



Մարզական միջոցառումների ժամանակ անհետաձգելի բուժօգնություն Emergency procedures in sport events

Կազմել է՝ Կարեն Ստեփանյան

With the support of



Երևան 2017

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Էջ

Ներածություն.....	3
Շոկ.....	7
Շնչուղիների խցանում	9
Անաֆիլաքսիա	12
Ողնաշարի վնասվածքներ.....	17
Կրծքավանդակի վնասվածքներ.....	24
Որովայնի վնասվածքներ.....	27
Վերջույթների վնասվածքներ.....	30
Առանձին դեպքեր.....	33

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Քաջ հայտնի է, որ հիվանդության կամ վնասվածքի արագ ախտորոշումը հանդիսանում է հաջող վերականգման անկյունաքարը: Անկախ նրանից՝ տեղի է ունեցել բժշկակական թե տրավմատիկ կրիզիս, դրանց ախտորոշման ու գնահատման սկզբունքները և բուժման կանոնակարգը մնում են անփոփոխ: Հայտնի է, որ մարզիկները ֆիզիոլոգիապես տարբերվում են հիվանդանոցային պայմաններում շտապ բուժօգնություն ստացող հիվանդներից և այդ պատճառով մարզիկների բուժման և վերականգման համար պետք է կիրառվեն այլ մոտեցումներ: Բացի այդ մարզական իրադարձությունների ժամանակ բժիշկը ունի շատ կարճ ժամանակ որպեսզի իրականացնի անհրաժեշտ բուժօգնություն:

Հատկապես կարևոր է բժշկի դերը, երբ մարզիկը ստանում է վնասվածք և բուժօգնություն ստանալուց հետո նորից վերադառնում է մարզահրապարակ իր ելույթները շարունակելու համար: Այս ձեռնարկի նպատակն է՝ ծանոթացնել սպորտային բժիշկներին վնասվածք ստացած մարզիկի վիճակի գնահատման համակարգված գործընթացին, որը նրանց թույլ կտա ներդնել այդ գործընթացները իրենց գործունեության մեջ մրցումներին մասնակցող մարզիկներին հնարավորինս պատշաճ օգնությունը ապահովելու համար:

Մարզիկի առողջական վիճակի նախնական գնահատում:

Ողջամիտ հիմունքների և համակարգված գործընթացների առկայությունը հանդիսանում է ոչ առողջ և վնասվածք ստացած մարզիկների լրիվ և մանրակրկիտ հետազոտման անկյունաքարը: Այս մոտեցումը հատկապես կարևոր է հետևյալ վնասվածքների ժամանակ.

Վնասվածք ստացած մարզիկի գնում

Առաջնային գնում

Առաջնային գնման ժամանակ բացահայտում են հանգամանքներ, որոնք կյանքին վտանգ են սպառնում: Գոյություն ունի ԱԲԳԴ կանոնակարգ, որը ընդգրկում է՝

ա. Շնչուղիների անցանելիության ապահովում և ողնաշարի պարանոցային հատվածի հսկողություն:

Գիտակցություն ունեցող մարզիկի առաջնային գննումը կարելի է կատարել բավականին արագ, հարցնելով անունը, ինչպես է պատահել դեպքը, ինչն է վնասվել, կարող է արդյոք խորը շնչել առանց ցավի զգացողության և այլն: Եթե մարզիկը հստակ պատասխանում է հարցերին, պարանոցային հատվածը հսկողության տակ է, չկա արյունահոսություն, պերիֆերիկ անոթազարկը շոշափվում է, ապա կարելի է անցնել խորացված հետազոտության:

Եթե մարզիկը ի վիճակի չէ պատասխանել տրված հարցերին և նրա ռեակցիան նման է լուրջ վնասվածք ստացածի, ապա անհրաժեշտություն կա ավելի խորացված առաջնային գննման:

բ.Շնչառության հսկողություն

◊ Շնչուղիների անցանելիության ապահովում և ողնաշարի պարանոցային հատվածի հսկողություն

Հիմնական ուշադրությունը դարձվում է շնչուղիներին: Անհրաժեշտ է ապահովել անցանելիությունը: Բժիշկը պետք է արագ գնահատի կրծքավանդակի շարժումները, լսի շնչառությունը:

Գոյություն ունի շնչուղիների անցանելիության ապահովման մի քանի մեթոդ

◊ Շնչուղիների բացման շարժումներ

Կարող է անհրաժեշտություն լինել շնչուղիները մաքրել օտար մարմիններից, ատամներից, ինչպես նաև բարձրացնել ստորին ծնոտը: Ծնոտի <<հրում>> կատարելու համար՝ երկու ձեռքով ծնոտի անկյան մոտ բռնում ու շարժում են դեպի վեր: Քանի որ այս շարժումը չի բերում պարանոցի ուղղմանը, կարելի է այն կիրառել նաև պարանոցի հնարավոր վնասվածքի դեպքում: Եթե մարզիկի գիտակցությունը տեղում է, չկան ներուղգիական շեղումներ, և նա ընդունակ է կատարել շարժումներ պարանոցային հատվածում առանց ցավի զգացողության, ապա պարանոցային հատվածի վնասվածքը կարելի է բացառել:

Մնացած բոլոր դեպքերում պետք է այն ֆիքսել հատուկ կորսետի օգնությամբ, մինչ հետագա հետազոտությունների կազմակերպումը:

◇ Օռո և նագոֆարինգեալ խողովակներ

Շնչուղիների անցանելիության ապահովման ժամանակ խնդիրների դեպքում պետք է անմիջապես օգտվել օռոֆարինգեալ կամ նագոֆարինգեալ խողովակ: Օռոֆարինգեալ խողովակը պետք է օգտագործել միայն փսխումային ռեֆլեքսի բացակայության դեպքում: Այն մտցնում են բերանի խոռոչ, միաժամանակ պահելով լեզուն: Նագոֆարինգեալը՝ ճկուն խողովակ է, որը զգուշորեն պտտելով մտցնում են քթանցք, քիմքին զուգահեռ:

◇ Վիրահատական միջամտություն

Բոլոր անարդյունավետ փորձերից հետո պետք է կատարել լարինգոսկոպիա և մտցնել խողովակը շնչափող: Պետք է հետևել շնչառությանը՝ այն ադեկվատ ու սիմետրիկ է, թե ոչ: Շոշափել տռախեան՝ ենթամաշկային էմֆիզեման բացառելու համար, տեսնել՝ այն կենտրոնական դիրք է գրավում, թե ոչ: Բացահայտել կամ բացառել կյանքին վտանգ սպառնացող 5 խանգարումները՝ բաց և փակ պնևմոթորաքս, առատ հեմոթորաքս, պաթոլոգիկ շարժուն ոսկրային հատված, սրտի տամպոնադա: Փակ պնևմոթորաքսի դեպքում երկրորդ միջկողային տարածություն միջանրակային զծով մտցնում են ներերակային կատետեր (14 չափսի), առատ հեմոթորաքսի ժամանակ անհրաժեշտ է վիրահատական միջամտություն:

◇ Արյան շրջանառություն և արյունահոսության հսկողություն

Առաջնահերթ այն ներառում է կարևոր օրգանների գնահատում, որոշելու՝ վնասված են դրանք, թե ոչ: Մարզիկը կարող է ունենալ ներքին արյունահոսություն, բայց այն այնքան էլ արտահայտիչ չի լինում քան արտաքին արյունահոսությունը: Մաշկի գույնը շատ դեպքերում փոխվում է՝ այն գունատ է:

Մազանոթի լեցունությունը՝ սեղմում են մեծ մատը եղունգի մոտ, նորմալում այն կատարվում է առավելագույնը 2 վայրկյանում:

Ցանկացած անգիտակից կամ գիտակցության մթազնումով մարզիկին պետք է կատարել արյան գլյուկոզայի չափում:

◊ **Նյարդաբանական ստատուսի գնահատում**

Առաջնային գնման վերջում իրականացվում է նյարդաբանական հետազոտություն՝ մարզիկի գիտակցության աստիճանը որոշելու համար, բբի ռեակցիան: Գերադասելի է Գլազգոյի կոմայի սանդղակի օգտագործումը (ԳԿՍ)՝ որոշելու՝ անհրաժեշտ է արդյոք գլխի կոմայուտերային տոմոգրաֆիայի անցկացումը և ներզանգային ճնշման հսկողությունը:

◊ **Ողնաշարի վնասվածքներ՝**

- Ողնաշարի, պարանոցային հատվածի վնասվածքներ, որոնք ներառում են շնչառական ուղիները
- Գլխի վնասվածքներ
- Գլխի և ողնաշարի վնասվածքներ
- Ողնաշարի պարանոցային հատվածի վնասվածքներ

Նշված դեպքերում նախնական ախտորոշումը կարող է իրականացվել մարզիկի հետ զրույցի միջոցով, որին հաջորդում է շոշափումը մատների օգնությամբ: Որոշ դեպքերում կարող է պահանջվել մարզիկի լրիվ անշարժացումը և ախտորոշման հետաձգումը, մինչև մարզիկը կտեղափոխվի մարզահրապարակից դուրս:

Անկախ վնասվածքի բնույթից բոլոր ներքոնշված ասպեկտները պետք է գնահատվեն և մշակվեն հաջորդականությամբ:

↪ **Շնչուղիներ**

↪ **Շնչառություն**

↪ **Արյան շրջանառություն**

↪ **Խանգարումներ**

↪ **Վերադարձ մարզահրապարակ**

1. ՇՈԿ

Դա բջջային հիպոպերֆուզիան է և արտահայտվում է թթվածնի ներմուծման և յուրացման անհամաչափությամբ:

Տեղի է ունենում բջիջների մահացում, օրգանների ֆունկցիոնալ անբավարարություն և անհրաժեշտ միջոցներ չձեռնարկելու դեպքում մահ:

Շոկը կարող է առաջանալ տարբեր պատճառներով (բժշկական, վնասվածքից), սակայն բացի սրտի տամպոնադայից և պնևմոթորաքսից, մնացած դեպքերում հիմնական պատճառը արյունահոսությունն է:

Սկզբնական շրջանում ակտիվանում են կոմպենսատոր մեխանիզմները կատեխոլամինների արտազատում, տախիկարդիա, պոլսային ճնշման իջեցում, պերիֆերիկ անոթների նեղացում: Այդ պատճառով շոկի առաջին նշանները աննկատ են: Կարող է առաջանալ մազանոթների լեցունության դանդաղում, հարաբերական տախիկարդիա, տազնապի վիճակ:

Շոկի կլասիկ նշաններն են՝ գունատ մաշկ, կպչուն մաշկ, տախիկարդիա, գիտակցության մթազնում, միզարձակության դանդաղացում: Մարզիկների բարձր վազուսային տոնուսը, արյան ավել ծավալը, սրտային մեծ պաշարը, պերիֆերիկ շրջանառությունը ապահովում են կոմպենսացիան:

Հիպովոլեմիկ/հեմոռագիկ շոկ

Հեղուկի ընդհանուր պարունակությունը կանանց մոտ 500 մլ/կգ (50%), իսկ տղամարդկանց մոտ 600 մլ/կգ (60%), արյան ծավալը 6-6,5%:

1. Արյան ծավալի կորուստ (15%)՝ այն մինիմալ, առանց բարդությունների կորուստ է, որը չի ուղեկցվում արյան ճնշման և սրտի զարկերի հաճախականության փոփոխությամբ: Բուժումը ներառում է արյան փոխներարկում՝ 3:1 հարաբերությամբ:
2. Արյան ծավալի կորուստ (15-30%)՝ նկատվում է տախիկարդիա, տախիպնոե, տազնապ, մազանոթների լեցունության դանդաղեցում, պոլսային ճնշման իջեցում: Մոտ 2 լիտր արյան փոխարինիչը կլրացնի 600 մլ արյան կորուստը:

3. Արյան ծավալի կորուստ (30-40%)՝ կլասիկ շոկ, փսիխիկայի խանգարում, սիստոլիկ ճնշման կտրուկ իջեցում, մեզի առաջացման խնդիրներ: Նշանակում են արյան տրանսֆուզիա՝ լրացնելու շրջանառվող արյան ծավալը:
4. Արյան ծավալի կորուստ (40%-ից ավելի)՝ արտահայտված հիպոտենզիա, մեզի առաջացման բացակայություն, վիճակը մոտ է կոմատոզին: Անհրաժեշտ է արյան կորստի լրացում և վիրաբուժական միջամտություն:

Նեյրոզեն շոկ

Այն առաջանում է ողնուղեղի վնասման դեպքում, ինչի հետևանքով խանգարվում է սիմպատիկ նյարդային համակարգի իմպուլսների անցկացումը: Ինչքան վեր է ողնաշարի վնասումը (T1-ից վեր), այնքան մեծ է վնասման դեպքում շոկի առաջացումը: Հիմնական նշանները՝ բրադիկարդիա և հիպոտենզիա:

Նեյրոզեն շոկը կարող է ուղեկցվել ինչպես լրիվ (շարժողական և զգացողական ֆունկցիաների) այնպես էլ ոչ լրիվ (ողնուղեղի ֆունկցիաների մասնակի) խանգարումով:

Անաֆիլակտիկ շոկ

Անաֆիլաքսիան (զերզայնություն) իրենից ներկայացնում է ալերգիական հակազդեցություն, որն առաջանում է որոշ նյութեր՝ ալերգեններ կրկնակի անգամ օրգանիզմ ներարկելիս: Բրոնխիալ հարթ մկանը առաջացնում է բրոնխոսպազմ, իսկ անոթների հարթ մկանը թուլացնում անոթը, ինչի հետևանքով մազանոթների թափանցելիությունը մեծանում է՝ առաջացնելով հիպոտենզիա և պոտենցիալ շոկ:

With the support of



2. ՇՆՉՈՒՂԻՆԵՐԻ ԽՑԱՆՈՒՄ

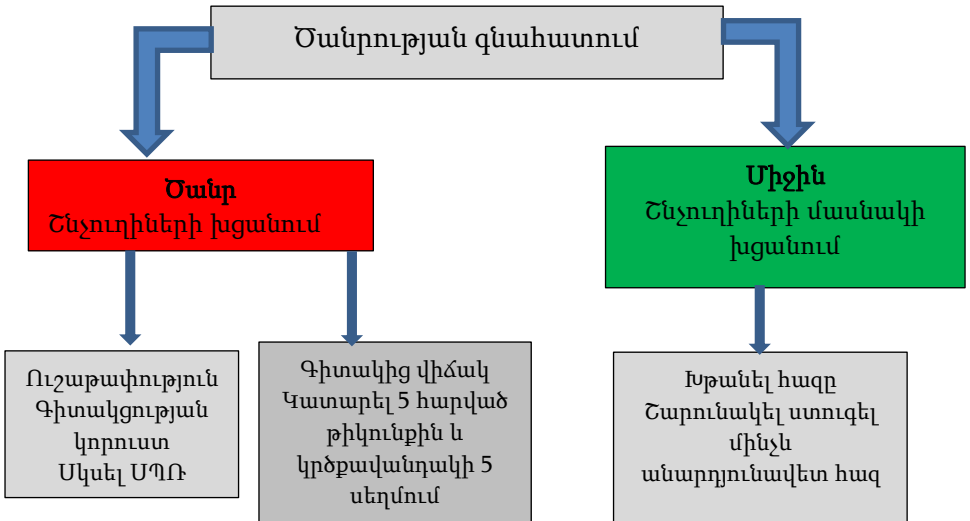
Կարևոր է համոզվել, որ մարզիկը շնչահեղձ է լինում այն պատճառով, որ օդը թոքեր չի անցնում: Հույժ կարևոր է նաև դիտարկել այլ պատճառները, ինչպիսին են՝ անաֆիլեքսիայի կամ ինֆեկցիաները: Ներքոբերված գծագիրը ներկայացնում է բժշկի անհրաժեշտ և պարտադիր գործողությունները ըստ հերթականության:

Դիտարկման հիմնական հարցերն են՝

- Կարո՞ղ է արդյոք մարզիկը արդյունավետ հազալ:
- Եթե չի կարող արդյունավետ հազալ, գտնվո՞ւմ է արդյոք նա գիտակցության մեջ:
- Շնչուղիների մասնակի խցանման դեպքում մարզիկը կկարողանա՞ արդյունավետ հազալ:

Մասնակի խցանման դեպքում որոշ քանակի օդ անցնում է թոքեր, ինչը հնարավորություն է տալիս մարդուն հազալով փորձել դուրս բերել խցանող առարկան: Տուժածը նույնիսկ կարող է խոսել: Նեղացած շնչուղիներով օդի անցնելու ժամանակ լսվում են խզոցներ, խոխոռոց, սուլոց: Տուժածը սովորաբար ձեռքերով բռնում է կոկորդը: Եթե տուժածը հազում է, մի՛ խանգարեք: Հնարավոր է, որ հազալու միջոցով օտար մարմինը դուրս գա շնչուղիներից: Պետք է մարզիկին տալ ամենա հարմար դիրքը և հետևել նրա վիճակին:

Շնչուղիների լրիվ խցանման դեպքում տուժածը չի կարողանում խոսել, շնչել, հազալ: Նա կարող է անբնական ձայներ հանել: Այս նշանները ահազանգում են այն մասին, որ օդը չի անցնում տուժածի թոքեր: Անհապաղ սկսե՛ք ցուցաբերել առաջին օգնություն և որևէ մեկին ուղարկե՛ք ահազանգելու շտապ օգնություն:



Եթե տուժածի վիճակը չի բարելավվում, ահագանգե՛ք շտապ օգնություն:

Եթե մարզիկը գիտակցության մեջ է, կատարե՛ք հետևյալը.

- Կանգնել տուժածի հետևում, օգնել նրան կռանալու:
- Կատարել մոտ 5 կտրուկ հարված տուժածի մեջքին՝ թիակների միջև:
- Յուրաքանչյուր հարվածից հետո գնահատել խցանման աստիճանի փոփոխությունը:
- Եթե հարվածները թիկունքին չեն օգնում և վիճակը վատթարանում է, սկսել կատարել որովայնային հրումներ:

Որովայնային հրումներ լրիվ խցանման դեպքում

- Կանգնել տուժածի հետևում, գրկել նրա իրանը որովայնի վերին կեսում, ընդ որում, տուժածը կարող է լինել նստած կամ կանգնած: Մի ձեռքի բռունցքը բութ մատի կողմով դնել տուժածի որովայնին՝ պորտի և կրծոսկրի ստորին եզրի միջև ընկած տարածության մեջտեղում:

- Մյուս ձեռքով բռնել բռունցքը և երկու ձեռքերը ամուր սեղմել տուժածի որովայնին:
- Ուժգնորեն արագ կատարել կտրուկ 5 հրում դեպի վեր և ներս, որպեսզի սեղմվի որովայնի վերին շրջանը և ստոծանին՝ կրծքավանդակի մկանային <<հատակը>>, հրի դեպի վեր և դուրս մղի օտար մարմինը:

Որովայնի հրումներ ինքնօգնության նպատակով

Եթե դուք մենակ եք և ձեր շնչուղիները խցանվել են, ապա ինքներդ ձեր վրա որովայնի հրումներ կատարեք: Դա հնարավոր է երկու եղանակով՝

- Դրեք ձեր մի բռունցքը որովայնի վրա՝ վերը նշված տեղում, նկարագրված ձևով: Մյուս ձեռքով դեպի վեր ու հետ ուղղված ուժեղ հարված կատարեք ձեր բռունցքին:
- Դուք կարող եք ճնշում գործադրել ձեր որովայնի վրա՝ ամբողջ իրանով հենվելով տարբեր առարկաների վրա (աթոռի թիկնակին, ցանկապատին կամ լվացարանին): Օրինակ՝ հետևից մոտեցե՛ք աթոռին և իրանով ընկեք աթոռի թիկնակին: Մի՛ հենվեք սուր անկյուններ ու եզրեր ունեցող առարկաների վրա:

With the support of



2. ԱՆԱՏԻԼԱՔՄԻԱ

Անաֆիլաքսիա (գերզգայնություն), ալերգիական հակազդեցություն, որն առաջանում է որոշ նյութեր՝ ալերգեններ

կրկնակի անգամ օրգանիզմ ներարկելիս: Սկզբնական շրջանում զարգանում է արագ և կարող է հանգեցնել մահվան: Բնորոշ ախտանիշներից են՝ քորվող ցանր, կոկորդի այտուցը և ցածր արյան ճնշումը: Ամենատարածված պատճառներից են՝ միջատների խայթոցները, սննդամթերքը և դեղորայքը:

Բժշկի պարտականությունն է՝ ճշտել մարզիկի պատմությունը և նշանակել համապատասխան միջոցներ:

Ասթմաքյով հիվանդների համար անաֆիլաքսիան ավելի վտանգավոր է: Անաֆիլաքսիայի որոշ տեսակների ախտածագումնաբանական հիմքում ընկած է արյան սպիտակ բջիջներից միջնորդանյութերի արտազատումը, որն առաջանում է իմունոլոգիական կամ ոչ իմունոլոգիական մեխանիզմների դրդմամբ: Այն ախտորոշվում է առկա ախտանիշների և նշանների հիման վրա: Առաջնային բուժումը էպինեֆրինի (ադրենալին) ներարկումն է, իսկ մնացած միջոցառումները համարվում են ածանցյալ:

Գնահատումները ցույց են տալիս, որ աշխարհի բնակչության 0.05–2%-ն իրենց կյանքի որոշակի շրջանում ունենում են անաֆիլաքսիա, և այդ ցուցանիշներն, ըստ ամենայնի, աճում են: Տերմինն առաջացել է հուն․ *ἀνά*՝ *հակառակ* և հուն․ *φύλαξις*՝ պաշտպանություն բառերից:

Տեսակներ

Անաֆիլաքսիան կարող է լինել ընդհանուր կամ տեղային: Առավել արտահայտված *ընդհանուր* հակազդեցությունը կոչվում է անաֆիլաքսային շոկ:

Անաֆիլաքսիայի տարբեր դրսևորումներ՝ սննդամթերքները՝ կրկնակի անգամ օրգանիզմ ներմուծելիս, էթե առաջին անգամ դրանց (ալերգենների) նկատմամբ առաջացել էր գերզգայնացում:

Վերջինս առաջանում է նաև մեղունների, կրետների, իշամեղունների խայթոցներից: Անաֆիլաքսային շոկի հիմնական դրսևորումներից են՝ շնչառության կտրուկ դժվարացումը և արյան ճնշման անկումը, երբեմն՝ գիտակցության կորուստը: Հիվանդին անհրաժեշտ է անհետաձգելի բժշկական օգնություն:

Նշաններ և ախտանիշներ

Անաֆիլաքսիան սովորաբար դրսևորվում է տարբեր ախտանիշների տեսքով՝ ընթացքի և ժամերի ընթացքում, որոնք ի հայտ են գալիս միջինը՝ 5-ից 30 րոպեների ընթացքում, եթե հիվանդության առաջացման պատճառը ներերակային է և 2 ժամից, եթե այն առաջացել է սննդամթերքից: Հիվանդության պատճառով սովորաբար ախտահարվում է՝

- մաշկը (80–90%),
- շնչառական օրգանները (70%),
- ստամոքսաղիքային (30–45%),
- սիրտանոթային (10–45%) և
- կենտրոնական նյարդային համակարգերը, (10–15%),

ընդ որում հիվանդությունը սովորաբար ներառում է վերը նշվածներից երկուսը կամ ավելին:

Ախտաձագում

Անաֆիլաքսիան ուժեղ ալերգիկ հակազդեցություն է, որն արագ դրսևորվում և ազդում է բազմաթիվ օրգանական համակարգերի վրա: Դրա առաջացման պատճառը՝ պարարտ և բազոֆիլներից բորբոքային միջնորդանյութերի և ցիտոկինների արտադրումն է, սովորաբար իմունաբանական հակազդեցության, սակայն երբեմն նաև ոչ իմունաբանական մեխանիզմների պատճառով:

Իմունաբանական ախտաձագում

Իմունաբանական մեխանիզմի դեպքում իմունոգլոբուլին E-ն (IgE) կապվում է անտիգենների (հակածին) հետ (օրգանիզմի համար օտար նյութեր, որոնք առաջացնում են ալերգիկ ռեակցիա): Անտիգենին կապակցված IgE-ն այնուհետև ակտիվացնում է FcεRI ընկալիչները պարարտ բջիջների և բազոֆիլների վրա: Այն հանգեցնում է բորբոքային միջնորդանյութերի արտազատման, ինչպիսին է օրինակ՝ հիստամինը:

Այս միջնորդանյութերն այնուհետև ուժեղացնում են բրոնխային հարթ մկանների կծկանքը, առաջացնում են մազանոթների լայնացում, շատացնում են արյան հոսքը անոթներից և հանգեցնում սրտի մկանների կծկման խանգարման: Առկա է նաև այլ իմունաբանական մեխանիզմ, որը կապված չէ IgE-ի հետ,

սակայն հայտնի չէ, թե արդյոք այն տեղի է ունենում նաև մարդկային օրգանիզմում:

Ոչ իմունաբանական ախտաձագում

Ոչ իմունաբանական մեխանիզմները ներառում են այնպիսի նյութեր, որոնք ուղղակիորեն առաջացնում են պարարտ բջիջների և բազոֆիլների ապահատիկավորում (դեգրանուլացիա): Դրանք ներառում են բազմատեսակ գործոններ, ինչպես օրինակ՝ կոնտրաստ նյութ, օփիոիդներ, ջերմաստիճան (տաք կամ սառը) և տատանումներ:

Ախտորոշում

Անաֆիլաքսիան ախտորոշվում է կլինիկական ախտանիշների հիման վրա: Եթե որևէ ալերգենի ազդեցությամբ բույներին կամ ժամերի ընթացքում առաջացել են ներքոհիշյալ երեք ախտանիշները, ապա առկա է անաֆիլաքսիայի բարձր հավանականություն:

- Եթե ախտահարվել է մաշկը կամ լորձաթաղանթը, որն ուղեկցվում է շնչառական դժվարություններով կամ ցածր արյան ճնշմամբ

Հետևյալ ախտանիշներից երկուսը կամ ավելին.

- Մաշկի կամ լորձաթաղանթի ախտահարում
- Շնչառական դժվարություններ
- Արյան ցածր ճնշում
- Ստամոքսաղիքային ախտանշաններ
- Արյան ցածր ճնշում՝ հայտնի ալերգենի ազդեցությանը ենթարկվելուց հետո:

Հիվանդության սուր նոսրացման և նոսրացման ժամանակ, տրիպտազ կամ հիստամին (արտազատված պարարտ բջիջներից) հայտնաբերելու նպատակով կատարվող արյան անալիզները կարող են արդյունավետ լինել անաֆիլաքսիայի ախտորոշման համար, եթե դրա առաջացման պատճառը միջատների խայթոցներն են կամ դեղորայքը: Սակայն այդ անալիզների արդյունավետությունը սահմանափակ է այն դեպքում, երբ պատճառը սննդամթերքն է կամ եթե հիվանդը

նորմալ արյան ճնշում ունի, և դրանք առանձնահատուկ չեն ախտորոշման համար:

Կանխարգելում

Կանխարգելման նպատակով պետք է սահմանափակել առանց բժշկի նշանակման դեղանյութերի ընդունումը, որոնց օգտագործումը հաճախ հանգեցնում է օրգանիզմի գերզայնացման:

Բժշկին պետք է անպայման տեղյակ պահել պլերգիական հակազդեցությունների (այտուց, եղնջացան և այլն) մասին, որոնք նախկինում առաջացել էին դեղանյութեր օգտագործելիս:

Անհրաժեշտ է խուսափել սննդային պլերգիա առաջացնող սննդամթերքից:

With the support of



Անաֆիլաքսիայի բուժման ալգորիտ

Անաֆիլաքսիայի ռեակցիաներ

Շնչառական դժվարություններ, արյանշրջանառություն, անշարժացում

Ախտորոշում

Մաշկի կամ լորձաթաղանթի ախտահարում
 Շնչառական դժվարություններ
 Արյան ցածր ճնշում
 Ստամոքսաղիքային ախտանշաններ

Զանգահարել շտապ օգնություն

Պարկացնել մարզիկին
 Բարձրացնել մարզիկի ոտքերը

ԱՂԲԵՆԱԼԻՆ

Երբ հասանելի են սարքավորումները

- | | |
|-------------------------|----------------|
| Ստուգել շնչուղիները | Սոնիտորինգ |
| • Բարձր հոսքի թթվածին | • Զարկերակ |
| • Ներերակային ներարկում | • ԷԳԳ |
| • Քլորիֆենամին | • Արյան ճնշում |
| • Հիդրոկորտիզոն | |

Կյանքին սպառնացող խնդիրներ.

Շնչառական ուղիներ՝ այտուցվածություն, խոխոռոց, ստրիդոր
 Շնչառություն՝ արագ շնչառություն, խոխոռոցող շնչառություն, հոգնածություն,
 ցիանոզ, SpO₂ <92%, շփոթություն
 Արյան շրջանառություն՝ գունատվածություն, ցածր արյան ճնշում, քնքոտություն, կոմա

Աղբենալին ՆՄ, եթե հնարավորություն չկա, ներարկել ՆԵ,

ՆՄ 1:1000 աղբենալին, կրկնել 5 ր հետո, եթե չկա բարելավում՝ օգտագործել ՆԵ 50 մգ.
 միայն եթե կա համապատասխան փորձ, օգտագործել 500-1000 մլ. հեղուկով:
 Դադարեցնել ՆԵ ներարկումը, եթե դա կարող է հանդիսանալ Անաֆիլաքսիզի պատճառ:

	Քլորֆենամին	Հիդրոկորտիզոն
Մեծահասակներ՝ >12 տարեկան	ՆՄ կամ դանդաղ ՆԵ 10մգ	ՆՄ կամ դանդաղ ՆԵ 200 մգ
Երեխաներ՝ 6-12 տարեկան	5մգ	100 մգ

3. ՈՂՆԱՇԱՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Պրոֆեսիոնալ սպորտում ողնաշարը ենթարկվում է մեծ ծանրաբեռնվածությունների: Ողնաշարի վնասվածքները կազմում են սպորտային վնասվածքների 5-10%-ը:

Դրանք կարող են զրկել մարզիկին լիարժեք մարզվելու հնարավորությունից և հանգեցնել արդյունքների նվազմանը: Որոշ դեպքերում ողնաշարի վնասվածքները ունեն անդարձելի բնույթ և կարող են բերել հաշմանդամության:

Մարզիկները ոչ հաճախ են դիմում բժշկի՝ հույս ունենալով ինքնուրույն լուծել խնդիրը: Բացի դրանից շատերը ժամանակ չեն տրամադրում վերականգնմանը՝ վախենալով կորցնել որակավորումը կամ իր տեղը հիմնական կազմում: Դրա հետևանքով հնարավոր է կրկնակի վնասվածքների առաջացումը:

Մեջքի ցավը կարող է լինել ողնաշարի և ներքին օրգանների բազմաթիվ հիվանդությունների հետևանք՝

Մեջքի մկանների և կապանների գերձգվածություն

Պատահում է, որ մեջքի փափուկ հյուսվածքների վնասվելու հետևանքով, վնասվում են ոչ միայն մկաններն ու կապանները, այլ նաև արյունատար անոթները, ջլերը, նյարդերը, մաշկը: Ախտորոշումը տրվում է՝ կոտրվածքի, ինչպես նաև ցավը առաջացնող հնարավոր պատճառների բացառումից հետո: Բուժումը հիմնականում կոնսերվատիվ է (ֆիզիոթերապիա, ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային միջոցներ):

Ցանկալի է ֆիզիկական ակտիվության սահմանափակում:

Մպոնդիլոլիզ, սպոնդիլոլիստոզ

Ներկայումս առաջացման պատճառները անհայտ են: Մասնագետների մեծամասնությունը գտնում է, որ այն առաջանում է մանկական հասակում ողի սթրեսային կոտրվածքի հետևանքով:

Մեծ նշանակություն ունի ողի ոտիկի ձևավորման ժամանակ գենետիկական նախատրամադրվածությունը: Սպորտում տարբեր մարզաձևերում (մարմնամարզություն, հոկեյ, ֆուտբոլ, ծանրամարտ և այլն) մարզումների ժամանակ որոշակի

վարժություններ կատարելիս առաջանում է պահանջ՝ գոտկային հատվածում հաճախակի ծալում: Սպոնդիլոլիզը ոչ միշտ է արտահայտվում կլինիկորեն: Հիմնական նշանը՝ ցավն է, որը կարող է լինել ողնաշարի ստաֆիլոթյան պակասի հետևանքով կամ նյարդային կոմպոնենտների ճնշման պատճառով: Սովորաբար տրվում է կոնսերվատիվ բուժում, հակաբորբոքային միջոցներ, բուժական ֆիզկուլտուրա:

Սպոնդիլոլիզը կարող է դառնալ մեկ այլ պաթոլոգիայի՝ սպոնդիլոլիստոզի առաջացման պատճառ, երբ վերին ողի մարմինը ստորինի համեմատ սահում է առաջ: Այս դեպքում հնարավոր է անհրաժեշտություն լինի վիրաբուժական միջամտության:

Միջողնային ճողվածք

Մարզիկների մոտ մեծ ծանրաբեռնվածությունների հետևանքով մեծ է միջողնային ճողվածքի առաջացման հավանականությունը: Միջողնային դիսկերի հիմնական ֆունկցիան է՝ շարժումների ժամանակ հարվածային ճնշումների ամորտիզացիան է և ողերի մարմինների միացումներն են: Ճողվածքները առաջանում են ներսկավառակային ճնշման կտրուկ բարձրացման հետևանքով: Տեղի է ունենում ֆիբրոզ ողի մկանային մանրաթելերի կտրվածք, և պուլպոզ մարմնի մի մասը դուրս է մղվում սկավառակից: Եթե տեղի է ունենում ֆիբրոզային կիսաօղակի կտրվածք, ապա պուլպոզ մարմինը կարող է բերել ողնուղեղի կամ նյարդային վերջույթների ճնշման: Այդ ժամանակ պուլպոզ մարմնի քիմիական նյութերը գրգռում ու բորբոքում են ողնուղեղը, որը խորացնում է կլինիկական արտահայտությունները, կապված ճնշման հետ: Հաճախ ճողվածքները առաջանում են գոտկային հատվածում: Այն պայմանավորված է այդ հատվածի ավելի մեծ ճնշմամբ քան կրծքային կամ պարանոցային հատվածի ճնշումն է: Ցավ, ոտքերում զգացողության կորուստ, միզարձակության և կղազատման խանգարում՝ այս դեպքերում ձիու պոչի սինդրոմ է ու վիրահատության ցուցում է: Ցավերի դեպքում կատարվում է կոնսերվատիվ թերապիա, որը ընդգրկում է ֆիզիոթերապիա, մերսում, բուժական ֆիզկուլտուրա, դեղորայքային թերապիա:

Կարող է խորհուրդ տրվել կորսետային գոտու կրում, շատ լավ է լողը, աէրոբիկան:

Ողնաշարի վնասվածքների առաջացման պատճառները

Մեծ ուժային ծանրաբեռնվածություն, հատկապես ուղղահայաց ազդող արտաքին ուժը ողնաշարի նկատմամբ, օրինակ՝ ծանրամարտում պոկում վարժության ժամանակ: Այս դեպքերում կարելի էր հանդիպել ողերի կոմպրեսիոն կոտրվածք: Երբեմն ծանրության ազդող ուժը կարող է լինել անկյան տակ, որպես հետևանք ողերի հողախախտ, ջլերի, կապանների մասնակի պատռվածք:

Վարժության սխալ տեխնիկա

Ինտենսիվ մարզումից հետո ոչ լրիվ վերականգնում դիսկերի ֆիբրոզ ողերի դիստրոֆիա, որպես հետևանք միջոդնային ճողվածք: Մարզումների և հանգստի ճիշտ գուգորդման, ինչպես նաև ծանրաբեռնվածության ճիշտ դոզավորման դեպքում հնարավոր է վերականգնել ֆիբրոզ ողերի էլաստիկ հյուսվածքները:

Երբ ողնաշարը ենթարկվում է մեծ ծանրաբեռնվածությունների առանց հանգստի, առաջանում են դիստրոֆիկ փոփոխություններ, որոնք բերում են փափուկ հյուսվածքների մաշվածության:

Մասնավորապես թույլ որովայնի մկանները կարող են առաջացնել լորդոզ, որը ծանրաձողով վարժությունների ժամանակ կրերի ծանրաբեռնվածության անհավասարաչափ բաշխում, որպես հետևանք վնասվածք: Վնասվածքը կարող է առաջանալ ողնաշարի վրա միանգամյա ծանրաբեռնվածության ողերի տեղաշարժով և փափուկ հյուսվածքների վնասումով, ինչպես նաև ողնաշարի էլեմենտների պաթոլոգիական փոփոխությունների զարգացումով:

Ինչպես տարբերել վտանգավոր վնասվածքները

Փորձը ցույց է տալիս, որ ողնաշարի վնասվածքների 90%-ը դարձելի են ու կապված են փափուկ հյուսվածքների վնասումների հետ, որը բերում է տեղային ցավի լուսմբալգիայի: Այս դեպքում

չկա անհրաժեշտություն հատուկ բժշկական միջամտության՝ հանգիստ մինչ ցավային նշանների անհետացման:

Վնասվածքներ վնասվածքների նշանները՝

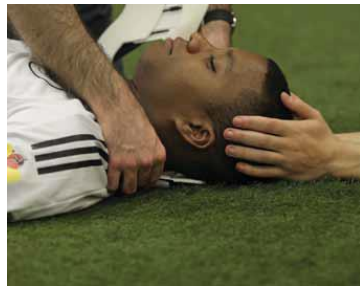
- Ցավը առաջանում է անմիջապես վարժությունից հետո, այլ ոչ թե հաջորդ օրը
- Ցավի մեծ ինտենսիվություն
- Վերջույթների զգացողության կորուստ
- <<Կրակոդ>> ցավեր, որոնք ճառագայթում են վերջույթներ
- Ստորին վերջույթների պարեսթեզիաներ
- Ցավը չի դադարում մի քանի օր

Բուժում և պրոֆիլակտիկա

Վնասվածքները կանխարգելելու համար անհրաժեշտ է՝

- Դոզավորել ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը
- Ծանրություն բարձրացնելիս օգտագործել ֆիքսող գոտի
- Ջուգորդել մարզումներն ու հանգիստը՝ տրամադրելով հանգստին բավականին ժամանակ վերականգնման համար
- Մարզել բոլոր մկանախմբերը
- Չծանրաբեռնել ողնաշարը առանց նախավարժանքի, կատարել լավ նախավարժանք
- Օգտագործել հավելումներ ողնաշարի շարակցական հյուսվածքի ամրացման համար

Թույլատրվում է տաքացնող քսուկների օգտագործում







Պատգարակով տեղափոխում

Կարելի է օգտագործել պատրաստի պատգարակ կամ ինքնուրույն պատրաստել այն՝ օգտագործելով ձեռքի տակ եղած միջոցներ, ինչպես, օրինակ՝ մետաղյա կամ փայտյա ձողեր: Տուժածին պատգարակով տեղափոխելու համար անհրաժեշտ է առնվազն երկու մարդ, սակայն ցանկալի է չորս հոգի:

Շատ կարևոր է համաձայնեցված գործելը: Առաջին հերթին պետք է տուժածին զգուշորեն տեղափոխել պատգարակի վրա: Դրա համար դրե՛ք պատգարակը տուժածի անմիջապես կողքին: Գլխի և ոտքերի մոտ կանգնածները պետք է ոտքով պահեն պատգարակի բռնակները, որպեսզի այն չտեղաշարժվի տեղափոխման ժամանակ: Երեք կամ չորս հոգով հավասարաչափ բաշխելով տուժածի մարմնի ծանրությունը, այսինքն բռնելով նրան ուսերից, մեջքից, կոնքերից ու ոտքերից, զգուշորեն բարձրացրե՛ք և համաչափ տեղափոխե՛ք նրան պատգարակի վրա՝ մարմինը մեկ զծով ուղիղ պահելով: Այնուհետև կքանստե՛ք և բռնե՛ք պատգարակի բռնակներից: Տուժածի գլխի մոտ կանգնած փրկարարի ազդանշանով բոլորդ միաժամանակ կանգնե՛ք:

Գլխի մոտ կանգնած փրկարարի հրահանգով բոլորդ սկսե՛ք քայլել, ընդ որում՝ տարբեր ոտքերից՝ պատգարակի ուժեղ տատանումներից խուսափելու համար:

Նկար գրքից՝



4.ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Կրծքավանդակի վնասվածքները մարզիկների մոտ հանդիպում են ոչ հաճախ և կազմում են ընդհանուր վնասվածքների մոտ 2,5%: Կրծքավանդակի վնասվածքները լինում են բաց և փակ: Բաց վնասվածքները (խախտված է մաշկի ամբողջականությունը) առաջանում են, երբ որևէ առարկա ծակում է կրծքավանդակի պատը կամ կողերը կոտրվելով, ներսից պատում են մաշկը:

Փակ վնասվածքները (երբ մաշկի ամբողջությունը խախտված չէ)՝ սալջարդեր, ցնցումներ, կողերի և կրծոսկրի կոտրվածքներ, մկանների վնասումներ և այլն առաջանում են, երբ կրծքավանդակին հարվածող առարկան բուխ է:



Կրծքավանդակի սալջարդեր

Այս հատվածի ամենահաճախ հանդիպող վնասվածքն է: Առաջանում է հիմնականում ընկնելուց (ալպինիստներ, մոտոարշավորդներ, հեծանվորդներ, հնգամարտիկներ...), ինչպես նաև ուղղակի հարվածից:

Նշանները՝ տվյալ հատվածում այտուցվածություն: Շոշափելիս՝ տեղային ցավ, որը ուժեղանում է կրծքավանդակի էքսկուրսիայի ժամանակ (խորը շունչ, հագ), ինչպես նաև մարմնի պտույտների ժամանակ:

Բուժում՝ անհրաժեշտ է ցավազրկել տվյալ հատվածը (քլորէթիլ), ապա դնել ֆիքսող կապ: Հիվանդը պետք է հետազոտվի կողերի կոտրվածքը պնևմա-, հեմոթորաքսը բացառելու համար:

Հեմատոմայի արագ ներծծման և ցավերի նվազեցման համար նշանակվում է ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաներ, հետագայում՝ մերսում, տաք վաննաներ, մարզումներ լողավազանում: Մարզումները կարելի է վերսկսել ոչ շուտ քան 10-14 օրից:

Կողերի կոտրվածքներ

Հաճախ հանդիպում է

- ըմբշամարտիկների (բռնվածքի ժամանակ)
- հեծանվորդների,
- մոտոարշավորդների,
- ալպինիստների մոտ (ընկնելուց)

Նշաններ

Ցավ, որը ուժեղանում է խորը շնչելուց, հազալուց և այլն:

Զննման ժամանակ հայտնաբերվում է հեմատոմա

և այտուցվածություն:

Շոշափելիս՝ տեղային կամ տարածուն ցավ, կախված մեկ կամ մի քանի կողերի վնասումից, վերջինիս ժամանակ ցավերը կարող են շատ ուժեղ լինել: Կողերի կոտրվածքները կարող են ուղեկցվել պլևրայի վնասումով, որը բարդանում է հեմոպնևմոթորաքսով:

Ռենտգեն հետազոտությունը պարտադիր է՝ ախտորոշումը ճշտելու, ինչպես նաև պլևրայի և թոքի հյուսվածքի վնասումը բացառելու համար:

Բուժումը

Անմիջապես դնում են շրջանաձև ֆիքսող կապ կրծքավանդակի էքսկուրսիան սահմանափակելու համար, որը կնվազեցնի ցավերը: Տրվում են նաև ցավազրկող միջոցներ:

Մեկ կողի կոտրվածքը, որի ժամանակ չի վնասվել պլևրան, բուժում են պոլիկլինիկայի պայմաններում: Կատարվում է ցավազրկում, դրվում է ֆիքսող կապ:

Այն սերտաճում է մոտ 1 ամսից և կարելի է վերսկսել մարզումները:

Կողերի բազմաթիվ կոտրվածքները, հատկապես եթե այն

ուղեկցվում է բարդություններով, պահանջում են բուժում ստացիոնար պայմաններում: Բացի վերը նշված միջոցներից կատարվում է նաև պլերալ խոռոչի պունկցիա՝ օդի կամ արյան հեռացման նպատակով:



Կրծոսկրի կոտրվածքներ

Մարզական պրակտիկայում հանդիպում են հիմնականում մարմնամարզիկների, մոտոսպորտիստների մոտ:

Կոտրվածքը տեղի է ունենում կրծոսկրի մարմնի և կոթի միացման տեղում:

Հիվանդի զննման և շոշափման ժամանակ նկատվում են հետևյալ նշաններ՝ աստիճանանման դեֆորմացիա՝ ստորին հատվածը տեղաշարժվում է հետ, իսկ կրծոսկրի կոթը դեպի առաջ, այտուցվածություն և կտրուկ տեղային ցավ:

Բուժում՝ ինչպես կողերի կոտրվածքների դեպքում՝ սառեցնել, դնել ֆիքսող ամուր կապ և շտապ տեղափոխել հիվանդանոց: Ռենտգեն հետազոտությունը պարտադիր է:

Վիրահատական բուժումը ցուցված է երբ կոտրված հատվածները չեն համադրվում կամ սերտաճում: Մարզումների կարելի է վերադառնալ 2-3 ամիս անց:

Պնևմոթորաքս

Կյանքին վտանգ սպառնացող վիճակ է, որը պահանջում է անհապաղ բժշկական միջամտություն: Մպորտում հիմնականում հանդիպում է ազդող գործոնի վնասվածքային բնույթը (պլերայի

վնասում կողերի կոտորվածքի հետևանքով կամ բուժ առարկայով հարված առանց մաշկի ամբողջականության խախտման):

Նշաններ՝

- Շնչառական խնդիրներ՝ չոր հագ, հևոց, մակերեսային շնչառություն
- Ցավ՝ կտրուկ, որը ուժեղանում է ներշնչման ժամանակ
- Ենթամաշկային էմֆիզեմա՝ պլևրայի արտաքին թերթիկի պատման դեպքում, ներշնչման ժամանակ օդը անցնում է ենթամաշկ, արտաքինից այտուցվածությունը կրեպիտացիայով սեղմելուց
- Փրփրացող արյուն վերքից բնորոշ է բաց պնևմոթորաքսին
- Հարկադրական նստած դիրք, գունատ կապտած մաշկ, սառը քրտինք
- Ընդհանուր նշաններ՝ արագ զարգացող թուլություն, տազնապ, տախիկարդիա, արյան ճնշման անկում, հնարավոր է ուշագնացություն:

Առաջին օգնություն՝ բաց պնևմոթորաքսի ժամանակ ստերիլ վիրակապ վերքի վրա, ցավազրկում և տեղափոխում բուժաստատություն:

With the support of



5. ՈՐՈՎԱՅՆԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Որովայնի օրգանների վնասվածքները կարող են առաջանալ հարվածից (ֆուտբոլ, աթլետիկա, շրջակա առարկաներից և այլն), մեծ բարձրություններից ընկնելուց (ջրացատկ կամ տռամպլինից դահուկներով ցատկելուց):



Այն ուղեկցվում է շոկի տարբեր աստիճանի երևույթներով: Բնորոշ է արագ զարգացող ներքին արյունահոսություն (հատկապես լյարդի և փայծաղի պարենքիմայի պատվածքների ժամանակ), մաշկի և լորձաթաղանթի գունատություն, թելանման զարկեր, գիտակցության մթազնում կամ կորուստ, որովայնի մկանների մեծ լարվածություն:

Աղիների վնասման ժամանակ կարող է զարգանալ պերիտոնիտ:

Անհետաձգելի օգնություն

Սառը՝ համապատասխան հատվածի վրա, հանգիստ և շտապ հոսպիտալացում (հիմնականում անհրաժեշտություն է լինում վիրաբուժական միջամտության):

Փայծաղի վնասվածքները կազմում են որովայնի օրգանների բոլոր վնասվածքների 20-30%:

Կա փայծաղի միամուկենտ և երկմուկենտ վնասում:

Միամուկենտ պատռվածքի ժամանակ տեղի է ունենում պարենքիմալի և կապսուլայի միաժամանակյա վնասում:

Այս դեպքերում արյունահոսությունը պատռված փայծաղից որովայնի խոռոչ տեղի է ունենում անմիջապես վնասվածքից հետո:

Երկմուկենտ վնասվածքի ժամանակ սկզբից վնասվում է պարենքիմալ սուբկապսուլյար հեմատոմայի առաջացմամբ:

Կրկնակի թեթև պատճառից անգամ կապսուլան պատռվում է և արյունը անցնում է որովայնի խոռոչ: Վնասվածքից արյան անցումը որովայնի խոռոչ կարող է տևել մի քանի ժամից մինչև մի քանի շաբաթ: Կախված վնասման աստիճանից՝ կլինիկական պատկերը տարբեր է:

Հիմնական նշանները կապված են սուր արյունահոսության և շոկի հետ, որոնց միանում է նաև ստամաքի գրգռվածությունը: Հիվանդները զանգատվում են ձախ ենթակողի շրջանում ցավից, հազվադեպ՝ որովայնի վերին հատվածում ու ձախ թիակի և ուսագոտու ցավի ճառագայթումից:

Արյունով լցված ստամաքի գրգռման ժամանակ լարվում է որովայնի պատը և շատ ցավոտ է լինում շոշափման ժամանակ:

Ներքին արյունահոսությանը բնորոշ տեղային նշաններից բացի հիվանդի մոտ նկատվում է արագ զարգացող թուլություն, աղմուկ ականջներում, գլխապտույտ, սրտխառնոդ, փսխում, գիտակցության խանգարում, արյան ճնշման կտրուկ անկում: Անհետաձգելի օգնություն՝ սառը՝ համապատասխան հատվածների վրա, հանգիստ և շտապ հոսպիտալացում: Շատ կարևոր է ժամանակին վիրահատական միջամտությունը:

6. ՎԵՐՋՈՒՅԹՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Ոսկրամկանային համակարգի վնասվածքներն են՝ կոտրվածքը, կապանների, ջլերի և մկանների ձգումն ու պատռվածքը, հոդախախտը, որոնք առաջանում են այդ հյուսվածքների Ֆիզիոլոգիական հնարավորությունները գերազանցող ուժի ազդեցության հետևանքով: Հոդախախտ է կոչվում հոդի կազմի մեջ մտնող ոսկրերի կայուն տեղաշարժը միմյանց նկատմամբ: Ոսկրամկանային վնասվածքների համար բնորոշ են՝ ցավը, այտուցը, մաշկի գույնի փոփոխությունը, ձևափոխությունը, վնասված մասի գործունեության խանգարումը: Ցավը և ուժեղ արյունահոսությունը կարող են առաջացնել շոկ: Վնասված վերջույթի ձևի փոփոխությունը և շարժումների անկարողությունը ոսկրամկանային լուրջ վնասվածքի կարևոր նշաններից են և հաճախ վկայում են կոտրվածքի կամ հոդախախտի մասին:

Կոտրվածք է կոչվում ոսկրի ամբողջականության և անընդհատության խախտումը: Այն հայտնաբերելու համար վնասված մասը պետք է համեմատել հակառակ կողմի չվնասված մասի հետ:

Ոսկրի կոտրվածքի դեպքում կարող է առկա լինել նաև՝

- վերքից դուրս ցցված ոսկրեր,
- վնասված վերջույթում զգայունության կորուստ,
- շոշափելիս՝ ոսկրի բեկորների միմյանց հպվելու խրրթխրթոց,
- կոտրված ծայրերը իրար քսվելու ձայն,
- վերջույթի կարճացում (ավելի հաճախ ազդրի կոտրվածքի դեպքում):

Կոտրվածքները լինում են՝

- բաց, երբ ուղեկցվում են մաշկի ամբողջականության խախտումով,
- փակ, երբ մաշկի ամբողջականությունը չի խախտվում:

Բաց կոտրվածքները ավելի վտանգավոր են, քանի որ նման դեպքում մեծ է վարակի տարածման հավանականությունը:

Լուրջ վնասվածքը զննելու համար հագուստը կտրում են, ոչ թե հանում:

Ոսկրամկանային բուռը վնասվածքների դեպքում անհրաժեշտ է.

- Դադարեցնել արտաքին արյունահոսությունը, կոտրվածքի դեպքում՝ ճնշում գործադրել համապատասխան սեղման կետում:
- Օգնել տուժածին այնպիսի դիրք ընդունելու, որը կնվազեցնի ցավը:
- Անշարժացնել վնասված մասը վիրակապի, իսկ կոտրվածքի դեպքում՝ բեկակալի միջոցով, և բացառել այդ հատվածի ցանկացած շարժումը:
- Վնասված մասի վրա 24 ժամվա ընթացքում յուրաքանչյուր ժամը մեկ՝ 15 րոպեով դնել սառը թրջոցներ կամ սառցե պարկ:
- Անշարժացումից հետո բարձրացնել վնասված մասը:
- Չանգել շտապօգնություն:

Անշարժացման նպատակներն են՝

- ցավի նվազեցումը,
- փափուկ հյուսվածքների լրացուցիչ վնասման կանխումը,
- թրոմբոտիկ բարդությունների հավանականության նվազեցումը,
- վնասվածքի հնարավոր տարածման նվազեցումը,
- փակ կոտրվածքի վերածումը բաց կոտրվածքի:

Մարմնի վնասված մասի շարժումները կանխելու նպատակով օգտագործվում են բեկակալներ կամ վիրակապ: Բեկակալը հարմարանք է, որն օգնում է անշարժացնելու վնասված մասի շարժումները: Բեկակալները կարող են լինել կոշտ՝ փայտե, տախտակներ, մետաղական հարմարանքներ, ոլորված ամսագրեր, և փափուկ՝ ոլորված ծածկոցներ, ցանկացած փափուկ նյութեր, որոնց միջոցով կարելի է վնասված վերջույթը փաթաթել, պահել հարմար դիրքում՝ հենման և անշարժացման համար:

Անշարժացումը կարող է լինել նաև անատոմիական, երբ օգտագործվում են տուժածի մարմնի չվնասված մասերը (օրինակ՝ երբ մի ոտքը անշարժացնում են կապելով այն մյուս չվնասված ոտքին, ձեռքը՝ կրծքավանդակին):

Անշարժացնելիս՝ պետք է հետևել ստորև նշված սկզբունքներին.

- Անշարժացնելիս՝ տուժածին չպատճառել լրացուցիչ ցավ կամ անհանգստություն:
- Վնասված մասը անշարժացնել առանց նրա դիրքը փոխելու,

ասկայն, եթե վերջույթը անբնական անկյան տակ ծոված է, կամ տուժածը ընկած է շատ անհարմար դիրքով, և այդ դիրքում անշարժացնելը հնարավոր չէ, ապա թույլ է տրվում վերջույթը բերել ճիշտ դիրքի՝ անպայման բռնելով տակից՝ կոտրվածքից վերև և ներքև գտնվող հատվածներից, որպեսզի կոտրված մասը մնա անշարժ և նոր դրանից հետո անշարժացնել:

- Բեկակալը պետք է ընդգրկի վնասվածքից վերև և ներքև ընկած մասերը և հոդերը:

- Բաց կոտրվածքը պետք է ծածկել ստերիլ անձեռոցիկով: Անշարժացումից առաջ և հետո պետք է ստուգել արյան շրջանառությունը համապատասխան շրջանում:

Բեկակալները ճիշտ օգտագործելու համար պետք է հիշել, որ՝

- կռշտ բեկակալների դեպքում դրանց և մաշկի միջև պետք է տեղադրել որևէ փափուկ նյութ (լրացուցիչ վնասումը կանխելու նպատակով) հատկապես ոսկրային ելունների շրջանում (ծունկ, կռճեր),

- բեկակալը պետք է ամրացնել որևէ հարմար միջոցի օգնությամբ (վիրակապ, գոտի, փողկապ)՝ կապերը դնելով վնասված մասից դուրս,

- եթե բեկակալը ամրացնելուց հետո վնասված վերջույթում հայտնաբերվում է արյան շրջանառության խանգարում, պետք է թուլացնել դրված կապերը, բարձրացնել անշարժացրած մասը:

With the support of



7. ԱՌԱՆՁԻՆ ԴԵՊՔԵՐ



1. Ուսագոտի

Ուսագոտու լուրջ վնասվածքի դեպքում պետք է անշարժացնել վերջույթը՝ արմուկնուում ծալված ձեռքը ամրացնելով կրծքավանդակին եռանկյունաձև վիրակապով և հանգուցել առողջ կողմի անրակի շրջանում:

2. Անրակ

Անրակի կոտրվածք՝ այս վնասվածքի դեպքում կոտրված անրակի ծայրերը կարող են վնասել անոթները, նյարդերը և նույնիսկ թոքը: Այսպիսի վիճակում՝

- չի կարելի փորձել ուղղել անրակի ծայրերը,
- անհրաժեշտ է ձեռքը պահել այնպիսի դիրքում, որը կթուլացնի ուսագոտու մկանների լարվածությունը, որն էլ կնվազեցնի ցավը և շրջակա հյուսվածքները լրացուցիչ վնասելու հավանականությունը:

Դրա համար պետք է երկու ձեռքերի միջև տեղադրել որևէ փայտ և խնդրել տուժածին պահել այն արմնկափոսերում:

3. Բազկոսկր

Բազկոսկրի վնասվածքներ՝ բազկոսկրը վերին վերջույթի ամենախոշոր ոսկորն է, և այդ կոտրվածքը կարող է ունենալ լուրջ հետևանքներ:

Վնասվածքի դեպքում՝

- Օգնել տուժածին ընդունել առավել հարմար դիրք,
- Անշարժացնել բազկոսկրը դրա երկայնքով տեղադրելով կարճ բեկակալ՝ ուսից վերև և արմնկային հողից ներքև, մի փոքր դուրս

թողնելով դրա ծայրերը, ամրացնել երկու ծայրային հատվածները:

- Հենել ձեռքը կրծքավանդակին եռանկյունաձև վիրակապով:

4. Արմնկային հոդի վնասվածք

- Մինչ բեկակալով անշարժացումը հենել ձեռքի՝ ուսից մինչև դաստակ ընկած մասը՝ ձեռքի տակ փափուկ գործվածք դնելով:
- Եթե արմունկը ծալած է, բեկակալը անկյունով տեղադրել ձեռքի ներքին կողմից՝ մի փոքր դուրս թողնելով դրա ծայրերը բազկից վերև և դաստակից ներքև: Բեկակալը բազկին և դաստակին ամրացնել վիրակապով: Եթե արմունկը ուղղված է, ծալել երկու ձեռքերը արմնկային հոդերում և դրանք հետ տանել, ուղիղ գծով անշարժացնել այն ուսահոդից մինչև դաստակ:

5. Նախաբազկի, դաստակի վնասվածքներ

Նախաբազուկը անշարժացնել բեկակալով, որը պետք է ընդգրկի վնասված մասից վերև և ներքև ընկած հոդերը: Անշարժացրած ձեռքի շարժումները սահմանափակելու համար օգտագործել եռանկյունաձև վիրակապ: Ափը և մատները հարմար դիրքում պահելու համար ափի մեջ տեղադրել վիրակապի փաթեթ կամ որևէ գործվածք և ամրացնել այն վիրակապով: Մատների կոտրվածքի դեպքում որպես բեկակալ օգտագործել նեղ քանոն կամ որևէ փայտիկ:

6. Ազդրոսկրի վնասվածք

Դա մարմնի ամենախոշոր ոսկորն է: Ազդրոսկրի վերին հատվածի՝ վզիկի կոտրվածքը ավելի հաճախ հանդիպում է տարեց մարդկանց շրջանում: Այդպիսի վնասվածքի դեպքում մկանների ուժեղ կծկման հետևանքով առաջանում են բնորոշ ձևափոխումներ՝ վերջույթի զգալի կարճացում և նույնիսկ վնասված ոտքի պտտում, շրջում դեպի դուրս: Եթե ոտքը հատակին է, տուժածին չպետք է տեղաշարժել, քանի որ հատակը ինքնստիմյան հենարան է: Պահպանել նրա մարմնի նորմալ ջերմաստիճանը՝ ծածկելով որևէ տաք ծածկոցով: Եթե հնարավոր չէ զանգել շտապօգնություն, պետք է անշարժացնել ոտքը և տուժածին տեղափոխել հիվանդանոց: Ոսկրի երկայնքով դնել կոշտ բեկակալներ՝ ոտնաթաթից մինչև

անութային փուլը՝ արտաքին մակերեսով և ոտնաթաթից մինչև աճուկային մասը՝ ներքին մակերեսով, անշարժացնելով երեք հոդ՝ կոնքազորային, ծնկային և սրունք-թաթային: Կարելի է անշարժացնել նաև՝ ոտքը ոտքին կապելով:

7. Ծնկի հոդի վնասվածք:

Պահել ծունկը տուժածի համար հարմար դիրքում: Եթե այն ծավված է, հենելու համար ծնկի տակ դնել փափուկ գործվածք: Հիվանդանոց տեղափոխելու համար՝ անշարժացնել: Եթե ծունկը ծավված է, բեկակալը անկյունով տեղադրել ծնկի դրսի կողմից՝ մի փոքր դուրս թողնելով դրա ծայրերը ազդրոսկրից վերև և սրունքից ներքև, ամրացնել վիրակապով: Եթե ոտքը ուղղված է, անշարժացնել այն հետին մակերեսով՝ ազդրից մինչև սրունք-թաթային հոդը:

8. Սրունք

Սրունքի վնասվածքի դեպքում վերջույթը կոտրվածքից ներքև անբնական թեքություն է ընդունում: Անհրաժեշտ է արտաքին և ներքին կողմերից ծնկից մինչև սրունք-թաթային հոդ անշարժացնել սրունքը ընդհանուր սկզբունքներով և տուժածին տեղափոխել հիվանդանոց:

9. Սրունք թաթային հոդ

Սրունք թաթային հոդի վնասվածք:

Հոդը և ոտնաթաթը անշարժացնել փափուկ բեկակալով, օրինակ՝ մի քանի տակ ծաված ծածկոցով, ամրացնել այն չվնասված մասում:

With the support of

