



**«ԻՆՏԵՐԱԿՏԻՎ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ  
ՉԱՐԳԱՑՈՒՄ»  
ՀԻՄՆԱԴՐԱՄ**



**ՀԵՐԹԱԿԱՆ ԱՏԵՍՏԱՎՈՐՄԱՆ ԵՆԹԱԿԱ  
ՈՒՍՈՒՑԻՉՆԵՐԻ ՎԵՐԱՊԱՏՐԱՍՏՄԱՆ  
ԴԱՍԸՆԹԱՑ 2023**

**ՀԵՏԱՉՈՏԱԿԱՆ ԱՇԽԱՏԱՆՔ**

**ԹԵՄԱ**

Առաջին բուժօգնությունը հրազենային կամ  
բեկորային վնասվածքի դեպքում

**ԱՌԱՐԿԱ**

**ՆՁՊ**

**ՀԵՂԻՆԱԿ**

Գագիկ Ռամազյան

**ՄԱՐԶ**

ք.Երևան

**ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱՏՈՒԹՅՈՒՆ**

Հ. 64 հիմնական դպրոց

## ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

<u>Ներածություն.....</u>	<u>3</u>
<u>1. Առաջին բուժօգնությունը հրագենային կամ բեկորային վնասվածքի դեպքում.....</u>	<u>4</u>
<u>2. Առաջին բուժ օգնությունը վիրավորման դեպքում.....</u>	<u>6</u>
<u>3. Արնահոսության տեսակները և դրանց հատկությունները.....</u>	<u>9</u>
<u>Եզրակացություն.....</u>	<u>14</u>
<u>Օգտագործված գրականության ցանկ.....</u>	<u>15</u>

## **ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ**

**Թեմայի արդիականությունը:** Առաջին բժշկական օգնությունը՝ տուժածին կամ հիվանդին ցուցաբերվող անհետաձգելի բուժօգնության այն համակարգն է, որը կատարվում է դժբախտ պատահարի, հանկարծահաս հիվանդագին վիճակների ժամանակ կամ արտակարգ իրավիճակներում նախահիվանդանոցային փուլում մինչև մասնագիտական բժշկական օգնությունը:

Պատերազմական իրավիճակներում կարևորվում է հրազենային և բեկորային վնասվածքների դեպքում առաջին բուժօգնության ցուցաբերում, որից էլ հաճախ կախված է լինում վնասվածք ստացած անձի ապրելու հավանականությունը:

**Թեմայի նպատակը և խնդիրները:** Ուսումնասիրվող թեմայի նպատակն է ներկայացնել հրազենային և բեկորային վնասվածքների դեպքում առաջին բուժօգնության առանձնահատկությունները:

Ելնելով առաջադրված նպատակից ուսումնասիրվել են հետևյալ խնդիրները:

1. Ներկայացնել հրազենային և բեկորային վնասվածքների առանձնահատկությունները,
2. Ուսումնասիրել հրազենային և բեկորային վնասվածքների ժամանակ առաջին բուժօգնության առանձնահատկությունները,
3. Ներկայացնել վիրկապ տեղադրելու առանձնահատկությունները,
4. Ներկայացնել արյունահոսության կանխարգելման ուղիները:

## 1. Առաջին բուժօգնությունը հրազենային կամ բեկորային վնասվածքի դեպքում

Վնասվածքը, որը բնորոշվում է վերնամաշկի, յորձաթաղանթի, երբմն էլ խորը հյուսվածքների ամողջականության խախտմամբ և ուղեկցվում է ցավով, արնահոսությամբ և բացվածքով, կոչվում է վերք:

Վերքերը կարող են լինել հրաձիգի, կտրվածքների, կոտրվածքների, խոցվելու, վնասվելու, ջախջախվելու, պատռվելու, խայթելու հետևանք:

*Հրաձիգից* առաջացած վերքերը փամփուշտի կամ բեկորի արդյունք են: Դրանք կարող են լինել թափանցիկ, երբ ունենում են մուտքի և ելքի բացվածք. կույր, երբ փամփուշտը մնում է հյուսվածքներում և շոշափող, երբ փամփուշտը կամ բեկորը դիպչում է մարմնին, վնասում մաշկը և նուրբ հյուսվածքները՝ նրանցում չմնալով: *Կոտրվածքային* և *խոցված* վերքերը վնասում են քիչ տարածք, ունեն հավասար ծայրեր, վերքի պատերը պահպանում են կենսունակությունը, ուժեղ արնահոսում են, վարակվելու հավանականությունն ավելի քիչ է, քան մյուս վերքերի ժամանակ: *Խոցված* թափանցելի վերքերը, մաշկի կամ յորձաթաղանթի ոչ շատ մեծ վնասված տարածքի դեպքում, կարող են բավականին խորը լինել և իրենցից ներկայացնել մեծ վտանգ, քանի որ հնարավոր է օրգանների վնասում և դրանց վարակում, ինչը կրքերի որովայնաթաղանթի բորբոքմանը և ընդհանուր վարակմանը: *Կոտրվածքային* վերքերն ունենում են ոչ միանման խորություն, ուղեկցվում են վնասվածքով և նուրբ հյուսվածքների բազմացմամբ:

*Վնասված պատռված և ջախջախված* տեսակի վերքերը բնորոշվում են իրենց բարդ ձևով, ոչ հարթ ծայրերով, արունտոված լինելով, զգալի տարածության վրա ունենում են մահացած հյուսվածքներ, որտեղ առաջանում են վարակի զարգացման բարենպաստ պայմաններ: *Պատռում* վերքերը առաջանում են կոպիտ մեխանիկական ազդեցությունից, հաճախ ուղեկցվում են մաշկի շերտազատմամբ, ջլերի, մկանների և հողերի վնասմամբ, ենթարկվում են ուժեղ աղտոտման: Խայթելու հետևանքով առաջացած վերքերը միշտ վարակված են թքով:

Վերքերը վարակումից պաշտպանելու համար պետք է դրանք շտապ կապել ապանեխական վիրակապով, որը հետագայում կանխում է մանրէների ներթափանցումը վերքի մեջ:

Վերքերը կարող են լինել մակերեսային կամ կարող են թափանցել գանգի խոռոչ, կրծքավանդակ, որովայնախոռոչ: Ներթափանցող վերքերն առավել վտանգավոր են:

Կրծքի ներթափանցող վերքերը հաճախ ուղեկցվում են թոքերի վնասմամբ, որը բերում է արյուն թքելուն, լանջաթաղանթի խոռոչի արնահոսությանը և ենթամաշկի էմֆիզեմային: Կրծքի ներթափանցող վերքերը տարբերակված են ըստ փակ, բաց և փականային պնևմոթորաքսի. վնասման ժամանակ կրծքի պատի վերքի, բրոնխների կամ թոքերի միջով օդը ներթափանցում է լանջաթաղանթի խոռոչ: Ոչ հաճախ օդի լանջաթաղանթի խոռոչ ներթափանցելը, որը սկսվել էր վիրավորվելու պահից ի վեր, անմիջապես դադարում է նուրբ հյուսվածքների խառնվելու հետևանքով: Այսպես է առաջանում փակ պնևմոթորաքսը: Լանջաթաղանթի խոռոչ ոչ մեծ քանակությամբ օդի ներթափանցման դեպքում կատարվում է օդի արագ ներծծում:

Բաց պնևմոթորաքսով կրծքի ներթափանցող վերքերը բնորոշվում են, նրանով, որ օդը ներթափանցման ժամանակ վերքի միջոցով ներծծվում է լանջաթաղանթի խոռոչ, իսկ ելքի ժամանակ՝ վերքի միջոցով դուրս է գալիս: Բաց պնևմոթորաքսով կրծքի ներթափանցող վերքերով վիրավորների մոտ սովորաբար ի հայտ են գալիս շնչառական և սիրտանոթային անբավարարություն, կտրուկ հիպոքս (թթվածնի պակաս): Շնչահեղձությունը, հազը և կրծքավանդակի ցավերը վատթարացնում են տուժածի վիճակը:

Ամենավտանգավորը հանդիսանում է փականային պնևմոթորաքսը, որի ժամանակ օդը մտնելու ժամանակ ներծծվում է լանջաթաղանթի խոռոչ, իսկ արտաշնչման ժամանակ այնտեղից դուրս չի գալիս: Լանջաթաղանթի խոռոչ օդը կարող է մտնել կամ կրծքավանդակի վերքի միջոցով, և այդ վիճակը կկոչվի արտաքին պնևմոթորաքս կամ բրոնխների վերքի միջոցով, այդ վիճակը կկոչվի ներքին պնևմոթորաքս: Օդը, որը լանջաթաղանթի խոռոչ է ներթափանցել կրծքի պատի վերքով, կարող է ներթափանցել ենթամաշկի բջջանյութ՝ դրանով առաջացնելով ենթամաշկային էմֆիզեմա:

Որովայնի ներթափանցող վերքերը կարող են վնաս հասցնել կամ բուրդովին անվտանգ լինել ներքին օգանների համար, ինչպիսիք են՝ լյարդը, ստամոքսը, աղիքները, երիկամները և այլն, դրանց դուրս թափվելը կամ չթափվելը որովայնի խոռոչից: Վերքերից բացի՝ որովայնի թափանցիկ վերքերի նախանշաններ կարող են լինել նաև որովայնի ցավերի առկայությունը, որովայնի պատերի մկանների ձգվածությունը, որովայնի փքվածությունը, ծարավը, բերանի չորությունը: Որովայնի խոռոչի ներքին օրգանների վնասվելը կարող է լինել նաև վերքի բացակայության դեպքում, որովայնի փակ տրավմայի դեպքերում:

## **2. Առաջին բուժ օգնությունը վիրավորման դեպքում**

Ցանկացած, նույնիսկ ամենաչնչին վերքը վարաքվածի կյանքին վտանգ է սպառնում. այն կարող է տարբեր մանրէների վարակման աղբյուր հանդիսանալ, իսկ ոմանք էլ ուղեկցվում են ուժեղ արնահոսությամբ: Պրոֆիլակտիկայի հիմնական չափանիշն առաջին բուժօգնություն ցուցաբերելու դեպքում այդ բարդացումների վրա շտապ ստերիլ վիրակապ դնելն է, ինչպես նաև ասեպտիկայի և հակասեպտիկայի օրենքներին հետևելը և արնահոսության դադարեցնելը:

Ասեպտիկան, դա միջոցառումների ամբողջությունն է, որոնք ուղղված են մանրէների՝ վերքի մեջ հայտնվելու նախագոյուղացմանը: Այսպիսով, ասեպտիկան համարվում է վերքի վարակվելու պրոֆիլակտիկայի մեթոդ: Դրան հասնում են հիմնական կանոնին խիստ հետևելով: Կանոնը հետևյալն է. այն ամենը, ինչ կպնում է վերքին, պետք է լինի ստերիլ (մանրէներ չպարունակի): Ձեռքով չի կարելի դիպչել վերքին, նրանից բեկորներ, հագուստի մասնիկներ հեռացնել, օգտագործել ոչ ստերիլ նյութ՝ այն փակելու համար:

Անտիսեպտիկ են անվանում այն միջոցառումների համակարգը, որն ուղղված է մանրէների քանակի նվազեցմանը կամ դրանց՝ վերքից վերացմանը: Տարբերակում են մեխանիկական, ֆիզիկական, քիմիական և կենսաբանական անտիսեպտիկա: Մեխանիկական անտիսեպտիկան ներառում է վերքի վիրաբուժական մշակում: Ֆիզիկական անտիսեպտիկան ներկայանում է այնպիսի մեթոդների կիրառմամբ, որոնց ժամանակ վերքում առաջանում են անբարենպաստ պայմաններ՝ մանրէների գոյատևման համար, այն ներառում է վերքերի չորացում, դրանց դրենաժում և վերքի արտահոսում: Մանրէները ոչնչանում են արևի լույսից և արհեստական ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներից: Քիմիական անտիսեպտիկան հիմնված է հակամանրէային ազդեցություն ունեցող տարբեր դեղական միջոցներ օգտագործելու վրա: Այդ նյութերն անվանում են անտիսեպտիկական: Առավել լայն կիրառություն ունեն այնպիսի անտիսեպտիկները, ինչպիսիք են յոդաթուրմը, էթիլային սպիրտը, քլորի լուծույթը, ռևանոլը, կալիումի պերմանգանատը և այլն: Անտիսեպտիկները կարող են բաղկացած լինել մի քանի նյութերից, օրինակ, «Վիշնեվսկի» քսուրը: Կենսաբանական անտիսեպտիկային է վերաբերում անտիբիոտիկները, որոնք օգտագործվում են պրոֆիլակտիկայի և վերքային վարակի բուժման համար:

Վերքի վարակման պայքարում ասեպտիկայի և անտիսեպտիկայի միջոցները լրացնում են միմյանց:

Վիրակապումն իրենից ներկայացնում է փաթաթող նյութ, որով ծածկում են վերքը: Վերքին վիրակապ դնելու գործընթացը կոչվում է վիրակապում:

Լինում են դեպքեր, երբ վերքն առաջացնող առարկան, թափանցելով հյուսվածքներ, մնում է վերքի մեջ. այս դեպքում դա դիտվում է որպես օտար մարմին: Օտար մարմինը չի կարելի հանել վերքից կամ տեղաշարժել, քանի որ այն, որոշ չափով, խոչընդոտում է վնասված անոթներից արյան արտահոսքը: Այս դեպքում անհրաժեշտ է վերքի եզրերը չորս կողմից սեղմել օտար մարմնին: Եթե օտար մարմնի ծայրը

բարձր չէ, պետք է զգուշորեն ծածկել այն ստերիլ անձեռոցիկով և շուրջը դնել օղակաձև վիրակապ, իսկ եթե բարձր է, վիրակապելիս չպետք է ծածկվի, պետք է վերքի շուրջը դնել անձեռոցիկներ և դրանց վրայով օղակաձև կամ բինտային վիրակապ առանց օտար մարմինը տեղաշարժելու:

Վիրակապ դնելու տեխնիկան կոչվում է դեսմուրգիա (ուսմունք վիրակապերի մասին):

Տարբերում են վիրակապերի հետևյալ տեսակները.

1. Փափուկ վիրակապեր (սոսնձային, կաշուն-սպեղանային), բինտային, գլխաշորային,
2. Կոշտ վիրակապեր դողային (փոխադրական և բուժական) և գիպսային:

Ավելի հաճախ են կիրառվում փափուկ վիրակապերը:

Բինտակապման կանոնները: Բինտակապը դնելիս տուժածը պետք է գտնվի իրեն հարմար դիրքում: Բինտվող մարմնամասը պետք է լինի այն դիրքում, որում մնալու է վիրակապումից հետո: Վիրակապողը պետք է դեմքով շրջված լինի հիվանդի կողմը, որպեսզի հետևի տուժածի դեմքի արտահայտությանը:

Բինտակապումը սկսում են ներքևից (ծայրամասից) և շարունակում են դեպի վեր (կենտրոն): Բինտակապումը կատարվում է երկու ձեռքով, աջով քանդում են բինտը, իսկ ձախով պահում են կապը և ուղղում բինտի գալարները:

Բինտակապումը սկսում են շրջանաձև ամրապնդող օղակ դնելով, որից հետո բինտը գալար-գալար փաթաթում են այնպես, որ հաջորդ գալարը ծածկի նախորդի 1/2 կամ 2/3 մասը: Բինտակապումն ավարտելուց հետո պետք է ստուգվի, թե ճիշտ է կատարված վիրակապումը, լրի՞վ է արդյոք ծածկում վերքի մակերեսը, չի՞ սահում և այլն: Բինտի ծայրը սովորաբար ամրացնում են առողջ կողմում, որպեսզի հանգույցը հիվանդին չանհանգստացնի:

Բինտային կապերի հիմնական տեսակներն են՝ շրջանաձև (ցիրկուլյար), պարուրաձև (սպիրալային, համամետ և հակամետ (կրիայի), գլխի կապ (կապագլխարկ), պարսատիկանման, հասկաձև, խաչաձև, ասպետական ձեռնոց, թաթման և այլն:

Վիրակապումը բաղկացած է երկու մասից՝ ներքին, որը հպվում է վերքին, և արտաքին, որն ամրացնում է վիրակապը՝ այն պահելով վերքի վրա: Վիրակապի ներքին հատվածը պետք է ստերիլ լինի:

Վիրակապը, որն առաջին են դնում վերքի վրա, կոչվում է ստերիլ առաջնային:

Վիրակապ դնելիս անհրաժեշտ է առավելագույն զգուշություն՝ ավելորդ ցավ չպատճառելու համար: Վիրակապ ժապավենը (բինտ) պետք է բռնել աջ ձեռքով, իսկ վիրակապը՝ ձախով և հարթել բինտի եզրերը: Բինտն առանց վիրակապից անջատելու գլորում են ձախից աջ՝ ամեն հաջորդ շրջապտույտից հետո նորից կիսով չափ ծածկելով նախորդը: Վիրակապը շատ ամուր չեն կապում (միայն այն դեպքերում, երբ անհրաժեշտ է լինում հատուկ ճնշում), որպեսզի չխախտեն արյան շրջանառությունը, այն նաև շատ թույլ չի կարելի կապել, որպեսզի այն չընկնի վերքի վրայից: Նախքան առաջնային վիրակապը դնելը, անհրաժեշտ է առանց աղտոտելու և ցավեցնելու բաց անել վերքը: Հագուստը, կախված վերքի տեսակից, եղանակային և տեղային պայմաններից, կամ հանում են կամ՝ կտրում: Սկզբում հանում են մարմնի առողջ կողմի հագուստը, հետո՝ վնասված կողմինը: Տարվա ցուրտ եղանակին ցրտահարումից խուսափելու համար, ինչպես նաև շտապ դեպքերի ժամանակ առաջին բուժօգնություն ցույց

տալու համար կտրում են վիրավորվածի վերքի հատվածի հագուստը: Վերքին կպած հագուստը չի կարելի պոկել. այն պետք է զգուշությամբ կտրել մկրատով, այնուհետև վիրակապ դնել: Վիրակապ դնելուց հետո հագուստը հագնում են հակառակ հաջորդականությամբ՝ սկզբից հագնում են վիրավորված կողմը, հետո՝ առողջ կողմը:

*Վիրակապի նյութը և դրանց օգտագործման կանոնները:* Որպես վիրակապի նյութ օգտագործում են մառյան, սպիտակ և մոխրագույն բամբակը, փայտաբամբակը, չամբարը: Վիրակապի նյութը պետք է լինի հիգրոսկոպիկ, վերքից լավ ներքաշի արյունը և թարախը, լվացնելուց հետո շտապ չորացնել, թեթևակի ստերիլացնել: Մառյայից կարելի է պատրաստել «տախտականման» վիրակապեր՝ բժշկական տաքդիր-վիրակապեր, տարբեր չափերի ստերիլ և ոչ ստերիլ բինտեր, մեծ և փոքր ստերիլ անձեռոցիկներ, ստերիլ մեծ և փոքր վիրակապեր: Վիրահատության և վիրակապելու համար մառյայից և փոքր անձեռոցիկներից պատրաստում են մառյայե գնդիկներ, վիրախձուծներ (տամպոն), տուրունդաներ, նեղ շերտեր:

Վիրակապի բժշկական տաքդիրներն արտադրվում են չորս տարբերակով՝ անհատական, սովորական, առաջին օգնության մեկ գլխիկով, առաջին օգնության երկու գլխիկով:



### 3. Արնահոսության տեսակները և դրանց հատկությունները

Արյունն իրենից ներկայացնում է կենսաբանական հյուսվածք, որն ապահովում է օրգանիզմի նորմալ գոյությունը: Միջին չափով, տղամարդն ունի 5 լիտր արյուն, իսկ կինը՝ 4.5 լիտր, պլազման կազմում է արյան 55%-ը, 45%-ը արյան գնդիկներն են, այսպես կոչված ձևավորող էլեմենտները (էրիտրոցիտներ, լեյկոցիտներ և այլն):

Մարդու օրգանիզմում արյունը կատարում է բարդ և բազմատեսակ ֆունկցիաներ: Այն հյուսվածքներն ու օրգանները մատակարարում է թթվածնով, սննդարար բաղադրիչներով, նրանցից հեռացնում է ածխաթթու և փոխանակման նյութերը, դրանք հասցնում է երիկամներին և մաշկին, որոնց միջոցով այդ թունավոր նյութերը դուրս են գալիս օրգանիզմից: Արյան կենարար, վեգետատիվ ֆունկցիաները կատարում են օրգանիզմի միջավայրի անդադար անփոփոխ սատարում, հյուսվածքներին մատակարարում են դրանց անհրաժեշտ հորմոններ, ֆերմենտներ, վիտամիններ, հանքային աղեր և էներգետիկ նյութեր:

Մարդու օրգանիզմը, առանց որևէ հատուկ հետևանքների, ունենում է 500 միլիգրամ արյան կորուստ: 1000 միլիգրամ արյան հոսքն արդեն դառնում է վտանգավոր, իսկ 1000-ից ավել կորուստի դեպքում՝ մարդու կյանքին վտանգ է սպառնում: Եթե կա 2000 միլիգրամի կորուստ, ապա անարյուն մարդու կյանքը կարող է փրկել միայն անհապաղ և շտապ արյան կորստի վերականգնումը: Չարկերակային անոթի արնահոսությունը կարող մահվան բերել արդեն իսկ մի քանի րոպե հետո: Այդ իսկ պատճառով, ցանկացած արնահոսություն պետք որքան հնարավոր է շուտ և ապահով դադարեցնել: Պետք է նկատի ունենալ, որ երեխաների և անցումային տարիքի մարդկանց՝ 70-75-ից ավելի, վրա վատ է անդրադառնում նույնիսկ փոքր քանակությամբ արյան կորուստը:

Արնահոսությունը համարվում է վերքի առավել վտանգավոր բարդացում՝ անմիջականորեն սպառնալով կյանքին: Արնահոսության տակ հասկանում ենք վնասված արյունատար անոթներից արյան դուրս գալը: Այն կարող է լինել առաջնային, երբ սկսվում է անոթի վնասվելուց անմիջապես հետո, երկրորդական, եթե սկսվում է որոշ ժամանակ անց:

Արնահոսությունը վնասվածքի, հիվանդության հետևանքով արյունատար անոթների ամբողջականության խախտման արդյունք է: Արյան հոսքի արագությունը և ինտենսիվությունը կախված է անոթի հատկություններից, չափից, վնասվելու առանձնահատկություններից: Ոչ հաճախ արնահոսություն է տեղի ունենում այնպիսի հիվանդությունների ժամանակ, ինչպիսիք են՝ հիպերտոնիկ, խոցային, ճառագայթային և այլ հիվանդությունները: Այս ոչ տրավմատիկ արնահոսությունը լինում է քրից, բերանից:

Ըստ անոթների վնասվածության զանազանում են արնահոսության հետևյալ տեսակները՝ զարկերակային, արյունաբեր երակի, մազանոթային և պարենքիմատոզային:

Առավել վտանգավոր է *զարկերակային* արնահոսությունը, որի ժամանակ կարճ ժամանակահատվածում օրգանիզմից կարող է արտահոսել զգալի քանակությամբ արյուն: Չարկերակային արնահոսության նախանշան է

արյան ալ կարմիր գույնը, պուլսային շիթից ժայթքելը: *Այլունաբեր երակի* արնահոսությունը, ի տարբերություն զարկերակայինի, բնորոշվում է արյան անդադար հոսքով, որն ունի առավել մուգ գույն: *Մազանոթային* արնահոսությունն առաջանում է մաշկի, ենթամաշկային բջիջների, մկանների մանր անոթների վնասվելու դեպքում: *Մազանոթային* արնահոսության դեպքում արնահոսում է վերքի ողջ մակերեսը: *Պարենխիմատոզային* արնահոսությունն առաջանում է ներքին օրգանների վնասվելու դեպքում: Դա կարող է լինել լյարդը, փայծախը, երիկամները, թոքերը (այն միշտ վտանգ է ներկայացնում կյանքի համար):

Արնահոսությունը կարող է լինել արտաքին և ներքին: Արտաքին արնահոսության դեպքում արյունը հոսում է մաշկի մակերեսի և տեսանելի լորձաթաղանթի վերքից կամ խոռոչից:

Ներքին արնահոսության դեպքում արյունը տարածվում է հյուսվածքների, օրգանների կամ խոռոչների վրա և ունի արյունազեղում անվանումը: Հյուսվածքներում արյունազեղման ժամանակ արյունը համակում է դրանց՝ առաջացնելով ուռածություն, որը կոչվում է ինֆիլտրացիա կամ կապտուկ: Եթե արյունը համակում է հյուսվածքները ոչ հավասարապես, իրարից հեռանալու արդյունքում առաջանում է արյամբ լի սահմանափակ խոռոչ. դա անվանում են հեմատոմա (արյունազեղ ուռուցք): 1-2 լիտր արյան կորուստը, հատկապես ծանր միավորված վնասվածքի ժամանակ, կարող է բերել մահվան:

## **Օգնություն արնահոսության դեպքում**

Ցանկացած արնահոսության օգնություն ցուցաբերելու ժամանակ պետք է գործել արագ, վնասական և զգույշ: Առաջադրանքը կայանում է նրանում, որ պետք է արագ, հեշտորեն և անվտանգ դադարեցնել արնահոսությունը՝ միևնույն ժամանակ չվատթարացնելով տուժածի վիճակը:

Առաջին օգնությունը՝ արտաքին արնահոսության դեպքում. պետք է մարմնի արնահոսող հատվածները բարձրացնել, դնել ճնշող վիրակապ կամ լարան (վնասված տեղից բարձր): Ոչ մեծ զարկերակային արնահոսության համար բավական է միայն ճնշող վիրակապը: Եթե արնահոսությունն առատ է (ալ կարմիր արյունը անդադար և ուժեղ շիթերով ժայթքում է), ապա առանց վարանելու պետք է դնել արյունը դադարեցնող լարան:

## **Արյունը դադարեցնող լարան դնելու կանոնները**

1. Լարան դնում են վերջույթների զարկերակային անոթների ուժեղ վնասվածքների դեպքում:
2. Վերին վերջույթների զարկերակների արնահոսության դեպքում ավելի լավ է լարանը դնել ուսի վերևի երրորդ մասում, ստորին վերջույթների զարկերակների արնահոսության դեպքում՝ ազդրի միջին երրորդ հատվածում:
3. Լարանը դնում են բարձրացրած վերջույթի վրա, մոտեցնում են այնտեղ, որտեղ դնելու ենթադրելի տեղն է, ամուր ձգում են (եթե այն ռեզինե է) և դրա տակ փափուկ տաքդիր դնելով (բինտ, հագուստ և այլն)՝ մի քանի անգամ փաթաթում են (մինչև արյան ամբողջական կանգնեցման) այնպես, որ փաթեթը ամուր դրվեն մեկը մյուսի վրա և մաշկի ծալքերը չմնան նրանց արանքում: Լարանի վերջավորությունները կապում են կամ ամրացնում փոքր շղթայի կամ կեռիկի միջոցով:
4. Լարանը պետք է ամուր կապվի, սակայն չպետք է նաև ավելորդ ուժգնությամբ սեղմել վերջույթների հյուսվածքները, քանի որ հնարավոր են շատ ծանր բարդացումներ: Լարանին անպայման պետք է փակցնել թղթի կտոր՝ նշելու այն դնելու ժամանակը:
5. Լարանը չի կարելի թողնել վերջույթների վրա կես ժամից ավելի:  
Լարանի ճիշտ օգտագործման դեպքում կարելի է կանգնեցնել վերջույթների անոթների վնասվածքների ցանկացած արնահոսություն, իսկ լարան դնելու անփորձ գործողությունները կարող են նյարդի բորբոքման, կաթվածի, հյուսվածքի մահվան, զանգրենայի պատճառ հանդիսանալ: Դրա համար լարան պետք է օգտագործել միայն այն դեպքում, երբ չկա ուրիշ արագ և ապահով միջոց՝ կյանքին սպառնող զարկերակային արնահոսությունը կանգնեցնելու համար: Բացի այդ լարանի տակ գտնվող տաքդիրը պետք է, իրոք, լինի պաշտպանիչ, փափուկ և խիտ, իսկ լարանը չպետք է ճնշի վերջույթները վերը նշված ժամանակից ավելի:

Վերջույթների անոթների արյունաբեր անոթի և մազանոթային արնահոսությունը կարող է դադարեցվել ճնշող վիրակապի միջոցով: Նման վիրակապ դնելու համար անհրաժեշտ է վերջույթներին տալ բարձր դիրք:

Արնահոսության դադարեցման համար կիրառում են նաև մատով սեղմելու մեթոդը՝ մատը պետք է սեղմել տեղային արնահոսող անոթին: Ավելի լավ է, եթե հաջողվի անոթը սեղմել ոսկորին:

Կյանքին սպառնող արնահոսությունների ժամանակ, եթե հնարավոր չէ լարան օգտագործել, ապա անհրաժեշտ է վերքը ծածկել ստերիլ անձեռոցիկով, հետո մատները սեղմել արյունաթոր անոթին: Սակայն պետք է հիշել, ավելի ապահով է սեղմել անոթի չվնասված հատվածը:

Չարկերակային արնահոսության դեպքում պետք է սեղմել անոթի վնասված մասից վեր, իսկ երակների արնահոսության դեպքում՝ վերքից ներքև: Դրա համար անհրաժեշտ է իմանալ գլխավոր զարկերակային անոթների կառուցվածքը և դրանց՝ մատներով սեղմելու տեղերը:

## ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆ

Հրագենային վերքերը առաջանում են տարբեր տեսակի զենքերից: Հրագենային վերքերը լինում են միջանցիկ և կույր: Միջանցիկ վերքերն ունեն մուտքի և ելքի անցքեր: Որպես կանոն, հրագենային վերքերի ելքի անցքն ավելի մեծ է, քան մուտքի անցքը: Կույր վերքերն ունեն միայն մեկ անցք մուտքի անցք:

Կատարվում է արյունահոսության դադարեցում, վերքերի եզրերի մշակում, որի հիմնական նպատակը վարակի ներթափանցման կանխարգելումը կամ գոնե նվազեցումն է և ցավի մեղմացումը: Վերքի եզրերը պետք է մշակել հականեխիչ նյութերով յոդ, սպիրտ, օդի, օծանելիք և այլն: Վերքի վրա անհրաժեշտ է դնել ասեպտիկ, ստերիլ վիրակապ և դադարեցնել արյունահոսությունը: Ուժեղ ցավի դեպքում տրվում են ցավազրկող դեղանյութեր, ինչը կանխում է տրավմատիկ շոկի զարգացումը:

Որովայնի ներթափանցող վերքերը կարող են վնաս հասցնել կամ բոլորովին անվտանգ լինել ներքին օգանների համար, ինչպիսիք են՝ լյարդը, ստամոքսը, աղիքները, երիկամները և այլն, դրանց դուրս թափվելը կամ չթափվելը որովայնի խոռոչից: Վերքերից բացի՝ որովայնի թափանցիկ վերքերի նախանշաններ կարող են լինել նաև որովայնի ցավերի առկայությունը, որովայնի պատերի մկանների ձգվածությունը, որովայնի փքվածությունը, ծարավը, բերանի չորությունը: Որովայնի խոռոչի ներքին օրգանների վնասվելը կարող է լինել նաև վերքի բացակայության դեպքում, որովայնի փակ տրավմայի դեպքերում:

Վիրակապ դնելու համար նպատակահարմար է օգտագործել ստերիլ բինտեր կամ վիրակապական փաթեթ, որը բաղկացած է թղթի կամ մոմլաթի ստերիլ վիրակապական նյութերից (երկու բամբակ-բինտային բարձիկներից ու բինտից): Բարձիկներից մեկը շարժվում է ընդհանուր բինտի վրա. դա նախատեսված է կապը պահելու համար, իսկ մյուսը գտնվում է բինտի ծայրին: Փաթեթը օգտագործելու դեպքում սկզբում կտրում-հանում են պատյանը, ապա բացում բարձիկները, որոնք և դրվում են վերքի վրա: Թափանցիկ հրագենային վերքերի դեպքում բարձիկներից մեկը դնում են վերքի մուտքային, իսկ մյուսը ելքային անցքերի վրա: Բարձիկները փաթաթում են բինտով և վերջինիս ծայրը կապում: Անհատական ծրարի օգտագործման հիմնական կանոնը վիրակապի ներքին, այսինքն՝ վերքին առնչվող մակերեսին (արտաքին մասի վրա կա կարմիր թելանիշ) ձեռքով չկաշելն է:

## **Օգտագործված գրականության ցանկ**

1. Առաջին օգնության հիմունքներ: Հայկական կարմիր խաչի ընկերություն. Երևան, 1999:
2. Բայանով Վ.Մ., Առաջին բուժօգնություն, Երևան, «Չանգակ-97», 2003:
3. Դանիելյան Ի.Է, Նարիմանյան Մ.Չ., Առաջին բուժօգնության, Երևան, 2009:
4. Մինչբժշկական օգնությունը բնակչությանը արտակարգ իրավիճակներում, Երևան, 2007:
5. Ախոյան Գ.Գ., Երիագարյան Մ.Ի., Արտակարգ իրավիճակների բժշկություն: Երևան, 2005:
6. Оказание первой медицинской помощи при травмах. Оренбург. 2003.