսում են պարուրաձև կապել վերևից ներքև մինչև մատի հիմքը, որից հետո բինտը հետ են բերում դաստակի թիկնային մասով դեպի ճաճանչ-դաստակային հողի շրջանը, որտեղ ամրացնում են շրջանաձև գալարներով:

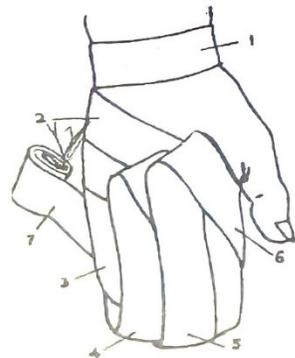


Առաջին մատի կապը դրվում է հասկաձև կապի նման նախորոք ամրացվող շրջանաձև գալարը դնելով ճաճանչ դաստակային հողի շրջանում:



Ձեռնոցանման կապ (ասպետի ձեռնոց) – կիրառելով մատի կապի սկզբունքը, կարելի է հերթականորեն բինտակապել դաստակի բոլոր մատները առաջացնելով «ձեռնոց»: Բինտակապի հարմարության համար ձախ դաստակի վրա կապը դրվում է 5-րդ մատից սկսած, աջի վրա՝ 1-ին մատից:

Դաստակի հետադարձ կապ -բինտը ամրացնում են դաստակի շուրջը, որից հետո այն տանում են դաստակի թիկնային մասով մատների վրա և դաստակի ափային մակերեսի վրայով վերադառնում սկզբնակետը: Նորից ամրացնող գալար է արվում դաստակի շուրջը և բինտի ընթացքը կրկնվում է:

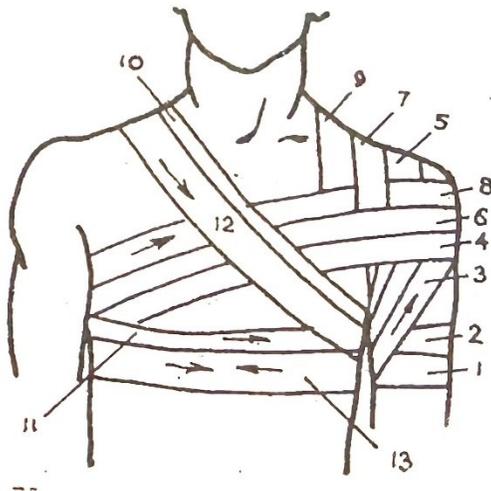


Դաստակը և մատները ծածկելուց հետո բինտի լայնական շրջապտույտներով ծածկվում են մատները և դաստակը: Կապն ամրացվում է դաստակի վրա:

Նախաբազկի կապ - դրվում է պարուրածն կապի նման՝ յուրաքանչյուր 1-2 շրջապտույտից հետո կատարելով բինտի դարձումներ:

Արմնկային հոդի կապ - դրվում է հեռացող կամ մոտեցող կրիանման կապի ձևով: Բազկի կապ կիրառվում է սովորական պարուրածն կապը, բայց առանց բինտի դարձումների:

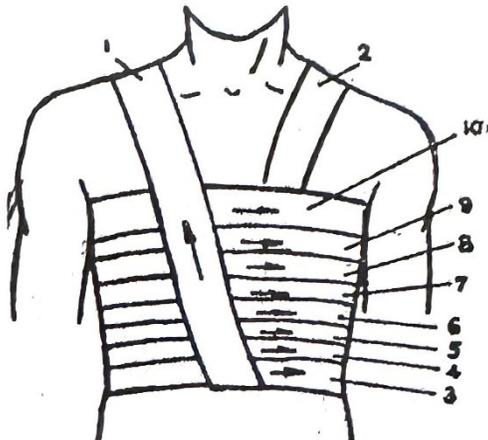
Անութափոսի կապ - հասկածն կապ է: Բինտը գալարներով ամրացվում է բազկի շուրջը, որից հետո թևատակից բինտի գալարը թեքությամբ տարվում է ուսի վրա և մեջքի վրայով դեպի հակառակ կողմի անութափոսը: Այնտեղից կրծքավան- դակի առաջնային մակերեսով բերվում է ուսի վրա, որտեղ խաչվում է նախորդ գալարի հետ և բինտը դուրս է բերվում բազկի հետին մակերեսով անութափոսի մեջ: Հետագա գալարը սկսվում է այնպես, ինչպես նախորդը, բայց աստիճանաբար բարձրացնելով յուրաքանչյուր նոր գալարը այնքան ժամանակ, մինչև բինտը ծածկի ամբողջ ուսագոտին անութափոսի առաջնային և հետին մասերով:



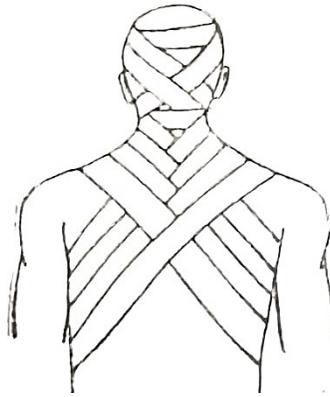
ԿՐԾՔԱՎԱՆՂԱԿԻ ԿԱՊԵՐ

Այս կապերը դնելիս հարկավոր է հիշել, որ ամուր դրված բինտակապը կարող է խանգարել շնչառական ակտին, իսկ թույլ դրվածը չի ծառայում նպատակին:

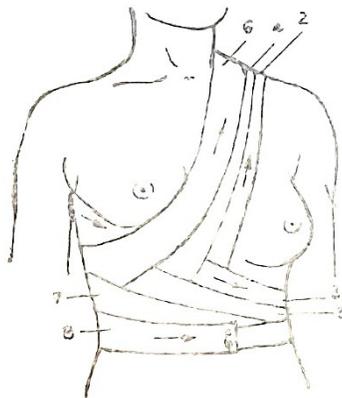
Պարուրածն կապ - մոտ երկու մետր երկարությամբ բինտի կտորը գցում են ուսերից մեկի վրայով այն հաշվով, որ դրա ծայրերը կախվեն կրծքավանդակի առջևից և հետևից: Կապը սկսվում է կրծքավանդակի ստորին մասից՝ ծածկելով կախված բինտը: Բինտի պարուրածն պտույտները աստիճանաբար բարձրացվում են մինչև անութափոսերը: Վերջին գալարը ամրացվում է: Բինտի կտորի ազատ ծայրը, որը գցված էր ուսի վրայով, բարձրացվում է կրծքավանդակի առաջնային մակերեսով և գցված մյուս ուսի վրայով դեպի մեջքի մասը, որտեղ դրանց ծայրերը կապվում են միմյանց հետ՝ մեջքի շրջանում



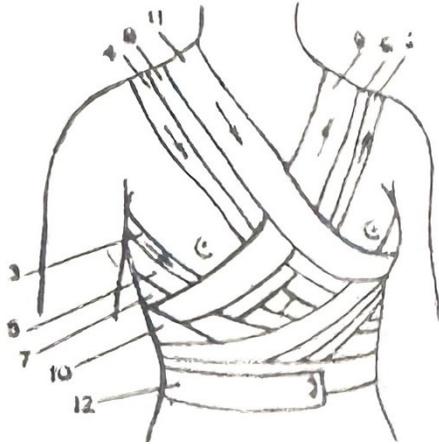
Խաչաձև կապ- կիրառվում է մեջքը կապելու համար: Կապը սկսվում է շրջանաձև ամրացվող գալարով ուսերից մեկի շուրջը, առջևից բարձրանում է ուսի վրա, անցնում մեջքի վրա և թեթույթյամբ տարվում հակառակ կողմի թևատակի շրջանը: Այդպես կրկնելով բինտի պտույտները, դրանք աստիճանաբար բարձրացվում են ուսերի վրայով և կրծքավանդակի վրայով իջեցվում ներքև, ծածկելով մեջքամասը:



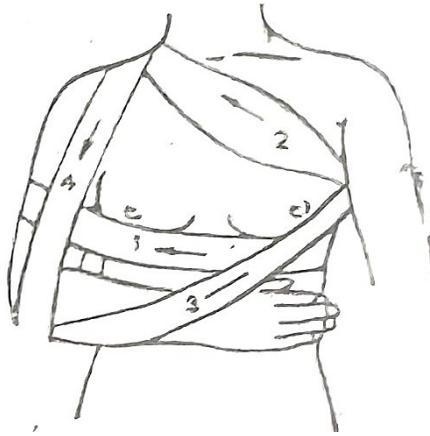
Կաթնագեղձի կապ - աջ կաթնագեղձը կապելու դեպքում բինտը տարվում է ձախից աջ, իսկ ձախի դեպքում աջից ձախ: Կապը սկսվում է շրջանաձև ամրացվող գալարով կրծքավանդակի շուրջը կաթնագեղձից ներքև: Հաջորդ գալարն ընդգրկում է կաթնագեղձի ստորին և ներսի մասերը, բարձրանում է հակառակ կողմի ուսի վրա և իջնելով մեջքի վրայով անցնում է կապվող կողմի անութափոսը: Այնուհետև բինտն ընդգրկում է կաթնագեղձի ստորին մասը: Շրջանաձև գալարով ամրացվում է նախորդ գալարը: Հաջորդ գալարները կրկնվում են աստիճանաբար բարձրանալով վեր մինչև բինտով կաթնագեղձը ամբողջովին ծածկվի: Կերակրող մայրերի կաթնագեղձը կապելիս կերակրելու կամ կաթը դատարկելու համար, պտուկը թողնում են բաց:



Կաթնագեղձերի կապ- սկզբնական գալարները դրվում են այնպես, ինչպես մեկ կաթնագեղձի դեպքում: Այնուհետև բինտը տարվում է թեքությամբ՝ մեջքի վրայով դեպի ուսի շրջանը: Կրծքավանդակի մյուս կեսով բինտն իջեցվում է ներքև՝ կաթնագեղձերի միջով և ծածկում հակառակ կողմի կաթնագեղձը, որից հետո կատարվում է շրջապտույտ կրծքավանդակի շուրջը: Գալարները հաջորդելով իրար աստիճանաբար ծածկում են կաթնագեղձերը:



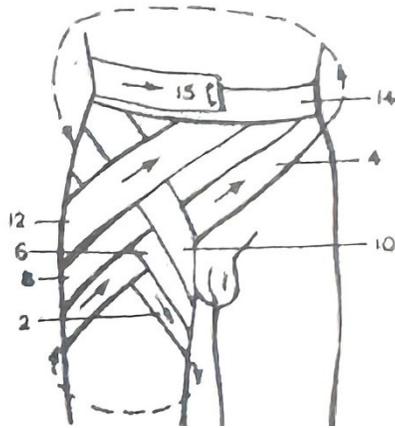
Դեզոյի կապ - նախապես թևատակում դրվում է բամբակից բարձիկ: Նախաբազուկը ծալում են արմնկային հոդում ուղիղ անկյան տակ և մոտեցնում կրծքավանդակին: Առաջին շրջանաձև գալարով բազուկը կապվում է կրծքավանդակին: Բինտի հաջորդ գալարը հակառակ կողմի անութափոսից ուղղվում է դեպի հիվանդ կողմի ուսը, որի վրայով տարվում է հետ և իջեցվում ներքև: Այնուհետև բինտով ընդգրկում են արմնկահոդի շրջանը և պահելով նախաբազուկը, թեքությամբ ուղղում առողջ կողմի անութափոսը, հետո անցնում է կրծքավանդակի հետին մակերեսով, ուղղվում է հիվանդ ուսի վրա, իջնում է ներքև, շրջանցում նախաբազուկը՝ անցնելով կրծքավանդակի հետին մակերեսի վրայով դեպի առողջ կողմի անութափոսը: Շրջապտույտները կրկնվում են մինչև վերջույթի լավ անշարժացումը:



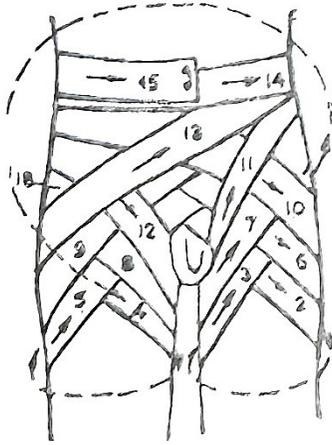
ՈՐՈՎԱՅՆԻ ԵՎ ԿՈՆՔԻ ԿԱՊԵՐ

Որովայնի վրա սովորաբար դրվում է պարուրաձև կապ, որն ամրացնելու նպատակով զուգակցվում է կոնքի հասկաձև կապի հետ:

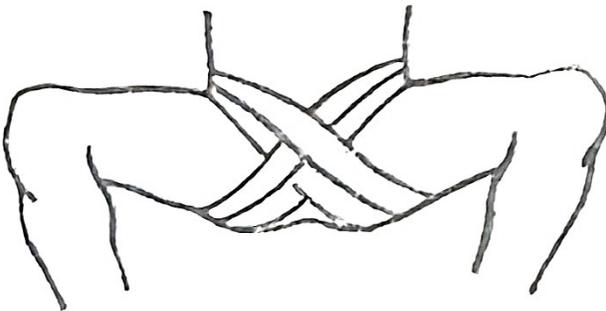
Միակողմանի հասկաձև կապ - ծածկում է որովայնի ստորին մասը, ազդրի վերին երրորդականը և հետույքի շրջանը: Կախված բինտի գալարների հատման տեղից, տարբերում են հետին, կողմնային և առաջային հասկաձև կապեր: Գոտիկի շուրջը շրջանաձև գալարներով ամրացվող կապը դնելուց հետո, բինտը կողմնային շրջանից տարվում է դեպի առաջ անցնելով ազդրի առաջային և ստորին մակերեսով: Բինտը շրջանցելով ազդրի հետին մասը, դուրս է գալիս դրա արտաքին մակերեսը և աճուկի վրայով շեղորեն անցնում իրանի հետին կիսակորույթյան վրա և կատարում մի քանի շրջապտույտ: Կապը կարող է լինել վերընթաց, եթե յուրաքանչյուր հաջորդ շրջապտույտը դրվում է նախորդից բարձր կամ վայրընթաց, եթե հարկ է լինում այն դնել ներքևի մասում:



Երկկողմանի հասկաձև կապ - կիրառվում է ազդրի վերին մեկ երրորդականի մակերեսը և հետույքները ծածկելու համար: Նախորդ կապի նման սկսվում է շրջանաձև պտույտով գոտիկի շուրջը, որից հետո բինտը տարվում է մյուս աճուկի առաջային մասով, իսկ հետո ազդրի արտաքին մակերեսով անցնելով հետ ընդգրկում է նրա հետին կիսակորությունը և դուրս է բերվում նրա ներքին մակերեսի վրա, որտեղից բինտը տարվում է աճուկային շրջանով իրանի հետին կիսակորության վրա: Բինտի հետագա ընթացքը տարվում է այնպես, ինչպես միակողմանի հասկաձև կապի դեպքում: Կապը երկու վերջույթների վրա շարունակվում է մինչև մարմնի վնասված մասը ծածկվի:



Շեքի կապ -կիրառվում է ութաձև կապը: Բինտի պտույտները հատվում են շեքի վրա:



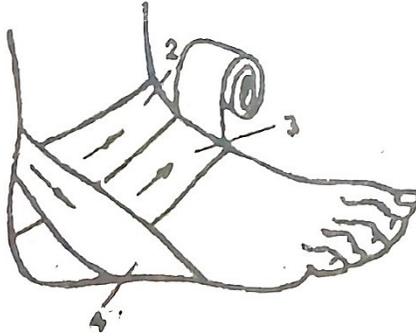
ԱՏՈՐԻՆ ՎԵՐՋՈՒՅՑԻ ԿԱՊԵՐ

Ազդրի կապ - սովորաբար դրվում է պարուրաձև կապ, բինտի 1-2 շրջապտույտից հետո կատարվում են դարձումներ:

Մնկահողի կապ - դրվում է հեռացող կամ մոտեցեղ կրիանման կապ:

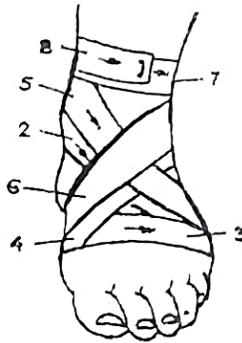
Սրունքի կապ - դրվում է բարձրացող պարուրածն կապ և յուրաքանչյուր 1-2 շրջապտույտից հետո կատարվում են բինտի դարձումներ:

Կրունկի շրջանի կապ-հաճախ դրվում է հեռացող կրիանման կապ, որը սկսվում է կրունկի կենտրոնական մասի վրայով կատարվող շրջանաձև պտույտներով: Հաջորդ գալարները դրվում են հերթականությամբ առաջին գալարից մեկ դեպի վերև, մեկ ներքև: Այս գալարներն ամրացվում են կրունկի կողմնային մասում, որից հետո անցնում է հետևից առաջ դեպի ոտնաթաթի ներբանային, իսկ այնուհետև թիկնային մասը, տարվում է սրունք – թաթային հողի շրջանը և ներքև ոտնաթաթի վրա, խաչվելով ոտնաթաթի թիկնային մասում:

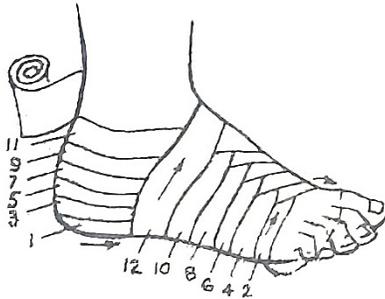


Սրունք - թաթային հողի կապ - սովորաբար կիրառվում է ութաձև կապը: Պճեղներից վերև ամրացվող պտույտն անելուց հետո բինտը շեղակի իջնում է ոտնաթաթի թիկնային մասով, պտույտ կատարում դրա շուրջը, բարձրանում դեպի վեր և հատվելով նախորդ գալարի հետ պտտվում է սրունքի հետին կորույթյան շուրջը:

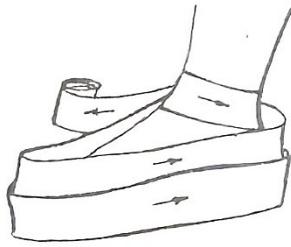
Բինտի ընթացքը կրկնելով կապն ամրացվում է շրջանաձև պտույտով պճեղների շրջանում:



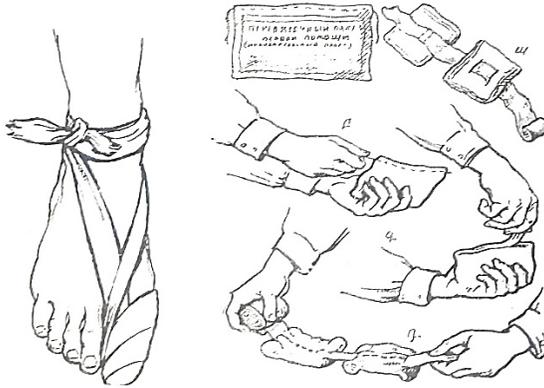
Ոտնաթաթի կապ առանց մատներն ընդգրկելու - ոտնաթաթի շուրջն ամրացվող պտույտը կատարելուց հետո, բինտն անցնում է կրունկի վրա, որի շուրջը պտտվելով՝ անցնում է ոտնաթաթի թիկնային մասի վրա, որի շուրջը պտույտ կատարելուց հետո նորից վերադառնում է կրունկի վրա: Այստեղ յուրաքանչյուր նոր գալարը դրվում է նախորդից վերև, հատումներ կատարելով մոտեցվում է սրունք - թաթային հողին:



Ոտնաթաթի կապ մատների ընդգրկումով - պճեղների շրջանում ամրացվող գալարը դնելուց հետո, բինտը երկայնքով տարվում է ոտնաթաթի շուրջը ծածկելով և՛ մատները, և՛ կրունկի շրջանը: Սկսելով մատներից ոտնաթաթին դրվում է պարուրա - խաչաձև կապ: Կապն ամրացվում է պճեղների շրջանում:



Ոսնաթաթի առաջին մատի կապ - սկզբունքը նույնն է, ինչպես որ ձեռքի առաջին մատը կապելիս: Ամրացվում է պճեղների շրջանում:



Անհատական վիրակապական ծրար - կազմված է բինտին ամրացված երկու բամբակ – թանգիֆե բարձիկներից ամրացված բինտի հետ: Բարձիկներից մեկը շարժուն է և տեղաշարժվում է բինտի երկարությամբ: Վիրակապական նյութը գտնվում է իրար մեջ ներդրված երեք ծրարների մեջ: Ծրարի պարունակությունը մանրէազերծված է: Ռետինապատ թաղանթը նշված տեղում կտրելուց հետո, բացում են ներքին թղթե թաղանթը, բարձիկները միմյանցից հեռացնում և դնում վերքի վրա այն մասով, ուր ձեռք չի դիպչել: Միջանցիկ վերքերի դեպքում մեկ բարձիկը ծածկում է մուտքի, իսկ մյուսը վերքի ելքի մասը, որից հետո բարձիկները կապվում են բինտով:

ԳԼՈՒԽ VII ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿ

Վիրաբուժական վարակ հասկացության ներքո հասկանում են այն վարակաբորբոքային հիվանդությունները, որոնց բուժման հիմնական եղանակը վիրահատականն է: Վիրաբուժական վարակը ընդունված է դասակարգել այսպես՝ թարախային, անաէրոբ և յուրահատուկ:

Թարախային վարակը իր հերթին կարող է լինել ընդհանուր և տեղային:

Վարակային պրոցեսի զարգացման և արտահայտվածության՝ այսինքն, հիվանդության ծանրության համար նշանակություն ունեն մի շարք գործոններ՝ մարդու օրգանիզմի ընդհանուր վիճակը, իմունիտետը, հարուցիչի վիրուլենտությունը, ինվազիվությունը, տոքսիկությունը և օրգանիզմ ներխուժած մանրէների քանակը:

Վիրաբուժական վարակի հարուցիչներն են թարախային ստաֆիլոկոկը և ստրեպտոկոկը, պնևմոկոկը, գոնոկոկը, կապտաթարախային ցուպիկը, աղիքային ցուպիկը, պրոտեուսը, բազմազան սնկերը, ռիկետսիաները, միաբջիջ նախակենդանիները (ամեոբա), երբեմն նաև վիրուսները:

Մանրէների՝ օրգանիզմ անցնելուց հետո զարգանում է ինֆեկցիա, տեղային և ընդհանուր երևույթներով. առաջանում է մի այնպիսի ախտաբանական վիճակ, որը կոչվում է բորբոքում: Բորբոքման տեղային նշաններն են՝ կարմրությունը (rubor), ուռածությունը (tumor), ցավը (dolor), տեղային ջերմության բարձրացումը (calor) և մարմնի տվյալ մասի ֆունկցիայի խանազրումը (functio laesa):

Լեյկոցիտներն արյան հեղուկային մասի հետ դուրս են գալիս անոթներից և մասնակցում մանրէների դեմ օրգանիզմի կողմից տարվող պայքարին, թարախածին մանրէների, լեյկոցիտների և հյուսվածքների մի մասի մահացության հետևանքով բորբոքված մասում գոյանում է արտազատուկ: Ըստ այդ արտազատուկի տարբերում են մի քանի տեսակի բորբոքումներ՝ շճային, ֆիբրինային, թարախային, արյունային:

Բացի տեղային նշաններից, բորբոքումն արտահայտվում է նաև մի շարք ընդհանուր երևույթներով՝ սարսուռ, բարձր ջերմություն,

մարտողության խանգարումներ (դիսպեպսիա), շնչառության պուլսի հաճախացում, արյան պատկերի և փոփոխություն և այլն:

Տոքսինների ազդեցության հետևանքով արյան կարմիր մարմինների քանակը և հեմոգլոբինի տոկոսը նվազում են (անեմիա), իսկ լեյկոցիտների թիվը, որպես օրենք, շատանում է (լեյկոցիտոզ), հասնելով մինչև 15-20 հազարի և ավելի: Սովորաբար բարձր լեյկոցիտոզը նշան է թարախային պրոցեսի:

Թարախային պրոցեսի ժամանակ էոզինոֆիլների քանակը նվազում է, իսկ երբեմն նրանք բոլորովին անհետանում են: Փոփոխության են ենթարկվում հատկապես նեյտրոֆիլները. արյան մեջ հանդես են գալիս երիտասարդ լեյկոցիտներ, մանավանդ նրանց ցուպիկավոր ձևերը, լեյկոցիտային բանաձևը «տեղաշարժվում է դեպի ձախ»: Եթե այդ տեղաշարժման հետ միասին լեյկոցիտների քանակը չի ավելանում, դա նշանակում է, որ օրգանիզմը ակտիվ չի պայքարում ինֆեկցիայի դեմ և հակառակը: Էրիթրոցիտների նստեցման արագությունը (ԷՆԱ) սովորաբար բարձրանում է:

Բորբոքման ժամանակ խանգարվում է նաև օրգանիզմի նյութափոխանակությունը: Գլիկոզենի քանակը լյարդի մեջ պակասում է, լյարդի պաշտպանողական (անտիտոքսիկ) ֆունկցիան զգալիորեն թուլանում է, որի հետևանքով տոքսիններն այնտեղ չեն չեզոքացվում և, անցնելով արյան ընդհանուր շրջանառության մեջ, թունավորում են օրգանիզմը:

Ներքին օրգաններից տուժում են հատկապես երիկամները: Մեզի մեջ հայտնաբերում են սպիտներ, գլանակներ, տարբեր տեսակի լեյկոցիտներ, էրիթրոցիտներ: Օրգանիզմի ինտոքսիկացիայի հետևանքով մաշկը և աչքերի եղջրենին դեղնավուն են դառնում. դեղնուկի հետագա ուժեղացումը օրգանիզմի ինտոքսիկացիայի ուժեղացման ապացույց է: Լյարդը մեծանում է, նրա ֆունկցիան խանգարվում:

Չզալի չափով խանգարվում է վիտամինային փոխանակությունը, պակասում է հատկապես C վիտամինի քանակը:

ԹԱՐԱԽԱՊԱԼԱՐ

Մազապարկի և համապատասխան ճարպագեղձի սուր թարախային բորբոքումն է:

Թարախապալարը կարող է առաջանալ մարմնի բոլոր մասերում, բացի ավերից և ներքանից: Ավելի հաճախ լինում է մաշկի այն հատվածներում, որոնք շփվում են հագուստին (պարանոցի ետին մասում, նստատեղում, դեմքի վրա և այլն):

Ֆուրունկուլի հարուցիչը սովորաբար դեղին կամ սպիտակ ստաֆիլոկոկն է, որը մաշկի մակերեսից, շփման միջոցով մղվում է մազապարկի և ճարպագեղձերի ծորանների մեջ և առաջացնում բորբոքում:

Կլինիկապես ֆուրունկուլն արտահայտվում է հետևյալ նշաններով. մաշկի տվյալ հատվածը քիչ քոր է գալիս, որից հետո նույն տեղում առաջանում է թեթև կարմրություն և ուռածություն (թմբիկ): Առաջանում է կիսագնդաձև հանգույց: 3-4 օրվա ընթացքում կարմրությունը և ուռածությունը շատանում են, առաջանում են ցավեր, որոնք առանձնապես ուժեղ չեն: Ընդհանուր երևույթները սովորաբար թույլ են արտահայտված, ջերմությունը բարձրանում է մինչև 37°C և միայն հազվադուր դեպքերում՝ 38 °C և ավելի:

Հիվանդությունը միջին հաշվով տևում է 7 – 10օր, երբեմն և ավելի: Հանգույցի գագաթին՝ վերնամաշկի տակ կուտակված թարախի հետևանքով գոյանում է դեղին կետ, որի կենտրոնում ցցված է մազը: Վերնամաշկը վերջ ի վերջո պատռվում է, արտադրվում է մեկ կամ մի քանի կաթիլ թարախ, իսկ մեռուկացած և հարևան հյուսվածքներից անջատված մազապարկն ու ճարպագեղձը խցանի նման դուրս են գալիս իրենց տեղից՝ առաջացնելով փոսիկ: Այդ փոսիկը հետագայում լրիվ լցվում է հատիկավոր հյուսվածքով, բորբոքման երևույթներն անցնում են, և փոսիկի տեղում առաջանում է սպի:

ՀԻՂԱՂԵՆԻՑ

Սա քրտնագեղձերի սուր բորբոքումն է: Առավել հաճախ լինում է անույթափոսի շրջանում, որը հարուստ է լավ զարգացած քրտնագեղձերով:

Այստեղ քրտնագեղձերը սովորականից մոտ 10 անգամ մեծ են և ունեն գալարուն ծորաններ:

Հիդրադենիտի ժամանակ մաշկը չի կարմրում և մեռուկացած հյուսվածքը խցանի նման չի անջատվում: Գոյանում են բավական մեծ ներսփռանքներ, լինում են ուժեղ ցավեր, և վերին ծայրանդամի շարժումները խիստ խանգարվում են:

ԿԱՐԲՈՒՆԿՈՒՆԷ

Մի քանի հարևան մազապարկերի և համապատասխան ճարպագեղձերի ու շրջակա շարակցական հյուսվածքի սուր թարախային բորբոքումը կոչվում կարբունկուլ: Ի տարբերություն ֆուրունկուլի, կարբունկուլի ժամանակ ամբողջ ճարպաշարակցական հյուսվածքը, որը գտնվում է նրանց շուրջը, բավականին մեծ տարածության վրա մեռուկանում է: Բացի դրանից, կարբունկուլը ընդգրկում է խորանիստ հյուսվածքները՝ ընդհուպ մինչև ջլոնը:

Կարբունկուլը տեղակայվում է գլխավորապես մեջքի շրջանում և պարանոցի ետին մասում, բայց երբեմն լինում է նաև այլ տեղերում: Կարբունկուլն ավելի հաճախ առաջանում է մեծահասակ մարդկանց և հյուծված անհատների մոտ:

Կարբունկուլի ժամանակ հիվանդի ընդհանուր վիճակը զգալի չափով վատանում է, լինում է սարսուռ, ջերմությունը հասնում է մինչև 39 – 400 C և երկար ժամանակ (հաճախ մի քանի շաբաթ) մնում է բարձր, այտուցվածությունը և ներսփռանքը կրում են տարածված բնույթ և հասնում են մեծ չափերի (հավի ձվի մեծության և ավելի), հիվանդը զգում է ուժեղ ցավեր, անհանգիստ է: Մազապարկի և ճարպագեղձի թարախակալման հետևանքով ներսփռանքի վրա առաջանում են մի քանի դեղին կետեր, որոնցից յուրաքանչյուրի կենտրոնում երևում է դուրս ցցված մազը: Որոշ դեպքերում մեռուկացած հյուսվածքները մազերի հետ միասին մի քանի տեղից խցանի նման անջատվում են, բայց ավելի հաճախ մեռուկացումը համատարած կերպով ընդգրկում է բոլոր հյուսվածքները՝ մաշկը, ենթամաշկային ճարպաշերտը՝ ընդհուպ մինչև ջլոնը: Մեռուկացած հյուսվածքների անջատումից հետո ներսփռանքը շատ դանդաղ է ներծծվում և դեռ երկար ժամանակ պահպանվում է:

ՖԼԵԳՄՈՆԱ

Ճարպաշարակցական շերտի տարածված, թարախային բորբոքումը կոչվում է ֆլեգմոնա: Ֆլեգմոնան սովորաբար առաջանում է ստաֆիլոկոկային և ստրեպտոկոկային ինֆեկցիայից, հաճախ՝ միաժամանակ մի քանի տեսակի մանրէներից: Տարբերում են մակերեսային և խոր ֆլեգմոնաներ: Մակերեսային ֆլեգմոնան տեղակայվում է ենթամաշկային ճարպաշարակցական շերտում:

Ենթամաշկային ճարպաշերտի ֆլեգմոնան կարող է առաջանալ ֆուրունկուլի, կարբունկուլի և մաշկի ու ենթամաշկի այլ թարախային հիվանդությունների հետևանքով:

Ֆլեգմոնան առաջանում է ոչ միայն ենթամաշկային ճարպաշարակցական շերտում (ավելի հաճախ), այլև փակեղի տակ՝ միջմկանային ճարպաշարակցական շերտում, ներքին օրգաններում, ենթալոձաթաղանթային շերտում, այսինքն՝ մարմնի այն բոլոր հատվածներում, որտեղ կա ճարպաշարակցական հյուսվածք (բջջանք): Ֆլեգմոնան կարող է լինել կամ որպես ինքնուրույն հիվանդություն, կամ կարող է հանդես գալ այլ բորբոքումների ժամանակ: Օրինակ, օտտեոմիելիտի, ժամանակ՝ միջմկանային ֆլեգմոնա, կարմիր քամու ժամանակ՝ ենթամաշկային բջջանքի ֆլեգմոնա և այլն:

Խոր ֆլեգմոնան անվանում են բորբոքված շրջանի անունով. օրինակ՝ պարանեֆրիտ (հարերիկամային՝ ճարպաշարակցան մասի ֆլեգմոնա), պարապրոկտիտ (ուղիղ աղիքի շուրջը գտնվող բջջանքի ֆլեգմոնա), պարամետրիտ (հարարգանդային բջջանքի ֆլեգմոնա) և այլն:

Տարբերում են նաև սահմանափակ և տարածված ֆլեգմոնաներ: Սահմանափակ ֆլեգմոնայի ժամանակ թարախային պրոցեսն ընդգրկում է բջջանքի որոշ՝ սահմանափակ շրջան, և սուր բորբոքումը կարճ ժամանակամիջոցում դադարում է: Տարածված ֆլեգմոնայի դեպքում բորբոքումը ունի ավելի ծանր ընթացք: Հարուցիչը գլխավորապես ստրեպտոկոկն է, որը երբեմն առաջացնում է ոչ թե թարախային, այլ ճարպաշարակցական շերտի շճային բորբոքում:

Ֆլեգմոնայի ժամանակ լինում են և տեղային, և՛ ընդհանուր երևույթներ: Հիվանդի ջերմությունը բարձրանում է, ինքնազգացողությունը՝ վատանում, լինում է սարսուռ, արյան պատկերը

փոխվում է: Մակերեսային ֆլեգմոնայի ժամանակ մաշկը այտուցվում է, կարմրում, հիվանդը զգում է ուժեղ ցավեր, մարմնի տվյալ մասի ջերմությունը բարձրանում է: Խոր ֆլեգմոնայի ժամանակ տեղային երևույթները բացակայում են, բայց հաճախ այտուցվածությունն ու ցավերը պահպանվում են և, բացի այդ, լինում են ծանր ընդհանուր երևույթներ:

ԹԱՐԱԽԱԿՈՒՅՑ

Թարախի կուտակումը սահմանափակ տարածության (խոռոչի) մեջ կոչվում է թարախակույտ (աբսցես): Տարբերում են մակերեսային և խոր թարախակույտեր: Մակերեսային թարախակույտը տեղակայվում է մաշկի մեջ և ենթամաշկային ճարպաշերտում, իսկ խոր թարախակույտերը՝ փակեղի տակ՝ մկանների, ոսկրերի մեջ և այլ հյուսվածքներում, ինչպես նաև զանազան օրգաններում, օրինակ՝ ուղեղում, թոքերում, լյարդում և այլն: Թարախակույտերի հիմնական հարուցիչներն են ստաֆիլոկոկը և ստրեպտոկոկը: Որոշ դեպքերում առաջանում են նաև այլ թարախածին մանրէների կենսագործունեության հետևանքով:

Մակերեսային թարախակույտը հեշտ է ախտորոշվում. արտահայտվում է առաջին հերթին բորբոքային երևույթներով՝ ուռածություն, կարմրություն, տեղային ջերմության բարձրացում, ցավ, մարմնի տվյալ մասի ֆունկցիայի խանգարում, ծփանք (ֆլուկտուացիա): Վերջինս հայտնաբերում են հետևյալ կերպ. երկու ձեռքերի մեկ կամ մի քանի մատները (նայած ուռածության չափին) դնում են ուռած մասի տարբեր հատվածների վրա, ընդ որում մեկ ձեռքի մեկ կամ մի քանի մատները պահում են անշարժ, իսկ մյուս ձեռքով հարվածում են ուռած մասին՝ առանց մատները մաշկից հեռացնելու: Հարվածը հեղուկի միջոցով անդրադառնում է խոռոչի (թարախակույտի) հակադիր մասի վրա և զգացվում է անշարժ ձեռքի միջոցով: Ծփանքը որևէ հեղուկի (թարախ, արյուն) առկայության նշան է: Հեղուկի բնույթը վերջնականապես պարզելու համար դիմում են փորձնական պունկցիայի: Վերջինս պետք է կատարել մեծ տրամագիծ ունեցող ասեղով: Եթե պունկցիայի ժամանակ ստացվում է թարախային հեղուկ, ապա թարախակույտի ախտորոշումը վերջնականապես հաստատվում է

Թարախակույտերը գրեթե միշտ ուղեկցվում են նաև ընդհանուր երևույթներով՝ բարձր ջերմություն, սարսուռ, ընդհանուր վիճակի և ինքնազգացողության վատացում, լեյկոցիտոզ և այլն: Բայց երկարատև թարախակույտի դեպքում ընդհանուր երևույթները կարող են զգալի չափով մեղմանալ և անզամ բոլորովին վերանալ: Դա բացատրվում է նրանով, որ թարախի տևական ազդեցության հետևանքով շրջակա առողջ հյուսվածքների մեջ աճում է հատիկավոր հյուսվածք, որը թարախային խոռոչը սահմանազատում է առողջ հյուսվածքներից: Այդպես կարող է լինել, օրինակ, լյարդի, թոքերի, ուղեղի թարախակույտերի ժամանակ:

Թարախակույտը աստիճանաբար մեծանում է, թարախն ընդգրկում է նորանոր հյուսվածքներ, որոնք շարունակվում են քայքայվել: Ի վերջո մակերեսային թարախակույտը մոտենում է բուն մաշկին, որը թարախակույտի շրջանում զգալիորեն բարակում է և ծակվում: Թարախակույտի պարունակությունը (թարախը) դուրս է գալիս, և հիվանդը լավանում է: Հիվանդությունը նման ընթացք է ստանում ոչ բոլոր դեպքերում, մանավանդ, եթե թարախակույտը խորն է:

Խոր թարախակույտը կարող է բացվել հարևան օրգանի կամ օրգանիզմի որևէ խոռոչի մեջ: Օրինակ, թոքի թարախակույտը կարող է բացվել թոքամզի խոռոչի մեջ, լյարդի թարախակույտը՝ որովայնախորշի մեջ, ուղեղի թարախակույտը՝ ուղեղի փոռոքների մեջ և այլն: Այդպիսի դեպքերում հաճախ հիվանդները մահանում են:

Թարախակույտը բացելու համար սովորաբար բավարարվում են տեղային անզգայացումով: Սովորաբար կատարում են մեկ, իսկ որոշ դեպքերում՝ երկու կտրվածք: Թարախակույտը բացելուց և թարախը՝ հեռացնելուց հետո խոռոչի մեջ առաջին օրը թողնում են տամպոն՝ թարախի արտահոսքի համար:

ԿԱՐՄԻՐ ՔԱՄԻ

Կարմիր քամին մաշկի բոլոր շերտերի և լորձաթաղանթի սուր բորբոքումն է: Առաջանում է բոլոր տեսակի ստրեպտոկոկերից, որոնք տարբեր ուղիներով թափանցում են մաշկի մեջ: Որոշ դեպքերում ստրեպտոկոկը հարևան թարախային վերքից մտնում է մաշկի մեջ: Այդ դեպքում կարմիր քամին սկսվում է անմիջապես վերքից, ընդ որում

վերջինիս մեծությունը նշանակություն չունի: Հաճախ կարմիր քամու պատճառ կարող են լինել մաշկի վրա առաջացած փոքրիկ քերծվածքները և ճեղքերը, որոնք մուտքի դուռ են հանդիսանում ստրեպտոկոկի համար:

Բորբոքումն ընդգրկում է հիմնականում մաշկի պտկիկային շերտը, բայց երբեմն այն կարող է տարածվել մաշկի ամբողջ հաստության մեջ:

Կլինիկան. Դրսևորվում է ընդհանուր և տեղային վարակային ախտանիշներով: Տարբերում են կարմիր քամու 4 կլինիկական ձև՝ կապված գերակշռող պայթանատոմիական փոփոխություններից:

- Էրիթեմային ձև. վնասված հատվածում առաջանում է խիստ արտահայտված սահմանագծերով կարմրություն, որը հաճախ նմանեցնում են բոցի լեզվակների: Կարմրությունը ընդարձակվում է պերիֆերիայով, իսկ կենտրոնական մասերը գունատվում են: Մա կոչվում է սողացող կարմիր քամի: Թռչող կարմիր քամու դեպքում օրգանիզմի տվյալ հատվածում կարմրությունը անհետանում է, հայտնվում է մեկ այլ հատվածում: Սովորաբար ախտահարվում են ստորին վերջույթները, դեմքը գլխի մազածածկ հատվածը, պարանոցը և այլն:
- Բշտային ձև. ընդհանուր կարմրության ֆոնի վրա առաջանում են բարակ պատերով բշտեր՝ շճաարյունային պարունակությամբ:
- Թարախային (ֆլեգմանոզ) ձև. միանում է թարախային վարակ, որը դրսևորվում է ֆլեգմոնայի ձևով: Առաջանում է ընդհանուր թարախային ինտոքսիկացիա: Մարմնի ընդհանուր բարձր ջերմաստիճան 40 C - 41 0C լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում և այլն:
- Մեռուկային ձև. ախտահարված հյուսվածքների մի մասը սկսում է մեռուկանալ, կոչվում է նաև գանգրենոզ ձև:

Բուժումը: Էրիթեմային ձևի դեպքում պահպանողական է: Նշանակում են լայն սպեկտորի հակաբիոտիկներ, կատարում են դեզինտոքսիկացիա, էրիթեմատոզ՝ հատվածները մշակում են դաբադող անտիսեպտիկներով (յոդ, սպիրտ), կատարում են ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում: Մնացած դեպքերում բացի սրանցից կատարում են նաև վիրաբուժական միջամտություն՝ թարախի դեպքում՝ բացահատում, նեկրոզի դեպքում՝ նեքրեկտոմիա:

ԱՎՇԱՅԻՆ ԱՆՈԹՆԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄՆԵՐ (լիմֆանգիտ)

Այս բարդությունն առաջանում է այն դեպքում, երբ մարմնի որևէ տեղում կա առաջնային թարախային օջախ: Դա լինում է գլխավորապես ծայրանդամներում: Բորբոքվում են ավշային անոթների պատերը:

Կլինիկապես տարբերում են մանր ավշանոթների բորբոքում և խոշոր ավշանոթների բորբոքում:

Առաջին դեպքում մաշկի վրա երևում է կարմիր գույնի մանր վանդակավոր ցանց, որը հաճախ այնքան խիտ է լինում, որ թվում է թե կարմրել է ամբողջ մաշկը: Երկրորդ դեպքում մաշկի վրա երևում են մի շարք կարմիր գծեր, հազվադեպ լինում է մեկ գիծ, այսինքն՝ բորբոքվում է միայն մեկ անոթ: Այդ գծերի շրջանում շոշափվում են հաստացած և բավականին ցավոտ լարանման գոյացություններ: Բացի տեղային նշաններից, լիմֆանգոիտը միշտ արտահայտվում է նաև ընդհանուր երևույթներով՝ ջերմություն, սարսուռ, բորբոքված ավշային անոթների շրջանում ցավեր, արյան պատկերի փոփոխություն:

Ախտաբանաանատոմիական տեսակետից բորբոքումը մեծ մասամբ ունի շճային բնույթ, բայց երբեմն կարող է դառնալ թարախային: Երբ բորբոքվում են խորանիստ ավշային անոթները, ծայրանդամի վրա հայտնաբերում են այտուց, ուռածություն, խորը շոշափելիս լինում են ցավեր: Ընդհանուր երևույթները միշտ կան:

Քանի որ լիմֆանգոիտը որևէ թարախային բորբոքման բարդություն է. ապա պետք է բուժել հիմնական (առաջնային) թարախային պրոցեսը:

ԱՎՇԱՅԻՆ ՀԱՆԳՈՒՅՑՆԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ

Ավշային հանգույցի, ինչպես և ավշային անոթի բորբոքում առաջանում է այն ժամանակ, երբ մարմնի որևէ մասում կա առաջնային թարախային օջախ: Վարակումը տեղի է ունենում ինֆեկցիայի ենթարկված ավշի միջոցով, որը պարունակում վարակված թրոմբներ, մանրէներ, տոքսիններ:

Բորբոքումը կարող է ընդգրկել մեկ կամ ավելի հաճախ մի քանի հանգույց: Բորբոքված ավշային հանգույցները ունենում են տարբեր չափեր (սիստոից մինչև ընկյուղի մեծության, երբեմն և ավելի),

հեշտությամբ շոշափվում են և շատ ցավոտ են: Ընդհանուր երևույթներն արտահայտվում են սարսուռով, բարձր ջերմությամբ և այլն: Ավշային հանգույցների սուր բորբոքման, ինչպես նաև լիմֆանոզիտի ժամանակ գլխավոր ուշադրությունը դարձնում են առաջնային թարախային օջախին:

ԵՐԱԿՆԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ

Մանր երակները բոլոր տեսակի բորբոքումների ժամանակ միշտ էլ տուժում են, մինչդեռ խոշոր երակները բորբոքվում են ոչ այնքան հաճախ: Խոշոր երակների բորբոքումը սկսվում է անոթի պատից, այսինքն՝ եթե անոթը անցնում է որևէ թարախային օջախի միջով, ապա թարախային բորբոքումը հյուսվածքներից տարածվում է անոթի պատի վրա: Բորբոքման մեջ ընդգրկվում են առաջին հերթին երակի պատը սնող անոթները, որոնք խցանվում են: Երակի պատը դառնում է թափանցելի, ինֆեկցիան թարախային օջախից երակի պատերով հեշտությամբ անցնում է անոթի լուսանցքը: Քանի որ զարկերակների համեմատությամբ արյան շրջանառությունը երակներում ավելի դանդաղ է կատարվում, և երակների պատն ավելի բարակ է, ուստի բորբոքումն այստեղ տարածվում է զգալի արագությամբ, և երակների մեջ գոյանում են թրոմբներ (թրոմբոֆլեբիտ): Թրոմբը երակի մեջ գրավում է բավական մեծ տարածություն՝ մինչև մոտակա բերանակցումները թե դեպի կենտրոն և թե դեպի ծայրամաս: Շարունակվող թարախային բորբոքման ժամանակ երակի պատը քայքայվում է և որևէ տեղում վնասվում: Բայց դրա հետևանքով արյունահոսություն տեղի չի ունենում, որովհետև բորբոքված երակը խցանված է:

Մակերեսային երակների բորբոքման ժամանակ կլինիկական նշանները բավական ցայտուն են: Խորը երակների սուր թրոմբոֆլեբիտի ժամանակ, որը հաճախ լինում է ստորին ծայրանոսների վրա, դժվարանում է արյան հոսքը, ծայրանոսում բավականաչափ այտուցվում է, մաշկը լարված է, գունատ կամ կապտավուն փայլով: Հիվանդի ջերմությունը բարձրանում է 2-3 °C-ով, լինում են նաև ուժեղ ցավեր:

Մակերեսային երակների բորբոքման ժամանակ մաշկի վրա երևում են կարմիր գծեր, որոնք ի տարբերություն լիմֆանոզիտի, ավելի ցայտուն են արտահայտված, ավելի մեծ տեղ են գրավում շոշափելիս ավելի հաստ

են, կոպիտ և ցավոտ: Հաճախ թարախային ֆլեբիտների ժամանակ երակներում և շրջակա հյուսվածքներում գոյանում են թարախակույտեր, որոնք անպայման պետք է բանալ:

Ֆլեբիտների և թրոմբոֆլեբիտների բուժման ժամանակ առաջին հերթին մեծ նշանակություն ունի ծայրանդամների անշարժացումը: Բացի դրանից, կիրառում են նաև ջերմային միջոցներ (ջեռակ և տաքացնող կոմպրես): Կանգային երևույթները կանխելու համար ծայրանդամին տալիս են բարձր դիրք: Օգտագործում են նաև տզրուկներ, որոնք կպցնում են ծայրանդամի մաշկի վրա (հիրուդինոթերապիա)՝ բորբոքված երակների ուղղությամբ:

ՄԱՏՆԱՇՈՒՆՉ

Մատների տարբեր շերտերի թարախային բորբոքումներն ընդգրկվում են մի ընդհանուր հավաքական հասկացության մեջ, որը կոչվում է մատնաշունչ:

Մատնաշունչն առավել հաճախ առաջանում է մատների փոքր վնասվածքների հետևանքով, հատկապես ծակած վերքերի ժամանակ:

Մատնաշունչի հարուցիչները տարբեր թարախածին միկրոօրգանիզմներն են, հատկապես ստաֆիլոկոկը, ստրեպտոկոկը և նրանց միակցումները, ինչպես նաև այլ թարախածին մանրէներ:

Մատնաշունչերը բաժանվում են երկու խմբի՝ մակերեսային և խոր: Առաջին խմբին պատկանում են մաշկային և ենթամաշկային մատնաշունչերը:

Մաշկային մատնաշունչի դեպքում թարախային բորբոքումը չի տարածվում դեպի ենթամաշկային ճարպաշերտը, թարախը կուտակվում է վերնամաշկի տակ, այսինքն գոյանում է բշտիկ, որը պարունակում է թարախ և ծածկված է վերնամաշկով: Մաշկային մատնաշունչերի յուրահատուկ ձևերից մեկը հարեդունգաբորբն է, որի դեպքում թարախային բորբոքումը տեղակայվում է հարեդունգային կամ ենթահեդունգային տարածությունում: Հաճախ դա առաջանում է այն դեպքում, երբ եդունգի շուրջը գտնվող մաշկի դուրս ցցված մասերը պոկում, հեռացնում են կամ եղունգները կտրելիս վնասում են մաշկը:

Ենթամաշկային մատնաշունչը ավելի ծանր է ընթանում, առաջանում են խիստ ցավեր, մատն ուռչում է: Ուռածությունն առավել արտահայտված է թիկնային երեսի վրա, քանի որ մաշկն այդ շրջանում ավելի հարուստ է փուխր շարակցական հյուսվածքով և շատ շարժուն է: Ենթամաշկային մատնաշունչի ժամանակ ծփանք երբեք չի լինում, առավել ևս ափային երեսի վրա: Հաճախ ուռչում է ամբողջ մատը, բայց այնուամենայնիվ պետք է ճիշտ որոշել թարախային օջախի տեղակայումը: Մատով շոշափելը նպատակահարմար չէ. լավ է շոշափել զոնդի ծայրով, ընդ որում ամենացավոտ կետը համապատասխանում է թարախային օջախի տեղակայմանը: Ենթամաշկային մատնաշունչի ժամանակ պետք է կատարել վաղաժամ կտրվածք՝ առաջին կամ երկրորդ օրը: Կտրվածքը ժամանակին չկատարելիս թարախային պրոցեսը շարունակվում է դեպի խոր շերտերը, տարածվում է ջլաբունոցի, վերնոսկրի և ոսկրի վրա, ինչպես նաև դեպի միջֆալանգային հոդերը, առաջացնելով ծանր քարդություններ:

Խոր մատնաշունչները լինում են ջլաբունոցային, ոսկրային և հոդային:

1. Ջլաբունոցային մատնաշունչ կամ թարախայի տենդովագինիտ Այս հիվանդությունը կարող է զարգանալ վնասվածքից, երբ մատը ծակելու հետևանքով կամ մի այլ պատճառով ինֆեկց իան թափանցում է ջլաբունոցի մեջ: Մյուս դեպքերում այն կրում է երկրորդային բնույթ, երբ մաշկային մատնաշունչը, մանավանդ թերի բուժելիս, բարդանում է թարախային տենդովագինիտով: Ջլաբունոցային մատնաշունչի դեպքում մատների ֆունկցիան խիստ խանգարվում է: Ջլամբունոցի մեջ կուտակվող թարախը ճնշում է մեզոտենոնի վրա, որի միջով անցնում են անոթները, և ջլի առանց այդ էլ թույլ սնուցումն ավելի է խանգարվում: Ջիլը մեծ կամ սահմանափակ տարածության վրա մեռուկանում է: Ջլաբունոցի թարախային բորբոքումը հիվանդին պատճառում է սաստիկ ցավեր, որոնք մատի շարժումները խիստ սահմանափակում են: Մատը լինում է կիսաձալած վիճակում, հաստացած և այտուցված:

Թարախային օջախի տեղակայումը, որը համապատասխանում է մատի ամենացավոտ կետին, որոշում են զոնդով շոշափելով: Այդ

շրջանում էլ հենց կատարում են կտրվածք՝ բացելով մաշկը, ենթամաշկը, ինչպես նաև ջլաբունոցը:

2. Ոսկրային մատնաշունչը առաջանում է որպես մյուս մատնաշունչերի և, մանավանդ, թարախային տենդովագինիտի բարդություն, երբ ինֆեկցիան տարածվում է դեպի մատի խորանիստ շերտերը, բորբոքվում է վերնոսկրը, ապա նաև ոսկրը: Ոսկրային մատնաշունչն ընթանում է որպես ոսկրի՝ թարախային բորբոքում (օստեոմիելիտ), որի ժամանակ արյան անոթները խցանվում են, և ոսկրի որոշ մասը մեռուկանում է:
3. Հոդային մատնաշունչը, ինչպես և ոսկրայինը, հանդիսանում է որպես մյուս մատնաշունչների բարդություն: Միայն հազվագյուտ դեպքերում կարող է սկզբից նեթ ինքնուրույն բնույթ կրել: Դարձյալ լինում են ուժեղ ցավեր, ուռածություն, հոդի ֆունկցիան (մատի շարժողությունը) խիստ խանգարվում է: Ընդհանուր երևույթները միշտ կան: Սովորաբար հոդային մատնաշունչի դեպքում Բորբոքվում է նաև ոսկրը: Բուժման համար պետք է ժամանակին բացել հոդը և թարախը հեռացնել:

ՕՍՏԵՈՄԻԵԼԻՏ

Օստեոմիելիտն առաջանում է զանազան պատճառներից: 1/ Երբեմն բորբոքումը հարևան փափուկ հյուսվածքներից՝ ըստ շարունակության, անցնում է ոսկրի վրա: 2/ Վնասվածքների հետևանքով, հատկապես բաց կոտրվածքների ժամանակ: 3/ Արյունային ճանապարհով:

ԱՐՅՈՒՆԱԾԻՆ ՕՍՏԵՈՄԻԵԼԻՏ

Օստեոմիելիտների գերակշռող մասը առաջանում է արյունային ճանապարհով:

Օստեոմիելիտը սովորաբար լինում է մեկ ոսկրում: Արյունածին օստեոմիելիտն առաջանում է այն դեպքում, երբ մարմնի որևէ տեղում կա առաջնային օջախ, որտեղից ինֆեկցիան արյան միջոցով տարածվում և տեղակայվում է որևէ ոսկրում: Մուր արյունածին օստեոմիելիտի հարուցիչը ստաֆիլոկոկն է:

Արյունածին օստեոմիելիտով հիվանդանում են գլխավորապես երեխաները և պատանիները:

Արյունածին օստեոմիելիտի դեպքում նշանակություն ունի ոչ միայն ոսկրի բորբոքումը (մանավանդ մետաֆիզի շրջանում), այլև թարախային բորբոքման հետևանքով առաջացող ոսկրի անոթների խցանումը, որի պատճառով ոսկրի այս կամ այն հատվածը (նայած խցանված անոթին) զրկվում է սնուցումից և մեռուկանում: Կարող են մեռուկանալ ոսկրի տարբեր հատվածները՝ ներսային մասը, կեղևային մասը, ոսկրի ամբողջ հաստությունը: Ոսկրի մահացած կտորն անջատվում, մեկուսանում է մայր հյուսվածքից և բոլոր կողմից շրջապատվում թարախով: Այսպիսով մեռուկացած՝ անջատված կտորը կոչվում է ոսկրային սեկվեստր: Այն խոռոչում, որտեղ տեղավորված են սեկվեստրները, մայր հյուսվածքից սկսում են աճել հատիկավորումներ, որոնք հետագայում վերածվում են շարակցական հյուսվածքի և կրակալվում են: Հիշյալ խոռոչը, որ լցված է թարախով և պարունակում է ոսկրի մեռուկացած կտորներ, կոչվում է սեկվեստրային տուփ: Այսպիսով, մի կողմից սնուցումից զրկված ոսկրը մեռուկանում է, իսկ մյուս կողմից տեղի է ունենում ոսկրի մայր հյուսվածքի վերականգնում:

Բորբոքման հետ միասին թարախի քանակը գնակլով շատանում է, և ի վերջո թարախը մոտենում է ոսկրի կեղևային շերտին և հասնում վերնոսկրին: Թարախի քանակը շատ լինելու դեպքում վերնոսկրն անջատվում է ոսկրից, և շատանում թարախը կուտակվում է բուն վերնոսկրը, որը որևէ տեղում ծակվում է. թարախը հոսում է դեպի փափուկ հյուսվածքներ: Արյունածին, օստեոմիելիտը երբեմն առաջանում է այն հիվանդների օրգանիզմում, որտեղ առկա են թարախային պրոցեսներ (Կարբունկուլ, ֆուրունկուլ և այլն), բայց առաջնային օջախը օստեոմիելիտի բերում է ոչ բոլոր դեպքերում: Արյունածին օստեոմիելիտն սկսվում է հանկարծակի ուժեղ սարսուռով, բավականին կարճ ժամանակամիջոցում 2 - 3 աստիճանով ջերմությունը բարձրանում է:

Նման ծանր դեպքերում (մանավանդ երեխաների մոտ), պետք է ուշադրություն դարձնել նաև հիվանդության տեղային երևույթների վրա: Պետք է քննել նաև մնացած ոսկրերը՝ ինչպես խողովակաձև, այնպես էլ ոչ խողովակաձև, եթե հիվանդը գանգատվում է մարմնի այս կամ այն մասի ցավերից: Միաժամանակ տվյալ մասը լինում է ուռած,

ծայրանդամը: հաստացած, երբեմն մաշկն այտուցված է, մակերեսային երակները լայնացած են, շոշափելիս հիվանդն զգում է ցավեր:

ՓԱՅՏԱՅՈՒՄ

Տետանուսի հարուցիչը (*Clostridium tetani*) անաէրոբ, քիչ շարժուն, բարակ ցուպիկ է: Որոշ պայմաններում նրա վեգետատիվ ձևը վերածվում է սպորային ձևի: Ցուպիկներն ապրում են կենդանիների (դեպքերի 70%-ում), մասամբ նաև մարդկանց (20-25%) աղիքներում, որտեղից նրանք կղանքի հետ միասին դուրս են գալիս արտաքին աշխարհ և տարածվում են հողի մեջ: Այստեղ նրանք վերածվում են սպորային ձևի և այդ վիճակում երկար ժամանակ պահպանվում են: Կուսական հողում տետանուսի ցուպիկ հազվադեպ է լինում: Այն չի հայտնաբերվում հողի խորանիստ (30 սմ-ից խոր) շերտերում:

Տետանուսի ցուպիկները հողից փոշու հետ միասին տարածվում են, նստում մաշկի, հագուստի, զանազան իրերի և առարկաների վրա, որոնց հետ մարդիկ շփվում են: Տետանուսով կարող են հիվանդանալ միայն այն դեպքում, երբ մաշկի կամ լորձաթաղանթի ամբողջականությունը խախտված է նաև հաճախ վարակվում են փոքր՝ ծակած վերքերի և ավելի քիչ՝ մեծ վերքերի դեպքում:

Հիվանդության առաջացման համար, բացի տետանուսի ցուպիկի վիրուլենտությունից, մեծ նշանակություն ունեն նաև օրգանիզմի պայքարի ու պաշտպանողական ընդունակությունները:

Տետանուսի գաղտնի շրջանը տատանվում է 1-ից մինչև 30 օրվա սահմաններում, երբեմն այն կարող է տևել մի քանի ամսից մինչև մի քանի տարի: Վերջին դեպքում հարուցիչը որևէ օտար մարմնի հետ միասին (վիրավորվելուց հետո) տարիներ շարունակ թաքնված (լատենտ) է մնում օրգանիզմում, իսկ վիրահատական միջամտությունից (օրինակ, օտար մարմինը հեռացնելուց) հետո այդ թաքնված ինֆեկցիան կարող է զարգանալ և առաջ բերել հիվանդությունը: Որքան ինկուբացիոն շրջանը կարճատև է, այնքան հիվանդության ընթացքը լինում է ծանր, մահացության տոկոսը՝ բարձր և հակառակը:

Տետանուսի տոքսինը (էկզոտոքսին) ուժեղ թույն է, օժտված է նեյրոտրոպ հատկությամբ: Բաղկացած է երկու տարրերից՝ տետանոտոքսին և տետանոլիզին: Տետանոտոքսինի ազդեցության

հետևանքով մկանները ենթարկվում են տոնիկ և կլոնիկ կծկումների (մկանների երկարատև կծկումները կոչվում են տոնիկ, իսկ ոչ երկարատև, ընդմիջվող կծկումները՝ կլոնիկ): Տետանոլիզի ազդեցության դեպքում արյան կարմիր մարմնիկները քայքայվում են (հեմոլիզ):

Տետանուսը ծանր հիվանդություն է: Նրա զարգացումը կանխելու համար պետք է հատուկ ուշադրություն դարձնել հիվանդության վաղաժամ նշաններին և ժամանակին ձեռնարկել անհրաժեշտ միջոցներ:

Տետանուսի նշաններից են տրիզմը, սարդոնիկ ժպիտը և պարանոցի կարկամությունը:

Ծամիչ մկանների սպազմը (կծկված վիճակ) նկատվում է հիվանդության հենց սկզբից: Սկզբում այն թույլ է արտահայտվում, բայց գնալով ուժեղանում է: Հիվանդը ծամելու ժամանակ շուտ հոգնում է. գնալով ստորին ծնոտի շարժումները սահմանափակվում են, և մի քանի օրից հետո նա այլևս չի կարողանում բերանը բացել (trismus):

Դեմքի մկանների և մանավանդ բերանի շուրջը գտնվող մկանների կծկման հետևանքով անկյունները ձգվում են դեպի դուրս, և ստացվում է տպավորություն, որ հիվանդը կարծես ժպտում է: Այդ ժպիտը (սարդոնիկ կամ չարախիսիդ ծիծաղ), իհարկե, ամենևին չի համապատասխանում ոչ հիվանդի իրական ծանր վիճակին և ոչ էլ նրա տրամադրությանը: Դրա հետ միասին դեմքի վերին հատվածի մկանների կծկման շնորհիվ ճակատը է, որի հետևանքով հիվանդը կարծես «դժգոհ» արտահայտություն է ընդունում: Այսպիսով, դեմքի ստորին մասին նայելիս՝ հիվանդը կարծես «ժպտում է», իսկ ճակատային մասը դժգոհողի՝ տպավորություն է թողնում:

Պարանոցի ետին շրջանի մկանների կծկման հետևանքով գլուխը թեքվում է դեպի ետ և ոչ մի կերպ չի հաջողվում ուղղել (պարանոցի կարկամություն):²

Աստիճանաբար սկսում են կծկվել նաև մարմնի մյուս մասերի՝ վերին ու ստորինի վերջույթները, որովայնի, մեջքի, միջկողային մկանները: Մովորաբար առավել ուժգին կծկվում են մեջքի մկանները, որոնք որովայնի մկաններից ավելի ուժեղ են դրա հետևանքով հիվանդը աղեղի նման պրկվում է և հաճախ այնքան ուժեղ, որ նա գետնին հպված է մնում միայն մարմնի երկու մասերով՝ կրունկներով և ծոծրակով (կամուրջի

նման՝ *Opisthotonus*): Վերջինս արտահայտվում է հիվանդության ծանր (ավելի ուշ) շրջանում:

Տետանուսով հիվանդները շատ զգայուն են զանազան արտաքին գրգիռների նկատմամբ: Աղմուկից, զանգի ձայնից, լույսից, դուռը բացելիս, շրջապատում բարձր խոսելիս և այլ գրգիռներից մկանների կծկումներն անմիջապես վերակավում են: Նույնը լինում է վիրակապության ժամանակ, սրսկելիս և այլ միջամտությունների դեպքում: Ուստի, պետք է խուսափել հաճախակի վիրակապություններից, վերքի մեջ տամպոններ դնելուց, վերքը գործիքներով հետազոտելուց, հաճախակի սրսկումներից, իսկ վիրահատական միջամտությունը պետք է կատարել միայն բացառիկ դեպքերում:

Տետանուսի ժամանակ սովորաբար լինում է բարձր ջերմություն (մինչև 40-41°C), որը պահպանվում է ամբողջ հիվանդության ընթացքում: Տետանուսի բուժումը: Առաջին հերթին պետք է հիվանդի համար ստեղծել լիակատար հանգստություն, վերացնել բոլոր կողմնակի գրգիռները: Այդ նպատակով նրան պառկեցնում են առանձին, կիսախավար սենյակում՝ ամեն տեսակի աղմուկից հեռու:

Միջամտությունները հնարավորին չափ սահմանափակվում են: Հիվանդի սնունդը պետք է լինի հեղուկ կամ կիսահեղուկ վիճակում: Կերակրում են ռետինե զոնդի միջոցով, որը քթից մտցնում են ոսկորի մեջ:

Նյարդային համակարգի գրգռականությունը նվազեցնելու և հիվանդի անդորրն ապահովելու համար սրսկում են *Sol. Magnesiumi sulfurici*, 25%-անոց, 10 մգ, օրական 2-3 անգամ՝ միջմկանային, *Sol. Aminasini*, 2.5%-մգ, ներմկանային, պրոմեդոլի և նովոկաինի հետ:

Բուժման լավագույն միջոցը սպեցիֆիկ հակատետանիկ շիճուկն է, որն ստացվում է իմունացված ձիու արյունից: Շիճուկը սրսկում են մեծ քանակով՝ ամբողջ հիվանդության ընթացքում՝ 400-500 հազար անտիտոքսիկ միավոր: Ավելի ընդունված են միջմկանային և ենթամաշկային սրսկումները: Տետանուսի կանխարգելումն ունի հսկայական նշանակություն: Տարբերում են սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ կանխարգելումներ: Ոչ սպեցիֆիկ կանխարգելման նպատակով պետք է բոլոր պատահական վերքերից առաջին հերթին հեռացնել օտար մարմինները, մանավանդ հողի մասնիկները, կատարել վերքի

առաջնային վիրաբուժական մշակում: Քիչ հողոտված վերքերը առաջնային մշակումից հետո չպետք է կարել: Բոլոր հիվանդներին, ովքեր ունեն պատահական վերք, քերծվածք, այրվածք, ցրտահարություն, վնասվածքից անմիջապես հետո, որպես սպեցիֆիկ կանխարգելման միջոց, պարտադիր սրսկում են (ենթամաշկային) հակատետանիկ շիճուկ՝ մեկ կանխարգելիչ դոզայի չափով (1500 հակատոքսիկ միավոր, որը հավասար է 3000 միջազգային միավորի): Հակատետանիկ շիճուկի շնորհիվ օրգանիզմում ստեղծվում է պասիվ իմունիտետ, որն առավելապես արտահայտվում է սրսկման 5-րդ օրը, իսկ հետո այն աստիճանաբար նվազում և սրսկումից երկու շաբաթ հետո բոլորովին վերանում է:

Նկատի ունենալով այդ հանգամանքը, ինչպես և այն, որ տետանուսի գաղտնի շրջանը հաճախ տևում է 1-30 օր, հիվանդների մի այլ մասում միաժամանակ պետք է սրսկել տետանուսի անատոքսին, որի շնորհիվ օրգանիզմում ստեղծվում է ակտիվ իմունիտետ: Այն տևում է ավելի երկար (մինչև 6 ամիս), առաջին սրսկումից 5-7 օր հետո սրսկում են 2 գ անատոքսին:

ԳԼՈՒԽ VIII **ՄԵՌՈՒԿԱՑՈՒՄ**

Այս տերմինի տակ ընդունված է հասկանալ հյուսվածքների կամ օրգանների մահը կենդանի օրգանիզմի մեջ: Հիմքում ընկած են արյան մատակարարման և հյուսվածքների սնուցման խիստ Խանգարումները, որոնք առաջանում են մի շարք արտաքին և ներքին ազդակներից:

Նեկրոզի առաջացման արտաքին ազդակներին են վերաբերվում՝ սուր տրավման, որն առաջանում է հյուսվածքների (մկաններ, նյարդեր, անոթներ) նշանակալի վնասվածքներից,

- հյուսվածքների երկարատև ճնշումը լարանով կամ գիպայա կապով,
- աղիների օղակումը ճողվածքային դրուներում,
- ջերմային և քիմիական ազդակների ներգործությունը (այրվածքներ, ցրտահարումներ):

Ներքին ազդակներ են հանդիսանում՝

- արյան անոթների խցանումը էմբոլով, տրոմբով, կամ անոթների լուսանցքի նեղացման հետևանքով՝ խցանող էնդարտերիիտի կամ աթերոսկլերոզի դեպքում,
- մանրէների կենսագործունեության արգասիքների թունավոր ազդեցությունը (թունավոր նեկրոզներ գազային գանգրենայի դեպքում),
- հյուսվածքների նյարդավորման խանգարումը՝ ծայրամասային կամ կենտրոնական նյարդային համակարգի հիվանդության կամ վնասվածքի հետևանքով:

Նեկրոզի տեսակները

Գանգրենա, սկսվում է վերջույթների շրջանում արյան մեծ անոթների անցանելիության խանգարման հետևանքով: Տարբերում են գանգրենայի երկու ձև՝ չոր և թաց:

Չոր գանգրենան բնորոշվում է նեկրոզված հյուսվածքների աստիճանական մահացումով և չորացումով (մումիացումով): Գանգրենայի այս տեսակը զարգանում է ասեպտիկ պայմաններում, զարկերակային արյան մատակարարման աստիճանական դադարեցման դեպքում: Առողջ և մահացած հյուսվածքների սահմանում առաջանում է սահմանագատող գիծ, որը կազմված է հատիկավոր հյուսվածքից: Հյուսվածքների մահացած մասը կարող է ինքնուրույն կերպով պոկվել, անջատվել: Թաց գանգրենան նկատվում է զարկերակային անոթի արագ խցանման դեպքում (էմբոլիա), երակային արյան շրջանառության խանգարման և թարախային կամ նեխային ինֆեկցիայի միացման հետևանքով: Կլինիկապես այն բնորոշվում է հյուսվածքների այտուցով, մաշկի վրա առաջանում են կեղտոտ կարմրավուն կամ գորշ բծեր և բշտեր, որոնք լցված են նեխահոտ ունեցող հեղուկով: Հիվանդությունը ընթանում է արտահայտված թունավորման ֆոնի վրա: Ժամանակին չբուժվելու դեպքում հիվանդը մահանում է:

Ինֆարկտ կոչվում է օրգանի մի մասի մահը, որը տեղի է ունենում ծայրային զարկերակային անոթների լուսանցքի փակման հետևանքով (կծկում, տրոմբոզ, էմբոլիա): Ինֆարկտը ավելի հաճախ նկատվում է սրտամկանում, թոքերում, երիկամներում: Ինֆարկտի կլինիկան բնորոշվում է տուժած օրգանի գործունեության խանգարումով:

Պատկերախոսը մաշկի կամ լորձաթաղանթի և ենթակա հյուսվածքների նեկրոզն է, որն առաջանում է ճնշումից: Պատկերախոսերը սովորաբար առաջանում են մեջքի, սրբանոսկրի և պոչուկի, կրունկների շրջանում տարբեր հիվանդություններով ծանր հիվանդների մոտ կամ ողնուղեղի վնասվածքով հիվանդների մոտ: Սկզբում ճնշման վայրում առաջանում է մաշկի

էքսկորացիա, մուսիացում, ապա պոկվում է և միացած ինֆեկցիան քայքայում է ենթակա հյուսվածքները:

Նեկրոզի տարբեր ձևերի բուժման հիմքում ընկած է այն առաջացնող պատճառների վերացումը: Արյան անոթի վնասվածքի դեպքում անոթը կարում են: Տրոմբոզ կամ էմբոլոզ խցանվելիս դրանք հեռացվում են: Նեկրոզի դեպքում անհրաժեշտ է կանխել թաց գանգրենայի զարգացումը: Այդ նպատակով նեկրոզի վայրում բուժումը անցկացվում է բաց եղանակով, հաշվի առնելով հյուսվածքների չորացումը:

Թաց գանգրենայի դեպքում անհրաժեշտ է փորձել այն վերածել չորի: Այս նպատակով դրվում են սպիրտային կապեր, մահացած հյուսվածքներին քսվում է յոդի լուծույթ: Սահմանազատող գծի առաջանալու դեպքում կատարվում է նեկրեկտոմիա (մահացած մասերի հեռացում):

ԽՑԱՆՈՂ ԷՆԴԱՐՏԵՐԻՏ ԵՎ ԱԹԵՐՈՍԿԼԵՐՈԶ

Խցանող էնդարտերիտը հիվանդությունն է, որն ընթանում է զարկերակային անոթների աստիճանական խցանումով: Ավելի հաճախ ախտահարվում են ստորին վերջույթների անոթները: Հաճախ հիվանդանում են երիտասարդ տարիքի տղամարդիկ: Նպաստող գործոններն են՝ ոտքերը չափից ավելի մրսեցնելը, նյարդահոգեկան տրավման, ծխելը, խրոնիկական թունավորումը: Սկզբում նկատվում է փոքր զարկերակային անոթների կծկում, հետագայում առաջանում են նրանց պատերի կազմաբանական փոփոխություններ՝ շարակցական հյուսվածքների աճի ձևով: Խցանող աթերոսկլերոզը զարգանում է տարեց մարդկանց մոտ, ընդհանուր՝ աթերոսկլերոզի հողի վրա և բնորոշվում է ստորին վերջույթների զարկերակային մեծ անոթների կազմաբանական փոփոխություններով, նրանց աթերոսկլերոտիկ

ախտահարման և շարակցական հյուսվածքի աճի հաշվին:

Կլինիկական պատկերը

Խցանոդ էնդարտերիտը և խցանոդ աթերոսկլերոզը ունեն շատ ընդհանուր կողմեր: Սկզբում հիվանդները գանգատվում են ախտահարված վերջույթներում սառնության և մրջյունների սողալու զգացումից, որից հետո միանում են ցավերը ձկնամկանների շրջանում: Սկզբում այդ ցավերը նկատվում են միայն քայլելու ժամանակ, իսկ կանգ անելիս դրանք վերանում են (ընդմիջվող կաղության ախտանիշ): Հիվանդության սկզբնական շրջանում զննելիս նկատվում է մաշկային ծածկույթների գունատություն, մաշկը թեփակավում է, եղունգները դառնում են դեղնավուն, շերտավորված, բեկուն: Վերջույթը շոշափելիս սառն է, պուլսը թույլ լեցունությամբ, շոշափելիս անհե տանում է՝ ոտնաթաթի թիկնային զարկերակի հետին մեծ ոլոքային զարկերակի վրա: Աթերոսկլերոզին բնորոշ է լրացուցիչ ազդրային զարկերակի պուլսացիայի բացակայությունը, որը առաջա ց նում է խոց: Այն խորանալով վերածվում է գանգրենոզ պրոցեսի:

Բուժումը ուղղված է լավացնելու արյան մատակարարումը: Հանձնարարվում է սահմանափակել ծանրաբեռնվածությունը:

Դեղանյութերից նշանակվում է կծկումը վերացնող և անոթալայնիչ միջոցներ՝ դիպրոֆեն 0,025-0,05գ օրը, պախիկարպին 0,12գ 3 անգամ օրը, պադուտին կամ անգիոտրոֆին, վիտամիններ B1, B12 և ասկորբինաթթու: Որոշակի արդյունք տալիս է մոթֆինի ներզարկերակային ներարկումը նովոկաինի՝ հե տ միասին, հարերիկամային՝ Նովոկայինային բլոկադան՝ ըստ Վիշնևսկու, բարոկամերան: Պահպանողական բուժման անարդյունք լինելու դեպքում դիմում են վիրահատական բուժմանը: Անոթի կազմաբանական փոփոխության դեպքում սահմանափակ տեղամասի վրա թրոմբը հեռացվում է ինտիմայի հետ միասին (ինտիմոթրոմբեկտոմիա), դրվում է շրջանցիկ բերանակցում հյուսվածքապատրուսի օգնությամբ կամ մասնահատվում է անոթի այդ տեղամասը, որից հետո անցանելիությունը վերականգնվում է անոթային պատրուսի պատվաստման ճանապարհով:

Խցանոդ էնդարտերիտի ժամանակ կատարվում է կրծքային կամ գոտկային սիմպատիկ հանգույցների հեռացում (սիմպատեկտոմիա)

կամ հեռացվում է ազդրային զարկերակի ադվենտիցիան (դենուդացիա):
Հիվանդներին արգելվում է ծխելը: Գանգրենայի դեպքում կատարվում է
անդամահատում, որի մակարդակը որոշելու համար պետք է
արտերիոգրաֆիա: կատարվի:

ԵՐԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐԻԿՈԶ ԼԱՅՆԱՅՈՒՄ

Երակների վարիկոզ լայնացումը գերազանցապես նկատվում է
ստորին վերջույթների վրա և հիմնականում ախտահարվում է
ենթամաշկային մեծ երակի համակարգը: Առավելապես հիվանդանում
են կանայք 20 տարեկանից բարձր հասակում:

Նախատրամադրող ազդակներն են.

- անոթների նյարդաէնդոկրին կարգավորման խանգարումներ,
- երակների պատի կծկողական և մկանային տարրերի ոչ լիարժեքությունը
- հղիությունը
- երկարատև կանգնած դիրքում աշխատանք (տաք արտադրամասերում, լվացքատներում, հացի փոերում և այլն),
- ժառանգական նախատրամադրվածությունը:

Կլինիկան

Հիվանդներին անհանգստացնում է ախտահարված վերջույթի
հոգնածության և ծանրության զգացումը, սրունքի և ոտնաթաթի այտուցի
առաջացումը կանգնելիս, ինչպես նաև ենթամաշկային երակների
ոլորումներն ու լայնացումները: Հորիզոնական դիրքում, հատկապես
քնած ժամանակ, նկատվում է ջղակծկումներ ձկնամկաններում և
կարճատև սուր ցավեր: Մաշկը բարակում է, թեփակավում, առաջանում
է ուժեղ քոր: Որպես բարդություն առաջանում է էկզեմա և չլավացող
խոցեր:

- **Բուժումը** կոմպլեքսային է: Պահպանողական բուժումը ներառում է՝
առաձգական բինտերով կապումը և առաձգական բուժիչ գուլպաների
օգտագործում: Այն իրականացվում է առավոտյան, մինչև անկողնուց
իջնելը, երբ այտուց չկա:
- երակի պատը ամրացնող դեղանյութերի (տրոքսեվազին, դետալեքս,
վինպոցետին), նշանակում

- ցինկ ժելատինային վիրակապերի օգտագործումը խոցերի դեպքում,
- աշխատանքի և հանգստի ճիշտ կազմակերպում:

Ոչ մեծ վարիկոզի դեպքում երակի մեջ կարելի է ներարկել կարծրացնող նյութ (վարիկոզիդ, տրոմբոլար և այլն): Բուժման այս ձևը տալիս է ռեցիդիվներ:

Արտահայտված պրոցեսի դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժում՝ երակի հեռացում զոնդի օգնությամբ: Վիրահատական բուժումը հնարավոր է միայն խորանիստ երակների անանցանելիության դեպքում:

ԹՐՈՄԲՈԶ ԵՎ ԷՄԲՈԼԻԱ

Արյան մակարդիչ համակարգի խանգարման դեպքում դուրս են գալիս նրա բաղադրիչ մի շարք մասերը (ֆիբրին, էրիթրոցիտներ, լեյկոցիտներ), որոնք, սուսնավելով միմյանց, առաջացնում են զանգված, որը խցանում է անոթի լուսանցքը առաջացնելով արյան շրջանառության խանգարում: Այդ զանգվածը կոչվում է թրոմբ, իսկ անոթի խցանումը՝ թրոմբոզ: Սովորաբար թրոմբոզոցման պրոցեսը տեղի է ունենում դանդաղորեն, որը պայմաններ է ստեղծում կողմնակի ճանապարհով արյան շրջանառության զարգացման համար, լայնացած փոքր անոթների միջոցով, որոնք կոչվում են կոլլատերալներ:

Թրոմբի մի մասը կարող է պոկվել հիմնական զանգվածից և վերածվել էմբոլի, որը կարող է խցանել անոթի լուսանցքը ըստ արյան ընթացքի (էմբոլիա): Էմբոլներ կարող են հանդիսանալ նաև ճարպի կաթիլը, օդի բշտերը, միկրոբային խառնակույտերը, որոնք անոթի լուսանցքի մեջ են թափանցում վնասվածքի կամ ինֆեկցիայի դեպքում: Էմբոլիայի դեպքում արյան շրջանառության խանգարումները սկսվում են հանկարծակի, և կոլլատերալները չեն հասցնում զարգանալ, որը հանգեցնում է համապատասխան մասի հյուսվածքների կամ օրգանի նեկրոզի առաջացմանը: Հատկապես վտանգավոր են գլխուղեղի, սրտի և թոքերի անոթների էմբոլիաները, որոնք կարող են առաջացնել հանկարծակի մահ:

Կլինիկական պատկերը

Կախված է թրոմբի առաջացման արագությունից, կոլլատերալներից: Համակից երակների թրոմբոզի դեպքում զարգանում են կանգային երևույթներ:

Զարկերակի թրոմբոզի դեպքում սկսվում է արյան շրջանառության խանգարման աստիճանական զարգացող պատկեր, հիմնական լրիվ փակվելու դեպքում զարգանում է գանգրենա:

Զարկերակի էմբոլիայի դեպքում առաջանում է հանկարծակի ուժգին ցավ, վերջույթի սառնություն, պուլսի բացակայություն և գանգրենայի առաջացում: Գլխուղեղի, թոքերի, սրտի էմբոլիայի ժամանակ նկատվում է նրանց գործունեության հանկարծակի դադար: Մասնակի էմբոլիայի դեպքում գործունեությունը լրիվ չի դադարում, և ճիշտ բուժման դեպքում հնարավոր է հիվանդին փրկել:

Բուժումը

Պահպանողական միջոցառումները ուղղված են անոթների կծկումը վերացնելուն: 0 ներմուծվում են հակամակարդիչներ: Անոթալայնիչներից են պասպավերինը, նո-շպան և այլն, կատարում են նովոկայինային բլոկադաներ: Հակամակարդիչներից են հեպարինը, պելենտանը, նեոդիկումարինը, ֆիբրինոլիզինը և այլն, որոնք կիրառվում են հսկողության տակ պահելով պրոթրոմբինային ցուցանիշը (նորմայում 70-95%, իջնում է մինչև 30%): Վերջույթին տրվում է բարձր դիրք և բացարձակ հանգիստ: Մեծ զարկերակային ցողունների էմբոլիայի դեպքում կատարվում է էմբոլի շտապ հեռացում (էմբոլեկտոմիա):

ԽՈՑԵՐ

Խոց կոչվում է մաշկի կամ լորձաթաղանթի արատը, որն առաջանում է նրանց նեկրոզի հետևանքով: Երբեմն տարածվում է ենթակա հյուսվածքների վրա, ունի լավացման թույլ հակվածություն: Խոցի բնորոշ առանձնահատկությունը հանդիսանում է նրա խրոնիկական ընթացքը:

Խոցերի առաջացման պատճառները բազմազան են, բայց նրանց հիմքում ընկած են հյուսվածքների սնուցման խանգարումները, որոնք հանգեցնում են դիստրոֆիկ պրոցեսների և նեկրոզի: Խոցերն ավելի հաճախ զարգանում են ստորին վերջույթների երակների վարիկոզ լայնացման, խցանող էնդարտերիտի, աթերոսկլերոզի ֆոնի վրա: Հանդիպում են նաև սիֆիլիսային և տուբերկուլյոզային խոցեր:

Բուժումը

Անհրաժեշտ է պարզել խոցի առաջացման պատճառը, որի բուժումը որպես կանոն հանգեցնում է խոցի լավացմանը: Խոցի եզրերը կտրվում է,

թարմացվում է, բուժվում է որպես թարախային վերք: Մեծ դեֆեկտի դեպքում վերքը ծածկում են հյուսվածքապատվաստով: Հիվանդին վիրակապման պատրաստելիս կատարվում է ոտքի լրգանք 0.5% կալիումի պերմանգանատի լուծույթով: Վիրակապը փոխվում է ոչ հաճախ, 5-7 օրը մեկ:

ԽՈՒՂԱԿՆԵՐ

Խուղակի տակ հասկացվում է միջանցք կամ խողովակ, որն ընթանում է խորանիստ հյուսվածքներից, օրգաններից և խոռոչներից մարմնի արտաքին մակերեսը և կոչվում է արտաքին խուղակ, կամ մի այլ օրգանի մեջ և կոչվում է ներքին խուղակ: Ըստ ծագման խուղակները լինում են բնածին և ձեռքբերովի: Բնածինները զարգանում են սաղմնային շրջանում, ճեղքերի և ծորանների չփակվելու հետևանքով (պարանոցի, պորտի, միզապարկի խուղակներ): Ձեռքբերովի խուղակները առաջանում են թարախաբորբոքային պրոցեսների հետևանքով (ֆլեգմոնա, աբսցես, օստեոմիելիտ): Հատուկ խումբ են կազմում արհեստական խուղակները, որն առաջացնում է վիրաբույժը, որոշակի ցուցումներից ելնելով (օրինակ, ստամոքսի խուղակը՝ կերակրափողի անանցանելիության դեպքում, միզախուղակը՝ միզակապության դեպքում:

Խուղակների ախտորոշումը մեծ դժվարությունն չի ներկայացնում: Մրա համար ցուցված է խուղակի խողովակի զոնդավորումը և այնտեղ կոնտրաստային նյութի (սերգոզին, կարդիոտրաստ) ներմուծումը, որից հետո ռենտգենյան նկարահանումը (ֆիստուլոգրաֆիա):

Բուժումը

Ուղղված է խուղակն առաջացնող պատճառների վերացմանը: Հաճախ նրանց բուժում են վիրահատական եղանակով:

**ՄԵՌՈՒԿՆԵՐՈՎ, ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ,
ԽՈՑԵՐՈՎ, ԽՈՒՂԱԿՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՍՔԻ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

Այս կարգի հիվանդները պատկանում են առավել ծանր խմբի: Հարկավոր է հիվանդներին վերաբերվել հոգատարությամբ և ուշադրությամբ: Հիվանդասենյակը պետք է լավ օդափոխել և պահպանել կատարյալ մաքրություն:

Խցանոդ էնդարտերիիտով և աթերոսկլերոզով հիվանդների խնամքը: Հիմնական պայմանը հանդիսանում է ծխելը թողնելը: Ծխելը հանգեցնում է անոթների կծկմանը: Ոտքերը պետք է գտնվեն կատարյալ մաքրության և տաքության մեջ: Ոտքի աննշան քերծվածքը և հարված տեղերը կարող են հանգեցնել տրոֆիկ խոցերի առաջացմանը: Կոշիկը պետք է լինի հարմար և չճնշի հյուսվածքները:

Բուժման համար կիրառում են անոթալայնիչ պրեպարատներ, ծանր դեպքերում՝ նարկոտիկներ:

Երակների վարիկոզ լայնացումով հիվանդների խնամքը: Ժամանակին և ճիշտ կատարված վերջույթի բնտակապումը՝ առաձգական բինտով և առաձգական գուլպաների հագնելը որոշակի չափով արգելակում են հիվանդության զարգացումը մաշկը պետք է լինի ազատ, անհրաժեշտ է զգուշանալ, որ ոտքը չհարվի: Տվյալ հիվանդությունը երբեմն հանգեցնում է երակային արյունահոսությունների առաջացման: Արյունահոսությունը կարելի է դադարեցնել ճնշող կապով: Տրոֆիկ խոցերի բուժման դեպքում անհրաժեշտ է խստագույնս պահպանել անտիսեպտիկայի և ասեպտիկայի կանոնները:

ԳԼՈՒԽ IX ՈՒ Ռ ՈՒ Ց Ք Ա Բ Ա Ն ՈՒ Թ Յ ՈՒ Ն

Ուռուցքների դեմ տարվող պայքարը մարդկության առաջնահերթ խնդիրներից մեկն է: Չարորակ նորագոյացություններից երկրագնդում ամեն տարի մահանում է երկու միլիոնից ավել մարդ: Մահացության ցուցանիշով չարորակ նորագոյացությունները զիջում են միայն սիրտ-անոթային հիվանդություններին:

Նախաքաղցկեղային վիճակների և չարորակ ուռուցքների վաղ հայտնաբերումը և բուժումը՝ քաղցկեղի կանխարգելման լավագույն միջոցն է:

Գիտությունը, որն ուսումնասիրում է ուռուցքների առաջացման պատճառները, ախտաձագումը, կլինիկական նշանները, զբաղվում է հետազոտման և կանխարգելման, ինչպես նաև բուժման նորագույն եղանակների կիրառմամբ, կոչվում է ուռուցքաբանություն (օնկոլոգիա), իսկ բժիշկը՝ ուռուցքաբան (օնկոլոգ):

Ուռուցք (նորագոյացություն) հյուսվածքների ախտաբանական աճն է, որը առաջանում է աննկատելի պատճառներից և տարբերվում է առողջ հյուսվածքից իր կազմությամբ, զարգացման տեմպերով, աճով, սնման և նյութափոխանակության պրոցեսներով:

Ըստ կազմության ուռուցքները լինում են բարորակ և չարորակ

1. Բարորակ են համարվում այն ուռուցքները, որոնք՝
 - աճում են դանդաղ, տարիների ընթացքում
 - ունեն պատյան (պատիճ)
 - չեն մխրճվում հարևան օրգանների և մաշկի մեջ
 - չեն տարածվում արյան և ավշի միջոցով
 - փոխակայումներ (մետաստազներ) չեն առաջացնում
 - չեն արնահոսում, չեն խոցոտվում և չեն քայքայվում
 - վիրահատությունից հետո չեն կրկնվում (ռեցիդիվ)
 - չեն առաջացնում գերհյուծվածություն (կախեքսիա) և սակավարյունություն (անեմիա):
2. Չարորակ են համարվում այն ուռուցքները, որոնք՝

- աճում են արագ
 - չունեն պատյան և մխրճվում են հարևան հյուսվածքների մեջ
 - տարածվում են արյան և ավշի միջոցով՝ առաջացնելով մետաստազներ
 - առաջացնում են ռեցիդիվներ
 - քայքայվում են, խոցոտվում են, առաջացնում արնահոսություններ և օրգանիզմի դիմադրողականության անկում, ինքնաթունավորում (ինտոքսիկացիա), անեմիա, կախեքսիա:
3. Ուռուցքները դասակարգվում են նաև ըստ հյուսվածքների, որոնցից նրանք առաջացել են՝
- ա. Էպիթելային
- բարորակ՝ (գեղձային), պապիլոմաներ (պտկիկավոր), ադենոմաներ
 - կիստաներ (խոռոչավոր ուռուցք),
 - չարորակ՝ կարցինոմա (քաղցկեղ):
- բ. Շարակցահյուսվածքային
- բարորակ՝ ֆիբրոմա
 - չարորակ՝ սարկոմա
- գ. Անոթային
- բարորակ՝ հեմիանգիոմա (արյունատար անոթներից) և լիմֆանգիոմա ավշային անոթներից)
 - չարորակ՝ հեմիանգիոսարկոմա, լիմֆոսարկոմ
- դ. Ճարպային
- բարորակ՝ լիպոմա,
 - չարորակ՝ լիպոսարկոմա:
- ե. Մկանային
- բարորակ՝ միոմա,
 - չարորակ՝ միոսարկոմա:
- զ. Ոսկրային
- բարորակ՝ օստեոմա,
 - չարորակ՝ օստեոսարկոմա:
- է. Խառը ուռուցքներ, որոնք կազմված են տարբեր հյուսվածքներից:

Ուռուցքների ծագման և զարգացման պատճառները

Ներկայումս ավելի ընդունելի է համարվում ուռուցքների առաջացման վիրուսային տեսողություն:

Ըստ վիրուսային տեսության կողմնակիցների, կենդանի օրգանիզմում կան յուրահատուկ վիրուսներ, որոնք գտնվում են անգործունյա վիճակում (անաբիոզ): Որոշակի էկզոզեն և էնդոզեն ազդակների (կանցերոզենների) ազդեցության տակ կարող են ակտիվանալ և ներգործելով բջջի գենտիկ հյուսվածքի վրա, մասնավորապես դնթ-ի և ՌՆԹ-ի վրա, առաջացնել նոր տիպի՝ ոչ հասուն բջիջների աճ:

Քաղցկեղածին (կանցերոզեն) գործոններ

1. Քիմիական - բոլոր այն քիմիական նյութերը, որոնք կիրառվում են կենցաղում, արդյունաբերության, գյուղատնտեսության մեջ, հատկապես՝ բենզոպիրին, արոմատիկ նյութերը, բենզոլ, ազբեստ, կադմիում, քրոմի ածանցյալները, վինիլ քլորիդը և այլն, որոնք գտնվում են արտամղվող գազերի, ծխի, քիմիական արտադրության մեջ.
2. Ֆիզիկական - արևի ուլտրամանուշակագույն ճառագայթները, իոնիզացիոն, ռադիոացիոն, ռենտգենյան և գամմա ճառագայթները, ատոմի տարրական մասնիկները և այլն.
3. Կենսաբանական- տարբեր պարազիտներ, վիրուսներ, հորմոնային պատրաստուկներ
4. Միջթեմպերատուրային փոփոխությունները - օրինակ դիէթիլստիբեստրոլի անկանոն ներարկումները
5. Ներվային գերլարումները, դիստրեսը, վախը, հոգեկան ապրումները, վիշտը և այլն:

Չարորակ ուռուցքների զարգացման փուլերը

Չարորակ ուռուցքների ախտածագման հիմքում ընկած են չարորակ ուռուցքների բջիջների այն հատկանիշները, որոնք անցնում են սերնդակից բջիջներին, այսինքն բջիջները միտոտիկ եղանակով կիսվելով առաջացնում են դուստր բջիջներ, որոնք բերում են նրանց վայրագ աճի և չափերի մեծացման:

Ուռուցքների առաջնային օջախը արագ աճող բջիջների հոսք է: Այդ բջիջները կոչվում են կլոն բջիջներ, այսինքն դրանք համարվում են մեկ

հիմնական բջջի սերունդներ և զարգանում են քառսային ձևով: Առաջնային ուռուցքի արագ մեծացումից և ներսփռումից ստեղծվում է բարդ իրավիճակ օրգանների միջև:

Ուռուցքային հյուսվածքը ավելի շատ է կլանում սննդարար նյութեր արյան հոսքից, բացի այդ արագ նյութափոխանակության հետևանքով արյան հոսք են թափանցում ուռուցքային հյուսվածքի քայքայման արգասիքները, որոնք բերում են օրգանիզմի դիմադրողականության անկման, ինտոքսիկացիայի և անեմիայի:

ՎԱՂ ՔԱՂՑԿԵՂ (ca in situ)- չարորակ ուռուցք է ի հայտ է գալիս մեկ կամ մի քանի բջիջներում՝ ախտահարելով բջիջների բազալ թաղանթը, բայց չի թափանցում օրգանի կամ հյուսվածքի ծածկույթի (մաշկ, լորձաթաղանթ) մեջ: Չափերը լինում են փոքր՝ մինչև 1-1.5սմ, շրջակա հյուսվածքները և ավշահանգույցները չեն ախտահարվում: Վաղ քաղցկեղը կարող է հայտնաբերվել ժամանակակից ռադիոիզոտոպային, էնդոսկոպիկ, գերձայնային և ռենտգենյան, տարբեր կանխարգելիչ հետազոտությունների (սկրինինգների) ժամանակ:

Ըստ ուռուցքների չափերի և հյուսվածքների մեջ թափանցման տարբերում են չորս փուլեր.

1-ին փուլ Ուռուցքը ոչ մեծ չափերի է, մինչև 2սմ տրամագծով, սահմանազատված հարևան հյուսվածքներից և շատ նման է վաղ քաղցկեղին (ca in situ):

2-րդ փուլ Ուռուցքի չափերը մի փոքր ավելի են 2-5սմ տրամագծից, ախտանիշները գրեթե նույն են, ինչ-որ առաջին փուլի ժամանակ: Հնարավոր է ավշահանգույցների մի փոքր մեծացում:

3-րդ փուլ Ուռուցքի չափերը զգալի մեծ են, զբաղեցնում են օրգանի պատերի ամբողջ հաստությունը, առաջացնում են ներսփռանք հարևան հյուսվածքներում, շրջակա ավշահանգույցներում կան մետաստազներ, ուռուցքը սահմանափակ շարժուն է:

4-րդ փուլ Ուռուցքը անշարժ է, թափանցված՝ խորը հյուսվածքների մեջ, զգալի մեծ չափերով, ենթակա է քայքայման, կան բազմաթիվ հեռավոր (անշարժ) մետաստազներ, հիվանդների մոտ առկա է քաղցկեղային ինտոքսիկացիան և կախեքսիան: Միջազգային քաղցկեղային միությունը մշակել է չարորակ ուռուցքների դասակարգման TNM սիմվոլիկ նշաններով եղանակը

T- առաջնային ուռուցք (TUMOR)

N - ավշահանգույցների ախտահարում (NODULI)

M - մետաստազներ հեռավոր օրգաններում (METASTAZS)

Ուռուցքի ախտորոշման եղանակները

I. Անամնեզ (կյանքի և հիվանդության)

Հիվանդության անամնեզը հավաքելիս պետք է ուշադրություն դարձնել այսպես կոչված փոքր ախտանիշների վրա, քանի որ այս սինդրոմը հետևանք է առնվազն որևէ օրգանի գործունեության խանգարման:

Փոքր ախտանիշների սինդրոմ (պարանեոպլաստիկ նշաններ)

- Կապված ուռուցքի տեղակայման հետ դրսևորվում է հետևյալ ախտանիշներով՝ ընդհանուր թուլություն, շուտ հոգնածություն՝ առանց նկատելի պատճառի,
- ախորժակի անկում, սրտխառնոց, փսխում, փորափքանք (մեթեորիզմ), լուծ կամ փորկապություն, տհաճ զգացումներ կապված սննդամթերքի ընդունման հետ, քաշի անկում,
- մաշկի ջերմաստիճանի բարձրացում՝ ենթատենդային (սուբֆերիլ) կամ ավելի բարձր,
- չոր հագ,
- ծանրության զգացում կրծքավանդակում,
- գունատություն,
- սակավարյունություն, կլման ակտի, միզարձակման, կղարտադրության դժվարացում,
- բերանի խոռոչի բորբոքային հիվանդություններ, չլավացող խոցեր,
- գլխապտույտ,
- արյան ճնշման անկում, անոթազարկի (պուլս) թուլացում,
- արյունախիտում, արյունային փսխում,
- արյան առկայություն՝ մեզում (հեմատուրիա) կամ կղանքում,
- տրամադրության անկում, անտարբեր վերաբերմունք շրջապատի, աշխատանքի հանդեպ:

Տարբեր օրգանների չարորակ ուռուցքների դեպքում այս ախտանիշները կարող են զուգակցվել մեկը մյուսի հետ կամ

հիվանդների կողմից ներկայացվում են տվյալ օրգանին բնորոշ այլ ախտանիշներ:

Հետազոտության օբյեկտիվ եղանակներ (զննում, շոշափում, բախում, լսում),

Կլինիկական անալիզների կատարում (արյան, մեզի, խորխի և այլն), Ուռուցքների գործիքային հետազոտման ժամանակակից եղանակներ

1. ռենտգենաբանական եղանակ (ռադիոբանական)
2. ձևաբանական եղանակ (բջջաբանական, հյուսվածքաբանական,
3. էնդոսկոպիայի եղանակներ՝ ախտորոշիչ և բուժական (էոնոֆագոսկոպիա, դուոդենոսկոպիա, խոլեդոխոսկոպիա, լարինգոսկոպիա, բրոնխոսկոպիա, թորակոսկոպիա, կոլոնոսկոպիա, ցիստոսկոպիա, ռեկտոսկոպիա և այլն)
4. ախտորոշիչ վիրահատություն (լապարոսկոպիա, թորակոտոմիա, բիոպսիա և այլն)
5. Օնկոմարկերների կիրառում (թեսթ-համակարգեր, որոնց միջոցով բավականին վաղ կարելի է որոշել այն սպիտակուցների առկայությունը, որոնք արտադրվում են քաղցկեղային բջիջներում): Տարբեր օրգանների չարորակ ուռուցքների դեպքում օգտագործում են տարբեր մարկերներ, օրինակ շականակագեղձի ուռուցքի ժամանակ՝ շականակագեղձի յուրահատուկ հակաձին (ՇՅ< անգլերեն՝ PSA), լյարդի չարորակ ուռուցքների դեպքում՝ ալֆա-ֆետոպրոտեին (ԱֆՊ) և այլն:

Ուռուցքների կանխարգելումը

Չարորակ ուռուցքների դեմ պայքարի ժամանակակից եղանակը՝ կանխարգելիչ հետազոտություններն են, նպատակաուղղված են նախաուռուցքային հիվանդությունների և չարորակ ուռուցքների վաղ հայտնաբերմանը և բուժմանը: Կանխարգելիչ հետազոտությունները (սկրինինգ) կատարվում են 30-ից բարձր տարիքի կանանց և 35-ից բարձր տարիք ունեցող տղամարդկանց մոտ: Ազգաբնակչության մեջ նախաուռուցքային և ուռուցքային հիվանդությունները ժամանակին հայտնաբերելու նպատակով, զանգվածային կանխարգելիչ դիտարկումների ժամանակ մեծ նշանակություն է ձեռք բերում հետազոտության նորագույն մեթոդների մշակումը:

Եթե նախկինում, աշխատանքային կոլեկտիվներում կիրառվում էր անկետային մեթոդը, երբ աշխատողները պատասխանում են հարցերին և այդ հարցաթերթիկի նպատակադրված հարցերի պատասխաններից էլնելով, ստեղծվում էին ռիսկի խմբեր, որոնք հետազոտվում էին նեղ մասնագետների կողմից, այժմ բացի անկետաներից՝ անհրաժեշտության դեպքում կատարվում են նաև լաբորատոր քննություններ, գործիքային հետազոտություններ, օնկումար- կերների կիրառում, բջջաբանական հետազոտություններ, որոնք ըստ Պապանիկոլաուի եղանակի կարող է լինել:

P1 - բացասական,

P2 - քուկում կան «ատիպիկ» բջիջներ, որոնք իրենց կառուցվածքով չարորակ ուռուցք չեն հիշեցնում,

P3 - նույն պատկերը ինչ-որ նախորդի դեպքում, բայց կա չարորակացման կասկած,

P4 - չարորակացման մեծ կասկած է ներկայացնում, P5 - անժխտելի չարորակ նորագոյացության բջջային տարրեր:

Օնկումարկերների կիրառում

Գործիքային հետազոտություններ (էնդոսկոպիա, ռենտգենոսկոպիա և այլն)

Դաջվածք - հետազոտությունները կատարվում են արտաքին ուռուցքների դեպքում, երբ նրանք խոցոտվում են, քայքայվում են՝ հատկապես մաշկային ուռուցքների ժամանակ (մելանոմա):

Հյուսվածքաբանական հետազոտության համար (բիոպսիա) հյուսվածքի նմուշը կարելի է վերցնել (բացի մելանոմաներից, որոնք կարող են արագ ներսփռանք տալ) վիրաբուժական միջամտությամբ և օպտիկական գործիքներով ներզննումներ կատարելիս/ կոնխտոմով:

Բջջաբանական հետազոտությունը լրացնում է հյուսվածքաբանական քննությանը, և այս երկուսը համարվում են ուռուցքների ախտորոշման հավաստի մեթոդներ:

Չարորակ ուռուցքների բուժումը

Չարորակ ուռուցքների բուժման արդյունավետությունը սերտ կապ ունի ժամանակակից բուժման եղանակների կատարելագործման և նոր եղանակների ու դեղամիջոցների մշակման ինչպես նաև գոյություն ունեցող բուժման միջոցների ճիշտ համակցման հետ:

Չարորակ ուռուցքների բնույթը, տեսակը, շրջակա հյուսվածքների և օրգանների հետ ունեցած փոխհարաբե բնությունները ճշտելուց հետո կազմվում է բուժման ռացիոնալ պլան՝ արմատական, ապաքինող կամ այլ եղանակների կիրառմամբ:

Բուժումը կարող է կազմված լինել մի քանի փուլերից՝ դեղորայքային, ճառագայթային, հորմոնալ, վիրահատական:

Բուժման պլանը անհրաժեշտ է քննարկել վիրաբույժ- ուռուցքաբանի, ռադիոլոգի, քիմիոթերապևտի, գինեկոլոգի հետ, այսինքն ամեն մի հիվանդի համար կազմվում է անհատական, էլնելով նրա հիվանդության ծանրությունից և օրգանիզմի առանձնահատկություններից:

Որքան վաղ է ախտորոշված հիվանդությունը, այնքան բարձր է բուժման արդյունավետությունը: Բուժումը դժվարանում կամ գրեթե անհնարին է դառնում, երբ հիվանդները բժշկին են դիմում բարձրորդի վիճակում:

Հիվանդների մոտ հայտնաբերված բարորակ ուռուցքները ենթակա են հեռացման, հետագա չարորակացումից խուսափելու համար: Ինչ-որ պատճառներով չհեռացվելու դեպքում, նրանք պետք է գտնվեն ուռուցքաբանի դիսպանսեր հսկողության տակ:

Չարորակ ուռուցքների բուժումը

1. վիրահատական եղանակով կատարվում է երկու ձևով՝ արմատական և ամոքիչ: Արմատական (ռադիկալ) վիրահատության ժամանակ լրիվ կամ մասնակիորեն հեռացվում է ախտահարված օրգանը՝ շրջակա ճարպաբջջանքի և ավշային հանգույցների հետ միասին: Կատարվում է միայն ուռուցքի առաջին և երկրորդ, հազվադեպ երրորդ փուլերում: Չարորակ ուռուցքների վիրահատական միջամտություններից առաջ և հետո կիրառում են ճառագայթային, հորմոնալ, և անհրաժեշտության դեպքում՝ քիմիական ու կենսաբանական եղանակներ:

Երբ ռադիկալ բուժումը հնարավոր չէ իրականացնել (մետաստազների պատճառով), կատարում են ամոքիչ (պոլյատիվ) բուժում՝ հիվանդի վիճակը թեթևացնելու նպատակով (արյունահոսությունների դադարեցում, անանցելիության դեպքում շրջանցող բերանանցումների ստեղծում և այլն):

2. ճառագայթային բուժումը հիմնված է ռենտգենյան և ռադիոակտիվ ճառագայթների նկատմամբ ուռուցքային բջիջների զգայունության վրա:

Ճառագայթումը բերում է այդ բջիջների կենսունակության զգալի խանգարումների:

Ճառագայթումը իրականացվում է արտաքինից, ախտահարված օրգանի ներսից կամ հյուսվածքների միջից /ներհյուսվածքային/:

3. Հորմանաբուժությունը կիրառվում է հիմնականում սեռական օրգանների քաղցկեղի դեպքում, օրինակ՝ կրծքագեղձերի քաղցկեղի դեպքում՝ օգտագործում են անդրոգեններ, իսկ շականակագեղձի ուռուցքների դեպքում՝ էստրոգեններ:

4. Քիմոթերապիա. կիրառվում են հատուկ դեղամիջոցներ, որոնք ընտրողաբար են ազդում չարորակ բջիջների վրա, օրինակ՝ թիո Տեֆ, դոֆան, լոֆենալ, կոլիամին և այլն: Մակայն այս դեղամիջոցները ունեն թունավոր ազդեցություն օրգանիզմի վրա:

ՏԱՐԲԵՐ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՉԱՐՈՐԱԿ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

ՍՏԱՄՈՔՄԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Ստամոքսի քաղցկեղը բոլոր չարորակ ուռուցքների մեջ զբաղեցնում է առաջին տեղը: Հաճախ է նկատվում տղամարդկանց մոտ: Երիտասարդների մոտ ստամոքսի քաղցկեղը ավելի արագ է առաջացնում մետաստազներ, քանի որ նրանց մոտ բնորոշ են քաղցկեղի ավելի նվազ տարբերակված ձևերը: Ստամոքսի քաղցկեղի առաջացման դեպքում մեծ դեր են խաղում ստամոքսի լորձաթաղանթի բորբոքային հիվանդությունները՝ գաստրիտ, պոլիպ, խոց և այլն, որոնք կարող են ենթարկվել չարորակացման (մալիգնիզացիայի):

Կլինիկական պատկերը

Քաղցկեղի վաղ դրսևորումները արտահայտվում են փոքր ախտանիշերի սինդրոմով, որոնցից ախորժակի կորուստը, ընդհանուր թուլությունը, ծայրահեղ զրգովածությունը, սննդային դիսկոմֆորտի զգացումը (զզվանք նախասիրած սննդի նկատմամբ՝ հատկապես մսի), նիհարումը, թեթև սրտխառնոցը: Երբեմն զկրտոց, գլխոց, ծանրության զգացում որովայնում, անտրամադիր վիճակ: Ավելի ուշ շրջաններում առաջանում են ցավեր՝ վերորովայնային շրջանում և այդ մասում շոշափվում է ուռուցքը: Եթե ուռուցքը

տեղակայվում է ստամոքսաելքի շրջանում ապա բնորոշ են ստամոքսաելքի նեղացման նշանները (գիտոց նեխած ձվի հոտով, փսխում «սուրճի մրուրի» սեսքով, փսխման զանգվածում նախկինում ընդունած սննդի առկայություն):

Ախտորոշումը

Գործիքային հետազոտություններից կատարվում է՝ ա/ գաստրոսկոպիա (ֆիբրոգաստրոսկոպիա), հնարավորություն է որը տալիս հայտնաբերել ստամոքսի ամենաչնչին փոփոխությունները քաղցկեղի վաղ շրջանում և կասկածելի օջախներից վերցնել հյուսվածքի նմուշ՝ հյուսվածքաբանական և բջջաբանական հետազոտության համար (հայտնաբերվում են ատիպիկ բջիջներ): բ/ ռենտգենոգրաֆիա՝ հակադիր նյութով (բարիումի սուլֆատով), որն ուռուցքների դեպքում տալիս է լցման դեֆեկտ: Կատարվում են նաև բոլոր անհրաժեշտ լաբորատոր անալիզները՝ արյան, մեզի, կղանքի, ստամոքսահյութի և այլն: Վերջնական ախտորոշումը (դիագնոզ) դրվում է անամնեզի, օբյեկտիվ, լաբորատոր, գործիքային և բջիջների ձևաբանական /հետազոտությունների հիման վրա:

Հնարավոր մետաստազները՝

1. լյարդում
2. ենթաստամոքսային գեղձում
3. հաստ աղիքում և ուղիղ աղիքում
4. ձվարաններում
5. թոքերում

Կանխարգելում

սկրինինգ . անհարժեշտ է բուժել նախաքախցկեղային բոլոր հիվանդությունները (խոց, պոլիպ, գաստրիտ և այլն):

բուժան չենթարկվող 2-3 շաբաթ տևող էպիգաստրոլ շրջանի ցավերի դեպքում կատարել գաստրոսկոպիա՝ բիոպսիայով:

Բուժումը

Ստամոքսի քաղցկեղի I-II փուլերում բուժումը միայն վիրահատական է՝ ստամոքսի մասնահատում: III-IV փուլերում՝ ամոքիչ վիրահատություն (ստամոքսաելքի կամ ստամոքսամուտքի անանցանելիության վերացում): Առանց արմատական վիրահատության, հիվանդների

կյանքի միջին տևողությունը 1-1.5 տարի է: Ճառագայթային բուժումը արդյունք չի տալիս:

ԹՈՔԵՐԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Թոքերի քաղցկեղի կտրուկ աճը սերտորեն կապված է էկզոզեն և էնդոզեն գործոնների հետ, այն է՝ քիմիական արդյունաբերության արագ զարգացման ու ընդլայնման, թափոնների անկազմակերպ վնասագերծման, քաղաքային տրանսպորտի արտանետումների, բնակավայրերի կենսոլորտի աղտոտման, քիմիական նյութերի օգտագործման ինչպես արդյունաբերության և գյուղատնտեսության մեջ, այնպես էլ կենցաղում:

Այն հավասարապես աճում է թե՛ տղամարդկանց, և թե՛ կանանց մոտ՝ 8-ը 1-ի հարաբերությամբ, ի վնաս տղամարդկանց:

Ովքե՞ր են ենթակա թոքի քաղցկեղի առաջացման վտանգին.

- Ծխողները, ներշնչած ծուխը վնասում է թոքերի պաշտպանողական մաքրման գործընթացը: Ծխախոտի ծխի քաղցկեղածին գործոնները պահվում են օդատար ուղիներում և վնասում են բրոնխների գործունեությանը: Հետագոտությունները ցույց են տվել, որ թոքի քաղցկեղի 10 դեպքից 9-ը՝ գրանցվել է ծխողների մոտ:
- Կանայք ավելի զգայուն և ընկալունակ են ծխախոտի քաղցկեղածին ազդեցությանը:
- Պասիվ ծխողները, որոնք ենթակա են նույն վտանգին:
- Ասբեստի հետ շփվող անձինք:
- Քիմիական նյութերի (մկնդեղ, վինիլ քլորիդ, նիկելի քրոմատ, ածուխ, պղինձ, մանանեխի գազըլորմեթիլ և այլն) հետ շփվող անձինք:
- Թերարժեք սննդամթերք օգտագործողները:
- Թոքերի քրոնիկական բորբոքային հիվանդության մնացորդային երևույթներով տառապող անձինք:
- Ժառանգական նախատրամադրվածությունը՝ ընտանիքում:

Փոքր ախտանիշներ

- Թույլ հագ, հատկապես չոր, որը կրում է կայուն բնույթ՝ հատկապես ծխողների մոտ, կրծքավանդակի, ուսի կամ, մեջքի ցավեր, խորխի ծավալի մեծացում և գույնի փոփոխություններ,

- ձայնի կայուն խոսքտուն, հանկարծակի սկսվող խզոցներ, հագ, նույնիսկ չծխողների մոտ, որը տևում է երկու շաբաթից ավել: Հազի հետ կապված՝ անքնություն,
- թոքաբորբի և վերին շնչուղիների հիվանդությունների կրկնումները,
- արյունախիտում,
- դժվարաշնչություն,
- սուրֆեբրիլ տենդ,
- ընդհանուր թուլություն, քրտնարտադրություն, ախորժակի անկում,
- ծանրության զգացում՝ կրծքավանդակում,
- քաշի անկում՝ առանց նկատելի պատճառների,
- դեմքի և պարանոցի այտուց,
- գլխացավ, հոդացավեր, ցավեր՝ ոսկրերում, ոսկրերի կոտրվածքներ, որոնք կապված չեն պատահական վնասվածքների հետ,
- մաշկի գունատություն, ցիանոտիկ երանգով:

Ախտորոշում

- Շատ հաճախ թոքերի քաղցկեղը հայտաբերվում է պատահական ֆլյուորոգրաֆիայի հետազոտության ժամանակ (համր ուռուցք),
- ռենտգենաբանական հետազոտություն,
- բրոնխոսկոպիա,
- ֆիբրոբրոնխոսկոպիա,
- համակարգչային տոմոգրաֆիա,
- խորխի և բրոնխների վազման ջրերի բջջաբանական հետազոտություն,
- պունկցիոն բիոպսիա և հյուսվածքաբանական հետազոտություն:

Հնարավոր մետաստազները

- մոտակա ավշային հանգույցները (շնչափողային, պարանոցային, վերանրակային)
- բրոնխներ
- միջնորմ
- լյարդ
- վահանաձև գեղձ

Կանխարգելում և սկրինինգ

- Պայքար ծավալել ծխելու դեմ՝ հնարավոր բոլոր միջոցներով (ազիտացիա՝ կինոֆիլմեր, բացատրական գրքույկներ, տեսաերիզներ և այլն):
- Բնակչության հետ տանել բացատրական աշխատանք, ծխախոտի վնասակար ազդեցության մասին, ինչպես նաև պասիվ ծխողներին՝ հատկապես կանանց և երեխաներին, սպառնացող վտանգի մասին:
- Բնակչության որոշակի խավերի մոտ, կապված աշխատանքի բնույթի հետ (ուսուցիչներ, բժիշկներ, սննդի և մանկական տեղամասում աշխատողներ և այլն) կատարել յուրաքանչյուր տարին մեկ անգամ՝ ֆյուրոգրաֆիկ հետազոտություններ:
- Բուժել բոլոր բորբոքային հիվանդությունները, չթողնել, որ դրանք ձեռք բերեն քրոնիկ բնույթ:
- Վաղ շրջանում հայտնաբերել բարորակ նորագոյացությունները, կատարել արմատական բուժում:
- Համայնքի հետ միասին պայքարել շրջակա միջավայրի կենսոլորտի մաքրության համար:
- Բացատրական աշխատանք տանել համայնքում և տվյալ ընտանիքում սննդի լիարժեք սննդակարգ ունենալու անհրաժեշտության մասին (հարուստ մրգերով և բանջարեղենով):

Թոքերի քաղցկեղի բուժումը

1. Վիրահատական
2. Ճառագայթային
3. Քիմիոթերապիա

ՄԻԶԱՊԱՐԿԻ ԵՎ ԵՐԻԿԱՄՆԵՐԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Միզապարկի չարորակ ուռուցքներ- Միզային օրգաններից ամենից հաճախ ախտահարվում է միզապարկը, որը միզասեռական օրգանների ուռուցքների մեջ զբաղեցնում է առաջին տեղը: Հիվանդանում են 50 տարեկանից բարձր տարիքում: Տղամարդիկ հիվանդանում են կանանց համեմատաբար 4 անգամ ավելի:

Ռիսկի գործոններ

- Անիլինային ներկերի բնագավառի աշխատողներն ավելի շատ են ենթակա հիվանդանալու:
- Բարոբակ և նախաուռուցքային հիվանդություններով տառապող անձիք (միզապարկի լեյկոպլակիա, պապիլոմա, աղեւումա):
- Միզապարկի քրոնիկ բորբոքային հիվանդություններով՝ (ցիստիտ, անիլինային ցիստիտ) տառապող անձիք:

Փոքր ախտանիշներ

- բոլոր այն փոքր ախտանշանները, որոնք բնորոշ են չարորակ ուռուցքներին (ընդհանուր թուլություն, հոգնածություն, սուբֆերիլ տենդ, աշխատունակության անկում, քաշի կորուստ և այլն):
- մակրո և միկրոարյունամիզություն:
- միզարձակման ժամանակ տհաճ զգացումներ:
- միզարձակման խանգարումներ:

Ախտորոշում

- ցիստոսկոպիա (միզապարկի զննում)
- ռենտգենոգրաֆիա
- ռադիոակտիվ իզոտոպային հետազոտություն,
- բիոպսիա և բջջաբանական հետազոտություն,
- մեզի ընդհանուր և բջջաբանական հետազոտություններ:

Բուժումը

1. Քիմիոթերապիա
2. Վիրահատական է, վաղ շրջաններում՝ արմատական:
3. Ճառագայթային բուժումը կիրառվում է բարձիթողի վիճակների ժամանակ, որպես ամոքիչ բուժում:
4. Դեղորայքային բուժումը համակցվում է վիրահատական և ճառագայթային բուժման հետ:

ԵՐԻԿԱՄՆԵՐԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Երիկմաների ուռուցքները զբաղեցնում են միզասեռական օրգանների ուռուցքների մեջ երկրորդ տեղը:

Ռիսկի գործոններ

- Երիկամների բարորակ նորագոյացություններ (հեմիանգիոմա, լիմֆանգիոմա, լիպոմա, ադենոմա, խառը ուռուցքներ):
- Քիմիական արդյունաբերության, գյուղատնտեսության, կենցաղում օգտագործվող քիմիական նյութերը (անիլինային ներկերը, պարարտանյութերը, սննդային ներկերը, կոսմետիկ միջոցները, նիկոտինը և այլն):

Փոքր ախտանիշներ

- Չարորակ ուռուցքներին բնորոշ բոլոր փոքր ախտանիշները, մակրո և միկրոհեմատուրիան:

Տիպիկ կլինիկական նշաններից են՝

- Արյունամիզությունը, ցավը՝ գոտկային շրջանում, ուռուցքի առկայությունը:
Ախտորոշում
- Անամնեզ,
- օբյեկտիվ հետազոտություն,
- մեզի ընդհանուր անալիզ
- ռենտգենոգրաֆիա (շրջահայաց) և հակադիր նյութերով՝ երիկամների գործունեությունը որոշելու համար,
- վերընթաց պիելոգրաֆիա՝ 20% սերգոզինի, կարդիոտրաստի, դիոդենի լուծույթներով,
- ներերակային ուռոգրաֆիա՝ 50մլ 40% սերգոզինի լուծույթով, երիկամների արտազատող գործունեությունը որոշելու համար,
- մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիա:

Բուժումը

- Հիվանդության վաղ շրջանում կատարվում է արմատական վիրահատություն
- Դեղորայքային և ճառագայթային բուժումը ցանկալի արդյունք չի տալիս:

ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՁԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Հիմնականում հանդիպում է 67-70 տարեկանում: Հիվանդների մոտ մահացության տոկոսը բարձր է, քանի որ վաղ շրջանում չի ախտորոշվում՝ ախտանշանների բացակայության պատճառով: Հյուսվածքաբանական ձևերից ավելի հաճախ հանդիպում է գեղձային քաղցկեղը (ադենոկարցինոման): Չարորակացման պրոցեսը սկսվում է շագանակագեղձի արտաքին մակերեսից և աճին զուգընթաց տարածվում է ներքին հատվածները: Աճի արագությունը տարբեր հիվանդների մոտ տարբեր է՝ դանդաղից մինչև չափավոր արագ: Որոշ հիվանդներ կարող են ապրել տարիներ՝ նույնիսկ հեռավոր մետաստազների դեպքում:

Շագանակագեղձի քաղցկեղի առաջացման վտանգի գործոնները .

- Օերունական հասակը,
- Շագանակագեղձի քաղցկեղի անհատական և ընտանեկան տվյալների առկայությունը,
- Հիպոդինամիան, որը բերում է փոքր կոնքի օրգանների անոթներում կանգային երևույթների:

Շագանակագեղձի քաղցկեղի հնարավոր ախտանիշները

- դժվարամիզություն (դիզուրիա),
- գիշերամիզություն (նիկտուրիա),
- մեզի շիթի նվազում, միզելու վերջում մեզի ակամա հոսք,
- հաճախակի միզարձակում (պոլլակիուրիա),
- մեզի մեջ արյան կամ թարախի առկայություն (հեմատուրիա, պիուրիա),
- ցավ՝ սերմնագատման ընթացքում, կոնքի շրջանի, մեջքի ցավ, որը երկար ժամանակ չի անցնում,
- սեռական ցանկության նվազում,

Շագանակագեղձի քաղցկեղի ախտորոշումը

- Շագանակագեղձի յուրահատուկ հակաճնի (ՇՅՀ կամ անգլերեն PSA) թեսթի կատարում, որը թույլ է տալիս արյան մեջ հայտնաբերել հակաճնի բարձր մակարդակ: Նորմայում այն պետք է լինի՝ 4.0մգ/մլ:
- Ուղիղ աղիքի մատնային զննում (ՄՈՒԶ), որի ժամանակ շագանակագեղձը զննվում է ուղիղ աղու միջով:
- Ուլտրաձայնային հետազոտություն՝ ուղիղ աղու միջով:

- Պունկցիոն բիոպսիա և բջջաբանական հետազոտություն:

Շագանակագեղձի կանխարգելիչ հետազոտություններ (սկրինինգ)

- Բացատրական աշխատանք համայնքում և ընտանիքներում՝ տղամարդկանց տեղեկատվություն շագանակագեղձի քաղցկեղի վաղ ախտորոշման և բուժման հնարավոր օգուտների և վնասների մասին:
- Այն տղամարդիկ, որոնք որոշել են հետազոտվել, պետք է դա սկսեն 50 տարեկանից: Իսկ այն ընտանիքներում, որտեղ ախտորոշվել է հիվանդությունը արյունակից հարազատների մոտ (հայր, եղբայր) պետք է սկսեն հետազոտվել 45 տարեկանից:
- 50 տարեկանից հետո, տարին մեկ անգամ, ենթարկվեն արյան հետազոտության՝ (PSA) և կատարեն Մատնային ուղիղ աղիքային զննում (ՄՈՒԶ):

Բուժումը

1. Արմատական վիրահատություն (ադենեկտոմիա)՝ առաջին և երկրորդ փուլերում, ամորֆինների և շրջակա ավշահանգույցների հետ:
2. Հորմոնային պատրաստուկների կիրառում:
3. Հիվանդության ուշ շրջաններում դրվում է վերցայլքային խողակ (ցիստոստոմ), հիվանդի վիճակը թեթևացնելու նպատակով:

ՀԱՍՏ ԵՎ ՈՒՂԻՂ ԱՂԻՆԵՐԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Աղեստամոքսային համակարգի չարորակ նորագոյացությունների մեջ աղիների քաղցկեղը զբաղեցնում է երրորդ տեղը՝ ստամոքսի և կերակրափողի քաղցկեղներից հետո: Քաղցկեղը ավելի հաճախ տեղակայվում է ուղիղ աղում (75-80% դեպքերում), 20%-ը բաժին է ընկնում հաստ աղու մյուս հատվածներին: Բարակ աղիների քաղցկեղը ավելի հազվադեպ է հանդիպում:

Առաջացման վտանգի գործոններն են՝

- Տարիքը. Հիվանդությունը ավելի հաճախ է հանդիպում 50 տարեկանից բարձ տարիք ունեցող անձանց մոտ:

- Մնուցումը. հիվանդության ցուցանիշները ավելի բարձր են բնակչության այն խավերի մոտ, որոնք ավելի շատ են իրենց սննդակարգում օգտագործում հազեցած ճարպաթթուներով, բարձր կալորիականությամբ, քիչ բուսական թելեր պարունակող սնունդ, որը և բերում է փորկապությունների, կղանքի կարծրացման և աղիների լորձաթաղանթի վնասման: Կան համոզիչ ապացույցներ, որ բանջարեղեն, մրգեր, գորշ բրինձ, լոբազգիներ, սև հաց, ընդդեմ և այլ «չմշակված սննդամթերք» օգտագործողների մոտ հիվանդացման հավանականությունը ավելի փոքր է, քանի որ չմշակված սնունդը արագ տեղաշարժվելով աղիներով՝ նվազեցնում է աղիների հետ՝ քաղցկեղածին նյութերի շփումը:
- Նախառուցքային հիվանդությունները՝ պոլիպներ, պոլիպոզներ, խոցային կոլիտներ, քրոնիկական ջղաձգային (սպաստիկ) կոլիտներ, թույթ, վերջնաղու խուղակներ, աղիքային վարակիչ հիվանդություններից մնացած երևույթներ և այլն:
- Ժառանգական գործոնի առկայությունը. այն անձանց մոտ, ովքեր ունեն առաջին աստիճանի մերձավորների (ծնողներ, քույրեր, եղբայրներ, երեխաներ) մոտ տվյալ հիվանդությունը՝ քաղցկեղով հիվանդանալու հավանականությունը մեծանում է:
- Ծխելը, ալկոհոլի չարաշահումը, ճարպակալումը, նստակյաց կյանքը՝ նույնպես նպաստում են այս հիվանդության զարգացմանը:

Փոքր նշաններ

- Ուռուցքներին բնորոշ ախտանիշների առկայություն (ընդհանուր թուլություն, սուբֆերրիլ տենդ, անտրամադիր վիճակ, հոգնածություն, քաշի կորուստ և այլն):
- Տհաճ զգացողություններ՝ կապված աղիների գործունեության խանգարման հետ՝ որովայնի փքվածություն և ցավեր կապված գազերի կուտակման հետ, նիթեր, լարվածության զգացում կամ կծկումներ:
- Փորլուծություն կամ փորկապություն:
- Կղանքի մեջ ախտաբանական արտադրուկի առկայություն (արյուն, լորձ, թարախ):
- Ցավ, որը կարող է լինել մնայուն, ընդմիջվող, նուպայաձև, նքոցով, մղկտացող և այլն:

- Աղիների մասնակի անանցանելիության երևույթներ (կղանքի և գազերի բացակայություն, ցավեր, սրտխառնոց, փսխումներ՝ երբեմն կղանքային հոտով):
- Ուռուցքի առկայությունը, որը հայտնաբերվում է բժշկի կամ հիվանդի կողմից:

Ուռուցքների աճը լինում է՝

- Էկզոֆիտ, երբ ուռուցքը աճում է աղու պատով դեպի դուրս և հասնում է մեծ չափերի:
- Էնդոֆիտ, երբ աճում է դեպի աղու լուսանցքը և նեղացնում այն առաջացնում է աղու անցանելիության պատկեր:

Ախտորոշումը

Հաստ և ուղիղ աղիների քաղցկեղի ախտորոշման համար կիրառվում են .

- Մատնային ուղիղ աղիքային զննում (ՄՈՒԶ):
- Կղանքի մեջ թաքնված արյան հայտնաբերման թեսթը, որի համար 50 տարեկանից բարձր տարիք ունեցող անձանց խորհուրդ է տրվում կատարել սկրինինգ
- 5 տարին մեկ անգամ կատարել ռեկտոսիգմոիդոսկոպիա:
- 5 տարին մեկ անգամ կատարել կրկնակի կոնտրաստային բարիումային հոգնա
- 10 տարին մեկ անգամ կատարել կոլոնոսկոպիա:
- Իրիգոսկոպիա, իրիգոգրաֆիա:
- արյան ընդհանուր անալիզ (սակավարյունության կանխարգելման համար):
- ֆիբրոկոլոնոսկոպիա և բիոպսիա՝ բջջաբանական և հյուսվածքաբանական հետազոտության համար:

Բուժումը

Վիրահատական է, որը կարող է լինել արմատական և ամոքիչ, երբ կան մետաստազներ: Ճառագայթային բուժումը քիչ արդյունավետ է . Հակաուռուցքային-դեղամիջոցների կիրառումը կատարվում է բարձիթողի քաղցկեղների դեպքում:

ԿՐԾՔԱԳԵՂՁԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Վերջին տասնամյակում, ինչպես արտասահմանում, այնպես էլ Հայաստանում մեծ ուշադրություն է հատկացվում կրծքագեղձի վաղ ախտորոշման, կանխարգելման և բուժման հարցերին: Կրծքագեղձի քաղցկեղի համաճարակաբանության ուսումնասիրության հարցերով զբաղվում են նաև համաշխարհային առողջապահական կազմակերպությունը (ՀԱԿ), միջազգային քաղցկեղային կազմակերպությունը:

Կրծքագեղձի քաղցկեղով հիվանդացությունը հաշվում են էլնելով 100000 կնոջ հետազոտություններից: Ըստ Մ.Խ. Հայրապետյանի, Հայաստանում 100000 կանանցից հիվանդանում են 125-ը, ՌԴ-ում՝ 160-ը: Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ մահմեդական ազգերի մոտ հիվանդացությունը ավելի քիչ է, քան եվրոպական ազգերի: Դա բացատրվում է նրանով, որ նրանց մոտ բարձր է ծնելիության տոկոսը, կրծքով կերակրող կանանց քանակը, իսկ հակաբեղմնավորիչ միջոցների օգտագործումը և հղիության արհեստական ընդհատումները (աբորտ)՝ հազվադեպ են:

Հայաստանում վերջին տասնամյակում մեծ ուշադրություն է դարձվում կանանց ամենամյա հետազոտություններին (սկրինինգներին): Ըստ վիճակագրական տվյալների՝ Հայաստանում ամեն տարի վերարտադրողական տարիքի 820-850 կնոջ մոտ հայտնաբերվում է կրծքագեղձի քաղցկեղ:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի ռիսկի գործոնները

1. Ժառագականությունը: Ընտանիքում (մայր, քույր) ԿՔ ունեցող կանանց հիվանդացության հավանականությունը 3-5 անգամ բարձր է:
2. Հիպերէստրոգենեմիա և հիպերէստրոգենեմիայով ուղեկցվող վիճակներից
 - Վաղ սեռական հասունացումը և առաջին դաշտանի վաղ ի հայտ գալը /մենարխիա/
 - Անօվյուլոցիոն դաշտանային ցիկլ
 - Անամնեզում հղիության արհեստական ընդհատման /աբորտ/ բազմաթիվ դեպքերը

- Երեխային կրծքով չկերակրելը
- Երեխային կրծքով երկար կերակրելը՝ մինչև 2 տարեկան հասակը
- Ուշ դաշտասնադադարը՝ /մենոպաուզան/, 55 տարեկանից հետո
- Էկզոզեն էստրոզենների ընդունումը /հակաբեղմնավորիչ միջոցներ/
- Ձվարանների ֆեմինիզացնող ուռուցքները, մաստոպաթիաները
- Առաջնային անպտղությունը
- Ուշ առաջնային ծննդաբերությունը/ 26տարեկանից հետո/
- Կրծքագեղձի վնասվածքները
- 10 տարուց ավել սեռական կյանքով ապրելը
- Սեռական ցանկության/ լիբիդո/ նվազումը
- Դաշտանի ուշ սկսվելը / 17 և ավելի բարձր տարիք/

3. Նյութափոխանակության և էնդոկրին խանգարումներ

- Ճարպակալում
- Շաքարային դիաբետ
- Հիպոթիրեոզ
- Հիպերպրոլակտինեմիա
- Կրծքագեղձի ֆիբրոադենոմա, ցիստադենոպապիլոմա
- Ձվարանի կամ այլ սեռական օրգանների քաղցկեղը

4. Ներքո-հորմոնալ ստրեսներ

Ամուսինների միջև եղած սեռական կյանքի անհամաձայնությունը Ռիսկի խմբի մեջ են մտնում այն կանայք, որոնց մոտ առկա են 3 և ավելի գործոններ:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի միջազգային դասակարգումը

T- առաջնային ուռուցք, N-շրջակա ավշային հանգույցներ, M-մետաստազներ

Ia-փուլ / ca in situ/ երբ ուռուցքը կրծքագեղձում չի շոշափվում, միայն առկա են փոքր ախտանիշները, որոնցից են՝

- ախորժակի բացակայություն
- անտրամադիր վիճակ
- սեռական ցանկության նվազում
- աշխատունակության անկում
- սուբֆեբրիլիտետ
- քաշի կորուստ

- ավշային հանգույցների մեծացում
- պտուկից արյունային արտադրություն
- օջախային մաստոպաաթիաների կարծրացում
- ցիտոէպիթելային, ներծորանային ցիտոադենոմաներ
- օջախային գոյացությունը ծածկող մաշկի աննշան փոփոխություններ՝ ընդհուպ մինչև լիմոնի կեղևի տեսք ընդունել:

I փուլ- համապատասխանում են T1 ուռուցքի չափերը՝ 0-2 սմ, առանց շրջակա մաշկի և ավշային գեղձերի ախտահարման: N0

II փուլ – համապատասխանում են T 2ա չափերը՝ 2-5սմ, մաշկը տվյալ մասում կնճռոտ է շրջակա ավշահանգույցներում ներսփռանք չկա: N0

II բ փուլ- համապատասխանում են T 2բ ուռուցքի չափերը՝ 2- 5սմ, հնարավոր է, սերտաճում կրծքամկանին, պտուկի ներքաշում, թևատակիավշահանգույցների շարժուն ներսփռանք :N1

IIIա փուլ - համապատասխանում են T 3ա ուռուցքի չափերը՝ 5սմ-ից ավելի է մաշկի մեջ, որը կիտրոնի կեղևի տեսք ունի, կարող է խոցոտվել: N2,M

IIIբ փուլ - համապատասխանում են T3բ ուռուցքի չափերը՝ 5սմ-ից ավել, բայց կա ներսփռանք շրջակա հյուսվածքներում և ստորանրակային, կարկրծոսկրային, անոթային ավշագեղձերում: N3, M0

IVփուլ - համապատասխանում է T4 ուռուցքը, որը զբաղեցնում է կրծքագեղձի մեծ մասը, մաշկը, պտուկը ախտահարված են և խոցոտված, ուռուցքը կարող է լինել անշարժ, չեն բացառվում հեռակա փոխակայումներ՝ թոքեր, ոսկրեր: N4, M1

Կրծքագեղձի քաղցկեղի հետազոտումը

Ամենափոքր գանգատների դեպքում անգամ բուժքույրը պետք է տեղյակ պահի բժշկին, որը նախնական գնումից հետո, հարկ եղած դեպքում կողեգրի ինամյային ուռուցքաբան-մամոլոգի մոտ՝ լրացուցիչ հետազոտության (սոնոգրաֆիա, մամոգրաֆիա, պունկցիոն բիոպսիա):

Բուժքույրը նույնպես պետք է իմանա կրծքագեղձի գնման եղանակները, ուշադրություն դարձնի համաչափությանը, մաշկի և պտուկի վիճակին, եզրագծերին, հարպտուկային արեոլային /կարող է լինել էրոզիվ մակերես, որը բնորոշ է Պեջետի քաղցկեղին/, կարողանա ճիշտ շոշափել կրծքագեղձերը՝ սկզբում կանգնած, ապա պառկած

դիրքում: Քաղցկեղի դեպքում՝ ախտահարված մասում մաշկը երկու մատով իրար մոտեցնելիս, ծալքերը լինում են անհամաչափ, ներքաշված:

Բուժքույրը պետք է բացատրի կանանց և աղջիկներին ինքնազննման անհրաժեշտությունը, որը պետք է կատարել ամիսը մեկ անգամ դաշտանից հետո, մեկ շաբաթվա ընթացքում՝ նրբորեն, դաշտանադադարի դեպքում՝ յուրաքանչյուր ամսվա նույն օրը:

ԻՆՔՆԱՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՁԵՎԵՐԸ

1. Դիտել սպիտակեղենը, չկան արդյո՞ք բծեր, հետքեր
2. Դիտել պտուկները, փոխվել է նրանց ձևը, գույնը, թե ոչ կա՞ն խոցոտումներ:
3. Դիտել մաշկը, կա գույնի փոփոխություն, խոցեր, այտուց
4. Դիտում հայելու առաջ, ձեռքերը իջեցրած, ապա վեր բարձրացրած / չկա՞ սափմետրիա, միևնույն մակարդակի վրա է՞ն տեղաշարժվում, ձեռքերը բարձրացնելիս /:
5. Շոշափում պտոկած մեջքի վրա՝ աջ կրծքագեղձը շոշափելիս պետք է աջ թիակի տակ դնել բարձ, աջ ձեռքի ափը՝ գլխի տակ: Շրջանաձև շարժումներով, ձախ ձեռքի մատներով, թույլ ճնշում գործադրելով շոշափում են կրծքագեղձերը և անութափոսը
6. Համանման շարժումներով շոշափում են ձախ կրծքագեղձը:
Կրծքագեղձի ուռուցքների կանխարգելման համար կատարվում են կանխարգելիչ միջոցառումներ (սկրինինգ):
 1. Ամեն ամիս կրծքագեղձերի ինքնազննում՝ 20 տարեկան և 20 տարեկանից բարձր տարիքի համար:
 2. Բժշկի դիմած բոլոր կանանց կրծքագեղձերի պարտադիր զննում և շոշափում:
 3. 20-39 տարեկան կանանց համար կրծքագեղձի բժշկական հետազոտություն՝ 1-3 տարին մեկ անգամ, իսկ 40 տարեկանից հետո՝ ամեն տարի, ցանկալի է մամոգրաֆիայի ժամկետին մոտ:
 4. Ռիսկի խմբի գնահատում և ուղեգրում՝ ուռուցքաբան-մամոլոգի հետազոտության:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի կանխարգելումը

1. Ինքնազննում
2. Կրծքագեղձերի քրոնիկ հիվանդությունների, բարորակ ուռուցքների, մաստպաթիաների ճամանակին հայտնաբերում և բուժում:
3. Կնոջ հիգիենայի կազմակերպում՝ հղիության, շրջանների ճիշտ վարում:
4. Երեխային կրծքով կերակրելու անհրաժեշտության գիտակցում՝ ծննդաբերած կնոջ կողմից:
5. Կանանց սեռական օրգանների քրոնիկ հիվանդությունների՝ (ձվարանի կիստա, ֆիբրոմա, պոլիպներ, էրոզիաներ և այլն), սեռավարակների հետևողական բուժում (գոնորեա, խլամիդոզ, ուրեալազմա, վիրուսներ՝ պապիլոմա, հերպես և այլն):
6. Ներվային համակարգի և ներքին սեկրեցիայի գործունեության կարգավորում, էպիֆիզի գործունեության ռիթմի խանգարումների վերացում (ըստ Վ.Ն. Անիսիմովի հետազոտությունների, էպիֆիզի հորմոն՝ մելատոնինի սեկրեցիայի ճնշման դեպքում, զարգանում է կրծքագեղձի քաղցկեղ):
7. Վահանաձև գեղձի ֆունկցիայի կարգավորում: Ամենավորք փոփոխությունների հայտնաբերման դեպքում պետք է տեղյակ պահել ընտանեկան բժշկին:

Վերջին տարիներին կրծքագեղձի քաղցկեղի վաղ ախտորոշման համար կատարվում է նաև թեստավորում օնկոմարկերներով: Առողջ ոչ հղի կանանց 90 տոկոսի մոտ MCA-ն չի բարձրանում 11մ/մլ-ից, իսկ CA-ն 15-3-ը՝ 28մ/մլ-ից: Այս մարկերների քանակով կարելի է հսկել նաև հիվանդության բուժումը, հատկապես երրորդ շրջանում:

Կրծքագեղձի քաղցկեղի բուժումը

Կրծքագեղձի քաղցկեղը բուժվում է համալիր եղանակներով՝ վիրաբուժական, ճառագայթային, քիմոթերապիա, հորմոնոթերապիա, սակայն հիմնականը՝ վիրահատական եղանակն է: Հաճախ այս եղանակները համակցվում են միմյանց հետ, կամ մեկը մյուսով:

Վիրաբուժական եղանակը կատարվում է երկու ձևով՝ արմատական (ռադիկալ) և ամոքիչ (պոլյատիվ):

Արմատական վիրահատությունը (մաստէկտոմիա՝ ստինքի հեռացումը ամբողջական բրկի նման, մեծ ու փոքր կրծքամկանների, անոթային խրճի, ենթաթիակային և անութափոսային շրջանների ճարպաբջջանքի հետ միասին) կատարվում է առանց փոխակայումների, ոչ մեծ ուռուցքների դեպքում՝ I - II հազվադեպ՝ IIIա փուլում: Մենավոր փոխակայումների դեպքում, լրացուցի անցկացվում է նախա և հետվիրահատական ճառագայթային բուժում: Ավելի ուշ շրջաններում կատարվում է նախավիրահատական ճառագայթային բուժում, արմատական մաստէկտոմիա, օվարիոէկտոմիա (ձվարանների հեռացում), որից հետո կատարվում է հորմոնալ բուժում (դաշտանի առկայության դեպքում՝ տղամարդու սեռական հորմոններ, իսկ 10 տարուց ավելի դաշտանադադարի դեպքում՝ կանացի սեռական հորմոններ), ինչպես նաև ԹիոՏէՖ, 5-ֆտորուրացիլ, ցիլվինբլաստին և այլն:

Ամոքիչ վիրահատությունը կատարվում է հիվանդի վիճակը որոշ չափով թեթևացնելու նպատակով՝ III - IV փուլերում, երբ հեռացվում են մեռուկացված, խոցոտված, քայքայված հյուսվածքները՝ առողջ հյուսվածքների սահմաններում, կիրառում են նաև ախտանշանային բուժում (ցավազրկողներ, ջերմիջեցնողներ, և այլն):

Հիվանդի խնամքը մաստէկտոմիայից հետո

Սովորաբար մաստէկտոմիայից հետո անութափոսում թողնվում է դրենաժ, արյան և ավշի արտահոսքի համար: Հիվանդին տեղավորում են գլխի կողմը բարձրացված անկողնու մեջ/ֆաուլերի դիրք/նախապես մեջքի տակ, ներքնակի վրա փռվում է մոմլաթ քանի որ վիրակապը շուտ է թրջվում: Ստինքի կորուստը կնոջ համար հոգեկան մեծ տրավմա է այդ նկատառումով առաջին վիրակապման ժամանակ պետք է այդ վերքը ծածկել, վիրակապը այնպես դնել, որ ստեղծվի ստինքի ընդհանուր տեսք: Սկսած երկրորդ օրից հիվանդին պետք է ձեռքի հողերի վարժություններ կատարել՝ կանխելու համար կոնտրակտուրաները: Բուժքույրը պետք է հետևի դրենաժներին, վիրակապերին՝ արյուն ու թարախ նկատելու դեպքում, տեղյակ պահի բժշկին:

Բուժքույրը պետք է իմանա խնամյալի առաջնային պրոբլեմները և կարողանա կազմակերպել այդ պրոբլեմների լուծումը, թույլ չտա

պոտենցիալ պրոբլեմներ (թոքաբորբ, պատկելախոցեր, կոնտրակտուրաներ) վերածուժումը իրականի:

ԱՐԳԱՆԴԻ ՎՁԻԿԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Արգանդի վզիկի քաղցկեղը կազմում է կանանց մոտ հանդիպող մյուս չարորակ ուռուցքների 20-25 տոկոսը, իսկ կանանց սեռական օրգանների չարորակ ուռուցքների մեջ զբաղեցնում է առաջին տեղը: Հիվանդների միջին տարիքը՝ 35-40 է, 30-ից ցածր տարիքում հազվադեպ է հանդիպում:

Արգանդի վզիկի քաղցկեղով հիվանդացման ռիսկի գործոններից են՝

- Վաղ սեռական կյանքը (մինչև 15 տարեկան)
 - Զուգընկերների հաճախակի փոփոխությունը
 - Վաղ հղիությունը և ծննդաբերությունը (մինչև 18 տարեկան)
 - Ուշ հղիությունը և ծննդաբերությունը (30 տարեկանից ուշ)
 - Բազմաթիվ ծննդաբերությունները և վիժումները, աբորտները (վզիկի վնասվածքներ և սպիական փոփոխություններ)
 - Ծխելը
 - Սոցիալ-տնտեսական վատ պայմանները
 - Նախաուռուցքային հիվանդությունները (երոզիա, պոլիպ, լեյնոպլակիա, կոնդիլոմա, պապիլոմա, ցերվիկալ ինտրաէպիթելյալ կամ դիսպլազիա):
 - Երկարատև քրոնիկական բորբոքումները
- Արգանդի քաղցկեղը երբեք չի առաջանում առողջ էպիթելից: Քաղցկեղին անպայման նախորդում է CIN-ը, որը հաճախ զուգակցվում է սեռավարակների հետ, օրինակ Մարդու պապիլոմավիրուսի՝ (ՄՊՎ): ՄՊՎ-ն համարվում է քաղցկեղածին և ընկճում է այն սպիտակուցի սինթեզը, որը կարգավորում է բջջի տրոհումը: Կառավարումից զրկված բջջը սկսում է անկանոն կիսվել և կազմափոխված բազմանալ:

Նախաքաղցկեղից մինչև քաղցկեղի առաջացումը տևում է 5-8 տարի:

Կլինիկական պատկերը

Վաղ շրջանում արտահայտված ախտանիշներ չկան:

Փոքր ախտանիշներից են

- արյունահոսությունը՝ սեռական հարաբերությունից հետո
 - արյունահոսությունը՝ ծանրություն բարձրացնելուց հետո
- Արյունահոսությունը առաջանում է այն պատճառով, որ արգանդի վզիկի շրջանում անոթները դառնում են փուխր և լարումների ժամանակ պայթում են:

Արգանդի վզիկի քաղցկեղը ներսփռանք է տալիս երեք ուղղություններով՝ դեպի հեշտոց, արգանդի մարմին և շրջակա բջջանք: Ուշացած դեպքերում ներսփռանքը անցնում է ուղիղ աղի, միզապարկ, կոնքի բջջանք և ավշային հանգույցներ:

Արգանդի վզիկի քաղցկեղը հիմնականում տեղային քայքայող պրոցես է: Հեռավոր օրգաններ ներսփռվում է ավելի ուշ, երբ առկա են ինքնաթունավորման և հյուծման երևույթները:

Կանխարգելումը

Կանխարգելիչ հետազոտություններ/սկրինինգ/ անհրաժեշտ է կատարել, երբ առկա է՝

- ոչ ռեգուլյար արյունահոսություն
 - արգանդի վզիկի մակրոսկոպիկ խոցեր էրոզիաներ
 - արյունահոսություն հեշտոցից՝ սեռական հարաբերությունից հետո
 - արյունահոսություն հեշտոցից՝ ծանրություն բարձրացնելիս
 - արյունահոսություն հեշտոցից՝ փորկապություններից հետո
- Անհրաժեշտ է 5 տարին մեկ անգամ 20-50 տարեկան կանանց արգանդի վզիկից, Էյրի պլաստիկե շպատելով վերցնել քսուկ՝ ցիտոլոգիական սկրինինգի համար՝ Փափ թեսթ (Pap smear):

Ախտորոշում

- Ընդլայնված կոլպոսկոպիա
- Նշանակետային բիոպսիա և բջջաբանական քննություն
- Մարդու պապիլոմավիրուսի հայտնաբերում

Բուժումը

Անհրաժեշտ է բուժել նախաքաղցկեղային հիվանդությունները՝ էրոզիաների դեպքում կատարում են արմատական հեռացում, որքան հնարավոր է լայն սահմաններում, կամ սառեցում՝ հեղուկ ազոտի միջոցով:

Արգանդի վզիկի քաղցկեղի վաղ շրջանում ցուցված է ճարպաշարակցական բջջանքի հեռացում, 40 տարեկանից բարձր տարիք ունեցող, ծննդաբերած կանանց մոտ:

I-ին և II-ն բ փուլերում կատարում են համակցված բուժում ճառագայթային, պա վիրահատական, առաջնությունվ տալով ճառագայթային, պահպանողական բուժմանը, հաշվի առնելով հիվանդի հոգեբանական վիճակը, տարիքը:

Բուժված բոլոր հիվանդները պետք է գտնվեն դիսպանսեր հսկողության տակ:

ԱՐԳԱՆԴԻ ՄԱՐՄՆԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Արգանդի մարմնի քաղցկեղը վզիկի քաղցկեղից հետո գրավում է երկրորդ տեղը:

1000000 – կանանցից հիվանդանում են 18-19-ը: Նկատվում է վերջին տարիներին հիվանդացության աճ: Հատկապես բարձր տոկոս է գրանցվում 40 տարեկանից բարձր տարիք ունեցող կանանց մոտ: Արգանդի մարմնի չարորակ նորագոյացություններից առավել հաճախ հանդիպում է էնդոմետրիոմի քաղցկեղը (ԷՔ), որը կազմում է կանաց քաղցկեղային հիվանդությունների 9 տոկոսը:

Ռիսկի գործոնները

- Քրոնիկ անօվույացիոն կամ ձվարանների պոլիկիստոզ
- Նյութափոխանակության խանգարումներ`
ա/ ճարպակալում` այն կանանց մոտ ում մարմնի քաշը 25 կգ-ով ավել է նորմայից, հիվանդացության ռիսկը 9 անգամ ավելանում է:

բ/ շաքարախտ

- Ձվարանի գրանուլյոզաբջջային ուռուցքներ, որոնք առաջացնում են հիպերէստրոգենեմիա
- Էկզոգեն էստրոգեններ, որոնք նշանակվում են առանց պրոգեստերոնի:
- Մրտային արատներ և հիպերտոնիա
- Ներվային դիստրեսների երկարատև առկայություն սեռական զույգի մոտ
- Ժառանգական գործոն` կանայք, որոնց ընտանիքում եղել են էնդոմետրիոմի քաղցկեղով հիվանդներ (մայրը, քույրը)

Այս բոլոր պատճառները կարող են բերել հիպերէստրոգենեմիայի, որի հետևանքով՝ էնդոմետրիումի անընդհատ հիպերպլազիայի, որն էլ ժամանակին չհայտնաբերելու և բուժելու պատճառով կարող են ենթարկվել մալիգնիզացիայի:

Փոքր նշաններից պետք է ուշադրություն դարձնել՝

- ախտաբանական արտադրություն հեշտոցից/մսաջրի գույնի/
- ոչ կանոնավոր դաշտան
- դաշտանադադարից հետո՝ անկանոն արյունահոսություն:

Ախտորոշում

Արգանդի քաղցկեղի վերջնական ախտորոշումը հիմնված է արյունային արտադրուկի և արգանդի քերուկի ձևաբանական հետազոտության արդյունքների վրա:

Կանխարգելումը

Ռիսկի խմբի կանանց վաղ հայտնաբերում բուժքրոջ կողմից և նրանց համապատասխան հսկողություն:

Անհրաժեշտ է տարին մեկ անգամ վերցնել՝

- Քսուլք՝ հեշտոցի հետին պատից, կոլպոցիտոլոգիական քննության համար
- Ասպիրատ՝ արգանդի խոռոչից, անկոցիտոլոգիական հետազոտությունների համար:

Բուժումը

Չիմնականում վիրահատական է: Հակացուցումների դեպքում՝ ճառագայթային բուժում, անհրաժեշտության դեպքում՝ երկու եղանակների համակցում: Վաղ շրջանում վիրահատությունը ավելի արդյունավետ է, իսկ եթե կա ներսփռանք շրջակա հյուսվածքներում՝ վիրահատությունը հակացուցված է: Այդպիսի դեպքերում լավ արդյունք է տալիս պահպանողական բուժումը՝ ճառագայթային, հորմոնային, դեղորայքային:

ՁՎԱՐԱՆՆԵՐԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Ըստ կանացի վերարտադրողական համակարգի ուռուցքների առաջացման հաճախականության, ձվարանների քաղցկեղը գրավում է 4-րդ տեղը՝ կրծքագեղձի, արգանդի վզիկի, արգանդի մարմնի քաղցկեղներից հետո:

Ձվարանի քաղցկեղը վաղ շրջանում դժվար է ախտորոշվում: Հիմնականում հայտնաբերվում է երրորդ կամ չորրորդ փուլում: Մինչև այժմ չկան որոշված սկրինինգային մեթոդներ:

Հիվանդությունը հաճախ է հանդիպում 40-ից 70 տարեկան կանաց մոտ:

Ռիսկի գործոնները

- Անամնեզում հղիության բացակայություն
- Անամնեզում ծննդաբերության բացակայություն
- Բազմաթիվ ինքնաբեր վիժումներ կամ բազմաթիվ ծննդաբերություններ
- Ժառանգական գործոնը/ մոր, քրոջ մոտ եղած կրծքագեղձի և ձվարանների ուռուցքները/
- նախկինում կրծքագեղձի քաղցկեղը տվյալ հիվանդի մոտ, որը 2անգամ ավելացնում է ձվարանի քաղցկեղով հիանդացման հավանականությունը:
- Հետդաշտանադադարի շրջանում արգանդային արյունահոսությունները
- Արգանդի և նրա հավելումների քրոնիկ բորբոքային հիվանդությունները
- Ձվարանի կիստաները և կիստոմաները
- Կանայք, որոնց մոտ կատարված է արգանդի կամ մեկ ձվարանի հեռացում

Երկու և ավելի ռիսկի գործոնների առկայության դեպքում կինը տարին 2 անգամ պետք է կատարի ուլտրաձայնային հետազոտություն:

Ձվարանի ուռուցքները դասակարգվում են ըստ հետևյալ փուլերի՝

1. 1-ին փուլ - ուռուցքը սահմանափակվում է մեկ ձվարանում
2. 2-րդ փուլ - ախտահարված են մեկ կամ երկու ձվարանները, փոքր կոնքի օրգանները

3. 3-րդ փուլ նախորդ ախտանիշներին ավելանում է ներսփռանքը որովայնամզում և մեծ ճարպոնում
4. 4-րդ փուլ – հեռավոր ներսփռանք՝ թոքեր, աճուկային ավշային հանգույցներ
5. 5-րդ փուլ- հեռավոր ներսփռանք, որովայնի ջրգողություն (ասցիտ), հյուծում:

Փոքր ախտանիշներ՝

- Ընդհանուր թուլություն
- Քաշի զգալի կորուստ
- Դիզուրիա
- Դեֆեկացիայի խանգարումներ/հնարավոր է ներաճ դեպի միզապարկ և ուղիղ աղի/
- Որովայնի մեծացում/ասցիտի հետևանքով/

Ախտորոշումը

Այս շրջանում ախտորոշման համար կատարվում է՝

- Գինեկոլոգիական քննություն
- Կոնքի և որովայնի օրգանների ուլտրաձայնային
- Կոմպյուտերային տոմոգրաֆիա
- Արյան մեջ հակաքաղցկեղային հակամարմինների որոշում հետազոտություն օնկոմարկերներով՝ CA-125
- Ասցիտիկ հեղուկի օնկոցիտոլոգիական քննություն
- Արգանդի խոռոչի ասպիրատի օնկոցիտոլոգիական քննություն Կանխարգելման նպատակով խորհուրդ է տրվում ռիսկի խմբի կանանց մոտ կատարել ուլտրաձայնային հետազոտություն՝ 6 ամիսը մեկ անգամ:

Բուժումը

Հիմնականում վիրահատական է: Կատարվում է արմատական ձևով՝ ձվարանների, շրջակա ավշահանգույցների և բջջանքի հեռացում:

ՄԱՇԿԻ ՔԱՂՅԿԵՂ

Մաշկի վրա հաճախ կարելի է տեսնել մաշկային զանազան գոյացություններ՝ սպիներ, թեփոտված օջախներ, երկարատև

քրոնիկական բորբոքային օջախներ, բարորակ և չարորակ գոյացություններ, մաշկի կարծրացում, կեղևիկներ, ճաքերն այլն:

Բարորակ գոյացություններից են՝ լիպոմաները, աթերոմաները, ֆիբրոմաների զանազան տեսակները, մաշկի պապիլոմաները, հեմիանգիոմաները (արյան անոթներից առաջացած), լիմֆանգիոմաները, գորտնուկները, լեյկոպլակիաները, էրիթրոպլակիաները, որոնք ենթակա են մալիգնիզացիայի:

Տարիքի հետ, մեծ մասամբ 55 տարեկանից հետո, մաշկ կորցնում է իր առաձգականությունը և ենթարկվում է դիստրոֆիկ փոփոխությունների, թեփոտման, ճաքոտումների, կեղևակալման: Հաճախ կեղևները պոկելիս՝ արյունահոսում են, առաջանում են խոցեր, որոնք երկար ժամանակ չեն լավանում և այդ է պատճառը, որ հաճախ են ծերունական հասակում հանդիպող մաշկային գոյացությունները՝ օջախային կերատոմաները, պապիլոմաները, գորտնուկները, ստրոֆիկ սպիները, պիգմենտային քսերոդերման, բնածին խալերը և այլն վտանգ ներկայացնում՝ մաշկի քաղցեղի տեսանկյունից:

Ռիսկի գործոններից են՝

- Մաշկի անհատական խնամքին և հիգենիային չհետևելը:
- Մաշկի նախաքաղցկեղային հիվանդություններ:
- Մաշկի քրոնիկ մեխանիկական վնասվածքներ:
- Մաշկի այրվածքները հատկապես ծովափնյա վայրերում, հանգստացողների մոտ
- Օդի ջերմության տատանումները, արևափայլ օրերի առկայությունը՝ հատկապես բացօթյա վայրերում աշխատողների մոտ
- Լեռնային քամիները
- Քիմիական նյութերի հետ երկարատև շփումը՝ հատկապես քիմիական արդյունաբերության մեջ

Դասակարգումը

1. Մաշկի տափակ մակերեսային քաղցկեղ,
2. Մաշկի պոկիկավոր քաղցկեղ,
3. Խոցոտված քաղցկեղ,
4. Սփռված կամ խորը թափանցող քաղցկեղ
5. Մաշկի քրոնազեղների քաղցկեղ

6. Մաշկի հավելումներից առաջացած քաղցկեղ

7. Պիգմենտային ուռուցքներ (melanoma)

8. Հիմաբջջային քաղցկեղ կամ կարցինոիդ, բազիլոմա (ulcus Rodens)

Հյուսվածքաբանական և բջջաբանական պատկերից ելնելով տարբերում են մաշկի քաղցկեղի երկու տեսակներ՝

1. Մաշկի կարցինոիդ, որն ունի ավելի բարորակ ընթացք

2. Մաշկի տափակ բջջային քաղցկեղ, որն ունի չարորակ ընթացք
Հատուկ ուշադրություն է պետք դարձնել պիգմենտային ուռուցքներին՝ մելանոմաներին:

Մարդու մաշկը հարուստ է պիգմենտներով, նրանց առանձին կուտակումները հանդես են գալիս խալերի ձևով, որոնք հիմնականում բնածին են, բայց կարող են լինել նաև ձեռք բերովի: Ըստ տեղակայման, գույնի և արտաքին տեսքի խալերը լինում են տարբեր բնույթի:

Խալերի մի մասի մակերեսը մազածածկ է, մյուսներինը՝ ոչ: Բուսականությունից գուրկ խալերը ավելի հաճախ են ենթարկվում արևի և այլ մթնոլորտային ազդակների ազդեցությանը, ավելի շատ են վնասվում, արյունահոսում, ենթարկվում չարորակացման: Պետք է նշել, որ երիտասարդների մոտ դրանց ընթացքը ավելի բարորակ է, քան հասուն տարիքում:

Փոքր նշաններ

A - ասիմետրիա, երբ խալի սահմանները դառնում են ասիմետրիկ, օվալաձև (asimetria)

B - սահմանների փոփոխություն՝ անկանոն եզրեր (border)

C-գույնի փոփոխություն, երբ գույնը դառնում է շականակագույնից՝ սև (calor)

D-տրամագծի փոփոխություն (diametr)

E-երբ խալը բարձրանում է իր մակերեսից (evelacia), կարող նաև արյունահոսել:

Ախտորոշում

Մելանոմայի կասկածի դեպքում բիոպսիա չի կատարվում:

Ձևաբանական հետազոտությունների համար ավելի ճիշտ արդյունքներ են տալիս արտատպվածքները (դաջվածքները):

Մյուս բոլոր ձևերի ժամանակ, բացի անամեզից, օբյեկտիվ քննություններից՝ կատարում են բջջաբանական քննություն՝ դաջվածքների ուսումնասիրում, եթե այդ քննությունը բավարար չէ,

կատարում են նաև բիոպսիա (կոնխոտոմով կամ վիրահատական եղանակով):

Ախտորոշումը ճշտելուց հետո հիվանդը վերցվում է դիսպանսեր հսկողության:

Բուժումը վիրահատական է, հատկապես առաջին և երկրորդ փուլերում: Կատարվում է արմատական ընդլայնված վիրահատություն առողջ հյուսվածքների սահմանում՝ 3-5սմ տրամագծով, հետագայում մաշկի պակասի լրացումով:

Վերջերս կիրառվում է նաև սառեցման, մոտոֆոկուսային ճառագայթման, եղանակները: Ուշացած դեպքերում բուժումը տարվում է ապաքինող միջոցներով՝ էլեկտրոմակարդում, քիմիոբուժում՝ պրոսպիդինով, կրիոթերապիա՝ հեղուկ ազոտով, սնող զարկերակի կապում և այլն:

ԲՈՒԺՔՐՈՋ ԴԵՐԸ ՕՆԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ ԻՐԱԿԱՆՑՄԱՆ ԳՈՐԾՈՒՄ

Բուժքույրը պետք է հիշի՝ որ եթե ընտանիքում կա օնկոլոգիական հիվանդ ապա այդ ընտանիքում առաջանում է զգալի լարված հոգեբանական մթնոլորտ և բուժքույրը պետք է կարողանա մոբիլիզացնել իր բոլոր ուժերը (հոգեկանը անձնականը, մասնագիտական ունակությունները, հատականը:ները) այդ հիվանդի և նրա հարազատների հոգեկան լարվածությունը թուլացնելուն: Հիվանդների մեծ մասը հոգեբանական գրույցներից հետո փոխում են իրենց վերաբերմունքը և հարմարվում են ստեղծված պայմաններին: Պետք է լինել շատ ուշադիր հատկապես կրծքագեղձի քաղցկեղով տառապող կանանց նկատմամբ, որոնց մեջ առաջանում է խորը հոգեկան ընկճվածություն, ինքնասպանության փորձեր: Մեծ դժբախտություն է, երբ ընտանիքում կա ուռուցքով տառապող երեխա, այդ դեպքում հարազատների նկատմամբ երբեմն հարկ է լինում կիրառել հոգեթերապիա (պսիխոթերապիա): Որքան ծանր է հիվանդի վիճակը այնքան դժվար, բարդ ու հակասական են բժշկի, հիվանդի և նրա հարազատների փոխհարաբերությունները: Այդ դեպքում բուժքույրը կարող է իր վարքագծով և նրբանկատությամբ՝ մեղմել այդ

հարաբերությունները, թեթևացնել հիվանդի և նրա հարազատների հոգեկան վիճակը:

Բուժքույրը պետք է ուսուցանի հիվանդին և հարազատներին՝ հարմարվել կյանքի փոփոխված պայմաններին, կատարել ամենօրյա գործողությունների նոր հնարքներ (լվացվել, քայլել, սնվել), ձեռք բերել ինքնախնամքի կոնկրետ (դեղորայքի ընդունում, բուժական մեքուսում, ռացիոնալ հմտություն թյուններ սնուցում և այլն): Օնկոլոգիական հիվանդներին խնամելիս բուժքույրը պետք է ուշադիր լինի, որ նարկոտիկ դեղերը չանցնեն հիվանդի և նրա հարազատների ձեռքը: Հիվանդի ինտելեկտից և անձնական հասկանիչներից ելնելով՝ բժիշկը կամ տեղյակ է պահում հիվանդին իր հիվանդության՝ ելքի մասին, կամ թաքցնում այն: Բուժքույրը չպետք է զբաղվի ինքնագործունեությամբ և տեղյակ լինելով բժշկի նշանակումներին՝ հիվանդի խնամքը տանի այդ ուղղությամբ: Նա պետք է խուսափի լատինական տերմինների օգտագործումից: Հետվիրահատական շրջանում արմատական վիրահատություններից հետհիվանդների խնամքը իրականացվում է այնպես, ինչպես մյուս վիրահատություններից հետո: Ամոքիչ վիրապետություններից

հետո հիվանդը գտնվում է տանը, որտեղ խնամքը իրականացվում է ընտանեկան բուժքրոջ և հարազատների կողմից:

Յուրաքանչյուր օնկոլոգիական հիվանդի համար ընտանեկան բուժքույրը՝ ընտանեկան բժշկի հետ միասին, պետք է կազմի խնամքի անհատական պլան՝ ելնելով հետևյալ հիմնական սկզբունքներից.

- խնամյալի կյանքի որակի ապահովում,
- հարգանքի ներշնչում դեպի կյանքը,
- մահվան անխուսափելիության ընդունում,
- իր աշխատանքի ընթացքում խնամյալին լսելու և օգնելու հասկացության մշակում,
- անհատական մոտեցում յուրաքանչյուր հիվանդի և նրա ընտանիքի անդամների նկատմամբ,
- հիվանդի հոգեկան կարիքների բավարարում,
- հիվանդի ընտանիքի անդամների ուսուցում՝ կապված խնամքի գործողությունների հետ,
- սոցիալական աշխատողների ընդգրկում,

- ընտանիքում բարոյահոգեբանական համերաշխ իրավիճակի ստեղծում,
- հիվանդի ֆիզիոլոգիական ֆունկցիաների պահպանում,
- իմաստավորել իր կատարած աշխատանքը
- օգնել հիվանդին հասկանալու և արժեքավորելու իր անցած կյանքի ուղին:

Օնկոլոգիական հիվանդների խնամքը կատարվում է նույն ձևով, ինչպես մյուս ծանր հիվանդների մոտ:

Նախավիրահատական շրջանում էնդոսկոպիկ և այլ հետազոտություններ կատարելիս բուժքույրը բացատրում է մեզի, կղանքի, խորխի քննությունների համար նմուշ վերցնելու կարգը:

Բուժքույրը չպետք է հիվանդին հայտնի իր հիվանդության ախտորոշումը, բայց չպետք է խուսափի պատասխանել նրա հարցերին:

Դեղորայքը պետք է պահել պահարանում՝ հիվանդից որոշ տարածության վրա, որպեսզի նա ինքնուրույն չկարողանա վերցնել: Դեղորայքը հիվանդը պետք է ընդունի նշանակված ժամերին, ցանկալի է բուժքրոջ ներկայությամբ, իսկ վերջինս պետք է հետևի, թե ինչ ազդեցություն է թողնում սվյալ դեղորայքը հիվանդի վրա և տեղյակ պահի բժշկին:

Բուժքույրը իր անկախ գործողությունները կատարելիս պետք է ուշադրություն դարձնի հիվանդի՝

1. մաշկին՝ պառկելահարուկների և պառկելախոցերի կանխար- գելման համար,
2. բերանի խոռոչի ամենօրյա խնամքին՝ ստոմատիտի կանխարգելման, ախորժակի լավացման համար,
3. սննդային ռեժիմին՝ օրգանիզմի էներգետիկ պաշարների վերականգնման համար, չի կարելի հիվանդին կերակրել ստիպելով՝ սրտխառնոցից և փսխումից խուսափելու համար,
4. հետևել հիվանդի քաշի տատանումներին, ջերմության կորագծին,
5. հետևել սենյակի, անձնական և անկողնային սպիտակեղենի մաքրությանը, անձնական հիգիենային,
1. 6.աղեստամոքսային համակարգի ամենօրյա գործունեությանը, կանխարգելել փորկապությունը, փորփքանքը և այլն,

6. հետևել վիրահատական վերքերի վիճակին, դրենաժներին, վիրակապերին, գիպսա կապերին, ստոմներին:
7. վիրակապը արյունով, թարախով թրջվելու դեպքում՝ տեղեկացնելը բժշկին, օգնել նրան՝ վիրակապությունների ժամանակ, պատրաստել վիրակապական նյութեր, ապահովել մանրէազերծված ներարկիչներով և անհրաժեշտ գործիքներով:

Ցավը ի հայտ է գալիս աստիճանաբար, ունի մնայուն բնույթ և աստիճանաբար ավելի է արտահայտվում: Սկզբում լինում է թույլ, բուր, տնքացող բնույթի, հետագայում սաստկանալով՝ դառնում անտանելի, ոչնչացնող, խոցոտող և այլն:

Բուժքույրը պետք է իրականացնի քույրական գործընթացը ցավի ժամանակ:

Հիվանդին խնամելիս բուժքույրը պետք է կարողանա՝ գնահատել ցավի ինտենսիվությունը, որը չափվում է սանդղակով:

Օ - ցավը բացակայում է հանգստի և շարժման ժամանակ,

1 - ցավը բացակայում է հանգստի վիճակում, կա թեթև ցավ շարժման ժամանակ,

2-թեթև ցավ հանգստի վիճակում, ուժեղ ցավ շարժման ժամանակ

3- չափավոր ցավ հանգստի վիճակում, ուժեղ ցավ շարժման ժամանակ

4- ուժեղ ցավ հանգստի վիճակում և շարժման ժամանակ

Քույրական գործընթացի I փուլը՝ ցավի նախնական գնահատում՝

- ցավի տեղակայումը,
- ցավի առաջացման պատճառը,
- ցավի առաջացման ժամանակը, • անհետացման պայմանները,
- ցավի տևողությունը, ինտենսիվությունը:

Պացիենտից պետք է ճշտել նաև ցավի բնույթը (բուր, սուր սեղմող, ծակող և այլն), աղմուկը, վառ ցավեր, ինչպես նաև վախի զգացումը, տագնապը, ցավի պատճառ դառնալը:

II փուլը՝ քույրական խնամքի նպատակների որոշումը

Պացիենտի մոտ ցավի առկայության դեպքում քույրական խնամքի հիմնական նպատակն է ցավի զգացողության մեղմացումը և պացիենտի տառապանքների մեղմացումը:

Պետք է հաշվի առնել, որ խրոնիկական ցավի վերացումը դժվար լուծելի խնդիր է և հաճախ նպատավերացումը է նրանով, որ օգնեն մարդուն հաղթահարելու ցավը

Քույրական միջամտություններ

Չնայած այն բանին, որ քույրերը չեն նշանակում դեղորայքային բուժում, նրանց դերը դեղորայքային թերապիայի իրականացման մեջ հսկայական է: Կարևոր է, որ բուժքույրը հասկանա, թե ինչպես է ներագրում այս կամ այն ցավազրկող միջոցը: Այս դեպքում նա կարող է պացիենտի հետ միասին իրականացնել ցավազրկման համապատասխանության ընթացիկ գնահատում: Նարկոտիկ ցավազրկողների անբավարար օգտագործումից կարելի է սպասել պացիենտի համար անբարենպաստ հետևանքներ, ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ հոգեբանական, քանի որ նարկոտիկ ցավազրկողների անբավարար օգտագործման պատճառներն են.

- նրանց նկատմամբ պացիենտի ընտելացման կարծիքի չափազանցումը, ինչպես նաև շնչական կենտրոնի վրա նրանց ընկճող ազդեցության չափազանցում:
- շատ պացիենտներ վախենում են և չեն ցանկանում դիմել նարկոտիկ դեղամիջոցների նշանակման խնդրանքով:

Ցավի ազդեցությունը կարելի է վերացնել նաև հետևյալ եղանակներով

Ֆիզիկական - փոխել պացիենտի մարմնի դիրքը, կիրառել տաք, կամ սառը միջոցներ, մերսում, վիրբացիա, ակուպունկտուրա:

Նոզեֆիզիոլոգիական շփումը, ուշադրության շեղումը՝ թերապիա երաժշտությունով, ընթերցանությամբ աղոթքով, հիպնոսով:

Տարմակալոգիական - ցավազրկողներ, տրանկվիլիզատորներ, նարկոտիկներ՝ բժշկի նշանակումով:

Քույրական միջամտության արդյունքների գնահատում

Քույրական միջամտության արդյունավետության գնահատումը իրականացնելու համար անհրաժեշտ են օբյեկտիվ տվյալներ.

Այս սանդղակը օգնում է նույնպես ցավի օբյեկտիվ գնահատմանը.

Ա - Ցավը անհետացել է

Բ - Ցավը գրեթե անհետացել է

Գ -Ցավը զգալի նվազել է

Դ -Ցավը չնչին նվազել է

Ե -Չկա ցավի նկատելի նվազում:

Պետք է ուշադրություն դարձնել սննդի ռացիոնալ ռեժիմին, ստոմաների առկայության դեպքում՝ դրանց վիճակի վրա: Օնկոլոգիական հիվանդներին խնամելիս բուժքույրը շատ հաճախ գործ է ունենում ստոմաների հետ: Ուստի նա պետք է իմանա հետևյալ տերմինների բացատրությունը՝

Ստոմը արհեստական խուղակ է (բացվածք որևէ օրգանի), որը դրվում է այն օրգանի վրա, որը տարբեր պատճառներով չի կարող կատարել իր բնական ֆունկցիան

- **գաստրոստոմ**՝ արհեստական խուղակ, որը ծառայում է որպես սննդընդունիչ,
- **իլեոստոմ**՝ արհեստական խուղակ գստաղու շրջանում՝ որովայնի առաջնային պատին,
- **կոլոստոմ**՝ արհեստական խուղակ հաստ աղու որևէ հատվածում՝ կղանքի հեռացման համար:
- **տրախիեոստոմ**՝ շնչափողի արհեստական անցք:
- **ուրոստոմ**՝ մեզի հեռացման համար արհեստական խուղակ,
- **էպիցիստոստոմ**՝ մեզի հեռացման նպատակով որովայնի առաջնային պատին միզապարկի արհեստական խուղակի ստեղծում:

ՏՐԱԽԵՈՍՏՈՄ

Սա արհեստական խուղակ է, որը դրվում է շնչափողի վրա շնչառությունը իրականացնելու նպատակով: Տրախեոստոմը դրվում է այն ժամանակ, երբ օդի անցնելը շնչափողով անհնարին է:

Ցուցումները՝

- Կոկորդի ուռուցքներ
- Ձայնալարերի ուռուցքներ
- Կոկորդի այտուցներ (Կվինկեյի այտուց)

Տրախեոստոմով պացիենտի խնամքը

Բուժքրոջ, հիմնական խնդիրն է ապահովել տրախեոստոմի անցանելիությունը: Ներքին խողովակը օրը 2 անգամ անգամ

արտադրությունից (խորխ/, հանում են այնուհետև եռացնում են անտիսեպտիկ լուծույթով լվանալուց հետո

- Քանի որ անցնում է քթով (շնչառական ուղիով), ապա չի տաքացվում և չի խոնավանում, դրա համար հարկավոր հիվանդի սենյակի օդը տաքացնել և խոնավեցնել
- Օդը, անցնելով տրախեոստումից ներս, չի ֆիլտրվում և չի ազատվում մանրէներից: Բուժքույրը պիտի ուսուցանի պացիենտին և նրա հարազատներին, որ տրախեոստումի արտաքին բացվածքը փակեն խոնավ ստերիլ թանգիֆով:
- Տրախեոստումի և բրոնխների պարոնակությունը մաքրելու նպատակով հարկավոր է օգտվել արտածծիչ սարքից, որի խողովակի արտաքին ծայրը (ծայրադիրը ընկղմել օտաագործելուց հետո 3% քլորամինի լուծույթի մեջ) պետք է լինի ախտահանված: Մինչև արտադրության արտածծելը, հարկավոր է տրախեոստումի արտաքին բացվածքից կաթեցնել 3-5մլ. նատրիումի բիկարբոնատի տաք ստերիլ լուծույթ:
- Բերանի խոռոչը և լեզուն ժամանակին մաքրել անտիսեպտիկ լուծույթով թրջված բամբակյա խծուծով, շրթունքներին քսել փափկեցնող քսուկ:
- Տրախեոստումի շուրջը գտնվող մաշկը հարկավոր է անընդհատ խնամել. սրբել ստերիլ, խոնավ (անտիսեպտիկ լուծույթով) թանգիֆով, այնուհետև չորացնել և քսել «Լասսար»քսուկ:
- Եթե հանկարծ տրախեոստումը դուրս գա, պետք է պացիենտի կողքին լինի տրախեոլայնիչ, որով բացվում է անցքը, որպեսզ հիվանդը չխեղդվի:

Քույրական գործընթացը գնահատվում է բավարար, եթե պացիենտը շնչում է հանգիստ, իսկ մաշկը (տրախեայի շուրջը) գրգռված չէ:

ԳԱՍՏՐՈՍՏՈՄ

Սա ստամոքսի արհեստական խուղակն է, որը միացվում է Ստամոքսի առաջնային պատին:Գաստրոստոմի մեջ տեղադրում են գոնդ և ամրացնում:

Ցուցումները

- Կոկորդի, ըմպանի և կերակրափողի տրավմաներ, այրվածքներ

- Կերակրափողի և ըմպանի ուռուցքներ
- Կերակրափողի վրա կատարված վիրահատությունից հետո

Պացիենտին և նրա հարազատներին ուսուցանել հետվիրահատական խնամքը:

Գաստրոստոմով հիվանդին կերակրելիս միշտ պետք է հիշել, որ պացիենտը գիտակից է, և սննդի մատուցումը պետք է լինի համապատասխան սպասքով, հաճելի և մաքուր: Վիրահատության առաջին օրերին, քանի դեռ ստոմայի խողակը չի կազմավորվել, հնարավոր է զոնդի տեղաշարժում:

Ոչ մի դեպքում չի կարելի առանց բժշկի հսկողության փորձել զոնդը տեղադրել: Ստոմայի զոնդի արտաքին անցքը փակում են խցանով: Գաստրոստոմը կարող է լինել մշտական և ժամանակավոր:

Գաստրոստոմով պացիենտի խնամքը

Կերակրումը գաստրոստոմով սկսում են երկրորդ օրից՝ արտաքին բացվածքից ձագարի օգնությամբ, լցնում են 150-200մլ. հեղուկ սնունդ կամ հատուկ պատրաստուկներ՝ նախատեսված արհեստական սնուցման համար: Հետագայում կերակրում են օրը 4-5 անգամ 400-500մլ: Գաստրոստոմով պացիենտի սնունդը պետք է լինի բարձր կալորիականությամբ, հեղուկ կամ կիսահեղուկ, զով (35-40°C): Կերակրելուց առաջ անպայման հարկավոր է ստուգել սննդի ջերմաստիճանը: Կարելի է կերակրել հում ձու, մսային և կաթնային ապուրներ, աղացած միս, քերած մրգեր, բանջարեղեն, թթվասեր, մեղր, յուղ և այլն: Որպեսզի սնունդը լավ մարավի, ավելացնում են ստամոքսահյուս՝ պեպսին: Յուրաքանչյուր կերակրելուց հետո հարկավոր է խնամքով փակել ստոմայի բացվածքը:

Եթե ստոմի շուրջը թրջվել է, մշակել խոնավ (անտիսեպտիկ լուծույթով, դնել մաքուր վիրակապ: Պացիենտի քաղցը հազեցնելու նպատակով տալիս ենք ծամելու հաց:

Հիշել՝ որպես օրենք արհեստական խողակները ինքնուրույն չեն փակվում:

ՑԻՄՏՈՍՈՄ

Սա վերցայլային միզապարկային խուղակ է (էպիցիստոստոմ): Ցիստոստոմը դրվում է այն ժամանակ, երբ մեզի անցնելը միզուղիներով անհնարին է դառնում:

Ցուցումները

- Միզապարկի ուռուցքների դեպքում
- Տղամարդկանց մոտ շագանակագեղձի ադենոմայի 4-րդ աստիճանի ժամանակ

Ցիստոստոմով պացիենտի խնամքը

Եթե ցիստոստոմը դրվում է երկար ժամանակ կամ մշտական, ապա միզարձակությունը իրականացվում է Պեցցերի կամ Մալեկոյի հատուկ գլխիկավոր կաթետերով, որոնք ֆիքսացիա չեն պահանջում:

Կաթետերը պետք է փոխի բժիշկը ամիսը մեկ անգամից ոչ պակաս, որովհետև հնարավոր է՝ կաթետրի խցանում կաթետրը փոխելիս հնարավոր է գլխիկի պոկում: Հիվանդի միզապարկը կանոնավոր (շաբաթը 2 անգամից ոչ պակաս) լվացման կարիք է գգում: Այս մանիպուլյացիան կատարում է ուրոլոգիական բաժնի բուժքույրը: Մշտական կաթետերով պացիենտը հատուկ խնամքի կարիք ունի, պետք է հետևել հիվանդի մոտ չկա՞մեզի կանգ, եթե կա, հետևել, արդյո՞ք կաթետերի խողովակը չի ծովել, գազեր չե՞ն կուտակվում, արդյո՞ք մեզում կա արյուն, որը նշան է տրավմայի կամ միզուղիներ ինֆեկցիայի, անմիջապես հայտնել բժշկին: Պացիենտը պետք է շատ հեղուկ օգտագործի, որպեսզի մեզի կոնցենտրացիան լինի ցածր և չգրգռի մաշկը: Եթե պացիենտը գանգատվում է միզապարկի շրջանի ցավերից, ապա բժշկի օգնությամբ պետք է փոխել կաթետերը:

Պետք է պացիենտին ուսուցանել ինչպես անջատել և միացնել մեզընդունիչը:

ԿՈՒՆՍՈՄ

Սա արհեստական խուղակ է, որը դրվում է որովայնի առաջնային պատին:

Կատարվում է կտրվածք և հաստ աղին ֆիքսում են որովայնի առաջնային պատին՝ ստեղծելով արհեստական ճանապարհ կղանքային մասսաների դուրս գալու համար:

Բուժքույրը ուսուցանում է պացիենտին և նրա հարազատներին վիրահատության ընթացքը և հետվիրահատական խնամքը: Հանգստացնել պացիենտին և հարազատներին ասելով, որ դա վիճակի լավագույն ելքն է:

Ցուցումները`

Եթե աղիները ենթարկվել են տրավմայի, դրվում է ժամանակավոր ստոմ, աղիների ուռուցքի դեպքում` մշտական ստոմ:

Կոլոստոմով պացիենտի խնամքը

Կոլոստոմի արտաքին բացվածքը միշտ պետք է լինի փակված վիճակում: Ճիշտ խնամքի ժամանակ կղանքընդունիչը լինում է մաքուր, չոր, չի լինում տհաճ հոտ և ստոմի շուրջը մաշկը գրգռված չի լինում:

Կղանքընդունիչը հարկավոր է լավ ամրացնել, յուրաքանչյուր դեֆեկացիայից (հիմնականում պացիենտը դա զգում է) հետո փոխել կղանքընդունիչը և մշակել մաշկը: Ստոմի շուրջը գտնվող մաշկը մշակում են հատուկ հակաբորբոքիչ նյութերով, որը նշանակում է բժիշկը, օրինակ` «Կոնվատեկ» կամ «Լասեր» քսուք: Երբ կոլոստոմային խողակը ձևավորվում է, նշանակում են տեղային վաննաներ, որոնք նպաստում են մաշկի շուտ լավացմանը:

Պացիենտին և նրա խնամակալին բուժքույրը սովորեցնում է թե ինչպես օգտվել կղանքընդունիչից և խնամել մաշկը` օգտագործված կղընդունիչը հանում են ստոմայի շուրջը, մաքրում են չոր թանգիֆով կամ թղթե անձեռոցիկով: Ստոմայի շուրջը քսում են պաշտպանական քսուք և ամրանում են կղընդունիչը: Դեֆեկացիայի ուշացման ժամանակ կատարում են հոգնա: Աղիների թուլացման նպատակով ներմուծում են 500-600մլ ջուր կամ 200մլ ստեիլ վազելին:

Պետք ուշադրություն դարձնել սննդի տեսակի վրա: Պացիենտին խորհուրդ է տրվում չօգտագործել աղիների շարժողությունը ակտիվացնող սնունդ` չափից ավելի սև հաց, կաթնեղեն, բանջարեղեն: Դա պետք է զուգակցել բրնձի, մակարոնի, կարտոֆիլի հետ (օսլա պարունակող):

Խորհուրդ է տրվում պացիենտին շատ զբոսնել մաքուր օդում, թեթև ֆիզիկական ծանրաբեռնվածություն:

II ԲԱԺԻՆ
ՄԱՍՆԱՎՈՐ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

ԳԼՈՒԽ I
ԳԼԽԻ ԵՎ ԴԵՄՔԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ
ՔԹՈՍԿՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔ

Պատճառը ուղղակի տրավման է:

Կլինիկական պատկերը. Նկատվում է ուժգին ցավ, զգալի չափով քթային արյունահոսություն, քթի ձևախախտում, զգուշորեն շոշափելու ժամանակ երբեմն լսվում է յուրահատուկ ձայն՝ կրեպիտացիա, որը առաջանում է ոսկրաբեկորների շփումից: Ախտորոշումը ճշտելու համար անհրաժեշտ է կատարել ռենտգենյան նկարահանում երկու արդյեկցիաներով:

Առաջին օգնությունը և բուժումը. Առաջին օգնությունը հանդիսանում արյունահոսության դադարեցումը: Այս նպատակով հիվանդին նստեցնում են աթոռի վրա թեթևակի խոնարհված գլխով: Քթին դրվում է սառը թրջոց, քթանցքերի մեջ մտցվում են մանրէագերծված բամբակյա գնդիկներ: Քթի արյունահոսությունների դեպքում արգելվում է հիվանդին պահեցնել մեջքի վրա՝ հետ թեքված գլխով:

Ուժգին արյունահոսությունների դեպքում կիրառվում է քթի առաջային կամ հետին տամպոնումը թանգիֆե տամպոնների օգնությամբ:

ՍՏՈՐԻՆ ԾՆՈՏԻ ՀՈԴԱՄԱՒՏՏ

Պատճառներն են ստորին ծնոտին ստացած կողմնային հարվածը, բերանի ուժգին բացումը ծիծաղի, երգելու, հորանջելու և այլ դեպքերում: Առավել հաճախ լինում է առաջ մղված հողախախտը, երբ հողելունի գլխիկը դուրս է գալիս հողափոսից և անցնում հողաթմբիկի հետևը: Ստորին ծնոտի հողախախտը լինում է միակողմանի և երկկողմանի:

Կլինիկական պատկերը.

Երկկողմանի հողախախտի դեպքում բերանը մնում է կիսաբաց և այն փակել հնարավոր չէ: Այտոսկրի աղեղից ներքև մաշկի տակ շոշափվում

է արտահայտված կյոռ գոյացւոթյուն, որն իրենից ներկայացնում է հողախախտված գլխիկը: Արտաքին լտողական անցուղիով մատը կարելի է ներս մտցնել զգալիորեն ավելի խորը, քան նորմալ դրուոթյան ժամանակ: Միակողմանի հողախախտի դեպքում ծնտոր տեղաշարժվում է դեպի առողջ կողմը:

Բուծումը. պետք է ուղղել հողախախտը: Հիվանդին նստեցնում են աթոռի վրա: Օգնականը կանգնում է հիվանդի հետևի կողմում և անշարժացնում է գլուխը: Վիրաբույժը առաջին մատները փաթաթում է սրբիչով կամ թանգիֆե անձեռոցիկով և կանգնելով հիվանդի դիմաց՝ այդ մատները ներս է մտցնում՝ հիվանդի բերանը՝ տեղավորելով սեղանատամների վրա, մնացած մատներով դրսից բռնում է ծնտի ստորին եզրը: Առաջին մատների աստիճանական ուժեղացվող ճնշումով ստորին ծնտը ձգվում է ներքև և միաժամանակ կզակը փոքր-ինչ բարձրացվում է առջևից, իսկ հետո ծնտը շարժելով հետ գլխիկը զցվում է իր տեղը: Հողագլխիկը հողափոսի մեջ ներսահելու դեպքում ծնտները փակվում են զգալիորեն ուժգին և հիվանդը կարող է կծել հողախախտը ուղղողի մատները, եթե դրանք պաշտպանված չեն:

ՎԵՐԻՆ ԾՆՈՏԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ

Վերին ծնտի բնորոշ կոտրվածքները, ըստ Լեֆորի, բաժանվում են երեք տեսակի:

Առաջին տեսակի (Լեֆոր I) դեպքում կոտրվածքի գիծը անցնում է հորիզոնական՝ ծնտի ատամնաբնային ելունի և մարմնի վրայով, տանձաձև բացվածքից դեպի ծնտի թմբիկը ուղղությամբ:

Երկրորդ տեսակի (Լեֆոր II) դեպքում կոտրվածքի գիծը անցնում է լայնական ուղղությամբ՝ քթարմատի շրջանով ակնախոռոչի ներքին պատով և մասամբ էլ ակնակապիճի հատակով անցնելով աչքատակի եզրի միջով, իջնում է ներքև համարյա ուղղահայաց ծնտ-այտային կարի ուղղությամբ, որից հետո ատամնաբնային ելունի վրա, հետևից այն հասնում է մինչև հիմուկրի թևակերպային ելունը:

Երրորդ տեսակի (Լեֆոր III) դեպքում կոտրվածքի գիծը սկզբում համընկնում է երկրորդ տեսակի կոտրվածքի գծին. նույնպես սկսվում է քթարմատից, անցնում է ակնախոռոչի ներքի պատի վրա, որից հետո անցնում է ակնակապիճի հատակով, սինչև ստորին ակնակապճային

բացվածքը, որից հետո անցնում մի ճակատաայտային կարով՝ անցնելով այտային աղեղի վրայով, այստեղից անցնում է դեպի ծնոտի թմբիկը և սեպոսկրի է թևակերպային ելունը:

Կլինիկական պատկերը շատ բանով կախված է ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթից: Համարյա բոլոր դեպքերում նկատվում է, որ վերին ծնոտի պոկված մասը իջած է, որի հետևանքով դեմքը երկարում է, աչքերը կարծես փոս են ընկնում: Երկրորդ և երրորդ տեսակի կոտրվածքների համար բնորոշ է հետևյալ ախտանիշը. ծնոտները բացելիս նկատվում է դեմքի վերին կեսի շարժումը: Կոտրվածքի գծի ուղղությամբ նկատվում է զգալի արյունազեղում: Ախտորոշումը հաստատվում է ռենտգենանկարահանման միջոցով երկու պրոյեկցիաներով:

ՍՏՈՐԻՆ ԾՆՈՏԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ

Ըստ տեղակայման՝ ստորին ծնոտի կոտրվածքները բաժանվում են հետևյալ տեսակների. 1) կենտրոնական կամ միջին-կտրիչ ատամների մեջտեղով անցնող գծով, 2) կզակային կամ կողմնային ծնոտի մարմնի միջին երրորդականում է, 3) ծնոտի անկյան շրջանում, 4) հողելունի վզիկի շրջանում (ցերվիկալ): Պսակաձև ելուստի և վերընթաց ճյուղի երկայնակի կոտրվածքներ հանդիպում են հազվադեպ: **Կլինիկական պատկերը** որոշակի չափով բնորոշվում է ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթով: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժը կախված է հարվածի ուժի ուղղությունից, մկանների ձգումից և ծնոտի ծանրության ուժից:

Կենտրոնական կոտրվածքի դեպքում ոսկրաբեկորների տեղաշարժ համարյա տեղի չի ունենում: Կողմնային կոտրվածքի ժամանակ կարճ ոսկրաբեկորը հետ է քաշվում վերև, իսկ երկարը՝ ներքև: Ստորին ծնոտի անկյան շրջանի և այլ ձևերի

կոտրվածքների դեպքում ոսկրաբեկորների տեղաշարժը գործնականորեն տեղի չի ունենում:

Կարող են ներ են բացարձակ ախտանիշներ (դեֆորմացիա, ոսկրաբեկորների կրեպիտացիա և ախտաբանական շարժում) և հարաբերական (այտուցվածություն, արյունազեղում, ցավ ծամելու խանգարում):

Մնտոնների կոտրվածքներով հիվանդների առաջին օգնությունը և բուժումը:

Այս հիվանդներին ցույց տրվող առաջին օգնությունը արյունահոսության դադարեցումն է՝ ճնշող կապ դնելու միջոցով: Եթե հիվանդը գտնվում է անգիտակից վիճակում, անհրաժեշտ է հիշել, որ արյունը կարող է լցվել շնչուղիների մեջ և առաջացնել շնչահեղձում (ասֆիքսիա):

Շնչահեղձման պրոֆիլակտիկայի համար բերանի խոռոչից հեռացվում են լորձը, արյունը, ոսկրաբեկորները, ատամները և այլն: Լեզուն թելով կապելով ամրացվում կամ գնդասեղով ֆիքսվում է և ամրացվում հիվանդի հագուստին (լեզվի անկման պրոֆիլակտիկա): Վերին ծնոտի անշարժացման համար կարելի է բերանի մեջ դնել փայտյա ձողիկ կամ փոքր տախտակի կտոր և նրա ծայրերը բինտի միջոցով ամրացնել գլխին: Ստորին ծնոտի կոտրվածքի դեպքում կարելի է կիրառել կզակի պարսատաձև կապը: Ինչպես վերին, այնպես էլ ստորին ծնոտի կոտրվածքների դեպքում անշարժացման նպատակով կարելի է դնել սովորական կապ ամրացնելով ստորին ծնոտը: Անշարժացման նպատակով կարելի է կիրառել Էնթինի ստանդարտ կզակային պարուրաձև շինան, ֆաներայից պատրաստված Լիմբերգի տախտակիկ- շինան և Լիմբերգի ստանդարտ վերին ծնոտի գդալաձև շինան արտաբերանային ձողերով: Հիվանդին ներարկում են ցավազրկող և սիրտ-անոթային միջոցներ:

Եթե հիվանդի դրությունը բավարար է, ապա տեղափոխումը կատարվում է կիսանստած դիրքում: Եթե հիվանդը անգիտակից վիճակում է, ապա նրան տեղավորում են պատզարակի վրա դեմքով դեպի ներքև՝ կրծքի և գլխի տակ դնելով ծալծալված հագուստը, ծածկոցը և այլն:

Առանց ոսկրաբեկորների տեղաշարժի ստորին ծնոտի կոտրվածքների բուժման դեպքում կիրառվում է այլումինե լարից պատրաստված միաձնոտային կապակցող շինան:

Մետաղալարը կորացվում էր այն, հաշվով, որ այն ընկած լինի ատամների արտաքին մակերեսին, իսկ նրա ծայրերը շրջվում են սեղանատամները ընդգրկելու համար: Շինան ատամների հետ ամրացվում է հատուկ բարակ բրոնզ-ալյումինային մետաղալարով: Այս մետաղալարից պատրաստվում են գամասեղներ, որոնց ծայրերը

անցկացվում են ատամների արանքով և ոլորվելով ամրացվում են այլումինե շինայի շուրջը: Այն դեպքերում, երբ կոտրվածքը լինում է տեղաշարժով կամ, երբ վերին ծնոտի կոտրվածք է, կիրառվում է հեռավոր հանգույցներ ունեցող շինան միջծնոտային ձգման համար: Այս նպատակով գործածվում են երկու այլումինային շինաներ վերին և ստորին ծնոտների համար: Այս շինաների վրա ծոմեղու միջոցով պատրաստվում են հեռավոր հանգույցները: Վերին և ստորին ծնոտների շինաների վրա գտնվող հեռավոր հանգույցներին հազցվում են ռետինե օղակներ՝ պատրաստված սովորական դրենաժային խողովակից, որոնք ստեղծում են ոսկրաբեկորների առաձգական միջծնոտային ձգում:

Այսպիսի դեպքերում վերին ծնոտի կոտրվածքի ժամանակ պարտադիր կերպով կգակը ամրացվում է էնթինի շինայով: Կարելի է կիրառել և Լիմբերգի ստանդարտ վերին ծնոտի գդալ-շինան: Ամրացման միջին ժամկետը կազմում է 4-6 շաբաթ:

ԳԱՆԳՈՒՂԵՂԱՅԻՆ ՓԱԿ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ ԳԱՆԳՈՒՂԵՂԻ ՑՆՑՈՒՄ

Գլխի բոլոր վնասվածքներից առավել հաճախ հանդիպող պայթուղոցիան է:

Կարճատև և ուժգին հարվածի ներգործությունը հանգեցնում է գլխուղեղի և նրա կառուցվածքային հեղուկ մասի (ողնուղեղային հեղուկ, արյուն) շարժմանը: Այս դեպքում նկատվում են շատ աննշան փոփոխություններ՝ անոթների կարճատև կծկում, հետագայում նրանց լայնացումով, երակային կանգ, ուղեղի և նրա թաղանթների այտուց, կետավոր արյունազեղումներ: Այս փոփոխությունների տևողությունը 1-2 շաբաթ է:

Գլխիկական պատկերը. Գլխուղեղի ցնցման դեպքում հիմնական ախտանիշներն են՝ գիտակցության կորուստը, որը տևում է մի քանի վայրկյանից մինչև մի քանի ժամ և ռետրոգրադ ամնեզիան (հիվանդը չի հիշում, թե իր հետ ինչ է կատարվել): Կարող է առաջանալ փսխում, նկատվում է դեմքի, մաշկային ծածկույթների գունատություն, հազվադեպ՝ հիպերեմիա: Ծնչառությունը մակերեսային է: Գլխուղեղի թեթև աստիճանի ցնցման դեպքում դեպքերում պուլսը

հաճախացած է (տախիկարդիա), ծանր դեպքերում ընդհակառակը՝ դանդաղում է (բրադիկարդիա):

Կարող է նկատվել բերրի հավասարման նեղացում կամ լայնացում, քիթ-շրթունքային ծալքի թեթևակի հարթվածություն: Հետագայում առաջանում են գլխացավ, գլխապտույտ, աղմուկ ականջներում, ծանրություն գլխում աչքերի ցավ, որը ուժեղանում է աչքերի շարժման և պայծառ լուսավորության դեպքում (Մաննա Գուրնիչի ախտանիշ): Ողնուղեղային պունկցիայի դեպքում սովորաբար ողնուղեղային հեղուկը առանց ախտաբանական փոփոխման է, բայց նրա ճնշումը կարող է բարձրացած լինել: Վնասվածքից մի քանի օր անց զարգանում է անքնություն, գրգռվածություն, քրտնարտադրություն, ընդհանուր թուլություն, կարդալու դեպքում՝ տարամիտվող շլություն (Սեդոնի ախտանիշ):

Բուժումը. Բուժման հիմքում ընկած է անկողնային խիստ ռեժիմը՝ 1-2 տևողությամբ: Լայն կիրառում են գտել նեյրոպլեգիկ, հակահիստամինային և վիտամինային պրեպարատները: Գանգուղեղի ճնշման բարձրացման դեպքում ներերակային ներարկվում է 40-60մլ 40% գլյուկոզայի լուծույթ, 10-20մլ 10% նատրիումի քլորիդի լուծույթ: 5-10մլ 40% ուրոտրոպինի լուծույթ, մկանային 10մլ 20% մագնեզիումի սուլֆատի լուծույթ, շանակվում են միզամուղներ: Յուցված է անալի դիետա, չափավոր հեղուկ:

ԳԱՆԳՈՒՂԵՂԻ ԶԱՐԴԱԾՔ

Գլխուղեղի ցնցման հետ համեմատած՝ ջարդվածքը տարբերվում է ավելի ծանր կլինիկական պատկերով: Կազմաբանորեն ուղեղային հյուսվածքի մեջ նկատվում են ուղեղանյութի քայքայման օջախներ (պատռվածք, փափկում, ջնջխում, արյունազեղում և այլն):

Կլինիկական պատկերը հիշեցնում է գլխուղեղի ծանր ցնցումը. գիտակցության կորուստը տեղի է ունենում ավելի երկարատև ժամանակով՝ հերթագայվելով մի քանի օր և նույնիսկ շաբաթ տևող արգելակվածությամբ: Ռետրոգրադ ամնեզիան ավելի է արտահայտված: Բարձրանում է ջերմաստիճանը, նկատվում է նեյտրոֆիլային լեյկոցիտոզ, ողնուղեղային հեղուկի մեջ մշտապես խառնված է արյուն:

Գլխուղեղի ջարդվածքի դեպքում գերակշռում են կենտրոնական բնույթի ախտանիշները՝ վերջույթների կաթվածներ և պարեզներ, հեմիպլեգիա, ախտաբանական ռեֆլեքսներ:

Քուծումը անցկացվում է նույն սխեմայով, ինչպես որ գլխուղեղի ցնցման դեպքում էր, բայց հաշվի է առնվում ներքին օրգանների վիճակը, որոնք կախված են ուղեղի (ցողունային) խանգարումից: Շնչառական խանգարման ժամանակ լորձը արտածծվում է շնչափողից և բրոնխներից ինտուբացիայի ենթարկված շնչափողի միջոցով և միաժամանակ տրվում է թթվածին շնչելու համար: Հիվանդին ներարկվում է լոբելին և ցիտիտոն:

ԳԼՆՈՒՂԵՂԻ ՃՆՇՈՒՄ

Բնորոշվում է ավելի ծանր ընթացքով: Ախտաբանական փոփոխությունները հանգեցնում են ուղեղի ճնշման աստիճանական մեծացմանը՝ նրա այտուցի աճող հեմատոմայի (անոթի պատվածք) և ոսկրաբեկորների ճնշման հաշվին: Ըստ տեղակայման՝ հեմատոմաները բաժանվում են՝ սուբդուրալ (կարծր ուղեղաթաղանթի տակ), էպիդուրալ (կարծր ուղեղաթաղանթի վրա), սուբարախնոիդալ (փափուկ ուղեղաթաղանթի տակ) և ներուղեղային (ուղեղանյութի մեջ):

Կլինիկական պատկերը. Գլխուղեղի ճնշման դեպքում, հատկապես երբ առաջանում է հեմատոմայի հաշվին, նկատվում է այսպես կոչված լուսավոր ժամանակամիջոցը, որը տևում է մի քանի րոպեից մինչև մի քանի ժամ, հետագայում առաջանում է գիտակցության կորուստ: Զարգանում է բրադիկարդիա մինչև 40-50 զարկ մեկ րոպեի ընթացքում: Բերբը սկզբում նեղացած են, հետագայում՝ լայնացած: Վնասվածքի կողմում լույսի հանդեպ ռեակցիան բացակայում է: Առաջանում է փսխում, խանգարվում է

կլման գործողությունը: Լուսավոր շրջանի ժամանակ նկատվում է արտահայտված գլխացավ գլխապտույտ:

Սուբդուրալ հեմատոմայի դեպքում լուսավոր ժամանակամիջոցը ավելի երկարատև է, ողնուղեղային հեղուկի մեջ նկատվում է արյուն: Սուբարախնոիդալ հեմատոմայի դեպքում լուսավոր ժամանակամիջոցը կարող է երկարել մինչև մի քանի օր, գիտակցության կորուստը կարող է ընդհանրապես չլինել: Ողնուղեղային հեղուկի մեջ նկատվում է մեծ քանակությամբ արյուն:

Ըստ ընդհանուր ուղեղային ախտանիշների աճման չափանիշի՝ ավելի պարզ արտահայտվում են ուղեղի ճնշման և տեղաշարժի տեղային ախտանշաբանությունը՝ գանգուղեղային նյարդերի կաթվածներ և թերի կաթվածներ արյունալցման կողմում (անիզոկորիա, վերին կոպի իջեցում, բբի նեղացում, որից հետո լայնացում, շրություն), վերջույթների մկանների կաթվածներ և թերի կաթվածներ (մոնոպլեգիա, ախտաբանական ռեֆլեքսների հետ միասին, էպիլեպսաձև ցնցումներ) արյունալցման հակառակ կողմում:

Բուժումը վիրահատական է: Վիրահատման էությունը կայանում է գանգի տրեպանացիայի կատարման, հեմատոմայի վերացման և արյունահոսության դադարեցման մեջ (գանգի դեկոմպրեսիվ տրեպանացիա):

ԳԱՆԳԻ ՀԻՄԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ

Վնասվածքի մեխանիզմը այն է, երբ բարձրությունից ընկնում են գլխի կամ ոտքերի վրա: Այս դեպքում վնասվում են գանգի հիմի ոսկրերը (հիմային և քունքային ոսկրերը):

Կլինիկական պատկերը. Առաջային գանգափոսի վնասվածքի դեպքում առաջանում են կապտուկներ կոպերի և աչքերի շուրջը՝ «ակնոցի ախտանիշ», ինչպես և քթային արյունահոսություն, միջին և հետին գանգափոսերի վնասվածքների դեպքում առաջանում են կապտուկներ ըմպանի շրջանում և արյունահոսություն ականջներից: Հետին գանգափոսի վնասվածքի դեպքում կապտուկներն առաջանում են պտկաձև ելունների շրջանում: Երբեմն նկատվում է ողնուղեղային հեղուկի հոսքը քթից և ականջներից: Գանգի հիմի

կոտրվածքի դեպքում հաճախ վնասվում են գանգուղեղային նյարդերը՝ դիմային, ակնաշարժ: Ուղեղի թաղանթների գրգռման հաշվին առաջանում են մենինգիզմի երևույթներ (ծոծրակային մկանների կարկամություն):

Բուժումը անցկացվում է նույն սկզբունքով, ինչ որ գլխուղեղի ցնցման բուժումը: Ողնուղեղային պունկցիայի միջոցով բաց թողնելով 2-3մլ ողնուղեղային հեղուկ, իջեցվում է ներգանգային ճնշումը, որը հանգեցնում է գլխացավի և գլխապտույտի նվազեցմանը: Ինֆեկցիայի պրոֆիլակտիկայի նպատակով նշանակվում են անտիբիոտիկներ:

ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՊԱՐՕՏԻՏ

Հարականջային գեղձի բորբոքում է, հաճախ առաջանում է թուլացած հիվանդների մոտ, ստամոքս-աղիքային ուղու լայնածավալ միջամտություններից հետո, հատկապես չարորակ ուռուցքներով մարդկանց մոտ: Վիրահատումից հետո աննդի ընդունման սահմանափակումը հանգեցնում է ծամելու գործողության դադարեցմանը, թքարտադրության նվազեցմանը: Այս դեպքում մանրէները բերանի խոռոչից թափանցում են թքագեղձերի մեջ և առաջացնում են բորբոքում:

Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է ծամելու և խոսելու ժամանակ առաջացող ցավերով, բերանը բացելու սահմանափակումով: Հարականջային գեղձի շրջանում առաջանում է ուռածություն, բարձրանում է ջերմաստիճանը:

Հետվիրահատական պարոտիտների պրոֆիլակտիկան ուղղված է թքագեղձերի արտազատման ուժեղացմանը, այս նպատակով հիվանդին տալիս են ծծելու լիմոնի կտորներ, բերանը ողողվում է սողայի, ջրածնի պերօքսիդի թույլ լուծույթներով: Եթե հիվանդը ուտելիք չի ստանում, ապա նրան թույլատրվում է ծամել չորահաց, որից հետո այն դուրս թքել և բերանը ողողել:

Բուժումը. Կիրառել տաքացնող, սպիրտաքուրային կոմպրեսներ, անտիբիոտիկներ, կոնտրիկալ, տրասիլոլ, արցցեսագոյացման դեպքում կատարվում է թարախակույտի հատում:

ԳԼՈՒԽ II

ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐ

Սովորաբար կերակրափողի այրվածքները տեղի են ունենում պատահական կամ կանխամտածված կերպով՝ (ինքնասպասության նպատակով) հիմք, թթու և ուրիշ քայքայիչ նյութեր ընդունելու հետևանքով:

Հիմքը և թթուն ազդելով կերակրափողի լորձաթաղանթի վրա առաջացնում են նրա արտահայտված դետրուկցիան: Թթվի այրվածքի դեպքում ավելի մակերեսորեն է վնասվում կերակրափողի պատը: Թթուն կարող է անցնել ստամոքսի մեջ, որտեղ նույնպես առաջացնում է լորձաթաղանթի այրվածք: Հիմքը առաջացնում է կերակրափողի պատի առավել խոր վնասվածք: Քիմիական վնասվածքի վայրում լավացումից հետո առաջանում է սպիական հյուսվածք, որը հանգեցնում է կերակրափողի կամ ստամոքսի անանցանելիության:

Կլինիկական պատկերը. Առաջին տեղում հանդես է գալիս ցավը բերանի, ըմպանի, կերակրափողի, կրծոսկրի հետևի շրջանների, երբեմն շնչահեղձում (միաժամանակ կոկորդի այրվածքի հետևանքով): Կարող է զարգանալ շոկ և թունավորում: Բերանի անկյուններում և լեզվի վրա լինում են այրվածքի հետքերը: Անհրաժեշտ է հարցնել հիվանդին կամ շրջապատի մարդկանց այն մասին, թե ինչ է նա խմել:

Առաջին օգնությունը և բուժում. Այրվածքից հետո սուր շրջանում կատարվում է կերակրափողի և ստամոքսի վնասում, չեզոքացնող լուծույթներով (թթուների այրվածքների դեպքում 2-3% սոդայի լուծույթով, հիմքերի այրվածքի դեպքում՝ քացախաթթվի, լիմոնաթթվի և գինեթթվի 1-2% լուծույթներով): Հիվանդին տրվում է 0,5% նովոկաինի լուծույթ, բուսական յուղ: Յոթից մինչև տաս օր անցնելուց հետո սկսվում է կատարվել կերակրափողի բուժավորումը (լայնացումը), հատուկ բուժերով: Սպիացման պրոֆիլակտիկայի համար նշանակվում է պրեդնիզոն, հիդրոկորտիզոն: Սպիական նեղացումների զարգացման և բուժավորման անարդյունավետության դեպքերում դիմում են վիրահատական բուժման՝ ստեղծվում է արհեստական կերակրափող:

ՎԱՀԱՆԱԶԵՎ ԳԵՂԶԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Վահանաձև գեղձի հիվանդություններից հաճախ հանդիպում է խալիպը (գոբ): Խալիպը վահանաձև գեղձի կայուն մեծացումն է: Խալիպը օրգանիզմի ընդհանուր հիվանդություն է: Տարբերում են էնդեմիկ, էպիդեմիկ (համաճարակային) և սպորադիկ (եզակի) գոբեր:

Էնդեմիկ խալիպը հանդիպում է աշխարհագրական որոշակի վայրերում, առավելապես լեռնային (Ուրալ, Հյուսիսային Կովկաս,

Մերձբայկալ և այլն): Առաջացման պատճառներն են յոդի անբավարար քանակը սննդի ու ջրի մեջ և սանիտարա-հիգիենիկ վատ պայմանները:

Էպիդեմիկ խափալը հաճախ նկատվում է մարդկային մեծ կուտակման վայրերում և, հատկապես երիտասարդ տարիքի մարդկանց մոտ: Պատճառները համարվում են վիտամինային անբավարարությունը, ընդհանուր հյուծումը և խմելու ջրի վատ որակը:

Սպորադիկ խափալը հանդիպում է ամենուրեք և պայմանավորված է էնդոկրին համակարգի գործունեության խանգարումներով:

Ըստ վահանաձև գեղձի մեծացման ձևի՝ տարբերում են խափալի տարածուն (դիֆուզ), հանգուցային և խառը տեսակները:

Դիֆուզ խափալին բնորոշ վահանաձև գեղձի հավասարաչափ մեծացումը: Հանգուցային խափալի ժամանակ վահանաձև գեղձում հայտնաբերում են մի քանի տարբեր մեծության հանգույցներ: Խառը խափալին բնորոշ է դիֆուզ մեծացած վահանաձև գեղձում մանր հանգույցների առկայությունը:

Վահանաձև գեղձի մեծությունից կախված՝ տարբերում են խափալի 5 աստիճան՝ 1° - հայտնաբերվում է միայն պարանոցը շոշափելիս,

II° - մեծացած գեղձը տեսանելի է աչքով կլման ժամանակ և լավ շոշափվում է,

III° - զորը ձեռք է բերում որոշակի մեծություն (հաստ պարանոց), լավ նկատվում է նույնիսկ առանց կլման,

IV°-զորը մեծ չափերի ցայտունորեն աչքի է ընկնում,

V° -զորը հասնում է հսկա չափերի և երբեմն իջնում է կրծոսկրի վրա:

Ըստ ֆունկցիոնալ խանգարումների բնույթի՝ խափալը լինում է էութիրեոիդ, հիպերթիրեոիդ (թիրեոտոքսիկոզ), հիպոթիրեոիդ ինչպես նաև հիպոթիրեոիդ՝ կրեոնինիզմի երևույթներով: Տարբերում են նաև հիպոթիրեոզ և միքսեդեմա: Տարբերում են ֆիբրոզ խափալ, երբ շարակցահյուսվածքային կազմախախտումը հանգեցնում է գեղձային հյուսվածքի ապաճմանը, անոթային խափալ, որի ժամանակ զարկերակներն ու երակները զգալիորեն լայնանում են, և կոլոիդ խափալ, որին հատուկ է կոլոիդ նյութի կուտակումը գեղձային հյուսվածքում:

Կլինիկական պատկերը: Կախված է գեղձի մեծությունից, դրա կոնսիստենցիայի փոփոխման բնույթից: Գեղձի կոլոիդային և պարենխիմատոզ կազմափոխման դեպքում խափալն ունենում է պինդ, առաձգական կազմություն, անոթայինի դեպքում՝ հեշտությամբ

սեղմվում է և զարկահոսում, ֆիբրոզի դեպքում ամուր է, երբեմն՝ թմբիկավոր: Կլման դեպքում մեծացած վահանազեղձը տեղաշարժվում է շնչափողի և կերակրափողի հետ միասին:

Ձորի կողմից շնչափողը ճնշելու դեպքում առաջանում է դժվարաշնչություն, շնչարգելություն, հազ, իսկ կերակրափողի ճնշման դեպքում դժվարանում է կլման ակտը: Հետադարձ նյարդի ճնշման դեպքում առաջանում է ձայնի խոպոտություն, իսկ երբեմն էլ՝ լրիվ կորուստ: Միրո-անոթային համակարգի կողմից եղած խանգարումներն արտահայտվում են ռիթմի խանգարումներով, սրտամկանի կազմափոխումով և սրտի աջ կեսի անբավարարությամբ:

Խանգարումներ են դիտվում նաև նյարդային համակարգի կողմից, որոնք արտահայտվում են դյուրագրգռվածությամբ, գլխացավերով, քրտնարտադրությամբ և այլն: Ձորը կարող է ընթանալ առանց էնդոկրին խանգարումների: Բայց երբեմն նկատվում է էնդոկրին գեղձի ֆունկցիայի բարձրացում (հիպերթիրեոզ) կամ իջեցում (հիպոթիրեոզ):

Ֆունկցիայի իջեցումը վաղ հասակում հանգեցնում է ապուշության (կրետիսիզմ): Խպիպի բարդություններից պետք է նշել նաև նրա բորբոքումը, որը ստրումիտ անունն է կրում: Խպիպի ամենածանր և լուրջ բարդությունը նրա չարորակ կազմափոխումն է, որը դիտվում է 5-20%-ի դեպքում:

Կանխարգելումը

Պետք է վերացնել խպիպի առաջացման պատճառները: Էնդեմիկ խպիպի դեպքում բնակչությունը ստանում է յոդացված աղ (1000գ աղին ավելացվում է 25մգ կալիումական յոդ): Յողը կիրառվում է նաև դեղահաբի ձևով, որը պարունակում է 1մգ

կալիումական յոդ և կրում է անտիստրոմին անունը: Վերջինս կիրառվում է խպիպի կանխարգելման նպատակով դպրոցական երեխաների մոտ: Էնդեմիկ խպիպի կանխարգելման գործում չափազանց մեծ նշանակություն ունեն խմելու ջրի մաքրության, ջրամատակարարման ցանցերի բարեկարգման և նրանց սանիտարական հսկողության, բնակարանային շինարարության և վերջապես բնակչության ընդհանուր կենսամակարդակի բարձրացման հարցերը:

Բուժումը

Կիրառում են բուժման պահպանողական և վիրահատական եղանակները: Պահպանողական բուժման դեպքում հիվանդները ընդունում են յոդի պրեպարատներ՝ յոդ, կալիումի յոդիդ և այլն:

Պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում դիմում են վիրահատական բուժման: Վերջինիս ժամանակ հեռացնում են մեծացած վահանագեղձը, թողնելով նրա փոքր մասը:

ԴԻՖՈՒՋ ՏՈՔՄԻԿ ԽՊԻՊ

(թիրեոտոքսիկոզ, Բազեդովյան հիվանդություն)

Թիրեոտոքսիկոզը բավականին հաճախ հանդիպող ժանր հիվանդություն է, որի ժամանակ ախտահարվում են օրգանիզմի շատ օրգան-համակարգեր, խանգարվում է նյութափոխանակությունն ու էնդոկրին գեղձերի գործունեությունը: Այս հիվանդության ժամանակ վահանաձև գեղձի ֆունկցիայի խանգարման (հիպերթիրեոզ, դիպերթեոզ) և կառուցվածքային փոփոխությունների հետևանքով ավելանում է գեղձի թիրեոիդ հորմոնների (թիրոքսին, տրիյոդ թիրոնին) սեկրեցիան:

Թիրեոտոքսիկոզի առաջացմանը նպաստում են հոգեկան տրավմաները, գերհոգնածությունը, ինֆեկցիաները (գրիպ, անգինա, խրոնիկական տոնզիլիտ, ռևմատիզմ և այլն), թունավորումները, գանգուղեղի տրավմաները, էնդոկրին գեղձերի խանգարումները (հատկապես սեռական), ժառանգական գործոնները: Կանայք հիվանդանում են շատ ավելի հաճախ, քան տղամարդիկ: Թիրեոտոքսիկոզը հաճախ նկատվում է 20-50 տարեկան հասակում:

Կլինիկորեն տարբերում են թիրեոտոքսիկոզի երեք աստիճան՝ թեթև, միջին ծանրության և ծանր:

Տարբերում են դիֆուզ (տարածուն) թունավոր և հանգուցային թունավոր (թունավոր ադենոմա) խափայներ:

Կլինիկական պատկերը

Հիվանդության կլինիկական պատկերը բնորոշվում է ախտանիշների եռյակով՝ խափայ, արտակնություն (էկզոֆթալմ) և սրտխփոց:

Հիվանդների մոտ նկատվում են ընդհանուր թուլություն, արագ հոգնածություն, քրտնարտադրություն, ձեռքի ատերի խոնավություն, շոգի զգացում, ձեռքերի կամ ամբողջ մարմնի դող, հաճախասրտություն,

արտահայտված գրգռվածություն, լավկանություն, գերզգայնություն, շտապողականություն, անհամբերություն, պարանոցի շրջանում տհաճ զգացում, քաշի և աշխատունակության անկում, քնի խանգարում:

Թիրեոտոքսիկոզին բնորոշ են աչքերի հետևյալ ախտանիշները՝ էկզոֆթալմ (աչքերի խնձորակների դուրս ցցվելը), Շտելվագի ախտանիշը՝ աչքերի սակավ թարթումը, որը աչքերին տալիս է հատուկ արտահայտության (անշարժ հայացք), Գրեֆեի ախտանիշը, երբ ներքև թեքված հայացքի դեպքում վերին կոպը հետ է մնում բքի վերին եզրից: Մերիուսի ախտանիշը՝ կռնվերզենցիայի խանգարում (միջին գծի ուղղությամբ առարկան աչքերին մոտեցնելիս աչքերը միմյանցից հեռանում են), Մելեխովի ախտանիշը՝ զայրացած հայացք, Ելենկի ախտանիշը՝ վերին կոպի մաշկի մգացում, Ռեզենբախի ախտանիշ՝ կոպերի դողը նրանց փակելու դեպքում, Ջենգերի ախտանիշ՝ կոպերի այտուցը և պարկանման կախվելը:

Ախտորոշմանն օգնում են նաև «Տիրամոր ձեռքի» (երկար ու բարակ մատներով դաստակ) և Կոխերի (այտերի վառ կարմրություն, շրթունքների ու լեզվի գունավորման ուժգնություն): Թիրեոտոքսիկոզին բնորոշ է նաև հիմնական փոխանակության ուժեղացումը:

Թիրեոտոքսիկոզի թեթև ձևի ժամանակ պուլսը մեկ րոպեում տատանվում է 90-100 զարկի սահմաններում, քաշի անկումը 10–15%, նկատվում է թեթև արտահայտված ձեռքերի դող, ներվային գրգռականության բարձրացում: Հիվանդների աշխատունակությունը լինում է պահպանված:

Միջին ծանրության դեպքում՝ պուլսը մինչև 120գ/ր, քաշի անկումը 20% և ավելի, լինում է արտահայտված արտակնություն, ներվային գրգռականության բարձրացում: Հիվանդների աշխատունակությունը ընկնում է:

Օանր ձևի սկզբնական շրջանում քաշի անկումը 40–45%-ի է հասնում, արտակնությունը ուժեղանում է, պուլսը 120-140 գ/ր, հաճախ դիտվում է շողացող առիթմիա, սրտի չափերը մեծանում են, նույնիսկ հանգիստ վիճակում հիվանդի մոտ նկատվում է հևոց, լինում է աշխատունակության լրիվ անկում: Հետագայում հիվանդությունը բարդանում է սիրտ-անոթային անբավարարությամբ, էնցեֆալոպատիայով, տոքսիկ հեպատիտով, կախեքսիայով:

Սովորաբար հիվանդների ջերմությունը և զարկերակային ճնշումը տատանվում են բնականոնի սահմաններում: Արյան և մեզի քննությունը փոփոխություններ չի հայտնաբերում: Հիվանդության ծանր բարդություններից է թիրեոտոքսիկ կրիզը, որը արտահայտվում է ջերմության պրոգրեսիվ բարձրացմամբ, խիստ զրգովածությամբ, զառանցանքով, անզուսպ փսխումներով, լուծով, խիստ արտահայտված տախիկարդիայով (150-180գ/ր), նախասրտերի շողացումով, դեղնությամբ, մկանային խիստ թուլությամբ: Բնորոշ է ջրազրկումը: Վահանաձև գեղձի հորմոնալ ակտիվության ցուցանիշները լինում են խիստ բարձրացած: Թիրեոտոքսիկ կրիզի ծայրագույն աստիճանը կոման է, որը բերում է հիվանդի մահվան:

Ախտորոշման հաստատման համար որոշվում է հիմնական փոխանակությունը, որը բարձրացած է լինում +30%-ից 60% և ավելի, արյան մեջ դիտվում է T3-ի (տրիյոդթիրոնին), T4 (թիրոքսին) պարունակության բարձրացում և թիրեոտրոպին հորմոնի (TTT) իջեցում: Դիտվում է նաև վահանաձև գեղձի կողմից ռադիոակտիվ յոդի կլանման արագացում և բարձրացում (ռադիոակտիվ յոդի I 131 ընդունումից 2-4-24 ժամ հետո):

Բուժումը պահպանողական է և վիրաբուժական: Հիվանդի համար անհրաժեշտ է ստեղծել ֆիզիկական և հոգեկան հանգիստ: Դեղերայքային միջոցներից նշանակում են յոդի պրեպարատներ՝ Լյուգոյի լուծույթ 10-ական կաթիլ՝ օրը 2 անգամ 20 օր: Կիրառվում են բրոմիդներ և վալերիանա, սրտային միջոցներ, ռեզերպին, անապրիլին, սեդատիվ միջոցներ (տազեպամ, մեպրոտան): Թիրեոտրոպ հորմոնի արտադրությունը ճնշելու համար լավ է թիրեոլիդինը (0,05 օրը 2-3 անգամ): Կարելի է կիրառել մեթիլտիոտուրացիլ 0,1 գ՝ օրը 3 անգամ արյան հաճախակի ստուգումներով, քանի որ թիրեոստատիկ դեղամիջոցները լեյկոպենիա առաջացնելու հակում ունեն: Թիրեոստատիկ դեղամիջոցներից ամենարդյունավետը և քիչ թունավորը մերկազոլիլն է, որը օգտագործվում է 0,01գ-ից՝ օրը 2-3 անգամ 1-2 ամիս: Թիրեոտոքսիկոզի երևույթների նվազեցումից հետո իջեցվում է դեղաչափը 0,005 գ-ից օրը 1-2 անգամ: Կիրառվում է նաև ռադիոակտիվ յոդով բուժումը: Պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում դիմում են վիրահատական բուժման՝ կատարվում է վահանազեղձի համընդհանուր մասնահատում՝ թողնելով շնչափողի

երկու կողմերից 4-6գ ընդհանուր քաշով գեղձային հյուսվածք: Վիրահատությունը կատարվում է տեղային անզգայացումով կամ էնդոտրախեալ նարկոզով:

ՀԻՊՈԹԻՐԵՈԶ (միքսէդեմա)

Այս հիվանդությունը բնորոշվում է վահանաձև գեղձի գործունեության իջեցումով և թիրեոիդ հորմոնների անբավարարությամբ: Առաջանում է գեղձի հյուսվածքի բնածին կամ ձեռքբերովի ախտահարումների, հիպոֆիզի կողմից թիրեոտրոպ հորմոնի անբավարար արտազատման հետևանքով կամ թիրեոիդէկտոմիայից հետո: Հիպոթիրեոզի շատ դրսևորումների հիմքում ընկած է հյուսվածքների մեջ նյութափոխանակության ուժգին իջեցումը:

Կլինիկական պատկերը

Հիվանդությունը սովորաբար առաջանում է աստիճանաբար և զարգանում է դանդաղորեն: Հիվանդներին անհանգստացնում է հոգնածությունը, թուլությունը, մարմնի քաշի մեծացումը, քնկոտությունը: Նկատվում է դեմքի այտուցվածություն, մաշկի չորություն, գունատություն, մազաթափություն, եղունգների բեկունդություն: Մարմինը լինում է այտուցված, պնդացած, սակայն սեղմելիս մատնահետքեր չեն առաջանում: Հիպոթիրեոզին շատ բնորոշ են մտավոր ունակությունների և հիշողության թուլացումը: Նկատվում է սեռական գործունեության նվազում: Մարմնի ջերմաստիճանը իջած է, պուլսը հազվադեպ: Հիպոթիրեոզի ժամանակ զարգանում են վաղաժամ աթերոսկլերոզ, հիպերտենզիա: Մրտի սահմանները մեծացած են:

Լաբարատոր քննությունները հայտնաբերում են հիպերլիպիդեմիա, հիպերխոլեստերինեմիա, հիպոպրոտեինեմիա, սակավարյունություն: Վահանաձև գեղձի կողմից ռադիոակտիվ յոդի կլանումը խիստ իջնում է: Արյան մեջ իջնում է T4-ի, T3-ի պարունակությունը, հիմնական փոխանակությունը լինում է գրոյից ցածր (- 20% և ավելի):

Բուժումը

Նշանակվում է դեղորայքային բուժում L-թիրոքսին, էութիրոքս և այլն: Բուժման արդյունավետությունը երևում է 7-10 օրվա ընթացքում և տարվում է մինչև հիվանդի կյանքի վերջը:

ՎԱՀԱՆԱՁԵՎ ԳԵՂՁԻ ՉԱՐՈՐԱԿ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

Վահանագեղծի չարորակ ուռուցքները հանդիպում են ոչ հաճախ: Առավել հաճախ առաջանում է հանգուցավոր խալիպի վերասերման հետևանքով: Վահանագեղծի չարորակ ուռուցքները ավելի հաճախ հանդիպում են կանանց մոտ 40-60 տարեկան հասակում:

Կլինիկական պատկերը

Բնորոշ է գեղծի պարենխիմայի մեջ շատ ամուր կազմության հանգույցների առկայությունը:

Տարբերում են վահանագեղծի չարորակ ուռուցքների կլինիկական ընթացքի 4 փուլ՝

I փուլ՝ ոչ մեծ չափերի ուռուցքը տեղակայվում է վահանաձև գեղծի բլթերից մեկում, մետաստազներ չկան:

II փուլ՝ ուռուցքը գրավում է վահանագեղծի կեսը, սերտաճել է դեպի փակեղը, սակայն նրա շարժունակությունը պահպանված է, կամ ուռուցքը փոքր է, բայց կան պարանոցի ավշային հանգույցների միակողմանի մետաստազներ:

III փուլ՝ ուռուցքը գրավում է վահանագեղծի կեսից ավելին կամ ամբողջ վահանագեղծը, վերջինիս շարժունակությունը սահմանափակված է, կյած հարևան օրգաններին, սակայն չի սերտաճում նրանց հետ, կան պարանոցի ավշային հանգույցների երկկողմանի մետաստազներ:

IV փուլ՝ ուռուցքը սերտաճել է դեպի շրջապատի հյուսվածքներն ու օրգանները (շնչափողը, որկորը, մաշկը և այլն), անշարժ է: Առկա են նաև հեռավոր մետաստազներ:

Ախտորոշմանը օգնում է վահանաձև գեղծի սկանավորումը: Սկանոգրամմայի վրա հայտնաբերվում են «սառը» օջախ I131 իզոտոպի բացակայությունը քաղցկեղային ուռուցքի մեջ: Սակայն վերջնական ախտորոշումը հնարավոր է միայն հյուսվածքաբանական քննության միջոցով:

Բուժումը

Չիվանդության կանխարգելման միջոցներից է վիրահատական միջամտությունը հանգուցավոր խալիպի բոլոր ձևերի ժամանակ: Վահանագեղծի չարորակ ուռուցքների բուժման հիմնական եղանակը վիրաբուժական է: Կատարվում է գեղծի ամբողջությամբ հեռացում, եթե

կան մետաստազներ շրջակա ավշային հանգույցներում, ապա դրանք հեռացվում են ճարպաբջջանքի հետ միասին:

Վիրահատությունից հետո պահանջվում է լրացուցիչ բուժում ռադիոակտիվ յոդով և ռենտգենյան ճառագայթներով: Նշանակվում է նաև հորմոնալ բուժում:

ԹԻՐԵՈՒԴԻՏ

Վահանաձև գեղձի բորբոքումը կոչվում է թիրեոիդիտ: Կարող է լինել սուր և խրոնիկական: Սուրը իր հերթին լինում է թարախային և ոչ թարախային: Խրոնիկական թիրեոիդիտը լինում է հակաբջջային (Ռե Կերվեն-Կրայլի խալիպ), տախտականման կազմության (Ռիդելի խալիպ) և լիմֆոմատոզ թիրեոիդիտ (Հաշիմոտոյի խալիպ): Հազվադեպ կարող են հանդիպել վահանաձև գեղձի տուբերկուլյոզ, սնկային և պարազիտային հիվանդություններ, չարորակ ուռուցքներ և ի ծնե արատներ (հիպոպլազիա, էքստոպիա, կիստաներ, խուլակներ):

Հիվանդների խնամքը վահանաձև գեղձի վիրահատումների դեպքում

Հիվանդի պատրաստումը վիրահատման

Այս հիվանդները տարբերվում են հոգեվիճակի, սիրտ-անոթային համակարգի ծայրաստիճան անկայունությամբ և շատ զգայուն են վիրահատական վնասվածքի հանդեպ: Անհրաժեշտ է ապահովել նրանց ֆիզիկական և հոգեկան հանգստով: Հիվանդին նախապատրաստում են վիրահատման համար 2-3 շաբաթում, հաճախ թերապևտիկական բաժանմունքում և տեղափոխում են վիրաբուժական բաժանմունք 1-2 օր առաջ մինչև վիրահատումը: Կատարում են բոլոր անհրաժեշտ հետազոտությունները:

Թիրեոտոքսիկոզի երևույթները նվազեցնելու համար հիվանդները ստանում են յոդի պրեպարատներ, մեթիլթիոուտացիլ կամ մերկազոլիլ: Նշանակվում են նաև սեդատիվ միջոցներ (տազեպամ, մեպրոտան), սրտային միջոցներ (իզոլանիդ, պանանգին), ռեգերպին, անապրիլին, կոկարբոքսիլազ, գլյուկոզա՝ ինսուլինի հետ, վիտամիններ, կորտիզոն:

Նյարդային գրգռվածությունը իջեցնելու համար տալիս են բրոմի պրեպարատներ և վալերիանա: Անհրաժեշտ է անձնակազմի կարեկից և ուշադիր վերաբերմունքը:

Դեղորայքային նախապատրաստումից բացի կատարվում են վարժանքներ. հիվանդին մահճակալի վրա տեղավորելով այնպիսի դիրքում, ինչպիսին նրան անհրաժեշտ է զբաղեցնել վիրասեղանի վրա: Թիակների տակ դրվում է գլանաբարձ, գլուխը հետ է թեքվում:

Հետվիրահատական խնամք

Վիրահատումից հետո այս հիվանդների հանդեպ սահմանվում է խիստ հսկողություն: Նարկոզից դուրս գալուց հետո հիվանդին տրվում է կիսանստած դիրք, փոքր-ինչ առաջ խոնարհված գլխով (պարանոցի մկանների թուլացման համար), սկսվում է խոնավացված թթվածնի մատուցումը քթային կաթետերի միջով: Ներմուծվում է ցավազրկող միջոց, կամֆորա, գլյուկոզա, վիտամիններ: Սկզբի օրերը կերակրում են ոչ տաք կիսահեղուկ սննդով: Հարկավոր է ուշադրությամբ հետևել վիրակապին և առատորեն նրա արյունով թրջվելու դեպքում՝ կանչել բժշկին: Առաջին վիրակապությունը կատարվում է վիրահատությունից հետո երկրորդ օրը, դրա ժամանակ վերքից հեռացվում են դրենաժները: Կարերը հանվում են 4-5-րդ օրը: Վիրահատությունից հետո հնարավոր են բարդություններ՝

1. Թիրեոտոքսիկ կրիզ

Առաջանում է վիրահատության ընթացքում արյան մեջ մեծ քանակությամբ թիրեոիդ հորմոնների անցման հետևանքով: Կրիզի նշաններն են՝ հիվանդի խիստ գրգռվածությունը, մաշկի հիպերեմիան, պուլսի, շնչառության հաճախացումը, ջերմաստիճանի բարձրացումը, դողը: Կարող է վրա հասնել մահը: Նման դեպքերում պետք է անհապաղ սկսել դուրս բերել հիվանդին այս վիճակից՝ միաժամանակ կանչելով բժշկին: Պետք է ներմուծել անալգին, ամիդոպիրին, դիմեդրոլ, անապրիլին, ստրոֆանտին, դիազեպամ, գլյուկոզա, վիտամիններ, հիդրոկորտիզոն, դնում են սառը գլխի վրա և մեծ անոթների շրջանում:

2. Հիպոպարաթիրեոզ

Առաջանում է հարվահանաձև գեղձերի պատահական հեռացման դեպքում: Հիվանդի մոտ առաջանում են դեմքի, վերին և ստորին վերջույթների ցնցումներ: Այս երևույթները վերացնելու նպատակով պետք է ն/ե ներմուծել կալցիումի քլորիդ կամ պարատ հորմոն:

3. Հետադարձ նյարդի վնասվածքի կամ հեմատոմայի կողմից ճնշման հետևանքով կարող է առաջանալ ձայնի խոպոտություն, իսկ երբեմն էլ լրիվ կորուստ:

ԳԼՈՒԽ III

ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Կրծքավանդակի պատերի, ինչպես նաև նրա խոռոչում գտնվող օրգանների փակ և բաց վնասվածքները երբեմն ունենում են ծանր ընթացք, իսկ հաճախ ավարտվում են մահացու ելքով: Խաղաղ պայմաններում կրծքավանդակի վնասվածքները հիմնականում հանդիպում են տրանսպորտային միջոցների վթարների, բարձրությունից վայր ընկնելու դեպքերում: Կրծքավանդակի վնասվածքները քանակական առումով և ծանրությամբ առանձնահատուկ նշանակություն են ստանում արտակարգ իրավիճակների և պատերազմների ժամանակ:

Կրծքավանդակը բարդ անատոմիական գոյացություն է: Նրա հենքը կազմում է կմախքը՝ ծածկված մկաններով, փակեղներով ու մաշկով, իսկ ներսային մակերեսը պատված է թոքամզի առպատային թերթիկներով: Վերևից այն հաղորդակցվում է պարանոցի հետ, իսկ որովայնի խոռոչից զատվում է ստոծանիով: Այսպիսով՝ գոյանում է հերմետիկ փակ տարածություն՝ բաղկացած զույգ պլևրալ խոռոչներից, որոնցում ճնշումը միջոլորտայինից ցածր է: Պլևրալ խոռոչների միջև գտնվում են միջնորմի օրգանները: Թոքամզային (պլևրալ) խոռոչներում զետեղված են թոքերը, իսկ միջնորմում՝ սիրտը, սրտից սկիզբ առնող խոշոր անոթային ցողունները, ինչպես նաև շնչական ուղիները, կերակրափողը, ավշային գոյացություններ և նյարդային ցողուններ, որոնք համարվում են կենսական կարևոր օրգաններ:

Կրծքավանդակի նմանօրինակ կառուցվածքով պայմանավորված է օրգանիզմի կենսապահովումը: Հետևաբար կրծքավանդակի պատերի և նրա խոռոչում զետեղված օրգաններում առաջացած նշանակալից անատոմիական փոփոխությունները, պայմանավորված

վնասվածքներով կամ հիվանդություններով, կարող են ունենալ լուրջ հետևանքներ:

Տարբերում ենք կրծքավանդակի վնասվածքների երկու հիմնական խումբ.

- կրծքավանդակի փակ վնասվածքներ
- կրծքավանդակի բաց վնասվածքներ

ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ՓԱԿ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Կրծքավանդակի սալջարդ

Համարվում է թեթև վնասվածք, վնասվում են միայն փափուկ հյուսվածքները: Սալջարդի բնորոշ նշաններն են տեղային ցավը և արյունազեղումները փափուկ հյուսվածքների հաստության մեջ: Ցավի զգացողությունը կրում է մշտական բնույթ և ուժեղանում է շարժումների և շնչական ակտերի ժամանակ: Մեծածավալ վնասվածքների դեպքում ցավի զգացողությունը կարող է լինել ուժգին և պատճառ հանդիսանալ շնչառական խանգարումների: Եթե սալջարդը չի ուղեկցվում կողոսկրերի կտրվածքներով, ինչպես նաև կրծքավանդակի օրգանների փակ վնասվածքներով, ապա այն ինքնաբերաբար ապաքինվում է:

Կրծքավանդակի և նրա օրգանների ցնցում

Առաջանում է կտրուկ, ուժգին հարվածից: Վնասվածքը ստանալուց անմիջապես հետո առաջանում է հևոց և սրտի գործունեության խանգարումներ, մաշկային ծածկույթները դառնում են գունատ, պատվում են սառը քրտինքով: Ծանր դեպքերում դիտվում է գիտակցության կորուստ և կարող է զարգանալ շոկ:

Կրծքավանդակի ճնշում

Առաջանում է կրծքավանդակի հանկարծակի մեծ ուժով ճնշման դեպքում: Երիտասարդ անհատների և երեխաների մոտ կրծքավանդակի կմախքի ամբողջականության խանգարում չի դիտվում, մինչդեռ տարեց անհատների մոտ կարող են առաջանալ նաև կողերի կտրվածքներ: Վնասվածքի ծանրությունը պայմանավորված է վերին սինդրակում երակային ճնշման հանկարծակի բարձրացմամբ, որի հետևանքով առաջանում են բազմաթիվ մազանոթների պատռվածքներ,

արյունազեղումներ՝ գլխի, դեմքի, պարանոցի, կրծքավանդակի և իրանի մակերեսներին, ինչպես նաև աչքերում և լորձաթաղանթներում: Նման դեպքերում տուժածը ունենում է բնորոշ տեսք՝ կրծքավանդակի, իրանի, գլխի, պարանոցի, դեմքի մաշկային ծածկույթները ունենում են արտահայտված կապույտ (ցիանոտիկ) գունավորում: Այս վնասվածքի հետեվանքով զարգանում է հարաճուն շնչական անբավարարություն և թթվածնային քաղց: Տուժածները գանգատվում են օդի անբավարարության զգացողությունից, ուժեղ ցավերից, եթե առաջանում է արյունախիտում, ապա դա վկայում է նաև թոքերի վնասվածքների մասին: Վնասվածքը ստանալուց անմիջապես հետո դիտվում է զարկերակային ճնշման բարձրացում, սակայն ուշ շրջանում այն լինում է իջած: Պուլսը հաճախացած է՝ թույլ լեցունությամբ, անկայուն:

Թոքերի սալջարդ

Հաճախ հանդիպող փակ վնասվածք է, բնորոշվում է թոքերի և օղակիր ուղիների արյունազեղումներով: Կարող են առաջանալ նաև հեմատոմաներ: Վնասվածքի կլինիկական արտահայտությունները ի հայտ են գալիս առաջիկա մի քանի րոպեների և ժամերի ընթացքում: Առաջանում են ցավեր կրծքավանդակում, մարմնի ջերմության բարձրացում, հազ, որը ուղեկցվում է արյունախիտամբ: Ախտորոշման հիմնական եղանակը ռենտգենաբանական քննությունն է: Ռենտգենյան նկարի վրա հայտնաբերվում է ոչ հստակ սահմաններով մթազնում: Հետագա նկարների վրա աստիճանաբար մթազնման օջախները ստանում են հստակ սահմաններ, իսկ 2-4 շաբաթվա ընթացքում արյունազեղումները և հեմատոմաները ներծծվում են:

Կողերի կոտրվածք

Կողերի կոտրվածքները առաջանում են բույթ կարծր առարկաների անմիջական ազդեցությունից: Գործնականում կարող են հանդիպել առանձին կամ բազմաթիվ կողերի կոտրվածքների ձևով: Կողերի բազմակի կոտրվածքներ հաճախ առաջանում են կրծքավանդակի ճնշման հետևանքով, եթե ճնշման ուժը գերազանցում է կողերի ամրությանը, օրինակ, երբ կրծքավանդակը ճնշման է ենթարկվում պատի և ավտոմոբիլի միջև, սովորաբար նման դեպքերում կողերը կոտրվում են իրենց ամենակոր մասերում, որը համապատասխանում է

միջին անութային գծին: Այլ կոտրվածքների նման կողերի կոտրվածքները կարող են լինել բաց և փակ, բեկորների տեղաշարժով կամ առանց տեղաշարժի: Կողերի բազմակի կոտրվածքների առավել բարդ և ծանր ձևերն են այն կոտրվածքները, որոնք առաջանում են երկու տարբեր անատոմիական գծերով, օրինակ՝ նույն կողերի կոտրվածքները անութային և հարկրծոսկրային գծերով: Այսպիսի կոտրվածքների դեպքում կողերի կոտրված հատվածները մնում են միացա որ այն փափուկ հյուսվածքներին, կրծքավանդակը կորցնում է իր կարկասային կառուցվածքը: Այսպիսով, փափուկ հյուսվածքներից և կոտրված կողոսկրերի բեկորներից առաջացած գոյացությունը շնչառական ակտերերի ժամանակ կատարում է շնչական շարժումներին հակառակ շարժումներ, այսինքն՝ արտաշնչման ակտի ժամանակ կրծքավանդակում ճնշման բարձրացման հետևանքով այն արտափքվում է, իսկ ներշնչման ակտի ժամանակ ընդհակառակը ներհրվում է: Մա կոչվում է պարադոքսալ շնչառություն: Կողերի կոտրվածքների կլինիկական պատկերը գոյանում է տեղային հարաբերական և բացարձակ նշաններից: Հարաբերական նշանների շարքին են դասվում տեղային սուր ցավը շնչական ակտերի, հազի, ինչպես նաև իրանի շարժումների ժամանակ: Վնասված հատվածների շոշափումը նույնպես ուժեղացնում է ցավի զգացողությունը: Բացարձակ նշանների շարքին են դասվում կրծքավանդակի դեֆորմացիան, կոտրված կողոսկրերի բեկորների կրեպիտացիան, օդի առկայությունը ենթամաշկային տարած հածությունում (ենթամաշկային էմֆիզեմա) և արյունախիտումը: Վերջին երկու նշանները խոսում են այն մասին, որ կոտրված կողոսկրերի բեկորներով վնասվել է նաև թոքի հյուսվածքը: Կրծքավանդակի նմանատիպ վնասվածքները հաճախ ուղեկցվում են պնևմոթորաքսների և հեմոթորաքսների զարգացմամբ:

Կրծոսկրի կոտրվածքներ

Կրծոսկրի մեկուսացված կոտրվածքները հանդիպում են հազվադեպ, ավելի հաճախ նրանք զուգակցվում են կողերի կոտրվածքների հետ: Կրծոսկրի կոտրվածքի տեղում առաջանում է դեֆորմացիա: Նույնիսկ այն դեպքերում, երբ չկա միջնորմի օրգանների վնասվածքներ, հետկրծոսկրային տարածությունում, որպես կանոն, առկա են լինում արյունազեղումներ: Եթե կրծոսկրի կոտրվածքները ուղեկցվում են

ցիանոգով, զարկերակային ճնշման անկմամբ, շնչական ուղիներից փրփրուն արյան արտադրությամբ, ապա նման կլինիկական պատկերը խոսում է միջոտրմի օրգանների և թոքերի վնասման մասին:

Սրտի փակ վնասվածքներ

Սրտի փակ վնասվածքներից են սրտի սայջարդը և սրտի պատվածքները: Սայջարդի դեպքերում առաջանում են արյունազեղումներ սրտի պատերի հաստության մեջ: Կլինիկորեն տարբերվում են ինֆարկտանման, ստենոկարդիալ և որովայնային ձևերը: Տիպիկ դեպքերում ցավային սինդրոմի պատկերը նմանվում է ստենոկարդիայի և սրտամ մկանի ինֆարկտի պատկերին: Ցավերը ունենում են հետկրծոսկրային տեղակայում, ճառագայթվում են դեպի ձախ վերին վերջույթը, որևէ կապ շարժումների կամ շնչառական ակտի հետ չեն ունենում, առաջանում են նաև էլեկտրոսրտագրի փոփոխություններ: Վնասվածքի կլինիկական ընթացքին բնորոշ է 3 շրջան: Սուր շրջանի տևողությունը մինչև 3 օր է, ենթասուր շրջանինը՝ մինչև 12-14 օր և ֆունկցիոնալ վերականգնման շրջանը՝ մինչև 35-40 օր:

Սրտի փակ վնասվածքներից ամենածանրը սրտամկանի պատվածքն է, որի դեպքում պերիկարդի խոռոչը հաղորդակցվում է սրտի խոռոչներից մեկի հետ, դրա հետևանքով առաջանում է ներքին արյունահոսության մի ձև, որը կոչվում է հեմոպերիկարդ: Փոքր պատվածքների դեպքում արյան կուտակումը պերիկարդի խոռոչում տեղի է ունենում աստիճանաբար, մեծ պատվածքների դեպքում, ընդհակառակը, շատ արագ: Երկու դեպքերում էլ սրտի այս վնասվածքը ավարտվում է պերիկարդի արյունային տամպոնադայով, որը համարվում է մահացու բարդություն:

ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ԲԱՑ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Կրծքավանդակի բաց վնասվածքները իրենցից ներկայացնում վիրավորումներ, որոնց առաջացման պատճառները բազմազան են, մասնավորապես կրծքավանդակի վիրավորումներ կարող են առաջանալ սուր ծակող առարկաների, գործիքների, զենքերի ազդեցությունից: Կրծքավանդակի վիրավորումների առավել բարդ և ծանր ձևեր են

հանդիսանում հրազենային վիրավորումները, որոնք կարող են լինել գնդակային և բեկորային:

Անկախ պատճառներից վիրավորումները կարող են լինել չթափանցող և թափանցող: Չթափանցող վիրավորումների դեպքում վնասվում են մաշկային ծածկույթները, ինչպես նաև խորանիստ հյուսվածքները, սակայն նման դեպքերում առպատային պլևրան չի վնասվում: Թափանցող վիրավորումների դեպքում վնասվում է առպատային պլևրան: Բացի դրանից հրազենային վիրավորումները կարող են լինել միջանցիկ, կույր և շոշափող: Թափանցող վիրավորումները հաճախ ուղեկցվում են նաև կողոսկրերի և կրծքավանդակի օրգանների վնասվածքներով: Կողոսկրերի կոտրվածքների դեպքում վնասվում են նաև միջկողային նյրադաանոթային խորձը, որը պատճառ է հանդիսանում ներկրծքային արյունահոսությունների: Արյունահոսություններ առաջանում են նաև թոքերի վիրավորումների ժամանակ, ընդ որում արյունահոսությունը կարող է լինել ուզին, հատկապես այն դեպքերում, երբ վնասվում է թոքարմատների շրջանը: Ներկրծքայի մահացու արյունահոսություններ առաջանում են սրտի և խոշոր անոթային ցողունների վիրավորումների դեպքերում: Կրծքավանդակի թափանցող վիրավորումների թարախային բարդությունների վտանգը մեծ է:

Կրծքավանդակի թե՛ փակ, թե բաց լուրջ վնասվածքները հաճախ ուղեկցվում են պնևմոթորաքսների, ներկրծքային արյունահոսությունների առաջացմամբ, արտաքին շնչառության խանգարումներով, ինչպես նաև տրավմատիկ շոկի յուրահատուկ ձևով, որը կոչվում է պլերո-պուլմոնալ շոկ:

Պնևմոթորաքս կոչվում է այն երևույթը, երբ պլևրալ խոռոչում հիվանդությունների, իսկ ավելի հաճախ վնասվածքների հետևանքով տեղի է ունենում օդի կուտակում, այսպիսով պլևրալ խոռոչի ֆիզիոլոգիական բացասական ճնշումը վեր է ածվում դրական ճնշման, դրա հետևանքով փոքրանում է թոքի շնչական մակերեսը, որն էլ բերում է շնչառության, արյան շրջանառության խանգարումների և օրգանիզմում զարգացող թթվածնային քաղցի:

Գործնականում տարբերում են պնևմոթորաքսների հետևյալ ձևերը՝

- փակ պնևմոթորաքս
- բաց պնևմոթորաքս

- փականային, կամ լարվածության պնևմոթորաքս:

Փակ պնևմոթորաքս հաճախ առաջանում է կրծքավանդակի ինչպես փակ, այնպես էլ բաց վնասվածքների դեպքերում: Թափանցող վիրավորումների դեպքերում, եթե վերքը մեծ չի լինում, վիրավորման պահին պլերալ խոռոչ է անցնում օդի որոշակի քանակություն, որից հետո կրծքավանդակի պատի փափուկ հյուսվածքների էլաստիկության շնորհիվ վերքը փակվում է, որով և կասեցվում է օդի հետագա մուտքը պլերալ խոռոչ:

Բաց պնևմոթորաքսը հետևանք է կրծքավանդակի թափանցող վիրավորումների, որի ժամանակ առաջանում է կրծքավանդակի պատի նշանակալից, իսկ հաճախ նաև մեծ դեֆեկտ, մասնավորապես բաց պնևմոթորաքս կարող է առաջանալ բեկորային վիրավորումների դեպքերում: Բաց պնևմոթորաքսի ժամանակ պլերալ խոռոչը կրծքավանդակի պատի դեֆեկտի միջոցով հաղորդակցվում է շրջակա միջավայրի հետ: Ներշնչման ակտի ժամանակ պլերալ խոռոչից վերքի միջոցով օդը դուրս է գալիս արտաքին միջավայր, իսկ արտաշնչման ժամանակ ընդհակառակը՝ շրջակա միջավայրից օդը անցնում է պլերալ խոռոչ: Տուժածին զննելի ժամանակ ստացվում է այն տպավորությունը, որ կարծես վերքը շնչում է: Բաց պնևմոթորաքսի առանձնահատկություններից է նաև թարախածին հարուցիչների պլերալ խոռոչ թափանցելու մեծ հավանականությունը:

Փականային պնևմոթորաքսը առավել ծանր ձևն է: Հիմնականում առաջանում է կրծքավանդակի փակ վնասվածքների ժամանակ, երբ վնասվում է թոքի հյուսվածքը՝ հատկապես բրոնխները: Որոշ դեպքերում, որպես փական հանդես է գալիս վնասված թոքից գոյացած լաթը, որը ներշնչման ակտի ժամանակ վնասված բրոնխից օդը բաց է թողնում պլերալ խոռոչ, իսկ արտաշնչման ակտի ժամանակ այն փակում է վնասված բրոնխի լուսանցքը և թույլ չի տալիս պլերալ խոռոչից օդի անցումը բրոնխի լուսանցք: Ժամանակի ընթացքում անընդհատ մեծանում է օդի կուտակումը պլերալ խոռոչ, որի հետևանքով ճնշումը մեծանում է պլերալ խոռոչում, առաջանում է լարվածություն: Մրա հետևանքով նախ առաջանում է վնասված թոքի լիակատար կոլլապս և այդ թոքը այլևս չի մասնակցում շնչառությանը, բացի դրանից պլերալ խոռոչում առաջացած լարվածության հետևանքով միջնորմի օրգանները

տեղաշարժվում են դեպի առողջ կողմը՝ ճնշման ենթարկելով նաև առողջ թոքը, փոքրացնելով վերջինիս շնչական ծավալը: Միաժամանակ փոխվում է նաև սրտի դիրքը: Այսպիսով՝ պնևմոթորաքսի նման ձևը առաջացնում է ինչպես շնչական այնպես էլ սրտի գործունեության ծանր խանգարումներ: Փականային պնևմոթորաքսները ուղեկցվում են նաև տարածուն ենթամաշկային էմֆիզեմայով:

Գործնականում կրծքավանդակի վնասվածքները հաճախ զուգակցվում են ներկրծքային արյունահոսություններով, որոնք կոչվում են հեմոթորաքսներ: Հեմոթորաքսի առաջացումը պայմանավորված է ներկրծքային անոթների, ավելի հաճախ միջկողային զարկերակների վնասումով:

Առաջին օգնությունը կրծքավանդակի վնասվածքների ժամանակ

Անհրաժեշտ է առաջին հերթին ապահովել շնչական ուղիների անցանելիությունը, բերանի խոռոչից հեռացնել օտար մարմինները լորձը, տուժածին տալ կիսանստած դիրք: Իրականացնել բավարար ցավազրկում, սրտային պրեպարատներ, շնչառության կանգի դեպքում թոքերի հարկադրական օդափոխություն, հնարավորության դեպքում թթվածնի ինհալացիա: Կողմնակրծքի բազմաթիվ կոտրվածքների դեպքում կրծքավանդակի ցիրկուլյար բինտային կապ: Հոսպիտալիզացիան պարտադիր է:

- Եթե գոյացած փակ պնևմոթորաքսի դեպքում վնասված պլևրալ խոռոչում օդի կուտակումը մեծ է, ապա անհրաժեշտ է իրականացնել պլևրալ խոռոչի պունկցիա և հեռացնել այնտեղ կուտակված օդը, որից հետո դնել ասեպտիկ վիրակապ:
- Բաց պնևմոթորաքսը անհրաժեշտ է վերածել փակ պնևմոթորաքսի, կիրառելով հերմետիկացնող (օկլուզիոն) վիրակապ, նախապես կրծքավանդակի պատի վերքի վրա դնել որևէ ստերիլ հերմետիկացնող թաղանթ, ապա այն ֆիքսել շրջանաձև բինտային կապով:
- Փականային պնևմոթորաքսի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել պլևրալ խոռոչի պունկցիա և այն վերածել բաց պնևմոթորաքսի:

- Բուժքրոջ գործողությունները հոսպիտալային պայմաններում կրում են կախյալ բնույթ և իրականացվում են բուժող կամ հերթապահ բժշկի և ռեանիմատոլոգի նշանակմամբ:
- Տուժածի առաջնային զննում բուժող կամ հերթապահ բժշկի, անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատոլոգի և բուժքրոջ մասնակցությամբ:
- Վնասվածքի ծանրության աստիճանի գնահատում (զարկերակային արյան ճնշման չափման, շնչական ակտերի և անոթազարկի հաճախականությունը հաշվելու միջոցով):
- Եթե բացակայում է տախիկարդիան, իսկ շնչական ակտերի թիվը մեկ րոպեում կազմում է մինչև 25, ապա վնասվածքը համարվում է թեթև: Չափավոր արտահայտված տախիկարդիայի և միջին արտահայտվածության հետցի (25-30 շնչական ակտի) դեպքում վիճակը գնահատվում է որպես միջին ծանրության: Արտահայտված տախիկարդիայի և 30-ից ավել շնչական ակտերի դեպքում տուժածի վիճակը գնահատվում է ծանր:
- Ներքին արյունահոսության առկայությունը որոշելու նպատակով իրականացնել արյան նմուշների հավաքում, հեմոգլոբինի քանակի դինամիկական հսկողություն:
- Պնևմո և հեմոթորոքսները ախտորոշելու նպատակով տուժածին պատրաստել ռենտգենյան քննության:
- Պլևրալ խոռոչի պունկցիայի ցուցումների դեպքում հիվանդին նախապատրաստել:
- Պլևրալ խոռոչում մեծ քանակությամբ չմակարդված, չհեմոլիզված և ինֆեկցիայով չվարակված արյան առկայության դեպքում նախապատրաստել համապատասխան ստերիլ պարագաներ արյունը ֆիլտրելու, կայունացնելու և հետադարձ փոխներարկում իրականացնելու նպատակով:
- Պատրաստել գործիքների հավաքակազմ և համապատասխան անզգայացնող դեղորայք միջկողային, հարողնաշարային և վագոսիմպաթիկ բլոկադաների համար:
- Պատրաստել ակտիվ դրեննաժ պլևրալ խոռոչի դրենավորման համար:
- Մրտի պատռվածքների և պերիկարդի դանդաղ զարգացող արյունային տամպոնադայի դեպքում նախապատրաստել պերիկարդի պունկցիայի ստերիլ պարագաներ:

- Եթե կան վիրահատական միջամտության ցուցումներ, ապա հիվանդին անհրաժեշտ է նախապատրաստել վիրահատության՝ թորակոտոմիայի, որի նպատակն դադարեցնել արյունահոսությունը և վերականգնել վնասված օրգանի և կրծքավանդակի պատի ամբողջականությունը: Եթե բացակայում են վիրահատական միջամտության ցուցումները, ապա մեծ մասամբ բուժումը տարվում է պահպանողական ճանապարհով:

Բուժման նպատակով անհրաժեշտ է ապահովել լիակատար հանգիստ, անկողնային ռեժիմ, թթվածնի ինհալացիա, ցավազրկող պրեպարատներ: Ինֆուզիոն և տրանսֆուզիոն բուժումը նման դեպքերում իրականացվում է զգուշությամբ:

ՄՏԻՆՔԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Մաստիտը ստինքի բորբոքումն է: Ավելի հաճախ առաջանում է առաջնածինների մոտ: Մաստիտի առաջացման պատճառները թարախածին մանրէների ներթափանցումն է պտուկների վրա առաջացող ճեղքերի միջով, կաթի կանգը, անհատական վատ հիգիենան:

Կլինիկական պատկերը կախված է հիվանդության փուլից:

Շճային փուլում ստինքը իր չափերով մեծանում է, պնդացած և ցավոտ է: Նկատվում է ջերմաստիճանի բարձրացում մինչև 39°C:

Ներսփռական փուլում ստինքի մեջ տեղի է ունենում մեկ կամ մի քանի ամուր, ոչ պարզորոշ սահմանի ներսփռանքների առաջացում: Մաշկը նրանց վրա կարմրում է, ցավը խիստ զգալի է, ջերմաստիճանը բարձրանում է մինչև 40°C: Լեյկոցիտոզը մինչև՝ 10000-12000:

Աբսցեսագոյացման փուլը բնորոշվում է կլինիկական պատկերի առաջացումով, որը համանման է նախորդին, բայց թարախի կուտակված տեղը առաջանում է ծփանք (ֆյուկտուացիա):

Ֆլեզմանոզ փուլում պրոցեսի մեջ ընդգրկվում է համարյա ամբողջ ստինքը, զարգանում է սեպտիկ վիճակ (բարձր ջերմություն, դող, լեզվի չորություն, անքնություն, գլխացավ, ախորժակի կորուստ, լեյկոցիտոզ 17000 մինչև 20000 հասնող, ԷՆԱ 60-70 մմ/ժամ):

Գանգրենոզ փուլը սկսվում է արյան շրջանառության խանգարման հետևանքով, արյան անոթների տրոմբոզի հաշվին: Ստինքը դառնում է փափուկ, թորշոմած: Հիվանդի վիճակը սեպտիկ բնույթի է:

Պրոֆիլակտիկա: Անհրաժեշտ է կանխել կաթի կանգը և պտուկների ճաքերը: Այս նպատակի համար, եթե երեխան չի կարողանում լրիվ արտածել կաթը, ապա այն անհրաժեշտ է հեռացնել: Յուցված է ստինքի մերսումը և ուլտրամանուշակագույն ճառագայթահարումը: Պարտադիր կերպով պետք է հազնել կրծկալ: Կերակրումից հետո պտուկը պետք է մաքրել տաք ջրով կամ բորաթթվի լուծույթով, չորության դեպքում քսել չեզոք քսուք:

Բուժումը

Ստինքի մեջ կանգային երևույթների առաջացման դեպքում անհրաժեշտ է վերացնել դրանք: Այդ նպատակով կաթը հեռացվում է, ստինքի վրա դրվում է փափուկ հենարան հանդիսացող կապ: Կաթը հեռացվում է մերսումով: Հարթ պտուկների դեպքում օգտվում են կաթը արտածող հարմարանքից: Նշանակվում են անտիբիոտիկներ և սուլֆանիլամիդներ: Աբսցեսագոյացման, ֆլեզմանոզ և գանգրենոզ ձևերի դեպքում կատարվում են ճառագայթաձև կտրվածքներ, հեռացվում են թարախային պարունակությունը և մահացած հյուսվածքները: Հետագա բուժումը անցկացվում է թարախային վերքերի բուժման սկզբունքով:

Ստինքի քաղցկեղ: Ստինքի քաղցկեղը առավել հաճախ հանդիպում է 40-50 տարեկան կանանց մոտ: Երիտասարդ տարիքում հիվանդությունը ընթանում է ավելի չարորակ: Ստինքի քաղցկեղը հաճախ զարգանում է խրոնիկական մաստիտի և բարորակ ուռուցքների (ֆիբրոադենոմա, ցիստոադենոմա և այլն) հողի վրա: Սովորաբար նկատվում է մեկ, ավելի սակավ երկու ստինքների ախտահարվածությունը: Ստինքի քաղցկեղի առաջացման համար մեծ նշանակություն է տրվում նախաքաղցկեղային հիվանդություններին:

Նախաքաղցկեղային հիվանդություններ.

1. Դիսհորմոնալ հիվանդություններ (մաստոպաթիա) – սրանք ստինքներում նկատվող բոլոր ձևերի փոփոխություններն են, որոնք առաջանում են նյարդահումորալ կանոնավորման խանգարման հետևանքով: Ըստ իրենց կլինիկական ընթացքի նրանք բաժանվում են դիֆուզային և հանգուցային ձևերի: Հիմնական կլինիկական ախտանիշները հանդիսանում են տեղային կամ տարածված կոշտացումները ստինքում: Ցավերը չափավոր բնույթի են, որոնք

կարող են զգալի ուժեղանալ դաշտանից առաջ: Պտուկի արտադրությունը երբեմն նմանվում է կաթի, լինում է նաև շճային ու արյունային և այլն: Բուժման համար պետք է կանոնավորել սեռական կյանքը, տալիս են կալիումի

յոդիդի պրեպարատներ, անցկացվում է վիտամինոթերապիա և հորմոնոթերապիա սեռական հորմոններով:

2. Բարորակ ուռուցքներ: Դրանցից են՝ ա) ֆիբրոադենոման, որը պարզորոշ սահմանազատված միայնակ ուռուցք է, մի շարք դեպքերում լինում են մի քանի ուռուցքներ ֆիբրոադենոմատոզ), հաճախ լինում է երիտասարդ հասակում, ուռուցքի աճը դանդաղ է, անցավ: Բուժումը՝ հեռացվում է ուռուցքը: Կատարվում է ստինքի սեկտորալ մասնահատում, շտապ կարգով հյուսվածքաբանական հետազոտում կատարելով, որպեսզի ժխտվի չարորակ ուռուցքը, բ) ներծորանային բուշտ, ներծորանային ցիստոադենոմա և կաթնային բուշտ (գալակտոցելե), իր կազմաբանական կառուցվածքով մոտ է կանգնած իսկական ուռուցքներին: Կլինիկորեն՝ առաջին երկու ձևերի դեպքում հիմնական ախտանիշը պտուկից դուրս եկող արյունաջրային արտադրությունն է. ուռուցքը կարող է չոշռափվել: Գալակտոցելեի դեպքում ստինքը իր ծավալով մեծանում է, ստինքի հաստության մեջ շոշափվում է կլոր ձևի հարթ մակերեսով, երբեմն տատանվող ուռուցք տարբեր մեծության: Բուժումը վիրաբուժական է, սկզբունքը նույնն է, ինչ որ ֆիբրոադենոմայի դեպքում էր, գ) պտուկի և ենթաձիթային ուռուցքները ըստ իրենց կառուցվածքի կարող են լինել տարբեր տեսակի՝ պապիլոմաներ, ֆիբրոմաներ, անգիոմաներ, լինֆանգիոմաներ, դերմոիդ կիստաներ, հազվադեպ՝ լիպոմաներ, այս ուռուցքների առանձնահատկությունը այն է, որ նրանք հաճախ ունենում են երկար կոթոն և կախվում են ստինքի եզրից ներքև: Բուժումը խնայողաբար, բայց բավականաչափ արմատական ձևով ուռուցքի վիրահատական հեռացումն է՝ ջանալով այս դեպքում պահպանել պտուկի հիմնական մասը:

Ստինքի քաղցկեղի կլինիկական պատկերը: Հիվանդությունը սկսվում է ստինքի մեջ ոչ մեծ, անցավ ուռածության առաջացումով: Պրոցեսի հետագա զարգացման դեպքում ընդգրկում է մաշկը և վերջինս ձեռք է բերում լիմոնի կեղևի տեսք: Պտուկը պրոցեսի մեջ ներգրավման դեպքում ներս է քաշվում: Երբեմն նրանից՝ արտադրվում է արյունային հեղուկ:

Հետագա ընթացքի ժամանակ ուռուցքը քայքայվում է, առաջացնելով ամուր եզրերով խոց: Նկատվում է հարևան ավշային հանգույցների ախտահարում հետևյալ հաջորդականությամբ՝ հիվանդ կողմի անոթափոսի, վերանրակային, ենթանրակային և ստինքի տակի հանգույցները: Ավշային հանգույցները մեծանում են, դառնում են ամուր, անցավ, սկզբում նրանք շարժուն են: Ախտորոշումը ճշտելու համար կատարվում է ստինքի կողմնային ռենտգենյան նկարահանում (բոլորակ ստվեր անհարթ ուրվագծերով) և ռենտգենյան նկարահանում՝ հակադրական (կոնտրաստային) նյութը կամ օդը մտցնելով պտուկի մեջ (հակադրական նյութը, շրջապատելով ուռուցքը, վերջինիս ուրվագծերը դարձնում է ավելի պարզորոշ): Ախտորոշման ճշտման համար պարտադիր կերպով անցկացվում է պտուկի արտադրության կամ ուռուցքի պունկտատի մանրադիտակային բջջաբանական հետազոտություն, որտեղ կարելի է հայտնաբերել քաղցկեղի բջիջներ:

Բուժումն անցկացվում է՝ կախված հիվանդության փուլից: Առանց փոխակայումների ոչ մեծ ուռուցքների դեպքում կատարվում է արմատական մաստէկտոմիա (ստինքի հեռացումը ամբողջական բլոկի նման, ստորադիր մեծ ու փոքր կրծքամկանների և անոթային խրձի, ենթաթիակային ու անոթափոսի շրջանների ճարպաբջջանքի հետ միասին): Մենավոր փոխակայումների առկայության դեպքում լրացուցիչ անցկացվում է՝ նախա- և հետվիրահատական բուժում: Ավելի ուշացած դեպքերում կատարվում է նախավիրահատական ճառագայթային բուժում, արմատական մաստէկտոմիա, օվարիոէկտոմիա (ձվարանների հեռացում), որից հետո կատարվում է հորմոնալ բուժում (դաշտան ունեցողների մոտ տալիս են տղամարդու սեռական հորմոններ, իսկ տասը տարուց ավելի դաշտանադադարի դեպքում՝ կանացի սեռական հորմոններ) և քիմիաթերապիա (ԹիոՏէՖ, 5-ֆտորուրացիլ, վինբլաստին և այլն): Արմատական բուժման անհնարավորության դեպքում անցկացվում է ախտանշանային բուժում:

ԳԼՈՒԽ IV
ՈՐՈՎԱՅՆԻ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎԻՐԱԲՈՒՃԱԿԱՆ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
ՈՐՈՎԱՅՆԻ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ԵՂԱՆԱԿՆԵՐԸ

Անատոմիական առումով որովայնը բարդ շրջան է, որի վերին սահմանները կազմում են կողադեղները և թրածն ելունը, վարից՝ գատակրերի կատարները, զույգ աճուկային ծալքերը և ցայլային համաճոնի վերին եզրը: Աջ և ձախ կողմերից որովայնը միջին անութային զծերով սահմանազատվում է գոտկային շրջանից:

Որովայնը իրենից ներկայացնում է խոռոչ, որը կրծքավանդակից բաժանվում է ստոծանիով, վարից՝ կոնքի ստոծանիով, հետևից՝ հետորովայնամզային տարածությամբ, աջ ու ձախ կողքերից և առջևից՝ որովայնի պատերով: Ներսից խոռոչի պատերը ծածկված են որովայնամզով, որն անցնելով որովայնի օրգանների վրա վեր է ածվում օրգանները պատող շճային պատիճի: Որովայնի խոռոչում գետեղված են բազմաթիվ օրգաններ, մասնավորապես ստամոքս, աղիքային ուղու մեծ մասը, խոշոր մարսողական գեղձեր, ինչպիսիք են լյարդը և ենթաստամոքսային գեղձը: Որովայնի խոռոչում են գտնվում նաև փայծաղը, լիմֆատիկ հանգույցներ, խոշոր անոթային, նյարդային ցողուններ, նյարդային հյուսակներ: Փոքր կոնքի խոռոչում տեղակայված են միզապարկը, մարսողական ուղու վերջնական հատվածը, իսկ կանանց մոտ նաև արգանդը և հավելումները: Հետորովայնամզային տարածության մեջ են գտնվում երիկամները, միզածորանները, աորտայի որովայնային հատվածը և մակերիկամները:

Մի կողմից անատոմիական բարդ կառուցվածքը, իսկ մյուս կողմից որովայնի խոռոչի օրգաններում առաջացած բազմաթիվ հիվանդագին փոփոխությունները և վնասվածքները, որոնք հաճախ համարվում են կյանքին վտանգ սպառնացող վիճակներ, պահանջում են հետազոտման և ախտորոշման համապատասխան մոտեցումներ:

Ընդհանուր առմամբ որովայնի հետազոտման եղանակները իրականացվում են ժամանակակից բժշկագիտության մեջ ընդունված սխեմայով և կատարվում են ստորև շարադրված ալգորիթմով.

- Գանգատներ
- Հիվանդության անամնեզ

- օբյեկտիվ հետազոտություն, որի մեջ մտնում են զննումը, շոշափումը, բախումը և բուժունկնդրումը
- հարկլինիկական և լաբորատոր մեթոդների կիրառում
- առանձին դեպքերում, եթե հնարավոր չի լինում վերը նշված մեթոդների կիրառմամբ ախտորոշել ախտաբանական վիճակը, ապա որպես յուրահատուկ մեթոդ իրականացվում է ախտորոշիչ վիրահատական միջամտություն:

Գանգատները

Որովայնի օրգանների հիվանդությունների գերակշռող մեծամասնության հիմնական ախտանիշներից մեկը ցավն է, որի ուժգնությունը, տեղակայումը և նրա բնույթը միանգամայն տարբեր են տարբեր հիվանդությունների ժամանակ: Մասնավորապես կույր աղու որդանման ելունի բորբոքման դեպքում ցավերի ուժգնությունը լինում է չափավոր, այն կրում է մշտական բնույթ և տեղակայված է լինում աջ զստափոսի շրջանում, մինչդեռ ստամոքսի խոցի թափաձակման դեպքում ցավը առաջանում է հանկարծակի, լինում է ուժգին և նմանեցվում է որովայնին դաշույնով հարվածելուն և կոչվում է «դաշույնի հարվածի» ախտանիշ: Լեղապարկի սուր բորբոքային հիվանդությունների նաև լեղաքարային խիթի դեպքերում ցավերը լինում են խիստ արտահայտված խիթանման և տեղակայված են լինում աջ ենթակողային տարածությունում, բացի դրանից ցավերը ճառագայթվում են աջ թիակի, աջ վերին վերջույթի շրջանները: Ենթաստամոքսային գեղձի բորբոքման դեպքում ցավերը կրում են մշտական գոտևորող բնույթ:

Որովայնի խոռոչի վիրաբուժական հիվանդությունների բնորոշ ախտանիշներից է նաև փսխումը, փսխումների հաճախականությունը, ինչպես նաև փսխման զանգվածների բնույթ միանգամայն տարբեր են տարբեր հիվանդություններ դեպքերում: Մասնավորապես սուրձի նստվածքի տեսք ունեցող փսխման զանգվածները բնորոշ են ստամոքսի խոցայի արյունահոսությանը, նեխային բնույթի փսխման զանգվածները ստամոքսի պարունակությամբ խոսում նեղացման մասին: Անզուսպ փսխումները սկզբում ստամոքսի, ապա և աղիքների պարունակությամբ, բնորոշ են աղիքների մեխանիկական անանցանելիությանը: Չյութանման կղանքի

առկայությունը խոսում է ադիքային արյունահոսության մասին, չփոխված արյան առկայությունը կդանքում բնորոշ է ադիքների ստորին հատվածներից առաջացած արյունահոսությանը:

Հիվանդության անամնեզ - չնայած այն հանգամանքին, որ վիրաբուժական կլինիկա ընդունված ծանր հիվանդները հաճախ պահանջում են անհետաձգելի միջոցառումներ, որի հետևանքով ստեղծվում է ժամանակի դեֆիցիտ, այնուամենայնիվ հմտորեն և նպատակային ձևով հավաքած անամնեստիկ տեղեկությունները կարող են նպաստել ճիշտ ախտորոշմանը, անամնեստիկ տեղեկությունները հավաքելիս անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել հիվանդության վաղեմությանը, մասնավորապես ճշտել այն սկսվել է որպես սուր վիճակ, թե կրել է քրոնիկական բնույթ և ապա սրացել, կարևոր նշանակություն ունի ախտանիշների առաջացման ժամանակը, նրանց հերթականությունը և բնույթը, ճշտել այլ հիվանդությունների առկայությունը, նախկինում ստացած բուժումը, տարած վիրահատությունները և ա այլն:

Օբեկտիվ հետազոտություն

Հետազոտությունը սկսում են հիվանդի ընդհանուր գննմամբ առաջին հերթին ուշադրություն են դարձնում հիվանդի դիրքին անկողնում, դեմքի արտահայտությանը, մաշկային ծածկույթների գույնին: Որոշ դեպքերում հիվանդները անկողնում ունենում են յուրահատուկ դիրք, օրինակ՝ կույր աղու որդանման էլունի բորբոքման դեպքում հիվանդը պատկում է աջ կողքին՝ ծալած ստորին վերջույթներով: Մաշկային ծածկույթների դեղնությունը խոսում է լյարդի և լեղապարկի հիվանդությունների մասին, դեմքի տառապալից արտահայտությունը բնորոշ է սուր որովայնին և այլն: Ջնման մյուս քայլը կրում է տեղային բնույթ: Ուշադրություն են դարձնում որովայնի համաչափությանը, ձևին, ինչպես նաև շնչառության ակտին մասնակցելուն: Որովայնի անհամաչափություն կարող է դիտվել որովայնի խոռոչի մեծածավալ գոյացությունների առկայության դեպքերում, շնչառության ակտին չմասնակցելը և որովայնի փոս ընկած առաջնային պատը /նավակաձև որովայն/ վկայում սուր որովայնի առկայության մասին: Փքված և չափերով մեծացած որովայնը, պորտի լայնացած օղը և պորտի շրջանի արտահայտված երակային ցանցի առկայությունը բնորոշ է

դրներաերկային գերճնշմանը և որովայնում հեղուկի կուտակմանը, այլ դեպքերում փքված որովայն կարող է դիտվել աղիքների անանցանելիության ժամանակ: Աճուկային շրջաններում ենթամաշկային գոյացությունների առկայությունը վկայում է ճողվածքների մասին: Շոշափումը որովայնի օրգանների հիվանդությունների և վնասվածքների ախտորոշման կարևորագույն եղանակներից մեկն է և բաղկացած է 2 փուլից՝ մակերեսային շոշափում և խորը շոշափում: Հետազոտությունը սկսում են մակերեսային շոշափմամբ. Խնամյալը պառկում է մեջքի վրա, սկզբում տարածած, ապա և՛ ծնկային և՛ կոնքազդրային հողերում ծալած ստորին վերջույթներով: Հետազոտողը նախապես տաքացրած ձեռքերով նստում դեմքով դեպի հիվանդը այն հաշվով, որ հիվանդը գտնվի հետազոտողի աջ կողմում: Առանց մեծ ուժի գործադրման սկսում են շոշափել որովայնի առաջնային և կողմնային պատերը: Շոշափման դեպքում հնարավոր է հայտնաբերել որովայնի պատերի մկանների լարվածությունը: Մասնավորապես «սուր որովայնի» մկանային լարվածությունը լինում է խիստ արտահայտված: Այդ ախտանիշը կրում է «տախտականման որովայն» անունը: Մկանային լարվածությունը կարող է կրել նաև տեղային բնույթ. մասնավորապես մկանային լարվածությունը աջ գտտափոսի շրջանում բնորոշ է կույր աղու որդանման ելունի բորբոքմանը, իսկ աջ ենթակողային շրջանում՝ լեղապարկի բորբոքմանը և այլն:

Խորը շոշափումը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերել Շյոտկին-Բյումբերգի դրական ախտանիշը, որը համարվում է որովայնամզի գրգռման կարևորագույն նշան և ուղեկցվում է որովայնի խռոչի օրգանների հիվանդություններին և վնասվածքներին:

Գործնականում խորը շոշափումը մակերեսային շոշափման շարունակությունն է. կողմնակի խոսակցության միջոցով հետազոտողը շեղում է հիվանդի ուշադրությունը և այդ ընթացքում ձեռքը աստիճանաբար առանց բիրտ ուժի կիրառման խորասուզում որովայնի պատի մեջ, ապա հիվանդի համար անսպասելի բաց թողնում, եթե ձեռք հեռացնելու պահին հետազոտվողի որովայնում առաջանում է արտահայտված ցավի զգացողություն, ապա համարվում է, որ որովայնամզի գրգռման ախտանիշը դրական է, հակառակ այն գնահատվում է իբրև բացասական: Այս ախտանիշը կարող է լինել

դրական որովայնի առաջնային պատի ամբողջ մակերեսով, եթե սուր որովայնը կրում է տարածուն բնույթ, օրինակ՝ ստամոքսի խոցի թափածակման դեպքում, կամ կարող է լինել տեղային այս կամ այն օրգանի սուր հիվանդության ժամանակ: Խորը շոշափման միջոցով հնարավոր է նաև գաղափար կազմել որովայնի խոռոչի որոշ օրգանների չափերի մասին, ինչպես նաև հայտնաբերել որովայնի խոռոչում առկա նորագոյացություններ: Որոշ դեպքերում շոշափում հնարավոր է իրականացնել հիվանդի ուղղահայաց դիրքում, մասնավորապես դա վերաբերվում է ճողվածքների ախտորոշմանը: Բախումը նույնպես հետազոտման կարևորագույն եղանակ է, որի միջոցով որովայնի խոռոչում հնարավոր է հայտնաբերել հեղուկի առկայություն, դա պայմանավորված է Բախման ժամանակ լավող բութ հնչյունով, ընդ որում հեղուկի առկայության դեպքում հիվանդի դիրքը փոխելիս փոխվում է նաև բթության տեղը: Այս ախտանիշը կոչվում է «թափառող բթության» ախտանիշ: Բախման ճանապարհով հնարավոր է հայտնաբերել նաև որովայնամզի գրգռման դրական նշաններ:

Որովայնի Բախման ժամանակ լավող բարձր թմբկային հնչյունը բնորոշ է մետորիզմին և աղիքների անանցանելիությանը: Բացի դրանից Բախումը հնարավորություն է տալիս գաղափար կազմել նաև որովայնի պարենխիմատոզ օրգանների չափերի և տեղակայումների մասին:

Բուժունկնդրում – չնայած լայն տարածում չի ստացել, սակայն համարվում է հետազոտման կիրառելի եղանակ, դա հնարավորություն է տալիս որոշել աղիքների պերիստալտիկայի առկայությունը կամ բացակայությունը: Մասնավորապես աղիքների մեխանիկական անանցանելիության վաղ շրջանում հստակորեն կարելի է լսել աղիքների պերիստալտիկայի աղմուկը, իսկ ուշ շրջանում այն բացակայում է, որն հայտնի է «գերեզմանային լռության» ախտանիշ անվամբ:

Հարկլինիկական մեթոդները բազմաթիվ են և բաժանվում են երկու հիմնական խմբի. գործիքային մեթոդներ և լաբորատոր մեթոդներ: Հետազոտման գործիքային մեթոդներից տարածված են ռենտգենյան քննությունը, մասնավորապես այս մեթոդը անփոխարինելի է հատկապես ստամոքսի խոցի թափածակման դեպքում, որի միջոցով որովայնի խոռոչում հայտնաբերվում է ազատ գազի առկայություն, վերջինս համարվում է թափածակման բացարձակ նշան: Աղիքների մեխանիկական անանցանելիության դեպքում նույնպես կարելի է

հայտնաբերել յուրահատուկ ռենտգենաբանական պատկեր, որն հայտնի է Կլոյբերյան գավաթների ախտանիշ անունով:

Շտապգոտման էլեկտրաֆիզ եղանակը հիմնված է հյուսվածքներում գերձայնի անցման և անդրադարձման սկզբունքի վրա: Գերձայնի անցումը և անդրադարձը նորմալ հյուսվածքներում տարբերվում է ախտաբանական փոփոխությունների ենթարկված հյուսվածքներով գերձայնի անցումից և անդրադարձից, գերձայնային այդ տարբերությունները էլեկտրոնային օպտիկական վերափոխիչի օգնությամբ վերածվում է տեսողական ինֆորմացիայի և հնարավորություն է տալիս հետազոտվող օրգաններում հայտնաբերել հիվանդագին փոփոխությունները: Մասնավորապես հետազոտման այս եղանակը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերել ուռուցքային գոյացությունների և քարերի առկայությունը երիկամներում, միզային ուղիներում, լեղապարկում և լեղային ուղիներում:

Շտապգոտման էնդոսկոպիական եղանակները մատչելիության, անվտանգության և ախտորոշման ճշգրտության առումով վերջին տասնամյակների ընթացքում լայն տարածում են ստացել: Մեթոդը հիմնված է ապակեթելքային օպտիկայի կիրառման վրա, որը գործիքին տալիս է համապատասխան չափեր, ճկունություն և օպտիկական պատկերի ստացման հնարավորություն: Էնդոսկոպները օգտագործվում են կերակրափողի, ստամոքսի, տասներկուամատնյա աղու, ինչպես նաև ուղիղ, սիզմայաձև և հաստ աղիքների հետազոտության նպատակներով, բացի դրանից հնարավոր է նաև հյուսվածաբանական քննության նպատակով վերցնել հյուսվածքի նմուշ, դադարեցնել ստամոքս աղիքային արյունահոսությունները արյունահոսող անոթի էնդոսկոպիական կոագուլիացիայի միջոցով:

Ռենտգենյան համակարգչային շերտագրման եղանակ /համակարգչային տոմոգրաֆիա/ եղանակը հիմնված է ռենտգենյան կոլիմիրացված ճառագայթի հյուսվածքների կլանման աստիճանով և հետազոտման համակարգչային պատկերի կառուցումով: Մեթոդը հնարավորություն է տալիս ստանալ մարմնի ցանկացած հատվածի հորիզոնական հատույթի պատկերը բարակ շերտերի տեսքով և թույլատրելիության բարձր աստիճանով:

ՊԵՐԻՏՈՆՆԻՏ

Պերիտոնիտը որովայնամզի բորբոքումն է, որն ընթանում է ինչպես տեղային, այնպես էլ ընդհանուր երևույթներով, օրգանիզմի կարևորագույն օրգան-համակարգերի ֆունկցիաների խանգարումներով:

Պերիտոնիտը երբեք չի հանդիպում որպես ինքնուրույն պաթոլոգիա: Ինչպես օրենք այն բարդությունն է որովայնախորշի օրգանների տարբեր հիվանդությունների և վնասվածքների, ամենից հաճախ՝ սուր ապենդիցիտի (55,4%), նաև սուր խոլեցիստիտի, աղիների մեռուկացման, ճղզվածքների օղակման, ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցի թափածակման, սուր պանկրեատիտի և միայն 4%-ը՝ վնասվածքների:

Տարբերում են

- տեղային
- դիֆուզ, տարածուն պրիտոնիտներ:
Տեղայինը իր հերթին լինում է՝
- սահմանափակ (թարախակույտ)
- ոչ սահմանափակ:

Տեղային սահմանափակ պերիտոնիտը հստակ սահմանափակվում է կպումներով, ֆիբրինի փառով, ճարխոնով, հարևան օրգաններով, աղե գալարներով: Այն տարածվելու հակում չունի: Համապատասխան տեղակայման տարբերում են՝ հարապենդիկուլյար, ենթաստոծանային, ենթայարդային, միջաղիքային, փոքրկոնքային թարախակույտեր:

Տեղային ոչ սահմանափակ պերիտոնիտը տեղակայվում է ախտահարված օրգանի շուրջը, գրավում է միայն մեկ անատոմիական շրջան, բայց ունի տարածվելու հակում:

Դիֆուզ պրիտոնիտը գրավում է մեկ անատոմիական հատվածից ավելին և նույնպես հակում ունի տարածվելու:

Ըստ առաջացնող պատճառների տարբերում են.

- աբակտերիալ (ասեպտիկ)
- մանրէային (ստաֆիլոկոկային, ստրեպտոկոկային, կոլիբացիլյար, անաերոբ՝ ոչ կլոստրիդիալ):

Գրեթե միշտ ախտաբանական նյութից անջատվում են 4-5 տեսակի մանրէների սիմբիոտիկ խմբեր:

Ըստ կլինիկական ընթացքի տարբերում են՝

- սուր

- ենթասուր
- խրոնիկական պերիտոնիտներ:

Ըստ որովայնախորշում կուտակվող էքսուդատի բնույթի պերիտոնիտները լինում են՝

- շճային,
- ֆիբրինային,
- թարախաֆիբրինային, թարախային,
- հեմոռագիկ
- կղային և այլն:

Պերիտոնիտի կլինիկական ընթացքը կախված է տարբեր գործոններից՝

- վարակի աղբյուրից,
- պերիտոնիտ առաջացնող մանրէների վիրուլենտությունից,
- օրգանիզմի դիմադրողականությունից և
- որովայնախորշում ատաբանական պրոցեսի տարածվածությունից:

Պերիտոնիտի կլինիկական ընթացքը բաժանվում է երեք փուլի՝

1. ռեակտիվ,
2. տոքսիկ,
3. տերմինալ:

Ռեակտիվ շրջանի համար բնորոշ են՝

- Ցավի զգացողությունը տարբեր տեղակայությամբ և համապատասխան ճառագայթումով՝ կախված ախտաբանական օջախի տեղակայվածությունից:
- Պուլսի հաճախացումը մինչև 100-120 զարկ/րոպեյում
- Լորձաթաղանթների չորությունը (լեզվի, այտերի):
- Զարկերակային ճնշման բարձրացումը հետագա անկումով, ինչպես շոկի և սեպսիսի ժամանակ: Հիվանդների ընդհանուր վիճակը այդ շրջանում նույնպես շատ նման է սեպտիկ շոկի կլինիկական պատկերին (հաճախ պերիտոնիտը անվանում են «որովայնային սեպսիս»):

- Շոշափման ժամանակ հայտնաբերվում է որովայնամզի գրգռման ախտանիշներ (Շյոտկին Բյումբերգի) և մկանային լարվածություն («տախտականման որովայն»): Երկու ախտանիշն են արտահայտվել սահմանափակ տարածության վրա՝ տեղային պերիտոնիտի ժամանակ կամ ամբողջ որովայնապատով՝ տարածուն պերիտոնիտի դեպքում: Խորը շոշափման ժամանակ երբեմն հնարավոր է լինում հայտնաբերել մեծացած օրգանը, ներսփռանքը կամ թարախակույտը:
- Որովայնապատի պերկուսիայի ժամանակ պերկուտոր ձայնի կարճացումը որովայնի ստորադիր հատվածներում վկայում է հեղուկի կուտակման մասին, իսկ տիմպանիտը՝ աղիների պարեզի մասին:
- Պելվիոպերիտոնիտի ժամանակ ռեկտալ և վագինալ մատնային հետազոտությունով հնարավոր է հայտնաբերել էքսուդատով լեցուն կախված հեշտոցի հետին կամարը:
- Լաբորատոր հետազոտությունների ժամանակ արյան մեջ հայտնաբերվում է լեյկոցիտոզ ձախ տեղաշարժով և ԷՆԱ-ի արագացում:

Ախտորոշումը ճշտելու համար անհրաժեշտության դեպքում կատարում են ռենտեզեն հետազոտություն, ուլտրաձայնային, կոմպյուտերային տոմոգրաֆիա, լապարասկոպիա:

Տոքսիկ շրջանում ի հայտ են գալիս ներքին օրգանների ֆունկցիոնալ խանգարումներ: Հիվանդի դիմագծերը սրվում են, մաշկը գունատվում է, առաջանում է ակրոցիանոզ, աչքերը փոս են ընկնում («Հիպոկրատի դեմք»), շնչառությունը դժվարանում է, արյան մեջ բարձրանում են բիլիռուբինի և տրանսամինազների ցուցանիշները, էլ ավելի բարձր թվերի է հասնում լեյկոցիտոզը, խախտվում են ջրաաղային և թթվահիմնային հավասարակշռությունները:

Տերմինալ շրջանում բոլոր այդ ցուցանիշները հասնում են կրիտիկական մակարդակի, զարգանում է DVS-համախտանիշը և վատանում է հյուսվածքների միկրոցիրկուլյացիան: ԷՍԳ-ի վրա հայտնվում են սրտամկանի տոքսիկ ախտահարման նշաններ, զարգանում են պոլիօրգանական ախտահարումներ, որոնք չեն ենթարկվում դեղորայքների ազդեցությանը, անդեկավարելի են և անհամատեղելի կյանքի հետ:

Առաջին օգնությունը և բուժումը

Քանի որ բոլոր պերիտոնիտները դասվում են «սուր որովայն» համախտանիշին, ուստի առաջին օգնության ժամանակ թույլատրվում է միայն որովայնին դնել սառը և շտապ տեղափոխել ստացիոնար պատգարակով: Արգելված են տաքի կիրառումը որովայնին և որևէ ներմուծում էնտերալ ճանապարհով: Մինչև ախտորոշման հաստատվելը չեն թույլատրվում հակաբիոտիկների և ցավազրկողների ներարկումները:

Պերիտոնիտների բուժումը վիրահատական է: Վերջին տարիներին պերիտոնիտների բուժումը հասել է որոշակի հաջողությունների: Բայց էնդոտոքսիկոզի դեպքերը, որոնք ընթանում են հոմեոստազի խանգարումներով և համակցված են տարբեր հիվանդություններով, մնում են խնդրահարույց:

Ռեակտիվ փուլում բուժման համար բավական է պերիտոնիտի սկզբնաղբյուրի վերացումը և հակաբորբոքային միջոցառումները: Իսկ տոքսիկ և տերմինալ փուլերում պերիտոնիտը դժվար է ենթարկվում բուժման: Պերիտոնիտի բուժման հիմնական 5 բաղադրիչներն են՝

1. սկզբնաղբյուրի վերացումը և որովայնախորշի սանացիան,
2. դետոքսիկացիան,
3. հակաբիոտիկաթերապիան,
4. իմունոկորեկցիան,
5. ստամոքսի և աղիների դեկոմպրեսիան ու աղիների պերիստալտիկայի ստիմուլյացիան (խթանումը):

Որքան շուտ է կատարվում վիրահատական միջամտությունը, այնքան այն ավելի արդյունավետ է: Կատարվում է շտապ կամ անհետաձգելի լապարատոմիա ախտաբանական օջախի վերացումով, պերիտոնեալ լաված (լվացում) հակասեպտիկ, հակաբիոտիկ նյութերով և ուլտրաձայնով, հետագայում՝ դիալիզ պերիտոնեալ և էքստրակորպորալ (հեմոլիմֆոսորբցիա, պլազմաֆերեզ, հեմոդիաֆիլտրացում և այլն): Հաճախ կարիք է լինում կատարել ռելապարատոմիա, այդ պատճառով վերջերս սկսել են կիրառել «բաց որովայնի» եղանակը մագնիսային կամ շրթայաձև փակերով:

Դետոքսիկացիայի նպատակով օգտագործվում են ինչպես աղային լուծույթներ, ամիաջրատաներ, այնպես էլ արյունը արյան բաղադրիչները, արյան փոխարինիչները: և Հակաբիոտիկներով

բուժումը արդյունավետ միայն այն ժամանակ, երբ հաշվի են առնում մանրէների զգայունությունը և կայունությունը հակաբիոտիկների նկատմամբ, ինչպես և պացիենտի զգայունությունը ընտրված հակաբիոնտիկի նկատմամբ: Այս նպատակով կիրառվում են I, II, III, IV սերունդների ցեֆալոսպորինները, հակասեպտիկներից՝ դիքսադիսը, դեկամետոքսինը և այլն, նաև ֆլաժիլը, լումֆլաքսոցինը, ցիպրոֆլաքսոցինը և այլն:

Իմունիտետը կարգավորող բուժումը՝ իմունոկոռեկցիան, կատարվում իմունոգրամմային համապատասխան: Կիրառվում են պիրիմիդինի ածանցյալները (լևոմիզոլ, դեկարիս), թիմինի ածանցյալները (թիմային, թիմազին, T-ակտիվին), իմունոգլոբուլինները, իմունոֆանը, լեյկինֆերոնը, լիկոպիդը, պենտազոլոբինը, պոլիօքսիդոնիումը, ինչպես առանձին, այնպես էլ համակցելով միմյանց հետ: Շատ արդյունավետ են արյան ներանոթային ճառագայթումները հելիում-նեոնային լազերով և քվանթային ուլտրամանիշակագույն ճառագայթներով:

Ստամոքս-աղիքային դեկոմպրեսիան իրականացվում է մի քանի օր, ստամոքսում վիրահատության ժամանակ դրված նագոգաստրալ զոնդի և ուղիղ աղում դրված գազահան խողովակի օգնությամբ: Դրա շնորհիվ աղիներից հեռացվում են տոքսիկ նյութերը, իջնում է ներորովայնային ճնշումը, լավանում աղիների պատի միկրոցիրկուլյացիան, ստեղծվում է վաղ էնտերալ սնուցման հնարավորություն:

Աղիների ստիմուլյացիայի համար կատարում են հոգնա՝ կերակրի աղի հիպերտոնիկ լուծույթով, Օզնի հոգնա, ներմուծում են պրոզերին, սերոտոնին-աղիպինատ, ումբրետիդ, ցերուկալ, կիրառում են էլեկտրաստիմուլյացիան, հիպերբարիկ օքսիգենացիան (բարոկամերա), ռեֆլեքսաթերապիան (ասեղնաբուժություն), դիմում են նաև էպիդուրալ բլոկադաների, էնտրոսոբբիայի, դեֆիբրիլյացիայի:

ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐ

Ճողվածք է կոչվում որովայնամզով պատված որովայնի օրգանների դուրս գալը որովայնապատի բնածին կամ ձեռքբերովի անցքերով մարմնի արտաքին ծածկույթների տակ կամ մեկ այլ խոռոչի մեջ: Ճողվածքը կազմված է՝

1. ճողվածքային դրունքից,
2. ճողվածքապարկից,
3. ճողվածքի պարունակությունից:

Ճողվածքի դրունքը բնական կամ արհեստական անցք է որովայնապատի մկանա-ապոնևրոտիկ շերտում. այն կարող է տեղակայվել աճուկային, սպիտակ գծի, պորտի, Սկարպուլյան եռանկյունու, ինչպես և վիրահատական վերքերի շրջաններում: Համապատասխան դրունքի տեղակայման՝ ճողվածքները անվանում են աճուկային, պորտային, սպիտակ գծի, ազդրային, հետվիրահատական վենտրալ և այլն:

Ճողվածքապարկը կազմվում է մաշկից, ենթամաշկից և որովայնամզից կամ միայն որովայնամզից: Առաջինը համապատասխանում է արտաքին, իսկ երկրորդը՝ ներքին ճողվածքին: Ներքին ճողվածքի պարունակությունը կարող է արտափքվել որովայնամզի և միջընդերքի տարբեր ճեղքերի, գրպանների, ծոցերի մեջ, ինչպես և ստոծանու բնածին կամ ձեռքբերովի անցքերով թափանցել պլևրալ խոռոչ:

Ճողվածքի պարունակությունը կարող են լինել՝ աղիները, ճարպոնը, ստամոքսը, թափառող երիկամը, չափից ավելի երկար միզածորանը, միզապարկի պատը:

Ճողվածքի առաջացման սկզբնական շրջանում կազմավորվում են ճողվածքի դրունքը և ճողվածքապարկը: Ավելի ուշ՝ ներորովային ճնշման բարձրացման հետևանքով (ֆիզիկական լարվածությունից, ճիզերից. համառ հազի, ծանր ծննդաբերության, փորկապությունների և դժվարամիզության ժամանակ) որովայնի օրգանը կամ նրա մի պատը թափանցում է ճողվածքապարկի մեջ: Ճողվածքի պարունակությունը կարող է դուրս գալ անմիջապես դրունքից (դա ուղիղ ճողվածք է), կամ էլ անցնելուց հետո որևէ մկանային խողովակով կամ գրպանիկով (դա թեք՝ ճողվածք է):

Եթե ճողվածքի պարունակությունը հորիզոնական դիրքում ինքնուրույն ներուղղվում է, կոչվում է ներուղղվող ճողվածք:

Ժամանակի ընթացքում ճողվածքի չափերը մեծանում են և ճողվածքը դժվար է ներուղղվում, կամ էլ չի ներուղղվում բոլորովին՝ չներուղղվող ճողվածք: Ճողվածքի պարունակությունը սեղմվել կարծրացած, հաստացած դրունքով կամ սպազմի հետևանքով. տեղի է ունենում

ճողվածքի օղակում՝ օղակված ճողվածք: Օղակումը ճողվածքի բարդություններից մեկն է: Օղակման հետևանքով ճողվածքապարկում գտնվող օրգանը կամ նրա մի մասը սեղմվում է և մեռուկանում (սնուցման խանգարման պատճառով), ժամերի ընթացքում այստեղ զարգանում է թարախային վարակ (օրինակ՝ աղիների ֆլեգմոնա), որը տարածվում է որովայնամզով՝ առաջացնելով ծանր բարդություններից մեկը՝ պերիտոնիտ: Օղակվելու հետևանքով կարող է առաջանալ նաև աղիների պերիստալտիկայի խանգարում, ընդհուպ մինչև աղիքային ստրանգուլյացիոն անանցանելիություն:

Ճողվածքների ախտորոշման համար նշանակություն ունեն՝

- ուռուցքանման գոյացություն ճողվածքի դրոնքի շրջանում՝ սկզբում պնդուկի մեծության, ժամանակի ընթացքում ավելի ու ավելի մեծ: Երբեմն մարդու գլխի չափ:
- ուռուցքանման գոյացության հայտվելն ու անհետանալը մարմնի դիրքը փոխելիս հորիզոնական դիրքում այն կարող է անհետանալ, իսկ ուղղահայաց դիրքում հայտնվել
- այսպես կոչված «հազի» և «հազի հրոցի» ախտանիշները (հազի ժամանակ չերևացող ճողվածքը դուրս է գալիս ճողվածքադրոնքից կամ հրում դրոնքից ներս տարած զննողի մատին): Առաջինը բնորոշ է ուղիղ, երկրորդը՝ թեք ճողվածքին:

Առաջին օգնությունը ճողվածքի օղակման ժամանակ.

- անհրաժեշտ է պացիենտին տալ հորիզոնական դիրք,
- բարձրացնել կոնքը բարձի օգնությամբ կամ բարձրացնել մահճակալի ոտքերի ծայրը,
- բարձրացնել ճողվածքը ափով,
- չի թուլատրվում մատով հրել ճողվածքը ներուղեղու նպատակով, քանի որ դա կարող է ճողվածքապարկի մեջ գտնվող օրգանի թափածակում առաջացնել,
- չի կարելի դնել տաք օղակված ճողվածքինին և ներարկել ցավազրկողներ պացիենտին,
- թուլատրվում է սպազմոլիտիկների ներմուծումը,
- պերիտոնեալ երեույթների առկայության դեպքում՝ առաջին օգնությունը հասցվում է, ինչպես «սուր որովայն վայն» համախտանիշի ժամանակ՝ որովայնին դնում են սառը և շտապ

տեղափոխում հիվանդին ստացիոնար պատգարակով, ստացիոնարում կատարվում է շտապ ճողվածքահատում (հեռնիոտոմիա), վերացնում բարդությունները և դրանից կատարվում պլաստիկա:

Առանց բարդությունների ճողվածքների բուժումը վիրահատական է: Կատարվում է պլանային ճողվածքահատում.

- ճողվածքի պարունակությունը ներուղղում են
- ճողվածքապարկը հեռացնում
- ճողվածքի դրոնքը նեղացնում պլաստիկայի միջոցով

Վիրահատությունից հետո՝ առաջին մի քանի օրը պացիենտին պառկեցնում են մեջքի վրա, դնում ծանրոցներ և սառը վիրահատական վերքին, տղամարդկանց հագցնում ամորձակապ կամ բանդաժ, քայլեցնում են 3-րդ օրից ոչ շուտ: 6-12 ամիս արգելում են բարձրացնել ծանրություններ (անհրաժեշտ է խուսափել որևէ ճիգերից): Հակացուցումների դեպքում բուժումը պահպանողական է՝ հատուկ ճողվածքային գոտիների միջոցով:

ՍՏԱՄՈՔՄԻ ԵՎ 12-ՄԱՏՆՅԱ ԱՂՈՒ ԽՈՑԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Խոցային հիվանդությունը բավական տարածված է՝ հաճախ հանդիպում է տղամարդկանց մոտ 20-40 տարեկանում: Բազմապատճառային է: Առաջացման համար մեծ նշանակություն ունեն՝

- հիպերացիդ վիճակը, որը զարգանում է երկարատև կոպիտ խախտումներից, ալկոհոլի սթրեսներից, սննդակարգի կոպիտ խախտումներից, ալկոհոլի չարաշահումից, մոլի ծխողների և հիպերացիդ գաստրիտով մարդկանց մոտ, նաև հակաբորբոքային որոշ դեղամիջոցներից,
- լորձաթաղանթի միկրոտրավմաները,
- *Helikobakter pylori* – մանրէները: Վերջինը դժվարանում է խոցի լավացումը և հիվանդության ընթացքը երկարում է՝ երբեմն տասնյակ տարիներով:

Կլինիկորեն հիվանդությունը արտահայտվում է՝

- ցավով վերորովայնային շրջանում
- այրոցի զգացումով ստամոքսի և կերակրափողի շրջանում

- գղտոցով՝ թթվային բնույթի
- միանվագ փսխումով (փսխումից հետո ցավը հանդարտվում է. երբեմն էլ հիվանդն ինքն է փսխում առաջացնում ցավը մեղմելու նպատակով)
- քաշի որոշակի անկումով (այն պայմանավորված է արագացած էվակուացիայով ստամոքսից, ինչի հետևանքով սնունդը չի հասցնում յուրացվել. հիվանդ ստամոքսը կարծես թե շտապում է ազատվել իրեն ցավ պատճառող նյութերից):

Ցավի առաջացման ժամանակը կախված խոցի տեղակայումից՝

- «վաղաժամ» ցավերը առաջանում են անմիջապես սնունդն ընդունելուց հետո, երբ խոցը տեղակայված է լինում ստամոքսամուտքի շրջանում,
- «ուշացածը» - սնունդն ընդունելուց մի քանի ժամից, եթե այն կորուսյունների վրա է,
- «քաղցի» զիջերային ցավերը՝ եթե խոցը ստամոքսաէլքի կամ 12 մատնյա աղու պատին է:

Ստամոքսում կարող է առաջանալ մեկ խոց, հանդիպում են և բազմաթիվ խոցեր, 12մ աղուն և ստամոքսաէլքին բնորոշ է «համբուրվող» կամ «հայելանման» խոցերի առկայությունը (նրանք տեղակայվում են միմյանց դեմ):

Ստամոքսի և 12 մատնյա աղու խոցային հիվանդությունը կրում է սեզոնային բնույթ, սրանալով զարնանը և աշնանը: Հիվանդության սկզբում առաջանում է երոզիա, որը խորանալով վերածվում է խոցի: Կոնտրաստ ռենտգենոգրաֆիայի ժամանակ այն հստակ նշմարվում է «նիշայի» տեսքով: Ախտորոշումը դրվում է անամնեստիկ տվյալների, շոշափման, ռենտգեն հետազոտության կամ գաստրոսկոպիայի հիման վրա: Վերջինս ավելի ինֆորմատիվ է, քան R-հետազոտությունը:

Տարիների ընթացքում խորանալով խոցը առաջացնում է հետևյալ բարդությունները

1. ստամոքսային արյունահոսություն
2. պերֆորացիա՝ ստամոքսի պատի թափածակում
3. պենետրացիա՝ երբ պերֆորացիոն անցքը փակվում է հարևան օրգանով
4. պիլորոստենոզ՝ ստամոքսաէլքի նեղացում
5. մալիգնիզացիա՝ չարորակ վերափոխում:

Ստամոքսային արյունահոսությանը բնորոշ են՝ սրճանման փսխումը, ձյութանման կղանքը՝ մելենան և պերիստալտիկայի արագացումը: Ի հայտ են գալիս արյան կորստի բոլոր նշանները՝ մաշկի գունատությունը, դիմագծերի սրվածությունը, ակրոցիանոզը, ընդհանուր թուլությունը, գլխապտույտը, բերանի չորությունը, ծարավի զգացումը, աղմուկը ականջներում, աչքերի առջև մթագնումը, արյան մեջ էրիթրոցիտների և հեմոգլոբինի նվազումը: Ժամանակին չհասցրած օգնության դեպքում հիվանդի վիճակը կարող է բարդանալ ուշագնացությունով, կոլապսով, շոկով, սուր ստկավարյունությունով:

Առաջին օգնությունը. դրվում է սառը վերվորովայնային շրջանին, տալիս են սառցեկտորներ կուլ տալու, ներարկում արյունականգ միջոցներ (վիկասոլ, դիցինոն, CaCl, ամինակապրոնային թթու) և շտապ տեղափոխում ստացիոնար, որտեղ անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է արյան պլազմայի, շիճուկի, ֆիբրինոգենի, թրոմբոցիտար զանգվածի փոխներարկում, էլեկտրաջերմամակարդում ֆունկցիոնալ գաստրոսկոպի միջոցով: Եթե արյունահոսությունը չի հաջողվում դադարեցնել, կատարվում է անհետաձգելի ստամոքսի մասնահատում կյանքի ցուցումներով: Արյունահոսությունը դադարեցնելու դեպքում նախապատրաստում են պացիենտին պլանային մասնահատմանը, եթե սրացումները հաճախակի են կրկնվում (1-2 անգամ մեկ տարում), կամ էլ իրականացնում պահպանողական բուժում, եթե արյունահոսությունը առաջին անգամ է այդ պացիենտի մոտ:

Ստամոքսի թափածակման (պերֆորացիայի) պահին հիվանդը նշում է «դաշույնի հարվածի» ցավ վերորովայնային շրջանում: Ոմանք թափածակման առաջացումը կապում են առատ սնունդ ընդունելու հետ: Երբեմն՝ ցավը բացակայում է. «համր» խոցերի դեպքում, երբ ցավային սինդրոմը արտահայտված չէ: Պացիենտի մոտ զարգանում է տեղային կամ դիֆուզ պերիտոնիտի պատկեր:

Պենետրացիայի ժամանակ ստամոքսահյուրը քայքայում է պերֆորացիոն անցքը փակող օրգանը և պերիտոնեալ նշաններին միանում են նաև վնասված օրգանի ֆունկցիոնալ խանգարման ախտանիշները: Թե՛ թափածակմանը և թե՛ պենետրացիային բնորոշ է «ազատ գազի» առկայությունը վերորովայնային շրջանում, R-սկոպիկ հետազոտության ժամանակ: Առաջին օգնությունը և բուժումը իրականացվում է այնպես, ինչպես «սուր որովայն»-ի ժամանակ:

Պիլորոսսենոզին բնորոշ են՝ ցավը, ծանրության զգացումը, փքվածությունը վերորովայնային շրջանում սնունդն ընդունելուց հետո, միառժամանակ անց շատրվանաձև փսխումը՝ նախորդ օրվա սննդի մնացորդով: Աստիճանաբար հիվանդները հյուծվում են, ջրազրկվում, խանգարվում է էլեկտրոլիտային բալանսը, կարող են առաջանալ ցնցումներ: Գաստրոսկոպիայի ժամանակ պարզ երևում է նեղացած հատվածը, կոնտրաստ R-հետազոտման ժամանակ հայտնաբերվում է «ավազի ժամացույց» ախտանիշը, կամ «տալիա» նեղացած ստամոքսաէլքի կամ 12-մ աղու շրջանում: Բուժումը՝ վիրահատական է, կատարվում է պլանային ստամոքսի մասնահատում՝ ռեզեկցիա:

Խոցի մալիգնիզացիային (չարորակ վերափոխմանը) նպաստում են նրա անընդհատ գրգռումը երկար տարիների ընթացքում ինչպես ստամոքսահյութով, այնպես էլ ընդունվող սննդով: Առաջացած ախիլիան, անացիդ գաստրիտը, որի ժամանակ ստամոքսահյութի թթվայնությունը կտրուկ իջնում է, համարվում է նախաքաղցկեղային վիճակ: Հիվանդը հյուծվում է՝ քաշը նվազում է մինչև 20-30 կգ և ավելին: Բնորոշ են ցավի բացակայությունը սկզբնական շրջանում, փսխումները նեխած ձվի հոտով, «կայոզ» խոցի ձևավորումը (խոցի հատակը հարթ է, փայլուն, եզրերը՝ գլանաձև հաստցած): Դա պարզ երևում է գաստրոսկոպիայի ժամանակ: Կոնտրաստ R-քննության ժամանակ հայտնաբերվում է լցման դեֆեկտ, իսկ բիոպսիոն նյութի մեջ՝ ատիպիկ քաղցկեղային բջիջներ: Եթե բուժումը ժամանակին չի կատարվում, ապա հիվանդությունը ընթանում է քաղցկեղին բնորոշ փուլերով և լետալ ավարտով (քաղցկեղային ցավային շոկից կամ քաղցկեղային ինտոքսիկացիայից): Բուժումը իրականացվում է համապատասխան քաղցկեղի փուլերի: Առաջին 2 փուլերում կատարվում են ռադիկալ՝ արմատական միջամտություններ, երրորդում պալիատիվ (դրվում է գաստրոստոմ կամ կատարվում

բերանակցում ստամոքսի և բարակ աղու միջև) և քիմիոթերապևտիկ ու ճառագայթային բուժում, չորրորդում՝ միայն սիմպտոմատիկ բուժում:

Հիվանդի խնամքի առանձնահատկությունները ստամոքսի մասնահատումից (ռեզեկցիայից) հետո.

- առաջին օրը բացառվում է պերօրալ սնունդի ընդունումը,
- շուրթերը օծում են վազելինով, կանխելու համար ճաքերի առաջացումը,

- բերանը թրջում են ջրով, որի մեջ ավելացրած է մի փոքր կիտրոնի հյութ և մշակում հականեխիչ նյութերով, կանխելու համար հետվիրահատական պարօտիտի առաջացումը,
- առաջին երկու օրը կատարում են ստամոքսի վնասում նազոգաստրալ զոնդով 100մլ ջրով, սիֆոնային եղանակով՝ օրը երկու անգամ (զոնդը թողնում են անմիջապես վիրահատությունից հետո),
- անըդիատ հետևում են զոնդից եկող արտադրուկի որակին և քանակին,
- սնունդը տալիս են երկրորդ օրից 1-2թելի գդալ 5-10 բուլե ընդմիջումներով, ամեն օր ավելացնելով մեկական գդալ և երկարացնելով ընդմիջումը մեկական բուլետով, երկու շաբաթից սննդի ծավալը հասցնում են մոտ 50մլ, իսկ ընդմիջումները՝ 25-30 բուլե,
- սննդի պակասը լրացնում են պարենտերալ սնուցման միջոցով՝ արյան, պլազմայի, սպիտակուցային հիդրոլիզատների, ճարպային էմուլսիաների, ածխաջրատների, աղային լուծույթների, վիտամինների,
- սննդակարգը՝ առաջին օրը Օ սեղան, երկրորդ օրը՝ սեղան N1, երրորդ օրը՝ 1ա, չորրորդ օրը՝ 1բ, աստիճանաբար հասցնելով 15-րդ օրը N15 ընդհանուր սեղանի, առանց գրգռիչ նյութերի:

ՊԱՆԿՐԵԱՏԻՏ

Պանկրեատիտը՝ ենթաստամոքսային գեղձի բորբոքումն է: Առաջանում է բոլոր այն ախտաբանական վիճակներից, որոնց ժամանակ տեղի է ունենում պանկրեատիկ հյութի հիպերսեկրեցիա և արտահոսքի խանգարում, ինչպես և հյութի մեջ եղած ֆերմենտների ակտիվացում անմիջապես գեղձի ծորանների մեջ: Պանկրեատիտը առաջանում է նաև գեղձի վնասումից:

Հիմնականում այն հանդիպում է՝

1. Լեդուդիների ախտահարման ժամանակ, երբ խանգարվում է լեդու արտահոսքը
2. 12-մատնյա աղու և ֆատերյան պտկիկի բորբոքումների և ուռուցքների ժամանակ

3. Չափազանց երկարատև առատ, ճարպոտ, տապակած սննդի չարաշահումից
4. Հարբեցողների մոտ
5. Գեղձի սնուցման խանգարումներից, ենթաստամոքսային գեղձի անոթների այթբակլերոտիկ փոփոխումներից, սպագմից, թրոմբոզներից, էմբոլիաներից:

Անկախ առաջացման պատճառներից, մեխանիզմը մեկն է՝ գեղձի աուտոլիզը (ինքնաքայքայում, ինքնամարսում) սեփական հյուսթերի ակտիվացման հետևանքով: Նորմայում՝ ենթաստամոքսային գեղձի ֆերմենտները ակտիվանում են աղիներում լեղու և աղիքային հյուսթի ազդեցության տակ և ապահովում են ընդունած սննդի քայքայումը, մարսումը:

Կանգային երևույթների հետևանքով լեղին, աղիքային հյուսթը կարող են շարտվել, ներխուժել ենթաստամոքսային գեղձի ծորանների մեջ և ակտիվացնել ֆերմենտները, փաստորեն՝ անմիջապես գեղձի մեջ՝ քայքայելով ենթաստամոքսային գեղձի հյուսվածքը: Պանկրեատիկ հյուսթի մեջ գտնվող տրիպսինի քայքայող ազդեցությունից առաջանում են այտուց, արյունազեղումներ և պարենխիմալի նեկրոզ՝ օջախային կամ դիֆուզ: Թեթև դեպքերում պրոցեսը սահմանափակվում է միայն պանկրեատի այտուցով, իսկ հետագայում հնարավոր է գեղձի լրիվ վերականգնում: Միջին ծանրության պանկրեատիտների ժամանակ նկատվում է գեղձի օջախային դեստրուկցիա: Եթե տեղի ունենա ենթաստամոքսային գեղձի ինֆեկցում, ապա հնարավոր է այդ օջախների վերափոխումը թարախակույտերի՝ մեկ կամ բազմաթիվ: Սուր պանկրեատիտի ծանր դեպքերը ընթանում են գեղձի մեջ զանգվածային արյունազեղումների առաջացումով, որոնք կարող են վերածվել սեկվեստրների և կիստաների, հաճախ առաջանում են նաև թարախանեկրոտիկ օջախներ: Երկու դեպքում էլ օջախները մեծանալով միանում են միմյանց՝ ընդհուպ մինչև գեղձի լրիվ քայքայումը ու ձևափոխումը և պանկրեատը վերածվում է արյունային փշրունքով կամ թարախով լի մի պարկի:

Համապատասխան առաջացած փոփոխությունների՝ պանկրեատիտը ներկայումս դասակարգում են հետևյալ կերպ՝

1. սուր այտուցային ձև
2. սուր հեմոռագիկ պանկրեատիտ

3. սուր պանկրեատոնեկրոզ
4. թարախային պանկրեատիտ
5. քրոնիկական պանկրեատիտ՝ ռեցիդիվոզ և առանց ռեցիդիվների՝ Պանկրեատիտի կլինիկական ընթացքին բնորոշ են՝
 - գոտևորոզ ցավեր, որոնք ծանր դեպքերում կարող են հասցնել շոկի,
 - փսխումներ՝ անզուսպ, տանջալից և որպես դրա հետևանքը՝ ջրազրկում և ցնցումներ
 - ծանր ինտոքսիկացիա՝ ընդհուպ մինչև ինտոքսիկացիոն փսիխոզ. հալյուցինացիաներով, շարժողական և խոսակցական գրգռվածությամբ (այս ախտանիշը ավելի հաճախ հանդիպում է հարբեցողների մոտ)
 - մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների գունատություն, ցիանոզ՝ պորտի շրջանում, մանուշակագույն մարմարաձև բծեր իրանի վրա,
 - աղիների պարեզի պատկեր կամ աղիքային լրիվ անանցանելիություն, «սուր որովայն»
 - աղինամիա, կոլապս, շոկ:

Լաբորատոր տվյալները

- արյան մեջ բարձրանում են ամիլլազան, գլյուկոզան, նվազում սպիտակուցները, կալցիումը, կալիումը, մագնիումը, առաջանում են լեյկոցիտոզ և ԷՆԱ-ի արագացում,
- մեզի մեջ հայտնաբերվում է դիաստազայի բարձրացում, գլյուկոզուրիա,
- լյարդային անբավարարության դեպքում մեջ բարձրանում է բիլիրուբինը, հիվանդների մոտ առաջանում է քնկոտություն:

Սուր պանկրեատիտը կարող է բարդանալ՝

- շոկով, կոլապսով
- սեպսիսով, պերիտոնիտով
- թրոմբոզներով
- լյարդային անբավարարությամբ
- որովայնի պարեզով
- որովայնախորշի թարախակույտերով, ֆլեգմոնաներով
- պիլեֆլեբիտով (դռներակի բորբոքումով):

Սուր պանկրեատիտի ա այտուցային պահպանողական է և իրականացվում է ձևի բուժումը՝

- պայքար ցավի դեմ թմրանյութերի, երկկողմանի հարերիկամային բլոկադաների միջոցով
- ստեղծվում է ստամոքսի ֆունկցիոնալ հանգիստ, սով մի քանի օր, հետագա համապատասխան դիետայով
- կատարվում է ստամոքսի անընդմեջ լվացում 50°C ջրով նազոգաստրալ զոնդի միջոցով, կամ էլ դրվում է սառցեպարկ վերորովայնային շրջանում
- ընկճում են պանկրեատիկ ֆերմենտների ակտիվությունը և առաջացումը, ինչի համար կիրառում են հետնյալ ինհիբիտորները՝ գորդոքս, տրասիլոլ, կոնտրիկալ
- ներմուծում են սպիտակուցային պրեպարատներ, պլազմա
- վիտամինոթերապիա
- փսխումը վերացնող միջոցներ՝ ցերուկալ, ռեզլան, ամինազին, պրիմերան:

Վիրահատական բուժումը կատարվում է պանկրեատիտի բոլոր այլ սուր ձևերի ժամանակ, հեռացվում են գեղձի բոլոր անկենսունակ հյուսվածքները, առողջ հյուսվածքների սահմաններում կամ կատարում են հյուսվածքների մարսուպիալիզացիա՝ ստեղծելով թարախին արտահոսք բազմաթիվ դրենաժների միջոցով: Մահացությունը հետվիրահատական շրջանում նախկինում կազմում էր 90% ավելին, ներկայում՝ հասնում է 50-ի: Նախավիրահատական շրջանում պարտադիր իրականացվում է բուժումը պլանային պահպանողական բուժումը:

ՍՈՒՐ ԱՊԵՆԴԻՑԻՏ

Ապենդիցիտը կույր աղու որդանման ելունի բորբոքումն է: Հիվանդությունը ունի սուր և քրոնիկական ընթացք: Սուր ապենդիցիտը գրավում է առաջին տեղը որովայնի խոռոչի սուր վիրաբուժական հիվանդությունների շարքում, հանդիպում է բոլոր հասակներում, ավելի հաճախ՝ կյանքի երկրորդ, երրորդ տասնամյակներում, կանանց մոտ 2-3 անգամ ավել, քան տղամարդկանց: Ելունի ախտահարումը կրում է, անկասկած, բազմամանրէային բնույթ: Հարուցիչները՝ ստրեպտոկոկերը,

ստաֆիլոկոկերը, աղիքային ցուպիկը, էնտերոկոկերը, կոռոտրիդիումները, պրոտեուսը, որոնք ներ են թափանցում էնտերոզեն, երբեմն էլ՝ հեմատոզեն կամ լիմֆոզեն ուղիներով: Վարակի զարգացմանը նպաստում են՝

1. Որդանման ելունի լուսանցքի խցանումը

- գերաճի ենթարկված լիմֆոիդ ֆուլիկուլներով,
- կոպրոլիտներով (կղային քարերով),
- որդերով՝ սրատուտերով, ասկարիդներով:

2. Ելունի լուսանցքի նեղացումը

- ելունի պատի և անոթների մկանների սպազմից, կծկումներից,
- ալերգիկ գործոնից առաջացած այտուցից:

Համապատասխան ժամանակակից դասակարգմանը՝ սուր ապենդիցիտը լինում է՝

1. թույլ արտահայտված (ապենդիկուլյար խիթ),
2. հասարակ (կատարալ),
3. դեսարուկտիվ (ֆլեզմոնոզ, գանգրենոզ, թափածակված),
4. բարդացած (ապենդիկուլյար ներսփռանք, ապենդիկուլյար թարախակույտ, պերիտոնիտ՝ սահմանափակ կամ տարածուն, սեպսիս, պիլեֆլեբիտ:

Հասարակ ապենդիցիտի ժամանակ բորբոքումը սահմանափակվում է լորձաթաղանթով, հետագայում այն կարող է տարավել ելունի պատի ամբողջ հարստությամբ կամ հետ նահանջել: Ելունն այս դեպքում լինում է ինչ-որ չափով հաստացած, արտահայտված լայնացած անոթներով և հիպերեմիկ:

Ֆլեզմոնոզ ապենդիցիտի ժամանակ ելունի հաստացումը և մեծացումը ցայտուն են: Այն մզանում է, պատվում ֆիբրինայի և թարախային փառով, լուսանցքում հավաքվում է թարախային կամ թարախանեկրոտիկ հեղուկ: Եթե թարախային պրոցեսը տարածվում է ելունի միջընդերքի և ելունը սնուցող անոթների վրա, վերջիններում զարգանում է բորբոքում և թրոմբոզ, ինչի հետևանքով խանգարվում է ելունի պատի սնուցումը և առաջանում են մեռուկացման կղզյակներ, այսինքն՝ գանգրենոզ ապենդիցիտ: Որդանման ելունի թափածակումը հանդիպում է թե՛ գանգրենոզ, թե՛ ֆլեզմոնոզ ապենդիցիտի ժամանակ:

Կլինիկական պատկերը և ախտորոշումը

Հիվանդությունը սկսվում է առողջ մարդկանց մոտ անսպասելի սուր ցավերով, հաճախ աջ գտափոսում, ոմանց մոտ վերվորովայնային կամ հարպորտային շրջանում և միայն 4-8 ժամից տեղակայվում է աջ գտափոսում: Երբեմն՝ բուռն զարգացման դեպքում, ցավն ընդգրկում է ամբողջ որովայնը: Կոնքային տեղակայման դեպքում՝ ցավը ցայլքի կամ փոքր կոնքի խոռոչի շրջանում է, ռետրոցեկալ տեղակայման ժամանակ՝ գոտկատեղում, հաճախ ճառագայթելով դեպի աջ ազդրը: Գանգրենոզ ապենդիցիտի ժամանակ նյարդային ռեցեպտորների մեռուկացման հետևանքով ցավը կարող է վերանալ:

Սկզբնական շրջանում ցավը կրում է ռեֆլեկտոր բնույթ, նուպայաձև է: Աստիճանաբար, որովայնամզի ներգրավման հետևանքով բորբոքային պրոցեսի մեջ, ցավը դառնում է այրող, կտրատող, չընդհատվող և հստակ լոկալիզացված: Հիվանդը ընդունում է հարկադրական դիրք աջ կողքին կամ մեջքին, ոտքերը ծալած, մոտեցրած որովայնին, խուսափում է որևէ շարժումից, քանի որ հակառակ դեպքում ցավերն ուժեղանում են: Գրեթե միշտ ցավը զուգորդվում է սրտխառնոցով և փսխումով (1 կամ 2 անգամ), ախորժակը վատանում է, մարմնի ջերմաստիճանը հասնում է 37-38-ի, բայց կարող է մնալ նորմալ, նկատվում է չափավոր տախիկարդիա, լեզուն փառակալվում է սպիտակ կամ գորշ փառով, սկզբում այն խոնավ է, ախտաբանական պրոցեսի խորանալուն հետ՝ չորանում է: Շոշափումը աջ գտափոսում ցավոտ է, մաշկը այստեղ գերզգայուն է, Շյոտսկին-Բլյումբերգի ախտանիշը՝ դրական (խորը շոշափման ժամանակ ափը կտրուկ բարձրացնելուց, ցավը ուժեղանում է), դրական են նաև Միտկովսկու (ցավն ուժեղանում է ձախ կողքին պատկելիս և հակառակը) և Ռովզինգի (ձախ գտափոսում հրումներ կատարելիս ցավն աջ գտափոսում ուժեղանում է) ախտանիշները: Կարող է առաջանալ մկանային դեֆանս (լարվածություն) աջ զգտափոսում: Արյան մեջ հայտնաբերվում է լեյկոցիտոզ՝ մինչև 8-10-14-20 հազար ձախ տեղաշարժով և էՆԱ-ի արագացում:

Երեխաների մոտ սուր ապենդիցիտը ընթանում է ավելի ծանր և արագ, գերակշռում են՝ դեստրուկտիվ և պերֆորատիվ ձևերը, երբեմն զուգորդվում է անզուսպ փսխումներով և լուծով (մինչև 2 տարեկան), շատ արագ զարգանում են ինտոքսիկացիան և ջրա-աղային հավասարակշռության խանգարումները: Կրկնակի արյան անալիզները

(լեյկոցիտոզի աճը) և երեխայի հետազոտումը քնած ժամանակ հեշտացնում են ախտորոշումը:

Տարեց մարդկանց մոտ հակառակ պատկեր է: Ցավերը թույլ են արտահայտված՝ ինչպես և մնացած ախտանիշները, մկանային լարվածությունը գրեթե չի հայտնաբերվում, ջերմաստիճանի բարձրացում չի նկատվում, լեյկոցիտոզը չնչին է:

Հղիների մոտ հղիության առաջին 3-4 ամսվա ընթացքում սուր ապենդիցիտի կլինիկական պատկերը սովորական է, ավելի մեծ հղիության ժամանակ՝ ցավերի տեղակայումը փոխվում է աջ թուլակող, վերորովայն, որովայնի ձգվածության պատճառով դժվար է որոշվում մկանային լարվածության առկայությունը (հետազոտել անհրաժեշտ է միայն պառկեցնելով պացիենտին ձախ կողքին): Մրտխառնոցը և փսխումները հաճախ վերագրում են հղիությանը: Նման դեպքերում լեյկոցիտոզի առկայությունը ունի որոշիչ նշանակություն:

Առաջին օգնությունը և բուժումը

Սուր ապենդիցիտի կասկածի դեպքում անհրաժեշտ է պացիենտի որովայնին դնել սառը և պատզարակով շտապ տեղափոխել ստացիոնար: Խստիվ արգելվում է որևէ բան ներմուծել էնտերալ ճանապարհով և դնել որովայնին տաք: Չի թույլտարվում ներարկել ցավազրկողներ և հակաբիոտիկներ մինչև ախտորոշման հաստատելը, քանի որ դա կադավաղի հիվանդության պատկերը: Ախտորոշումը հաստատելուց հետո, հիվանդին նախապատրաստում են շտապ ապենդեկտոմիայի:

Տարակուսանքների դեպքում սահմանում են հսկողություն ստացիոնարում մինչև 4-6 ժամ և եթե այդ ընթացքում հիվանդի վիճակը չի լավանում իսկ լեյկոցիտների քանակը շարունակում է աճել, որոշում են կատարել որդանման ելունի հեռացում: Որոշ դեպքերում, եթե աջ գտափոսում հստակ շոշափվում է ներսփռանք և նկատվում է գերլեյկոցիտոզ (մինչև 28 հազար կամ ավելին)՝ ախտորոշվում է հարապենդիկուլյար ինֆիլտրատ, սահմանվում խիստ անկողնային ռեժիմ, աջ գտափոսում դրվում է սառը, կատարվում ցավազրկում (երկկողմանի հարերիկամային նովոկաինային բլոկադա՝ ըստ Վիշնեվսկու, պրոմեդոլ կամ օմնոպոն մ/մ, ներմուծվում են լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ, սուլֆանիլամիդներ, առաջին 2-3 օրը

անուցումը միայն պարենտերալ է, հետագա օրերին՝ նշանակվում է խնայող դիետա: Բուժման այս ռեժիմը պահպանվում է մինչև ջերմաստիճանի կարգավորվելը: Բորբոքային պրոցեսը կասեցնելուց 2-3 շաբաթից ոչ շուտ և 3-6 ամսից ոչ ուշ պարտադիր կատարվում է պլանային ապենդեկտոմիա:

Ապենդեկտոմիայից հետո հետվիրահատական շրջանի երկրորդ օրը թույլատրվում է քայլել և ընդունել դյուրամարս սնունդ փոքր բաժիններով: Հետևում են աղիների պերիստալտիկային, անհրաժեշտության դեպքում կարգավորում այն: Կարերը հանում են 7-8-րդ օրը: Բարդացած դեպքերում հետվիրահատական շրջանում իրականացվում է պերիտոնիտի բուժումը (հակաբորբոքային բուժում, աղիների ստիմուլյացիա, առավել խիստ հետևում են հեմոդինամիկ տվյալներին, արտաթորման օրգանների աշխատանքին, վիրահատական վերքին, դրենաժներին):

ԱՂԻՔԱՅԻՆ ՍՈՒՐ ԱՆԱՆՑԱՆԵԼԻՈՒԹՅՈՒՆ

Աղիքային անանցանելիությունը տարբեր ախտաբանական վիճակներից առաջացած աղիների պարունակության (կղանքի և գազերի), արտազատման երկարատև կայուն դադարն է: Կախված առաջացնող պատճառներից՝ տարբերում են աղիքային անանցանելիության հետևյալ ձևերը՝

1. մեխանիկական
2. դինամիկական

Դինամիկական անանցանելիությունը առաջանում է աղիների շարժողական ֆունկցիայի խանգարումներից՝

- սպաստիկ, ջղաձգային ձև (աղիներ իներիների աղիների սպազմի հետևանքով)
- պարալիտիկ, կաթվածային ձև (գալարակծկանքների բացակայության հետևանքով):

Աղիների սպազմ կարող են առաջացնել աղու լուսանցքով անցնող ասկարիդները, օտար մարմինները, լեղային քարերը՝ գրգռելով աղու պատը, նյարդային ընդհանուր գրգռվածությունը, կենտրոնական նյարդային համակարգի հիվանդությունները, քրոնիկական թունավորումները արձիճով, ինչպես և երիկամային խիթը, մեզի կանգը

շականակագեղծի աղենուայի ժամանակ նույնպես կարող են առաջացնել աղիների ռեֆլեկտոր սպազմ: Մպաստիկ անանցանելիությանը բնորոշ են նուպայաձև ցավերը որովայնի շրջանում, որոնք հաճախ հեշտույթամբ հաջողվում է վերացնել պահպանողական միջոցներով՝ սպազմոլիտիկների ներմուծումներով, երկկողմանի հարերիկամային նովոկաինային բլոկադայով: Հակառակ դեպքում կատարվում է լապարատոմիա և սպազմը վերացվում է տաք, ստերիլ ֆիզ.լուծույթի թրջոցների կամ միջընդերքի մեջ նովոկայինի ներարկման միջոցով:

Աղիքային անանցանելիության կաթվածային ձևի առաջացման պատճառ են հանդիսանում աղու պատի նյարդամկանային ապարատի խանգարումները՝

- ինտոքսիկացիաների հետևանքով, պերիտոնիտի, սեպսիսի, պանկրեատիտի, տիֆի, գանգրենայի, օստեոմիելիտի ժամանակ, ինչպես և տարբեր քիմիական նյութերով թունավորելուց,
- աղիների վրա կատարվող վիրահատությունների և որովայնի օրգանների վնասվածքների ժամանակ առաջացած աղու պատի միջով անցնող նյարդերի և աղիների հատումից,
- աղիների սնուցման խանգարման հետևանքով, միջընդերային անոթների թրոմբոզների և աթերոսկլերոտիկ փոփոխությունների ժամանակ:

Կաթվածային ձևի ընթացքը առավել ծանր է: Հաճախ հանդիպող թեթև ընթացող տարբերակները արտահայտվում են պարեզի ձևով: Աղիների պարեզը վերացնելու նպատակով կատարվում է աղիների ստիմուլյացիա, զալարակծկումների խթանում՝

1. հիպերտոնիկ և Օզնևի հոգնաներով,
2. դեղորայքային ստիմուլյացիա՝ ցերուկալով, պրոզերինով,
3. էլեկտրոստիմուլյատրով, դեֆիբրիլյատրով
4. երկկողմանի հարերիկամային նովոկաինային բլոկադայով,
5. հիպերբարիկ օքսիգենացիայի
6. ասեղնաբուժության միջոցով:

Տարբերում են **մեխանիկական** աղիքային անանցանելիության՝

1. խցանող (օբտուրացիոն)
2. խեղդող (ստրանգուլացիոն) ձևերը

3. ինվագինացիոն (ներագուցային), երբ աղու գալարը ներդրվում է շարունակող աղու լուսանցքի մեջ:

Խցանող անանցանելիությունը կարող է առաջանալ աղու լուսանցքի սպիական նեղացումից, լուսանցքի մեջ աճող ուռուցքից, օտար մարմիններից, ասկարիդների կծիկներից, հազվադեպ լեղապարկի քարից:

Ստրանգուլյացիոն անանցանելիության առաջացնող պատճառներն են՝ աղու սեղմումը արտաքուստ աճող ուռուցքով, կպումներով, աղու ոլորումով իր առանցքի շուրջը, աղիների հանգուցավորումով, ճողվածքների օղակումով: Ստրանգուլյացիոն անանցանելիության ժամանակ աղին սնուցող անոթները, նյարդերը սեղմվում են, ինչը բերում է աղու պատի մեռուկացմանը և կլինիկական ավելի ծանր ընթացքին, քան օբտուրացիոն անանցանելիության ժամանակ:

Ներագուցային անանցանելիության ժամանակ աղու մի գալարը, ավելի հաճախ՝ բարձրադիրը, ներդրվում է մյուսի՝ ստորադիրի մեջ: Այսպիսով՝ ներքին գալարը խցանի դեր է տանում, իսկ արտաքինը՝ խեղդողի:

Կլինիկական պատկերը

Աղիքային անանցանելիության բոլոր ձևերը ունեն ընդհանուր ախտանիշներ: Դրանք են՝

1. ցավ որովայնի շրջանում. չափազանց ինտենսիվ, երբեմն նոպայաձև, ստրանգուլյացիոն անանցանելիության ժամանակ՝ շոկի, կոլապսի հասցնող,
2. փսխում, հաճախ համառ, անզուսպ, սկզբում ստամոքսի պարունակությամբ, բայց ժամանակի ընթացքում՝ լեղային, ավելի ուշ՝ կղային բնույթի,
3. կարևորագույն ախտանիշն է՝ կղման և գազարտագատման բացակայությունը, որի հետևանքով առաջանում են որովայնի ասիմետրիկությունը («թեք որովայն»)և մեթերիզմը,
4. բարդացած դեպքերում, որովայնի շոշափման ժամանակ դրական է Շյոտկին-Բլյումբերգի ախտանիշը, իսկ որովայնապատի կտրուկ հրումների ժամանակ լսվում է ծփանքի ձայն,
5. ուղիղ աղու մատնային հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում է դատարկ և լայնացած ամպուլյար հատվածը և հետանցքի լայնաբացումը,

6. առևտրային գործունեության զարգացում լավում է՝
 - աղմուկ, զրգոռոց՝ ցավի նույնացում,
 - ընկնող կաթիլի ձայն՝ հանգիստ վիճակում,
 - «քար լուրջություն»՝ զարգացած պերիտոնիտի և աղու նեկրոզի ժամանակ,
7. ռենտգեն լուսանցման ժամանակ աղեգալարներում պարզ երևում են հեղուկի հորիզոնական մակարդակները՝ Կոլոբերի «գավաթները» կամ «բաժակները»,
8. լաբորատոր քննությունները հայտնաբերում են էլեկտրոլիտային բալանսի խանգարումներ, ացիդոզ, զարգացած պերիտոնիտի դեպքում՝ լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում, լյարդի և երիկամների ֆունկցիոնալ խանգարումներ:

Ադիքային անանցանելիությունով պացիենտներին անհրաժեշտ է որքան հնարավոր է կարճ ժամանակում տեղափոխել ստացիոնար: Պերիտոնեալ նշանների առկայության դեպքում որովայնին դրվում է սառը, հակաբիոտիկներ և ցավազրկողներ չեն ներմուծվում մինչ ախտորոշման հաստատվելը, ինչպես «սուր որովայն»-ի յուրաքանչյուր դեպքում:

Ներագուցային անանցանելիության որոշ դեպքերում, երբ պերիտոնեալ երևույթներ չեն զարգացել, վիրահատությունն առաջ կատարվում է սիֆոնային հոգնա բժիշկի ներկայությամբ «վիրահատարանի շեմին», քանի որ ադիների ներագուցման ժամանակ սիֆոնային հոգնան կարող է ինչպես լավացնել պացիենտի վիճակը, այնպես էլ ծանրացնել այն, կախված այն հանգամանքից, թե որտեղ կլցվի ջուրը՝ խցանող, թե խեղդող աղեգալարի մեջ:

Մեխանիկական անանցանելիության բուժումը վիրահատական է: Բուժման նպատակն է վերականգնել աղեստամոքսաղիքային տրակտի անցանելիությունը և աղու պատի շարժողական ֆունկցիան, վերացնել ջրաաղային, էլեկտրոլիտային, սպիտակուցային յուրափոխանակության խանգարումները, ինչպես և պայքարը շոկի և ինտոքսիկացիայի դեմ, որը սկսում են վիրահատությունից առաջ և շարունակում վիրահատությունից հետո: Հետվիրահատական շրջանի ընթացքը շատ ծանր է: Պայքարում են զարգացած պերիտոնիտի և ադիների պարեզի դեմ: Ժամանակին կատարված վիրահատությունը

հնարավորություն է տալիս խուսափել ծանր բարդություններից և փրկել պացիենտի կյանքը:

ՍՈՒՐ ԽՈՒԼԵՑԻՍՏԻՑ

Խոլեցիստիտը՝ լեղապարկի բորբոքումն է: Լինում է սուր և քրոնիկական: Առաջացման պատճառը վարակն է (աղիքային ցուպիկը, ստրեպտո և ստաֆիլոկոկերը, պրոտեուսը), որը ներ է թափանցում էնտերոզեն, հեմատոզեն և լիմֆոզեն ճանապարհներով: Ամենից հաճախ զարգանում է լեղաքարային հիվանդության ֆոնի վրա: Սուր բորբոքումն առաջանում է միայն լեղու արտահոսքի խանգարման ժամանակ, որն առաջանում է ինչպես լեղածորանի ծավելում, այնպես էլ խցանումից քարով, լորձով, հազվադեպ՝ ասկարիդով կամ սրատուտերով, որոշակի նշանակություն ունի նաև լեղապարկի պատերի փոփոխությունը աթերոսկլերոզի ժամանակ, ալերգիկ գործոնը, ենթաստամոքսային հյուսի ռեֆլյուքսը, սպազմը: Հիվանդությունը ավելի հաճախ հանդիպում է միջին տարիքի կանանց մոտ, ծննդաբերությունից հետո: Նպաստող պայմաններն են՝ ճարպոտ և գրգռիչ սննդի չարաշահումը, կառուցվածքային առանձնահատկությունները (հիպերսթենիկ կառուցվածք):

Դասակարգումը

- Կատարալ
- Ֆլեզմոնոզ
- Գանգրենոզ
- Պերֆորատիվ

Տարբերում են նաև քարային և ոչ քարային խոլեցիստիտ:

Կլինիկական պատկերը

Սուր խոլեցիստիտը սկսվում է անսպասելի, արտահայտված ցավով աջ թուլակողում: Ցավը ճառագայթում է աջ թիակը, ուսագոտին և վերանրակային շրջանը: Այն միշտ զուգորդվում է սրտխառնոցով, փսխումներով, ախորժակի բացակայությունով, գղտոցով, այրոցի զգացումով, փորկապությունով: Հաճախ այս ախտանշանները նախորդում են նոպաներին: Մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումը մինչև 38-40°C վկայում է դեստրուկիվ խոլեցիստիտի մասին, բայց չի

բացառվում ցածր 37- 37,5°C լեղապարկի էմպիեմայի ժամանակ: Բարձր ջերմությունը բնորոշ է նաև խոլանգիտին:

Պացիենտի պուլսը հաճախացած է և համապատասխանում է ջերմությանը: Չափազանց արագ պուլսը վկայում է որովայնում առաջացած բարդությունների մասին:

Պացիենտների 20-30% մոտ նկատվում է եղջրենուիկոտերիկություն, մաշկի դեղնություն, մեզի մզացում, կղանքի գունազրկում լեղուղիների խցանումից (քարով), սեղմվածությունից ենթաստամոքսային գեղձի մեծացած գլխիկով կամ հարլեղապարկային բորբոքային ինֆիլտրատով, կպումներով: Առաջանում է, այսպես կոչված, մեխանիկական դեղնուկ, որն ավելի է ծանրացնում պացիենտի վիճակը՝ լեզուն փառակալված, չոր, աջ թուլակողը փոքր-ինչ արտափքված մեծացած լեղապարկի հաշվին, երբեմն էլ հաջողվում է շոշափել լեղապարկը (մեծացած, լարված և խիստ ցավոտ): Շչյոտկին-Բյումբերգի դրական ախտանիշը և մկանային լարվածությունը հաստատում են, որ բորբոքումը տարածվել է որովայնամզի վրա:

Սուր խոլեցիստիտին բնորոշ են Օրտների, Բոասի և Գեորգիեսկու ախտանիշները, դրական Կեռի կետը, ԷՆԱ-ի արագացումը և լեյկոցիտոզը: Ախտորոշման համար մեծ նշանակություն ունի ուլտրաձայնային հետազոտությունը, արյան բիոքիմիական անալիզը:

Ռենտգեն հետազոտությունը՝ կոնտրաստ խոլեցիստո և խոլանգիոգրաֆիան բիլիզնոստով, բիլիտրաստով, սերգոզինով,

ինչպես և դուդենալ զոնդավորումը և լեղու երեք բաժինների ստուգումը, կատարվում են միայն քրոնիկական խոլեցիստիտի ռեմիսիայի ժամանակ:

Բարդություններից ավելի հաճախ հանդիպում են՝

- Լեղապարկի էմպիեմեան և ջրգողությունը, թափածակումը
- Հարլեղապարկային ինֆիլտրատը, և թարախակույտը
- Խոլանգիտը
- Մեխանիկական դեղնուկը
- Պանկրեատիտը
- Լեղային պերիտոնիտը

Առաջին օգնության ժամանակ թույլատրվում սպազմոլիտիկների և ցավազրկողների կիրառումը միայն այն դեպքերում, երբ բացակայում են պերիտոնեալ նշանները (Շչյոտկին-Բյումբերգի դրական ախտանիշը և

մկանային լարվածությունը), հակառակ դեպքում՝ առաջին օգնությունը իրականացվում է ինչպես «սուր որովայն» համախտանիշի ժամանակ:

Բուժումը՝ պերիտոնիտով և ծանր ինտոքսիկացիայով բարդացած զանգրենոզ և պերֆորատիվ խոլեցիստիտներով պացիենտները ենթակա են շտապ լապարատոմիայի և խոլեցիստեկտոմիայի, 1-2 ժամյա, երբեմն էլ ավելի կարճատև նախավիրահատական նախապատրաստումից հետո:

Մնացած բոլոր դեպքերում անհապաղ սկսում են պահպանողական բուժումը ինտոքսիկացիան, բորբոքումը, լեղու կանգը վերացնելու նպատակով (կատարվում են երկկողմանի պարանեֆրալ և պարաումբիկալ բրկադաներ, ներմուծվում են սպազմոլիտիկներ, հակաբիոտիկներ, հակահիստամինային և սրտային միջոցներ, դետոքսիկացիային զուգընթաց): Եթե 24-48 ժամում հիվանդի վիճակի չի լավանում, կատարում են շտապ վիրահատական միջամտություն: Իսկ եթե հաջողվում է կասեցնել բորբոքային պրոցեսը՝ վիրահատությունը կատարում են նուպայից 2-3 շաբաթ անց որովայնի օրգանների մանրակրկիտ զննումներից հետո:

Հետվիրահատական շրջանում խնամքի առանձնահատկությունները կախված են առաջացած բարդություններից: Բուժքույրը հետևում է պացիենտի հեմոդինամիկային, վիրահատական վերքին, դրենաժներին, սննդակարգին, արտաթորմանը հիգիենային,:

ԼՅԱՐԴԻ ԷՆԻՆՈԿՈԿԿՈԶ

Լյարդի էխինոկոկոզը շատ տարածված է անասնաբուժական շրջաններում, որոնք էնդեմիկ օջախ են հանդիսանում այս հիվանդության համար: Սպորադիկ դեպքերը հանդիպում են ամբողջ եկրագնդում: Լյարդի էխինոկոկոզը առաջացնում են taenia echinococcus Granulozus պարազիտները, որոնք իրենց զարգացման հասուն շրջանում բնակվում են շների, գայլերի, չախկալների, հազվադեպ՝ կատուների բարակ աղիներում փոքր ժապավենաձև 3-5 մմ երկարավուն որդերի տեսքով: Հասուն շրջանում էխինոկոկը իր տերերին առանձնապա վնաս չի պատճառում: Հետագա զարգացման համար այն պետք է անցնի թրթուրային շրջանը միջանկյալ տիրոջ օրգանիզմում (կովերի,

ոչխարների, խոզերի և այլ ընտանի կենդանիների, հաճախ նաև արջերի, եղնիկների և մարդկանց):

Վարակումը տեղի է ունենում էխինոկոկի ձվիկներով աղտոտված ձեռքերի և սննդամթերքի միջոցով: Մարդու աղիներում ձվիկներից դուրս են գալիս թրթուրային օնկոսֆերաները և աղու պատի անոթներով անցնում դններակային համակարգ, այստեղից էլ, ամենից հաճախ՝ լյարդի մեջ, որտեղ և ձևավորվում են էխինոկոկի թրթուրային բշտերը՝ հիդատիդները: Յուրաքանչյուր օնկոսֆերան առաջացնում է առաջնային «մայրական բուշտ», որի ներքին, երբեմն էլ արտաքին պատին ձևավորվում են երկրորդային «դուստր» բշտերը, սրանցից էլ, իրենց հերթին երրորդային «թոռ» բշտերը: Բշտերը լցվում են անգույն, թափանցիկ, օրգանիզմի համար չափազանց տոքսիկ հեղուկով, որը լի է բազմաթիվ գլխիկներով, շատ նման հասուն որդերի գլխիկներին, նաև առանձին, գլխիկներից անջատված կարթերով և սկոլեքսներով: Բշտային փուլում էխինոկոկը շատ դանդաղ է աճում. 10-40 տարի և կարող է հասնել բավական մեծ չափերի: Լյարդի պարենխիմայում բշտերի շուրջը զարգանում է ռեակտիվ բորբոքում, որի հետևանքով առաջանում է հաստ (0,5սմ) շարակցահյուսվածքային պատիճ: Դեպքերի 1/3-ում բշտերը պատռվում են և լցվելով որովայնախորշ՝ սերմնացրում հարևան օրգանները, որովայնամիզը, ճարպոնը, զարգանում է ծանր ակերզիկ վիճակ, շոկ, եռզինոֆիլների կտրուկ բարձրացում արյան մեջ: Հետագայում էլ առաջանում են բազմաթիվ կիստոզ «ուռուցքներ», երբեմն՝ ասցիտ: «Դուստր» բջիջները կարող են լցվել լեղուղիների մեջ, խցանել նրանց՝ առաջացնելով դեղնուկ: Թափանցելով պլերալ, պերիկարդիալ խոռոչներ և բրոնխները ստոծանու ձեղքերով, էխինոկոկը նրանց էլ է ախտահարում: Բուշտը կարող է բացվել նաև ստամոքսի, աղիների, երիկամի ավազանի մեջ և նույնիսկ դուրս գալ որովայնապատով: Էխինոկոկի ամենաձանր բարդությունը բշտի թարախակալումն է լյարդի արքցեսի առաջացումով:

Աջ բիլյը գրեթե 2,5 անգամ ձախից հաճախ է ախտահարվում, լրիվ լյարդը՝ դեպքերի 8%-ում:

Էխինոկոկի կլինիկական ախտանշանները առաջանում են այն ժամանակ, երբ հասնելով մեծ չափերի, բուշտը սեղմում է հարևան օրգանները. առաջանում է ցավ վերորովայնային շրջանում ուռուցքանման գոյացություն, տձևություն աջ կողաղեղի շրջանում: Ցավը

ճառագայթում է աջ ուսը, թիակը, հնարավոր է մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում (ոչ հաճախ), դեղնուկի, ասցիտի առաջացում: Շոշափման ժամանակ մեծացած լյարդը և աջ թուլակողի ուռուցքանման գոյացությունը հայտնաբերվում են հեշտությամբ: Ընդբախման ժամանակ երբեմն հնարավոր է լսել «հիդատիդների դողոցքը» այդ գոյացության պրոեկցիայով:

Ուլտրաձայնային և ռենտգեն հետազոտության ժամանակ բշտերը ավելի հստակ են երևում ստոծանու տակ, վերջինիս գմբեթի բարձրացման շնորհիվ, իսկ բշտերի պատերի կրակավման դեպքում նրանք երևում են օղակաձև սովերների նման:

Ախտորոշման համար մեծ նշանակություն ունեն էոզինոֆիլիան արյան մեջ և սպեցիֆիկ ռեակցիաները՝ սերոլոգիականը և Կազոնիի ներմաշկային փորձը (ախտահանված էխինոկոկային հեղուկի ներմուծումից 10-15 րոպե անց առաջանում է պապուլա, որը պահպանվում է մի քանի ժամ, ավելի ուշ առաջացած պապուլաները պահպանվում են մինչև 24 ժամ):

Բուժումը միայն վիրահատական է: Կատարվում է «փակ էխինոկոկէկտոմիա», որի ժամանակ դատարկում են բշտի պարունակությունը, մշակում այն ֆորմալինի 2-3%-ոց լուծույթով ըստ Մպասկուկոցկու և դնում խուլ կարեր: Բուշտը կարող են նաև հեռացնել առողջ հյուսվածքների սահմաններում կամ ախտահարված բլթի հետ միասին (լոբեկտոմիա):

Լյարդի ավելույսը էխինոկոկոզի ժամանակ լյարդային հյուսվածքի մեջ առաջանում են բազմաթիվ մանր, կարծր պատերով բշտեր դոնդողանման պարունակությամբ, ինչի հետևանքով լյարդի պարենխիման հետ է նահանջում, ենթարկվում ատրոֆիայի: Կարող են առաջանալ զանգվածային նեկրոզի օջախներ: Հաճախ գրեթե ամբողջ լյարդը կործանվում է: Հիվանդության ընթացքը չափազանց ծանր է, չարորակ, տևողությունը 8-10 տարի: Լյարդը կարող է հասնել հսկա հսկայական չափերի՝ զրավելով որովայնախորշի մեծ մասը: Լյարդի շուրջը զարգանում է պերիհեպատիտ: Ավելի ուշ ի հայտ են գալիս դեղնուկն ու ասցիտը, մեծանում է փայծախը:

Ախտորոշումը դժվարացած է, քանի որ կլինիկական պատկերը չափազանց նման է լյարդի ցիրոզին և լյարդի քաղցկեղին, իսկ էոզինոֆիլիան ու Կազոնիի փորձը միշտ չէ, որ հաստատուն են:

Վիրահատական բուժումը արդյունավետ է միայն լոկալ ձևերի ժամանակ, որոնք շատ հազվադեպ են հանդիպում: Հաճախ են նաև հետվիրահատական ռեցիդիվները:

ԳԼՈՒԽ V

ՈՒՂԻՂ ԱՂՈՒ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՈՒՂԻՂ ԱՂՈՒ ԶՆՆՄԱՆ ԵՂԱՆԱԿՆԵՐԸ

Ուղիղ աղու և հետանցքի զննումը կատարում են պառկեցնելով պացիենտին մեջքին՝ պրոկտոլոգիական աթոռի վրա, կամ ծունկ-արմնկային դիրքում վիրակապական սեղանի վրա: Հնարավոր է զննումը կատարել նաև պառկեցնելով պացիենտին կողքի վրա: Հետանցքի արտաքին զննման համար առաջարկում են պացիենտին ճիգ տալ, ինչպես կղման ժամանակ՝ հեռացնելով նստամկանները միմյանցից երկու ձեռքով: Ուղիղ աղու ստորին հատվածը հնարավոր է ստուգել մատնային զննման միջոցով կամ ռեկտալ հայելիներով՝ նախապես առատ պատելով դրանք վազելինով:

Ռեկտոսկոպը, ռեկտոռոմանոսկոպը, կոլոնոսկոպը հնարավորություն են տալիս զննել ամբողջ ուղիղ աղին՝ նաև սիզմայաձևը: Ուղիղ աղին հնարավոր է հետազոտել նաև ռենտգենոգրաֆիայի միջոցով բարիումի սուլֆատի հոգնայից հետո: Խուղակների հետազոտությունը հնարավոր է միայն խուղակի մեջ կոնտրաստ նյութի ներմուծումից հետո՝ յոդոլիպոլի, բրիլիանտ-կանաչի ջրային լուծույթների:

Ուղիղ աղու ցանկացած հետազոտությունից առաջ անհրաժեշտ է դատարկել, մաքրել աղիները կրկնակի հոգնաների միջոցով:

ԹՈՒԹՔ- Varices haemorrhoides

Թուրքը ուղիղ աղու երակների և կավեռնոզ հյուսակների գերաճն է (հիպերտրոֆիան): Այն արտահայտվում է պարկանման գոյացությունների առկայությամբ հետանցքի շուրջը՝ արտաքին թուրք, և ուղիղ աղու պատին՝ ներքին թուրք: Հաճախ հանդիպում է թուրքի խառը ձևը: Տղամարդիկ թուրքով ավելի հաճախ են հիվանդանում: Թուրքի

առաջացման հիմնական պատճառը արյան կանգն է փոքր կոնքի խոռոչում, ինչը հանդիպում է հիմնականում՝

1. երկարատև նստակյաց վիճակում գտնվող անձանց,
2. հղիների,
3. ակտիվ և գրգռիչ սնունդ չարաշահողների մոտ,
4. համառ փորկապություններով տառապող,
5. ծանր ֆիզիկական աշխատանք կատարող անձանց մոտ,
6. ինչպես և փոքր կոնքի ուռուցքներով,
7. դոներակի և ստորին սիներակի համակարգում արյան շրջանառության խանգարումներով հիվանդների մոտ:

Ըստ կլինիկական ընթացքի տարբերում են թուրքի հետևյալ ձևերը՝

- առանց ախտանիշների,
- սուր հեմոռոիդալ թրոմբոֆլեբիտ, այլ կերպ, թուրքի բորբոքում և թրոմբոզ,
- համառ արյունահոսող, որը կարող է լինել թույլ արտահայտված կամ առատ,
- քրոնիկական:

Առանց ախտանիշների թուրքը անհանգստություն չի պատճառում, բայց ուղիղ աղու մատնային կամ գործիքային հետազոտությունների ժամանակ հայտնաբերվում են լայնացած հեմոռոիդալ հանգույցներ՝ լորձաթաղանթի չնչին փոփոխություններով կամ առանց որևէ փոփոխության:

Սուր թուրքը արտահայտվում է հեմոռոիդալ (թուրքային) հյուսակների բորբոքումով և թրոմբոզով: Համապատասխան տեղակայման՝ այն կարող է լինել արտաքին, ներքին և խառը: Սուր թուրքի կլինիկական ընթացքը զարգանում է երեք փուլով և ըստ համապատասխան փուլի նշվում է I-II-III աստիճան:

I աստիճան - արտահայտվում է հետանցքի քորով, այրոցի զգացումով, հատկապես կղումից հետո: Այրոցը և քորը ուժեղանում են գրգռիչ և աղի սննդի, ակտիվ չարաշահումից, դժվարացած կղումից, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից: Մաշկը հետանցքի շուրջը կարող է կարմրել, հանգույցները, ինչպես օրենք, փոքր են ու եզակի, թեթևակի լարված, շոշափման ժամանակ չնչին ցավոտ:

II աստիճան - բնորոշվում է հետանցքի շրջանի չափավոր ցավով, որն ուժեղանում է քայլելիս ու նստած վիճակում: Կղումը դժվարացած է և

ցավոտ, մարմնի ջերմաստիճանը կարող է բարձրանալ մինչև սուբֆեբրիլ թվերի 37-37,4: Երբեմն նկատվում է հետոռոիդալ արյունահոսություն: Պերիանալ շրջանը (հետանցքի շուրջը) հիպերեմիկ է, այտուցված, արտաքին ու ներքին հանգույցները լավ նշմարվում են, զգալիորեն լարված են: Հանգույցների շոշափումը բավական ցավոտ է:

III աստիճանի ժամանակ նկատվում է ցավի անտանելի ուժեղացում, ինչի հետևանքով հիվանդը կորցնում է քունը, ախորժակը, կղումը, առաջացնում են սաստիկ ցավեր, նկատվում է իշուրիա՝ մեզի ռեֆլեկտոր կանգ: Թուլաբային հանգույցները խիստ այտուցված են, լարված, ցիանոտիկ, կարմրավուն երանգով: Արտաքին հանգույցները մասամբ կամ լրիվ մեռուկանում են, շրջակա հյուսվածքները բորբոքվում են: Հնարավոր է բարդությունների առաջացում՝ պարապրոկտիտ, թրոմբոէմբոլիա: Այսպիսի հիվանդներին անհրաժեշտ է անհապաղ հոսպիտալիզացնել:

Բուժումը

Առանց ախտանիշների ընթացող թուրքի ժամանակ բավական է կատարել կանխարգելիչ միջոցառումներ.

- բուժական մարմնամաքություն կոնքի հատակի և անալ շրջանի մկանները ամրացնելու համար,
- հիգիենիկ լվացումներ կղումից հետո սենյակի ջերմաստիճանի ջրով,
- աշխատանքի բնույթի փոխում,
- ակտիվի ու գրգռիչ սննդի խիստ սահմանափակում,
- փափուկ կղում,
- փորկապություն առաջացնող հիվանդությունների՝ ստամոքսի և 12 մատնյա աղու խոցային հիվանդության, գաստրիտի, խոլեցիստիտի, պանկրեատիտի բուժում:

Սուր թուրքի բուժումը պահպանողական է և վիրահատական: Սկսում են պահպանողական բուժումից՝ այն պետք է լինի կոմպլեքսային (համալիր): Արդյունավետ են պրոտեոլիտիկ ֆերմենտների, հակաբորբոքային և հակամակարդիչ դեղամիջոցների, ինչպես և անգիոպրոտեկտորների (անոթի պատը ամրացնող, պահպանող) կիրառումը: Սահմանում են անկողնային ռեժիմ, վերացնում փորկապությունը նշանակելով համապատասխան դիետա, յուղային միկրոհոգնաներ, մոմիկներ, նստալոզանքներ կալիումի

պերմանգանատի թույլ լուծույթով (0,2- 0,5%): Լուծույթի ջերմաստիճանը առաջին օրը ցածր է (սենյակի ջերմաստիճանից ցածր), աստիճանաբար այն բարձրացնում են բորբոքային պրոցեսի հանդարտմանը զուգընթաց: Սովորաբար հիվանդն ինքն է ընտրում լուծույթի այն ջերմաստիճանը, որը հանգստացնում է ցավը: Ուժեղ ցավերի շրջանում շատ արդյունավետ են անտիսեպտիկ լուծույթների սառը թրջոցները, երբեմն հարկ է լինում կատարել ցավազրկում բլոկադաների միջոցով՝ պերիանալ կամ պարանեֆրալ: Թույլ ցավերի ժամանակ արդյունավետ է ցավազրկող մոմիկների կիրառումը:

Ժամանակակից միջոցներից հաճախ կիրառվում են՝

1. հեմոռոիդալ մոմիկներ անեսթեզիանով, նովոկաինով, բելադոնայով, հեպարինով, տրիպսինով, խեմոպսինով, ձկան յուղով («անուզոլ», «նեոանուզոլ», «Ռելիֆ»):
2. քսուքներից հեպաթրոմբին, տրոքսևազին, Շոստակովսկու բալզամը, Վիշնևսկու լինիմենտը, գինկոռ գելը, լևոսինը, լևոմիկոլը,
3. հակասեպտիկ նյութերից - ռիվանոլի, ֆուռացիլինի լուծույթները, արձճաջուրը (Aqva Plumbi), Բուռովի հեղուկը սառը թրջոցների ձևով (սուր շրջանում),
4. ներքին օգտագործման համար՝ պելենտանը, տրոքսեվազինը, էսկուզանը, գինկոռֆոտը, դետոալեքսը, տետրացիկլինը, կանամիցինը:

Արյունահոսող թուփքը ունի իր առանձնահատկությունները՝ կապված թուփքային հանգույցների կառուցվածքի հետ: Այս հանգույցները կազմված են բազմաթիվ արտերիավենոզ անաստոմոզներից (բերանակցումներից), որոնք կամրջակների նման միացնում են երակային և զարկերակային անոթները միմյանց հետ: Լարվածության, հուզմունքի, նքոցների պահին արտերիալ արյունը լցվում է հանգույցների մեջ, ձգում, բարակացնում երակների պատերը և կղման ժամանակ ամուր կղային զանգվածները հեշտությամբ վնասում են լորձաթաղանթի մակերեսային երակների պատերը՝ առաջացնելով արյունահոսություն: Արյունահոսությունը առաջանում է միշտ կղումից հետո, լինում է տարբեր ինտենսիվության՝ արյան կաթիլների կամ շիթի նման, արտերիալ բնույթի է: Միանվագ մեծ արյան կորուստը կարող է բերել կոլապտոիդ վիճակի կամ ուշագնացության: Քրոնիկականի վերածվելու դեպքում այն անեմիայի զարգացման պատճառ է դառնում

բավականին կարճ ժամանակամիջոցում: Առատ հեմոռոիդալ արյունահոսությունով հիվանդներին անհրաժեշտ է շտապ տեղափոխել ստացիոնար, որտեղ կորոշվի արյունահոսության դադարեցման եղանակը և կորցրած արյան վերականգման միջոցները: Տեղային միջոցներից հաջողությամբ կիրառում են թրոմբինով մոմիկներ, հեմոստատիկ սպունգով տամպոններ, 10% կալցիումի քլորիդի լուծույթով թրջված թանգիֆե ժապավեններ, եղինջը և հազարանթերթիկը թարմ և թուրմերի ձևով: Ներերակային ճանապարհով ներմուծվում են ամինակապրոնաթթվի, կալցիումի քլորիդի լուծույթներ, ժելատինոլ, կատարում են արյան փոխներարկում: Թուրքի արմատական բուժումը վիրահատական է՝ կատարում են թուրքային համարնգացիների հատում, հեռացում (հեմոռոիդէկտոմիա) կամ կապում (լիգացիա):

Վիրահատության ցուցումներն են՝

- Համառ առատ արյունահոսությունները սակավարյունության զարգացումով,
- թուրքային հանգույցների հաճախակի բորբոքումները, թրոմբոզները (1-2 անգամից ավել մեկ տարվա ընթացքում),
- թուրքային հանգույցների խոցոտումները, արտանկումները,
- պահպանողական բուժման անարդյունավետությունը:

Նախավիրահատական և հետվիրահատական շրջանների առանձնահատկությունները՝

- վիրահատությունից առաջ աղիների մաքրումը կատարվում է կալիումի պերմանգանատով սիֆոնային հոգնայի միջոցով,
- վիրահատությունից հետո կասեցնում են կղումը 6-7 օր, հիվանդը ստանում է թեյ, հյութեր առանց բջջանքի, ափիոնի թուրմ՝ 8-12 կաթիլ՝ օրը երեք անգամ,
- սնունդը ընդունելուց առաջ (6-րդ - 7-րդ օրը) հիվանդին տալիս են խմելու 50-60մլ գերչակի յուղ,
- կղումից հետո՝ նստալոզանք կալիումի պերմանգանատի թույլ լուծույթով, ինչից հետո միայն կատարել շեքի լվացում, վիրահատական դաշտի մշակում և վիրակապություն:

Վիրահատությունից հետո մի քանի շաբաթ նկատվում է ակամա զազարտագատում և թեթև արտահայտված անկղապահություն, ինչը ժամանակի ընթացքում աստիճանաբար վերանում:

ՍՈՒՐ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ ՊԱՐԱՊՐՈԿՏԻՏ

Պարապրոկտիտը՝ հարուղիղաղիքային՝ ճարպաբջջանքի թարախային բորբոքումն է: Հարուցիչներն են՝ աղիքային ցուպիկը, ստրեպտոկոկը, պրոտեուսը: Մանրէները թափանցում են ճարպաբջջանքի մեջ ուղիղ աղու վնասված լորձաթաղանթով, հետանցքի ճաքերով, բորբոքված թուրքային հանգույցներից, ինչպես և անալ գեղձերի բացվածքներով, որոնք տեղակայվում են հետանցքի ծոցերում, իսկ ծորաններն ու սեկրետոր հատվածները ճյուղավորվում են պարառեկտալ ճարպաբջջանքում:

Բորբոքային օջախը կարող է տեղակայվել՝

- հարուղիղաղիքային ենթամաշկային շերտում,
- հարուղիղաղիքային ենթալորձային շերտում,
- նստաուղիղաղիքային (իշիոռեկտալ) շրջանում,
- կոնքուղիղաղիքային (պելվիորեկտալ) շրջանում:

Անկախ տեղակայումից, հիվանդների մոտ նկատվում են մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում, դող, սարսուռ, թուլություն, քնի խանգարում, ախորժակի վատացում, ծանրության գգացում թարախային օջախի շրջանում և ցավ, որոնք ուժեղանում է կղման պահին:

Արտաքին գնման ժամանակ հայտնաբերվում է հիպերեմիա, այտուց, տեղային ջերմության բարձրացում, ցավոտ շոշափում հետանցքի ախտահարված կողմում միայն ենթամաշկային տեղակայման դեպքում:

Ենթալորձային թարախակույտի տեղակայումը հնարավոր է բացահայտել ուղիղ աղու մատնային հետազոտությունով:

Նստաուղիղաղիքային պարապրոկտիտի համար բնորոշ է ցավերի ուժեղացումը ախտահարված կողմի նստամկանի հրումներից: Կոնքուղիղաղիքային պարապրոկտիտի ախտորոշումը չափազանց բարդ խնդիր է և պահաջում է հատուկ մասնագիտացված հետազոտումներ: Թարախագոյացման փուլում, ինչպես և բոլոր խորանիստ թարախակույտերի ժամանակ, թարախակույտի տեղակայումը հաստատելու նպատակով կատարվում է պունկցիա մեծ պունկցիոն ասեղով, ինչից հետո միայն կատարվում է կտրվածք և էվակուացվում է թարախը:

Չբուժված պարապրոկտիտները հակում ունեն խուղակներ առաջացնելու, ինչը չափազանց դժվարացնում է դրանց բուժումը:

Պարապրոկտիտների բոլոր ձևերի բուժումը վիրահատական է հատկապես թարախագոյացման փուլում.

- կատարվում են թարախակույտի հատում,
- էվակուացվում է թարախը,
- դրենավորվում խոռոչը:

Արդեն կազմավորված խուղակները հեռացվում են առողջ հյուսվածքների սահմաններում թարախը վերացնելուց հետո, վերքի վրա դրվում են կարեր՝ թողնելով մեջը դրենաժ:

Ինչպես վիրահատությունից առաջ, այնպես էլ դրանից հետո իրականացվում է հակաբորբոքային բուժում:

Նախապատրաստումը վիրահատությանը և հետվիրահատական խնամքը նույնն են, ինպես թուրքի ժամանակ:

ՄՐԲԱՆԻ ՃԱՔ

Մրբանի ճաքը՝ հետանցքի գծային արատն է, որն առաջանում է հիմնականում նրա միջնագծի հետին հատվածում: Հիմնական պատճառը հետանցքի գերձգվելն է կղային քարերի կամ կղանքի հետ օտար մարմինների դուրս գալու ժամանակ: Այն կարող է առաջանալ ուղիղ աղու գործիքային հետազոտման կամ հոգնայի կատարման ժամանակ բուժաշխատողի անգոուշությունից, երբեմն էլ՝ միտումնավոր վնասումներից:

Սկզբնական շրջանում արատը մակերեսային է, ընդգրկում է միայն լորձաթաղանթը: Աստիճանաբար այն վերածվում է քրոնիկ ճաքի, խորանում է, եզրերը կարծրանում են: Կղումը այդպիսի հիվանդների մոտ չափազանց ցավոտ է: Կղային զանգվածի վրա պարզ նշմարվում է արյան մի բիծ, կարծես վրձինով գծած: Մակերեսային թարմ ճաքերը հեշտությամբ վերանում են, եթե հիվանդին հաջողվում է դիետայի և թուլացնող միջոցների օգնությամբ վերացնել փորկապությունը, փափուկ կղել և խիստ պահպանել շեքի ու հետանցքի հիգիենան: Չափազանց արդյունավետ է ճաքի բլոկադան ցավազրկողների, հակասեպտիկների, սպիրտի և դեղձի կորիզի յուղի խառնուրդով, որի ցավազրկող հատկությունը պահպանվում է 20-30 օր: Այս ընթացքում անհրաժեշտ

դիետան և հիգիենայի պայմանները պահպանելու դեպքում թարմ ճաքը սպիավորվում է:

Քրոնիկական ճաքերի բուժումը վիրահատական է: Ցավազրկումից հետո հետանցքը ձգում են, լայնացնում, հատում ճաքի եզրերը, դնում խուլ կարեր կետգուտով:

Սրբանի ճաքով հիվանդների խնամքը նախավիրահատական և հետվիրահատական շրջաններում նույնն է, ինչպես և թուլթքով հիվանդներինը:

Ուղիղ ԱՂՈՒ ԱՐՏԱՆԿՈՒՄ

Ուղիղ աղու մասնակի կամ լրիվ դուրս գալը հետանցքից կոչվում է ուղիղ աղու արտանկում:

Տարբերում են ուղիղ աղու բոլոր շերտերի արտանկում, որն անվանում են ուղիղ աղու արտանկում (prolapsus recti) և միայն լորձաթաղանթի արտանկում, որը կոչվում է հետանցքի արտանկում (prolapsus an): Ուղիղ աղու լորձաթաղանթի արտանկումը հաճախ հանդիպում է 1-3 տարեկան երեխաների մոտ, առաջանամ է նքոցներով ընթացող համառ փորլուծություններից, փորկապություններից: Հասուն մարդկանց մոտ լորձաթաղանթի արտանկումը արտահայտվում է թուլթքի ներքին հանգույցների արտանկման ձևով: Դրա հիմնական պատճառը բորբոքային պրոցեսների հետևանքով առաջացած լորձաթաղանթի և ենթալորձային շերտերի միջև եղած կապի թուլացումն է, իսկ լուծն ու փորկապությունը այս դեպքում միայն դրդապատճառներ են: Ուղիղ աղու բոլոր շերտերի արտանկման պատճառը ներքոլայնային ճնշման բարձրացումն է, կոնքի հատակի և ուղիղ աղին բարձրացնող մկանների թուլությունը (բնածին կամ ձեռքբերովի), երբեմն էլ սիզմայածև աղու չափից ավելի երկար միջընդերքն է և սրբանուկրի թեթության շեղումը նորմայից:

Տարբերում են ուղիղ աղու արտանկման 4 աստիճան.

I աստիճան - ուղիղ աղու արտանկումը տեղի է ունենում միայն կղման ժամանակ դուրս է գալիս աղու 1/3-ը, մոտ 4-6սմ: Որովայնապատը ներքաշելիս այն ներուղղվում է:

II աստիճան - դուրս է գալիս արդեն աղու 2/3-ը, մոտ 6-8սմ և ինքնուրույն չի ներուղղվում: Հիվանդը ստիպված է լինում այն ներուղղել ձեռքով:

III աստիճան - արտանկումն առաջանում է ոչ միայն կղման, այլ և գազարտագատման, հազալու, ծիծաղելու ժամանակ: Դուրս է գալիս ամբողջ ուղիղ աղին մոտ 8-12սմ, թուլանում է սեղմանի կծկողականությունը և առաջանում է գազերի ու հեղուկ կղանքի ակամա արտազատում:

IV աստիճան - տեղի է ունենում ամբողջ ուղիղ աղու և նրա հարակից հյուսվածքների արտանկում, նույնիսկ ուղղահայաց դիրքում: Սեղմանի թուլությանն ավելացնում են նաև ուղիղ աղու լորձաթաղանթի բորբոքումը, խոցավորումը, ճաքերը, երբեմն էլ արյունահոսությունները: Լորձաթաղանթը տեղ-տեղ մեռուկանում պատվում ֆիբրինային փառով:

Ուղիղ աղու արտանկման ախտորոշումը դժվարություն չի ներկայացնում:

Թեթևակի նքոցի ժամանակ ուղիղ աղու դուրս գալը հետանցքից պարզ երևում է: Կատարում են արտանկված հատվածի զննում արտաքին, մատնային հետազոտություն, չափում:

Ուղիղ աղու արտանկման բուժումը մանկական հասակում պահպանողական է վերացնում են լուծն ու փորկապությունը, հետևում սննդի ռեժիմին, կատարում բուժական մարմնամարզություն: Հասուն տարիքի անձանց մոտ ուղիղ աղու սուր արտանկումը անհրաժեշտ է անհապաղ ներուղղել արմնկաձնկային կամ նույնիսկ ուղղահայաց՝ գլուխը ներքև, ոտքերը վեր դիրքում: Արտանկված ուղիղ աղիներ են ուղղում ամբողջ ավիով, նախապես ծածկելով այն քսուկով առատ պատված մաքուր թանգիֆե անձեռոձիկով, որից հետո սահմանում են անկողնային ռեժիմ մինչև երկու շաբաթ, սահմանափակում սննդի մեջ մսամթերքը և լոբազգիները, կատարում յուղային միկրոհոգնաներ:

Գոյություն ունեն վիրահատական բուժման տարբեր եղանակներ, բայց գրեթե յուրաքանչյուրից հետո արտանկումը կրկնվում է առաջին 1-3 տարվա ընթացքում, բացառությամբ Մ. Ավեդիսովի առաջարկած եղանակի (1954 թ.): Վիրահատությունից հետո կրկնակի արտանկումը կանխելու համար, անհրաժեշտ է խուսափել փորկապությունից, լուծից, ծանր աշխատանք կատարելուց:

ԳԼՈՒԽ VI

ՄԻԶԱՍԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ ԵՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ուրոյոգիան վիրաբուժության բաժիններից մեկն է, որը զբաղվում է միզասեռական օրգանների (երիկամներ, միզաձորաններ, միզապարկ, շագանակագեղձ, միզուկ, ամորձի, սեռական անդամ) հիվանդություններով տառապող հիվանդների բուժումով:

Ուրոյոգիական հիվանդների հետազոտման եղանակները

Ուրոյոգիական հիվանդների ախտորոշման, բուժման և խնամքի ճիշտ կազմակերպման համար անհրաժեշտ է տիրապետել հատուկ հետազոտման եղանակների:

Ցիստոսկոպիա

Կատարվում է հատուկ սարքի՝ ցիստոսկոպի (միզապարկադիտակ) միջոցով: Ցիստոսկոպիայի ժամանակ դիտարկում են միզապարկի լորձաթաղանթը, միզաձորանների բացվածքները, որոշվում է նրանց ֆունկցիան:

Խրոմոցիստոսկոպիա

Այս հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս որոշել երիկամների գործունեությունը: Ներերակային ներարկվում է 4մլ 0,4% ինդիգոկարմինի լուծույթը: Միզապարկի մեջ ներս է մտցվում ցիստոսկոպ: Նորմայում 3-5 րոպե անց միզաձորանների բացվածքներից պետք է արտազատվի գունավորված կապույտ գույնի մեզը: Ինդիգոկարմինի արտահոսքի ուշացումը կամ դադարումը վկայում են երիկամների կամ միզաձորանների ֆունկցիայի խանգարման մասին:

Միզաձորանների կաթետերացում

Այս եղանակի համար կիրառվում է հատուկ ցիստոսկոպ, որի օգնությամբ միզաձորանի մեջ ներս է մտցվում միզաձորանային կաթետեր: Միզաձորանների սպիական նեղացման կամ քարով խցանված լինելու դեպքում կաթետերը դեմ է առնում խոչընդոտին: Այս

կաթետերի միջոցով մեզը կարելի է վերցնել անմիջապես երիկամի ավազանից:

Վերընթաց պիելոգրաֆիա

Միզածորանային կաթետերի միջով երիկամի ավազանի մեջ մտցվում է կոնտրաստային նյութ՝ 20% սերգոզինի, կարդիոտրաստի, դիոդոնի լուծույթներից որևէ մեկը, կամ թթվածին և կատարվում է ռենտգենյան նկարահանում: Կոնտրաստային նյութի ֆոնի վրա ուրվագծում են քարերը և ուռուցքները:

Ներերակային (էքսկրետոր) ուրոգրաֆիա

Ներերակային ճանապարհով ներմուծում են մոտ 50մլ սերգոզինի 40% լուծույթ և կատարում միզուղիների նկարահանումներ 10-20-30 րոպե ընդմիջումներով: Այս հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս որոշել երիկամների արտազատող ֆունկցիան և միզուղիներում գտնվող արգելքների տեղակայումը:

Ցիստոգրաֆիա և ուրեթերոգրաֆիա

Սա միզապարկի և միզուկի ռենտգենյան նկարահանումն է, որը կարող է լինել վերընթաց և վարընթաց: Միզապարկի մեջ նախապես 100-150մլ 10-20% սեգոզինի լուծույթ ներմուծելուց հետո: Այս մեթոդը կիրառվում է միզապարկի ուռուցքների և վնասվածքների ախտորոշման համար:

Միզուկի ռենտգենյան նկարահանման համար դրա լուսանցքի մեջ նախապես ներմուծվում է 10-20մլ սերգոզինի կամ կարդիոտրաստի լուծույթ:

Միզուկի վնասվածքների և ուռուցքների ախտորոշումը

Վերջին տարիներին սկսել են կիրառել նաև միզասեռական օրգանների ուռուցքների փոխակայումների ախտորոշման ռադիոիզոտոպային և ռադիոիմունաբանական եղանակներ: Ուրոլոգիական պրակտիկայում լայն տարածում է գտել ուլտրաձայնային և համակարգչային տոմոգրաֆիան: Բուժքույրը պետք է իմանա ուրոլոգիական պրակտիկայում կիրառվող տերմինաբանությունը:

Շուրջօրյա դիուրեզ

Դա շուրջօրյա արտազատվող մեզի քանակն է: Նորմայում այն կազմում է 1,5 լ և կարող է տատանվել 700 -ից մինչև 3000 մլ սահմաններում: Դիուրեզի ավելացումը կոչվում է պոլիուրիա: Դա նկատվում է հեղուկների չափից դուրս գործածման, արյան օսմոտիկ ճնշման բարձացման, շաքարային դիաբետի ժամանակ:

Դիուրեզի նվազումը կոչվում է օլիգուրիա, իսկ մեզի արտազատման բացակայությունը՝ անուրիա: Դա կարող է նկատվել երիկամների հիվանդությունների, օրգանիզմի ջրազրկման և այլնի դեպքում:

Միզապարկի դատարկումը նորմայում տեղի է ունենում օրական 4-6 անգամ, միզապարկի համապատասխան ծավալի դեպքում 200-300-ական մլ:

Միզելու ռիթմի հաճախացումը՝ պոլլակիուրիա, հաճախ գուցորդվում է պոլիուրիայով: Նման դեպքերում միզելու ցանկության հաճախացումը կապված է միզապարկի լցվածության հետ:

Երբ պոլլակիուրիան գուցակցվում է ցավոտ և դժվարացած միզարձակման հետ, ապա այդ երևույթը կոչվում է դիզուրիա: Դա նկատվում է միզապարկի քարերի և պայմանավորված է լորձաթաղանթի գրգռումով: Մեզը արտազատվում է փոքր բաժիններով:

Պրոտեինուրիա (ալբումինուրիա) - մեզի մեջ սպիտակուցի ի հայտ գալն է: Սպիտամիզությունը հաճախ նկատվում է նեֆրիտների, պիելիտների և այլ դեպքերում:

Հեմոգլոբինուրիա- նշանակում է մեզի մեջ ազատ հեմոգլոբինի առկայություն, որը ցույց է տալիս էրիտրոցիտների քայքայման պրոցեսի ուժեղացում (հեմոլիզ): Կախված է մեզի մեջ պարունակվող հեմոգլոբինի քանակից: Մեզը կարող է ընդունել վարդագույնից մինչև սև գույն: Մեզի մեջ արյան առկայությունը կոչվում է հեմատուրիա: Թարախի առկայությունը պիուրիա:

Երիկամների փակ վնասվածքներ

Երիկամների փակ վնասվածքները առաջանում են գոտկային շրջանի բուժ հարվածի հետևանքով, բարձրությունից ընկնելիս, երկու առարկաների միջև սեղմվելիս: Այս դեպքերում կարող են առաջանալ

ինչպես ոչ մեծ ենթաթաղանթային վնասվածքներ, այնպես էլ ծանր՝ մինչև երիկամի լրիվ պատռվելը և նրա անջատումը միզածորանից:

Կլինիկական պատկերը

Հիվանդը գանգատվում է վնասված կողմի գոտկային շրջանի ցավերից, ուռածությունից: Մեզի մեջ նկատվում է արյուն, կամ արյան մակարդուկներ: Միզածորանից պոկվելու դեպքում բացակայում է մեզի արտազատումը մեկ կողմի երիկամից:

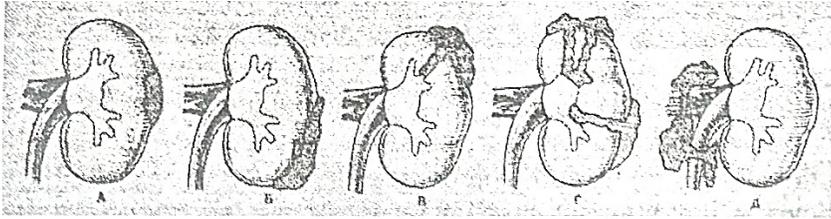
Օգնություն երիկամների վնասվածքների դեպքում

Կատարման հաջորդականություն՝

1. պառկեցնել տուժածին պատզարակի վրա հորիզոնական դիրքում՝ մեջքի վրա,
2. դնել սառցե պարկ գոտկատեղին
3. ցավազրկել հիվանդին անալգինի 2 մլ 50% լուծույթի միջմկանային ներարկման միջոցով:
4. տեղափոխել հիվանդին ուրոլոգիական բաժանմունք

Բուժումը

Երիկամների ոչ մեծ վնասվածքների դեպքում կիրառվում է պահպանողական բուժումը՝ հանգիստ, գոտկայի շրջանում սառը, ինֆեկցիայի նախապահպանման համար անտիբիոտիկներ, արյունահոսությունը դադարեցնող պատրաստուկներ (Կալցիումի քլորիդ, վիտամին K, վիկասոլ և այլն), ներմուծում: Երիկամների մեծ վնասվածքների դեպքում դիմում են վիրահատական բուժմանը՝ կարել է ն դրվում երիկամի կամ միզածորանի պատռված մասերի վրա, զգալի վնասվածքների դեպքում երիկամը հեռացնում են (նեֆրեկտոմիա)՝ հավաստիանալով, որ երկրորդը գործում է:



Երկկամների փակ վնասվածքներ

Միզապարկի պատուվածքներ

Վերը նշված պատճառներից բացի, դրանք կարող են առաջանալ նաև կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում: Միզապարկի պատուվածքի ժամանակ մեզը լցվում է որովայնի խոռոչի մեջ և արագորեն զարգանում է միզային պերիտոնիտ: Կլինիկորեն արտահայտվում է որովայնի ցավերով, մկանների լարվածությամբ, ծանր ինտոկսիկացիայով, միզարձակության խանգարումով:

Կլինիկական պատկերը

Արտաորովայնամիզային պատուվածքի դեպքերում մեզը տարածվում է հարմիզապարկային ճարպաշրջանի մեջ և առաջանում է միզային ինֆիլտրացիա: Հիվանդը գանգատվում է որովայնի ստորին մասի արտահայտված ցավերից, մեզը կուտակվում է միզապարկի առջևի ճարպաբջջանքում:

Օգնություն միզապարկի վնասվածքի դեպքում

Կատարման հաջորդականություն՝

1. պառկեցնել(տեղավորել) տուժածին պատգարակի վրա հորիզոնական դիրքում,
2. դնել սառցե պարկը միզապարկի հատվածում,
3. հոսպիտալացնել տուժածին ուրոլոգիական բաժանմունք

Բուժումը

Հակաշոկային միջոցառումներ, մասնակի արտաորովայնամիզային պատուվածքի դեպքում կոնսերվատիվ բուժում ենք նշանակում (սառցե պարկ որովայնին, հեմոստատիկ միջոցներ, մշտական կաթետեր):

Իսկ մնացած պատռվածքների դեպքում ցուցված է անհետաձգելի վիրաբուժական միջամտություն:

Միզուկի պատռվածքներ

Միզուկի վնասվածքները հիմանկանում հանդիպում է տղամարդկանց մոտ: Վնասվածքները լինում են բաց և փակ, մասնակի և լրիվ: Փակ վնասվածքների դեպքում չի խախտվում մաշկային ծածկույթների ամբողջականությունը:

Կլինիկական պատկերը

Նկատվում է ուժեղ ցավ շեքի շրջանում, միզարձակության խանգարում, հեմատոմայի առաջացում շեքի և ամորձապարկի շրջանում, մակրոռարյունահոսություն:

Բուժումը: Եթե հիվանդի ընդհանուր վիճակը բավարար է, միզուկի պատռված մասը կարում են և տեղադրում են մշտական կաթետեր, ծանր դեպքերում սահմանափակվում են միայն վերցայլային խուղակ (ցիստոստոմա) դնելով:

Երիկամների հիվանդություններ Պարանեֆրիտ

Հարերիկամային ճարպաբջջանքի բորբոքումը կոչվում է պարանեֆրիտ: Հաճախ այն առաջանում է երկրորդային ճանապարհով, առաջանում է վնասվածքներից և վիրահատական միջամտություններից հետո: Պատճառը հարերիկամային տարածության մեջ ընկած վարակն է: Բացառված չէ նաև հարերիկամային ճարպաբջջանքի վարակումը մետաստատիկ ճանապարհով՝ օրգանիզմի տարբեր հատվածներում եղած թարախային օջախներից, արյան կամ ավիշի միջոցով: Թարախային պարանեֆրիտի հարուցիչներից ավելի հաճախ հանդիպում են ստաֆիլոկոկը, ստրեպտոկոկը, աղիքային ցուպիկը և այլն: Հիվանդությունը սկսվում է հարերիկամային ճարպաբջջանքի ինֆիլտրացիայով, որն այնուհետև թարախակալում է, (թարախային պարանեֆրիտ):

Կլինիկական պատկերը

Հիվանդությունը սկսվում է հանկարծակի՝ ջերմաստիճանի խիստ բարձրացումով, սարսուռով և գոտկայի շրջանի սուր ցավերով: Պրոցեսի ուժեղացման դեպքում թարախակույտը կարող է բացվել որովայնի կամ պլերալ խոռոչում: Տեղային զնման դեպքում նկատվում է գոտկային շրջանի կարմրություն, իսկ շոշափման դեպքում՝ շատ խիստ ցավոտություն: Արյան մեջ լեյկոցիտով, ԷՆԱ-ի արագացում:

Բուժումը: Հիվանդության սկզբում նշանակում ենք հակաբիոտիկներ: Պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում ցուցված է թարախակույտի հատումը և նրա դրենավորումը:

Երիկամաքարային հիվանդություն (Նեֆրոլիթիզ)

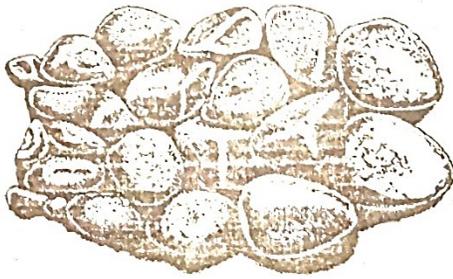
Երիկամների ամենից հաճախ հանդիպող վիրաբուժական հիվանդություն է, որը տարածված է համարյա բոլոր աշխարհագրական վայրերում:

Քարերը հիմնականում առաջանում են սկահակներում և ավազանում: Ավելի հաճախ հիվանդանում են տղամարդիկ 20-40 տարեկան հասակում:

Առաջացման պատճառներից են միզուղիների վարակը, նյութափոխանակության խանգարումները, դիաթեզը, ոսկրային համակարգի վնասվածքները, ժառանգականությունը:

Քարերը առաջանում են շերտազատված էպիթելային բջիջների, մանրէների և օտար մարմինների շուրջը: Քարերը կարող են լինել տարբեր մեծության ավազահատիկից մինչև մի քանի սմ. տրամագծով:

Քարերը կարող են լինել եզակի ու բազմակի: Ըստ քիմիական կազմի քարերը լինում են ոչ օրգանական (ուրատներ, ֆոսֆատներ, օքսալատներ, կարբոնատներ, քսանտինային, ցիտեինային) և օրգանական (մանրէային, ֆիբրինային, ամփոփոյային):



1. Ֆոսֆատներ 2. Ուրատ 3. Օքսալատ

Հիվանդության յուրահատուկ ձև է հանդիսանում կորալանման կոչվող նեֆրոլիթիազը: Քարերի երկարատև առկայությունը կարող է հանգեցնել երիկամի պարենխիմի ապաճմանը, կամ վարակի միացմանը: Քարերով միզածորանի խցանման դեպքում առաջանում է հիդրոնեֆրոզ, իսկ վարակի միացման դեպքում՝ պիոնեֆրոզ:

Կլինիկական պատկերը

Հիվանդությունը կարող է տարիներով մնալ աննկատ առանց որևէ ախտանշանի: Հիմնական կլինիկական նշաններից են գոտկային շրջանի հաճախակի կրկնվող նոպայաձև ցավերը (երիկամային խիթ): Տղամարդկանց մոտ ցավերը կարող են տարածվել դեպի աճուկը, ամորձին, սեռանդամի գլխիկը, իսկ կանանց մոտ դեպի սեռական մեծ շրթերը: Նկատվում է ջերմաստիճանի բարձրացում, սրտխառնոց, փսխում: Նոպայի ժամանակ և դրանից հետո մեզի մեջ պարզ տեսանելի է արյուն (մակրոհեմատուրիա), վարակի միացման դեպքում մեզի մեջ հայտնաբերվում է թարախ (պիուրիա): Երբեմն կարող է սկսվել ռեֆլեկտոր բնույթի անուրիա կամ դիզուրիա (միզարձակության խանգարում):

Ախտորոշման համար կատարվում է մեզի քննություն, երիկամների ռենտգեն, նկարահանում, պիելոգրաֆիա, էքսկրետոր ուրոգրաֆիա, խրոմոցիտոսկոպիա:

Օգնություն երիկամախիթի դեպքում: Կատարման հաջորդականությունը

Հիվանդին պատկեցնել հորիզոնական դիրքում մեջքի վրա՝ պատգարակին և տեղավորել ուրուլոգիական բաժանմունք:

Կատարել միջմկանային ներարկում՝ անալգինի 2մլ 50% լուծույթ, դիմեդրոլի 1մլ 0,1% լուծույթ, ատրոպինի 1մլ 0,1% լուծույթ բժշկի նշանակմամբ:

Բուժումը

Անցկացնում ենք սիմպտոմատիկ, կոնսերվատիվ, ինստրումենտալ, վիրաբուժական և կոմբինացված բուժում:

Նշանակում ենք դիետա՝ թրթնջուկաթթվային քարերի առկայության դեպքում արգելում են խոշոր տեսակի հատապտուղները և թրթնջուկաթթու պարունակող սննդամթերքները (թրթնջուկ, լոլիկ սպանախ): Միզաթթվային քարերի դեպքում հիվանդը սահմանափակում է մսամթերքները, պանիրը, իսկ ֆոսֆատայինի դեպքում – կաթը, բանջարեղենը, խնձորը, տանձը: Նշանակում են վիտամինո թերապիա (A, B, B 6 վիտամիններ):

Մեծ նշանակություն ունի առողջարանային բուժումը և հանքային ջրերի օգտագործումը (կարգավորում են նյութափոխանակությունը):

Երիկամային խիթի նոպաները վերացնելու համար գոտկային շրջանում դնում են ջեռակներ, կամ հիվանդին տեղավորում են տաք լոգարանում: Նշանակում ենք սպազմոլիտիկներ, անալգետիկների հետ միասին, կատարում ենք սերմնալարի կամ արգանդի կլոր կապանի բլոկադա, ինչպես նաև հարերիկամային բլոկադա ըստ Վիշնևսկու: Այս բոլորը բուժական միջոցառումների անարդյունավետության դեպքերում ցուցված է վիրահատական բուժում, որի նպատակը քարերի հեռացումն է երիկամի ավազանից (պիելոլիտոտոմիա), երիկամից (նեֆրոլիտոտոմիա), կամ միզածորանից (ուրեթերոլիտոտոմիա): Երիկամի ֆունկցիայի լրիվ կորստի դեպքում այն հեռացվում է (նեֆրեկտոմիա): Քարերի հեռացումից հետո նոր քարերի գոյացում չի բացառվում: Վարակի միացման դեպքում նշանակում ենք հակաբիոտիկներ:

ՄԻԶԱՊԱՐԿԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՑԻՍՏԻՑ

Միզապարկի բորբոքումը կոչվում է ցիստիտ: Վարակը միզապարկ է ներթափանցում երիկամների ավազաններից՝ դրանց բորբոքման (պիելիտ) ժամանակ, միզուկից (վարակի հետընթաց տարածում), օրինակ միզապարկի կաթետերացման ժամանակ: Ցիստիտը լինում է առաջնային և երկրորդային, ինչպես նաև սուր և խրոնիկական:

Կլինիկական պատկերը

Սուր ցիստիտի ժամանակ հիվանդը գանգատվում է միզապարկի շրջանի ցավերից, հաճախամիզությունից ու ցավոտությունից: Մեզը լինում է պղտոր, պարունակում է թարախ, երբեմն արյուն, ունենում է հիմնային ռեակցիա: Խրոնիկական ցիստիտի ժամանակ այդ երևույթները ավելի մեղմ են արտահայտվում: Ախտորոշելու համար կատարվում է մեզի քննություն և մեզի բակտերիոլոգիական հետազոտություն:

Բուժումը

Սուր ցիստիտի ժամանակ նշանակվում է անկողնային ռեժիմ, կաթնաբուսական դիետա, տաք նստալոզանքներ ֆուրացիլինի լուծույթով և երիցուկի եփուկով, ֆիզոթերապիա, առատ հեղուկներ, սահմանափակել գրգռիչ սնունդը:

Խրոնիկ ցիստիտի ժամանակ նշանակում ենք հակաբիոտիկներ նիտրոֆուրանի հետ միասին և սուլֆանիլամիդներ: Կատարվում են միզապարկի լվացումներ տաք ասեպտիկ լուծույթներով:

ՄԻԶԱՊԱՐԿԻ ՔԱՐԵՐ

Հաճախ հանդիպող հիվանդություն է: Հանդիպում է տղա երեխաների և 50-անց տղամարդկանց մոտ: Ոչ մեծ քարերը միզապարկի մեջ կարող են ընկնել երիկամների ավազանից, նաև կարող են առաջանալ ինքնուրույն: Քարերի առաջացմանը նպաստում են ցիստիտը, մեզի կանգը, միզուկի սպիական նեղացումները, շագանակագեղձի աղեղնման:

Քարերը կարող են լինել եզակի և բազմակի, շատ փոքր (մի քանի միլիմետր) կամ զբաղեցնել միզապարկի ամբողջ լուսանցքը:

Ըստ քիմիական կազմի լինում են՝ ֆոսֆատներ, ուրատներ, օքսալատներ:

Կլինիկական պատկերը

Նկատվում են ցավեր միզապարկի և շեքի շրջանում, հաճախամիզություն, միզարձակության խանգարում, միզելու վերջում ցավեր (դիզուրիա): Ցավերը տարածվում են դեպի սեռանդամի գլխիկը: Մեզի շիթը հանկարծակի դադարում է (քարը խցանում է միզուկի բացվածքը): Միզարձակության վերջում նկատվում է արյուն, իսկ վարակի դեպքում՝ թարախ(պիուրիա):

Ախտորոշելու համար կատարվում է՝ ցիստոսկոպիա, ցիստոգրաֆիա կոնտրաստ նյութով:

Բուժումը

Միզապարկի քարերը փշրում են հատուկ գործիքի օգնությամբ (լիթոտրիպտոր), քարափշրիչ ցիստոսկոպի կամ ՈւՄՍՍ ապարատի միջոցով: Քարերը միզապարկից հեռացնում են վիրահատական միջամտությամբ:



Միզապարկի քարի փշրում հատուկ գործիքի միջոցով (լիթոտրիպտոր)

ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՁԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՁԻ ԱԴԵՆՈՄՍԱ

Այս հիվանդության հիմքում ընկած է հարմիզուկային գեղձային հյուսվածքի, դրա շարակցահյուսվածքային հենքի գերաճը, որը հանգեցնում է շագանակագեղձի մեծացմանը: Հանդիպում է տարեց և ծեր տղամարդկանց մոտ: Մեծացած շագանակագեղձը առաջացնում է միզելու դադար, որը հանգեցնում է մեզի մշտական կանգին միզապարկում, միզածորաններում և նույնիսկ ավազաններում: Կանգային երևույթների հողի վրա զարգանում է վարակ, որը հանգեցնում է ցիստիտի և պիելոնեֆրիտի զարգացմանը: Շագանակագեղձի ադենոման կարող է վերասերվել քաղցկեղի:

Կլինիկական պատկերը

Կլինիկական ընթացքը բաժանվում է երեք փուլի: Առաջին փուլում առաջանում է դժվարամիզություն, մեզի շիթը թուլանում է, միզարձակությունը հաճախանում է հատկապես գիշերը:

Երկրորդ փուլում միզարձակության դժվարացումը ավելի է սաստկանում, հիվանդը ի վիճակի չի լինում լրիվ դատարկել միզապարկը, նույնիսկ ուժ գործադրելու դեպքում:

Երրորդ փուլում առաջանում է միզարձակության համարյա լրիվ դադարում: Հիվանդները միզում են շատ քիչ, իսկ այնուհետև միզապարկը լցվելու պատճառով մեզը սկսվում է ինքնաբերաբար (հակադրական իշուրիա):

Շոշափման ժամանակ հայտնաբերվում է մեծացած շագանակագեղձը: Ադենոման քաղցկեղի վերասերվելու դեպքում դառնում է շագանակագեղձը դառնում է անհարթ, թմրիկավոր, ունենում է ամուր կազմություն: Ցիստոսկոպիայի ժամանակ երևում է մեծացած, միզապարկի լուսանցքի մեջ ներս ընկած շագանակագեղձը:

Բուժումը

Նոր միզակապության դեպքում կատարվում է միզապարկի կաթետերացում: Եթե կաթետերացումը չի հաջողվում ապա կարելի է կատարել միզապարկի պունկցիա: Կիրառվում են հակառակ սեռի հորմոններ սինեստրոլ, սուստրանոն: Պահպանողական

միջոցառումները տալիս են կարճատև արդյունք: Հիվանդության հատկապես երրորդ փուլում ցուցված է արմատական վիրահատական բուժում՝ կատարվում է շագանակագեղձի հեռացում՝ ադենոմեկտոմիա: Հիվանդի ծանր վիճակի դեպքում սահմանափակվում են վերցայլային խուղակ դնելով (ցիստոստոմ):



Մեծացած շագանակագեղձը փակում է միզուկի լուսանցքը

ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՁԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ (Պրոստատիտ)

Տարբերում են շագանակագեղձի սուր և խրոնիկական բորբոքումներ: Ախտանշանաբանությունը պարզորոշ չէ: Սուր բորբոքումները՝ ավելի հաճախ նկատվում են երեսունից հիսուն տարեկան անձանց մոտ, ակտիվ սեռական կյանքի շրջանում: Պատճառը կոկային (գոնոկոկային) վարակն է:

Կլինիկական պատկերը

Հիվանդությանը բնորոշ են հաճախամիզությունը, դժվարամիզությունը հատկապես գիշերը, ցավը շեքի շրջանում և ցավոտությունը միզարձակության վերջում, ջերմաստիճանի բարձրացում մինչև 39°C, նկատվում է ընդհանուր թուլություն, ախորժակի կորուստ, երբեմն սրտխառնոց, փսխում:

Ախտորոշվում է գեղձի շոշափման, մեզի և արյան քննության տվյալների հիման վրա: Շոշափման ժամանակ՝ գեղձի մեծացում,

ցավոտություն, անհարթություն: Արյան մեջ՝ լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում:

Բուժումը

Անկողնային ռեժիմ, լայն շառավիղի հակաբիոտիկներ, սուլֆանիլամիդներ, մեծ քանակի հեղուկների ընդունում, տաք նստալուզանքներ: Սաստիկ ցավերի ժամանակ կատարվում է սրբանային նովոկայնային բլոկադա:

ԱՄՈՐՁՈՒ ԵՎ ԴՐԱ ԹԱՂԱՆԹՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԱՄՈՐՁՈՒ ՋՐԳՈՂՈՒԹՅՈՒՆ

Ամորձու ջրգողությունը հեղուկի կուտակումն է դրա սեփական թաղանթի երկու թերթիկների արանքում: Այն լինում է ի ծնե և ձեռքբերովի: Ձեռքբերովի ձևի պատճառը վնասվածքը կամ քրոնիկական բորբոքային պրոցեսն է՝ թաղանթներում կամ հարակից հյուսվածքներում: Հեղուկը լինում է թափանցիկ, դեղնավուն երանգով և քանակը կարող է հասնել մինչև 1-2 լիտրի:

Կլինիկական պատկերը

Ամորձապարկի համապատասխան կեսը լինում է մեծացած: Շոշափման դեպքում նկատվում է անցավ առանձգական գոյացություն: Նկատվում է հեղուկի ծփանք: Ընդբախման ժամանակ լսվում է բութ ձայն:



Ամորձու ջրգողություն

Բուժումը

Կիրահատական է, կատարվում է Վենկելմանի եղանակով՝ հատվում է պատյանը և այն շրջանում դեպի դուրս: Բերգմանի եղանակի դեպքում թաղանթը մասնահատվում է:

ԱՄՈՐՁՈՒ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ ՕՐԽԻՏ

Կարող է առաջանալ հարվածից, վարակի տարածումից այլ օրգաններից, կամ զարգանալ որպես վարակիչ հիվանդությունների (գրիպ, տիֆ, պարօտիտ) բարդություն: Հիվանդությունը ընթանում է սուր և քրոնիկական ձևով:

Սուր տեսակի ժամանակ ամորձին լինում է լարված, շոշափման ժամանակ խիստ ցավոտ, չափերով մեծացած, հարթ մակերեսով, բարձրանում է մարմնի ջերմաստիճանը, նկատվում է լեյկոցիտոզ, մեծանում է ԷՆԱ-ն: Ամորձապարկի մաշկը կարմրած, այտուցված, տաք: Կարող է առաջանալ ամորձու թարախակույտ, մեռուկացում:

Բուժումը

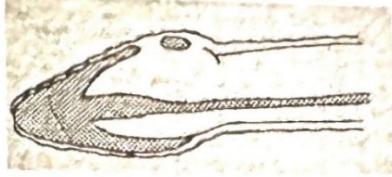
Նշանակում ենք անկողնային ռեժիմ, սուր ճաշատեսակների և սպիրտային խմիչքների բացառում: Ամորձուն տալ բարձր դիրք, դնել սառը, կատարել սերմնալարի նովոկայինային բլոկադա, հակաֆիտոտիկներ: Հետագայում կիրառում են տաքացնող կոմպրես, ֆիզիոթերապևտիկ բուժում և այլն: Թարախակույտի առաջացման դեպքում այն բացում են և լիարժեք դրենավորում:

ՄԵՌԱՆԴԱՄԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՖԻՍՈՋ

Այս հասկացությունը նշանակում է թլիպի անցքի չափից դուրս նեղացում, որը խոչընդոտում է սեռանդամի գլխիկի դուրս գալուն: Հանդիպում է երեխաների մոտ և ունենում է ի ծնե բնույթ: Մեծահասակների մոտ զարգանում է թլիպի վնասվածքից կամ բորբոքումից հետո: Թլիպի նեղացումը խանգարում է միզելու գործողությանը (մեզը արտահոսում է բարակ շիթով): Թլիպի և գլխիկի համատեղ սուր բորբոքումը (բալանոպոստիտ) կարող է հանգեցնել մեզի արտահոսի դադարեցմանը: Դա արտահայտվում է խիստ ցավերով:

Բուժումը

Կատարվում է թլիպի երկայնակի հատում կամ լրիվ թլպատում: Բալանոպոստիտի ժամանակ նշանակում են տեղային լոզանքներ, հակաբիոտիկներ:



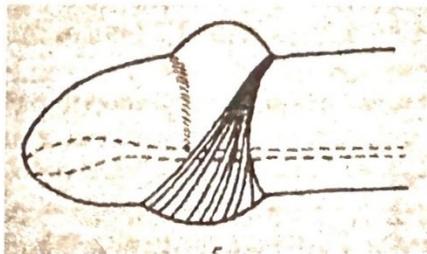
Ֆիմոզ

ՊԱՐԱՏԻՄՈՋ

Հանդիսանում է ֆիմոզի բարդություն: Թլիպի նեղացած անցքով սեռանդամի գլխիկը դուրս սպրդվելուց հետո օղակվում է, որի պատճառով այն այտուցվում է և դառնում կապտավուն: Գլխիկը կարող է մեռուկանալ (ուշացնելու դեպքում):

Բուժումը

Գլխիկին քսում են վազելին, սեռանդամը բռնում II և III մատների արանքում և առաջին մատով ճնշում գործադրելով գլխիկի վրա, ներուղղում: Այնուհետև կատարվում է թլիպի հատուկ թիկնային կտրվածքով:



Պարաֆիմոզ

**ՄԻԶԱՍԵՌԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿՄՐԳԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ԽՆԱՍՔԻ ՀԵՏ
ԿԱՊՎԱԾ ՀԱՐՑԵՐ**

**Հիվանդների նախալիրահատական նախապատրաստման
ընդհանուր սկզբունքները**

Երիկամների ֆունկցիայի բարելավման համար, առաջին հերթին, նշանակում են հեղուկի, աղի, կենդանական սպիտակուցների սահմանափակմամբ դիետա (դիետա N7), ինչը նպաստում է այտուցների նվազմանը: Դիուրեզը ավելացնելու համար կիրառում են միզամուղ միջոցներ (ֆուրոսեմիդ, ուրեգիտ, հիպոտիազիդ):

Վարակումը կանխելու նպատակով առողջացնում են բերանի խոռոչը, կիրառում են հակամանրէային միջոցներ: Երբեմն վիրահատությունից առաջ կիրառում են մշտական կաթետեր:

**Միզասեռական համակարգի վնասվածքներ և
հիվանդություններ
Օգնություն երիկամների վնասվածքների դեպքում**

Կատարման հաջորդականություն՝

1. պառկեցնել տուժածին պատգարակի վրա հորիզոնական դիրքում՝ մեջքի վրա,
2. դնել սառցեպարկ գոտկատեղին,
3. ցավազրկել հիվանդին անալգինի 2 մլ 50% լուծույթի միջմկանային ներարկման միջոցով,
4. տեղափոխել հիվանդին ուրոլոգիական բաժանմունք:

Օգնություն միզապարկի վնասվածքի դեպքում

Կատարման հաջորդականություն՝

1. պառկեցնել (տեղավորել) տուժածին պատգարակի վրա հորիզոնական դիրքում,
2. դնել սառցեպարկը միզապարկի հատվածում,
3. հոսպիտալացնել հիվանդին ուրոլոգիական բաժանմունք:

Օգնություն երիկամախիթի դեպքում

Կատարման հաջորդականություն՝

1. կատարել միջմկանային ներարկում՝ անալզինի 2 մլ 50% լուծույթ, դիմեդրոլի 1 մլ 1% լուծույթ, աստրոպինի 1 մլ 0,1% լուծույթ բժշկի նշանակմամբ,
2. պառկեցնել հիվանդին հորիզոնական դիրքում մեջքի վրա պատգարակի վրա և տեղափոխել ուրոլոգիական բաժանմունք:

Օգնություն սուր միզակապության դեպքում

Սուր միզակապությունը միզապարկի ինքնաբերական դատարկման դադարեցումն է:

Պատճառներ

- շագանակագեղձի ադենոմա,
- միզուկի նեղացում և քարեր
- ուռուցքներ,
- ֆիմոզ,
- կղանքային քարեր,
- հիստերիա,
- որովայնահատումից հետո (լապորոտոմիայի),
- ծննդաբերությունից հետո:

Կատարման հաջորդականություն՝

1. միզակապության պատճառը,
2. հիստերիայի, հետծննդաբերական և հետվիրահատական շրջաններում ծածկել հիվանդին վարագույրով, միացնել ջրմուղու ծորակը, միզապարկին ջեռակ դնել
3. մնացած հիվանդությունների և բացասական արդյունքի դեպքում կատարել միզապարկի կաթետերացում ռետինե կաթետերով,
4. եթե բոլոր միջոցառումները անարդյունավետ են, հոսպիտալացնել հիվանդին (հիվանդը պառկած է պատգարակի վրա հորիզոնական դիրքում) ուրոլոգիական բաժանմունք:

Հեղուկի ընդունման և միզարտադրության կարգավորում

Հեղուկի համապատասխան ընդունման ապահովումը միզապարկի և աղիքների ֆունկցիայի խանգարմամբ տառապող հիվանդների խնամքի կարևոր մասն է:

Հեղուկի ընդունման վերահսկողությունը ենթադրում է հեղուկի ընդունման քանակության, տեսակի, ընդունման ժամանակի վերահսկողություն: Օրգանիզմը պետք է ստանա բավարար քանակությամբ հեղուկ (առողջ մեծահասակի համար օրական 1,5լ):

Կարևոր է, որ հիվանդներն իմանան, թե որքան հեղուկ պետք է խմեն 1 օրվա ընթացքում: Հիվանդներից ումանք, հատկապես՝ տարեց մարդիկ, կարող են չհասկանալ, թե ինչ է 1 լիտրը, այդ պատճառով ավելի լավ է նշել բաժակների կամ գավաթների թիվը: 1.5 լիտր հեղուկը մոտավորապես 8 բաժակ կամ 5 գավաթ է:

Միզապարկը պետք է ամբողջությամբ դատարկվի:

Միզապարկի ուշացած դատարկման հետևանքով, կոնցենտրացված մեզը գրգռում է միզապարկը, ինչը հանգեցնում է միզուղիների վարակմանը, միզման հաճախացմանն ու անհետաձգելիությանը, իսկ ոչ բավականաչափ հեղուկի ընդունումը հանգեցնում է կղման հետ կապված խնդիրների: Նիկտուրիայով տառապող տարեց հիվանդները կարող են գիտակցաբար նվազեցնել հեղուկի ընդունումը քնելուց առաջ: Չնայած դրան՝ պետք է պարտադիր կերպով համոզվեք, որ օրական խմվում է ոչ պակաս, քան 1,5լ ջուր: Միզապարկի ֆունկցիայի խանգարմամբ հիվանդները հաճախ սահմանափակում են հեղուկի ընդունումը, սակայն հարկավոր է կապակցել այն իրենց առօրյա գործերի հետ:

Ըստ հետազոտությունների, արդյունքների, գրեյպֆրուտի հեղուկը ազդում է տարբեր դեղամիջոցների, հատկապես՝ տերֆենադինի, նիֆեդիպինի, ցիկլոսպորինների և էստրոգեն պարունակող որոշ դեղամիջոցների թերապևտիկ գործողության վրա:

Միզուղիների ֆունկցիայի խանգարմամբ հիվանդների մոտ կոֆեինը առաջացնում է միզման հաճախացում ու անհետաձգելիություն, նիկտուրիա: Անհրաժեշտ է փոխարինել կոֆեին պարունակող հյութերը կոֆեինից զուրկ հեղուկներով և հետևել՝ ազդում է դա ախտանիշների վրա, թե ոչ: Կոֆեինը կարող է ավելացնել կղանքի հեղուկ

բաղադրամասը՝ առանց տրանզիտի վրա ազդելու: Սուրճը՝ ընդունելուց մի քանի րոպե հետո ունենում է լուծողական ազդեցություն, որը կարող է պահպանվել 90 րոպեի ընթացքում: Աղիքների բորբոքային հիվանդությունների ժամանակ սուրճ ընդունելուց հետո հնարավոր է ախտանիշների ուժեղացում: Եթե աղիքները կոֆեինի նկատմամբ զգայուն չեն, ապա այդ ազդեցությունը կարող է բացակայել:

Լոռամրգի հյուսիսը կարող է նվազեցնել միզապարկի վարակման հնարավորությունը ցիստոպլաստիկայից հետո ինքնուրույնաբար կաթետերացվող և քրոնիկ մանրէական ցիստիտով տառապող անձանց մոտ: Նպատակահարմար դեղաքանակը 200մլ է՝ օրը երկու անգամ: Ցանկալի է խուսափել թթու հյութերի օգտագործումից այրոցի, հաստ աղիքի բորբոքման սինդրոմի և կոլիտների տարբեր ձևերի ժամանակ: Որոշ խոտային թեյեր ունեն հատկություններ, որոնք անցանկալի են միզուղիների և աղիքների հիվանդություններով տառապողների համար: Գարեջուրը խթանում է աղիքների ֆունկցիան: Կարմիր գինին նվազեցնում է թրոմբոզի գոյացման, սիրտ-անոթային հիվանդությունների զարգացման վտանգը:

Բուժքրոջ կողմից հիվանդների միզապահության կարողության գնահատումը

Անմիզապահությունը տարածված հիվանդություն է մեծահասակների մոտ:

Անմիզապահությունը մարդու մոտ սեփական անլիարժեքության զգացում է առաջացնում, բայց որոշ դեպքերում հնարավոր է օգնություն ցուցաբերել. հարակավոր է միայն պարզել պատճառը և նշանակել համապատասխան բուժում: Անմիզապահությամբ տառապող հիվանդի քննումը կարելի է արդյունավետ կերպով անցկացնել ներքոհիշյալ մեթոդիկայի օգնությամբ:

Նախ և առաջ հարկավոր է խնդրել, որ հիվանդը նշի՝

- խմված հեղուկի քանակությունն ու տեսակը,
- արտազատված մեզի ծավալը միզապարկի յուրաքանչյուր դատարկման ժամանակ,
- անմիզապահության յուրաքանչյուր դեպքը:

Մինչև ինքնուրույնաբար քննում անցկացնելը բուժքույրը պետք է իրեն վարժեցնի փորձառու մասնագետների հսկողության տակ:

Բուժքրոջ կողմից հավաքված անամները հետևյալն է՝

- միզապարկի դատարկման հետ կապված հիվանդի գանգատները,
- գանգատների առաջացման (ախտանիշների) սկիզբը,
- ա՞նց է կացվել նախկինում միզուղիների զննում, թե ոչ,
- եղե՞լ են միջամտություններ միզասեռական համակարգում, թե ոչ,
- հիվանդության նախորդ պատմությունը,
- մեզի քննություն՝
 - եթե ակնհայտ է, որ մեզը ինֆեկցված (վարակված) է կամ արյուն է պարունակում, ուղարկել մաքուր նմուշը բակտերիոլոգիական հետազոտության,
 - եթե մեզը տեսքից մաքուր է, ստուգել այն ինդիկատորի միջոցով,
 - արյան, սպիտակուցի, նիտրիտների կամ լեյկոցիտների բացահայտման դեպքում ուղարկել մաքուր նմուշը բակտերիոլոգիական հետազոտության,
 - գլյուկոզայի բացահայտման դեպքում դիմել բժշկի:

Բուժքույրը պետք է նաև գնահատի՝

- հիվանդի շարժունակությունը, օրինակ՝
 - շարժունակության սահմանափակումը կամ առանց կողմնակի օգնության մինչև զուգարան հասնելու անկարողությունը,
 - ձեռքերի շարժունության սահմանափակումը, օրինակ՝ մատներում արտրիտի հետ կապված ցավերը դժվարացնում են զուգարան գնալիս զգեստը հանելը և հագնելը,
- պայմանները (օրինակ՝ զուգարանը գտնվում է վերևի հարկում, ինչը սահմանափակում է զուգարանից օգտվելու հնարավորությունը),
- կողմնակի օգնությունը (օրինակ՝ կախվածությունը այլ մարդուց, որը, զուգարանից օգտվելիս, գալիս է օգնության):

Քննման ֆիզիկական մեթոդները անց են կացվում բանիմաց մասնագետի (բժշկի) կողմից և ներառում են միզապարկի, աղիքների, սեռական օրգանների զննում՝ զարգացման հնարավոր պաթոլոգիան, ինչպես նաև արտաթորությունները, մաշկի ամբողջականության խանգարումները բացահայտելու համար, վազինալ զննում, ներառյալ փոքր կոնքի հատակի մկանների կծկման գնահատում և հազի ժամանակ

միգուկյից մեզի արտագատման դիտում, ուղիղ աղիքի գննում, այն է՝ հետանցքի սֆինկտերի տոնուսի և միզապարկի դատարկմանը խանգարող կղանքային կոշտ գանգվածների առկայության որոշում:

Տղամարդկանց մոտ հարկավոր է գննել շակնակագեղձը, որոշել դրա չափն ու խտությունը (կոնսիստենցիան): Մովորաբար միզման ժամանակ տեղի է ունենում միզապարկի լրիվ դատարկում: Եթե վստահ չեք, որ դա այդպես է, անհրաժեշտ է որոշել մնացորդային մեզի քանակությունը բարակ ոչ մետաղե կաթետերի կամ շարժական գերձայնային սարքի միջոցով:

Մթրեսի հետ կապված անմիզապահությունը, որը պայմանավորված է միգուկյի սֆինկտերի թուլությամբ, որը հանգեցնում է միզարտադրությանը ներորովայնային

ճնշման բարձրացման ժամանակ: Այդ վիճակի զարգացմանը նպաստող գործոններն են ծննդաբերությունը, մենոպաուզան, գիրացումը, քրոնիկ հազը և փորկապությունը: Առավել հաճախ դա վերաբերում է կանանց, բայց հանդիպում է նաև տղամարդկանց մոտ՝ պրոստատեկտոմիայից հետո:

Պարադոքսալ անմիզապահությունը կապված է դետրուզորի(միզապարկի մկան) բարձր զգայունության հետ: Անմիզապահությունը այս դեպքում պայմանավորված է միզելու ուժեղ ցանկությամբ: Միզարտադրությունը կարող է

լինել հանկարծակի, ծավալով մեծ: Այդպիսի վիճակին նպաստում են միգուլիների վարակները (ինֆեկցիաները) և ընդունված հեղուկի քանակը, որոշ դեղամիջոցները, մենոպաուզան, բարձր գրգռելիությունը:

Միզապարկի ոչ լրիվ դատարկման հետ կապված անմիզապահությունը

զարգանում է այն դեպքում, երբ որևէ բան խոչընդոտում է նորմալ միզարտադրությանը, շագանակագեղձի հեպերպլազայի հետևանքով կամ միզապարկի ատոնիայի կամ հիպոտոնիայի ժամանակ կղանքային գանգվածների կուտակման հետևանքով: Այդ վիճակին զուգակցող գործոններն են մի շարք դեղամիջոցների կողմնակի ազդեցությունը, փորկապությունը, շարժունակության հանկարծակի կորուստը:

Ֆունկցիոնալ անմիզապահությունը առաջանում է որպես շարժունակության էական սահմանափակման արդյունք, երբ հիվանդը ի վիճակի չէ առանց կողմնակի օգնության հասնել զուգարան: Հանդիպում

է թուլամտությամբ կամ կողմնորոշման նվազմամբ տառապող անձանց մոտ: Այդ հիվանդությունները հանգեցնում են միզապարկից ստացվող ազդանշաններին անհրաժեշտ արձագանքների բացակայությանը:

Էնուրեզը գիշերային անմիզապահությունն է: Դիտվում է հիմնականում երեխաների մոտ ներոտիկ վիճակների, թունավորման հետևանքով, ինֆեկցիոն հիվանդությունների կամ օրգանիզմում առկա բորբոքման օջախների ֆոնի վրա:

Միմուլյատիվ էնուրեզը հիվանդի կանխամտածված միզումն է անկողնու մեջ՝ փորձագիտական հարցերը լուծելու նպատակով: Բուժքույրը պետք է հետևի հիվանդին գիշերային ժամերին:

Մթեասային անմիզապահության ժամանակ բուժքրոջ կողմից հիվանդի գննում

Նպատակը՝ որոշել անմիզապահության պատճառը:

Առանձնացնում են սթրեսային անմիզապահությանը հանգեցնող դիսֆունկցիոնալ խանգարումների **երեք հիմնական տեսակ**

- ներքին սֆինկտերի թուլություն,
- դետրուզորի և արտաքին սֆինկտերի գերշարժունություն,
- սֆինկտերի նեյրոգեն դիսֆունկցիա, որը կապված է նյարդային համակարգի հիվանդությունների հետ (օրինակ՝ տարածուն սկլերոզի հետ):

Բուժքույրը պետք է իմանա, որ

- ներդրվայնային ճնշման բարձրացումը, օրինակ, հազի, փռշտոցի կամ լացի ժամանակ կարող է ավելացնել միզուկի ներքին սֆինկտերի թուլությունը: Այդ դեպքերում նշանակում են վարժություններ՝ կոնքի հատակի մկանների ամրապնդման համար,
- քայլելը կամ վազելը հաճախ ուժեղացնում է դետրուզորի և միզուկի արտաքին սֆինկտերի գերշարժունությունը: Կոնքի հատակի մկանների ամրապնդման ծրագրերը տվյալ դեպքում կարող են անարդյունավետ լինել,
- սթրեսային անմիզապահությունը կարող է կապված լինել խոշոր պտղով առաջին վազինալ ծննդաբերության հետ և ծննդաբերության ժամանակ գործիքային օգնության հետ,

- գիրությունը, քրոնիկ փորկապություններով պայմանավորված լարումը կարող են առաջացնել կոնքի մկանների թուլություն,
- սթրեսային անմիզապահությունը կարող է առաջանալ այն դեպքում, երբ կոնքի մկանների թուլությունը զուգակցվում է ծխելու հետ կապված շնչառական համակարգի քրոնիկ հիվանդությունների հետ,
- պարտադիր են հարցերը սեռական և աղիքների հետ կապված խնդիրների մասին, քանի որ սթրեսային անմիզապահության դեպքում դրանց առկայության հավանականությունը բարձր է,
- հիվանդը պետք է լրացնի քարտ, որի հարցերը կապված են կյանքի որակի վրա սթրեսային անմիզապահության ազդեցության հետ: Մտացված տեղեկությունները կարող են օգնել որոշել, թե որքանով է լուրջ խնդիրը,
- հարկավոր է անցկացնել մեզի անալիզ՝ վարակը, թաքնված հեմատուրիան (միզապարկի քաղցկեղ, միզաքարային հիվանդություն), շաքարախտը բացառելու համար,
- դատարկված միզապարկի գերձայնային սկանավորումը կիրառվում է մեզի մնացորդային քանակը որոշելու համար, վազինալ զննումից առաջ հարկավոր է զննել շեքի հատվածը՝ կարմրությունը, բշտիկները, վնասվածքները, արտադրու թյունները և արյունահոսությունը բացահայտելու համար:

Այդ ցուցանիշներից որևէ մեկը բացահայտելու դեպքում անհրաժեշտ է ձեռնարկել անհապաղ բժշկական միջոցառումներ:

Միզասեռական համակարգի դիսֆունկցիայի դեպքում զննումը կատարող բուժքրոջը պետք է թույլատրվի կատարել տվյալ պրոցեդուրանները: Զննումը համարվում է անավարտ առանց շեքի շրջանի և մատնային վազինալ զննման: Եթե բուժքույրը չունի տվյալ պրոցեդուրան կատարելու թույլտվություն, հիվանդին հարկավոր է ուղարկել մասնագետի մոտ, որը և կկատարի ամբողջ պրոցեդուրան: Առանց այդպիսի զննման չի կարելի կազմել բուժման և խնամքի պլանը:

Կատարման հաջորդականություն՝

- 1) **հազի թեստ** (այդ թեստը կարելի է անցկացնել հիվանդի նստած դիրքում՝ ոտքերի միջև դրված սրբիչով)՝
 - խնդրել հիվանդին պատկել միմյանցից գատված ոտքերով,
 - զննել շեքի շրջանը և խնդրել հիվանդին հազալ,

- եթե այդ պահին մեզ է արտադրվում, նշել արտահոսքի երկարատևությունը:
- 2) *հեշտոցի մատնային գննումը* կատարվում է կոնքի հատակի մկանների ուժը որոշելու համար, արձագանքը հազին գնահատելու համար, ինչպես նաև ցավի զգացողությունը բացահայտելու համար,
- 3) *էլեկտրոմիոգրամման*. դա հատուկ սենսորի միջոցով մկանային ակտիվությունը որոշելու հնարավորություն է: Դրա համար անց է կացվում արտաքին հաղորդիչով վազինալ թեստ, արդյունքը արտացոլվում է էլեկտրոմիոգրաֆի վրա գծային կամ թվային ձևով,
- 4) *ուրոդինամիկ թեստը* կիրառում են միայն անորոշ ախտանիշների, վիրաբուժական միջամտության բարձր հավանականության դեպքում և երբ թերապևտիկ բուժումը անարդյունավետ է,
- 5) գնահատել մկանային տոնուսը վազինալ հաղորդիչով (*պերինեոմետրի միջոցով*): Արդյունքը արտացոլվում է գծային կամ թվային ձևով,
- 6) *Հիզդենիկ միջադիրով թեստը* կարող է լինել ուրոդինամիկ գննման բաղադրամաս՝
 - կշռել հիզդենիկ միջադիրը, ապա ամրացնել հիվանդի շեքի շրջանում. հիվանդը պետք է բարձրանա սանդուղքի աստիճաններով, ոստոստի, հագա, գետնից առարկա բարձրացնի,
 - հետո միջադիրը նորից կշռել. դրա զանգվածի ավելացումը վկայում է մեզի արտահոսքի մասին,
- 7) գրանցել քարտում հետազոտության տվյալները, հիվանդի հարցման արդյունքները, օրվա դիուրեզը,
- 8) քննարկել հիվանդի հետ գննման արդյունքում ստացված տվյալները, համաձայնեցնել նրա հետ խնամքի պլանը, առանձնացնել առաջնային խնդիրները,
- 9) անհրաժեշտության դեպքում խորհրդակցել բժշկի հետ:

Ծանոթություն. Եթե կան պրոլապսի, աղեստամոքսային ուղու դիսֆունկցիայի հետ կապված կասկածներ կամ գննման ժամանակ բացահայտված վարքային բնույթի խնդիրներ, ապա հիվանդներին ուղարկում են ֆիզիոթերապևտի կամ ուրոգինեկոլոգի մոտ:

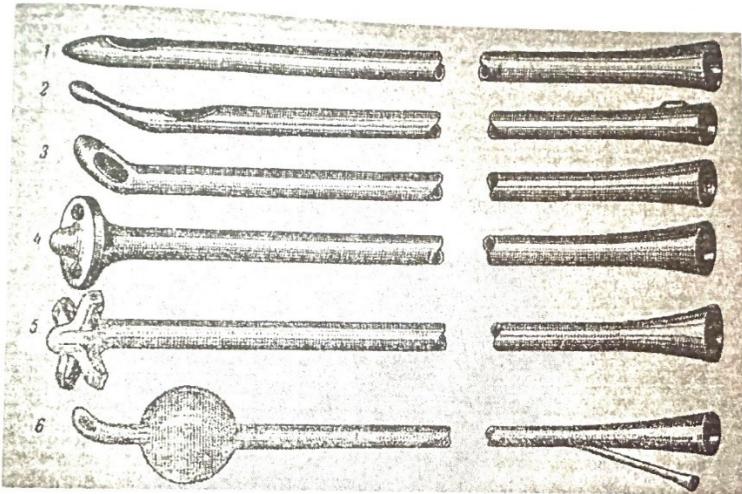
Միզապարկի կաթետերացումը կանանց մոտ

Նպատակ. միզապարկից մեզի ժամանակին դուրսբերում՝ նորմալ բնական միզարտադրության հետագա վերականգնմամբ, Ցուցումներ

- սուր միզակապություն,
- միզապարկի լվացում և դեղամիջոցների ներարկում,
- հետվիրահատական շրջանում:

Սարքավորումներ՝

- մանրեագերծ կաթետեր, անատոմիական պինցետներ (2 հատ), կորնցանգ, կոնք, լատեքսից պատրաստված ձեռնոցներ,
- անտիսեպտիկ լուծույթ,
- վազելինի յուղ,
- մեզ հավաքելու աման,
- դեզինֆեկտանտներով ամաններ,
- տակը դնելու մովլաթ,
- լվացման համար հականեխիչ լուծույթ:



1. Նեղատունի կաթետեր

2. Թիմանի կաթետեր
3. Մերսիեյի կաթետեր
4. Պեցցերի կաթետեր
5. Մալեկոյի կաթետեր
6. Պոմերանցովի-Ֆոլեյի կաթետեր

Հակացուցում՝ միգուկի պատովածք:

Կատարման հաջորդականություն՝

- 1) հաստատել հիվանդի հետ վստահալից հարաբերություններ,
- 2) բացատրել հակացուցումները,
- 3) ապահովել հիվանդի մեկուսացումը,
- 4) ճշտել, թե որքանով է հիվանդը հասկանում իրեն սպասող պրոցեդուրայի նպատակներն ու ընթացքը, ստանալ հիվանդի՝ համաձայնությունը,
- 5) հագնել ձեռնոցները, դիմակը,
- 6) պառկեցնել հիվանդին մեջքի վրա, ոտքերը ծալել ծնկներում և թեթևակիորեն իրարից հեռացնել: Պրոցեդուրան կատարվում է անկողնում (հնարավոր է նաև՝ գինեկոյղոզիական բազկաթոռին),
- 7) դնել հիվանդի նստատեղի տակ տակաշորով մոմլաթ,
- 8) մոմլաթի դուրս ընկած ծայրի վրա միզանոթ դնել,
- 9) պատրաստել լվացման համար գործիքները,
- 10) լվանալ արտաքին սեռական օրգանները,
- 11) փոխել ձեռնոցները, պատրաստել կաթետերացման գործիքները, վերցնել աջ ձեռքով պինցետը,
- 12) ձախ ձեռքով իրարից հեռացնել սեռական շուրթերը, աջ ձեռքով պինցետի օգնությամբ վերցնել անձեռոցիկները՝ թրջված անտիսեպտիկ լուծույթով,
- 13) մշակել միգուկը փոքր սեռական շուրթերի միջև վերևից ներքև շարժումով,
- 14) փոխել անձեռոցիկը,
- 15) դնել անտիսեպտիկ լուծույթում թրջված անձեռոցիկը միգուկին՝ հականեխիչի օգտագործման հրահանգում նշված ժամանակվա ընթացքում,
- 16) գցել անձեռոցիկը ախտահանման լուծույթի մեջ, փոխել պինցետը,

- 17) վերցնել պինգետով փափուկ կաթետերի ծայրը, կաթետերի ծայրից 4-6 սմ հեռավորության վրա (ինչպես փետրագրիչը),
- 18) տանել կաթետերի ծայրը դաստակի վրայով և սեղմել աջ ձեռքի չորրորդ և հինգերորդ մատների միջև պահպանելով ստերիլությունը,
- 19) կաթետերի կտուցի վրա լցնել մանրէազերծ վազելինի յուղ,
- 20) ձախ ձեռքով իրարից հեռացնել սեռական շուրթերը, աջ ձեռքով 4-6 սմ -ով (կանանց միզուկի երկարությունն է) զգուշորեն մտցնել կաթետերը մինչև մեզի առաջանալը,
- 21) Պոմերանցի-Ֆոլեյի կաթետերը տեղադրելիս՝
- մտցնել կաթետերը մոտավորապես 5-6 սմ-ով,
 - եթե կաթետերացման ընթացքում առաջանում են ցավեր, դադարեցնել պրոցեդուրան և դիմել մասնագետի օգնության,
 - երբ սկսում է մեզ արտադրվել, առաջ տանել կաթետերը ևս 5 սմ-ով՝ համոզվելու համար, որ բալոնը միզապարկում է,
 - բալոնի մեջ արտաքին ռեզերվուարից դանդաղ լցնել 10 մլ մանրէազերծ հեղուկ (ըստ արտադրողի հրահանգի): Այդ պրոցեդուրան պետք է լինի անցավ: Եթե բալոնը լցնելիս հիվանդը զգում է ցավ կամ անհարմարություն, հավանաբար, բալոնը միզուկում է,
 - հեռացնել հեղուկը և մինչև հաջորդ փորձը առաջ տանել կաթետերը ևս մի քանի սանտիմետրով,
 - միացնել կաթետերը դրենաժային համակարգին կամ փակել կափույրով,
 - հիվանդի համար հարմարավետ պայմաններ ստեղծել,
 - դնել կաթետերի ազատ ծայրը կոնքի մեջ,
 - հետագա ախտահանման նպատակով զցել պինգետը կոնքի մեջ,
- 22) երբ մեզը սկսի կաթիլներով արտադրվել, սեղմել ձախ ձեռքով որովայնի առաջնային պատը՝ ցայքից վերև,
- 23) զգուշությամբ հեռացնել կաթետերը մեզի ինքնուրույն արտադրման դադարումից հետո,
- 24) զցել կաթետերը ամանի մեջ՝ հետագա ախտահանման նպատակով,
- 25) հանել ձեռնոցները, զցել դրանք դեզիֆեկտանտով (ախտահանիչով) ամանի մեջ,
- 26) լվանալ և չորացնել ձեռքերը,
- 27) ապահովել հիվանդի ֆիզիկական և հոգեկան հանգիստը:

Միզապարկի կաթետերացումը տղամարդկանց մոտ

Նպատակ. միզապարկից մեզի դուրսբերում ինքնուրույնաբար միզելու անկարողության դեպքում:

Ցուցումներ՝

- սուր միզակապություն,
- միզապարկի լվացում և դեղամիջոցների ներարկում,
- հետվիրահատական շրջանում:

Հակացուցում՝ միզուկի պատռվածք:

Մարքավորումներ՝

- մանրէազերծ կաթետեր, անատոմիական պինգետներ (2 հատ), կորնցանգ, կոնք, լատեքսից պատրաստված ձեռնոցներ,
- անտիսեպտիկ լուծույթ,
- վազելինի յուղ,
- մեզ հավաքելու աման,
- դեզինֆեկտանտներով ամաններ,
- տակը դնելու մոմլաթ,
- լվացման համար հականեխիչ լուծույթ:

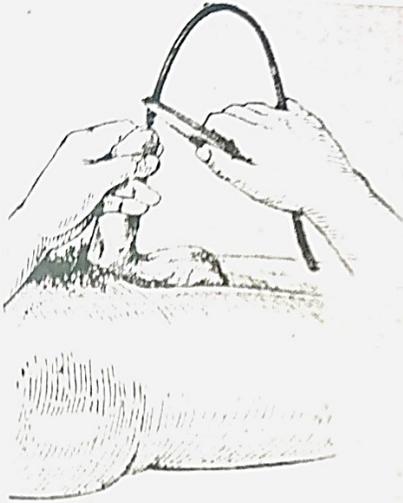
Պրոցեդուրան կատարվում է բժշկի կամ հատուկ ուսուցում անցած բուժքույրի կողմից:

Կատարման հաջորդականություն՝

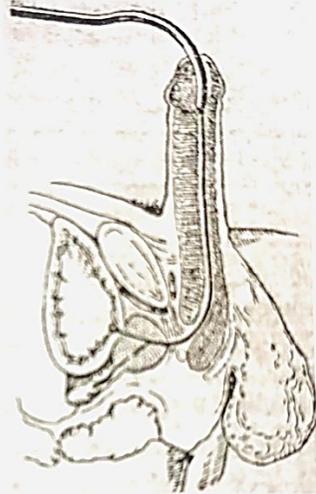
1. հաստատել հիվանդի հետ վստահալից հարաբերություններ,
2. ապահովել հիվանդի մեկուսացումը,
3. ճշտել, թե որքանով է հիվանդը հասկանում իրեն սպասող պրոցեդուրայի նպատակներն ու ընթացքը, ստանալ հիվանդի համաձայնությունը,
4. հագնել ձեռնոցները, դիմակը,
5. պառկեցնել հիվանդին մեջքի վրա, ոտքերը ծալել ծնկներում և թեթևակիորեն իրարից հեռացնել,
6. դնել հիվանդի նստատեղի տակ տակաշորով մոմլաթ, մոմլաթի դուրս ընկած ծայրի վրա միզանոթ դնել,
7. պատրաստել լվացման համար գործիքները,

8. անցկացնել լվացման պրոցեդուրան: Դրա համար կանգնել հիվանդի աջ կողմից, ձախ ձեռքով վերցնել մանրէագերծ անձեռոցիկը, փաթաթել դրանով առնանդամը գլխիկից ներքև:
9. վերցնել առնանդամը ձախ ձեռքի երրորդ և չորրորդ մատների միջև, թեթևակիորեն սեղմել գլխիկը, առաջին և երկրորդ մատներով թեթևակիորեն կողմ քաշել թլիփը, բացել միզուկի արտաքին ծայրը,
10. վերցնել աջ ձեռքում գտնվող պինցետով գնդիկը, թրջել հականեխիչի լուծույթում և մշակել առնանդամի գլխիկը վերնից ներքև՝ փոխելով գնդիկները,
11. լցնել մի քանի կաթիլ մանրէագերծ վազելինի յուղ միզուկի արտաքին բացվածքին՝ կաթետերի մտցնելը հեշտացնելու համար (կաթետերը մտցնելիս տհաճ զգացողությունների պրոֆիլակտիկա),
12. փոխել պինցետը,
13. վերցնել աջ ձեռքում գտնվող մանրէագերծ պինցետով կաթետերը՝ ծայրից 5-7 սմ հեռավորության վրա (կաթետերի կտուցը ներքև է իջեցված), տանել կաթետերի ծայրը դաստակի վրայով և սեղմել չորրորդ և հինգերորդ մատների միջև (կաթետերը դաստակից վերև գտնվելիս՝ աղեղի ձև է ընդունում): Անհրաժեշտ պայմանն է պահպանել կաթետերի մանրէագերծությունը 20 սմ հեռավորության վրա:
14. լցնել կաթետերի վրա մանրէագերծ վազելինի յուղ 15-20 սմ երկարության վրա (թասի վրա),
15. պինցետով մտցնել կաթետերի առաջին 4-5 սմ՝ պահելով ձախ ձեռքի առաջին և երկրորդ մատներով, որոնք ֆիքսված պահում են առնանդամի գլխիկը,
16. պինցետով բռնել կաթետերը գլխիկից 3-5 սմ հեռավորության վրա և դանդաղ ընկղմել միզուկի մեջ 19-20 սմ երկարությամբ,
17. միաժամանակ ձախ ձեռքով իջեցնել առնանդամը: Դա նպաստում է կաթետերի շարժմանը միզուկի միջով՝ անատոմիական կառուցվածքը հաշվի առնելով,
18. եթե դիմադրությունը առաջանում է միզուկի շագանակագեղձային հատվածում (սֆինկտերի շրջանում), միզապարկում կաթետերը առաջ շարժելիս խնդրել, որ հիվանդը թուլացնի մկանները, ինչպես միզման ժամանակ, կամ հագա,

19. Եթե դիմադրությունը պահպանվում է կամ հիվանդի մոտ արյունահոսություն է սկսվում կամ անհարմարավետության արտահայտված զգացում, դադարեցնել պրոցեդուրան և դիմել մասնագետի օգնության,
20. Պոմերանցի –Ֆոլեի կաթետերը տեղադրելիս՝
- մտցնել 20-25 սմ երկարությամբ կաթետերը (տղամարդկանց միզուկի երկարությունը 18-20 սմ է): Երբ մեզ առաջանա, առաջ տանել կաթետերը ևս 5 սմ-ով՝ բալոնի լցվելուց առաջ համոզվելու համար, որ այն միզապարկում է,
 - բալոնի մեջ դանդաղ լցնել 10 մլ մանրէազերծ հեղուկ (ըստ արտադրողի հրահանգի): Պրոցեսը պետք է լինի անցավ: Եթե բալոնը լցնելիս հիվանդը զգում է ցավ կամ անհարմարություն, հավանաբար, բալոնը միզուկում է,
 - հեռացնել հեղուկը և մինչև փորձը կրկնելը առաջ տանել կաթետերը ևս մի քանի սանտիմետրով,
 - այն կաթետերներից, որոնք ունեն մանրէազերծ հեղուկով լցված արտաքին ռեզերվուար, հեռացնում են սեղմակը և զգուշությամբ սեղմում են ռեզերվուարը, որպեսզի հեղուկը անցնի բալոն: Հետևեք, որ, բալոնը լցնելիս, հիվանդի մոտ չառաջանան ցավեր կամ անհարմարավետության զգացում,
 - միացնել կաթետերը դրենաժային համակարգին կամ փակել կափույրով,
 - համոզվել, որ առնանդամի գլխիկը մաքուր է, քաշել թլիփը գլխիկի վրա,
 - դնել կաթետերի մնացած ծայրը կոնքի մեջ,
21. աջ ձեռքում գտնվող պինգետով զգուշությամբ հեռացնել կաթետերը (հակառակ հաջորդականությամբ)՝ մեզի արտադրման դադարումից հետո,
22. սեղմել ձախ ձեռքով որովայնի առաջնային պատը՝ ցայքից վերև,
23. ապահովել միզուկի լվացումը մեզի մնացորդներով, այսինքն՝ բնական եղանակով,
24. հանել ձեռնոցները, զցել դեզինֆեկտանտով ամանի մեջ,
25. լվանալ և չորացնել ձեռքերը,
26. ապահովել հիվանդի ֆիզիկական և հոգեկան հանգիստը:



1. Կաթետերացման եղանակը փափուկ կաթետերով



2. Կաթետերացման եղանակը մետաղական կաթետերով

Ինքնակաթետերացում

Բուժքույրը սովորեցնում է հիվանդին ինքնակաթետերացում անցկացնել:

Նպատակ. միզապարկի կանոնավոր և արդյունավետ դատարկում դետրուզորի մկանային տոնուսի թուլացման կամ բացակայության, ինչպես նաև միզարտադրության խոչընդոտման հետ կապված խախտումների ժամանակ, միզուկի նեղացման ռեցիդիվի կանխում:

Գործիքներ՝

- գել (եթե օգտագործվում է առանց ծածկի կաթետեր),
- օձառ,
- սրբիչ,
- հայելի (ըստ ցանկության),
- մաքուր շորի կտոր,
- հականեխիչ,
- Նելատոնի մանրէազերծ կաթետեր:

Նելատոնի կաթետերները սովորաբար պատրաստվում են պլաստիկից: Որոշ կաթետերներ ունեն այնպիսի ծածկույթ, որը ջրի ազդեցության տակ վերածվում է լավ քսանյութի: Կաթետերները տարբերվում են երկարությամբ՝ կախված այն բանից, թե ում համար են նախատեսված՝ կանանց, տղամարդկանց, թե երեխաների: Նշված կատեգորիաների ներսում հնարավոր են նաև երկարության աննշան տարբերություններ, որոնք պայմանավորված են տարբեր արտադրողների տարբեր ձևավորմամբ: Ըստ Շարիերի, չափերը 6-ից (6սմ) մինչև 24-ն են (24սմ): Երեխաների ինքնակաթետերացման համար սովորաբար օգտագործում են 6-10 սմ երկարությամբ կաթետերներ, մեծահասակների մոտ՝ 10-12սմ կաթետերներ: Մտրիկտուրոթերապիայի (միզուկի նեղացումների) ժամանակ կաթետերի երկարությունը որոշում է ուրոլոգը:

Կատարման հաջորդականություն՝

1. բացատրել հիվանդին սպասվող պրոցեդուրայի էությունը պահպանելով գրույցի գաղտնիությունը,
2. սովորեցնել հիվանդին, թե ինչպես է պետք լվանալ ձեռքերը՝ կաթետերացումը անցկացնելիս՝ ինֆեկցիայի ներթափանցման ռիսկը նվազագույնի հասցնելու համար,
3. կանանց ավելի հարմար կլինի անցկացնել կաթետերացումը աթոռին կամ կոշտ մահճակալի ծայրին նստած: Եթե հիվանդը չի առարկում, աթոռի կամ մահճակալի դիմաց կարելի է դնել հայելի, որպեսզի նա լավ տեսնի միզուկի անցքը հարող շրջանը: Որոշ հիվանդներ նախընտրում են գտնել միզուկը շոշափելով: Տղամարդիկ կարող են կատարել պրոցեդուրան կանգնած, արևը աթոռին կամ կոշտ մահճակալի ծայրին նստած,
4. հիվանդը պետք է լվանա ձեռքերը, ապա՝ սեռական օրգանները և չոր մաքուր անձեռոցիկով թեթևակի չորացնի սեռական օրգանների շրջանը: Կանայք, վարակը կանխելու նպատակով, պետք է լվացվեն առջևից դեպի հետ՝ սրբանի ուղղությամբ: Տղամարդկանց, հավանաբար, կպահանջվի փոքր- ինչ կողմ քաշել թլիփը՝ առնանդամի գլխիկը լվանալու համար, .

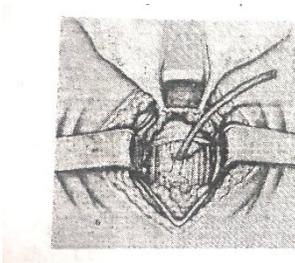
5. բացել փաթեթը ձագարի կողմից: Միզապարկի նեյրոգեն խանգարումներով անձանց՝ վարակից խուսափելու համար հարկավոր է օգտագործել միանգամվա կաթետեր,
6. լցնել փաթեթը ջրմուղի սառը ջրով: Կաթետերի՝ ջրով թրջված ծածկույթը հեշտացնում է դրա շարժումը դեպի միզապարկ, ընդ որում՝ միզուկի վնասման ռիսկը նվազագույնն է: Կաթետերը չպետք է դիպչի ջրուղու ծորակին: Կաթետերը պետք է ներծծի ջուրը ոչ պակաս, քան 30 րոպե: Փաթեթի հակառակ կողմում կարող է լինել թղթե գունավոր պիտակ, որը հեռացնելուց հետո մնում է ինքնաստանձվող շերտ, որի միջոցով կաթետերը կպցնում են պատին կամ լվացարանակոնքին՝ ձեռքերը պրոցեդուրային պատրաստվելու համար ազատելու նպատակով,
7. լվանալ ձեռքերը (եթե հնարավոր չէ լվանալ ձեռքերը, ապա սրբել ձեռքերը հականեխիչով թրջված թաց անձեռոցիկով),
8. հարմար դիրք ընդունել և հանել կաթետերը փաթեթից,
9. եթե կաթետերը ծածկույթ չունի, կարելի է պրոցեդուրայից առաջ ծածկել դրա մակերեսը գելով (դա պարտադիր չէ),
10. մի ձեռքով բռնեք կաթետերը, մյուսով՝ առնանդամը և դանդաղ և զգուշությամբ կաթետերը միզուկով տարեք դեպի միզապարկ,
11. երբ կաթետերը մտնի միզապարկի խոռոչը, տարեք ձագարի ծայրը դեպի գուգարանակոնք կամ որևէ այլ աման,
12. հենց որ մեզը պակասի, սկսեք դանդաղ դուրս բերել կաթետերը, կանգ առնելով այն պահերին, երբ մեզը նորից է հոսում, ինչը թույլ կտա ամբողջությամբ դատարկել միզապարկը,
13. մինչև միզուկից կաթետերի լրիվ հանելը պինդ փակեք ձագարի անցքը մատով, որպեսզի մեզը չկեղտոտի հագուստն ու հատակը,
14. առանց ձագարից մատը հեռացնելու տեղափոխեք կաթետերը գուգարանակոնքի կամ այլ մեզընդունիչի մոտ, ապա հեռացրեք մատը ձագարից, որպեսզի կաթետերում հավաքված մեզը դուրս թափվի: Եթե կաթետերը պետք է նորից օգտագործվի, ապա լվացեք այն հոսող ջրով, չորացրեք և պահեք պլաստիկ փաթեթի մեջ: Պրոցեդուրաների միջև ընկած ժամանակա- հատվածում պահեք կաթետերը չոր և զով տեղում և ամեն օր փոխեք պլաստիկ փաթեթը: Միանգամվա օգտագործման համար նախատեսված՝ կաթետերները հարկավոր են օգտահանության (ուտիլիզացիա) ենթարկել: Առանց

Ճածկույթի Նելատոնի կաթե- տերները կարող են օգտագործվել մի շաբաթից ոչ ավելի, հետո պետք է օգտահանության ենթարկվեն, 15. պրոցեդուրայից հետո հիվանդները պետք է լվանան ձեռքերը և հագնվեն:

Ինքնակաթետերացման մասին հիվանդի զիտելիքները և գործնական ունակությունները ամրապնդելու համար բուժքույրը պետք է տրամադրի հիվանդին բոլոր տեղեկությունները գրավոր: Անհրաժեշտ է հայտնել հիվանդին իրեն համապատասխանող կաթետերի տեսակն ու չափը, դրա ձեռքբերման կարգը, կոնտակտային հեռախոսի համարը՝ որևէ խնդիրների առաջացման դեպքում դիմելու համար: Վարակի նշանների առաջանալուն պես հիվանդը պետք է դիմի օգնության: Վարակի մասին են վկայում մարմնի ջերաստիճանի բարձրացումը, մեզի տհաճ սուր հոտը, մեզի պղտորվելը կամ մեզի մեջ արյան հետքերը, ինչպես նաև միզման ժամանակ ցավը կամ այրոցը: Այդ դեպքերում անց են կացնում մեզի մանրադիտակային և մանրէաբանական հետազոտություն:

Էպիցիստոստոմով հիվանդների խնամքը

Էպիցիստոստոման (ցիստոստոման, միզապարկի վերցայլքային խուղակ է) արհեստական խուղակ է՝ միզապարկից մեզը հեռացնելու համար:



Վերցայլային խուղակի տեղադրում (Ցիստոստոմ)

Դրվում է ժամանակավորապես կամ մշտապես՝ միզապարկի, միզուկի վնասվածքների և միզասեռական համակարգի հիվանդությունների (շականակագեղձի ուռուցքներ) ժամանակ:

Էպիգիստոստոմով հիվանդների խնամքի առանձնահատկությունները մինչև խուղակի գոյանալը

Խուղակի ստեղծման վիրահատությունը ավարտվում է միզապարկի մեջ դրենաժային խողովակ մտցնելով և դրենաժի շուրջ մանրէագերծ անձեռոցիկներ դնելով: Անձեռոցիկները ամրացվում են սպեղանիային կապով: Դրենաժի խողովակի ծայրը դնում են մաքուր, թափանցիկ, հականեխիչի լուծույթ (50- 100մլ) պարունակող պինդ փակվող չափամանի մեջ:

Բուժքույրը պարտավոր է

- գրանցել հիվանդության քույրական պատմությունում արտադրված մեզի և ներմուծված հեղուկի քանակությունն ու որակը,
- ժամանակին դրենաժից արտածծել մեզը՝ վարակը կանխելու համար,
- ժամանակին հեռացնել մեզը ամանից, անհրաժեշտության դեպքում՝ կատարել մեզի քննություն,
- հետևել կապին, թրջվելուն պես փոխել այն,
- հայտնել բժշկին հիվանդի վիճակի բոլոր փոփոխությունների մասին (վիրակապի՝ արյամբ, մեզով թրջվելու մասին, դրենաժով արտահոսքի դադարման մասին, մեզում թարմ արյան առկայության մասին),
- մասնակցել էպիգիստոստոմա մտցված դրենաժի միջոցով միզապարկի լվացմանը,

Էպիգիստոստոմի միջոցով միզապարկի լվացման կատարման հաջորդականությունը՝

1. պառկեցնել հիվանդին մեջքի վրա,
2. հագնել ոչ մանրէագերծ ձեռնոցներ,
3. արագ և առանց ցավ պատճառելու պինցետի միջոցով հեռացնել հին վիրակապը,
4. գցել օգտագործված նյութը ախտահանող լուծույթի մեջ,
5. մշակել մաշկը դրենաժի շուրջ՝ հականեխիչի ջրային լուծույթով, չորացնել այն,
6. լցնել ներարկիչը (20մլ) կամ ժանեի ներարկիչը հականեխիչի ջրային լուծույթով,

7. միացնել ներարկիչը դրենաժին և ներարկել միզապարկ 50-100 մլ լվացման հեղուկ, ապա թողնել, որ գնա ինքնահոսով,
8. կատարել միզապարկի լվացում մինչև լվացման ջրի մաքուր դառնալը,
9. մշակել ցիստոստոմի շուրջ վերքի եզրերը սպիրտ պարունակող հականեխիչով,
10. քսել դրենաժին հարող մաշկին պաշտպանական քսուք, մածուկ (ցինկի քսուք, Լասարի մածուկ),
11. դրենաժի շուրջ դնել մանրէագերծ անձեռոցիկներ,
12. ամրացնել վիրակապական նյութը:

Միզապարկը էպիցիստոստոմի միջոցով լվանում են օրը 3 անգամ:

Սուր երևույթների դադարելուց և բնական միզման վերականգնվելուց հետո դրենաժային խողովակը հեռացնում են: Խուղակը ինքնուրույնաբար փակվում է մի քանի օրվա ընթացքում:

Մի շաբթ դեպքերում հիվանդը երկար ժամանակվա ընթացքում ունենում է էպիցիստոստոմի կարիքը: Այդ դեպքում խուղակի գոյանալուց հետո (վերքի լավանալուց և կարերը հեռացնելուց հետո) դրենաժային խողովակը փոխարինվում է Պեցցերի կաթետերով: Վերջինս միանում է միզընդունիչին:

Էպիցիստոստոմով հիվանդների խնամքի առանձնահատկությունները խուղակի գոյանալուց հետո

Բուժքույրը պարտավոր է

- ամրացնել մեզընդունիչը հիվանդի մարմնին,
- դնել Պեցցերի կաթետերը մեզընդունիչի մեջ և ապահովել հերմետիկությունը,
- կանոնավոր կերպով փոխել մեզընդունիչը: Եթե այն միանգամվա չէ, ապա ախտահանել և հոտագերծել այն,
- ամեն օր մշակել մաշկը ցիստոստոմայի շուրջ ջրով և օճառով՝ լավ լվանալով օճառի մնացորդները,
- մաշկի թրմաման դեպքում օգտագործել պաշտպանական քսուքներ ու մածուկներ,

- շաբաթը 2-3 անգամ լվանալ միզապարկը էպիցիստոստոմի միջով ջրային անտիսեպտիկ լուծույթով, մինչև լվացման ջուրը դառնա մաքուր,
- սովորեցնել հիվանդին և նրա մերձավորներին, թե ինչպես է պետք խնամել ցիստոստոմին հարող մաշկը, մեզընդունիչը:
Օսանոթություն. Պեցցերի կաթետերը փոխում է ուրուլոգը 3-4 շաբաթը 1 անգամ:

Վերցայլքային կաթետերի փոխում

Նպատակ՝ կաթետերի փոխարինում՝ տվյալ պահին իր ֆունկցիան տարբեր պատճառներով չկատարելու հետևանքով, կաթետերի օգտագործման թույլատրելի ժամկետի սպառում:

Ցուցումներ՝

- եթե հնարավոր չէ մտցնել կաթետերը միզուկով,
- եթե հիվանդը սեռական տեսանկյունից ակտիվ է, բայց միևնույն ժամանակ կաթետերացման կարիք ունի, հարկավոր է կատարել միզապարկի երկարատև կաթետերացում: Այդ դեպքում վերցայլքային կաթետերացումը պակաս տրավմատիկ է և նվազեցնում է վարակի առաջացման հնարավորությունը:

Գործիքներ՝

- պինցետներ,
- դեղագործական բանկա,
- կոնք,
- թանգիֆե տամպոններ (բամբակյա գնդիկներ),
- խանձարուրներ,
- մաշկի հականեխիչ,
- դեզինֆեկտանտ,
- մաքրող լուծույթ (“Նորմոսոլ”),
- ձեռնոցներ (2 զույգ),
- 10 մլ ներարկիչ (2 հատ),
- տեղային անեստետիկ,
- ֆիզիոլոգիական լուծույթ,
- զոզնոց,

- հիպոալերգենային սպեղանի (կապ),
- ներարկումների համար մանրէազերծ ջուր 10 սրվակ,
- խցանով դրենաժային պարկ, փաթեթավորված կաթետերներ,
- օգտագործված նյութի օգտահանման փաթեթ:

Կաթետերները լինում են հետևյալ տեսակների. տեֆլոնով ծածկված՝ կարճ ժամանակահատվածով (մինչև 4 շաբաթ) տեղադրվող, սիլիկոնով ծածկված՝ երկար ժամանակահատվածով (մինչև 12 շաբաթ) տեղադրվող, հիդրոգելով ծածկված՝ երկար ժամանակահատվածով (մինչև 12 շաբաթ) տեղադրվող, 100% սիլիկոնից պատրաստված՝ երկար ժամանակահատվածով (12 շաբաթից ավելի) ներմուծվող: 10 մլ բալոնով ստանդարտային երկարության կաթետերները կիրառվում են ինչպես տղամարդկանց, այնպես էլ կանանց համար: 16-18ամ չափի Շարիերի կաթետերը կիրառում են ցիստոստոման լայնացված վիճակում պահելու համար:

Բուժքույրը պետք է համոզված լինի, որ իր բանիմացության մակարդակը համապատասխանում է տվյալ բուժող հաստատության պահանջներին: Նա պետք է ծանոթանա պրոցեդուրայի կատարման տեղական պայմաններին:

Պրոցեդուրայի ընթացքը տղամարդկանց և կանանց մոտ նույնն է: Վերցայլքային կաթետերը մտցնում են պորտի և ցայլոսկրի միջև:

Կատարման հաջորդականություն՝

- կաթետերացման ժամկետների հիման վրա ընտրել կաթետերը,
- սարքավորումը հավաքելուց առաջ լվանալ և չորացնել ձեռքերը,
- ստուգել բոլոր մանրէազերծ նյութերի պիտանելիության ժամկետները և փաթեթավորման անվնաս լինելը,
- բացատրել հիվանդին պրոցեդուրայի ընթացքը, ստանալ պրոցեդուրան անցկացնելու նրա համաձայնությունը,
- ստուգել ակրեգիայի (մասնավորապես լատեքսի նկատմամբ) առկայությունը և գրանցել այդ տեղեկությունները փաստաթղթերում՝ տվյալ բուժիչ հաստատության նորմերի համապատասխան,
- եթե օգտագործվել է դրենաժային պարկը, դատարկել այն մինչև պրոցեդուրայի սկիզբը,
- խցանը օգտագործելիս՝ առաջարկել, որ հիվանդը դատարկի միզապարկը ինքնուրույնաբար

- զննել մեզը (գույնը, հոտը, թափանցիկությունը, քանակությունը),
- օգնել հիվանդին ընդունել դիրք մեջքի վրա, դրանից առաջ ծածկել օթոցը մանրէազերծ խանձարուրով,
- ապահովել մուտքը դեպի ցիստոստոմա,
- հանել դրենաժային պարկի ֆիքսատորները,
- լվանալ և չորացնել ձեռքերը,
- հազնել գոգնոցը և մանրէազերծ ձեռնոցները,
- մանրէազերծ սեղանի վրա հավաքել բոլոր սարքավորումներն ու նյութերը՝ հին կաթետերը հեռացնելու և նորը դնելու համար,
- եթե օգտագործվել է վիրկապը, ապա հեռացնել և օգտահանել այն՝ ըստ տվյալ բուժող հաստատության կանոնների
- զննել կաթետերի մտցնելու տեղը՝ արտաթորությունները, գրանույացիաները և բորբոքումը բացահայտելու համար,
- միացնել ներարկիչը Ֆուլերի հեռացվող կաթետերի բալոնի բերանի հետ և դուրս քաշել ջուրը,
- բալոնը դատարկվելուց հետո հեռացնել օգտագործված կաթետերը դրա հեռացված մասի երկարության հիման վրա որոշել խորությունը, որի վրա հարկավոր է մտցնել կաթետերը,
- զննել հեռացված կաթետերը:
- Կաթետրի գերաճի պատկերով գաղափար կազմել կաթետերի հանելու ժամանակ վարակման և վնասվածքների մասին,
- օգտահանել օգտագործված կաթետերը, ներարկիչը և դրենաժային պարկը՝ ըստ տվյալ բուժական հաստատության կանոնների,
- հանել և օգտահանել մանրէազերծ ձեռնոցները, հազնել նորերը,
- տեղավորել մանրէազերծ խանձարուրները ցիստոստոմայի շուրջ,
- տվյալ բուժական հաստատությունում ընդունված մաշկային հականեխիչի միջոցով տամպոնով մշակել ցիստոստոմայի հատվածը,
- բաց անել ներարկիչը, հանել խցանը,
- ցիստոստոմա ներարկել անեստետիկը և սպասել 5 րոպե,
- պինգետի միջոցով մտցնել կաթետերը ցիստոստոմա,
- եթե կաթետերի՝ միզապարկի պատի միջով անցնելիս փոքր դիմադրություն է զգացվում, խնդրել, որ հիվանդը շնչի մակերեսայնորեն և թուլացնի որովայնի մկանները,

- եթե կաթետերը առանց պինգետի է մտցվում, ձեռքով բռնել մանրէագերծ փաթեթանյութի ծայրը,
- մտցնել կաթետերը նույն խորության վրա: Մտցված կաթետերից կարող է մեզ հոսել, իսկ ցիստոստոմայի շրջանում հնարավոր է արյան առաջացում: Եթե արյունահոսությունը ուժեղ է կամ հիվանդը ցավ է զգում, դադարեցնել պրոցեդուրան և դիմել լրացուցիչ կոնսուլտացիայի,
- լցնել բալոնը ըստ արտադրողի հրահանգի:
- Դիմադրությունը ներարկիչում կամ հիվանդի մոտ առաջացած ցավը կարող են վկայել այն բանի մասին, որ բալոնը դեռ ցիստոստոմայում է և նույնիսկ առաջ է քաշվել դեպի միզուկ,
- տեղաշարժել կաթետերը:
- Բալոնի լցվելուց հետո կաթետերը պետք է ազատ շարժվի դեպի առաջ-հետ՝ ցիստոստոմայի սահմաններում, միացնել կամ դրենաժային պարկը, կամ հատուկ խցանը,
- ցիստոստոմայից արտադրության կամ արյունահոսության դեպքում մշակել այդ հատվածը նոր կաթետերը մտցնելուց անմիջապես հետո և դնել չոր մանրէագերծ վիրակապ,
- օգնել հիվանդին վեր կենալ և հագնվել,
- օգտահանել գործիքները՝ ըստ տվյալ բուժական հաստատության կանոնների,
- լվանալ ձեռքերը,
- նկարագրել կաթետերացման բոլոր մանրամասնությունները, նշել բալոնի չափը, երկարությունը, ապրանքանիշը, նյութը, կաթետերի սերիայի համարը, թվարկել օգտագործված մաքրող և ցավազրկող դեղամիջոցները, դրենաժային սարքավորումները, առաջած խնդիրները և կաթետերի փոխման նախատեսված օրը,
- համոզվել, որ հիվանդը հասկանում է վերցայքային կաթետերի խնամքի կարևորությունը,
- տալ հիվանդին գրավոր հրահանգը, որը պարունակում է բոլոր անհրաժեշտ տեղեկությունները
- հիվանդը ամենօրյա հիգիենիկ պրոցեդուրաների ժամանակ կարող է լվանալ ցիստոստոմի շուրջը՝ ջրով և օձառով

- միզապարկի կծկման ժամանակ, երբ մեզի որոշ քանակություն կարող է արտահոսել միզուկով, հիվանդին կարող են պահանջվել ներծծող միջադիրներ,
- միզապարկի կծկումը, որի պատճառը որձաթաղանթի միզապարկի բորբոքումն է կամ վարակը, կարող է հանգեցնել մտցված կաթետերի շուրջ մեզի արտահոսքին,
- միզապարկի այտուցը, բալոնի պատովելը և կալցիֆիկացիան կարող են հանգեցնել ցնել վարակի առաջացման, հեմատուրիայի, ցավերի, անհարմարավետության զգացումի և քարերի առաջացման,
- ցիստոստոմայի շուրջ կարմրությունն ու ուռածությունը վկայում են վարակի առաջացման տեղաշարժման մասին,
- կաթետերի դուրս ընկնելու դեպքում հարկավոր է հնարավորինս չափով շուտ կրկին կաթետերացնել հիվանդին,
- եթե դա հնարավոր չէ, ապա անհրաժեշտ է անհապաղ ուղարկել հիվանդին ուրոլոգի մոտ՝ կոնսուլտացիայի:

Կաթետերի վացում

Կաթետերի խնամքի հետ կապված՝ լուծույթի ներարկման գործողությունը (որը կատարվում է բուժքրոջ կողմից) կատարվում է, առաջին հերթին, կաթետերը հանելիս՝ ցիստիտի և վնասվածքների առաջացման ռիսկը նվազեցնելու, երկրորդը՝ կաթետերի խցանումը կանխելու և դրա լավ անցանելիությունը ապահովելու համար:

Շարկավոր է զգուշություն պահպանել հեմատուրիայով, խողակով հիվանդների մոտ, այն դեպքում, երբ հիվանդը ուրոլոգիական վիրահատության է ենթարկվել, չարորակ ուռուցքների, անամնեզում միզուղիներում և դրանց կողքին գտնվող օրգաններում առկա վարակի դեպքում, ինչպես նաև միզուղիների ճառագայթումից հետո: Մեծ ուշադրության կարիք ունեն ողնաշարի վնասվածքով հիվանդները: Պրոցեդուրայից առաջ հարկավոր է որոշել հակազդումը ավերգիային:

Բուժքույրը պետք է համոզվի, որ իր ունակությունները համապատասխանում են տվյալ բուժական հաստատության պահանջներին:

Նպատակը՝ կաթետերի խցանման կանխում և դրա նորմալ

անցանելիության պահպանում:

Գործիքներ՝

- դրենաժային պարկ,
- լվացման լուծույթ,
- վերմակ,
- պաշտպանական սավան,
- ձեռնոցներ,
- 500 մլ սափոր,
- դեզինֆեկտանտ:

Կատարման հաջորդականություն՝

- համոզվել, որ լուծույթը նախատեսված է կաթետերի լվացման համար, ստուգել պիտանիության ժամկետը և փաթեթանյութի անվնաս լինելը,
- բացատրել հիվանդին պրոցեդուրայի ընթացքը և ստանալ նրա համաձայնությունը,
- փաստաթղթերով հիմնավորել պրոցեդուրան ըստ տեղական կանոնների,
- վերահսկել հիվանդի կողմից միզապարկի կամ դրենաժային պարկի դատարկումը՝ մինչև պրոցեդուրայի սկիզբը,
- ծածկել օթոցը և ապահովել առանձնացածություն, օգնել հիվանդին ընդունել մեջքի վրա պառկած կամ նստած դիրքը,
- խնդրել հիվանդին հանել զգեստները գոտկատեղից ներքև և ծածկել մարմնի բաց հատվածը վերմակով,
- լվանալ և չորացնել ձեռքերը,
- գննել կաթետերի մտցնելու տեղը և հարող հատվածը՝ տեսնելու համար առկա են արտաթորություններ, թե ոչ, գնահատել կաթետերի դիրքի ճշտությունը,
- շեքի հատվածը պետք է լինի մաքուր,
- եթե դրենաժային պարկը ամրացվում է ոտքի վրա, հանել ֆիքսատորները և դնել պարկը օթոցին
- ջրային բաղնիքի վրա տաքացնել լուծույթը մինչև 37°C,
- հանել վերևի փաթեթանյութը՝ առանց ներքին կոնտեյների մանրէազերծությունը խախտելու,
- հազնել մանրէազերծ ձեռնոցները,

- փակել սեղմակը՝ ջրի դուրս հոսելը կանխելու համար,
- հանել կոնտեյների միացատեղից պաշտպանական օղակը,
- բաժանել դրենաժային պարկը կաթետերից,
- հանել պաշտպանական ծածկը միացատեղի վրայից և մտցնել այն կաթետերի արտաքին անցքը,
- հանել սեղմակը, որպեսզի լուծույթը կարողանա ազատ հոսել դեպի միզապարկը,
- բարձրացնել լուծույթով պարկը, որպեսզի լուծույթի անհրաժեշտ քանակությունը ներհոսի ծանրության ուժի ազդեցության տակ,
- պրոցեդուրայի սկզբում փոքր-ինչ սեղմել լուծույթով պարկը, եթե հիվանդի մոտ անհարմարավետության զգացում է առաջանում, դադարեցնել պրոցեդուրան,
- եթե անհրաժեշտ է պահել լուծույթը միզապարկում, փակել սեղմակը նշված ժամանակի ընթացքում և այդ ժամանակամիջոցում ծածկել հիվանդին վերմակով, օգտահանել օգտագործված դրենաժային պարկը
- եթե անհրաժեշտ է թողնել պարկը, հիվանդին՝ այլ աշխատանք կատարելու համար, ապա հարկավոր է օգտահանել ձեռնոցները, լվանալ ձեռքերը, իսկ հիվանդին տրամադրել զանգակ՝ բուժքրոջը կանչելու համար,
- վերադառնալուն պես լվանալ ձեռքերը և հագնել մանրէազերծ ձեռնոցները, եթե անհարժեշտ է հեռացնել լուծույթը, ապա իջեցրեք կոնտեյները միզապարկի մակարդակից ցածր, բացեք սեղմակը, և լուծույթը դուրս կհոսի,
- անջատել կոնտեյները և միացնել նոր մանրէազերծ դրենաժային պարկը,
- անհրաժեշտության դեպքում ամրացնել այն ոտքի վրա ֆիքսատորների միջոցով, օգնել հիվանդին վեր կենալ և հագնվել,
- հեռացնել օգտագործված գործիքները՝ ըստ տեղական կանոնների,
- հանել ձեռնոցները և լվանալ ձեռքերը,
- ախտահանել օգտագործված նյութերն ու գործիքները,
- ստորագրել նշանակումների թերթիկում,
- գրանցել պրոցեդուրան բժշկական փաստաթղթերում,

Եթե լուծույթը կաթետերի միջոցով ընկնում է միզապարկ, ապա հնարավոր է, որ առաջանան հետևյալ խնդիրները՝

- կաթետերի շուրջ լուծույթի կամ արյան առկայությունը վկայում է այն բանի մասին, որ հիվանդի միզապարկը ընդունակ չէ պահպանելու լուծույթի ներմուծված քանակությունը, ցավ, անհարմարավետության զգացում,
- շոկ, կոլապս,
- ողնաշարի վնասման դեպքում հնարավոր է գլխացավ, երեսի արյունալցում, քրտնարտադրություն, հիպերթենզիա,
- վերցայլքային կաթետեր ունեցող որոշ հիվանդների մոտ լուծույթը ներմուծելուց հետո հնարավոր է, որ հեղուկը միզուկով դուրս հոսի:

Ցավի, անհարմարավետության, լուծույթի դուրս հոսելու և կաթետերի շուրջ արյան առաջացման դեպքում հարկավոր է դադարեցնել պրոցեդուրան:

Եթե լվացման համար օգտագործվել է թթու լուծույթ, ապա հիվանդին հարկավոր է ընդունել հեղուկի լրացուցիչ քանակություն՝ միզապարկը գրգռող նյութի լուծումը արագացնելու և այն մեզի հետ դուրս բերելու համար:

Օգնություն սուր միզակապության ժամանակ

Նպատակը. միզապարկից մեզի ժամանակին դուրս բերում՝ նորմալ բնական միզելու ֆունկցիայի հետագա վերականգնմամբ:

Բուժքույրը պետք է

- փորձի առաջացնել ինքնաբերական միզում, այսինքն՝ պետք է դնի ջեռակ միզապարկին, բացի ջրի ծորակը, առաջարկի տաք միզանոթ,
- բժիշկ կանչի,
- պատրաստի մեզի հավաքման ամանը, մանրէազերծ կաթետերը, լվացման համար տաք հականեխիչ լուծույթը,
- լվանա հիվանդի սեռական օրգանները
- ըստ բժշկի նշանակման անցկացնի փափուկ կաթետերով կաթետերացում:

Կաթետերով հիվանդների շեքի խնամքը

Նպատակը. հիվանդների անձնական հիգիենա, միզուղիների վարակման կանխում:

Գործիքներ. նույնը՝ ինչ հիվանդի արտաքին սեռական օրգանները լվանալիս:

Կատարման հաջորդականություն՝

- բացատրել հիվանդին պրոցեդուրայի ընթացքը,
- տրամադրել հիվանդին գրավոր տեղեկություններ, եթե նա բանավոր ընկալման հետ կապված խնդիրներ ունի,
- բացատրել հիվանդին, թե ինչպես է պետք խնամել կաթետերը, մեզընդունիչը (դրենաժային պարկը), շեքը,
- ուսուցման պլանը պետք է ներառի հետևյալ տեղեկությունները՝
 - /կաթետեր/ դրենաժային պարկ համակարգի կառուցվածք,
 - անձնական հիգիենայի, ապանեխման պահպանումը,
 - մեզի հեռացում և մեզընդունիչի մաքրում, սնման ռեժիմի և դիետայի պահպանման հետ կապված խնդիրներ,
- լվանալ սեռական օրգաններն ու շեքը՝ ըստ ընդունված մեթոդիկայի,
- տամպոններով լվանալ, ապա չորացնել 10 սմ կաթետերի այն հատվածից սկսած, որտեղ կաթետերը դուրս է գալիս միզուկից,
- զննել կաթետերի շուրջ միզուկի հատվածը,
- համոզվել, որ մեզը կաթետերից դուրս չի հոսում: Եթե մեզը կաթետերից դուրս է հոսում, ապա ստուգել՝ չե՞ն առաջացել արդյոք կաթետերի ներսում քարեր,
- եթե դրենաժը խցանվել է, ապա փոխել կաթետերները և տեղյակ պահել այդ մասին բժշկին,
- զննել շեքի հատվածը՝ վարակը բացահայտելու համար: Հիպերեմիան, այտուցները, մաշկի թրմումը, թարախային արտաթորությունները վարակի նշաններ են,
- տեղյակ պահել բժշկին վարակի նշանների առաջացման մասին,
- համոզվել, որ տեղի է ունենում մեզի արտահոսք միզապարկից «կաթետեր-դրենաժային պարկ» համակարգով,
- ստուգել՝ չեն ոլորվել արդյոք համակարգի խողովակները,

- վերացնել «կաթետեր-դրենաժային պարկ» համակարգի այլ հնարավոր խախտումները,
- մեզում արյան առկայության կամ միզապարկում ցավի առաջացման դեպքում անպայման դիմել բժշկի,
- համոզվել, որ կաթետերի խողովակը սպեղանիով ամրացված է ազդրին և ձգված չէ,
- եթե կաթետերի խողովակը ձգված է, ապա հարկավոր է զգուշությամբ հանել սպեղանին, փոխել այն և ամրացնել ազդրին մի այլ տեղում՝ առանց ձգելու,
- համոզվել, որ դրենաժային պարկը ամրացված է ազդրին կամ մահճակալին,
- ավարտել պրոցեդուրան ճիշտ այնպես, ինչպես սեռական օրգանների լվացման ժամանակ:

ԳԼՈՒԽ VII

ՈՂՆԱՇԱՐԻ ԵՎ ԿՈՆՔԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

ՈՂՆԱՇԱՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Ողնաշարի վնասվածքները կարող են լինել փակ (ջարդվածք, կապանների ձգվածություն, կոտրվածքներ, հոդախաղեր) և բաց՝ սառը և հրազենահին զենքով վիրավորվելու դեպքում: Ողնաշարի կոտրվածքի բնորոշ մեխանիզմը հանդիսանում է իրանի չափից դուրս ձգումը, որը դուրս է գալիս ողնաշարի ֆիզիոլոգիական շարժումների սահմաններից: Կոտրվածքի երկրորդ մեխանիզմը հանդիսանում է ողի մարմնի չափից դուրս սեղմումը, գլխի կամ ոտքերի վրա ընկնելու դեպքում: Վնասվածքները կարող են լինել ողնաշարի պարանոցային, կրծքային, գոտկա-սրբանային մասում: Ըստ անատոմիական տեղակայման տարբերում են՝ ողերի մարմինների սեղմված (կոմպրեսիոն), աղեղների և ելունների (լայնական, փշավոր, հոդային) մեկուսացված կոտրվածքներ: Լինում են վնասվածքներ, որոնք վնասում են ողնուղեղը և որոնք չեն վնասում ողնուղեղը:

Ողերի մարմինների կոմպրեսիոն կոտրվածք

Սրան բնորոշ է ողի սպունգանման նյութի սեպանման տափակումը: Ավելի հաճախ տեղակայվում է ողնաշարի կրծքային մասի ներքևում և վերգոտկային մասում: Առաջանում է խիստ ցավ՝ վնասված ողի շրջանում, պարզորոշ ձևախախտում, մեջքի մկանների լարվածություն: Այս հատվածում ողնածարի շարժումները բացակայում են: Ախտորոշումը դրվում է ռենտգեն նկարահանման հիման վրա՝ երկու պրոյեկցիայով: Առաջին օգնության նպատակով հիվանդին տեղավորվում են որովայնի վրա պառկած, կոշտ հենք ունեցող պատգարակի վրա: Դա պետք է կատարել զգուշորեն, որպեսզի ողերի լրացուցիչ տեղաշարժ չնկատվի չխախտվի ողնուղեղի ամբողջականությունը: Կոմպրեսիոն կոտրվածքների ժամանակ հիմնական բուժումը նպատակ ունի ուղղել սեղմված ողը (ռեկլինացիան): Ռեկլինացիան կարելի է իրագործել միանվագ և աստիճանաբար: Միանվագ ռեկլինացիայի դեպքում հիվանդին տեղավորում են երկու սեղանների վրա՝ իրանի միջին մասը կախված: Աստիճանաբար կատարվող ռեկլինացիայի դեպքում հիվանդին մեջքի վրա պառկեցնում են վահան ունեցող մահճակալի վրա: Կոտրվածքի շրջանի տակ դրվում է ավագով լցված տուպրակ, որի օգնությամբ կարելի է աստիճանաբար մեծացնել կորացումը: Ոչ մեծ կոմպրեսիոն կոտրվածքները ռեկլինացիա չեն պահանջում: Ռեկլինացիայից հետո դրվում է գիպսյա սեղմիրան: Հետագայում կատարվում է բուժական ֆիզկուլտուրա՝ մեջքի մկանները ամրացնելու համար: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 6-8ամիս հետո:

Ողերի ելունների և աղեղների կոտրվածքներ

Ելունների կոտրվածքների դեպքում առաջանում է տեղային ցավոտություն հարողնաշարային գծով: Կոտրվածքի տեղից ողնաշարի թեքումը դեպի հակառակ կողմը դժվարացած է: Փուշելունների կոտրվածքների դեպքում առաջանում է տեղային ցավոտություն և հեմատոմա: Աղեղների կոտրվածքի դեպքում առաջանում է տեղային ցավոտություն: Ախտորոշումը դրվում է երկու պրոյեկցիայով ռենտգեն նկարահանման հիման վրա: Բուժման նպատակով խորհուրդ է տրվում

անկողնային ռեժիմ 2-3 շաբաթ տևողությամբ, ապա չափավոր մարմնամարզական վարժություններ:

Ողերի հոդախախտ և կոտրվածքներ՝ առանց ողնուղեղի վնասման

Այս դեպքում ամենատարածված գանգատը ցավն է, ողնաշարի վնասված մասում, որը ընդգրկում է 2-3 ող: Ցավն ունի տեղային բնույթ: Պարանոցային հատվածի վնասման ժամանակ հիվանդն ընդունում է հարկադրական դիրք: Զննման դեպքում նկատվում են ողնաշարի առանցքի փոփոխություն, մեջքի մկանների լարվածություն, շոշափումը վնասվածքի տեղում ցավոտ է: Ողնաշարի վնասման մասին խոսում է այն փաստը, որ հիվանդը պատկած վիճակում չի կարողանում ոտքերը կտրել հատակից: Առաջին օգնության նպատակով կատարվում է ցավազրկում 2% 2մլ պրոմեդոլի լուծույթով: Պարանոցի վնասման ժամանակ դրվում է Լանցի կամ Ելանսկու շինաներ: Եթե սրանք չկան ձեռքի տակ, դրվում է բամբակա-թանգիֆային օձիք: Շիվանդին տեղավորում են կոշտ պատգարակի վրա: Եթե վնասված են գոտկային ողերը, ապա պատգարակի վրա վնասվածքի տեղում դրվում է փոքր բարձ: Եթե կոշտ պատգարակ չկա, ապա տեղափոխում են որովայնի վրա պտկած դիրքում, կրծքի տակ դնում են բարձ: Պետք է տեղափոխել ինչքան հնարավոր է առանց ցնցելու: Ախտորոշումը դրվում է 2 պրոյեկցիայով ռենտգեն նկարահանման հիման վրա:

Պարանոցային ողերի հոդախախտերի և կոտրվածքների դեպքում ոսկրաբեկորների համադրումը կատարվում է Գլխոնի օղակների օգնությամբ, որից հետո դրվում է գիպսյա սեղմիրան, ընդգրկելով ողնաշարի պարանոցային հատվածը: Կրծքային և գոտկային ողերի վնասման ժամանակ հիվանդները անշարժացվում են վահան ունեցող մահճակալի վրա, որի գլխավերևը բարձրացված է 30-60սմ չափով: Անշարժացումը կատարվում է 1-2 ամսվա ընթացքում, որից հետո հիվանդը սկսում է կամաց-կամաց քայլել, ապա նստել: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 1 տարի հետո:

Ողերի կոտրվածքներ և հողախախտեր, որոնք ընթանում են ողնուղեղի վնասումով

Այսպիսի վնասվածքները հանդիպում են հազվադեպ, պատճառը բարձրությունից ընկնելը և ճանապարհատրանսպորտային պատահարներն են: Կարող է լինել ողնուղեղի սալջարդ, հեմատոմիելիա (ողնուղեղի արյուագեղում), ողնուղեղի ճնշում, մասնակի և լրիվ կոտրվածք: Նման հիվանդների մոտ նկատվում են պարալիչներ և պարեզներ, առեֆլեքսիա, զգացողության խանգարումներ, կոնքի օրգանների ֆունկցիայի խանգարում: Ողնուղեղի մասնակի վնասումների ժամանակ այս ամենը վերականգնվում է մի քանի ժամից մինչև 3 օրվա ընթացքում: Ողնուղեղի լրիվ վնասվածքի ժամանակ առաջանում են պառկելախոցեր, վերջույթների այտուցներ, պարալիչներ, հեմոռագիկ ցիստիտ և կոլիտ: Ողնուղեղային հեղուկում նկատվում է արյուն և սպիտակուց: Կոնսերվատիվ բուժումը էֆեկտիվ է ողնուղեղի մասնակի վնասվածքի ժամանակ: Հիվանդը պառկում է մեջքի վրա կոշտ հենք ունեցող անկողնում: 3-4 ժամը մեկ անգամ պետք է շրջել հիվանդին և մաշկը մշակել կամֆորային սպիրտով: Կատարել շնչառական վարժություններ, 10-րդ օրվանից սկսած բուժական ֆիզկուլտուրա և մեջքի մկանների մերսում: Եթե կա սուբարախոնդրալ հեմատոմա, կատարվում է գոտկային պունկցիա: Ողնուղեղի լրիվ կոտրվածքի դեպքում վիրահատություններն անիմաստ են: Հիվանդը մահանում է միզուղիների մեջ ինֆեկցիայի թափանցման հետևանքով (վերընթաց ուրոսեպսիս):

ԿՈՆՔԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ

Կոնքի ոսկորների կոտրվածքները պատկանում են ծանր վնասվածքների թվին, քանի որ ընթանում են շոկով, սուր արյնահոսություններով և փոքր կոնքի օրգանների վնասվածքով:

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքները լինում են՝
ա. կողմնային կոտրվածքներ, երբ կոտրվում զստոսկրը, ցայլոսկրը, նստոսկրը, պոչուկը,
բ. կոտրվածներ, որոնք չեն խախտում կոնքի օղի ամբողջականությունը,
գ. կոտրվածքներ, որոնք խախտում են կոնքի օղի ամբողջականությունը:

Կոնքի կողմնային կոտրվածքներ

Կողմնային կոտրվածքները զարգանում են ուղիղ վնասվածքի հետևանքով: Այս կոտրվածքները ուղեկցվում են տեղային ցավով, փափուկ հյուսվածքների այտուցով, վնասված մասում ցավոտ շարժումներով: Շոշափման ժամանակ վնասվածքի վայրում նկատվում է ցավոտություն, կրեպիտացիա և ոսկրի առանցքի խախտում: Սրբոսկրի և պոչուկի կոտրվածքի դեպքում նկատվում է ցավեր դեֆեկացիայի և նստելու ժամանակ: Վնասվածքը հայտնաբերվում է ուղիղ աղու մատնային հետազոտության ժամանակ: Երբեմն կոտրվածքի ժամանակ կարող են վնասվել սրբոսկրային նյարդերը: Այս դեպքում զարգանում է անմիզապահություն: Բուժման համար խորհուրդ է տրվում անկողնային ռեժիմ: Ցավազրկումը իրականացվում է վնասվածքի տեղում՝ նովոկայինային բլոկադայի օգնությամբ: Բուժումը զուգակցվում է բուժական ֆիզկուլտուրաի հետ: Սրբոսկրի և պոչուկի կոտրվածքների ժամանակ հիվանդը պառկեցվում է վահան ունեցող մահճակալի վրա: Հիվանդի գոտկատեղի տակ դրվում է գլանաբարձ, որպեսզի սրբոսկրի ծայրը չկպչի անկողնուն: Երբեմն կողմնային կոտրվածքները բուժում են գամակի օգնությամբ:

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքներ՝ առանց կոնքի օղի տեղաշարժի

Առաջանում է ուղղակի տրավմայի հետևանքով: Հիվանդը նշում է ցավ շեքի և ցալքի շրջանում, որն ուժեղանում է ոտքը՝ վնասվածքի կողմը շարժելիս: Ոտքը կտրելը հատակից և կախված պահելը դժվարանում է: Հիվանդին առաջին օգնության նպատակով շտապ տեղափոխում են կոշտ պատգարակով, մեջքի վրա պառկած, ոտքերը ծալած ծնկան հոդում և տարածված: Այս դիրքը կոչվում է «գորտի դիրք»: Բուժումը իրականացվում է վնասվածքի վայրը ցավազրկելով (նովոկային) և կատարվում է ֆիզիոթերապևտիկ բուժում: Հիվանդին տրվում է գորտի դիրք ծնկերի տակ դնելով գլանաբարձ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 10-12 շաբաթում:

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքներ՝ կոնքի օղի անբողջականության խախտումով

Այսպիսի կոտրվածքներն ուղեկցվում են շոկով և փոքր կոնքի օրգանների վնասումով: Կոտրվածքի պատճառը կողմնային ճնշումն է, բարձրությունից ընկնելը և ծննդաբերական տրավմանները: Հիվանդը գանգատվում է կոնքի և շեքի շրջանի ցավերից: Նա ընդունում է հարկադրական դիրք: Ոտքերը շարժելիս ցավերը ուժեղանում են: Միմֆիզի պոկման ժամանակ հիվանդի ոտքերը ծավված են և մոտեցած, վրայի հյուսվածքները խիստ ցավոտ են, ոտքերը գետնից կտրել չի կարողանում: Առաջին օգնության նպատակով կատարվում է ցավազրկում՝ ներարկելով 2% 2մլ պրոմեդոլ, նովոկային, ն/ե 50մլ պոլիզյուլին, մ/մ կորդիամին: Հիվանդին տեղափոխում են կոշտ պատզարակի վրա՝ «գորտի դիրքով»: Բուժման տեսակը որոշվում է ելնելով կոտրվածքի տեսակից և ոսկրաբեկորների տեղաշարժից: Կատարվում է կմախքային ձգում, բուժում գամակի վրա: Դրանից հետո հիվանդը մի քանի ամիս քայլում է հենակներով, կատարում է բուժական ֆիզկուլտուրա և ֆիզոթերապևտիկ բուժում: Եթե կոնսերվատիվ համադրումը չի օգնում, կատարվում է վիրաբուժական միջամտություն՝ ոսկրաբեկորների օստիոսինթեզ:

Կոնքագոյրային հողի կոնսակտուրայից խուսափելու համար շատ վաղ ժամկետում սկսում են բուժական ֆիզկուլտուրան, ֆիզոթերապևտիկ պրոցեդուրաներ:

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների բարդությունները

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքը կարող է բարդանալ միզապարկի և միզուկի վնասվածքներով: Միզապարկի ներովայնամզային պատվածքի դեպքում մեզը լցվում է որովայնի խոռոչ: Որովայնի մկանները լարված են: Միզապարկի արտաորովայնամզային պատվածքի դեպքում մեզը լցվում է հարմիզապարկային բջջանքի մեջ: Հիվանդը գանգատվում է արտահայտված ցավից որովայնի ստորին մասում, կաթետրացման դեպքում մեզը ստացվում է քիչ քանակով: Մեզը կուտակվում է որովայնի խոռոչում կամ հետմիզապարկային տարածության մեջ: Միզուկի պատվածքները լինում են մասնակի կամ

լրիվ: Նկատվում է խիստ ցավ շեքի շրջանում: Վնասված միզուկի բացվածքից հոսում է արյուն՝ կաթիլներով: Շեքի և փոշտի շրջանում կարող է առաջանալ հեմատոմա: Կաթետրացման դեպքում կաթետրը մինչև միզապարկ չի հասնում: Ախտորոշումը ճշտելու համար միզուկի մեջ է լցվում 10-150 մլ 20% սերգոզին և կատարվում ռենտգեն նկարահանում: Միզապարկի ներովայնամզային պատվածքի դեպքում կատարվում է որովնահատում, միզապարկի վերքի կարում և միզապարկի մեջ թողնվում է մշտական կաթետր:

Արտաորովայնամզային պատվածքի դեպքում միզապարկը մերկացվում է՝ չբացելով որովայնի խոռոչը, կարվում է միզապարկի պատվածքը և դրվում վերցայլային խուղակ: Միզուկի պատվածքի դեպքում, եթե հիվանդի ընդհանուր վիճակը բավարար է, կարվում է պատվածքը և միզուկի մեջ մտցվում է մշտական կաթետր: Միզուկը վերականգնվում է 1- 2ամսվա ընթացքում: Հեշտոցի պատվածքի դեպքում նկատվում է արյունահոսություն՝ պատվածքը կարվում է: Ուղիղ աղու պատվածքի դեպքում նկատվում է ցավ շեքի շրջանում և կղանքի մեջ լինում է արյուն: Այս դեպքում ստեղծվում է հակաբնական սրբան՝ սիզմայաձև աղիով:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ.....	3
I ԲԱԺԻՆ.....	8
ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ	8
ԳԼՈՒԽ I.....	8
ՆԵՐՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿԸ ԵՎ ՆՐԱ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ.....	8
ԱՊԱՆԵԽՈՒՄ.....	10
ՀԱԿԱՆԵԽՈՒՄ.....	24
ԳԼՈՒԽ II.....	30
ՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ԳՈՐԾԻ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ ԱՆԵՍԹԵԶԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ	30
ԳԼՈՒԽ III.....	61
ՔՈՒՅՐԱԿԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑԻ.....	61
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ	61
ԲԱԺԱՆՍՈՒՆՔՈՒՄ.....	61
ԳԼՈՒԽ IV.....	83
ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՆՐԱ ԴԱԴԱՐԵՑՈՒՄԸ	83
ԳԼՈՒԽ V.....	126
ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ	126
ԳԼՈՒԽ VI.....	215
ԴԵՍՍՈՒՐԳԻԱ.....	215
ԳԼՈՒԽ VII.....	237

ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿ	237
ԳԼՈՒԽ VIII	254
ՄԵՌՈՒԿԱՅՈՒՄ	254
ԳԼՈՒԽ IX ՈՒ Ռ ՈՒ Ց Ք Ա Բ Ա Ն ՈՒ Թ Յ ՈՒ Ն	263
II ԲԱԺԻՆ	306
ՄԱՍՆԱՎՈՐ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ	306
ԳԼՈՒԽ I	306
ԳԼԽԻ ԵՎ ԴԵՄՔԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ	306
ԳԼՈՒԽ II	314
ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ	314
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	314
ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐ	314
ԳԼՈՒԽ III	325
ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ	325
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	325
ԳԼՈՒԽ V	371
ՈՒՂԻՂ ԱՂՈՒ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	371
Ուղիղ ԱղոՒ ԶՆՆՄԱՆ ԵՂԱՆԱԿՆԵՐԸ	371
ԳԼՈՒԽ VI	380
ՄԻԶԱՍԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ ԵՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	380
ԳԼՈՒԽ VII	426
ՈՂՆԱՇԱՐԻ ԵՎ ԿՈՆՔԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ	426
ՈՂՆԱՇԱՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ	426

Տպագրությունը՝ օսֆեթ: Թուղթը՝ օսֆեթ:

Չափսը՝ 60X84 1/16: Ծավալը՝ 436 էջ:

Տպագրվել է «Լեզալ Պլյուս» ՍՊԸ-ում
Ք. Երևան, Հ. Հակոբյան 3, հեռ.՝ 27-69-92

