

"Նամահայկական էլ. Գրադարան"

կայքի՝ www.freebooks.do.am

կողմից եւ ներկայացվում է իր

այցելուների ուշադրությանը:

The book created by "PanArmenian E. Library"



Գիրքը կարող է

օգտագործվել միայն ընթերցանության համար...

For more info: www.freebooks.do.am

ՄԱՅՑՈՒՄ ԿԱՐՂԻ ԵՔ ՁՅՔ ԵՐԿՐՈՒՄՆԵՐ ԱՐԿԵՐԱԸ ԼՅՅԱՅԱՌ
ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ ՏԱՐԱԾՄԱՆ ԳՈՐԾՈՒՄ ԵՎ ԻՆՏԵՐՆԵՏ
ԼՈՒՄԻՆՈՍԿԵՆԱՆԱԿԵԼ ԳՐԵՐ:

ՔՐՈՑՆԵ ԳՐԵՐԻ ՄՏԵՐՈՄԱՆ ՄԱՆՈՍՄԱՆԱԿԸ ԿԱՐՂԻ ԵՔ
ԻՄՈՒԱԿԱՆ "ՏԱՐԱԾՅԱՅԱԿԱՆ ԷԼԵԿՏՐՈՆԻԿԵՆ ԳՐԱԿՈՐՄԱՆ" ԿՈՑՔԻՑ

www.freebooks.do.am

ԵՆԴՐՈՒՄԸ ԵՎՐ, ՈՐ ԾԳՏՎՈՒՄ ԵՔ ՄՏԵՐ ԿՈՑՔԻՑ
ՑԱՆԿՈՒՄԸ ԵՎՐ ԶՈՒԵԼԻ ԸՆԹԵՐՏՈՒՆԻՑՈՒՄ:



ԳՐԵՐ ԱՐԿԵՐ՝ freebooks@rambler.ru

Ս.Ն.ՄՈՒՐԱՏՈՎ

ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ
ՆԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
ԵՎ ՆԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԸ

ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԸ

**ԹԱՐԳՄԱՆՎԱԾ Է ԵՐԿՐՈՐԴ ՎԵՐԱՄՇԱԿՎԱԾ ԵՎ ԼՐԱՑՎՅԾ
ՀՐԱՏԱՐԱԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**

**Թույլատրված է ԽՍՀՄ առողջապահության մինիստրության
ուսումնական հաստատությունների գլխավոր վարչության
կողմից որպես դասագիրք բժշկական ուսումնարանների
բուժֆուրական բաժնի սովորողների համար**

Մուրատով Ս. Ն.

Մ 994 Վիրաբուժական հիվանդություններ և հիվանդների խնամքը: Դասագիրք բժշկական ուսումնարանների բուժքույր. բաժնի սովորողների համար: Թարգմ. է 2-րդ վճրամշ. հրատ.(թարգմ. Ռ. Մ. Արևյան). — Եր.: Լույս, 1989. — 407 էջ:

Դասագիրքը կազմված է երկու բաժնից: «Ընդհանուր վիրաբուժություն» բաժնում լուսաբանված են վիրաբուժական ինֆեկցիայի, ցավազրկման հարցերը, նախավիրահատական և հետվիրահատական շրջանների կազմակերպումը և այլ հարցեր:

«Մասնավոր վիրաբուժություն» բաժնում նկարագրված են գլխի, պարանոցի, բերանի խոռոչի, կրծքավանդակի, որովայնային խոռոչի, միզասեռական համակարգի վնասվածքները և հիվանդությունները:

Եզրափակիչ գլուխը նվիրված է վերակենդանացման և դժբախտ պատահարների դեպքում առաջին օգնություն ցույց տալու հարցերին:

Դասագիրքը նախատեսված է բժշկական ուսումնարանների բուժքույրական բաժնում սովորողների համար:

Մ 4108050000 (7) 150 . 1989
702 (01) 89

ԳՄԴ 54 . 5 ց 723

С. Н. Муратов
ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ С УХОДОМ
ЗА БОЛЬНЫМИ

Учебник для учащихся медсестринских отделений
медицинских училищ
(на армянском языке)
Ереван «Луїс» 1989

ISBN 5-545-00204-9

© Издательство «Медицина», 1981

© «Լույս» հրատարակչություն, թարգմանված է հայերեն, 1989

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Հասկացություն վիրաբուժության և վիրաբուժական հիվանդությունների մասին: Վիրաբուժություն բառը նշանակում է ձեռագործություն, արհեստ, վարպետություն: Վիրաբուժության այսպիսի նեղ հասկացողությունը չի համապատասխանում այս առարկայի բովանդակությանը և ավելի շատ ունի պատմական նշանակություն, երբ վիրաբույժները դիմում էին գերազանցապես ձեռքով միջամտելուն՝ կատարում էին հողախախտի ուղղում, վերքերի մշակում, արյան բացթողում: Ներկայումս վիրաբուժության անվան տակ հասկացվում է բժշկագիտության առաջատար մասնագիտություններից մեկը, որն ուսումնասիրում է հիվանդությունը, հիվանդության բուժման համար հիմնականում կիրառում է հյուսվածքների վրա մեխանիկական ներգործության եղանակը, որ հաճախ ուղեկցվում է հյուսվածքի հատումով, որպեսզի մերկացվի ատաբանական օջախը և այն հեռացվի:

Վիրաբուժական հիվանդությունները կարելի է բաժանել հետևյալ խմբերի՝

1) Զարգացման արատներ և անոմալիաներ (հետանցքի անանցքություն, կոշտ քիմքի ճեղք, սրտի բնածին արատներ և այլն):

2) Վնասվածքներ կամ տրավմաներ (վերքեր, հողախախտներ, կոտորվածքներ, այրվածքներ, ցրտահարություն, էլեկտրահարություն):

3) Վիրաբուժական ինֆեկցիա (թարախակույտ, ֆլեգմոնա, օստեոմիելիտ, ոսկրահոդային տուբերկուլյոզ):

4) Ուռուցքներ (բարորակ և շարորակ):

5) Հյուսվածքների մեռուկացում:

6) Խառը հիվանդություններ, որոնք բուժում են ինչպես թերապևտները, այնպես էլ վիրաբույժները՝ ելնելով հիվանդության զարգացման աստիճանից և նկատվող բարդություններից (ստամոքսի և 12-մատնյա աղու խոցային հիվանդություն, թոքի թարախակույտ, լեղապարկի բորբոքում և այլն):

Վիրաբուժության նվաճումների շնորհիվ մի շարք այսպես կոչված թերապևտիկ հիվանդություններ սկսեցին բուժել վիրաբուժական եղանակով (օրինակ՝ սրտի բնածին և ձեռքերովի արատները): Վիրաբու-

ժուլթյան զարգացման համար լայն հեռանկար է բացում օրգանների և հյուսվածքների պատվաստումը (երիկամ, սիրտ, թոք, լյարդ):

Վիրաբուժության պատմությունը: Վիրաբուժության սաղմերը առաջացել են հեռավոր անցյալում: Պեղումների ժամանակ հայտնաբերվել են քարե դարի մարդկանց գանգեր՝ տրեպանացիոն (արհեստական ձեւով բացված) անցքերով: Հին եգիպտացիները կարողացել են կատարել վերջույթի անդամահատում, ամորձատում, երկար խողովակավոր ոսկրերի կոտրվածքի դեպքում դրել են անշարժացնող կապ: Հին հնդիկները կիրառել են վիրաբուժական ասեղներ և մշակել են հյուսվածքները կարելու տեխնիկան:

Նրանք ունեցել են տարբեր վիրաբուժական օրրժիքներ, որոնց օգնությամբ կատարել են պլաստիկ վիրահատում քթի վերականգնման համար:

Վիրաբուժությունը զարգացման բարձր մակարդակի էր հասել Հին Հունաստանում և Հին Հռոմում, որտեղ բժիշկները ունեցել են մեծ հարգանք: Հին Հունաստանի մեծ բանաստեղծ Հոմերոսը գրել է. «Մեկ հմուտ բժշկողը բազմաթիվ ուղղակիներ արժե»: Մեր թվականությունից առաջ V դարի հույն մեծագույն բժիշկ Հիպոկրատը գիտական բժշկության և վիրաբուժության հիմք դրեց: Նրա գիտական աշխատությունները թարգմանված են ուսուցիչ: Հիպոկրատը մշակեց թարախային վերքերի բուժման մեթոդները, արյունահոսության դադարեցումը, առաջարկեց վիրահատության նախապատրաստվելիս պահպանել խիստ մաքրություն, օգտագործել մաքուր անձրևաջուր: Կոտրվածքների բուժման համար կիրառեց շինան, ձգումը, մերսումը, մարզանքը, իսկ նրա վիրահատական վարպետությունը շատ բարձր մակարդակ ունեցավ:

Հին Հռոմի բժիշկ Յելսը, որն ապրել է մեր թվականության I դարում, թողել է մեծ քանակությամբ հանրագիտարանային բնույթի աշխատություններ, որտեղ շարադրել է այդ ժամանակաշրջանի բժշկական գիտելիքները: Նկարագրել է վիրահատումներ, որոնք պահպանել են իրենց արդիականությունը և ներկայումս կիրառվում են (օրինակ, կատարակտի հեռացում, միզապարկի քարերի հեռացում, գանգի տրեպանացիա):

Գալենը, որն ապրել է մեր թվականության II դարում, թողել է ժառանգություն, որն իշխեց բժշկության մեջ հետագա 13 հարյուրամյակների ընթացքում: Նա շատ արժեքավոր տեղեկություններ է թողել ֆիզիոլոգիայի, անատոմիայի և պրակտիկ վիրաբուժության վերաբերյալ: Նա մշակեց արյունահոսության դադարեցման եղանակը՝ կապելով արյունահոսող անոթը, կարեր դնելու համար կիրառեց մետաքսաթելը, նկարագրեց բազմաթիվ վիրահատումներ (օրինակ՝ նապաստակի շրթունքի):

Մեծ ներդրում ունի վիրաբուժության զարգացման գործում բուխա-

րացի բժիշկ Աբու-Իբն-Սինան (Ավիցենան, 980—1037 թթ.), թողել է հարյուրից ավելի գիտական աշխատանքներ: Հատկապես ուշադրության արժանի է նրա «Բժշկական վարպետության կանոնագիրքը», որտեղ տրված է այդ ժամանակաշրջանի տեսական և գործնական բժշկագիտության բնութագիրը:

Միջնադարում եկեղեցու տիրապետության հետևանքով վիրաբուժությունը, որպես գիտություն, լայն զարգացում չունեց: Դիակների հերձուժը և վիրահատումները՝ կապված արյան հեղման հետ, արգելվում էին, վիրահատողը մահվան էր դատապարտվում: Վիրաբուժությունը՝ հիմնականում զինվորականը, անցավ արհեստավորների, սափրիչների ձեռքը: Նրանք ձեռք բերելով ավագ վարպետների իմացածը, տոնավաճառներում և շուկաներում առաջարկում էին իրենց ծառայությունը: Սափրիչների մեջ քիչ չէին տգետները, բայց և կային նշանավոր անձնավորություններ: Այդպիսիներից էր ֆրանսիացի վիրաբույժ Ամբրուազ Պարեն (1517—1590), որը ուսմունք ստեղծեց հրազենային վերքերի մասին: Նրա մեծ ծառայությունը անդամահատման տեխնիկայի կատարելագործումն էր և արյան անոթների կապումը այս վիրահատման դեպքում:

Վերքերի բուժման մեծ փորձ ուներ Պարացելսը (1493—1541): Նա, օգտվելով քիմիայի նվաճումներից՝ տեսական և պրակտիկ բժշկության կատարելագործման համար, մշակեց տտիպ նյութերի և մի շարք այլ դեղանյութերի կիրառման եղանակները:

Վեզալիուսի (1514—1564) անատոմիական հետազոտությունները, Հարվեյի (1578—1657) կողմից արյան շրջանառության օրենքների հայտնագործումը, Լեենհուկի (1632—1723) կողմից միկրոսկոպի հայտնագործումը՝ նախապայմաններ ստեղծեցին բժշկագիտության և վիրաբուժության արագ զարգացման համար: Փարիզում 1731 թ. հիմնադրվեց վիրաբուժական ակադեմիա, որը դարձավ այդ ժամանակաշրջանի վիրաբուժական գիտության մտքի կենտրոնը: XIX դարը բերեց գիտական նոր տվյալներ, որոնք թափ հաղորդեցին վիրաբուժության զարգացմանը: Հիմք դրվեց ախտաբանական անատոմիային, փորձարարական բժշկությանը, միկրոբիոլոգիային, տեղագրական անատոմիային:

1846 թ. քիմիկոս Զեկսոնը և ատամնաբույժ Մորտոնը պարզեցին, որ եթերի գոլորշիների ներշնչման դեպքում անջատվում է գիտակցությունը, իսպառ վերանում է ցավի զգացումը: 1847 թ. մանկաբարձ-վիրաբույժ Սիմպսոնը կիրառման մեջ դրեց քլորոֆորմային նարկոզը:

Այդ ժամանակներում կատաղի թշնամի էր հանդիսանում ներհիվանդանոցային վարակը, հիվանդները մեռնում էին վերքերի թարախային վարակից, շնայած հաջող վիրահատման: Անգլիացի վիրաբույժ Լիստերը (1827—1912) ելնելով Պաստյորի աշխատանքներից՝ թե բոլոր տեսակի նեխման և խմորման պատճառները հանդիսանում են մանրէները,

եկավ այն եզրակացութեան, որ վերքերի թարախակալման պատճառը հունդիսանում են կենդանի միկրոօրգանիզմները՝ մանրէները, որոնք վերքի մեջ են անցնում օդից: Այդ մանրէների դեմ պայքարելու համար կիստերը առաջարկեց օգտագործել կարբոլաթթու: Այդ նպատակով վիրասրահի օդը հագեցվում էր կարբոլաթթվի լուծույթով, վիրաբույժի ձեռքերը և վիրահատական դաշտը մշակում էին կարբոլաթթվով: Վիրահատական կարերը և վիրահատական վերքը ծածկվում էր հատուկ վիրակապով, որը ներծծված էր կարբոլաթթվով: Անտիսեպտիկ եղանակը մեծ թափ հաղորդեց վիրաբուժութեան զարգացմանը, բայց միաժամանակ այն ուներ մի շարք թերություններ: Կարբոլաթթուն դանդաղեցնում է վերքի ռեգեներացիան և ներծծվելով կարող է թունավորում առաջացնել: Այս վտանգը նվազեցնելու համար Բերգմանը առաջարկեց ասեպտիկայի եղանակը, որի հիմքում ընկած է վիրակապական նյութերի, վիրաբուժական գործիքների մանրէազերծումը բարձր ջերմաստիճանի գոլորշիով, ինչպես նաև վիրահատութեան կազմակերպված և վիրահատական սեկցիայի պահպանման առանձնահատուկ ձևը:

Հաջորդ կարևոր նվաճումները, որ նպաստեցին վիրաբուժության զարգացմանը, Լանդշտայների կողմից արյան խմբերի բացահայտումն էր և արյան փոխներարկման եղանակների մշակումը Յանսկու կողմից:

Ցավազրկումը վիրահատումների ժամանակ, անտիսեպտիկայի և ասեպտիկայի եղանակները, արյան փոխներարկումը հնարավորություն տվեցին XIX դ. վերջերին և XX դարի սկզբներին մշակելու ստամոքսի, աղիների, լյարդի, լեղուղիների, երիկամների վիրահատման մեթոդներ:

XX դարը բնորոշվում է հաջող նախապատրաստումով և լայնորեն ներդնելով վիրաբուժական պրակտիկան՝ կերակրափողի, թոքերի, սրտի, հենաշարժական ապարատի վիրահատումների դեպքում, ինչպես նաև ուղեղի և նյարդերի վիրահատումների ժամանակ: Սկսվում է օրգանների և հյուսվածքների՝ երիկամների, սրտի, լյարդի, թոքերի պատվաստման (տրանսպլանտացիա) եռանդուն պատրաստութուն:



Ն. Բ. Պիրոզով

Հայրենական վիրաբուժության զարգացման մասին շատ քիչ տվյալներ են պահպանվել: Մինչև XVII դարը եզակի հիշատակումներ կան թարախակույտերի բացման, դաղման, արյունահոսութունների դեպքում վիրախժում կատարելու մասին: Վիրաբուժական օգնություն էին ցույց տալիս ինքնուս հեքիմները: Միայն XVII դարում երևան եկան զինվորական բժիշկները և նրանց հետ նաև ղեղազործները: 1654 թ. բացվեցին ուսական առաջին բժշկա-

կան դպրոցը՝ «ոսկրաբուժարանը» և երկու ժամանակավոր զինվորական հոսպիտալներ: 1706 թ. Պետրոս Առաջինի հրամանով Մոսկվայում բացվեց առաջին հոսպիտալը, որը դարձավ «Ռուսաստանի բժշկական դըպրույր, կամ բժշկավիրաբուժական ուսումնարանը»: XVIII դարում բացվեցին բժշկավիրարուժական ակադեմիան Պետերբուրգում, իսկ Մոսկվայի համալսարանում՝ բժշկական ֆակուլտետ: Հետագայում այս հաստատությունները դարձան բժշկագիտության խոշոր կենտրոններ, էական ազդեցություն ունեցան վիրաբուժության զարգացման գործում:



Ն. Տ. Սկլիֆասովսկի

Մոսկվայի համալսարանում աչքի ընկնող տեղ էր գրավում պրոֆեսոր Ե. Օ. Մուխինը՝ «Վիրաբուժական վիրահատումների նկարագիրը» գրքի հեղինակը:



Ն. Ա. Բուրդենկո

Պետերբուրգի բժշկավիրաբուժական ակադեմիայի առաջատար դեմքը պրոֆեսոր Ի. Ֆ. Բուշն էր, որը գրել է կլինիկական վիրարուժության ձեռնարկը: Նրա աշակերտ պրոֆ. Ի. Վ. Բուչալսկին կազմեց անատոմիավիրաբուժական ատլաս:

Հայրենական և արտասահմանյան վիրարուժության կորիֆեյը իրավամբ համարվում է Նիկոլայ Իվանովիչ Պիրոգովը:



Յու. Յու. Ջենալիձե

Ն. Ի. Պիրոգովը ծնվել է 1810 թ. Մոսկվայում: Ավարտել է Մոսկվայի համալսարանի բժշկական ֆակուլտետը, հետո անցել է պրոֆեսորական գործունեության հատուկ պատրաստություն՝ Յուրևի (ներկայումս՝ Տարտու) համալսարանում: Քսանվեց տարեկան հասակում նա գլխավորում է վիրարուժական ամբիոնը և հրատարակում «Զարկերակային ցողունների և փակեղների վիրարուժական անատոմիան» աշխատությունը: Ն. Ի. Պիրոգովը պահանջում էր, որ վիրարույժները լավ իմանան անատոմիան, չտակապես տեղագրականը, որն ուսումնասիրում է մի շարք օրգանների և հյուսվածք-



Ա. Ն. Բակունյե

ների փոխհարաբերակցությունը, ստեղծեց տեղագրական անատոմիայի ատլասը:

Բժշկական ֆակուլտետներում ստեղծվեցին նոր ամբիոններ՝ տեղագրական անատոմիայի և վիրահատական վիրաբուժության: Ն. Ի. Պիրոգովը ձգտում էր վերացնել ցավը վիրահատման ժամանակ: Նա առաջին անգամ Ռուսաստանում վիրահատումների ժամանակ անզգայացման համար օգտագործեց եթերը՝ 1847 թ. Կովկասում մղվող պատերազմի ժամանակ:

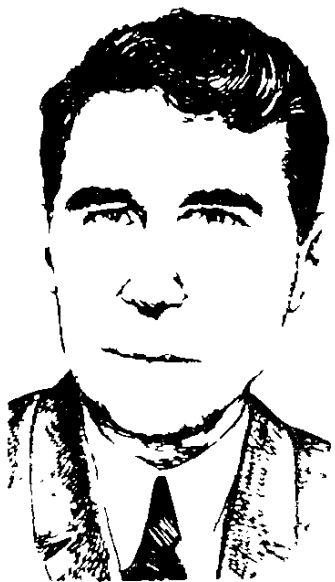
Վերքերի թարախակալման պրոֆիլակտիկայի նպատակով Ն. Ի. Պիրոգովը մշակեց վիրաբուժական բաժանմունքի հատուկ ուժիմ: Նա պահանջում էր, որ հիվանդասենյակները լավ օդափոխվեն, բժիշկները հետևեն իրենց ձեռքերի և գործիքների մաքրությունը, առաջարկեց կիրառել հատուկ թեյամաններ, որի օգնությամբ վերքերը լվանում էին եռացրած, ապա հովացրած ջրի շիթով: Ն. Ի. Պիրոգովը ցույց տվեց, որ վերքերի թարախակալման պատճառը հանդիսանում են այսպես կոչվող միազմաները, որոնց մասին դեռևս Հիպոկրատն էր նշել:



Ս. Ս. Յուչին

Նա գրել է «Ռազմադաշտային ընդհանուր վիրաբուժության սկզբունքները» գիրքը, որտեղ բացի վերքերի կանխարգելումից ու բուժումից, նա առաջարկում է «ռազմական գործողությունների բեմում» հատուկ ուշադրություն նվիրել վիրավորների տեսակավորման հարցերին: Նա առաջինը Ռուսաստանում կիրառեց գիպսյա կապը՝ կոտրրվածքների բուժման համար:

Վիրաբույժների հաջորդ սերունդը տվեց մի շարք մեծ գիտնականներ: Նրանց մեջ առանձնահատուկ տեղ է գրավում Ն. Վ. Սկլիֆասովսկին, որը շատ բան է արել ասեպտիկայի և անտիսեպտիկայի զարգացման և տարածման համար:



Ա. Գ. Սավինիս

XX դարի սկզբում հիմնադրվեցին վի-

բորումական դպրոցներ՝ Վ. Ա. Օպպելը, Գ. Ն. Տուրները՝ Պետերբուրգում, Ա. Վ. Մարտինովը և Պ. Պ. Դյակոնովը՝ Մոսկվայում, Վ. Ի. Ռայումովսկին՝ Կազանում, Ա. Ի. Սպասոկուկոցկին՝ Սարատովում, Պ. Ի. Տիխովը՝ Տոմսկում:

Հոկտեմբերյան սոցիալիստական մեծ հեղափոխությունը մեր երկրում ստեղծեց բոլոր պայմանները ժողովրդական առողջապահության գործադման համար: Հատկապես մեծ նվաճումների հասավ բժշկությունը, մասնավորապես վիրաբուժությունը, Հայրենական մեծ պատերազմի տարիներին: Բուժումից հետո շարք վերադարձավ վիրավորների ավելի քան 70 %-ը, այն դեպքում, երբ առաջին համաշխարհային պատերազմի ժամանակ լոկ 40—50 %-ը ապաքինվեց:

Խորհրդային ժամանակաշրջանի վիրաբուժության առավել մեծ ներկայացուցիչներն են հետևյալ գիտնականները՝

Ս. Պ. Ֆյոդորովը (1869—1936) հիանալիորեն տիրապետում էր վիրահատման տեխնիկային: Մեծ ներդրում ունի երիկամների, միզաժրուանների, միզապարկի վիրաբուժության կատարելագործման ասպարեզում: Թողել է հիմնական աշխատություններ լեղապարկի վիրաբուժության վերաբերյալ:

Ս. Ի. Սպասոկուկոցկին (1870—1943) հայտնի է թոքերի և պլևրայի թորախային վիրաբուժությանը վերաբերող հիմնական աշխատանքներով, արյան փոխներարկման կլինիկափորձարարական հետազոտությամբ, վիրաբույժի ձեռքերի մշակման եղանակների վերաբերյալ և այլն:

Ն. Ն. Բուրդենկոն (1878—1946) մեծ ներդրում ունի շոկի, վերքերի բուժման, ռազմադաշտային վիրաբուժության բնագավառում: Հիմնադրել է նեյրովիրաբուժական ինստիտուտը: Եղել է ԽՍՀՄ բժշկական գիտությունների ակադեմիայի առաջին պրեզիդենտը, Խորհրդային բանակի գլխավոր վիրաբույժը:

Պ. Ա. Գերցենը (1871—1946) եղել է փայլուն վիրաբույժ: Նա մշակել է վիրահատման մի շարք ինքնատիպ եղանակներ, որոնք կրում են իր անունը՝ ճողվածքահատումը ազդրային ճողվածքի դեպքում, միզապարկ-աղիքային բերանակցումը, ուղիղ աղու ամրացնելու եղանակը, կերակրափողի պլաստիկան:

Յու. Յու. Ջանելիձեն (1883—1950) հանդիսանում է սրտի վիրաբուժության հիմնադիրներից մեկը, հեղինակը մի շարք ինքնատիպ աշխատությունների, որոնք նվիրված են այրվածքներին, ջլերի և ոսկրերի սլյուստիկային, աղիքային անանցանելիությանը, անհետաձգելի վիրաբուժությանը:

Ն. Ն. Պետրովը (1876—1964) ականավոր Խորհրդային ուռուցքաբան էր, ուռուցքաբանության վերաբերյալ կապիտալ ձեռնարկի հեղինակ: Մեծ

ներդրում ունի ԽՍՀՄ-ում հակաքաղցկեղային ծառայության կազմակերպման ասպարեզում:

Ա. Վ. Վիշնևսկին (1874—1948) մշակեց և բժշկական պրակտիկայում լայնորեն ներդրեց տեղային ցավազրկման եղանակները, յուղաբալզամային վիրակապերը և մի շարք վիրահատական միջամտություններ: Նրա աշխատանքները շարունակեց Ա. Ա. Վիշնևսկին:

Ա. Ն. Բակուլևը (1890—1937) սրտի և մագիստրալային անոթների վիրաբուժության հիմնադիրն է: Նա զբաղվել է նաև վիրաբուժության այլ բաժինների զարգացմամբ, հիմնադրել է սիրտ-անոթային վիրաբուժության ինստիտուտը, եղել է ԽՍՀՄ բժշկական գիտությունների ակադեմիայի պրեզիդենտը:

Ս. Ս. Յուդինը (1891—1954) մի շարք աշխատանքների հեղինակ է, որոնք նվիրված են ստամոքս-աղիքային ուղու վիրաբուժությանը: Արժեքավոր են նրա աշխատությունները հատկապես կերակրափողի վերականգնման (պլաստիկայի) և ողնուղեղային ցավազրկման բնագավառում:

Ա. Գ. Սավինիխը (1888—1963)՝ նշանավոր սիբիրցի վիրաբույժ, մշակել է կերակրափողի և միջնորմի օրգանների ստոծանու միջով վիրահատելու մեթոդիկան, ինչպես նաև առաջարկել է բարձր ողնուղեղային ցավազրկման մեթոդը:

Ներկայումս նշանավոր խորհրդային վիրաբույժների մի ամբողջ համաստեղություն է աշխատում՝ ակադեմիկոս Բ. Վ. Պետրովսկին (կերակրափողի, սրտի միջնորմի և մագիստրալային անոթների վիրահատումներ), նշանավոր խորհրդային ուռուցքաբան ակադեմիկոս Ն. Ն. Բլոխինը, նշանավոր թոքային վիրաբույժ ԽՍՀՄ ԲԳԱ ակադեմիկոս Լ. Կ. Բոգուշը, ԽՍՀՄ ԲԳԱ ակադեմիկոս Բ. Ա. Կորոլյովը (սրտի վիրահատումներ), ԽՍՀՄ ԲԳԱ ակադեմիկոս Ի. Ս. Կոլեսնիկովը (կրծքային վիրաբուժություն), ԽՍՀՄ ԲԳԱ ակադեմիկոս Վ. Ի. Ստրուչկովը (թոքերի և պլերայի հիվանդություններ, թարախային վիրաբուժություն), ԽՍՀՄ ԲԳԱ թրդթակից անդամ Ն. Մ. Ամոսովը (թոքերի, սրտի վիրահատումներ, բժշկական ավտոմատիկ կառավարում) և շատ ուրիշներ:

Վիրաբուժական օգնության կապմակերպումը ԽՍՀՄ-ում: Մեր երկրում ընդունված է ազգաբնակչության էտապային սպասարկումը: Գյուղական վայրերում՝ կոլեկտիվ և խորհրդային տնտեսություններում, ինչպես նաև խոշոր ձեռնարկություններում կան առողջապահական կետեր, որտեղ սպասարկում է միջին բուժանձնակազմը: Նրանց խնդիրն է ցույց տալ առաջին՝ նախաբժշկական օգնությունը (արյունահոսության դադարեցում, վիրակապում և այլն): Առավել բարդ հիվանդագին վիճակի դեպքում (վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակում, ֆլեգմոնայի և թարախակույտի հատում և այլն)՝ հիվանդներին ուղար-

կում են բժշկական տեղամասեր և պոլիկլինիկաների վիրաբուժական կայրինիստներ, Հիվանդներին հիվանդանոցային (ստացիոնար) բուժման համար հասցիատալացման են ենթարկում՝ շրջանային, քաղաքային, երկրամասային և հանրապետական հիվանդանոցների վիրաբուժական բաժանմունքներում: Մի շարք քաղաքային, երկրամասային և հանրապետական հիվանդանոցների համապատասխան բաժանմունքներում ցույց են տալիս մասնագիտացված վիրաբուժական օգնություն (կրծքային, սրտամատուցիական): Բացի մասնագիտացված բաժանմունքներից, մեծ թուղարներում կան հատուկ գիտահետազոտական ինստիտուտներ, որոնք հուպարված են ժամանակակից սարքավորումներով և համալրված են բարձրորակ մասնագետներով ու գիտական աշխատողներով: Այսպիսի ինստիտուտները սպասարկում են հանրապետության կամ մի քանի մարզերի տղգարնակչուժյանը:

Վիրաբուժական դեոնտոլոգիա: Դեոնտոլոգիան գիտություն է պարտքի մասին: Բժշկական դեոնտոլոգիա ասելով պետք է հասկանալ բուժաշխատողների վարքի որոշակի կանոնների ամբողջությունը՝ հանդեպ հիվանդի ու նրա հարազատները՝ առավել շափով բուժական արդյունքի հասնելու նպատակով: Վիրաբուժական դեոնտոլոգիան բժշկական դեոնտոլոգիայի մի մասն է, որն ուղղված է ամենից առաջ հիվանդի վիրաբուժական բուժումը բարելավելուն, նվազեցնելու կամ ամբողջովին վերադնելու նախա- և հետվիրահատական հոգեկան վնասվածքները:

Վիրաբուժական դեոնտոլոգիայի հիմնադիր Ն. Ն. Պետրովը հետևյալ կերպ է ձևակերպում նրա հիմնական դրույթները.

1. աշխատանքների ներդաշնակ կատարում՝ իրավունքների և պարտականությունների հիմնավորված, խելացի տեղաբաշխում վիրաբուժական բաժանմունքի հիմնական աշխատողների միջև.
2. հիվանդների հոգեվիճակի մշտական ստուգում, որը կատարվում է բուժման արդյունքի և այդ հոգեվիճակի պահպանման համար, միաժամանակ պետք է կանխել հոգեկան վնասվածքը (տրավման).
3. գիտական գիտելիքները՝ տարբեր հիվանդությունների մասին, համաձայնեցված բուժման ենթակա յուրաքանչյուր հիվանդի կոնկրետ յուրահատկությունների հետ, այսինքն՝ առավել լիարժեք անհատական տիտարոշում և մշակել ենթադրվող բուժման պարզ պլան.
4. բարեխղճորեն կենսագործել «վիրաբուժությունը հիվանդների համար, այլ ոչ թե հիվանդները՝ վիրաբուժության» սկզբունքը.
5. բացահայտել և քննարկել թույլ տրված սխալները և այսպիսով փորձ կուտակել:

Վերոհիշյալ պահանջները վերաբերում են ոչ միայն վիրաբույժին, այլև բուժքրոջը: Բուժքույրը պետք է ճշտությամբ կատարի իր աշխատանքային պարտականությունները, հիվանդների հետ վերաբերվելիս

լինի համեստ և հասարակ, մշտապես մաքուր, հարգարանքը (կոսմետիկան) չպետք է շարաշահի, կարողանա շփում ստեղծել ամենակամակոր և զրգոված հիվանդի հետ, արժանանա հիվանդների հարգանքին, մշտապես զգույշ լինի, երբ հիվանդի հետ զրուցում է նրա հիվանդության մասին, հատկապես ուռուցքային հիվանդության, նրա կողմից հիվանդության մասին տրվող տեղեկությունները, բուժման մեթոդները, ելքը պետք է ամբողջությամբ համապատասխանեն բուժող բժշկի և մյուս աշխատանքային ավագ գործընկերների կարծիքին:

Սերը դեպի մարդը և իր մասնագիտությունը պետք է լինի բուժքրոջ բնորոշ առանձնահատկությունը:

Միջին բուժանձնակազմի դերը վիրաբուժական օգնություն ցույց տալու դեպքում: Վիրաբուժական հիվանդների բուժման գործում մեծ դեր ունի միջին բուժանձնակազմը: Շատ դեպքերում վիրաբուժական բուժման արդյունքը կախված է ժամանակին և ճիշտ ցույց տրված առաջին օգնությունից. դա, որպես օրենք, կատարում է միջին բուժանձնակազմը: Հիվանդին ճիշտ ձևով վիրահատության նախապատրաստելը, վիրահատական սեկցիայի աշխատանքի լավ կազմակերպումը, հետվիրահատական շրջանի ուշադիր խնամքը լավ գրավական են հիվանդի հաջող բուժման համար: Այս էտապներում բուժքույրը ակտիվորեն և անմիջականորեն մասնակցում է բուժմանը: Լավ խնամքը կանխում է հնարավոր բոլոր տեսակի բարդությունները, որոնք վտանգավոր են կյանքի համար: Վիրաբուժական հիվանդությամբ տառապող հիվանդի խնամքի կանոնների անսխալ կատարումը վիրաբուժական օգնության կարևոր օղակներից մեկն է:

Բուժքույրը բժշկի առաջին օգնականն է: Հիվանդի բուժման բժշկի նշանակումների մեծ մասը կատարում է բուժքույրը: Նա պետք է բժախընդրորեն ու ազնվորեն կատարի բժշկի բոլոր նշանակումները, ուշադիր ու հոգատար լինի հիվանդների նկատմամբ:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

Գլուխ I

ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱ

ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱՆԵՐԻ ԵՎ ՆՐԱ ՀԱՐՈՒՑԻՉՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

«Ինֆեկցիա» ասելով պետք է հասկանալ մարդու օրգանիզմի (մակրոօրգանիզմի) և միկրոօրգանիզմների, առավել հաճախ՝ մանրէների փոխհարաբերակցությունը, որն ուղեկցվում է մակրոօրգանիզմի որոշակի պատասխան ռեակցիայով:

Ինֆեկցիայի մասնավոր բաժնին է վերաբերում վիրաբուժական ինֆեկցիան: Այս ինֆեկցիայի տակ հասկացվում են մարդու օրգանիզմի թալասաբորբոքային պրոցեսները (սրանք առաջանում են հիվանդածին (թարախածին) միկրոօրգանիզմներից), որոնք վիրահատական բուժում են պահանջում (ֆուրունկուլ, կարբունկուլ, ֆլեգմոնա, ոսկրերի օստեոմիելիտ, վերքերի թարախակալում և այլն):

Վիրաբուժական ինֆեկցիայի հարցերը քննարկելիս պետք է ծանոթ լինել այնպիսի հասկացությունների, ինչպիսիք են. 1) առաջնային ինֆեկցիան, երբ պրոցեսը զարգանում է, օրինակ՝ վերքի սկզբնական վարակումը, 2) ռեինֆեկցիան, կրկնակի վարակում առաջնային վարակի վերացումից հետո, 3) սուպերինֆեկցիան, երբ եղած ինֆեկցիոն պրոցեսը դեռևս չվերացած՝ նորից տեղի է ունենում վարակում, սովորաբար ընթանում է ավելի ծանր:

Օրգանիզմի մեջ միկրոօրգանիզմների ներթափանցման համար անհրաժեշտ են «մուտքի դռներ», այսինքն՝ ծածկույթների՝ մաշկի, լորձաթաղանթների ամբողջականության խախտում: Վիրաբուժական ինֆեկցիան կախված է երկու գործոններից՝ օրգանիզմի մեջ ներթափանցած միկրոօրգանիզմների քանակից, նրանց հիվանդածին ակտիվությունից և օրգանիզմի պաշտպանական ուժերից: Որքան արտահայտված է լինում առաջինը և թույլ է լինում երկրորդի հնարավորությունը, այնքան ուժեղ է արտահայտվում ինֆեկցիան:

Վիրաբուժական ինֆեկցիայի պրոֆիլակտիկայի հիմքում ընկած է օրգանիզմի պաշտպանական ուժերի ակտիվացումը, մաշկի և լորձա-

Թաղանթների միկրոֆլորայով կեղտոտվածության նվազեցումը, ինչպես նաև վնասվածքի կանխումն ու ժամանակին այն վիրաբուժական մշակման ենթարկելը:

Արդեն զարգացած վիրաբուժական ինֆեկցիայի բուժման համար ամենից առաջ առավելագույնի են հասցվում օրգանիզմի իմունոլոգիական ուժերը և ստեղծվում են անբարենպաստ պայմաններ միկրոֆլորայի զարգացման համար: Այս նպատակով վիրաբուժական պրակտիկայում լայն կիրառում գտան անտիսեպտիկ պրեպարատները, անտիբիոտիկները և պրեպարատներ, որոնք բարձրացնում են օրգանիզմի պաշտպանական ուժերը, ինչպես և բուժման վիրաբուժական եղանակներ:

Վիրաբուժական վիրահատումը, երբ կատարվում է հյուսվածքների հատում (արյունային վիրահատում), կամ առանց հյուսվածքները հատելու՝ հոդախախտների և կոտրվածքների ուղղում (ոչ արյունային վիրահատում), լայն հնարավորություն է ստեղծում ինֆեկցիայի զարգացման համար (բաց «մուտքի դռներ» վիրահատական վերքի միջով, հյուսվածքներում արյան առկայություն, վիրահատական միջամտության հետևանքով օրգանիզմի դիմադրողականության նվազում):

Վիրահատական միջամտության շրջանում ինֆեկցիայի զարգացումը կանխելու նպատակով ներկայումս մշակվել են մի շարք միջոցառումներ: Վիրահատական բրիգադը հատուկ եղանակով մշակում է ձեռքերը, սպիտակեղենը, վիրակապական նյութերը, գործիքները պատրաստվում են այնպես, որ այն ամենը, որ շփվելու է վերքի հետ՝ լինի մանրէազերծված (ասեպտիկա): Որոշ դեպքերում վիրահատումից առաջ և գրեթե միշտ վիրահատումից հետո հիվանդը ստանում է դեղանյութեր՝ նրա օրգանիզմի ներսում եղած միկրոֆլորան ոչնչացնելու նպատակով (անտիսեպտիկա): Մեծ ուշադրություն պետք է դարձնել ցավազրկմանը և նրա ճիշտ կատարմանը, քանի որ լավ կատարված ցավազրկումը ստեղծում է ոչ միայն հանդիսատ վիճակ վիրահատական միջամտության շրջանում, ինչը կարևոր պրոֆիլակտիկ միջոցառում է ինֆեկցիայի զարգացման համար, այլև նպաստում է պահպանելու օրգանիզմի դիմադրողական ուժերը: Արյունային վիրահատական միջամտությունների դեպքում անհրաժեշտ է հանգամանորեն զբաղվել հեմոստազով (արյունահոսության դադարեցում), ոչ արյունային վիրահատական միջամտությունների դեպքում մանիպուլյացիաները պետք է զգուշությամբ կատարել, որպեսզի կոտրվածքի կամ հոդախախտի շրջանում չաճի հեմատոման (արյան կուտակում), քանի որ հյուսվածքներում (և ոչ թե արյան անոթներում) գտնվող ազատ արյունը հիանալի սննդային միջավայր է միկրոօրգանիզմների աճի՝ այսինքն ինֆեկցիայի զարգացման համար:

Միայն վերոհիշյալ միջոցառումների մանրակրկիտ, www.a-pdf.com կատարումը կարող է կանխել ինֆեկցիոն բարդությունների զարգացումը:

Թարախածին մանրէներ: Թարախածին մանրէները, որոնք առաջացնում են հիվանդագին վիճակներ, կարող են լինել աերոբներ (ապրում և զարգանում են թթվածնային միջավայրում) և անաերոբներ (որոնք զարգանում են ոչ թթվածնային միջավայրում):

Ստաֆիլոկոկը (*Staphylococcus aureus*) աերոբ է, որը կարող է զարգանալ նաև անաերոբ պայմաններում: Հայնորեն տարածված է, գրտնրվում է օդում, հագուստի, առարկաների, մարդու մարմնի վրա և այլն: Ստաֆիլոկոկը լինում է սպիտակ և ոսկեգույն: Այս մանրէն հաճախ առաջացնում է թարախային բորբոքումներ: Ստաֆիլոկոկը լավ է դիմանում շորությանը և ոչնչանում է եռացող ջրում մի քանի րոպե հետո միայն:

Ստրեպտոկոկը (*Streptococcus pyogenes*), ինչպես ստաֆիլոկոկը լայնորեն տարածված է, բավականին դիմացկուն է, առաջացնում է թարախային պրոցեսներ, հաճախ ախտահարում է լորձաթաղանթները և հողերի ձուսպաթաղանթները:

Պնեմոկոկը (*Pneumococcus*) աճում է աերոբ և անաերոբ պայմաններում: Առավել հաճախ առաջացնում է թոքերի և հողերի ձուսպաթաղանթների բորբոքում:

Աղիֆային ցուպիկը (*B. coli communis*) գտնվում է աղիներում և արտաթորանքներով կեղտոտված տեղերում: Բազմանում է աերոբ և անաերոբ պայմաններում: Հաճախ բարդացնում է թարախային պրոցեսների ընթացքը: Այս մանրէի ներգործության հետևանքով կարող է տեղի ունենալ մկանների, ճարպաբջջանքի, կապանների և փակեղների թարախային քայքայում:

Անաերոբ մանրէներից վիրաբուժության մեջ առավել մեծ է գազային գանգրենայի և փայտացման հարուցիչների դերը:

Գազային գանգրենայի ցուպիկը (*Clostridium perfringens*) գազային գանգրենայի առավել տարածված հարուցիչն է: Առաջացնում է սպորներ, մշակում է թունավոր նյութեր և գազ: Թունավոր նյութերը առաջացնում են հեմոլիզ, ընդհանուր թունավորում, ախտահարում են նյարդային համակարգը:

Չարուակ այտուցի ցուպիկը (*Clostridium oedematiens*) սպորագոյացնող մանրէ է: Արտադրում է թունավոր նյութեր, որոնք առաջացնում են մկանների և բջջանքի այտուց:

Սեպտիկ վիրբիոն (*Clostridium vibriion septicum*): Սրա թունավոր նյութերը շճային և շճաարյունային բորբոքման հետևանքով առաջացնում են զարգացող այտուց: Առաջացնում է մկանների և բջջանքի մեռուկ: Թունավոր նյութերը ախտահարում են անոթները:

Հյուսվածքները լուծող բացիլը (*Clostridium histoliticum*) սպոր

առաջացնող շարժուն մանրէ է: Անշատում է թունավոր նյութեր, որոնք առաջացնում են հյուսվածքների մեռուկ, քայքայում, լուծում:

Փայաացման հարուցիչը (*Clostridium tetani*) սպոր առաջացնող մանրէ է: Սպորները դիմանում են եռացմանը: Հարուցիչները աճելով արտադրում են թունավոր նյութեր՝ տետանոհեմոլիզին և տետանոսպազմին, վերջինս անցնելով կենտրոնական նյարդային համակարգ՝ առաջացնում է յուրահատուկ ախտահարում՝ փայտացում, որը ծանր ինֆեկցիոն հիվանդութուն է:

Օրգանիզմի ներսում ինֆեկցիայի վարձացման պայմանները: Օրգանիզմի մեջ մանրէների ներթափանցումից հետո ախտաբանական պրոցեսը ոչ բոլոր դեպքերում է զարգանում: Օրգանիզմի բավարար պաշտպանական ուժերի առկայության դեպքում մանրէները կարող են ոչընչանալ: Օրգանիզմի ներսում ինֆեկցիայի զարգացման հիմնական պայմաններն են՝ օրգանիզմի պաշտպանական ուժերի թուլացումը, ներթափանցած հարուցիչների մեծ քանակը և նրանց բարձր հիվանդածին ակտիվությունը: Մի շարք դեպքերում (հատկապես հրազենային վերքերի) օտար մարմնի միջոցով օրգանիզմի հյուսվածքների մեջ նույնպես անցնում են տարբեր միկրոօրգանիզմներ: Այս կամ այն պատճառով օտար մարմինը չի հեռացվում: Օրգանիզմի պաշտպանական ուժերի շնորհիվ օտար մարմնի շուրջը առաջանում է շարակցահյուսվածքային թաղանթ՝ միջնապատ օտար մարմնի և օրգանիզմի միջև: Սակայն, երբ վնասվում է այս թաղանթը կամ երբ թուլանում են օրգանիզմի պաշտպանական ուժերը, այս ինֆեկցիան իրեն զգացնել է տալիս՝ առաջացնելով թարախակալում կամ նույնիսկ ուժգին սեպտիկ վիճակ: Այսպիսի ինֆեկցիան անվանվում է նիրհած ինֆեկցիա:

Վերքի մեջ ինֆեկցիայի հարուցիչների ներթափանցման ուղիները: Ինֆեկցիայի հարուցիչները վերքի մեջ կարող են ներթափանցել երկու ճանապարհով՝ էկզոգեն և էնդոգեն:

Էկզոգեն ճանապարհով ինֆեկցիան ներթափանցում է արտաքին միջավայրից՝ օդից (օդային ինֆեկցիա), վերքի հետ շփվող առարկաներից (շփման ինֆեկցիա), սպասարկող անձնակազմի և հիվանդների հազի և խոսակցության ժամանակ արտադրվող թքի և լորձի միջոցով (կաթիլային ինֆեկցիա), այն առարկաներից, որոնք թողնվել են հյուսվածքներում (կարեր, վիրախժուծներ). կոչվում է իմպլանտացիոն ինֆեկցիա:

Էնդոգեն ճանապարհով առաջացող ինֆեկցիայի սկզբնական օջախը գտնվում է հիվանդի օրգանիզմի ներսում (մաշկի թարախային ախտահարում, նշիկների բորբոքում, փշացած ատամ, շնչառական ուղիների լորձաթաղանթի բորբոքում և այլն):

Ինֆեկցիայի հարուցիչները վերքի մեջ կարող են անցնել ինչպես

վիրահատութեան ժամանակ, այնպես և հետվիրահատական շրջանում՝ արյունային (հեմատոգեն) կամ ավշային (լիմֆոգեն ճանապարհով) անոթներով:

Վիրաբուժության մեջ մշակված միջոցառումների հաջորդական սխեմայի հնարավորություն է տալիս վերքի մեջ մանրէների ներթափանցման վտանգը նվազեցնել: Սրան կարելի է հասնել՝ կիրառելով անտիսեպտիկայի և ասեպտիկայի եղանակները, որոնք հանդիսանում են ժամանակակից վիրաբուժության հիմքը:

Անտիսեպտիկա

Անտիսեպտիկա ասելով հասկացվում է այն միջոցառումների համակարգը, որոնք ուղղված են վերքի, ախտաբանական գոյացության և ամբողջ օրգանիզմի մեջ եղած մանրէների ոչնչացմանը կամ նրանց քանակի նվազեցմանը:

Անտիսեպտիկայի տեսակներն են՝ 1) քիմիական վարակազերծում, 2) ֆիզիկական միջոցներ (ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներ), 3) մեխանիկական եղանակ (վերքի եզրերի հատում, հեռացում), 4) կենսաբանական միջոցներ (շիճուկներ, վակցինաներ, անտիբիոտիկներ):

Անտիսեպտիկ միջոցներ: Ներկայումս կիրառվում են մեծ քանակությամբ անտիսեպտիկ նյութեր: Առավել լայնորեն կիրառվում են նյութերի հետևյալ խմբերը.

1. Հալոգենների խումբ: Քլորաքսիտ (Cloracidum): Կիրառվում է 0,5 % լուծույթը՝ վիրաբույժի ձեռքերի, ռետինե ձեռնոցների, կաթետերների, դրենաժների մանրէազերծման համար, ինֆեկցիայի ենթարկված վերքերի բուժման, թարախային խոռոչների լվացման համար:

Քլորամին Բ (Cloramimum B): Կիրառվում է 2 %-անոց լուծույթը նույն նպատակների համար:

Յոդի սպիրտային լուծույթը (Solutio jodi spirituosa): Կիրառվում են 5—10 %-անոց լուծույթները որպես ախտահանող միջոց՝ վիրահատման դաշտը մշակելու, վերքերի եզրերին քսելու համար և այլն:

Լյուգոլի լուծույթ (Solutio Lugoli): Յոդի և կալիումի յոդիտի սպիրտային կամ ջրային լուծույթն է: Կիրառվում է կետգուտի մանրէազերծման և լորձաթաղանթներին քսելու համար:

Յոդոնատ (Jodonti): Նատրիումի ալկիլսուլֆատների և յոդի ջրային լուծույթների խառնուրդն է: Կիրառվում է 1 %-անոց լուծույթը, որը նոսրացվում է երեք անգամ թորած ջրով՝ վիրահատման դաշտը մշակելու համար:

2. Թթվածին անջատող նյութերի խումբ: Ջրածնի պերօքսիդ (Sol. Hydrogenii peroxydati diluta): Կիրառվում է թարախային վերքերի լվացումների համար որպես մաքրող և ախտահանող միջոց: Օգտագոր-

ժելիս առաջացնում է փրփուր, որը մեխանիկական եղանակով հեռացնում է անկենսունակ հյուսվածքները:

Կալիումի պերմանգանատ (Kalii permanganas): Ուժեղ թթվածին անջատող նյութ է: Կիրառվում են 0,1—0,5 %-անոց լուծույթները վերքերի և խոռոչների վնասումների համար որպես մաքրող և հոտազերծող միջոց, 2—5 %-անոց լուծույթները օգտագործվում են որպես դաբաղող միջոց:

Բորաթթու (Acidum boricum): Կիրառվում է 2 % լուծույթը կապտականաչավուն թարախի հարուցիչով ախտահարված վերքերի վնասումների համար, կարելի է օգտագործել քսուքների և ցանափոշու ձևով:

3. Ծանր մեաաղների աղերի խումբ: **Սնդիկի դիկլորիդ** կամ սուլեմա (Hydrargiri dichloridum): Կիրառվում է միայն խնամքի առարկաների, ձեռնոցների ախտահանման համար՝ 1:100 լուծույթը: Սուլեման ուժեղ թույն է, նբանով աշխատելիս պետք է զգույշ լինել: Պահվում է Ա խմբի ցուցակում:

Դիոցիդ (Diocidum): Օժտված է ուժեղ անտիսեպտիկ հատկությամբ: Կիրառվում է ձեռքերի մշակման (1:5000 լուծ.), գործիքների մանրէազերծման (1:1000 լուծ.) համար:

Արծաթի նիտրատ (Argenti nitras): Կիրառվում է որպես ախտահանող միջոց միզապարկի, վերքերի վնասումների ժամանակ՝ 1:1000 լուծույթների ձևով: Վերքերի ավելորդ գրանուլացիաները այրելու համար օգտագործվում է 10 % լուծույթը:

Պրոտարգոլ (Protargolum): Կիրառվում է որպես պատող, ախտահանող և հակաբորբոքային միջոց միզապարկի բորբոքումների դեպքում՝ 1—3 % լուծույթների ձևով:

Կոլլարգոլ (Collargolum): Օգտագործվում է 0,2 % լուծույթը, որպես ախտահանող և հակաբորբոքային միջոց թարախային վերքերի վնասումների համար:

Արծաթի բոլոր պրեպարատները պետք է պահել մութ, լավ փակվող ամանում, լույսից պաշտպանված տեղում:

4. Սպիրտներ: **Էթիլ** (կամ **գինու**) **սպիրտ** (Spiritus aethylicus): Ունի ինչպես ախտահանող, այնպես էլ դաբաղող հատկություն: Օգտագործվում են 70 %—96 % լուծույթները՝ ձեռքերի, վիրահատման դաշտի մշակման համար:

5. Ֆորմալդեհիդներ: **Ֆորմալին** (Formaldehydum solutum): Ֆորմալդեհիդի 40 %-անոց ջրային լուծույթն է: Կիրառվում է գործիքների ախտահանման համար (0,5 %-անոց լուծույթը): Մտնում է եռակի խառնուրդի կազմի մեջ (ֆորմալին 20 գ, կարբոլաթթու 10 գ, սոդա 30 գ՝ 1000 մլ թորած ջրին):

6. Ֆենոլ: **Ֆենոլ-կարբոլաթթու** (Acidum carbolicum): Կիրառվում

ին 3—5 %-անոց լուծույթներ՝ խնամքի առարկաների ախտահանման, գործիքների, ռետինե ձեռնոցների մանրէազերծման համար: Մտնում է հոսակի խառնուրդի կազմի մեջ:

Ջյուբի խեժը (Picis lequidae) կեչու կեղևի շոր թորման խեժն է: Հանդես է բերում անտիսեպտիկ և հակաբորբոքային հատկություն: Մըտնում է վիշնևակու քսուքի կազմի մեջ՝ քսերոֆորմ 3 գ, խեժ 3 գ, ձկան յուղ 94 գ:

7. Ներկերի խումբ: Ռիվանոլ (Aethacridini lactas): Կիրառվում է 1:1000 և 1:500 լուծույթների ձևով թարախային վերքերի, թարախային խոռոչների վնասման համար:

Բրիլիանաին կանաչ (Viridis nitentis): Կիրառվում է 0,1—0,2 %-անոց լուծույթը մաշկին քսելու համար՝ թարախային հիվանդությունների դեպքում:

Մեթիլեն կապույտ (Methylenum coeruleum): Օգտագործվում է սրպես անտիսեպտիկ միջոց (1—3 %-անոց սպիրտային լուծույթների մեջ)՝ այրվածքների և մաշկի թարախային հիվանդությունների ժամանակ:

8. Նիտրոֆուրանի ածանցյալներ: Ֆուրացիլին (Furacilinum): Օգտագործվում է 1:5000 լուծույթը թարախային վերքերի բուժման, խոռոչների վնասումների համար: Ակտիվությամբ է ներգործում անաերոբ ֆլորայի վրա:

Ֆուրագին (Furaginum): Օգտագործվում է 0,1 %-անոց լուծույթը հատկապես բրոնխիալ ծառի հիվանդությունների դեպքում:

9. Սուլֆանիլամիդային պրեպարատներ: Սարեպտոցիդ (Streptocidum): Օգտագործվում է տարբեր տեղակայում ունեցող բորբոքային հիվանդությունների դեպքում: Նշանակվում է ներքին ընդունման 0,5—0,1 գ օրը 4—6 անգամ:

Նոքսուլֆազոլ (Norsulfazolum): Ավելի ակտիվ է, քան ստրեպտոցիդը, հատկապես այն հիվանդությունների դեպքում, որոնք առաջացնում են ստաֆիլոկոկները: Նշանակվում է 0,5—0,1 գ, 4—6 ժամը մեկ անգամ:

Սուլֆադիմեզին (Sulfadimezinum): Առավել ուժեղ ազդող սուլֆանիլամիդներից մեկն է: Դեղաչափը հավասար է նախորդ պրեպարատին:

Սուլֆադիմետոքսին (Sulfadimethoxinium): Սուլֆանիլամիդային շարքի պրեպարատ է, շատ ակտիվ է, երկարատև ազդեցություն ունի: Ազդում նշանակվում է 1 գ օրը երկու անգամ, հետագայում՝ օրը 1 գ:

10. Անտիբիոտիկներ (կենսաբանական անտիսեպտիկներ): Օժտված են արտահայտված կենսաբանական ակտիվությամբ: Նրանք կարող են ստացվել մանրէներից, բույսերից, կենդանի հյուսվածքներից և արհեստական ճանապարհով:

Քիմիայի նվաճումները նպաստեցին ստեղծելու արհեստական ու փխսաարհեստական անտիբիոտիկներ երկարատև ազդեցությամբ օժտված: Կիսաարհեստական պենիցիլինը բարձր ակտիվության պրեպարատ է ստաֆիլոկոկների դեմ, որոնք կայուն են պենիցիլինի հանդեպ և լայնորեն կիրառվում է հետվիրահատման շրջանում, էմպիեմաների, սեպսիսի, օստեոմիելիտի և այլ դեպքերում:

Ազդեցության լայն ոլորտ ունեցող անտիբիոտիկները հաջողությամբ կիրառվում են միզուղիների և ստամոքսաղիքային ուղու հիվանդությունների դեպքում:

Պենիցիլինի խումբ: Այս խումբը իրենից ներկայացնում է մեծ քանակությամբ պենիցիլինի տարբեր աղեր: Այս խմբի դեղանյութերը մեծ ներգործություն ունեն տարբեր տեսակի միկրոօրգանիզմների վրա: Վերջին ժամանակներս առաջ է եկել ստաֆիլոկոկի նոր տեսակ, որը ավելի կայուն է պենիցիլինի հանդեպ և պրեպարատը այս դեպքում արդյունավետ չէ: Պենիցիլինը լուծվում է ֆիզիոլոգիական լուծույթի կամ 0,25—0,5 %-անոց նովոկաինի լուծույթի մեջ: Պենիցիլինը արագությամբ հեռանում է օրգանիզմից, այդ պատճառով էլ ներարկվում է օրը 4—6 անգամ: Միանվագ միջին դեղաչափը մեծահասակների համար 200000—300000 ՄԻ, օրվա դեղաչափը 1000000-ից մինչև 3000000 ՄԻ: Պենիցիլինը կարելի է սրսկել ենթամաշկային, միջմկանային, ներերակային, ներզարկերակային, ներշնչափողային, ինչպես նաև ողնուղեղի խողովակի և տարբեր խոռոչների (որովայնի, պլևրայի, հոդերի) մեջ: Ներքին ընդունման համար պենիցիլինը կիրառվում է ֆենօքսիմեթիլպենիցիլինի (Phenoxymethylpenicillinum) ձևով, որը ստամոքսազյութից չի քայքայվում: Պենիցիլինով երկարատև բուժման դեպքում (հատկապես, երբ այն համակցվում է այլ անտիբիոտիկների հետ) զարգանում է սնկային հիվանդություն՝ կանդիդոմիկոզ:

Ստրեպտոմիցինի խումբ: Ստրեպտոմիցին (Streptomycinum): Ցուցաբերում է արտահայտված արդյունավետ ներգործություն տարբեր տեսակի միկրոօրգանիզմների, այդ թվում և տուբերկուլյոզային միկրոբակտերիայի վրա: Ներարկվում է միջմկանային՝ 500000—1000000 ՄԻ օրը 1—2 անգամ:

Ստրեպտոցիլին (Streptocillinum): Իրենից ներկայացնում է բենզիլ պենիցիլինի և ստրեպտոմիցինի աղերի խառնուրդ: Ստրեպտոցիլինը համակցում է պենիցիլինի և ստրեպտոմիցինի հատկությունները, ուստի լավ արդյունք է տալիս խառը ինֆեկցիայի դեպքում: Նշանակվում է օրը 1—2 անգամ մինչև 900000 ՄԻ քանակով:

Տետրացիկլինի խումբ: Տետրացիկլին (Tetracyclini hydrochloridum): Կիրառվում է հետվիրահատական բարդությունների պրոֆիլակտիկայի, այրվածքների, տարբեր թարախային հիվանդությունների դեպ-

րում: Սեպսիսի դեպքում օգտագործվում է համակցված ձևով ստրեպտոմիցինի և պենիցիլինի հետ: Օգտագործվում է ներքին ընդունման հարկի ձևով՝ 0,1—0,15 գ օրը 4—6 անգամ: Օրվա ամենաբարձր դեղաչափը 2 գ: Տեղային բուժման համար օգտագործվում է 1—2 %-անոց քսուքների ձևով:

Քլորտետրացլին (Chlortetracyclini hydrochloridum): Արդյունավետ է այն հիվանդությունների դեպքում, որոնք առաջացել են պենիցիլինի և ստրեպտոմիցինի հանդեպ կայուն միկրոօրգանիզմներից: Կարելի է կիրառել այլ անտիբիոտիկների հետ համակցված ձևով: Օգտագործվում է յարերի ձևով 100000—200000 ՄԻ քանակով: Օրվա դեղաչափը 2000000 ՄԻ ավելի չպետք է լինի: Տեղային բուժման համար օգտագործվում է լուծույթների և քսուքների ձևով:

Օֆտետրացլին (Oxytetracyclini hydrochloridum): Ըստ կազմության և ազդեցության նման է տետրացիկլինին: Նշանակվում է հարկի ձևով՝ 100000—500000 ՄԻ (0,1—0,5 գ) մեկ ընդունման համար, օրը 3—4 անգամ: Առավելագույն օրվա դեղաքանակը 2 գ:

Անտիբիոտիկներ ամինոգլիկոզիդային շարքի: Մոնոմիցին (Monomycinum): Ընդլայնված ներգործություն ունի: Ակտիվ է այն միկրոօրգանիզմների հանդեպ, որոնք կայուն են տետրացիկլինի, լեոմիցետինի և ստրեպտոմիցինի նկատմամբ: Նախատեսվում է միջմկանային սրբսկման 250000 ՄԻ օրը 3 անգամ, ինչպես և ներքին ընդունման համար: Կրկարատև օգտագործման դեպքում կարող է նկատվել ռեակցիա՝ լսողական ներվի ներհտի ձևով, իսկ երբեմն էլ՝ երիկամների ախտահարում:

Կոլիմիցին (կամ նեոմիցին) սուլֆատ (Colimycinum): Ընդլայնված ներգործություն ունի: Կիրառվում է որովայնի, պլևրալ խոռոչի, վերքերի թարախային պրոցեսների բուժման համար: Խոռոչների մեջ է ներարկվում 700000 մինչև 1400000 ՄԻ՝ լուծված 10—20 մլ 0,5 %-անոց նսվոկաինի մեջ: Վերքերի բուժման համար օգտագործվում են 0,25—0,5 %-անոց կոլիմիցինի լուծույթով վիրախոռոչներ: Կոլիմիցինի 5 %-անոց քսուքը օգտագործվում է մաշկին քսելու համար:

Լեոմիցետինի խումբ: Լեոմիցետինը (Laevomycetinum) արհեստական պրեպարատ է, ներգործության լայն հնարավորություն ունի: Նշանակվում է 0,5 գ քանակով ուտելուց 20—30 րոպե առաջ՝ օրը 3—4 անգամ:

Սինթոմիցին (Synthomycinum): Սկզբում ներգործում է լեոմիցետինը: Կիրառվում է արտաքին 1—5—10 %-անոց էմուլսիաների ձևով՝ թարախային վերքերի, այրվածքի մակերեսների, խոցերի բուժման համար:

Հակասնկային տնտիբիոտիկներ: Նիստատին (Nystatinum): Ազդում է հիվանդածին սնկերի վրա, հատկապես Candida տիպի խմորա-

անկերի: Մանրէների հանդեպ ակտիվ չէ: Կիրառվում է տարբեր ծագում ունեցող կանդիդոմիկոզների բուժման և պրոֆիլակտիկայի համար: Օգտագործվում է ներքին ընդունման հաբերի ձևով 50000 ՄԻ օրը 3—4 անգամ, կամ 250000 ՄԻ օրը 5—8 անգամ: Ծանր կանդիդոմիկոզների դեպքում դեղաքանակը շատացվում է:

Լևորին (Levorinum): Նույնպես կիրառվում է կանդիդոմիկոզի ժամանակ, դեղապատիճով՝ ներքին ընդունման 50000 ՄԻ օրը 2—3 անգամ, կամ քսուքների ձևով լորձաթաղանթներին քսելու համար:

Անտիբիոտիկների ընդարձակ հավաքակազմը հնարավորություն է տալիս առավել արդյունավետ օգտագործել այս կամ այն պրեպարատը կամ սրանց համակցությունը: Միաժամանակ այս կամ այն անտիբիոտիկների համատեղ կիրառման դեպքում անհրաժեշտ է հաշվի առնել նրանց համատեղ ազդեցության բնույթը: Մի դեպքում անտիբիոտիկները ուժեղացնում են միմյանց ազդեցությունը, իսկ մյուս դեպքում նկատվում է նրանց ազդեցության ներհակությունը (անտագոնիզմ):

Աղյուսակ 1-ում պատկերված է կարևոր անտիբիոտիկների և սուլֆանիլամիդային պրեպարատների համատեղելիության:

Աղյուսակ 1
Կարևոր անտիբիոտիկների և սուլֆանիլամիդների համատեղելիության սխեման

Պրեպարատների անվանումը	Պենիցիլին	Ռիստոմիցին	Նեոմիցին	Ստրեպտոմիցին	Պոլիմիքսին	Էրիթրոմիցին	Օլեանդոմիցին	Տետրացիկլին	Լևոմիցետին	Նիտրոֆուրանցալին	Մոնոմիցին	Սիգմոմիցին	Կանամիցին	Ամպիցիլին	Փեպորին	Լինկոմիցին
Պենիցիլին		+	++	+++	++	+	+	++	++	+	+++		++			
Ռիստոմիցին	+		++	+++	++	++	++	++	+	-	++		++			
Նեոմիցին	++	++		-	-	++	++	++	++	++	-					
Պոլիմիքսին	++	++	-	+	++	++	++	++	++	++	-					
Էրիթրոմիցին	±	±	++	++	++		++	++	++	++	++					
Օլեանդոմիցին	±	±	+++	++	±	++	++	+++	++	++	+++					
Տետրացիկլին	±	±	++	±	++	++	+++	++	++	-	++		++		++	
Լևոմիցետին	±	±	++	±	++	++	++	++	++	-	++					
Նիտրոֆուրանցալին	+	-	++	++	++	++	++	++	+		++					
Մոնոմիցին	+++	++	-	++	++	++	++	++	++		++					
Սիգմոմիցին			±		±			++	++		±		±		++	++
Կանամիցին	++		-	-	-			++	++				±	++	++	++
Ամպիցիլին				++								±	++	++	++	
Փեպորին				++				++					++	++	++	
Լինկոմիցին	+++	+++	-		+	++	++	±	±	++	-	++	++	++		++
Ստրեպտոմիցին													++	++		
Սուլֆանիլամիդներ	++	++	++	++	++	++	++	+++			++					++

Պ ա յ մ ա ն ա կ ա ն ն շ ա ն ն ե ր՝ (++) խիստ ուժգին փոխներգործություն, (+) բավականին ուժգին փոխներգործություն, (+) նվազ ուժգնության փոխներգործություն, (±) որոշ դեպքերում՝ անտագոնիզմ, (-) անհամատեղելի զուգակցում:

Հիվանդների կողմից անտիբիոտիկների ընդունման որոշումը: Անտիբիոտիկի նկատմամբ զգայունությունը բարձրացումը որոշելու համար պրվում է ներմաշկային փորձ: Այդ նպատակով 0,1 մլ ֆիզիոլոգիական լուծույթը, որը պարունակում է 1000 ՄԻ անտիբիոտիկ, ներարկվում է ներմաշկային, նախաբազկի ափային մակերեսի վրա: Ստուգման նպատակով նախաբազկի մեկ այլ մասում ներարկվում է նույն քանակությամբ ֆիզիոլոգիական լուծույթ, որը անտիբիոտիկ չի պարունակում: Այն մարդկանց մոտ, որոնց զգայունությունը անտիբիոտիկի նկատմամբ բարձր է, անտիբիոտիկի ներարկման տեղը այտուցվում է, առաջանում է կարմրություն, ցան:

Մաշկային փորձը խոր ակոսման (սկարիֆիկացիայի) եղանակով: Փորձի տեղը նույնն է, ինչ որ նախորդինը: Մաշկը մշակվում է 70 տոկոսանոց սպիրտով: Կաթեցվում է մեկ կաթիլ հետազոտվող անտիբիոտիկից, որը նոսրացվում է նատրիումի քլորիդի իզոտոնիկ լուծույթով հետևյալ կերպ՝ 0,5 ՄԻ 1 մլ ալերգիկ անամնեզի դեպքում և 50 ՄԻ 1 մլ մնացած դեպքերում: Այդ մասում կատարվում է մաշկի ակոսում (սկարիֆիկացիա): Արդյունքը կարդացվում է նույն կերպ, ինչ որ ներմաշկային փորձի դեպքում:

Ծնթալեզվային փորձ: Հիվանդին փոքրիկ գնդիկի ձևով տրվում է հետազոտվող դեղանյութի 1/4—1/8 մասը՝ լեզվի տակ 10—20 րոպե պահելու համար: Դրական ռեակցիայի դեպքում առաջանում է շրթունքների այտուց, բերանի լորձաթաղանթների վրա՝ բշտիկներ: Ընդհանուր ռեակցիան բոլոր փորձերի դեպքում նույնն է՝ գլխապտույտ, մաշկի քոր:

Անտիբիոտիկի նկատմամբ դրական ռեակցիայի դեպքում նրա ընդունումը հակացուցված է:

Բոլոր անտիբիոտիկները լավ համակցվում են հակասնկային պրեպարատների՝ նիստատինի, լեոռինի և ամֆոտերիցին Բ հետ:

Միալները և վտանգը անտիբիոտիկոթերապիայի դեպքում: Անտիբիոտիկների համապատասխան դեղաչափի ոչ նիշտ որոշումը: Անտիբիոտիկի չհիմնավորված թերապևտիկ դեղաչափի ավելացման դեպքում նա կարող է թունավոր ազդեցություն ունենալ: Օրինակ, ստրեպտոմիցինի, կանամիցինի, մոնոմիցինի գերդոզավորման դեպքում նրանք կարող են օտոտոքսիկ ազդեցություն ունենալ՝ ընդհուպ լսողության լրիվ կորուստը:

Դեղաչափի անբավարար քանակության դեպքում բուժումը արդյունավետ լինել չի կարող և հիվանդությունը կարող է ընդունել խրոնիկական ընթացք:

Անտիբիոտիկոթերապիայի հակացուցումները: Անտիբիոտիկների նշանակումները հակացուցված են վիրուսային հիվանդությունների, անհայտ ծագում ունեցող տենդային վիճակների դեպքում:

Անտիբիոտիկի ոչ նիշա ընտրությունը: Հաջող անտիբիոտիկոթերապիայի համար իդեալական պայման է հանդիսանում հարուցիչի նկատմամբ անտիբիոտիկի նիշա ընտրություն կատարելը: Հարկավոր է կիրառել ազդեցության նեղ ոլորտի պրեպարատ: Ազդեցության լայն ոլորտի անտիբիոտիկի կիրառման դեպքում կարող է նկատվել թունավորման երևույթներ և զարգանալ դիսբակտերիոզ: Հարկավոր է հաշվի առնել նաև անտիբիոտիկի դեղաբանական ազդեցությունը և նրա ախտաբանական օջախի մեջ ներթափանցելու ուղիները:

Անտիբիոտիկների շնիմնավորված համատեղ կիրառումը: Անտիբիոտիկների գործածման դեպքում պետք է հիմք ընդունել մոնոթերապիան, կիրառելով մեկ պրեպարատ, հաշվի առնելով միկրոօրգանիզմների զգայունությունը անտիբիոտիկի նկատմամբ: Անտիբիոտիկները կարելի է համակցել միայն խառը ինֆեկցիայի դեպքում, երբ ախտորոշումը հաստատվում է լաբորատոր եղանակով: Անտիբիոտիկների շնիմնավորված համատեղ կիրառման դեպքում մեծանում է կողմնակի երևույթների և ալերգիկ ազդեցության վտանգը: Չի կտրելի օգտագործել տյն անտիբիոտիկները, որոնց պիտանիության ժամկետը անցել է կամ պտնվել են ոչ նիշա ձևով:

Անտիբիոտիկների կողմնակի ազդեցությունները: Ալերգիկ ռեակցիաներ: Առաջանում է այն հիվանդների մոտ, որոնց զգայունությունը անտիբիոտիկի նկատմամբ բարձր է: Զգայունությունը կարող է բարձրանալ ոչ միայն ներարկվող անտիբիոտիկներից, որոնք առաջացնում են ռեակցիան, այլև ուրիշ դեղանյութերից, որոնք ստեղծում են բարձր զգայունության ֆոն:

Պրոֆիլակտիկա: Պետք է հիվանդին հարցնել, թե նախկինում նրան անտիբիոտիկ ներարկելիս ռեակցիա նկատվել է, թե ոչ: Անտիբիոտիկի սկզբնական քանակը պետք է քիչ լինի: Ներարկումից առաջ պետք է ստուգվի հիվանդի զգայունությունը անտիբիոտիկի նկատմամբ:

Անտիբիոտիկ շոկը հաճախ նկատվում է պենիցիլինի կիրառման դեպքում, ավելի հազվադեպ՝ մնացած անտիբիոտիկների: Կլինիկորեն նկատվում է զարկերակային արյան ճնշման անկում, գիտակցության կորուստ, դեմքի և տեսանելի լորձաթաղանթների այտուցվածություն, ցանավորում, հազվադեպ՝ սրտխառնոց և լուծ, իսկ ծանր դեպքերում նկատվում է ադիբային արյունահոսություն, հևոց, ուղեղի այտուց, լյարդի ախտահարում, կոմատոզ վիճակ: Մահը կարող է տեղի ունենալ ներարկումից հետո, առաջիկա մի քանի րոպեների կամ ժամերի ընթացքում:

Բուժման համար ներարկվում է 0,1 % նորադրենալինի կամ ադրենալինի լուծույթ 0,5—1 մլ՝ ենթամաշկային կամ միջմկանային: Ծանր դեպքերում թուլլատրվում է ներերակային ներարկումներ: Կարելի է

ներարկել նորագրենալին՝ ներերակային կաթիլային եղանակով 5 մգ դեղաչափով, 500 մլ ֆիզիոլոգիական լուծույթի կորտիկոստերոիդների և մեզատոնի հետ միասին: Պրեդնիզոլոնը ներարկվում է դանդաղ ներերակային 50—100 մգ, հիդրոկորտիզոնը՝ 100—125 մգ քանակով, կալցիումի քլորիդի 10 մլ 10 %-անոց լուծույթը՝ ներերակային: Կոկորդի ալտուցի դեպքում կատարվում է շնչափողահատում (տրախեստոմիա), արվում է արհեստական շնչառություն, նշանակվում է թթվածին, ներերակային էուֆիլին (10 մլ 2,4 %-անոց լուծույթ) և դիմեդրոլ (1 մլ 2,5 %-անոց լուծույթ): Պենիցիլինի ներարկումից առաջացած անաֆիլակտիկ շոկի բուժման համար ներարկվում է միջմկանային 800000 միավոր պենիցիլինազ:

Անաֆիլակտիկ շոկից բացի կարող են նկատվել և այլ ռեակցիաներ, որոնք այնքան էլ վտանգավոր չեն կյանքի համար: Այսպիսի ռեակցիաների թվին են պատկանում շիճուկային հիվանդությունը հիշեցնող ախտանիշը, էոզինոֆիլիան, լեյկոպենիան, ազրանոլոցիտոզը, ցանր, դերմատիտները, անգիոներոտիկ ալտուցը (Կվինկեյի ալտուց), ռենիտները, լրոնխիտները, ստոմատիտները, գաստրիտը, էնտերոկոլիտները, ներիտները, պլեքսիտները, նեֆրիտները և սրանց համակցումը: Սրանց բուժման դեպքում անհրաժեշտ է հանել անտիբիոտիկը, նշանակել հակահիստամինային պրեպարատներ (դիմեդրոլ, սուպրաստին, պիպոլֆեն), անոթային միջոցներ (էֆեդրին, ադրենալին), ծանր դեպքերում՝ ատրոպին և հորմոնալ պրեպարատներ (պրեդնիզոլոն, հիդրոկորտիզոն և այլն):

Թունավոր ռեակցիաներ կարող են առաջանալ ցանկացած անտիբիոտիկ հատկապես մեծ դեղաչափով օգտագործելու դեպքում: Կլինիկորեն նրանք արտահայտվում են լսողական նյարդի (մասնակի կամ լրիվ լսողության կորուստ), վեստիբուլյար ապարատի (վեստիբուլյար խանգարումներ), տեսողական նյարդի (տեսողության վատացում), պոլիներիտների, պարեսթեզիանների, գլխացավի, գլխապտույտների, կենտրոնական նյարդային համակարգի, ստամոքսաղիքային ուղու ախտահարումների ձևով:

Փերինֆեկցիա (սուպերինֆեկցիա): Անտիբիոտիկներով բուժելու ընթացքում ոչնչանում են հիմնական հիվանդությունը առաջացնող մանրէները: Այս ֆոնի վրա կարող է արագորեն աճել պայմանական ախտածին միկրոֆլորան, որը կարող է առաջացնել ուրիշ հիվանդություն (Լևոպոեն գերինֆեկցիա):

Կանդիդոզները առաջանում են Candida տիպի խմորասնկերից: Անտիբիոտիկոթերապիայի (հատկապես լայն ոլորտի ազդեցության պրեպարատներ) դեպքում խանգարվում է սովորական հարաբերակցությունը օրգանիզմի նորմալ միկրոֆլորայի տարբեր ներկայացուցիչների միջև,

որը նպաստում է Candida խմորասնկերի ակտիվանալուն: Մակային հիվանդության դեպքում ախտահարվում են արտաքին ծածկույթները՝ մաշկը, լորձաթաղանթները և ներքին օրգանները՝ շնչառական ուղիները, ստամոքսաղիքային ուղին, միզասեռական համակարգը: Բուժման նպատակով հանվում է անտիբիոտիկը և նշանակվում նիստատին կամ լեվոբոֆին:

Ասեպտիկա

Ասեպտիկա կոչվում է միջոցառումների այն համալիրը, որը կանխում է մանրէների ներթափանցումը վիրահատական վերքի մեջ: Այս նպատակի իրագործմանը նպաստում են կազմակերպված միջոցառումները, ֆիզիկական գործոնները, որոշ անտիսեպտիկ և քիմիական պրեպարատները:

Մանրէազերծում (ստերիլիպացիա): Մանրէների և նրանց սպորների ոչնչացումը կոչվում է մանրէազերծում: Մանրէազերծման կարելի է հասնել տարբեր եղանակներով՝ այրելու, ջերմախարակման, եռացնելու, ավտոկլավացման և քիմիական նյութերով մշակելով:

Մանրէազերծում այրելու միջոցով: Այս դեպքում մանրէազերծումը լավ չի կատարվում և գործիքները փշանում են, այդ պատճառով նրանից օգտվում են հազվադեպ, օրինակ, շտապ վիրահատումների ժամանակ, երբ չկան պատրաստի մանրէազերծված գործիքներ: Այս նպատակով գործիքները տեղավորում են մանրէազերծիչի կափարիչի կամ թասի մեջ, լցնում նրանց վրա որոշ քանակությամբ 96 % -անոց սպիրտ և այրում: Սպիրտի այրվելուց հետո գործիքները կարելի է օգտագործել:

Մանրէազերծումը շոք ջերմության (ջերմախարակում) միջոցով առավել լայն տարածում է ստացել մետաղական գործիքների մանրէազերծման համար: Այդ նպատակով օգտագործվում են հատուկ ջերմային պահարաններ: Պահարանը փակվում է և միացվում է էլեկտրական ցանցին, ջերմաստիճանը 10—15 րոպե հետո պահարանի ներսում բարձրանում է 120—140° C: Գործիքները մանրէազերծվում են 200° C-ի դեպքում 40 րոպեի ընթացքում: Այս պարագայում ապահովվում է կատարյալ մանրէազերծումը, բայց գործիքները ավելի շուտ են փշանում, քան ջրի մեջ եռացնելիս:

Ըստ ԳՕՍՏ-ի ջերմային պահարանները և ավտոկլավները 1973 թ. հուլիսի 1-ից կոչվեցին մանրէազերծիչներ, իսկ մանրէազերծիչները (որոնք օգտագործվում էին ջրի մեջ եռացնելու միջոցով մանրէազերծում կատարելու համար)՝ եռուցիչներ:

Մանրէազերծումը ճնշման տակ գտնվող գույուրչու միջոցով ավտոկլավում՝ կոչվում է ավտոկլավացում: Ավտոկլավում կարելի է մանրէա-

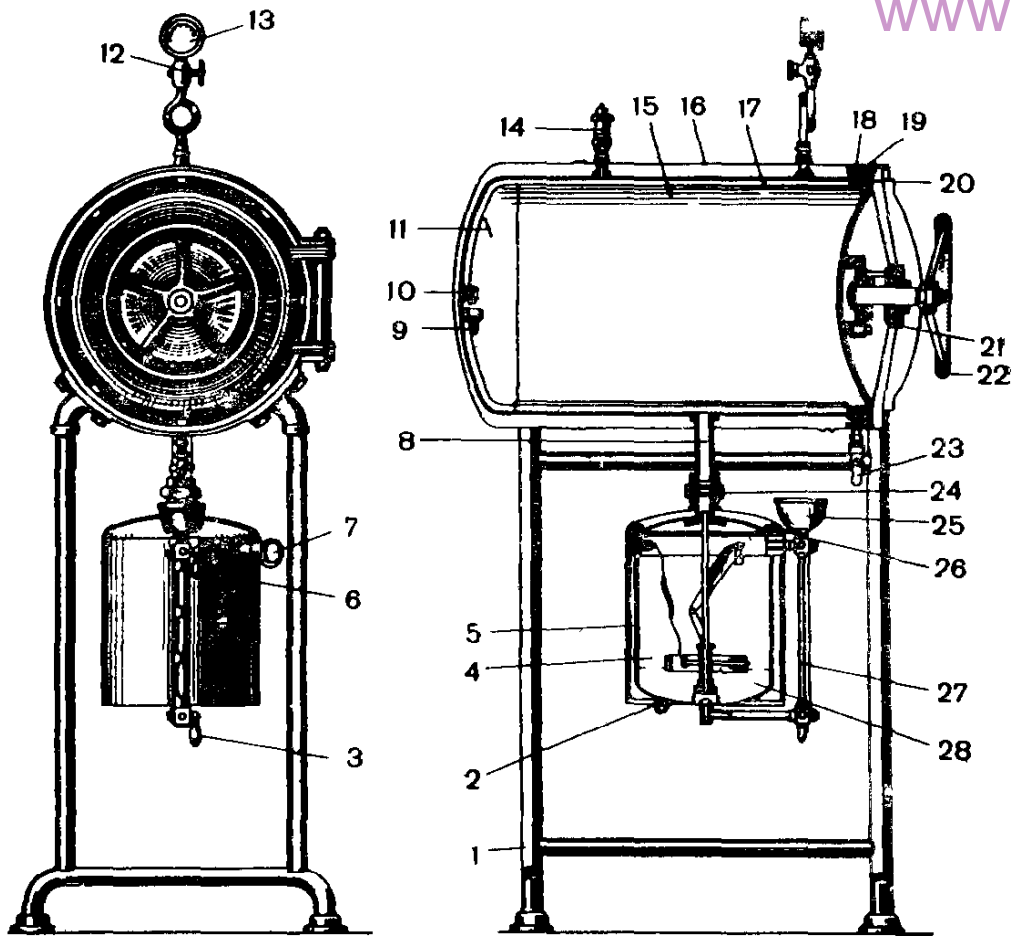
վերծել վիրահատական սպիտակեղենը, վիրակապական նյութերը, ուտիսնե ձեռնոցները, գործիքները, արյան փոխներարկման սիստեմները: Ավտոկլավները լինում են տարբեր ձևի և կառուցվածքի, բայց աշխատանքի սկզբունքը նույնն է: Սովորաբար ավտոկլավը (նկ. 1) կազմված է կրկնակի պատերով մետաղական կաթսայից, որոնց միջև գտնվող տարածությունը լցվում է ջրով: Ավտոկլավի մեջ մանրէազերծվող նյութերը դրվում են հատուկ ամաններով, որոնք կոչվում են թմբուկներ (բիքսեր): Ավտոկլավի կափարիչը փակվում է: Հերմետիկության համար ամրացվում է հեղույսով: Ավտոկլավն ունի ճնշումը չափող գործիք՝ ճնշաչափ, ապահովիչ փական և ջրի ու գոլորշու բաց թողնելու ծորակ: Ավտոկլավում ջրի տաքացման աղբյուրը կարող է լինել էլեկտրաջեռույիչը, գազը և այլն: Ավտոկլավի ընդհանուր տեսքը պատկերված է № 2 նկարում: Ավտոկլավի տաքացման դեպքում ջուրը եռում է և առաջանում է գոլորշի: Այդ պատճառով խցիկի ներսում բարձրանում է ճնշումը՝ ջերմաստիճանին համապատասխան: Ճնշման և ջերմաստիճանի միջև գոյություն ունի խիստ ֆիզիկական կախվածություն. 1 մթն (մթնոլորտային ճնշում) դեպքում 120° C, 1,5 մթն դեպքում ջերմաստիճանը բարձրանում է 127° C, 2 մթն դեպքում՝ 134° C:

Այսպիսով, ինչքան բարձր է ճնշումը, այնքան բարձր է ջերմաստիճանը: Երբ ճնշումը 1 մթն է, մանրէազերծման ժամկետը պետք է լինի 1 ժամ, 1,5 մթն դեպքում՝ 45 րոպե, իսկ 2 մթն դեպքում՝ 30 րոպե:

Ավտոկլավը երբ չի օգտագործվում՝ ջուրը նրա միջից բաց է թողնվում: Ավտոկլավի լիցքավորումը կատարվում է հետևյալ կերպ. ա) ջրագոլորշիացման խցիկի արտաթողման ծորակը փակվում է, կափարիչի վրա գտնվող մանեկը թուլացվում, հեղույսը տարվում է մի կողմի վրա, բացվում է ավտոկլավի կափարիչը, բ) ձագարի միջով լրցվում է ջուրը, ջրի մակարդակը ջրաչափ ապակու վրա պետք է համապատասխանի ավտոկլավի ապակու ցուցումին (մոտավորապես ջրաչափ ապակու 2/3-ին), գ) ավտոկլավի աշխատանքային խցիկում դասավորում են մանրէազերծվող նյութերը՝ տեղավորված բիքսերում, որոնք պտնվում են բաց վիճակում, դ) ավտոկլավի կափարիչը փակվում է, հեղույսը դրվում է իր տեղում և մանեկը լծակներից հավասարաչափ պտտելով ամրացվում է կափարիչը:

Ավտոկլավացման համար անհրաժեշտ է՝ ա) բացել գոլորշու արտաթողման ծորակը, բ) միացնել ջերմություն աղբյուրը, գ) գոլորշին բաց թողնել 15—20 րոպեի ընթացքում, որպեսզի խցիկի ներսի օդը փոխարինվի գոլորշիով, դ) փակել ծորակը՝ բարձրացնելով ճնշումը մինչև անհրաժեշտ սահմանը՝ 1,5—2 մթն: Ժամանակակից ավտոկլավներում այս ճնշումը պահպանվում է ինքնաբերական կերպով:

Ռետինե ձեռնոցների մանրէազերծման դեպքում դրանք արտաքինից



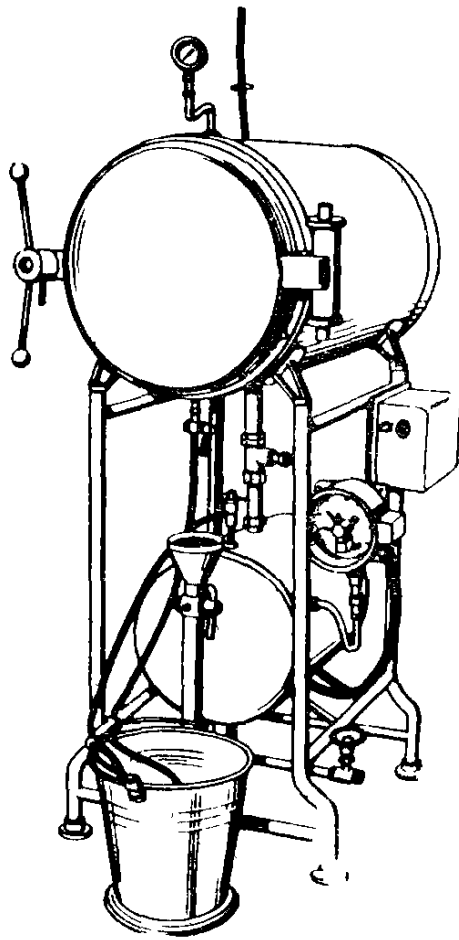
Նկ. 1. Ավտոկլավի սխեման.

1 — պատվանդան, 2 — հողակցման հեղույս, 3 — ջրացուցիչ ծորակասյան ստորին ծորակ, 4 — փոքր կաթսա, 5 — պատյան, 6 — ջրացուցիչ ծորակասյան վերին ծորակ, 7 — կարգավորիչ, 8 — կարճախողովակ, 9 — օդափոխիչ, 10 — մանեկ, 11 — անդրադարձիչ, 12 — եռաբլթաց ծորակ, 13 — ճնշաչափ, 14 — ապահովիչ զսպանակավոր փական, 15 — մանրէազերծման խցիկ, 16 — պատյան, 17 — գոլորշու խցիկ, 18 — հենակաօղ, 19 — օղակ, 20 — միջադիր, 21 — կափարիչ, 22 — ղեկանիվ, 23 — արտաթողման ծորակ, 24 — վերադիր մանեկ, 25 — ձագար, 26 — ձագար. հեղույս Մ-12, 27 — ջրացուցիչ ապակի, 28 — էլեկտրաշեռուցիչ

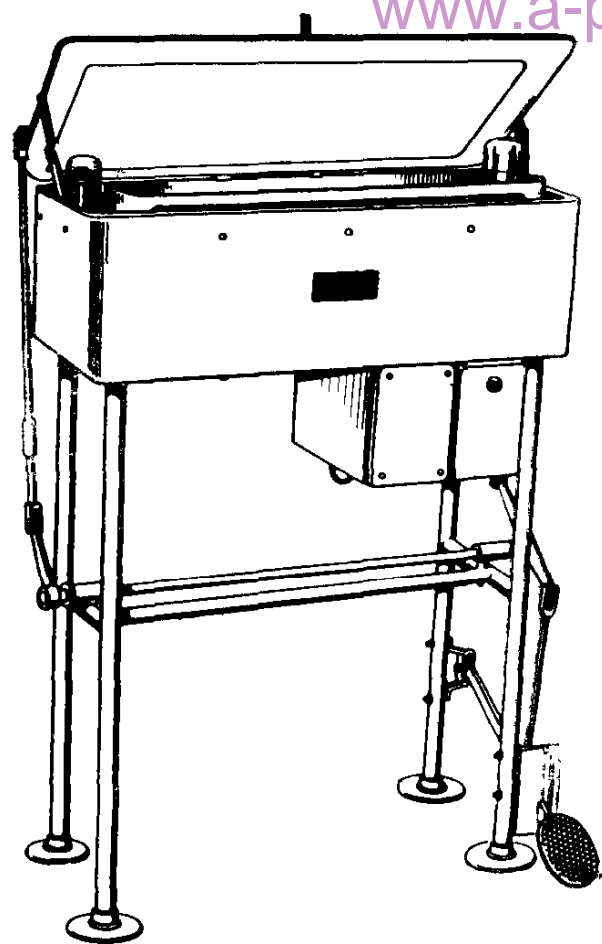
և ներսից տալիով պատելուց հետո դասավորվում են զույգերով, փաթաթելով թանգիֆի մեջ (սոսնձումից խուսափելու նպատակով) և տեղավորում են առանձին բիքսի մեջ: Դրանց մանրէազերծման համար անհրաժեշտ է 30 րոպե՝ 1, 5 մթն ճնշման դեպքում:

Կաթետերների, դրենաժների, ինչպես նաև հավաքված վիճակում գտնվող արյան փոխներարկման սիստեմաների մանրէազերծման համար դրանք փաթաթում են սրբիչով և տեղավորում բիքսի մեջ. մանրէազերծման ժամկետը 1,5 մլն դեպքում 1 ժամ է: Մանրէազերծված նյութերը բիքսերի մեջ պետք է պահպանվեն 3 օրից ոչ ավելի:

Մանրէազերծումը վերջացնելուց հետո անհրաժեշտ է՝ ա) անջատել ջերմության աղբյուրը, բ) դանդաղորեն բացել մինչև վերջ գոլորշու ար-



Նկ 2 Ավտոակլավի բնդհանուր տեսքը



Նկ. 3. Մանրէագերծիչ:

տաթողման ծորակը և սպասել, որ ճնշումը նվազի (կամ իջնի) մինչև գրո, գ) բացել ավտոակլավի կափարիչը, դ) հանել բիքսերը և անմիջապես փակել դրանց վրայի գոլորշու արտաթողման անցքերը, ե) փակել ավտոակլավի կափարիչը:

Մանրէագերծման ժամանակ անհրաժեշտ է հսկողություն սահմանել՝ մանրէագերծվող նյութերի ստերիլությունը ստուգելու համար: Այդ նպատակով կիրառվում են այնպիսի նյութեր, որոնք ունեն հալման որոշակի ջերմաստիճան՝ ծծմբի փոշի (117°C), անտիպիրին, ամիդոպիրին (110°C), ռեզորցին (119°C), բենզոաթթու (121°C), միզանյութ (132°C): Այս նյութերից որևէ մեկը լցվում և փակվում է փորձանոթի մեջ, իսկ փորձանոթը տեղավորվում է բիքսի մեջ: Եթե մանրէագերծումից հետո նյութը փորձանոթի մեջ հալվել է, ուրեմն մանրէագերծումը ճիշտ է կատարվել: Եթե փոշին չի հալվել, ապա մանրէագերծումը հարկավոր է կրկնել: Բացի այդ կատարվում է մանրէաբանական ստուգում տոնվազն տասը օրը մեկ անգամ: Այդ նպատակով վիրակապական նյութի մի փոքր կտոր մտցվում է փորձանոթի մեջ, որը փակվում է թանկիֆե խցանով և փորձանոթը տեղավորվում է բիքսի մեջ: Մանրէագերծումը վերջացնելուց հետո այդ փորձանոթը ուղարկվում է լաբորատորիա

մանրէաբանական քննության: Լաբորատորիայի եզրակացութիւնը պետք է պահւի հատուկ թղթապանակում:

Մանրէագերծումը եռացնելու միջոցով: Այս եղանակով սովորաբար մանրէազերծվում են մետաղական, ապակյա և ուետինե գործիքները: Գործիքները խողանակով և օճառով խնամքով լվանալուց հետո մանրէազերծվում են եռացնելու միջոցով 2 % սոդայի լուծույթի մեջ 45 րոպե՝ ջրի եռալու պահից սկսած: Գործիքները, որոնք կեղտոտված են նեխային և, հատկապես, անաերոբ միկրոօրգանիզմներով, եռացվում են կոտորակային եղանակով 2—3 անգամ 45-ական րոպե տևողութեամբ: Բարդ գործիքները, որոնք ունեն փականքներ, պետք է եռացնել քանդված վիճակում: Մանրէազերծումը կատարվում է հատուկ մանրէազերծիչի մեջ, որը մետաղյա տուփ է, ամուր փակվում է կափարիչով և տաքացվում է էլեկտրաջեռուցիչով (նկ. 3): Գործիքները դասավորվում են ցանցի վրա և տեղավորվում մանրէազերծիչի մեջ: Մանրէազերծումը ավարտելուց հետո ցանցը հանվում է հատուկ կարթերով և տեղավորվում է ստերիլ սեղանի վրա, որտեղ և դասավորվում են գործիքները: Ապակյա առարկաները՝ սրսկիչները, փորձանոթները, սրվակները մանրէազերծվում են եռացնելով, մնացած գործիքներից առանձին: Սրսկիչները մանրէազերծվում են անպայման քանդված վիճակում: Ապակյա առարկաները մանրէազերծումից առաջ փաթաթվում են թանզիֆի մեջ և իջեցվում սառը կամ թեթևակի տաքացրած ջրի մեջ: Ողնուղեղային անոգայացման համար նախատեսվող ասեղները և սրսկիչները եռացվում են առանձին թորած ջրի մեջ: Եթե գործիքները եռացնում են սովորական ջրում, ապա գործիքների վրա նստվածք շառաջանալու համար մանրէազերծիչի հատակին դրվում է բամբակի բարակ շերտ:

Ներկայումս վիրաբուժական գործիքների, սրսկիչների, ասեղների և այլ առարկաների մանրէազերծման դեպքում, որոնք կիրառվում են վիրահատութեան ժամանակ, մեծ ուշադրութիւն է դարձվում նրանց ֆիզիկական և քիմիական մաքրմանը. օգտագործված գործիքները լվացվում են հոսող ջրի տակ, որից հետո 15 րոպե պահվում են 50° տաքացված լվացող լուծույթի մեջ, գործիքների՝ արյունով կեղտոտված լինելու դեպքում օգտագործում են 0,5 % -անոց լվացող լուծույթ (20 մլ 30 % -անոց պերհիդրոլի լուծույթ, 975 մլ ջուր և 5 գ «НОВОСТЬ»-ի փոշի), թարախային կեղտոտվածութեան դեպքում օգտագործվում է 1 % -անոց լվացող լուծույթը (40 մլ 30 % -անոց պերհիդրոլի լուծույթ, 950 մլ ջուր, 10 գ «НОВОСТЬ»-ի փոշի): Գործիքները այս լուծույթում տեղավորելուց հետո լվանում են բամբակ-թանզիֆային խժուճներով, յուրաքանչյուր գործիքը 25—30 վրկ տևողութեամբ: Լվացած գործիքները պարզաջրում են հոսող ջրի տակ, իսկ հետո թորած ջրով (30—40 վրկ): Եռացնելու ժամկետը նույնն է, ինչ որ վերևում էր: Ռետինե իրերը՝ կա-

www.pdf.com
թետերները, դրենաժները, ձեռնոցները, ավտոկլավացումից բացի մանրէազերծվում են հոացնելու միջոցով (առանց սողայի ավելացման) 15 րոպեի ընթացքում:

Մանրէազերծումը ֆիմիական նյութերով: Կտրող գործիքները հիմնային ջրում լվանալուց հետո պարզաջրվում են հոսող ջրի տակ, 5 րոպե մանրէազերծվում են հոացող ջրի մեջ, որից հետո պահվում են սպիրտի մեջ 30 րոպե կամ հոակի լուծույթի մեջ 3 ժամ: Տարբեր նշանակության կիսաճկուն (մետաքսյա, լաբապատված) կաթետերները մանրէազերծվում են հատուկ ֆորմալինային մանրէազերծիչների կամ կափարիչ ունեցող ապակյա գլանների մեջ, որտեղ նրանց կախում են: Մանրէազերծումը կատարվում է ֆորմալինի գոլորշիներով 2 օրվա ընթացքում: Այդ նպատակով գլանի հատակին դնում են ֆորմալինի 2—3 հաբ կամ լցնում են 20—30 մլ ֆորմալին:

Օպտիկական հարմարանք ունեցող գործիքները՝ ցիստոսկոպը, ռեկտոսկոպը մանրէազերծվում են՝ սարքի յուրաքանչյուր մասը լվանալով սնդիկի օքսիդիանիտի 1:1000 լուծույթով, որից հետո մաքրում են սպիրտով (չդիպչելով օպտիկական մասին) և ֆիզիոլոգիական լուծույթով: Մի շարք սարքերի մանրէազերծման համար կարելի է նաև դրանք ընկրղմել 3—4 դիոցիդի 1:5000 ախտահանող լուծույթի մեջ:

Ձեռնոցների մանրէազերծման «սառը» եղանակներն են՝ ա) մանրէազերծում հոակի լուծույթի մեջ 3 ժամվա ընթացքում, բ) քլորամինի 2 % -անոց լուծույթի մեջ 1 ժամ տևողությամբ, գ) սուլեմայի 1:1000 լուծույթի մեջ՝ 1 ժամվա ընթացքում, դ) դիոցիդի 1:5000 լուծույթով 30 րոպեի ընթացքում: Ձեռնոցները պահվում են մանրէազերծված բիքսի մեջ, նախապես դրանք ստերիլ սրբիչով շորացնելուց հետո, ցանվում է ստերիլ տալի: Այս եղանակը հարմար է հատկապես ամբուլատոր պայմաններում:

Վերջին ժամանակները գործիքների, ռետինի իրերի (կաթետերներ, ձեռնոցներ և այլն) և օպտիկական գործիքների մանրէազերծման համար կիրառվում է հատուկ ապարատ՝ «Ուտրա-էյս»: Մանրէազերծումը սպարատի մեջ կատարվում է ուտրաձայնի և հատուկ ախտահանող նյութի ներգործությամբ: Մանրէազերծման ժամանակը՝ 30 վրկ-ից մինչև 1 րոպե:

Կարի նյութերը և նրանց մանրէազերծումը: Վիրաբուժական պրակտիկայում որպես կարի նյութեր կիրառվում են մետաքսյա, կապրոնի, լուսանի, բամբակյա, վուշի թելերը, ձիու և կանացի մազերը, կետգուտը:

Մետաքսաթելը լինում է ոլորված և հյուսված: Մետաքսաթելի հաստությունը նշվում է համարներով՝ 0-ից մինչև 16: Բարակ համարները (0 և № 1) կիրառվում են անոթները կապելու համար, № 2-ը՝ աղիքային, 3 և 4-ը՝ միջին անոթակապի, 5—16 հաստ թելերը օգտագործվում են

հիմնականում որովայնահատման դեպքում, որովայնի ուղիղ մկանի փակեղը կարելու համար և ոսկրերի վիրահատումների դեպքում: Մետաքսաթելերը ավելի հաճախ մանրէազերծվում են Կոխերի եղանակով: Մետաքսաթելի կծիկները լվանում են տաք ջրով ու օճառով 2—3 անգամ, որից հետո շորացնում են մանրէազերծված սրբիչով: Մետաքսաթելերը 3—5 մ երկարությամբ կտրվում և մշակված (ստերիլ) ձեռքերով փաթաթում են ապակե ձողիկների կամ բուլթ եզրերով ապակու վրա (որպեսզի մետաքսաթելը չկտրվի), որից հետո 12—24 ժամ թողնում են եթերի մեջ ճարպազրկման նպատակով: Եթերի ամանից մետաքսաթելերը տեղափոխում են (նույնքան ժամանակով) 70 %-անոց սպիրտի մեջ: Այնուհետև մետաքսաթելերը եռացվում են 10 րոպե՝ սուլեմայի 1:1000 լուծույթի մեջ, որից հետո տեղափոխում են 96 %-անոց սպիրտով լցված, կափարիչով փակվող անոթի մեջ, որտեղ պահում են մինչև դրանց օգտագործելը: Մետաքսաթելերը կարելի է մանրէազերծել նաև ավտոկլավում, բայց այս դեպքում նրանք կորցնում են իրենց ամրությունը:

Կապրոն և լավսանե թելերը մանրէազերծվում են նույն կերպ, բայց 20 րոպեի ընթացքում:

Կապրոնի և բարակ մետաքսաթելերը կարելի է մանրէազերծել ենթամրջնաթթվով (լուծույթի պատրաստման եղանակը տես ներքևում): Այդ նպատակով թելերը պահում են այս լուծույթի մեջ 10 րոպե, իսկ № 8-ից հաստ մետաքսաթելերը և լավսանը՝ 18—20 րոպե: Կարի նյութերը լուծույթի մեջ պահելուց հետո լվանում են երեք անգամ թորած ջրով, դնում են ստերիլ սրվակներում և պահում 96 %-անոց սպիրտի մեջ: Պրոթեզները և կապրոնե ժապավենները 10 րոպե պահում են լուծույթի մեջ, որից հետո նույնպես լվանում են երեք անգամ թորած ջրով և պահում 96 %-ի սպիրտի մեջ: Կարի նյութերը, այդ թվում և արհեստականը (կապրոն, լավսան), կարելի է մանրէազերծել և ուրիշ եղանակներով: Կարի նյութերի կծիկները 24 ժամ դնում են դիոցիդի 1:5000 լուծույթի մեջ, որից հետո պահում 96 %-անոց սպիրտի մեջ:

Կետգուտը իրենից ներկայացնում է ոչխարի աղիների ենթալորձային և մկանային շերտերից պատրաստված տարբեր հաստության թելեր: Հաստությունից կախված՝ թելերը լինում են 000 մինչև 9 համարի: Կետգուտը հյուսվածքներում ներծծվում է 2—3 շաբաթից հետո: Ներծծման ժամկետը երկարացնելու նպատակով այն հատուկ եղանակով մշակման է ենթարկվում՝ արծաթապատվում է, մշակվում ֆորմալինով, ենթարկվում է քրոմացման: Մանրէական կեղտոտվածությունը հաշվի առնելով մանրէազերծումը կատարվում է ավելի խնամքով:

Մանրէազերծումը յոդի գոլորշիներով (ըստ Սիսկովսկու): Կետգուտի թելերի կծիկները 24 ժամ ընկղմում են եթերի մեջ ճարպազերծման նպատակով: Կետգուտի ստանդարտ թելերը բաժանում են երեք մասի և

արտրում սուլեմայի 1:1000 լուծույթով թրջված թանգիֆե խծուծով: Մինչև մեկ համարի թելը ընկղմում են 30 վրկ տևողությամբ 2 տոկոսանոց կալիումի յոդիդի լուծույթի մեջ, մեկ համարը և նրանից բարձրը պահվում է այնքան րոպե, որքան թելի համարն է: Այնուհետև թելերը փաթաթում են փոքր օղակների ձևով և կախում ապակյա անոթի մեջ, որի բերանը ամուր փակվում է կափարիչով: Ապակյա անոթի հատակին պնում են յոդի բյուրեղներ (երեք լիտրանոց ամանի մեջ՝ 40 գ յոդ, իսկ 5 լիտրանոցում՝ 60 գ): Ապակե անոթի բերանը փակվում է պարաֆինով: Անոթը հարկավոր է ամեն օր թափահարել: Բարակ թելերը պատրաստ են օգտագործման համար 3 օրից, ավելի հաստը՝ 5 օրից:

Կետգուտի մանրէազերծումը կյուզոլի սպիրտային լուծույթով: Կետգուտի կծիկները 12—24 ժամ տեղավորում են եթերի մեջ: Եթերը դատարկում են, որից հետո կետգուտի թելերը 2 անգամ ութական օրով պահում են կյուզոլի սպիրտային լուծույթի մեջ (1000 մլ սպիրտ, 10 գ կալիումի յոդիդ, 10 գ մաքուր յոդ): Կետգուտը ենթարկում են մանրէաբուսական քննության, որից հետո պահում են կյուզոլի լուծույթի մեջ:

Կետգուտի մանրէազերծումը կյուզոլի ջրային լուծույթով: Տարբերությունը նախորդից կայանում է նրանում, որ սպիրտայինի փոխարեն կիրառում են ջրային լուծույթը (սպիրտի նույն քանակը փոխարինվում է թորած ջրով), բայց մանրէազերծումից հետո կետգուտը պահում են 96 %-անոց սպիրտի մեջ:

Կետգուտը կարելի է մանրէազերծել նաև դիոցիդի 1:1000 և 1:2000 լուծույթներով 48 ժամվա ընթացքում, որից հետո պահել սպիրտի մեջ:

Ջիու մազը որպես կարի նյութ սովորաբար կիրառվում է պլաստիկ միջոցառումների դեպքում, հատկապես դեմքի: Մազերը լվանում են սաք ջրով ու օճառով: Ջուրը փոխում են այնքան ժամանակ, մինչև որ օճառի փրփուրը դառնա սպիտակ: Դրանից հետո մազերը շորացնում, փաթաթում են օղակների ձևով և ճարպազերծման նպատակով 7 օր պահում բենզինի մեջ, որից հետո 40 րոպե եռացնում են, շորացնում ստերիլ սրբիչով և 7 օր պահում 96 տոկոսանոց սպիրտի մեջ: Սպիրտը փոխում են թարմ սպիրտով և դարձյալ պահում 7 օր: Պահում են սպիրտով լցված անոթի մեջ:

Կարի նյութերը մանրէազերծումից հետո ուղարկվում են լաբորատորիա ցանքսի համար: Մանրէների աճի վերաբերյալ բացասական պատասխանի դեպքում կարի նյութերը կարելի է օգտագործել:

Ձեռքերի նախապատրաստումը վիրահատման: Բժշկական անձնակազմը, որ անմիջապես մասնակցում է վիրահատական միջամտությանը, պետք է խնամքով հետևի իր ձեռքերի մաքրությանը: Ձեռքերի մաշկի վրա քերծվածք չպետք է լինի, եղունգները պետք է լինեն կարճ կտրրված և լաքապատված չպետք է լինեն: Գոյություն ունի ձեռքերի մշակ-

ման մի քանի եղանակ: Մենք կանգ կառնենք միայն վիրաբուժական պրակտիկայում առավել հաճախ կիրառվող, ինչպես և վերջին ժամանակներս առաջարկված նոր մեթոդների վրա: Ներկայումս ձեռքերը բազմաթիվ եղանակներով մշակելուց հետո լրացուցիչ հազնում են նաև ձեռնոցներ (նկ. 4):

Սպասուկուկոցկի—Կոչերգինի եղանակ: Ձեռքերը լվանալու համար նախատեսվող շոր կոնքի մեջ լցնում են 96 տոկոսանոց սպիրտ և այրում: Կոնքը թեքելով այրում են նրա ներսի ողջ մակերեսը (նկ. 5): Կոնքի մեջ լցվում է 1 լ թորած ջուր և ավելացվում 5 մլ 0,5 %-անոց մաքուր անուշադրի սպիրտ: Այսպիսի լուծույթի մեջ ձեռքերը լվանում են երկու անգամ՝ երեքական րոպե: Ձեռքերը նախապես խոզանակով և օձառով լվանալ հարկավոր չէ: Կարևոր է, որ ձեռքերը կենցաղային առումով լինեն մաքուր: Ձեռքերի լվանալու տեխնիկան հետևյալն է- 1) սկզբում ստերիլ անձեռոցիկով լվանում են յուրաքանչյուր մատի փայլին, հետո թիկնային մակերեսը, միջմատնային տարածությունը և եղնգային մասը ձախ ձեռքի, նույնությամբ մշակվում են աջ ձեռքի մատները, այնուհետև լվանում են ձախ դաստակի, որից հետո աջ դաստակի փայլին և թիկնային մակերեսները, ի վերջո՝ նախաբազուկները մինչև նրանց վերին 2/3 մասը, որից հետո նույնությամբ, 3 րոպե ձեռքերը լվանում են երկրորդ թասի մեջ, 2) ձեռքերը շորացնում են ստերիլ սրբիչով, 3) ձեռքերը մշակում են 5 րոպեի ընթացքում 96 տոկոսանոց սպիրտով թրջված անձեռոցիկով, 4) մաշկային ծալքերի և եղնգային շրջաններում քսում են յոդի 5 տոկոսանոց լուծույթ:

Ձեռքերի մշակումը ցերիզելով: Ձեռքերի շոր մաշկի վրա լցնում են 3—4 գ ցերիզել և 8—10 վրկ ձեռքերը խնամքով շփում միմյանց այնպես, որ պրեպարատը հավասարաչափ ծածկի դաստակների փայլին և թիկնային մակերեսները, միջմատնային տարածությունները և նախաբազկի ստորին մեկ երրորդականը: Որից հետո ձեռքերը շորացվում են օդում կամ հովհարիչի տակ:

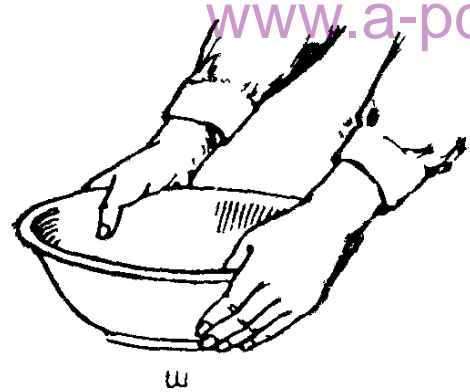
Ձեռքերի մշակումը դեզմինով: Օգտագործվում է դեզմինի 1 %-անոց ջրային լուծույթը: Ձեռքերը լվանում են 2—3 րոպեի ընթացքում տաք ջրով, օձառով, բայց առանց խոզանակի, որից հետո երկու անգամ 3 րոպե տևողությամբ ձեռքերը շփում են դեզմինով թրջված երկու տամպոններով, յուրաքանչյուր տամպոնով 3 րոպե, շորացվում մանրէազերծված սրբիչով և ձեռքերին հազնում մանրէազերծված ձեռնոցներ:

Ձեռքերի մշակումը դեզմիցիդով: Կիրառվում է նոսրացված 1:30 (29 մաս ջուր և 1 մաս դեզմիցիդ) լուծույթը: Մշակման եղանակը նման է նախորդին:

Ձեռքերի մշակումը ենթամրջնաթթվով: Լուծույթի պատրաստման եղանակը. 30 %-անոց ջրածնի պերօքսիդը (171 մլ) և 85 %-անոց մրրջ-



Նկ. 4. Ձեռնոցներ ձազնելը:



Նկ 5. Ստերիլ կոնքի մատուցումը.
ա) ճիշտ չէ, բ) ճիշտ է:

նաթթուն (81 մլ) լցնում են ապակյա կոլբայի մեջ (սկզբում ջրածնի պերօքսիդը, հետո թթուն), լավ թափահարում և տեղավորում սառը ջրով լցված ամանի մեջ 1—1,5 ժամ: Դրանից հետո կոլբայի պարունակովյունը նոսրացնում են սենյակի ջերմաստիճանի (18—20° C)՝ ջրմուղի, ծովային կամ թորած ջրով մինչև 10 լիտր:

Լուծույթը կարելի է օգտագործել օրվա ընթացքում: Լուծույթի 5 լիտրը լցնում են արծնապատ կոնքի մեջ (առանց այրելու): Ձեռքերը սկզբում լվանում են (1 րոպե) ծորակի տակ օձառով (առանց խոզանակի), որից հետո 1 րոպե էլ նախապատրաստված լուծույթի մեջ (առանց անձեռոցիկի), շորացնում ստերիլ սրբիչով և հագնում են ձեռնոցներ: Մեկ թասի մեջ (5 լ աշխատանքային լուծույթ) առանց փոխելու լուծույթը կարող են ձեռքերը լվանալ 10—11 մարդ:

Վիրահատական դաշտի նախապատրաստումը: Վիրահատումից առաջ հիվանդը պետք է ընդունի հիգիենիկ լոգանք կամ ցնցուղ: Փոխվում է հիվանդի և անկողնու սպիտակեղենը: Վիրահատական դաշտը ստերիլում են (ավելի լավ է շոր եղանակով) վիրահատության օրը: Վիրահատական դաշտի մշակման մի քանի եղանակներ կան:

Ֆիլոնչիկով—Գրոսսիխի եղանակով: 4 անգամ պարտադիր կերպով բավում է 5—10 %-անոց յոդի լուծույթ վիրահատական դաշտի շրջանում. 1) լայնածավալ մշակում՝ մինչև վիրահատական դաշտը ստերիլ սպիտակեղենով ծածկելը, 2) մշակում՝ ստերիլ սպիտակեղենով ծածկելուց հետո (կտրվածքից առաջ), 3) վերքի եզրերի մշակում կարեր զննելուց առաջ, 4) մշակում կարերը դնելուց հետո: Եթե մաշկը նուրբ է

(նաև երեխաների մոտ)՝ յոդի լուծույթը մասնակիորեն հեռացվում է սպիրտով, որպեսզի այրվածք չառաջանա:

Բակալլի եղանակը կիրառվում է նուրբ մաշկի պարագայում: Վիրահատական դաշտը մշակվում է բրիլիանտին կանաչի 1 %-անոց լուծույթով:

Մշակումը յոդոնատով: Պատրաստի 5 %-անոց յոդոնատի լուծույթը նոսրացվում է 5 անգամ ստերիլ կամ եռացրած թորած ջրով և այդ լուծույթով մշակվում է վիրահատական դաշտը:

Մշակումը ենթամաշկային: Պատրաստման եղանակը տես վերելում: Այս դեպքում սպիրտ և յոդ չի օգտագործվում:

Վիրահատական դաշտի մշակման համար կարելի է օգտագործել 1 % դեզմինի և դեզմիցիդի լուծույթները, որոնք նոսրացվում են 1:30, և նույնպես 1 % ռոկալի լուծույթը:

Հիվանդին վիրահատման նախապատրաստելու դեպքում, եթե վիրահատական դաշտի սահմանում լինում է թարախակույտ, ապա պլանով նախատեսված վիրահատումից պետք է հրաժարվել:

ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՍՊԻՏԱԿԵՂԵՆ, ԱՐՏԱՀԱԳՈՒՍՏ ԵՎ ՎԻՐԱԿԱՊԱԿԱՆ ՆՅՈՒԹԵՐ

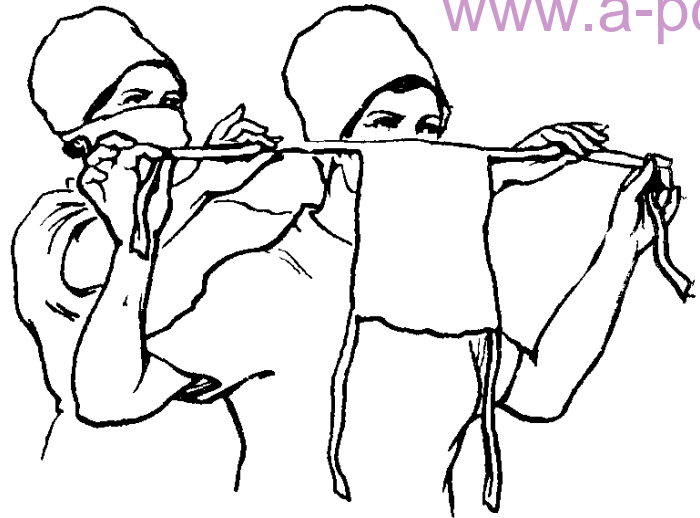
Վիրահատության համար վիրաբույժը, նրա օգնականները և վիրահատական բուժքույրը հազնում են մանրէազերծված հատուկ արտահագուստ (նկ. 6): Բազմաթիվ վիրաբուժական հիմնարկություններում բժըշկական անձնակազմը հազնում է հատուկ թեթև հագուստ՝ կանաչ կամ բաց կապույտ գույնի:

Դիմակներ: Կաթիլային ինֆեկցիայի վտանգը նվազեցնելու նպատակով սպասարկող անձնակազմը քիթ ու բերանը ծածկում է հատուկ դիմակներով: Դիմակները պատրաստվում են թանգիֆի 16×20 սմ չափսի շորս շերտից, անկյուններում կարում են 4 կապեր: Կիրառվում են նաև դիմակների այլ ձևեր, բայց նրանք բոլորն էլ պետք է ծածկեն քիթը, բերանը և կզակը: Դիմակները օգտագործելուց առաջ մանրէազերծվում են: Դիմակը կապելիս այն պահվում է վերին կապերից այնպես, որ հնարավոր լինի այդ կապերի ազատ ծայրերը բռնել, շնչով վիրաբույժի ձեռքերին: Մանիտարուհին անցնելով մեջքի կողմը բռնում է կապերի ծայրերից և, դրանք անցկացնելով ականջների խեցիների վրայով՝ կապում է գլխի գագաթին (նկ. 7):

Խալաթներ: Վիրահատական խալաթները կարում են ամուր, խիտ գործվածքից: Խալաթի գույնը կարող է լինել սպիտակ, կանաչ կամ կապույտ: Խալաթը կապվում է հետևի կողմից: Մանրէազերծումից առաջ խալաթը ծալում են այնպես, որ թևքերը և կապերը լինեն ներս մտցված:



Նկ. 7. Վիրաբուժական դիմակ հագնելը:



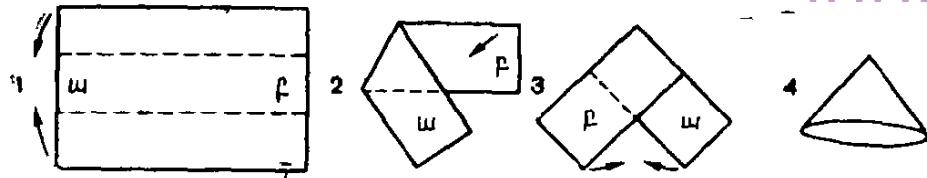
Նկ. 6. Վիրահատական արտահագուստ:



Նկ 8 Խալաթ հագնելը:



Նկ. 9. Խալաթի գոտին կապելը:



Նկ. 10. Գնդիկի պատրաստման սխեմա: Բացատրությունը տեքստում:

Խալաթը մանրէագերծված ձեռքերով հանում են թմբուկից, շրջում են շատ զգուշությամբ, որպեսզի չշփվի որևէ ոչ ստերիլ իրի և այն պահել իրենից հեռու պարզած ձեռքերի վրա: Խալաթը շրջելուց հետո հազնողը հերթականությամբ հազնում է երկու ձեռքերը, որից հետո խալաթը առջևից շրջում են հազնոցի վրա (նկ. 8): Հետևից խալաթը կապում է ուրիշ մարդ: Մանրէագերծումից առաջ գոտին դնում են գրպանը, որտեղից այն հանում է հազնողը և պահում առջևում այնպես, որ ազատ ծայրերը կախվեն ներքև: Մանիտարուհին բռնում է այդ ծայրերից և կապում է հետևում (նկ. 9): Խալաթի թևքերը պետք է լինեն բավականին երկար, որպեսզի ծածկեն նախաբազուկները մինչև դաստակները:

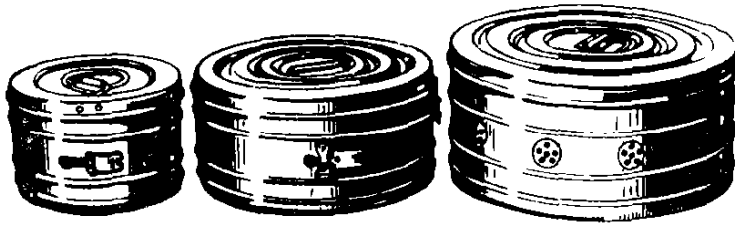
Գլխարկներ և գլխաշորեր: Վիրահատությանը մասնակցող անձնակազմը պարտադիր կերպով կրում է կտորից կարված գլխարկներ կամ գլխաշորեր, որոնք ամբողջովին ծածկում են գլխի մազերը:

Բախիլներ: Գործվածքից պատրաստված գուլպաներ են, որոնք հազնում են հողաթափերի և վիրահատական շալվարի վրայից սրունքների շրջանում:

Սավաններ: Գործիքների համար նախատեսվող սեղանը ծածկվում է մանրէագերծված սավանով, որը ծալվում է մի քանի շերտով: Սավանը բաց անելիս հարկավոր է ուշադրություն դարձնել, որպեսզի այն ոչ ստերիլ առարկայի հետ չշփվի: Սավանը բացում են՝ այն իրենից հեռու պահելով: Հիվանդներին սավաններով ծածկելիս սավանի եզրերը վիրահատական սեղանից պետք է իջնեն 0,5 մետրից ոչ պակաս:

Սրբիչները կիրառվում են վիրահատական դաշտի սահմանազատման համար, նրա մշակումից հետո:

Անձեռոցիկներ: Անձեռոցիկները պատրաստվում են խոշոր ծակոտիներով և բարձր հիդրոսկոպիկ հատկություն ունեցող ճարպագերծված թանգիֆից: Թանգիֆից պատրաստվում են բինտեր, վիրախժուծներ և գնդիկներ: Անձեռոցիկները ուղղանկյուն կամ քառակուսի թանգիֆի կտորներ են տարբեր չափսերի՝ մեծերը 2 հատ են 1 մետր թանգիֆից (50×70 սմ), միջին չափինը 4 հատ 1 մետր թանգիֆից (35×50 սմ), իսկ փոքրերը 8 հատ 1 մետր թանգիֆից (25×35 սմ), երբ թանգիֆի լայնությունը 70 սմ է: Անձեռոցիկը պատրաստելիս թանգիֆի յուրա-



Նկ. 11. Շիմելբուշի բիֆուեր:

բանջուր կողմը ներս է ծալվում 1,5—2 սմ, որից հետո երկու անգամ անձեռոցիկը երկարությամբ ծալվում է: Անձեռոցիկները վիրահատության ժամանակ կիրառվում են վերքերը շորացնելու, վերքի եզրերը ծածկելու համար, իսկ վիրահայտության ժամանակ որպես վերքը ծածկող միջոց:

Վիրախժուծներ: Թանզիֆի երկար շերտերը պատրաստվում են այնպես, ինչպես անձեռոցիկը, ծալելով եզրերը դեպի ներս, լայնությամբ կրկնակի ծալվում է: Վիրախժուծները լինում են տարբեր երկարության նրանք կիրառվում են վերքի մեջ արյունահոսությունը դադարեցնելու և թարախային խոռոչների դրենաժավորման համար:

Նեղ վիրախժուծ (տուրունդու): Տարբերվում է վիրախժուծից իր լայնությամբ (1 սմ), պատրաստվում է նույն ձևով, կիրառվում է ոչ մեծ թարախային խոռոչների դրենաժավորման համար:

Գնդիկները պատրաստվում են 4 տեսակի՝ միջին չափսի անձեռոցիկից (50×35 սմ), փոքր անձեռոցիկից (25×35, 5×5, 2×2 «ճանճիկ»-ներ): Թանզիֆի կտորը (նկ. 10) ծալում են երեք շերտով (1), որից հետո ծալում են անկյունավոր, կենտրոնում առաջանում է գագաթը (2, 3): Հիմքի մնացած ազատ ծայրերը ծալվում են դեպի ներս (3, 4):

Անձեռոցիկները, վիրախժուծները, գնդիկները և բինտերը թարախային վիրահատումներից և վիրակապումներից հետո (հատկապես անարոր ինֆեկցիայի դեպքում) անպայման այրում են: Միայն արյունով կեղտոտված վիրակապական նյութերը 0,5 տոկոսանոց անուշադրի լուծույթով թրջելուց հետո պահում են 2—3 ժամ, որից հետո սողայի լուծույթում 30 րոպե եռացնելուց հետո կարելի է լվանալ սովորական եղանակով և գործածել նորից, բայց արդեն վիրակապարանում:

Սպիտակ հիդրոսկոպիկ բամբակը լավ է ներծծում հեղուկը և կարող է դրվել վերքի վրա անձեռոցիկի վրայից, ինչը նպաստում է վերքի հեղուկների արտահոսքին դեպի վիրակապը:

Խալաթները, դիմակները, սավանները և բոլոր տեսակի վիրակապական նյութերը պարտադիր կերպով ենթարկվում են մանրէազերծման: Այդ նպատակով այս բոլոր նյութերը տեղավորվում են հատուկ

մետաղական թմբուկներում (բիքսեր) (նկ. 11): Բիքսերը տարբեր շափերի կլոր մետաղական ամաններ են, ամուր փակվում են կափարիչով: Բիքսի կողմնային պատի վրա կան անցքեր, որտեղից գոլորշին ներս է թափանցում բիքսի մեջ: Այդ անցքերը կարելի է փակել այսպես կոչվող շարժական գոտիով: Բիքսի անցքերը մանրէազերծման դեպքում անպայման բաց են անում, իսկ մանրէազերծումից հետո փակում շարժական գոտիով: Մանրէազերծվող նյութերը բիքսերի մեջ դասավորվում են որոշակի հաջորդականությամբ:

Նյութերը բիքսերի մեջ դասավորում են երեք եղանակով:

1. Ոչ մեծ վիրահատարաններում կիրառվում է, այսպես կոչվող, ունիվերսալ դասավորությունը: Բիքսի մեջ վիրահատության համար անհրաժեշտ ամեն տեսակի վիրակապական նյութերը դասավորում են շերտերով, իսկ յուրաքանչյուր շերտը՝ բաժիններով: Առաջին շերտում դասավորում են անձեռոցիկները ձեռքերի համար, խալաթներ, դիմակներ, բամբակ, երկրորդում՝ սավաններ և սրբիչներ, իսկ երրորդում՝ անձեռոցիկներ, վիրախժուժներ, գնդիկներ:

2. Որոշակի տեսակի վիրահատումների դեպքում կարելի է կիրառել նպատակադրված դասավորումը (բիքսի մեջ տեղավորում են բոլոր այն նյութերը, որոնք անհրաժեշտ են տվյալ վիրահատման, օրինակ, ստամոքսի մասնահատման համար):

3. Մեծ վիրահատական սրահներում կիրառվում է տեսակային դասավորությունը (յուրաքանչյուր բիքսում լինում է նյութի որոշակի տեսակ՝ խալաթներ, սավաններ, վիրախժուժներ և այլն):

Որպեսզի գոլորշին ազատ կերպով ներթափանցի բիքսի մեջ, նյութերը խիտ չեն դասավորում: Բիքսի կափարիչի բռնակից կախվում է պիտակ, որտեղ նշվում է մանրէազերծման օրը և այն պատասխանատու անձի ազգանունը, որը կատարել է մանրէազերծումը:

Գլուխ II

ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄ:
ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՎԻՐԱՀԱՏՈՒՄ

ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ ՄԱԶՈՒՐ ԵՎ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ
ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

Վիրաբուժությունը ի տարբերություն մնացած բժշկական մասնագիտությունների ունի իր առանձնահատկությունը, ինչը բացատրվում է նրանով, որ վիրաբուժական ծառայության հիմքում ընկած է վիրահա-

տական միջամտությունը: Վիրահատություն կատարելիս մեծ ուշադրությամբ պետք է դարձնել ասեպտիկայի և անտիսեպտիկայի հարցերին: Ասեպտիկայի և անտիսեպտիկայի կանոններից նվազագույն շեղումներն իսկ հանգեցնում են վիրահատական վերքի թարախակալմանը և ուրիշ ծանր հետևանքների:

Վիրաբուժական հիմնարկություններում հիվանդներին բաժանում են «մաքուր» և «թարախային» սրանից էլ ելնելով տարբերում են մաքուր և թարախային վիրաբուժություն:

Մաքուր վիրաբուժությունը զբաղվում է այն հիվանդների բուժումով, որոնք թարախային և բորբոքային հիվանդություններ չունեն (զոբ, ստամոքսի խոցային հիվանդություն, բարորակ և շարորակ ուռուցքներ և այլն):

Թարախային վիրաբուժությունը օգնություն է ցույց տալիս այն հիվանդներին, որոնց հիվանդության պատճառը ինֆեկցիան է (օստեոմիելիտ, թոքի թարախակույտ, ֆլեգմոնա և այլն): Հաշվի առնելով ինֆեկցիայի հնարավոր փոխանցումը մեկ հիվանդից մյուսին (ներհիվանդանոցային վարակ), և հատկապես «թարախային» հիվանդներից «մաքուր» հիվանդներին, թարախային հիվանդություններով հիվանդները առանձնացվում են հատուկ հիվանդասենյակներում: Այսպիսի հիվանդների մեծ քանակի դեպքում կազմակերպվում են հատուկ հիվանդասենյակներ: Մեծ քաղաքներում և կլինիկաներում մասնագիտական օգնություն ցույց տալու նպատակով կազմակերպվում են հատուկ թարախային վիրաբուժական բաժանմունքներ, որտեղ անցկացվում է համապատասխան բուժում: Ասեպտիկայի կանոնների պահպանման պահանջը այս բաժանմունքներում զգալիորեն բարձր է, քան մաքուր բաժանմունքներում:

ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՍՏԱՑԻՈՆԱՐԻ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԸ

Ընդունարան: Հիվանդների ընդունումը և տեսակավորումը կատարվում է ընդունարանում: Ելնելով հիվանդության բնույթից, հիվանդները յոսպիտալացվում են համապատասխան բաժանմունքներում: Ընդունարանը կազմված է մատենավորման բաժնից, առանձնասենյակից, որտեղ կատարվում է հիվանդների առաջնային զննումը, լոգասենյակից (տվելի նպատակահարմար է, որ լինի առանձին՝ տղամարդկանց և կանանց համար), երկու առանձին սենյակներից, մեկում պահվում է մաքուր հիվանդանոցային սպիտակեղենը, մյուսում՝ հիվանդների հագուստները: Չափազանց կարևոր է ընդունարանին կից ունենալ 1—2 փաստորոշիչ հիվանդասենյակներ, ինչպես նաև մեկուսարան ինֆեկցիոն հիվանդների համար:

Ընդունարանում հիվանդներին ենթարկում են սանիտարական մշակ-

ման (հիգենիկ լոգանք կամ ցնցուղ, մազերի զննում՝ միջատների դեմ) և հազցնում են հիվանդանոցային հագուստը (սպիտակեղեն, խալաթ և հողաթափեր):

Ընդհանուր վիրաբուժական բաժանմունք: Վիրաբուժական հիվանդաների բուժումը կատարվում է հատուկ կահավորված և սարքավորված վիրաբուժական բաժանմունքներում: Ոչ մեծ տեղամասային հիվանդանոցներում, որտեղ մահճակալների թիվը 25—30 է, հնարավոր է, որ վիրաբուժական բաժանմունք չլինի, սակայն նախատեսվում է, որ այնտեղ անհետաձգելի վիրաբուժական օգնություն ցույց տալու և ոչ մեծ պլանային վիրահատումներ կատարելու հնարավորություն ստեղծվի: Այդպիսի հիվանդանոցներում կան հատուկ սենյակներ մանրէազերծման, վիրահատման և վիրակապարանի համար:

Վիրաբուժական բաժանմունքը կազմված է հիվանդասենյակներից, վիրահատական բլոկից, վիրակապարանից և օժանդակ սենյակներից (սանիտարական հանգույցը, լոգասենյակը, ճաշարանը, բուֆետը, սպիտակեղենի և սպասարկող անձնակազմի սենյակները): Վիրաբուժական բաժանմունքը պետք է ունենա ջրմուղ՝ ցանկալի է տաք և սառը ջրի, կենտրոնական ջեռուցում և ներհոսող-քաշող օդափոխում:

Տրավմատոլոգիական բաժանմունք: Սա վիրաբուժական բաժանմունք է՝ հարմարեցված է վնասվածքներով հիվանդների բուժման համար: Ի տարբերություն ընդհանուր վիրաբուժական բաժանմունքի, տրավմատոլոգիական բաժանմունքը պետք է ունենա ունիտգենաբանական կաբինետ, գիպսի վիրակապարան, բուժական ֆիզիոլոգիայի և մեխանոթերապիայի կաբինետ, ֆիզիոթերապևտիկ կաբինետ, ապարատուրայի կաբինետ: Եթե տրավմատոլոգիական և վիրաբուժական բաժանմունքները գտնվում են իրար կողքի, ապա վիրասրահը, ունիտգենաբանական և ֆիզիոթերապևտիկ կաբինետները կարող են ընդհանուր լինել երկու բաժանմունքների համար:

Գիպսի վիրակապարանում սովորաբար կատարվում է կոտրվածքի տեղի ցավազրկում, հողախախտի ուղղում, դրվում են գիպսյա կապեր, կատարվում է ձգում: Ասեպտիկայի կանոնները գիպսի վիրակապարանում պետք է պահպանել նույնությամբ, ինչպես վիրասրահում: Գիպսի վիրակապարանում պետք է լինեն հատուկ սարքեր՝ կոտրվածքների ուղղման, կմախքային ձգման և գիպսյա կապեր դնելու համար, շարժական ունիտգենյան ապարատ և այլն: Ավելի ծանրաշարժ սարքերը (վահանակներ, մահճակալների ոտքերի տակ դրվող հենարաններ, կողմնաչին ձգման հարմարանքներ) պահվում են ապարատուրայի սենյակում:

Վիրահատական բլոկ: Վիրահատական բլոկի կազմի մեջ մտնում են վիրասրահը (նկ. 12), նախավիրահատական սրահը, նարկոզի, մանրէազերծման, նյութեղենի սենյակները: Նրանք պետք է հիվանդասեն-

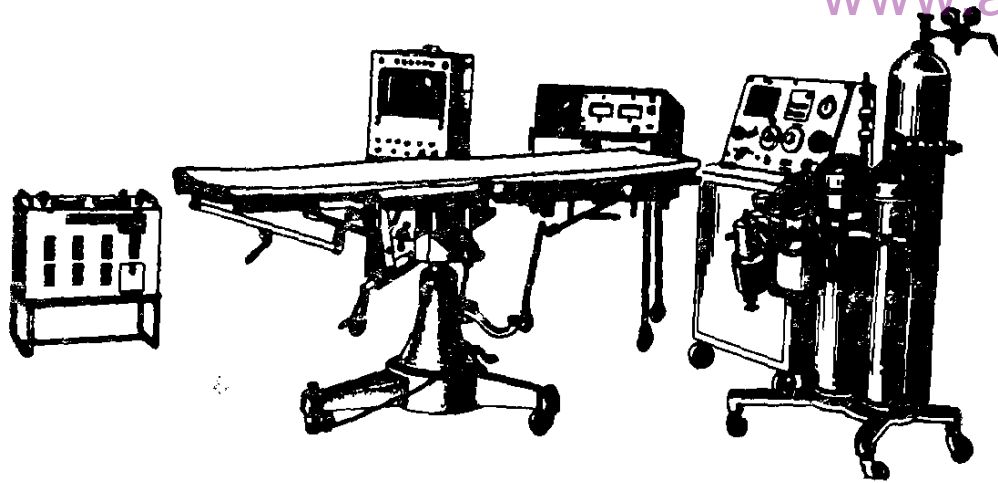
յակներից մեկուսացված լինեն: Վիրաբուժական բաժանմունքի աշխատանքի ծավալից կախված՝ կարող է լինել մի քանի վիրասրահ: Միաժամանակ պետք է լինեն նաև մաքուր և թարախային վիրասրահներ: Միայն մեկ վիրասրահ լինելու դեպքում մաքուր վիրահատումները կատարվում է առաջին հերթին, իսկ թարախային վիրահատումներից հետո անպայման պետք է հիմնավորապես մաքրել վիրասրահը: Թարախային վիրասրահի մաքրումը կատարվում է ավելի մեծ խնամքով, քան մաքուր վիրասրահինը: Պատերի և առաստաղի վրա անհարթություններ չպետք է լինեն, որպեսզի փոշի չհավաքվի: Պատերը և առաստաղը ներկվում են յուղաներկով, իսկ հատակը ծածկվում է հախճապակե սալիկներով: Ժամանակակից վիրասրահներում պատերը երեսապատվում են հատուկ սալիկներով, որի գույնը ցանկալի է, որ լինի ոչ թե սպիտակ, այլ, օրինակ, բաց կանաչ գույնի, քանի որ սպիտակ գույնը հոգնեցնում է վիրաբույժի աչքերը:

Ջեռուցումը ցանկալի է լինի շոգեջեռուցում, ընդ որում տաքացման մարտկոցները պետք է տեղադրված լինեն պատերի մեջ պատրաստված խորշերում՝ ծածկված փեղկերով, որպեսզի փոշի չկուտակվի: Վիրասրահի ջերմաստիճանը պետք է հավասարաչափ լինի՝ 22—24° C սահմաններում:

Լուսավորումը պետք է բավականաչ պայծառ լինի և չպետք է աղավաղի գույները: Պատուհանները չպետք է հարավային կողմը լինեն: Արևի ուղղաձիգ ճառագայթները դժվարացնում են վիրաբույժի աշխատանքը և ամռանը տաքացնում վիրասրահը: Վիրահատական դաշտի լուսավորման համար օգտագործվում է հատուկ անստվեր լամպ, որը վիրաբույժի գլխի և ձեռքերի ստվերներ չի առաջացնում: Անհրաժեշտության դեպքում կիրառվում են լրացուցիչ կողմնային լուսավորող լամպեր, կամ հատուկ լուսավորող լապտեր, որը հանքափորի լապտերի նման տեղակայվում է վիրաբույժի գլխի վրա: Նրանք հատկապես անհրաժեշտ են նեյրովիրաբուժական վիրահատումների դեպքում:

Օդափոխում: Վիրասրահը պետք է լավ օդափոխել: Դրա համար լավ է կիրառել ներհոսող-արտահոս օդափոխումը ներհոսքի գերակշռումով: Իդեալական կարելի է համարել հատուկ օդաորակավորիչների (կոնդիցիոներների) միջոցով կատարվող օդափոխումը, որոնք ոչ միայն հովացնում, տաքացնում, խոնավացնում, այլև մանրէազերծում են օդը:

Կահավորում: Վիրասրահում պետք է լինեն միայն վիրահատության համար անհրաժեշտ ապարատներն ու կահույքը՝ վիրասեղանը, որը հնարավորություն է տալիս վիրահատության ժամանակ հիվանդին տալու ցանկացած դիրք, վիրահատական բուժքրոջ սեղանները, որտեղ դրվում են գործիքներն ու վիրակապական նյութերը, վիրաբույժի գործիքների սեղանիկը, արյունահոսությունը դադարեցնող ջերմամակարդիչը, էլեկ-



Նկ. 12. Վիրասրահի ընդհանուր տեսքը:

տրածծիչը և անեսթեզիոլոգիական ապարատները: Ցանկալի է, որ թըթվածնի և նարկոտիկ նյութերի բալոնները վիրասրահից դուրս բերվեն, սրանց մատակարարումը վիրասրահ կատարվում է հատուկ խողովակաշարի միջոցով:

Վիրասրահի մաքրումը: Կատարվում է՝ 1) ընթացիկ մաքրում, վիրահատության ընթացքում հավաքում են հատակի վրա թափված գնդիկները, սրբում արյունով կեղտոտված հատակը, վիրահատման ավարտից հետո մաքրում են թասերի՝ արյունով կեղտոտված պարունակությունը, կեղտոտված սպիտակեղենը և այլն, 2) եզրափակիչ մաքրում. վիրասրահի աշխատանքային օրվա ավարտից հետո հատակը և կահույքը խնամքով լվացվում է, պատերը սրբվում մարդու հասակի բարձրությունամբ, 3) հիմնական մաքրում. շաբաթը մեկ անգամ կատարվում է հատակի, պատերի, պատուհանների, առաստաղի մեխանիկական և քիմիական մշակում (դեզինֆեկցիա), 4) նախնական մաքրում. յուրաքանչյուր վիրահատական օր, վիրահատումն սկսելուց առաջ խոնավ շորով մաքրում են հորիզոնական մակերեսներին գիշերը կուտակված փոշին:

Վիրասրահի մաքրումը կատարվում է միայն խոնավ եղանակով՝ օգտագործելով լուծույթներ, որոնց կազմի մեջ մտնում են տարբեր ախտահանիչ նյութեր, օրինակ՝ 50 գ սոդայի, 50 գ կանաչ օճառի և 150 գ ջրի (մեկ դուլլ տաք ջրին) խառնուրդը: Պետք է մի դուլլ էլ տաք ջուր ջինի և օճառ: Կարելի է օգտագործել 1:1000 դիոցիդի նոսրացված լուծույթը: Քիմիական նյութերով ախտահանելուց հետո պատերը, հատակը և առաստաղը լվանում են ռետինե խողովակից հոսող տաք ջրով: Մաքրելուց հետո ամբողջ կահույքը, պատերը և հատակը շորացնում են շոր շորով: Մաքրելուց հետո 6—8 ժամով միացնում են բակտերոցիդ լամպերը (ԲՈՒՎ-15, ԲՈՒՎ-30):

Նախավիրահաական սենյակը նախատեսվում է վիրահատման

րուծքրոջ, վիրաբույժի, նրա օգնականների՝ վիրահատմանը նախապատ-
րաստվելու համար: Նախապատրաստվելը սկսվում է ձեռքերը լվանա-
լուց: Դրա համար այստեղ գտնվում են հատուկ լվացարան-կոնքեր՝
տաք և սառը ջրի խառնուրդ անող հարմարանքով, ձեռքերը լվանալու
կոնքեր, ավազե ժամացույցներ:

Նարկոզի սենյակ: Սովորաբար սա հատուկ սենյակ է, որտեղ պա-
հում են նարկոզի ապարատուրան, դեղանյութերը և փաստաթղթերը,
որոնք օգտագործում է անեսթեզիոլոգը: Երբեմն այստեղ սկսում են նար-
կոզի սկզբնական էտապները, որից հետո հիվանդը տեղափոխվում է
վիրասրահ:

Մանրէազերծման կամ ավաղկավացման սենյակում տեղակայվում
են ավտոկլավները, մանրէազերծիչները և եռուցիչները, որոնք կիրառ-
վում են վիրաբուժական սպիտակեղենի և գործիքների մանրէազերծման
համար:

Գործիքների սենյակը նախատեսվում է վիրաբուժական գործիքները
և ապարատները պահելու համար: Գործիքները պահվում են հատուկ
տպակյա պահարաններում:

Նյութեղենի սենյակում պատրաստվում են վիրահատական սպի-
տակեղենը, կարի նյութերը և վիրակապական նյութերը: Այստեղ պահ-
վում է սպիրտի, եթերի և այլ դեղանյութերի պահեստային մասը:

Վիրակապարանը պետք է բավարարի այն բոլոր պահանջները, որ
նախատեսվում են վիրասրահի համար (լուսավոր սենյակ, պատերը պետք
է ներկված լինեն յուղաներկով կամ երեսապատված լինեն հախճապակե
սալիկներով): Վիրակապարանի ջերմաստիճանը պետք է լինի 18° C-ից
ուշ պակաս: Վիրակապարանում պետք է լինի հետևյալ կահավորումը:
Սեղան հիվանդներին վիրակապելու համար, սեղան՝ վիրակապական
նյութերի և գործիքների համար, աթոռներ նստող հիվանդների համար,
բևեռակը՝ օգտագործված վիրակապերի համար, պահարաններ՝ գոր-
ծիքների և դեղանյութերի համար: Գործիքները մանրէազերծվում են
կամ վիրակապարանում, կամ հարևան սենյակում: Վիրակապարանը
սխտք է ապահովված լինի տաք և սառը ջրով:

Վիրակապարանում պետք է պահպանվի իդեալական մաքրություն:
Գործիքների և վիրակապական նյութերի սեղանը պատրաստվում է այն-
պես, ինչպես վիրասրահինը: Գործիքները և վիրակապական նյութերը
մատուցվում են կորնցանգով: Վիրակապումը կատարվում է միայն գոր-
ծիքի միջոցով: Հարկավոր է սկզբում կատարել մաքուր վիրակապու-
թյունները (թարախային բորբոքումից զերծ վերքերը), որից հետո թա-
րախային վերքերը: Աշխատանքային օրվա վերջում վիրակապարանը
մաքրում են թաց եղանակով և կատարում օդի ուլտրամանուշակագույն

ճառագայթահարում: Մեծ բաժանմունքներում կան երկու վիրակապարան՝ «մաքուր» և «թարախային» հիվանդների համար:

Հիվանդասենյակներ: Վիրաբուժական բաժանմունքում պետք է լինեն լուսավոր, լայն և լավ օդափոխվող հիվանդասենյակներ, ջերմաստիճանը հիվանդասենյակներում պետք է պահպանվի 18—20° C-ի սահմաններում: Կահույքը պետք է ունենա հարթ մակերես: Սովորաբար այն ներկում են բաց գույնի արծնաներկով, որ հեշտությամբ մաքրվում է: Մահճակալները տեղավորվում են այնպես, որ հնարավոր լինի մոտենալ բոլոր կողմերից: Պարտադիր կերպով առանձնացվում են հետվիրահատական հիվանդասենյակները, որտեղ հիվանդները գտնվում են վիրահատումից հետո առաջին օրերին: Եթե հիվանդանոցում հատուկ «թարախային» բաժանմունք չկա, ապա պետք է լինեն առանձնացված «թարախային» հիվանդասենյակներ:

Բացի թվարկված սենյակներից վիրաբուժական կամ տրավմատոլոգիական բաժանմունքներում պետք է լինի բժշկական պրոցեդուրաների հատուկ սենյակ, որը կոչվում է պրոցեդուրայի սենյակ. այստեղ կատարվում են ներարկումներ, խոռոչների պունկցիա, մտցվում են մշտական կաթետերներ՝ դեղանյութերի երկարատև ներարկումների համար և այլն:

Ավելի ծանր հետվիրահատական հիվանդների համար վիրաբուժական ստացիոնարում ստեղծվում է հիվանդասենյակ կամ ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք հատուկ ապարատուրայով հագեցված, որևէ անհրաժեշտ է հնարավոր վերականգնողական միջոցառումների համար: Հետվիրահատական հիվանդների անկողնու մոտ սահմանվում է շուրջօրյա քույրական պահակետ:

Մեռնող հիվանդները տեղափոխվում են հատուկ սենյակ՝ մեկուսարան:

Քույրական պահակետ: Սովորաբար միջանցքում հիվանդասենյակներից ոչ հեռու գտնվում է հերթապահ բուժքրոջ սեղանը: Սեղանի մոտ տեղակայվում է լուսային կամ ձայնային ազդանշանների հարմարանքը և հատուկ պահարանը՝ ներբաժանմունքային դեղատան համար: Այդ պահարանում պահվում են հիվանդների բուժման համար անհրաժեշտ դեղանյութերը: Պահարանի հատուկ բաժանմունքներում, որոնք փակվում են առանձին բանալիներով, պահվում են Ա և Բ խմբի պրեպարատները:

ՊՈԼԻԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԲԱԺԱՆՄՈՒՆՔ

Մեծ պոլիկլինիկաներում առանձնացվում է ինքնուրույն վիրաբուժական բաժանմունք: Նրա խնդիրների մեջ մտնում է հիվանդների առաջնային զննումը, նրանց տեսակավորումը հիվանդանոցային և ամբուլատոր բուժման համար: Պոլիկլինիկայի վիրաբուժական բաժանմունքում

իրագործվում է նաև հիվանդանոցից դուրս գրված հիվանդանոցների հետագա բուժումը՝ մինչև նրանց առողջացումը:

Պոլիկլինիկայի վիրաբուժական բաժանմունքը պետք է ունենա առնրվազն երեք սենյակ՝ բժշկի ընդունարան, վիրասրահ և վիրակապարան: Բազմաթիվ պոլիկլինիկաներում «մաքուր» և «թարախային» հիվանդներին առանձնացնում են, այդ պատճառով էլ սենյակների թիվը կրկնապատկվում է: Պոլիկլինիկայի վիրաբուժական բաժանմունքում անպայման պետք է լինեն ռենտգենյան կարիներ, լաբորատորիա, բուժական ֆիզկուլտուրայի կարիներ: Այս օժանդակ կարիներները սպասարկում են ոչ միայն վիրաբուժական, այլև ուրիշ պրոֆիլի հիվանդների: Նյութերի մանրէազերծումը, որպես կանոն, կատարվում է կենտրոնացված՝ ամբողջ պոլիկլինիկայի համար:

Բուժարանի վիրաբուժական կարիներ: Բուժարաններում առանձնացվում է հատուկ սենյակ վիրաբուժական կարիների համար: Այստեղ կատարվում է հիվանդների ընդունելությունը, ոչ մեծ վիրահատումներ և վիրակապություններ: Ցանկալի է, որ վիրաբուժական կարիները նույնպես զբաղեցնի մի քանի սենյակ, պոլիկլինիկայի վիրաբուժական բաժանմունքի նման: Բուժարանի վիրաբուժական կարիներտի աշխատանքի էությունը նույնն է, ինչ որ պոլիկլինիկայինը: Տարբերությունն այն է, որ հիվանդների թիվը զգալիորեն քիչ է:

Տրավմատոլոգիական կետ: Մի շարք հիվանդանոցներին և պոլիկլինիկաներին կից գործում է հատուկ բուժպրոֆիլակտիկ միավոր՝ տրավմատոլոգիական կետ, որը սպասարկում է տրավմատոլոգիական պրոֆիլի հիվանդներին: Տրավմատոլոգիական կետը պետք է ունենա բժիշկ-տրավմատոլոգի կարիներ, վիրասրահ, գիպսի վիրակապարան և ռենտգենյան կարիներ: Տրավմատոլոգիական կետում կատարում են՝ կոտրվածքի դեպքում տեղային ցավազրկում, ոսկրաբեկորների տեղաշարժի ուղղում, դրվում են հասարակ գիպսյա կապեր, հոդախախտի ուղղում, ոչ մեծ վերքերի վիրաբուժական մշակում և այլն: Եթե հիվանդը կարիք է զգում հիվանդանոցային բուժման, ապա նրան տրավմատոլոգիական կետից ուղարկում են տրավմատոլոգիական բաժանմունք: Տրավմատոլոգիական կետը հաշվառման է ենթարկում իր շրջանի տրավմատոլոգիական հիվանդներին, ստուգում է հիվանդանոցից դուրս գալուց հետո նրանց լրիվ բուժումը, ինչպես նաև զբաղվում է տրավմատոլոգիական հիվանդների աշխատունակության վերականգնման հարցերով:

ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՎԻՐԱՀԱՏՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Վիրաբուժական վիրահատումը հիվանդի հյուսվածքների կամ օրգանների վրա կատարվող մեխանիկական ներգործությունն է՝ բուժման և ախտորոշման նպատակով:

Վիրահատումների տեսակները: Վիրահատումները ըստ կատարման ժամկետի լինում են՝ 1) պլանային (կատարում են հիվանդին ընդունելուց և խնամքով նախապատրաստելուց մի քանի օր հետո), 2) անհետաձգելի (կատարում են անմիջապես հիվանդին ընդունելուց, նվազագույն շափով նախապատրաստելուց հետո): Ըստ միջամտության բնույթի լինում են՝ 1) արմատական (ախտաբանական օջախը հեռացվում է ամբողջությամբ) և 2) ամոքիչ (օջախը կարող է շահագործվել, բայց վիրահատումը ենթադրում է ժամանակավորապես վերացնելու հիմնական ախտանիշը): Կախված կատարման տեսակից՝ վիրահատումը լինում է՝ 1) արյունային և 2) ոչ արյունային: Առաջին տեսակին են վերաբերում վիրաբուժական այն միջամտությունները, երբ հատվում են հյուսվածքները, կատարվում է կտրված հյուսվածքներից արյունահոսությունը դադարեցում, հյուսվածքները միմյանց միացնելու համար դրվում են կարեր և այլ միջոցառումներ՝ կախված վիրահատական միջամտության բնույթից: Երկրորդ տեսակի վիրաբուժական վիրահատումների դեպքում կատարվում է այս կամ այն վիրաբուժական միջամտությունը, երբ հյուսվածքները չեն կտրվում և արյունահոսություն չի նկատվում: Այսպիսի վիրահատումների թվին են պատկանում հոդախախտի ուղղումը, կտրված ոսկրաբեկորների ուղղումը: Բոլոր վիրահատական միջամտությունների դեպքում, հատկապես արյունային վիրահատումների, նախատեսվում են պրոֆիլակտիկ միջոցառումներ՝ հետվիրահատական շրջանում ինֆեկցիայի կանխման, լավ ցավազրկման և կտրված հյուսվածքներից արյունահոսությունը խնամքով դադարեցնելու նպատակով:

Հիվանդի դիրքը վիրասեղանի վրա: Հորիզոնական դիրքը մեջքի վրա կիրառվում է ավելի հաճախ: Այն հարմար է ստամոքս-աղիքային ուղու, կրծքավանդակի, վերջույթների մի շարք վիրահատումների դեպքում: Հիվանդին պառկեցնում են ուտինե ամուր ներքնակ ունեցող վիրասեղանի վրա, որը ծածկված է սավանով, գլխի տակ դրվում է մոմլաթե երեսով բարձ: Հիվանդին անպայման անշարժացնում են (կապում): Սովորաբար ոտքերը կապում են ծնկներից վերև հատուկ գոտիներով կամ սավանով: Մի ձեռքը կապվում է, իսկ մյուսը թողնվում է ազատ պոչը ստուգելու համար: Անշարժացումը անհրաժեշտ է հիվանդի շարժումները արգելելու և վիրասեղանի վրայից նրա ընկնելը կանխելու համար՝ հատկապես նարկոզի ժամանակ: Վիրասեղանի գլխի մասում ամրացվում է աղեղ, որը ծածկվում է մանրէազերծված սավանով, որպեսզի հիվանդի շնչուղիները սահմանազատվեն վիրահատական վերքից:

Պարանոցի վիրահատումների դեպքում (շնչափողահատում, վահանաձև գեղձի հեռացում և այլն) հիվանդը պառկում է մեջքի վրա՝ ուտերի տակ դրվում է գլանաբարձ, որի շնորհիվ գլուխը թեքվում է հետ:

Ստամոքսի, ենթաստամոքսագեղձի, լյարդի, լեղուղիների վիրա-

հատումների դեպքում գոտկատեղի տակը դրվում է գլանաբարձ կամ բարձրացվում է վիրասեղանի հատուկ հարմարանքը: Ստինքի հեռացման ժամանակ հիվանդին թեթևակի շրջում են կողքի վրա և դատում ձեռք ուղիղ անկյան տակ:

Հիվանդի կողքի վրա պառկած դիրքը անհրաժեշտ է կրծքավանդակի օրգանների մի շարք վիրահատումների դեպքում: Հիվանդի ձեռքը անշարժեցվում է հատուկ կցորդի վրա: Իրանի վերին մասը թեթևակի բարձրացվում է: Կողքի պառկած դիրքում կատարվում են երիկամների վիրահատումները: Այս վիրահատումների ժամանակ գոտկատեղի տակ դրվում է գլանաբարձ, ոտքը, որ գտնվում է վերևում, ծալում են կոնքաօղորային և ծնկան հոդերում, իսկ մյուսը, որ հարակից է սեղանին, ուղղված դիրքով է:

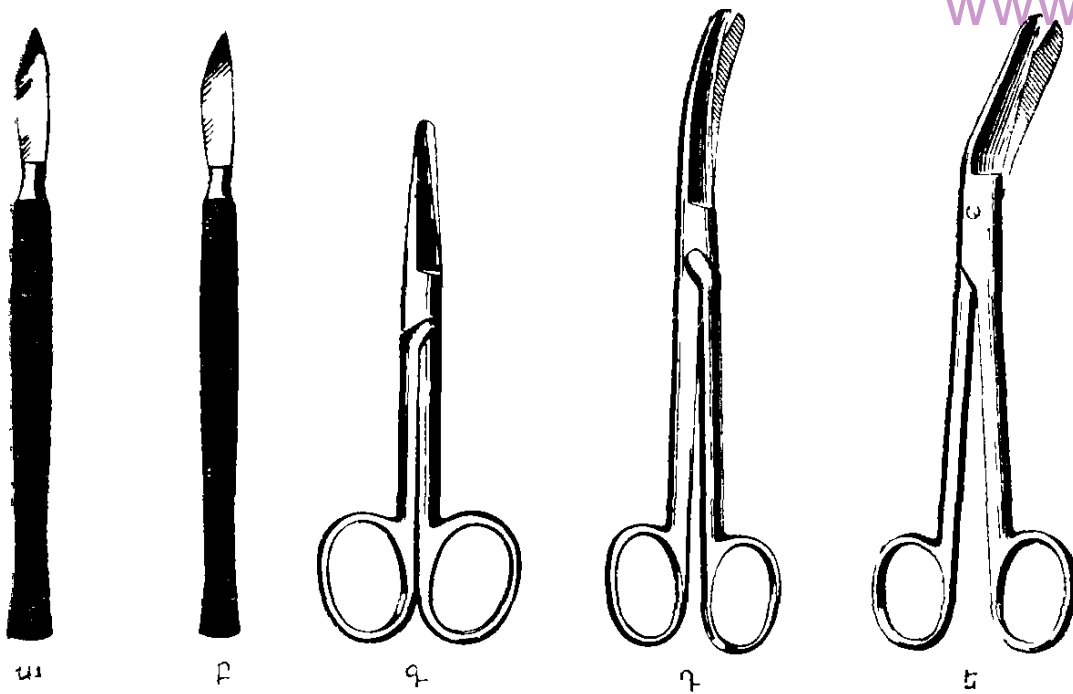
Ուռվայնի վրա պառկած դիրքը կիրառվում է ողնաշարի, հետին գանգափոսի, հետույքների վիրահատումների դեպքում: Հիվանդի գլուխը ամրացվում է հատուկ հենքի վրա կամ շրջվում մի կողմի վրա:

Գլխի կողմը իջեցված դիրքը (Տրենդելենբուրգի դիրք) կիրառվում է փոքր կոնքի օրգանների վիրահատումների դեպքում: Այսպիսի դիրքում աղիները տեղաշարժվում են որովայնի վերին մասը և վիրահատական դաշտը չեն ծածկում: Սեղանի թեքությունը մինչև 45° է: Սեղանի ոտերի մասը ծալում են և հիվանդի ոտքերը ամրացնում նրան:

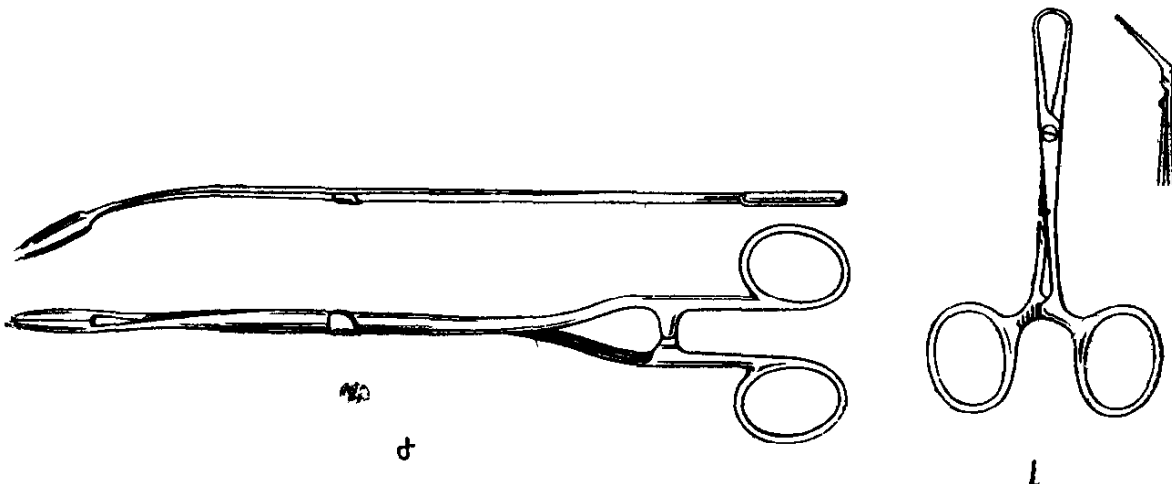
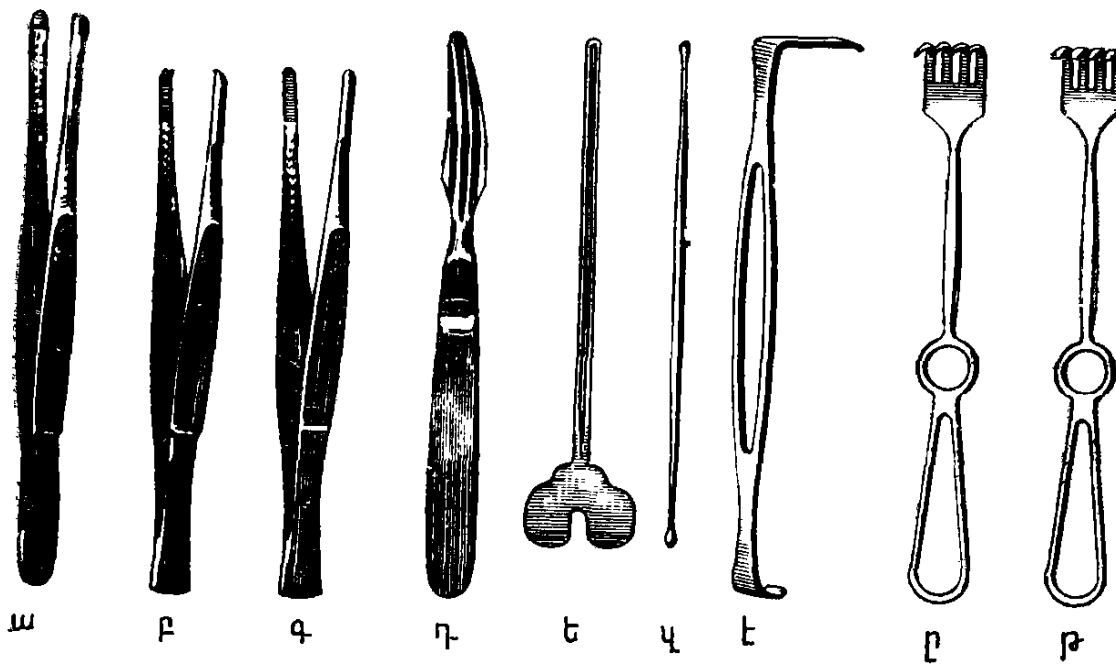
Շեֆային (գինեկոլոգիական) դիրքով հիվանդներին պառկեցնում են չիքի, հետանցքի, հեշտոցի վիրահատումների դեպքում: Հիվանդին այնպես են պառկեցնում, որ նրա հետույքը գտնվի սեղանի եզրին մոտ, ոտքերը բարձրացվում են վերև, զատվում իրարից և դրվում հատուկ նեյուկների վրա:

Վիրահատող բրիգադի անդամների տեղը վիրահատման ժամանակ: Վիրահատության տեսակից և վիրահատող բրիգադի անդամների թվից կախված՝ նրանց տեղը կարող է փոփոխվել: Սովորաբար որովայնի խոռոչի վիրահատումների դեպքում վիրաբույժը կանգնում է հիվանդի ուջ կողմը, առաջին օգնականը՝ հակառակ կողմը, երկրորդ օգնականը՝ վիրաբույժից ձախ, երրորդը՝ առաջին օգնականից աջ:

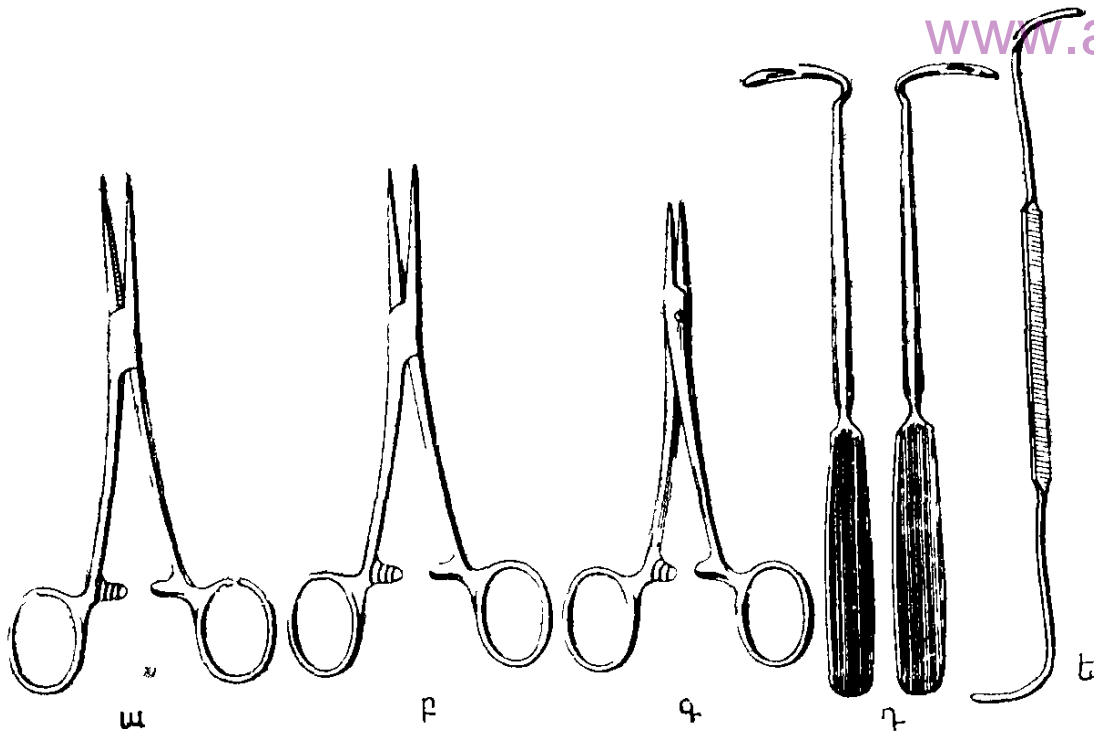
Կրծքավանդակի վիրահատումների դեպքում, երբ հիվանդին պառկեցնում են կողքի վրա, վիրաբույժը գտնվում է հիվանդի մեջքի կողմում, օգնականների տեղերը նույնն են, ինչպես նշված է վերևում: Ելնելով վիրահատական միջամտության բնույթից բրիգադի անդամները պետք է տեղավորվեն այնպես, որ առավել հարմար լինի վիրահատությունը կատարելու համար: Վիրահատական բուժքույրը իր շարժական սեղանիկի հետ սովորաբար գտնվում է վիրասեղանին պառկած հիվանդի ոտքերի կողմում այն հեռավորությամբ, որտեղից հարմար լինի



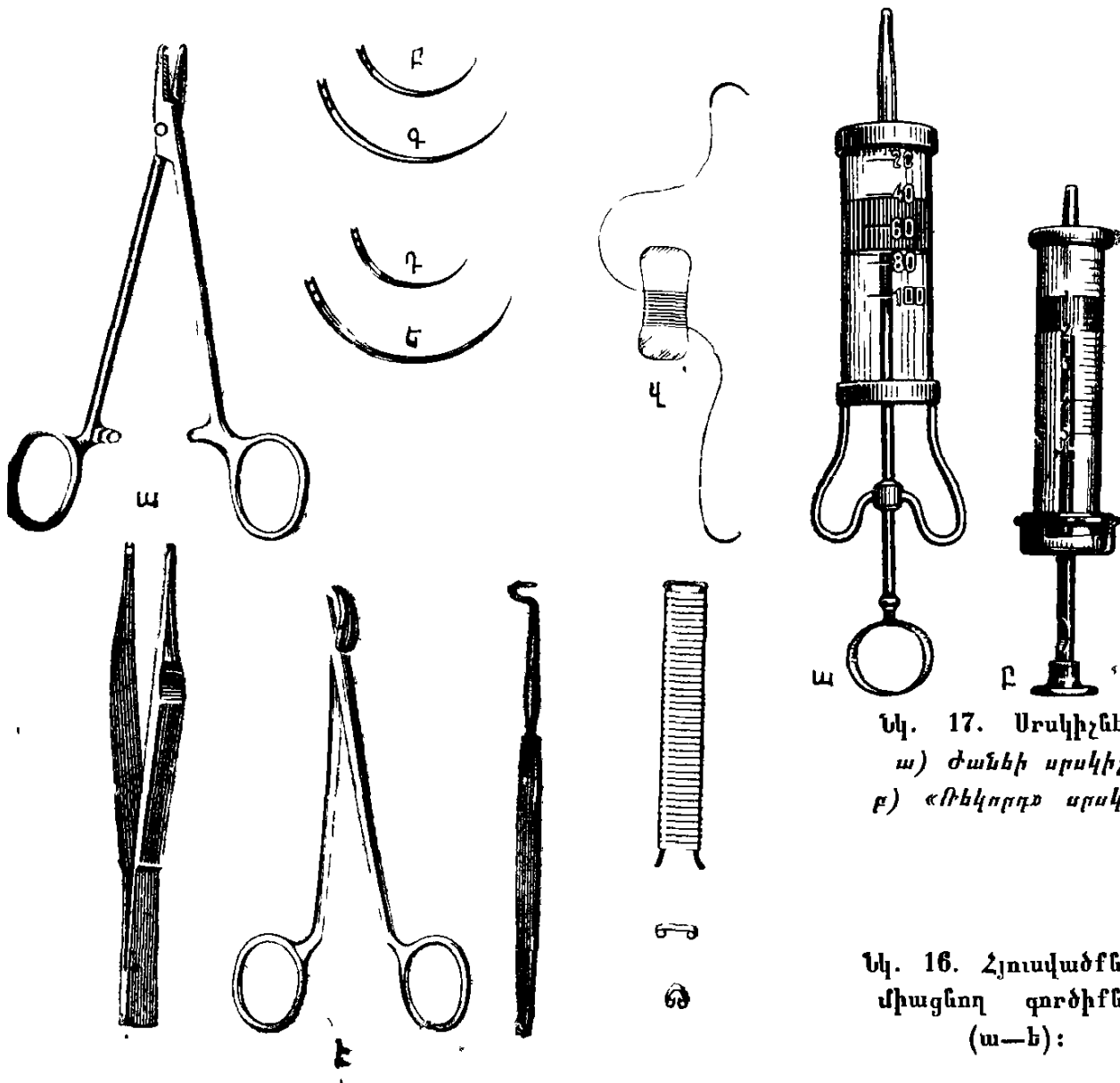
Նկ. 13. Հյուսվածքները անջատող, կարող գործիքներ (ա—է):



Նկ. 14. Օժանդակ գործիքներ (ա—լ):

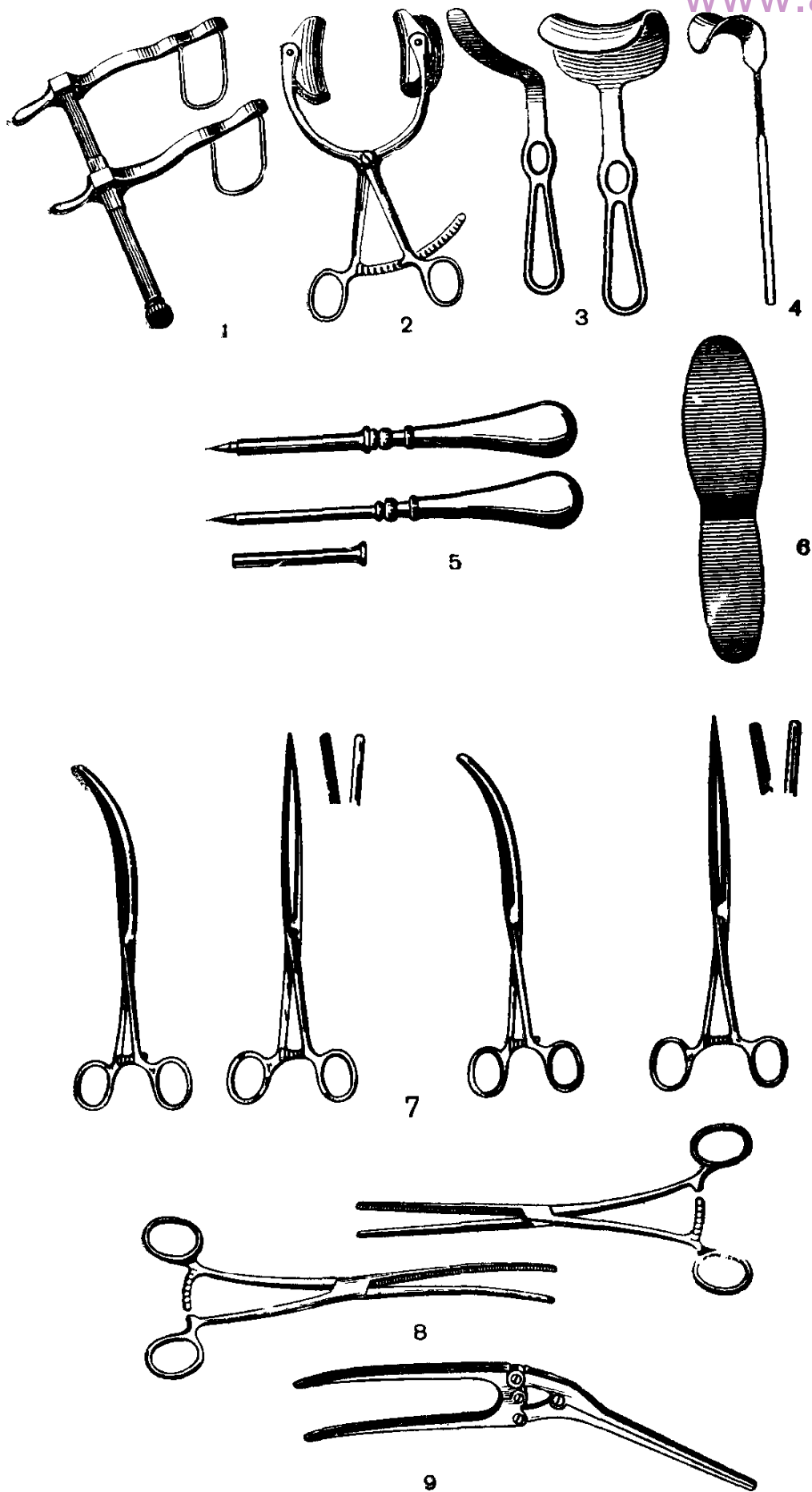


Նկ 15. Արյունահոսությունը դադարեցնող սեղմակներ և անոթակապի ասեղներ (ա—ե)։

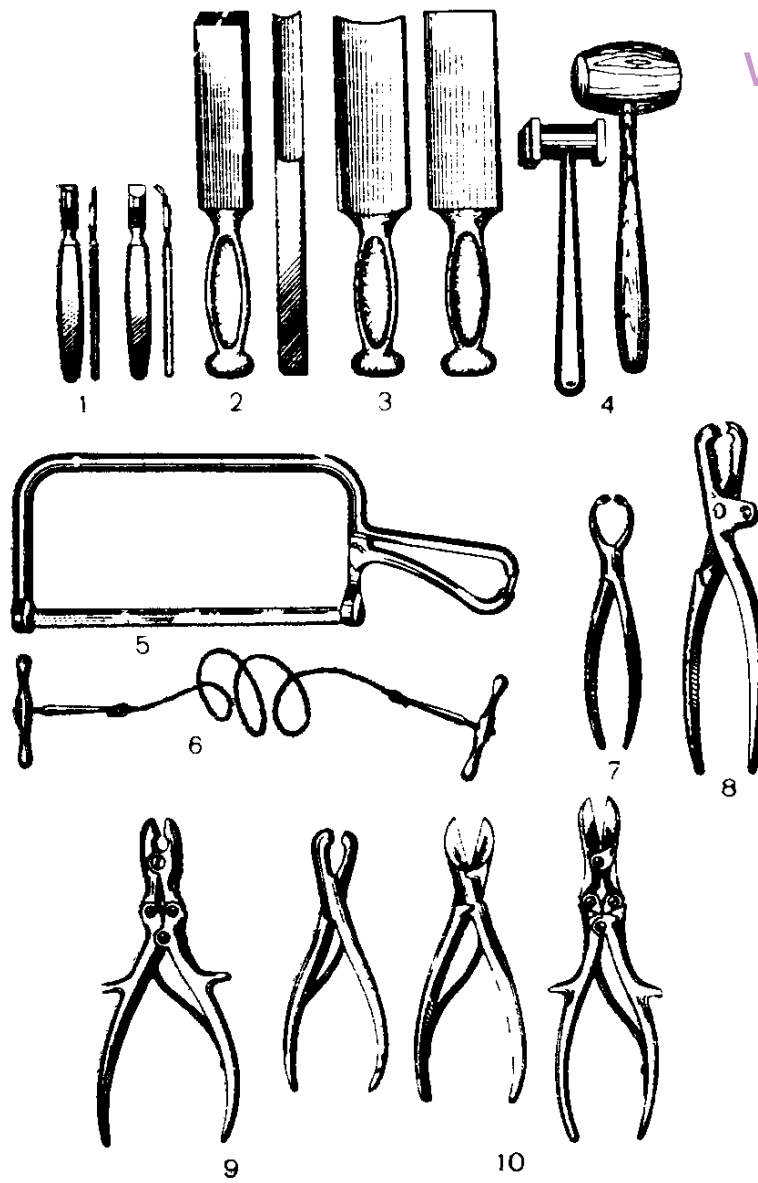


Նկ. 17. Սրսկիչներ. ա) ժանեի սրսկիչ, բ) «Ռեկորդ» սրսկիչը

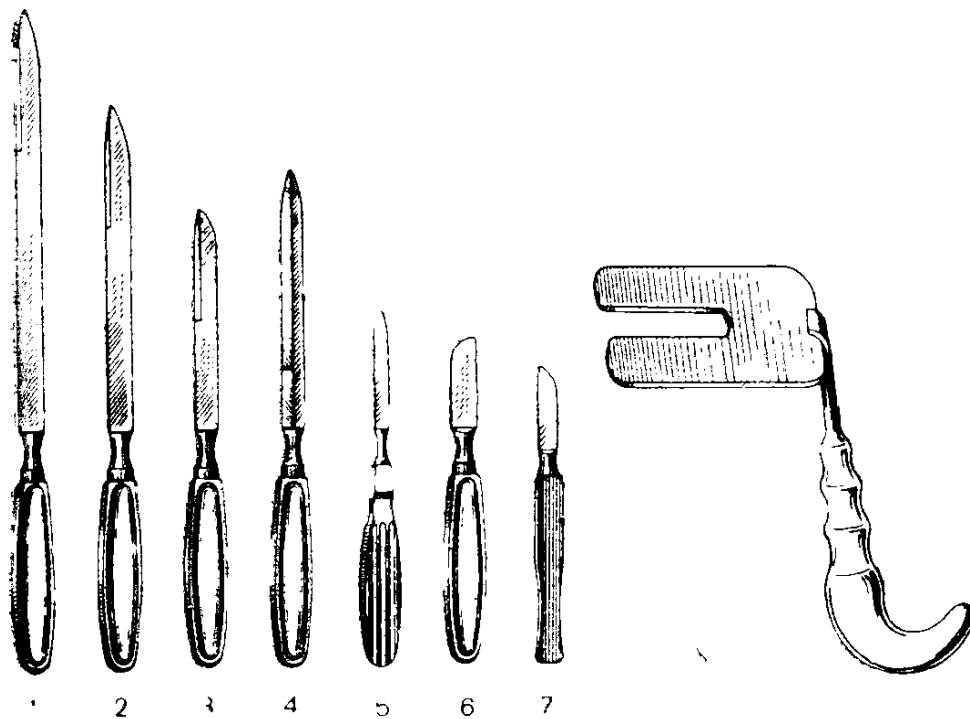
Նկ. 16. Հյուսվածքները միացնող գործիքներ (ա—ե)։



Նկ. 18. Որովայնի խոռոչի օրգանների վիրահատումների գործիքներ (1—9):



Նկ. 19. Ոսկրերի վիրահատումների գործիքներ (1—10):



Նկ. 20. Վերջույթների վիրահատումների գործիքներ (1—8):

գործիքները վիրաբույժին մատուցել: Անեսթեզիոլոգիական բրիգադը գտնվում է վիրասեղանի գլխի կողմում:

Վիրաբուժական գործիքները կիրառվում են վիրահատության համար, բաժանվում են երկու խմբերի՝ 1) ընդհանուր գործիքներ, որոնք կիրառվում են համարյա բոլոր վիրահատումների դեպքում (հյուսվածքները հատող գործիքներ, օժանդակ գործիքներ՝ պինցետներ, կարթեր, ճանկիչներ, կորնցանգներ, արյունահոսությունը դադարեցնող գործիքներ, հյուսվածքները միացնող գործիքներ):

2) հատուկ գործիքներ, որոնք կիրառվում են միայն առանձնահատուկ վիրահատումների (ոսկրային, նեյրովիրաբուժական, միզուղիների և այլն) դեպքում: Բժշկական արդյունաբերությունը արտադրում է գործիքների հավաքակազմեր մեծ և փոքր վիրահատական, ինչպես նաև վիրակապական հավաքակազմեր: Ստորև թվարկված են առավել հաճախ կիրառվող գործիքները:

Հյուսվածքներն անջատող գործիքներ. ա) սրածայր դանակ, բ) փորավոր դանակ, գ) ուղիղ սրածայր մկրատ, դ) Կուպերի մկրատ, ե) անոթային մկրատ (նկ. 13):

Օժանդակ գործիքներ. ա) թաթառամնավոր պինցետ, բ) վիրաբուժական պինցետ, գ) անատոմիական պինցետ, դ) Կոխերի զոնդ, ե) ակոսավոր զոնդ, զ) կոճակավոր զոնդ, է) Ֆարաբեֆի կարթ, ը, թ) բազմատամանի կարթեր, ժ) կորնցանգ, ի) ճանկիչներ (նկ. 14):

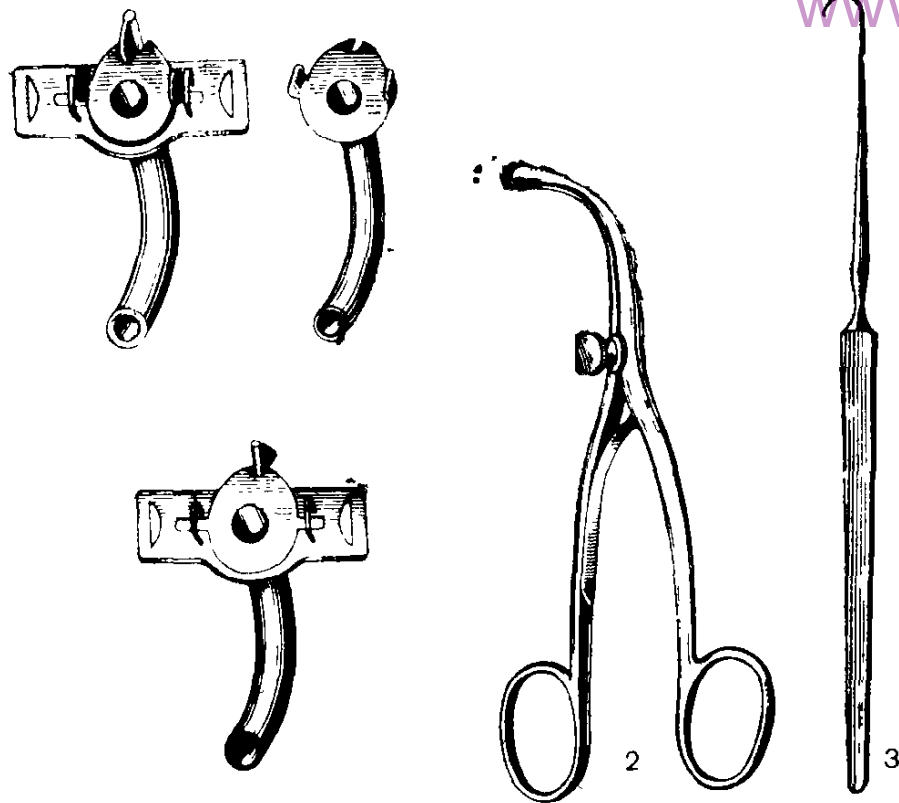
Արյունահոսությունը դադարեցնող սեղմակներ և անոթակապի ասեղներ. ա) Կոխերի սեղմակ, բ) Բիլրոթի սեղմակ, գ) «մժղուկ» տիպի սեղմակ, դ) Դեշանի ասեղ (աջակողմյան և ձախակողմյան), ե) համակցված ասեղ (նկ. 15):

Հյուսվածքները միացնող գործիքներ՝ ա) Հեգարի ասեղնակալ, բ, գ) աղիքային կլոր ասեղներ, դ, ե) կտրող (եռակող) ասեղներ, զ) ատրավմատիկ ասեղներ, է) Միշելի սեղմիչները դնելու գործիքների հավաքակազմ (նկ. 16):

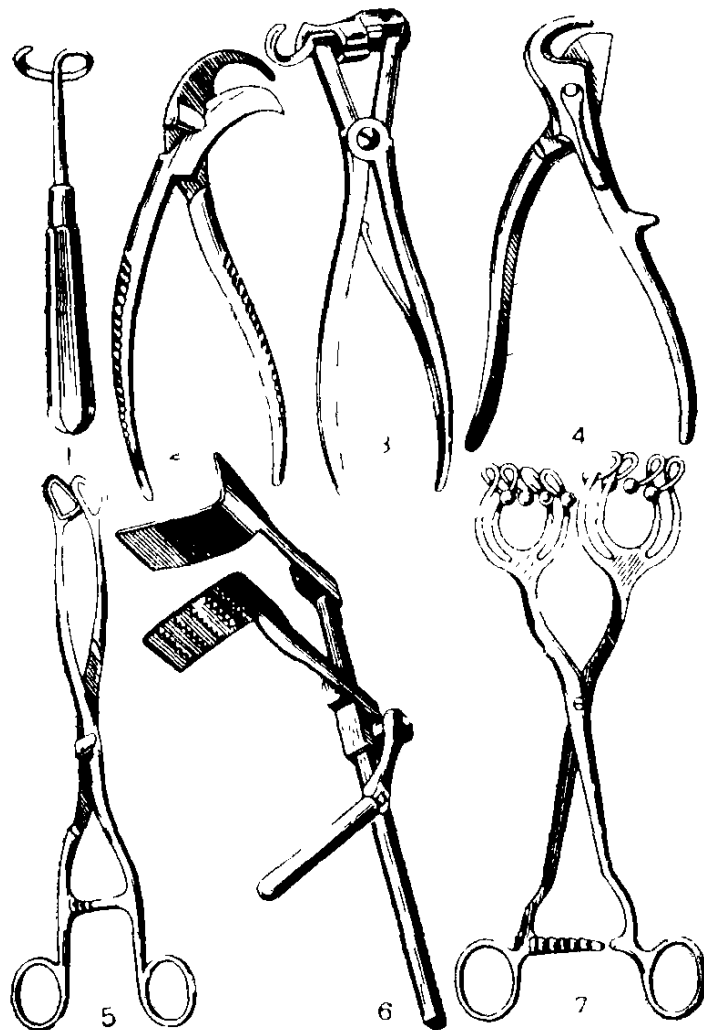
Սրակիչներ. ա) Ժանեի սրակիչ, բ) «Ռեկորդ» տիպի սրակիչ (նկ. 17):

Որովայնի օրգանների վիրահատումների գործիքներ. 1) Գոսսեի վերքլայնիչ, 2) Միկուլիչի վերքլայնիչ, 3) լյարդային հայելիներ, 4) որովայնային հայելի, 5) տրոակար, 6) Ռեվերդենի թիակ, 7) աղիքային փափուկ սեղմակներ, 8) աղիքային կոշտ սեղմակներ, 9) Պայերի ստամոքսային կոշտ սեղմակ (նկ. 18):

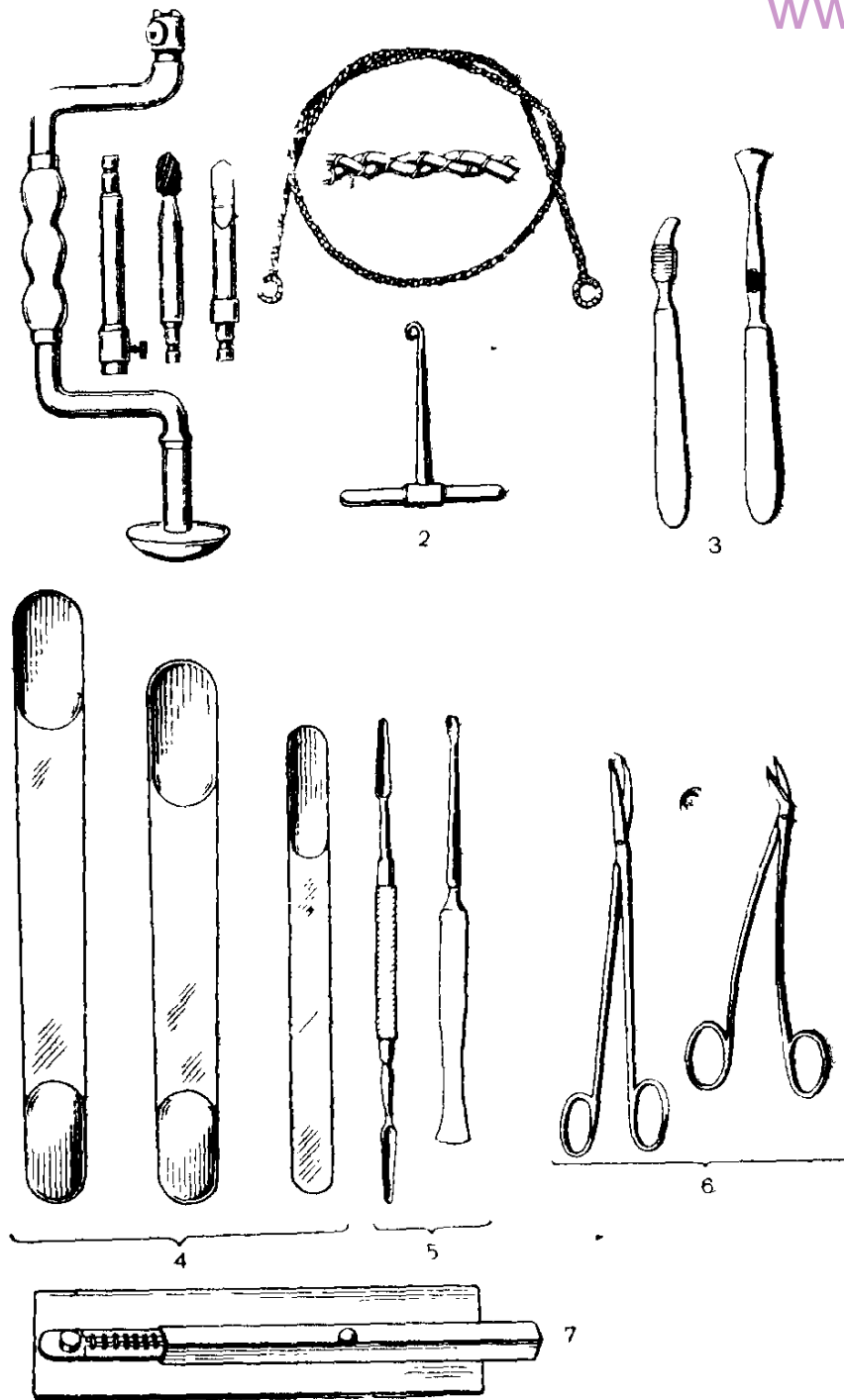
Ոսկրերի վիրահատումների գործիքներ. 1) Ֆարաբեֆի ռասպատոր (ուղիղ և կոր), 2) ուղիղ և ակոսավոր դուրեր, 3) ոսկրահատիչ (օստեոտոմ), 4) մուրճեր (մետաղական և փայտյա), 5) աղեղնասղոց, 6) Զիլիի լարասղոց, 7) Օլյեի ոսկրակցան, 8) Ֆարաբեֆի ոսկրակցան, 9) կյուերի կրծան, 10) Լիստոնի աքցան (նկ. 19):



Նկ. 21. Շնչափողահատման գործիքներ (1—3):



Նկ. 22. Կրծքավանդակի և նրա ներքին օրգանների վիրահատումների գործիքներ (1—7):

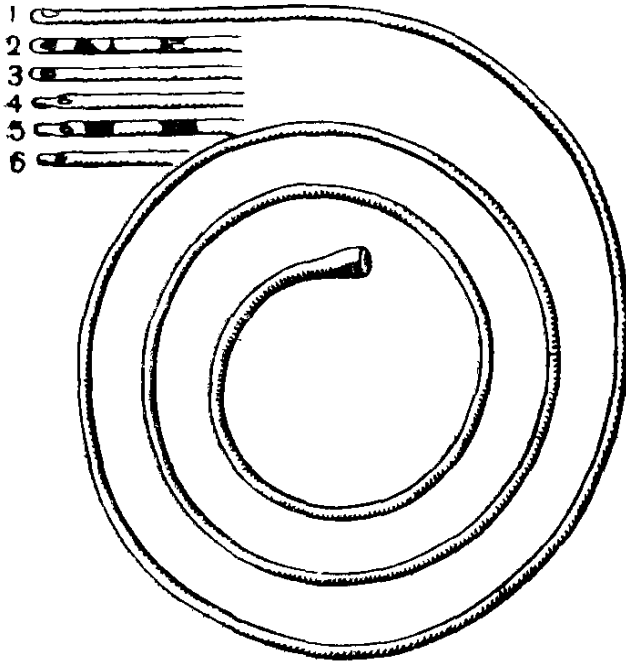
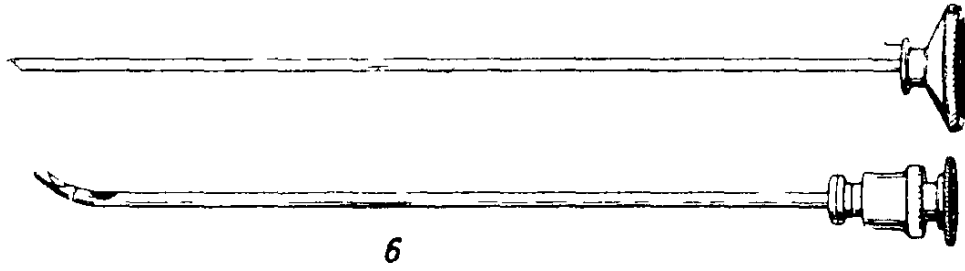
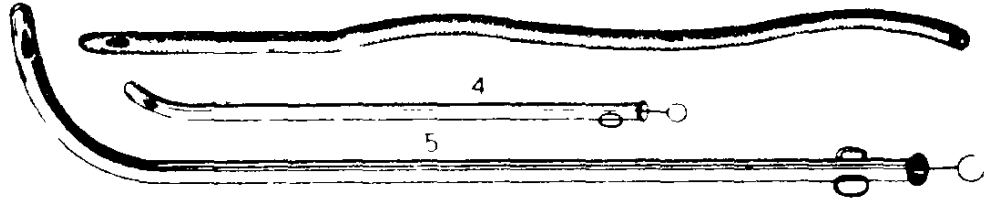
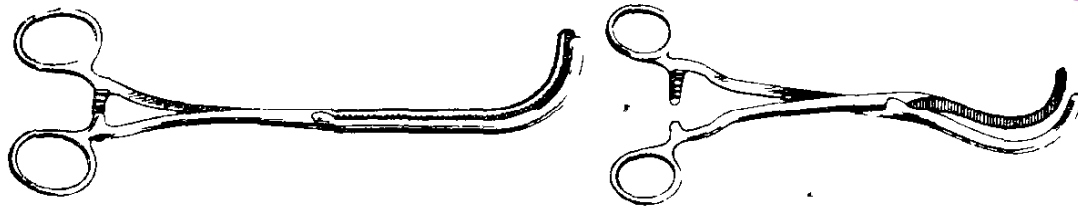


Նկ. 23. Նեյրովիբարբուժական վիրահատումների գործիքներ (1—7):

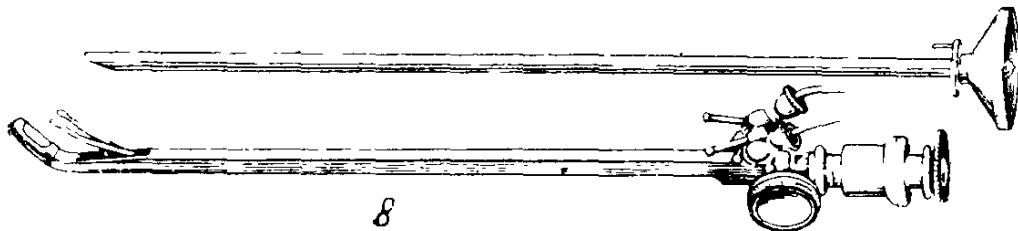
Վերջույթների վիրահատումների գործիքներ. 1—3) անդամահատման դանակներ (մեծ, միջին, փոքր), 4) երկսայրի դանակ, 5) մատները հատելու դանակ, 6) ռեզեկցիոն դանակ, 7) հերձադանակ, 8) ռետրակտոր (նկ. 20):

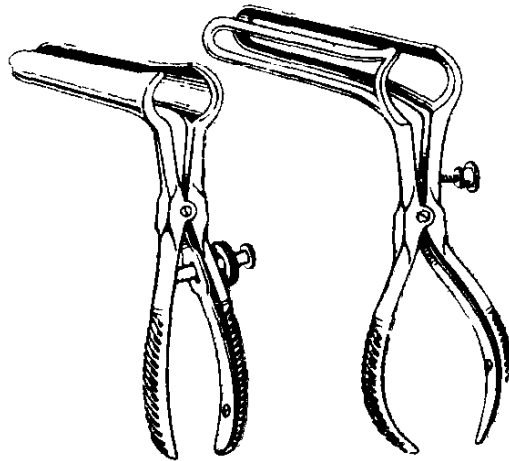
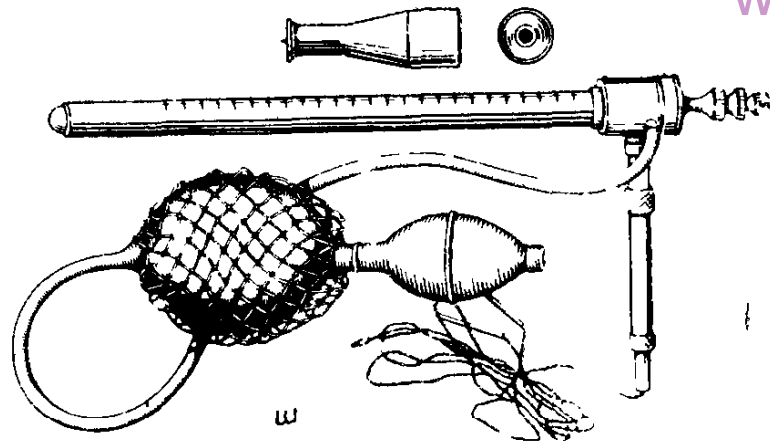
Շնչափողահատման գործիքներ. 1) շնչափողահատման փողակ (հավաքված և քանդված վիճակում), 2) Տրուսոյի շնչափողալայնիչ, 3) միատամանի կարթ (նկ. 21):

Կրծքավանդակի և նրա ներքին օրգանների վիրահատումների գոր-



Նկ. 24. Երկամների և միգուրիների վիրահատումների գործիքներ (1-8):





բ

Նկ. 25. Ուղիղ աղու վիրահատումների գործիքներ (ա, բ):

ծիքներ. 1) Դուռայենի ռասպատոր, 2) Դուռայենի կրծան, 3) Շումախերի կրծան, 4) Շտիլլեի կրծաններ, 5) Լյուերի աքցան, 6) վերքլայնիչ, 7) Ֆրիդրիխի աքցան (նկ. 22):

Նեյրովիրաբուժական վիրահատումների գործիքներ. 1) ձեռնաշաղափ ֆրեզների հետ միասին, 2) Ջիլիի լարասղոց, 3) ռասպատորներ, 4) ուղեղային թիակ, 5) դիսսեկտոր, 6) մկրատներ, 7) կլիպսներ (նկ. 23):

Նրիկամների և միզուղիների վիրահատումների գործիքներ. 1—2) Ֆեոդորովի երիկամային սեղմակ, 3) ռետինե կաթետեր, 6) միզապարկի դիզակ (ցիստոսկոպ), 7) միզածորանային կաթետերներ (1—6 թվերը բթամասի համարանիշներն են), 8) կաթետերացման ցիստոսկոպ (նկ. 24):

Ուղիղ աղու վիրահատումների գործիքներ. 1) ուղիղ աղու դիզակ (ռեկտոսկոպ), 2) ուղիղ աղիքային հայելի (նկ. 25):

Վերևում թվարկվեցին միայն հիմնական գործիքները (այն էլ ոչ լրիվ):

Ժամանակակից վիրասրահները (հատկապես հատուկ պրոֆիլի) կա-

հավորված են ամենաբարդ ապարատներով՝ սրտի վիրահատումների համար արհեստական արյան շրջանառության ապարատով, էլեկտրաէնցեֆալոգրաֆով՝ գլխուղեղի կենսահոսանքները գրառելու համար, էլեկտրակարդոսկոպով՝ սրտի աշխատանքը հսկելու համար: Բացի այս ապարատներից կան և այնպիսի ապարատներ, որոնք անհրաժեշտ են մի շարք վիրահատումների համար. օրինակ՝ ջերմամակարդման ապարատը (կիրառվում է արյունահոսությունը դադարեցնելու և հյուսվածքները էլեկտրական դանակով կտրելու համար), հեղուկների արտածծման ապարատը:

Ժամանակակից նարկոզի ապարատների մասին կխոսվի համապատասխան բաժնում:

ՎԻՐԱՀԱՏՄԱՆ ԲՈՒԺՔՐՈՋ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

Վիրահատարանը աշխատանքի նախապատրաստելու բոլոր միջոցառումները մտնում է վիրահատման բուժքրոջ պարտականությունների մեջ: Նրա տնօրինության տակ գտնվում են՝ 1) վիրասրահը, նախավիրասրահը, նյութեղենի և մանրէազերծման սենյակները, 2) գործիքները և նրանց նախապատրաստումը վիրահատման, 3) վիրահատական ու վիրակապական նյութերը և նրանց նախապատրաստումը, 4) վիրահատարանի սպիտակեղենը և նրա մանրէազերծումը, 5) կարի նյութերը և նրանց պատրաստումը, 6) վիրասրահը անհրաժեշտ դեղամիջոցներով ապահովելը:

Մի քանի վիրահատման բուժքույր լինելու դեպքում նրանց պարտականությունները իրար միջև բաժանվում են, նրանցից մեկը (ավագը) հանդիսանում է նյութական պատասխանատու անձը, նա ղեկավարում է նաև մնացած բուժքույրերի աշխատանքը: Ավագ քույրը տնօրինում է գործիքները, հետևում է վիրահատական ողջ նյութերի պատրաստմանը (անձեռոցիկներ, վիրախժուծներ, զնդիկներ, կարի նյութեր), նյութերի մանրէազերծմանը, դուրս է գրում դեղանյութերը:

Բոլոր մյուս վիրահատման բուժքույրերը անմիջականորեն մասնակցում են նյութերի պատրաստման և վիրահատման աշխատանքին:

Վիրահատման բուժքույրը պետք է ուշադիր հետևի կրտսեր բուժանձնակազմի աշխատանքին և զգուշացնի վիրաբույժին՝ վիրահատության ժամանակ ներկա գտնվողների (բժիշկներ, ուսանողներ և այլն) կողմից տսեպտիկայի կանոնների խախտում նկատելու դեպքում: Եթե վիրահատող վիրաբույժները չեն նկատել ասեպտիկայի որևէ խախտում, նա պետք է անհապաղ տեղեկացնի այդ մասին նրանց:

Վիրահատման բուժքրոջ հիմնական պարտականությունը վիրաբույժներին վիրահատության ժամանակ անհրաժեշտ գործիքներով ու նյութերով ապահովելն է: Սովորաբար վիրահատումից առաջ գործիքները ցանցի հետ միասին հանում են մանրէազերծիչից և տեղավորում գործիքների համար նախատեսված քույրական սեղանի վրա, որը ծածկվում է մանրէազերծված սավանով: Պետք է նայել, որ սավանը թրջված չլինի, որպեսզի ասեպտիկայի խանգարում չառաջանա: Գործիքները դասավորում են ըստ տեսակների, ինչպես նաև վիրահատության էտապներին համապատասխան: Քույրական սեղանին դրված պահեստային գործիքների մի մասը տեղափոխվում է, այսպես կոչվող, ընթերկայական (ասիստենտական) փոքր սեղանի վրա, որը գտնվում է անմիջապես վիրասեղանի մոտ: Որպես կանոն ընթերկայական սեղանի վրա պետք է դրված լինեն այն գործիքները, որոնք անհրաժեշտ են տվյալ վիրահատության ընթացիկ էտապը ապահովելու համար: Եթե քույրական սեղանի ստերիլության համար պատասխանատու է միայն վիրահատման բուժքույրը, ապա ընթերկայական սեղանի համար պատասխանատու են նաև վիրաբույժները:

Վիրահատման բուժքույրը պետք է ստուգի գործիքների սարքինությունը: Գործիքների մատուցումը կատարվում է երկու ձևով: Քույրը գործիքները տալիս է անմիջապես վիրաբույժի և նրա օգնականի ձեռքը, կամ թե գործիքը դնում է «ձեռքի տակ», իսկ վիրաբույժը վերցնում է այն: Գործիքը պետք է մատուցվի այնպես, որ նրանով վիրաբույժի ձեռքը չվնասվի: Վիրահատության ընթացքում մեծամասամբ վիրաբույժը չի նայում գործիքին, որը տալիս են նրան, նրա ուշադրությունը կենտրոնացված է լինում վիրահատական դաշտի վրա: Ելնելով սրանից վիրահատման բուժքույրը պարտավոր է լավ իմանալ վիրահատության ամբողջ ընթացքը, և եթե նրան ինչ ուր անհասկանալի բան կա՝ այդ մասին պետք է հարցնի վիրաբույժին:

Վիրահատական բրիգադի ներդաշնակ աշխատանքի դեպքում վիրահատությունը ընթանում է բավականին արագ: Եթե վիրահատության ընթացքում գործիքը հպվել է որևէ ոչ ստերիլ իրի, այդ մասին հարկավոր է տեղեկացնել վիրաբույժին, իսկ գործիքը պետք է հեռացնել: Մեծ վարպետություն և հմտություն է պահանջվում կարի նյութերը մատուցելու համար: Ավելի լավ է կարի նյութը ոչ թե ձեռքերով վերցնել, այլ գործիքով: Պինցետով բռնում են թելի ծայրը և ձգում այն կոճի (կամ առարկայական ապակու) վրայից, որի վրա մանրէազերծվել է: Ձգելով թելը անհրաժեշտ երկարությամբ կտրում են այն մկրատով: Կետգուտով աշխատելիս հարմարության համար վերջինս նախապես կտրում են և պատրաստում համապատասխան երկարության թելեր: Համապատասխան երկարության թել մատուցելու համար բուժքույրը պետք է հետևի վիրա-

հատուծյան ընթացքին և լավ իմանա, թե ինչ երկարուծյան թել է ան-
 յրածեշտ վիրաբուծիին: Թելի ամրուծյունը հիմնականում կախված է
 նրա հաստուծյունից: Պետք է հաշվի առնել, որ մանրէազերծումը թու-
 յայնում է թելի ամրուծյունը: Վիրաբուծիին թելը մատուցելուց առաջ
 վիրահատման բուժքույրը ստուգում է նրա ամրուծյունը՝ ձգելով թելը:
 Սովորաբար բարակ թելերը կիրառվում են ոչ մեծ անոթները կապելու
 համար, ավելի հաստերը՝ ավելի մեծ անոթները կապելու և ավելի ամուր
 ճյուսվածքները կարելու համար, օրինակ՝ փակեղները: Նույնիսկ շատ
 բարակ լավսանե, կապրոնե թելերը օժտված են մեծ ամրուծյամբ: Նրանց
 թիրուծյունը մեծ էլաստիկուծյունն է, ինչը նպաստում է հանգուծյցի ինք-
 նուրուծյն քանդվելուն: Ելնելով սրանից, հարկավոր է կիրառել միայն «վի-
 բուրուծական հանգուծյցը» և կապել այն երեք անգամ:

Կարեր դնելու համար շատ կարևոր է ասեղի ճիշտ ընտրուծյունը:
 Ասեղի շափերը և նրա ձևը ընտրում են՝ հաշվի առնելով կարի բնուծյթը:
 Անոթները կապելու, կարելու կամ սնամեջ օրգանների պատերը (աղի-
 ներ և ստամոքս) կարելու համար օգտագործում են կլոր «աղիքային»
 ասեղներ: Ավելի ամուր հյուսվածքները կարելու համար, երբ կարերի
 խիստ հերմետիկուծյուն չի պահանջվում, օգտագործում են եռակող,
 կարող ասեղները: Անհրաժեշտ է հաշվի առնել կարի նյութի հաստու-
 թյունը: Ինչքան թելը հաստ է, այնքան օգտագործվող ասեղը հաստ
 պետք է լինի: Վիրահատման բուժքույրը պետք է կարողանա արագ և
 ճիշտ հագցնել թելը ասեղին, շսպասեցնի վիրաբուծիին:

Ներկայումս կիրառվում են ասեղներ հատուկ կտրված կանթերով:
 Թելը այդ կանթի մեջ անցկացնելու համար դրվում է կանթի վրա և լա-
 րերով մտցվում է կանթի մեջ: Անհրաժեշտ վարժվածուծյան դեպքում
 թելը ասեղին կարելի է հագցնել միայն պինցետով՝ թելին բուրորովին
 ձևոք շտալով: Ասեղնակալը մատուցվում է վիրաբուծիին բռնակները
 առաջ պարզած:

Վիրահատման բուժքրոջ պարտականուծյունների մեջ մտնում է
 նաև հսկել, որ վիրահատուծյան ժամանակ վիրահատական վերքի մեջ
 պատահականորեն անձեռոցիկներ, գնդիկներ, որևէ գործիք կամ օտար
 մարմին չմնա: Այդ բանը հեշտուծյամբ կարող է տեղի ունենալ խոռո-
 չային վիրահատումների դեպքում: Դրանից խուսափելու համար անձե-
 ոսցիկները և գործիքները բուժքույրը հաշվում է վիրահատումից առաջ
 և հետո: Թանգիֆե գնդիկները մատուցվում են միայն կորնցանգով, իսկ
 վիրաբուծից կորնցանգը վերցվում է միայն սեղմված գնդիկով:

Այն դեպքերում, երբ վիրաբուծի օգնականները պակասում են, վի-
 բուրահատման բուժքույրը բացառուծյան կարգով կարող է կատարել վի-
 բուրուծի օգնականի պարտականուծյունները:

Փորձված, բարեխիղճ վիրահատման բուժքույրը վիրաբույժի առաջին օգնականն է՝ նրա բարդ, պատվավոր և պատասխանատու աշխատանքում, մարդու կյանքը փրկելիս: Այս մասին երբեք չպետք է մոռանալ:

Գլուխ III

ՑԱՎԱԶՐԿՈՒՄ

ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ ՑԱՎԻ ԵՎ ՑԱՎԱԶՐԿՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ամեն մարդ առնվազն մի անգամ ունեցել է ցավի զգացում: Այս տանջալի զգացումը ծանոթ է ամենքին և կարիք չունի բառացի բնորոշման՝ թեև այն բնորոշելը դժվար է: Ցավի զգացումը մշակվել է էվոլյուցիայի պրոցեսի ընթացքում՝ որպես ազդանշան սպառնացող վտանգի մասին: Այդ տեսակետից ցավի զգացումը դրական դեր է կատարում: Ցավի զգացումը ստիպում է օրգանիզմին համատեղել ուժերը՝ ցավի պատճառները վերացնելու համար:

Ցավի զգացումը կատարվում է նյարդային վերջույթների միջոցով, որոնք տեղակայված են օրգանիզմի տարբեր մորֆոլոգիական կառուցվածքներում: Նրանցով հատկապես հարուստ են էկտոդերմալ հյուսվածքները (մաշկ, եղջրենի, ատամներ), լորձաթաղանթները, առպատային որովայնամիզը, պլեւրան, վերնոսկրը և արյան անոթների պատերը: Ցանկացած ուժեղ ներգործությունը հանգեցնում է ցիտոպլազմայի մակարդմանը, այս դեպքում բջիջներում անջատվում են Ն-նյութերը (հիստամին, ացետիլխոլին, հիստամինանման նյութեր և քսանտինի ածանցյալներ), որոնք ուղղակի կամ անուղղակի կերպով առաջացնում են ցավային ընկալուչների (ոեցեպտորներ) գրգռվածություն: Նյարդային վերջույթներից ցավը նյարդաթելերով հաղորդվում է ողնուղեղին: Ողնուղեղով բարձրանալով դեպի վեր՝ ցավի իմպուլսները հաղորդվում են գլխուղեղի կեղևին:

Ցավը որպես կանոն առաջանում է ուրիշ զգացողությունների հետ միաժամանակ: Զգացողությունները կարող են փոխադարձաբար ներգործել միմյանց վրա՝ ուժեղացնելով կամ թուլացնելով ցավի զգացումը: Ի. Պ. Պավլովը ապացուցեց, որ ցավի զգացումը կարելի է վերացնել մի այլ ուժեղ գրգռիչի միջոցով (սննդային, սեռական և այլն): Հարկավոր է հաշվի առնել, որ ցավի զգացումը կախված է գլխուղեղի կեղևի էլման վիճակից: Ցավի սպասողական վիճակի (թե ցավ պետք է առաջանա) դեպքում այն լինում է արտահայտված: Գլխուղեղի կեղևի հոգնա-

ձուխյան ժամանակ ցավն աննշան է, կարող է նույնիսկ չլինել: Հոգեկան հուզմունքի (աֆֆեկտ) դեպքում (օրինակ, մարտի ժամանակ) ցավը նույնիսկ վիրավորվելիս կարող է չզգացվի:

Ցավի դեպքում օրգանիզմը անպատասխան չի մնում: Նկատվում է պատասխան ռեակցիա հոգեկան ուրուրտի և ծայրամասային նյարդային յամակարգի կողմից (կմախքային մկանների կծկում, պաշտպանական և ձայնային ռեակցիաներ), փոխվում է անոթների տոնուսը, սրտի աշխատանքը և այլն: Գումարային այս ձևափոխումները ի վերջո կարող են ցավային շոկ առաջացնել:

Ներկայումս ոչ մի վիրահատում առանց ցավը նախապես վերացնելու չի կատարվում: Այդ նպատակով կիրառվում է ցավազրկումը: Ցավազրկում ասելով հասկացվում է այն միջոցառումների ամբողջությունը, որոնք կիրառվում են ցավի զգացումը վերացնելու նպատակով: Կիրառվում են ցավազրկման հետևյալ տեսակները՝ 1) ընդհանուր անզգայացում, որ առաջանում է հատուկ նարկոտիկ նյութեր (եթեր, ուրախացնող գազ և այլն) ներշնչելով, ներերակային կամ ուղիղաղիքային ճանապարհով ներմուծելով հատուկ պրեպարատներ (թիոպենտալ, նատրիում, հեքսենալ, նարկոլան և այլն), 2) տեղային ցավազրկում, երբ ցավազրկվում է միայն վիրահատվող մասը՝ հատուկ նյութեր ներարկելով (նովոկաին, սովկաին, տրիմեկաին և այլն), 3) ցավազրկման խառը և համակցված ձև (ընդհանուր ցավազրկում՝ ինհալացիոն ճանապարհով տարբեր նարկոտիկներ տալով, ինհալացիա և ներերակային պրեպարատների կիրառում, ընդհանուր անզգայացում և տեղային ցավազրկում և այլն):

Ցավազրկման հարցերով ու նրա հետևանքներով զբաղվում է անեսթեզիոլոգիան: Անեսթեզիոլոգիային բաժին է ընկնում ոչ միայն ցավազրկումը, այլև օրգանիզմի որոշ ֆունկցիաների ղեկավարումը՝ վիրահատական միջամտության ժամանակ և հետվիրահատական շրջանի առաջին օրերին:

Բժիշկները, որոնք զբաղվում են բժշկական գիտության այս ճյուղով, կոչվում են անեսթեզիոլոգներ, իսկ միջին բուժանձնակազմը՝ անեսթեզիստներ: Ժամանակակից նարկոզի տեխնիկական մասից բացի, անեսթեզիոլոգները պետք է իմանան նորմալ և ախտաբանական ֆիզիոլոգիա, բիոքիմիա և դեղաբանություն:

Տեղային ցավազրկումը կատարում է վիրահատող վիրաբույժը: Անեսթեզիոլոգը այս դեպքում հետևում է հիվանդի ընդհանուր վիճակին:

Հետվիրահատական շրջանում կամ վնասվածքների, թունավորման ծանր դեպքերում անհրաժեշտ է լինում կիրառել հատուկ միջոցառումներ, որպեսզի հիվանդը ծանր վիճակից և կլինիկական մահից դուրս բերվի: Գիտությունը, որն զբաղվում է այս հարցերով, կոչվում է ռեանի-

մատուցի, իսկ բժիշկը՝ ռեանիմատուց: Պրակտիկայում հաճախ անեսթեզիոլոգիայի և սեանիմատուցիայի հարցերով զբաղվում է նույն անձնավորությունը՝ անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատուցը:

Բժշկական մեծ հիմնարկություններում այս նպատակով գոյություն ունի հատուկ ծառայություն՝ վերակենդանացման բաժանմունք: Բաժանմունքում աշխատում են անեսթեզիոլոգ-ռեանիմատուզները, քույր-անեսթեզիստները, կրտսեր բուժանձնակազմը: Բաժանմունքը ապահոված է հատուկ ապարատներով և անհրաժեշտ դեղորայքային միջոցներով:

ՑԱՎԱԶՐԿՄԱՆ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ

Վիրաբուժական վիրահատումները կատարվել են հին ժամանակներից սկսած, բայց ցավազրկումը՝ նրա ժամանակակից հասկացությամբ, առաջացավ միայն XIX դարի կեսերին: Մինչև ժամանակակից ցավազրկման ի հայտ գալը՝ վիրահատության դեպքում հիվանդի տանջալից ցավը վերացնելու համար դիմում էին զանազան միջոցների, առաջացնում էին գիտակցության կորուստ, մեխանիկական եղանակով ճնշում էին նյարդերը, վիրահատվող տեղում դրվում էր ձյուն կամ սառույց:

Հին Եգիպտոսում, Չինաստանում, Հունաստանում, Հռոմում կիրառվում էին մարտախոտի արմատը, թմբրախոտը, հնդկական կանեփը, բեյադոնայի թուրմը, ալկոհոլը, հաշիշը և այլն: Այս նյութերը օգտագործում էին ներքին ընդունման համար՝ եփուկի, թուրմի ձևով, քսում էին մաշկին, ինչպես նաև մտցնում էին ուղիղ աղու մեջ հոգնայի միջոցով, սպունգը թրջվում էր այս նյութերով և տրվում էր հիվանդին: Բայց այս տեսակի ցավազրկումը շատ քիչ էր վերացնում ցավի զգացումը և հաճախ ծանր բարդություններ էր առաջացնում:

Միայն եթերի, քլորոֆորմի և ազոտի ենթօքսիդի կիրառումից հետո հնարավոր եղավ անցավ վիրահատություն կատարել: 1844 թ. ատամնաբույժ Ուելսը անզգայացման համար առաջարկեց ազոտի ենթօքսիդը, 1846 թ. Մորտոնը՝ եթերը, իսկ 1947 թ. Սիմպսոնը՝ քլորոֆորմը:

Առաջին վիրահատումը եթերային նարկոզով կատարել է Ուորրենը 1946 թ. հոկտեմբերի 16-ին՝ հեռացնելով ենթածնոտային շրջանի ուռուցքը:

Ռուսաստանում առաջին անգամ եթերը անզգայացման համար կիրառել է Ն. Ի. Պիրոգովը մարտի դաշտում 1847 թ. Կովկասում՝ Սալթաուլի պաշարման ժամանակ: Նա փորձնականորեն մշակեց ներշնչափողային, ներերակային և ուղիղաղիքային նարկոզի ձևերը, ինչպես նաև եթերային նարկոզի յուրահատուկ թեորիան:

1902 թ. Ն. Պ. Կրավկովը փորձնականորեն և 1909 թ. Ս. Պ. Ֆեոդո-

յովը կլինիկայում կիրառեցին ներերակային հեղոնալային նարկոզը, որն անվանվեց ռուսական եղանակ:

Ընդհանուր անզգայացման հետ միասին առաջ եկավ ցավազրկման յուրահատուկ ձև՝ տեղային ցավազրկումը: Տեղային ցավազրկման համար ռուս գիտնական Անրեպը 1879 թ. առաջարկեց կոկաինը, որն սկսվեց լայնորեն կիրառվել լորձաթաղանթների ցավազրկման համար: 1905 թ. էյնհորնը առաջարկեց նովոկաինը, որը ներկայումս էլ լայնորեն կիրառվում է: 1889 թ. գերմանացի վիրաբույժ Բիրը առաջարկեց ողևուղեղային տնզոտյոցումը. անզգայացնող նյութը ներարկվում է ողնուղեղային հեղուկի մեջ, որի հետևանքով առաջանում է իրանի ստորին կիսի և ստորին վերջույթների լրիվ ցավազրկում:

Ա. Վ. Վիշնևսկին առաջարկեց և կլինիկայում լայնորեն ներդրեց տեղային ցավազրկման ներսփռուկան և փտկեղային տեսակները:

Տեղային ցավազրկման տեսակներից մշակվեցին հաղորդակուն (կուլեկամպֆ), պերիդուրալ (Ռոլիոտի) և տեղային ցավազրկման այլ տեսակներ:

Նարկոտիկ նյութի (եթեր, քլորոֆորմ և այլն) դեղաչափի քանակը ըչացնելու նպատակով ներկայումս նարկոզից առաջ կիրառվում են մորֆին, սկոպոլամին, բարբիտուրաթթվի պրեպարատներ, ֆենտանիլ և այլն: Առաջ եկան նարկոզի խառը և համակցված ձևերը: Ցավազրկման այս տեսակների դեպքում կիրառվում են, այսպես կոչվող, մկանային սկաբասանտներ (կուրարենման պրեպարատներ), որոնք վերացնում են կմախքային մկանների լարվածությունը, ինչը հնարավորություն է տալիս կատարելու ինտուբացիա և հիվանդին փոխադրել ղեկավարվող շնչառության: Ղեկավարվող շնչառությունը հնարավորություն է տալիս նվազեցնել նարկոզի վտանգը և կատարելու բարդ վիրահատական միջամտություն:

Սրտի և անոթների վիրահատումների ժամանակ կիրառվում են արյուն արհեստական շրջանառության և արհեստական հիպոթերմիայի մեթոդները:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՑԱՎԱԶՐԿՈՒՄ (ՆԱՐԿՈԶ)

Ընդհանուր ցավազրկում ասելով հասկացվում է կենտրոնական նյարդային համակարգի խորը արգելակված վիճակը, որն առաջանում է արհեստական նյութերի կիրառման հետևանքով և արտահայտվում է գիտակցության կորուստով, վերանում են բոլոր տեսակի զգացողություններն ու ռեֆլեքսները, թուլանում են կմախքային մկանները:

Նարկոզի ժամանակ պահպանվում է երկարավուն ուղեղի ֆունկցիան (շնչառության և անոթաշարժ կենտրոնների): Նարկոտիկ նյութի հե-
Յ Ս. Ն. Մուրադով

տագա ազդեցութեան խորացման դեպքում կարող է առաջանալ նաև այս կենտրոնների կախված, որը հանգեցնում է մահվան:

Նարկոզի տեսակները: Կախված նարկոտիկ նյութի ներմուծման ուղիներից՝ տարբերում են ինհալացիոն և ոչ ինհալացիոն ընդհանուր ցավազրկում:

Ինհալացիոն նարկոզ ասելով հասկացվում է ընդհանուր ցավազրկման այն ձևը, երբ նարկոտիկ նյութը ներմուծվում է շնչուղիներով: Ոչ ինհալացիոն նարկոզի թվին են պատկանում ներերակային, ուղիղաղիքային և ենթամաշկային ձևերը:

Նարկոտիկ քնի խորությունից կախված՝ նարկոզը կարող է լինել մակերեսային և խոր:

Կախված այն բանից, թե տրվում է միայն մեկ նարկոտիկ նյութ, թե նրանց խառնուրդը՝ տարբերում են մաքուր նարկոզ, երբ տրվում է միայն մեկ նարկոտիկ նյութ (ազոտի ենթօքսիդ, եթեր, ֆտորոտան և այլն), խառը նարկոզ, երբ կիրառվում է այս նյութերի խառնուրդը, համակցված նարկոզ, երբ համակցվում են ոչ միայն նարկոտիկ նյութերը, այլև նրանց ներմուծման ուղիները: Հաճախ նարկոզի մեկ ձևը կատարվում է որպես հիմնային (բազիս) նարկոզ, իսկ շարունակվում է այն ուրիշ նարկոտիկ նյութով:

Ինհալացիոն նարկոզ: Նարկոզի այս ձևը առաջանում է տարբեր տեսակի նարկոտիկ նյութերի (եթեր, ֆտորոտան, քլորէթիլ և այլն) կամ գազերի (ազոտի ենթօքսիդ, ցիկլոպրոպան և այլն) ներշնչման (ինհալացիա) դեպքում: Ինհալացիայի համար լայնորեն կիրառվում են հետևյալ նարկոտիկ նյութերը:

Ա. Հեղուկ նարկոտիկ նյութեր

Եթեր (Aether pro narcosi) — անգույն, թափանցիկ հեղուկ է, յուրահատուկ հոտով և այրող համով: Հեշտութեամբ բոցավառվում է: Եթերի գոլորշիների և օդի խառնուրդը կարող է պայթել: Եթերի պիտանելիությունը որոշվում է հետևյալ փորձերով՝ 1) ֆիլտրի թղթի վրայից գոլորշիանալուց հետո թղթից հոտ չպետք է գա, 2) ապակու վրայից գոլորշիանալուց հետո չպետք է առաջացնի թթվի հետ ոեակցիայի մեջ մտնող նստվածք (որը լուծելիս կապույտ լակմուսի թուղթը կարմրում է): Թողարկվում է նարնջագույն սրվակներում 100 մլ ծավալով: Պահվում է մութ տեղում, կրակից հեռու:

Քլորոֆորմ (Cloroformium) — անգույն, թափանցիկ հեղուկ է: Լույսից քայքայվում է: Օրգանիզմից հեռանում է հիմնականում մեզի հետ: Մաքրությունը ստուգվում է՝ 1) գոլորշիանալուց հետո ֆիլտրի թղթից հոտ չպետք է գա, 2) կապույտ լակմուսի թուղթը քլորոֆորմով թրջելիս չպետք է կարմրի: Թողարկվում է նարնջագույն սրվակներով 50 մլ ծավալով: Պահվում է սառը տեղում:

Քլորէթիլ (Aethylicum chloratum) — արագորեն գոլորշիացող անգույն հեղուկ է, յուրահատուկ հոտով: Հեշտությամբ բոցավառվում է: Թողարկվում է ապակյա ամպուլաներով՝ 20 մլ: Պահվում է մութ և սառը տեղում:

Ֆտորոտան (Ֆլյուետան, նարկոտան) (Phlorotanium) — անգույն հեղուկ է, հաճելի հոտով: Չի բոցավառվում և չի պայթում: Եթերից բաժանանալիս ուժեղ է, բայց նրանից թունավոր է, 1—2 ընկույն հետո հիվանդը կորցնում է գիտակցությունը, նարկոզը շուտ է կատարվում: Հաճախ օգտագործվում է ազոտի ենթօքսիդի հետ: Թողարկվում է նարնջագույն սրվակներում:

Պենտրան (Pentran), մետոֆուֆլուրան, ինգալան — թափանցիկ, անգույն հեղուկ է, բնորոշ մրգահոտով, չի բոցավառվում և չի պայթում: Ցավազրկող ակտիվությամբ գերազանցում է եթերին և քլորոֆորմին: Ներշնչումը 0,5—0,8 ժամալային % -ով առաջացնում է արտահայտված յավի վերացում: Ունի նարկոզի ապարատի ռետինե մասերի մեջ ներծծվելու հատկություն, հետագայում դուրս է գալիս. ելնելով սրանից մինչև վիրահատության ավարտը 10—20 ընկույն առաջ դադարեցվում է նարկոտիկ նյութի տալը: Պահվում է մութ, հերմետիկ փակված ամանում:

Տրիքլորէթիլեն (Trichloethyleneum), տրիլեն, նարկոզեն — անգույն թափանցիկ, գոլորշիացող հեղուկ է յուրահատուկ հոտով: Օժտված է ուժեղ ցավազրկող հատկությամբ, 0,4—0,7 ժամ. % խտության դեպքում ցավը վերացնում է, 2—3 ժամ. % դեպքում՝ նարկոտիկ արդյունք է տալիս: Կիրառվում է կարճատև վիրահատումների դեպքում: Պահվում է հերմետիկ փակված ամանում, սառը և մութ տեղում:

Վինետեն (Wineten) — թափանցիկ, գոլորշիացող հեղուկ է, բենզինի հոտը հիշեցնող հոտով: Չորեղ ցավազրկող միջոց է: Ներշնչվող խառնուրդի մեջ 0,2 ժամ. % -ի դեպքում ցավը վերացնում է (անալգեզիա), 2,3 ժամ. % առաջացնում է գիտակցության կորուստ, 4 ժամ. % դեպքում սկսվում է նարկոզի վիրաբուժական շրջանը: Պահվում է մութ ամանում, ցածր ջերմաստիճանում:

Բ. Գազային նարկոտիկ նյութեր

Ազոտի ենթօքսիդ (Nitrogenium oxydulatum) — ուրախացնող գազ: Պահվում է պողպատյա բալոններում: Չի այրվում, հոտ չունի: Կիրառվում է թթվածնի հետ խառնված վիճակում, առավելապես հետևյալ կազմով՝ 70—80 % ուրախացնող գազ, 20—30 % թթվածին:

Ցիկլոպրոպան (C_3H_6) — գյուրավառ գազ է: Կարող է պայթել: Պահվում է բալոններում: Ազոտ է արագորեն: Հաճախ օգտագործվում է համակցելով ուրիշ նարկոտիկ նյութերի հետ (ուրախացնող գազ, եթեր):

Նարկոտիկ նյութերի դեղաբանական ազդեցությունը: Նարկոտիկ

նյութերի ազդեցության մեխանիզմը դեռևս ամբողջովին բացահայտված չէ: Գոյություն ունի նարկոզի մի քանի տեսություն: Գիտնականներից շատերը այն կարծիքին են, որ նարկոտիկ նյութերը պարալիտիկ ազդեցություն են թողնում կենտրոնական նյարդային համակարգի վրա:

Նարկոզի շրջանները և մակարդակները: Նարկոզի ընթացքում, կախված նարկոտիկ նյութերի խտությունից և տեսակից, կարելի է տարբերել որոշակի շրջաններ և մակարդակներ: Ստորև նկարագրված է եթերային նարկոզի ընթացքը, որը հանդիսանում է դասական ձև: Ուրիշ նարկոտիկ նյութ կիրառելիս կարող է նկատվել որոշ շեղում նարկոզի ընթացքում:

I շրջան— անալգեզիայի շրջան, տևում է 3—4 րոպե և բնորոշվում է գիտակցության մթազնումով, ցավի զգացողության վերացումով: Ռեֆլեքսները և բերրի ռեակցիան լույսի հանդեպ պահպանված են, պուլսը և զարկերակային ճնշումը անփոփոխ են: Այս շրջանում (շրջանում) կատարվում են ոչ մեծ վիրահատումներ (թարախակույտի հատում), իսկ երբեմն էլ ցավոտ միջամտություններ:

II շրջան— գրգռման շրջանը, ավելի երկարատև է, բնորոշվում է շարժումների աշխուժացումով, հիվանդի խոսակցական գրգռվածությամբ (շատ է խոսում հաշվի շնտելով իր խոսքերի հետ): Զարկերակային արյան ճնշումը բարձրանում է, պուլսը հաճախանում, մկանային տոնուսը և ռեֆլեքսները ուժեղացած են, շնչառությունը հաճախանում է անհավասարաչափ, կարող է առաջանալ փսխում: Այս շրջանը հիշեցնում է մարդու ալկոհոլային հարբած վիճակը: Ալկոհոլը շարաշահած հիվանդների մոտ այս շրջանը արտահայտվում է ավելի բուռն կերպով:

III շրջան— վիրաբուժական է: Առաջացման ժամկետը կախված է նարկոտիկ նյութից: Այս շրջանում կատարվում է վիրաբուժական միջամտությունը: Այս շրջանը բաժանվում է չորս մակարդակների:

Առաջին մակարդակ (III₁) — գիտակցությունն ամբողջովին կորցրած է: Բացակայում են ցավային և շոշափելիքի զգացողությունները: Բերրը նեղացած են, բայց եղջրաթաղանթի ռեֆլեքսները և մկանների տոնուսը պահպանված են: Պահպանված են աչքերի խնձորակների «լողացող» շարժումները:

Երկրորդ մակարդակը (III₂) — բերրը նեղացած են, եղջրաթաղանթի ռեֆլեքսը թուլացած է կամ բացակայում է: Մկանները մասամբ թուլացած են: Այս մակարդակում կարող է առաջանալ լեզվի անկում:

Երրորդ մակարդակ (III₃) — պուլսը դանդաղում, զարկերակային արյան ճնշումը իջնում է, շնչառությունը դառնում է մակերեսային: Ակնաճեղքերը լայնանում են, եղջրաթաղանթի ռեֆլեքսը վերանում է: Մկանները ամբողջովին թուլանում են:

Չորրորդ մակարդակ (III₄) — շնչառությունը ավելի մակերեսային

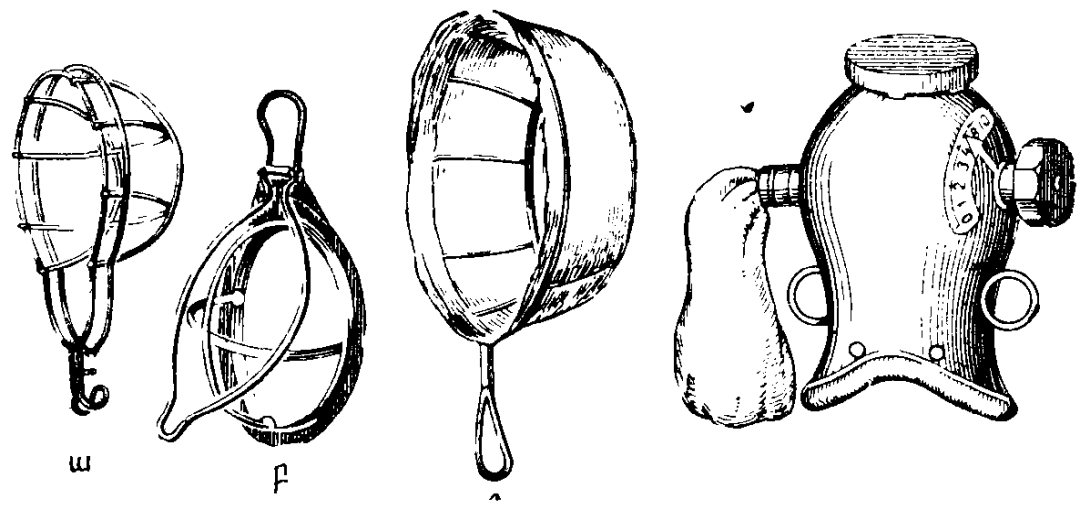
լ, բբերը լայնացած, լույսի հանդեպ ոեակցիան բացակայում է, եղջրա-
խաղանթը խամրած, պուլսը հաճախանում է, թույլ լեցումով: Զարկե-
րակային արյան ճնշումը արագորեն իջնում է: Նարկոզի այս մակար-
դակը անթույլատրելի է, քանի որ կարող է ավարտվել մահաբեր ելքով:

Վիրահատության համար լավագույն մակարդակներ հանդիսանում
են III₁—III₂-ը, որոնք չեն պահանջում մկանների լիակատար թուլա-
ցում: Որովայնի խոռոչի վիրահատումների դեպքում պահանջվում է
մկանների լավ ուելաքսացիա. ելնելով սրանից՝ նպատակահարմար է
նարկոզը վարել III₂ մակարդակի վերին սահմանով, անհրաժեշտության
դեպքում թույլ տալով կարճատև խորացում՝ մինչև III₃ մակարդակի
սկզբնական փուլը: Պետք է հիշել, որ երկարատև նարկոզը III₃ մակար-
դակով անթույլատրելի է: Ժամանակակից անեսթեզիոլոգիայում մկանա-
յին ուելաքսանտների կիրառման շնորհիվ լիովին բավական է III₁ մա-
կարդակը:

IV շրջան՝ արթնացման շրջան: Նարկոզի բոլոր նշանները վերանում
են հակառակ հաջորդականությամբ: Այս շրջանը ավելի երկարատև է,
քան քնելու շրջանը:

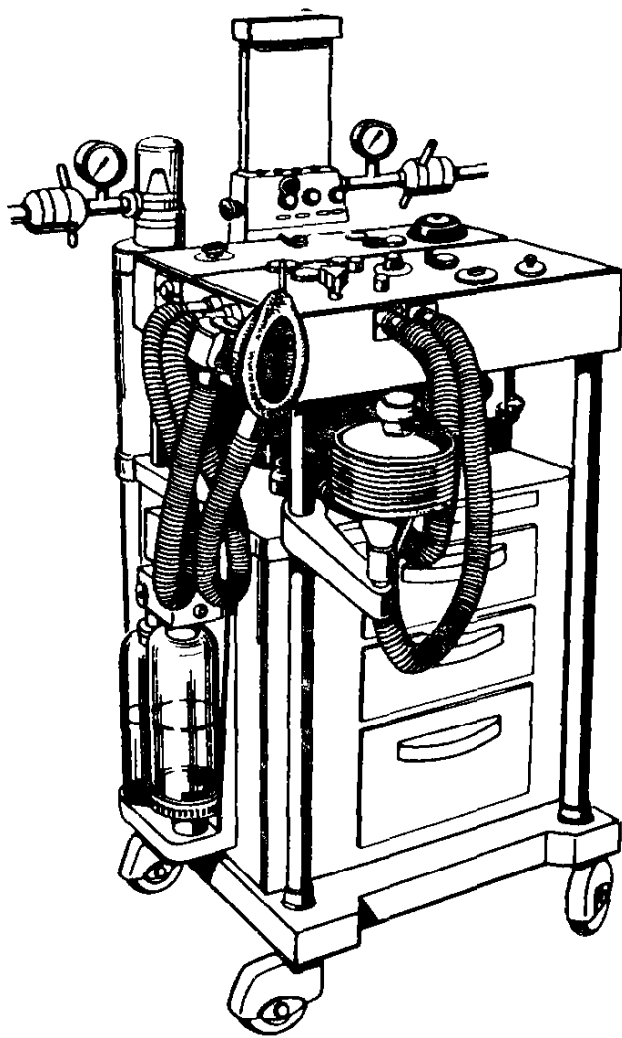
Դիմտկներ և տպուրտուներ ինհուլացիոն նարկոզի հումար: Նարկոզի
գոյությունն ենթացքում առաջարկված են մի շարք դիմակներ և նար-
կոզի ապարատներ, որոնց որակից և կառուցվածքից շատ բանով է
կախված նարկոզի ընթացքը: Նրանցից շատերը ներկայումս վիրաբու-
ժական պրակտիկայում չեն կիրառվում և ունեն պատմական նշանա-
կություն:

Իրենց կառուցվածքով ամենապարզը էսմարիի և Շիմելբուշի դի-
մակներն են: Նրանք իրենցից ներկայացնում են մետաղալարից պատ-
րաստված հենք, որը վիրահատումից առաջ ծածկվում է մի քանի տակ
ծալված թանգիֆե շերտով: Դիմակը դրվում է դեմքի վրա և նրա վրա



Նկ. 26. Դիմակներ.

ա) էսմարիի, բ) Շիմելբուշի, գ) Ժեյարի, դ) Սագովենկոյի:



Նկ. 27. Ժամանակակից նարկոզի ապարատի բնագիտական տեսքը:

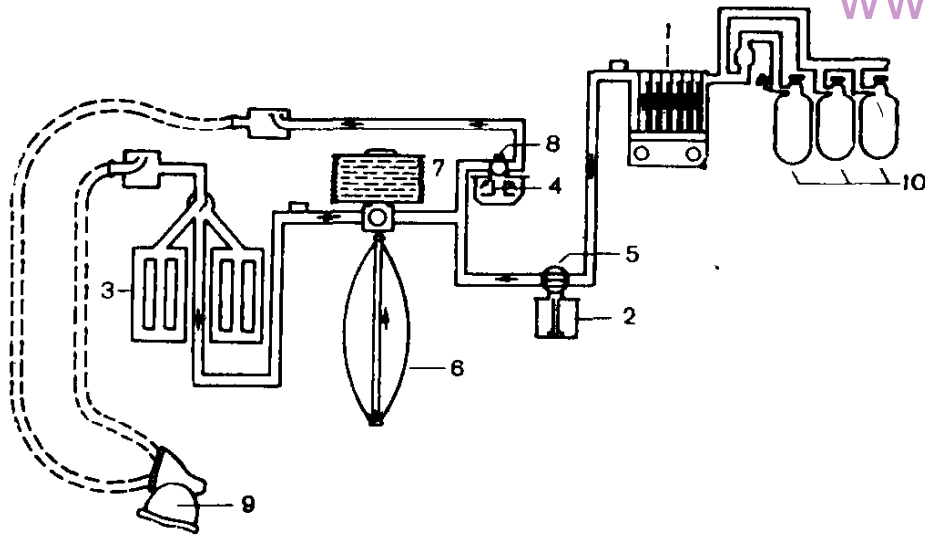
կաթեցվում է նարկոտիկ նյութը: Սաղմվենկոյի դիմակը ունի մետաղական ամբար, որը լրացված է թաղիքով, ուր և լրացվում է նարկոտիկ նյութը, շրնչառությունը կարգավորող ռետինե պարկ և կարգավորիչ՝ նարկոտիկ նյութի մատակարարման համար (նկ. 26):

Ներկայումս դիմակային նարկոզը հազվադեպ է կիրառվում: Լայնորեն օգտագործվում են հատուկ ապարատներ՝ Ա-27, ՆԱ-1, ՌԻԱ-1, ՌԻՆԱՊ-2, պոլինարկոն և այլն (նկ. 27): Չնայած ապարատների տարբեր կոնստրուկտորական առանձնահատկություններին, նարկոզի բոլոր ապարատները կազմված են շորս հիմնական կառուցամասերից (նկ. 28)՝ գազի ճնշումը կարգավորող հարմարանք (ռեգուլատոր) ունեցող բալոնից, դողաչափից, գոլորշիչից և շնչական սիստեմից: Բալոնները նախատեսվում են

գազերի համար, որտեղ նրանք գտնվում են ճնշման տակ: Բալոնները միմյանցից տարբերելու նպատակով ներկվում են տարբեր գույների՝ թթվածնի բալոնը կապույտ, ուրախացնող գազինը՝ գորշ, ցիկլոպրոպանինը՝ կարմիր:

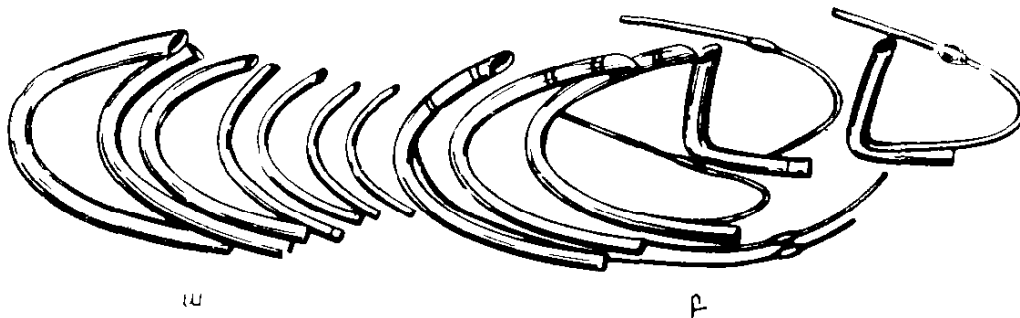
Գազի ճնշումը նվազեցնելու համար, որը բալոնից մատուցվում է նարկոզի ապարատին, կա հատուկ ռեգուլատոր, որը կազմված է իրար միացված բարձր և ցածր ճնշման երկու խցիկներից: Երկու խցիկներն էլ ունեն ճնշումը շափող գործիք (մանոմետր) և ճնշման ավտոմատ կարգավորիչ:

Դողաչափը սարք է, որը ցույց է տալիս գազի ծախսը: Որպես ցուցիչ սարքը ունի հատուկ լողան, որը կանգնելով որոշակի մակարդակի վրա, ցույց է տալիս տրվող նյութի քանակը (սովորաբար լիտրերով մեկ րոպեում): Հատուկ կարգավորիչի միջոցով կարելի է կարգավորել հիվանդին տրվող գազի ծավալը:



Նկ. 28. Նարկոզի ապարատի սխեման.

1 — դողաչափ, 2 — եթերի գոլորշի, 3 — կլանիչ, 4 — եռաբաշխիկ, 5 — եթերի դողաչափ, 6 — շնչական պարկ, 7 — շնչական ծալքապարկ, 8 — ապահովիչ փական, 9 — դիմակ, 10 — բալոնների թթվածնով, ուրախացնող գազով և ցիկլոպրոպանով:



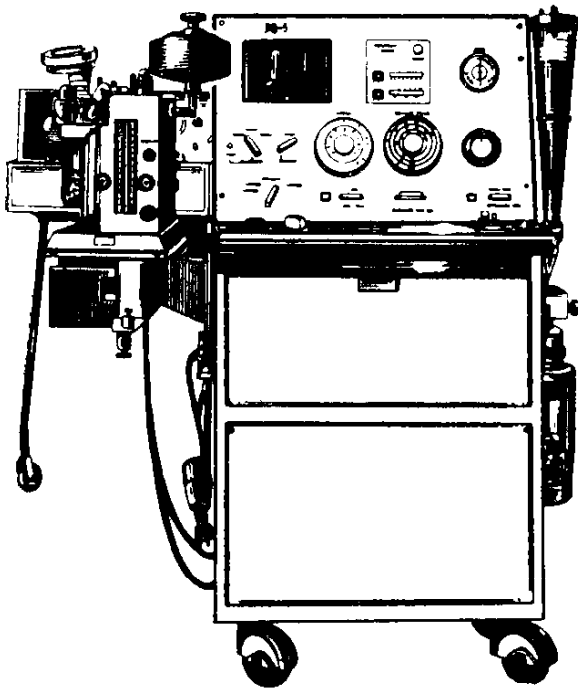
Նկ. 29. Ներշնչափողային խողովակներ.

ա) առանց փշապարկի, բ) փշապարկով:

Գոլորշիչը սարք է հեղուկ նարկոտիկ նյութերի համար (եթեր, քլորոֆորմ, ֆտորոտան): Գոլորշիչի մեջ հեղուկ նարկոտիկ նյութը վերածվում է գազայինի: Նրա քանակությունը դողավորվում է սովորաբար տոկոսային ծավալով և կարգավորվում հատուկ հարմարանքով:

Նարկոզի ապարատի շնչական համակարգը նախատեսվում է ապարատից թթվածինը և նարկոտիկ նյութը հիվանդին մատուցելու համար: Շնչական համակարգի մեջ մտնում են ծալքավոր ներշնչական և արտաշնչական ռետինե խողովակները, փականների սիստեմը, կլանիչը (սարք է նատրոնային կրով լցված, որը հանդիսանում է ածխաթթու գազի քիմիական կլանիչը), շնչական պարկը, հարմոնաձև ծալքապարկը, դիմակը կամ ներշնչափողային (ինտուբացիոն) խողովակը և ծայրափորը, որը միացնում է խողովակները դիմակի կամ ներշնչափողային խողովակի հետ:

Ելնելով հիվանդի տարիքից, նարկոզի դիմակները պատրաստվում



Նկ. 30. Ռ0-5:

են տարբեր չափսերի, այդ արվում է այն նպատակով, որպեսզի ստեղծվի լավ հերմետիկություն քիթ ու բերանը ծածկելու համար: Ներշնչափողային խողովակները լինում են տարբեր չափսերի՝ № 00-ից (նորածինների համար), մինչև № 12 (մեծահասակների համար), միլուսանցքանի (շնչափողի ինտուբացիայի համար) և երկլուսանցքանի (բրոնխների ինտուբացիայի համար) (նկ. 29):

Թթվածնի և նարկոտիկ նյութերի խառնուրդը ներշնչելու ժամանակ ուետինն խողովակներով անցնում է հիվանդի թոքերը,

իսկ արտաշնչման ժամանակ՝ շնչական պարկը կամ դուրս: Շնչապարկի կամ ծալքապարկի միջոցով կարելի է կատարել ղեկավարվող շնչառություն: Ներկայումս ղեկավարվող շնչառությունը կատարվում է հատուկ Ռ0 տիպի ապարատով (ծավալի կարգավորիչ) (նկ. 30), որը միացվում է նարկոզի ապարատին նարկոզ տալու համար: Գոյություն ունեն նաև համակցված ապարատներ, որոնք ունեն նարկոզի և շնչական ապարատի կառուցամասեր:

Ապարատներով արվող նարկոզը կարելի է իրագործել հետևյալ շորս սխեմաներից որևէ մեկով:

Բաց կոնտուր: Նարկոզի ժամանակ հիվանդը նարկոտիկ նյութի հետ միասին շնչում է մթնոլորտային օդը և արտաշնչում է մթնոլորտ: Այս սխեմանի առավելությունն այն է, որ սխեմանի ներսում ածխաթթու գազ չի կուտակվում և արտաշնչումը ազատ է: Թերի կողմն այն է, որ նարկոտիկ նյութը ճիշտ դոզավորել հնարավոր չէ, ծախսվում է շատ և կեղտոտում է վիրասրահի օդը:

Կիսաբաց կոնտուր: Ի տարբերություն նախորդ կոնտուրի, հիվանդը մթնոլորտային օդի և նարկոտիկ նյութի հետ միասին ներշնչում է թթվածին: Արտաշնչումը այս դեպքում նույնպես կատարվում է մթնոլորտի մեջ: Թերությունը նույնն է, ինչ որ նախորդ սխեմանինը: Բաց առավելությունն այն է, որ հիվանդը ներշնչում է թթվածին և նարկոտիկ նյութը կարելի է դոզավորել:

Կիսափակ կոնտուր: Թթվածնի և նարկոտիկ նյութի ներշնչումը կատարվում է ապարատից, իսկ արտաշնչումը կատարվում է մասամբ

միևնուրտ, մասամբ էլ ապարատի շնչական սիստեմի մեջ: Առավելությունն այն է, որ նարկոտիկ նյութը դողաժորովում է ճշտությամբ և վիրասրահի օդը քիչ է կեղտոտվում, թերությունը այն է, որ արտաշնչմանը դիմադրություն է ցույց տալիս:

Փակ կոնտուր: Ի տարբերություն նախորդի, արտաշնչված օդը ամբողջությամբ անցնում է շնչապարկը և կլանիչի միջով անցնելուց հետո նորից տրվում է հիվանդին: Առավելությունն այն է, որ նարկոտիկ նյութի դողաժորումը ավելի կատարյալ է և վիրասրահի օդը քիչ է կեղտոտվում, թերությունն այն է, որ արտաշնչմանը դիմադրություն է ցույց տալիս և հնարավոր է սիստեմի ներսում կուտակվի ածխածին-թու գազ:

Ինհալացիոն նարկոզի բարդությունները և նրանց պրոֆիլակտիկան: Այս բարդությունները կարելի է բաժանել երկու խմբի. 1) բարդություններ, որոնք առաջանում են նարկոզ տալու ժամանակ, 2) բարդություններ հետնարկոզային շրջանում:

Նարկոզ տալու ժամանակ առաջացող բարդությունները առաջանում են նարկոզը ոչ ճիշտ տալու դեպքում, ապարատի անսարքության հետևանքով, հիվանդի ծանր վիճակի դեպքում: Այս դեպքերում կարող է առաջանալ շնչահեղձում (ասֆիքսիա) և սրտի աշխատանքի դադարում: Շնչահեղձման հիմքում կարող են ընկած լինել հետևյալ պատճառները. 1) մեխանիկական (լեզվի անկում, շնչուղիների խցանում փսխման նյութերով), 2) թունավորում (նարկոտիկ նյութի գերդոզավորում), 3) ինքնաբերական (ռեֆլեկտորային) սրտի և շնչառության դադարեցում՝ նարկոտիկ նյութի ազդեցության հետևանքով: Սրտի աշխատանքը սովորաբար դադարում է շնչահեղձման ֆոնի վրա: Բուժումը տևա 21-րդ գլխում:

Հետնարկոզային շրջանում կարող են նկատվել տարբեր բարդություններ:

Շնչառական օրգանների բարդությունները (թոքաբորբեր, ատելեկտազներ, բրոնխիտներ) հաճախ նկատվում են եթերային նարկոզից հետո: Այս բարդությունների կանխման համար մեծ նշանակություն ունի հիվանդների ակտիվ խնամքը հետվիրահատական շրջանում (շնչառական մարզանքը, խորխի ակտիվ հեռացումը, վաղաժամ ոտքի ելնելը), ինչպես նաև անտիբիոտիկների և սուլֆանիլամիդների կիրառումը:

Սրտի աշխատանքի խանգարումը հաճախ նկատվում է եթերի և ցիկլոպրոպանի նարկոզի դեպքում՝ նրանց թունավոր ազդեցության հետևանքով: Կարող է զարգանալ սրտի սուր անբավարարություն, որը երբևից պատճառ է դառնում հիվանդի մահվան: Պրոֆիլակտիկ նպատակով ներարկվում են սրտային միջոցներ և նվազեցվում է նարկոտիկ նյութի քանակը՝ կիրառելով նարկոզի ավելի կատարյալ ձև:

Լյարդի բարդությունները հաճախ առաջանում են եթերի և քլորո-

Ֆորմի կիրառումից հետո և արտահայտվում են ֆունկցիոնալ խանգարումներով, երբեմն կարող է նկատվել ճարպային վերասերում և սուր դեղին ատրոֆիա: Պրոֆիլակտիկա՝ նարկոտիկ նյութի դեղաչափը նվազեցնել հիվանդի քունը նարկոզի ցածր փուլերով ղեկավարելու հաշվին կիրառելով միոռելաքսանտներ:

Երիկամների բարդությունները հաճախ արտահայտվում են սակավամիզության և սպիտամիզության ձևով: Մեծանում է մեզի տեսակարար կշիռը, մեզի մեջ ի հայտ են գալիս լեյկոցիտներ և էրիթրոցիտներ: Սովորաբար այս երևույթները արագորեն անցնում են և բուժման հատուկ մեթոդ չի պահանջվում:

Նարկոզից և վիրահատումից հետո խանգարվում է նյութափոխանակությունը, ավելի հաճախ խանգարվում է ածխաջրատային փոխանակությունը, որի հետևանքով զարգանում է ացիդոզ: Կլինիկորեն ացիդոզը արտահայտվում է գլխացավով, սրտխառնոցով, փսխումով, անքնությամբ: Մանր դեպքերում նկատվում է գիտակցության մթազնում, զառանցանք, կարող է զարգանալ կոմա: Ացիդոզի ճիշտ որոշման համար պետք է ստուգել հիմքաթթվային վիճակը: Այդ նպատակով ներկայումս կիրառվում են «Միկրո-Աստրուպ» կամ «ԱԶԻՎ» ապարատները: Ացիդոզի բուժման համար կիրառվում են նատրիումի բիկարբոնատը, գլյուկոզան ինսուլինի հետ միասին: Մյուս բարդությունը ջրաաղային փոխանակության խանգարումն է, որը հանգեցնում է օրգանիզմի ջրազրկման և հիպոքլորեմիայի: Զրային փոխանակության խանգարման դեպքում հարկավոր է ստուգել արտադրվող մեզի քանակը և որոշել նատրիումի քլորիդի քանակը նրա մեջ: Անհրաժեշտ է ներարկել մեծ քանակով հեղուկ՝ ֆիզիոլոգիական լուծույթի ձևով:

Պերիֆերիկ ներվերի պարալիզը կարող է առաջանալ նարկոզի ժամանակ այս կամ այն նյարդային ցողունի մեխանիկական վնասվածքի հետևանքով և ավելի հազվադեպ՝ կենտրոնական նյարդային համակարգի վրա նարկոտիկ նյութի թունավոր ազդեցության հետևանքով: Ավելի հաճախ նկատվում են բազկային հյուսակի կամ վերին վերջույթի առանձին նյարդերի պարալիզներ (ճաճանչային, ծղիկային, միջային), որ բացատրվում է նարկոզի ժամանակ նրանց ձգվածությամբ՝ զատված ձեռքի պատճառով, կամ նյարդի սեղմվածությամբ՝ վիրասեղանի եզրի և ոսկրի միջև: Ոչ խոր թերպարալիզները արագորեն անցնում են: Ավելի ծանր պարալիզների դեպքում կիրառվում է հատուկ բուժում՝ պրոզերին, դիբազոլ, էլեկտրապրոցեդուրաներ:

Ինհալացիոն նարկոզի ցուցումները և հակացուցումները: Ներկայումս ինհալացիոն նարկոզի ցուցումները զգալիորեն ընդլայնվել են: Ինհալացիոն նարկոզի միջոցով կատարվում են բոլոր տեսակի բարդ վիրահատական միջամտությունները:

ինհալացիոն նարկոզի հակացուցումները բաժանվում են բացարձակի և հարաբերականի:

Բացարձակ են համարվում այն հակացուցումները, որոնց դեպքում կարող է նարկոզից առաջանալ մահ: Հարաբերական հակացուցումների դեպքում կարող է նկատվել բարդություններ: Բացարձակ հակացուցումներն են՝ 1) սիրտ-անոթաշին համակարգի հիվանդությունները դեկոմպենսացիայի շրջանում, արտահայտված հիպերտոնիկ հիվանդությունը, որը դեղանյութերով հնարավոր չէ բուժել, զգալի հիպոտոնիան, որն առաջանում է կոլապսի, շոկային վիճակի, սուր անեմիայի, ինտոքսիկացիայի հետևանքով, 2) շնչառական օրգանների հիվանդությունները՝ երբ արտահայտվում է թոքային անբավարարությունը՝ սուր թոքաբորբ, 3) լյարդի հիվանդությունները, երբ խանգարվում է նրա ֆունկցիան՝ հեպատիտ և այլն, 4) երիկամի հիվանդությունները, երբ խանգարվում են նրանց ֆունկցիան՝ սուր նեֆրիտ, 5) ծանր աստիճանի հյուսվածքային և անեմիայի դեպքերը, 6) ներգանգային բարձր ճնշումով ընթացող հիվանդությունները՝ ուռուցքները և այլն:

Նարկոզի հարաբերական հակացուցումներ են համարվում վերը թվարկված հիվանդությունները, բայց ավելի թույլ արտահայտված ֆունկցիոնալ խանգարումներով:

Հիվանդի նախապատրաստումը նարկոզին. համընկնում է վիրահատության ընդհանուր պատրաստման հետ (տես 4-րդ գլուխ): Առանձնահատկությունը դեղորայքային նախապատրաստումն է, կամ պրեմեդիկացիան, որը բաժանվում է երեկոյան (վիրահատության նախօրեին) և առավոտյան (վիրահատության օրը) կատարվող պրեմեդիկացիաների: Պրեմեդիկացիայի նպատակն է հանգստացնել հիվանդին և բարելավել նարկոզի ընթացքը:

Երեկոյան կատարվող պրեմեդիկացիայի համար կիրառվում են քնաբերներ (բարբամիլ, էթամինալ նատրիում, նոքսիրոն և այլն), ցավ հանգրստացնող միջոցներ (պրոմեդոլ, օմնոպոն), նեյրոպլեգիկ և հակահիստամինային միջոցներ (ատրոպին, ամինազին, դեմիդրոլ, պիպոլֆեն), անալգետիկներ (կորդիամին, լոբելին, պրոզերին, ցիտիտոն) և տրանկվիլիզատորներ (մեմրոտոն, տրիօքսազին, սեդուլքսեն, էլենիում և այլն):

Առավոտյան կատարվող պրեմեդիկացիայի համար սովորաբար կիրառվում են ցավ հանգստացնող, նեյրոպլեգիկ և հակահիստամինային դեղանյութեր: Պրեմեդիկացիայի նշանակումները խիստ անհատական են:

Պրեմեդիկացիայի կատարման համար անեսթեզիոլոգը ըստ ժամերի նշում է այս կամ այն սրակվող պրեպարատը: Բուժքրոջ խնդիրն է բարեխղճորեն կատարել այս ցուցումները: Բայց եթե այս միջոցառումների կատարման դեպքում նկատվում է հիվանդի վիճակի խանգարում,

բուժքույրը պարտավոր է այդ մասին տեղեկացնելու հերթապահ բժշկին:

Նարկոզի տրման տեխնիկան: Դիմակային նարկոզի դեպքում կարելի է օգտագործել եթեր, քլորոֆորմ և կարճատև նարկոզի համար՝ քլորէթիլ:

Քթի, այտերի, կզակի այրվածքներից խուսափելու նպատակով նախապես դեմքին քսվում է վազելին: Վիրահատումից առաջ շարժական ատամի պրոթեզները հեռացվում են: Էսմարխի և Շիմելբուշի դիմակներով նարկոզ տալու ժամանակ թանդիֆով ծածկված դիմակը նարկոտիկ նյութով ներծծելուց հետո մոտեցվում է հիվանդի դեմքին, որպեսզի հիվանդը ընտելանա նարկոտիկ նյութի հոտին, հակառակ դեպքում կարող է առաջանալ հազ և շնչահեղձում: Հիվանդի դեմքի վրա դիմակը դնելուց հետո, դիմակի շուրջը ծածկվում է սրբիչով՝ նարկոտիկ նյութի կորուստը նվազեցնելու համար, իսկ նարկոտիկ նյութը վերևից կաթեցվում է դիմակի վրա: Շնչառությունը լավացնելու նպատակով ժամանակ առ ժամանակ դիմակը բարձրացվում է կամ նրա տակից մոտեցվում է թթվածնի բարձի ռետինե խողովակը հիվանդի դեմքին՝ շնչելու համար:

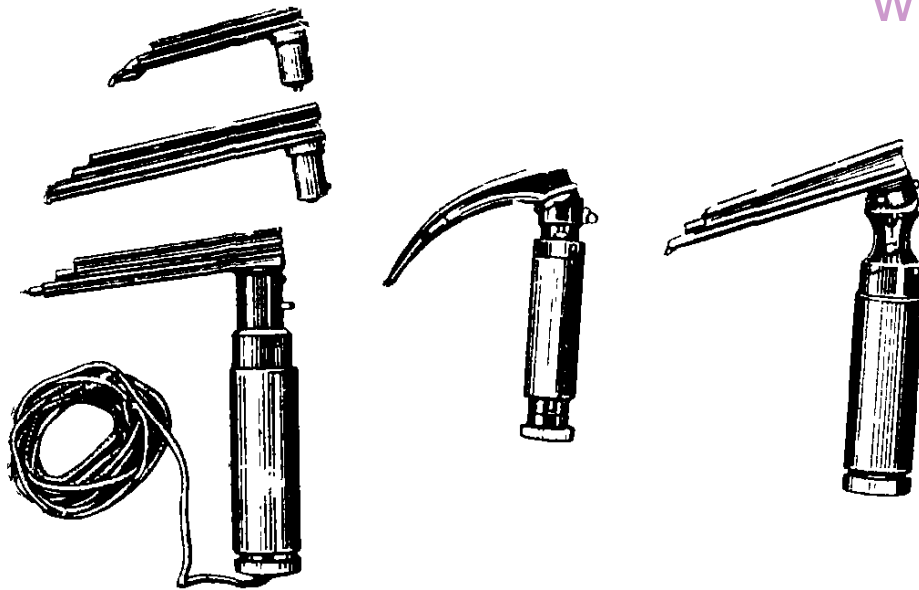
Օգտվելով դիմակային նարկոզից, պետք է հիշել լեզվի անկման մասին: Այն կանխելու նպատակով ստորին ծնոտը պիտի ձգել առաջ՝ մատներով սեղմելով նրա անկյունները:

Դիմակային նարկոզը ներկայումս բժշկության մեջ հազվադեպ է կիրառվում, բայց երբ պետք է շտապ վիրահատում կատարվի և նարկոզի ապարատներ չկան, այդ դեպքում կարելի է ընտրել նարկոզ տալու դիմակային ձևը:

Ապարատով տրվող նարկոզի դեպքում հարկավոր է այն նախապատրաստել. 1) ապարատը հողակցվում է, 2) կլանիչը լցվում է թարմ նատրոնային կրով (նրա ծավալի 2/3 մասը, 3—4 ժամ աշխատանքի համար), 3) ոչ աշխատանքային վիճակում գտնվող կլանիչը փակում են՝ կանխելու համար ածխաթթու գազի և ջրային գոլորշիների կլանումը շրջապատի օդից, 4) եթերի ամանի մեջ լցնում են մեկ սրվակ (100 մլ) եթեր և միացնում ապարատին, 5) ճնշաչափի ցուցմունքով որոշվում է թթվածնի քանակը բալոնում, 6) ստուգվում է սիստեմի հերմետիկությունը:

Եթե նարկոզը պետք է տրվի ուրիշ նարկոտիկ նյութերով կամ նրանց համակցումով, ապա նարկոզի ապարատին միացվում են համապատասխան բալոններ:

Նարկոզը տալու համար հարկավոր է՝ 1) բաց թողնել թթվածինը, 2) բացել կլանիչը, 3) հիվանդին հազցնել դիմակ, 4) բացել թթվածնի կարգավորիչը դոզաչափի վրա մինչև 1 մակարդակը, ստուգել դիմակի փականը, միացնել դիմակը ապարատի սիստեմի հետ, 5) սեղմել թրթվածնի «շտապ մատակարարում» կոճակը և լցնել պարկը թթվածնով,



Նկ. 31. Կոկորդադիտակներ՝ տարբե շեղբերով:

6) բացել եթերի ամանը՝ հնարավորություն տալով սխտեմի մեջ անցնելու թթվածնի և եթերի խառնուրդին: Եթե նարկոզը տրվում է ուրիշ նարկոտիկ նյութերով, ապա հարկավոր է դրանք միացնել և դողավորել:

Նարկոզի ավարտից հետո դիմակները և խողովակները հեռացվում են, դրսի և ներսի կողմից տաք ջրով և օձառով լվանալուց հետո շորացվում են:

Նարկոզի համար վիրասեղանի գլխի կողմում տեղավորվում է նարկոզի ապարատը, էլեկտրական ծծիչը (բերանի և ներշնչափողային խողովակի պարունակությունը արտածելու համար), նարկոզի սեղանը և ուրիշ օժանդակ ապարատներ:

Նարկոզի սեղանիկի վրա դրվում են ներշնչափողային խողովակները, բերանբացիչը, լեզվաբռնիչը, օդատար խողովակը, մկրատներ, լարինգոսկոպ, մանրէազերծված գնդիկներ ու անձեռոցիկներ և անհրաժեշտ պեղանյութեր (բարբիտուրատներ, միոռելաքսանտներ և այլն):

Բարդ վիրահատումների ժամանակ նույնպես պետք է ունենալ մեկ սեղանիկ, որի վրա պետք է դրվեն երակի հատման (վենեսեկցիա) և արյան փոխներարկման համար նախատեսվող գործիքներն ու նյութերը:

Ներշնչափողային (ինտուբացիոն) նարկոզ: Ժամանակակից նարկոզի ապարատներով կարելի է նարկոզ տալ ավելի կատարյալ ձևով՝ ներշնչափողային եղանակով: Այդ նպատակով կոկորդադիտակի (լարինգոսկոպ) (նկ. 31) միջոցով շնչափողի մեջ մտցվում է ինտուբացիոն խողովակը: Նախապես ինտուբացիայից առաջ հիվանդին քնեցնում են դիմակային նարկոզով կամ ներերակային հեքսենալ, թեոպենտալ կամ սոմբրեին ներարկելով:

Կմախքային մկանների թուլացման համար ներարկվում են միո-
ռելաքսանտներ (տես ներքևում):

Ինտուբացիայի կատարման համար հիվանդի գլուխը թեքում են
հետ և բացում բերանը: Կոկորդադիտակի միջոցով լեզվի արմատը և
մակկոկորդը ձգվում է առաջ և դեպի վեր: Ներշնչափողային խողովակը
ձայնալարերի միջով մտցվում է շնչափողի մեջ, որից հետո բերանի խո-
ռոչը տանպոնվում է թանզիֆով կամ ներշնչափողային խողովակի փշա-
պարկի մեջ օդ է մղվում: Խողովակի արտաքին ծայրը միացնելով նար-
կոզի ապարատին շարունակում են նարկոզ տալ: Այնուհետև անց-
նում են ղեկավարվող շնչառության (տես ներքևում): Նարկոզի ավարտից
հետո, երբ հիվանդը ինքնուրույն կարողանում է շնչել, խողովակը հե-
ռացվում է:

Ներշնչափողային խողովակները լվացվում են նույն ձևով, ինչ որ
դիմակները, որից հետո երկու ըոպե տեղավորում են եռացող ջրի մեջ,
70° սպիրտի մեջ թողնում երկու ժամ կամ դիոցիտի 1:5000 լուծույթի
մեջ՝ 30 ըոպե տեղությամբ: Զորացնելուց հետո նրանք պահվում են
բիքսերում: Կոկորդադիտակի շեղբը լվացվում է օձառով, ջրով, որից
հետո մաքրվում է սպիրտով:

Ներշնչափողային նարկոզի առավելությունը դիմակային նարկոզի
հանդեպ հետևյալն է. 1) վերացնում է շնչուղիների խցանման վտանգը,
որը նկատվում է լեզվի անկման, օտար մարմինների (փսխման զանգ-
ված, ատամի պրոթեզներ և այլն) հետևանքով, երբ բրոնխներում կու-
տակվում է լորձ, թարախ, որոնք հեշտությամբ հեռացվում են էլեկտրա-
կան ծծիչին միացված հատուկ կաթետերի միջոցով, 2) ապահովում է
նարկոտիկ նյութի ավելի ճիշտ դոզավորումը և պակասեցնում նրա ծախ-
սը, 3) վիրահատումների դեպքում, երբ խանգարվում է գազափոխա-
նակությունը, կարելի է կատարել ղեկավարվող շնչառություն, 4) նար-
կոտիկ նյութը՝ խառնված թթվածնի հետ, հիվանդին տրվում է ճնշման
տակ, որն ապահովում է օրգանիզմի նորմալ հագեցվածությունը թթված-
նով, 5) վերացնում է շնչառության խանգարման վտանգը, որն առաջա-
նում է կոկորդի կծկման (լարինգոսպազմ) հետևանքով, 6) փոքրաց-
վում է վնասակար տարածությունը, 7) կարելի է ավելի հաջող ղեկա-
վարել օրգանիզմի հիմնական ֆունկցիաները:

Թերի կողմը ինտուբացիոն նարկոզի հետևյալն է՝ 1) կատարման
բարդությունը, 2) բերանի, ըմպանի, ձայնալարերի, կոկորդի լորձաթա-
ղանթների վնասումը, ատամների ջարդվելը, 3) կոկորդի բորբոքումը,
ըմպանի լորձաթաղանթի խոցակալումը, 4) ինտուբացիոն նարկոզը կա-
րողանում է կատարել միայն անեսթեզիոլոգը:

Պագային նարկոզ: Ի տարբերություն հեղուկ նարկոտիկ նյութերի
(եթեր, քլորոֆորմ և այլն), գազային նարկոտիկ նյութերը ազդում են

տալելի արագ և հիվանդները հեշտությամբ էլ արթնանում են այս նարկոզից հետո: Դա բացատրվում է նրանց բարձր ներթափանցող (դիֆուզիոն) հատկությամբ, արագորեն տարածվում են արյան և հյուսվածքների մեջ: Օրգանիզմի ներսում գազային նարկոտիկ նյութերը շեն քայրայվում, օրգանիզմի բջիջների հետ շեն միանում, նույնությամբ հեռանում են, շեն ազդում պարենխիմատոզ օրգանների վրա: Ելնելով դրանից՝ գազային նարկոզը կարելի է կիրառել այն հիվանդների համար, որոնց նարկոզի այլ ձևերը հակացուցված են:

Գազային նարկոզը տրվում է ապարատներով դիմակային կամ ներշնչափողային ձևով: Հաճախ օգտագործվում է ուրախացնող գազ և ցիկլոպրոպան թթվածնի հետ միասին:

Ուրախացնող գազով տրվող նարկոզի կլինիկական ընթացքում նկատվում են նույն շրջանները, ինչ որ եթերային նարկոզի դեպքում, բայց նկատվում է որոշ առանձնահատկություն՝ I շրջանը առաջանում է արագորեն և տևում է 1—2 րոպե, խեղդվածության զգացում չի նկատվում, առաջանում է հարբածություն, որը ուղեկցվում է էյֆորիայով (ուրախացնող գազ), II շրջանը սովորաբար արտահայտվում է վատ, III շրջանը առաջանում է 5—10 րոպե հետո, բայց կմախքային մկանները լրիվ շեն թուլանում, այդ պատճառով ուրախացնող գազի հետ միասին կիրառվում են ուրիշ նարկոտիկ միջոցներ (եթեր, բարբիտուրատներ և այլն) և մկանային միոռելաքսանտներ:

Բարդություններից կարող է զարգանալ թթվածնի պակաս, այդ պատճառով պետք է ունենալ թթվածնի անհրաժեշտ քանակություն:

Ցիկլոպրոպանային նարկոզը ընթանում է համարյա նույնակերպ, ինչ ուրախացնող գազի դեպքում: Տրվում է նույնպես թթվածնի հետ միասին, 3—5 ծավ. % խտությունը առաջացնում է գիտակցության կորուստ և ցավի զգացման վերացում, 10—13 ծավ. % մակերեսային նարկոզ, 20—25 ծավ. % նարկոզի վիրաբուժական շրջանը: Քանակի շատացման դեպքում կարող է առաջանալ շնչական կենտրոնի պարալիզ, այդ պատճառով անհրաժեշտ է ունենալ ցուցիչ, որը անընդհատ ցույց է տալիս ցիկլոպրոպանի խտությունը հիվանդի կողմից ներշնչվող խառնուրդի մեջ: Մյուս բացասական հատկությունը այն է, որ նույնիսկ սովորական խտության դեպքում առաջանում է սրտի փորոքների ֆիբրիլացիա: Այդ պատճառով ցիկլոպրոպանը հակացուցված է սրտի հիվանդությունների դեպքում: Լավ է այն կիրառել ուրիշ նարկոտիկների հետ միասին: Հաճախ օգտագործվում է Շեյն—Աշմանի խառնուրդը, որը կազմված է 11,7 ծավ. % ցիկլոպրոպանից, 58,9 ծավ. % թթվածնից և 29,4 ծավ. % ազոտի ենթօքսիդից: Ցիկլոպրոպանը խառնված օդի կամ թթվածնի հետ կարող է պայթել:

Ոչ ինհալացիոն նարկոզը և նրա ձևերը: Ներերակային նարկոզ: Ներերակային նարկոզի համար օգտագործվում են՝ հեքսենալ, թեոպենտալ նատրիում, վիադրիլ, սոմբրեին, նատրիումի օքսիբուտիրատ (ԳԱԿԹ) և այլն: Անհրաժեշտ խտուժյան լուծույթները (2—5—10 %) պատրաստվում են վիրահատումից առաջ, լուծելով 5 %-անոց գլյուկոզայի կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթի մեջ պրեպարատի 300—800 մգ քանակը՝ ելնելով հիվանդի վիճակից: Վերոհիշյալ դեղանյութերի դեղաչափը չպետք է գերազանցի 1 գրամից: Նարկոզից առաջ հիվանդին ներարկվում է 0,5—1 մլ 0,1 % ատրոպինի լուծույթ: Պատրաստված լուծույթը հավաքվում է 20 գրամանոց ներարկոցի մեջ և ներարկվում է ներերակային 30—60 վրկ ընթացքում: Նարկոզը առաջանում է 2—3 րոպե հետո, առանց գրգռման շրջանի: Վերանում է ցավի զգացումը, հիվանդը կորցնում է գիտակցությունը, բայց աչքերի խնձորակների շարժումները պահպանված են, որը գումարային համապատասխանում է նարկոզի III շրջանի առաջին մակարդակին: Շնչառության ճնշվածությունը կանխելու համար տրվում է շնչելու թթվածին: Նարկոզը պահպանելու նպատակով ժամանակ առ ժամանակ ներարկվում է նույն պրեպարատից 2—3 մլ: Բբերի լայնացումը հանդիսանում է սպառնացող ազդանշան պրեպարատի գերդոզավորման մասին: Այս դեպքում պրեպարատի ներարկումը դադարեցվում և ներարկվում է կոֆեին, լոբելին: Ներերակային նարկոզը որպես նարկոզի ինքնուրույն ձև կիրառվում է ոչ մեծ վիրահատումների դեպքում, երբ չի պահանջվում մկանների թուլացում, կամ որպես ներածական նարկոզ ներշնչափողային նարկոզի դեպքում:

Ուղիղ տղիքային նարկոզը ավելի հաճախ կիրառվում է մանկական վիրաբուժության մեջ: Սովորաբար օգտագործվում են 3 % ավերտինի կամ նարկոլանի լուծույթները: Նարկոտիկ նյութի տաքացրած լուծույթը կաթետերի միջոցով լցվում է նախապես հոգնայի միջոցով մաքրված ուղիղ աղու մեջ: Քունը առաջանում է 15—20 րոպե հետո և տևում է մի քանի ժամ: Նարկոտիկ նյութը դոզավորվում է հետևյալ կերպ. հիվանդի յուրաքանչյուր 1 կգ քաշին պրեպարատի 0,1—0,2 գ: Թերի կողմը այն է, որ առաջացնում է ուղիղ և հաստ աղու բորբոքումներ, նարկոզը խոր չէ, թունավորման հետևանքով կարող է մահ տեղի ունենալ 1 % չափով:

Նեյրոլեպտանալգեզիտ: Յուրատեսակ վիճակ է, բնորոշվում է ցավի զգացողության վերացումով, երբ գիտակցությունը պահպանված է: Նա առաջանում է ներերակային անալգետիկ՝ ֆենտանիլ (1 մգ 0,005 % լուծույթը, 10—20 կգ հիվանդի քաշին) և նեյրոլեպտիկ նյութ դեհիդրոբենզպերիդոլ (0,5 մգ յուրաքանչյուր 1 կգ քաշին) ներարկելով: Կիրառվում է ինքնուրույն կարճատև նարկոզի համար՝ պահպանելով ինքնուրույն շնչառությունը կամ համակցելով ներշնչափողային նարկոզի հետ

2 մզ տալամոնադի (Ֆենտանիլի և դեհիդրոբենզալերիդոլի խառնուրդ) ձևով:

էլեկտրաճարկոզ: Կատարվում է էլեկտրական հոսանքի տարբեր պարամետրեր փոխազդելու ճանապարհով: Գտնվում է կատարելագործման յուրյանում:

Ցավալրկման խառը և համակցված ձևերը: Ներկա ժամանակ տարրերովում է մաքուր նարկոզ, երբ կիրառվում է միայն մեկ նարկոտիկ նյութ (օրինակ՝ եթեր), խառը, երբ միաժամանակ ներարկվում է երկու կամ մի քանի նարկոտիկ նյութերի խառնուրդը (օրինակ՝ եթեր և ուրախացնող գազ) և համակցված, երբ համակցվում են նարկոտիկ նյութերը և նրանց տրման ուղիները՝ սկզբում ներերակային ներարկվում է հեքսինալ, իսկ հիվանդի քնելուց հետո տրվում է եթերային նարկոզ, որի շնորհիվ հնարավոր է լինում վերացնել նարկոտիկ նյութը մեծ դոզայով կիրառելիս բացասական ազդեցության առաջացումը:

Սովորական նարկոզի ժամանակ մկանների թուլացումը սկսվում է միայն խորը քնի դեպքում: Հիվանդներին խորը քնեցնելու համար պահանջվում է նշանակալի քանակով նարկոտիկ նյութ, որը անվնաս չի օրգանիզմի համար և ղեկավարել այդպիսի նարկոզը բավականին բարդ է, Ելնելով սրանից համակցված ցավազրկման դեպքում լայնորեն սկսվեցին կիրառվել մկանային ռելաքսանտները: Այս պրեպարատները մեկուսացնում են գրգռի հաղորդումը կմախքային մկանների նյարդամկանային հանգույցներում, որը հանգեցնում է նրանց թուլացմանը (միոռեկաքսացիա): Մկանների թուլացումը շատ կարևոր է բարդ վիրահատական միջամտությունների դեպքում: Բացի այդ միոռեկաքսանտները կիրառվում են հիվանդների ինտուբացիայի դեպքում, ինքնուրույն շնչառությունը վերացնելու նպատակով, որը կարևոր է ղեկավարվող շնչառության համար (հիվանդը ինքնուրույն չի շնչում, շնչումը կատարվում է անեսթեզիոլոգի կողմից նարկոզի ապարատի շնչառական պարկի միջոցով):

Մկանային ռելաքսանտները (կուրարենման նյութերը) բաժանվում են կարճատև (լիստենոն, միոռեկաքսին, դիտիլին և այլն) և երկարատև (տուբոկուրարինբլորիդ, դիպլացին և այլն) ազդեցության պրեպարատների:

Ներկայումս բարդ վիրահատումների դեպքում, որպես կանոն, կիրառվում է համակցված նարկոզը: Այդ նարկոզի կատարման սխեման հետևյալն է: Ներածական նարկոզը սկսվում է ներերակային եղանակով վերևում նշված որևէ պրեպարատով: Նարկոզի ապարատի դիմակի միջոցով հիվանդին տրվում է թթվածին, ներարկվում է կարճատև ազդեցության միոռեկաքսանտը, խողովակը մտցվում է շնչափողի մեջ, հիվանդը տեղափոխվում է ղեկավարվող շնչառության, միացվում է հիմ-

մական նարկոտիկ նյութը (եթեր, ուրախացնող գազ, ցիկլոպրոպան և այլն կամ նրանց համակցությունը), որից հետո ներարկվում է երկարատև ազդեցություն ունեցող մկանային ուղեղաբանար: Նարկոզի այդպիսի ձևը հարմար է ցավազրկման խորությունը և երկարատևությունը կարգավորելու, արյունը թթվածնով հագեցնելու, մկանները թուլացնելու և այլնի համար:

Բարդություններ նկատվում են հազվադեպ: Դրանց թվին են պատկանում՝ շնչառության կենտրոնի հյուսվածք և պարալիչը, բրոնխների և ձայնալարերի կծկումը, ռեկուրարիզացիան (մկանների կրկնակի նկատվող թուլացումը և շնչառության դադարեցումը վիրահատումից հետո, որոշ ժամանակ անց): Այդպիսի դեպքերում հիվանդը կրկնակի անգամ ենթարկվում է ինտուբացիայի, տրվում է արհեստական շնչառություն, ներարկվում են նյութեր, որոնք դադարեցնում են մկանային ուղեղաբանների ազդեցությունը՝ 0,05 % պրոզերինի լուծույթ 2—3 մլ քանակով, տոնզիլոն 70 մլ ներերակային, նիվոլին (հիլանտոմին) 0,5—1 մլ 1 % լուծույթը ենթամաշկային: Հակաթույնների (անտիդոտների) ներառակային ներարկումից առաջ ներարկվում է 0,5 մլ 0,1 % ատրոպինի լուծույթ:

Արհեստական հիպոթերմիա: Արհեստական հիպոթերմիայի (սառեցման) դեպքում նկատվում է նյութափոխանակության զգալի իջեցում, որը շատ կարևոր է որոշ վիրահատումների դեպքում, որոնք կապված են թեև կարճատև (3—4 րոպե) սրտի դադարեցման և արյան մեծ կորստի հետ: Կախված ջերմաստիճանի իջեցումից, տարբերվում են շափավոր սառեցում (մինչև 34—32° C), միջին (մինչև 31—28° C) և խորը (27—28° C) հիպոթերմիա:

Մեթոդիկան: Ջերմակարգավորիչ մեխանիզմները անջատելու համար դեղորայքային պատրաստումից հետո (2 մլ—2,5 % ամինազինի լուծույթ, 4 մլ—0,5 % էթիզինի լուծույթ, 2 մլ—2,5 % դիպրազինի լուծույթ, 2 մլ—2 % պրոմեդոլի լուծույթ) կատարվում է համակցված նարկոզ, որից հետո հիվանդին տեղավորում են սառցաջրով լցված վաննայի մեջ, կամ հիվանդը ծածկվում է սառցապարկերով: Վիրահատումից հետո հիվանդին տաքացնում են տաք վաննայում (ջրի ջերմաստիճանը 40—45° C) կամ տաք ջեռակներով: Մի շարք դեպքերում կիրառվում է միայն տեղական հիպոթերմիան (գլուխը սառեցվում է հատուկ ապարատում՝ կրանիոհիպոթերմիա):

Արհեստական արյան շրջանառություն: Սրտի վիրահատումների ժամանակ, երբ պահանջվում է նրա աշխատանքի դադարեցումը 15—30 րոպե տևողությամբ, կիրառվում է արհեստական արյան շրջանառությունը: Այդ նպատակով կիրառվում է հատուկ ապարատ, այսպես կոչվող ԱԱՇԱ: Այս ապարատների աշխատանքի հիմնական դերն է՝ ստեղծել

արհեստական արյան շրջանառություն օրգանիզմի ներսում (պոմպերի օպնություն) սրտի աշխատանքի դադարեցման դեպքում և շրջանառող արյունը հագեցնել թթվածնով, արհեստական թոքերի միջոցով (օքսիգենատոր): Ավելի տրավմատիկ վիրահատումների դեպքում, երբ պահանջվում է ավելի երկարատև ժամանակով դադարեցնել սրտի աշխատանքը, արհեստական արյան շրջանառությունը լրացվում է հիպոթերմիայով:

ՏԵՂԱՅԻՆ ՑԱՎԱԶՐԿՈՒՄ ԵՎ ՆՐԱ ՏԵՍԱԿՆԵՐԸ

Տեղային ցավազրկման (անեսթեզիա) տակ հասկացվում է ցավի պոստոպերացիայի վերացումը միայն վիրահատական դաշտի շրջանում, իրմանդի գիտակցությունը պահպանվում է:

Ներկայումս վիրաբուժական պրակտիկայում տարբերվում են տեղային ցավազրկման հետևյալ տեսակները՝ 1) անեսթեզիա քսելու միջոցով, 2) ներսփռական (ինֆիլտրացիոն) անեսթեզիա, 3) փակեղային (ֆուսյարային) անեսթեզիա, 4) շրջանային (ոեզիոնար) անեսթեզիա, 5) ներերակային և ներզարկերակային անեսթեզիա, 6) ներոսկրային անեսթեզիա, 7) անեսթեզիա սառեցմամբ, 8) պերիդուրալ անեսթեզիա, 9) ողնուղեղային անեսթեզիա:

Տեղային ցավազրկումը շնորհիվ իր անվտանգ լինելուն լայն կիրառում գտավ վիրաբուժության մեջ: Ցավազրկման այս ձևը կիրառվում է հիմնականում ոչ մեծ վիրահատական միջամտությունների դեպքում (ապպենդեկտոմիա, ճողվածքահատում և այլն), միաժամանակ բավարար փորձառություն ունենալու դեպքում տեղային ցավազրկումով կարելի է կատարել ավելի մեծ վիրահատումներ: Վիրահատումների շուրջ 80 % կատարվում է տեղային ցավազրկումով:

Տեղային ցավազրկման համար, որպես անվտանգ և քիչ թունավոր նյութ, լայնորեն կիրառվում է նովոկաինը: Նովոկաինը գործածվում է 0,25—0,5 % լուծույթների ձևով, իսկ 1—2 % լուծույթները ավելի հազվադեպ հաղորդչական անեսթեզիայի նպատակով, միանվագ գործածման դեղաչափը 1,5 գրամ է: Մանրէազերծված լուծույթը պահվում է նախավիրահատական սենյակում: Նովոկաինի լուծույթ չպարունակող սրվակի վրա սոսնձվում է պիտակ, որի վրա գրվում է «նովոկաինի լուծույթ», նշվում է նրա խտությունը և պատրաստման ժամանակը: Նովոկաինի օգտագործման ժամանակ վիրահատման բուժքույրը և բժիշկը անպայման պետք է ստուգեն պիտակը, որպեսզի համոզվեն, որ, իրոք, նովոկաինի լուծույթ է, այլ ոչ թե ուրիշ նյութ:

Տեղային ցավազրկման համար հարկավոր են ներարկոցներ, ասեղներ և նովոկաինի համար ամաններ: Ներարկոցները և ասեղները հար-

կապոր է մանրէազերծել մնացած գործիքներից առանձին, թորած ջրի մեջ, քանի որ սողայի լուծույթը, որի մեջ սովորաբար մանրէազերծվում են մնացած գործիքները, շեղոքացնում է նովոկաինը:

Ռարդուլթյուններ տեղային ցավազրկումից նկատվում են հազվադեպ: Որոշ հիվանդների մոտ, որոնց զգացողությունը նովոկաինի հանդեպ յարձր է, կարող է առաջանալ նովոկաինից թունավորման պատկեր՝ գլխապտույտ, ընդհանուր թուլություն, սրտխառնոց, մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների գունատություն, պուլսը հաճախանում է թույլ լեցումով: Ավելի ծանր թունավորումների դեպքում նկատվում է շարժողական ռեակցիա, գրգռվածություն, վախի զգացում, փսխում: Այս երեւույթները առաջանալու դեպքում անհրաժեշտ է դադարեցնել ցավազրկումը, հիվանդին տրվում է ներշնչելու ամիլնիտրիտի գոլորշիներ (5 կաթիլ բամբակի վրա), ներարկվում է 1—2 մլ 20 % կոֆեինի լուծույթ, 1 մլ 1 % դեմիդրոլի լուծույթ: Նպատակահարմար է տալ բարբիտուրաթթվի պրեպարատներից որևէ մեկը՝ 5—10 մլ 2 % թեոպենտալ նատրիում ներերակային, կամ 2—3 մլ 10 % բարբիտալ նատրիումի լուծույթը, կամ 0,1 գ լյումինալ՝ ներքին ընդունման, կամ 5—10 մլ 5 % էթամինալ նատրիում ներերակային: Անհրաժեշտ է նշանակել թրթվածնի ինհալացիաներ: Տեղային ցավազրկման համար, բացի նովոկաինից, օգտագործվում են բենկաինը, 0,5 %, 1 %, 2 %-անոց լուծույթները՝ ատամնաբուժական պրակտիկայում, տրիմեկաինը (0,25 — 0,5 — 1 %-անոց լուծույթները ներսփռական ցավազրկման և 2 %-անոցը շրջանային և ողնուղեղային անեսթեզիայի համար), լիդոկաինը (0,25—0,5 %-անոց լուծույթները ներսփռական, 1—2 %-անոցը՝ հաղորդչական և ողնուղեղային անեսթեզիայի համար), դիկաինը (0,3 %-անոց լուծույթը պերիդուրալ անեսթեզիայի համար, 2—3 %-անոց լուծույթները՝ անեսթեզիայի՝ քսելու միջոցով):

Ա. ցուցակում պահվում են սովկաինը և դիկաինը: Բ. ցուցակում մնացած պրեպարատները:

Անեսթեզիա քսելու և ողողման միջոցով: Կիրառվում է աչքի, քիթ-կոկորդականջի, ուռուլոգիական, բրոնխոլոգիական պրակտիկայում: Այն մասերը, որտեղ պետք է վերացվի ցավի զգացումը, ողողվում կամ քրսվում է տամպոնը, որը թրջված է 1—10 % նովոկաինի, 1—3 % դիկաինի կամ 0,1 % սովկաինի լուծույթներով: Մեծ մակերեսով լորձաթաղանթներին քսել վտանգավոր է, քանի որ հնարավոր է թունավորում, հատկապես դիկաինից և սովկաինից:

Ներսփռական (ինֆիլտրացիոն) անեսթեզիա: Այս դեպքում վիրահատվող մասի հյուսվածքների մեջ շերտավոր ձևով ներսփռվում է ցավազրկող նյութը: Այդ նպատակով սովորաբար կիրառվում են 0,25—0,5 % նովոկաինի լուծույթները: Անեսթեզիայի այս ձևը մանրամասնո-

րեն մշակել է Ա. Վ. Վիշնևսկին: Անեսթեզիայի կատարման տեխնիկան սաղացող ինֆիլտրացիայի դեպքում կայանում է հետևյալում: Բարակ սսեղով ցավազրկվում է մաշկը, կտրվածքի գծով լիմոնի կեղևի տեսքով, որից հետո ավելի հաստ և երկար ասեղով ինֆիլտրացիայի են ենթարկվում ավելի խորանիստ հյուսվածքները: Ներսփռումը կարելի է կատարել հաջորդաբար, շերտերով, հնարավորին շափով հատելով հյուսվածքները: Որովայնի կամ կրծքավանդակի վիրահատումների դեպքում անպայման պետք է կատարվի ցավազրկում առպատային որովայնամյի կամ պլերայի:

Փակեղային (ֆուսյարային) անեսթեզիա: Ցավազրկման այս ձևը մշակել է Ա. Վ. Վիշնևսկին: Կիրառվում է վերջույթների վիրահատումների դեպքում: Կտրվածքից վերև դրվում է լարան (ժգուտ), լարանից ներքև երկու կամ երեք կետերից մաշկի միջով կատարվում է խորը փակեղի տակ 0,25 % նովոկաինի լուծույթի ներարկում (500—800 մլ): Նովոկաինի լուծույթը ներմղվում է փակեղային տարածության մեջ, որտեղ նա փոխազդվելով նյարդային վերջույթների հետ, առաջացնում է ցավազրկում: Ցավազրկման այս ձևը լայնորեն կիրառվում է վերջույթների անդամահատության դեպքում: Բարդություններից՝ լարանի արագ հեռացման դեպքում կարող է առաջանալ նովոկաինային թունավորում: Պրոֆիլակտիկան կայանում է նրանում, որ լարանը պետք է հեռացվի աստիճանաբար, այս դեպքում բուժման նպատակով պետք է օգտագործվի վերոհիշյալ հակաթույնները:

Հաղորդչական անեսթեզիա: Այս դեպքում նովոկաինի լուծույթը ներարկվում է անմիջապես նյարդի կամ նրա շրջակա հյուսվածքների մեջ: Այդ նպատակով կիրառվում է 1—2 % նովոկաինի լուծույթը 10—20 մլ քանակով: Ցավազրկման այս ձևը ավելի տարածված է մատների վիրահատումների դեպքում (հաղորդչական անեսթեզիա ըստ Լուկաշևիչի): Բարդություններից կարող է լինել նյարդի վնասվածք: Բուժումը՝ պրոզերին, դիբազոլ, էլեկտրապրոցեդուրաներ:

Ներերակային և ներզարկերակային անեսթեզիա: Անեսթեզիայի այս տեսակը կատարվում է հետևյալ կերպ: Համապատասխան վերջույթը էլաստիկ վիրակապով արյունազրկելուց հետո, նրանից վերև վիրահատական դաշտի վերին սահմանում դրվում է երակային լարան: Վենեպունկցիայի միջոցով անոթի մեջ ներարկվում է նովոկաինի լուծույթը: Վերին վերջույթի համար պահանջվում է 60—80 մլ, ստորին վերջույթի համար 100—200 մլ 0,25—0,5 % նովոկաինի լուծույթ: Ցավազրկման այս տեսակը կիրառվում է վերջույթների վիրահատումների դեպքում: Լարանի արագ հեռացման դեպքում կարող է առաջանալ նովոկաինային թունավորում: Այս բարդության պրոֆիլակտիկայի նպատա-

կով լարանը հեռացվում է դանդաղորեն: Բարդությունների բուժման համար ներմուծվում են հակաթույններ:

Ներուկրային անեսթեզիա: Սա տարբերակն է ներերակային անեսթեզիայի: Վերջույթի վրա դրվում է երակային լարան, որից հետո ներարկվում է նովոկաինի լուծույթը ոսկրի սպունգանման նյութի մեջ (կրունկոսկր, ազդրի կոճեք, մեծ ոլոքի վերին մետաֆիզ, ճաճանչ-ոսկրի և ծղիկոսկրի գլխիկներ): Նովոկաինի լուծույթի քանակը և խտությունը նույնն է, ինչ որ նախորդ անեսթեզիայի դեպքում էր: Ցավազրկման այս ձևը լայնորեն կիրառվում է հենաշարժական ապարատի վիրահատումների դեպքում, օրթոպեդիայի և տրավմատոլոգիայի մեջ: Բարդությունները, պրոֆիլակտիկան և բուժումը նույնն են, ինչ որ նախորդ եղանակի դեպքում էր:

Անեսթեզիա սառեցմամբ: Այս նպատակով ցավազրկման ենթարկվող հյուսվածքների վրա ուղղվում է քլորէթիլի շիթը: Քլորէթիլի գոլորշիացման դեպքում ջերմաստիճանը խիստ իջնում է: Այս սառեցումն էլ առաջացնում է ցավազրկումը: Ցավազրկում առաջանում է միայն մակերեսային հյուսվածքներում, հատկապես մաշկի: Կիրառվում է ոչ մեծ վիրահատումների դեպքում, օրինակ՝ մակերեսային թարախակույտի բացման դեպքում:

Պերիդուրալ անեսթեզիա: Ցավազրկման այս ձևի դեպքում անզգայացնող նյութը մտցվում է ոչ թե սուբարախնոիդալ տարածության մեջ, ինչպես ողնուղեղային անեսթեզիայի դեպքում է, այլ պերիդուրալ տարածության մեջ, ուղեղի կարծր թաղանթը չի ծակվում: Որպես անզգայացնող նյութ օգտագործվում է դիկանի ֆիզիոլոգիական լուծույթով բաց արված 3:1000 (20—30 մլ) լուծույթը, 1 % տրիմեկանի լուծույթը (20—30 մլ) կամ 1 % լիդոկանի լուծույթ (20—30 մլ): Ցավազրկման այս ձևի առավելությունը համեմատած ողնուղեղային անեսթեզիայի հետ, նրա ավելի անվտանգ լինելն է: Ցավազրկման տևողությունը 4—5 ժամ է, բացակայում է աղիների հետվիրահատական պարեզը: Ներկայումս կիրառվում է, այսպես կոչվող, տևական պերիդուրալ անեսթեզիան: Ցավազրկման այս տեսակը կիրառվում է կրծքային վիրահատումներից հետո, երբ ցավը վերացնելու նպատակով կաթետերը մտցվում է սուբարախնոիդալ տարածության մեջ: Թերի կողմը կատարման համար պահանջվող երկար ժամանակը և ոչ լիարժեք ռելաքսացիան է:

Ողնուղեղային անեսթեզիա: Ցավազրկման այս ձևի դեպքում անզգայացնող նյութը ներարկվում է ողնուղեղի սուբարախնոիդալ տարածության մեջ: Խառնվելով ողնուղեղային հեղուկի հետ, նա ողողում է ողնուղեղային նյարդերի նյարդարմատները և առաջացնում է ցավազրկում: Ցավազրկումը առաջանում է անզգայացնող նյութի ներարկման տեղից

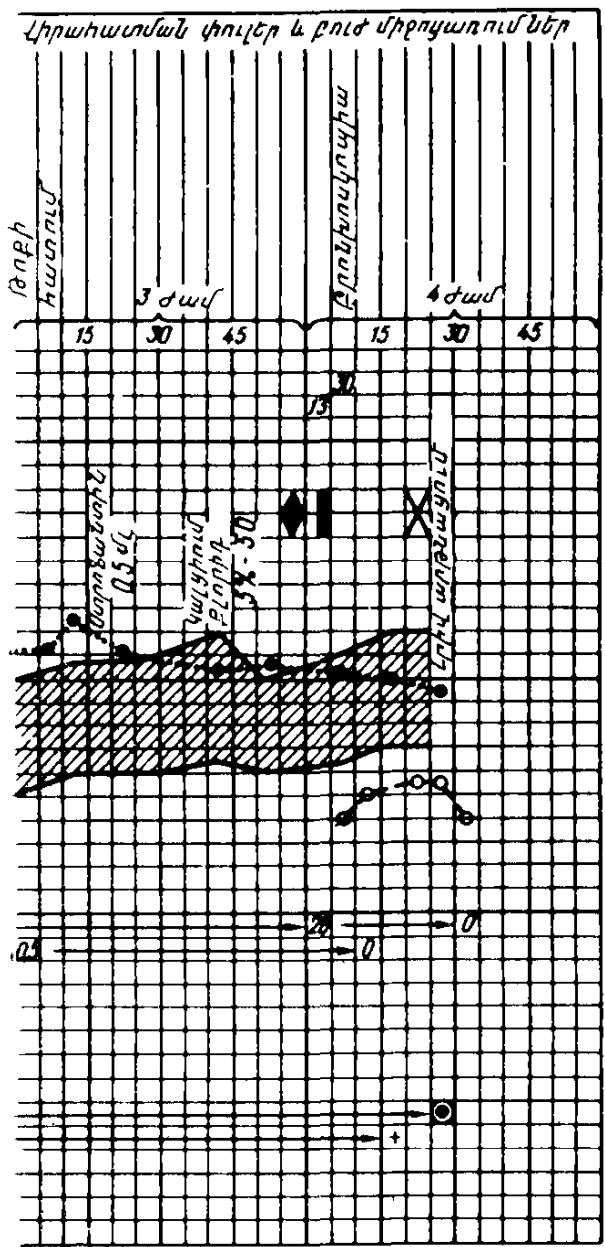
ներքև: Անեսթեզիայի համար կիրառվում է 5 % նովոկաինի լուծույթ՝ 1-2 մլ, 1 % սովկաինի լուծույթ՝ 0,5—1 մլ, 2 % տրիմեկանի լուծույթ՝ 1-2 մլ դեղաչափերով: Ցավազրկումը առաջանալուց հետո վերանում են լոյոր տեսակի զգացողությունները (ցավային, շոշափելիքի, ջերմային): Անհրաժեշտ է հիշել, որ ողնուղեղային անեսթեզիայի դեպքում զարկերակային արյան ճնշումը զգալիորեն ընկնում է: Անեսթեզիան կատարվում է հիվանդի նստած կամ կողքի պառկած դիրքում, կորացված մեջքով դեպի առաջ, հատուկ միջադիր ունեցող Բիրի ասեղով: Պրեպարատի ներարկումից հետո հիվանդը շրջվում է մեջքի վրա: Գլխի կողմը թեթևակի բարձրացվում է: Անեսթեզիան առաջանում է 10—15 րոպե հետո: Անեսթեզիան տևում է նովոկաինի կիրառման դեպքում 1—1½ ժամ, սովկաինի, տրիմեկանի և լիդոկաինի՝ 2½ ժամ: Ողնուղեղային ցավազրկումով կարելի է կատարել տարբեր տեսակի վիրահատումներ՝ որովայնի խոռոչի, փոքր կոնքի օրգանների և ստորին վերջույթների վրա: Կարող են նկատվել հետևյալ բարդությունները՝ 1) սուր ցավ պունկցիայի ժամանակ, որը առաջանում է ասեղի ծայրով զգացող ներվարմատի վնասվելու հետևանքով, 2) զարկերակային արյան ճնշման իջեցում մինչև կոլապսը: Բարդությունների բուժման համար կատարվում են արյան և նրա փոխարինողների ներարկումներ, ներարկվում է մեզատոն, էֆեդրին, ադրենալին, սրտային միջոցներ:

Ողնուղեղի բարձր մակարդակի անեսթեզիայի դեպքում կարող է առաջանալ շնչառության դադարում, որի դեմ պայքարում են՝ տալով արհեստական շնչառություն և ներարկվում է լոբելին: Երբեմն նկատվում է ջերմաստիճանի թեթևակի բարձրացում, սրտխառնոց, փսխում, գլխացավ, դժվարամիզություն: Այս դեպքում անցկացվում է ախտանշանային (սիմպտոմատիկ) բուժում:

ՔՈՒՅՐ-ԱՆԵՍԹԵԶԻԱՍԻ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԸ ՀԵՏՆԱՐԿՈՋԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ

Քույր-անեսթեզիստի պարտականությունների մեջ մտնում են՝

1. դեղորայքի պատրաստումը՝ ըստ բժիշկ-անեսթեզիոլոգի նշանակման,
2. նարկոզի համար նախապատրաստել անեսթեզիոլոգիական ապարատները, ինչպես և գործիքները, դեղանյութերը, նարկոտիկ նյութեր, թթվածին և այլն,
3. նարկոզից հետո գործիքների և ապարատների մաքրումն ու ախտահանումը,
4. սահմանի հսկողությունը՝ նարկոզի համար հիվանդին ժամանակին տեղափոխելու և նրան վիրասեղանի վրա տեղավորելու համար,



Հիվանդի դիրքը մեքի վրա, աջ
 շախ կողքի վրա, որովայնի վրա
 նարկոզի տալու մեթոդներ.
 դիմակային — ներշնչափողային
 քիթնչափ բերան շնչափ խողովակ
 հարթ, փչապարկով
 №: _____ բերանի խծուծում
 ներքրոնխային բրոնխի բլոկադա
 Կառլենսի խողովակ 41 բրոնխո-
 սկոպ _____

Խնտուրացիա գլխի դիրքը (դաս,
 իջեց) _____ կոկորդագիտակ (ուշիղ,
 կոր) կույր ինտուրացիա
 Տևողությունը 40"
 Փորձելու թիվ 1 _____
 Դատեսի ապարատ _____
 Կոնտուր փակ կ/փակ կ/բաց,
 բաց
 ճրգանառության համակարգը շրթ
 ջանառական ճոճանակաչև _____
 Բարդությունները և դրանց սրկս
 վելու ժամանակը՝ հազ գրգռվածու
 թյուն լարինգոսազմ, փսխում շնչա
 հեղձում _____

Ն/Ե ներարկում՝ Ե/պունկցիա, Ե/հա-
 տում, շեռք, ոտք, աջ շախ
 Գլյուկոպա 5% - 5000 _____

Արյուն 1700,0 _____

Արյան կորուստ _____
 Վիրահատման տևող 130րոպե _____
 Նարկոզի տևող 170րոպե _____

- × նարկոզի սկիզբը և ավարտը Յ ցիանոզ
- ▬ ինտուրացիա և Թ թթահոսություն
- ▬ էքստուրացիա Բ բրտինք
- ◆ վիրահատման սկիզբը և Փ փսխում
- ▲ ավարտը

հեռանալու վիրասրահից առանց բժիշկ-անեսթեզիոլոգի թուլյալուծյան,
 8. պետք է հաշվառման ենթարկի ծախսվող նարկոտիկ նյութերը,
 միաժամանակ դրանք դուրս գրի և ստանա դեղատնից,

9. պետք է տիրապետի անեսթեզիոլոգիա գիտության հիմունքները,
 կարողանա անհրաժեշտության դեպքում տալ դիմակային նարկոզ և դե-
 կավարվող շնչառություն:

Վիրահատումից հետո, առաջին օրերի ընթացքում, հիվանդի առող-
 ջական վիճակի հսկողությունը կատարվում է բժիշկ անեսթեզիոլոգի և
 բույր անեսթեզիստի կողմից: Ֆունկցիոնալ մահճակալը նախապես տեղա-

դրվում է անհրաժեշտ դիրքով: Նախապատրաստվում են ջեռակները, թթվածինը խոնավացնելու հարմարանքը, պատվանդանը կաթոցիկի համար, տոնոմետրը լսափողի հետ միասին, մանրէազերծված ներարկոցները, անհրաժեշտ դեղանյութերը՝ վերակենդանացման միջոցառումների համար, անձեռոցիկներ, բերանբացիչ, լեզվաբռնիչ, օդատար խողովակ, կոկորդադիտակ, ներշնչափողային խողովակներ, արհեստական շնչառության ապարատ, գործիքների հավաքակազմ շնչափողահատման համար, արյան ներզարկերակային մղման սիստեմը, դեֆիբրիլյատորը: Սովորական վիրահատումից հետո հիվանդին պառկեցնում են մեջքի վրա առանց բարձի: Ոտքերին դրվում են ջեռակներ, տալիս են խոնավացրած թթվածին, կարգավորվում է կաթոցիկը՝ արյան կամ արյանը փոխարինող հեղուկների ներարկման համար: Պետք է հետևել հիվանդի պուլսին, շնչառությանը, մաշկային ծածկույթների գույնին, շափվում է զարկերակային արյան ճնշումը: Բոլոր այս տվյալները գրանցվում են հատուկ թերթիկում: Ելնելով հիվանդի վիճակից, այս տվյալները գրանցվում են 15—30 կամ 60 րոպեան մեկ:

Նկատվող բոլոր փոփոխությունների մասին քույր-անեսթեզիստը պարտավոր է զեկուցել անեսթեզիոլոգին: Նա ոչ մի բոպե չպետք է թողնի հիվանդին:

Ինտուբացիայի շրջանից հետո խողովակը շնչափողից հեռացնում է անեսթեզիստը՝ միայն ինքնուրույն շնչառության լրիվ վերականգնումից հետո: Մինչև կլման ռեֆլեքսի ի հայտ գալը, գլուխը պետք է պահել խոնարհված դիրքում, լեզվի անկումից խուսափելու նպատակով: Այդ նպատակով երբեմն անհրաժեշտ է լինում մտցնել օդատար խողովակ: Հատուկ ձևով հիվանդին արթնացնել հարկավոր չէ: Փսխման զանգվածից որպեսզի շնչահեղձում շառաջանա, հիվանդի գլուխը թեքում են կողքի վրա, պարբերաբար կատարվում է բերանի խոռոչի մաքրում անձեռոցիկով կամ ծծիչով, խմել չի թույլատրվում: Համառ փրսխման դեպքում կիրառվում է ամինազին: Ցավերը վերացնելու համար պարբերաբար կիրառվում են անալգետիկներ: Հիվանդների սիստեմատիկ հսկողության (պուլսին հետևել, զարկերակային արյան ճնշման շափում, հետևել շնչառությանը) միջոցով կարելի է նկատել սպառնացող վտանգը և կիրառել համապատասխան միջոցներ այն վերացնելու համար: Նարկոզից հետո, որը կատարվում է երկարատև ազդեցության միոռելաքսանտով կատարված նարկոզից հետո, կարող է առաջանալ շնչառության ուշացած դադար, որին սովորաբար նախորդում են թուլությունը, մկանային անուժությունը և մակերեսային շնչառությունը: Նման դեպքերում հարկավոր է տալ շնչելու թթվածին, ներարկել պրոզերին (միոռելաքսանտի հակաթույնը), ատրոպին: Զարկերակային ճնշման կտրուկ իջեցման պատճառ, որը ուղեկցվում է կուլապսով, կարող է հանդիսանալ ցա-

վային շուկը, արյան կորուստը, սուր սրտային թուլութիւնը, մակերթկամային անբավարարութիւնը: Այս դեպքում կիրառվում են ինտենսիվ թերապիայի բոլոր միջոցառումները: Նարկոզի բարդութիւններից է հանդիսանում թոքերի ատելեկտազը, որը առաջանում է արյունով կամ լորձով բրոնխի խցանման դեպքում: Թոքի ատելեկտազի ենթարկված մասը ենթակա է բորբոքման: Ատելեկտազը վերացնելու համար կատարվում է բրոնխոսկոպիա, պրոֆիլակտիկայի կարգով հանձնարարվում է շնչաուական մարզանքներ (որովայնային ու կրծքային), 10—12 անգամ օրվա ընթացքում, 3—5 րոպե տևողութեամբ, հազալով հեռացնել խորխը, փչել ռետինե խաղալիքներ կամ ֆուտբոլի գնդակի օդափուչիկը (օդի ճնշման բարձրացումը թոքերում նպաստում է նրա տարածմանը, ուղղմանը):

Բարդութիւններից զերծ տեղային ցավազրկումով հիվանդի խնամքը յուրատիպ առանձնահատկութիւններ չունի և թելադրվում է միայն հիվանդութեան և կատարված վիրահատութեան բնույթով:

Ողնուղեղային անեսթեզիայից հետո հիվանդին պառկեցնում են մեջքի վրա, գլխի տակը բարձ չի դրվում, տեղից բարձրանալ չի թույլատրվում, հիվանդի այսպիսի դիրքը պետք է պահպանել 2 օր: Այնպես, ինչպես նարկոզից հետո էր, սիստեմատիկաբար որոշվում է հիվանդի պուլսը և զարկերակային ճնշումը:

Գլուխ IV

ՆԱԽԱՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ԵՎ ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆԵՐ: ՀԻՎԱՆԴԻՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

ՆԱԽԱՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆ ԵՎ ՀԻՎԱՆԴԻ ՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՆԱԽԱՊԱՏՐԱՍՏՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

Հիվանդին վիրաբուժական բաժանմունք ընդունելուց մինչև նրա վիրահատման ենթարկելը ընկած շրջանը կոչվում է նախավիրահատական շրջան:

Նախավիրահատական շրջանը բաժանվում է՝ ա) ախտորոշման շրջան, երբ ճշտվում է ախտորոշումը, որոշվում է օրգանների և համակարգերի վիճակը, առաջադրվում են վիրահատական ցուցումները, բ) նախավիրահատական նախապատրաստման շրջան, որտեղ մտնում է բուժական միջոցառումների ամբողջ համալիրը, որն ուղղված է նվազեցնելու ընթացքի ծանրութիւնը ինչպես հիմնական հիվանդութեան, այնպես էլ ուղեկցող ախտաբանական պրոցեսների, լավացնելու օրդանիզմի հիմնական օրգանների և համակարգերի աշխատանքը և այլն:

Կախված հիվանդության բնույթից՝ այն կարող է տևել մի քանի ժամերից մինչև մի քանի ժամ՝ անհետաձգելի հիվանդություններով հիվանդների մոտ (սրտի վնասվածքներ, ստամոքսի ծակված խոց, որդանման ելունի սուր բորբոքում և այլն) մինչև մի քանի օր (բրոնխոէկտատիկ հիվանդություն, սրտի արատներ և այլն):

ՆախաՎիրահատական շրջանի լնդհանուր խնդիրն է՝ առավել շափով նվազեցնել վիրահատման վտանգը: Հիվանդի օրգանիզմի ֆունկցիաների խանգարման մանրամասն ուսումնասիրումը, այդ խանգարումները կարգավորելը, հիվանդի օրգանների և համակարգերի ֆունկցիոնալ հնարավորությունների պահեստային ուժեր ստեղծելը հանդիսանում են նախաՎիրահատական շրջանի հիմնական խնդիրները: Նրա երկրորդ նպատակը վիրահատական վերքի, ինֆեկցիայի պրոֆիլակտիկան է:

Հիվանդի նախապատրաստումը պլանային վիրահատման: Սիրտ-անոթային համակարգի հետազոտման դեպքում բացահայտվում են տարբեր հիվանդություններ (օրինակ՝ հիպերտոնիկ հիվանդություն, սրտի արատներ և այլն): Հիվանդների մոտ անպայման շափվում է զարկերակային արյան ճնշումը (հատուկ դեպքերում երակայինը նույնպես), հաշվում պուլսը, կատարվում էլեկտրասրտագրություն, օքսիհեմոմետրիա (որոշել արյան հագեցվածությունը թթվածնով) և արյան ընդհանուր անալիզ: Ինչ որ հիվանդագին վիճակ հայտնաբերելիս բժիշկը նշանակում է նպատակադրված դեղորայքային նախապատրաստում:

Շնչառական օրգաններ: Շնչառական օրգանների հետազոտման դեպքում հարկավոր է պարզել, թե արդյոք շնչառական վերին շնչուղիների կատառ, բրոնխիտ, թոքաբորբ և եթե դրանք նկատվում են նախաՎիրահատական շրջանում, հարկավոր է վերացնել այդ բորբոքային երևույթները: Կախված ցավազրկման ձևի ընտրությունից, որոշվում է ԹԿՏ (թոքերի կենսական տարողությունը), որը նորմալում հավասար է 3500—4500 մլ, ստուգվում է Շտանդեի փորձը՝ այն ժամանակամիջոցը, որի դեպքում հիվանդը առավել շափով ներշնչելուց հետո կարողանում է շունչը պահել, նորմալում 40—50 վրկ է: Սոթերազի փորձը նույնն է, ինչ որ նախորդը, միայն առավել շափով արտաշնչելուց հետո, նորման 15—20 վրկ է: Բարդ վիրահատման նախապատրաստվելիս, հատկապես թոքերի և սրտի, հարկավոր է կատարել սպիրոգրաֆիա, սրտի խոռոչի զոնդարկում և այլ բնույթի ֆունկցիոնալ հետազոտումներ:

Մարսողական օրգաններ: Մեծ ուշադրություն պետք է դարձնել բերանի խոռոչի մաքրության վրա, վերացնել լնդերի բորբոքական պրոցեսները, հեռացնել փշացած ատամները: Ստամոքս-աղիքային ուղու կողմից որևէ հիվանդություն հայտնաբերելիս (զաստրիտ, ստամոքսի

և 12-մատնյա աղու խոցային հիվանդություն, հաստ աղու բորբոքում, թուլթք և այլն), անցկացվում է դեղորայքային բուժում: Այն դեպքերում, երբ վիրահատումը պետք է կատարվի ընդհանուր ցավազրկումով, անհրաժեշտ է հետազոտել լյարդի գործունեությունը (շիճուկի ընդհանուր սպիտենբրի և նրա բաղադրիչների քանակը, Տակատա—Արայի փորձերը՝ թիմուլային և ֆորմալային):

Միզասեռական համակարգ: Կատարվում է մեզի ընդհանուր անալիզ, Զիմնիցկու փորձը, որոշվում է մնացորդային ազոտը: Անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է միզուղիների հատուկ հետազոտումներ (նեբերակային պիելոգրաֆիա): Կանանց համար վիրահատումից առաջ պարտադիր է գինեկոլոգիական հետազոտումը: Հիվանդագին վիճակների առկայության դեպքում պետք է կատարվի համապատասխան բուժում:

Դաշտանի դեպքում, կախված վիրահատման ժամանակ և հետվիրահատական շրջանում արյունահոսության ուժեղացման վտանգից, վիրահատում չի կատարվում:

Արյուն և արյունաստեղծ օրգաններ: Վիրահատումից առաջ, բացի արյան ընդհանուր անալիզը, որոշվում է արյունահոսության և արյան մակարդելիության ժամանակը: Բարդ վիրահատումներից առաջ կատարվում է կոագուլոգրաֆիա և տրոմբոէլեկտրագրաֆիա: Այն հիվանդների մոտ, որոնց արյան մակարդունակությունը իջած է, ինչպես վիրահատության դեպքում, այնպես էլ նրանից հետո կարող է նկատվել արյունահոսություն, որը վտանգավոր է կյանքի համար (օրինակ, հեմոֆիլիայի դեպքում): Արյան մակարդելիության բարձր լինելու դեպքում կարող է առաջանալ տրոմբոզ և էմբոլիա: Հաշվի առնելով արյան կողմից նկատվող փոփոխությունները, մինչև վիրահատումը կատարվում է համապատասխան բուժում:

Նյարդահոգեկան ոլորտ: Անհրաժեշտ է խնայել հիվանդի հոգեվիճակը, քանի որ հոգեկան վնասվածքը կարող է վատացնել հիմնական հիվանդության ընթացքը: Որոշ հիվանդներ գիտենալով, որ իրենց մոտ քաղցկեղ է, հաճախ ընկնում են հոգեկան ճնշվածության մեջ, դառնում են ինքնամոռի, կորցնում են ախորժակը և քունը:

Բժշկական անձնակազմի խնդիրն է հանգստացնել հիվանդին: Անհրաժեշտ է տրամաբանված բացատրել նրան նախատեսվող վիրահատման անհրաժեշտությունը, հույս ներշնչելով նրա հաջող ելքի համար, օրինակ բերելով այն հիվանդներին, որոնց մոտ կատարվել է նույնատիպ վիրահատում:

Բուժքույրը այս կամ այն վիճակի մասին բացատրություն տալիս պետք է արտահայտի նույն միտքը, ինչ որ տվել է բուժող բժիշկը: Երբ միատեսակ չեն լինում տված տեղեկությունները, հիվանդը կորց-

նում է հավատը բժշկական անձնակազմի հանդեպ: Անհրաժեշտ է հետե-
վել, որ հիվանդուիթյան պատմության նկարագիրը ոչ մի դեպքում չանց-
նի հիվանդի ձեռքը: Չունենալով համապատասխան պատրաստութիւն,
հիվանդը կարող է հակառակ իմաստով մեկնաբանել այնտեղ եղած տե-
ղեկութիւնները:

Մաշկային ծածկույթներ: Մաշկային ծածկույթների զննման դեպքում
հարկավոր է ուշադրութիւն դարձնել, թե արդյոք չկան թարախակույ-
տեր, բորբոքական ներսփռանքներ: Մաշկի վրա եղած բոլոր տեսակի
բորբոքական պրոցեսները հարկավոր է վերացնել, քանի որ հետվիրա-
հատական շրջանում այդ հիվանդութիւնները կարող են հանդիսանալ
էնդոգեն ինֆեկցիայի աղբյուր և առաջացնել ծանր բարդութիւններ,
ընդհուպ թարախային պրոցեսի ընդհանրացումը:

Վիրահատման նախօրեին հիվանդը ընդունում է հիգիենիկ լողանք:
Մազերը վիրահատական դաշտի շրջանում սափրվում են միայն վիրա-
հատութիւն օրը:

Տարեց և ծերունական տարիքի հիվանդների նախավիրահատական
պատրաստման որոշ առանձնահատկութիւններ: Անկախ տարիքից բո-
լոր տեսակի հիվանդներին վիրահատման նախապատրաստելիս բոլոր
միջոցառումների կատարումը միատեսակ է: Բայց տարեց և ծերունա-
կան տարիքի մարդիկ՝ կախված օրգանիզմի պաշտպանողական ուժերի
թուլացումից վիրահատման դեպքում կարիք են զգում ավելի մանրազնին
հետազոտման և համապատասխան դեղորայքային նախապատրաստման:

Ծերունական տարիքում նյարդային համակարգը շատ թույլ է, ուստի
բժշկական անձնակազմի խնդիրն է խնայել այն:

Տարեց մարդկանց մոտ հաճախ նկատվում են սիրտ-անոթային հա-
մակարգի տարիքային փոփոխութիւններ՝ արտահայտված արյան
շրջանառութիւն անբավարարութիւն ձևով: Նրանց մոտ անպատ-
ճառ կատարվում է էլեկտրասրտագրութիւն, որից հետո թերապևտի
կոնսուլտացիա, նշանակվում են սրտային միջոցներ: Հաճախ նրանց
մոտ նկատվում է պնևմոսկլերոզ և թոքերի էմֆիզեմա: Որոշակի փո-
փոխութիւններ են տեղի ունենում լյարդում և երիկամներում: Այս բո-
լորը զգալիորեն բարդացնում և երկարացնում են նախավիրահատական
նախապատրաստումը: Այս հիվանդների համար հատուկ նշանակութիւն
ունի շնչական մարզանքը որպէս կարևոր պրոֆիլակտիկ միջոց հետվի-
րահատական թոքաբորբի կանխման համար:

Տարեց հիվանդները հաճախ տառապում են փորկապութիւնք, աղի-
ների գործունեութիւն անբավարարութիւն հետևանքով: Վիրահատումից
առաջ նրանց նշանակվում է համապատասխան խնայող դիետա, պար-
բերաբար արվում են մաքրող հոգնաներ:

Հիվանդի սանիտարական մշակումը կատարվում է տաք լողասեն-

յակում: Եթե նշանակվում է լողանք, ապա ջրի ջերմաստիճանը չպետք է բարձր լինի 36—37° C-ից: Հաշվի առնելով օրգանիզմի դիմադրության նվազումը, հարկավոր է հիվանդներին պահպանել մրսելուց:

Այս կարգի հիվանդներին բարբիտուրատները պետք է նշանակել զգուշությամբ (շնչական կենտրոնի հյուծում, լյարդի և երիկամների գործունեության խանգարում): Ցանկացած դեղանյութ նշանակելիս, 60-ից բարձր տարիք ունեցողներին պետք է տալ ոչ թե բարձր դեղաչափը, այլ մեծերի դեղաչափի 3/4 կամ 1/2 մասը: Նարկոտիկ միջոցների ընտրությունը այս կարգի հիվանդների համար նույնպես դժվար է: Նրանց չի թույլատրվում ներարկել մորֆին, քանի որ կարող է առաջանալ շնչառության դադար: Ավելի լավ է կիրառել պանտոպոն և պրոմեդոլ:

Թուլացած հիվանդի նախապատրաստումը վիճահատման: Հիվանդները երկարատև ընթացք ունեցող խրոնիկական հիվանդությունների՝ թոքերի, ստամոքս-աղիքային ուղու բորբոքական պրոցեսների և այլն, մի շարք դեպքերում գտնվում են շատ ծանր վիճակում՝ կապված օրգանիզմի պաշտպանողական ուժերի զգալի թուլացման, սնուցման նվազման, ջրաաղային հաշվեկշռի խանգարման և անեմիայի հետ: Այսպիսի վիճակը նախատրամադրում է վիրահատումից հետո բարդությունների՝ շոկի, վերքի վատ վերականգնման և այլ օրգանների կողմից բարդությունների առաջացմանը: Այս հիվանդներին կատարվում է արյան կրկնակի փոխներարկումներ, նշանակվում են երկաթի պրեպարատներ, կամպոլոն, անտիանեմին, ներարկվում են վիտամիններ, 40 % գլյուկոզայի լուծույթ: Օրգանիզմի ջրազրկման դեպքում նշանակվում է ներարկելու 1,5—3 լիտր ֆիզիոլոգիական լուծույթ կամ Ռինգեր—Լոկկի լուծույթ: Սրտի թուլության դեպքում կիրառվում են սրտային գլիկոզիդներ, կամֆորա, կորդիամին:

Հիվանդի զգալի հյուծման դեպքում, երբ սնուցումը սովորական եղանակով հնարավոր չէ իրագործել՝ կատարվում է սնուցող հոգնա: Սկզբում աղիները մաքրելու նպատակով կատարվում է սովորական մաքրող հոգնա: Անհրաժեշտ է հիշել, որ հաստ աղիքով կարող են ներծծվել միայն ջուրը, կերակրի աղը, գլյուկոզան և սպիրտը: Ելնելով սրանից, սնուցող հոգնայի լուծույթի կազմի մեջ պետք է լինեն 0,85 % կերակրի աղի լուծույթ, 5 % գլյուկոզայի լուծույթ հավասար քանակներով և 4—5 % սպիրտի լուծույթ: Օրվա ընթացքում ներ է մուծվում 2 լ այս խառնուրդից, տաքացրած 37—40° C: Ուղիղ աղիով կարելի է տալ վկ-8 լուծույթ, ամինոպետիդ: Լավ միջոց է այս դեպքերում կիրառել պարենտերալ սնուցումը: Այդ նպատակով ներերակային ներարկվում է 300—500 մլ ալբումին, պրոտեին, հիդրոլիզատ կազեին և այլ արյան փոխարինող՝ հեղուկներ, 40 % գլյուկոզա ինսուլինի հետ միասին,

ներերակային կամ ենթամաշկային ֆիզիոլոգիական լուծույթ: Անհրա-
ժեշտ է կիրառել կոմպլեքս վիտամիններ: Ճարպերի ներմուծման նպա-
տակով կիրառվում են ճարպային էմուլսիաներ՝ ինտրոլիպիդ և լիպո-
ֆունդին:

**Երեխաների վիրահատական նախապատրաստման առանձնահատկու-
թյունները:** Միջին բժշկական անձնակազմի ուշադիր և հոգատար վերա-
բերմունքը հանդեպ հիվանդ երեխան հանդիսանում է նրա արագ ապա-
քինման գրավականը:

Երեխաներին վիրահատման ենթարկելիս անհրաժեշտ է վերցնել
ծնողների կամ խնամակալների գրավոր համաձայնությունը: Հարկավոր
է նրանց բացատրել վիրահատման բնույթը, հնարավոր վտանգների ծան-
րություն աստիճանը և նույնպես հնարավոր հետևանքները: Այս օրեն-
քից շեղում թույլատրվում է անհետաձգելի կամ շտապ վիրահատման
ժամանակ, երբ ծնողը բացակայում է: Այս դեպքում վիրահատման են-
թարկելը որոշում է բժիշկների խորհրդակցությունը, որի կազմը պետք
է լինի երկու բժշկից ոչ պակաս: Բաժանմունքի վարիչին և հիվանդա-
նոցի գլխավոր բժշկին պետք է տեղյակ պահել ընդունված որոշման
մասին:

Վիրահատության կատարման ժամկետը կախված է հիվանդության
բնույթից: Վիրահատական միջամտություն կարելի է կատարել ցանկա-
ցած տարիքում, նույնիսկ նորածինների մոտ:

Երեխաների մոտ լրացուցիչ հետազոտումների քանակը աշխատում
են սահմանափակել:

Վիրահատման նախապատրաստումը կախված է միջամտության
բնույթից, հիվանդությունից, տարիքից և հիվանդի ընդհանուր վիճա-
կից: Բարդ վիրահատումից առաջ անհրաժեշտ է մանրամասնորեն հե-
տազոտել, օգտվելով ֆունկցիոնալ ախտորոշման եղանակներից: Հի-
վանդին վիրահատման նախապատրաստելիս մեծ դեր ունի հոգեկան
գործոնը: Այս հարցում անհրաժեշտ է ծնողների և դաստիարակների օգ-
նությունը:

Կրճքի տարիքի երեխաները ստանում են սովորական սնունդը վի-
րահատման նախօրեին մինչև երեկոյան ժամը տասը: Ավելի մեծահա-
սակ երեխաներին թույլատրվում է թեթև ընթրիք: Վիրահատումից երեք
ժամ առաջ հիվանդին կարելի է տալ քաղցր թեյ, որը երկու ժամից հետո
ներծծվում է և փխսում շի առաջացնում: Հիվանդին վիրահատման նա-
խապատրաստելիս լուծողական շի նշանակվում: Մաքրող հոգնա կա-
տարվում է վիրահատման նախօրեին՝ երեկոյան և վիրահատման օրը՝
առավոտյան:

Հիվանդի նախապատրաստումը անհետաձգելի վիրահատման: Ան-
հետաձգելի վիրահատման պլանը խիստ անհատական է: Հավաքվում

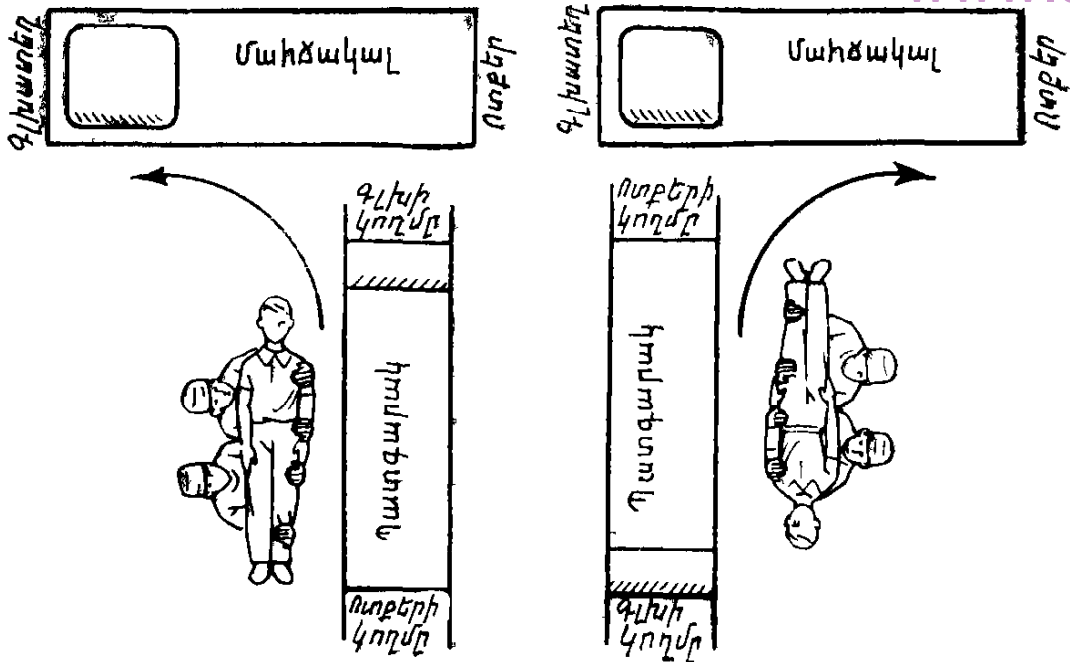
է հակիրճ անամենեզ, կատարվում է ընդհանուր զննում, ընդբախում, լսում, շոշափում: Եթե վիճակը ներում է, կատարվում է արյան, մեզի- ընդհանուր անալիզ, ռենտգենոսկոպիա կամ ռենտգենոգրաֆիա, լրացուցիչ հետազոտումներ ըստ հատուկ ցուցումների:

Ընդունարանում կատարվում է լրիվ կամ մասնակի սանիտարական մշակում՝ կախված հիվանդի վիճակի ծանրությունից և վիրահատման անհետաձգելիությունից: Անհետաձգելի դեպքերում հիվանդի շորերը հանվում է, մարմնի կեղտոտված մասերը մաքրվում է խոնավ սպունգով, հեռացվում է մազածածկույթը: Ստամոքսի լցվածության դեպքում նրա պարունակությունը հեռացվում է զոնդի օգնությամբ, հոգնա շի կատարվում: Եթե միզարձակումը դժվարացած է, մեզը պետք է բաց թողնել կաթետերով, սովորաբար նույն դեպքերում բավական է հիվանդի ինքնուրույն միզելը:

ՀԵՏՎԻՐԱՀԱՏԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆ

Վիրահատման ավարտից հետո մինչև հիվանդին վիրաբուժական բաժանմունքից դուրս գրելը և նրա աշխատունակության վերականգնումը ընկած ժամանակը կոչվում է հետվիրահատական շրջան: Կախված վիրահատական միջամտության ծավալից և բնույթից, հիվանդի ընդհանուր վիճակից այն կարող է տևել մի քանի օրից մինչև մի քանի ամիս: Վիրահատման ելքը հաճախ կախված է լինում հետվիրահատական շրջանի խնամքից: Հետվիրահատական շրջանի հիվանդների խնամքի գործում մեծ անելիքներ ունի միջին բուժանձնակազմը: Բուժքրոջ կողմից բժըշկական նշանակումների ճիշտ և ժամանակին կատարումը և հիվանդների հանդեպ կարեկցական վերաբերմունքը ստեղծում են պայմաններ արագ ապաքինման համար:

Հիվանդի տեղափոխումը վիրահատական սրահից: Հիվանդի տեղափոխումը վիրասրահից հետվիրահատական հիվանդասենյակ կատարվում է բժիշկ-անեսթեզիոլոգի կամ հետվիրահատական հիվանդասենյակի բուժքրոջ ղեկավարությամբ: Անհրաժեշտ է հետևել, որպեսզի շառաջանա լրացուցիչ վնասվածք, դրված վիրակապը շտեղաշարժվի, դիպսյա կապը չկոտրվի: Վիրահատական սեղանի վրայից հիվանդը տեղափոխվում է սայլակի վրա և նրանով տեղափոխվում է հետվիրահատական հիվանդասենյակ: Սայլակը պատգարակի հետ միասին հիվանդի գլխի կողմով կանգնեցվում է ուղիղ անկյան տակ, մահճակալի ոտքերի կողմը: Հիվանդին վերցնում են ձեռքերի վրա և տեղավորում մահճակալի վրա: Հիվանդին կարելի է տեղափոխել և ուրիշ դիրքով, պատգարակի ոտքերի մասը կանգնեցնել մահճակալի գլխի կողմը և հիվանդին տեղափոխել մահճակալի վրա (նկ. 33):

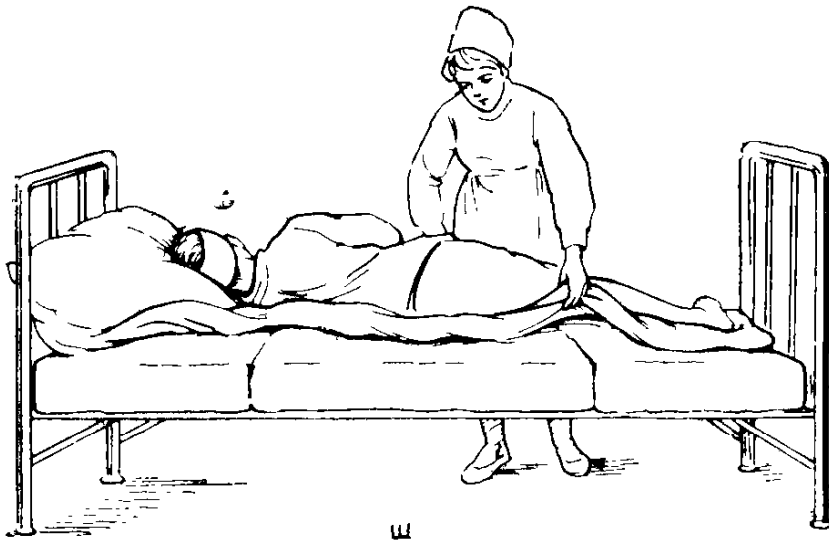


Նկ. 33. Հիվանդի՝ պատգարակից մահճակալի վրա տեղափոխման սխեման:

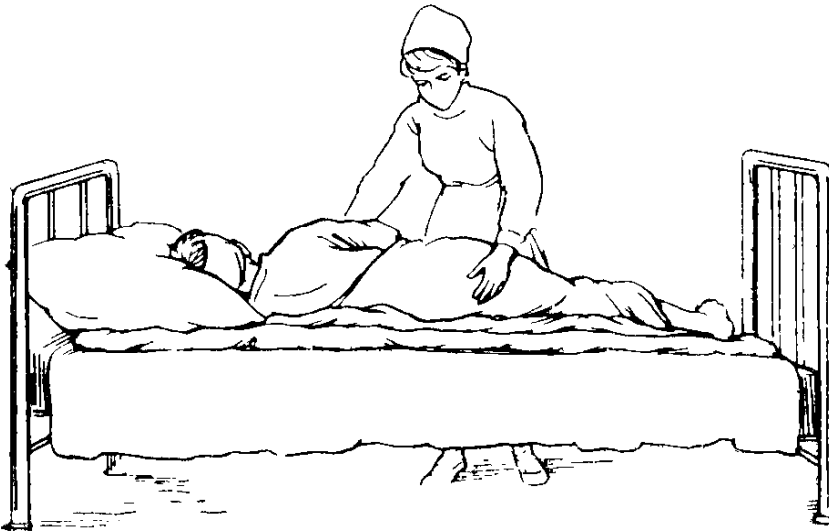
Հիվանդասենյակի և անկողնու նախապատրաստումը: Ներկայումս հատուկ ծանր վիրահատումներից հետո, որոնք կատարվել են ընդհանուր ցավազրկումով, հիվանդները 2—4 օր պահվում են վերակենդանացման բաժանմունքում: Հետագայում, կախված նրանց վիճակից, տեղափոխվում են հետվիրահատական կամ ընդհանուր հիվանդասենյակ: Հետվիրահատական հիվանդասենյակը չպետք է լինի մեծ (առնվազն 2—3 մարդու համար): Հիվանդասենյակը պետք է ունենա թթվածնի կենտրոնական տիպի մատակարարում, գործիքների, ապարատների, դեղանյութերի հավաքակազմեր, որոնք անհրաժեշտ են վերակենդանացման միջոցառումների կատարման համար:

Սովորաբար կիրառվում են ֆունկցիոնալ մահճակալներ, որը հնարավորություն է տալիս հիվանդին տալու հարմար դիրք: Մահճակալը ծածկվում է մաքուր սպիտակեղենով, սավանի տակ փոխվում է մոմլաթ: Հիվանդին պառկեցնելուց առաջ, անկողինը տաքացվում է ջեռակներով:

Հետվիրահատական շրջանում հիվանդները հաճախակի քրտնում են, այդ պատճառով պետք է փոխել սպիտակեղենը: Սպիտակեղենը փոխվում է որոշ հաջորդականությամբ: Սկզբում զգուշությամբ բարձրացվում է շապիկի հետևի մասը և գլխի վրայով շրջվում է կրծքավանդակի վրա, որից հետո հանվում են թևերը: Եթե հիվանդ է ձեռքը, ապա շապիկի թևքը սկզբում հանվում է առողջ ձեռքի վրայից, հետո հիվանդը Շապիկը հագցվում է հակառակ հաջորդականությամբ՝ սկզբում հիվանդ ձեռքը, հետո առողջը, որից հետո գլխի վրայով իջեցվում է մեջքի վրա, աշխատում են ուղղել ծալքերը: Սավանի կեղտոտվածության դեպքում



ա



բ



գ

Նկ. 34. Սավանի փոխելը ծանր հիվանդի մոտ (ա, բ, գ):

անհրաժեշտ է փոխել: Սավանի փոխումը կատարվում է հետևյալ կերպ: Հիվանդին շրջում են կողքի վրա և մոտեցնում մահճակալի եզրին մոտ: Սավանի ազատված մասը հավաքում են հիվանդի մեջքի մոտ: Ներքնակի ազատված մասի վրա փռում են մաքուր սավանը, հիվանդին շրջում են մեջքի վրա և պառկեցնում մաքուր սավանի վրա: Կեղտոտված սավանը հեռացվում է, իսկ մաքուրը՝ հարթեցվում, որպեսզի ծալքեր չառաջանան (նկ. 34):

Պառկելախոցերի կանխման համար, հատկապես սրբոսկրի շրջանի, հիվանդին կարելի է պառկեցնել փշովի ուտինե շրջանակի վրա, որը ծածկվում է սավանով: Հիվանդը ծածկվում է ծածկոցով: Զափազանց տաք ծածկել հարկավոր չէ:

Հիվանդների հսկողությունը և խնամքը: Հետվիրահատական շրջանում հիվանդներին հսկելու գործում մեծ դեր ունի բուժքույրը: Հետվիրահատական հիվանդների մոտ տեղակայվում է քույրական պահակետը:

Բուժքույրը պետք է գրանցի հիմնական կենսական ցուցանիշները՝ պուլսը, շնչառությունը, զարկերակային արյան ճնշումը, ջերմաստիճանը, ընդունվող և հեռացվող (մեզի, պլերալ և որովայնի խոռոչներից) հեղուկների քանակը:

Պետք է հաշվի առնել հիվանդի գանգատները: Անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել հիվանդի դեմքի արտահայտությունը (տառապագին, հանգիստ, զայրագին և այլն), մաշկային ծածկույթների գույնին (դրժգույն, կարմրած, կապտած) և շոշափման դեպքում նրանց ջերմաստիճանին: Անպատճառ շափել մարմնի ջերմաստիճանը (իշած, նորմալ, բարձրացած), կանոնավոր կերպով պետք է կատարել հիվանդի ընդհանուր զննում: Անհրաժեշտ է ուշադիր հետևել ավելի կարևոր օրգանների և համակարգերի վիճակին:

Տարբեր բարդությունների լավագույն պրոֆիլակտիկ միջոց է հանդիսանում ճիշտ կազմակերպված հիվանդի ընդհանուր խնամքը:

Սիրտ-անոթային համակարգ: Սիրտ-անոթային համակարգի աշխատանքի մասին դատվում է պուլսի, զարկերակային արյան ճնշման, մաշկային ծածկույթների գույնի միջոցով: Պուլսի դանդաղումը և լցվածության մեծացումը (40—50 զարկ 1 րոպեում) կարող է վկայել կենտրոնական նյարդային համակարգի գործունեության խանգարման մասին, որը առաջանում է գլխուղեղի այտուցի, արյունազեղման կամ մենինգիտի հետևանքով: Պուլսի հաճախացումը և թուլացումը (100 զարկից ավել), որն ընթանում է զարկերակային արյան ճնշման անկումով և մաշկային ծածկույթների գունատությամբ, հնարավոր է երկրորդային շոկի կամ արյունահոսության զարգացման դեպքում: Եթե համապատասխան պատկերը առաջանում է հանկարծակի և ուղեկցվում է ցավով կրծքավանդակի շրջանում և արյունախիտումով, կարելի է մտածել հիվանդի մոտ

www.a-pdf.com
Թոքային զարկերակի խցանման մասին: Այս հիվանդագին վիճակի դեպքում հիվանդը կարող է մահանալ մի քանի րոպեի ընթացքում: Երկրորդային շոկի բուժման և պրոֆիլակտիկայի նպատակով պետք է կիրառել հակաշոկային միջոցներ (արյան և արյանը փոխարինող հեղուկների ներարկումներ, սրտի և անոթային տոնուսը բարձրացնող միջոցներ):

Շնչառական օրգաններ: Հիվանդների մոտ հետվիրահատական շրջանում, անկախ վիրահատման տեղակայումից տեղի է ունենում փոքր կամ մեծ չափի հասնող թոքերի գազափոխանակության նվազում (հաճախացած և մակերեսային շնչառություն) շնչառական շարժումների փոքրացման հաշվին (ցավ, հիվանդի հարկադրական դիրք), բրոնխիալ պարունակության կուտակման հետևանքով (խորխի ոչ բավարար հեռացում): Այդպիսի վիճակը կարող է հանգեցնել թոքային անբավարարության և թոքաբորբի: Հետվիրահատական թոքաբորբի պրոֆիլակտիկ միջոցները հանդիսանում են հիվանդների վաղաժամ ակտիվ շարժումները, բուժական ֆիզկուլտուրան, մերսումը, պարբերաբար խոնավացրած թթվածնի շնչումը, անտիբիոտիկոթերապիան, խորխը հազալու միջոցով կանոնավոր հեռացնելը, որոնք կատարվում են բուժքրոջ օգնությամբ:

Մարսողական օրգաններ: Ցանկացած վիրահատական միջամտություն իր հետքն է թողնում մարսողական օրգանների աշխատանքի վրա, թեկուզ և այն դեպքերում, երբ վիրահատումը չի կատարվել նրանց վրա: Կենտրոնական նյարդային համակարգի արգելակող ազդեցությունը, հիվանդի ակտիվության սահմանափակումը առաջացնում են մարսողական օրգանների որոշակի ֆունկցիոնալ թուլացում: Մարսողական օրգանների վիճակի մասին կարևոր տեղեկություն կարելի է ստանալ նայելով լեզուն:

Լեզվի շոռությունը վկայում է օրգանիզմի ջրազրկման և ջրային փոխանակության խանգարման մասին: Թանձր, գորշ-դարչնագույն փառակալված, ճաճված շոռ լեզուն կարող է նկատվել որովայնի հիվանդագին վիճակների դեպքում՝ տարբեր ծագումների որովայնամզի բորբոքման, ստամոքս-աղիքային ուղու պարեզի դեպքում:

Բերանի շորության դեպքում հանձնարարվում է այն ողողել կամ բերանի խոռոչը մաքրել քիչ թթվեցրած ջրով, ճաքեր առաջանալու դեպքում՝ սողայի լուծույթով (1 թեյի գդալ մեկ բաժակ ջրին), 2 % բորաթթվի լուծույթով, ջրածնի պերօքսիդով (2 թեյի գդալ մեկ բաժակ ջրին), կալիումի պերմանգանատի 1 : 400 լուծույթով, քսվում է գլիցերին: Բերանի շորության ֆոնի վրա կարող է զարգանալ ստոմատիտ (բերանի լորձաթաղանթի բորբոքում), կամ պարոտիտ (հարականջային թքագեղձի լորբոքում): Սալիվացիան (թքարտադրություն) ուժեղացնելու նպատակով:

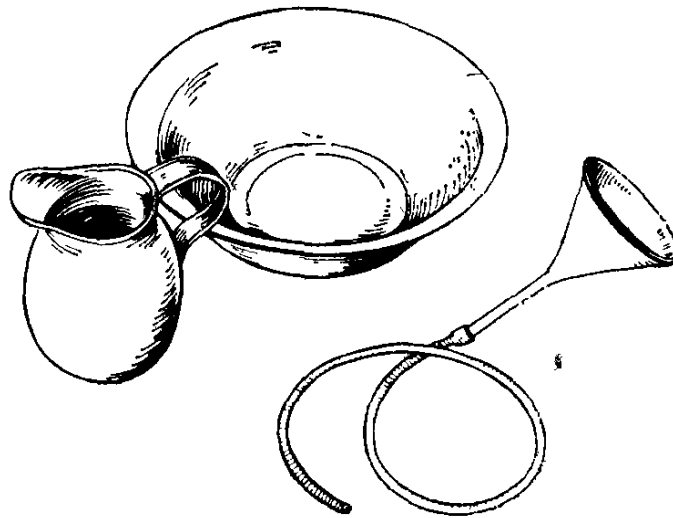
տակով ջրին ավելացվում է լիմոնի կամ լոռամրգի հյութեր: Կարելի է նշանակել 3—4 կաթիլ 1 % պիլոկարպին լեզվի տակ:

Մրախառնոցը և փսխումը կարող են լինել նարկոզի, օրգանիզմի թունավորման, աղիքային անանցանելիության, որովայնամզի բորբոքման հետևանքով: Սրտխառնոցի և փսխման դեպքում անհրաժեշտ է պարզել նրանց առաջացման պատճառը: Փսխման դեպքում առաջին օգնության նպատակով գլուխը թեքում են կողքի վրա, քթով անցկացնում բարակ զոնդը և լվանում ստամոքսը: Կարելի է կիրառել դեղանյութեր (ատրոպին, նովոկաին, ամինազին, էթապերազին, ցերուկալ, աերոն, պիպոլֆեն): Անհրաժեշտ է հետևել, որպեսզի փսխման զանգվածից շնչարգելում չառաջանա:

Զկոտոցը առաջանում է ստոծանու ջղաձգական կծկումների հետեւանքով, ստոծանիական կամ թափառող ներվի գրգռման հետևանքով: Եթե գրգռումը ունի ռեֆեկտոր բնույթ, լավ արդյունք կարող է տալ ատրոպինը, դիմեդրոլը, ամինազինը, վազոսիմպատիկ նովոկաինային բլոկադան, ստամոքսի լվացումը:

Մետեորիզմ (փորափաֆանք): Մետեորիզմի պատճառը հանդիսանում է հետվիրահատական աղիների պարեզը: Մետեորիզմը վերացնելու նպատակով հանձնարարվում է կատարել հաջորդաբար հետևյալ միջոցառումները՝ 1) պարբերաբար բարձրացնել հիվանդին, ուղիղ աղու մեջ դնել գազահան խողովակ, կատարել մաքրող և հիպերտոնիկ հոգնաներ (150—200 մլ 5 % նատրիումի քլորիդի լուծույթ), ներարկել 30—50 մլ 10 % կալիումի քլորիդ ներերակային, 1—2 մլ 0,05 % պրոզերինի լուծույթ ենթամաշկային, 2) պարեզի ծանր դեպքերում ցուցված է սիֆոնային հոգնա կատարելը: Ձագարին, որի տարողությունը 1—2 լիտր է, հագցվում է ռետինե խողովակ, որի մյուս ծայրը մտցվում է ուղիղ աղու մեջ: Ձագարի մեջ լցվում է սենյակային ջերմաստիճան ունեցող ջուր, ձագարը բարձրացվում է վեր, ջուրը անցնում է հաստ աղին, երբ ձագարը իջեցվում է ներքև ջուրը կեղտի, գազերի հետ միասին թափվում է ձագարից: Հոգնայի համար պահանջվում է 10—12 լ ջուր (նկ. 35): Մի շարք դեպքերում դիմում են հարերիկամային նովոկաինային բլոկադայի կատարմանը (100 մլ 0,25 % նովոկաինի լուծույթը ներարկվում է հարերիկամային ճարպաբջջանքի մեջ): Բլոկադան կարելի է կատարել երկու կողմից: Այս միջոցառումներից բացի կարելի է կիրառել արևային հյուսակի գալվանիզացիա կամ դիաթերմիան, սորբիտոլ ներերակային կաթիլային ձևով: Հոգնա ըստ Օգնևի (30-ական մլ գլիցերին, ջրածնի պերօքսիդ, 10 % նատրիումի քլորիդ և 150 մլ ջուր):

Փորկապուրջուն: Փորկապուրջան դեմ պրոֆիլակտիկ լավ միջոց են հանդիսանում վաղաժամ ակտիվ շարժումները: Սնունդը պետք է պա-



Նկ. 35. Սիֆոնային հոգնա կատարելու սիստեմը:

րունակի մեծ քանակության բջջանք և օժտված լինի թուլացնող հատկու-
թյամբ (մրգեր, թթված կաթ, կեֆիր): Կարելի է կիրառել հոգնաներ:

Փորլուծություն: Պատճառները բազմազան են՝ նեյրոոեֆլեկտոր, ախիլիտիկ (ստամոքսահյուսված թթվության իջեցում), էնտերիտներ, կո-
լիտներ, պերիտոնիտներ, աղիքային դիսբակտերիոզ և այլն: Փորլու-
ծության բուժումը՝ պայքարն է հիմնական հիվանդության դեմ: Ախի-
լիտիկ փորլուծության դեպքում լավ արդյունք է տալիս աղաթթուն պեպ-
սինի հետ միասին:

Միզային համակարգ: Նորմայում մարդը օրվա ընթացքում արտա-
զատում է 1500 մլ մեզ: Բայց մի շարք դեպքերում երիկամների գոր-
ծունեությունը խիստ խանգարվում է (նեյրոոեֆլեկտոր, կախված թու-
նավորումից և այլն) ընդհուպ մինչև միզազատման լրիվ դադարումը
(անուրիա): Երբեմն էլ երիկամների նորմալ աշխատանքի ֆոնի վրա
նկատվում է միզարձակման արգելակում (իշուրիա), որը հաճախ նեյ-
րոոեֆլեկտոր բնույթի է:

Անուրիայի դեպքում օգնում է հարերիկամային նովոկահինային բլո-
կադան, երիկամի շրջանի դիաթերմիան, պիլոկարպին, միզամուղներ
(10 % ուրոտրոպին, հեմոդեզ, մաննիտոլ): Տևական անուրիայի և հի-
վանդի մոտ ուրեմիայի զարգացման դեպքում կատարվում է հեմոդիա-
լիզ, արհեստական երիկամ ապարատով:

Իշուրիայի դեպքում, եթե հիվանդի վիճակը ներում է, հիվանդին
լավ է նստեցնել կամ նույնիսկ կանգնեցնել ոտքերի վրա, որովայնի
ստորին մասում դրվում է ջեռակ, հիվանդին նստեցնում կամ տակը
զրկում է տաքացված միզամանր, ջուրը կաթեցվում է կոնքի մեջ (ոեֆ-
լեկտոր ազդեցություն): Այս միջոցառումների անարդյունք լինելու դեպ-
քում, բժշկի նշանակումով կատարվում է միզապարկի կաթետերացում:

Հաճախակի է միզակապույթյունը նարկոտիկների կիրառումից հետո (մորֆին, օմնոպոն):

Նյարդահոգեկան համակարգ: Հետվիրահատական շրջանում մեծ նշանակություն ունի հոգեկան վիճակը: Կամակոր, ոչ հավասարակշռված հիվանդը վատ է կատարում նշանակումները և ռեժիմը, որը կարող է հանգեցնել բարդությունների առաջացման: Հետվիրահատական շրջանում անհրաժեշտ է վերացնել նյարդահոգեկան լարվածությունը: Սրան կարելի է հասնել ոչ միայն դեղորայքային բուժումով, այլ նաև լավ խնամքով:

Վիրակապին հեռանելը: Նարկոզից դուրս գալուց հետո, երբ հիվանդի մոտ զարգանում է շարժողական գրգռվածություն, նա կարող է պատահականորեն պոկել կամ տեղաշարժել վիրակապը, որը կարող է հանգեցնել արյունահոսության կամ վերքի ինֆեկցման և հետագայում թարախակալման:

Վիրակապը կարող է ներծծվել արյունով հիվանդի հանգիստ վիճակի դեպքում: Այս բոլոր դեպքերում բուժքույրը պետք է անհապաղ տեղեկացնի բժշկին: Որպես կանոն այդպիսի վիրակապերը անհրաժեշտ է փոխել:

Մաշկի խնամք: Մաշկի ոչ ճիշտ խնամքի դեպքում ոսկրային թրմբիկների տեղերում առաջանում են պառկելախոցեր: Այս բարդությունը առաջանում է ծանր հիվանդի մոտ, արտաքին (էկզոգեն) և ներքին (էնդոգեն) ազդակների ազդեցության հետևանքով: Առաջինին պատկանում են ներքնակի երկարատև մեխանիկական ճնշումը, սավանի ծալքերի ճնշումը սրբոսկրի, կրունկների շրջանի մաշկի վրա այնտեղ, որտեղ մաշկի և ոսկրի միջև ենթամաշկային ճարպաբջջանքը թույլ է զարգացած: Երկրորդին պատկանում են սնուցման խանգարումները՝ միկրոշրջանառության խանգարում, մետաբոլիկ աջիդոզ, հիպոպրոդեինեմիա: Կլինիկորեն դա արտահայտվում է մաշկի կարմրությամբ (հիպերեմիա): Հետագայում այս տեղամասը մահանում է, մաշկը անջատվում, առաջանում է հյուսվածքների թարախային քայքայում: Այս բարդության կանխման համար անհրաժեշտ է ամենօրյա խնամք՝ հիվանդներին հաճախակի շրջել, սավանի վրա ծալքերը վերացնել, դնել տակադիր օղեր: Լավ են իրենց երաշխավորում անտիդիկոլիտալային (հակապառկելախոցային) ներքնակները, որոնք կազմված են առանձին բաժիններից և փոփոխակի կերպով լցվում են օդով, կոմպրեսորի օգնությամբ: Այս բացառում է ներքնակի ճնշումը մշտապես նույն տեղում: Կիրառվում է մաշկի կանոնավոր շփումը կամֆորայի սպիրտով:

Պառկելախոցերի առաջացման դեպքում պետք է առաջին հերթին կանխել նրանց ինֆեկցման ենթարկվելը և թաղ նեկրոզի անցնելը: Դրա համար պառկելախոցը և նրա շրջապատի մաշկը մշակվում է 5 % կա-

լիումի պերմանգանատի լուծույթով, 5—10 % յոդի լուծույթով, իսկ ավելի խորը նեկրոզի դեպքում դրվում են նատրիումի ցիանատի, կասարի մածուկով կամ Վիշնևսկու քսուքով վիրակապեր: Կամ արդյունք է տալիս մահացած հյուսվածքների կտրել-հեռացնելը: Հիվանդի մոտ կղման ակտից հետո պետք է լվանալ շեքի շրջանը: Կանանց մոտ լվացումները պետք է կատարվեն ամեն օր, եթե նույնիսկ կղում չի եղել:

Հիվանդների սնունդը հետվիրահատական շրջանում: Սնունդը կախված է վիրահատական միջամտության ծավալից և բնույթից: Նկ. 36-ում պատկերված են հիվանդի կերակրման ձևերը՝ ա) թեյամանով, բ) գդալով և գ) փսխման դեպքում հիվանդին պահելու ձևը:

1) Ստամոքս-աղիքային ուղու վիրահատումներից հետո, առաջին օրերը հիվանդը կարող է բռնորովին շատանալ էնտերալ սնունդ, հետո նրան սկսում են տալ սնունդը սահմանափակ խարամային նյութերով (արգանակ, կիսել, շորահաց և այլն) սեղան (1ա կամ 1բ), իսկ հետագայում աստիճանաբար տեղափոխվում է ընդհանուր սեղան (№ 5): Հակացուցված է կաթը. առաջացնում է փորափքանք:

2) Ստամոքս-աղիքային ուղու վերին հատվածների վիրահատումներից հետո (կերակրափող, ստամոքս), առաջին երկու օրը հիվանդը բերանով ոչինչ չի ստանում: Կատարվում է պարենտերալ սնուցում ենթամաշկային և ներերակային ներարկվում են արյուն, արյան տարբեր փոխարինող հեղուկներ, գլյուկոզա, սնուցող հոգնաններ: Երկու-երեք օրից սկսած նշանակվում է սեղան 0 (արգանակ, կիսել), 4—5-րդ օրը՝ սեղան 1ա (ավելացվում է շորահաց), 6—7-րդ օրը՝ սեղան 1բ (շիլայանման սնունդ), 10—12-րդ օրը՝ բարդությունների բացակայության դեպքում հիվանդին տեղափոխում են ընդհանուր սեղան:

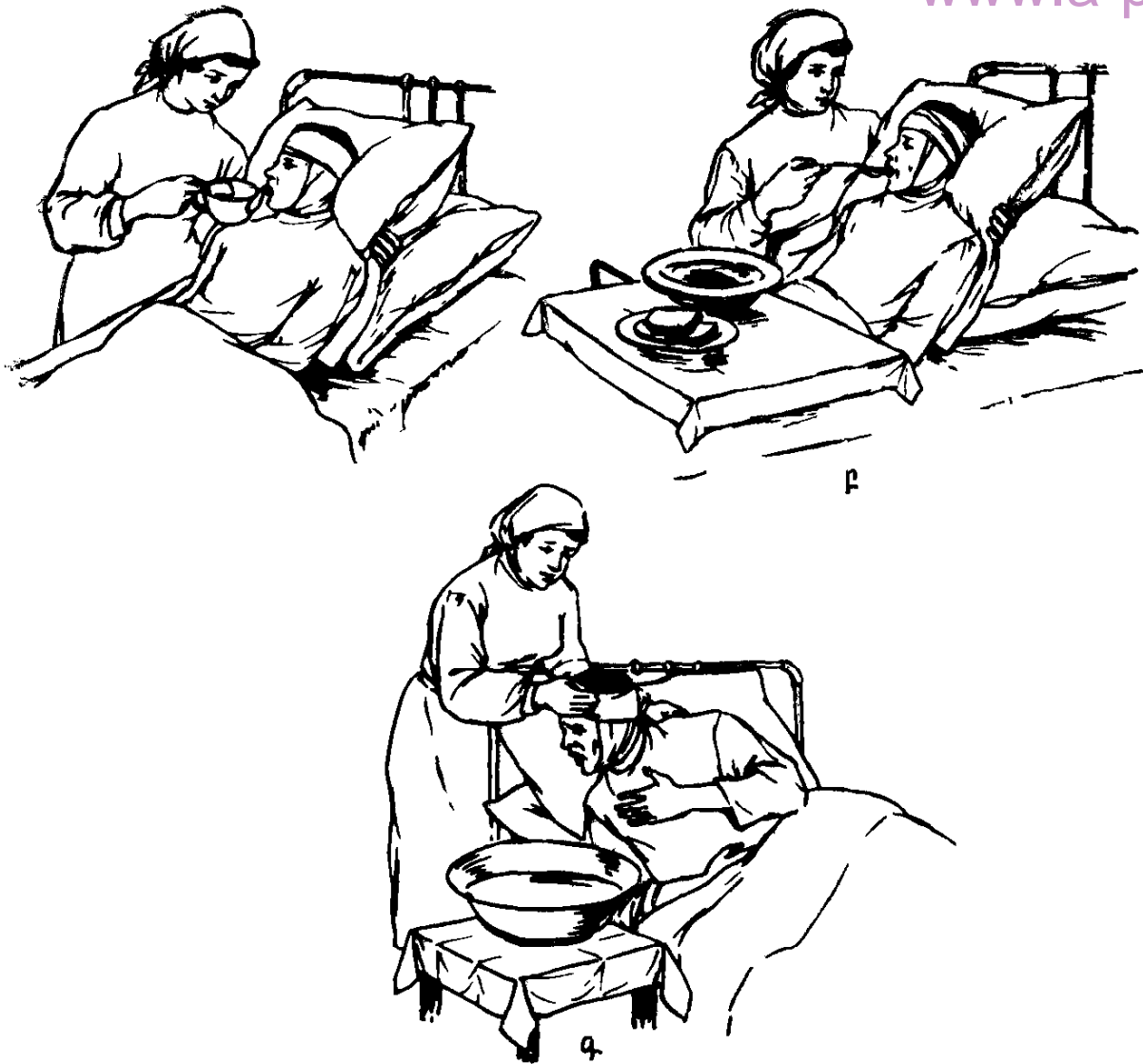
3) Որովայնի խոռոչի օրգանների վիրահատումներից հետո, երբ մարսողական ուղու ամբողջականությունը չի խախտվել (լեղապարկ, ենթաստամոքսագեղձ, փայծախ) նշանակվում է սեղան № 13 (արգանակ, սրորած ապուր շորահացի հետ, կիսել, խորոված խնձոր և այլն):

4) Հաստ աղու վիրահատումից հետո անհրաժեշտ է, որպեսզի հիվանդի մոտ 4—5 օր կղում տեղի չունենա: Հիվանդը ստանում է քիչ քանակ պարունակող սնունդ և 8—12 կաթիլ ափիոնի թուրմ օրվա ընթացքում:

5) Բերանի խոռոչի վիրահատումից հետո քթի միջով անցկացվում է ղոնդր և նրա միջով հիվանդը ստանում է սնունդը (արգանակ, սերուցք, կաթ, կիսել):

6) Վիրահատումներից հետո, որոնք կապված չեն ստամոքս-աղիքային ուղու հետ, հիվանդը առաջին 1—2 օրը ստանում է 1ա կամ 1բ սեղանները, հետագայում № 15 սեղան:

Վիրահատումից հետո հիվանդների վերկենալը անկողնուց: Հի-



Պկ. 36. Հիվանդի կերակրման ձևերը (ա և բ), գ) փսխման դեպքում հիվանդին պահելը:

վանդին անկողնուց վերկենալ թուլլատրում է միայն բժիշկը: Ներկայումս հանձնարարվում է վաղաժամ ոտքի կանգնելը, 2—3-րդ օրը՝ կախված վիրահատական միջամտության ծանրությունից և բնույթից:

Կարերը հանելու ժամկետը և տեխնիկան: Ոչ մեծ վիրահատական միջամտությունից հետո (ապպենդեկտոմիա, ճողվածքահատում) կարերը հանվում են 7—8-րդ օրը: Այն վիրահատումներից հետո, որոնց դեպքում լայնորեն բացվել են որովայնի խոռոչը (ստամոքսի մասնահատում, խոլեցիստեկտոմիա), կրծքավանդակի խոռոչը (պոլվոմոնեկտոմիա, լոբեկտոմիա) կարերը հեռացվում են 9—10-րդ օրը: Չարորակ ուռուցքների պատճառով կատարված վիրահատումներից հետո կարերի հեռացումը հետաձգվում է 12—14-րդ օրը, քանի որ այս հիվանդների մոտ հյուսվածքների վերականգնողական հատկությունը ընկած է: Կարերը հանվում են գործիքների օգնությամբ: Կարերի շրջանում քսվում է յոդի լուծույթ: Պինցետով ձգվում է թելի որևէ ծայրից և դուրս է բերվում մաշ-

կի միջով թելի այն մասը, որը գտնվելիս է եղել հյուսվածքների մեջ (կարանյութի սպիտակ մասը): Այդ մասից թելը կտրվում է դանակով կամ մկրատով և թելը հեռացվում է: Վիրահատական դաշտին կրկնակի անգամ քսվում է յոդի լուծույթ և ծածկվում է ասեպտիկ վիրակապով:

Երեխաների հետվիրահատական խնամքը: Ոչ մեծ վիրահատական միջամտությունից հետո, հատկապես, որոնք կատարվել են տեղային անզգայացման տակ, երեխային կարելի է տեղավորել ընդհանուր հիվանդասենյակում: Կրծքով կերակրվող երեխային տալիս են մորը: Մեծ վիրահատումներից հետո երեխային տեղավորում են հատուկ հետվիրահատական հիվանդասենյակում, որը կահավորված է սարքավորումներով՝ վերակենդանացման միջոցառումների կատարման համար:

Երեխաները շատ զգայուն են ցրտի հանդեպ, այդ պատճառով ինչպես վիրասրահում, այնպես էլ հետվիրահատական հիվանդասենյակում օդի ջերմաստիճանը պետք է լինի 20—22° C: Վաղածինների և նորածինների համար անհրաժեշտ է հատուկ հիվանդասենյակ, որտեղ ջերմաստիճանը պահպանվում է 22—26° C: Նպատակահարմար է բաց կամ փակ խցիկների (կուլեզ) կիրառումը, որտեղ օդի ջերմաստիճանը պետք է լինի 34—37° C:

Նարկոզով կատարված վիրահատումից հետո առաջիկա ժամերին հանձնարարվում է երեխային պառկեցնել հորիզոնական դիրքում մեջքի վրա: Պետք է խուսափել հանկարծակի իրանի գլխի կողմը բարձրացնելուց, քանի որ կարող է առաջանալ կոլապս:

Անհրաժեշտ է հետևել երեխային փսխման պահին: Այս դեպքում գլուխը պետք է շրջել կողմի վրա: Փսխումից հետո բերանը մաքրվում է բամբակի գնդիկով: Վիրահատումից հետո հաշորդ օրը իրանի վերին մասը բարձրացվում է 30° անկյան տակ:

Խնամքի առանձնահատկությունը կախված է վիրահատության ծանրությունից և բնույթից: Սրտի, մեծ տրամաշափի անոթների, թոքերի, կերակրափողի վիրահատումներից հետո, մանկական վերակենդանացման հիվանդասենյակում առաջին 1—2 օրը կազմակերպվում է բժշկական հսկողություն:

Անհրաժեշտ է մանրազնին հսկողություն վիրակապի համար: Ավելի նպատակահարմար է օգտագործել թափանցելի վիրակապական նյութը: Շեքի շրջանի և որովայնի ստորին մասերի վերքերի դեպքում կիրառվում են հատուկ նախազգուշական միջոցներ, կիրառելով անթափանցելի նյութեր (մոմլաթ, պոլիթլորվինիլային թաղանթ և այլն): Հատկապես խնամքով պետք է հետևել դրենաժային խողովակներին և մշտական կաթետերներին: Երեխաները աշխատում են դրանցից շուտ ազատվել և կարող են դրանք հանել:

Ցավի դեմ պայքարելու նպատակով նշանակվում են բարբիտուրատ-

ներ, որոնք միաժամանակ հանգստացնում են երեխաներին և լավացնում քունը: Նարկոտիկներ կիրառվում է միայն ծայրահեղ անհրաժեշտության դեպքում:

Տեղային ցավազրկումով կատարված վիրահատումից հետո, եթե թույլ է տալիս վիրահատության բնույթը, ջուր խմել կարելի է անմիջապես վիրահատումից հետո (քաղցր թեյ գդալով):

Նարկոզից հետո, փսխման բացակայության դեպքում ջուր խմել կարելի է 4—6 ժամ հետո:

Հիվանդին կերակրել սկսում են վիրահատումից 4—8 ժամ հետո: Սննդի քանակը և կազմը կախված է երեխայի տարիքից, հիվանդության և վիրահատական միջամտության բնույթից: Մեծ նշանակություն ունի ջրաաղային և սպիտակուցային փոխանակության վերականգնումը, ապահովելը բավարար քանակի վիտամիններով:

Գազերի հեռացման համար հանձնարարվում է մտցնել գազահան խողովակը, մի քանի օր անընդհատ:

Թթվածնի կիրառումը անհրաժեշտ է բոլոր տեսակի վիրահատական միջամտություններից հետո, հատկապես կրծքավանդակի օրգանների:

Հիպերթերմիա: Մանկական տարիքի առանձնահատկությունը հանդիսանում է այն, որ անգամ փոքր վիրահատումից հետո մարմնի ջերմաստիճանը կարող է բարձրանալ $40—41^{\circ}\text{C}$ -ի: Տարբերվում են հիպերթերմիայի մի քանի ձևեր՝ կառուցվածքային կամ ըստ Ֆեերի զարգացող ջերմ, շարժողական՝ ֆիզիկական լարումից հետո, ծարավից առաջացող ջերմ (աղային ջերմ), ցերեբրալ, պարբերական ջերմ (ըստ Ռեյմանի) և ինֆեկցիոն:

Հատկապես վտանգավոր է դժգույն հիպերթերմիայի սինդրոմը (Օմբրեդանի սինդրոմ): Անգամ փոքր վիրահատումից մի քանի ժամ հետո, անկախ ցավազրկման ձևից, մարմնի ջերմաստիճանը կարող է բարձրանալ $40—41^{\circ}\text{C}$ -ի: Դեմքը դառնում է գունատ, առաջանում է սուր կուլպա, որը և հանգեցնում է երեխայի մահվանը: Բուժման համար գլխի, լյարդի, ազդրերի անոթների և երիկամների շրջաններում դրվում են սառցապարկեր: Կիրառվում է դանդաղորեն ուղիղ աղու լվացումը մի քանի անգամ սենյակային ջերմաստիճան ունեցող ջրով, հովացվում է քամահարով: Ներերակային ներարկվում է 5% գլյուկոզայի սառը լուծույթ, միջմկանային 1% ամիդոպիրինի լուծույթ, հաշված 0,5 մլ հիվանդի յուրաքանչյուր կգ քաշին, բայց ոչ ավելի 20—25 մլ, համակայելով անալգինի հետ:

Ցնցումներ: Վիրահատված երեխաների տարբերակիչ գիծը հանդիսանում է նրանց հակվածությունը ցնցումների հանդեպ: Ցնցումները մարդու են առաջանալ հիպօթալիայի, հիպերկապնիայի, նովոկաինի գեր-

դողավորման, գլխուղեղի շարժողական զոնայի գրգռման, հեքսենալի կամ թեոպենտալի, բարձր շերմաստիճանի, ներգանգային արյունաղեման, հիպերհիդրատացիայի հետևանքով: Բուժումը ուղղված է ցնցումնւր առաջացնող պատճառների վերացմանը:

Սուր շնչառական անբավարարություն: Հաճախ առաջանում է վերին շնչուղիների անցանելիության խանգարման հետևանքով, հազվադեպ նաև լինում է կենտրոնական ծագումի: Ախտանիշներից են՝ սաստիկ անհանգստություն, շրթունքների կապտություն, քրտնոտություն, ստոծանու կտրուկ շարժումներ ներշնչման կամ արտաշնչման դեպքում, շնչառական ակտին մասնակցում են պարանոցի, բերանի հատակի օժանդակ մկանները, միջկողային տարածությունները ներս են ընկնում: Կարող է հանկարծակի սկսվել շնչառության դադարեցում: Պրոֆիլակտիկան՝ կանխել փսխման զանգվածների կողմից շնչուղիների խցանումը, կանոնավոր կերպով արտածծել լորձը քիթըմպանից, խիստ հսկողություն սահմանել փոխներարկվող հեղուկների քանակին, պարբերաբար տալ թթվածին, կատարել արհեստական շնչառություն բերան ընդ բերան եղանակով մեկ րոպեում 20—22 ներփչում հաճախականությամբ: (Տես «Ռեանիմացիա»):

Սուր սիրտ-անոթային անբավարարություն: Բնորոշվում է վիրահատված երեխայի վիճակի աստիճանաբար զարգացող վատացումով: Անտարբերությունը և շրջապատի հանդեպ հետաքրքրության կորուստը փոխարինվում են ցավի զգացման բացակայությամբ, առաջանում է եղունգային ֆալանգների կապտություն, պուլսը դառնում է թելանման, թույլ լինումով, զարկերակային ճնշումը ընկած է, մաշկը գորշավուն երանգի, խոնավ, սրտի տոները խլացած: Սիրտ-անոթային անբավարարության աննշան նշանների դեպքում ներարկվում են անոթային միջոցներ՝ կորդիամին, էֆեդրին տարիքային դեղաչափով, տալիս են թթվածին, երեխայի գլուխը իջեցվում է: Սրտի դադարի կամ սրտի աշխատանքի կրտրուկ վատացման դեպքում կատարվում է սրտի փակ մերսում: Տվյալ մանիպուլյացիան պետք է ապահովի սրտի սեղմվելը կրծոսկրի հետին մակերեսի և ողնաշարի առաջային մակերեսի միջև: Դրա համար փոքր տարիքի երեխաների մոտ փակ մերսում կատարողը շորս մատների ափային մակերեսով ութմիկ կերպով հրումնաձև շարժումներով ճնշում է կրծոսկրի ստորին 1/3-ի շրջանում, 1—2 վրկ ընդմիջումներով: Ութ տարեկանից մեծ երեխաների մոտ ճնշումը կատարվում է երկու ձեռքերի ափերով, որոնք դրվում են միմյանց վրա: Սովորաբար փակ մերսումը համակցվում է արհեստական շնչառության հետ:

Տարեց և ծեր հիվանդների հետվիրահատական խնամքը: Այս խմբի հիվանդները հակված են թոքային բարդությունների հանդեպ: Այդ պատճառով սկսած վիրահատության առաջին օրից միջոցներ են ձեռք առ-

նում դրանք կանխելու համար՝ անկողնուն տրվում է բարձր դիրք, վաղաժամ շրջվում են կողքերի վրա, մանանեխի և բանկաների իրար փոխարինելը կրծքավանդակի վրա, շնչառական մարզանք, որը ապահովում է շնչառական ուղիների լավ հոսք: Տարեց մարդկանց օրգանիզմը շատ զգայուն է թթվածնի քաղցի հանդեպ, այդ պատճառով նրանք պետք է շնչեն խոնավացրած թթվածին: Նկատվում է թրոմբոզոցացման հակում, որը պահանջում է մշտական հսկողություն արյան մակարդման հանդեպ:

Անհրաժեշտ է հիշել, որ արագորեն մեծ քանակությամբ հեղուկների ներարկումը առաջացնում է սրտի աջ կեսի և էլաստիկությունը կորցրած անոթների ծանրաբեռնվածություն: Ելնելով սրանից աղային լուծույթները, արյունը, արյան փոխարինողները ներարկվում են դանդաղորեն, ներերակային կաթիլային ձևով:

Ենթամաշկային ներարկումները նույնպես կատարվում են զգուշությամբ, քանի որ տարեց հիվանդների մոտ հեղուկը վատ է ներծծվում և մեծ քանակով արագորեն ներարկումը առաջացնում է հյուսվածքների ճնշում, որը կարող է հանգեցնել մաշկի տեղամասերի մեռուկացմանը: Այդ պատճառով հեղուկը նույնպես ներարկվում է դանդաղորեն, կաթիլային, ավելացնելով հիալուրոնիդազայի պրեպարատներից և ներարկվող մարմնամասերի վրա դրվում է ջեռակ: Տարեց հասակի հիվանդները լավ են տանում հեղուկի ներմուծումը ուղիղ աղու մեջ:

Տարեց մարդկանց մոտ հաճախ նկատվում է վիրահատական վերքի թրախակալում, առանց որևէ սուբյեկտիվ զգացողությունների: Այդ պատճառով վիրահապումներ պետք է ավելի հաճախ կատարել: Նշանակվում են կոմպլեքս վիտամիններ: Մաշկի ոչ բավարար խնամքի դեպքում առաջանում են պառկելախոցեր, որոնք ծեր մարդկանց մոտ բուժմանը վատ են ենթարկվում:

Հետվիրահատական բարդություններ: Արյունահոսությունը առաջանում է վիրահատումից հետո, որպես հետևանք ոչ բավարար արյունահոսության դադարեցման, երբ անոթի վրա դրված կապը պոկվում է, ինչպես նաև արյան մակարդունակության խանգարման դեպքում: Արյունահոսության ոչ բավարար դադարեցման կամ անոթի կապի պոկվելու դեպքում նորից վիրահատական սեղանի վրա ստուգվում է հիվանդի վերքը և վերջնականապես դադարեցվում է արյունահոսությունը: Արյան մակարդունակության խանգարման դեպքում անցկացվում է մակարդիչ (կոագուլացիոն) բուժում (կալցիումի քլորիդ, վիկասոլ, էպսիլոն ամինոկապրոնաթթու, թարմ ցիտրատային արյուն և այլն):

Կոկորդի աչառուց: Հաճախ առաջանում է ինտուբացիայի ժամանակ առաջացող վնասվածքի հետևանքով: Սկզբնական շրջանում այն արտա-

հայտվում է խաղաղությանը կամ ձայնի կորուստով, իսկ հետագայում զարգացող աշտուցը հանգեցնում է շնչառության խանգարման՝ դժվարանում են ներշնչումը և արտաշնչումը, լարվում են օժանդակող մկանները:

Այս սպառնալի բարդության պրոֆիլակտիկան հանդիսանում է ինտուբացիայի տեխնիկայես ճիշտ կատարումը:

Բուժման նպատակով կիրառվում են հակահիստամինային պրեպարատներ (դիմեդրոլ, պիպոլֆեն, սուպրաստին), հակաաշտուցային (կալցիումի քլորիդ, հիդրոկորտիզոն), մենթոլի ինհալացիա, սողայի լուծույթ, խոնավացված թթվածին: Նշանակվում են մանանեխի ծեփեւիքներ կրծքավանդակին, ոտքերին դրվում են ջեռակներ: Պահպանողական բուժման անհաջող լինելու դեպքում կատարվում է շնչափողահատում:

Թոֆերի աշտուց: Բնորոշվում է շնչարգելման նոպայով, որն առաջանում է սուր սիրտ-անոթային անբավարարության և թոքերում արյան կանգի հետևանքով: Շնչարգելումը բնորոշվում է ինչպես ներշնչման, այնպես էլ արտաշնչման դժվարացումով, որը ուղեկցվում է մահվան վախով: Հիվանդի դիրքը սովորաբար հարկադրական է, նստած, ներքև կախված ոտքերով, մաշկը կապտավուն, ծածկված քրտինքով, շնչառությունը խիստ հաճախացած, երկարատև նոպայի դեպքում լրսվում է խոխոց: Նոպան կարող է ուղեկցվել շոր կամ փրփրավուն խորխի արտազատումով: Պուլսը հաճախացած է, լեցուն:

Առաջին օգնությունը կայանում է նրանում, որ բուժքույրը պետք է հիվանդին նստեցնի անկողնում ոտքերը կախված ներքև և տա շրնչելու թթվածին: Ներերակային ներարկվում է 0,5 մլ 0,05 % ստրոֆանտինի լուծույթ կամ 1 մլ 0,06 % կորգլիկոնի լուծույթ, 20 մլ ֆիզիոլոգիական լուծույթի կամ 5 % գլյուկոզայի լուծույթի հետ միասին: Միաժամանակ ներարկվում է 2 մլ լազեթս (40 մգ): Կավ արդյունք է տալիս այս պրեպարատների համակցված կիրառումը 10 մլ 2,4 % էուֆիլինի լուծույթի հետ: Անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է արյան բաց թողում (մինչև 500 մլ) կամ վերջույթների վրա դրվում են լարաններ:

Պարոտիտ: Հարականջային գեղձի բորբոքումն է, հաճախ առաջանում է հետվիրահատական շրջանում թուլացած և տարեց մարդկանց մոտ, մարտադրական ուղու լայնածավալ ուռուցքաբանական վիրահատումից հետո: Հիվանդների մոտ, որոնք բերանով չեն սնվում կամ ստանում են հեղուկ սնունդ, վերանում է ծամիչ մկանների ֆունկցիան, խանգարվում է թքագեղձերի սեկրեցիան, ստեղծվում են պայմաններ բերանի խոռոչում մանրէների աճի համար և նրանք թքածորաններով ներթափանցում են գեղձի մեջ: Սրա հետևանքով առաջանում է երկու կամ մեկ գեղձի բորբոքում, որը բնորոշվում է ցավով, ուռածությամբ, բերանը

հնարավոր չէ բացել, ծամել, խոսել, վատանում է ընդհանուր դրուժյունը, բարձրանում է ջերմաստիճանը:

Պարոտիտի կանխման համար պետք է ուշադրություն դարձնել թքագեղձերի գործունեության խթանմանը՝ բերանը տրորել լիմոնի փոքր կտորով, ծամել սև շորահաց, որից հետո դրանք թքել ամանի մեջ, բերանը ողողել թույլ անտիսեպտիկ լուծույթով, 1 % պիլոկարպինի լուծույթի 3—4 կաթիլը լեզվի տակ օրը 3 անգամ:

Բուժումը. տեղական տաքացնող կոմպրեսներ, կոնտրիկալ կամ տրասիլոլ 20000—30000 Մի ներերակային կաթիլային, ֆիզիոթերապիա, հիվանդության սկզբնական շրջանում նշանակվում են հակամանրէային պրեպարատներ, իսկ թարախակալման դեպքում կատարվում են կտրրվածքներ և դրենաժավորվում է թարախային խոռոչը:

Հետվիրահատական բոֆաբորբը հաճախ զարգանում է կրծքավանդակի և որովայնի վերին հատվածների վիրահատումներից հետո: Հիվանդները վիրահատումից հետո շնչում են մակերեսային, կարերի շրջանում առաջացող ցավի պատճառով վախենում են հազալ: Շնչառական ուղիներում կուտակվում է խորխը, որը վիրահատումից հետո օրգանիզմի դիմադրության անկման հետևանքով կարող է առաջացնել թոքաբորբ: Թոքաբորբի կանխման նպատակով պետք է հետևել, որ հիվանդը իրեն ակտիվ պահի, հազալու միջոցով լավ հեռացնի խորխը, զբաղվի շնչառական մարզանքով: Անհրաժեշտ է ժամանակին ներարկել ցավազրկող միջոցներ: Ենթամաշկային ներարկվում է 3 մլ 20 % կամֆորմայի լուծույթ և 1 մլ եթեր (լավ խառնելով ներարկոցի մեջ), օգտագործվում են բանկաներ, մանանեխի ծեփոններ, տալիս են շնչելու խոնավացրած թթվածին:

Թոքաբորբի առաջացման դեպքում հիվանդների մոտ բարձրանում է ջերմաստիճանը, ընդհանուր դրուժյունը և շնչառությունը զգալիորեն վատանում են, առաջանում է հազ, թոքերում լսվում են թաց խզոցներ:

Բուժումը կատարվում է ընդունված մեթոդով (սուլֆանիլամիդներ, անտիբիոտիկներ, մեծ դեղաչափով կամֆորայի պրեպարատներ, բանկաներ, խորխաբերներ և այլն):

Հետվիրահատական պերիտոնիտը հաճախ առաջանում է որովայնի սնամեջ օրգանների կարերի անբավարարության հետևանքով: Բուժքույրը պետք է իմանա տարբերակել այս վտանգավոր բարդությունը և ժամանակին հաղորդի այդ մասին բժշկին: Հիվանդների մոտ հանկարծակի առաջանում է սուր ցավ որովայնում, ցավը երբեմն ունի ճիշտ տեղակայում, հիվանդի ընդհանուր դրուժյունը վատանում, ջերմաստիճանը բարձրանում է, պուլսը հաճախանում, առաջանում է տանջալի ծարավ, սրտխառնոց, փսխում, որովայնի առաջնային պատի մկանները լարվում են: Հետագայում թունավորման ուժեղացման ֆոնի վրա որովայնի

ցավերը բավականին շափով նվազում են, առաջանում է փսխում, բացակայում են կեղտը և գազերը: Աղիների փքված գալարները բարձրացնում են ստոծանին, որը դժվարացնում է շնչառությունը, խանգարվում է սրտի աշխատանքը: Օրգանիզմը ջրազրկվում, դիմագծերը սրվում, աչքերը փոս են ընկնում: Թուլացած հիվանդների մոտ կլինիկական պատկերը կարող է ընթանալ ավելի ոչ պարզորոշ:

Բուժման համար կատարվում է կրկնակի վիրահատում, որից հետո հիվանդը կարիք ունի հոգատար խնամքի:

Հետվիրահատական պսիխոզներ: Թուլացած ու դյուրագրգիռ հիվանդների մոտ վիրահատումից հետո կարող են առաջանալ այսպես կոչված հետվիրահատական պսիխոզներ: Նրանք արտահայտվում են ուժգին շարժողական գրգռվածությամբ, կողմնորոշման խանգարման, տեսողական պատրանքների և զառանցանքի հետ միասին: Այդպիսի վիճակում հիվանդը կարող է վայր ցատկել մահճակալից, պոկել վիրակապը, վնասել իրեն և շրջապատողներին: Հիվանդին հորդորելը, պակեցնելու, հանգստացնելու փորձերը քիչ արդյունավետ են: Պետք է ձգտել այնպիսի միջոցների, որպեսզի հիվանդը անշարժացվի անկողնու հետ, նրան պակեցնել ցանցի տակ: Հիվանդին ենթամաշկային ներարկվում է ամինազինի 1—2 մլ 2,5 % լուծույթը կամ քլորալհիդրատ հոգնանների ձևով 50 մլ 4 % լուծույթը: Անհրաժեշտ է ապահովել հիվանդների մոտ մշտական հսկողություն և հոգեբույժի կոնսուլտացիա: Երբեմն պսիխոզը առաջանում է հետվիրահատական թունավորումից, կարերի անբավարարությունից և այլն: Այս բարդությունների վերացումը կարգավորում է հիվանդի հոգեկան վիճակը:

Տրոմբոէմբոլիկ բարդություն: Տրոմբոզի զարգացմանը հակված են՝ երակների հանգուցավոր լայնացումով, արյան մակարդունակության խանգարումով, արյան հոսքի դանդաղումով, վիրահատման ժամանակ անոթների վնասվածքով մարդիկ: Տրոմբոզի (խցանման) և երակների բորբոքման դեպքում առաջանում է տրոմբոֆլեբիտ: Այն մարդկանցից բացի, որոնք տառապում են երակների հանգուցավոր լայնացումով, հավասարապես այս բարդությանը հակված են պարարտ և երբեմն էլ թուլացած, հատկապես ուռուցքային հիվանդները, բազմածին կանայք: Հիվանդների այս քանակակազմը համարվում է տրոմբավտանգավոր:

Տրոմբոֆլեբիտը կարող է առաջանալ մակերեսային (հաճախ սրունքի) և խորանիստ (սրունքի և կոնքի) երակներում: Մակերեսային երակների տրոմբոֆլեբիտի համար բնորոշը հանդիսանում է ցավը ենթամաշկային երակի ուղղությամբ: Այս շրջանում առաջանում է ենթակահյուսվածքների բորբոքական ինֆիլտրացիա, երբեմն մաշկի լարանման կարմրություն, ջերմաստիճանի բարձրացում: Սրունքի խորանիստ երակների տրոմբոֆլեբիտի համար բնորոշը հանդիսանում է վերջույթի այ-

տուցը, ցավը խորանիստ երակների ընթացքով, ջերմաստիճանի բարձրացում, կոնքի երակների համար բնորոշ է ստորին վերջույթների տարածված այտուցը, ցավեր կոնքի խոռոչում շոշափման ժամանակ, ջերմաստիճանի բարձրացում:

Առաջին օգնությունը. անհրաժեշտ է սահմանել խիստ անկողնային ռեժիմ խուսափելու համար տրոմբի պոկվելուց, որպեսզի շմղվի (էմբոլ) արյան հոսքով դեպի արյան շրջանառության վերին սահմանները, ընդհուպ մինչև թոքային զարկերակը և նրա հիմնական ճյուղի խցանումը, մահվան կայծակնային առաջացումը կանխելու նպատակով:

Եթե այդպիսի ճանապարհ անցնում է ոչ մեծ էմբոլը և խցանում է ոչ հիմնական ճյուղը, ապա առաջանում է թոքի ինֆարկտ, որը ընթանում է ըստ յուրահատուկ թոքաբորբի ձևով (ցավ կրծքավանդակում, շնչարգելում, արյունախիտում):

Տրոմբոզի պրոֆիլակտիկայի համար մեծ նշանակություն ունի հիվանդի ակտիվությունը. հետվիրահատական շրջանում հյուսվածքներում կանգային պրոցեսները նվազեցնելու նպատակով պայքարել ջրազրկման դեմ, հագնել էլաստիկ գուլպաներ կամ ոտքը փաթաթել էլաստիկ վիրակապով՝ երակների հանգուցավոր լայնացման դեպքում:

Տրոմբոֆլեբիտի տեղային բուժումը. անհրաժեշտ է դնել յուղաբալզամային վիրակապ (Վիշնևսկու քսուք), վերջույթին տալ բարձր դիրք (Բելերի շինա, գլանաբարձ): Լայնորեն կիրառվում են արյան մակարդունակությունը իջեցնող պրեպարատներ՝ հակամակարդիչներ, ֆիբրինոլիզին: Հակամակարդիչները և ֆիբրինոլիզինը կիրառվում են՝ հսկողության տակ պահելով արյան մակարդունակության համակարգի ցուցանիշները, մասնավորապես պրոտրոմբինի, տրոմբոֆլեբիտի դեպքում նշանակվում են հակամանրէային պրեպարատներ: Սուր երևույթներն անցնելուց հետո որոշվում է տրոմբոֆլեբիտի հետագա բուժման հարցը (ֆիզիոթերապիա, վիրահատական բուժում)՝ կախված հիվանդի ընդհանուր վիճակից և նախկինում կատարված վիրահատման բնույթից:

ՀԻՎԱՆԴԱՍԵՆՅԱԿԻ ԲՈՒԺՔՐՈՋ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Հիվանդասենյակի բուժքրոջ պարտականությունների մեջ մտնում են՝ հիվանդների խնամքը, հիվանդասենյակին հետևելը բժշկական, տրնտեսական, սանիտարահիգիենիկ առումով, բուժական և հիգիենիկ միջոցառումները, որոնք նշանակվում են բժշկի կողմից: Նա պետք է շափի ջերմաստիճանը առավոտյան և երեկոյան, իսկ բժշկի կարգադրության

դեպքում վարի ջերմության թերթիկը: Բուժքույրը որոշում է պուլսը, շրմ-
 շառությունը և գրանցում դրանք, բժշկի նշանակումով չափում է խորխի,
 մեզի օրվա քանակը: Նա պարտավոր է ներկա լինել հիվանդասենյակի
 և հերթապահ բժիշկների համայնքերին և գրանցել նրանց նշանակումնե-
 րը, պարտավոր է ինչպես հարկն է հետևել հիվանդասենյակների մաք-
 րության, լուծյան և հիվանդների կողմից անհատական հիգիենայի
 պահպանմանը, որպեսզի ժամանակին ընդունեն հիգիենիկ լոգանք, փոխ-
 վի անկողնու և հիվանդի սպիտակեղենը: Բուժքույրը պարտավոր է կե-
 րակրել ծանր հիվանդին, հետևել տնից բերված սննդամթերքին, սուգել
 նրա պահպանումը սառնարաններում և մահճակալների մոտ դրված պա-
 հարաններում:

Հատուկ ուշադրություն է դարձնում ծանր հիվանդի խնամքին (օգ-
 նել լվացվելիս, սնունդ ընդունելիս, խմեցնել նրանց, լվանալ անհրաժեշ-
 տության դեպքում քիթը, բերանը, ականջները, կանխել պառկելախոցե-
 րի առաջացումը):

Հիվանդասենյակի բուժքույրը պարտավոր է յուրաքանչյուր նոր ըն-
 դունված հիվանդին ծանոթացնել ներքին կարգ ու կանոնի, օրվա ռե-
 ժիմի և անհատական հիգիենայի կանոնների հետ:

Հիվանդասենյակի քույրը պարտավոր է սարքին պահել հիվան-
 դասենյակի բժշկական և տնտեսական գույքի պարունակությունը և դե-
 ղանյութերի պահարանիկները: Ստանալով նշանակումը բժշկից, նա
 կազմում է անհրաժեշտ դեղանյութերի ցուցակը և այն տալիս ավագ
 քրոջը դեղատնից դուրս գրելու համար, ավագ քրոջից ստանում է դեղա-
 նյութերը, հիվանդներին խնամելու նյութերը և առարկաները: Բժշկի նշա-
 նակումով ուղարկում է հիվանդներին լրացուցիչ հետազոտման (ռենտ-
 գենոսկոպիա և այլն), հետևում է հիվանդության պատմության նկա-
 րագրի ժամանակին բաժանմունք վերադարձնելուն, ստանում է հետա-
 զոտման լրացուցիչ եղանակների տվյալները և դրանք սոսնձում է հի-
 վանդության պատմության նկարագրի մեջ: Հիվանդի վիճակի վատաց-
 ման դեպքում ժամանակին կանչում է հերթապահ կամ բուժող բժշկին:

Բուժքրոջ պարտականությունների մեջ մտնում է նույնպես դիակի
 նախապատրաստումը դիարան ուղարկելու համար (մահացածի ոտքիև
 ամրացվում է հաշվեպիտակ, նշելով նրա ազգանունը, հիվանդության
 պատմության համարը, բաժանմունքը և հիվանդասենյակը):

ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՆՐԱ ԴԱԴԱՐԵՑՈՒՄԸ

Արյունահոսություն կոչվում է արյան դուրս հոսելը արյունատար հունից (անոթ):

ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԸ

Արյունահոսությունը առաջանում է, երբ խանգարվում է անոթի ամբողջականությունը, որը նկատվում է վնասվածքի, անոթի պատի թաշախային բորբոքման, անոթի պատի թափանցելիության խանգարման կամ արյան քիմիական կազմի փոփոխման հետևանքով:

ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅԱՆ ՏԵՍԱԿՆԵՐԸ

Կախված վնասված անոթի բնույթից և ձևից, տարբերվում են արյունահոսության հետևյալ տեսակները:

Չարկերակային արյունահոսություն: Արյունահոսության առավել վտանգավոր ձևն է: Մեծ զարկերակային անոթների վնասվածքի դեպքում մահը կարող է առաջանալ մի քանի րոպեից հետո: Նշաններն են՝ արյունը ավելի վառ կարմիր է, դուրս է գալիս շիթով, հրումնաձև: Երբ սեղմվում է անոթի կենտրոնական ծայրը արյունահոսությունը դադարում է:

Երակային արյունահոսություն: Ի տարբերություն զարկերակային արյունահոսության, երակայինի դեպքում արյունը հոսում է միապաղաղ կերպով, զգալիորեն դանդաղ, գույնը մուգ կարմիր է: Անոթի կենտրոնական մասը սեղմելիս արյունահոսությունը չի դադարում: Մեծ երակային անոթների վնասվածքի դեպքում, հատկապես պարանոցի շրջանում, մահը կարող է տեղի ունենալ օդային էմբոլիայի (օդի ներծծում անոթի մեջ) հետևանքով: Օդային խցանը խցանում է սրտի աջ մասը կամ թոքային զարկերակը: Այս հանգեցնում է կտրուկ կերպով արյան շրջանառության խանգարման: Մահը տեղի է ունենում սրտի ռեֆլեկտոր դադարի և շնչառական կենտրոնի պարալիչի հետևանքով:

Կապիլյարային արյունահոսություն: Արյունահոսում է վերքի ամբողջ մակերեսը: Արյան գույնը միջին տեղն է գրավում երակային և զարկերակային արյան միջև: Արյունահոսությունը վտանգավոր է, օրինակ, հեմոֆիլիայի, սեպսիսի դեպքում, երբ նկատվում է արյան մակարդունակության իջեցում: Սովորաբար կապիլյարային արյունահոսությունը հակված է ինքնուրույն դադարելու:

Պարենխիմատոզ արյունահոսություն: Այդպիսի արյունահոսություն

առաջանում է ներքին օրգանների՝ լյարդի, փայծախի, թոքերի, երիկամների բոլոր անոթների վնասվածքների դեպքում: Արյունահոսությունը շատ վտանգավոր է, քանի որ հակված չէ ինքնուրույն կերպով դադարելու այն նկատառումով, որ անոթները չեն կծկվում շնորհիվ պարենխիմատոզ օրգանի հենքի կողմից անոթների պատերը պահելու հաշվին, նաև թրոմբի առաջացման բացակայության պատճառով պարենխիմատոզ օրգանի մեջ հակամակարդիչ նյութի առկայության հետևանքով:

Արյունահոսությունը լինում է առաջնային (առաջանում է անմիջապես անոթի վնասվածքից հետո) և երկրորդային, որը առաջանում է որոշ ժամանակ անց, առաջնային արյունահոսության դադարից հետո, օրինակ՝ վիրահատումից հետո, երբ թելը անոթի պատի վրայից պոկվում է, կամ թարախակալման հետևանքով անոթի պատը քայքայվում է:

Արյունահոսությունը նույնպես լինում է արտաֆին, երբ արյունը վերքի միջից դուրս է թափվում արտաքին աշխարհ, և ներֆին, որի դեպքում արյունը հոսում է փակ խոռոչները, օրինակ՝ որովայնի, պլերայի, արյունահոսությունը հյուսվածքների մեջ և այլն: Վերջին տեսակի արյունահոսությունը ավելի շատ նկատվում է վնասվածքից հետո, ներքին օրգանների վնասվածքի հետևանքով՝ լյարդ, փայծախ և այլն:

ՍՈՒՐ ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐԸ

Կլինիկապես սուր արյունահոսությունը բնորոշվում է մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների գունատությամբ: Դեմքը դառնում է քրնկոտ, աչքերը փոս են ընկնում, իջնում է զարկերակային և երակային արյան ճնշումը, պուլսը հաճախանում է, դառնում է թույլ լեցումով (թելանման), շնչառությունը հաճախացած, առաջանում է գլխապտույտ, ընդհանուր թուլություն, ծարավի զգացում, աչքերի մթազնում, սրբոխառնոց, երբեմն փսխում:

Արյան կորստի դեպքում մահը առաջանում է շնչառական կենտրոնի պարալիչի և սրտի աշխատանքի դադարի, ծանր թթվածնային քաղցի հողի վրա: Թուլացած հիվանդների մոտ (սովածություն, հոգնածություն, նեյրոհոգեկան տրավմա, շոկ և այլն) նույնիսկ ոչ շատ արյան կորուստը կարող է մահվան պատճառ լինել:

Երեխաները, հատկապես մինչև մեկ տարեկան հասակը, և ծերերը արյան կորուստը վատ են տանում:

ԱՐՅՈՒՆԱՀՈՍՈՒԹՅԱՆ ԴԱԴԱՐԵՑՈՒՄԸ

Կախված առաջին օգնության պայմաններից և բժշկական աշխատողի որակավորումից՝ արյունահոսության դադարեցումը կարող է լինել ժամանակավոր և վերջնական: Սովորաբար արյունահոսության ժամա-

նակավոր դադարեցումը կատարվում է դեպքի վայրում, միջին բուժաշխատողի կողմից, հիվանդին հիվանդանոց տեղափոխելուց առաջ: Արյունահոսության վերջնական դադարեցումը կատարվում է հիվանդանոցային պայմաններում, մի շարք դեպքերում վիրահատական միջամտությամբ:

Արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցումը: Գոյություն ունեն մի շարք եղանակներ արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցման համար:

Ճնշող կապ: Ճնշող կապը վերջույթի բարձր դիրքի և անշարժացման հետ միասին, հանդիսանում է լավ միջոց երակների և ոչ մեծ զարկերակների արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցման համար: Վերքի վրա դրվում է մի քանի շերտ մանրէազերծված թանզիֆ, իսկ վերևում մանրէազերծված բամբակի մի շերտ, որը թանզիֆի հետ միասին ամուր ամրացվում է վերջույթի վրա շրջանաձև վիրակապով:

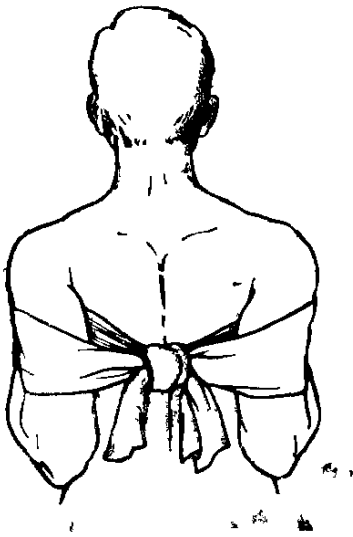
Վերջույթի ծալումը հոդում: Արյունահոսությունը, որը առաջանում է վիրավորումների դեպքում ծնկափոսային զարկերակի, բազկային զարկերակի՝ արմնկային ծալքում, ազդրային զարկերակի՝ աճուկային ծալքի մեջ, երբեմն կարելի է դադարեցնել վերջույթը առավել շափով ծալելով կամ զատելով և այդ դիրքում ամրացվում է կապելով այն (նկ. 37):

Անոթի սեղմումը վեբի մեջ: Հագնում են մանրէազերծված ձեռնոց կամ ձեռքը մշակվում է սպիրտով, յոդով և ցուցամատը մտցվում է վերքի մեջ, զգալով իմացվում է արյան շիթը, սեղմվում է անոթը:

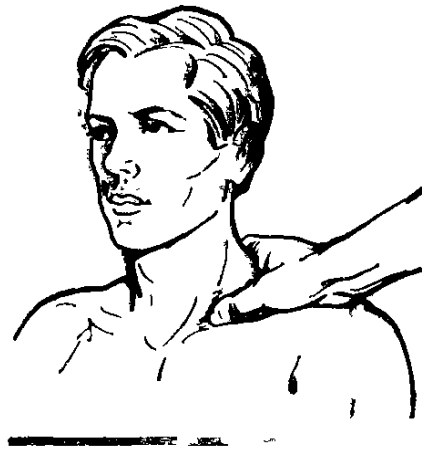
Վեբի ամուր վիրախժծում: Սրա համար վերցվում է վիրախժուծը և կորնցանգով հաջորդաբար և ամուր կերպով լցվում է ամբողջ վերքը: Սովորաբար կիրառվում է խորը վերքերի դեպքում:

Արյունահոսող անոթի վրա սեղմակ դնել: Կիրառվում է, երբ հնարավոր չէ դադարեցնել արյունահոսությունը վերջույթների, կոնքի և որովայնի խոռոչի խորը ընկած անոթներից:

Անոթի սեղմումը տաբաժության մեջ: Հնարավորություն է տալիս դադարեցնել արյունահոսությունը որոշ մեծ անոթներից՝ ա) ենթանրակային զարկերակը ճնշվում է սեղմելով առաջին կողոսկրին այն կետում, որը տեղակայված է անրակի տակ, անմիջապես դեպի դուրս կրծոսկրանրակատկային մկանի կրծոսկրի կոթին փակցվելու տեղից (նկ. 38), բ) քնային զարկերակը կարելի է ճնշել, սեղմելով այն մատներով պարանոցի VI ողի միջաձիգ ելուստին, որը համապատասխանում է այն կետին, որը գտնվում է կրծոսկրանրակատկային մկանի միջին մասում նրա ներսային եզրին մոտ (նկ. 39), ազդրային զարկերակը սեղմվում է ցալոսկրի հորիզոնական ճյուղին, պուպարյան կապանից ներքև (նկ. 40), գ) ծնկափոսի զարկերակի սեղմումը կատարվում է



Նկ. 37. Արյունահոսության գաղարեցումը վերջույթները առավել շափով մի կողմ տանելու եղանակով:



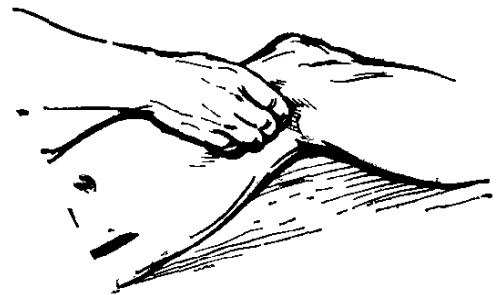
Նկ. 38. Ենթանրակային զարկերակի սեղմումը:



Նկ. 39. Քնային զարկերակի սեղմումը:



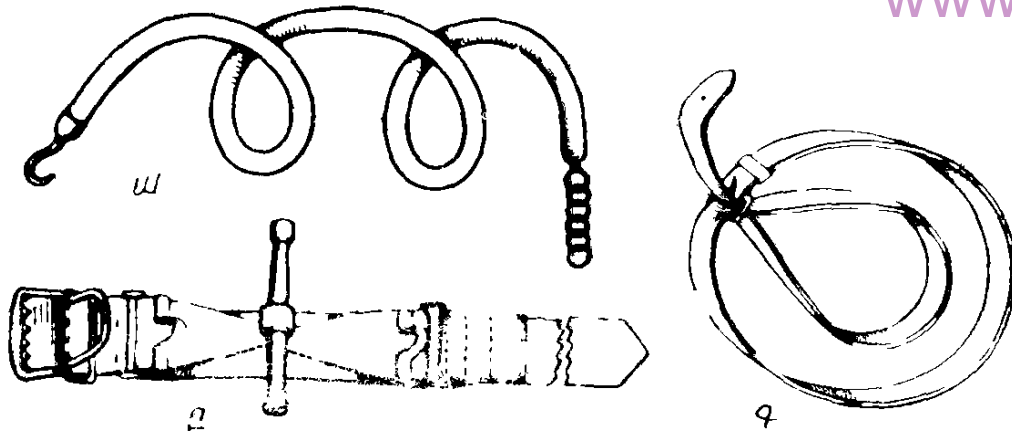
Նկ. 40. Ազդրային զարկերակի սեղմումը:



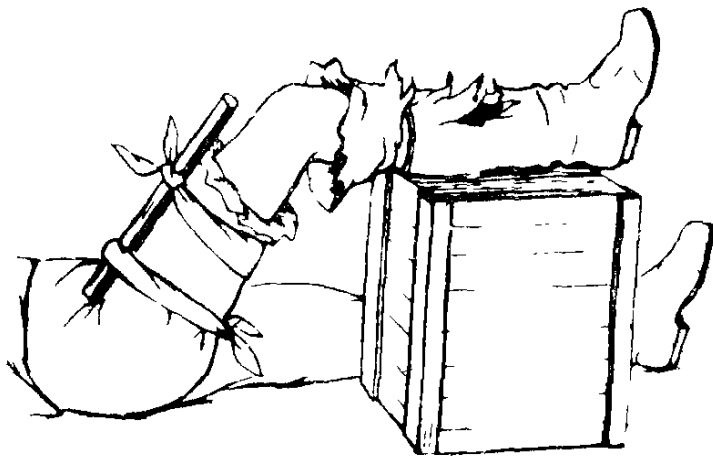
Նկ. 41. Ծնկափոսային զարկերակի սեղմումը:

Ճնշելով ծնկափոսի հյուսվածքները ծնկան հողի կիսածալված դիրքում (նկ. 41):

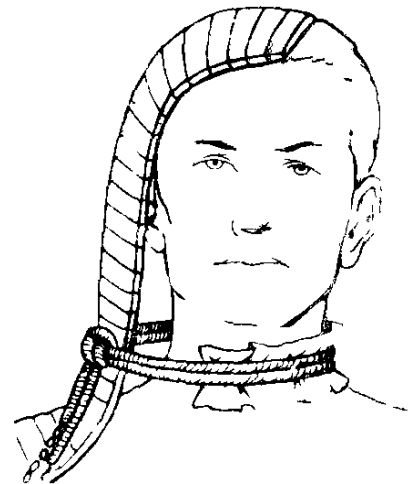
Լարան դնելը: Այս եղանակը հանդիսանում է հիմնականը, հատկապես զարկերակային արյունահոսության դաղարեցման համար: Զարկերակային արյունահոսության դեպքում լարանը դրվում է կենտրոնական վերքի հետ հարաբերած: Լարանի դնելուց առաջ, որպեսզի հյուսվածքները շօղակվեն նրա գալարների միջև, նախապես վնասված վերջույթը փաթաթվում է բինտով կամ սրբիչով: Լարանը ձգվում և փաթաթվում է վերջույթի շուրջը: Անհրաժեշտ է հետևել, որպեսզի լարանի գալարները չխաշվեն, այլ դասավորվեն շարքերով: Լարանի ծայրերը ամրացվում են: Լարանի գալարներից մեկի տակը մտցվում է գրուժյուն, որի վրա նշվում է լարանի դրման ժամանակը: Բացի այդ լարանի դրման ժամանակը նշվում է ուղեկցող նամակում, մասնագիտացված բժրշ-



Նկ. 42. Էսմարիսի լարան (ա), լարան ոլորիչ (բ), հանպատրաստից սարքված լարան գոտիով (գ):



Նկ. 43. Հանպատրաստից լարան ոլորիչի հետ:



Նկ. 44. Լարան պարանոցի վրա, դիմադիր հենարան Կրամերի շինայի հետ:

կական հիմնարկություն ուղարկելիս: Զարկերակային լարանի ճիշտ դրման դեպքում վերջույթը լարանից ներքև դժգունանում է , պուլսը վերանում, արյունահոսությունը դադարում է: Լարանը ոչ բավարար շափով ձգելիս վերջույթը դառնում է կապտավուն, պուլսը չի վերանում, արյունահոսությունը ուժեղանում է: Առավել ուժգին ձգելիս կարող է առաջանալ վերջույթի պարալիչ նյարդի վնասվածքի հետևանքով: Զարկերակային լարանը վերջույթի վրա կարելի է թողնել 1,5—2 ժամից ոչ ավելի: Ավելի երկարատև ժամանակով թողնելիս կարող է առաջանալ վերջույթի մեռուկացում: Եթե այդ ժամանակ հնարավոր չի եղել վիրահատում կատարել, լարանը հեռացվում է, զարկերակը սեղմվում է մատներով, որոշ ժամանակ անց լարանը նորից դրվում է նախորդ վայրից քիչ վերև կամ ներքև (նկ. 42, ա, բ):

Հատուկ լարանի բացակայության դեպքում կարելի է օգտագործել գոտի (նկ. 42, գ), պարան, թաշկինակ և այլն: Ճնշումը ուժեղացնելու նպատակով հանպատրաստից սարքված լարանի վրա դրվում է ոլորիչ փայտիկ, որը պտտեցնելով հասնում են արյունահոսության վերջնական դադարեցմանը (նկ. 43):

Պարանոցի անոթների զարկերակային արյունահոսության դեպքում պարանոցի արյունահոսող վայրի հակառակ կողմում դրվում է կորացված Կրամերի շինան և օգտվելով նրանից, որպես հակադիր հենարան, դրվում է լարանը (նկ. 44):

Երակային արյունահոսության դեպքում կիրառվում է այսպես կոչվող երակային լարանը: Այն դրվում է վնասվածքից ներքև վեց ժամ տևողությամբ և ուժգին շի ձգվում: Այս դեպքում վերջույթը կապտում է, զարկերակի պուլսացիան պահպանված է, արյունահոսությունը դադարում է:

Արյունահոսության վերջնական դադարեցումը: Արյունահոսությունը վերջնականապես դադարեցվում է վիրաբուժական բաժանմունքում, հաշվի առնելով այն բոլոր պահանջները, որոնք ներկայացվում են վիրահատական միջամտությանը:

Մեխանիկական եղանակ: Անոթի կապումը վերքի մեջ: Անոթը կապել կարելի է ցանկացած կարի նյութով՝ մետաքս, լավսան, կետգուտ: Սա ավելի տարածված եղանակ է:

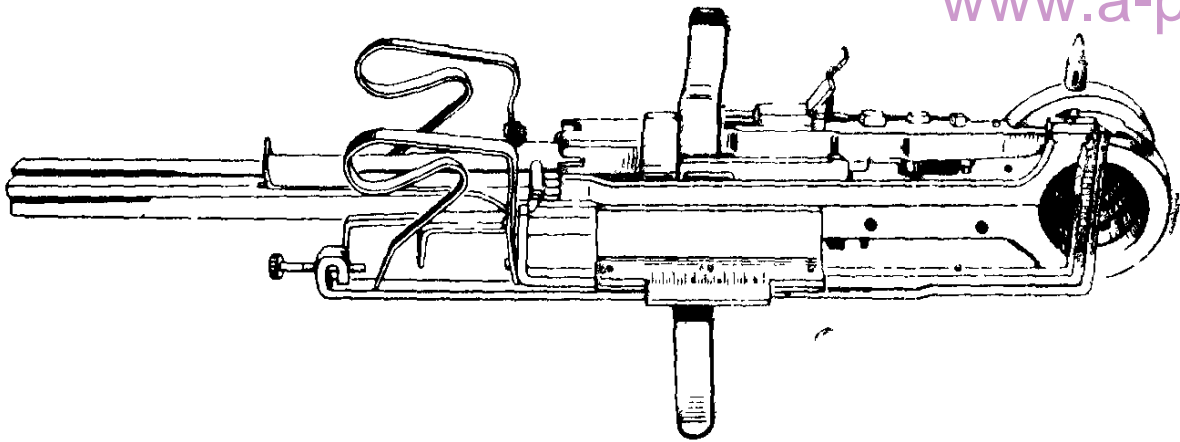
Անոթի կապումը տարածության մեջ: Կիրառվում է խիստ ինֆեկցիայի ենթարկված վերքի մեջ անոթի որոնել գտնելու տեխնիկական դժվարությունների դեպքում:

Անոթի կառումը: Կարը կարող է լինել կողմային և շրջանաձև (անոթի ամբողջ տրամագծով): Կիրառվում է հատուկ կարի նյութ ատրալմատիկ ասեղի վրա կամ անոթների կարի մեխանիկական ապարատները տանտալային ամրակների օգնությամբ (նկ. 45):

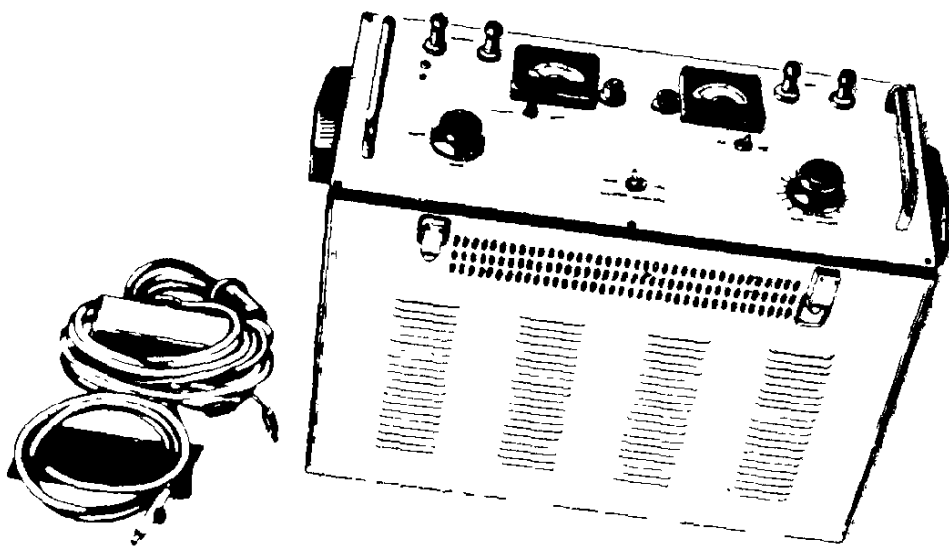
Ֆիզիկական եղանակ: Տեղային սառի կիրառումը: Այդ նպատակով հաճախ կիրառվում են ուստինե կամ պոլիէթիլենից պատրաստված սառցապարկերը: Այս եղանակը հիմնականում օգտագործվում է ոչ մեծ կապիլյարային արյունահոսության դեպքում:

Էլեկտրամալարում: Օգտագործվում է հատուկ ապարատ (նկ. 46): Մակարդումը կատարվում է վիրահատության ժամանակ փոքր անոթների արյունահոսությունների դեպքում:

Նատրիումի ֆլուրիդի տաֆ իզոտոնիկ լուծույթի կիրառումը: Իզոտոնիկ լուծույթը տաքացվում է 60—80° C: Անձեռոցիկը թրջվում է լուծույթով և մի քանի րոպեի ընթացքում պահվում է արյունահոսող տեղի վրա: Հիմնականում կիրառվում է խոռոչային վիրահատումների



Նկ. 45. Անոթակառի ապարատ:



Նկ. 46. էլեկտրամակարդման ապարատ:

դեպքում (կրծքավանդակի և որովայնի խոռոչներ) ու նեյրովիրաբուժութ-
յան մեջ:

Քիմիական եղանակ: Անոթասեղմիչ պրեպարատներ: Այսպիսի պրե-
պարատներից են հանդիսանում ադրենալինը, սուպրաոենինը, հասկա-
ժանգի պրեպարատները: Կախված պրեպարատի ձևից, այն կիրառվում
է տեղային, ներքին ընդունման կամ ներարկման ձևով:

Պրեպարատներ, որոնք բարձրացնում են արյան մակարդումը: Այդ
նպատակով օգտագործվում են ջրածնի պերօքսիդը, կալցիումի քլորիդը,
ամինոկապրոնաթթուն, վիկասուրը: Զրածնի պերօքսիդի կիրառումը տե-
ղային է: Մյուս պրեպարատները ներարկվում են հիմնականում ներ-
երակային արյունահոսությունների դեպքում (արգանդային արյունահո-
սություն, ստամոքսի արյունահոսող խոց և այլն):

Կենսաբանական եղանակ: Արյունականգ միջոցների տեղային կի-

րառումը: Այդ նպատակով կիրառվում են ձիու շիճուկը, արյունականգ սպունգը, ֆիբրինի թիթեղները և այլն:

Արյունականգ միջոցների ներերակային կիրառումը: Լավ արդյունք են տալիս արյան կոտորակային քիչ քանակով փոխներարկումները, պլազմայի, հեմոֆոբինի, հակահեմոֆիլային գլոբուլինի (Հ.Հ.Գ.) և հակահեմոֆիլային պլազմայի (Հ.Հ.Պ.), ֆիբրինոգենի և այլ պրեպարատների ներարկումները:

ՀԵՄՈՖԻԼԻԱ

Բնածին հիվանդություն է, բնորոշվում է հակվածությամբ արյունահոսություն հանդեպ, արյան մակարդման կտրուկ իջեցման հետևանքով: Հիվանդությունը նկատվում է բացառապես տղամարդկանց մոտ: Արյունահոսությունը առաջանում է ոչ մեծ վնասվածքից հետո (քերծվածք, կտրվածք, ատամի հեռացում և այլն) և դադարեցվում է մեծ դժվարությամբ: Կախված արյան մակարդման այս կամ այն գործոնի պակասից, տարբերվում են A, B, C հեմոֆիլիաներ: A հեմոֆիլիայի դեպքում լավ արդյունք է տալիս հակահեմոֆիլիային գլոբուլինը (Հ. Հ. Գ.), հակահեմոֆիլային պլազման (Հ. Հ. Պ.), չոր և հեղուկ պլազմաները: B և C հեմոֆիլիաների դեպքում լավ արդյունք է տալիս թարմ ցիտրատային արյան փոխներարկումը կամ արյան ուղղակի փոխներարկումը, էրիթրոցիտար զանգվածի, ֆիբրինոգենի, C և P վիտամինների, ռուտինի և կալցիումի քլորիդի ներարկումները:

ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ ԲՈՒԺՈՒՄ ՊԱՀԱՆՋՈՂ ՈՐՈՇ ՎԻՃԱԿՆԵՐ

Կլինիկական պրակտիկայում պատահում են անհետաձգելի օգնություն պահանջող որոշ վիճակներ: Դրանց են վերաբերում՝ ուշագնացությունը, կոլապսը և շոկը:

ՈՒՇԱԳՆԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

Ուշագնացության տակ հասկացվում է գիտակցության կարճատև կորուստը, որը սկսվում է գլխուղեղի անոթների կարճատև սպազմի հետևանքով:

Ուշագնացության պատճառները հանդիսանում են զգալի չափով արյան կորուստը, ցավը, հոգնածությունը, հոգեկան հուզումները և այլն:

Կլինիկական պատկերը: Նկատվում է գիտակցության հանկարծակի կորուստ, մաշկային ծածկույթների և լորձաթաղանթների խիստ գունատություն, մակերեսային շնչառություն, պուլսի թուլացում:

Բուժումը: Անհրաժեշտ է վերացնել ուշագնացությունն առաջացնող պատճառը: Տուժածին տեղավորում են գլուխը ներքև կախված և ոտքերը վերև բարձրացված դիրքում, տրվում է շնչելու անուշադրի սպիրտ (թրջված բամբակով): Ծանր դեպքերում տրվում է արհեստական շնչառություն, ներարկվում 1 մլ 20 % կոֆեինի լուծույթ, 1 մլ 1 % լոբելինի և ցիտիտոնի լուծույթ:

ԿՈԼԱՊՍ

Կոլապս կոչվում է սուր անոթային և նրա ֆոնի վրա զարգացող սրտային անբավարարությունը, բնորոշվում է զարկերակային և երակային ճնշման կտրուկ անկումով և շրջանառող արյան քանակի քչացումով:

Կոլապսի պատճառ կարող են լինել սուր զանգվածային արյան կորուստը, վնասվածքը, մարմնի արագ տեղաշարժը հորիզոնական դիրքից ուղղահայաց (օրթոստատիկ պոլապս), հեղուկների արագ բացթողումը պլևրայի և որովայնի խոռոչներից, ծանր թունավորումները (սննդային թունավորում, թոքաբորբ, տիֆ և այլն):

Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է ընդհանուր թուլությամբ, կապտոթյամբ, սառը քրտինքով, թելանման պուլսով, զարկերակային արյան ճնշման անկումով, մակերեսային հաճախացած շնչառությամբ: Ի տարբերություն ուշագնացության, գիտակցությունը որպես կանոն լինում է պահպանված:

Բուժումը: Անհրաժեշտ է վերացնել պատճառը, տաքացնել հիվանդին, ներարկել 0,5 մլ 0,1 % ադրենալինի լուծույթ, 1 մլ 5 % էֆեդրինի լուծույթ, 0,5 և 1 % լոբելինի լուծույթ, տալ թթվածին: Ծանր դեպքերում դիմում են արյան փոխներարկմանը: Աբդյունավետ են 1 մլ 1 % մեզատոնի լուծույթի, 1—2 մլ 0,2 % նորադրենալինի լուծույթի ներարկային ներարկումները:

ՏՐԱՎՄԱՏԻԿ ՇՈԿ

Տրավմատիկ շոկի տակ հասկացվում է օրգանիզմի ընդհանուր ծանր վիճակը, բնորոշվում է բոլոր կենսական ֆունկցիաների աստիճանաբար զարգացող ընկճվածությամբ, որը սկսվում է վնասվածքի հետևանքով և պայմանավորված է ներվային կարգավորման սուր խանգարումով, արյան շրջանառության և հորմոնալ հաշվեկշռի խանգարումով:

Տրավմատիկ շոկի զարգացման համար մեծ նշանակություն ունի օրգանիզմի վիճակը վնասվածքից առաջ՝ ֆիզիկական հոգնածությունը, երկարատև անքնությունը, հյուծումը, սովածությունը, մրսածությունը, արյան կորուստը, հոգեկան հուզումները և այլն:

Պատճառները վիրաբուժական հետվիրահատական (երկրորդային) շոկի հանդիսանում են երկարատև վիրահատումը, ոչ կատարյալ նարկոզը կամ տեղային ցավազրկումը, արյան զգալի կորուստը, վիրահատումը հատուկ շոկոգեն շրջանում, հարուստ ներվային գոյացություններով և այլն: Կախված շոկի զարգացման ժամանակից՝ այն բաժանվում է առաջնայինի և երկրորդայինի:

Առաջնային շոկը զարգանում է վնասվածքի պահին կամ անմիջապես նրանից հետո, երկրորդային շոկը վնասվածքից որոշ ժամանակ անց, երբեմն մի քանի ժամ հետո: Տարբերվում է շոկի երկու փուլ՝ էրեկտիլ և տորպիդ:

Շոկի էրեկտիլ փուլը սկսվում է անմիջապես վնասվածքից հետո և բնորոշվում է գիտակցության պահպանումով, շարժողական անհանգրստությամբ: Մաշկային ծածկույթները կարմրավուն են կամ նորմալ գունավորման: Նկատվում է քրտնարտադրության ուժեղացում: Բբերը լայնացած են, նրանց ռեակցիան լույսի հանդեպ ուժեղացած է: Պուլսը հաճախացած (երբեմն հակառակը՝ դանդաղած), զարկերակային ճնշումը նորմալ կամ փոքր-ինչ բարձրացած: Սովորաբար այս փուլը կարճատև է և անցնում է հաջորդին:

Շոկի տորպիդ փուլը բնորոշվում է ընկճվածությամբ և օրգանիզմի բոլոր ֆունկցիաների արգելակվածությամբ: Գիտակցությունը պահպանված է, բայց հիվանդը թույլ է, անտարբեր: Զարկերակային ճնշումը ընկած, պուլսը հաճախացած, թույլ լեցումով, հաճախ թելանման: Մաշկային ծածկույթները գունատ են, առաջանում է սառը քրտինք, դեմքը քնկոտ, բբերը լայնացած և թույլ է ռեակցիան լույսի հանդեպ: Կարող է լինել սրտխառնոց և փսխում:

Կախված զարկերակային արյան ճնշումից և հիվանդի ընդհանուր վիճակից, տարբերվում է շոկի շորս աստիճան:

I աստիճան՝ ընդհանուր դրությունը բավարար է, պուլսը 90—100 զարկ մեկ րոպեում, զարկերակային ճնշումը՝ 90—100 մմ սնդ. սյան:

II աստիճան՝ ընդհանուր դրությունը վատանում է, առաջանում է գունատություն, սառը քրտինք, պուլսը 120—140 զարկ րոպեում, զարկերակային ճնշումը՝ 70—90 մմ սնդ. սյան:

III աստիճան՝ ընդհանուր դրությունը ծանր է, պուլսը 120—160 զարկ րոպեում, զարկերակային ճնշումը՝ 50—70 մմ սնդ. սյան:

IV աստիճան՝ ծայրաստիճան ծանր դրություն է, տերմինալ (կլինիկական մահ) սահմանի վրա, պուլսը թելանման, չի հաշվվում, զարկերակային ճնշումը ցածր է՝ 50 մմ սնդ. սյան:

Շոկի կախման համար անհրաժեշտ է հաշվի առնել ազդակները, որոնք նպաստել են շոկի առաջացմանը և աշխատել վերացնել դրանք:

Հարկավոր է ճիշտ և ժամանակին ցույց տալ առաջին օգնությունը և արագորեն կազմակերպել հիվանդի տեղափոխումը:

Շոկի բուժման պլանի մեջ հարկավոր է կատարել հետևյալ միջոցառումները՝ 1) դադարեցնել ցավի գրգիռը վնասվածքի վայրում, 2) կանոնավորել կենտրոնական նյարդային համակարգի գործունեության խանգարումները, 3) կանոնավորել արյան շրջանառությունը և շնչառությունը, 4) կարգավորել նյութափոխանակությունը և վերացնել էնդոկրին խանգարումները:

Նշելով սրանից պետք է կիրառել անալգետիկներ (մորֆին և նրա ածանցյալներ), բայց անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ III—IV աստիճանի շոկի դեպքում դրանք ներարկել չի կարելի, քանի որ նրանք իջեցնում են զարկերակային ճնշումը և ճնշում են շնչառությունը: Պարտադիր է տրանսպորտային անշարժացումը, ինհալացիոն նարկոտիկ միջոցների ներմուծումը (ուրախացնող գազ թթվածնի հետ 1:1 հարաբերությամբ): Անհրաժեշտ է լայնորեն օգտագործել նովոկաինը տարբեր բլոկադաների ձևով: Արյան, արյանը փոխարինող և հակաշոկային հեղուկների (պոլիգլյուկին, սինկոլ, պոլիվինիլալկոհոլ և այլն) փոխներարկումները հանդիսանում են զորեղ բուժական միջոցներ: Փոխներարկումը կատարվում է կաթիլային կամ շիթային ձևով, հեղուկի քանակը 500 մինչև 2000 մլ և ավելի: Շոկի III—IV աստիճանների դեպքերում արդյունավետոր արյան ներզարկերակային փոխներարկումն է (200—400 մլ): Սիրտ-անոթային համակարգի վրա ներգործելու համար ներարկվում են 2—5 մլ 20 % կամֆորայի լուծույթ, 1—2 մլ 20 % կոֆեինի լուծույթ, 1—2 մլ 5 % էֆեդրինի լուծույթ, 1—2 մլ 0,2 % նորադրենալինի լուծույթ, 1 մլ 1 % մեզատոնի լուծույթ: Նյութափոխանակության և էնդոկրին խանգարումների կանոնավորման համար կիրառվում է 20—60 մլ 40 % գլյուկոզայի լուծույթ, 100—200 մգ կորտիզոն կամ հիդրոկորտիզոն, 20—100 մգ պրեդնիզոլոն, 50 ՄԻ ԱԿՏՀ: Կատարվում է թթվածնի ինհալացիա:

Գլուխ VI

ԱՐՅԱՆ ՓՈՒՆՆԵՐԱՐԿՈՒՄ

Ներկայումս արյան և արյանը փոխարինող հեղուկների փոխներարկումները ունեն լայն կիրառում: Նրանք հնարավորություն են տալիս կանխելու ծանր բարդությունները և հանդիսանում են արժեքավոր և արդյունավետ բուժական միջոցներ:

Բժշկական օգնության այս տեսակի համար առանձնացվում է հատուկ գիտության ճյուղ՝ տրանսֆուզիոլոգիան:

Մարդկային օրգանիզմի կորցրած արյան փոխարինելու միտքը առաջացել է հեռավոր անցյալում և հիշատակվել է հին աշխարհի գիտնականների գործերում: Առաջ եկավ նույնպես այն միտքը, որ եթե տարեց մարդու արյունը փոխարինվի ավելի «չափել» արյունով, ապա կարելի է երկարացնել կյանքը: Ելնելով սրանից 1492 թ. Հոմմի Ինոկենտիանոս VIII պապին փոխներարկվեց երկու պատանուց վերցված արյուն, բայց երեքն էլ մահացան:

Միայն 1628 թ. Հարվեի կողմից արյան շրջանառության հայտնագործումից հետո, ստեղծվեցին գիտական նախադրյալներ արյան փոխներարկման համար: Անգլիացի Լոուերը 1666 թ. հրատարակեց կենդանիների մոտ արյան փոխներարկման փորձերի արդյունքները: Այդ տրվյալները այնքան հավանական էին, որ Լյուդովիկոս XIV-ի պալատական բժիշկ Դենին և վիրաբույժ էմերեցը շների վրա Լոուերի փորձերի կրկնումից հետո 1667 թ. ծանր հիվանդին գառան արյուն ներարկեցին: Հիվանդը կազդուրվեց: Փորձեցին մի ուրիշ հիվանդի ներարկել նույն արյունը. վերջինս մահացավ: Ֆրանսիական գիտությունների ակադեմիայի դատական խորհրդակցությունը արդարացրեց բժիշկներին: Միաժամանակ այն բանի համար, որպեսզի այս եղանակից չօգտվեն հեթմաները, շառլատանները, որոշվեց, որ արյան փոխներարկումը կարելի է կատարել միայն ակադեմիայի թույլտվությամբ: Առաջին անգամ արյան փոխներարկումը մարդուց մարդուն կատարվել է 1819 թ. Անգլիայում Բլանդելի կողմից, Ռուսաստանում 1832 թ. Վոլֆի կողմից: XIX դարում ամբողջ աշխարհում կատարվել էր 600 արյան փոխներարկումներ, որից 137 Ռուսաստանում: Հետաքրքիր է նշել, որ Ռուսաստանում կատարված փոխներարկումներից լավ արդյունք է ստացվել 59 հիվանդի մոտ:

Արյան փոխներարկումը գիտական հիմք ստացավ միայն XX դարի սկզբում: 1901 թ. Լանդշտայները հայտնագործեց արյան երեք խմբերը, 1907 թ. Յանսկին և 1910 թ. Մոսը՝ չորրորդ խումբը: Միայն այս հայտնագործումից հետո հնարավոր եղավ անվնաս կատարել արյան փոխներարկումը կլինիկական պրակտիկայում:

ԱՐՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆԸ ԽՍՀՄ-ՈՒՄ ԵՎ ԴՈՆՈՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ռուսաստանում 1919 թ. Ս. Պ. Ֆեոդորովի աշակերտ Վ. Ն. Շամովը, հաշվի առնելով արյան խմբային պատկանելիությունը, կատարեց արյան առաջին փոխներարկումը, իսկ մյուս աշակերտ Ն. Ն. Ելանսկին 1925 թ. գրեց մենագրություն արյան փոխներարկման վերաբերյալ:

1926 թ. Ա. Ա. Բոգդանովի կողմից Մոսկվայում կազմակերպվեց արյան փոխներարկման Կենտրոնական ինստիտուտը: Ներկայումս Խորհրդային Միությունում գոյություն ունի հանրապետական, երկրամասային, շրջանային արյան փոխներարկման կայանների և արյան փոխներարկման կաբինետների ցանց, որն զբաղվում է դոնորների հաշվառման և հետազ. տման հարցերով (պահեստավորում է պահածոյացվող արյունը և ապահովում նրանով բուժական հիմնարկները), ինչպես նաև արյան փոխներարկման հարցերի գիտական մշակումով:

Արյան փոխներարկումը լայն կիրառություն ունեցավ հատկապես Հայրենական մեծ պատերազմի տարիներին: Շնորհիվ նրա կիրառման, հազարավոր մարդկային կյանք փրկվեց, շատ մարտիկներ նորից վերագարձան շարք:

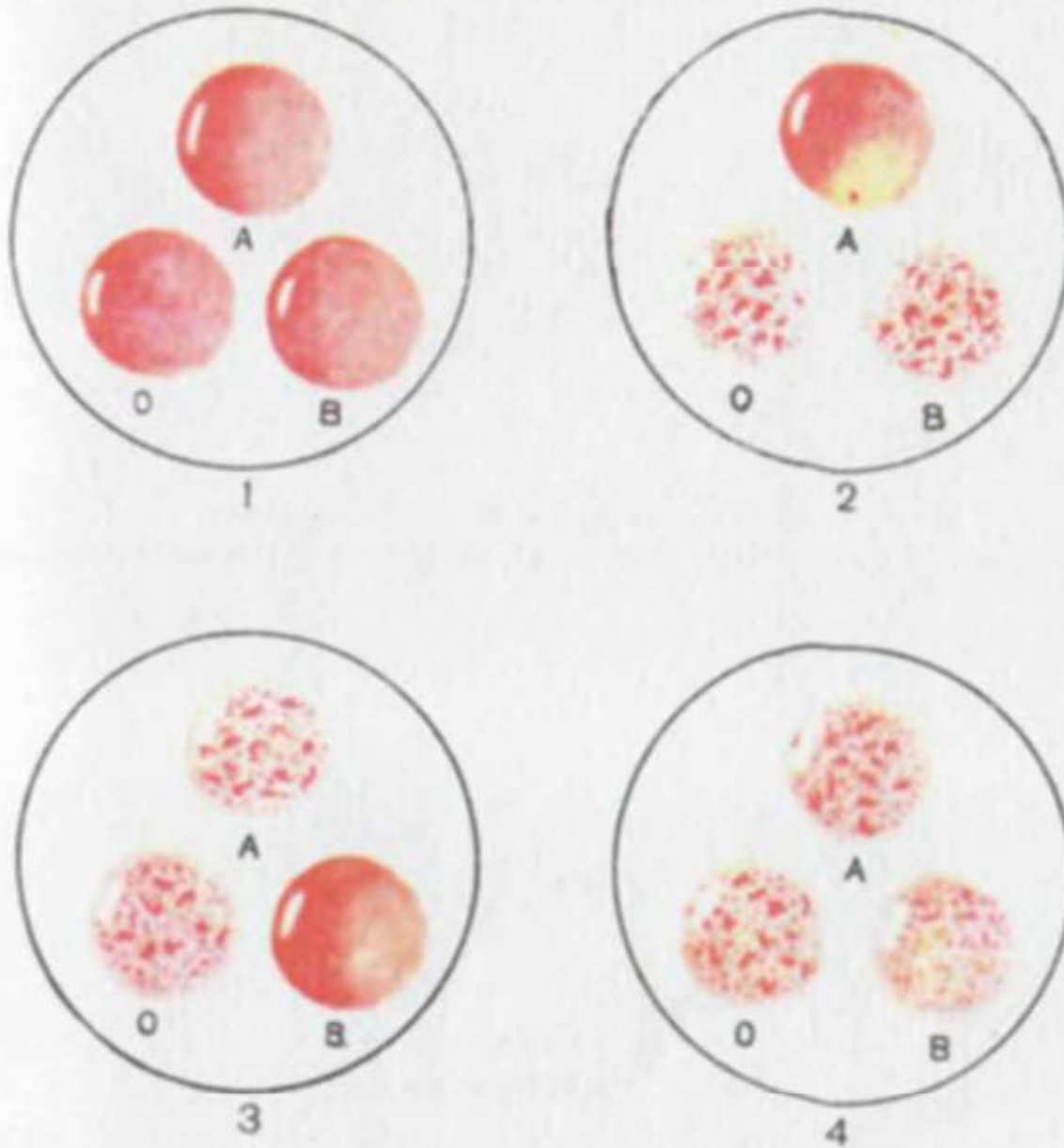
Արյան հիմնական աղբյուրը հանդիսանում է դոնորությունը: Դոնորությունը ամեն կերպ խրախուսվում և հանդիսանում է մարդասիրական հասարակական դործ: Շատ մարդիկ արյուն տալիս են ձրիաբար: Ակտիվ դոնորները պարգևատրվում են ԽՍՀՄ պատվավոր դոնորի կրծքանշանով, մեդալներով և շքանշաններով: Մեր երկրում դոնորներ կարող են լինել տասնութից մինչև հիսունհինգ տարեկան երկսեռ քաղաքացիները, որոնք ֆիզիկապես և հոգեպես առողջ են:

Կատարվում են դոնորի հետևյալ պարտադիր հետազոտումները՝ 1) արյան հետազոտում, կին դոնորների մոտ հեմոգլոբինի քանակը չպետք է ցածր լինի 120 գ/լ, էրիթրոցիտները՝ 4000000, լեյկոցիտները՝ 5000, էնՏ՝ 14 մմ/ժ, տղամարդկանց մոտ հեմոգլոբինի քանակը չպետք է ցածր լինի 123 գ/լ, էրիթրոցիտները՝ 4200000, լեյկոցիտները՝ 5500—8000, էնՏ՝ 10 մմ/ժամ ոչ բարձր, 2) մեզի անալիզ, 3) արյան հետազոտում մալարիայի պլազմոդիումի հանդեպ, 4) որոշվում է սիֆիլիսի հանդեպ ուսկցիան:

Դոնորները պարտադիր կերպով հետազոտվում են թերապևտի և վեներոլոգի կողմից: Մնացած մասնագետները ներգրավում են կոնսուլտացիայի համար անհրաժեշտության դեպքում:

Դոնորության հակացուցումներ հանդիսանում են՝ 1) ինֆեկցիոն հիվանդությունները (սիֆիլիս, բրուցելյոզ, տուբերկուլյոզ, մալարիա և այլն), 2) հյուծվածությունը, հակվածությունը այտուցների հանդեպ, շարորակ ուռուցքները, հիպերտոնիան և այլն, 3) ստամոքսի և լեղապարկի վիրահատումները: Բացարձակապես հակացուցված է արյուն վերցնել այն մարդկանցից, որոնք կրել են Բոտկինի հիվանդություն:

Ժամանակավոր հակացուցում հանդիսանում են հղիությունը, կրթքով կերակրելու շրջանը, դաշտանը: Գրիպից և անգինայից հետո արյուն վերցնել թույլատրվում է լրիվ ապաքինվելուց հետո մեկ ամիս անց:



Նկ. 48. Արյան խմբերի որոշումը ստանդարտ շինուկների միջոցով.
1— խումբ 0 (I), 2— խումբ A (II), 3— խումբ B (III), 4— խումբ AB (IV):

էջ 122

Ա



ա



բ



գ

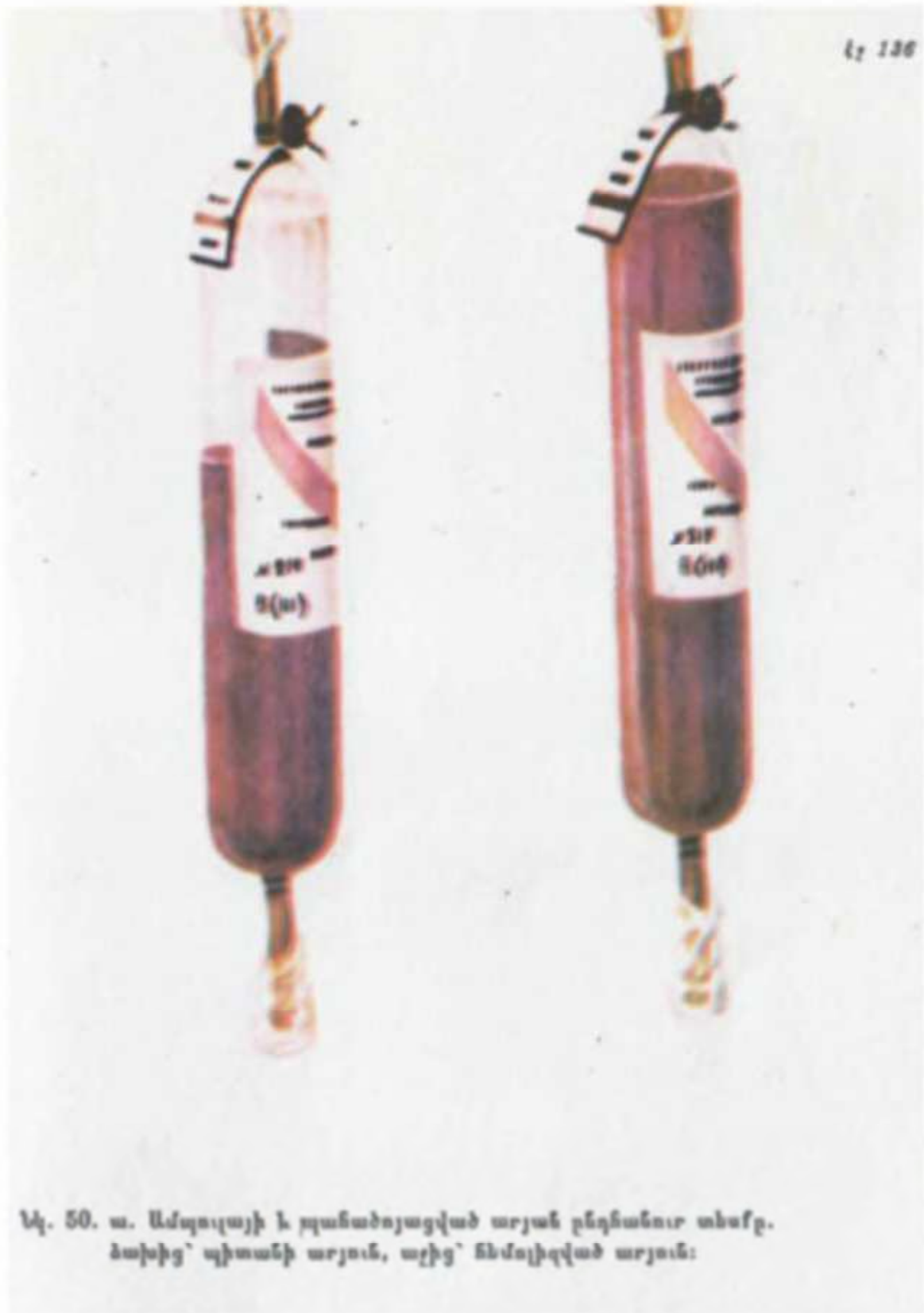
Նկ. 49. ա. Թեզու-գործանի սրտումը աղային եզանակով.

ա), բ) գրական ռեզու-գործանի զննչում, գ) բացասական ռեզու-գործանի զննչում:

Բ



Նկ. 49. բ. Թեզու-գործանի սրտումը ժելատինային եզանակով:



Նկ. 50. ա. Ամպուլայի և թվահանոյացված արյան ընդհանուր տեսք.
ձախից՝ պիտանի արյուն, աջից՝ հեմոլիզված արյուն:

էջ 208



Նկ. 120. I ստաիանի այրվածք:

էջ 208

Նկ. 121. II ստաիանի այրվածք:



էջ 208

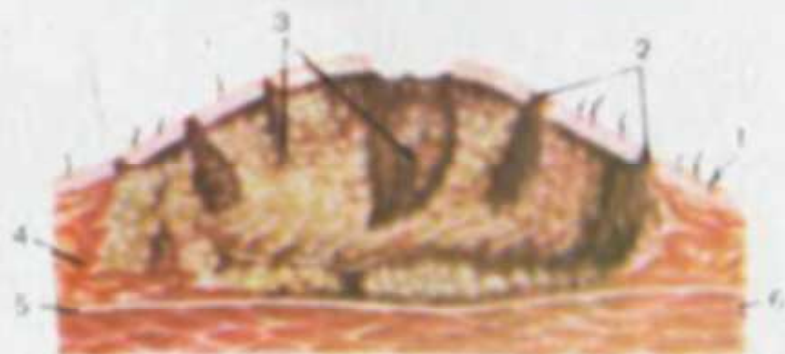
Նկ. 122. III ստաիանի այրվածք:





Նկ. 124. IV սամբնանի ցրտանարում (ա), էկերեկտոմիան ցրտանարումից հետո (բ):

Նկ. 125. Պարանոցի կարբունկուլ.
 Երկայնակի կտրվածք. 1— մաշկը,
 2— կարբունկուլի բխցանքը,
 3— մաշկացած զանգվածը,
 4— ենթամաշկային բջշանք,
 5— փակեզ, 6— մկան:



էջ 238



Նկ. 130. Պարսեղոցի ակիւմիկոզ:



էջ 126

Նկ. 126. Դեմքի կարմիր էտուս քարստուս:

էջ 238



Նկ. 128. Գազային զանգրեւա:



Նկ. 139. «Ակնոցի ախտանիշ» գանգի հիմն կառավարման ղեկավարում:



Նկ. 131. Խցանոց լեզարտերիիսը ռաւարարի գանգրեւայով:

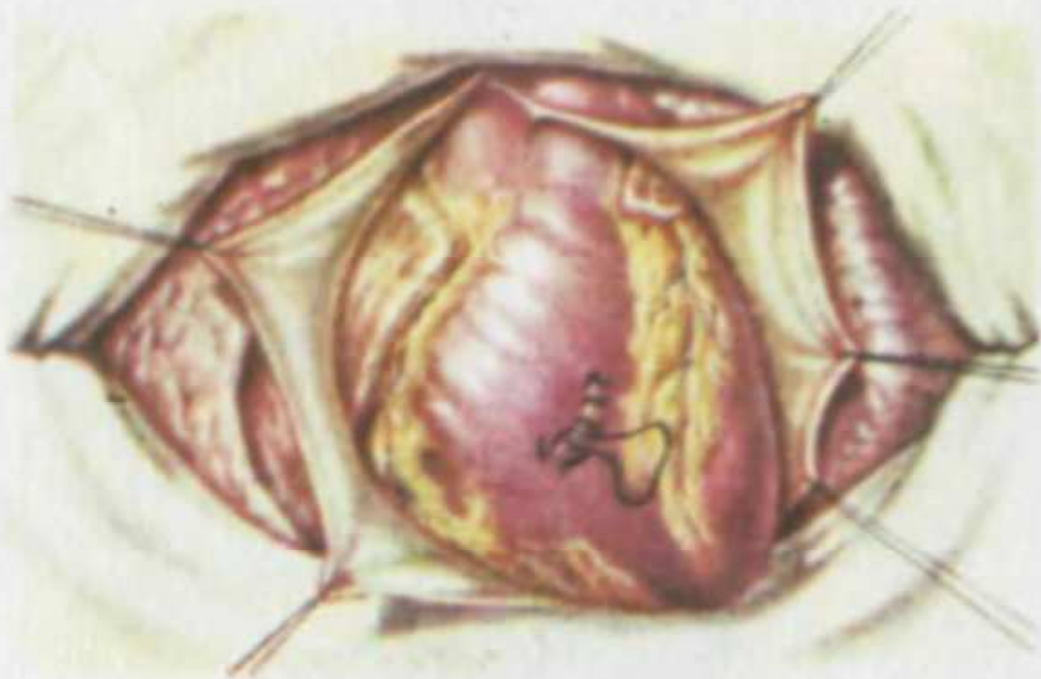
էջ 276



Նկ. 140. Գեմբի խոռոչավոր երեմաեղիում

էջ 298

Նկ. 144. Սրտի վերին կտրուկը:





ա



բ



գ



դ



ե

Այ. 146. Քրոնիտակապիկ նկարի կիսասխեմատիկ պատկերումը քրոնիսների քաղցկեղի և ազնեմայի զեպում.

ա— ետրմալ, բ— առաջնային բրոնխի էնթալորթաթաղանթի քաղցկեղային ուռուցք, գ— երկրորդային բրոնխի ազնեկարցիկոմա, դ— բրոնխի ազնեկարցիկոմա, ե— երկրորդային բրոնխի ազնեմա:



Լկ. 148. Ստիևիբ լազցկեզ:

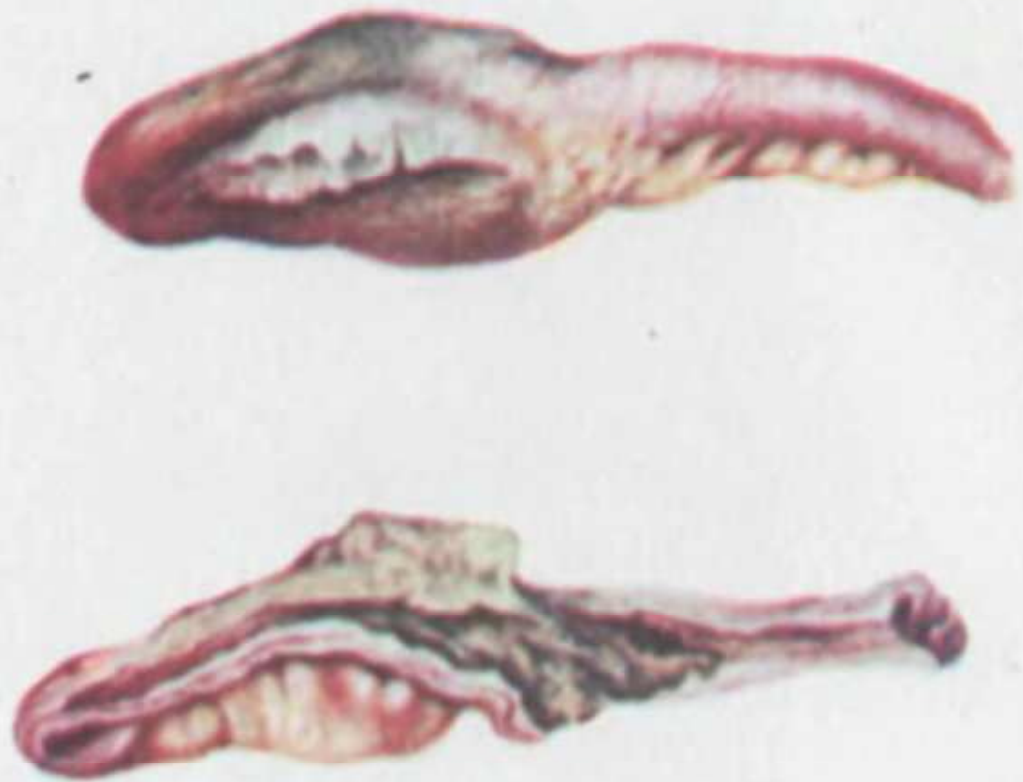


Նկ. 153. Հասարակ կատարել ապեղիցիտ:



Նկ. 154. Ֆեգմանոզ ապեղիցիտ:

էջ 328

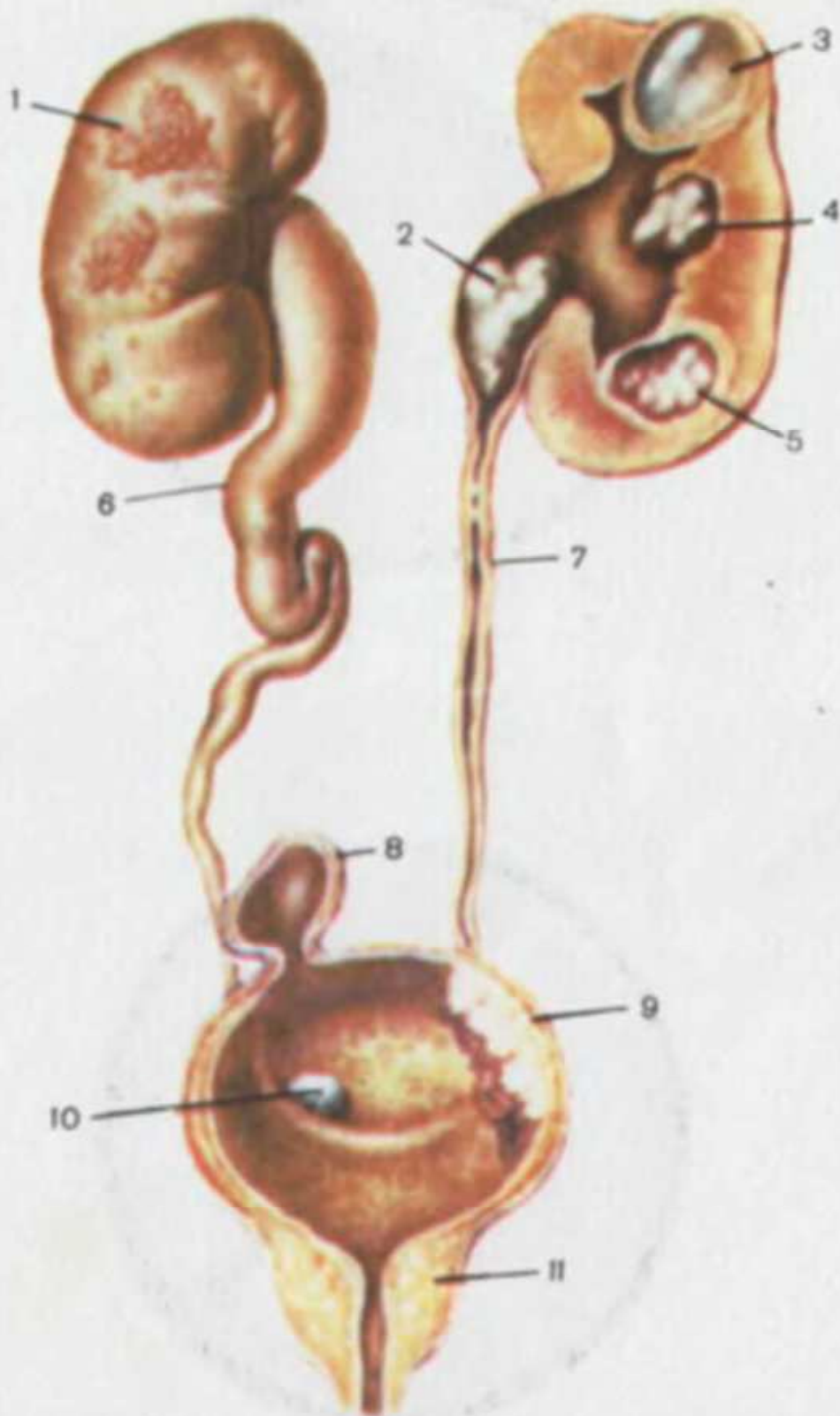


Նկ. 155. Գանգրենոզ ապնեդիցիա:

էջ 338



Նկ. 158. Ուղիղ ազու պոլիպ (տեսքը սկզտոսկոպից)



Նկ. 160. Ծրիկամների և միզուղիների առավել հաճախ հանդիպող երկվանդություններ.
 1— երիկամի ատրերիուլյուզ, 2— երիկամի աճազանի քար, 3— բուշա, 4— սկահակների քար, 5— երիկամի քարախտակույտ, 6— միզածորանի ծալում և լայնացում, 7— միզածորանը կտրվածքով, 8— միզապարկի զիջերտիկուլ, 9— միզապարկի պապիլումա, 10— միզապարկի քար, 11— շագանակագեղձի հիպերտրոֆիա

էջ 328



Նկ. 159. Ուղիղ ազու բաղցկեղ (տեսքը սկզբնական)

էջ 352



Նկ. 161. Միզազարեի բարե:



Նկ. 163. Շագանակագեղձի աղեւմայի հեռացումը:

էջ 147



Նկ. 61. Կապեր էլաստիկ ցանցից-
ա-բ-գ) կապերի որինակները,
դ) ցանցավոր ժապավենի գործածման
չափերի սխեման Թվանշանները
ցանցի չափերի համարներն են

ա



բ



գ



Միանվագ վերցվող արյան քանակը 250 մլ է, հազվադեպ 450 մլ: Կրկնակի անգամ արյուն վերցնել թուլատրվում է ութ շաբաթից հետո: Տարվա ընթացքում դոնորը միշին հաշվով արյուն կարող է տալ հինգ անգամ:

ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆ ԱՐՅԱՆ ԽՄԲԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Արյան խմբերի բաժանման հիմքում ընկած է մարդու էրիթրոցիտներում A և B ագլյուտինոգենների և արյան շիճուկում α և β ագլյուտինինների առկայությունը: Կախված ագլյուտինոգենների և ագլյուտինինների առկայությունից կամ բացակայությունից՝ որոշվում է արյան խմբային պատկանելիությունը: Մարդկանց մոտ հանդիպում է ագլյուտինոգենների և ագլյուտինինների համակցված 4 խումբ, հետևաբար տարբերվում է արյան չորս խումբ:

Առաջին խումբ 0 (I): էրիթրոցիտներում ագլյուտինոգեններ չի պարունակվում (0), իսկ շիճուկում պարունակվում են α և β ագլյուտինինները:

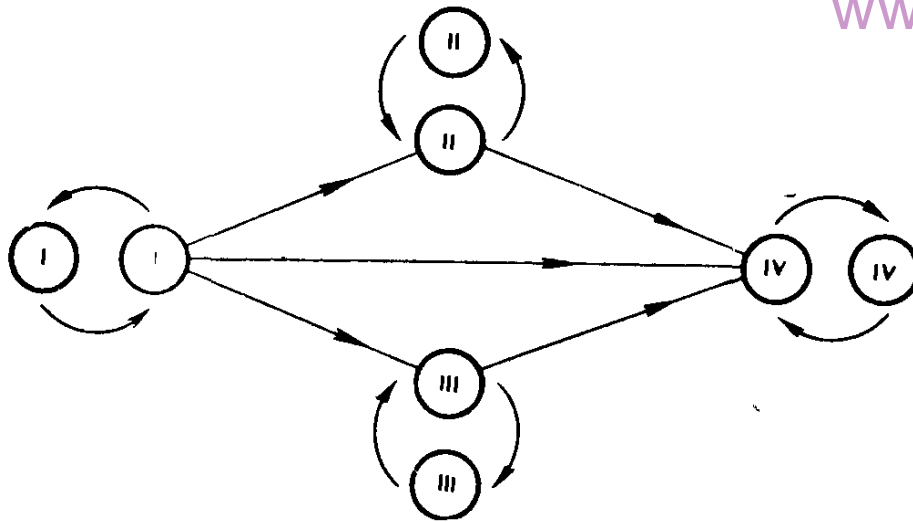
Երկրորդ խումբ A (II): էրիթրոցիտներում պարունակվում է A ագլյուտինոգենը, իսկ շիճուկում՝ β ագլյուտինինը:

Երրորդ խումբ B (III): էրիթրոցիտներում պարունակվում է B ագլյուտինոգենը, իսկ շիճուկում՝ α ագլյուտինինը:

Չորրորդ խումբ AB (IV): էրիթրոցիտներում պարունակվում են A և B ագլյուտինոգենները, իսկ շիճուկում ագլյուտինինները բացակայում են:

Երբ A ագլյուտինոգենը հանդիպում է α ագլյուտինինին և B ագլյուտինոգենը β ագլյուտինինին, փորձանոթում առաջանում է ագլյուտինացիայի (սոսնձման) ռեակցիա, իսկ կենդանի օրգանիզմի մեջ առաջանում է փոխներարկված (դոնորական) արյան էրիթրոցիտների հեմոլիզ:

Արյան փոխներարկման ժամանակ հեմոլիզի կարող են ենթարկվել միայն դոնորի էրիթրոցիտները, ռեցիպիենտի արյան շիճուկով, այլ ոչ հակառակը: Ըստ Օտտենբերգի կանոնի այս տեղի ունի այն պատճառով, որ ագլյուտինինները, որոնք պարունակում է դոնորական պլազման, ուժեղ կերպով նոսրանում են ռեցիպիենտի արյունով, որի հետևանքով նրանց տիտրը օրգանիզմում շատ քիչ է, այդ պատճառով ռեցիպիենտի էրիթրոցիտների հեմոլիզ չի կարողանում առաջացնել: Միայն զանգվածային չափով արյան փոխներարկման դեպքում կարող է առաջանալ ռեցիպիենտի էրիթրոցիտների հեմոլիզ: Կախված սրանից արյան փոխներարկման դեպքում հարկավոր է հաշվի առնել ոչ միայն ագլյուտինոգենները դոնորական արյան և ագլյուտինինները ռեցիպիենտի շիճու-



Նկ. 47. Արյան տարբեր խմբերի փոխներարկումների հնարավորության սխեման:

կի, այլև փոխներարկվող արյան ազլյուտինոգենները և ազլյուտինինները:

Ելնելով վերոհիշյալից միայն ծայրահեղ դեպքում առաջին խմբի արյունը O (I) կարելի է փոխներարկել ցանկացած մարդու (ունիվերսալ դոնոր): Բայց այդ խմբի արյունն ունեցող մարդը կարող է արյուն ընդունել միայն առաջին խմբից: Պետք է ձգտել փոխներարկել միայն նույն խմբի արյուն:

Երկրորդ խմբի արյունը A (II) կարելի է ներարկել նույն խմբի և միայն ծայրահեղ դեպքում չորրորդ խմբի արյունն ունեցողին:

Երրորդ խմբի արյունը B (III) ներարկվում է երրորդ խմբի արյունն ունեցողին և արտակարգ դեպքերում արյան չորրորդ խումբ ունեցող ռեցիպիենտներին:

Չորրորդ խմբի արյունը AB (IV) կարելի է փոխներարկել միայն այս խմբին: Արտակարգ դեպքերում այս խմբի արյունն ունեցող հիվանդին կարելի է փոխներարկել մնացած բոլոր խմբերի արյուններ (ունիվերսալ ռեցիպիենտ) (նկ. 47):

Արյան խմբերի որոշումը: Գոյությունն ունի երկու եղանակ՝ ստանդարտ շիճուկների (ուղիղ ռեակցիա) և ստանդարտ էրիթրոցիտների միջոցով (հետադարձ ռեակցիա):

Արյան խմբերի որոշումը ստանդարտ շիճուկների միջոցով: Այս եղանակով արյան խմբերը որոշելու համար հետազոտվող արյունը խառնվում է շիճուկների հետ, որոնց խմբային պատկանելիությունը նախապես հայտնի են և ազլյուտինացիայի առաջանալուց կամ բացակայությունից ելնելով որոշվում է արյան խումբը: Որոշման համար կիրառվում են նախապես պատրաստված «ստանդարտ շիճուկներ» O (I), A (II), B (III) երկու տարբեր կարգերի յուրաքանչյուր խմբի համար: Առարկայական ապակու կամ ճենապակյա ափսեի մեջ կաթեցվում է

Երկու կաթիլ ստանդարտ շիճուկ (նախապես մատիտով ապակու կամ փսեի վրա նշվում է շիճուկի խումբը), զույգ կաթիլով յուրաքանչյուր կարգից: Շիճուկները անպայման պետք է վերցնել առանձին կաթուցիչներով: Հետազոտվող հիվանդի մատը մշակվում է սպիրտով և ծակվում է հատուկ ասեղով՝ սկարիֆիկատորով: Վերցվում է արյան վեց կաթիլ, որոնց մեծությունը պետք է լինի գնդասեղի գլխից ոչ մեծ և տեղավորվում են թասի մեջ շարքերով ստանդարտ շիճուկների կողքին: Առանձին ապակե ձողիկներով խառնվում է արյունը և շիճուկը: Հինգ րոպեից հետո այդ խառնված կաթիլների վրա ավելացվում է մեկ կաթիլ ֆիզիոլոգիական լուծույթ (կեղծ ազլյուտինացիան պարզելու նպատակով):

Հետազոտման արդյունքներն են. 1) եթե ազլյուտինացիան բացակայում է բոլոր երեք զույգ վերցրած կաթիլներում, ապա հետազոտվող արյունը պատկանում է I խմբին 0 (I), բ) երբ ազլյուտինացիան բացակայում է A (II) արյան խմբի շիճուկում և մնացած խմբերի շիճուկներում 0 (I) և B (III) նկատվում է ազլյուտինացիա, ապա արյունը A (II) խմբի է, դ) երբ ազլյուտինացիան բացակայում է B (III) խմբի արյան շիճուկում և մնացած խմբերի շիճուկներում 0 (I) և A (II) նկատվում է ազլյուտինացիա, ապա արյունը B (III) խմբի է, դ) ազլյուտինացիան բոլոր երեք շիճուկներում նշանակում է արյան պատկանելիությունը չորրորդ խմբին AB (IV) (նկ. 48):

Արյան խմբերի որոշումը ստանդարտ շիճուկների երկու կարգով կատարվում է սխալից խուսափելու համար: Ազլյուտինացիայի դեպքում երեք շիճուկներում՝ AB (IV) արյան խումբը, անհրաժեշտ է կատարել լրացուցիչ որոշում AB (IV) խմբի արյան շիճուկով:

Կասկածելի դեպքերում հետազոտումը կրկնվում է ուրիշ կարգի շիճուկներով, կամ արյան խումբը որոշվում է ստանդարտ էրիթրոցիտների միջոցով:

2. Արյան խմբերի որոշումը ստանդարտ էրիթրոցիտների միջոցով: Հախճապակե թասի մեջ կաթեցվում է 3 կաթիլ շիճուկ, որը պատրաստվում է ռեցիպիենտի արյունից: Շիճուկի կաթիլներին ավելացվում են գնդասեղի գլխի մեծությամբ ստանդարտ էրիթրոցիտներ 0 (I), A (II) և B (III): Հինգ րոպե հետո ավելացվում է մեկական կաթիլ ֆիզիոլոգիական կաթիլ:

Հետազոտման արդյունքներն են՝ ա) երբ ազլյուտինացիայի ռեակցիան բացակայում է 0 (I) խմբի ստանդարտ էրիթրոցիտներով և դրական է A (II) և B (III) ստանդարտ էրիթրոցիտներով, ուրեմն արյունը առաջին խմբի է, բ) երբ ազլյուտինացիայի ռեակցիան բացակայում է 0 (I) և A (II) ստանդարտ էրիթրոցիտներով և դրական է B (III) խմբի էրիթրոցիտներով, արյունը երկրորդ խմբի է, գ) երբ ազլյուտինացիայի

ոնակցիան բացակայում է 0 (I) և B (III) ստանդարտ էրիթրոցիտներից և դրական է A (II) էրիթրոցիտներից՝ արյունը պատկանում է երրորդ խմբին, դ) երբ ազլյուտինացիայի ոնակցիան բացակայում է բոլոր խումբերի ստանդարտ էրիթրոցիտներում, արյունը շորրորդ խմբի է:

Ռեզուս գործոնը և նրա որոշումը: Առաջին անգամ հայտնաբերվել է Macacus rhesus կապիկների մոտ: Մեծ թվով մարդկանց (85 %) արյան մեջ պարունակվում է այս գործոնը, մարդկանց այս խումբը կոչվում է **ոնզուս դրական (Rh⁺)**: Մնացածների մոտ (15 %) այս գործոնը բացակայում է, նրանց կոչում են **ոնզուս բացասական (Rh⁻)**: Ռեզուս դրական արյան փոխներարկման դեպքում **ոնզուս բացասական արյունն ունեցող հիվանդի մոտ առաջանում է գերզգայուն վիճակ, մշակվում է հակամարմին (հակաոնզուս ազլյուտինին)**: Նման տիպի գերզգայուն վիճակ կարող է առաջանալ՝ 1) **ոնզուս բացասական բուժվող հիվանդին ոնզուս դրական արյան փոխներարկման հետևանքով, 2) բացասական արյունն ունեցող հղիների մոտ, երբ պտուղը ունի ոնզուս դրական արյուն:**

Հակաոնզուս ազլյուտինինների մշակումից հետո այս կարգի մարդկանց ոնզուս դրական արյունն չի կարելի ներարկել, հակառակ դեպքում զարգանում է անաֆիլակտիկ շոկ, որը կարող է հանգեցնել շատ ծանր հետևանքներ, ընդհուպ մինչև մահվան: Կախված սրանից, փոխներարկման դեպքում անհրաժեշտ է խիստ հաշվի առնել ոնզուս պատկանելիությունը: Յուրաքանչյուր արյան փոխներարկումից առաջ, բացի արյան խմբի որոշելը, անհրաժեշտ է հետազոտել արյունը ոնզուս գործոնը որոշելու համար:

Ռեզուս բացասական արյունը կարելի է փոխներարկել ինչպես ոնզուս դրական, այնպես էլ ոնզուս բացասական արյունն ունեցող հիվանդներին, ոնզուս դրական արյունը միայն ոնզուս դրական արյունն ունեցող մարդկանց: Ներկայումս հայտնաբերված են 5 գործոններ ևս, օժտված նույնատիպ, բայց ավելի թույլ արտահայտված հատկություններով: Պրակտիկ վիրաբուժության մեջ նրանց սովորաբար չեն որոշում:

Ավելի հաճախ ոնզուս գործոնը որոշելու համար կիրառվում է 'երկու եղանակ՝ աղային և ժելատինով:

Աղային եղանակ: Որոշումը կատարվում է ոնզուս բացասական շիճուկների կիրառմամբ, որ պատրաստվում են կանանց արյունից, որոնք իմունացվում են հղիության ժամանակ ոնզուս դրական գործոնով: Նույնատիպ շիճուկ կարելի է ստանալ և ծովախոզուկներից, իմունացնելով կապիկների արյունով:

Հետազոտվողի արյունը փորձանոթում խառնվում է 4 % նատրիումի ցիտրատի լուծույթի հետ 1:4 հարաբերությամբ և ցենտրիֆուգվում է 3—5 րոպե տևողությամբ: Պլազմայի անջատվելուց հետո մնացած էրի-

Թրոցիտների նստվածքը լվացվում է երկու անգամ ֆիզիոլոգիական լուծույթով և խառնվում է վերջինիս հետ այն հաշվով, որպեսզի ստացվի 2 % խառնուրդ: Փոքր փորձանոթի մեջ կաթեցվում է երկու կաթիլ հակառեզուս շիճուկ և հետազոտվող 2 % էրիթրոցիտների խառնուրդից մեկ կաթիլ: Փորձանոթը թափահարվում և դրվում է թերմոստատի մեջ, մեկ ժամ տևողությամբ 36—37° C: Ազլյուտինացիայի դրական ռեակցիայի դեպքում փորձանոթի հատակին պետք է նկատվի կտրտված եզրերով նստվածք (Rh⁺), բացասականի դեպքում առաջանում է հարթ եզրերով օղակ (նկ. 49 ա):

Ժելատինային եղանակ: 1. Շտատիվի վրա տեղավորվում է 6 փորձանոթ և նշվում են՝ երկուսը «—», երկուսը «+» և երկուսը «հիվանդ», նշելով հիվանդի ազգանունը, անունը և հայրանունը: 2. Երկու ստուգիչ փորձանոթների մեջ մտցվում է մեկական կաթիլ ստանդարտ Rh⁻, երկու ուրիշ ստուգիչ փորձանոթների մեջ Rh⁺ ստանդարտ էրիթրոցիտներ և երրորդ զույգ փորձանոթների մեջ մեկական կաթիլ հետազոտվող էրիթրոցիտները: 3. Բոլոր փորձանոթների մեջ մտցվում է մեկական կաթիլ 10 % ժելատին 46—48° C տաքացրած: 4. Առաջին շարքի բոլոր փորձանոթներին ավելացվում է մեկ կաթիլ հակառեզուս շիճուկ մեկ կարգի, երկրորդ շարքին ուրիշ կարգ: 5. Փորձանոթների պարունակությունը զգուշությամբ խառնվում և տեղավորվում է ջրային բաղնիսի մեջ +46—48° C: 6. Հինգ րոպե հետո շտատիվը հանվում է, բոլոր փորձանոթների մեջ ավելացվում է 5—10 մգ +46—48° C տաքացրած ֆիզիոլոգիական լուծույթը և խառնելուց հետո կարդացվում է արդյունքը՝ ազլյուտինացիայի փոքր կաթիլների առկայությունը ցույց է տալիս «ռեզուս դրական» արյունը, ազլյուտինացիայի բացակայությունը «ռեզուս բացասականը» (նկ. 49, բ):

Ռեզուս համատեղելիության փորձը: Այս փորձի կատարումը պարտադիր է արյան յուրաքանչյուր փոխներարկումից առաջ: Պետրիի թասի մեջ վերցվում է երկու կաթիլ ռեցիպիենտի շիճուկ, որի վրա ավելացվում է գնդասեղի գլխի մեծությամբ դոնորի արյան կաթիլը և մանրազնին խառնվում է: Պետրիի թասը ծածկվում է կափարիչով (չորացումից խուսափելու նպատակով) և տեղավորվում է ջրային բաղնիսի մեջ 42—45° C տասը րոպե տևողությամբ: Հետազոտման արդյունքները (թասը նայվում է սպիտակ ֆոնի վրա, թեթևակի թափահարելուց հետո) գնահատվում են այսպես. եթե առաջացել է ազլյուտինացիա՝ արյունը անհամատեղելի է և փոխներարկել այն չի թույլատրվում, եթե ազլյուտինացիան տեղի չի ունեցել՝ դոնորի և ռեցիպիենտի արյունը համատեղելի է և փոխներարկելը հնարավոր է:

Արյան համատեղելիության փորձերը: Հաշվի առնելով հետևանքների ծանրությունը ոչ համատեղելի փոխներարկումից, արյան փոխնե-

րարկման յուրաքանչյուր դեպքի ժամանակ պետք է կատարվեն արյան համատեղելիության փորձերը:

Անհատական համատեղելիության փորձը (ուղղակի): Անհատական համատեղելիության փորձը՝ փոխներարկվող (դոնորական) արյան և ռեցիպիենտի արյան, կատարվում է հետևյալ կերպ: Հիվանդի արյունը, որը վերցվում է երակից (5 մլ), ցենտրիֆուգվում է նատրիումի ցիտրատով կամ թողնում, որ նստվածք առաջացնի: Հիվանդի արյան պլազմայի 1—2 կաթիլը խառնում են դոնորի՝ գնդասեղի գլխի մեծությամբ արյան կաթիլի հետ: Եթե տեղի է ունենում ագլյուտինացիայի ռեակցիա, ապա հիվանդի և դոնորի արյունը անհամատեղելի են, ագլյուտինացիայի բացակայության դեպքում համատեղելի են:

Կենսաբանական համատեղելիության փորձը: Կենսաբանական համատեղելիության փորձի իմաստը կայանում է նրանում, որ ռեցիպիենտին դոնորական արյուն փոխներարկելու դեպքում սկզբում այն ներարկվում է կոտորակային եղանակով (երեք անգամ ներարկվում է 25 մլ արյուն, երեքական բուրբուխով): Եթե ռեցիպիենտի մոտ չեն նկատվում արյան շրջանառության խանգարումներ և գանգատներ շունի, փորձը բացասական է և փոխներարկումը կարելի է շարունակել: Անհանգրստության, գոտկային շրջանի ցավերի և դող առաջանալու դեպքում փորձը պետք է համարել դրական և անմիջապես պետք է դադարեցնել փոխներարկումը, իսկ հիվանդին վերցնել հատուկ հսկողության տակ:

ԱՐՅԱՆ ՊԱՀԱԾՈՅԱՑՈՒՄԸ ԵՎ ՊԱՀՊԱՆՈՒՄԸ

Արյունը վերցնելու և պահելու անոթներն ու սիստեմաները նախապես մանրազնին մաքրելուց հետո մանրէազերծվում են: Պահածոյացման նպատակով արյունը վերցվում է հատուկ վիրասրահում, խստորեն պահպանելով հետևյալ կանոնները՝ անձնակազմը հազնում է այնպես, ինչպես վիրահատման ժամանակ. նույն ձևով լվանում են ձեռքերը, մշակվում է վիրահատական դաշտը և կիրառվում մանրէազերծված նյութերը: Արյունը վենեպունկցիայի միջոցով վերցվում է արմնկային երակից հատուկ բանկաների, ամպուլաների կամ պոլիէթիլենային տոպրակների մեջ, որտեղ նախապես լցված է լինում կայունացնող լուծույթը՝ ա) ցիտրատաաղային (նատրիումի ցիտրատ 0,5 գ, նատրիումի քլորիդ 0,35 գ, թորած ջուր 100 մլ), 100 մլ արյանը կիրառվում է նույն քանակի լուծույթ, այդպիսի արյան պահածամկետը 12 օր է, բ) նատրիումի ցիտրատի 5—6 % լուծույթ, հարյուր մլ արյան համար պահանջվում է 10 մլ լուծույթ, արյան պահածամկետը 15 օր է, դ) գլյուկոզ ցիտրատային լուծույթ (նատրիումի ցիտրատ 5,0, գլյուկոզ 25 գրամ, թորած ջուր 100 մլ), 100 մլ արյան համար կիրառվում է 10 մլ

ցիտրատի լուծույթ, արյան պահպանման տեղումները մինչև 25 օր է:

Պահածոյացման բոլոր դեպքերում արյանը որպես պահածոյացնող միջոց ավելացվում է որևէ անտիբիոտիկ կամ արյունը չթայթայող անտիսեպտիկ միջոց:

Կիրառվում են և այլ կայունացնող և պահածոյացնող լուծույթներ: Կայունացման համար երբեմն արյունը բաց է թողնվում իոնիտային աղի միջով, որը արյան միջից հեռացնում է կալցիումի իոնները, զըրկելով արյանը այդ կերպ մակարդվելու հատկությունից:

Արյունը վերցնելուց հետո ամանները հերմետիկորեն փակվում են, սոսնձվում է պիտակը, որտեղ նշվում է արյան խումբը, վերցնելու ժամկետը, պահածոյացման բնույթը և դոնորի ազգանունը: Ռեզուս բացասական արյան դեպքում պիտակի վրա կատարվում է հատուկ նշում, ռեզուս դրական արյան դեպքում նշում չի պահանջվում: Արյունը պահվում է սառնարանում 4—6° C-ում:

ԱՐՅԱՆ ՓՈԽՆԵՐԱՐԿՄԱՆ ԵՂԱՆԱԿՆԵՐԸ

Ուղղակի փոխներարկում: Արյունը անմիջապես դոնորի երակից փոխներարկվում է ռեցիպիենտի երակի մեջ: Շատ արդյունավետ եղանակ է հիվանդի ծանր վիճակի դեպքում (սուր արյան կորուստ, սեպսիս, հեմոֆիլիա):

Արյան անուղղակի փոխներարկում: Դոնորի արյունը սկզբում հավաքվում է հատուկ ամանների մեջ, կայունացվում, պահածոյացվում և հետագայում անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է նրա փոխներարկումը:

Գոյություն ունեն արյան փոխներարկման հետևյալ ձևերը:

1. Ներերակային փոխներարկումը կատարվում է շիթով զանգվածային արյունահոսության դեպքում կամ կաթիլային ձևով (20—30 կաթ. 1 րոպ. ընթացքում), երբ հիվանդի վիճակը թույլ է տալիս և պահանջվում է փոխներարկել մեծ քանակությամբ արյուն (1—1,5 լ): Կաթիլային եղանակի դեպքում սիրտ-անոթային համակարգի ծանրաբեռնման վտանգը փոքր է:

2. Արյան ներգարկերակային փոխներարկումը կատարվում է կլինիկական մահվան կամ նրան մոտ գտնվող հիվանդի մոտ: Արյունը փոխներարկվում է ճնշման տակ:

3. Արյան ներոսկրային փոխներարկումը կատարվում է ոսկրի սպունգանման նյութի մեջ (կրծոսկր, կրունկոսկր, զստոսկրի թև և այլն): Կիրառվում է այն դեպքերում, երբ երակային փոխներարկումը տեխնիկապես դժվար է կատարել, օրինակ՝ երեխաների մոտ:

4. Արյան փոխարկելի փոխներարկումը կատարվում է արյան բաց-

թողումով և վերջինս փոխարինվում է դոնորի արյունով. կատարվում է հեմոլիտիկ թուլյներով (մկնդեղ, սնկեր և այլն) սննդային և դեղորայքային թունավորումների դեպքում:

5. Արյան հետադարձ փոխներարկում (ռեինֆուզիա, աուտոտրանսֆուզիա), սեփական արյան փոխներարկումն է, որը վնասվածքի հետևանքով կուտակվում է շճային խոռոչների մեջ, օրինակ՝ որովայնի խոռոչում փայծախի, լյարդի, միջընդերքի պատվածքների դեպքում, արտարգանդային հղիութայն դադարի ժամանակ: Խոռոչում կուտակված արյունը հավաքվում է, քամվում նատրիումի ցիտրատով թրջված քառատակ ծալված թանզիֆով և նորից փոխներարկվում է հիվանդին:

6. Դիակային արյան փոխներարկումը (արյունը վերցվում է այն մարդկանց դիակներից, որոնք մահացել են ոչ ինֆեկցիոն հիվանդություններից՝ ուղեղի արյունազեղումից, սրտամկանի ինֆարկտից, ծանր տրավմայի հետևանքով): Դիակային արյունը չի մակարդվում, այդ պատճառով այն պատրաստվում է առանց կայունացնող լուծույթի (ֆիրրինոգենի բացակայություն) և ստացվում է մեծ քանակով:

Արյան պիտանելիության որոշումը: Արյան փոխներարկումից առաջ անհրաժեշտ է ստուգել՝ արդյոք այն ինֆեկցված չէ, կան մակարդուկներ, հեմոլիզված է, թե ոչ: Փոխներարկման համար պիտանի արյունը մակարդուկներ չպետք է պարունակի: Պլազման պետք է զատված լինի էրիթրոցիտներից և լինի թափանցիկ, ունենա դեղին հարդավուն գունավորում: Արյան ինֆեկցիայի ենթարկվելու դեպքում պլազմայում առաջանում է պլաստիցություն և փաթիլավորում: Հեմոլիզի դեպքում պլազման ձեռք է բերում վարդագույն գունավորում («լաբային» արյուն): Պահածոյացված փոխներարկվող արյունը պետք է ունենա անձնագիր պիտակ (նկ. 50, ա):

Արյան փոխներարկման տեխնիկան: Արյան փոխներարկումը կատարվում է խիստ հաջորդականությամբ: Դոնորի և ռեցիպիենտի մոտ որոշվում են արյան խումբը և ռեզուս պատկանելիությունը: Փոխներարկումից առաջ այս տվյալները նորից պետք է որոշել: Անցկացվում են համատեղելիության ուղիղ ռեակցիան, ռեզուս համատեղելիության և կենսաբանական փորձերը: Փոխներարկումից առաջ արյունը տաքացվում է մինչև սենյակային ջերմաստիճանը:

Արյան փոխներարկումը ԼԱՓԻ սրվակից: Արյունով լցված սրվակի խցանի միջով, որը նախապես մաքրվում է սպիրտով, մտցվում են երկու հատուկ ասեղներ (կարճ և երկար): Կարճ ասեղին միացվում է արյան փոխներարկման սիստեմայի մեկ ծայրը, սրվակը շուտ է տրվում խցանով դեպի ներքև, կաթոցիկը լցվում է այն հաշվով, որ նրա մի մասը լցված լինի օդով, իսկ խողովակի մեջ օդ չմնա, իսկ սիստեմի մյուս

ծայրը միացվում է ասեղին, որը մտցվում է հիվանդի երակի մեջ (նկ. 50, բ)։

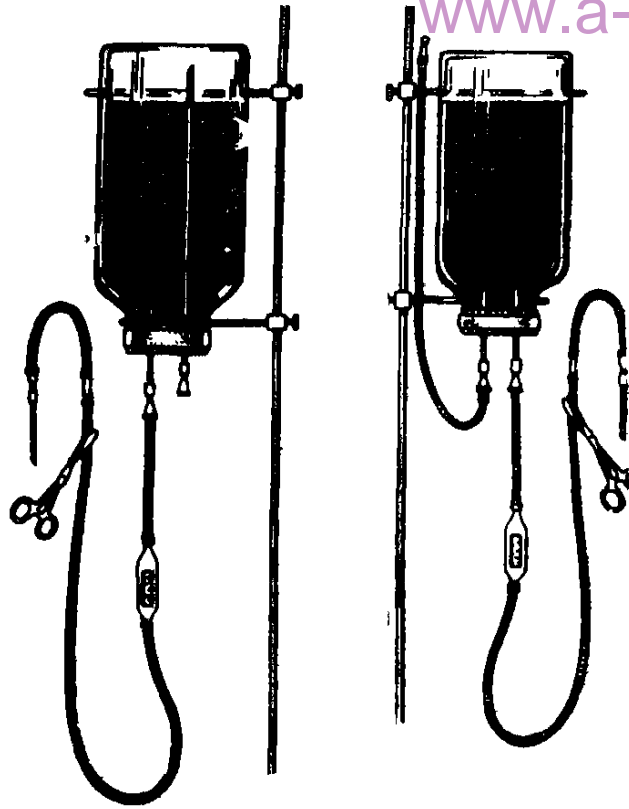
Արյան փոխներարկման սխեմանը պետք է լինի հավաքված և մանրէազերծված։ Այն կազմված է երկու խողովակներից, կաթոցիկից և սեղմակից, որը կարգավորում է ներարկման արագությունը։ Միայն մեկ անգամ օգտագործվող սխեման նախապես նախապատրաստված է գործարանային պայմաններում, այն պահվում է մանրէազերծված վիճակում հատուկ փաթեթների մեջ։

Արյան փոխներարկումը կԱՓԻ ամպուլայից։ Ամպուլայի ստորին մասից հեռացվում է ռետինե կափարիչը, հազցվում է արյան փոխներարկման սխեմայի խողովակը։ Ամպուլայի վերին փողի վրա կտրվում է ռետինե կափարիչը և ծածկվում է մանրէազերծված թանզիֆի անձեռոցիկով։

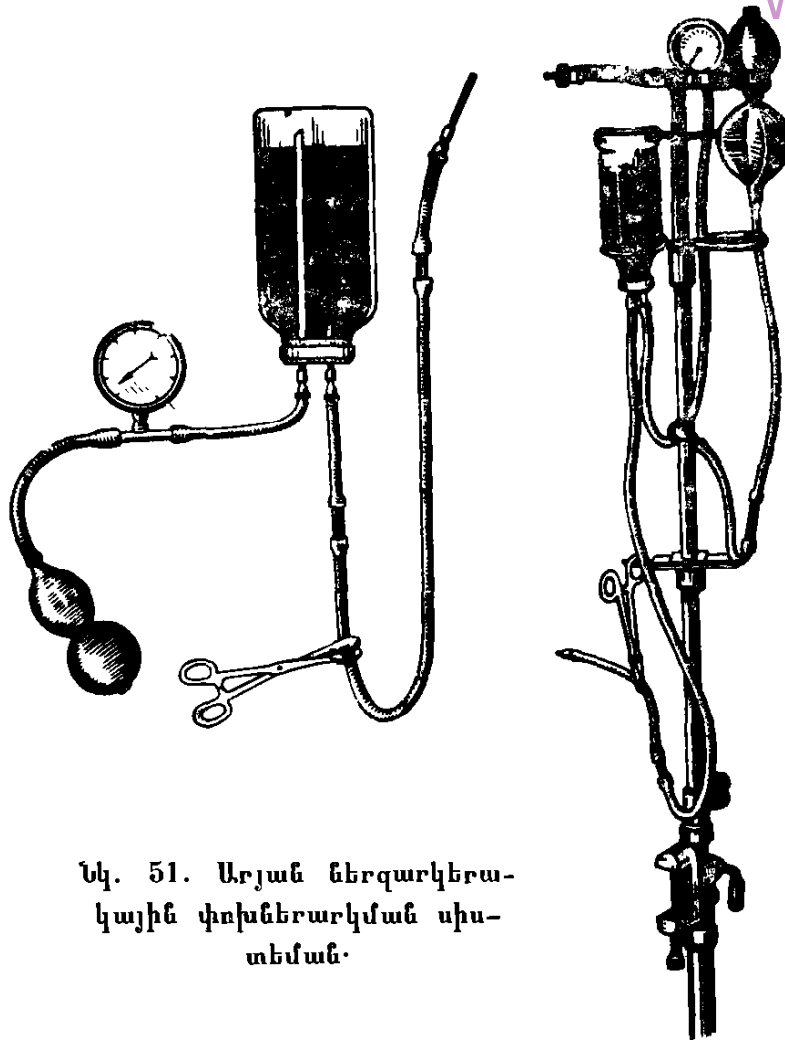
Սխեման արյունով լցնելու և օդը նրա միջից հեռացնելու համար սխեմայի ծայրը երակային ասեղի համար բարձրացվում է ամպուլայի արյան մակարդակից վեր, սեղմակը սխեմայի վրայից հանվում է և խողովակը դանդաղորեն իջեցվում է ցած կաթոցիկի մակարդակից ներքև, որպեսզի կաթոցիկը արյունով լցվի կիսով չափ, իսկ խողովակները՝ ամբողջովին, միաժամանակ օդը հեռացվում է նրանց լուսանցքից (խողովակի ազատ ծայրից նկատվում է արյան շիթը)։

Փոխներարկումը պոլիէթիլենային տոպրակից։ Արյան փոխներարկման սխեման այս դեպքում երկու ծայրերում ունի ասեղներ։ Մեկ ասեղով ծակվում է արյունով լցված տոպրակը, հատուկ խողովակի միջով, իսկ տոպրակի մյուս խողովակից մտցվում է երկար ասեղը, որը չի հասնում տոպրակի հատակին, մնում է 1—2 սմ հեռավորությամբ։ Սխեման լցվում է սրվակի փոխներարկման սկզբունքով։ Սխեմայի մյուս ասեղը մտցվում է հիվանդի երակի մեջ։

Փոխներարկումը երկու սրվակներից (ամպուլայից, տոպրակներից)



Նկ. 50 բ.: Սխեմայի հավաքումը արյան փոխներարկման համար։



Նկ. 51. Արյան ներզարկերակային փոխներարկման սխեման.

կատարվում է արագորեն՝ արյան մեծ քանակություն փոխներարկելու անհրաժեշտության դեպքում կամ երկարատև՝ արյան մեծ քանակություն փոխներարկելիս: Սրա համար կաթոցիկի և զույգ սրվակների միջև դրվում է ապակյա եռաբաշխիկ: Ըստ վերոհիշյալ եղանակի սկզբում լրցվում է արյունով սիստեմայի առաջին մասը մինչև կաթոցիկը մեկ ամպուլայից, որից հետո երկրորդից: Սիստեմայի երկրորդ մասը լցվում է սովորական եղանակով: Երկու սրվակներով փոխներարկում կատարելիս նրանցից մեկը կարող է պարունակել արյան փոխարինող հեղուկ:

Բոլոր նշված եղանակների դեպքում սիստեման արյունով լցնելուց հետո նրա ստորին մասի վրա դրվում է սեղմակ, ամանները արյան փոխներարկման համար ամրացվում են հատուկ պատվանդանի վրա (կարելի է ամրացնել և մինչև լցնելը), ասեղը մտցվում է երակի մեջ, հեռացվում է սեղմակը սիստեմայի վրայից, բաց է թողնվում արյան փոքր քանակություն (օդի հեռացում) և միացվում է սիստեման ասեղի հետ:

Ներզարկերակային արյան փոխներարկման դեպքում երկար ասեղի ծայրին (ֆլակոն), վերին փողի վրա (ամպուլա) կամ լրացուցիչ ասեղին (տոպրակ) հագցվում է Ռիչարդսոնի բալոնի խողովակը, որի միջոցով

արյան փոխներարկման ամանի մեջ ներմղվում է օդ 160—180 մմ սնդ- սյան ճնշման տակ: Փոխներարկումը կատարվում է 100—150 մլ/րոպ արագությամբ (նկ. 51):

ԱՐՅԱՆ ՓՈԽՆԵՐԱՐԿՄԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ ԵՎ ՀԱԿԱՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ

Արյան փոխներարկումը ցուցված է հետևյալ դեպքերում՝ 1) փոխարինման նպատակով, 2) օրգանիզմի դեզինտօքսիկացիայի (թունավորումը վերացնելու) համար, 3) տրավմատիկ շոկի բուժման և պրոֆիլակտիկայի նպատակով, 4) կենսական պրոցեսների (արյունաստեղծում, ռեգեներացիա, օրգանիզմի իմունոկենսաբանական պաշտպանական ուժերի բարձրացում) խթանման համար, 5) վերակենդանացման համար սահմանային (տերմինալ) վիճակների դեպքում, 6) արյունահոսությունը դադարեցնելու (հեմոստատիկ) նպատակով:

Արյան փոխներարկման բացարձակ հակացուցումներն են՝ 1) սիրտանոթային համակարգի դեկոմպենսացիան, 2) թոքերի ակտիվ տուբերկուլոզը (թարմ ինֆիլտրատիվ ձևերի դեպքում), 3) ալերգիկ հիվանդությունները (Կվինկեյի այտուց, էկզեմա և այլն), 4) տրոմբոզը և էմբոլիան, 5) լյարդի և երիկամների սուր բորբոքային հիվանդությունները (հեպատիտ, նեֆրիտ), 6) իսկական և շարորակ լիարյունություններ:

ՍԽԱԼՆԵՐԸ, ՎՏԱՆԳԸ ԵՎ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԱՐՅԱՆ ՓՈԽՆԵՐԱՐԿՄԱՆ ԴԵՊՔՈՒՄ ԵՎ ՆՐԱՆՑ ՊՐՈՖԻԼԱԿՏԻԿԱՆ

Հեմոտրանսֆուզիոն շուկը սկսվում է անհամատեղելի արյան փոխներարկումից հետո (երբ արյան խումբը սխալ է որոշվում): Ախտանիշներից են՝ ծանրության զգացում կրծքավանդակում, գլխացավ, ցավ որովայնում և գոտկային շրջանում, պուլսի հաճախացում, զարկերակային արյան ճնշման իջեցում, երբեմն փսխում, ակամա միզարձակում և դեֆեկացիա: Այսպիսի դեպքերում կատարվում է արյան բացթողում, պլազմայի, հակաշոկային լուծույթների, 5 % գլուկոզայի լուծույթի ներարկումներ, համատեղելի նույն խմբի արյան փոխարինելի փոխներարկում, ինչպես և հարերիկամային նովոկաինային բլոկադա: Միզարյունության զարգացման դեպքում ցուցված է ստամոքսի լվացումը՝ հեմոդիալիզ «արհեստական երիկամ» ապարատի միջոցով:

Ռեկուլա անհամատեղելի արյան փոխներարկում: Կլինիկական պատկերը նույնպիսին է, ինչ որ անհամատեղելի արյան խմբի փոխներարկման դեպքում: Ռեակցիան երբեմն կարող է սկսվել զգալիորեն ուշ: Ալբումինուրիայի և հեմատուրիայի (էրիթրոցիտներ) առաջանալը հաս-

տատում է ախտորոշումը: Բուժական միջոցառումները նույնն են, ինչ որ անհամատեղելի արյան փոխներարկման դեպքում:

Ինֆեկցիայի ենթարկված և կեղտոտված արյան փոխներարկումը: Ախտանիշները ի հայտ են գալիս մի քանի ժամից հետո և արտահայտվում են ցնցող դողով, զարկերակային ճնշման անկումով, պուլսի վատացումով, մաշկը և լորձաթաղանթները կապտած են: Բուժումը կատարվում է այնպես, ինչպես ոչ համատեղելի արյան փոխներարկման դեպքում էր, բայց ավելացվում են անտիբիոտիկներ:

Անաֆիլակտիկ շոկ: Զարգանում է տարբեր սպիտակուցների հանդեպ գերզգայուն վիճակ ունեցող օրգանիզմներում: Ախտանիշներից են՝ ընկնում է զարկերակային արյան ճնշումը, պուլսի հաճախացում, մաշկային ծածկույթների և տեսանելի լորձաթաղանթների գունատություն, մակերեսային շնչառություն: Բուժումը՝ հակաշոկային միջոցառումների կատարում, հակահիստամինային պրեպարատների կիրառում:

Ցիտրատային շոկ: Զարգանում է այն դեպքերում, երբ ներարկվում է մեծ քանակությամբ արյուն, որը պարունակում է մեծ քանակով նատրիումի ցիտրատ: Կլինիկան բնորոշվում է արյան շրջանառության խանգարումով, ցնցումներով: Բուժումը. ներերակային ներարկվում է 10 % կալցիումի քլորիդի լուծույթ:

Պիրոզեն ուեակցիա: Կարող է առաջանալ ոչ միայն արյան փոխներարկման, այլև արյան փոխարինողների ներարկման դեպքում: Պատճառը պիրոզեն նյութերն են, որոնք հաճախ հանդիսանում են տարբեր մանրէների կենսագործունեության արգասիքները: Ախտանիշներից են՝ դող, ջերմաստիճանի բարձրացում, տկարություն, դժվարաշնչություն, մաշկի ցանավորում: Պրոֆիլակտիկան՝ մանրազնին կատարել արյան փոխներարկման սիստեմաների և ամանների մշակման հրահանգները, պահպանել կիրառվող պրեպարատների պիտանելիության ժամկետը:

Սրտի սուր լայնացում: Սկսվում է արյան արագ փոխներարկելու հետևանքով: Ախտանիշներից են՝ ծանրության զգացում կրծքավանդակում, շնչառության դժվարացում, մաշկի և տեսանելի լորձաթաղանթների կապտություն:

Օդային էմբոլիա: Առաջանում է այն դեպքերում, երբ օդը սիստեմայի միջով արյան հեմ միասին անցնում է աջ սիրտը և թոքերի անոթները: Ախտանիշներից են՝ ցավը կրծոսկրի շրջանում, անհանգստություն, կապտություն, շնչառության դժվարացում, սրտի դադար:

Տրոմբէմբոլիա: Արյան մակարդուկը սիստեմայից և ասեղից կարող է անցնել թոքերի անոթները՝ առաջացնելով թոքերի ինֆարկտ: Ախտանիշներից են՝ ցավեր կրծքավանդակում, արյունախիտում, հևոց, դողէրոցք: Տրոմբը կարող է ընկնել նաև գլխուղեղի անոթների մեջ (զարկերակաերակային բերանակցումների դեպքում): Այս դեպքում առաջանում

է գիտակցութեան կորուստ, զարկերակային և երակային ճնշման անկում, մակերեսային շնչառութիւն:

Բացարձակապէս հակացուցված է խցանված ասեղի «լվացումը» սիստեմայի միջոցով, տրոմբէմբոլիայի վտանգից խուսափելու նպատակով:

Փոխներարկումից հետո ամպուլայի մեջ անհրաժեշտ է թողնել փոքր քանակով արյուն, բարդութեան դեպքում անալիզ կատարելու համար:

ԱՐՅԱՆ ՊՐԵՊԱՐԱՏՆԵՐ

Ժամանակակից բժշկութեան մեջ լայն տարածում գտան արյան բաղադրիչ մասերը: Մի շարք հիվանդութիւնների դեպքում նրանց կիրառումը ավելի նպատակահարմար է, քան հենց արյան:

Ներկայումս գոյութիւն ունեն մեծ թվով արյան բաղադրիչ մասերի պրեպարատներ: Վիրաբուժական պրակտիկայում ավելի հաճախ կիրառվում են հետևյալ պրեպարատները՝

Պլազման ստացվում է արյունը նստվածք տալուց հետո 48 ժամ տևողությամբ 4° C-ում:

Շինուկը ստացվում է պլազմայի անջատումից հետո: Պլազման և շինուկը բաց են թողնվում հեղուկ (նաև պլազմա և շինուկ) և չոր ձևով: Չոր պլազման կարող է պահպանվել մինչև 5 տարի: Օգտագործելուց առաջ այն լուծվում է կրկնակի թորած ջրի մեջ այն տոկոսային հարաբերությամբ, որը նշված է պիտակի վրա (20—30 %):

Պլազմայի փոխներարկումը ցուցված է ցանկացած ծագումի շոկի դեպքում, արյունահոսութիւնների դեպքում այն դադարեցնելու նպատակով, օրգանիզմի սպիտակուցների կորստի դեպքում (հիպոպրոտեինեմիա) և այլն:

Էրիթրոցիտար զանգվածը կազմված է 80—90 % էրիթրոցիտներից և 10—20 % պլազմայից, բաց է թողնվում ամպուլաների կամ սրվակների մեջ: Փոխներարկման ցուցումներն են՝ արտահայտված սակավարյունութիւնը, հիպո- և դիսպրոտեինեմիան, թունավորումները:

Հակացուցումներն նույնն են, ինչ որ արյան փոխներարկման դեպքում էր:

Լեյկոցիտար զանգված պրեպարատը պարունակում է մեծ քանակութեամբ լեյկոցիտներ: Փոխներարկման ցուցումներն են արյունաստեղծման հիպոպլաստիկ և ապլաստիկ վիճակները, դեղորայքային ազրանուլոցիտոզը և սեպսիսը: Հակացուցված է, երբ հիվանդի մոտ առկա է հակալեյկոցիտար հակամարմինը:

Տրոմբոցիտար զանգվածը բաց է թողնվում հեղուկ և չոր վիճակում. կիրառվում է ներերակային ներարկման համար, երբ խանգարվում է

արյան մակարդունակությունը (Վերլզոֆի հիվանդություն, ապլաստիկ անեմիա և այլն) և արյունահոսությունը դադարեցնելու նպատակով: Հակացուցված է տրոմբազոյացման հանդեպ հակվածության դեպքում:

Արյունահոսության տեղային դադարեցման համար, հատկապես պարենխիմատոզ օրգանների, մեծ տարածում ունեն հետևյալ պրեպարատները՝ չոր տրոմբինը, հեմոստատիկ սպունգը, կենսաբանական անտիսեպտիկ տամպոնը (ԿԱՏ), Ֆիբրինի թիթեղները: Հակամակարդիչ պրեպարատներից են Ֆիբրինոլիզինը և տրոմբոլիտինը:

ԱՐՅԱՆ ՓՈԽԱՐԻՆՈՂՆԵՐ

Արյան փոխարինողները լայն կիրառում ունեն շնորհիվ իրենց ուղղակի ազդեցության. բարձրացնում են զարկերակային արյան ճնշումը, նպաստում օրգանիզմից թունավոր նյութերի հեռացմանը (դեզինտոքսիկացիա), պլազմայի սպիտակուցների սինթեզին: Նրանցից մի քանիսը օժտված են կոմպլեքս ազդեցությամբ, օրինակ, պոլիգլյուկինը բարձրացնում է արյան ճնշումը և նվազեցնում օրգանիզմի թունավորումը: Արյան փոխարինողները սովորաբար ներարկվում են ներերակային կաթիլային եղանակով, հաճախ համակցվում են արյան և նրա պրեպարատների հետ:

I. Արյան փոխարինողներ հակաշոկային ազդեցությամբ՝ 1) պոլիգլյուկին, 2) հեմովինիլ (պոլիվինիլպիրոլիդին միջին մոլեկուլյար), 3) պոլիվինիլ միջին մոլեկուլյար, 4) ժելատինոլ:

II. Արյան փոխարինողներ թունավոր նյութերը չեզոքացնող (դեզինտոքսիկացիոն) ազդեցությամբ. 1) հեմոդեզ (պոլիվինիլպիրոլիդին փոքր մոլեկուլյար), 2) ռեոպոլիգլյուկին (պոլիգլյուկին փոքր մոլեկուլյար):

III. Պրեպարատներ պարենտերալ սնուցման համար. 1) հիդրոլիզին Լ-103, 2) հիդրոլիզատ կազեին ԿԼՇԱՓԻ, 3) ամինոպեպտիտ, 4) ամինոկրովին, 5) սպիտակուցային արյան փոխարինող ԱՓ-8, 6) ճարպային էմուլսիան ԼԱՓԻ (լիպոմաիզ):

Բացի վերևում նշված բարձր արդյունավետ պրեպարատներից, մեծ տարածում են գտել այսպես կոչվող բյուրեղային աղային լուծույթները՝ 0,85 տոկոսանոց կերակրի աղի լուծույթը՝ ֆիզիոլոգիական լուծույթ, Ռինգեր—Լոկի լուծույթը (նատրիումի քլորիդ՝ 9,0 գ, կալցիումի քլորիդ՝ 0,23 գ, կալիումի քլորիդ՝ 0,25 գ, սոդա՝ 0,2 գ, գլյուկոզա՝ 1,0 գ, ջուր՝ 1000 մլ), Ռինգերի լուծույթը (նատրիումի քլորիդ՝ 8 գ, կալցիումի քլորիդ՝ 0,1 գ, կալիումի քլորիդ՝ 0,075 գ, սոդա՝ 0,1 գ, ջուր՝ 1000 մլ), ԿԼՇԱՓ-ի աղային ինֆուզիոնը (կերակրի աղ՝ 8 գ, կալիումի քլորիդ՝ 0,2 գ, կալցիումի քլորիդ՝ 0,25 գ, մագնեզիումի քլորիդ՝ 0,05 գ, սոդա՝ 0,8 գ,

Նատրիումի ֆոսֆատ՝ 0,3 գ, ջուր՝ 1000 մլ): Աղային լուծույթները հիմնականում կիրառվում են օրգանիզմի ջրազրկման, թունավորման, արյան կորստի դեպքերում: Առավել արդյունավետ է աղային ինֆուզիոնը: Աղային լուծույթների առավելությունը հետևյալն է. պատրաստվում են շատ արագ, թերի կողմն այն է, որ օրգանիզմից և արյան հունից հեռանում են արագորեն:

ՊՐՈՑԵԴՈՒՐԱՅԻՆ ԲՈՒԺՔՐՈՋ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Մեծ վիրաբուժական բաժանմունքներում առանձնացվում է հատուկ կաբինետ պրոցեդուրաների կատարման համար, որոնք կապված են տարբեր դեղանյութերի պարենտերալ ներմուծման հետ: Բոլոր այս մանիպուլյացիաները կատարում է պրոցեդուրային բուժքույրը:

Իր աշխատանքի ընթացքում պրոցեդուրային բուժքույրը պետք է պահպանի ասեպտիկայի կանոնները այնպիսի խստույթյամբ, ինչպես այն կատարվում է վիրահատական սեկցիայում: Դեղանյութերի պարենտերալ ներմուծումները (ենթամաշկային, միջմկանային, ներերակային) կատարվում են տարբեր տեսակի սրսկիչների և սրածայր ասեղների միջոցով (սրսկիչների մանրէազերծման մասին ասվել է վերևում): Սրսկման մասում հիվանդի մաշկը պետք է կատարելապես մաքուր լինի: Եթե մաշկը կեղտոտված է, ապա այն անմիջապես լվանում են օձառով, որից հետո մաքրում են սպիրտով թրջված գնդիկով, կամ քսում էյուզոլի լուծույթ: Սրսկումից առաջ բուժքույրը պետք է անպայման լվանա ձեռքերը օձառով, հոսող ջրի տակ: Դեղանյութերի ներմուծումից առաջ անհրաժեշտ է ստուգել դեղանյութի ամպուլայի վրա եղած մակագրությունը՝ սխալից խուսափելու համար: Ամպուլան սղոցում են հատուկ սղոցիկով ամպուլայինեղ մասում, որից հետո այդ տեղը մաքրում են սպիրտով թրջված բամբակով, բռնում այդ նույն բամբակով և կոտրում սղոցած մասը: Ամպուլայի լուսանցքի մեջ մտցնում են ասեղը և թեքելով ամպուլան՝ հավաքում նրա միջից պարունակությունը: Սրսկիչը շրջում են ասեղով դեպի վեր, իսկ օդը սրսկիչի միջից հանվում է շարժելով մխոցը:

Տարբեր տեսակի ներարկումների (ներմաշկային, ենթամաշկային, ներերակային) մեթոդիկան նկարագրված է համապատասխան հիվանդանների խնամքին վերաբերող ձեռնարկներում: Միկրոոռոգիչի միջոցով կատարվող վենեպունկցիան, ենթանրակային երակի պունկցիան, ներզարկերակային պունկցիան, ներոսկրային ներարկման մանիպուլյացիաները կատարում է բժիշկը, դրանք նկարագրված են հատուկ ձեռնարկներում:

ԴԵՍՄՈՒՐԳԻԱ

Դեսմուրգիան ուսմունք է կապերի դրման և նրանց կիրառման մասին:

Վիրակապ անվան տակ հասկացվում է հիվանդի մարմնին բուժման նպատակով ամրացված վիրակապական նյութը:

Վիրակապական նյութ համարվում է այն նյութը, որը դրվում է վերքի կամ մարմնի այլ մասերի վրա բուժման նպատակով:

Վիրակապություն կոչվում է վիրակապի փոխելը:

Կախված կիրառվող նյութից՝ կապերը բաժանվում են երկու խմբի՝ փափուկ (սպեղանիային, կլեոլային, գլխաշորային, բինտային) և կոշտ (դեքստրինային, օսլայի, գիպսային):

ՓԱՓՈՒԿ ԿԱՊԵՐԻ ՏԵՍԱԿՆԵՐԸ

Փափուկ կապերը բաժանվում են հետևյալ տեսակների՝ կաշուն սպեղանիային, կոլլոիդային, ԲՖ-6 սոսնձով սոսնձվող, գլխաշորային և բինտային:

Սոսնձային կապերը կիրառվում են ոչ մեծ վնասվածքների և վիրահատական վերքի շրջանում, անկախ նրանց տեղակայումից: Եթե այդ մասում գտնվում է մազածածկույթ, ապա այն նախապես սափրվում է:

Սպեղանիային կապ: Վերքի վրա դրված վիրակապական նյութը կաշուն սպեղանու մի քանի շերտով ամրացվում է մաշկի առողջ մասերի հետ: Կապի թերութունը սպեղանու տակ մաշկի թացանալն է և ոչ բավարար հուսալի ամրացումը, հատկապես սպեղանու թացանալու դեպքում:

Կլեոլային կապ: Կլեոլը կեշու խեժի լուծվածքն է սպիրտի և եթերի մեջ՝ վերցված հավասար քանակությամբ: Վերքը ծածկում են վիրակապով: Վիրակապի շուրջը մաշկին քսում են կլեոլ և թողնում որոշ չափով չորանա: Զգված թանգիֆով ծածկում են վիրակապը և մաշկի այն մասը, որտեղ քսված է կլեոլը: Անձեռոցիկի եզրերը ամուր սեղմում են մաշկին: Անձեռոցիկի ավելորդ շոսնձված մասերը կտրվում են մկրատով: Կապի թերութունը սոսնձվելու թույլ ամրութունն է և մաշկի կեղտոտվելը չորացած կլեոլով:

Կոլլոիդային կապը տարբերվում է նախորդից նրանով, որ թանգիֆը սոսնձվում է մաշկին ոչ թե կլեոլով, այլ կոլլոիդիումով (նիտրոթաղանթանյութի լուծույթը՝ խառնված սպիրտի և եթերի հետ): Կապի դրման տեխնիկան. վիրակապը ծածկվում է անձեռոցիկով, որի եզրերին քսվում

է կոլլոզիում: Կոլլոզիումի պնդանալուց հետո անձեռոցիկի շտսնձված մասերը կտրվում են: Կոլլոզիումը հանձնարարվում է քսել թիակով: Կապը լավ պահվում է 7—8 օր: Թերությունը պետք է համարել նրա փոքր էլաստիկությունը և մաշկի գրգռումը:

Նույն նպատակով կարելի է գործածել ուետինե սոսինձը (ուետինի լուծվածքը եթերի և բենզինի խառնուրդի մեջ), ԲՑ-6 սոսինձը:

Գլխաշորային կապեր: Սրա համար կիրառվում է որևէ վիրակապական նյութի (թանգիֆ, գործվածք և այլն) եռանկյունաձև կտորը: Այդպիսի կապի ավելի երկար կողմը կոչվում է հիմք, նրա դիմաց ընկած անկյունը՝ գագաթ, մյուս երկու անկյունները՝ ծայրեր:

Գլխաշորը հաճախ կիրառվում է ձեռքը կախելու համար՝ նրա և անրակի վնասվածքների դեպքում: Գլխաշորի միջին մասը դրվում է ուղիղ անկյան տակ ծավված նախաբազկի տակ, գլխաշորի գագաթը ուղղված է դեպի արմունկը: Գլխաշորի ծայրերը ամրացնում են պարանոցի վրա: Գագաթը, արմունկի շուրջը պտտելով հետևից առաջ, ուղղում և ամրացնում են քորոցով կապի առաջային մասի հետ (նկ. 52): Գլխի վիրակապման ժամանակ (նկ. 53) 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:

Ուսի շրջանում կապը հարմար է դնել երկու (նկ. 54) կամ մեկ գլխաշորով (նկ. 55):

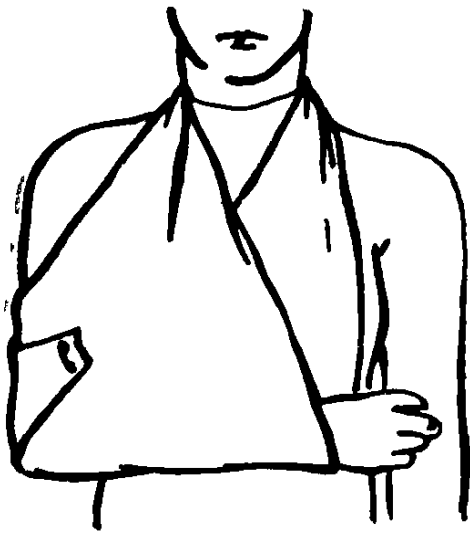
Ստինքի գլխաշորային կապի դեպքում (նկ. 56) նրա հիմքը գրտնըվում է ստինքի տակ, գագաթը տարվում է հիվանդ կողմի ուսի վրայով դեպի հետ, մեկ ծայրը մյուս ուսի վրայով առջևից, իսկ երկրորդ ծայրը հիվանդ կողմի թևատակով տարվում է հետ: Գլխաշորի երկու ծայրերը և գագաթը կապում են իրար հետ մեջքի վրա:

Գլխաշորային կապը կոնֆազդրային հողի վրա դրվում է երկու գլխաշորով (նկ. 57): Մեկ գլխաշորը (փաթաթված) կապվում է իրանի շուրջը գոտու նման: Մյուսի գագաթը ամրացվում է գլխաշոր գոտուն, գլխաշորի հիմքով ծածկվում է կոնֆազդրային հողը, ծայրերը փաթաթում են ազդրի շուրջը և կապվում միմյանց հետ:

Լողավարտիքաձև գլխաշորի կապ դնելու դեպքում (նկ. 58) գագաթը շրջվում է շեքի վրայով դեպի հետ, հիմքով ծածկվում է որովայնը, իսկ ծայրերը տարվում են հետ և կապվում այնտեղ գագաթի հետ:

Հետույքների վրա կապը դրվում է լողավարտիքաձև կապի նման, բայց գլխաշորի գագաթը և երկու ծայրերը կապվում են առջևի մասում (նկ. 59):

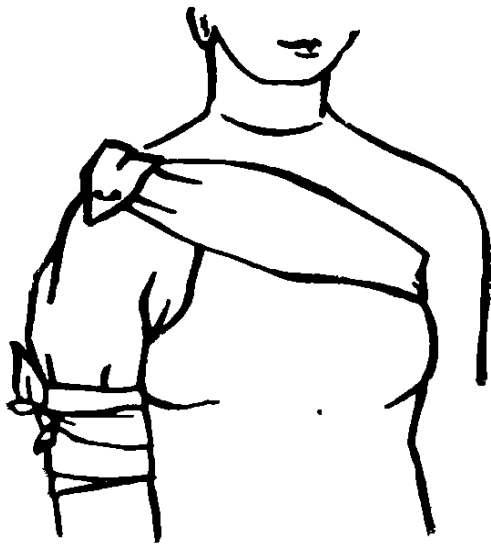
Ոտնաթաթի գլխաշորային կապի դեպքում (նկ. 60) գլխաշորի մեջտեղը դրվում է ոտնաթաթի ներբանային մակերեսի վրա, գագաթը շրջ-



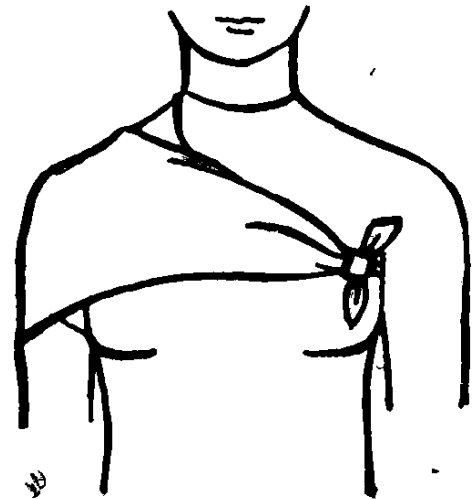
Նկ. 52. Թևի գլխաշորային կապ:



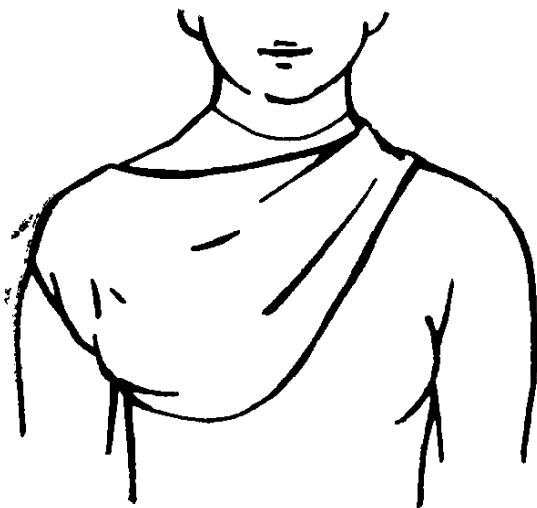
Նկ. 53. Գլխի գլխաշորային կապ:



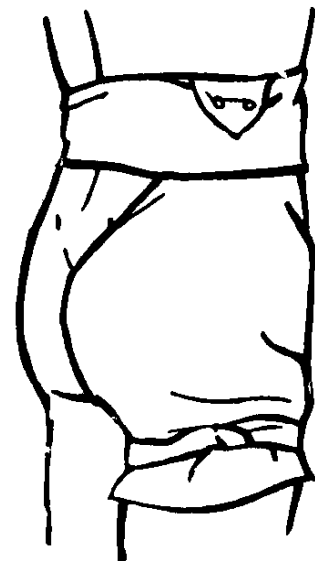
Նկ. 54. Ուսագոտու կապը երկու գլխաշորի միջոցով:



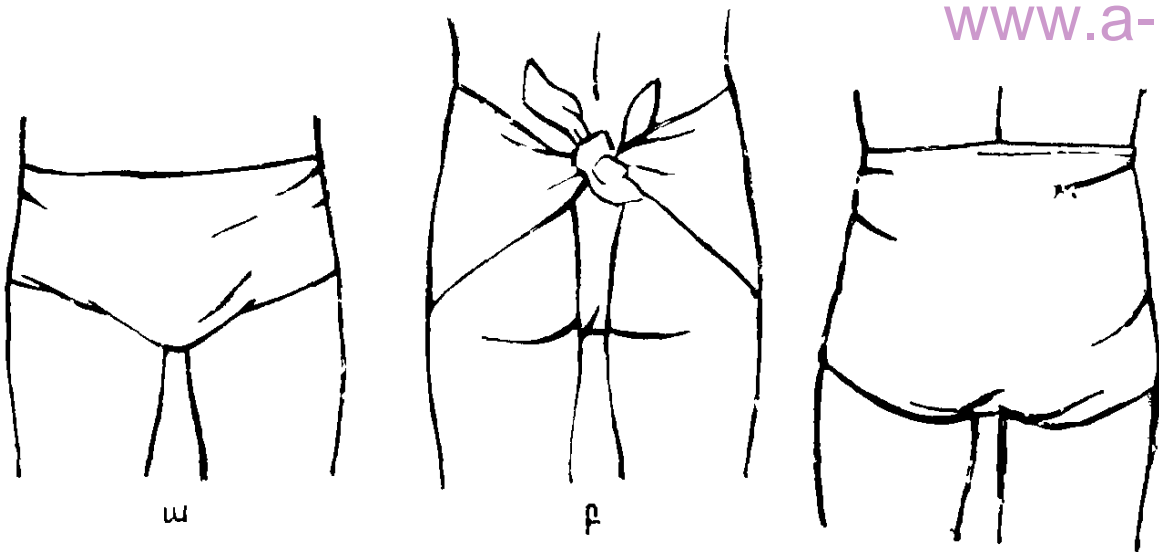
Նկ. 55. Ուսագոտու կապը մեկ գլխաշորի միջոցով:



Նկ. 56. Ստինեֆի գլխաշորային կապ:



Նկ. 57 Կոնֆազդրային հոդի գլխաշորային կապ:



Նկ. 58. Լողավարտիքաձև գլխաշորային կապ. նկ. 59. Հետույքի շրջանի գլխաշորային կապ:
 ա) տեսքը առջևից, բ) տեսքը հետևի կողմից:

վում է մատների վրայով դեպի թիկնային մասը, ծայրերը շրջվում են և կապվում պճեղներից վերև, իսկ գագաթը ամրացվում է կապված ծայրերի վրա:

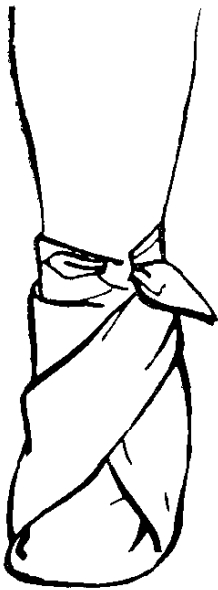
Էլաստիկ ցանցաձև կոտլեն բինտեր («ոնեռլաստ»): Պատրաստում են ֆաբրիկաներում, լինում են յոթ համարի (0-ից մինչև 6): Կարելի է դնել մարմնի ցանկացած մասի վրա (նկ. 61):

Բինտային կապեր: Այս կապերը դրվում են բինտի մի մասով, մեկ լրիվ կամ մի քանի բինտի գլանափաթեթների միջոցով:

Լինում են նեղ բինտեր (3—5—7 սմ) դաստակի, ոտնաթաթի մատները կապելու համար, միջին (10—12 սմ)՝ գլխի, դաստակի, նախաբազկի, սրունքի համար, լայն (14—18 սմ)՝ կրծքավանդակի, ստինքի և ազդրի համար:

Բինտերը կարող են պատրաստված լինել ֆաբրիկաներում, կամ նրանք պատրաստվում են թանգիֆից տեղում: Բինտի փաթեթված մասը կոչվում է գլխիկ, իսկ ծայրը՝ պոչ: Ճիշտ դրված կապը պետք է բավարարի հետևյալ պահանջները՝ ա) ծածկի մարմնի հիվանդ մասը, բ) շխանգարի արյան և ավշի շրջանառությունը, գ) շխանգարի հիվանդին, դ) ունենա հարդարուն տեսք, ե) լավ ամրացված լինի մարմնի վրա:

Բինաակապի կանոնները և այդ կապերի աեսակները: Բինտակապի դեպքում անհրաժեշտ է պահպանել մի շարք կանոններ, որոնք օգնում են ճիշտ կապելու բինտը: Հիվանդը պետք է գտնվի այնպիսի դիրքում



Նկ. 60. Ոսնաթաթի գլխաշորային կապ:

(կանգնած կամ նստած), որպեսզի կապվող մասը լավ մատչելի լինի: Մարմնի համապատասխան մասին տրվում է այնպիսի դիրք, որը պետք է պահպանվի բինտը կապելուց հետո: Այս նպատակով կիրառվում են տարբեր գլանաբարձեր, պատվանդաններ կամ հատուկ սեղաններ: Բինտով կապվող մասը պետք է գտնվի կապողի կրծքին հավասար բարձրության վրա: Բինտակապը առավելապես սկսվում է ծայրամասից դեպի կենտրոն, բայց մի շարք դեպքերում կապը դրվում է հակառակ ուղղությամբ: Սովորաբար բինտը փաթաթվում է ձախից աջ, հազվադեպ՝ հակառակ ուղղությամբ: Բինտի ամրացնող պտույտից հետո յուրաքանչյուր հաջորդ պտույտը պետք է ծածկի նախորդին կիսով չափ: Բինտի գլխակը չպետք է հեռացվի կապվող մակերեսից, և այն պետք է հավասարաչափ ձգել: Մարմնի

կոնաձև մասերը բինտով կապելու դեպքում (ազդր, սրունք, նախաբազուկ) բինտը կապվող մակերեսին լավ կիպ կպցնելու նպատակով բինտի յուրաքանչյուր 1—2 պտույտից հետո այն ոլորում են:

Բինտի ծայրը ամրացվում է կարով, քորոցով կամ բինտը թեթևակի պատռելով միջին մասից առաջացնում են երկու կեսեր, որոնք պտտեցնում են կապվող մասի շուրջը և կապում իրար հետ: Բինտը չի թուլլատրվում ամրացնել վերքի վրա, լավ է այն ամրացնել վերքից մի փոքր հեռու:

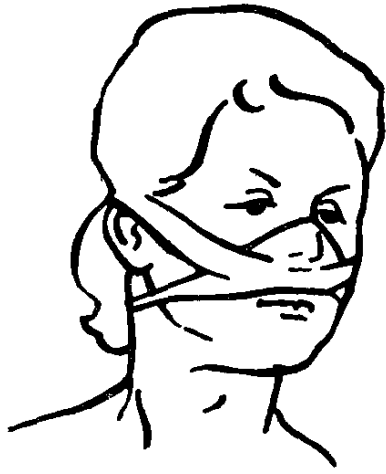
Տարբերվում են կապերի հետևյալ տեսակները:

Պարսառաձև կապ: Պատրաստվում է բինտի մի մասից: Բինտի երկու ծայրերը կտրում են երկայնքով միջնամասի ուղղությամբ՝ ծայրերը ամբողջովին շմիացնելով միմյանց հետ: Ստորև պատկերված են պարսառաձև կապեր դնելու սկզբունքները՝ քթին (նկ. 62), կզակին (նկ. 63), ծոծրակին (նկ. 64) և գագաթին (նկ. 65):

T-աձև կապ: Կազմված է բինտի ժապավենից, որի մեջտեղում կարված է կամ վրայից գցված է մյուս ժապավենի ծայրը: Ավելի հաճախ դրվում է շքի վրա՝ հորիզոնական մասը գոտիաձև փաթաթում են հիվանդի գոտկատեղը, ուղղահայաց ժապավենը գոտիաձև ժապավենից տարվում է շքի վրայով և կապվում նույն ժապավենի հետ իրանի հակառակ կողմում:

Շրջանաձև կամ բոլորակ կապ: Բինտի մեկ գալարը դրվում է մյուսի վրա ամբողջովին ծածկելով նախորդը:

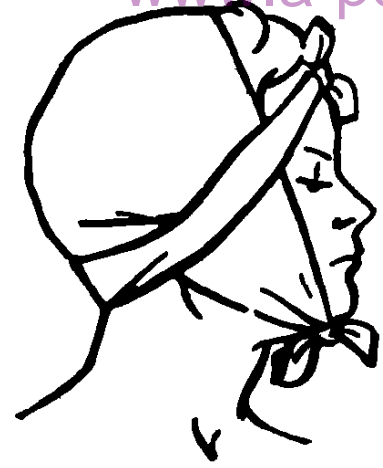
Պարուրաձև կապ: Յուրաքանչյուր հաջորդ գալարը ծածկում է նախորդի կեսը կամ մի փոքր ավելի մասը: Կապի այս տեսակը ունի երկու



Նկ. 62. Քթի պարսա-
տաձև կապ:



Նկ. 63. Կզակի պար-
սատաձև կապ:



Նկ. 64. Մոծրակի պարսա-
տաձև կապ:

տարատեսակներ՝ վերընթաց բինտակապը դրվում է ներքևից վերև, վայրընթացը՝ հակառակը:

Սողացող կապը դրվում է այնպես, ինչպես պարուրածև կապը, բայց գալարները միմյանց չեն հպվում: Սովորաբար կիրառվում է որպես սկզբնական տարր բարդ բինտակապերի դեպքում՝ մարմնի վրա դրված անձեռոցիկը պահելու համար:

Խաչաձև կամ ութաձև կապ: Այսպիսի կապի դեպքում բինտի գալարները խաչվում են միմյանց հետ (նկ. 66):

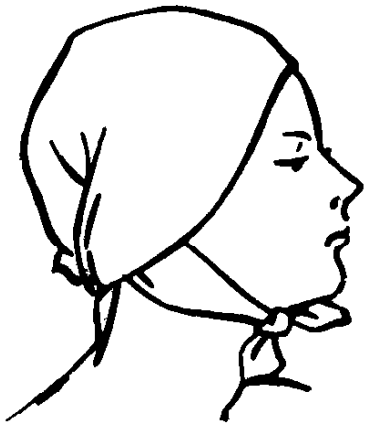
Հասկաձև կապը ութաձև կապի տարատեսակն է, երբ խաչվածքը դասավորվում է մեկ գծի վրա, որ հիշեցնում է հասկը (նկ. 67):

Կրիանման կապը հաճախ կիրառվում է ծալված հոդերի շրջանում: Լինում է երկու ձևի՝ հեռացող և մոտեցող: Հեռացող կապը, օրինակ, ծնկան հոդի շրջանում սկսում են կապել շրջանաձև ամրացվող գալարով, ծնկոսկրից ավելի վերև գտնվող մասի վրա: Հետագա գալարները հերթականությամբ տարվում են սկզբնական գալարից մերթ ներքև, մերթ վերև: Բինտը խաչաձևում են ծնկան փոստում և, հեռացնելով սկզբնական գալարից դեպի երկու կողմերը, աստիճանաբար ծածկում հոդի շրջանը:

Մոաեցող կապ դնելու ժամանակ առաջին (ամրացվող) գալարը տարվում է հոդից մի կողմի վրա, երկրորդը՝ հոդի հակառակ կողմը, երրորդ գալարը, մոտենալով հոդի շրջանին, խաչվում է առաջին գալարի հետ, չորրորդը՝ երկրորդի հետ և այլն, քանի դեռ հոդի մասը ամբողջովին չի ծածկվել (նկ. 63):

Հետադարձ կապ: Հաճախ այդպիսի կապ դրվում է վերջույթի ծայրատի վրա անդամահատումից հետո: Դրվում են մի քանի ամրացնող շրջանաձև գալարներ, որից հետո բինտը պահելով մատներով, ծալում են այն 90° անկյան տակ և երկայնակի ուղղությամբ տանում ծայրատի վրայով: Բինտի յուրաքանչյուր այդպիսի դարձումը ամրացվում է շրջ-

ջանաձև գալարով: Այսպես կրկնվում է այնքան, քանի դեռ ծայրատը ամբողջովին չի ծածկվել բինտով: Այսպիսի կապ կարելի է դնել և գլխի վրա:



Նկ. 65. Գագաթի պարսառած կապ:

Օգտվելով վերոհիշյալ կապերի տեսակներից, կարելի է բինտակապել մարմնի ցանկացած մասը: Մենք կանգ կառնենք կապերի առանձին տեսակների վրա, որոնք կիրառվում են մարմնի այս կամ այն մասերը բինտակապելու համար:

Գլխի կապեր: Կախված նրանց նշանակությունից՝ կիրառվում են մի քանի կապերի տարատեսակներ:

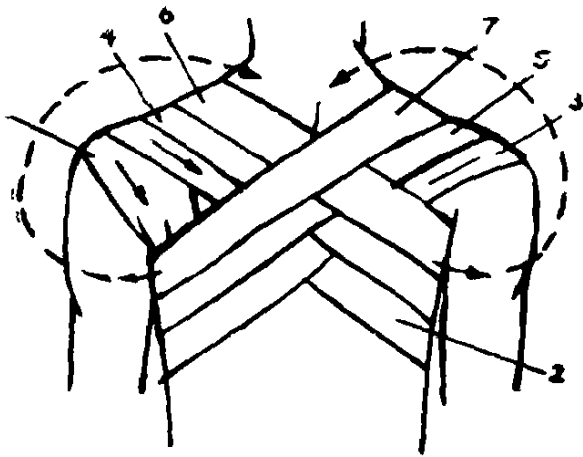
Հիպոկրատի գլխաբկ: Կապը դնելու համար կիրառվում է երկգլխանի բինտ կամ երկու բինտեր: Բինտի գլխիկով, որը գլտ-

նրվում է աջ ձեռքում, կատարվում են շրջանաձև գալարներ և ամրացվում բինտվող գալարները, որոնք մոտենալով (կամ հեռանալով) հաջորդաբար ծածկում են գանգի թաղը (նկ. 69):

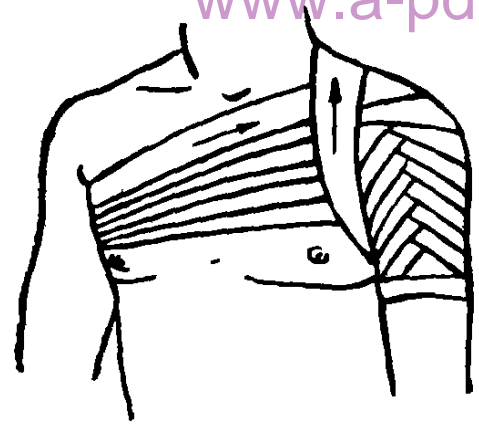
Թասակաձև կապ: Բինտի կտորը (սկզբնակապ), երկարությամբ մոտ 1 մետր, գցում են գագաթի վրայով, իսկ երկու ծայրերը բաց թողնում ներքև, ականջների խեցիների առջևից և պահում են ձգված դիրքում (օգնականը կամ ինքը հիվանդը): Կրկն բինտով գլխի շուրջը կատարվում է առաջին շրջանաձև պտույտը: Հաջորդ պտույտի ժամանակ, հասնելով սկզբնակապին 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 այլն, քանի դեռ գլուխը բինտով հավասարաչափ չի ծածկվել: Բինտի ծայրը ամրացվում է սկզբնակապի հետ: Սկզբնակապի ծայրերը կապվում է միմյանց հետ կզակի տակ (նկ. 70):

Աչքի կապ: Կապը աջ աչքի վրա դնելու դեպքում բինտը կանոններին համապատասխան տարվում է ձախից դեպի աջ: Ձախ աչքը կապելիս կատարվում է հակառակը: Շրջանաձև բոլորակ կապով բինտը ամրացվում է գլխի շուրջը, որից հետո այն իջեցվում է ծոծրակի վրա և տարվում ականջի տակով շեղակի և վերև դեպի կապվող մասը՝ ծածկելով նրանով հիվանդ աչքը: Թեք ընթացքը ամրացվում է շրջանաձև կապելով գլխի շուրջը, որից հետո դարձյալ կատարվում է թեք պտույտ՝ նախորդից վերև: Հերթափոխելով շրջանաձև ու թեք գալարները, ծածկում են աչքի ամբողջ շրջանը (նկ. 71):

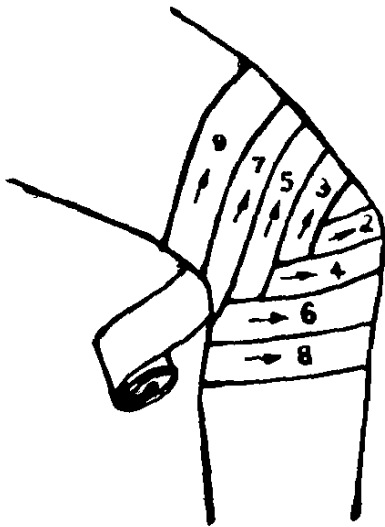
Աչքերի կապ: Կատարվում է առաջին շրջանաձև ամրացվող գալա-



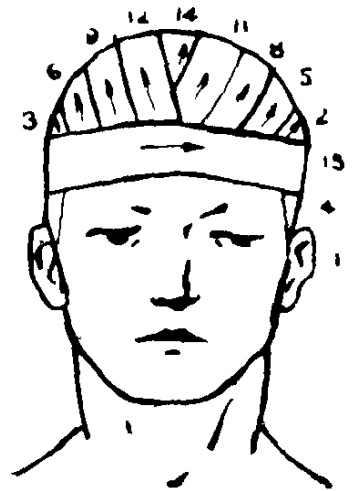
Նկ. 66. Խաչաձև կապ: Թվերը գալարների հերթական համարներն են:



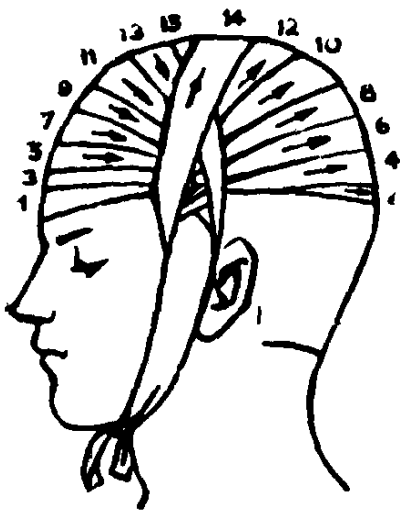
Նկ. 67. Հասկաձև կապ:



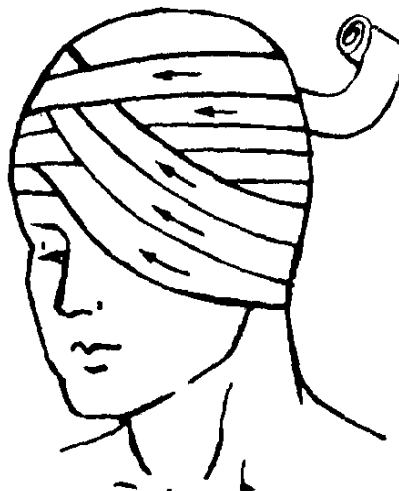
Նկ. 68. Կրիանման կապ: Թվերը գալարների հերթական համարներն են:



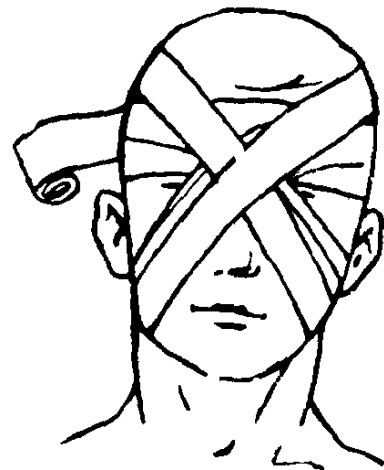
Նկ. 69. Հիպոսիրատի գլխարկ: Թվերը գալարների հերթական համարներն են:



Նկ. 70. Թասակաձև կապ: Թվերը գալարների հերթական համարներն են:



Նկ. 71. Աչքի կապ:



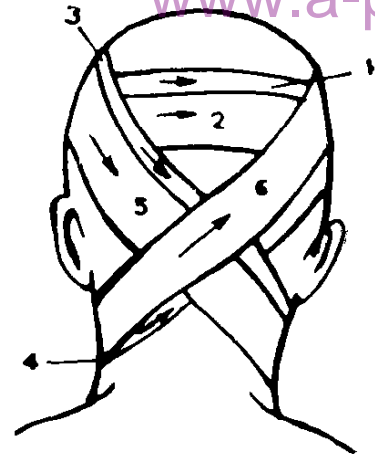
Նկ. 72. Աչքերի կապ:



Նկ. 73. Մանձիկաձև կապ: Թվերը գալարների հերթական համարներն են:



Նկ. 74. Նեապոլիտանական կապ:

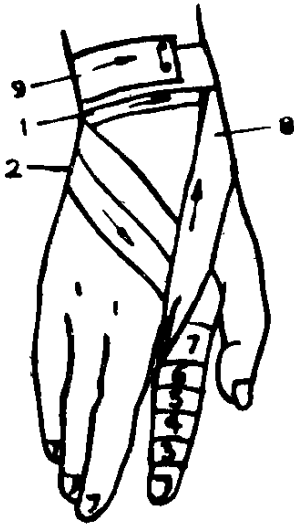


Նկ. 75. Պարանոցի հետին կապ: Թվերը գալարների հերթական համարներն են:

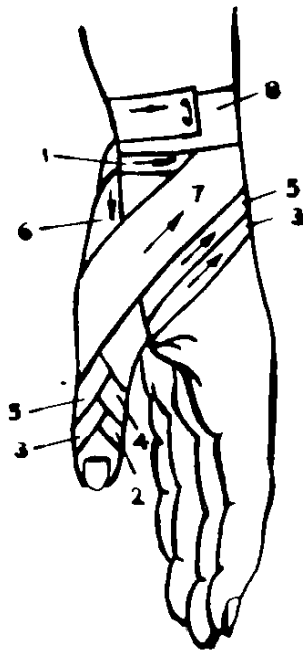
րը, հաջորդը իջեցվում է գագաթի և ճակատի վրայով ներքև և տարվում վերևից ներքև թեք ուղղությամբ՝ ծածկելով ձախ աչքը, որից հետո բինտը տարվում է ծոծրակի շուրջը և նորից կատարվում է ներքևից վերև թեք պտույտ՝ ծածկելով աջ աչքը: Բինտի հաջորդ բոլոր գալարները խաղվելով քթարմատի շրջանում, աստիճանաբար ծածկում են աչքերը և իջնում ավելի ներքև: Կապը ամրացվում է բինտակապի վերջում, հորիզոնական շրջանաձև գալարով (նկ. 72):

Մանձիկաձև կապ: Հիմնականում այսպիսի կապ դրվում է կզակային 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 դրությամբ: Բինտը ականջների խեցիների առջևով տանելով գլխի շուրջը մի քանի գալարներ են արվում, իսկ հետո կզակի տակից տարվում է մյուս կողմը կամ թեքությամբ ծոծրակի վրա և փոխվում հորիզոնական գալարների, ամրացնում կապը: Ստորին ծնոտը ամբողջովին ծածկելու համար հորիզոնական ամրացնող գալարներից հետո բինտի գլխիկը իջեցնում են թեքորեն ներքև, ծոծրակի վրա, որտեղից պարանոցի կողմնային մակերեսի վրայով տանում կզակի առաջնային մասով, որից հետո՝ պարանոցի շուրջը, հետ են դառնում և իջեցնում բինտի գալարը կզակից փոքր-ինչ ներքև, փոխում են ուղղահայաց դրությամբ՝ կապը ամրացնում են գլխի շուրջը (նկ. 73):

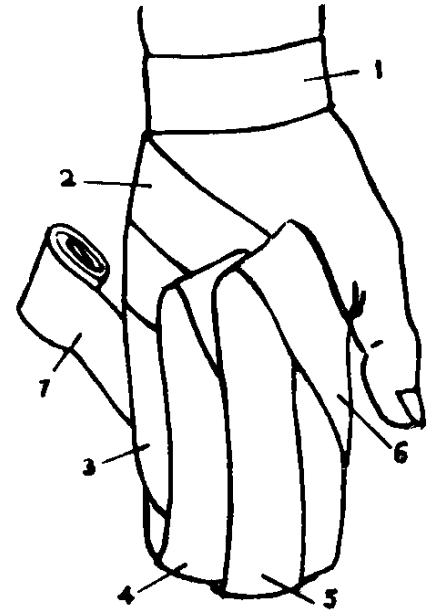
Նեապոլիտանական կապ: Սկսվում է շրջանաձև գալարներով գլխի շուրջը, որից հետո բինտը իջեցնում են հիվանդ կողմի ականջի և պտկաձև ելունի վրա (նկ. 74):



Նկ. 76. Մատի կապ: Թվերը գալարների հերթական համարներն են:



Նկ. 77. Առաջին մատի կապ: Թվերը գալարների հերթական համարներն են:



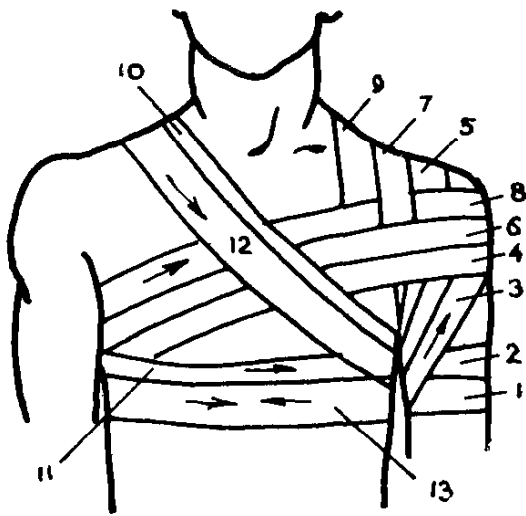
Նկ. 78. Դաստակի հետադարձ կապ: Թվերը գալարների հերթական համարներն են:

Պարանոցի կապեր: Պարանոցի վերին մասի կապ: Կատարում են փոքր-ինչ թեք գալարներ գլխի շուրջը (ընդգրկում է ճակատը և ծոծրակի շրջանը)՝ դրանք հերթագայելով շրջանաձև պտույտներով: Ստացվում է խաչաձև կապ, համակցված ծոծրակային շրջանի շրջանաձև բինտակապի հետ:

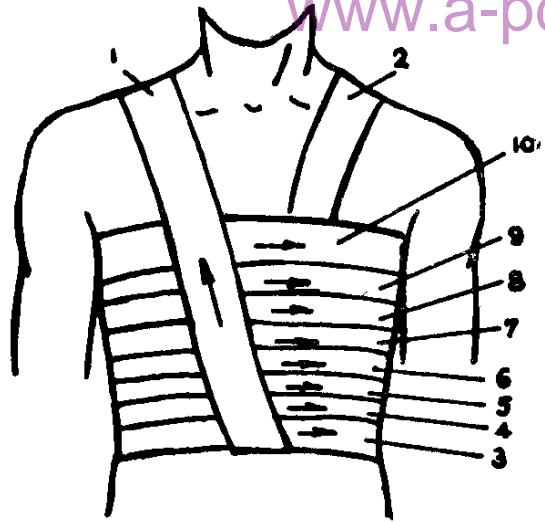
Պարանոցի ստորին մասի կապ: Գալարները գլխի շուրջը լրացվում են ծոծրակի շրջանի խաչաձև կապի պտույտներով և մեջքի շրջանի հասկաձև կապով (նկ. 75):

Վերին վերջույթի կապեր: Մատի կապ: Կապը սկսվում է ճաճանչ-դաստակային հողի շրջանում ամրացվող շրջանաձև գալարներով: Այնուհետև բինտը թեքուձյամբ տանում են դաստակի թիկնային մասի վրայով մատի ծայրի վրա և այստեղից սկսում պարուրաձև կապել վերևից ներքև, մինչև մատի հիմքը, որից հետո բինտը հետ են բերում դաստակի թիկնային մասով ճաճանչ-դաստակային հողի շրջանը, որտեղ ամրացնում են շրջանաձև գալարներով (նկ. 76):

Առաջին մատի կապը դրվում է հասկաձև կապի նման: Ամրացվող շրջանաձև գալարը նույնպես տարվում է ճաճանչ-դաստակային հողի շրջանում: Որից հետո բինտը տարվում է դաստակի թիկնային մասով դեպի մատի ծայրը, պարուրաձև փաթաթվում մատի շուրջը, վերադառնում թիկնային մասը, իսկ հետո դաստակի ափային մասը: Գալարները կրկնվում են այնքան ժամանակ, քանի դեռ բինտը ամբողջովին չի ծածկել մատը (նկ. 77):



Նկ. 79. Անուրափոսի կապ: Թվերը գալարների հերթական համարներն են:



Նկ. 80. Կրծքավանդակի պարուրածե կապ: Թվերը գալարների հերթական համարներն են:

Ձեռնոցաձև կապ: Կիրառելով մատի կապի սկզբունքը, կարելի է հերթականորեն բինտակապել դաստակի բոլոր մատները, առաջացնելով «ձեռնոց»: Բինտակապի հարմարության համար ձախ դաստակի վրա կապը դրվում է V մատից սկսած, աջի վրա՝ I 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: Ամբողջ դաստակը և մատները ծածկելուց հետո (ինչպես թիկնային, այնպես էլ ափային մակերեսը) բինտի լայնական շրջապտույտներով ծածկվում են մատները և դաստակը: Կապը ամրացվում է դաստակի վրա (նկ. 78):

Նախաբազկի կապը դրվում է պարուրածե կապի նման՝ յուրաքանչյուր 1—2 շրջապտույտից հետո կատարելով բինտի դարձումներ:

Արմնկային հոդի կապը դրվում է հեռացող կամ մոտեցող կրիանման կապի ձևով:

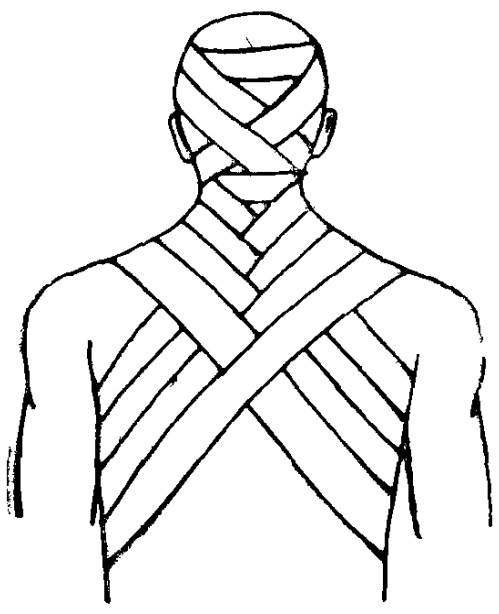
Բազկի կապ: Կիրառվում է սովորական պարուրածե կապը, բայց առանց բինտի դարձումների:

Անուրափոսի կապ: Հիմքում ընկած է հասկածե կապը: Բինտը գալարներով ամրացվում է բազկի շուրջը: Թևատակից բինտը թեքության տարվում է ուսի վրա, մեջքի վրայով հակառակ կողմի անուրափոսը, այնտեղից կրծքավանդակի առաջնային մակերեսով բերվում է ուսի վրա, որտեղ խաչվում է նախորդ գալարի հետ, և բինտը դուրս է բերվում բազկի հետին մակերեսով անուրափոսի մեջ: Հետագա գալարը սկսվում է այնպես, ինչպես նախորդը, բայց աստիճանաբար բարձրացնելով յուրաքանչյուր նոր գալարը, այնքան ժամանակ, քանի դեռ բինտը ամբողջ-

ըովին շի ծածկել ուսի վրայի շրջանը, անութափոսի առաջնային և հետին մասերը: Կապը լավ ամրացնելու համար կատարվում է շրջանաձև պտույտ կրծքավանդակի շուրջը թեք ուղղությամբ՝ շրջելով բինտը մեջքի վրա, անցնելով առողջ ուսի վրա և այդտեղից ներքև կրծքավանդակի առաջնային մակերեսից դեպի կապվող կողմի անութափոսը: Մի քանի այդպիսի գալարներով կապը ամրացվում է վերջնականապես (նկ. 79):

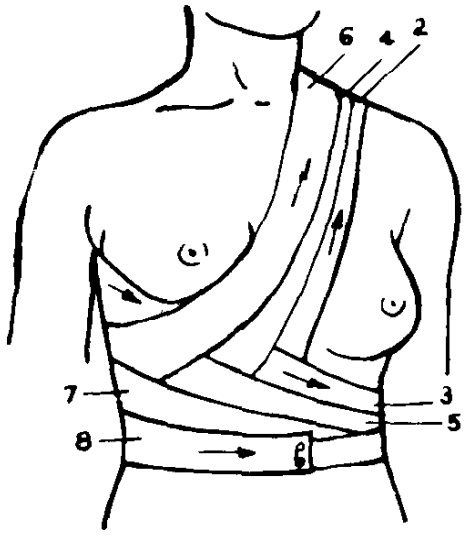
Կրծքավանդակի կապեր: Այս կապերը դնելու ժամանակ անհրաժեշտ է հիշել, որ ամուր բինտակապը կարող է խանգարել շնչառական ակտին, իսկ շատ թույլ կապի դեպքում այն կորցնում է իր նշանակությունը:

Պարուրածն կապ: Բինտի ժապավենը մոտ երկու մետր երկարությամբ, գցվում է ուսերից մեկի վրայով այն հաշվով, որպեսզի այդ ժապավենի ծայրերը կախվեն կրծքավանդակի առջևից և հետևից: Կապը սկսվում է կրծքավանդակի ստորին մասից, ծածկելով այդ ժապավենը: Բինտի պարուրածն պտույտները աստիճանաբար բարձրացվում են մինչև անութափոսերը: Վերջին գալարը ամրացվում է ժապավենի ազատ ծայրը, որը գցված էր ուսի վրայով, բարձրացվում է կրծքավանդակի առաջնային մակերեսով և գրցվում մյուս ուսի վրայով դեպի մեջքի մասը. ծայրերը կապվում են միմյանց հետ մեջքի շրջանում (նկ. 80):

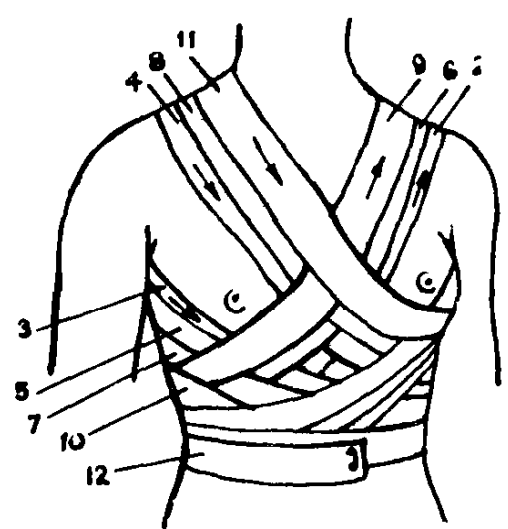


Նկ. 81. Մեջքի խաչաձև կապ: վում մյուս ուսի վրայով դեպի մեջքի մասը. ծայրերը կապվում են միմյանց հետ մեջքի շրջանում (նկ. 80):

Խաչաձև կապը կիրառվում է մեջքի բինտակապման համար: Կապը սկսվում է շրջանաձև ամրացվող գալարով ուսերից մեկի շուրջը, առջևից



Նկ. 82. Մոխնի կապ. Թվերը գալարների հերթական համարներն են:



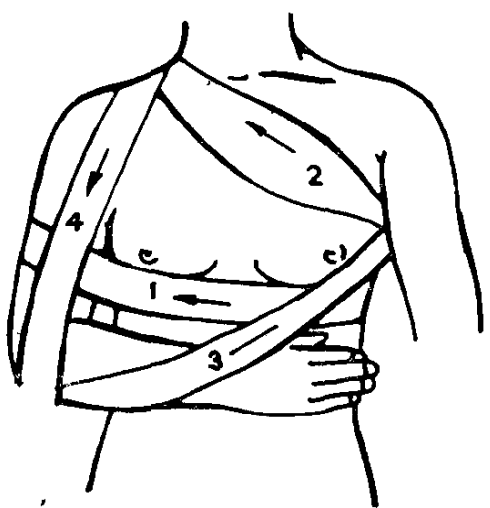
Նկ. 83. Մոխնների կապ: Թվերը գալարների հերթական համարներն են:

բարձրանում է ուսի վրա, անցնում մեջքի վրա և թեքությամբ բինտը տարվում է հակառակ կողմի թևատակի շրջանը: Կրկնելով այսպիսի ճանապարհով բինտի պտույտները, աստիճանաբար դրանք բարձրացվում են ուսերի վրայով և իջեցվում են ներքև կրծքավանդակի վրայով, ծածկելով մեջքի մասը (նկ. 81):

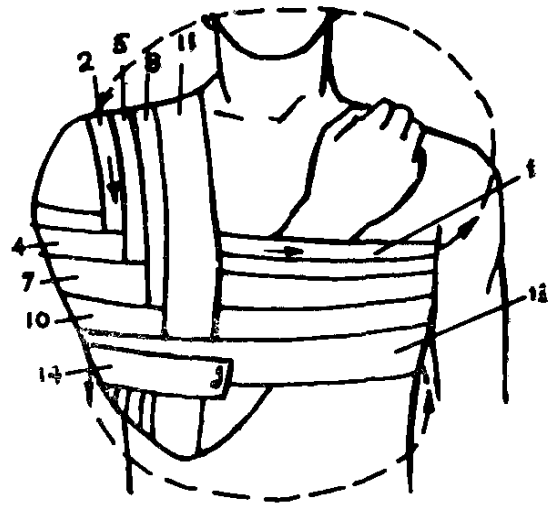
Ստինճի կապը, բացի ստինքը ծածկելուց, պետք է նեցուկ լինի նրան, լինի յուրահատուկ կախակալ: Այս ստինքը կապելու դեպքում բինտը տարվում է ձախից աջ, իսկ ձախը բինտակապելու համար՝ աջից ձախ: Կապը սկսվում է շրջանաձև ամրացվող գալարով կրծքավանդակի շուրջը ստինքից ներքև: Հաջորդ գալարը ընդգրկում է ստինքի ստորին և ներքին մասը, բարձրանում է հակադիր ուսի վրա և, իջնելով հետևից մեջքի վրայով, անցնում է անութափոսի մեջ՝ կապվող ստինքի կողմից: Այնուհետև բինտը ընդգրկում է ստինքի ստորին մասը: Շրջանաձև գալարով ամրացվում է դրված գալարը: Հաջորդ գալարները կրկնվում են՝ աստիճանաբար բարձրանալով վերև այնքան ժամանակ, քանի դեռ ստինքը ամբողջովին չի ծածկվել բինտով ներքևից (նկ. 82): Կերակրող մայրերի ստինքը կապելու դեպքում պտուկը բինտով չպետք է կապել՝ կերակրելու կամ կաթը հեռացնելու համար:

Ստինճների կապ: Սկզբնական գալարները դրվում են այնպես, ինչպես մեկ ստինքը կապելու դեպքում: Այնուհետև բինտը տարվում է թեքությամբ մեջքի վրայով ուսի վրա, կրծքավանդակի մյուս կեսով բինտն իջեցվում է ներքև ստինքների մեջտեղով և ծածկում հակառակ կողմի ստինքը, որից հետո կատարվում է շրջանաձև պտույտ կրծքավանդակի շուրջը: Համապատասխան գալարները հերթագայվում են՝ աստիճանաբար ծածկելով ստինքները (նկ. 63):

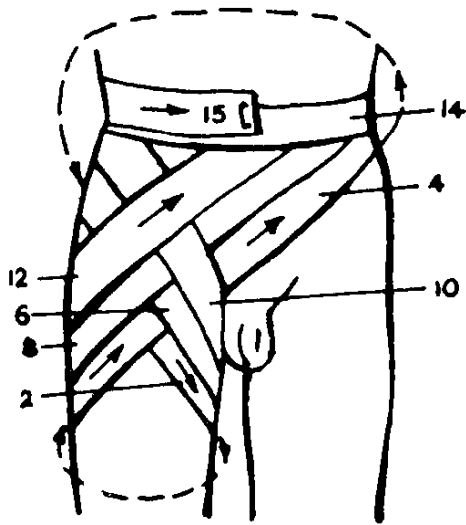
Դեզոյի կապ: Նախապես թևատակում բամբակից բարձիկ է դրվում: Նախաբազուկը ծալվում է արմնկային հողում ուղիղ անկյան տակ



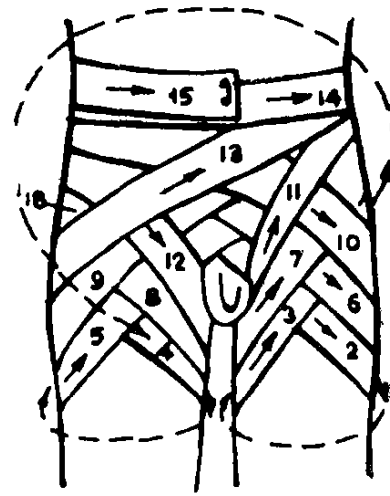
Նկ. 84. Դեզոյի կապ. թվերը գալարների հերթական համարներն են:



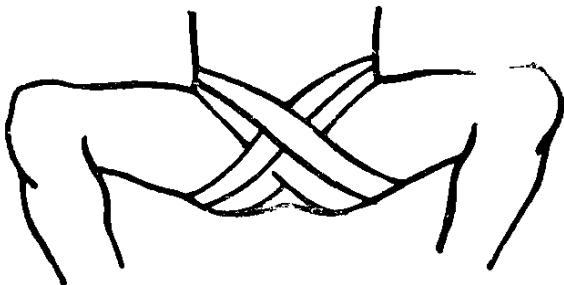
Նկ. 85. Վելյաոյի կապ թվերը գալարների հերթական համարներն են:



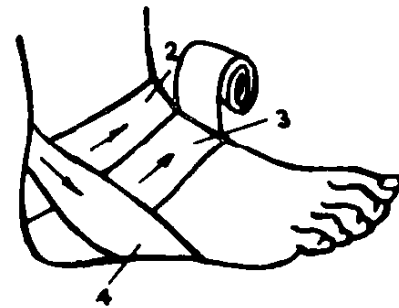
Նկ. 86. Միակողմանի հասկան լկայ: Քվերը գալարների հերթական համարներն են:



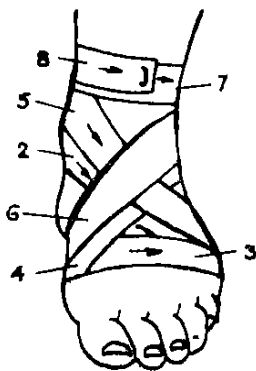
Նկ. 87. Երկկողմանի հասկան լկայ: Քվերը գալարների հերթական համարներն են:



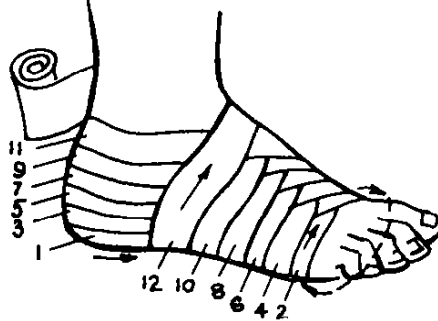
Նկ. 88. Շեփի շրջանի ութան լկայ:



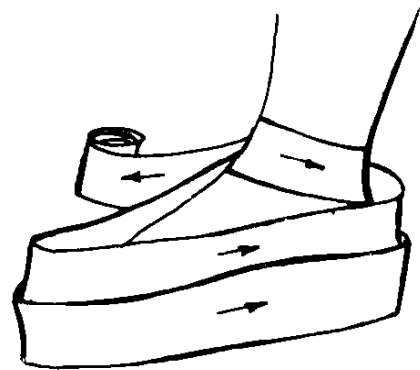
Նկ. 89. Կրունկի լկայ: Քվերը գալարների հերթական համարներն են:



Նկ. 90. Մրունք-թաթային հողի լկայ: Քվերը գալարների հերթական համարներն են:



Նկ. 91. Ոտնաթաթի լկայը առանց մատներն ընգրկելու: Քվերը գալարների հերթական համարներն են:



Նկ. 92. Ոտնաթաթի լկայ՝ մատների ընգրկումով:

և մոտեցվում կրծքավանդակին: Առաջին շրջանաձև գալարով բազուկը կապվում է կրծքավանդակին, Բինտի հաջորդ գալարը հակառակ կողմի անութափոսից ուղղվում է դեպի հիվանդ կողմի ուսը, որտեղից ուսի

վրայով տարվում է հետ և իջեցվում է ներքև: Այնուհետև բինտը ընդ-
գրկում է արմնկահողը և, պահելով նախաբազուկը, թեթությամբ ուղղ-
վում է առողջ կողմի անութափոսը, հետո անցնում է կրծքավանդակի
հետին մակերեսով, ուղղվում է հիվանդ ուսի վրա, իջնում է ներքև,
շրջանցում նախաբազուկը՝ անցնելով կրծքավանդակի հետին մակերե-
սի վրայով դեպի առողջ կողմի անութափոսը: Շրջապտույտները կրկնվում
են այնքան ժամանակ, քանի դեռ վերջույթի լավ անշարժացում չի առա-
ջացել (նկ. 84):

Վելպոյի կապ: Հիվանդ ձեռքի դաստակը դրվում է առողջ ուսի վրա:
Բինտի շրջանաձև պտույտով հիվանդ ձեռքը ամրացվում է կրծքավան-
դակին, որից հետո բինտը առողջ կողմի անութափոսից մեջքի վրայով
թեթությամբ տարվում է հիվանդ կողմի ուսի վրա, որտեղից ուղղա-
հայաց ուղղությամբ իջեցվում է ներքև բազկի վրա, արմունկի շուրջը
պտտվելուց հետո, հորիզոնական ուղղությամբ պտտեցվում է կրծքա-
վանդակի շուրջը, կրկնակի ամրացնելով ձեռքը: Բինտի գալարները
կրկնվում են: Բինտի հորիզոնական գալարները դասավորվում են նա-
խորդներից ներքև, իսկ ուղղահայացները՝ նախորդներից դեպի ներս
(նկ. 85):

Որովայնի և կոնքի կապեր: Որովայնի վրա սովորաբար դրվում է
պարուրաձև կապը, բայց ամրացնելու նպատակով հաճախ անհրաժեշտ
է լինում այն համակցել կոնքի հասկաձև կապի հետ:

Միակողմանի հասկաձև կապը շատ հարմար է: Նայած նպատակին,
այն կարող է ծածկել որովայնի ստորին մասը, ազդրի վերին երրոր-
դականը և հետույքը: Կախված բինտի գալարների հատման տեղից՝ տար-
բերվում են հետին, կողմնային և առաջային (աճուկային) հասկաձև
կապեր: Գոտկի շուրջը դրվում է շրջանաձև գալարներով ամրացվող կա-
պը, որից հետո բինտը կողքից տարվում է հետևից առաջ՝ անցնելով
ազդրի առաջնային և ներքին մակերեսով: Բինտը շրջանցում է ազդրի
հետին կիսակորուսթյունը, դուրս է գալիս նրա արտաքին մակերեսը և
աճուկի վրայով շեղորեն անցնում է իրանի հետին կիսակորուսթյան վրա:
Բինտի շրջապտույտները կրկնվում են: Կապը կարող է լինել վերընթաց,
եթե յուրաքանչյուր հաջորդ շրջապտույտը դրվում է նախորդից բարձր,
կամ վայրընթաց, եթե նրանք պետք է դրվեն ավելի ներքև (նկ. 86):

Երկկողմանի հասկաձև կապը կիրառվում է ազդրի վերին մեկ եր-
րորդականի մակերեսը և հետույքները ծածկելու համար: Ինչպես նա-
խորդ կապի դեպքում էր, այն սկսվում է շրջանաձև պտույտով գոտկի
շուրջը, բայց բինտը տարվում է մյուս աճուկի առաջնային մակերեսով,
որից հետո ազդրի արտաքին մակերեսով անցնելով հետ, ընդգրկում է
ազդրի հետին կիսակորուսթյունը և դուրս է բերվում նրա ներքին մակե-

րեսի վրա, որտեղից բինտը տարվում է աճուկային շրջանով, իրանի հետին կիսակորուսթյան վրա: Այստեղից բինտի ընթացքը կատարվում է այնպես, ինչպես միակողմանի հասկաձև կապի դեպքում էր: Կապը դրվում է երկու վերջույթներին հերթականությամբ այնքան ժամանակ, քանի դեռ չի ծածկվել մարմնի վնասված մասը (նկ. 87):

Շեֆի կապ: Կիրառվում է ութաձև կապը, բինտի պտույտների հատումը կատարվում է շեքի վրա (նկ. 88):

Ստորին վերջույթի կապեր: Պահանջները այս կապերի նկատմամբ նույնն են, ինչ որ վերին վերջույթի համար:

Ազդրի կապ: Սովորաբար դրվում է պարուրաձև կապ, բինտի 1—2 շրջապտույտից հետո կատարվում են դարձումներ:

Մեկան հողի կապ: Դրվում է կրիանման կապ՝ հեռացող կամ մոտեցող ձևի:

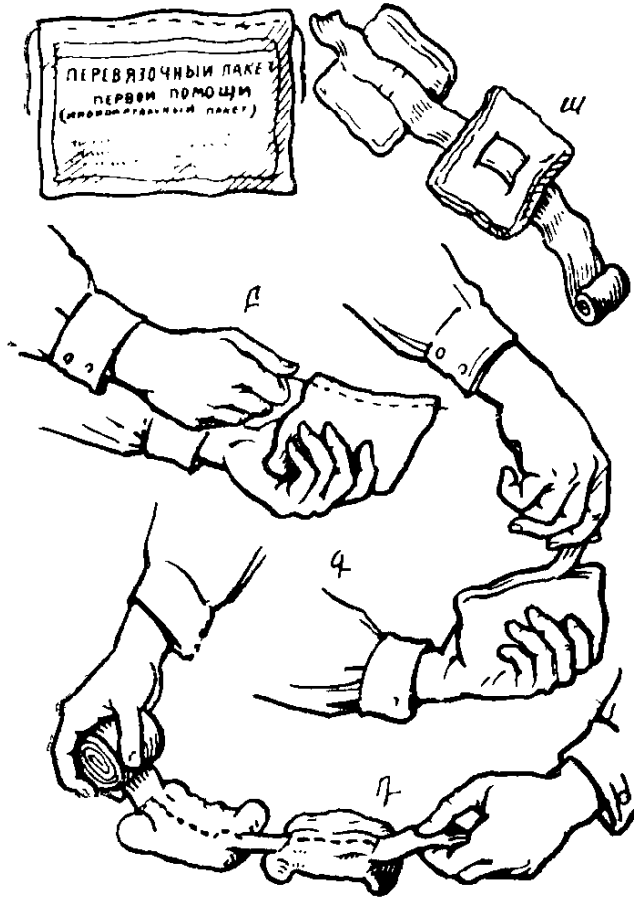
Սրունքի կապ: Կիրառվում է բարձրացող պարուրաձև կապը՝ բինտի դարձումներով յուրաքանչյուր 1—2 շրջապտույտից հետո:

Կրունկի շրջանի կապ: Հաճախ դրվում է հեռացող կրիանման կապ: Բինտակապը սկսվում է շրջանաձև պտույտներով կրունկի վրայով (նրա կենտրոնական մասից): Հաջորդ գալարները դրվում են հերթականությամբ առաջին գալարից վերև և ներքև: Այս գալարները ամրացվում են կրունկի կողքից՝ բինտի թեքությամբ ընթացող պտույտով, որն այնուհետև ընթանում է հետևից առաջ՝ անցնելով ոտնաթաթի ներբանային մասը և այնտեղից թիկնային մասը, տարվում է սրունք-թաթային հողի շրջանը և ներքև, ոտնաթաթի վրա, խաչավորվելով ոտնաթաթի թիկնային մասում նրա ծալման տեղում (նկ. 89):

Սրունք-թաթային հողի կապ: Սովորաբար կիրառվում է ութաձև կապ: Ամրացվող պտույտն արվում է պճեղներից վերև: Բինտը շեղակի իջեցվում է ոտնաթաթի թիկնային մասով՝ պտույտ կատարելով ոտնաթաթի շուրջը, որից հետո բինտը բարձրանում է վերև, հատվելով ոտնաթաթի թիկնային մասի վրա նախորդ գալարի հետ և պտտվում սրունքի հետին կորուսթյան շուրջը: Բինտի ընթացքը կրկնվում է: Կապը ամրացվում է շրջանաձև պտույտով պճեղների մոտ (նկ. 90):

Ոտնաթաթի կապ առանց մատներն ընդգրկելու: Ամրացվող պտույտը կատարվում է ոտնաթաթի շուրջը, որից հետո բինտը տեղափոխվում է կրունկի վրա, որի շուրջը պտտվելով անցնում է ոտնաթաթի թիկնային մասի վրա, պտտվելով նրա շուրջը նորից անցնում է կրունկի վրա: Կրունկի շրջանում յուրաքանչյուր նոր ընթացքը դրվում է նախորդից վերև, հատումներ կատարելով մոտեցվում է սրունք-թաթային հողին (նկ. 91):

Ոտնաթաթի կապ՝ մատների ընդգրկումով: Ամրացվող գալարը դրվում է պճեղների շրջանում, որից հետո բինտը երկարությամբ տարվում



Նկ. 94. Անհատական վիրակապական ծրար: ա) ծրարի պարունակությունը, բ) արտաքին և ներքին թաղանթների բացումը, գ) բինտը բարձրիկների հետ միասին պատրաստ է օգտագործման համար:

Նկ. 93. Ոտնաթաթի առաջին մատի կապ:

է ոտնաթաթի շուրջը, ծածկելով մատները և կրունկի շրջանը: Սկսելով մատներից, ոտնաթաթին դրվում է պարուրած և խաչաձև կապ: Ամրացվող գալարը դրվում է պճեղների շրջանում (նկ. 92):

Ոտնաթաթի առաջին մատի կապ: Սկզբունքը նույնն է, ինչպես որ ձեռքի առաջին մատի կապը դնելիս: Ամրացվում է պճեղների շրջանում (նկ. 93):

Ամորձակապ: Հատուկ հարմարանք է, որ կիրառվում է ամորձիները կախելու համար, ամորձիների կամ նրանց հավելումների հիվանդությունների կամ փոշտի վիրահատումներից հետո: Գոյություն ունի գործարանային արտադրության ամորձակապ: Կարելի է պատրաստել նաև ինքնուրույն կերպով: Դրա համար օգտագործվում է սովորական բինտը: Մեկ բինտի կտորով պատրաստվում է գոտի: Լայն բինտից կտրվում է մեկ մետր երկարությամբ կտոր, որի երկու ծայրերը կտրվում են երկայնքով՝ թողնելով կենտրոնում չկտրված հատված 10 սմ երկարությամբ: Այդ հատվածի մեկ ծայրը մտցվում է փոշտի տակ, իսկ նրա ծայրերը կապում են գոտու հետ: Մյուս եզրը նույնպես տարվում, հասցվում է փոշտի վրայով դեպի գոտին, և սրա ծայրերը նույնպես որոշ ձգվածությամբ կապում են գոտու հետ:

Կապի վրա կարելի է բացել անցք սեռական անդամի համար: Ամոր-
ձակապը բարձրացնում է փոշտը սեռական անդամի հետ միասին վերև
(դեպի որովայնը): Սրա համար բոլոր ծայրերը կապվում են գոտու
առջևի մասում:

Ամրակապ: Հատուկ հարմարանք է՝ պատրաստված կտորից, կաշ-
վից և կիրառվում է որովայնի խոռոչի թույլ տեղամասերը ամրացնելու
համար: Ամրակապը սովորաբար կիրառվում է որովայնի ճողվածքնե-
րի դեպքում, երբ հիվանդին այս կամ այն պատճառով վիրահատել չի
կարելի:

Անհատական վիրակապական ծրար: Մրարը կազմված է երկու
բամբակ-թանզիֆե բարձիկներից՝ ամրացված բինտի հետ: Նրանցից
մեկը կարելի է տեղաշարժել բինտի երկարությամբ: Վիրակապանյութը
գտնվում է իրար մեջ ներդրված երեք ծրարների մեջ՝ ներքինը թղթե
ծրարն է քորոցի հետ, ուստի նպատակ է արտաքինը: Բինտը և բարձիկ-
ները մանրէազերծված են: Ռետինեպատ թաղանթը կտրվում է կտրը-
վածքի տեղից, հանվում է, որից հետո բաց է արվում ներքին թղթե թա-
ղանթը և հեռացնելով բարձիկները անհրաժեշտ տարածության վրա՝
դրվում է վերքի վրա այն մասով, որին ձեռք չի հպվել:

Միջանցիկ վերքերի դեպքում մեկ բարձիկը ծածկում է մուտքի, իսկ
մյուսը՝ վերքի ելքի մասը, որից հետո բարձիկները բինտակապվում են
(նկ. 94):

ՎԻՐԱԿԱՊՄԱՆ ԶՐՈՋ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Վիրակապման բուժքրոջ պարտականությունների մեջ մտնում են՝
հիվանդներին բժշկի նշանակումով անմիջապես վիրակապելը, նյութերը,
գործիքները այս պրոցեդուրաների կատարման համար նախապատրաս-
տելը, վիրակապարանի սանիտարական վիճակը հսկելը, որպեսզի սկզբ-
բուն կատարվեն «մաքուր», որից հետո, երկրորդ հերթին «թարախային»
վիրակապումները, դեղանյութերը և վիրակապական նյութերը ավագ քրոջ
միջոցով մշտապես լրացնելը:

Մեծ հիվանդանոցներում սովորաբար առանձնացվում է երկու վի-
րակապարան՝ մեկը այսպես կոչված մաքուր վիրակապումների համար,
որոնք կապված չեն թարախային կեղտոտված վերքերի հետ (հետվիրա-
հատական շրջանում հիվանդների վիրակապի փոխում, կարերի հեռա-
ցում և այլն), և մյուսը այսպես կոչվող թարախային վիրակապումների
համար (վիրակապում են այն հիվանդներին, որոնք ունեն թարախային
վերքեր, կեղտախուղակներ և այլն):

Յուրաքանչյուր վիրակապարան սպասարկվում է առանձին քրոջ

կողմից: Ինչպես մեկ, այնպես էլ մյուս վիրակապարանում պետք է խրատորեն պահպանել ասեպտիկան: Վիրակապարանի աշխատանքը կատարվում է նույն սկզբունքներով, ինչ որ վիրահատարանում էր: Վիրակապարանի քրոջ ենթակայությունն տակ գտնվում է սանիտարուհին, որն օգնում է նրան բոլոր աշխատանքներում:

Վիրակապում: Այս պրոցեդուրան պետք է որակյալ ձևով կատարել յուրաքանչյուր բուժքույր ցանկացած պայմաններում՝ վիրակապարանում, հիվանդասենյակում, տանը, դեպքի վայրում և այլն: Հատկապես այն որակյալ ձևով պետք է կատարել վիրակապարանի քույրը:

Վիրակապումը կատարվում է որոշակի սխեմայով.

1. Հին կապի հեռացումը անհրաժեշտ է կատարել զգուշությամբ՝ Հիվանդը պետք է հնարավոր չափով հարմար դիրք զբաղեցնի, վիրակապման վայրը պետք է լավ լուսավորված լինի: Այս նպատակի համար վիրակապարանում կան ոչ մեծ անստվեր և կողմնային լուսավորման լամպեր: Անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել մանիպուլյացիաների անցավ կատարմանը, որին հասնում են լավ տեխնիկական բռնելաձևերով և նախնական ցավազրկումով, վիրակապումից կես ժամ առաջ, եթե անհրաժեշտություն կա, հիվանդին ներարկվում է պրոմեդոլ կամ պանտապոն: Կապը կտրվում է սուր վիրակապի մկրատով, վերքից մի փոքր հեռու, որի կտրող մասի կտրացված ծայրը մտցվում է վիրակապի տակ և կտրում այն: Կապը հանվում է՝ պինցետով բարձրացնելով թանզիֆը վերքի երկարությունը զուգահեռ ուղղությամբ, այս դեպքում մաշկը սեղմվում է (հետ է քաշվում) թանզիֆի գնդիկի միջոցով, որպեսզի այն չձգվի վիրակապի հետ: Խիստ շորացած վիրակապը անհրաժեշտ է թրջել կալիումի պերմանգանատի թույլ լուծույթով 1:3000 կամ ջրածնի պերօքսիդով: Այսպիսի դեպքերում վիրակապը հեռացվում է շերտ առ շերտ, թրջվում է մակերեսային շերտը և հեռացվում, նորից է թրջվում հաջորդ շերտը և հեռացվում, և այլն: Վերջույթների շրջանում վիրակապը պոկելու համար լավ է կիրառել վաննաներ, իսկ իրանի այրվածքների դեպքում հիվանդը տեղավորվում է վաննայի մեջ հատուկ ձգափոկերի վրա: Կեղտոտված նյութերը հավաքում են առանձին կոնքի մեջ և այրում:

2. Վերքի և նրա շրջակա մաշկի զննում և հարդարում: Վիրակապը հեռացնելուց հետո առաջին հերթին կատարվում է վերքի շուրջը գրտնրվող մաշկի մշակում: Մրա համար շոր կամ թաց (թրջված անտիսեպտիկ լուծույթի մեջ, հաճախ կալիումի պերմանգանատի կամ ուիվանոլի) գնդիկով տրորում են մաշկը: Մաշկը մաքրելուց հետո մշակվում է 70 տոկոսանոց սպիրտի լուծույթով կամ 5 տոկոսանոց յոդի սպիրտային լուծույթով: Երբեմն մաշկին քսվում է քսուք, որպեսզի այն պահպանվի քայքայող հատկություն ունեցող վերքի արտադրությունից: Վերքը, կախված նրա պարունակությունից, շորացվում է թանզիֆի գնդիկներով, նա-

խապես լավ մաքրելով թաց գնդիկներով կամ համապատասխան անտիսեպտիկներով լվանալով:

3. Նոր վիրակապի բնույթը կախված է վերքի մակերեսի վիճակից: Սրա համար կիրառվում է այս կամ այն անտիսեպտիկ միջոցը կամ քսուքային կապեր:

4. Վիրակապը ամրացվում է տարբեր եղանակներով՝ կախված վերքի տեղակայումից և նրա մեծությունից: Բինտը կապվում է վերքից մի փոքր հեռու:

Գլուխ VIII

ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ (ՏՐԱՎՄԱՆԵՐ): ՏՐԱՎՄԱՏՈՒՈԳԻԱՅԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՀԱՐՑԵՐԸ

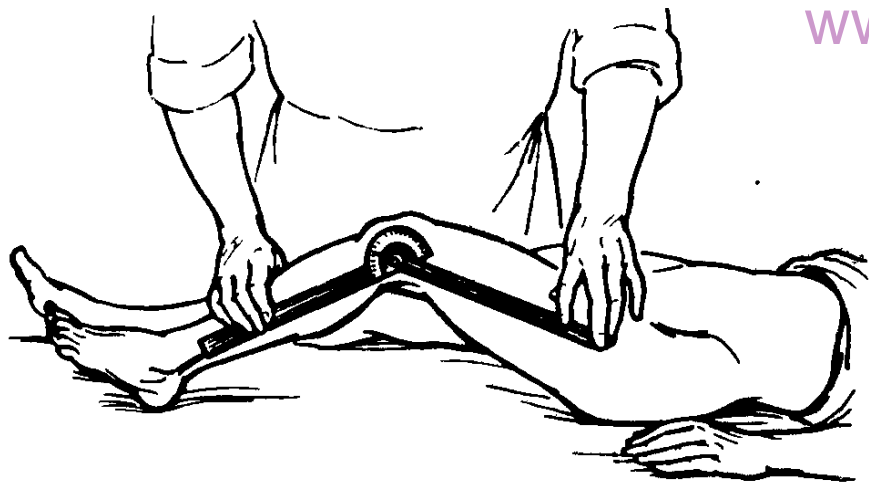
Վնասվածք կամ տրավմա կոչվում է այն հիվանդությունը, որն առաջանում է արտաքին ազդակների (մեխանիկական, ջերմային, քիմիական և այլն), օրգանիզմի վրա ակնթարթային չափազանց ուժգին ազդեցությունից, որն առաջացնում է օրգանների և հյուսվածքների անատոմիական ամբողջականության և ֆիզիոլոգիական ֆունկցիաների խանգարումներ և ուղեկցվում է օրգանիզմի տեղային և ընդհանուր ռեակցիայով:

ՏՐԱՎՄԱՏՈՒՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ: ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԿԱՆ ՏԵՐՄԻՆՈՒՈԳԻԱ

Առաջին մինչբժշկական օգնություն ցույց տալու և ավելի արդյունավետ եղանակով բուժման միջոցառումների կատարման համար բուժքույրը պետք է տիրապետի տրավմատոլոգիական հիվանդների հետազոտման սկզբունքներին:

Հոդերում շարժումների ծավալը որոշվում է հատուկ գործիքով՝ անկյունաչափով և նշվում է աստիճաններով (նկ. 95): Անկյունաչափի հենակները դրվում են վերջույթի առանցքի ուղղությամբ, իսկ անկյունաչափի առանցքը պահվում է հոդում կատարվող շարժումներին համապատասխան: Հաշվումը կատարվում է վերջույթի ելքային դրությունից: Ելքային համարվում է այն դրությունը, որում գտնվում է հոդը՝ իրանի և վերջույթների ազատ ուղղահայաց դիրքի դեպքում (ելքային դրությունը կոնֆազդրային և ծնկան հոդերի համար հանդիսանում է 180°-ը, սրունք-թաթայինի համար՝ 90°-ը):

Սագիտալ հարթությամբ կատարվող շարժումները կոչվում են ծալում և տուրածում (ֆլեքսիա և էֆառեկցիա): Այս դեպքում ոտնաթաթի



Նկ. 95. Անկյունաչափ:

և դաստակների համար ավելացվում են ներբանային, թիկնային և ավա-
յին ծալում:

Ճակատային հարթությամբ կատարվող շարժումները կոչվում են
զատում և առքերում: Ճաճանչ-դաստակային հոդի շարժումները (ծա-
լումը) կարող են լինել ծղիկային (ծղիկոսկրի կողմը) և նաճանչային
(ճաճանչոսկրի կողմը): Երկայնակի առանցքի շուրջը կատարվող շար-
ժումները կոչվում են արտաքին և ներքին պտույտ:

Հոդերում շարժումների խանգարման աստիճանը բնորոշվում է հետև-
յալ հասկացություններով՝ 1) անկիլոզ՝ հոդի լրիվ անշարժություն, 2) ուե-
գիտային՝ հոդում տատանողական շարժումները 5° -ից ոչ ավելի,
3) կոնտրակտուրա՝ հոդի շարժումների սահմանափակում:

Բացի սահմանափակումներից, հոդերում նկատվում է ավելորդ շար-
ժում: Այն հաճախ ի հայտ է գալիս կապանային ապարատի ձգվածու-
թյան և կտրվելու ժամանակ: Հոդի բացակայության դեպքում (կոտրու-
վածք, կեղծ հոդ) կատարվող շարժումը կոչվում է ախտաբանական շար-
ժում:

Վերջույթների երկարությունները և շրջագծերը չափելու համար օգ-
տագործվում է սանտիմետրային ժապավենը: Չափման ժամանակ ան-
պայման համեմատվում է հիվանդ տեղամասը համաչափ առողջ տե-
ղամասի հետ: Տարբերիչ կետերը համեմատական չափման համար ոսկ-
րային թմբկություններն են:

Բազկի երկարությունը որոշվում է՝ չափելով թիակի ուսելունից մինչև
բազկոսկրի արտաքին վերկոճը: Նախաբազկի երկարությունը՝ արտա-
քին վերկոճից մինչև մախաթաձև ելունը: Վերին վերջույթի ամբողջ եր-
կարությունը չափվում է թիակի ուսելունից մինչև III մատի ծայրը,
ափային մակերեսով:

Ստորին վերջույթի երկարությունը որոշվում է՝ չափելով գստոսկրի

առաջավերին փշի և ներքին պճեղի միջև եղած հեռավորությունը, ազդրի երկարությունը՝ մեծ տամբիոնից մինչև ծնկան հողի հողաճեղքը, սրունքի երկարությունը՝ ծնկան հողի հողաճեղքից մինչև արտաքին պճեղը:

Տարբերում են կարճացման կամ երկարացման հետևյալ տեսակները.

1. Իսկական (անատոմիական) կարճացում կամ երկարացում: Նյն պայմանավորված է վերջույթի երկարության ձևափոխությամբ: Կարճացումը նկատվում է կոտրվածքի ժամանակ, ըստ երկարության ոսկրաբեկորների տեղաշարժի, ոսկրի աճի դանդաղեցման և այլ պատճառների հետևանքով: Վերջույթի երկարացումը կարող է սկսվել տուրբերկուլյոզային ախտահարման վաղ շրջանում (հողի ոսկրերի հեռացման, հողաճեղքի մեծացման հաշվին):

2. Թվացող կամ պրոյեկցիոն կարճացում կամ երկարացում, որն առաջանում է վերջույթի հիվանդագին դիրքի՝ կոնտրակտուրայի կամ անկիլոզի հետևանքով:

3. Հարաբերական (դիսլոկացիոն) կարճացում կամ երկարացում նկատվում է հողախախտերի դեպքում, երբ մեկ հողավորված ոսկրը տեղաշարժվում է մյուսի հարաբերությամբ: Վերջույթի հարաբերական կարճացումը որոշվում է վերջույթի հարաբերական երկարությունը համեմատելով բացարձակ երկարության հետ:

4. Ֆունկցիոնալ կարճացում կամ երկարացում ստորին վերջույթի՝ հիվանդի ուղղահայաց դիրքի ժամանակ (գումարային կարճացում կամ երկարացում). սա վերջույթի իսկական, թվացող և հարաբերական կարճացումների գումարն է:

Վերջույթի շրջագիծը (հիվանդ և առողջ) չափվում է համաչափ ւեղերում (որոշակի հեռավորությունների վրա ոսկրային տարբերիչ կետերից): Օրինակ, եթե աջ ազդրի շրջագիծը որոշվում է 10 սմ մեծ տամբիոնից ներքև, ապա այդպիսի հեռավորության վրա պետք է չափել և ձախ ազդրը: Սովորաբար վերջույթի շրջագիծը չափվում է նրա վերին, միջին և ստորին երրորդականների շրջանում:

Կարևոր նշանակություն ունի մկանային ուժի որոշումը: Պայմանականորեն մկանային ուժը որոշվում է հնգանիշ համակրգով՝ 1) մկանների ուժը նորմալ է, 2) մկանների ուժը թեթևակի թուլացած է, 3) որոշակիորեն նկատվում է մկանների պարեզ, 4) մկանային ուժը զգալիորեն թուլացած է, 5) մկանի լրիվ պարալիզ:

Մկանների ուժը սովորաբար համեմատվում է մարմնի մյուս կողմի համապատասխան մկանների հետ: Մկանային ուժը չափելու համար կիրառվում է հատուկ սարք՝ ուժաչափը:

Ըստ ԽՍՀՄ-ում ընդունված անվանակարգության տարբերվում են տրավմաների հետևյալ տեսակները:

I. Ըստ տրավմա առաջացնող պայմանների լինում են՝ 1) տրավմաներ ոչ արտադրական բնույթի՝ ա) տրանսպորտային (երկաթուղային, ավտոմոբիլային, տրամվայից և այլն), բ) հետիոտնային շարժման դեպքում (փողոցային), գ) կենցաղային, դ) սպորտային, ե) այլ բնույթի. 2) տրավմաներ արտադրական բնույթի (արդյունաբերական, գյուղատնտեսական, 3) կանխամտածված (զինվորական) և այլ տրավմաներ:

II. Ըստ վնասող ազդակի տեսակի՝ 1) մեխանիկական, 2) ջերմային, 3) քիմիական, 4) վիրահատական, 5) ճառագայթային և այլն:

III. Ըստ վնասվածքի բնույթի՝ 1) փակ (մաշկը և լորձաթաղանթները վնասված չեն), 2) բաց (մաշկը և լորձաթաղանթները վնասված են), 3) խոռոչների մեջ թափանցող (որովայնամիզը, պլևրան, սնային թաղանթները վնասվելիս), 4) խոռոչների մեջ չթափանցող, 5) միայնակ, 6) բազմակի, 7) հասարակ (վնասվում է հյուսվածքների միայն մեկ տեղամաս), 8) համակցված (վնասվում են մի քանի օրգաններ):

IV. Ըստ վնասող ուժի ազդման տեղի՝ 1) ուղղակի (վնասվածքը առաջանում է ուժի գործադրման տեղում), 2) անուղղակի (վնասվածքը առաջանում է ուժի գործադրման տեղից հեռու):

Ըստ ազդեցության ժամանակի՝ 1) սուր (առաջանում է անմիջապես ուժի ազդեցությունից հետո), 2) խրոնիկական (ի հայտ է գալիս վնասող ազդակի բազմակի ազդեցության հետևանքով):

ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ ՏՐԱՎՄԱՏԻԶՄԻ ՄԱՍԻՆ ԵՎ ՆՐԱ ՊՐՈՖԻԼԱԿՏԻԿԱՆ

Տրավմատիզմը տրավմայի ամբողջությունն է, որոշակի պայմաններում ազգաբնակչության որոշակի խմբերի վնասումը: Այս դեպքում պատճառային կապ գոյություն ունի վնասվածքի և արտաքին պայմանների միջև, որտեղ գտնվելիս է եղել տուժողը:

Կախված պայմաններից և տեղից, որտեղ տեղի է ունեցել տրավման, տարբերվում են տրավմատիզմի հետևյալ տեսակները՝ 1) արդյունաբերական, 2) գյուղատնտեսական, 3) տրանսպորտային, 4) սպորտային, 5) կենցաղային, 6) զինվորական:

Այսպիսի բաժանումը հնարավորություն է տալիս բացահայտելու տվյալ տեսակի տրավմայի պատճառը և պայմանները, որոնց դեպքում այն տեղի է ունեցել:

Հաշվի առնելով տրավմատիզմի տեսակը, համապատասխան ձևով

կազմակերպվում է նրա պրոֆիլակտիկան: Տրավմատիզմի պրոֆիլակտիկային վերաբերում է հետևյալ միջոցառումների կատարումը.

- 1) աշխատանքի և անվտանգության տեխնիկայի ճիշտ կազմակերպում,
- 2) աշխատողների անհատական անվտանգության բարելավում,
- 3) փողոցային շարժման կանոնների պահպանում և այլն:

ՏՐԱՎՄԱՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ ԱՌԱՋԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ

Առաջին օգնության կազմակերպման դեպքում պետք է հիշել, որ դժբախտ պատահարները տեղի են ունենում հանկարծակի: Անկախ տեղից և իրավիճակից, որտեղ առաջացել է վնասվածքը, պահանջվում է անհապաղ օգնություն ցույց տալ տուժածին և ուղարկել նրան բուժական հիմնարկություն:

Պատահարի վայրում պետք է ցույց տրվի հետևյալ օգնությունը՝ դադարեցնել տրավմատիկ ազդակի ներգործությունը, ժամանակավորապես դադարեցնել արյունահոսությունը, դնել ասեպտիկ վիրակապ, կատարել տրանսպորտային անշարժացում, ներարկել ցավազրկող միջոցներ և պրեպարատներ, որոնք լավացնում են շնչառական և սիրտ-անոթային համակարգերի գործունեությունը: Այնուհետև անհրաժեշտ է տուժածին հոգատարությամբ տեղափոխել բուժօգնարկություն:

ՏՐԱՎՄԱՏՈՒՆՈՒԹՅԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ ԽՍՀՄ-ՈՒՄ

Յուրաքանչյուր արդյունաբերական ձեռնարկության արտադրամասում, դաշտավարական բրիգադներում, ստադիոններում և այլ վայրերում պետք է կազմակերպվեն սանհիտարական դրուժինաներ, որոնց անդամները պետք է իմանան տուժածին առաջին օգնություն ցույց տալու: Բացի սանհիտարական դրուժինայից, գոյություն ունեն և բուժկետեր, որտեղ աշխատում են բժշկական միջին կրթություն ունեցող աշխատողները: Յուրաքանչյուր շրջկենտրոնում և քաղաքային որոշ պոլիկլինիկաներում կան տրավմատոլոգիական կետեր, որտեղ օգնությունը ցույց են տալիս բժշկ-տրավմատոլոգները: Քաղաքային և երկրամասային հիվանդանոցներում բացված են տրավմատոլոգիական բաժանմունքները:

Արդյունաբերական խոշոր քաղաքներում ստեղծված են տրավմատոլոգիայի գիտահետազոտական ինստիտուտներ, որոնց աշխատանքը ղեկավարում է Մոսկվայում գտնվող Կենտրոնական տրավմատոլոգիայի և օրթոպեդիայի ինստիտուտը: Գիտահետազոտական ինստիտուտները մշակում են բուժման նոր մեթոդներ և տրավմաների պրոֆիլակտիկայի հարցերը:

Մեր երկրում տրավմատոլոգիական օգնության հիմքում ընկած է

տուժածին կանոնավոր օգնություն ցույց տալու վերընթաց համակարգը՝ դեպքի վայրում առաջին օգնությունը ցույց տալուց մինչև բարձրորակ օգնությունը մասնագիտացված բուժական հիմնարկություններում:

Գլուխ IX

Փակ վնասվածքներ

Փակ վնասվածքներ են համարվում բոլոր տեսակի տրավմաները, որոնց դեպքում մաշկի և լորձաթաղանթների վնասվածք չի առաջանում:

ԶԱՐԴՎԱԾՔՆԵՐ

Զարդվածք ասելով հասկացվում է փափուկ հյուսվածքների վնասվածքը, երբ հարվածի հետևանքով նրանց անատոմիական ամբողջականությունը չի խախտվում:

Նկատվում է տեղային ցավ, հյուսվածքների ուռածություն, մաշկային ծածկույթների զգացողության փոփոխություն, արյունալցում (հեմատոմա): Հնարավոր է տուժած օրգանի ֆունկցիայի խանգարում: Հեմատոմայի գույնը (կապտուկ) կախված արյան պիգմենտի աստիճանական քայքայումից, շարունակ փոխվում է՝ մուգ կարմրավուն, կապույտ, կանաչ, մինչև դեղինը:

Բուժումը: Վնասված մարմնամասի համար ստեղծվում է հանգիստ և բարձր դիրք, դրվում է ճնշող կապ: Զարդվածքի տեղում դրվում է ռետինե պարկ՝ լցված սառը ջրով կամ սառույցով: Մեծ հեմատոմայի դեպքում երբեմն արտածծվում է արյունը կամ հատվում են հյուսվածքները. բաց է թողնվում հեմատոման և դադարեցվում արյունահոսությունը: Զարդվածքը առաջանալուց 2—3 օր հետո կիրառվում են տաքացնող պրոցեդուրաներ (ջեռակներ, տաքացնող կոմպրեսներ, դիաթերմիա, ՈՒՎԶ՝ հեմատոմայի լավ ներծծման համար):

ԿԱՊԱՆՆԵՐԻ ԶԳՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ՊԱՏՈՎԱԾՔ

Երբ հոդերում կատարվում են նրանց շարժման ծավալից ավելի շարժումներ, ապա տեղի է ունենում հոդը ամրացնող կապանային ապարատի ձգվածություն (թեթևակի ճեղքում), իսկ երբեմն՝ պատռվածք: Նկատվում է ցավ, ուռածություն հոդի շրջանում, շարժումների սահմանափակում: Կապանները կտրվելու դեպքում առաջանում են հեմատոմա և ավելորդ շարժումներ:

Անհրաժեշտ է վերջույթին տալ հանգիստ դիրք: Հոդի շրջանում դրվում է ճնշող կապ: Առաջին օրերը վնասվածքի տեղում դրվում է սառը, իսկ հետագայում՝ տաքացնող պրոցեդուրաներ: Կապանների կտրու-

վելու դեպքում դրվում է գիպսյա կապ, իսկ պահպանողական բուժման անարդյունք լինելու դեպքում կատարվում է վիրահատական բուժում:

ՄԿԱՆՆԵՐԻ ՊԱՏՈՎԱԾՔ

Մկանների պատռվածքը առաջանում է նրանց ուժգին ձգման և լարման դեպքում, օրինակ, մեծ ծանրություն բարձրացնելիս: Ավելի հաճախ պատռվում են որովայնի և վերջույթների ծալիչ մկանները: Մկանների պատռվածքը կարող է լինել մասնակի և լրիվ:

Պատռվածքի տեղում զգացվում է ցավ, այդ մասը շոշափելիս, հատկապես լրիվ պատռվածքի դեպքում, բացահայտվում է մկանի պատռվածքի տեղը: Հետագայում ձևավորվող հեմատոմայի հաշվին առաջանում է ուռուցքանման գոյացություն: Որպես կանոն, նկատվում է տվյալ մկանի գործունեության նվազում կամ լրիվ բացակայություն:

Անհրաժեշտ է առավել չափով մոտեցնել պատռված մկանի տեղամասերը միմյանց և այդ դիրքում հանգիստ դիրք տալ: Առաջին օրերը նշանակվում է հանգիստ և սառը՝ վնասված մասի վրա: Հետագա օրերին կիրառվում են տաքացնող պրոցեդուրաներ: Լրիվ պատռվածքի ժամանակ բուժումը վիրահատական է՝ կարվում է մկանի պատռված մասը:

ՃՆՇՄԱՆ ՍԻՆԴՐՈՍ

Այս անվան տակ հասկացվում է որոշակի ախտանիշների ամբողջություն, որն առաջանում է տարբեր առարկաներով (ծառ, քարեր, հող և այլն) վերջույթների փափուկ հյուսվածքների վրա երկարատև ճընշման հետևանքով, փլուզումների, երկրաշարժերի և այլ պատճառներով: Ծանրության տակից վերջույթներն ազատելուց հետո թունավոր նյութերը, որոնք կուտակվել են հյուսվածքներում, ինչպես և ցավային գրգռիչները անցնում են օրգանիզմի մեջ, առաջացնելով մի դրություն, որը կլինիկական պատկերով հիշեցնում է շոկը:

Ճնշման սինդրոմի պրոֆիլակտիկան և բուժումը հետևյալն է. վերջույթը զգուշորեն և դանդաղորեն ազատվում է ճնշող առարկաներից, նախապես ճնշված մասից վերև դնելով լարան, կատարվում է փակեղաչին նովոկաինային բլոկադա և հակաշոկային միջոցառումներ: Հետագայում կատարվում է բուժում՝ զարգացող երիկամային անբավարարությունը, թունավորումները և վերջույթների տեղային փոփոխությունները կանխելու համար:

ՑՆՑՈՒՄ

Ազդող ուժի արագ ներգործության հետևանքով կարող են վնասվել ներքին օրգանները, առանց արտաքին ծածկույթների վնասվածքի: Վնաս-

վածքի այս ձևի դեպքում կոպիտ կազմաբանական ձևափոխություն չի նկատվում: Օրգանիզմի բջիջներում նկատվում են մոլեկուլյար բնույթի ձևափոխումներ: Ցնցման ավելի հաճախ ենթարկվում են գլխուղեղը, ողնուղեղը, թոքերը, լյարդը: Ցնցման հետևանքով խանգարվում է տվյալ օրգանի գործունեությունը, նկատվում է սիրտ-անոթային համակարգի գործունեության անկում (ցածր զարկերակային ճնշում, պուլսի հազվակիացում), խանգարվում է շնչառությունը (հեոց, մակերեսային շնչառություն) և գլխուղեղի գործունեությունը (գիտակցության կորուստ):

Բուժումը: Անհրաժեշտ է տուժածին ժամանակին տեղափոխել հիվանդանոց: Նշանակվում է խիստ անկողնային ռեժիմ: Հետագա բուժումը պետք է ուղղված լինի տուժած օրգանի գործունեության կանոնավորմանը:

ՀՈՂԱՍԱՍՏԵՐ

Հոդախախտը մեկ կամ մի քանի ոսկրերի հոդային մակերեսների ախտաբանական տեղաշարժ է՝ նրանց նորմալ անատոմիական փոխադրաբերության և հոդաշապիկի, կապանային ապարատի խանգարման հետ միասին: Տարբերվում են լրիվ և մասնակի (ենթահոդախախտ) հոդախախտեր:

Հայտնի են հոդախախտերի հետևյալ տեսակները. 1) տրավմատիկ՝ տրավմայի հետևանքով, 2) ախտաբանական՝ այն հիվանդությունների դեպքում, որոնք կապված են կապանային ապարատի և ոսկրերի հոդային ծայրերի քայքայման հետ, օրինակ, ուռուցքների, բորբոքային պրոցեսների դեպքում, 3) բնածին, 4) սովորույթային՝ կապանային ապարատի մեծ ձգվածության հետևանքով, որ հաճախ առաջանում է տրավմատիկ հոդախախտերի ոչ ճիշտ բուժումից հետո, 5) հնացած՝ ժամանակին չուղղված հոդախախտերը:

Հոդախախտման պահին նկատվում է արտահայտված ցավ, որը հետագա օրերին աստիճանաբար նվազում է: Հոդախախտված վերջույթը քնդունում է հարկադրական դիրք: Հոդերում շարժումների ծավալը խախտվում է, հնարավոր է միայն ոչ մեծ հարկադրական շարժումներ: Հոդի ընդհանուր տեսքը խիստ փոխվում է՝ ինչպես ոսկրերի հոդային մակերեսների դիրքի ձևափոխման հաշվին, այնպես էլ հեմատոմայի հաշվին: Ախտորոշման դեպքում մեծ դեր է խաղում շոշափումը և ռենտգենյան նկարը:

Անհրաժեշտ է կատարել վերջույթի անշարժացում: Ցավերը մեղմելու նպատակով հոդախախտի շրջանում դրվում է ռետինե պարկ՝ լցված սառը ջրով կամ սառույցով, սրսկում են ցավ հանգստացնող միջոցներ, որից հետո հիվանդին շտապ կերպով հասցնում բուժական հիմնարկություն: Հոդախախտի ուղղումը կատարում է բժիշկը:

Կախված հոգախախտի տեսակից և նրա տեղակայումից՝ գոյություն ունեն ուղղման որոշակի հնարքներ: Ուղղումը կատարվում է նովոկաինով (ներարկվում է հոգախոռոչի մեջ) լավ տեղային ցավազրկումից հետո: Մեծ հոգերի հոգախախտերի դեպքում, օրինակ, կոնքազդրային, անհրաժեշտ է լինում ընդհանուր ցավազրկում՝ կիրառելով միոռելաքսանտներ՝ կմախքային մկանների լարվածությունը վերացնելու համար: Հոգախախտի ուղղումից հետո վերջույթը անշարժացվում է կապով կամ գիպսյա լոնգետով 4—30 օր տևողությամբ, կախված հոգախախտի տեղակայումից, որից հետո նշանակվում են բուժական մարզանքներ, մերսում և տաքացնող պրոցեդուրաներ:

Հնացած հոգախախտերը ուղղում են վիրահատման միջոցով: Սովորույթային հոգախախտի ժամանակ վիրահատական ճանապարհով ամրացվում է կապանային ապարատը:

ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ

Ոսկրի ամբողջականության խախտումը կոչվում է կոտրվածք: Կոտրվածքների դեպքում առավելապես առաջանում է ոսկրաբեկորների տեղաշարժ: Բայց մի շարք դեպքերում ոսկրաբեկորների տեղաշարժ տեղի չի ունենում, օրինակ, այսպես կոչվող, ենթավերնոսկրային կոտրվածքների դեպքում (որ հաճախ նկատվում է երեխաների մոտ), երբ վերնոսկրը պահպանում է իր ամբողջությունը, կամ, այսպես կոչված, տափակած և ներհրված կոտրվածքների ժամանակ, երբ ոսկրաբեկորները սեղմվում են միմյանց, կամ մեկ ոսկրաբեկորը ներհրվում է մյուսի մեջ: Երեխաների մոտ մինչև ոսկրի էպիֆիզար մասի ոսկրացման շրջանի վրա հասնելը, կոտրվածքի փոխարեն առաջանում է ոսկրի էպիֆիզար մասի պոկումը դիաֆիզից, որը կոչվում է էպիֆիզեոլիզ:

Կոտրվածքները կարող են լինել բնածին և ձեռքբերովի:

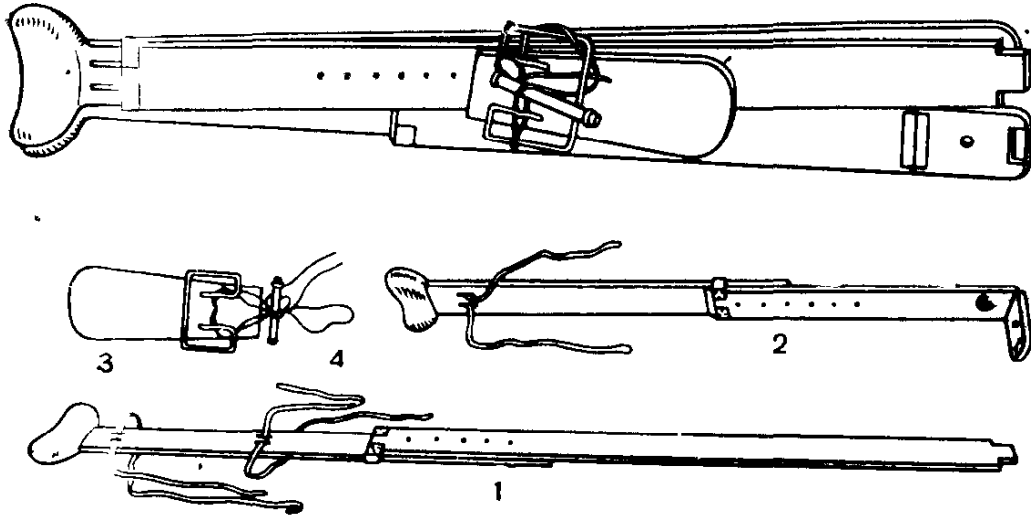
Բնածին կոտրվածք կոչվում է վնասվածքի այնպիսի տեսակը, որն առաջանում է ներարգանդային կյանքի ընթացքում, տարբեր ազդակների ներգործության հետևանքով: Ձեռքբերովին ընդունված է համարել կոտրվածքի այնպիսի տեսակները, որոնք առաջանում են մեծահասակների և երեխաների մոտ, այս կամ այն մեխանիկական ազդակների հետևանքով: Կոտրվածքները, որոնք տեղի են ունենում ծննդաբերության ակտի ժամանակ, պատկանում են ձեռքբերովի կոտրվածքների խմբին: Տարբերվում են նաև, այսպես կոչված, ախտաբանական կոտրվածքները, որոնք նկատվում են ոսկրերի այս կամ այն հիվանդությունների (օստիոմիելիտ, ուռուցք, կիստա և այլն) դեպքում:

Կոտրվածքները ավելի հաճախ առաջանում են տարեց մարդկանց մոտ ոսկրի էլաստիկության կորստի հետևանքով:

Ըստ հաճախականության կոտրվածքները տեղաբաշխվում են հետև-



Նկ. 96. Կրամերի շինա:



Նկ. 97. Դիտերիխսի շինա (բացատրությունը տեսնում):

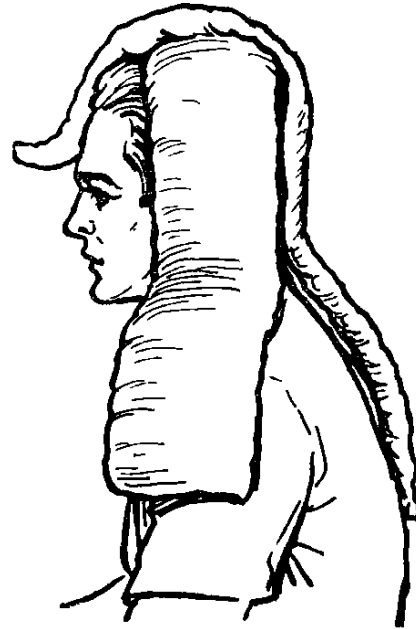
յալ կերպ՝ վերին վերջույթը՝ 50 %, ստորին վերջույթը՝ 31 %, կոնքը և ողնաշարը՝ 12 % և գանգը՝ 6 %:

Կախված կոտորվածքների առաջացման մեխանիզմից՝ նրանք բաժանվում են՝ 1) կոտորվածքներ ոսկրի ննջումից: Նման դեպքերում ոսկրի մեկ ծայրը կարող է ներդրվել մյուսի մեջ, ոսկրի դիաֆիզը ներդրվում է էպիֆիզար մասի մեջ (ներհրված կոտորվածք), տեղի է ունենում ոսկրաբեկորների միակցումը (կառչած կոտորվածք) կամ սեղմումը (տափակած կոտորվածք), 2) կոտորվածքներ ոսկրի ծոռումից: Կոտորվածքի ավելի հաճախ հանդիպող տեսակն է: Ոսկրը կոտորվում է լայնական ուղղութեամբ, առաջանում է սեպաձև ոսկրաբեկոր՝ ոսկրի ծոված կողմում, 3) ոսկրի ոլորումից առաջացած կոտորվածքներ (պտուտակաձև, պարուրաձև), առաջանում են, երբ ոսկրի մի ծայրը ամրացվում է, իսկ մյուս ծայրը ենթարկվում է պտտող ուժի ազդեցությանը: Այս դեպքում կոտորվածքի գիծը ունի պարուրաձև տեսք, 4) ոսկրի կոտորվածք պոկումից, առաջանում է մկանների ուժգին կծկման հետևանքով: Այս դեպքում սովորաբար պոկվում է ոսկրի այն մասը, ուր կաշում են մկանների շերտը:

Կախված կոտորվածքի հարթության ուղղությունից՝ ոսկրի առանցքի նկատմամբ տարբերվում են կոտորվածքների հետևյալ տեսակները՝ 1) լայնակտն (կոտորվածքի գիծը ոսկրի առանցքի նկատմամբ ուղղահայաց է), 2) երկայնական (կոտորվածքի գիծը ոսկրի առանցքի ուղղութեամբ է), 3) թեֆ (կոտորվածքի գիծը թեք է հարաբերած ոսկրի առանցքի



Նկ. 98. Բագկի անշարժացումը աստի-
հանավոր շինայով:



Նկ. 99. Պարանոցի անշարժացումը աս-
տիհանավոր շինայով:

նկատմամբ, 4) պտուտակաձև կամ պարուրաձև (կոտրվածքի գիծը անց-
նում է ոսկրի վրայով և ունի պարուրաձև տեսք):

Կախված վնասված ոսկրերի թվից՝ տարբերվում են միայնակ և քազմակի կոտրվածքներ: Եթե կոտրվածքը համակցվում է ոսկրաբեկոր-
ների կողմից ինչ որ օրգանների վնասվածքի հետ, այդ կոտրվածքները
անվանում են բարդացած և ոչ բարդացած: Եթե մաշկի ամբողջակա-
նությունը խախտված չի լինում, կոչվում է փակ կոտրվածք, իսկ երբ
ոսկրաբեկորները վնասում են մաշկը՝ բաց կոտրվածք:

Որպես կանոն, կոտրվածքների դեպքում նկատվում է ոսկրաբեկոր-
ների տեղաշարժ: Եթե տեղաշարժը տեղի է ունեցել կոտրվածքն առա-
ջացնող մեխանիկական ազդակի ներգործության հետևանքով, ապա այն
կոչվում է առաջնային տեղաշարժ: Հետագայում տեղաշարժը կարող է
մեծանալ մկանների կծկումների հետևանքով կամ վնասված վերջույթի
վրա հենվելիս, այդպիսի տեղաշարժը կոչվում է երկրորդային:

Հայտնի են ոսկրաբեկորների տեղաշարժի մի քանի ձևեր:

Տեղաշարժ անկյան տակ, երբ ոսկրաբեկորների առանցքները դասա-
վորվում են միմյանց հանդեպ անկյան տակ:

Կողմնային տեղաշարժ, երբ ոսկրաբեկորները հեռու են գտնվում
միմյանցից ըստ լայնության:

Ըստ երկայնքի տեղաշարժ, երբ ոսկրաբեկորները միմյանց կողքով
անցնելով տեղաշարժվում են, որը հանգեցնում է վերջույթի կարճաց-
մանը:

Պտուտակաձև տեղաշարժ, երբ ծայրամասային ոսկրաբեկորը տե-
ղաշարժվում է իր առանցքի շուրջը պտտվելու հետևանքով:

Տարբերվում են կոտրվածքի բացարձակ (բնորոշ են միայն կոտրվածքին) և հարաբերական (կարող են նկատվել և ուրիշ վնասվածքների դեպքում) նշաններ:

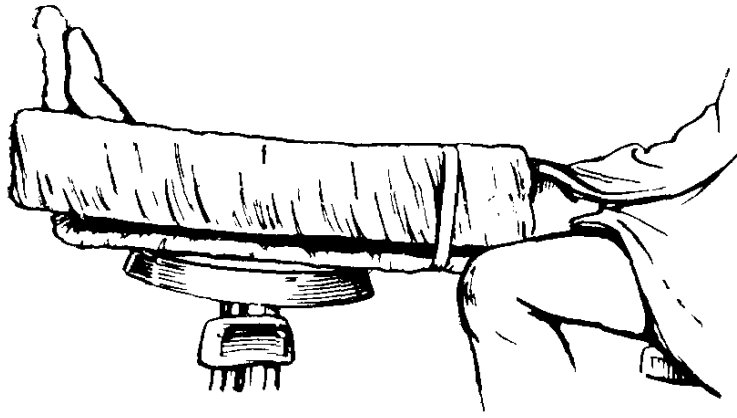
Բացարձակ նշաններն են՝ 1) վերջույթի ձևափոխությունը (դեֆորմացիա) կոտրվածքի շրջանում, 2) կրեպիտացիան՝ ոսկրաբեկորները շարժելիս քսվում են իրար և առաջանում է յուրահատուկ ձայն՝ թույլ ճարձատյունի նման, 3) վերջույթի բացարձակ կարճացում՝ երկարությունամբ կատարվող տեղաշարժի հաշվին, 4) կոտրվածքի շրջանի ախտաբանական շարժունությունը: Այս նշաններից որևիցե մեկի առկայությունը դեպքում կոտրվածքի ախտորոշումը հաստատվում է: Հարաբերական նշաններն են՝ 1) ցավը կոտրվածքի շրջանում, 2) հեմատոման կոտրվածքի շրջանում, 3) փափուկ հյուսվածքների այտուցը և ուռածությունը կոտրվածքի շրջանում, 4) վերջույթի գործունեության խանգարումը: Այս նշանները նշանակություն ունեն միայն բացարձակ նշանների առկայության դեպքում: Ախտորոշումը ճշտելու և ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթը պարզելու համար կատարվում է ունետզենյան նկարահանում երկու փոխուղղահայաց պրոյեկցիաներով՝ դիմացից և կողքից:

Առաջին օգնությունը կոտրվածքների ժամանակ վնասված վերջույթը անշարժացնելն է: Եթե բաց կոտրվածք է, նախապես դրվում է մանրէազերծված վիրակապ: Հիվանդին սրսկում են ցավազրկող միջոցներ և հոսպիտալացնում մոտակա տրավմատոլոգիական պրոֆիլի բուժիչ հիմնարկությունում:

Տրանսպորտային անշարժացում: կոտրվածքների և փափուկ հյուսվածքների զգալի վնասվածքների դեպքում, տուժածին տեղափոխելուց առաջ, վնասված մարմնամասի համար հանգիստ դիրք ստեղծելու, ցավերը նվազեցնելու, հյուսվածքների հետագա վնասումը կանխելու (ոսկրաբեկորներով), ինչպես նաև տրավմատիկ շոկի պրոֆիլակտիկայի նպատակով անհրաժեշտ է կիրառել անշարժացում: Տարբերվում են տրանսպորտային անշարժացման հետևյալ ձևերը՝ 1) պարզ կամ պրիմիտիվ անշարժացում, երբ օգտագործվում են հիվանդի սեփական մարմնի առողջ մասերը: Օրինակ, ոտքի վնասվածքի դեպքում այն բինտակապվում է առողջ ոտքի հետ: Վնասված ձեռքը բինտակապվում է իրանի հետ, 2) անշարժացում ձեռքի տակ եղած միջոցներով: Որպես այդպիսի միջոցներ կարելի է օգտագործել ձեռնափայտ, տախտակի կտոր, շիվերի խուրձը կամ ծղոտը և այլն, 3) անշարժացում տրանսպորտային շինաներով, որոնք նախապես պատրաստված են ֆորժարանային պայմաններում:

Տրանսպորտային շինաները բաժանվում են երկու խմբի՝ ֆիքսացիոն և դիստրակցիոն:

Ֆիքսացիոն շինաներ: Այս շինաներով կատարվում է վնասված



Նկ. 100. Սրունքի անշարժացումը աստիճանավոր շինաներով:

մարմնամասի ֆիքսում (անշարժություն): Գոյություն ունեն ֆիքսացիոն շինանների մի քանի տեսակներ:

Կրամերի կամ աստիճանավոր շինան պատրաստվում է փափուկ մետաղալարից (նկ. 96): Շինային կարելի է տալ ցանկացած ձևը, որն անհրաժեշտ է մարմնի այս կամ այն մասի անշարժացման համար:

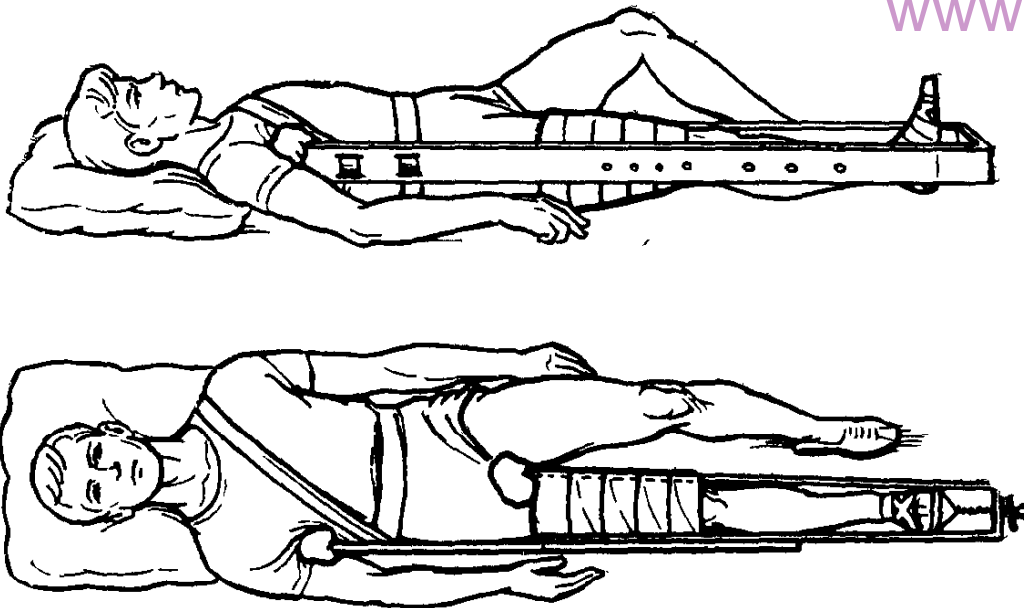
Ցանցավոր կամ Ֆիլբերգի շինան փափուկ մետաղալարից պատրաստված ցանց է: Հեշտությամբ կարելի է գլանափաթեթի ձև տալ: Հիմնականում կիրառվում է նախաբազկի, դաստակի և ոտնաթաթի անշարժացման համար:

Ցաներային շինաները առավել հաճախ պատրաստվում են տախտավանդների (փողրակների) ձևով: Հարմար է նախաբազկի և սրունքի անշարժացման համար: Փշովի բժշկական շինաները կիրառվում են վերջույթների անշարժացման համար:

Դիստրակցիոն շինաներ: Այս խմբի շինաներից ավելի մեծ տարածում է գտել Դիտերիխսի շինան: Սա կազմված է չորս մասից՝ ներքանային 3, արտաքին (մեծ շափսի) 1, ներքին 2 և ոլորիչ ձողիկը քուղի հետ միասին 4 (նկ. 97): Կիրառվում է ստորին վերջույթների և կոնքազդրային հոդի վնասվածքների դեպքում:

Տրանսպորտային շինաները դնելիս անհրաժեշտ է պահպանել մի շարք կանոններ: Վնասվածքի շրջանից բացի շինան պետք է անշարժացնի նաև երկու հարևան հոդերը: Անշարժացման ժամանակ կոպիտ մանիպուլյացիաներ չպետք է կատարվեն: Տուժածի շորերը վրայից չեն հանում, իսկ վիրակապ դրվում է միայն վնասված մասի վրա: Շինան ծածկվում է բամբակ-թանգիֆային ծածկոցով:

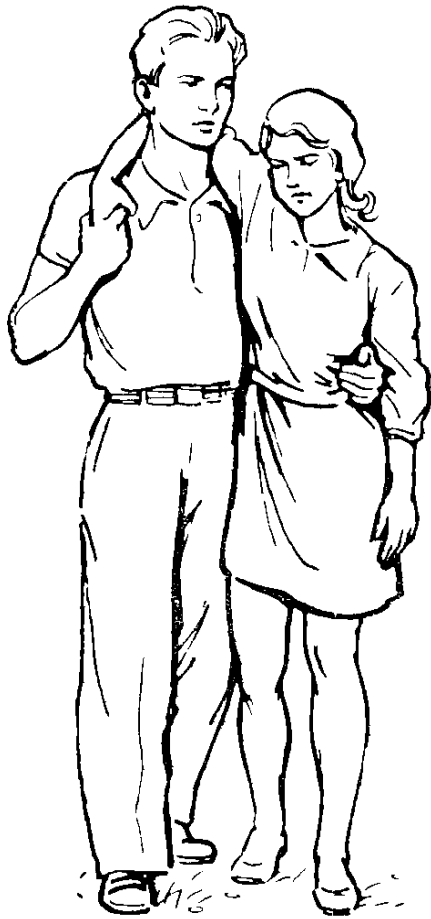
Աստիճանավոր շինա դնելը: Նախապես շինան ձևավորվում է մարմնի այն մասին համապատասխան, որի վրա այն պետք է դրվի: Այսպես, բազկոսկրի կոտրվածքի ժամանակ շինան պետք է դրվի առողջ կողմի թիակի ներսային եզրից՝ արմնկային հոդում կիսածավալած և առբերված ձեռքի արտաքին մակերեսի երկարությամբ, և վերջանա մատների ծայրից մի փոքր առաջ դալով (նկ. 98): Նախաբազկի վնասվածքների ժա-



Նկ. 101. Անշարժացումը Գիտերիխսի շինայով:

մանակ շինայի վերին մակարդակը բազկի միջին երրորդականն է, իսկ ստորինը՝ մատների ծայրերը: Պարանոցի վնասվածքների դեպքում աստիճանավոր շինաներից պատրաստվում է յուրահատուկ սաղավարտ-շինաներից մեկը ծալվում է հորիզոնական հարթությամբ՝ գլխի և ուսերի ուրվագծերին համապատասխան, իսկ մյուսը՝ ուղղահայաց հարթությամբ, գլխի, պարանոցի և մեջքի ուրվագծերին համապատասխան: Շինաները կապվում են միմյանց հետ, ծածկվում են բամբակ-թանգիֆային ծածկոցներով և ամրացվում գլխի և ուսերի վրա (նկ. 99): Սրունքը լավ է անշարժացնել երեք կողմից. շինաներից մեկը ձևավորվում է սրունքի հետին մակերեսին համապատասխան և դրվում է ոտնաթափի մատներից մինչև ազդրի միջին երրորդականը, մյուս երկուսը անշարժացնում են սրունքը կողքերից (արտաքին և ներքին), ընդ որում նրանց ոտնաթափային մասը ծալվում է ասպանդակաձև՝ սրունք-թափային հոդի հուսալի անշարժացման համար (նկ. 100):

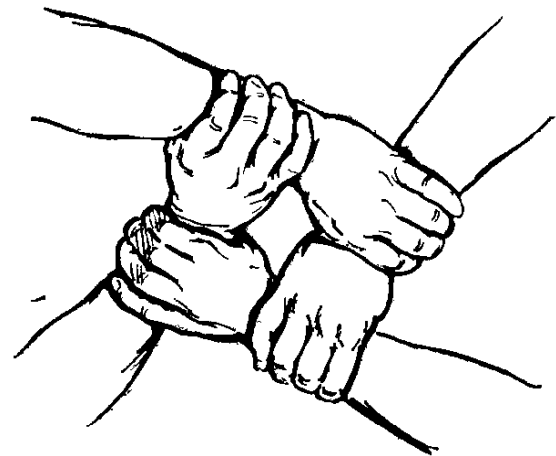
Գիտերիխսի շինա դնելը: Շինայի ոտնաթափային մասը ամրացվում է բինտով ոտնաթափի ներբանային մակերեսին: Արտաքին (արտաքին հենակ) ավելի երկար մասը տեղաշարժվում և ամրացվում է այն հաշվով, որպեսզի այն սկսվի անութափոսից և, մտնելով շինայի ոտնաթափային մասի մետաղական ունկի մեջ՝ այնտեղից դուրս գա 10 սմ չափով: Շինայի ներքին մասը (ներքին հենակ) պատրաստվում է այնպիսի ձևով, որպեսզի այն հենվի աճուկին և անցնի շինայի ոտնաթափային մասի մետաղական ունկի միջով, դուրս գալով այնտեղից 8—10 սմ: Ծայրային (ծխնիավոր) մասը ծալվում է 90° անկյան տակ և ներս է մտցվում շինայի արտաքին մասի վրայի ակոսի մեջ: Վերջույթի վրա շինան ամրացվում է բինտի շրջանաձև պտույտներով: Վերևում



Նկ. 102. Տեղափոխում օգնությամբ:



Նկ. 103. Տեղափոխում ձեռքերի վրա:



Նկ. 105. Ձեռքերով «փականք»:

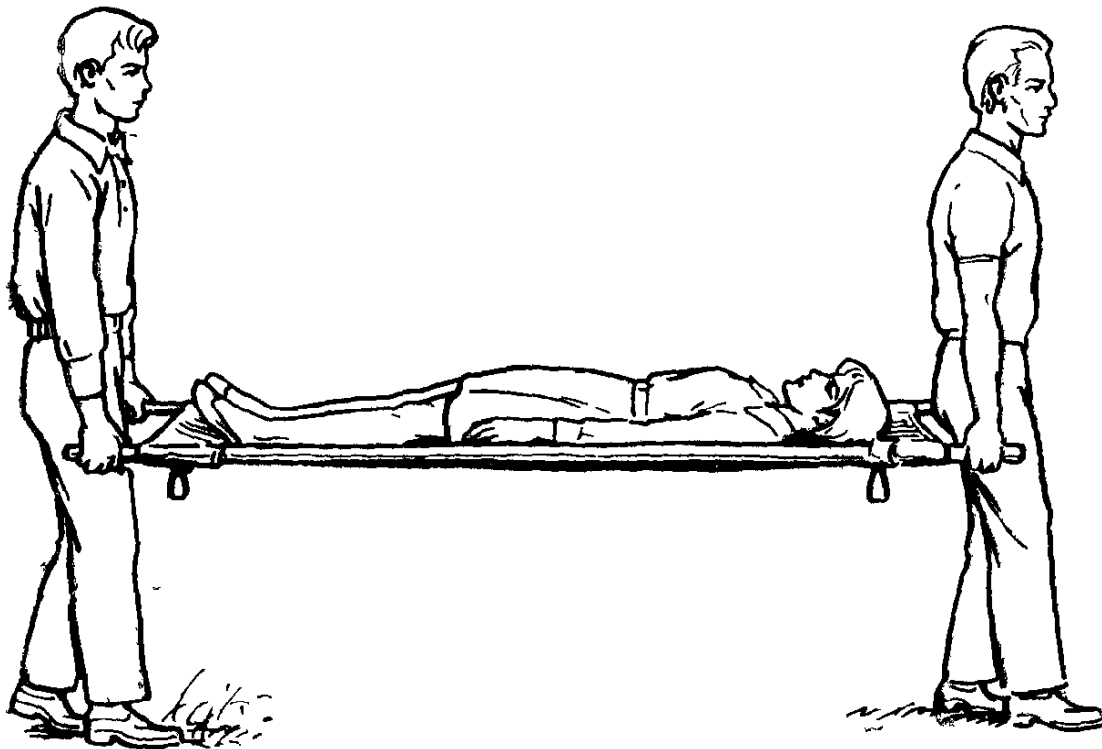
Նկ. 104. Տեղափոխում մեջքի վրա:



Նկ. 106. Հիվանդի տեղափոխումը երկու հոգով «փակամեխ» միջոցով:



Նկ. 107. Հիվանդի տեղափոխումը կիսանստամ դիրքում:



Նկ. 108. Հիվանդի տեղափոխումը պատգարակով:

շինայի արտաքին մասը ամրացվում է երկու գոտիներով: Ուրիշ ձողերի միջոցով կատարվում է ձգումը շինայի ոտնաթաթային մասից (նկ. 101):

ՏՈՒԺԱԾՆԵՐԻ ՏԵՂԱՓՈԽՈՒՄԸ

Սովորաբար տեղափոխումը կազմակերպում է միջին բժշկական անձնակազմը: Հիվանդին տեղափոխելիս անհրաժեշտ է զգուշորեն վերաբերվել մարմնի վնասված մասերի հետ: Ողջ աշխատանքը կատարվում է արագ, կազմակերպված, բայց առանց ավելորդ շտապողականության: Սանիտարները անառարկելիորեն պետք է կատարեն միջին բուժանձնակազմի ցուցումները:

Քոյուժյուն ունի տուժածին տեղափոխելու մի քանի ձև:

Տեղափոխում օգնությամբ, իրագործվում է այն դեպքում, երբ տուժածի վիճակը ներում է: Տուժածը իր ձեռքը զցում է օգնողի վզով, իսկ օգնողը բռնում նրա դաստակից (նկ. 102):

Տեղափոխում ձեռքերի վրա: Տուժածին վերցնում են ձեռքերի վրա՝ մեկ ձեռքով գրկում են իրանը, մյուսն անցկացնում ծնկների տակով, իսկ հիվանդը ձեռքով գրկում է օգնողի պարանոցը (նկ. 103):

Տեղափոխում մեջքի վրա: Տուժածը գտնվում է օգնողի մեջքի վրա և ձեռքերով բռնում է օգնողի ուսերից: Օգնողը իր ձեռքերով պահում է տուժածին նրա ազդրերի ստորին մասերից (նկ. 104):

Տեղափոխում երկու հոգով «փականքի» օգնությամբ: Չորս ձեռքերը դասավորում են «փականքի» ձևի (նկ. 105): Սանիտարներից յուրաքանչյուրը բռնում է ձախ դաստակով իր աջ ճաճանչ-դաստակային հոդի շրջանը, իսկ աջով՝ մյուս սանիտարի ձախ ճաճանչ-դաստակային հոդը: Հիվանդը նստում է այս «նստարանին» և գրկում է սանիտարների ուսերը (նկ. 106):

Հիվանդի տեղափոխումը կիսանստած դիրքում: Սանիտարներից մեկը տուժածին պահում է հետևի կողմից, իսկ մյուսը կանգնում է հիվանդի ոտքերի արանքը և իր ձեռքերով պահում է նրա ազդրերը (նկ. 107):

Տեղափոխում պատգարակով: Պատգարակը առավել հարմար է հիվանդի տեղափոխման համար (նկ. 108): Այն ունեն ընդհանուր հիվանդանոցների ընդունարանները, շտապ օգնության կայանները և շտապ օգնության մեքենաները: Ինքնաշեն պատգարակներ կարելի է պատրաստել և ինքնուրույն կերպով: Կախված վնասվածքի ձևից՝ հիվանդին պատգարակի վրա են դնում համապատասխան դիրքով:

1. Սովորաբար հիվանդի դիրքը մեջքի վրա է, գլուխը թեթևակի բարձրացված, վերին և ստորին վերջույթները մեկնած: Ուշագնաց վիճակում հիվանդի գլխի տակ տակադիր չպետք է դրվի:

2. Գլխի վիրավորումների ժամանակ հիվանդին տեղավորում են

մեջքի վրա, բայց իրանի և գլխի մասը բարձրացվում է: Գլխի տակ դրվում է փողրակի նման փաթաթված ծածկոց (գլխի ամրացում):

3. Պարանոցի առջևի մասի և վերին շնչուղիների վիրավորումների դեպքում հիվանդին տրվում է կիսանստած դիրք, գլուխը խոնարհված այնպես, որ կզակը հավի կրծքավանդակին:

4. Կրծքավանդակի վիրավորումների դեպքում հիվանդը տեղափոխվում է կիսանստած կամ վիրավոր կողմի վրա թեքված դիրքում:

5. Որովայնի վիրավորումների ժամանակ ցուցված է մեջքի վրա պառկած դիրքը, ծնկները ծալված: Այդ նպատակով գլանաբարձի նման փաթաթված ծածկոցը դրվում է հիվանդի ծնկների տակ:

6. Ողնաշարի և կոնքի փակ վնասվածքների դեպքում հիվանդը պետք է գտնվի մեջքի վրա պառկած դիրքում, բաց վնասվածքների դեպքում՝ կողքի կամ որովայնի վրա (նկ. 109, 110):

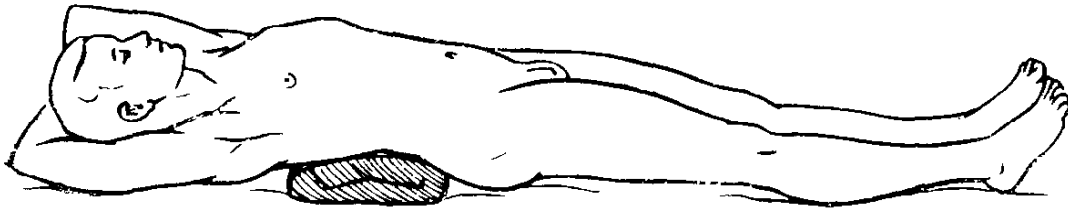
7. Վերին վերջույթների վնասվածքների դեպքում հիվանդը գտնվում է մեջքի վրա պառկած դիրքում, թեթևակի թեքված առողջ կողմի վրա: Նախաբազուկը տեղավորվում է կրծքավանդակի կամ որովայնի վրա:

8. Ստորին վերջույթների վնասվածքների դեպքում հիվանդը պառկած է մեջքի վրա, բարձի վրա դրված վնասված վերջույթով:

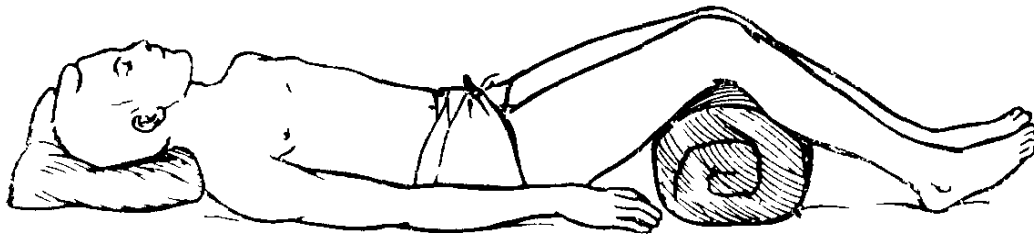
Հիվանդին պատգարակով տեղափոխելիս սանիտարներից մեկը կանգնում է գլխի, մյուսը՝ ոտքերի կողմը: Սանիտարները հագնում են ուսերի վրա կախովի գոտիները, բռնում են բռնակներից և միաժամանակ բարձրացնում են պատգարակը հիվանդի հետ միասին: Հիվանդին պետք է տեղափոխել զգուշությամբ, առանց ցնցումների: Աստիճաններով բարձրացնելիս կամ իջեցնելիս անհրաժեշտ է պահպանել հիվանդի հորիզոնական դիրքը: Այս բանից ելնելով սանիտարներից մեկը համապատասխանաբար բարձրացնում է պատգարակի ծայրը, իսկ մյուսը՝ իջեցնում:

Տուժածների տեղափոխումը կարելի է իրագործել ցանկացած տրանսպորտով, միայն այն պայմանով, եթե հիվանդի համար առավել չափով հանգստի պայմաններ կան: Տուժածների փոխադրման համար լավագույն պայմաններ են ստեղծված հատուկ սանիտարական ավտոմեքենաներում, սանիտարական ինքնաթիռներում և ուղղաթիռներում:

Կոտրվածքների ռեուտանումը (կոնսոլիդացիա): Կոտրվածքների կոնսոլիդացիան ունի բարդ պաթոգենեզ: Կոտրվածքի շրջանում մշտապես առաջանում է ասեպտիկ (մանրէազերծ) բորբոքում: Կոտրվածքի շրջանում առաջանում է փափուկ հյուսվածքների շճային հագեցում, ջերմաստիճանի տեղային բարձրացում: Առաջին օրերը կարող է նկատվել մարմնի ընդհանուր ջերմաստիճանի բարձրացում, երբեմն մինչև 38° C: Զերմաստիճանի բարձրացման պատճառը արյան և բջիջների քայքայման արգասիքների ներծծվելն է: Կախված կոտրվածքի տեղակայումից՝ առա-



Նկ. 109. Հիվանդի դիրքը ողնաշարի փակ վնասվածքների դեպքում:



Նկ. 110. Հիվանդի դիրքը կոնքի վնասվածքների դեպքում:

շին 2—3 շաբաթվա ընթացքում առաջանում է առաջնային ոսկրային կոշտուկը: Նրա գոյացման ընթացքին մասնակցում են՝ կոտրվածքի ժամանակ կուտակված արյունը, վերնոսկրը, ոսկրի հավերսյան խողովակները և էնդոստի բջիջները: Կախված այն բանից, թե առավելապես որտեղից է կազմավորվում ոսկրային կոշտուկը, տարբերվում են նրա հետևյալ տեսակները՝ 1) էնդոստալ՝ էնդոստի բջիջներից, 2) ինտերոստալ՝ հավերսյան խողովակներից, 3) պերիոստալ՝ վերնոսկրից, 4) պարոստալ՝ շրջապատի փափուկ հյուսվածքներից:

Ոսկրակոշտուկի կազմավորման ժամանակ հարաճուն կերպով տեղի են ունենում մի շարք կառուցվածքային ձևափոխումներ: Կոտրվածքի շրջանում սկզբում կազմավորվում է առաջնային կոշտուկը, որը բավականին փափուկ է և ունի տեղային բնույթ: Հետագայում նրա մեջ լավ տարբերվում է ոսկրային հյուսվածքը և առաջանում է կրային աղերի նստվածք՝ երևան է գալիս երկրորդային ոսկրային կոշտուկը, որը շոշափելիս պինդ է, ամուր պահում է ոսկրաբեկորները, չափերով բավականին մեծ է ոսկրի վնասված մասից և բազկապատի ձևով շրջապատում է ոսկրաբեկորները: Երկրորդային ոսկրային կոշտուկը լավ նկատվում է ունիտոգենաբանորեն: Հետագայում ոսկրակոշտուկի ավելցուկը ներծծվում է և կոտրվածքը ընդհանրապես կարող է չնկատվել:

Կոտորվածքների բուժման սկզբունքները:

Կոտորվածքների բուժման հիմքում ընկած է ոսկրաբեկորների համադրումը (ռեպոզիցիա) և այդ դիրքում նրանց պահելը (ֆիքսացիա)՝ մինչև ոսկրակոշտուկի կազմավորվելը: Ոսկրաբեկորների ռեպոզիցիայից առաջ կատարվում է տեղային ցավազրկում (կոտորվածքի շրջանում ներարկվում է 10—20 մլ 2 %-անոց նովոկաինի լուծույթ): Յավի վերացումից բացի, ցավազրկումը նպաստում է կմախքային մկանների թուլացմանը, որը հեշտացնում է ոսկրաբեկորների ճիշտ համադրումը: Ոսկրաբեկորները ճիշտ դիրքում պահելու համար՝ 1) դրվում է գիպսյա կապ, 2) կիրառվում է մաշկային կամ կմախքային ձգում, 3) ոսկրաբեկորները ամրացվում են վիրաբուժական եղանակներով:

Գիպսյա կապեր: Գիպսը կալցիումի սուլֆատն է՝ բոված 140° C ջերմաստիճանում: Բովելուց հետո այն հեշտությամբ տրորվելով վերածվում է մանր սպիտակ փոշու և ջրի հետ խառնելիս առաջացնում է շիլայանման զանգված, որն օժտված է արագ պնդանալու հատկությամբ: Գիպսը օդից կլանում է խոնավությունը և դրա հետևանքով նրա որակը խիստ վատանում է: Դրանից խուսափելու համար այն պահվում է հերմետիկ փակվող ցինկապատ արկղներում, չոր տեղում:

Գիպսի որակը ստուգելու համար գոյություն ունի մի քանի փորձ. 1) գիպսի ու ջրի հավասար քանակները խառնում են, ստացված խլուսը պետք է չորանա 6—7 րոպե հետո, սեղմելիս այն պետք է կոտորվի, այլ ոչ թե փշրվի, 2) գիպսի փոշին սեղմում են բռունցքի մեջ, լավ որակի դեպքում բռունցքը բացելուց հետո գիպսը ցրիվ է գալիս, վատի դեպքում մնում է գնդաձև:

Գիպսի որակը կարելի է լավացնել: Եթե գիպսի փոշին պարունակում է գնդիկներ, անհրաժեշտ է այն մաղել (մաղով կամ խիտ թանգիֆով): Խոնավացված գիպսը նորից բովվում է 140° C ջերմաստիճանում: Գիպսի չորացումը դանդաղեցնելու համար այն բաց է արվում սառը ջրով կամ նրան ավելացվում է օսլայի շրեշ: Չորանալը արագացնելու համար գիպսը խառնվում է տաք ջրի հետ (30—35° C), ավելացվում է շիբ (10 գ 1 լ ջրին կամ կրակաթ):

Գիպսյա կապը օժտված է հետևյալ հատկություններով՝ ստեղծում է լավ անշարժացում, բաց կոտորվածքների դեպքում ծածկելով վերքը չի խանգարում նրա դրենաժավորմանը, քանի որ վերքի պարունակությունը լավ է ներծծվում գիպսի մեջ:

Տարբերվում են գիպսյա կապերի հետևյալ տարատեսակները՝ 1) շրջանաձև (փակ), 2) կտրվածք ունեցող (հանովի), 3) պատուհանավոր, 4) կամրջաձև, 5) շինայի, 6) լոնգետային, 7) լոնգետաշրջանաձև, 8) թորակոբրախիալ (վերին վերջույթի և կրծքավանդակի վրա), 9) կոկսիտային (ստորին վերջույթի, կոնքի և որովայնի վրա՝ կրծքա-

վանդակի ընդգրկումով), 10) հոնիտային (նույնն է, ինչ որ կոկոսիտայինը, միայն վերին սահմանը հասնում է պորտին), 11) սեղմիրանային, 12) մահճակալիկ:

Գիպսյա կապերը պատրաստվում են գիպսյա բինտերից: Գիպսյա բինտերի համար օգտագործվում է միայն հիդրոսկոպիկ թանզիֆը կամ միջին ցանցավորում ունեցող բինտը: Սեղանի վրա, որը երեսապատված է ցինկապատված երկաթաթերթով կամ ծածկվում է մոմլաթով, փռվում է բինտը, որի վրա ցանում են գիպսը և արագորեն քսելով մտցնում բինտի մեջ: Գիպսով պատված բինտը փուխը կերպով փաթթվում է: Նախապես կարելի է պատրաստել գիպսյա լոնգետները հանձնարարված շափսի և հաստության (5—8 շերտ): Կան նաև գործարանային արտադրանքի գիպսյա բինտեր:

Գոյություն ունեն գիպսյա կապեր դնելու հետևյալ կանոնները. մարմնի համապատասխան տեղամասին տրվում է միջին ֆիզիոլոգիական կամ ֆունկցիոնալ հարմար դիրք: Մարմնի վնասված մասից բացի, անշարժացման ենթարկվում են երկու հարևան հոդերը: Եթե գիպսյա կապը դրվում է տակադիրով, ապա այդ նպատակի համար լավ է օգտագործել ոչ հիդրոսկոպիկ բամբակ և այն դնել ոսկրային թմբկությունների վրա: Կապը հյուսվածքները շպետք է ճնշի, շափազանց ազատ էլ չպետք է լինի: Կապը դնելուց հետո անհրաժեշտ է ստուգել, թե արդյոք այն չի ճնշում հիմնական անոթները (կապտություն, այտուց, ջերմաստիճանի անկում, մրջյունների սողալու զգացում, թմրածություն, այտուցվածություն կապից ներքև ընկած մասերում):

Գիպսյա կապերը դնելու և հանելու համար կիրառվում են հատուկ հարմարանքներ և գործիքներ՝ էքսթենզիոն սեղան (նկ. 111), կոնքի տակը դրվող հենակ, սեղմիրան դնելու սարք, գիպսի սղոցիկ, մկրատներ, դանակներ, Շտիլեի կրծաններ, էլեկտրական սղոցներ:

Շրջանաձև կապ դնելը: Գիպսյա բինտը մտցվում է ջրով լցված կոնքի մեջ: Դրանից հետո, երբ այն ներծծվում է ջրով (օդի պղպջակների դուրս գալը դադարում է) այն թեթևակի քամվում է: Այդ անելու համար բինտի երկու ծայրերից ամուր բռնում են, որպեսզի գիպսի խյուսը դուրս չթափվի, և բինտը սեղմում են ձեռքերով: Ուժեղ և ոչ ճիշտ քամելու դեպքում բինտի միջից գիպսի մի մասը դուրս է գալիս: Կապը դնելիս ամրացնող պտույտից հետո շրջապտույտները դրվում են այնպես, որ ծածկվի նախորդ շրջապտույտի կեսը կամ փոքր-ինչ ավելի մասը: Բինտի փաթաթելը սկսվում է ծայրամասից դեպի կենտրոն: Կապը դրվում է հավասարաչափ, առանց դարձումների, անհրաժեշտության դեպքում բինտը կտրելով: Կապը հավասարաչափ ծածկելու համար (որից կախված է կապի ամրությունը) անհրաժեշտ է բինտը փաթաթել հավասարաչափ և արագորեն: Առաջին բինտը դնելու վերջում երկրորդ

բինտը պետք է ջրով թրջված լինի և այդպես շարունակ մինչև կապի ավարտը: Բինտը դնելու ժամանակ կապը խնամքով ձևավորում են՝ բինտերը հարթեցնելով և կապը հարմարեցնելով մարմնի տվյալ տեղամասի անատոմիական գոյացություններին համապատասխան:

Վերին վերջույթի և սրունքի վրա դրվում է բինտի 5—6 շերտ, ազդրի և իրանի վրա՝ 7—8 շերտ և որպեսզի գիպսակապի ծայրերը չփշրվեն, գիպսակապի վերջում դրանք կտրվում են, ամրացվում թանգիֆի նեղ շերտով և խնամքով ձևավորվում:

Կտրվածք ունեցող (հանովի) կապը կիրառվում է այն դեպքերում, երբ անհրաժեշտ է կատարել վիրակապում, մերսում և ուրիշ բժշկական միջոցառումներ: Սրա համար դրվում է սովորական շրջանաձև գիպսյա կապ, որից հետո այն մինչև շորանալը կտրվում է երկու հակադիր կողմերից: Հետագայում կապը ամրացնելու համար առաջացած փեղկերը կապվում են բինտով:

Պատուհանավոր կապ: Փակ գիպսակապ դնելուց հետո վերքի շրջանում կտրվում, հանվում է կապը, բացելով պատուհան: Այս դեպքում կապը պահպանում է գիպսակապի ամրությունը և անհրաժեշտության դեպքում կարելի է կատարել վիրակապումներ:

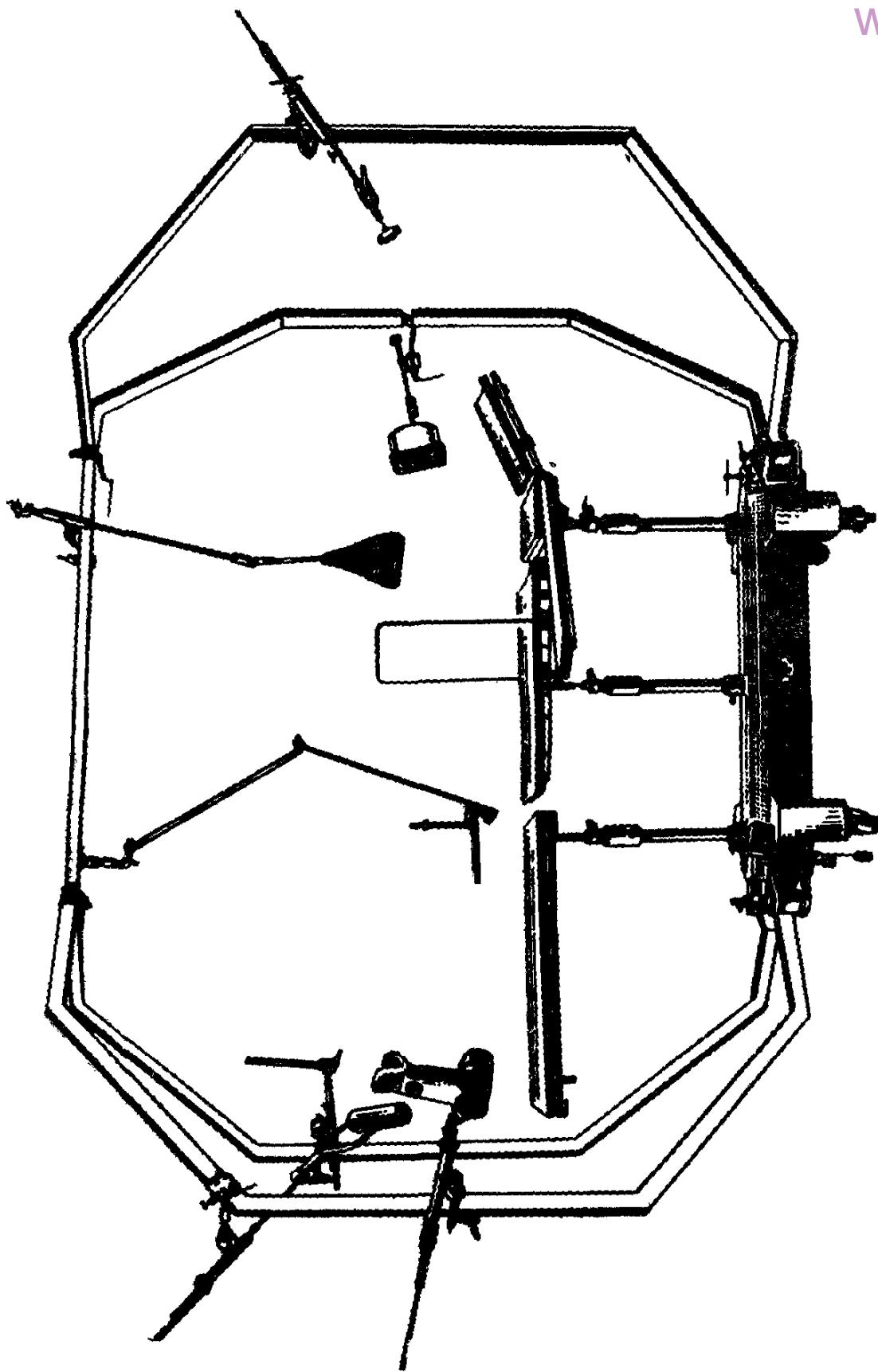
Կամրջան կապը կիրառվում է այն դեպքերում, երբ անհրաժեշտ է բաց թողնել մարմնի տեղամասը ամբողջ շրջագծով: Դրա համար գիպսյա շրջանաձև կապերը դրվում են մարմնի համապատասխան մասից վերև և ներքև, գիպսակապված տեղամասերը իրար հետ միացվում են փայտե կամ երկաթե կամրջիկներով, որոնց ծայրերը թողնվում են գիպսյա կապերի մեջ:

Շինայի կապը պատրաստվում է սովորաթղթից, որին տրվում է առաջադրված խնդրին համապատասխան ձև և փաթաթվում է թաց գիպսյա բինտով (Վոլկովիչի շինա): Այսպիսի կապը դրվում է մարմնի համապատասխան մասի վրա, ձևավորվում և ամրացվում է բինտերով:

Լոնգետայի կապը կիրառվում է և՛ այնտեղ, որտեղ անշարժացման համար լիովին բավական է ամրացումը կատարել լոնգետով, և՛ շրջանաձև գիպսյա կապի ամրացման համար: Լոնգետները (համապատասխան չափերի գիպսյա բինտերի մի քանի շերտ են) պատրաստվում են նախապես գիպսյա բինտերի պատրաստման ժամանակ կամ թաց գիպսյա բինտից:

Լոնգետաշրջանաձև կապ: Սկզբում օգտագործվում են լոնգետները, որոնք ամրացվում են շրջանաձև գիպսյա կապով: Սովորաբար լոնգետները դրվում են մարմնի այն մասերում, որտեղ կարող է տեղի ունենալ գիպսակապի կոտրվածք, օրինակ, հոդերի շրջանում:

Թորակոբրախիալ կապը կիրառվում է բազկի և ուսային հոդի վնասվածքների դեպքում: Սովորաբար այն դրվում է լոնգետաշրջանաձև գիպ-



Նկ. 111. Էքսքենզիոն սեղան:

սյա կապի սկզբունքով: Այս դեպքում կրծքավանդակը և վերին վերջույթի համապատասխան մասը գիպսի մեջ դրվում են իրանից դեպի մի կողմ զատված դիրքում, վերջույթը բերելով առաջ և ծալելով արմնկային հոդում: Տրված դիրքում վերջույթը պահելու և կապը ամրացնելու համար գիպսի մեջ դրվում է պահանգի ձևի փայտե ձողիկ՝ նախաբազկի միջին երրորդականի և կրծքավանդակի գիպսյա սեղմիրանի միջև:

Կոֆսիդային կապը կիրառվում է ազդրի կամ կոնք-ազդրային հոդի վնասվածքների դեպքում: Այս կապը դնելու համար լավ է օգտագործել էքսթենզիոն սեղանը: Դրվում է լոնգետաշրջանաձև կապ: Լոնգետներով ամրացվում են կոնքազդրային հոդը և ազդրի հետին մակերեսը: Շրջանաձև բինտակապը ընդգրկում է ոտնաթաթը, սրունքը, ազդրը, կոնք-ազդրային հոդը, որովայնը և կրծքավանդակը՝ մինչև պտուկների մակարդակը:

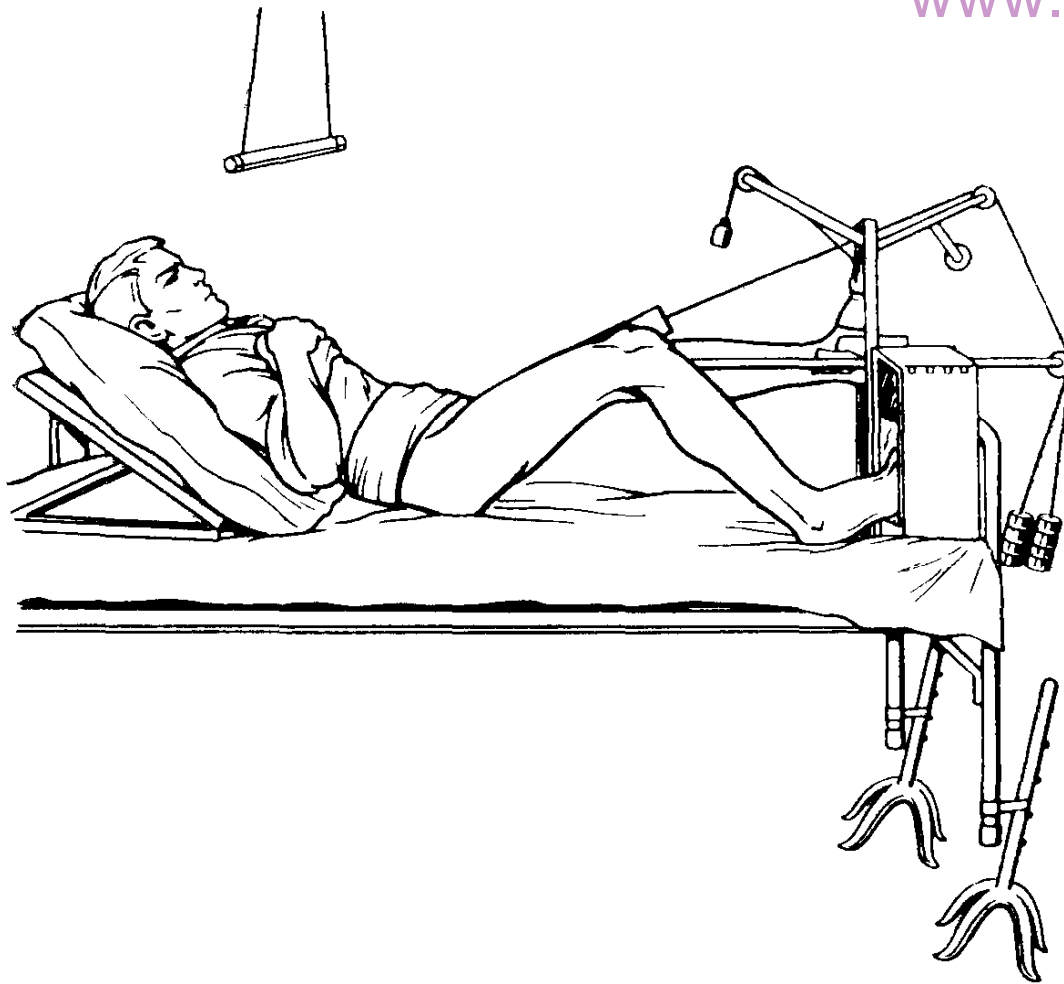
Հոնիտային կապը կիրառվում է ծնկան հոդի և սրունքի վնասվածքների ժամանակ: Դնելու սկզբունքը նույնն է, ինչ որ կոկսիտային կապինը, բայց տարբերվում է նրանով, որ վերին սահմանը հասնում է մինչև պորտը:

Գիպսյա սեղմիրան: Կիրառվում է ողնաշարի վնասվածքների և հիվանդությունների դեպքում: Սեղմիրանը պատրաստվում է շրջանաձև գիպսյա բինտերից: Նրա ստորին սահմանը զստոսկրերն են, վերինը՝ առջևի մակերեսից մինչև կրծոսկրի կտրուճը, հետևինը՝ կրծքային առաջին ողի փուշելունը: Կախված վնասվածքի տեղակայումից՝ սեղմիրանի բարձրությունը կարող է փոխվել:

Գիպսյա մահնակալիկ: Նրա կիրառման ցուցումները ողնաշարի տուբերկուլյոզը և նրա ձևախախտումներն են: Այն կարելի է օգտագործել ողնաշարի վնասվածքների դեպքում տուժածին փոխադրամիջոցով տեղափոխելիս: Հիվանդին պահեցնում են որովայնի վրա: Գիպսյա մահնակալիկը պատրաստվում է լայն բինտերից կամ նախապես պատրաստված գիպսապատ թանզիֆի առանձին շերտերից: Կատարվում է մանրազնին ձևավորում մարմնին համապատասխան: Մահնակալիկի պնդանալուց հետո այն հանվում և ծայրերը կտրվում են: Մահնակալիկը շորանում է 1—2 օրից, որից հետո այնտեղ տեղավորում են հիվանդին:

Այն բանից հետո, երբ այս կամ այն գիպսյա կապը կատարել է իր դերը, այն պետք է հեռացնել: Չորացած գիպսը հանվում է մեծ դժվարությամբ: Կապը փափկացնելու համար թրջում են տաք ջրով, նատրիումի քլորիդի լուծույթով կամ աղաթթվի թույլ լուծույթով: Կապը կարելի է կտրել նաև առանց փափկացնելու, օգտագործելով դրա համար հատուկ սղոցներ, մկրատներ կամ, ավելի լավ է՝ էլեկտրական սղոցը:

Մաշկային կամ կմախքային ձգում: Գիպսյա կապով ոչ միշտ է հնարավոր լինում պահել ոսկրաբեկորները, հատկապես թեք կոտրվածքների



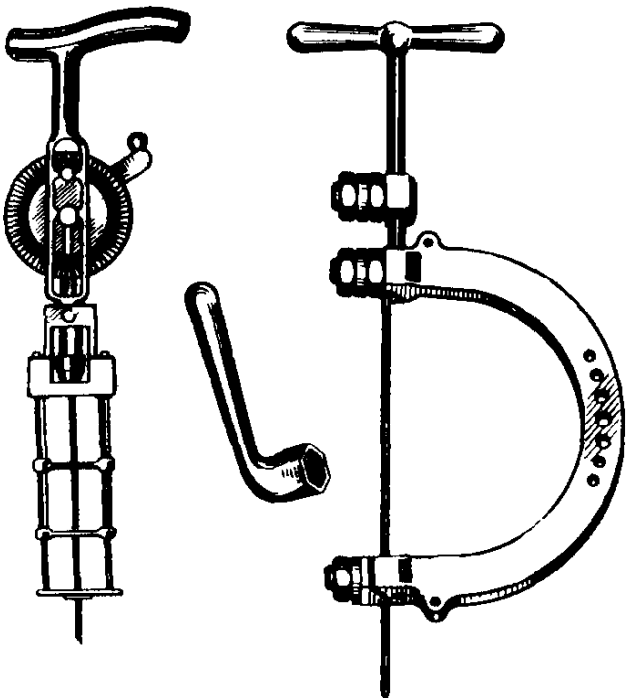
Նկ. 112. Բեկերի շինան:

Ժամանակ: Այսպիսի դեպքերում կիրառում են մաշկային կամ կմախքային ձգումը: Մաշկային ձգման էությունը կայանում է նրանում, որ վնասված վերջույթի դիստալ մասի վրա ամրացվում են հատուկ ձգափողեր՝ գործվածքից, ֆլանելից կամ ուրիշ թեթև նյութերից (կարելի է օգտագործել և կաշուն սպեղանին): Ձգափողերը սոսնձվում են մաշկի վրա հատուկ սոսնձով և նրանից լարերի օգնությամբ կատարվում է ձգումը հատուկ հավաքված ծանրության միջոցով: Վերջույթը տեղավորվում է հատուկ շինայի վրա, որը նրան տալիս է միջին ֆիզիոլոգիական դիրք: Վերին վերջույթի կոտրվածքների դեպքում օգտագործվում է ՏՕԿԻ զատիչ շինան, ստորին վերջույթների կոտրվածքների դեպքում՝ Բեկերի շինան (նկ. 112):

Բեկերի շինայի օգտագործումից առաջ նրա վերին զուգընթաց մասերի վրա հագցվում են գործվածքից պատրաստված զանգապաններ, որից հետո նրա վրա տեղավորվում է ստորին վերջույթը: Շինայի վրա կան հատուկ ճախարակներ՝ ձգումը անհրաժեշտ ուղղությամբ կատարելու համար: Ստորին ճախարակը նախատեսված է սրունքի ձգման համար, վերինը՝ ազդրի և առաջայինը՝ ոտնաթաթը պահելու համար:

Այն դեպքերում, երբ բեկորները պահելու համար պահանջվում է

կախել մեծ ծանրություն, մաշկային ձգման փոխարեն կիրառվում է կմախքայինը: Այն դնելու համար տեղային ցավազրկման տակ ոսկրի միջով հատուկ շաղափիչի օգնությամբ մտցվում է մետաղական շյուղը:

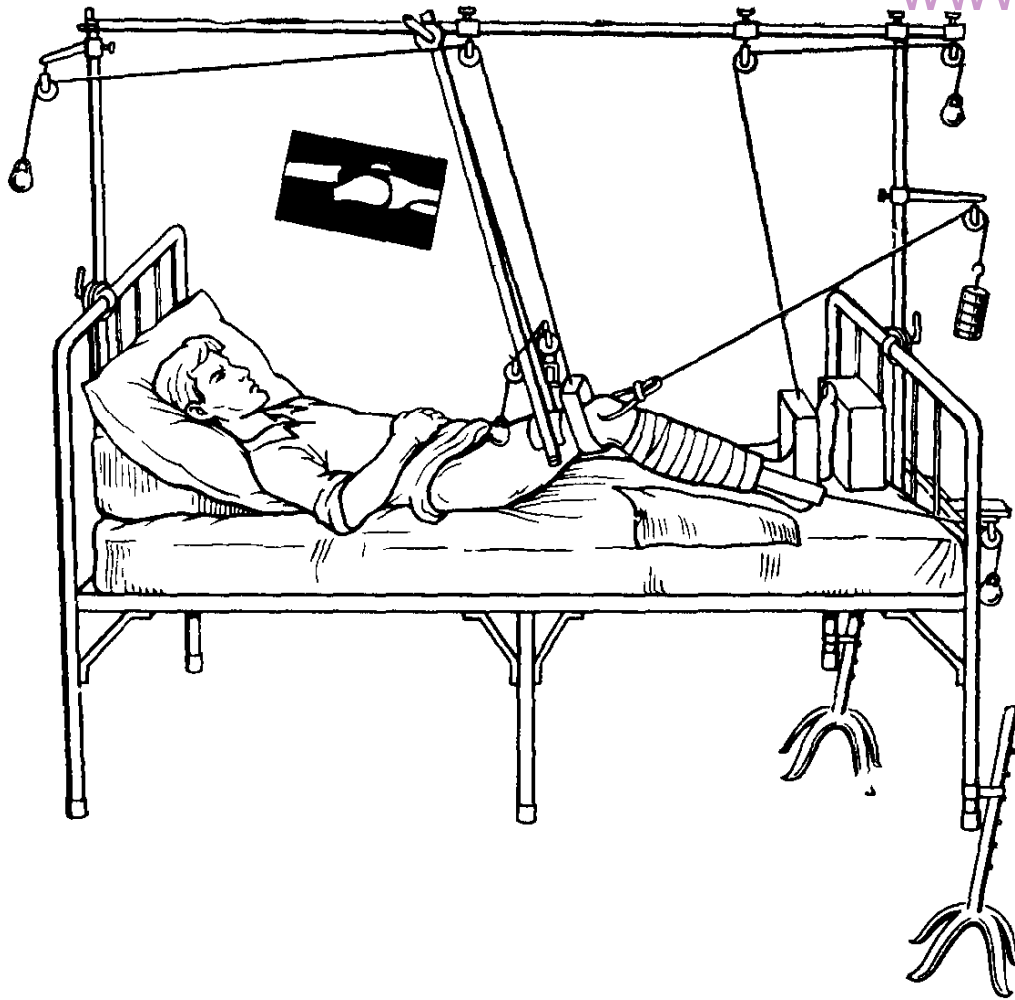


Նկ. 113. Գործիքների հավաքակազմը կմախքի ձգման համար

Շյուղին ամրացվում է պայտը, որը նրան պահում է ձգված վիճակում (նկ. 113): Պայտին կապվում է լարը, որից կախվում է ծանրությունը: Վերջույթը, ինչպես և նախորդ դեպքերում, տեղավորված է շինայի վրա (նկ. 114): Սրունքի ոսկրերի կոտրվածքի ժամանակ շյուղը մտցվում է կրունկոսկրի միջով, ազդրոսկրի կոտրվածքի դեպքում՝ մեծ ուղքի թմբիկի կամ ազդրոսկրի մետաֆիզի միջով: Բազկոսկրի կոտրվածքի դեպքում շյուղը կարելի է անցկացնել արմունկելունի միջով:

Տարբերվում են ձգման հետևյալ ձևերը: Վերին վերջույթների կոտրվածքների ժամանակ ձգումը կատարվում է առաձգական ծանրության միջոցով, ռետինե խողովակի օգնությամբ, ստորին վերջույթների դեպքում՝ ծանրության միջոցով: Ողնաշարի կոտրվածքների դեպքում հիվանդին պառկեցնում են մահճակալի վրա տեղավորված վահանի վրա: Մահճակալի գլխի մասը բարձրացվում է, իրանի վերին մասը հատուկ բամբակ-թանզիֆային օղերով կամ Գլխոնի օղակով ամրացվում է մահճակալի թիկնակին և կատարվում է ձգում՝ մարմնի սեփական ծանրությամբ:

Բուժման վիրաբուժական եղանակները: Վիրահատական բուժման ցուցումները ոսկրաբեկորների համադրման և պահելու անհնարինությունն է նախորդ եղանակներով (զիպսյա կապ, ձգում): Վիրահատական բուժմանը ավելի 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 հատուկ մետաղական մեխերով (նկ. 115), թիթեղներով (նկ. 116), պտուտակներով, մետաղալարերով, որոնք պատրաստվում են շժանգոտվող պողպատից: Ոսկրաբեկորների սերտաճումից հետո (սո-



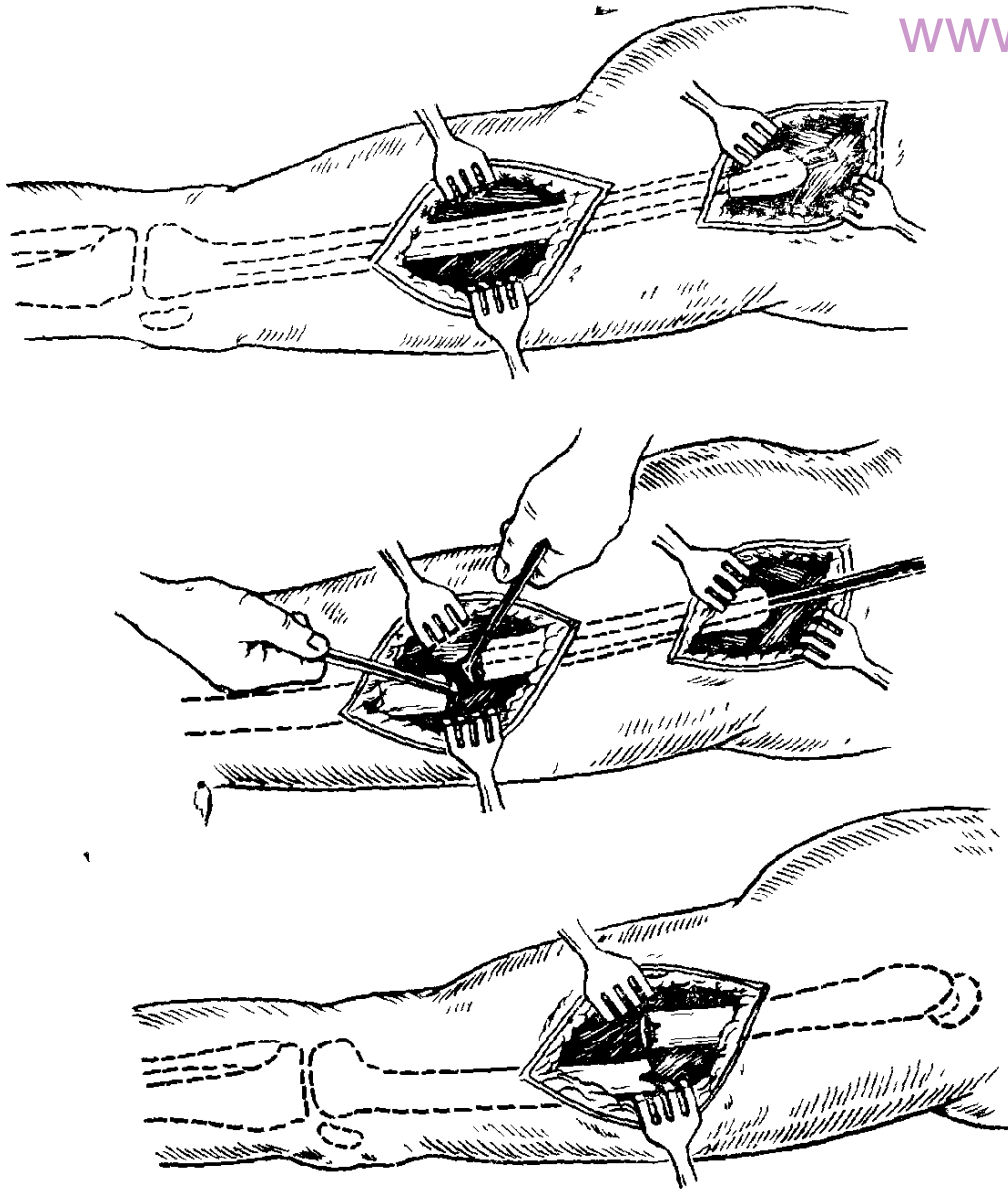
Նկ. 114. Կմախփային ձգում:

վորաբար 6—8 ամիս հետո) ոսկրը ամրացնող մետաղական առարկան հանվում է:

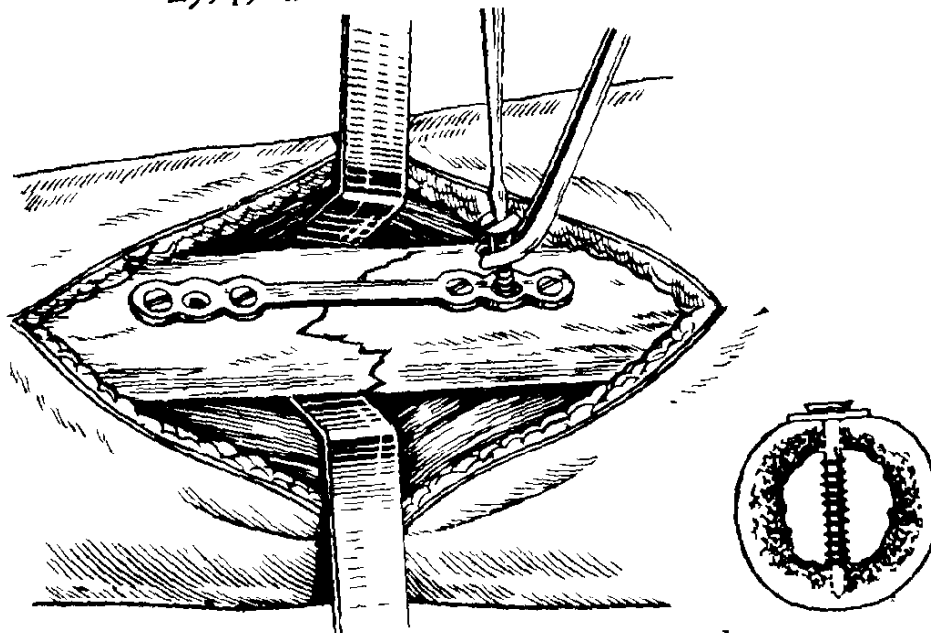
Ոսկրաբեկորների վիրահատական համադրման ժամանակ մետաղական ամրացնող առարկաների փոխարեն կարելի է կիրառել հատուկ սոսինձ, որը լավ ամրացնում է ոսկրաբեկորները և հետագա հեռացում չի պահանջում:

Վերջին տարիներին լայն տարածում է ստացել կոմպրեսիոն-դիստրակցիոն արտաօջախային մետաղական օստեոսինթեզը, որը մշակված է Գ. Ա. Իլիզարովի (նկ. 117), Օ. Ն. Գուդուշաուերի (նկ. 118) և Կ. Մ. Սիվաշի կողմից: Առաջարկվող ապարատները հնարավորություն են տալիս իրագործել ոսկրաբեկորների ռեպոզիցիան (համադրում)՝ հուսալի ձևով ամրացնելով նրանց: Կախված կոտրվածքի ձևից՝ բեկորների ճրնշումը (կոմպրեսիա) և ձգումը (դեստրուկցիա) արագացնում են ոսկրակոշտուկի առաջացումը:

Բաց կոտրվածքների բուժումը: Առաջին օգնությունը կայանում է հետևյալում. վերքի եզրերին քսել յոդի լուծույթ, դնել մանրէազերծված վիրակապ, կատարել անշարժացում և հիվանդին հոսպիտալացման են-



Նկ. 115. Օստեոսինթեզը մետաղական մեխով.
ա), բ) գ) վիրահատության փուլերը:



Նկ. 116. Օստեոսինթեզը կենի բիթերով:

Թարկել տրավմատոլոգիական ստացիոնարներում: Եթե վերքի մեջ նկատվում են ոսկրաբեկորներ, ապա առաջին օգնութուն ցույց տալիս ոչ մի դեպքում խորհուրդ չի տրվում դրանք ուղղել, քանի որ կարող է սկսվել խորանիստ հյուսվածքների ինֆեկցիա: Ստացիոնարում կատարվում է վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակում, ուղղվում են ոսկրաբեկորները: Ինֆեկցիայի նշանների բացակայության դեպքում վերքը կարվում է խուլ կերպով:

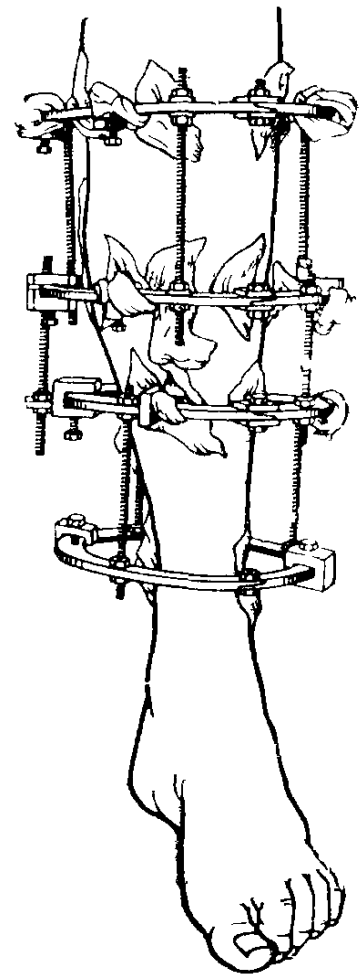
Եթե ցուցում կա և հիվանդի վիճակը թուլաւորում է, ապա բաց կոտրվածքի առաջնային վիրաբուժական մշակման ժամանակ կարելի է կատարել ոսկրաբեկորների ամրացում վերոհիշյալ վիրաբուժական եղանակներից որևէ մեկով:

Հիվանդի ծանր դրության կամ ինֆեկցված վերքի դեպքում վիրաբուժական մշակումից և ոսկրաբեկորները համադրելուց հետո դիմում են ձգման մեթոդին կամ դրվում է գիպսյա կապ:

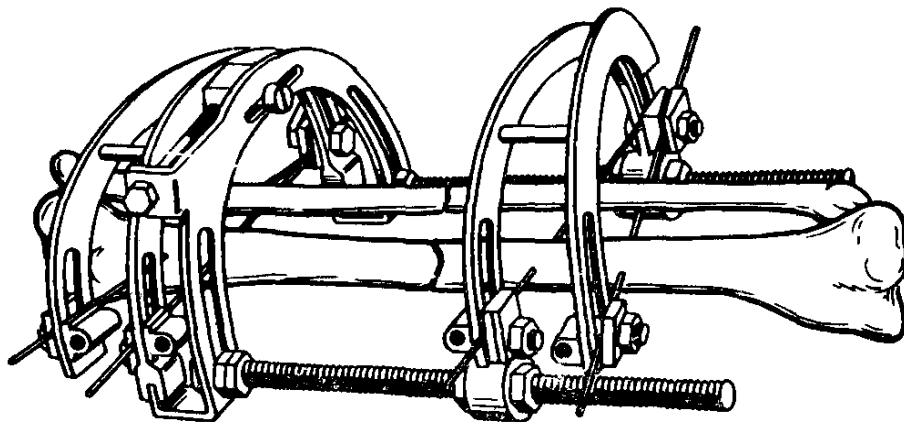
Ինֆեկցիայի ենթարկված բաց կոտրվածքների դեպքում հեռացվում են մեռուկացված հյուսվածքները, բաց են արվում թարախային կուտակումները, դրենաժավորվում է վերքը: Վերքը չի կարվում:

Անշարժացման նպատակով կիրառվում է կմախքային ձգումը, կամըրջաձև գիպսյա կապը:

Կոտրվածքների բարդութունները: Դրանք լինում են վաղաժամ և ուշացած: Վաղաժամ բարդութուններից են՝ 1) տրավմատիկ շոկը: Պրոֆիլակտիկայի համար անհրաժեշտ է լավ ցավազրկում, վերջույթի ճիշտ



Նկ. 117. Իլիզարովի կոմպրեսիոն ապարատը:

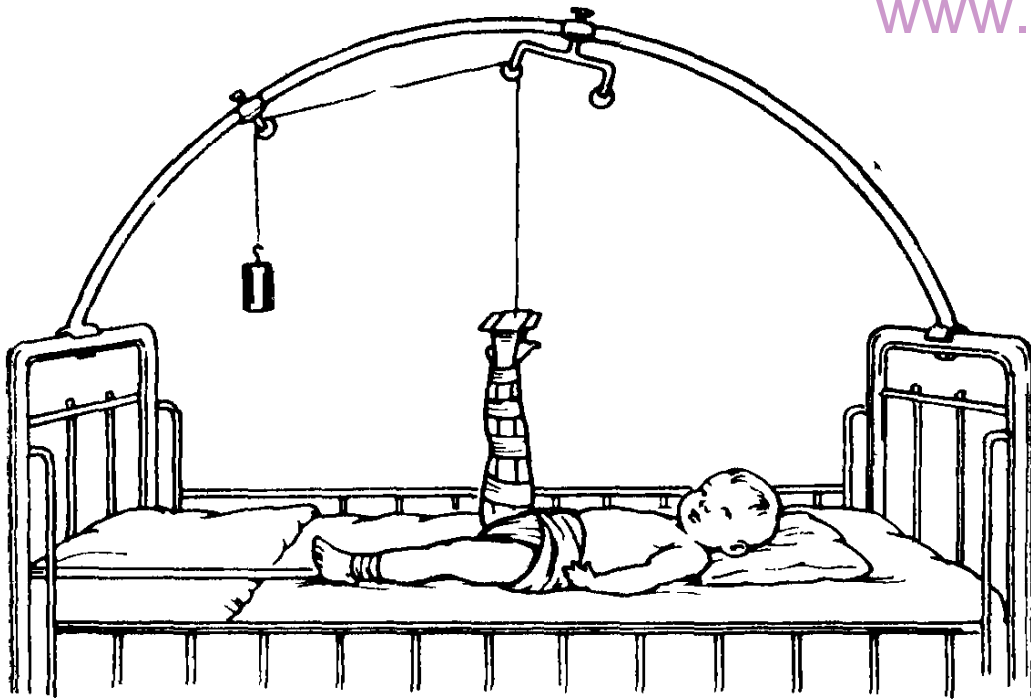


Նկ. 118. Գուպուշաուրիի կոմպրեսիոն ապարատ:

անշարժացում. հիվանդին ժամանակին տեղափոխել բուժական հիմնարկություն, 2) ճարպային էմբոլիան: Պրոֆիլակտիկ միջոցառումներն են՝ կոտրվածքին զգույշ վերաբերվելը, լավ անշարժացում կատարելը, 3) երկրորդային արյունահոսությունը՝ ոսկրաբեկորների առաջացրած մեծ անոթների վնասվածքի հետևանքով: Պրոֆիլակտիկան նույնն է, ինչ որ նախորդ դեպքում էր, 4) վերջույթի մեռուկացում, հատկապես, երբ դրվում է շրջանաձև փակ գիպսյա կապ, որը ճնշում է հիմնական անոթները: Պրոֆիլակտիկայի համար պետք է միշտ դնել գիպսյա կապերը և, եթե սեղմում է՝ ժամանակին դրանք կտրել-հանել:

Ուշացած բարդություններն են՝ 1) պառկելախոցերի առաջացումը ոսկրային թմբիկների շրջանում: Անհրաժեշտ է պրոֆիլակտիկա՝ հիվանդի նկատմամբ ակտիվ խնամքը, մերսումը, 2) թարախակալում շյուղի մտցնելու տեղում կամ վիրահատական միջամտության շրջանում: Պետք է խստորեն պահպանել ասեպտիկան այս միջոցառումների կատարման դեպքում և պրոֆիլակտիկ ձևով կատարել հակամանրէային բուժում, 3) ոսկրային հյուսվածքի կտրումը շյուղի կողմից: Պետք է ժամանակին հանել կմախքային ձգումը և այն փոխարինել ուրիշ եղանակներով, 4) սերտաճման դադարեցում, որը նկատվում է ոսկրաբեկորների ոչ ճիշտ համադրման, փափուկ հյուսվածքներով ինտերպոզիցվելու և ավիտամինոզների դեպքում: Անհրաժեշտ է վերացնել պատճառը, 5) կեղծ հոդ, որն առաջանում է երկարատև դանդաղած կոնսոլիդացիայի դեպքում: Ոսկրածուծի խողովակը փակվում է, ոսկրը ծածկվում է թելանման հյուսվածքով, որը հիշեցնում է աճառը: Բուժումը վիրահատական է:

Կոտրվածքների առանձնահատկությունները երեխաների մոտ:
 Շնորհիվ ոսկրային հյուսվածքի զգալի առաձգականության, վերնոսկրի բավականաչափ ամրությանը և աճող շերտի առկայությանը, կոտրվածքը երեխաների մոտ ունի առանձնահատկություններ: Ավելի հաճախ երեխաների մոտ առաջանում է, այսպես կոչված, ենթավերնոսկրային կոտրվածք, այսինքն՝ ոսկրի կոտրվածքը՝ պահպանված, շվնասված վերնոսկրի դեպքում («դալար շիվի» նմանությամբ): Այս դեպքում ոսկրաբեկորների տեղաշարժ կարող է տեղի չունենալ: Ոսկրի էպիֆիզար մասում աճող շերտի առկայությունը պայմաններ է ստեղծում նրա պոկվելու համար՝ էպիֆիզեոլիզ և, կախված սրանից՝ նկատվում է ոսկրաբեկորների տեղաշարժ՝ մեծահասակների մոտ նկատվող լայնական տեղաշարժի բնույթի: Ոսկրային հատվածների սերտաճումը այդպիսի կոտրվածքների դեպքում տեղի է ունենում զգալիորեն արագ: Երեխաների մոտ վերջույթների հարկադրական դիրքի դեպքում հոդաշապիկի ու կապանային ապարատի թորշոմումը և հոդի մեջ շարակցական հյուսվածքի զարգացումը այնքան էլ արագ տեղի չեն ունենում: Այս պատճառով նրանց հոդերում դժվարաշարժությունը դանդաղ է զարգանում:



Նկ. 119. Մաշկային ձգումը երեխաների մոտ:

Կոտրվածքների բուժումը երեխաների մոտ նույնպես ունի իր յուրահատկությունները: Կմախքային ձգումը սովորաբար կիրառվում է միայն բարձր տարիքի երեխաներին բուժելիս: Փոքր երեխաների բուժման համար դիմում են մաշկային ձգման եղանակին (որը մեծ ծանրություն չի պահանջում): Վերջույթների ֆիզիոլոգիական դիրքը նրանց մոտ ուրիշ է: Այսպես, ստորին վերջույթի համար ծալման անկյունը կոնքազդրային հոդում 90° է, ծնկան հոդում՝ 180° : Սրանից կախված՝ ստորին վերջույթի բուժման համար մաշկային ձգման եղանակը կիրառելիս լարանը գցվում է ճախարակի վրայից, որն ամրացվում է շրջանակի վրա, և երեխային կարծես թե կախում են նրանից (նկ. 119): Այդպիսի դիրքին երեխան ընտելանում է, և այն քիչ է անհանգստացնում նրան:

Անհրաժեշտ է մեծ ուշադրություն դարձնել մաշկի վատ հոտի պրոֆիլակտիկային, երեխային ժամանակին լվանալ միզարձակումից և կղումից հետո:

ՏՐԱՎՄԱՏՈՒԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Տրավմատոլոգիական բաժանմունքի բուժքույրը պետք է լավ իմանա դեամուրգիան, գիպսի տեխնիկան, ապարատները և հարմարանքները, որոնք կիրառվում են այս հիվանդների բուժման համար:

Այս կարգի հիվանդների խնամքի դեպքում անհրաժեշտ է մեծ ուշադրություն դարձնել նրա հոգեկան վիճակին: Հոգատար վերաբերմունքը

օգնում է հիվանդին արագորեն ընտելանալու նոր իրավիճակին և հեշտությամբ հաղթահարելու հիվանդությունը:

Տրավմատոլոգիական հիվանդների զգալի մասը երկար ժամանակով գտնվում է անկողնային ռեժիմի մեջ: Իր հերթին հիվանդի հարկադրական դիրքը հանգեցնում է բավականին ծանր բարդությունների: Ծանր բարդություններից մեկը, որն առաջանում է կրծքավանդակի շարժումների սահմանափակման հետևանքով, պետք է համարել թոքերում կանգային պրոցեսների առաջացումը՝ մինչև կանգային թոքաբորբի առաջացումը:

Այս բարդության կանխման համար հիվանդները պետք է զբաղվեն շնչառական մարզանքով: Շնչառական մարզանքի պարզագույն եղանակներից է քթով խորը ներշնչումը, որից հետո թեթևակի շունչը պահելը և աստիճանաբար բերանով արտաշնչելը: Եթե ձեռքերը վնասված չեն, ապա շնչառական մարզանքը հարկավոր է ուժեղացնել նրանց շարժումներով: Ներշնչման դեպքում ձեռքերը բարձրացվում են վերև, իսկ արտաշնչման դեպքում՝ իջեցվում:

Երկարատև պառկելու դեպքում նկատվում է մկանների ապաճում, վատանում է ստամոքս-աղիքային ուղու և մի շարք այլ օրգանների գործունեությունը: Այս բարդությունների պրոֆիլակտիկայի նպատակով անհրաժեշտ է կատարել բուժական մարմնամարզություն՝ վնասվածք ստանալու առաջին իսկ օրերից: Վնասված վերջույթի ակտիվ շարժումները կանխում են մկանների ապաճումը, ոսկրերի քայքայումը, կապանային ապարատի թորշոմումը, բարելավում արյան և ավշի շրջանառությունը, արագացնում ոսկրագոյացման ընթացքը: Անշարժացված վերջույթում, շփոխելով 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 բորբոքական պրոցեսները:

Հոգերում շարժումների մշակման դեպքում, բացի ընդհանուր բուժական վարժություններից, նշանակվում է նաև ռաբոթաբուժությունը (մեխանոթերապիա): Այս նպատակով կիրառվում են հատուկ ապարատներ՝ բազմակողմանի ճոճանակավոր Կարո—Ստեփանովի ապարատը, որը կարելի է կիրառել վերջույթների բոլոր հոդերի շարժումների մշակման դեպքում, կիրառվում են նույնպես տարբեր ճախարակային համակարգեր և այլն:

Տրավմատոլոգիական հիվանդների բուժման դեպքում կարևոր դերը

պատկանում է ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներին (տաքացնող պրոցեդուրաներ, էլեկտրաբուժություն, լուսաբուժություն, ճառագայթային բուժում, ցեխաբուժություն): Այս եղանակները հաճախ օգտագործվում են բուժումը մի որոշ վիճակի հասցնելու շրջանում՝ ցավերը նվազեցնելու, այտուցի ներծծման, ոսկրակոշտուկի առաջանալը արագացնելու համար և հողերում առաջացող դժվարաշարժության դեպքերում:

Այս նպատակով կիրառվում է նաև մերսումը (ձեռքերով կամ հատուկ սարքերով): Մերսման հիմնական ձևերն են՝ շփելը, տրորելը, ճրմելը, թակելը և վիբրացիան: Մերսումը կատարվում է ժայրամասից 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, ֆուրունկուլոզ և այլն):

Հիվանդներին խնամելիս, հատկապես տարեց մարդկանց, պետք է ուշադրություն դարձնել սիրտ-անոթային համակարգի, հիվանդի հոգեվիճակի, միզարձակման և դեֆեկցիայի՝ ժամանակին կատարման, պառկելախոցերի պրոֆիլակտիկայի վրա: Հիվանդասենյակները անհրաժեշտ է լավ օդափոխել և պահպանել իդեալական մաքրություն:

Տրավմատոլոգիական և օրթոպեդիկ հիվանդությունների նկատմամբ հոգատար խնամքը նրանց արագ և բարեհաջող առողջացման երաշխիքն է:

Գիպսյա կապով հիվանդների խնամքը: Գիպսյա կապերը հաճախ են կիրառվում տրավմատոլոգիական 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 մասը անհրաժեշտ է պահել համապատասխան դիրքով: Չորանալու դեպքում շոշափելիս կապը 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 չորացումը արագացնելու նպատակով այն հարկավոր չէ ծածկել սավանով կամ ծածկոցով: Նույն նպատակով կարելի է այն շափավոր կերպով տաքացնել «Սոլյուքս» 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 ենթադրվող ամսաթիվը:

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

կապի դեպքում հիվանդի վերջույթում առաջանում է ցավ, կապտութիւն, 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 բարդութիւնների դեմ կարևոր պրոֆիլակտիկ միջոցառում է հանդիսանում բուժական ֆիզկուլտուրան:

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

Տրավմայի սկզբնական օրերից սկսած հանձնարարվում է ակտիվորեն կծկել ազդրի մկանները, շարժել ծնկոսկրը («խաղալ ծնկոսկրով»), շարժումներ 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 թանզիֆային գնդիկներ (թարախակալման պրոֆիլակտիկա): 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 շտալ վիրահատական միջամտութիւն շրջանի թարախակալում: Այս նպատակի համար անհրաժեշտ է հետևել վիրակապին: Այն արյունով ներծծվելու դեպքում ժամանակին պետք է դնել նորը: Վիրահատումից հետո, սկսած առաջին օրերից, նշանակվում է բուժական մարմնամարզութիւն: Ստորին վերջույթների ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում հենակներով քայլել թույլատրվում է վիրահատումից 2—3 օր հետո:

ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆ ՎԵՐՔԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Վերք ասելով հասկացվում է մաշկի կամ լորձաթաղանթների մեխանիկական վնասվածքները՝ խորանիստ հյուսվածքների ամբողջականության հնարավոր խանգարման հետ միասին:

ՎԵՐՔԵՐԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

Ըստ վնասող գործիքի բնույթի տարբերվում են հետևյալ վերքերը. Կտրած վերքը առաջանում է հյուսվածքների վրա որևէ սուր առարկայի (դանակ, ապակի, երկաթ և այլն) ներգործության հետևանքով: Վերքի եզրերը հարթ են, ենթակա հյուսվածքները սովորաբար քիչ են վնասվում: Լավացումը ավելի բարեհաջող է տեղի ունենում՝ համեմատած մյուս վերքերի հետ:

Մաշկված վերքը կտրված վերքի տարատեսակն է, երբ ենթամաշկային ճարպաբջջանքը պոկվում է ենթակա հյուսվածքների վրայից: Այդպիսի վերքերը կարող են առաջանալ կտրող առարկայի՝ որը շարժվել է թեք ուղղությամբ, վնասվածքի հետևանքով, կամ երբ մաշկը պոկվում է ենթամաշկային բջջանքից:

Հատած (կտրատած) վերքը առաջանում է ծանր և սուր առարկայով հարվածելիս (կացին, սուր և այլն): Նկատվում է ենթակա հյուսվածքների զգալի վնասվածք:

Լավացումը տեղի է ունենում դանդաղ:

Ծակած վերքը հասցվում է սուր, ծակող առարկաներով (բիզ, մեխ, սվին և այլն): Այս վերքերը բնորոշվում են մաշկի աննշան վնասվածքով և խորքում գտնվող օրգանների և հյուսվածքների (արյան մեծ անոթներ, թոքեր, սիրտ, լյարդ և այլն) զգալի վնասվածքներով: Չնայած արտաքին արյունահոսությունը աննշան է, բայց այն կարող է շատ ուժեղ լինել խորանիստ հյուսվածքներում: Այդպիսի վերքերը ամեն դեպքում վտանգավոր են: Բուժման դեպքում պահանջվում է հանգամանորեն ստուգել վերքի խողովակը՝ ներքին օրգանների վնասվածքները պարզելու նպատակով:

Կտրած-ծակած վերքը համակցումն է կտրած և ծակած վերքերի: Բնորոշվում է ինչպես արտաքին, այնպես էլ ներքին զգալի արյունահոսությամբ: Բուժման դեպքում վարվում են այնպես, ինչպես ծակած վերքերի դեպքում էր:

Չտրդված կամ սալչարդ վերքերն առաջանում են որևէ բուժ առարկայով (ձեռնափայտ, քար և այլն) հասցրած վնասվածքի հետևանքով:

Նրանք բնորոշվում են փափուկ հյուսվածքների զգալի շնչափածությամբ և աննշան արյունահոսությամբ: Հյուսվածքների մեծ շնչափածության հետևանքով նկատվում է վերքի եզրերի մեռուկացում: Հեշտությամբ միանում է ինֆեկցիան, առաջանում է թարախակալում: Վերքի վիրաբուժական մշակման ժամանակ պահանջվում է ամբողջովին հեռացնել ոչ կենսունակ հյուսվածքները:

Պատված վերքը նման է սալջարդ վերքին: Սովորաբար առաջանում է մեքենաների և մեխանիզմների շարժվող մասերի պատճառած վնասվածքներից: Ունի զգալի շափեր, անհարթ եզրեր, հեշտությամբ ինֆեկցվում է: Լավանում է դժվարությամբ և տարբեր բարդություններով:

Կծած վերքը հասցվում է մարդու կամ կենդանիների ատամներով: Մաշկը և ստորադիր հյուսվածքները զգալիորեն վնասվում են: Վերքը մշտապես ենթարկվում է ինֆեկցման: Լավանում է դժվարությամբ և մեծ բարդություններով:

Հրազենային վերքը առաջանում է հրազենային զենքի վնասվածքի հետևանքով՝ գնդակից, կոտորակից, ականի բեկորից և այլն: Կախված վիրավորող արկից, տարածությունից՝ վերքերը լինում են տարբեր բույթի: Ամենաբարդ վերքերը առաջացնում են բեկորները: Այս վերքերը կարող են լինել միջանցիկ, երբ վնասող առարկան անցնում է մարմնի հատվածի միջով և առաջացնում է ինչպես մուտքի, այնպես էլ ելքի անցքեր (մուտքի անցքը ավելի փոքր է, քան ելքինը), և կույր, երբ նկատվում է միայն մուտքի անցք և վիրավորող առարկան մնում է հյուսվածքների մեջ:

Հրազենային վերքի մեջ տարբերվում են՝ 1) վերքային խողովակի գոտի, որտեղ գտնվում են մահացած հյուսվածքներ, բեկորներ, լաթի կտորներ և այլն, 2) տրավմատիկ նեկրոզի գոտի, որն առաջանում է հյուսվածքների մեխանիկական կամ ջերմային վնասվածքի հետևանքով, 3) մոլեկուլյար ցնցման գոտի: Տեսանելի ձևափոխումներ չեն նկատվում, բայց այս տեղամասում կան նեկրոբիոտիկ ձևափոխումներ, որոնք իջեցնում են հյուսվածքների դիմադրողականությունը:

Թունավորված կարող է լինել ցանկացած վերքը, ուր ներթափանցում են թունավոր նյութերը (իպրիտ, լյուզիտ և այլն): Վերքի բացվածքի միջով թունավոր նյութը արագորեն ներծծվում է օրգանիզմի մեջ՝ հանգեցնելով ծանր հետևանքների: Բուժումը, լվացում, հակաթույնների կիրառում, վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակում:

Ըստ թափանցման խորության վերքերը կարող են լինել՝ 1) չթափանցող, երբ համապատասխան խոռոչի արգելքային միջնորմները (որովայնամիզ, պլերահոդերի շճաթաղանթներ) չեն վնասվում, 2) թափանցող, երբ առաջանում է արգելքային միջնորմների վնասվածք:

Բոլոր պատահականորեն առաջացող վերքերը, այդ թվում և հրազենայինը, ենթարկված են առաջնային ինֆեկցիայի: Բացի այդ, հրազենային վերքերի դեպքում լինում են վնասվածքներ հյուսվածքների մեջ, որն անբարենպաստ պայմաններ է ստեղծում նրանց լավացման համար:

Վերքերը լինում են պատահական, որոնց մեջ մտնում են վերոհիշյալ բոլոր վերքերի տեսակները (սրանք, որպես կանոն, լինում են առաջնային ինֆեկցիայի ենթարկված), և կանխամտածված (վիրահատական), որոնք լինում են ասեպտիկական:

Ըստ մանրէներով վարակվածությունից աստիճանի տարբերվում են՝ ասեպտիկ (մանրէազերծ) և ինֆեկցված վերքեր: Երկրորդական ինֆեկցիայի ենթարկված վերքը, որպես կանոն, հանդիսանում է վիրահատական վերքը, որը ոչ ճիշտ խնամքի հետևանքով (բուժաշխատողի կամ հենց հիվանդի մեղքով) կարող է վերքի առաջանալուց հետո ինֆեկցիայի ենթարկվել մի քանի ժամից կամ օրից հետո:

Վերքերը կարող են լինել միայնակ և բազմաթիվ:

ՎԵՐՔԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐԸ

Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է ցավով, վերքի եզրերի հեռացումով, արյունահոսությունով և մարմնի տվյալ տեղամասի գործունեությունից խանգարումով:

ՎԵՐՔԵՐԻ ԼԱՎԱՑՈՒՄԸ

Վերքերի լավացումը բարդ կենսաբանական պրոցես է: Պայմանականորեն տարբերվում է երեք շրջան կամ փուլ:

Հիդրատացիայի փուլը սկսվում է վնասվածքից անմիջապես հետո և տևում է մի քանի օր: Բնորոշվում է բորբոքման նշաններով: Այս փուլի բուժման ընթացքում պետք է պայմաններ ստեղծել վերքի արտադրությունը հեռացնելու համար (վերքի հատում, դրենաժավորում, հիպերտոնիկ լուծույթների կիրառում):

Դեհիդրատացիայի փուլ: Վերքը մաքրվում է, տեղի է ունենում բորբոքման նվազում, ոչ կենսունակ հյուսվածքների և ֆիբրինի մակարդուկների քայքայում, հատիկավոր հյուսվածքի առաջացում: Անհրաժեշտ է պայմաններ ստեղծել հատիկավոր հյուսվածքի առաջացման համար (անտիսեպտիկ լուծույթներ, քսուքային կապեր, հազվադեպ վիրակապում):

Էպիթելացման փուլը բնորոշվում է էպիթելային հյուսվածքի առաջացումով, որը ծածկում է վերքի մակերեսը: Սրա հետ միասին հատիկավոր հյուսվածքից առաջանում է սպիական հյուսվածք: Կիրառվում

են ակտիվ շարժումներ, տաքացնող պրոցեսներ, քսոլալիս կապեր:

Յուրաքանչյուր փուլի տևողությունը կախված է վերքի բնույթից, բուժման եղանակներից, օրգանիզմի ընդհանուր վիճակից և ինֆեկցիայի առկայությունից:

Տարբերվում են վերքերի լավացման հետևյալ ձևերը.

Լավացումը առաջնային ձգումով տեղի է ունենում վերքի եզրերի՝ միմյանց հպվելու դեպքում (կարեր, ճնշող կապ), երբ վերքի մեջ ինֆեկցիա չի զարգանում և ոչ կենսունակ հյուսվածքները վերքի մեջ նվազագույն չափի են հասնում: Լավացումը տեղի է ունենում 6—8-րդ օրը՝ առաջացնելով նուրբ գծային սպի:

Լավացումը երկրորդային ձգումով տեղի է ունենում այն դեպքերում, եթե վերքի եզրերը խորը կերպով հեռացված են միմյանցից, առկա է թարախակալումը: Նկատվում է վերքի մաքրվելը ոչ կենսունակ հյուսվածքներից, բորբոքման վերացում, հատիկավորման առաջացում, սպիական հյուսվածքի և էպիթելիզացման առաջացում:

Երկրորդային ձգումով լավացումը տեղի է ունենում երկարատև ընթացքով (մի քանի շաբաթ): Այս դեպքում առաջացող սպին կոպիտ է: Սրա կնճռոտման դեպքում կարող է զարգանալ հողի կարկամածություն (եթե վերքը տեղակայված է հողի շրջանում) և մարմնի այդ մասի ձևախախտում:

Լավացումը կեղևի տակ: Մաշկի ոչ մեծ վնասվածքների դեպքում վերքից դուրս են գալիս արյունն ու ավիշը, որոնք մակարդվելով վերքի վրա՝ առաջացնում են մուգ մոխրագույն կեղև: Կեղևի տակ լավացման ընթացքը տեղի է ունենում ըստ վերքերի վերականգնման ընդհանուր սկզբունքների, միայն զգալիորեն արագ, քանի որ կեղևը կատարում է կենսաբանական վիրակապի դեր, որը պահպանում է վերքը ինֆեկցիայի ներթափանցումից և վնասվելուց:

Վերքի կեղտոտումը մանրէներով: Ամեն տեսակի պատահական վիրավորումների դեպքում տեղի է ունենում վերքի կեղտոտումը մանրէներով: Մանրէները վերքի մեջ ներթափանցում են վնասող զենքի, լաթի կտորների հետ միասին՝ վերքի եզրերից:

Ինֆեկցիայի զարգացմանը նպաստում են միկրոֆլորայի հիվանդածին ակտիվությունը, հյուսվածքների քայքայումը՝ վերքի խողովակի մեջ արյան շրջանառության և նյարդավորման խանգարման հետ միասին, ինչպես նաև օրգանիզմի պաշտպանողական ուժերի թուլացումը: Ինֆեկցիայի զարգացման համար ոչ բարենպաստ պայմանների դեպքում մանրէները կարող են ոչնչանալ:

Վերքերի թարախակալում: Վերքերի թարախակալման ընթացքը բնորոշվում է որոշակի կլինիկական պատկերով, վերքի եզրերի կարմրումով, նրա եզրերի այտուցով, պնդանալով, ինչպես տեղային, այնպես

էլ ընդհանուր ջերմաստիճանի բարձրացումով, խփող բնույթի ցավի առաջացումով և մարմնի տվյալ մասի գործունեության խանգարումով:

Բորբոքային արտաքիրտը վերքի մեջ ընդունում է թարախային բնույթ (մեծ թվով լեյկոցիտների դուրս գալու հետևանքով): Փակ վերքի դեպքում թարախային պարունակությունը տարածվում է միջհյուսվածքային տարածությունների մեջ՝ առաջացնելով մեծ թարախային կուտակումներ:

Թարախային վերքերի բուժման համար պետք է ստեղծել թարախի հեռացման լավ հոսք և անցկացնել հակամանրէային բուժում:

ԱՌԱՋԻՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆԸ ՎԻՐԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Վիրավորումների դեպքում առաջին օգնության հիմքում ընկած է արյունահոսության ժամանակավոր, դադարեցման սկզբունքը (ճնշող կապ, լարան) և ինֆեկցիայի ներթափանցման պրոֆիլակտիկան (վիրակապը դնելուց առաջ վերքի եզրերին յոդի լուծույթ քսել):

Վերքի վրա վիրակապը դնելուց առաջ անհրաժեշտ է ազատել մարմնի տվյալ մասը հագուստից կամ կոշիկից: Հագուստը պետք է հանել զգուշությամբ, առանց լրացուցիչ վնասվածք պատճառելու: Լավ է այն կտրել կարի ուղղությամբ:

Վիրակապ դնելու համար հանձնարարվում է օգտագործել վիրակապական ծրարը:

Արյունահոսության ժամանակավոր դադարեցումը և փոխադրամիջոցային անշարժացումը կատարվում է կանոնների համաձայն, որոնք նշված են համապատասխան բաժիններում: Հիվանդին պետք է տեղափոխել բուժական հիմնարկություն:

Նախաբժշկական օգնությունը ցույց է տալիս բուժքույրը կամ բուժակը: Եթե պատահարի վայրում օգնությունը ճիշտ է ցույց տրված, ապա ոչինչ պետք չէ փոխել, հիվանդին անհրաժեշտ է տեղափոխել մասնագիտացված բուժական հիմնարկություն: Այն դեպքում, երբ օգնություն ցույց չի տրվել կամ կատարված է ոչ ճիշտ, անհրաժեշտ է լայնորեն մերկացնել վիրավորված տեղը, սափրել վերքի եզրերի մազերը, եզրերին քսել յոդի լուծույթ, հեռացնել վերքի մեջ ընկած օտար մարմինները և դնել լարան և ասեպտիկ վիրակապ: Այնուհետև հիվանդին անհրաժեշտ է ներարկել հակատետանիկ շիճուկ և ուղարկել մասնագիտացված բուժական հիմնարկություն:

Վերքի մակերեսի հարդարումը և առաջնային կարեր դնելը: Մանիպուլյացիայի այս ձևը կիրառվում է այն հիվանդների նկատմամբ, որոնք ունեն մակերեսային վերքեր (ճանկովածքներ, մաշկային քերծվածքներ) կամ կտրած վերքեր՝ հարթ եզրով, առանց տեսանելի կեղտոտվածուխյան և խորանիստ հյուսվածքների ու օրգանների ոչ մեծ վնասվածքով:

Վերքի շուրջը եղած մազածածկույթը սափրում են, մաշկը մշակում բենզոլինով կամ սպիրտով և քսում յոդի լուծույթ: Եթե հիվանդի մոտ նկատվում են միայն մաշկային քերծվածքներ, ապա դրվում է ասեպտիկ վիրակապ: Այդպիսի դեպքերում կարելի է կիրառել ԲՖ-6 սոսինձը, որն օժտված է մանրէասպան ազդեցությամբ, և կարելի է բավարարվել առանց վիրակապի:

Վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակում: Վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակման հիմքում ընկած են հետևյալ սկզբունքները. այն վերածել ասեպտիկ վերքի՝ առողջ հյուսվածքների սահմանում վերքի եզրերը, պատերը, հատակը հատելու, հեռացնելու հաշվին:

Առաջնային վիրաբուժական մշակումը կատարվում է տեղային կամ ընդհանուր ցավազրկման տակ՝ կախված վնասվածքի տեղակայումից և ծանրության աստիճանից: Վերքի մշակման ժամանակ վերջնականապես դադարեցվում է արյունահոսությունը: Վերքի եզրերը մոտեցվում են՝ ներքին կետգուտյա կարերի և մաշկի վրա մետաքսյա կարեր դնելու միջոցով: Վերքի եզրերի մեջ կարելի է ներարկել անտիբիոտիկներ: Վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակումը ցուցված է կատարել վիրահատումից հետո սկզբնական ժամերի ընթացքում: Անտիբիոտիկների պարենտերալ ընդունումը հնարավորություն է տալիս այն կատարել ավելի ուշ ժամկետում (մինչև մեկ օր): Խոր գրպանների և ինֆեկցիայի զարգացման վտանգի առկայության դեպքում վերքը դրենաժավորվում է, դրվում են հուշող կարեր կամ ընդհանրապես կարեր չեն դրվում, իսկ վերքը ծածկվում է ասեպտիկ վիրակապով: Բորբոքային երևույթների բացակայության դեպքում 3—5 օր հետո դրվում են կարեր (առաջնային հետաձգված կար): Վերքի թարախակալման դեպքում այն կարելի է կարել այն ժամանակ, երբ բորբոքային երևույթները վերանում են: Այդ ժամանակ վերքի մեջ առաջանում է հատիկավոր հյուսվածք, որը հեռացնում են և կարեր դնում (երկրորդային հետաձգված կար):

Դեմքի, լեզվի, դաստակների և այլ մասերի վիրավորումների դեպքում, որտեղ արյան մատակարարումը լավ է, վերքի եզրի կտրում-հեռացումը կատարվում է նվազագույն շափով՝ դնելով կարեր և, եթե պահանջվում է՝ անշարժացում: Վերքի առաջնային վիրաբուժական մշա-

կումից հետո վերքի նորմալ լվացման դեպքում կարերը հանվում են 7—8-րդ օրը:

Թարախային վերքերի բուժումը: Վերքի ոչ ժամանակին կամ ոչ բավարար վիրաբուժական մշակման դեպքում զարգանում է թարախակալում, Կլինիկորեն այն բնորոշվում է վերքի եզրերի կարմրությամբ, ինչպես տեղային, այնպես էլ ընդհանուր ջերմաստիճանի բարձրացումով, հիվանդի ընդհանուր տկարությամբ, վերքի շրջանի արտահայտված ցավով (հիդրատացիայի փուլ): Նման դեպքերում անհրաժեշտ է պայմաններ ստեղծել վերքի լավ դրենաժավորման համար (երկրորդային վիրաբուժական մշակում): Այս նպատակով, եթե դրված են եղել կարեր, ապա նրանք հանվում են, բաց են թողնվում թարախային կուտակումները: Անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է լրացուցիչ կտրվածքներ (հակաբացվածքներ) թարախի հոսքը արագացնելու համար: Այս շրջանում (հիդրատացիայի փուլ) վերքը, մեծությունից կախված՝ դրենաժավորվում է ռետինե երիզներով, դրենաժային խողովակներով և փուխր տամպոններով, որոնք թրջված են նատրիումի քլորիդի հիպերտոնիկ լուծույթով՝ վերքի պարունակությունը արտածծելու նպատակով: Կատարվում է անտիբիոտիկների, ֆերմենտների, անտիսեպտիկ միջոցների ներմուծում վերքի մեջ: Թունավորման դեմ պայքարելու և օրգանիզմի իմունոկենսաբանական պաշտպանողական հակազդումը ակտիվացնելու համար ներմուծվում են մեծ քանակությամբ հեղուկներ, նշանակվում բարձր կալորիականությամբ և վիտամիններով հարուստ սնունդ, կատարվում է արյան կոտորակային ձևով փոխներարկում: Սուր երևույթների հանդարտումից հետո (դեհիդրատացիայի փուլ) կիրառվում են քսուբային վիրակապեր, վիրակապումները կատարվում են հազվադեպ, նշանակվում են ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաներ: Վերքերի բուժման շրջանում անհրաժեշտ է անշարժացում:

ՎԻՐԱՎՈՐՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Վիրավորների բարեհաջող բուժումը շատ բանով կախված է խնամքից: Հիմնական վտանգը վերքի՝ ինֆեկցիայի ենթարկվելու վտանգն է: Անկողինը և մաշկային ծածկույթները հիգիենիկ պայմաններում պահելը կանխում է երկրորդային ինֆեկցիայի առաջացումը: Անհրաժեշտ է հետևել, որպեսզի վիրակապը լինի շոր և հուսալիորեն մեկուսացնի վերքը շրջակա միջավայրից: Վիրակապի վրա մեզի, կղանքի և ջերմակից ջրի անցնելը կարող է թարախակալման պատճառ հանդիսանալ: Այդպիսի վիրակապը անհրաժեշտ է անհապաղ փոխել: Անկախ վիրահատական միջամտության բնույթից և կապի վիճակից, վիրահատումից հետո 2-րդ օրը կատարվում է վիրակապում: Հեռացվում են արյունով ներծծված

անձեռոցիկները: Վերքի եզրերին քսվում է 5 %-անոց յոդի լուծույթ և դրվում է նոր ասեպտիկ վիրակապ: Եթե վերքը կարված չէ, վերքի եզրերին քսվում է յոդի լուծույթ, փոխվում է տամպոնը և, եթե անհրաժեշտ է՝ դրենաժները նույնպես և դրվում է ասեպտիկ վիրակապ: Հետվիրահատական շրջանում բուժման հիմնական խնդիրն է բաց վնասվածքների դեպքում թույլ շտալ հետվիրահատական վերքի թարախակալում: Վիրակապի աննշան թացանալու դեպքում հաճախակի վիրակապում խորհուրդ չի տրվում, բայց վիրակապի վրա դրվում է բամբակ և բինտակապվում է: Թարախային վերքերի դեպքում վիրակապումները կատարվում են ամեն օր, իսկ եթե պահանջում է հիվանդի վիճակը՝ ապա ավելի հաճախ: Մեծ ուշադրություն է դարձվում բուժական մարմնամարզության կատարման, հիգիենիկ ուժիմի պահպանման և բարձր կալորիականությամբ սննդով ապահովելու համար:

Գլուխ XI

ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐ, ԷԼԵԿՏՐԱՏՐԱՎՄԱ, ՅՐՏԱՀԱՐՈՒՄ

Այրվածքները, էլեկտրատրավման և ցրտահարումը հանդիպում են բավականին հաճախ, ինչպես կենցաղում, այնպես էլ արտադրության մեջ: Խաղաղ պայմաններում այրվածքները կազմում են վիրաբուժական հիվանդների 1,8—2 %-ը: Պատերազմական պայմաններում այրվածքների թիվը խիստ աճում է: Անհրաժեշտ է իմանալ նրանց կլինիկան, կարողանալ ցույց տալ առաջին օգնությունը և անցկացնել հետագա բուժումը:

ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐ

Այրվածքներ կոչվում են հյուսվածքների վնասվածքները, որոնք առաջանում են բարձր ջերմաստիճանի (ջերմային այրվածքներ), քիմիական նյութերի (քիմիական այրվածքներ), էլեկտրական հոսանքի (էլեկտրաայրվածք) և ճառագայթային էներգիայի (ճառագայթային այրվածք) ներգործության հետևանքով:

Փոքր, աննշան այրվածքները ընթանում են գերազանցապես որպես տեղային պրոցես: Այրվածքով հիվանդների մոտ նշանակալի վնասվածքների դեպքում նկատվում են լուրջ բնույթի ընդհանուր խանգարումներ, զարգանում է այրվածքային հիվանդություն:

Այս հիվանդության ընթացքում տարբերվում են՝ այրվածքային շո-

կի, այրվածքային սուր տոքսեմիայի, այրվածքային սեպտիկոտոքսեմիայի և ուղեկողական սեպտիկոտոքսեմիայի շրջանները:

Շոկի շրջանը այրվածքի դեպքում հիշեցնում է տրավմատիկ շոկը, բայց ընթանում է ավելի ծանր՝ օրգանիզմի արտահայտված թունավորման և պլազմայի կորստի հետևանքով: Ինչպես և տրավմատիկ շոկի դեպքում, էրեկտիլ փուլում հիվանդը զրգուված է, զարկերակային արյան ճնշումը կարող է բարձրանալ, պուլսը հաճախացած է: Տորպիդ փուլը ուղեկցվում է խիստ ընկճվածությամբ՝ հիվանդը անտարբեր է, մարմնի ջերմաստիճանը և զարկերակային արյան ճնշումը ցածր է, մաշկային ծածկույթները դժգույն են, դիմազծերը՝ սրված, ի հայտ է գալիս ափսոսանք (շրթունքների, ականջի խեցիների, մատների ծայրերի կապտություն): Միզարտադրությունը քչանում է՝ ընդհուպ մինչև անուրիս:

Տոքսեմիայի շրջանը սկսվում է այրվածքի առաջանալու պահից մի քանի ժամ հետո: Այրվածքի մակերեսից պլազմայի կորստի հետևանքով սկսվում է թունավոր այն նյութերի ներծծումը, որոնք գոյանում են օրգանիզմի հյուսվածքների և մանրէների քայքայման հաշվին: Այս շրջանում հիվանդի դրությունը ծայրաստիճան ծանր է, նկատվում է ջերմաստիճանի խիստ բարձրացում, ախորժակի բացակայություն, առաջանում է անքնություն, փսխում, կղանքի բացակայություն: Արյան խտացման (պլազմայի կորուստ) հետևանքով մեծանում է հեմոգլոբինի և էրիթրոցիտների քանակությունը: Նկատվում է լեյկոֆորմուլայի՝ դեպի ձախ տեղաշարժ: Մեզի մեջ ի հայտ են գալիս էրիթրոցիտներ, սպիտակուցային նյութեր և գլանիկներ:

Սեպտիկոտոքսեմիայի շրջանը նկատվում է այրվածքի մակերեսի վրա ինֆեկցիայի զարգացումից հետո: Կլինիկորեն այս շրջանը քիչ է տարբերվում նախորդից: Այրվածքային մակերեսը ծածկվում է առատ թարախային արտադրանքով: Զերմությունը կրում է հեկտիկ բնույթ (սեպսիս): Վերքի վրա նկատվող հատիկավոր հյուսվածքը դժգույն է և թույլ արտահայտված: Առաջանում են պառնեկախոցեր, թարախային մետաստազներ (թարախային օջախներ, մարմնի հեռավոր մասերում): Ծրբեմն նկատվում է օրգանիզմի հակազդեցության վերացման վիճակ, որը վկայում է օրգանիզմի պաշտպանողական ուժերի թուլացման մասին:

Ռեկոնվալեսցենցիայի շրջան: Մարմնի ջերմաստիճանը, արյունը և մեզը կանոնավորվում են, հիվանդների ախորժակը լավանում է, հյուսվածքների մեռուկացած մասերը պոկվում-անջատվում են, այրվածքային մակերեսը ծածկվում է լավ արտահայտված հյութառատ հատիկավորությամբ:

Այրվածքով հիվանդների մոտ կլինիկական ընթացքի բաժանումը խիստ պայմանական է: Վիճակի ծանրությունը կախված է հիմնականում

այրվածքի աստիճանից և մակերեսի մեծությունից, ինչպես և օրգանիզմի ընդհանուր վիճակից (ավիտամինոզ, հյուծում):

Ջերմային այրվածքներ: Առաջանում են հյուսվածքների վրա բարձր ջերմության ազդեցության հետևանքով՝ տաք ջուր, գոլորշի և այլն: Այրվածքի ժամանակ հյուսվածքների վնասվածքի աստիճանը կախված է ջերմային ազդակի (ջերմությունը կրողի) ջերմությունից և նրա ազդեցության ժամանակից: Որքան ջերմային ազդակի ջերմաստիճանը բարձր լինի և ազդեցության տևողությունը երկարատև, այնքան հյուսվածքների վնասվածքի աստիճանը կլինի խորը: Հատկապես ծանր այրվածքներ են լինում հալած մետաղի ազդեցության հետևանքով:

Կախված վնասված հյուսվածքների բնույթից և խորությունից, այրվածքները կարող են լինել մի քանի աստիճանի:

I աստիճանի այրվածքը առաջանում է ոչ այնքան բարձր ջերմաստիճան ունեցող ջերմային ազդակի ներգործության հետևանքով. բնորոշվում է մաշկի թեթևակի կարմրությամբ և այտուցով (էրիթեմատոզային ձևը) (նկ. 120): Այս աստիճանի այրվածքի դեպքում առաջանում են մաշկային մազանոթների լայնացումներ և նրանց թափանցելիության մեծացման հաշվին արյան հեղուկ մասը (պլազմա) արտահոսում է շրջակա հյուսվածքների մեջ:

Առաջին աստիճանի այրվածքի տևողությունը 2—3 օր է: Այրվածքի տեղում ի հայտ է գալիս մաշկի գունավորում և հետագայում վերնամաշկը կճպվում է այդ մասի վրայից:

II աստիճանի այրվածքը բնորոշվում է բշտերի ի հայտ գալով (բուլլեզային ձևը) (նկ. 121): Այս աստիճանի այրվածքի դեպքում նկատվում է առավել արտահայտված բորբոքում: Նկատվում է հեղուկների զգալի արտահոսք, որի հետևանքով այն կուտակվում է վերնամաշկի տակ և շերտազատում նրան՝ առաջացնելով բշտեր: Բշտերը կարող են ի հայտ գալ այրվածքից մի քանի ընդհանուր հետո, իսկ երբեմն էլ հաջորդ օրը: Մաշկի մակերեսային (էպիդերմալ) շերտը մահանում է: Բշտերը հատելիս նկատվում է վառ կարմիր գույնի մաշկի պտկիկային շերտը: Բարենպաստ ընթացքի դեպքում բշտերի միջից 4—6-րդ օրը հեղուկը ներծծվում է: Նոր երիտասարդ վերնամաշկը սկզբնական շրջանում ունի վարդագույն երանգ և հեշտությամբ վնասվում է:

Ինֆեկցիայով բարդանալու դեպքում բշտերի պարունակությունը թարախակալվում է, որի հետևանքով լավացումը տեղի է ունենում հատիկավորումների և սպիական հյուսվածքների առաջացումով, որ երկարացնում է բուժման ընթացքը և վատացնում է ելքը:

III աստիճանի այրվածքը բնորոշվում է մաշկի մակերեսային շերտի մեռուկացումով, այդ թվում և աճող շերտի (Ա ենթախումբ) կամ մաշկը ամբողջ հաստությամբ (Բ ենթախումբ) (նկ. 122): Այրված մա-

կերեսի վրա առաջանում է մուգ գույնի կեղև: Կեղևը գոյանում է սպիտակուցների կոագուլյացիայի (մակարդման) և արյան շրջանառության դադարի հետևանքով: Այս աստիճանի այրվածքի լավացումը տեղի է ունենում երկրորդային ձգման սկզբունքով: Կեղևի անջատումից հետո առաջանում է հատիկավորություն, որը ձևափոխվում է սպիական հյուսվածքի: Էպիթելով ծածկվելը սկսվում է եզրից: Մաշկի մակերեսային շերտի այրվածքի դեպքում մաշկի վնասված մասը կարող է ամբողջովին ծածկվել էպիթելով: Մաշկի ամբողջ շերտի մեռուկացման ժամանակ էպիթելային հյուսվածքը դանդաղ է զարգանում և ամբողջապես չի ծածկում այրվածքի մակերեսը: Այրվածքի շրջանում առաջանում է կոպիտ (կելոիդ) սպի: Ոչ ճիշտ բուժման դեպքում վերջույթների վրա կարող են առաջանալ այսպես կոչված լողաթաղանթներ՝ հարթ սպիներ հողերի շրջանում, որոնք սահմանափակում են հողերի շարժումները: Այս աստիճանի այրվածքների լավացումը տևում է մի քանի ամիս:

IV աստիճանի այրվածքի դեպքում, բացի մաշկից, նկատվում է նույնպես խորանիստ հյուսվածքների մեռուկացում (ենթամաշկային քջջանք, մկաններ, ոսկրեր): Լավացումը տեղի է ունենում շատ դանդաղ՝ առաջացնելով կոպիտ սպիներ: Կարող է նկատվել հյուսվածքների առանձին մասերի պոկում, ընդհուպ վերջույթի ինքնաբերական անդամահատվելը:

Այրվածքի կլինիկական ընթացքը կախված է այրվածքի աստիճանից և նրա մակերեսի մեծությունից: Ինչքան մեծ է այրվածքի մակերեսը, այնքան ծանր է հիվանդի վիճակը: Այրվածքների դեպքում, որոնք ընդգրկում են մարմնի 30 % և ավելին, կարող է սկսվել մահ սպառնացող վիճակ:

Այրվածքի մակերեսի չափումը: Չափում ձեռքի արմուկ. մարդու ձեռքի արմուկի մոտավորապես համապատասխանում է մաշկային մակերեսի 1—1,2 % -ին:

Չափումը ըստ իննյակների սկզբունքի (Տենիսոն—Ռուպակի եղանակ): Գլխի և պարանոցի մակերեսի մեծությունը կազմում է ամբողջ մարմնի մակերեսի 9 %-ը, վերին վերջույթները՝ 9 %, իրանը առջևից՝ 18 % (9×2) և հետևից՝ 18 % (9×2), ստորին վերջույթները՝ 18 % (9×2): Այս գումարայինը կազմում է 99 % (տասնմեկ իննյակ), 1 % էլ 100 %-ից ընկնում է շեքին:

Բ. Ն. Պոստնիկովի եղանակը: Լվացված և մանրէազերծված ունտագենյան թիթեղը դրվում է այրվածքի մակերեսի վրա (մանրէազերծումը կատարվում է ֆորմալինի գոլորշիներով): Այրվածքի սահմանները նշագծվում են բրիլիանտին կանաչի կամ ուրիշ ներկող նյութով: Թիթեղը դրվում է սանտիմետրային ցանցի վրա և որոշվում է այրվածքի մակերեսը՝ արտահայտված քառակուսի սանտիմետրերով:

Միջին հասակի մարդու մոտ մարմնի ընդհանուր մակերեսը մոտավորապես հավասար է 16000 սմ², Դրանից ելնելով 1 % կազմում է 160 սմ²:

Այրվածքի մակերեսը և մեծությունը նշելու հարմարություն համար կիրառվում է կոտորակը, որտեղ համարիչը ցույց է տալիս այրվածքի մակերեսը, իսկ հայտարարը՝ այրվածքի աստիճանը: Օրինակ, իրանի առաջային մակերեսի III աստիճանի, Ա ենթախմբի այրվածքը 15 % մակերեսով նշվում է այսպես՝ իրանի առաջային մակերեսի թերմիկ այրվածք $\frac{15}{III \text{ Ա}}$:

Այրվածքի դեպքում առաջին օգնությունն ցույց տալը և բուժումը:
Այրվածքի դեպքում առաջին օգնությունը ցույց տալիս հիմնական միջոցառումը հանդիսանում է ջերմային ազդակի ազդեցության դադարեցումը՝ անհրաժեշտ է դադարեցնել տաք ջրի և գոլորշու հոսքը, տուժածի շորերը այրվելու դեպքում նրան փաթաթել ծածկոցի կամ ցանկացած հագուստի մեջ, որպեսզի հանգցվի կրակը:

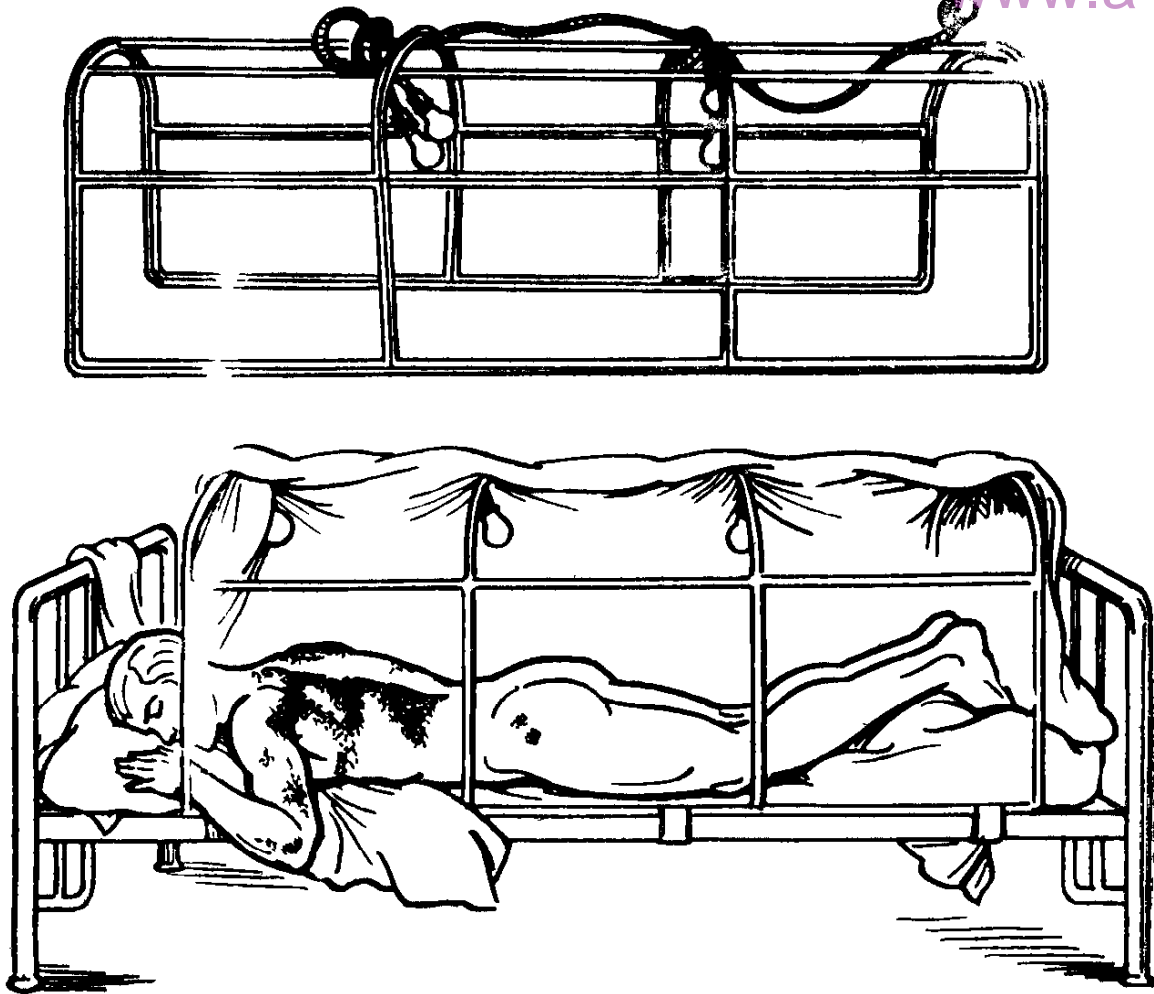
Այրվածքի դեպքում հագուստը չի հանվում, այլ կտրվում է: Դրվում է ասեպտիկ վիրակապ, ներարկվում են թմրադեղեր, կատարվում է մարմնի վնասված մասի անշարժացում (շոկի պրոֆիլակտիկա), հիվանդներին տաք ծածկում (մրսելու վտանգ) և տեղափոխում են բուժական հիմնարկություն:

Բուժական միջոցառումները անցկացվում են երկու ուղղությամբ՝ այրվածքային մակերեսի տեղային բուժում և ընդհանուր բուժում: Վերջինիս վերաբերում են այրվածքային շոկի, պլազմայի կորստի, արյան խտացման, ինֆեկցիայի և տոքսեմիայի դեմ պրոֆիլակտիկայի և բուժման կատարումը:

Ներկայումս այրվածքային հիվանդների բուժման համար մեծ վիրաբուժական ստացիոնարներում ստեղծված են հատուկ այրվածքային կենտրոններ: Այս կենտրոններին առաջադրված է՝ բարձրացնել պահանջկոտությունը ասեպտիկայի, շինության ջերմաստիճանի, օրական սննդի հանդեպ:

Այրվածքային մակերեսի հարգարումը: Այրվածքային մակերեսի հարգարումից առաջ լայնածավալ այրվածքների դեպքում հիվանդներին տեղավորում են կալիումի պերմանգանատի լուծույթով լցված լոգարանի մեջ, որից հետո կապը հեշտությամբ պոկվում է: Վերջույթների այրվածքների դեպքում կիրառվում են տեղային լոգանքներ: Ոչ մեծ այրվածքային մակերեսների դեպքում կապերը թրջվում են կալիումի պերմանգանատի լուծույթով կամ ջրածնի պերօքսիդով: Ոչ մեծ այրվածքային մակերեսների մշակումից առաջ ներարկվում են ցավազրկող միջոցներ, իսկ մեծ մակերեսների մշակման դեպքում տրվում է նարկոզ:

Այրվածքի շուրջը գտնվող մաշկը մաքրվում է կեղտոտվածությունից



Նկ. 123. Այրվածքի բուժումը հենքի տակ:

բենզինով, եթերով կամ սպիրտով թրջված թանզիֆե անձեռոցիկներով: Այրվածքային մակերեսը զգուշությամբ լվացվում է ֆիզիոլոգիական լուծույթով: Պահպանված բշտերը բաց չեն արվում: Վնասված բշտերի մշակումից հետո վերնամաշկը զգուշությամբ կտրվում է մկրատներով: Մակերեսը շորացվում է: Հետագա բուժումը անց է կացվում բաց, փակ կամ խառը եղանակներով:

Բաց եղանակի դեպքում հիվանդին պառկեցնում են հատուկ հենք ունեցող անկողնում, որը ծածկվում է մանրէազերծված սավաններով, հենքի տակը վառվում են էլեկտրական լամպեր, հենքը վերևից ծածկվում է մանրէազերծված սավաններով (նկ. 123): Այս դեպքում այրվածքային մակերեսը հավասարաչափ շորանում է և նրա տեղում գոյանում է կեղև, որը պահպանում է այրվածքային մակերեսը պլազմայի կորստից և թարախակալումից: Կեղևի տակ առաջանում է էպիթելային հյուսվածք: Կեղևի առաջացումը արագացնելու համար երբեմն կիրառվում են դաբաղող նյութեր, որոնք քսվում են այրվածքի մակերեսին: Այս նպատակով օգտագործվում են 10 % կալիումի պերմանգանատի

լուծույթ, 5 % տանինի լուծույթ: Վերջին ժամանակներս լայն տարածում է ստացել կենսաբանական եղանակը՝ ստեղծվել են պաշտպանիչ թաղանթներ: Այրվածքի մակերեսը ծածկվում է արյունով թրջված անձեռոցիկներով կամ հատուկ ֆիբրինային թաղանթներով, որոնք ներծծված են անտիբիոտիկների լուծույթներով:

Բաց եղանակի թերութունը հանդիսանում է այրվածքային մակերեսի ինֆեկցիայի ենթարկվելու վտանգը: Բացի այդ, կեղևի վրա առաջանում են ճաքեր, որտեղից կարող է հեռանալ պլազման:

Փակ եղանակի դեպքում կիրառվում են տարբեր վիրակապեր: Այդ նպատակի համար օգտագործվում են՝ սինթոմիցինի էմուլսիան, Վիշնևսկու քսուքը, վիտամինացված ձկան յուղը, վազելինի յուղը, մինչև 70° տաքացված պարաֆինավազելինային խառնուրդը և այլն: Վիրակապումները կատարվում են ոչ հաճախ, քան 8—12 օր հետո: Վիրակապումների ժամանակ զգուշությամբ կտրվում են մեռուկացած հյուսվածքների մասերը: Այրվածքային մակերեսի մաքրումից հետո դիմում են մաշկային պատվաստմանը՝ այդ մասերի ծածկումը մաշկային հյուսվածքապատվաստներով (տրանսպլանտատ):

Ընդարձակ III Բ—IV աստիճանի այրվածքների դեպքում, երբ պարզորոշ նկատվում են մահացած օջախները, դրանք ամբողջապես կտրվում-հեռացվում են, իսկ այրվածքի մակերեսը ծածկվում է մաշկային կտորներով, որոնք վերցվում են դերմատոմի միջոցով մարմնի առողջ մասերից (աուտոտրանսպլանտացիա): Այն դեպքերում, երբ մաշկի առողջ մասը իր շափսերով չի բավականացնում ծածկելու վերքի մակերեսը, աուտոտրանսպլանտատը կտրատվում է կտորների՝ փոստային դրոշմանիշների նման (դրոշմանիշային եղանակ) և միմյանցից որոշ հեռավորության վրա դրվում վերքի մակերեսի վրա: Մաշկի այդ հատվածները կպչում են և կենտրոն հանդիսանում էպիթելացման, որն ամբողջապես ծածկում է մաշկի արատը: Մաշկի շատ մեծ արատների դեպքում դիմում են հոմոտրանսպլանտացիայի: Սրա համար օգտագործվում են առողջ մարդկանց մաշկի մասերը (դոնոր-կամավորներ) կամ դիակների: Այս մաշկը չի կպչում, բայց կատարում է կենսաբանական վիրակապի դեր (պլազմայի կորստի և ինֆեկցիայի պրոֆիլակտիկա): Հիվանդի վիճակի լավացումից հետո կատարվում է աուտոտրանսպլանտացիա: Մի շարք դեպքերում համակցվում են մաշկային աուտո- և հոմոտրանսպլանտացիաներ: Խառը եղանակը բուժման բաց և փակ եղանակների համատեղ զուգակցումն է:

Հոդերի սպիական կարկամածության կանխման համար վերջույթներին տրվում է ֆունկցիոնալ հարմար դիրք: Հիվանդների բուժման ընթացքում լայնորեն կիրառվում են ֆիզիո- և հանքաջրաբուժումը (պա-

րաֆինային և օզոնկերտային ապլիկացիաները, ցեխային և ծծմբաջրածնային լողանքները, գալվանագումը, մերսումը, բուժական մարմնամարզությունը):

Ընդհանուր բուժման միջոցառումները այրվածքների դեպքում:

Այրվածքների, ինչպես և մնացած բաց վնասվածքների դեպքում հիվանդներին պարտադիր կարգով ներարկում են հակատետանիկ շիճուկ և հակատետանիկ անակտոքսին: Շոկի զարգացման կանխման համար կիրառվում են անալգետիկներ և նեյրոլեպտանալգետիկներ (դրոպերիդոլ, ֆենտանիլ) և տարբեր տեսակի նոզոկաինային բլոկադաներ՝ վերջույթների այրվածքների դեպքում — փակեղային, կրծքավանդակի այրվածքների դեպքում — վագոսիմպաթիկ, որովայնի և գոտկային շրջանների այրվածքների դեպքում — հարերիկամային նոզոկաինային բլոկադաներ: Շոկի, թունավորման և պլազմայի կորստի դեմ պայքարելու համար ներերակային ներարկվում են հակաշոկային հեղուկ, արյուն, ֆիզիոլոգիական լուծույթ և ուրիշ նյութեր: Ներարկվող հեղուկների քանակը օրվա ընթացքում պետք է կազմի 2500—3000 մլ: Սիրտ-անոթային համակարգի ծանրաբեռնվածության պրոֆիլակտիկայի նպատակով ներարկվում են սրտային և միզամուղ միջոցներ:

Տոքսեմիայի հետևանքով կարող է սկսվել երիկամների բլոկադա: Երիկամների աշխատանքը հսկելու համար հիվանդի մոտ դրվում է մըշտական կաթետեր (նորմալում 1 ժամվա ընթացքում պետք է արտազատվի 50 մլ մեզ): Մեզի քանակի քչացումը հանդիսանում է երիկամային անբավարարության ցուցանիշ: Անուրիայի երևույթների դեպքում, բացի հեղուկների փոխներարկումներից, կատարվում է նաև հարերիկամային նոզոկաինային բլոկադա, կատարվում է երիկամների շրջանի դիաթերմիա, տրվում են միզամուղ միջոցներ: Հիվանդը պետք է շատ խմի: Հատկապես արդյունավետ են աղահիմնային խառնուրդները (1 լիտր ջրին 1 թեյի գդալ նատրիումի քլորիդ և 1/2 թեյի գդալ նատրիումի բիկարբոնատ): Ծանր դեպքերում կարելի է դիմել հեմոդիալիզի, միացնելով «արհեստական երիկամ» ապարատը:

Ինֆեկցիայի դեմ պայքարելու համար կիրառվում են անտիբիոտիկներ՝ հաշվի առնելով նրանց ազդեցությունը միկրոօրգանիզմների վրա, որոնք գտնվում են այրվածքային մակերեսի վրա:

Մեծ ուշադրություն է դարձվում այրվածքով հիվանդների սննդի վրա: Մնունդը պետք է լինի կալորիայով բարձր, հարուստ սպիտակուցներով, վիտամիններով և հանքային աղերով, բազմատեսակ, համային լավ հատկությամբ: Ընդհանուր կալորիականությունը պետք է կազմի 3000—4000 կալ: Օրվա ընթացքում հիվանդը պետք է ստանա 150—200 գ-ից ոչ պակաս սպիտակուց:

Քիմիական այրվածքներ: Հանդիպում են ավելի հազվադեպ, քան

ջերմային այրվածքները: Նրանք առաջանում են հյուսվածքների վրա քիմիական նյութերի (թթուներ, հիմքեր, ծանր մետաղների աղեր, ֆոսֆոր և այլն) ներգործության հետևանքով: Քիմիական այրվածքի պատճառները հանդիսանում են անզգույշ վերաբերվելը քիմիական նյութերի հետ ինչպես արտադրության մեջ, այնպես էլ կենցաղում:

Թթուների և ծանր մետաղների աղերի այրվածքի դեպքում առաջանում է հյուսվածքների սպիտակուցների մակարդում և նրանց ջրազրկում: Առաջանում է ամուր կեղև, քանի որ սկսվում է կոագուլյացիոն նեկրոզ: Կեղևը ունի սպիտակ գույն՝ աղաթթվի այրվածքի դեպքում, դեղին՝ ազոտական թթվից, մուգ՝ ծծմբական թթվից:

Հիմքերի ներգործության դեպքում առաջանում են հյուսվածքների ավելի խորը վնասվածքներ, քանի որ հյուսվածքների նեկրոզը կոլիկվացիոն (հյուսվածքների լուծում) բնույթի է:

Բերանի խոռոչի, կերակրափողի, ստամոքսի այրվածքների դեպքում, քիմիական նյութերի տեղային այրվածքային փոխազդեցությունից բացի, նկատվում է նաև նրանց թունավոր, ներծծող ազդեցությունը օրգանիզմի վրա:

Առաջին օգնությունը և բուժումը: Անհրաժեշտ է ջրի ուժգին շիթով արագորեն լվանալ քիմիական նյութը, որից հետո շեղոքացնել այն: Թթուների շեղոքացման համար կիրառվում է 2 % խմելու սոդայի լուծույթը: Արտահայտված այրվածքների դեպքում այդ մասի վրա առատորեն ցանվում է կավճափոշի, այրված մազնեղիում: Հիմքերը շեղոքացվում են 2 % քացախաթթվով կամ լիմոնաթթվով:

Ֆոսֆորի տաք կտորը մաշկի վրա ընկնելու դեպքում մարմնի այդ մասը անհրաժեշտ է ընկղմել ջրի մեջ և պինցետով հեռացնել ֆոսֆորի մնացորդը: Վնասված մասի վրա դրվում է 5 % պղնձարջասպի լուծույթով թրջված վիրակապ, կամ նրա վրա ցանվում է տալկի փոշի: Կավ արդյունք է տալիս հակաֆոսֆորային քսուքը:

Հետագա բուժումը անց է կացվում այնպես, ինչպես ջերմային այրվածքների դեպքում էր: Քսուքային կապեր չի հանձնարարվում կիրառել, քանի որ ճարպերը նպաստում են ֆոսֆորի ներծծմանը:

Այրվածքները երեխաների մոտ: Հանդիպում են բավականին հաճախ, մանկական 20 % կենցաղային տրավմաները, որոնք պահանջում են հիվանդանոցային բուժում, ընկնում են այրվածքներին: Այրվածքներով երեխաների մեջ գերակշռում է մինչև երեք տարեկան հասակը: Ոչ մեծ այրվածքի դեպքում երեխան եռանդուն կերպով հակազդում է ցավին լացով և ճիչով: Ընդհակառակը, մեծ մակերեսով այրվածքների դեպքում երեխայի վիճակը կարող է լինել ծանր, բայց շնայած դրան, նա ապշեցնում է իր հանգստությունը: Երեխան գունատ է, անտարբեր: Գիտակցությունը լրիվ պահպանված է: Վերջույթների սառչելը, ցիա-

նողը, պուլսի հաճախացումը և թուլացումը ծանր այրվածքների ախտանիշներն են, որոնք ցույց են տալիս շոկի առկայությունը: Որոշ դեպքերում միանում է փսխումը, որը վկայում է վնասվածքի ավելի մեծ ծանրության մասին:

Բուժման առանձնահատկությունները: Բուժման սկզբունքները նույնն են, ինչ որ մեծահասակների մոտ: Բուժումը վիրակապի տակ հանդիսանում է հիմնական եղանակը. հիվանդների՝ բաց եղանակով բուժման մեթոդը ըստ նիկոլսկի—Բեթմանի լայն կիրառում է գտել դեմքի, պարանոցի և շեքի այրվածքային մակերեսների մշակման համար: Մշակումը կատարվում է ընդհանուր ցավազրկումով: Թանզիֆե անձեռոցիկով, որը թրջված է տաք 0,25 % անուշադրի սպիրտի լուծույթով, մաքրվում է այրվածքային մակերեսը՝ անջատված վերնամաշկից և բըշտերից, որից հետո այս մակերեսին քսվում են թարմ պատրաստված տանինի կամ տանիդինի 5 %-անոց ջրային լուծույթները, իսկ հետո լրացուցիչ քսվում է արծաթի նիտրատի 10 % լուծույթը: Մակերեսը սևանում է, դառնում շոր, ծածկվում է կեղևով, որը ինքնուրույն կերպով պոկվում-ընկնում է 8—11-րդ օրը:

ԷԼԵԿՏՐԱՏՐԱՎՄԱ

Հոսանքի աղբյուր կարող են հանդիսանալ տեխնիկական էլեկտրականությունը և կայծակը: Վնասվածքի աստիճանը կախված է՝ ա) հոսանքի ուժից, նրա լարումից, ներգործության տևողությունից, հաստատուն կամ փոփոխական լինելուց, բ) օրգանիզմի ֆիզիոլոգիական դրությունից (նյարդային համակարգի, սրտամկանի վիճակներից, ազդեցության անսպասելիությունից), գ) մաշկի և օրգանիզմի դիմադրողականությունից (թուլացած օրգանիզմը, թաց մաշկը մեծացնում են վնասվածքի ուժը), դ) շրջակա միջավայրից, որտեղ գործել է հոսանքը:

Էլեկտրատրավմայի դեպքում հյուսվածքների տեղային ձևափոխությունները արտահայտվում են այրվածքների ձևով, ավելի հաճախ՝ III—IV աստիճանի: Մեռուկը տեղի է ունենում լայն մակերեսով խորանիստ հյուսվածքների մեջ, որը առաջին հայացքից դժվար է նկատել: Հաճախ վնասված տեղում նկատվում են այրվածքներ համաչափ դասավորված շերտերի ձևով, մազերի խանձում, երևում է մաշկի կարմրություն և արյունազեղում: Երբեմն այրվածքի մակերեսը ունի սաղափանման գույն: Հոսանքի մուտքի և ելքի շրջաններում նկատվում են մաշկի այրված մասեր: Երբեմն մաշկի վրա երևում են մուգ նշաններ՝ բազմաճյուղ կեռագծերի և շերտերի տեսքով (անոթների պարեզ):

Էլեկտրական հոսանքի ընդհանուր ազդեցությունը առաջացնում է այնպիսի կլինիկական պատկեր, որը նման է ուղեղի ցնցմանը: Երբեմն

նկատվում են պարալիչներ, տեսողության կլման խանգարումներ: Պանր դեպքերում սկսվում է շնչառության և սրտի գործունեության կենտրոնների պարալիչ, որը հանգեցնում է կարծեցյալ մահվան դրության: Այսպիսի դեպքերում պետք է անհապաղ անցկացնել վերակենդանացման միջոցառումների ողջ համալիրը:

Առաջին օգնությունը և բուժումը: Անհրաժեշտ է անհապաղ դադարեցնել էլեկտրական հոսանքի ազդեցությունը: Շատ հաճախ տուժածը ձեռքում պահելով մերկ հաղորդալարը, չի կարողանում բաց թողնել այն մկանների ջղաձգական կծկումների հետևանքով: Բնակարաններում և արտադրական պայմաններում անհրաժեշտ է անհապաղ անջատել էլեկտրական հոսանքը (անջատիչ, ապահովիչ խցան, բռնակավոր անջատիչ), փողոցում կտրել հաղորդալարը մի որևէ մեկուսիչ կոթ ունեցող առարկայով: Այնպիսի դեպքերում, երբ հնարավոր չէ անջատել էլեկտրական հոսանքը, տուժածին մի կողմ քաշելու համար անհրաժեշտ է կիրառել էլեկտրական հոսանքի վատ հաղորդիչներ (ոետինե ձեռնոցներ, ոետինե ոտնամաններ, կրկնակոշիկ, բրդյա ծածկոց, մետաքսյա գործվածք, շոր փայտ):

Էլեկտրաայրվածքների տեղային բուժումը անցկացվում է նույն ժրագրով, ինչ որ ջերմային այրվածքներինը: Ընդհանուր երևույթների դեպքում կիրառվում են ախտանշանային բուժումը, սրտային միջոցներ, տրվում է արհեստական շնչառություն: Հոսանքից տուժած հիվանդները կարիք են զգում հոգատար խնամքի և ուշադիր հսկողության (անհատական պահակետ), քանի որ կարող է հանկարծակի մահ տեղի ունենալ (շնչառության պարալիչ, սրտի աշխատանքի դադար):

Էլեկտրատրավմայի կանխման համար մեծ դեր է խաղում անվտանգության տեխնիկայի կանոնների գիտենալը և դրանք պահպանելը:

ՅՐՏԱՀԱՐՈՒՄ

Ցրտահարումը առաջանում է ցածր ջերմաստիճանի ազդեցության դեպքում: Որոշ պայմանների դեպքում (թաց, սեղմող կոշիկ, հյուծվածություն) ցրտահարում կարող է նկատվել 0° C և նույնիսկ ավելի բարձր ջերմաստիճանի դեպքում: Ցրտահարման ավելի հաճախ ենթարկվում են ոտքի և ձեռքի մատները, ականջները և քթի ծայրը (արյան շրջանառության սահմանափակում): Տարբերվում են ցրտահարության շորս աստիճան:

I աստիճանը բնորոշվում է մաշկային ծածկույթների դժգունությամբ (անոթների կծկում) և զգացողության կորստով: Տաքանալուց հետո տվյալ շրջանի մաշկը դառնում է կապտավուն, կարմրավուն երանգով

(անոթների պարալիչ), այտուցված և ցավոտ: Առողջացումից հետո կարող է պահպանվել բարձր զգացողությունը ցրտի հանդեպ, երբեմն պահպանվում է մաշկի կապույտ գույնը:

II աստիճանի դեպքում նկատվում են արյան շրջանառության ավելի խորը խանգարումներ, հետագայում բշտերի առաջացումով, որոնք լցված են թափանցիկ հեղուկով: Բշտերի շուրջը մաշկը ունի կարմրակապտավուն գունավորում: Հնարավոր է ինֆեկցիայի միացումը, առանց որի լավացումը տեղի է ունենում միջին հաշվով 2 շաբաթից հետո: Բշտերի վայրը ծածկվում է էպիթելային հյուսվածքով:

III աստիճանի դեպքում տեղի է ունենում մաշկի մեռուկացում (նեկրոզ) ամբողջ հաստությամբ: Մեռուկացումը բնորոշվում է թորշոմած բշտերի առաջացումով, որոնք լցված են շճաարյունային բնույթի հեղուկով և հետագայում կարող են հանգեցնել կեղևի առաջացմանը: Հաճախ միանում է թարախակալումը: Յոթից տասներորդ օրը ի հայտ է գալիս սահմանազատող գիծը, որը բաժանում է մեռուկացած հյուսվածքները առողջներից: Մեռուկացած հյուսվածքների պոկվել-ընկնելուց հետո նրանց տեղում ի հայտ է գալիս հատիկավոր հյուսվածքը, որը հետագայում սպիավորվում և ծածկվում է էպիթելային հյուսվածքով: Կավացումը տևում է 1—2 ամիս:

IV աստիճանի դեպքում նեկրոզը ընդգրկում է խորանիստ հյուսվածքները, այդ թվում և ոսկրը: Մարմնի վնասված մասը ունի մուգ կարմիր գույն, ծածկված թույլ, մուգ պարունակությամբ լցված բշտերով: Սովորաբար բշտերը ի հայտ են գալիս ցրտահարվելուց հետո, երկրորդ շաբաթվա ընթացքում (երկրորդային): Սահմանազատող գիծը կազմավորվում է աստիճանաբար և ոչ պարզորոշ: Ցրտահարված մասերը կորցնում են զգացողության բոլոր տեսակները: Հետագայում տեղի է ունենում վնասված մասի շորացումը (մումիֆիկացիա), որից հետո պոկվում-անջատվում է այն և առաջացնում է սպի (նկ. 124):

Հիվանդների ընդհանուր վիճակը ցրտահարության դեպքում կախված է ցրտահարության աստիճանից: Եթե սկզբնական երկու աստիճանների դեպքում ընդհանուր դրությունը քիչ է տուժում, բայց մյուսների դեպքում ի հայտ է գալիս այնպիսի կլինիկական պատկեր, որը պայմանավորված է տոքսեմիայով և ինֆեկցիայի միացումով (բարձր ջերմություն, ընդհանուր թուլություն, ախորժակի կորուստ, լեյկոցիտոզ, էնթ արագացում և այլն):

Առաջին օգնությունը և բուժումը: Հիվանդին տեղավորում են տաք շինության մեջ: Նրան տալիս են տաք թեյ, ալկոհոլ, սրտային և ցավազրկող միջոցներ, տեղավորում են լոգարանի մեջ, որտեղ ջրի ջերմաստիճանը սկսած 18—20° C-ից աստիճանաբար բարձրացվում է մինչև 37° C-ի: Լոգարանի մեջ զգուշությամբ կատարվում է մերսումը մինչև

արյան շրջանառության և զգացողության վերականգնումը: Վերջույթը մաշկը տրորվում է սպիրտով և դրվում է ասեպտիկ վիրակապ թանգիֆի հաստ շերտով:

Ցրտահարված մասը շի թուլյատրվում շփել ձյունով (մաշկի վնասում սառցաբյուրեղներով, ինֆեկցիայի ներթափանցում): Դաշտային պայմաններում կարելի է շփել փափուկ բրդյա թաթմաններով:

Բուժման պլանի մեջ ներառվում է արյան շրջանառության: Խանգարումների վերացման և ինֆեկցիայի կանխման միջոցառումների կատարումը: Առաջին աստիճանի ցրտահարության դեպքում միանգամայն բավական են առաջին օգնության միջոցառումները: Երկրորդ աստիճանի դեպքում հեռացվում են բշտիկները և դրվում է ասեպտիկ կամ քսուքային վիրակապ, 5—7 օր հետո կիրառվում են ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաներ, (ՈւՎՉ-թերապիա, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներ, տեղային դարսոնվալացում): III—IV աստիճանների դեպքում այտուցը և թունավորումը նվազեցնելու համար կատարվում է նեկրոտոմիա (մեռուկացած հյուսվածքների խորությամբ և ամբողջ երկարությամբ հատումը), հետագայում բուժումը կատարվում է բաց եղանակով, ինչպես ջերմային այրվածքների դեպքում: Հատիկավոր հյուսվածքի առաջանալուց հետո դրվում են քսուքային կապեր: Սահմանազատող գծի առաջանալուց հետո կատարվում է նեկրեկտոմիա՝ մեռուկացած հյուսվածքների լրիվ հեռացումը, իսկ վերջույթի վրա կատարվում է անդամահատում:

Ցրտահարումների ընդհանուր բուժման դեպքում անհրաժեշտ է նշանակել բարձր կալորիայով սնունդ, հարուստ վիտամիններով և սպիրտակուցային նյութերով, ինֆեկցիայի դեմ պայքարելու համար կիրառվում են անտիբիոտիկներ: Թունավորումը նվազեցնելու համար ցուցված է արյան և նրա փոխարինողների փոխներարկումները, առատորեն հեղուկներ խմելը:

Ընդհանուր սառեցում: Առաջանում է օրգանիզմի վրա ցածր ջերմաստիճանի ընդհանուր ազդեցությամբ: Այս դեպքում սկսվում են խորը, անդառնալի փոփոխություններ կարևոր կենսական օրգաններում (ուղեղ, սիրտ, թոքեր, լյարդ, երիկամներ), որ կարող են հանգեցնել մահվան: Տուժածների մոտ ի հայտ են գալիս թուլություն, դող, հոգնածություն, քնկոտություն: Պուլսը դանդաղում և վատանում է նրա լցվածությունը: Շնչառությունը դառնում է մակերեսային:

Անհրաժեշտ է անհապաղ կիրառել վերակենդանացման միջոցառումների ողջ համալիրը՝ տաքացնել օրգանիզմը, կատարել արյան և արյան փոխարինողների փոխներարկումներ, ներարկել ցավ հանգրստացնող, սրտային և շնչառական անալեպտիկ միջոցներ:

Ձմռուկ: Առաջանում է երկարատև, մի քանի անգամ կրկնվող շա-

փավոր ցածր ջերմաստիճանի ազդեցության հետևանքով: Ավելի հաճախ ձմռուկի ենթարկվում են ոտնաթաթերը և դաստակները: Պատերազմի ժամանակ այսպիսի երևույթները նկատվում են զինվորների մոտ, այդ պատճառով կոչվում է «խրամատային ոտնաթաթ»:

Մաշկի վրա ի հայտ են գալիս կարմրակապտավուն բծեր, մուգ կարմրավուն երանգով, ոչ մեծ այտուցվածություն, քոր, այտուց, շափավոր ցավ:

Անհրաժեշտ է վերացնել ցածր ջերմաստիճանի ազդեցությունը: Լավ արդյունք է տալիս ֆիզիոթերապևտիկ բուժումը՝ ուլտրամանուշակագույն ճառագայթահարումը, դիաթերմիան, պարաֆինային ապլիկացիաները և այլն:

ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐՈՎ, ԷԼԵԿՏՐԱՏՐԱՎՄԱՅՈՎ ԵՎ ՑՐՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Այս հիվանդների խնամքի դեպքում հիմնական խնդիրը հանդիսանում է վնասվածքի վայրում ինֆեկցիայի զարգացում թույլ շտալը: Բացի ընդհանուր անտիբիոտիկոթերապիայից, անհրաժեշտ է նաև խըստորեն հսկել վնասվածքի վայրը: Բուժման բաց եղանակների դեպքում հենքի և հիվանդի տակ փռված մանրէազերծված սավանները փոխվում են ամեն օր: Ջերմաստիճանը հենքի տակ պետք է լինի 24—25° C: Այն կարգավորվում է միացնելով կամ անջատելով առանձին լամպեր: Եթե կեղևի տակ ի հայտ է գալիս թարախ (ցավ, վերքի եզրերի կարմրություն, բարձր ջերմություն), ապա կեղևի մի մասը հեռացվում, բաց է թողնվում թարախային պարունակությունը: Բուժման փակ եղանակի դեպքում վիրակապումները կատարվում են հազվադեպ (7—10 օրը մեկ անգամ): Վիրակապումները անհրաժեշտ է կատարել մեծ զգուշությամբ, ցավ չպատճառելով: Հիվանդին նախապես ներարկվում է մորֆին կամ պրոմեդոլ: Վիրակապը թրջվում է լոգարանի մեջ, որտեղ լրցված է կալիումի պերմանգանատի թույլ լուծույթ: Հաշվի առնելով հեղուկների և պլազմայի մեծ կորուստը մաշկի վնասված մասի միջոցով, այս հիվանդներին ներարկվում է 3—4 լ հեղուկ (իզոտոնիկ լուծույթ, 5 % գլյուկոզայի լուծույթ), պլազմա, փոխներարկվում է արյուն:

Մեծ ուշադրություն է դարձվում սննդի վրա: Սնունդը պետք է լինի բազմատեսակ, լավ պատրաստված և բարձր կալորիականությամբ: Հանձնարարվում են կաթնամթերքները (կեֆիր, թթվասեր, կաթ, սերուցք, կաթնաշոռ), դյուրամարս միս (հավի միս, հորթի միս), տարբեր մրգեր և բանջարեղեն:

Հաշվի առնելով կարկամածության առաջացումը, վերջույթներին

տրվում է ֆունկցիոնալ հարմար դիրք, որը մի շարք դեպքերում հիվանդները տանում են դժվարությամբ: Բուժքրոջ խնդիրն է նման դեպքերում համբերատարությամբ բացատրել հիվանդին, թե ինչու համար է նրան այդ դիրքը տված և ինչպիսի հետևանքներ կարող են առաջանալ, եթե բժշկի նշանակումը չկատարվի:

Էլեկտրատրավմայով հիվանդների մոտ առաջին օրերի ընթացքում կարող է վրա հասնել շնչառության և սրտի աշխատանքի դադար: Կախված սրանից, վերակենդանացման հիվանդասենյակում պետք է լինեն համապատասխան դեղանյութեր և ապարատուրա վերակենդանացման միջոցառումների համար: Թոքերի այտուցի, ներզանգային ճնշման պրոֆիլակտիկայի նպատակով պարբերաբար նշանակվում է արյան բացթողում, ողնուղեղային պունկցիա, սիրտ-անոթային միջոցներ, գլյուկոզա, երկարատև թթվածնաբուժում:

Ցրտահարության դեպքում խնամքի հիմնական խնդիրը նույնպես հանդիսանում է վնասված վայրի ինֆեկցման կանխումը: Սրան հասնում են ասեպտիկայի կանոնների խստագույն պահպանումով, բշտերի և մեռուկացած հյուսվածքների հեռացումից հետո թույլ շտալ, որ ինֆեկցիա զարգանա վերքի վրա: Վիրակապումները, մաշկի և ընդհանուր խնամքը կատարվում են այնպես, ինչպես այրվածքով հիվանդների մոտ: Ցանկացած աստիճանի ցրտահարության դեպքում ի հայտ է գալիս օրգանիզմի մեջ փայտացման և գազային գանգրենայի հարուցիչների ներթափանցման վտանգը: Ցրտահարումներով բոլոր հիվանդներին անհրաժեշտ է ներարկել հակատետանիկ, իսկ բավականաչափ կեղտոտվածության դեպքում՝ նաև հակագանգրենոզ շիճուկ:

Գլուխ XII

ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱ

Վիրաբուժական ինֆեկցիայի տակ հասկացվում է այն բորբոքային հիվանդությունները, որոնց բուժումը անց է կացվում գերազանցապես վիրաբուժական եղանակներով: Դրանցից են այն հիվանդությունները, որոնք առաջանում են ոչ յուրահատուկ (ֆուրունկուլ, կարբունկուլ, ֆլեգմոնա և այլն) և յուրահատուկ (ոսկրային տուբերկուլյոզ և այլն) հարուցիչներից:

Ըստ կլինիկական ընթացքի վիրաբուժական ինֆեկցիան բաժանվում է՝ սուր (թարախային, անաերոբ, յուրահատուկ) և խրոնիկականի (յուրահատուկ և ոչ յուրահատուկ):

Զարգացող հիվանդագին վիճակի մեջ կարող են ներգրավվել մաշկը, ենթամաշկային բջջանքը, մկանները, ջլաբուկոցները, հոդերը, վերնոսկրը, շճային խոռոչները և այլն, ամենատարբեր տեղակայումները:

Թարախային ինֆեկցիան առաջանում է թարախածին կոկերից, ինչպիսիք են՝ ստրեպտոկոկը, ստաֆիլոկոկը, կապուլյո թարախի ցուպիկը և այլն: Մանրէները ներթափանցելով հյուսվածքների մեջ, բարենպաստ պայմանների դեպքում արագորեն բազմանում են: Բազմանալով ու տարածվելով միջհյուսվածքային տարածությունների մեջ, նրանք գոյացնում են թունավոր նյութեր՝ տոքսիններ, որոնք ազդում են շրջակա հյուսվածքների վրա ինչպես անմիջական, այնպես էլ ռեֆլեկտոր ճանապարհով, նյարդային համակարգի միջոցով: Օրգանիզմի փոխազդեցությունը հիվանդածին միկրոօրգանիզմների հանդեպ առաջին հերթին արտահայտնվում է տեղային բորբոքման առաջացումով:

Բորբոքման կենսաբանական էությունը ուսումնասիրման վերաբերյալ կարևոր հայտնագործություն է կատարել Ի. Ի. Մեչնիկովը: Նա նկարագրել է բորբոքման օջախում լեյկոցիտների կողմից մանրէներին կլանելու հատկությունը (ֆագոցիտոզ) և շարակցահյուսվածքային բջիջների կողմից մանրէներին կլանելու հատկությունը (հյուսվածքային ֆագոցիտոզ): Բորբոքման ընթացքի ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ նրա դեպքում տեղի են ունենում հյուսվածքների ամբողջականության խախտում, փոփոխություններ անոթների կողմից և հյուսվածքային տարրերի բազմացում:

Հյուսվածքների ամբողջականության խախտումը (մեռուկացում, վերասերում) ամենից առաջ սկսվում է այն ազդակների ազդեցության հետևանքով, որոնք առաջացրել են բորբոքումը: Սրա շնորհիվ սկսվում են փոփոխություններ անոթների կողմից, որոնք սկզբնական շրջանում նեղանում են, իսկ հետագայում արագորեն լայնանում: Կլինիկորեն այս արտահայտվում է բորբոքման վայրի տեղային հիպերեմիայով (կարմրություն): Լայնացած, թափանցելիությունը բարձրացած անոթների միջից շրջապատի հյուսվածքների մեջ է դուրս գալիս արյան հեղուկ մասը, լեյկոցիտները, ի հայտ է գալիս տեղային հյուսվածքային բջիջների բազմացում (պրոլիֆերացիա), որը հանգեցնում է բորբոքային ինֆիլտրատի կողմից այտուցի առաջացմանը: Այս շրջանի միջով անցնող նյարդաթելերը ճնշվում և գրգռվում են բորբոքային փոփոխությունների հետևանքով, որը հանգեցնում է ցավային փոխազդեցության: Տեղային արյունալցման մեծացման և կենսաքիմիական պրոցեսները, որոնք տեղի են ունենում հյուսվածքների քայքայման հետևանքով, առաջացնում են ջերմաստիճանի աեղային բարձրացում: Հյուսվածքների այտուցը և ցավը հանգեցնում են մարմնի տվյալ մասի գործունեության խանգարմանը:

Հետագայում արյան շրջանառության տեղային խանգարումը ուժեղանում է զարգացող բորբոքային ընթացքի հաշվին: Զարգանում են փոքր զարկերակների և երակների խցանումներ: Ուժեղանում է մանրէային թուլյների ազդեցությունը, որը միատեղ առաջացնում է ավելի մեծ շափի հյուսվածքների վերասերում և մահացում (նեկրոզ), այս դեպքում լուծվում են մահացած հյուսվածքների մասերը: Հյուսվածքների լուծումը տեղի է ունենում մահացած լեյկոցիտների կողմից մեծ քանակությամբ ֆերմենտների անջատման հաշվին, որոնք նպաստում են սպիտակուցային մարմինների լուծմանը (պրոտեոլիտիկ ֆերմենտներ): Այսպիսով, լեյկոցիտներից, հյուսվածքների քայքայման արգասիքներից և անոթների էքսուդացիայից առաջանում է թարախը, որը դեպի դուրս ելքի բացակայության դեպքում տարածվում է շրջակա հյուսվածքների մեջ, առաջացնելով նրանց մահացումը:

Համարյա միաժամանակ հյուսվածքների մահացման ընթացքի հետ նկատվում է նոր բջիջների ի հայտ գալը, որոնք առաջացնում են հատավորված պատենը, որը փակոցի պես շրջապատում է բորբոքման վայրը: Հատավորված պատենը ի առաջացման հիմքում ընկած է շարակցահյուսվածքային բջիջների բազմացումը: Բորբոքման վայրում թարախի կուտակման դեպքում կարող է տեղի ունենալ նրա սահմանազատումը (ներպարկուճավորում) շարակցահյուսվածքային թաղանթով:

Բորբոքման ժամանակ նկատվող փոփոխությունները չպետք է դիտել որպես լուրջ հյուսվածքների տեղային փոխազդեցություն: Հիվանդների մոտ նկատվում են մի շարք ընդհանուր երևույթներ որպես ամբողջ օրգանիզմի փոխազդեցության հետևանք բորբոքային պրոցեսի հանդեպ:

Բորբոքային պրոցեսի առկայության դեպքում տեղի են ունենում կենտրոնական նյարդային համակարգի ֆունկցիոնալ փոփոխություններ (անքնություն, ընդհանուր թուլություն, գլխացավ, գրգռվածություն և այլն): Բացի այս խանգարվում է այլ օրգանների գործունեությունը, ավելի հաճախ աղիների՝ ախորժակի կորուստ, լեզուն դառնում է փառակաված, չոր, նկատվում են մարսողության խանգարման երևույթներ: Բորբոքման համար բնորոշ է և ջերմության կորագիծը: Ծրեկոյան ջերմաստիճանը բարձրանում է, առավոտյան՝ իջնում: Զերմաստիճանի կտրուկ բարձրացումը, որպես կանոն, նկատվում է հյուսվածքներում թարախային կուտակումների դեպքում:

Անհամապատասխանությունը ջերմաստիճանային տվյալների և պրոցեսի ընթացքի միջև (ցածր ջերմաստիճան ծանր թարախային ինֆեկցիայի առկայության դեպքում) վատ նախագուշական նշան է, քանի որ այդ վկայում է օրգանիզմի առեակտիվականության մասին:

Պուլսի հաճախացումը սովորաբար ընթանում է ջերմաստիճանի

բարձրացմանը զուգահեռ: Ինչքան բարձր է ջերմաստիճանը, այնքան պուլսը հաճախ է: Առեակտիվ վիճակների դեպքում նկատվում է հակառակ կախվածություն ջերմաստիճանի և պուլսի միջև՝ ջերմաստիճանը իջնելիս պուլսը հաճախանում է:

Բորբոքային պրոցեսը ամենից առաջ ուղեկցվում է լեյկոցիտների քանակի շատացումով՝ 10000 մինչև 20000 և ավելին հասնող: Միաժամանակ փոխվում են լեյկոցիտների տարբեր ձևերի փոխհարաբերակցությունը միմյանց հանդեպ՝ քշանում է լիմֆոցիտների քանակը (լիմֆոպենիա) և շատանում նեյտրոֆիլների քանակը (նեյտրոֆիլյոզ): Տևական բորբոքային պրոցեսի դեպքում է՛ն՛՛մ բարձրանում է մինչև 50 մմ/ժամ և ավելի: Տևական բորբոքային պրոցեսը կարող է հանգեցնել ներքին օրգանների ամիլոիդային վերասերման: Կախված օրգանիզմի պաշտպանողական ուժերի վիճակից, հարուցիչների հիվանդածին ակտիվությունից և կենտրոնական նյարդային համակարգի վիճակից բորբոքումը կարող է ընթանալ արտահայտվածության տարբեր աստիճանով՝ նորմերգիկ (միջին աստիճանի արտահայտվածություն), հիպերերգիկ (բուռն կերպով ընթացող պրոցես) և հիպոերգիկ կամ աներգիկ (տեղային և ընդհանուր երևույթներով թույլ արտահայտված պրոցես):

ՏԵՂԱՅԻՆ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱ

Ֆուրունկուլ: Մազապարկի սուր թարախային բորբոքումն է, որը տարածվում է շրջապատի բջջանքի վրա: Ֆուրունկուլի առաջացմանը նպաստում են անհատական հիգիենայի կանոնների խախտումը և քերծվածքները: Նախատրամադրող պատճառները կարող են լինել խրոնիկական հիվանդությունները, հատկապես շաքարախտը, անեմիան, ինֆեկցիոն հիվանդությունները, հիվանդի հյուծումը, նյարդահոգեկան գերհոգնածությունը: Ֆուրունկուլի հարուցիչը հանդիսանում է ստաֆիլոկոկը:

Կլինիկական պատկերը: Ֆուրունկուլը սկսում է ի հայտ գալ մաշկի կլորավուն հաստացումով (ինֆիլտրատ), կարմրավուն գույնի, մաշկի մակերեսից թեթևակի բարձրացած: Ուռածության գագաթին նկատվում է մուգ կամ դեղնավուն բիծ: Հետագայում բժի տեղում առաջանում է սպիտակ գույնի մեռուկացած տեղամաս՝ ֆուրունկուլի խցանը, որի պոկվել-ընկնելուց հետո առաջանում է խոռոչ, որը լցված է հատիկավոր հյուսվածքով: Օրգանիզմի ընդհանուր փոխազդեցությունը ֆուրունկուլի դեպքում թույլ է արտահայտված:

Բուժումը: Դեմքի շրջանի ֆուրունկուլների ժամանակ նշանակվում է անկողնային ռեժիմ: Մենահատ ֆուրունկուլների դեպքում, որոնք գրտնրվում են ներսփռական շրջանում, կարելի է կիրառել կարճատև նովո-

կահնային բլոկադա ըստ Վիշնևսկու: Բորբոքման օջախի տակ ներարկվում է 200000—300000 Մի պենիցիլին, որը բաց է արվում 5—10 մլ 0,25 կամ 0,5 % նովոկահինի լուծույթի մեջ: Արդյունավետ է հաջորդական նովոկահինային բլոկադան երկարատև ազդեցությամբ ըստ Մուրատովի: Բորբոքման շրջանի տակ ներարկվում է 5—10 մլ 2% նովոկահինի լուծույթ: Ասեղը չհանած, 5—10 րոպե հետո նույն ասեղով ներարկվում է 200000—300000 Մի պենիցիլին, որը լուծված է 5 մլ 0,5 %-անոց նովոկահինի լուծույթի մեջ:

Բուժման ընթացքի ժամանակ կարևոր նշանակություն ունի բորբոքված մասի մաշկի խնամքը: Մաշկը մշակվում է բենզինով, 70 % սպիրտով, 5 % կալիումի պերմանգանատի լուծույթով, 0,5—1 % բրիլիանտին կանաչի լուծույթով և այլն: Կոմպրեսները մաշկի թացանալու և ինֆեկցիայի տարածման վտանգից ելնելով չեն կիրառվում: Արդյունավետ են ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաները՝ ուլտրամանուշակագույն ճառագայթահարումը, ՈԻՎՉ թերապիա և այլն: Բորբոքման ամենասկզբում (ֆուլիկուլիտ) հանձնարարվում է հեռացնել մազը: Թարախակալման աստիճանում ֆուրունկուլը կարելի է հատել, հեռացնելով խցանը և թարախային պարունակությունը (բացի դեմքի շրջանի ֆուրունկուլներից): Հետագա բուժումը անցկացվում է ըստ թարախային վերքերի բուժման սկզբունքի:

Ոչ մի դեպքում չի կարելի ճղմելով դուրս մղել ֆուրունկուլի պարունակությունը ինֆեկցիայի ընդհանրացման վտանգի պատճառով:

Ֆուրունկուլոզ: Մի քանի ֆուրունկուլների ի հայտ գալը մարմնի մեկ կամ տարբեր մասերի վրա կոչվում է ֆուրունկուլոզ: Որպես կանոն, ֆուրունկուլոզը առաջանում է թուլացած և հյուծված հիվանդների մոտ և հատկապես շաքարախտով հիվանդների մոտ:

Բուժումը: Տեղային բուժումից բացի անհրաժեշտ են ընդհանուր միջոցառումներ, որոնք ուղղված են օրգանիզմի ընդհանուր դրուսությունը լավացնելուն: Նշանակվում է սպիտակուցներով և վիտամիններով հարուստ դիետա, խմորիչներ, կատարվում է աուտոհեմոտերապիա, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթահարում, ներարկվում են անատոքսին, գամագլոբուլին, իմունացվում է աուտովակցինալով, ընդհանուր անտիբիոտիկոթերապիա և այլն:

Կարբունկուլ: Մի քանի հարևան մազապարկերի և ճարպագեղձերի սուր թարախանեկրոտիկ բորբոքումը ընդգրկած շրջակա հյուսվածքների հետ միասին կոչվում է կարբունկուլ: Մեռուկացման ենթարկվում են հյուսվածքների լայն մասեր: Կարբունկուլները հաճախ նկատվում են ծերունիների կամ հյուծված մարդկանց մոտ, անհատական հիգիենայի կանոնների չպահպանելու դեպքում: Կարբունկուլը հաճախ տեղակայ-

վում է պարանոցի ծոծրակային մասում, մեջքի, հետույքների, ազդրերի վրա (նկ. 125):

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդությունը կարող է սկսվել մեկ թարախակուլտով, աստիճանաբար ընդգրկելով հարևան մազապարկերը և ճարպագեղձերը: Հիվանդության բուռն շրջանում նկատվում է սահմանափակ բորբոքային գոյացություն մուգ կարմիր գույնի, կապտավուն երանգով և բազմաթիվ թարախային կետերով: Պրոցեսը ուղեկցվում է ուժեղ ցավերով, ջերմության բարձրացումով, ընդհանուր թուլությամբ:

Հատկապես վտանգավոր են դեմքի և պարանոցի շրջանի ֆուրունկուլները և կարբունկուլները: Այսպիսի տեղակայում ունեցող թարախային պրոցեսը երակային համակարգով կարող է տարածվել ուղեղի և նրա թաղանթների վրա և մեծ մասամբ վերջանում է մահով:

Բուժումը կոմպլեքսային է: Անցկացվում է ընդհանուր անտիբիոտիկոթերապիա՝ պենիցիլին 250000 ՄԻ 4—6 անգամ օրը և ստրեպտոմիցին 250000 ՄԻ 2 անգամ օրը, միջմկանային: Լավ արդյունք են տալիս բլոկադաները ըստ Վիշնևսկու կամ Մուրատովի (տես ֆուրունկուլը): Նշանակվում են վիտամիններ, դիետա և տեղային ֆիզիոթերապևտիկ բուժում: Վերոհիշյալ միջոցառումների անարդյունք լինելու դեպքում կատարվում է վիրահատական բուժում՝ խաշաձև հատվում և հեռացվում են մահացած հյուսվածքները առողջ հյուսվածքների սահմանում: Առաջացող խոռոչը լցվում է Վիշնևսկու քսուքով, սինտոմիցինի կամ ստրեպտոցիտի էմուլսիաներով ներծծված տամպոններով: Մաքրելու համար լավ արդյունք են տալիս պրոտեոլիտիկ ֆերմենտները և հիպերտոնիկ լուծույթը: Դեմքի շրջանի ֆուրունկուլների և կարբունկուլների բուժման առանձնահատկությունները հանդիսանում են մեծ դեղաչափով հակամանրէային բուժումը և տեղային նովոկաինային բլոկադաների կատարումը: Կտրականապես արգելվում է թարախակուլտի՝ ճզմելով դուրս մղումը:

Հիդրադենիտ: Քրտնագեղձերի սուր թարախային բորբոքումն է, հաճախ տեղակայվում է անութափոսերի շրջանում (խոսակցական լեզվով՝ հիդրադենիտը կոչվում է «կոնատակի շիբան»):

Կլինիկական պատկերը: Անութափոսի շրջանում ի հայտ է գալիս ոչ մեծ, ամուր, բորբոքային ինֆիլտրատ հարթ մակերեսով, կապտամուգ կարմրավուն գույնի: Հետագայում բորբոքային ինֆիլտրատի հարևանությամբ առաջանում են նույնպես մի քանի այդպիսի գոյացումներ: Նրանք կարող են միանալ միմյանց առաջացնելով մի ընդհանուր բորբոքային ինֆիլտրատ: Մի քանի տեղերում ինֆիլտրատը կարող է փափկել և արտահոսել ոչ մեծ քանակությամբ թարախային արտադրություն: Հիվանդությունը ընթանում է երկարատև, հաճախակի կրկնումներով:

Բուժումը: Ընդհանուր կազդուրող բուժում, կարճատև կամ հաջորդական նովոկահինային բլոկադա: Թարախակալման փուլում ցուցված է թարախակուլյտերի հատումը, հետագայում ֆիզիոթերապիա (ուլտրամանուշակագուլյն ճառագայթահարում, սուլյուքս, ՈՒՎՁ-թերապիա):

Աբսցես: Թարախակուլյտն է սահմանափակված պիոգեն թաղանթով, կարող է տեղակայվել մարմնի ցանկացած մասում: Թարախակուլյտերը առաջանում են հյուսվածքների և օրգանների մեջ ստաֆիլոկոկների կամ ստրեպտոկոկների ներթափանցման հետևանքով. զգալիորեն ավելի քիչ են նկատվում մնացած հարուցիչները: Ինֆեկցիայի մուտքի դռները կարող են լինել մաշկի և լորձաթաղանթների վնասվածքները, օտար մարմինը (գնդակ, փուշ և այլն), դեղանյութերի ներարկման վայրը: Հաճախ նկատվում են մետաստատիկ արսցեսներ ինֆեկցիայի փոխադրման հետևանքով մարմնի մի մասից մի այլ մասը լիմֆոգեն (ավշային անոթներով) կամ հեմատոգեն (արյան անոթներով) ճանապարհներով: Մակերեսային տեղակայման դեպքում բորբոքային ինֆիլտրատի ֆոնի վրա, նրա քայքայումից հետո առաջանում է ծփանքի օջախ: Հաճախ արսցեսները քայքայում են մաշկը և թարախային պարունակուլյունը դուրս է գալիս և կարող է տեղի ունենալ ինքնաբուժում: Ներքին օրգաններում տեղակայված արսցեսների դեպքում (լյարդում, փայծախում, աղեղում և այլն) առաջին տեղում է ընդհանուր թարախային վարակի կլինիկական պատկերը (բարձր ջերմուլյուն, սարսուռի զգացում, առատ քրտինք, լեյկոցիտոզ):

Բուժումը: Բորբոքման սկզբնական շրջաններում կիրառվում են անտիբիոտիկներ և սուլֆանիլամիդներ: Թարախային պարունակուլյան առաջացման դեպքում կատարում է հատում, հետագայում բուժվում է թարախային վերքի սկզբունքով:

Ֆլեգմոնա: Սուր տարածված թարախային բորբոքումն է ճարպաշարակցական տարածուլյունների՝ ենթամաշկային, միջմկանային, ներորովայնամզային և մյուս բջջանքների: Ի տարբերուլյուն արսցեսի, այս հիվանդուլյան դեպքում թարախակուլյտը շրջապատված չէ պիոգեն թաղանթով, այդ պատճառով ունի տարածվելու հակում: Ֆլեգմոնան առաջանում է նույն ազդակների հետևանքով, ինչ որ արսցեսը: Բորբոքման պրոցեսը, ստաֆիլոկոկից և ստրեպտոկոկից բացի, կարող են առաջացնել աղիքային և կապուլյտ թարախի ցուպիկները, գոնոկոկները և այլն: Թարախակուլյտի տարածումը պայմանավորված է միկրոօրգանիզմների հիվանդածին ակտիվուլյամբ, օրգանիզմի պաշտպանողական ուժերի զգալի թուլացումով և նրա տեղակայման անատոմիական առանձնահատկուլյուններով:

Կլինիկական պատկերը կախված է ինֆեկցիայի տեսակից, բորբոքային պրոցեսի խորուլյունից և տեղակայումից, ինչպես և ինֆեկ-

ցիայի հանդեպ օրգանիզմի պատասխան ռեակցիայից: Նկատվում է բարձր շերմուկություն, սարսուռ, ախորժակի բացակայություն, գլխացավ: Տլեգմոնայի մակերեսային տեղակայվածությունը դեպքում նկատվում է տեղային տարածված այտուցվածություն, մաշկի ոչ պարզորոշ կարմրություն, սուր ցավ, տեղային շերմուկյան բարձրացում: Հետագայում ինֆիլտրատը փափկում է և նկատվում է ծփանք (ֆլյուկտուացիա): Պրոցեսը արագորեն տարածվում է հյուսվածքների մեջ:

Բուժումը: Հիվանդության սկզբնական փուլում (բորբոքային ինֆիլտրատ) կիրառվում են տեղային նովոկաինային բլոկադաներ: Հյուսվածքների թարախային քայքայման դեպքում կատարվում է թարախակույտերի բացում՝ առաջացնելով բավականաչափ մեծության կտրվածքներ, որոնք նպաստում են թարախի լավ հեռացմանը: Անպայմանորեն բաց են արվում բոլոր գրպանները, խոռոչները մաքրվում են թարախային պարունակությունից և թեթևակի տամպոնվում են հիպերտոնիկ լուծույթով թրջված թանդիֆով: Եթե անհրաժեշտ է թարախի արտահոսք ստեղծել, ապա կատարվում են լրացուցիչ կտրվածքներ (կոնտրապերտուրա): Հետագայում բուժումը անցկացվում է ըստ թարախային վերքերի բուժման սկզբունքների:

Կարմիր քամու բորբոքում: Մաշկի կամ լորձաթաղանթների և ավշային ուղիների սուր բորբոքումն է, որը առաջացնում է հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկը:

Մուտքի դռներն են հանդիսանում քերծվածքները, ճանկովածքները, վերքերը: Հիմնական դերը կարմիր քամու բորբոքման առաջացման համար խաղում է հիվանդի դրությունը: Կարմիր քամու բորբոքումով հիվանդացած մարդկանց մոտ իմունիտետ չի մշակվում և երբեմն էլ հակառակը՝ առաջանում է կրկնակի հիվանդացման հակում: Կարմիր քամու պրոցեսը հաճախ ախտահարում է դեմքի, գլխի, սրունքների մաշկը և հազվադեպ իրանի մաշկը: Ինկուբացիոն շրջանը (մանրէային կեղտոտվածություն սկզբից մինչև հիվանդության կլինիկական պատկերի ի հայտ գալը) տևում է 2—7 օր:

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդությունը սկսվում է սուր դողով և շերմաստիճանի բարձրացումով մինչև 40—41° C: Միաժամանակ մաշկի վրա առաջանում է կարմրություն և այտուցվածություն: Մաշկը դառնում է լարված, ցավոտ, շոշափելիս տաք է, ընդունում է վառ կարմիր գույն՝ կտրուկ արտահայտված սահմանագծով, որի եզրերին նկատվում են թմբիկաձև այտուցվածություն: Մի շարք դեպքերում կարմրությունը ընդունում է սուր ելուստների ձև, որը հիշեցնում է արևի մակերեսի ժայթքումները (նկ. 126): Նկարագրված պատկերը ստացել է էրիթեմատոզային ձև անվանումը: Երբեմն մաշկի կարմրած մասի վրա առաջանում են բշտեր, որոնք պարունակում են թափանցիկ դեղնավուն էք-

սուղատ (բուլլոզային ձև), նրա թարախակալման դեպքում (պուսուլոզ ձև), արյունային պարունակության առկայության դեպքում (հեմոնագիկ ձև), թարախակալման և պրոցեսի տարածման դեպքում ենթամաշկային բջջանքի վրա՝ ֆլեգմոնոզ ձև և մաշկի մեռուկացման դեպքում՝ նեկրոտիկ ձևը:

Ամենից ծանր ընթանում է այսպես կոչվող թափառող կամ տեղաշարժվող կարմիր ֆամու ձևը, որի դեպքում պրոցեսը մարմնի մի մասից անցնում է մյուս մասի վրա:

Կարմիր քամու բորբոքումը կարող է բարդանալ թոքաբորբով, ֆլեգմոնայով, արքցեսով, սեպսիսով: Անհրաժեշտ է հիշել, որ կարմիր քամին կարող է փոխանցվել մեկ մարդուց մյուսին, այս պատճառով կարմիր քամու բորբոքումով հիվանդին պետք է մեկուսացնել:

Քուծումը: Կարմիր քամու բորբոքումով տեղամասը ճառագայթահարվում է ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների սուբէրիթեմային քանակով, քսվում է յոդի լուծույթը կամ ֆորային յուղի հետ միասին, կալիումի պերմանգանատի 5 % լուծույթը: Անցկացվում են ընդհանուր անտիբիոտիկային և սուլֆանիլամիդային թերապիաներ: Ֆլեգմոնոզային և նեկրոտիկ ձևերի դեպքում դիմում են վիրահատական բուժմանը:

Լիմֆանգոիտ: Ավշային անոթների բորբոքումն է: Լիմֆանգոիտը սովորաբար հանդիսանում է այլ բորբոքական պրոցեսի (կարբունկուլ, ֆլեգմոնա և այլն) երկրորդային հետևանք: Սուր լիմֆանգոիտը լինում է՝ ցանցավոր (ոետիկուլյար) և ցողունային (տրաբեկուլյար), ինչպես և մակերեսային և խորանիսա: Ցանցավոր լիմֆանգոիտի դեպքում ախտահարվում են փոքրագույն ավշային մազանոթները, ցողունայինի դեպքում՝ ավշային մեծ անոթները: Մակերեսային լիմֆանգոիտի դեպքում պրոցեսը ընդգրկում է մաշկի մեջ գտնվող ավշային համակարգը, խորանիստի դեպքում՝ խորանիստ հյուսվածքների մեջ գտնվող ավշային համակարգը:

Կլինիկական պատկերը: Ցանցավոր լիմֆանգոիտի դեպքում բորբոքված հատվածի շուրջը առաջանում է մաշկի կարմրության լայն օջախ, առանց մաշկի առողջ մասերին անցնող պարզորոշ սահմանի: Ցողունային լիմֆանգոիտի դեպքում պարզորոշ նկատվում են մաշկի կարմրած մասերը զուլերի ձևով, որոնք տարածվում են սկզբնական օջախից դեպի կենտրոն, դեպի մոտակա ավշային հանգույցները: Զուլերի շրջանում ի հայտ է գալիս հյուսվածքների կոշտություն և ցավոտություն: Խորանիստ լիմֆանգոիտը, որպես կանոն, ուղեկցվում է փափուկ հյուսվածքների այտուցով: Նկատվում է ջերմաստիճանի բարձրացում, սարսուռ, գլխացավ, լեյկոցիտոզ:

Քուծումը: Անհրաժեշտ է վերացնել հիմնական բորբոքային օջախը, որը հանգեցրել է լիմֆանգոիտի առաջացմանը, ստեղծել հանգիստ դիրք,

վերջույթը անշարժացվում է շինայով կամ գիպսյա կապով, բորբոք-
ված վայրի վրա դրվում է Վիշնևսկու քսուքով վիրակապ, անցկացվում
է անտիբիոտիկային և սուլֆանիլամիդային բուժում:

Լիմֆադենիտ: Ավշային հանգույցների բորբոքում է: Առաջանում է
առաջնային բորբոքման օջախից (կարբունկուլ, ֆլեգմոնա և այլն) նրանց
մեջ մանրէների և նրանց թուլյների ներթափանցման հետևանքով:

Կլինիկական պատկերը արտահայտվում է ավշային հանգույցների
մեծացումով և ցավով նրանց շոշափման ժամանակ: Արտահայտված
բորբոքային պրոցեսը ավշային հանգույցից տարածվում է շրջակա
բջջանքի վրա: Մի շարք դեպքերում ավշային հանգույցը թարախային
բայքայման և լուծման է ենթարկվում և այդ վայրում առաջանում է
ժփանք: Երբեմն լիմֆադենիտը զարգանում է արդեն առաջնային օջա-
խում բորբոքային պրոցեսի հանդարտվելու դեպքում:

Բուժումը: Անհրաժեշտ է վերացնել առաջնային բորբոքային օջա-
խը: Լիմֆադենիտի սկզբնական շրջանում կիրառվում է տաքը, ստեղծ-
վում է հանգիստ: Նշանակվում են անտիբիոտիկներ և սուլֆանիլամիդ-
ներ: Թարախային կուտակման դեպքում ցուցված է թարախակույտի
հատումը:

Ֆլեբիտ և տրոմբոֆլեբիտ: Ֆլեբիտի տակ հասկացվում է երակի
բորբոքումը, որը կարող է սկսվել նրա պատի ինչպես ներքին, այնպես
էլ արտաքին մակերեսներից: Պատճառը կարող է լինել երակի շուրջը
գտնվող հյուսվածքների բորբոքային պրոցեսը, ինչպես և երակի մեջ
գրգռիչ նյութեր (հիպերտոնիկ լուծույթներ, անտիբիոտիկներ և այլն)
ներարկելը: Երակի բորբոքման ֆոնի վրա նրա լուսանցքում տեղի է
ունենում արյան մակարդում (տրոմբ), որը և հանգեցնում է տրոմբո-
ֆլեբիտի: Ֆլեբիտները և տրոմբոֆլեբիտները կարող են լինել ինչպես
մակերեսային, այնպես էլ խորանիստ, կախված նրանից, թե ինչպիսի
երակ է ախտահարվել: Նրանք կարող են ընթանալ ինչպես հյուսվածք-
ների թարախակալումով, այնպես էլ առանց թարախակալման:

Կլինիկական պատկերը: Մակերեսային երակների բորբոքման դեպ-
քում դրանց ուղղությամբ նկատվում է մաշկի կարմրություն, փափուկ
հյուսվածքների ինֆիլտրացիա, տեղային ցավի զգացում: Տրոմբոֆլե-
բիտի դեպքում անոթների առանձին մասերը շոշափելիս պինդ են: Խո-
րանիստ երակների ախտահարման դեպքում ի հայտ է գալիս վերջույթի
այտուց: Տեղային կլինիկական նշաններից բացի, նկատվում են բարձր
ջերմություն, դող, լեյկոցիտոզ, էՆՄ արագացում:

Բուժումը: Անհրաժեշտ է անկողնային ուժիմ: Վերջույթին տրվում
է բարձր դիրք: Նշանակվում են անտիբիոտիկներ, հակամակարոդիչներ
(հեպարին, նեոդիկումարին, պելենտան և այլն) պարտադիր կերպով

ամենօրյա պրոտրոմբինային ցուցանիշի ստուգումից հետո, վերջույթին դրվում է Վիշնևսկու կամ հեպարինային քուլքներով վիրակապ:

Սուր շրջանում հակացուցված է մերսուլը, քանի որ տրոմբը կարող է պոկվել, որից հետո առաջացնել թոքային անոթների էմբոլիա:

Օստեոմիելիտ: Ոսկրածուծի բորբոքումն է: Հարուցիչները հանդիսանում են ստաֆիլոկոկը, ստրեպտոկոկը և մյուս միկրոօրգանիզմները: Ինֆեկցիան կարող է ներթափանցել ոսկրածուծի մեջ արյունային ճանապարհով որևէ բորբոքային օջախից (հեմատոգեն կամ առաջնային օստեոմիելիտ) կամ անմիջապես թարախային վերքից՝ վիրավորվելու դեպքում (տրավմատիկ կամ երկրորդային օստեոմիելիտ):

Ավելի հաճախ հեմատոգեն օստեոմիելիտը տեղակայվում է մեծ ուղեքում, բազկոսկրում, ազդրոսկրի ստորին մեկ երրորդականում:

Ինֆեկցիան, ներթափանցելով ոսկրածուծի խողովակի մեջ, առաջացնում է ոսկրածուծի սուր բորբոքում և հետագայում առաջացնում է նրա թարախային քայքայումը և լուծումը: Առաջացած թարախը ոսկրածուծի խողովակից ոսկրի հավերսյան խողովակների միջով դուրս է գալիս և կուտակվում է վերնոսկրի տակ: Միաժամանակ տեղի է ունենում ոսկրանյութի ախտահարում, որի անոթների խցանման հետևանքով առաջանում է ոսկրային հյուսվածքի մեռուկացում: Ոսկրի թարախանեկրոտիկ մասը (սեկվեստր) սահմանազատվում է առողջ ոսկրային հյուսվածքից հատավորված պատնեշով, ինչը և հանգեցնում է խոռոչի առաջացմանը, որը շրջապատում է սեկվեստրը (սեկվեստրատուփ): Վերնոսկրի քայքայման դեպքում թարախային պարունակությունը տարածվում է շրջակա հյուսվածքների մեջ, առաջացնելով օստիոմիելիտային ֆլեգմոնա: Թարախակույտը կարող է բացվել ինքնուրույն կերպով, առաջացնելով թարախային խուղակներ:

Կլինիկական պատկերը: Սուր հեմատոգեն օստեոմիելիտի կլինիկային բնորոշ է այն, որ 1—2 օրվա ընթացքում նկատվում է ընդհանուր թուլություն, ջարդվածության զգացում վերջույթներում, մկանային ցավեր, գլխացավ, իսկ հետո ի հայտ է գալիս ցնցող դող, ջերմաստիճանի կայուն բարձրացում մինչև 39° C և ավելի, թուլություն, ջարդվածություն, երբեմն՝ փսխում: Ընդհանուր դրությունը ծանրանում է, գիտակցությունը մթազնած է, առաջանում է զառանցանք, գլխուղեղի թաղանթների գրգռման ախտանիշներ: Դեմքը դառնում է դժգույն, աչքերը փոսրնկած, շրթունքները կապտած, մաշկը շոր, դեղնավուն երանգով, թուրգորը ընկած: Զարկերակային ճնշումը իջած է, շնչառությունը հաճախացած և մակերեսային: Լյարդը և փայծախը մեծացած են, ցավոտ: Մեզի մեջ առաջանում են սպիտակուց, գլանիկներ, արյան մեջ՝ լեյկոցիտներ, նեյտրոֆիլյոզ, էոզինոֆիլների և մոնոցիտների քանակը նվազում է, զարգանում է անեմիա: Նորմալ վերջույթում առաջանում է ուժգին ցավ,

Բուժումը: Սուր օստեոմիելիտի դեպքում նշանակվում են անտիբիոտիկներ (երբեմն դրանք մտցվում են ներոսկրային՝ ոսկրի ախտահարված մասի մեջ), դեզինտոքսիկացիոն թերապիա: Թարախակույտի առաջացման դեպքում լայն հատվում է: Ոսկրածուծի խողովակի մեջ թարախի առկայության դեպքում կատարվում է ոսկրի տրեպանացիա (ոսկրաշաղափում): Խրոնիկական օստեոմիելիտի ժամանակ բուժումը վերահատական է՝ բաց է արվում սեկվեստրային խոռոչը, հեռացվում է սեկվեստրը, խոռոչը մաքրվում է հատիկավոր հյուսվածքից: Վերքը կարում են «խուլ կերպով», հետագայում արտածծելով սեկվեստրային խոռոչի պարունակությունը և այնտեղ անտիբիոտիկների լուծույթներ ներարկելով: Երբեմն խոռոչը լցվում է կենսաբանական պլոմբով՝ մաշկի վրա գտնվող մկաններով: Սուր երևույթների հանդարտումից հետո լավ արդյունք է տալիս առողջարանային բուժումը:

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԹԱՐԱԽԱՑԻՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱ (ՍԵՊՏԻԱ)

Սեպսիս: Սա ծանր ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը առաջանում է տարբեր միկրոօրգանիզմների և նրանց թույնների հետևանքով: Պրոցեսը արտահայտվում է որոշակի կլինիկական պատկերով, շնայած այն առաջացնող տարբեր հարուցիչներին: Յուրահատուկ պաթանատոմիական փոփոխություններ չկան: Սեպսիսը կարող է լինել առաջնային, որն առաջանում է որպես պատասխան մանրէների՝ օրգանիզմի մեջ ներթափանցման, և երկրորդային, որը զարգանում է սկզբնական բորբոքային պրոցեսի ֆոնի վրա (ֆուրունկուլ, կարբունկուլ, ֆլեգմոնա, աբսցես): Սեպսիսի ընթացքի տևողությունը տարբեր է. մի քանի ժամից (կայծակնային ձև) մինչև մի քանի տարի տևող (խրոնիկական ձև): Կլինիկական ընթացքի ծանրությունը կախված է՝ 1) հարուցիչի տեսակից և նրա հիվանդածին ակտիվությունից, 2) ինֆեկցիայի ներթափանցման օջախից, նրա բնույթից, ախտահարված հյուսվածքների ծավալից, օջախում արյան շրջանառության դրությունից և այլն, 3) օրգանիզմի դիմադրողականությունից, այդ թվում և օրգանիզմի իմունոկենսաբանական պաշտպանողական ուժերից: Սեպսիսի զարգացումը և ընթացքը հանդիսանում են խիստ հարաշարժ և բարդ պրոցեսի հետևանք, որը առաջանում է օրգանիզմի մեջ ներթափանցված մանրէների և հիվանդի օրգանիզմի փոխազդեցությունից:

Սեպսիսի բազմազան ձևերը և կլինիկական դրսևորումները զգալի դժվարություններ են ստեղծում նրա դասակարգման համար: Տարբերվում են սեպսիսի հետևյալ ձևերը.

- 1. Ըստ հարուցիչի՝ 1) ստաֆիլոկոկային, 2) ստրեպտոկոկային, 3) պնևմոկոկային, 4) գոնոկոկային, 5) կոլիբացիլյար, 6) խառը և այլն:

2. Ըստ սկզբնաղբյուրի՝ 1) վերքային, 2) ներքին օրգանների հիվանդությունների դեպքում (անգինա, պնևմոնիա և այլն), 3) հետվիրահատական, 4) կրիպտոգեն (սկզբնաղբյուրը պարզել հնարավոր չէ):

3. Ըստ սկզբնական օջախի տեղակայման՝ 1) գինեկոլոգիական, 2) ուրոլոգիական, 3) օտոգեն և այլն:

4. Ըստ կլինիկական ընթացքի՝ 1) կայծակնային, 2) սուր, 3) ենթասուր, 4) կրկնվող, 5) խրոնիկական:

5. Կլինիկա-անատոմիական՝ 1) սեպտիցեմա— սեպսիս առանց թարախային մետաստազների, 2) սեպտիկոպիեմիա— սեպսիս թարախային մետաստազներով:

Կլինիկական պատկերը: Յուրահատուկ ախտանիշներ չկան: Մի շարք դեպքերում թարախային թունավորումը առաջացնում է այնպիսի կլինիկական պատկեր, որը նման է սեպսիսին և դա դժվարություններ է ստեղծում ախտորոշման համար:

Սեպսիսի ժամանակ առավել հաճախ հանդիպող նշաններն են՝ 1) կենտրոնական նյարդային համակարգի կողմից խանգարումները՝ գլխացավ, գրգռվածություն, անքնություն, ընկճված վիճակ, 2) օրգանիզմի ընդհանուր ռեակցիան՝ ջերմաստիճանի բարձրացումը մինչև 40° C, զգալի տատանումներով առավոտյան և երեկոյան նկատվող ջերմաստիճանների միջև, թարախային մետաստազների դեպքում սաստիկ դող և առատ քրտինք, նիհարում, 3) սիրտ-անոթային համակարգի կողմից՝ պուլսի խիստ հաճախացում, նրա լցվածության թուլացում, զարկերակային և երակային ճնշման ցածրացում, 4) արյան կողմից՝ աճում է սակավարյունությունը, բարձրանում է էնՌ և լեյկոցիտոզը, լեյկոֆորմուլան թեքվում է դեպի ձախ՝ լիմֆոցիտների բացակայությամբ կամ նրանց նվազ քանակով: Մի շարք դեպքերում արյան ցանքսի միջոցով հաջողվում է հայտնաբերել բակտերեմիա (մանրէների առկայություն արյան մեջ), 5) պարենխիմատոզ օրգանների կողմից նկատվում է երիկամների գործունեության խանգարում, մեզի հարաբերական խտության զգալի նվազումով, նրա մեջ ի հայտ են գալիս սպիտակուցներ և ձևավոր տարրեր, վատանում է լյարդի գործունեությունը, հաճախ զարգանում է դեղնություն և հեպատիտի երևույթներ, մեծանում է փայծախը, 6) ստամոքս-աղիքային ուղու կողմից՝ առաջանում է ախորժակի խանգարում, համառ լուծ, սրտխառնոց և փսխում: Սեպտիկ վերքի համար բնորոշ են հատավորումների թորշոմածությունը, վերքի արտադրության նվազումը, որը ունի կեղտոտ գորշավուն տեսք, իսկ հաճախ՝ նեխային բնույթ: Նկատվում են անոթների խցանումներ, լիմֆանոցիտներ, լիմֆոզոններ: Վերոհիշյալ բոլոր ախտանիշները բնորոշվում են բավականաչափ կայունությամբ:

Կայծակնային սեպտիսը զարգանում է արագորեն, հանդես բերելով ախտանիշների ողջ համալիրը մի քանի ժամվա ընթացքում:

Սուր սեպտիսի դեպքում կլինիկական պատկերի լրիվ զարգացման համար պահանջվում է մի քանի օր:

Ենթասուր ձևի դեպքում շնայած ախտանշանաբանությունը բնորոշ է սեպտիսին, բայց այն այնքան էլ պարզորոշ չի արտահայտվում, ինչպես առաջին երկու ձևերի դեպքում էր: Պրոցեսը զարգանում է մի քանի շաբաթվա ընթացքում:

Խրոնիկական սեպտիսը բնորոշվում է դանդաղ ընթացքով, թույլ նկատելի կլինիկական երևույթներով, որոնք շարունակվում են ամիսներ:

Կրկնվող սեպտիսի դեպքում սրացման շրջանները փոխարինվում են ռեմիսիային (հանդարտման) շրջաններով:

Մետաստազներով (սեպտիկոպիեմիա) ընթացող սեպտիսի կլինիկան բնորոշվում է բազմաթիվ թարախակույտերի առաջացումով տարբեր օրգաններում և հյուսվածքներում, որը նպաստում է ախտանշանաբանության սրացմանը:

Առանց մետաստազների (սեպտիցեմիա) սեպտիսի կլինիկական պատկերը սովորաբար ավելի ծանր և մշտական է: Այս ձևի դեպքում ռեմիսիա չի նկատվում և բոլոր ախտանիշները պարզորոշ արտահայտված են:

Բուժումը պետք է լինի կոմպլեքսային և ուղղված լինի պայքարելու հարուցիչների, թունավորումը նվազեցնելու, օրգանիզմի պաշտպանողական ուժերը մեծացնելու, նյութափոխանակությունը, ներքին օրգանների գործունեությունները, ինչպես և արյան շրջանառությունը լավացնելու համար: Հիվանդներին հանձնարարվում է մեծ քանակությամբ հեղուկներ խմել (օշարակ, թեյ, վիտամինային ըմբելիքներ, կաթ), կատարում են ֆիզիոլոգիական լուծույթի կամ 5% դլյուկոզայի լուծույթի (մինչև 3 լ օրը) ենթամաշկային կամ ներերակային ներարկումներ:

Օրգանիզմի դիմադրողականությունը բարձրացնելու համար կատարվում է կոտորակային (ոչ մեծ բաժիններով) արյան փոխներարկում, պլազմայի և սպիտակուցային պրեպարատների ներարկումներ: Սնունդը պետք է լինի բազմազան և լիարժեք: Հիվանդը ստանում է արդանակ, խաշած ձուկ, ձու, կաթնաշոռ: Օրգանիզմը վիտամիններով հարստացնելու համար խորհուրդ է տրվում թարմ բանջարեղեն և մրգեր: Նշանակվում են անտիբիոտիկներ՝ հաշվի առնելով սեպտիսը առաջացնող միկրոֆլորայի զգացողությունը նրանց հանդեպ (արյան և վերքի արտադրության ցանքս): Եթե հնարավոր չի լինում պարզել սեպտիսի աղբյուրը, ապա նշանակվում են ազդեցության լայն ոլորտի անտիբիոտիկներ: Անցկացվում է ախտանշանային բուժում:

Հատուկ նշանակություն ունի ինֆեկցիոն օջախի ակտիվ բուժումը, այսինքն՝ թարախային կուտակումների և մետաստատիկ օջախների հատումը, օտար մարմինների հեռացումը:

Մեծ նշանակություն ունի հիվանդների լավ խնամքը՝ վերացնելով բացասական ապրումները: Հիվանդասենյակի օդը պետք է թարմ լինի:

Անհրաժեշտ է ուշադիր հետևել, որպեսզի հիվանդի մոտ պառկելախոց չառաջանա, ստամոքս-աղիքային ուղին կանոնավոր գործի և այլն:

ԱՆԱԵՐՈՒ ԻՆՖԵԿՑԻԱ

Անաերոբ ինֆեկցիան առաջանում է միկրոօրգանիզմներից, որոնք զարգանում են թթվածնի (օդի) բացակայության դեպքում: Ավելի հաճախ հանդիպում են անաերոբ ինֆեկցիայի այնպիսի ձևերը, ինչպիսիք են գազային գանգրենան և փայտացումը:

Գազային գանգրենա: Գազային գանգրենայի հարուցիչներն են հանդիսանում՝ *Gl. perfringens*, *Gl. oedematiens*, *Vibrion septicum* և *Gl. hystoliticus*: Մեծ մասամբ հիվանդությունը առաջանում է այս մանրէների համակցումից:

Գազային գանգրենայի զարգացման համար մեծ նշանակություն ունի փափուկ հյուսվածքների վնասվածքը ու մահացման առկայությունը և արյան շրջանառության խանգարումը: Հիվանդությունը հաճախ առաջանում է կույր, սաստիկ կեղտոտված, սալչարդ՝ մկանների լայն վնասվածքներով վերքերի մեջ: Ինկուբացիոն շրջանի տևողությունը մինչև 7 օր է: Ինչքան ինկուբացիոն շրջանը կարճատև է, սովորաբար այնքան ծանր է ընթանում հիվանդությունը:

Անաերոբ ինֆեկցիան ընթանում է առանց յուրահատուկ բորբոքային ուռուցիկության և բնորոշվում է հյուսվածքների մահացումով, այտուցի զարգացումով և հյուսվածքների մեջ գազերի առաջացումով, թույների ազդեցությամբ, որոնք արտազատում են մանրէները:

Ըստ պաթանատոմիական ձևափոխությունների և կլինիկական ընթացքի, տարբերվում է գազային գանգրենայի հետևյալ ձևերը՝ այտուցային (ընթանում է հյուսվածքների ուժգին այտուցի և թունավորումների երևույթներով), էմֆիզեմատոզ (հյուսվածքների մեջ գազերի առաջացման երևույթներով), խառը (բնորոշվում է ուժգին այտուցով և զգալի շափով գազերի առաջացումով), նեկրոտիկ (գերակշռում է հյուսվածքների մահացումը), ֆլեգմանոզ (կլինիկորեն ընթանում է նախորդներից թեթև), հյուսվածքալուծական (ընթանում է հյուսվածքների զգալի կազմալուծումով, ուժգին թունավորումով, հատկապես ըստ ընթացքի տվյալ շարորակ է):

Ընդհանուր կլինիկական պատկերը բնորոշվում է կենտրոնական

նյարդային համակարգի գրգռվածությունը և ընկճվածությունը: Գիտակցությունը սովորաբար պահպանված է, քունը բացակայում է, ջերմաստիճանը բարձրանում է մինչև 39—40° C, պուլսը մինչև 120—160 զարկ մեկ րոպեում: Նկատվում է սրտի աշխատանքի թուլացում: Զարկերակային ճնշումը իջնում է մինչև 80—90 մմ սնդ. սյան: Շնչառությունը հաճախացած է, մակերեսային: Նկատվում է էնՏ արագացում: Էրիթրոցիտների և հեմոգլոբինի քանակը քչանում է:

Վերքի մեջ ի հայտ են գալիս ուժգին, ճնշող ցավեր, փափուկ հյուսվածքները այտուցվում են: Մաշկը սկզբում դժգույն է (լավ երևում են ենթամաշկային երակները), որից հետո ծածկվում է մուգ դարչնագույն, մուգ կարմիր և կապտավուն բծերով, հյուսվածքները շոշափելիս սառն են: Հյուսվածքների վրա ճնշելիս վերքից անջատվում են գազի պղպջակներ: Մկանները ձեռք են բերում խաշած մսի տեսք, որից հետո ընդունում են մուգ կանաչավուն երանգ: Բջջանքը ընդունում է կեղտոտ գորշավուն գույն (նկ. 128): Մաշկի շոշափման ժամանակ լսվում է նուրբ ձայն (կրեպիտացիա):

Պրոֆիլակտիկան: Անաերոբ ինֆեկցիան արյան լավ մատակարարման դեպքում զարգանում է հազվադեպ, այս պատճառով վիրակապը պետք է դրվի այնպես, որ շխանգարի արյան շրջանառությանը: Անհրաժեշտ է կատարել լավ անշարժացում: Վերքի ժամանակին և ճիշտ կատարված վիրաբուժական մշակումը լավագույն պրոֆիլակտիկ միջոցառում է: Կայնածավալ, ջնջիված և կեղտոտված վերքերի դեպքում անհրաժեշտ է ներարկել պրոֆիլակտիկ դեղաչափով հակազանգրենոզ շիճուկ:

Հակազանգրենոզ շիճուկի պրոֆիլակտիկ դեղաչափը կազմում է 30000 ՀՄ (յուրաքանչյուր շիճուկից՝ հակապերֆրինգենս, հակաէրեմատիենս և հակասեպտիկում 10000-ական ՀՄ): Նախապես 1:100 նոսրացված շիճուկով դրվում է ներմաշկային փորձ, շիճուկի հանդեպ զգացողությունը որոշելու համար:

Բուժումը: Զարգացող գազային գանգրենայի դեպքում կատարվում է փափուկ հյուսվածքների լայն լամպասաձև (անդրավարտիքի գունաժապավեն) կտրվածքներ՝ մինչև ոսկրը հասնող, դրվում են ջրածնի պերօքսիդով թրջված վիրակապեր (թթվածնի անջատում), կատարելով վերքային մակերեսի օդահագեցում: Ներերակային կաթիլային ձևով ներարկվում է հակազանգրենոզ շիճուկ (150000—200000 ՀՄ մի քանի օր շարունակ):

Բուժման նպատակով շիճուկը ներարկվում է ներերակային շատ դանդաղ, կաթիլային ձևով տաք ֆիզիոլոգիական լուծույթի հետ միասին (100 մլ շիճուկ, 100—400 ֆիզիոլոգիական լուծույթին): Սկզբում ներարկվում է 1 մլ. ռեակցիայի բացակայության դեպքում 5 րոպե հետո

ներարկվում է շիճուկի մնացած ամբողջ քանակը, 1 մլ մեկ րոպեում (25 կաթիլ):

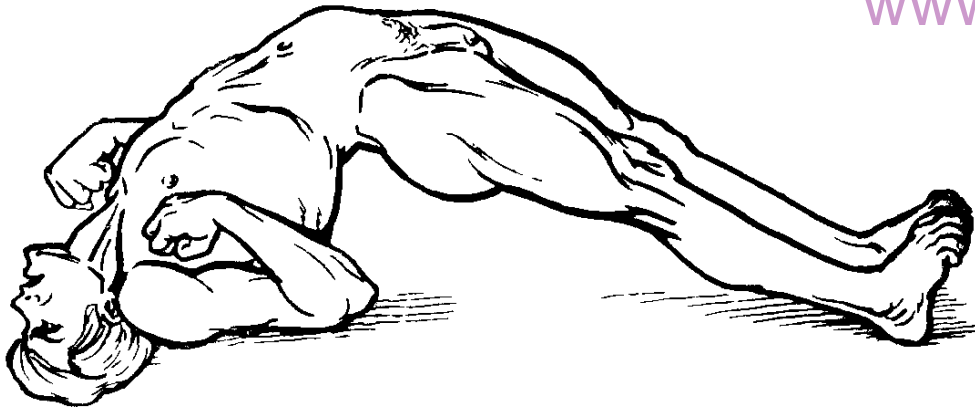
Հիվանդին ներմուծվում է մինչև 3—4 լ հեղուկներ, փոխներարկվում է արյուն, տրվում են սրտային միջոցներ, անտիբիոտիկներ: Գազային ինֆեկցիայով հիվանդները կարիք են զգում մշտական հսկողության և հոգատար խնամքի:

Ներհիվանդանոցային ինֆեկցիան կանխելու համար հիվանդներին մեկուսացնում են առանձին հիվանդասենյակում, օգտագործված վիրակապական նյութերը այրվում են, օգտագործված գործիքները ենթարկվում են կոտորակային մանրէազերծման: Վիրահատարանը գազային ինֆեկցիայի վիրահատումից հետո պարտադիր կերպով ենթարկվում է կրկնակի անգամ հիմնավոր մաքրման:

Փայտացում: Հիվանդությունը առաջացնում են թուլները, որոնք անշատում է փայտացման ցուպիկը: Այն լայնորեն տարածված է բնության մեջ, հատկապես շատ է հողում և գոմաղբում: Փայտացման սպորները շատ կայուն են ֆիզիկական և քիմիական ներգործությանը և կարող են պահպանվել երկար ժամանակ: Փայտացման զարգացման համար նպաստավոր հանգամանքը հանդիսանում է արյան շրջանառության խանգարումը և օրգանիզմի պաշտպանողական ուժերի թուլացումը: Փայտացման թուլը ազդում է նյարդային համակարգի վրա: Ինկուբացիոն շրջանը միջին հաշվով կազմում է 7—10 օր, կարող է տևել մինչև 1½ ամիս:

Կլինիկան: Սկզբնապես ի հայտ են գալիս կծկումներ ծամիչ մկաններում, որի հետևանքով հիվանդը չի կարողանում բացել բերանը (տրիզմ), հետո առաջանում են դեմքի միմիկայի մկանների կրծկումներ, որը դեմքին տալիս է տառապազին տեսք («սարդոնիկ ժպիտ»): Հետագայում ցնցումները տարածվում են իրանի վերջույթների մկանների վրա. դա հանգեցնում է հիվանդի որոշակի դիրքի՝ գլուխը թեքվում է հետ, մեջքը աղեղնաձև կորացած, հիվանդը ընդունում է «կամրջաձև» դիրք (օպիստոտոնուս) (նկ. 129): Կարող են նկատվել ըմպանի, միջկողային մկանների և ստոծանու մկանների կծկումներ (շնչառության դժվարացում): Ուժգին կծկումների դեպքում կարող են նկատվել ոսկրերի կոտրվածքներ, ջլերի պատռվածքներ: Կծկումները շատ ցավոտ են. Արհեստականորեն նրանք առաջանում են որևէ արտաքին գրգռիչով (յուլս, աղմուկ, ցավ և այլն): Զերմաստիճանը 40° C և բարձր է, պուլսը և շնչառությունը հաճախացած են: Մահը վրա է հասնում շնչահեղձումից և սրտամկանի պարալիչից:

Պրոֆիլակտիկան: ԽՍՀՄ առողջապահության մինիստրի № 459 հրամանի համաձայն, անհետաձգելի յուրահատուկ պրոֆիլակտիկան երեխաների և մեծահասակների մոտ կատարվում է հետևյալ դեպքերում.



Նկ. 129. Օպիստոտոնուսը փայտացման դեպքում:

1) ցանկացած վնասվածքների դեպքում, երբ խախտվում է մաշկի և լորձաթաղանթների ամբողջականությունը, 2) II և III աստիճանի այրվածքների և ցրտահարումների ժամանակ, 3) ծննդկաններին, որոնք ծննդաբերել են տանը առանց բժշկական օգնության, 4) արտահիվանդանոցային վիժումների դեպքում, 5) ստամոքս-աղիքային ուղու վիրահատումների դեպքում, 6) կենդանիների կծելու դեպքում:

ա) Փայտացման անհետաձգելի պրոֆիլակտիկան նախկինում պատվաստված երեխաների և մեծահասակների մոտ: Անկախ վնասվածքի ծանրությունից, փայտացման դեմ նախկինում պատվաստվածներին ներարկվում է միայն 0,5 մլ զտված ՀՓ անատոքսին (հակափայտացման շիճուկ ներարկել պետք չէ): Փայտացման անատոքսինը վնասվածքների դեպքում չի ներարկվում այն դեպքերում, եթե փայտացման դեմ առաջին կրկնապատվաստումից հետո անցել է ոչ ավելի քան վեց ամիս, իսկ երկրորդ կրկնապատվաստումից՝ ոչ ավելի մեկ տարուց:

բ) Փայտացման անհետաձգելի պրոֆիլակտիկան չպատվաստված երեխաների և մեծահասակների մոտ: Այսպիսի դեպքերում ներարկվում է 1 մլ զտված ադսորբցիայի ենթարկված փայտացման անատոքսին, որից հետո, ներմաշկային փորձի ստուգումից հետո, ուրիշ ներարկոցի միջոցով մարմնի այլ մասի մեջ ներարկվում է զտված հակափայտացման շիճուկ 3000 ՄԻ դեղաչափով: Այսպիսի ակտիվ-պասիվ պրոֆիլակտիկայի անցկացումից 30—40 օր հետո անհրաժեշտ է շարունակել իմունացումը և կատարել 0,5 մլ ՀՓ անատոքսինի ներարկում, որից հետո կայուն իմունացում ստեղծելու համար՝ կրկնապատվաստում պրեպարատի նույն չափի դոզայով (0,5 մլ) 9—12 ամիս հետո:

Նախապես ձիու շիճուկի հանդեպ զգացողությունը բացահայտելու համար դրվում է ներմաշկային փորձ 1:100 նոսրացված շիճուկով: Ներարկումը կատարվում է նախաբազկի ծալիչ մակերեսին, ներարկվում է 0,1 մլ նոսրացված շիճուկը ներմաշկային և հետևում են 20 րոպեի ընթացքում: Փորձը համարվում է բացասական, եթե սահմանադատված

հիպերեմիայով այտուցի տրամագիծը չի գերազանցում 0,9 սմ շափար: Բացասական ներմաշկային փորձի դեպքում շնոսրացված հակափայտացման շիճուկից ներարկվում է ենթամաշկային 0,1 մլ քանակով: Ռեակցիայի բացակայության դեպքում 30 րոպեից մինչև 1 ժամ հետո ներարկվում է շիճուկի մնացած դոզան (3000 ՄԻ), դրական ռեակցիայի դեպքում հակափայտացման շիճուկը չի կիրառվում և կատարվում է միայն ակտիվ իմունացում ներարկելով 1 մլ փայտացման անատոքսին:

Շիճուկի ներարկումները երբեմն ուղեկցվում են տարբեր ռեակցիաներով: Այս ռեակցիաները լինում են երեք տեսակի՝ անմիջական, որը սկսվում է անմիջապես շիճուկի ներարկումից հետո, վաղաժամ (4—6-րդ օրը) և ուշացած (երկու շաբաթ հետո և ավելի ուշ): Ռեակցիան արտահայտվում է ջերմաստիճանի բարձրացումով, դողով, ցնցումներով, տարբեր ցաների առաջացումով և սիրտ-անոթային գործունեության խանգարումներով: Այդպիսի դեպքերում հանձնարարվում է ներերակային ներարկել 1 մլ ադրենալին (1:1000) կամ 1 մլ 5 % էֆեդրինի լուծույթ, 10 մլ 0,5 % նովոկաինի լուծույթ, 10 մլ 10 % կալցիումի քլորիդի լուծույթ, 20—50 մլ 20—40 % գլյուկոզայի լուծույթ: Ներմուծվում են հորմոնալ պրեպարատներ (պրեդնիզոլոն, կորտիզոն, հիդրոկորտիզոն), սրտային միջոցներ և այլն:

Բուժումը: Զարգացած փայտացման դեմ յուրահատուկ բուժում չկա, քանի որ թուլյները, որոնք կապվում են նյարդային համակարգի հետ, չեզոքացնել հնարավոր չէ: Արյան մեջ դեռևս շրջանառող չկապակցված թուլյների չեզոքացման համար կիրառվում են հակափայտացման շիճուկի (100000—150000 ՄԻ) բուժական դոզաներ:

Բացի այդ, 2—3 օրը մեկ անգամ նշանակվում է նաև փայտացման անատոքսին 1—2 մլ դեղաչափով: Հիվանդին հանգստացնելու համար կատարվում են քլորահիդրատի հոգնաներ (30 մլ 3 % քլորահիդրատի լուծույթ), ներմուծվում են քնաբերներ և նեյրոլեպտիկներ (1—4 մլ 2,5 % ամինազինի լուծույթ 4—5 անգամ օրը): Զրուզրկումը կանխելու համար ուղիղ աղու մեջ կաթիլային եղանակով ներմուծվում են հեղուկներ: Հանձնարարվում է հեղուկ կամ կիսահեղուկ սնունդ: Հիվանդին տեղավորում են մթնեցրած, տաք սենյակում, պահպանելով լուսթյուն: Ծանր դեպքերում կատարվում է շնչափողահատում, նշանակվում են միոոելաքսանտներ և հիվանդին փոխադրում են ղեկավարվող շնչառության:

ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՅՈՒՐԱՀԱՏՈՒԿ ԻՆՖԵԿՑԻԱ

Խրոնիկական յուրահատուկ ինֆեկցիային վերաբերում են այն բորբոքային պրոցեսները, որոնք առաջանում են յուրահատուկ հարուցիչներից (ակտինոմիկոզ, տուբերկուլյոզ, բրուցելյոզ):

Ակտինոմիկոզ: Ակտինոմիկոզի ժամանակ տեղի է ունենում ճյուղավածքների ախտահարում շողասնկի (ակտինոմիցետ) կողմից: Ակտինոմիցետը օրգանիզմի մեջ ներթափանցում է շնչուղիների կամ ստամոքս-աղիքային ուղու միջոցով (էկզոգեն ճանապարհ): Ակտինոմիցետի ներթափանցման տեղում առաջանում է յուրահատուկ բորբոքային ռեակցիա, որի հիմքը կազմում են սնկերի գաղութները՝ կազմված բարակ թելերի ցանցից, որոնք հեռանում են դեպի ծայրամասերը ճառագայթների ձևով և վերջանում են գնդասեղի գլխիկի նմանվող հաստացումներով (դրուզներ): Դրուզների շուրջն առաջանում է շատ ամուր ինֆիլտրատ: Նրանց վրա մաշկը ընդունում է կարմրակապտավուն գունավորում: Առանձին տեղերում այն բարակելով ծակվում է՝ առաջացնելով խուղակներ, որոնցից արտադրվում է բաց դեղնավուն հեղուկ դրուզների հետ միասին (նկ. 130):

Թոքերի ակտինոմիկոզի դեպքում կլինիկական պատկերն ընթանում է սուր կամ խրոնիկական՝ թոքի թարախակույտի, բրոնխոպնևմոնիայի ձևով: Ակտինոմիկոզը ընդգրկում է կրծքավանդակը և տալիս է փոխակայումներ (մետաստազներ) ինչպես արյունային, այնպես էլ ավշային ուղիներով:

Ախտորոշման համար մեծ նշանակություն ունեն միկրոկենսաբանական, շիճուկաբանական և ռենտգենոլոգիական հետազոտությունները:

Բաժումը: Նշանակվում են անտիբիոտիկների մեծ դոզաներ (պենիցիլին, ստրեպտոմիցին, աուրոմիցին) և առանձնահատուկ բուժում ակտինոլիզատով (0,1 մլ մինչև 2 մլ 2—3 օրը մեկ անգամ, մինչև 20 ներարկում), ինչպես նաև ռենտգենաբուժում: Վիրաբուժական եղանակներից կիրառվում է թարախային խոռոչների բացումը:

Տուբերկուլյոզի վիրաբուժական ձևերը. ոսկրերի և հոդերի տուբերկուլյոզ: Վիրաբուժական տուբերկուլյոզի խմբի մեջ մտնում են մի շարք տարբեր տեղակայում ունեցող հիվանդություններ, որոնք առաջանում են տուբերկուլյոզային միկոբակտերիաներից և պահանջում են վիրաբուժական բուժում:

Տուբերկուլյոզային միկոբակտերիաները օրգանիզմի մեջ ներթափանցում են հետևյալ ճանապարհներով՝ 1) շնչառական ուղիներով օդի ներշնչման ժամանակ. օդը պարունակում է տուբերկուլյոզային միկոբակտերիաներ և փոշի, 2) մարսողական ուղիով սնունդ ընդունելիս (կաթ, միս), որը պարունակում է տուբերկուլյոզային միկոբակտերիաներ, 3) հնարավոր է մաշկի և լորձաթաղանթների միջոցով, նրանց վնասվածքի հետևանքով: Ինչպես ոչ յուրահատուկ ինֆեկցիայի դեպքում, այնպես էլ յուրահատուկ ինֆեկցիայի զարգացմանը նպաստում են որոշ պայմաններ՝ օրգանիզմի պաշտպանողական ուժերի թուլացում (հաճախ ոչ լիարժեք սնման հետևանք, ծանր բնակարանակենցաղային

պայմաններ), հոգեկան գերլարվածություն և այլն: Ներկայումս խորհրդային Միությանում, շնորհիվ ազգաբնակչության նյութական ապահովածության զգալի բարելավման, տուբերկուլյոզային հիվանդացման դեպքերը նվազել են:

Տուբերկուլյոզային միկոբակտերիաների ազդեցության հետևանքով նրա տեղակայման վայրում առաջանում է առաջնային տուբերկուլյոզային օջախը: Օջախի ներսում նկատվում է լոռանման նեկրոզ: Լոռանման մասի քայքայումը հանգեցնում է թարախակույտի առաջացմանը: Տուբերկուլյոզային թարախակույտը, ի տարբերություն ոչ յուրահատուկ թարախակույտի, սովորաբար ախտանիշների առակությանը չի բնորոշվում:

Վիրաբուժական տուբերկուլյոզին են վերաբերում ոսկրահոդային տուբերկուլյոզը, ավշային հանգույցների տուբերկուլյոզը, շճաթաղանթների (որովայնամիզ, պլերա, ուղեղի թաղանթներ), ստամոքսի, աղիների, երիկամների, միզապարկի, ձվարանների, թոքերի տուբերկուլյոզի առանձին ձևերը և այլն:

Ոսկրերի և հոդերի տուբերկուլյոզ: Հիվանդությունը մշտապես լինում է երկրորդային. առաջնային օջախը գտնվում է թոքերում կամ որովայնի խոռոչում: Ոսկրերի և հոդերի տուբերկուլյոզային ախտահարումը հաճախ հանդիպում է երեխաների մոտ, բայց կարող է լինել և մեծահասակների մոտ: Ավելի հաճախ ախտահարվում է ողնաշարը՝ տուբերկուլյոզային սպոնդիլիտ, կոնքազդրային հոդը՝ տուբերկուլյոզային կոկսիտ և ծնկան հոդը՝ տուբերկուլյոզային հոնիտ:

Ոսկրային ձևի ժամանակ հիվանդությունը սկսվում է ոսկրի սպունգանման մասի մեջ (էպիֆիզար-մետաֆիզար մաս), առաջանում է տուբերկուլյոզային օջախը, որից հետո տեղի է ունենում ոսկրանյութի քայքայումը, առաջանում են փոքր սեկվեստրներ ու ոսկրային խոռոչներ: Կուտակված թարախը դուրս է գալիս ոսկրային խոռոչից և տարածվում է միջհյուսվածքային տարածությունների մեջ՝ առաջացնելով յուրահատուկ ախտահարում՝ սառը ներծորանք: Պրոցեսը կարող է անցնել հոդի վրա: Հոդային տուբերկուլյոզի գեպքում ձուսպաթաղանթը դառնում է աչտուցված, արյունալցված, թավիկները այտուցվում են, խոռոչում ի հայտ է գալիս շճաֆիբրինային էքսուդատ, որը վերածվում է թարախայինի. հետագայում այն պատռվում է գեպի դուրս՝ առաջացնելով խուղակ:

Հոդերի ախտահարման գեպքում տարբերվում են՝ ա) ձուսպաէքսուդատիվ ձևը (պրոցեսը տարածվելով ձուսպաթաղանթի վրա, որն արյունալցված է, այտուցված, անջատում է ֆիբրինով հարուստ էքսուդատ), բ) ֆունգոզ ձևը (բնորոշվում է հատիկավոր հյուսվածքի առատ զարգացումով, տուբերկուլյոզային թմբիկներում ընթանում են լոռանման քայ-

քայման և սպիացման պրոցեսներ, գ) ոսկրային ձևը (պրոցեսն սկսվում է ոսկրի էպիֆիզի մեջ՝ առաջացնելով խոռոչ, որը լցված է լուսնման քայքայված փոքր սեկվեստրներով, հետագայում անցնում է ձուսպաթաղանթի վրա):

Տուբերկուլյոզային սպոնդիլիտի ժամանակ ախտահարումը մշտապես զարգանում է ողի մարմնի սպունդանման նյութի մեջ, որը հանգեցնում է ողի սպունդանման մասի արագ քայքայմանը, իսկ հետո նաև նրա կեղևային շերտի: Առաջացած թարախակույտը սկիզբ է տալիս ներհոսած աբսցիսների առաջացմանը:

Քայքայված ողը ձևախախտվում է, որը հանգեցնում է ողնաշարի կորացմանը սապատի նման:

Կլինիկական պատկերը: Հոդերի տուբերկուլյոզային ախտահարմանը բնորոշ է աննկատ սկիզբը, աստիճանաբար զարգացումը և հիվանդության խրոնիկական ընթացքը: Հիվանդության բուռն շրջանում առաջանում են բնորոշ ախտանիշները՝ ա) ցավը կարող է լինել մշտական կամ առաջանալ ֆիզիկական ծանրաբեռնման հետևանքով, հաճախ կրում է ճառագայթահարվող բնույթ. օրինակ, տուբերկուլյոզային կոկսիտի ժամանակ ցավը կարող է առաջանալ ծնկան հոդում, բ) հոդի գործունեության խանգարումը հանդիսանում է ցավի զգացումը մեղմելու նպատակով գիտակցաբար հոդի ծանրաբեռնվածությունը նվազեցնելու հետևանք, գ) մկանների ապաճումը կախված է նեյրոտրոֆիկ փոփոխություններից և մասամբ էլ վերջույթի անգործությունից, դ) մաշկային ծալքերի և ենթամաշկային ճարպաշերտի հաստացումը (Սլեքսանդրովի ախտանիշ), որը բնորոշվում է մաշկի և ենթամաշկային ճարպաշերտի բռնելու-ձգելու և ծալքի առաջացումով հակամետ մասերում հիվանդ և առողջ վերջույթների վրա: Հիվանդ կողմում այդ ծալքը ավելի հաստ է, ե) հոդի այտուցվածությունը կախված է հոդի էքսուդատից՝ սկզբում շճային, իսկ հետո թարախային պարունակությամբ (հոդի էմպիեմա), զ) պրոլիֆերատիվ ձևի ժամանակ առաջանում է «սպիտակ ուռուցք» ֆիբրոզ հյուսվածքի կուտակման հաշվին, է) թարախի դուրս թափվելու հետևանքով առաջանում են խուղակներ, հաճախ բազմաթիվ, որոնք ծածկված են թույլ, գունատ հատիկավորությամբ, ը) սառը թարախակույտերը, որոնք հանդիսանում են փափուկ հյուսվածքների ակտիվ ռեակցիայի հետևանք թարախի կուտակման հանդեպ. այդ թարախակույտերի տարածման դեպքում առաջանում են «սառը հոսանստուքներ», թ) ձևախախտումները, ծոումները, կարճացումները, ախտաբանական կոտրվածքները և հոդախախտերը հանդիսանում են տուբերկուլյոզային ծանր ձևերի ուղացած ախտանիշները:

Տուբերկուլյոզային սպոնդիլիտի կլինիկական պատկերը հիմնականում համընկնում է նրա հոդային ձևի հետ: Տարբերիչ գծերը հանդի-

սանում են ախտահարված ողի շրջանում մկանների լարումը՝ «երասանների ախտանիշ», սապատաձև ձևախախտումը և երբեմն էլ ողնուղեղի ախտահարումը:

Հիվանդի ընդհանուր դրուժյունը հիվանդության սահմանափակ և թեթև ձևերի դեպքում քիչ է փոփոխված: Կլինիկական պատկերը խիստ կերպով վատանում է երկրորդային ինֆեկցիայի միանալու դեպքում: Նկատվում է էՆՌ արագացում, ռենտգենորեն ուշացած շրջաններում նկատվում է ոսկրային դեստրուկցիա:

Սովորաբար հիվանդությունը տևում է մի քանի տարի:

Բուժումը: Հիվանդներին (սովորաբար երեխաներին) բուժում են հատուկ սանատորիաներում: Ընդհանուր միջոցառումներից կիրառվում են ուժեղացված սնունդը, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներով ճառագայթահարումը, որոշված պարբերաշափով օդային և արևային վաննաները: Դեղանյութերից հիվանդները ստանում են՝ ստրեպտոմիցին, ՊԱՍԿ, ֆթիվազիդ, ռիֆոդին և այլն: Կատարվում է վնասված մարմնամասի անշարժացում՝ տուբերկուլյոզային սպոնդիլիտի դեպքում կիրառվում են գիպսյա մահճակալիկները, կոնքազդրային հոդի ախտահարման ժամանակ կոկսիդային գիպսյա կապը, ծնկան հոդի համար հոնիդային կապը: Սառը արքցեսների դեպքում կատարվում է պունկցիա (կտրվածքը հակացուցված է ոչ յուրահատուկ ինֆեկցիայի միացման վտանգի պատճառով), արտածծվում է թարախային պարունակությունը և խոռոչի մեջ ներարկվում է 10 % յոդոֆորմային էմուլսիան գլիցերինի մեջ, պենիցիլինի և ստրեպտոմիցինի լուծույթներ:

Ներկայումս ավելի լայնորեն դիմում են ոսկրահոդային տուբերկուլյոզի վիրաբուժական եղանակով բուժմանը: Տուբերկուլյոզային սպոնդիլիտի ժամանակ հեռացվում են ախտահարված ողի մահացած հյուսվածքները, հետագայում այն ամրացվում է ոսկրային հյուսվածքապատվաստով: Հոդի տուբերկուլյոզային ախտահարման ժամանակ հեռացվում է հոդի ախտահարված ձուսպաթաղանթը, ոսկրի քայքայված օջախների հետ միասին, որից հետո անշարժացվում (անկիլոզ) է վերջույթի ֆունկցիոնալ հարմար դիրքում:

ՈՍԿՐԱՀՈԴԱՅԻՆ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՅՈԶԻ ՊՐՈՖԻԼԱԿՏԻԿԱՆ ԵՎ ՆՐԱ ԴԵՄ ՊԱՅԲԱՐԻ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ ԽՍՀՄ-ՈՒՄ

Տուբերկուլյոզը հանդիսանում է երկրագնդի տարածված հիվանդություններից մեկը: Շնորհիվ ԽՍՀՄ-ում սոցիալիստական շինարարության հաջողություններին, վերացված են տուբերկուլյոզի առաջացման սոցիալական պատճառները, քանի որ վերացված են աշխատավորների շահագործումը և սոցիալական անհավասարությունը, անշեղորեն աճում է

աշխատավորների բարեկեցությունը, բարձրանում է ազգաբնակչության կուլտուրական մակարդակը:

Խորհրդային առողջապահության առջև խնդիր է դրված վերացնել տուբերկուլյոզը որպես մասսայական հիվանդություն: Սրա համար անհրաժեշտ է՝ 1) կատարելագործել տուբերկուլյոզի վաղաժամ և ժամանակին ախտորոշման եղանակները, այս նպատակի համար օգտագործելով ընդհանուր հիվանդանոցային և պոլիկլինիկաների ցանցը, ինչպես և լայնորեն ծավալել տուբերկուլյոզի մասսայական հետազոտումները, 2) հիվանդների երկարատև բուժում մինչև հնարավոր լրիվ բուժումը, մահճակալների ցանցի ընդլայնումը հակատուբերկուլյոզային հիմնարկություններում, 3) յուրահատուկ և ոչ յուրահատուկ պրոֆիլակտիկայի եղանակների հետագա կատարելագործումը և լայնորեն ներդնելը:

Տուբերկուլյոզի պրոֆիլակտիկան, մասնավորապես նրա ոսկրահոդային ձևի դեպքում, բաժանվում է՝ սոցիալական, սանիտարական և յուրահատուկ:

Սոցիալական պրոֆիլակտիկայի մեջ ներառվում են համապետական միջոցառումները, որոնք ուղղված են աշխատավորների կենսամակարդակի բարձրացմանը՝ կուլտուր-լուսավորական հիմնարկների ստեղծումը, սպորտի զարգացումը, հանգստյան տների ընդարձակումը և բնության պաշտպանությունը:

Սանիտարական պրոֆիլակտիկան նախատեսում է առողջարար դարձնել տուբերկուլյոզային ինֆեկցիայի օջախները, սանիտարական և անասնաբուժական հսկողությունը, անցկացնել սանիտարալուսավորական աշխատանքներ, ինչպես և առաջին անգամ տուբերկուլյոզով հիվանդացածների վաղ հայտնաբերումը և բուժումը: Սանիտարական պրոֆիլակտիկան հիմնականում անցկացվում է տուբերկուլյոզային օջախում:

Ոչ յուրահատուկ պրոֆիլակտիկայի մեջ մտնում են հիվանդի մեկուսացումը մասնագիտացված բուժական հիմնարկությունում առողջ կոնտինգենտից: Հիվանդը պետք է ունենա անհատական ամանեղեն, սրբիչ, անկողին, ունենա առանձին սենյակ (եթե նա գտնվում է տնային պայմաններում):

Հաշվի առնելով, որ ոսկրահոդային տուբերկուլյոզը հանդիսանում է երկրորդային պրոցես, իսկ առաջնային օջախը կարող է գտնվել թոքերում, այս պատճառով հիվանդներին անհրաժեշտ է ունենալ կափարիչով թքամաններ: Թքամանի մեջ նրա մեկ շորրորդական մասում լրցվում է 5 % քլորամինի լուծույթ:

Ոսկրահոդային տուբերկուլյոզի դեմ պայլարի կազմակերպումը իրա-

գործվում է հակատուբերկուլյոզային դիսպանսերների և շրջանային հիվանդանոցների բաժանմունքների կողմից:

Գիտապրակտիկ օգնութունը ցույց են տալիս տուբերկուլյոզային գիտահետազոտական ինստիտուտները, որոնք ստեղծված են միութենական շատ հանրապետութուններում: Մոսկվայում է գտնվում ԽՍՀՄ առողջապահության մինիստրության տուբերկուլյոզի կենտրոնական գիտահետազոտական ինստիտուտը:

Հիվանդութունը վաղաժամ հայտնաբերելու համար լայնորեն կիրառվում է ֆլյուորոգրաֆիան, խորխի և մեզի հետազոտումը տուբերկուլյոզային միկոբակտերիաների հանդեպ: Տուբերկուլյոզով հիվանդները վերցվում են հաշվառման հակատուբերկուլյոզային դիսպանսերներում ըստ խմբերի, պրոցեսի ձևի և ակտիվության: Գոյութուն ունի դիսպանսեր հաշվառման ութ խումբ: Ոսկրահոդային տուբերկուլյոզը պատկանում է 5-րդ խմբին: Այս բոլոր հիվանդները իրենց հերթին բաժանվում են երեք խմբերի՝ Ա ենթախմբին պատկանում են ակտիվ պրոցեսներով հիվանդները, Բ ենթախմբին՝ հանդարտված պրոցեսով հիվանդները և Գ ենթախմբին՝ արտաթորքային ոչ ակտիվ տուբերկուլյոզով հիվանդները:

Կախված աշխատունակության կորստի աստիճանից, ԲԱԷՀ սահմանում է III—II կամ I խմբի հաշմանդամութուն:

Ոսկրահոդային տուբերկուլյոզի ստացիոնար բուժումը իրագործվում է մատնագիտացված ոսկրահոդային սանատորիաներում:

Շնորհիվ բուժման և պրոֆիլակտիկայի ծրագրի միջոցառումների եռանդագին կատարմանը, տուբերկուլյոզը և մասնավորապես նրա ոսկրահոդային ձևը մեր երկրում զգալիորեն նվազում է:

ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Վիրաբուժական ինֆեկցիան առավել տարածված պաթոլոգիա է: Այն ունի մեծ տեսակարար կշիռ ինչպես ամբուլատոր, այնպես էլ հիվանդանոցային պայմաններում: Վիրաբուժական մեծ ստացիոնարներում առանձնացվում է հատուկ բաժանմունք վիրաբուժական ինֆեկցիայով հիվանդների համար: Միջին բժշկական անձնակազմի դերը այդպիսի հիվանդների բուժման ժամանակ արտակարգ մեծ է: Նրա աշխատանքի հիմքում, բացի շինության մեջ իդեալական մաքրության պահպանումը, որտեղ գտնվում է հիվանդը, ընկած է նաև հիվանդների խնամքը և բժշկին օգնելը:

Անհրաժեշտ է հիշել Ի. Պ. Պավլովի տեսութունը պաշտպանական ռեժիմի վերաբերյալ: Հիվանդների մոտ անհրաժեշտ է պահպանել

լավ տրամադրութիւնը և վստահութիւնը հիվանդութեան բարեհաջող ելքի հանդեպ: Հիվանդի նկատմամբ ուշադիր և նրբազգաց վերաբերմունքը բժշկական անձնակազմի աշխատանքային օրենքն է:

Անհրաժեշտ է հիշել, որ փոքր և մեծ հիվանդութիւններ շկան: Դեմքի շրջանի ոչ մեծ ֆուրունկուլի ոչ ճիշտ և ոչ ժամանակին բուժումը կարող է հանգեցնել մահվան: Ճիշտ կատարվող բուժական միջոցառումներով կարելի է հասնել լրիվ առողջացման անգամ ծանր սեպսիսի ժամանակ:

Տեղային քարախային ինֆեկցիայով հիվանդների խնամքը: Հիվանդները՝ ֆուրունկուլով (բացառութեամբ դեմքի), հիդրադենիտով, մատնաշունչով, սովորաբար բուժվում են ամբուլատոր ձևով: Հիվանդները՝ ֆուրունկուլոզով, կարբունկուլներով, թարախակուլտերով և ֆլեգմոնաներով, բուժվում են հիվանդանոցում: Բուժումը պետք է կազմակերպել հաշվի առնելով վերքի ընթացքի փուլայնութիւնը: Անհրաժեշտ է խստորեն ուշադրութիւն դարձնել ասեպտիկային: Վիրակապական նյութերը օգտագործումից հետո այրվում են: Օրգանիզմի պաշտպանական ուժերը միացնելու նպատակով հիվանդը պետք է ստանա բարձր կալորիայով, բազմատեսակ և վիտամիններով հարուստ սնունդ: Հիվանդասենյակները պետք է լինեն լավ օդափոխված: Եթե բաժանմունքում գտնվում է մեկ վիրակապարան, ապա սկզբում կատարվում են մաքուր վիրակապումները, որից հետո թարախային հիվանդների: Աշխատանքի ավարտից հետո կատարվում է սենյակի խոնավ մաքրում և ճառագայթահարում մանրէասպան լամպով:

Ընդհանուր քարախային ինֆեկցիայով (սեպսիսով) հիվանդների խնամքը: Հիվանդին անհրաժեշտ է տեղափոխել քիչ հիվանդներ ունեցող հիվանդասենյակում, ավելի լավ է մեկուսացնել առանձին հիվանդասենյակում: Հիվանդասենյակը անհրաժեշտ է կանոնավոր օդափոխել և պահպանել կատարյալ մաքրութիւն (ամենօրյա խոնավ եղանակով մաքրում, ԲՈՒՄ լամպով ճառագայթահարում): Մեծ ուշադրութիւն է դարձվում սպիտակեղենի մաքրութեանը: Թաց սպիտակեղենը և նրա վրա եղած ծալքերը նպաստում են պառկելախոցերի առաջացմանը: Հիվանդին օրը մի քանի անգամ շրջում են, տրորում են մեջքը և ամբողջ մարմինը:

Թոքային բարդութիւնների պրոֆիլակտիկայի համար անհրաժեշտ է հիվանդին տալ կիսանստած դիրք, կատարել շնչառական մարզանքներ, սովորեցնել խխելով հեռացնել խորխը:

Բարձր ջերմաստիճանը և օրգանիզմի ջրազրկումը հանգեցնում են ստամոքս-աղիքային ուղու աշխատանքի խանգարմանը: Այս կապակցութեամբ անհրաժեշտ է խնամքով մաքրել բերանի խոռոչը (ողողում, տրորումը խոնավ տամպոններով):

Կղումը կարգավորելու համար ոչ հաճախ քան երկու օրը մեկ ան-

գամ կատարվում է մաքրող հոգնա կամ անցկացվում են ուրիշ միջոցա-
ռումներ, որոնք ուղղված են աղիների պերիստալտիկայի ուժեղացմանը
(հիպերտոնիկ հոգնա, 10 %-անոց նատրիումի քլորիդի լուծույթը ներ-
երակային, պրոզերին կամ պիտուիտրինի լուծույթները միջմկանային):
Պարտադիր կերպով որոշվում է օրվա դիուրեզը (երիկամի գործունեու-
թյան հսկողության համար):

Ապաքինման շրջանում մեծ ուշադրություն է դարձվում հիվանդի
ուժեղացված սնմանը, աստիճանաբար ոտքի ելնելուն, բուժական մարմ-
նամարզությանը, մկանների մերսմանը:

Գազային ինֆեկցիայով հիվանդների խնամքը: Հիվանդները կարիք
են զգում այնպիսի խնամքի, ինչպես սեպսիսով հիվանդները: Անհրա-
ժեշտ է ստեղծել հանգիստ միջավայր և լուսթյուն հիվանդասենյակում:
Անքնության դեմ պայքարելու համար նշանակվում են քնաբերներ (լյու-
մինալ, նոքսիրոն), հանգստացնողներ (մեպրոտան, բրոմի պրեպարատ-
ներ, վալերիանա), ցավազրկողներ (պրոմեդոլ, օմնոպոն, մորֆին, ֆեն-
տանիլ):

Անաերոբ ինֆեկցիան հեշտությամբ փոխանցվում է մյուս հիվանդ-
ներին: Այս պատճառով հիվանդը պետք է մեկուսացվի առանձին հի-
վանդասենյակում: Սպասարկող անձնակազմը այնտեղ հազնում է հա-
տուկ խալաթներ, որոնցով չի կարելի այցելել մյուս հիվանդներին:
Օգտագործվում են ձեռնոցներ, գոգնոցներ: Օգտագործված բոլոր վիրա-
կապական նյութերը պարտադիր կերպով այրվում է: Հիվանդների սպի-
տակեղենը ենթարկվում է հատուկ մշակման ավտոկլավներում: Այս
հիվանդներին սպասարկելու համար առանձնացվում են հատուկ գոր-
ծիքներ, որոնք յուրաքանչյուր վիրակապումից հետո մանրէազերծվում
են կոտորակային եղանակով՝ եռացնելու կամ չոր ջերմության միջոցով:

Փայտացումով հիվանդների խնամքը: Հիվանդին տեղավորում են
առանձին, լուսամուտներին վարագույր քաշած, ոչ պայծառ լույսով հի-
վանդասենյակում: Լուսթյունը պետք է լինի բացարձակ: Այս պայման-
ները չպահպանելը հանգեցնում է ջղակծկումների նոպայի առաջացմանը:
Կախված նշանակալի ջրազրկումից, հիվանդները պարենտերալ կամ կա-
թիլային հոգնայի ձևով պետք է ստանան 3—4 լ հեղուկներ: Եթե հի-
վանդը ինքնուրույն չի մեզում, անհրաժեշտ է օրը երկու անգամ մեզը
բաց թողնել կաթետերով, նախապես անզգայացնելով միզուկը (դիկաին,
նովոկաին, սովկաին): Զղածգական սինդրոմի մեջ գտնվող հիվանդի
կերակրումը կատարվում է քթի միջով մտցված մշտական բարակ զոնդի
միջոցով: Սնունդը ներս է մտցվում հեղուկ ձևով, որը պետք է լինի կա-
լորիայով բարձր և հարուստ վիտամիններով: Ինչպես սեպսիսի դեպքում
էր, անհրաժեշտ է հետևել կղման կանոնավորմանը, ժամանակին միզե-

լուն, մաշկի մաքրությանը, կատարել պառկելախոցերի, թոքերի բորբոքման և այլ պրոֆիլակտիկ միջոցառումները:

Ոսկրահողային տուբերկուլյոզով հիվանդների խնամքը: Այս պաթոլոգիայով հիվանդների հիմնական քանակակազմը կազմում են երեխաները, որը պայմանավորում է այս դեպքում խնամքի առանձնահատկությունը: Շատ պրոցեդուրաներ կարող են առաջացնել չհիմնավորված բողոք, քմայքներ: Հաճախ հիվանդը խուսափում է դեղանյութերի ընդունումից, հատկապես տհաճ համ ունեցող: Պետք է հիշել նաև, որ այս հիվանդները երկար ժամանակով գտնվում են հարկադրական դիրքում գիպսյա կապերի մեջ: Կախված սրանից, անհրաժեշտ է լուրջ ուշադրություն դարձնել պրոֆիլակտիկային՝ թոքերի բորբոքման, մկանների ապաճման, պառկելախոցերի և այլ դեպքերում: Հիվանդը պետք է միշտ ապահովված լինի թարմ օդով: Սրա համար հիվանդասենյակը պետք է լավ օդափոխել: Այսպիսի պահանջմունքներին համապատասխանում են այն հիվանդանոցները, որոնք հատուկ դուրս են բերված քաղաքի սահմանագծից: Ցուցված են պարբերաչափը որոշված արևային վաննաները և ուտարամանուշակագույն ճառագայթահարումը: Հիվանդները պետք է ստանան բազմատեսակ սնունդ, համային լավ հատկությամբ, հարուստ սպիտակուցներով և վիտամիններով:

Խուղակների առկայության դեպքում կատարվում են բոլոր միջոցառումները, որպեսզի ոչ յուրահատուկ թարախային ինֆեկցիան խուղակի մեջ ներս չանցնի: Ցուրահատուկ և ոչ յուրահատուկ ինֆեկցիաների համակցումը խիստ կերպով վատացնում է հիմնական հիվանդության ընթացքը և պահանջում է լրացուցիչ բուժում: Վիրահատված հիվանդները ապահովվում են այնպիսի խնամքով, ինչպիսին էր կոտրվածքների վիրահատումներից հետո, բայց հաշվի առնելով օրգանիզմի դիմադրողականության նվազումը երկարատև խրոնիկական թունավորման հետևանքով:

Քսուրի վերցնելը՝ քուրախային պարունակության մեջ միկրոֆլորայի բնույթը և նրա զգացողությունը հանդեպ անտիբիոտիկը որոշելու համար: Օգտագործվում է նախապես պատրաստված մանրէազերծված փորձանոթը, որի մեջ գտնվում է մանրէազերծված բամբակյա տամպոնը. սա հազցվում է մետաղալարին կամ փայտյա ձողին, որը դուրս է գալիս փորձանոթի խցանի միջով: Տամպոնը հանվում է փորձանոթից, նրա վրա վերցվում է հետազոտման համար անհրաժեշտ նյութը և նորից հետ է դրվում փորձանոթի մեջ, աշխատում են չհպվել նրա պատերին և ամուր փակում են փորձանոթը խցանով: Փորձանոթը անմիջապես ուղարկվում է մանրէաբանական լաբորատորիա (չորացման, մանրէների աուտոլիզի վտանգ) ուղեկցող գրությունով, որտեղ նշվում է հիվանդի ազգանունը, անունը, հայրանունը, բաժանմունքի անվանումը, ախտո-

ըրոշումը, տեղը, որտեղից վերցվել է քսուքը և հետազոտման նպատակը (միկրոֆլորայի բնույթը և նրա զգացողությունը որոշակի տեսակի անտիբիոտիկների հանդեպ և այլն):

Գլուխ XIII

ՄԵՌՈՒԿԱՑՈՒՄ, ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ, ԽՈՑԵՐ, ԽՈՒՂԱԿՆԵՐ: ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ ՆԵԿՐՈՋԻ ԿԱՄ ՄԵՌՈՒԿԻ ՄԱՍԻՆ

Այս տերմինի տակ ընդունված է հասկանալ հյուսվածքների կամ օրգանների մահը կենդանի օրգանիզմի մեջ: Նեկրոզի հիմքում ընկած են արյան մատակարարման և հյուսվածքների սնուցման խիստ խանգարումները, որոնք առաջանում են մի շարք արտաքին և ներքին ազդակներից: Նեկրոզի առաջացման արտաքին ազդակներին են վերաբերում՝ 1) սուր տրավման, որը առաջացնում է հյուսվածքների (մկաններ, ներվեր, անոթներ) նշանակալի վնասվածքներ, 2) հյուսվածքների երկարատև ճնշումը լարանով կամ գիպսյա կապով, 3) աղիների օղակումը ճողվածքային դրոնքում, 4) ջերմային և քիմիական ազդակների ներգործությունը (այրվածքներ, ցրտահարումներ): Ներքին ազդակներ են հանդիսանում՝ 1) արյան անոթի խցանումը էմբոլով, տրոմբոզով, կամ անոթների լուսանցքի նեղացման հետևանքով՝ խցանող էնդարտերիտի կամ աթերոսկլերոզի դեպքում, 2) մանրէների կենսագործունեության արգասիքների թունավոր ազդեցությունը (թունավոր նեկրոզներ գազային գանգրենայի դեպքում), 3) 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: Տարբերվում են գանգրենայի երկու ձևերը՝ շուր և թաց:

Չուր գանգրենան բնորոշվում է նեկրոզված հյուսվածքների աստիճանական միացումով և չորացումով (մումիացում): Գանգրենայի այս տեսակը զարգանում է ասեպտիկ պայմաններում, զարկերակային արյան մատակարարման աստիճանական դադարեցման դեպքում: Առողջ և մահացած հյուսվածքների սահմանում առաջանում է սահմանազատող գիծ, որը կազմված է հատավոր 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 հետե-

վանքով: 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 շրուժելու 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:

Պառկելախոցը մաշկի կամ լորձաթաղանթի և ենթակա հյուսվածքների նեկրոզն է, որն առաջանում է ճնշումից: Պառկելախոցերը 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 կարմրություն, զգացողության խանգարում, հետագայում սկսվում է մաշկի էքսկորացիա, նրա մուսկուլուսները, պոկվելը, 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 էմբոլիզ խցանվելիս դրանք հեռացվում են:

Նեկրոզի դեպքում անհրաժեշտ է կանխել թաց գանգրենայի զարգացումը: Այդ նպատակով նեկրոզի վայրում բուժումը անցկացվում է բաց եղանակով, հաշվի առնելով հյուսվածքների շորացումը:

Թաց գանգրենայի դեպքում անհրաժեշտ է փորձել այն վերածել շորի: Այս նպատակով դրվում են սպիրտային կապեր, մահացած հյուսվածքներին քսվում է յոդի լուծույթ: Սահմանազատող գծի առաջանալու դեպքում կատարվում է նեկրէկտոմիա (մահացած մասերի հեռացում):

ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՊԱԹՈԼՈԳԻԱՆԵՐԻ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՏԵՍԱԿՆԵՐԸ

Կլինիկական պրակտիկայում առավել մեծ նշանակություն ունեն անոթների բորբոքային և դիստրոֆիկ հիվանդությունները: Բորբոքային հիվանդությունները մենք քննարկեցինք 12-րդ գլխում: Այս բաժնում մենք կքննարկենք անոթային դիստրոֆիկ բնույթի հիվանդությունները, ինչպես և անոթների տրոմբոզն ու էմբոլիան:

Խցանող էնդարտերիիտը հիվանդություն է, որն ընթանում է զարկերակային անոթների աստիճանական խցանումով: Ավելի հաճախ ախտահարվում են ստորին վերջույթների անոթները: Հաճախ հիվանդանում են երիտասարդ տարիքի տղամարդիկ: Նախատրամադրող ազդակները հանդիսանում են ոտքերը շափից ավելի մրսեցնելը, նյարդահոգեկան տրամաման, ծխելը, խրոնիկական թունավորումը: Սկզբում նկատվում է փոքր զարկերակային անոթների կծկում, հետագայում առաջանում են նրանց պատերի կազմաբանական փոփոխություններ, շարակցական հյուսվածքի 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: Խցանող էնդարտերիիտը և խցանող 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 առնելիս դրանք վերանում են (ընդամիջվող կաղության ախտանիշ): Հիվանդության սկզբնական շրջանում զննելիս նկատվում է մաշկային ծածկույթների գունատություն: Մաշկը թեփակավում է, եղունգները դառնում են բեկուն, վերջույթը շոշափելիս սառն է, վերանում է պուլսը ոտնաթաթի թիկնային զարկերակի և հետին մեծ ուղքային զարկերակի վրա: Աթերոսկլերոզի դեպքում բնորոշ է լրացուցիչ ազդրային զարկերակի պուլսացիայի բացակայությունը: Հետագայում սովորաբար ոտնաթաթի առաջին մատի վրա առաջանում է խոց, որը մեծանալով անցնում է գանգրենոզ պրոցեսի (նկ. 131):

Բուժումը ուղղված է լավացնելու արյան մատակարարումը: Հանձնարարվում է սահմանափակել ծանրաբեռնումը: Դեղանյութերից նշանակվում են կծկումը վերացնող և անոթալայնիչ միջոցներ՝ դիպրոֆեն 0,025—0,05 գ օրը, պախիկարպին 0,12 գ 3 անգամ օրը, պադուտին կամ անգիոտրոֆին 1 ամպուլա օրը, վիտամիններ B₁, B₁₂ և ասկորբինաթթու: Որոշակի արդյունք տալիս է մորֆինի ներզարկերակային ներարկումը նովոկաինի հետ միասին, հարերիկամային նովոկաինային բլոկադան ըստ Վիշնևսկու, բարոկամերան: Պահպանողական բուժման անարդյունք լինելու դեպքում դիմում են վիրահատական բուժմանը: Աթերոսկլերոզի դեպքում անոթի կազմաբանական փոփոխության դեպքում սահմանափակ տեղամասի վրա տրոմբը հեռացվում է ինտիմայի հետ

միասին (ինտիմտրոմբէկտոմիա), ՚դրվում է շրջանցիկ բերանակցում հյուսվածքապատրուսի օգնութեամբ կամ մասնահատվում է անոթի այդ տեղամասը, որից հետո անցանելիութիւնը վերականգնվում է անոթային պատրուսի պատվաստման ճանապարհով:

Խցանոզ էնդարտերիտի ժամանակ կատարվում է կրծքային կամ գոտկային սիմպատիկ հանգույցների հեռացում (սիմպատէկտոմիա) կամ հեռացվում է ազդրային զարկերակի աղվենտիցիան (դենուդացիա): Հիվանդներին արգելվում է ծխելը: Գանգրենայի դեպքում կատարվում է անդամահատում: Անդամահատման մակարդակը որոշելու համար պետք է կատարվի արտերիոգրաֆիա:

ԵՐԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐԻԿՈԶ ԼԱՅՆԱՑՈՒՄ

Երակների վարիկոզ լայնացումը գերազանցապես նկատվում է ստորին վերջույթների վրա և, որպես կանոն, ախտահարվում է ենթամաշկային մեծ երակի համակարգը: Նախատրամադրող ազդակներն են անոթների նյարդավորման և էնդոկրին կարգավորման ոլորտում եղած խանգարումները, երակների պատերի կծկողական և մկանային տարրերի ոչ լիարժեքութիւնը, հղիութիւնը, աշխատանքը, որը կապված է երկարատև կանգնած դիրքի հետ (տաք արտադրամասերում, լվացքատներում, հացի փոներում և այլն):

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդներին անհանգստացնում է ախտահարված վերջույթի հոգնածութեան մեծացումը, ծանրութեան զգացումը, սրունքի և ոտնաթաթի այտուցի առաջացումը կանգնելիս, ինչպես և ենթամաշկային երակների ոլորումները և լայնացումները, որոնք պարզորոշ նկատվում են կանգնած դիրքում: Կարող են նկատվել ջղակծկումներ ձկնամկաններում: Մաշկը բարակում է, թեփակալվում, որպես բարդութիւն առաջանում են էկզեմա և շավացող խոցեր:

Բուժումը պահպանողական է, ինչպես նաև վիրահատական: Պահպանողական բուժման դեպքում առաջարկվում է հազնել առաձգական գուլպաներ, առաձգական բինտով փաթաթել:

Ոչ մեծ վարիկոզի դեպքում երակի մեջ կարելի է ներարկել կարծրացում առաջացնող նյութ: Երակը կարծրանալով նրա լուսանցքը փակվում է: Բայց բուժման այս ձևը տալիս է կրկնումներ:

Արտահատված պրոցեսի դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժումը՝ երակի հեռացումը զոնդի օգնութեամբ (Բեբկոկի վիրահատում), երակի բաց հեռացումը (Մադելունգի վիրահատում): Այս վիրահատումների դեպքում անպայմանորեն կատարվում է ենթամաշկային մեծ երակի կապումը այն վայրում, որտեղ այն թափվում է ազդրային երակի մեջ (Տրոյանով—Տրենդելենբուրգի վիրահատում) և սրունքի վրա, պճեղ-

ներից վերև դեպի խորքը գնացող երակների հատումը և կապումը (լին-
տոնի վիրահատում): Վիրահատական բուժումը հնարավոր է միայն
խորանիստ երակների անցանելիության դեպքում:

ԹՐՈՄԲՈԶ ԵՎ ԷՄԲՈԼԻԱ

Արյան մակարդիչ համակարգի խանգարման դեպքում դուրս են
գալիս նրա բաղադրիչ մի շարք մասերը (Ֆիբրին, էրիթրոցիտներ, լեյ-
կոցիտներ), որոնք սոսնձվելով միմյանց առաջացնում են խիտ զանգ-
ված, որը խցանում է անոթի լուսանցքը առաջացնելով արյան շրջա-
նառության խանգարում: Այդ զանգվածը կոչվում է թրոմբ, իսկ անոթի
խցանումը՝ թրոմբոզ: Սովորաբար թրոմբոզոցացման պրոցեսը տեղի է
ունենում դանդաղորեն, որը պայմաններ է ստեղծում կողմնակի ճանա-
պարհով արյան շրջանառության զարգացման համար, լայնացած փոքր
անոթների միջոցով, որոնք կոչվում են կոլլատերալներ:

Թրոմբի մի մասը կարող է պոկվել հիմնական զանգվածից և վե-
րածվել էմբոլի, որը կարող է խցանել անոթի լուսանցքը ըստ արյան
ընթացքի (էմբոլիա): Էմբոլներ կարող են հանդիսանալ նաև ճարպի
կաթիլը, օդի բշտերը, միկրոբային խառնակույտերը, որոնք անոթի լու-
սանցքի մեջ են թափանցում վնասվածքի կամ ինֆեկցիայի դեպքում:
Էմբոլիայի դեպքում արյան շրջանառության խանգարումները սկսվում
են հանկարծակի, և կոլլատերալները չեն հասցնում զարգանալ, որը հան-
գեցնում է համապատասխան մասի հյուսվածքների կամ օրգանի նեկ-
րոզի առաջացմանը: Հատկապես վտանգավոր են գլխուղեղի, սրտի և
թոքերի անոթների էմբոլիաները, որոնք կարող են առաջացնել հանկար-
ծակի մահ:

Կլինիկական պատկերը: Կախված է տրոմբի առաջացման արագու-
թյունից, անոթի մեծությունից և կոլլատերալների քանակից: Երակների
տրոմբոզի դեպքում արյան շրջանառության խանգարումները արտա-
հայտվում են արյունականգնման երևույթներով (կապտություն, այտուց,
ցավեր ախտահարված երակների շրջանում): Զարկերակի տրոմբոզի
դեպքում սկսվում է արյան շրջանառության խանգարման աստիճանական
զարգացող պատկեր, հիմնական անոթի լուսանցքի լրիվ փակվելու դեպ-
քում զարգանում է գանգրենա:

Զարկերակի էմբոլիայի դեպքում հանկարծակի առաջանում է ուժ-
գին ցավ, վերջույթի սառնություն, պուլսի բացակայություն և գանգրե-
նայի զարգացում: Գլխուղեղի, թոքերի, սրտի էմբոլիաների ժամանակ
նկատվում է հանկարծակի նրանց գործունեության դադար: Մաս-
նակի էմբոլիայի դեպքում գործունեության լրիվ դադարում տեղի չի
ունենում և բուժման ճիշտ անցկացումը կարող է փրկել հիվանդին:

Բուժումը: Պահպանողական միջոցառումները ուղղված են անոթների կծկումը վերացնելուն (պապավերին, նովոկաինային բլոկադաներ) և ներմուծվում են հակամակարդիչներ (հեպարին, պելենտան, նեոդիկումարին, ֆիբրինոլիզին և այլն): Հակամակարդիչները կիրառվում են հսկելով պրոտրոմբինային ցուցանիշը (նորմայում՝ 70—95 %, իջնում է մինչև 30 %): Վերջուլթին տրվում է բարձր դիրք և ապահովվում նրա բացարձակ հանգիստը: Մեծ զարկերակային ցողունների էմբոլիայի դեպքում կատարվում է շտապ վիրահատական բուժում՝ էմբոլի հեռացում (էմբոլեկտոմիա):

ԽՈՑԵՐ

Խոց կոչվում է մաշկի կամ լորձաթաղանթի արատը, որը առաջանում է նրանց նեկրոզի հետևանքով, երբեմն տարածվելով ենթակա հյուսվածքների վրա, լավացման թույլ հակվածությամբ: 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 (սննդախանգարում) պրոցեսների և նեկրոզի: Խոցերը ավելի հաճախ զարգանում են ստորին վերջուլթիների երակների վարիկոզ լայնացման, խցանող էնդարտերիիտի և աթերոսկլերոզի ֆոնի վրա: Տրոֆիկ խոցերը երբեմն առաջանում են նյարդային ցողունների վնասվածքի դեպքում (նստաներվի վնասվածքի դեպքում խոցը առաջանում է կրունկի կամ նախազարշապարի վրա): Հանդիպում են սիֆիլիսային և տուբերկուլյոզային խոցեր:

Բուժումը: Անհրաժեշտ է պարզել խոցի առաջացման պատճառը: Պրպես կանոն պատճառների վերացումը հանգեցնում է խոցի լավացմանը: Երակների վարիկոզ լայնացման դեպքում նրանք հեռացվում են կամ կապվում: Խոցը կտրվում-հեռացվում է, առաջացած մաշկային արատը ծածկվում է մաշկային հյուսվածքապատվաստով: Հիվանդին վիրահատման նախապատրաստելիս կատարվում է ոտքի լոզանք 0,5 % կալիումի պերմանգանատի լուծույթով: Կիրառվում է ցինկժելատինային վիրակապը (ցինկի օքսիդ և ժելատին՝ 25-ական գրամ, գլիցերին՝ 60 գ, ջուր՝ 120 մլ): Վիրակապը փոխվում է ոչ հաճախ, 5—7 օրը մեկ:

Նյարդային ցողունների վնասվածքի հետևանքով առաջացած խոցերի դեպքում կատարվում է նյարդի անջատումը սպիական հյուսվածքներից, իսկ անատոմիական լրիվ ընդհատվածության դեպքում այն կարվում է: Հետագայում կարող է սկսվել խոցի ինքնուրույն լավացումը:

Սիֆիլիսի և տուբերկուլյոզի դեպքում հիմնական հիվանդության բուժումը հանգեցնում է նաև խոցի լավացմանը:

Խուղակի տակ հասկացվում է միջանցք (խողովակ), որն ընթանում է խորանիստ հյուսվածքներից, օրգաններից և խոռոչներից մարմնի արտաքին մակերեսը (արտաքին խուղակ) կամ մի այլ օրգանի մեջ (ներքին խուղակ): Ըստ ծագման, խուղակները բաժանվում են՝ բնածին, առաջանում են սաղմնային զարգացման շրջանում, ճեղքերի և ծորանների շփակվելու հետևանքով (պարանոցի, պորտի, միզապարկի խուղակներ և այլն), և ձեռքբերովի խուղակներ, որոնք առաջանում են թարախաբորբոքային պրոցեսների (ֆլեգմոնա, աբսցես, օստեոմիելիտ) հետևանքով կամ վիրավորվելիս: Հատուկ խումբ են կազմում արհեստական խուղակները, որ առաջացնում է վիրաբույժը որոշակի ցուցումներից ելնելով (օրինակ, ստամոքսի խուղակը կերակրափողի անանցանելիության դեպքում, միզախուղակը միզակապույթյան դեպքում, կեղտախուղակը ուղիղ աղու հիվանդության դեպքում և այլն):

Խուղակների ախտորոշումը, հատկապես արտաքինը, մեծ դժվարություն չի ներկայացնում: Սրա համար ցուցված է խուղակի խողովակի զոնդավորումը և այնտեղ կոնտրաստային նյութի (յոդոլիպոլ, սերգոզին, կարդիոտրաստ) ներմուծումը, որից հետո ռենտգենյան նկարահանումը (ֆիստուլոգրաֆիա):

Բուժումը ուղղված է խուղակը առաջացնող պատճառների վերացմանը: Բնածին և ձեռքբերովի խուղակների դեպքում հաճախ նրանց վիրահատական եղանակով են փակում:

**ՄԵՌՈՒԿՆԵՐՈՎ, ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ,
ԽՈՑԵՐՈՎ, ԽՈՒՂԱԿՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

Այս կարգի հիվանդները պատկանում են առավել ծանր խմբի: Հիմնական սկզբունքները նույնն են, ինչ որ թարախային ինֆեկցիաներով հիվանդների խնամքի դեպքում էր: Մեծ դեր ունի հիվանդի հոգեվիճակի կանոնավորումը: Հարկավոր է նրա հետ վերաբերվել հոգատարությամբ և ուշադրությամբ: Հիվանդասենյակը պետք է լավ օդափոխել և պահպանել կատարյալ մաքրություն:

Խցանոց էնդարտերիտով և աթերոսկլերոզով հիվանդների խնամքը: Այս հիվանդների բուժման դեպքում հիմնական պայմանը հանդիսանում է ծխելը թողնելը: Միայն հանգեցնում է անոթների կծկմանը: Ոտքերը պետք է գտնվեն տաքության և կատարյալ մաքրության մեջ: Ոտքի աննշան քերծվածքը և հարված տեղը կարող են հանգեցնել տրոֆիկ խոցերի առաջացմանը: Ոտնամանը պետք է լինի տաք և ազատ:

Տրոֆիկ խոցերի դեպքում անհրաժեշտ է պարբերաբար փոխել վիրակապը հաշվի առնելով ասեպտիկայի խստագույն սկզբունքը: Արտահայտված ցավերի դեպքում դրանք վերացնելու համար անհրաժեշտ է անոթալայնիչ պրեպարատներ կիրառել և միայն նրանց ոչ բավարարողյունավետության դեպքում կիրառվում են նարկոտիկներ:

Երակների վարիկոզ լայնացումով հիվանդների խնամք: Ժամանակին և ճիշտ կատարված վերջույթի բինտակապումը առաձգական բինտով և առաձգական գուլպաների հագնելը զգալի չափով արգելակում են հիվանդության զարգացումը: Կոշիկը պետք է լինի ազատ, անհրաժեշտ է զգուշանալ, որ ոտքը չհարվի: Տվյալ հիվանդությունը երբեմն հանգեցնում է զգալի չափով երակային արյունահոսությունների առաջացմանը: Ճնշող կապով կարելի է դադարեցնել արյունահոսությունը: Տրոֆիկ խոցերի բուժման դեպքում անհրաժեշտ է խստագույն ասեպտիկա: Աշխատանքը կապված չպետք է լինի երկարատև կանգնելու հետ:

Գանգրենայով հիվանդների խնամքը նկարագրված է «վիրաբուժական ինֆեկցիաներով հիվանդների խնամքը» բաժնում, խուղակներով հիվանդների խնամքը՝ «Ստամոքս-աղիքային ուղու օրգանների հիվանդություններ» գլխում:

Գլուխ XIV

ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ուռուցք ասելով հասկացվում է հյուսվածքների ախտաբանական աճը, որը առաջանում է ննկատելի պատճառներից և տարբերվում է նորմալ հյուսվածքից իր կազմությամբ, զարգացումով, աճով, սնման և նյութափոխանակության պրոցեսներով:

Ուռուցքի առանձնահատկությունը հանդիսանում է բջիջների անսահմանափակ բազմացումը: Հյուսվածքաբանորեն մեծ թվով ուռուցքներ ունեն այնպիսի կառուցվածք, որը փոքր-ինչ հիշեցնում է տվյալ օրգանի կամ հյուսվածքի կազմությունը, որոնցից առաջացել է ուռուցքը (օրգանանման կամ հյուսվածքանման կազմություն): Ուռուցքը կազմված է սեփական հյուսվածքից (պարենխիմա) և հենք հանդիսացող հյուսվածքներից՝ անոթներ, նյարդեր, շարակցական հյուսվածք (ստրոմա): Չնայած դրան ուռուցքի կազմությունը էականորեն տարբերվում է առողջ օրգանի կամ հյուսվածքի կառուցվածքից:

Ուռուցքները բաժանվում են խմբերի՝ կախված հյուսվածքների կառուցվածքից, որոնցից նրանք առաջացել են:

1. էպիթելային՝ ա) բարորակ (պապիլոմաներ— պտկիկավոր, ադենոմաներ— գեղձային, կիստաներ— խոռոչավոր ուռուցքներ), բ) չարորակ (կարցինոմա կամ քաղցկեղ):

2. Շարակցահյուսվածքային՝ ա) բարորակ (ֆիբրոմա), բ) չարորակ (սարկոմա):

3. Անոթային՝ ա) բարորակ հեմանգիոմաներ— արյունատար անոթներից, լիմֆանգիոմաներ— ավշային անոթներից, բ) չարորակը՝ հեմանգիոսարկոմա:

4. Ճարպային՝ ա) բարորակը՝ լիպոմա, բ) չարորակը՝ լիպոսարկոմա:

5. Նյարդային հյուսվածքից՝ ա) բարորակը՝ նևրինոմա, բ) չարորակը՝ չարորակ նևրինոմա:

6. Զլաբունոցներից և հոդաշապիկից՝ ա) բարորակը՝ բարորակ սինովիոմա, բ) չարորակը՝ չարորակ սինովիոմա:

7. Խառը ուռուցքներ. այս ուռուցքները կազմված են տարբեր հյուսվածքներից՝ բարորակ և չարորակ կառուցվածքի:

Չարուրակ համարվում են այն ուռուցքները, որոնք կազմված են ոչ հասուն հյուսվածքից: Նրանք տարբերվում են արագ աճով, ներթափանցումով հարևան օրգանների մեջ և ուռուցքային բջիջների տեղափոխման հակվածությամբ ավշային (լիմֆոգեն ճանապարհ) կամ արյունային (հեմատոգեն ճանապարհ) համակարգերով այլ օրգանների կամ հյուսվածքների մեջ, առաջացնելով փոխակայումներ (մետաստազներ):

Ուռուցքի հեռացումից հետո այն կարող է նորից առաջանալ այդ նույն տեղում (ռեցիդիվ): Հարևան հյուսվածքների մեջ աճը տեղի է ունենում միջհյուսվածքային ճեղքերի մեջ ուռուցքային բջիջների արմատավորումից, որի հետևանքով քայքայվում են այդ հյուսվածքների բջիջները: Այդպիսի աճը կոչվում է ներսփռական (ինֆիլտրացիոն): Մետաստատիկ ուռուցքը ունի մայր ուռուցքի կառուցվածքը և տարբերվում է նույնպիսի հարաճուն աճով: Չարորակ ուռուցքների դեպքում նկատվում է օրգանիզմի հյուսվածություն՝ կախեքսիա: Չարորակ ուռուցքները կարող են քայքայվել:

Տարբերվում է չարորակ ուռուցքների զարգացման չորս շրջան՝ 1) ուռուցքի տեղային աճ, 2) նրա տարածումը ավշային ճանապարհով մինչև մոտակա ավշային հանգույցները, 3) մետաստազների տարա-

ծումը արյունային ճանապարհով, 4) ուռուցքի տարածումը (դիսսեմինացիա) ամբողջ օրգանիզմով:

Բարոբակներին են պատկանում այն ուռուցքները, որոնք կազմված են հասուն հյուսվածքից, աճելով, իրարից հեռացնում են հարևան հյուսվածքները, չեն արմատավորվում նրանց մեջ, մետաստազներ և ընդհանուր հյուսվածություն չեն առաջացնում և չեն քայքայվում:

ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ԾԱԳՄԱՆ ԵՎ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԸ

Ներկայումս ուռուցքների ժագման հիմնական տեսությունը համարվում է պոլիէթիոլոգիական տեսությունը: Ըստ այս տեսության կենդանի օրգանիզմի յուրաքանչյուր բջիջում գոյություն ունի յուրահատուկ վիրուս, որը կարող է առաջացնել ուռուցք, բայց այդ վիրուսը գտնվում է անգործունյա վիճակում (անաբիոզ): Այն բանի համար, որպեսզի այն անցնի գործունյա վիճակի, անհրաժեշտ է մի շարք արտաքին գործոնների (կանցերոզեններ) լրացուցիչ ներգործությունը: Սրանք իրենց հերթին բաժանվում են՝ քիմիական (բենզպիրեն, արոմատիկ ամիններ և այլն, որոնք գտնվում են արտամղվող դեղերի, ծխի մեջ, քիմիական արտադրության մեջ և այլն), ֆիզիկական (արևի ուլտրամանուշակագույն ճառագայթները, իոնիզացիոն, ռադիացիոն, ռենտգենյան և գամմա-ճառագայթների, ատոմի տարրական մասնիկների և այլ ներգործության հետևանքով) և կենսաբանական (տարբեր պարազիտներ): Վիրուսը ակտիվանալով ներգործում է բջջի գենետիկ կառուցվածքի վրա, մասնավորապես ԴՆԹ և ՌՆԹ վրա, փոխվում է ժառանգականությունը, որը հանգեցնում է հյուսվածքի նոր տեսակի առաջացմանը, այդ թվում և ուռուցքի: Բայց այս դեպքում անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ հաճախ վերոհիշյալ ազդակների առկայությունը լինում է ոչ բավարար ուռուցքների զարգացման համար: Օրգանիզմի իմունոկենսաբանական պաշտպանական ուժերի թուլացումը նպաստում է ուռուցքի զարգացմանը:

Հաճախ քաղցկեղային պրոցեսը ախտահարում է 40-ից բարձր տարիքի մարդկանց: Գոյություն ունի այն կարծիքը, որ ներկայումս շարորակ նորագոյացություններով հիվանդների քանակը շատացել է:

ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ԱՌԱՆՁԻՆ ՏԵՍԱԿՆԵՐԸ

Պտպիլումտներ. սրանք բարորակ պտկիկային ուռուցքներ են, որոնք կազմված են շարակցահյուսվածքային հենքից, ծածկված էպիթելով: Նրանք կարող են նկատվել մաշկի և լորձաթաղանթների վրա (հաճախ ստամոքսի, աղիների և միզուղիների): Պապիլոմաները կարող են ենթարկվել շարորակ կազմափոխման:

Աղենումաները առաջանում են գեղձային հյուսվածքներում: Կարող են ձևափոխվել գեղձային քաղցկեղի: Նրանք հանդիպում են մարմնի բոլոր մասերում, որտեղ գտնվում է գեղձային հյուսվածք (կրծքագեղձում, վահանաձև գեղձում, ձվարաններում և այլն):

Դերմոիդ կիստաները պատկանում են բշտային ձևին և առաջանում են սաղմնային զարգացման շրջանում, մաշկի ոչ մեծ մասի խորը ներսուզվելու հետևանքով: Նրանք ունեն ամուր թաղանթ, որը ծածկում է շիլայանման զանգվածը, վերջինս կազմված է մաշկային ճարպի, մազերի և էպիթելի պոկված թեփերի խառնուրդից: Ավելի հաճախ տեղակայվում է կոնքի շրջանում և միջնորմի առջևում:

Քաղցկեղ. առավել հաճախ հանդիպող շարորակ ուռուցք է, որը զարգանում է էպիթելային բջիջներից: Քաղցկեղը ախտահարում է այն բոլոր օրգանները, որտեղ կա էպիթել: Քաղցկեղային ուռուցքի նշանը համարվում է էպիթելի փոփոխությունը, որը բնորոշվում է նրա ձեռքբերովի ատիպիկ կառուցվածքով:

Քաղցկեղային ուռուցքի արագ աճը և արյան մատակարարման անբավարարությունը հանգեցնում են ուռուցքի հատվածների մահացմանը, հետագայում այն քայքայվում է, առաջացնելով խոռոչներ ու խոցեր: Քաղցկեղային խոցը ունի բնորոշ տարբերիչ նշաններ՝ նրա հատակը և եզրերը ամուր են, ծածկված են կեղտոտ ճարպային փառով: Քաղցկեղային ուռուցքը աճելով քայքայում է նաև հարևան հյուսվածքները՝ ներառելով նրանց մեջ: Քաղցկեղային ուռուցքին բնորոշ են մետաստազները ավշային և արյան անոթներով: Քաղցկեղային պրոցեսը հաճախ ուղեկցվում է հյուծումով: Հատկապես հաճախ հյուծվածությունը նկատվում է ստամոքսի քաղցկեղային ախտահարման ժամանակ:

Ֆիբրոմա. շարակցական հյուսվածքի բարորակ ուռուցք է: Հանդիպում է օրգանիզմի բոլոր հյուսվածքներում: Տեղակայման նախասիրված վայրերն են հանդիսանում արգանդը, մաշկը, ենթամաշկային բջջանքը: Կարող է աճել մինչև հսկա չափերի:

Լիպոմա. բարորակ ուռուցք է, որը առաջանում է ճարպային հյուսվածքից: Ունի բլթակաձև կառուցվածք, ծածկված է նուրբ թաղանթով, աճում է դանդաղ: Ունի տարբեր տեղակայում (ամենուրեք, որտեղ կա ճարպաբջջանք): Լինում են միայնակ և բազմաթիվ լիպոմաներ: Ուռուցքը կարող է հասնել հսկա չափերի:

Խոնդրոմա. բարորակ ուռուցք է կազմված աճառային հյուսվածքից, տարբերվում է դանդաղ աճով:

Օստեոմա. ոսկրային հյուսվածքի ուռուցք է, աճում է դանդաղ: Կարող է նկատվել շարորակ կազմափոխություն:

Սարկոմա. շարորակ ուռուցք է, որը զարգանում է շարակցական հյուսվածքից: Սարկոման, որը զարգանում է աճառային հյուսվածքից,

կոչվում է խոնդրոսարկոմա, ոսկրից՝ օստեոսարկոմա, փակեղից՝ ֆիբրոսարկոմա, ավշային հանգույցներից՝ լիմֆոսարկոմա, արյան անոթներից՝ անգիոսարկոմա:

Ըստ ընթացքի բնույթի ունի շարորակության բոլոր նշանները (արագ աճ, հարևան հյուսվածքների մեջ ներթափանցում, մետաստազներ, հյուծում, քայքայում):

Անգիոմա. անոթներից ծագող բարորակ ուռուցք է: Ուռուցքները, որոնք առաջանում են ավշային անոթներից, կոչվում են լիմֆանգիոմաներ, արյան անոթներից՝ հեմանգիոմաներ: Հեմանգիոմաները իրենց հերթին բաժանվում են. 1) հասարակ կամ կապիլյարային (բնածին խալեր), 2) խորշավոր կամ սպունգանման, 3) ճյուղավոր:

Մեծ հեմատոմաների դեպքում ուռուցքի շրջանում հաճախ կարելի է լսել անոթային աղմուկ:

Միոմա. մկանային հյուսվածքի ուռուցք է: Հարթ մկաններից առաջացող ուռուցքը կոչվում է լեյոմիոմա, լայնական գծավոր մկաններինը՝ ութրոմիոմաներ: Աճը դանդաղ է:

Նևրինոմա. նյարդաբնի շվանյան թաղանթի ուռուցք (շվաննոմա): Հանդիպում է հազվադեպ: Ավելի հաճախ տեղակայվում է նստանյարդի, միջնական և ծղիկային նյարդերի վրա: Իրենից ներկայացնում է ոչ մեծ ուռուցքանման գոյացություն, որն առաջացնում է արտահայտված, հաղորդական բնույթի ցավ:

Գլիոմա. գլխուղեղի և ողնուղեղի ուռուցք է: Չնայած այն բանին, որ պատկանում է բարորակ ուռուցքների խմբին, բայց բնորոշվում է արագ ներսփռական աճով՝ ներթափանցելով հարևան հյուսվածքների մեջ: Գլիոմայի հեռացումից հետո այն նորից կարող է կրկնվել:

ՉԱՐՈՐԱԿ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

Կլինիկական պրակտիկայի համար ամենամեծ նշանակությունը ունեն շարորակ ուռուցքները, քանի որ պաթոլոգիայի ամենավտանգավոր ձևն են հանդիսանում:

Չարորակ ուռուցքների ախտորոշումը: Չարորակ ուռուցքների ախտորոշման դեպքում մեծ ուշադրություն է դարձվում անամնեստիկ տվյալներին, հիվանդի գանգատներին, զննման արդյունքներին և լրացուցիչ հետազոտման եղանակներին (բջջաբանական ախտորոշում— ուռուցքից քսուքի կամ պունկտատի վերցնելը ուռուցքային բջիջները գտնելու համար, բիոպսիա— հյուսվածքի կտորի վերցնելը հյուսվածքաբանական հետազոտման համար, ուռուցքի կազմությունը որոշելու նպատակով, ընդհանրացնող և շերտավոր ռենտգենյան նկարահանումները, ռադիո-

իզոտոպային ախտորոշումը), որոնք թույլ են տալիս պարզելու ճիշտ ախտորոշումը:

Բուժման առումով արժեքավոր է ուռուցքի վաղ հայտնաբերումը, երբ այն դեռևս մետաստազներ չի տվել: Չարորակ ուռուցքները վաղ հայտնաբերելու համար բժշկական անձնակազմը պետք է ունենա ուռուցքաբանական զգաստութիւն (կասկածելու դեպքում անհրաժեշտ է ժխտել շարորակ ուռուցքը): 40-ից բարձր տարիք ունեցողները, որոնք ունեն տարբեր խրոնիկական հիվանդութիւններ, առանձնացվում են «բարձրացած հնարավոր վտանգի» խմբի մեջ. նրանք հակված են դեպի շարորակ ուռուցքների առաջացումը և պետք է առնվազն տարին մեկ անգամ անցնեն հատուկ հետազոտում: Կանոնավոր կերպով պետք է անցկացնել ազգաբնակչության պրոֆիլակտիկ զննումներ (բջջաբանական ախտորոշումով, ֆլյուրոգրաֆիայով և էնդոսկոպիկ հետազոտութիւնամբ): էնդոսկոպիկ հետազոտութիւնները, որոնք կատարվում են ժամանակակից թելանման ճկուն օպտիկական սարքերի օգնութիւնամբ (ֆիբրոբրոնխոսկոպ, ֆիբրոէզոֆագոսկոպ, ֆիբրոգաստրոսկոպ և այլն), զգալիորեն ընդլայնում են ախտորոշման հնարավորութիւնները:

Չարորակ ուռուցքների վարզացման փուլերը: Չարորակ ուռուցքների ախտորոշումը պարզելու դեպքում անհրաժեշտ է որոշել, թե որ փուլում է գտնվում հիվանդութիւնը, քանի որ ելնելով փուլից նշանակվում է համապատասխան բուժումը:

I փուլը բնորոշվում է փոքր չափի ուռուցքի առկայութիւնամբ, որը դեռևս խորանիստ հյուսվածքների մեջ չի աճել և չի ընդգրկել օրգանի ավշային հանգույցները:

II փուլի դեպքում ուռուցքը արդեն մեծ չափերի է, բայց դեռևս ախտահարված օրգանի սահմաններից դուրս չի եկել: Կարող են լինել առանձին մետաստազներ օրգանի ավշային հանգույցներում:

III փուլում ուռուցքը դուրս է գալիս ախտահարված օրգանի սահմաններից և ներաճում է մոտակա հյուսվածքների մեջ: Նկատվում են բազմաթիվ մետաստազներ մոտակա ավշային հանգույցներում:

IV փուլում ուռուցքը հասնում է զգալի չափերի, առաջանում է նրա քայքայումը և բազմաթիվ հեռավոր մետաստազներ: Քաղցկեղային թունավորման հաշվին զարգանում է կախեքսիա (խիստ հյուսվածութիւն):

Վերջին երկու փուլերի դեպքում արմատական բուժում չի կատարվում:

Չարորակ ուռուցքների բուժումը: Ներկայումս շարորակ ուռուցքների բուժման համար կիրառվում են հետևյալ եղանակները՝ վիրաբուժական, ճառագայթային, քիմիաթերապիա և հորմոնաթերապիա: Հաճախ բուժման այս եղանակները համակցվում են միմյանց հետ կամ փոխարինվում մեկը մյուսով:

Բուժման վիրաբուժական եղանակը հանդիսանում է արավել արմատականը և հաճախ կիրառվում է ներքին օրգանների (կերակրափող, ստամոքս, թոքեր, արգանդ և այլն) ախտահարումների դեպքում: Բուժման այսպիսի ձևի դեպքում ընդհանուր բլոկի ձևով հեռացվում է օրգանը կամ նրա մի մասը առողջ հյուսվածքների սահմանում, օրգանի մոտակա ավշային հանգույցների և բջջանքի հետ միասին (արմատական վիրահատում): Պալլիատիվ (ամոքիչ) վիրահատումը կատարվում է միայն ժամանակավորապես հիվանդի դրուժյունը թեթևացնելու նպատակով հետևյալ կերպ. հեռացվում է սկզբնական ուռուցքը, թողնելով մետաստազները կամ վերացվում է հիմնական ախտանիշը, որը անհանգստացնում է հիվանդին, օրինակ՝ շրջանցիկ բերանակցման դնելը աղիների կամ ստամոքսի քաղցկեղի դեպքում:

Ճառագայթային բուժումը կիրառվում է որպես բուժման ինքնուրույն ձև կամ համակցված կերպով՝ վիրաբուժական, հորմոնային և քիմիաթերապևտիկ բուժումների հետ:

Գոյություն ունեցող բազմապիսի ուլորտի իոնիզացնող ճառագայթների դեպքում, կախված եղանակների հանրագումարից, ճառագայթային բուժման բոլոր մեթոդները կարելի է պայմանականորեն բաժանել երեք խմբի՝ 1) արտաքին ներմաշկային ճառագայթահարման մեթոդներ, 2) ներխոռոչային ճառագայթահարում՝ կանխամտածված կերպով ճառագայթահարման աղբյուրը մտցվում է բնական բացվածքների մեջ (բերանի խոռոչ, արգանդ, կերակրափող, միզապարկ և այլն) կամ արհեստական բացվածքների մեջ, 3) ներհյուսվածքային (ներուռուցքային) ճառագայթահարման մեթոդներ:

Վերջին տարիներին զգալի տարածում է ստացել ֆիմիաթերապիան, որի դեպքում կիրառվում են հատուկ պրեպարատներ, որոնք ընտրողաբար են ազդում շարորակ բջիջների վրա: Ամենից հաճախ կիրառվում են ԹիոՏէՖը, էմբիխինը, ԴՕՖԱն, լոֆենալը, կոլհամինը և այլն:

Չարորակ բջիջների ոչնչացման համար անհրաժեշտ է լինում ներմուծել քիմիապրեպարատների մեծ դեղաչափեր, ինչը շնորհիվ նրանց թունավոր ազդեցության անկարևոր չէ օրգանիզմի համար:

Որոշ շարորակ նորագոյացությունների դեպքում անցկացվում է հորմոնաթերապիա: Այսպես, ստինքի քաղցկեղի դեպքում կիրառվում են տղամարդու սեռական հորմոններ— անդրոգեններ, շագանակագեղձի քաղցկեղի դեպքում— կանացի սեռական հորմոններ (էստրոգեններ): Համակցելով բուժման այլ եղանակների հետ, հորմոնաթերապիան տալիս է լավ բուժական արդյունք: Ինչքան վաղ է սկսվում նպատակային բուժումը, այնքան լավ է արդյունքը:

Բարորակ ուռուցքների դեպքում կատարվում է ուռուցքի վիրաբուժական հեռացում: Անհրաժեշտ է հիշել, որ բարորակ ուռուցքը կարող

է վերասերվել շարորակի, այս պատճառով սրա հեռացումը հանդիսանում է շարորակ վերասերման պրոֆիլակտիկ միջոցառում:

Հասկացություն նախաքաղցկեղային վիճակի մասին: Նախաքաղցկեղ ընդունված է անվանել տարբեր պրոցեսները կամ վիճակները, որոնք օրինաչափորեն նախորդում են շարորակ ուռուցքներին և հաճախ վերափոխվում շարորակի: Այդպիսի վիճակներին են պատկանում զարգացման արատները, այդ թվում՝ ճանապարհից շեղված սաղմնային սկզբնավորումը, խրոնիկական բորբոքային պրոցեսները, հյուսվածքների վերականգնման խանգարումը, հիպերպլաստիկ (մաշկագերաճում) պրոցեսները:

Նախաքաղցկեղային հիվանդություններով բոլոր հիվանդները պետք է գտնվեն դիսպանսեր հաշվառման մեջ և տարին երկու անգամ ենթարկվեն մանրազնին ուռուցքաբանական հետազոտման:

ՕՆԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ ԽՍՀՄ-ՈՒՄ

Օնկոլոգիական ծառայության հիմնական օղակը հանդիսանում են օնկոլոգիական դիսպանսերները: Նրանք իրագործում են շարորակ ուռուցքների ախտորոշումը և բուժումը իրենց գործունեության տարածքում, կատարում են օնկոլոգիական և նախաքաղցկեղային հիվանդների հաշվառում, ինչպես և զբաղվում են սանիտարալուսավորական աշխատանքով: Օնկոլոգիական դիսպանսերները հագեցված են ժամանակակից ախտորոշիչ և բուժական ապարատուրայով, ունեն հաստիքներ, որակյալ մասնագետներ:

Օնկոլոգիական կաբինետների (բաժինների) խնդիրներն են՝ ուռուցքով հիվանդների հաշվառումը, նրանց դիսպանսեր հսկողությունը և համապատասխան բուժումով ապահովելը, ինչպես նաև տարբեր միջոցառումներ կազմակերպելը քաղցկեղի վաղ ախտորոշման պրոֆիլակտիկայի վերաբերյալ իր գործունեության շրջանում:

Օնկոլոգիական ինստիտուտները սովորաբար սպասարկում են այն հիվանդներին, որոնց մոտ համեմատաբար դժվար է իրագործել ախտորոշումը և բուժումը, ինչպես և զբաղվում են շարորակ ուռուցքների ախտորոշման և բուժման նոր մեթոդներ որոնելով ու գտնելով:

Լրիվ հաշվառման և դիսպանսեր հսկողությունը ապահովելու համար օնկոլոգիական բոլոր հիվանդները ընդգրկված են հետևյալ կլինիկական խմբերի մեջ՝ I ա խումբ, այն հիվանդություններով հիվանդներն են, որոնց մոտ կասկածում են շարորակ նորագոյացություն, I բ խումբ — նախաուռուցքային հիվանդություններով հիվանդներն են,

II խումբ— շարորակ նորագոյացություններով հիվանդներն են, որոնք ենթակա են հատուկ բուժման, II ա խումբ— շարորակ ուռուցքներով հիվանդներն են, որոնք ենթակա են արմատական բուժման, III խումբը գործնականում առողջներն են (բուժվել են քաղցկեղից), IV խումբ— ժամանակին չբուժված հիվանդություններով հիվանդներն են, որոնք ենթակա են ախտանշանային բուժման:

Կլինիկական խմբերը չպետք է շփոթել հիվանդության փուլերի հետ (տես վերևում):

Չարորակ ուռուցքների բացահայտման համար մեծ նշանակություն ունեն պրոֆիլակտիկ զննումները: Գոյություն ունի պրոֆիլակտիկ զննումների երեք ձև՝ 1) կոմպլեքսային զննումներ, երբ հայտնաբերվում են ոչ միայն նախաքաղցկեղային և քաղցկեղային հիվանդությունները, այլև վիրաբուժական, թերապևտիկ, գինեկոլոգիական և այլն, 2) նպատակային զննումներ, երբ հատուկ հայտնաբերվում են միայն նախաքաղցկեղային հիվանդությունները և շարորակ ուռուցքները, 3) անհատական պրոֆիլակտիկ զննում քաղցկեղի կապակցությամբ, որը կատարվում է պոլիկլինիկայում կամ հիվանդանոցում բժշկի կողմից, որին հիվանդը գիմել է ուրիշ հիվանդութւան աատճառով:

ՕՆԿՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Օնկոլոգիական հիվանդների խնամքը ունի իր յուրահատկությունները: Յուրաքանչյուր դեպքում հարկավոր է խնամքով թաքցնել հիվանդից ճշմարիտ ախտորոշումը, խնայելով հիվանդի հոգեվիճակը: «Քաղցկեղ», «սարկոմա» տերմինները պետք է փոխել «խոց», «նեղացում», «կոշտացում» և այլ բառերով: Պետք է խուսափել լատինական անվանումներից՝ «կանցեր», «ց-ո», «բլաստոմա», «նեոպլազմա», քանի որ հիվանդներից շատերը հասկանում են այդ անվանումները: Նույնիսկ հիվանդի վիճակի վատացման դեպքում հիվանդը պետք է հավատա իր առողջացմանը և համոզված լինի, որ վատացումը ժամանակավոր է: Մեծ մասամբ օնկոլոգիական հիվանդների հոգեվիճակը անկայուն է, շատ դյուրագրգիռ են, այս պատճառով բարձիթողի արված ուռուցքներով հիվանդներին բուժման հենց սկզբից անհրաժեշտ է առանձնացնել մնացած հիվանդներից:

Անհրաժեշտ է հետևել, որ հիվանդին վերաբերող փաստաթղթերը չանցնեն հիվանդի ձեռքը: Իսկական ախտորոշման մասին կարելի է տեղյակ պահել միայն հիվանդի մոտիկ հարազատներին, զգուշացնելով նրանց, որպեսզի նրանք չհայտնեն հիվանդին իսկական ախտորոշումը:

Մոտիկ հարազատներին պետք է նույնպես տեղեկացնել ուռուցքային հիվանդության ոչ վարակիչ լինելու մասին:

Օնկոլոգիական հիվանդների խնամքը արմատական վիրահատումից հետո չի տարբերվում ուրիշ վիրաբուժական պաթոլոգիաներով հիվանդների խնամքից:

Պալլիատիվ մեթոդով բուժված և ոչ վիրահատական պրոցեսով հիվանդները հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո պահանջում են տնային հսկողություն, նրանց հանդեպ խնամքը իրագործում են հարազատները և պատրոնած քույրերը: Հիվանդը պետք է ստանա բարձր կալորիայի սնունդ, կազմված բազմազան կերակրատեսակներից: Այս դեպքում անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ քաղցկեղային թունավորման հաշվին, նրանց մոտ նկատվում է ախորժակի կորուստ, այն լավացնելու համար հիվանդներին նշանակվում է աղաթթու՝ պեպսինի հետ միասին և անխառն գինի: Որպես կանոն նկատվում է փորկապություն: Այս դեպքերում անհրաժեշտ է շաբաթվա մեջ 2—3 անգամ կատարել մաքրող հոգնաներ: Ուռուցքի քայքայման դեպքում կարող է նկատվել արյունահոսություն (այս դեպքերում հիվանդը պետք է ստանա արյունահոսությունը դադարեցնող միջոցներ): Արտաքին տեղակայման ուռուցքի քայքայման և նրա ինֆեկցման դեպքում առաջարկվում է կիրառել հոտազերծիչ միջոցներ (5 % կալիումի պերմանգանատի լուծույթ, սկիպիդար և այլն): Խորխր հավաքվում է հատուկ բանկանների կամ պտտվող կափարիչով փակվող թքամանների մեջ, որոնք ամեն օր լվացվում են տաք ջրով և 10 % քլորակրի լուծույթով:

Ցավերը վերացնելու համար անհրաժեշտ չէ միանգամից դիմել նարկոտիկ միջոցներին, որոնք թուլացնում են հիվանդին և հակում առաջացնում: Կավ է սկսել ցավ հանգստացնող միջոցներից: Ոսկրի մեջ ուռուցքի մետաստազի դեպքում առաջարկվում է ներարկել 10 մլ 1 % հեքսենալի լուծույթ: Պերիֆոկալ բորբոքային ռեակցիայի հետևանքով առաջացող ցավերի դեպքում նշանակվում են անտիբիոտիկներ և սուլֆանիլամիդներ:

ՄԱՍՆԱՎՈՐ ՎԻՐԱԲՈՒԹՈՒԹՅՈՒՆ

Գլխի I

ԳԼԽԻ, ԴԵՄՔԻ ԵՎ ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ ՈՒ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԴԵՄՔԻ ԵՎ ԳԼԽԻ ՓԱՓՈՒԿ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Ջարդվածքներ: Գլխի և դեմքի փափուկ հյուսվածքներին բուժ առարկայով հարվածելու դեպքում առաջանում են ջարդվածքներ: Այս դեպքում վնասվում են մաշկը և ենթամաշկային բջջանքը: Ենթամաշկային բջջանքի հատուկ կառուցվածքի շնորհիվ արյունը վնասված անոթից դուրս գալով չի տարածվում, այլ կուտակվում է ջարդվածքի վայրում:

Կլինիկապես ջարդվածքի վայրում առաջանում է ուռուցքանման գոյացություն՝ «ելունդ», որը այնքան հաճախ նկատվում է երեխաների մոտ: Դեմքի փափուկ հյուսվածքների վրա, հատկապես ակնակապիճների շրջանում առաջանում է կապտություն. սա անհրաժեշտ է տարբերակել ակնոցի ախտաճիշից, որը նկատվում է գանգի հիմի կուտորվածքների դեպքում (տես ներքևում): Հետագա օրերին կապտուկը ընդունում է կանաչավուն երանգ, հետագայում դեղնավուն և աստիճանաբար ամբողջովին վերանում է:

Բուժումը պահպանողական է՝ հանգիստ, ջարդվածքի վայրի վրա դնել սառը և ճնշող վիրակապ, մեծ հեմատոմայի դեպքում այն դատարկվում է պունկցիայի միջոցով: Հեմատոմայի վայրում եթե նկատվում է պուլսացիա (զարկերակի վնասվածք) և նրա մեծացումը, ապա բուժումը վիրահատական է, կտրվում-բացվում է հեմատոման, կապվում է արյունահոսող անոթը և կարվում մաշկը:

Վերքեր: Այս տեղակայման վերքերի առանձնահատկություններից մեկը ուժգին արյունահոսությունն է, որ կախված է գլխի արյան լավ մատակարարումից: Երկար մազեր ունեցող մարդկանց մոտ պատահում են գանգամաշկված վերքեր, եթե մազերը ընկնում են որևէ մեխանիզմի շարժվող մասերի մեջ: Այս դեպքում գլխի փափուկ հյուսվածքները մազերի հետ միասին ամբողջապես անջատվում են գանգից (գանգամաշկ):

Առաջին օգնությունը և բուժումը: Առաջին օգնության հիմքը հանդիսանում է դեպքի վայրում արյունահոսության անհապաղ դադարեցումը: Այդ նպատակով ոչ մեծ վերքերի դեպքում միանգամայն բավական է ճնշող կապ դնելը: Ավելի մեծ զարկերակային ցողունների վնասվածքի դեպքում անհրաժեշտ է սեղմել անոթը տարածության վրա, տուժածին հասցնել վիրաբուժական ստացիոնար: Արտաքին քունքային զարկերակի վիրավորման դեպքում այն սեղմվում է ականջախեցու առջևում, արտաքին ծնոտային զարկերակը՝ ստորին ծնոտի ներքևի եզրին, 1—2 սմ նրա անկյունից առաջ: Վիրաբուժական ստացիոնարում կատարվում է վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակում:

Դեմքի և գլխի վերքերի մշակման յուրահատկությունը հանդիսանում է հյուսվածքների խնայողաբար հատումը, միայն ականջատորեն ոչ կենսունակ և խիստ կեղտոտված եզրերը, դնելով առաջնային կարեր: Արյան լավ մատակարարումը նպաստում է վերքի հարթ լավացմանը:

Գանգամաշկված վերքերի դեպքում անհրաժեշտ է պահպանել գանգամաշկը: Մազերը և քայքայված փափուկ հյուսվածքները հեռացվում են, մաշկի վրա դանակով բացվում են բազմաթիվ անցքեր և գանգամաշկը կարվում է նախկին տեղում:

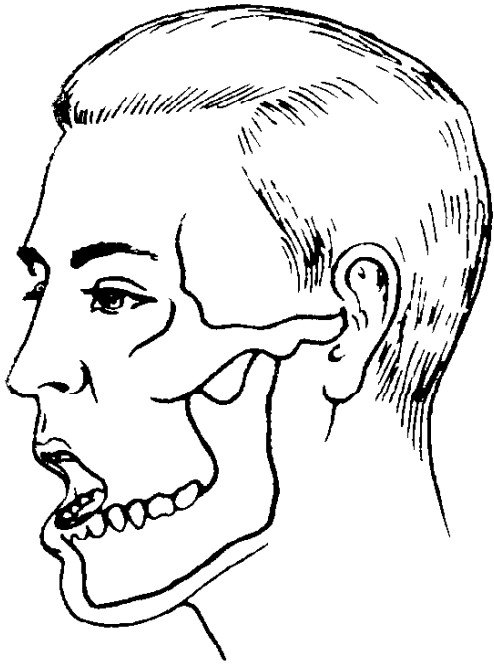
ԴԻՄԱՅԻՆ ԳԱՆԳԻ ՈՍԿՐԵՐԻ ԵՎ ՀՈԴԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Քթուկրի կոտրվածք: Պատճառը ուղղակի տրավման է:

Կլինիկական պատկերը: Նկատվում է ուժգին ցավ, զգալի շափով քթային արյունահոսություն, քթի ձևախախտում, զգուշորեն շոշափելու ժամանակ երբեմն լսվում է յուրահատուկ ձայն՝ կրեպիտացիա, որը առաջանում է ոսկրաբեկոյնների շփումից: Ախտորոշումը ճշտելու համար անհրաժեշտ է կատարել ռենտգենյան նկարահանում երկու պրոյեկցիաներով:

Առաջին օգնությունը և բուժումը: Առաջին օգնությունը հանդիսանում է արյունահոսության դադարեցումը: Այս նպատակով հիվանդին նստեցնում են աթոռի վրա թեթևակի խոնարհված գլխով: Քթին դրվում է սառը թրջոց, քթանցքերի մեջ մտցվում են մանրէազերծված բամբակյա գնդիկներ: Քթի արյունահոսությունների դեպքում արգելվում է հիվանդին պառկեցնել մեջքի վրա՝ հետ թեքված գլխով: Այս դեպքում արյունահոսությունը չի դադարում, իսկ արյունը լցվում է շնչափողի և կերակրափողի մեջ, որն առաջացնում է տանջալի հազ և փսխում:

Ուժգին արյունահոսությունների դեպքում կիրառվում է քթի առաջային կամ հետին տամպոնումը թանզիֆե տամպոնների օգնությամբ:



Նկ. 132. Ստորին ծնոտի հոդախախտ:



Նկ. 133. Ստորին ծնոտի հոդախախտի ուղղումը:

Այս տամպոնումը և ոսկրաբեկորների համադրումը կատարում է մասնագետ բժիշկը:

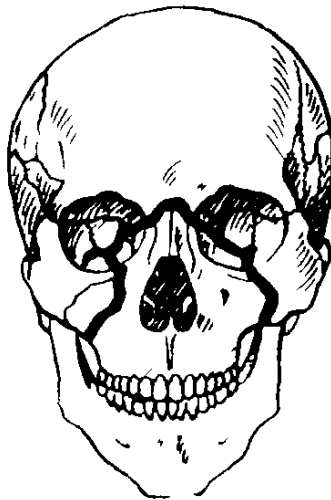
Ստորին ծնոտի հոդախախտ: Պատճառներն են՝ ստորին ծնոտին ստացած կողմնաչին հարվածը, բերանի ուժգին բացումը՝ ծիծաղի, երգելու, հորանջելու և այլ դեպքերում: Առավել հաճախ լինում է առաջ մղված հոդախախտը, երբ հոդեկունի գլխիկը դուրս է գալիս հոդափոսից և անցնում հոդաթմբիկի հետևը: Ստորին ծնոտի հոդախախտը լինում է միակողմանի և երկկողմանի:

Կլինիկական պատկերը: Երկկողմանի հոդախախտի դեպքում բերանը մնում է կիսաբաց և այն փակել հնարավոր չէ: Այտուսկրի աղեղից ներքև մաշկի տակ շոշափվում է արտահայտված կլոր գոյացություն, որն իրենից ներկայացնում է հոդախախտված գլխիկը: Արտաքին լսողական անցուղիով մատը կարելի է ներս մտցնել զգալիորեն ավելի խորը, քան նորմալ դրության ժամանակ (նկ. 132): Միակողմանի հոդախախտի դեպքում ծնոտը (կզակը) տեղաշարժվում է դեպի առողջ կողմը:

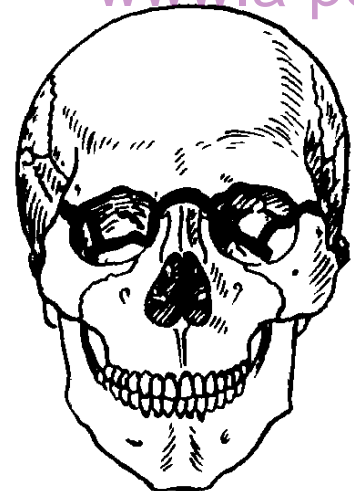
Բուժումը. պետք է ուղղել հոդախախտը: Հիվանդին նստեցնում են աթոռի վրա: Օգնականը կանգնում է հիվանդի հետևի կողմում և անշարժացնում է գլուխը: Վիրաբույժը առաջին մատները փաթաթում է սրբիչով կամ թանզիֆե անձեռոցիկով և կանգնելով հիվանդի դիմացը այդ մատները ներս է մտցնում հիվանդի բերանը՝ տեղավորելով սեղանատամների վրա, մնացած մատներով դրսից բռնում է ծնոտի ստորին եզ-



Նկ. 134. Վերին ծնոտի կոտորվածքը ըստ առաջին տեսակի (Լեֆոր I):



Նկ. 135. Վերին ծնոտի կոտորվածքը ըստ երկրորդ տեսակի (Լեֆոր II):



Նկ. 136. Վերին ծնոտի կոտորվածքը ըստ երրորդ տեսակի (Լեֆոր III):

րը: Առաջին մատների աստիճանական ուժեղացվող ճնշումով ստորին ծնոտը ձգվում է ներքև և միաժամանակ կզակը փոքր-ինչ բարձրացվում է առջևից, իսկ հետո ծնոտը շարժելով հետ գլխիկը դրվում է իր տեղը (նկ. 133): Հողագլխիկը հողափոսի մեջ ներսահելու դեպքում ծնոտները փակվում են զգալիորեն ուժգին և հիվանդը կարող է կծել հողախատար ուղղողի մատները, եթե դրանք պաշտպանված չեն:

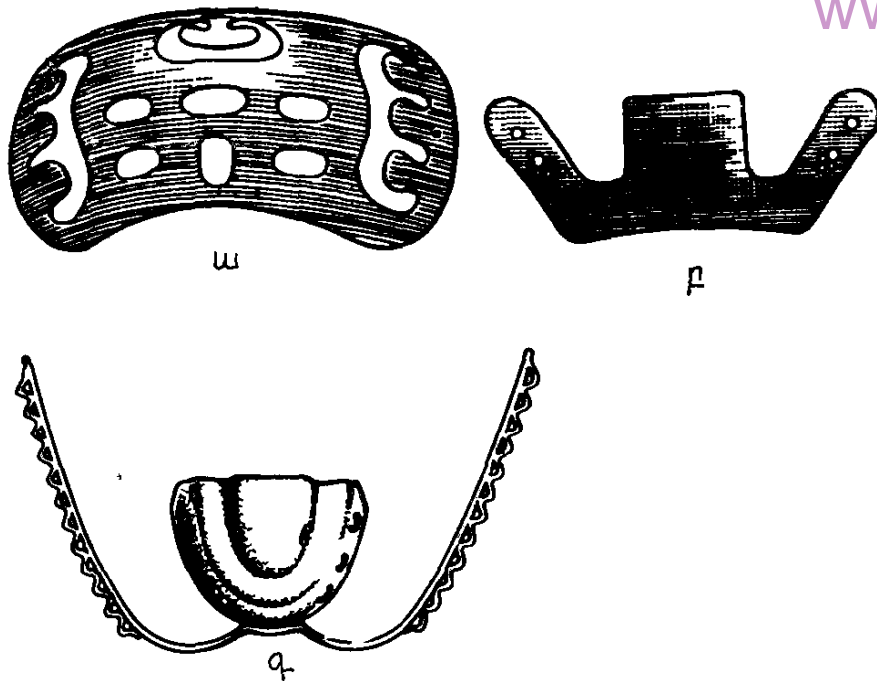
Վերին ծնոտի կոտորվածքներ: Վերին ծնոտի բնորոշ կոտորվածքները ըստ Լեֆորի բաժանվում են երեք տեսակի:

Առաջին տեսակի (Լեֆոր I) դեպքում կոտորվածքի գիծը անցնում է հորիզոնական ծնոտի ատամնաբնային ելունի և մարմնի վրայով, տանձաձև բացվածքից դեպի ծնոտի թմբիկը ուղղությամբ (նկ. 134):

Երկրորդ տեսակի (Լեֆոր II) դեպքում կոտորվածքի գիծը անցնում է լայնական ուղղությամբ քթարմատի շրջանով, ակնախոռոչի ներքին պատով և մասամբ էլ ակնակապճի հատակով անցնելով աչքատակի եզրի միջով, իջնում է ներքև համարյա ուղղահայաց ծնոտայտային կարի ուղղությամբ, որից հետո ատամնաբնային ելունի վրա, հետևից այն հասնում է մինչև հիմոսկրի թևակերպային ելունը (նկ. 135):

Երրորդ տեսակի (Լեֆոր III) դեպքում կոտորվածքի գիծը սկզբում համընկնում է երկրորդ տեսակի կոտորվածքի գծին, նույնպես սկսվում է քթարմատից, անցնում է ակնախոռոչի ներքին պատի վրա որից հետո անցնում է ակնակապճի հատակով, մինչև ստորին ակնակապճային բացվածքը, որից հետո անցնում է ճակատաայտային կարով՝ անցնելով այտային աղեղի վրայով, այստեղից անցնում է դեպի ծնոտի թմբիկը և սեպոսկրի թևակերպային ելունը (նկ. 136):

Կլինիկական պատկերը շատ բանով կախված է ոսկրաբեկորների



Նկ. 137. Էնթինի կզակային պարսատիկ-շինա (ա), Լիմբերգի տախտակիկ-շինա (բ), Լիմբերգի վերին ծնոտի գդալ-շինա ներբանային ձողերով (գ):

տեղաշարժի բնույթից: Համարյա բոլոր դեպքերում նկատվում է՝ 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: Հստ 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, 3) ծնոտի անկյան շրջանում, 4) հոդելունի վզիկի շրջանում (ցերվիկալ): Պսակաձև ելուստի և վերընթաց ճյուղի երկայնակի կոտրվածքներ հանդիպում են հազվադեպ:

Հստ տեղակայման բաժանումից բացի, տարբերվում են նաև կոտրվածքի հետևյալ տեսակները՝ լրիվ և ոչ լրիվ, ուղղակի և անուղղակի, միայնակ, կրկնակի և բազմաթիվ, գծային, պտույտաձև և բեկորային, շբարդացած (փակ՝ առանց լորձաթաղանթների վնասվածքի) և բարդացած (բաց՝ վնասվում է լորձաթաղանթների ամբողջականութունը), ոսկրային արատով կամ առանց արատի:

Կլինիկական պատկերը որոշակի չափով բնորոշվում է ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթով: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժը կախ-

ված է հարվածի ուժի ուղղութիւնից, մկանների ձգումից և ծնոտի ծանրութեան 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 տեղաշարժ գործնականորեն տեղի չի ունենում:

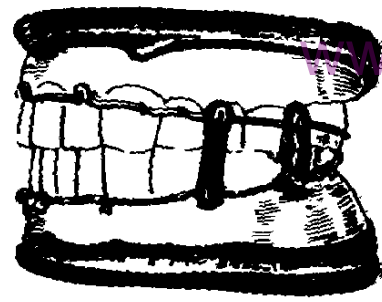
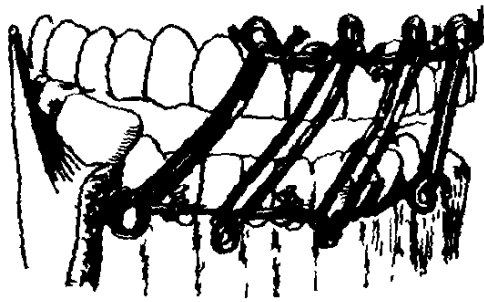
Ինչպես մնացած կոտրվածքների դեպքում, այնպես էլ ստորին ծնոտի կոտրվածքների ժամանակ կարող են նկատվել բացարձակ ախտանիշներ (դեֆորմացիա, ոսկրաբեկորների կրեպիտացիա և ախտաբանական շարժում) և հարաբերական (այտուցվածութիւն, արյունազեղում, ցավ և ծամելու խանգարում):

Ծնոտների կոտրվածքներով հիվանդների առաջին օգնութիւնը, տեղափոխումը և բուժումը: Այս հիվանդներին ցույց տրվող առաջին օգնութիւնը արյունահոսութեան 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 կարելով կպցվում կամ գնդասեղով ծակվում և ամրացվում է 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 պարաստաձև 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 ներբերանային ձողերով (նկ. 137): Հիվանդին ներարկում են ցավազրկող և սիրտ-անոթային միջոցներ:

Եթե հիվանդի դրութիւնը բավարար է, ապա տեղափոխումը կատարվում է կիսանստած դիրքում: Եթե հիվանդը անգիտակից վիճակում է, ապա նրան տեղավորում են պատգարակի վրա դեմքով դեպի ներքև, կրծքի և գլխի տակ դնելով ծալծալված հագուստը, ծածկոցը և այլն:

Առանց ոսկրաբեկորների տեղաշարժի ստորին ծնոտի կոտրվածքների բուժման դեպքում կիրառվում է ալյումինե լարից պատրաստված



Նկ. 138. Միջժնոտային ձգում:

միաժնոտային կապակցող շինան: Մետաղալարը կորացվում է աչն հաշվով, որ նա 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 ալյումինե շինայի շուրջը: Այն դեպքերում, երբ կոտրվածքը լինում է տեղաշարժով կամ երբ վերին ծնոտի կոտրվածք է՝ կիրառվում է կեռավոր հանգույցներ ունեցող շինան միջժնոտային ձգման համար: Այս նպատակով գործածվում են երկու ալյումինային շինաներ վերին և ստորին ծնոտների համար: Այս շինաների վրա ծումռելու միջոցով պատրաստվում են կեռավոր հանգույցները: Վերին և ստորին ծնոտների շինաների վրա գտնվող կեռավոր հանգույցներին հագցվում են ուետինե օղակներ՝ պատրաստված սովորական դրենաժային խողովակից, որոնք ստեղծում են ոսկրաբեկորների առաձգական միջժնոտային ձգում (Նկ. 138):

Այսպիսի դեպքերում վերին ծնոտի կոտրվածքի ժամանակ պարտադիր կերպով կզակը ամրացվում է էնթինի շինայով: Կարելի է կիրառել և կիմբերգի ստանդարտ վերին ծնոտի գդալ-շինան: Ամրացման միջին ժամկետը կազմում է 4—6 շաբաթ:

ԳԱՆԳՈՒՂԵՂԱՅԻՆ ՓԱԿ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Գանգուղեղի փակ վնասվածքներին են պատկանում գլխուղեղի ցրնցումը, գլխուղեղի ջարդվածքը և նրա ճնշումը: Նրանց այսպիսի բաժանումը հանդիսանում է պայմանական, հաճախ նկատվում է նրանց համակցումը, որը կոչվում է գլխուղեղի տրավմատիկ հիվանդություն:

Գանգուղեղի փակ վնասվածքի պատճառ հաճախ հանդիսանում է ուղղակի տրավման (ծանր առարկաներով հարվածը գլխին, գլխի վրա ընկնելը):

Գլխուղեղի ցնցում: Գլխի բոլոր վնասվածքներից առավել հաճախ հանդիպող պաթոլոգիան է: Որպես կանոն, գլխուղեղի ցնցման դեպքում գանգի ոսկրերի վնասվածքներ չեն նկատվում: 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:

Կլինիկական պատկերը: Գլխուղեղի ցնցման դեպքում հիմնական ախտանիշները հանդիսանում են գիտակցության կորուստը, որը տևում է մի քանի րոպեից մինչև մի քանի ժամ, և ռեարոգրադ ամենզիան (հիվանդը չի հիշում, թե իր հետ ինչ է կատարվել): Կարող է առաջանալ փսխում: Նկատվում է դեմքի մաշկային ծածկույթների գունատություն, հազվադեպ հիպերեմիա: Շնչառությունը մակերեսային է: Գլխուղեղի թեթև աստիճանի ցնցման դեպքում պուլսը հաճախացած է (տախիկարդիա), ծանր դեպքերում՝ ընդհակառակը, դանդաղում է (բրադիկարդիա): Կարող է նկատվել բբերի հավասարաչափ 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 լուսավորվածության դեպքում (Մաննա Գուրևիչի 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 անբնություն, գրգռվածություն, քրտնարտադրություն, ընդհանուր թուլություն, կարգալու դեպքում տարամիտվող շլուխություն (Սեդոնի ախտանիշ):

Բուժումը: Բուժման հիմքում ընկած է անկողնային խիստ ռեժիմը 1—2 շաբաթ տևողությամբ: Հայն կիրառում են գտել նեյրոպլեգիկ, հակահիստամինային և վիտամինային պրեպարատները: Գանգուղեղի ճրնշման բարձրացման դեպքում ներերակային ներարկվում է 40—60 մլ 40 % գլյուկոզայի լուծույթ, 10—20 մլ 10 % նատրիումի քլորիդի լուծույթ, 5—10 մլ 40 % ուրոտրոպինի լուծույթ, ներմկանային 10 մլ 20 % մագնեզիումի սուլֆատի լուծույթ, նշանակվում են միզամուղներ: Ցուցված է անալի դիետա, չափավոր հեղուկ:

Գլխուղեղի այտուցի երևույթների դեպքում լրացուցիչ ներերակային ներարկվում է 5—10 մլ 2 % հեքսենալի լուծույթ, 1—2 մլ 2 % դիմեդրոլի լուծույթ, 50—100 մլ կորտիզոն կամ հիդրոկորտիզոն: Ներգան-

դային ցածր ճնշման դեպքում ենթամաշկային կամ ներերակային ներարկվում է ֆիզիոլոգիական լուծույթ կամ թորած ջուր:

Գլխուղեղի ջարդվածք: 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): Վնասված տեղամասը հաճախ տեղակայվում է կեղևում, ենթակեղևային շերտում և ուղեղի թաղանթներում: Հատկապես վտանգավոր են ուղեղաբնի, ուղեղիկի և ուղեղի փորոքների ջարդվածքները և արյունազեղումները:

Կլինիկական պատկերը հիշեցնում է գլխուղեղի ծանր ցնցումը՝ գիտակցության կորուստը տեղի է ունենում ավելի երկարատև ժամանակով, հերթագայվելով մի քանի օր և նույնիսկ շաբաթ տևող արգելակվածություն: Ռետրոգրադ ամնեզիան ավելի է արտահայտված: Բարձրանում է ջերմաստիճանը, նկատվում է նեյտրոֆիլային լեյկոցիտոզ, ողնուղեղային հեղուկի մեջ մշտապես խառնված է արյուն:

Գլխուղեղի ջարդվածքի դեպքում գերակշռում են տեղային կենտրոնական բնույթի ախտանիշները՝ գանգուղեղային նյարդերի և վերջույթների կաթվածներ և պարեզներ, հեմիպլեգիա, ախտաբանական ռեֆլեքսներ:

Բուժումը 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: Այս երևույթների ավելի ուժգին զարգանալու դեպքում կատարվում է շնչափողահատում և տրվում է ղեկավարվող շնչառություն: Արյան շրջանառության կանոնավորման համար կիրառվում են սիրտ-անոթային միջոցներ (կոֆեին, կորդիամին և այլն):

Գլխուղեղի ճնշում: Բնորոշվում է ավելի ծանր ընթացքով: Ախտաբանական փոփոխությունները հանգեցնում են ուղեղի ճնշման աստիճանական մեծացմանը՝ նրա այտուցի աճող հեմատոմայի (անոթի պատռվածք) և ոսկրաբեկորների ճնշման հաշվին: Ըստ տեղակայման հեմատոմաները բաժանվում են՝ 1) 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, Չարգանում է բրադիկարդիա մինչև 40—50 զարկ մեկ րոպեի ընթացքում: Բբերը սկզբում նեղացած են, հետագայում՝ լայնացած, Վնասվածքի կողմում լույսի հանդեպ ունակցիան բացակայում է: Առաջանում է փսխում, խանգարվում է կլման գործողությունը: Լուսավոր շրջանի ժամանակ նկատվում է արտահայտված գլխացավ և գլխապտույտ:

Տարբեր տեղակայման հեմատոմաների միջև տարբերակիչ ախտորոշման համար մեծ նշանակություն ունեն կլինիկական և ողնուղեղային պունկցիաների ցուցանիշները: Էպիդուրալ հեմատոմայի դեպքում գիտակցության կորուստը սկսվում է բավականին արագ, ողնուղեղային հեղուկի ճնշումը մեծացած է: 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 կորուստ կարող է ընդհանրապես չլինել: Ողնուղեղային հեղուկի մեջ նկատվում է մեծ քանակությամբ արյուն:

Ըստ ընդհանուր ուղեղային ախտանիշների աճման շափանիշի ավելի պարզ արտահայտվում են ուղեղի ճնշման և տեղաշարժի տեղային ախտանշանությունը՝ գանգուղեղային նյարդերի կաթվածներ և թերի կաթվածներ արյունալցման կողմում (անիզոկորիա, վերին կոպի իջեցում, բբի նեղացում, որից հետո լայնացում, շլուխյուն), վերջույթների մկանների կաթվածներ և թերի կաթվածներ (մոնոպլեգիա, ախտաբանական ուեֆլեքսների 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): Եթե ուղեղանյութի զգալի վնասվածք չկա և հուսալիորեն կատարված է արյունահոսության դադարեցումը, ապա գանգի ոսկրերի արատը ծածկվում է պահպանված ոսկրաբեկորների օգնությամբ: Եթե հնարավոր չէ կատարել ոսկրային արատի սկզբնական վերահանգնումը, ապա այն իրագործվում է մի քանի ամիս հետո:

Գանգի թաղի կոտրվածքներ: Պատճառը հանդիսանում է ուղղակի տրավման: Գանգի թաղի կոտրվածքները ըստ բնույթի կարող են լինել ճեղքվածքի, բեկորային կոտրվածքների և ոսկրային հյուսվածքի արատի ձևերով: Կոտրվածքի վերջին ձևը նկատվում է հիմնականում հրազենային վիրավորումների ժամանակ:

Կոտրվածքները կարող են լինել լրիվ, տարածվում է ոսկրի ամբողջ հաստությամբ, և ոչ լրիվ, երբ ճաքում է գանգի թաղի միայն արտաքին կամ ներքին շերտը: Բեկորային կոտրվածքների, ինչպես և ներ-

քին շերտի կոտրվածքների դեպքում վնասվում են ուղեղի թաղանթները և ուղեղանյութը: Այս կարող է նկատվել և բաց կոտրվածքների դեպքում:

Կլինիկական պատկերը: Նկատվում են ընդհանուր ուղեղային ախտանիշներ, որոնք կապված են ուղեղի ցնցման ու ջարդվածքի հետ, և օջախային ախտանիշներ, որոնք առաջանում են այս կամ այն բաժինների և մասերի վնասվածքների հետևանքով և կարող են աճել:

Բուժումը: Գանգի փակ կոտրվածքների և ներգանգային արյունահոսուիթյան բացակայության դեպքում բուժումը անցկացվում է նույն ախտեմայով, ինչ որ ուղեղի վնասվածքի դեպքում էր: Ներգանգային արյունահոսուիթյան, բեկորային և բաց կոտրվածքների դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժումը: Վիրահատման հիմքում ընկած են ներխրված ոսկրաբեկորների հեռացման և արյունահոսուիթյան դադարեցման սկզբունքները:

Գանգի հիմի կոտրվածքներ: Վնասվածքի մեխանիզմը այն է, երբ բարձրուիթյունից ընկնում են գլխի կամ ոտքերի վրա: Այս դեպքում վնասվում են գանգի հիմի ոսկրերը (հիմային և քունքային ոսկրերը):

Կլինիկական պատկերը: Ախտորոշման համար հիմնական դերը խաղում են անամնեստիկ տվյալները, կապտուկների և արյունահոսուիթյունների տեղակայումները: Առաջային գանգափոսի վնասվածքի դեպքում առաջանում են կապտուկներ կոպերի և աչքերի շուրջը՝ «ակնոցի ախտանիշ» (նկ. 139), ինչպես և քթային արյունահոսուիթյուն, միջին և հետին գանգափոսերի վնասվածքների դեպքում առաջանում են կապտուկներ ըմպանի շրջանում և արյունահոսուիթյուն՝ ականջներից: Հետին գանգափոսի վնասվածքի դեպքում կապտուկները առաջանում են պտկաձև ելունների շրջանում: Երբեմն նկատվում է ողնուղեղային հեղուկի հոսքը քթից և ականջներից: Գանգի հիմի կոտրվածքի դեպքում հաճախ վնասվում են գանգուղեղային նյարդերը՝ դիմային, ականաշարժ: Ուղեղի թաղանթների գրգռման հաշվին առաջանում են մենինգիզմի երևվույթներ (ծոծրակային մկանների կարկամություն):

Բուժումը անցկացվում է նույն սկզբունքով, ինչ որ գլխուղեղի ցնցման բուժումը: Ողնուղեղային պունկցիայի միջոցով բաց թողնելով 2—3 մլ ողնուղեղային հեղուկ, իջեցվում է ներգանգային ճնշումը, որը հանգեցնում է գլխացավի և գլխապտույտի նվազեցմանը: Ինֆեկցիայի պրոֆիլակտիկայի նպատակով նշանակվում են անտիբիոտիկներ: Արյունահոսուիթյունների դեպքում շի հանձնարարվում լվանալ քիթը և լսողական անցուղին ինֆեկցիայի հնարավոր ներթափանցումը կանխելու նպատակով: Քթի տամպոնումը կատարվում է միայն ուժգին արյունահոսուիթյան դեպքում:

Գանգուղեղային բաց վնասվածքների դեպքում վնասվում են փափուկ հյուսվածքները, գանգի ոսկրերը, ուղեղի կարծրենին, մի շարք դեպքերում էլ՝ ուղեղանյութը: Վնասվածքի այսպիսի ձևը նկատվում է գլխին սուր ծայր ունեցող կոշտ առարկայով հարվածելիս, հրազենային վերքերի դեպքում:

Ախտորոշումը իրենից դժվարություն չի ներկայացնում: Վերքի ստուգման միջոցով վիրասեղանի վրա որոշվում է փափուկ հյուսվածքների, գանգի ոսկրերի, ուղեղի կարծր թաղանթի և ուղեղանյութի վնասվածքի մեծությունը և բնույթը:

Բուժումը: Կատարվում է վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակում, հեռացնելով ջնջիված և ոչ կենսունակ հյուսվածքները: Ինֆեկցիայի զարգացումը կանխելու նպատակով ցուցված է ընդհանուր անտիբիոտիկոթերապիան:

Գանգի բաց և փակ վնասվածքներով հիվանդների առաջին օգնությունը և տեղափոխումը: Պատահարի վայրում, բաց վնասվածքի ժամանակ այն ծածկվում է վիրակապով: Պատգարակի վրա հիվանդին տեղավորում են՝ գլուխը թեթևակի բարձրացված: Փոխադրամիջոցով տեղափոխելիս գլուխը անհրաժեշտ է պահել: Եթե հիվանդը անգիտակից վիճակում է, ապա լեզվի անկման պրոֆիլակտիկայի նպատակով այն ծակելով մետաքսաթելով ամրացվում է կզակին կամ հագուստին:

ԳԼՄԻ ՄԱՇԿԱՅԻՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹՆԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ֆուրունկուլներ ու կարբունկուլներ: Սրանց պատճառը ճարպագեղձերի ծորանների կամ մազապարկերի մանրէային վարակումն է, որը տեղի է ունենում սանրվելու և պզուկների պարունակությունը ճնշումով դուրս բերելու և այլ դեպքերի հետևանքով: Ֆուրունկուլը առավել հաճախ տեղակայվում է քթի ծայրի և վերին շրթունքի վրա, ավելի հազվադեպ ստորին շրթունքի, այտերի, կզակի և գլխի մազածածկ մասերի վրա: Ինֆեկցիայի սկզբի տարածումը, որին հաճախ նպաստում է թարախակույտի սեղմումը, հանգեցնում է կարբունկուլի առաջացմանը: Այս պրոցեսների առանձնահատկությունը դեմքի վրա հանդիսանում է այն, որ նրանք հաճախ ընթանում են ավելի ծանր, քան մարմնի այլ մասերում և կարող են բարդանալ ֆլեբիտներով, տրոմբոֆլեբիտներով, որոնք տարածվում են կարծր ուղեղաթաղանթի, երակային ծոցերի (սինուս) մեջ, անցնելով մենինգիտի և սեպտիկ դրուֆյան: Դեմքի հարուստ երակային ցանցը, միմիկայի մկանների շարժողությունը

նը և երբեմն ախտահարված մասին հիվանդի ոչ կամային ձեռքի հպումը հանդիսանում են այն ազդակները, որոնք բարդացնում են հիվանդության ընթացքը:

Բուժումը: Առավել նպատակադրված անտիբիոտիկոթերապիայի համար կիրառվում են այն անտիբիոտիկները, որոնք համապատասխանում են միկրոֆլորայի բնույթին և նրա՝ անտիբիոտիկների հանդեպ զգացողության աստիճանին: Բացի այդ ամեն օր անհրաժեշտ է ախտաբանական օջախը մշակել սպիրտով և կատարել կարճ նովոկաինային բլոկադա ըստ Ա. Վ. Վիշնևսկու կամ հաջորդական նովոկաինային բլոկադա ըստ Ս. Ն. Մուրատովի (տես Վիրաբուժական ինֆեկցիան): Նշանակվում է ՈՒՎՁ թերապիա: Տրոմբոֆլեբիտի ախտանիշների ի հայտ գալու դեպքում կիրառվում են հակամակարդիչներ՝ հսկողության տակ պահելով պրոտրոմբինի պարունակությունը արյան պլազմայի մեջ: Անցկացվում է ընդհանուր կազդուրող բուժում (զլյուկոզա վիտամինների հետ միասին, արյան փոքր բաժիններով ներարկումներ և այլն): Վիրաբուժական միջամտությունը կիրառվում է գերազանցապես աբսցեսագոյացման դեպքում:

Կարմիր քանու բորբոքում: Դեմքի ախտահարումը հանդիսանում է առավել հաճախ տեղակայվողը և առաջանում է մաշկի վնասվածքի հետևանքով, երբ ստրեպտոկոկերի հիվանդածին ձևերը այդ վնասվածքներից ներթափանցում են հյուսվածքների մեջ: Հիվանդությունը սկսվում է սուր բնույթով, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումով մինչև 39° C, երբեմն դող, վնասվածքի վայրում մաշկի կարմրություն և այտուցվածություն: Հետագայում փայլուն մակերեսով կարմրությունը ցայտուն սահմաններով տարածվում է դեմքի այլ մասերի վրա (նկ. 125):

Երբեմն առաջանում են բշտեր: Կարող է հազվադեպ առաջանալ նույնիսկ մաշկի մահացած մասեր: Պրոցեսի վերացումից հետո առաջանում է մաշկի արտահայտված թեփակալում:

Բուժումը պահպանողական է՝ պենիցիլին, սուլֆանիլամիդներ, կիրառվում է կարմրամաշկություն առաջացնող պարբերաչափով ուլտրամանուշակագույն տեղային ճառագայթահարումը. ախտահարված մաշկի վրա ամեն օր 5 % ստրեպտոցիդի սպիրտային լուծույթ են քսում: Հիվանդը պետք է մեկուսացված լինի: Դեմքի բոլոր բորբոքային հիվանդությունների դեպքում հիվանդները պետք է հոսպիտալացման ենթարկվեն:

ԳԼԽԻ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

Հանդիպում են համարյա բոլոր բարորակ և շարորակ ուռուցքների տեսակները: Սրա հետ մեկտեղ նկատվում են ուռուցքներ, որոնք հատուկ են միայն այս շրջանին, նկատի առնելով նրանց պատճառագի-

տական կապը առամնային համակարգի հետ: Նրանք ստացել են օդու-
տոզեն անվանումը:

Բարորակ ուռուցքներից են աթերոմաները, պապիլոմաները, ֆիբ-
րոմաները, գլխի և դեմքի շրջանի լիպոմաները, որոնք կլինիկական ար-
տահայտվածություն ունեն յուրահատկություն չունեն: Հաշվի առնելով տե-
ղակայվածությունը, նրանք այս կամ այն չափով կարող են առաջացնել
կոսմետիկ խանգարումներ:

Բուժումը վիրաբուժական է: Վիրահատումից հետո սպիները պետք
է հնարավորին չափ աննկատ լինեն:

Անոթային ուռուցքները (հեմանգիոմաներ, լիմֆանգիոմաներ) դեմ-
քի վրա հանդիպում են առավել հաճախ, քան մարմնի ուրիշ մասե-
րում, հատկապես հեմանգիոմաները: Հեմանգիոմաները լինում են հարթ,
խորշավոր (սպունգանման) և ճյուղավորված: Հարթ հեմանգիոման ունի
մուգ կարմիր պուտի տեսք, սեղմելիս այն կորցնում է իր գույնը: Տեղա-
կայվում է այտերի, շրթունքների, կզակի մաշկի և ենթամաշկային
բջջանքում, տարածվելով հաճախ հարևան մասերի վրա:

Խորշավոր հեմանգիոման (նկ. 140) տեղակայվում է հյուսվածք-
ների խորքում, հաճախ ընդգրկելով դեմքի, բերանի խոռոչի, լեզվի, պա-
րանոցի փափուկ հյուսվածքների լայն հատվածներ: Կազմված է միմ-
յանց հետ հաղորդակցվող խոռոչներից, որոնք լցված են երակային ար-
յունով: Դեպի ներքև գլխի խոնարհման և լարված պահին խորշավոր
հեմանգիոմաները մեծանում են, իսկ սեղմելիս իրենց չափերով փոք-
րանում են: Երբեմն մաշկի կամ լորձաթաղանթների վրա նկատվում են
կապույտ գույնի տեղամասեր: Ճյուղավորված հեմանգիոմաները իրեն-
ցից ներկայացնում են զարկերակային և երակային անոթների լայնա-
ցած և ոլորված կծիկներ: Հեմանգիոմաների ախտորոշումը հեշտացնում
է պունկցիայի կատարումը, որի դեպքում ստացվում է արյուն:

Լիմֆանգիոմաները ըստ կլինիկական նշանների խորշավոր հեման-
գիոմաներից տարբերվում են նրանով, որ մաշկի և լորձաթաղանթի
գույնի փոփոխություն չեն առաջացնում և պունկցիայի դեպքում նե-
րարկոցի մեջ արյունը արագորեն շի լցվում: Կազմված է փափուկ առա-
վել կամ պակաս լցված հավասարաչափ խորշերից, որոնք պարունա-
կում են թափանցիկ հեղուկ:

Բուժումը. հարթ հեմանգիոմաների բուժումն է՝ մաշկի ախտահար-
ված մասի կտրում-հեռացումը և տեղական հյուսվածքների միջոցով
պլաստիկայի կատարումը կամ ազատ մաշկային հյուսվածքապատվաս-
տով մաշկի պատվաստումը: Խորշավոր կամ ճյուղավորված հեմանգիո-
մաների, ինչպես և հեմանգիոմաների վիրաբուժական եղանակով բու-
ժումը կախված է ուռուցքի մեծությունից, տեղակայումից, հնարավոր
է ամբողջ ուռուցքի հեռացումը, բերող անոթների կապումը, ուռուցքի

կապումը մետաքսի խիտ կարերով, կարծրացում առաջացնող բուժումը՝ խինինի (ուրետանի հետ միասին) կրկնակի ներարկումների միջոցով:

Օդոնտոգեն ուռուցքները հանդիսանում են ծնոտի ամենաշատ հանդիպող ուռուցքները: Դրանց են վերաբերում կիստաները (արմատային և բշտիկային), ադիմանտինոմաները, օդոնտոմաները և էպուլիդները:

ՉԱՐՈՐԱԿ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

Առավել հաճախ հանդիպում է ստորին շրթունքի քաղցկեղը, հազվադեպ՝ մաշկի քաղցկեղ և ավելի հսկվադեպ՝ մելանոմաներ, սարկոմա, մելանոսարկոմա և այլն:

Սառիւն շրթունքի քաղցկեղ: Կազմում է բոլոր քաղցկեղային հիվանդությունների 2,5 մինչև 7 %-ը: Հաճախ հիվանդանում են գյուղական վայրերում ապրող տղամարդիկ 40-ից մինչև 60 տարեկան հասակը: Նախատրամադրող ազդակներն են՝ քամուց առաջացած ճաքճքումները, պահանջվածից ավելի արևային ուտրամանուշակագույն ճառագայթահարումը, ծովային ջուրը, ծխելը, շրթունքի հաճախակի վնասումը:

Նախաքաղցկեղային հիվանդություններն են՝ լեյկոպլակիան, հիպերկերատոզը, պապիլոման, խրոնիկական ճեղքերը:

Կլինիկան: Ըստ արտաքին ձևի տարբերվում են պտկիկային, խոցային և խոցաներսիոական ձևերը: Սովորաբար տեղակայվում է շրթունքի կողմնային մասերում: Զարգացումը տեղի է ունենում դանդաղորեն: Կախված ձևից, ամենասկզբում ի հայտ է գալիս պտկիկավոր գոյացություն աճը, երկարատև շավացող խոց և աստիճանաբար ներսփռումը ենթակա հյուսվածքների մեջ: Վերջինիս դեպքում բոլոր ձևերը ձեռք են բերում միատեսակ ընթացք, որը բնորոշվում է ամուր հիմքով, խառնարանաձև ընդհանուր տեսքով, նեկրոզված ընդհանուր հատակով, շրջված եզրերով՝ շրջապատված սպիական հիպերկերատոզի նեղ երիզով, քաղցկեղային խոցի առաջացումով: Ցավերը բացակայում են: Հետագա աճի դեպքում ուռուցքը ընդգրկում է խորանիստ հյուսվածքները, անցնում է ստորին ծնոտի վրա: Պրոցեսի մեջ են ներգրավվում հարևան ավշային հանգույցները՝ ամենասկզբում ենթածնոտայինը, հետագայում՝ պարանոցայինները: Ըստ ընթացքի տարբերվում է հիվանդության շոքսփուլ:

Բուժումը: Առաջին փուլում բավական է մերձօջախային ճառագայթային բուժումը: Երկրորդ փուլում նույնն է, լրացուցիչ կզակային շրջանից հեռացվում է բջջանքը փակեղների հետ միասին (Վանախի վիրահատում): Երրորդում դիստանցիոն գամմա թերապիա, ուռուցքի մնա-

ցորդների լայնորեն ուղղանկյունաձև հատումը և հեռացումը, ինչպես նաև պարանոցի բջջանքի հեռացումը՝ փակեղների, լծերակների և պարանոցի ենթամաշկային մկանի հետ միասին (Կրայլի վիրահատում):

Չորրորդ փուլում բուժումը ախտանշանային է:

ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՇԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Խոցային ստոմատիտ: Այս հիվանդության տակ հասկացվում է բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բորբոքումը, խոցերի առաջացումով: Հարուցիչները համարվում են մանրէների միախմբությունը, որը կազմված է *Treponema Vincenti* և *Bac. fusiformis*-ից: Նախատրամադրող ազդակները հանդիսանում են լորձաթաղանթի մեխանիկական վնասվածքները, ավիտամինոզները, ծանր մետաղների աղերով (սնդիկ, մկրնդեղ) և ֆոսֆորային միացություններով թունավորումները:

Կլինիկական պատկերը: Լնդերը այտուցված են, ատամների վզիկային մասում կապտակարմրավուն գույն ունեն: Շուտով լնդերային եզրը ենթարկվում է նեկրոտիկ քայքայման և ծածկվում է կեղտոտ գորշ կանաչավուն փառով: Նեկրոտիկ պրոցեսը կարող է տարածվել և լորձաթաղանթի հարևան մասերի վրա: Բերանի խոռոչից գալիս է տհաճ հոտ, բարձրանում է ջերմաստիճանը, զարգանում է շրջակա լիմֆադենիտ:

Բուժումը: Նշանակվում են, այսպես կոչված, տեղային թթվածնային լողանքներ: Սրա համար գործածվում են ջրածնի պերօքսիդով և կալիումի պերմանգանատի լուծույթներով վացումները: Ողողումից հետո խոցային մակերեսը շորացվում է թանգիֆե տամպոններով և այրվում 8 % ցինկի քլորիդի լուծույթով, 5—13 % արծաթի նիտրատի լուծույթով: Սուր երևույթների հանդարտումից հետո անհրաժեշտ է մանրազնի կերպով անցկացնել բերանի խոռոչի սանացիան: Արգելվում է ծխելը և ատամի խոզանակից օգտվելը: Նշանակվում է vit C-ով հարուստ դիետա: Ծանր ինֆեկցիայի դեպքում անցկացվում է անտիբիոտիկային և սուլֆանիլամիդային բուժում:

Լեզվի քաղցկեղ: Նախատրամադրող գործոնները հանդիսանում են բերանի խոռոչի ոչ բավարար հիգիենան, ոսկրափուտ (կարիես) ատամները, մեխանիկական վնասվածքները: Որոշակի դեր է խաղում ծխելը և ծխախոտի ծամելը: Լեզվի քաղցկեղը կարող է զարգանալ լեյկոպլակիայի հողի վրա:

Կլինիկական պատկերը: Լեզվի քաղցկեղը կարող է դրսևորվել քաղցկեղային խոցի (արտահայտված, ամուր եզրերով, աճառի պնդության թմբիկի ձևով), սնկանման մակաճման և ամուր ներսփռանքի ձևերով, որոնք գտնվում են լեզվի հյուսվածքի մեջ:

Ուռուցքը աճելով տարածվում է շրջապատի հյուսվածքների վրա և առաջացնում է նրանց քայքայումը: Առաջանում է ցավի զգացում, թքահոսություն, բերանի խոռոչից՝ հոտ, երբեմն՝ արյունահոսություն: Հարեվան ավշային հանգույցներում մետաստազները զարգանում են շատ արագ: Ենթաժնոտային և կզակային շրջանների, որից հետո պարանոցի անոթային խրձերի ուղղությամբ ավշային հանգույցները մեծանում են, դառնում են լեցուն: Սկզբում նրանք շարժուն են, որից հետո կպչում են շրջակա հյուսվածքներին: Լեզվի քաղցկեղը տարբերվում է արագ ընթացքով:

Ախտորոշումը ճշտելու համար կատարվում է բիոպսիա:

Բուժումը կարող է լինել՝ 1) վիրահատական, երբ ուռուցքը առողջ հյուսվածքների սահմաններում հատվում, հեռացվում է էլեկտրական դանակի միջոցով, 2) ճառագայթային (արտաքին ճառագայթահարում կամ ռադիոակտիվ ասեղը քաղցկեղային ուռուցքի մեջ ներս մտցնելով), 3) համակցված, երբ կիրառվում են երկու մեթոդներն էլ:

Պարոտիտ: Հարականջային գեղձի բորբոքում է, հաճախ առաջանում է թուլացած հիվանդների մոտ, ստամոքս-աղիքային ուղու լայնածավալ միջամտություններից հետո, հատկապես շարորակ ուռուցքներով մարդկանց մոտ: Վիրահատումից հետո սննդի ընդունման սահմանափակումը հանգեցնում է ծամելու գործողության դադարեցմանը, թքարտադրության նվազեցմանը (օժտված է մանրէասպան հատկությամբ): 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 շորահաց, որից հետո այն դուրս թքել և բերանը ողողել:

Բուժումը. կիրառել տաքացնող սպիրտաքսուլքային կոմպրեսներ, անտիբիոտիկներ, կոնտրիկալ, տրասիլոլ, արսցեսագոյացման դեպքում կատարվում է թարախակույտի հատում:

ԳԼԽԻ, ԴԵՄՔԻ ԵՎ ԲԵՐԱՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐՈՎ ՈՐ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ
ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Հիվանդների խնամքը առաջնային վիրաբուժական մշակումից հետո: Վիրակապումները հետվիրահատական շրջանում կատարվում են ել-նելով վերքի վիճակից և հիվանդի ընդհանուր զգացողությունից: Պետք է շտապել հեռացնելու վերքի միջից դրենաժները և թանզիֆե նեղ վիրախժուծը, դրանք կարելի է վերջնականապես հեռացնել, երբ կարերի շուրջը եղած այտուցը և վերքի արտադրությունը աննշան են: Վնասված հյուսվածքների հանդիստը ապահովելու համար նպատակահարմար է հազվադեպ վիրակապման մեթոդը: Կոպի, այտի, շրթունքի շրջանների վիրահատումներից հետո մաշկային կարերը հանվում են 6—7-րդ օրը և 8—10-րդ օրը ենթածնոտային շրջանի վիրահատումից հետո:

Բերանի խոռոչի վնասվածքներով ու հիվանդություններով հիվանդների խնամքը: Կախված այն բանից, որ այս հիվանդների մոտ խանգարվում է ծամելու գործողությունը և այս պատճառով դժվարացած է բերանի խոռոչի ինքնամաքումը, ուստի նրանց խնամքը ունի մի շարք յուրահատկություններ:

Լորձի, արյան, նեկրոզված մասերի կուլ տալու և ասպիրացիայից խուսափելու նպատակով պետք է առաջին օրերից սկսած հիվանդներին տալ կիսանստած դիրք: Հանձնարարվում է հաճախակի դիրքի փոփոխումը՝ թոքերում կանգային երևույթները և թոքաբորբի զարգացումը կանխելու համար: Հիվանդները պետք է ապահովված լինեն հատուկ ուտիչներ պարկերով կամ թքամաններով, իսկ կուրծքը ծածկված լինի մոմլաթով:

Սովորական վիրակապումից բացի, անհրաժեշտ է կանոնավոր կերպով լվանալ բերանի խոռոչը ախտահարող միջոցների թույլ լուծույթներով: Լվացումը կարելի է իրագործել ներարկոցի, ուտիչներ գնդանոթի միջոցով կամ էսմարիսի գավաթով, որին միացվում է ուտիչներ խողովակը ապակյա մանրէազերծված ծայրադիրով: Բերանի խոռոչի լվացման դեպքում կզակի տակը դրվում է թասիկը կամ փոքրիկ կոնքը, բերանի անկյունը հետ է քաշվում թիակով և հեղուկի շափավոր շիթով սկզբում լվացվում է բերանի նախադուռը, որից հետո բուն խոռոչը: Հատկապես խնամքով պետք է լվանալ բերանի խոռոչի ծալքերը, խորացումները և խորշերը: Լվացումը կատարվում է օրը 4—5 անգամ սննդի ընդունելուց առաջ և հետո: Բացի դրանից, թանզիֆե գնդիկների միջոցով, որոնք թրջված են ջրածնի պերօքսիդի լուծույթով, անհրաժեշտ է հնարավորին շափով մաքրել ատամների արանքը:

Հատուկ ուշադրություն է դարձվում շինաներ դրված հիվանդներին: Բերանի խոռոչի խնամքից բացի, անհրաժեշտ է հսկել շինայի վիճակը: Բերանի մշակումից հետո հեղուկի շիթով պետք է խնամքով մաքրել շինան, ատամների վզիկները, ինչպես նաև շինայի և թելերի միջև թաղված մնացած սննդի մասնիկները: Ամենքից հարմար է այդ անել փայտե՝ ծայրին բամբակ փաթաթված ձողիկներով, որոնք թրջված են ջրածնի պերօքսիդի լուծույթով:

Հիվանդներին նշանակվում է հեղուկ, կիսահեղուկ և սերուցքանման, բարձր կալորիական սնունդ, վիտամինների բավականաչափ քանակով: Անհրաժեշտ է ձգտել, որպեսզի հիվանդները ընդունեն սնունդը բերանի միջոցով: Այս նպատակի համար օգտագործվում են հատուկ քթանցք ունեցող խմուցիչներ, որի քթիկի վրա հագցվում է ռետինե 20—25 սմ երկարությամբ խողովակը: Կերակրման ժամանակ հիվանդի գլուխը պետք է լինի փոքր-ինչ բարձրացված: Ռետինե խողովակը ներս է մըտցրվում բերանի մեջ և լեզվի թիկնային մասով իջեցվում է դեպի լեզվարմատը և ըմպանը: Պարբերաբար սեղմելով ռետինե խողովակը, կանոնավորվում է հեղուկ սննդի ընդունումը ոչ մեծ բաժիններով, որպեսզի հիվանդը շնչահեղձ չլինի: Երկճնոտային շինավորման դեպքում, երբ երկու ճնոտները գտնվում են փակված դրուժյան մեջ, ռետինե խողովակը ներս է մտցվում բերանի խոռոչի մեջ ատամնաշարում եղած բացակա ատամի տեղից կամ վերջին սեղանատամի հետին եզրով:

Միայն շատ ծանր հիվանդը կերակրվում է զոնդի միջոցով, որը ներս է մտցվում քթանցքով կերակրափողի վերին հատվածի մեջ:

Գլխի և գլխուղեղի վնասվածքներով ու հիվանդություններով հիվանդների խնամքը:

Գանգի վնասվածքների դեպքում նարկոտիկ միջոցներ չեն նշանակվում (շնչառական կենտրոնի ընկճվածություն): Ջղակծկումների դեպքում հիվանդի համար անհրաժեշտ է ստեղծել բացարձակ հանգիստ: Այս ժամանակ հակացուցված է որևէ միքստուրա, ջուրը, կամֆորան, կորդիամինը, թթվածնի ներշնչումը, քանի որ ջղակծկումները կարող են ուժեղանալ:

Գրգռված դրուժյան դեպքում կիրառվում են 3—5 % քլորալհիդրատի լուծույթներով հոգնաները (30—40 մլ), ամինազինի 1 մլ 2,5 % լուծույթի ներարկումը (հակացուցված է զարկերակային արյան ճնշման և շնչառության խանգարման դեպքում):

Գլխացավի դեպքում նշանակվում է անալգին՝ պիրամիդոնի հետ միասին, անքնության դեպքում՝ քնաբերներ:

Ուղեղի թաղանթների և ուղեղանյութի ինֆեկցիայի պրոֆիլակտիկան և պայքարը նրա դեմ իրագործվում է պահպանելով ասեպտիկայի կանոնները և ներարկելով անտիբիոտիկներ:

Ողնուղեղային պունկցիայից հետո հիվանդին մեկ օր ժամանակով նշանակվում է խիստ անկողնային ռեժիմ, ելնելով երկարավուն ուղեղի ծոծրակային մեծ բացվածքի մեջ սեպանման ներս խրվելու վտանգից:

Վիրահատութային նախօրեին հիվանդին տրվում է սովորական սնունդը, իսկ վիրահատութային օրը քառավորային հիվանդը խմում է մի բաժակ քաղցր թեյ, սուրճ կամ կակաո շորահացով կամ թխվածքաբլիթով: Հյուսված և թուլացած հիվանդներին, բացի բարձր կալորիական սննդից, օգտավետ է կոմպլեքս վիտամիններ (պոլիվիտամիններ) տալը՝ օրը 3—4 անգամ, ուտելուց հետո, 1—2 շաբաթ ժամանակով:

Գանգի վիրահատական բարդությունների պրոֆիլակտիկան սկսում են դեռևս վիրասեղանի վրա: Այսպես, հետվիրահատական շրջանում կարող է նկատվել շարժողական գրգռվածություն, հոգեկան տարբեր խանգարումներ և այլն, և որպեսզի հիվանդը չպոկի վիրակապը, այն խնամքով ամրացվում է: Սրա համար վերքի շուրջը գլխի մաշկին քսվում է կլեոլը, իսկ վիրակապական նյութի վրայից դրվում է հարթեցված անձեռոցիկը, որի եզրերը բոլոր կողմերից ամուր կերպով սոսնձվում են մաշկին: Հատկապես կարևոր է սոսնձել վիրակապը հետին գանգափոսի վիրահատումներից հետո:

Բինտակապումը, հիվանդի տեղափոխումը սալլակի վրա և նրա տեղավորումը անկողնու մեջ կատարվում է զգուշությամբ, առանց գլխի կտրուկ շարժումների: Գլուխը պարտադիր կերպով պահվում է երկու ձեռքով:

Գանգի թաղի տրեպանացիայից հետո հիվանդին տեղավորում են մեջքի վրա կամ վիրահատման հակառակ կողմի վրա: Հետին գանգափոսի տրեպանացիայից հետո հիվանդին տեղավորում են կողքի վրա, թեթևակի շրջված որովայնի հետ: Այսպիսի հիվանդին շրջում են բռնելով որովայնից, իսկ գլուխը պահվում է ձեռքերով:

Հիվանդների խնամքը Վանախի և Կրայլի վիրահատումներից հետո: Հետվիրահատական այտուցի փոքրացման համար վիրակապի վրայից 2—3-րդ օրը դրվում է սառցեպարկ: Հաջորդ օրը պետք է կատարել վիրակապություն, հեռացնել արյունով ներծծված թանգիֆե անձեռոցիկները: Վերքի արտադրությունը դուրս բերող ռետինե երիզները հեռացվում են վիրահատումից հետո 4—5-րդ օրը: Կարերը հանվում են վիրահատումից հետո 8-րդ օրը: Այս վիրահատումներից հետո նկատվում է ծամելու գործողության խանգարում, բերանի խոռոչում կուտակվում է թանձր թուքը, երբեմն զարգանում է շորություն, որը նպաստում է բերանի խոռոչի նեխային պրոցեսների զարգացմանը և հիվանդածին մանրէների ներթափանցմանը շնչուղիների մեջ: Այսպիսի հիվանդները կարիք են զգում բերանի խոռոչի հանդեպ ուշադիր խնամքի:

ՊԱՐԱՆՈՑԻ, ՇՆՋԱՓՈՂԻ ԵՎ ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ ՈՒ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՊԱՐԱՆՈՑԻ ՎԻՐԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

Պարանոցի վիրավորումները հանդիպում են բավականին հազվադեպ: Հիմնականում առաջանում են սառը (դանակ, ածելի, սվին) կամ հրագենային (գնդակ, կոտորակ, ականի բեկոր) զենքերից:

Կլինիկական պատկերը կախված է պարանոցի այս կամ այն օրգանի վնասվածքի ձևից: Ավելի հաճախ վիրավորման ենթարկվում են շնչափողը, կերակրափողը և պարանոցի անոթները:

Շնչափողի վիրավորումների դեպքում շնչառությունը տեղի է ունենում մասամբ սովորական ճանապարհով և մասամբ էլ վերքի բացվածքի միջով: Հիվանդները խիստ վախեցած են: Ժամանակին կատարված բուժումը հանգեցնում է լրիվ առողջացման:

Կերակրափողի վնասվածքը հաճախ համակցվում է շնչափողի վնասվածքի հետ: Կերակրափողի վնասվածքների դեպքում հիվանդները գանգատվում են կլման ցավոտ լինելուց, ջուրը և սնունդը դուրս են գալիս վերքի միջով:

Պարանոցի զարկերակային անոթների վնասվածքների դեպքում նկատվում է ուժգին արյունահոսություն, որը կարող է արագորեն ավարտվել մահացու ելքով: Պարանոցի երակների վնասվածքների դեպքում կարող է առաջանալ օդային էմբոլիա:

Առաջին օգնությունը և բուժումը: Առաջին օգնության հիմքում ընկած է արյունահոսության դադարեցումը: Այս նպատակով կատարվում է անոթի սեղմումը վերքի մեջ կամ տարածության վրա: Կարելի է դնել լարան: Վերքի վրա դրվում է աղեղնաձև բարձիկ, վերքի հակառակ կողմում ձեռքը դրվում է գլխի վրա կամ դրվում է Կրամերի շինան: Լարանը դրվում է շրջանաձև, ընդգրկելով բարձիկը և հիվանդի ձեռքը կամ Կրամերի շինան (տես նկ. 44): Ստացիոնարում անոթների վիրավորումների ժամանակ դրանք կապվում են: Եթե կան պայմաններ և բարձր որակավորում ունեցող բժշկական անձնակազմ, ապա դրվում է անոթակար: Շնչափողի վիրավորումների ժամանակ կարվում է շնչափողի վերքը: Կերակրափողի վիրավորումների դեպքում կերակրափողի պատը կարում են և դրենաժավորում վերքի խողովակը:

Զորք վահանաձև գեղձի կայուն մեծացումն է: Տարբերվում են զորքի հետևյալ ձևերը: էնդեմիկ զորք հանդիպում է որոշակի աշխարհագրական վայրերում, գերազանցապես լեռնային (Ուրալ, Հյուսիսային Կովկաս, Մերձբայկալ, Յակուտիա և այլն): Առաջացման պատճառները հանդիսանում են յոդի անբավարարությունը և վատ սանիտարահիգիենիկ պայմանները: Համաճարակային (էպիդեմիկ) զորք հաճախ նկատվում է մարդկային մեծ կուտակում ունեցող վայրերում, հատկապես երիտասարդ տարիքի մարդկանց մոտ: Պատճառները համարվում են վիտամինային անբավարարությունը, ընդհանուր հյուծումը և խմելու ջրի անորակությունը: Եզակի (սպորադիկ) զորք հանդիպում է ամենուրեք և կախված է էնդոկրին համակարգի գործունեության խանգարումից:

Ըստ կառուցվածքի զորք բաժանվում է դիֆուզ, հանգուցային և խառը: Կախված զորքի մեծությունից, տարբերվում է նրա 5 աստիճանը՝ I աստիճանի դեպքում շոշափվում է միայն պարանոցը, II աստիճանի դեպքում մեծացած գեղձը տեսանելի է աչքով, III աստիճանի դեպքում զորք ձեռք է բերում որոշակի մեծություն (հաստ պարանոց), IV աստիճանի դեպքում զորք մեծ չափերի է, ցայտունորեն աչքի է ընկնում, V աստիճանի դեպքում՝ հսկա զորք, որը երբեմն իջնում է կրծոսկրի վրա:

Կլինիկական պատկերը կախված է գեղձի մեծացումից: Նրա կոնսիստենցիան կախված է փոփոխման բնույթից: Կոլլիդային և պարենխիմատոզ փոփոխման դեպքում զորք ունի պինդ, առածգական կազմություն, անոթայինի դեպքում՝ հեշտությամբ սեղմվում է, զարկահոսում, ֆիբրոզի դեպքում՝ ամուր է, երբեմն՝ թմբիկավոր: Կլման դեպքում մեծացած վահանաձև գեղձը տեղաշարժվում է շնչափողի և կերակրափողի հետ միասին: Զորքի կողմից շնչափողը ճնշվելու դեպքում առաջանում է շնչահեղձման նոպա, իսկ կերակրափողի ճնշման դեպքում՝ դժվարանում է կուլ տալը: Հետադարձ նյարդի ճնշման դեպքում առաջանում է ձայնի խոպոտություն, երբեմն էլ նրա լրիվ կորուստը:

Զորք 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 (կրետինիզմ):

Պրոֆիլակսիկան ուղղված է զորքի առաջացման պատճառների վերացմանը: էնդեմիկ զորքի դեպքում բնակչությունը ստանում է յոդացված աղ, անհրաժեշտ է լավացնել սանիտարահիգիենիկ պայմանները:

Բուժումը: Զորքի պահպանողական բուժումը հիվանդների կողմից

յողի պրեպարատների ընդունումն է (յող, կալիումի լողիզ, Շերեշևսկու հաբեր և այլն):

Պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում դիմում են վիրահատական բուժմանը, հեռացնելով մեծացած վահանաձև գեղձը՝ թողնելով նրա ոչ մեծ մասը:

Թիրեոտոքսիկոզ (բապեղովյան հիվանդություն): Բնորոշվում է նյարդային վիսցերոպատիկ ախտանիշների զուգակցությամբ, վահանաձև գեղձի գործունեության խանգարման (հիպերթիրեոզ և դիսթիրեոզ) և կառուցվածքային փոփոխությունների հետևանքով:

Թիրեոտոքսիկոզը հաճախ կապվում է հոգեկան տրավմայի հետ, բայց այս դեպքում չեն բացառվում ինֆեկցիայի կամ էնդոկրին խանգարումները, որոնք կապված են դաշտանային ցիկլի, վիժումների և այլ պատճառների հետ:

Թիրեոտոքսիկոզը հաճախ նկատվում է կանանց մոտ 20 մինչև 40 տարեկան հասակում:

Կլինիկական պատկերը: Նկատվում է ընդհանուր թուլություն, հոգնածություն, քրտնարտադրություն, շոգի զգացում, ձեռքերի դող (տրեմոր), սրտխփոց (տախիկարդիա), արտահայտված գրգռվածություն, լակկանություն, նիհարում:

Թիրեոտոքսիկոզի համար բնորոշ են ալյուսպես կոչված աչքերի ախտանիշները՝ էկզոֆթալմ (աչքերի խնձորակների դուրս ցցվելը), Շտելվազի ախտանիշը՝ աչքերի սակավ թարթումը, որը աչքերին տալիս է հատուկ արտահայտություն (անշարժ հացացք), Գրեֆեի ախտանիշը, երբ ներքև թեքված հայացքի դեպքում վերին կոպը հետ է մնում բրի վերին եզրից: Մերիուսի ախտանիշը՝ կոնվերգենցիայի խանգարում (միջին գծի ուղղությամբ առարկան աչքերին մոտեցնելիս աչքերը միմյանցից հեռանում են), Մելեխովի ախտանիշը՝ զայրացած հայացք, Ելենեկի ախտանիշը՝ վերին կոպի մաշկի մգացում, Ռեզենբախի ախտանիշ՝ կոպերի դողը նրանց փակելու դեպքում, Ջենգերի ախտանիշ՝ կոպերի այտուցը և նրանց պարկանման կախվելը (ն կ. 141):

Կրացուցիչ ախտանիշներին վերաբերում են «տիրամոր ձեռքը»՝ երկար և բարակ մատներով դաստակը, Կոխեշի ախտանիշը՝ այտերի վառ կարմրությունը, շրթունքների և լեզվի գունավորման ուժգնությունը: Նկատվում է հիմնական փոխանակության մեծացում:

Բուժումը պահպանողական է: Հիվանդի համար անհրաժեշտ է ստեղծել ֆիզիկական և հոգեկան հանգիստ: Կիրառվում են յողի պրեպարատներ (Լյուգոլի լուծույթ, Շերեշևսկու հաբեր՝ մեկական հաբ օրը 2 անգամ, 20 օր տևողությամբ): Նշանակվում են բրոմիդներ և վալերիանա, սըրտային միջոցներ, մեթիլտիոուրացիլ 0,2 գրամից 3 անգամ օրը, 14 օր տևողությամբ, իսկ հետո դեղաչափը իջեցվում է: Կիրառվում է ռադիո-

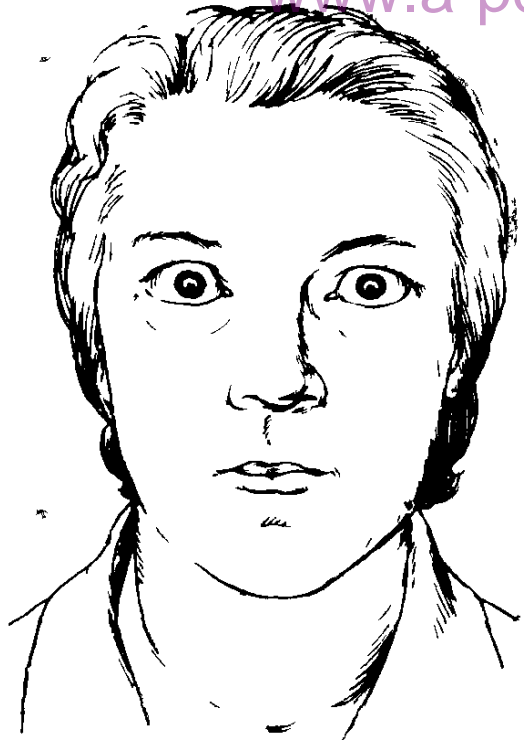
ակտիվ յոգով բուժումը: Պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում դիմում են վիրահատական բուժման՝ կատարվում է վահանաձև գեղձի համընդհանուր մասնատում:

Վահանաձև գեղձի քաղցկեղ: Որպես կանոն առաջանում է հանգուցավոր զոբի վերասերման հետևանքով: Կանանց մոտ հանդիպում է ավելի հաճախ, քան սեղամալրղկանց մոտ: Տափերակիչ ախտորոշման անցկացումը հանգուցավոր զոբի և քաղցկեղի միջև հիվանդության սկզբնական շրջանում դժվար է:

Կլինիկական պատկեր: Բնորոշվում է գեղձի պարենխիմալի մեջ շատ ամուր հանգուցների առկայությամբ: Տալիս է փոխակայումներ պարանոցի, միջնորմի, թոքերի ավշային հանգուցների, երբեմն էլ ոսկրի մեջ: Վահանաձև գեղձի սկենոգրաֆիայի դեպքում ախտորոշվում է սառը օջախ (J¹³¹ իզոտոպի բացակայությունը քաղցկեղային ուռուցքի մեջ):

Բուժումը: Հանգուցավոր զոբի բոլոր ձևերի դեպքում հանձնարարվում է վիրաբուժական բուժումը, պարտադիր կերպով հանգուցների հյուսվածքաբանական հետազոտության կատարումով:

Քաղցկեղային վերասերման կասկածի դեպքում կատարվում է շտապ կարգով բիոպսիա վիրահատական սեղանի վրա: Ախտորոշման հաստատման դեպքում վահանաձև գեղձը հեռացվում է ամբողջությամբ: Հարևան ավշային հանգուցների մեջ փոխակայումների դեպքում հեռացվում են բջջանքի հետ միասին: Վիրահատումից հետո հանձնարարվում է լրացուցիչ բուժում՝ ռադիոակտիվ յոգով և ռենտգենոթերապիայով:



Նկ. 141. Քիրեոտոմֆիկոզ:

ՇՆՉՈՒՂԻՆԵՐԻ ԵՎ ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ՕՏԱՐ ՄԱՐՄԻՆՆԵՐ

Օտար մարմինները (արևածաղիկ, կոպեկ, կոճակ, մեխ, գնդիկ և այլն) շնչուղիների և կերակրափողի մեջ սովորաբար անցնում են ուտելու ժամանակ, ծիծաղի, հազի և այլ դեպքերում: Կլինիկական պատկերը կախված է նրանից, թե որ օրգանի մեջ է ներթափանցել օտար մարմինը, ինչպես նաև իր՝ օտար մարմնի բնույթից:

Օտար մարմինը շնչուղիների մեջ ընկնելու դեպքում նկատվում է ուժգին հազ, դեմքը դառնում է կապտած, պարանոցի անոթները ուռ-

չում են, առաջանում է արցունքահոսութիւն: Որոշ ժամանակ անց հազը դադարում է, բայց օտար մարմնի շարժման հետեանքով այն նորից կրկնվում է: Բրոնխի խցանման դեպքում սկսվում է թոքի համապատասխան հատվածի ատելեկտազ: Ախտորոշման համար մեծ դեր է հատկացվում բրոնխոսկոպիային, լարինգոսկոպիային և ունետգենոթերապիային:

Բուլորովին այլ է կլինիկական պատկերը կերակրափողի օտար մարմնի դեպքում: Կերակրափողը օժտված է իր միջով բաց թողնելու բավականաչափ մեծ և սուր առարկաներ, առանց պատերի որոշակի վնասվածքների: Առավել հաճախ այստեղ կանգնում-մնում են սուր առարկաները (ձկան փուշը), երբ նրանք իրենց սուր ծայրերից մեկով խրվում են կերակրափողի պատի մեջ: Առաջանում է ցավ կլման դեպքում, կոշտ սնունդը չի կարող անցնել կերակրափողով (դիսֆագիա):

Բուժումը: Օտար մարմինը հեռացվում է լարինգոսկոպիայի, բրոնխոսկոպիայի և էզոֆագոսկոպիայի միջոցով: Այնպեսի դեպքերում, երբ օտար մարմինը հնարավոր չէ հեռացնել վերոհիշյալ միջոցներով, ապա հեռացումը կատարվում է վիրահատական ճանապարհով, որի համար բաց է արվում կերակրափողը, շնչափողը կամ հեռացվում է թոքի տեղամասը, որտեղ գտնվում է օտար մարմինը:

ԿՈԿՈՐԴԻ ՆԵՂԱՑՈՒՄ ԵՎ ՀԱՍԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ ՇՆՉԱՓՈՂԱՀԱՏՄԱՆ (ՏՐԱԽԵՈՍՏՈՄԻԱ) ՄԱՍԻՆ

Ստենոզ (նեղացում): Կոկորդի ստենոզը կարող է սկսվել բորբոքային պրոցեսների հետեանքով: Սուր դեպքերում ստենոզը առաջանում է փափուկ հյուսվածքների այտուցի հետեանքով, ավելի ուշ շրջանում՝ սպիական հյուսվածքի զարգացման հաշվին:

Կլինիկապես դա արտահայտվում է շնչառության դժվարացումով: Ծանր դեպքերում կարող է վրա հասնել մահը շնչահեղձման հետեանքով: Սուր դեպքերում անհրաժեշտ է շտապ կարգով առաջացնել առախեռսում: Ավելի ուշ ժամանակ դիմում են պլաստիկ վիրահատման:

Տրախեոստոմիայի աեխնիկան կայանում է հետեյալում: Պարանոցի վրա տեղային ցավազրկումով երկայնակի ուղղությամբ հատվում են մաշկը և ենթակա հյուսվածքները: Շնչափողը պահվում է երկու միատամանի կարթերով, հատվում են երկու օղեր, շնչափողի վերքի մեջ մտցվում է Տրուսսոյի վերքլայնիչը և նրա օգնությամբ շնչափողի մեջ ներս է մտցվում տրախեոստոմիկ փողակը: Փողակի շուրջը գտնվող փափուկ հյուսվածքների վրա կարեր են դրվում: Փողակը թանգիֆե երիզի օգնությամբ ամրացվում է պարանոցին: Դրանից հետո հիվանդը շնչում է

տրախեոստոմիկ փողակի միջոցով: Տրախեոստոմիայի համար գործիքների հավաքակազմը պատկերված է 21-րդ նկարում:

Անհրաժեշտ է հիշել, որ տրախեոստոմիայի կատարումից հետո հիվանդը ի վիճակի չէ խոսել (օդը չի անցնում ձայնալարերի միջով), բայց եթե փակվում է փողակի բացվածքը, ապա հիվանդը կարողանում է խոսել:

ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ԲԱՂՑԿԵՂ

Առավել հաճախ տեղակայվում է կերակրափողի ստորին երրորդականում: Փոխակայումները ավշային ճանապարհով անցնում են հարվահանաձևային, շնչափողային և բրոնխների ավշային հանգույցների մեջ: Արյունային ճանապարհով մետաստազները ներս են անցնում թոքերի և լյարդի մեջ: Հաճախ հիվանդանում են տղամարդիկ:

Կլինիկական պատկերը: Գանգատվում են կերակրափողի միջով սննդի անցնելու դժվարացումից (դիսֆագիա): Սկզբում տեղի է ունենում պինդ սննդի կասեցումը, հետագայում և հեղուկինը: Միանում է թքահոսությունը: Հիվանդը արագորեն նիհարում է:

Ռենտգենորեն հակադրական (կոնտրաստային) նյութի ընդունման դեպքում կարելի է որոշել կերակրափողի նեղացման վայրը: Նեղացած մասի ուրվագիծը ունի ատամնավորված եզրեր: Էզոֆագոսկոպի օգնությամբ կարելի է դիտել ուռուցքը և վերցնել հյուսվածքի կտոր հյուսվածքաբանական հետազոտման համար (բիոպսիա):

Բուժումը: Կիրառվում է արմատական վիրահատական բուժում: Հիվանդության սկզբնական փուլերում կատարվում է կերակրափողի լրիվ հեռացումը, հետագայում այն փոխարինվում է բարակ կամ հաստ աղիներով, որը անցկացվում է կերակրափողի նախկին տեղով, միջնորմի առաջային մասով, կամ կրծոսկրի առջևով ենթամաշկային բջջանքի միջով: Ոչ վիրահատական դեպքերի ժամանակ ստամոքսի պատի վրա դրվում է խուղակ (գաստրոստոմ): Գաստրոստոմիկ բացվածքի միջով հիվանդի կերակրման ժամանակ անցկացվում է ուետինե խողովակ: Երբեմն ոչ վիրահատական դեպքերում ուռուցքի վայրի միջով ներս է անցկացվում հատուկ պոլիվինիլալկոհոլից պատրաստված խողովակը (թունելավորում), որը հնարավոր է դարձնում հիվանդի կերակրումը բերանի միջոցով:

ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐ

Սովորաբար կերակրափողի այրվածքները տեղի են ունենում պատահական կամ կանխամտածված կերպով (ինքնասպանության նպատակով) հիմք, թթու և ուրիշ քայքայիչ նյութեր ընդունելու հետևանքով:

Հիմքը և թիթուն ազդելով կերակրափողի լորձաթաղանթի վրա առաջացնում են նրա արտահայտված դեստրուկցիան: Թիթվի այրվածքի դեպքում ավելի մակերեսորեն է վնասվում կերակրափողի պատը: Թիթուն 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 բուժումը: Այրվածքից հետո սուր շրջանում կատարվում է կերակրափողի և ստամոքսի լվացում, շեզոքացնող լուծույթներով (թիթունների 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 տաս օր անցնելուց հետո սկսվում է կատարվել կերակրափողի բուժավորումը (լայնացումը), հատուկ բուժերով: Սպիացման պրոֆիլակտիկայի համար նշանակվում է պրեզնիզոլոն, հիդրոկորտիզոն: Սպիական նեղացումների զարգացման և բուժավորման անարդյունավետության դեպքերում դիմում են վիրահատական բուժման՝ ստեղծվում է արհեստական կերակրափող:

ՊԱՐԱՆՈՑԻ, ՇՆՉԱՓՈՂԻ ԵՎ ԿԵՐԱԿՐԱՓՈՂԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐՈՎ ՈՒ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Տրախեոստոմիայով հիվանդների խնամքը: Փողակի միջով շնչափողից դուրս եկող արտադրությունը որպեսզի չկեղտոտի վիրակապը, փողակի տակը դրվում է մոմլաթից, պոլիէթիլենային կամ ռետինե գոգնոցիկ, որը կեղտոտվելու դեպքում լվացվում է անտիսեպտիկ լուծույթով: Տրախեոստոմիկ փողակի ներքին խողովակը օրվա մեջ մի քանի անգամ հանվում, լվացվում և նորից դրվում է իր տեղում:

Շնչափողից լորձի և խորխի ակտիվ արտածծման համար փողակի միջով շնչափողի մեջ զգուշությամբ ներս է մտցվում բարակ կաթետերը, որը միացվում է արտածծող ապարատին: Փողակի միջոցով շնչափողի մեջ կարելի է մտցնել տարբեր դեղանյութեր: Տրախեոստոմիկ փողակի

հեռացումից հետո պարանոցի վերքը լավանում է ինքնուրույն կերպով, երկրորդային ձգման ճանապարհով:

Գաստրոստոմիայով հիվանդների խնամքը: Անհրաժեշտ է ուշադիր հետևել գաստրոստոմիկ բացվածքի շուրջը գտնվող մաշկի միճակին: Բացվածքից դուրս եկող ստամոքսահյուսվածքը առաջացնում է մաշկի խիստ թրմում: Կախված սրանից, յուրաքանչյուր կերակրումից հետո մաշկը պետք է մաքրել անտիսեպտիկ լուծույթով և քսել վաղելին: Մաշկի թրման դեպքում այդ մասին քսվում է Լասսերի քսուքը: Հիվանդի կերակրումը կատարվում է ստամոքսի խուղակի միջով: Խողովակի արտաքին ծայրին միացվում է ապակյա ձագարը և բարձրացվում է մոտավորապես 0,5 մ շափով: Ձագարի մեջ փոքր բաժիններով 50—100 մլ լցվում է նախապես պատրաստված հեղուկ սնունդը:

Հիվանդների խնամքը կերակրափողի վիրահատումներից հետո: Հիվանդների մոտ, որոնք կրել են կերակրափողի վիրահատում, հետվիրահատական շրջանը ընթանում է ծանր: Վիրահատական միջամտության արդյունքը հաճախ կախված է խնամքից: Հիվանդներին նշանակվում է խոնավացված թթվածին, սրտային միջոցներ: Եթե դրենաժ չը դրված, ապա ամեն օր կատարվում է պլերալ խոռոչի պունկցիա, արտածծվում է պարունակությունը և ներարկվում են անտիբիոտիկներ: Կերակրափողի հեռացումից հետո իջնում է սպիտակուցների ընդհանուր հաշվեկշիռը, այդ պատճառով սպիտակուցային քաղցի դեմ պայքարի համար յուրաքանչյուր օր փոխներարկվում է արյուն և սպիտակուցային պրեպարատներ:

Բերանակցման վայրում առավել շափով հանգիստ ստեղծելու համար հիվանդին հանձնարարվում է վիրահատումից հետո մեկ օրվա ընթացքում իրեն ղսպել կուլ տալու գործողությունից: Այս շրջանը շատ ծանր է հիվանդի համար և սպասարկվող անձնակազմից պահանջվում է մեծ ուշադրություն հիվանդի հանդեպ: Բերանով հեղուկի ընդունումը թուլատրվում է միայն վիրահատումից հետո 4—5-րդ օրը, սկզբում՝ փոքր բաժիններով: Միայն 7-րդ օրվանից սահմանափակումները կարելի է վերացնել սովորական հետվիրահատական ընթացքի պայմանների դեպքում: Այս ժամանակից սկսած հիվանդը սկսում է ստանալ կիսահեղուկ սնունդ՝ հում ձու, կիսել, թթվասեր, կեֆիր, մսաջուր, մանրածավարի շիլա և այլն: Սննդի օրաբաժինը կազմվում է ընդհանուր ծավալով ոչ ավելի 40 գրամից, 5—6 անգամ ընդունումով: Սկսած 11—12-րդ օրվանից հիվանդին տրվում է շոգեեփ կոտլետ, աղացած միս: Սկսած 15-րդ օրվանից նշանակվում է № 1 սեղանը:

Հաճախ այս կարգի հիվանդների մոտ վիրահատության ժամանակ քթի միջով մտցվում է դոնդը, որն անցկացվում է բերանակցման վայ-

րից ներքև: Առաջին օրերին հիվանդին կարելի է կերակրել այս զոնդի միջոցով:

Կախված հյուսվածքների վերականգնողական հատկությունների խիստ իջեցումից և նրանց սնուցման խանգարումներից, այս կարգի հիվանդների մոտ կարող է առաջանալ պառկելախոց, այդ պատճառով հետվիրահատական շրջանում նրանց հանձնարարվում է վարքի ակտիվացում: Երրորդ օրվա վերջում անհրաժեշտ է կատարել մաքրող հոգնա:

Հիվանդների խնամքը վահանաձև գեղձի վիրահատումների դեպ-

Այս հիվանդները տարբերվում են հոգեվիճակի, սիրտ-անոթային համակարգի ծայրաստիճան անկայունությունների և շատ զգայուն են վիրահատական վնասվածքի հանդեպ: Անհրաժեշտ է ապահովել նրանց ոչ միայն ֆիզիկական, այլև հոգեկան հանգստով: Նյարդային գրգռվածությունը իջեցնելու համար նշանակվում են բրոմի պրեպարատներ տարբեր զուգակցումներով: Թիրեոտոքսիկոզի երևույթները նվազեցնելու համար հիվանդները ստանում են յոդի պրեպարատներ կամ մեթիլտիոուրացիլ, մերկազոլիլ՝ զուգակցելով դիյոդթիրոզինի հետ: Թիրեոտոքսիկոզի ծանր ձևերի և խիստ հյուսվածան դեպքերում մինչև վիրահատումը 7—10 օրվա ընթացքում ներարկվում է 8—12 ՄԻ ինսուլին 40 % լուծույթի հետ: Հուզական գրգռվածությունը, լարվածությունը վերացնելու համար նշանակվում է ամինազին, տիրոքսազին:

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:

Վիրահատումից անմիջապես հետո հիվանդին տրվում է կիսանստած դիրք, փոքր-ինչ առաջ խոնարհված գլխով (պարանոցի մկանների թուլացման համար): Սկզբի 2—3 օրը, հաշվի առնելով կլման դժվարացումը, նշանակվում է բարձր կալորիական կիսահեղուկ սնունդ: Վիրահատումից հետո առաջին օրերը այս հիվանդների համար անհրաժեշտ է ապահովել բուժքրոջ անհատական պահակետ: Եթե հիվանդի մոտ սկսվում է թիրեոտոքսիկ կրիզ, քուլը պետք է կանչի բժշկին: Կրիզի նշաններն են՝ արտահայտված անհանգստությունը, դեմքի կարմրությունը, ձեռքերի դողը, պուլսի, շնչառության հաճախացումը, ջերմաստիճանի բարձրացումը: Հեմատոմայի կողմից հետադարձ նյարդի ճնշման հետևանքով կարող է սկսվել ձայնի խոպոտություն, իսկ երբեմն էլ ձայնի համարյա լրիվ կորուստ: Հարվահանաձև գեղձերի պատահական հեռացման դեպքերում, որոնք կարգավորում են կալցիումի փոխանակությունը, առաջանում են դեմքի, վերին և ստորին վերջույթների ցնցումներ: Կալցիումի քլորիդի ներերակային ներարկումներով, ինչպես նաև հարվա-

հանաձև գեղձերի հորմոնների՝ պարաթիրեոիդինի միջմկանային ներարկումներով կարելի է վերացնել այս երևույթները:

Մեծ ուշադրություն պետք է դարձնել վիրակապի հսկողության վրա, քանի որ առաջին 2 օրը կարող է սկսվել երկրորդային արյունահոսություն: Սկզբի օրերից նշանակվում է խոնավացրած թթվածին, կամֆորա, կորդիամին, յոդի պրեպարատներ, ներերակային ներարկվում է գլյուկոզա: Դրենաժները վերքից սովորաբար հեռացվում են 2-րդ օրվանից: Կարերը հեռացվում են 7—8-րդ օրը:

Գլուխ III

ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ԵՎ ՆՐԱ ՆԵՐՔԻՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ ՈՒ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ԿՐԾՔԻ ՓԱԿ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Կողոսկրերի կոտրվածքներ: Առաջանում են ուղղակի տրավմայի կամ կրծքավանդակի ճնշման հետևանքով: Տարբերվում են ճեղքվածքներ, ենթավերնոսկրային և լրիվ կոտրվածքներ մեկ կամ մի քանի կողոսկրի, որոնք ուղեկցվում են ոսկրաբեկորների տեղաշարժով և առանց տեղաշարժի: Կարող է նկատվել կողոսկրերի մեկուսացված կոտրվածքներ և կոտրվածքներ, որոնց դեպքում վնասվում են պլևրան և թոքերը:

Կլինիկական պատկերը: Միայն մեկ կողոսկրի կոտրվածքի դեպքում նկատվում է տեղային սուր ցավ, որը ուժեղանում է ներշնչման, հազի և իրանի տեղաշարժի դեպքում: Շոշափման ժամանակ առաջանում է տեղային ցավոտություն, իսկ տեղաշարժով ուղեկցվող կոտրվածքի դեպքում նկատվում է կողերի աստիճանաձև դեֆորմացիա:

Բազմաթիվ կողոսկրերի կոտրվածքների դեպքում կլինիկական պատկերը վատանում է, հիվանդը կարող է գտնվել շոկային վիճակի մեջ: Թոքի հյուսվածքի վնասվածքի դեպքում առաջանում է ենթամաշկային էմֆիզեմա՝ օդի կուտակումը ենթամաշկային բջջանքի մեջ, այս դեպքում մաշկը ճնշելիս առաջանում է կրեպիտացիա, արյունախիտում, խիստ դժվարաշնչություն, ակրոցիանոզ (շրթունքների, քթի ծայրի, ականջի խեցիների, մատների կապտություն): Պլևրայի խոռոչում արյան կուտակվածության դեպքում (հեմոթորաքս), նստած դիրքում ընդբախում կատարելիս որոշվում է հեղուկի հորիզոնական մակարդակը, օդի առկայության դեպքում (պնևմոթորաքս) թոքը սեղմվում է, ընդբախման դեպքում նկատվում է բախման (պերկուտոր) ձայնի ուժեղացում, առևկուլտացիայի դեպքում թոքերի շնչառությունը չի լսվում:

Կողերի կոտրվածքի համար կարևոր նշանակություն ունի ունենալու նաբանական հետազոտությունը, չնայած մի շարք դեպքերում կոտրվածքը կարող է բացահայտվել միայն կլինիկորեն: Ախտորոշման համար հիմնական գործոնը հանդիսանում է կլինիկական պատկերո:

Բուժումը: Կոտրվածքի տեղում ներարկվում է 5—10 մլ 2 % նովոկաինի լուծույթ: Բազմաթիվ կոտրվածքների դեպքում կոտրվածքի տեղում ներարկվում է 0,5 % նովոկաինի լուծույթ և այդ նույն կողմում կատարվում է վագոսիմպատիկ նովոկաինային բլոկադա:

Ավելի խորացված և երկարատև ցավազրկում ստեղծելու համար մենք հանձնարարում ենք ներարկել կոտրվածքի տեղի մեջ 5—10 մլ 2 % նովոկաինի լուծույթ, ասեղը չհանած տասը բույս անց անհրաժեշտ է ներարկել լրացուցիչ 5 մլ 0,02 % սովկաինի և 0,04 % դիկաինի լուծույթները:

Տվյալ մեթոդիկան կիրառվում է նաև այլ տեղակայում ունեցող կոտրվածքների դեպքում:

Թոքաբորբի պրոֆիլակտիկայի համար հիվանդը պետք է ղբաղվի շնչառական մարզանքով: Նշանակվում են անտիբիոտիկներ և սուլֆանիլամիդներ: Կողոսկրերի կոտրվածքի ժամանակ կրծքավանդակը բինտակապել խորհուրդ չի տրվում (թոքաբորբի պրոֆիլակտիկա):

Անրակի հոդախախտ: Հաճախ տեղի է ունենում ուսի վրա ընկնելու դեպքում: Տարբերվում են անրակի ուսելունային և կրծոսկրային ծայրերի հոդախախտեր: Ավելի հաճախ նկատվում է անրակի ուսելունային ծայրի հոդախախտը: Կախված կապանային ապարատի խզվածությունից՝ տարբերվում են մասնակի և լրիվ հոդախախտեր: Լրիվ հոդախախտի դեպքում այս շրջանի կապանային ապարատը կտրվում է ամբողջապես, իսկ ոչ լրիվ հոդախախտի դեպքում կապանային ապարատի մի մասը պահպանվում է:

Կլինիկական պատկերը: Անրակի ուսելունային ծայրի հոդախախտի դեպքում ուսի շրջանում տեսանելի է աստիճանաձև դեֆորմացիա, անրակի ուսելունային ծայրի բարձրացած մնալու հետևանքով: Ուսը դեպի դուրս հետ քաշելով և սեղմելով անրակի արտահայտված ծայրի վրա տեղի է ունենում ուղղումը, այդ ծայրը բաց թողնելու դեպքում այն նորից բարձրանում է վերև (ստեղնաշարի ախտանիշ): Ախտորոշումը հաստատվում է ունենալու լոգիկական հետազոտությունը: Ոչ լրիվ հոդախախտի դեպքում անրակի ուսելունային ծայրի բարձրանալը տեղի է ունենում ոչ այնքան արտահայտիչ կերպով:

Անրակի կրծոսկրային ծայրի հոդախախտի դեպքում այդ վայրում նկատվում է արտացցված անրակի ծայրը և հեմատոմա: Ախտորոշումը ճշտելու համար կատարվում է ունենալու նկարահանում:

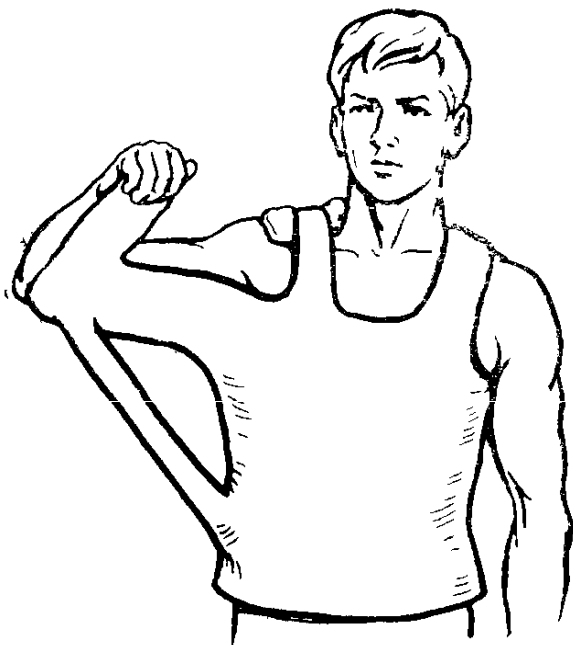
Բուժումը: Ուղղվում է հոդախախտված անրակի ծայրը: Անրակի

վրա դրվում է ամուր ստվարաթղթից պատրաստված գոտի և այն ամրացվում է գիպսյա կապով (նկ. 142): Մի շարք դեպքերում այս եղանակը կարող է հանդիսանալ արդյունավետ, հատկապես անրակի ուսելունային ծայրի հողախախտի դեպքում: Այն դեպքերում, երբ հնարավոր չէ պահել հողախախտված անրակի ծայրը, դիմում են վիրահատական բուժման: Անրակի ուսելունային ծայրի հողախախտի դեպքում վիրահատման էությունը կայանում է հետևյալում՝ այն ամրացվում է թիակի ուսելունային ծայրի հետ, իսկ անրակի կրծոսկրային ծայրի հողախախտի դեպքում այն ամրացվում է կրծոսկրի հետ: Ամրացումը կատարվում է լավսանային թելով, բրոնզ-ալյումինային լարով կամ պողպատյա շյուղով: Անրակի ուսելունային ծայրի հողախախտի դեպքում լավ արդյունք է տալիս Բեննելի վիրահատումը՝ անրակը ամրացվում է թիակի ուսելունին և կտցած Ելուստին մետաքսաթելի կամ ազդրի լայն փակեղից ձևած նեղ շերտի օգնությամբ: Անրակի կրծոսկրային ծայրի հողախախտի դեպքում հաճախ կատարվում է Մարկսերի վիրահատումը:

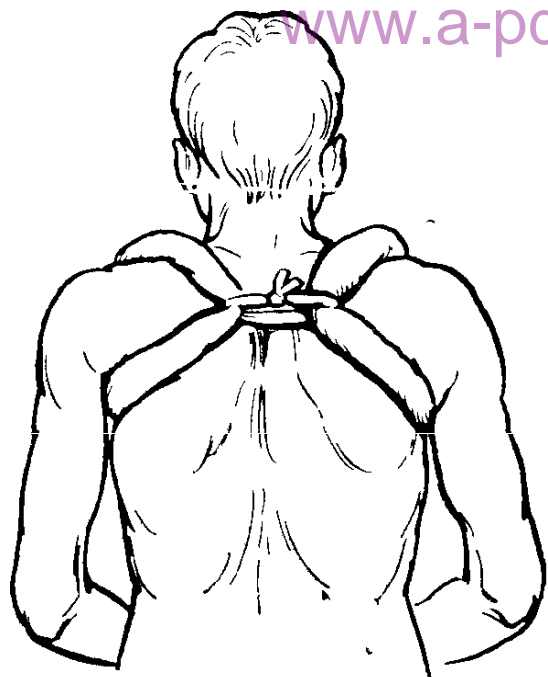
Անրակի կոտրվածքներ: Առաջանում են ուղղակի տրավմայի հետեւանքով կամ երբ ընկնում են մեկնված ձեռքի, արմունկի, ուսի կողմնային մակերեսի վրա: Երեխաների մոտ հաճախ նկատվում է ենթավերնոսկրային կոտրվածքը, ոսկրաբեկորների աննշան տեղաշարժով: Մեծերի մոտ նկատվում են լայնական, թեք և բեկորային կոտրվածքներ: Որպես կանոն, կոտրվածքները ուղեկցվում են ոսկրաբեկորների տեղաշարժով: Կենտրոնական ոսկրաբեկորը կրծոսկրանրակապտկային մկանի ձգման հաշվին տեղաշարժվում է դեպի վերև և հետ, իսկ արտաքին ոսկրաբեկորը ենթանրակային մկանի ձգման հաշվին տեղաշարժվում է դեպի ներքև և ներս: Ոսկրաբեկորները կարող են վնասել նյարդանոթային կծիկը, պլևրայի գմբեթը կամ մաշկը (բաց կոտրվածք):

Կլինիկական պատկեր: Կոտրվածքի վայրում նկատվում է ցավ և աստիճանաձև դեֆորմացիա: Վերուսային շրջանը կարճանում է համեմատած առողջ կողմի հետ (տարածությունը անրակի կրծոսկրային ծայրից մինչև ուսելունային ծայրը): Հիվանդը պահում է վնասված կողմի վերին վերջույթը: Ախտորոշումը ճշտելու և ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթը պարզելու համար կատարվում է ուսելունային նկարահանում:

Բուժում: Առաջին օգնությունը ցույց տալու դեպքում վերին վերջույթի վրա վնասվածքի կողմում դրվում է Դեզոյի կամ գլխաշորի կապ: Կոտրվածքի բուժման դեպքում վնասվածքի տեղում ներարկվում է նովոկաին կամ կատարվում է երկարատև ազդեցության հաջորդական բլոկադա: Առավել չափով հետ տանելով հիվանդի ուսերը, այդ դիրքում ուսերի վրա հագցնում են երկու բնայա օղակներ, որոնք կապվում են միմյանց հետ ուսելուն խողովակով (Դելբեի մեթոդ) (նկ. 143): Օղակների փոխարեն լայն բաց արված ուսերի վրա կարելի է դնել ութա-



Նկ. 142. Անրակի ամրացումը գիպսյա կապով անրակի ուսելունային ծայրի հողախախտի դեպքում.



Նկ. 143. Դելթեի օղակները անրակի կոտրվածքի դեպքում:

ձև կապ: Ոսկրաբեկորների կոնսոլիդացիան (սերտաճում) տեղի է ունենում 3—4 շաբաթվա ընթացքում:

Եթե վերոհիշյալ եղանակներով հնարավոր չի լինում համադրել ոսկրաբեկորները, դիմում են վիրահատական բուժման: Վիրահատման էությունը կայանում է հետևյալում՝ ոսկրաբեկորները միացվում են լավսանեթելերի կամ մետաղալարի օգնությամբ, ինչպես նաև շժանգոտվող պողպատից պատրաստված մեխերի օգնությամբ, որն անցկացվում է անրակի միջով:

ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ԹԱՓԱՆՑՈՂ (ԲԱՑ) ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Կրծքավանդակի թափանցող վնասվածքների տա՛յ հասկացվում են այնպիսի վիրավորումները, երբ մաշկի, ենթամաշկային բջջանքի և մկանային շերտի հետ միասին վնասվում է նաև առպատային պլևրան: Այս վիրավորումների դեպքում թոքի վնասվածք կարող է տեղի չունենալ: Կրծքավանդակի թափանցող վիրավորումները առաջանում են սառը և հրազենային զենքով:

Կրծքավանդակի թափանցող վիրավորումների ժամանակ հաճախ նկատվում է պնևմոթորաքս՝ օդի կուտակումը պլևրայի խոռոչում, հեմոթորաքս՝ արյան կուտակումը պլևրալ խոռոչի մեջ և պնևմոհեմոթորաքս՝ արյան և օդի կուտակվածությունը:

Պնևմոթորաքս: Կրծքավանդակի վերքի բացվածքի կամ վնասված թոքի միջով պլևրայի խոռոչի մեջ օդի ներս անցնելու հետևանքով առաջանում է պնևմոթորաքս: Պլևրայի խոռոչի մեջ օդի ներթափանցման հետևանքով թոքը սեղմվում է (տատանվում): Ինչքան օդը շատ է պլևրայի խոռոչում, այնքան ավելի է սեղմվում թոքը:

Պնևմոթորաքսը կարող է լինել երեք ձևի՝ փակ, բաց և փականային: Փակ պնևմոթորաքսի դեպքում պլևրայի խոռոչը չի հաղորդակցվում արտաքին միջավայրի հետ, քանի որ կրծքավանդակի կամ թոքի վրա եղած վերքի բացվածքը փակվում է: Բաց պնևմոթորաքսի դեպքում վերքի բացվածքի եզրերը հեռանում են միմյանցից և պլևրայի խոռոչը ազատ կերպով հաղորդակցվում է շրջակա միջավայրի հետ: Փականային (լարված) պնևմոթորաքսի դեպքում վերքի բացվածքի կարողության առանձնահատկություններից ելնելով, օդը ազատ կերպով թափանցում է պլևրայի խոռոչի մեջ, բայց դուրս գալ չի կարողանում: Սրանից կախված՝ յուրաքանչյուր ներշնչման դեպքում պլևրայի խոռոչի մեջ կուտակվում է ավելի շատ օդ: Այս դեպքում նկատվում է թոքի և միջնորմի օրգանների սեղմվածությունը և տեղաշարժը դեպի առողջ կողմը: Մի շարք դեպքերում (հաճախ փականային պնևմոթորաքսի ժամանակ) օդը սկսվում է անցնել ենթամաշկային բջջանքի մեջ, որը հանգեցնում է ենթամաշկային էմֆիզեմայի առաջացմանը:

Կլինիկական պատկերը: Առաջանում է ճնշվածության զգացում կրծքում, շնչահեղձություն, կապտություն, շնչառության և ձայնի դողոցի բացակայություն կամ զգալի թուլացում կրծքավանդակի վնասված կողմում: Ավելի ծանր դրություն առաջանում է բաց և փականային պնևմոթորաքսներով հիվանդների մոտ:

Հեմոթորաքս: Առավել հաճախ արյունը լցվում է պլևրայի խոռոչի մեջ վիրավորված թոքի անոթներից, բայց երբեմն էլ կրծքավանդակի անոթների վնասվածքներից: Կուտակված արյան քանակը կարող է հասնել 1,5—3 լիտրի: Ինֆեկցիայի միացման դեպքերում առաջանում է պլևրայի էմպիեմա:

Կլինիկական պատկերը: Ի հայտ են գալիս ներքին արյունահոսության նշաններ՝ մաշկային ծածկույթների և լորձաթաղանթների գունատություն, սառը քրտինք, պուլսի հաճախացում, զարկերակային արյան ճնշման ցածրացում: Այս երևույթներին միանում է շնչարգելումը և շնչառության դժվարացումը: Պերկուտիայի դեպքում նկատվում է պերկուտոր ձայնի բթացում արյան կուտակվածության վայրում:

Պնևմոթորաքսը կլինիկորեն բնորոշվում է պնևմոթորաքսի և հեմոթորաքսի զուգակցումով: Պերկուտիայի դեպքում պլևրայի խոռոչում որոշվում է հեղուկի հորիզոնական մակարդակը:

Առաջին օգնությունը և բուժումը: Կրծքավանդակի թափանցող վի-

տավորումներով հիվանդների առաջին օգնությունը պետք է ուղղված լինի վերցնելու բաց պնևմոթորաքսը: Այս նպատակով վերքի վրա դրվում է անթափանցիկ մանրէազերծված կապ, որի համար օգտագործվում է կաշուն սպեղանին (վերքի վրա դրվում է կղմինդրաձև) կամ անհատական ծրարի ռետինապատված թաղանթը և վերևից ծածկվում է բամբակ-թանգիֆային վիրակապով: Հիվանդին անհրաժեշտ է ներարկել ցավազրկող և սրտային միջոցներ:

Նման հիվանդների բուժման համար կատարվում է կրծքավանդակի վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակում, այն շերտ առ շերտ խուլ կերպով կարվում է, պլերայի խոռոչից դուրս է բերվում օդը և արյունը:

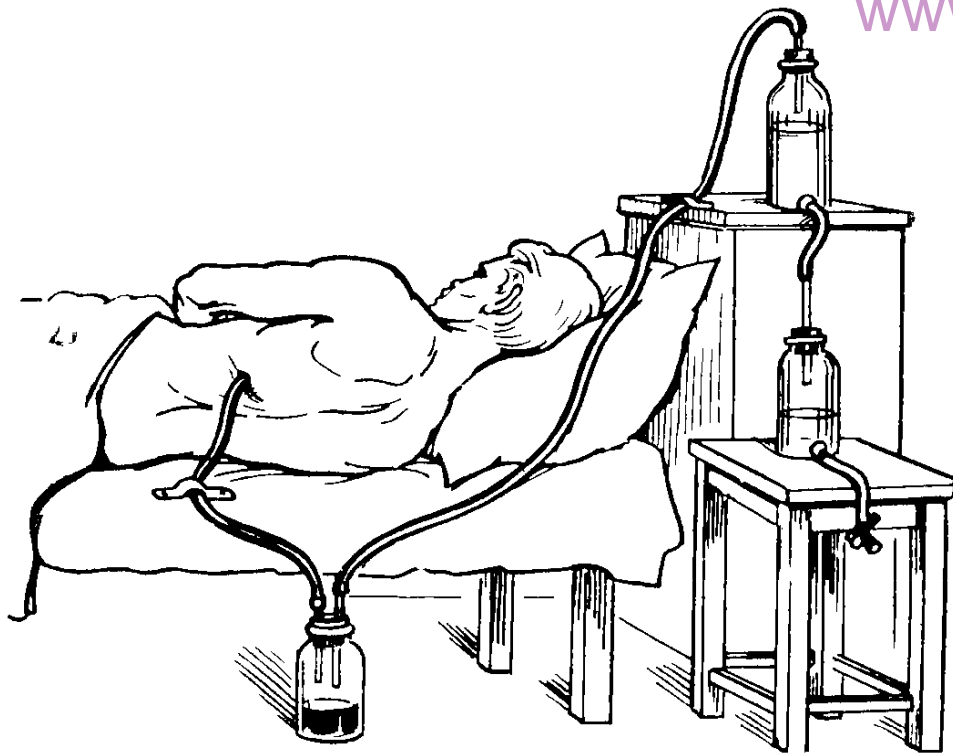
Փականային պնևմոթորաքսի դեպքում կատարվում է հաճախակի պլերալ խոռոչի պունկցիա օդի հեռացման համար կամ դրվում է ընդջրյա դրենաժ ըստ Բյուլաուի: Բայց այսպիսի դեպքերում լավ է անմիջապես դիմել փականային մեխանիզմի վիրահատական վերացմանը: Հեմոթորաքսի դեպքում վիրահատական կամ պահպանողական եղանակներով դադարեցվում է արյունահոսությունը և հեռացվում է արյունը պլերայի խոռոչից:

ՍՐՏԻ ՎԻՐԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

Սրտի վիրաբուժությունը վիրաբուժության նոր բաժիններից է: Զգալի արդյունքներ են ստացվել վերջին 20 տարում: Վիրաբուժության այս բնագավառի զարգացման համար հիմնական դերը խաղացին հայրենական վիրաբույժներ Ա. Ն. Բակուլևը, Պ. Ա. Կուպրիյանովը, Բ. Վ. Պետրովսկին, Ա. Ա. Վիշնևսկին և ուրիշներ:

Սրտի վերքերը ամենից հաճախ առաջանում են սառը և հրազենային զենքերի գործադրման դեպքում: Առավել հաճախ վիրավորման ենթարկվում են փորոքները, հատկապես ձախը: Սրտի վիրավորումների ժամանակ (դեպքերի 1/3-ի) մահը վրա է հասնում անմիջապես: Ուրիշ հիվանդներ մահանում են 1—3 օր հետո ներքին արյունահոսության և սրտի տամպոնադայի հետևանքով: Երբեմն մահվան հանգեցնում են բարդությունները (պերիկարդիտ, պլերիտ, պնևմոթորաքս, էմբոլիա):

Կլինիկական պատկերը: Բնորոշվում է սրտի տամպոնադայի ախտանշանաբանությամբ, որը առաջանում է սրտապարկի մեջ արյան կուտակման հաշվին: Հիվանդները գանգատվում են սրտի շրջանի ցավերից, գլխապտույտից, շնչարգելումից և մահվան վախի զգացումից: Մաշկային ծածկույթները գունատ են, դիմագծերը՝ սրված, պուլսը թույլ լեցումով, հաճախացած, 120—160 զարկ մեկ րոպեում: Ընկնում է զարկերակային, բայց ավելանում է եբակային ճնշումը: Շնչառությունը մակերեսային է, հաճախացած: Ցավերը կարող են տարածվել ձախ թիակը,



Նկ. 145. Սիֆոնային համակարգը ըստ Սուբոտսկինի:

ուսը և որովայնը: Սրտի տոները համարյա չի լսվում: Սրտի սահմանները զգալիորեն մեծացած են սրտապարկի մեջ արյան կուտակման հաշվին, որը լավ նկատվում է ռենտգենաբանորեն:

Բուժումը. շուտափուլյթ կերպով վիրահատական միջամտություն է կատարվում: Վիրահատության նպատակն է կարել սրտի վերքը (նկ. 144): Վիրահատումից առաջ և հիվանդին փոխադրամիջոցով տեղափոխելիս նրա համար ստեղծվում է առավել շափով հանգիստ դիրք, սրտի շրջանում դրվում է սառը, ներարկվում են ցավազրկող միջոցներ:

ՊԼԵՎՐԱՅԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Պլերայի էմպիեմա: Կարող է առաջանալ սճային պլերիտից կամ պլերայի խոռոչի մեջ թոքի թարախակույտի պատուվելու, լցվելու հետեվանքով: Պլերայի էմպիեման կարող է նույնպես զարգանալ կրծքավանդակի թափանցող վիրավորումների դեպքում, երբ ներս է թափանցում ինֆեկցիան: Թարախային պարունակությունը կարող է ընդգրկել պլերայի ամբողջ խոռոչը (համընդհանուր էմպիեմա) կամ պլերայի սահմանափակ տեղամասը (օջախային էմպիեմա):

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդությունը ընթանում է ծանր, արտահայտված թունավորման և ջերմաստիճանի մինչև $39-40^{\circ}\text{C}$ բարձրացման ֆոնի վրա: Հիվանդ կողմում առաջանում է այտի վառ կարմրու-

Թյուն: Միջկողային տարածությունները լայնանում են: Նրանց շոշափման դեպքում նկատվում է ցավոտություն: Ընդբախական և ունետգենաբանական պատկերը համանմանորեն նույնն է, ինչ-որ շճային պլևրիտի դեպքում: Պլևրայի խոռոչում հեղուկի առկայության դեպքում առաջանում է հեղուկի հորիզոնական մակարդակը: Պլևրայի խոռոչի պունկցիայի դեպքում ստացվում է թարախ:

Բուժումը: Եթե պունկցիայի եղանակը դրական արդյունք չի տալիս, ապա դիմում են պլևրալ խոռոչի դրենաժավորմանը (նկ. 145):

ԹՈՔԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Թոքի արսցես: Թոքի արսցեսի տակ հասկացվում է թոքի հյուսվածքի թարախային լուծումը, քայքայումը: Պատճառը կարող են լինել վնասվածքի հետևանքով արյունազեղումները թոքի հյուսվածքի մեջ, շնչուղիների օտար մարմինը, թոքերի բորբոքումը, փոխակայման ճանապարհով ինֆեկցիայի տարածումը այլ տեղակայում ունեցող թարախակույտից: Արսցեսները կարող են լինել միայն մեկ և բազմաթիվ:

Կլինիկական պատկերը: Արսցեսի զարգացման սկիզբը (առաջին փուլ) բնորոշվում է ընդհանուր թուլությամբ և սարսուռի զգացումով: Առաջանում է հազ: Նկատվում է ջերմաստիճանի զգալի բարձրացում և ցավ կրծքավանդակի համապատասխան կետում: Արյան մեջ նկատվում է լեյկոցիտոզ և լեյկոֆորմուլայի տեղաշարժ դեպի ձախ: Թարախակույտը բրոնխի մեջ բացվելու դեպքում (երկրորդ փուլ) նկատվում է թարախային պարունակության առատ արտահոսք: Հիվանդության սկզբնական փուլում արսցեսի ուղղությամբ նկատվում է ընդբախական ձայնի բթացում, թարախակույտի ծակման և պարունակության դատարկման դեպքում՝ ոչ մեծ տիմպանիկ հնչյուն, աուսկուլտացիայի ժամանակ լրսվում է սովորական շնչառություն: Թարախակույտի պատուվելուց հետո պրոցեսը կարող է ընդունել խրոնիկ ընթացք:

Ռենտգենաբանորեն հիվանդության սկզբնական փուլերում նկատվում է առանց պարզորոշ սահմանի համասեռ մթնեցում, բրոնխի մեջ թարախակույտի պատուվելու դեպքում նկատվում է հեղուկի հորիզոնական մակարդակով խոռոչ:

Բուժումը: Ամենասկզբից հանձնարարվում է անցկացնել պահպանողական բուժում՝ ընդհանուր անտիբիոտիկային և սուլֆանիլամիդային բուժում, անտիբիոտիկները լցնել բրոնխիալ ծառի միջով արսցեսի շրջանը: Երկրորդ փուլում բրոնխոսկոպի միջոցով արտածծվում է թարախը, որից հետո խոռոչի մեջ լցվում են անտիբիոտիկներ և ֆերմենտներ: Արտահայտված թունավորման դեպքում անցկացվում է դեզինտոքսի սցիոն թերապիա՝ արյան, պլազմայի և արյան փոխարինող հեղուկ-

ների փոխներարկումներ: Նշանակվում է բարձր կալորիական սնունդ: Հոսոդ աբսցեսի դեպքում անհրաժեշտ է պայմաններ ստեղծել խորխի լավ հեռացման համար: Սրա համար նշանակվում է, այսպես կոչված, բնական դրենաժավորումը՝ իրանը տեղակայվում է կոնքի մակարդակից ներքև, որը նպաստում է խորխի ինքնուրույն հեռացմանը: Առավել ծանր դեպքերում, հատկապես հեվանդուլթյան սկզբնական փուլում, ենթանրակային երակի մեջ մտցվում է մշտական կաթետեր և նրա միջոցով մտցրվում են մեծ դեղաչափով անտիբիոտիկներ, կաթետերը պետք է հեպարինացման ենթարկել նրա խցանումից խուսափելու նպատակով: Սուր աբսցեսների դեպքում, որոնք պահպանողական բուժման շեն ենթարկվում, ինչպես նաև խրոնիկ աբսցեսների դեպքում հանձնարարվում է վիրահատական բուժումը— լոբէկտոմիա կամ պուլմոնէկտոմիա, կախված թոքային հյուսվածքի ախտահարման բնույթից և տեղակայումից:

Թոքի զանգրենա: Ի տարբերություն թոքի թարախակույտի, գանգրենան բնորոշվում է պրոցեսի անսահմանափակ տարածումով թոքային հյուսվածքի մեջ, ընդգրկելով պլևրան: Հյուսվածքաբանորեն նկատվում է սուր նեկրոզի պատկեր նեխային քայքայման հետ միասին և չեյկոցիտար ներսփռանքի բացակայությամբ:

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդության սկիզբը քիչ է տարբերվում թոքի աբսցեսից: Հետագայում առաջանում են արտահայտված ցավեր կրծքավանդակում, նեխային հոտ բերանի խոռոչից: Հոտը այնքան տհաճ է, որ ուրիշ հիվանդներ շեն կարողանում գտնվել այդ հիվանդասենյակում: Այսպիսի հիվանդին պետք է մեկուսացնել: Ջերմությունը կրում է հեկտիկ բնույթ: Խորխը կեղտոտ գորշ գույնի է, այն թողնելիս բաժանվում է երեք շերտի: Ընդբախելիս գանգրենայի շրջանում ի հայտ է գալիս բուլբ ձայն, աուսկուլտացիայի դեպքում լսվում է տարբեր արտահայտվածության թաց խզզոց:

Բուժումը: Անցկացվում է անտիբիոտիկոթերապիա մեծ դեղաչափերով: Կարելի է կիրառել բրոնխոսկոպիան, որի դեպքում քաշվում, հեռացվում է թարախային պարունակությունը և տեղային ներարկվում անտիբիոտիկներ: Նշանակվում է բարձր կալորիականությամբ սնունդ, հարուստ սպիտակուցներով և վիտամիններով: Ցուցված են արյան և սպիտակուցային հիդրոլիզատների փոխներարկումները: Պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում 2—3 շաբաթ հետո անցկացվում է վիրահատական բուժում՝ պուլմոնէկտոմիա:

Թոքի բաղցկեղ: Առավել հաճախ թոքի քաղցկեղը զարգանում է թոքերի խրոնիկական սորբոքային պրոցեսների (խրոնիկական պնևմոնիա, աբսցեսներ, տու երկուլյոզ) ֆոնի վրա և քաղցկեղածին (կանցերոզեն) նուրթերի ներգործության հետևանքով (արտանետված ծուխը,

ավտոմեքենաների աշխատանքի գազեր, ճանապարհային հանքածյութի փոշի, ծխելը, հատկապես՝ սիգարեթ):

Ըստ տեղակայման տարբերվում է կենտրոնական և ծայրամասային քաղցկեղը: Բրոնխի լուսանցքի մեջ ուռուցքի աճելու դեպքում տեղի է ունենում նրա խցանումը, որը հանգեցնում է թոքի համապատասխան մասի ատելեկտազի: Այն բանից հետո, երբ պրոցեսը ընդգրկում է պլերայի խոռոչը, արտահայտված ցավերի հետ միասին ի հայտ է գալիս արյունային էքսուդատ: Փոխակայումները տեղի են ունենում շնչափողի բրոնխիալ ծառի ավշային հանգույցների մեջ, աորտայի շուրջը գտնվող, ենթանրակային և վերանրակային ավշային հանգույցների մեջ: Արյունային տարածման դեպքում փոխակայումները առաջանում են լյարդի, ոսկրերի, երիկամների, գլխուղեղի մեջ:

Հյուսվածքաբանորեն քաղցկեղը բաժանվում է. 1) հարթ բջջային, 2) ադենոկարցինոմա, 3) բազալբջջային, 4) սկիռ: Համեմատած այլ ձևերի հետ ադենոկարցինոման աճում է ավելի արագ:

Կլինիկական պատկերը: Թոքի քաղցկեղը հաճախ նկատվում է տարեց հասակի տղամարդկանց մոտ: Հիվանդության սկզբնական նշաններն են՝ շոր հազը, հեղուկ, ցավերը կրծքում: Ավելի ուշ ախտանիշներին են պատկանում խորխի մեջ արյան ի հայտ գալը, նիհարումը, մեջքի ցավերը և միջկողային նյարդացավերը: Ատելեկտազի դեպքում առաջանում է ջերմաստիճանի խիստ բարձրացում, թարախային խորխի հեռացում: Նկատվում է հիպոխորոմ անեմիա, շափավոր լեյկոցիտոզ, էնՌ-ի արագացում: Ախտորոշիչ մեծ նշանակություն ունի խորխի բջջաբանական հետազոտությունը ատիպիկ բջիջների հանդեպ, բրոնխազննումը բիոպսիայի հետ միասին (նկ. 146), թոքերի ռենտգենյան նկարահանումը և հատկապես տոմոգրաֆիան (շերտավոր ռենտգենյան նկարահանումներ):

Բուժումը: Կիրառվում է հիմնականում վիրաբուժական բուժումը, կատարվում է թոքի լրիվ հեռացում (պուլմոնէկտոմիա) կամ նրա բլթի (լոբէկտոմիա) հեռացումը: Շրջակա ավշային հանգույցների ախտահարման դեպքում դրանք հեռացվում են սրտակրանքի բջջանքի հետ միասին: Քաղցկեղի ոչ վիրահատական ձևերի դեպքում ճառագայթային բուժումը դադարեցնում է քաղցկեղային բջիջների աճի զարգացումը և երկարացնում է հիվանդի կյանքը: Առանց վիրահատման կյանքի միջին տևողությունը կազմում է 1—2 տարի:

ՍՏԻՆԲԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Մաստիտ: Մաստիտի տակ հասկացվում է ստինքի բորբոքումը: Մաստիտը ավելի հաճախ առաջանում է առաջնածինների մոտ: Մաստիտի առաջացման պատճառները հանդիսանում են թարախածին մանրէ-

ների ներթափանցումը պտուկների վրա առաջացող ճեղքերի միջով, կաթի կանգը, անհատական վատ հիգիենան:

Կլինիկական պատկերը կախված է հիվանդության փուլից:

Անառային փուլում ստինքը իր շափերով մեծանում է, պնդացած և ցավոտ է: Նկատվում է ջերմաստիճանի բարձրացում մինչև 39° C:

Ներսփռական (ինֆիլտրաաիվ) փուլի դեպքում 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:

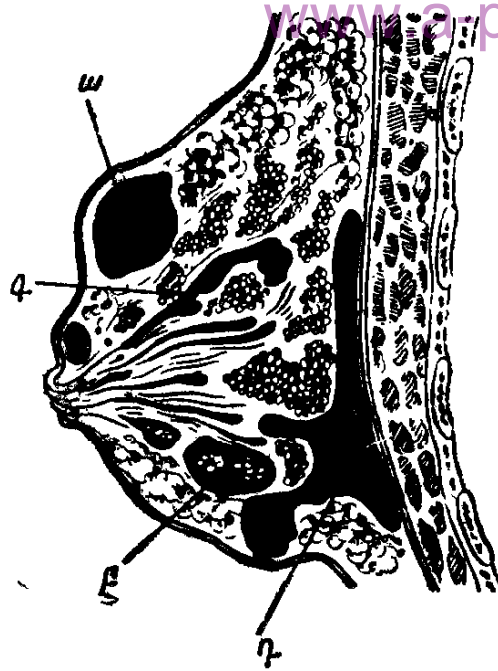
Աբսցեսագոյացման փուլը բնորոշվում է կլինիկական պատկերի առաջացումով, որը համանման է նախորդին, բայց թարախի կուտակված տեղը առաջանում է ծփանք (ֆլյուկտուացիա):

Ֆլեգմանոզ փուլում պրոցեսի մեջ ընդգրկվում է համարյա ամբողջ ստինքը, զարգանում է սեպտիկ վիճակ (բարձր ջերմություն, դող, լեզվի շորություն, անքնություն, գլխացավ, ախորժակի կորուստ, լեյկոցիտոզ 17000 մինչև 20000 հասնող, էնՌ 60—70 մմ/ժ):

Գանգրենոզ փուլը սկսվում է արյան շրջանառության խանգարման հետևանքով, արյան անոթների տրոմբոզի հաշվին: Ստինքը դառնում է փափուկ, թորշոմած: Հիվանդի վիճակը սեպտիկ բնույթի է:

Խրոնիկական ինֆիլտրաաիվ փուլը ամենից հաճախ նկատվում է ոչ ճիշտ բուժման դեպքում: Ջերմաստիճանը սուբֆեբրիլ է, ընդհանուր դրությունը՝ բավարար, ստինքում շոշափվում է ամուր, աճառային պընդության ինֆիլտրատ (նկ. 147):

Պրոֆիլակտիկա: Անհրաժեշտ է կանխել կաթի կանգը և պտուկների ձաքերը: Այս նպատակի համար, եթե երեխան չի կարողանում լրիվ արտածել կաթը, ապա այն անհրաժեշտ է հեռացնել: Ցուցված է ստինքի մերսումը և ուլտրամանուշակագույն ճառագայթահարումը: Պարտադիր կերպով պետք է հազնել կրծկալ: Կերակրումից հետո պտուկը պետք



Նկ. 147. Մաստիաի դեպքում բարախակույտերի տեղակայումների սխեման.

ա) ենթամաշկային, բ) ստինքի ներսում, գ) ներծորանային տեղակայման, դ) հետստինքային:

է մաքրել տաք ջրով կամ բորաթթվի լուծույթով, շորուխան դեպքում քսել շեղոք քսուք:

Բուծումը: Ստինքի մեջ կանգային երևույթների առաջացման դեպքում անհրաժեշտ է վերացնել դրանք: Այդ նպատակով կաթը հեռացվում է, ստինքի վրա դրվում է փափուկ հենարան հանդիսացող կապ: Նշանակվում են անստիբիոտիկներ և սուլֆանիլամիդներ: Տեղային կիրառվում է նովոկաինային բլոկադան (հետստինքային տարածությունում): Ներսփռական ձևի դեպքում բուժման գործելակերպը նույնպիսին է: Աբսցեսազոյացման, ֆլեգմանոզ և դանդրենոզ ձևերի դեպքում կատարվում է ճառագայթաձև կտրվածքներ, հեռացվում են թարախային պարունակությունը և մահացած հյուսվածքները: Հետագա բուժումը անցկացվում է թարախային վերքերի բուժման սկզբունքով: Կաթը հեռացվում է մատներով կամ այն ծծում է երեխան: Վատ պտուկների դեպքում օգտվում են կաթը արտածող հարմարանքից:

Խրոնիկական ինֆիլտրատիվ ձևի դեպքում ամուր ինֆիլտրատը կտրվում, հեռացվում է առողջ հյուսվածքների սահմանում, որից հետո ենթարկվում է հյուսվածքաբանական հետազոտման՝ շարորակ ուռուցքը ժխտելու համար:

Ստինքի քաղցկեղ: Ստինքի քաղցկեղը առավել հաճախ հանդիպում է 40—50 տարեկան կանանց մոտ: Երիտասարդ տարիքում հիվանդությունը ընթանում է ավելի շարորակ: 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 (Ֆիբրոսարկոմա), 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 շարորակ ուռուցքը, բ) ներծորանային բուշտ, ներծորանային ցիստոսարկոմա 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 շոշափվել: Գալակտոցելեի դեպքում ստինքը իր ծավալով մեծանում է, ստինքի հաստություն մեջ շոշափվում է կլոր ձևի հարթ մակերեսով, երբեմն տատանվող ուռուցք տարբեր մեծության: Բուժումը վիրաբուժական է, սկզբունքը նույնն է, ինչ որ ֆիբրոսարկոմայի դեպքում էր, գ) պտուկի և ենթածիրային 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 հատում-հեռացումն է՝ ջանալով այս դեպքում պահպանել պտուկի հիմնական մասը:

Ստինքի ֆաղցկեղի 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 (նկ. 148): 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 ունետզենյան նկարահանում (բոլորակ ստվեր անհարթ ուրվագծերով) և ունետզենյան 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 բջջա-

բանական 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, ենթակա 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:

ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ԵՎ ՆՐԱ ՆԵՐՔԻՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐՈՎ ՈՒ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Հիվանդների խնամքը սրտի և թոփերի վիրավորումների դեպքում:

Նարկոզից արթնանալուց հետո հիվանդին տրվում է բարձր դիրք, որը առավել հարմար է շնչառության և խորխը հեռացնելու համար. տրվում է ներշնչելու խոնավացրած թթվածին, պարբերաբար արտածրծվում է խորխը կաթետերի միջոցով, որը միացվում է արտածծիչ ապարատին:

Կրծքի և պլերայի խոռոչների վիրահատումներից հետո հաճախ ներս է մտցվում դրենաժային խողովակը՝ հեղուկները և օդը հեռացնելու համար: Դրենաժի անթափանցելիության դեպքում կաղող է սկսվել պնևմոթորաքս և թոքի սեղմվածություն (սրտխփոց, շնչառության հաճախացում, կապտություն): Այդպիսի դեպքերում դրենաժը փոխվում է: Արտածծելով պլերալ խոռոչի պարունակությունը՝ ուղղվում է թոքը: Դրենաժից մեծ քանակով թարմ արյուն արտահոսելու դեպքում (50 մլ-ից ավելի 1 ժամում) բուժքույրը պետք է անհապաղ տեղեկացնի բժշկին: Պլերալ խոռոչից դուրս եկող արտաթորության մեջ պարբերաբար որոշվում է հեմոգլոբինի պարունակությունը: Հեմոգլոբինի պարունակությունը պետք է աստիճանաբար քշանա: Այն դեպքերում, եթե այն չի նվազում, պետք է մտածել պլերալ խոռոչի երկրորդային արյունահոսության մասին: Արյունահոսությունը դադարեցնելու համար, եթե պահպանողական բու-

ժուճը շի օգնում, ապա կատարվում է կրկնակի վիրահատական միջամրտություն:

Ներկայումս հետվիրահատական (կանգային) թոքաբորբի, տրոմբոզի և էմբոլիայի պրոֆիլակտիկայի նպատակով կիրառվում է հիվանդների հետվիրահատական ակտիվ վարումը: Նրանց ստիպում են խորխոր հազալով հեռացնել և նստեցնում են անկողնում արդեն վիրահատման հաջորդ օրը: Դրենաժային խողովակը հեռացվում է վիրահատումից 2—3 օր հետո: Դրենաժի հանելուց հետո հիվանդին թուլատրվում է քայլել: Վիրահատումից հետո երկրորդ օրից սկսած հիվանդը զբաղվում է շընչառական մարզանքով, իսկ երրորդ օրվանից կատարվում է ընդհանուր կազդուրող ֆիզիկական վարժություններ: Ցուցված է մարմնի ընդհանուր մերսումը: Թոքի ծավալումը լավացնելու նպատակով հիվանդին ստիպում են փշել ուտինե օդափուչիկ:

Հիվանդների խնամքը մաստէկտոմիայից հետո: Սովորաբար մաստէկտոմիայից հետո անութափոսում թողնվում է դրենաժ, արյան և ավշի արտահոսքի համար: Հիվանդին տեղավորում են գլխի կողմը բարձրացված անկողնու մեջ, նախապես մեջքի տակ (ներքնակի վրա) փովում է մովաթ, քանի որ վիրակապը սովորաբար շուտ թացանում է: Ստինքի կորուստը երիտասարդ կանանց պատճառում է հոգեկան մեծ տրավմա: Առաջին վիրակապման դեպքում հիվանդից պետք է ծածկել վիրահատական վերքը, վիրակապը դնել այնպես, որ այն ստեղծի ստինքի ընդհանուր տեսքը: Սկսած երկրորդ օրից հարկավոր է կատարել վարժություններ համապատասխան ձեռքի հողերը վարժելու համար: Ձեռքի շարժումների հետաձգելը հանգեցնում է կոնտրակտուրաների (շարժումների սահմանափակում) առաջացմանը, հատկապես ուսային հողի շրջանի:

Հիվանդների խնամքը մաստիաի բուժման դեպքում: Անկախ մաստիաի փուլից և կիրառվող բուժման եղանակներից (պահպանողական, վիրաբուժական) անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել ստինքում կաթի կանգը կանխելու վրա: Սրա համար հանձնարարվում է ստիպողաբար կերակրումը հիվանդ կրծքով, կաթը զգուշությամբ կթելով հեռացնել կամ արտածծել կաթը արտածծող հարմարանքի օգնությամբ: Երակային կանգը կանխելու համար, բացի կաթի հեռացումից, անհրաժեշտ է կախել ստինքը գլխաշորի կապով կամ ըստ շափսի կարված կրծկալով: Հերթական վիրակապությունների դեպքում կապը ստինքի վրա պետք է դնել այնպես, որ այն շստեղծի երակային կանգ և բաց է թողնվում պտուկը կերակրման համար: Երեխային շի թուլատրվում հիվանդ կրծքով կերակրել միայն ֆլեգմանոզ և գանգրենոզ փուլերում և երբ վերքի վրա դրվում է Վիշնևսկու քսուքով վիրակապ: Բայց կաթի հեռացման սկըզբունքը պահպանվում է:

ՈՐՈՎԱՅՆԱՊԱՏԻ ԵՎ ՈՐՈՎԱՅՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ
ԵՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՈՐՈՎԱՅՆԱՊԱՏԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Որովայնապատի վնասվածքները պատահում են որովայնի ուղղակի վնասվածքների, ծանրություն բարձրացնելու դեպքում: Որովայնապատի մաքուր վնասվածքները լինում են փակ (որովայնի ուղիղ մկանի պատրվածք) և բաց (վերքեր): Այս դեպքում տարբերվում են որովայնի շթափանցող և թափանցող վերքեր (որովայնամզի վնասվածքի դեպքում): Թափանցող վերքերը կարող են ուղեկցվել ներքին օրգանների վնասվածքներով:

Կլինիկական պատկերը: Որովայնապատի փակ վնասվածքների համար բնորոշ են տեղային ցավը և հեմատոման: Որովայնի ուղիղ մկանի պատրվածքի ժամանակ արյունազեղումը սահմանափակվում է որովայնի ուղիղ մկանի փակեղի մեջ: Շոշափման դեպքում հեմատոման զգացվում է ամուր, ուռուցքաձև գոյացության ձևով: Որովայնի խոռոչի ուռուցքներից տարբերակիչ ախտորոշման համար հիվանդին խնդրում են լարել որովայնի ուղիղ մկանները: Որովայնի ուղիղ մկանի պատրվածքի դեպքում, ինչպես լարման, այնպես էլ որովայնի մկանի թուլացման դեպքում շոշափվում է ուռուցքաձև գոյացություն: Որովայնի խոռոչի ուռուցքների դեպքում որովայնի մկանների թուլացման դեպքում ուռուցքը չի շոշափվում:

Երբեմն նկատվում է որովայնապատի անոթների պատրվածք: Այս դեպքում հեմատոման ունենում է զգալի մեծություն, տեղակայվելով գերազանցապես որովայնամզի վրա: Կլինիկորեն որոշվում է որովայնի մկանների լարվածություն: Այսպիսի դեպքերում պահանջվում է բացառել ներքին օրգանների վնասվածքները:

Որովայնապատի վերքերի դեպքում անհրաժեշտ է բացառել որովայնամզի վնասվածքը: Մի շարք դեպքերում որովայնամզի վնասվածքը ճշտվում է վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակման դեպքում: Այս նպատակի համար զոնդը օգտագործել չի կարելի (որովայնի խոռոչի մեջ ինֆեկցիա անցնելու վտանգից ելնելով):

Բուժումը: Որովայնապատի փակ վնասվածքների դեպքում հիվանդին թողնում են հանգիստ: Առաջին օրերը կիրառվում է սառը: Հետագայում անցնում են տաք պրոցեդուրաների: Մեծ հեմատոմաները ենթակա են դատարկման (ներարկոցով արտածծել, հատում):

Որովայնի վերքերի դեպքում ցուցված է վերքի առաջնային վիրա-
քուժական մշակումը: Անհրաժեշտ է ստուգել որովայնամիզը վնասված
է, թե ոչ: Որովայնամզի վնասվածքի ժամանակ անհրաժեշտ է կատա-
րել ներքին օրգանների ստուգում:

ՈՐՈՎԱՅՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Որովայնի փակ վնասվածքների դեպքում հաճախ նկատվում են այս-
պես կոչվող ներքին օրգանների ենթամաշկային պատվածքներ: Թա-
փանցող վիրավորումների դեպքում ներքին օրգանների վնասվածքը
համարյա միշտ նկատվում է:

Կլինիկական պատկեր: Պարենխիմատոզ օրգանների (լյարդ, փայ-
ծախ) վնասվածքների դեպքում ախտանիշների համալիրում հիմնական
տեղը պատկանում է ներորովայնային արյունահոսությանը: Նկատվում
է տարածված ցավոտություն ամբողջ որովայնում, պառկած դիրքում
քնդբախական ձայնի բթացում որովայնի թեքավուն տեղերում, զարկե-
քակային ճնշման իջեցում, հեմոգլոբինի և էրիթրոցիտների պարունա-
կության քչացում, չափավոր լեյկոցիտոզ:

Մնամեջ օրգանների (ստամոքս, աղիներ) վնասվածքի դեպքում
զարգանում է սուր պերիտոնիտի (որովայնամզի բորբոքում) կլինիկական
պատկեր՝ արտահայտված է տարածված ցավը ամբողջ որովայնում,
որովայնի մկանները լարված են, Շշոտկին—Բլյումբերգի ախտանիշը
դրական է, ջերմաստիճանը՝ բարձր, լեյկոցիտոզը՝ բարձր:

Բուժումը: Ոչ մեծ արյունահոսությունների դեպքում (հիվանդի կա-
յուն վիճակ) կարելի է կիրառել պահպանողական բուժում. հանգիստ,
որովայնի վրա դնել սառը, կիրառել արյունահոսությունը դադարեցնող
միջոցներ (կալցիումի քլորիդ, վիկասոլ, հեմոֆոբին, էպսիլոն ամինո-
կապրոնաթթու և այլն): Մնացած դեպքերում դիմում են վիրահատական
բուժման: Լյարդի պատվածքների դեպքում այն կարվում է: Երբեմն
լյարդի վերքը տամպոնվում է ճարպոնի կտորով՝ այն ամրացնելով լրա-
ցուցիչ կապերով (արյունահոսության դադարեցման լավ արդյունքի նպա-
տակով):

Փայծախի պատվածքի դեպքում այն հեռացվում է (սպլենէկտո-
միա):

Մնամեջ օրգանների պատվածքի դեպքում կարվում է պատված
մասը, իսկ մեծ վնասվածքի դեպքում՝ մասնահատվում է տվյալ տեղա-
մասը:

Ժամանակակից վիրաբուժության մեջ պահպանվում է «սուր որովայն» տերմինը: Այն նշանակում է ախտանիշների համալիր, որոնք առաջանում են որովայնամզի գրգռման կամ բորբոքման հետևանքով: Պատճառները կարող են լինել ներքին օրգանների (լյարդ, փայծախ, ստամոքս, աղիներ) տրավմատիկ վնասվածքները, սնամեջ օրգանների ծակվելը (ստամոքսի և տասներկուամտնյա աղու խոցի ծակում), որովայնամզի բորբոքային պրոցեսները՝ որովայնի խոռոչի մեջ ախտածին մանրէների ներթափանցման հետևանքով արյունային կամ ավշային ճանապարհով (պնևմոկոկային, գոնոկոկային, տուբերկուլյոզային և այլ պերիտոնիտներ):

Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է որովայնի ցավերով, որովայնի մկանների զգալի լարվածությամբ («տախտակաձև որովայն»): Եթե մատներով աստիճանաբար սեղմենք որովայնապատը, որից հետո արագորեն հեռացնենք մատները, ցավը խիստ կուժեղանա (Շշոտկին-Բլյումբերգի ախտանիշ): Կարող է միանալ սրտխառնոց և լուծ: Հիվանդության բուռն շրջանում ջերմաստիճանը բարձրանում է մինչև 39—40° C, առաջանում է բարձր լեյկոցիտոզ, արյան ֆորմուլայի դեպի ձախ տեղաշարժ:

«Սուր որովայնով» հիվանդին պետք է անհապաղ ենթարկել հոսպիտալացման: Հիվանդին արգելվում է ինքնուրույն քայլել: Փոխադրամիջոցային տեղափոխումը կատարվում է պատզարակի վրա: Անհրաժեշտ է հիշել, որ «սուր որովայնի» կասկածի դեպքում հիվանդին կտրականապես արգելվում է ջուր տալ, մաքրող հոգնա կատարելը, անտիբիոտիկների և հատկապես նարկոտիկների ներարկումները, ինչպես և ջեռակներ կիրառելը: Ընդունած սնունդը և ջուրը, ինչպես և հոգնայով ներս մտցվող ջուրը կարող են ուժեղացնել ախտաբանական պրոցեսը, օրինակ՝ «սուր որովայնի» դեպքում, որը առաջացել է ստամոքսի խոցի ծակվելու կամ ապենդիցիտի ծակվելու հետևանքով: Անտիբիոտիկները և նարկոտիկները քողարկում են պատկերը, որը՝ դժվարացնում է ճիշտ ախտորոշումը: Այս հիվանդներին անհրաժեշտ է շտապ հոսպիտալացման ենթարկել, բացահայտել պատճառները, որոնք առաջացրել են «սուր որովայնը» և վերացնել դրանք. մեծ մասամբ նման դեպքերում պահանջվում է շտապ վիրահատական միջամտություն:

ՊԵՐԻՏՈՆԻՏՆԵՐ

Որովայնամզի բորբոքումը կոչվում է պերիտոնիտ:

Ըստ պատճառագիտության՝ վարակական և ոչ վարակական կամ ասեպտիկ:

Ըստ հարուցիչի տեսակի՝ ստաֆիլոկոկային, ստրեպտոկոկային, առաջացած աղիքային ցուպիկից, խառը մանրէներից և այլն:

Ըստ պրոցեսի տարածվածության՝ տարածված (դիֆուզային), տեղային (սահմանափակ կամ պատենավորված):

Ըստ առաջացման պատճառի՝ ծակվելուց (որովայնի օրգանների), վնասվածքային, հետվիրահատական, արյունային, կրիպտոգեն (անհայտ ծագման) և այլն:

Տարածված պերիտոնիտ: Այս ձևի դեպքում պրոցեսը ազատ կերպով տարածվում է որովայնի խոռոչում, առանց որոշակի սահմանների, պրոցեսի մեջ ընդգրկվում է ամբողջ որովայնամիզը:

Կլինիկա: Քանի որ պերիտոնիտը առաջանում է երկրորդային ձևով, այս պատճառով նրա կլինիկական պատկերը շերտավորվում է առաջնային հիվանդության ախտանիշների հիման վրա: Հիվանդները գանգատվում են որովայնի ցավերից, թուլության զգացումից, ծարավից, սրբոխառնոցից: Սնամեջ օրգանների ծակվելու դեպքում սկզբում առաջանում է «դաշույնի հարվածը» հիշեցնող ցավ, հետագայում այն դառնում է ավելի պակաս ուժգնության և կրում է տարածված բնույթ: Բնորոշ է հիվանդի ընդհանուր տեսքը՝ դիրքը մեջքի կամ կողքի վրա է, ոտքերը ծավված-մոտեցրած են դեպի որովայնը, դիմագծերը սրված, աչքերը փոս ընկած (Հիպոկրատի դեմք), մաշկի գույնը՝ գորշ հողագույն: Զերմաստիճանը սկզբում բարձրանում է մինչև 38—39° C, որից հետո իջնում է նորմալ կամ նրանից ցած: Բնորոշ է ջերմաստիճանի հետ մնալը պուլսից (մկրատի ախտանիշ): Պուլսը թույլ է, հաճախացած մինչև 120—140 զարկ մեկ րոպեում: Զարկերակային ճնշումը՝ իջած: Լեզուն չոր է, փառակալված, առաջանում են կրկնակի փսխումներ: Լեյկոցիտների քանակը՝ 15000—30000, լեյկոցիտար ֆորմուլայի ձախ տեղաշարժ: Որովայնի մկանները լարված են: Շչոտկին—Բլյումբերգի ախտանիշը դրական է: Աճում է թունավորումը:

Բուժումը: Պահանջվում է շտապ վիրահատական միջամտություն պերիտոնիտը առաջացնող պատճառի վերացման նպատակով (ծակված քաղցվածքի կարում, բորբոքված որդանման ելունի հեռացում կամ լեղապարկի և այլն): Անհրաժեշտության դեպքում թարախային պարունակությունը հեռացնելու համար որովայնախորշը ենթարկվում է դրենաժավորման: Անցկացվում է անտիբիոտիկային և սուլֆանիլամիդային բուժում: Թունավորման դեմ պայքարելու համար կատարվում են մեծ քանակությամբ ֆիզիոլոգիական լուծույթի, 5% գլյուկոզայի լուծույթի՝

վիտամինների հետ միասին, պլազմայի, արյան, հեմոգլոբինի, սպիտակուցային հիդրոլիզատների փոխներարկումներ: Կիրառվում են թթվածնաբուժում, սրտային և հանգստացնող միջոցներ:

Սահմանափակ պերիտոնիտ: Սահմանափակ պերիտոնիտի տակ հասկացվում է որովայնի խոռոչի տեղային բորբոքային պրոցեսը: Սահմանափակ պերիտոնիտների պատճառներն են՝ որովայնապատի վիրավորումները, ստամոքսի և տասներկուամտնյա աղու ծակված խոցը, սուր ապենդիցիտը և այլն: Բորբոքման սահմանափակմանը նպաստում է ճարպոնը, բարակ աղու գալարը և որովայնի խոռոչի անատոմիական առանձնահատկությունները:

Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է տեղային ցավով, այդ մասում որովայնի մկանների լարվածությունը: Դուզլասյան տարածությունը արբսցեսի դեպքում առաջանում է կղման ցավոտություն և ուղիղ աղու պատերի կախվածություն (մատնային հետազոտման դեպքում): Բարձրանում են ջերմաստիճանը և լեյկոցիտոզը: Թարախակույտը դեպի ազատ որովայնի խոռոչը պատովելու, լցվելու դեպքում սահմանափակ պերիտոնիտը կարող է վերածվել ընդհանուրի:

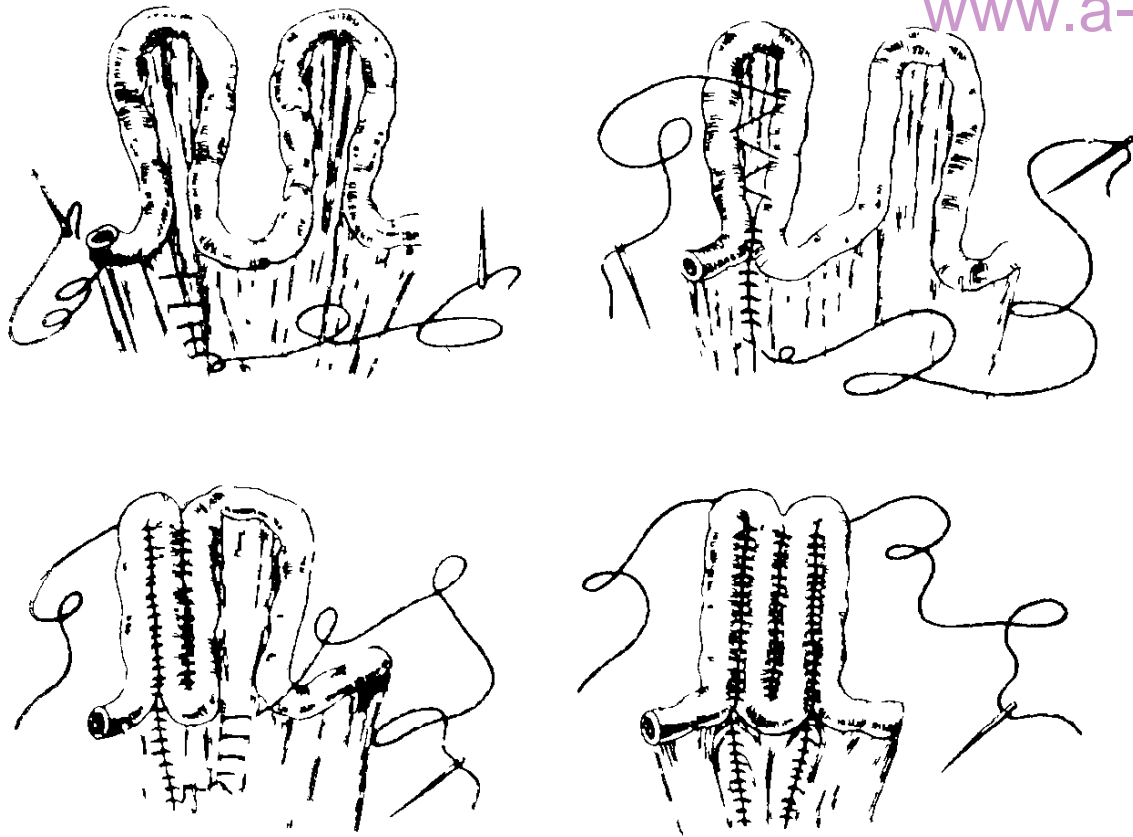
Բուժումը վիրահատական է: Թարախակույտը հատվում է: Ենթաստոծանիական արբսցեսի դեպքում հատումը կատարվում է կրծքավանդակի պատի միջով, 12-րդ կողոսկրի մասնահատումից և ստոծանու հատումից հետո: Բացի այդ, որպեսզի թարախը ինֆեկցման շենթարկի պլերայի խոռոչը, պլերան անջատվում և բարձրացվում է վերև կամ ստոծանին կարվում է առպատային պլերայի հետ:

Սահմանափակ պերիտոնիտների դեպքում որովայնապատի կտրրվածքը կատարվում է արբսցեսի տեղում: Դուզլասյան տարածությունը արբսցեսի դեպքում հատումը կատարվում է ուղիղ աղու կամ կանանց մոտ հեշտոցի միջով: Հատած թարախակույտը դրենաժավորվում է և բուժումը անցկացվում է այնպես, ինչպես թարախային վերքերի դեպքում:

Պնևմոկոկային պերիտոնիտ: Պնևմոկոկային կամ դիպլոկոկային պերիտոնիտը հաճախ առաջանում է երեխաների մոտ, երբ պնևմոկոկը որովայնի խոռոչի մեջ է ներթափանցում սեռական օրգանների միջով (աղջիկների մոտ) կամ արյունային ճանապարհով:

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդությունը սկսվում է հանկարծակի որովայնի ցավերով, ջերմաստիճանի բարձրացումով: Ի տարբերություն ուրիշ տեսակի պերիտոնիտների, որպես կանոն, որովայնապատը լարված չի լինում: Հետագայում տարածված պնևմոկոկային պերիտոնիտը կարող է սահմանափակվել որովայնի խոռոչի որևէ մասում:

Բուժումը: Կատարվում է ընդհանուր անտիբիոտիկային բուժում: Կավ արդյունք է տալիս անտիբիոտիկների ներորովայնային կիրառումը:



Նկ. 149. Նոբելի վերանատում.

Տուբերկուլյոզային պերիտոնիտ: Առաջնային տուբերկուլյոզային պերիտոնիտը հանդիպում է խիստ հազվադեպ: Հաճախ այն կրում է երկրորդային բնույթ և առաջանում է տուբերկուլյոզային ինֆեկցիայի առաջնային օջախից (թոքերի տուբերկուլյոզ, ոսկրահոդային տուբերկուլյոզ և այլն), արյունային կամ ավշային ճանապարհով տարածվելուց: Հիվանդության սկզբնական շրջաններում որովայնամզի վրա ի հայտ են գալիս մեծ քանակությամբ թմբիկներ և որովայնի խոռոչում էքսուդատիվ արտաթիրտ (շճային կամ էքսուդատիվ ձև), որի հետևանքով տեղի է ունենում աղիների և ճարպոնի կպումները միասնական խառնակույտի ձևի, որի մեջ կան խոռոչներ՝ լցված լոռանման զանգվածով (Ֆիբրոզ-կազեոզ ձև): Լոռանման զանգվածի ներծծման հետևանքով մնում է բարակ աղու՝ միմյանց կպած գալարների խառնակույտը (չոր ձև կամ կպումային հիվանդության ձև):

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդության վաղ շրջանում առաջանում է նոպայաձև ցավ որովայնում և որովայնի խոռոչում էքսուդատ: Հիվանդը նիհարում է, ախորժակը՝ բացակայում: Փորկապությունները հերթազայվում են լուծով: Այլ օրգաններում առաջնային տուբերկուլյոզային օջախի առկայությունը օգնում է ճշտել ախտորոշումը: Հիվանդության ուշացած փուլերում վերոհիշյալ պատկերի ֆոնի վրա, որովայնի խոռո-

շում շոշափվում է առանձին ցավոտ գոյացություններ: Եզրափակիչ փու-
լում հիմնականը հանդիսանում է կպումային հիվանդության առաջա-
ցումը, որը բնորոշվում է որովայնի շափավոր բնույթի մշտական ցա-
վով, աղիների փքվածությամբ և մշտական փորկապությամբ:

Բուժումը: Հիվանդության նախնական փուլերում անցկացվում է հա-
տուկ տուբերկուլյոզային բուժում, համակցված ուժեղացված սննդի հետ:
Որովայնահատումը և ներքին օրգանների ճառագայթահարումը ուտրա-
մանուշակագույն ճառագայթներով բուժման արդյունավետ միջոցներ են:
Կպումային հիվանդության դեպքում անջատվում են բարակ աղու գա-
լարները, որից հետո նրանք կարվում են որոշակի հաջորդականությամբ
(Նոբելի վիրահատում) (նկ. 149) կամ աղեգալարների այդպիսի դիրքում
ամրացվում է միջընդերքը (Չայլդսի վիրահատում):

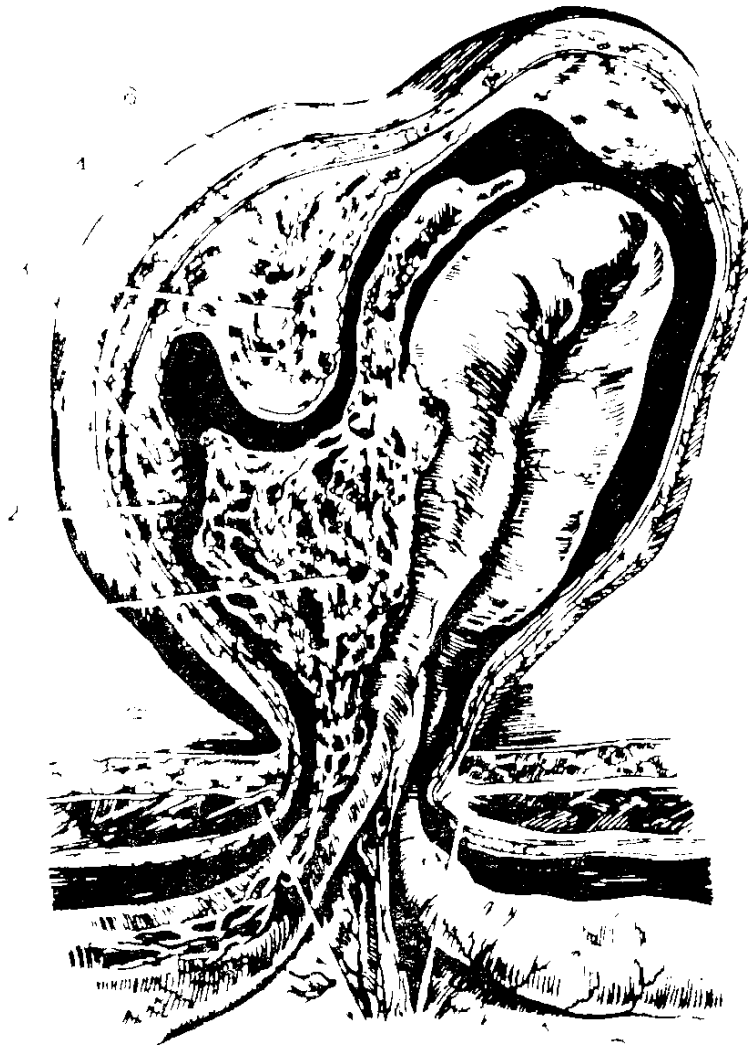
ՈՐՈՎԱՅՆԻ ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐ (ՎԵՆՏՐԱԼ ՃՈՂՎԱԾՔՆԵՐ)

Որովայնի ճողվածքները լինում են արտաքին և ներքին: Որովայնի
արտաքին ճողվածքի տակ պետք է հասկանալ որովայնի խոռոչի օրգան-
ների դուրս գալը մաշկի տակ որովայնի խոռոչի պատում եղած բնա-
կան կամ ձեռք բերված անցքից, ընդ որում դուրս եկող օրգանը ծածկ-
ված է լինում առպատային որովայնամզով:

Որովայնի ներքին ճողվածքի տակ հասկացվում է ներքին օրգան-
ների դուրս գալը կապանային որևէ բացվածքի կամ որովայնի գրպանիկ-
ների մեջ, ինչպես և ստոծանու բնածին կամ ձեռքբերովի բացվածք-
ների միջով: Կախված տեղակայումից, արտաքին ճողվածքները լինում
են՝ աճուկային, ազդրային, պորտի, որովայնի սպիտակ գծի, փակողա-
կան, նստատեղի և այլն:

Տարբերվում են՝ 1) ճողվածքային դրունք. սա այն բացվածքն է,
որի միջով դուրս է գալիս ճողվածքի պարունակությունը, 2) ճողվածքի
պարկը. սա առպատային որովայնամզի մի մասն է, որը դուրս է ցրց-
վում ճողվածքային դրունքից և ծածկում է ներքին օրգանները, 3) ճող-
վածքապարկի պարունակություն. առավել հաճախ լինում են բարակ
աղու գալարները և ճարպոնը (նկ. 150):

Կլինիկական պատկերը: Նկատվում է ուռուցքանման գոյացություն
ճողվածքի դուրս եկած տեղում (աճուկային և ազդրային խողովակներ,
պորտ և այլն): Պառկած դիրքում այս արտացցվածությունը կարող է վե-
րանում և հնարավոր չի լինում այն ձեռքով ներուղղել, ապա դա խոսում
է շոտղվող նոզվածքի մասին: Ձեռքի ավեր ճողվածքի արտափքվածու-
թյան վրա դնելու և հիվանդի հազալու դեպքում հազի հրոցը հաղորդ-



Նկ. 150. Ռեովայնի ճողվածքի և նրա բաղկացուցիչ տարրերի սխեման.

1— ճողվածքի պարունակություն, 2— որովայնամիզ, 3— ենթաորովայնամզային ճարպաբջջանք, 4— լայնական փակեղ, 5— ենթամաշկային ճարպաբջջանք, 6— մաշկ, 7— ճողվածքի դրունք:

վում է ափի վրա: Ընդբախման դեպքում կարող է լսվել տիմպանիկ (աղեգալար) կամ բուլթ (ճարպոն) ձայն:

Ներքին ճողվածքների դեպքում կլինիկական պատկերը հիմնականում բնորոշվում է աղիքային անանցանելիությամբ: Ախտորոշումը բարդ է, պահանջվում է մանրազնին կլինիկական հետազոտում:

Բուժումը վիրահատական է, պլանային: Վիրահատումը ենթադրում է ճողվածքապարկի հեռացումը և ճողվածքային դրունքի ամրացումը շրջակա հյուսվածքների պլաստիկայի ճանապարհով կամ արհեստական նյութից (կապրոն, լավսան) պատրաստված ցանցով:

Օղակված ճողվածք: Օղակված ճողվածքի տակ հասկացվում է ճողվածքի պարկի մեջ նրա պարունակության սեղմվելը ճողվածքի դրունքի ջղաձգական կծկման հետևանքով: Օղակման դեպքում զգալիո-

րեն խանգարվում է արյան շրջանառությունը, որը սկզբում կարող է հանգեցնել օղակված օրգանի մեջ կանգային երևույթների, հետագայում մեռուկացման և էքսուդատի առաջացման: Այսպիսի դեպքերում հյուսվածքները, որոնք շրջապատում են ճողվածքապարկը, ենթարկվում են բորբոքային ձևափոխումների՝ մաշկը կարմրում է, տեղային ջերմաստիճանը բարձրանում է, սկսվում է հյուսվածքների տեղային պնդացում, ցավ, ճողվածքի արտափրվածությունը ձգվում է և լարվում: Աղեգալարի սեղմվելու դեպքում կարող է առաջանալ աղիքային անանցանելիություն:

Օղակված ճողվածքների դեպքում կատարվում է շտապ վիրահատական միջամտություն: Օղակված ճողվածքը ուղղել արգելվում է: Ճողվածքի պարկը հատվում է, նրա պարունակությունը դուրս է բերվում, հատվում է սեղմող ճողվածքային դրուները, ճողվածքի պարունակությունը փաթաթվում է տաք ֆիզիոլոգիական լուծույթով թրջված անձեռոցիկներով, եթե հյուսվածքների կենսունակությունը չի վերականգնվում, կատարվում է նրանց մասնահատումը (աղիների օղակման դեպքում դրվում է բերանակցում աղիների առողջ մասերի միջև): Ճողվածքադրուների պլաստիկան իրագործվում է ընդհանուր կանոններով:

Բնածին ճողվածքներ: Ի տարբերություն ձեռքբերովի ճողվածքների, որոնք նկատվում են հաճախ մեծահասակ մարդկանց մոտ, առաջանում են մկանային շերտի թուլության և ներորովայնային ճնշման բարձրացման (մեծ ծանրության բարձրացում, փորափքանք) ու նյարդավորման խանգարման հետևանքով. բնածին ճողվածքը հաճախ նկատվում է երեխաների մոտ որովայնապատի ոչ ճիշտ զարգացման հետևանքով: Որպես կանոն, բնածին ճողվածքները ունեն լայն դրուներ, որի հետևանքով նրանք հազվակի են օղակման ենթարկվում:

Ճողվածքների բուժումը երեխաների մոտ: Երեխաների մոտ առավել հաճախ հանդիպող բնածին ճողվածքները պահանջում են հատուկ բուժում: Եթե երեխայի մոտ չի նկատվում ճողվածքի օղակման հակվածություն, ապա վիրահատական բուժումը կարելի է հետաձգել: Անհրաժեշտ է ստեղծել այնպիսի պայմաններ, որպեսզի երեխայի մոտ որքան հնարավոր է քիչ բարձրանա ներորովայնային ճնշումը: Մրա համար հարկավոր է կանոնավորել կղումը (փորկապուլթյան վերացում), ուժգին լացի դեպքում հանգստացնել երեխային, ժամանակին բուժել մրսելուց առաջացած հիվանդությունները և այլն: Պորտային ճողվածքի դեպքում լավ արդյունք կարող է տալ պորտի շրջանի ձգել-մոտեցնելը կաշուն սպեղանու շերտերի միջոցով: Ճողվածքի օղակման դեպքում երեխային կարելի է տեղավորել տաք լողարանի մեջ կամ բարձրացնել ոտքերից գլխիվայր, այս դեպքերում ճողվածքը կարող է ուղղվել: Ձեռքով ներուղղել խորհուրդ չի տրվում: Վիրահատումների ժամանակ կիրառվում

են ճողվածքադրուների պլաստիկայի միայն հասարակ տեսակները: Աճուկային ճողվածքի դեպքում ամորձին պարտադիր կերպով անջատվում է որովայնամզից:

Աճուկային ճողվածքներ: Տարեց տարեկանց մոտ տեղիային ճողվածքները հանդիպում են հաճախ, քան երեխաների ու պատանիների մոտ: Նրանք նկատվում են գերազանցապես տղամարդկանց մոտ: Ըստ ծագման տարբերվում են բնածին և ձեռքբերովի աճուկային ճողվածքներ: Ըստ հարաբերակցության աճուկային խողովակի տարրերի հետ, դրանք լինում են թեֆ և ուղիղ: Աճուկային ճողվածքները կարող են լինել միակողմանի և երկկողմանի:

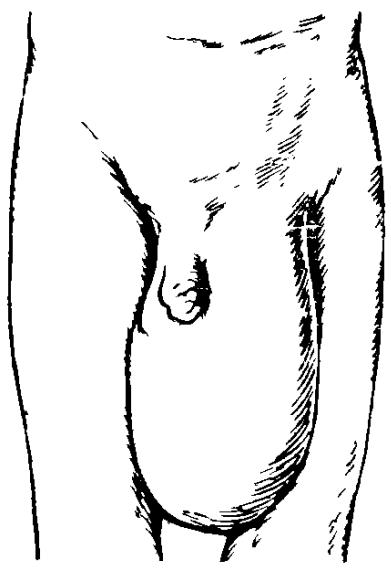
Աճուկային թեֆ նողվածքը ավելի տարածված է: Որովայնամզը սկսում է արտափքվել աճուկային խողովակի ներքին բացվածքի մեջ, այն շարժվում է սերմնալարին զուգահեռ և նրա հետ միասին դուրս է գալիս աճուկային խողովակի արտաքին բացվածքի միջով: Տղամարդկանց մոտ ճողվածքը մեծանալով կարող է իջնել փոշտի մեջ (նկ. 151), իսկ կանանց մոտ՝ սեռական մեծ ամոթաշուրթը: Ձեռքբերովի ձևի դեպքում ճողվածքապարկը տեղակայվում է սերմնալարից և ամորձուց առանձին:

Կլինիկական պատկերը: Սկսվող թեք աճուկային ճողվածքի դեպքում արտափքումը տեղակայվում է աճուկային խողովակի մուտքի մոտ: Հիվանդը գանգատվում է մորմոթիչ ցավից ֆիզիկական ծանրաբեռնման ժամանակ: Մատը, որը մտցվում է աճուկային խողովակի մեջ, նրա արտաքին բացվածքի միջով, հազի ժամանակ կարող է զգալ մատի ծայրին թեթևակի հրոց: Ոչ լրիվ (խողովակային) աճուկային թեք ճողվածքի դեպքում ճողվածքապարկը լցնում է ամբողջ աճուկային խողովակը, բայց դուրս դուրս չի գալիս որովայնապատի սահմաններից: Ճիգ գործ դնելու դեպքում առաջանում է գնդաձև ուռածություն: Լրիվ թեֆ աճուկային ճողվածքի դեպքում ճողվածքի արտափքվածությունը պարզորոշ դուրս է գալիս աճուկային խողովակի արտաքին բացվածքի շրջանը կամ իջնում է փոշտի մեջ:

Ճողվածքի պարունակությունը սովորաբար ինքնուրույն կերպով չի ուղղվում, նույնիսկ պակաս ղրրքում: Սովորաբար ուղղումը կատարվում է ձեռքով, ճնշելով ճողվածքի արտափքվածության վրա:

Բուժումը: Սիրտ-անոթային համակարգի մեծ խանգարումներով տարեց մարդկանց, որոնց համար վիրահատական բուժումը հակացուցված է, կարելի է հանձնարարել կրելու հատուկ ամրագոտի: Բուժման արմատաձևն եղանակը վիրահատումն է:

Աճուկային ուղիղ նողվածք: Հանդիպում են մոտավորապես ճողվածքների 5—10 % նման դեպքեր: Այսպիսի ճողվածքները հաճախ առաջանում



Նկ. 151. Անուկափոշտային քեֆ նողվածք:

են տարեց և ծերունական տարիքի մարդկանց մոտ որովայնապատի թուլության հետևանքով:

Անուկային ուղիղ նողվածքը սկսվում է աճուկային խողովակի հետին պատի ոչ մեծ արտափրվածության ձևով և դուրս է գալիս նրա արտաքին բացվածքից: Որովայնամզի հետ միասին արտափրվում է լայնական փակեղը, որը ծածկում է ճողվածքապարկը արտաքինից: Կախված սրանից, աճուկային ուղիղ ճողվածքը սովորաբար չի իջնում փոշտի խոռոչը կամ սեռական ամոթաշուրթը: Ուղիղ ճողվածքներին հատուկ է ձեռք բերել սողացող բնույթ և այդ դեպքում ճողվածքի պարունակությունը կարող է լինել միզապարկը, կույր աղին, երբեմն՝ միզածորանը: Որովայնապատի մկանների թուլության հետևանքով ուղիղ ճողվածքը հաճախ կրկնվում է:

Կլինիկական պատկերը: Հաճախ ճողվածքը լինում է երկկողմանի: Ընդվածքի արտափրվածությունը ունի կլորավուն, գնդաձև տեսք (նկ. 152): Սերմնալարը տեղակայվում է ճողվածքապարկից կողմնայնորեն:

Բուժումը: Արմատական եղանակը վիրահատումն է: Ի տարբերություն աճուկային թեք ճողվածքների, ուղիղ ճողվածքների դեպքում, վիրահատումների ժամանակ աճուկային խողովակի հետին պատը ամրացվում է:

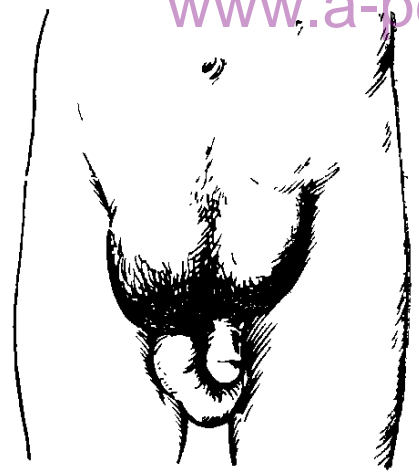
Ազդրային ճողվածքներ: Աճուկային ճողվածքների հետ համեմատած, հանդիպում են զգալիորեն քիչ: Տեղակայվում են պուլպարյան կապանից ներքև ազդրային խողովակի մեջ, հաճախ ազդրային երակից դեպի ներս՝ օվալաձև փոսի շրջանում: Ազդրային ճողվածքը հաճախ առաջանում է կանանց մոտ (5:1) կոնքի մեծ լայնության, նրա հատուկ թեքության, օվալաձև բացվածքի մեծ շափսերի, ինչպես և ներորովայնային ճնշման ուղղության պատճառով: Բնածին ազդրային ճողվածքներ չեն լինում:

Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է ոչ մեծ ուռուցքանման գոյացությամբ, որը տեղակայվում է պուլպարյան կապանից ներքև, օվալաձև փոսի շրջանում: Երբեմն ազդրային խողովակի շրջանում զգացվում է ցավ, զուգակցված մարսողական խանգարումների, փորափքանքի և փորկապության հետ: Չուղղվող ճողվածքի դեպքում նրա պարունակությունը հաճախ լինում է ճարպոնը:

Բուժումը միայն վիրահատական է: Օղակման հակվածությունը պար-

տադրում է վիրահատման ենթարկել որքան կարելի է շուտ: Վիրահատական միջամտությունների դեպքում ազդրային խողովակի փակման համար սյուսյարյուն կապանք կարվում է կուպերյան փակեղին և սանրանման մկանի փակեղին:

Պորտային ճողվածք: Հաճախ հանդիպում է բազմաժին կանանց մոտ: Առաջանում է գերազանցապես կյանքի շորրորդ տասնամյակում: Արտափրվածություն չափերը բազմազան են՝ հունական ընկույզից մինչև երեխայի գլխի մեծության: Մեծ ճողվածքների դեպքում ճողվածքային դրունքը կարող է հանդիսանալ ոչ միայն պորտի օղբ, այլև համարյա ամբողջ որովայնի սպիտակ գիծը (որովայնի ուղիղ մկանների հեռացում):



Նկ. 152. Երկկողմանի անուկային ուղիղ ճողվածք:

Կլինիկական պատկեր: Պորտի շրջանի գնդաձև ուռածությունից բացի առաջանում են ցավեր այդ վայրում: Ուռուցքանման գոյացությունը սովորաբար ի հայտ է գալիս կանգնած դիրքում, պառկած դիրքում այն վերանում է: Աղեգալարի սեղմվելու դեպքում կարող է առաջանալ անանցանելիության կլինիկական պատկեր:

Բուժումը: Երբեմն օգնում է ամրակապ կրելը: Արմատական պետք է համարել վիրահատականը, ճողվածքադրունքի փակումը իրականացվում է փակեղի եզրերը կարելով կամ փակեղի մի եզրը դնելով մյուսի վրա՝ առաջացնելով կրկնապատկում (Մեյո—Սապեժկոյի վիրահատում):

Որովայնի սպիտակ գծի ճողվածքներ: Հաճախ հանդիպում են մեծահասակ տղամարդկանց մոտ: Նրանց առաջացման հիմքում ընկած են սպիտակ գծի շլոնի թելիկների իրարից հեռացումը և առաջացած բացվածքից սկզբում վերորովայնամզային ճարպաբջջանքի դուրս գալը, որի հետևանքով հետագայում առաջանում է իսկական ճողվածք՝ ճողվածքապարկով և նրա պարունակությամբ:

Կլինիկական պատկեր: Որովայնի սպիտակ գծի ուղղությամբ, հաճախ էպիգաստրալ շրջանում, առաջանում է ուռուցքանման գոյացություն, որը շոշափելիս ցավոտ է: Որովայնի սպիտակ գծի ճողվածքը կարող է կեղծել ստամոքսի խոցային հիվանդության, խոլեցիստիտի և պանկրեատիտի կլինիկական պատկերները: Դրանց ժխտման համար պահանջվում է հիվանդի մանրազնին հետազոտում:

Բուժումը վիրահատական է: Կարվում է ճողվածքային դրունքը:

Հետվիրահատական վնասումներ: նկատվում են որովայնի խոռոչի օրգանների վրա վիրահատական միջամտությունից հետո, երբ վիրահատական վերքը ենթարկվում է թարախակալման: Վիրահատական վերքի թարախակալումից հետո, որպես կանոն, լավացումը տեղի է ունենում երկրորդային ձգումով: Առաջանում են սպիներ: Սպիական ճողվածքային դրուսները կարող են լինել տարբեր չափսերի: Այս ճողվածքների դեպքում առաջին տեղը բռնում է ցավը, որը ուժեղանում է ֆիզիկական ծանրաբեռնման դեպքում: Հաճախ նկատվում են մարսողական խանգարումներ, փորափքանք: Բարակ աղու գալարը և ճարպոնը հաճախ սերտաճում են որովայնապատի հետ, որը կարող է հանգեցնել աղիքային անանցանելիության: Կարող է նկատվել օղակում:

Բուժումը վիրահատական է: Կտրվում և հեռացվում է սպիական հյուսվածքը: Որովայնի պատի արատը կարվում է:

ՍՏԱՄՈՔՍԱԵԼՔԻ ԲՆԱԾԻՆ ՆԵՂԱՑՈՒՄ (ՊԻԼՈՐՈՍԵՆՈՋ)

Առաջանում է ներարգանդային կյանքի երկրորդ ամսում: Ստամոքսաեղքի շրջանում տեղի է ունենում ոչ ճիշտ զարգացում և մեզենիսիմային հյուսվածքի գերաճ: Կազմաբանորեն հիվանդությունը բնորոշվում է ստամոքսաեղքի պատերի զգալի հաստացումով և նրա լուսանցքի նեղացումով: Ստամոքսաեղքը արտաքինից հիշեցնում է ձիթապտուղ, նրա մկանային շերտը հաստացած է: Տղաները տառապում են 5 անգամ ավելի շատ, քան աղջիկները:

Կլինիկական պատկերը: Երեխայի մոտ կյանքի 2—3 շաբաթում առաջանում է շատրվանի նման փսխում: Ստամոքսաեղքի փոքր անանցանելիության պատճառով փսխած զանգվածում լեղի շի պարունակվում, կղումը և միզարձակումը դառնում են հազվադեպ: Արագորեն զարգանում է ջրազրկում և խիստ հյուծում՝ մաշկի թուրգորի իջեցման հետ միասին: Երեխայի դեմքը դառնում է «ծերունական», «չար», «սոված», փսխած զանգվածների հետ կորցնում է աղաթթու, որը հանգեցնում է հիպոքլորեմիայի և ալկալոզի: Ծանր դեպքերում շնչառությունը մակերեսային է, շնչակցությունը մթազնած («պիլորիկ կոմա»):

Երբեմն նկատվում է ստամոքսի կծկումների ալիք, որը տեղաշարժվում է ձախ թուլակողից դեպի աջը: Մի շարք դեպքերում կարելի է շոշափել ստամոքսաեղքը ուռուցքանման գոյացության ձևով: Ռենտգենյան հետազոտման դեպքում հայտնաբերվում է լայնացած ստամոքսը և բարիումի զանգվածի անցնելու խանգարումը ստամոքսաեղքի միջով: Ստամոքսաեղքի նեղացման համար բնորոշ է տասներկումատնյա աղու կոնդեզի հիմքի մոտ լցման արատի առկայությունը, որը հիշեցնում է «ծածանի բերան»:

Բնածին պիլորոստենոզից անհրաժեշտ է տարբերել պիլորոսպազմը, որը նույնպես նկատվում է վաղ մանկական և ավելի ուշ տարիքում: Պիլորոսպազմի ծագման պատճառները հանդիսանում են տարբեր նյարդային խանգարումները: Պիլորոսպազմի դեպքում փսխումը նկատվում է նաև սննդի ընդունումից հետո: Միաժամանակ այս երևույթները շունեն կայուն բնույթ և անցնում են ինքնուրույն կերպով կամ համապատասխան թերապևտիկ բուժման դեպքում:

Բուժումը: Պահպանողական բուժումը սկսվում է մինչև ախտորոշման պարզելը: Կերակրումը կատարվում է 1—2 ժամ ընդմիջումներով: Մնունդը տրվում է ոչ մեծ բաժիններով, ատրոպինի լուծույթ նոսրացված 1 : 1000 1—2 կաթիլից 4—6 անգամ օրը կամ 1 : 10000 նոսրացվածից 5—6 կաթիլ յուրաքանչյուր կերակրումից առաջ: Հանձնարարվում է ներմուծել ադրենալին և վիտամին B₁: Պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում դիմում են վիրահատական միջամտության: Վիրահատումից առաջ անցկացվում է այնպիսի բուժում, որը ուղղված է վերացնելու ջրազրկումը և հյուծվածությունը: Վիրահատման էությունը կայանում է հետևյալում. հատվում է ստամոքսակաթիլը (պիլորոտոմիա) լայնական ուղղությամբ մինչև ենթալորձաթաղանթային շերտը: Անհրաժեշտ է հետևել, որպեսզի չվնասվի լորձաթաղանթը:

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԵՎ ՏԱՄՆԵՐԿՈՒՄԱՏՆՅԱ ԱՂՈՒ ԽՈՑԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Տարածված հիվանդություն է: Հիվանդանում են գերազանցապես տղամարդիկ 20—40 տարեկան հասակում: Գոյություն ունի խոցային հիվանդության առաջացման մի քանի տեսություն: Ներկայումս հեղինակների մեծամասնությունը կողմնակից է բազմապատճառագիտական տեսությանը, այսինքն բազմաթիվ ազդակների, որոնք կարող են առաջացնել խոցային պրոցես (մեխանիկական, քիմիական և այլն): Զբարդացված թարմ խոցերի դեպքում առաջանում է միայն լորձաթաղանթի արատ, ենթալորձաթաղանթային շերտի թեթևակի ընդգրկվածությունամբ:

Երկարատև ընթացքի դեպքում խոցի եզրերը սպիանում են առաջացնելով եզրերի սպիական հաստացումներ՝ կոշտուկային (կալլոզ) խոց: Երբեմն խոցը կարող է անցնել հարևան օրգանները՝ ներդրվելով նրանց մեջ (ճարպոն, լայնական հաստ աղի, ենթաստամոքսագեղձ) առաջացնելով թափանցող (պենիտրացվող) խոց: Ստամոքսակաթիլ կամ տասներկուամտնյա աղու սկզբի մասում խոցի առկայության դեպքում կարող է սկսվել այդ մասերի խիստ նեղացում— ստենոզացնող խոց: Խոցի՝ դեպի որովայնի ազատ խոռոչը պատովելու, ծակվելու դեպքում

այն կոչվում է ծակված խոց: Խոցի երկարատև գոյության դեպքում կարող է սկսվել խոցի վերասերումը քաղցկեղի:

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդությունը ընթանում է մի քանի տարի և սովորաբար կրում է եղանակային բնույթ՝ սրանում է գարնանը և աշնանը: Հիվանդները գանգատվում են վերորովայնային շրջանի ցավերից: Ցավերը կարող են առաջանալ սննդի ընդունումից անմիջապես հետո (վաղաժամ), 2—3 ժամ հետո (ուշացած) և մեծ ժամանակամիջոցից հետո (քաղցի ցավեր): Շոշափման ժամանակ ստամոքսի խոցային հիվանդության դեպքում ցավերը առաջանում են վերորովայնային շրջանի ձախ մասում, իսկ տասներկուամտնյա աղու խոցի դեպքում՝ նրա աջ մասում: Ցավերը առավել արտահայտված են թափանցող խոցերի դեպքում: Ցավերը հաճախ ուղեկցվում են փսխումով: Փսխումը առավել արտահայտված է ստենոզային խոցերի դեպքում, երբ տեղի է ունենում սննդի կանգը ստամոքսում:

Ստամոքսի և տասներկուամտնյա աղու խոցային հիվանդությունը հաճախ զարգանում է ստամոքսահյութի զգալի թթվության բարձրացման ֆոնի վրա: Ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունեն ռենտգենյան և ներզնական հետազոտությունները: Հակադրական նյութի (բարիումի սուլֆատ) ներմուծման դեպքում կարելի է հայտնաբերել խոցի որմնախորշը (նիշա): Ներկայումս ախտորոշիչ մեծ դեր է խաղում ստամոքսի լորձաթաղանթի անմիջական դիտումը հատուկ գործիքի օգնությամբ՝ թելքավոր ստամոքսադիտակի (ֆիբրոգաստրոսկոպ) օգնությամբ:

Բուժումը: Թարմ խոցերի դեպքում ցուցված է պահպանողական բուժումը: Այն հետևյալն է. նշանակել խնայող դիետա, ստեղծել հոգեկան հանգիստ, դադարեցնել ծխելը և ալկոհոլի ընդունումը: Մեծ օգնություն է ցույց տալիս սանատոր-առողջարանային բուժումը հանքային ջրերով (Բորժոմ, Եսենտուկ, Ժելեզնավոդսկ և այլն):

Գոյություն ունեն մի շարք ցուցումներ վիրահատական բուժման համար: Բացառակ ցուցումներն են՝ խոցի ծակվելը, շարորակ ուռուցքի վերասերումը, հարևան օրգանների մեջ ներթափանցելը, կոշտակային և ստենոզային խոցերը. հաբաբերականը՝ արյունահոսող խոցը պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում (ստամոքսի խոցային հիվանդության դեպքում 2 տարուց ավելի, իսկ 12-մատնյա աղունը՝ 3 տարուց):

Ստամոքսի մասնահատման ձևը կախված է խոցի տեղակայումից: Խոցերի բարձր տեղակայվածության դեպքում կատարվում է ստամոքսամուտքի մասնահատումը կամ նրա լրիվ հեռացումը, ստամոքսաբերի խոցերի դեպքում կատարվում է այդ մասի մասնահատում: Ստամոքսի թթվությունը ինչքան բարձր լինի, այնքան ստամոքսից ավելի մեծ մաս

պետք է հեռացվի: Ստամոքսի համապատասխան մասի հեռացումից հետո մնացած մասը բերանակցվում (անաստամոզ) է տասներկուամտնյա աղու ծայրատի կամ բարակ աղու սկզբնական մասերի հետ: Ստամոքսի մասնահատման դեպքում, բացի խոցի հեռացումից, տեղի է ունենում նաև ստամոքսահյուսվածքի թթվության իջեցում, որը փոքրացնում է խոցի կրկնվելու հնարավորությունը: Թթվության առավել զգալի իջեցման համար լրացուցիչ կատարվում է ցողունային կամ սելեկտիվ վազոտոմիա (թափառող նյարդի ցողունի կամ նրա ճյուղերի հատում), որը առաջացնում է ավելի մեծ շափով ստամոքսահյուսվածքի թթվության իջեցում:

Խոցային հիվանդության բարդությունները: Խոցի ծակվելը (պերֆորացիա): Երկարատև ընթացող խոցի դեպքում նկատվում է լորձաթաղանթի, ենթալորձաթաղանթի և մասամբ էլ մկանային շերտի քայքայվածություն: Ֆիզիկական զգալի ծանրաբեռնման, սննդի մեծ քանակի ընդունման, ստամոքսի վնասման և այլ դեպքերում ստամոքսի բարակած շերտը խոցի վայրում պատռվում է (պերֆորացիա, ծակում): Առաջացած քայքայվածքի միջով ստամոքսի պարունակությունը լցվում է որովայնի խոռոչի մեջ և առաջացնում տարածված պերիտոնիտ:

Կլինիկական պատկերը: Մակվելու ժամանակ առաջանում է հանկարծակի ուժգին ցավ վերորովայնային շրջանում: Այս ցավը համեմատվում է որովայնին դաշույնով հարվածելուց առաջացած ցավի հետ և կոչվում է «դաշույնային»: Այն կարող է հանգեցնել շոկային վիճակի: Այս դեպքում որովայնը ներքաշված է, նկատվում է որովայնի մկանների լարվածություն (դեֆանս): Հիվանդը պառկած է մեջքի կամ կողքի վրա շրջված դիրքում, ծալված ոտքերով: Շշուտկին—Բլյումբերգի ախտանիշը լինում է դրական: Որովայնի ընդբախման դեպքում, որովայնի խոռոչի մեջ օդի առկայության հետևանքով (անցնում է ստամոքսից) լյարդային բթությունը շի որոշվում: Որովայնի խոռոչի ռենտգենալուսավորման դեպքում ստոծանու տակ հայտնաբերվում է օդի «մանգաղաձև» կուտակում: Հիվանդի դեմքը սմբած է, գունատ (Հիպոկրատի դեմք), լեզուն՝ փառակալված, պուլսը սկզբում շատ թույլ է (Բերգմանի ախտանիշ), իսկ հետո՝ հաճախացած:

Առաջին օգնությունը, փոխադրումը և բուժումը: Առաջին օգնությունը ցույց տալու դեպքում շի թույլատրվում ներարկել նարկոտիկներ, քանի որ նրանք կարող են քողարկել կլինիկական պատկերը: Առաջին օգնության կարգի համաձայն պետք է ներարկել սիրտ-անոթային միջոցներ (կոֆեին, կամֆորա, կարդիամին), որովայնի վրա դնել սառցապարկ: Հիվանդին կտրակապապես արգելվում է խմել:

Փոխադրումը կատարվում է շտապ օգնության մեքենաների պատ-

զարակներն Վրա, հիվանդի համար հարմար դիրքում (կողքի վրա, մեջքի վրա): Ուղեկցող անձնակազմը պետք է հետևի հիվանդին: Փսխման ժամանակ գլուխը անհրաժեշտ է թեքել կողքի վրա (շնչարգելման վտանգ փսխման դանդաղածներից):

Բուժման հիմքում ընկած է անհետաձգելի վիրահատությունը, որի էությունը հետևյալն է. կարելի ստամոքսի կամ 12-մատնյա աղու ծակված մասը, որովայնի խոռոչից հեռացնել այնտեղ լցված ստամոքսի պարունակությունը և ներմուծել անտիբիոտիկներ: Որովայնի խոռոչի վերքը կարվում է խուլ կերպով: Երբեմն որովայնի խոռոչի մեջ դրվում է պոլիէթիլենային խողովակ (միկրոփրիզատոր) անտիբիոտիկների ներմուծման համար: Որոշ դեպքերում, երբ հիվանդի դրությունը բավարար է և պերիտոնիտ չի զարգացել, կատարվում է ստամոքսի մասնահատում:

Արյունահոսող խոց: Մի շարք դեպքերում խոցը կարող է առաջացնել արյունատար անոթի քայքայում, որը հանգեցնում է բավականին ուժգին արյունահոսության:

Կլինիկական պատկերը: Առաջանում է առատ փսխում սուրճի մրուրի գույնի (արյունը, որը փոխված է ստամոքսի թթու պարունակությամբ), առաջանում է սև, ձյութանման կղանք (նույնպես արյան խառնուրդի հետևանքով), աղեգալարների կծկումների (պերիստալտիկա) ուժեղացում (Գորդոն—Թեյլերի ախտանիշ): Հիվանդի դրությունը խիստ վատանում է, առաջանում են կրկնակի կոլապսներ: Մաշկային ծածկույթները անգույն են, պուլսը՝ հաճախացած, թույլ լեցումով, զարկերակային ճնշումը իջած է:

Առաջին օգնությունը, փոխադրումը, բուժումը: Հիվանդին տրվում է հորիզոնական դիրք, որովայնի վրա դրվում է սառը: Փոխադրամիջոցային տեղափոխումը իրականացվում է միայն պառկած դիրքում:

Բուժումը սկսվում է պահպանողական միջոցներից՝ լրիվ հանգիստ, որովայնի վրա դնել սառը, նարկոտիկներ: Ներերակային ներարկվում է 10 % կալցիումի քլորիդի լուծույթ և էպսիլոն ամինոկապրոնաթթու, միջմկանային վիկասոլ: Ցուցված է արյան կաթիլային կոտորակային փոխներարկումը, լիարժեք, բայց խնայող դիետա: Պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում կատարվում է վիրահատում՝ ստամոքսի մասնահատում, հեռացնելով արյունահոսող խոցը:

Ստամոքսաելֆի նեղացում: Ստամոքսաելֆի ստենոզը, կամ սպիական նեղացումը, կարող է սկսվել, երբ խոցը տեղակայված է լինում ստամոքսաելֆի շրջանում կամ տասներկու մատնյա աղու մեջ: Այս տեղակայումների դեպքում, խոցի լավացման հետևանքով սկսվում է սպիական կնճռոտում, որը հանգեցնում է ստամոքսաելֆի նեղացմանը:

Կլինիկական պատկերը: Սննդի ընդունումից հետո հիվանդը դան-

գատվում է ծանրութեան և լցվածութեան զգացումից ստամոքսի շրջանում: Սննդի ընդունումից մի քանի ժամ հետո առաջանում է փսխում, որի զանգվածի մեջ պարունակվում է չմարսված, ավելի վաղ ընդունած սնունդը, նկատվում են ստամոքսի գալարակծկումներ: Հիվանդը նիհարում է, ջրազրկվում: Ախտորոշումը ճշտվում է ունեցնաբանորեն և գաստրոսկոպի միջոցով:

Բուժումը վիրահատական է: Կատարվում է ստամոքսի մասնահատում: Ստամոքսահյուսվածքի թթվութեան իջեցումով, հյուծված ու թուլացած հիվանդների մոտ բացառութեան կարգով կարելի է կատարել գաստրոէնտերոանաստոմոզի վիրահատում՝ դրվում է բերանակցում ստամոքսի և բարակ աղու սկզբնական գալարի միջև:

Խոցի կազմափոխումը քաղցկեղի: Բազմաթիվ դեպքերում երկարատև գոյություն ունեցող խոցերը, հատկապես կալլոզայինը, կազմափոխվում են քաղցկեղային ուռուցքի:

Կլինիկական պատկերը: Ցավերը դառնում են մշտական, ախորժակը վատանում է, հիվանդները նիհարում են, ստամոքսահյուսվածքի թթվությունը ընկնում է մինչև թթվութեան լրիվ բացակայությունը (ախիլիա), սկսվում է հյուծումը (կախեքսիա):

Բուժման համար կատարվում է ստամոքսի մասնահատում (տես Ստամոքսի քաղցկեղը):

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ՔԱՂՑԿԵՂ

Ստամոքսի քաղցկեղը հաճախ նկատվում է տղամարդկանց մոտ: Հյուսվածքաբանորեն գերակշռում է գեղձային քաղցկեղը (ադենոկարցինոմա), ավելի հազվադեպ՝ սկիռը: Քաղցկեղը հաճախ ախտահարում է ստամոսաելքի մասը և փոքր կորուստի շրջանը, հազվադեպ ստամոքսաելքի շրջանը և ավելի հազվադեպ՝ մեծ կորուստներ: Ավշային ճանապարհով փոխակայումները տեղի են ունենում հարևան փոքր և մեծ ճարպոնի, աորտայի շուրջը (ներորովայնային բջջանք) գտնվող ավշային հանգույցների մեջ: Հաճախ նկատվում են փոխակայումներ լյարդում:

Կլինիկական պատկերը: Անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել «փոքր նշանների ախտանիշի» վրա, որը ունի մեծ նշանակություն հիվանդությունը վաղ փուլերում ախտորոշելու համար: Այդ նշաններն են հանդիսանում ախորժակի կորուստը, ծայրահեղ գրգռվածությունը, սննդային դիսկոմֆորտի զգացումը (նախասիրած կերակրատեսակը ուտելիս հիվանդը բավականություն չի զգում), նիհարումը: Ավելի ուշ շրջաններում առաջանում են ցավեր վերորովայնային շրջանում և այդ մասում շոշափվում է ուռուցքը: Ստամոքսաելքի շրջանում քաղցկեղի

տեղակայվելու դեպքում հաճախ առաջանում է ստամոքսից սննդի տեղափոխման արգելք, որը հանգեցնում է կանգային երևույթների (զկրոտոց նեխած ձվի հոտով, փսխումը «սուրճի մրուրի» տիպի, փսխած զանգվածի մեջ նախօրեին ընդունած սննդի լինելը):

Ստամոքսամուտքի շրջանի քաղցկեղի ժամանակ կլինիկական պատկերը շատ նման է կերակրափողի քաղցկեղին (դիսֆագիա, թքահոսություն, արագ և հարաճուն նիհարում):

Ստամոքսահյուսթի հետազոտման ժամանակ բացահայտվում է թրթվուսթյան զգալի իջեցում, ընդհուպ մինչև լրիվ բացահայտությունը (ախիլիա): Ստամոքսում կանգային երևույթների դեպքում հայտնաբերվում է կաթնաթթու:

Օժանդակ հետազոտման կարևորագույն եղանակներից մեկն է ռենտգենոսկոպիան: Բարիումի ներմուծման դեպքում ռենտգենաբանորեն կարելի է որոշել ստամոքսի կծկումների փոփոխումները ուռուցքի տեղում, լորձաթաղանթի մակերևույթի փոփոխվելը և լցման թերուսթյունը ուռուցքի շրջանում: Հիմնական ախտորոշիչ եղանակներից մեկը գաստրոսկոպիան է՝ գաստրոբիոպսիայի հետ մեկտեղ:

Բուժումը միայն վիրահատական է: Կատարվում է ստամոքսի լայնածավալ մասնահատում հեռացնելով ուռուցքը փոքր և մեծ ճարպոնների հետ միասին: Ոչ վիրահատականի դեպքում ստամոքսաելքի շրջանում դրվում է բերանակցում ստամոքսի մարմնի և բարակ աղեգալարների միջև (գաստրոէնտերոանաստոմոզ), ստամոքսամուտքի քաղցկեղի դեպքում՝ գաստրոստոմ: Այս վիրահատումների նպատակն է կանխել հիվանդի մահը սովածությունից:

Առանց արմատական վիրահատական բուժման հիվանդների կյանքի միջին տևողությունը կազմում է 1—1½ տարի:

ԽՈՒԵՑԻՍՏԻՏ ԵՎ ԼԵՂԱՔԱՐԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Խոլեցիստիտի տակ հասկացվում է լեղապարկի բորբոքումը: Այն կարող է առաջանալ լեղապարկի մեջ առանց քարերի առկայության (ոչ քարային խոլեցիստիտ) և քարերի առկայությամբ (լեղաքարային): Լեղապարկի և լեղուղիների բորբոքման պատճառը ինֆեկցիան է, որը կարող է ներթափանցել աղիներից և արյունային ուղիներով:

Լեղաքարային հիվանդությունը հաճախ առաջանում է տարեց և պարարտ մարդկանց մոտ, հատկապես կանանց մոտ: Քարերի առաջացման պատճառներն են լեղու կանգը, լեղուղիներում ինֆեկցիայի առկա-

յուժյունը, խոլեստերինային փոխանակության խանգարումը և միջարթ ալ փոփոխություններ:

Լեղաքարերը կարող են տեղակայվել ինչպես լեղապարկում, այնպես և լեղածորաններում: Ըստ քիմիական կազմի դրանք լինում են՝ խոլեստերինային, պիգմենտային և խառը: Լինում են տարբեր մեծության՝ ավազահատիկից մինչև աղավնու ձվի չափ:

Կլինիկական պատկերը կախված է խոլեստիտի ձևից և լեղապարկի ախտաբանական փոփոխությունների աստիճանից:

Կատառալ, ոչ քարային խոլեստիտի դեպքում հիվանդը գանգատվում է աջ թուլակողի շրջանի ցավերից, որոնք տարածվում են աջ թիակում: Աջ թուլակողի շոշափման դեպքում զգացվում է ցավոտություն: Լեղապարկի քայքայվածության դեպքում ցավը խիստ ուժեղանում է: Առաջանում է որովայնի մկանների լարվածություն, երբեմն աջ թուլակողի շրջանում շոշափվում է ուռուցքանման գոյացություն, շորուժյան և դառնության զգացում բերանում: Զերմաստիճանը բարձրանում է մինչև 39—40° C, առաջանում է դող, լեյկոցիտոզ դեպի ձախ տեղաշարժով:

Լեղաքարային հիվանդության կլինիկական պատկերը կախված է քարերի տեղակայումից և ինֆեկցիայի միացումից: Լեղապարկում քարերի առկայության դեպքում ցավերը արտահայտված բնույթ ունեն: Լեղածորանի խցանման դեպքում լեղածորանը խիստ մեծանում է և հեշտությամբ շոշափվում է աջ թուլակողի շրջանում: Եթե քարը գտնվում է ընդհանուր լեղածորանի մեջ, ապա առաջանում է մեխանիկական դեղնուկ: Գեղնությունը կարող է պարբերաբար ուժեղանալ կամ թուլանալ, որը կախված է ընդհանուր լեղածորանի խցանումից շարժուն քարով («կափույրային քար»): Գեղնուկի առաջացման դեպքում կղանքը անգունանում է, մեզը մզանում: Արյան մեջ զգալիորեն շատանում է բիլիռուբինի քանակությունը, մեզի մեջ ի հայտ են գալիս լեղապիգմենտներ:

Ներլյարդային լեղուղիներում ինֆեկցիայի տարածման դեպքում (խոլանգիտ) հիվանդների մոտ առաջանում է հեկտիկ ջերմություն, լյարդի թեթևակի մեծացում, դող, լեյկոցիտոզ մինչև 20000 հասնող:

Սուր խոլեստիտի դեպքում գոյություն ունեն ախտանիշներ, որոնք բնորոշ են այս հիվանդության համար: Աջ կողաղեղի ուղղությամբ ընդբախման դեպքում նկատվում է ցավոտություն լեղապարկի տեղում (Օրտների ախտանիշ): Կրծոսկրանրակպտկաձև մկանի ոտիկների արանքում մատով սեղմելիս աջից զգացվում է ցավոտություն (Գեորգիևսկու ախտանիշ):

Սուր բորբոքային ընթացքի հանդարտումից հետո հիվանդությունը հաճախ ընդունում է խրոնիկական բնույթ՝ զարգանում է խրոնիկական, ոչ քարային կամ լեղաքարային խոլեստիտ: Խոլեստիտի խրոնիկական ընթացքի դեպքում պարբերաբար նկատվում է պրոցեսի սրացում,

քայց համեմատած սուր խոլեցիստիտի հետ, ավելի թույլ արտահայտված ձևով:

Խոլեցիստիտի ախտորոշման համար մեծ նշանակություն ունի տասներկուամտնյա աղու զոնդավորումը: Սրա համար գործնականում է հստակ տասներկուամտնյա աղու զոնդը: Նորմալում սովորաբար ստացվում է լեղու երեք բաժին: Ա բաժինը (տասներկուամտնյա աղուց) լինում է լեղու և ենթաստամոքսագեղձի հյութի խառնուրդը, Բ բաժինը մուգ ձիթապղի գույնի (լեղապարկի լեղին է), Գ բաժինը լեղուղիների լեղին է, որը ավելի պակաս խտություն ունի: Լեղապարկի և լեղուղիների բորբոքային երևույթների ժամանակ լեղու մեջ կարողնակվեն լեյկոցիտներ, մանրէներ, պոկված էպիթել և այլն: Լեղապարկի ծորանի խցանման դեպքում Բ բաժինը բացակայում է: Ընդհանուր լեղածորանի խցանման դեպքում լեղին ստանալ չի հաջողվում:

Ախտորոշման համար կիրառվում է ռենտգենաբանական եղանակը կիրառելով հակադրական նյութեր (բիլիտրաստ, բիլիգնոստ), որոնք կուտակվելով լեղապարկում և ծորաններում ապահովում են լեղու հոսքի համար լեղաքարերի և ուրիշ արգելքների հակադրականությունը:

Բուժումը: Չբարդացված ոչ քարային խոլեցիստիտների դեպքում անցկացվում է պահպանողական բուժում (խնայող դիետա, հանելով կծու, գրգռիչ և ճարպոտ կերակրատեսակները, ընդհանուր հակամանրէային բուժում): Լեղապարկի քայքայվածության դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժումը՝ լեղապարկի հեռացումը (խոլեցիստեկտոմիա): Լեղապարկի քարերի առկայության դեպքում նույնպես դիմում են խոլեցիստեկտոմիայի: Եթե քարը գտնվում է ընդհանուր լեղածորանի մեջ, ապա երկայնակի հատվում է ընդհանուր լեղածորանը (խոլեդոխոտոմիա) և հեռացվում է քարը: Լեղուղիների ինֆեկցիայի բացակայության դեպքում լեղածորանը կարվում է խուլ կերպով, ինֆեկցիայի առկայության դեպքում՝ դրենաժավորվում է: Լեղապարկի ջրգողության և էմպիեմայի դեպքերում կատարվում է խոլեցիստեկտոմիա:

ԱՂԻՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ապենդիցիտ: Որդանման ելունի բորբոքումը կոչվում է ապենդիցիտ: Ապենդիցիտը կարող է ընթանալ երկու ձևով՝ սուր և խրոնիկական:

Ապենդիցիտի պատճառը հանդիսանում է ինֆեկցիայի ներթափանցումը որդանման ելունի մեջ էնտերոգեն (աղիների) կամ արյունային ուղիներով: Նախատրամադրող գործոնը որդանման ելունի լուսանցքում քարերի կամ աղիքային որդերի (ասկարիդների) առկայությունն է, որոնք

առաջացնում են լորձաթաղանթի վնասվածքներ՝ ճանապարհ բանալով
ինֆեկցիայի ներթափանցման համար:

Ապենդիցիտի դասակարգումը: 1. Թույլ արտահայտված ապեն-
դիցիտ՝ ապենդիկուլյար խիթ (առանց կազմաբանական փոփոխու-
թյունների): 2. Հասարակ կամ կատարալ ապենդիցիտ. նկատվում է որ-
դանման ելունի այտուցը կետավոր արյունազեղումներով (նկ. 153):
3. Քայքայիչ (դեստրուկտիվ), որը բաժանվում է՝ ա) ֆլեզմոնոզային
(որդանման ելունի խիստ հաստացում, մակերեսի վրա նկատվում է ֆիբ-
րինի փառ, լուսանցքում շճաթարախային պարունակություն), բ) որ-
դանման ելունի էմպիեմա (ելունը մականի ձևի հաստացած է, լուսանց-
քում առկա է թարախային պարունակությունը) (նկ. 154), գ) մեռու-
կային (ելունը թորշոմած է, մուգ գույնի, լուսանցքի մեջ նկատվում է
թարախանեկրոտիկ պարունակություն) (նկ. 155) և դ) ծակված (պեր-
ֆորատիվ): Տարբերում են նաև բարդացած ապենդիցիտ՝ ա) ապենդի-
կուլյար ներսփռանք (ինֆիլտրատ), բ) ապենդիկուլյար թարախակույտ,
գ) տարածված թարախային պերիտոնիտ, դ) այլ բարդություններ:

Խրոնիկական ապենդիցիտի ժամանակ ելունը ենթարկված է սպիա-
կան փոփոխությունների, նրա լուսանցքը կարող է լինել խցանված:

Կլինիկական պտտկերը: Սուր ապենդիցիտը բնորոշվում է աջ
զստափոսի շրջանի արտահայտված ցավով: Երբեմն ցավը ի հայտ է
գալիս վերորովայնային շրջանում, որից հետո անցնում է աջ զստափոսի
շրջանը (Կոխեր—Վոլկովիչի ախտանիշ): Ցավերը ուղեկցվում են փրս-
խումով, կղանքի կասեցումով:

Մի շարք ախտանիշներ որոշ չափով օգնում են ճշտելու ախտորո-
շումը՝ Սիտկովսկու ախտանիշ— հիվանդը ձախ կողմի վրա շրջվելու դեպ-
քում առաջանում է մղկտուն ցավ աջ զստափոսի շրջանում, Ռովզինգի
ախտանիշ— դաստակի եզրով ձախ զստափոսի շրջանը սեղմելուց հե-
տո, մյուս ձեռքով դեպի վեր թեթևակի տատանելու դեպքում առաջա-
նում է ցավ աջ զստափոսի շրջանում: Սուր ապենդիցիտի դեպքում առա-
ջանում է ցավ աջ զստափոսի շրջանում: Սուր ապենդիցիտի դեպքում
նկարագրված են 100-ից ավելի ախտանիշներ, բայց դրանք բոլորը մեծ
նշանակություն չունեն:

Սուր ապենդիցիտի դեպքում նկատվում է որովայնի մկանների
լարվածություն աջ զստափոսի շրջանում, Շչոտկին—Բլյումբերգի ախտա-
նիշը դրական է, լինում է ջերմաստիճանի բարձրացում, լեյկոցիտոզ
մինչև 12000—15000:

Ծակված (պերֆորատիվ) ապենդիցիտը առաջանում է թարախի
կողմից որդանման ելունի պատման, ճեղքման հետևանքով: Զարգա-
նում է պերիտոնիտի կլինիկական պատկեր: Ծակված ապենդիցիտի

կլինիկական պատկերը բնորոշվում է նրանով, որ աջ զստափոսի շրջանում արտահայտված ցավային ռեակցիայի և սուր ապենդիցիտին բնորոշ այլ ընդհանուր ախտանիշների ֆոնի վրա ցավը խիստ ուժեղանում է ընդգրկելով որովայնի մնացած մասերը: Որովայնը լարված է, փքված, Շչոտկին—Բլյումբերգի ախտանիշը խիստ դրական է, որովայնի գրեթե բոլոր մասերում առաջանում է սարսուռ, ջերմությունը բարձրանում է մինչև 40°C , կարող է լինել փսխում, լեյկոցիտոզը մինչև 20000 և ավելին:

Խրոնիկական ապենդիցիտի ժամանակ հիվանդը զանգատվում է աջ զստափոսի շրջանի պարբերական ցավերից, որոնք կրում են մեղմ բնույթ: Հիվանդությունը կարող է ունենալ երկարատև ընթացք: Ապենդիցիտի այս ձևին բնորոշ են հետևյալ ցավային կետերը՝ 1) Մակ-Քուռնեի կետը տեղավորված է այն գծի վրա, որը աջ զստոսկրի առջևի վերևի փուշը միացնում է պորտի հետ նրա միջին և դրսային մեկ երրորդի սահմանի միջև, 2) Լանցի կետը համապատասխանում է առաջավերին փշերի միջև ընկած գծի միջին և դրսային սահմանի 1/3-ին:

Բուժումը: Սուր ապենդիցիտի դեպքում ցուցված է շտապ վիրահատությունը, հեռացվում է որդանման ելունը (ապենդեկտոմիա): Որովայնի խոռոչի մեջ թարախային պարունակության առկայության դեպքում կատարվում է դրենաժավորում որդանման ելունի հեռացման համար կատարված կտրվածքի միջով, վերքը մասնակիորեն կարվում է: Ոչ մեծ թարախային պարունակության դեպքում որդանման ելունը հեռացնելուց և այդ մասի թարախային պարունակության շորացումից հետո որովայնի պատը կարվում է, բայց որովայնի խոռոչի մեջ դրվում է միկրոոռոգիչ (նուրբ խողովակ) անտիբիոտիկներ ներմուծելու համար:

Խրոնիկական ապենդիցիտի դեպքում վիրահատումը կատարվում է պլանային կարգով:

Ապենդիցիտի բարդացած ձևերի դեպքում՝ ապենդիկուլյար ինֆիլտրատ (աջ զստափոսի շրջանում շոշափվում է ամուր բորբոքային ներսփռանք, որն առաջանում է որդանման ելունի, ճարպոնի և աղիների գալարների բորբոքային կպումների հետևանքով), ամենասկզբում անցկացվում է պահպանողական բուժում (սառը, դիետա, ընդհանուր անտիբիոտիկոթերապիա): Ներսփռանքի ներծծվելուց հետո, սառը շրջանում կատարվում է ապենդեկտոմիա և հեռացվում է թարախային պարունակությունը:

Երեխաների մոտ սուր ապենդիցիտը ընթանում է բուռն կերպով, զգալիորեն ծանր, քան մեծահասակների մոտ, հաճախ նկատվում է որդանման ելունի ծակվելը: Տարեց մարդկանց մոտ, ընդհակառակը, կլինիկական պատկերը լինում է ջնջված նույնիսկ որդանման ելունի քայ-

քայման դեպքում: Հղիների մոտ, հատկապես հղիության երկրորդ կեսում ցավերը տեղակայվում են զգալիորեն վերև, նկատվում է արտահայտված սրտխառնոց և փսխում: Ծրեխաների, հղիների ու ծեբերի մոտ վիրահատումը կատարվում է ապենդիցիտի աննշան նշանների դեպքում (թարախային պերիտոնիտի զարգացման և վիժման վտանգ):

Աղիքային անանցանելիություն: Աղիների անանցանելիության տակ հասկացվում է աղիներով աղիքային պարունակության շարժման խանգարումը կամ նրա լրիվ դադարումը: Տարբերվում է դինամիկական և մեխանիկական աղիների անանցանելիություն:

Դինամիկական անանցանելիության դեպքում խանգարվում է աղիքի շարժողական գործունեությունը, ընդ որում այն կարող է լինել գալարակծկումների թուլացումից մինչև լրիվ դադարումը՝ կաթվածային (պարալիաիկ) ձևը, կամ խիստ ուժեղացած մինչև աղիների կծկումը՝ ջղաձգական (սպաստիկ) ձևը: Մեխանիկական անանցանելիությունը ունի բազմաթիվ ձևեր, միաժամանակ սկզբունքորեն այս բոլոր ձևերը բաժանվում են երկու մեծ խմբերի՝ սարոնգուլյացիոն (խեղդում) և օբստրուցիոն (փակում) աղիների անանցանելիություն:

Աղիների սարոնգուլյացիոն անանցանելիությունը անանցանելիության առավել վտանգավոր տեսակն է: Աղիքի լուսանցքի խցանումը ուղեկցվում է միջընդերքի անոթների և նյարդերի ճնշումով, որը խանգարում է արյան շրջանառությունը և արագորեն մեռուկանում է աղիքի այդ մասը: Աղիների ստրոնգուլյացիոն անանցանելիությունը նկատվում է օղակված ճողվածքների, աղիների ոլորման, աղիների հանգուցագոյացման և այլ դեպքերում:

Աղիների օբստրուցիոն անանցանելիությունը հանդիսանում է աղիների անանցանելիության ավելի թեթև ձևը, քանի որ աղիքի լուսանցքի խցանումը տեղի է ունենում առանց նրա միջընդերքի ճնշման: Անանցանելիության այս ձևին պատկանում են աղիների խցանման բոլոր ձևերը, որոնք տեղի են ունենում օտար մարմինների, ուռուցքների հետեվանքով:

Աղիքի նեռագուցումը (ինվազիոնացիա) հանդիպում է որպես աղիքային անանցանելիության միջանկյալ ձևը ստրոնգուլյացիոնի և օբստրուցիոնի միջև: Տեղի է ունենում աղիքի մի մասի ներդրումը նրա շարունակությունը հանդիսացող մասի մեջ: Առավել հաճախ բարակ աղիներ դրվում է հաստի մեջ, կույր աղիքի շրջանում: Հնարավոր է բարակ աղին ներդրվի բարակի մեջ, հաստը՝ հաստ աղու մեջ: Ինվազիոնացիայի պատճառը աղիների ոչ ճիշտ գալարակծկումներն են, աղիների հիվանդությունները: Ինվազիոնացիայի դեպքում տեղի է ունենում ոչ միայն աղիքի լուսանցքի փակում (օբստրուցիա), այլև միջընդերքի անոթների խեղդում (ստրոնգուլյացիա)՝ խանգարելով արյան շրջանառությունը:

հետագայում տեղի է ունենում ինվագինացիայի ենթարկված աղեմասի մահացում:

Աղիները անանցանելիությունը կարող է պայմանավորված լինել նաև միջընդերային անոթների տրոմբոզով: Տրոմբոզի պատճառը կարող են լինել վնասվածքը, արյան մակարդուակության բարձրացումը, աղիների բորբոքային հիվանդությունները: Միջընդերային անոթների տրոմբոզի ժամանակ խանգարվում է աղիների համապատասխան մասի արյան շրջանառությունը, որի հետևանքով առաջանում է մահացում և գանգրենա:

Կլինիկական պատկերը: Աղիների անանցանելիության բոլոր ձևերին բնորոշ են մի շարք ընդհանուր ախտանիշներ՝ նոպայաձև ցավեր որովայնում, կղանքի և գազերի բացակայություն, մետեորիզմ (փորափքանք), փսխում, թունավորում:

Աղիների անանցանելիության առանձին ձևերի դեպքում նկատվում է յուրահատուկ կլինիկական պատկեր, բացի վերոհիշյալ աղիների անանցանելիության ընդհանուր ախտանիշներից: Կաթվածային (պարալիտիկ) աղիների անանցանելիության դեպքում առաջանում է որովայնի զգալի փքում և ամբողջովին բացակայում են գալարակծկումները:

Ջղաձգական (սպաստիկ) ձևին բնորոշ են նոպայաձև ցավերը՝ ուժեղացած աղիքային կծկումների ֆոնի վրա: Աղիների անանցանելիության սպաստիկ ձևը կարող է վերածվել պարալիտիկի:

Ստրոնգուլյացիոն անանցանելիության ժամանակ առաջանում է որովայնի խիստ ուժգին խիթանման ցավեր, երբեմն կարող է սկսվել շոկ: Ցավերը ուղեկցվում են անզուսպ փսխումով: Որքան աղիների անանցանելիությունը բարձր է տեղակայված, այնքան փսխումը ավելի է արտահայտվում: Միաժամանակ կարող է լինել կղում աղիների ներքևի

Ստրոնգուլյացիոն անանցանելիության ժամանակ առաջանում է է որովայնի անհամաչափություն (Վալյի ախտանիշ), բուժունկնդրման դեպքում երբեմն լսվում է ընկնող կաթիլի ձայն (Սկլյարովի ախտանիշ), ջայնանում է ուղիղ աղու ամպուլյար մասը (Օբուխովյան հիվանդանոցի ախտանիշ): Հիվանդի դրությունը ծայրաստիճան ծանր է, զարկերակային արյան ճնշումը իջնում է, պուլսը դառնում է թելանման, պատում է սառը քրտինք, շրթունքները և մատների ծայրերը ստանում են կապույտ երանգ, աչքերը փոս են ընկնում, ձայնը կորցնում է հնչեղությունը, վերջույթները դառնում են սառը, բայց գիտակցությունը պահպանված է: Մարմնի ջերմաստիճանը, որպես կանոն, նորմայի սահմաններում է: Աղիների մահացումը առաջացնում է տարածված պերիտոնիտ:

Օրտուրացիոն աղիքային անանցանելիության դեպքում, եթե լինում է աղի լուսանցօի մասնակի փակում, ապա կլինիկական պատկերը

կղարգանա աստիճանաբար: Բերող գալարում առաջանում է կղանկանգ, որն արտահայտվում է խմորանման պնդություն ունեցող ուռուցքանման գոյացության ձևով:

Աղիքի լրիվ խցանման դեպքում առաջանում է կղանքային հոտով առատ փսխում, նկատվում է փորկապության և լուծի իրար հաջորդումը: Միանում է թունավորումը:

Ինվազիոնացիայի դեպքում սովորաբար կլինիկական պատկերը զարգանում է արագորեն, առաջանում են փսխում, ցավեր որովայնում, շոշափման դեպքում որոշվում է առաձգական պնդության գլանաձև գոյացություն, աջ զստափոսի շրջանը փոս է ընկնում (Դանցի ախտանիշ), կղանքի մեջ կարող է ի հայտ գալ արյուն: Ինվազիոնացիան առավել հաճախ լինում է երեխաների մոտ: Ներքևում տեղակայված ինվազիոնացիայի դեպքում ներագուցած հատվածը կարող է արտարնկվել հետանցքից դուրս (անհրաժեշտ է տարբերակել ուղիղ աղու արտարնկումից):

Միջընդերային տնօրենի տրոմբոզի դեպքում որովայնի ցավերը կրում են մշտական բնույթ, որովայնը թեթևակի փքված է, առաջանում է կղանքի բացակայություն:

Աղիների անանցանելիության ախտորոշման դեպքում որոշակի դեր խաղում է ունեցող ենաբանական հետազոտումը: Ընդհանրական ունեցողության զննման դեպքում աղեգալարներում հայտնաբերվում են հեղուկի առանձին կուտակումներ հեղուկի հորիզոնական մակարդակներով՝ Կլոյբերի գավաթներ:

Բուժումը: Աղիների անանցանելիության դինամիկական ձևի դեպքում անհրաժեշտ է առաջին հերթին վերացնել այն առաջացնող պատճառը: Աղիների հարթ մկանների աշխատանքը կանոնավորելու համար զորեղ միջոց է հանդիսանում հարերիկամային նովոկաինային բլոկադան: Կաթվածային աղիքային անանցանելիության դեպքում այն բարձրացնում է աղիների հարթ մկանների լարվածությունը (տոնուս), ջղաձգականի դեպքում թուլացնում է լարվածությունը: Աղիքային անանցանելիության կաթվածային ձևի դեպքում, բացի բլոկադաներից, հանձնարարվում է ներերակային ներարկել 10—20 մլ 10 % նատրիումի քլորիդի լուծույթը, ենթամաշկային 1 մլ պրոզերին կամ պիտուլիտրին: Կատարել հիպերտոնիկ հոգնա (20—30 մլ 10 % նատրիումի քլորիդի լուծույթ) կամ հոգնան ըստ Օգնևի (նատրիումի քլորիդի հիպերտոնիկ լուծույթ, գլիցերին և ջրածնի պերօքսիդ, 20-ական մլ): Օբտուրացիոն աղիքային անանցանելիության դեպքում, հատկապես կղականգի հետևանքով առաջացած, ցուցված է մաքրող կամ սիֆոնային հոգնան: Աղիքային անանցանելիության բոլոր ձևերի դեպքում, թունավորման երևույթների դեպքում անցկացվում է դեղինտոքսիկացիոն բուժում (5 %

գլյուկոզայի լուծույթ և ֆիզիոլոգիական լուծույթ մինչև 3000 մլ օրը)։

Պահպանողական միջոցառումների անարդյունավետության դեպքում (1—2 ժ քնթացքում) կատարվում է վիրահատական միջամտություն՝ վերացվում է աղիքային անանցանելիության պատճառը։ Կպումների առկայության դեպքում, որոնք առաջացրել են աղիքային անանցանելիությունը, դրանք հատվում են և որովայնամզից զրկված մասերը ծածկվում են որովայնամզով (երկրորդային կպումների նախապահպանման նպատակով)։ Օբտուրացիոն աղիքային անանցանելիության դեպքում, որն առաջացել է աղիքի լուսանցքի խցանման հետևանքով, կատարվում է աղիքի մասնակի լայնական հատում (էնտերոտոմիա) հեռացնելով արգելքը և վերականգնվում է աղիքի ամբողջականությունը։

Ստրոնգուլյացիայի դեպքում պետք է վերացնել այն առաջացնող պատճառը։ Աղիի մասի ոչ կենսունակ լինելու դեպքում կատարվում է նրա մասնահատումը առողջ հյուսվածքների սահմանում։ Աղիքային անանցանելիության դեպքում ժամանակին չկատարվող վիրահատական բուժումը հանգեցնում է պերիտոնիտի և հիվանդի մահվան։

ՈՒՂԻՂ ԱՂՈՒ ԵՎ ՀԵՏԱՆՑՔԻ ՀԻՎԱՆԴԻՑՈՒՆՆԵՐ

Ուղիղ աղին դյուրամատչելի է հետազոտման համար։ Հիվանդի կրանստած դիրքում, որը նման է կղման գործողությանը, հիվանդի մոտ կարելի է տեսնել ուղիղ աղու արտաբերությունը, թուփքի արտաքին հանգույցները։ Մատնային հետազոտումը կատարվում է հիվանդի կողքի վրա թեքված դիրքում, ոտքերը առբերված դեպի որովայնը։ Մատնային հետազոտման համար հագնում են ձեռնոց։ Յուցամատին առատորեն քսվում է վազելին և զգուշությամբ մտցվում է ուղիղ աղու մեջ։ Մատնային հետազոտումով հնարավոր է որոշել ուղիղ աղու և հարուղիղ աղու բջջանքի ախտաբանական ներսփռումները, տրոմբի ենթարկված թուփքի ներքին հանգույցները, ուղիղ աղու ճեղքերի դեպքում նրա եզրերի հաստացումը և այլն։ Գործիքային հետազոտման անցկացումից առաջ հոգնայի օգնությամբ խնամքով մաքրվում են հաստ և ուղիղ աղին։ Հետազոտումը անցկացվում է ծունկ-արմնկային դիրքում։ Ռեկտալ հայելու վրա քսվում է վազելին և զգուշորեն մտցվում է 8—10 սմ խորությամբ։ Զննումը կատարվում է զգուշորեն այն դուրս քաշելու ժամանակ։ Ախտորոշիչ շատ տվյալներ կարելի է ստանալ ռեկտոռոմանոսկոպիայի դեպքում։ Ռեկտոռոմանոսկոպին քսվում է վազելին և մտցվում է 25—30 սմ խորությամբ։ Գնդանոթի օգնությամբ աղիքի մեջ ներմզվում է օդ և գործիքի հանելու ժամանակ դիտվում է աղիքի լորձաթաղանթը։ Ոչ միայն ուղիղ աղու, այլև հաստ աղու լորձաթաղանթը դիտելու համար կի-

դառվում է կոլոնոֆիբրոսկոպը, որը առաձգական օպտիկական սարք է, կարող է ծովել ցանկացած անկյան տակ և հնարավորություն է տալիս գննելու հաստ աղու նկատելի մասերը:

Սրբանի ճեղք: Պատճառը հետանցքի շրջանում ուղիղ աղու լորձաթաղանթի ոչ մեծ վնասվածքներն են, որոնք առաջանում են հետանցքի միջով թանձր, կոշտ կղանքային զանգվածի, օտար մարմինների անցնելու հետևանքով: Ամենասկզբում նկատվում է լորձաթաղանթի ոչ մեծ գծային արատ: Հետագայում ճեղքը խորանում է, հասնելով մինչև ենթալորձաթաղանթային շերտը, նրա եզրերը ամրանում են:

Կլինիկական պատկերը: Առաջանում են արտահայտված շափազանց տանջալի ցավեր կղման գործողության ժամանակ, երբեմն ի հայտ է գալիս ոչ մեծ քանակությամբ արյուն կամ շճաարյունային հեղուկ: Ծեղքը հաճախ ուղեկցում է փորկապությանը: Զննման դեպքում հայտնաբերվում է երկայնակի, օվալաձև ճեղքը մաշկին անցնող ծալքի շրջանում, որը վերջանում է հաստացած տեսքով՝ «սահմանային թմբիկով»: Առաջանում է սեղմակի լարվածության մեծացում, ճեղքի եզրերը և հատակը կոշտացած են:

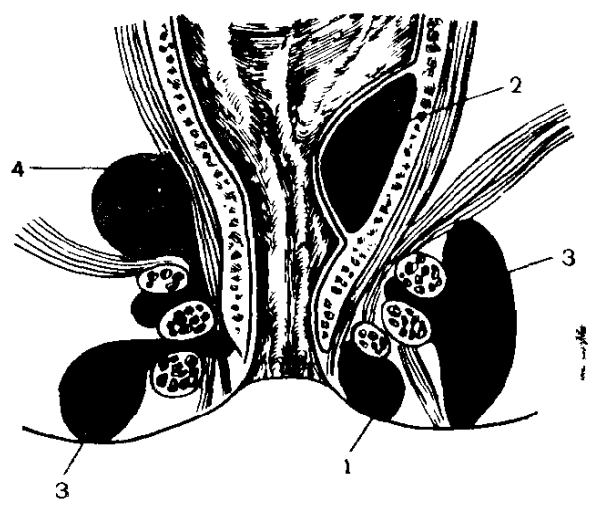
Բուժումը: Թարմ ճեղքերի դեպքում անցկացվում է պահպանողական բուժում: Առաջին հերթին անհրաժեշտ է վերացնել փորկապությունը: Դրա համար ընտրվում է դիետա, որը ապահովում է կանոնավոր, սահուն կղում: Հիվանդը ընդունում է գերշակի կամ պարաֆինային յուղ, աինեմեքի և բեկտենու տերևների եփուկները: Ուղիղ աղու մեջ ներմղվում է 50—100 մլ տաքացրած ձիթապտղի յուղ, կիրառվում են բելադոնայի մոմեր, տաք նստալոգանքներ 5 %-անոց կալիումի պերմանգանատի կամ խմելու սոդայի լուծույթներով, միկրոհոգնաներ:

Խրոնիկական ճեղքերի դեպքում, որոնք պահպանողական բուժման շեն ենթարկվում, տեղային ցավազրկման տակ կատարվում է ուղիղ աղու սեղմակի բռնի ձգում: Այս դեպքում ճեղքը ավելի է լայնանում, բայց այս ֆոնի վրա նրա լավացումը տեղի է ունենում ավելի արագ: Համառ դեպքերում ճեղքը հեռացվում է և կարեր են դրվում:

Պարապրոկտիտ: Հարուղիղ աղու բջջանքի թարախային բորբոքումն է: Հիվանդությունը հաճախ առաջացնում է խառը ինֆեկցիան (ստաֆիլոկոկ, ստրեպտոկոկ, էնտերոկոկ, աղիքային ցուպիկ և այլն): Ներթափանցման ուղիները՝ ճեղքերը, քերծվածքները, թրմում (մացերացիա):

Տարբերվում են պարապրոկտիտի հետևյալ ձևերը՝ 1) ենթամաշկային, 2) ենթալորձաթաղանթային, 3) նստաուղիղաղիքային, 4) կոնքաուղիղաղիքային, 5) հետուղիղաղիքային (նկ. 156), 6) խրոնիկական (հարուղիղաղիքային խուղակներ):

Կլինիկական պատկերը կախված է պարապրոկտիտի ձևից: Ենթամաշկային ձևի գեպքում բորբոքման վայրում նկատվում է մաշկի հի-



Նկ. 156. Պարապրոկտիտի տարբեր ձևերի սխեման (բացատրությունը տեսնում)։

պերեմիա, ցավոտություն, որը ուժեղանում է կղման գործողության ժամանակ։ Շոշափման դեպքում այդ մասում զգացվում է ամուր ներսրփոսանք։ Բորբոքման հանդեպ կարող է զարգանալ ոչ մեծ ընդհանուր ռեակցիա։

Ներալորձաթաղանթային ձևի դեպքում առաջանում է ցավ կղման ժամանակ։ Ուղիղ աղու հետազոտման դեպքում բացահայտվում են ուղիղ աղու լորձաթաղանթի ներսրփոսանքի տեղամասերը։

Նստառլիդադիֆային ձևի դեպքում բորբոքման պրոցեսը ընդգրկում է ուղիղ աղու շուրջը գտնվող կոնքի բջջանքը։ Այս ձևի կլինիկան բնորոշվում է խփող ցավով, բարձր ջերմությունով, դողով, ուղիղ աղու հետազոտման դեպքում հայտնաբերվում է ուղիղ աղու շուրջը արտահայտված ներսրփոսանք։

Կոնֆառլիդադիֆային ձևի դեպքում պրոցեսը տարածվում է կոնքի հատակից վերև և բնորոշվում է ծանր սեպտիկ վիճակով, հետանցքի շրջանում առանց բորբոքման արտաքին նշանների։

Հետառլիդադիֆային ձևի դեպքում պրոցեսը սկսվում է ուղիղ աղու հետևում տեղակայված լիմֆադենիտով, հետագայում շրջակա հյուսվածքների թարախային լուծումով։ Հիվանդությունը բնորոշվում է շեքի արտահայտված ցավով, բարձր ջերմությունով, դողով, լեյկոցիտոզով և այլն։

Պարապրոկտիտի բոլոր ձևերի դեպքում հանձնարարվում է ուղիղ աղու մանրազնին մատնային հետազոտումը։

Բուժումը։ Հիվանդության սկզբում, երբ դեռևս չկա հյուսվածքների թարախային քայքայում, հանձնարարվում է ընդհանուր անտիբիոտիկաթերապիան, կալիումի պերմանգանատի տաք նստալոգանքները։ Պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում, պարապրոկտիտի բոլոր ձևերի դեպքում պահանջվում է հատել թարախակույտը և լավ դրենավորել թարախային խոռոչը։ Թարախակույտի հատման դեպքում սեղմակի վնասումը կանխելու նպատակով անհրաժեշտ է հետանցքի շուրջը կտրվածքը կատարել կիսալուսնաձև։ Վիրահատումից հետո 3—4 օրվա ընթացքում հիվանդը ստանում է ափիոնի թուրմ և առանց խարամանյութի դիետա կղումը կասեցնելու համար։ Անցկացվում է ընդհանուր հակամանրէային և դեզինտոքսիկացիոն բուժում։ Վերքի բուժումը իրա-

գործվում է թարախային վերքերի բուժման ընդհանուր սկզբունքով: Նշանակվում են նստալոգանքներ: Յուրաքանչյուր կղումից հետո անպայման կատարվում է վիրակապում:

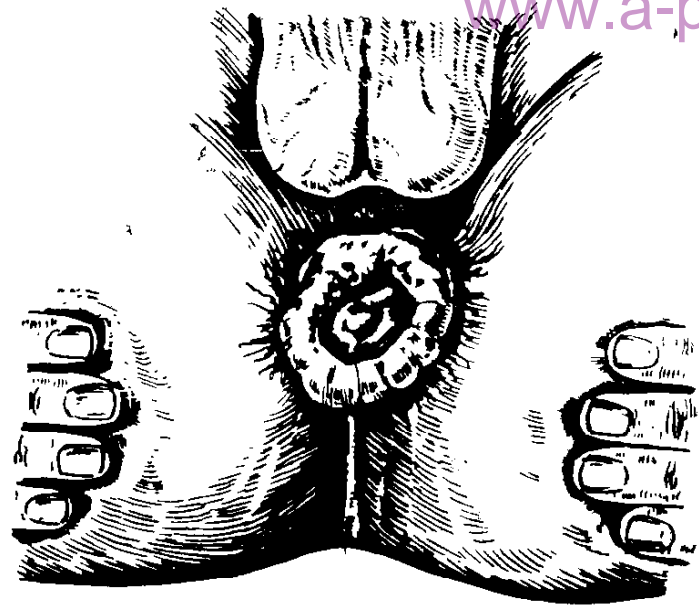
Թուլթք: Ուղիղ աղու երակային հյուսակները վարիկոզ լայնացումն է որոշակի կլինիկական պատկերով (արյունահոսություն, ցավ և այլն):

Ըստ տեղակայման տարբերվում են ներքին և արտաքին թուլթքեր: Ներքին թուլթքը տեսանելի չէ և զգացվում է մատնային կամ ռեկտոսկոպիական հետազոտությամբ, թուլթքի արտաքին հանգույցները տեսանելի են հետանցքի շուրջը (նկ. 157): Մի շարք դեպքերում նկատվում է այս հանգույցների բորբոքում: Թուլթքի պատճառները կարող են լինել փորկապությունը, հղիությունը, փոքր կոնքի խոռոչում կանգային երևույթները երկարատև նստելու հետևանքով և այլն:

Կլինիկական պատկերը: Թուլթքի հանգույցների հասարակ մեծացումը կարող է ցավեր չառաջացնի և շանհանգստացնի հիվանդին: Բայց մի շարք դեպքերում ներքին թուլթքի մեծ հանգույցների և հետանցքի սեղմամկանի ոչ բավարար վերջափակման հետևանքով դրանք արտանկվում են դուրս, որը և ավելի մեծ շափով թուլացնում է սեղմակի գործունեությունը: Այդպիսի վիճակը հանգեցնում է ուղիղ աղուց նրա պարունակության արտադրմանը, իսկ դա իր հերթին առաջացնում է հետանցքի շրջանի քոր, մաշկի թրմում և ցավ: Մի շարք դեպքերում կղման ժամանակ նկատվում է ոչ մեծ արյունահոսություն: Հաճախակի արյունահոսությունները կարող են հանգեցնել սակավարյունության՝ արյան հեմոգլոբինը կարող է զգալիորեն իջնել:

Թուլթքի հանգույցների տրոմբոֆլեբիտի դեպքում հետանցքի շրջանում առաջանում է արտահայտված ցավ, որը զգալիորեն ուժեղանում է կղման ժամանակ: Թուլթքի հանգույցները կապտած են, լարված, ծածկված են ֆիբրինի փառով, լորձաթաղանթը տեղ-տեղ խոցակալված է:

Բուժումը: Չբարդացված թուլթքի դեպքերում, որպեսզի խուսափեն փորկապությունից կարգավորվում է դիետան: Փորկապության դեպքում նշանակվում է գերշակի կամ պարաֆինային յուղ: Մաշկի թրման դեպք-



Նկ. 157. Արտաքին թուլթք:

քում կատարվում է կալիումի պերմանգանատով նստալուգանքներ: Ոչ մեծ արյունահոսությունների դեպքում կիրառվում են արյունականգ միջոցներ՝ վիկասոլ, կալցիումի քլորիդ, հեմոֆոբին և այլն: Թուֆքի հանգուլցների տրոմբոֆլեբիտի դեպքում ցուցված են տաք նստալուգանքներ 5 % կալիումի պերմանգանատի լուծույթով, հակամակարդիչներ: Կավ արդյունք են տալիս վերսրբոսկրային նովոկահինային բլոկադաները:

Եթե թուֆքը ունի արյունահոսության և բորբոքման հակվածություն, ապա դիմում են վիրահատական բուժման: Բորբոքման սուր շրջանում վիրահատումը հակացուցված է: Կատարվում է թուֆքի հանգուլցների կապում: Մի քանի օրից հետո թուֆքի հանգուլցները պոկվում և ընկնում են: Հետվիրահատական շրջանում կղումը կասեցվում է մի քանի օրով: Սրա համար հիվանդը ընդունում է քիչ բջջանյութ պարունակող սնունդ և օրը երեք անգամ 8—10 կաթիլ ափիոնի թուրմ: Կղումից հետո հիվանդը ընդունում է նստալուգանք կալիումի պերմանգանատի (վարդագույն լուծույթ) կամ սոդայի լուծույթով (30—40 գ մեկ լոգանքի համար):

Ուղիղ աղիքի պոլիպներ: Սրանք բարորակ ուռուցքներ են: Կարող են լինել միայնակ և բազմաթիվ, մեծությամբ կորեկի հատիկից մինչև հունական ընկույզը: Բարակ կոթունի վրա, ներքև տեղակայված պոլիպները կարող են արտանկվել հետանցքի միջով:

Կլինիկական պատկերը: Կարող են առաջանալ նրոցներ, երբեմն՝ արյունահոսություն: Ախտորոշումը դրվում է ելնելով մատնային հետազոտման, ռեկտոսկոպիայի և ռեկտոռոմանոսկոպիայի տվյալներից (նկ. 158): Բարձր տեղակայվածության պոլիպների դեպքում ախտորոշումը որոշվում է կոլոնոսկոպիայով:

Բուժումը: Միայնակ պոլիպների դեպքում, որոնք ունեն ցածր տեղակայում, կատարվում է էլեկտրամակարդում: Բազմաթիվ պոլիպների և բարձր տեղակայման միայնակ պոլիպների դեպքում կատարվում է աղիքի համապատասխան մասի մասնահատում:

Ուղիղ աղիքի քաղցկեղ: Հանդիպում է բավականին հաճախ և զբաղեցնում է հինգերորդ տեղը այլ տեղակայում ունեցող քաղցկեղների թվում: Դրանով հիվանդացող տղամարդկանց թիվը կանանց թվից երկու անգամ շատ է: Հետանցքի քաղցկեղը հանդիպում է հազվադեպ, բայց ընթանում է արտասովոր կերպով շարորակ: Ուղիղ աղիքի լայնույթի և նրա վերին մասերի քաղցկեղը ունի աղենոկարցինոմայի կամ սկիռի բնույթ, որը երբեմն առաջացնում է ուղիղ աղու շրջանաձև նեղացում: Փոխակայումները կարող է տեղի ունենալ ինչպես ավշային, այնպես էլ արյունային ուղիով:

Կլինիկական պատկերը կախված է հիվանդության փուլից: Սկզբում հիվանդությունը կարող է ընթանալ առանց ախտանիշների: Հետագա-

յում առաջանում է փորկապություն, որին հաջորդում են փորլուծությունը, նքոցներ, ուղիղ աղիքից լորձի, արյան և թարախի արտաթորումներ: Ուռուցքի մեծացման դեպքում կարող է տեղի ունենալ ուղիղ աղիքի լուսանցքի խցանում, որը հանգեցնում է ստորին աղիքային անանցանելիության:

Ախտորոշիչ մեծ նշանակություն ունի մատնային հետազոտումը, ռեկտոսկոպիան և ռեկտոռոմանոսկոպիան (նկ. 159): Հետազոտման այս ձևերի դեպքում կարելի է հայտնաբերել ուռուցքը, որոշել նրա չափերը, տարածվածությունը, տեղակայվածությունը, խոցակալումը և այլն, վերցնել հյուսվածքի կտոր բջջաբանական հետազոտման համար:

Ուռուցքը հարուղիղաղիքային բջջանքի մեջ աճելու դեպքում առաջանում են արտահայտված ցավեր շեքի շրջանում, միզապարկի մեջ աճելու դեպքում խանգարվում է միզարձակումը:

Բուժումը: Հիվանդության սկզբնական փուլերում կիրառվում է արմատական վիրահատական բուժումը՝ ուղիղ աղու հեռացումը ուռուցքի հետ միասին առողջ հյուսվածքների սահմաններում: Աղիքի մնացած մասը իջեցվում է ներքև շեքի միջով կամ դուրս է բերվում որովայնի պատի վրա: Ուշացած դեպքերում, երբ արմատական վիրահատական բուժում անցկացնել հնարավոր չէ, դրվում է հակաբնական սրբան (anus pretenaturavis)՝ սիգմայաձև աղիքի հատվածը դուրս է բերվում ձախ զստափոսի շրջանը:

Կիրառվում է ռենտգենաբուժումը, երբեմն բավարար արդյունքով: Արմատական բուժում ռենտգենաբուժումը չի ապահովում, այն միայն որոշ չափով դանդաղեցնում է քաղցկեղային ուռուցքի աճը: Ամոքիչ բուժման դեպքում հիվանդի կյանքի տևողությունը 2—3 տարի է: Առանց ամոքիչ վիրահատման հիվանդները մահանում են ստորաղիք աղիքային անանցանելիությունից:

ՈՐՈՎԱՅՆԱՊԱՏԻ ԵՎ ՈՐՈՎԱՅՆԻ ԽՈՌՈՉԻ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐՈՎ ՈՒ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Որովայնի խոռոչի օրգանների փակ վնասվածքների (պատռվածքներ) և թափանցող վիրավորումների դեպքում նախավիրահատական պատրաստումը պետք է լինի առավել չափով կարճ: Այնպիսի մանիպուլյացիաները, ինչպիսիք են հիգիենիկ լողանքները, մաքրող հոգնաները, ստամոքսի լվացումը հակացուցված են: Ինչ վերաբերվում է ընդհանուր նախապատրաստմանը, ապա կատարվում է միայն մազերի սափրում որովայնի վրա և մաշկի շփումը տաք ջրով: Դատարկվում է միզապարկը: Մնացած նախավիրահատական նախապատրաստումը պետք է ուղղված

լինի շոկի դեմ պայքարելուն, սիրտ-անոթային գործունեության պահպանման և արյան պահպանության դեմ: Հիվանդին ներարկվում են սրբտային միջոցներ, նարկոտիկներ, վիրահատման ժամանակ փոխներարկվում է արյուն, ֆիզիոլոգիական լուծույթ:

Վիրահատումից հետո հիվանդին տեղավորում են մեջքի վրա, մահաճակալի գլխի կողմը պետք է լինի բարձր: Հետագա հետվիրահատական խնամքը կախված է նրանից, թե ինչ օրգան է վնասվել: Ստամոքսի և աղիների վիրավորումների ժամանակ վիրահատումից հետո առաջին օրը արգելվում է բերանով սնունդ ընդունելը: Հաջորդ 2—3 օրը սնուցումը կատարվում է պարենտերալ ճանապարհով, ներարկելով 5 % գլյուկոզայի լուծույթը մինչև 1—2 լիտր, իզոտոնիկ լուծույթը նույնպիսի քանակով, փոխներարկվում է 250—500 մլ պլազմա, ճարպային էմուսիաներ՝ ինտրալիպիդ, լիպոմիոլ, լիպոմախս: Բացի այդ նշանակվում են սրտային միջոցներ, նարկոտիկներ, անտիբիոտիկներ: Սնունդը տրվում է այնպես, ինչպես ստամոքսի և աղիների մասնահատումով հիվանդներին:

Առաջին օրերը ստամոքսում հեղուկ կարող է կուտակվել: Այն հեռացնելու համար քթի միջով ստամոքսի մեջ մտցվում է բարակ զոնդը, որի միջով ներարկոցի օգնությամբ արտածվում է ստամոքսի պարունակությունը: Աղիների կծկումները խթանելու համար, երրորդ օրից սկսած կատարվում է մաքրող հոգնա, ենթամաշկային ներարկվում է պրոզերին, ներերակային նատրիումի քլորիդի հիպերտոնիկ լուծույթ: Վիրահատումից հետո հաջորդ օրը հիվանդին տրվում է կիսանստած դիրք, 4-րդ օրը թույլատրվում է քայլել: Կարերը հեռացվում են 8—10-րդ օրը:

Պարենխիմատոզ օրգանների պատռվածքի պատճառով կատարված վիրահատումների դեպքում խնամքի սկզբունքը նույնությամբ պահպանվում է: Տարբերությունը կայանում է նրանում, որ դիետան ընդլայնել կարելի է ավելի վաղ ժամկետում, բայց հիվանդի ակտիվացումը պետք է իրագործել զգուշությամբ: Հանձնարարվում է պարբերաբար փոխներարկել արյուն և արյան փոխարինողներ:

Պերիտոնիտով հիվանդների խնամքը: Հետվիրահատական շրջանում ցուցված է դեզինտոքսիկացիոն բուժում՝ պարենտերալ ներմուծվում են մեծ քանակությամբ հեղուկներ, գլյուկոզա, փոխներարկվում են արյուն, պլազմա, հիդրոլիզատներ, որովայնի խոռոչի մեջ դրենաժի միջով և միջմկանային ներմուծվում են անտիբիոտիկներ և նովոկաին: Պայքար է մղվում սիրտ-անոթային խանգարումների և թոքային բարդությունների դեմ (բանկաներ, մանանեխի ծեփելիքներ, շնչառական մարզանքներ, կամֆորայի, կոֆեինի, կորդիամինի և այլ ներարկումներ):

Հիվանդը գտնվում է անկողնում գլխի կողմը բարձրացրած դիրքում

(Ֆուվերի դիրք): Կիրառվում է սառը որովայնի վրա: Միջոցներ են ձեռք առնվում փորափթանքի (մետեորիզմ) դեմ: Հիվանդը կերակրվում է նույնպիսի սկզբունքով, ինչպես որ ստամոքսի և աղիների վիրահատումների դեպքում է:

Հիվանդների խնամքը նողվածֆահատումից հետո: Հատուկ ուշադրություն է դարձվում մեծ ճողվածքի առիթով վիրահատված հիվանդների վրա, որոնց մոտ զգալիորեն դուրս եկած են եղել ներքին օրգանները: Վիրահատումից հետո այս հիվանդների մոտ զգալիորեն մեծանում է ներորովայնային ճնշումը, որը հանգեցնում է ստոծանու բարձր դիրքին և դժվարացնում է սրտի գործունեությունը և թոքերի շնչառական շարժումները: Այս դրուժյան կոմպենսացիայի նպատակով վիրահատումից 2—3 շաբաթ առաջ հիվանդին տրվում է Տրենդելենբուրգի դիրք (մահճակալի ոտքերի մասը բարձրացվում է) և լրիվ ուղղվում է ճողվածքի պարունակությունը: Վիրահատումից հետո կարևոր դեր է խաղում շնչառական մարզանքը:

Ճողվածքահատման դեպքում մեծ ուշադրություն է դարձվում աղիների նախապատրաստման վրա, քանի որ այս հիվանդները շատ հաճախ տառապում են փորկապությունից: Մինչև վիրահատումը 3—4 օրվա ընթացքում նշանակվում է լուծողական: Վիրահատության նախօրեին հիվանդին արվում է մաքրող հոգնա: Հետվիրահատական շրջանում փոշտի այտուցը, օրխիտը և էպիդիդիմիտը կանխելու համար անհրաժեշտ է դնել կախակապ այն հաշվով, որպեսզի փոշտը բարձրացված լինի վերև և գտնվի որովայնի վրա: Մեկ շաբաթից հետո հիվանդին թուլյատրվում է վեր կենալ:

Հիվանդների խնամքը ստամոքսի վիրահատումների դեպքում: Վիրահատության ընդհանուր նախապատրաստումը հուշում է հիվանդի դրուժյունը (հյուծվածություն, սակավարյունություն), հիվանդության ձևը և բարդությունները: Ոչ բարդացված ձևերի դեպքում նախապատրաստումը անցկացվում է ըստ ընդհանուր կանոնների, լրացուցիչ կատարվում է ստամոքսի լվացում երեկոյան, վիրահատության նախօրեին: Սակավարյունությամբ (արյունահոսող խոց, ստամոքսի քաղցկեղ) հիվանդների նախապատրաստումը նպատակ ունի պայթարել սակավարյունության դեմ՝ փոխներարկելով արյուն և էրիթրոցիտար զանգված:

Ստամոքսաելքի նեղացման դեպքում ստամոքսը ընդլայնվում է, առաջանում է փսխում, կորչում է մեծ քանակությամբ ջուր, ֆերմենտներ և աղեր: Ստամոքսի լարվածությունը մեծացնելու և թունավորումը նվազեցնելու համար վիրահատումից մի քանի օր առաջ ամեն օր լվացվում է ստամոքսը 0,25 % աղաթթվի լուծույթով: Զրաաղային հաշվեկշիռը վերականգնելու համար պարենտերալ ներմուծվում են սպիտակուցային արյան փոխարինողներ, աղեր, ջուր, վիտամիններ:

Վիրահատումից հետո, 3-րդ օրը կարող են գանգատներ լինել ծանրության զգացում վերորովայնային շրջանում, զկուտոց և փսխում: Սրա պատճառները կարող են լինել բերանակցման (անաստոմոզի) այտուցը, ստամոքսի ծայրատի պարեզը: Օգնությունը հետևյալն է՝ պարբերաբար հեռացնել ստամոքսի պարունակությունը:

Ստամոքսի վիրահատումից հետո հարկավոր է խիստ հետևել հիվանդի սննդին: Վիրահատումից հետո առաջին օրը հիվանդը բերանով ոչինչ չի ընդունում: Զրաաղային, սպիտակուցային և վիտամինային հաշվեկշիռը պահպանելու համար ջուրը, սպիտակուցները և վիտամինները ներմուծվում են պարենտերալ ճանապարհով: Երկրորդ օրը (ոչ բարդացված ընթացք) թույլատրվում է օրվա ընթացքում խմել մոտ 2 բաժակ ջուր կամ ոչ քաղցր թեյ (ոչ մեծ կումերով): Երրորդ օրից նշանակվում է մեխանիկական խնայող սեղան № 1 ա (շաքար, յուղ, հում ձու, կիսել և այլն): Հետագայում դիետան ընդլայնվում է անցնելով սովորական ստամոքսի № 1 բ սեղանին: Մարսողությունը կանոնավորելու համար, հաշվի առնելով ստամոքսահյուսթի թթվության իջեցումը հիվանդին տրվում է նոսրացված աղաթթու, պեպսին կամ ստամոքսահյուսթ: Անհրաժեշտ է հաշվի առնել «փոքր ստամոքսի» երևույթը, կապված ստամոքսի մնացած մասի ոչ մեծ ծավալից: Ելնելով սրանից այս հիվանդները սնունդը ստանում են ոչ մեծ բաժիններով 2—3 ժամ ընդմիջումով:

Հիվանդների խնամքը լյարդի և լեղուղիների վիրահատումների դեպքում: Լյարդի գործունեության խանգարման դեպքում վիրահատության նախապատրաստումը հանգեցվում է անկողնային ուժիմին և դիետայի պահպանմանը (ճարպերի սահմանափակում, մեծ քանակությամբ վիտամինների ընդունում, սեղան № 5), գլյուկոզայի ներարկումներին ինսուլինի հետ միասին:

Հատուկ նախապատրաստում պահանջում են օբտուրացիոն դեղնուկով (որն ուղեկցվում է լյարդի գործունեության խորը խանգարումով) հիվանդները: Օբտուրացիոն դեղնուկի դեպքում դադարում է լեղու նորմալ հոսքը դեպի աղիները և կախված սրանից խանգարվում է ճարպերի և վիտամին K-ի յուրացումը: Աղիներից վիտամին K-ի ոչ բավարար ստացումը հանգեցնում է պրոտրոմբինի ստեղծման և արյան մակարդման պրոցեսների խանգարմանը, որը բնորոշվում է արյունահոսության ուժեղացումով: Այսպիսի դեպքերում վիրահատական միջամտությունը ընթանում է զգալի արյունահոսության ֆոնի վրա: Այս բարդության կանխման համար հիվանդներին ներարկվում է K վիտամին կամ նրա փոխարինողները՝ վիկասոլ, կալցիումի քլորիդ, կատարվում են արյան կամ պլազմայի կոտորակային փոխներարկումներ:

Ընդհանուր լեղածորանի դրենաժավորման վիրահատումների դեպքում բուժքույրը հետվիրահատական շրջանում պետք է հետևի, որպեսզի դրենաժային խողովակը վերքից դուրս չընկնի, չխանգարվի դրենաժի համակարգը: Սուր երևույթների հանդարտումից հետո փոխվում է լեղուքնույթը: Այն դառնում է ավելի թափանցիկ, առանց կաթիլների և թարախի: Այս ժամանակից սկսած դրենաժի ծայրը բարձրացվում է վերև, սկզբում 1—2 ժամ տևողությամբ, որից հետո ավելի երկարատև ժամանակով: Եթե հիվանդի դրուժյունը չի վատանում, դեղնուժյունը չի ուժեղանում, դրենաժը հեռացվում է (սովորաբար 10—12-րդ օրը վիրահատումից հետո):

Երկարատև գոյություն ունեցող լեղախուղակների դեպքում խանգարվում է նորմալ մարսողությունը, քանի որ լեղու մեծ մասը թափվում է դեպի դուրս: Լեղու կորուստը լրացնելու համար դուրս եկող լեղին հավաքվում է մաքուր ամանի մեջ և ուտելուց 15—20 րոպե հետո այն ստալիս են հիվանդին խմելու: Լեղու ընդունումը հեշտացնելու համար այն խառնվում է գարեջրի հետ:

Հիվանդների խնամքը հաստ և ուղիղ աղիների վիրահատումների դեպքում: Վերքը ինֆեկցիայի ենթարկվելու և կարերի հեռացման պրոֆիլակտիկայի համար շատ կարևոր միջոցառում է աղիների մաքրումը կղանքային զանգվածից: Հիվանդներին վիրահատման համար պատրաստում են 3—5 օր: Հատուկ ուշադրություն է դարձվում դիետայի վրա: Այն պետք է պարունակի քիչ խարամանյութ և լինի բավական կալորիական: Մինչև վիրահատումը 2—3 օր նշանակվում են լուծողական միջոցներ (15—30 % մագնեզիումի սուլֆատի լուծույթ ճաշի գդալով 6—8 անգամ օրը), կատարվում է մաքրող հոգնա առավոտյան և երեկոյան: Ինֆեկցիայի պրոֆիլակտիկայի համար հիվանդը 3 օրվա ընթացքում ստանում է անտիբիոտիկներ, որոնք ազդում են աղիքային ֆլորայի վրա (կոլիմիցին, ստրեպտոմիցին, տետրացիկլին):

Ուղիղ աղու վիրահատումների դեպքում վիրահատման նախօրեին խնամքով մաքրվում է աղին (մաքրող հոգնա մինչև մաքուր ջրի առաջանալը): Առավոտյան կատարվում է մաքրող հոգնա, որից հետո ներս է մտցվում ռետինե խողովակ աղիները վաղցման ջրերից ազատելու համար. կատարվում է նաև շեքի հարդարում (կալիումի պերմանգանատի թույլ լուծույթով վաացում):

Հաստ աղու վիրահատումից հետո կարևոր նշանակություն ունի անման ճիշտ ունեցումը: Վտանգավոր է ծանրաբեռնել աղին և առաջացնել վաղաժամ գալարակծկումներ (կարերի հեռացման վտանգ): Խմել թույլատրվում է վիրահատումից հետո, առաջին օրը: Երկրորդ օրից սկսած հիվանդին կարելի է սնունդը տալ հեղուկ կամ կիսահեղուկ ձևով՝ աղքատ բջջանյութից: Արգելվում են կաթնամթերքները, հացը, մրգե-

րը: Հիվանդը հինգ օր ստանում է ափիոնի թուրմ, որից հետո ներքին ընդունման տրվում է վազելինի յուղ և միայն 7—8-րդ օրը կատարվում է մաքրող հոգնա:

Ուղիղ աղու վիրահատումներից հետո հիվանդի վարման գործելակերպը նույնպիսին է, ինչպիսին էր հաստ աղու վիրահատումների դեպքում, բայց լրացուցիչ ուղիղ աղու մեջ ներս է մտցվում ռետինե խողովակ, որը փաթաթվում է Վիշնևսկու քսուքով ներծծված տամպոնով: Անկողինը պետք է պաշտպանված լինի մոմլաթով արյան և քսուքի կեղտոտումից: Տամպոնները փոխում են 3-րդ օրը (10 բոպե առաջ ներարկվում են նարկոտիկներ): Կղումից հետո նշանակվում են նստալոգանքներ կալիումի պերմանգանատի թույլ լուծույթով, որից հետո վիրակապվում է:

Կղանքային խողակով հիվանդների խնամքը ունի յուրահատկություններ: Խուղակը և նրա շուրջը գտնվող մաշկը պահանջում են մշտական խնամք: Այս հիվանդներին հարկավոր է հաճախակի վիրակապել, որպեսզի կանխվի խուղակի շուրջը մաշկի գրգռումը: Վիրակապը պետք է այնպես դնել, որ այն չսահի հիվանդի շարժումներից: Աղու յուրաքանչյուր դատարկումից հետո աղիի դուրս եկած լորձաթաղանթին հարկավոր է դնել անձեռոցիկ՝ ներծծված վազելինային յուղով, ծածկել մեկ ուրիշ անձեռոցիկով բամբակի հետ միասին, որից հետո ամրացնել բինտով կամ հատուկ ամրակապով: Կլեռլից և կպչուն սպեղանուց օգտվել չի հանձնարարվում, քանի որ վիրակապը հաճախ փոխելու դեպքում կարող է սկսվել մաշկի թրմում: Խուղակի շուրջը մաշկի վրա հարկավոր է քսել Լասարի մածուկը կամ այլ չեզոք քսուք:

Խուղակի ձևավորումից և վիրահատական վերքի լավացումից հետո մաշկի գրգռվածությունը նվազեցնելու համար շատ օգտակար են ամենօրյա լոգանքները: Կղանքի կասեցման դեպքում կարող է անհրաժեշտություն լինի հոգնայի կատարման համար: Դրա համար հարկավոր է հազնել ձեռնոց և խուղակի միջով մատով որոշել աղիքի վերև ընկած լուսանցքը, նրա մեջ ներս մտցնել ծայրադիրը և զգուշորեն լցնել 500—600 մլ ջուր, որն առաջացնում է կղանքային զանգվածների հեռացում:

Ստամոքսի լվացումը կիրառվում է բուժական և ախտորոշիչ նպատակով: Ցուցումները հանդիսանում են ստամոքսի նեղացում առաջացնող խոցերը, աղիների անանցանելիությունը, վատորակ սննդամթերքներով և ուժեղ ներգործող նյութերով թունավորումները: Հակացուցումներն են՝ կերակրափողի և ստամոքսի արյունահոսությունները (խոց, քաղցկեղ, երակների վարիկոզ լայնացում), արտահայտված սիրտ-անոթային հիվանդությունը (աորտայի անևրիզմա, պսակային անոթների անբավարարություն, սրտամկանի ինֆարկտ):

Լվացման համար գործածվում են ստամոքսի հաստ զոնդը, 0,5—1 Լ տարողությամբ ձագար և ուտինե խողովակ, որը միացնում է ձագարը և ստամոքսի զոնդը: Հիվանդին նստեցնում են աթոռի վրա և նրան հաղցնում մոմլաթե գոգնոց: Հիվանդին խնդրում են բացել բերանը և քթով խորը շնչել: Ջրով թրջված ստամոքսային զոնդը բերանի միջով մտցվում է կերակրափողի մեջ: Այդ ժամանակ հիվանդը պետք է կատարի կուլ տալու շարժումներ: Եթե մտցնել չի հաջողվում, կարելի է օգտագործել Գյուտերի եղանակը: Յուցամատը առավել շափով մտցվում է ըմպանի մեջ, նրանով սեղմվում է լեզուն և մատի կողքով ներս է մտցվում զոնդը: Երբեմն քիթ ըմպանի շափից դուրս զգացողության դեպքում զոնդավորումից 2—3 րոպե առաջ քիմքին և ըմպանին քսվում է 10 % նովոկահինի լուծույթ: Ձագարը պահելով հիվանդի սրունքի մակարդակին այն լցվում է ջրով և դանդաղորեն բարձրացվում է հիվանդի բերանից 25 սմ վերև: Հենց որ ջրի մակարդակը ձագարում հասնում է խողովակին, ձագարը պետք է իջեցնել ներքև, այն պահելով նախնական դիրքում: Ջրով նոսրացված ստամոքսի պարունակությունը սկսում է լցվել ձագարի մեջ: Պրոցեդուրան կատարվում է մի քանի անգամ մինչև ստամոքսի պարունակության լրիվ հեռացումը:

Գլուխ V

ՄԻԶԱՍԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ ՈՒ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ուրուլոգիան վիրաբուժության բաժիններից մեկն է, որ զբաղվում է միզասեռական օրգանների (երիկամներ, միզաժորաններ, միզապարկ, միզուկ, շագանակաքեղծ, ամորձի, սեռական անդամ) հիվանդություններով տառապող հիվանդների բուժումով:

ՀԻՎԱՆԴԻ ՈՒՐՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ՅՈՒՐԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՀԱՏՈՒԿ ՏԵՐՄԻՆԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ուրուլոգիան վիրաբուժության այն բաժիններից է, որտեղ ախտորոշման և հիվանդի հետվիրահատական վարման համար անհրաժեշտ է տիրապետել հատուկ հետազոտման եղանակների, որոնք հատուկ են միայն վիրաբուժության այս բնագավառին:

Ցիստոսկոպիա: Միզապարկի հետազոտման մեթոդիկան է, որը կատարվում է հատուկ սարքի՝ փուչիկադիտակի (ցիստոսկոպ) միջո-

ցով: Բացի միզապարկի լորձաթաղանթից, դիտվում են նաև միզածորանների բացվածքները, որոշվում է նրանց ֆունկցիան և միզածորանների կաթետերացման միջոցով կատարվում է վերընթաց ավազանագրություն (պիելոգրաֆիա):

Խրոմոցիստոկոպիա: Մեթոդիկան հնարավորություն է տալիս որոշել երիկամների գործունեությունը: Այս նպատակի համար ներերակային ներարկվում է 4 մլ 0,4% ինդիկոկարմինի լուծույթը: Միզապարկի մեջ ներս է մտցվում փուլիկադիտակը (ցիստոսկոպ): Նորմալում 3—5 րոպե անց միզածորանների բացվածքներից պետք է արտազատվի գունավորված կապույտ գույնի մեզը: Ինդիկոկարմինի արտահոսքի դադարեցման դեպքում կարելի է խոսել երիկամների կամ միզածորանների գործունեության խանգարման մասին:

Միզածորանների կաթետերացում: Հետազոտման համար կիրառվում է հատուկ կաթետերիզացիոն ցիստոսկոպ, որի օգնությամբ միզածորանի մեջ ներս է մտցվում հատուկ կաթետեր: Միզածորանների սպիական նեղացման կամ քարով խցանված լինելու դեպքում կաթետերը կանգ է առնում արգելքի վայրում: Միզածորանային կաթետերի միջոցով մեզը կարելի է վերցնել անմիջապես երիկամի ավազանից:

Վերընթաց պիելոգրաֆիա: Միզածորանային կաթետերի միջով ավազանի մեջ մտցվում է հակադիր նյութը՝ 20% սերգոզինի, կարդիոտրաստի, դիոդոնի լուծույթները կամ թթվածին և կատարվում է ռենտգենյան նկարահանում:

Հակադիր նյութի ֆոնի վրա ուրվագծվում են քարերը և ուռուցքները:

Ներերակային ուրոգրաֆիա: Ներերակային ներարկվում է մոտ 50 մլ 40% սերգոզինի լուծույթ և կատարվում միզուղիների նկարահանումներ 10—20—30 րոպե ընդմիջումներով: Մեթոդը հնարավորություն է տալիս որոշել երիկամների արտազատող գործունեությունը և արգելքների առկայությունը:

Ցիստոգրաֆիա: Սա միզապարկի ռենտգենյան նկարահանումն է. նախապես միզապարկի մեջ ներմղվում են 100—150 մլ 10—20% սերգոզինի, դիոդոնի կամ կարդիոտրաստի լուծույթներ: Կիրառվում է միզապարկի ուռուցքների և վնասվածքների ախտորոշման համար:

Ուրետրոգրաֆիա: Սա միզուղի ռենտգենյան նկարահանումն է. նախապես նրա մեջ ներմղվում է 10—20 մլ սերգոզինի, կարդիոտրաստի կամ դիոդոնի լուծույթ: Կիրառվում է միզուղի վնասվածքների և ուռուցքների ախտորոշման համար:

Բուժքույրը պետք է իմանա ուրոլոգիական պրակտիկայում կիրառվող տերմինաբանությունը:

Օրվա նորմալ դիուրեզը (օրվա ընթացքում արտազատվող մեզի քանակը) միջին հաշվով հավասար է 1,5 լ (700-ից մինչև 3000 մլ): Դիուրեզի շատացումը՝ պոլիուրիան, նկատվում է շափից դուրս հեղուկների գործածման, արյան օսմոտիկ ճնշման բարձրացման դեպքում նրա մեջ շաքարի մեծ պարունակության հետևանքով (շաքարային դիարեա), երիկամի գծիկներում ջրի ներծծման խանգարումից՝ հիպոֆիզի անտիդիուրետիկ հորմոնի անբավարար ակտիվության հետևանքով (ոչ շաքարային դիարեա), երիկամների խտացնող հատկության նվազեցման հետեւանքով՝ խրոնիկական նեֆրիտների դեպքում:

Դիուրեզի կայուն քչացումը՝ օլիգուրիան և մեզի լրիվ բացակայությունը՝ ալուրիան, կարող են սկսվել երիկամների հիվանդությունների հետևանքով, օրգանիզմի ջրազրկման դեպքում, միզածորանի քարով, լորձով խցանման կամ ուռուցքով ճնշվելու դեպքում, ինչպես և արյան շրջանառության խանգարման դեպքում կամ ռեֆլեկտոր բնույթի:

Միզապարկի դատարկումը նորմայում տեղի է ունենում օրը 4—6 անգամ, միզապարկի համապատասխան ծավալի դեպքում (200—300 մլ): Միզելու ուժի հաճախացումը՝ պոլլակիուրիան, հաճախ զուգորդվում է պոլիուրիայով: Այսպիսի դեպքերում ճիգերի հաճախացումը կապված է միզապարկի լցվածության հետ: Պոլլակիուրիան, համակցված ցավոտ և դժվարացած միզարձակման հետ՝ կոչվում է դիզուրիա, որը նկատվում է միզապարկի քարերի կամ նրա բորբոքման դեպքերում, երբ գրգռվում է լորձաթաղանթը: Այսպիսի դեպքերում մեզը հաճախ դուրս է գալիս քիչ բաժիններով:

Պրոտեինուրիա (ալբումինուրիա). մեզի մեջ սպիտակուցի ի հայտ գալն է: Առողջ մարդկանց մոտ այն կարող է նկատվել ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության, սննդի առատ ընդունման, մրսելուց հետո: Որոշ մարդկանց մոտ սպիտամիզությունը առաջանում է մարմնի ուղղահայաց դիրքի դեպքում և վերանում է հորիզոնական դիրքում (օրթոստատիկ պրոտեինուրիա):

Սպիտամիզությունը (պրոտեինուրիա) հաճախ նկատվում է նեֆրիտների, պիելիտների (3—6 %) և նեֆրոզների (10—50 %) դեպքերում:

Հեմոգլոբինուրիա. մեզի մեջ առաջանում է ազատ հեմոգլոբին, որը ցույց է տալիս էրիթրոցիտների քայքայման պրոցեսի ուժեղացում (հեմոլիզ): Սրա հետևանքով մեզը, կախված իր մեջ պարունակված հեմոգլոբինի քանակից, ընդունում է վարդագույնից մինչև սև գույն: Մեզի մեջ արյան ի հայտ գալը կոչվում է հեմատուրիա: Նկ. 160-ում պատկերված է առավել հաճախ հանդիպող հիվանդությունների սխեման՝ երիկամների, միզուղիների և շագանակագեղձի:

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 պատուվելը և նրա անջատումը միզածորանից:

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդը գանգատվում է համապատասխան կողմի գոտկային շրջանի ցավերից, ուռածությունից: Մեզի մեջ առաջանում է արյուն: Ախտորոշիչ կարևոր նշանակություն ունի ցիստոսկոպիան, որի դեպքում համապատասխան միզածորանից անջատվում է արյուն կամ արյան մակարդուկ, որը երևում է միզածորանի ծեփվածքի նման: Միզածորանի պոկման դեպքում մեզը նրանից չի արտազատվում: Ներերակային ուրոգրաֆիայի դեպքում հակադիր նյութը տարածվում է վնասված երիկամի կամ միզածորանի շուրջը: Միզապարկի և միզուկի վնասվածքները տես «Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների բարդությունները» բաժնում:

Բուժումը: Երիկամների ոչ մեծ վնասվածքների դեպքում կիրառվում է պահպանողական բուժումը՝ հանգիստ, գոտկային շրջանում սառը, ինֆեկցիայի նախապահպանման համար անտիբիոտիկներ: Ցուցված է արյուրահոսությունը դադարեցնող բուժումը՝ կալցիումի քլորիդ, վիկասոլ, էպսիլոն-ամինակապրոնաթթու և այլն: Երիկամների մեծ վնասվածքների դեպքում դիմում են վիրահատական բուժմանը՝ կարեր են դրվում երիկամի կամ միզածորանի պատուված մասերի վրա: Զգալի վնասվածքների դեպքում երիկամը հեռացնում են (նեֆրէկտոմիա)՝ հավաստիանալով, որ երկրորդը գործում է:

ԵՐԻԿԱՄՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Պարանեֆրիտ: Հարերիկամային ճարպաբջջանքի բորբոքումը կոչվում է պարանեֆրիտ: Հաճախ այն առաջանում է երկրորդային ճանապարհով, հարևան օրգանիզմներից կամ հյուսվածքներից բորբոքումը անցնելու հետևանքով (ապենդիցիտ, խոլեցիստիտ, պանկրեատիտ և այլն): Թարախային պրոցեսը կարող է նույնպես առաջանալ արյունային և ավշային ուղիով հեռավոր մասերից ինֆեկցիայի ներմուծման հետևանքով (ֆուրունկուլ, կարբունկուլ, օստեոմիելիտ և այլն): Պարանեֆրիտի դեպքում կարող է նկատվել երիկամը շրջապատող ճարպաբջջանքի թարախային լրիվ լուծումը:

Կլինիկական պատկերը: Հիվանդությունը բնորոշվում է ջերմաստիճանի խիստ բարձրացումով, սարսուռով և գոտկային շրջանի սուր ցավ-

վերով: Պրոցեսի ուժեղացման դեպքում թարախակույտը կարող է բացվել որովայնի կամ պլերալ խոռոչում: Տեղային զննման դեպքում նկատվում է գոտկային շրջանի հարթվածություն, երբեմն՝ կարմրություն, իսկ շոշափման դեպքում՝ շատ խիստ ցավոտություն: Արյան մեջ նկատվում են ձևախախտումներ, որոնք բնորոշ են սուր բորբոքային պրոցեսներին:

Բուժումը: Հիվանդության սկզբնական փուլերում անցկացվում է անտիբիոտիկաբուժում: Պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում ցուցված է թարախակույտի հատումը և նրա դրենաժավորումը:

Երիկամաքարային հիվանդություն: Հիվանդությունը հանդիպում է հաճախակի: Բնորոշվում է քարերի առաջացումով երիկամի սկահակներում և ավազանում: Տղամարդիկ առավել հակված են ենթարկվելու երիկամաքարային հիվանդությանը, միջին տարիքը՝ 20—40 տարեկանը: Որոշակի դեր է խաղում ժառանգականությունը: Լեռնային վայրերում հիվանդությունը հանդիպում է ավելի հաճախ: Նախատրամադրող գործոնները հանդիսանում են միզուղիների ինֆեկցիան, վնասվածքները, դիաթեզը: Կենտրոնը, որի շուրջը առաջանում են քարերը, հանդիսանում են էպիթելը, մանրէները, օտար մարմինները: Քարերի մեծությունը տարբեր է. ավազահատիկից մինչև մի քանի սմ տրամագծի: Քարը երբեմն զբաղեցնում է սկահակների և ավազանի ամբողջ լուսանցքը և իրենից ներկայացնում է մի ամբողջական խառնակույտ ելուններով (մարջանաձև քար): Քարերը կարող են լինել միայնակ և բազմաթիվ: Ըստ քիմիական կազմի դրանք միզաթթվային աղեր են՝ ուրատներ, ֆոսֆատներ, օքսալատներ, կարբոնատներ: Նրանց գույնը և մեծությունը կախված է քիմիական կազմից: Երիկամի մեջ քարերի երկարատև գտնվելը կարող է հանգեցնել երիկամի պարենխիմալ ապաճմանը կամ կմիանա ինֆեկցիան: Քարի կողմից միզածորանի խցանման դեպքում առաջանում է հիդրոնեֆրոզ, ինֆեկցիայի դեպքում՝ պիոնեֆրոզ:

Կլինիկական պատկերը: Մի քանի տարի կարող է ոչ մի կլինիկական նշան չնկատվի: Բնորոշ կլինիկական պատկերի ժամանակ հիվանդը գանգատվում է գոտկային շրջանի խիթանման ցավերից: Տղամարդկանց մոտ ցավերը կարող են տարածվել դեպի աճուկը, ամորձին, սեռական անդամի գլխիկը, իսկ կանանց մոտ դեպի սեռական մեծ շուրթը: Կարող է նկատվել ջերմաստիճանի բարձրացում, սրտխառնոց, փրսխում: Նոպայի ժամանակ և նրանից հետո մեզի մեջ արյունը տեսանելի է լինում աչքով (հեմատուրիա) կամ հայտնաբերվում է մանրադիտակով (միկրոհեմատուրիա): Ինֆեկցիայի միացման դեպքում մեզի մեջ ի հայտ է գալիս թարախ (պիուրիա): Մի շարք դեպքերում կարող է սկսվել ռեֆլեկտոր բնույթի անուրիա:

Ախտորոշման հաստատման համար կատարվում է երիկամների ընդհանրացնող ռենտգենյան նկարահանում կամ պիելոգրաֆիա:

Բուժումը: Սկզբնական փուլերում քարերի աճը և նոր քարերի առաջացումը կանխելու նպատակով նշանակվում է դիետա: Թրթնջուկաթթվաձային քարերի դեպքում արգելվում է բոլոր տեսակի հատապտուղները և սննդամթերքները, որոնք պարունակում են թրթնջուկաթթու (թրթնջուկ, լուլիկ, սպանախ, եղերդակ, կակաո): Միզաթթվաձային քարերի դեպքում հիվանդը պետք է խուսափի մսամթերքների, պանիր, ֆոսֆատայինի դեպքում՝ կաթ, բանջարեղեն, խնձոր, տանձ ուտելուց:

Մեծ նշանակություն ունի առողջարանային բուժումը (ժելեզնովոդակ, Տրուսկավեց և այլն): Հանքային ջուրը օժտված է միզամուղ ազդեցությամբ և նպաստում է միջավայրի հիմնայնացմանը կամ թթվեցմանը, կարգավորում է նյութափոխանակությունը:

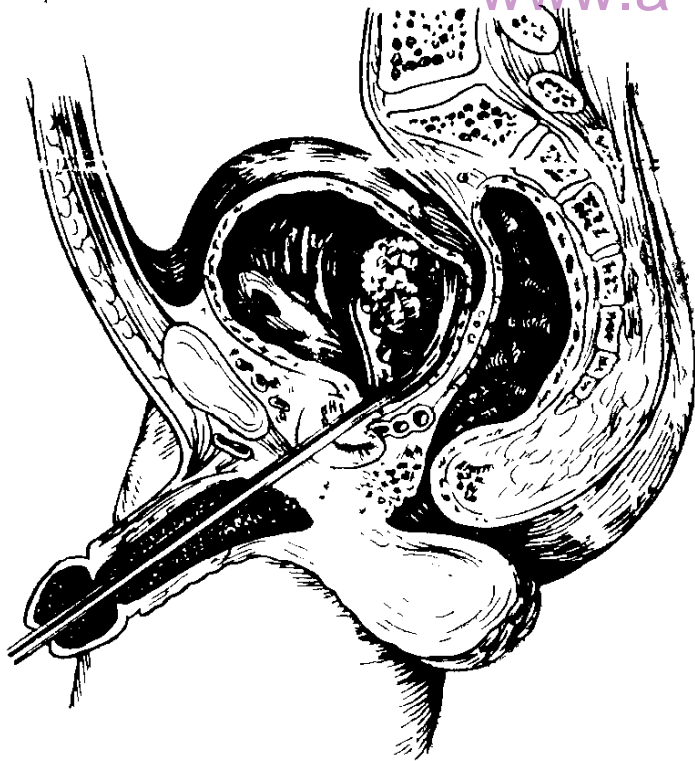
Երիկամային խիթի նոպաները վերացնելու համար գոտկի շրջանում դրվում են ջեռակներ կամ հիվանդը տեղավորվում է տաք լոգարանի մեջ: Ենթամաշկային ներարկվում է պրոմեդոլ և ատրոպին: Նշանակվում է միզամուղ միջոցների՝ արջականջի և մասրենու եփուկների առատորեն խմելը: Ցավերի ուժգին նոպաների դեպքում, երբ վերոհիշյալ միջոցառումները անարդյունավետ են, տղամարդկանց մոտ կարելի է կատարել սերմնալարի բլոկադա, իսկ կանանց մոտ՝ արգանդի կլոր կապանի կամ հարերիկամային նովոկաինային բլոկադա ըստ Ա. Վ. Վիշնևսկու:

Երիկամային խիթի հաճախակի կրկնվող նոպաների և պահպանողական միջոցների փոքր արդյունավետություն դեպքերում ցուցված է վիրահատական բուժումը՝ քարի հեռացումը ավազանից (պիելոլիտոտոմիա), երիկամից (նեֆրոլիտոտոմիա), միզածորանից (ուրետերոլիտոտոմիա): Երիկամի գործունեությունը լրիվ կորստի դեպքում հեռացվում է այն (նեֆրէկտոմիա): Քարերի հեռացումը շի երաշխավորում այն, որ նրանք կառաջանան նորից: Նոր քարերի գոյացումը կանխելու համար կիրառվում են վերոհիշյալ բոլոր նախապահպանական միջոցառումները (դիետա, առողջարանային բուժում):

ՄԻԶԱՊԱՐԿԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ցիստիտ: Միզապարկի բորբոքումը կոչվում է ցիստիտ: Նորմալում մեզը մանրէազերծ է: Ինֆեկցիան միզապարկի մեջ ներթափանցում է ավազաններից դրանց բորբոքման (պիելիտ) դեպքում, միզուկից (ինֆեկցիայի հետընթաց տարածում, օրինակ, միզապարկի կաթետերացման հետևանքով):

Կլինիկական պատկերը: Տարբերվում է սուր և խրոնիկական ցիստիտ: Սուր ցիստիտի դեպքում հիվանդը գանգատվում է միզապարկի շրջանի ցավերից և միզելու հաճախացած ճիգերից: Մեզը պղտոր է, պարունակում է թարախ, երբեմն՝ արյուն, ունի հիմնային ռեակցիա: Խրոնիկական ցիստիտի դեպքում այս երևույթները կրում են շեշտված բնույթ: Հիվանդի դրուժյունը կարող է կտրուկ վատանալ, երբ ինֆեկցիան տարածվում է երիկամի վրա:



Նկ. 162. Միզապարկի քարերի փշրումը:

Բուժումը: Սուր ցիստիտի դեպքում նշանակվում է անկողնային ռեժիմ, միզապարկի գրգռվածությունը փոքրացնելու համար նշանակվում է կաթնաբուսական դիետա: Կատարվում է անտիբիոտիկային և սուլֆանիլամիդային բուժում: Ցուցված են առատ խմելը, սալուրը: Սուր երևույթների հանդարտեցումից հետո միզապարկը լվացվում է արծաթի նիտրատի (1 : 5000) և սնդիկի օքսիցիանիդի (1 : 5000) թույլ լուծույթներով:

Միզապարկի քարեր: Ոչ մեծ քարերը միզապարկի մեջ կարող են ընկնել ավազաններից, բայց մեծ մասամբ դրանք առաջանում են ինքնուրույն կերպով: Քարի կորիզը կարող է լինել էպիթել, լորձ, օտար մարմին և այլն: Քարերի առաջացմանը նպաստում են ցիստիտը և միզապարկի կանգային երևույթները միզապարկի սպիական նեղացումների (ստրիկտուրա) և շագանակագեղձի ադենոմայի դեպքում:

Քարերը կարող են լինել միայնակ և բազմաթիվ, փոքր (մի քանի միլիմետր) կամ զբաղեցնում են միզապարկի ամբողջ լուսանցքը: Ըստ քիմիական կազմի տարբերվում են՝ ֆոսֆատներ, ուտրատներ և օքսալատներ:

Կլինիկական պատկերը: Առաջանում է ցավ միզապարկի շրջանում, միզելու հաճախացած ճիգեր և ցավեր նրա վերջում, որը տարածվում է դեպի սեռական անդամի գլխիկը, մեզի շիթի հանկարծակի դադարում՝ քարի, արյան մակարդուկի և լորձի կողմից միզուկի բացվածքի փակման հետևանքով: Մետաղական կաթետերով միզապարկի կաթե-

տերացման դեպքում զգացվում է բնորոշ ձայն, մետաղի հատվածը քարին: Վերջնական ախտորոշումը տրվում է ցիստոսկոպիայից (նկ. 161), ցիստոգրաֆիայից և ընդհանրական նկարահանումից հետո:

Բուժումը: Միզապարկի օառեղո կառելի է փշրել միզապարկի մեջ հատուկ գործիքով՝ քարափշրիչով (լիթոտրիպտոր) կամ քարափշրիչ ցիստոսկոպով, որից հետո կատարվում է լվացում (նկ. 162), կամ ՌՌՌԱՏ-1 ապարատի միջոցով: Բուժման մյուս տեսակը վիրահատական է: Միզապարկը բացելուց հետո քարերը հեռացվում են:

ՇԱԳԱՆԱԿԱԳԵՂՁԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Շագանակագեղձի ադենոմա: Այս տերմինը նշանակում է գեղձի հյուսվածքի և շարակցահյուսվածքային հենքի գերաճը, տեղի է ունենում շագանակագեղձի մեծացում: Մեծացած շագանակագեղձը առաջացնում է միզելու դադար, որը հանգեցնում է մեզի մշտական կանգի միզապարկում, միզածորաններում և նույնիսկ ավազաններում: Կանգային երևույթների ֆոնի վրա միանում է ինֆեկցիան, զարգանում է ցիստիտ և պիելոնեֆրիտ: Շագանակագեղձի ադենոման կարող է վերասերվել քաղցկեղի: Հիվանդությունը հիմնականում հանդիպում է տարեց մարդկանց մոտ:

Կլինիկական պատկերը: Սկզբնական էտապներում առաջանում է դժվարամիզություն և միզելու ցանկության հաճախացում հատկապես գիշերը: Հետագայում նկատվում է միզելու լրիվ դադարում: Միզապարկը լարվում է: Միզուկից մշտապես կաթիլներով արտահոսում է մեզը: Շոշափելով հայտնաբերվում է մեծացած շագանակագեղձը: Քաղցկեղի վերասերման դեպքում շագանակագեղձը դառնում է թմբիկավոր և շատ ամուր կազմության: Ցիստոսկոպիայի դեպքում միզապարկի լուսանցքի մեջ դուրս է գալիս մեծացած շագանակագեղձը:

Բուժումը: Սուր միզակապության դեպքում կատարվում է կաթետերացում: Սկզբում գործածվում է փափուկ կաթետեր, իսկ եթե այն չի պնցնում, ապա մետաղական: Ծայրահեղ դեպքում կարելի է կատարել միզապարկի պունկցիա: Տաքացնող պրոցեդուրաներ չեն հանձնարարվում: Կիրառվում են էնդոկրին պրեպարատներ՝ սինեստրոլ, սուստանոն: Որպես կանոն պահպանողական միջոցառումները տալիս են կարճատև արդյունք: Արմատական բուժումը՝ հեռացնել շագանակագեղձը (ադենոմէկտոմիա) (նկ. 163): Հիվանդի ծանր դրություն դեպքում սահմանափակվում են վերցայլային խուղակ դնելով:

Պրոստատիտ: Շագանակագեղձի սուր կամ խրոնիկական բորբոքումն է: Ախտանշանաբանությունը պարզորոշ չէ: Բուժումը պահպանողական է:

Ամորձու ջրակալում: Զրահալումը հեղուկի կուտակումն է ամորձու սեփական թաղանթների խոռոչներում: Այն կարող է լինել բնածին և ձեռքբերովի: Ձեռքբերովի ձևերի դեպքում պատճառագիտական ազդակը վնասվածքը կամ խրոնիկական բորբոքային ընթացքն է հարակից հյուսվածքներում: Հեղուկը թափանցիկ է, դեղնավուն երանգով: Նրա քանակը կարող է հասնել մինչև 1—2 լիտրի:

Կլինիկական պատկերը: Փոշտի համապատասխան կեսը մեծացած է: Զույգ ամորձիների ջրակալման դեպքում նկատվում է ամբողջ փոշտի տարածված մեծացում: Շոշափման դեպքում զգացվում է ոչ ցավոտ առածոական գոյացություն: Նկատվում է հեղուկի ծփանք: Ընդբախման դեպքում լսվում է բուժ ձայն: Լույսի փունջը փոշտի միջով անցնելու դեպքում այդ տեղամասը լուսավորվում է (դիաֆանոսկոպիա):

Բուժումը: Արմատական բուժմանը հանգեցնում է վիրահատումը: Վինկելմանի եղանակը հետևյալն է. հատվում է պատյանը և այն շրջվում է դեպի դուրս: Բերզմանի եղանակի դեպքում թաղանթը հատվում է:

Օրխիտ: Ամորձու բորբոքումը կոչվում է օրխիտ: Կարող է առաջանալ կողմնակի ֆլորայից կամ տուբերկուլյոզային միկրոբակտերիաներից:

Էպիդիդիմիտ— ամորձու հավելումների բորբոքումն է: Պատճառագիտությունը նույնպիսին է, ինչ որ օրխիտի դեպքում էր: Բուժումը կախված է հարուցիչի տեսակից:

ՍԵՌԱԿԱՆ ԱՆԴԱՄԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ֆիմոզ: Այս տերմինը նշանակում է թլիպի անցքի շափազանց նեղացումը, որն արգելակում է սեռական անդամի գլխիկի դուրս գալը: Որպես կանոն այդպիսի ախտաբանական վիճակը հանդիպում է երեխաների մոտ և ունի բնածին բնույթ: Մեծերի մոտ ֆիմոզը զարգանում է թլիպի վնասվածքից կամ բորբոքումից (հաճախ սուսանակային բնույթի) հետո: Թլիպի խիստ նեղացումը խանգարում է միզելու գործողությանը (մեզը հոսում է բարակ շիթով): Մեզի հոսքի դադարեցմանը կարող է նպաստել բորբոքումը (բալանոպոստիտը), որը հանգեցնում է զգալի ցավերի առաջացմանը:

Բուժումը: Կատարվում է թլիպի շրջանաձև թլպատում կամ հատվում է այն: Բալանոպոստիտի դեպքում նշանակվում են տեղային լոզանքներ անտիսեպտիկներով:

Պարաֆինոյ: Հիվանդութիւնը հանդիսանում է ֆիմոզի բարդութիւն: Նեղացած թլիպի միջով դուրս է սպրդվում առնանդամի գլխիկը և օղակվում է, որը իր հերթին հանգեցնում է գլխիկի արյան շրջանառութեան խանգարմանը: Վերջինս դառնում է այտուցված և կապտած: Օգնութեան ուշացման դեպքում կարող է սկսվել գլխիկի մահացում:

Բուժումը: Գլխիկին քսվում է վազելին, առնանդամը բռնվում է II—III մատների արանքում, իսկ I մատով ճնշվում է գլխիկի վրա և ներուղղվում է այն: Հետագայում կատարվում է թլիպի հատումը թիկնային մասում:

ՈՒՐՈՂՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ուրոլոգիական հիվանդանների խնամքի հիմնական սկզբունքները նույնն են, ինչ որ ընդհանուր պրոֆիլի վիրաբուժական հիվանդանների դեպքում էր: Միաժամանակ նկատվում է յուրահատկություններ: Նախավիրահատական շրջանում հատուկ ուշադրություն է դարձվում երիկամի գործունեության լավացմանը: Այս նպատակի համար նշանակվում է դիետա՝ սահմանափակելով սպիտակուցները և աղերը (սեղան N° 7), ներմուծվում են միջոցներ, որոնք ուժեղացնում են դիուրեզը (40 % գլյուկոզայի լուծույթ): Մեզի ինֆեկցման դեպքում ցուցված է հակամանրէային բուժումը, հաշվի առնելով մանրէաների զգացողությունը դեղանյութերի հանդեպ (մեզի մանրէաբանական հետազոտում):

Ուրոլոգիական հիվանդություններով հիվանդանների մեծ մասը տարեց և ծերունական տարիքի մարդիկ են, ուստի անհրաժեշտ է հաշվի առնել օրգանիզմի համակշռված հնարավորությունների նվազումը հատկապես վիրահատական վնասվածքի դեպքում: Տարեց մարդկանց նյարդային համակարգը շատ անկայուն է: Բժշկական անձնակազմի խնդիրն է ներգործել հիվանդի հոգեկանի վրա՝ վիրահատության ներքին հանդեպ տանեցած վախը և երկշոտության զգացումը վերացնելու նպատակով:

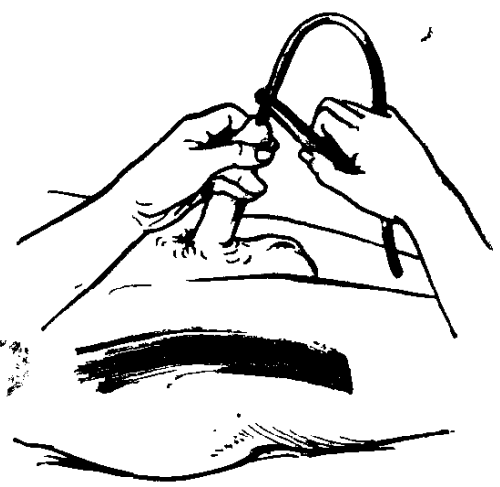
Տարեց մարդկանց մոտ հաճախ նկատվում են սիրտ-անոթային համակարգի ձևախախտումներ, որը արտահայտվում է արյան շրջանառության անբավարարությամբ լյարդի և մյուս օրգանների գործունեության խանգարումներով: Այս բոլորը զգալիորեն բարդացնում են հիվանդության ընթացքը և երկարացնում նախավիրահատական նախապատրաստումը:

Հետվիրահատական շրջանում անհրաժեշտ է մանրազնին հսկողություն սահմանել վիրակապերի և դրենաժների հանդեպ, որպեսզի ժամանակին իմացվի արյունահոսությունը, ինչպես և դրենաժի խցանու-

մը կամ տեղաշարժը: Սովորաբար ուրուղիական վիրահատումներից, այդ թվում և միզապարկի հատումից (ցիստոստոմիա) հետո թողնվում են դրենաժներ և կաթետերներ մեզի հեռացման համար: Մահճակալին կապվում է շիշը, որտեղ հավաքվում է դրենաժների արտադրությունը: Արտադրությունը դիտելու համար շիշը պետք է լինի թափանցիկ և անպայման մանրէազերծված, ինֆեկցիայի ներթափանցելուց խուսափելու համար: Մեզի հոտը վերացնելու համար սովորաբար շշի մեջ լցվում է ոչ մեծ քանակությամբ հոտազերծիչ միջոց (կալիումի պերմանգանատ և այլն): Որպես երկարացնող հարմարանքներ կիրառվում են ուետինե խողովակները, որոնց միջև ամրացվում են ապակյա խողովակները: Անհրաժեշտ է ճիշտ վարել դիուրեզի հաշվումը՝ առանձին որոշել մեզի քանակը, որն արտադրվում է բնական ձևով և դրենաժների միջոցով, և այն մեզը, որը դուրս է հոսում խողովակի կողքից: Սովորաբար դրենաժները ամրացվում են թանզիֆե քուղերով, որոնք կապվում են իրանի շուրջը, կամ կաշուն սպեղանու շերտերի միջոցով: Դրենաժների շուրջը մաշկի վրա քսվում է շեղոք քսուք մաշկը թրմումից նախապահպանելու համար:

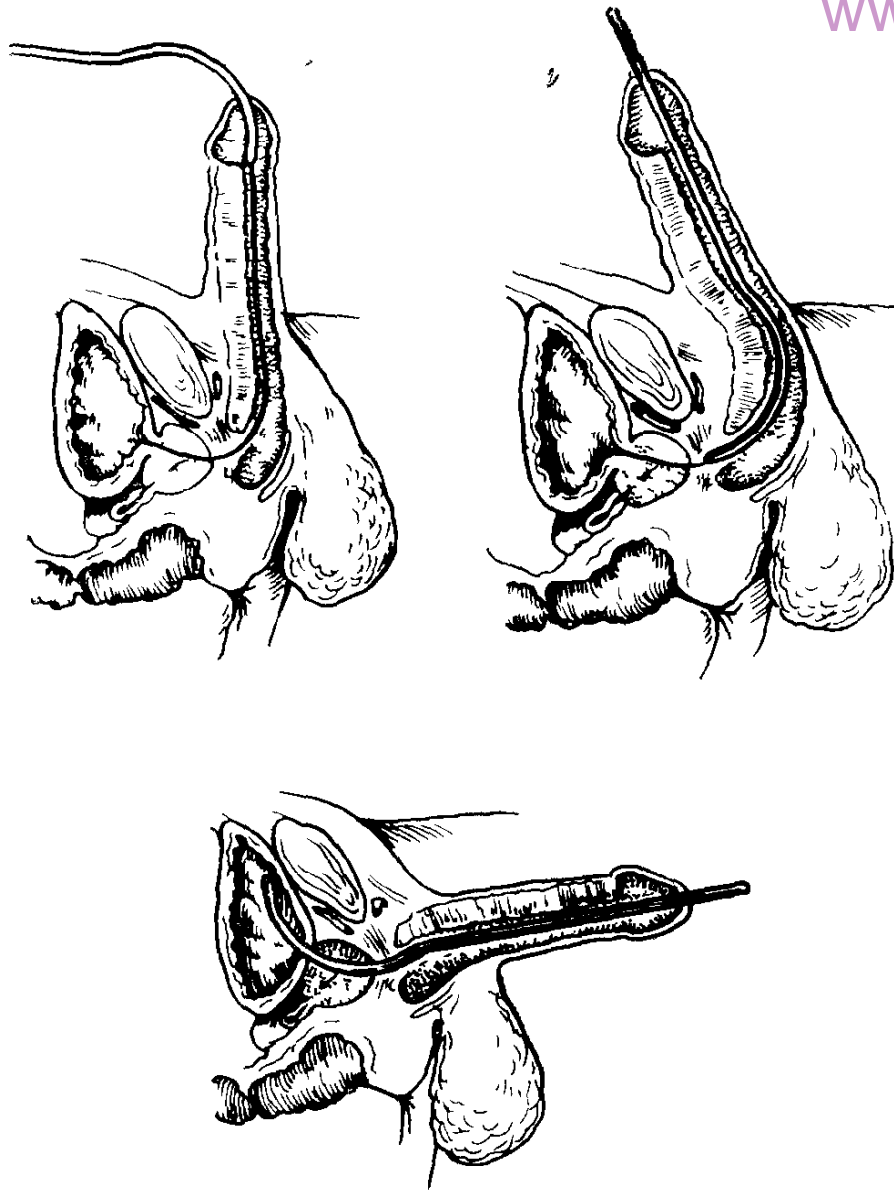
Փոշտի վիրահատումից հետո դրվում է մանրէազերծված կախակապ, որը պատրաստված է թանզիֆից:

Կաթետերների և դրենաժների փոփոխումը կատարում է բժիշկը: Բուժքրոջը հանձնարարվում է լվանալ միզապարկը դրենաժի կամ կաթետերի միջով: Միզապարկի վազման համար օգտագործվում է էսմարխի անոթը կամ ժանեի ներարկոցը: Սովորաբար կիրառվում է որևէ հականեխիչ միջոցի թույլ լուծույթ: Այդ լուծույթի 50—100 մլ ներս է մղվում միզապարկի մեջ, որից հետո բաց է թողնվում այն: Այս մանիպուլյացիան կատարվում է մի քանի անգամ, մինչև մաքուր հեղուկի առաջանալը: Լվացումը կատարվում է օրը 3 անգամից ոչ պակաս: Կարերի հանումից հետո հանձնարարվում են լոզանքներ: Ոչ բավարար դրենաժավորման դեպքում առաջանում են միզային ներծորանքներ, որի սկզբնական նշանները դրենաժից արտադրության դադարումն է և ջերմաստիճանի բարձրացումը:



Միզապարկի կաթետերացում կատարելու եղանակը: Գոյություն ունեն փափուկ (ուետինե) և կոշտ (մետաղական) կաթետերներ: Տարբերվում են կաթետերների 30 համարներ, որոնց տրամագիծը տարբերվում է 1/3 մմ-ով: Սովորաբար

Նկ. 164. Կաթետերացման եղանակը փափուկ կաթետերով:



Նկ. 165. Կաթեռեքացման եղանակը մետաղական կաթեռերով:

գործածվում են միջին համարները (14—18): Սկզբում որպես կանոն կաթեռեքացումը կատարվում է փափուկ կաթեռերով, իսկ անհաջող դեպքերում կիրառվում է մետաղականը:

Կաթեռեքացումը տղամարդկանց մոտ. հիվանդը պառկում է մեջքի վրա միմյանցից զատված ոտքերով: Նրանց միջև դրվում է մաքուր երկկամաձև ամանը: Չախ ձեռքով վերցվում է սեռական անդամը, որի գլխիկը մշակվում է ախտահանող լուծույթներով (0,1 % սուլեմայի լուծույթ, կալիումի պերմանգանատի լուծույթ): Մանրէազերծված կաթեռերի ծայրին լցվում է մանրէազերծված գլիցերին կամ վազելինի յուղ: Փափուկ կաթեռերը ներս է մտցվում պինցետով (նկ. 164), մետաղականը վերցվում է հակադիր ծայրից և ներս է մտցվում սկզբում համարյա հորիզոնական, որից հետո բարձրացվում է վեր և իջեցվում ներքև (կաթե-

տերի կոր ծայրը անցնում է միզապարկի մեջ): Մեզը հավաքվում է միզանոթի մեջ (նկ. 165): Տղամարդկանց մոտ մետաղական կաթետերի ներս մտցնելը կատարում է միայն բժիշկը:

Կտրեւերացումը կոնտնց մոտ: Ձախ ձեռքով բաց է արվում, իրարից հեռացվում են սեռական շրթերը, ծլիկը մշակվում է ախտահանիչ նյութով (անդիկի օքսիցիանատ, սուլեմա) և ներս է մտցվում կաթետերը միզուկի մեջ (չշփոթել հեշտոցի հետ):

Գլուխ VI

ՈՂՆԱՇԱՐԻ ԵՎ ԿՈՆՔԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

ՈՂՆԱՇԱՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

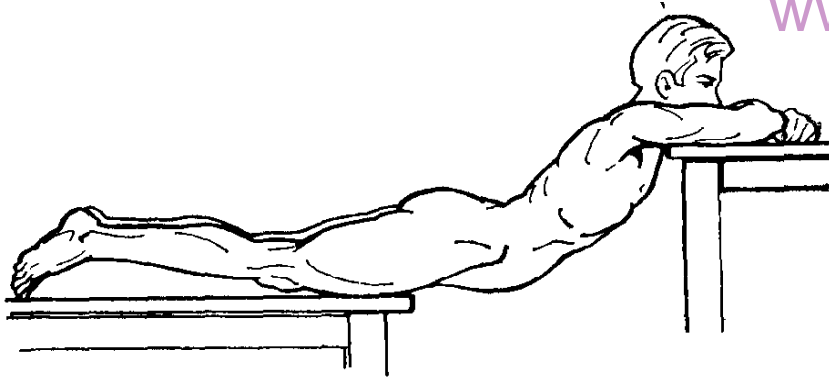
Ողնաշարի վնասվածքները կարող են լինել փակ (ջարդվածք, կապանների ձգվածություն, կոտրվածքներ, հողախախտեր) և բաց՝ սառը և հրազենային զենքով վիրավորվելու դեպքում: Ողնաշարի վնասվածքները այլ օրգանների հետ միասին կոչվում են համակցված վնասվածքներ:

Ողնաշարի կոտրվածքներ: Ողնաշարի կոտրվածքի ժամանակ բնորոշ մեխանիզմը հանդիսանում է իրանի շափից դուրս բռնի ձգումը, որը դուրս է գալիս ողնաշարի ֆիզիոլոգիական շարժումների սահմաններից:

Կոտրվածքի երկրորդ մեխանիզմը հանդիսանում է ողի մարմնի շափից դուրս սեղմումը գլխի կամ ոտքերի վրա ընկնելու դեպքում: Ավելի հազվադեպ պատճառը կարող է լինել ուղղակի վնասվածքը:

Տարբերվում են ողերի մարմինների սեղմված (կոմպրեսիոն), աղեղների և ելունների (լայնական, փշավոր, հողային) մեկուսացված կոտրվածքներ: Երբեմն նկատվում է այս կոտրվածքների համակցումը կամ կոտրվածքի զուգորդումը ողի հողախախտի հետ: Մեկուսացված հողախախտը հանդիպում է հաճախ ողնաշարի պարանոցային մասում: Կոտրվածքը կարող է զուգորդվել ողնուղեղի կամ նյարդարմատների վնասվածքներով:

Կոմպրեսիոն կոտրվածքներ: Այսպիսի կոտրվածքներին բնորոշ է ողի սպունգանման նյութի սեպանման տափակումը, գերազանցապես ողի մարմնի: Կոմպրեսիայի աստիճանը կարող է լինել տարբեր՝ հազիվ նկատելի լինելուց մինչև խիստ սեպանման ձևախախտումը, որն առաջացնում է ողնաշարի առանցքի խանգարում: Առավել հաճախ տե-



Նկ. 166. Ողնաշարի միանվագ ռեկլինացիան:

ողակայվում է ողնաշարի կրծքային մասի ներքևում և վերգոտկային մասերում:

Կլինիկական պատկերը: Առաջանում է խիստ ցավ վնասված ողի փուշելունի շրջանում, պարզորոշ սապատածև ձևախախտում կամ փուշելունի արտացցվածություն, մեջքի մկանների լարվածություն, այդ մասում ողնաշարի գործունեության և շարժումների բացակայություն: Ախտորոշման հաստատման համար անհրաժեշտ է կատարել ողնաշարի տվյալ մասի ռենտգենյան նկարահանում երկու պրոյեկցիաներով:

Առաջին օգնությունը և տեղափոխումը: Հիվանդին որովայնի վրա պառկեցնում են կոշտ հենք ունեցող պատգարակի վրա: Նրա տեղափոխումը բուժական հիմնարկություն և այնտեղ պառկեցնելը կատարվում է զգուշությամբ, որպեսզի ողների լրացուցիչ տեղաշարժ չառաջանա և շխանգարվի ողնուղեղի ամբողջությունը:

Բուժումը: Ողների մարմինների արտահայտված կոմպրեսիոն կոտորվածքների դեպքում հիմնական բուժումը նպատակ ունի ուղղել սեղմված ողը (ռեկլինացիա): Ռեկլինացիան կարելի է իրագործել միանվագ: Այս դեպքում հիվանդին տեղավորում են երկու սեղանների վրա (նկ. 166), իրանի միջին մասը կախվում է: Աստիճանաբար կատարվող ռեկլինացիայի դեպքում հիվանդին մեջքի վրա պառկեցնում են մահճակալի վրա տեղավորված վահանի վրա: Կոտորվածքի շրջանի տակ դրվում է ավազով լցված տոպրակ կամ հատուկ նեցուկ, որի օգնությամբ կարելի է աստիճանաբար շափավորված մեծացնել կորացումը: Ոչ մեծ կոմպրեսիոն կոտորվածքները ռեկլինացիա չեն պահանջում: Ռեկլինացիայից հետո դրվում է գիպսյա սեղմիրան (նկ. 167) և կիրառվում է բուժման ֆունկցիոնալ եղանակը: Վերջինիս դերն է՝ հատուկ վարժությունների կատարումով ստեղծել «մկանային սեղմիրան»՝ մեջքի մկանները ամրացնելու և զարգացնելու համար:

Հիվանդների աշխատունակությունը, որոնք չեն զբաղվում ծանր ֆիզիկական աշխատանքով, վերականգնվում է 6—8 ամիս հետո, իսկ ծանր ֆիզիկական ծանրաբեռնման դեպքում՝ 8—12 ամիս հետո:

Ողերի հոդախախտեր: Հոդախախտերը առավել հաճախ հանդիպում են ողնաշարի պարանոցային մասում: Կախված վերև ընկած ողի հոդային մակերեսի տեղաշարժից, տարբերվում են հետևյալ հոդախախտերը՝ առաջային երկկողմանի, առաջային աջակողմյան կամ ձախակողմյան, հետին երկկողմանի, հետին աջակողմյան և ձախակողմյան:

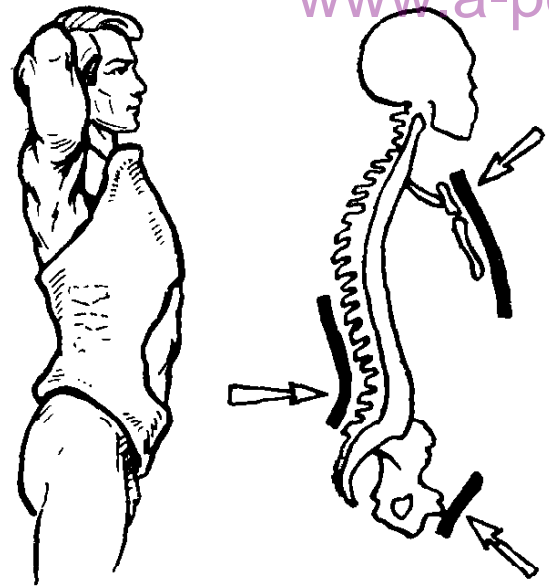
Կլինիկական պատկեր: Առաջային երկկողմանի հոդախախտերի դեպքում գլուխը կարծես թե տեղաշարժվում է առաջ և թեթևակի հակվում է: Առաջային աջակողմյան հոդախախտի դեպքում գլուխը թեքվում է ձախ, առաջային ձախակողմյանի դեպքում՝ աջ, հետին երկկողմանի դեպքում գլուխը թեթևակի հետ է թեքվում, հետին աջակողմյանի դեպքում գլուխը շրջվում է աջ, հետին ձախակողմյանի դեպքում՝ ձախ:

Ողնաշարի պարանոցային մասի բոլոր ձևերի հոդախախտերի դեպքում գլխի ակտիվ շարժումները բացակայում են, պասիվ շարժումները խիստ սահմանափակ են: Առաջանում է արտահայտված ցավ պարանոցային հատվածում: Ախտորոշման ճշտման համար անհրաժեշտ է ռենտգենյան նկարահանում երկու պրոյեկցիաներով:

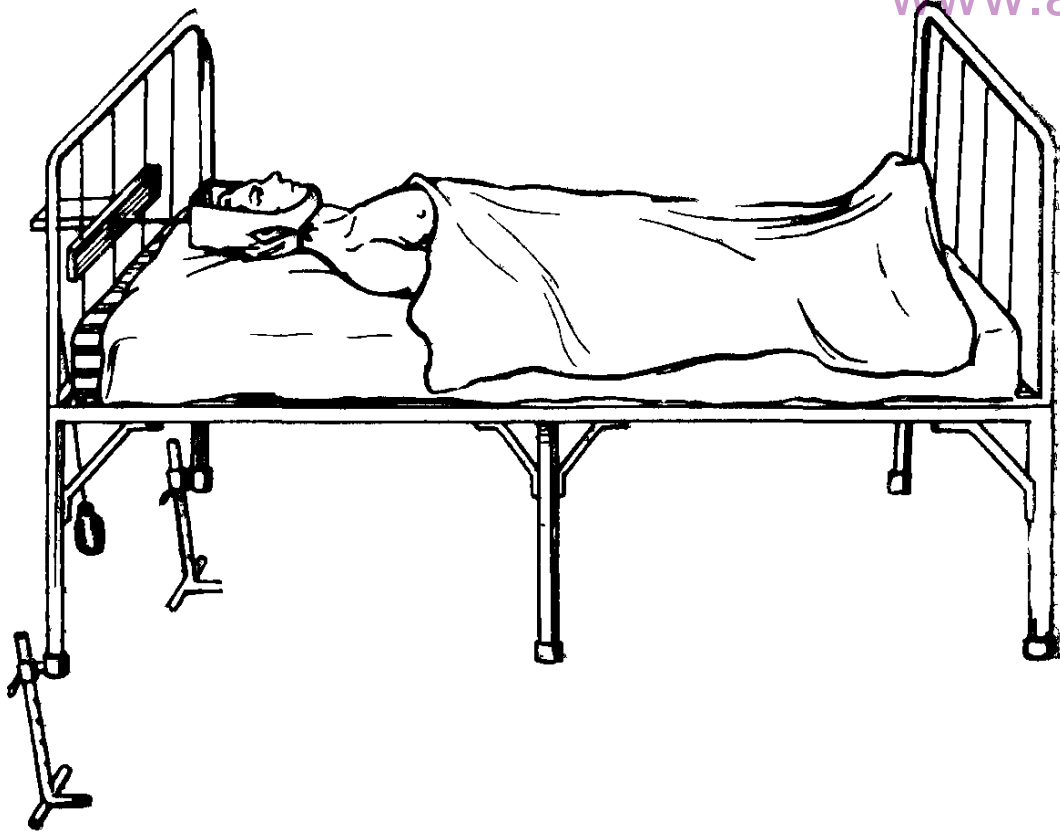
Բուժումը: Առավել տարածված եղանակը հիվանդի գլխի կողմը բարձրացված մահճակալի վրայից Չլիսոնի օղակի միջոցով կատարվող ձգումն է (նկ. 168): Մի շարք դեպքերում կարելի է կիրառել միանվագ ուղղումը: Այս ձևի ուղղման հիմքում ընկած է գլխի աստիճանական ձգումը երկայնակի ուղղությամբ և գլխի պտտումը դեպի այն կողմը, որը հակադիր է հոդախախտին:

Ողերի ելունների և աղեղների կոտրվածքներ: Կոտրվածքի մեխանիզմը հաճախ ուղղակի տրավման է: Առավել հաճախ նկատվում են լայնական ելունների կոտրվածքներ:

Կլինիկական պատկեր: Ելունների կոտրվածքների դեպքում առաջանում է տեղային ցավոտուլթյուն հարողնաշարային գծով: Կոտրվածքի տեղից ողնաշարի թեքումը դեպի հակառակ կողմը դժվարացած է, փուշելունների կոտրվածքների դեպքում առաջանում է տեղային ցավոտուլթյուն և հեմատոմա: Կարող է նկատվել ոսկրաբեկորների շարժումներից առաջացող նուրբ ձայնը և փուշելունների ախտաբանական շար-



Նկ. 167. Փիպսյա սեղմիբանը ողնաշարի կոտրվածքների դեպքում.
ա) ընդհանուր տեսքը, բ) ազդող ուժերի գործադրման սխեման:



Նկ. 168. Չգումը Գլխանի օղակով ողնաշարի պարանոցային հատվածի հողախախտի դեպքում:

Ժողովուրդներ: Աղեղների կոտրվածքների դեպքում առաջանում է տեղային ցավոտություն: Ախտորոշման հաստատման համար անհրաժեշտ է ունեցնել նկարահանում երկու պրոյեկցիաներով:

Բուժումը: Անկողնային ռեժիմ վահան ունեցող մահճակալի վրա 2—3 շաբաթ տևողությամբ: Չափավորված մարմնամարզական վարժություններ:

Ողնաշարի կոտրվածքների բարդությունները: Ողնաշարի կոտրվածքները՝ բարդացված ողնուղեղի, նրա թաղանթների և նյարդարմատների վնասվածքներով հանդիպում են բավականին հաճախ: Ողնուղեղը հատկապես հաճախ վնասվում է ողերի կոտրվածքահողախախտերի դեպքում:

Կլինիկական պատկերը կախված է վնասվածքի աստիճանից և ձևից՝ նկատվում են էպիդուրալ, սուբդուրալ և սուբարախնոիդալ հեմատոմաներ, հեմատոմիելիա (արյունազեղում ուղեղանյութի մեջ), ուղեղանյութի մասնակի կամ լիակատար քայքայում: Առաջանում են շարժողական և զգացողական խանգարումներ, միզելու և կղման գործողությունների դադարում, սնուցողական խանգարումներ պառկելախոցերի և վերջույթների այտուցների ձևով: Վնասվածքից հետո առաջիկա ժամերին և օրերին հիվանդի մոտ կարող է առաջանալ շոկ:

Բուժումը: Վնասվածքից հետո առաջին ժամերին անցկացվում է հակաշոկային բուժում: Ինչպես և ոչ բարդացված կոտրվածքների դեպքում իրագործվում է ռեկլինացիան, բայց միանվագ կատարել չի հանձնարավում: Ողնուղեղի ճնշման երևույթների զարգացման դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժումը՝ լամինէկտոմիա, վերացնելով ողնուղեղի ճնշման պատճառները: Ողնուղեղի լրիվ կոտրվածքի դեպքում վիրահատումը անարդյունավետ է: Սովորաբար վիրահատումը կատարվում է վնասվածքից հետո առաջին օրերը:

Ողնուղեղի մասնակի վնասվածքների դեպքում նախագուշակումը որպես կանոն նպաստավոր է: Ողնուղեղի լրիվ ընդհատվածույթյան դեպքում հիվանդը հետագայում որպես կանոն մահանում է միզուղիների մեջ ինֆեկցիայի ներթափանցման հետևանքով (վերընթաց ուրոսեպսիս):

ԿՈՆՔԻ ԵՎ ԿՈՆՔԻ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Այս վնասվածքները սովորաբար ծանր վթարների հետևանք են:

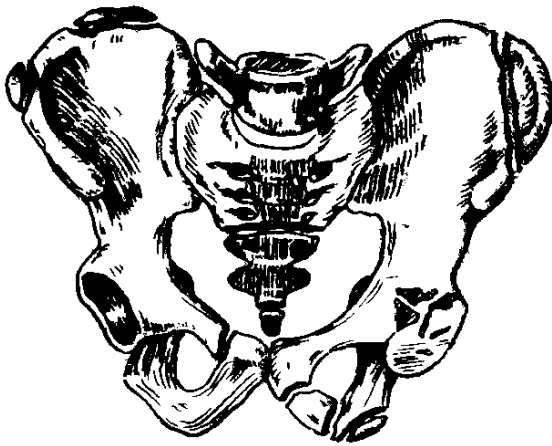
ԿՈՆՔԻ ՈՍԿՐԵՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ

Կոնքի կոտրվածքները առաջանում են կոնքի ոսկրերի ճնշումից, ինչպես և աղետների դեպքում ստացած հարվածներից: Նրանք բաժանվում են հետևյալ տեսակների.

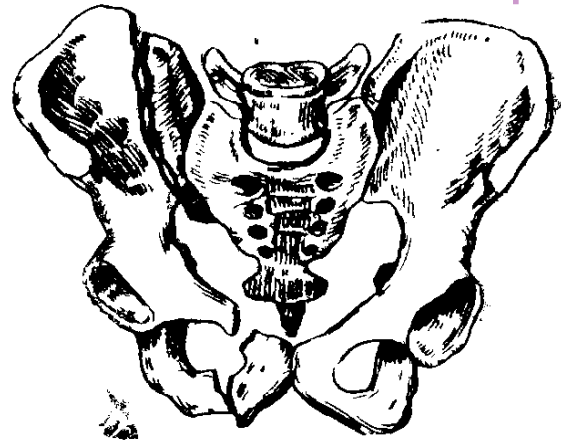
Կոտրվածքներ, որոնք շեն խախտում կոնքի օղի ամբողջականությունը՝ 1) սրբոսկրի լայնական կոտրվածք, 2) պոչուկի կոտրվածք, 3) քաղախափոսի կոտրվածք, 4) զստոսկրի թևի լայնական կոտրվածք, 5) ցալլոսկրի կամ նստոսկրի մեկ ճյուղի կոտրվածք, 6) զստոսկրի կատարի կոտրվածք, 7) փշերի կոտրվածք (պոկում), 8) նստոսկրի թմբիկի կոտրվածք (նկ. 169):

Կոտրվածքներ, որոնք խախտում են կոնքի օղի ամբողջականությունը. 1) առաջային կիսաօղի ուղղաձիգ կոտրվածք՝ ա) ցալլոսկրի երկու ճյուղերի կոտրվածք, բ) ցալլոսկրի և նստոսկրի կոտրվածքներ (միակողմանի և երկկողմանի), 2) հետին կիսաօղի ուղղաձիգ կոտրվածքներ՝ ա) զստոսկրի թևի կոտրվածք, բ) սրբոսկրի թևք և ուղղաձիգ կոտրվածքներ, 3) հետին և առաջային կիսաօղերի ուղղաձիգ կրկնակի կոտրվածք Մալգենեի տիպի (նկ. 170), 4) կոնքի օղի բազմաթիվ կոտրվածքներ, 5) կոտրվածք-հոդախախտ և կոնքի ոսկրերի հոդախախտներ:

Կլինիկական պատկերը: Ախտորոշման համար, բացի կլինիկական պատկերը, մեծ դեր է խաղում հիվանդի ճիշտ հետազոտումը: Մանրակրկիտ և զգույշ շոշափելիս կարելի է դատել զստոսկրերի կատար-



Նկ. 169. Կռնքի օղի ամբողջությամբ շխախտված կոտորվածքների սխեման:



Նկ. 170. Կռնքի ռսկրերի կոտորվածքը Մալգենեի տիպի:

ների և առաջային փշերի, ցայլային համաճոնի, նստոսկրերի, ցայլոսկրերի, նստային թմբիկի, սրբոսկր-զստային հողավորման, սրբոսկրի և պոչուկի վիճակի մասին: Այս դեպքում որոշվում է տեղային ոչ մեծ ցավոտություն, ոսկրաբեկորների տեղաշարժ, կրեպիտացիա: Կատարվում է հանդիպակաց սեղմում, զստոսկրերի թևերի, ազդրոսկրերի գլխիկների վրա ճնշում գործադրելով, ինչպես և կոնքի օղի ոլորում զստոսկրերի կատարների ձգման միջոցով: Հետազոտման այս եղանակները հնարավորություն են տալիս բացահայտել ավելի խորը տեղակայված կոտորվածքները, որոնք ընկած են մկանների գորեղ շերտի տակ: Անհրաժեշտ է մեկ և մյուս կողմից համեմատական շափումներով որոշել տարածությունը առաջավերին փշի և ծնկոսկրի միջև: Լրացուցիչ կատարվում է ներքին (ռեկտալ) զննում, որի դեպքում կարելի է շոշափել հողափոսի հատակը, սրբոսկրը, պոչուկը և ցայլային համաճոնի շրջանը: Կոնքի ոսկրերի ռենտգենյան նկարահանումը պարտադիր է:

Կոնքի ոսկրերի ծանր վնասվածքներով հիվանդների մոտ առաջին տեղը հանդես է գալիս վնասվածքային շոկի կլինիկական պատկերը:

Սրբոսկրի և պոչուկի կոտորվածքների դեպքում առաջանում է համապատասխան տեղակայման տեղային ցավոտություն: Ուղիղաղիքային հետազոտման ճանապարհով կարելի է ճշտել կոտորվածքի վայրը և ոսկրաբեկորների բնույթը:

Հողափոսի կոտորվածքների դեպքում քայլելու ժամանակ առաջանում է զգալի ցավ կոնք-ազդրային հողում: Մի շարք դեպքերում քայլելը հնարավոր չէ: Վերջույթի առանցքի ուղղությամբ ճնշելիս առաջանում է ցավ կոնք-ազդրային հողում:

Զստոսկրի թևի կոտորվածքի դեպքում վերջինս տեղաշարժվում է վերև: Կախված սրանից, բացի ցավային ռեակցիան, հայտնաբերվում

է տարածութեան կարճացում պորտի և առաջային վերին փշի միջև հի-
վանդ կողմում:

Յայլուկի նյութային կոտրվածքի դեպքում յուրահատուկ ախտա-
նիշը ազդրային զարկերակի պուլսացիայի թուլացումն է հեմատոմայի
հետևանքով համեմատած առողջ կողմի հետ:

Նստուկի կոտրվածքի դեպքում հիվանդը շի կարողանում նստել:
Շոշափելիս երբեմն հայտնաբերվում է աստիճանավոր ձևախախտում:

Չստուկի կատարի կոտրվածքը բնորոշվում է այդ մասի այտուց-
վածութեամբ, հեմատոմայով և տեղային ցավոտութեամբ:

Առաջավերին փշի պոկման դեպքում հիվանդ կողմում մեծանում է
տարածությունը պորտի և փշի միջև, ինչպես և փոքրանում է տարա-
ծությունը փշի և ծնկոսկրի միջև համեմատած առողջ կողմի հետ (փուշը
տեղաշարժվում է ներքև):

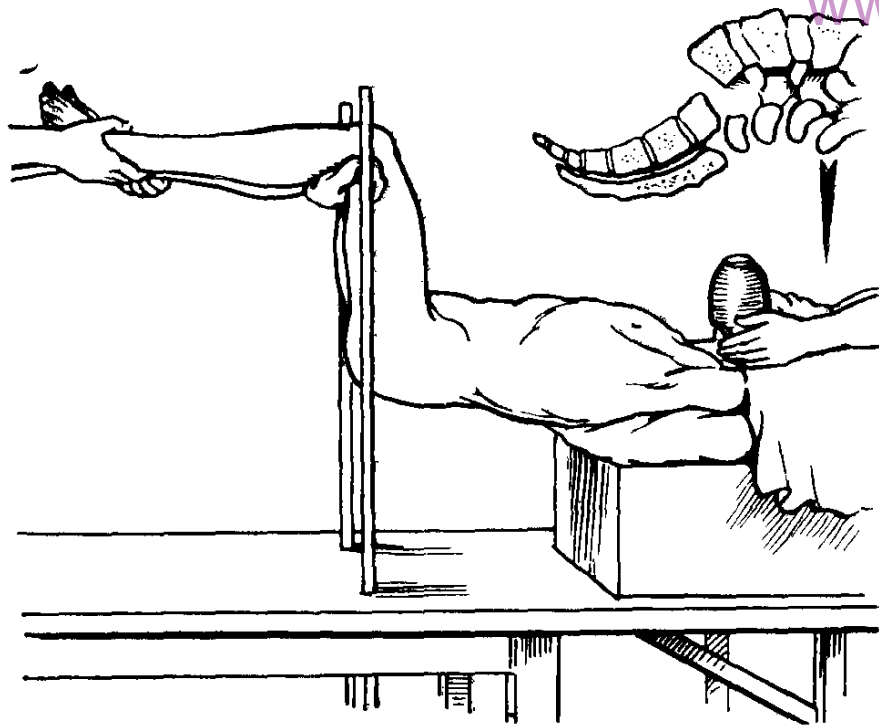
Յայլուկի երկու նյութերի կոտրվածքի դեպքում, ի տարբերություն
նրա մեկ ճյուղի կոտրվածքի, կոնքի ստորին հատվածը լայնանում է,
շեքի շրջանում առաջանում է արտահայտված հեմատոմա: Յայլուկի
և նստուկի կոտրվածքի դեպքում կլինիկական պատկերը քիչ է տար-
բերվում նախորդից, հեմատոման տարածվում է հետույքի շրջանը:

Հետին կիսաօղի ուղղածից կոտրվածքներով (գստուկը և սրբոսկր)
հիվանդների կոնքի հետին մասը լայնանում է, կոնքը նեղանում է
առջևից: Կոտրվածքի տեղում առաջանում է մեծ հեմատոմա: Կոնքի
օղի ճնշման և ձգվելու դեպքում կոտրվածքի տեղում ցավը ուժեղա-
նում է:

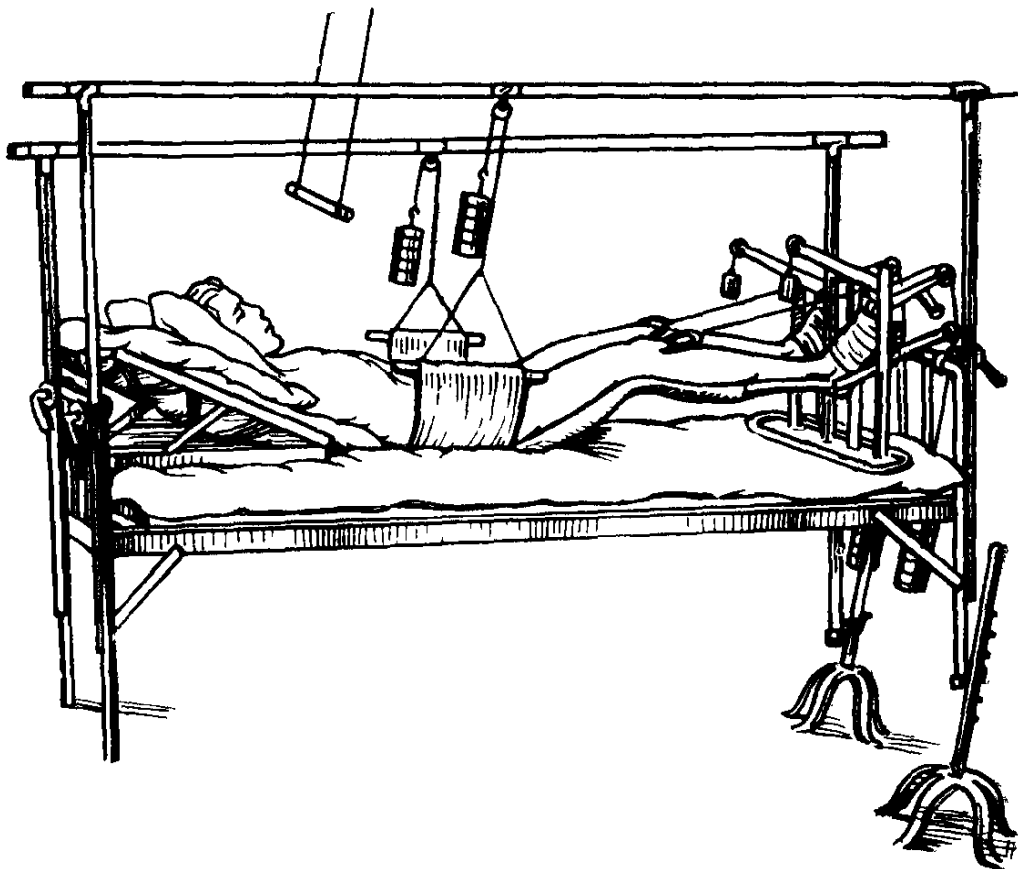
Մալգենեի տիպի կոտրվածքների դեպքում կոնքի օղը տարածվում
է դեպի կողքերը և գստուկը բարձրանում է վերև: Հիվանդը, որպես
կանոն, գտնվում է շոկային վիճակում:

Բուժումը: Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում առաջին օդ-
նությունը ցավային շոկի նախապահպանությունն է: Հիվանդին տեղա-
վորում են մեջքի վրա, ոտքերի տակ, որոնք ծալված լին ծնկան հո-
դերում, դրվում է գլանաբարձ և ներարկվում է ցավազրկող միջոց:
Բուժման հիմքում ընկած է կոնքի օղի անատոմիական ամբողջականու-
թյան ճիշտ վերականգնման սկզբունքը: Ոչ բավարար վերականգնումը
հանգեցնում է ծանր հաշմանդամության: Կանանց մոտ կոնքի ձևա-
խախտումը կարող է ստեղծել արգելք հղիության և ծննդաբերության
նորմալ ընթացքի համար:

Առաջին խմբի կոտրվածքների դեպքում, երբ կոնքի օղի ամբողջա-
կանությունը չի խախտված, հիվանդին տեղավորում են վահան ունեցող
մահճակալի վրա, սրունքների տակ դնելով գլանաբարձ («գորտի դիրք»):
Անկողնային ռեժիմի տևողությունը 3—4 շաբաթ է: Ոսկրաբեկորների



Նկ. 171. Սրբուկրի կտրվածքի և ենթահոդախախտի միանվագ աղղումը:



Նկ. 172. Ցանցանոնը և կմախֆային ձգումը կոնքի ոսկրերի կտրվածքի դեպքում, երբ խախտվում է կոնքի օղի ամբողջությունը:

մեծ տեղաշարժի դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժումը, ամրացվում են պոկված ոսկրաբեկորները: Սրբոսկրի և պոչուկի կոտրվածքների դեպքում, եթե ոսկրաբեկորները տեղաշարժված են, կատարվում է միանվազ ուղղում, որից հետո 3—4 շաբաթ նշանակվում է հանգիստ (նկ. 171):

Երկրորդ խմբի կոտրվածքների դեպքում, երբ խանգարվում է կոնքի օղի ամբողջութունը, ոսկրաբեկորները մկանների ձգման ազդեցության տակ տեղաշարժվում են դեպի վերև կամ կողմերը, որը առաջացնում է կոնքի աջ կամ ձախ կեսերի անհամաչափություն և տեղաշարժի կողմում ստորին վերջույթի հարաբերական կարճացում: Այսպիսի դեպքերում հիվանդին տեղավորում են ցանցաճոճի վրա, որը կախվում է շրջանակից (կոնքի ոսկրերը մոտենում են) և երկու ամիս տևողությամբ դրվում է կմախքային ձգում ազդրոսկրի մետաֆիզից վնասված կողմում (կոնքի համապատասխան կեսի իջեցում) (նկ. 172):

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների բարդությունները: Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքները կարող են բարդանալ միզապարկի և միզուկի վնասվածքներով: Միզապարկի ներուռվայնամզային պատվածքի դեպքում մեզը ցլվում է որովայնի խոռոչը, կլինիկորեն արտահայտվում է որովայնի ցավով: Որովայնի մկանները լարված են: Ընդբախելիս որովայնի խոռոչի թեքավուն մասերում նկատվում է ընդբախական ձայնի բխացում: Միզապարկի արտաուռվայնամզային պատվածքի ժամանակ մեզը տարածվում է հարմիզապարկային բջջանքի մեջ: Հիվանդը գանգատվում է արտահայտված ցավից որովայնի ստորին մասում: Ընդբախելիս ցայլային համաճոնի և առաջավերին փշի ուղղությամբ որոշվում է ընդբախական ձայնի բխացում («թիթեռնիկի ախտանիշ»): Կաթետերացման դեպքում այս և մյուս դեպքերում մեզը ստացվում է քիչ քանակով: Մեզը պահվում է որովայնի խոռոչում կամ հարմիզապարկային բջջանքում:

Միզուկի պատվածքը լինում է մասնակի և լրիվ: Նկատվում է խիստ ցավ շեքի շրջանում և ընդբախական ձայնի բխություն ցայլքի տակ կախված միզապարկի գերձգման հետևանքով: Խախտված միզուկի բացվածքից կաթիլներով հոսում է արյուն: Շեքի և փոշտի շրջանում առաջանում է հեմատոմա: Կաթետերացման դեպքում (կատարվում է միայն վիրահատումից առաջ) կաթետերը միզապարկի մեջ չի անցնում:

Ախտորոշումը ճշտելու համար միզուկի մեջ ներս է մղվում 10-ից մինչև 150 մլ 20 % սերգոզինի, կարգիտրաստի կամ դիոդոնի լուծույթ և կատարվում է ռենտգենյան նկարահանում: Միզուկի պատվածքի դեպքում հակադիր նյութը դուրս է գալիս նրա բաժաններից, միզապարկի արտաուռվայնամզային պատվածքի դեպքում այն տարածվում է հար-

միզապարկային բջջանքի մեջ, ներորովայնամզային պատուվածքի դեպքում՝ որովայնի խոռոչի մեջ:

Միզապարկի ներորովայնամզային պատուվածքի դեպքում ցուցված է լապարատոմիան (որովայնի խոռոչի հատումը), միզապարկի վերքի կարումը և միզուկի միջով միզապարկի մեջ մշտական կաթետեր ներս մտցնելը:

Արտաորովայնային պատուվածքի դեպքում միզապարկը մերկացվում է վերցայլային մուտքով, չբացելով որովայնի խոռոչը կարվում է միզապարկի պատուվածքը և դրվում է վերցայլային խուղակ:

Միզուկի պատուվածքի դեպքում հիվանդի ընդհանուր լավ դրուժյան դեպքում միզուկի պատուվածքը կարվում է: Միզուկի մեջ մտցվում է մշտական կաթետեր: Հիվանդի ծանր վիճակի դեպքում սահմանափակվում են դնելով միայն վերցայլային խուղակ: Միզուկի վերականգնումը կատարվում է 1—2 ամիս հետո:

Հեշտոցի պատուվածքի դեպքում նկատվում է արյունահոսություն այնտեղից: Ախտորոշումը ճշտվում է հեշտոցի զննման դեպքում: Պատրուված մասը կարվում է:

Ուղիղ աղու պատուվածքի դեպքում նկատվում է արտահայտված ցավ շեքի շրջանում, կղանքի մեջ հայտնաբերվում է արյուն, ռեկտոտոմանոսկոպիայի դեպքում նկատվում է ուղիղ աղու պատուված մասը: Այսպիսի դեպքերում ստեղծվում է հակաբնական սրբան սիզմայածև աղիով և հետանցքի շուրջը կատարված կոտրվածքից դրենաժավորվում է հարուղիղաղիքային բջջանքը:

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների բարդությունների դեպքում բարդությունների հետ միասին բուժվում են կոնքի ոսկրերի կոտրվածքները վերոհիշյալ սխեմայով:

ՈՂՆԱՇԱՐԻ ՈՒ ԿՈՆՔԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ողնաշարի ոչ բարդացած այն կոտրվածքների դեպքում, երբ բուժումը անցկացվում է գիպսյա սեղմիրանի միջոցով, մեծ ուշադրություն է դարձվում նրա պահպանմանը երկարատև՝ 2—2½ ամիս ժամանակով: Անհրաժեշտ է հետևել, որ սեղմիրանը պռակելախոցեր չառաջացնի: Այս նպատակի համար մարմինը սեղմիրանի տակ ամեն օր շփվում է կամֆորայի սպիրտով: Հիվանդները ակտիվորեն կատարում են մարմնամարզական վարժություններ վերին և ստորին վերջույթների համար:

Հատկապես կարևոր դեր է խաղում բուժական մարմնամարզությունը բուժման ֆունկցիոնալ եղանակի գործածման դեպքում՝ թեք մակերեսի

վրա ձգման միջոցով, դա նպատակ ունի ստեղծելու «մկանային սեղմի-
րան», որն ամրացնում է ողնաշարի վնասված մասը:

Առաջին օրերը հանձնարարվում է գլխի, վերին և ստորին վեր-
ջույթների ոչ մեծ շարժումներ, շնչառական մարզանքներ: Հիվանդները
7—10 օր հետո կատարում են առավել ակտիվ շարժումներ՝ զգալի մկա-
նային լարումով: Հիվանդը 18—20-րդ օրը զգուշությամբ շրջվում է
որովայնի վրա, որից հետո բարձրացնում է գլուխը և վերջույթները վերև
(«ծիծեռնակի դիրք»)՝ լարելով մեջքի մկանները: Երկրորդ ամսվա վեր-
ջում այս վարժությունը հիվանդը պետք է կատարի այնպես, որ հենումը
լինի միայն որովայնի վրա, իսկ գլուխը, ձեռքերը և ոտքերը այս գեպ-
քում պետք է բարձրացված լինեն: Վարժությունները անցկացվում են
օրը 5—6 անգամ, սկզբում 5—10 րոպե, իսկ հետագայում՝ 20—30՝
րոպե: Ոտքի էլնել թույլատրվում է 2 ամիս հետո, բայց հիվանդը չպետք
է թեքվի: Նստել կարելի է 4 ամսից հետո:

Ողնաշարի բարդացած կոտրվածքների դեպքում հիվանդին նույն-
պես տեղավորում են մահճակալի վրա, որի ներքնակի տակը դրվում է
փայտյա վահանակ: Հաշվի առնելով այս հիվանդների մեծ հակվածու-
թյունը դեպի սնուցման խանգարումները (պառկելախոցեր), նպատա-
կահարմար է օգտագործել փշովի ռետինե ներքնակներ կամ ռետինե
շրջանակներ (անպայման ծածկոցի մեջ): Սավանները և փոռոցները ուղղ-
վում են, ամրացվում մահճակալին երիզահանգույցներով, որպեսզի ծալ-
քեր չառաջանան: Կրունկների և թիակների տակ դրվում են օղաբլիթի ձևի
բամբակ-թանզիֆային բարձիկներ: Անկողնու սավանը փոխում են ամեն
օր, իսկ թաց փոռոցները փոխում են ըստ անհրաժեշտության:

Հիվանդի դիրքի փոփոխությունը կայանում է նրա տեղափոխումը
որովայնից մեջքի վրա: Մաշկի ուշադիր խնամքը, մերսումը, լոգանք-
ները, ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաները ուղղված են պառկելախոցերի
նախապահպանմանը:

Հաշվի առնելով, որ այս խմբի հիվանդների մոտ նկատվում է մի-
զելու խանգարում, ուստի անհրաժեշտ է կանոնավոր դատարկել միզա-
պարկը (օրը երկու անգամ 7—10 օր տևողությամբ): Մեզը չպահելու
և մշտական կաթետեր դնելու դեպքում խստորեն հետևել ասեպտիկայի
կանոններին: Ողնուղեղի զգալի վնասվածքների դեպքում պետք է դնել
վերցայլային խուղակ (ցիստոստոմ): Դրվում է Մոնրոյի համակարգը:
Կանոնավոր կերպով կատարվում են միզապարկի լվացումներ: Հոգնա-
ները կատարվում են շաբաթը 2—3 անգամ: Աղիների դատարկման դեպ-
քում օգտագործվում է ռետինե պետքանոթ, այս դեպքում գոտկի տակ
տեղավորվում է գլանաբարձ, որը խանգարում է ողնաշարի կախվելուն:
Կղանքային կուտակումները հեռացվում են մատնային եղանակով:

Ողնուղեղի ախտահարումներով հիվանդները խիստ նախատրամա-

դրված են թոքային բարդությունների հանդեպ, այդ պատճառով անհրաժեշտ է շնչական մարզանքներ, թթվածնի ներշնչում, քիթ-ըմպանի մանրազնին հարդարանք:

Ոտնաթաթերը կախ ընկնելուց նախապահպանելու համար դրանք տեղակայվում են 90° անկյան տակ դիմադիր նեցուկի միջոցով:

Վերջույթների կարկամածության և արատավոր դիրքի կանխման համար կիրառվում են հանովի գիպսյա լոնգետներ, հոդերում կատարվում են պասիվ շարժումներ: Հիվանդին անհրաժեշտ է լիարժեք սնունդ:

Հոգատար խնամքի դեպքում զգալիորեն մեծանում է հաջողության հավանականությունը այն բանի հանդեպ, որ հիվանդը հետագայում ոտքի կկանգնի և կկարողանա շարժվել օգտվելով օրթոպեդիկ սարքերից: Շատ կարևոր է, որ հիվանդը հիվանդանոցում երկար մնալու դեպքում ձեռք բերի ինքնասպասարկման ունակություն:

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների, հատկապես բարդացածների դեպքում խնամքի սկզբունքները նույնպիսին են, ինչ որ ողնաշարի կոտրվածքների դեպքում: Հիվանդը սկզբի օրից կանխամտածված կերպով պետք է կատարի մարմնամարզական վարժություններ ընդհանուր մկանային լարվածությունը մեծացնելու համար: Կատարվում են շնչառական մարզանքներ, ընդհանուր մերսում, մաշկի շփում: Վերցայլային խուղակի դեպքում միզապարկը պարբերաբար լվացվում է անտիսեպտիկ միջոցների թույլ լուծույթներով, որպեսզի կանխվի վերընթաց ինֆեկցիայի զարգացումը: Անհրաժեշտ է հետևել աղիների գործունեությանը և միզելուն: Հիվանդներին նշանակվում է բարձր կալորիական և վիտամիններով սնունդ:

Պետքանոթը հիվանդի տակ դրվում է երեք սանիտարներով, որոնցից երկուսը երկու կողմերից բռնելով ճոճացանցից զգուշությամբ բարձրացնում են հիվանդի կոնքը, իսկ երրորդը այդ ժամանակ դնում է պետքանոթը այն կողմից, որտեղ վերջույթի վրա դրված է սոսնձային ձգում:

Գլուխ VII

ՎԵՐՁՈՒՅԹՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ ԵՎ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՎԵՐՁՈՒՅԹՆԵՐԻ ՓԱՓՈՒԿ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Զլաբունոցի բորբոքում: Զլաբունոցի բորբոքումը (տենդովագիտիտ) բաժանվում է երկու խմբի՝ կրեպիտային և ստենոզային: Հիվանդության հիմքում հաճախ ընկած են խրոնիկական վնասվածքները, որոնք

առաջանում են անընդհատ միատեսակ շարժումների կրկնման հետևանքով մեքենագրուհիների, ջութակահարների մոտ, մկանային մեծ լարվածությունների դեպքում, դարբինների և հանքագործների մոտ: Կրեպիտային տենդովագինիտի դեպքում հայտնաբերվում է ջլի հարբունոցային բջջանքի և մկանների փակեղների միջև եղած բջջանքի շճային տոգորումը: Ստենոզային տենդովագինիտի դեպքում նկատվում է կարծրախտային բորբոքում, շարակցական հյուսվածքի աճով՝ առաջանում է թելքավոր օղ, որի միջոց դժվարություններ է անցնում ջիլը: Կրեպիտային տենդովագինիտի առավել հաճախ տեղակայումը հանդիսանում է նախաբազուկների թիկնային կողմը, սրունքների առաջային մակերեսը, դաստակների և ոտնաթաթերի թիկնային մասերը, աբիլեսյան ջլի շրջանը: Ստենոզային տենդովագինիտը առավել հաճախ ախտահարում է դաստակի մատի ջլաբունոցը, ճաճանշոսկրի մախաթաձև ելունի եզրի մոտ, շատ հազվադեպ՝ բազկի երկգլխանի մկանի երկար գլխի ջլաբունոցը:

Կլինիկական պատկերը: Կրեպիտային տենդովագինիտի դեպքում նկատվում է սուր ցավ շարժումների ժամանակ, երբեմն խփող, բաբախող ցավ գիշերները: Ախտահարված ջլաբունոցի ուղղությամբ առաջանում է ուռածություն, ոչ մեծ տեղային գերարյունություն, ջերմաստիճանի տեղային բարձրացում: Շոշափման և միաժամանակ շարժումների դեպքում լսվում է նուրբ ձայն (կրեպիտացիա): Ստենոզային տենդովագինիտի դեպքում ցավերը մորմոքիչ և տարածվող բնույթի են, աշխատունակությունը խանգարվում է: Շոշափման միջոցով ջլաբունոցի շրջանում կարելի է որոշել պնդացում և ցավոտություն: Շարժումների ժամանակ առաջանում է արգելքի զգացում, որը հաղթահարվում է մատնազարկի նման:

Բուժում: Հանգիստ, լոգանքներ, տաքացնող պրոցեդուրաներ, Վիշնևսկու քսուքով կոմպրես, շինայով կամ գիպսյա լոնգետով անշարժացում: Կրեպիտային տենդովագինիտի դեպքում պահպանողական բուժումը լավ արդյունք է տալիս: Ստենոզային տենդովագինիտի դեպքում, եթե պահպանողական միջոցառումները անարդյունավետ են, կատարվում է վիրահատում՝ հատվում է ջլաբունոցի հաստացած մասը:

Պանարիցիում: Մատների թարախային բորբոքումն է: Ինֆեկցիայի (ստաֆիլոկոկ, ստրեպտոկոկ, խառը ֆլորա) մուտքի դռները հանդիսանում են ճեղքվածքները, քերծվածքները, փուշը և այլն: Կախված պրոցեսի տեղակայումից և հիվանդության փուլից մատնաշունչը բաժանվում է հետևյալ ձևերի՝ 1) մաշկային, 2) ենթամաշկային, 3) ոսկրային, 4) հոդային, 5) ջլային (տենդովագինիտ), 6) պարոնիխիա (ընթացքի մեջ է ներգրավվում հարեղնգային թմբիկը), 7) ենթահղունգային, 8) պանդակտիլիտ (մատի բոլոր հյուսվածքների ախտահարում):

Կլինիկական պատկերը կախված է մատնաշունչի ձևից: Մաշկային ձևի դեպքում նկատվում է տեղային գերարյունություն, տեղային ցավոտություն, մաշկի թեթևակի այտուցվածություն:

Ենթամաշկային ձևի դեպքում մատը իր շափերով փոքր-ինչ մեծանում է այտուցի հաշվին, մատի շարժումները սահմանափակվում են, առաջանում է արտահայտված խիռղ բնույթի ցավ, որից հիվանդը չի կարողանում քնել: Նկատվում է ջերմաստիճանի բարձրացում, լեյկոցիտոզ:

Մատնաշունչի ոսկրային ձևի դեպքում հիվանդության սկզբնական փուլերում կլինիկական պատկերը նույնն է, ինչ որ ենթամաշկային ձևի դեպքում: Հետագայում ախտահարված ֆալանգը ստանում է կոլբայանման տեսք: Ռենտգենաբանորեն որոշվում է ոսկրի քայքայում:

Հոդային ձևի դեպքում հոդը ստանում է իլիկանման արտաքին տեսք, առաջանում է մաշկի հիպերեմիա: Կապանային ապարատի քայքայումից հետո առաջանում է ախտաբանական շարժողություն:

Ջլային ձևի դեպքում մատը այտուցվում է, կիսածավված է, ջլի ուղղությամբ նկատվում է արտահայտված ցավոտություն (որոշումը կատարվում է կոճակավոր զոնդով): Մատը ծալելու փորձ կատարելիս ցավը ուժեղանում է:

Պարոնիխիայի դեպքում հարեղունգային թմբիկը այտուցված է, կարմրած, ցավոտ: Ուշացած փուլերում թմբիկի վրա ճնշելիս նրանից արտահոսում է թարախ:

Ենթաեղունգային մաանաշունչի դեպքում եղունգային ֆալանգի շրջանում առաջանում է զգալի ցավ, եղունգի տակ նկատվում է թարախային պարունակությունը:

Պանդակախիլի դեպքում նկատվում է ամբողջ մատի թարախային բորբոքում, առաջանում են թարախային խուղակներ, մատը ձևախախտվում է, այտուցվում, մեծանում է շափերով, մաշկը հաստացած և պնդացած է, մատի շարժումները բացակայում են:

Պրոֆիլտկտիկան և բուժումը: Անհրաժեշտ է լուրջ ուշադրություն դարձնել միկրոփնասվածքների և նրանց բուժման վրա: Ինֆեկցիայի նախապահանման համար յուրահատուկ դեր է խաղում ԲՖ-6 սոսինձը, որով սոսնձվում է մաշկի արատը:

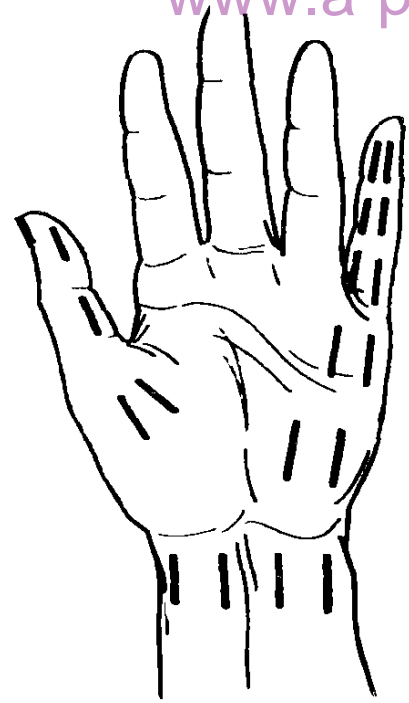
Բուժումը. մաշկային ձևի դեպքում կտրվում-հեռացվում է մահացած վերնամաշկը: Այս դեպքում երբեմն հայտնաբերվում է դեպի ենթամաշկային բջջանքը գնացող խուղակ (մատնաշունչ «ճարմանդի» ձևի): Այս դեպքերում բուժումը անցկացվում է այնպես, ինչպես ենթամաշկային մատնաշունչի դեպքում: Վերնամաշկի հոռացումից հետո դրվում է թանգիֆային վիրակապ:

Մատնաշունչի ենթամաշկային ձևի դեպքում ցավազրկումը կատարվում է ըստ Լուկաշևիչ—Օբերստի, մաշկի կտրվածքը կատարվում է երկայնաձիգ բորբոքային օջախի վրայով, հեռացվում են մահացած հյուսվածքները, կտրվածքի մեջ ներս է մտցվում ռետինե ցամաքուրտ և հիպերտոնիկ լուծույթով թրջված նեղ վիրախժուծ: Երբեմն մահացած հյուսվածքների հեռացումից հետո դրվում է խուլ կար:

Մատնաշունչի ոսկրային, հոդային և ջլային ձևերի դեպքում ցավազրկումից հետո կատարվում են երկու կտրվածքներ՝ մատի կողմնային մակերեսների վրայով՝ կտրվածքներ ըստ Կլյապի (նկ. 173): Այս կտրվածքները միացնում են հեռացնելով մահացած հյուսվածքները և հետագայում բուժելով այնպես, ինչպես թարախային վերքերի դեպքում էր: Եղունգային ֆալանգի վրա պրոցեսի տեղակայվածությունը դեպքում կտրվածքը կատարվում է մականաձև: Հյուսվածքների լրիվ հատում «ձկան բերանի» նման շի կատարվում, քանի որ առաջանում է մատի ձևախախտում, որը հետագայում խանգարում է մատի գործունեությունը:

Պարոնիխիայի դեպքում առաջին օրերը կիրառվում են կալիումի պերմանգանատի լոգանքներ, սպիրտային կոմպրեսներ, յոդի քսոլ: Այս միջոցների անարդյունավետության դեպքում եղունգային թմբիկը ամբողջ տարածությամբ դանակով անջատվում է եղունգային թիթեղից և կատարվում է դրենաժավորում:

Պանդակտիլիտի դեպքում, որը տեղի չի տալիս բուժմանը, հեռացվում է մատը:



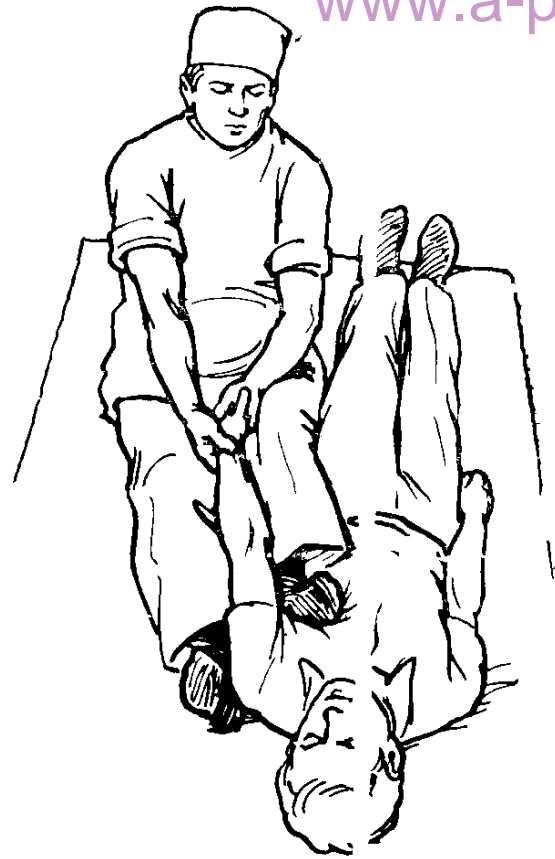
Նկ. 173. Ջլային մատնաշունչի դեպքում արվող կտրվածքների սխեման:

ՀՈԴԱԽԱԽՏԵՐ

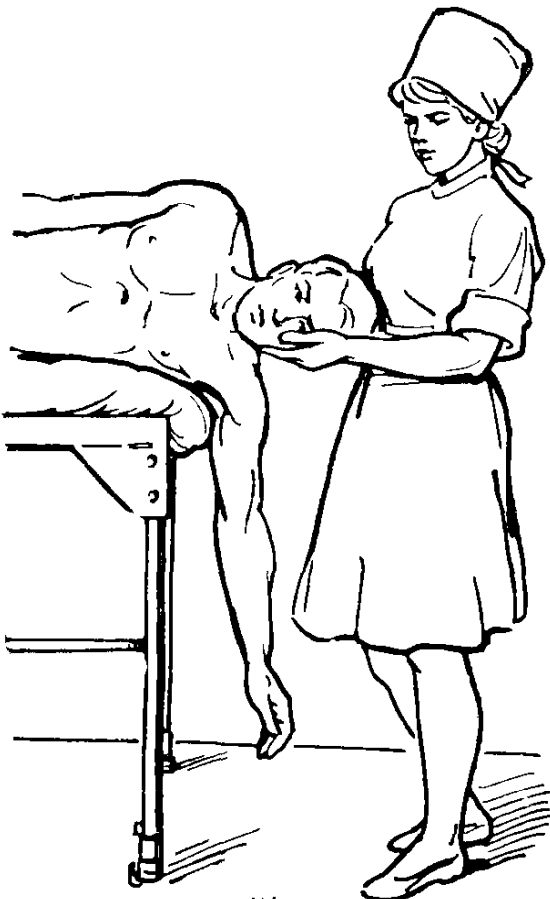
Ուսահողի հոդախախտ: Հանդիպում է ավելի հաճախ՝ համեմատած այլ տեղակայվածության հոդախախտերի հետ: Պատճառը ուսահողի անատոմիական կառուցվածքն է: Այս հոդը պատկանում է գնդաձև հոդերի թվին, որը պայսսաններ է ստեղծում լայն ծավալի շարժումների կատարման համար: Հոդաշապիկը թույլ է: Կապանների քանակը՝ սահ-



Նկ. 174. Ձևախախտումը ուսանողի հոդախախտի դեպքում:



Նկ. 175. Ուսանողի հոդախախտի ուղղումը ըստ Հիպոկրատ—Կուպերի:

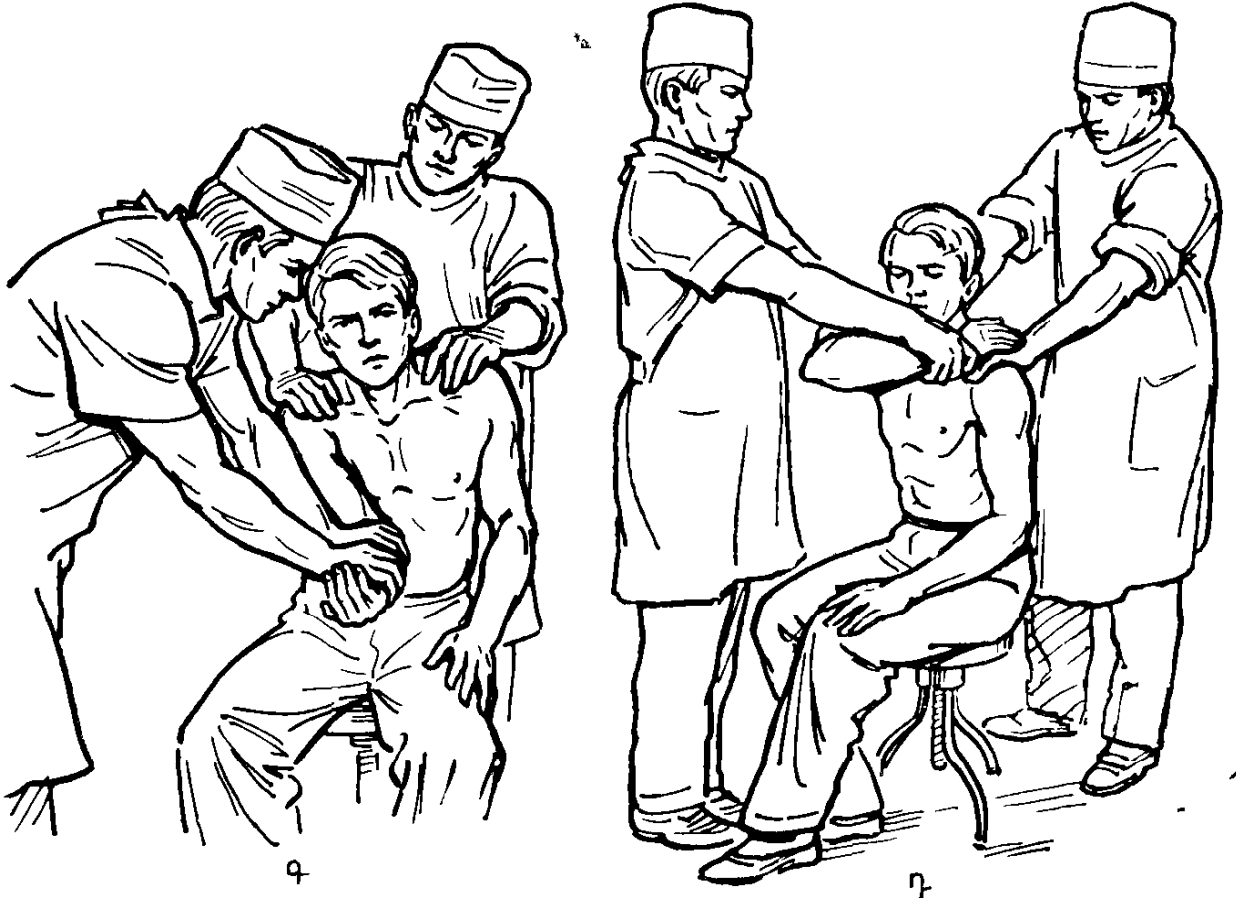
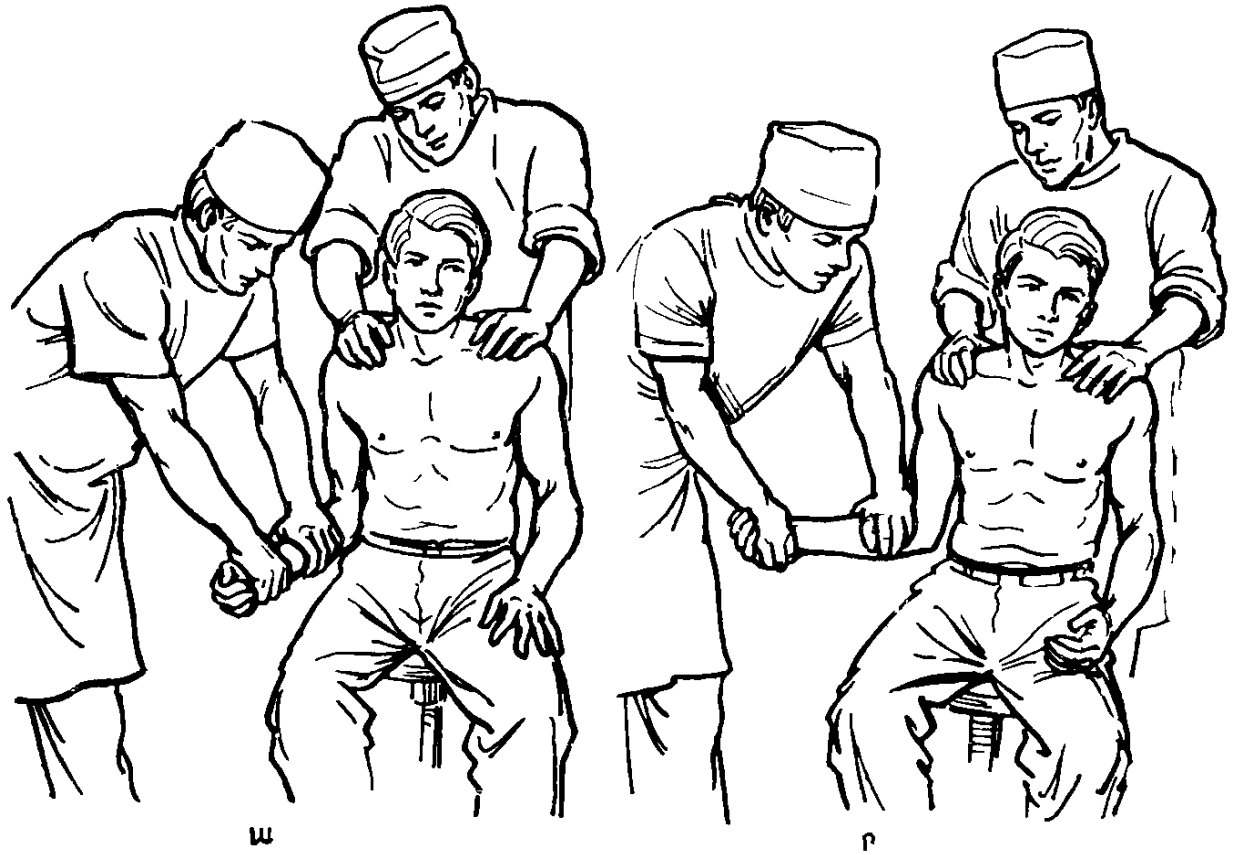


ա



բ

Նկ. 176. Ուսանողի հոդախախտի ուղղումը ըստ Ջանեփձեի (ա, բ):



Նկ. 177. Ուսանողի հոդախախտի ուղղումը ըստ Կոխերի (ա—դ):

մանափակ: Գլխիկի աճառային մակերեսը թիակի հողափոսին հավում է ոչ մեծ մակերեսով: Հողախախտի պատճառը առավել հաճախ դատված վերջույթի վրա ընկնելն է:

Կախված գլխիկի տեղաշարժի բնույթից՝ տարբերվում են բազկոսկրի գլխիկի հողախախտի հետևյալ տեսակները՝ առաջային (ենթակտցային և ենթանրակային), ստորին և հետին:

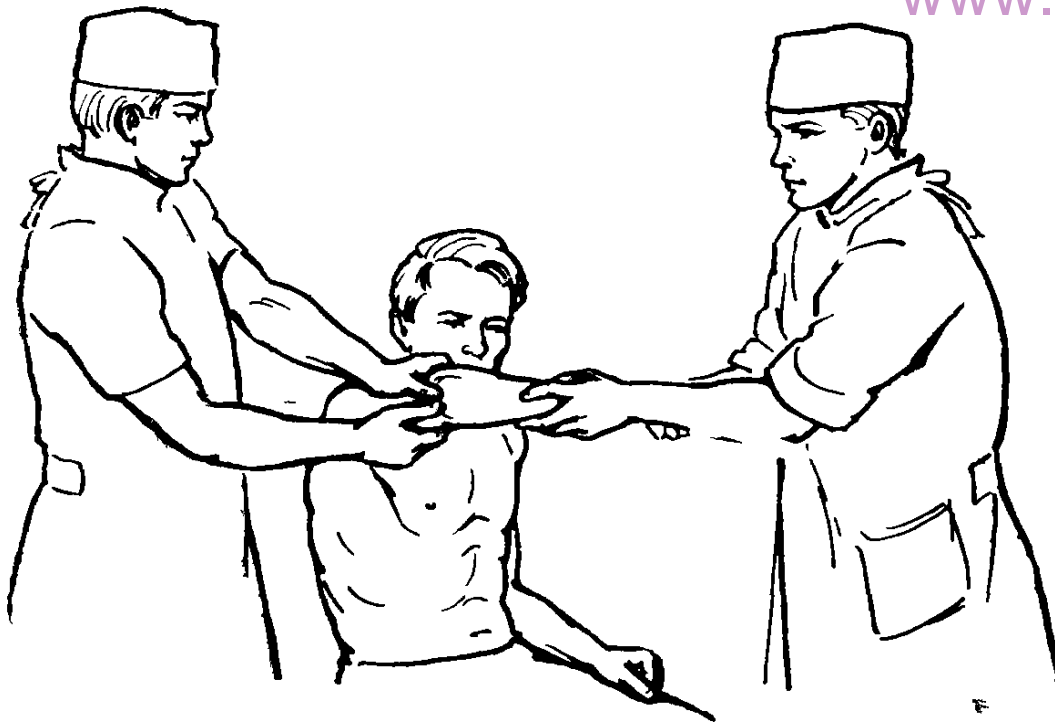
Հողախախտը մշտապես ուղեկցվում է հողաշապիկի և կապանային ապարատի պատռվածքով:

Կլիճիկակտն պատկերը խիստ բնորոշ է: Հիվանդը գանգատվում է ուսահողի արտահայտված ցավից: Ակտիվ շարժումները հողում լրիվ բացակայում են, պասիվ շարժումները խիստ սահմանափակ են: Զեռքը թեթևակի դատված է: Իրանին մոտեցնելու դեպքում վերջույթը զրսպանակվում է: Ուսահողի շրջանը հաստանում է, զգալիորեն արտացցվում է ուսելունը: Առաջային հողախախտերի դեպքում նկատվում է ուսի զգալի կարճացում, գլխիկը շոշափվում է կտցածև ելուստի կամ անրակի տակ (նկ. 174): Հետին հողախախտի դեպքում գլխիկը շոշափվում է թիակի առջևում, վերջույթը կարճացած է: Ստորին հողախախտի դեպքում գլխիկը շոշափվում է անութափոսում, վերջույթը հարաբերական երկարում է: Պահանջվում է հողի ուստգենյան նկարահանում երկու պրոյեկցիաներով:

Քուծումը: Գոյություն ունեն ուղղման մի քանի եղանակներ: Ուղղումից առաջ պարտադիր կերպով կատարվում է ցավազրկում: Հողախոռոչի մեջ ներարկվում է 10—20 մլ 2 % նովոկաինի լուծույթ (ասեղը ուղղվում է դեպի կտցածև ելունը): Տեղային ցավազրկման անբավարարության դեպքում կիրառվում է ընդհանուր ցավազրկում միոոելաքսանտների հետ միասին:

Հիպոկրատ—Կուպերի եղանակ: Հիվանդին տեղավորում են հատակի վրա: Վիրաբույժը նստում է հատակին և իր կրունկը ներս է մտցնում անութափոսի մեջ հողախախտի կողմում: Զույգ ձեռքերով բռնում է հիվանդի դաստակը: Կատարում է ձեռքի սահուն, բայց ուժգին ձգում: Միաժամանակ վիրաբույժը իր կրունկով դիմադրում է բազկոսկրի գլխիկին, սեղմելով նրան դեպի նախկին տեղը (նկ. 175):

Ջոնեյիձեի եղանակ: Հիվանդին պառկեցնում են սեղանին կողքի վրա, հողախախտված վերջույթի կողմով: Զեռքը պետք է կախվի սեղանի գլխի մասի եզրից ներքև: Հիվանդի գլուխը տեղավորվում է պահարանիկի վրա, այն բարձրությամբ, ինչ որ սեղանն է, կամ այն պահում է օգնականը (նկ. 176, ա): Այսպիսի դիրքում հիվանդը պետք է գտնվի 10—15 րոպե վերին ուսագոտու մկանների հոգնածության և թուլացման համար: Այնուհետև վիրաբույժը զույգ ձեռքերով վերցնում է հիվանդի նախաբազուկը և ծալում ձեռքը արմնկային հողում 90° անկյան տակ:



Նկ. 178. Նախաբազկի հետին հադախախտի ուղղումը:

Վատարելով բազկի սահուն և եռանդուն ձգում դեպի ներքև և պտտելով դուրս, որից հետո էլ ներս (նկ. 176, բ):

Կոխերի եղանակը կազմված է շորս փուլերից:

1. Հիվանդին նստեցնում են աթոռի վրա (կարելի է պառկեցնել մեջքի վրա): Վիրաբույժը երկու ձեռքով բռնում է հիվանդի նախաբազուկը, որը ծալվում է արմնկային հոդում 90° անկյան տակ, և կատարում է բազկի ձգում և միաժամանակ այն առբերում դեպի իրանը (նկ. 177, ա):

2. Կատարվում է բազկի պտույտ դեպի դուրս՝ նախաբազուկը դուրս պտտելով մինչև ճակատային հարթությունը (նկ. 177, բ): Այս փուլում հաճախ գլխիկը ուղղվում է: Եթե ուղղումը տեղի չի ունենում, ապա անցնում են հետևյալ փուլերին:

3. Զթուլացնելով ձգումը և արտաքին պտույտը, արմունկը տեղաշարժվում է կրծքավանդակի առաջային մակերեսը, դեպի միջին գիծը (նկ. 177, գ):

4. Արագ շարժումով նախաբազուկը տանում են դեպի ուսահողի վրա, միաժամանակ արմունկը հրելով առաջ և մղելով դեպի վերև (նկ. 177, դ):

Ուղղումից հետո վերջույթը անշարժացվում է փափուկ բինտով կամ գլխաշորով սեպաձև բամբակ-թանգիֆային բարձի վրա 7—8 օր տևողությամբ, որից հետո նշանակվում են ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաներ, բուժական ֆիզկուլտուրա:

Նախաբազկի հողախախտեր: Կախված հողախախտված ոսկրա-
յին հատվածի ուղղությունից՝ տարբերվում են հողախախտերի հետևյալ
տեսակները՝ նախաբազկի զույգ ոսկրերի հողախախտը առաջ, հետ, դուրս
և ներս, ծղիկոսկրի գլխիկի հողախախտը հետ, ներս կամ առաջ, ճա-
ճանչոսկրի գլխիկի վարհակված ենթահողախախտը երեխաների մոտ:

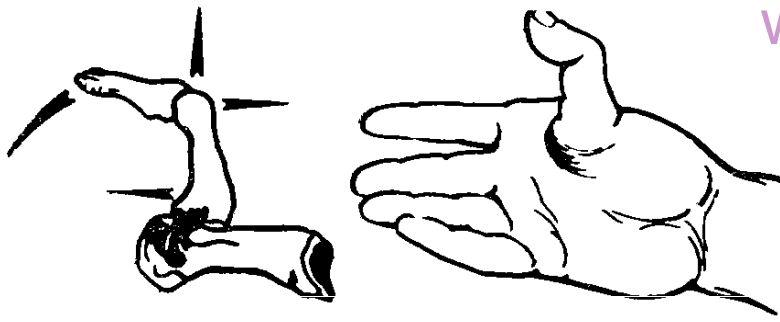
Հողախախտերը հաճախ պատահում են առաջ մեկնված ձեռքի
վրա ընկնելիս: Հողախախտի ժամանակ տեղի է ունենում հողաշապիկի
և կապանային ապարատի պատռվածք:

Առավել հաճախ հանդիպում է նախաբազկի զույգ ոսկրերի հողա-
խախտ դեպի հետ կամ համակցված դեպի դուրս կամ դեպի ներս են-
թահողախախտերի հետ (93 %): Առաջային և մաքուր կողմնային հո-
ղախախտերը հանդիպում են խիստ սակավ: Ծաճանչոսկրի և ծղիկոսկրի
գլխիկների մեկուսացված հողախախտեր տեղի են ունենում առավել
հազվադեպ:

Կլինիկական պատկերը: Վերջույթի դիրքը պասիվ է, ձեռքը թեթևակի
ծալված է արմնկային հողում, հիվանդը այն պահում է ձեռքով: Արմըն-
կային հողի շրջանում նկատվում է ձևախախտում և նրա ծավալի մե-
ծացում: Կախված հողախախտի տեսակից, ձևախախտումը կարող է
տարբեր լինել: Հետին հողախախտերի դեպքում հողի առաջահետին
չափերը մեծացած են, արմունկելունը արտացոլված է դեպի հետ և վերև,
իսկ կողմնային ենթահողախախտերի համակցման դեպքում նաև դե-
պի կողմ: Նախաբազկի առանցքը տեղաշարժվում է դեպի հետ հա-
րաբերած բազկի առանցքի հետ: Առաջային հողախախտերի դեպքում
նախաբազկի առանցքը տեղաշարժվում է դեպի առաջ: Ակտիվ շարժում-
ները արմնկային հողում բացակայում են: Պասիվ ծավման դեպքում
որոշվում է զսպանակվող շարժման ախտանիշը՝ ծավման պահին նա-
խաբազկի կողմից նկատվում է զսպանակող դիմադրություն:

Քուծումը: Հողի խոռոչի մեջ ներարկվում է 5—10 մլ 2 % նովոկաինի
լուծույթ: Ուղղումը կարելի է կատարել հիվանդի նստած կամ պառկած
դիրքում: Հետին հողախախտերի դեպքում վիրաբույժը բռնում է բազկի
ստորին մասից այնպես, որ առաջին մատները տեղակայվեն արմնկային
ելունի գագաթի վրա, իսկ մնացածները բազկի առաջային մակերեսի
վրա: Օգնականը կատարում է նախաբազկի երկայնակի ձգում, միա-
ժամանակ արմնկային հողում սահուն ծալում: Այս ժամանակ վիրա-
բույժը մեծ մատներով սեղմում է արմունկելունի վրա: Կողմնային են-
թահողախախտի առկայության դեպքում արմունկելունի վրա ճնշումը
հարկավոր է կատարել հաշվի առնելով այս տեղաշարժը (նկ. 178):

Առաջային հողախախտերի դեպքում հիվանդին տեղավորում են սե-
ղանի վրա: Օգնականը անշարժացնում է ուսը սեղանի վրա, իսկ վիրա-
բույժը դանդաղորեն ծալում է նախաբազուկը արմնկային հողում: Այդ



Նկ. 179. Առաջին մատի թիկնային հոդախախտում:

Ժամանակ երկրորդ օգնականը հետ է ձգում նախաբազկի մոտակա ծայրը շորի հանգույցով: Նախաբազկի բավականաչափ ծալումից հետո վիրաբույժը ուղղում է այն:

Հոդախախտի ուղղումից հետո 7—10 օր դրվում է հետին գիպսյա լոնգետ, որից հետո նշանակվում է բուժական ֆիզկուլտուրա, տաքացնող պրոցեդուրաներ: Հոդերի շրջանի մերսումը հակացուցված է ոսկրացվող մկանաբորբի վտանգից ելնելով:

Մատների հոդախախտեր: Առավել հաճախ պատահում է առաջին մատի հոդախախտ նախադաստակ-Ֆալանգային հոդում: Մեխանիզմը ուղղակի հարվածն է մատին: Հոդախախտը հաճախ տեղի է ունենում դեպի թիկնային կողմը:

Ախտանշանաբանությունը բնորոշ է, նախադաստակ-Ֆալանգային հոդում առաջանում է սվինաձև ձևախախտում, մատը տեղաշարժվում է ճաճանչի կողմը, եղունգային ֆալանգը ծալված է: Շոշափելիս ափային կողմում զգացվում է արտացոլված նախադաստակի ոսկրի գլխիկը, իսկ թիկնայինում՝ առաջին ֆալանգի հոդային ծայրը: Շարժումները բացակայում են (նկ. 179):

Ցավազրկումը կատարվում է ըստ Լուկաշևիչ—Օբերստի: Մեկ ձեռքով անշարժացվում է նախադաստակը ճաճանչ-դաստակային հոդի շրջանում, առաջին մատը հենելով հոդախախտված ֆալանգի հիմքին: Մյուս ձեռքով կատարվում է մատի ձգում և շափից առավել ուղղում: Հիմային ֆալանգի տեղաշարժը զգալուց հետո դիստալ ուղղությամբ միաժամանակ կատարվում է ուղղում եղունգային ֆալանգում և մատի ծալում: Ուղղումից հետո 7 օր ժամանակով կատարվում է անշարժացում շինայով կամ գիպսյա կապով: Հետագայում կիրառվում է բուժական ֆիզկուլտուրա:

Ապրի հոդախախտեր: Հոդախախտերի առաջացման հիմքում ընկած է վերջույթի վրա բարձրությունից ընկնելը և ուղղակի վնասվածքը:

Կախված ազդրոսկրի գլխիկի տեղաշարժի ուղղությունից՝ տարբերվում են ազդրոսկրի հոդախախտերի հետևյալ տեսակները. 1) զստային

(հետնավերին, նկ. 180, ա), 2) նստային (հետնաստորին, նկ. 180, բ), 3) փակողական (առաջաստորին, նկ. 180, գ), 4) վերցայլային (առաջավերին, նկ. 180, դ): Առավել հաճախ (80—85 %) հանդիպում է ազդրոսկրի զստային հողախախտը:

Կլինիկական պատկերը: Ազդրոսկրի վնասվածքային հողախախտի հիմնական ախտանիշները հանդիսանում են վնասված հողի շրջանի ձևախախտումը և վերջույթի՝ հողախախտի յուրաքանչյուր ձևին բնորոշ դիրքը:

Ազդրի հետին խմբի հողախախտերին (զստային և նստային) բնորոշ է ազդրի ծալումը, առբերումը և ներքին պտույտը: Ինչքան ներքև է տեղակայված գլխիկը (նստային հողախախտ), այնքան առավել ցայտուն է արտահայտվում ազդրի ծալումը:

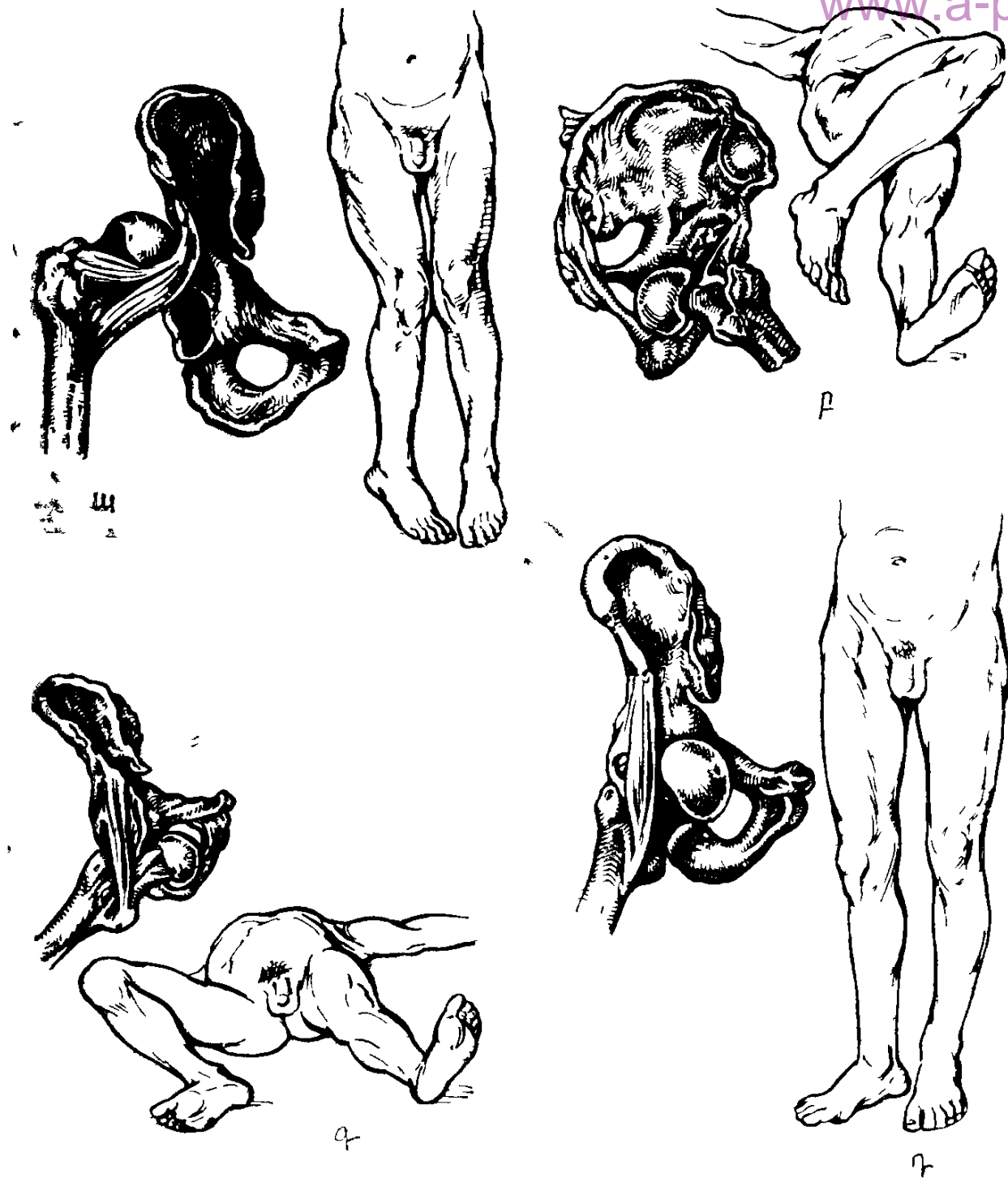
Առաջային հողախախտերին (փակողական և վերցայլային) բնորոշ է վերջույթի ծալումը, հեռացումը և արտաքին պտույտը, ընդ որում վերցայլային հողախախտի դեպքում այս երևույթները արտահայտվում են շափավոր կերպով, իսկ փակողականի դեպքում՝ առավել ուժգին:

Նորմայում մեծ տամբիոնը տեղակայված է Ռոզեր—Նելատոնի գծի մակարդակի վրա (պայմանական գիծ է, որը միացնում է զստոսկրի առաջավերին փուշը և նստոսկրի թմբկության գագաթը): Հետին հողախախտերի դեպքում մեծ տամբիոնը գտնվում է այդ գծից վերև: Ազդրոսկրի բոլոր տեսակի հողախախտերի դեպքում հիվանդների մոտ բացակայում են կոնքազդրային հողի ակտիվ շարժումները: Հողի ունետգնյան նկարահանումը լրացնում է կլինիկական հետազոտման տվյալները:

Քուժումը: Ուղղումը կատարվում է ընդհանուր ցավազրկումով, միոնեյաքսանտինների հետ միասին կամ ողնուղեղային ցավազրկման տակ:

Կոլլին—Ջանելիձեի եղանակ: Հիվանդին պառկեցնում են որովայնի վրա այնպես, որ նրա կոնքը գտնվի սեղանի վրա, իսկ ոտքը վնասվածքի կողմում ազատ կախվի ներքև (նկ. 181, ա): Ոտքը սեփական ծանրության հետևանքով 5—10 րոպե հետո տեղակայվում է համարյա ուղիղ անկյան տակ կոնքազդրային հողում: Ոտքը ծնկան հողում ծալվում է 90° անկյան տակ: Վիրաբույժը իր ծունկը հենում է տուժածի սրունքին, ձեռքով պահելով սրունք-թաթային հողը: Իր ծնկով ազդրը սեղմելով ներքև, նա միաժամանակ ազդրը պտտում է դեպի դուրս (նկ. 181, բ): Այս եղանակով կատարվում է զստային, նստային և փակողական հողախախտերի ուղղումը:

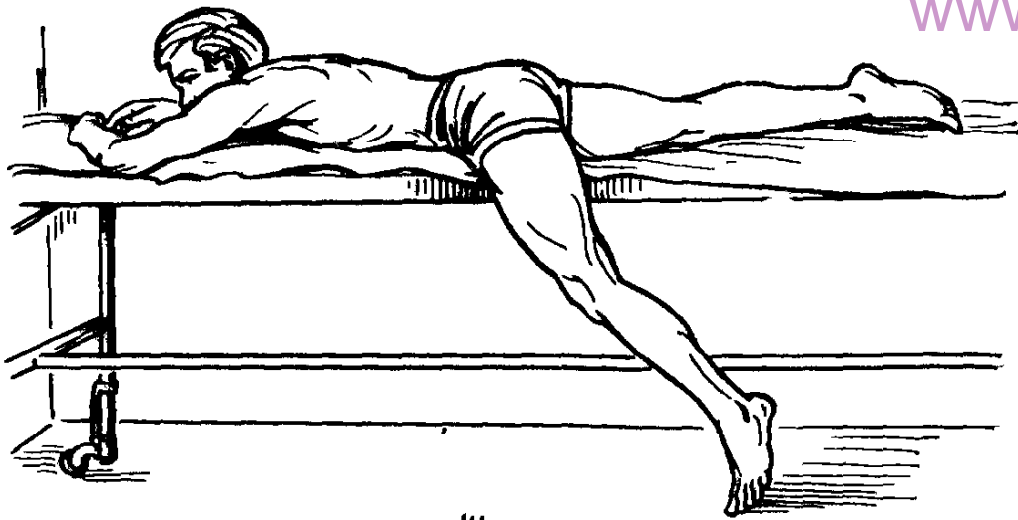
Կոխերի եղանակ: Հիվանդին պառկեցնում են մեջքի վրա, օգնականը անշարժացնում է հիվանդի կոնքը, իսկ վիրաբույժը երկու ձեռքերով բռնելով սրունքը սկզբում աստիճանաբար ծալում և առբերում է ազդրը: Այս դեպքում կատարվում է առավել շափով արտաքին պտույտ,



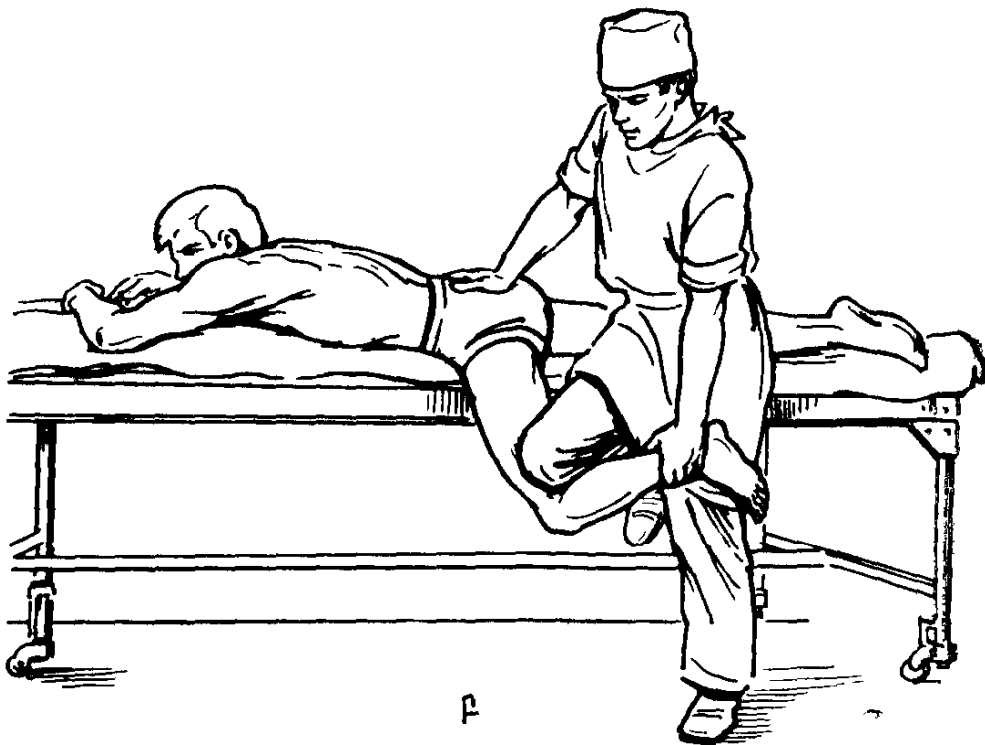
Նկ. 180. Հոդախախտերի տարբեր տեսակները (ա-դ):

որից հետո արագորեն ուղղվում է ազդրը, միաժամանակ այն զատվում է և պտտվում ներս: Այս եղանակով ուղղվում են վերցայլային հոդախախտերը:

Այս կամ այն եղանակով հոդախախտի ուղղումից հետո հիվանդին տեղավորում են մահճակալի վրա, վերջույթը տեղավորվում է Բեյլերի շինայի վրա և դրվում է մաշկային ձգում 5—6 օր տևողությամբ: Հետագայում անցկացվում է բուժական մարմնամարզություն, մերսում:



ա



բ

Նկ. 181. Ազդրուկրի հողախախտի ուղղումը բստ Կոլլին—Ջանելիձեի (ա-բ):
(Բացատրությունը տեքստում):

Երկու շաբաթ հետո հիվանդը կարող է քայլել հենակներով: Երեք շաբաթ հետո թույլատրվում է ծանրաբեռներ:

Սրունքի հողախախտեր: Հանդիպում է շատ հազվադեպ: Սրունքի տեղաշարժը կարող է լինել դեպի առաջ, դեպի ներս և դեպի դուրս:

Կլինիկական պատկերը: Խիստ ձևախախտում հողի շրջանում: Կարելի է շոշափել ազդրուկրի և մեծ ուղոթի հողածայրերը տեղաշարժված հակադիր կողմերը: Սրունքի առանցքը՝ կախված տեղաշարժի տեղակա-

յումից, գտնվում է ազդրի առանցքի հանդեպ դեպի առաջ, դեպի ներս
և դուրս: Ծնկան հողում ակտիվ շարժումները բացակայում են:

Քուծումը: Ուղղումը կատարվում է ընդհանուր ցավազրկման տակ:
Կատարվում է սրունքի ձգումը և նրա ճնշումը իր առանցքի ուղղու-
թյամբ, որը հակադիր է հողախախտի ուղղությանը: Հողախախտի ուղ-
ղումից հետո դրվում է հետին գիպսյա լոնգետ, որը ամրացվում է շրը-
ջանաձև գիպսյա բինտով: Անշարժացման ժամկետը 1¹/₂ ամիս է: Հետա-
գայում կիրառվում են ֆունկցիոնալ և ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաներ:

ՎԵՐԻՆ ՎԵՐՋՈՒՅԹԻ ՈՍԿՐԵՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ

Բազկոսկրի կոտրվածքներ: Տեղի են ունենում ուղղակի վնասված-
քի հետևանքով, ինչպես նաև ուղիղ մեկնված ձեռքի վրա ընկնելիս:

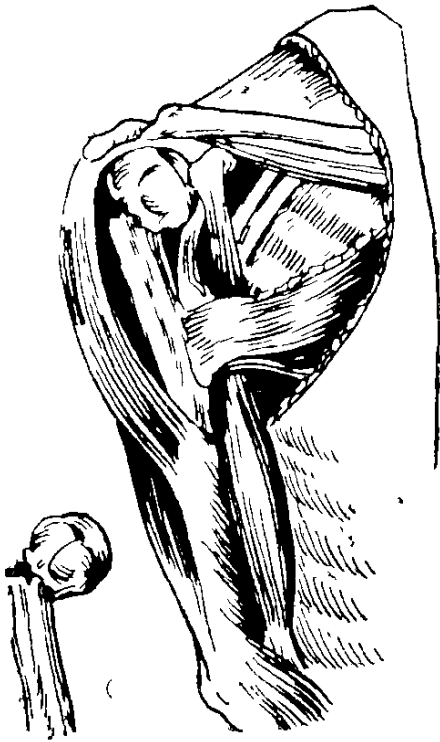
Կախված մակարդակից՝ տարբերվում են ներհողային կոտրվածքներ
(բազկոսկրի գլխիկի և անատոմիական վզիկի կոտրվածք), արտահո-
ղային (միջտամբիոնային կոտրվածքներ և երեխաների մոտ էպիֆիզիո-
լիզ), վիրաբուժական վզիկի կոտրվածք, բազկոսկրի դիաֆիզի կոտր-
վածք, իսկ բազկոսկրի ստորին մեկ երրորդականում՝ վերկոճային և միջ-
կոճային կոտրվածքներ, կոճերի կոտրվածք (արտաքին և ներքին), վեր-
կոճերի պոկում (արտաքին և ներքին), բազկոսկրի դիստալ ծայրի T և
Y-աձև կոտրվածքներ:

Ըստ բնույթի կոտրվածքները լինում են լայնական, թեք, բեկորա-
յին և ներխրված:

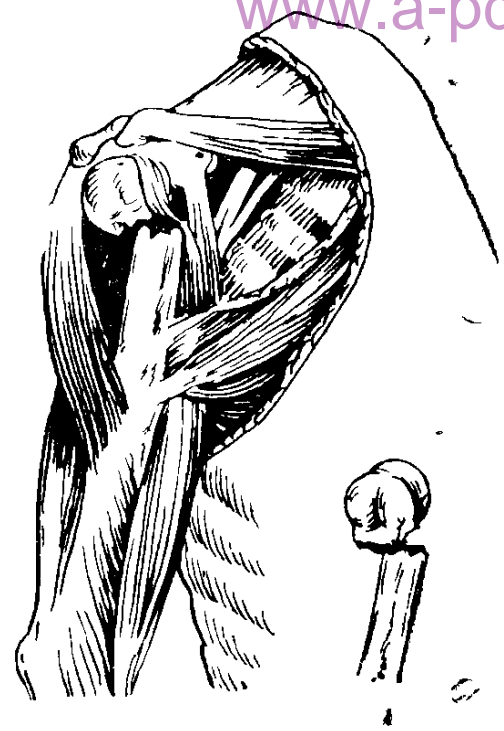
Տեղաշարժի առանձին տեսակներից լինում է բեկորների տեղաշարժ
ըստ լայնքի և ըստ առանցքի, հազվադեպ՝ ըստ երկարության:

Կլինիկական պաակետը կախված է կոտրվածքի տեղակայումից և
ոսկրաբեկորների տեղաշարժի տեսակից: Ներհողային կոտրվածքի դեպ-
քում գլխիկը ազատորեն ընկած է հողի մեջ: Դիստալ (ծայրամասային)
ոսկրաբեկորը երկար մկանների ձգման հետևանքով քաշվում է վերև,
կարճ համահողային մկանների ներգործության տակ առբերվում և
պտտվում է դուրս: Մեծ թմբիկի պոկման դեպքում վերջինս քաշվում է
դեպի հետ և դեպի դուրս, իսկ ինքը՝ բազկոսկրը տեղաշարժվում է դեպի
առաջ և հետ: Փոքր թմբիկի պոկման դեպքում տեղաշարժ տեղի է ունե-
նում հակառակ ուղղությամբ:

Արտահողային կոտրվածքների դեպքում վերին երրորդականում
տարբերվում են առբերված (ադդուկցիոն) և զատված (աբդուկցիոն) կո-
տրվածքներ: Ադդուկցիոն կոտրվածքների դեպքում կենտրոնական բե-
կորը ընդունում է զատված և արտաքին պտտված դիրք, իսկ ծայրային



Նկ. 182. Արդուկցիոն կոտրվածքի սխեման.



Նկ. 183. Աբդուկցիոն կոտրվածքի սխեման:

բեկորը տեղաշարժվում է դեպի ներս պրոքսիմալ (կենտրոնական) ուղղությամբ, դեպի առաջ և պտտվում է ներս: Զույգ ոսկրաբեկորները առաջացնում են անկյուն, որի բացվածքը ուղղված է դեպի հետ և դեպի ներս (նկ. 182): Աբդուկցիոն կոտրվածքների դեպքում կենտրոնական բեկորը առբերվում և պտտվում է ներս, իսկ ծայրամասայինը գտնվում է զատված դիրքում (նկ. 183):

Արմոնիկ վրա ընկնելիս կարող են նկատվել ներխրված կոտրվածքներ, երբ ծայրամասային ոսկրաբեկորները ներդրվում են կենտրոնականի մեջ:

Դիաֆիզար կոտրվածքների դեպքում ոսկրաբեկորների տեղաշարժի համար որևէ օրինաչափություն չկա: Տեղաշարժի բնույթը կախված է կոտրվածքի գծից, ոսկրաբեկորներից և կոտրվածքը առաջացնող ուժերի ազդեցությունից:

Վերկոճային կոտրվածքները, կախված վնասվածքի մեխանիզմից, բաժանվում են՝ տարածիչ (էքստենզիոն) և ծալիչ (ֆլեքսիոն): Էքստենզիոն կոտրվածքը տեղի է ունենում արմնկային հողը ուղղված վերջույթի դաստակի վրա ընկնելիս: Այս դեպքում կոտրվածքի հարթությունը անցնում է առջևից և ներքևից դեպի առաջ և դեպի վերև: Ծայրամասային ոսկրաբեկորը այս դեպքում տեղաշարժվում է դեպի հետ: Ֆլեքսիոն կոտրվածքի դեպքում ընկնում են առավել շափով ծալված արմնկային հողի վրա, կոտրվածքի հարթությունը անցնում է առջևից և վերևից դեպի

հետ և դեպի ներքև: Ծայրամասային բեկորը տեղաշարժվում է դեպի առաջ:

Ինչ վերաբերում է կլինիկական ախտանիշներին, ապա ոսկրաբեկորների տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում լինում են կոտրվածքի բացարձակ նշաններ՝ վերջույթի ձևախախտումը, ոսկրաբեկորների կրեպիտացիան, ախտաբանական շարժումը և վերջույթի կարճացումը: Ոսկրաբեկորների առանց տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում (ներխրված և ներխրվելով ամրացած) այս նշանները կարող են բացակայել: Հարաբերական նշանները կոտրվածքների դեպքում (վերջույթի գործունեության խանգարում, տեղային ցավ, հեմատոմա և ցավ վնասվածքի տեղում) այնուամենայնիվ, այս կամ այն աստիճանի, միշտ առկա են լինում: Ներհոդային կոտրվածքների դեպքում պարտադիր կերպով նկատվում է արյան կուտակում հոդում (հեմարթրոզ):

Բուժումը: Ներհոդային կոտրվածքներով, ոսկրաբեկորների ոչ զգալի տեղաշարժով և ներխրված կոտրվածքներով հիվանդներին բուժում են վերջույթը սեպաձև բարձի վրա անշարժացնելու եղանակով: Պետք է որքան կարելի է վաղ սկսել ֆունկցիոնալ բուժումը: Առաջին օրից սկսած հիվանդը պետք է կատարի ակտիվ շարժումներ դաստակի մատներով և ճաճանշոտաստակային հոդում, մի քանի օր հետո՝ արմնկային և ուսային հոդերում: Երկու շաբաթ հետո սեպաձև բարձիկը հեռացվում է և հիվանդը սկսում է կատարել մեծ ծավալի ակտիվ շարժումներ:

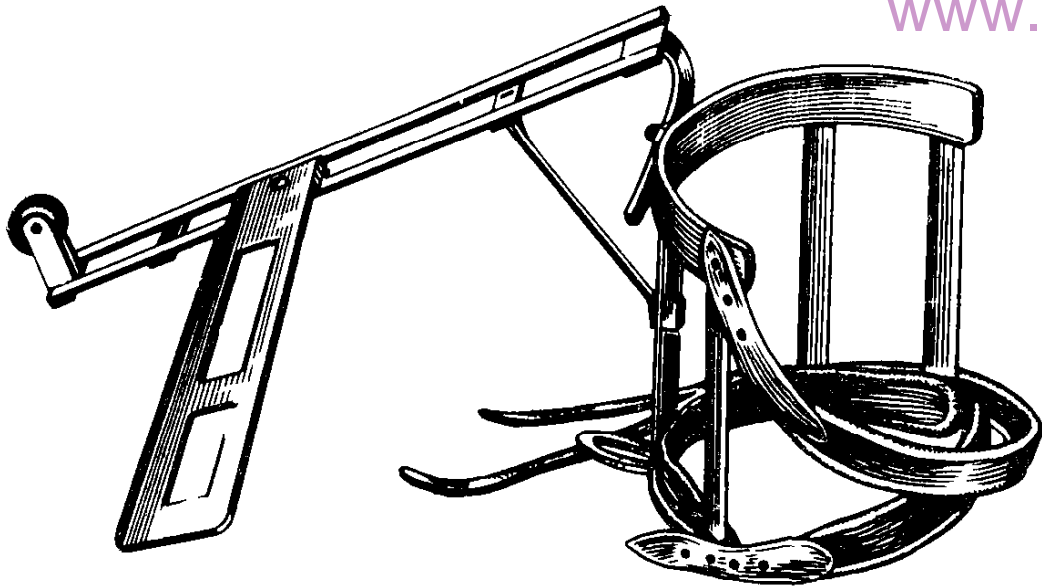
Ադդուկցիոն և աբդուկցիոն կոտրվածքների դեպքում տեղային ցավազրկման տակ կատարվում է ոսկրաբեկորների ուղղում, որից հետո վերին վերջույթը անշարժացվում է ՏՕԿԻ զատող շինայի վրա (նկ. 184):

Ոսկրաբեկորների միանվագ համադրման անհնար լինելու, ինչպես և դիաֆիզար կոտրվածքների դեպքերում ոսկրաբեկորների համադրման համար կիրառվում է մաշկային կամ կմախքային ձգումը:

Վերին վերջույթի անշարժացման ժամկետը վիրաբուժական վզիկի կոտրվածքների դեպքում մեծահասակների մոտ կազմում է 4—5 շաբաթ, երեխաների մոտ՝ 2—2½ շաբաթ, բազկոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքի դեպքում համապատասխանորեն 6—7, 3—3½ շաբաթ:

Պահպանողական բուժման անհաջողության դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժումը՝ ոսկրահամադրումը (օստիոսինթեզ):

Ոսկրաբեկորների առանց տեղաշարժի վերկոճային կոտրվածքների բուժման համար դրվում է հետին գիպսյա լոնգետ: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում սկզբում համադրվում են ոսկրաբեկորները: էքստենզիոն կոտրվածքի դեպքում կատարվում է նախադաստակի ձգում, միաժամանակ ծալվում է արմնկային հոդը 90° անկյան տակ և միաժամանակ կենտրոնական ոսկրաբեկորը տեղաշարժվում է հետ: Ոսկրաբեկորները համադրելուց հետո արմնկային հոդում



Նկ. 184. ՏՕԿԻ գատող շինա

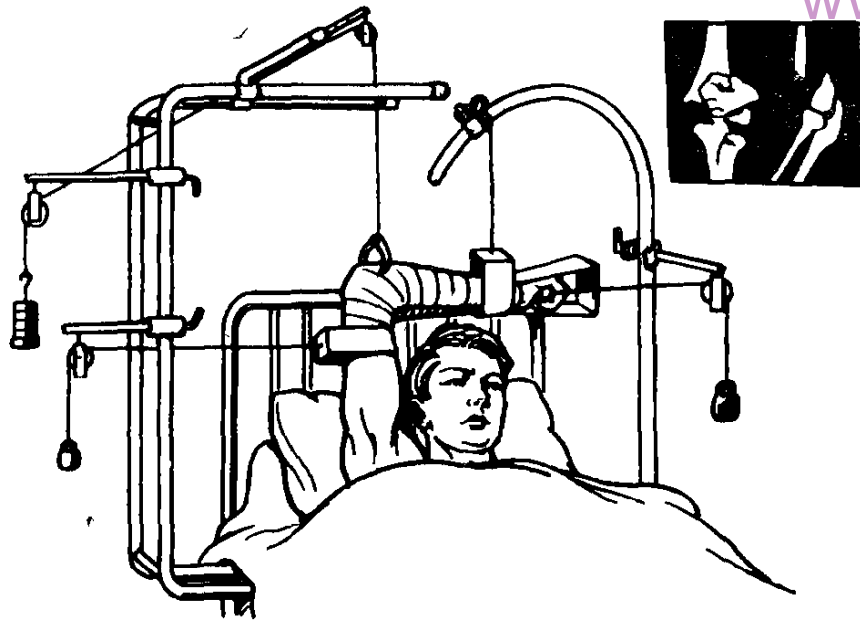
վերջույթը ծալվում է $60-70^\circ$ անկյան տակ և այսպիսի դիրքում դրվում է հետին խորը գիպսյա կապ (լոնգետ): Ֆլեքսիոն կոտրվածքի դեպքում ձգումը կատարվում է նախաբազկից (լրիվ ուղղված է արմնկային հողը)՝ միաժամանակ կենտրոնական բեկորի առաջ տեղաշարժումով: Զգելով ուղղված վերջույթի վրա դրվում է գիպսյա խորը լոնգետ: Անշարժացման միջին ժամկետը 4—5 շաբաթ է: Հետագայում կիրառվում են բուժական ֆիզկուլտուրան և մերսումը:

Այն դեպքերում, երբ հնարավոր չէ միանգամից համադրել ոսկրաբեկորները, կիրառվում է Գ. Ա. Իլիզարովի եղանակը կամ կմախքային ձգումը արմունկ-ելունից կողմնային ձգումով (նկ. 185): Կմախքային ձգման անհաջողության դեպքում դիմում են վիրահատական բուժման՝ օստեոսինթեզին:

Կոճերի կոտրվածքների և վերկոճերի պոկման դեպքում դրանք համադրվում են, որից հետո դրվում է Մ-աձև գիպսյա լոնգետ բազկի շրջանում: Անհաջողության դեպքում հանձնարարվում է վիրահատական ամրացումը մետաղական պտուտակներով:

Նախադաստակի ոսկրերի կոտրվածքներ: Տեղակայումից կախված՝ տարբերվում են կոտրվածքների հետևյալ տեսակները՝ արմունկ-ելունի կոտրվածք, պսակաձև ելունի կոտրվածք, ճաճանշոսկրի գլխիկի կամ վզիկի կոտրվածք, նախաբազկի ոսկրերի դիաֆիզար կոտրվածքներ, ճաճանշոսկրի կոտրվածքը սովորական տեղում: Կոտրվածքները կարող են առաջանալ ինչպես ուղղակի, այնպես էլ անուղղակի վնասվածքների դեպքում:

Կլինիկական պատկերը: Արմունկ-ելունի կոտրվածքի դեպքում առաջանում է ցավ, արյունազեղում, ուռածություն: Շոշափման դեպքում բե-



Նկ. 185. Կմախֆային ձգումը արմունկելունից՝ բազկուկրի էֆստենզիոն կոտրվածքի դեպքում:

կորների միջև որոշվում է տարածություն (դիսստազ), վերջույթի ուղղումը սահմանափակ է: Ախտորոշման ճշտման համար անհրաժեշտ է սենտզենյան նկարահանում երկու պրոյեկցիաներով:

Պսակաձև ելունի կոտրվածքի (պոկման) դեպքում առաջանում է այտուցվածություն, երբեմն արյունազեղում արմնկային ծալքի շրջանում, առավել չափով արմնկային հոդի ծալումը սահմանափակվում է:

Ճաճանչոսկրի գլխիկի և վզիկի կոտրվածքների դեպքում առաջանում է տեղային ցավ, այտուցվածություն և հեմատոմա համապատասխան տեղում, արմնկային հոդի շարժումների սահմանափակում, հատկապես պտտականի: Անհրաժեշտ է սենտզենյան նկարահանում երկու պրոյեկցիաներով:

Նախաբազկի գույգ ոսկրերի դիաֆիզար կոտրվածքների դեպքում ի հայտ են գալիս ախտաբանական շարժում, նախաբազկի ձևախախտում և կոտրվածքների բոլոր հարաբերական նշանները: Ախտորոշելը բարդ է: Ճաճանչոսկրի կամ ծղիկոսկրի առանձնացված կոտրվածքների դեպքում պահպանված ամբողջական ոսկրը կատարում է հենարանի դեր, կախված սրանից՝ վերջույթի ձևախախտումը և նրա գործունեության խանգարումը արտահայտվում են ոչ սուր կերպով: Ախտորոշիչ մեծ նշանակություն ունի կոտրվածքի վայրում տեղային ցավի առաջացումը նախաբազկի պտտման դեպքում իր առանցքի ուղղությամբ:

Երբեմն նկատվում է տարբեր տեղակայում ունեցող կոտրվածքների և հոդախախտների համակցումը: Գրանցից առավել հաճախ հանդիպողներն են՝ 1) ճաճանչոսկրի կոտրվածքը, որն ուղեկցվում է ծղիկոսկրի

գլխիկի հողախախտով (Գալեացիայի կոտրվածք), 2) ծղիկոսկրի կոտրվածք և ճաճանչոսկրի գլխիկի հողախախտ (Մոնթեչիի կոտրվածք): Այս ձևի կոտրվածքների դեպքում կլինիկական պատկերը կազմավորվում է համապատասխան տեղակայման կոտրվածքների և հողախախտերի ախտանիշների համակցումից:

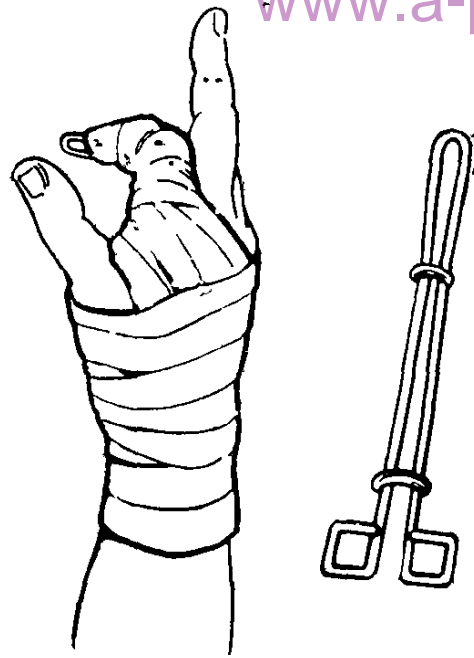
Ճաճանչի կոտրվածքը սովորական տեղում (ճաճանչոսկրի դիստալ ծայր) բաժանվում է երկու տեսակի՝ էքստենզիոն, որի դեպքում դիստալ բեկորը տեղաշարժվում է դեպի թիկունքը և ճաճանչի կողմը, և ֆլեքսիոն, երբ դիստալ ոսկրաբեկորը տեղաշարժվում է ափային կողմը: Ոսկրաբեկորների ոչ զգալի տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում առաջանում է տեղային ցավ և այտուցվածություն: Զգալի տեղաշարժի դեպքում նկատվում է բնորոշ սվինաձև ձևախախտում, որն ուղղված է թիկնային կամ ափային կողմը՝ կախված կոտրվածքի տեսակից:

Բուժումը: Արմունկելունի կոտրվածքների դեպքում (առանց ոսկրաբեկորների տեղաշարժի) առավել շափով ուղղված դիրքում դրվում է հետին գիպսյա լոնգետ 2—3 շաբաթ տևողությամբ: Հետագայում նշանակվում է բուժական ֆիզկուլտուրա: Ոսկրաբեկորների համադրման անհնար լինելու դեպքում դիմում են վիրահատական բուժման՝ ոսկրաբեկորը կարվում է ծղիկոսկրին:

Պսակաձև ելունի պոկման դեպքում կատարվում է արմնկային հողում առավել շափով ծալում, որից հետո անշարժացվում է փափուկ կամ գիպսյա կապով, անշարժացման ժամկետը 2—3 շաբաթ է, որից հետո անցկացվում է բուժական ֆիզկուլտուրա և տաքացնող պրոցեդուրաներ: Մերսումը ցուցված չէ՝ ոսկրացվող մկանաբորբի վտանգից ելնելով: Եթե ոսկրաբեկորը համադրել հնարավոր չէ, այն հեռացվում է, քանի որ նա կարող է խանգարել արմնկային հողի ծալմանը:

Ճաճանչոսկրի գլխիկի կամ վզիկի կոտրվածքի դեպքում (առանց ոսկրաբեկորների տեղաշարժի) կատարվում է տեղային ցավազրկում և վերջույթը անշարժացվում է՝ այն ծալելով արմնկային հողում ուղիղ անկյան տակ: Նախաբազկին տրվում է միջին դիրք սուպինացիայի (դաստակը դարձած դեպի վերև) և պրոնացիայի (դաստակը դարձած դեպի ներքև) միջև: Անշարժացումը կատարվում է երկու շաբաթ տևողությամբ: Հետագայում կիրառվում է բուժական ֆիզկուլտուրա: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժի դեպքում նրանց ուղղում են: Այդ անելու համար ձեռքը արմնկային հողում ուղղում են և տեղակայում նախաբազուկը զգալիորեն դուրս զատված դիրքում և, ճնշելով ոսկրաբեկորների վրա՝ ուղղում այն: Վերջույթը նորից ծալելով կատարում են նրա անշարժացումը: Ուղղման անհաջողության դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժումը՝ ուղղումը անշարժացման հետ միասին, իսկ գլխիկի փշրվելու դեպքում այն հեռացվում է:

Ոսկրաբեկորների տեղաշարժով դիաֆիզար կոտրվածքների դեպքում անհրաժեշտ է դրանք համադրել: Սկզբում վերացվում է ծայրամասային ոսկրաբեկորի պտտված տեղաշարժը, որից հետո ըստ լայնքի և երկարության տեղաշարժերը: Դրվում են երկու գիպսյա լոնգետներ (թիկնային և ափային), (իսկ նրանց վրայից՝ ծայրերը կլորացված փայտիկներ («չիլիկ» խաղափայտիկ), որոնք ճնշում են գիպսը այն բանի համար, որ նախաբազկի ոսկրերը իրարից անջատվեն: Լոնգետները ամրացվում են շրջանաձև գիպսյա կապով: Անշարժացումը կատարվում է 7—8 շաբաթ ժամանակով: Եթե ոսկրաբեկորները համադրել չի հաջողվում, կիրառվում է վիրահատական բուժումը՝ օսթեոսինթեզը (մեկ ոսկրի կոտրվածքի դեպքում Բոգդանովի մեկ անգլխիկ մեխով, երկու ոսկրերի դեպքում՝ երկու մեխերով):



Նկ. 186. Անշարժացումը Բեյլերի մետաղալարե շիկայով ֆալանգի կոտրվածքի դեպքում

Մետաղական ձողերը հեռացվում են ամուր ոսկրային կոշտուկի առաջացումից հետո:

Ճաճանչի սովորական տեղի կոտրվածքի դեպքում տեղային ցավազրկումից հետո կատարվում է ոսկրաբեկորների ուղղում: Սրա համար կատարվում է նախաբազկի երկայնակի ձգում դաստակից (առանձին բռնվում է առաջին մատը և մնացած չորս մատները), նախաբազուկը այս դեպքում գտնվում է սեղանի վրա: Դաստակը ծալվում է ներքև ճաճանչդաստակային հոդում սեղանի եզրի վրայից: Վիրաբույժը ձեռքով սեղմում է ոսկրաբեկորը վերևից դեպի ներքև (տեղի է ունենում համադրումը): Անշարժացման համար կիրառվում է հետին գիպսյա լոնգետը: Անշարժացման ժամկետը երեք շաբաթ է:

Մատների ոսկրերի կոտրվածքներ: Այսպիսի վնասվածքները հանդիպում են բավականին հաճախ: Պահանջվում է մեծ խնամքով կատարել համադրումը՝ վերականգնելով ոսկրի անատոմիական ամբողջականությունը, քանի որ հակառակ դեպքում հիվանդը դառնում է հաշմանդամ դաստակի գործունեության խանգարման հետևանքով:

Մատների ֆալանգների կոտրվածքներ: Կոտրվածքի պատճառը հաճախ ուղղակի վնասվածքն է: Մատների ֆալանգների կոտրվածքները լինում են՝ ներհոդային, հարհոդային և ֆալանգի մարմնի:

Կլինիկական պատկերը կազմված է այտուցվածությունից, արյունազեղումից, իսկ ոսկրաբեկորների տեղաշարժի դեպքում՝ ձևախախտումից: Մատը լրիվ ուղղել հնարավոր չէ: Ռենտգենյան նկարահանումը պարտադիր է: Համադրումը կատարվում է տեղային ցավազրկման տակ քստ կուկաշեիչ—Օբերստի: Մատի և դաստակի ափային մակերեսի վրա դրվում է շինան և անշարժացվում է բինտով, որից հետո մատը ծալում են շինայի հետ միասին՝ ոսկրաբեկորների համապատասխան ուղղումով: Ուղղումից հետո կատարվում է լրացուցիչ անշարժացում բինտով (նկ. 186), ներհոդային կոտրվածքների դեպքում՝ 5—7 օր, իսկ մարմնի դեպքում՝ 2 շաբաթ:

ՍՏՈՐԻՆ ՎԵՐՋՈՒՅԹՆԵՐԻ ՈՍԿՐԵՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ

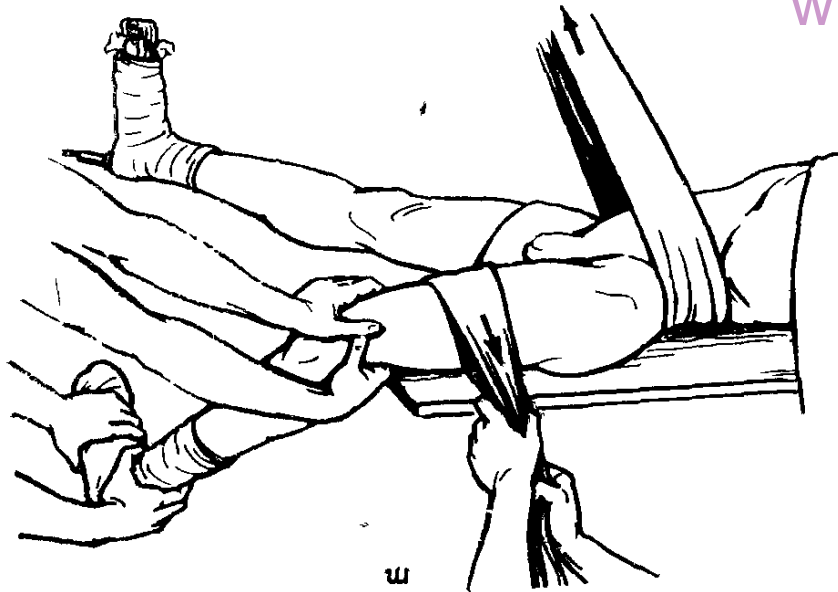
Ազդրոսկրի կոտրվածքներ: Ազդրոսկրի կոտրվածքները ծանր և համեմատաբար հաճախ հանդիպող վնասվածք է, կազմում է կոտրվածքների 3,5—6,5 %-ը: Պատճառը հաճախ պատահող ուղղակի վնասվածքն է:

Ազդրոսկրի վզիկի կոտրվածքներ: Հաճախ հանդիպում է տարեց մարդկանց մոտ, երբ ընկնում են մեծ տամբիոնի վրա: Տարբերվում են միջային (ենթազլխիկային, ենթապարանոցային) և կողմնային (ազդրոսկրի վզիկի հիմային, ենթատամբիոնային և միջտամբիոնային) կոտրվածքները:

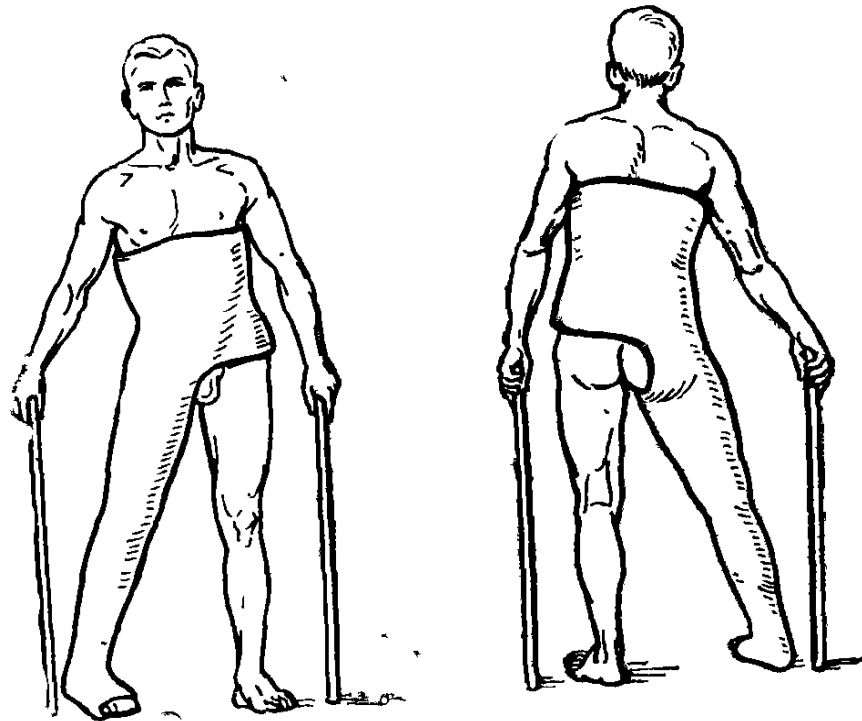
Կլինիկական պատկերը: Տեղային ցավ, վերջույթի գործունեության խանգարում: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում նկատվում է վերջույթի հարաբերական կարճացում: Մեծ տամբիոնը տեղակայվում է Ռոզեր—Նելատոնի գծից վերև: Վերջույթը պտտվում է դեպի դուրս: Ախտորոշումը ճշտվում է ռենտգենյան նկարահանումով երկու պրոյեկցիաներով:

Բուժումը: Նախնական տեղային ցավազրկումից հետո կատարվում է ոսկրաբեկորների միանվազ ուղղման և կոկսիդային գիպսյա կապով անշարժացման փորձ (նկ. 187, ա, բ): Միանվազ ուղղման անհաջողության դեպքում դրվում է կմախքային ձգում ազդրոսկրի մետաֆիզի կամ մեծ ուլթի թմբիկի միջով: Վերջույթը տեղավորվում է Բելերի շինայի վրա: Բուժման այս տեսակը կիրառվում է կողմնային կոտրվածքների դեպքում:

Միջային կոտրվածքների դեպքում լավ է անմիջապես դիմել վիրահատական բուժման: Այս նպատակով ոսկրաբեկորները համադրվում են և անշարժացվում եռաթև մետաղական մեխով (նկ. 188): Մեխը ներս է մտցվում հատուկ ուղղորդի միջոցով:



ա

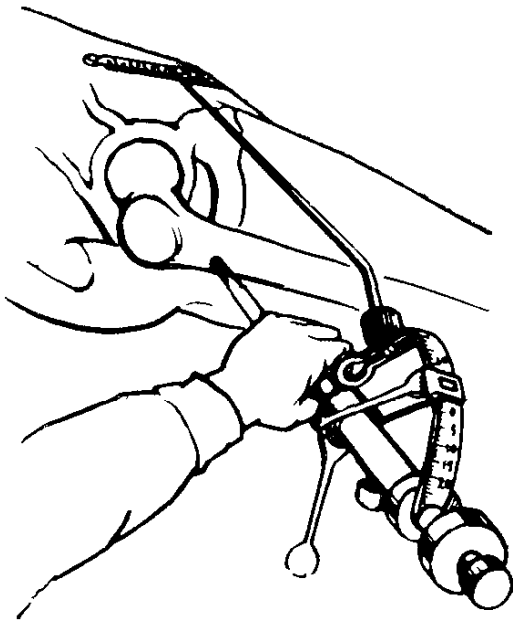


բ

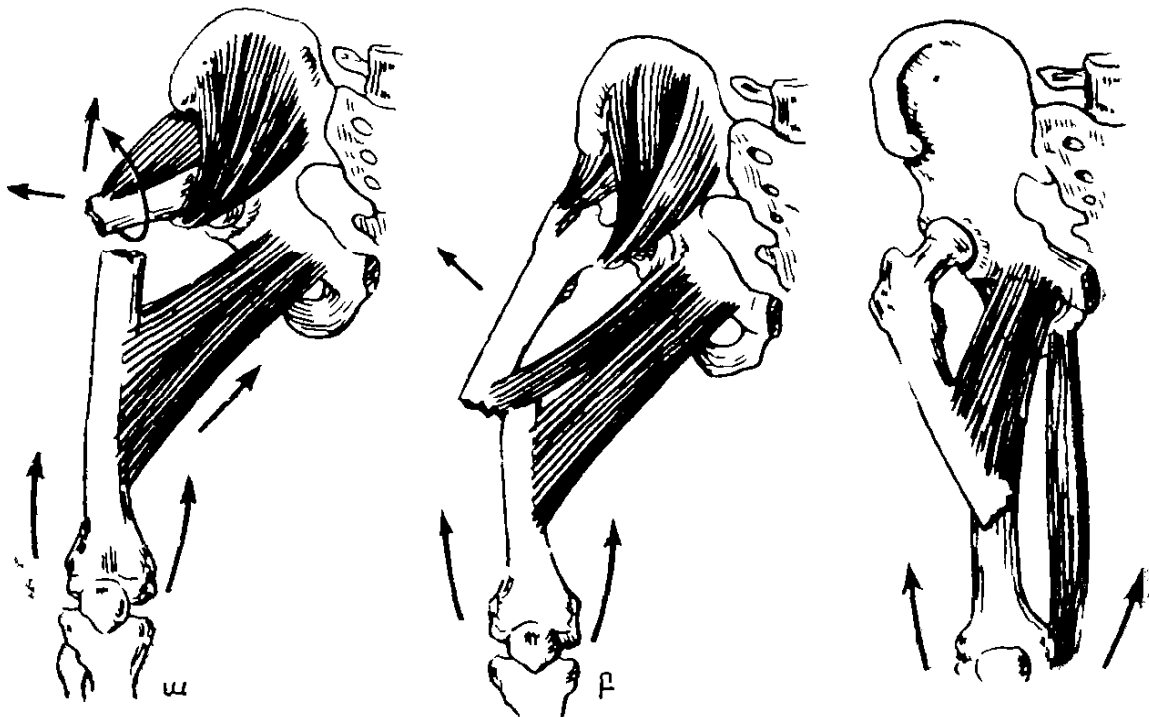
Նկ. 187. Ազդրուկրի վզիկի բեկորների ռադիան հաղթահարումը (ա), կոնֆազդրային մեծ գիպսյա կապ (բ):

Ազդրուկրի դիաֆիզի կոտրվածքներ: Կախված կոտրվածքի մակարդակից, տարբերվում են վերին, միջին և ստորին երրորդականի կոտրվածքներ:

Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է կոտրվածքի բացարձակ և հարաբերական նշաններով: Կախված կոտրվածքի մակարդակից, մկանների ազդեցության հետևանքով նկատվում է ոսկրաբեկորների տարբեր



Նկ. 189. Ազդրուկի տեղաշարժի սխեման տարբեր մակարդակների կոտորվածքների դեպքում (ա—դ):



տեղաշարժ: Ազդրի վերին երրորդականի կոտորվածքների դեպքում կենտրոնական ոսկրաբեկորը տեղաշարժվում է դեպի առաջ և դեպի դուրս, ծայրամասայինը՝ վերև, ներս և հետ (գալիֆե շալվարի ձևի ձևախախտում, նկ. 189, ա): Միջին երրորդականի կոտորվածքների դեպքում տեղախախտումը ընթանում է նույնպիսի ձևով, բայց ավելի թույլ է արտահայտված (նկ. 189, բ): Ստորին երրորդականի կոտորվածքի դեպքում կենտրոնական բեկորը տեղաշարժվում է դեպի ներս, իսկ ծայրամասայինը՝ դեպի հետ (նկ. 189, գ):

Ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթն իմանալը անհրաժեշտ է կոտորվածքը բուժելու դեպքում համապատասխան ուղղման համար:

Ազդրոսկրի բուլոր կոտորվածքների դեպքում ռենտգենյան նկարահանումը կատարվում է երկու պրոյեկցիաներով:

Բուժումը: Պահպանողական բուժումը կմախքային ձգումն է: Վերջույթը տեղավորվում է Բելերի շինայի վրա միջին ֆիզիոլոգիական դիրքում (ծալումը կոնքազդրային և ծնկան հոդերում $130-140^\circ$ անկյան տակ, զատումը՝ 15°): Ինչքան կոտորվածքը բարձր է, այնքան զատման անկյունը մեծ է: Շյուլը մտցվում է ազդրոսկրի մետաֆիզի միջով կամ մեծ ուղքի թմբիկի միջով և կախվում է 9—10 կգ ծանրություն: Ազդրի ստորին երրորդականի կոտորվածքի դեպքում ծնկի տակ դրվում է գլանաբարձ և լրացուցիչ կողմնային ձգում դեպի դուրս թեզանոդի օգնությամբ ազդրի ստորին երրորդականից: Կոտորվածքի այս ձևի դեպքում շյուլը լավ է անցկացնել ազդրոսկրի մետաֆիզի միջով և ազդրից ձգման ուղղությունը տեղաշարժել մի փոքր վերև ազդրի առանցքից: Զգման միջին ժամկետը 5—7 շաբաթ է: Սկզբնական ոսկրային կոշտուկի առաջացումից հետո կարելի է դնել գիպսյա կապ: Կարելի է կիրառել Գ. Ա. Իլիզարովի եղանակը:

Վիրահատական բուժումը՝ օսթեոսինթեզ հատուկ մետաղական մեխով, որը մտցվում է ոսկրածուծի խողովակի մեջ, որպես կանոն, կատարվում է բաց կոտորվածքների, ոսկրաբեկորների արանքում փափուկ հյուսվածքների տեղակայվելու, կոտորվածքների ոչ ճիշտ աճակցման և էպիֆիզի հոդերի դեպքում:

Սրունքի ոսկրերի կոտորվածքներ: Դիաֆիզալ կոտորվածքներ: Վնասվածքի մեխանիզմն է ուղղակի հարվածը կամ երբ ընկնում են ոտքերի վրա: Հաճախ հանդիպում է սրունքի զույգ ոսկրերի կոտորվածքներ: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժը տեղի է ունենում ըստ երկարության, լայնքի, անկյան տակ և առանցքի շուրջը: Մեկ ոսկրի կոտորվածքի դեպքում ձրկորորդը ծառայում է որպես անշարժացնող շինա, և այդ պատճառով ոսկրաբեկորների տեղաշարժը այնքան էլ չի արտահայտվում:

Կլինիկական պաակերը կախված է ոսկրաբեկորների տեղաշարժի աստիճանից: Նկատվում են կոտորվածքի ինչպես հարաբերական, այնպես էլ բացարձակ նշանները: Ռենտգենյան նկարահանումը ճշտում է կոտորվածքի տեսակը և ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթը:

Բուժումը: Կարելի է փորձել ոսկրաբեկորների միանվագ ուղղում կատարել, որից հետո դնել շրջանաձև գիպսյա կապ: Եթե այս ձևով չի հաջողվում համադրել ոսկրաբեկորները, կիրառվում է կմախքային ձգումը կրունկոսկրից: Վիրահատական բուժումը անցկացվում է բաց կոտորվածքների, ոսկրաբեկորների արանքը փափուկ հյուսվածք տեղա-

կայվելու դեպքում և ոսկրաբեկորների համադրման անհնար լինելու դեպքում (նախորդ եղանակով):

ՊՆԵՂՆԵՐԻ կոտրվածքներ: Հանդիպում են հաճախ և կազմում են սրունքի ոսկրերի կոտրվածքների շուրջ 40 %-ը: Պճեղների՝ առավել հաճախակի պատահող կոտրվածքի պատճառը սրունքի պտույտն է անշարժացված ոտնաթաթի դեպքում կամ ոտնաթաթը դեպի դուրս կամ ներս ոլորվելը:

Պճեղների կոտրվածքները բաժանվում են՝ 1) որևէ պճեղի մեկուսացված կոտրվածքի, 2) ադդուկցիոն (ոտնաթաթի պտտվելը ներս) զույգ պճեղների կոտրվածք (մալգենյան կոտրվածք), 3) աբդուկցիոն (ոտնաթաթի պտտումը դուրս) զույգ պճեղների կոտրվածք (Դյուպյուևտրենի կոտրվածք), 4) զույգ պճեղների կոտրվածք՝ մեծ ոլորի եզրային կոտրվածքով (Դեստի կոտրվածք): Զույգ պճեղների կոտրվածքները հարկավոր է դիտել որպես կոտրվածք-հոդախախտ, քանի որ այս դեպքերում տեղի է ունենում ոտնաթաթի ենթահոդախախտ:

Կլինիկական պատկերը: Վնասված պճեղի շրջանում նկատվում է այտուցվածություն, արյունազեղում և ցավոտություն: Զույգ պճեղների կոտրվածքի դեպքում, հատկապես մեծ ոլորի եզրային պոկման դեպքում, տեղի է ունենում ենթահոդախախտ այս կամ այն կողմում: Վերջնական ախտորոշումը դրվում է ռենտգենյան նկարահանումով երկու պրոյեկցիաներով:

Բուժումը: Տեղային ցավազրկումից հետո սրունքի երկայնակի առանցքի ուղղությամբ կատարվում է ոտնաթաթից ձգում, ոտնաթաթը պտտելով վնասվածքին հակադիր կողմի վրա: Դրվում է Մ-աձև գիպսյա լոնգետ: Այտուցի իջնելուց հետո գիպսակապվում է, առաջացնելով «փոքրիկ կոշիկ»: Պահպանողական բուժման անարդյունավետության դեպքում դիմում են վիրահատման՝ պճեղները համադրվում և ամրացվում են մետաղական պտուտակներով կամ Ու-աձև մետաղական կեռիկներով:

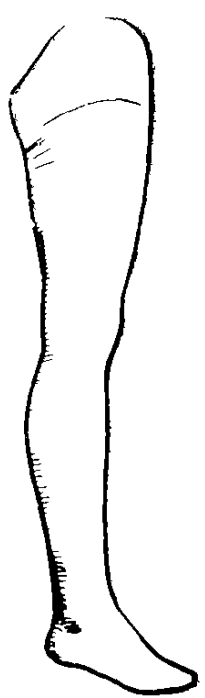
ՊՐՈԹԵԶԱՎՈՐՈՒՄ

Պրոթեզի տակ հասկացվում են հատուկ հարմարանքները, որոնք պատրաստված են տարբեր նյութերից (փայտ, մետաղ, պլաստմասսա), նախատեսված են մարմնի առանձին մասերի փոխարինման և նրանց ուղղման համար:

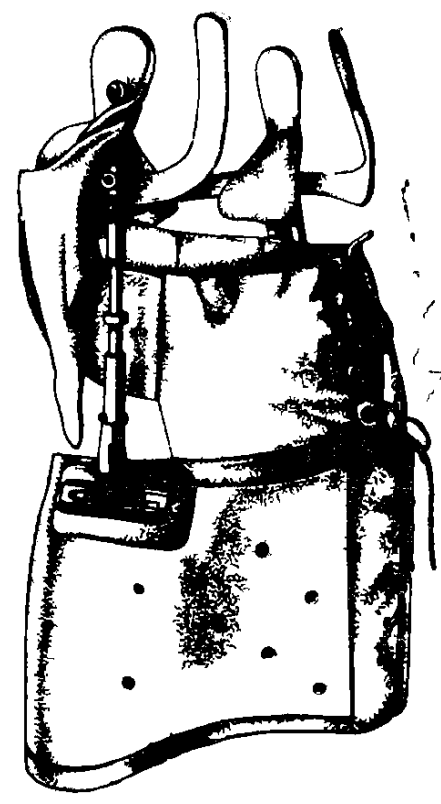
Կախված պրոթեզների նշանակությունից, նրանք լինում են կոսմետիկ և ֆունկցիոնալ, կամ աշխատանքային: Կոսմետիկ պրոթեզներին են վերաբերում այնպիսիները, որոնք լրացնում, ուղղում են որևէ կոսմետիկ արատ (օրինակ, արհեստական աչք, քիթ և այլն): Աշխատանքային կոչվում են այն պրոթեզները, որոնք կարող են կատարել մարմնի բացակա մասի գործունեությունը (ձեռք, ոտք և այլն) (նկ. 190):

Պրոթեզները լինում են ժամանակավոր և մշտական: Ժամանակավորները կիրառվում են մարմնի տվյալ մասի նախապատրաստման նպատակով, մշտական պրոթեզ կրելու համար (օրինակ, գիպսյա պրոթեզները անդամահատված ծայրատի ձևավորման համար, գիպսյա սեղմիրան և այլն): Մշտական պրոթեզները պատրաստվում են փայտից, մետաղից և այլ ամուր նյութերից և նախատեսվում են մշտական և տևական կրելու համար:

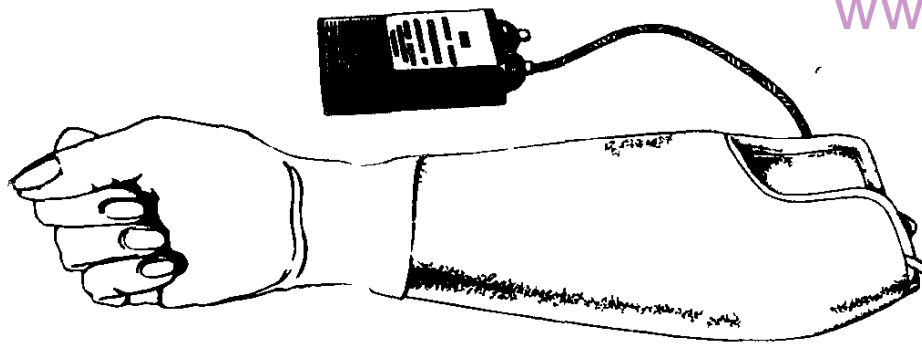
Օրթոպեդիական ապարատներին վերաբերում են տեխնիկական առումով ավելի բարդ պրոթեզները, օրինակ՝ սեղմիրանը, որը պատրաստված է կաշվից, մետաղական շինաներից (նկ. 191), ձեռքի պրոթեզը, որն աշխատում է կենսահոսանքներով, և այլն (նկ. 192):



Նկ. 190. Ռսֆի պրոթեզ:



Նկ. 191. Սեղմիրան:



Նկ. 192. Կենսահոսանքներով ղեկավարվող ձեռքի պրոթեզ.

ՎԵՐՋՈՒՅԹՆԵՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Վերին վերջույթի ոսկրերի կոտրվածքներ: Մշտակտն ձգման եղանակի դեպքում բուժքույրը պետք է ուշադիր հսկի հիվանդի ձեռքի ճիշտ դիրքը: Եթե հիվանդը գանգատվում է դրված սեղմիրանի կամ ձգաթուկի տակի ցավերից, այդ մասին պետք է հաղորդել բժշկին, քանի որ հնարավոր է սեղմակի դուրս գալը ոսկրից կամ մաշկի գրգռումը: Ծանրության ազդեցության տակ վնասված վերջույթը կարող է տեղաշարժվել ըստ երկարության: Այդպիսի դեպքերում պետք է թեթևակի բարձրացնել ծանրությունը, հիվանդին պարտադրել ձիգ պառկել մեջքի վրա, իսկ տեղաշարժված հանգույցները և բամբակե բարձիկները դրվում են նախկին տեղում: Մատների հոդերում դժվարաշարժությունը կանխելու համար հանձնարարվում է օրը մի քանի անգամ մատների շարժումներ կատարել (բունցքաձև կծկելով և տարածելով մատները):

Գիպսյա կապով վերին վերջույթների կոտրվածքների բուժման դեպքերում հիվանդների հսկումը սովորաբար կատարվում է ամբուլատոր պայմաններում, ուստի օգնությունը ցույց տալուց հետո հիվանդին ուղարկում են տուն: Եթե հիվանդը տեղափոխվում է մեքենայով, ապա նրան տրվում է կիսանստած դիրք: Այսպիսի դիրքը հանձնարարվում է պահպանել և տանը 3—5 օրվա ընթացքում: Կիսանստած դիրքը ստեղծվում է գլխի և կրծքավանդակի տակ դնելով լրացուցիչ (2—3) բարձեր կամ բարձրացնելով մահճակալի գլխի կողմը: Այսպիսի դիրքը հիվանդին հնարավորություն է տալիս ավելի թեթև տանելու ցավերը, շնչառությունը շի ճնշվում: Սրանով կանխվում է նաև թոքերի բարդությունների զարգացումը: Գիպսյա կապը հանելուց հետո հիվանդին թույլատրվում է ընդունել ցնցուղ կամ լոգանք: Նշանակվում է ակտիվ շարժումներ ուսահողում և արմնկահողում, ամբողջ վերջույթի մերսում:

Մեծ ուշադրություն պետք է դարձնել երեխաներին, որոնց հետ երբեմն հատկապես դժվար է շփում ստեղծել: Համբերատար բացատրությունը և հորդորումը ոչ միշտ են հասնում նպատակին, այդ պատճառով ծնողները պետք է օգնեն երեխաներին կատարելու պասիվ շարժումներ դաստակի մատներով և ուսահողում: Երեխաները վերջույթի ոչ սովորական դիրքի և ցավերի պատճառով դառնում են անօգնական, կամակոր, հրաժարվում են սննդից: Այդ պատճառով պետք է նրանց հազցնել և հագուստը հանել, ինչպես և կերակրել, հետևել ֆիզիոլոգիական գործողություններին, հատկապես այն դեպքերում, երբ վնասված է աջ ձեռքը:

Ստորին վերջույթների ոսկրերի կոտրվածքներ: Կմախքային կամ սոսնձային ձգման դեպքում հետևում են այն բանին, որ ոտնաթաթի կախրնկածություն չլինի և որպեսզի այն պահված լինի ֆլանելե դիզակի միջոցով սրունքի առանցքի հանդեպ 95° անկյան տակ, 250—300 գ ծանրությունով:

Ծանրություն ազդեցության տակ վերջույթը կարող է տեղաշարժվել ըստ երկարության անբավարար հակադիմադիր հենարանի հետևանքով: Այդպիսի դեպքերում պետք է թեթևակի բարձրացնել բեռը, հիվանդին ստիպել մահճակալի վերին մասից բռնել ձեռքերով և ձգվել վեր և օգնել նրան ձիշտ դնելու վերջույթը: Պետքանոթը տակը դնելու համար հիվանդին պետք է մոտենալ առողջ վերջույթի կողմից, նրան առաջարկվում է ծալել առողջ ոտքը ծնկան հողում, հենվելով նրա վրա և թեթևակի բարձրանալ արմունկներին: Այդ ժամանակ հիվանդի տակը դրվում է պետքանոթը: Հիվանդի տակից այն դուրս հանելիս բոլոր շարժումները կատարվում են հակառակ հաջորդականությամբ: Հոդերի դժվարաշարժությունը կանխելու համար անհրաժեշտ է հետևել այն բանին, որպեսզի հիվանդը ըստ բժշկի նշանակման օրվա ընթացքում մի քանի անգամ շարժի մատները և ծնկոսկրը, ծալի և տարածի սրունք-թաթային հողը և հիվանդ ոտքը:

Կմախքային ձգման կամ Իլիզարովի ապարատով բուժման դեպքում կարող է տեղի ունենալ շյուղի անցկացման տեղի թարախակալում (կարմրություն, ցավ, պայտաղեղին թխթխկացնելիս շյուղի տեղաշարժ):

Կալ արդյունք են տալիս ԲՖ-6 սոսնձի տեղային քսումը, ընդհանուր անտիբիոտիկաբուժումը, հանգիստը: Բուժման անհաջողության դեպքում շյուղը հեռացվում և այն նորից դրվում է ոսկրի առողջ մասերից:

Այն դեպքերում, երբ ստորին վերջույթների ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում կիրառվում է գիպսյա կապը, անհրաժեշտ է պայմաններ ստեղծել այն անվնաս մնալու համար: Դրա համար հիվանդին տեղավորում են հենք ունեցող մահճակալի վրա և թույլ շեն տալիս շրջվել անկողնում մինչև կապի լրիվ շորանալը: Կախված վերջույթի վրա գիպս-

յս կապի ճնշումը կանխելու նպատակով անհրաժեշտ է հետևել ոտնաթաթի մատների վիճակին, որոնք մնում են ազատ: Նորմայում նրանք պետք է լինեն վարդագույն, տաք և ոչ այտուցված: Եթե մատները դառնում են սառը, այտուցված, կապտած և կորցնում են զգացողությունը, ապա կապը պետք է կտրվի և եզրերը իրարից հեռացվեն:

Մեծ գիպսյա կապերով հիվանդների խնամքը ունի իր առանձնահատկությունները: Այդպիսի հիվանդները երկար ժամանակով պետք է գտնվեն անկողնում, այս պատճառով սննդի ընդունումը, լողանալը և բնական պահանջների անհրաժեշտությունը կատարվում են հիվանդասենյակում: Անկողնու սպիտակեղենը փոխելու համար հիվանդին պետք է պառկեցնել սալակի վրա: Դա կատարում է բուժքույրը երկու սանիտարուհիների օգնությամբ: Դրանից հետո, երբ ավարտվում է մահճակալի հարդարումը, հիվանդին նորից տեղավորում են անկողնու մեջ: Ոտքի տակ գիպսյա կապի վրայից դրվում է օրթոպեդիական բարձիկ: Հիվանդի հարդարումը սահմանափակվում է կոնքի վրա գլուխը լվանալով և յարմնի գիպսյա կապերից ազատ մնացած մասերը լվացումով շփելով:

Մեծ գիպսյա կապերով հիվանդներին կերակրում են մահճակալի մեջ: Հիվանդի կրծքավանդակը ծածկվում է անձեռոցիկով կամ սրբիչով, իսկ նրա վրա դրվում է կերակրով լցված ափսեն: Եթե հիվանդին թոյլատրվում է շրջվել կողքի վրա, ապա ափսեն դրվում է հիվանդի անկողնու մոտ:

Հիվանդի տակ հարթ պետքանոթը դնելու համար հիվանդապահուհին, անցնելով առողջ վերջույթի կողմը, խնդրում է հիվանդին ծալել առողջ ոտքը ծնկան հոդում, հենվելով մահճակալին վեր բարձրանալ: այդ պահին պետքանոթը դրվում է հիվանդի տակ:

Հիվանդները հաճախակի գանգատվում են ոսկրային թմբիկների (աթաշավերին փշի, կոնքի ոսկրերի կատարների, մեծ տամբիոնի, փոքր ոլոթի գլխիկի, պճեղների, կրունկի) շրջանում գիպսյա կապի ճնշումից: Այսպիսի դեպքերում ճնշման համապատասխան տեղում պետք է կտրել բաժել «պատուհան», զննումից հետո դնել բամբակի տակադիր և նորից գիպսակապով ծածկել:

Կապի՝ կրունկի շրջանը ճնշելու դեպքում նպատակահարմար է ճեղքել կապը ոտնաթաթի թիկնային մասի վրա, որից հետո կրունկը բարձրացնում է և ճնշումը վերանում:

Փափուկ հյուսվածքների վրա գիպսյա կապի ճնշման դեպքում պետք է կապի եզրերը հետ քաշել մետաղական կեռագլուխ գործիքի օգնությամբ և եզրերը մշակել կպշուն սպեղանիով: Հետույքների շրջանի պառկելախոցերի կանխման համար հարկավոր է հետևել, որպեսզի գիպսյա կապի հետին մակերեսը լինի շոր և մաքուր: Այս նպատակի

համար հիվանդի տակ փոփոխվում է մոմլաթ, իսկ նրա վրայից փոփոխվում է շոր սավան, որը փոխվում է անհրաժեշտության դեպքում:

Վիրահատումից հետո դրված գիպսյա կապը կարող է ներծծվել արյունով, որն արտահոսում է վերքից: Այսպիսի դեպքերում կապի համապատասխան տեղը անհրաժեշտ է քսել յոդ կամ կալիում պերմանգանատի խիտ լուծույթ և փաթաթել գիպսյա բինտով. դա նախապահապանում է վերքը:

Գլուխ VIII

ՌԵԱՆԻՄԱՑԻԱ, ԱՆՀԵՏԱԶԳԵԼԻ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՑՈՒՅՑ ՏԱԼԸ ԴԺԲԱԽՏ ՊԱՏԱՀԱՐՆԵՐԻ ԴԵՊԵՐՈՒՄ

Ռեանիմացիայի տակ հասկացվում է այն միջոցառումների համալիրը, որոնք ուղղված են օրգանիզմի վերակենդանացման համար կլինիկական մահվան դեպքում, որը սկսվում է նարկոզի, վիրահատական միջամտության, պատահական վնասվածքի, թունավորման և այլ բարդությունների հետևանքով: Վերակենդանացումը արտակարգ բարդ պրոցես է, որը անձնակազմից պահանջում է մեծ փորձ, արագ և ճշգրիտ աշխատանք:

Հասկացություն կլինիկական և կենսաբանական մահվան մասին

Ներկայումս բացահայտվում է, որ տարբեր օրգանների մահը տեղի է ունենում դանդաղորեն և արյան շրջանառության դադարից հետո: Թթվածնի քաղցի հանդեպ առավել զգայուն է գլխուղեղը: Գլխուղեղի բջիջները արյան շրջանառության դադարից 5—6 րոպե հետո արդեն ենթարկվում են անշրջելի փոփոխությունների: Սրանից կախված՝ ընդունված է տարբերել կլինիկական և կենսաբանական մահ:

Կլինիկական մահվան տակ հասկացվում է սրտի և շնչառության դադարումը: Այսպիսի վիճակների դեպքում կյանքը դեռևս չի հանգել և հնարավոր է լրիվ վերականգնել կենսագործունեությունը: Կլինիկական մահը կարող է անցնել կենսաբանականին, որը օրգանիզմի այնպիսի վիճակն է, երբ պրոցեսը անշրջելի է: Կենսաբանական մահվան անվիճելի նշանները շնչառության և սրտի աշխատանքի դադարումից բացի, նաև դիակային բծերը և դիակային փայտացածությունն է:

Կլինիկական մահը կարող է սկսվել ոչ անմիջապես, այլ անցնել մի շարք փուլեր՝ նախահոգեվարքի և հոգեվարքի, որոնք մի շարք դեպքերում կարող են պարզորոշ արտահայտված չլինել:

Նախահոգեվարքի փուլը բնորոշվում է նրանով, որ գիտակցությունը պահպանված է, բայց լինում է արգելակվածություն, զարկերակային ճնշումը ցածր (առավել ճնշումը 50—60 մմ սնդ. սյան, առավել ցածրը չի որոշվում), պուլսը թույլ լեցումով, հաճախացած, հեռոց, շնչառության ռիթմի խանգարում: Այս փուլի տևողությունն է մի քանի րոպեից մինչև մի քանի օր:

Հոգեվարքի փուլը ուղեկցվում է գիտակցության կորստով: Բերրը լայնացած են, լույսին չեն հակազդում: Զարկերակային ճնշումը չի որոշվում, պուլսը չի շոշափվում, սրտի տոները խլացած են, շնչառությունը հազվադեպ է, մակերեսային: Այս փուլը կարող է տևել մի քանի րոպեից մինչև մի քանի ժամ:

Կլինիկական մահվան դեպքում շնչառությունը և պուլսը բացակայում են: Գլխուղեղի սկսվող թթվածնային քաղցի (հիպոքսիա) մասին կարելի է դատել բերրի խիստ լայնացումից: Բուժման միջոցառումները անհրաժեշտ է սկսել մինչև բերրի լայնացումը: Կլինիկական մահվան շրջանը շարունակվում է 5—7 րոպե:

Սահմանային վիճակը հավաքական հասկացություն է, բնորոշվում է կենսական գործողությունների ծայրաստիճան ընկճվածությամբ և ներգրավում է իր մեջ նախահոգեվարքի և հոգեվարքի փուլերը, ինչպես և կլինիկական մահը:

ՕՐԳԱՆԻԶՄԻ ՎԵՐԱԿԵՆԴԱՆԱՑՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ

Սրտի կանգառումը և շնչառության դադարումը դեռևս չի նշանակում անշրջելի կենսաբանական մահվան վրա հասնելը: Ինչպես մատնանշվեց վերևում, վերջինիս նախորդում է կլինիկական մահը 5—7 րոպե տևողությամբ, երբ անհետաձգելի միջոցներ ձեռք առնելու դեպքում դեռևս կարելի է վերականգնել սրտի և թոքերի գործունեությունը գլխուղեղի կեղևի նույնական (ադեկվատ) գործունեության ֆոնի վրա: Սա կարևոր պահ է, քանի որ սրտի գործունեությունը վերականգնել կարելի է անհամեմատ ավելի ուշ ժամանակամիջոցում, բայց այս դեպքում գլխուղեղի կեղևի գործունեությունը լինում է ամբողջովին և անշրջելի դադարած: Այս նշանակում է, որ վրա է հասնում սոցիալական մահը, քանի որ մարդը որպես հասարակական էակ չի կարողանում կատարել իր գործը հասարակության մեջ: Կախված սրանից՝ պարզ է, որ օրգանիզմի վերակենդանացման միջոցառումները պետք է սկսել անհապաղ: Նույնիսկ շտապ օգնության ծառայության աշխատանքի օրի-

Նակեղի կազմակերպման դեպքում այն կարող է տեղ հասնել 10—15 քուպե հետո: Ազգաբնակչությանը վերակենդանացման հիմունքները սովորեցնելը մտնում է բուժքրոջ պարտականությունների մեջ և ունի կարեվոր պետական նշանակություն:

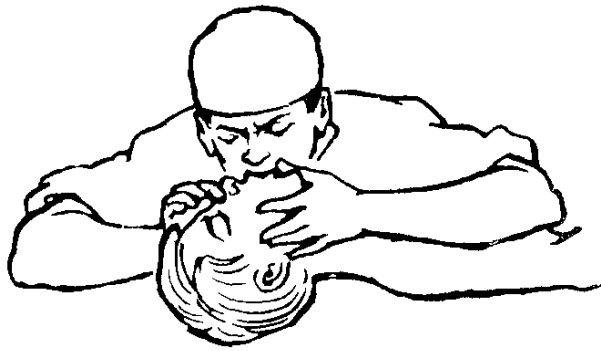
Սիրտ-թոֆային վերակենդանացումը կազմված է հետևյալ փուլերից՝ 1) շնչառական ուղիների անցանելիության վերականգնում, 2) թոքերի արհեստական օդափոխություն՝ տուժածի թոքերի մեջ օդը (թթվածինը) ակտիվորեն ներս փչելու եղանակով, 3) արյան շրջանառության պահպանումը սրտի արտաքին մերսման միջոցով, 4) դեղանյութերի ներարկումներ, էլեկտրասրտագրության կատարում, դեֆիբրիլյացիա, 5) ինտենսիվ բուժում հետվերակենդանացման շրջանում, որն ուղղված է օրգանիզմի կարևոր կենսական գործունեությունների պահպանմանը և կայունացմանը:

Շնչառության դադարում: վերականգնել շնչուղիների անցանելիությունը: Շնչառությունը կարող է դադարել թոքի մեջ օդի դժվարացած ներս անցնելուց ձայնալարերի կծկման (լարինգոսպազմ), փսխման զանգվածներով շնչուղիների խցանման, ներշնչափողային խողովակի ծալվելու, լեզվի անկման և այլ դեպքերում: Այս վտանգավոր բարդությունը կանխելու համար անհրաժեշտ է հիշել այդ մասին և անցկացնել համապատասխան նախապահպանական միջոցառումներ:

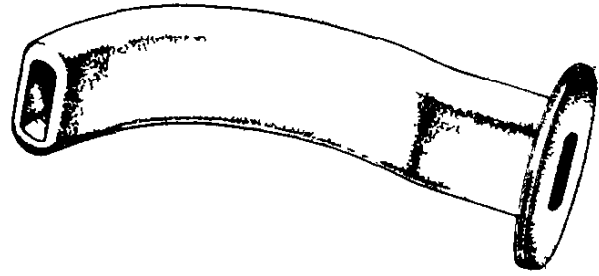
Փակումը կարող է լինել լրիվ և մասնակի: Շնչուղիների անցանելիությունը վերականգնելու համար տուժածի անգիտակից դրուժյան դեպքում անհրաժեշտ է արագ և ճշգրիտ հաջորդականությամբ կատարել հետևյալ միջոցառումները՝ 1) հիվանդին մեջքի վրա պառկեցնել կոշտ մակերեսի վրա, 2) գլուխը թեքել հետ և արտաշնչել հիվանդի բերանի մեջ. եթե այս դեպքում կրծքավանդակը չի ուղղվում՝ հարկավոր է 3) ստորին ծնոտը շարժել դեպի առաջ, բացել բերանը, 4) մաքրել բերանը և ըմպանը լորձից և այլ պարունակություններից, 5) նորից կատարել ներշնչում հիվանդի բերանի մեջ հետևելով կրծքավանդակի շարժումներին և արտաշնչմանը: Մի շարք դեպքերում պատճառների վերացումից հետո շնչառության դադարումը չի վերականգնվում: Այդպիսի դեպքերում հիվանդին ներարկում են 1—2 մլ 20 % լոբելինի կամ ցիտիտոնի լուծույթներ, 1—2 մլ 20 % կորդիամինի լուծույթ, 0,25—0,05 % ստրոֆանտինի լուծույթ 10—20 մլ 40 % գլյուկոզայի հետ և անհապաղ սկսում են արհեստական շնչառության կատարումը:

Թոֆերի արհեստական օդափոխում: Շնչառության եղանակը բնորոշում են ելնելով այն պայմաններից, որտեղ գտնվում է հիվանդը, և շնչառության դադարի պատճառներից:

Սիլվեստրի եղանակ: Հիվանդը պառկած է մեջքի վրա: Հիվանդի ձեռքերը բռնում են դաստակներից և եռանդուն բարձրացնում դեպի



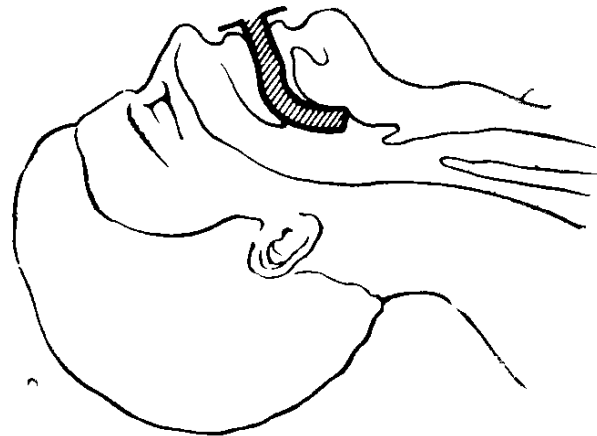
Նկ. 193. Արհեստական շնչառությունը բերան ընդ բերան եղանակով:



Նկ. 194. Օդատար խողովակ:



Նկ. 195. Օդատար խողովակը ներս մտցնելու տեխնիկան:



վերև (տեղի է ունենում ներշնչում), որից հետո դրանք իջեցնում են կրծքավանդակի վրա և ամուր ճնշում նրա վրա (արտաշնչում): Մեկ րոպեում կատարվում են այդպիսի 14—16 շարժումներ:

Շյուպլերի եղանակ: Ձեռքերը ձգելով լայնացնում են կողաղեղները դեպի կողմերը (շնչում), որից հետո սեղմում են (արտաշնչում):

Վերոհիշյալ եղանակները ներկայումս կիրառվում են հազվադեպ:

Արհեստական շնչառության առավել արդյունավետ հասարակ եղանակներից են բերան ընդ բերան կամ բերան ընդ քիթ եղանակները: Հիվանդի դիրքը մեջքի վրա է, խիստ հետ թեքված գլխով: Սրա համար նրա թիակների տակ դրվում է հագուստը կամ ծածկոցը, որը փաթաթվում է գլանաբարձի ձևով: Մատներով սեղմում են հիվանդի քիթը, բերանը ծածկվում է թանզիֆով կամ թաշկինակով և խորը ներշնչում կատարելով արտաշնչում են օդը հիվանդի բերանի մեջ (նկ. 193): Շնչառության այս տեսակը լավ է կատարել օդատար խողովակի միջոցով (նկ. 194),

որը պետք է ներս մտցնել հիվանդի բերանի մեջ՝ հետ մղելով լեզուն դեպի բերանի հատակը (նկ. 195): Արտաշնչումը տեղի է ունենում պասիվորեն:

Մեկ րոպեի ընթացքում կատարվում է մոտավորապես 12 ներփչում (մեկ ներշնչում յուրաքանչյուր 3—5 սրտային կծկմանը):

Այնպիսի դեպքերում, երբ հիվանդի ծնոտները ամուր սեղմված են միմյանց, արդյունավետ է արհեստական շնչառության բերան ընդ քիթ եղանակը: Այս նպատակով մեկ ձեռքը դրվում է ճակատի վրա՝ գլուխը հետ է թեքվում, իսկ մյուսով բռնվում է կզակը և բարձրացվում է ստորին ծնոտը դեպի վերև՝ փակելով բերանը, իսկ հետո կատարվում է խորը ներշնչում, շրթունքներով պարփակվում է քիթը և կատարվում եռանդուն արտաշնչում:

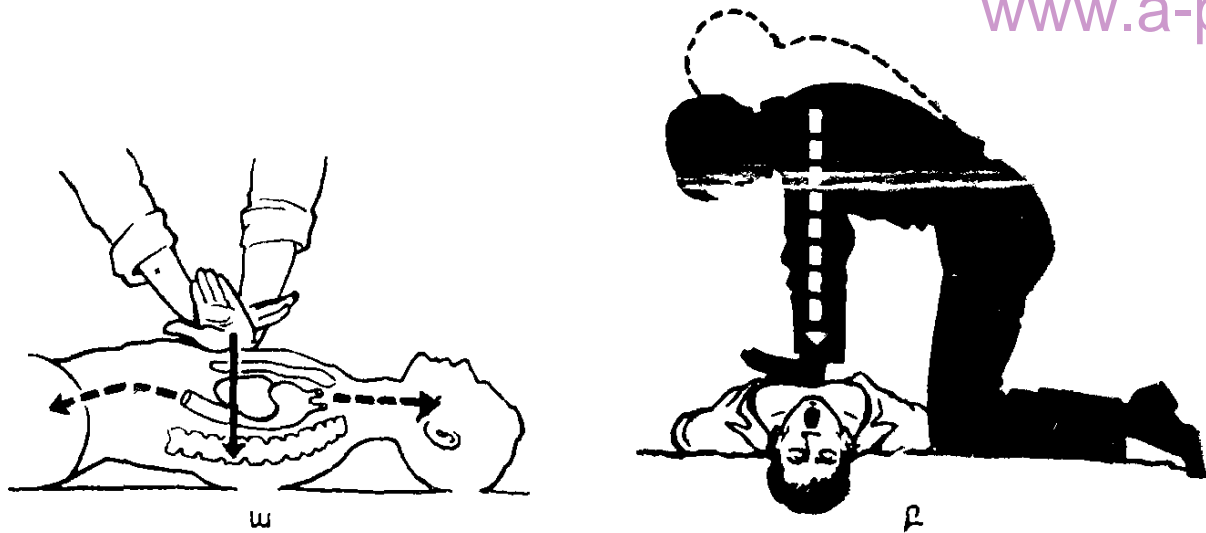
Երեխային արհեստական շնչառություն տալու դեպքում շրթունքներով ամուր պարփակվում է քիթ ու բերանը միաժամանակ և ներմղվում է օդը (ոչ մեծ քանակով), հետևելով կրծքավանդակի բարձրացմանը: Երեխաների շնչառության հաճախականությունը պետք է լինի մեկ րոպեում 15—18 սահմաններում:

Արհեստական շնչառության կատարման համար շատ հարմար է Ռուբենի պարկը «Ամբու» անվամբ:

Վերոհիշյալ եղանակների համեմատ առավել արդյունավետ է շնչառությունը ապարատի օգնությամբ (ԴԴ-1, ԴԴ-2, ԴԴ-3, ՌԴԱ-1, ՌԴԱ-2, ՌՕ-1, ՌՕ-2, ՌՕ-3, ՌՕ-5 և այլն): Ապարատների կիրառման դեպքում, հատկապես վերոհիշյալ վերջին կառուցվածքների, հիվանդի ներշնչումը և արտաշնչումը կատարվում է ինքնաբերաբար: Արհեստական շնչառությունը կարելի է շարունակել անսահմանափակ երկար (մի քանի ամիս), քանի դեռ չի վերականգնվել ինքնուրույն շնչառությունը:

Սրտի դադարում: Սրտի գործունեության դադարումը կանխելու համար, բացի արհեստական շնչառության կատարումից, զարկերակային արյան ճնշման անկման դեպքում անհրաժեշտ է շտապ կարգով կատարել ոչ միայն ներերակային, այլև ներզարկերակային արյան փոխներարկում: Այս նպատակով զարկերակը (ճաճանչային, հետուլոքային, բազկային և այլն) մերկացվում է, ասեղով ծակվում և միացվում է արյան փոխներարկման համակարգը: Փոխներարկումը կատարվում է շիթով 160—200 մմ սնդ. սյան ճնշման տակ, նախապես արյունը հարստացվում է թթվածնով (1—2 մլ ջրածնի պերօքսիդ մեկ սըրվակ արյանը): Բայց չնայած ձեռք առնված միջոցառումներին, եթե սկսվում է սրտի գործունեության դադարումը, անհրաժեշտ է սկսել սրտի մերսումը:

Սրտի տնուղղակի (փակ) մերսում: Մեթոդի էությունը հետևյալն է. սիրտը կրծոսկրի և ողնաշարի միջև ճնշելու միջոցով արյունը մղվում է



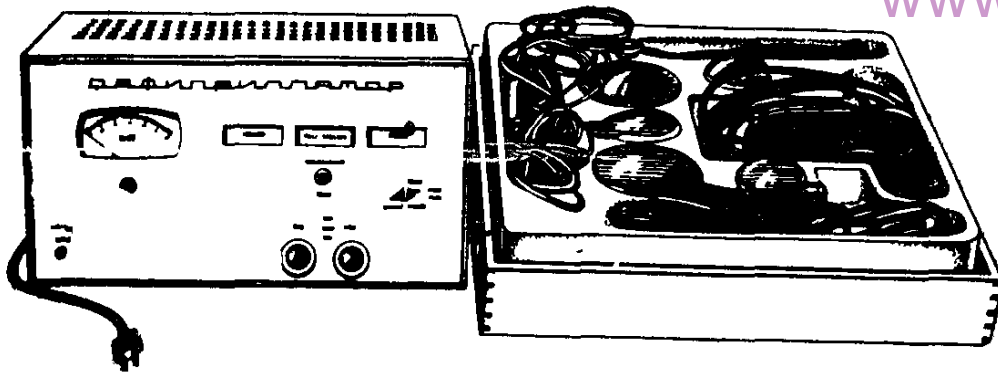
Նկ. 196. Մտաի փակ մերսում.

ա) մերսման սխեման, բ) պրոցեդուրայի ընդհանուր տեսքը:

արյան մեծ և փոքր շրջանառության մեծ անոթների մեջ և դրանով իսկ արհեստականորեն պահպանվում է արյան շրջանառությունը և կենսական կարևոր օրգանների գործունեությունը: Հիվանդին պառկեցնում են մեջքին կոշտ հենքի վրա (հատակ, սեղան, թախտ): Մեկ ձեռքի ափը տեղակայվում է կրծոսկրի ստորին երրորդականի վրա, մյուս ափը առաջինի թիկնային մասի վրա, ձեռքերը պետք է ուղղված լինեն արմընկային հողերում:

Շատ կարևոր է այն հանգամանքը, որ մատները չհպվեն կրծքավանդակին: Սա մի կողմից կարող է նպաստել մերսման արդյունավետությանը, քանի որ ուժերի լարումը ուղղված կլինի միայն կրծոսկրի ստորին մեկ երրորդականի վրա, այլ ոչ թե կրծքավանդակի վրա, և մյուս կողմից՝ էականորեն նվազեցնել կողերի կոտրվածքի վտանգը: Այնուհետև օգնություն ցույց տվողը սկսում է հրումնաձև ճնշել կրծոսկրը, ջանալով այն տեղաշարժել դեպի ողնաշարի ուղղությամբ 3—5 սմ, այդ դիրքում պահելով մոտավորապես $\frac{1}{2}$ վրկ (մեծահասակների մոտ), որից հետո արագորեն թուլացնում է ձեռքերը՝ չհեռացնելով դրանք կրծոսկրից:

Կրծքավանդակը հարկավոր է ճնշել՝ կիրառելով ոչ այնքան ձեռքերի ուժը, որքան իրանի ծանրությունը: Դա ապահովում է մերսման առավել արդյունավետությունը և պահպանում է ուժը երկարատև մերսում կատարելու համար: Հրումնաձև շարժումների թիվը պետք է լինի 60-ից ոչ պակաս: Մերսման առավել արդյունավետության համար, եթե հնարավորություն կա, անհրաժեշտ է մի մերսողին փոխարինի մյուսը, բայց այս դեպքում մերսումը դադարեցնել կարելի է միայն մի քանի վայրկյանով (նկ. 196):



Նկ. 197. Դեֆիբրիլատոր:

Մինչև 10—12 տարեկան երեխաների սրտի արտաքին մերսումը հարկավոր է կատարել միայն մեկ ձեռքով, իսկ կրծքահասակ երեխաներինը՝ երկու մատների ծայրերով: Հրումների թիվը համապատասխանորեն պետք է լինի 70—80 և 100—120 մեկ րոպեում:

Սրտի արտաքին մերսման արդյունավետության չափանիշը պոլսիի հայտ գալն է քնային և ազդրային զարկերակների վրա կրծոսկրի շրջանի յուրաքանչյուր ճնշման դեպքում և բերի նեղացումը:

Սրտի ուղղակի (բաց) մերսում: Կատարվում է՝ 1) սրտի անուղղակի մերսման ոչ բավարար արդյունավետության դեպքում, 2) կրծքի խոռոչի վիրահատումների ժամանակ առաջացող սրտի դադարի դեպքում, 3) սրտի տամպոնադայի, պլևրայի խոռոչի արյունահոսությունների դեպքերում, 4) կրծքավանդակի արտահայտված ուղիղայնության հետևանքով կամ ողնուղեղի և կրծքավանդակի հիվանդությունների (սապատ) դեպքերում, 5) երբ հիպոթերմիայի մեջ գտնվող հիվանդների մոտ դեֆիբրիլյացիայի կրկնակի փորձերը անհաջող են և անհրաժեշտ է անմիջապես տաքացնել սիրտը:

Սրտի ներքին մերսման տեխնիկան (կատարում է բժիշկը) պահանջում է որոշակի հմտություն, որի բացակայության դեպքում այս եղանակից օգտվել պետք չէ: Կրծքավանդակը բաց է արվում ձախից, չորրորդ-հինգերորդ միջկողային տարածությունից: Սրտի մերսումը կարելի է կատարել սրտապարկը առանց բացելու, ինչպես նաև բացելով այն: Սիրտը տեղավորվում է վիրաբույժի ափի մեջ՝ չորս մատները տեղակայվում են սրտի հետին պատի վրա, իսկ մեծ մատը առջևից: Մատների և ափի միջոցով կատարվում է սրտի եռանդուն սեղմում: Սրտի մեծ լինելու դեպքում մերսումը կատարվում է երկու ձեռքերով, տեղակայելով մեկ ձեռքը սրտի հետևից, իսկ մյուսը՝ առջևից: Ոչ բավարար արդյունավետության դեպքում սրտի խոռոչի մեջ ներարկվում է ադրենալին, կալցիումի քլորիդ: Այդ ժամանակ աորտայի աղեղի մեջ

կարելի է կատարել արյան փոխներարկում: Սրտի գործունեության վերականգնման ժամանակ երբեմն առաջանում են սրտամկանի փոքր ցնցումներ (Ֆիբրիլյացիա): Այդպիսի դեպքերում սրտի միջով բաց է թողնվում բարձր լարվածության էլեկտրական լիցք 4000—6000 վ սահմաններում, հատուկ ապարատի՝ դեֆիբրիլյատորի օգնությամբ (նկ. 197):

Անհրաժեշտ է հիշել, որ վերակենդանացման միջոցառումների ժամանակ կատարվում է արհեստական շնչառություն և սրտի մերսման համակցումը: Վերակենդանացման միջոցառումները արդյունավետ կատարվում են երկու հոգով (կարող է և մեկը): Մեկը տալիս է արհեստական շնչառություն, մյուսը կատարում է սրտի մերսում: Արհեստական շնչառության և սրտի կծկումների հարաբերակցությունը իրար հանդեպ պետք է լինի 1 : 5, օդի յուրաքանչյուր ներմղումից հետո անհրաժեշտ է կատարել սրտի հինգ կծկում: Անհրաժեշտ է հիշել, որ օդի ներփչելու պահին մերսումը պետք է դադարեցնել, այլապես օդը տուժածի թոքերի մեջ չի անցնի:

Արյան շրջանառության վերականգնման պահը որոշելու համար հարկավոր է յուրաքանչյուր 2—3 բուպեն մեկ մի քանի վայրկյանով դադարեցնել մերսումը: Եթե սրտի գործունեությունը վերականգնվել է և քնային զարկերակի վրա որոշակի է դառնում պուլսը, ապա մերսումը դադարեցվում է, իսկ թոքերի արհեստական շնչառությունը շարունակվում է մինչև նորմալ ինքնուրույն շնչառության վերականգնումը:

Դեղանյութերի ներմուծում: Կլինիկական մասվան դեպքում դեղանյութերի նշանակումները կատարում է միայն բժիշկը: Դեղանյութերը ներս է մտցվում միայն արյունատար հունի մեջ վերոհիշյալ վերակենդանացման միջոցառումների ֆոնի վրա:

Ադրենալինի 0,1 % ներարկվում է ներերակային կամ ներսրտային 0,5—1 մգ-ից կոտորակային եղանակով յուրաքանչյուր 2—5 բուպե հետո: Լավագույն արդյունք է նկատվում նրա համակցման դեպքում 4 % կամ 7 % նատրիումի հիդրոկարբոնատի լուծույթի հետ ներերակային 1—2 մլ/կգ դեղաչափով: Այս դեղանյութերի ֆոնի վրա մերսումը դառնում է առավել արդյունավետ, բարելավվում է անոթային լարվածությունը, բարձրանում է զարկերակային ճնշումը, շատանում է արյան հոսքը: Սրտամկանի կծկողական հատկությունը ուժեղացնելու համար նպատակահարմար է կիրառել կալցիումի քլորիդի 10 % լուծույթը 5—10 մլ ներերակային:

Վերակենդանացման միջոցառումների կատարման ժամանակ բրիգադը պետք է գործի կազմակերպված, արագ, առանց իբարանցման: Քույր-անեսթեզիստը պարտավոր է իմանալ, թե ինչը և ինչպիսի հա-

չորդականությամբ պետք է մատուցել շտապ ինտուբացիայի, շնչափողահատման, սրտի բաց և փակ մերսման, ներզարկերակային արյան փոխներարկման և այլ դեպքերում: Միայն վերականդանացնողների բրիգադի ներգաշնակ աշխատանքը կարող է հասցնել դրական արգյունքի:

ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՑՈՒՑՑ ՏԱԼԸ ԶՐԱՀԵՂՁՄԱՆ ԵՎ ՇՆՉԱՀԵՂՁՄԱՆ ԴԵՊՔԵՐՈՒՄ

Զրահեղձում: Վերականդանացման միջոցառումները պետք է իրագործել համատեղ շնչառական և սրտի անոթային համակարգերի վրա միաժամանակ ներգործելու համար:

1. Եթե տուժածի գիտակցությունը տեղն է, ապա անհրաժեշտ է տաքացնել և հանգստացնել նրան: Դրա համար անհրաժեշտ է հանել թաց հագուստը, ուժգին շփել նրան, լավ է կատարել մերսում, հազցնել շոր սպիտակեղեն, տալ թունդ, տաք թեյ կամ սուրճ, 25—30 կաթիլ վալերիանայի թուրմ:

2. Եթե գիտակցությունը բացակայում է, բայց պուլսը և շնչառությունը պահպանված են, տուժածին պետք է պառկեցնել ոտքերի կողմը բարձրացրած պատգարակի վրա, տալ ներշնչելու անուշադրի սպիրտ, կատարել թթվածնի ներշնչում, ներարկել 1 մլ կորդիամին կամ 1 մլ 1 % լոբելինի լուծույթ, կամ 1 մլ 5 % էֆեդրինի լուծույթ և ներերակային 50 մլ 40 % գլյուկոզային լուծույթ: Մարմինը պետք է շփել:

3. Եթե տուժածը գտնվում է սահմանային (տերմինալ) վիճակում, պետք է արձակել հագուստը, մատներով մաքրել բերանը ավազից և ջրիմուռներից: Վերին շնչուղիներից և ստամոքսից ջուրը հեռացնել պետք է միայն կապտած ջրահեղձների մոտ: Դրա համար օգնություն ցույց տվողը տուժածին տեղավորում է որովայնով իր ծնկի վրա, գլուխը կախված ներքև, և ձեռքերով սեղմում է մեջքը: Զուրը դուրս է թափվում ինքնակայորեն: Այս միջոցառումները կատարվում են արագորեն, որից հետո սկսում են արհեստական շնչառությունը և սրտի անուղղակի մերսումը ըստ վերոհիշյալ մեթոդիկայի: Պայմանների հնարավորության դեպքում արհեստական շնչառությունը լավ է կատարել ապարատային եղանակով և սրտի աշխատանքը վերականգնել բաց մերսման ճանապարհով (թույլատրվում է միայն բժշկին), սրտամկանի մեջ ներարկելով ադրենալին, ներզարկերակային փոխներարկել արյուն և այլն:

Շնչահեղձում (ասֆիքսիա): Սա արագ ընթացող պրոցես է, որն առաջանում է թթվածնի անբավարարությունից: Շնչահեղձությունը մեծահասակների մոտ հաճախ սկսվում է կոկորդի, շնչափողի, բրոնխների լուսանցքի փակման հետևանքով, նրանց մեջ սննդի զանգվածի, արյան,

օտար մարմինների ներթափանցման դեպքում, կոկորդի սեղմման դեպքերում՝ պարանի հանգույցով (սպանություն, ինքնասպանություն), ձայնաճեղքի բորբոքային այտուցով, ուռուցքով . դիֆթերիայի դեպքում (դիֆթերային փառով շնչուղիների փակման հետևանքով), փայտացման դեպքում, քլորով, ամոնիակով, ծծմբաջրածնով թունավորումների դեպքերում. երեխաների մոտ, բացի այդ, կոկորդի կծկման դեպքում՝ սպազմոֆիլիայի հողի վրա:

Քուծումը: Կախված է առաջացող պատճառից: Վերին շնչուղիների մեջ օտար մարմինների առկայության դեպքում անհրաժեշտ է անհապաղ դրանք հեռացնել, սպանության կամ ինքնասպանության դեպքերում հեռացնել օղակը, ուռուցքների դեպքում ցուցված է շտապ շնչափողահատումը:

Շնչահեղձման բոլոր դեպքերում ցուցված է թթվածնաբուժումը: Դանդաղորեն զարգացող շնչահեղձման դեպքում հիվանդին տեղավորում են թթվածնային վրանում, որտեղ ստեղծվում է 40—60° թթվածնի խտություն. արագ վրա հասնող շնչահեղձման դեպքում տրվում է մաքուր թթվածին կամ CO₂-ի հետ խառնված (5—8 %), վերջինս գրգռում է շնչառական կենտրոնը: Բարենպաստ ազդեցություն են թողնում գլյուկոզայի ներարկումները ասկորբինաթթվի հետ միասին: Շնչառության դադարի դեպքում անհրաժեշտ է կատարել արհեստական շնչառություն, ներարկել լոբելին, ցիտիտոն, գրգռել մաշկային ընկալիչները (ռեցեպտոր)՝ ափով թեթևակի հարվածել, սառը ջրով թրջել և այլն: Հիվանդանոցային պայմաններում հիվանդը տեղափոխվում է ապարատային արհեստական շնչառության: Սրտի գործունեության թուլացման և արյան ճնշման ցածրացման դեպքերում նշանակվում է ստրոֆանտին, կոֆեին, կարդիոզոլ:

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

Ներածություն	3
---------------------	----------

I ՄԱՍ

ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

Ք լ ու խ I. Վիրաբուժական ինֆեկցիա	13
Ք լ ու խ II. Վիրաբուժական աշխատանքի կազմակերպում: Վիրաբուժական վիրահատում	40
Ք լ ու խ III. Ցավազրկում	62
Ք լ ու խ IV. Նախավիրահատական և հետվիրահատական շրջաններ: Հիվանդների խնամքի հիմնական սկզբունքները	91
Ք լ ու խ V. Արյունահոսությունը և նրա դադարեցումը	116
Ք լ ու խ VI. Արյան փոխներարկում	126
Ք լ ու խ VII. Գեամուրզիա	144
Ք լ ու խ VIII. Վնասվածքներ (տրավմաներ): Տրավմատոլոգիայի բնդհանուր հարցերը	163
Ք լ ու խ IX. Փակ վնասվածքներ	168
Ք լ ու խ X. Գիտություն վեբերի մասին	197
Ք լ ու խ XI. Այրվածքներ, էլեկտրատրավմա, ցրտահարում	204
Ք լ ու խ XII. Վիրաբուժական ինֆեկցիա	218
Ք լ ու խ XIII. Մեռուկացում, անոթային հիվանդություններ, խոցեր, խաղակներ, հասկացություն նեկրոզի կամ մեռուկի մասին	247
Ք լ ու խ XIV. Ուռուցքներ	254

II ՄԱՍ

ՄԱՍՆԱՎՈՐ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

Ք լ ու խ I. Գլխի, դեմքի և բերանի խոռոչի վնասվածքներ ու հիվանդություններ	264
Ք լ ու խ II. Պարանոցի, շնչափողի և կերակրափողի վնասվածքներ ու հիվանդություններ	284
Ք լ ու խ III. Կրծքավանդակի և նրա ներքին օրգանների վնասվածքներ ու հիվանդություններ	293
Ք լ ու խ IV. Որովայնապատի և որովայնի խոռոչի օրգանների վնասվածքներ և հիվանդություններ	308
Ք լ ու խ V. Միզասեռական օրգանների վնասվածքներ ու հիվանդություններ	345
Ք լ ու խ VI. Ողնաշարի և կոնքի վնասվածքներ	357
Ք լ ու խ VII. Վերջույթների վնասվածքներ ու հիվանդություններ	368
Ք լ ու խ VIII. Ռեանիմացիա: Անհետանձգելի օգնություն ցույց տալը դժբախտ պատահարների դեպքերում	397

ՎԻՐԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔԸ

Դասագիրք բժշկական ուսումնարանների բաժնոչափական բաժնի սովորողների համար

Թարգմանիչ՝ Ռ. Մ. Աբելյան
Խմբագիր՝ Է. Ա. Հանեսոզյան
Գեղ. խմբագիր՝ Վ. Ա. Զրաղացպանյան
Գրքի կազմը՝ նկարիչ՝ Վ. Ա. Ցիգանկովի
Տեխն. խմբագիր՝ Ա. Գ. Խաչատրյան
Վերստ. սրբագրիչ՝ Ա. Փ. Առշակյան

Հանձնված է շարվածքի՝ 20 01 89 թ.:

Ստորագրված է տպագրության՝ 5. 12. 89 թ.:

Զափսը՝ 60×90^{1/16}: Թուղթ՝ տպ. № 2: Տառատեսակը՝ «Գրքի սովորական»: Տպագրությանը՝ բարձր: Պայմ. տպ. 25,5 մամ.+1,0 մամ. ներդ., տպ. 29,5 գուն. թ. օտ., հրատ. 23,88 մամ.+0,72 մամ. ներդ.: Տպաքանակը՝ 3000: Պատվեր՝ 224: Գինը՝ 1 ո. 30 կոպ :

ИБ — № 2719

«Լույս» հրատարակչություն, Երևան—9, Կիրովի 19 ա:

Издательство «Луйс», Ереван-9, ул Кирова, 19а.

ՀեՍՀ հրատարակչությունների, պոլիգրաֆիայի և գրքի առևտրի գործերի պետական կոմիտեի Հակոբ Մեղապարտի անվան պոլիգրաֆկոմբինատ, Երևան—9, Տերյան, 91:

Полиграфкомбинат им Акопа Мегартта Госкомитета Арм ССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли Ереван-9, ул Теряиа, 91

