

İ.Q.ƏMƏNULLAYEV

TİBBİ BİLİKLƏRİN ƏSASLARI

(TƏCRÜBİ MƏŞĞƏLƏLƏR)

*(Pedaqoji və Humanitar ali məktəblərdə
bakalavr pilləsi üçün dərs vəsaiti)*

Yenidən işlənmiş və əlavələrlə
dördüncü nəşri

Azərbaycan Respublikası Təhsil Nazirliyinin qərarı ilə çap olunub
(«28» yanvar 2004-cü il tarixli «27» sayılı protokol)

Bakı – 2011

Rəyçilər:

1.Müdafiə Nazirliyi Mülki Müdafiə İdarəsinin Tibb xidmətinin rəisi, tibb xidməti polkovnik –leytenantı

Cahangir Kamal oğlu Nəsibov.

2.Azərbaycan Dövlət Pedaqoji universitetinin «Tibbi biliklərin əsasları» kafedrasının müdürü, professor

Tamilla Ələkbər qızı Feyzullayeva.

3.Respublika uroloji xəstəxanasının baş həkimi, tibb elmləri doktoru, Respublikanın əməkdar həkimi, professor

Kamal İsmayılov oğlu Abdullayev.

4.Azərbaycan tibb universitetinin «Uşaq xəstəlikləri» kafedrasının assistenti, tibb elmləri namizədi

Gülarə Müzəffər qızı Həsənquliyeva

Elmi məsləhətçi:

Azərbaycan Memarlıq və İnşaat Universitetinin «Həyat fəaliyyətinin təhlükəsizliyi» kafedrasının müdürü, Beynəlxalq Elmlər Akademiyasının akademiki, texnika elmləri doktoru, professor

Həbib Osman oğlu Ocaqov

Elmi redaktoru:

Tibb elmləri namizədi **Yaqub Şahab oğlu Rəfiyev.**

İqbəl Qabil oğlu Əmənəllayev. Tibbi biliklərin əsasları - təcrübə məşğələlər (dərs vəsaiti). Bakı- 2011. 272 səh (şəkilli).

Kitabda tibbi yardımın anatomik-fizioloji əsasları müfəssəl şəkildə işlənib hazırlanmış, müxtəlif xəstəliklər zamanı xəstələrə ümumi qulluğun xarakteristikası və elementar tibbi vərdişlər lazımı qaydada göstərilmiş, xəstələnmə və zehərlənmələr zamanı həkiməqədərki ilk yardım məsələləri təfsilati ilə təsvir edilmiş, zədələnmələr zamanı tibbi yardımına və mülki müdafiənin tibb xidmətinin təşkilinə xüsusi diqqət yetirilmişdir.

Vəsait pedaqoji universitetlərin tələbələri üçün nəzərdə tutulmuşdur. Vəsaitdən həmçinin tibb məktəblərinin tələbələri, tibb bacıları, sənaye müəssisələri tibb məntəqələrinin işçiləri, poliklinika, tecili yardım və xəstəxanaların qəbul şöbəsi işçiləri, sürücülük kurslarının dinleyiciləri, Mülki Müdafiənin müdavimləri, eləcədə yol polisi işçiləri istifadə edə bilerlər

Vəsait sadə və anlaşıqlı dildə yazılmış, çoxlu şəkil və illüstrasiyalarla zənginləşdirilmişdir. Vəsaitdə 27 Azərbaycan və xarici müəlliflərin ədəbiyyatlarından və 6 internet şəbəkosının materiallarından istifadə olılmışdır.



AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI TƏHSİL NAZİRİNİN
Ə M R İ

370008, Bakı şəh., Xətai prospekti, 49. Tel: 93-70-83

Nö 166

«03» 03 200-Y il

Qrif verilməsi barədə

Lənkəran Dövlət Universitetində
hazırlanmış dərs vəsaitinə qrif verilməsi ilə
bağlı

Ə M R E D İ R Ə M :

Lənkəran Dövlət Universitetinin əməkdaşı t.e.n. Əmənnullayev İqbal Qabil oğlunun pedaqoji və humanitar ali məktəblərdə bakalavr pilləsi üçün hazırladığı «Tibbi bi klərin əsasları fənnindən təcrübə məşğələlər» adlı əlyazması dərs vəsaiti kimi tövsiyə edilsin.

- Əsas:**
- Azərbaycan Respublikası Təhsil Nazirliyi Elmi-Metodik Şurası «Hərbi, fiziki hazırlıq və həyat fəaliyyətinin təhlükəsizliyi» bölməsinin 28.01.2004-cü il tarixli 27 nömrəli iclas protokolundan çıxarış;
 - Lənkəran Dövlət Universiteti Tədris-Metodik Şurasının 25.12.2003-cü il tarixli 22 nömrəli iclas protokolundan çıxarış;
 - Lənkəran Dövlət Universiteti «Pedaqoji» fakültəsinin 20.12.2003-cü il tarixli 05 nömrəli iclas protokolundan çıxarış;
 - Lənkəran Dövlət Universiteti «Mülki müdafiə» kafedrasının 29.11.2003-cü il tarixli 04 nömrəli iclas protokolundan çıxarış;
 - prof. T.Ə.Feyzullayeva, t.e.n. Ə.C.Abdullayev və C.K.Nəsibovun rə'yleri;
 - Lənkəran Dövlət Universitetinin 29.12.2003-cü il tarixli 2/286 nömrəli məktubu.

MİSİR MƏRDANOV



Redaktordan

Müstəqil Azərbaycan Respublikasının təhsilini inkişaf etmiş ölkələrin səviyyəsinə çatdırmaq üçün, universitet və institutlarda təhsil alan tələbələrin doğma dildə və latin qrafikası ilə nəşr olunan tədris vəsaitlərinə böyük ehtiyacı duyulur. Azərbaycan dilində pedaqoji universitetlərin programı səviyyəsində lazımı qədər materialın olmaması tələbələr tərəfindən Tibbi biliklərin əsasları fənninin mənimsənilməsi işində böyük çətinliklər törədir. Son zamanlar həmin çətinliyi aradan qaldırılması üçün kafedrada bir sıra səylər göstərilir.

Bu ehtiyacı qismən ödəmək məqsədilə müəllifin oxuculara təqdim etdiyi dərs vəsaiti ali məktəblərdə keçirilən tibbi biliklərin əsasları programına uyğun olub, tədris –metodik cəhətcə dərs saatlarına müvafiq tam kursu müfəssəl əhatə etmişdir.

Vəsait hazırlanarkən tibbi biliklərin əsasları fənninin tədris xüsusiyyətləri nəzərə alınmış, tələbələrin təcrübi vərdişlərə yiyələnməsinə müstəqillik verilmiş və mətnin asan dərk edilməsi üçün şəkil, illüstrasiya və cədvəllərdən istifadə olunmuşdur.

Vəsait vahid sxem əsasında tərtib edilmişdir: məşğələnin mövzusu haqqında qısa anlayış, onun məqsədi, məşğələyə hazırlılıq, lazım olan vəsait və işin yerinə yetirilmə texnikası. Vəsaitin sonunda verilmiş sorğu testləri məşğələləri tam əhatə edərək konkret və aydın şəkildə tərtib edilmişdir. Sualların konkret şəkildə qoyulması tələbələrin nəzəri cəhətcə biliklərinin möhkəmləndirilməsinə, həmçinin təcrübə vərdişlərinin inkişafına müsbət təsir göstərəcəkdir.

Vəsait universitet tələbələrinin tibbi biliklərin mənimsənilməsini asanlaşdırmaq məqsədilə hazırlanmış, göstərilən metodların novləri və ardıcılılığı əhatəli şəkildə aydınlaşdırılmaqla yanmış müxtəlif dərsliklərdən və monoqrafiyalardan, eləcədə internet şəbəkəsinin materiallarından istifadə edilmiş şəkillərlə nəzərə çarpacaq formada işıqlandırılmışdır.

Vəsaitin diqqətəlayiq xüsusiyyətlərindən biri, ilk yardım tədbirlərinin icra texnikasının sadə dildə yazılması və bu sahədə tələbələr üçün əvəzedilməz bir bılık mənbəyi olmasıdır. Son illərdə ekoloji situasiyanın dəyişməsi, texnikanın sürətlə inkişafı, təbii fəlakətlərin artması (yanğınlar, zəlzələlər, daşqınlar və s.), müharibələrin olması, küçə-nəqliyyat hadisələrinin, məişət və istehsalat zədələnmələrinin çoxalması və s. ilə əlaqədar olaraq ilk yardım məsələlərindən hər bir şəxsin xəbərdar olması və elementar vərdişləri icra edə bilməsi vacib və aktual problemlərdən biridir. Müxtəlif xəsarətlər zamanı lazım olan minimum tibbi yardımı nəinki tibb işçisi, eləcədə yaxınlıqda olan və tibbi hazırlıq dərəcəsindən asılı olmayan hər bir şəxs öz bacarığı və qabiliyyəti çərçivəsində yerinə yetirə bilməlidir. Bu baxımdan zərərçəkənlərə ilk yardım göstərərkən zəruri olan təcrübə vərdişlərin öyrənilməsində tələbələr əlavə vəsaitə böyük ehtiyac hiss edirlər.

Çox təəsüf ki, yeniyetmə orta məktəbi bitirdikdən sonra bir çox məsələləri, o cümlədən, xəritədə kiçik bir nöqtəni tapmağı, avtomobil sürməyi, kompüterdə işləməyi, hər hansı bir xarici dil-də danışmağı, tüfəng atmağı bilsə də yanında qəflətən ürəyi dayanan şəxsə kömək etməyi bacarmır. Vaxtında edilməyən yardım isə ölümlə nəticələnə bilir. Reanimasiya tədbirlərinin aparılması texnikasını yaxşı mənimsəyən şəxs, xəstənin müvəffəqiyyətli müalicəsində əvəzsiz rol oynayır.

Müəllif ilk yardımın təcrübədə sınaqdan çıxmış yalnız elə növlərini göstərmüşdür ki, onlar eksternal şəraitlərdə, ölüm -dirim mübarizələrində tətbiq olunaraq insanların həyatla ölüm arasında yaşamasına imkan verə biləcəkdir. İlk yardım göstərilərkən lazım olunan şərait qiymətləndirilməli və sonra fəaliyyətə başlanımalıdır. Düzgün göstərilmiş yardım sonrakı müalicənin vaxtını qısaldır, yaraların sağalmasını sürətləndirir və zərərçəkənin həyatının qorunmasında həllədici rol oynayır. Yardım göstərən elementar bilikləri – bint sarımaq, dərialtı, əzələici və vena daxili iynə vurmağı, ürəyi massaj etməyi və s. bacarmalıdır.

Hesab edirəm ki, dərs vəsaiti bu fənnin tədris olunmasında mövcud olan boşluğu aradan qaldırmaq üçün göstərilən cəhdlər-dən biri olub, tələbələrin, eləcədə geniş oxucu kütłəsinin marağ-ına səbəb olacaqdır. Bu baxımdan dərs vəsaitindən qeyri tibb profilli ali məktəbin tələbələri, klinik təcrübə rəhbərləri, tibb üzrə orta ixtisas məktəblərinin tələbələri, tibb bacıları, sənaye müəssisələri tibb məntəqələrinin işçiləri, poliklinika, təcili yardım və xəstəxanaların qəbul şöbəsi işçiləri, sürücülük kurslarının dini-ləyiciləri, Mülki Müdafiənin müdavimləri, eləcədə yol polisi işçiləri istifadə edə bilərlər.

Ümid etmək olar ki, ilk tibbi yardımın və tibbi biliklərin təcrübi əsaslarının öyrənilməsində oxocular üçün bu vəsaitin müəyyən qədər köməyi olacaqdır.

MƏŞĞƏLƏ 1

Hərəkət - dayaq aparatı .Tənəffüs üzvləri.

Tələbələr gələcək məşğələlərdə müalicə müəssisələrində və ev şəraitində xəstələrə ümumi qulluğun elementar vərdişlərinə iyiyələnərkən, xəstələnmə, zəhərlənmə, zədələnmə və digər fəvqəladə hallarda ilk yardımın göstərilməsini mənimsəyərkən, eləcə də mülki müdafiədə tibb xidmətinin təşkil edilməsini öyrənərkən insanın bəzi üzvlərin quruluşundan və vəzifələrindən xəbərdar olmalıdır.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə ən çox zədələnmələrə məruz qalan dayaq hərəkət aparatının (sümüklərin) və klinik ölümə səbəb olan həyatı vacib orqanların (tənəffüs üzvlərinin) anatomiq-fizioloji xüsusiyyətlərini öyrətmək, bəzi patoloji halların profilaktikası üzrə xüsusi biliklərlə onları silahlandırmak.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşırlar:

1. İnsan skleti, onun hissələri, skletin yaş xüsusiyyətləri.
2. Fəqərə sütunu və onun əyirilikləri, əyilmənin profilaktikası. Yastıpəncəlik haqqında anlayış.
3. Sümük birləşmələri və əzələlələr haqqında məlumat.
4. Tənəffüs üzvləri, tənəffüsün mexanizmi, qazlar mübadiləsi.
5. Uşaqlarda tənəffüs üzvləri xəstəliklərinin anatomiq-fizioloji xüsusiyyətləri.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: İnsan skeleti, ayrı-ayrı sümüklərin preparatları, ağ ciyərlərin mulyajı və ya yaş preparatı, qırtağın şəkli olan plakat, CD diskləri və internet resursları.

Hərəkət-dayaq aparatı. İnsanın dayaq-hərəkət aparatını sümük sistemi, əzələlər və sümük birləşmələri təşkil edir. Sklet bədənin struktur əsasını təşkil edib onun ölçüsünü, formasını təyin edir, dayaq və müdafiə funksiyasını yerinə yetirir, əzələlər-

lə birlikdə boşluqları əmələ gətirir ki, burada da həyati vacib orqanlar yerləşirlər. Məsələn, baş beyin kəllə ilə qorunur, onurğa beyni fəqərələrlə, ürək və ağ ciyərlər isə döş qəfəsi ilə mühafizə olunur və s.

Onurğa sütunu 33-34 ədəd fəqərədən ibarət olub, beş şobəyə ayrılır. Boyun şobəsi-7, döş şobəsi-12, bel şobəsi-5, oma-5 və büzdüm-4-5 fəqərədən ibarətdir.

Böyüklərdə onurğa S-ə bənzər şəkildədəir və boyun, döş, bel və çanaq nahiyyələrində olmaqla dörd əyriliyi vardır. Onurğanın önə doğru əyriliyinə lordoz, arxaya doğru əyriliyinə kifoz deyilir. Bu əyriliklər yalnız insana xasdır və böyük əhəmiyyəti vardır. Bəzən yanlara doğru əyriliklərə də təsadüf olunur ki, buna skolioz deyilir. Uşaq özü oturmağa başlamamış onu otuzdurmağa cəhd edilməsi, yəni vaxtından əvvəl oturdulma onurğa sütununun əyilməsinə səbəb olur. Qocaldıqda onurğanın bağ aparatı öz elastikliyini itirdiyi üçün onurğada qozbellik əmələ gəlir. Məktəb yaşlarında uşaq gövdəsini yana tərəf əyib oturduqda, daim bir əldə yük daşıdıqda, çarpayıda düzgün yatmadıqda və s. hallarda skoliozlar inkişaf edir. Uşağın masası və oturacağı onun yaşına uyğun olmalıdır. Bu avadanlıqlar nə çox böyük, nə də çox kiçik olmalıdır. Uşaq masanın arxasında düz oturmalıdır. Ayaqlarını dizdən düzbucaq altında qatlamalı və bütün pəncəsini döşəməyə qoymaqla, oturacağı azca masadan bir qədər aralı saxlayırlar.

Döş qəfəsi döş fəqərələrinin köndələn çıxıntılarına birləşmiş 12 cüt qabırğadan təşkil olunmuşdur. Bu qabırğaların 7 cütü öndən döş sümüyü ilə, 3 cütü bir-biri ilə qığırdaqla birləşmiş, 2 cütü isə yumşaq toxumaların arasında sərbəstdir. Döş fəqərələri, döş sümüyü, qabırğalar və onların arasındakı tənəffüs əzələləri və di-afraqma ilə birlikdə döş boşluğununu təşkil edir.

Yuxarı ətrafin qurşağı iki ədəd üçbucaqşəkilli kürək sümüydən, onları döş sümüyüne birləşdirən körpücükdən ibarətdir. Yuxarı ətrafin skleti kürək sümüyü ilə birləşmiş bazudan, saiddən (mil və dirsək) və barmaqlardan ibarətdir. Barmaqların

skleti bilək, daraq və barmaq sümüklərindən ibarətdir.

Aşağı ətrafin qurşağı arxadan bir-biri ilə birləşmiş iki enli çanaq sümüklərindən ibarətdir. Aşağı ətrafin skleti bud, baldır (qamış və incik) və ayaqdən ibarətdir. Ayağın skleti ayaqarxası, ayaqdarağı və ayaq barmaqları sümüklərindən təşkil olunub. İnsanın ayağı tağ şəklindədəir. Yastıayaq insanlarda ayağın altı bütünlükə yerə təmas edir, yəni ayaq tağı yastılaşır. Bu vaxt ayağın ayrı-ayrı sahələrinə düşən ağırlıq dəyişir, belə şəxslər çox gəzdikdə ayaq sümükləri bir-birini basır, şəxs tez yorular və ağrilar əmələ gəlir. Yenidöğulmuşların ayağı yasti olur, 3-4 yaşlarından başlayaraq ayaq tağları meydana çıxır. Ona görə də yastı-pəncəlik məktəb yaşlarında çox təsadüf edilir. Yastıpəncəliyi sadə üsulla təyin etmək olar. Belə ki, uşağın ayağının altını iliq su ilə isladıb kağızın, yaxud təmiz müşənbənin üstünə qoyurlar. Ayağın izinə görə uşağın yasti ayaq olub-olmamasını bilmək olur. Yastıpəncəliyin qarşısını almaq üçün profilaktik məqsədlə göy otun, çinqılın və qumun üzərində ayaqyalın gəzmək, kendi-rə dırmaşmaq və s. məqsədə uyğun sayılır.

Ətrafların sümükləri hərəkətli oynaqlarla birləşmişdir. Oynaq, səthləri qığırdaqla örtülmüş oynaq başından, oynaq çuxurundan ibarət olub, onların arasında hərəkəti asanlaşdırın oynaq mayesi vardır. Sümüklər bir-birinə oynaq bağları vasitəsilə bərkidilmişdir.

Başın skleti kəllənin üz və beyin hissələrindən ibarətdir. Kəllənin beyin şöbəsi 2 cüt (gicgah və təpə) və 4 tek (alın, xəlbir, əsas, ənsə) sümüklərindən təşkil olunmuşdur. Kəllənin üz hissəsi 6 cüt və 3 tek sümükdən ibarətdir.

Sümük toxumasının həddən artıq elastikliyi, sümüküstlüyü-nün kifayət qədər möhkəmliyi və inkişaf zonalarının mövcudluğu ilə əlaqədar uşaqlarda sümük sınıqlarının özünəməxsus xüsusiyyətləri vardır. Uşaqlarda ən çox sümüküstlüyü altı sınıqlara («söyüd budağı») təsadüf edilir. Bu zaman sinan sümüklərin yerdəyişməsi baş vermir. Uşaqlarda çox vaxt epifizeoliz- epifizar

qığırdaq xətti boyunca epifizin metafizdən ayrılması(qopması)müşahidə edilir. Uzun sümüklərin iki ucu epifiz, orta silindirik hissəsi isə diafiz adlanır. Epifizin diafizə keçən yeri metafiz adlanır. Müxtəlif yaş qruplarında zədələnmələr zamanı ən çox sına bilən yerlər uzun borulu sümüklərin qidalanması zəif olan nahiyyələridir. Uşaqlarda bud sümüyünün cismi və bazunun boynu, orta yaşlarda mil sümüyünün aşağı ucu, qocalarda isə bud sümüyünün boynu ən çox sınaq məruz qalır.

Orqanizmdə təqribən 400-ə qədər əzələ vardır. Skletin əzələləri döşün, arxanın, kürəyin, başın və ətrafların əzələlərinə bölünür. Müxtəlif oynaqlardakı hərəkəti əzələlərin müxtəlif qrupları icra edir. Məsələn, büküçülər qolu dırşəkdən bükür, açıcılar isə açır və s. Əzələlərin ayrı-ayrı qruplarını xaricdən əhatə edən toxuma fassiya adlanır. Bəzən fassiyalar çox möhkəm və şəffaf olduqları üçün enli əzələ vətərlərinə bənzəyirlər. Belə fassiyalar aponevroz adlanır. Fassiya və aponevroz əzələlər üçün istinad rolunu oynayır və beləliklə, lifli sklet vəzifəsi daşıyırlar. Orqanizmdə bəzi nahiyyələrdə anatomik olaraq zəif yerlər mövcuddur. Məsələn, qarnın ön divarı qasıq kanalı nahiyyəsində və göbək nahiyyəsində zəifdir, bel bel bucağı nahiyyəsində zəifdir, bud isə bud kanalı nahiyyəsində zəifdir. Zəif və ağır fiziki işlə işləyən şəxslərdə, bəzən də anadangəlmə həmin nahiyyələrdə yırtıqlar əmələ gəlir.

Uşağın sağlamlığının möhkəmləndirilməsində əzələ fəaliyyəti əsas yeri tutur. Fiziki məşqlər zamanı əzələlərin qanla təchizatı yaxşılaşır, oksidləşmə prosesləri sürətlənir, işlənmiş məhsullar isə qana fəal şəkildə daxil olaraq orqanizmdən xaric olurlar. Gimnastika və massaj zamanı əzələlərin gərilib boşalması qan axınına əlverişli təsir edir.

Tənəffüs sistemi - orqanizmə oksigenin daxil olması və karbon qazının xaric olması proseslərini təmin edir. Tənəffüs üzvlərinə burun boşluğu, udlaq, qırtlaq, traxea, bronxlar və ağ ciyərlər

addir. Bunlar havanın sirkulyasiyاسını və qazlar mübadiləsini təmin edir. Burun arakəsməsi sümük və qığırdaq hissələrdən ibarətdir. Burun boşluğununda 3 burun keçəcəyi ayırd olunur. Qırtlaq havanın udlaqdan traxeyaya keçməsinə, həmçinin ağız boşluğu ilə birlikdə səsin əmələ gəlmə və nitqin əmələ gəlmə prosesinə xidmət edir. Qırtlaq tək üzvdür, divarları isə tək və cüt qığırdaqlardan təşkil olunub. Nəfəs borusu 9-11 sm.uzunluqda və 7-18 mm. diametrində üzv olub iki baş bronxa bölünür. Ağ ciyərlərdə bronxlar şaxələnərək bronxial ağacı təşkil edirlər. Bronx şaxələrinin sonunda kiçik ağ ciyər qovuqcuqları- alveolllar yerləşir. Ağ ciyərlərin üzəri qişa ilə- ağ ciyər plevrası ilə örtülmüşdür ki, bu da divararalığı plevrasına keçərək döş qəfəsinin divarını daxildən örtür. Plevra yarığı arasında plevral maye olur ki, bu da tənəffüs hərəkətləri zamanı plevranın sürtünməsini asanlaşdırır. Bir nəfəsalma zamanı ağ ciyərlərə daxil olan havanın həcmi təqribən 500 sm.kub olub, tənəffüs həcmi adlanır. Tənəffüs hərəkətləri tənəffüs əzələlərinin ritmik yığılması nəticəsində yaranaraq nəfəsalma və nəfəsverməni əmələ gətirir.

Nəfəsalma zamanı qabırğası əzələlər qabırğaları qaldırır, diafraagma yığılın və nəticədə ağciyərlər genişlənərək sakit nəfəsalma baş verir. Nəfəsvermə zamanı isə qabırğası əzələlər və diafraagma boşalır, qabırğalar aşağı düşür, ağ ciyərlər yığılaraq havada ağ ciyərlərdən qovulur və sakit nəfəsvermə baş verir.

Uşaqlarda tənəffüs bir sıra fizioloji xüsusiyyətlərə malikdir. Belə ki, onlarda tənəffüs səthi xarakter daşıyır, yəni tənəffüs dərin deyildir. Bununla əlaqədar tənəffüs zamanı ağ ciyərlər tam açılmır. Dəqiqə ərzində tənəffüsün sayı çoxdur(50). Yaş arttıkca tənəffüsün tezliyi də artır. Tənəffüsün digər xüsusiyyəti onun aritmik olmasına. Bundan əlavə yenidoğulmuşlarda tənəffüs qadınlarda olduğu kimi döş, südəmər uşaqda isə kişilərdə olduğu kimi qarın tiplidir.

Tənəffüs yollarının dar və qısa olması, selikli qışanın qanla zəngin olması iltihabi proseslərin inkişafı və yayılmasını asanlaşdırır. Udlaq dar olduğu üçün buraya düşən infeksiya burun-ud-

lağa, oradan isə Yevstax borusuna keçərək tez-tez orta qulağın il-tihabını yaradır.

Döş qəfəsinin ekskursiyasının zəif olması və tənəffüs əzələ-lərinin zəif inkişaf etməsi ağ ciyərlərin aşağı hissələrinin tənəfű-ssdə iştirakına mane olur və əmələ gələn durğunluq pnevmoniyanın inkişafına səbəb olur. Ağ ciyər parenximasının elastikliyinin az olması atelektazın və bu səbəbdən, infeksiya düşdükdə sətəl-cəmin əmələ gəlməsinə səbəb olur.

MƏŞĞƏLƏ 2

Həzm sistemi. Sinir sistemi və duyğu üzvləri. Ali sinir fəaliyyəti.

Tələbələr gələcək məşğələlərdə xəstələrə ümumi qulluğun elementar vərdişlərinə yiyələnərkən, xəstələnmə və müxtəlif mənşəli zəhərlənmələrdə ilk yardımın göstərilməsini mənim-səyərkən (mədənin yuyulması, qazçıxaran boruların qoyulması, imalələrin edilməsi və s.) həzm üzvlərinin anatomiyasından, eləcə də duyğu üzvlərinin anotomik-fizioloji xüsusiyyətlərindən xəbərdar olmalıdırlar.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə həzm, sinir sistemi və duyğu üzvlərinin və anotomo-fizioloji xüsusiyyətlərini, böyük orqanizmin qidalanmasının xüsusiyyətlərini, sinir sisteminin və duyğu üzvlərini əyani vasaitlərin üzərində öyrədilməsinə nail olmaq.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşırlar:

1. Həzm sistemi üzvlərinin quruluşu və onların əhəmiyyəti;
2. Uşaqlarda dişlərin böyüməsi və əvəz olunması;
3. Mədəaltı vəzi, qara ciyər, öd kisəsinin quruluşu və funksiyası;
4. Böyük orqanizmin qidalanmasının xüsusiyyətləri;

5. Sinir sistemi və duyğu üzvlərinin quruluşu və onların əhəmiyyəti.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: həzm üzvlərinin, baş beynin, gözlərin, qulağın və dərinin şəkilləri olan plakatlar və ya mulyajlar, CD diskləri və internet resursları.

Həzm sistemi. Həzm sistemi həzm kanalı və axacaqları ona birləşən həzm vəzilərindən ibarətdir. Bu vəzilərə ağız suyu, mədə, bağırsaq, mədəaltı vəzi və qara ciyər aiddir. Həzm kanalının uzunluğu insanda təqribən 8-10 metrdir və aşağıdakı şöbələrə bölünür: ağız boşluğu, udlaq, qida borusu, mədə, nazik və yoğun bağırsaqlar, düz bağırsaq.

Ağız boşluğunda qida dişlər vasitəsilə çeynəməklə xırdaalanır. Uşaqlarda dişlər süd dişlərinə və daimi dişlərə bölünür. Dişlər bir qayda olaraq müəyyən vaxt fasiləsi ilə qruplarla çıxır: mərkəzi aşağı və yuxarı kəsici dişlər 6-9 ayda, yan alt və üst kəsicilər 9-12 ayda, birinci azı dişləri 12-15 ayda, köpək dişləri 17-20 ayda, ikinci azı dişləri 21-24 ayda çıxır. Beləliklə 1-ci yaşın axırında uşağın 8 dişi, 2-ci yaşın axırında isə 20 süd dişi olur. 6-7 yaşlarında süd dişləri daimi dişlərlə əvəz olunur. Süd dişlərinin əvəz olunması onların çıxmazı ardıcılılığı qaydasında baş verir.

Ağız suyunun tərkibində olan fermentlərin təsirindən karbohidratlar başlanğıc kimyəvi təsirə məruz qalır. Əzələlərin yiğilması nəticəsində qida udlağa, oradan da qida borusuna ötürülür. Qida borusunun divarının dalğavari yiğilması nəticəsində bura düşmüş qida mədəyə doğru hərəkət edir. Müxtəlif yaşılı uşaqlarda qida borusunun uzunluğu müxtəlifdir. Yeni doğulmuşlarda 10-11 sm., böyük uşaqlarda isə 16 sm.-dir. Müxtəlif patoloji vəziyyətlər zamanı mədəni yuyan zaman bunu bilmək lazımlıdır.

Mədə həzm kanalının ən geniş hissəsi olub həcmi 2-3 litrə yaxındır. Onun selikli qişasında 14 milyona yaxın mədə şirəsi ifraz edən vəzilər vardır. Uşaqlarda mədənin əzələləri zəif olduğunu görə südəmər yaşda çox vaxt tez-tez qusmaya səbəb olur.

Qara ciyər insan orqanizminin ən böyük vəzisidir. O qarın boşluğunun sağ tərəfində yerləşərək müxtəlif funksiyalar yerinə yetirir. Qara ciyərdə qana daxil olmuş kiçik molekullu zəhərli maddələr zərərsizləşir və fasiləsiz öd hazırlanır. Öd öd kisəsinə yığılır, oradan 12-barmaq bağırsağa tökülərək həzm prosesini davam etdirir.

Mədəlti vəzi tərkibi qidanı parçalamaq qabiliyyətinə malik fermentlərdən ibarət olan həzm şirəsini 12-barmaq bağırsağa ifraz edir.

Nazik bağırsağın uzunluğu 5-6 metr olub qarın boşluğunda çoxlu ilgəklər əmələ gətirir. Onun selikli qişası bağırsaq şirəsi ifraz edən çoxlu vəzilərə malikdir. Buradan amin turşuları, qlükoza, vitaminlər və mineral maddələr məhlul şəklində qana sorulurlar. Körpə uşaqlarda bağırsaqların hərəki funksiyası daha güclüdür, buna görə də onlar tez-tez nəcis ifraz edirlər. 1 yaşından sonra nəcis ifrazı iradi olur.

Körpə uşaqlar üçün ən dəyərli qida ana süddür. 6 aya qədər uşaqlar yalnız ana südü ilə, 6-18 ay arasında qarışq (həm süni, həm də təbii) qidalanır. Uşaqların əlavə qidalanması üçün hazırlıda müxtəlif süd qarışıqları istehsal olunur.

Sinir sistemi və duyğu üzvləri. Mərkəzi sinir sistemi baş beyin və onurğa beynindən ibarətdir. Baş beyin arxa, orta və ön beynindən təşkil olunub. Baş beynindən 12 cüt kəllə beyin sinirləri ayrılır. Bu sinirlərdən görmə, eşitmə və qoxu sinirləri hissi sinirlər olub müvafiq duyğu orqanlarının reseptorlarından oyanmanı baş beynə ötürürler. Bundan əlavə gözün hərəki siniri müstəsna olmaqla yerdə qalan sinirlər qarışq sinirlərdir. Yaşlı adamlarda böyük beyin yarımkürələri baş beynin kütləsinin 80%-ni təşkil edir. Beyin yarımkürələrinin qabığı ali analizator və şərti refleksləri qəbul edən orqan rolunu oynayır.

Gözlər görmə üzvü olub kəllənin göz yuvalarında yerləşmişdir. Göz almaları baş beyinlə görmə siniri vasitəsilə əlaqələnir. Göz al-

ması daxili nüvədən və onu əhatə edən xarici, orta və daxili qişalardan ibarətdir. Xarici qişa- sklera öndən şəffaf buynuz qişaya keçir. Onun altında damarlı qişa yerləşir. Qüzeqli qişa damarlı qişanın ön hissəsini təşkil edir və ortasında bəbək yerləşir. Gözün daxili qişası olan tor qişada işığa həssas reseptorlar-kolbacıq və çubuqcuqlar yerləşir. Göz almasının daxili nüvəsi büllur və şüşəyəbənzər ci simdən ibarət olan gözün optik sistemini təşkil edir.

Eşitmə üzvü xarici, orta və daxili qulaqdan ibarətdir. Xarici qulağı qulaq seyvanı və xarici qulaq keçəcəyi təşkil edir. Orta qulaq gicgah sümüyünün daxilində yerləşir. Burada çəkic, zindan və üzəngi adlanan sümükçüklər və orta qulaqla burun-udlağı birləşdirən eşitmə borusu yerləşir. Daxili qulaq ilbizdən və üç yarımdairəvi kanaldan ibarət olub sümük labirint adlanır. Spiralvari ilbizin daxilində eşitmə reseptorları yerləşir. Səs dalğaları xarici qulaq keçəcəyindən keçərək təbil pərdəsini titrədir. Bu titrəyiş qulaq sümükçükləri vasitəsilə daxili qulaqda yerləşən mayeyə təsir edib eşitmə reseptorları tərəfindən sinir impulslarına çevrilir və mərkəzə ötürülür. Bundan başqa daxili qulaqda müvazinət aparıcı-vestibulyar aparat yerləşir. Bu bədənin fəzada tarazlığını və vəziyyətini tənzimləyir.

Dil, sinir, vəzi və qan damarlarından təşkil olunmuş əzələvi bir üzvdür. Dil isanda əmmək, udmaq, dad bilmək, lamisə üzvü və danışmaq vəzifəsini ifa edir. Dilin arxasının ön hissəsində selikli qişa məməciklərlə örtülü olub məxmərə bənzəyir. Arxa hissəsi isə məməciklər olmadığı üçün hamardır. Dil məməciklərinin quruluşu selikli qişa məməcikləri kimidir, ancaq burada epitel təbəqə çox inkişaf etdiyindən onların ucları selikli qişadan yuxarı qalxır. İnsanda altı növ dil məməcikləri vardır. Bunlar müxtəlif funksiyalar (istilik, soyuqluq, ağrı, toxunma, dad) yerinə yetirirlər. Dad reseptorları dörd növ qıcıqları qəbul edir. Turşuluğu qəbul edən reseptorlar dilin kənarında, şorluğu qəbul edənlər dilin kənarında və ucunda, acılığı qəbul edənlər dilin əsasında və şirinliyi qəbul edənlər dilin ucunda yerləşir.

Dəri bədənin xarici örtüyü olub, böyüklərdə sahəsi 1,5-2 kv.metrdir. Dəri iki qatdan, nazik səthi qat – epidermisdən və daxili nisbətən qalın qat - xüsusi dəridən təşkil olunmuşdur. Dərinin müdafiə, ifrazat, istiliyi tənzimləmə və duyğu funksiyası vardır.

İnsanın bədən hərarəti istilik tənziminə görə nisbi sabitdir. Dəri səthinin piy qatı ilə yağılanması isti və soyuğun artıq daxil olması və itirilməsinə mane olur. İstilik vermənin intensivliyi dərinin çoxsaylı damarlarında qanın paylanması görə dəyişir. Soyuqda bu damarlar daralır, ətraf mühitdə temperatur qalxdıqda isə bu damarlar genişlənməyə başlayır.

MƏŞĞƏLƏ 3

Mikroblar əleyhinə işlədildən dərmanlar.

İnsan orqanizmi daim ətraf mühitin mikrobları ilə temasdadır. Bu mikroblar orqanizmə daxil olaraq müxtəlif iltihabi proseslər və irinləmələr törədir. Yarada mikrobların məhv edilməsi və sayının azalmasına yönəldilmiş tədbirlər planına antiseptika deyilir. Mikrobların əleyhinə işlədirilən dərmanlar isə antiseptik dərmanlar adlanır.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə müxtəlif növ antiseptikləri nümayiş etdirmək, onların xassələrini və işlədilmə qaydalarını, antibiotiklərə həssaslığın yoxlanılmasını öyrətmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Dezinfeksiyaedici maddələr haqqında anlayış, xassələri və işlədidməsi.

2. Sulfanilamid preparatları.

3. Antibiotiklərin işlədilmə xüsusiyyətləri və ağırlaşmaları

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAIT: Nümayiş etmək üçün müxtəlif qrup antiseptiklər, sulfanilamidlər və antibiotiklər, CD diskleri və internet resursları.

Tibb bacısının işində alətlərin, qulluq əşyalarının, dərinin, yaraların, infeksiya düşmüş boşluqların dezinfeksiyası xüsusi əhəmiyyətə malikdir. Dezinfeksiya məqsədilə fiziki, kimyəvi və bioloji metodlarından istifadə olunur. Çox hallarda dezinfeksiyanın kimyəvi növündən istifadə edilir. Kimyəvi dezinfeksiyaedilərə əsas tələb ondan ibarətdir ki, dezinfeksiyaedici məhlullar təsir edərkən kifayət qədər effektiv, az müddətdə və az dozada yüksək bakterisid aktivliyə malik olmalıdır. Kimyəvi dezinfeksiyaedici maddələrin bakterisid aktivliyi bir sıra amillərdən asılıdır. Bunlara preparatın qatılığı, mikrob hüceyrəsinə təsir müddəti, dezinfeksiya ediləcək obyektin tərkibi və xassəsi, mikrobyn bioloji xüsusiyyəti və davamlılığı, mikrob əkilməsinin kütləsi (daha çox əkilmədə daha çox dərman sərf olunur), preparatın bakterisid xassəsi, məhlulun səthi gərilmə qabiliyyəti aiddir. Kimyəvi dezinfeksiya məqsədi ilə təbabətdə antiseptik maddələrdən istifadə olunur. Hazırda ən çox istifadə olunan antiseptiklərə aşağıdakılardır:

1. Yod tinkturası – 5-10%-li məhlularından əlləri, əməliyyat sahəsini və yaralanmalar zamanı yaraların kənarlarını silmək üçün və s. istifadə olunur. Yüksək antiseptik təsiri ilə yanaşı yandırıcı və aşıländırıcı təsirə malikdir. Yod göbələklər əleyhinə təsirə də malikdir. Yodonat –1%-li məhlulu əlavə üç dəfə distillə suyunda həll edilib əməliyyat sahəsinin dezinfeksiyasında istifadə edilir.

2. B xloramini –1%-li məhlulundan çürümüş yaraları, irinli boşluqları yumaq, əlləri, əlcəkləri, alətləri dezinfeksiya etmək üçün istifadə olunur.

3. Hidrogen peroksid – irinli yaraları yumaq, yapışmış sarğıları islatmaq və yaradan nekrotik toxumaları kənarlaşdırmaq üçün (əmələ gələn köpüyün hesabına) istifadə edilir.

4. Kalium permanqanat –güclü oksidləşdirici olub, 0,1-0,05 %-li məhlulundan yaraların və boşluqların yuyulması zamanı istifadə edilir. Yaranın qoxusunu aradan qaldırır, 0,5 %-li məhlulu ilə mədə yuyulkən istifadə olunur.

5. Furasillin –bir çox bakteriyalara təsir göstərən ən güclü antisepikdir. Sulu məhlulundan(1:5000)irinli yaraları, yataq yaralarını, boşluqları yumaq üçün, anaerob floraya təsir göstərmək üçün, 0,2%-li məlhəmindən yanlıq yaralarını müalicə etmək üçün istifadə edilir.

6. Spirit –dezinfeksiya məqsədilə 70%-li, dərini aşılamaq məqsədilə 96%-li məhlulundan istifadə olunur. Kəsici alətləri, əllərin dezinfeksiyasında istifadə olunur.

7. Rivanol – irinli yaraların və boşluqların yuyulmasında 1:500 və 1:1000 nisbətli məhlullarından istifadə olunur.

8. Brilliant yaşılı - 0,1 və 0,2%-li məhlularından dərinin irinli xəstəliklərində və sıyrıntılar zamanı istifadə olunur.

9. Protarqol-1-3%-li məhlularından sidik kisəsinin iltihabları zamanı onun yuyulmasında istifadə olunur.

10. Süleymani –civə 2 xlorid –1:1000 və 1:2000 nisbətində məhlullarından ipək sapın sterilizasiyasında, əlcəkləri dezinfeksiya etmək məqsədi ilə işlədir.

11. Formalin formaldehidin suda 40%-li məhluludur. Sidik katerlərini, əlcəkləri, bujları, dezinfeksiya etmək, anatomiq preparatları uzun müddət saxlamaq, dərini yumaq üçün istifadə edilir.

Sulfanilamidlər Bu qrupdan olan dərman maddələri bakteriyaları məhv etməklə deyil onların çoxalmasının qarşısını almaqla yaradı ki mikroblastların azalmasına səbəb olur. Cərrahi infeksiyaların profilaktikasında antibiotiklərdən sonra geniş istifadə olunanı sulfanilamidlərdir. Onların arasında ən çox norsulfazol, streptosid, sulfadimezin, ftalazol yayılmışdır. Toz, həb və məlhəm şəklində həm daxilə, həm də yaraya səpmək üçün istifadə olunurlar.

Antibiotiklər- bioloji antiseptiklər olub kəskin nəzərə carpan bioloji aktivliyə malikdirlər. Onlar mikroblardan, bitkilərdən, heyvan toxumalarından, eləcə də sintetik yollarla hazırlanırlar. Uzunmüddətli təsirə malik olub mədə-bağırsaq və sidik –cinsiyət yollarında və s. istifadə olunurlar. Antibiotiklərdən geniş yayılanları penisillin, ampisillin, bisillin, streptomisin, oksasillin,

gentamisin, tetrasiklin, linkomisin, eritromisin, levomisetin və s. göstərmək olar.

Antibiotiklərin geniş çeşidi onların tək və ya müstərək işlədilməsinə zəmin yaradır. Lakin müstərək işlədərkən onların xarakteri və birgə təsiri nəzərə alınmalıdır. Bir yandan antibiotiklər bir-birinin təsirini gücləndirdikləri halda digər tərəfdən onların təsiri antaqonist olur.

Antibiotiklərin çoxcəhətli terapevtik əhəmiyyəti olduğu üçün onlardan geniş sitifadə olunur Həddindən artıq əsassız istifadə isə mənfi nəticələr verərək müalicədə bir sıra səhvələr və təhlükələr yaradır. Bunlara aşağıdakılardır.

- antibiotiklərin xəstəyə düzgün dozada verilməməsi(doza artıq verildikdə antibiotiklərin orqanizmə zəhərli təsiri artır, doza az götürüldükdə isə müalicəvi effekt alınmır və xəstəlik xroniki formaya keçir);

- antibiotikin düzgün seçilməməsi(törədiciyə, xəstələnən nahiyyəyə lokal təsiri və antibiotikin təsir spektri nəzərə alınmalıdır);

- Antibiotiklərin əsaslandırılmış kombinasiyası(kombinasiya yalnız qarışq infeksiyalarda tətbiq olunmalıdır, eks halda toksiki və allergik təsir yüksələ bilir);

- Antibiotiklərin əlavə təsiri (yüksek həssaslıq olan şəxslərdə baş verir);

- Allergik reaksiyalar. Anafilaktik şok. (qabaqcadan xəstədən həmin antibiotikin qəbul edilib-edilməməsi soruşulur, əvvəlcə kiçik dozada verilir və ya antibiotikə həssaslıq yoxlanılır.);

- Toksiki reaksiya(yüksək dozada tətbiq olunduqda eşitmə və görmə sinirinə təsir edərək eşitmə və görməni pozurlar);

- Dizbakterioz və kandidozlar.(xüsusilə geniş spektrli antibiotikləri işlədərkən orqanizmin normal mikroflorasının ayrı-ayrı nümayəndələri arasındaki nisbət pozulur, belə ki, bakteriyalar məhv olduğu halda maya göbələkdəri çoxalaraq dəri örtüyü və daxili orqanlarda pozğunluq törədir).

- Uzun müddət istifadə edildikdə mikrobyn həmin preparata qarşı müqavimət qazanması (bu zaman antibiotik dəyişdirilməlidir.)

Virus infeksiyalarında, naməlum mənşəli qızdırmalarda antibiotiklərin işlədilməsi eks göstərişdir. Vaxtı keçmiş və düzgün saxlanılmayan antibiotikləri işlətmək olmaz!

Antibiotiklərə həssaslığın təyini. Xəstələrdə antibiotiklərə həssaslığın təyin olunmasının bir neçə metodu vardır. Bunlardan ən çox tətbiq olunanı dəriçi sınağıdır. Bu metodla tanış olmazdan əvvəl skarifikasiən və dilaltı sınağı ilə tanış olaq:

Əvvəlcə antibiotik xəstəyə iylədirilir, sonra bir neçə damcı onun zədələnmiş dərisinə töküür. Bundan əlavə antibiotikdə isladılmış pambıq şarcıq xəstənin dili altına qoyulur və 10-20 dəqiqə saxlanılır. Müsbət reaksiya zamanı dodaqda və ağızın selikli qışasında ödəm və suluqlar əmələ gəlir. Reaksiya olmadıqda saidin daxili səthinin dərisində skarifikasiya sınağı aparılır. Bu zaman həmin nahiyyədə bir-birindən 3 sm. aralı təqribən 1 sm. uzunluğunda skarifikator vasitəsilə dəri elə bir dərinlikdə çizilir ki, bu zaman qan çıxmamış olsun. Sonra buraya antibiotik məhlulu töküür və 30 dəqiqə müddətində gözlənilir. Müsbət sınaq zamanı qızartı və suluq əmələ gəlir. Əgər suluğun diametri 1 sm. olarsa onda sınaq kəskin müsbət hesab edilir. Şübhəli hallarda dəri içi sınaqlardan istifadə olunur.

Bunun üçün said nahiyyəsində dəri içənə nazik iynə ilə 0,1 ml. antibiotik məhlulu yeridilir. Bu şərtlə ki, antibiotikin konseñtrasiyası 1 ml.-də 1000 vahid olmuş olsun. Əgər 20 dəqiqədən sonra suluq əmələ gəlməzsə onda sınaq mənfi hesab olunur. Antibiotikləri yalnız mənfi sınaqlardan sonra təyin etmək mümkündür. Eks təqdirdə xəstədə allergik reaksiya və ya anafilaktik şok baş verəcəkdir.

Anafilaktik şok zamanı ilk yardım. Bu zaman xəstəni horizontal vəziyyətdə başı yana çevirmək şərtilə uzatmaq lazımdır.

Dilin qatlanmaması üçün alt çənə aşağı çekilir. Anafilaktik şok yaradan preparatın vurulduğu yerin proksimal tərəfinə kəmər bağlanır, preparatın vurulduğu yerə isə 1 ml. 0,1 %-li adrenalinalı 0,5%-li novokain məhlulunun qarışıığı vurulur və preparatın sorulmasını ləngitmək üçün həmin nahiyyəyə buz qoyulur. Xəstə lengidilmədən yaxınlıqdakı xəstəxanaya çatdırılır.

MƏŞĞƏLƏ 4

Müxtəlif zəhərlənmələrdə ilk yardımın təşkili.

Orqanizmə zəhərlərin təsiri nəticəsində əmələ gələn patoloji vəziyyət zəhərlənmə adlanır. İnsanın zəhərlənməsinə müxtəlif mənşəli amillər səbəb ola bilər. Bunlara keyfiyyətsiz ərzaq məhsulları, zəhərli bitkilər (göbələklər), məişətdə və istehsalatda tətbiq edilən və düzgün istifadə olunmayan müxtəlif kimyəvi maddələr, kənd təsərrüfatında istifadə edilən pestisidlər, dərman preparatları, kimyəvi silahlar, zəhərli heyvan və həşəratların sancması və s. aiddir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə müxtəlif mənşəli zəhərlənmələr zamanı ilk yardım qaydalarını öyrətmək, sanitar çantası və kütləvi qırğıın silahı tətbiq edilən ocaqda işləmək üçün lazımlı olan əlavə vasitələrlə tanışlıq.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Zəhərləyici maddələr haqqında anlayış.
2. Kimyəvi zəhərlərlə zəhərlənmə.
3. Qida məhsulları ilə zəhərlənmə.
4. Zəhərli heyvan və həşəratların sancması ilə zəhərlənmə.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: sanitar çantası, mühafizə plası, əleyhqaz, respirator, maska, toza qarşı gözlük, pambıq-tənzif sarğı, şpris-tübik, CD diskləri və internet resursları.

Zəhərlər xassəsindən və orqanizmə daxil olma yolundan asılı olaraq orqanizmin müəyyən yerinə və ya bütün orqanizmə təsir edə bilərlər. Zəhərlənmənin nəticəsi zəhərin xassəsindən, orqanizmə düşən miqdardından, konsentrasiyasından, daxil olma yolundan, xəstənin sağlamlıq vəziyyətindən və zəhərin orqanizmdə qalma müddətindən asılıdır. Zəhərlənmələr zamanı cəld təcili yardım çağrılmalı, ilk yardım göstərməkdən ötrü zəhərlənmənin hansı zəhərlə, nə vaxt və hansı miqdarda, məhlulda həll edilib-edilmədiyi, boş və ya dolu mədəyə qəbul olunduğu aydınlaşdırılmalıdır.

Zəhər ağızdan düşdükdə zəhərlənmənin baş verdiyi yerdə mədəni dərhal yumaq və ya zəhərli maddənin qatılığını azaltmaq, zərərçəkənə 3-4 stakan su verdikdən sonra süni qusma yaratmaq lazımdır. Bunun üçün iki barmağı ağzın dərinliyinə elə salmaq lazımdır ki, yumşaq damağın dilçəyinə toxunulsun. Qati turşularla zəhərləndikdə və zəhərlənənin huşu olmadıqda süni qusma yaratmaq olmaz.

Zəhər bağırsağa kəcmişsə, yəni zəhərlənəndən 2 saatə yaxın vaxt kecmişsə bağırsaqların təmizlənməsi tövsiyyə edilir. Bu məqsədlə işlətmə dərmanı vermək və imalə etmək lazımlı gəlir. Bütün zəhərlənmələrdə daxilə paraşokabənzər aktivləşmiş kömür vermək böyük əhəmiyyət kəsb edir. Zəhərin sorulmaması üçün daxilə 2-3 yumurtanın ağı və ya süd verilir. Fosfor zəhərlənmələrində süd vermək olmaz. Zəhər dəriyə və ya selikli qışaya düşdükdə dərhal mexaniki üsulla –yumaqla kənar edilməlidir. Xəstəyə çoxlu miqdarda maye verilib sidik artırın dərmanlar yeridilir. Zəhərin zərərsizləşdirilməsi üçün antidotlardan – mövcud zəhərə qarşı dərmanlardan istifadə edilməlidir. Bunlara unitiol, metilen abisi, xromosmon(metilen abisinin qlükozada məhlulu)və s.aiddir.

İçməli su ya qaynadılmaqla, ya da 1 litr suya bir ədəd pantosid (xlor tərkibli maddə) həbi salınmaqla zərərsizləşdirilir. Həb əridikdən 30-40- dəqiqə sonra suyu içmək məqsədilə istifadə etmək olar.

Xəstələrdə tənəffüsü oyatmaq üçün naşatır spirti iylədilir, dəri yun parça ilə və ya spirtlə silinir. Tənəffüsün funksiyasının və qan dövranın bərpası üçün oksigen, ürək –damar dərmanları, tənəffüs analeptikləri, aparat vasitəsilə tənəffüs də daxil olmaqla, süni nəfəsaldırma tətbiq edilir. Nəbz və huş olmadıqda isə ürəyin qapalı massajı aparılır.

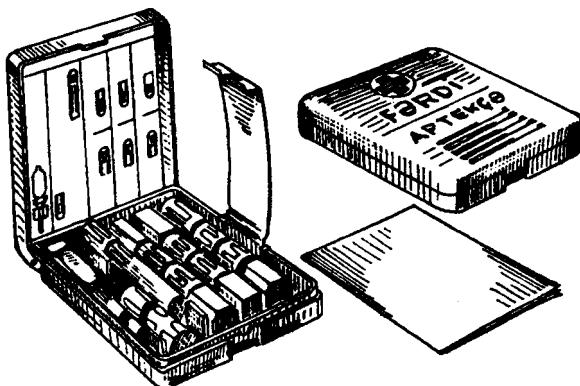
İlk tibbi yardım göstərmək üçün vəsait. Mürəkkəb şəraitlərdə ilk yardım göstərmək üçün çoxlu miqdarda sarğı materialları –bintlər, yanıqəleyhi sarğılar, pambıq və s., qanaxmanı dayandırmaq üçün kəmər, sınıqların immobilizasiyası üçün şinalar, bir sıra dərmanlar tələb olunur. Zədələnmə ocağında bütün bu vasitələri əldə etmək müxtəlif səbəblər ucbatından həmişə mümkün olmur. Bu baxımdan ilk yardım göstərmək məqsədi ilə xüsusi sanitər çantalarından istifadə olunur.

Sanitar çantası müxtəlif ölçülü steril bintlərdən, böyük və kiçik ölçülü yanıq əleyhinə sarğılardan, sarğı ləçəklərdən, ağ hiqroskopik steril pambıqdan, isidici sarğılardan və qeyri-steril pambıqdan təşkil olunmuşdur. Bundan əlavə çantada qanaxmaları dayandırmaq üçün kəmər, sadə alətlər(düz və bağ qayçıları), ən vacib dərmanlar (yod, naşatır spirti, poroşok və həb halında soda), həmçinin bloknot və karandaş da vardır. Sanitar çantaya əlavə olaraq spris-tübikdə zəhərləyici maddələr əleyhinə antidotlar (atropin), ağrıkəsicilər (promedol) da qoyula bilər. Çantanın üzərində qırmızı aypara cəmiyyətinin nişanı olmalı və o sağ böyürdə gəzdirilməlidir.

Radioaktiv maddələlə çiklənmiş yerlərdə olarkən bu maddələrin tənəffüs və həzm orqanlarına düşməsinin qarşısını alan etibarlı qoruyucu əleyhqazdır. Əleyhqaz olmadıqda r-2 respiratorundan, toz əleyhinə maskalardan və ya pambıqlı-tənzif sarğıdan istifadə etmək olar. Gözlər xüsusi eynəklərlə müdafiə oluna bilər. Fərdi tibbi mühafizə vasitələrinə fərdi aptekçə (şəkil -1), tibbi sarğı zərfi və fərdi kimyəvi zərf aiddir (şəkil 2).

Fərdi aptekçədə (Aİ-2) olan radiosiya əleyhi maddələrdən

vaxtında istifadə olunması radiasiyanın və radiaktiv maddələrin insan orqanizminə təsirini kifayət qədər zəiflədir. Aptekçə plastmas yuvalarda yerləşmiş tibbi dərman maddələri olan penallarda yerləşir. Qutunun ölçüləri 90x100x20 mm., çəkisi 130 qramdır.



Şəkil 1. Fördi aptekçə Al-2

Aptekçədə aşağıdakı dərmanlar olur:

- Yuva 1-ehtiyat üçündür, bu yuvada ağrıkəsici dərman olan spris –tübik yerləşir.
- Yuva 2-qırmızı rəngli penalda fosforlu-üzvi birləşmələri ilə zəhərlənmələrə qarşı 6 həb antidot dərman olur. Bu dərmanı həm profilaktika məqsədilə əvvəlcədən, həm də zəhərlənmənin ilk əlamətləri meydana çıxarkən 1 həb qəbul edirlər.
- Yuva 3-uzunsov ağ penalda bakteriyalar əleyhinə 15 həb olur. Bu həblər radiaktiv şüalanmadan sonra mədə- bağırsaq pozğunluqları əmələ gəldikdə 1-ci sutkada 7 tablet, sonrakı iki sutkada isə 4 həb daxilə qəbul edilir. Həblər şüalanmış orqanizmin müdafiə xassələrinin zəifləməsi ilə əlaqədar baş verə biləcək yoluxucu xəstəliklərin profilaktikası üçün nəzərdə tutulmuş dərman maddələridir.
- Yuva 4- ağ qapaqlı çəhrayı rəngli iki penalda radiasiya əley-

hi maddələrdir.(cəmi 12 həb). Radioaktiv zəhərlənmənin təhlükəsinin qarşısını almaq üçün şüalanmadan 30-60 dəqiqə əvvəl 6 həb bir dəfəyə qəbul edilir. Təkrari qəbula yalnız 5-6 saatdan sonra yenidən 6 həb dərman qəbul etməyə icazə verilir.

- Yuva 5-rəngsiz iki penalda bakteriya əleyhinə geniş spektrli antibiotik yerləşir (cəmi 10 həb) və yaralanmalarda, yanıqlarda və ocağda işləyərkən, yoluxucu xəstəliklərin təxirəsalınmaz profilaktikası məqsədilə istifadə olunur. Əvvəlcə 5 həb və 6 saatdan sonra daha 5 həb qəbul olunur.

- Yuva 6-ağ rəngli penalda radiasiya əleyhinə həblər olur (cəmi 10 həb). İnsanın təsadüfən radioaktiv maddələrlə çırklənmiş ərazidə otlayan inəyin südündən istifadə etdiyi hallarda 10 gün müddətində hər dəfə bir tablet qəbul edir. Tabletler qalxanabənzər vəzidə radiaktiv yodun çökməsinə mane olur.

- Yuva 7-mavi penalda qusma əleyhinə həblər yerləşir (cəmi 5 həb). Başın əzilmələrində, beyin silkələnmələrində, kontuziyalarda, ilkin şüa reaksiyası zamanı qusmanın qarşısını almaqdan ötrü işlədirilir.

Qutunun qapağının içəri tərəfində dərmanların yuvalarda necə yerləşdiyi təsvir edilmişdir. Apteçkənin içərisində dərman vasitələrinin necə işlədilməsinə dair təlimat da olur.

Fərdi sarğı zərfi-bədbəxt hadisələr, təbii fəlakətlər və digər eksternal situasiyalarda özünə və ətrafdakına ilkin tibbi yardım göstərilməsi üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Fərdi kimyəvi zərf (ipp-8,ipp-10). Dərinin səthini, paltarların zəhərlənmiş sahələrini və əleyhqazı zərərsizləşdirmək (santariya təmizlənməsi və deqazasiya etmək) üçündür.

Sarğı materialları. kiçik və böyük steril sarçılar, böyük və kiçik steril salvetlər, müxtəlif ölçülü steril və qeyri-steril bintlər, boru şəkilli parçadan hazırlanmış bintlərdir.

Fərdi mühafizə vasitələri.

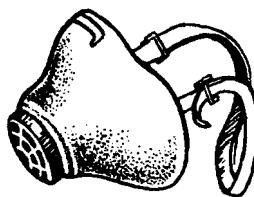
Kimyəvi zəhərlənmə ocağı o əraziyə deyilir ki, orada zəhərli maddələr və ya güclü təsirə malik zəhərləyici maddələrin təsiri

nətizəsində əhalinin, heyvanların və bitkilərin zədələnməsi baş verir. Bu ocağın ölçüləri zəhərləyici maddələrin işlədilməsi miqyasından, onların növündən, tətbiqetmə üsulundan, metereoloji şəraitdən və yerin relyefindən asılıdır. Bunlardan mühafizə olunmaq üçün sənaye əleyhqazlarından və respiratorlardan istifadə olunur.

Əleyhqazlar adamın tənəffüs üzvlərini və gözlərini havadakı zəhərləyici maddələrdən (buxar, duman, qaz, tüstü, zəhərləyici maddə damcıları), radioaktiv maddələrin təsirindən, həmçinin aerozol halındakı patogen mikroorganizm və toksinlərdən mühafizə etmək üçün kifayət qədər yüksək qoruyucu vasitələrə və istismar göstəricilərinə malikdir. Bunların təsireddi və süzücü növləri olur. Respublikamızda böyüklər üçün QR-7, QR-7V, QR-5, QP-5m, uşaqların mühafizəsi üçün DP-6, DP-6m, PDF-D, RDF-Ş əleyhqazlarından istifadə oluna bilər(şəkil 2).



Şəkil 2. QP-4u tripli süzücü əleyhqazı

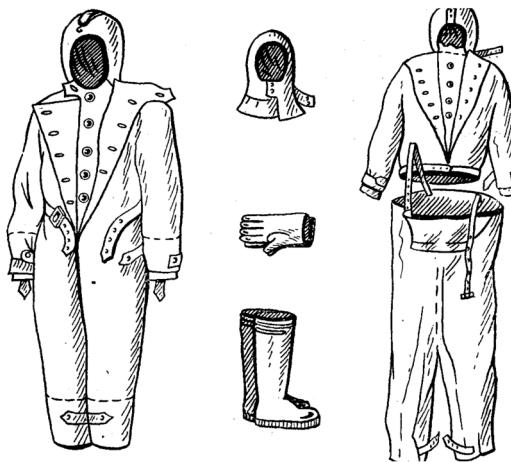


Şəkil 3. R-2 respiratoru

Respirator tənəffüs üzvlərini zərərli aerozollardan, zəhərli tüstülərdən fərdi mühafizə etmək üçün işlənən cihazdır. Onun işi alınmış havanın süzülməsi prinsipinə əsaslanır. Respiratorlar toz əmələ gələn işlərdə mühafizə vasitəsi kimi geniş tətbiq edilir. Sadəliyinə, asan istifadə olunmasına, elecədə zəhərləyici maddələrin aerozollarından və bakterial vasitələrdən yüksək mühafizə qabiliyyəti nə görə respiratorlar həm sülh şəraitində, həm də kütləvi qırğıın silahından mühafizə zamanı çox böyük əhəmiyyət kəsb edir(şəkil 3).

Dərini qorumaq üçün vasitələr havakeçirməyən materiallardan hazırlanır, həm tam hermetik, həm də qismən hermetik ola bilər. Bunlara mühafizə kombinezonu, mühafizə kostyumu, yüngül mühafizə kostyumu, ümumqoşun mühafizə komplektinə daxil olan mühafizə plası, corablari və əlcəyi daxildir (Şəkil 4).

Bunlardan əlavə adı paltarın və ayaqqabıların da mühafizə xassələrini yaxşılaşdırmaq mümkündür. Bunun üçün sadə vasitələrin köməyi ilə əlavə kipləşdirmə işləri aparılır ki, bədənin səthi kənar mühitdən təcrid olunsun. Paltarın kip olmayan yerləri - yaxalıqlar, döşüstü kəsiklər, gödəkçənin aşağı kənarları, paltarın qollarının əlcəklərlə və şalvarın aşağı hissəsinin ayaqqabı ilə birləşmə yeridir. Paltarların bütün düymələri bağlanmalı, yaxalığı qaldırıb, üstündən boyuna kip halda şərf və ya yaylıq bağlamaq, paltarın qollarını biləklərdən bağlarla bağlamaq, şalvarların balaqlarını çəkmələri üstündən qaytanla bağlayıb bərkitmək lazımdır. Pencəyin və köynəyin ətəyi şalvarın içərisinə keçirilib, üstdən kəmərlə bağlanır.



Şəkil 4. Mühafizə kombinezonu və kostyumu
(şlemləti, əlcək və rezin çəkmələrlə)



Şəkil 5. Pambıq-tənzif sarğı.

Pambıq tənzif sarğı ölçüləri 80x40 sm. olan tənzif parçasından hazırlanır. Onun orta hissəsinin üzərinə 20x15 sm sahədə qalınlığı 2 sm olan pambıq qatı döşeyir, tənzifin artıq qalan hər iki kənarını uzununa pambıq qatı üzərinə qatlayır, tənzifin uclarını ortadan uzununa kəsirlər, bu zaman iki cüt bağ alınır. Sarğını taxarkən onun aşağı bağları kəllədə, yuxarı bağları isə peysərdə bənd edilir. Pambıqlı tənzif sarğı ağızı və burunu əhatə etməlidir. Belə sarğılarancaq bir dəfə istifadə üçün yararlıdır (şəkil 5).

MƏŞQƏLƏ 5

Xəstələrin şəxsi gigiyenası. Sağlam və xəstə uşaqlara qulluq.

Kompleks müalicə tədbirləri arasında xəstələrə qulluq böyük rol oynayır. Xəstələrə qulluq dedikdə, palataların, yatacaqların təmiz saxlanması, alt palтарların dəyişdirilməsi, yemək vaxtı xəstəyə kömək göstərmək, gigiyenik qaydaları və fizioloji aktların həyata keçirilməsini təmin etmək və s. dir. Ən əhəmiyyətli müalicə vasitələri, düzgün edilmiş cərrahi əməliyyatlar və s. xəstələrə daim lazımı qulluq edilmədikdə əhəmiyyətsiz olur.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Xəstələrin stasionarda uzun müddətli qalması ilə əlaqədar gigiyenik qaydalara düzgün əməl olunmaması nəticəsində xəstəxanadaxili ağrılaşmaların baş verməməsindən ötrü, xəstələrə qulluğun əhəmiyyətini tələbələrə başa salmaq, ev şəraitində, uşaq və müalicə müəssisələrində xəstəyə qulluğa daxil olan elementlərin icra texnikasını və qulluq qaydalarını onlara öyrətmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Xəstəyə qulluğun elementləri haqqında anlayış.
2. Yataq yaraları və onların profilaktikası.

3. Sağlam uşaqlara qulluğun xüsusiyyətləri.

4. Uşaqların ana südü ilə qidalandırılmasının müasir aspektləri.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAIT: Bu təcrübi məşğələ xəstəxanalarda aparılır və palatalarda yerləşən xəstələrə ümumi qulluğun elementləri və əşyaları (funksional çarpayı, döşək, yataq ağları, xəstənin altına qoyulan ləyən, sidik qabları, rezin dairə və s.) əyani olaraq göstərilir və istifadə qaydaları öyrədilir, CD diskləri və internet resursları.

Dərinin ona xas olan funksiyaları yerinə yetirməsi üçün onun təmiz saxlanması vacib məsələlərdən biridir. Ağır xəstələrdə dəri örtüyünə piyin və tərin artıq toplanması dərini çirkəndirir. Piy və tərlə birlikdə dəriyə mikroorganizmlər toplaşaraq qaşınma yaradırlar. Qaşınma nəticəsində isə dəridə cızıq və sıyrıntılar əmələ gəlir ki, bu da infeksiyanın daha dərin qatlara keçməsi üçün qapı rolu oynayır. Dəriyə qulluq olmadıqda onda bişməcələr də əmələ gələ bilir. Belə fəsadların qarşısını almaq üçün müvafiq nahiyyələrə vazelin yağı sürtülür və ya talk tozu səpilir.

Stasionarda yatan xəstələr həftədə bir dəfədən az olmayıaraq giyinen vanna qəbul etməlidirlər. Vanna yarıya qədər 36-39S su ilə doldurulur. Vanna qəbul etməzdən əvvəl xəstənin əl və ayaqdırnaqları qısa tutulur. Vanna 15-20 dəqiqə müddətində qəbul edilməlidir. Xəstə özü yuyunur, lakin tibb bacısı ona nəzarət edir. Xəstənin vəziyyəti ağırlaşdıqda onu dərhal vannadan çıxarıb kənarda uzadaraq baş vermiş fəsadlar aradan qaldırılır. Vannaya əks göstəriş olduqda isə hər gün xəstənin bədənini yaş dəsmalla silmək lazımlı gəlir.

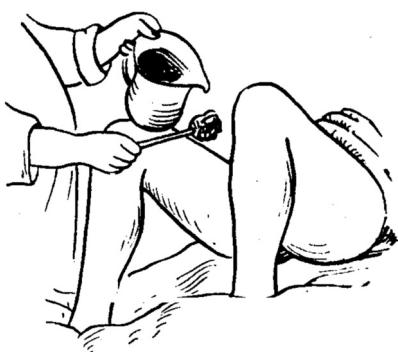
Sürətlə zəifləmiş orqanizmdə dəriyə pis qulluq olduqda, yatağın dəriyə uzunmüddətli təzyiqi nəticəsində dərialtı piy təbəqəsi az olan nahiyyələrdə dərinin tamlığı pozulur ki, buna yataq yarası deyilir. Həmin nahiyyələrə büzdüm, kürək, daban, dirsək aiddir. Yataq yaralarının əmələ gəlməməsi üçün, tibb bacısı hər gün ağır xəstələrin dərisini kamfora spiriti,odekolon, durulaşdırılmış spirit (1:1) və ya sirkə ilə silməlidir. Bunun üçün salfet və ya dəsmal həmin məhlullardan birində isladılır və bütün dəri səthi silinir.

Dəriyə göstərilən daha ciddi qulluq yataq yaralarının inkişafının qarşısını alır. Xəstənin dərisində yataq yaralarının görünməsi dəriyə edilən pis qulluğun əlamətidir. Yataq yaralarının əmələ gəlməsinin qarşısını almaq üçün onu törədən səbəbləri aradan qaldırmaq lazımdır. Bunun üçün:

- xəstənin vəziyəti gün ərzində yataqda bir neçə dəfə dəyişdirilməlidir;
- yataq səliqəyə salınmalı, onlar hər gün çırpılmalı, qırış və büküşləri düzəldilməli, yad əşyalardan (qida qalıqlarından təmizlənməli və s.);
- xəstənin dərisinin təmizliyinə nəzarət etmək və ağır xəstələrin kürək və omasının dərisi sutkada 1-2 dəfə kamfora spirti ilə silinməlidir;
- xəstəni çevirmək mümkün olmadıqda dəriyə təzyiqi kənar etmək üçün altına rezin dairələr qoyulur. Rezin dairə elə yerləşdirilməlidir ki, bu zaman xəstənin büzdümü onun dəliyinə düşmüş olsun;

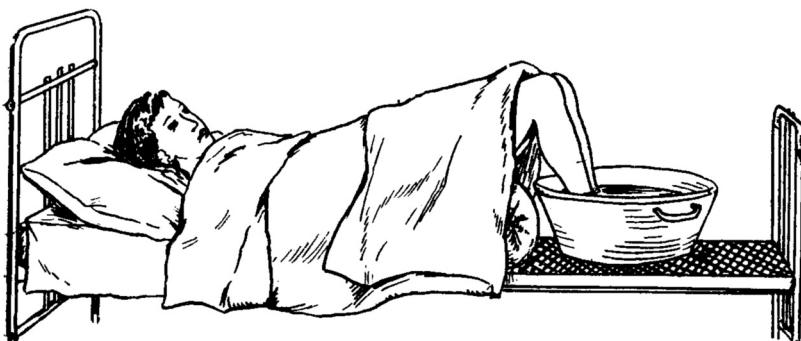
Yataq yaralarının ilk əlamətləri əmələ gəldikdə (dəridə qızartı) zədələnmiş nahiyyə qatı kalium permanqanat məhlulu ilə silinməlidir.

Aralıq nahiyyəsinin dərisinin təmizlənməsinə xüsusi diqqət yetirmək lazımdır. Dəridə nəcis və sidiyin toplanması dərinin tamlığının pozulmasına daha çox səbəb olur. Bu zaman xəstənin sağırsının altına ləyən qoyulur və isti dezinfeksiyadıcı məhlul xarizci cinsiyət üzvlərinin üzərinə tökülrək yuxarıdan aşağıya doğru yuyulur. Sonra isə quru tamponla qurudulub, bişməcələrin qarşısını almaq üçün vazelin yağı sürtülür (Şəkil 6).



Şəkil 6. Xəstənin aralıq nahiyyəsinin yuyulması.

Üz, boyun və bədənin yuxarı hissəsi hər gün yuyulmalıdır. Əgər xəstə ciddi yataq rejimindədirse onda onu lif və ya pambıq tamponla tibb bacısı yuyur. Səhərlər, yeməkdən qabaq, gün ərzində isə hər dəfə çirkənmə ehtimalı olan zaman əlləri yumaq lazımdır. Gecələr, yatmadan qabaq ayaqları isti su və sabunla yumaq lazımdır. Yataq rejimində olan xəstənin ayaqlarını həftədə 2-3 dəfə çarpayı üzərində tas qoyaraq yumaq lazımdır (şəkil 7).



Şəkil 7. Ayaqların yuyulması qaydası.

İnsanın ağız boşluğu mikoblarla zəngindir. Xəstə çeynəmədikdə və maye qəbul etmədikdə dişlərdə, dilin selikli qişalarında və damaqda ərp əmələ gəlir. Ağız boşluğununa qulluq hər gün, səhər və axşam dişləri diş fırçası vasitəsilə yumaqla həyata keçirilir. Ağır xəstələrin ağız boşluğu yeməkdən sonra hər dəfə silinməlidir. Bunun üçün pinset və ya sıxıcı ilə 0,5%-li soda və ya sodium xlorid məhlulunda isladılmış pambıq kürəcik götürülür. Şpatel vasitəsilə yanaq kənarə çəkilərək bütün dişlər, dil və ağızin selikli qişası silinir. Dodaqlarda quruluğun və ağız bucaqlarında çatın qarşısını almaq üçün, gün ərzində vazelin və ya kərə yağı ilə bir neçə dəfə silinməlidir.

Burunla sərbəst tənəffüs də ağızin selikli qişasının qurumasının qarşısını alır. Ona görə də buruna qulluğa da diqqət yetirmək lazımdır. Burunda quru qartmaqlar yarandıqda burun dəliyinə va-

zelin yağında isladılmış turunda 5-10 dəqiqə müddətində qoyulur və ya burun dəliyinə 1-2 damcı isti su tökülməlidir. Südəmər uşaqlarda burunla tənəffüsün pozulması ananın döşünü əmməyə mane olur. Bunu aradan qaldırmaq üçün onların burun dəlikləri kiçik pambıq fitillə təmizlənməlidir.

Göz bucağında, xüsusən uşaqlarda, irinli ifrazat əmələ gəldikdə, tibb bacısı zəif marqans və ya furasillin məhlulu ilə gözləri yuyur. Bunun üçün sol əlin göstərici barmağı ilə aşağı göz qapağı aşağı endirilir və otaq temperaturunda məhlul pipetkaya doldurulur və zəif şırnaqla gözün içərisinə damızdırılır. İstifadə olunan pipetka steril olmalıdır. Göz məlhəmi isə xüsusi çubuqla gözün bayır küncündə konyuktivanın selikli qışası ilə göz alması arasına yaxılır.

Xarici qulaq keçəcəyindən qulaq kiri ifraz olunur və bu toplanaraq eşitməni zəiflədən kir tixaci əmələ gətirir. Qulağı zədələməmək üçün kir ehtiyatla təmizlənməlidir. Xarici qulaq keçəcəyinə bir neçə damcı 3%-li hidrogen peroksid məhlulu töküür və qulaq seyvanı pambıq tamponla silinir. Sol qulağa dərman damızdırıldıqda baş sağa, sol qulağa töküldükdə sola əymək lazımdır. Bundan sonra qulaqqadakı kir tixacları çıxardılır. Bunun üçün xəstə oturaraq böyrəyəbənzər ləyəni qulağının altına tutur. Tibb bacısı bir əli ilə qulaq seyvanını dartaraq keçəcəyi düzləndirir, digər əli ilə təzyiqlə su şırnağını ora buraxır. Uşaqlarda xarici qulaq keçəcəyini təmizləməyə ehtiyac yoxdur. Dərmanlar qulağa azca qızdırıldıqdan sonra pipet vasitəsilə töküür.

Stasionarda olan kiçik yaşlı uşaqları tibb bacısı yuyundurur. Uşaq 37-38°C temperaturlu axar suda və neytral sabunla yuyundurulmalıdır. Sonra diqqətlə qurudularaq dəri büküklərinə steril bitki yağı çəkilir. Uşaqda bişməcələrin əmələ gəlməsi qulluğun pis olmasının təzahürüdür. Bu zaman uşağı boş bələmək və bişməcə yerlərinə ağ streptosid tozu səpmək lazımdır. Yeri gəlmışkən qeyd edək ki, bələk uşaqlarda uşağın fizioloji vəziyyətini məcburi dəyişdiyi üçün, tənəffüsü, uşağın hərəkətlərini və qan dövranı-

nı pozduğu üçün son zamanlar onları bələmirlər. Ona görə də yeni doğulmuş uşaqlardan ötrü xüsusi geyim tətbiq edilir.

Uşağın orqanizminin xəstəliklərə müqavimətinin artırılmasında bədənin möhkəmləndirilməsinin əhəmiyyəti böyükdür. Bunun üçün açıq havada gəzmək, açıq havada yuxu, hava, su və günəş vannaları, çimmək kimi ən sadə metodlardan istifadə edilir. Günəş vannalarını 1 yaşından sonra böyük ehtiyatla keçirmək lazımdır. Bu vannalar əvvəlcə 2-3 dəqiqə, tədricən artırılıb 10-20 dəqiqəyə çatdırılmalıdır. Havanın temperaturu 20-21S olmalı, uşağın başı birbaşa günəş şüalarından qorunmalıdır. Su proseduraları keçirərkən əvvəlcə bədəni yaşı dəsmalla silmək (2-3 aylığında), daha sonralar üzərinə su tökmək, duş, vannalardan istifadə etmək olar. Uşağın normal inkişafı üçün massaj və gimnastikanın da böyük əhəmiyyəti vardır.

Uşağın ilk qidası olan ağız südü sarı rəngli yapışqanvari, az həcmli qida maddəsidir. Ağızsüdündə yetişmiş süddən fərqli olaraq zülalın, yağlarda həll olan vitaminlərin (vitamin E, A, K), mineral maddələrin miqdarı çoxdur. Onun tərkibindəki immunoqlobinlərin və digər müdafiədici faktorların yüksək səviyyədə olması ona nəinki qida maddəsi, hətta dərman maddəsi kimi də baxmaxa imkan verir. Ağız südünün tərkibindəki immunoqlobinlər bağırsağın tam inkişaf etməmiş selikli qışasını örtərək onları mikrobların təsirindən qoruyur. Uşaq doğulduğandan bir qədər sonra döşə qoyulmalı və sonrakı günlər onun tələbinə görə əmizdirilməlidir. Yeni doğulmuşlar üçün ən fizioloji qidalanma ana südü ilə yedizdirmədir. Müasir dövrdə döşlə qidalanmanın üstünlükləri nəzərə alınaraq respublikamızda «ana südü» programı həyata keçirilir. Bu programda əsasən körpə müəyyən saatlarda yox, istədiyi vaxtda qidalandırılmalıdır. Döşlə əmizdirmənin müvəffəqiyyətlə həyata keçirilməsinə maneçilik törədən bəzi amillərin – əmizdirilmə müddətinə məhdudiyyət qoyulması, cədvəl üzrə əmizdirmə, körpə üçün əlverişsiz vəziyyətin seçilməsi, əmziyin və müxtəlif mayelərin veril-

məsi qadağan olunmalıdır. Döğulduqdan sonra uşağa müxtəlif əmziklərin verilməsi döşü əmmək üçün yararlı olmayan ağız hərəkətlərinin əmələ gəlməsinə və beləliklə, uşağın dösdən imtina etməsinə gətirib çıxarır.

Körpələrin ana südündən məhrum edilməsi onların əqli inkişafına, uşağın anaya münasibətinə və nəhayət onun gələcəkdə valideyn kimi formalaşmasına və digər fizioloji göstəricilərinə mənfi təsir göstərir. Uşağı ilk günlər gecə və ya gündüz olmasından asılı olmayaraq tez-tez əmizdirmək lazımdır. Uşağı əmizdirdikcə südün miqdarı artır və bunun müqabilində əmizdirmənin sayı daha çox azalır. Əmizdirmə zamanı düzgün vəziyyət seçilərək vaxta məhdudiyyət qoyulmursa, uşaq südün tərkibcə müxtəlif olan ilk və son porsiyalarından lazımı miqdarda istifadə edir və beləliklə də öz qidalanmasını təbii olaraq tənzimləyir. Süd körpə üçün enerji mənbəyidir. Əmizdirmə prosesi nə qədər düzgün aparıllarsa, ananın döşü süddən bir o qədər azad olar, südün əmələ gəlməsi artar, körpə isə çox süd əmər.

Beləliklə:

- körpə doğulandan 30-40 dəqiqə sonra ilk dəfə əmizdirmək üçün anaya verilməli;

- birinci 4-6 ay ərzində körpə ancaq ana südü ilə qidalanmalıdır;
- körpəni cədvəl üzrə yox, onun tələbinə görə əmizdirməli;
- 6 aydan sonra döşlə əmizdirmədən başqa əlavə qida verməli;
- körpəni iki il ərzində əmizdirməli.

Xəstə uşaqlara qulluq edərkən onları hər gün eyni vaxtda, tələsmədən və kiçik paylarla yedizdirmək lazımdır. Uşağı yedizdirərkən onu oturaq və ya yarımoturaq vəziyyətdə saxlamaq lazımdır. Zəif uşaqları onların vəziyyəti yaxşılaşan hallarda yedizdirirlər. Xəstə uşaq əgər yatmışsa yedizdirmək üçün onu yuxudan oyatmaq lazımdır.

Ana südü kifayət qədər olmadıqda müxtəlif qatışılardan ibarət olan əlavə qidaya keçmək məsləhət görülür. Qatışılardan ən

çox istifadə olunanı düyü, kefir-süd, «Malyutka» qatışıqlarıdır. Qarışq qidalanma zamanı fizioloji qatışıqlar işlədir. Belə qarışqlar öz miqdar və tərkibinə görə qadın südünün tərkibinə yaxın olan inək südündən hazırlanır və uzun müddət yedizdirilir.

Fizioloji qatışıqları aşağıdakı əsas qruplara bölmək olar:

1. südün sadə durulaşdırılması.
2. turş qatışıqlar.
3. ionit südü.

İnək südünü durulaşdırın zaman yad zülal və yağıñ miqdarı azalır. Hazırda aşağıdakı süd durulaşdırıcıları tətbiq edilir:

B-qarışıgi-1 hissə süd+1 hissə həlim+5% şəkər

V-qarışıgi-2 hissə süd+1 hissə həlim+5% şəkər

Əlavə yemək kimi turş qarışıqlar daha faydalıdır. Az miqdarda süd, duz, limon turşusu əlavə edilmiş sadə süd qarışıqlarını göstərmək olar. Bütün turş qarışq növlərindən ən qiymətlisi kefirdir. O fermentativ qarışıqlara aid edilib bir sıra üstünlüklerim vardır.

Ionit südü-ionitlə işlənmiş inək südüdür. Bunun nəticəsində inək südünün bəzi fiziki-kimyəvi xassələri dəyişir, bəzi göstəricilərə görə o inək südünə yaxınlaşır.

Qarışq yedizdirmə zamanı yeyinti sənayesi tərəfindən buraxılan konservləşdirilmiş məhsullardan da istifadə olunur. Yüksək çeşidli məhsullardan hazırlanmış qarışq və konservlərin zəngin tərkibi, hazırlanmasının asanlığı, rahat istifadə edilməsi, onların uşaqların yedizdirilməsi praktikasında geniş tətbiq olunmasına səbəb olur. Bunlara quru süd, quru kefir, quru asidofil südü aiddir. Quru süd qarışıqları hermetik qabda uzun müddət saxlanılır.

Yarma unundan B və V tipli süd qarışıqları hazırlanır. Yarma unlarından sıyıq hazırlamaqdən ötrü istifadə oluna bilir ki, bu da çox az vaxt tələb edir.

Uşağa döşlə qidalanmaya əks göstəriş varsa, onda uşağı süni qidalandırmaq lazımdır. Süni qidalanmaya, başqa ananın südü, «Malış», «Semilak» və s. aiddir.

MƏŞĞƏLƏ 6

Bədən hərarəti, nəbz, arterial təzyiq, tənəffüs, onların təyini üsulu və qiymətləndirilməsi.

Xəstələrə qulluq edərkən, onun vəziyyətinə nəzarət etmək üçün bir sıra göstəriciləri- bədənin temperaturunu, nəbz, təzyiq və s. yoxlamağı bacarmaq və bir sıra müalicə əməliyyatlarını bilmək vacib məsələlərdən biridir. Ürək - damar sistemi orqanizmin həyat fəaliyyətində vacib rol oynayır. Ürək fəaliyyətində azacıq dəyişiklik yaxınlaşan fəlakət haqqında ciddi siqnal ola bilər. Ona görə də tibb bacısı ürək -damar sisteminin vəziyyəti ni qiymətləndirmək üçün nəbzi təyin etməyi, arterial təzyiqi ölçməyi bacarmalı, həkimə qədərki təxirəsalınmaz yardımına hazır olmalıdır.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə tibbi termometrdən istifadə qaydalarını, nəbzi və tənəffüs hərəkətlərini saymağı, arterial təzyiqi ölçməyi öyrətmək, bədən hərarəti vərəqəsində göstəricilərin qeyd olunması vərdişlərinə yiyələnmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlanmalıdır:

1. Nəbz haqqında anlayış.
2. Bədənin hərarətinin əhəmiyyəti.
3. Arterial təzyiq haqqında anlıyış.
4. Tənəffüsün tipləri, patoloji tənəffüs, tənəffüs üzvlərinin pozğunluğu əlamətləri-təngnəfəslik, öskürək anlayışları.
5. Bədən hərarəti vərəqəsi.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: termometr, sfıqmomamometr, fonendoskop, saniyəölçən, hərarət vərəqəsi nümunələri, CD diskleri və internet resursları.

Bədənin hərarətinin ölçülməsi. Sağlam insanda bədənin temperaturu daimidir. Axşam və səhər saatlarında temperatura arasında azacıq fərq ola bilir. Bədənin temperaturu normada 37°S -ni keçməməlidir.

Cedula 1. Beden hersteller Veredesi.

Az Besszédkikötő Salivva Názzal! - Típusok Északi Forma 004/n, (Szm N°119 08/00/82)

Müessisanin adi

卷之三

TEMPERATUR VÆRØESI

Temperaturun belə sabitliyi orqanizmin istilik tənzimi ilə əlaqədardır. Temperaturun qalxması xəstəliyin başlanması göstərən bir səbəbdür.

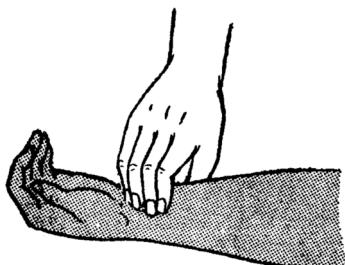
Temperaturun ölçülməsi tibbi termometr vasitəsilə həyata keçirilir. Tibbi termometr kapilyar mənfəzii olan şüşə borudan ibarət olub, sonluğunda civə ilə dolu rezervuarı vardır. Bu boruya 34-dən 42S -dək bölgüləri olan şkala bərkidilmişdir. Temperaturu ölçərkən civə sütunu yuxarıya doğru qalxır və hətta soyudulduğda belə aşağıya düşmür. Civəni geriyə rezervuara boşaltmaqdan ötrü termometri bir neçə dəfə çırpmaq (silkələmək) lazımdır.

Temperaturu ölçmək üçün qabaqcadan xəstənin qoltuqaltı nahiyyəsi quru dəsmalla silinir və termometr silkələnib həmin nahiyyəyə elə qoyulur ki, onun civəli rezervuari qoltuqaltı çuxurun dərinliyində yerləşmiş olsun. Temperaturun ölçülməsi müddəti 10 dəqiqədən az olmamalı, termometrlə bədən arasına yataq ağı və ya paltar hissəsi girməməlidir. Termometr götürüldükdən sonra ibb bacısı civə sütununun səviyyəsini təyin edir və göstəricini temperatur vərəqəsinə qeyd edir. Xəstədə temperatura gün ərzində heç olmasa iki dəfə: səhər saat 6-8 və axşam 16-18 radələrində ölçülməlidir. Termometri isə dibinə 0,5%-li xloramin məhlulunda isladılmış pambıq qoyulan şüşə bankada saxlamaq lazımdır.

Uşaqların temperaturunu qasıq bükübündə ölçürler. Bunun üçün uşaqın qıçlarını bud-çanaq oynağında qatlayıb əmələ gələn büküşə termometri qoyurlar.

Temperaturu ümumi hərarət vərəqəsinə yazılır, burada xəstələrin familiyası, temperaturun ölçüldüyü tarix və vaxt (səhər və axşam) yazılır. Bundan başqa, hər xəstə üçün də ayrıca hərarət vərəqi olur. Hərarət vərəqinə digər tədqiqatlar və proseduraların nəticələri də qeyd olunur (cədvəl 1). Bunlara nəbz, tənəffüsün sayı, arterial təzyiqçəki, sutkalıq içilən mayenin və sidiyin miqdarı, stul və edilən vannalar aiddir. Hərarət vərəqəsi xəstəlik tarixinə içərisinə qoyurlar: Onu tibb bacısı temperatur əyrisi ilə doldurur. 37°C -dən yuxarı temperatur qızdırma adlanır. Tibb bacısı temperaturun qalxmasını həkimə dərhal xəbər verməlidir.

Nəbz—ürək əzələsinin yığılmaması nəticəsində qanın ürəkdən damara yeridilməsi ilə əlaqədar olaraq damar divarının ritmik dalgalanmasıdır. Nəbzzi bütün arteriyalarda hiss etmək və qeydə almaq mümkündür. Lakin bilək nahiyyəsində mil arteriyası səthə yaxın və sümük üzərində yerləşdiyi üçün, nəbz daha yaxşı hiss edildiyindən nəbzzi adətən həzi yoxlamaq üçün sağ əlin dörd ucuna yüngülçə təmas etməklə yoxlanan şəxsin bilək nahiyyəsində tə tapılır. Əgər nəbzzi müəyyən seyirli yoxlamaq mümkün olmazsa onda riyalarında da təyin etmək mümkünritminə, tezliyinə, sürətinə, dolğunuşunun vermək lazımdır. Normal ürək döşəyinə ritmiki olur. Bir dəqiqə ərzində tezliyi adlanır. Nəbzin tezliyi ürək döşəyinin pulsunu ölçüb, sakit vəziyyətdə 70-75 vurgu



Şəkil 8. Nəbz ölçülərkən barmaqların qoyulması qaydası.

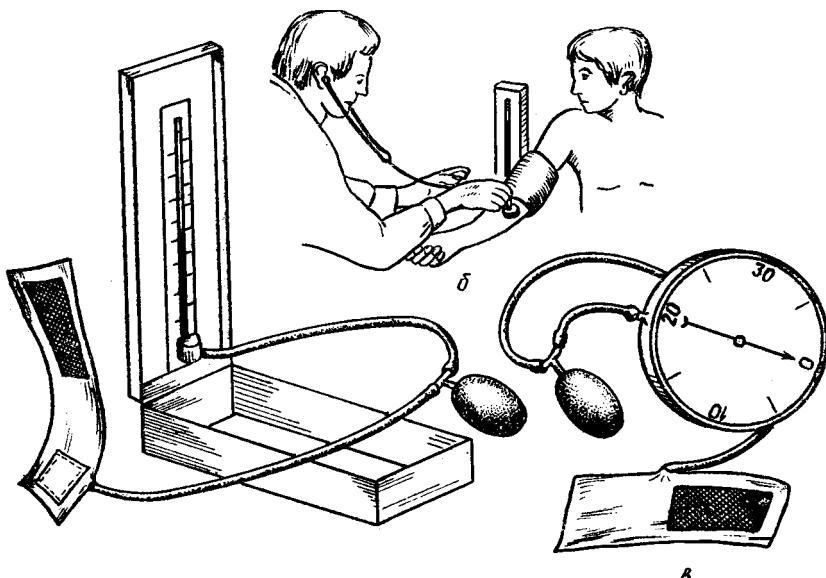
Müxtəlif yaş qruplarında nəbz vurğusu aşağıdakı kimidir: yenidögulmuşda 140, 6 aylıq uşaqlarda 130-135, 1 yaşa qədər uşaqlarda 120-125, 2 yaşında 110-115, 3 yaşında 105-110, 4 yaşında 100-105, 5 yaşında 100, 6 yaşında 90-95, 7 yaşında 85-90, 8-9 yaşında 80-85, 10-12 yaşında 80, 13-15 yaşında 75 vurgu olur. Uşaqlarda nəbz dirsək venasında ölçülür.

Nəbzin sürəti arteriyada təzyiqin qalxıb-enmə süretindən asılıdır. Nəbzin dolğunluğu isə sistola zamanı arteriyaların qanla nədərəcədə dolmasından asılıdır. Nəbzini tutduqda arteriyaların barmaqlara müəyyən müqavimət göstərdiyi hiss olunur ki, həmin müqavimət nəbzin gərginliyidir. Nəbzin xarakteri ürək fəaliyyətindən və arteriyaların vəziyyətindən, eləcədə orqanizmin ümmi vəziyyətindən asılıdır.

Müayinə olunan şəxsin vəziyyəti müxtəlif cür- ayaq üstə, oturaq və uzanmış vəziyyətdə ola bilər. Bu zaman nəbz vəziyyətdən asılı olaraq müxtəlif ola bilir, məsələn, ayaq üstə sürətli, uzanmış vəziyyətdə isə sakit olur. Əgər nəbzi tez saymaq lazımlı gələrsə onda onu 15 və ya 30 saniyə ərzində sayıb alınan rəqəmi müvafiq olaraq 4-ə və ya 2-yə vurmaq lazımdır. Aritmiyalar zamanı isə nəbz vurğuları arasındaki müddət müxtəlif olduğundan mütləq bir dəqiqliq ərzində saymaq lazımdır. Nəbzi uzun müddət və arasıksılmadən öyrənmək üçün pulsotaxometr və monitor adlanan xüsusi aparatlardan istifadə edirlər. Bunlar nəbzi həm sayırlar, həm də yazırlar.

Arterial təzyiq- arterial qan təzyiqi dedikdə qanın arteriya divisorlarına etdiyi təzyiq başa düşülür. İnsanda arterial qan təzyiqinin maksimal və minimal hədlərini müəyyən edirlər. Maksimal təzyiq mədəciklərin sistolası zamanı qanın ürəkdən aortaya keçməsi ilə əlaqədar olduğundan buna sistolik təzyiq deyilir. Minimal təzyiq isə diastola zamanı arterial təzyiqin hansı səviyyəyədək endiyini göstərdiyi üçün diastolik təzyiq adlanır. Orta yaşlı adamın bazu arteriasında maksimal təzyiq 105-120mm. civə sütununa, minimal təzyiq isə 60-80 mm.cv. st-na bərabərdir. Minimal arterial təzyiqini məxrəcdə, maksimalı isə surətdə kəsr şəklində göstərilər. Məsələn, 120/80 olsa, deməli maksimal təzyiq 120mm.cv.st, minimal təzyiq isə 80mm.cv.st-na bərabərdir. A/T -nin artmasına hipertoniya, azalmasına isə hipotoniya deyilir. İnsanda arterial təzyiqi bir neçə üsulla ölçmək mümkündür. Lakin ən çox istifadə edilən üsul Korotkovun auskultativ üsuludur. Bu məqsədlə sıqmomanometr deyilən cihazdan istifadə olunur (şəkil 9). Həmin cihaz rezin manjetdən, havanı manjetə qovan qapaqlı rezin balondan və manjetdəki təzyiqin səviyyəsini göstərən manometrdən ibarətdir.

Müayinə olunan şəxs əyləşərək qolunun birini açıb masa üzərinə qoyur. Müayinə aparan şəxs sıqmomanometrin manjetini müayinə olunanın bazu nahiyyəsinə dirsek çuxurundan 2-3 sm. yuxarıya və sıxımamaq şərti ilə (elə etmək lazımdır ki, dəri ilə manjet arasına bir barmaq keçə bilsin) dolaq kimi bağlayır. Ma-



Şəkil 9. Arterial təzyiqin ölçülməsi

nometrin xəstə ilə eyni səviyyədə olması məsləhət görülür. Bundan sonra balonun köməyi ilə hava manjetə nəbz itənədək qovulur. Havanın təzyiqi altında civə manometrin şüşə borusu içərisində hərəkət edir. Sonra isə havanı manjetdən tədricən buraxaraq, eyni zamanda fonendoskop vasitəsilə dirsək çuxurunda kükürləq asılır. (Adı halda dirsək çuxurunda heç bir kük eşidilməməlidir). Kükün eşidilməyə başladığı an manometrin şkalasında hansı rəqəmə uyğun gəlirsə, bu rəqəm maksimal təzyiqin göstəricisi hesab edilir. Manjetin havasını azaltmağa davam etdirdikdə müəyyən vaxtdan sonra kük itir. Kükün itdiyi anın manometrin şkalasındaki göstəricisi minimal təzyiqə uyğun olacaqdır.

Tənəffüsün sayılması. Tənəffüs üzvləri orqanizmi oksigenlə təchiz edir və karbon qazını xaric edir. Tənəffüsün əsas fizioloji aktına nəfəsalma və nəfəsvermə xidmət edir. Sağlam insanda yaşdan, cinsdən və xəstənin bədəninin vəziyyətindən asılı olaraq tənəffüsün sayı bir dəqiqlik ərzində 16-20 arasında olur. Uşaqlar-

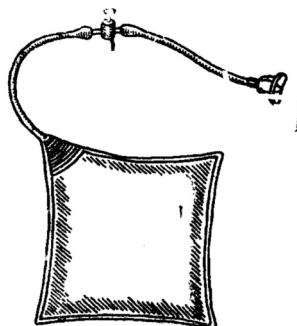
da isə yenidoğulmuş vaxtı 40-45, yaşı artdıqca isə azalaraq 10-14 yaşlarında gəlib 18-20- yə çatır. Orqanizmdə müxtəlif xəstəliklər nəticəsində tənəffüsün sayı dəyişə bilər.

Tənəffüs sayılarkən yalnız nəfəsalma sayılmalıdır. Sayılmanı elə icra etmək lazımdır ki, bunu xəstə özü bilməsin. Bunun üçün əli xəstənin qarnının üstünə qoyub, nəbzi sayırmış kimi onun əlini tutmaq lazımdır. Əgər xəstə onun tənəffüsünün sayıldığını hiss etsə onda istər-istəməz tənəffüs hərəkətlərinin sayı və ritmi dəyişəcəkdir. Tənəffüs çətinlikle sayılırsa onda xəstənin burun dəliyinə pambıq sap tutub, onun yellənməsi müşahidə edilərək sayılmalıdır. Xəstənin nəfəs alıb almadığını təyin etmək üçün onun ağızı bərabərliyinə güzgü tutmaq lazımdır. Güzgünün tərləməsi xəstənin tənəffüs etməsini göstərir.

Xəstəliklər zamanı tənəffüs pozulur, onun tezliyinin, dərinliyinin və ritminin dəyişməsi ilə müşayiət edilən hava çatışmazlığı hissinə təngnəfəslik halı, orqanizmin toxumalarına oksigenin daxil olmasının birdən-birə kəsilməsi nəticəsində onların həyatı üçün təhlükəli vəziyyətin yaranmasına isə asfiksia deyilir. Bu zaman ilk yardım səbəbə görə təyin edilməlidir. Xəstənin tənəffüsünü asanlaşdırmaq üçün balışdan, balışaltından, xüsusi çarpayıdan istifadə etməklə onu yarım uzanmış vəziyyətdə yerləşdirir, döş qəfəsini sıxan dar paltarı çıxarıır, otağın havasını dəyişməklə xəstənin təmiz hava almasını təmin edir, ona oksigen verirlər.

Oksigen müalicəsi ağ ciyərlərin xəstəliklərində, tənəffüsün müxtəlif pozğunluqlarında (suda batma, boğulma, zəhərlənmə), ağ ciyərlərin ödemində, şokda və kollapsda və s. tətbiq edilir. Mərkəzləşdirilmiş oksigen təchizatı olmayan xəstəxanalarda bu məqsədlə oksigen balışından istifadə edilir (şəkil 10). Oksigen verməmişdən əvvəl tənəffüs yollarının təmiz olduğuna (qusunu, bəlgəm) əmin olmaq lazımdır. Sonra oksigen balışının qífını nəm tənziflə sariyb onu xəstənin ağızına yaxınlaşdırıb və kranı açırlar. Adətən xəstələr dəqiqədə 4-5 litr oksizen verilməsini yaxşı keçirirlər. Oksigen ilk dəqiqədə öz-özünə çıxır və ətraf hava ilə qar-

şıb xəstənin tənəffüs yollarına keçir. Balışda oksigen azaldıqda isə onu uclarından başlayaraq sıxmaq lazımdır. Bir balışdakı oksigen 5-7 dəqiqəyə çatır. Sonra başqasını götürmək olar. Xəstəyə təmiz oksigen vermək lazım gəldikdə qifı kateterlə əvəz edir və onu xəstənin bur-nuna salırlar.



Şəkil 10. Oksigen balışı.

MƏŞĞƏLƏ 7

Qan dövranına təsir tədbirləri.

İnsanın dərisi geniş reseptor sahə kimi fəaliyyətdədir. Dəri səthinə az və ya çox miqdarda, müxtəlif gücdə, xarakterdə və müddətdə qıcıqlandırıcıların qoyulması bütün orqanizmə, eləcə də daxili üzvlərə reflektori təsir göstərə bilir. Buna əsaslanaraq bəzi xəstəliklər zamanı soyuğun, istinin, xardalin, banka qoyulması kimi proseduraların aparılması və zəlinin qoyulması məqsədə uyğundur.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: qan dövranına təsir edən tədbirlərin istifadə qaydasını, və texnikasını tələbələrə öyrətmək, bu tədbirlərə olan göstəriş və əks göstərişlərlə onları tanış etmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Qan dövranına təsir üsullarının tətbiqində göstəriş və əks göstərişlər.
2. Vannaların növləri və onların təyininə göstərişlər.
3. Uşaqlarda qan dövrvnina təsir tədbirləri.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAIT: Xardal, isti su,

banka, vazelin, spirt, metal zond, pambıq, müşəmbə, hiqroskopik parça, rezin isitqac, buz qovuğu.

Xardal istifadə olunarkən tərkibindəki xardal yağıının təsirindən dəri qıcıqlanır və bu zaman dəri damarlarının genişlənməsi nəticəsində qan dövranını yaxşılaşdırır.

Xardal dördbucaqlı formada kəsilmiş qalın kağızın üzərinə sürtülmüş xardal unundan və onu fiksə edən kauçuk və ya kani-folun benzində möhlulundan ibarətdir. Keyfiyyətini itirməmiş xardal quru halda heç bir iy vermır. İsländiqda isə xüsusi kəskin iyi olur. Xardal dəri damarlarında və həmin nahiyyənin daxili orqanlarında qan dövranını yaxşılaşdırır. Xardalın ən çox istifadə olunduğu nahiyyə döş qəfəsinin dərisidir.

Xardalı istifadə etmək üçün onu əvvəlcə 35-dək temperaturlu ılıq suda isladırlar, suyunu çırpıraq 10-15 dəqiqə ərzində saxlamaq şərtilə dəriyə yapışdırırlar. Üzərinə dəsmal və ya salfet qoyulduğdan sonra xəstə ədyalla örtülür. Düzgün qoyulmuş xardal dəridə istilik və qızartı əmələ gətirir. Xardal dəri üzərində uzun müddət qaldıqda və dərinin yüksək həssaslıqlarında hətta yanış da əmələ gətirə bilir. Proseduranın sonunda xardal dəridən qopardılır, qalıqları isti su ilə silinir və yerinə yüngülə vazelin çəkilir. Uşaqlarda xardal qoyulan yerdə yanış və gicişmə əmələ gəlməməsi üçün xardal nazik kağızın üzərindən yaxılmalıdır. Müddəti isə 5-7 dəqiqə olmalıdır.

Dəri xəstəlikləri zamanı və qanaxmalarda xardaldan istifadə etmək olmaz. Eyni nahiyyəyə xardalın dəfələrlə qoyulması isə həmin nahiyyənin dərisində piqmentasiya törədə bildiyi üçün bu məsləhət görülmür.

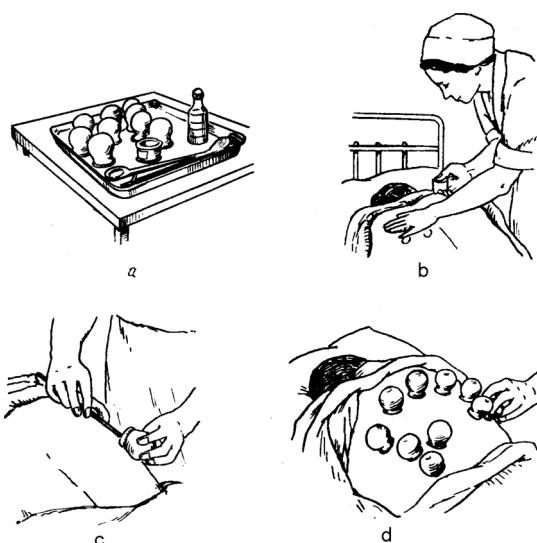
Bankalar qalın kənarları olan, həcmi 30-70 ml. olan girdə şüşə qablardır. Bankalar yerli qan və limfa damarlarına reflektor təsir etməklə onları genişləndirərək sorucu, iltihabəleyhi və ağrı-kəsici təsir göstərirler. Bunlar bronx, ağ ciyər və plevranın iltihabi proseslərində, ağ ciyərlərdə durğunluq vaxtı, eləcə də əzələ və

sinir kötüklərinin iltihabı zamanı tətbiq olunur. Bankalar dəri hissiyatı yüksək olanlarda, müxtəlif dəri xəstəliklərində, qanaxmlar, psixi oyanıqlıq, kəskin arıqlamalar, şişlər və ağ ciyər vərəmi zamanı tətbiq etmək olmaz. Bankaların qoyulduğu nahiyyələrə döş qəfəsinin ön və arxa hissəsi (onurğa, ürək, süd vəziləri istisna olmaqla), bel nahiyyəsi və budun arxa səthi aiddir.

Bankaları qoymaq üçün əvvəlcə onlar silinir, onların dodaqlarının tamlığı yoxlanılır və enli, ağızı açıq yesiyə yiğilir. Xəstə münasib vəziyyətdə uzandıqdan sonra banka qoyulacaq nahiyyə soyundurulur. Banka qoyulan nahiyyə təmiz olmalı, vazelinlə silinməli və tüklərdən təmizlənməlidir.

Prosedurani yerinə yetirən şəxs ucunda spirt məhlulunda isladılmış pambıq olan zondu sağ əlinə götürərək onu kibritle alışdırır. Sol əli ilə bankaları bir-bir götürərək cəld hərəkətlə alovu onların içərisinə daxil edib bankanın bütün kənarlarına təmas etməklə bədənə kip yapışdırır.

Bu zaman bankanın içərisindəki alovun sönməsini gözləmək və bundan sonra ikinci bankanı götürmək lazımdır. Əks halda dəridə yanış əmələ gələcəkdir. Sonda isə xəstəni əddyalla örtmək lazımdır (Şəkil 11).



Şəkil 11. Bankaların qoyulması texnikası
a) lazımlı olan avadanlıqlar **b)** dərinin vazelinlə yağlanması
c) bankaların qızdırılması **d)** bankaların götürülməsi

Qoyulan bankaların sayı onların təyin olunduğu nahiyyənin ölçüsündən asılıdır. Bankalar qoyulduğu nahiyyədən 10-15 dəqiqədən sonra götürülür. Bunun üçün bankanın bir tərəfini ehmalca dəridən ayırmalı lazımdır. Bu zaman hava bankaya daxil olur və bədəndən qopmaqla ayrılır. Bankalar götürüldükdən sonra bədənin vazelini quru tamponla silinir. Proseduradan sonra xəstəyə ən azı 30-40- dəqiqə müddətində sakit halda uzanmaq məsləhət görülür.

Uşaqlara 1,5-2 yaşından başlayaraq bankalar qoyulur. Uşaqlar üçün istifadə edilən bankalar nisbətən kiçikdir. Körpələrdə dərialtı piy toxuması yumşaq olduğu üçün bankaları ancaq 5-10 dəqiqə saxlamaq lazımdır. Başqa cəhətdən bu prosedura böyüklərdə olduğu kimidir.

Vannalar isə orqanizmə gigiyenik, müalicəvi və profilaktik məqsədlə tətbiq edilən su prosedurasıdır. Vannanın təsir mexanizmi dəriyə temperatur, mexaniki və kimyəvi qıcıqların təsirindən ibarətdir. Ona görə də vannaların tətbiq olunması qaydası onun növündən, istifadə məqsədindən, xəstənin yaşından və diagnostik müxtəlifliyindən asılı olaraq fərdi olduğu üçün bu haqda bəzi ümumi məsləhətləri qeyd etməyi lazım bildik:

- Vanna otağının temperaturu ən azı 25°C olmalı, nəfəsliklər örtülməli, otaq yel çəkməməlidir;
- Dəri zədələnmiş olduqda təyin etmək olmaz;
- Vannada qalma müddəti 8-15 dəqiqə olmalıdır;
- Vannadan sonra xəstə quru dəsmalla qurudulub, uzanmalı və üzəri ədyalla örtülməlidir.

İsitqac iltihab proseslərinin sorulması, bədəni qızdırmaq və ağrını kəsmək üçündür. Rezin və elektrik isitqacları vardır. Rezin isitqac 1-1,5 litr su tutan, ağızı tixacla bağlanan rezin qabdır. İsitqacın 2/3 hissəsinə su töküb, sonra havasını basmaqla çıxarırlar, tixacı yaxşı burub, ağızı aşağı çevirirlər. Bundan sonra qurulayıb, dəsmala büküb, iltihab olan yerə qoyurlar. İsitqacın altında qalan dərinin qızarmaması üçün ona vazelin və ya yağ sürtürlər. Çox is-

ti isitqacı birbaşa bədənə qoymaq olmaz. Yenidoğulmuş uşaqlar isitqaca çox həssas olduqları üçün isitqaca isti yox, iliq su tökmək, su soyuduqca onu tez-tez dəyişmək lazımdır.

Soyuq kompres —əzilmə, kəskin yerli iltihab prosesi baş verərkən birinci gün, habelə burun qanaxmaları zamanı burunun üst hissəsinə, qızdırma zamanı və kəllə beyin travmaları zamanı başa qoyulur. Soyuq kompres damarları daraldır, ağrıların azalmasına, iltihab prosesinin zəifləməsinə və sönməsinə səbəb olur. Bu məqsədlə parçanı buzlu suda isladıb azacıq sıxır və bədənin həkim təyinatına daxil edildiyi sahəsinə qoyurlar. 2-3 dəqiqədən sonra onu yenisi ilə əvəz edirlər. Bu işi bir saat müddətində davam etdirmək olar. Buz qovuğu isə qarın boşluğununda iltihab zamanı, kəllə beyin travmalarında və qanaxmalar vaxtı qoyulur (Şəkil 12). Buz qovuğu daha dərin qatlara təsir edə bilir. Həddindən çox soyutma olmaması üçün, qovuğu dörd qatlanmış dəsmalın üstünə qoyub, 10-15 dəqiqə fasile verib 20-30 dəqiqə saxlayırlar. Buzu azca fasılələr verməklə bir sutka saxlamaq olar. Buna baxmayaraq soyuducuda həmişə buz ehtiyati olmalıdır.

Buz qovuğu əldə edilmədikdə soyutma məqsədi ilə içərisinə soyuq su, qar və s. tökülmüş polietilen kisəciklərdən istifadə edilir. Bu da olmadıqda buzu və ya qarı müşəmbəyə büküb istifadə etmək olar. Əl altında bu əşyalar tapılmadıqda isə, dəsmal və ya salfet soyuq suda isladılaraq kompres şəklində qoyulur. Kompres 1-2 dəqiqədən sonra qızdığına görə 2 salfet götürülür. Onlardan biri xəstə nahiyyədə olduğu vaxtda, digəri soyuq suda soyudulur. Hər 1-2 dəqiqədən bir salfetlər dəyişdirilir.



Şəkil 12. Buz qovuğunun tətbiqi

MƏŞĞƏLƏ 8

Xəstələrin qidalanması, həzm yolunun və sidik-cinsiyət sisteminin xəstəlikləri zamanı xəstələrə qulluq.

Qidalanma orqanizmin ən vacib tələblərindən biridir. O, insan orqanizmini enerji, hüceyrələrin qurulmasını əsas qida maddələri ilə təmin edir və orqanizmin xəstəliklərə qarşı davamlılığını artırır.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Diaqnostika və müalicə məqsədilə mədənin yuyulması, düz bağırsaq vasitəsilə bağır-saqlara maye şəklində müalicə və diaqnostik məqsədlə su, dərman, yağı və qida maddələrinin yeridilməsi, düz bağırsağa qazburaxan boruların qoyulması, kəskin sidik ləngimələri zamanı sidik kisəsinin boşaldılması, sidik kisəsinin xəstəlikləri zamanı sidik kisəsinin yuyulması, sidik kisəsinə dərman maddələrinin yeridilməsi qaydalarını tələbələrə öyrətməkdən ibarətdir.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ : Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

Müxtəlif xəstəliklər zamanı pəhriz qidalanması və pəhriz masaları haqqında anlayış.

Qusma və meteorizm zamanı yardımın göstərilməsi.

Həzm sistemi və sidik-cinsiyət sisteminin xəstəlikləri zamanı xəstələrə qulluq əşyaları.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: 0,5-1,0 litr həcmində bölgülərə bölünmüş şüşə qif, 1-1,5 metr uzunluqda və 1-1,5 santimetr diametrində qalın divarlı rezin boru, rezin balon, Es-marx isitqacı, düz bağırsağa keçən ucluq, qazburaxan boru, mədə və 12-barmaq bağırsaq zondları, otaq temperaturunda su, müxtəlif ölçülü metal və rezin kateterlər, böyrəkvari ləyən, steril vazeelin və ya qliserin, CD diskləri və internet resursları.

Sağlam və xəstə adamın qidalanması qidanın tərkibindən, keyfiyyətindən, miqdardan, onu qəbul etmə vaxtından və sayından asılıdır. Müalicə dövründə xəstəyə təyin olunmuş və həkimin nəzarəti altında aparılan müalicə qidası pəhriz adlanır. Xəstəxanada pəhrizlərin sayı müalicə müəssisəsinin profilindən, yəni xəstələrin əsas kontingentində asılıdır. Pəhriz masalarının sayı on beşdir. Müxtəlif mədə-bağırsaq xəstəlikləri zamanı bir sıra pəhriz xörəkləri təyin olunur. Bu pəhrizləri təyin etməkdə məqsəd, mədə və 12- barmaq bağırsağın yarası və qanaxmaları zamanı mədəni kimyəvi, mexaniki, termiki qıcıqlandırıcılarından qorumaq (pəhriz-1), xroniki qastritlərdə mədənin və bağırsaqların sekretor fəaliyyətlərini qaydaya salmaq (pəhriz-2), qəbizliklərdə bağırsaqların funksiyasını artırmaq (pəhriz -3) kəskin enterokolit və kolitin kəskinləşməsi dövründə mədə –bağırsaq yolunun pozulmuş funksiyasını qaydaya salmaq (pəhriz-4) ,qara ciyərin və öd yollarının xəstəliklərində qara ciyərin pozulmuş funksiyasını və öd ifrazını yaxşılaşdırmaq (pəhriz-5), podaqra və sidik-turşu diatezlərində purin mübadiləsini qaydaya salmağa (pəhriz-6), böyrək xəstəliklərində böyrəkləri qoruyan şərait yaratmaq (pəhriz-7), piylənmə zamanı maddələr mübadiləsinə təsir etmək (pəhriz-8), şəkərli diabet zamanı karbohidrat tarazlığını saxlayan şərait yaratmaq (pəhriz-9) ürək-damar sistemi xəstəlikləri zamanı qan dövranı üçün əl-verişli şərait yaratmaq (pəhriz-10), ağ ciyər vərəmi və sanatoriya kurort müalicəsi dövründə xəstənin müqavimətini artırmaq, vitamin tarazlığını bərpa etmək (pəhriz-11), sinir sistemi xəstəliklərində sinir sistemini oyatmamaq (pəhriz12), kəskin ineksiyalar zamanı mədə bağırsaq yolunu qorumaq (pəhriz 13), fosfaturiya zamanı sidiyin turşu reaksiyasını bərpa etmək (pəhriz 14), evə buraxmazdan əvvəl sağlam adamlar üçün xəstənin qidalanmasının fizioloji normalarını təmin etməkdən (pəhriz 15) ibarətdir.

Bəzi hallarda evdən gətirilən yeməklər xəstənin müalicə prinsiplərinə uyğun olmur. Xəstənin belə xörəkləri qəbul etməməsi üçün bir sıra tədbirləri görmək lazımdır:

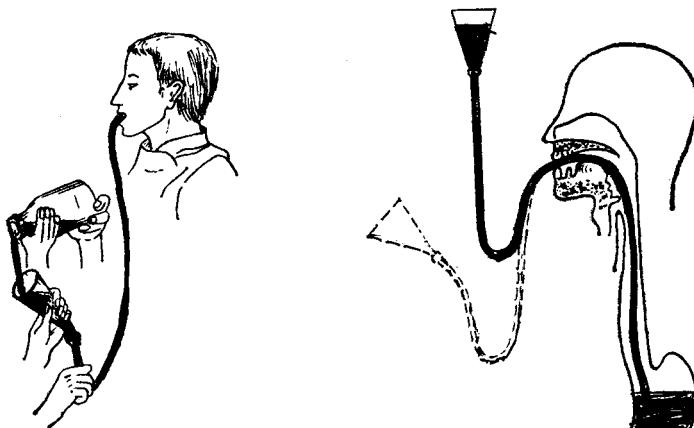
1. xəstəyə müalicə qidasının əhəmiyyətini izah etmək və təyin olunmuş pəhrizin pozulmasının ağır nəticələr verə biləcəyi barədə onu məlumatlandırmaq.

2. xəstənin yanına gələnlərə pəhrizin nömrəsinə uyğun olaraq icazə verilən ərzağın növünü və miqdarını anlatmaq.

3. xəstələrin yemək saxlanılan şkaflarını hər gün yoxlamaq.

Mədədə olan möhtəviyyatın – durğun və keyfiyyətsiz qidaların, zəhərli məhsulların, qanın, seliyin və ödün xaric edilməsi prosesi mədəni yumaqla həyata keçirilir.

Mədənin yuyulması üçün xəstə oturaq vəziyyət alır, ağızda diş protezi varsa o çıxarılır. Xəstədən ağızını açmaq və dərindən nəfəs almaq xahiş edilir və qıfa birləşdirilmiş zondun əks ucu su ilə isladılaraq xəstənin mədəsinə salınır. Xəstəyə ardıcıl udma hərəkətləri təklif edilir. Digər ucu isə qıfla birlikdə xəstənin dizinə qədər aşağı endirilir və qıf ağızına qədər su ilə doldurulur. Mədə möhtəviyyatının turş reaksiyası zamanı 3 litr suya 10 qram xörək duzu və ya çay sodası qatılır. Sonra qıf yavaş-yavaş xəstənin ağızı səviyyəsindən təxminən 25-30 sm. yuxarı qaldırılır. Bu zaman su mədəyə daxil olmağa başlayır. Qıfi bir qədər çəp tutmaq lazımdır ki, hava kütləsi mədəyə daxil olmasın (şəkil 13). Qıf boşaldıqdan



Şəkil 13. Mədənin yuyulması.

sonra zondla birgə təkrar xəstənin dizi nahiyyəsinə endirilir. Burada məqsəd mədədən qayıdan möhtəviyyatın miqdarını bilməkdir. Əgər qıfa mədəyə daxil olandan artıq maye qayıdarsa onda qıfdakı möhtəviyyatı vedrəyə boşaldıb, təkrarı su ilə doldurmaq lazımdır. Əgər mədədən möhtəviyyat daxil olandan az qayıdırsa deməli zond mədəyə düzgün yerləşməmişdir. Mədə yuyulmasının effektivliyi mədədən qayıdan mayenin xarakterinə görə qiymətləndirilir. Mədədən təmiz mayenin qayıtması tam yuyulma haqqında məlumat verir. Huşsuz və ağır xəstələrdə mədəni yuyarkən xəstəni sağ böyrü üstə uzatmaq lazımdır.

Mədə zondları. Mədə şirəsinin müayinə məqsədilə xaricə çıxarılmazı mədə keçəcəyinə zond salmaqla həyata keçirilir. Mədə möhtəviyyatını analiz etməklə mədənin sekretor və hərəki funksiyalarını qiymətləndirmək və bunların pozulmasına görə xəstəliyin xarakterini təyin etmək mümkündür. Mədədən möhtəviyyatı çıxartmaq məqsədilə müxtəlif diametrlı (8 mm-dək), divarının qalınlığı 1-2 mm və mədəyə salınan ucunda iki oval dəliyi olan rezin zondlardan istifadə olunur. Zondu salmaqdan ötrü müayinə olunan, xəstə arxasını oturacağa möhkəm söykəyib başını bir qədər irəli əyərək oturur. Tibb bacısı sağ tərəfdə duraraq sağ əli ilə zondu dilin arxasından udlığa salır. Müayinə olunanın udma hərəkətlərinə uyğun olaraq zond qida borusuna və sonra mədəyə yeridilir. Mədəyə salınan zondun uzunluğu kəsici dişlərdən göbəyə qədər olan məsafəyə bərabərdir. Zondu zorla salmaq tövsiyyə edilmir. Çünkü o, xəstəni incitməklə yanaşı qida borusunu zədələyə bilər. Zond salınarkən xəstədə ara verməyən öskürək baş verərsə, zondu dərhal çıxartmaq lazımdır. Zondun gözünü qida qalıqları tutarsa zonddan azacıq su buraxmaq lazımdır. Bu onu göstərir ki, zond tənəffüs yolu düşməşdir. Zond steril olmalı və işlətməzdən qabaq onun keçiriciliyi yoxlanılmalıdır. Mədə möhtəviyyatı götürüldükdən sonra cəld hərəkətlə zond mədədən çıxarılır.

Onikibarmaq bağırsaq zondları . Onikibarmaq bağırsaq zondları oniki barmaq bağırsağının normal (öd, mədəaltı vəzi şि-

rəsi) və patoloji (leykosit, mikrob, müxtəlif parazitlər) tərkibini öyrənmək üçün istifadə olunur. Bu məqsədlə uzunluğu 1,5 metr, diametri 9-11 mm və ucundan 55, 70 və 90 sm. məsafədə dairəvi qeydləri olan xüsusi zonddan istifadə olunur. Zond metal ucluqla qurtarır və çoxlu sayıda kiçik dəlikləri vardır.

Zondlama ac qarına, oturaq vəziyətdə icra edilir. Ucluq dilin kökünə qoyulur və xəstə onu udur. Aktiv udma hərəkətlərinin köməyi ilə zond mədəyə itələnir. Birinci dairəvi qeydə kimi zondun salınması, onun qida borusundan mədəyə keçdiyini göstərir. Bu zaman müayinə olunan sağ böyrü üstdə çarpayıya uzadılır və spris vasitəsilə möhtəviyyat çıxarılır. Mədənin peristaltik hərəkəti zondun onikibarmaq bağırsağa keçməsinə səbəb olur. Möhtəviyyatın sarı rəngdə gəlməsi zondun ucunun onikibarmaq bağırsaqdə olduğunu göstərir.

İmalənin texnikası. İmalə üçün lazım olan maye qabaqcadan hazırlanır. Xəstə arxası üstə və ya sol böyrü üstə uzanaraq ayaqlarını özünə yiğir. Bağırsağa keçəcək borucuq vazelinlə qatı şəkildə yağılanır və sarğı aralandıqdan sonra anal dəliyə 10-12 sm. dərinliyə salınır. Bundan sonra borucuğun kranı açılır və maye bağırsağa daxil olmağa başlayır. Əgər xəstədə spazmatik ağrılar və defekasiya aktı istəyi əmələ gələrsə onda bağırsağa daxil olan mayenin sürətini kranı bağlamaqla azaltmaq lazımdır. Eyni zamanda xəstəyə mayeni proseduranın sonuna qədər bağırsaqdə saxlamağı bildirmək lazımdır.

İmalələr müxtəlif mənşəli qəbizliklərdə, qida və digər mənşəli zəhərlənmələrdə, əməliyyatlara hazırlıq zamanı, yoğun bağırsaqların müayinələrində, dinamiki atonik bağırsaq keçməməzliklərində, zəifləmiş bağırsaq peristaltikaları zamanı, yoğun bağırsağın iltihabları, eroziya və yaraları zamanı tətbiq olunur. Bu baxımdan imalələr üçün istifadə olunan mayelərin temperaturları da müxtəlif olmalıdır: təmizləyici imalələr zamanı $23-35^{\circ}\text{S}$, spastik qəbizliklər zamanı $37-42^{\circ}\text{S}$, atonik qəbizliklərdə $12-20^{\circ}\text{S}$ və s. olmalıdır.

İmalələr zamanı sabun məhlulundan, bitki yağılarından, duz məhlullarından (xörək duzu, çay sodası, marqans və s.), müxtəlif dəmləmələrdən (çobanyastığı) istifadə etmək olar.

Qaz buraxan boru. Qarın boşluğu əməliyyatlarından sonra yoğun bağırsağın parezi nəticəsində qazların xaric olması çətinləşir. Qazların bağırsaqlarda həddən artıq toplanması və təbii şəkildə pis xaric olmasının nizamlanması üçün qazburuxan borulardan istifadə edilir. Bu borunun bir ucu dəyirmi olub deşıyi vardır və o biri ucu çəpinə kəsilmişdir.

Qaz buraxan borunu qoymazdan əvvəl düz bağırsağın keçəcəyi nəcis kütləsindən təmizlənməlidir. Sonra çarpayının üzərindəki müşəmbənin üstünə əski salınır. Xəstə sol böyrü və ya arxaşı üzərində uzadılır və borunun ucuna vazelin sürtüb, sol əllə sarğı kənara çəkilir, sağ əllə qazçıxaran boru anusa daxil edilərək bir neçə saat müddətində saxlanılır. O biri ucu isə xəstənin çanağı altına qoyulmuş ləyənə buraxılır. Boru çıxarıldıqdan sonra anusun ətrafına vazelin sürtülür.

Müxtəlif xəstəliklər zamanı mədə bağırsaq traktının funksiyaları pozulmuş olur. Mədənin funksiyalarının pozulmalarından ən çox rast gəlinəni qusma və meteorizmdir (köplük). Qusma mürəkkəb bir akt olub mədədəki bütün möhtəviyyatın ağızdan xaricə çıxmışdır. Xəstə qusan zaman onu rahat oturtmaq, döşünə dəsmal, ağızının altına təmiz qab və ya ləyən tutmaq lazımdır. Süni dişlər çıxarılmalıdır. Qusmadan sonra xəstənin ağızı silinməli və ağızını yaxalamaq üçün iliq su verilməlidir. Xəstə hər hansı səbəbdən otura bilmirsə, başının altından yastığı götürüb başı yana çevirmək lazımdır ki, qusunu kütlələri tənəffüs yoluna düşməsin. Qusmanın dayanması üçün xəstəyə bir neçə damcı nanə cövhəri, validol, buzlu su və 5ml 5%-li novokain məhlulu verilməlidir. Qanqusma olduqda dərhal həkim çağrılmalıdır. Həkim gələnədək xəstəni tərpənməyə qoymamalı və qarın nahiyyəsinə buz qoyulmalıdır.

Meteorizm zamanı isə bağırsaqlarda patoloji qaz əmələ gəlir ki, bu zaman ardıcıl olaraq aşağıdakı tədbirlər görülür:

1. xəstəni müntəzəm ayağa qaldırmaq.
2. düz bağırsağa qazburaxan boru qoymaq.
3. təmizləyici imalə etmək (ağır hallarda sifon imaləsi).
4. xəstəyə gündə 2 dəfə aktivləşmiş kömür vermək.

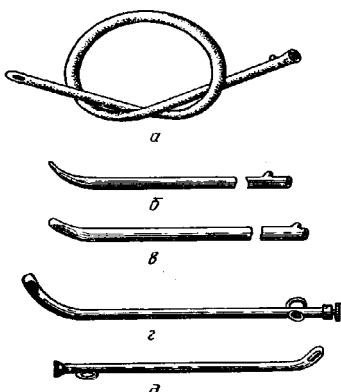
Sidik kisəsinin kateterizasiyası. Kəskin sidik ləngimələri zamanı sidik kisəsinin boşaldılmasını, sidik kisəsinin xəstəlikləri zamanı sidik kisəsinin yuyulmasını, sidik kisəsinə dərman maddələrinin yeridilməsini, müxtəlif xəstəliklər, eləcədə uroloji xəstəliklər zamanı sidiyin miqdarının ölçülməsi məqsədilə sidik kisəsinə kateterlər qoyulur.

Kateterizasiyanı yerinə yetirən şəxs infeksiyanın profilaktikası haqda düşünməli və sidik kanalını zədələməmək üçün ehtiyatlı olmalıdır. Kateterizasiya məqsədilə yumşaq (rezin)və bərk (metal) kateterlərdən istifadə olunur. ***Sidik kisəsindən metal kateterlə sidiyin buraxılmasını yalnız həkim həyata keçirməlidir!*** Ona görə də metal kateterlər tələbələrə yalnız məlumat üçün nümayiş etdirilir.

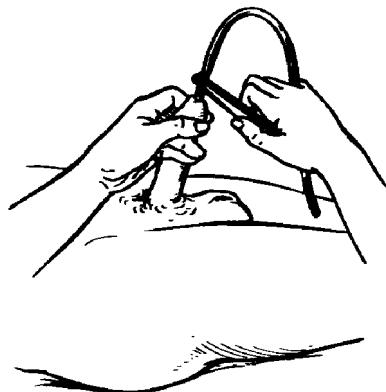
Rezin kateterlər uzunluğu 25-30 sm., diametri 10mm.-dək olub 30-a qədər ölçüdə nömrələnərək biri digərindən 1/3 mm. fərqlənilərlər. Ən çox 14-18 sayılı kateterlərdən istifadə olunur (şəkil 14).

Kişilərə kateter qoymaqdan ötrü xəstə arxası üstə, ayaqlarını bir qədər dizindən bükülmüş vəziyyətdə və həmçinin aralı şəkil-də uzanır. Sidiyi yiğmaq üçün ayaqları arasına təmiz böyrəkvari ləyən qoyulur. Əllər qabaqcadan sabunla təmiz yuyulduğdan sonra spirtlə silinir. Sol əllə cinsiyət üzvünün başı dezinfeksiyaedici məhlulla (0,1%-li marqans) təmizlənir. Steril kateter daxili ucuna yaxın məsaflədən sağ əldəki pinsetlə götürülüb ucuna qliserin və ya vazelin yağı sürtülür, xarici ucu isə həmin əlin 4 və 5-ci barmaqları arasında tutulur. Bundan sonra kateter ehtiyatla sidik kanalının xarici dəliyinə salınmağa başlanılır və tədricən sidik kanalı boyu təkanvermədən hərəkət etdirilir (şəkil15). Kateterin xa-

rici dəliyində sidiyin axması onun sidik kisəsində yerləşdiyini göstərir. Sidiyi buraxdıqdan sonra kateter çıxarılır, sidik kanalının xarici dəliyi təkrarən antiseptik məhlullarla silinir.



Şəkil 14. Kateterlərin müxtəlif növləri.
(rezin və metal kateterlər)



Şəkil 15. Yumşaq kateterlə kateterizasiyanın texnikası

Sidik kanalı qısa olduğu üçün qadınlara kateterin qoyulması kişilərə nisbətən daha sadədir. Kateter qoyan şəxs sağ tərəfdə dayanır, sol əllə cinsiyət dodaqları aralanır, sağ əllə isə xarici cinsiyət üzvləri dezinfeksiyaedizi məhlullarla yuyulur. Bundan sonra kateter sağ əllə götürülərək ucu qliserin və ya vazelinlə yağılanır, sidik kanalının xarici dəliyi tapılaraq oraya salınır. (uşaqlıq yolu ilə səhv salmaq olmaz!)

MƏŞĞƏLƏ 9

Dərman maddələrinin tətbiqi. Dərman yardımının əsas prinsipləri.

Müalicə üsulları içərisində dərman maddələrinin tətbiqi və işlədilməsi əsas yerlərdən birini tutur. Dərman maddələri həm yerli, həm də ümumi təsir göstərirlər. Dərmanlar orqanizmə en-

teral (həzm yolu vasitəsilə), həm də parenteral (həzm traktından kənar) yolla daxil edilir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ .Müxtəlif dərman maddələrinin yararlığının təyin etməyi, birdəfəlik istifadə olunan şprislərin, inyeksiya iynələrin yararlığının təyinini, sterilliyini və fantom üzərində inyeksiyaların icra texnikasını, həkimə qədərki tibbi yardımın əsasını təşkil edən dərman madələrinin insan orqanizminə təsirini və ağırlaşmalarını, bu ağırlaşmaların profilaktikasını tələbələrə öyrətmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

Dərman maddələrinin orqanizmə yeridilmə yolları.

Əsas dərman formaları və doza haqqında anlayış.

İnyeksiyaların növləri, onların tətbiq edilməsinə göstərişlər.

İnyeksiyalar zamanı baş verə biləzək ağırlaşmalar.

Dərman terapiyasının toksiki və əks effekti.onların profilaktikası.

Dərman terapiyasının məqsəd və vəzifələri.

Reseptin tərtib olunmasının əsas qaydaları

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: müxtəlif həcmli şprislər, müxtəlif ölçülü və uzunluqlu iynələr, anatomik pinset, ampula boynu kəsən, əlləri və dərini silmək üçün spirt, pambıq, rezin kəmər, müxtəlif dərman formaları, sınaq qoymaq üçün şprislər, resept blankları, CD diskləri və internet resursları.

Dərman formalarına məlhəmlər, məhlullar, paroşoklar, emulsiyalar, suspenziyalar, həblər, kapsullar, kürəciklər və s. aiddir. Bu dərman formalarını işlətməzdən əvvəl onların yararlığı təyin olunmalıdır. Dərmanlar aptekdən alınarkən onların üzərindəki yazı (dərmanın dəqiqliyi və aydın adı, dozası, hazırlanma tarixi, hazırlanmanın imzası) diqqətlə yoxlanmalıdır. Bundan sonra dərman reseptlə tutuşdurulur, qablamanın düzgünlüyü yoxlanılır və dərmanın xarici görünüşünə – rənginə, şəffaflığına, iyinə həmcinsiyyinə nəzər yetirilir. Bu göstəricilərə qoyulan tələblər pozulduq-

da dərmanı işlətmək olmaz. Etiketi olmayan dərmanlar da yararlı hesab edilir.

Dərman maddələrinin enteral yolla orqanizmə yeridilməsi içərisində ən çox rast gəlinəni ağız və düz bağırsaq vasitəsilə yeritmədir. Dərmanın ağızdan yeridilməsi daha çox yayılmışdır. Bu üsulun üstünlüyü dərmanların müxtəlif şəkildə və qeyri – steril halda yeridilə bilməsidir. Mənfi cəhəti isə dərman maddələrinin ümumi qan dövranına yavaş keçməsi, mədə və bağırsaq şirlərinin dərmanları parçalaya bilməsi və sorulan dərmanın miqdarına nəzarətin mümkünşüzlüyüdür. Mədəni qıcıqlandıran dərmanlardan başqa bütün dərmanlar yeməkdən əvvəl qəbul olunmalıdır. Parosoklar xəstənin dilinin üzərinə tökülrək üstündən içməyə su verilir. Həblər də eyni qayda ilə verilir. Məhlullar isə qasıq və ya ölçüsü olan menzurkalar vasitəsilə verilir. Tinkturalar və bəzi dərman maddələri damcı şəklində verilməlidir. Əvvəlcə damcılar sayılıb azca suya qarışdırılıb qəbul edilir və üstündən təkrar su içilir.

Dərmanların düz bağırsaqdan yeridilməsi tez sorulması və dozanın dəqiq olması ilə fərqlənir. Düz bağırsaqda fermentlər olmadığına görə dərmanlar parçalanır. Bu üsuldan ağızdan dərman qəbul edə bilməyən xəstələrdə (qusan, udma pozğunluğu olan, yemək borusu keçməməzliyi olan və s.) daha geniş tətbiq olunur. Düz bağırsağa yeritmək üçün şamlar və dərman imalələrindən istifadə olunur.

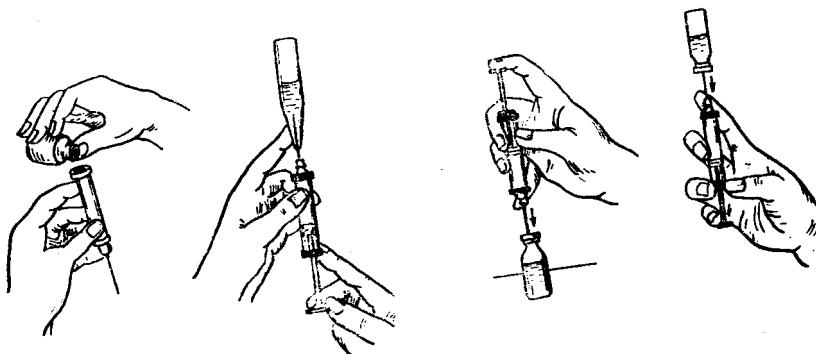
Parenteral yolla (dərialtı, əzələdaxili, venadaxili) dərmanların orqanizmə yeridilməsi yolu inyeksiya (iynevurma) adlanır. Dərman maddələrinin iynələr vasitəsilə orqanizmə yeridilməsi bir sıra xüsusiyyətlərlə xarakterizə olunur. Belə ki, bu metodlar lazımı müalicəvi effektiin dərhal alınmasına, dərman maddəsinin dəqiq dozalandırılmasına, yeridildiyi yerdə onun maksimum konsentrasiyasının yaradılmasına, imkan yaranır. Bundan əlavə dərmanın yeridildiyi yerdə toxumanın tamlığı pozulduğu üçün, aseptika qaydalarına ciddi riayət etmək tələb edilir.

Bu üsulu həyata keçirməkdən ötrü xüsusi iynə və şprislərə ehtiyac vardır. Şprislərin müxtəlif növləri mövcuddur. Lakin təbabətdə son illər geniş yayılmış, QİÇS-in (qazanılma immun çatmamazlığı sindromu) profilaktikası məqsədilə, dərman maddələrinin bir dəfə yeridilməsi üçün nəzərdə tutulmuş yalnız birdəfəlik şprislərin işlədilməsinə icazə verilir. Onlar fabrika şəraitində hazırlanıb sterilizasiya olunaraq hermetik örtükdə buraxılır. Belə şprisləri ilk yardım göstərilməsindən ötrü istifadə etmək daha münasibdir. Bu məqsədlə qabaqcadan dərman maddəsi ilə doldurulmuş və birdəfəlik istifadə üçün steril şprislər - şpris -tübiklər də tətbiq edilə bilir.

Müxtəlif dərman məhlullarını parenteral yeritmək üçün müxtəlif növ şprislərdən istifadə edilir. Şpris slindirdən və onun içərisində hərəkət edən porşendən ibarətdir. Slindrin qurtaracağında iynəni keçirtmək üçün kanyulya olur. Şprislər ölçülərinə (250-dən 500-ə qədər, 1-dən 0.1 ml qədər), hazırlanmış materiallarına görə (şüşə, metal, plastmas, kombinə edilmiş -şüşə və metal), iynələri keçirtmək üçün kanyulalara görə (Luer və Rekord tipli) bir-birindən fərqlənir. Luer tipli şprislərin iynələri Rekord tipli şprisə düşmür.

Hər dəfə istifadə etməzdən əvvəl şprislər sterilizə edilməlidir. Çox vaxt şprisləri qaynatmaqla sterilizə edirlər, lakin avtoklarda da onları sterilizə etmək olar. Şprislərin hissələrini ayırib, cunaya bükülmüş halda qaynatmaq lazımdır. Yaxşı olarki, onlar soyuq su-da qaynadılsın. Bu qaydalara əməl edilmədikdə şprislər çatlayıb xarab ola bilər. Bu qaydalar əsasən kombinə edilmiş şprislərə aiddir, çünki onlar ayrı-ayrı materiallardan (şüşə, metal), hazırlanmışdır. Ona görə də istidən müxtəlif dərəcədə genişlənir. Şpirislər sterilizatörlərdən steril pinset vəsiti silə götürülür. Onlar ancaq soyuqudan sonra yiğila bilər. Şprisi yiğmazdan əvvəl əllər sabunla təmiz yuyulmalı, steril salfetlərlə silinməli və spirtlə təmizlənməlidir. Bundan sonra şpris quraşdırılıb, lazımı iynə taxılır. Dərman maddələrini şprisə yiğib, şprisi yuxarıya çevirirlər ki, hava çıxsın.

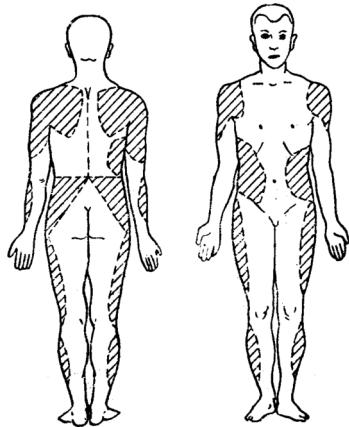
Şprislərin uzun müddət işləməsi onların sterilizə edilməsi istifadə qaydası və saxlanılmasından asılıdır. Şprislər təmiz, quru halda futlyarlarda və ya şprislər üçün xüsusi bölməsi olan sterili-zatorlarda saxlanılır. Şiprisin hermetikliyini yoxlamaq üçün sol əlin II-III barmaqları ilə kanyula tutulur və sağ əllə porşen aşağı hərəkət etdirilir və buraxılır. Əgər porşen dərhal əvvəlki vəziyyətə qayıdarsa deməli şpris hermetikdir.



Şəkil 16. İnyeksiya üçün şprislərin ampul və flakondan doldurulması.

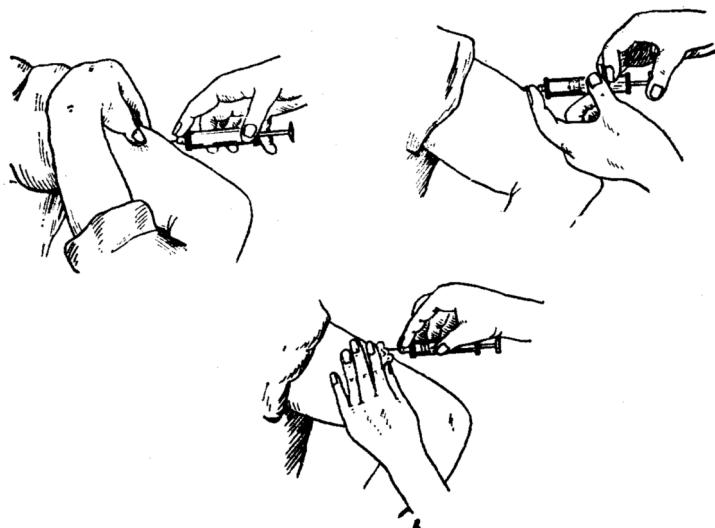
Şprisə dərman yiğmamışdan qabaq səhvə yol verilməməsin-dən ötrü diqqətlə flakonun və ya ampulunın üzərindən dərmanın adını oxumaq və yeridilmə yolu dəqiqləşdirmək lazımdır. Hər inyeksiya üçün iki iynə götürülür. Biri şprisə məhlul yiğmaq üçün, digəri isə iynə vurmaq üçün. Ampulun ağızı kəsildikdən və ya flakonun ağızındakı rezin tixacı spirtlə silindikdən sonra ampul və ya flakon sol əldə tutulub, sağ əllə iynə flakona keçirilir. Porşeni çəkib ampuldəki və ya flakondəki dərmanı yavaş-yavaş şpri-sə yiğirlər. Dərmanın yaxşı yiğilması üçün flakonu tədricən yana əyirlər. Sonra şprisdəki havanı iynənin ucundan damcı gələnə-dək qovurlar (şəkil 16). Xəstəyə yağılı dərman vurulacaqsa o bir qədər isti suda qızdırılmalıdır.

Dərialtı inyeksiyalar. Dərialtı inyeksiyaların aparılması üçün ən münasib yer ciyinin və bazunun xarici səthi, kürəkaltı na-



Şəkil 17. İnyeksiya edilə biləcək nahiyyələr (ştrixlənmiş)

sitəsilə şprisin porşeni sıxlaraq içərisindəki dərman dərialtına yeridilir. İnyeksiyanın sonunda cəld hərəkətlə iynə çıxardılaraq iynə batırılan yer yodla silinir. Dərman məhlulunun iynə yerindən geriyə axını olmamalıdır (şəkil 18).



Şəkil 18. Dərialtı inyeksiya (texnikası)

hiyyə və qarnın aşağı səthidir (şəkil 17). Bu yerlərin dəri yaxşı bükülür və qan damarlarını, sinirlərini, və sümüküstlüyüünü zədələmək təhlükəsi olmur. Dəri spirit və yodla silindikdən sonra şpris sağ əllə götürülür, sol əlin iki barmağı ilə dəri və dərialtı bir qədər qaldırıllaraq iynə çəpinə tutulur cəld və qısa bir hərəkətlə 1-2 sm. dərinliyə keçənə qədər batırılır. Bundan sonra şpris orta və göstərici barmaqla saxlanıllaraq, baş barmağın va-

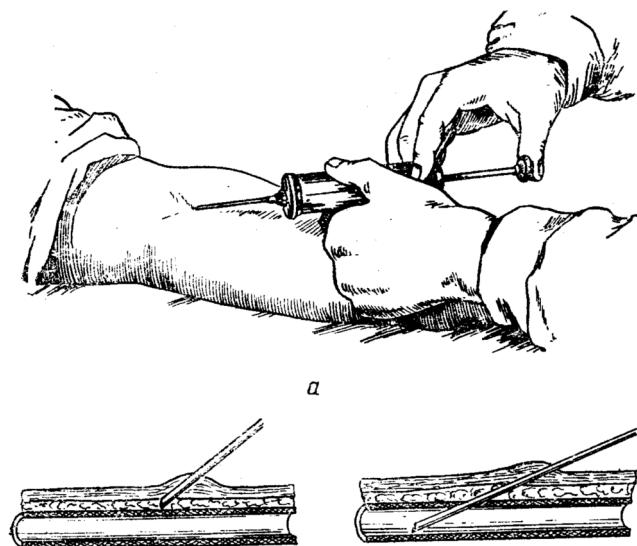
Əzələdaxili inyeksiyalar. Bəzi dərmanlar dərialtından pis sərularaq infiltrat əmələ gətirməsi və inyeksiyanın ağrılı olması ilə əlaqədar onları əzələ daxilinə vurmaq məsləhət görülür. Əzələdaxili inyeksiyalar ən çox sarğı nahiyyəsinin yuxarı xarici hissəsinə və kürəkaltı nahiyyəyə vurulur. Nadir hallarda budun ön və bayır səthinə vurmaq olar. Sarğı nahiyyəsinə iynəni vurmaq üçün xəstə üzü üstə və ya böyrü üstə uzanır. Bud nahiyyəsinə vurduqda isə xəstə arxası üstə uzanır. Əzələdaxili iynənin uzunluğu təqribən 7-8 sm. olmalıdır. Şpris sağ əldə elə tutulur ki, şəhadət barmaq porşeni, adsız barmaq iynənin muftasını, o biri barmaqlar isə silindiri tutub saxlasın. Sağrı nahiyyəsi xəyalı xətlə dörd yerə bölünür və iynə yuxarı kvadratın toxumasına sağ əlin cəld hərəkəti ilə perpendikulyar olaraq 5-6 sm .dərinliyinə batırılır. İynə əzələyə batırıldıqda minimal ağrı hissiyatı baş verir. Şpris iynədən çıxarılaraq ondan qanın axmadığına əmin olunduqdan sonra (qanın görünməsi iynənin qan damarına keçməsini göstərir), şpris iynəyə salınaraq bir vəziyyətdə fiksə edilərək, dərman məhlulu ehtiyatla, tələsmədən toxumaya yeridilir. Sonda iynə cəld hərəkətlə çıxarılaraq yeri yodla və ya spirtlə isladılmış pambıqla masaj edilir.

Venadaxili inyeksiyalar. Venadan qan götürmək və dərman maddələrini yeritmək məqsədilə həyata keçirilir. Venadaxili inyeksiyaları adətən dirsək büküşü venasına, nadir hallarda isə əlin və ayağın venalarına tətbiq edirlər. Vena daxilinə dərmanlar damcı üsulu ilə köçürürlür və ya şpris vasitəsilə vurulur. Əməliyyata başlamazdan əvvəl tibb bacısı əllərini spirtlə yaxşıca yumalıdır. Xəstə oturaq və ya uzanmış vəziyyətdə olmalıdır. Qabaqcadan venaya qan dolmasından ötrü yuxarı hissəyə rezin kəmər bağlanılır və xəstəyə əlini bir neçə dəfə yumub açmaq təklif edilir. Dəri spirtlə silinir (dərinin rəngini dəyişdiyinə görə yod məsləhət görülmür) və venanın tərpənməməsi üçün deşiləcək yerdən bir qədər aşağıda əllə dartılır. Venanın istiqamətində iti bucaq altında iynə əvvəlcə dəriyə, sonra isə bir qədər irəlilədilərək venaya batırılır. İynənin ve-

nada olduğu hiss olunduqdan sonra 5-10 mm. qabağa itələnir (şəkil 19). Venanın digər divarını deşməməkdən ötrü ehtiyatlı olmaq lazımdır. İynə venaya salındıqda tünd-qırmızı rəngdə qan şırnaqla şprisə qayıdır. Yalnız bundan sonra şprisdəki dərman venaya yavaş sürətlə yeridilir. İynə venadan çıxardıldıqdan sonra həmin yerə pambıçı spirtə batırıb həmin nahiyyədə, 1-2 dəqiqə ərzində barmaqla sixır, xəstənin qolunu dirsək oynağında qatlayır, yaxud steril sarğı qoyub bərk bağlayırlar.

Sterilliyi pozulmuş şpris və iynələr işlətdikdə, inyeksiya yeri ni və iynəni düzgün seçmədikdə, iynəni lazımı qədər batırmadıqda və o damarlara düşdükdə bir sira ağırlaşmalar baş verir. Bunnalara iynə vurulan yerin irinləməsi, sinirin zədələnməsi, dərman emboliyası və iynənin sıvaraq bədəndə qalması aiddir.

Dərman yardımının əsas prinsipləri. Hər hansı bir xəstəliyi müalicə etmək və ya onun qarşısını almaq üçün dərman maddələrindən geniş istifadə olunur. Dərman maddələrindən istifadə



Şəkil 19 .Venadaxili inyeksiyanın ümumi görünüşü və texnikası.

edərkən onların müalicəvi və zəhərli təsiri haqqında hər bir tibb bacısı bilməlidir.

Dərman preparatlarının əsas müalicəvi təsirindən başqa əlavə mənfi reaksiyalar da törənə bilir. Bəzi dərman maddələrinin bir-birinə təsiri zərərli olur. Dərman maddəsi bir-birinin təsirini zəiflədirən bu antoqonist təsir (strixnin və aktivləşmiş kömür, turşu və qələvi və s.) adlanır. Mexaniki, kimyəvi və farmakoloji antoqonistik fərqləndirilir. Bunlardan kimyəvi zəhərlənmələrin qarşısını almaqda istifadə edilir. Məsələn aktivləşmiş kömür bəzi kimyəvi dərmanları özünə hopduraraq onları zərərsizləşdirir, turşular qələvilərlə reaksiyaya girərək onları neytrallaşdırır və s. Dərman maddələri bir-birinin təsirini gücləndirirən bu sinergist təsir (diqoksin və kofein) adlanır. Tibb bacısı bilməlidir ki, hansı dərmanları xəstəyə birlikdə vermək olmaz. Bəzi dərmanlar orqanizmin onlara öyrəşməsinə səbəb olur. Məsələn, narkotiklərin qəbulu vaxtı onlara xəstə tədricən alışır. Belə vərdiş olma hallarında həmin dərmanların dozasını artırmaq lazımlıdır. Başqaları isə orqanizmdən ya-vaş xaric olaraq toplanır - kumulyasiya törədir (üskükotu, stixnin, barbital və s.). Kumulyativ təsir nəticəsində orqanizmdə zəhərlənmə baş verir. Belə halda zəhərlənmənin qarşısını almaq üçün onların dozasını azaltmaq lazımdır. Bəzən dərman maddəsi orqanizmdən xaric olduqdan sonra da onun təsiri qala bilir ki, buna funksional kumulyasiya deyilir (alkoqol).

Bəzi şəxslərdə bu və ya digər dərmanın müalicəvi dozlarına qarşı fərdi həssaslıq yüksək olur ki, buna idiosinkraziya deyilir. Bu zaman baş gicəllənmə, qusma, dərinin səpməsi, bədənin hərarətinin yüksəlməsi və s. əmələ gəlir. Belə hallarda həmin dərmanın hətta minimal dozasi onlarda ağır zəhərlənmə törədə bilir. Ona görə də bəzi dərman preparatları tətbiq edilməzdən əvvəl onlara sınaq qoyulur və ya əvvəlcə az dozada orqanizmə yeridilir. Ya da dərman maddəsini müalicəvi təsiri eyni olan və orqanizmin daha yaxşı qəbul etdiyi başqa bir dərmanla əvəz etmək lazımlı gəlir.

| Dərman preparatının adı | Törətdiyi eybəcərlik |
|---|---|
| Kortizon | Qurdağızlıq |
| Antitireoid pereparatlar | Əqliz zəiflik |
| Streptomitsin, neomitsin, kanamitsin, gentamitsin | Karlıq, eşitmə zəifliyi |
| Tetraskilin | Sümüklərin və dişlərin zədələnməsi |
| Meprotan | İnkişafdan qalma |
| Metotreksat | Müxtəlif anomaliyalar |
| Difenin | Dovşan dodaqlıq, mikrocefaliya (kiçik ölçülü kəllə) |

Cədvəl 2. Teratogen təsirə malik bəzi dərman preparatları.

Bir sıra dərman maddələri hamiləlik vaxtı təyin edildikdə döл və yenidoğulmuşlara zərərli təsir göstərilərlər. Bunlara rüseyimin məhv (embrioletal effekt), döldə inkişaf qusurlarının əmələ gəlməsi (teratogen effekt), döл və rüseyimin hüceyrə quruluşu pozğunluğu (embriotoksik, fetotoksik effekt) və DNT strukturunda pozğunluq (mutagen effekt) aiddir

Cədvəl 2-də teratogen effektə malik bəzi preparatların adları və əmələ gətirdiyi eybəcərliklər göstərilmişdir.

Bunlardan əlavə qeyd etmək lazımdır ki, eritromitsin qara ciyəri zədələyir, ampisillin nüvə sarılığı, furodonin qanda hemoliz, aminazin hiperbilirubinemiya, rezerpin iştahsızlıq, fenasetin methemoqlobinemiya, A və D vitamini böyrəkdə daş yaradır, morfin və antikoaqulyantlar isə dölün ölümünə səbəb olur.

Həkimin təyinatı olmadan (özünü müalicə) bir sıra dərman maddələrinin nəzarətsiz və çoxlu miqdarda təkrar qəbul edilməsi, dərmana qarşı həssaslığın yüksəlməsini yaradır ki, bu allergiya adını daşıyır. Allergiya halı ən çox zərdablar, antibiotiklər, yod

tərkibli madələr və bir sıra digər dərman maddələrinin tətbiqi zamanı müşaiyət olunur. Allergiya zamanı zəiflik, narahatlıq, təngnəfəslik, rəngin avazılması, soyuq tər, nəbzin sürətlənməsi və bəzi hallarda huşunitməsi baş verə bilir. Allergiya ağır hallarda anafilaktik şokla nəticələnə bilir. Alergiya çox vaxt bir neçə gündən sonra da baş verə bilər. Bu zaman temperaturun qalxması, qışınan dəri səpkilərinin olması, yerli ödəm, baş ağrıları və boğulma tutmaları əmələ gəlir. Belə hallarda həkim gələnədək bütün dərmanların verilməsi dayandırılmalıdır.

Orqanizmə yeridilən dərman maddələrinin faydalı təsiri onun dozası və miqdarı ilə əlaqədardır. Tətbiq etdikdə müalicə effekti verən və əlavə təsir yaratmayan doza terapevtik doza, zəhərlənmə əlamətləri baş verən doza isə toksiki doza adlanır. Hər bir dərmanın birdəfəlik və gündəlik dozasi olur. Bundan başqa tibb bacısı dərman preparatının toksiki və ölümcül dozاسını da bilməlidir. Xəstənin yaşından, onun orqanizminin vəziyyətindən, dərmanın xassəsindən asılı olaraq dozalar müxtəlif cür seçilir.

Dərmanların hazırlanması və xəstəyə buraxılması barədə həkimin imza əsasında yazılı surətdə aptekə göndərdiyi rəsmi sənəd resept adlanır. Resept olduqca mühüm və məsuliyyətli bir sənəddir. Reseptlərin tərtib edilməsinin bir sıra qaydaları vardır. Bunlar aşağıdakılardan ibarətdir:

1. Resept standart kağızda yazılmalıdır.
2. Reseptdə dərmanların adı latın, onların işlədilmə qaydası yerli əhalinin başa düşəcəyi dildə yazılmalıdır.
3. Resept açıq və aydın xətlə yazılmalıdır (karandaşla yazmaq olmaz).
4. Hər bir dərmanın adı yeni sətirdən başlanmalıdır.
5. Dərmanın xaricə və ya daxilə, necə işlənəcəyi, gündə neçə dəfə qəbul olunacağı və s. ətraflı surətdə qeyd olunmalıdır.
6. Fiziki, kimyəvi və farmakoloji cəhətcə qarışdırılması mümkün olmayan dərmanlar bir reseptdə yazılmamalıdır (aspirin və urotropin).

Tibb bacısı həkimin xəbəri olmadan xəstəyə dərman verə bilməz. Dərman qəbulundan sonra xəstənin özünü pis hiss etməsi haqda həkim dərhal məlumatlandırılmalıdır.

MƏŞĞƏLƏ 10

Zədələnmişlərin və xəstələrin daşınması. Radiasion xəsarətlər.

Xəstəxanalarda yaralıların və xəstələrin bir yerdən başqa bir yerə aparılması xəstəxana daxili daşınma adlanır. Müalicə ocaqlarına xəstələrin daşınması nəqliyyat vasitələri ilə həyata keçirilir. Nəqliyyat növü olmadıqda zərərçəkəni tibbi xərəklərdə, əldə düzəldilmiş xərəklərdə, qayış və əl üstündə xəstəxanalara aparmaq lazımdır.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Yaralıların səriştəli daşınma, nəqliyyat vasitələrinə yerləşdirmə və düşürtmə qaydalarını tələbələrə öyrətmək, eləcə də radiasion xəsarətlər zamanı həkimə qədərki yadının həcmini tələbələrə öyrətmək və tibbi köçürülmənin mərhələlərində xəstələrə göstərilən qulluğun qaydaları ilə onları tanış etmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ :Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:.

1. Zərərçəkənlərin və xəstələrin daşınma üsulları.
2. Sanitar xərəkləri və xəstəxana katalkaları
3. Yaralının xərəkdən çarpayıya qoyulması.
4. Radioaktiv maddə nədir?
5. Radioaktiv maddələrin bioloji təsir mexanizmi
6. Şüa xəstəliyi və ağırlaşmaları.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: xərək, qayışlar, taxta parçası, bint, tənzif, radiasion xəsarətlərə və xəstələrin köçürülməsinə aid əyani vasitələr, CD diskləri və internet resursları.

İlk yardımın əsas vəzifələrindən biri zərərçəkənləri və ya xəstələri vaxtında və düzgün yaxınlıqdakı tibb ocaqlarına çatdırmaqdır. Daşınmanın növü və qaydası zədənin xarakteri və lokalizasiyasından, zədənin növündən, zərərçəkənin ümumi vəziyyətindən, zərərçəkənin olduğu yerli şəraitdən və xəstəyə köməklik göstərənlərin sayı və fiziki gücündən asılıdır.

Xəstələrin daşınması da müəyyən hazırlıq tələb edir. Bu zaman bədənin zədələnmiş hissələrinə ehtiyatla yanaşmaq lazımdır. Xəstələr daşınarkən bütün işlər düzgün və cəldliklə yerinə yetirilməlidir. Daşınmanın aşağıdakı növləri vardır:

- Köməklə hərəkət (şəkil 20)
- Qucaqla daşima (şəkil 21)
- Beldə daşima (şəkil 22)
- İki şəxs tərəfindən «qıfla» daşima (şəkil 23-24)
- Yarımoturaq vəziyyətdə daşima (şəkil 25)
- Xərəklə daşima (şəkil 26)

Tibbi xərəklərin uzunluğu 221 sm., eni 55sm., hündürlüyü 16sm., kütləsi 10 kq. olur. Xərəklər iki taxta və ya metal qoldan, dörd ayağı olan oünaqlı iki polad dayaqdan, qolları keçirtmək üçün yerləri olan və çıxarıla bilən brezent yatacaqdan ibarətdir. Xərəyin dayaqlarını da ayaqlarla birləşdirmək olur. Onlar xərəyin qollarına boltlar və qaykalar vasitəsilə bərkidilmişdir. Dayaqların oynaqlarında yaylı qıflar vardır. Brezentin yatacağın ayaq və baş tərəflərində sağdan və soldan ayaqları bərkidən boltlar vasitəsilə toqqalı iki brezent qayış bərkidilmişdir ki, bunlar xərəyi bükülmüş vəziyyətdə bağlamaq üçündür. Brezentin altına eni boyu parusin zolaq (qalın kətan parça) tikilmişdir. Xərəkləri bükülmüş vəziyyətdə saxlayır və gəzdirirlər. Tibbi xərəklər zərərçəkənlərə bir qədər rahatlıq yaradır, nəqliyyat növünə asan qoyulur, asan düşürülür, çarpayılara, hərəkət edən arabaciqlara və ya əməliyyat masasına rahat qoyulur. Xəstəni xərəkdə 2-3-4 adam asanlıqla apara bilir. Zədənin lokalizasiyasından asılı olaraq xərəkdə xəstəyə müvafiq vəziyyət verilməlidir. Ona görə də xəs-

təni xərəyə uzatmazdan əvvəl balış, odeyal, paltar və s. istifadə edib xərəyin səthi əlverişli hala salınır ki, daşimaq asan olsun və xəstə yolda əziyyət çəkməsin.



Şəkil 20.



Şəkil 21.



Şəkil 22.



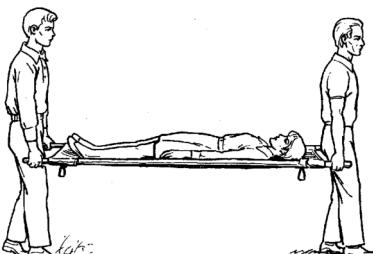
Şəkil 23.



Şəkil 24.



Şəkil 25.



Şəkil 26.

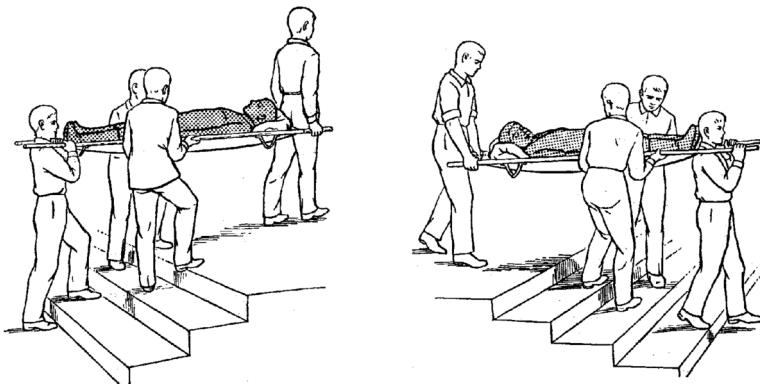
Xəstəni xərəyə qoymaq üçün xərək zərərçəkənin zədələnmiş tərəfinə qoyulur. Bu zaman üçüncü və dördüncü adam hazırlanmış xərəyi xəstənin altına çəkir, xəstəni qaldıranlar isə onu xərəyə qoyurlar. Bu vaxt zədələnmiş nahiyyəyə diqqət yetirmək lazımdır.

Xəstə adətən arxası üstə, baş bir qədər yuxarı və əllər yana doğru şəkildə uzanmalıdır. Bayılma halları olarsa başı bir qədər də qaldırmaq məsləhət görülür. Baş zədələnmələrində başla birgə bədənin qurşaqdan yuxarı hissəsini də yuxarı qaldırmaq, döş qəfəsi zədələnmələrində isə xəstəni yarı oturaq vəziyyətdə və ya yara olan tərəfə uzatmaq, qarın zədələnmələrində arxası üstdə dizdən ayaqlar yığılmış şəkildə (diz altına ədyaldan düzəldilmiş

yastıq qoyulur), onurğa və çanağın zədələnmələrində isə sadəcə arxası üstdə uzatmaq lazımdır .

Xəstəni daşıyarkən bir sıra qaydalara əməl etmək lazımdır. Xəstənin başı irəlidə olmalı, xərək eyni vaxtda qaldırılmalı, ehtiyatla, qısa addımlarla, təkan vermədən və silkələnmədən (ləngər vurmadan) və nahamar səthlərdən kənar keçməklə aparılmalıdır. Boyca uzun olan adam xərəyin ayaq tərəfində durmalıdır. Dağı və pillələri qalxıb-enərkən xəstənin üfüqi vəziyyəti tənzimlənməlidir. Bu məqsədlə xərəyin bir tərəfi qaldırıldığda o biri tərəfi endirilməlidir və əksinə (şəkil 27). Xərəyin yırgalanmaması üçün yardım göstərənlərdən biri sağ ayağını irəli atanda, o biri sol ayağını atmalıdır və əksinə. Uzaq məsafələrə daşıdıqda boyun qayışlarından istifadə olunmalıdır. Xüsusi xərəklər olmadıqda onu hər hansı təsadüfi vasitələrdən (taxta, palto, odeyal, kisə və s.) düzəltmək olar. Bu cür xərəklər möhkəm olub ağırlığa dözməlidirdər. Bəzən heç bir vasitə olmadıqda əl üstündə daşınmadan istifadə olunur.

Xəstə daşınmazdan əvvəl bədənin əzilmiş hissəsində sakitlik yaratmaq, ağrını azaltmaq və sümük uclarının toxumaları sonradan zədələmək təhlükəsini aradan götürmək, eləcədə travmatik şokun profilaktikası məqsədilə immobilizasiya tətbiq edilir.

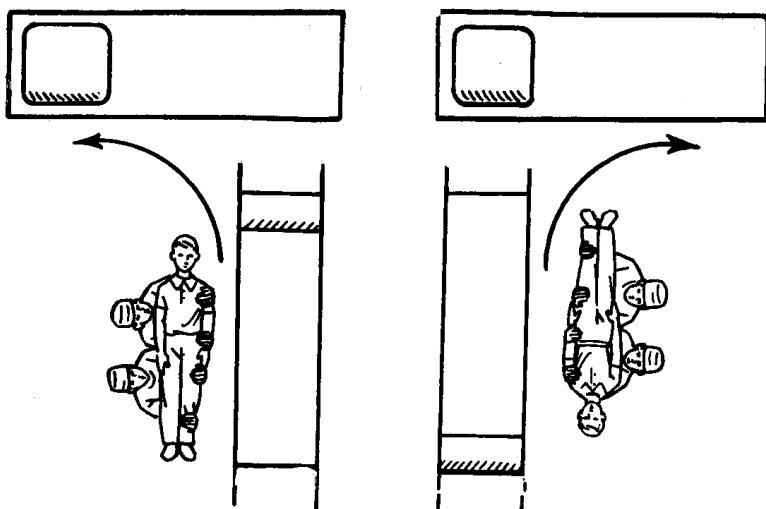


Şəkil 27. Qaldırılan və endirilən zaman xərəyin vəziyyəti.

Zəif, hərəkət qadağan olunmuş ağır xəstələri xərəkdən çarpayıya, yaxud taxta və əksinə ehtiyatla köçürməyi bacarmaq lazımdır. Çox vaxt xəstəni iki tibb işçisi götürür. Onlardan biri sağ qolu ilə xəstənin başını, boynunu və döşünün yuxarı hissəsini tutur, sol əlini isə döşün aşağı hissəsinin altına salır. İkincisi isə qollarını onun belinin və budlarının altına salır. Əgər xəstə çox ağırdırsa onu üç nəfərlə köçürmək lazımlıdır. Xəstəni rahat çarpayıya köçürmək üçün xərəyi çarpayıya nisbətən düzbucaq altında, paralel, ardıcıl və bitişik qoymaq olar. Artıq hərəkətlərə yol verməmək üçün çarpayıya görə xərəyin necə qoyulacağını qabaqcadan fikirləşmək lazımdır. Bu palatanın böyük-küçüklüyündən və çarpayıların yerləşməsindən asılıdır.(Şəkil 28) Xərəyi iki və dörd adam apara bilər.

Zədələnmiş şəxsləri xərəklərdə daşıdıqda, göstəriləndən başqa aşağıdakı qaydalara riayət edilməlidir:

- Döş qəfəsindən zədələnmiş şəxsi yarımoturaq vəziyyətdə yerləşdirirlər.
- Peysərində və kürəyindən zədələnmiş şəxsi böyrü üstdə uzandırırlar.



Şəkil 28. Xərəkdən çarpayıya xəstənin köçürülməsi sxemi.

- Qarnından zədələnmiş şəxsi arxası üstdə, dizləri yarımbükülü vəziyyətdə uzandırlar.

- Üz və çənə hissələrindən zədələnmiş adamı üzü yana doğru çevrilmiş vəziyyətdə uzadırlar.

- Boğaz hissəsi yaralandıqda zədələnmiş adamı yarımoturaq vəziyyətdə elə yerləşdirirlər ki, çənəsi dösünə toxunsun.

- Xəstələri xəstəxanalara daşımaq üçün xüsusi sanitar maşınlarından istifadə etmək lazımdır. Bu mümkün olmadıqda hər hansı nəqliyyat növündən (yoldan keçən maşından, arabadan və s.) istifadə etmək olar. Bütün nəqliyyat növlərinə yüksəlmə zamanı xərəkləri birinci növbədə yuxarı mərtəbəyə, sonra isə aşağı mərtəbəyə yerləşdirirlər. Xəstələri düşürərkən iş əks ardıcılıqla aparılır. Xəstə qoyulmuş xərəyin baş tərəfi irəli olmaqla nəqliyyat vasitəsinə yükləyirlər. İlk növbədə xərəkdə daşınan xəstələri, sonra isə özləri gəzə bilən xəstələri nəqliyyata mindirirlər. Yaralıların sanitar və yük vaqonlarına mindirilməsi daha çətin olur. Qatarlara mindirməzdən əvvəl xəstələri vəziyyətinə və mindirmənin ardıcılığına görə qruplaşdırırlar. Xəstələri daşımaq üçün təyyarələrdən, vertolyotlardan və su nəqliyyatlarından da istifadə olunur. Köçürülrəkən müntəzəm olaraq xəstələrin yaralarına (sarğıların qanla islanmasına) və ümumi vəziyyətlərinə fikir vermək lazımdır.

Daşınma şəraitdən asılı olaraq bir neçə dəqiqlikdən bir neçə saatadək davam edə bilər. Tibb işçiləri xəstənin daşınmasını düzgün təşkil etməlidirlər. Bir nəqliyyat vasitəsindən digərinə köçürtmək, yolda tibbi yardım göstərmək, qusma zamanı nəqliyyat immobilizasiyası, xəstələrin soyuması, silkələnməsi nəticəsində baş verə biləcək ağırlaşmalara qarşı tədbirlər görməlidir.

Radiasion xəsarətlər. Radiasion xəsarət dedikdə nüvə partlayışı nəticəsində əmələ gələn radiaktiv maddələrin insan orqanizminə təsiri başa düşülür. Orqanizmin radiasiyadan zədələnməsi hadisəsinin əsasını radioaktiv şüaların təsirindən canlı toxumaların atom və molekullarının ionlaşması ilə əlaqədar fiziki pro-

seslər təşkil edir. Bunun nəticəsində hüceyrələrdə, toxumalarda, orqanlarda və orqanizmin sistemlərində gedən bioloji proseslər zamanı onların normal fəaliyyəti pozulur və nəticədə şüa xəstəliyi əmələ gəlir.

İlk tibbi yardımına şüalanmadan dərhal sonra başlamaq lazımdır. İlk növbədə zərərçəkənə sonradan şüalanma təhlükəsi olmasın deyə radiaktiv maddələrlə çirkənlənmiş ərazidə onun paltarları və dərinin açıq sahələri hissəvi sanitar təmizlənməsindən keçməlidir. Bundan sonra zərərçəkən sığınacağa və ya başqa əraziyə köçürülməlidir. Təbii ki hər bir şəxs radiaktiv maddələrlə çirkənlənmiş əraziyə gedərkən özü ilə fərdi mühafizə vasitələri götürməlidir.

Radiaktiv maddələr ərzaq məhsulları və ya su ilə mədəyə düşmüşsə onda ilk növbədə mədənin boşaldılması tədbirləri aparılmalıdır. Bunun üçün xəstəyə 25-30 qram aktivləşdirilmiş kömür və ya 50 qram barium sulfat su ilə birlikdə, yaxud 25-30 qram ağ gili 1-3 qram sayodinlə qəbul etdirilir. Bu zaman adı çəkilən adsorbentlər radioaktiv maddəni özünə birləşdirərək onun qana sorulmasının qarşısını alır. Təqribən 15-20 dəqiqə sonra xəstəyə 2-3 litr su içirdilib mexaniki yolla qusma törədirilir (iki barmağı dilin köküne qədər salmaqla). Bundan sonra xəstəyə adsorbentin verilməsi davam etdirilir və radioaktiv maddələrin mədə-bağırsaq traktından çıxmasını sürətləndirmək üçün işlədicilər verilir, Aİ-2 aptekcəsindən radiaktiv zəhərlənməyə qarşı dərman verilir.

Qarışq zədələnmələrdə – şüa zədələnmələrində yara, siniq, yanıq da ola bildiyi üçün, ümumi qaydalara əsasən ilk yardım göstərildikdən sonra, ətrafdakı əşyalardan və ya paltarlardan radioaktiv maddələrin yaraya düşməsinin qarşısını alan tədbirlər görülməlidir.

Radioaktiv xəsarətlər zamanı xəstəyə ilk yardım tədbirləri ilə yanaşı həmçinin zərərçəkənə tibbi köçürmənin mərhələlərində tibbi qulluq da göstərilməlidir. Xəstələrə qulluq onların şəxsi gi-

giyena qaydalarına əməl etmələrinə möhkəm nəzarət olunmasını tələb edir. Adətən belə xəstələr hər dəfə qida qəbul edəndən sonra ağız boşluqlarını bor turşusunun məhlulları, 2%-li hidrogen peroksid məhlulu , 1:5000 nisbətində kalium permanqanat məhlulu ilə yaxalamalıdırılar.

Şüa xəstəliyi zamanı xəstələrə qulluqda vacib tələbələrdən biri sakitlik yaratmaqdır. Ürəkbulanma, qusma, başgicəllənmə və baş ağrıları olduqda xəsətəyə aeron tabletli verilir. 3-4 saatdan sonra şüa xəstəliyinin əlamətləri meydana çıxır ki, bu zaman antibiotiklər və sulfanilamid preparatları verilməlidir. Qusmadan sonra ağız boşluğu qaynar su bor turşusu və ya zəif marqans məhlulu ilə silinməlidir. Qan qusma müşahidə edildikdə xəstəyə buz parçaları udmaq məsləhət görülməklə, daxilə 5%-li kalsium xlorid məhlulu verilir. Dəridə quruluq müşahidə olunarsa müxtəlif yağlarla silinməlidir.

Şüa xəstəliyinə tutulmuş xəstələrə qulluq edəndə onların sidiyini, nəcisini,qusunu kütləsini,habelə yaralara işlənmiş sarğıları ağızı örtülü baklara yiğib ən azı 0,5 metr dərinlikdə yerə basdırmaq lazımdır, çünkü qusunu nəcis və sidikdə orqanizmdən radioaktiv maddələr xaric olur.

Bundan başqa,bu cür xəstələrə qulluq əşyalarını, o cümlədən dəyişəyi dezaktivasiya etmək,yəni adamların radioaktiv maddələrlə zəhərlənmə ehtimalını azaldan tədbirlər görmək lazımdır. Dezinfeksiyanı mexaniki üsulla, yəni radioaktiv maddələri süpürmək və yumaqla aparırlar; həmçinin üzərinə radioaktiv maddə qonmuş paltarı çırpıb təmizləyirlər.

Xəstənin qidalanması yüksək kalorili, asan mənimşənilən vitamin və zülallarla zəngin duru qidalardan, şirələrdən və s. ibarət olmalıdır. Xəstələr tez-tez və az paylarla qidalandırılmalıdır.

Xəstələr isti otaqlarda yerləşdirilməli və köçürülmə zamanı piyada hərəkətlərinə icazə verilməməlidir. Xəstəyə kəskin və təkanlarla hərəkətə icazə verilmir.

MƏŞĞƏLƏ 11

Həkiməqədərki yardımın əsasları . Müayinə üsulları. Ürək- damar sisteminin xəstəlikləri.

İlk yardım qəfləti xəstəliklər və travmalar zamanı zərərçəkənin həyatının və sağlamlığının qorunmasına yönəldilmiş sadə və məqsədönlü tədbirlər planıdır. Düzgün göstərilmiş yardım, sonrakı müalicənin vaxtını qısaltır, yaraların sağalmasını sürətləndirir və zərərçəkənin həyatının qorunmasında həllədici rol oynayır.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə eksternal şəraitdə xəstənin fiziki və laborator üsulla müayinə qaydalarını, klinik ölümün əsas əlamətləri olan ürəyin və tənəffüsün qəfləti dayanmasının təyin edilməsini, ürək fəaliyyətinin dayanması zamanı tələb olunan massajın və tənəffüsün dayanması zamanı issə ağ ciyərlərin süni tənəffüsünün texnikasını öyrənmək və tələbələr üzərində nümayiş etdirməklə onlara öyrədilməsi, ürək –damar sisteminin xəstəliklərinin əlamətləri, təxirəsalınmaz yardım göstərilməsi, istifadə olunan dərmanlarla tanışlıq və onların yeridilmə yolarının tələbələrə öyrədilməsi, onların tələb olunan qida rejimi ilə tanış etməkdir.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ :Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır.

Xəstənin müayinə üsulları.

Ürək-ağ ciyər reanimasiyası, keçirilmə texnikası, ürək-ciyər reanimasiyasının bitməsinə göstəriş.

Klinik və bioloji ölüm anlayışı.

Təxirəsalınmaz yardım tələb edən əsas vəziyyət və sindromlar.

Ürəyin və tənəffüsün dayanma səbəbləri

Ürək –damar sisteminin xəstəliklərində təxirəsalınmaz yardım.

Ağ ciyər ödemi və hipertонik kriz.

Qan-damar sisteminin xəstəliklərinin ümumi əlamətləri

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAIT:fonendoskop,sfiq-momanometr, ağ ciyər ödemi, hipertonik krizə aid əyani vasitələr, CD diskləri və internet resursları.

Zərərçəkənlərə ümumi qulluq xəstəliyin gedişindən və xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq gün ərzində baş verən dəyişikliklərin müşahidəsi və həmin dəyişikliklərə nəzarətlə xarakterizə olunur. Vaxtında aşkarlanan hər hansı bir dəyişiklik müalicə prosesində mühüm əhəmiyyət kəsb edir. Xəstələrə nəzarət edərkən tibb bacısı huşun vəziyyətinə, sifətin ifadəsinə, dəri və görünən selikli qişaların rənginə, tənəffüs və ürək-qan damar sisteminin fəaliyyətinə, eləcədə ifrazat üzvlərinin funksiyasına diqqət yetirməlidir. Bunlara nəzarət etməkdən ötrü tibb bacısının fiziki (baxma, əlləmə, döyəcləmə, qulaqasma) və laborator müayinə üsullarından xəbərdar olmalıdır.

Baxma zamanı xəstənin huşunun vəziyyəti (koma, sopor, stupor), xəstənin ümumi vəziyyəti (aktiv, passiv, məcburi), sifətinin ifadəsi (qorxu, həyəcan, narahatlıq, əzab və s.), dəri və görünən selikli qişaların rəngi (solğunluğu, qızarması, saralması, göyərməsi (sianotik), səpməsi, quruluğu, ödəmliliyi və s.) qiymətləndirilir.

Əlləmə-palpasiya zamanı barmaqların və əlin həssaslığına əsasən nəbzin xarakteri və ürək vurğusu, üzvlərin və törəmələrin fiziki xassələri (yerləşməsi, həcmi, sərhədi, forma və konfiqurasiyası, konsistensiyası, hərəkətliliyi və s.) təyin olunur. Bundan başqa əlləmək xəstənin xəstə nahiyyəyə reaksiyasını (əzələ gərginliyi, reflektor hərəkətlər, mimika, inilti və s.) təyin etməyə imkan verir. Dərin və səthi əlləmə ayırd edilir.

Döyəcləmə-perkussiya zamanı daxili üzvlərin səsinə görə müayinəsidir ki, bu zaman üzv və toxumalardan müxtəlif səslər əks olunmaqla xəstəlik haqqında fikir yürütütmək olur. Küt səs yumşaq və qısa olub, ürək və qara ciyərə, eləcədə boşluqlara maye toplanmasına xasdır. Ağ ciyər səsi isə möhkəm, səslə və uzun olub toxumalara hava toplanmasına xasdır. Müqayisəli və topoqrafik döyəcləmə ayırd edilir. Döyəcləmə xəstənin oturmuş və uzanmış vəziyyətində və sakit otaqda aparılır.

Qulaq asma –auskultasiya orqanizmdə öz-özünə əmələ gələn səslərə –tənəffüs, ürək tonları, bağırsaq peristaltikasının küyləri-

nə qulaq asmağa əsaslanır. Bilavasitə qulaq asma qulaqla, bilvasitə qulaqasma isə fonendoskop və stetoskop vasitəsilə həyata keçirilir. Auskultasiya xəstəyə soyundurulmuş vəziyyətdə, sakit otaqda aparılır.

Ən çox istifadə olunan laborator müayinə üsullarına qanın, nəcisin və sidiyin ümumi analizi aiddir.

Tənəffüs və ürək fəaliyyəti dayandıraqda toxumalara oksigen daxil olması kəsilməsi və qan çatışmazlıçı nəticəsində toxumaların ölümü baş verir. Kompleks reanimasiya tədbirləri ilə qan dövranını və tənəffüsü vaxtında bərpa edib xəstəni terminal vəziyyətdən çıxarmaq olar. Terminal vəziyyət müxtəlif səbəblərdən - şok, miokardın infarktı, çoxlu qanitirmə, nəfəs yollarının tutulması və ya asfiksiya (boğulma), elektrik travması, torpaq altında qalmaq və s. yarana bilər. Terminal vəziyyətin son mərhələsi klinik ölümdür. Onun müddəti çox qısa olub 4-6 dəqiqədir. Lakin, bu dövrə reanimasiyanın köməyi ilə həyat üçün əhəmiyyəti olan üzvlərin fəaliyyətini bərpa etmək mümkündür.

Reanimasiyanın əsaslarını, ürək-damar reanimasiyasını əhəmiyyə öyrətmək tibb bacısının vəzifələrinə daxil olub vacib dövləti əhəmiyyət kəsb edir. Reanimasiya dedikdə narkoz, cərrahi əməliyyat, təsadüfi travmalar, zəhərlənmələr və s. nəticəsində baş verən klinik ölüm zamanı orqanizmin canlandırılmasına yönəldilmiş kompleks tədbirlər planı nəzərdə tutulur. Canlandırma-fövqəladə mürəkkəb bir proses olub tibb və qeyri tibb personalından böyük təcrübə, cəldlik və dəqiqlik tələb edir.

Ürək-damar reanimasiyası aşağıdakı mərhələlərdən ibarətdir:

- Tənəffüs yollarının keçiriciliyinin bərpası;
- Havanın (oksigenin) aktiv üfürülməsi metodu ilə ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası;
- Ürəyin qapalı massajı yolu ilə qan dövranının süni mühafizəsi;
- Dərman maddələrinin yeridilməsi, defibriliyasiya;
- Həyati vacib orqanların mühafizəsi və stabillaşdırılması yönəldilmiş reanimasiyadan sonrakı dövrün intensiv terapiyası.

Tənəffüsün dayanması, tənəffüs yolarının yad cisimlərlə tıxanması, boğulma, elektrik cərəyanı ilə zədələnmə, müxtəlif zəhərli maddələrin və ya dərmanların təsirindən zəhərlənmə, beyinə qansızma, tənəffüs yolarını şishi və travmatik şok zamanı baş verir. Ağ ciyərlərə tənəffüs verməyin müxtəlif üsulları vardır. Hal hazırda Silvestr, Kallistov, Labord və Şefer üsulundan çox nadir hallarda istifadə olunur. Döş qəfəsinin travmaları və boğulma zamanı bu üsullarala nəfəs vermək olmaz. Hazırda «ağızdan-ağıza» və «ağızdan-buruna» üsulu ən effektli üsul hesab olunur.

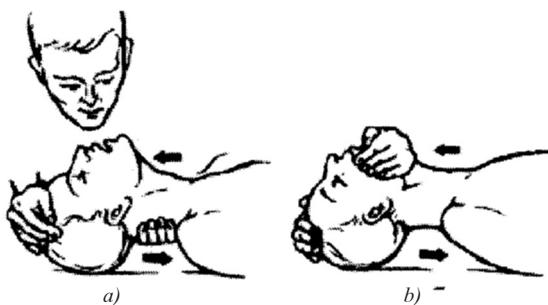
Ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası. Texniki xüsusiyətlərin-dən asılı olaraq ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasının bir neçə metodu mövcuddur. Ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasının növü xəstə-

nin yerləşməsindən, şəraitdən və tənəffüsün dayanma səbəblərindən asılıdır. Hadisə yerdə ilk yardım göstərməkdən ötrü biz ən çox işlənən, ümumi qəbul olunmuş, xüsusü hazırlıq və avadanlıq tələb etməyən və yüksək effektivliyə malik olan süni, sadə tənəffüs-«ağızdan-ağıza» və «ağızdan-buruna» metodu üzərində dayanacaqıq. Bu metodu praktiki olaraq hər hansı bir şəraitdə tətbiq etmək mümkündür .

Əvvəlcə zərərçəkəndə tənəffüsün dayan-

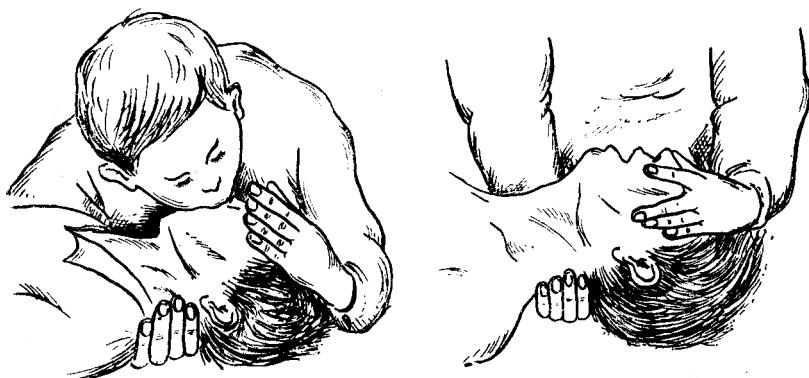


Şəkil 29. Tənəffüsün dayanmasının teyini və tənəffüsün keçiriciliyin təmin olunması



Şəkil 30. Xəstənin ağızının açılması qaydası.

dığını təyin etmək lazımlı gəlir. Bunun üçün qulağı zərərçəkənin burnuna və ağızına yaxınlaşdırıb onun tənəffüsünə qulaq asmağa çalışmalı və tənəffüsü hiss edilməlidir. Eyni zamanda döş qəfəsi və qarnın hərəkətinə fikir vermək lazımdır. Əgər tənəffüsün əlamətləri görünməzsə onda xəstənin yuxarı tənəffüs yollarının keçiriciliyini təmin etməli (şəkil 29) və xəstənin aq ciyərlərinə kifayət qədər hava daxil olmasına şərait yaradılmalıdır. Bunun üçün əvvəlcə zərərçəkənin tənəffüsünü və qan dövranını çətinləşdirə bilən paltarların düymələri açılır. Metodun effektivliyi nə nail olmaq üçün xəstə arxası üstə sərt döşəmə üzərinə elə uzadılır ki, baş maksimum arxaya doğru əyilmiş olsun. Bu məqsədlə kürəyin altına ədyaldan və ya xəstənin paltarından hazırlanmış 15-20 sm. hündürlüyündə yastıq qoyulur. Bunun üçün bir əllə çənə aşağı doğru sıxılır və ya əl boynun altına salınır, digər əllə isə alından tutaraq baş arxaya doğru verilir. Başı dala əydikdə dil qabağa çəkilib nəfəs yolunu açır və qırtlağa sərbəst hava daxil ola bilir. Xəstənin çənəsi aşağı doğru çəkilərək ağızı açılır (şəkil 30 a, b). Ağız və udlaq selikdən və digər möhtəviyyatlaradan (qusuntu kütləsi, qan, qum, diş protezi və s.) temizlənir. Yuxarı tənəffüs yollarının keçiriciliyinə əmin olduqdan sonra süni tənəffüsə başlanılır. Kömək göstərən şəxs xəstənin hər hansı tərəfində dura bilər. Xəstənin burnu və ağızı tənzif və ya dəsmalla örtülür. Kömək göstərən bir-iki dəfə dərin dən nəfəs alıb verdikdən sonra barmaqlarıyla xəstənin burnunu tutur və növbəti dəfə dərindən nəfəs alıb dodaqlarını xəstənin dodaqlarına kip yapışdıraraq onun aq ciyərlərinə qüvvətli hava üfürür. Hava üfürüləndən sonra yardım göstərən üzünü zərərçəkəndən uzaqlaşdırır (şəkil 31). Xəstənin ciyərləri öz elastikliyi hesabına nəfəs verir. Bu anda xəstənin ağızı açıq qalmalıdır. Bu minvalla hər 5 saniyədən bir, yəni bir dəqiqədə 12-16 dəfə hava üfürmək lazımdır (uşaqlarda 15-18). Əgər xəstənin çənəsi möhkəm bağlanmışsa onda analoji olaraq burun vasitəsilə hava üfürülür.



Şəkil 31. «Ağızdan-ağıza» ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası.

Süni tənəffüsün effektivliyini yoxlamaq üçün aşağıdakılaraına diqqət yetirmək lazımdır: xəstənin ciyərlərinə hava üfürüldükdə onun döş qəfəsi uyğun tərzdə həcmcə böyüməlidir. Belə olmur-sa deməli xəstənin tənəffüs yolunu dili, yaxud başqa bir kənar ci-sim tutmuşdur, yada üfürülən havanın həcmi kifayət qədər deyil-dir (şəkil 32-34).

İşləyən ürəkdə süni ventilyasiyanı tibb işçisi gələnədək ya da sərbəst tənəffüs hərəkətlərinin meydana çıxması və huş bərpa olunanadək inadla davam etdirmək lazımdır. Bəzən bu prosesi, uzunmüddətə –1-1,5 saatadək davam etdirmək lazım gəlir.

Ürəyin dayanmasının əlamətləri bunlardır:

- Hüşun itməsi;
- Nəbzin olmaması;
- Ürək tonlarının olmaması;
- Tənəffüsün dayanması;
- Dəri və selikli qışaların avazılması və göyərməsi;
- Bəbəklərin genişlənməsi;
- Huşun itməsi anda görünən ürək dayanmasının ilk əlaməti olan qıçolmadır.



Şəkil 32. Zərərçəkənin burnunu tutub ağızına hava üfürüb tənəffüsü bərpa edin.



Şəkil 33. Süni tənəffüs zamanı döş qəfəsinin qalxıb enməsinə fikir verin.



Şəkil 34. Yuxu arteriyasında nəbzi yoxlayın

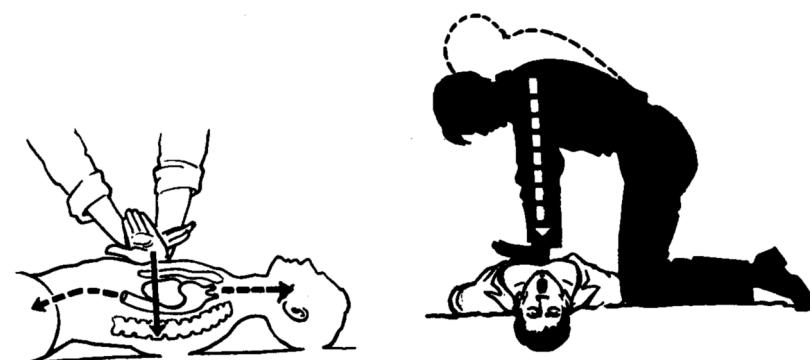
Bu əlamətlər qan dövranının dayanmasını aydın göstərdiyi üçün əlavə müayinələrə-nəbzin və arterial təzyiqin ölçülməsinə, həkim axtarmağa vaxt qalmır və dərhal ürəyin massajına başlamaq lazımdır. Ürəyin iki növ massajından istifadə edilir. Yalnız döş boşluğununda aparılan əməliyyatlar zamanı açıq və xaricdən döş qəfəsi açılmamış halda edilən qapalı massaj.

Ürəyin qapalı massajı. Metodun məqsədi ürəyin onurğa ilə döş sümüyü arasında ardıcıl olaraq süni surətdə ritmiki sıxılmasına əsaslanır. Bu zaman qan böyük və kiçik qan dövranının iri damarlarına itələnməklə ürək əzələsinin sinir aparatını qıcıqlandırır. Bu isə həyatı vacib orqanların qan dövranının süni bərpasına imkan yaradır. Xəstədə ürək fəaliyyətinin dayanması qeydə alınan kimi, o arxası üstə sərt döşəmə, taxta və ya çarpayının kənarı üzərinə uzadılır. Köməklik göstərən şəxs xəstənin sol tərəfində dayanır. Bir əlin ovuc səthi döş sümüyünün aşağı hissəsinə qoyulur, digəri isə əvvəlkinin arxasına yerləşdirilir. Hər iki əli dirsək oynağından düzləndirərək

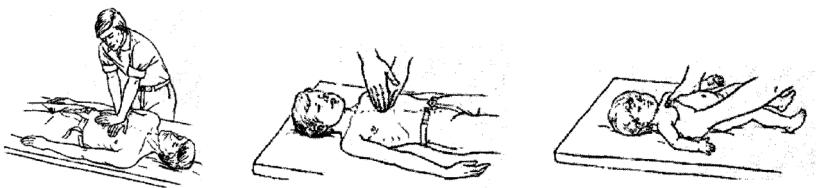
döş sümüyünü qüvvətli təkanla ritmiki basmaqla onu onurğaya 4-5 sm.-ə qədər sixmaq və bu vəziyyətdə xəstəni təxminən $\frac{1}{2}$ saniyə saxlamaq lazımdır. Daha sonra əllər cəld, döş sümüyündən götürülməmək şərtilə boşaldılır və sıxılmış döş sümüyünün əvvəlki vəziyyətə qayıtmasına şərait yaradılır.

Massaj zamanı qolun gücündən çox bədənin ağırlığından istifadə etmək lazımdır (şəkil 35). Bu isə həm massajın keyfiyyətini yaxşılaşdırır, həm də uzunmüddətli massaj üçün orqanizmin gücünün tükənməsinin qarşısını alır. Barmaqlar döş qəfəsinə temas etməməlidir. Bu bir yandan massajın effektivliyini azaldır (çünki təzyiq döş qəfəsinə deyil döş sümüyünün aşağı hissəsinə olmalıdır), digər tərəfdən isə qabırğaların sıxma təhlükəsini artırır. Təkanların sayı böyüklərdə təqribən 60-dan az olmamalıdır. Massajın daha effektli olması üçün massaj edən şəxs digəri ilə dəyişdirilməlidir. Lakin bu dəyişmə anında massajın dayandırılması bir neçə saniyədən artıq olmamalı və əvəz edən şəxs də bu metodun texnikasından xəbərdar olmalıdır.

10-12 yaşlı uşaqlarda ürəyin massajı bir əllə, yenidoğulmuş uşaqlarda isə iki barmaqla edilməlidir. Təkanların sayı isə müvafiq olaraq 70-80 və ya 100-120 olmalıdır (şəkil 36)



Şəkil 35. Ürəyin qapalı massajı (sxem və ümumi görünüş).



a)

b)

c)

Şekil 36. Ürəyin qapalı massajının texnikası.
a)yaşlı şəxslərdə, b)uşaqlarda, c)yenidöğulmuşlarda

Aparılan massajın adekvatlığının meyarı, yəni ürək fəaliyyətinin bərpa olması əlaməti yuxu və bud arteriyasında hər təkan zamanı nəbzin əmələ gəlməsi, dəri örtüyündə göyümtül rəngin azalması, dodaqların dərisinin çəhraylaşması və bəbəyin daralmasıdır. Bu əlamətlər görünəndən sonra massajı dayandırmaq olar.

Asan məniməsənilməsindən ötrü bu başlıca reanimasiya tədbirlərinin ayrı-ayrılıqda öyrənilməsinə baxmayaraq ürəyin massajı ilə ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası müştərək aparılmalıdır.



Şekil 37. İki şəxsin iştirakı ilə ürəyin dayanmasının zamanı göstərilən ilk yardım.

Daha doğrusu ürəyin massajı ağ ciyərlərin ventilyasiyasının müşayiəti ilə aparılmalıdır. Belə ki, hər 15 nəfəs vermə 60 dəfə döş sümüyünün basılmasına uyğun gəlməlidir. Yəni hər 4 dəfə massajdan sonra, bir dəfə hava üfürülməlidir. Bu qayda ilə hər iki növ yardım, çətin də olsa bir adam göstərə bilər. Əgər yardım göstərənlər iki nəfərdirsə onda qarşılıqlı razılışma ilə onlardan biri ürəyin massajını, digəri isə süni tənəffüs icra

edir (şəkil 37). Hər 5 massajdan sonra bir saniyə fasılə verməklə 1 tənəffüs məsləhət görülür. Əgər ölen şəxsə bir nəfər yardım göstərirsə onda manipulyasiyaların növbələşməsi və rejimi bir qədər dəyişdirilməlidir. Belə ki, hər 2 dəfə tənəffüs verdikdən sonra bir saniyə fasılə verməklə 15 dəfə massaj edilir.

Ürəyin massajı ilə ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası dərhal hadisə yerində tətbiq olunur. Xəstəni tək saxlayıb təcili yardım çığırmağa getmək, xəstəni həyata qaytarmaq üçün lazımlı olan qiyamətli vaxtı itirmək deməkdir.

Ürək damar sisteminin xəstəlikləri. Kəskin ürək-damar çatmamazlığı ürək-damar xəstəlikləri içərisində təcili tibbi yardımına ehtiyacı olan ən ağır qan dövranı pozğunluğu yaradan bir vəziyyətdir. Bunun səbəbi qanitirmə, oksigen acliğı, travmatik şok, ürək qusurları, hipertoniya xəstəliyi, miokardın infarktı və bir sıra zəhərli maddələrlə zəhərlənmədir. Yardım üçün diqqəti birinci növbədə ürək əzələsinin yığılma qabiliyyətini artırmağa yönəltmək lazımdır. Bu məqsədlə strofantin, korqlükon, diqoksin kimi preparatlardan istifadə olunur. Ağ ciyər ödəmini azaltmaq üçün eufillin və sidikqovucu (furosemid), hipoksiyanı azaltmaq üçün nəmləşdirilmiş oksigen vermək lazımdır.

Ağ ciyər ödəmi müxtəlif xəstəliklərin çox təsadüf olunan ağırlaşmalarından biridir. Bu müxtəlif səbəblərdən əmələ gələ bilir. Miokard infarktı zamanı ağ ciyər ödəmi ürək çatmamazlığını ilə izah olunur. Bu zaman sol mədəcik zəifləyir, ağ ciyər damarlarından qanın ürəyə axması pozulur. Hipertoniya xəstəliyi və qanazlığı zamanı ağ ciyərin ödəmi vegetativ sinir sisteminin oyanması zamanı baş verir. Nəticədə qanın orqanizmə paylanması pozulur, ağ ciyər sistemində qanın miqdarı artır. Zəhərli maddələrlə zəhərləndikdə (xlor, fosgen) ödəmin əmələ gəlməsində ağ ciyər kapilyarlarının keçiriciliyinin pozulması böyük rol oynayır. Səbəbindən asılı olmayaraq ağ ciyər ödəmi tənəffüsün pozulmasına və hipoksiyaya səbəb olur. Xəstənin tənəffüsü tezləşir, narahatlıq artır və nəbz sürətlənir. Tənəffüs xırıltılı olur, öskürəklə ağ və ya

çəhrayı köpüklü bəlgəm ifraz olunur. Oksigen aclığı nəticəsində sianoz –dəri və selikli qışaların göyərməsi başlayır.

İlk yardım zamanı xəstəyə oturaq və ya yarımoturaq vəziyyət verilir, ayaq və qollarına isitqac qoyulur, nəfəs yollarının keçiriciliyi bərpa edilməlidir. Bunun üçün bəlgəm ağız və burundan təmizlənməli, spirt buxarı ilə qarışdırılmış oksigen verilməlidir. Ətraflara turna qoyulması məsləhətdir. Bundan başqa dərman preparatlarından sidik qovucular (furosemid, diakarb), qan təzyiqini aşağı salan (arfonad, droperidol) dərmanlardan istifadə etmək lazımdır.

Hipertoniq kriz arterial təzyiqin qəfylətən ,kəskin artmasıdır. Əsasən hipertoniyalı şəxslərd psixi gərginlik, əsəbilik, narahatlıq, meteroloji amillərin və s. təsirindən inkişaf edir. Bu vaxt sistolik təzyiq 200-250 mm, diastolik təzyiq isə 120-160 mm. cv. st.-na çatır. Bu zaman xəstədə başgicəllənməsi, başağrıları, ürəkbulanması, arterial təzyiqin kəskin artması nəticəsində beyin qan dövranının keçici pozğunluqları, görmə qabiliyyətinin pisləşməsi, qısa müddətli parezlər, nitq pozğunluğu, yuxusuzluq və s.əmələ gəlir. Ağır haldarda hipertoniq kriz insult (beyinə qansızma), stenokardiya, miokard infarktı ilə nəticələnir. Hipertoniq krizi aradan qaldırmaq üçün xəstəyə tam fiziki və ruhi dinclik yaradılır. Xəstəni tibb müəssisəsinə daşımaq onun həyatı üçün təhlükə yarada bilər. Həkim gələnədək xəstənin qan dövranına təsir edən amillərdən xardalı ənsə və baldır nahiyyəsinə qoymaq, ayaqları isti vannada saxlamaq və ya isitqac qoymaq lazımdır. Xəstənin başını qaldırılmış şəkildə uzatmaq lazımdır. Ürək ağrısı olduqda dil altına validol və ya nitroqliserin, ürək döyünlərsə 30 damcı validol verilməlidir. Xəstənin venasında 4-6 ml 0,5%-li dibazol məhlulu, 10ml 25%-li maqnezium sulfat məhlulu, 10ml 24%-li eufillin məhlulu və başqa hipotenziv dərmanlar yeridilir. Ürəkbulanmayı azaltmaq üçün xəstəyə tərkibində atropin olan dərmanlar (belladonna, bellospon) verilir.

Ürək-damar sisteminin xəstəlikləri zamanı xəstəyə 10 sayılı pəhriz təyin edilir. Bu zaman az kalorili yüngül yeməklər vermə-

li, pəhrizdə zülal, maye və duzlar az, A, S ,B qrupu vitaminləri çox olmalıdır. Birinci 3-7 günlər xəstəyə hər bir qidanı əzilmiş halda və 5-6 dəfə vermək lazımdır. Xörəyə duz qatılmır. Bütün xörəklər duzsuz hazırlanır!

İcazə verilir:duzsuz ağ çörək, tərəvəzdən, yarmadan, süddən və meyvədən bişirilmiş suplar, kərə və bitki yağı, tikə yaxud döyülmüş şəkildə suda buxarda bişirilmiş yağsız et və balıq, az miqdarda yumurta, süd və kəsmik, hər cür sıyıqlar, meyvələr, tərəvəzlər. Xəstənin yeməyinə çoxlu kalium duzları olan yeyinti məhsulları (kartof, kələm, ərik, əncir, itburnu) verilməlidir. Belə xəstələr çox yeməməli, çoxlu maye içməməli papiroş çəkməməlidirlər. İş və istirarahət rejiminə ciddi riayət edilməlidir.

İcazə verilmir:tünd çay, qəhvə, hisə verilmiş məhsullar, konservlər, yağda qızardılmış xörəklər, piy və yağ, beyin, böyrək, qara ciyər, spirtli içkilər, kürü, soğan, sarımsaq.

MƏŞĞƏLƏ 12

Həzm üzvlərinin, endokrin sisteminin və maddələr mübadiləsinin xəstəlikləri. Sidik- cinsiyət sisteminin xəstəlikləri.

Bu məşğələdə həzm üzvlərinin xəstəliklərindən ilk tibbi yardım tələb olunan mədə –bağırsaq qanaxmaları və qarın sancıları, endokrin və maddələr mübadiləsi pozğunluqlarından, diabetik koma və piylənmə haqqında, həmçinin sidik –ifrazat sisteminin xəstəlikləri və bu xəstəliklər zamanı ilk yardım haqqında məlumat veriləcəkdir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Mədə-bağırsaq qanaxmaları, koma və qarın sancılarının əlamətləri, təxirəsalınmaz yardım göstərilməsi, istifadə olunan dərmanlarla tanışlıq və onların yeridilmə yollarının tələbələrə öyrədilməsi, tələb olunan qida rejimi

ilə onları tanış etmək. Eləcədə tələbələrə sidiyin analizini oxumağı öyrətmək, böyrək sancısı, uremiya, koma, hematuriya və uşaqlıq qanaxmaları zamanı ilk tibbi yadım qaydalarını mənimsətmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

Həzm üzvləri xəstəliklərinin şikayət və əlamətləri.

Mədə-bağırsaq qanaxmaları, səbəbi, şikayətləri.

Şəkərli diabet .Diabetik və hiperqlikemik koma.

Sidik-cinsiyət sistemi xəstəliklərinin əlamətləri

Kəskin nefrit, pielit, böyrəkdaşı xəstəliyi.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: həzm üzvlərinin, endokrin sisteminin xəstəlikləri təsvir edilən əyani vəsaitlər, sidiyi toplamaq üçün qab, kateterlər, sidiyin ümumi analizləri olan blanklar, CD diskləri və internet resursları.

Mədə-bağırsaq qanaxmaları mədənin və bağırsağın divarında xora əmələ gəldikdə, yerli olaraq qan dövrəni pozulduqda, və qanaxma ilə müşaiyət olunan ümumi xəstəliklər zamanı olur. Xəstə çox qan itirdikdə daxili qanaxmalar üçün xarakterik olan ümumi əlamətlər müşahidə edilir. Bunlara dərinin avazılması, nəbzin sürətlənməsi, arterial təzyiqin düşməsi, təngnəfəslik, zəiflik, ürək-getmə, başgicəllənmə, ətrafların soyuması aiddir.

Mədə-bağırsaq qanaxmaları zamanı nəcisin rəngi onun haradan və hansı sürətlə axması barədə məlumat verir. Mədə və onikibarmaq bağırısaqdan qan axdıqda nəcis qətrana oxşayır (melena). Qanaxma yeri bağırsağın aşağı şöbələrindədir sə qanın rəngi az dəyişmiş olur, düz bağırısaqdan və anus dəliyindən axan qan dəyişikliyə uğramayıb təmiz qan şəklində xaric olur. Mədə qanaxmalarında əksər vaxtlarda xəstə qan laxtaları və ya qəhvə xilti şəklində möhtəviyyat qusur. Lakin qanaxma qan qusması ilə müşayət olunmaya da bilər.

Mədə-bağırsaq qanaxması olan xəstə ciddi yataq rejiminə

əməl etməlidir. Bu zaman xəstə arxası üstə uzandırılıb qarın nahiyyəsinə buz qovuğu qoyulur və qanaxmanın təkrarlanması üçün xəstənin tərpənməsinə icazə verilmir. Xəstələrə təmizləyici imalə etmək və daxilə işlədicilərin verilməsi qadağan olunur. Ümumiyyətlə bu zaman daxilə dərman vermək məsləhət görülmür. Bundan sonra xəstəyə qansaxlayıcı dərmanlar (10%-li kalsium-xlorid, kalsium qlükonat, K vitamini, 40%-li qlükoza ilə S vitamini, qan preparatı, diçinon, etamzilat və s.) təyin olunur və həkim çağrırlar.

Kəskin qanaxmalar zamanı xəstələrə 1-2 gün yemək və içmək verilmir. Sonrakı günlər xəstələrə 1saylı pəhriz təyin edilir. Bu zaman xəstəyə süd, duzsuz kərə yağı, yarma və tərəvəzdən bişirilmiş suplar, meyvədən və süddən hazırlanmış kisel, ilıq yumurta, buxarda bişirilmiş ət və balıq verilir. Xəstələrə digər ərzaq məhsulları, eləcədə çörək və suxarı yemək qadağan olunur.

Huşun itməsi koma adlanır. Huş beyninə oksigen çatmadıqda, qan dövranı pozulduqda və beynin ödemi zamanı itir. Komatoz vəziyyətlər müxtəlif xəstəliklərdə—beyin travmalarında, miokard infarktında, zəhərlənmələrdə, insultda, infeksiyalarda, isti və günvurmada müşahidə edilə bilir.

Şəkərli diabet zamanı komanın iki növü -hiper- və hipoglikemik koma inkişaf edir. Koma başlamazdan əvvəl xəstədə baş ağrısı, iştahın pozulması, ishal, qarında naməlum ağrılar, bəzən də qusma olur. Bu əlamətlər görünən kimi komanın inkişaf edəcəyi barədə düşünmek və müalicəyə başlamaq lazımdır. Əks təqdirdə xəstədə diabetik koma inkişaf edəcəkdir. Belə halda xəstədə ruh düşkünlüyü başlayır və şüuru dumanlı olur. Müayinə zamanı dəri və selikli qışaların quruluğu, dərinin avazlığı görünür. Tənəffüsü seyrəlir, nəfəsalması dərinləşir, nəfəs verəndə çürük alma qoxusu (aseton iyi) gəlir. Dil qəhvəyi ərplə örtülmüş olub, moruğu rəngə çalır. Nəbz zəifləyir, arterial təzyiq düşür.

Hipoqlikemik koma çox vaxt şəkərli diabeti olan xəstələrədə acqarına böyük insulin dozası vurulandan və həmçinin ağır fizi-

ki işdən sonra əmələ gəlir. Bu vaxt xəstə gözlənilmədən özündən çıxır, sonra isə huşunu itirir, sayıqlayır, əl-ayağı əsir, bəzən qıçolmalar olur. Nəbzi tezləşir, göz bəbəkləri genişlənir.

Belə xəstələrə yardım göstərmək üçün onu çarpayiya uzatmaq, onu sıxan paltarları açmaq, təmiz hava gəlməsi üçün pəncərəni açmaq lazımdır. Qıçolma zamanı xəstə müvazinətini itirməsin deyə onu tutmaq lazımlı gəlir ki, əzilməsin. Qusma zamanı başını yana çevirir, dəsmalla ağız-burnunu silirlər. İnsulinlə müalicə alan adam koma vəziyyətinə düşmüşsə, onda insulinin vaxtıının keçdiyini hiss edib bu dərmanı ona vurmaq lazımdır. Böyük doza insulindən sonra hipoglikemik vəziyyət yaranmışsa ilk yardım kimi ona bir stakan şirin çay, qəhvə, su və ya limonad verirlər. Venaya 20-40 ml 40%-li qlükoza məhlulu yeridilir.

Şəkərli diabet zamanı xəstəyə 9 sayılı pəhriz təyin olunur. Belə ki karbohidratlar azaldılır, qida rasionuna ət, balıq, yumurta, kərə və bitki yağı, süd məhsulları, kələm və ondan hazırlanan müxtəlif yeməklər, şalğam, paxlalılar, vələmir, qarabaşaq, qara çörək daxil edilir.

Maddələr mübadiləsinin piylənmə şəklində pozğunluğu çox və səmərəsiz qidalanmanın nəticəsidir. Qəbul edilən qidanın enerjisi həyat fəaliyyətinə sərf olunan enerjidən çox olduqda üzvlərə və dəri altına piy yiğilir. Piylənmə endokrin vəzilərin funksiyası pozulduqda da əmələ gələ bilir. Piylənmənin qarşısının alınmasında ən mühüm amil qidalanma rejimidir. Xəstəyə 8 sayılı pəhriz təyin edilir. Qida rasionuna yağısız ət və balıq, qara çörək, tərəvəzlər, kələm daxil edilir, xörək duzu, kartof, maye, kərə yağı azaldılır, şirin meyvələr, ədviyyat çıxardılır. Piylənmə vaxtı bədən tərbiyəsi ilə məşğul olmaq, piyada gəzmək, dənizdə çimmək, idman oyunları ilə məşğul olmaq faydalıdır.

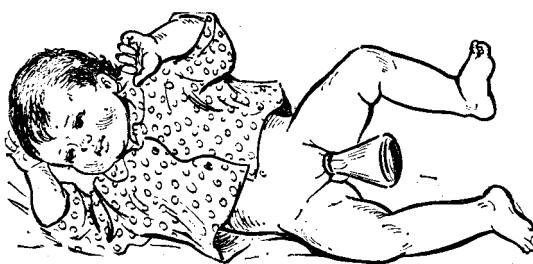
Qarın nahiyesində baş verən kəskin ağrı əksərən qarın boşluğu üzvlərinin cərrahı xəstəlikləri zamanı meydana çıxır. Ona görə də xəstənin şikayətlərinə diqqətlə fikir vermək lazımdır. Qarın boşluğunundakı əsas xəstəlik ağrının yeri və yayılmasına gö-

rə təyin olunur. Məsələn, ağrı sağ böyürdədirək appendisit, sağ qabırğaaltı nahiyyədədirək xolesistit, qarnın yuxarı şöbələrini əhatə edirək pankreatitə xarakterikdir.

Qarın sancıları qısamüddətli, tez-tez baş verən, tutmaşəkilli ağrılar olub bağırsaqların müxtəlif şöbələrində hiss olunur. Çox vaxt meteorizmə müşayiət olunur və qazlar xaric olduqdan sonra ağrılar azalır. Bağırsaq sancılarının bir növü tenezmlərdir. Bu zaman ağrı ilə birlikdə gücənmələr və selik ifrazı da olur.

Qarında ağrılar olduqda bunların səbəbini həkim təyin edənə qədər ağrıkəsici dərmanlar qəbul etmək, mədəni yumaq, işlədicilər qəbul etmək və qarına isitqaclar qoymaqla olmaz. Bunlar həm diaqnostikanı çətinləşdirməklə həm də xəstəyə zərər yetirə bilər.

Sidik- cinsiyət sisteminin xəstəlikləri. Sidik-ifrazat sisteminin, eləcədə digər daxili üzvlərin xəstəlikləri zamanı diaqnostika və patoloji prosesə nəzarət etmək məqsədilə sidik analiz olunmalıdır. Analiz üçün sidik toplamaq məqsədilə səhər sidiyindən 200 ml- qədər götürülür. Analizin nəticəsi sidiyin düzgün götürülmə texnikasından, xəstənin və sidik götürürləcək qabın hazırlanmasından asılıdır. Qadınlar sidiyi toplamazdan qabaq yuyunmalıdır ki, sidiyə uşaqlıq yolunun ifrazatı düşməsin. Aybaşı vaxtı ümumi analiz üçün sidik götürmək məsləhət görülmür. Körpə uşaqlarda sidiyi toplamaq çətinlik yaratdığı üçün, oğlan uşaqlarının cinsiyət üzvünə plastırla sınaq şüşəsi yapışdırılır (Şəkil 38), qızlara isə xarici cinsiyət doqularına kiçik kolba qoyulur. Sutkaliq sidiyi müəyyən bir saatdan başlayıb er-təsi gün eyni saata qədər toplayırlar. Toplanmış sidik sərin yerde saxlanmalı və sidik götürülən



Şəkil 38. Körpə uşaqlarda sidiyin toplanması.

şüşənin üstündəki etiketdə xəstənin adı, familiyası və müayinənin məqsədi yazılmalıdır.

Sidiyin analizi vaxtı sidiyin rənginə, qoxusuna, xüsusi çəkisi-nə (normada 1020-1030), zülaların görünməsinə (normada ol-mur), leykositlərin miqdarına (normada tək-tək), eritrositlərin (görmə sahəsində tək-tək), böyrək epitelisi və silindirlərinin ol-masına fikir vermək lazımdır.

Zülaların ifrazının çoxalması kəskin nefritlər üçün, leykositlərin çoxalması böyrək ləyəninin, sidik kisəsinin və sidik kanalının iltihabı üçün, eritrositlərin az və ya çox olması böyrək daşı, qlo-merulonefrit, böyrək şisi və s. üçün xarakterikdir.

Böyrəklərin və sidik axarlarının müxtəlif xəstəliklərində (və-rəm, pielonefrit, şışlər və xüsusilə sidik daşı xəstəliklərində) qəf-lətən kəskin ağrı tutmaları baş verir. Bu ağrılar bel nahiyyəsində başlayıb qasıq nahiyyəsinə, cinsiyyət orqanlarına, buda yayılır və böyrək sancısı adlanır. Böyrək sancısı üçün təkcə ağrının olduğu nahiyyə və yayılması xarakterik deyildir. Çox vaxt ağrı zamanı sidik ifrazetmə ağrılı, tez-tez olur, sidiyin rəngi dəyişir və s. Ağrılar çox kəskin olur, xəstə vəziyyətini dəyişdiridikdə kəskinliyi azalmır. Ağrılar böyrək ləyəninin həddindən artıq gərginləşməsi və sidik axarı əzələlərinin spazması onların daş, irinlə tutulub ti-xanması zamanı baş verir. İlk yardım göstərmək məqsədilə ağrıni kəsmək üçün belə xəstələrə bir neçə damcı 0,1%-li atropin məhlulu, belladon həbi verirlər. Bel nahiyyəsində isitqaclar qoy-maq, ümumi isti vannalar yaxşı kömək edir.

Lakin yadda saxlamaq lazımdır ki, belə ağrılar qarın boşluğu orqanlarının kəskin iltihabı xəstəlikləri zamanı da baş verə bilər. Belə hallarda yardım göstərmək üçün qeyd edilən vasitələrdən istifadə etmək qəti qadağandır. Böyrək sancısı zamanı müalicəni yalnız həkim seçir.

Ağır vəziyyət sidiyin kəskin ləngiməsi zamanı, yəçni xəstə sərbəst sidik ifraz edə bilmədikdə baş verə bilər. Buna çox zaman prostat vəzin şisi, sidik kisəsinin daşı, onurğa beyinin xəstəliyi

səbəb olur. Sidiyin ləngiməsi sidik kisəsinin genişlənməsinə, qarında kəskin ağrıların əmələ gəlməsinə, bu da öz növbəsində reflektor olaraq başqa orqanların (bağırsaq, ürək, ağciyər və s.) funksiyalarının pozulmasına səbəb olur.

İlk yardım məqsədilə ağrını azaldan bir neçə prosedurdan istifadə edib sərbəst sidik ifrazını təcmin etmək olar. Xəstəyə içmək üçün bir stəkan soyuq su verir, aralığa istiqazlar qoyur, axar su şırıltısı yaradılır (su kranı vasitəsilə) təmizləyici və belladonlu imalələr edirlər, validol və nitroqliserin həbləri verilir.

Bir sıra dərman maddələrinin-pitiutrinin, atropinin, maqnezium sulfat, novokain və s. parenteral yeridilməsi yaxşı nəticə verir. Əgər bütün bu vasitələr nəticə vermirse o zaman xəstəni mütləq xəstəxanaya aparıb sidiyini katetr vasitəsilə boşaldırlar.

Xəstənin sidiyində qan görünərsə onda xəstəyə yataq rejimi təyin olunmalı, qarnın aşağı hissəsinə buz qoyulmalı, hematuriyanın səbəbini dəqiqləşdirmək üçün həkim çağrılmalı və xəstə xəstəxanaya qoyulmalıdır.

Böyrək xəstəlikləri olan xəstələrə qulluq müalicənin əsasıdır. Belə xəstələrdə ağrılaşmalar olmaması və xəstəliyin xroniki formaya keçməməsi üçün mütləq xəstəxanaya yerləşdirmək lazımdır. İsti yataqda uzanmağın və bel nahiyyəsinə isitqacların qoyulmasının böyük əhəmiyyəti vardır. Kəskin və ya xroniki böyrək xəstəlikləri olan xəstələr daim diqqət mərkəzində olmalıdır. Dərinin son dərəcə quru olması və qaşınması, iştahın pozulması, ürəkbulanma qusma susuzluq hissinin şiddətlənməsi böyrək çatmamazlığının artmasını və uremiyanın başlamasını göstərir. Çox vaxt ürək çatmamazlığı əmələ gəldiyi üçün tibb bacısı tənəffüsün tezliyinə, xəstənin nəbzinə, arterial təzyiqə fikir verməlidir. Ağır hallarda təcili yardım kimi xəstədən qan almaq, venaya dərmanlar vurmaq, mədəni yumaq, imalələr etmək kimi proseduraları mükəmməl bilmək lazımdır.

Pəhriz saxlamaq da müalicədə əsas metodlardan biridir. Belə xəstələrə 7 sayılı pəhriz təyin edilir. Bu xəstələrin yeməyinə duz qatılmır, pəhrizdə zülallar azaldılır, qidaları vitaminlərlə zənginləşdi-

rilir. Düyü, alma, kartof və ya şəkər günləri təyin edilir. Qida rasioununa açıq çay, süd, meyvə şirələri, duzsuz çörək, yumurta, ətsiz suplar, xəmir xörəkləri, tərəvəzələr (turp, kərəviz, ispanaqdan baş-qə) hər cür giləmeyvə və meyvələr daxil edilir. Soğan, limon və sir-kədən istifadə olunmasına icazə verilmir, paxlavı bitkilər, pirojna və kremlər, qazlı və spirtli içkilər, qızardılmış ət, pivə, hisə verilmiş kolbasa, duza və sirkəyə qoyulmuş tərəvəz pəhrizdən çıxardılır.

Qadın cinsiyyət orqanlarının çoxsaylı xəstəlikləri (uşaqsalma, aybaşı siklinin pozğunluqları, iltihabi proseslər, uşaqlıq şişləri və s.) uşaqlıq qanaxmaları ilə müşaiyət olunur. Belə xəstələrə ilk yardım göstərilərkən xəstəyə üfüqi vəziyyət verilir, ayaqlar çarpayıının başına qaldırılır, qarnın aşağı hissəsinə buz qovuğu qoyulur. Yatacaqda qanın alt qatlara keçməməsi üçün məlefənin altına müşənbə qoyulur. Xəstəyə soyuq su içirdilir. Qanaxma çoxlu olduqda xəstə təcili xəstəxanaya (doğum və ya ginekoloji şöbə) yerləşdirilir. Qanaxma dayandıqdan sonra xəstəyə qan köçürürlür, vena daxilinə 5%-li qlükoza məhlul, dərialtına kamfora, kofein və kordiamin yeridilir.

Uşaqlıq qanaxmalarının həyat üçün təhlükəli olanı uşaqlıqdan kənar hamiləliklər zamanı baş verən daxili qanaxmadır. Hamiləlik uşaqlıqda yox borularda inkişaf edərək onların cirilması və qanaxmaları ilə nəticələnir. Bu zaman cinsiyyət yollarından qanlı ifrazat, qarnın aşağı şöbələrində tutmaşəkilli ağrılar, başgicəllənmə, dərinin avazılması, soyuq tərlə örtülməsi, tənəffüsün tezləşməsi, nəbzin zəifləməsi və bəzən də qusmalar baş verir. Belə xəstələri maksimum cəldliklə xəstəxanaya çatdırmaq lazımdır.

MƏŞĞƏLƏ 13

Zəhərləyici maddələrlə zədələnmələr.

Zəhərləyici maddələr və ya zəhər hətta kiçik dozalarda belə öz təsirləriini göstərirələr. Bütün insanlarda zəhərləyici maddəlrin

toksiki təsiri eyni olsa da toksiki dozaları fərdi olur. Kimyəvi qu-ruluşuna görə (üzvi və qeyri-üzvi turşular, ağır metallar və s.) və törətdiyi patoloji effektinə görə (boğucu, sinir-iflicedici, qıcıqlan-dırıcı və s.), zəhərin daxil olma yoluna görə zəhərləyici maddələr müxtəlif olur.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Zəhərləyici maddələrlə zəhərlənmələrdə tibbi yardımın üsulları və köçürmə mərhələlərində xəstələrə göstərilən qulluq qaydalarını, antidotların seçilməsi və onların yeridilmə üsullarını öyrətmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Zəhərləyici maddələr haqqında anlayış.
2. İnsanlarda zəhərləyici maddələrlə zədələnmələrin xüsusiyyətləri.
3. Zəhərləyici və güclü təsirli zəhərli maddələr.
4. Zəhərləyici maddələrlə zəhərlənmənin profilaktikası.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: fərdi kimyəvi zərf, spris-tübik, CD diskləri və internet resursları.

Zəhərləyici maddələrlə zəhərlənən şəxslərə ilk yardım göstərilərkən vaxt faktoru həllədici rol oynayır. Zəhərləyici maddələrlə zədələnmiş adamlara yardım göstərmək üçün:

- Zədələnmiş adama dərhal əleyhqaz geyindirmək;
- Mövcud zəhərə qarşı dərman-antidot vurmaq;
- Dərinin açıq yerlərini kimyəvi zəhərlənməyə qarşı zərfdən götürülmüş məhlulla silmək;
- Lazım gələrsə süni tənəffüs aparmaq;
- Zəhərlənmiş adamı zəhərlənmə ərazisindən mümkün qədər tez çıxartmaq lazımdır.

Ən əvvəl zərərçəkənin üzünün dərisi fərdi apteckədəki yuva-7-də yerləşmiş fərdi kimyəvi zərfdəki məhlul ilə silinməli və dərhal əleyhqaz geyindirilməlidir. Kimyəvi maddələrə qarşı zərf olmadıqda zəhərli maddələrin damcısını benzin, kerosin, spirt,

odekolon və s. işlədilə bilər. Bunlar zəhərli maddəni zərərsizləşdirmir, ancaq onları həll edir. Əgər zəhərləyici maddə bədənin açıq səthinə və paltarına da düşmüşsə təcili həmin nahiyyə də temizlənməli və zərərçəkən tez zəhərlənmiş ərazidən çıxarılmalı və müalicə müəssisəsinə göndərilməlidir.

Sinir-iflicidici maddələrlə (fosforlu üzvi maddələr-zarin, zaman, V qazı) zəhərləndikdə bəbəyin daralması, tənəffüsün çətinləşməsi, boğulma və qıcolma əlamətləri meydana çıxır. Bu zaman zərərçəkənə əleyhqaz geydirildikdən sonra spris -tübik və sitəsilə əzələyə və dəri altına -ağır zəhərlənmiş adama 2 dozada, yüngül zəhərlənən adama isə 1 dozada mövcud zəhərə qarşı dərman- antidot vurulur. Yüngül zəhərlənmiş adama kimyəvi zəhərlənmə ocağından kənarda fərdi apteckədən yuva-2 -dəki qırmızı paneldən 2 ədəd həb dil altına qoymaqla verilir. Tənəffüsün dayanması zamanı isə süni tənəffüs edilməlidir.

Ümumi zəhərləyici təsirli maddələrdən zəhərlənərkən (sinil turşusu) antidot (amilnitrit) ampulasının başı sindirilib maskanın və ya əleyhqazın altına keçirilərək xəstənin amilnitritlə nəfəs almاسına şərait yaradılır.

İprit və ya lüziitlə zəhərləndikdə dərinin zədələnməsi baş verir. Bu zaman fərdi kimyəvi zərfdəki paketdən istifadə olunaraq dərinin sanitar təmizlənməsi aparılır. Bu zaman ehtiyatlı olmaq lazımdır ki, zəhərli maddə yayılıb dərinin digər sahələrinə keçməsin. Bundan sonra isə dəri yod məhlulu ilə silinir.

Gözyaşardıcı qazlarla zəhərləndikdə gözlər təmiz su ilə diq-qətlə yuyulur. Əgər gözün ağrısı kəsməzsə xəstə təcili tibb müəssisəsinə göndərilir. Gözün yuyulması zəhərlənmiş ərazidən kənarda, əleyhqaz çıxarıldıqdan sonra aparılmalıdır. Ağır hallarda antidotdan istifadə etmək lazımdır.

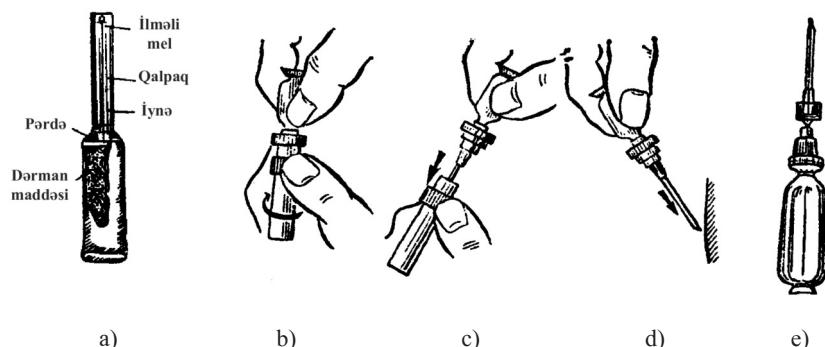
Boğucu təsirə malik zəhərləyici maddələrlə zəhərləndikdə bütün adamlara əleyhqaz verildikdən sonra onları zəhərlənmə ocağından çıxarmaq lazımdır. Bundan sonra onları isti büküb və ya isindirib tibb müəssisələrinə çatdırmaq lazımdır. Belə zəhər-

lənmələr zamanı süni tənəffüs vermək qadağandır. Fiziki gərginlik də onların vəziyyətinin kəskinləşdirə bilər.

Zəhərləyici maddələr mədəyə düşmüssə xəstəni mexaniki yolla quşdurmaq lazımdır. Bu halda zəhərlənmə əlamətlərini gözləmədən bədənə antidot yeridilir. Mədəni yumaq üçün 2%-li soda məhlulu və ya təmiz su işlətmək olar.

Bütün növ zəhərlənmələrdə tam sanitər təmizlənməsi keçirmək mümkün olmayan hallarda qismən sanitər təmizlənməsi keçrilir. Paltar və əşyalar fərdi kimyəvi zərfdəki maye ilə təmizlənir.

Antidotların yeridilməsi qaydası. Antidotlar əsasən şpris -tübik vasitəsilə yeridilir (şəkil 39).



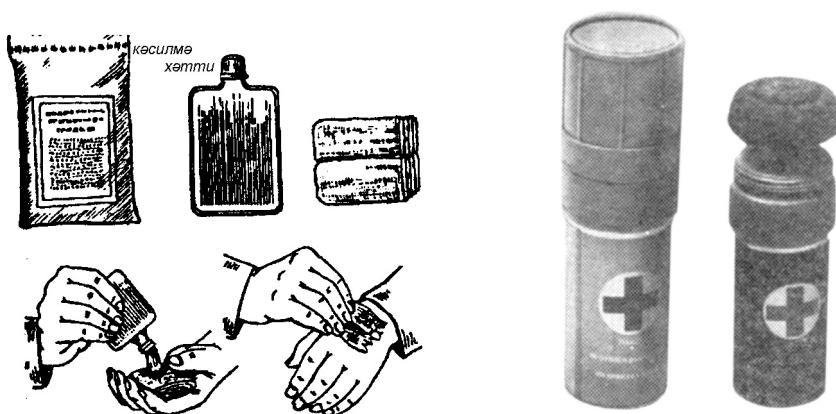
Şəkil 39. Şpris-tübik və ondan istifadə edilmə qaydası.

- a) ümumi görünüşün sxemi, b) qalpağın çıxarılması, c) tübikin daxili pylonkasının deşilməsi, d) iynənin dəriyə batırılması e) ümumi görünüşü.

Şpris -tübik plastik kütlədən hazırlanmış tübik olub, bir tərəfi daralaraq boş iynə ilə qurtarır. İynə qalpaq ilə bağlı olur. Şpris-tübikin gövdəsi zəhərə qarşı maddə ilə, yaxud dərman maddəsi ilə doldurulmuşdur. İynə vurmaq istərkən sağ əllə tübikin gövdəsini, sol əllə isə tilli halqanı tutub gövdəni sonadək sağa bururlar. Bu zaman tübikin daxili qılıfı deşilir və maye dərmanın iynədən çıxmasına yol açılır. Sonra iynəni qoruyan qapağı çıxırlar. İynəyə əllə toxunmadan, cəld hərəkətlə, iti bucaq altında dəri altına, düzbucaq altında

isə əzələyə vururlar. Barmaqla sıxaraq tübiki boşaldırlar. Bədənə yeridilən mayenin geriyə qayıtmaması üçün iynəni çıxarmayıncaya qədər tübiki sıxırlar. Tez olmaq üçün iynəni paltarın üstündən də vurmaq mümkündür. İstifadə edilmiş spris-tübiki yaralının döşündə paltara sancırlar. Bu onu göstərir ki, zərərçəkənə iynə vurulub.

Fərdi kimyəvi zərf (şəkil 40). İçərisi 125-135 ml. deqazasiya məhlulu ilə doldurulmuş və 4 ədəd tənzif tampon olan, yasti şüşə flakondan ibarətdir. Bütün zərf salafan torbadə yerləşdirilmişdir. Zərfdəki məhlul hər növ zəhərləyici maddələri neytrallaşdırmaq üçündür. Hissevi sanitər təmizləmə aparmaqdan ötrü zərf açılır, flakon və tampon çıxardılır, içərisindəki məhlulda yaxşıca isladılır və kimyəvi zəhərlənməyə məruz qalmış bədənin açıq nahiyyələri-üz, boyun, əllər, ayaq və dəriyə təmas edə bilən paltarın yaxalığı və manjeti diqqətlə silinir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, əvvəl üz işlənməli, sonra əlehqaz geyilməli, bundan sonra antidot vurulmalı və da-ha sonra digər zəhərlənmiş nahiyyələr və ya şübhəli yerlər təmizlənməlidir. Maye damcılarının gözə düşməsinə yol verilməmelidir.



Şəkil 40. Fərdi kimyəvi zərf və onu işlətmək qaydası.
Fərdi kimyəvi zərfin balon variantı.

Fərdi kimyəvi zərfin qapaqcıqlı alüminum balondan hazırlanmış variantı da vardır. Bu balon da hər növ zəhərləyici maddələri zərərsizləşdirən maye ilə doldurulmuşdur. Bu komplektə həmçinin tənzif salfetlər daxildir. Balonun yuxarısında deşikaçan hissə və süngəri rezindən hazırlanmış tamponlu hopdurucu kamerası vardır. Balondan istifadə etmək üçün qapaqcığı açmaq, deşən hissə ilə yuxarıdan aşağıya təzyiq etmək lazımdır. Bu zaman membran deşilir. Balonu tamponla birlikdə başı aşağı çevirib məhlul hopdurulduğdan sonra dərinin zədələnən nahiyyəsi silinir. Silmə tədbirini balondakı məhlul qurtaranadək davam etdirmək lazımdır.

MƏŞĞƏLƏ 14

Kəskin zəhərlənmələrdə təxirəsalınmaz tibbi yardım.

Toksiki maddələrin orqanizmə daxil olması yalnız ağız vəstəsilə deyil, həmçinin tənəffüs yolu ilə, müdafiə olunmamış dəri səthi ilə, dərman preparatlarının toksiki dozasının orqanizmə yerdiləməsi yolu ilə (inyeksiyon zəhərlənmə), toksiki maddələrin orqanizmin müxtəlif boşluqlarına (düz bağırsaq, uşaqlıq yolu) daxil edilməsi ilə də baş verir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə müxtəlif mənşəli kəskin zəhərlənmələrin əlamətləri ilə tanış etmək, onlara həkiməqədərki yardım və xəstəyə qulluğun qaydalarını öyrənmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Şiddətli zəhərləyici maddələrin təsnifatı.
2. Zəhərlənmələrin əlamətləri.
3. Göbələklər, bitkilər və heyvani zəhərlərlə zəhərlənmə.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAIT: Kəskin zəhərlənmələrdə təxirəsalınmaz tibbi yardımına aid əyani vəsaitlər, CD diskleri və internet resursları.

Bütün kəskin zəhərlənmə hallarında təxirəsalınmaz yardım zamanı aşağıdakı tədbirlər görülür:

- Zəhərli maddənin təsirini dərhal aradan qaldırmaq.
- Orqanizmdən zəhəri olduqca tez kənarlaşdırmaq (məs. zəhərlənəni çoxlu zəhərli qaz dolmuş otaqdan çıxartmaq).
- Orqanizmdə qalmış zəhəri antidotlar vasitəsilə zərərsizləşdirmək.
- Tənəffüs və qan dövranı pozğunluqları ilə mübarizə aparmaq.
- Zəhərlənəni tibb müəssisələrinə çatdırmaq.

Qida maddələri ilə zəhərlənmə qidalanmadan bir neçə saat sonra kəskin surətdə başlayaraq- ürək bulanması, ümumi zəiflik, narahat vəziyyət, qarınüstü nahiyyədə köpmə və ağrı hiss edilir. Çox keçmədən ardıcıl qusmalar başlayır. Qusma sonradan qarnın işləməsi ilə müşayiət olunur. Eyni zamanda qarında sancı şəkilli ağrılar baş verir. Çox keçmədən bədənin temperaturu yüksəlir və bütün bədən ağrıyrı.

İlk yardım: Mədə qida qalıqları təmizlənənə və saf su çıxana qədər yuyulur. Mədəyə zond salmaq mümkün olmadıqda xəstədə mexaniki qusma yaradılır, ona işlədicilər verilir. Qarnına isitqac qoyulur, dəri altına atropin və ürək –damar dərmanları yeridilir. Susuzlaşma əlamətləri olarsa vena daxilinə damcı ilə qanəvəzedicilər yeridilir.

Dəm qazı ilə zəhərlənmə. Məişətdə ən çox rast gəlinən zəhərlənmələrdən biri üzvi maddələrin yarımcıq yanması nəticəsin-də əmələ gələn dəm qazı ilə zəhərlənmədir. Daxili yanma mühərrikləri işləyərkən, binaların ventilyasiyasının çatışmazlıqlarında, şaxta, qaraj, peçləri pis işləyən evlərdə əmələ gələn qaz tənəffüs yollarından orqanizmə daxil olaraq qandakı hemoqlobinlə birləşərək, orqanizmin oksigenlə tənziminə mane olur. Ona görə də dəm qazı ilə zəhərlənmələrdə göstərilən erkən tibbi yardım bədbəxt hadisənin müvəffəqiyyətlə nəticələnməsinə səbəb olur.

İlk yardım zamanı dərhal zəhərlənən şəxsi zəhərlənmiş mühitdən təmiz havaya çıxartmaq və əgər imkan olarsa təmiz tibbi oksigen vermək lazımdır. Xəstənin tənəffüsününe mane olan və

onu sıxan paltarlar- qalstuk, kəmər, köynəyin yaxası açılmalıdır. Əgər tənəffüsün kəskin pozulması olarsa onda ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasına başlamaq lazımdır. Zəhərlənmələrin nəticələrini aradan qaldırmaq üçün bədəni ovmaq, ayaqlara isitqaclar qoymaq və qısa müddətli naşatır iylətmək lazımdır. Dəm qazı üçün xarakterik olan davamlı və uzunmüddətli oksigenaclığı orqanizmdə bir sıra dəyişikliklər əmələ gətirdiyinə görə bu qrupdan olan zərərçəkənlər ilk yardımın müvəffəqiyyətlə icra olunmasına baxmayaraq mütləq xəstəxanaya göndərilməlidirlər.

Ammonyak naşatır iyli rəngsiz qazdır. Tənəffüs üzvlərini, gözləri, dərinin səthini güclü surətdə qıcıqlandırır. Onun yüksək konsentrasiyası gözlərdə acriya və güclü yaşaxmaya, təngnəfəsliyə, ürəyin sürətlə döyünməsinə, nəbzin pozulmasına, kəskin öskürəyə, tənəffüsün çətinləşməsinə, başgicəllənməsinə, mədə ağrılarına, qusmaya səbəb olur. Tənəffüs üzvləri üçün qorxuludur, ağır zəhərlənmə ölümə nəticələnə bilir. Dəridə ağır yanıklar törədir. İlk yardım zamanı mədə zond qoyulmaqla soyuq su ilə yuyulmalı, sidik ifrazı bərpa olunmalı, yanık şokuna qarşı müalicə tədbirləri, qanaxma olduqda isə reanimasiya tədbirləri aparmalı, qarın nahiyyəsinə buz qovuğu qoyulmalı, xəstəyə dəri altına atropin və morfin yeridilməlidir.

Fosforlu üzvi birləşmələrə xlorofos, tiofos, karbofos və s. aididir. Xəstəliyin gizli dövrü 15-60 dəqiqə davam edir. Sonralar sinir sisteminin zədələnməsi ilə əlaqədar ağız suyunun axması, bəlgəm ifrazı, tərləmə baş verir. Zəhərlənmə simptomlarına qusma, qarın işləməsi, bəbəklərin daralması, bronxların spazmı və bronxların güclü sekresiyası nəticəsində təngnəfəslik aiddir. Zərərçəkənin səssi xırıltılı olub, sonrakı mərhələlərdə isə tənəffüs əzələlərinin iflici və bunun nəticəsində boğulma və ölüm baş verir.

İlk yardım: Zərərçəkən dərhal xəstəxanaya aparılır, dəri altına atropin yeridilir, və ya 6-8 damcı 0,1%-li atropin məhlulu və 1-2 həb belladon verilir, mədə yuyulur, aktivləşdirilmiş kömür verilir, lazım gəldikdə süni tənəffüsə keçilir.

Xlor və digər qıcıqlandırıcı qazlar yerli qıcıqlandırıcı təsir göstərirlər buxarları dərini, tənəffüs orqanlarını, gözləri şiddetli qıcıqlandırır. Qatı buxarı ilə tənəffüs etdikdə tənəffüs yollarının kimyəvi yanığı və qırtlağın spazmı nəticəsində ölüm baş verə bilir. Ağır hallarda gözlərin görmə qabiliyyətininitməsi, göz yaşının axması, əzabverici tutmaşəkilli öskürək, döş qəfəsində və başda ağrılar müşahidə olunur. Yüngül hallarda ağ ciyərlərdə yaş və quru xırıltılar, təngnəfəslik, selikli qışaların göyərməsi və qusma baş verir. Ağ ciyərlərin toksiki ödemi də inkişaf edə bilər. Xəstə dərhal təmiz havaya çıxarılmalı, lazımlı gəldikdə oksigen verilməli, çay sodası məhlulu ilə inhalyasiya etməlidir.

Göbələklərin zəhərli növlərinə qırmızı və ya boz milçəkqiran, solğun murdarça, yalançı, kötük, solğun əzvay və s. addır. Bunlar yeyildikdə çox güclü zəhərlənməyə səbəb olur. Hətta qaynadıldıqdə da onlarda olan zəhərli maddələr yox olmur. Zəhərlənmənin ilk əlamətləri bir neçə saatdan sonra əmələ gəlir. Tez baş verən ümumi zəhərlənmə fonunda ağız suyu ifrazı, ürək-bulanma, bir neçə dəfə qusma, qarında sancışəkilli ağrılar, baş-gicəllənmə əmələ gəlir. Belə hallarda zəhərlənən adamın mədəsi yuyulmalı, işlətmə dərmanları verilməli, hansı göbələkdən və ya bitkidən zəhərləndiyi müəyyən edildikdən sonra zərərçəkən tibb müəssisəsinə aparılmalıdır.

Heyvani mənşəli zəhərlərlə zəhərlənmə. Hər hansı zəhərli həşəratın dişləməsi insan həyatı üçün potensial təhlükədir. Dişlənən yerdəki iynəcik pinset vasitəsilə çıxardıldıqdən sonra həmin nahiyyə soyuq sabunlu su ilə yuyulur və yerinə limon şirəsi çəkilir. Dişlənən yerə naşatır spirti, sirkə, alkoqol, hidrogen peroksid və marqans məhlulu da sürtmək olar. Sonra zərərçəkənə isti çay içirtmək lazımdır.

İlan dişləməsi zamanı ilk yardım. İlan dişləməsi zamanı zərərçəkənə sakit şərait yaradılır. Ürək tərəfdən yaraya doğru sıxıcı sarğı elə qoyulmalıdır ki, ətrafda qan dövranı pozulmasın. Bunun

üçün bir neçə dəqiqədən bir dövri olaraq kəmər boşaldılmalıdır. Əgər tam dəyərli yardım göstərməyə şərait yoxdursa onda dişlənmiş nahiyyə bədənə nisbətən aşağı buraxılmalı, zərərçəkən hər vasitə ilə sakitləşdirilməlidir. İçməyə su və ya alkoqol vermək olmaz! Dişlənmiş nahiyyə axtarılıb tapılır, ora diqqətlə su ilə yuyulur. Sonra kalium permanqanat və ya soda məhlulu ilə yuyulub steril sarğı qoyulur. Dişlənmiş nahiyyə ətrafında heç bir kəsik aparmaq olmaz. Bu əməliyyat zəhərin orqanizmə daha tez sorulmasına kömək edəcəkdir. Yaradan zəhərin ağızla sorulmasına da cəhd edilməməlidir. Bu zaman zəhər asanlıqla ağzin selikli qişasından yardım göstərənin qanına sorula bildiyi üçün son zamanlar məsləhət görülmür. Lakin dişlənən yerə banka qoymaqla zəhərin sorulmasına nail olmaq olar. Sonda xəstə ilan zəhərinə qarşı yeganə etibarlı vasitə olan zərdabın yeridilməsidir ki, bu da stasiolar şəraitində aparılmalıdır.

İt dişləməsi zamanı ilk yardım. Yaradakı qanaxmanı saxlamağa ehtiyac yoxdur, çünkü qanla birlikdə heyvanın seliyi də yaradan xaric olur. Dişlənmiş yara sabunlu su ilə yaxşıca yuyulur, yod sürtüldükdən sonra zərərçəkən quduzluq əleyhinə peyvənd almaqdan ötrü tibb müəssisəsinə göndərilir. Dişləyən iti öldürmək və ya evdən qovmaq olmaz. Bu sonrakı günlərdə itdəki dəyişikliklərə nəzarət edilməsini qeyri –mümkün edəcəkdir.

MƏŞĞƏLƏ 15

Epidemiologyanın əsasları. Dezinfeksiya, dezinseksiya, deratizasiya.

Dezinfeksiya adamları əhatə edən mühitdəki yolu xucu xəstəlik törədən mikroorqanizmlərin (bakteriyaların, virusların, rikketsiyaların, spiroxetlərin, göbələklərin) məhv edilməsinə yönəldilən kompleks tədbirlər planıdır.

Dezinseksiya xəstəlik yayan həşaratların, deratizasiya isə epidemioloji cəhətdən təhlükəli olan gəmiricilərin məhv edilməsinə deyilir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Epidemioloji ocaqda epidemiyaya qarşı tədbirlərin mənimsənilməsi, dezinfeksiyaedici məhlulların hazırlanması və onların işlədilməsi qaydalarını tələbələrə öyrətmək və nümayiş etdirmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Dezinfeksiya üsulları, əsas dezinfeksiyaedici maddələr.
2. Dezinfeksiya üçün istifadə edilən cihazlar.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: 1kq xlorlu əhəng, emallı vedrə, su, avtomaks və ya hidropult, CD diskleri və internet resursları.

Yoluxma ocağında insanların təhlükəsiz və normal fəaliyyəti üçün ərazinin, təchizatın, texnikanın və müxtəlif əşyaların zərərsizləşdirilməsi məqsədilə dezinfeksiya işləri aparılır. Dezinfeksiyanın fiziki, kimyəvi və bioloji üsulları vardır. On çox dezinfeksiyanın kimyəvi üsulu tətbiq edilir. Dezinfeksiya məqsədilə işlədilən maddələr bir sıra xüsusiyətlərə malik olmalıdır.

- suda asan həll olmalıdır;
- az müddətdə bakterisid təsirini göstərməlidir;
- insan və heyvanlara zəhərləyici təsiri olmamalıdır;
- ətraf mühitin üzvi maddələri ilə birləşdikdə özünün zərərsizləşdirmək qabiliyyətini itirməməlidir;
- təmizlənən əşyanı korlamamalıdır;
- quru halda bakterisid xassəsini uzun müddətə saxlamalıdır;
- ucuz başa gəlməli daşınması rahat və saxlanması asan olmalıdır;
- kəskin xoşagəlməz qoxusu olmamalıdır.

Dezinfeksiyaedici məhlulun dozası dəqiq təyin olunmalı və buna ciddi əməl olunmalıdır. İsti suda hazırlanan məhlullar mikroların məhvini daha tez səbəb olurlar. Temperaturu 50-70° olan isti məhlullar daha çox effektiv hesab olunurlar. Hazırda de-

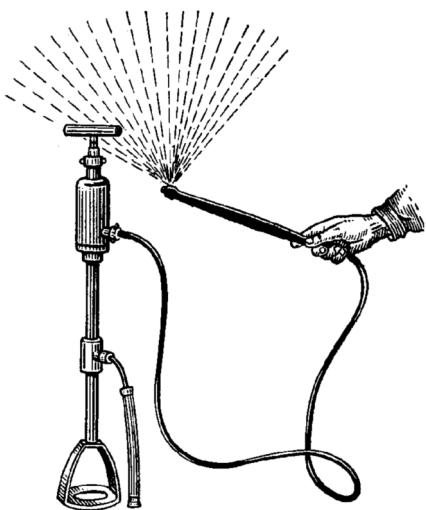
zinfeksiya təcrübəsində ən çox xlorlu əhəng məhlulu, xloramin, lizol, formalin və s. maddələr geniş tətbiq olunur. Əgər göstəri-lən maddələr bu və ya digər səbəbdən olmadiqda, dezinfeksiyanı sabunlu və ya sodalı qaynar su ilə aparmaq məsləhət görülür.

Xlorlu əhəng- kəskin xlor iyi verən ağ poroşokdur. Dezinfeksiya üçün tərkibində 25% fəal xlor olan xlorlu əhəng işlədir. Onu qaranlıq, quru otaqda ağız möhkəm bağlanan qabda saxlamaq lazımdır. Quru xlorlu əhənglə xəstənin ifrazatını- nəcisi, bəlgəmi və irini dezinfeksiya edirlər. Suyu, əlləri, qab-qacağı, otaqları, və s zərərsizləşdirmək üçün 0,2-0,5%, 2-3%, 5-10%-li sulu məhlulundan istifadə edilir. Xlorlu əhənglə döşək ağlarını, rəngli parçaları, metal və rəngli örtükləri zərərsizləşdirmək olmaz. Xlorlu əhənglə işlədikdə (xüsusilə qatı şəkildə) xüsusi geyimdən və müdafiə eynəklərindən istifadə etmək lazımdır.

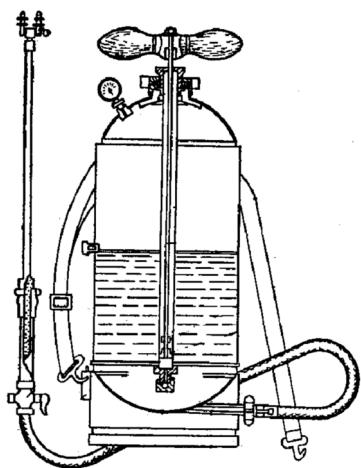
Əhəng məhlulunu hazırlamaq üçün 1kq quru xlorlu əhəngi 10 litr (emallı vedrədə) suya töküb 24 saat qaldıqdan sonra tənzifdən keçirərək süzülmüş məhlulu qara şüşəyə töküb, ağızını möhkəm bağlayaraq qaranlıq və sərin yere qoyulur. İstifadə üçün bundan lazımı qatılıqda iş məhlulları hazırlanır. Bu məhlulun təsir müddəti 5-6 gündür. Ona görə də belə məhlul hazırlanıqdan dərhal sonra işlədilməlidir.

Xloramin- 0,2-0,5%-li məhlulu damcılı yoluxma zamanı binaları dezinfeksiya etmək, 5%-li məhlulu xəstənin bəlgəmini zərərsizləşdirmək, 0,2-3%-li məhlulu bağırsaq yoluxmaları zamanı alt palтарları yumazdan əvvəl islatmaq üçün işlədir. Xloraminin bakterisid təsirini artırmaq üçün ona 1,25 q ammonyak və ya 5-10 q ammonium duzları əlavə edilir.

Lizol- 3-5%-li məhlul halında maye ifrazatları, binaları, dəri və rezin məcmulatları, ayaqqabıları, əlləri zərərsizləşdirmək, alt və üst palтарları islatmaq üçündür. Pis sağalan üfunətli yaraları olan xəstələrə vanna etmək üçün 1-3 %-li məhlulunu təyin edirlər. Vannaların qəbul müddəti 15-20 dəqiqədir. 10%-li məhlulu cərrahiyə otaqlarını yumaq üçün işlədir.



Şəkil 41. Hidropult cihazının ümumi görünüşü.



Şəkil 42. Avtomaks cihazının quruluşu və ümumi görünüşü.

Dezinfeksiya üçün işlədilən cihazlar. Kimiyəvi üsulla dezinfeksiya zamanı divarların, döşəmənin, bəzi əşyaların (mebelin, yumşaq avadanlıqların və s.) səthinə dezinfeksiya məhlullarını çılmək, alt və üst paltarları buxara vermək və s. əməliyyatlar üçün müxtəlif cihazlardan istifadə edilir. Bu cihazların hidravlik və pnevmatik olmaqla iki tipi mövcuddur. Hidravlik tip cihazlarda maye halda olan dərman maddəsi sorucu-qovucu nasos vasitəsi ilə təzyiq altında çılnır. Bu qrupa aid olan hidropult-vedrə dezinfeksiya təcrübəsində uzun müddətdir ki, özünün geniş istifadəsini tapmışdır.

Hidropult-vedrə dezinfeksiya məhlullarını çılmək üçündür. O, içərisində porşen hərəkət edən silindr yerləşdirilmiş xüsusi formalı vedrədən, elastik rezin borudan və çıleyici ucluqdan ibarətdir. Silindrədəki porşenin hərəkəti ilə dezinfeksiya məhlulu şlanqdan və çıleyici ucluqdan keçib ətrafa çılnır (Şəkil 41).

Divarların şaquli səthləri adətən bu cihaz vasitəsilə təmizlənir. İşin sonunda hidropult yuyulmalı və yağılanmalıdır. Onun bütün hissələrinə qulluq edilməli və düzgün işləməsinə nəzarət olunmalıdır. Ona görə də dezinfektorlar hidropultun quruluşu haqqında biliyə və kiçik təmirə ehtiyac olduqda isə onu düzəldə bilmək bacarığına malik olmalıdırlar.

Pnevmatik cihazlarda isə maye halında olan dezinfeksiyaedici məhlullar sıxılmış havanın təzyiqi altında çılənir. Avtomaks və Dezinfal cihazı ən çox işlədilən belə sadə cihazlardandır.

Avtomaks çıləyicisi dezinfeksiyaedici məhlullar səpilməklə binaların, ətrafdakı əşyaların və həyatyanı tikililərin yuyulması üçün nəzərdə tutulmuşdur. Avtomaksın metallik rezervuarının yanındakı nəzarət dəliyinə qədər dezinfeksiyaedici məhlullla doldurulduqdan sonra, cihazın bütün dəlikləri bağlanır, əl nasosunun köməyi ilə 5 atm. təzyiqə qədər havanın sıxılması nəticəsində o işə hazır vəziyyətə gətirilir və kəmər vasitəsi ilə küreyə geyindirilir. Çıləyici ucluqdakı ventil açıldıqda dezinfeksiyaedici məhlul çıxarıcı rezin boru vasitəsi ilə metallik boruya doğru hərəkət edərək və kiçik hissələrlə səpilir (şəkil 42). İşi başa çatdırıldıqdan sonra işlənmiş cihazdan sıxılmış havanı nəzarət tıxacını açmaqla xaric etmək lazımdır. Bundan sonra cihaz təmiz su ilə yuyulmalıdır.

Formalin-buxar kamerasında nisbətən az temperaturda (60-62^oS) dezinfeksiya və dezinseksiya keçirmək mümkündür. Formalin-buxar dezinfeksiyasından bütün əşyalar, o cümlədən başqa üsullarla dezinfeksiya edilərkən xarab olan xəz, meşin və rezin paltarlarda keçirilə bilər. Kamera, adətən iki adam tərəfindən idarə edilir. Onlardan biri təmizlənəcək əşyaları seçir, qruplaşdırır və kameraya yiğir, digəri isə kamerasını qızdırır, təmizlənmiş əşyaları kamerasdan çıxarıb, seçib qruplaşdırır və təhvıl verir. Əşyaları kamerasda ən az 40 dəqiqə saxlanılmaqla təmizlənir. Bu zaman yalnız formalin ammonyakla neytrallaşdırılan dan sonra əşyalar kamerasdan kənara çıxarıla bilər. Bununla yanaşı formalin neytrallaşdırılana qədər kamerasına yalnız əleyhqazla girmək olar.

Ümumiyyətlə dezinfeksiya işlərini icra edərkən, o cümlədən xəstəxananın yoluxucu xəstəliklər şöbəsində işləyərkən müəyyən olunmuş qaydalara, xüsusi iş rejimini ciddi riayət olunmalıdır.

Dezinfeksiya işləri qurtardıqdan sonra onun effektivliyinə nəzarət etmək lazımdır. Bunun üçün vizual və laborator üsullar mövcuddur. Vizual metodda dezinfeksiyanın vaxtı-vaxtlılığı, dezinfeksiya ediləcək obyektitin seçilməsi, dezinfeksiyaedici məhlulun növü və dozası və s. təyin edilir. Laborator üsul isə daha dəqiq və obyektiv metod olub, dezinfeksiyanın keyfiyyətini yaxşılaşdırmağa və infeksiyanın keçməsi yollarının qarşısını almağa zəmanət verir.

MƏŞĞƏLƏ 16

İmmunitet, peyvənd işi. Bakterioloji ocaq. Xüsusi təhlükəli infeksiyaların ocağı.

Orqanizmin yad amillərə qarşı davamlılıq vəziyyətinə immunitet deyilir. Məsələn, əgər uşaq qızılca keçirmişdirən, yenidən ona yoluxmayacaq. Xəstəliyə yoluxan vaxt yad agentlər (bakteriya, virus) orqanizmə daxil olur və onlar antigen adlandırılır. Bəzən bu antigenlər orqanizm üçün zərərli zəhərlər istehsal edirlər ki, bunlara toksinlər deyilir. Orqanizm dərhal xəstəlikdən qorunmaq üçün həmin yad agentlərə qarşı özünün anticosim adlanan xüsusi maddələrəni istehsal etməklə mübarizəyə başlayır. Anticosimlər toksinlərlə birləşərək onları təsirsizləşdirirlər. Bunlara isə antitoksinlər deyilir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə peyvənd təqvimini və peyvəndlərin yeridilmə yollarını öyrətmək, xüsusi təhlükəli yoluxucu xəstəliklərlə tanış etmək və onlara xəstələnmə hallarında ilk yardım qaydalarını öyrətmək, bakterioloji ocaqda işlə-

mək üçün geyim dəstindən istifadə qaydalarını, yoluxucu xəstəliklər zamanı laboratoriya müayinəsi üçün materialın götürülməsi, qablaşdırılması və göndərilməsi üsullarını mənimsətmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. İmmunitet haqqında anlayış. İmmunitetin növləri;
2. Peyvənd nədir? Peyvəndlərin təsir mexanizmi necədir?
3. Peyvənd təqvim haqqında anlayış;
4. Laboratoriya müayinəsi üçün materialın götürülməsi, qablaşdırılması, və laboratoriyaya göndərilməsi
5. Tauna qarşı geyim dəsti;

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: Müxtəlif peyvəndlərə aid peyvənd materialları, şprislər, tauna qarşı geyim dəsti, petri kasaları, sınaq şüşəsi, CD diskləri və internet resursları.

Əgər orqanizm xəstəliklə mübarizə üçün lazımı səviyyədə anticisim və antitoksin istehsal edirsə, deməli onun immuniteti yaxşıdır. İmmunitetin üç növü vardır:

1. aktiv immunitet (təbii və süni);
2. passiv immunitet (təbii və süni);
3. kütləvi immunitet.

Aktiv immunitet orqanizmin özünün xüsusi anticisimlərini yaratmaq qabiliyyətidir. Aktiv təbii immunitet şəxs xəstəlik keçirdikdən sonra özünün xüsusi anticisimlərini istehsal edir. Aktiv süni immunitetdə isə şəxs peyvəndlərlə, yəni zəiflədilmiş mikroorganizmlə yoluxdurulduğdan (immunlaşdırıldıqdan) sonra özünün xüsusi anticisimlərini istehsal edir. Aktiv immunitet orqanizmi uzun müddət, hətta ömrü boyu qoruya biləcək mühafizə yaradır.

Passiv immunitet isə orqanizm hazır anticisimlər əldə etdiqdə yaranır. Passiv təbii immunitet o vaxt yaranır ki, döl cift vasitəsilə anadan hazır anticisimlər alır və ya uşaq onları ana südü vasitəsilə anadan qəbul edir. Passiv süni immunitet isə o vaxt yara-

nır ki, uşaq inyeksiya vasitəsilə hazır anticisimlər alır (məsələn, qamma-qlobulin). Passiv immunitet orqanizmdə qısa müddətə mühafizə yaradır.

Kütləvi immunitet dedikdə əhalinin müəyyən hissəsinin xəstəlik keçirtmiş və ya mövcud xəstəliyə qarşı immunlaşdırılmışsa onda, immunlaşdırılmamış əhalinin də bu xəstəliklərə yoluxmaq ehtimalı azalır.

Peyvəndlər xəstəlik törədən mikroorganizmlərdən və ya bakteriyaların istehsal etdikləri toksinlərlən (zəhərlərdən) hazırlanır. Peyvəndlər tərkibinə görə üç növə bölünür:

1. Cansız mikroorganizmlər (difteriya-göyöskürək –tetanus peyvəndində göyöskürək komponenti);
2. Zəiflədilmiş canlı mikroorganizmlər (qızılca, poliomielit, vərəm peyvəndləri);
3. Toksoidlər (difteriya–göy öskürək, tetanus peyvəndində tetanus və difteriya toksinləri)

Hazırda Respublikamızda Genişləndirilmiş İmmunlaşdırma Programı həyata keçirilir. Bu program yeddi xəstəlik daxildir:

- Difteriya;
- Göyöskürək;
- Tetanus;
- Poliomielit;
- Qızılca;
- Vərəm;
- B virus hepatiti.

Bu xəstəliklər bütün dünya üzrə uşaq ölümünün və şikəstliyin 1/3- nə səbəb olduğu və bu xəstəliklərin qarşısını peyvəndlə almaq mümkün olduğu üçün onlara geniş diqqət yetirilir. İmmunlaşdırma programının əsas məqsədi qəbul edilmiş cədvələ əsasən uşaqları vaxtında peyvəndə cəlb etməkdir. Ayrı-ayrı ölkələrdə immunlaşdırma müxtəlif cədvəllər əsasında aparılır. Bizim ölkəmizdə isə aşağıdakı göstərilən cədvəl əsasında peyvənd işi həyata keçirilir.

| | |
|--------------------------------|----------------------------|
| Yaş | Peyvənd |
| Doğuşdan 24 saat sonra | Hepatit B əleyhinə peyvənd |
| Doğuşdan sonra 4-7 gün ərzində | BCJ,OPV-0 |
| 2 aylıq | DGT-1,OPV-1 |
| 3 aylıq | DGT-2,OPV-2 |
| 4 aylıq | DGT-3,OPV-3 |
| 12 aylıq | Qızılca |
| 18 aylıq | DGT-4,OPV-4 |
| 6 yaş | DT _u |

Cədvəl 3. Peyvənd təqvimini

Qeyd: *DGT-difteriya, göyöskürək, tetanus
OPV-Oral polimielit vaksini
DT_u uşaqlar üçün difteriya, tetanus*

Peyvənd təqvimə uyğun olaraq uşağa BCJ-bir, Polimielit (OPV)-beş, DGT-dörd, qızılca və DT-peyvəndləri bir dəfə, Hepatit B əleyhinə peyvənd üç və dörd dəfə verilir. Dozalar arasındakı mütləq minimum vaxt 4 həftədən az olmamalıdır. Müəyyən səbəblərə görə (xəstəlik, ailənin yaşayış yerini dəyişməsi, valideynlərin imtina etməsi və s.) peyvənd cədvəli pozulduqda uşağın xəstəliklərə yoluxma ehtimalı artır. Aşağıdakı təlimat immunlaşdırmanın dayanması və ləngiməsi zamanı tibb işçisinə nə edəcəyini aydınlaşdırır.

Hepatit B əleyhinə peyvənd:

1. Cədvələ əsasən uşaq anadan olandan 24 saat ərzində vurulması məsləhətdir;
2. Sonrakı peyvəndlər adətən AKDS -lə birlikdə vurulur;
3. Müəyyən səbəbdən dozalardan biri buraxılırsa peyvənd kursunu yenidən başlamaqla təkrar etmək lazımdır.

BCJ peyvəndi

1. Cədvələ əsasən BSJ peyvəndi uşağ anadan doğulduğdan sonra 4-7 gün ərzində doğum evində vurulmalıdır.

2. Əgər hər hansı səbəbə görə uşağa bu müddətdə peyvənd vurulmayıbsa, bu halda BCJ peyvəndi uşağın onun doğulduğu gündən 2 ayına qədər yaşadığı yerin uşaq poliklinikasında vurula bilər.

3. Əgər 2 ayına qədər uşağın BSJ peyvəndi vurulmayıbsa, belə halda peyvənd vurulmazdan əvvəl uşaq mütləq ftiziatr (vərəm həkimi) tərəfindən yoxlanılmalı və tam müayinədən keçməlidir.

Qızılca peyvəndi

1. Qızılca peyvəndi uşağın 12 ayında vurulmalıdır.

2. Əgər har hansı səbəbə görə peyvənd uşağın bu müddətdə vurulmayıbsa, onda o, uşağıın 18 ayına qədər və ya bu xəstəliyə görə epidemioloji göstəriş olduqda (əhali arasında qızılca xəstəliyi artıqda) vurula bilər.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, peyvənd vaxtında vurulmadıqda, uşağıın qızılca xəstəliyinə yoluxma ehtimalı ciddi dərəcədə artır.

Poliomielit peyvəndi

1. Cədvələ əsasən uşağın bir yaş yarıminadək poliomielit peyvəndinin beş dozası verilməlidir.

2. Poliomielit peyvəndinin ilkin dozası (OPV-0) uşağın doğulduğdan sonra 4-7 gün ərzində doğum evində verilməlidir.

3. Yadda saxlamaq lazımdır ki, uşaq 1 yaşına kimi 3 doza, 2 yaşına kimi isə poliomielit peyvəndinin 4 dozasını almalıdır.

4. Əgər ilkin peyvənd dozasından sonra 6 aydan çox keçərsə, onda immunlaşdırma dayandırılmış sayılır və belə halda immunlaşdırmanın yenidən başlamaq lazımdır.

DGT peyvəndi

1. Cədvələ əsasən uşağın DGT peyvəndi bir yaş yarıminadək dörd dəfə vurulmalıdır (uşaq 6 yaşında DTu peyvəndi ilə revaksinasiya edilməlidir).

2. Əgər ilkin peyvənd dozasından sonra 6 aydan çox vaxt ke-

çərsə, onda immunlaşdırma dayandırılmış sayılır və belə halda immunlaşdırmanı yenidən başlamaq lazımdır.

3. Yadda saxlamaq lazımdır ki, uşaqa 1 ayına kimi- 3 doza, 2 yaşına kimi- 4 DGT dozası vurulmalıdır.

4. Nəzərdə saxlamaq lazımdır ki, uşaq 5 yaşına qədər peyvənd olunmamışdırsa, DGT peyvəndi ona eyni qaydada, cədvələ əsasən vurula bilər.

5. Əgər hər hansı səbəbə görə 5-7 yaşlı uşaq DGT peyvəndini almayıbsa, immunlaşdırma DGT peyvəndi ilə yox, uşaqlar üçün xüsusi DT peyvəndi ilə (DT_u) aşağıdakı qaydada aparılmalıdır:

1. DT_u - 1-ci peyvənd dozası;

2. Bir aydan sonra DT_u - 2-ci peyvənd dozası;

3. Altı aydan sonra DT_u - 3-cü peyvənd dozası ilə revaksinasiya;

Beləliklə, uşaqa cəmi 3 dəfə peyvənd vurulur.

6. Əgər hər hansı səbəbə görə 7 və ya daha böyük yaşlı uşaq DGT peyvəndini almayıbsa, onda immunlaşdırma DGT peyvəndi ilə yox, böyüklər üçün xüsusi hazırlanmış DT peyvəndi ilə (DT_b) aşağıdakı qaydada aparılmalıdır:

1. DT_b -1-ci peyvənd dozası;

1. Bir aydan sonra DT_b - 2-ci peyvənd dozası;

1. Altı aydan sonra DT_b - 3-cü peyvənd dozası ilə revaksinasiya;

Beləliklə, uşaqa cəmi 3 dəfə peyvənd vurulur.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, əzər ilkin peyvənd dozasından sonra 6 aydan çox müddət keçərsə, bu immunlaşdırmanın dayanırmaması hesab olunur və bu zaman peyvənd yenidən yaşa və yuxarıdakı göstərilən qaydaya əsasən edilməlidir.

- Immunlaşdırma üçün üç ölçüdə şprislər istifadə edilir:

- Peyvəndləri həll etmək üçün 5-10 ml şprislər;

- DGT və DT peyvəndi üçün 0,5 ml və ya 1-2 ml şprislər;

- Bir dozalıq BCJ şprisi 0,05 və ya 0,1 ml şprislər.

- Həmçinin üç ölçüdə ucluqlar tələb olunur:

- Həll etmək üçün uzun, 18G ölçüdə;

- Əzələdaxili və dərialtı inyeksiya üçün 23G ölçüdə;

- Dəri daxili inyeksiya üçün 26 G ölçündə.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, hər bir uşaq üçün bir steril ucluq və bir şpris lazımdır.

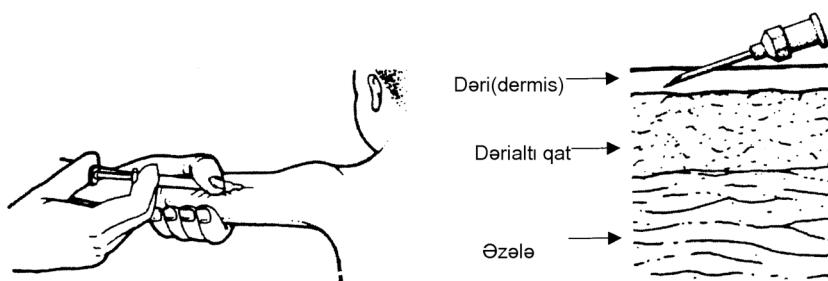
BCJ peyvəndini vurmaq üçün peyvənd flakonu açılır, həllədici açılaraq 5 ml-lik şprislər çəkilir və peyvənd flakonuna əlavə edilir. Peyvənd həll olunana qədər alınmış qarışq bir neçə dəfə şprisə çəkilib flakona qaytarılır. Sonra həll olunmuş peyvənd 0,05 ml dozada (1 yaşıdan böyük uşaqlar üçün 0,1 ml), flakondan xüsusi şprisə çəkilərək adətən sol bazunun yuxarı bayır hissəsinin dərisi spirt və ya yod məhlulu ilə təmizlənir, tam buxarlanana qədər gözlənilir və dəri daxilinə inyeksiya edilir (şəkil 43).

Qızılca peyvəndi də eyni qayda ilə həll olunub 0,5 ml dozada adətən sol bazuya dərialtına inyeksiya edilir (şəkil 44).

DGT və DT peyvəndləri peyvənd olan flakon silkələndikdən sonra 15-30 dəqiqə saxlanılır. Çöküntü olmadıqda steril şprisə çəkilir 0,5 ml dozada budun bayır tərəfinin əzələsinə vurulur (şəkil 45).

Polimielit peyvəndi hər dozada 2 damcı olmaqla uşağına ağızına damcılmalıdır (şəkil 46).

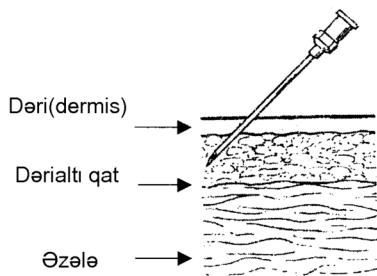
Hepatit əleyhinə peyvənd körpələrə 0,5 dozada vurlur. Növbəti dozalar arasındaki interval ən azı 4 həftə olmalıdır. Budun bayır səthinə, böyük yaşılı uşaqlara isə deltavari əzələyə vurulur. Digər peyvəndlərlə eyni aparılırsa müxtəlif ətraflara vurulması məsləhət görülür.



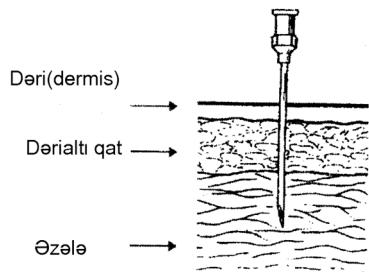
Şəkil 43. BCJ peyvəndini vurulması



Şəkil 44. Qızılca peyvendinin vurulması



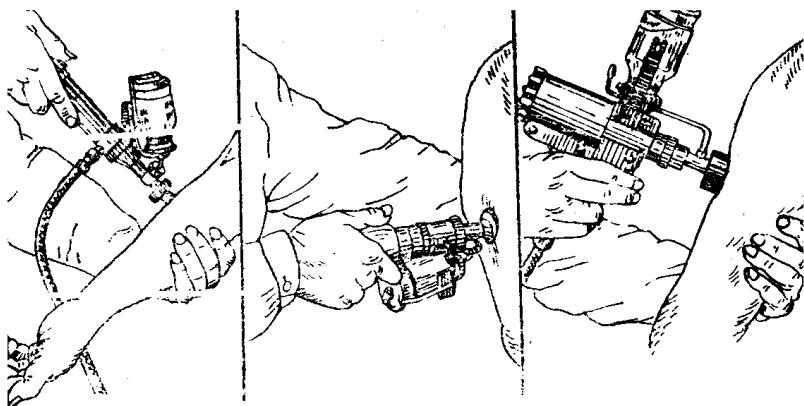
Şəkil 45. DGT peyvendinin vurulması



Şəkil 46. Polimielit peyvendinin verilməsi

Əhalini bioloji vasitələrlə zədələnmədən fərdi müdafiə məqsədilə immunoprofilaktika qabaqcadan planlı peyvendlər və epidemik göstəricilərə görə peyvendlər kimi aparılır. Bakterioloji silahın mümkün ola bilən amilləri kimi törrədicilərin siyahısı böyük olduqda onların hamısına qarşı əvvəlcədən immunitəziya aparmaq mümkün

olmur. Belə hallarda poli anatoksinlərdən istifadə olunur. Son il-lər kütləvi vaksinasiya metodları işlənib hazırlanmışdır. Onlara iynəsiz inyektorlardan istifadə olunması, aerozol və enteral metodlar addır. İynəsiz inyektorların bir neçə növü vardır. Onların köməyi ilə immunopreparatların yeridilməsi şəkil 47-da verilmişdir. Metod böyük təzyiq altında çıxan maye şırnağının dərial-tı toxumalara keçə bilməsi qabiliyyətinə əsaslanmışdır.



Şəkil 47. İynəsiz inyektorla peyvənd etmə.

Düşmən tərəfindən istifadə olunmuş törədicinin növü məlum olduqdan sonra məqsədyönlü təsirə malik preparatlarla təcili profilaktika aparılır. Enteral preparatlardan (antibiotiklər və metisazion tipli antivirus preparatları) başqa ayrı-ayrı hallarda parenteral immun-serumlar işlədilə bilər. Bakterioloji ocaqlarda peyvənd proofilaktikasının məqsədə uyğun olması məsələsi, epidemik ocaqlarda olduğu kimi, hər bir konkret təsadüfdə fərdi surətdə həll olunur. Bakterial zədələnmələr zamanı ilk yardım göstərərkən fərdi aptekçədən yuva 5 –dəki rəngsiz penalda 1saylı dərman (cəmi 10 həb) bakteriya əleyhi maddə olub, onlardan əvəlcə 5 həb, 6 saatdan keçdikdən sonra daha 5 həb qəbul edilir.

İnfeksion xəstəliklərin daşıyıcısı olan həşaratların dişləmə-

sindən qorunmaq üçün dimetilftalat və ya dietiltolualid və s. kimi preparatlardan istifadə olunur. Əgər artıq həşarat dişləyibsə və ya dərinin tamlığı bu vəya digər səbəbdən pozulmuşsa, onda yaranan kifayət qədər qanın axmasına şərait yaradılmalı və dişləmə yerinə 5%-li lizol məhlulunda isladılmış pambıq tampon 4-5 də-qıqə müddətinə qoyulmalıdır.

Bakterial vasitələrdən qorunmaq üçün fərdi və kollektiv mühafizə vasitələri, müxtəlif bakterial preparatlar (vaksinlər, bakteriofaqlar, serumlar, antibiotiklər) işlədir. Əleyhqaz olmadıqda 16 qat qatlanmış burun dəsmalından istifadə edilir. Belə əlaltı vasitədən istifadə edərkən mikroolların 94%-i sözülür.

Taun zamanı xəstələrdən laboratoriya analizləri üçün material aşağıdakı qaydada götürülür: taunun dəri-bubon formasında xəstəliyin birinci gündə analiz üçün materialı vezikul, pustul, yara və kor çibandan götürürlər. Bubon formasında steril şprislə bubonun sərt və periferik hissəsindən 5-10 ml maye götürür, iki yaxma hazırlayır, əkir və laboratoriya heyvanlarına vururlar. Əgər bubondan maye götürmək mümkün olmadıqda, onda bubona 0,3 ml fizioloji məhlul və ya qidalı mühit məhlulu vurulur və bundan sonra şprislə çökilir. Laboratoriyanın alınan təxmini cavab həmin gün bakterioskopiyadan sonra, qəti cavab əkmənin iki-üçüncü günü, biosınaq üzrə cavab isə üç-doqquzuncu günü alınır.

Xəstəliyin ağ ciyər formasında da eynilə dəri-bubon formasında olduğu kimi xəstəliyin birinci gündə əsnəkdən selik götürülür, ağızı enli bankaya və ya xüsusi qaba bəlgəm yiğlılır, sonra yaxma hazırlanır və biosınaqlar qoyulur. Materialı götürərkən başdan-ayağa taun əleyhinə kostyumu geyir və ehtiyatla işləyirlər. Analizin laboratoriyanın alınması müddəti də yuxarıda göstərildiyi kimidir.

Taun infeksiyasının bütün formalarında tədqiqat üçün xəstəliyin beş-altıncı gündə 10 ml qan götürülür. Götürülən materialı metal yesiyo qoyub kip bağlayır və plomblayırlar. Bu işin aparılması üçün ayrılmış şəxs müşaiyət kağızı ilə həmin materialı

xüsusi nəqliyyatda taun laboratoriyasına aparırlar. Analizin cavabı laboratoriyadan ertəsi gün alınır.

Taun əleyhinə mübarizədə əsas yeri profilaktik tədbirlər tutur.

Bu tədbirlərə aşağıdakılardır:

- Taun xəstəliyinə tutulması güman edilən şəxslərin müalicə müəssisələrində dərhal hospitallaşdırılması;

- Taun xəstələri ilə təmasda olan və şübhəli şəxslər (yüksək yoluxma təhlükəsinə məruz qalan kontingentlər-çobanlar, ovçular, geoloqlar, taun əleyhinə mübarizə aparan müəssisə işçiləri və s.) arasında profilaktik vaksinanın aparılması;

- Yoluxma təhlükəsinə məruz qalanların altı gün ərzində təcrid olunması və onlara nəzarət olunması;

- Xəstə və şübhəli şəxslər aşkarlanan nəqliyyat vasitələrinin dezinfeksiya, dezinfeksiya və deratizasiyası;

- Yoluxma zonasından gələn nəqliyyat vasitələrində gəmiricilərin və həşəratlar aşkar edildikdə onların dezinfeksiya və deratizasiyası.

Bundan əlavə, taundan ölmüş insanların cəsədləri yandırılır və ya xüsusi təlimata əsasən adı qaydada dəfn olunur. Taun ocaqlarında xəstələrin ifrazatı, dəyişəyi, qab-qacağı, mənzili, qoruyucu geyimi, nəqliyyatı və s. cari və qəti dezinfeksiya edilir. Dezinfeksiya suvarma, yaxud islatma yolu (3-5%-li lizol məhlulu, 2-3%-li xloramin məhlulu ilə) həyata keçirilir. Dəyişəyi və geyimi (xəz geyimdən başqa) paroformalin kameralarında zərərsizləşdirmək olar. Xəstələrin ifrazatını 10%-li karbol turşusu, xloramin, lizol məhlulu olan qablara yiğirlər. Xəstələrin qab və alətlərini qaynatmaqla zərərsizləşdirirlər. Taun ocağında əhali arasında sanitariya maarifi işi aparılır. Gəmiricilərlə, xəstə ev heyvanları ilə təmasın təhlükəli olması barədə və birələrin taun törədici mikrobenun yayıcısı kimi rolü və fərdi mühafizə tədbirləri haqqında onlara məlumat verilir. Qarantin (yoluxucu xəstəliklərin yayılmasının qarşısını almağa və yoluxma ocağının ləğv edilməsinə yönəldilən tədbirlər) və observasiya (yoluxma oca-

ğında tibbi müşahidənin gücləndirilməsi)tədbirləri gücləndirilir. Taun əleyhinə spesifik profilaktika canlı EV vaksinidir. Vaksin dərixarici və dəridaxili tətbiq olunur. Taunun təcili profilaktikası üçün xəstələrlə temasda olmuş şexslərə və eləcə də yoluxucu material ilə işləyən zaman qəza hallarında streptomisin (0.5 q gündə iki dəfə), tetrasiklin (0.5 q gündə 3 dəfə) sırasından antibiotiklər 6 gün ərzində təyin edilir. Təcili profilaktika kursu qurtardıqdan iki gün sonra vaksinasiya və ya revaksinasiya aparırlar. Vurulan vaksinlər bir il müddətində immunitet yaradır. İki yaşa qədər bütün uşaqlar da daxil olmaqla bütün əhalilər vaksinasiya olunmalıdır.

Taun xəstələrinə qulluq edən işçilər tauna qarşı xüsusi kostyum (qoruyucu kombinezon, rezin uzunboğaz çəkmə, əlcək, maska və eynək) geyib işləməlidirlər. Bundan başqa epidemioloji ocaqda işləyən briqada üzvləri dezinfeksiyaedici maddə və preparatlarla, tibbi sənəd və blanklarla təmin olunmalıdır. Hər bir briqada işlədiyi ərazidə yaşayan əhalini,gəlmələr də daxil olmaqla evbəev siyahıya alır. Xəstələri və onlarla temasda olmuş adamları tez aşkar etmək üçün sutkada iki dəfədən az olmayıaraq həyət-bəhəyət gəzmək, sakınların bədən temperaturlarını ölçərək xüsusi jurnalda qeyd etmək və canlı vaksinlə peyvəndlər vurmaq (bir ilə qədər immunitet yaranır) lazımdır. Xəstə aşkar edildikdə onun izolyasiya etmək və əşyalarını dezinfeksiya etmək lazımdır.

Taun əleyhinə geyim dəsti xüsusi təhlükəli infeksiyalar zamanı orqanizmi xəstəliyin törədicilərlə yoluxması yollarından -qansorucu həşəratların dişləməsindən, hava-damcı yolu və yoluxmuş bakteriyalarla bilavasitə temasından müdafiə edir. Taun əleyhinə geyim dəstinin bir neçə növü vardır ki, tibb işçiləri, bakterioloji ocaqda işləyərkən görüləcək işin xarakterindən asılı olaraq xüsusi təlimata uyğun bu dəstin bu və ya digər növündən istifadə edirlər. Bu geyimlərə aşağıdakılardır:

1. tibb işçisinin boyuna və ölçüsünə uyğun kombinezon və ya pijama.

2. paltarların yaxasına tikilən başlıq və ya böyük ləçək
3. taunəleyhi xalat (uzunluğu baldırın aşağısına dək olub cərəhəri xalat tiplidir)
4. yay və ya sürücü eynəkləri tipində olan müdafiə eynəyi. Birdəfəlik istifadə üçün eynək əvəzinə şəffaf sellofan da istifadə etmək olar
5. pambıqlı tənzif maska və ya respirator (bunların əvəzinə əleyhqazdan da istifadə etmək olar)
6. rezin əlcək (anatomik və ya cərrahi əlcək)
7. rezin və ya dəri çəkmə(içərisi dərin qaloş)

Kostyum taunla yoluxan və şübhəli xəstələri yaşayış evindən götürərkən və qospitala köçürərkən, taun xəstəsi olan xəstəxanalarda işləyərkən, belə xəstələrlə təmasda olarkən, observasiya (yoluxucu xəstələrlə təmasda olduğuna görə müvəqqəti təcrid edilmiş şəxslər üzərində tibbi müşahidə) işləri apararkən, tam dezinfeksiya və dezinseksiya işləri apararkən, taundan vəfat etmiş meyidi yararkən, istifadə olunur. Kostyumla üç saatdan artıq, isti vaxtlarda isə 2 saatdan çox işləmək məsləhət görülmür. 1 saat fasilə verdikdən sonra təkrar işləmək mümkündür. İşin sonunda geyim dəsti zərərsizləşdirilməlidir.

Taun əleyhinə kostyum xəstənin yerləşdiyi ocağa (otağa), laboratoriyanın yoluxucu şöbəsinə və i.a. daxil olanadək geyilir. Tələsmədən, müəyyən edilmiş ardıcılılıq əməl etməklə, diqqətlə geyinmək lazımdır ki, kostyumda işləmək rahat və təhlükəsiz olsun və iş vaxtı onun hər hansı hissəsinin düzəldilməsinə ehtiyac olmasın.Tauna qarşı geyim dəstini geyərkən, aşağıdakı qaydaları gözləmək lazımdır:

Tibbi xalat soyunduqdan sonra əvvəl kombinezon geyilir, səndəllər rezin çəkmə ilə əvəz olunur, başlıq bağlanılır, sonra taun əleyhinə xalat geyilir, yaxalıq və kəmər ilgəklər vasitəsilə bağlanılır (xalatın yaxalığı və belinin bağlarını sol tərəfdə ilgəklərin qarşısında bağlamalı), sonra isə bilək nahiyesi bağlanır, bundan sonra respirator geyilir, (elə geyinmək lazımdır ki, ağız və burun

bağlansın; yuxarı bağları ilgəklərlə arxada, aşağı bağları isə sapan-dabənzər sarğı şəklində ənsə nahiyyəsində bağlamalı, burun qanadları üzərində pambıq kürəciklər qoymalı), burun qanadlarına hermetikliyi bərpa etmək üçün, pambıq tampon qoyulur, eynək geyilməzdən qabaq, tərləməmək üçün şüşəsi xüsusi karandaşla və ya quru sabunla sürtülür, germetikliyi təmin etməkdən ötrü sərbəst yerlərə pambıq tampon qoyulur. Əlcəklərin tamlığı mütləq yoxlanıldıqdan sonra onlar geyilir. Belə bağlanmış kəmərə sağ tərəfdən dəsmal keçirilir. Əgər fenondeskopdan istifadəyə ehtiyac varsa, onu başlıqdan əvvəl taxırlar. Meyidlər yarılarkən üstdən əlavə olaraq müşəmbəli döşlük və ikinci əlcək dəsti geyilir

Kostyumu soyunmaq üçün əvvəlcə onu zərərsizləşdirmək lazımdır. Bu məqsədlə aşağıdakı dəstdən istifadə edilir:

- 5%-li karbol turuşusu ilə dolu bak (yaylıq, xalat, ləçəyi zərərsizləşdirmək üçün)

- 5%-li karbol turuşusu ilə dolu ləyən el və əlcəkləri zərərsiz-ləşdirmək üçün

- əlcəkləri islatmaq üçün 5%-li karbol turuşusu ilə dolu banka

- eynəyi islatmaq üçün 70%-li spirt

Kostyumu tələsmədən, yavaşça, aşağıdakı ardıcılıqla soyunmaq lazımdır:

Kosyumin hər hansı bir hissəsi çıxarıldıqdan sonra əlcəklər hər dəfə dezinfeksiyaedici məhlulla yuyulur. Xalatin və önlüyün sol tərəfdə ilgək şəklində bağlanmış bağları kostyumin soyunmasını asanlaşdırır. Əlcəklər çıxarılmamışdan qabaq əllər 5%-li karbol turşusu məhlulu ilə yuyulduqdan sonra, kəskin hərəkət etmədən dəsmal çıxarılır və içərisində 5%-li karbol turşusu məhlulu olan baka salınır, önlük çıxarıldıqdan sonra xarici səthi içəri olmaqla bükülür və həmin baka salınır. İki əllə eynək önə çəkilib, ehtiyatla çıxarılır və içərisində 70%-li spirt olan bankaya salınır. Respirator elə çıxarılır ki, xarici səthi üzə toxunmasın və dezinfeksiyaedici məhlul olan bankaya salınır. Bundan sonra xalatin qollarındakı bağlar açılır və əlcəklər həmin məhlula salındıqdan

sonra xalat çıxarılıb tərs üzünə çevrilir, məhlula qoyulur. Daha sonra əlcəklər çıxarılıb tamalığı yoxlanılır, çəkmələr də çıxarılıb həmin baka salınır. Kostyum çıxarıldıqdan sonra əllər diqqətlə sabunla isti suda yuyulur, duş qəbul olunur, tibbi xalat geyilir.

MƏŞĞƏLƏ 17

Antiseptika və aseptika.

Yaraya düşmüş və ya onunla temasda olmuş mikroların məhvini və ya miqdarının azalmasına yönəldilmiş kompleks tədbirlər planına antiseptika deyilir.

Yaraya mikroların düşməsinin qarşısını almağa təminat verən tədbirlər kompleksinə aseptika deyilir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə cərrahi alətlərin və materialların sterilizasiyasını, əllərin yuyulması üsullarını, həmçinin steril xalat, maska və əlcəyin geyinməsi qaydalarının öyrədilməsi.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

Əsas antiseptik maddələr və onların istismarı ilə tanışlıq.

Cərrahi alətlərin və materialların sterilizasiyası üsulları.

Əllərin yuyulması, steril xalat, maska və əlcəyin geyilməsi.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAIT: müxtəlif cərrahi alətlər, xalat, maska, əlcək, biks, sterilizator, CD diskləri və internet resursları.

Antiseptikanın mexaniki, fiziki, kimyəvi və bioloji növləri vardır. Mexaniki antiseptikada mikrobları mexaniki üsulla xaric etmək üçün yara kənarı kəsilib götürülür. Fiziki antiseptika mikrobların inkişafının qarşısını almaq üçün yaranı açıq saxlamaqla yaraya günəşin və havanın təsirinə əsaslanır. Bioloji antiseptika or-

qanızmə vaksinlərin, zərdabların vurulmasına, qanın köçürülməsinə əsaslanır. Kimyəvi antiseptikada dərman maddələrindən istifadə etməklə mikroblar məhv edilir. Kimyəvi antiseptika daha geniş tətbiq olunur. Antiseptik maddələr iki qrupa bölünür: 1)mikrobları məhv edənlər; 2)mikrobların inkişafının qarşısını alanlar.

Antiseptik maddələr yaraya daxil edildikdə toxumanın infeksiya ilə mübarizəsinə artırır, mikroblarla reaksiyaya girib onları parçalayaraq təsirdən salırlar. Təbabətdə istifadə olunan əsas antiseptik maddələrə yod, spirt, hidrogen peroksid, kalium permanqanat, formalin, karbol, furasillin, sulfanilamidlər, antibiotiklər və s. aiddir.

Yaranın irinli və təmiz olmasından asılı olmayaraq, eləcədə cərrahi əməliyyatlar zamanı istifadə olunan bütün alətlər, ağrılar, tikiş və sarğı materialları, xalatlar və s. zərərsizləşdirilməsi yaraların infeksiyalasmasının qarşısını alır. Alət və xalatlardakı mikrobların məhv edilməsi sterilizasiya adlanır.

Ən sadə sterilizasiya metodu qaynatmadır. Qaynatma vasitəsilə metal alətləri, şüşə qabları, əlcəkləri, rezin kateterləri və plast-mass alətləri sterilizasiya etmək olar. Bunun üçün alətlər diqqətlə sabunlu suda şotka ilə yuyulduqdan sonra 2%-li soda məhlulunda qaynamağa başlığı andan 45 dəqiqə müddətində qaynadılır.

İrinli infeksiyalarla çırklənmiş alətlər 2-3 dəfə fasılələrlə 45 dəqiqə müddətinə qaynadılır. Mürəkkəb alətlər isə sökülmüş vəziyyətdə qaynadılmalıdır.

Kəsici alətləri (qayçı, lanset) qaynatmaq olmaz. Onlar qələvi məhlulunda axar su altında yuyulduqdan sonra 30 dəqiqə müddətində spirtdə və ya xlorheksidinin 0,5%-li məhlulunda saxlanılır. Təcili hallarda alətlərin sterilizasiyası yandırmaqla aparılır. Bunun üçün alətləri ləyənə yiğib, üzərinə spirt tökərək yandırırlar. Lakin bu yolla sterilizasiya bir o qədər də etibarlı sayılmır.

İstifadə üçün hazır sarğı materialı olmadıqda steril olmayan tənzifdən material düzəldilir. Bunlar on-on yiğilaraq bağlanılır və bikslərə qoyularaq (biksin şəbəkəsi açıq halda) avtoklavda buxar altında sterilizasiya olunur. Avtoklavda əmələ gələn müəyyən

temperatur və təzyiq mikrobları öldürür. Sterilizasiya zamanı yaradılan 2 atmosfer təzyiq (yəni 134°S) materialları 30-40 dəqiqə müddətinə tamamilə mikroobsuzlaşdırır. Təzyiqlə temperatur arasında ciddi asılılıq vardır. Belə ki, 1 atm.-120,°S, 1,5 atm.-127°S, 2 atm.-134° S-yə uyğundur. Material steril olduqdan sonra biksin şəbəkələri bağlanmalıdır.

Alətlərin sterilliyinə nəzarət, onların üzərindəki qan qalıqlarını və ya yuyucu məhlulun izini aşkarlamaq üçün benzidin, ortotolidin, azopiram və fenolftalein sinaqları qoyulur.

Azopiram sınağı. Əsas məhlul olan azopiram məhlulu 1:1 nisbətində 3%-li hidrogen peroksid məhlulu ilə qarışdırılır. İşçi məhlulun yararlılığı qana bulaşmış tamponda yoxlanılır. Bu zaman tampon bənövşəyi-göy rəngə boyanır. Zülalın qalıq miqdarı olduğu üçün qanlı aləti tamponla silərkən tampon əvvəl tünd bənövşəyi, sonra isə tünd yasəməni rəngə boyanır. İşçi məhlulun saxlama müddəti 2 saatdır. Əsas məhlul +4°-də 2 aydan çox olma-yaraq saxlanılmalıdır.

Fenolftalein sınağı. Fenolftaleinin 1%-li spirtli məhlulu hazırlanır. Yoxlanılan materialın üzərinə 1-2 damcı məhlul tökülr. Materialda yuyucu məhlulun qalıq miqdarı zamanı çəhrayı rəng alınır. Sınaq eyni zamanda işlənmiş alətlərin 1%-də aparılır. Sınaq müsbət olarsa alətlər təkrar təmizlənməli və yoxlanılmalıdır.

Cərrahi əməliyyatdan qabaq əllər də mütləq yuyulmalıdır. Əlləri yumağın bir neçə üsulu vardır. Ən sadə və ən geniş yayılmış metod Spasokukotski-Koçerqin üsuludur. Əvvəlcə əllər axar su altında təmiz yuyulur (bu zaman mikroblar mexaniki təmizlənir). Sonra qabaqcadan təmizlənmiş 2 ləyənə 1 litr distillə suyu, digərinə 5 ml təmiz naşatır spirti tökülr. Bundan sonra əllər əvvəl birinci, sonra isə ikinci ləyəndə 3 dəqiqə müddətində yuyulur. Əvvəlcə ovuc, sonra əlin arxası, barmaqların arası və dırnaqlar, əvvəl sol, sonra sağ əl ardıcılıqla yuyulur. Steril salfetlə silindikdən sonra 5 dəqiqə müddətində 96%-li spirtdə isladılmış salfetlə silinir. Dəri büküşlərinə və dırnaq yataqlarına 5%-lə yod məhlulu sürtülür.

Alfeldin üsulündə isə əllər iliq, axar su altında iki steril şotka və sitəsilə 10 dəqiqə müddətində sabunla yuyulur. Sonra dəri 5-8 dəqiqə ərzində 96%-li spirtlə silinir. Dirnaq yataqlarına yod sürtülür.

Əlləri yumaq üsullarından biri də resept əsasında hazırlanmış məhlulla əllərin yuyulmasıdır. Bunun üçün pervomur(S-4) məhlulundan istifadə olunur. Məhlul yalnız əməliyyat günü hazırlanıb istifadə olunmalıdır. Pervomur preparatını hazırlamaq üçün şüşə kolbada 171 ml 30%-li hidrogen peroksid məhlulu götürülür, üzərinə 81 ml 85%-li qarışqa turşusu əlavə edilərək yaxşıca qarışdırılır və içərisində soyuq su olan qabda 1-1,5 saat müddətində saxlanılır. Bundan sonra həmin məhlul 10 litr otaq temperaturlu suya əlavə edilir. Alınan məhlulu bir sutka ərzində işlətmək olar. Bunun üçün işçi məhluldan 5 litr emallı ləyənə töküür. Əllər şotkasız sabunla 1 dəqiqə müddətində axar su altında yuyulur, sonra isə 1dəqiqə ərzində hazırlanmış məhlulda yuyulur. Bundan sonra əlcəklər geyilir. Ləyəndəki məhlulu dəyişmədən 10-11 adam əllərini yuya bilər.

| İşçi məhlulun miqdarı (litrlə) | İ N Q R İ D İ E N T L Ə R | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|------|-------------|
| | 30-33%-li hidrogen peroksid məhlulu | Formiat turşusu | | Su (litrlə) |
| | | 100% | 85 % | |
| 1 | 17,1 | 6,9 | 8,1 | 1 litrədək |
| 2 | 34,2 | 13,8 | 16,2 | 2 litrədək |
| 5 | 85,5 | 34,5 | 40,5 | 5 litrədək |
| 10 | 171,0 | 69,0 | 81,0 | 10 litrədək |

Cədvəl 4. S-4 məhlulunu hazırlamaq üçün inqridientlərin miqdarı

Son illər ən çox əlləri yumaq məqsədlə diqlükonat -xlorheksidinin 2,5 %-li spirtli məhlulundan istifadə olunur. Əllər ən əvvəl axar su altında sabunla yuyulur, sonra steril dəsmalla qurudulur. 2,5%-li diqlükonat xlorheksidinlə isladılmış salfetka ilə 3 dəfədən az olmayıaraq 2-3 dəqiqə müddətində silinir və steril dəs-



Şəkil 48.
Əlcəyin geyilməsi

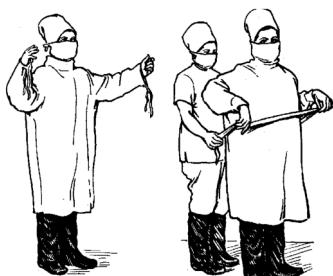


Şəkil 49.
Maskanın bağlanması

ləşdirilmiş və ya steril zərflərdə buraxılmış əlcək geyilir (şəkil 48). Hazırda steril zərflərdə müxtəlif ölçülərdə əlcəklər buraxılır. Steril əlcək olmadıqda istifadə edilmiş əlcəklər axar su altında təmiz yuyulduğdan sonra onların tamlığı yoxlanılır (cırıq olma malıdır), dezinfeksiyaedigi məhlula salınır (lizol, süleymani 1:1000 və s., 40 dəqiqə müddətində), sonra avtoklavda sterilizasiyadan keçirilir.

Damcı infeksiyasının təhlükəsini azaltmaq üçün tibb personallı ağız və burnunu xüsusi maskalarla bağlayır. Maska 4 qat dörd-bucaqlı tənzifdən ibarətdir, ölçüsü 16x20 sm. olub künclərinə tənzif bağlar tikilmişdir. Maskanı istifadə edərkən tibb işçisi onu elə açır ki, ətraf mühitlə kontakt olmasın və operasiya otağının xidmətçisinin köməyi ilə maskanın yuxarı bağlarının uclarından tutub ağızını bağlayır (şəkil 49).

Operasiya otağında arxadan bağlanan xalatlardan istifadə olunur. Steril xalatı biksədən çıxararaq onu qolları önə dərtilmiş halda tutub çevirirlər. Xalatı açıb, qollarına hər iki əli keçirib, geyinməyə kömək edən tibb işçiləri xalatı arxadan dartaraq bağlayırlar. Sonra xalatı üstündən tikilmiş kəmər və ya bintlə bağlayırlar. Xalatın qollarını geyinən şəxs özü bağlamalıdır (şəkil 50).



Şəkil 50. Xalatın geyindirilməsi

malla qurudulur. Sonra əlcək taxılır və geyilmiş əlcəklər təkrarən xlorheksidinlə silinir.

Əllər steril olundan sonra sterilizasiyanın etibarlığını xeyli artırmaq üçün qabaqcadan steril-

MƏŞĞƏLƏ 18

Desmurgiya. Nəqliyyat immobilizasiyası. (1-ci qoşa saat)

Desmurgiya sarğıların qoyulması və tətbiqi haqqında təlimdir. Sarğı dedikdə müalicə məqsədilə xəstənin bədəninə sarğı materiallarının bərkidilməsi başa düşülür. Xəstənin yarasına və ya bədəninin bir hissəsinə qoyulan material sarğı materialı, sarğıların dəyişdirilməsi prosesi sarıma adlanır. Sarğılar bərk (gips) və yumşaq (bint, ləçək, kleol və s.) olmaqla iki yerə bölünürler.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə sarğıların əhəmiyyəti və sarğı qoyulmasının ümumi qaydalarını öyrətmək, sarğı materialları ilə tanış olmaq və sarğı qoyulması üçün əlaltı vasitələrdən istifadə qaydalarını başa salmaq.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ : Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar etrafında hazırlaşmalıdır:

1. Sarğıların və sarğı materiallarının növləri
2. Yumşaq sarğıların növləri.
3. Sarğıların qoyulması texnikası.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: bint, pambıq, tənzif, leykoplastr, kleol, elastiki torabənzər bintlər, fərdi sarğı zərfi, CD diskləri və internet resursları.

Yaralar, zədələnmələr və cərrahiyə əməliyyatlarından sonra yaraları bağlamaq və bununla da onları infeksiyadan qorumaq, qanaxmaları saxlamaq, zədələnmiş orqana sakitlik vermək üçün sarımaq lazımdır. Bu isə müvafiq nahiyyələrə sarğı qoyulmaqla əldə edilir. Sarğıların qoyulma məqsədindən asılı olaraq onlar müxtəlif olur:

1. Adi sarğılar (yaraları xarici təsirdən qoruyan sarğılar)
2. Sixic 1 sarğılar (bu və ya digər orqana daim təzyiq edən sarğılar).
3. İmmobilizədici sarğılar (zədələnmiş orqanın tam hərəkətsizliyini təmin edən sarğılar).

4. Okklüzion sarğılar (bədən boşluqlarını germetik bağlayan sarğılar).

5. Düzəldici sarğılar (düzgün vəziyyətə gətirən sarğılar).

Deyilənlərdən aydın olur ki, sarğıların xəstənin müalicəsində müstəsna əhəmiyyəti vardır.

Sarğıların qoyulmasını hər bir şəxs hər hansı bir şəraitdə-sarıqı otağında, çadırda, evdə, hadisə yerində və s. mükəmməl bacarılmalıdır. Sarğı müəyyən bir sxemlə icra edilməli və bəzi qaydalar gözlənilməlidir.

- Xəstə elə bir vəziyyət almalıdır ki, bu zaman sarğı qoyulacaq nahiyyə yaxşı işıqlanmış olsun və sarğını icra edən şəxs zərrərçəkənlə üzbəüz qalmalıdır ki, onun üzünü (mimikasını) müşahidə edə bilsin;

- Qabaqcadan xəstəyə ağrıkcılıqlar vurulur. Sarğı qoyulacaq nahiyyə paltardan azad edilir və ya sarğı dəyişdirilirsə onda köhnə sarğı itiuclu sarğı qayçısı ilə yara olmayan tərəfdən kəsilir və ehmalca götürülür. Əgər sarğı yaraya yapışmışsa onda zəif marqans və ya hidrogen peroksid məhlulu ilə qat-qat isladılır və kəsilmiş sarğı dolaqları bir-bir götürülür. Sarğı ətraflara qoyulmuşsa onlara bu məqsədlə vannalar edilməsi daha məsləhətdir. Çirkənmiş materialı isə ləyənə yiğmaq və yandırmaq lazımdır;

- Sarğı açıldıqdan sonra yara ətrafi antiseptik məhlullarda isladılmış (marqans, rivanol) tamponla təmizlənir. Dəri təmizləndikdən sonra 70%-li spirt və ya 5% -li yod məhlulu ilə silinir. Bəzən yara ətrafindakı dəriyə pastalar sürtülür ki, yaranan gələn ifrazat dərini aşındırması.

- Yaraya hansı antiseptikin qoyulması yaranın xarakterindən və yara səthinin vəziyyətindən asılıdır. Məlhəmləri yalnız irinli yaralara qoymaq məsləhət görülür.

- Yaranın həcmindən və bədənin hansı nahiyyəsində yerləşməsindən asılı olaraq sarığının bu və ya digər növü seçilir.

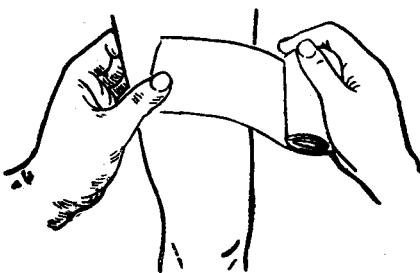
- Ətraflar sarımarkən venoz durğunluq əmələ gəlməsin deyə binti periferiyadan mərkəzə doğru sarımaq lazımdır. Bint dolaq-

lарında büküş və qırış-
lara yol vermək olmaz.
Sarğı qoyularkən bint
soldan sağa açılır və
hər bir dolaq, özündən
əvvəlki dolağın yarısını
örtməlidir (şəkil 51).
Sarğının sonunda bintin
boş və ya sıx olmasına
diqqət yetirmək lazı-
dır (ətrafların göyümtül rəngi, ödem və ağrı), sarğı xəstə na-
hiyyəni tam örtməlidir. Bintin ucları sarğının yara olmayan tərə-
fində düyünlənməlidir.

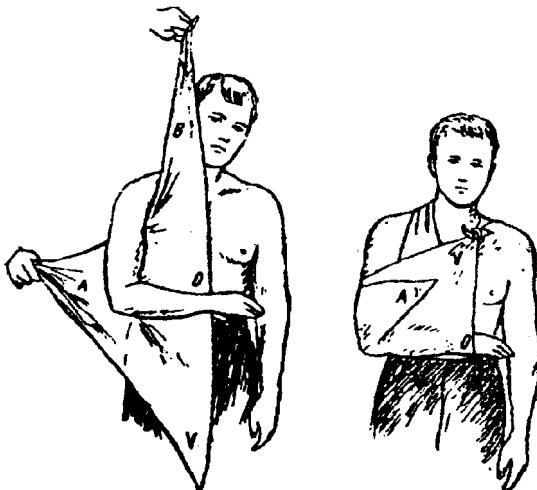
Sarğı materiallarının aşağıdakı növləri vardır: leykoplastr, kle-
ol, kolloid, bint və ləçək sarğıları.

Yapışqanlı sarğıları kiçik ölçülü zədələnmələrdə, lokaliza-
siyasından asılı olmayaraq əməliyyat yaralarında tətbiq edilir.
Həmin nahiyyədə tük örtüyü olduqda qabaqcadan onların təmiz-
lənməsi məsləhət görülür.

Leykoplast sarğı-
ları yaraya qoyular-
kən sağlam toxumani
əhatə etməklə bir ne-
çə plastr zolaqlarla
paralel və ya xac şək-
lində yapışdırılır. Bu
sarğıların nöqsanlı
cəhəti dəridə plastr
yapışdırılan yerdə
maserasiya (bişməcə)
törətmək, təsbitin eti-
barsız olmasıdır.



Şəkil 51. Sarğı qoyularkən bintin düzgün vəziyyəti.
Sarğı xəstə nahiyyəni tam örtməlidir. Bintin ucları sarğının yara olmayan tərə-
fində düyünlənməlidir.



Şəkil 52. Qolun dirsəkdən asılması

Kleol sarğısının qoyulma texnikası sadədir. Yaraya bir neçə qat tənzif qoyub kleol sürtürlər, sonra tənzif salfeti dərtilmiş vəziyyətdə sürtülmüş kleola yapışdırıb bir müddət saxlanılır. Salfetin kənarları yaraya sıx yapışdırılaraq artıq hissələri kəsilir. Sarğının nöqsanlı cəhəti yapışmanın zəifliyi, islandıqda qopması, tüklü yerlərə qoymağın mümkünzsizlüyü və qurumuş kleolla dərinin çirkənməsidir.

Kolloid sarğılarda yapışdırıcı maddəni salfetin üstündən sürtülür. Sarğı materialını yaranın üstündə saxlamaq üçün yapışdırıcı plastirdən istifadə edilər. Belə sarğılar yara üzərində 7-8 gün qala bilir. Nöqsanlı cəhəti sarğının elastiki olmaması (dərini dərtməsi) və dərini qıcıqlandırmasıdır.

Ləçək sarğıları zamanı düzbucaqlı üçbucaqşəkilli parçadan kəsilmiş sarğı materialı (tənzif, bez və s.) və ya bükülmüş ləçəklərdən istifadə olunur. Ləçəklər yuxarı ətrafin və qolun zədələnmələri zamanı qolun asılması məqsədi ilə tətbiq edilir (şəkil 52). Bundan başqa ləçəkvəri sarğılar başın, süd vəzisinin, ayağın sarınmasında, iki ləçəkdən istifadə etməklə ciyin qurşagının, budçanaq oynağının («üzgüyü tumanı»), sarğının sarınmasında istifadə edilir. Ləçəkvəri sarğıların növləri şəkil də göstərilmişdir.

Bint sarğıları bint vasitəsi ilə qoyulan sarğılardır. Bintlər 5-20 sm enində, 5-7 metr uzunluğunda tənzif zolağından ibarətdir. Sarınan nahiyədən asılı olaraq müxtəlif ölçülü bintlərdən istifadə edilir. En-siz bintlərdən bə-



Şəkil 53. Fərdi sarğı zərfi

dənin kiçik hissələrinə (barmaqlara), orta ölçülü bintlərdən (7-10 sm)-bazu, baldır, boyun və enli bintlərdən (20 sm) sinə, qarın, buda sarğı qoymaq üçün istifadə edilir.

İlk yardım zamanı hazır bint sarğıları- fərdi sarğı zərfindən istifadə etmək çox əlverişlidir.

Fərdi sarğı zərfi- bədənəxt hadisələr, təbii fəlakətlər və digər eksternal vəziyyətlərdə özünə və ətrafdakına ilkin tibbi yardım göstərilməsi üçün nəzərdə tutulmuşdur (şəkil 53). Paket iki ədəd pambıq-tənzif balışcığından ibarət olub bir-birinə bint (10sm.x 5metr) vasitəsilə bərkidilmişdir.

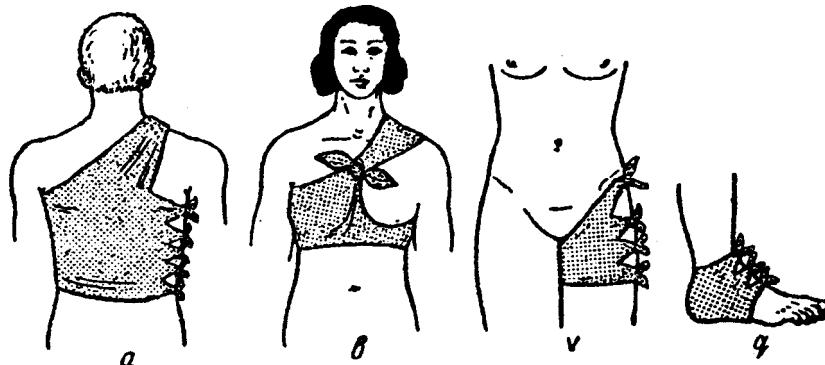
Onlardan birini bintin sonuna qədər sürüsdürmək mümkündür. Sarğı materialı üç zərfdə yerləşdirilmişdir. Daxili-kağız zərf, sancaqlı rezin zərf və xarici zərf. Bint və balışçıqlar sterildir. Xarici qat açıldıqdan sonra rezin qat kəsılır və çıxardılır. Bundan sonra kağız qat sökülr, əllə toxunmadan balışçıqlardan biri (rəngli sapla işarə olunan tərəf) sürüsdürülərək müəyyən məsafədə yara üzərinə qoyulur və bintlə bağlanılır. Dəlib keçən yaralar zamanı balışçıqlardan biri ön, digəri arxa tərəfdən yara üzərinə qoysularaq bintlənir (şəkil 54).

Sarğı materialı olmadıqda və ya çatışmadıqda əlaltı vasitələrdən istifadə edilir. Bu məqsədlə Maştarafov sarğıları daha rahat və sərfəlidir. Onları müxtəlif ölçüdə parça (döşəkağı, alt köynək və



Şəkil 54. Zərfin açılma qaydası

s.) hissələrindən istifadə etməklə hazırlayır və bərkitmək üçün uclarını kəsib bağ kimi istifadə edirlər. Əvvəlcə yaranın üstünə steril bint və ya steril salfet qoyub, sonra sarğının uclarını bağ kimi düzəldilmiş parça ilə sarıyb bərkidilir. Sinəyə, süd vəzilərinə, qarına, ətraflara Maştarafov sarğısı qoymaq olar (Şəkil 55).



Şəkil 55. Maştarafov sarğıları. a) arxaya və sinəyə b)süd vəzilərinə v)buda q) ayağa

MƏŞĞƏLƏ 19

Desmurgiya. Nəqliyyat immobilizasiyası. (2-ci qoşa saat)

Yumşaq sarqlardan ən çox istifadə olunanı ləçək və bint sarqlarıdır. Ləçək sarqlarından ilk yardım məqsədilə daha geniş istifadə olunur. Bu zaman üçbucaq şəkilli hər hansı bir sarğı materialından istifadə olunur. Ləçəyin uzun tərəfi qaidə, bunun qarşısındaki küncü təpə, o biri küncləri isə uc adlanır.

Bint sarqlarına dairəvi(yuxarı və aşağı ətraflarda), spiral (ba-zu və bud nahiyyəsində), sürünen, səkkizvari (başın, köks qəfəsinin, əlin zədələnmələrində), süməlvəri, sapandabənzər (burun və çənə zədələnmələrində), tıspağayabənzər (diz oynağı zədə-

lənmələrində), qayıdan (başın zədələnmələrində), T-şəkilli (aralığın zədələnmələrində) və s. sarğılar addır.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə bədənin ayrı-ayrı nahiyyələrinin müxtəlif mənşəli xəsarətləri zamanı sarğıların düzgün qoyulması qaydalarını öyrətmək, əməli olaraq bint, ləçək sarğılarından istifadə vərdişlərini mənimsətmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ : Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Ləçək sarğılarının qoyulması qaydası.
2. Bint sarğılarının qoyulması qaydası.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: müxtəlif ölçülü bintlər, ləçəklər, CD diskleri və internet resursları.

Qolun zədələnmələri zamanı qolun asılmasından ötrü ləçək sarğılarından çox istifadə olunur. Bədənin müxtəlif nahiyyələrinə ləçək sarğılarının işlədilməsi qaydası aşağıdakı kimidir:

Əllərə ləçəkvari sarğı qoyduqda onun uzun tərəfini saidə tərəf qoyur, təpəsinə barmaqları bükür, uclarını isə mil-bilək oynanlığında düyünləyirlər. Bu cür sarğıları dirsək, qoltuq, dizin alt hissəsinə və ayağa da qoymaqla istifadə edilir.

Bazu nahiyyəsinə iki ləçəkdən ibarət sarğı qoymaq olar. Bunnaldan birini qalstuk kimi sağlam qolun qoltuğundan keçirib digərini ciyinə aparır, ikinci ləçəyin təpəsini boyuna, uzun tərəfini bazuunun yuxarı tərəfinə qoyurlar.

Sarğıya və budun yuxarı tərəfinə sarğı qoymaqla ləçəyin təpəsini bel nahiyyəsinə bağlanmış kəmərə bərkidirlər, ortası sarğıının üzərinə düşür, uzun tərəfini budun yuxarı tərəfinə sarıyb uclarını bağlayırlar.

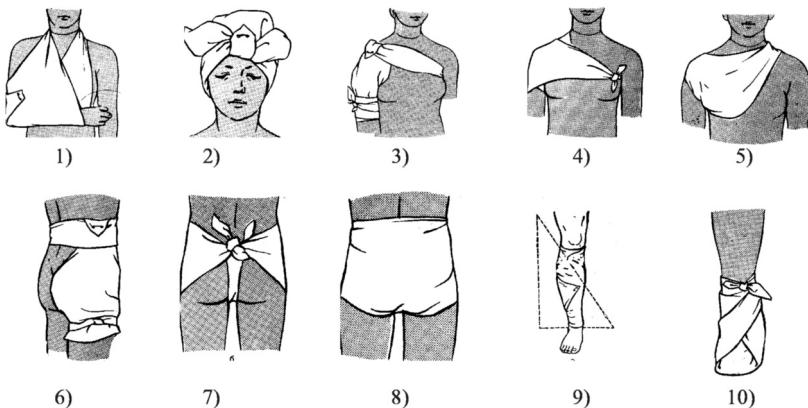
Başa ləçək sarğısı qoyduqda onun uzun tərəfini ənsəyə qoyur, təpəsini üzə sallayıb, uclarını alından aparır, sonra isə təpəsini əmgəkdə bağlanmış ucların altına qatlayır və buradaca bərkidirlər.

Süd vəzilərinə sarğı qoymaqla ləçəyin uzun tərəfini sağlam tərəfdəki bazudan süd vəzisinin altına çəpinə qoyur və sonra ar-

xaya aparılır. Ləçək sarğılarının təpəsi başın zədələnmiş tərəfində ciyindən üstdə durur və arxaya düyünlənmiş uclara bərkidilir.

Güdülə sarğı qoyarkən ləçəin uzun tərəfi güdüldən yuxarıya qoyulur, ortası güdüllü örtür, təpəsi isə düyünlənmiş uclara bərkidilir.

Aşağıdakı şəkildə bədənin müxtəlif nahiyyələrinə qoyulmuş ləçək sarğılarının növləri verilmişdir.



Şəkil 56. Bədənin müxtəlif yerlərinə ləçək sarğılarının qoyulması.

- 1) ələ, 2) başa, 3) ciyinə (iki ləçəklə), 4) ciyinə(bir ləçəklə), 5) süd vəzisinə,
- 6) bud-çanaq oynağına, 7) aralığa, 8) sarğıya, 9) baldırı, 10) ayağı.

Bint sarğıları daha münasib və çox yayılmış sarğılardan biridir. Bunlara sapandvari, T-şəkilli, dairəvi, spiral, sürünen, tıspagavari, xaçvari, sümbülvari sarğı və s. aiddir.

T-şəkilli sarğıları aralığa və anus nahiyyəsinə qoyurlar. Bu cür sarğı iki tənzif parçasından ibarətdir: birini kəmər kimi belə bağlayır, o birini isə aralıqdan keçirib kəmərə bərkidirlər. Aralıq nahiyyəsi yarananarkən T-şəkilli sarğını bintdən də düzəldib bel nahiyyəsinə bağlanan kəmər vasitəsilə qoyulur; yaranın üstünü steril salfetlə və ya salfetsiz birbaşa steril bintin dolaqları ilə örtüb, dolaqları kəmərə qabaqdan və arxadan bərkidib, sonra bintin ucu kəmərə bağlanılır.

Sapandvari sarğılar bint parçasından və ya parça zolağından ibarət olub bunların hər iki ucunda kəsik olur. Bu cür sarğıları çox

vaxt burun, çənə, əmgək, ənsə nahiyyəsinə qoyulur. Bunları da qoymaq qaydası eyni olub uclarını mütləq çarpezlayırlar.

Tısbagasayaq sarğı dirsək və diz oynaqlarını sarımaq üçün münasibdir və qoyulma üsulundan asılı olaraq yaxınlaşan və aralanan olur. Yaxınlaşan sarğıda binti oynaqlardan yuxarıda və aşağıda dairəvi dolayıb oynaq çuxurunda çarpezlayırlar. Bintin dolaqları tədricən bir-birinə yaxınlaşır və oynağın daha qabarıq yerində qurtarıb bütün sahəni örtür. Aralanan sarğıda isə bintin birinci dolağını oynağın ortasından aparırlar, sonrakı dolaqlar isə bir-birinin üçdə iki hissəsini örtüb oynaqdan yuxarıda və aşağıda aralanır.

Qayıdan sarğıni dəyirmi səthlərə -başa, amputasiyadan sonra oynaq güdülünə və s. qoyurlar. Güdülü sarıdıqda əvvəlcə bir sıra bərkidici dairəvi dolaq gedir, sonra binti qatlayıb həmin yeri barmaqla tutub, binti bud boyunca qabaqdan dala aparır, burada yenə qatlayır və bir dəfə dolayıb bintin uzununa zolağını düyünləyirlər. Bundan sonra binti uzununa və dairəvi (bərkidici) aparıb güdülü uzununa zolaqlarla tamam örtürlər. Başı da bu cür sarımaq lazımlıdır.

Dairəvi sarğı daha möhkəmdir, çünkü bintin bütün dolaqları bir-birinin üstünə düşüb özündən əvvəlkini tamam örtür. Baldır, said, alın, boyun və qarın nahiyyələrinə bu cür sarğı qoyulur.

Spiral sarğı da dairəvi sarğı kimi başlayır. Binti iki-üç dəfə doladıqdan sonra onu bir qədər çəpinə aparıb əvvəlki dolağın üçdə iki hissəsini örtürlər. Bint aşağıdan yuxarıya doğru aparılan sarğıya-qalxan sarğı, yuxarıdan aşağıya doğru aparılan sarğıya enən sarğı deyilir. Baldırı və ya saidi sarıdıqda ətrafin hər yeri eyni yoğunluqda olmadığı üçün hər dəfə bintin kənarını qatlayıb və çalışmaq lazımdır ki, bütün büküşlər eyni tərəfdə və eyni xətdə olsun.

Sürüşən sarğı spiral sarğıının bir növüdür, lakin bintin dolaqları bir-birinə toxunmur. Bunu sarğı materialını böyük nahiyyədə saxlamaq üçün qoyur, sonra isə adı spiral sarğıya keçirlər.

Səkkizvari və ya xaç şəklində sarğı-bu vaxt binti səkkiz rəqəmi şəklində dolayırlar. Əli, döş qəfəsini, boyunun dal tərəfini və ənsəni sarımaq üçün münasibdir.

Sünbülvəri sarğı-səkkizvari sarğının bir növüdür, lakin fərqi ondadır ki, bintin hər sonrakı dolağı bir xətdə çarpezlanıb sonrakı dolaqdan yuxarıda və ya aşağıda olur və zahirən sünbülvə oxşayır. Bu cür sarğı boyunu yandan, ciyin qurşağını, körpük üstünü sarımaq üçün tətbiq edilir.

Baş sarğıları. Başın tüklü hissəsini örtmək üçün çox vaxt sadə və etibarlı sarğı növündən-«gecə» papağından istifadə edilir. Bunuñ üçün 1m uzunluğunda dar bint götürüb orta hissəsini başın təpə nahiyəsinə qoyub qulaq seyvanının önündən aşağı salır. Bintin uclarını tarımçılmış vəziyyətdə ya xəstə, ya da həkimin köməkçisi tutur. Sarğı qoyulduqdan sonra bu bintdən sarğını bərkitmək üçün bağ kimi istifadə edirlər. Başın ətrafına – alın və ənsə nahiyəsindən keçərək iki dairəvi dolaq qoyulur. Üçüncü dolaq bağlayıcı bintə çatdıqdan sonra əsas binti ona dolayıb, binti ənsə tərəfə ötürüb oradan bağlayıcı bintin digər üçüna tərəf aparırlar. Burada əsas binti yenidən bağlayıcıdan keçirib alın-ənsə nahiyəsini elə sarımaq lazımdır ki, dairəvi dolağın 2/3 hissəsi örtülmüş olsun. Hər dəfə binti bağlayıcıdan keçirməklə bint dolaqları tədricən təpəni örtür. Əsas bintin ucunu bağlayıcının bir tərefinə bağladıqdan sonra bağlayıcının ucları çənə altında tarım çəkilib bağlanılır.

Gözə sarğı qoymaq üçün sarğı alın-ənsə nahiyəsindən keçərək dairəvi dolaqla başlayırlar. İkinci dolağı ənsə nahiyəsində boyuna yaxın aşağı salıb sonra isə qulaq altından üzə çıxararaq gözün üstündən alına aparırlar. Üçüncü dairəvi dolaq bərkitmək üçündür. Sonrakı dolaqlar çəpinə ənsə nahiyəsindən qulağın, gözün üstündən alına aparılır və i.a. Hər sonrakı çəp dolaq tədricən yuxarıya doğru keçib göz nahiyəsini tam örtür. Sarğı dairəvi dolaqla başa çatır. Sağ və sol gözün sarğı texnikası bir-birindən onunla fərqlənir ki, sağ gözün sarğısını soldan, sol gözün sarğısını isə sağdan başlayırlar. İki gözü sarımaq üçün birinci üç dolaq

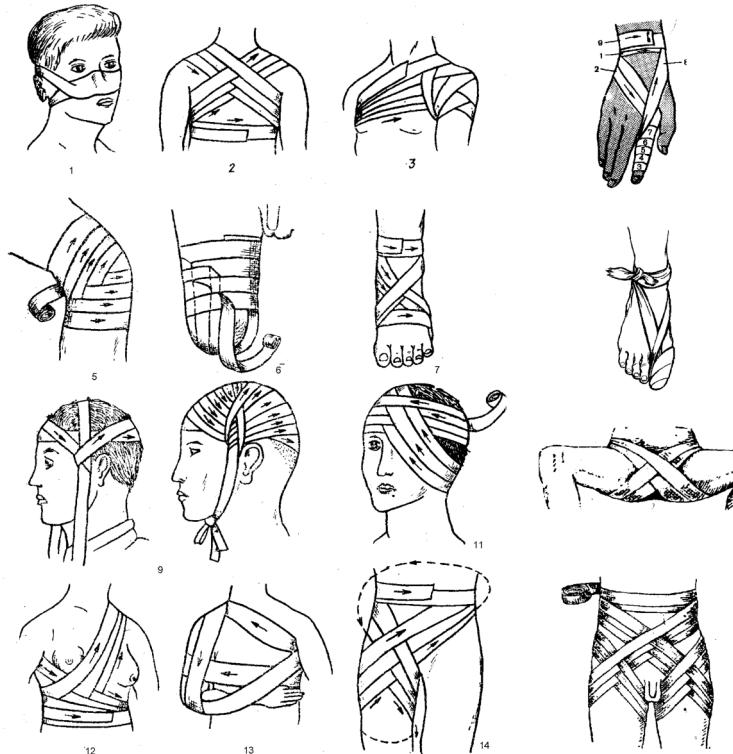
sağ göz sarınan kimi, yəçni çəp dolaq qulaq altından göz nahiyyəsinə və alına aparılır. Sonrakı iki dolaq isə sol gözü örtür. Burada binti yuxarıdan aşağıya, təpənin sağ tərəfindən, alından gözün üstündən, sol qulaq seyvanının altından sonra isə ənsə nahiyyəsin-dən dairəvi dolağa keçir. Sonrakı dolaqları sağ gözün üstündən aprırlar və i.a.

Qulaq nahiyyəsinə neopalitan sarğısı adlanan sarığının qoyulması əlverişlidir. Bu sarğını alın-ənsə nahiyyəsindən keçərək dairəvi dolaqlarla başlayırlar. Sonrakı dolaqlar xəstə tərəfdən tədri-cən aşağıya endirilir. Qulağı və məməvari çıxıntı nahiyyəsini örtdükdən sonra sarğını bir neçə dairəvi dolaqlarla bərkidirlər.

Ənsə nahiyyəsinə və boyuna səkkizvari sarğı qoyulur. Sarığını başın ətrafına iki dairəvi dolaq etməklə başlayırlar. Sonra sol qu-laq arxasından ənsə nahiyyəsinə və sağ alt çənə bucağı altından boyunun ön səthinə, oradan da sol alt çənə bucağı altından ənsə nahiyyəsindən yuxarıya, sağ qulağın üstündən altına aparılır və i.a. Çəp bint dolaqlarının çarpezlaşlığı yerlər bir-birini əvəz edərək ənsə nahiyyəsini tamamilə örtür. Boyunu tamam örtmək lazıim gəl-dikdə səkkizvari sarğıya bir neçə dairəvi dolaqlar əlavə edirlər.

Alt çənəyə yüyənvari sarğı qoymaq əlverişlidir. Binti dairəvi dolaqla alın-ənsə nahiyyəsinə bərkitdikdən sonra ikinci dolaq ən-sə nahiyyəsindən çəpinə, (əks tərəfə) aşağı aparıb alt çənə bucağı altından keçirirlər. Qulağın önündən şaquli dolağa keçib, gicgah, çənə, çənəaltı nahiyyəni örtürlər. Alt çənəni bərkitdikdən sonra, dolağı çənəaltından (başqa tərəfdən) çəpinə ənsə nahiyyəsində şaquli dolaqla alın və ənsə nahiyyəsindən keçirirlər. Alt çənəni tam bağlamaq üçün sonrakı dolaq yenidən ənsə nahiyyəsindən çəpinə aşağı, əks tərəfə-boyunun yan səthinə aparılır, alt çənəyə və boyunun digər yarısına qoyulur. Bir neçə belə şaquli dolaq qo-duqdan sonra binti alt çənə nahiyyəsindən keçirib bir neçə üfüqi dolaq çənə altından təpəyə doğru qoyulur. Sarğını başın ətrafına bir neçə dairəvi dolaq etməklə qurtarırlar. Bunun üçün yeni binti başın ənsə nahiyyəsindən çəpinə yuxarı aparmaq lazıim gəlir.

Aşağı və yuxarı ətraflara sarğıların qoyulması. Ələ və milbilək oynağı nahiyyəsinə adətən səkkizvari sarğı qoyulur. Əl və barmaqların iri yaralarını bağlamaq üçün qayıdan sarqlardan istifadə olunur. Bir neçə dairəvi dolaqlarla bint bilək nahiyyəsində bərkidilir. Sonra binti barmaqların arxasından əlin ovuc hissəsinə keçirib oranı örtürlər. Bir neçə qayıdan dolaqlarla əl və dörd barmaq tamam örtülür, bundan sonra bu dolaqlar üfüqi dolaqlarla bərkidilir. Belə sarğı bir barmağa da qoyula bilər. Bazuya spiralvari sarğı qoymaq daha əlverişlidir. Dirsək oynağına da spiralva-



Şəkil 57 .Müxtəlif nahiylərə qoymulmuş bint sarqlarının növləri:

1-sapandabənzər, 2- xaçabənzər , 3-sümbülvəri, 4- əlin barmağına ,5-tispağayabənzər, 6-qayıdan,7-səkkizvari, 8-ayağın baş barmağına 9- baş sarğısı, 10-göz sarğısı, 11 aralığa,12-süd vəzisinə sarğı,13-Dezo sarğısı,14- bir qasıq nahiyyəsinə sarğı,
15- hər iki qasıq nahiyyəsinə sarğı.

ri sarğı qoyula bilər. Qol dirsəkdən bir qədər bükülür. Sarğını oynağa yaxın bazuya bir neçə bərkidiy i dairəvi dolaqla başlayırlar və tədricən dirsəyə sonra saidə keçib orada dairəvi dolaqlarla sarğını qurtarırlar.

Ayaq pəncəsində yalnız 1-ci barmaq ayrıca sarınır. Sarğını topuq nahiyyəsində bərkitməklə başlayırlar. Sonra bint ayağın üstündən barmaqların ucuna qədər aparılır. Bu dövrə barmaqda spiralvari qalxan sarğı ilə barmaq əsasını örtür. Sonra binti barmaqların arasından, ayağın üstündən çıxarıb baldıra bərkidirlər. Ayaq pəncəsinin tam bağlanması çox sadə sarğı ilə yerinə yetirilə bilər. Binti baldırın ətrafına bərkitdikdən sonra pəncəni bir neçə sirkulyar dövrələrlə dabandan barmaqlara qədər sarayırlar. Diz oynağına uzaqlaşan sarğı qoymaq daha yaxşıdır.

Döş qəfəsinə sarğıların qoyulması. Döş qəfəsinə qoyulan ən sadə sarğı spiralvari sarğıdır. 1,5 m uzunluğunda bint parçasını ciyinin üstündən aşağıya salırlar. Döş qəfəsindən aşağıdan –yuxarıya qoltuqaltı çuxura qədər, bağlayıcı bintin üstündən spiralvari sarğı qoyulur. Sonra bağlayıcı binti digər ciyinin üstündən bağlayırlar. Bağlayıcı bint spiral sarğını möhkəm saxlayır, onu sürüsməyə qoymur.

Döş qəfəsinin dəlib keçən yaralanmalarında ilk yardım açıq pnevmotoraksın qapalı edilməsinə istiqamətlənir. Bu məqsədlə yara nahiyyəsinə hermetik aseptik sarğı qoyulur. Bunun üçün leykoplastrdan (yaraya kirəmit şəklində qoyulmaqla), və ya fərdi sarğı zərfinin rezin qatından istifadə edilir və üstdən pambıqlı-tənzif sarğı bağlanılır.

Ciyin qurşağıını və bazunun başını döş qəfəsinə fiksə edən sarğılardan geniş yayılanı Dezo sarğısıdır. Bu sarğıdan bazu və körpüçük sümüklərinin sınıqlarında,

bazu oynağının çıxıqlarını yerinə saldıqlan sonra ilk yardım göstərmək üçün istifadə edilir. Sarğı qoymazdan əvvəl qolu düz bucaq altında dirsək oynağında bükürlər, qoltuqaltı çuxura pambıq yumağı qoyulur. Bir neçə dairəvi dövrələrlə bazunu döş qə-

fəsinə fiksə edirlər. Bintin istiqaməti sağlam tərəfdən sarınan tərəfə doğru olur. Sonrakı dövrə sağlam tərefin qoltuqaltı çuxurundan, döş qəfəsinin öündən, xəstə ciyinin üstündən salınıb arxadan bint, dirsəyin altına, sonra ona dolanıb sağlam tərefin qoltuqaltı nahiyyəsinə keçir. Arxadan binti xəstə ciyin üstündən eninə aparıb oradan aşırıb və dirsəyin altına keçirib oradan isə ciyinin eni ilə çəpinə yuxarı və qoltuğun altı ilə döş qəfəsinin ön səthinə çıxarırlar. Sonralar çəp dolaqları ciyin qurşağıını tam fiksə etmək üçün bir neçə dəfə təkrar edirlər.

Qasığın bir və ya hər iki nahiyyəsinə sarğıının qoyulması göstərilən şəkildə öz əksini tapmışdır (şəkil 57).

Aralığın zədələnmələrində isə şəkildə göstərilən kimi səkizvari sarğı qoyular.

MƏŞĞƏLƏ 20

Desmurgiya. Nəqliyyat immobilizasiyası. (3-cü qoşa saat)

Travmanın baş vermə şəraiti və yerindən asılı olmayaraq zərərçəkənə təcili və düzgün yardım göstərmək və onu tez müalicə müəssisəsinə göndərmək tələb olunur. Bu məqsədlə hadisə yərində sümük sınıqları, geniş yaralanmalar və yanıqlarla müşaiyət olunan bütün xəsarətlər zamanı bədənin müxtəlif nahiyyələrinin immobilizasiyası məsələhət görülür.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələri immobilizasiya vasitələri ilə tanış etmək və sümük sınıqları zamanı immobilizasiya qaydalarını öyrətmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ :Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:.

1. Nəqliyyat immobilizasiyası və immobilizasiya vasitələri.
2. Immobilizasiyanın növləri.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: xərək, müxtəlif şinalar, taxta parçası, bint, tənzif.

Sınıqlar zamanı ilk yardım zədələnmiş ətrafin immobilizasiyasına (hərəkətsizləşdirilməsinə) əsaslanır. Xəstə daşınmazdan əvvəl bədənin əzilmiş hissəsində sakitlik yaratmaq, ağrını azaltmaq və sümük uclarının toxumaları, əsasən damarları və sinir köklərini sonradan zədələmək təhlükəsini aradan götürmək, eləcədə travmatik şokun profilaktikası məqsədilə immobilizasiya tətbiq edilir. Immobilizasiyanın aşağıdakı növləri vardır:

1. Sadə immobilizasiya – bu zaman xəstənin bədənin sağlam hissələrindən istifadə olunur. Məsələn, xəstənin zədəli ayağı sağlam ayağına və ya qolu bədəninə bintlə bağlanır.

2. Əl altındaki əşyalarla immobilizasiya-bu zaman immobilizasiya məqsədilə sınan ətrafdan nisbətən uzun olmaq şərtilə faner, karton, taxta parçası, saman və ya qamış bağlaması, ağaç budağı, çubuq, talaşa, dəmir, silah, xızək və s. istifadə olunur. Sınan əlin hərəkətsizliyini təmin etməkdən ötrü hətta bükülmüş qəzet və jurnallardan istifadə etmək mümkündür. Soyuq iqlim şəraitində bu məqsədlə metallardan istifadə etmək yolverilməzdir. (şəkil 58-59).

3. Şinalarla immobilizasiya- bu zaman qabaqcadan zavodlar da hazırlanmış xüsusi şinalardan istifadə olunur. Daha təkmilləşmiş və müasir şinalar, metallik və plastmas lövhələrdən hazırlanın məftil- Kramer şinalarıdır. Bunlardan başqa Braun, Qolubev, Diterixs və Filberq şinaları da mövcuddur (şəkil 60).

Çox vaxt ətrafin immobilizasiyası zamanı məftildən düzəldilmiş nərdivana bənzər Kramier şinalarından istifadə olunur. Bu şinaları qatlamaqla onlara asanlıqla istənilən formanı vermək olur və bir-birinə bərkidib istənilən uzunluqda düzəltmək mümkündür. Şinanı zərərçəkənin sağlam ətrafına görə düzəldir, bir neçə qat bint və pambıq qoyduqdan sonra bintlə sariyırlar. Kramer şinasından ətrafların hər cür siniğində istifadə etmək olar (şəkil 61).

Bud sümüyü sindiqda isə həmin qıcı təsbit etmək üçün Diterixs şinası daha münasibdir. O iki taxta şitdən ibarətdir. Bunlardan



Şəkil 58. Bükülmüş jurnalla saidin immobilizasiyası

lən taxta ilə birləşdirib, aşağı hissədən bir-birinə iplə bağlayır və burmacla tarım çəkirlər (Şəkil 62). Beləliklə, bud sümüyünün sıniği zamanı immobilizasiya məqsədi ilə üç oynaq -bud-çanaq, diz və aşiq-daban oynaqlarını təsbit etmək lazımdır.

Immobilizasiya zamanı aşağıdakı qaydaları gözləmək vacibdir:



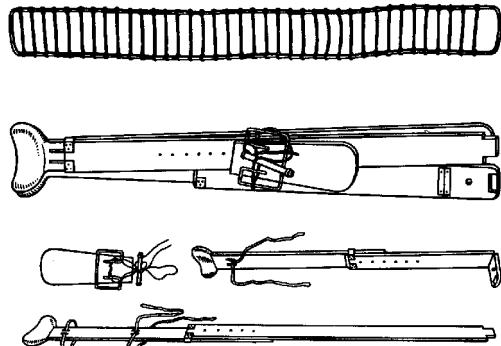
Şəkil 59. Parça ilə qolun gövdəyə bağlanması

birini (uzununu) qoltuqdan başlayıb ayağa qədər bədənin bayır tərəfindən, digərini isə qasıqdan başlayıb içəri tərəfdən qoyurlar. Xəstəni daşıdıqda qoltuğun və qasığın sürtülməməsi üçün hər iki şitin başına manjet şəklində pambıq sarıyırlar. Şitlər iki hissədən ibarət olduğu üçün şinanı istənilən uzunluqda qurmaq mümkündür. Şitlərin ucları pəncədən 10-15 sm.uzun olur və bu hissəni köndə-

- Etibarlı immobilizasiyaya nail olmaq üçün ən azı iki oynağı – şinan yerdən yuxarıdakı və aşağıdakı oynağı hərəkətsizləşdirmək lazımdır. Ona görə də şinalar seçilərkən onların uzunluqlarını nəzərə almaq lazımdır;

- Şinanı qoymazdan əvvəl dəri üzərinə pambıq və ya yumşaq parça qoyulması məsləhətdir. Şinanı zərərçəkənin paltarının üstündən qoyulması daha məsləhətdir;

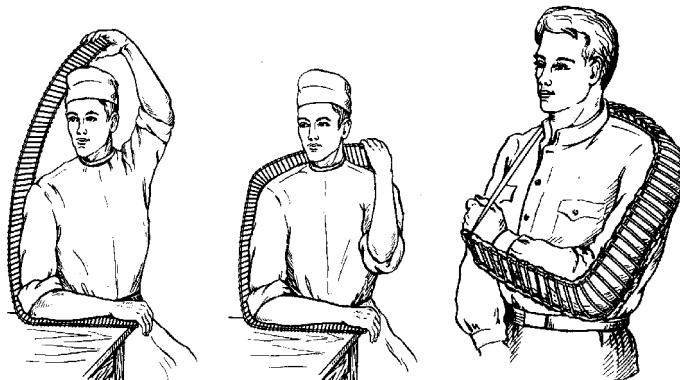
- Şinaları çox böyük ehtiyatla qoymaq lazımdır ki, sümüklərin cüzi yerdəyişməsi zamanı zərərçəkən əlavə xəsarət almasın;



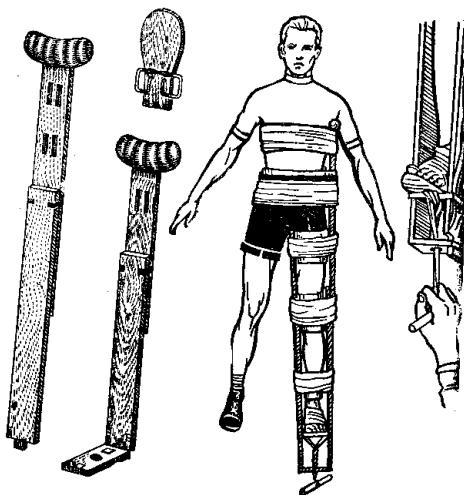
Şəkil 60. Şinaların növləri (Kramer və Diterixs şinaları)

- Hərəkətsizləşdirmə həm möhkəm həm də asan və sadə olmalıdır.

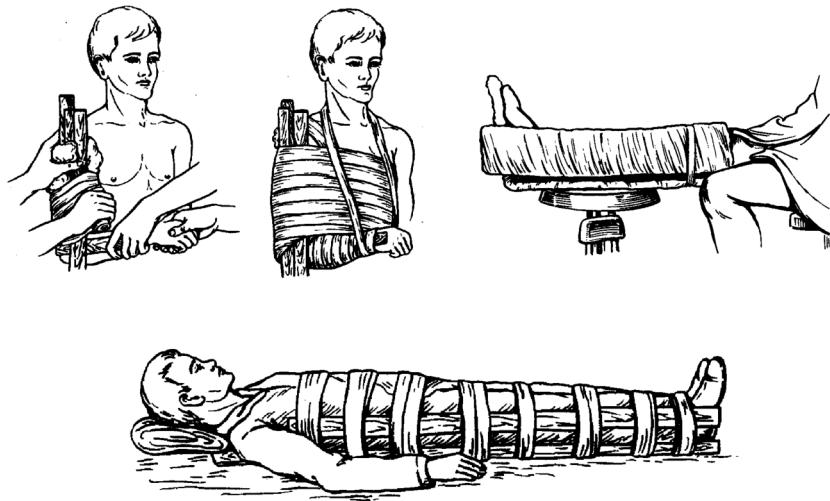
Onurğanın zədələnmələri son dərəcə ağır travmadır və bu zaman düzgün göstərilməyən ilk yardım xəstənin ölümü ilə nəticələnə bilər. Bu zamanı xəstəni arxası və ya üzü üstə sərt xərəyə, taxta və ya qapı üzərində uzatmaq lazımdır. Xəstəni müayinə etmək üçün oturtmaq, ayağa qaldırmaq, bir böyrü ustədən digər böyrü üstünə çevirmək olmaz. Onu müalicə müəssisəsinə çox ehtiyatla aparmaq lazımdır ki, fəqərələrin əlavə yerdəyişməsi ol-



Şəkil 61. Kramer şinalarının qoyulması.



Şəkil 62. Diterixs şinasının qoyulması.



Şəkil 63. Bazu, baldır və bud sümükləri sınıqları zamanı immobilizasiya

masın və beləliklə də onurğa beyninin, onun koklərinin, qışasının tamlığı pozulmasın (şəkil 63).

Çanağın zədələnmələri zamanı xəstə arxası üstə xərəyə uzadılır, ayaqlar dizdən və bud-çanaq oynağından bükülür, altına mütəkkə qoyulur-qurbağa vəziyyəti verilir. Xəstə maşına düzgün qoyulub xəstəxanaya çatdırılır.

MƏŞĞƏLƏ 21

Ağrısızlaşdırma.

Tibbi köçürmənin mərhələlərində reanimasiya.

Ağrısızlaşdırma dedikdə orqanizmədən ağrı hissinin götürülməsi üçün tətbiq edilən kompleks tədbirlərin məcmuyu başa düşülür. Ağrısızlaşdırmanın ümumi, yerli və qarışiq növləri vardır. Ağrı və onun fəsadları ilə mübarizə aparan tibb bölməsi anesteziologiya adlanır. Anesteziologiya, orqanizmin sənən funksiyalarının bərpası, can verən adamın yenidən həyata qaytarılması ilə məşğul olan reanimasiya ilə six surətdə əlaqədardır.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələri ağrısızlaşdırıcı maddələr, narkoz maskaları, narkoz cihazları ilə tanış etmək, onlara ağrısızlaşdırıcı maddələrin yararlığının təyin edilməsi, ağrısızlaşdırma və blokadalar üçün novokain məhlullarının hazırlanması qaydalarını öyrətmək, uşaq və yaşılların reanimasiya xüsusiyyətlərini mənimsətmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar həcmində hazırlaşmalıdır:

1. Ağrısızlaşdırma və onun növləri haqqında anlayış.
2. Ağrısızlaşdırıcı maddələr və onların yararlığının təyini.
3. Narkoz maskaları və narkoz cihazları.
4. Tibbi köçürmənin mərhələlərində reanimasiya, ağ ciyərlərin süni ventilyasiyası, ürək massajı, CD diskleri və internet resursları.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: Müxtəlif ölçülü

burun -boğaz maskaları, ağız genişlendiricisi, dil tutan, hava daxiledən boru, intubasiya boruları, larinqoskop, şprislər, leykop-lastr, efir, xloroform məhlulu, göy lakmus kağızı.

Hal-hazırda heç bir cərrahi əməliyyat qabaqcadan ağrı hissi götürülmədən icra olunmur. Bu məqsədlə ağrısızlaşdırma tətbiq edilir.

Ağrısızlaşdırmanı həyata keçirmək üçün müxtəlif narkotik maddələr və anestetiklər (keyidicilər) mövcuddur. Geniş tətbiq edilən narkotik maddələrə aşağıdakılardır:

1. Efir-rəngsiz, şəffaf maye olub, xüsusi qoxuya və dada malikdir. Asanlıqla buxarlanır. Narıncı rəngli 100ml-lik şüşə flakonlarda buraxılır, maye şəklində olan narkotik maddədir.
2. Xloroform- şəffaf, rəngsiz mayedir işiqda parçalanır. 50 ml-lik narıncı rəngli şüşə flakonlarda buraxılır. Maye halında in-halyasion narkoz üçün istifadə olunur.
3. Xloretil –rəngsiz, özünəməxsus iyi vardır və uçucudur. 20 ml-lik ampullarda buraxılır. Yerli anesteziyada istifadə edilir.
4. Ftorotan- xoşagələn iyi olan, rəngsiz mayedir. Narıncı rəngli flakonlarda buraxılır. Efirdən güclüdür, verildikdən 1-2 dəqiqə dərhal sonra narkoz başlayır.
5. Şadlandırıcı qaz- azot bir oksid, polad balonlarda saxlanılır. Oksigenlə 4:1 nisbətində qarışdırılırlaraq istifadə olunur.
6. Heksenal, tiopental-natrium, oksibutirat natrium, sombrevin, ketamin və s.- vena daxili narkoz üçün işlədilən dərmanlardır.
7. Novokain, lidokain, ksikain, sovkain, dikain, trimekain, benkain–yerli anesteziya məqsədilə işlədilən dərman preparatlarıdır.

Narkoz üçün istifadə olunan dərmanların saxlama müddəti qurtardıqdan sonra onların işlədilməsi qəti qadağan olunur. Dərman işlədilməzdən əvvəl dərmanın üzərindəki yazını diqqətlə oxumalı və dərmanın xarici görünüşünə (rənginə, iyinə, şəffaflığını, eynicinsliliyinə və s.) dərmanın olduğu ampul və ya flakonun ağızının açılığına nəzər yetirirlər. Azacıq şübhə oyadan dər-

manlar narkoz zamanı işlədirilə bilməz.

Bəzi dərmanların yuxarıda söylənən kriterilərinin istifadə üçün uyğun olduğuna baxmayaraq onların yararlığını təyin etmək lazım gəlir. Məsələn: Efiri işlətməzdən əvvəl onun yararlı olması aşağıdakı sınaqlarla müəyyən edilir:

- Filtr kağızı üzərindən buxarlandırdıqda efir qoxusu hiss olunmamalıdır.

- Şüşə üzərindən buxarlandırdan sonra yerdə qalan çöküntü turş reaksiyalı olmamalıdır. Belə ki, həmin çöküntünü suda həll edib, alınmış məhlulda göy lakmus kağızını islatdıqda qızartı əmələ gəlməməli və ya rəngsizləşməlidir.

- Xloroform üçün də yararlılıq aşağıdakı kimi təyin olunur:

- Filtr kağızı üzərindən buxarlandırdıqdan sonra qoxu hiss olunmamalıdır.

- Xloroformla isladılmış göy lakmus kağızı qızarmamalıdır.

Yerli anesteziyada keyləşdirici maddə kimi ən çox istifadə olunan novokain təhlükəsiz və az toksikliyinə görə əvəzedilməz dərman preparatıdır. Novokainin 0,25-0,5 5%-li məhlularından yerli keyitmədə, 1-2%-li məhlularından nəqledici anesteziyada 2%-li məhlulundan peridural, 5%-li məhlulundan onurğa beyni keyləşməsində istifadə olunur. Novokainin steril məhlulu operasiyadan əvvəlki otaqda saxlanılır. Flakonun üzərinə «Novokain məhlulu» yazılmış və məhlulun qatılığı və hazırlanma tarixi göstərilmiş etiket yapışdırılır. Novokaini istifadə edərkən tibb bacısı və həkim mütləq etiketi yoxlamalı və onun başqa məhlul deyil məhz novokain olduğuna əmin olmalıdır. Yerli anesteziya üçün balaca steril masa ayrılır, onun üzərinə müxtəlif həcmli şprislər qoyulur. Təzə steril olunmuş (2 sutkadan çox keçməməlidir) novokain məhlulu şəffaf olub, etiketi aydın yazılmış olmalıdır. Yazısını ucadan oxumaq lazımdır. Məhlulun ilk damcılarını ləyənə töküb sonra şpris doldurulur.

Novokain blokadası novokainin sinir düyünlərinin təcrlədedici

təsirinə, onun təsiri ilə saya əzələlərin spazminin azalmasına, ağrını kəsmək xassəsinə əsaslanır.

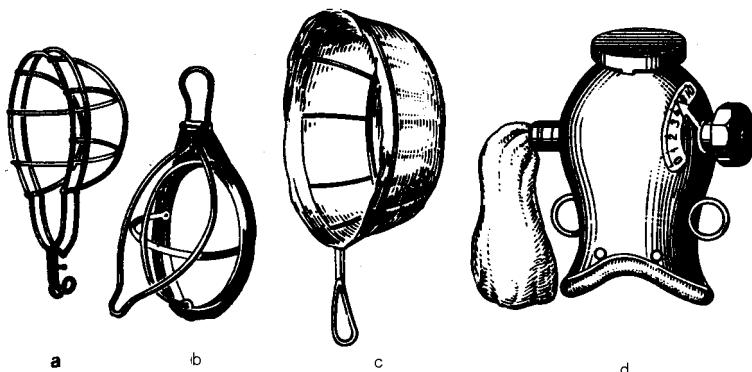
Novokain blokadası üçün tibb bacıs 20 ml-lik şpris, uzun və qısa iynələr, salfetka, tampon, habelə 200-250 ml 0,25-0,5%-li novokain məhlulu, dərini silmək üçün spirt və yod hazırlanır.

Yerli anesteziyada istifadə olunan novokain üçün işlədirilən şprislər, iynələr və qablar ayrıca sterilizasiya olunmalıdır. Çünkü bütün alətlərin sterilizasiyasında istifadə olunan soda məhlulu novokaini inaktivləşdirir.

A.V.Vişnevski keyitmək məqsədi ilə toxumalara yeridilən novokain məhlulunun yaxşı müalicəvi effekt - toxumalarda iltihab əleyhinə və orqanların pozulmuş fəaliyyətini normallaşdırıcı təsir də göstərməsinə diqqət yetirmışdır. Bu isə sinir köklərinə novokain blokadası edilməklə alınır. Bunun üçün 10 qramlıq şprisə 0,25 %-li 100-150 ml novokain məhlulu ardıcıl yiğilir və məlum texnika ilə müvafiq nahiylərə yeritməklə həyata keçirilir. İstifadə olunmadan qabaq novokain məhlulu bədən temperaturuna qədər(36-37° S) qızdırılmalıdır.

Ağrısızlaşdırmanın ən geniş yayılmış növü narkozdur. Son illər narkoz xüsusi cihazlar vasitəsilə verilir. Bu cihazlar narkotik maddələri dozalaşdırmağa və orqanizmə oksigen və karbon qazının daxil olmasını tənzim etməyə imkan verir. Xəstənin traxeyasında intubasion borunun olması dilin qatlanması, ağız suyu və qusunu kütləsinin nəfəs yoluna düşə bilməsi kimi ağırlaşmaların qarşısını alır.

Narkozun meydana gəldiyi dövrdən başlayaraq bu vaxta qədər çoxlu miqdarda narkoz cişazları və maskaları təklif olunmuşdur. Hazırda onlardan çoxu cərrahi praktikada tətbiq olunmayıb yalnız tarixi nöqteyi-nəzərdən əhəmiyyətlidirlər. Bunlara məftil karkasda hazırlanmış sadə quruluşlu Esmarx və Şimmelbuş maskası, metallik rezervuarı olan Sadovenko maskası və s.aiddir (şəkil64). Esmarx maskası nazik alüminium məftildən hazırlanır, armudşəkilli olur, biri digərinə keçən halqadan ibarətdir. Bu halqa-



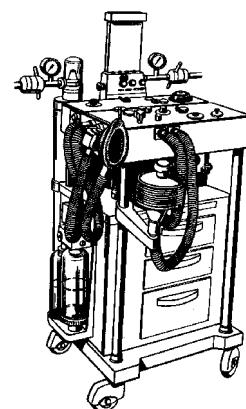
Şəkil 64. Maskaların növləri. a)Esmarx, b)Şimmelbuş c)Jeyar, d)Sadovenko.

ların arasına tənzif keçirilir, narkotik maddə tənzifin üzərinə damcılanır. Xəstə burun və ağız nahiyyəsinə qoyulan maskanın altından nəfəs alır.

Xəstənin üz dərisini narkotik maddənin yandırmaması üçün xüsusi salfetka qoyularaq burun və göz yeri açılır. Bəzən xəstənin üzünə məlhəm yaxılır.

Şimmelbuş maskası dairəvi şəkildə olur. Onun karkasında nov olduğu üçün maye halında olan narkotik dərmanlar xəstənin üzünə tökülmür. Bu maskaların tənziflərinin dəyişdirilməsi və sterilizasiyası çox sadədir.

Hazırda maska narkozundan az istifadə olunur. Geniş tətbiq olunan narkoz aparatları bunlardır: A-27, AH-1, UN-1, UNAP-2, polinarkon və s. Konstruktiv xüsusiyyətlərinin fərqli olmasına baxmayaraq bütün cihazların əsas hissələri eynidir: reduktoru olan balon, dozimetri, buxarlandırıcı və tənəffüs sistemi (Şəkil 65). Endo-

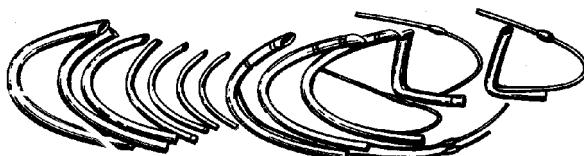


Şəkil 65. Müasir narkoz aparatının ümumi görünüşü

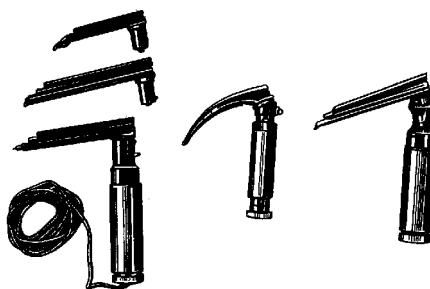
traxeal narkoz üçün bundan əlavə tənəffüs yollarından və ağız boşluğunundan selik və başqa ifraz olunan mayeləri sormaq üçün elektrik sorucusu, oksigen balonu və balon reduktoru (manometr) da tələb olunur.

Aparat narkozu zamanı istifadə olunan üz maskaları xəstənin yaşı nəzərə alınmaqla müxtəlif ölçülərdə hazırlanır (ağız və burunu germetik örtməkdən ötrü). İntubasiya borularının da ölçüləri müxtəlifdir. (№00-dan №12-yə dək) (şəkil 66). Larinqoskop vasitəsi ilə intubasiya borusu traxeyaya qoyulur (şəkil 67).

Narkozun verilməsi zamanı bir sıra ağırlaşmalara təsadüf edilir. Bunlardan ən çox rast gəlinəni və xəstənin həyatı üçün təhlükə yaradən dilin qatlanması zamanı baş verən asfiksiya, tənəffüsün dayanması, tənəffüs mərkəzinin iflici, ürək fəaliyyətinin pozulması və qusunu kütləsinin aspirasiyasıdır. Bu ağırlaşmaların baş verməməsi üçün bir sıra praktik vərdişləri bilmək vacibdir.

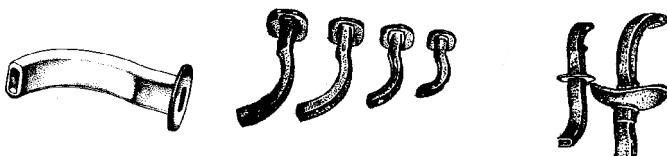


Şəkil 67. İntubasiya boruları (manjetli və manjetsiz)

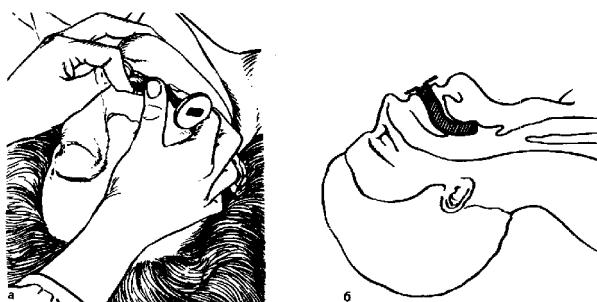


Şəkil 68. Müxtəliv pazlı larinqoskop.

Dilin qatlanması zamanı asfiksiya. Dərin narkoz zamanı xəstə arxası üstə uzandıqda dil sallanıb udlağın arxa divarına yapışa bilər. Nəfəs verdikdə dil öne itələnir, sonra yenidən qatlanıb qırṭlağın yolunu tutur və tənəffüs aktını pozur. Bu zaman ağıza hava daxil edən cihaz qoyduqda(şəkil 68), alt çənəni əl ilə tutduqda bu ağırlaşmanın qarşısı asanlıqla alınır. Hava daxil edən cihaz rezindən və metallik borudan ibarətdir. Bundan istifadə edərkən onu ağıza daxil edib dil ilə qırṭlağın arxa divarı arasına yerləşdirirlər (şəkil 69). Bunun sayəsində qırṭlağa yol açıq qalır. Səthi narkoz zamanı hava daxiledəndən istifadə edildikdə bu, selikli qişanı qıcıqlandıraraq səs dəliyini reflektor olaraq spazmasına səbəb ola bilər. Dil qatlandıqda sianoz, nəbzin sürətlənməsi, boyun venalarının şisməsi, tənəffüsün çətinləşməsi, qanın tünd rəng alması,kimi əlamətlər meydana çıxır, bu zaman başı təcili yana çevirməklə ağız boşluğun ağızgenişləndirən keçirib onu açmaq və dilini diltutan və ya nəm tənziflə tutub dartmaq lazımdır.



Şəkil 68. Adi və ikili havadaxiledən borular.



Şəkil 69. Havadaxiledilənin qoyulması texnikası

Tənəffüsün dayanması və tənəffüs mərkəzinin iflici zamanı isə sianoz, zəif dolğunluqlu nəbz, səthi tənəffüs, göz bəbəklərinin genişlənməsi, onların işığa reaksiyasının olmaması, tənəffüsün dayanması kimi əlamətlərlə özünü göstərir. Bu zaman narkozu dayandırmaq, süni tənəffüs vermək və tənəffüs bərpa olunanadək süni tənəffüsü davam etdirmək lazımdır.

Ürək fəaliyyəti pozulduqda isə xəstənin üzünün rəngi avazlıyır, soyuq tərlə örtülür, göz bəbəkləri genişlənir, arterial təzyiq aşağı düşür. Bu zaman narkoz dayandırılmalıdır və ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasını oksigenlə gücləndirmək və ürəyin qapalı massajına başlamaq lazımdır.

Ürək-ağ ciyər reanimasiyası zamanı kobud edilən xarici masaj müxtəlif ağırlaşmalara- ağ ciyərin, ürəyin zədələnməsi ilə nəticələnən qabırğa sınıqlarına, xəncərvəri çıxıntıya güclü təsir etdiqdə mədənin və qara ciyərin parçalanmasına səbəb olur. Ona görə də uşaqlar və qocalarda xüsusilə ehtiyatlı olmaq lazımdır.

Fövqəladə hallarda xəstənin ürək fəaliyyəti bərpa olduqdan sonra köçürmənin mərhələlərində reanimasion tədbirləri ixtisaslaşdırılmış «təcili yardım » maşınında da davam etdirmək lazımdır. Üfürməklə süni tənəffüsü həyata keçirdikdən sonra xəstəxanalarda, təcili yardım maşınlarında, cimərliklərdə süni tənəffüs üçün bir qədər mürəkkəb cihazlar –respiratorlardan istifadə edirlər (şəkil 70). Yığcam respiratorlar süni tənəffüs vermək üçün rezin körük və maskadan ibarət sadə əl cihazıdır. Belə körük respi-



Şəkil 70. Ağ ciyərlərə süni tənəffüs vermək üçün əl kisəsi-respirator və ondan istifadə edilməsi qaydası.

ratorlar tibbi köçürmənin mərhələlərində də süni tənəffüs üçün əlverişli vasitədir.

Qeyd edilən üsullarla uzun müddət ventilyasiya mümkün deyildir. Bu üsullardan yalnız ilk yardım göstərmək məqsədilə və xəstəni daşlıqda istifadə etmək olar. Buna görə də reanimasiyanı kəsmədən – ürəyin massajı, süni tənəffüs –mükün olan bütün vasitələrdən istifadə edib təcili yardım çağırmaq və ya xəstəni ixtisaslaşdırılmış müalicə ocağına aparmaq lazımdır.

Süni tənəffüsün daha effektli vasitəsi cihazlardır. Cihazların tətbiqi zamanı nəfəsalma və nəfəsvermə avtomatik icra olunur. Bu cihazlar bir neçə aya qədər (sərbəst tənəffüs bərpa olanaqda) süni tənəffüs verməyə imkan yaradır. Bu halda dilin qatlanması və mədə möhtəviyyatının ağ ciyərlərə tökülməsi qorxusu yaranmır. 3-4 gündən artıq süni tənəffüs vermək lazımlı gəldikdə xəstəyə tracheostoma edilir. Uzun müddətə aparata qoşulmuş xəstələri 18-20°S temperaturlu otağa yerləşdirmək, otağın yalnız yaş təmizlənməsini aparmaq, yataq ağlarını vaxtında dəyişdirmək bədənin temperaturuna, nəbz və arterial təzyiqə müntəzəm nəzarət etmək, xəstənin qidalanmasına diqqət yetirmək, dəri örtüyünə (yataq yaralarının profilaktikası üçün), ağız boşluğununa və s.qulluq etmək lazımdır.

MƏŞĞƏLƏ 22

Qanaxma. Qan və qanəvəzedicilərin köçürülməsi.

Qanın damarlardan kənara çıxmasına qanaxma deyilir. Qanaxma orqanızm üçün olduqca təhlükəli bir haldır. Çünkü, qan orqanızm üçün vacib, daxili mühiti tənzimləyən bir toxumadır. Kəskin qanitirmələr zamanı kəskin qanazlığı əmələ gəlir ki, bu zaman dəri örtüyü və selikli qişalar avazıyr, gözlər çuxura batır, A/T düşür, nəbz sürətlənir, tənəffüs tezləşir, gözlərin qaralması, ürəkbulanma, bəzən də qusma olur. Ölüm oksigen acliği və tə-

nəffüs mərkəzinin iflici ilə əlaqədar ürək fəaliyyətinin dayanması nəticəsində baş verir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Qanaxmanın növündən, zədələ-nən damarın lokalizasiyasından, zədənin baş vermə şəraitindən, və xəstənin vəziyyətindən asılı olaraq ilk yardımın təşkil edilməsi və qanaxmanın optimal yolla dayandırılmasını öyrənmək. Bu zaman insanın qan damar sistemi ilə tələbələri qısaca tanış etdikdən sonra, barmaqla sıxılacaq nöqtələri, turna, burmac qoyulacaq yerləri göstərmək lazımdır. Sonra qanaxmanı dayandıran üsullardan danışaraq, həmin üsulları tələbələrdən birinin üzərində göstərmək lazımdır. Məşğələ elə təşkil olunmalıdır ki, tələbələrin hər biri tövsiyə edilən üsulların hər hansı biri ilə qanı müvəqqəti saxlamağı öyrənsin.

Qan qruplarının təyini üçün lazım olan vasitələrlə tanış olmaq, standart zərdabları öyrənmək və qrupların təyin etmək metodikasına yiyələnmək.

Qan köçürmək üçün lazım olan sistemin doldurulması vərdiş-lərini mənimsemətmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar həcmində hazırlaşmalıdır:

1. Qanaxmaların təyini, onların növləri, xarakteristikası,
 2. Orqanizmdə qanın əhəmiyyəti. Qanitirmənin təhlükəliliyi.
 3. Qanaxmanın müvəqqəti və daimi saxlanma üsulları. Uşaq-larda qanaxmanın saxlanması xüsusiyyətləri.
 4. Qan və qan əvəzediciləri, qanın preparatları, qanın kompon-entləri.
 5. Donorluq xidməti, qan qrupları haqqında anlayış.
 6. Qanköçürməyə hazırlıq, qanköçürmənin üsulları.
 7. Qanın və qan əvəzedicilərin köçürülməsi, baş verəcək ağır-laşmaların profilaktikası və onlarla mübarizə.
- MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT:** bint, tənzif, turna, esmarx kəməri, parça, burğu üçün taxta, farfor kasa, 2 və 3-cü qrup standart zərdablar, fizioloji məhlul, 2 pipet, əşya şüəsi, şüə çubuq, Frank iynəsi, spirt, efir, yod, pambıq, qan köçürmə sistemi, CD diskleri və internet resursları.

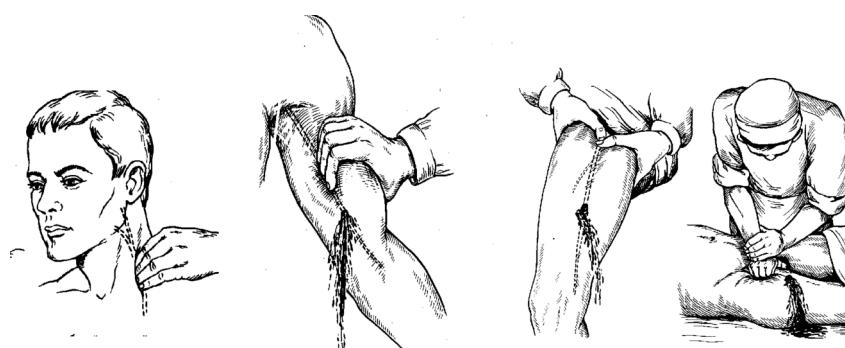
Qanaxmanı müvəqqəti dayandırmaqda məqsəd sürətli qanaxmanın qarşısını almaq, xəstəni hadisə yerindən xəstəxanaya göndərmək üçün vaxt əldə etməkdən ibarətdir. Qanaxmanı müvəqqəti dayandırmaq üçün bir neçə üsul mövcuddur. Bunlara sümüklər üzərində olan vena və kiçik arteriyaların zədələnmələri zamanı ətrafları yuxarı qaldırılması (Şəkil 71), təzyiqedici sarğıların qoyulması (Şəkil 72), damarın müşaiyət olunduğu sümüyə barmaqla sıxlaması (məsələn, yuxu arteriyasından qanaxma olduqda onu döş-körpük-məməməyəbənzər əzələnin içəri tərəfindən



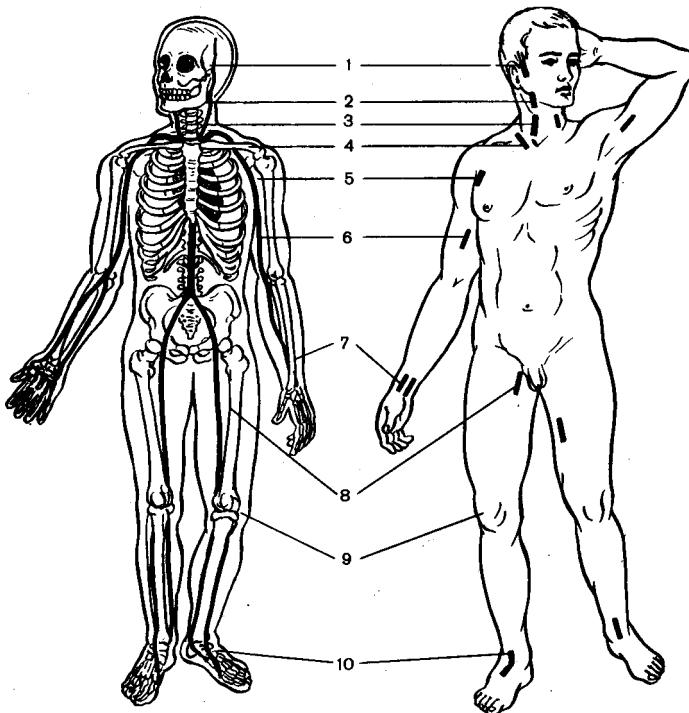
Şəkil 71. Ətrafin yuxarı qaldırılması.



Şəkil 72. Sıxıcı sarğıların qoyulması.



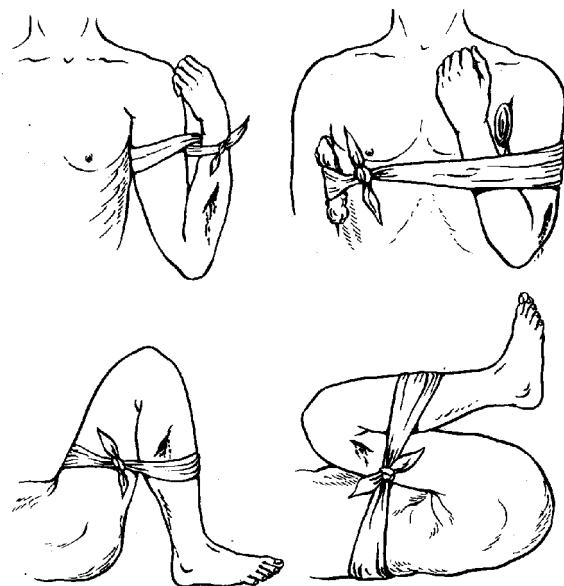
Şəkil 73. Barmağı sıxmaqla qanaxmanın dayandırılması.



Şəkil 73a. Magistral arteriyaların sıxılma nöqtələri.

VI boyun fəqərəsinin köndələn çıxıntısına sıxırlar) (şəkil 73, 73a), dizaltı, bazu və bud arteriyalarının zədələnmələri zamanı müvafiq olaraq ətrafin oynaqlarda bükülməsi və fiksə olunması (şəkil 74), damarın yarada sıxılması, yaranın tamponlanması, tur-naların qoyulması (şəkil 75) və kəmərlərin bağlanması (şəkil 76) aiddir.

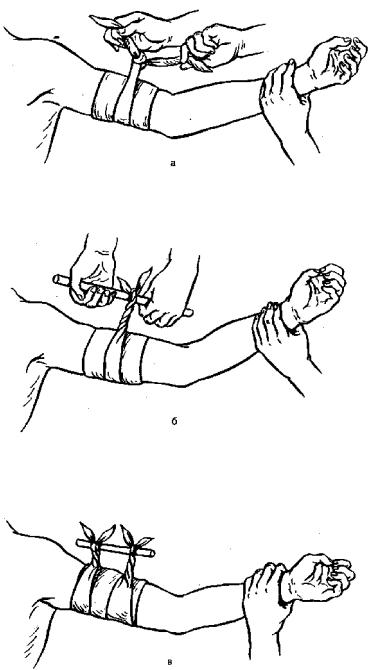
Ətrafların zədələnməsində qanaxmani müvəqqəti dayandırmaq üçün ən etibarlı vasitə turnaların qoyulmasıdır. Bunun üçün xüsusi hazırlanmış kəmərlərdən və ya parçadan hazırlanmış burmadan istifadə edilir. Kəmərlər yumşaq toxumaları qan damarları ilə bir yerdə sümüyü dairəvi şəkildə sıxırlar (şəkil 74). Kəmər və burmaları qoyarkən aşağıdakı qaydalara əməl etmək tələb olunur.



Şəkil 74. Ətrafların maksimum bükülməsi ilə qanaxmaların dayandırılması.

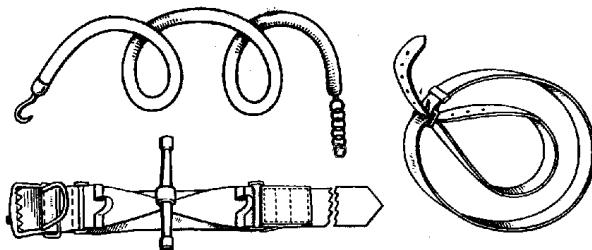
- Kəmər yaradan 5-7 sm. yuxarı(mərkəzə doğru) qoyulmalıdır;
- Kəmər qoyulmadan əvvəl ətraf yuxarı qaldırılmalıdır;
- Kəməri bədənin çılpaq nahiyyəsinə qoymaq olmaz. Bədənin açıq səthinin kəmər dolaqları arasında əzilməməsindən ötrü kəmərin qoyıldığı yerə əvvəlcədən bint, paltar hissəsi və ya dəsmal bağlanılır. 1-ci kəmər dolağı çox tarım çəkilməli, sonrakı dolaqlar isə nisbətən boş bağlanmalıdır.

Kəməri yalnız qanaxma dayanana qədər sıxmaq lazımdır. Möhkəm sıxılmaya nail olmaq üçün bağlanmış kəmərin arasına 20-25 sm. uzunluqda sərt çubuq qoyulur və qanaxma dayanana qədər burulur (şəkil 78) Kəmərin dolaqlarından birinin arasına isə kəmərin bağlandığı vaxtı göstərən kağız qoyulur ki, kəmərin vaxtında açılıb bağlanması nəzarət etmək mümkün olsun. Kəmər düzgün qoyulduğda ətrafin kəmərdən aşağıda qalan hissəsi solğunlaşır, nəbz itir və qanaxma dayanır;



Şəkil 75. Arterial qanaxmaların burmalarla dayandırılması.

kəndir, burun dəsmali, yaylıq, şarf və s. istifadə edilir. Boyun damarlarının qanaxmaları zamanı əks tərəfə Kramer şinası əyilmiş vəziyyətdə və ya taxta parçası qoyulur və kəmər bağlanılır (şəkil79).

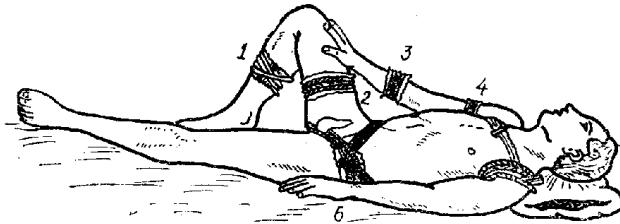


Şəkil 76. Kəmərlərin növləri

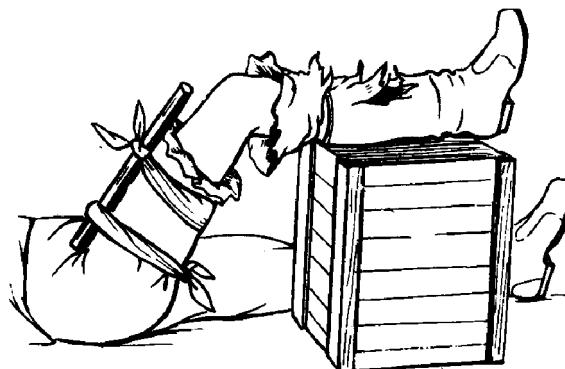
Kəməri qoymazdan əvvəl tələsikliyə yol verməməkdən ötrü qan axan damarı yaranan yuxarıda barmaqla sıxmaq (şəkil 73) ya da ətrafi oynaqda son həddə qədər bükmək lazımdır(şəkil 74).

İsti havalarda kəməri 2 saatadək, soyuq havalarda isə 1 saatadək saxlamaq olar. Bu müddət ərzində bütün tədbirlər görülməlidir ki, zərərçəkən xəstəxanaya çatdırılsın. Əgər bu müddət ərzində xəstə xəstəxanaya çatdırıla bilməzsə onda kəmər boşaldılır, qan axan damar 2-3 dəqiqə müddətində yaranan yuxarıda barmaqla sıxılır və əvvəlki yerindən bir qədər yuxarıda təkrar bağlanır.

Xüsusi kəmər olmadıqda



Şəkil 77. Kəmərin bədənin müxtəlif nahiyyələrinə bağlanması qaydası



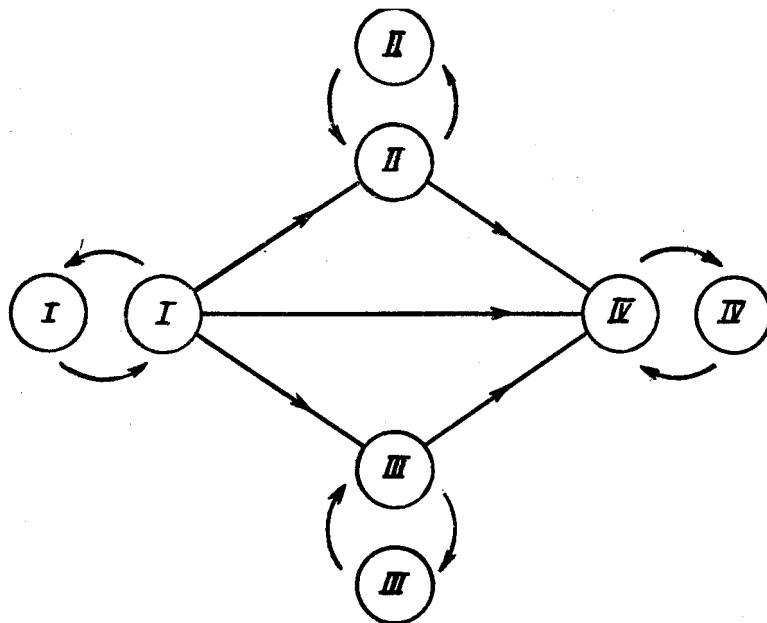
Şəkil 78. Buda burmanın qoyulması.



Şəkil 79. Boyuna kəmərin qoyulması

Venoz qanaxmalarda isə kəmər yaradan ucqara doğru, 6 saat müddətində qoyulur və möhkəm sıxılır. Bu zaman ətraf göyərir, nəbz saxlansa da qanaxma dayanır.

Qanaxma və kəskin qanazlığı ilə mübarizədə ən yaxşı vasitə qan köçürmədir. Qanköçürmə xəstənin (recipientin) qan damarına, başqa admanın (donorun) qanını yeritməyə deyilir. İnsanlarda dörd qan qrupu aşkar edildikdən sonra qanköçürmə mümkün olmuşdur. Təyin olunmuşdur ki, əgər qruplar eynidirsə onda heç bir qorxusu olmadan qan köçürürlə bilər. Hər qrupa şərti olaraq O(I), A(II), B(III), AB(IV) ad verilmişdir. I qrup qanı bütün qruplardan olan xəstələrə, IV qrup qanı isə yalnız IV qrupa malik xəstələrə köçürmək olar. Bununla belə O(I) malik olanlara yalnız O(I) qrup, AB(IV) qrupuna malik olanlara isə bütün qruplardan olan qan köçürürlə bilər.



Şəkil 80. Qan qruplarının uyğunluqlarını göstərən sxem.

Müxtəlif qan qruplarının uyğunluğu şəkil 80-da göstərilmişdir.

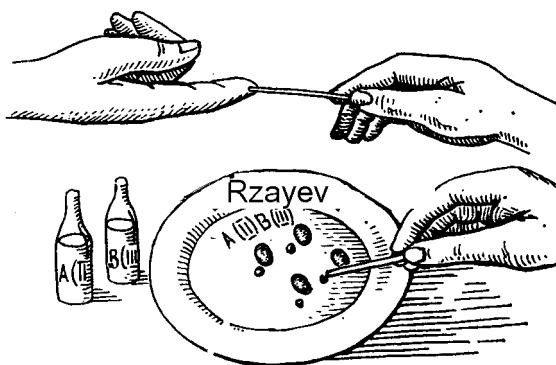
Qan qrupu uyğun gəlməyən hallarda qanköçürmə ağır fəsad-lara və ölümə səbəb olur. Buna görə də qanköçürmədən əvvəl xəstənin və köçürülüən qanın qrupları dəqiq təyin edilməlidir.

Tibbdə qan qupunun düzgün təyin edilməsinin çox böyük əhəmiyyəti vardır. Burada səhvlərə yol verilərsə yuxarıda deyildiyi kimi çox böyük ağırlaşmalara və xəstənin ölümünə səbəb ola bilər. Odur ki, qan qruplarını təyin edərkən lazımi təlimata ciddi riayət etmək lazımdır. Qan qrupu təyin olunan adamın soyadı, adı, atasının adı, aparılmış reaksiyanın nəticəsi və qan qrupu haqqındaki rəy xüsusi jurnalda qeyd olunmalıdır. Bundan başqa qan qrupu xəstənin xəstəlik tarixində və pasportunda da aydın qeyd olunmalıdır. Qan qrupu təyin olunan otaq işıqlı və temperaturu $12-20^{\circ}$ S arasında olmalıdır. Qan qrupları standart serumlar üzrə, ilkin donorlarda və şübhəli hallarda isə standart eritrositlər üzrə təyin edlir.

Qan qruplarının standart serumlarla, yəni qan qrupları qabaqcadan təyin olunmuş insanların qan serumları ilə təyin etməkdən ötrü Mosso üsulundan istifadə olunur. Bu məqsədlə qrupu məçlum olan standart qan zərdablarından (II və III) istifadə olunur. 2 müxtəlif pipet vasitəsilə əşya şüşəsinin bir tərəfinə II qrup, digər tərəfinə isə III qrup qan zərdabı damızdırılır. Zərdab damalarından hərəsinin yanına barmaqdan alınmış qandan bir damla əlavə edilir və zərdabla qarışdırılır. Həmin qarışq əvvəlcə tutqun çəhrayı rəngli bircinsli damla şəklində olur, aqqlütinasiya baş verdiğdə isə 5 dəqiqə ərzində şəffaflaşır və eritrositlərin yapışmasından əmələ gələn nöqtələr aydın görünməyə başlayır (şəkil 81).

Əgər II və III qrup qan zərdablarının müayinə edilən qanla qarışışı aqqlütinasiya(eritrositlərin bir-birinə yapışması) vermir-sə, deməli, müayinə edilən qanın eritrositlərində aqqlütinogen yoxdur, yəçni bu qan birinci qrupa mənsubdur.

III qrup zərdabla(a aqlütinin) aqqlütinasiya baş verirsə, deməli, müayinə olunan qanın eritrositlərində A aqqlütigen vardır,



Şəkil 81. Standart serum ve müayinə olunan qan zərdabının miqdarı.

yəni bu qan ikinci qrupa-II(A) aiddir.

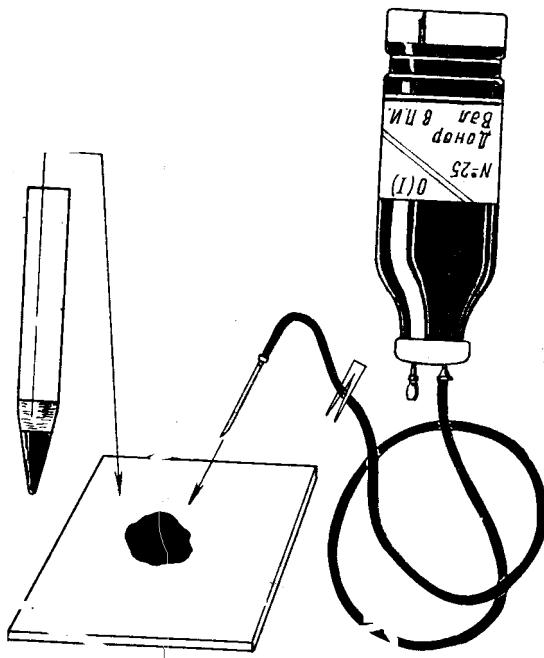
II qrup zərdabının (b aqlütinin) müayinə olunan qanın aqqlütinasiyaya uğratması isə bu qanın eritrositlərində B aqqlütinogen olduğu, yəçni üçüncü qrupa-III B aidliyini göstərəcəkdir.

Həm II, həm də III qrupun zərdabında aqqlütinasiya müşahidə olunarsa, bu, sübut edir ki, müayinə olunan qanın eritrositlərində həm A, həm də B aqqlütigenlər vardır, yəçni qan dördüncü qrupa IV (AB) mənsubdur (şəkil 82) .

Əşya şübhəsi üzərindəki dairələr II və III qrup qan zərdabını və bu dairələrdəki nöqtələr aqqlütinasiyanın varlığını göstərir.

| | I | II | III | IV |
|-----|---|----|-----|----|
| II | O | | | |
| III | O | * | O | * |

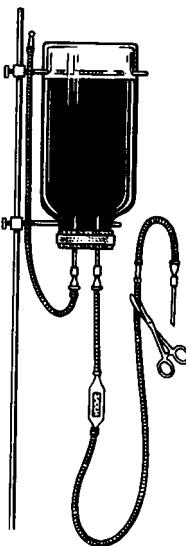
Şəkil 82. Qan qruplarının təyininin nəticələrinin qiymətləndirilməsi.



Şəkil 83. Qan qruplarında uyusmazlığın təyini

Bəzən eyni qrupdan olan qan köçürüldən zaman ağır reaksiyalar müşahidə edilir. Çünkü rezus amili olmayan xəstəyə (Rh-). müsbət amili olan təkrar qan köçürülürsə onda eritrositlərin bir-birinə yapışması baş verərək şok əmələ gələ bilir. Ona görə də xəstələrdə mütləq rezus amil də təyin edilməlidir.

Xəstənin və donorun qanında qan qrupu və rezus amilinin məlum olduğuna baxmayaraq qanı köçürməzdən qabaq onlarda fərdi uyğunlaşma qabiliyyətini müəyyən etmək üçün orqanizmdən kənardə sınaq qoyulur (şəkil 83). Bunun üçün xəstənin venasından 5 ml qan götürüb onu saxlamaqla (və ya sentrifuqada qarışdırmaqla) əmələ gəlmış plazmadan pipetka ilə 2-3 damçı götürüb, donorun qanının az miqdarı ilə (qan ilə zərdab 1:10 nis-



Şəkil 84. Qan köçürmək üçün sistemin doldurulması

lazımdır. Sistemi doldurmazdan əvvəl qanın formalı elementlərini və plazmanı qarışdırmaq lazımdır; bunun üçün ampulu və ya flakonu bir neçə dəfə şaquli vəziyyətdən üfuqi vəziyyətə keçirir və ox üzrə fırladırlar.

Hal-hazırda sistem polixlorvinildən hazırlanmış standart qamması ilə steril şəkildə birdəfəlik istifadə üçün zərfdə buraxılır. Sistemi zərfdən steril əllər vasitəsilə çıxardıqdan sonra köçürülcək qan flakonu qızdırılaraq ehtiyatla çalxalanır. Qan saxlanılan flakonun və ya plastik torbanın ağız hissəsi spirlə silinir, standart sistemin iynəsi flakonun qapağından keçirilir. Tibb personalı əllərini spirlə sildikdən sonra sistemdə olan sıxıcıını açır, sistemi qanla dolduraraq, oradakı havanı çıxarır. Başlangıçda sıxıcıının köməyi ilə sistemin damcıladicısını yarıya qədər doldu-

bətində götürülməlidir) qarışdırırlar. 5 dəqiqə ərzində aparılan müşahidə nəticəsində aqqlütinasiya baş verirsə deməli xəstə ilə donorun qanı uyuşmur.

Bundan əlavə xəstənin qanı ilə donorun qanı arasında bioloji prinsiplərə görə də uyuşmazlıq ola bilir. Bioloji sınaq ondan ibarətdir ki, qanın bütün dozası köçürülməzdən qabaq xəstəyə az dozada, hər üç dəqiqədən bir 3 dəfə, hər dəfə 30-45 ml qan köçürülür və xəstənin reaksiyası təyin edilir ki, bunu isə qanı köçürərkən (əvvəlcə az dozada köçürülür) təyin etmək lazımlı gəlir.

Donorun və resipientin qanının uyuşduğuna əmin olduqdan sonra sistemi qurmağa başlamaq

rurlar. Bundan sonra sistemin ucunu damcılardıdan aşağı salırlar. Bu zaman maye sürətlə boruya dolaraq sistemin ucundan axmağa başlayır. Dərhal sıxıcını bağlayırlar. Sistemdə havanın qalıb-qalmamasını təcəyin etmək çox asandır, çünki bu sistem bütünlüklə şəffaf olduğundan içərisindən gedən qan, köçürürlən zaman görünür(şəkil 84). Sonra xəstənin bazu nahiyyesinə rezin kəmər qoyub sıxmaqla venası təpilir və sonra iynə venaya sancılıb venanın mənfəzinə keçirilir. Rezin kəmər qoldan açılır və iynə sistemə qoşulur və plastırla bərkidilir. Bundan sonra sıxıcı açılaraq qan köçürməyə başlanılır. Qan əvvəl sürçətlə, sonra damcı ilə vurulur. Qan köçürürlən zaman 2-3 dəfə bioloji sınaq aparılmalıdır. Əgər beldə, başda, qarında ağrı olmazsa, qan tam köçürüülür. Əgər reaksiya başlanarsa, qanköçürmə dərhal dayandırılmalıdır. Qan köçürülüb qurtardıqdan sonra flakonun dibində 10ml qan saxlamaq məsləhətdir. Bəczən reaksiya 24 saatdan sonra baş verə bilər, onda flakonda qalan qanı yoxlayaraq hansı səhvə yol verildiyi aşkar edilir.

MƏŞĞƏLƏ 23

Zədə şoku.

Zədə şoku dedikdə müxtəlif zədələnmələr zamanı orqanizmdə sinir tənziminin, hemodinamikanın və hormonal balansın pozğunluğu nəticəsində bütün həyatı vacib üzvlərin fəaliyyətinin zəbt olunması ilə xarakterizə olunan ağır patoloji vəziyyət başa düşülür. Zədə şoku mürəkkəb, qarışq və kombinasiyalı zədələnmələr üçün daha xarakterikdir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Zədə şokunun əlamətlərini tanımaq və onun düzgün qiymətləndirilməsini öyrətmək, şokun profilaktikası üzrə tədbirlərin, eləcədə tibbi köçürmənin mərhələlərində şok əleyhinə tədbirlərin tələbələrə öyrədilməsi, qanaxmanın

müvəqqəti saxlanması, sarğı qoyulması, immobilizasiya, daşınma kimi tədbirlərin tələbələrin bir-biri üzərində məşq etdirilməsi.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Şok anlayışı və şokun növləri.
2. Zədə şokunun mərhələləri, ağırlaşmaları.
3. Uşaqlarda zədə şokunun xüsusiyyətləri.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: müxtəlif şinalar, əlaltı vasitələr, bint, tənzif, ləçəklər, fərdi sarğı zərfi, turna, es-marx kəməri, parça, burğu üçün taxta, xərək, CD diskləri və internet resursları.

Hər bir zədələnmə, yerli toxumalara dəyən xəsarətdən başqa bütün orqanizmin həmin zədələnməyə verdiyi cavab reaksiyası da törədir ki, bu da bütün orqanizmin fəaliyyətində bu və ya digər dəyişikliklə özünü biruzə verir. Ağır zədələnmələri müşaiyət edən belə halların içərisində ən çox təsadüf olunanı zədələnmə şokudur. Şok orqanizmin çox güclü qıcıqlara qarşı olan mürəkkəb reaksiyasıdır. Şokun meydana çıxması travmanın ağırlığından, ağrı hissinin uzunmüddətli olmasına, gücündən və şokogen zonaların yaralanmasından asılıdır. Zədə şoku əksər hallarda qanitirmə ilə müşaiyət olunan ağır zədələnmələrdə əmələ gəlir və xəstənin həyatı üçün təhlükə törədir. Zədə şokunun inkişafında zədədən qabaq orqanizmin vəziyyəti -sinir və psixi yorğunluq, yuxusuzluq, aclıq, ariqliq, bədənin soyuması, qorxu, xroniki xəstəliklərin olması, radiaktiv şüalanma və s. kimi amillər mühüm rol oynayır. Zərərçəkənin yaşıının da böyük əhəmiyyəti vardır. Şok çox zaman qanitirməyə həssas olan uşaqlar və ağrıya həssas qocalmış şəxslərdə əmələ gəlir. Zədələnmə şokunun inkişafı göstərir ki, zərərçəkənin həyatı üçün mühüm üzvləri zədələnmişdir. Zədələnmələr zamanı şokun əmələ gəlməsinə əsasən iki amil - ağrı və qanitirmə səbəb olur. Zədə şoku qanitirmə ilə müşaiyət olunmayan, lakin refleksogen nahiyyələrin (döş qəfəsi,

baş, aralıq, qarın boşluğu) zədələnməsi vaxtı da inkişaf edə bilər. Şok – həyatla ölüm arasında olan vəziyyətdir.

Zədələnmə şoku aşağıdakı əlamətlərlə xarakterizə olunur: zərərçəkənin huşda olmasına baxmayaraq ətrafdakılara tam biganə olur, dəri örtüyü avazıyr, soyuq və yapışqanlı tər, zəif və sürət-lənmiş nəbz, qeyri ahəngdar tənəffüs, bədən temperaturunun və arterial təzyiqin aşağı düşməsi və s. Şok vəziyyətində olan xəstələrin üzünün ifadəsi hərəkətsiz olur. Zədə şoku vaxtı iki faz-erektil (zədədən dərhal sonra əmələ gəlir, sinir sisteminin kəskin oyanması baş verir) və torpid (tormozlanma) faza ayırd edilir.

İkinci faza dörd dərəcəyə ayrılır:

I-dərəcə-(yüngül)-xəstə orta vəziyyətdə olur, bəzən yüngül tormozlanma, reflekslərin aşağı düşməsi hiss edilir. Nəbz tezləşərək, dəqiqlidə 90-100-ə çatır.

II-dərəcə (orta ağır)-tormozlanma bir qədər artır, selikli qışaların və dərinin rəngi avazıyr, tənəffüs tezləşir və səthi olur. Nəbz tezliyi dəqiqlidə 110-130 vurur.

III-dərəcə (ağır) huşu tutqunlaşır, bəzən də itir. Dodaq və barmaqlar göyərir, dəri soyuq yapışqanlı tərlə örtülü olur. Nəbz sapvari olub, dəqiqlidə 140-160 vurğu, arterial təzyiq 60 mm.c.st. və daha aşağı düşür. Tənəffüs səthi, tez-tez, bəzən də yavaş olur.

IV-dərəcədə isə (canvermə)-xəstə huşsuz olur, nəbz və arteri-al təzyiqi ölçmək mümkün olmur, ürək tonları çox çətin eşidilir.

Zədələnmə şoku təcili müalicə tədbirlərinin həyata keçirilməsi üçün həyəcan siqnalıdır. Şok zamanı ilk yardım nə qədər tez göstərilərsə bir o qədər effektli olacaqdır. Hər seydən əvvəl şoku əmələ gətirən səbəbi aradan qaldırmaq, «təcili yardım» maşını gələnə kimi qanaxmanı dayandırmaq, şok əleyhinə tədbirlər aparmaq lazımdır. Xəstənin zədələnən ətrafinı immobilizasiya etmək, xəstəni qızışdırmaq, vəziyyətini dəyişdirməklə ağrını azaltmaq, daxilə isti çay və ya alkoqol vermək, tənəffüs və ürək fəaliyyəti ni yaxşılaşdırmaq məsləhət görülür. Qanaxmanı dayandırmadan şok halından xilas etmək olmaz. Bunun üçün dərhal turna və sıxıcı

sarğılardan istifadə etmək lazımdır. Xəstə mümkün qədər tez və ehtiyatla stasionara aparılmalıdır. Effektiv tədbirləri ardıcıl keçirməkdən ötrü yaxşı olar ki zərərçəkən xüsusi reanimobildə daşın-sın. Şok əleyhinə müalicə tədbirləri hər xəstə üçün fərdi olma-li, zədənin nahiyyəsi, böyüklüyü, dərəcəsi və xəstənin travmaya qarşı reaksiyası nəzərə alınmalıdır. Yadda saxlamaq lazımdır ki, şokun profilaktikası onun müalicəsindən qat-qat asandır.

Zədələnmiş şəxslərdə şokun profilaktikası məqsədilə aşağıdakı prinsiplər həyata keçirilməlidir:

- Zədə nahiyyəsində ağrı qıcığının azaldılması və ya ləğvi (ağrıkəsicilər, novokain blokadası);
 - Daxilə mayelərin verilməsi (tünd çay, qəhvə, araq, şərab və rilməsi, qanəvəzedicilərin, şok əleyhinə mayelərin köçürülməsi);
 - Xəstənin hətta isti vaxtlarda belə isidilməsi (isti otağa aparlması, bürünməsi, ayaqlarına isitqac qoyulması);
 - Zədələnənin ətrafında sakitliyin yaradılması (həmçinin rəhatlığın yaradılması);
 - Müalicə müəssisəsinə ehtiyatlı daşınma.
 - Özünə və ətrafdə olanlara şok əleyhi tədbirlərə ilk və ya həkiməqədərki yardım aşağıdakılardan ibarətdir:
 - Xarici qanaxmanın dayandırılması, zərərçəkənin boyun və döş qəfəsini sıxan paltarlardan azad edilməsi;
 - Tənəffüs yollarının sərbəstləşdirilməsi (dilin təsbiti, ağız boşluğundan qusunu kütləsinin, suyun, qanın və s. kənarlaşdırılması);
 - Tənəffüsün dayanması zamanı süni tənəffüsün tətbiqi;
 - Döş qəfəsinin yaralanmalarında qapayıcı sarğının qoyulması;
 - Sərbəst tənəffüsün bərpasından sonra zərərçəkənə yarımo-turaq vəziyyətin verilməsi;
 - Qüvvətli ağrıkəsicilərdən istifadə etməklə ağrı sindromunun azaldılması;
 - Huşsuz xəstələri başı yana çevirmiş vəziyyətdə (qanın və qusunu kütləsinin aspirasiya olmaması üçün) zədə ocağından çıxarılması.

Göstərilənlərdən əlavə tibb bacısı aşağıdakı şokəleyhinə qarşılı olan tədbirləri də mənimsəməlidir: qanaxmanı standart qandayandırıcı kəmərlərin köməyi ilə saxlamaq, havaötürənin tətbiqi, ürəyin qapalı massajı, standart şinalarla nəqliyyat immobili-zasiyası, ağrıkəsicilərdən başqa tənəffüs və ürək dərmanlarının yeridilməsi.

Bundan əlavə tibbi köçürmənin mərhələlərində xəstəyə evvəl qoyulmuş qandayandırıcı kəmərlərə nəzarət və onların düzləndirilməsi, eləcə də qabaqca qoyulmuş sarğıllara diqqət yetirmək lazımdır.

Xəstə müalicə müəssisəsinə aparıldıqdan sonra reanimasiya şöbələrinə və ya iri xəstəxanaların qəbul şöbələrində xüsusi avadanlıq qoyulmuş şok əleyhinə palatalara yerləşdirilir. Belə palatalar 1-2 nəfərlik olub sahəsi çox da böyük olmamalıdır. Palatalar reanimasion tədbirlərin həyata keçirilməsi üçün alətlər, cihazlar və dərman preparatları ilə təchiz olunmalı, həmçinin mərkəzləşdirilmiş qaydada oksigenlə təmin edilməlidir. Palatada xəstəyə münasib vəziyyəti verməyə şərait yaradan funksional çarpayılar tətbiq edilir. Bu çarpayılardakı yatağa təmiz mələfə örtülür, mələfənin altına isə müşəmbə sərilir. Xəstəni uzatmazdan qabaq çarpayı lazım olan vəziyyətdə quraşdırılır və yataq isitqaclarla qızdırılır. Palatalarda isitqaclar, nəm oksigen üçün cihaz, damcısalan üçün ştativ, aspirator, tonometr, fonendoskop, steril şprislər, salfetlər, ağızgenəldici, diltutan, havaötürücü, larinqoskop, intubasion borular, süni ventilyasiya cihazı, defibrilyator, traxeostoma dəsti və şok əleyhinə tədbirlər üçün vacib dərman maddələri dəsti kimi reanimasion ləvazimat olmalıdır. Dərman maddələrinə ampullarda 0,1 %-li adrenalin, 10%-li kalsium xlorid, kofein, efedrin, strofantin, promedol və ya morfin, prednizolon, novokain, papaverin, həb halında isə nitroqliserin flakonlarda poliqlukin və hemodez aiddir. Palatalarda otağın temperaturu 22-23° S olmalıdır.

Uşaqlarda şok daha ağır keçir. Göbək ciyəsinin cirilmasında, daxili üzvlərin zədələnmələrində, asfiksiyalarda və s. şok əleyhi-

nə aparılan tədbirlər vaxtında və düzgün aparılmadıqda ağır nəticələrə gətirib çıxarır. Uşaq dərhal küvezə və ya elə otağı yerləşdirilməlidir ki, orada bədənin temperaturunu daim 36°S –də saxlamaq mümkün olsun.

MƏŞĞƏLƏ 24

Zədələnmələr. Uşaq travmatizmi. Suda boğulma.

Xarici amillərin (kimyəvi, mexaniki, termiki) təsiri nəticəsinde üzv və toxumaların anatomiq tamlığının, eləcədə fizioloji funksiyalarının pozulması zədə adlanır. Zədənin ağırlığı amillərin təsir dərəcəsindən asılıdır. Zədələr ən çox mexaniki təsir nəticəsində yaranırlar. Bu zaman orqanizmin toxumasına mexaniki təsir (zərbə, sıxlılma, gərilmə və s.) göstərilir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Travmatizmin, eləcədə uşaq travmalarının profilaktikası üzrə tərbiyə işlərinin keçirilməsi, ağır zədələnmələrin ən təhlükəli ağırlaşmaları –asfiksiya, qanitirmə, şok, infeksiya, intoksikasiya ilə mübarizə üsullarının nümayiş etdirilməsi, suda batanların xilas edilməsi üsullarının və onlara ilk yardım göstərilməsi qaydalarının tələbələrə öyrədilməsi.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ :Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:..

1. Zədələnmələrin növləri.
2. Asfiksiya(boğulma) haqqında anlayış
3. Müxtəlif xəstəliklər nəticəsində boğulma.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAIT: müxtəlif şinalar, əlaltı vasitələr, bint, tənzif, ləçəklər, fərdi sarğı zərfi, turna, es-marx kəməri, parça, burğu üçün taxta, xərək, CD diskleri və internet resursları.

Zədələrin aşağıdakı növləri vardır:

1. Zədəni əmələ gətirən şəraitdən asılı olaraq:

- Qeyri –istehsalat xarakterli zədələri –nəqliyyat, küçə, məişət, idman, digər zədələr;
 - İstehsalat xarakterli zədələr –sənaye, kənd təsərrüfatı;
 - Qəsdən törədilmiş zədələr –hərbi və i.a.
2. Zədələyici amilin növünə görə: 1)mexaniki, 2)termiki, 3)kimyəvi, 4)operasion, 5)şüa

3. Zədənin xarakterinə görə: 1)qapalı (dəri və selikli qişaların tamlığı pozulmur), 2)acıq (dəri və selikli qişaların tamlığı pozulur), 3)boşluqlara keçən (periton, plevra, sinovial boşluqların zədələnməsi ilə), 4)boşluqlara keçməyən), 5)tək, 6)cəm, 7)sadə (toxumanın yalnız bir nahiyyəsinin zədələnməsi), 8)qarışiq (bir neçə orqanın zədələnməsi)

4. Zədələyici qüvvənin sərf edilən yerinə görə: 1)düz (qüvvənin sərf olunducu yerdə zədə baş verir), 2)qeyri-düz (qüvvənin sərf olunduğu yerdən uzaqda baş verir).

5. Təsirin müddətinə görə: 1)kəskin (təsirdən dərhal sonra meydana çıxır, 2)xroniki (zədələyici amilin çoxsaylı təsiri nəticəsində meydana çıxır).

Əhalinin müəyyən qrupu arasında bir müddət ərzində baş verən zədələnmələrin məcmuyu travmatizm adlanır.

Zədənin baş vermə məkanından və şəraitində asılı olaraq travmatizm sənaye, kənd təsərrüfatı, nəqliyyat, idman, məişət və hərbi olmaqla bir neçə yerə bölünür. Travmatizmlə mübarizə səhiyyə və əməyin mühafizəsi orqanlarının əsas vəzifəsidir. Travmatizmin profilaktikası üçün aşağıdakı tədbirlər həyata keçirilir:

- Əməyin və texniki təhlükəsizliyin düzgün təşkil olunması;
- Zəhmətkeşlərin şəxsi təhlükəsizliyinin yüksəldilməsi;
- Yol hərəkəti qaydalarına riayət olunması və s.

Uşaqlar arasında bədbəxt hadisələrin çox olması uşaq travmatizminin öyrənilməsinə səbəb olmuşdur. Məlum olmuşdur ki, uşaqlar arasında daha çox rast gəlinən ağır zədələri yanıqlar, kəllə –beyin silkələnmələri və sınıqlar təşkil edir. Bu zədələr digərlərindən zərərçəkən üçün ağır olması ilə yanaşı, müalicəsinin çə-

tinliyi ilə də fərqlənirlər. 16 yaşa qədər uşaqlar arasında travmatizmin təsnifatı aşağıdakı kimidir:

1. Doğuş travmatizmi.
2. Məişət travmatizmi.
3. Küçə travmatizmi (nəqliyyat, qeyri -nəqliyyat).
4. Məktəb travmatizmi (fasılədə, bədən tərbiyəsi dərsində, əmək dərsində).
5. İdman travmatizmi (idman məşğələlərində, asudə vaxtlarda).
6. Müxtəlif səbəbli travmatizm (istehsalat, hərbidən sonrakı, travmatizmin digər növləri).
7. Bədbəxt hadisələr (boğulma, zəhərlənmə və i.a.).

Uşaqlar arasında baş verən bədbəxt hadisələrin yaş qrupları üzrə araşdırılması göstərmişdir ki, ən çox travmaya məruz qalan 7-11 yaş arasında olan kiçik məktəbyaşlı uşaqlardır.

Məktəbəqədər yaşda olan uşaqlara nisbətən kiçik məktəbyaşlı uşaqlar arasında travmaların daha çox müşahidə olunur. Çünkü 7 yaşadək olan uşaqların demək olar ki, hamısı evdə və ya uşaq bağçalarında daimi nəzarət altında olmalarıdır. Məktəb yaşılı uşaqlar həm dərs həm də dərsdən sonrakı boş vaxtlarda bir qədər müstəqillik qazanırlar ki, bu da onlar arasında baş verən travmaların sayının çoxluğu ilə izah olunur.

Tədqiqatlar göstərir ki, oğlanlar arasında travmalar qızlarla müqayisədə 3:1 nisbətində olur. Bu oğlan uşaqlarının qız uşaqlarına nisbətən daha çox hərəkətli olmaları, tez-tez münaqişəyə girişmələri nəticəsində daha çox zədələnmələri ilə izah olunur. İlin müxtəlif vaxtlarında da travmaların sayı da müxtəlif olur. Belə ki, may –iyun aylarında məktəb yaşılı uşaqlar boş vaxtlarını küçədə keçirdikləri və onların yol hərəkəti qaydalarına əməl etməmələri nəticəsində hərəkət edən nəqliyyatın altına düşərək xəsarət almalarıdır. Uşaqlarla baş verən bədbəxt hadisələrin tezliyinə müxtəlif amillər də – nəzarətsizlik, küçədə davranış qaydalarına əməl edilməsinə kifayət dərəcədə tərbiyə edilməməsi, yol hərəkət qaydalarına düzgün əməl olunmaması böyük rol oynayır.

Məişət travmatizmi uşaqlar arasında travmatizmin digər növləri içərisində birinci yeri tutur. Məişət travmalarına evdə, həyətdə, uşaq bağçalarında, kinoda, məqazində, hamamda baş verən travmalar aid edilir. Məişətdə travma alan uşaqlar içərisində oğlanlar qızlardan üstünlük təşkil edirlər. Məişət travmalarına həmçinin əzilmələr, yıxılmalar, yanıqlar, yaralanmalar, elektrotravmalar, həşərat dişləməsi, zəhərlənmələr və s. aid edilir. Məişətdə uşaqlar arasında bədbəxt hadisələrə səbəb olan travmaların qarşısının alınması üçün onların baş verməsinin səbəbləri tapılıb aradan qaldırılmalıdır. Bunun üçün aşağıdakılara əməl olunmalıdır:

1. Yaşayış mənzillərinin elektrik cihazlarının, isidici sistemlərin, paltaryuyan maşınların və s. istismarında təhlükəsizlik qaydalarına riayət olunması.
2. Bədbəxt hadisəni xarici səbəblərinin aradan qaldırılması (qazın axmasının qarşısını almaq, elektrik naqillərinin tamlığına nəzarət etmək və s.)
3. Radio, televiziya, mətbuat vasitəsilə təbliğat və təşviqat işlərinin aparılması.
4. Ailədə düzgün tərbiyənin təşkil olunması.

Ailədə uşağın tərbiyəsinə və ətraf mühitdə baş verə biləcək təhlükəli halların izah olunmasına hələ kiçik yaşlarından başlamaq lazımdır. İmkan daxilində elektrik cihazları, od, qaz, kimyəvi maddələrlə düzgün rəftar etməyi öyrətmək və bunları izah edərkən həyatda baş vermiş hadisələrdən misallar görtirmək məqsədə uyğundur. Məsləhətlərin dəfələrlə və ardıcıl şəkildə verilməsi uşaqlarda baş verə biləcək təhlükəyə qarşı düzgün reaksiya və təsəvvür yaranmasına kömək edir.

Küçə travmatizmi-şəhər nəqliyyatı ilə əlaqədar olan küçə zədələnmələrinə xüsusilə diqqət yetirilir. Uşaqlar arasında baş verən travmalar içərisində ən ağırı, uşağın əlliliyinə və hətta ölümünə səbəb olan bədbəxt hadisələr küçə travmatizminə aiddir. Uşaqlar arasında küçə travmatizminin başlanğıc səbəbi nəzarətsizlik və asudə vaxtın düzgün təşkil olunmamasıdır. Uşaq travma-

tizminin təsnifatına əsasən küçə travmatizmi nəqliyyat və qeyri-nəqliyyat travmalarına bölünür. Küçə travmatizmi zamanı dayaq-hərəkət aparatının, kəllənin, döş qəfəsi və qarın boşluğununda qanı-tirmə və şokla nəticələnən zədələnmələri mühüm yer tutur. Uşaq-lar arasında küçə travmatizminin əsas səbəbləri aşağıdakılardır:

- Məktəbə gedərkən, məktəbdən qayıdarkən və asudə vaxt-larda uşaqlara nəzarətin zəif olması;
- Küçədə davranış qaydalarına və yol hərəkəti qaydalarına düzgün əməl olunmaması;
- İctimai nəqliyatdan düzgün istifadə olunmaması;
- Küçənin çox hərəkət olan hissələrində oyunların keçirilməsi;
- Nəqliyyatın istifadəyə yararsız olması və sürücülərin təcrübəsizliyi.

Uşaqlar arasında baş verən bütün travmaların üçdə bir hissə-sinin küçə travmaları təşkil edir. Bu travmalar yay və payız aylarında və ən çox gündüz saatlarında (12.00 ilə 16.00 arasında) müşahidə olunur.

Məktəb travmatizmi. Təsnifata əsasən məktəb travmatizmi tə-nəffüs zamanı, bədən tərbiyəsi dərslərində və əmək təlimi dərs-ləri zamanı alınan travmalara bölünür. Yaş artdıqca məktəblilər arasında bədbəxt hadisələrin sayı da artır. Xüsusən 12-14 yaşla-rında bu travmalara daha çox rast gəlinir. Bu isə həmin yaşda olan uşaqların böyüklərə qulaq asmamaları, «özbaşınalıqları» və kobud şıltaqlıqları ilə əlaqədardır. Tənəffüs lərde müəllimlər və tər-biyəçilər tərəfindən uşaqlara nəzarətin gücləndirilməsi, bədən tərbiyəsi dərsləri zamanı istifadə edilən idman avadanlıqlarının yararlı olması, məşğələni aparan müəllimin nəzarəti altında bu avadanlıqlardan istifadə olunması bədbəxt hadisələrin azalma-sına zəmin yaradır.

İdman travmatizmi. İdman travmatizminə kiçik məktəb yaşılı uşaqlar arasında daha çox rast gəlinir. Zədələnmələrin xarakteris-tikasına görə uşaq idman travmalarından aşağıdakılar çoxluq təş-kil edir: sınıqlar, çıxıqlar, kəllə-beyin travmaları.

Tədris-istehsalat travmaları. Uşaqların əmək tərbiyəsində məktəblərin tədris-istehsalat məşğələlərinin mühüm rolü vardır. Lakin bu məşğələlərin mürəkkəb cəhəti ondan ibarətdir ki, hes bir təcrübəsi olmayan və texniki təhlükəsizlik qaydalarını bilməyən şagird dəzgah arxasında, hətta bəzən istifadə üçün yarasız dəzgah arxasında işləməli olur. Bu da müxtəlif travmaların baş verməsinə səbəb olur. Uşaqlarda baş verən travmaların qarşısının alınması və travmaların baş vermə səbəblərinin aradan qaldırılması uşaq travmatizminin profilaktikasının əsasını təşkil edir.

Uşaq travmatizminin profilaktikası iki istiqamətdə aparılır:

- Uşaqlardan asılı olmayan tədbirlər (inzibati qərar və göstərişlər);
- Bilavasitə uşaqların öyrədilməsi və tərbiyəsi (təbliğat-tərbiyə tədbirləri).

Inzibati tədbirlər. Uşaqlar arasında asudə vaxtin təşkili, uşaq bağçalarının və yaslıların yaradılması küçə, həyət və evlərdə nəzarətsiz qalan uşaqların sayının azalmasına və beləliklə də istəristəməz uşaq travmatizminin azalmasına səbəb olur. Küçələrin təmiri, nəqliyyatın hərəkətinin yaxşılaşdırılması piyadaların, eləcə də uşaqların təhlükəsizliyini təmin etmişdir. Həyətlərdə uşaq meydancalarının, şəhərciklərinin quraşdırılması, uşaq müəssisələrində uşaq otaqlarının və günü uzadılmış qrupların təşkili uşaq nəzarətsizliyinin nisbətən ləğv olunmasına və bununla bağlı uşaq travmatizminin azalmasına şərait yaratmışdır.

Təbliğat-tərbiyəvi tədbirlər. Uşaqlarla bağlı baş verən bədən hadisələrin səbəblərinin aradan qaldırılması uşaq travmatizminin profilaktikasını təşkil edir. Məktəbəqədər yaşda olan uşaqlara xüsusi nəzarət olmalıdır. Çünkü onlarda baş beyin qabığı prosesləri, analiz-sintez fəaliyyətləri çox zəif inkişaf etmişdir. Kiçik məktəb yaşlı uşaqlarda baş beyin qabığının emosional reaksiyalar üzərində tənzimləyici və tormozlayıcı funksiyalar formalaşmağa başladığı üçün onlara davranış və intizam vərdişlərini mənimsetmək tələb olunur. Uşaq bağçalarının böyük yaş və orta yaş qrup-

lарында, мектеблөрдө yol һөрекети қайдаларының үе ўолларда давраныш қайдаларының ушаqlara баға салынысы төлөб олунур. Ушағы ўоллarda баға берә билемдөк бөлбөттө хадисөлөрлө қорхутмаq олмаз. Қорхудулmuş ушақ ўолда тәhlükө yarandıqda, özünü дағы соx итірөк сәhvylөrө yol verir. Dövlөt yol polisi işçилөr төрөfindөn мектеблөрдө yol һөрекети қайдаларына һөр olunmuş мәşgөlөлөрдө өyani өasitөлөрдөn istifadө edilmөsi мәqsөdөuyгundur.

Hөr hansı travma yerli төsirlө yanaşı orqanizmdө bu үе ya diqər дөyişikliyө sөbөb olur; түрөk-damar fəaliyyəti, tənəffüs, madдəlөr mübadiləsi үе s. pozulur. Bu hallar mərkəzi sinir sisteminin ağrı qıcıqlanmaları nəticəsindө qan itirmə, həyat üçün əsas sayılan üzvlөrin zədələnməsi, intoksikasiya nəticəsindө үе s. yaranır. Xəstənin ümumi vəziyyətinə ən соx qanitirmə үе bərk zədələnmələrin ağrıları tez үе kəskin dərəcədə təcxis göstərir. Bu ağrılaşmaların əmələ gəlməsindө zərərçəkənin travma anında əsəbi-psixi үе fiziki vəziyyəti mühüm rol oynayır (düşkün vəziyyət, soyuma, achlq, keçirdiyi xəstəliklөr үе s.). Ağır zədələnmələr zamanı orqanizmdө müşahidə edilən hallar arasında kollaps үе şok böyük əhəmiyyətə malikdir. Bunların hər biri ilə mübarizə üsulunu – qanitirmə zamanı qanaxmaların müvəqqəti dayandırılması үе orqanizmə qanın үе qanəvəzedicilərin köçürülməsi, şok zamanı şoku əmələ gətirən səbəbləri aradan qaldırmaq үе şok əleyhinə tədbirlər aparmaq, infeksiya zamanı mikrob əleyhi dərmanların işlədilməsi, intoksikasiya zamanı isə zəhərləyici amilin təsirinin aradan götürülməsi үе ya antidotların təsiri ilə zərərsizləşdirilməsi қайдalarını bacarmaq qarşıya qoyulan əsas məsələlərdən biridir.

Kəskin qanazlığı, qanın həddən artıq itirilməsi zamanı inkişaf edir. Eyni vaxtda 2-2,5 litr qanın itirilməsi ölümlə nəticələnə bilir. 1-1,5 litr qanın itirilməsi соx təhlükəli olub, bu zaman zərərçəkəndə qandövranı pozğunluğu үе oksigen acliğı ilə nəticələnən kəskin qan azlığının klinik şəkli inkişaf edir. Xəstə getdikcə artan ümumi zəiflikdən, başgicellənmədən, qulaqlarda küyun əmələ gəlməsindən, gözə qaranlıq çökülməsindən үе ya göz qa-

bağında ulduz sayrışmasından, susuzluqdan, təngnəfəslik və qusmadan şikayətlənir. Dəri və görünən selikli qişaların rəngi avazlıdır, üzün cizgiləri kəskinləşir. Xəstədə tormozlanma, bəzən isə əksinə, oynıqlıq əmələ gəlir, nəbz zəif dolğunluqda olur və ya təyin olunmur, arterial təzyiq aşağı olur. Bir müddətdən sonra qanın itirilməsi beynin qansızlaşması ilə əlaqədar huşunitməsi, nəbz və arterial təzyiqin təyin olunmaması, qıcolmaların başlaması, qeyri iradi nəcis və sidik ifrazı ilə nəticələnir. Bu zaman təxirəsalınmaz tədbirlər görülmədikdə ölüm baş verir. Ölümə səbəb tənəffüs mərkəzinin iflici, oksigen acliği və ürəyin fəaliyyətdən qalmasıdır. Qanitirmənin diaqnozunu xarici qanaxmalarda təyin etmək çətinlik törətmir. Diaqnoz qanaxmanın yerinə və qanın rənginə görə müəyyən edilir. Daxili qanaxmaların diaqnozu isə çox çətindir. Qanın ağızdan xaric olması ağ ciyərlərdən, yemək borusundan və mədədən qanaxmanın olmasını göstərir. Qanlı sidiyin müşahidə olunması böyrəklərdən, sidik axarlarından, sidik kisəsindən qanaxma olduğunu göstərir. Tünd nəcis mədə bağırsaq sisteminin yuxarı təbəqəsindən, defekasiya aktı zamanı al qanın olması düz bağırsaqdan qanaxma olduğunu göstərir. Qarın boşluğununa qanaxma olduqda peritonun qıcıqlanma simptomları, kəllə boşluğununa qanaxma olduqda isə onu beynin basılma simptomları ilə təyin edirlər.

Bu zaman beynin qansızlaşmasının qarşısını almaq üçün zərərçəkəni hamar səth üzərində ayaqlarını yuxarı, başını isə bədənindən aşağı şəkildə uzatmaq lazımdır.

Ümumiyyətlə hadisə yerində zərərçəkənə aşağıdakı ardıcılıqla kömək göstərilməlidir:

- zədləyici amilin təsirinin aradan qaldırılması;
- sıxıcı paltaların çıxarılması;
- qanaxmanın müvəqqəti dayandırılması;
- yara nahiyyəsinə aseptik sarğının qoyulması;
- pozulmuş tənəffüs və ürək fəaliyyətinin bərpası(ilkin reanimasiya tədbirləri);

- nəqliyyat immobilizasiyası;
- ağrıkəsici dərmanların yeridilməsi;
- ürək-damar sisteminin fəaliyyətini yaxşılaşdırın dərmanların yeridilməsi.

Bədənin hər hansı bir zədələnməsi lokalizasiyasından,xarakterindən,və travmanın ağırlığından asılı olmayaraq ağrı ilə müşayiət olunur. Ağrı «fəlakətin daxili siqnalı» bəzi hallarda zərərçəkənin ümumi vəziyyətinin pisləşməsi,həyati funksiyaların pozulması və ağır fəsadların inkişafının əsas səbəbi kimi meydana çıxır. Ona görə də ağrı ilə mübarizə ilk tibbi yardımın əsas göstəricilərindən biridir.

Ağrı hissinin ləğvi və ya azaldılması üçün kifayət qədər effektiv üsullar və vasitələr mövcuddur ki, onların müştərək istifadəsinin tətbiqi daha yaxşı nəticə verir.

- Yaraların sarğı ilə bağlanması zədələnmiş toxumani havanın qıcıqlandırıcı təsirindən, əlavə yad cisimlərin düşməsindən, palṭar, daşıyıcı vasitələr və s. təkrarən travma almasından qoruyur;
- Hərəkətsizləşdirmə zədə nahiyyəsində sinir uclarının əlavə qıcıqlanmasının qarşısını alır;
- Xərəkdə düzgün uzandırmaq əzlələrin artıq gərginliyini və onun zədələnmiş toxumaya arzuolunmaz təsirini götürür;
- Soyuğun tətbiqi (qar,buz,polietyl kisələrdə soyuq su,və s.)sinir uclarının mexaniki təsirə həssaslığını götürür,zədələnmiş toxumada ödemi və başlanmış iltihabı azaldır;
- Ağrıkəsici dərman preparatlarından istifadə əlverişlidir.(amidopirin, analgin, aspirin və s.);
- Ehtiyatlı daşınma təkan və yırğalanmanın qarşısını alır.

Suda boğulma. Boğulma həyat üçün təhlükəli kəskin gedən bir proses olub, tənəffüs yollarına havanın daxil olmasına maneqçılık törədən səbəblə (su, yad cisim, tixanan əşya, intihar məqsədilə kəndir ilgəyi və s.)əlaqədar, orqanizmdə oksigenin çatışmazlığı nəticəsində meydana çıxır.

Suda boğulmanın iki növü vardır: Boğulanın dərisinin rəngi

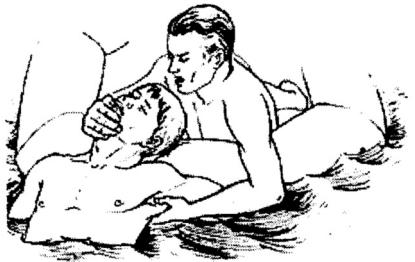
göy və solğun ola bilir. Dərisinin rəngi solğun olanlarda tənəffüs yolları və aq ciyərlərdə maye olmur. Göy rənglilərdə isə ağız və burundan çoxlu miqdarda su, bəzən isə köpüklü maye xaric olur. «Göy» suda boğulanların canlandırılması suda 5 dəqiqəyədək qalandan sonra mümkün olur. «Solğun» batanların canlandırılması isə uzunmüddətli su altında qaldıqda da (hətta 10 dəqiqə və daha artıq) mümkün kündür. Bu zaman əsas səbəbin ləğvinə yönəldilən, vaxtında və düzgün göstərilən tibbi yardım həyatı vacib üzvlərin fəaliyyətinin bərpasını təmin edə bilir.

İlk yardımın texnikası. Suda boğulanı sudan çıxartmaq üçün üzərək arxadan ona yaxınlaşışb saçından və ya qoltuqaltından yapışib, onu üzü yuxarı şəkildə tutmaq lazımdır ki, daim üzü sudan üstdə qalsın(şəkil 85). Belə vəziyyətdə zərərçəkəni üzərək tez sahilə çıxartmaq və onu sıxan paltarlardan- yaxalıq, qalstuk, bel kəməri və s.-dən azad etmək lazımdır. Daha sonra kömək edən şəxs xəstəni özünün budu üzərində dizləri bükülü vəziyyətdə üzü aşağı elə saxlamalıdır ki, onun başı bədəninindən aşağıda olsun (şəkil 86). Sonra barmaq və ya dəsmalla ağız və burun boşluğu qum, palçıq, qusunu, selik və s.-dən təmizlənir, xəstənin gövdəsi ritmiki olaraq bir neçə dəfə qüvvətli sıxılmaqla tənəffüs yollarında-ki və mədəsindəki su boşaldılır. Yalnız bundan sonra xəstəni ar- xası üstə çevirərək horizontal vəziyyətdə uzatmaq lazımdır.

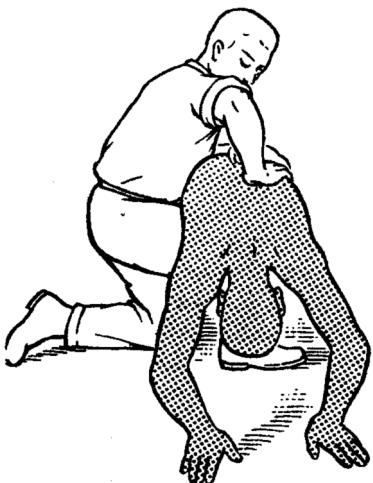
Bundan sonrakı tədbirlər həm tənəffüs, həm də ürək-damar sistemində eyni momentdə aparılmalıdır.

Əgər zərərçəkənin huşuitməyibsə onda onu sakitləşdirmək və bədənini qızdırmaq lazımdır. Bunun üçün islanmış paltarı çıxarmaq, bədəni intensiv silmək, periferiyadan mərkəzə doğru masaj etmək, quru mələfəyə bükəmkə, tünd çay və ya kofe ya da 25-30 damcı valerian içirtmək lazımdır;

Əgər xəstənin huşu yoxdur, lakin nəbz və tənəffüs saxlanıbsa zərərçəkəni xərəyə ayaqlar yuxarı vəziyyətdə olmaqla uza- dıb burnuna naşatır spirti iyələtmək, nəm oksigen vermək, bədəni ovuşdurmaq və bundan sonra dəri altına 1 ml kordiamin və 1ml



Şəkil 85. Suda boğulana yardım göstərilərək sahilə çıxarılması.



Şəkil 86. Suda boğulanın mədəsi və tənəffüs yollarından suyun boşaldılması.

5%-li lobelin yeritmək lazımdır. Vena daxilinə 50ml 40%-li qlükoza və ya 1ml 5%-li efedrin məhlullarını yeritmək lazımdır;

Əgər xəstə terminal vəziyyətdədirse onda paltar çıxarılır, ağız boşluğu barmaqla sudan və qumdan təmizlənir, su yuxarı tənəffüs yollarından və mədədən təmizlənir. Bunun üçün zərərçəkəni üzüqoylu və başı sallanmış vəziyyətdə uzatmaq və kürəyi əllə sıxmaq lazımdır. Bu zaman su özbəşinə tökülcəkdir. Bundan sonra isə aq ciyərlərin süni ventilyasiyasına və ürəyin qapalı massajına başlamaq lazımdır.

Ürək fəaliyyəti və tənəffüs bərpa edildikdən sonra xəstə, hava ilə yaxşı təmin olunmuş sakit və isti otaqda yerləşdirilir.

Yadda saxlamaq lazımdır ki, ilk yardım tədbirlərini həyata keçirməklə yanaşı xəstəni tibb müəssisələrinə aparmağa çalışmaq lazımdır. Xəstə daşınan zaman süni tənəffüs və

ürəyin massajını fasiləsiz davam etdirmək lazımdır.

Suda batmaların profilaktikası üçün əhali arasında su idmanının bütün növlərinin təşkil olunması, uşaqların nəzarətsiz çimməsinə şərait yaratmamaq, çimmək üçün qadağan olunmuş yerlərdən istifadəyə yol verməmək, su altı cihazlarla üzmə qaydalarının öyrədilməsi və s. əsas rol oynayır.

Əgər xəstə boğazında yad cisim ilə ilişib qalmasından boğulursa, onda yad cisim ağız boşluğu və ya əsnək hüdudlarındadırsa onu tez və ehtiyatla barmaq vasitəsilə xaric edib normal tənəffüsü bərpa etmək olar. Əgər yad cisim qırtlağa və ya traxeyaya daxil olubsa onda barmaqla boğaza daxil olmağa cəhd edilməməlidir. Xəstənin huşu varsa ona bir neçə dəfə öskürməyi təklif etmək və kürəyinə əl ilə sillələmək məsləhətdir (Şəkil 87). Boğulmaların bütün növlərinə nəm oksigen verilməsi vacibdir. Nəticə yoxdursa xəstə gesikdirilmədən və həmçinin onu qarnı üstə uzandıraraq bütün bədəni başa doğru çəkilmiş vəziyyətdə xəstəxanaya göndərilməlidir.



Şəkil 87. Yad cisimlə boğulana ilk yardım

MƏŞĞƏLƏ 25

Qapalı zədələnmələr. Uzun müddət sıxlıma sindromu.

Qapalı zədələnmələrə dəri və selikli qışaların tamlığının pozulmaması ilə baş verən bütün növ zədələr aiddir. Bunlar əzilmə-

lər, gərilmələr, vətər və əzələ qırılmaları, fassiya partlamaları, çıxıqlar və sıxılmalar şeklinde olur.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə yumşaq toxumaların əzilməsi və iri oynaqların çıxıqları zamanı ilk yardım göstərilməsi qaydalarını öyrətmək, uçqunlar (dağılmalar) zamanı ətrafların sıxılmadan azad edilməsi üsullarını mənimsətmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Qapalı zədələnmələr haqqında anlayış.
2. Uzun sürən sıxılma sindromu. Travmatik toksikoz.
3. Çıxıqların növləri. Çıxıqlar zamanı ilk tibbi yardım.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: turna, sıxıcı sarğı qoymaq üçün bintlər, buz qovuğu, sanitər xərəyi, CD diskləri və internet resursları.

Dəri davamlı xüsusiyyətə malik və elastik olduğu üçün zədələnmələr zamanı çox vaxt onun tamlığı pozulmur. Lakin bu zaman yumşaq toxumalar və sümüklər əzilə bilər. Küt əşyanın və ya zərbənin təsirindən əmələ gələn yumşaq toxumaların zədələnmələri əzilmə adlanır. Toxumaların əzilməsinin ağırlıq dərəcəsi, zərbə endirilən cismin böyüklüyündən, çəkisindən, formasından, qəzaya uğramış şəxsin yaşından, zədələnmələrin lokalizasiyasından və toxumaların müqavimət qabiliyyətindən asılıdır. Əzilən nahiyyə tez şişir, çox vaxt isə orada qansızma əmələ gəlir, dəri hissiyatı itir, lokal ağrılar müşahidə edilir. İri damarlar zədələndikdə dəri altına qan yığılır (hematoma). Hematomanın rəngi qanın piqmentlərinin rənginin dağılması nəticəsində dinamiki olaraq sumağırkırmızı, göyümtül və sarımtıl-yaşılı olmaqla dəyişir. Qan sızmış toxuma bu cür dəyişməyib al qırmızı rəngə düşərsə, bu həmin nahiyyə infeksiya düşdüğünü göstərir. Qan sızmış yerə infeksiya düşdükdə iltihaba xas olan əlamətlər yaranır: həmin nahiyyə ağrıyır, şişir və temperaturu qalxır. Büyük hematomalara dərialtı yumşaq toxumaları geniş olan yerlərdə (göz ətrafında və s.) tə-

sadüf edilir. Əziyin gücündən və şiddətindən asılı olaraq əzilmələr zədələnmiş orqanın funksiyasının pozulmasına səbəb olur.

Düzgün hərəkət etmədikdə və ya oynaqlara xas olmayan istiqamətdə hərəkət etdikdə gərilmə, oynaqları bərkidən bağların yırtılması baş verir. Gərilmə zamanı kəskin ağrılar əmələ gəlir, travma nahiyyəsi dərhal şisir, oynağın funksiyası dərhal pozulur.

Əzələlərin cirilması onların həddən artıq gərginləşməsi zamanı (məsələn, ağırlıq qaldırıldıqda) baş verir. Ən çox qarının və ətrafların büküçü əzələlərinin cirilmasına təsadüf edilir. Əzələlərin cirilması tam və ya hissəvi ola bilər. Cirılma nahiyyəsini əllədikdə ağrı əmələ gəlir və zədələnmiş əzələnin defekti aşkarlanır. Sonrakı günlər hematomanın inkişaf etməsi hesabına şişəbənzər törəmə yaranır. Zədələnən əzələnin funksiyasının azalması və tamamilə yox olması müşahidə edilir.

Təsiredici qüvvənin ani təsiri nəticəsində toxumalarda hüceyrə səviyyəsində molekulyar dəyişikliklər baş verir. Zədələnmənin belə növü silkələnmə adlanır. Ən çox silkələnməyə baş beyin, onurğa beyni, ağ ciyərlər, qara ciyər məruz qalır.

Əzilmələr zamanı ilk yardım. Hər şeydən əvvəl zədələnmiş ətrafi yeni mexaniki qıcıqlanmalardan qorumaq üçün sakitlik yaratmaq lazımdır. Bundan sonra əzilmiş nahiyyəyə sixıcı sarğılar qoyub bir qədər yuxarı qaldırmaq lazımdır ki, toxumalar arasına qansızzmalar olmasın. Ağrı və iltihabı azaltmaq üçün əzilən nahiyyəyə əvvəlki günlər buz və soyuq kompreslər qoyulur. 2-3 gündən sonra isə isti kompreslər tətbiq olunur. 6-7 gündən sonra yüngül massaja başlamaq olar.

Çıxıqlar. Oynaqların zədələnməsi zamanı oynaq boşluğununda bir-birinə toxunan sümüklərin yerdəyişməsi nəticəsində onlardan birinin oynaq boşluğundan onu əhatə edən toxumalara keçməsinə çıxıq deyilir. Sümüklər bir-birinə toxunma-dıqda tam çıxıq, qismən toxunduqda isə natamam çıxıq olur. Çıxıqları əmələgəlmə səbəblərindən asılı olaraq anadangəlmə, travmatik (zədə nəticəsində), patoloji çıxıqlara (oynaq başları və bağ aparatının xəs-

təliklərində), vərdişli (bağ aparatının çox gərilməsi və travmatik çıxıqların düzgün müalicə olunmaması nəticəsində), köhnəlmış çıxıqlara (vaxtında düzləndirilməyən) ayıırlar. Çıxıqlar çox vaxt blok şəklində olan oynaqlarda-bazu, bud-çanaq, dirsək oynaqlarında baş verir.

Çıxıqların diaqnozunun qoyulması çətinlik törətmir. Çıxıqların əlamətləri aşağıdakılardır:

- Ətrafdə ağrının olması;
- Oynaq nahiyyəsində kəskin deformasiya;
- Oynaqdə aktiv və passiv hərəkətlərin mümkün olmaması;
- Ətrafin qeyri-normal məcburi vəziyyət alması;
- Ətrafin uzununa ölçüsünün dəyişməsi;
- Ətrafin funksiyasının pozulması.

Çıxıqlar zamanı ilk yardım ağrının azaldılması tədbirlərindən ibarət olmalıdır. Bunun üçün çıxıq nahiyyəsinə soyuq qoymaq, ağrıksıci dərmanlardan (analgin, amidopirin, promedol və s.) istifadə etmək, ətrafi təsbit etmək lazımdır. Bunun üçün yuxarı ətrafi ləçəklə boyundan asır və ya bintlə sariyırlar. Aşağı ətrafi şina və ya əlaltı vasitələrdən istifadə etməklə immobilizasiya edirlər. Çıxıqların düzləndirilməsi ilə həkim məşğul olur. İlk yardım göstərildikdən sonra zərərçəkən tez bir müddətdə xəstəxanaya göndərilməlidir. Çünkü travmadan 3-4 saat keçdikdən sonra zədələnmiş oynaqdə toxumaların şisməsi yaranır, qan yığılır, bu da çıxığın düzəldilməsini çətinləşdirir. Təzə əmələ gəlmiş çıxıqları düzəltmək, köhnəlmış çıxıqlardan asandır.

Yuxarı ətrafin çıxığı zamanı xəstələr hər hansı bir nəqliyyat vasitəsi ilə özləri oturmuş vəziyyətdə xəstəxanaya gedə bilərlər. Aşağı ətrafin çıxığı zamanı xəstələr xəstəxanaya uzanmış vəziyyətdə aparılır.

Ətrafların ən ağır travması sıxılmadır. İnsan bədəninin hər hansı bir hissəsinin ağır əşya ilə basılması nəticəsində yumşaq toxumaların zədələnməsi əlamətləri əmələ gəlir ki, buna sıxılma sindromu (yəni bu xəstəliyə xas əlamətlərin cəmi) və ya zədə-

lənmə toksikozu deyilir. Bina və tikiililərin dağıılması nəticəsində adamlar ucuq altında qalarkən, bu zaman onların bədənlərinin ayrı-ayrı hissələrinin əzilməsi və uçmuş qalıqların təsiri nəticəsində zədələnməsi, o cümlədən əzələlərin, dərialtı piy toxumasının, damarların və sinirlərin parçalanması baş verir. Bu zədələnmələr, torpaq işləri zamanı, dağ-mədən sənayesində, şaxtalarda, yeraltı qurğuların tikintisində, uçqunlar, dəmir yol qəzaları, bombardmanlar, zəlzələdən sonra, eləcə də qar uçqunları zamanı ağır əşyaların (divar, şalban, torpaq) uzunmüddətli təzyiqi nəticəsində baş verir. Six bağlanmış və 4 saatdan artıq qalmış turna da bu cür xəsarət yetirə bilər. Əzələ və toxumalar uzun müddət ağır yük altında qaldıqda damarların əzilməsi nəticəsində əzələ toxumalarına qan təchizatı azalır, orada nekroz ocaqları inkişaf edir ki, bu da zəhərli maddələrin inkişafına səbəb olur. Bu maddələr qana keçərək bütün orqanizmi zəhərləyir. Toksinlər ən çox sinir sisteminə, böyrək və qara ciyərə zərər yetirirlər. Nə qədər ki, zərərçəkənin ətrafi sıxılmadan azad edilməyib, onun vəziyyətini qənaətbəxş hesab etmək olar. İlk anlar kəskin ağrı başlasa da sonralar bu ağrı sıxılmanın təsirindən tədricən səngiyir.

Uzun müddət ağırliq altında qalıb sonra turna qoyulmadan xilas edilmiş adamda ilk vaxtlar bəzən heç bir dəyişiklik görünmür. Lakin bir neçə saatdan sonra xəstənin ümumi vəziyyəti ağırlaşmağa, əzilmiş yerlər şişməyə başlayır, dəri göyərir, üzərində qanlı maye ilə dolu suluqlar əmələ gəlir. Bir qədər sonra dəri ölgünləşməyə başlayır. Sıxılmalar şokun əmələ gəlməsinə və daha sonra, yumşaq toxumaların əzilməsi nəticəsində yaranmış parçalanmanın zəhərli məhsulları ilə orqanizmin ümumi zəhərlənməsinə səbəb olur. Əzilmədən zəhərlənmənin inkişafında üç dövr nəzərə çarpır: ilkin, orta və son dövrlər. Yaralı xəstə ilkin dövrdə – zəhərlənmədən dərhal sonra və iki saat ərzində həyəcanlı olur, huşunu itirmir, uçqundan xilas olmağa çalışır, köməyə çağırır. Uçqun altında qalandan 2 saat sonra orta dövr başlayır, orqanizmdə zəhərlənmə halları inkişaf edir, zədələnmiş adam nisbətən sakitləşir,

suallara cavab verir, mürgüləməyə başlayır. Ağızda quruluq, suszlama, halsızlıq əmələ gəlir. Uçqun altından çıxarılandan sonra (üçüncü dövr) onlarda söhbətcilik, ətrafdakı hadisələrə uyğun olmayan davranış, titrəmə müşahidə edilir. Zədələnmiş ətraf xilas edildikdən sonra şiddetlə şışməyə başlayır. Ağır hallarda zərərçəkənin hali kəskin surətdə pisləşir, ətraflar soyuyur, qeyri-iradi sidik və nəcis ifrazı, sıdiyin rəngi qırmızımtıl və ya çəhrayıya dəyişməsi, daha sonra isə ölüm baş verir. Bunun səbəbi çoxlu miqdarda çürüyon əzələ toxumalarının qana sorulması və əzələlərdən gələn toksik məhsulların böyrəklərin fəaliyyətinin kəskin şəkildə pozulmasıdır. Xəstə bu zaman uremik koma vəziyyətində ölürlər. Yadda saxlamaq lazımdır ki, sıxlılma nə qədər uzunmüddətili olarsa, toksiki zəhərlənmənin gücü də bir o qədər artar. Sıxlın əzələnin kütləsi nə qədər çoxdursa, proqnoz bir o qədər pisdir.

İlk yardım iki mərhələdə göstərilir:

- Uçqunun altından çıxarılarkən;
- Uçqunun altından çıxarıldıqdan sonra.

İlk növbədə şəxsi təzyiq edən əşyanın altından mümkün qədər tez xilas etmək lazımdır. Zədələnmiş şəxslərin uçqunlarının altından çıxarılması zədələnmə yerindən, zədənin xarakterindən, zədələnmiş şəxsin ümumi vəziyyətindən, daşima vasitəsindən və digər şərtlərdən asılı olaraq bir neçə dəqiqədən bir neçə saatadək davam edə bilər. Əgər texniki vasitələr gələnədək ətrafi azad etmək mümkün deyilsə və sıxlın ətrafa yetişmək olursa, onda onun üzərinə soyuq buz qovuqları qoymaq və xəstəyə maye içirtmək lazımdır. Çalışmaq lazımdır ki, heç olmasa uçqun altında qalanın əlinə yetişmək imkanı olsun. Sonra venanı tapıb qanəvəzedicilər köçürülməlidir. Paralel olaraq xilasedicilər də öhdələrinə düşən vəzifələri yerinə yetirməlidirlər. Belə taktika minlərlə insanın həyatını xilas etməyə kömək edir. Zədələnmiş adamları bacarıqla, düzgün və ehtiyatla daşımıq lazımdır. Düzgün daşımamaq nəticəsində zədələnmiş şəxs əziyyət çəkir və bu da, bir sira hallarda ağır nəticələrə səbəb olur. Uçqun altında qalan şəxsi aşkar edərkən ən əvvəl

uçqunu nəzərdən keçirmək və şəxsi oradan xilas etmək üçün tədbir görmək lazımdır ki, digər üzvlərdə əlavə zədə törənməsin.

Əgər adamın uçqun altında qalan ətrafi soyuyubsa və ya göyərib-sə, onda əzilmiş yerdən yuxarıda turna, buz və soyuq suda isladılmış parça qoyulur, daha sonra novokain blokadası aparılır. Bu, əzilmiş yumşaq toxumalarda əmələ gələn zəhərli maddələrin qan dövranına qoşulmasının qarşısını alır. Ətraflar soyumadıq-da və çox ağır zədə olmayan hallarda onlara sıxıcı bint sarğısı qoyurlar. Bundan sonra xəstəyə ağrıkəsicilər (algin, tramal) vurulur, qaynar çay, qəhvə, çay sodası qatılmış (sutkada 20-30 q) çoxlu maye içirdilir, zədələnmiş ətraf siniq olmadıqda belə şinalar və ya əlaltı vasitələrdən istifadə edilməklə hərəkətsizləş-dirilir (immobilizasiya edilir).

Zədələnmiş adamları uçqunlar altından çıxarıb daşımaq üçün ən yaxşı vasitə sanitər xərəkləridir. Xərək adamın bədəninin zədələnmiş tərəfinə qoyulmalıdır. Bundan sonra zədələnmiş şəxsə sağlam tərəfdən yanaşır, onu qaldırır və ehtiyatla xərəyə uzadırlar. Zədələnmiş adamı üç nəfər qaldırırsa, bunlardan birincisi baş və döş nahiyyələrindən, ikincisi kürək və çanaq hissədən, üçüncüsü isə ayaqlardan tutmalıdır. Xərək olmadıqda onu əlaltı vasitələrdən—iki uzun ağaca gərilmiş mələfədən, həsirdən, kisədən düzəltmək mümkündür. Daşımaq üçün qapı, nərdivan, faner və s. əşyalardan istifadə etmək olar.

MƏŞĞƏLƏ 26

Açıq zədələnmələr. Yaralar. Cərrahi infeksiya. (I qoşa saat)

Dəri örtüyü və selikli qişaların, eləcə də daha dərində yerləşən toxumaların tamlığının mexaniki və ya hər hansı bir təsir nəticəsində pozulmasına açıq zədələnmələr və ya yara deyilir. Dəri və selikli qişanın üst təbəqəsinin zədələnməsi sıyrıq adlanır.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə müxtəlif lokalizasiyalı və müxtəlif növlü yaraları olan zədələnmişlərə ilk yardım göstərilməsi qaydalarını mənimsemək, yaranın açılıb bağlanması və yaraya qulluq vərdişlərinə yiyələnmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Yaraların əlamətləri və növləri.
2. Yaralar zamanı ilk tibbi yardım.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: qayçı, bintlər, fərdi sarğı zərfi, turna, kəmər, CD diskləri və internet resursları.

Yaralar səthi və dərin olur. Yaralar zədələnmə mexanizminə və zədələyici alətin xarakterinə görə, kəsilmiş, çapılmış, parçalanmış, doğranmış, deşilmiş, əzilmiş, cirilmiş, dişlənmiş, odlu silah və zəhərlənmiş yaralara bölünür. Yaranın dərinliyə işləməsinə görə boşluğa keçən və boşluğa keçməyən yaralar ayırd edilir. Məqsədli (aseptik) və təsadüfi (çırklənmiş) yaralar olur. Başqa bir fiziki və ya bioloji təsirlərə (zəhərlənmə, radiasiya) məruz qalmış yaralar aşırlaşmış yaralar adlanır.

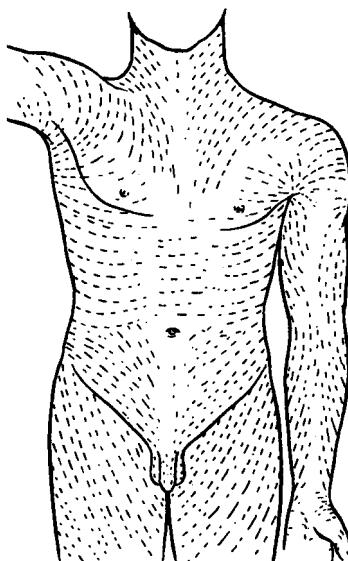
Hər bir yara üçün xarakterik olan əsas yerli simptomlar ağrı, qanaxma və yaranın ağzının nə dərəcədə açıq olmasıdır. Ümumi dəyişikliklərdən isə şok, kəskin anemiya, yaranın infeksiyalaşması və nəhayət bunların infeksiya və sepsislə nəticələnməsidir. Bu simptomların aşkar olması onu törədən alətdən, yaralanma aktından əmələ gələn anatomiq pozulmaların orqanizmdə nə kim dəyişikliklər törətməsindən asılıdır.

Ağrı xüsusilə yaralanma anında intensiv olur və o yaralanmış nahiyyənin hissiyyatından –zədələnmə nahiyyəsindəki sinir elementlərinin sayından asılıdır. Bundan əlavə ağrıının intensivliyinə zərrərçəkənin sinir-psixi vəziyyəti və yaralayıcı amilin xarakteri və zədə vermək sürəti də təsir göstərir. Barmaqlar, dişlər, dil, cinsiyyət üzvləri və düz bağırsaq nahiyyəsində hissiyat daha çox olur. Ağrıının intensivliyi yara sağlanan müddətdə tədricən azalır. Ağrı-

nın kəskin dərəcədə artması, formasının dəyişməsi, yarada ağrıların baş verməsini, irinləmənin, anaerob infeksiyanın inkişaf etməsini göstərir.

Yaraların açılması—kənarların aralanması yumşaq toxumaların yıgilma qabiliyyətindən asılıdır. Yara nə qədər dərin və böyük olarsa, yaranın kənarları da bir o qədər aralanmış olar. Yara ağızının az və ya çox açılması təkcə alətdən deyil, eyni zamanda dəridə olan langer elastiki xətlərin nə vəziyyətdə yaralanmasıdır. Törədilən yara langer xətlərinə paraleldir sə yara ağızı az, perpendikulyardırısa, çox açılacaqdır (şəkil 88).

Yaradan qanaxmanın dərəcəsi, zədələnmiş qan damarlarının növündən (arteriya, vena, kapilyar), qan təzyiqindən və yaranın xüsusiyətindən asılıdır. Kəsilmiş və parçalanmış yaralarda qanaxma daha çox olur. Didilmiş toxumalarda damarlar sıxlılmış və tromblaşmış olur. Buna görə də əzilmiş yaralar zamanı qanaxma az olur. Üz və başın zədələnmələri müstəsnalıq təşkil edir. Başın



Şəkil 88. Dəridə sxematik olaraq langer xətlərinin gedisi.

yumşaq toxumalarında qan damarları həddindən artıq çoxdur. Bunlar zədə zamanı sıxılmadığı üçün başın zədələnmələrində qanaxma çox olur. Bundan başqa başın dərisi və toxuması çox hərəkətli olduğundan yara çox açılmış olur, kənarları açılmış dəri parçalarından əmələ gəlir.

İstər müharibə zamanı, istərsə də sülh dövründə ilk yardımı qəzaya uğramış adamın özü, ya da ətrafdakı şəxslər, nadir hallarda isə tibb personalı göstərir. İlk yardım əsasən aşağıdakılardan ibarətdir: qanaxmaların müvəqqəti dayandırılması (sarğı, kəmər), yaranı çırklənmədən və infeksiya düşməsindən qorumaq (yara kənarlarının yodla silinməsi və sarğı qoyulması), qanitirmə nəticəsində əmələ gələ bilən bütün ağrılaşmalara qarşı mübarizə, həkim yardımı göstərmək üçün yaralıları dərhal xəstəxananın cərəhəri şöbələrinə göndərmək lazımlıdır.

Yaralanma zamanı ən təhlükeli hal—qanaxmadır. Yaralanmadan sonra kəskin qanaxma çox zaman ölümə səbəb olur. Buna görə də ilk tədbir qanaxmanı dayandırmaqdan ibarət olmalıdır. Bu məqsədlə bütün vəsitələrdən—turna, damarların sıxılması, sıxıcı sarğılardan istifadə edilməlidir. Qanaxmanı, yaranı tamponada etmək üsulu ilə də dayandırırlar.

Sarğı qoymazdan əvvəl yara nahiyyəsi tam və ya hissə-hissə paltar və ayaqqabılardan azad edilir. Yaralanmalar, elcə də digər zədələnmələr zamanı zərərçəkənlərin paltar və ayaqqabılарını çıxararkən əlavə xəsarət verməməkdən ötrü aşağıdakı qaydalara əməl etmək lazımdır:

- Paltarı zərərçəkənin sağlam tərəfindən çıxarmağa başlamaq lazımdır. Məsələn əgər sağ əl yaralanıbsa, onda köynəyi əvvəlcə sol əldən çıxartmaq lazımdır;

- Ağır zədə almış adamlarda paltar soyundurmaq çətin olduğuna görə və ya paltar yaraya yapışmışsa, paltarı yara ətrafında qayçı ilə kəsmək lazımdır.

- Güclü qanaxmalar zamanı paltar tikiş yerlərindən sökülməlidir;

- Ayaqqabıları çıxartmaq lazımlı gəldikdə onları arxadan, tikiş yerindən sökərək ilk növbədə daban azad edilməlidir;
- Ətraflardan paltar və ayaqqabı çıxrınlarkən köməkçi şəxs əl və ayağı tutmalıdır;
- Yaranın sahəsindən və lokalizasiyasından asılı olaraq zərərçəkən tam və ya hissə-hissə soyundurulmalıdır;
- Əgər lazımlı gəlməzsə, xəstəni tam soyundurmaq (xüsusilə də soyuq aylarında) məsləhət görülmür. Yalnız bədənin mani-pulyasiya görüləcək nahiyyəsi paltardan azad edilir.

Yaraları infeksiyadan qorumaq məsələsi də az əhəmiyyət kəsb etmir, çünki yaraların infeksiyalışması sonralar bir sıra ağrılaşmaların əmələ gəlməsində başlıca rol oynaya bilər. Aseptik sarğılar yaranı etibarlı şəkildə infeksiyalardan mühafizə edə bilər. Bunun üçün fərdi sarğı zərfindən istifadə etmək daha məsləhətdir. Steril material olmadıqda imkan daxilində yaranı açıq saxlamaq məsləhətdir. Əgər bu da mümkün olmazsa, təmiz ütülü parça ilə yara sarınmalıdır. Sarğı qoyulmadan əvvəl yara və onun kənarları palçıq, cırılmış paltar hissələri və torpaqdan tənzif və pinsetlə azad edilməli, yara ətrafında olan tüklər qırıldırılmalıdır. Qırxan zaman elə etmək lazımdır ki, tüklər yaraya düşüb onları çirkəndirməsin. Bundan sonra yaranın kənarları benzin, efir, xlorheksidin məhlulları ilə silinməlidir. Sonra yod məhlulu sürtülməlidir (lakin yara səthinə yod çəkilməməlidir). Yaranın dərin qatlarından yad cisim və torpağı çıxartmağa icazə verilmir. Çünki bu, yaranın daha çox infeksiyalışmasına və ağrılaşmaların əmələ gəlməsinə səbəb olar (qanaxma, orqanların zədələnməsi və s.). Aseptik sarğılar qoyulduğda yara səthinə əllə toxunulmamalıdır.

Yaralanmalarda qanitirmə zamanı beynin qansızlaşmasının qarşısını almaq üçün xəstəni hamar səthdə uzandırmaq lazımdır. Çoxlu qanitirmə nəticəsində əmələ gələn bayılma, kollaps zamanı xəstəni elə vəziyyətdə uzandırmaq lazımdır ki, baş gövdədən aşağı səviyyədə olsun, bəzən «öz-özünə qanköçürmə» üsulundan

istifadə edilir—uzanmış yaralının ətrafları yuxarı qaldırılır. Bunuñla da müvəqqəti olaraq ağ ciyərlərdə, beyində, böyrəklərdə və həyat üçün əhəmiyyətli olan başqa orqanlarda dövran edən qanın miqdarı artır.

Başın yumşaq toxumaları zədələndikdə ilk yardım qanaxmanın saxlamaqdan ibarətdir, çünki ən kiçik yaralanma güclü qanaxma verə bilir. Yumşaq toxumanın altında kəllə sümükləri olduğu üçün qanaxmanı müvəqqəti saxlamaqdan ötrü sıxıcı sarğıların qoyulması əlverişlidir. Bəzən arteriyani barmaqla sıxıb saxlamaq da olar (xarici gicgah arteriyasını qulaq seyvanı öündə, xarici çənə arteriyasını alt çənənin aşağı kənarında). Başın yaralanması zamanı ən qorxulu hal eyni zamanda beyində travmanın olmasıdır (sarsıntı, əzilmə, sıxılma). Belə yaralanmalarda ilk yardım yaralını üfüqi vəziyyətdə uzandırıb, sakitlik yaratmaqdan və dərhal xəstəxanaya aparmaqdan ibarətdir.

Döş qəfəsini dəlib keçən yaralar son dərəcə qorxulu hesab edilir. Çünki bu zaman həyat üçün əhəmiyyətli orqanların zədələnməsi ilə yanaşı yara yerindən plevra boşluğununa hava daxil olub açıq pnevmotoraks əmələ gətirə bilir. Bu da öz növbəsində çox ağır vəziyyətə –plevropulmonal şoka səbəb olur. İlk yardım göstərən şəxs bilməlidir ki, belə yaraları hermetik bağlamaqla, bu ağırlaşmanın əmələ gəlməsinin qarşısını almaq olar və ya onu əhəmiyyətli dərəcədə azaldar. Plastır olmadıqda xüsusi sarğı zərflərinin müşənbə örtüyündən istifadə edib yaranı bintlə bərk sarımaq olar.

Qarın boşluğununa keçən yaralanmalarda ilk yardım göstərməyin də bəzi xüsusiyyətləri vardır. Daxili üzvlərin xaricə çıxmazı (piylik, bağırsaq ilgəyi və s.) müşahidə edilirsə, onları içəriyə salmaq qadağan edilir. Çünki bu qarın boşluğunun infeksiyallaşmasına və periton qışasının iltihabına (peritonitə) səbəb olur. Aseptik sarğı xaricə çıxmış üzvlə bir yerdə yaraya qoyulur. Qarın boşluğunun yaralanmalarında mədə və bağırsaqlar zədələnə bildiyi üçün zərərçəkənə yemək vermək, su içirtmək, dərman ver-

mək olmaz. Bu, da peritonitə səbəb ola bilər.

İlk yardımın əsas vəzifələrindən biri də yaralını dərhal tibb müəssisəsinə, daşınma qaydalarını pozmadan göndərməkdir. Bu zaman yaranın növü, olduğu nahiyyə və qanitirmənin dərəcəsi nəzərə alınmalıdır.

Bütün yaranmış şəxslərə, mümkün qədər tez tetanus əleyhinə profilaktika aparılmalıdır. Bu dərialtına 3000 AV tetanus əleyhinə zərdab vurmaqla yerinə yetirilir.

Zəhərlənmiş yaralar sülh dövründə ilan, əqrəb, bəzi kərtənkələlər sancıqda, müharibə dövründə isə lyuizit, iprit, fosgen istifadə edildikdə və ya bu maddələr hər hansı yaraya düşdükdə əmələ gəlir. Yaradan zəhərli maddələr dərhal orqanizmə sorularaq ağır nəticələrə gətirib çıxardır.

Göstərilən heyvanların hər hansı biri dişlədikdə yaranın ətrafin da ödəm əmələ gəlir. İpritlə zəhərləndikdə yaranın qırığında qızartı və ödəm baş verir. Yarada ipritin olmasını xardal, yanmış rezin iyinin və yağa bənzər maddənin olması ilə müəyyən edirlər, 2-3 gündən sonra yara ətrafında suluqlar əmələ gəlir ki, bu da nekrozla nəticələnir. Lyuizit ilə törenən yaralar ətirşah iyi verir, şiddetli ağrılı olur. Yaranın rəngi kül rəngini xatırladır. Fosforla zəhərləndikdə isə yara sarımsaq qoxusu verir, ətraf dəri isə yanmış olur.

Bu zaman yaralar səylə və diqqətlə yuyulmalı, birincili cərrahi işlənməli və antidot vurulmalıdır. İpritlə zəhərlənmədə dərini xloraminin 70% spirtdəki 10%-li məhlulu ilə silirlər, yara boşluğununu isə xloraminin 2%-li sulu məhlulu ilə yuyurlar. Bundan sonra həmin məhlulda isladılmış sarğı bağlayırlar. Lüizitlə zəhərləndikdə dəriyə yod tinkturası sürtülür, yarani isə lüqol məhlulu ilə işləyirlər. Fosforla zəhərlənmiş dərini kalium permanqanatın 0,1%-li məhlulu ilə yumaq və yaranı xüsusi antifosfor pasta ilə doldurmaq lazımdır. Zarin tipli zəhərləyici maddə ilə zəhərləndikdə antidot yeritməklə yanaşı 2%-li soda məhlulunun köməyi ilə təmizlənir. Yaralılara həmçinin antibiotiklər və antitetanik serumlar da yeridilir.

Beləliklə, yaralanmalar zamanı həkimə qədərki yardımına yara zonasının geniş çılpaqlaşdırılması, yara kənarındaki tüklərin qırxılması və yod sürtülməsi, sərbəst yad cisimlərin (tük, paltar tikəsi, qum, torpaq və s.) kənarlaşdırılması, qanaxmanı müvəqqəti dayandırmaq üçün kəmərin və aseptik sarğının qoyulması və cərrahiyyə şöbəsi olan müalicə müəsisəsinə göndərilməsi daxildir.

MƏŞĞƏLƏ 27

Açıq zədələnmələr. Yaralar. Cərrahi infeksiya. (II qoşa saat)

Yaraların gecikmiş ağrılaşmaları zədələnmiş toxumaların infeksiyalasması və müxtəlif mikroorganizmlərin daxil olması nəticəsində əmələ gəlir. Bunlar yaranın irinləməsinə, yerli cərrahi irinli infeksiyaların əmələ gəlməsinə səbəb olurlar. Sübut olunmuşdur ki, toxumalarda iltihabın dərəcəsi mikroblastların virulentliyindən və patogenliyindən, yəni keyfiyyət xassələrindən asılıdır.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə yerli cərrahi infeksiyanın əlamətlərini öyrətmək və bu əlamətlərə görə onların tənqidiləşməsi. Qızıl yel və tromboflebitlə zədələnmişlərə qulluq vərdişlərini mənimsdəilməsi.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

Cərrahi infeksiya anlayışı.

Ümumi cərrahi infeksiya–sepsis haqqında məlumat.

Anaerob və aerob infeksiyalar.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: Yerli iltihabi xəstəliklərə aid əyani vəsaitlər, CD diskləri və internet resursları.

Xəstəliktərədən mikroblastların ətraf mühitdən orqanizmə düşərək çoxalması, ümumi və yerli reaksiyaların baş verməsi infek-

siya adlanır. İrinli infeksiyalar irin törədən mikrobların orqanizmə daxil olması zamanı baş verir. İrinli infeksiyanın əmələ gəlməsi yalnız mikrobların orqanizmə daxil olmasından deyil, eyni zamanda onların virulentliyindən və orqanizmin müqavimətin-dən asıldır.

Cərrahi infeksiya kəskin və xroniki ola bilir. İnfeksiya prosesinə müxtəlif nahiyyələrin dəri, dərialtı toxumaları, əzələlər, və-tər yataqları, oynaqlar, sümük, sümük üstlüyü, seroz boşluqlar və s. cəlb oluna bilir. İrinli infeksiya irintörədən bakteriyalar tərəfin-dən (stafiliokokk, streptokokk) əmələ gəlir. Tamlığı pozulmuş toxumalarda hər şeydən əvvəl iltihabi proses inkişaf edir. İltihabın əlamətləri aşağıdakılardır:

- Damarların əvvəl daralması, sonra isə genişlənməsi nəticə-sində həmin iltihab nahiyyəsində yerli **qızartının** (hiperemiyanın) inkişafı;

- Genişlənmiş damarlarda ətraf toxumalara qanın maye hissəsinin, leykositlərin çıxması nəticəsində **şışkinliyin** (iltihabi infilt-rat) əmələ gəlməsi;

- İltihabi dəyişikliklərin hesabına həmin nahiyyədən keçən si-nir liflərinin sıxlaması və qıcıqlanması nəticəsində **ağrının** əmə-lə gəlməsi;

- Qanın çox gəlməsi nəticəsində biokimyəvi proseslərin sürət-lənməsi ilə əlaqədar **yerli temperaturun** artması;

- Ödem və ağrı bədənin həmin nahiyyəsində **funksional poz-ğunluğun** əmələ gəlməsi.

İltihabın ümumi əlamətlərinə yüksək hərarət, üzütmə, tərləmə, leykositoz, baş ağrıları, ümumi halsızlıq və s. aiddir.

Yerli irinli cərrahi infeksiyalara aiddir:

1. Furunkul – tük follikulunun kəskin irinli iltihabı xəstəliyi-dir, şəxsi gigiyenanın pozulması, qaşınma və sürtünmə, düzgün daramama nəticəsində, eləcə də şəkərli diabed, anemiya, sinir-psixi yorğunluq, arıqlama zamanı əmələ gəlir. Dəridə qırmızı-mıl rəngli ağrılı və dəri üzərinə qalxmış hündürlük meydana çıxır.

Hündürlüğün zirvəsində sarımtıl rəngli nöqtə əmələ gəlir. İnfeksiyanın yayılması təhlükəsinə görə furunkulu qətiyyən sıxmaq olmaz!

2. Karbunkul –bir-birinin yanında yerləşmiş tər, piy, vəzilərinin ətraf toxumalarla birlikdə iltihabi xəstəliyidir. Adətən boyunda, beldə və üzdə yerləşirlər. Çox vaxt diabeti olan qocalmış şəxslərdə əmələ gəlir, əvvəl küt sonra isə şiddətli ağrılarla müşayiyət olunur.

3. Abses – məhdudlaşmış iltihabi irinlik olub toxumaların əriyərək əmələ gətirdiyi boşluğun içərisinə irinin dolmasıdır. Çox zaman yad cisimlərin töretdiyi hematomadan, yaxud yayılan infeksiyadan, dərman maddələrinin inyeksiya vasitəsilə yeridiliyi yerdən və s. yaranır. Abses boşluğu müxtəlif ölçülərdə olur və müxtəlif orqan və toxumalarda –dəridə, piy toxumasında, qarındakı bir çox boşluqlarda, beyində, ağ ciyərdə, qara ciyərdə və s.əmələ gəlir. Toxumalardan və töredici mikrobusun növündən asılı olaraq absesin rəngi müxtəlif olur.

4. Fleqmona –birləşdirici toxumanın kəskin yayılmış irinli iltihabi xəstəliyidir. Absesdən fərqli olaraq fleqmonanın irinli qişası olmur və yayılmağa meylli olur və kəskin hüdudları olmur. Toxumalarda nekroz prosesinin getməsi fleqmonaya xas olan əlamətdir. İrinin yayılması mikrobusun virulentliyindən, organizmin müqavimətindən və yerləşdiyi nahiyyənin anatomik xüsusiyyətlərindən asılıdır.

5. Hidradenit –tər vəzilərinin kəskin irinli xəstəliyidir. Ən çox qoltuq altında, nadir hallarda qadınların süd vəzisinin giləsi ətrafında ,anal dəlik və göbək ətrafında rast gəlinir.

6. Limfadenit –limfa düyünlərinin iltihabıdır. Bu zaman limfa düyünləri böyür və palpasiyada ağrılı olur.

7. Qızılıyel –dəri ,selikli qişalar və limfa yollarının kəskin iltihabi xəstəliyidir. Yoluxma dəri örtüyünün tamlığından pozulması zamanı ətraf mühitdən baş verir. Giriş qapısı –ciziqlar, sıyrıntılar və yaralardır. Qızılıyel keçirdənlərdə immunitet əmələ gəlmir,

əksinə, onlar yenidən qızılıyelə tutulmağa meylli olurlar. Ən çox üzün, baldırın, başın bəzi hallarda gövdənin dərisində əmələ gəlir. Dəri qırmızı və şişkin, əllədikdə gərgin, ağrılı və isti olur. Zədələnmiş nahiyyədə kəskin sərhədi olan al qırmızılıq meydana çıxır ki, bu «coğrafi xəritəni» xatırladır. Xəstəliyin eritematoz (qızartı), bulloz (suluqlama), pustulyoz (suluğun irinləməsi), hemor-rargik (qanlı maye), fleqmanoz (ətraf toxumaların irinləməsi) və nekrotik (dərinin nekrozlaşması) formaları vardır.

8. Flebit və tromboflebit –venaların iltihabi xəstəliyi olub, həm daxili həm də xarici divarından başlaya bilir. Səbəbi venanı əhatə edən toxumaların iltihabı, həmçinin venaya qıcıqlandırıcı maddələrin (hipertonik məhlullar, antibiotiklər və s.) yeridilməsidir. Venaların iltihabı fonunda onun mənfəzini laxtalanmış qan tutaraq, tromboflebit deyilən xəstəliyi əmələ gətirir. Həm səthi, həm də dərin venalar zədələnə bilir.

Qızılıyel və tromboflebitin müalicəsində xəstə mütləq yataq rejimində olmalıdır. Xəstələrə antibiotiklər və sulfamilamid preparatları verilir. Qida rasionuna yüksək kalorili vitaminlərlə zəngin süd-bitki pəhrizi daxil edilir. Ətraflar immobilizasiya edilməlidir. Qızılıyeldə dərini yodla, kamfora yağı və 5%-li kalium permanqanat məhlulu ilə silmək və ultrabənövşəyi şüalarla şüalandırmaq lazımdır. Xəstələrin təcrid olunması tövsiyə olunur. Tormboflebitdə isə ətrafalara yuxarı qaldırılmış vəziyyət verilərək Vişnevski və ya heparin məlhəmi ilə sarğı qoyulur. Gündəlik protrombin indeksinə nəzarət etməklə antikoagulyantlar (heparin, neodikumarin) təyin olunur. Müalicə məqsədilə zəli qoymaq da tövsiyə olunur. Xəstəliyin kəskin vaxtlarında massaj eks göstərişdir.

Dərinin çirkli saxlanması bu xəstəliklərin inkişafına şərait yaradır. Profilaktika məqsədilə şəxsi gigiyena qaydalarına riayət etmək, tez-tez çimmək, paltarları dəyişmək, bədəndəki infeksiya mənbələrini (sviş, yara, siyriq və s.) ləğv etmək lazımdır. Əməliyyatlardan sonra xəstələrin vaxtında ayağa qalxması, elastik corab və bintlərdən istifadə əməliyyadan sonrakı tromboflebitlərin

qarşısını alır. Maddələr mübadiləsini tənzim etmək, infeksiyaya qarşı aktiv mübarizə vacib məsələlərdən hesab olunur.

MƏŞĞƏLƏ 28

Yanıqlar, donmalar, elektrozədələr.

Xarici mühitin müxtəlif amillərinin (yuxarı və aşağı temperaturun, rentgen və nüvə bombalarının partlayışı nəticəsində yaranan şüa, elektrik və s.) orqanizmə təsiri nəticəsində dəri örtüyü və selikli qışaların, eləcədə daha dərində yerləşən toxumaların tamlığı pozulur. Bu zaman zərərçəkənə vaxtında və düzgün göstərilən yardım gələcəkdə baş verə biləcək ağırlaşmaların qarşısını kifayət qədər almış olur.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Mulyajlardan və tablolardan istifadə etməklə müxtəlif lokalizasiyalı və dərəcəli donma, yanık və elektrik zədələnmələri zamanı ilk yardım göstərilməsinin öyrənilməsi .

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ :Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Fövqəladə vəziyyətlərdə yanık zədələnmələri.
 2. Yanık yaraları, yanık xəstəliyi, mərhələləri, dərəcəsi, ağırliq kriterisi.
 3. Yanıqların növləri, kimyəvi yanıqlar.
 - 4 Yanık şoku, onunla mübarizə tədbirləri, profilaktikası.
 5. Donma, dərəcələri, ümumi donma.
 6. Elektirik yanıqları, yerli və ümumi əlamətləri.
- MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT:** yanık, donma və elektrozədələrə aid mulyajlar, CD diskləri və internet resursları.

Termiki, kimyəvi, şüa və elektrik yanığı ayırd edilir. Termiki yanıqlar alovun, qaynar suyun, yanana və isti mayelərin, qazların,

özlü alışdırıcı qatışqların(napalm, pirogel, termit və s.), qızdırılmış və əridilmiş metalların və s. bilavasitə orqanizmə təsiri nəticəsin-də əmələ gəlir. Zədənin ağırlığı təsir edən temperaturun dərəcə-sindən, təsir müddətindən, yanığın yerləşdiyi nahiyyədən asılıdır. Zəif yanıqlar özünü yerli proses kimi aparır. Əhəmiyyətli dərəcə-də yanıqlar zamanı isə orqanizmdə ciddi ümumi pozğunluqlar müşahidə olunaraq yanıq xəstəliyi əmələ gəlir. Ağır yanıqlar xüsus-sən alovun və təzyiq altında olan buxarın təsirindən baş verir. Belə halda ağız boşluğunun, burunun, traxeyanın və digər üzvlərin yanıqları, onların atmosferlə əlaqəsi olduğundan baş verə bilir. Ən çox əl, ayaq, göz, gövdə və baş yanırlarına təsadüf edilir.

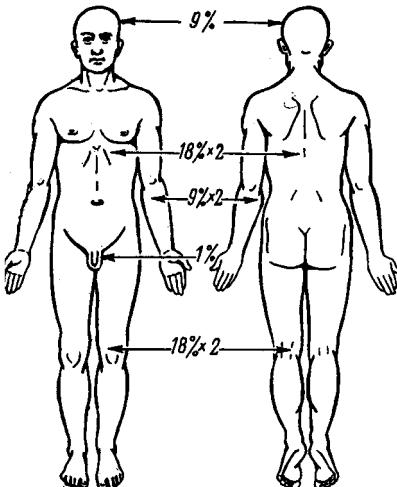
Kimyəvi yanıqlar qatı turşuların (xlorid, nitrat, sulfat, sirkə, karbol, çar arağı turşuları) və qələvilərin (aşındırıcı kalium, natrium, naşatır spirti, sönməmiş əhəng), fosfor və bir sıra ağır metal-ların duzları (gümüş- nitrat, sink- xlorid və s.) orqanizmə təsirindən əmələ gəlir. Zədənin ağırlığı və dərinliyi kimyəvi maddələrin növündən, qatılığından, təsir müddətindən və düşdüyü nahiyyədən asılıdır. Kimyəvi maddələrin təsirinə selikli qışalar, aralığın və boynun dəri örtüyü az, pəncə və əlin ovuc hissəsi bir qə-dər çox davamlıdır.

Şüa yanığı, şüalanma mənbəyinə tərəf olan səthdə əmələ gə-lir. Şüa yanığının ilk xarici əlaməti yanıq dərəcələrinə uyğun gəl-mir, yanıq dərəcəsi bir qədər sonra aşkar olunur.

Yanıq səthi nə qədər böyük olarsa o bir qədər xəstənin həyatı üçün təhlükəli olar. Bədənin 1/3 hissəsi yandıqda çox zaman ölüm baş verir. Yanmış sahənin səthini müəyyən etmək üçün bir sıra üsullar vardır:

Ovucla ölçmək. Yaşlı adamın ovcunun sahəsi dəri örtüyünün ümumi sahəsinin təxminən 1-2%-ni təşkil edir.

Doqquzlar qaydası ilə ölçmək. Bu zaman başın və boynun sahəsi bədənin bütün sahəsinin 9%-ə qədərini, bir yuxarı ətraf 9%, gövdənin ön və arxa səthi 18%, bir aşağı ətrafin səthi 18% təşkil etdiyini nəzərə alırlar. Aralığın səthi isə 1%-i təşkil edir (şəkil



Şəkil 89. Yanıq səthinin sahəsinin «doqquzlar» qaydasına görə təyin olunması
89). Bu ölçü təxminini ölçü kimi qəbul edilmişdir.

Yanığın dərinliyinin də əhəmiyyəti böyükdür. Zədənin dərinliyinə görə dörd dərəcəsi ayırdılır:

I dərəcə yanıqlarda dərinin hiperemiyaya uğraması və dəridə ödəm inkişaf etməsi baş verir. Bu zaman sinir uclarının yanması nəticəsində kəskin göynəmə hissi əmələ gəlir.

II dərəcə yanıqlarda suluqların əmələ gəlməsi baş verir. Suluqların daxilində sarımtıl rəngli şəffaf maye olur. Bəzən suluqlar öz-özünə deşilərək boşalırlar.

III dərəcə yanıqlar iki yerə bölünür: IIIA dərəcəli yanıq zamanı dərinin səthi qatları, IIIB dərəcəli yanıqdə isə dərinin bütün qatları yanır.

IV dərəcə - dəridən altda olan digər toxumaların nekrozu baş verir.

Yalnız epidermisin xəsarətə uğradığı I-IIIA dərəcəli yanıqlar səthi, daha dərində yerləşən toxumaların nekrozu ilə müşaiyət olunan IIIB və IV dərəcəli yanıqlar isə dərin yanıqlar adlanır.

Qeyd edildiyi kimi dərin yanıqların üstünlüyü ilə və bədən səthinin 10%-dən çox sahəsinin zədələnməsi ilə gedən yanıqların gedişi yanıq xəstəliyi şəklində davam edir. Yanıq xəstəliyinin klinik gedişinə görə şok, toksemitiya, septiko-toksemitiya və sağalma dövrlərinə böllürələr.

Termiki yanıqlar zamanı ilk yardım. İlk növbədə termiki faktorun təsirini aradan götürmək lazımdır. Bunun üçün qaynar su və ya isti buxarın tökülməsinin qarşısını almaq, alovlanan şəxsi isə ədyal və ya paltara sıx bükməklə, şinellə və plaş-çadırla möhkəm bürüməklə, üzərinə qar, torpaq atmaqla və ya yanmış sahələri suya salmaqla söndürmək lazımdır. İsti napalmı su ilə söndürmək ən kobud səhvdir. Su ilə napalmin teması nəticəsində ani olaraq əmələ gələn buxar alışan qatışığın sıçramasına və bunun nəticəsində isə yanıq sahəsinin genişlənməsinə səbəb olur. Napalmı yalnız qar, yaşı torpaq, qum və ya sıyıq şəklində gilli məhlulla söndürmək lazımdır.

Bundan sonra tələb olunan qaydaya əsasən yanmış paltar-dan azad edilir. (bu zaman paltarı çıxartmaq yox, kəsmək məsləhət görülür) Yanan nahiyyənin dərisini tez soyutmaq üçün zədələn-nən yerə spirt,odekolon, araq töküür. Bunlar olmadıqda bədənin yanmış hissəsi soyuq suyun şırnağı altında saxlanılır və ya polietilen kisəciklərdə buz parçası, qar və ya buzlu su qoyulur. Təqribən 10 dəqiqə ərzində aparılan soyutma prosesi ağrını və ödəmi azaldır. İlin soyuq aylarında xəstənin soyuqlamasına yol vermək olmaz.

Yanıq səthinə yapmış paltar tikəsini qopartmaq, suluqları kəsmək və ya deşmək qəti qadağan olunur. Çünkü mexaniki yolla dəridən qopmuş yad cisimlər yanmış səthdə əlavə zədə törədir, ağrını artırır, şoku dərinləşdirir. Suluqlar isə zədələnmiş toxumanın təbii qoruyucusu hesab olunurlar. Ağrını götürmək üçün ağrıksızlıqlar verilir. Ağrılar bir qədər azaldıqdan sonra zərərçəkənə 2-3 qurtum alkoqol, isti çay və ya kofe verilir. Bundan sonra xəstəni sakitləşdirib yaraya təmiz, quru sarğı qoyularaq (yaxşı

olar ki, steril sarğı qoyulsun) xəstəxanaya göndərilir. Xəstəxanaya göndərmə müəyyən səbəb üzündən gecikərsə, onda xəstəyə qələvi-duz qarışığı (2 stakan suya 1çay qaşığı yemək duzu və $\frac{1}{2}$ çay qoşıcı soda əlavə edilir) içirtmək lazımdır. Xəstə uzaq məsafəyə aparıllarsa, dəri altına ağrıkəsicilər(tramal, promedol) vena daxilinə şoka qarşı qanəvəzedicilər (poliqlük, reopoliglük) vurulmalıdır. Xəstənin yanmış nahiyyəsinə heç bir məlhəm çəkilməməli və hər hansı bir «mətbəx» reseptlərindən istifadə olunmamalıdır. Çünkü bunlar yanmış yarasınının şəklini dəyişib, müalicənin sonrakı mərhələlərində cərrahi yardımını çətinləşdirəcəkdir. Tənəffüs yollarının yanığına şübhə olduqda xəstənin tənəffüsünə daim nəzarət edilməlidir. Xəstədə ödəm başlamamış onun qol saati və barmağında üzük varsa çıxarılmalıdır.

Kimyəvi yanıqlar. Xəstə kimyəvi madələrin təsirinə məruz qalmışsa, dərhal kimyəvi maddə ilə islammış paltar çıxarılmalı, kimyəvi maddə axar su altında şırnaqla 10-30 dəqiqə müddətində yuyulmalı sonra isə neytrallaşdırma işinə başlamaq lazımdır. Turşu yanıqları zamanı turşuları neytrallaşdırmaq üçün 2%-li çay sodası məhlulundan istifadə edilir. Əgər geniş sahə kimyəvi yanığa məruz qalmışsa onda bu sahəyə tabaşır tozu və maqnezium oksidi səpmək lazımdır. Gözləri də nəzarətdən kənardə saxlamaq olmaz. Kimyəvi maddə gözə düşdükdə, zədəli göz sağlam gözdən bir qədər aşağı olmaqla (kimyəvi maddənin digər gözə düşməsinin qarışısını almaqdan ötürü) onu 20 dəqiqə müddətində su ilə yumaq lazımdır. Bundan sonra zədələnən göz bağlanmalıdır.

Qələvi yanıqlarını isə 2%-li sirkə və ya limon turşusu ilə neytrallaşdırılır.

Qida borusunun yanıqları termiki və kimyəvi ola bilər. Kimyəvi yanıqlar termiki yanıqlara nisbətən çox təsadüf edilir. Bu zaman ağız boşluğu, qida borusu, bəzən isə mədənin selikli qışası da yanmış olur. Yanığın dərəcəsi qəbul olunmuş maddənin miqdardından, onun kimyəvi aktivliyindən asılıdır. Klinik əlamət-

ləri ağızda güclü ağrılardan, ağız suyunun axmasından, qanlı quşmadan ibarətdir.

İlk yardım zamanı mədə olduqca tez bir zamanda yuyulmalıdır. Ağrını azaltmaq məqsədilə xəstəyə bir neçə qaşıq zeytun və ya günəbaxan yağı içirdilir. Ağrıkəsici preparatlar vurulur.

Fosforun təsirindən əmələ gələn yanıq, turşu və qələvi yanıqlarından fərqlənir. Fosfor havada alovlandıığı üçün kombinasiyalı yanıq əmələ gəlir- termiki və kimyəvi (turşu). İlk yardım göstərərkən yaxşı olar ki, yanıq səthi suyun altında qalmış olsun və səthdə olan fosfor qırıntıları çubuq, pambıq və s. xaric edilsin. Fosfor qırıntılarını su axını ilə də təmizləmək olar. Yanıq səthi su ilə yuyulduğdan sonra 5%- li mis kuporosu məhlulu ilə təmizlənib, oraya steril sarğı qoyulur. Yağ və məlhəmdən istifadə etmək əks göstərişdir, çünkü bunlar fosforun orqanizmə sorulmasına səbəb olur. Yadda saxlamaq lazımdır ki, napalm(yanan alışan qatışlıq) bombalarında fosfor vardır. Buna görə də belə yanıqlara fosfor yanığı kimi baxmaq lazımdır.

Sönməmiş əhəngin təsirindən əmələ gələn yanıq səthini su ilə yumaq olmaz. Belə yanıq səthini yağlarla (heyvani, bitki yağları) təmizləmək lazımdır. Əhəng qırıntılarını xaric edib, məlhəm sarğısını qoymaq lazımdır.

Günəş yanıqları. On çox rast gəlinən yanıqlardan biri də günəş yanıqlarıdır. Günəşin şüalarının artıq radiusiyası, xüsusən də küləkli havada ağır yanıqlara səbəb ola bilir. Şəxsin bədəni nəmdirsə (dəniz suyu ilə, tərlə) onda yanma riski daha da artır. Artıq yanıq baş vermişsə zərərçəkəni sonrakı şüalanmadan qorumaq lazımdır. Bunun üçün yanmış səthi tanın turşusu məhlulu və ya çoxlu miqdarda soyuq su ilə islatmaq lazımdır. Bundan sonra xəstəyə çoxlu miqdar sərin su içirdilir və yanın səthə şakitlik verilir. Yanan səth 15-20 dəqiqə ərzində su ilə ardıcıl olaraq soyudulur. Yuxarıda qeyd edildiyi kimi bu ağrını və ödemi azaldır. Yanmış nahiyyəyə əllə toxunmaq, suluqları kəsmək, deşmək, üzərinə hər hansı bir dərman və ya digər vasitəni yaxmaq və səpmək olmaz.

Xəstəyə daxilə 1-2 tablet analqin və isti çay vermək lazımdır .Da-ha sonra çalışmaq lazımdır ki, zərərçəkən tezliklə xəstəxanaya çatdırılsın.

Göz yanmışsa onda yarım çay qaşığı bor turşusunu bir stekan suda həll edib alınan məhluldan gözə islatma qoymaq lazımdır.

Elektrik yanıqları və ildırım vurma cərəyanın toxumalardan keçərək daxil olduğu və çıxdığı yerin zədələnməsinə deyilir. Belə travmalar istehsalatda, montyorlarda, tikintidə işləyən fəhlələrdə elektrik cərəyanı ilə əlaqədar işlərdə təhlükəsizlik qaydalarına əməl etməyənlərdə və çöldə, açıq sahədə, meşədə şimşek çaxarkən müşahidə edilir.

İlk yardım göstərmək üçün elektrik cərəyanını dərhal kəsmək lazımdır. Bu zaman kömək göstərən şəxs öz şəxsi təhlükəsizlik tədbirləri haqqında düşünməlidir. Çox vaxt əzələlərin qızolma şəkilli yığılması zamanı zərərçəkən çilpaq naqili buraxa bilmir və ya onu elektrik mənbəyindən ayırmadı olmur. Ona görə də evdə cərəyanı elektrik şəbəkəsindən ayırmadı, küçədə isə naqili elektrik keçirməyən alətlərlə kəsmək lazımdır. Əgər elektrik cərəyanını kəsmək mümkün deyilsə onda zərərçəkənə toxunmadan onu, rezin əlcək, qaloş, rezin çəkmə, yun ədyal, yun parça, quru ağacdan və ya izolyasiyalı predmetlərdən istifadə etməklə naqildən ayırib kənarlaşdırmaq lazımdır. Zərərçəkəni torpağa basdırmaq qəti qadağandır. Bundan sonra xəstəyə tam sakitlik verilir, quru və isti yerdə yerləşdirilir və tənəffüsü asanlaşdırmaq üçün kəməri, yaxası açılır, onu sıxan paltarlardan azad edilməklə təmiz hava ilə təmin olunur. Bundan sonra xəstəyə süni tənəffüs verilir və ürək dərmanlarından istifadə olunur. Hər an qəfləti ölüm baş verə bildiyi üçün travmanın ağırlıq dərəcəsindən və ilk yardımın nəticəsindən asılı olmayaraq mütləq və həmçinin cəld təcili tibbi yardım çağırmaq vacibdir. Çünkü elektrikin təsirindən əmələ gələn gec patoloji ağrılaşmalar hətta 4-5 gündən sonra da meydana çıxa bilər.

İldirim vurmalar zamanı yardım elektrik yanıqlarındakı kimidir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, ildirimvurmadada zərərçəkəni

torpağa basdırmaq yanlış hərəkətdir və bu göstəriləcək real yardımın gecikdirilməsini səbəb olacaqdır.

Süa yanıqları. Toxumaların ionizasiya olunmuş şüalarla zədələnməsinə şüa yanıqları deyilir. Nüvə və atom bombasının partlaması ilə əlaqədar qarışiq travmalarla birlikdə şüa yanıqları da əmələ gəlir.

İlk yardım zamanı radasiyaya uğramış sahə yüksək təzyiq altında yuyulur. Əgər yanıq səthində radasiya maddəsi qalmışsa, bu zaman təcili olaraq novokain anesteziyası aparılaraq xəstə stationara göndərilir.

Donmalar və ümumi soyuqlama. Aşağı temperaturun təsirindən toxumaların zədələnməsi donma adlanır. Sübut olunmuşdur ki, insan orqanizminin temperaturu $20-25^{\circ}\text{S}$ -dək düşdükdə ölüm baş verir. Yanıqdan fərqli olaraq donmalar müxtəlif temperaturların təsirində əmələ gəlirlər. Aşağı temperaturun orqanizmə təsiri bir sıra şəraitlər daxilində (nəmişlik olduqda, dar islanmış ayaqqabılarda hərəkətsiz vəziyyət, külək, zərərçəkənin xəstəliyi və arıqlığı, sərxoş olma, qanitirmə və s.) arzuolunmaz nəticələrə gətirib çıxarır. Ən çox qan dövranı məhdud olan nahiyələr (el və ayaq barmaqları, qulaq, burun) donmaya məruz qalır. Ağırlıq və dərinliyinə görə donmalar da yanıqlar kimi dörd dərəcəyə bölünür. Həm donmalar, həm də ümumi soyuqlamalar zamanı zərərçəkənə gecikmiş və ya keyfiyyətsiz yardım göstərildikdə orqanizmdə ciddi pozğunluqlar baş verə bilir.

İlk yardımın texnikası. Zərərçəkəni dərhal qızışdırmaq lazımdır. Qızışdırmanın konkret üsulu şəraitdən asılıdır. Əgər zərərçəkənin tapıldığı yer yaşayış sahəsi deyilsə onda tez tonqal qalamaq və onun bədənini yumşaq yun əski parçası ilə qüvvətli ovxalamamaq və spirit və ya vazelin yağı ilə silmək lazımdır. Yaxınlıqda yaşayış evi olarsa xəstəni ehtiyatla evə gətirib, onun şaxta vurmuş ayaqqabısını, corabını və əlcəklərini soyundurub, onu vannaya yerləşdirmək lazımdır. Vannadakı suyun temperaturu 15 dəqiqə ərzində $18-20^{\circ}\text{S}$ -dən tutmuş tədricən 37°C -dək artırılır. Hər iki halda

bütün bədən qan dövranı və dəri hissiyatı bərpa olanadək periferiyadan mərkəzə doğru aktiv massaj olunmalıdır. 30 dəqiqədən sonra ətrafların dərisi spirtlə silinməli və dəri qızarıb istiləşdikdən sonra qalın qatlı aseptik sarğı qoyulmalıdır. Donmuş nahiyyəni qarla massaj etmək məsləhət görülmür. Bu zaman kiçik buz parçaları dərinin tamlığının pozulmasına və gələcəkdə infeksiyalasmasına səbəb ola bilər. Daxilə isə əgər xəstə huşunu itiribsə bir qədər çaxır, əgər huşu özündədirse isti çay, və ya kofe vermək lazımdır. Zərərçəkənin hərəkət etməsinə imkan vermək olmaz. Tənəffüsün və ürək fəaliyyətinin olmadığı halda ümumi massajı və qızışdırmasını kəsməmək şərti ilə ağ ciyərlərin süni ventilyasiyasına və ürəyin qapalı massajına başlamaq lazımdır.

Ümumi soyuqlama zamanı həyat fəaliyyətinin bərpası əlamətləri dəri örtüyünün normal rənginin tədricən bərpası, və ürək döyünməsinin periferik arteriyalarda nəbzin meydana çıxması və titrətmənin yenidən özünü göstərməsidir. Ümumi soyuqlamalar zamanı ilk yardım keyfiyyətsiz olduqda və ya gecikdikdə bir sıra ciddi pozğunluqlar, həmçinin ətrafların (xüsusilə əl və ayaqların) və üzün (burun, qulaq, yanaqların) donması baş verir.

MƏŞĞƏLƏ 29

Sümük sınıqları.

Xarici amillərin təsirindən sümük toxumasının qəflətən zədələnərək tamlığının pozulmasına sümük siniği deyilir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə sınıqların qısa təsnifatını verdikdən sonra kəllə sümükləri, çənə, körpüçük sümüyü, qabırğalar və çanaq sümükləri, onurğa sinarkən standart şinalardan və əlaltı vasitələrdən istifadə etməklə nəqliyyat immobilizasiyası üsullarını əməli surətdə öyrətmək, açıq sınıqlar zamanı tələb olunan qaydaların mənimsənilməsi.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Qapalı və açıq sınıqlar, əlamətləri.

2. Sınıqların fəsadları.

3. Kəllə sümükləri, cənə, körpücük sümüyü, qabircalar, onurğa sütunu və çanaq sınarkən immobilizasiya və xəstələrin daşınma üsulları.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: xərək, şinalar, taxta parçası, bint, tənzif.

Travmatik və patoloji sınıqlar ayırd edilir. Patoloji sınıqlar sümükdə olan patoloji proseslərdən sonra (vərəm, osteomielit, şışlər) əmələ gəlir. Bu xəstəliklərin müəyyən mərhələlərində adı təsirlərdən sonra orqanizmdə sıniq baş verir. Travmatik sınıqlar qapalı (dəri zədələnmədən) və açıq sınıqlara bölünürlər. Açıq sınıqlar zamanı sıniq nahiyyələrinin də tamlığı pozulur.

Açıq sınıqlar, qapalı sınıqlardan qorxuludur, çünkü bu zaman sınmış sümüyün ucları infeksiyalışib osteomielit əmələ gətirə bilərək, sümüklərin bitişməsini qeyri-mümkün edir. Çox hallarda sınmış sümüyün uclarının yerdəyişməsi baş verir. Bəzi təsədüflərdə isə sınmış sümük ucları yerini dəyişmir və bù sümüküslüyüaltı sıniq adını daşıyaraq ən çox uşaqlarda rast gəlinir. Uşaqlarda epifizar xəttin sümükləşmə dövrü başlanana qədər sıniq əvəzinə epifizin diafizdən qopması (epifizioliz) baş verir.

Sınıqlar anadangəlmə və qazanılma, tam və natamam olurlar. Natamam sınıqlarda sümük uzununa sınır. Bundan başqa sınıqlar köndələn, çəpinə, spiralvari, uzununa, qəlpəli ola bilirlər. Sıxılmanın təsirindən əmələ gələn sınıqlar kompression sınıqlar adlanır.

Sınığa xas olan xarakterik əlamətlər bunlardır:

- Hərəkət etdikdə və ətrafa güc düzdükdə kəskin ağrılar;

- Ətrafin forma və vəziyyətinin dəyişməsi;

- Ətrafin funksiyasının pozulması;

- Sınıq nahiyyəsində şişkinliyin və qansızmanın əmələ gəlməsi;
- Ətrafin qısalması;
- Sümüyün patoloji (qeyri-normal) hərəkətliliyi.

Sınıq nahiyyəsini əllədikdə xəstə kəskin ağrı hiss edir, bununla sümük uclarının düzgün vəziyyətdə olmamasını, iti sümük uclarını və sümük çırtılışını (krepitasiya) hiss edilir.

Travmanın baş vermə şəraiti və yerindən asılı olmayaraq zərərçəkənə təcili və düzgün yardım göstərmək və onu tez müalicə müəssisəsinə göndərmək tələb olunur. Bu məqsədlə hadisə yerdə sümük sınıqlarına təsadüf edildikdə bədənin müxtəlif nahiyyələrinin sınıqlarına fərdi yanaşmaq tələb olunur.

Düzgün və vaxtında göstərilən ilk yardım sınıqların birləşməsini təmin edir, çox zaman bir sıra ağrılaşmaların əmələ gəlməsinin qarşısını alır. İlk tibbi yardım aşağıdakı tədbirlərdən ibarətdir.

- Sınıq nahiyyəsində ətrafin hərəkətsizliyini (fizioloji vəziyyət verməklə) təmin etmək;
- Travmaya qarşı orqanizmin ümumi reaksiyasının qarşısını almaq və ya əmələ gəlməsinə yol verməmək (kollaps, şok);
- Zərərçəkənin dərhal tibb müəssisəsinə aparılmasının təşkili.

Kəllə sümüklərinin və çənənin sınıqları . Kəllə sümükləri sınıqları çox vaxt küçə travmaları, sənaye və mühəaribə zamanı alınan travmalar nəticəsində baş verir. Kəllə sümükləri sınıqları üç qrupa bölünür.

1. çatlamalar və ya xətti sınıqlar.
2. qəlpəli sınıqlar.
3. deşikli və ya pəncərəli sınıqlar.

Kəllə sümüklərinin quruluşunun kürə şəklində olmasına görə onların sınıqları xüsusi xarakter daşıyır. Bu sümüklərin daxili lövhəsi yumşaq olduğuna görə travma zamanı tezliklə sinaraq beyin qışasını, damarları və beyin toxumasını zədələmiş olur. Kəllə sümüklərinin zədələnməsi zamanı çox vaxt beyin silkələnməsi əlamətləri də müşahidə edilir.

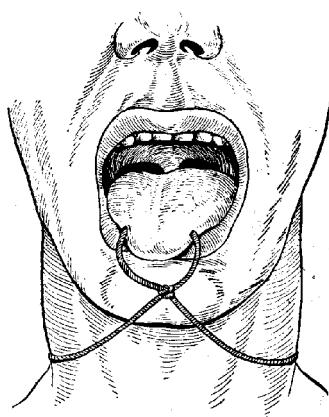
Kəllə tağının sınıqlarında basın tüklü hissəsində yerli olaraq

hematoma və ya yaralanma əmələ gələ bilir. Qapalı və açıq ola bilir. Zədənin dərəcəsindən asılı olaraq huşunitməsi və ya tənəffüs pozğunluğu da əmələ gələ bilər. İlk tibbi yardım göstərərkən xəstəni arxası üstə uzadıb (huşu varsa yastıqsız uzandırılır), başın yarasına aseptik sarğı qoyulur. Huş yoxdursa onda başın altına yastıq qoyulur, və xəstənin başı yana çevrilir ki, qusma zamanı qusunu kütləsi tənəffüs yollarına düşməsin. Xəstəni sıxan paltalarından azad etməli, protez dişlər və eynək çıxarılmalıdır. Tənəffüs pozğunluğunda süni tənəffüs verilir.

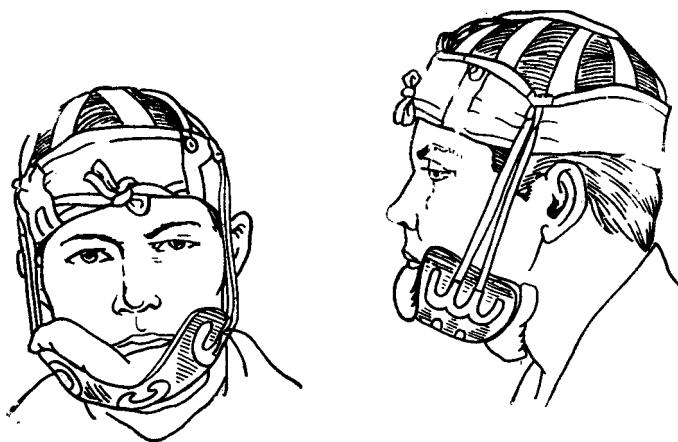
Kəllə əsasının siniği kəllənin başqa sümüklərinin siniğinə nisbətən az təsadüf edilir. Bu zaman ilk anda qulaqdan, burundan qanaxma, başgicəllənmə və huşunitməsi baş verir. Sonrakı dövr-lərdə göz altına qansızma və burun boşluğunundan onurğa beyni mayesi axmağa başlayır. İlk tibbi yardım zamanı ilk növbədə xəstənin tənəffüs yollarını selik və qusunu kütləsindən azad etmək, tənəffüs pozğunluğunda süni tənəffüs vermək və təcili xəstəxanada yerləşdirmək lazımdır.

Kəllə siniqləri zamanı ən çox rast gəlinəni burun sümüklərinin siniqləridir. Bu zaman kəskin ağrı və burun qanaxması baş verir. İlk tibbi yardım zamanı qanaxmanı dayandırmaq tələb olunur. Bunun üçün xəstə başı arxaya verilmiş vəziyyətdə stulda əyləşdirilir. Və buruna soyuq kompres qoyulur. Xəstəni arxası üstə uzatmaq olmaz. Bu zaman qanaxma güclənir, axan qan qida borusuna və traxeyaya keçərək qusma və öskurək törədir. Şiddətli qanaxmalarda burun boşluğu ön və arxa tamponada edilir. Sınan sümüklərin düzləndirilməsini həkim icra edir.

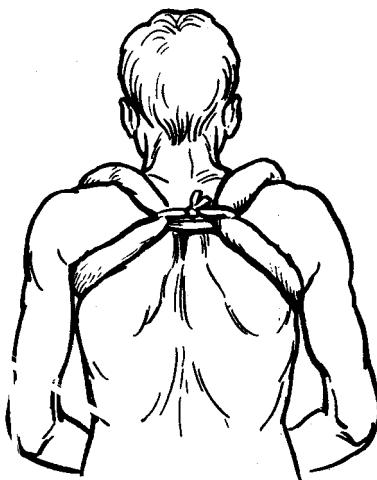
Alt çənənin siniğinə üz skeletinin başqa sümüklərinin siniğindən tez-tez təsadüf edilir. Bu zaman xəstədə çeynəmə, tüpürmə aktları pozulur və nitqi aydın olmur. Sümük parçaları həm öz ağırlığından, həm də əzələlərin dartılmasından yerindən çıxır. Aşağı və yuxarı çənənin siniqləri zamanı ilk tibbi yardım ilk növbədə qanaxmanın dayandırılması ilə başlanır. Bu zaman yaranın ətrafi yodla silindikdən sonra, sıxıcı sarğı qoyulmasından istifadə



Şəkil 90. Asfiksianın profilaktikası üçün dilin tikilməsi



Şəkil 91. Alt çənə sınığında tətbiq edilən nəqliyyat sərgisi



Şəkil 92. Körpük sümüyü siniği zamanı Delbe həlqəsinin qoyulması

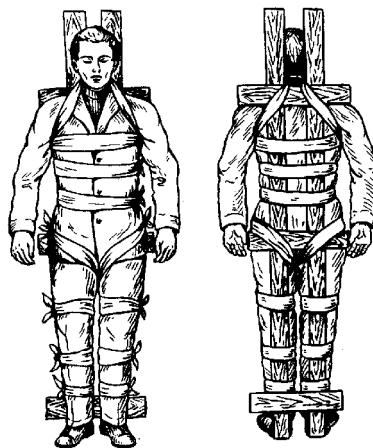
edilir. Əgər xəstə huşsuzdursa onda qanın aspirasiyası və asfiksia haqqında düşünmək lazım gəlir. Asfiksianın profilaktikası üçün ağız boşluğunundan selik, qan, sümük qırıntıları və sınmış dişlər kənarlaşdırılır. Dilin qatlanmamasından ötrü onu sancaqla xəstənin paltarının yaxalığına və ya alt çənəsinə təsbit edirlər. Bu mümkün olmadıqda şəkil 90-da göstərildiyi kimi xəstənin dilini sapla tikib öne dartaraq boyun nahiyyəsinə bağlanılır. Yuxarı çənəni immobilazasiya etməkdən ötrü ağıza çubuq qoyub uclarını yumşaq bintlə başa təsbit edirlər. Alt çənə isə sapandvari sarğı ilə hərəkətsizləşdirilir. Bu məqsədlə müxtəlif standart şinalardan (Entin, Limberq və s.) da istifadə olunur (şəkil 91). Xəstə oturaq vəziyyətdə xəstəxanaya aparılır. Huşu yoxdursa onda onu üzü aşağı döş altına bükülmüş paltar qoyulmuş şəkildə xərəyə uzadıb daşımaq lazımdır.

Körpük sümüyünün sınıqları bilavasitə bu sümüyə zərbə olduqda və ya qolu üstə yixildiqda baş verir. Körpük sümüyü səthdə olduğu üçün onun siniğini asanlıqla təyin etmək olur. Körpücüyün siniği həmin nahiyyədə ağrının olması və sınmış tə-

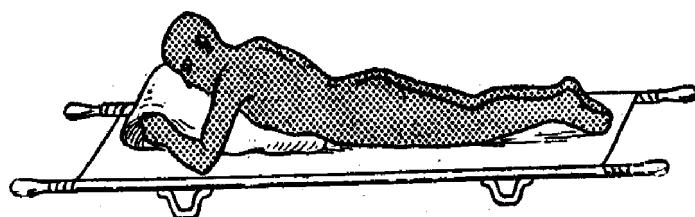
rəfdə olan qol hərəkətinin bir qədər pozulması ilə xarakterizə olunur. Körpük sümüyünün siniği zamanı ilk yardım əli boyundan asmaq üçün ləçək sarğısı və ya Dezonun bint sarğısını qoymadan ibarətdir. Körpük sümüyünün immobilizasiyasını pambıq-tənzif halqaları vasitəsilə də etmək olar. Bundan əlavə xüsusi Delbe həlqələrindən istifadə etmək körpük siniqləri zamanı daha əlverişlidir (şəkil 92). Qalın parçadan iki halqa kəsib, ona birqat pambıq sariyır və üstündən tənzif və ya parça tikilir. Halqaları hər iki ələ elə keçirirlər ki, onlar ciyni tutsun. Kürəkləri mümkün qədər bir-birinə yaxınlaşdırıb daldan rezin lent və ya borucuqla bağlanılır, bunun sayəsində onlar ciyinləri dala dartıb daimi dartma əmələ gətirir.

Qabırğaların siniqləri bərk zərbə nəticəsində, yaxud ağır bir yükün altında qaldıqda baş verə bilir. Bu zaman nəfəs alıqdə, öskürdükdə, bədənin vəziyyəti dəyişdikdə siniq nahiyəsində kəskin ağrılar baş verir. Belə xəstələrə ilk tibbi yardım göstərmək üçün döş qəfəsinə enli bintlə dairəvi sıxıcı sarğılar qoymaq lazımdır. Bint olmadıqda döş qəfəsini dəsmal, döşəkağı və başqa parçalarla sariyib dərindən nəfəs verildikdən sonra ucları bir-birinə tikilir. Qabırğa sümüyünün parçaları ağ ciyərləri və plevranı deşidikdə dərialtı emfizema (dərialtı toxumaya havanın daxil olması) əmələ gələ bilir. Ağrını və öskürəyi azaltmaq üçün analgin, kodein vermək olar. Ayrı-ayrı qabırğalar sindiqda ağrıları kəsmək üçün novokain blokadası aparılır.

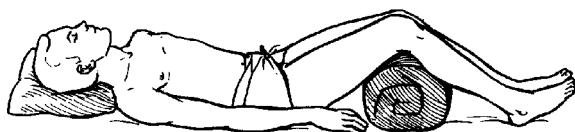
Onurğa siniği- ən çox hündürlükdən, bel üstə yixılarkən, avtomobil qəzalarında, və bəzən də birbaşa zərbə nəticəsində əmələ gələn son dərəcə ağır travmadır, xarakterik ağrılarla və onurğanı əllədikdə sinan nahiyədə deformasiya müşahidə olunmaqla təyin edilir. Bu zaman düzgün göstərilməyən ilk tibbi yardım xəstənin ölümü ilə nəticələnə bilər. Onurğa siniği zamanı ən qorxulu hal onurğa beyninin travmaya uğramasıdır (sıxılması, qırılması). Hər şeydən əvvəl xəstəyə sakitlik yaratmaq, onu bərk, hamar səthi olan yerdə uzatmaq lazımdır. Xəstəni müayinə etmək



Şəkil 93. Onurğa sütununun sınıqları zamanı əlaltı vasitələrlə immobilizasiya



Şəkil 94. Onurğa sınıqlarında xəstənin qarın üstü vəziyyəti



Şəkil 95. Çanaq sümüklərinin sınıqları zamanı xəstənin vəziyyəti

üçün oturtmaq, ayağa qaldırmaq, bir böyrü ustdən digər böyrü üstünə çevirmək olmaz. Belə xəstələri daşimaq xüsusi ehtiyat tələb edir. Bu zaman xəstəni arxası və ya üzü üstə sərt xərəyə, taxta və ya qapı üzərində elə uzatmaq lazımdır ki, bel nahiyyəsində bükülmə olmasın (şəkil 93). Onu müalicə müəssisəsinə çox ehtiyatla aparmaq lazımdır ki, fəqərələrin əlavə yerdəyişməsi baş verməsin və beləliklə də onurğa beyninin, onun koklərinin, qişasının tamlığı pozulmasın. Xəstəni qarnı üstə daşimaq və ciyinin və başın altına balış qoymaq təhlükəni azaldır (şəkil 94).

Xəstənin köçürülməsi zamanı gövdəni eyni səviyyədə saxlamaq üçün ən azı 3-4 adam lazımdır. Bunlardan biri boynu, ikinci si gövdəni, üçüncüsi ayaqları tutur. Onların üçü də birdən xəstəni çox ehtiyatla götürüb xərəyə qoyur və sınmış yeri qətiyyən tərpətməməlidirlər. Zərərçəkmiş adam arxası üstdə xüsusi xərəkdə, yaxud adı xərəkdə aparılır. Boyun fəqərələri zədələndikdə boyunun tərpənməməsi üçün boyuna pambıq qoyub bintlə sariyırlar və xəstənin başı azca dala aparılır. Xəstəni nəqliyyatla aparmaq üçün onu başqa xərəyə köçürmək olmaz. Çünkü bu ona zərər yetirə bilər. Onurğa sütunu çox zədələndikdə şok əmələ gəldiyi üçün bu zaman şok əleyhinə tədbirlər aparılmalıdır.

Çanaq sümüklərinin sınıqları ən ağır sümük travmalarından biridir. Çanaq sümüklərinin (qasıq, oturaq və qalça sümükləri) sıınığı çox zaman daxili üzvlərin zədələnməsi və ağır dərəcədə şo-



Şəkil 96. Çanaq sümükləri sınıqlarında istifadə olunan improvisə olunmuş şinin görünüşü

kun əmələ gəlməsinə səbəb olur. İlk yardımın vəzifəsi ağrını azaltmaq üçün xəstəyə düzgün vəziyyət verməkdən ibarətdir. Bu zaman çalışmaq lazımdır ki, sümük parçaları daxili üzvləri zədələməsin. Xəstəni arxası üstə hamar, bərk səth üzərinə uzandırıb, ayaqları dizdən və bud-çanaq oynağından bükür və bir qədər yan-lara açıb («qurbanğa vəziyyəti») altına mütəkkə qoyulur (şəkil 95). Bu məqsədlə xüsusi şinalar da mövcuddur (şəkil 96). Xəstə maşı-na düzgün yerləşdirilib xəstəxanaya çatdırılır.

MƏŞĞƏLƏ 30

Başın, boynun və onurğa sütununun zədələnmələri (I qoşa saat).

Başın zədələnmələrinə kəllə sümüklərinin sınıqlarından başqa, kəllə sümüklərinin zədələnmələri ilə müşaiyət olunan və bunsuz zədələnmələr və həmçinin beynin zədələnməsi ilə müşaiyət olunan və bunsuz baş verən zədələnmələr də aiddir. Gözün və qulağın travmatik zədələnmələri də başın zədələnmələrinə aid edilir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə kəllənin və baş beynin zədələnmələrinin növlərini, onların aşğılaşmalarını tanış etmək, ilk tibbi yardım göstərilməsi qaydalarını mənimsemək və bu xəsarətlər zamanı nəqliyyat immobilizasiyası üçün standart şinaların və əlaltı vasitələrin tətbiq edilməsi vərdişlərinə yiyələnmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Kəllə-beyin yaralanmaları.
2. Beyin silkələnməsi, əzilməsi və sıxılması.
3. Göz və qulaq zədələnmələri

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: Kəllənin və baş beynin, həmçinin qulaq və göz zədələnmələrinə aid əyani vəsatıtlər, CD diskleri və internet resursları.

Kəllənin yumşaq toxumalarının zədələnmələri müxtəlif səbəblərdən (doğum, yıxılma, küt alətlərlə vurulma) baş verib, qapalı və açıq formalarda olur. Zədələnən nahiyyədə ağrı, şışkinlik, qansızma və hematoma baş verir. Bəzən doğuş zamanı kəllənin həcmi doğum yollarına uyğun gəlmədikdə təzyiq zamanı sümüküslüyü soyularaq altına qan toplanır ki, belə zədələnmə kefalohematoma adlanır. Kəllənin yumşaq toxumalarının açıq zədələnmələri isə iti, sivri və ya odlu silahların təsirindən törəyir. Baş nahiyyəsi qan damarları ilə zəngin olduğundan güclü qanaxma olur.

Müharibə vaxtı kəllə beyin yaralanmaları bütün yaralanmalar içərisində ən ağır travma hesab olunur. Kəllənin odlu silah yaralanmaları üç əsas qrupa bölünür:

1. yumşaq toxumaların yaralanmaları
2. kəllə sümüklərinin deşilməyən yaralanmaları.
3. kəllə və beynin deşilən yaralanmaları.

Kəllə və beynin deşilən yaralanmaları beyin maddəsi zədələndiyi və o bakteriyalarla çırkləndiyi üçün ən ağır travma sayılır. Belə yaralanmalar çox zaman ölümlə nəticələnir. Kəllə zədələnmələri çox vaxt təpə, alın, gicgah nahiyyəsində müşahidə olunur və bəzi hallarda müşterək müşahidə edilir.

İlk yaradım yaraya sarğı qoyulmasından, qusma olarsa ağız boşluğunun təmizlənməsindən, ürək-damar, tənəffüs sistemi dərmanlarının vurulmasından ibarətdir. Xəstə bir qədər başı yuxarı qaldırılmaqla döşəməyə uzadılır və təcili xəstəxanaya çatdırılır.

Başın əzilməsində ən qorxulu hal beynin zədələnməsidir. Çox ağır travmalar nəticəsində kəllə sümükləri sına bilir. Bu zaman beynin zədələnməsi təkcə zərbə nəticəsində deyil, qırılmış sümük parçalarından və qanaxmanın təsirindən ola bilir. Kəllə sümüklərinin açıq sıniği daha təhlükəlidir. Bu zaman ən qorxulu hal beynin maddəsinin xaricə çıxa bilməsi, beynin infeksiyalasmasıdır. Kəllə tağının açıq sıniqları zamanı yaranı infeksiyadan qorumaq və aseptik sarğılar qoymaq lazımdır. Xəstələri daşıdıqda

xəstələrə daim diqqət yetirmək lazımdır ki, onlar təkrar qusmasın. Belə hallarda qusunu kütləsinin aspirasiyası və boğulma baş verə bilər. Zərərçəkəni uzanmış və bir qədər başını yuxarı qaldırmış vəziyyətdə, huşunu itiribsə xərəyə bağlanmış vəziyyətdə daşıyırlar.

Qapalı kəllə-beyin travmasına baş beynin silkələnməsi, əzilməsi və sıxılması aiddir. Belə bölgü nisbidir, çox vaxt bu travmaların birgə kombinasiyası-baş beynin travmatik xəstəlikləri müşahidə edilir. Silkələnmə zamanı beynin ödemi və şisməsi, əzilmə və sıxılma zamanı isə beynin toxumasının qismən parçalanması baş verir. Baş beynin silkələnməsi kəllənin bütün travmaları içərisində ən çox rast gəlinən zədədir. Bir qayda olaraq baş beynin silkələkməsi zamanı kəllə sümüklərinin zədələnməsi müşahidə olunmur. Qısa müddətli və güclü zərbə baş beyini və onun maye əsasını (onurğa beyni mayesi, qan) hərəkətə gətirir. Bu zaman damarların qısa müddətli spazmı və sonradan genişlənməsi, venoz durğunluq, beyn qışalarının ödemi, nöqtəvi qansızmalar müşahidə olunur. Bu dəyişikliklər 1-2 həftə davam edə bilər.

Baş beynin silkələnməsinin əsas əlamətlərinə huşunitməsi, retroqrad amneziya və qusma aiddir. Dəri örtüyünün solğunlaşması, nadir hallarda hiperemiyası müşahidə olunur. Tənəffüs səthi olur. Yüngül dərəcəli silkələnmələrdə nəbz tezləşir, ağır dərəcəlilərdə isə əksinə zəifləyir. Bəbəklərin bərabər ölçülü daralması və ya genişlənməsi baş verir. Sonralar baş ağrıları, baş gicələnməsi, qulaqlarda küy əmələ gəlir.

Beyin travması üçün ümumi beyin əlamətləri xarakterikdir. Bu zaman xəstədə başgicəllənmə, başağrısı, ürəkbulanma və qusma, nəbzin seyrəlməsi və əsas əlamətlər –huşunitməsi (bir neçə dəqiqlikdən bir neçə sutkaya qədər) və retroqrad amneziya –xəstə travmanın səbəbini unudur. Beynin əzilməsi və sıxılması zamanı beynin ocaqlı pozğunluğunun əlamətləri -danişiq, hissiyat, ətrafların hərəkətlərinin, üzün mimikasının və s. pozulması baş verir.

Travmadan sonra beynin zədələnmə dərəcəsini təyin etmək çətin olduğu üçün belə xəstələri dərhal xəstəxanaya aparmaq lazımdır. İlk yardım zərərçəkənə tam sakitlik yaratmaqdan ibirətdir. Xəstəni üfüqi vəziyyətdə uzandırıb sakitləşdirmək üçün 15-20 damcı valerian cövhəri verilir, başına buz və ya soyuq suda isladılmış dəsmal qoyulur. Əgər xəstə huşunu itirmişsə ağız boşluğunusunu kütlösindən, selikdən təmizləmək lazım gəlir. Tənəffüs və ürək fəaliyyəti pozulduqda süni tənəffüs vermək lazım gəlir.

Kəllə və beyni zədələnmiş xəstələr kəskin dövrədə ciddi yataq rejimində olmalı, onların başına buz qoyulmalıdır. Xəstə huşunu itiribsə onu böyrü üstə çevirir və çənənin sallanmamasına fikir verilir. Xəstə huşunu itiribsə, habelə udma aktı pozulubsa, onu ilk 2- 3 gün ərzində parenteral yedizdirirlər, sonra xəstə özü yeyə bilmirsə, yeməyi burun- mədə zondu vasitəsi ilə verirlər. Belə xəstələrə hər 12 saatdan bir kateter salırlar ki, sidik kisəsi dolub gərilməsin.

Huşunu itirmiş (komatoz vəziyyətdə olanı), yaxud həyəcanlı xəstələri, adətən, intensiv terapiya şöbəsində, yaxud ixtisaslaşmış şöbədə müalicə edirlər. Bu cür xəstəni ayrıca palataya qoymaq və fərdi tibb bacısı ayırmak məsləhət görülür. Oyanma vəziyyətində olan xəstənin çarpayıdan yixilmaması üçün çarpayıator çəkmək lazımdır.

Ağır dərəcəli zədələnmələrdə çanaq üzvlərinin funksiyası pozulur, bu cür xəstələr yerlərini isladır və bulaşdırırlar, buna görə də döşəkağının altına müşəmbə qoymaq lazımdır.

Ağır dərəcəli kəllə-beyin zədələnmələri birinci növbədə pnevmoniyaya olduqca meylli olurlar. Pnevmoniyaya səbəb aspirasiya, tənəffüs yollarının tutulması, traxeya-bronx sekretində infeksiya olması, uzunmüddətli uzanmaq və s.dir. Pnevmoniyanın profilaktikası traxeostomiyaya qulluq, hər 30 dəqiqədən bir xəstənin vəziyyətini dəyişmək, banka qoymaq, kamfora yağı ilə inyeksiya, antibiotiklər və sulfamilamid preparatlarından istifadə etmək lazımdır.

Beyni və kəlləsi zədələnmiş şəxsə yardım göstərəndə, yaxud onu stasionara qəbul edəndə xəstə barədə və baş vermiş hadisə haqqında ətrafdakılardan soruşmaq lazımdır. Xəstənin huşu olmadıqə onun sərxiş olub-olmadığı aydınlaşdırılmalıdır (ağzından spirtli içki iyi gəlməsi). Bundan sonra xəstəni tez və ehtiyatla nəqliyata qoyub xəstəxanaya çatdırmaq lazımdır. Xəstə mütləq arxası üstə uzadılır, başı azca yuxarı qoyulur və yana çevirir, qusunu kütlələri və selikdən boğulmaması üçün tədbir görülür. Arterial təzyiq çox düşdükdə kofein vurulmalıdır. Yara işlənərkən qana bulaşmış tüklər qayçı ilə kəsilir və cüzi sanitariya təmizləməsi aparırlar. Çirkənmiş yerləri ancaq yaş dəsmalla silir və xəstənin paltarları dəyişdirilməlidir.

Beləliklə tibbi köçürmənnin mərhələlərində tibbi yardım xərici qanaxmanı dayandırmaq və yaranın infeksiyalasmasının profilaktikası məqsədi ilə zərərçəkənlərin yarasına sixıcı-aseptik sarğı qoymaqdır. Tənəffüs yollarının keçiriciliyinin pozulmaması məqsədi ilə ağızda olan qan, selik, qusunu kütləsi təmizlənir, və xəstələr yanı üstə uzanmış vəziyyətdə sonrakı mərhələyə təxliyə edilirlər. Kəllə beyin travmalarında tənəffüs pozğunluğu çox olduğundan narkotiklərin vurulması əks göstərişdir.

Gözlərin mexaniki zədələnmələrinə gözün yad cisimləri, yaraları, əzilmələri və s. aiddir. Yad cisim çox zaman gözün üst və alt qapaqlarının altında olur. O nə qədər tez xaric olursa əmələ gətirdiyi fəsadlar da bir o qədər tez aradan qaldırılır. Konyuktivaya düşmüş yad cisimləri çıxartmaq üçün göz qapaqlarını mütləq çevirməklə yad cismi steril yaş pambıq tampon vasitəsilə çıxarırlar. Bundan sonra gözə 30%-li albusid məhlulu damızdırırlar. Buynuz qışanın yad cismini kənarlaşdırmaq üçün qabaqcə 0,5%-li dikain məhlulu ilə keyləşdirmə aparmaq, sonra xəstənin göz qapaqlarını sol əlin baş və şəhadət barmaqları ilə aralayırlar. Səthdə yerləşmiş yad cismi steril yaş pambıqla kənarlaşdırır, dərində olduqda isə stasionara göndərilər.

Gözlərin zədələnmələrinə göz qapaqlarının dəlib keçməyən

yaralanması, konyuktiva kisəsinə və ya buynuz qışaya yad cismin düşməsi, göz almasının deşilməsi və yaralanmaları, göz yuvasının zədələnməsi və sümüklərinin sınaması, gözün sərpəməsi, göz qapaqlarının, konyuktivanın və buynuz qışanın yanıqları aiddir.

Görmə orqanı zədələnmiş xəsarətə uğrayanlara yardım göstərərkən aşağıdakı əsas vəzifələrə əməl olunmalıdır.

- Zədələyici agentlərin (gözyaşardıcı zəhərləyici maddələrin, radioaktiv maddələrin və yad cisimlərin) sürətli rədd olunması;
- infeksiyanın profilaktikası (sarğı bağlanması, antitetanik serumun vurulması, anatoksinin və antibiotiklərin yeridilməsi);
- zədələnmiş gözün duru möhtəviyyatı üçün maksimal sakitlik yaradılması (binokulyar sarğı, xəstəni uzanmış halda köçürmə).

İlk yardım təcili olaraq gözə fərdi sarğı zərfindən götürülmüş sarğının qoyulmasından ibarətdir. Zədələnmiş gözü yumaq lazım deyildir. Yalnız kimyəvi yanıqlar zamanı gözü bolluca su ilə yumaq, göz qapaqlarını barmaqlarla kənara dartmaqla göz yarığını hökmən açmaq lazımdır. Hər iki göz xəsarətə uğradıqda zərərçəkəni zədələnmə ocağından dərhal çıxarmaq lazımdır.

Gözlərin xəsarətə uğradıcı bütün hallarda daxilə və parenteral yolla antibiotiklər, gözlər yaralandıqda isə habələ antitetanik serum və anatoksin yeridib, bir gözə və ya hər iki gözə sarğı bağlayırlar.

Müayinə zamanı göz almasının dəlinmiş yaralanması aşkarı çıxarırlarsa, gözün müayinəsi dərhal dayandırılır, gözlər furassillin və ya pervomur məhlulu ilə yuyulur, hər iki gözə aseptik sarğı bağlayırlar. Hər iki gözün zədələnmələri sinxron olduğundan yaralı gözün immobilizasiyasını təmin etmək üçün sağlam gözü də sariyırlar. Belə xəsarətə uğrayanlar uzanmış vəziyyətdə ilk növbədə köçürülməlidirlər.

Gözün yanıqları kimyəvi, termiki və şüa yanıqlarına bölünür. Gözə turşular, qələvilər, əhəng, naşatır spirti, kimyəvi karandaş düşdükdə müxtəlif dərəcədə ağır zədələnmələrə, hətta gözün itirilməsinə səbəb olur. Kimyəvi yanlıq baş verdikdə yandırıcı mad-

dəni dərhal kənar etmək lazımdır. Bu zaman gözlərin termiki yanıqları, habelə napalmdan törəyən yanıqları zamanı göz qapaqlarının arxasına 5%-li levomisetin məlhəmi yeridilir, həmin məlhəmdən göz qapaqları və üzün yanmış dərisinə də sürtülür. Müxtəlif kimyəvi yanıqlar zamanı mümkün qədər tez qabaqcada 0,25%-li dikain məhlulu ilə keyitmə aparıldıqdan sonra konyuktival kissə və göz qapaqlarının dərisi şırnaqla yuyulur. Bundan sonra şüşə çubuq vasitəsi ilə göz qapaqlarının arxasına 5%-li levomisetin məlhəmi sürtülür. Yanmış dəriyə də həmin məlhəm sürtmək məqsədə müvafiq sayılır.

Gözə kalium permanqanat kristalları düşdükdə onu südlə yaxşıca yuyub kənar edirlər. Süd olmadıqda sudan istifadə olunur.

Anilin boyaqları (mürəkkəb və karandaşın qrifesi) gözə düşdükdə onlar göz yaşında həll olaraq gözün toxumalarında nekroz töredirlər. Bu zaman gözə dikain damızdırılaraq selikli qışada olan bütün qrifel tikələri pinset və ya yaş tampon vasitəsilə kənar edilib, bundan sonra 5%-li tanin məhlulu ilə yaxşı yuyulmalıdır. Tanin olmadıqda tünd çay ilə də yumaq olar. Gözə sönmüş və eləcədə sönməmiş əhəng düşdükdə də ilk yardımın texnikası göstərilən qaydadır.

Göz fosfordan yandıqda, onun hissəciklərini pinsetlə toplayıb atır və bundan sonra gözləri su şırnağı ilə yuyurlar. Konyuktiva kisəsinə mis kuporosu məhlulu damcıladılır, göz qapaqlarının dərisinə isə 5%-li mis kuporosu məhlulu ilə islatma qoyulur (fosfor yanıqları üçün məlhəmin qoyulmasına əks göstəriş vardır).

Gözün bütün növ yanıqlarında gözü yuyub yad cisimləri kənarlaşdırıldıqdan sonra gözə 30%-li albusid məhlulu töküb, xəstəyə tetanus əleyhinə vaksin vurulmalıdır.

Göz radiaktiv maddələrdən xəsarətə ucradıqda, onların konyuktiva kisəsinə və göz qapağı dərisinə düşmüş hissəciklərini 1:5000 rivanol və ya furasillin məhlulunda isladılmış tamponla mümkün qədər tezliklə rədd edilir. Konyuktiva kisəsi həmin məhlularla bolluca yuyub, məhlulu ehtiyatla tasa toplayırlar.

Göz ultrabənövşəyi şüalarla zədələndikdə (elektrik və qaz qaynağı nəticəsində elektrooftalmiya, qar oftalmiyası, kvars lampası, volt qövsü, atom partlayışı nəticəsində büna bənzər mənzərə olduqda) göz qamaşmasını və ağrını aradan qaldırmaq üçün konyuktiva kisəsinə 1%-li kokain məhlulu və ya 0,25%-li dikain məhlulu (hər dəfə 1 dəqiqə fasılə verməklə 3 dəfə)damcılıdır, göz qapaqlarına soyuq su islatması qoyulur. Daha sonra 1-2 gün müddətində taxmaq üçün tünd gözlük verilir.

Qulaq zədələnmələrinə gicgah sümüyünün zədələnməsi olmadan və bu sümüyün zədələnməsi ilə gedən xarici qulağın yaralanmaları və orta qulağın zədələnmələri aiddir.

Zərərçəkənlərin yaraları fərdi sarğı zərfi ilə sarındıqdan sonra, onlara yarımoturaq vəziyyət verilir. Qulaq qanaxmalarında eşitmə yolları steril pambıqla tıxanır, sarğı qoyulur və fərdi aptek-çədən ağrıkcısilər yeridilir. Yaralıların daşınması zamanı vestibulyar aparatda pozğunluqla əlaqədar ürəkbulanma və qusmanın baş verdiyi hallarda yaralılara 1ml 0,1%-li atropin sulfat yeridilməsi vacibdir. Qulağın termiki zədələnmələri zamanı ilk yardım digər üzvlərdə olduğu kimiidir.

MƏŞĞƏLƏ 31

Başın, boynun və onurğa sütununun zədələnmələri.

(II qoşa saat)

Onurğa sütununun zədələnmələrinə onurğanın sınıqlarından başqa yaralanmaları, onurğa beyninin zədələnmələri, onurğanın boyun hissəsinin açıq və qapalı zədələnmələri, bağ aparatının zədələnməsi, fəqərələrin çıxıqları, fəqərəarası disklerin zədələnməsi və s. də aiddir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə onurğanın və boyunun zədələnmələrinin növlərini, onların aşılışmalarını tanış et-

mək, ilk tibbi yardım göstərilməsi qaydalarını mənimsətmək və bu xəsarətlər zamanı nəqliyyat immobilizasiyası üçün standart şinaların və əlaltı vasitələrin tətbiq edilməsi vərdişlərinə yiyələnmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Onurğa sütunu zədələnmələri.
2. Nəfəs borusu, qırtaq və boyunun iri damarlarının zədələnmələri.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAIT: Onurğanın və boyunun zədələnmələrinə aid əyani vəsaitlər, CD diskləri və internet resursları.

Onurğanın zədələnmələri ən ağır zədələnmələrə aid edilməklə çox zaman xəstənin ölümü və ya əbədilik əlil olması ilə nəticələnir. Onurğa sütününün sınıqlarının 2/3 –də onurğa beyni zədələnir və ya əzilir. Adətən bərk ağrı hissiyatı olur, onurğa sütunun hərəkətliliyi çox azalır. Zərər çəkmış adam ayağı qalxa, belini düzəldə bilmir. Bəzən bir neçə fəqərənin sıması müşahidə olunur. Onurğa beyninin zədələnmələrini onurğanın çıxıqları və sınıqları ağırlaşdırır. Onurğanın zədələnməsi ilə onurğa beyninin zədələnməsi çox böyük çətinlik törədir. Çünkü, bu onurğa beyninin funksiyasının pozulması ilə müşaiyət edilir. Sınıq nə qədər yuxarıda olarsa, proqnoz bir o qədər pis olur. Onurğa beyninin tamamilə kəsilməsi ilə baş verən onurğanın boyun şöbəsinin sınıqlarında onurğa beyninin funksiyası bərpa olunmur. Bu xəstələrdə ilk günlər 2-3 dəfə kateterlə sidik buraxılır. Tənəffüs aktı da pozulur, xəstə hayxırə bilmir. Bu zaman pnevmoniya inkişaf edir. Bu olmasın deyə tənəffüs gimnastikası təyin olunur, xəstəni öskürməyə məcbur edirlər. Vaxtaşırı yaş oksigen verilir. Əzələlərdə atrofiya olmasın deyə ümumi müalicə kompleksində masaj və müalicə bədən tərbiyəsinin erkən tətbiq edilməsinin böyük əhəmiyyəti vardır.

Onurğa sütununun zədələnmələrində bir sıra fəsadlara təsadüf olunur. Bunlardan infeksion iltihabi fəsadlara daha çox rast

gəlinir. Bu fəsadalar erkən və gecikmiş olur. Erkən fəsadlaşma onurğa beyni zədələnməsinin gedişinin kəskin və erkən dövründə baş verir. Fəsadlardan ikincisi trofiki pozlunluqlardır. Onurğa beyni zədələnməsi nəticəsində üzv və toxumaların trofi-kası pozulduğundan (qan, limfa dövranı) xora və yataq yaraları əmələ gəlir. Yataq yaralarının yerindən və əmələ gəlməsi vaxtından asılı olmayaraq dövrlərlə müşahidə olunur. Bu zaman yataq yaralarının əmələ gəlməməsi üçün mübarizə aparmaq lazımdır. Yataq yaralarının əmələ gəlməsinin qarşısını almaq, ancaq çox yaxşı qulluq ilə hayata keçirilir. Fəsadların içərisində çanaq orqanları funksiyasının pozulmasının bir neçə növü vardır. Bunlara sidik ifrazının, defekasiyanın və cinsiyyət funksiyalarının pozulması aiddir. Qeyd edilən bu üç növ funksiya pozğunluğu, eyni zamanda və ayrı-ayrılıqda müşahidə edilə bilər. Zədələnmənin səviyyəsindən asılı olaraq sidik ifrazi və defekasiyanın mərkəzi və periferik tipli pozğunluğu əmələ gəlir. Onurğa beyni zədələnmələrində çanaq üzvləri funksiyası pozulduğundan, sidik-cinsiyyət sistemində bir çox ağırlaşmalar qeyd edilir ki, bu da sistit, uretrit, pielonefrit, nəhayət böyrək çatmamazlığı kimi fəsadlaşmalarla nəticələnə bilər (qalxan infeksiya). Dayaq hərəkət sisteminin deformasiyası da onurğa zədələnəmələrinin fəsadlarına aiddir. Bu zaman gövdə əzələləri iflic olduğundan onurğanın deformasiyası – kifozu, skaliozu əmələ gəlir. Ətraf əzələlərin iflici nəticəsində tonusun xüsusiyyətdən asılı olaraq ətraflarda müxtəlif deformasiyalar inkişaf edir.

İlk yardım göstərdikdə və xəstəni nəqliyyatla xəstəxanaya apardıqda çalışmaq lazımdır ki, onurğa beyni bir daha zədələnməsin. Zərərçəkəni sərt yerə qarnı üstdə və ya arxası üstdə uzatmaq lazımdır, onu böyrü üstdə uzatmaq olmaz. Şoka qarşı tədbirlər aparıldıqdan sonra zərərçəkən xəstəxanaya çatdırılır. Onurğa beyni zədələndikdə nevroloji pozğunluqlar baş verir ki, bunların xarakteri hansı fəqərənin zədələnməsindən və onurğa beyninin zədələnmə dərəcəsindən asılıdır. Boyun fəqərələri yerindən zə-

dələndikdə əllər və ayaqlar, bel nahiyyəsindən zədələndikdə çanaq üzvləri iflic olur, hissiyat itir kəskin və qeyd edildiyi kimi trofik pozğunluqlar əmələ gəlir. Boyun fəqərələri zədələndikdə boyunun tərpənməməsi üçün boyuna pambıq qoyub bintlə sarıyırlar və xəstənin başını azca dala aparırlar. Xəstəni nəqliyyatla aparmaq üçün onu başqa xərəyə köçürmək olmaz. Çünkü bu ona zərər yetirə bilər.

Bələ xəstələr uzun müddət xəstəxanada qaldıqları üçün onlara edilən qulluq böyük əhəmiyyət kəsb edir. Bələ xəstələri xüsusi çarpayılara uzadıb yaxud xəstəxana çarpayılarında döşəyin altına taxta qoyulur ki, alt hissəsi sərt olsun. Bu cür xəstələrdə yataq yaraları tez əmələ gəldiyindən və bunlar pis sağaldığından xəstələrin yatağının rahat olmasına xüsusi fikir vermək lazımdır. Yataq və alt paltarı daim quru, qırışsız olmalıdır. Omanın, dabanların altına rezin dairə qoyulmalıdır. Rezin dairələr işlədildikdə onlara az hava vurulur və üzərinə mütləq parça salınır. Bələ xəstələrə isidici qoymaq olmaz, çünkü hissiyyat itirildiyindən ağır yanğıqlar ola bilər. Xəstənin yerini gündə bir neçə dəfə düzəldir, döşəkağının üzərindəki yemək qırıntılarını çırpır, qırışlarını düzəldir, islanmış və bulaşmış döşəkağlarını dərhal dəyişirlər. Xəstənin dərisini gündə iki dəfə kamforalı spirit ilə və ya su qarışığı sirkə ilə silmək və dərinin daim təmiz olmasına fikir vermək lazımdır. Gündə bir neçə dəfə xəstənin vəziyyətini dəyişirlər. Çanaq üzvlərinin funksiyası pozulduqda sidik ifrazi və defekasiya aktı ya olmur, ya da qeyri iradi olur. Bu zaman xəstəyə on iki saatdan bir kateter salmaq və təmizləyici imalə etmək lazımdır.

Boyun zədələnmələrində yaralıya içmək qadağan olunmalıdır. Həkiməqədərki yardım mərhələsində qoyulmuş sarğırlara nəzarət və düzəlişlər aparılır və əlavə müalicə tədbirləri həyata keçirilir. Boyunun zədələnmələrinə nadir hallarda rast gəlinir. Bu zədələnmələr adətən soyuq və odlu silah təsirindən əmələ gəlir. Cox hallarda boyun damarları, qida və nəfəs borusu zədələnməyə məruz qalır.

Nəfəs borusunun zədələnmələrində tənəffüsün bir hissəsi təbii yolla davam etsə də, digər hissəsi isə yara kanalından baş verir. Xəstə qida borusu zədələnmələrində ağrılı udqunmadan, su və qidanın yaradan xaricə çıxmasından şikayətlənir.

Boyun arteriyalarının zədələnmələrində ölümlə nəticələnən güclü qanaxma müşahidə olunur. Venaların zədələnməsində isə hava emboliyası baş verə bilir.

İlk yardımın əsasını qanaxmanın dayandırılması təşkil edir. Bu məqsədlə damarın yarada və ya yara ətrafında sıxılması icra olunur. Massiv qanaxmalar zamanı boyuna sarğılar elə qoyulmalıdır ki, əks tərəfdə sinir və damar dəstəsi sıxılmasın. Bu məqsədlə turna qoyarken, əvvəlcə yaraya sıx yastıqşəkilli sarğı qoyulur və xəstənin yaraya əks tərəfindəki qolunu başının üzərindən keçirir və ya başa Kramer şinası qoyulur (Şəkil 97). Turna yastıqşəkilli sarğı ilə xəstənin qolunu və ya Kramer şinasını birlikdə sırkulyar şəkildə bağlamalıdır. Boyunun zədələnmələrində xəstə ilk yardım göstərildikdən sonra yubanmadan xəstəxanaya göndərilməlidir.

Boyunda yerləşən hər bir üzvün qapalı və açıq zədələnməsi həyat üçün çox təhlükəlidir. Qapalı zədələnmələr müxtəlif küt alətlərlə boyuna vurulmaqdan, asılmaqdan, boğulmaqdan baş ve-



Şəkil 97. Boyun zədələnmələrində qanaxmani dayandırmaq üçün Kramer şinasının qoyulması qaydası.

rə bilir. Boynun qapalı zədələnmələri ağır zədələnmələrdən hesab olunur. Sərt alətlə qəflətən vurduqda, boyun əzələlərinin parçalanması və qırılması baş verir. Bu zaman ağrı, boynun hərəkətdən qalması, şiş, qansızma müşahidə edilir. Sinirlər zədələndikdə hərəki və hissi sinir pozğunluqları baş verir. Bu zaman xəstəyə sakitlik və soyuq təyin edilir. Ödemdən boğulma baş verdikdə traxeostomiya edilir. Yemək borusunun qapalı zədələnmələrinə az təsadüf olunur. Bu zaman xəstə əməliyyata məruz qala bilir.

MƏŞĞƏLƏ 32

Qarının və çanağın kəskin xəstəlikləri və zədələnmələri.

Qəflətən əmələ gələn və sürətlə inkişaf edən qarın boşluğu üzvlərinin xəstəlitləri zamanı çox vaxt təcili cərrahi müalicəyə ehtiyacı olan fəsadlar inkişaf edir. Bu fəsadlara periton qişasının iltihabı (peritonit) və periton daxili qanaxmalar aiddir. Peritonit və daxili qanaxmalar zamanı vaxtında cərrahi yardım göstərilməsə bu mütləq xəstənin ölümünə səbəb olur. Peritonit və ya periton daxili qanaxmalar zamanı, yəni qarın boşluğununda bu və ya digər fəlakət zamanı əmələ gələn simptomların kliniki şəkli, «kəskin qarın» adlanır. Hər hansı tibb işçisi qarın boşluğununda baş verən fəlakətləri müşahidə etdikdə xəstəni «kəskin qarın» diaqnozu ilə xəstəxanaya göndərməlidir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə «kəskin qarın» və çanağın qapalı və açıq zədələnmələri zamanı ilk yardım və həkim yardımının göstərilməsi qaydalarını öyrətmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. «Kəskin qarın» haqqında anlayış.
2. Qarının qapalı zədələnmələri.

3. Çanaq sümüklərinin sınıqları.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: Qarın boşluğunun və çanağın kəskin xəstəlikləri və zədələnmələrinə aid əyani vəsaitlər, CD diskləri və internet resursları.

Müasir cərrahiyədə «kəskin qarın» termini önəmli yerlərdən birini tutur. Bu, peritonun qıcıqlanması və ya iltihabı nəticəsində yaranan simptomokompleksi göstərir. Qarın boşluğu üzvlərinin «kəskin qarın»a səbəb olan xəstəliklərinə aşağıdakılard aididir: kəskin appendisit, mədə və ya 12 barmaq bağırsağın deşilmiş yaraları, kəskin xolesistit, boğulmuş yırtıqlar, kəskin bağırsaq keçməməzliyi, qarın boşluğu üzvlərinin qapalı və açıq zədələri, kəskin pankreatit, uşaqlıqdan xaric hamiləlik zamanı boruların partlaması, yumurtalık şışlərinin burulması. Bütün bu xəstəliklər üçün xarakterik hal, xəstəlik başlanan andan ixtisaslı yardım göstərilənə qədər xəstənin vəziyyəti kəskin dərəcədə pisləşir, xoşagelməz halların sayı artır. Qarın nahiyyəsində ağrının olması, qarın əzələlərində əhəmiyyətli dərəcədə gərgindiyin meydana çıxməsi («taxtaya bənzər» qarın) «kəskin qarın» üçün xarakterikdir. Bu zaman qarının müxtəlif nahiyələrində yayılmış kəskin ağrılar (daimi, tutmaşəkilli və s.), ağrının qəflətən tam sağlam olan vəziyyətdə başlayıb tədricən müəyyən fasılədən sonra kəskin xarakter ala bilməsi ilə xarakterizə olunur. Qarın divarına barmaqla ehmalca basıldıqda və dərhal götürdükdə ağrı daha da kəskinləşir (Şetkin-Blümberq simptomü). Prosesə daimi və qarşısalınmaz şəkilli qusma və ishal da qoşula bilir. Bədənin temperaturu 39-40 S° -dək yüksələ bilir. «Kəskin qarın» zamanı əksər xəstələrdə qəbizlik və qazların xaric olunmaması da müşahidə olunur.

«Kəskin qarın»la olan xəstələri dərhal xəstəxanada yerləşdirmək lazımdır. Xəstənin sərbəst hərəkət etməsinə yol vermək olmaz. Daşınma xərəklər vasitəsilə icra olunmalıdır. Yadda saxlamaq lazımdır ki, «kəskin qarına» şübhə olan xəstələri içirtmək, təmizləyici imalə etmək, antibiotiklər və ağrıkəsicilər yeritmək,

isitqaclar tətbiq etmək qəti qadağan olunur. Qəbul olunmuş qida və maye, eləcədə imalə mayesi patoloji prosesi daha da dərinləşdirə bilir. Antibiotiklər və ağrıkcısilər klinik şəkli dəyişdirə bilir, bu da düzgün diaqnostikanı çətinləşdirir. Xəstəliyin səbəbi aydınlaşdırıldıqdan sonra çox hallarda belə xəstələr cərrahi müdaxiləyə məruz qalırlar

Qarın divarının zədələnməsi qarın nahiyyəsinə düz zərbə endirildikdə və ağırılıq qaldırarkən əmələ gəlir. Qarın divarının açıq və qapalı zədələnməsi ayırd edilir. Qapalı travmalarda yerli ağrı və hematoma inkişaf edir. Əgər iri damarlar zədələnmişsə hematoma geniş sahəni əhatə edir. Açıq zədələnmələr isə öz növbəsində dəlib keçən və dəlib keçməyən yaralara bölünür. Qarın divarının yaralanmaları olduqda isə daxili üzvlərin zədələndiyinin dəqiqləşdirilməsi lazımlıdır. Bunu yoxlamaq üçün zonddan istifadə edilməsi qadağandır (infeksiyanın qarın boşluğununa düşməsi təhlükəsi olduğu üçün). Bunu yalnız yaranın ilkin cərrahi işlənməsi zamanı aydınlaşdırmaq mümkün olur.

Qarnın qapalı travması zamanı xəstəyə sakitlik verilir, ilk günlər soyuq tətbiq edilir, sonrakı günlər isə isti proseduralara keçilir. Böyük ölçülü hematomaları boşaltmaq (punksiya) məsləhət görülür. Qarnın yaralanmasında yara birincili cərrahi işlənilir, periton zədələnmişsə daxili üzvlərin təftisi aparılır. Daxili üzvlərin zədələnməsi zamanı müxtəlif klinik mənzərə inkişaf edir. Parenximatoz üzvlər zədələndikdə (qara ciyər, dalaq) simptomokompleksdə aparıcı yer daxili qanaxmaya məxsus olur. Bütün qarın boyu ağrının olması, əzələlərin gərginliyi və temperaturun qalxması belə zədələnmələr üçün xarakterikdir. Kiçik qanaxmalar zamanı konservativ müalicə tətbiq olunur: sakitlik, qarın nahiyyəsinə soyuq, hemostatik maddələr (kalsium xlorid, vikasol və i.a.). Digər hallarda isə cərrahi müdaxilə tətbiq edilir.

Xəsarətə uğrayanların qarın boşluğu zədələnmişsə, onlara mərhələlər üzrə ilk yardım göstərilməsi, yaranın sarğı ilə örtülməsi, zədələnmə ocağından çıxarılması, qayğı ilə köçü-

rülməsi; spris - tubikdən istifadə edərək analgetiklərin yeridilməsi vacib şərtlərdən biridir.

İlk həkim yardımı mərhələsində sarğılara nəzarət edilir, sarğının vəziyyəti düzəldilir (xaricə düşmüş daxili orqanları yerinə salmağa heç bir cəhd edilməməli!), zərərçəkənə yemək və içməyin verilməsi qadağan olunur. Göstərişlərə əsasən analgetiklər, ürək-damar dərmanları yeridilir. Mümkün olduğu qədər antibiotiklər, anatoksinlərdən antitetanik serum yeridilir. Daxili qanaxma, şok əlamətləri olan, habelə daxili oqrqanların zədələndiyini göstərən əlamətlər olduqda, yaralılar ilk növbədə köçürülməlidirlər. Köçürülməzdən qabaq xəsarətə uğrayanların yanlarına isitqaclar düzüb və onları ədyala bürümək lazımdır.

Zədələnmələr içərisində ən ağır olanı çanağın qapalı və açıq zədələnmələri hesab olunur. Çanaq sümüklərinin sınıqları bu sümüklərin sıxılması və onlara olan zərbə nəticəsində baş verir. Bunların bir neçə növü ayırd edilir:

1. Çanaq həlqəsinin tamlığıni pozmayan sınıqlar
2. Çanaq həlqəsinin tamlığını pozan sınıqlar

Çanaq sümüklərinin müxtəlif növlərinin sınıqları zamanı xəstədə müxtəlif klinik mənzərə meydana çıxır. Çanağın çoxlu travması ağır travmalara aid olub xəstədə çoxlu qanaxma, ağır zədə şokunun inkişafı, çox hallarda sidik kisəsi və sidik axarının zədələnməsi baş verir. Xəstələr aralıq və büzdüm nahiyyəsində kəskin ağrından şikayətlənlər. Zərərçəkən müvazinətini saxlaya bilmir, diz oynağından ayaq bükülmür, ayağını sürüyür. Qasıq sümüklərinin sınıqları zamanı simfizdən, oturaq sümüklərinin sınıqları zamanı isə oturaq qabarından basarkən xarakter ağrılar meydana çıxır. Axırıncı halda yaralı məcburi “qurbağa” vəziyyəti alır. Qasıq sümüyünün horizontal şaxəsinin sınığı üçün “yapışan daban” əlaməti xarakterdir. Açılmış qıçın qaldırılması mümkün olmur, yaralı ayağını döşəmədən sürüşdürərək hərəkət edir. Büzdümün sınığı zamanı patoloji sahəni basarkən kəskin ağrı meydana çıxır. Oma sınıqları düz bağırsağın müayinəsi zamanı

asanlıqla aşkar edilir və dəqiq diaqnoz rentgen müayinəsi əsasında qoyulur.

Çanaq sümüklərinin sıniği çox vaxt sidik kisəsinin, kor bağır-sağın, sidik kanalının arxa hissəsinin, prostat vəzin və s. zədələnməsi ilə müşaiət olunur. Sidik kisəsinin zədələnməsi- peritondaxili və peritonadanxaric, təcridi və digər daxili üzvlərin zədələnməsi ilə birlikdə müşahidə edilir. İstər periton daxili, istər sədə peritonadanxaric zədələnmələrdə sidik ifrazının ləngiməsi və sidik kisəsi boş olduqda belə tez-tez və ağrılı sidiyə getmək meylinin olması, hematuriya olur. Dəridəki yaradan sidiyin xaric olmasası sidik kisəsinin zədələnməsinin təkzib olunmaz əlamətidir. Sidik kisəsinin periton daxili zədələnməsi çox vaxt qanaxma və şok ilə fəsadlaşır. Daxili üzvlərin zədələnmə əlamətləri müşahidə olunur. Sidiyin qarın boşluğu daxilinə yayılması tezliklə peritonitin əmələ gəlməsinə səbəb olur. Üzvün peritonadanxaric zədələnmələrində sidiyin kisə ətrafi toxumalara hopması nəticəsində sidik infiltrasiyası əmələ gəlir. İnfiltrasiya kiçik çanağın bütün toxumalarına, qasıq nahiyyəsinə, buda, peritonarxası və peritonönü sahələrə yayılaraq, toxumaların nekrozu və sidik fleqmonası yaradır. Sidiyin sümük toxumasına keçməsi ağır keçən osteomielitlərlə fəsadlaşır.

Çanaq sümüklərinin sıniqları sidik axarının və sidik kisəsinin zədələnməsi ilə çox tez-tez fəsadlaşır. Periton daxili zədələnmə olduqda sidik qarın boşluğununa axdığı üçün qarın boşlığunda ağrılar və qarın əzələlərinin gərginləşməsi meydana çıxır. Periton daxili kənar zədələnmələrdə isə sidik toxumalar arasına yiğilaraq qarın aşağı nahiyyəsində ağrı əmələ gətirir.

Uşaqlıq yolunun zədlənməsində uşaqlıqdan qanaxma, düz bağır sağın zədələnməsində isə aralıqda ağrı və nəcisidə qan nəzərə çarpır.

İlk yardım- Çanaq sümüklərinin sıniqları zamanı ilk yardım şö-kun profilaktikasına, yaranı sarğı ilə örtməyə və analgetiklərin yeridilməsinə yönəldilməlidir. Xəstəyə ağrıkəsicilər yeridildik-

dən sonra arxası üstdə uzadıllaraq diz altına yastıq qoyulur. I - qrupa aid olan xəstələr (çanaq həlqəsinin tamlığı pozulmayanlar) çarpayıya taxta üzərinə «qurbağa vəziyyəti»ndə uzandırılır. 3-4 həftəlik yataq rejimi təyin olunur. II - qrup xəstələrə (çanaq həlqəsinin tamlığı pozulanlara) isə ixtisaslaşmış həkim yardımçı tələb olunur. Çanağın açıq zədələnmələrində daxili üzvlərin xaricə çıxmazı nəticəsində bunları əllə düzəltmək olmaz. Bu vaxt yaranı yalnız steril salfetlə örtmək lazımdır. Yaralanmış adama su vermək olmaz. Şiddətli yanğı varsa onun ağızı yaş salfetlə silinməlidir.

İlk həkim yardımı mərhələsində ağır xəsarətə uğrayanlara, xüsusilə zədələnmə şok hadisələri ilə müşaiət olunursa, ürek damar dərmanları (göstərişlər olduqda) və antibiotiklər yeridilir. Güclü, xarici qanaxma ilə keçən saqrıların yaralanmalarında yararlı şəkilli tamponada edilir və ya basıcı sarğı qoyulur.

Sidik ləngidikdə və sidik kisəsi dolduqda, sidik kisəsi punksiya edilir (kateterizasiyaya cəhd etmək təhlükəlidir). Sidik kisəsi qarının orta xətti üzrə qasıq birləşməsindən köndələninə bir barmaq yuxarıda uzun iynə vasitəsilə punksiya edilir. İynə dəri səthinə perpendikulyar olaraq 4-5 sm. dərinliyə yeridilir. Sidik sprislə aspirasiya edilir.

Qanaxma, şok simptomları, habelə çanaq üzvlərində zədələnmələr olan xəsarətə uğrayanların hamısı ilk növbədə köçürülməlidirlər. Çanağın sınıqları zamanı yaralını arxası üstdə, aşağı ətrafları çanaq-bud və diz oynaqlarında yarıbükkülü və budları azacıq bir-birindən aralanmış vəziyyətdə köçürürlər. Bunun üçün dizlərinin altına əşya torbasının (şinel burmasını, küləş və s.), diz oynaqları arasına isə budların çox aralanmaması üçün 1-2 dəfə bintlə keçməlidir.

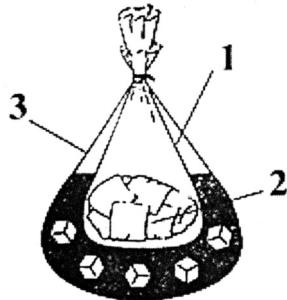
Bu məşğələdə ətrafların travmatik amputasiyası haqqında məlumat verməyi vacib hesab etdik. Ətrafların travmatik amputasiyası tam və qeyri tam ola bilir. Tam amputasiyada ətrafin amputasiya olunmuş seqmentinin ətrafin güdüllü ilə əlaqəsi olmur. Nata tamam amputasiyada isə damarların, sinirlərin, sümüyün, vətər-

lərin zədələnməsi yumşaq toxumaların hissəvi və dəri örtüyünün saxlanması ilə baş verir. Amputasiya olunmuş ətrafin tamlığının müvəffəqiyyətli bərpası üçün zərərçəkənə düzgün göstərilmiş yardımın, amputasiya olunmuş seqmentin saxlanması üçün yerinə yetirilmiş şərtlərin və daşınmasının böyük əhəmiyyəti vardır.

Amputant təmizlənmədən və yuyulmadan quru steril materiala bükülür. Sonra polietilen zərfə qoyulur və havanın daxil olmasına üçün ağız kip bağlanılır. Birinci zərf içərisində buz tökülmüş su ilə dolu nisbətən böyük zərfə qoyulur (Şəkil 98).

Şəraitidən asılı olaraq ilk növbədə amputantın axtarışı təşkil olunmalıdır. Zərərçəkənin ətrafinın cərrahi bərpası üçün şansı saxlamaqdan ötrü onun təcili aşkarlanması tədbirlərini gücləndirmək vacib məsələlərdən biridir. Yadda saxlamaq lazımdır ki, amputantın axtarışı və saxlanması zərərçəkənin həyatını xilas etmək üçün aparılan tədbirlərə (qanaxmanın dayandırılması, şok əleyhinə tədbirlərin keçirilməsi və s.) maneçilik törətməməlidir.

İlk yardım zamanı güdüldən qanaxmanı dayandırmaq üçün sıxıcı sarğı və ya hava üfürülən manjetdən istifadə olunur. Zədələnmiş ətraf yuxarı qaldırılmış vəziyyətdə saxlanılmalıdır. Zərərçəkəni uzatmaq, ona ağırkəsicilər vermək, isti çay içirtmək, yaranmış nahiyyəni təmiz və steril salfetlə örtmək lazımdır. Amputanti isə yuxarıda göstərilən qaydada polietilen zərfə qoymaq la-



Şəkil 98. Amputasiya olunmuş toxumanın saxlanması qaydası.

- 1) Xarici polietilen zərf,
- 2) Steril materiala bükülmüş amputasiya olunmuş toxuma,
- 3) Su və ya buzla dolu polietilen zərf.

zimdür. Daşınma zamanı amputanta zədənin vaxtı qeyd olunmuş kağız yapışdırılır. Natamam amputasiya zamanı üzülmüş hissənin soyudulması şərti ilə bütün ətraf diqqətlə immmobilizasiya edilir. Zərərçəkən gecikdirilmədən müalicə müəssisəsinə çatdırılır.

MƏŞĞƏLƏ 33

Qarışq və əlaqəli zədələnmələr. (I qoşa saat)

Orqanizmə iki və daha artıq xəsarət törədən amilin nəticəsində baş verən bütün xəsarətlər qarışq xəsarətlər deyilir. Çoxlu travma dedikdə ətrafların, gövdənin, baş nahiyyəsinin eyni anda, eyni təsirlə əmələ gəlmış eynitipli bir neçə zədələnməsi başa düşülür. Müstərək travma dedikdə isə müxtəlif anatomo-funksional nahiyyələrin (baş, qarın, dayaq-hərəkət aparatı) zədələnməsi başa düşülür.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə qarışq və mürəkkəb zədələnmələr zamanı ilk tibbi yardım üsullarını öyrətmək, kombinasiyalı radioaktiv xəsarətlərlə tanış etmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Mürəkkəb və qarışq zədələnmələr haqqında qısa məlumat
2. Kombinasiyalı şüa xəsarətləri.
3. Radioaktiv zəhərləyici maddələrlə çirkənmiş yaralar.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAİT: Mövzuya aid olan əyani vasitələr, CD diskləri və internet resursları.

Kombinasiyalı zədələnmələr orqanizmə eyni zamanda bir neçə amilin təsiri nəticəsində əmələ gəlir. Bu təsirlər eyni zamanda, yaxud ardıcıl şəkildə müəyyən növ, yaxud müxtəlif silahların təsirindən baş verir. Müasir mühərribələrdə düşmənin atom silahı

odlu silah, kimyəvi, bakterioloji, və s. silahları tətbiq edə biləcəyi şəraitində kombinasiyalı zədələnmələrin daha çox müşahidə olunması ehtimalı artır. Bütün kombinasiyalı zədələnmələr, təbibətindən asılı olmayaraq bir sıra ümumi xüsusiyyətlərə malikdir:

1. Orqanizmdə bir neçə zədə olduqda onlardan biri digərinin təsirini qüvvətləndirir, bununla da biri digərinin gedişini pisləşdirir. Məsələn: kombinasiyalı radiaktiv xəsarətlərdə travmatik şok, qanaxma və s. fəsadlaşmalar daha ağır təzahür edir.

2. Tibbi yardım metodları mürokkəbləşərək bir sıra problemləri meydana çıxarıır, təkcə ilk yardım göstərilməsi üsulları deyil, sonrakı müalicə prosesi də çətinləşir. Belə ki, bu zaman ilk yardımın çətin həll olunan uyuşmazlığı problemləri meydana çıxır. Məsələn: eyni ətrafda həm dərin yanış, həm də sıniq olduqda yaralıya bir neçə mütəxəssisin nəzarəti lazım gəlir.

3. Qarışiq yaralanmalar üstünlük təşkil etdikdə tibbi köçürmənin mərhələlərində çeşidləmə prosesi olduqca çətinləşir.

4. Qarışiq xəsarətlər zamanı əksərən funksional nəticələrin qənaətbəxş olması müşahidə edilir.

Çoxlu və qarışiq travmalar zamanı şokun inkişafı daha çox olur. Bu zaman ölüm hallarının artmasına səbəb həyatla zədələnmənin uyuşmazlığıdır ki, ən çox tənəffüs və qan dövranı pozğunluqları inkişaf edir. Ona görə də travmanın erkən vaxtlarında ilk tibbi yardımın düzgün aparılması travmanın nəticəsi üçün həlli-dici rol oynayır.

Çoxlu və müştərək travmalar zamanı ilk yardım göstərilərkən ilk növbədə həyati vacib üzvlərin fəaliyyətini yolverilən səviyyədə tənzimləmək lazımdır:

- tənəffüs yollarının keçiriciliyinin təmin edilməsi;
- ürək fəaliyyətinin dayanması zamanı –ürəyin qapalı massajı;
- qanəvəzedicilərin köçürülməsi;
- zədələnmə nahiyyəsinin immobilizasiyası;
- reanimasiya tədbirlərini kəsmədən zərərçəkənlərin daşınması.

Müxtəlif amillerdən asılı olaraq xəsarətalma eyni zamanda və ya ardıcıl şəkildə ola bilər. Xəsarətlərin özü isə eyni silahın təsir etdiyi şəraitdə (məsələn, atom partlayışının zərbə dalğası və şüa radiasiyası), və ya müxtəlif silahların(atəş silahı və zəhərləyici maddə) təsirindən törəyə bilər.

Qarışiq xəsarətlər, qarışiq radiasion və qarışiq kimyəvi xəsarətlər olmaqla iki yerə bölünür. Qarışiq radiasion xəsarətlər sırasında mexaniki travmalar və yanıqların şüa xəstəliyi ilə kombinasiyası, habelə yaralar və yanıqların radioaktiv maddələrlə çirkəlməsi ayırd edilir. Mexaniki travmalar və yanıqlar şüa xəstəliyinin gedişini artırıldır. Şüa xəstəliyinin təsiri altında şok hallarının sayı artır. Yaralar radioaktiv maddələrlə çirkəndikdə toxumalar həmin maddələri sürətlə udur. Bunun nəticəsində nekroz hadisəsi güclənir və irinləmə sürətlənir.

Kombinasiyalı radioaktiv zədələnmələr zamanı travmatik və yanıq xəstəlikləri daha aydın əlamətlərlə müşahidə olunur. Ürək-bulanma, qusma, adinamiya, dərinin hiperemiyası, və s. ağır mexaniki yanıq travmaları fonunda ikinci plana keçir. Asfiksiya, qanaxmanın qarşısının alınması, ürək-damar və tənəffüs sisteminin fəaliyyətinin tənzimlənməsi istiqamətində təxirəsalınmaz tibbi yardım həyata keçirilməlidir. Nüfuzedici radiasiya ilə kombinasiyalı yaralanmalar və qapalı zədələnmələr zamanı ilk yardım ümumi qaydalara əsasən göstərilir. İlk növbədə zərərçəkənə antibiotiklər yeridilməlidir. Onu da nəzərə almaq lazımdır ki, şüa xəsarətləri zamanı xəstələrə sulfanilamid preparatları, levomisitin və ristomisetin təyin etmək olmaz, çünki həmin dərman maddələri qan yaranmasına mənfi təsir göstərirlər.

Radioaktiv maddələrlə çirkənləmiş ərazidə xəsarətə uğrayanlara ilk tibbi yardım lazım gəldiyi hallarda turna qoymaq, əleyh-qaz geyindirmək və tezliklə çirkənləmiş ərazidən çıxartmaqla kifayətlənir, əlavə yardım(sarğı bağlanması, şina qoyılması) həmin çirkənləmiş ərazidə göstərilir. Yaralanmanın xarakterindən və xəsarətə uğrayanların ümumi vəziyyətindən asılı olaraq ilk yardım

göstərilir. Kombinasiyalı radioaktiv xəsarətlərdə ilk tibbi yardımın məzmunu adı zədlənmələrdə olduğundan bir o qədər də fərqlənmir. Bu ehtiyac olduqda qankəsici turnaların qoyulması, əleyhqazın geyindirilməsi, və xəsarətçəkənin çirkənmiş ərazi-dən mümkün qədər tez çıxarılmasından, yaraların sarınması və ətraflarına şina qoyulmasından ibarətdir.

Yaranın radiaktiv maddələrlə çirkənəməsi ilə yanaşı zədələnməmiş dəri də çirkəndiyinə görə hər belə bir xəsarətə uğrayan xəstənin sanitariya işlənməsindən keçməyə ehtiyacı vardır. Qismən sanitariya işlənməsi zamanı bədənin açıq sahələrindən və gözlə görünən selikli qişalarından radioaktiv maddələr kənar olunur (bədənin açıq hissələrinin su ilə yuyulması və ya onların yaş parça ilə silinməsi, gözlərin yuyulması, çirkənmiş ağzın su ilə yaxalanması). Tam sanitariya işlənməsində duş altında iliq su və sabunla yumaqla bədənin bütün səthindən radioaktiv maddələr kənarlaşdırılır. Tam sanitariya işlənməsi tibbi köçürmə mərhələlərində açılan xüsusi işlənmə şö'bələrində icra edilir. Sanitariya işlənməsi prosesində yaralar açılmır, yalnız sarğıların üst qatlarını dəyişməklə kifayətlənilərlər.

Radioaktiv maddələrlə çirkənmiş bütün sarğı materiallarını, cərrahiyə əməliyyatı zamanı kəsilib atılmış toxumaları və s. hermetik qapaqla örtülən xüsusi qablara toplayır, və 1 metr dərinlikdən az olmayıaraq qazılmış torpağa basdırılır. Cərrahi alətlər isti su ilə iki ləyəndə yuyulmalı, 5%-li sirkə, yaxud duz turşusu məhlulu ilə isladılmış tənzif parça ilə təmizləndikdən sonra bir daha su ilə yuyulub qurudulmalıdır. Alətlərin dezaktivasiyası üçün 2-3 qabda su ilə yuyulur və qurulanır. Alətlər çox çirkənmiş olduqda, onları əlavə olaraq duz turşusunun 0,5%-li iliq məhlulunda islanmış tənzif salfetlə silir, sonra axar su altında yuyulur. Cərrahi əlcəkləri iliq su və sabunla yaxşıca mexaniki sur'ətdə təmizləmək yolu ilə dezaktivasiya edilir.

Bələliklə, kombinasiyalı radiasion zədələnmələr zamanı ilk və ya həkiməqədərki yardım həyatı vacib üzvlərin funksiyasının

bərpasına, qanaxmaların dayandırılmasına radioaktiv maddələrlə xəsarətalma hallarının davam etməsinin qarşısının alınmasına, şok əleyhinə mübarizəyə, yara və yanq səthlərinin mikrobrolarla çirkənməsinin qarşısının alınmasına və radioprotektorların tətbiqinə yönəldilməlidir.

Göstərilən məsələləri həll etməkdən ötrü aşağıdakı tədbirlər həyata keçirilir:

- Yaraya (yanq səthinə) aseptik sarğının, açıq pnevmotoraksa qermetikləşdirici sarğının qoyulması;
- Ətrafların yaralanmalarında arterial qanaxma zamanı kəmərlərin, burmaların və ya sixıcı sarğıların qoyulması;
- Ağız və burun boşluğunundan palçıq və toz hissəciklərini kənarlaşdırıldıqdan sonra əleyhqazın geyindirilməsi;
- Tənəffüsün dayanması zamanı «ağızdan-ağıza» və «ağızdan-buruna» nəfəs vermə metodları ilə süni tənəffüsün həyata keçirilməsi;

- Zədələnmiş nahiyyələrin və ya ətrafların immobilizasiyası;
Ağrıkəsicilərin(1ml 2%-li promedol məhlulu), ürək(1ml 10%-li kofein məhlulu) və tənəffüs (1ml 0,1%-li lobelin məhlulu) sisteminə təsir edən preparatların şpris-tübik vasitəsilə yeridilməsi
Daxilə antibiotiklərin və radioprotektorların verilməsi;
Yaralananların zəhərlənmiş ərazidən çıxarılması.

Radiaktiv çirkənmə ərazisinin xüsusiyyəti ondan ibarətdir ki, partlayışdan sonra vaxt keçdikcə radasiyanın səviyyəsi aşağı enir. Əgər partlayışdan 30 dəqiqə sonra radasiyanın səviyyəsi 100% -dirsə, 1 saatdan sonra təxminən 45%, 4 saatdan sonra 10% olur. Ona görə də radasiyanın səviyyəsi çox olan dövrdə zərərçəkənlərin çıxarılması daha da sürətləndirilməlidir. Xəstələrə tibbi yardım göstərilərkən tibb işçiləri radasiyadan qorunmalıdır. Bu zaman rezin çəkmə, əlcəklər, xüsusi eynəklərdən istifadə olunmalı, maskalar səkkiz qat tənzifdən hazırlanmalıdır.

Radiasion yanqlar zamanı şüalanmış dəri sahəsində sanitar təmizləmə mümkün qədər tez həyata keçirilməlidir. Novokain

blokadasının həyata keçirilməsi, xüsusilə trofik pozğunluqların qarşısının alınmasında başlıca rol oynayır. Az dozalarda qan köçürülməsi, antibiotiklərin yeridilməsi, ağrıkəsicilər və vitamindrən istifadə olunması məqsədə müvafiqdir. Suluqlar punksiya olunmaqla maye kənar edilir. Yerli müalicədə müxtəlif anti-septik məhlullardan və məlhəmlərdən istifadə olunur.

MƏŞĞƏLƏ 34

Qarışiq və əlaqəli zədələnmələr. (II qoşa saat)

Qarışiq kimyəvi xəsarətlərə yaranın döyüş zəhərləyici maddələrlə çirkəndiyi xəsarətlər, döyüş zəhərləyici maddələrin dəri və geyimdə olub hələ yaraya keçmədiyi xəsarətlər və qapalı zədələnmələrlə birgə keçən döyüş zəhərləyici maddələrin xəsarətinə uğradığı(dəri örtüyü, tənəffüs üzvləri və s.) xəsarətlər aiddir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Kombinasiyalı kimyəvi xəsarətlərlə tanışlıq və tələbələrə bu xəsarətlər zamanı ilk tibbi yardım üsullarını öyrətmək, tibbi çeşidləmə və köçürülmənin əsas prinsiplərini mənimsemətmək.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. Qarışiq kimyəvi zəhərlənmələr
2. Tibbi çeşidləmə və köçürmənin əsas prinsipləri

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAIT: Mövzuya aid olan əyani vəsaitlər, CD diskləri və internet resursları.

Kimyəvi zəhərlənmələrin mexaniki travma və yanıklarla kombinasiyası ayrılıqda və birlikdə müşahidə oluna bilər. Yaranan qeyri adı qoxunun gəlməsi, yaraətrafi sahədə şişkinliyin olması kimyəvi zədələnmələrə daha xasdır. Yaralıların müayinəsi

zamanı aşağıdakılara xüsusi diqqət yetirmək lazımdır. Qarışiq kimyəvi xəsarətlər sırasında yaraların döyüş zəhərləyici maddələri ilə çiklənməsi, bu maddələrin dəridə və geyimdə olması və qapalı zədələnmələr zamanı müşterək kimyəvi maddələrlə zəhərlənmə aid edilir. Zəhərləyici maddələr dəriyə nisbətən yara səthindən daha sürətlə sorulurlar. Zəhərlənməmiş yaralar və qapalı mexaniki zədələnmələr dəri və tənəffüs vasitəsilə kimyəvi maddələrlə zəhərləndikdə qarşılıqlı zəhərlənmə sindromu baş verir. Belə ki, kimyəvi zəhərlənmə yaraları, yanıkları və qapalı travmaların gedişini və proqnozunu pisləşdirir, göstərilən zədələnmələr isə kimyəvi zəhərlənmənin meydana çıxmasına şərait yaradır.

Zəhərləyici maddələrlə zəhərlənmə zamanı həmin maddələr yaraya keçməmişsə, o halda köçürmə mərhələlərində sanitariya –kimya müdafiəsinin ümumi qaydalarına əsasən yardım göstərilir.

Yaralar kimyəvi maddələrlə çırkləndikdə ilk yardım (özünə yardım və qarşılıqlı yardım)

- xəsarətə uğrayana əleyhqaz geydirməkdən;
- zəhərə qarşı spesifik təsirə malik antidotların tətbiqindən;
- ətraf dərini və paltarı kimyaəleyhi zərfdəki məhlulla işləməkdən (qismən sanitar təmizlənməsi);
- qanaxmanın müvəqqəti dayandırmaq və yaranı steril sarğı ilə örtməkdən(yaraya fosfor düşdükdə suda islənmiş sarğı qoyulur);
- süni tənəffüsün tətbiqindən;
- zədələnmiş ətrafin immobilizasiyasından;
- ağrıkəsicilərin şpris-tübik vasitəsilə yeridilməsindən;
- zərərçəkənlərin zəhərlənmə ocağından dərhal çıxarılmasından ibarətdir.

Dərini işlənmədən keçirərkən yuyulma nəticəsində əmələ gəlmiş mayenin yaraya düşməsinə yol verilməməlidir. Lazım olduqda sanitariya təlimatçısı öz sərəncamında olan bütün vasitələrlə əlavə deqazasiya keçirir. Sadalanın tədbirlərlə yanaşı ümumi əsaslar üzrə lazımı yardım göstərir, habelə xəsarətə uğrayan-

ların zəhərlənmiş zonadan kənara çıxarılmasını təmin edirlər. Zəhərləyici maddələr ümumi toksik təsir göstərdikdə təxirə salınmadan antidotların, süni tənəffüsün və s. tətbiqi ön planda durur. Ətrafların yaraları zəhərləyici maddələrin təsirinə məruz qaldıqda immobilizasiyadan yalnız şinaların və longetlərin köməyi ilə geniş istifadə edilir.

Həkiməqədərki tədbirlərə aşağıdakı tədbirlər aiddir:

- göstəriş olduqda antidotların təkrar yeridilməsi;
- süni tənəffüs;
- kəskin tənəffüs pozğunluğu olan ağır yaralılarda əleyhqazın çıxarılması;
- iprit və lyüzit zəhərlənmələrində gözün su və ya 2%-li soda məhlulu ilə yuyulması;
- mədənin zondsuz yuyulması və adsorbentin verilməsi;
- tənəffüs və ürək fəaliyyətinin pozğunluqlarında ürək və tənəffüs preparatlarının yeridilməsi;
- çox sıxılmış sarğıların dəyişdirilməsi və ya bağlanmamış nəhiyyələrə sarğıların qoyulması;

- bağlanmış kəmərlərə nəzarət edilməsi;
- zədələnmiş ətrafin immobilizasiyası (əgər edilməmişsə);
- ağrıkəsicilərin yeridilməsi;
- tablet şəklində antibiotiklərin verilməsi (əleyhqaz çıxarılıbsa).

Yardım göstərilməzdən əvvəl xəsarətə uğrayanların eyni müalicə –köçürmə tədbirlərinə ehtiyacı olan qruplara ayrılması tətbiq olunur ki, bu çeşidləmə adlanır. Çeşidləmə mərhələli müalicə sisteminin mühüm ünsürüdür. Çeşidləmə meydançasında bütün daxil olanlar üç qrupa bölünür:

1. sanitariya təmizlənməsinə ehtiyacı olanlar (radioaktiv maddələrə, zəhərləyici maddələrə yoluxanlar, bakterial silahın təsiri-nə məruz qalanlar,).
2. izolyasiyaya ehtiyacı olanlar (infeksion xəstələr və infeksi-on xəstlərə tutulmaları cəhətdən şübhəli xəstələr)
3. ətrafdakılar üçün təhlükə təşkil etməyənlər

Tibbi çeşidləmə tibbi köçürmənin bütün mərhələlərində fəaliyyət göstərən tibb məntəqələrində və hərbi müalicə müəssisələrində ardıcıl olaraq aparılır. Tibbi çeşidləmənin mahiyyəti köçürmə mərhələlərində yaralı və xəstələrin eyni müalicə - köçürmə tədbirlərinə ehtiyacı olan qruplara bölünməsindən ibarətdir. Bunun mühümlüyünü və cavabdehliyini nəzərə alaraq çeşidləməni tez, dəqiq, düzgün, ardıcıl və tam aparılması təmin olunmalıdır. Çeşidləmə prosesində buraxılmış səhvələr kobud müalicə diaqnostika qüsurlarna səbəb olur.

Çeşidləmənin məntəqədaxili və nəqliyyat-çeşidləmə növləri müəyyən olunur. Yaralıların eyni müalicə tədbirlərinə ehtiyacı olan qruplara bölünməsi, hansı diaqnostika müalicə bölmələrinə göndərilməsi, bunun ardıcılılığı məntəqədaxildi çeşidləmədə müəyyənləşdirilir.

Nəqliyyat daşınmasına görə çeşidləmənin məqsədi yaralıların hansı ardıcılıqla, hansı nəqliyyat növündə, hansı vəziyyətdə (oturaq, xərəkdə uzanmış) və hara göndərilməsini, haraya köçürmək lazımlığı gəldiyini və köçürmənin istiqamətini müəyyən etməkdir.

Xəsarətə uğrayanların axışib gəlməsi artdıqca, çeşidləmənin rolü da artır. Bu zaman hər bir xəsarətə uğrayanın təqribi diaqnozu və proqnozu müəyyənləşdirilir. Müxtəlif ağırlaşmaların (qanaxma, zədə şoku, uzunmüddətli sıxılma sindromu, anaerob infeksiya və s.) aşkarılmasına xüsusi diqqət yetirilir.

İlk həkim yardımı mərhələsində kontuziyaya uğrayanları çeşidləyərkən, kontuziya ilə bərabər lokal mexaniki zədələnmələrə mə'ruz qalmış xəsarətə uğrayanları aşkar çıxarmaq lazımlıdır. Qarın boşluğu orqanlarının qapalı zədələnmələrinin, habelə də kəllədaxili qanaxmaların gecikmiş diaqnostikası çox təhlükəlidir.

Qarışq zədələnmələr zamanı tibbi çeşidləmə apararkən ətrafdakılar üçün təhlükəsiz olan yaralanma və zədələnmələrə məruz qalanlar qeydiyyata alınır. Ardıcılıqla cərrahi müdaxiləyə

(həm əməliyyat, həm də sarğı otağında), şokəleyhi tədbirdərə ehtiyacı olanlar, eləcədə müvəqqəti daşınmayanlar aşkarlanır. İlk tibbi yardımına ehtiyacı olan yaralılar ayrıılır və onlar köçürməyə hazırlaşdırılır. Yüngül yaralıların çəsidlənməsi onların sarğıları açılmadan baxış əsasında zədələnən nahiyyə və ətrafların funksiyaları təyin edilməklə aparılır. Çəsidləmə zamanı tibbi yardım çəsidləmə palatkasında və ya sarğı otağında icra edilir.

Çəsidləmənmən ən çətin və ən mürəkkəb vəzifələrindən biri də gələnlərin ümumi axınından ölümcül və ümidişiz yaralıların seçilib ayrılmasıdır. Bu qrupa aşağıdakı zədələnmələr aid edildir:

- onurğa beyninin tam dağıılması ilə yüksək dərəcəli zədələnmələr;

- kəllə yaralanmalarından sonrakı komatoz vəziyyət (baş beynin sıxlıma simptomu istisna olmaqla);

- aqonal tənəffüs;

- bədən səthinin 60%-dən çox II-III dərəcəli yanıqları;

- ilkin 24 saat ərzində qıcolmalar və fasılısız qusmalarla müşaiyət olunan kombinasiya olunmuş radiasion xəsarətlər.

Zədələnənlərin vəziyyətindən, göstəriləcək yardımın tezliyindən, istifadə ediləcək nəqliyatın növündən, köçürmə yollarının uzunluğundan və vəziyyətindən, köçürmənin müddətindən asılı olaraq köçürməyə göstəriş və eks-göstərişlər müəyyən olunur.

Çəsidləmə mərhələnin köçürmə gücünə, vəsaitinə, göstəriləcək tibbi yardımın tezliyinə müvafiq olmalıdır. Bununla əlaqədar olaraq çəsidləmənin aşağıdakı növləri mümkün sayılmalıdır:

- Köçürməni tez, müvafiq istiqamətdə və nəqliyyat növü ilə aparmaq mümkündür.

- Köçürmə uzunmüddətli, çətinliklə mümkün kündür. Belə olduqda xəstəyə tam həcmidə həmin mərhələ üçün müvafiq tibbi yardım göstərməli, uyğun nəqliyyat növü seçilməlidir.

- Köçürmə yaxın müddətdə mümkün olmur. Belə olduqda çəsidləmə yaralıların həyatını xilas etmək üçün tam həcmidə yardım göstərilməsi məqsədilə aparılmalıdır.

Tibbi köçürmə döyüş bölgəsindən başlayaraq tibbi yardımın tələb olunan səviyyədə göstərilməsi və müalicənin təşkil edilməsi üçün təşkilati, tibbi, texniki tədbirlərin, tibb xidmətinin bölmələrində aparılan kompleksindən ibarətdir. Köçürmə tibbi nöqteyi-nəzərindən müsbət bir proses sayılmasa da məcburi aparılan tədbirdir.

MƏŞĞƏLƏ 35

İlk tibbi yardım və onun təşkili

Mülki müdafiənin tibb xidməti tərəfindən yaralılara və xəstələrə göstərilən tibbi yardım aşağıdakı üç növə ayrılır: ilk tibbi yardım; ilk həkim yardımı; ixtisaslaşdırılmış tibbi yardım. Xəstənin həyatı və sağlamlığı çox vaxt xüsusi tibbi hazırlığı olmayan şəxslərdən asılı olur. Qeyri tibb işçisi tərəfindən göstərilən ilk yardım təbii olaraq bilik və təcrübənin çatışmaması, lazım olan avadanlığın və şəraitin olmaması, imkanların məhdudluğuna görə fərqlənir. Lakin əgər hər bir ilk tibbi yardımını göstərən şəxs ondan asılı olan hər bir prosedurani vaxtında və savadlı yerinə yetirmiş olsa, onda zərərçəkənlərin həyatının prespektivləri daha ümidverici olar. Bununla əlaqədar olaraq hər bir vətəndaş ilk yardımın mahiyətini, prinsiplərini, qaydalarını və ardıcılıqlarını bilməlidər. Çünkü, tibbi köçürmənin mərhələlərində ilk tibbi yardım (özünə və bir-birinə yardım), ilk həkim yardımı və ixtisaslaşmış yardımından fərqli olaraq tibbi biliyi olmayan, lakin yardım göstərilməsində kifayət qədər vərdişə və təcrübəyə malik şəxslər tərəfindən həyata keçirilir.

MƏŞĞƏLƏNİN MƏQSƏDİ: Tələbələrə müxtəlif zədələnmələr zamanı tibbi çeşidləmənin növlərini öyrətmək, nüvə və kimyəvi silahlar ilə zədələnmişlərə ilk tibbi yardım göstərmək, bakterioloji zədələnmə ocaqlarında epidemiya əleyhinə tədbirlər tətbiq etməkdə əməli vərdişləri qazandırmaq.

MƏŞĞƏLƏYƏ HAZIRLIQ: Tələbələr bu məşğələyə aşağıdakı suallar ətrafında hazırlaşmalıdır:

1. nüvə zədələnmə ocağında zədələnmişlərə ilk tibbi yardım.
2. kimyəvi zədələnmə ocağında sinir-iflicidici, boğucu, və dəri –rezorbtiv maddələrlə zəhərlənmə zamanı ilk tibbi yardım.
3. bakterioloji zədələnmə ocağında nəticələrin ləğv edilməsi, bakterioloji silahdan mühafizə vasitələri.
4. kombinasiyalı zədələnmə növlərində ilk tibbi yardım.

MƏŞĞƏLƏYƏ LAZIM OLAN VƏSAIT: Tematik əyani vasitələrlə təchiz olunmuş kabinet, mövzuya aid olan plakatlar, CD diskləri və internet resursları.

Təxirəsalınmaz yardım ilk (həkiməqədərki tibbi yardım), tibbi (həkim) və ixtisaslaşdırılmış olmaqla üç yerə bölünür.

Təcili tibbi yardım üç qrup tədbirlər daxildir:

1. Xarici zərərverici amilin təsirini dərhal aradan qaldırmaq və ya zərərçəkəni ağır nəticələr törədə bilən hallardan kənarlaşdırmaq (sudan, zəhərli qaz olan otaqdan, yanğından, uçqundan çıxarmaq və ya elektrik cərəyanının, alçaq temperaturun, təsirini kəsmək və s.)
2. Sadə və təcili tibbi yardım tədbirləri həyata keçirmək (qanaxmanı müvəqqəti saxlamaq, yaranı sarımaq, süni nəfəs vermək, ürəyi massaj etmək, zəhərə qarşı dərman yeritmək, bədənin zədələnmiş nahiyyələrini tərpənməz hala salmaq, ağrı ilə mübarizə). Kimyəvi və radioaktiv maddələrlə zəhərlənmiş sahələrdə isə fərdi aptekçədəki dərman vasitələrindən istifadə etməklə şüa zədələnməsi və kimyəvi zədələnmələrin qarşısını almaq, bədənin açıq hissələrini təmizləmək, yaralılara əleyhqaz geyindirmək və təhlükəli sahələrdən çıxarmaq.
3. Xəstəni və ya zərərçəkəni dərhal yaxınlıqdakı tibb ocağına çatdırmağı təşkil etmək.

İlk tibbi yardım-yaralanmış və ya xəstələnmiş adamın halını yüngülləşdirə biləcək ən sadə tədbirlərin yerinə yetirilməsindən

ibarətdir. İlk tibbi yardım bilavasitə zədələnmə yerində və ya onun yvaxınlığında ən tez müddətdə göstərilir. Belə yardımı sanitar drujinaçıları, sanitar postları və mülki müdafiə dəstələrinin şəxsi hey'əti göstərir. Onu əhalinin özü -özünəyardım və qarşılıqlı yardım qaydası ilə göstərməyi bacarmalıdır. Bu məqsədlə ilk tibbi yardım göstərmək qaydaları bütün əhaliyə xüsusi proqramlar əsasında hələ əmin-amanlıq dövründə əvvəlcədən öyrədirilir.

İlk tibbi yardım aşağıdakılardan ibarətdir:

- qanaxmaları müvəqqəti olaraq dayandırmaq;
- yara və yanıq yerlərinə steril sarğı qoymaqtı;
- sıniq, çıxıq və əzilmə zamanı şina qoymaqla və əlaltı vəsitələr işlətməklə immobilizasiya etmək (bədənin zədələnmiş hissəsini tərpənməz hala salmaqtı);
- sünü tənəffüs vermək və ürəyi xaricdən massaj etmək;
- kimyəvi və radioaktiv maddələrlə zəhərlənmə sahələrində isə fərdi aptekçədəki (Aİ-2) vasitələrindən istifadə etməklə şüa zədələnməsi və kimyəvi zədələnmələrin qarşısını almaq, bədənin açıq hissələrini təmizləmək, yaralılara əleyhqaz geydirmək və təhlükəli sahələrdən çıxarmaqtı.

İlk tibbi yardımın mümkün qədər tez göstərilməsi- yaralanmanın son nəticəsinə, bəzən isə yaralı şəxsin həyatının xilas edilməsinə həllədici təsir göstərir. Güclü qanaxma zamanı, elektrik cərəyanı vurarkən, boğulma, ürəyin fəaliyyəti dayanan və nəfəs kəsilən hallarda ilk tibbi yardım dərhal göstərilməlidir. Əgər eyni zamanda çoxlu yaralılara ilk tibbi yardım göstərmək tələb olunursa, onda belə yardımı birinci növbədə uşaqlara, tələf ola biləcək yaralılara göstərmək lazımdır. Belə hallarda yüngül yaralılar özləri də özünəyardım və qarşılıqlı yardım göstərməlidirlər.

İlk tibbi yardımın bütün üsulları ciddi surətdə və çox ehtiyatla icra edilməlidir. Ehtiyatsız, kobud ilk tibbi yardım yaralıya əlavə əziyyət verib onun halını ağırlaşdırıa bilər.

İlk tibbi yardım göstərilərkən həm təchizat cədvəlinə əsasən

verilən vasitələrdən (tabel vasitələri), sanitər çantasındakı dərman və əşyalardan, həm də əlaltında olan yardımçı vasitələrdən istifadə edilir.

Məşğələ keçilmişlərin təkrarına əsaslanır. Tələbələrə bu məşğələdə şərti nüvə zədələnmə ocağında zədələnmələrin ilk tibbi çeşidləməsini və onlara yaralanma, sınıqnlar və şüalanma zamanı ilk tibbi yardımın göstərilməsini; zədlələnmişlərin çıxarılmاسını, nəqliyyata mindiirləməsinin və ocaqdan köçürülməsini məşq etdirmək lazımdır.

Bundan başqa təcrübə məşğələlərini tədris edən pedaqoqlar tələbələrə şərti kimyəvi zədələnmə ocağında sinir iflicidici, boğucu və dəri-rezorbtiv zəşərləyici maddələrlə zəhərlənmə zamanı ilk tibbi çeşidlənməni və ilk tibbi yardımın göstərilməsini: şprist-tubik vasitəsilə orqanizmə antidotun yeridilmə üsullarını; İPP-8 və İPDS kompleksinin istifadə edilməsini; zədələnmişlərin ocaqdan köçürülməsini məşq etdirirlər. Şərti bakterioloji zədələnmə ocağında taun əleyhinə fərdi geyim vasitələrinin geyinmə və soyunma üsullarını, yoluxmuş xəstələrin aktiv üzrə çıxarılma məqsədi ilə mənzillərin yoxlanılmasının aparılması metodikasını; dezinfeksiyaedici məhlulların və yaşayış mənzillərində və xəstəxanalarda dezinfeksiya aparılması üsullarını məşq etdirilməsi məsləhət görülür. Şərti kombinasiya edilmiş zədələnmələrin növlərində lazımı və əlaltı vasitələr olmalıdır. Proqrama əsasən hər bir şərti zədələnmə ocağında tələbə tərəfindən ən azı iki nəfər zədələnmişə tam həcmde ilk tibbi yardım göstərilməlidir. Statistlər, zədələnmişləri təqlid edənlər, tələbələrin arasından seçilir.

Test sualları

1. Yuxu arteriyasından qanaxma zamanı onu aşağıdakı sümüyə sıxmaq lazımdır:

- A) gicgah sümüyünə
- B) alt çənənin çıxıntısına
- C) VI boyun fəqərəsinin köndələn çıxıntısına
- D) təpə sümüyünə

2. Qapalı çıxiqlar zamanı ilk yardım:

- A) sıxıcı sarğı qoymaq
- B) zədələnmə nahiyyəsinə isti qoymaq
- C) nəqliyyat immobilizasiyası
- D) aseptik sarğı

3. Xəstə şit üzərinə arxası üstə uzadılmış vəziyyətdə daşınılır:

- A) qabırğaların siniği zamanı
- B) döş qəfəsinin əzilməsi zamanı
- C) qarın boşluğu orqanlarının travması zamanı
- D) onurğanın döş hissəsinin siniği zamanı

4. Açıq pnevmotoraks olan xəstəyə təxirə salınmaz yardım göstərən zaman aşağıdakılardır:

- A) novokain blokadası etmək
- B) spazmolitiklər yeritmək
- C) hermetikləşdirici sarğı qoymaq
- D) kramer şinini qoymaq

5. «Kəskin qarın» sindromu zamanı aşağıdakılardır:

- A) təmizləyici imalə etmək
- B) ağrıksıci yeritmək
- C) mədəni yumaq
- D) buz qoyub, təcili xəstəxanaya çatdırmaq

6. Klinik ölümün əlamətləri:

- A) yuxu arteriyasında nəbzin olmaması, huşunitməsi
- B) şüurun qarşıq və gərgin olması
- C) yuxu arteriyasında sapvari nəbzin olması
- D) nadir tənəffüs

7. Aseptika—aşağıdakı kompleks tədbirlərdür:

- A) yarada infeksiyaya qarşı mübarizə
- B) infeksiyanın yaraya düşməsinə qarşı profilaktik tədbirlər
- C) alətlərin dezinfeksiyası
- D) alətlərin sterilizasiyası

8. Əməliyyatdan qabaq 1 dəqiqə ərzində əlləri aşağıdakı məhlulda sterilizasiya edilir:

- A) xlorheksidin məhlulunda
- B) pervomur (C-4) məhlulunda
- C) naşatır spirtində
- D) yodonatda

2. Dezinfeksiya–bu:

- A) yaraya mikroolların düşməsinə qarşı yönəldilmiş kompleks tədbirlərdür
- B) bütün mikroolların, o cümlədən sporəmələ gətirənlərin də məhvıdır
- C) patogen mikroolların məhvıdır
- D) tibbi alətlərin üzərindən mikroorganizmlərin mexaniki üsulla xaric edilməsidir

10. Vaxta qənaət məqsədilə əllərin cərrahi işlənməsinin optimal variantı:

- A) Spasokukotski–Koçerqin üsulu
- B) Alfeld üsulu
- C) Fyurbringər üsulu
- D) Pervomur ilə

11. Standart serumlarla qan qrupunun təyini zamanı II və III qruplarda aqlutinasiya baş verib. Bu o deməkdir ki, qan:

- A) I qrupa aiddir
- B) II qrupa aiddir
- C) III qrupa aiddir
- D) IV qrupa aididir

12. Nəqliyyat immobilizasiyası üçün aşağıdakılardan istifadə edilir:

- A) Kuzminski şini
- B) Beler şini
- C) Kramer şini
- D) ÜİTO

13. Alt çənənin sınığı zamanı sarğı:

- A) qayıdan
- B) sapandvari
- C) səkkizvari
- D) sapvari

14. Dezo sarğısı aşağıdakı nahiyyənin sınığı zamanı istifadə edilir:

- A) bazu önü sümükləri
- B) döş sümüyü
- C) körpük sümüyü
- D) qabırğaların

15. Leykoplastların kirəmitvari sarğısı aşağıdakı sümüyünün sınığı zamanı istifadə olunur:

- A) döş sümüyü
- B) qabırğa
- C) körpük
- D) onurğa sütunu

16.Vena daxili narkoz zamanı aşağıdakılardan istifadə edilir:

- A) trilen
- B) lidokain
- C) sodium tiopental
- D) ftorotan

17.Beyin sıxlamasının xarakterik xüsusiyyəti:

- A) bir dəfə qusma
- B) meningeal simptomlar
- C) huşun müvəqqəti aydınlaşması
- D) dərhal travmadan sonra huşun itməsi

18.Yalnız sinişa xas olan əlamət:

- A) qansızma
- B) şışkinlik
- C) sümük qırıntılarının krepitasiyası
- D) ətrafin funksiyasının pozulması

19.10%-li xlorlu əhəng məhlulu düzəldilməsi üçün gərəkdir:

- A) 9,9 l suya 100qr xlorlu əhəng
- B) 9 l suya 1 kq xlorlu əhəng
- C) 5 l suya 1 kq xlorlu əhəng
- D) 10 l suya 100qr xlorlu əhəng

20.Qətranvari nəcisi olan xəstəyə aşağıdakı mütləqdir:

- A) qarnın üstünə isidici qoymaq
- B) soyuq əl və ayaq vannaları etmək
- C) soyuq su ilə təmizləyici imalə etmək
- D) rahatlıq verib həkim çağırmaq

21.Qida borusunun kimyəvi yaniğı zamanı, xəstəni xəstəxanaya çatdırana qədər aşağıdakını etmək lazımdır:

- A) süd içirtmək

- B) mədəni yumaq, ağrıkəsici yeritmək
- C) hospitalizisiyaya qədər heç bir tədbir görməmək
- D) qusma refleksini yaratmaq.

22.Bud sümüyünün sınığı zamanı aşağıdakı oynaqların fiksasiyası vacibdir:

- A) bud-çanaq oynağının
- B) bud-çanaq və diz oynağının
- C) bud-çanaq, diz və aşiq-daban oynaqlarının
- D) sınıq nahiyyələrinin

23.BSJ vaksinasiyasının vurulması:

- A) dəri altına
- B) dəri içərisinə
- C) əzələ daxilinə
- D) vena daxili

24.Yeni doğulmuşların gözünün təmizlənməsi üçün istifadə olunur:

- A) 3%-li hidrogen peroksid məhlulu
- B) 5%-li kalium permanqanat məhlulu
- C) qaynamış su
- D) 5%-li yod məhlulu

25.Mədə zondunun uzunluğu necə təyin edilir?

- A) dişdən göbəyə qədər
- B) döş sümüyündən göbəyə qədər;
- C) qaş arasından göbəyə qədər;
- D) qaş arasından göbəyə qədər +10-15 sm.

26.Xardal qoyarkən nəyə fikir verilməlidir?

- A) sinir sisteminin vəziyyətinə
- B) sümük sisteminin vəziyyətinə

- C) dərinin vəziyyətinə və həssaslığına
- D) xardala olan həssaslığına və vəziyyətin ağırlığına görə

27.Qazçıxaran borunun qoyulmasını düzgün ardıcılıqla düzün:

- A) xəstə sol böyrü və ya arxası üzərində uzadılır
- B) sol əllə sarğı kənara çəkilir, sağ əllə qazçıxaran boru anusa daxil edilir
- C) çarpayının üzərindəki müşəmbənin üstünə əski salınır
- D) boru çıxarıldıqdan sonra anusun ətrafına vazelin sürtülür

28.Xora xəstəliyinin kəskinləşməsi zamanı pəhriz masasının N-si:

- A) 1
- B) 4
- C) 2
- D) 5

29.Dezinfeksiyaedici məhlullar hansılardır?

- A) xloramin, lizol, xlorlu əhəng, hidrogen-peroksid, fenol
- B) xloramin, lizol, hemodez, poliqlükin
- C) lizol, xloramin, albumin, reopoliquin
- D) regidron, lizol, xlorlu əhəng, fenol

30.İnfeksion xəstəliyin hansı dövrü ətrafdakılar üçün təhlükəli ola bilər?

- A) inkubasiya dövrünün axırı, başlangıç dövrü, rekonvalensiya dövrü
- B) rekonvalessensiya dövrü, inkubasiya dövrü, sönmə dövrü
- C) xəstəliyin bütün dövrlərində
- D) klinik əlamətlərin təzahürü dövrü, rekonvalensiya dövrü

31.Epifizioliz, bu:

- A) epifizin diafizə keçən yeridir

- B) epifizin metafizdən qopmasıdır
- C) uzun sümüklərin uc hissəsidir
- D) uzun sümüklərin orta silindrik hissəsidir

32.Yataq yaralarının ön çox əmələ gəldiyi nahiyyə:

- A) ənsə, baldır, bud, bel, kürək, boyun
- B) kürək, ənsə, qarın, bilək, üz
- C) ənsə, kürək, bel, oma, daban, dirsək
- D) kürək, bel, oma, əl və ayaq falanqları

33.Bankalar qoyula bilməz:

- A) bel nahiyyəsinə
- B) döş qəfəsinin ön səthinə
- C) budun arxa səthinə
- D) budun ön səthinə

34.Uşaqların temperaturu və nəbzi ölçülür:

- A) said nahiyyəsində, qolluq altında
- B) dirsək nahiyyəsində, qolluq altında
- C) qasıq büküşündə, dirsək nahiyyəsində
- D) boyun nahiyyəsində, yuxu arteriyasında

35.Aşağıdakılardan biri yanlışdır:

- A) dilin arxa hissəsində məməciklər olmur
- B) altı növ dil məməcikləri vardır
- C) dilin kənarında və ucunda turşuluğu qəbul edən reseptorlar var
- D) dil sinir, vəzi və qan damarlarından ibarət əzələvi bir üzvdür

36.Aİ-2 nədir?

- A) əleyhqaz
- B) fərdi kimyəvi zərf

- C) fərdi aptekçə
- D) fərdi sarğı zərfi

37.Dərmanın teratogen təsiri nədir?

- A) rüseymin məhvini
- B) döldə inkişaf qüsurlarının əmələ gəlməsi
- C) döl və rüseymin hüceyrə quruluşunun pozğunluğu
- D) DNT quruluşunda pozğunluq

38.Xəstə xərəkdə yarım oturaq vəziyyətdə yerləşdirilir:

- A) qarın zədələnmələrində
- B) çanaq zədələnmələrində
- C) döş qəfəsinin zədələnmələrində
- D) onurğa zədələnmələrində

39.İşləyən ürəkdə süni ventilyasiyanın nə vaxtadək davam etdirmək lazımdır?

- A) 1-1,5 saatadək
- B) huş bərpa olunanadək
- C) sərbəst tənəffüs hərəkətləri meydana çıxanadək
- D) döş qəfəsi həcmcə böyüyənədək

40.Ürəyin qapalı masajı bir əllə icra edilir:

- A) yaşlı şəxsədə
- B) uşaqda
- C) yeni doğulmuşda
- D) qabırğası sıvan adamda

41.İlk yardım zamanı xəstəyə üfüqi vəziyyət verilərək ayaqlar çarpayının başına qaldırılır:

- A) bud sümüyü sıyıqlarında
- B) aşağı ətrafin yanıqlarında
- C) uşaqlıq qanaxmalarında
- D) kəllə beyin travmalarında

42.Fərdi kimyəvi zərfdəki məhlulla dəri silinir, sonra yod sürtülür:

- A) fosforlu üzvü maddələrlə zəhərləndikdə
- B) sinil turşusu ilə zəhərləndikdə
- C) iprit və lüziitlə zəhərləndikdə
- D) xlorla zəhərləndikdə

43.5 litr işçi S-4 məhlulu hazırlamaq üçün 34,5 ml. 100%-li formiat məhluluna nə qədər 33%-li hidrogen peroksidə məhlulu əlavə etmək lazımdır?

- A) 85,5 ml.
- B) 34,2 ml.
- C) 17,1 ml.
- D) 40,5 ml.

44.Bədən boşluqlarını hermetik bağlayan sarğılar necə adlanır?

- A) immobilizəedici sarğılar
- B) okklüzion sarğılar
- C) sıxıcı sarğılar
- D) düzəldici sarğılar

45.Sarğı materialı çatışmadıqda və ya olmadıqda istifadə edilən sarğılar:

- A) ləçək sarğıları
- B) Maştarafov sarğıları
- C) fərdi sarğı zərfi
- D) yapışqanlı sarğılar

46.Onurğa beyni keyiltməsində istifadə olunan novokain məhlulunun faizi:

- A) 0,5%
- B) 5%

- C) 0,25%
- D) 2%

47. İri damarlar zədələndikdə dəri altına qanın yiğilması nə adlanır?

- A) sianoz
- B) asfiksiya
- C) melena
- D) hematoma

48. Uçqun altında qalan şəxsin ətrafi soyuyubsa, aşağıdakı tədbirlər həyata keçirilir:

- A) əzilmiş yerdən yuxarı turna, buz qoyulur, novokain blokadası aparılır
- B) əzilmiş ətraf dərhal amputasiya edilir
- C) əzilmiş yerdən aşağı turna, buz qoyulur, dəri altına heparin yeridilir
- D) ətraf immobilizasiya edilir

49. Aşağıdakı sayılanlardan hansısı yara üçün tipik deyil:

- A) ağrı
- B) qanaxma
- C) yaranın açılması
- D) temperatur

50. Hansı ifadə doğru deyil:

- A) ipritlə zəhərləndikdə yara xardal və ya yanmış rezin iyi verir
- B) fosforla zəhərdləndikdə yara sarımsaq qoxusu verir və ətraf dəri yanmış olur
- C) lüizitlə zəhərləndikdə yara ətir iyi verir, şiddetli ağrı olur
- D) zarinlə zəhərləndikdə yara naşatır iyi verir, suluqlar əmələ gəlir

51.Aşağıda göstərilənlərdən biri iltihab üçün xarakterik deyil:

- A) qızartı
- B) suluq
- C) ağrı
- D) yerli temperatur

52.Baş beyin silkələnməsinin əsas əlaməti deyil:

- A) huşun itməsi
- B) retroqrad amneziya
- C) qusma
- D) səthi tənəffüs

**53.Yaşlı adamın gövdəsinin ön səthi və sol yuxarı ətrafinın
yarısı yanmışdır. Yanıq sahəsi nə qədərdir?**

- A) 14%
- B) 18%
- C) 9%
- D) 22%

54.Hansı ifadə düzgün deyil:

- A) sönməmiş əhəngin təsirindən əmələ gələn yanıkları su ilə yumaq lazımdır
- B) ilk yardım zamanı yanmış nahiyyələrdəki suluqları kəsmək və deşmək olmaz C) elektrik zədələnmələri zamanı zərərçəkəni torpağa basdırmaq olmaz
- D) donmuş nahiyyəni qarla massaj etmək məsləhət görülmür

55.Delbe həlqəsindən nə zaman istifadə olunur?

- A) onurğanın boyun hissəsinin sınıqlarında
- B) alt çənənin sınıqlarında
- C) körpük sümüyünün sınıqlarında
- D) çanaq sümüklərinin sınıqlarında

56.Çeşidləmənin ən çətin və ən mürəkkəb vəzifələrindən biri gələnlərin ümumi axinından ölümcül və ümidsiz yaralıların seçilib ayrılmasıdır. Bu qrupa aşağıdakı zədələnmələr aid edilir (birindən başqa):

- A) onurğa beyninin tam dağıılması ilə yüksək zədələnmələr
- B) kəllə yaralanmalarından sonrakı komatoz vəziyyət (baş beynin sıxılma simptomu istisna olmaqla)
- C) bədən səthinin 60%-dən çox II-III dərəcəli yanıqları
- D) rədiasion xəsarətlər.

57.Şəxs bədən tərbiyəsi dərsində zədələnmişdir. Bu aiddir:

- A)məişət travmatizminə
- B)məktəb travmatizminə
- C)idman travmatizminə
- D)küçə travmatizminə

58.Avtomaks nədir?

- A)iynəsiz peyvənd vurmaq üçün cihaz
- B)əməliyyat ağrılarının və xalatların sterilizasiyası üçün cihaz
- C)dezinfeksiyaedici cihaz
- D)süni tənəffüs cihazı

59.İsitqac:

- A)iltihabın sorulması, bədəni qızdırmaq və ağrını kəsmək üçündür
- B)bədəni qızdırmaq, ağrını kəsmək və qanaxmanı dayandırmaq üçündür
- C)damarları daraltmaq, bədəni isitmək, ağrını kəsmək üçündür
- D)kompres qoymaq, iltihabın sorulması, ağrını kəsmək üçündür

**60.Meteorizm zamanı aşağıdakı tədbirlər həyata keçirilir
(birindən başqa)**

- A)düz bağırsağa qazburaxan boru qoyulur
- B)təmizləyici imalə edilir
- C)aktivləşdirici kömür verilir
- D)tənəffüsünə nəzarət edilir

Hikmətli sözlər

Vəsaitə keçmiş və müasir mütəfəkkirlərin fikirləri də əlavə edilir. Burada deyilən sözlər və düşüncələr tələbə, tələbə- müəllim münasibətləri, təbabət, bilik, elm, və s. həsr olunur. Bu yüksək fikirlər və söylənən müdrik sözlər hər bir tələbənin qəlbində öz gələcək sənətinə olan məsuliyyəti artırır və bu sənətin sahibi olduğu üçün fəxr etdirir. Onları oxuyun və fikirləşin, bu sözlər təkcə sizə müraciət deyil, onlar sizin üçün yazılmışdır. Bu qiymətli sözlərə layiq olun.

1. Bütün sənətlər içərisində ən fədakar olanı təbabətdir.

Hipokrat

2. Sizə bilik öyrədən adamı da böyük sayın, uca tutun, bilik öyrət- diyiniz adamı da.

Məhəmməd Peyğəmbər

3. Müəllim vəzifəsi ona görə şərəflidir ki, o cəmiyyət üçün ən dəyərli, bilikli, zəkali, tərbiyəli, vətənpərvər vətəndaşlar hazırlayır.

Heydər Əliyev

4. Kitab zamanın dalğaları üzərində səyahət edən və öz qiymətli yükünü ehtiyatla nəsillərdən -nəsillərə yetirən fikir gəmisidir.

F. Bekon

5. O günü, o saatı bədbəxt say ki, yeni bir şey öyrənməmişən və öz təhsilinə heç nə əlavə etməmişən.

Y. A. Kamenski

6. Kitab bir nəslin o biri nəslə qoyub getdiyi mənəvi vəsiyyətdir.

A. İ. Gertsen

7. Təcrübə ən yaxşı müəllimdir.

Tacik atalar sözü

8. Başqasının fikrini oğurlamaq pul oğurlamaqdan da pis cinayətdir.

F. M. Volter

9. Xırda işlərə həddindən artıq meyl edən adamlar, adətən böyük işlər görməkdən məhrum olurlar.

F. Laroşfuko

10. Şagirdlər müəllimlərin səhvleri kimi heç bir şeyi möhkəm yadda saxlamırlar.

L.N.Tolstoy

11. Təcrübəli, zəhmətsevər, çalışqan bir müəllim, həssas, nazik qəlbli, məzmunlu insan dərin bir elmdir.

A.Şaiq

12. Müəllim tələbəyə tərəf yox, tələbə müəlliminə tərəf gəlməlidir.

Latin zərb məsəli

13. Biz çox şeyə çətin olduğu üçün yox, cəsarət etmədiyimiz üçün girişmirik.

Seneka

14. Təhsil öyrəndiklərin yaddan çıxarıandan sonra yerdə qalanıdır.

Maks Fon laye.

15. İdman bədən üçün nədirsa, oxumaq da ağıl üçün həmin şeydir.

Addison.

16. Allah bir bəndəni alçatsa ona bilik qabiliyyəti verməz.

Həzrəti Əli

17. Həkimin üzündəki təbəssüm -xəstənin sağalmasına başlamasıdır.

Rolas

18. Bilik əldə etməyə çalışın, bir-birinizlə bəhsə girin, çünkü elm sahəsində eşitdiyiniz hər bir yeni söz, üzərindəki qızillardan, gümüşlərdən daha qiymətlidir.

Məhəmməd Peyğəmbər

19. Əgər elmi cah-cəlal xatiri üçün öyrənirsənsə, bil ki, onun nəticəsi əziyyət və bədbəxtlikdir.

H.Z.Şirvani

20. Pis bilməkdənsə, heç bilməmək daha yaxşıdır.

Publili Sir.

21. Ya olduğun kimi görün, ya da göründüyüün kimi ol.

C. Rumi

22. Müəllim aynadır, şagird ona baxıb özünü düzəldir və həmişə müəllimini öyrənir

M.Monten

23. Tələbə doldurulası qab deyil, yandırılan məşəldir.

N. Rzayev

24. İki yırtıcı incəsənəti həmişə təqib edir: peşəkar olmayan talant və talantsız peşəkar.

A. Frans

25. Öyrənməkdən boyun qaçırmır; başqları da öyrənməklə müəllim olublar.

Əvhədi

26. Əgər sənin planın bir illikdirsin, dari səp, on illikdirsin, ağaç ək, əsrlərlə hesablanıbsa, insan tərbiyə et.

Konfutsi

27.Əgər adam öyrənmək istəyirsə, o soruşur, əgər adam coşqun həvəslə öyrənmək istəyirsə, o qulaq asır.

Hindu atalar sözü

28.Yalnız müəllimə hörmət etməklə müəllim ola bilərsən.

Vyetnam zərb məsəli

29. Hər öyrətmək istəyən müəllim deyil, kimdən ki, öyrənirlər, müəllim odur.

Z. Koday

30.Elm – həqiqətin inkişaf etdiyi canlı orqanizmdir.

A. İ. Gertsen

31.Həkimlə söhbətdən sonra xəstənin hali yaxşılaşmışsa, bu həkim deyildir.

V.M.Bexterev

32.Ən böyük fəlakət ortababın istedadla mübarizəsidir.

O.Balzak

33. Bilik ata kürkü deyil ki, nəsildən-nəslə ötürəsən.

M.F.Axundov

34.Ömür insana bir dəfə verilir və onu elə yaşamaq lazımdır ki, mənasız keçən illər üçün vicdan əzabı çəkməyəsən.

N.Ostrovski

35.Əgər bircə gün öyrənmirəmsə –bunu özüm hiss edirəm, əgər iki gün öyrənmirəmsə –bunu mənə yaxın olanlar hiss edirlər, əgər üç gün öyrənmirəmsə –bunu hamı hiss edir.

A.Rubinşteyn

36.O qədər tələbəlik elə, ta ustاد olasan.

M.Şəhriyar.

**Dərs vəsaitinə həmçinin Respublikanın
Tibb kolleclərində tədris olunan aşağıdakı
fənlərin proqramlarına uyğun gələn
mövzuların adları da əlavə edilir**

1. CƏRRAHİYYƏ- Aseptika və antiseptika. Desmurgiya nəqliyyat immobilizasiyası. Ağrısızlaşdırma, qanaxma və qanəvəzedicilərinin köçürülməsi, transfuziya. Zədə şoku. Zədələnmələr. Uşaq travmatizmi. Qapalı zədələnmələr. Uzunmüddətli sıxılma sindromu. Açıq zədələnmələr. Yaralar. Cərrahi infeksiya. Yanıqlar, donmalar, elektrozədələr. Başın, boynun və onurğa sütunun zədələnmələri. Qarının və çanağm kəskin xəstəlikləri və zədələnmələri. «Kəskin qarın» sindromu. Cərrahi xəstələrin süni qidalanması. İrinli yaraların növləri. Cərrahi infeksiyalar. Kellə beyin travmaları. Döşün və döş boşluğu üzvlərinin zədələnmələri. Pnevmotoraks. Yuxarı və aşağı ətrafların zədələnmələri, sıyıqlar, çıxıqlar.

2. PEDİATRİYA- Qarışiq və süni qidalanma. Südəmər uşaqların qidalanması. Təbii qidalanma. Sümük əzələ sisteminin anatomiq fizioloji xüsusiyyəti. Tənəffus sisteminin anatomiq fizioloji xüsusiyyətləri.

3. ANATOMİYA- FİZİOLOGİYA PATALOGİYANIN ƏSASLARI İLƏ -Hərəkət dayaq aparatı. Tənəffüs üzvləri. Həzm sistemi. Sinir sistemi və duyğu üzvləri. Ali sinir fəaliyyətinin əsasları.

4. FARMAKALOGİYA- Mikroblar əleyhinə işlədirilən maddələr. Dərman maddələrinin tətbiqi. Dərman yardımının əsas principləri.

5. TİBB BACISININ İŞİ- Orqanizmin möhkəmləndirmə yolları. Kəskin və xroniki ürək çatmamazlığı. Kəskin qarın sindromu. Nəbz, arterial təzyiq və onların fizioloji göstəriciləri. Kəskin

damar çatmamazlığı , kollaps. Şok zamanı xəstələrə göstərilən yardım.Həzm sistemi xəstələrinə göstərilən yardım. Sidik cinsiyyət sistemi xəstəlikləri zamanı xəstələrə qulluq. Sidiyin toplanması. Daxili qanaxmalar, zəhərləyici maddələrlə zəhərlənmələr zamanı yardım. Dəm qazı ilə zəhərlənmələr zamanı yardım. Zəhərlərin bədənə daxil olma yolları. Qanaxma. Çoxlu qan itirmə sindromları. Sudabogulma, asılma, elektrotravma. Xəstələrin şəxsi gigiyenası. Yataqda vəziyyətləri. Xəstələrin qidalandırılması, hərarət, hərarətli xəstələrə qulluq. Yerli qan dövranına təsir edən tədbirlər (isti, soyuq, kompres, xardal, zəli və banka).Paltar və yataq ağlarının dəyişdirilməsi, xəstələrin yataqda vəziyyəti. Qusan xəstələrə qulluq, imalələrin növləri, dərmanların yeridilmə yolları, sistemin hazırlanması, şprislərdən istifadə. Qəfləti ölüm, rasional qidalanma. Hipertenziv sindrom, şəkərli diabet. Komatoz vəziyyət. Ekzogen zəhərlənmələr (turşu, qələvi, üzvü maddələr) Qida zəhərlənmələri. Şüa xəstəliyi, zəhərli ilan və həşaratların dişləməsi. Dezinfeksiyanın növləri, dezinfeksiya- edici məhlullar, sterilizasiyanın növləri. Huşsuz xəstələrə qulluq, meteorizm. Qəbizlik zamanı xəstələrə qulluq, qaz çıxaran borunun qoyulması,termometrlə hərarətin ölçülmə qaydaları, qeydi, hərarət vərəqi, pəhriz qidaları, zondlar. Yoğun və nazik zondlar vasitəsilə mədə möhtəviyyatının alınması. Parenteral qidalanma. Dəriyə qulluq, yataq yaralarının profilaktikası. Qulaqlara, saçlara, ağız boşluğununa, gözlərə qulluq. Cinsiyyət üzvlərinin yuyulması. Mədənin yuyulması.

6. FİZİOTERAPİYA- İşıq, su, istlilik və iqlimlə müalicə, orqanizmin möhkəmləndirilməsi.

7. MAMALIQ-GİNEKOLOGİYA- Uşaqlıq qanaxmaları zamanı ilk yardım.

8. İLK TİBBİ YARDIM - İlk tibbi yardım haqqında anlayış və yardımın ümumi prinsipləri. Aseptika və antiseptika haqqında anlayış, DSS sargıların qoyulması texnikası. Şok reanimasiyanın

əsasları. Qanaxmalar və yaralanmalar zamanı ilk tibbi yardım. Yumşaq toxumaların, sümük və oynaqların zədələnmələri zamanı ilk tibbi yardım. Yanıqlar və donmalar zamanı ilk tibbi yardım. Bədbəxt hadisələr (elektrotravma, suda boğulma, uçqun altında qalma, asfiksiya) zamanı ilk tibbi yardım.

9. EPİDEMİOLOGİYA- Dezinfeksiya. Taun

10. SİNİR VƏ RUHİ XƏSTƏLİKLƏR - MSS -nin zədələnmələri, xəstələrə qulluq və müalicəsi.

11. REANİMASİYANIN ƏSASLARI - Ağ ciyər Ürək reanimasiyası. İnfuzyon terapiyanın prinsipləri. Kəskin ürək çatmamazlığı zamanı reanimasiya. Kəskin tənəffüs çatmamazlığı zamanı reanimasiya. Şok zamanı reanimasiya. Boğulma və suda batma zamanı reanimasiya. Zəhərlənmələr zamanı reanimasiya. Anesteziologiyanın əsasları. İnhalyasion narkoz.

12. FƏLAKƏTLƏR TƏBABƏTİ - Terminal vəziyyətlər. Asfiksiya, boğulma, elektroşok zamanı göstərilən ilk tibbi yardım. Radiasiya ilə zədələnmələr. Fəlakət ocaqlarında cərrahi yardımın göstərilməsi, zəhərləyici maddələrlə zəhərlənmələr, güclü təsir edici zəhərləyici maddələrdən mühafizə, onların növləri, insan orqanizminə təsiri. Qanaxmalar. Travmatik şok ilk yardım. Termiki yanıqlar, ilk yardım. Donmalar, ilk yardım. Uzun müd-dətli sıxlılma sindromu. Fövqaladə vəziyyətlərdə sanitar gigiyenik tədbirlər. Fövqaladə vəziyyətlərdə epidemiya əleyhinə tədbirlər. Fərdi tibbi müdafiə vasitələri (əlehiqazlar). Yaraların növləri. Ağ-ciyərin süni ventilyasiyası, ürəyin xarici masajı, ilk tibbi yardım. Döş qəfəsi travması, qapalı pnevmotoraks. Dayaq hərəkat aparatinin travması. Ətrafların siniği.

13. YOLUXUCU XƏSTƏLİKLƏR- Immunitet, allergiya və anaflaksiya haqqında. Epidemiologiyanın əsasları dezinfeksiya işinin təşkili. Dezinfeksiya qaydaları. Taun.

İstifadə olunan ədəbiyyat

- 1.Abbasov B.X., Ümumi cərrahlıq, «Maarif» nəşriyyatı, Bakı 1997.
- 2.Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi. «Genişləndirilmiş immunlaşdırma programı». Bakı 1998
- 3.Buyanov V.M., İlk tibbi yardım, Maarif nəşriyyatı, Bakı –1978
- 4.Danişevskiy İ.N.,Əhalinin tibbi hazırlığı, Bakı, Azərnəşr, 1986.,
- 5.Əmənullayev İ.Q., «Dərman zəhərdir, zəhəri dərman edən onun dozasıdır», Qanun jurnalı, №4, Bakı 1995 –ci il.
- 6.Əmənullayev İ.Q., «Aparat xəstəliyi və klinik təfəkkuru yoxsullaşdırmağa doğru aparan yol», Zaman qəzeti 27 may 2003-cü il.
- 7.Əmənullayev İ.Q., «Uşaqlarda yanıq yaralarının kompleks müalicəsində maqnitoterapiyanın effektivliyi», namizədlik dissertasiyasının avtoreferati, Bakı 2000-ci il.
- 8.Hüseynov B.N., həmmüəlliflər. Hərbi-səhra cərrahiyəsi.,, Bakı 2000.
- 9.Qaqanova Y.Y.,Xəstələrə ümumi qulluq, Maarif nəşriyyatı, Bakı 1986.
- 10.Ocaqov H.O., Həyat fəaliyyətinin təhlükəsizliyi (Mülki Mühafizə), Bakı 2003.
- 11.Ocaqov H.O.,Bəkirov V.T., Hüseynov Ə.S., Konyev L.A., İbtidai hərbi hazırlıq 2-ci hissə, Maarif nəşriyyatı, Bakı 1998.
- 12.Paleyev N.R.,Tibb bacısının məlumat kitabı.Bakı, Azərnəşr 1990.
- 13.Reqionlarda təcili yardımın inkişaf programı. Açıq cəmiyyət institutunun qrantı. Medijal Servije Kompany, Bakı 2001.
- 14.Sultanov H.A.,ƏliyevQ.H.,Məmmədli Z.Z., Cərrahiyə.,, Bakı 1997.
- 15.Yakubovski P.Q., Mülki-müdafıə (peşə-texniki məktəbləri üçün dərs vəsaiti, ümumi hissə), Maarif nəşriyyatı, Bakı 1968.
- 16.Алтунина А.Т. и соав., Гражданская оборона, Москва, воениздат, 1980.
- 17.Бисярина В.П., Детские болезни с уходом за детми и

- анатомо-физиологическими особенностями детского возраста, Москва «Медицина» 1981.
18. Великорецкий А.Н., Первая помощь до прихода врача, Москва, «Медицина» 1972.
19. Голиков А.П., Закин А.М., Неотложная терапия, Москва «Медицина » 1986
20. Лисицына К.М., Шапошникова Ю.Г., Военно-полевая хирургия, Москва «Медицина » 1982
21. Мазурик М.Ф., Демянюк Д.Г., Амбулаторная хирургия., Киев «Здоровья» 1988 ..
22. Муратов С.Н., Хирургические болезни с уходом за больными., Москва «Медицина » 1981
23. Пауткин Ю.Ф., Элементы врачебной техники, Москва «Издательство Университета дружбы народов » 1988
24. Пауткин Ю.Ф., Элементы общего ухода за больными, Москва «Издательство Университета дружбы народов » 1987.
25. Рожинский М.М., Катковский Г.Б., Оказание доврачебной помощи., Москва «Медицина» 1981
26. Чекман И.С., Пелешук А.П., Пятака О.А., Справочник по клинической фармакологии и фармакотерапии. Киев«Здоровья» 1986.
27. Эндрю Четли, Проблемные лекарства, HAI HEALTH ACTION INTERNATIONAL, Ландмарк Латвия Рига 1998.
28. http://www.turanastana.kz/soc_gum/medic.html 1999
29. http://tcmp.nm.ru/Rescuer/Rescuer's%20Guidebook/ch4221_electr.htm 2000
30. <http://www.dol.ru/users/cat/books/Safety/glava04.htm> 2001
31. <http://oborona.superreferat.ru/view/detail1494.html> 2003
32. <http://gr-obor.narod.ru/metodika2.htm> 2003.
33. <http://www.professional.spb.ru/SEMINAR/MEDICINE/basep.htm>

Mündəricat

| | |
|---|-----|
| Ön söz | .3 |
| Məşğələ 1. | |
| <i>Hərəkət –dayaq aparati. Tənəffüs üzvləri.</i> | .7 |
| Məşğələ 2. | |
| <i>Həzm sistemi. Sinir sistemi və duyğu üzvləri.</i> | |
| <i>Ali sinir fəaliyyətinin əsasları</i> | .12 |
| Məşğələ 3. | |
| <i>Mikroblar əleyhinə işlədilən maddələr</i> | .16 |
| Məşğələ 4. | |
| <i>Müxtəlif zəhərlənmələrdə ilk yardımın təşkili</i> | .21 |
| Məşğələ 5. | |
| <i>Xəstələrin şəxsi gigiyenasi.</i> | |
| <i>Sağlam və xəstə uşaqlara qulluq</i> | .28 |
| Məşğələ 6. | |
| <i>Bədən hərarəti, nəbz, arterial təzyiq, tənəffüs.</i> | |
| <i>Onların təyini üsulu və qiymətləndirilməsi</i> | .36 |
| Məşğələ 7. | |
| <i>Qan dövranına təsir tədbirləri</i> | .43 |
| Məşğələ 8. | |
| <i>Xəstələrin qidalanması, həzm yolunun və sidik –cinsiyyət sisteminin xəstəlikləri zamanı xəstələrə qulluq</i> | .48 |
| Məşğələ 9. | |
| <i>Dərman maddələrinin tətbiqi.</i> | |
| <i>Dərman yardımının əsas prinsipləri</i> | .55 |
| Məşğələ 10. | |
| <i>Zədələnmişlərin və xəstələrin daşınması.</i> | |
| <i>Radiasion xəsarətlər</i> | .66 |
| Məşğələ 11. | |
| <i>Həkiməqədər yardımın əsasları. Müayinə üsulları.</i> | |
| <i>Ürək-damar sisteminin xəstəlikləri</i> | .74 |

| | |
|--|-----|
| Məşğələ 12. | |
| <i>Həzm üzvlərinin, endokrin sistemin və maddələr übadiləsinin xəstəlikləri. Sidik –cinsiyət sisteminin xəstəlikləri</i> | 85 |
| Məşğələ 13. | |
| <i>Zəhərləyici maddələrlə zədələnmələr</i> | 92 |
| Məşğələ 14. | |
| <i>Kəskin zəhərlənmələrdə təxirəsalınmaz tibbi yardım</i> | 97 |
| Məşğələ 15. | |
| <i>Epidemiologiyanın əsasları. Dezinfeksiya, dezinseksiya, deratizasiya</i> | 101 |
| Məşğələ 16. | |
| <i>Immunitet, peyvənd işi, QİCS. Bakterioloji ocaq. Xüsusi təhlükəli infeksiya ocağı</i> | 106 |
| Məşğələ 17. | |
| <i>Antiseptika və aseptika</i> | 120 |
| Məşğələ 18. | |
| <i>Desmurgiya, nəqliyyat immobilizasiyası (I qoşa saat)</i> | 125 |
| Məşğələ 19. | |
| <i>Desmurgiya, nəqliyyat mmobilizasiyası (II qoşa saat)</i> | 130 |
| Məşğələ 20. | |
| <i>Desmurgiya, nəqliyyat immobilizasiyası (III qoşa saat)</i> | 138 |
| Məşğələ 21. | |
| <i>Ağrısızlaşdırma. Tibbi köçürmənin mərhələlərində reanimasiya</i> | 143 |
| Məşğələ 22. | |
| <i>Qanaxma. Qan və qanəvəzedicilərin köçürülməsi</i> | 151 |
| Məşğələ 23. | |
| <i>Zədə şoku</i> | 163 |
| Məşğələ 24. | |
| <i>Zədələnmələr. Uşaq travmatizmi. Suda boğulma</i> | 168 |
| Məşğələ 25. | |
| <i>Qapalı zədələnmələr. Uzun müddətli sıxlama sindromu</i> | 179 |

| | |
|---|----------|
| Məşgələ 26. | |
| <i>Açıq zədələnmələr. Yaralar. Cərrahi infeksiya</i> |185 |
| Məşgələ 27. | |
| <i>Açıq zədələnmələr. Yaralar. Cərrahi infeksiya</i> |192 |
| Məşgələ 28. | |
| <i>Yaniqlar, donmalar, elektrozədələr</i> |196 |
| Məşgələ 29. | |
| <i>Sümük siniqları</i> |204 |
| Məşgələ 30. | |
| <i>Başın, boynun və onurğa sütununun zədələnmələri (I qoşa saat)</i> |213 |
| Məşgələ 31. | |
| <i>Başın, boynun və onurğa sütununun zədələnmələri (II qoşa saat)</i> |220 |
| Məşgələ 32. | |
| <i>Qarnın və çanağın kəskin xəstəlikləri və zədələnmələri</i> | ..225 |
| Məşgələ 33. | |
| <i>Qarışiq və əlaqəli zədələnmələr (I qoşa saat)</i> |232 |
| Məşgələ 34. | |
| <i>Qarışiq və əlaqəli zədələnmələr (II qoşa saat)</i> |237 |
| Məşgələ 35. | |
| <i>İlk tibbi yardım və onun təşkili</i> |242 |
| Test sualları |246 |
| Hikmətli sözlər |259 |
| Dərs vəsaitinə həmçinin Respublikanın Tibb kolleclərində tədris olunan aşağıdakı fənlərin proqramlarına uyğun gələn mövzuların adları da əlavə edilir. |263 |
| İstifadə olunan ədəbiyyat |266 |

İ. Q.ƏMƏNULLAYEV

**TİBBİ BİLİKLƏRİN
ƏSASLARI**

(TƏCRÜBİ MƏŞĞÜLƏLƏR)

(Azərbaycan dilində)

http://www.library.az/cgi/azirbis64r/cgiirbis_64.exe

